สรรพสาร

ผู้นำวารสารทางการแพทย์ที่มีผู้อ่านมากที่สุด

CME PLUS Inside

THE MEDICAL NEWS

วงการแพทย์

ISSN 1513-590X

ปีที่ 16 ฉบับ 424 ประจำวันที่ 16-31 ตุลาคม พ.ศ. 2557

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์

www.wongkarnpat.com

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

กด Like ได้ที่

www.facebook.com/วงการแพทย์

สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น

16-31/10/14

SYMPOSIUM IN THIS ISSUE

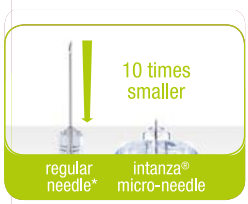
Get Up • อนามัยโลกแนะใช้ [illegible] ป้องกันมะเร็งปากมดลูก
• ญี่ปุ่นรับมือไข้เด็งกี่ระบาด [illegible]

Radar ทีมศัลยแพทย์ ร.พ.ตำรวจ ผ่าตัดไทรอยด์แบบส่องกล้องไร้แผลเป็นครั้งแรกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

เกาะติดงานประชุม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จัดการประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 12 "National Strategies to Nationwide Cancer Care"

intanza®, innovative MICRO-NEEDLE vaccine against influenza

EFFECTIVE FLU PROTECTION with a SIMPLE TOUCH



A MINIMALLY INVASIVE SOLUTION[5,6]

*IM 16 to 32 mm

intanza®
Influenza vaccine (split virion, inactivated)
intradermal touch™

- targets the immune potential of the skin[1]
- offers a tailored protection to year 18-59 years old** and 60+ years old patients***
- benefits from a favourable safety profile[2,3]
- allows successful ID injection with a simple touch

** Intanza 9 µg: 18-59 yrs, *** Intanza 15 µg: ≥60 yrs

Product information

Intanza®, suspension for injection, Influenza vaccine (split virion, inactivated). **NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT.** Intanza® 9 µg/strain (Intanza® 9 µg) and Intanza® 15 µg/strain (Intanza® 15 µg), suspension for injection. Influenza vaccine (split virion, inactivated). **QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION.** Split influenza virus (propagated in fertilised hens' eggs from healthy chicken flocks), inactivated. For Intanza® 9 µg, each 0.1 mL dose contains 9 µg of haemagglutinin (HA) of each of the three recommended strains. For Intanza® 15µg, each 0.1 mL dose contains 15µg of haemagglutinin (HA) of each of the three recommended strains. This vaccine complies with the WHO recommendations (Northern or Southern hemisphere) and the EU decision (Northern hemisphere). For a full list of excipients, see section List of excipients. Intanza® contains residues of eggs such as ovalbumin. **PHARMACEUTICAL FORM.** Suspension for injection. Colourless and opalescent suspension. **CLINICAL PARTICULARS. Therapeutic indications.** Prophylaxis of influenza in adults up to 59 years of age (for Intanza® 9 µg) and in individuals 60 years of age and over (for Intanza® 15 µg), especially in those who run an increased risk of associated complications for both populations. The use of Intanza® should be based on official recommendations. **Posology and method of administration.** Posology: Adults up to 59 years of age: 0.1 mL of Intanza® 9 µg. Individuals 60 years of age and over: 0.1 mL of Intanza® 15 µg. Paediatric population: Intanza® is not recommended for use in children and adolescents below 18 years due to insufficient data on safety and efficacy. Method of administration: Immunisation should be carried out by intradermal route. The recommended site of administration is the region of the deltoid. Precaution to be taken before manipulating or administering the product: For instructions for preparation of the medicinal product before administration, see section Special precautions for disposal and other handling. **Contraindications.** Hypersensitivity to the active substances, to any of the excipients, to residues of eggs, such as ovalbumin, and to chicken proteins. The vaccine may also contain residues of the following substances: neomycin, formaldehyde and octoxinol 9. Immunisation shall be postponed in subjects with febrile illness or acute infection. **Special warnings and precautions for use.** As with all injectable vaccines, appropriate Shelf-life. 1 year. Storage. Store in a refrigerator (2°-8°C)

Reference

1. Lambert PH, Laurent PE Intradermal vaccine delivery: Will new delivery systems transform vaccine administration, Vaccine 2008;26:3197-208 2. Intanza 9 µg product information 3. Intanza 15 µg product information
4. Laurent A, et al. Echographic measurement of skin thickness in adults by high frequency ultrasound to assess the appropriate micro needle length for intradermal delivery of vaccines. Vaccine 2007;25:6423-30
5. Laurent PE, et al. Evaluation of the clinical performance of new intradermal vaccine administration technique and associated delivery system. Vaccine 2007;25:8833-42 6. MMWR recommendation and reports, August 6,2010

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

เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะตามคำสั่งแพทย์ เภสัชกรจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขค.1090/2554

sanofi pasteur
The vaccines division of sanofi-aventis Group

ลิขสิทธิ์ วงการแพทย์

edarbi
azilsartan medoxomil
40 mg • 80 mg tablets

59% ACHIEVED GOAL *1
(P=.002)

SUPERIOR 2
FOR **MOST**
OF THE 24 HR
BP-CONTROL**

EARLY 2
BP CONTROL
vs.
VALSARTAN

Takeda

PRESENTS
A NEW BP SOLUTION THAT'S
HARD TO IGNORE

*Reduction in clinic SBP to < 140 mmHg and/or reduction ≥ 20 mmHg
Azilsartan medoxomil at its maximal dose has superior efficacy to both olmesartan and valsartan at their maximal, approved doses
Takeda Global Research and Development Center, Inc. สนับสนุนการวิจัย

HARD TO IGNORE

ตัวอย่างเอกสารโฆษณาเพื่อการประชาสัมพันธ์

ต้องติดตาม

เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ. 545/2556

For the use of a Registered Medical Practitioner only.

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

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

Takeda

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

Further information is available on request
โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมใน
เอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

Loceryl®

5% amorolfine

NAIL LACQUER

Topical Treatment Onychomycosis

caused by dermatophytes, yeasts and moulds

- **Efficacious in treating onychomycosis**[1,2,3,4]
- **Broad spectrum of activity: Dermatophytes, Yeasts and Moulds**[1,2,4]
- **Dual fungistatic and fungicidal activity**[3,4]
- **Once or twice weekly application**[1,2,3,4]

Presentation: Loceryl Nail Lacquer contains 5%w/v amorolfine. ***Indication:*** Onychomycosis caused by dermatophytes, yeasts and moulds. ***Dosage and Administration:*** Adults only. Apply to the affected finger or toe nails once or twice weekly. Treatment duration depends on intensity and localization of infection. ***Contraindication:*** Hypersensitivity. ***Precaution and Warnings:*** Avoid contact with eye, ears and mucous membranes. ***Side Effects:*** In exceptional cases slight, transient periungual burning sensation in the area of the nails. Rarely, nail discoloration, brittle or broken nails, but these could be linked to the onychomycosis itself. ***Interaction:*** Avoid nail varnish or artificial nails. ***Pregnancy and Lactation:*** Avoid during pregnancy and lactation.

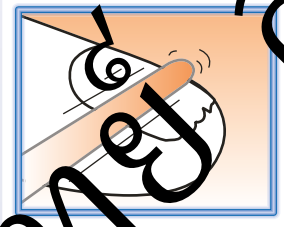
References:
(1). Zaug M. and Bergstraesser M., Amorolfine in the Treatment of Onychomycoses and Dermatomycoses (an overview), Clinical and Experimental Dermatology 1992; 17 (suppl.1): 61-70.
(2). Jean-Paul LM., Amorolfine nail lacquer: a novel formulation, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 4 (suppl.1) (1995): S17-21.
(3). Haria M. and Bryson HM., Amorolfine, Drugs1995; 49 (1): p.103-120.
(4). เอกสารกำกับยาฉบับสมบูรณ์

ต้อง ติดตาม

เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์
และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ. 820/2554

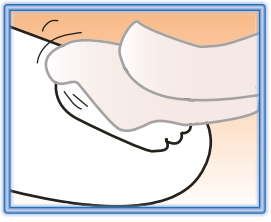
LOCERYL® EASY-TO-USE



1). PREPARE THE NAIL

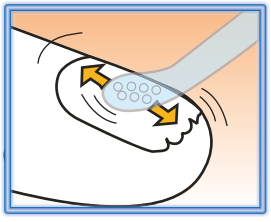
Using a new file, gently file down the infected areas of nail, including the nail surface. Protect healthy nails while you are doing this so that you don't spread the infection.

CAUTION: Do not use the same nail file for infected nails and healthy nails as this could spread the infection as well. To prevent the spread of infection, take care that no one else uses the files from your kit.



2. CLEAN THE NAIL

Use one of the swabs provided to clean the nail surface. Do not throw the swab away as you will need it later to clean the applicator.



3). TREAT THE NAIL

Dip one of the re-usable applicators into the bottle of nail lacquer. The lacquer must not be wiped off on the edge of the bottle before it is applied. Apply the nail lacquer evenly over the entire surface of the nail. Let the treated nail(s) dry for approximately 3-5 minutes.

Apply nail lacquer to the affected nails 1 or 2 times a week. Treatment should be continued without interruption until the nail is regenerated and the affected areas are cured. In general, treatment duration is 6 months for fingernails and 9 to 12 months for toenails.

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

GALDERMA
Committed to the future of dermatology

ตัวอย่าง ไม่มีจำหน่าย

ประมวลภาพบรรยากาศงานแถลงข่าวการส่งมอบเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED (Automated External Defibrillator) ประจำปี พ.ศ. 2557 โดยบริษัท เซนต์เมดิคอล (คริติคอล แคร์) จำกัด ร่วมกับ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.), คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, วัดพระศรีรัตนศาสดาราม ในพระบรมมหาราชวัง, ตำรวจจราจร, โรงพยาบาลสิชล-โรงพยาบาลขนอม, สมาคมฟุตบอลแห่งประเทศไทย & TPL คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) รับมอบเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ในวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมชั้น 6 อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 84 พรรษา สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ภายในกระทรวงสาธารณสุข โดยมี **นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ** เป็นตัวแทนผู้รับมอบ

พ.ต.อ.นพ.โสภณ กฤษณะรังสรรค์ ประธานคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้มอบเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ให้แก่ **นพ.สมชัย ชีวินศิริวัฒน์ หัวหน้าฝ่ายแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง กองแพทย์หลวง สำนักพระราชวัง** ซึ่งเป็นตัวแทนผู้รับมอบเพื่อนำไปติดตั้งและใช้ประโยชน์ภายในวัดพระศรีรัตนศาสดาราม ในพระบรมมหาราชวัง เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ณ วัดพระศรีรัตนศาสดาราม ในพระบรมมหาราชวัง

และในวันที่ 2 สิงหาคม 2557 ที่ผ่านมา **พ.ต.อ.นพ.โสภณ กฤษณะรังสรรค์** ก็ได้มอบเครื่อง AED ให้แก่ **กองบังคับการตำรวจจราจร กองบัญชาการตำรวจนครบาล ณ ห้องประชุมศูนย์ฝึกอบรมสถานการณ์จำลองทางการแพทย์ รพ.ตำรวจ**

ZOLL
SAINTMED

สมาคมฟุตบอลแห่งประเทศไทย จับมือโรงพยาบาลกรุงเทพ มอบเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติให้แก่สโมสรไทยพรีเมียร์ลีก 20 ทีมเพื่อยกระดับความปลอดภัยให้นักเตะในสนามตามมาตรฐานฟีฟ่า

เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา **ดร.องอาจ ก่อสินค้า ประธานไทยพรีเมียร์ลีก เป็นตัวแทนสมาคมฟุตบอลแห่งประเทศไทย** พร้อมด้วย **นพ.ไพศาล จันทรพิทักษ์ ผอ.โรงพยาบาลกรุงเทพ** ร่วมกันมอบเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติหรือที่เรียกว่า เครื่อง AED (Automated External Defibrillator) จำนวน 20 เครื่อง ให้กับสโมสรในศึกไทยพรีเมียร์ลีก พร้อมทั้งอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้นให้แก่ทีมงานเหล่านักฟุตบอลแห่งประเทศไทยทั้งในและนอกสนามแข่งขัน

องอาจ ก่อสินค้า กล่าวว่า "ภารกิจหนึ่งของสมาคมฟุตบอลที่จะนำเงินค่าปรับจากสโมสรในแต่ละสัปดาห์กลับมาสร้างประโยชน์คืนให้กับวงการ ซึ่งหนึ่งในนั้นคือการนำมาซื้อเครื่อง AED ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการช่วยชีวิตนักเตะเบื้องต้น ซึ่งเราได้มีการมอบเครื่อง AED ไปแล้วจำนวน 40 เครื่อง และจะได้รับในเร็วๆ นี้ ซึ่งเมื่อได้มาเราจะมอบให้ทีมที่ขาดแคลนด้วย 1 ด้วย แต่ระหว่างนั้นเราได้ขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลกรุงเทพในการยืมใช้เครื่องดังกล่าวเครื่องให้กับทีมในไทยพรีเมียร์ลีก เพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดหมายได้"

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ เซนต์เมดิคอล (คริติคอล แคร์) จำกัด ได้มอบเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (AED) ให้แก่ศาลากลางจังหวัดเชียงใหม่ วัดพระธาตุดอยสุเทพราชวรวิหาร และการท่าอากาศยานเชียงใหม่ ซึ่งถือเป็นเครื่องแรกของภาคเหนือ เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่นักท่องเที่ยวที่เกิดเหตุบาดเจ็บ ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้โดยไม่คาดคิด

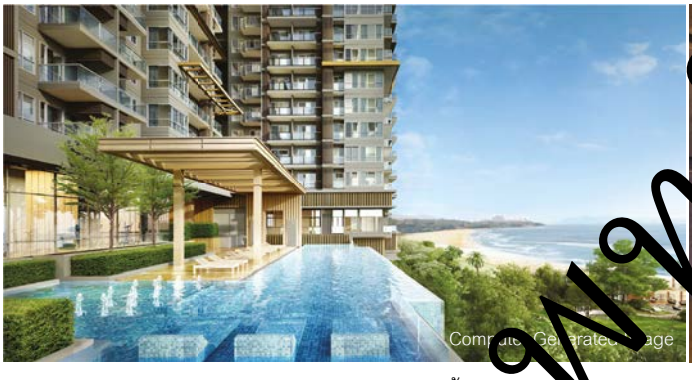
คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสิชล-โรงพยาบาลขนอม จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน พร้อมการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า Basic Life Support with AED นำทีมโดย **พ.ต.อ.นพ.โสภณ กฤษณะรังสรรค์ ประธานคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์** เข้าร่วมการบรรยายพิเศษในงานประชุมวิชาการเมื่อวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ณ โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

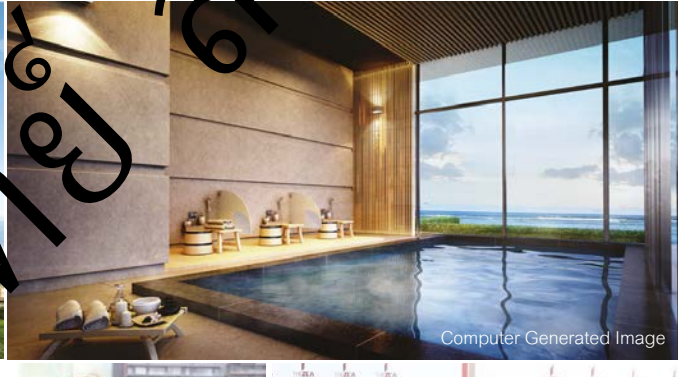
ZOLL
SAINTMED

บริษัท เวลธ์ ดีเวลลอปเปอร์ จำกัด ได้เปิดตัวโครงการ เดอะซี ศรีราชา คอนโดมิเนียม (THE ZEA) บนทำเลศักยภาพที่ดีที่สุดของศรีราชา ติดทะเล และถนนสุขุมวิท โอบล้อมด้วยวิวภูเขา บนโค้งหาดที่สวยที่สุดในศรีราชา ถือเป็นคอนโดมิเนียมที่สูงที่สุดและตั้งอยู่ริมทะเลเป็นแห่งแรกในศรีราชา เป็นแลนด์มาร์คอันโดดเด่นที่สะท้อนถึงการใช้ชีวิตของผู้อาศัย ออกแบบในสไตล์โมเดิร์น เซน (Modern Zen) ที่ผสมผสานความเรียบง่ายและทันสมัยได้อย่างลงตัว เน้นใช้พื้นที่ให้ได้ประโยชน์สูงสุด ให้ความสำคัญกับงานออกแบบภูมิสถาปัตย์ โดยเปิดมุมมองสู่ทะเล

เดอะซี ศรีราชา คอนโดมิเนียม คุณภาพจากเวลธ์ ดีเวลลอปเปอร์ บนทำเลศักยภาพติดทะเล และถนนสุขุมวิท โอบล้อมด้วยวิวภูเขา บนโค้งหาดที่สวยที่สุดในศรีราชา

ลูกการ16พฤษภาคม สรรพสาร





เดอะซี ศรีราชา คอนโดมิเนียม มีทั้งแบบ 1 ห้องนอน 2 ห้องนอน 3 ห้องนอน และห้องชุดแบบพื้นที่ใหญ่พิเศษ เพียบพร้อมไปด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกที่ครบครัน พร้อมสระว่ายน้ำยาว 30 เมตร และ ONSEN สไตล์ญี่ปุ่น สามารถตอบโจทย์ความต้องการได้อย่างลงตัว รองรับกลุ่มนักธุรกิจที่ทำงานอยู่ในพื้นที่นิคม-อุตสาหกรรมภาคตะวันออก ผู้ที่ต้องการซื้อไว้เพื่อเป็นบ้านหลังที่ 2 รวมถึงกลุ่มนักลงทุนทั้งในและนอกพื้นที่ ซึ่งคอนโดมิเนียมในพื้นที่ศรีราชาให้ผลตอบแทนค่าเช่าสูงถึง ตร.ม.ละ 850 ถึง 950 บาทต่อเดือน เทียบเคียงได้กับถนนสุขุมวิทย่านซอยอโศกถึงซอยทองหล่อ ในขณะที่การลงทุนซื้อต่อตารางเมตรถูกกว่าครึ่งหนึ่งของราคาคอนโดมิเนียมย่านดังกล่าว เนื่องจากศรีราชาเป็นเมืองเศรษฐกิจที่มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว มีชาวต่างชาติเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะชาวญี่ปุ่น ซึ่งนักธุรกิจและพนักงานชาวญี่ปุ่นค่อนข้างจะพิถีพิถันด้านที่อยู่อาศัย ทำให้เกิดความต้องการที่อยู่อาศัยคุณภาพดี ระดับ High-End และมีมาตรฐานความปลอดภัยสูงอีกด้วย

ด้วยความลงตัวด้านทำเลที่ตั้งและดีไซน์การตกแต่ง ทำให้โครงการเดอะซี ศรีราชา คอนโดมิเนียม ประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็วเพียง 3 เดือนหลังเปิดขาย Presale มีผู้สนใจจองซื้อและ

นางวันเพ็ญ ธนธรรมสิริ

ทำสัญญาแล้วมากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ หรือคิดเป็นมูลค่ากว่า 1,300 ล้านบาท ล่าสุด นางวันเพ็ญ ธนธรรมสิริ กรรมการผู้จัดการ บริษัท เวลธ์ ดีเวลลอปเปอร์ จำกัด ได้จัดงานเปิดสำนักงานขาย โดย พลตรี หม่อมเจ้าจุลเจิม ยุคล ทรงเป็นประธาน และมีแขกร่วมแสดงความยินดี คับคั่ง อาทิ หม่อมอัญชลี ยุคล ณ อยุธยา, คุณสาลินี วังตาล, คุณอรชุมา ดุรงค์เดช, คุณนาขวัญ รายยานนท์, คุณปัทมวดี เสนาณรงค์, ดร.ลักขณา ลีละยุทธโยธิน, ดร.ฐิติกร ธีรพัฒนวงศ์, ดร.อภิสิทธิ์ ฉัตรทนานนท์ และคุณภาวิณี ศุกระฤกษ์ เป็นต้น ณ โครงการเดอะซี ศรีราชา คอนโดมิเนียม

พบกับความเหนือระดับแห่งการอยู่อาศัย สูงสุดแห่งการใช้ชีวิต ได้แล้ววันนี้ ที่ เดอะซี ศรีราชา คอนโดมิเนียม
โทร. 091-736-9999, 038-324-333 www.thezeacondo.com

สรรพสาร
THE MEDICAL NEWS
วงการแพทย์

คณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์
ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิชาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ชุติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวุฒิ จรรยาวนิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุนนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ปวน สุทธิพินิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออนันตกูล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรรศนะวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อาวเจนพงษ์

กรรมการบริหาร
วาณี วิชิตกุล
ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์
สิริพร แสงเทียนฉาย
ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ
สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร
กองบรรณาธิการ
ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช
อาร์ตไดเรกเตอร์
สุกัญญา หิรัญยะวะสิต
แพนกดีไซน์
อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง
พิสูจน์อักษร
สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ
ประสานงานเตรียมผลิต
นิพนธ์ สอนส่งกลิ่น
งานสารสนเทศ
มนัญญา นาควิลัย
ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์
รัตนา ชาติสกุลทอง
งานโฆษณา
ภิญญาพัชร์ ธนากุลจิรวัฒน์, [illegible]ศรินทร์ กายหอม
ปิยะวรรณ หาปัญนะ, [illegible]กร ขจรศักดิ์
งานส่งเสริมการขายและลูกค้าสัมพันธ์
ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล
ช่างภาพ
เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ขัตติยโยธิน
บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา อิศรานนท์ สิทธาพิสุทธิ์กุล
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

๒๓ ตุลาคม "วันปิยมหาราช" ราชฤดีรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ
พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาจุฬาลงกรณ์ พระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว

องค์ "ปิยมหาราช" พ่อเจ้า *ชาวไทย เราเอย*
เกียรติก่อเกิดก้องไกล *หัวถ้วน*
ครองราชฤดีเพื่อครองใจ *หลอมร่วม*
ทรงก่อทศพิธราชธรรมล้วน *สู่น้ำใจชน*
ใกล้ไกลเสด็จฯ ใคร่รู้ *ทุกข์ราษฎร์*
ถอดโซ่ตรวนเลิกทาส *หัวหน้า*
นำชาติสู่อารยะประกาศ *ช้องแซ่*
ธ ดั่งทิพย์โปรยจากฟ้า *หลั่งท้นพสกไทย*

(สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร ผู้เรียบเรียง)
ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอถวายพระพรชัยมงคล
ข้าพระพุทธเจ้าชาวคณะผู้บริหารและบุคลากรวงการแพทย์
ในเครือบริษัท สรรพสาร จำกัด

จุดอ่อนของคนไทยจากมุมมองต่างประเทศ

คนต่างประเทศที่อยู่ในประเทศไทย [illegible] เขาจะมองคนไทยเปรียบเทียบคนของเขา [illegible] เชื่อหรือไม่ก็ได้ แต่เราควรรับฟังเพื่อหาทาง[illegible]

1. คนไทยรู้จักหน้าที่ของตัวเองต่ำมาก โดยเฉพาะหน้าที่ต่อสังคม คือ [illegible] มือใครยาวสาวได้สาวเอา เกิดเป็นธุรกิจครอบครัว ธุรกิจราชการ [illegible] การศึกษา ทำให้ประเทศชาติล้าหลังไปเรื่อย ๆ [illegible] ประโยชน์ส่วนตัวและพรรคพวกมากกว่าประเทศชาติ

2. การศึกษายังไม่ทันสมัย คนไทยจะเก่งแต่ภาษาของตัวเอง ทำให้ขาดโอกาสในการแข่งขันกับชาติในเวทีต่าง ๆ ไม่กล้าแสดงออก อาย ไม่มั่นใจในตัวเอง เราจึงตามหลังชาติอื่น [illegible] อ้างว่าเราไม่เคยเป็นเมืองขึ้นใครเลยไม่ได้เรียนภาษาต่างชาติ ในปัจจุบันภาษาอังกฤษกลายเป็นภาษากลางของอาเซียน

3. มองอนาคตไม่เป็น คนไทยมากกว่า 70% ทำงานแบบไร้อนาคต ทำแบบวันต่อวัน แก้ปัญหาเฉพาะหน้าไปวัน ๆ น้อยคนนักที่จะทำงานแบบเป็นระบบ เป็นขั้นเป็นตอน มีเป้าหมายในอนาคตที่ชัดเจน

4. ไม่จริงจังในความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ทำแบบผักชีโรยหน้า หรือทำด้วยความเกรงใจ ต่างกับคนญี่ปุ่นหรือยุโรปที่จะให้ความสำคัญกับสัญญาหรือข้อตกลงอย่างเคร่งครัด เพราะหมายถึงความเชื่อถือในระยะยาว ปัจจุบันคนไทยถูกลดเครดิตความน่าเชื่อถือด้านนี้ลงเรื่อย ๆ

5. การกระจายความเจริญยังไม่เต็มที่ ประชากรประมาณ 60-70% ที่อยู่ห่างไกลจะขาดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตัวเองและชุมชนซึ่งเป็นหน้าที่ของภาครัฐที่ต้องส่งเสริม

6. การบังคับกฎหมายไม่เข้มแข็ง และดำเนินการไม่ต่อเนื่อง ทำงานแบบลูบหน้าปะจมูก ปราบปรามไม่จริงจัง การดำเนินการตามกฎหมายกับผู้มีอำนาจหรือบริวารจะทำแบบเอาตัวรอดไปก่อน ไม่มีมาตรฐาน ต่างกับประเทศที่เจริญแล้ว [illegible] องค์กรอิสระการยุติธรรมจะต้องปรับปรุง เรามีกฎหมายมากมายแต่ไม่มีใครปฏิบัติตาม เพราะขาดการบังคับใช้อย่างจริงจังและสม่ำเสมอ

7. อิจฉาตาร้อน สังคมไทยไม่ค่อยเป็นสุภาพบุรุษ เลี้ยงเป็นศรีธนญชัย ยกย่องคนมีอำนาจ มีเงิน โดยไม่สนใจภูมิหลัง โดยเฉพาะคนที่ล้มบนฟูกแล้วไปเกาะผู้มีอำนาจ เอาตัวรอด คนพวกนี้ร้ายยิ่งกว่าผู้ก่อการร้าย ดีแต่พูด มือไม่พาย เอาเท้าราน้ำ ทำให้คนดีไม่กล้าเข้ามาเพราะกลัวเปลืองตัว

8. เอ็นจีโอค้านลูกเดียว เอ็นจีโอบางกลุ่มอิงอยู่กับผลประโยชน์ เอ็นจีโอดี ๆ ก็มีแต่บ้านเรามีน้อย บ่อยครั้งที่ประเทศเราเสียโอกาสอย่างมหาศาลเพราะการค้านหัวชนฝา เหตุผลจริง ๆ ไม่ได้พูดกัน

9. ยังไม่พร้อมในเวทีโลก การสร้างความน่าเชื่อถือในเวทีการค้าระดับโลกของเรายังขาดทักษะและทีมเวิร์คที่ดี ทำให้ผู้ประเทศเล็ก ๆ อย่างสิงคโปร์ไม่ได้

10. คนไทยกลัวและไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง เวลามีคนแนะนำวิธีใหม่ เราจะหาจุดบกพร่องของวิธีใหม่ว่าสู้ของเก่าไม่ได้แล้วไม่ยอมทำวิธีใหม่ ทำให้ไม่ได้พัฒนา

11. เลี้ยงลูกไม่เป็น ปัจจุบันเด็กไทยขาดความอดทน ไม่มีภูมิคุ้มกัน เป็นขี้โรคทางจิตใจ ไม่เข้มแข็ง เพราะเราเลี้ยงลูกแบบไข่ในหิน ไม่สอนให้ลูกช่วยตัวเอง ต่างกับชาติที่เจริญแล้วเขาจะกระตือรือร้นช่วยตนเองขวนขวาย แสวงหาค้นหาตัวเอง และเขาจะสอนให้สำนึกรับผิดชอบต่อสังคม

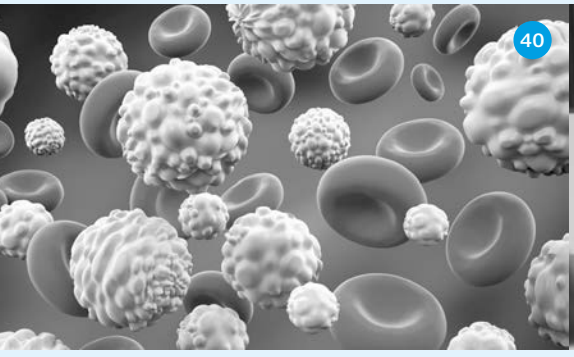
ถ้าเราไม่ยอมรับฟังและไม่คิดจะปรับปรุง อนาคตเราอาจมีปัญหาเมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน

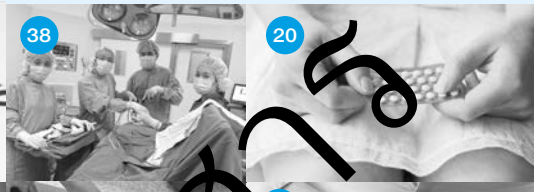
ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

วงการแพทย์ สรรพสาร

Contents

The Medical News ฉบับที่ **424** **วันที่ 16 - 31 ตุลาคม 2557**





3 **โลกกว้างทางแพทย์**
- ผลการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อความเสี่ยงหลอดเลือดอุดตันหลังผ่าตัด
- เปรียบเทียบ Bivalirudin และ Heparin ในผู้ป่วยทำ PCI
- อัลตราซาวนด์และ CT ในผู้ป่วยสงสัยนิ่วในไต

7 **Get Up**
- อนามัยโลกแนะใช้เลือดผู้รอดชีวิตอีโบลา
- ญี่ปุ่นรับมือไข้เดงกีระบาด
- สหรัฐฯ จะเปิดทางเรียกคืนยา

9 **Movement**

10 **ข่าวสารการแพทย์**
- คนไทยสูญวัยแรงงานปีละกว่า 30,000 คน เหตุเพราะป่วยจาก 4 โรคเอ็นซีดี
- สธ. ย้ำเตือนอันตราย 2 โรค "ไข้หวัดใหญ่ และปอดบวม" ปีนี้ป่วยแล้วเกือบ 2 แสนราย

12 **เสี้ยวหนึ่งของชีวิต**
หน้าที่ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

13 **In Focus**
"ห่วงใยแห่งการรอดชีวิต"
เพิ่มเติมความชีพผู้ป่วยฉุกเฉิน

17 **Special**
รศ.(พิเศษ) นพ.ภัทรชัย กีรติสิน
อาจารย์แพทย์ผู้สอนลูกศิษย์ด้วยจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์

20 **ปกิณกะข่าว**
กรมอนามัย จับมือ ไบเออร์ไทย ผุดไอเดีย Be Sure ปรึกษาคุมกำเนิดมั่นใจผ่านร้านขายยาทั่วประเทศ

21 **หลากสีสัน**
คำชม

23 **เสียงแพทย์**
มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความห่วงใย (ตอนที่ 1.2)

25 **จุฬาปริทัศน์**
ระบบ HLA (The HLA complex)

28 **Systematic Review**
Tretinoin รักษาผิวหน้าคล้ำเสียจากแสงแดด

29 **เฉพาะโรค**
ภาวะที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax)

33 **มุมนิติเวช**
การจมน้ำกับบางประเด็น: (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

37 **ปกิณกะข่าว**
สธ. ปรับมาตรการป้องกันรักษาโรคเอดส์ ให้ยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อฟรี หลังรู้ตัวว่าติดเชื้อทันที

38 **Radar**
ทีมศัลยแพทย์ ร.พ.ตำรวจ ผ่าตัดไทรอยด์แบบส่องกล้องไร้แผลเป็นครั้งแรกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

40 **เกาะติดงานประชุม**
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
จัดการประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 12
"National Strategies to Nationwide Cancer Care"

42 **ข่าวบริการ**

44 **IT News/Book Shop**

45 **ภาพข่าว**

CME PLUS โรคหอบหืด (Asthma)

ลูกวงการแพทย์ สารพัดสาร

ผลการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อความเสี่ยงหลอดเลือดอุดตันหลังผ่าตัด

BMJ 2014;349:g5334.

บทความเรื่อง Impact of Sepsis on Risk of Postoperative Arterial and Venous Thromboses: Large Prospective Cohort Study รายงานผลการศึกษาจากฐานข้อมูล National Surgical Quality Improvement Program ของ American College of Surgeons (ACS-NSQIP) เพื่อประเมินผลของการติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนผ่าตัดต่อความเสี่ยงการอุดตันของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลหัตถการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล 374 แห่งทั่วสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี ค.ศ. 2005-2012 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดรวม 2,305,380 คน มาตรวัดผลลัพธ์หลักได้แก่ การอุดตันของหลอดเลือดแดง (กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือสโตรค) และการอุดตันของหลอดเลือดดำ (การอุดตันของหลอดเลือดดำส่วนลึกหรือลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด) ภายใน 30 วันหลังผ่าตัด

จากหัตถการทั้งหมดพบว่า ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายหรือการติดเชื้อในกระแสเลือดอื่นก่อนผ่าตัด มีค่า odds ที่สูงเป็น 3 เท่าต่อการอุดตันของหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำหลังผ่าตัด (odds ratio 3.1, 95% confidence interval 3.0-3.1) โดย odds ratios ที่ปรับแล้วเท่ากับ 2.7 (2.5-2.8) สำหรับหลอดเลือดแดงอุดตัน และ 3.3 (3.2-3.4) สำหรับหลอดเลือดดำอุดตัน ค่า odds ratios สำหรับการอุดตันเท่ากับ 2.5 (2.4-2.6) ในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย, 3.5 (3.1-3.4) ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และ 5.7 (5.4-6.1) ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีการอักเสบทั่วร่างกาย ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเร่งด่วนและผ่าตัดฉุกเฉินมีค่า odds ต่อการอุดตันสูงขึ้นเป็น 2 เท่า

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระที่มีบทบาทสำคัญต่อการอุดตันของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ซึ่งความเสี่ยงสูงขึ้นตามความรุนแรงของอาการตอบสนองต่อการอักเสบ และสูงขึ้นทั้งในผู้ป่วยผ่าตัดเร่งด่วนและไม่เร่งด่วน และการศึกษานี้เสนอแนะให้สันนิษฐานว่าอาจมีการอุดตันของหลอดเลือดในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการผ่าตัด

การใช้สแตตินก่อนตรวจพบเบาหวาน และความเสี่ยงโรคของหลอดเลือดขนาดเล็ก

The Lancet Diabetes & Endocrinology, Early Online Publication, 10 September 2014.

บทความเรื่อง Statin Use before Diabetes Diagnosis and Risk of Microvascular Disease: A Nationwide Nested Matched Study รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของสแตตินต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กในผู้ป่วยโรคเบาหวาน นักวิจัยจึงทดสอบสมมติฐานว่าการใช้สแตตินเพิ่มความเสี่ยงต่อจอตาเสื่อมจากเบาหวาน โรคเส้นประสาทจากเบาหวาน ไตเสื่อมจากเบาหวาน และเนื้อตายที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วยทั้งหมดในเดนมาร์ก ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 40 ปี และตรวจพบเบาหวานระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1996 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2009 โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูล Danish Patient Registry และข้อมูลการใช้ยาจาก Danish Registry of Medicinal Product Statistics จากนั้นได้สุ่มคัดเลือกผู้ป่วย 15,679 คนในฐานข้อมูลซึ่งใช้สแตตินเป็นประจำจนกระทั่งตรวจพบเบาหวาน (กลุ่ม statin users) และเทียบกับผู้ป่วย 47,037 คนที่ไม่เคยได้รับสแตตินก่อนตรวจพบเบาหวาน (กลุ่ม non-statin users) ผลลัพธ์ปฐมภูมิ ได้แก่ อุบัติการณ์สะสมของจอตาเสื่อมจากเบาหวาน โรคของเส้นประสาทจากเบาหวาน ไตเสื่อมจากเบาหวาน และเนื้อตายที่เท้าในกลุ่ม statin users เปรียบเทียบกับกลุ่ม non-statin users ข้อมูลในการศึกษาวิเคราะห์ด้วยตัวแบบ Cox regression models ปรับตามตัวแปรร่วม ได้แก่ เพศ อายุขณะตรวจพบเบาหวาน และวิธีการตรวจเบาหวาน และปรับการวิเคราะห์ด้วยคะแนนความโน้มเอียงและปัจจัยอื่นเพื่อป้องกันอคติระหว่างกลุ่ม statin users และ non-statin users และมัธยฐานการติดตามเท่ากับ 2.7 ปี (range 0-13)

ระหว่างการติดตาม 215,725 person-years พบผู้ป่วย 2,866 คนเป็นจอตาเสื่อมจากเบาหวาน, 1,406 คนเป็นโรคเส้นประสาทจากเบาหวาน, 1,248 คนเป็นไตเสื่อมจากเบาหวาน และ 2,392 คนมีเนื้อตายที่เท้า เมื่อเทียบกับกลุ่ม non-statin users พบว่า กลุ่ม statin users มีอุบัติการณ์สะสมที่ต่ำกว่าของจอตาเสื่อมจากเบาหวาน (hazard ratio 0.60, 95% CI 0.54-0.66; $p < 0.0001$), โรคเส้นประสาทจากเบาหวาน (0.66, 0.57-0.75; $p < 0.0001$) และเนื้อตายที่เท้า (0.88, 0.80-0.97; $p = 0.010$) แต่ยกเว้นไตเสื่อมจากเบาหวาน (0.97, 0.85-1.10; $p = 0.62$) แต่ได้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกันหลังปรับตามความเสี่ยงการเสียชีวิตหลังจับคู่คะแนนความโน้มเอียง หลังปรับตามการพบแพทย์ ครอบครัว และการแบ่งชั้นของตัวแปรร่วม โดยค่า hazard ratio ปรับพหุตัวแปรสำหรับความเสี่ยงเบาหวานในกลุ่มประชากรโดยรวมเท่ากับ 1.17 (95% CI 1.14-1.21; $p < 0.0001$)

การใช้สแตตินก่อนตรวจพบเบาหวานไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อโรคของหลอดเลือดขนาดเล็ก อย่างไรก็ดี ผลของสแตตินต่อการป้องกันโรคของหลอดเลือดขนาดเล็กยังคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม โดยเฉพาะการศึกษาเปรียบเทียบด้วยการสุ่ม

ลิขสิทธิ์ของแพทยสภา

เปรียบเทียบ Bivalirudin และ Heparin ในผู้ป่วยทำ PCI

Lancet. 2014;384(9943):599-606.

บทความเรื่อง Bivalirudin versus Heparin in Patients Planned for Percutaneous Coronary Intervention: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials รายงานว่า bivalirudin เป็นทางเลือกแทน heparin ในผู้ป่วยที่จะรักษาด้วย percutaneous coronary intervention (PCI) นักวิจัยได้ศึกษาผลของยาต้านการแข็งตัวของเลือดสูตร bivalirudin-based เทียบกับสูตร heparin-based ต่อผลลัพธ์ด้านภาวะขาดเลือดและเลือดออก

นักวิจัยสืบค้นข้อมูลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง bivalirudin และ heparin ในผู้ป่วยเตรียมทำ PCI จากฐานข้อมูล Medline, Cochrane Library บทคัดย่อที่เกี่ยวข้อง (สืบค้นในวันที่ 9 เมษายน ค.ศ. 2014) จุดยุติปฐมภูมิด้านประสิทธิภาพ ได้แก่ อุบัติการณ์ของ major adverse cardiac events (MACE) ภายใน 30 วัน และจุดยุติทุติยภูมิด้านประสิทธิภาพ ได้แก่ การเสียชีวิต กล้ามเนื้อหัวใจตาย การเปิดหลอดเลือดเนื่องจากภาวะขาดเลือด และลิ่มเลือดอุดตันภายในขดลวด และจุดยุติปฐมภูมิด้านความปลอดภัย ได้แก่ เลือดออกรุนแรงภายใน 30 วัน โดยคำนวณ risk ratios และ 95% CIs รวมด้วยตัวแบบ random-effects models

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย 16 ฉบับ รวมผู้ป่วย 33,958 คน ซึ่งในจำนวนนี้ 2,422 คนเกิด MACE และ 1,406 คนเกิดเลือดออกรุนแรง จากการศึกษาพบความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อ MACE จากยาสูตร bivalirudin-based เทียบกับ heparin-based (risk ratio 1.09, 95% CI 1.01-1.17; p = 0.0204) ซึ่งส่วนใหญ่พบจากการเพิ่มขึ้นของกล้ามเนื้อหัวใจตาย (1.12, 1.03-1.23) และการเปิดหลอดเลือดเนื่องจากภาวะขาดเลือด (1.16, 0.997-1.34) จาก bivalirudin เทียบกับ heparin ในขณะที่ไม่มีผลต่อการเสียชีวิต (0.99, 0.82-1.18) นอกจากนี้ bivalirudin ทำให้มีความเสี่ยงการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในขดลวดสูงขึ้น (risk ratio 1.38, 95% CI 1.09-1.74; p = 0.0074) ตามที่พบการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย ST-segment elevation myocardial infarction (4.27, 2.28-8.00; p < 0.0001) โดยรวมพบว่า ยาสูตร bivalirudin-based ลดความเสี่ยงต่อเลือดออกรุนแรง (risk ratio 0.62, 95% CI 0.49-0.78; p < 0.0001) แต่ระดับที่ลดได้มีความแปรปรวน (p < 0.0001) ตามการใช้ glycoprotein IIb/IIIa inhibitors เป็นหลักใน heparin arm (0.53, 0.47-0.61; p < 0.0001), ใช้เป็นครั้งคราวในทั้งสอง arms (0.98, 0.51-1.19; p = 0.25) หรือวางแผนจะใช้ในทั้งสอง arms (1.07, 0.87-1.31; p = 0.53)

เมื่อเทียบกับยาสูตร heparin-based พบว่า ยาสูตร bivalirudin-based เพิ่มความเสี่ยงต่อกล้ามเนื้อหัวใจตายและลิ่มเลือดอุดตันในขดลวด แต่ลดความเสี่ยงต่อเลือดออก ซึ่งระดับการลดความเสี่ยงดังกล่าวแปรผันตามการใช้ glycoprotein IIb/IIIa inhibitor แพทย์จึงควรพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์จากภาวะขาดเลือดและเลือดออกในการเลือกสูตรยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่แตกต่างกัน

วิตามินดีและความดันโลหิตสูง

The Lancet Diabetes Endocrinol. 2014;2(9):719-729.

บทความเรื่อง Association of Vitamin D Status with Arterial Blood Pressure and Hypertension Risk: A Mendelian Randomisation Study รายงานว่า ระดับ plasma 25-hydroxyvitamin D (25[OH]D) ที่ต่ำสัมพันธ์กับความดันเลือดแดงที่สูงและความเสี่ยงความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่มีข้อมูลว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงเหตุหรือไม่

นักวิจัยใช้วิธี Mendelian randomisation approach ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุระหว่างระดับ 25(OH)D กับความดันโลหิตและความเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยหาคะแนน allele score (25[OH]D synthesis score) ตามความแปรปรวนของยีนที่ส่งผลต่อ 25(OH)D synthesis และ substrate availability (CYP2R1 and DHCR7) ซึ่งใช้แทน 25(OH)D concentration และวิเคราะห์ meta-analysis จากกลุ่มตัวอย่าง 108,173 คนจากงานวิจัย 35 ฉบับในฐานข้อมูล D-CarDia เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง allele score และค่าความดันโลหิต โดยประเมินร่วมกับข้อมูลสถิติที่ตีพิมพ์ก่อนหน้านี้จาก International Consortium on Blood Pressure (ICBP), Cohorts for Heart and Aging Research in Genomic Epidemiology (CHARGE) และ Global Blood Pressure Genetics (Global BPGen)

ข้อมูลจาก phenotypic analyses (up to n = 49,363) พบว่า 25(OH)D concentration ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความดันซิสโตลิกที่ลดลง (β per 10% increase, -0.12 mmHg, 95% CI -0.20 to -0.04; p = 0.003) และค่า odds ที่ต่ำลงต่อความดันโลหิตสูง (odds ratio [OR] 0.98, 95% CI 0.97-0.99; p = 0.0003) แต่ไม่สัมพันธ์กับการลดลงของความดันไดแอสโตลิก (β per 10% increase, -0.02 mmHg, -0.08 to 0.03; p = 0.37) จาก meta-analyses ซึ่งรวมข้อมูลจาก D-CarDia และ ICBP (n = 146,581 หลังตัดงานวิจัยที่ทับซ้อนกัน) พบว่า 25(OH)D synthesis score ที่เพิ่มขึ้นทุกหนึ่งคะแนนสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ -0.10 mmHg ในความดันซิสโตลิก (-0.21 to -0.0001; p = 0.0498) และ -0.08 mmHg ในความดันไดแอสโตลิก (-0.15 to -0.02; p = 0.01) เมื่อวิเคราะห์ meta-analysis โดยรวมข้อมูลจาก D-CarDia และเครือข่ายงานวิจัยความดันโลหิตสูง (n = 142,255) พบว่า คะแนน synthesis score สัมพันธ์กับค่า odds ต่อความดันโลหิตสูงที่ลดลง (OR per allele, 0.98, 0.96-0.99; p = 0.001) และจาก instrumental variable analysis พบว่า genetically instrumented 25(OH)D concentration ที่เพิ่มขึ้นทุก 10% สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ -0.29 mmHg ในความดันไดแอสโตลิก (-0.52 to -0.07; p = 0.01), -0.37 mmHg ในความดันซิสโตลิก (-0.73 to 0.003; p = 0.052) และค่า odds ของความดันโลหิตสูงที่ลดลง 8.1% (OR 0.92, 0.87-0.97; p = 0.002)

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า 25(OH)D ที่เพิ่มขึ้นอาจลดความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยการศึกษาที่มีรูปแบบใกล้เคียงกัน

สงวนลิขสิทธิ์ ห้ามนำไปใช้ในการค้า

การกลั่นแกล้งออนไลน์และสุขภาพจิตวัยรุ่น และบทบาทการรับประทานมื้อเย็นพร้อมหน้า

JAMA Pediatr. Published online September 1, 2014.

บทความเรื่อง Cyberbullying Victimization and Mental Health in Adolescents and the Moderating Role of Family Dinners นำเสนอหลักฐานว่าการกลั่นแกล้งทางอินเตอร์เน็ตสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตและพฤติการณ์แสดงออก รวมถึงการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น ขณะที่การรับประทานอาหารเย็นร่วมกันทั้งครอบครัวเป็นประจำสามารถลดความสัมพันธ์ดังกล่าว

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกลั่นแกล้งทางอินเตอร์เน็ตและสุขภาพจิตวัยรุ่น (หลังควบคุมความแตกต่างด้านการกลั่นแกล้งแบบต่อหน้า) และบทบาทของการพบปะในครอบครัวต่อความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยศึกษาแบบ cross-sectional, observational study จากข้อมูลการสำรวจในนักเรียน 18,834 คน (อายุ 12-18 ปี) จาก 49 โรงเรียนในมลรัฐแถบตอนกลาง-ตะวันตกของสหรัฐอเมริกา นักวิจัยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการกลั่นแกล้งทางอินเตอร์เน็ตและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดด้วย logistic regression analysis และใช้ negative binomial regression analysis ทดสอบการมีส่วนร่วมทางตรงหรือทางอ้อมในการกลั่นแกล้งทางอินเตอร์เน็ตและบทบาทของการรับประทานอาหารเย็นกับครอบครัวต่ออัตราปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด

นักวิจัยติดตามความถี่ของการกลั่นแกล้งทางอินเตอร์เน็ตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงการถูกกลั่นแกล้งต่อหน้า และการลงมือกลั่นแกล้งต่อหน้า ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิตแบบเก็บกด (หวาดวิตก ซึมเศร้า ทำร้ายตัวเอง คิดฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย) และปัญหาพฤติกรรม (ทะเลาะวิวาทและทำลายข้าวของ) และปัญหาการใช้สารเสพติด (ดื่มเหล้าเป็นประจำ ดื่มเหล้าแบบหัวราน้ำเป็นประจำ การใช้ยาสั่งจ่ายในทางที่ผิด และการใช้ยาจำหน่ายหน้าเคาน์เตอร์ในทางที่ผิด)

ประมาณ 1 ใน 5 (18.6%) ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การกลั่นแกล้งทางอินเตอร์เน็ตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยความถี่ของการกลั่นแกล้งทางอินเตอร์เน็ตสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรม และการใช้สารเสพติดทั้งหมด (odds ratios from 2.6 [95% CI 1.7-3.8] to 4.5 [95% CI 3.0-6.8]) อย่างไรก็ดี การถูกแกล้งสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับอัตราของปัญหาในวัยรุ่นที่มีโอกาสรับประทานอาหารมื้อเย็นกับครอบครัวน้อยกว่า

การศึกษาการกลั่นแกล้งทางอินเตอร์เน็ตสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น และผลลัพธ์จากการศึกษาเสนอแนะว่าการรับประทานอาหารมื้อเย็นกับครอบครัว (ได้พบปะพูดคุยกับครอบครัว) เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นและอาจช่วยปกป้องวัยรุ่นจากอันตรายของการกลั่นแกล้งทางอินเตอร์เน็ตได้

Ivabradine ในโรคหลอดเลือดหัวใจอาการทรงตัว

N Engl J Med 2014;371:1091-1099.

บทความเรื่อง Ivabradine in Stable Coronary Artery Disease without Clinical Heart Failure รายงานว่า อัตราการเต้นของหัวใจที่สูงขึ้นเป็นตัวบ่งชี้ของความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีการศึกษาก่อนหน้านี้เสนอแนะว่า ivabradine ซึ่งมีคุณสมบัติลดอัตราการเต้นของหัวใจอาจช่วยฟื้นฟูผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการทรงตัว มีความผิดปกติของหัวใจห้องล่างซ้าย และมีอัตราการเต้นของหัวใจตั้งแต่ 70 ครั้งต่อนาที

นักวิจัยศึกษาผลของการให้ ivabradine ร่วมกับการรักษามาตรฐานในผู้ป่วย 19,102 คน ซึ่งมีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจทรงตัวโดยไม่มีหัวใจล้มเหลว และมีอัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาทีหรือมากกว่า (รวมถึงผู้ป่วย 12,049 คนซึ่งเป็น angina [class ≥ II ตาม Canadian Cardiovascular Society scale ซึ่งมีระดับตั้งแต่ I ถึง IV โดยระดับที่สูงขึ้นชี้ว่ามีข้อจำกัดมากขึ้นต่อการทำกิจกรรมทางกายอันเนื่องมาจาก angina]) นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับยาหลอกหรือ ivabradine ที่ขนาดสูงสุด 10 มก. วันละ 2 ครั้ง โดยปรับขนาดยาเพื่อลดอัตราการเต้นของหัวใจให้อยู่ระหว่าง 55-60 ครั้งต่อนาที จุดยุติปฐมภูมิได้แก่ ผลรวมของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิต

ที่ 3 เดือนพบว่า ค่าเฉลี่ย (± SD) ของอัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 60.7 ± 9.0 ครั้งต่อนาทีในกลุ่มที่ได้รับ ivabradine เทียบกับ 70.6 ± 10.1 ครั้งต่อนาทีในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก หลังจากมัธยฐานการติดตาม 27.8 เดือนไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ได้รับ ivabradine และกลุ่มยาหลอกด้านอุบัติการณ์ของจุดยุติปฐมภูมิ (6.8% and 6.4% respectively; hazard ratio 1.08; 95% confidence interval 0.96-1.20; p = 0.20) และไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้านอุบัติการณ์ของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิต นอกจากนี้พบว่า ivabradine สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของจุดยุติปฐมภูมิในผู้ป่วยที่ angina เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมทางกายแต่ไม่รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่เป็น angina (p = 0.02 for interaction) อนึ่ง อุบัติการณ์ของภาวะหัวใจเต้นช้าพบสูงกว่าในกลุ่ม ivabradine เทียบกับกลุ่มยาหลอก (18.0% vs. 2.3%, p < 0.001)

การให้ ivabradine ร่วมกับการรักษามาตรฐานเพื่อลดอัตราการเต้นของหัวใจไม่ได้ช่วยให้ผลลัพธ์ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาการทรงตัวที่ไม่มีหัวใจล้มเหลว

ลิขสิทธิ์แพทยสภา

อัลตราซาวนด์และ CT ในผู้ป่วยสงสัยนิ่วในไต

N Engl J Med 2014;371:1100-1110.

บทความเรื่อง Ultrasonography versus Computed Tomography for Suspected Nephrolithiasis รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลชี้ชัดว่าควรตรวจผู้ป่วยสงสัยว่าเป็นนิ่วในไตเบื้องต้นด้วยอัลตราซาวนด์หรือ CT นักวิจัยจึงสุ่มตรวจผู้ป่วยอายุ 18-76 ปีซึ่งมารับการรักษายังแผนกฉุกเฉินและสงสัยว่าเป็นนิ่วในไตด้วยอัลตราซาวนด์โดยแพทย์แผนกฉุกเฉิน (point-of-care ultrasonography) อัลตราซาวนด์โดยรังสีแพทย์ (radiology ultrasonography) หรือตรวจ CT ช่องท้องโดยการดูแลรวมถึงเอกซเรย์เพิ่มเติมอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ นักวิจัยเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มตามอุบัติการณ์ 30 วันของภาวะแทรกซ้อนความเสี่ยงสูงซึ่งอาจเป็นผลจากการตรวจไม่พบหรือตรวจพบช้าและปริมาณสะสมของรังสีที่ได้รับที่ 6 เดือน ผลลัพธ์ทุติยภูมิ ได้แก่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง, เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงที่เกี่ยวข้อง, อาการปวด (ประเมินจาก 11-point visual-analogue scale โดยคะแนนที่สูงชี้ว่ามีอาการปวดมาก), การกลับมารักษายังแผนกฉุกเฉิน, นอนโรงพยาบาล และความถูกต้องของการวินิจฉัย

มีผู้ป่วยได้รับการสุ่ม 2,759 คน แบ่งเป็น point-of-care ultrasonography 908 คน, radiology ultrasonography 893 คน และ CT 958 คน อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนความเสี่ยงสูงใน 30 วันแรกอยู่ในระดับต่ำ (0.4%) และไม่แตกต่างกันตามวิธีการถ่ายภาพ ค่าเฉลี่ยของรังสีที่ได้รับที่ 6 เดือนต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มอัลตราซาวนด์เทียบกับกลุ่ม CT ($p < 0.001$) โดยพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงใน 12.4% ของผู้ป่วยกลุ่ม point-of-care ultrasonography, 10.8% ของผู้ป่วยกลุ่ม radiology ultrasonography และ 11.2% ของผู้ป่วยกลุ่ม CT ($p = 0.50$) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องพบได้น้อย (incidence 0.4%) และใกล้เคียงกันในทุกกลุ่ม ที่ 7 วันพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการปวดเท่ากับ [illegible] ในแต่ละกลุ่ม ($p = 0.84$) และการกลับมารักษายังแผนกฉุกเฉินหรือนอนโรงพยาบาล และความถูกต้องของการวินิจฉัยไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างแต่ละกลุ่ม

การตรวจเบื้องต้นด้วยอัลตราซาวนด์สัมพันธ์กับการได้รับรังสีที่ต่ำกว่าเทียบกับ CT โดยไม่มีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้านความเสี่ยงสูงที่ภาวะแทรกซ้อน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง คะแนนอาการปวด การกลับมารักษายังแผนกฉุกเฉิน หรือการนอนโรงพยาบาล

Ticagrelor ใน STEMI ก่อนถึงโรงพยาบาล

N Engl J Med 2014;371:1016-1027.

บทความเรื่อง Prehospital Ticagrelor in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction รายงานว่า ticagrelor ซึ่งเป็น direct-acting platelet $P2Y_{12}$ receptor antagonist สามารถลดอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรงเมื่อให้ระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในผู้ป่วย ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) แต่ยังไม่มีข้อมูลว่าการให้ ticagrelor ก่อนถึงโรงพยาบาลสามารถฟื้นฟู coronary reperfusion และผลลัพธ์ทางคลินิกหรือไม่

นักวิจัยศึกษาแบบ international, multicenter, randomized, double-blind study จากผู้ป่วย 1,862 คนที่มี STEMI สั้นกว่า 6 ชั่วโมง โดยเปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วย ticagrelor ก่อนถึงโรงพยาบาล (ในรถพยาบาล) และในโรงพยาบาล (ในห้องตรวจสวนหัวใจ) จุดยุติปฐมภูมิได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่มีการกลับเป็นปกติ 70% หรือมากกว่าของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ยกสูงขึ้นก่อนทำ percutaneous coronary intervention (PCI) และสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่มี Thrombolysis in Myocardial Infarction flow ระดับ grade 3 ในหลอดเลือดแดงที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการเอกซเรย์หลอดเลือด จุดยุติทุติยภูมิ ได้แก่ อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรงและการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในขดลวดที่ 30 วัน

มัธยฐานเวลาจากการสุ่มถึงการเอกซเรย์หลอดเลือดเท่ากับ 48 นาที และมัธยฐานความแตกต่างของเวลาระหว่างการรักษาทั้ง 2 วิธีเท่ากับ 31 นาที จุดยุติปฐมภูมิทั้ง 2 ข้อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มก่อนถึงโรงพยาบาลและกลุ่มในโรงพยาบาล การไม่กลับเป็นปกติ 70% หรือมากกว่าของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ยกสูงขึ้นหลังทำ PCI (จุดยุติทุติยภูมิ) พบใน 42.5% และ 47.5% ของผู้ป่วย อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม อัตราการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในขดลวดต่ำกว่าในกลุ่มก่อนถึงโรงพยาบาลเทียบกับกลุ่มในโรงพยาบาล (0% vs. 0.8% ใน 24 ชั่วโมงแรก; 0.2% vs. 1.2% ที่ 30 วัน) ขณะที่อัตราการเกิดเลือดออกรุนแรงอยู่ในระดับต่ำและใกล้เคียงกันในทั้ง 2 กลุ่มไม่ว่าประเมินตามนิยามใด

การรักษาด้วย ticagrelor ก่อนถึงโรงพยาบาลในผู้ป่วย STEMI เฉียบพลันมีความปลอดภัยแต่ไม่ได้ช่วยให้ coronary reperfusion ก่อนทำ PCI ดีขึ้น

ลิขสิทธิ์ของแพทยสภา

อนามัยโลกแนะใช้เลือดผู้รอดชีวิตอีโบลา

บีบีซี – องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้นำเลือดของผู้ป่วยที่ฟื้นตัวจากไวรัสอีโบลามาใช้รักษาผู้ป่วยรายอื่น และประกาศวัคซีนอีโบลาจะพร้อมใช้ภายในเดือนพฤศจิกายนนี้

ท่ามกลางสถานการณ์การระบาดครั้งร้ายแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ของไวรัสอีโบลาซึ่งคร่าชีวิตประชาชนไปแล้วกว่า 2,000 คนในแถบแอฟริกาตะวันตก ดร.มารี พอล คีนี รองผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้นำผลิตภัณฑ์จากเลือดของผู้ป่วยที่ฟื้นตัวจากไวรัสอีโบลามาใช้รักษาผู้ติดเชื้อรายอื่น และต้องทุ่มเทสรรพกำลังเพื่อให้ประเทศที่ได้รับผลกระทบสามารถนำมาใช้ในการรักษา

ดร.คีนี กล่าวด้วยว่า ผลิตภัณฑ์จากเลือดของผู้ป่วยที่ฟื้นจากอีโบลาสามารถนำมาใช้ได้ทันที ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการรักษาผู้ติดเชื้อ นอกจากนี้ การที่มีผู้ป่วยติดเชื้อรอดชีวิตและฟื้นตัวจากไวรัสอีโบลาเป็นจำนวนมากก็ทำให้มั่นใจได้ถึงแหล่งของเลือดสำหรับที่จะนำมาใช้รักษา

อนึ่ง การศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีนอีโบลาได้เริ่มขึ้นแล้วในสหรัฐอเมริกา และจะขยายไปยังสหราชอาณาจักร มาลี และแกมเบีย โดยองค์การอนามัยโลกชี้ว่าข้อมูลความปลอดภัยของวัคซีนจะแล้วเสร็จภายในเดือนพฤศจิกายนนี้ ซึ่งหากได้ผลเป็นที่น่าพอใจก็จะนำไปใช้ในพื้นที่แพร่ระบาดทันที โดยจะเน้นไปที่บุคลากรการแพทย์และเจ้าหน้าที่ส่วนหน้าเป็นอันดับแรก

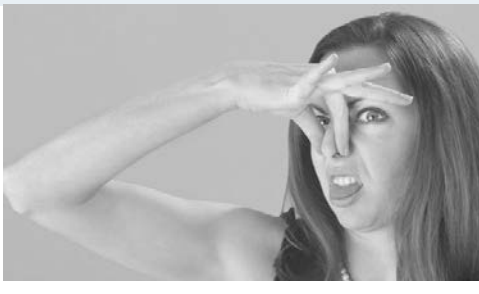
ญี่ปุ่นรับมือไข้เดงกีระบาด

บีบีซี – ญี่ปุ่นรับมือการระบาดของไข้เลือดออกเดงกีครั้งแรกในรอบ 70 ปี โดยพบผู้ติดเชื้อแล้วกว่า 22 คน

กระทรวงสาธารณสุขญี่ปุ่นแถลงว่า การระบาดของไข้เลือดออกเดงกีครั้งล่าสุดหลังจากพบครั้งสุดท้ายเมื่อปี พ.ศ. 2488 น่าจะมีต้นตอมาจากยุงในสวนสาธารณะโยโยงิในกรุงโตเกียว โดยสันนิษฐานว่านักท่องเที่ยวต่างชาติติดเชื้อมาจากประเทศเขตร้อนอาจเป็นพาหะนำไข้เลือดออกเดงกี และอาจเป็นได้ว่ายุงญี่ปุ่นไปกัดนักท่องเที่ยวจึงทำให้ไวรัสขยายตัวออกไป

อีกด้านหนึ่งทางการญี่ปุ่นส่งเจ้าหน้าที่ออกปราบปรามเชื้อไวรัสเดงกีในสวนสาธารณะโยโยงิ รวมถึงติดตั้งป้ายเตือน ฉีดยาฆ่าแมลง และสูบน้ำออกจากสระโดยรอบ นอกจากนี้ยังได้ตั้งโทรศัพท์สายด่วนสำหรับรับแจ้งการระบาดของไข้เดงกีไว้อีกทางหนึ่ง อย่างไรก็ดี เจ้าหน้าที่เชื่อว่าการระบาดของไข้เดงกีที่ได้แรงหนุนจากสภาพอากาศชื้นผิดปกติในช่วงหน้าร้อนนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อเข้าสู่ต้นฤดูใบไม้ร่วง

ตรวจการติดเชื้อจากกลิ่นอุจจาระ



บีบีซี – นักวิจัยอังกฤษใช้เซ็นเซอร์ตรวจกลิ่นอุจจาระติดตามแบคทีเรียที่อาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต

ทีมวิจัยของมหาวิทยาลัยเลสเตอร์รายงานในวารสาร Metabolomics ว่า เซ็นเซอร์ตรวจกลิ่นสามารถระบุเชื้อ *Clostridium difficile* หลายสายพันธุ์ตามกลิ่นของสารเคมีที่ปล่อยออกมา โดยเชื่อว่าเซ็นเซอร์นี้จะเป็นประโยชน์ต่อการคัดกรองการติดเชื้อแบคทีเรียสายพันธุ์ก่อโรคในผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

นักวิจัยกล่าวว่า สารเคมีที่แบคทีเรียปล่อยออกมาเป็นเหมือนลายนิ้วมือของแบคทีเรียแต่ละสายพันธุ์ซึ่งสะดวกต่อการจำแนกด้วยเซ็นเซอร์กลิ่น และการระบุแบคทีเรียแต่ละสายพันธุ์รวมถึงการศึกษากลไกการผลิตสารเคมีของแบคทีเรียจะนำไปสู่การทำความเข้าใจกลไกการก่อโรคของแบคทีเรียและปรับการรักษาให้ตรงกับโรค

อนึ่ง ปัจจุบันกำลังมีการศึกษาผลของเซ็นเซอร์ตรวจกลิ่นกับมะเร็ง โดยอาศัยการตรวจกลิ่นของสารเคมีที่มะเร็งปอดหรือมะเร็งเต้านมผลิตขึ้น และมีข้อมูลงานวิจัยชี้ว่า เซ็นเซอร์ตรวจกลิ่นสามารถตรวจมะเร็งเต้านมได้แม่นยำเทียบเท่าการเอกซเรย์เต้านม และผู้ป่วยบางส่วนเล่าว่ากลิ่นของมะเร็งนั้นคล้ายกลิ่นซากเน่าเสีย

วงการแพทย์สวัสดี

สหรัฐฯ จะเปิดทางเรียกคืนยา

ยาฮู! – รัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกาจะอนุญาตให้ร้านยาและคลินิกเรียกคืนยาที่ไม่ได้ใช้จากผู้ป่วย อันเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการควบคุมยาที่มีฤทธิ์เสพติด

มาตรการใหม่ซึ่งจะประกาศในข้อบังคับของสำนักงานปราบปรามยาเสพติดสหรัฐอเมริกามีขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการติดยากลุ่มโอปิออยด์ที่กำลังเป็นปัญหาใหญ่ในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากข้อบังคับเดิมเป็นอุปสรรคต่อการกำจัดยาที่ไม่ได้ใช้อย่างถูกวิธี โดยห้ามร้านยาเรียกคืนยาแก้ปวดที่ไม่ได้ใช้ และแนะนำให้ผู้บริโภคกำจัดโดยทิ้งลงในชักโครกหรือทิ้งในถังขยะ หรือส่งมอบยาที่ไม่ได้ใช้แก่เจ้าหน้าที่

รายงานระบุด้วยว่า ข้อบังคับใหม่ซึ่งจะครอบคลุมยาที่มีการสั่งจ่ายทั้งหมดจะอนุญาตให้ผู้บริโภคสามารถส่งยาที่ไม่ได้ใช้แก่เจ้าหน้าที่ทางไปรษณีย์เพื่อรวบรวมไปทำลาย ซึ่งแม้เบื้องต้นยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าจะมีบริษัทยาใดบ้างที่จะเข้ามาอำนวยความสะดวกการส่งคืนยาแก่ผู้ป่วย แต่มาตรการนี้ก็ได้รับเสียงชื่นชมจากชาวอเมริกันส่วนหนึ่งในฐานะกุญแจสำคัญของการลดปัญหาการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ในผู้ใหญ่และวัยรุ่น

พี่น้องแกล้งกันทำลายสุขภาพจิตระยะยาว

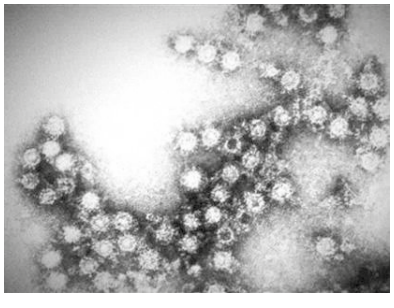
รอยเตอร์สเฮลธ์ – นักวิจัยอังกฤษเรียกร้องศึกษาการกลั่นแกล้งกันระหว่างพี่น้อง ชี้เป็นหนึ่งในสาเหตุปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

การศึกษาโดยนักวิจัยมหาวิทยาลัยอ็อกซ์ฟอร์ดจากกลุ่มตัวอย่างราว 7,000 คน ซึ่งรายงานในวารสาร Pediatrics ชี้ว่า ผู้ที่ถูกพี่น้องกลั่นแกล้งมีแนวโน้มสูงกว่าที่จะเป็นโรคซึมเศร้า หวาดวิตก หรือทำร้ายตัวเองในช่วงย่างเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่โดนแกล้ง นอกจากนี้การกลั่นแกล้งกันระหว่างพี่น้องซึ่งอาจสะสมมาตั้งแต่วัยเด็กยังสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายด้วย

นักวิจัยได้เรียกร้องนักวิจัยด้วยกันเอง แพทย์ และผู้รับผิดชอบกำหนดนโยบายหันมาให้ความสนใจการกลั่นแกล้งกันระหว่างพี่น้องซึ่งคงเป็นหัวข้อที่ไม่มีการพูดถึง นอกจากนี้ยังเสนอให้พัฒนาเครื่องมือและเทคนิคสำหรับแก้ไขปัญหาการกลั่นแกล้งระหว่างพี่น้อง รวมถึงประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือฟื้นฟูความสัมพันธ์ฉันพี่น้องเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน

อีกด้านหนึ่งมีการศึกษาโดยนักวิจัยของมหาวิทยาลัยวอร์วิคของอังกฤษตีพิมพ์ในวารสารฉบับเดียวกันรายงานว่า เด็กที่ถูกแกล้งมีแนวโน้มสูงกว่าต่อการฝันร้าย รวมถึงอาการผวาและกรีดร้องขณะหลับ และเรียกร้องให้ผู้ปกครองและผู้เกี่ยวข้องสอบถามปัญหาการกลั่นแกล้งในเด็กที่มีอาการดังกล่าว

ไวรัสทางเดินหายใจระบาดในสหรัฐฯ



รอยเตอร์ส – พบการระบาดของ enterovirus D68 (EV-D68) ในหลายรัฐของสหรัฐอเมริกา มีรายงานเด็กติดเชื้อป่วยทางเดินหายใจแล้วกว่าหลายร้อยคน

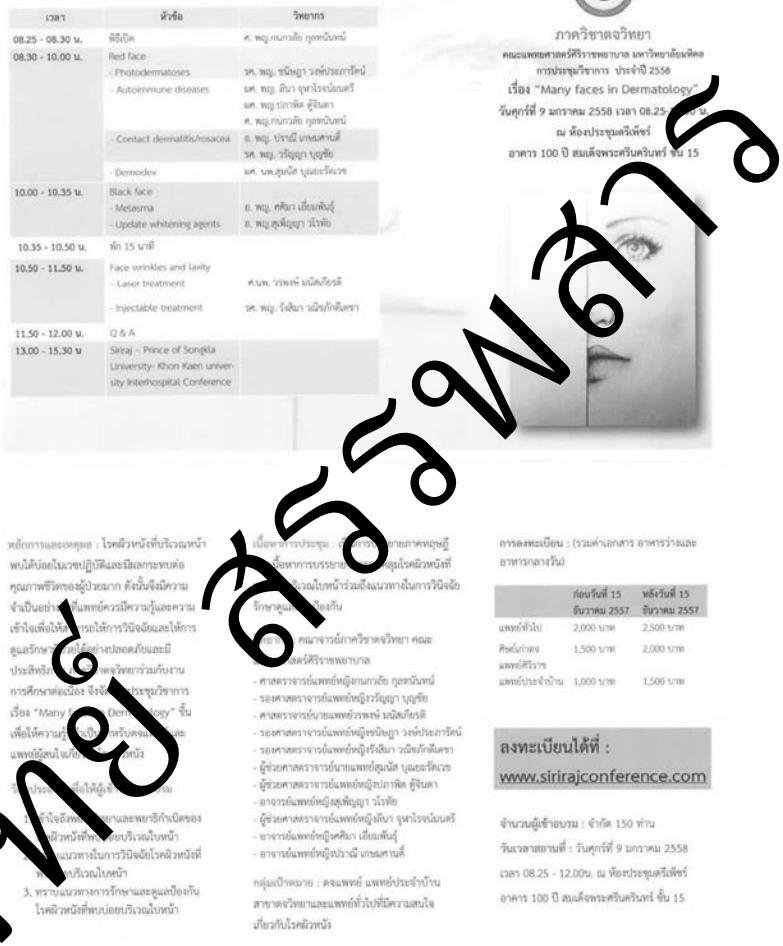
เจ้าหน้าที่ระดับสูงของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (ซีดีซี) กล่าวว่า ไวรัส EV-D68 ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่เจาะจงกำลังแพร่ระบาดออกไปอย่างรวดเร็วในหลายรัฐ และเบื้องต้นยังไม่อาจประเมินความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะของการระบาด และพื้นที่การแพร่ระบาดได้

ไวรัส EV-D68 พบครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาเมื่อปี พ.ศ. 2505 และที่ผ่านมาพบการติดเชื้อน้อยมาก โดยไวรัสดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดความผิดปกติอย่างรุนแรงของระบบทางเดินหายใจ และสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบประสาท และอาจมีอาการถึงแก่ชีวิตในรายที่ติดเชื้อรุนแรง อย่างไรก็ดี ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิตจากการระบาดของไวรัส EV-D68 ในรอบล่าสุดนี้

ลิขสิทธิ์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

Many Faces in Dermatology

ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับงานการศึกษาต่อเนื่อง ขอเชิญตจแพทย์และแพทย์ทั่วไปที่มีความสนใจเกี่ยวกับโรคผิวหนังเข้าร่วมโครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 “The 12th Siriraj Annual Update in Dermatology” เรื่อง **Many Faces in Dermatology** ในวันศุกร์ที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2558 เวลา 8.25-12.00 น. ณ ห้องประชุมตรีเพ็ชร์ อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สนใจลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.sirirajconference.com สอบถามรายละอียดเพิ่มเติมที่ ฝ่ายการศึกษา สำนักงานภาควิชาตจวิทยา อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 9 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทรศัพท์ 0-2419-4337 E-mail: dermatologyconference@gmail.com



24th Two Days in Cardiology

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย จัดการประชุม **24th Two Days in Cardiology** ระหว่างวันที่ 5-7 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมดุสิต รีสอร์ท จ.เพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความก้าวหน้า วิทยาการใหม่ ๆ ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดให้แก่แพทย์โรคหัวใจ แพทย์ผู้สนใจและบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวข้องในด้านนี้ได้รับรู้ และนำไปใช้ประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจต่อไป สนใจลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.thaiheart.org สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2718-0060-5 E-mail: thaiheart@thaiheart.org

วงการแพทย์ สรรพสาร

• กองบรรณาธิการ

คนไทยสูญวัยแรงงานปีละกว่า 30,000 คน เหตุเพราะป่วยจาก 4 โรคเอ็นซีดี

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ปัจจุบันประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือที่เรียกว่า โรคเอ็นซีดี (Non Communicable Disease: NCD) สูงขึ้นมาก โดย 4 โรคที่พบอันดับต้น ๆ ได้แก่ มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตรวมกันจำนวน 89,775 คน โดยร้อยละ 37 หรือ 33,545 คน เสียชีวิตขณะอายุยังไม่ถึง 60 ปี ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้คนวัยแรงงานอายุสั้นลง หากไม่เร่งแก้ไขคาดว่าปัญหาโรคเอ็นซีดีจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน ทำให้ขาดแรงงานหลักหรือเสาหลักสร้างรายได้ให้ครอบครัว รวมทั้งผู้สูงอายุอาจขาดผู้ดูแล โดยเฉพาะครอบครัวที่มีลูกคนเดียว โดยสาเหตุของโรคเอ็นซีดีส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพประจำวันที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สมดุลกัน เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย โดยจากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุดในปี พ.ศ. 2554 พบว่าประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายเพียงร้อยละ 26 นอกจากนี้ยังนิยมรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มมากขึ้น ส่วนผัก ผลไม้ รับประทานน้อยมากเฉลี่ยคนละ 1.8 กรัม หรือไม่ถึงวันละ 2 ขีด ซึ่งตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกกำหนดให้รับประทานผักให้ได้วันละ 4-6 ขีด นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กวัยประสบปัญหาน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน จากข้อมูลสุขภาพของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ล่าสุดในปี พ.ศ. 2555 มีคนไทยอายุ 5 ปีขึ้นไปเป็นโรคอ้วนมากกว่า 17 ล้านคนทั่วประเทศ และยังมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 4 ล้านคนต่อปี เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์สุขภาพในกลุ่มประเทศอาเซียนพบว่าเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปีนั้นไม่เพียงแต่โภชนาการเกินร้อยละ 8 สูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศในกลุ่มอาเซียน รองจากอินโดนีเซีย จึงให้กรมอนามัยบูรณาการแก้ไขปัญหาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความเป็นอยู่ของมนุษย์ เป็นต้น

สธ. หนุนกรมการแพทย์ เป็นผู้นำฝึกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขของอาเซียน

นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กรมการแพทย์เป็นกรมวิชาการ ที่มีหน้าที่ด้านการศึกษาวิจัย พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ มาตรฐานการรักษาพยาบาล รวมทั้งให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางในระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ โดยมีโรงพยาบาลและสถาบันในสังกัด 30 แห่ง อยู่ในส่วนกลาง 14 แห่ง และต่างจังหวัด 16 แห่ง มีบริการสาขาต่าง ๆ อาทิ อาชีวเวชศาสตร์ มะเร็ง โรคทางตา เด็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากจะให้บริการผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นแหล่งเรียนรู้ ฝึกอบรม และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้แก่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้ยังมีภารกิจที่สำคัญในการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้เพียงพอและสอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ 1. ผลิตแพทย์ร่วมกับมหาวิทยาลัยรังสิตปีละ 100 คน ขณะนี้ผลิตไปแล้ว 20 รุ่น จบการศึกษา 1,456 คน 2. พัฒนาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใน 43 สาขา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510-2557 เฉลี่ยปีละ 150 คน จบการศึกษาแล้ว 3,252 คน และ 3. พัฒนาบุคลากรสาขาอื่น ๆ มากกว่า 300 หลักสูตร รวมปีละ 5,500 คน

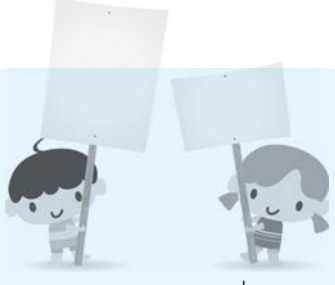
ทั้งนี้ได้มอบนโยบายให้กรมการแพทย์พัฒนากลไกการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์เชื่อมโยงกับอาเซียน พร้อมที่จะเป็นแหล่งผลิตและฝึกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขของประเทศสมาชิกอาเซียน โดยร่วมมือกับมหาวิทยาลัย มั่นใจว่าเมื่อมีความร่วมมือกันในด้านนี้แล้ว จะช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน

วงการแพทย์ สงวนลิขสิทธิ์

สธ. ย้ำเตือนอันตราย 2 โรค "ไข้หวัดใหญ่ และปอดบวม" ปีนี้ป่วยแล้วเกือบ 2 แสนราย

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยว่า ขณะนี้เป็นช่วงปลายฝนต้นหนาว บางพื้นที่อากาศเริ่มหนาวเย็นลง และบางพื้นที่ยังมีฝนตกอยู่ อาจทำให้ผู้ที่มีภูมิต้านทานโรคต่ำกว่าคนทั่วไป เช่น ผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ไตวาย เป็นต้น เสี่ยงป่วยได้ง่าย โรคอันตรายที่พบได้บ่อยในช่วงนี้มี 2 โรค คือ ไข้หวัดใหญ่ซึ่งแต่ละปีพบผู้ป่วย 50,000-60,000 ราย และโรคปอดบวมซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อทั้งหมด และมักเกิดแทรกซ้อนตามหลังโรคทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ แต่ละปีพบผู้ป่วยประมาณ 200,000 ราย เสียชีวิตปีละ 1,000 กว่าราย ทั้งนี้สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้เฝ้าระวังสถานการณ์โรคอย่างใกล้ชิด ปี พ.ศ. 2557 นี้ ตั้งแต่เดือนมกราคม-วันที่ 28 กันยายน ทั่วประเทศพบผู้ป่วยโรคปอดบวม 144,278 ราย เสียชีวิต 657 ราย ส่วนโรคไข้หวัดใหญ่พบผู้ป่วย 54,748 ราย เสียชีวิต 59 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเด็กเล็ก ซึ่งจากการติดตามข้อมูลการเฝ้าระวังโรคย้อนหลังพบว่า โรคไข้หวัดใหญ่จะพบผู้ป่วยสูง 2 ช่วง คือมกราคมถึงมีนาคม และกรกฎาคมถึงตุลาคม ส่วนโรคปอดบวมพบผู้ป่วยสูง 2 ช่วง คือกรกฎาคมถึงพฤศจิกายน และมกราคมถึงมีนาคม นอกจากนี้ยังพบว่าจังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยสูงสุด 10 จังหวัดแรก ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดที่กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยประกาศเตือนภัยหนาว โดยได้กำชับให้โรงพยาบาลทั่วประเทศ หากพบผู้ป่วยและมีปัจจัยเสี่ยงขอให้ดูแลรักษาตามแนวทางการรักษา นอกจากนี้ยังให้เฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกซึ่งเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่มีความรุนแรง แหล่งแพร่เชื้อมาจากสัตว์ปีก เช่น นก ไก่ เป็นต้น แม้ว่าประเทศไทยจะไม่พบผู้ป่วยโรคนี้ติดต่อกันมาเป็นเวลา 7 ปี และไม่พบสัตว์ปีกติดเชื้อเป็นเวลา 6 ปี ก็ตาม แต่ยังไว้วางใจไม่ได้ เนื่องจากมีรายงานพบผู้ป่วยในประเทศใกล้เคียงอย่างต่อเนื่อง

สถาบันสุขภาพเด็กฯ จับมือภาคีเครือข่าย ปกป้องเด็กไทยห่างไกลพิษสารตะกั่ว



รศ.พญ.ศิราภรณ์ สวัสดิวร ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กล่าวว่า โครงการปกป้องเด็กและครอบครัวห่างไกลพิษสารตะกั่วเป็นหนึ่งในโครงการที่ดำเนินการภายใต้โครงการหลักของกระทรวงสาธารณสุข คือ "โครงการอาหารปลอดภัยเด็กไทยฉลาด" เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งทำต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน เป็นงานเชิงรุกด้านสาธารณสุขที่ขนาดปัญหาไม่ใหญ่ แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพิษสารตะกั่วนั้นรุนแรง เมื่อเด็กได้รับสารพิษจากตะกั่วเข้าไปแล้วจะส่งผลเสียชัดเจนต่อร่างกายและระบบสติปัญญา โดยเฉพาะสมองที่กำลังพัฒนาจะไม่สามารถฟื้นคืนเป็นปกติได้ ทำให้ไอคิวต่ำ และถ้าได้รับในปริมาณสูงจะมีผลต่อสมอง ตับ และไต ทำให้มีอาการชัด ชัก และเสียชีวิต นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่สัมผัสสารตะกั่วมีความเสี่ยงที่จะแท้ง คลอดก่อนกำหนด หรือลูกมีน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งการทำงานปีแรกเริ่มด้วยการทบทวนความรู้ ผลิตสื่อรณรงค์ให้ความรู้แก่พ่อแม่ผู้ปกครอง และเด็ก ๆ เพื่อให้ตระหนักถึงพิษภัยของสารตะกั่ว โดยร่วมกับกรมอนามัยแจกสื่อ VCD เกม โปสเตอร์ แผ่นพับ โดยมอบให้โรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาจำนวน 926 แห่งทั่วประเทศ การทำงานในระยะที่ 2 (พ.ศ. 2553-2555) เป็นการทำงานในพื้นที่ที่มีรายงานว่ามีเด็กไทยมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว ที่อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก โดยทำการสำรวจสถานการณ์การสัมผัสสารตะกั่วจำนวน 2 ครั้ง เพื่อทราบสถานการณ์ที่แท้จริงและนำเสนอข้อมูลเหล่านี้เพื่อให้ทราบว่าเด็กไทยในบางพื้นที่ยังมีความเสี่ยงต่อพิษของสารตะกั่ว และเพื่อสร้างเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพแบบยั่งยืน ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และการทำงานในช่วงสุดท้าย (พ.ศ. 2556-2557) เป็นการทำงานเพื่อสรุปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายงานด้านวิชาการ และมีการเฝ้าระวังการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กไทยอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข เสนอให้ตรวจคัดกรองหาระดับตะกั่วในเลือดในเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี เฉพาะกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว เพื่อให้เด็กไทยมีต้นทุนสมองและต้นทุนสุขภาพที่ดี และเป็นต้นทุนอันมีค่ายิ่งของประเทศต่อไป

วงการแพทย์ สารพัดสาระ

• นพ.พินิจ กุลละวณิชย์

หน้าที่ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

สภากาชาดไทยได้กำหนดหน้าที่หลักของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ไว้ในข้อบังคับของสภากาชาดไทย ข้อ 42 ทวิ ดังนี้

1. มีหน้าที่จัดหาโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้จากผู้บริจาคที่ไม่หวังสิ่งตอบแทนเพื่อนำไปใช้รักษาให้เพียงพอกับผู้ป่วยทั่วประเทศ 2. แปรรูปส่วนประกอบของโลหิตที่เหลือใช้สำหรับเก็บและจ่าย เพื่อใช้รักษาโรคบางชนิด 3. ทำการวิจัยและพัฒนาการถ่ายโลหิตและโลหิตวิทยา 4. ช่วยจัดตั้งงานบริการโลหิตให้แก่เหล่ากาชาดจังหวัดในรูปของสาขาบริการโลหิตแห่งชาติหรือภาคบริการโลหิตแห่งชาติ ปัจจุบันศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ได้จัดตั้งสาขาบริการโลหิตแห่งชาติเหล่ากาชาดจังหวัด สาขาบริการโลหิตในส่วนภูมิภาค และสาขาบริการโลหิตในกรุงเทพฯ รวมทั้งหมด 15 สาขา

หน้าที่ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติในปัจจุบัน คือ 1. จัดหาโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต เพื่อจ่ายให้แก่โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด 2. จัดทำอุปกรณ์เจาะเก็บโลหิต เช่น ถุงบรรจุโลหิต น้ำยาต่าง ๆ เพื่อใช้ในกิจการของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติและจ่ายให้แก่สาขาบริการโลหิตทั่วประเทศ 3. ผลิตน้ำยาตรวจหมู่โลหิตเพื่อใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ ทั่วประเทศ 4. ผลิตผลิตภัณฑ์โลหิตเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วย 5. จัดทำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของสาขาบริการโลหิตทั่วประเทศ 6. ให้การช่วยเหลือด้านการบริการโลหิตแก่ธนาคารเลือดของโรงพยาบาลต่าง ๆ 7. จัดการอบรมระยะสั้นงานบริการโลหิตให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานทางธนาคารเลือด 8. จัดตั้งภาคบริการโลหิตแห่งชาติให้ครบ 12 ภาคทั่วประเทศ 9. จัดหาผู้บริจาคสเต็มเซลล์ที่ไม่ใช่ญาติให้แก่ผู้ป่วย โดยจัดตั้ง National Stem Cell Donor Registry Program ขึ้น ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2545 ในหมวด 9 การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้บริจาค ที่ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 119 ตอนที่ 42ง วันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2545 หน้า 52-56

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ดำเนินการโดยยึดมั่นในนโยบายคุณภาพคือ โลหิตและผลิตภัณฑ์ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติมีคุณภาพ ปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับ โลหิตทุกยูนิตที่ได้รับบริจาคจะต้องผ่านการตรวจเชื้อทางห้องปฏิบัติการด้วยน้ำยาและเครื่องมือที่ทันสมัย มีความไวสูง ส่วนผลิตภัณฑ์ทุกชนิดจะต้องผ่านการควบคุมคุณภาพทั้งในกระบวนการผลิตและเมื่อสำเร็จรูปแล้ว ส่งผลให้งานบริการโลหิตของไทยพัฒนาสู่ความเป็นสากลเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะด้านคุณภาพของโลหิตจนได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพ ISO 9001:2000 จนถึง ISO 9001:2008 ทั้งระบบ

ลิขสิทธิ์ วงการแพทย์

“ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต” เพิ่มโอกาสกู้ชีพผู้ป่วยฉุกเฉิน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นองค์กรของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน **หนึ่งในภารกิจสำคัญคือ การเน้นย้ำให้ประชาชนจดจำวิธีการช่วยผู้หมดสติและหยุดหายใจ ตามหลัก Chain of Survival หรือห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต อันเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด** ซึ่ง สพฉ. มีความประสงค์จะเผยแพร่ข้อมูลและให้ความรู้ที่ถูกต้องในวิธีการต่าง ๆ แก่ประชาชน โดยในกระบวนการช่วยชีวิต การใช้เครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED (Automated External Defibrillator) นับเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำนัก **นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นประธานในพิธีรับมอบเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED จำนวน 10 ชุด จากบริษัท เซ้นต์เจ้าคอล (คริติคอล แคร์) จำกัด เพื่อสนับสนุนการพัฒนาการช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามหลักห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต”**

นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร

นพ.อนุชา กล่าวว่า ในปัจจุบันมีการกำหนดขั้นตอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินที่หมดสติ หรือหยุดหายใจ ตามหลักการที่เรียกว่า Chain of Survival หรือห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต ซึ่งเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1. การตระหนักถึงภาวะฉุกเฉินและการแจ้งทีมช่วยชีวิตที่หมายเลข 1669 อย่างรวดเร็ว (Early Access)
2. การเริ่มปฏิบัติการช่วยชีวิตในทันที (Early CPR) ซึ่งการกดหน้าอกที่มีประสิทธิภาพนั้น ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ 2-3 เท่า
3. เมื่อมีข้อบ่งชี้ให้การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าให้รวดเร็วที่สุดภายใน 3-5 นาที (Early Defibrillation)

ลิขสิทธิ์เพื่อการใช้งานส่วนตัวเท่านั้น

4. ปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงอย่างรวดเร็ว (Early ACLS) และมีประสิทธิภาพ และ
5. ให้การดูแลหลังจาก CPR อย่างใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพ (Integrated Post Cardiac Arrest Care)

"ในขั้นตอนที่ 3 นี้ถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก โดยปัจจุบันเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED เป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์แบบพกพาชนิดหนึ่ง สามารถวินิจฉัยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ถ้าสามารถเริ่มต้นการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานโดยการกดหน้าอกร่วมกับการใช้เครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพียงใดก็จะยิ่งเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งในปัจจุบันสามารถทำได้โดยบุคคลทั่วไป แม้จะไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ หากได้รับการเรียนรู้และฝึกฝน หรือฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือศูนย์ 1669 ก็สามารถใช้งานเครื่องได้ โดยทาง สพฉ. จะร่วมมือกับภาคีเครือข่ายด้าน

การแพทย์ฉุกเฉินในการส่งเสริมให้ประชาชนเรียนรู้และจดจำขั้นตอนเหล่านี้ต่อไป" **นพ.อนุชา** กล่าว

นพ.อนุชา กล่าวอีกว่า ปัจจุบัน สพฉ. มีนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ รวมทั้งพัฒนาความรู้และทักษะแก่ อสม. ให้สามารถช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานโดยการกดหน้าอก ซึ่งขณะนี้ในหลาย ๆ โรงพยาบาลได้มีการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานแก่ อสม. และในอนาคตจะเพิ่มเติมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานโดยการกดหน้าอกร่วมกับการใช้เครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ซึ่งถือเป็นก้าวต่อไปของ สพฉ. เพื่อเพิ่มห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต

สำหรับเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED จำนวน 10 ชุด ที่ทางบริษัท เซนต์เมดิคอล (คริติคอล แคร์) จำกัด มอบให้นั้น ทาง สพฉ. จะนำไปบริจาคส่งต่อให้แก่องค์กรอื่น ๆ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ สร้างกลไกและขยายผลเข้าสู่กระบวนการฝึกห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตต่อไปภายในองค์กรของตน ซึ่งไม่เฉพาะแต่องค์กรเท่านั้น ในสถานที่มีความเสี่ยงสูง ผู้คนแออัด พลุกพล่าน เช่น สถานีรถไฟ สถานีขนส่ง สนามกีฬา เวทีมวย ศาลากลางจังหวัด เทศบาล หรือแม้แต่รัฐสภา ก็มีความจำเป็นที่ต้องมีเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ติดตั้งด้วยเช่นกัน

ทั้งนี้ นอกจากจะมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยแล้ว ยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ชาวต่างชาติที่เดินทางมายังประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน หรือ AEC ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจะเป็นประเทศอันดับต้น ๆ ในอาเซียนที่มีความตื่นตัว เตรียมความพร้อมและให้ความสำคัญกับการติดตั้งเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED รวมทั้งมีการกระจายความรู้ ประชาสัมพันธ์สายด่วน 1669 ซึ่งปัจจุบันมีผู้ใช้บริการเพิ่มจำนวนมากขึ้นถึง 1.3 ล้านครั้งต่อปี แต่อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตไม่ได้อยู่ที่การกู้ชีพเพียงอย่างเดียว ประชาชนที่อยู่ในจุดเกิดเหตุต้องสามารถรับมือกับสถานการณ์และให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

นพ.อัจฉริยะ แพงมา ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

นพ.อัจฉริยะ แพงมา

นพ.อัจฉริยะ กล่าวว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2537 รวมระยะเวลา 20 ปี จนถึงปัจจุบันระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน ซึ่งในการดำเนินงานตลอดระยะเวลาที่ผ่านมามีความชัดเจนมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ทั้งนี้ยังมีหลายเรื่องที่ต้องพัฒนาต่อให้สำเร็จลุล่วง หนึ่งในนั้นคือ การเข้าถึงบริการของประชาชน ทำให้สายด่วน 1669 เป็นที่รู้จัก ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ประชาชน รวมถึงรู้จักวิธีการใช้เครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ซึ่งทั้งหมดเป็นทิศทางที่จะต้องขับเคลื่อนต่อไปในอนาคต

หากกล่าวถึงห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตนั้น ประกอบไปด้วย 5 ห่วง ห่วงที่ 1 คือการร้องขอความช่วยเหลือ ซึ่งปัจจุบันมีหมายเลขรับแจ้งเกิดขึ้นแล้วคือ 1669 จากนั้นจะข้ามไปห่วงที่ 4 คือรอรถพยาบาลเพื่อปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และห่วงที่ 5 คือให้การดูแลอย่างใกล้ชิดที่โรงพยาบาล จะเห็นว่าในห่วงที่ 2 คือการช่วยชีวิตปฐมพยาบาลด้วยการกดหน้าอก และห่วงที่ 3 คือการใช้

ลิขสิทธิ์ สงวนพาย สงวนสิทธิ์

เครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED เข้ามาช่วยนั้นยังไม่มี การที่บริษัท เซนต์เมดิคอล (คริติคอล แคร์) จำกัด ได้มอบเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED จำนวน 10 ชุด ให้แก่ สพฉ. ในครั้งนี้ จะเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนในการทำให้ห่วงโซ่แห่งของการรอดชีวิตนั้นถูกเติมเต็ม

"เป้าหมายต่อไปคือ สพฉ. จะนำเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ไปบริจาคให้แก่สถานที่ที่บริการประชาชน โดยเฉพาะองค์กรภาครัฐ ส่วนจะเป็นองค์กรใดนั้นจะต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ เพราะการรับมอบเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ไปนั้นจะมีเงื่อนไขที่ต้องนำไปขยายผลต่อ ไม่ใช่รับไปตั้งไว้เฉย ๆ ต้องไปสอน ไปอบรม ไปทำความเข้าใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่องค์กรนั้น ๆ จะต้องรับผิดชอบ" **นพ.อัจฉริยะ** กล่าว

นพ.อัจฉริยะ กล่าวเพิ่มเติมว่า ประชาชนต้องมีความรู้เรื่องการกดหัวใจและการใช้เครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ประกอบกัน ซึ่งเป็นหน้าที่ของ สพฉ. ที่จะต้องทำให้ประชาชนรับรู้เพิ่มขึ้น โดยจับมือกับสถานศึกษา สถานประกอบการ บริษัท ห้าง ร้านต่าง ๆ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขยายผลต่อไป นอกจากนี้แล้วยังมีในส่วนของสถานที่ท่องเที่ยวหรือสถานที่ที่มีผู้คนไปใช้บริการจำนวนมาก เช่น สนามบิน สถานีขนส่ง สนามกีฬา ที่ประชาชนจะต้องมีความรู้ และเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน

นอกจากนี้แล้วจะมีการปรับหลักสูตรการกู้ชีพหรือการปฐมพยาบาล เนื่องจากหลักสูตรการอบรมโดยทั่วไปในปัจจุบันจะมีแค่การกดหน้าอกเพียงอย่างเดียว ไม่มีในเรื่องการใช้เครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ซึ่งในอนาคตจะมีการปรับหลักสูตรให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น โดยในการอบรมจะบรรจุเรื่องการใช้เครื่อง AED เข้าไว้ในหลักสูตรด้วย เช่นเดียวกับหลักสูตรของ American Heart Association (AHA) ซึ่งจะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้ง สพฉ. จะสนับสนุนความรู้ด้วยการสร้างครู เพื่อให้ครูเหล่านี้ไปเป็นผู้สอนให้ความรู้แก่ประชาชนต่อไป โดยจับมือกับหลาย ๆ องค์กรในการพัฒนาครู นำร่องอบรมครูปฐมพยาบาลกับศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาล

ของ[illegible]กาชาดไทย ในเรื่องการปฐมพยาบาล การช่วยชีวิต และการใช้เครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED

"ถ้าประชาชนสามารถที่จะเข้าถึงได้เร็ว ช่วยเหลือตัวเองได้เร็วด้วยอุปกรณ์ที่มีอยู่ในมือ ผมคิดว่าจะเกิดประโยชน์อย่างมาก เพราะว่าโอกาสรอดชีวิตจะเพิ่มขึ้นจาก 0 เป็น 40-50% ได้ ถือเป็นการเพิ่มทางรอดให้สอดคล้องกับห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต"

นางโสรัจจา บุญประสิทธิ์ กรรมการผู้จัดการ บริษัท เซนต์เมดิคอล (คริติคอล แคร์) จำกัด

นางโสรัจจา บุญประสิทธิ์

ด้าน **นางโสรัจจา** กล่าวว่า ทางบริษัท ZOLL Medical และบริษัท เซนต์เมดิคอล (คริติคอล แคร์) จำกัด ได้เล็งเห็นความสำคัญของการช่วยชีวิตผู้ป่วย Sudden Cardiac Arrest หรือผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยใช้เครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกันกับทางสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และทางบริษัทต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยผลักดันให้เกิดการตระหนักเรื่องภาวะหัวใจวายเฉียบพลันในภาคประชาชน จึงมีความประสงค์ที่จะมอบเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED เวอร์ชั่นภาษาไทย พร้อมตู้ติดตั้งจำนวน 10 ชุดให้แก่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อส่งต่อให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ ในการนำไปเรียนรู้ และติดตั้งตามสถานที่สาธารณะ เพื่อให้เกิดศักยภาพในการช่วยชีวิตและเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

ฉบับพิพิธภัณฑ์ สงวนสิทธิ์

Mr.Ernest Whiton

Vice President of Administration and Chief Financial Officer ZOLL Medical Corporation

Mr.Ernest Whiton

Mr.Ernest กล่าวถึงมาตรฐานการช่วยชีวิตของประเทศไทยว่า ขณะนี้ประเทศไทยได้เพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการช่วยชีวิต ให้ความรู้แก่ประชาชนให้ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของมาตรฐานการช่วยชีวิต เช่นเดียวกับในต่างประเทศที่ได้เริ่มให้ความสำคัญเรื่องมาตรฐานการช่วยชีวิตมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ถือว่าเดินมาถูกทางในการให้ความสำคัญกับการช่วยชีวิตโดยการกดหน้าอกและใช้เครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED รวมถึงการให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องดังกล่าว

ที่ผ่านมามีเคสที่ประสบความสำเร็จในการช่วยชีวิตจากการใช้เครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED จนล่าสุดฟีฟ่าได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมากกับการเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดภายในสนามแข่งขัน อาทิเช่น ก่อนการแข่งขันฟุตบอลโลกจะมีการตรวจเรื่องหัวใจก่อนการแข่งขันทุกเกม ถึงแม้ว่าการเสียชีวิตจากโรคหัวใจจะไม่ได้เกิดขึ้นบ่อย แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วความสูญเสียที่เกิดขึ้นมิอาจที่จะประเมินค่าได้ เพราะฉะนั้นทางฟีฟ่าจึงต้องเตรียมความพร้อมตลอดเวลา ทั้งด้านบุคลากรโดยการอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น หรือการเตรียมเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ซึ่งถือเป็นมาตรฐานที่ทุกเกมการแข่งขันต้องมีเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED เพื่อช่วยเหลือนักเตะ ไม่เช่นนั้นจะเริ่มต้นการแข่งขันไม่ได้

"มีเคสตัวอย่างที่ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน แต่ไม่สามารถช่วยชีวิตได้ทันเกิดขึ้นหลายเคส เนื่องจากไม่มีเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED คือเมื่อประมาณ 7 ปีที่แล้วมีอาจารย์จากบอสตันเดินทางโดยรถไฟ เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน แต่บนรถไฟไม่มีเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ทำให้รถไฟต้องหยุดทุกสถานีเพื่อมองหาเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED แต่ก็ไม่พบจนปลายทาง เมื่อไปถึงโรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถช่วยชีวิตได้ทัน เพราะหัวใจได้หยุดเต้นมาแล้ว 15 นาที ในทางปฏิบัติหากอาจารย์ท่านนี้หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน แล้วถูกช็อกด้วยเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ในทันที โอกาสที่จะรอดชีวิตมีถึง 98% และโอกาสจะลดลงเรื่อย ๆ ตามเวลาที่ผ่านไป จนถึง 10 นาที จะทำให้โอกาสรอดชีวิตเป็น 0 อาจารย์ท่านนี้ใช้เวลา 15 นาทีในการเดินทางไปถึงที่โรงพยาบาล จึงทำให้ไม่สามารถช่วยชีวิตได้ทัน"

Mr.Ernest กล่าวอีกว่า ขณะนี้หลายประเทศได้สร้างมาตรฐานในการช่วยชีวิตจนสามารถเป็นต้นแบบให้กับหลาย ๆ ประเทศให้นำไปปรับใช้ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยประเทศไทยสามารถเรียนรู้ได้ทั้งในจุดที่ดีและจุดที่ไม่ดีเพื่อนำมาปรับใช้ ตัวอย่างเช่น เมืองซีแอตเทิล เมืองฟินิกซ์ มีการใช้มาตรฐานในการช่วยชีวิตให้รถพยาบาลไปให้เร็วที่สุด มีการส่งผ่านกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 ลีด ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ดี ในขณะที่ในอีกหลาย ๆ

เมืองในประเทศสหรัฐอเมริกายังไม่มีการใช้ในแบบครบวงจร นอกจากนี้ประเทศนอร์เวย์ แคนาดา ก็ได้พัฒนามาตรฐานการช่วยชีวิตขั้นสูง (Advanced cardiovascular life support) ได้อย่างดี เช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ดี สำหรับประเทศไทยในอนาคตอยากให้มีการติดตั้งเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ในสถานที่ที่มีความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นสนามบิน สถานีขนส่ง รถไฟฟ้า รถไฟใต้ดิน โรงแรม ฟิตเนส หรือในการแข่งขันกีฬา ทั้งหมดนี้ถือเป็นสถานที่แรก ๆ ที่ควรจะมีเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ติดตั้งไว้ เช่นเดียวกับในต่างประเทศที่สถานที่เหล่านี้มีเครื่องช่วยฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ AED ติดตั้งไว้เพื่อความปลอดภัยของประชาชน

ลิขสิทธิ์แพทย์สภาฯ

รศ.ดร.นพ.ภัทรชัย กีรติสิน

อาจารย์แพทย์ผู้สอนลูกศิษย์ด้วยจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์

ภาพของแพทย์ผู้สวมเสื้อกาวน์สีขาว มือถือหูฟังไว้คอยตรวจรักษาคนไข้ให้หายจากอาการเจ็บป่วยหรือทุกข์จากโรคภัย คงเป็นภาพที่หลาย ๆ คนพบเห็นกันอย่างชินตา ซึ่งจริง ๆ แล้วในความเป็นแพทย์อาจไม่จำเป็นต้องอยู่เบื้องหน้าผู้ป่วยเท่านั้น เพราะยังมีแพทย์บางท่านที่ขอเลือกเป็นผู้ทำงานอยู่เบื้องหลัง แม้เป็นกลุ่มที่มีจำนวนไม่มากและไม่ได้เป็นผู้ตรวจคนไข้ด้วยตนเองโดยตรง แต่พวกเขาก็สามารถช่วยคนไข้ได้เป็นจำนวนมากในฐานะแพทย์นักวิจัย รวมถึงบทบาทในฐานะของครูหรืออาจารย์ ผู้ที่สั่งสอนถ่ายทอดวิชาความรู้ให้แก่ศิษย์ ให้มีทั้งความรู้ ความคิด และจริยธรรม ให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณค่าเพื่อสร้างประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าต่อไป ดังเช่น **รศ.ดร.นพ.ภัทรชัย กีรติสิน หัวหน้าภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล** อาจารย์แพทย์นักวิจัย อดีตนายกสโมสรนักศึกษาแพทย์ศิริราช และผู้รับรางวัลนักศึกษาแพทย์ผู้ทำคุณประโยชน์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นคนไทยคนแรกที่ได้รับรางวัลนักวิจัยรุ่นเยาว์จากสมาคมจุลชีววิทยาของประเทศสหรัฐอเมริกา เคยดำรงตำแหน่งผู้ช่วยคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา ได้รับรางวัลอาจารย์ดีเด่นทางปรีคลินิก ทุนเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี และรับพระราชทานรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาความเป็นครู รวมถึงได้รับรางวัลจากผลงานการแต่งตำราและผลงานวิจัยหลายรางวัล อาจารย์มีความมุ่งมั่นสอนลูกศิษย์ให้เป็นแพทย์ ไม่ใช่ด้วยใบปริญญา แต่เป็นแพทย์ที่มีจิตวิญญาณความเป็นมนุษย์ ดังปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

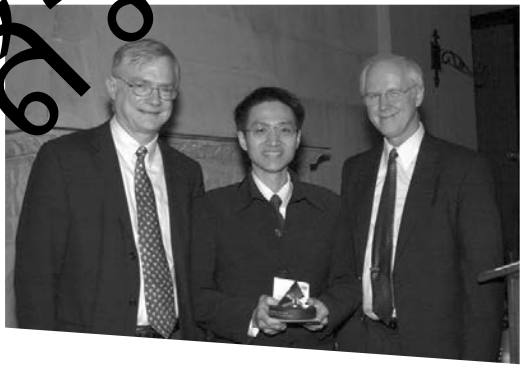
รศ.ดร.นพ.ภัทรชัย เล่าถึงสาเหตุที่สนใจทางด้านปรีคลินิกว่า สมัยที่เป็นนักศึกษาแพทย์ปีสุดท้ายได้มีโอกาสไปฝึกงานในโรงพยาบาลชุมชน 2-3 แห่ง ได้เห็นชีวิตการทำงาน ทำให้ทราบถึงไลฟ์สไตล์ของตนเองว่าชอบสอนหนังสือ ฝึกให้คนคิดและประยุกต์ความรู้มากกว่า จึงเลือกเป็นอาจารย์ทางปรีคลินิกเพราะยังขาดแคลนอาจารย์ด้านนี้อย่างมาก โดยสนใจในด้านจุลชีววิทยาเพราะคิดว่าเป็นสาขาที่สอนยาก เข้าใจได้ยาก มีความท้าทายสูง แต่สามารถทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยได้มากหากมีความเข้าใจที่ถูกต้อง จุลชีววิทยาเป็นงานที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยและวิจัยด้านโรคติดเชื้อ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการแพทย์หลาย ๆ สาขา เพราะเรียกได้ว่าทุกตำแหน่งของร่างกายสามารถติดเชื้อได้ ทุกวันนี้แม้ไม่ได้เดินไปตรวจคนไข้ด้วยตนเอง แต่รับปรึกษาปัญหาของคนไข้และมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยโรคของคนไข้ ความรู้ของเรามีส่วนช่วยทำให้แพทย์ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ดีขึ้น ตรงนี้เป็นหน้าที่ที่เรายินดีจะทำ ซึ่งบางคนอาจจะมองว่าเป็นงานปิดทองหลังพระ แต่ผมคิดว่าถ้าทุกคนไปอยู่หน้าพระหมด หลังพระคงว่างเปล่า องค์พระก็จะไม่สวยงาม เราจึงยินดีและมีความสุขกับงานที่ทำ

ลิขสิทธิ์แพทย์สภาฯ

รศ.ดร.นพ.ภัทรชัย ยังกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของการเป็นอาจารย์แพทย์ว่า อาชีพอาจารย์เป็นอาชีพที่ต้องอาศัยศิลปะและประสบการณ์สูงมาก อีกทั้งยังต้องเรียนรู้จากนักเรียน ในการสอนหนังสือผมจะบอกกับนักศึกษาเสมอว่าทั้งอาจารย์และนักศึกษาไม่ใช่หุ่นยนต์ เพราะฉะนั้นเวลาที่ผมมาสอนหนังสือทุกชั่วโมงจะไม่เหมือนกัน เนื่องจากผมจะดูความตั้งใจและการตอบสนองของนักศึกษา คือถ้าเขาพร้อมรับ เราก็ส่งเต็มที่ แต่ถ้าไม่พร้อมรับต่อให้เราตั้งใจแค่ไหนก็ส่งไปไม่ได้ การสอนให้แก่ผู้เรียนแต่ละกลุ่มของผมจึงแตกต่างกันตามสไตล์ของผู้รับ ซึ่งปัจจุบันครูต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้ความรู้เป็นผู้กระตุ้นให้ผู้เรียนอยากมีความรู้ สอนให้เขารู้จักค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมสร้างความมั่นใจ และสร้างวินัยในการใฝ่หาความรู้ให้แก่พวกเขา

"หน้าที่ของครูคือ ผู้ถ่ายทอดความรู้ เพราะฉะนั้นหัวใจของความเป็นครูคือ นักเรียนต้องมีความรู้อย่างที่เราอยากจะถ่ายทอด ซึ่งความรู้สำหรับการเรียนการสอนในระดับมหาวิทยาลัยต้องรู้เพื่อนำไปประกอบวิชาชีพ ดังนั้นหน้าที่ของครูแพทย์คือ การถ่ายทอดเพื่อให้เขากลายเป็นแพทย์ที่ได้ทั้งความรู้ที่ดีควบคู่ไปกับมีจรรยาบรรณของวิชาชีพซึ่งสำคัญยิ่งกว่า รวมถึงมุ่งมั่นทำประโยชน์ให้แก่สังคมส่วนรวม ตรงจุดนี้ถือเป็นความยากของครูแพทย์ คือทำอย่างไรให้พวกเขาเชื่อมั่นว่าเรากำลังให้และสอนสิ่งที่ดีแก่เขา"

รศ.ดร.นพ.ภัทรชัย กล่าวต่อว่า ทุกวันนี้ถ้าถามว่าสังคมต้องการอะไร สิ่งที่สังคมต้องการคือ แพทย์ที่ดี มีจรรยาบรรณ แต่เมื่อมองย้อนกลับมาที่หลักสูตรการเรียนการสอนในปัจจุบันจะเห็นว่า เราเน้นวิชาการความรู้มาก ยังไม่มีหรือแทบจะไม่มีเวลาสอนถึงการเป็นแพทย์ที่ดีมีจรรยาบรรณ ดังนั้นการสอนเกี่ยวกับเรื่องการทำความดี การเป็นคนดีมีคุณธรรมจึงสอนด้วยทฤษฎีไม่ได้ ยืนสอนบรรยายไม่ได้ สอบวัดความดีก็ไม่ได้ แต่ต้องสอนด้วยการเป็นแบบอย่าง ทั้งนี้ผมชอบที่จะพูดคุยกับนักศึกษานอกเวลาโดยผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ที่เราเข้าไปช่วยดูแล เพราะการทำกิจกรรมจะทำให้เราได้รู้จักตัวตนที่แท้จริงของพวกเขา อีกทั้งยังสามารถสอนวิธีคิดให้แก่พวกเขาจากการทำกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากผมคิดว่าใครก็ตามที่เรียนแพทย์แต่ทฤษฎีจากในห้องเรียนเพียงอย่างเดียวยากที่จะเข้าใจวิชาชีพแพทย์ เพราะแพทย์เป็นวิชาชีพที่เกี่ยวกับคน เพราะฉะนั้นกิจกรรมจะเป็นตัวช่วยเสริมว่าเมื่อเรารู้วิชาการในห้องเรียนแล้ว วิชานอกห้องเรียนจะสอนทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นซึ่งก็จำเป็นต้องรู้ ประสบการณ์จึงเป็นศิลปะในการดำเนินชีวิตอีกแขนงหนึ่ง ซึ่งอาจไม่มีสอนในห้องเรียน แต่สอนได้ด้วยการทำกิจกรรมตามความสนใจ เปิดโอกาสให้เรียนรู้โลกภายนอก ผมว่าตรงนี้เป็นสิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่นักเรียนแพทย์



ต้องเรียน ซึ่งบางคนอาจคิดว่าเฉพาะการเรียนแพทย์ก็หนักแล้ว ไม่ต้องทำกิจกรรม ผมมักจะบอกพวกเขาให้เข้าใจเสมอว่าเราทำกิจกรรมเพื่ออะไร เพราะบางคนทำกิจกรรมแล้วรู้สึกท้อ เรียนไม่ทันเพื่อน แต่การทำกิจกรรมก็ถือเป็นการเรียนแบบหนึ่งที่เมื่อเวลาผ่านไปแล้วจะย้อนกลับมาไม่ได้ ด้วยเหตุนี้ผมจึงทำกิจกรรมในหลากหลายรูปแบบ ทั้งในเชิงวิชาการ หรือกิจกรรมสันทนาการ เพราะกระบวนการทำกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยสอนเราว่าเราจะทำงานกับคนอื่น ๆ อย่างไร เราจะเรียนรู้ในการช่วยเหลือกัน เรียนรู้ถึงความรับผิดชอบและการตรงต่อเวลา สมัยที่ผมเป็นนายกสโมสรนักศึกษาแพทย์ ผมไม่ได้เป็นคนลงไปทำด้วยตัวเองในทุกเรื่อง เพราะคงทำไม่ได้ แต่คอยดูแลเพื่อน ๆ น้อง ๆ ในสโมสรเพื่อแบ่งงานต่าง ๆ โดยเราทำหน้าที่ประสานงาน เพราะผมเชื่อว่าศิลปะสำคัญ

ลิขสิทธิ์ สภาการแพทย์

ในการดำเนินชีวิตคือการประสานงานให้คนหลายคนทำงานด้วยกัน หรือเดินไปสู่เป้าหมายเดียวกัน สิ่งนี้เป็นทักษะที่ต้องฝึกฝนและนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าเราจะทำอาชีพอะไร

นอกจากนี้ **รศ.ดร.นพ.ภัทรชัย** ยังได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแบ่งเวลาและการสร้างกำลังใจยามเมื่อประสบปัญหาด้วยว่า สำหรับผมการแบ่งเวลาคือ ณ เวลาไหนทำอะไรก็ทำตรงนั้นให้เต็มที่ ทั้งนี้เวลาที่ประสบกับปัญหาหรืออุปสรรค ผมคิดว่าสติคือสิ่งที่สำคัญที่สุด สิ่งนี้ผมเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวเอง เพราะเมื่อไรที่เจอปัญหาแล้วควบคุมสติไม่ได้ หรือใช้กำลังหรืออารมณ์ ปัญหาก็จะยิ่งแย่ลงทันที ไม่เคยมีปัญหาใดที่แก้ได้ด้วยกำลังและอารมณ์ ดังนั้น เวลาที่เจอปัญหา ผมจะหยุดและตั้งสติก่อน จากนั้นจึงมองเข้าไปว่าปัญหานี้สามารถแก้ไขได้หรือไม่ ถ้าไม่จะทำอะไรต่อหรืออาจต้องเลือกถอยหนึ่งก้าวก่อนที่จะเดินต่อเสมอ และถ้าเป็นปัญหาใหญ่ที่ต้องการความช่วยเหลือก็คิดว่าควรจะหาใครช่วย หรือบางปัญหาที่ต้องการเวลา เราก็ต้องอดทน ใจเย็น ๆ ยอมให้เวลานี้ผ่านไปเสียก่อน อย่าเพิ่งโต้ตอบ แต่ทั้งนี้ก็ไม่ได้หมายความว่าเรานิ่งเสียจนปล่อยให้ทุกอย่างเสียหาย เพราะปัญหาหลายอย่างไม่สามารถแก้ได้

โดยการปล่อยให้เงียบหายไปหรือทนไปเรื่อย ๆ เมื่อถึงเวลาที่ต้องตัดสินใจก็ต้องเด็ดขาด โดยเลือกในสิ่งที่คนส่วนใหญ่ยอมรับได้ บางทีก็ต้องเลือกเสียน้อยดีกว่าเสียมาก ดังนั้น เวลาที่ผมต้องเผชิญกับปัญหา อันดับแรกคือ การตั้งสติ จากนั้นจึงค่อย ๆ คิดวิเคราะห์ปัญหา และเลือกวิธีที่ดีที่สุด ณ บริบทนั้น

สายสุดนี้ **รศ.ดร.นพ.ภัทรชัย** กล่าวถึงความตั้งใจที่อยากจะเห็นจากนักศึกษาแพทย์มากที่สุดคือ อยากเห็นเขาเรียนหนังสือแบบใช้ความคิดนำ ผมอยากให้เขาเห็นว่าการเรียนแพทย์ไม่ใช่เป็นการเรียนแบบมัธยมที่ใช้การติวและทำข้อสอบเท่านั้น ผมต้องการให้เขาเป็นผู้ใหญ่ที่มีพัฒนาการ สามารถแสดงความคิดเห็น และยอมรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้แม้ว่าจะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน สิ่งนี้ถือเป็นพัฒนาการที่สำคัญมาก เพราะภาพลักษณ์ของแพทย์ในสังคมภายนอกมักจะเป็นระดับผู้นำ ซึ่งหลัง ๆ ผมมักจะพูดกับอาจารย์ท่านอื่นว่า ผมอยากสอนวิชาทักษะพัฒนาตัวเอง เพราะผมมองว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญกว่าวิชาความรู้ ให้พวกเขาเห็นความสำคัญของวิชาชีพแพทย์ที่เน้นความเป็นมนุษย์มากกว่าเน้นที่วัตถุ ผมจึงอยากจะสอนวิธีคิดซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่ต้องตัดสินว่าผิดหรือถูกเสมอ เป็นการฝึกพูดคุย ฝึกยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน กล้าแสดงออกในสิ่งที่ควรกล้า ไม่เพิกเฉยต่อสิ่งไม่ถูกต้อง เป็นการพัฒนาทักษะการทำงานควบคู่กับการเรียน ที่จริงแล้วตัวผมเองก็ยังต้องพัฒนาตัวเองอยู่ทุกวันเหมือนกัน หลาย ๆ ครั้งการแลกเปลี่ยนความเห็นกับนักศึกษาก็ทำให้เราได้เรียนรู้สิ่งที่จะนำมาปรับใช้ได้ด้วยเหมือนกัน ไม่มีใครในโลกที่เก่งและดีไปหมดทุกอย่าง แต่เราช่วยกันเติมเต็มซึ่งกันและกันได้

วงการแพทย์ สรรพสาร

กรมอนามัย จับมือ ไบเออร์ไทย ผุดไอเดีย Be Sure ปรึกษาคุมกำเนิดมั่นใจผ่านร้านขายยาทั่วประเทศ

ปรึกษาได้ มั่นใจชัวร์

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ บริษัท ไบเออร์ไทย จำกัด เปิดตัวโครงการ Be Sure ปรึกษาได้ มั่นใจชัวร์ ให้ความรู้การคุมกำเนิด วางแผนครอบครัว ลดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อวัยรุ่นและประชาชนเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างทั่วถึง ถูกต้อง เข้าใจง่าย ผ่านร้านขายยาทั่วประเทศ

นพ.ณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร

นพ.ณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร รองอธิบดีกรมอนามัย กล่าวว่า กรมอนามัยได้ร่วมมือกับบริษัท ไบเออร์ไทย จำกัด รณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการคุมกำเนิด กับโครงการ Be Sure ปรึกษาได้ มั่นใจชัวร์ โดยให้ความรู้การคุมกำเนิดผ่านร้านขายยาทั่วประเทศที่ผ่านการอบรมที่มีคุณภาพจากกรมอนามัย ส่งเสริมการเข้าถึงแหล่งให้ความรู้และการปรึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัว ตลอดจนวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เนื่องจากประเทศไทยมีร้านขายยากระจายในเขตต่าง ๆ ทั่วประเทศเป็นจำนวนมาก ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจากร้านยาได้ง่าย ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 255[illegible] พบว่าร้านขายยาเป็นแหล่งที่ผู้ที่ต้องการคุมกำเนิดเข้าไปหาข้อมูลมากที่สุดกว่าร้อยละ 70

นพ.ณัฐพร กล่าวต่ออีกว่า ปัจจุบันวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น และอายุน้อยลงเรื่อย ๆ เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ตามมา ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ได้ป้องกันร้อยละ 46 คุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอร้อยละ 28 เหตุที่ไม่คุมกำเนิดนอกจากขาดความรู้ในการคุมกำเนิดร้อยละ 9 และเข้าใจผิดคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ครั้งเดียวอาจไม่ตั้งครรภ์ หรือหากใช้ถุงยางจะขัดขวางความรู้สึกทางเพศ และไม่รู้ว่าตนเองจะมีโอกาสตั้งครรภ์เมื่อใด นอกจากนี้วัยรุ่นยังไม่กล้าเข้าพบเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับบริการคุมกำเนิด ส่งผลให้วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ซึ่งในปี พ.ศ. 2556 มีเด็กวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 33 คน โดยวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปีคลอดบุตรวันละ 9 คน เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2543 พบว่าวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 240 คน ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดบุตรวันละ 4 คน นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนหญิงคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี มีจำนวน 125,371 คน โดยแยกเป็นหญิงคลอดอายุระหว่าง 15-19 ปี มีจำนวน 121,956 ราย หญิงคลอดอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 3,415 ราย และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ซ้ำและคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี มีถึง 15,295 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.1

"โครงการ Be Sure ปรึกษาได้ มั่นใจชัวร์ จะทำให้ร้านขายยาเป็นสื่อกลางและเป็นช่องทางหนึ่งที่ประชาชนจะเข้าถึงการบริการคุมกำเนิด ผู้ปฏิบัติงานในร้านสามารถให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดได้อย่างถูกต้อง เข้าใจง่าย โดยจัดอบรมด้านให้คำปรึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในร้านขายยา และมีการจัดทำคู่มือให้การปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัว ทั้งนี้จะมีการมอบประกาศนียบัตรและสัญลักษณ์โครงการติดหน้าร้านที่ผ่านการอบรม ซึ่งตั้งเป้าหมายเป็นร้านขายยาทั่วไปที่มีเภสัชกรปฏิบัติหน้าที่ประจำร้านจำนวน 1,000 แห่งทั่วประเทศภายในปี พ.ศ. 2558" **นพ.ณัฐพร** กล่าว

ทางด้าน **นายอัลพ์ อัทเท ผู้จัดการทั่วไป บริษัท ไบเออร์ไทย จำกัด** กล่าวว่า ที่ผ่านมา บริษัท ไบเออร์ไทย ประสบผลสำเร็จจากการร่วมมือกับภาครัฐในโครงการ Young Love รักเป็น ปลอดภัย โดยจัดทำหนังสั้นให้ความรู้เรื่องการใช้ยาคุมกำเนิด ซึ่งได้รับความสนใจและการตอบรับจากวัยรุ่นเป็นอย่างดี สำหรับโครงการ Be Sure ปรึกษาได้ มั่นใจชัวร์ เป็นอีกหนึ่งโครงการที่กลับมาร่วมมือกันอีกครั้ง โดยพร้อมให้การสนับสนุนเพื่อให้วัยรุ่นและประชาชนทั่วไปสามารถขอรับคำแนะนำและคำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดอย่างถูกวิธีได้ง่าย ๆ จากเภสัชกรผู้มีคุณวุฒิ มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างมืออาชีพ และผ่านการอบรมด้านการวางแผนครอบครัวจากกรมอนามัย ภายใต้สัญลักษณ์ Be Sure ปรึกษาได้ มั่นใจชัวร์

วงการแพทย์ สงวนลิขสิทธิ์

ผศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง •
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

คำชม

วงการแพทย์ สารพาร

ฉันชอบล้างจานมาก

ฉันจำได้ว่าตอนเด็ก ๆ แม่ชอบให้ฉันช่วยทำงานบ้าน แต่ฉันมักขี้เกียจทำงานหรือมักทำให้เสร็จ ๆ ไปแบบลวก ๆ ขอไปที ซึ่งแม่มักบ่นว่าฉันอยู่เป็นประจำ

แต่มีอยู่ครั้งหนึ่งที่ฉันได้รับมอบหมายให้ทำงานใหม่ชิ้นหนึ่ง นั่นคือขัดกะละมัง กะละมังสีเงินใบนี้ถูกใช้มานานจนมีรอยกะดำกะด่างเกาะอยู่ด้านนอกของกะละมังเต็มไปหมด ปรากฏว่าแม่สั่งให้ฉันขัดกะละมังใบนั้น ในใจของแม่คงต้องการเพียงแค่ขัดสีดำกระด่างมันของกะละมังออก แต่พอฉันเริ่มขัดกะละมังก็พบว่าสามารถขัดเข้าไปถึงสีดำออกมาได้ด้วย หลังจากขัดไปสักพักกะละมังก็หมดคราบดำแล้วกลับมาเป็นสีเงินวาวดูใหม่เอี่ยมราวกับเพิ่งซื้อมาใหม่

แม่รู้สึกประหลาดใจมากที่ฉันขัดได้ดีอย่างเกินความคาดหวัง จนกล่าวชมฉันยกใหญ่ ฉันรู้สึกดีใจเลยภูมิใจในความสามารถของฉันเป็นอย่างมาก หลังจากนั้นงานบ้านชิ้นเดียวที่ฉันมักเสนอตัวช่วยเสมอมาก็คือ การขัดกะละมัง

ศัลยแพทย์มีชื่อเสียงรายหนึ่งเล่าว่า แรงบันดาลใจที่ทำให้เขาเลือกเป็นศัลยแพทย์ที่ทำงานหนักเช่นทุกวันนี้ เพราะตอนเข้าเรียนนักศึกษาแพทย์ใหม่ ๆ เขาเรียนไม่เก่งเลย แต่มีวันหนึ่งได้ไปฝึกงานที่แผนกศัลยกรรม แพทย์รุ่นพี่ให้เขาฝึกงานและอยู่เวรอย่างหนัก หลายครั้งที่แพทย์รุ่นพี่มักเดินมาตบหลังเขาและบอกว่า

"แกน่าจะเป็นหมอศัลย์นะ ฝีมือเย็บแผลดีนี่นา"

ไม่รู้ว่ารุ่นพี่ต้องการชมเพื่อหลอกใช้ให้เขาทำงานแทนหรือเปล่า แต่ก็ทำให้เขาภูมิใจมาก และคิดว่าเขาน่าจะเป็นศัลยแพทย์ที่เก่งแน่นอน

จากคำชมในวันนั้นก็ทำให้วิถีชีวิตของเขาเปลี่ยนไปจนมาเป็นศัลยแพทย์เช่นทุกวันนี้

ฉันเคยดูหนังเรื่อง catch me if you can เนื้อเรื่องเกี่ยวกับคนที่ปลอมตัวเข้าไปล้วงความลับตามสายอาชีพต่าง ๆ มีอยู่ครั้งหนึ่งที่เขาปลอมตัวไปเป็นแพทย์ เขาไปที่โรงพยาบาลใหญ่แห่งหนึ่งและแจ้งกับฝ่ายบุคคลว่า เขาเป็นแพทย์จะมาทำงาน หลังจากคุยกันสักพักก็ทราบว่าโรงพยาบาลกำลังขาดกุมารแพทย์ เขาจึงอ้างตัวว่าเป็นกุมารแพทย์มาสมัครงาน ปรากฏว่าฝ่ายบุคคลรับเข้าทำงานในโรงพยาบาลทันที

เขาได้เป็นแพทย์เวรออกตรวจผู้ป่วยเด็กโดยมักอยู่เวรคู่กับกุมารแพทย์อีกท่านหนึ่งเสมอ จึงทำให้เขามักปรึกษากุมารแพทย์ท่านนั้นในการรักษาคนไข้ ทำให้รอดตัวมาได้หลายต่อหลายครั้ง

แต่มีคืนหนึ่ง เขาถูกตามไปคนเดียวให้ไปดูเด็กทารกที่มายังห้องฉุกเฉินด้วยอาการตัวเขียว เมื่อไปถึงก็พบว่ามีแพทย์ฝึกหัดยืนอยู่ข้างเตียงเด็กจำนวน 2 คน กำลังช่วยกันดูดเสมหะและตบหลังเด็กอยู่ เขารู้สึกตกใจมากแต่ก็พยายามคิดหาวิธีเอาตัวรอด

เขาตัดสินใจเดินไปตบบ่าของแพทย์ฝึกหัดสองคนนั้น พร้อมกล่าวชมเชยว่า “คุณทำได้ดีแล้ว ทำต่อไปเรื่อย ๆ นะครับ”

จนในที่สุดทารกก็มีอาการดีขึ้น ภายหลังเสร็จสิ้นการรักษาแล้ว แพทย์ฝึกหัดทั้งสองคนนี้ก็รีบเดินตามมาขอบคุณเขาพร้อมกับบอกว่า “ขอบคุณมากที่ไว้ใจให้ผมทั้งสองคนได้ทำการรักษาทารกที่ป่วยหนักเช่นนี้ แพทย์รุ่นพี่คนอื่น ๆ ไม่เคยยอมให้ผมได้ทำการรักษาหรือแสดงความสามารถตามที่ร่ำเรียนมาเลย”

เขายิ้มพร้อมกล่าวชมเชยแพทย์ฝึกหัดทั้งสองคนมากยิ่งขึ้นไปอีก แววตาที่แพทย์ฝึกหัดมองมาที่เขาเต็มไปด้วยความซาบซึ้งใจอย่างล้นเหลือ

เขาสรุปหลักเม็ดการเข้าไปในอาชีพแพทย์แค่ง่าย ๆ ว่า งานนี้เขารอดมาได้เพียงเพราะให้เกียรติและกล่าวคำชื่นชมเท่านั้นเอง

เห็นไหมล่ะ...พลังของคำชม

วงการแพทย์ สรรพสาระ

พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา •
ประธานสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์
และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สผพท.)

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความห่วงใย (ตอนที่ 1.2)

ความวิตกห่วงใยเรื่องมาตรฐานการแพทย์ตกต่ำไม่ใช่สิ่งลวงตา แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วหลังจากการมีระบบ 30 บาท ทั้งนี้สาเหตุของการลดมาตรฐานการรักษาเกิดขึ้นเนื่องจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องการ “ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย” เนื่องจากงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (งบ 30 บาท) มีไม่เพียงพอต่อการทำงานของโรงพยาบาลและ สปสช. ส่งเงินให้แก่โรงพยาบาลไม่ครบตามจำนวนเงินเหมาจ่ายรายหัวที่ สปสช. ได้รับมาจากรัฐบาล[1]

งบเหมาจ่ายรายหัวก็น้อยอยู่แล้ว สปสช. ยังส่งให้โรงพยาบาลไม่เต็มจำนวน หักเงินโดยอ้างค่าโน่นนี่นั่น จนเหลือไปถึงโรงพยาบาลประมาณ 50-60% เท่านั้น แล้วพอโรงพยาบาลมีเงินไม่พอที่จะซื้อยาสำหรับรักษาผู้ป่วย สปสช. ก็เลยหาทาง “ลดรายการยา” ที่จะให้แก่ประชาชน ทำให้แพทย์ไม่สามารถให้ยาแก่ผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน

งบประมาณในระบบขาดแคลนนำไปสู่การลดค่า “รักษาผู้ป่วย” และ “ลดมาตรฐานการรักษา”

การขาดแคลนงบประมาณที่จัดสรรผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่โรงพยาบาลที่ต้องทำงานดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีสิทธิในระบบ 30 บาท ทำให้ผู้รับผิดชอบในการบริหารกองทุน 30 บาท นั้นเริ่มหาวิธีการที่จะ “ลดค่าใช้จ่าย” ในการตรวจรักษาผู้ป่วยลง ทั้งนี้เนื่องจาก นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้นำในการวางรากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นผู้นำไปเสนอแก่ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ในขณะที่ยังเป็นรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้ยืนยันว่างบประมาณเท่าที่ขอไปตอนแรกนั้นมีเพียงพอในการให้บริการรักษาผู้ป่วยที่มีสิทธิในระบบอย่างแน่นอน แต่เมื่อรัฐบาลได้สนับสนุนให้เกิดโครงการนี้ขึ้นแล้ว และทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ไปโฆษณาชวนเชื่อว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” และรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขก็ได้เชิญชวนให้ประชาชนที่เจ็บป่วยให้มารับการรักษาพยาบาลได้ “ตลอดเวลา” โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง และไม่ได้รณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และมีความรู้และความสามารถในการที่จะดูแลรักษาความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เบื้องต้นได้เอง รัฐบาลมีแต่เชิญชวนให้ประชาชนที่เจ็บป่วยไปรับการรักษา “ทุกโรค” โดยเสียค่ายาและค่ารักษา/ผ่าตัดแค่เพียงครั้งละ 30 บาท โดยไม่ “จำกัดจำนวนครั้ง” ในการไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล จึงทำให้ประชาชนไปโรงพยาบาลมากขึ้นแม้จะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย

ฉะนั้นจำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลจึงเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่งบประมาณที่จัดให้โรงพยาบาลนั้นมี “จำกัด” ทำให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเลขาธิการ สปสช. พยายามหาทาง “ตัดรายการยา” ที่พวกเขาเห็นว่า “ราคาแพง” ออกไปจากรายการในบัญชีที่แพทย์จะสั่งให้แก่ผู้ป่วยลงไป และกำหนดรายการยาที่สามารถจะจ่ายให้แก่ผู้ป่วยในระบบ 30 บาทไว้ในบัญชีที่เรียกว่า “บัญชียาหลักแห่งชาติ” และมีระเบียบข้อบังคับห้ามแพทย์สั่งการรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาท โดยการสั่งให้ยาได้เฉพาะยาที่อยู่ในรายการ “บัญชียาหลักแห่งชาติ” เท่านั้น

แต่การเจ็บป่วยที่รุนแรงที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยนั้น บางโรคไม่สามารถที่จะรักษาผู้ป่วยพ้นจากอันตรายถึงรอดชีวิตจากยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักเท่านั้น [illegible] จากในปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้าและพัฒนาอยู่ตลอดเวลา มีการค้นคว้าวิจัยและผลิตยาใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาสูงขึ้น โรคหรืออาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหลาย ๆ ชนิดที่ไม่สามารถรักษาได้ในอดีตก็มียาใหม่หรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่สามารถรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ แต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะไม่ยินยอมให้แพทย์สั่งยาเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วยในระบบ 30 บาทเป็นอันขาด

ทั้งนี้ สปสช. มีหน้าที่ “จ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุข” ให้แก่โรงพยาบาล (แทนผู้ป่วยที่จ่ายเพียงครั้งละ 30 บาท) แต่ถ้าแพทย์ในโรงพยาบาลใดสั่งยานอกบัญชียาหลักให้แก่ผู้ป่วยที่จำเป็นที่จะต้องได้รับยานั้น ๆ สปสช. ก็จะไม่ยอม “จ่ายเงินค่าบริการ (รักษา) สาธารณสุขให้แก่โรงพยาบาล” ซึ่งพฤติการณ์ของ สปสช. เช่นนี้ ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาล (ผู้อำนวยการ) “คาดโทษแพทย์” ว่า ถ้าแพทย์สั่งยานอกบัญชียาหลักให้แก่ผู้ป่วยแล้ว แพทย์ผู้นั้นจะต้องเป็นผู้ “รับผิดชอบจ่ายค่ายาแทน สปสช.” เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีเงินงบประมาณที่จะจ่ายได้ จึงทำให้แพทย์ต้องจำใจจ่ายยาที่ไม่ใช่ยาที่ “เหมาะสมหรือดีที่สุด” ในการรักษาความเจ็บป่วยนั้น ๆ ให้แก่ประชาชน

แม้บางครั้งผู้ป่วยที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะบอกแพทย์ว่า จะขอจ่ายเงินค่ายาเอง แต่เมื่อทางโรงพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายอื่นที่ไม่รวมค่ายานอกบัญชียาหลักไปยัง สปสช. ทางสำนักงานฯ ก็จะห้ามไม่ให้โรงพยาบาลไปเรียกเก็บเงินค่ายา (นอกบัญชียาหลักนั้น ๆ จากผู้ป่วย ถึงแม้ผู้ป่วยจะเต็มใจจ่ายเงินเอง ทำให้โรงพยาบาลส่วนมากหรือเกือบทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุขตัดปัญหา (ที่แพทย์สั่งจ่ายยานอกบัญชียาหลัก) โดยการเลิกสั่งยาเหล่านั้นเข้ามาไว้ในโรงพยาบาล เพื่อให้แพทย์สั่งจ่ายยานั้น ๆ ให้แก่ผู้ป่วยได้ แต่ยาเหมาะสมเหล่านั้นก็จะเป็นยา “อันตราย” กล่าวคืออาจจะมีผลข้างเคียง (side-effects) หรืออาจเรียกว่าทำให้เกิด “อาการอันไม่พึงประสงค์” แก่ผู้ใช้ยานั้น ทำให้ร้านขายยาก็ไม่สามารถขายยาเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วย “หมดโอกาส” ที่จะได้รับยาที่เหมาะสมที่สุดในการรักษาอาการเจ็บป่วยของตน และแพทย์ก็ไม่มีโอกาสที่จะได้ใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้การรักษาที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

ซึ่งเรื่องที่กล่าวมาข้างต้นนี้คือสาเหตุสำคัญที่มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยและมาตรฐานการแพทย์ตกต่ำลงอย่างน่าใจหาย ทั้งนี้มีความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลาย ๆ คนว่า ถ้าแพทย์ไม่มีประสบการณ์ในการใช้ยาใหม่ ๆ เหมือนในต่างประเทศแล้ว มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยของเราจะล้าหลังประเทศอื่น ๆ ไปประมาณ 10 ปี เนื่องจากว่าเมื่อมีการค้นคว้าผลิตยาและนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการรักษาผู้ป่วยขึ้นมาแล้ว กว่าที่ยานั้นจะได้รับการศึกษา/วิจัย และได้รับการรับรองและขึ้นทะเบียนยาเพื่อให้จำหน่ายในประเทศไทยนั้น ยาเหล่านี้ก็มีใช้ในต่างประเทศแล้วอย่างน้อย 5-10 ปี

แม้เมื่อยานั้นได้รับการขึ้นทะเบียนให้จำหน่ายในประเทศไทยแล้ว แต่ถ้าผู้ป่วยส่วนมากในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขไม่มีโอกาสได้ใช้ยานั้น (เนื่องจากข้อบังคับของ สปสช.) จึงจะมีแต่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนที่ “เข้าถึง” ยาเหล่านั้นแล้ว ในอนาคตก็อาจจะไม่สามารถหาซื้อยาเหล่านั้นได้ในประเทศไทย เพราะผู้นำยาเข้ามาจำหน่ายในประเทศไทยอาจจะจำหน่ายยาได้ไม่คุ้มกับต้นทุนในการขายยานั้น ๆ ก็จะ “ยุติการสั่งยาเข้ามาจำหน่าย” ซึ่งผลที่สุดก็จะทำให้ผู้ป่วยทุกคน ไม่ว่าจะไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลของรัฐบาลก็ไม่สามารถได้รับยาที่เหมาะสมกับอาการป่วยของตนได้เช่นเดียวกัน

ฉะนั้น ผู้บริหารประเทศโปรดรับทราบด้วยว่า ในอนาคตยาใหม่ ๆ จะหาซื้อไม่ได้ในประเทศไทย ผู้ป่วยที่มีเงินมากพอที่จะซื้อยารักษา

ลิขสิทธิ์ สภาวิชาชีพการแพทย์

ตัวเองได้ก็ไม่สามารถที่จะได้รับยานั้นในการรักษาความเจ็บป่วยของตน อาจจะต้องเดินทางออกไปรักษาตัวยังต่างประเทศ แทนที่จะสามารถรับการรักษาในประเทศไทยได้

ท่านผู้บริหารประเทศอย่าคิดว่าท่านจะสามารถ “สั่งซื้อยา” จากต่างประเทศมารักษาตัวในประเทศไทยได้ เพราะการขายยาที่ “ต้องการใบสั่งยาจากแพทย์” นั้น คงไม่สามารถสั่งซื้อได้ทาง “internet” เหมือนการสั่งซื้อสินค้าอย่างอื่น

ฉะนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า ผลจากการ “จำกัดการใช้ยา” ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นในที่สุดจะส่งผลถึงมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยทุกระบบ ไม่เฉพาะแต่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพเท่านั้น

30 บาทของคนจน ยังมีคนโกงงบประมาณ

นอกจากรัฐบาลจะจัดสรรงบประมาณในระบบ 30 บาทไม่เพียงพอกับการให้บริการรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาทดังกล่าวแล้ว งบประมาณนี้ยังอาจจะมีการทุจริตคอร์รัปชันที่เกิดจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรู้เห็นเป็นใจ หรือไม่รับรู้เพราะไม่ได้เอาใจใส่ในการทำหน้าที่อย่างดีที่สุด ซึ่งประชาชนอย่างเรา ๆ และผู้เขียนไม่อาจจะทราบรายละเอียดในการบริหารหรือการใช้จ่ายงบประมาณในระบบ 30 บาทได้ ทั้งนี้เพราะการค้นหาข้อมูลใน internet ก็หาได้ยาก เพราะการเขียนบัญชีรายรับรายจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ไม่ตรงไปตรงมา เช่น การเอางบประมาณเหมาจ่ายรายหัวไปแบ่งเป็นกองทุนย่อย ๆ หลายกองทุน และถึงขนาดที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ที่มีหน้าที่ตรวจสอบการใช้งบประมาณของรัฐก็เคยวิจารณ์ว่ายังทำไม่ถูกต้องเหมาะสม และ สตง. ก็เคยรายงานผลการตรวจสอบการบริหารสำนักงาน (สปสช.) และการบริหารงบกองทุนของเลขาธิการ สปสช. ว่าไม่ถูกต้องใน 7 ประเด็นสำคัญ ๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553[2] แต่ก็ไม่ปรากฏว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้ดำเนินการสอบสวนลงโทษ หรือเรียกเงินที่เลขาธิการเบิกจ่ายนั้นกลับคืนมาให้แก่สำนักงานหรือกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่อย่างใดทั้งสิ้น

ดังนี้เป็นหน้าที่ของนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ที่เป็นหัวหน้ารัฐบาลนี้ที่จะต้องสั่งการให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนปัจจุบัน ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน ซึ่งดำรงตำแหน่งประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ดำเนินการตามกฎหมายในการสอบสวนและลงโทษเลขาธิการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเรียกเงินคืนกลับสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยด่วน ไม่เช่นนั้นตัวท่านเองที่ประกาศว่าจะปราบคอร์รัปชันให้หมดสิ้นจากแผ่นดินไทยนั้นก็อาจจะถูกร้องเรียนว่าละเลยการปฏิบัติหน้าที่ ไม่ “บังคับบัญชารัฐมนตรี” ให้ปฏิบัติหน้าที่ปกป้องงบประมาณแผ่นดินในกองทุนหลักประกันสุขภาพไม่ให้มีการโกงเงินของคนป่วยยากจนในระบบ 30 บาท

จะเห็นได้ว่า การใช้จ่ายงบประมาณของกองทุน 30 บาทที่ไม่ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้เองทำให้โรงพยาบาลที่ต้องรับรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาท ยิ่ง “ขาดงบประมาณ” ในการดำเนินการรักษาผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น อันเป็นเหตุให้การรักษาผู้ป่วยตกต่ำไม่ได้มาตรฐานการแพทย์ที่ดีอีกต่อไป

การจำกัดมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาท เป็นสาเหตุของการ “ลดรายการยา” ในระบบสวัสดิการข้าราชการ

ตามที่กล่าวมาแล้วว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พยายามลดรายการยาใหม่ออกจากบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยอ้างว่าเป็น “ยาราคาแพง” ทั้ง ๆ ที่ไม่มียาที่มีสรรพคุณในการรักษาโรคได้ดีเท่ากับยาใหม่ ๆ เหล่านั้น จนทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่ดี แต่การจ่ายยาในระบบ 30 บาทได้ลุกลามมาถึงการรักษาผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ ค่ารักษาพยาบาลข้าราชการด้วยโดยกรมบัญชีกลางที่มีหน้าที่ “จ่ายเงินค่ารักษาผู้ป่วยแทนข้าราชการ” ได้ออกประกาศห้ามจ่ายยาบางชนิดให้แก่ผู้ป่วยในระบบนี้ ซึ่งทำให้ข้าราชการกลุ่มหนึ่งได้ออกมาคัดค้านคำสั่งดังกล่าวของกรมบัญชีกลาง จนทำให้กรมบัญชีกลางยกเลิกประกาศการจำกัดรายการยาเหล่านั้น

แต่ความพยายามของรัฐบาลที่จะจำกัดการรักษาให้แก่ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการนั้น เริ่มขึ้นในรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ที่ได้แก้ไข พ.ร.ฎ.สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2553 โดยแก้ไข พ.ร.ฎ.เดิม จากการที่ให้ข้าราชการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาได้เท่าที่จ่ายจริง มาเป็นให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด แล้วกรมบัญชีกลางก็ออกประกาศกำหนด (บังคับ) แพทย์ว่า ในการที่แพทย์จะจ่ายยารักษาผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการนั้น ให้แพทย์เลือกใช้ยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักที่ราคาถูกที่สุดก่อน[3] เรียกว่ายา A เพื่อให้ผู้ป่วยเอาไปลองรับประทานดู ถ้าอาการป่วยไม่ดีขึ้นก็ให้แพทย์เปลี่ยนยาไปเรื่อย ๆ จากยา A, B, D, E และถ้าผู้ป่วยไม่หาย (และยังไม่ตายไปเสียก่อน) แพทย์จึงจะสั่งยา F ซึ่งเป็นยาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยได้

ทั้ง ๆ ที่ตามหลักวิชาการแพทย์แล้ว แพทย์ควรจะสั่งยา F นี้ให้แก่ผู้ป่วยเป็นอันดับแรกสุดตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งครูบาอาจารย์ที่สั่งสอนแพทย์มาจะย้ำนักย้ำหนาว่าให้เลือกใช้ยาที่เหมาะสมที่สุดในการรักษาผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ซึ่งทางการแพทย์เรียกว่าเป็น “drug of choice” หรือ “first line drug” จึงเห็นได้ว่ากรมบัญชีกลางได้ทำการละเมิดสิทธิแพทย์ในการ “บังคับ” ใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย” ซึ่งถ้าแพทย์ไม่ทำตามข้อบังคับของกรมบัญชีกลางก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ดีที่สุดจากระบบสวัสดิการข้าราชการ ถึงถือได้ว่ากรมบัญชีกลางแอบแฝงได้ละเมิดสิทธิผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการอีกด้วย

อย่างไรก็ดี ได้มีข้าราชการรวมตัวกันเป็นชมรมและสมาคมคุ้มครองสิทธิข้าราชการได้นำคดีฟ้องศาลปกครองกรมบัญชีกลางที่ละเมิดสิทธิข้าราชการ (ดังกล่าวนี้) ไปฟ้องศาลปกครองให้ทุเลาการบังคับตามคำสั่งของกรมบัญชีกลางดังกล่าว และขอให้ศาลปกครองยกเลิกเพิกถอนคำสั่งที่ละเมิดสิทธิข้าราชการดังกล่าวต่อไป ซึ่งในขณะนี้คดียังอยู่ระหว่างการพิจารณาของศาลปกครอง

ทั้งหมดนี้คือการอธิบายว่า การจำกัดรายการยาในการรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาทกำลังขยายมาสู่ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ และกำลังจะขยายไปถึงผู้ป่วยในระบบประกันสังคม เนื่องจากผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน คือ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศว่าจะรวมกองทุนสุขภาพ 3 กองทุนเข้าเป็นกองทุนเดียวกันภายในหนึ่งปีนับจากนี้เป็นต้นไป[4]

และการรวมกองทุนสุขภาพแห่งชาติ 3 กองทุนนี้เองน่าจะทำให้ “มาตรฐานการแพทย์ไทยให้ตกต่ำลงไปอีก” คือจะทำให้ทั้ง 3 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นมี “มาตรฐานเลวเท่าเทียมกันหมด”

(อ่านต่อฉบับหน้า)

เอกสารอ้างอิง

1. http://www.hfocus.org/content/2014/08/78331 นพ.สุทัศน์ ศรีวิไล. ถึงเวลาปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

2. รายงานการตรวจสอบและข้อเสนอแนะของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจากการตรวจสอบการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ใช้งบบริหาร สปสช. (งบบริหาร) และงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (งบกองทุน) พบว่า การบริหารจัดการยังไม่ถูกต้องและเหมาะสมหลายประเด็น (ทั้งหมด 7 ประเด็น)

3. คำสั่งกรมบัญชีกลางที่ กค. ๐๔๒๒.๒/ว. ๑๑๖ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ และคำสั่งกรมบัญชีกลางด่วนที่สุด ที่ กค. ๐๔๒๒.๒/ว. ๑๑๑

4. คำมั่น ... รมช.สาธารณสุข “1 ปีมีกองทุนสุขภาพเดียว” http://www.posttoday.com

ลิขสิทธิ์ สภาวิชาชีพ

รศ.พญ.ดร.ณัฏฐิยา หิรัญกาญจน •
ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ระบบ HLA (The HLA complex)

■ (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

HLA Class I และ Class II โมเลกุล และยีนที่เกี่ยวข้อง

HLA โมเลกุลเป็น glycoprotein บนผิวของเซลล์โดยจะยึดติดกับเซลล์ด้วยส่วน transmembrane ทั้ง class I และ class II มีลักษณะโครงสร้างและหน้าที่คล้ายคลึงกัน โดยจะจับกับ antigenic peptide เป็น stable complex และนำเสนอต่อ T cell receptor บนผิวของ T lymphocyte

ลักษณะโครงสร้างของ HLA Class I โมเลกุล

HLA Class I โมเลกุล ประกอบด้วย a chain สายยาว 1 สาย ซึ่งเชื่อมต่อแบบ non-covalent กับ b2-microglobulin (b2M) chain a chain เป็น polymorphic glycoprotein ขนาด 45 kD ซึ่งถูกสร้างมาจาก HLA-A, -B, และ -C loci บนยีน HLA complex ส่วน b2M เป็น protein ขนาดเล็ก (12 KD) สร้างจากยีนนอก HLA complex ทั้งสอง chain นี้มีความสำคัญต่อความมั่นคง (stability) และการแสดงออกของ HLA molecule จะเห็นว่าในหนูที่มีความผิดปกติของ b2M gene โดยมี HLA gene ที่ปกติก็จะไม่มี HLA class I โมเลกุลแสดงอยู่บนพื้นผิวเซลล์ a chain ประกอบ ด้วย

1. Extracellular domain ซึ่งแบ่งเป็น 3 domain เป็น a1, a2 และ a3 โดยแต่ละ domain ประกอบด้วย ~90 amino acid

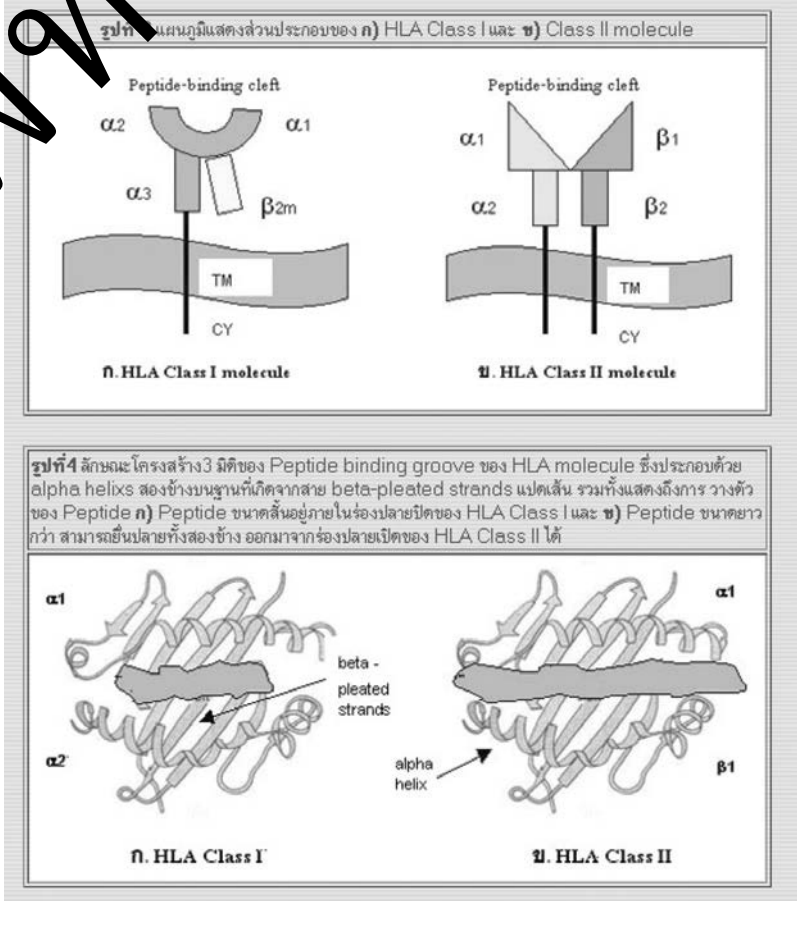
2. Transmembrane domain (~40 amino acid) และ

3. Cytoplasmic domain (~30 amino acid) (ดูรูปที่ 3)

โดยที่ a1 และ a2 domain ประกอบเข้าด้วยกันเป็นร่องสำหรับ bind กับ peptide ลักษณะโครงสร้าง 3 มิติของ peptide binding cleft (groove) แสดงให้เห็นว่า a1 และ a2 domain ประกอบกันโดยมีพื้นเป็นสาย ลักษณะแบบ Beta-pleated strands 8 สาย และล้อมรอบ 2 ข้างด้วย Alpha helix (รูปที่ 4) ในขณะที่ a3 และ a2M มีลักษณะโครงสร้าง 3 มิติเป็น Beta-pleated sheets 2 แผ่น ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของ Ig domains และมีส่วนที่จับกับ CD8 molecule บน a3 domain

ลักษณะโครงสร้างของ HLA Class II โมเลกุล

Class II โมเลกุล ประกอบด้วย polypeptide chains 2 ชนิด ได้แก่ a chain (33 KD) และ b chain (28 KD) ซึ่งจับกันด้วย non-covalent interaction เป็น a b heterodimer HLA Class II มีลักษณะโครงสร้างเหมือนกับ Class I โดยประกอบด้วย extracellular domain, transmembrane และ cytoplasmic segments (รูปที่ 3) แต่ละ chain แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ a1, a2 และ b1, b2 ตามลำดับ และมีส่วนที่จับกับ CD4 molecule บน b2 domain ส่วน peptide binding groove ประกอบด้วย a1 และ b1 (รูปที่ 4) โดยมีข้อแตกต่างสำคัญข้อหนึ่งที่ควรรู้คือ ร่องของ Class I จะมีลักษณะปิดที่มุมทั้ง 2 ข้าง แต่ร่องของ Class II เปิดกว้างออกที่มุมทั้ง 2 ข้าง จึงสังเกตได้ว่า peptide ที่ bind กับ HLA class I จะมีความยาวค่อนข้างคงที่และขนาดสั้นแค่ประมาณ 9-10 amino acid ในขณะที่ peptide ที่ bind กับ HLA class II จะมีความยาวได้ตั้งแต่ 14-30 amino acid เนื่องจาก peptide สามารถยื่นออกมาภายนอกร่องได้ทางมุมทั้ง 2 ข้าง โดยอาจเปรียบเทียบได้ว่าลักษณะเหมือน hot dog (รูปที่ 4)



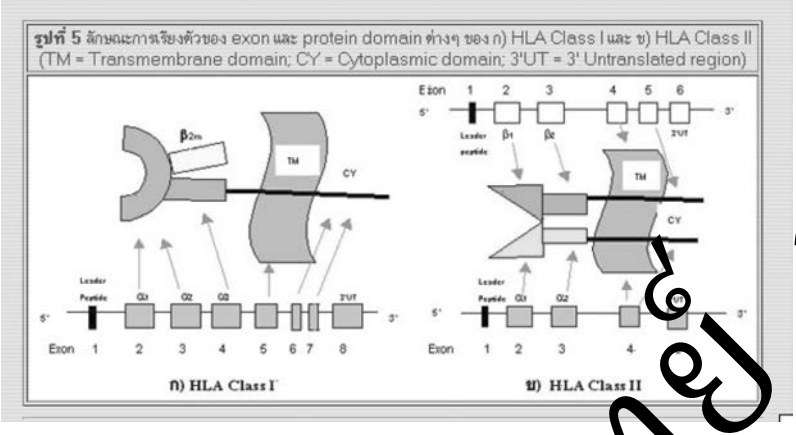
รูปที่ 4 ลักษณะโครงสร้าง 3 มิติของ Peptide binding groove ของ HLA molecule ซึ่งประกอบด้วย alpha helixs สองข้างบนฐานที่เกิดจากสาย beta-pleated strands แปดเส้น รวมทั้งแสดงถึงการ วางตัวของ Peptide **ก)** Peptide ขนาดสั้นอยู่ภายในร่องปลายปิดของ HLA Class I และ **ข)** Peptide ขนาดยาวกว่า สามารถยื่นปลายทั้งสองข้าง ออกมาจากร่องปลายเปิดของ HLA Class II ได้

ฉบับเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต

หมายเหตุ: เป็นที่น่าสนใจว่านักวิทยาศาสตร์ยังพบว่า class II molecule มีลักษณะเป็น dimer นั่นคือเขาพบ class II สองโมเลกุลตกผลึกมาด้วยกันในกระบวนการที่ใช้ในการศึกษารูปร่างของ molecule นี้ ถึงแม้ยังไม่มีหลักฐานเพิ่มเติมแน่ชัดว่า dimer นี้เกิดขึ้นจริงในธรรมชาติ (in vivo) นักวิทยาศาสตร์ได้ตั้งข้อสังเกตว่า dimer นี้อาจมีความสำคัญในการช่วยให้มีการรวมตัวกัน (aggregation) ของ TCR หรือ CD4 molecule บนผิวของ T cell ซึ่งสำคัญต่อกระบวนการส่งต่อสัญญาณใน T cell

ลักษณะการเรียงตัวของ Exons ใน HLA Class I และ Class II genes

ยีนแต่ละชนิดของกลุ่มยีน HLA ประกอบด้วยหลาย exon โดยแต่ละ exon จะถอดรหัส (encode) เป็นโปรตีนแต่ละส่วน (รูปที่ 5) ดังนี้



รูปที่ 5 ลักษณะการเรียงตัวของ exon และ protein domain ต่างๆ ของ ก) HLA Class I และ ข) HLA Class II (TM = Transmembrane domain; CY = Cytoplasmic domain; 3'UT = 3' Untranslated region)

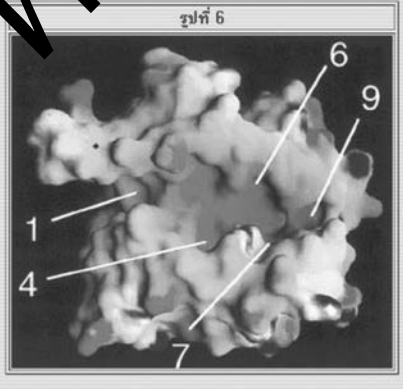
- Exon ที่ 1 คือ leader exon ซึ่งจะถ่ายทอดเป็น signal peptide สั้น ๆ มีหน้าที่ช่วยนำ mRNA เข้าสู่ ER เพื่อสร้างเป็น polypeptide และส่วน signal peptide นี้ก็จะถูกตัดออกไปโดย enzyme ใน ER หลังจาก polypeptide ถูกสร้างเสร็จแล้ว
- Exon 2, 3, 4 จะถ่ายทอดเป็น a หรือ b domain ดังแสดงรายละเอียดในรูปที่ 5
- Exon ที่เหลือถ่ายทอดเป็นส่วน Transmembrane, Cytoplasmic และ 3' Untranslated region ตามลำดับ

คุณสมบัติ Peptide-binding ของ HLA โมเลกุล

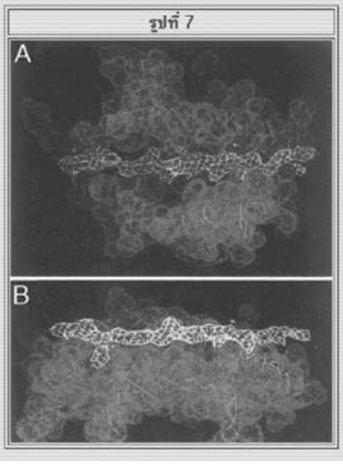
หน้าที่ที่สำคัญของ HLA โมเลกุล คือความสามารถที่จะจับ (bind) และนำเสนอ (present) antigenic peptides ได้แก่ T cells เพื่อก่อให้เกิดการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อ antigen นอกจากนี้ HLA ที่แสดงออกในแต่ละบุคคลยังเป็นตัวกำหนด T cell repertoire ของคนนั้น ๆ เนื่องจาก T cell ที่เจริญเติบโตจะต้องผ่านกระบวนการ positive และ negative selection โดย self peptide และ self MHC บน epithelial cells และ dendritic cells ใน thymus เฉพาะ T cell ประมาณ 5% เท่านั้นที่รอดพ้นออกมาเป็น mature T cell ในกระแสเลือด

Peptide Binding Region

ได้มีผู้สนใจศึกษาคุณสมบัติการจับกับ peptide ของ HLA molecule อย่างมากมาย นักวิทยาศาสตร์พบว่า HLA แต่ละชนิด (allele) จะจับกับ peptide ที่มีลักษณะเฉพาะบางอย่าง โดยจะขึ้นกับลักษณะร่องที่จะจับกับ peptide (peptide-binding groove or cleft) ของ HLA molecule นั้น ๆ การศึกษาลักษณะโครงสร้าง 3 มิติอย่างละเอียดของ HLA molecule บางชนิด (ได้แก่ HLA-A2, HLA-DR1) พบว่า peptide-binding cleft มีลักษณะเป็น pocket (รูปที่ 6) ที่ประกอบขึ้นจากการรวมตัวของกลุ่ม amino acid ที่อยู่บน Beta-pleated sheet หรือ Alpha helix ของ HLA molecule ซึ่งจะรองรับ side chain ของ amino acid ที่ยื่นมาจาก peptide เราเรียก amino acid สำคัญบน peptide ซึ่งเป็นตัวยึด peptide



รูปที่ 6 peptide binding cleft มีลักษณะเป็น pocket ที่ประกอบขึ้นจากการรวมตัวของกลุ่ม amino acid ที่อยู่บน beta-pleated sheet หรือ alpha helix ของ HLA molecule แต่ละ pocket ใหญ่ๆ ที่สำคัญจะตรงกับ side chain ของ peptide ตำแหน่งที่ 1, 4, 6, 7, และ 9 ดังแสดงในรูป



รูปที่ 7 ภาพ peptide binding cleft ของ HLA molecule พร้อม peptide ที่อยู่ในร่อง
A) ภาพมองจากด้านบน
B) มองจากด้านข้าง แสดงให้เห็น amino acid สำคัญบน peptide ซึ่งเป็นตัวยึด peptide ไว้ใน binding groove ที่เรียกว่า "anchor residues" (ลูกศรสีแดง)

ลิขสิทธิ์ของแพทยสภา

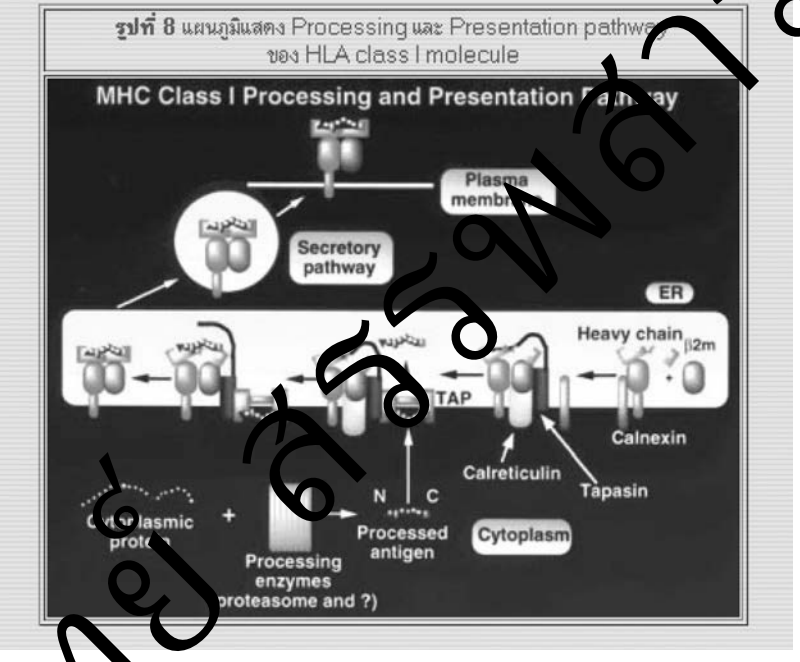
ไว้ใน binding groove ว่า “anchor residues” (รูปที่ 7) อย่างไรก็ตาม ลักษณะการจับของ peptide ต่อ HLA หนึ่ง ๆ มีความซับซ้อนมากกว่านี้ side chain ของ amino acid ตัวอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ anchor residue ก็มีผลต่อการ binding ด้วย ลักษณะเฉพาะที่สำคัญ ๆ ที่บ่งถึงคุณสมบัติของ peptide ที่จะสามารถ bind ใน groove ของ HLA molecule แต่ละ allele มีชื่อเรียกว่า “peptide binding motif” ของ HLA นั้น ๆ การศึกษา binding motif นี้สามารถนำไปใช้ประยุกต์ในการค้นหา peptide เพื่อใช้พัฒนา vaccine ใหม่ ๆ หรือเพื่อใช้รักษาโรคทาง immune ต่าง ๆ ได้

การ Process และ Present peptide ของ HLA molecule

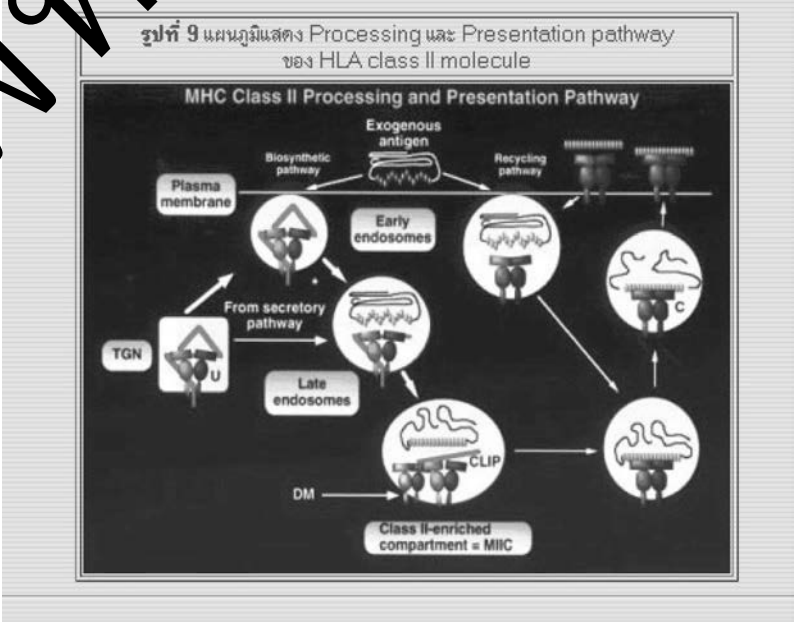
HLA class I molecule ทำหน้าที่นำเสนอ peptide ให้แก่ CD8+ T cell โดยทั่วไปจะเป็น peptide จาก protein ภายในเซลล์ (endogenous protein) ที่ถูกย่อยสลายใน cytoplasm ซึ่งได้แก่ peptide จากไวรัส หรือ peptide จากเซลล์มะเร็ง โดยจะถูกย่อยสลายด้วย LMP complex (Large Multifunctional Proteinase complex) หรือ proteosome แล้วส่งผ่านไปยัง TAP (transporter of antigenic peptides) เพื่อเข้าสู่ endoplasmic reticulum (ER) หลังจากนั้น peptide จึงสามารถจับกับ MHC class I molecule ซึ่งถูกสร้างจาก ER เฉพาะ class I molecule ที่จับกับ peptide จะมีความคงทน (stability) และเคลื่อนที่ไปยังผิวเซลล์ได้ (รูปที่ 8)

HLA class II molecule มีหน้าที่สำคัญในการนำเสนอ peptide ให้แก่ CD4+ T cell peptide ส่วนใหญ่มาจาก protein ภายนอกเซลล์ (exogenous protein) ที่ถูกนำเข้ามาในเซลล์ผ่าน endocytic pathway ในขณะเดียวกัน class II molecule ถูกสร้างจาก ER พร้อมกับมีโปรตีนชื่อ invariant chain (Ii) จับอยู่กับ class II molecule โดยชั่วคราว เพื่อป้องกันการจับกับ self peptide ส่วนของ peptide บน Ii ที่จับอยู่บน peptide-binding groove มีชื่อเรียกว่า CLIP (class II-associated invariant chain peptide) Complex นี้จะผ่าน Golgi network และเข้าสู่ endocytic pathway Ii จะหลุดออกจาก class II molecule จากภาวะกรดและเอนไซม์ภายใน endosome รวมทั้งจากการทำงานของ DM molecule ซึ่งจะช่วยทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนการจับของ exogenous peptide ซึ่งอยู่ใน endocytic pathway กับ CLIP จากนั้น class II molecule ที่จับกับ peptide จึงจะเคลื่อนตัวไปยังผิวเซลล์เพื่อนำเสนอให้กับ T cell ต่อไป (รูปที่ 9)

รูปที่ 8 แผนภูมิแสดง Processing และ Presentation pathway ของ HLA class I molecule



รูปที่ 9 แผนภูมิแสดง Processing และ Presentation pathway ของ HLA class II molecule



(อ่านต่อฉบับหน้า)

ลิขสิทธิ์ของแพทยสภา

• นพ.รนาวุฑฒ์ โสภักดี
โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล

วงการแพทย์ สารพสาร

Tretinoin รักษาผิวหน้าคล้ำเสีย จากแสงแดด

ปัญหาผิวหมองคล้ำไม่กระจ่างใส ของผิวหน้าและลำตัวเป็นปัญหาที่สร้างความลำบากใจให้แก่หนุ่มสาวที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผิวเป็นอย่างมาก เนื่องจากประเทศไทยตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้เส้นศูนย์สูตร ทำให้มีแสงแดดตลอดปี ช่วงหน้าร้อนปริมาณแดดมากและยาวนาน แสงแดดดังกล่าวมีรังสี ultraviolet หากผิวหนังสัมผัสรังสี ultraviolet เป็นระยะเวลานานอาจส่งผลให้ผิวหนังหมองคล้ำหยาบกร้าน ไม่ขาวใส เนื่องจากรังสี ultraviolet หากสัมผัสระยะสั้นสามารถกระตุ้นการสร้างเซลล์เม็ดสีได้ หากสัมผัสระยะเวลานานอาจทำลายเซลล์ผิวหนัง หากเกิดการสะสมของเซลล์เหล่านั้นอาจเกิดเป็นฝ้า กระ กระเนื้อ ผิวแห้งหยาบกร้าน

Tretinoin เป็นสารกลุ่มวิตามินเอ มีคุณสมบัติช่วยในการผลัดเซลล์ผิวที่ตายแล้วให้หลุดออก จึงสามารถผลัดผิวจุดด่างดำออกไปได้ และช่วยบีบให้ต่อมไขมันมีขนาดเล็กลง จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า Tretinoin ขนาดความเข้มข้นมากกว่า 0.05% ช่วยรักษาภาวะผิวหมองคล้ำระดับปานกลางที่เกิดจากการสัมผัสแสงแดดได้เป็นอย่างดี แต่อาจพบการระคายเคืองจากการใช้ยาได้

กล่าวโดยสรุป Tretinoin ขนาดความเข้มข้นมากกว่า 0.05% ช่วยรักษาภาวะผิวหมองคล้ำระดับปานกลางที่เกิดจากการสัมผัสแสงแดดได้เป็นอย่างดี

พศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง •
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ภาวะที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax)

Pneumothorax หมายถึง ภาวะที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด สามารถแบ่งออกได้เป็น

1. Spontaneous pneumothorax

หมายถึง ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งเกิดขึ้นเองในผู้ป่วยที่ไม่มีพยาธิสภาพที่ปอดมาก่อน (primary spontaneous pneumothorax) หรือเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในปอดอยู่เดิม (secondary spontaneous pneumothorax)

2. Iatrogenic pneumothorax

หมายถึง ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งเกิดภายหลังการทำหัตถการทางการแพทย์ เช่น การเจาะดูดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด การตัดชิ้นเนื้อปอด เป็นต้น

3. Traumatic pneumothorax

หมายถึง ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ

Spontaneous pneumothorax แบ่งเป็น

1. primary spontaneous pneumothorax ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดที่เกิดขึ้นเองในผู้ป่วยที่ไม่มีพยาธิสภาพที่ปอดมาก่อน มักพบในผู้ชายอายุน้อยและรูปร่างสูง อาจมีปัจจัยเสี่ยง คือ สูบบุหรี่, marfan's syndrome หรือ mitral valve prolapse ร่วมด้วย

Primary spontaneous pneumothorax อาจมีสาเหตุมาจาก subpleural bulla ที่ปอดส่วนบน (lung apex) เกิดแตกจนมีลมรั่วเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้มปอด ถ้าตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกสามารถตรวจพบ bulla ได้ 90% ทั้งนี้การเกิด bulla ในปอดนั้นไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่คาดว่าน่าจะเกิดจากความไม่สมดุลของ protease-antiprotease และ oxidant-antioxidant ของปอดจนทำให้สูญเสียความยืดหยุ่นของปอดเกิดขึ้นได้

2. secondary spontaneous pneumothorax เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในปอดอยู่เดิม เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) อาจเกิดในมะเร็งที่มีการกระจายมาสู่ปอด วัณโรคปอด หรือฝีในปอด เป็นต้น ในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นโรคฉวยโอกาสติดเชื้อชนิด *Pneumocystis carinii* อาจพบ pneumothorax ได้ โดยที่อาจพบลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดทั้ง 2 ข้างได้ 2%

อาการ

เจ็บหน้าอกแปลบโดยเฉพาะขณะหายใจเข้า ขณะพัก เหนื่อยง่าย หรืออาจมีอาการเล็กน้อยจนไม่สังเกตก็ได้ อาการที่พบบ่อยคือ หายใจเต้นเร็ว การตรวจร่างกายพบว่าเสียงหายใจเบาลงในปอดข้างนั้น ควรทำการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อช่วยวินิจฉัยโรค

การตรวจสืบค้น

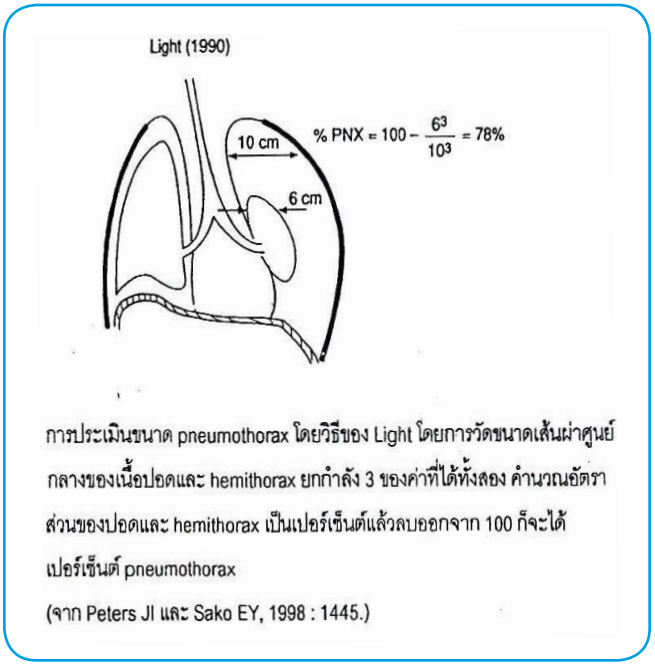
ถ้าสงสัย pneumothorax แต่ถ่ายภาพรังสีทรวงอกในที่ AP แล้วไม่พบความผิดปกติก็ควรให้ถ่ายเพิ่มในท่าหายใจออกสุด (expiratory CXR) หรือถ่ายในท่านอนตะแคงโดยเอาปอดข้างที่ลมรั่วขึ้นข้างบน (lateral decubitus) สำหรับการถ่ายภาพในท่านอนหงายก็ควรมองหา deep sulcus sign (deep lateral costophrenic angle) ในบางกรณีอาจต้องใช้การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของทรวงอก (CT chest) ช่วยเพื่อแยกระหว่าง giant bulla ในปอด และ pneumothorax ถ้าเกิด pneumothorax ชนิดที่มีการกดเบียดดันหัวใจหรือทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนก็จะมีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เช่น decrease QRS voltage, axis deviation, T wave inversion เป็นต้น

การคำนวณปริมาณลมในโพรงเยื่อหุ้มปอดมี 2 แบบ ดังนี้ (ดังภาพที่ 1)

1. Light

2. Rhea

วงการแพทย์ สวางพสาร



ภาพที่ 1 การคำนวณเปอร์เซ็นต์ของ pneumothorax

การรักษา

การรักษา spontaneous pneumothorax

มีจุดมุ่งหมาย 2 ข้อคือ 1. เอาลมออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด 2. ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การรักษามีทั้งเฝ้าดูอาการ ใช้เจาะเข็มเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด ใส่ท่อระบายทรวงอก (intercostal drainage: ICD) จนกระทั่งอาจทำผ่าตัดระบายลมออกโดยใช้วิดีโอช่วย (video-assisted thoracoscopic surgery) การตัดสินใจให้การรักษานั้นขึ้นกับขนาดของลมรั่ว ความรุนแรงของอาการ โรคปอดเดิม โรคประจำตัวอื่น ๆ ประวัติเคยมีลมรั่วมาก่อน หรือการมีลมรั่วอยู่ตลอดเวลา (persistence air leak)

1. primary spontaneous pneumothorax กรณีผู้ป่วยอายุน้อยและไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ ถ้ามีลมรั่ว < 20% ของ hemithorax ให้เฝ้าสังเกตอาการอย่างเดียว อัตราการดูดซึมลมหายไปวันละ 1-2% แต่ถ้าให้ผู้ป่วยดมออกซิเจน 100% ร่วมด้วยก็จะทำให้อัตราการดูดซึมเพิ่มเป็น 4 เท่าได้ ควรเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยนาน 6 ชั่วโมง แล้วจากนั้นค่อยทำการถ่ายภาพรังสีทรวงอกก่อนพิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งนี้เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดเพิ่มขึ้นอีกตลอดจนแพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเดินทางโดยเครื่องบินหรือดำน้ำจนกว่าลมรั่วนี้จะหายไป

ถ้ามีลมรั่วในโพรงปอด > 20% ให้ใช้เข็มเจาะออก แล้วสังเกตอาการต่อนาน 6 ชั่วโมง จากนั้นค่อยทำการถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำ ถ้าไม่มีลมรั่วเพิ่มขึ้นก็อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ การเจาะปอดมักได้ผลในการรักษา 45-71% แต่จะได้ผลน้อยในผู้ป่วยอายุ > 50 ปี หรือดูดลมได้มากกว่า 2.5 ลิตร

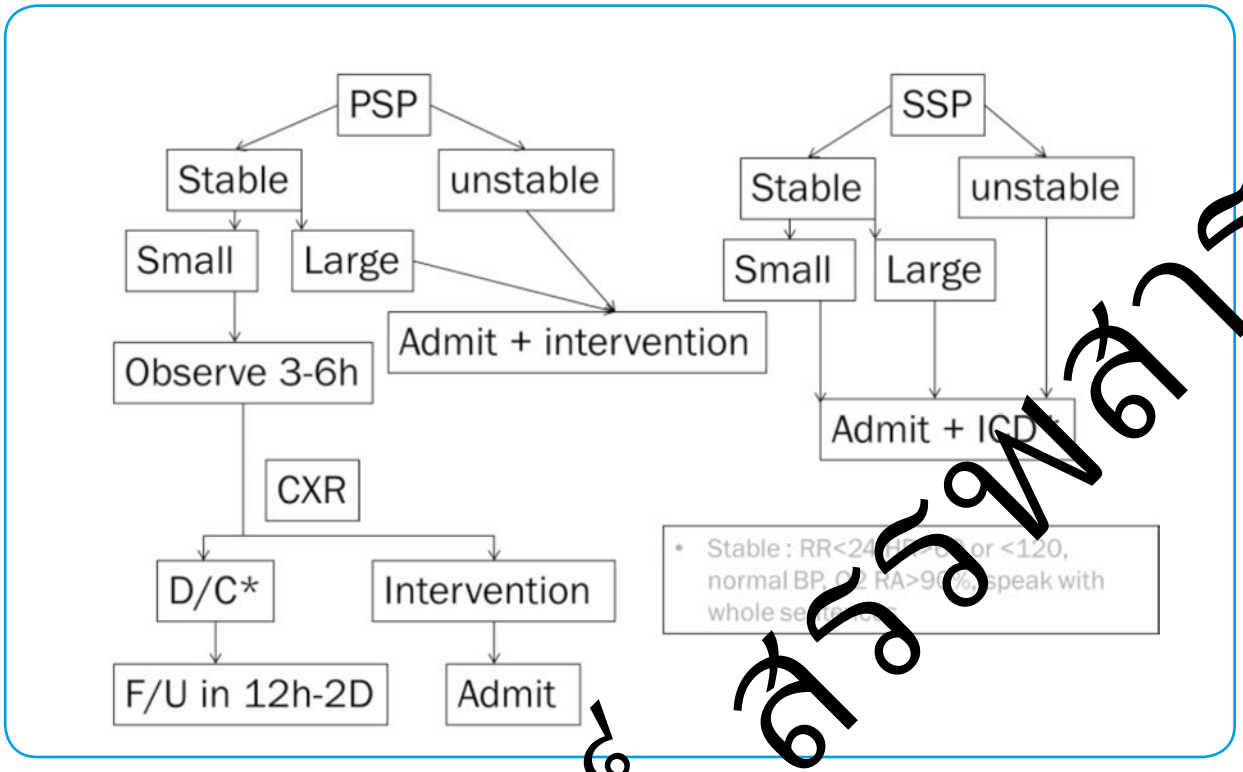
ถ้าปอดไม่ขยายตัวหลังเจาะปอดก็ควรใส่ ICD ที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็ก (ขนาด 7F-14F) ข้อเสียของท่อขนาดเล็กคือมีโอกาสที่ท่อจะหักพับง่ายหรือท่ออุดตันด้วยสารน้ำต่าง ๆ ที่ไหลออกจากปอดได้ง่าย ส่วนข้อดีคือ เจ็บน้อยและแพทย์ก็

Primary spontaneous pneumothorax มีโอกาสเกิดซ้ำ 1 ใน 3 (16-50%) ดังนั้น อาจรอแตกครั้งที่ 2 ค่อยพิจารณาใส่ ICD

2. secondary spontaneous pneumothorax มีโอกาสเกิดซ้ำ 39-47% ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต จึงแนะนำให้ใส่ ICD (ขนาด 20F-28F) ทุกรายตั้งแต่แตกครั้งแรกและทำการผนึกเยื่อหุ้มปอด (pleurodesis) ได้เลยแต่ถ้ามีลมรั่วจาก ICD นานมากกว่า 4-7 วัน แสดงว่ามีรูรั่ว bronchopleural fistula ซึ่งต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขต่อไป

สำหรับ pleurodesis มี 2 วิธีคือ 1. ผ่าตัดเพื่อผนึกเยื่อหุ้มปอดโดยใช้วิธีการถูไถเพื่อให้เยื่อหุ้มปอดเกิดอักเสบขึ้นจนต้องสร้างพังผืดเพื่อมาซ่อมแซม (surgical pleurodesis) และ 2. การใส่สารระคายเคืองเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด (medical pleurodesis)

วงการแพทย์ สารพัดดี



แผนผังที่ 1 แสดงแนวทางการรักษา ดัดแปลงจาก American College of Chest Physician (ACCP) 2001

หมายเหตุ PSP : primary spontaneous pneumothorax
SSP : secondary spontaneous pneumothorax

Catamenial pneumothorax

พบได้น้อย อาการมาด้วยมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดบ่อย ๆ ภายใน 3 วันแรกของการมีประจำเดือน อาจถูกเรียกว่า thoracic endometriosis syndrome และตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากดการตกไข่ สาเหตุที่ก่อโรคแน่ชัดยังไม่ทราบ

Tension pneumothorax

จะมาด้วยความดันโลหิตต่ำและเกิดภาวะขาดออกซิเจน หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง หลอดลม (trachea) ถูกกดเบียดไปอีกข้างหนึ่ง สำหรับการรักษานั้นควรใช้เข็มเจาะลมออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดในเบื้องต้น จากนั้นจึงค่อยใส่ ICD เพื่อดูดลมออกต่อไป

Spontaneous pneumomediastinum

มาด้วย subcutaneous emphysema โดยที่จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจะพบเงาลมใน mediastinum โดยทั่วไปมักเกิดอาการเจ็บหน้าอกในขณะออกกำลังกายหรือทำ valsalva maneuver เป็นต้น spontaneous pneumomediastinum เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ส่วน secondary pneumomediastinum อาจเกิดจากการอาเจียนอย่างรุนแรง (boerhaave's syndrome) และต้องรักษาต้นเหตุจึงจะหายเป็นปกติได้

วงการแพทย์ สารพัดสาระ

Iatrogenic pneumothorax

ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดภายหลังการทำหัตถการทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น การเจาะดูดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (thoracentesis) การเจาะเส้นเลือดดำใหญ่ (subclavian or internal jugular vessel puncture) การตัดชิ้นเนื้อเยื่อหุ้มปอด (pleural biopsy) รวมถึงผู้ป่วยซึ่งใช้เครื่องช่วยหายใจก็สามารถเกิดภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดได้เช่นกัน โดยภาวะลมรั่วภายหลังการทำหัตถการทางการแพทย์นั้นส่วนใหญ่ประมาณ 89% จะสามารถดูดซึมและหายได้เองโดยไม่ต้องทำการระบายลมจากช่องทรวงอก ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แนะนำให้ทำการระบายลมในช่องทรวงอกด้วยสายระบายลมขนาดใหญ่ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ tension pneumothorax

ข้อบ่งชี้การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพิจารณาผ่าตัดรักษา

- second ipsilateral pneumothorax
- first contralateral pneumothotax
- มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดทั้ง 2 ข้าง
- persistent air leak or failure of lung to re-expand in 5-7 days
- spontaneous hemothorax
- อาชีพเสี่ยง (นักบิน, นักดำน้ำ)
- หญิงตั้งครรภ์

คำแนะนำหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและการติดตามการรักษา

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลควรได้รับคำแนะนำในการสังเกตอาการ หากมีอาการเหนื่อยหรือแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวกมากขึ้น ให้รีบติดต่อเพื่อทำการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล รวมทั้งหลีกเลี่ยงการเดินทางทางอากาศยานจนกว่าภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดจะหายเป็นสมบูรณ์ พิจารณาจากภาพถ่ายรังสีว่าไม่มีภาวะลมรั่วอีก และแนะนำให้งดกิจกรรมการดำน้ำอย่างเด็ดขาด เนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะลมรั่วขึ้นอีก และอาจอันตรายถึงชีวิตได้

ลิขสิทธิ์ วงการแพทย์ สงวนสิทธิ์

เอกสารอ้างอิง

1. ผศ.วิภา รัชตะชัยนันท์. ปัญหาโรคระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในภาวะฉุกเฉิน. หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544:131-67.
2. Roger L. Humphries, J.W. Young. Chapter 71 Spontaneous and Iatrogenic Pneumothorax. In J.E. Tintinalli, J.S. Stapezynski, D.M. Cline, et al. editors. Tintinalli's Emergency Medicine : A Comprehensive Study Guide, 7th ed. New York: Mc Graw Hill Medical; 2010:471-4.
3. MacDuff Andrew, Arnold Anthony, Harvey John. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. Thorax 2010;65 (Suppl 2):ii18-ii31.
4. Baumann MH, Strange C, Heffner JE, Light R, Kirby TJ, Klein J, et al. Management of spontaneous pneumothorax: an American College of Chest Physicians Delphi consensus statement. Chest 2001 Feb;119(2):590-602.
5. Light Richard W, MD. Secondary spontaneous pneumothorax in adults. UpToDate 2013 Oct 2. Available from: http://www.uptodate.com/contents/secondary-spontaneous-pneumothorax-in-adults?detectedLanguage=en&source=search_result &search=Secondary+

นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ พ.บ., น.ม., น.บ.ท., ว.ว.นิติเวชศาสตร์* •
*รองศาสตราจารย์ภาควิชานิติเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การจมน้ำกับบางประเด็น: (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

Some Evidence Due To Drowning: (A Case Report)

การพบศพอยู่ในน้ำเพื่อให้แพทย์ทำการตรวจชันสูตรพลิกศพนั้น ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่เป็นประจำสำหรับแพทย์ที่ทำการ “ชันสูตรพลิกศพ” ปัญหาเรื่องการพบศพในน้ำนั้น หากแพทย์จะถือว่าเหมือน ๆ กันหมดก็คือ “เมื่อพบศพในน้ำก็เป็นการจมน้ำเท่านั้น” เช่นนี้แพทย์อาจเข้าใจผิดได้ เพราะการพบศพในน้ำอาจมิใช่เป็นการจมน้ำก็ได้ หรือหากเป็นการจมน้ำแต่อาจเป็นคดีความในเวลาต่อมาก็ได้

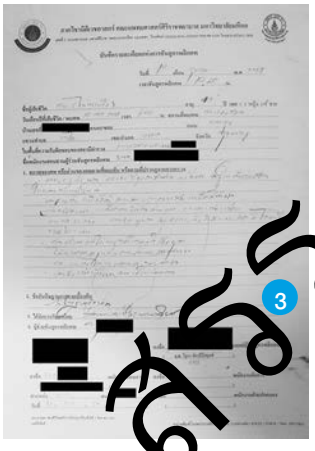
ประวัติของผู้ตายจะมีความสำคัญอย่างยิ่ง แม้ว่าประวัตินั้นในทางการแพทย์จะถือว่าเป็น “การบอกเล่า หรือ subjective” ก็ตาม แต่เนื่องจากแพทย์มิใช่คนในท้องที่หรือพื้นที่ที่จะทราบความเป็นไปของคนที่ถูกพบในน้ำนั้น จึงจำเป็นต้องทราบประวัติอย่างคร่าว ๆ หรืออาจถือได้ว่าเป็น “เบื้องต้น” แห่งการที่แพทย์จะวางแนวทางในการดำเนินการต่อไป

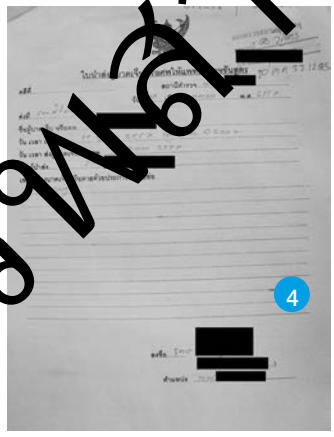
อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ผู้ตายเป็นชายอายุประมาณ 45-50 ปี ชอบดื่มเหล้าเป็นประจำ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง เดินอยู่ในทางเดินสวน มีผู้พบเห็นครั้งหลังสุดเมื่อตอนเย็นของวันก่อนเสียชีวิต

วันที่เสียชีวิตมีผู้พบศพในคูน้ำเวลาช่วงเช้าตรู่ โดยเห็นเป็นเพื่อและศีรษะโผล่ขึ้นมาเล็กน้อย **(ภาพที่ 1)** จึงแจ้งต่อพนักงานสอบสวน (ตำรวจ) เพื่อให้ดำเนินการชันสูตรพลิกศพต่อไป

พนักงานสอบสวนได้ตามแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์เพื่อมาทำการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ที่พบศพ และให้เจ้าหน้าที่ของมูลนิธิ[redacted] ทำการช่วยพนักงานสอบสวนนำศพขึ้นมาจากคูน้ำ **(ภาพที่ 2)**





แพทย์และพนักงานสอบสวนได้ร่วมกันทำการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย[1] โดยแพทย์จะทำรายงาน “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” **(ภาพที่ 3)** และไม่ทราบสาเหตุที่ตายอย่างแท้จริง เพียงแต่พบว่าศพถูกพบลอยอยู่ในคูน้ำเท่านั้น จำเป็นต้องส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อซึ่งพนักงานสอบสวนได้ทำการส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ **(ภาพที่ 4)**

การตรวจศพ:

ผู้ตายรายนี้ได้ถูกนำศพมารับการตรวจต่อ ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรฐานการดำเนินการทางนิติเวชศาสตร์[2,3,4] เพื่อให้เกิดความกระจ่างตามมาตรา 154 นั่นเอง[1]

การตรวจศพจากภายนอกของศพ: (ย่อ) (ภาพที่ 5)

สำเนาเพื่อการใช้งานเท่านั้น

- ศพชายอายุประมาณ 45-50 ปี รูปร่างค่อนข้างผอม ผมยาวประมาณ 10-15 เซนติเมตร ไว้หนวดและเคราประมาณ 1 เซนติเมตร อยู่ในชุดเสื้อแขนสั้นสีส้ม กางเกงขาสั้นสีน้ำเงิน

- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกลงสู่เบื้องต่ำหลังเสียชีวิตได้ปานกลาง (ไม่ชัดเจนนัก)

- ที่ผิวหนังทั้งใบหน้า ลำตัว แขน และขา จะมีสภาพของใบไม้และคราบโคลนเปื้อนเป็นหย่อม ๆ กระจายทั่วไป **(ภาพที่ 6)**

6

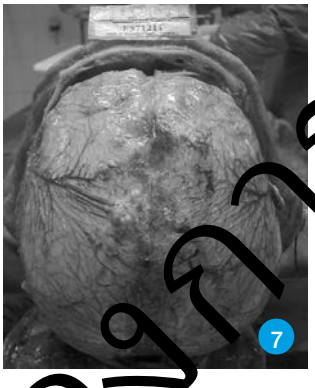
- แขนและขาอยู่ในสภาพที่เหยียดไม่งอหรือมีสภาพของการหัก

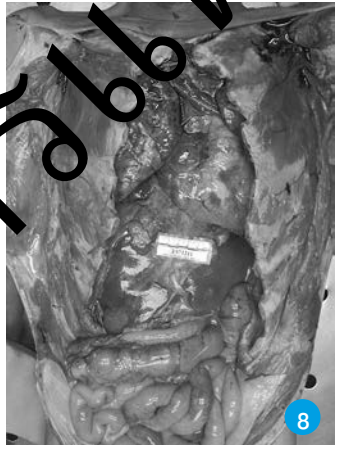
- ปลายมือและเท้ามีลักษณะเหี่ยวย่นอันเนื่องจากการแช่ในน้ำนาน

- ไม่พบบาดแผลรุนแรงตามร่างกาย คอ ใบหน้า แขน ขา มือ และเท้า

การผ่าศพตรวจภายในตัวศพ:

- หนังศีรษะและใต้ชั้นหนังศีรษะปกติ
- กะโหลกศีรษะปกติ
- เนื้อสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ **(ภาพที่ 7)**

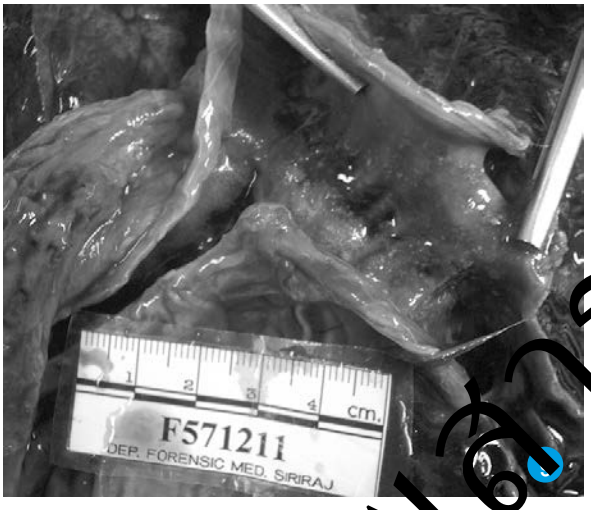

7


8

- กระดูกคอข้ออื่น กล่องเสียง กระดูกซี่โครง และกระดูกสันหลังส่วนอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

- เมื่อเปิดแผงหน้าอกทั้งซี่โครงและกล้ามเนื้อหน้าอกออกจะพบสภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ **(ภาพที่ 8)**

- ปอดค่อนข้างเต่ง หนักกว่าปกติประมาณเท่าตัว 450 กรัม ของปอดซ้าย และ 520 กรัมของปอดขวา ตามลำดับ


9

10

- ตัดหน้าตัดของเนื้อปอดและเปิดหลอดลม (trachea) และแขนงใหญ่ (bronchi) พบว่ามีน้ำและมีสิ่งแปลกปลอม (foreign body) กระจายอยู่ **(ภาพที่ 9)**

- หัวใจและหลอดเลือดหัวใจ **(ภาพที่ 10)** และอวัยวะต่าง ๆ ในช่องอกทั้งสองข้างปกติ

- ตับ ม้าม ไต ลำไส้ และอวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ

- กระเพาะอาหารมีอาหารจำพวกข้าวย่อยแล้วและของเหลวสีเหลืองขีดประมาณ 200 มิลลิลิตร

- อวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้องและอุ้งเชิงกรานอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

- ตรวจจากเลือด ปัสสาวะ น้ำดี ของเหลวในกระเพาะอาหาร (เป็นการตรวจตามปกติ: routine)

สาเหตุตาย:

- ขาดอากาศจากการจมน้ำ

พฤติการณ์ที่ตาย:

- จากประวัติและสภาพของผู้ป่วยเท่าที่พบในเบื้องต้น พฤติการณ์ที่ตายน่าจะเกิดจาก “อุบัติเหตุ” มากที่สุด

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: ศพที่ถูกพบว่าอยู่ในน้ำ (ภาพที่ 1)

การที่แพทย์ไปดูศพที่ถูกพบในน้ำนั้น เมื่อแพทย์ดูด้วยตาก็เพียงแต่บอกได้ว่า ***“พบศพในน้ำ”*** หรือ ***“ศพถูกพบในน้ำ”*** แพทย์จะไม่ระบุว่า ***“จมน้ำตาย”*** การที่ห้ามแพทย์ไม่ใช้คำ “จมน้ำตาย” เด็ดขาดเพราะการพบศพในน้ำไม่ได้หมายความว่าศพนั้นจะตายจากการจมน้ำเสมอไป อีกทั้งหากเป็นการตายจากการจมน้ำก็ยังมีสาเหตุอีกหลาย

ลิขสิทธิ์ของแพทยสภา

ประการที่ทำให้เกิดขึ้นได้อีก เช่น จากพฤติการณ์ จากอุบัติเหตุ หรือจากเจตนาทำให้ตกน้ำเพื่อฆาตกรรมหรือประการหนึ่งประการใด

ยิ่งกว่านั้นกรณีที่พบศพในน้ำแม้ว่าจะมีเจ้าหน้าที่อื่น ๆ หรือผู้หวังดีนำศพขึ้นมาจากน้ำก็ยังอาจต้องพิจารณาอย่างถี่ถ้วนด้วย โดยหากเป็นไปได้สมควรรอแพทย์และพนักงานสอบสวนให้พร้อมกันเสียก่อนจึงนำศพขึ้นมาจากน้ำ ทั้งนี้เพราะในขณะที่นำศพขึ้นมาอาจพบ "วัตถุพยานบางอย่าง" ติดมากับศพได้ เช่น อาจมีวัตถุที่ศพกำไว้ เป็นต้น

ประการที่ 2: การชันสูตรพลิกศพ

ศพที่ถูกพบในน้ำ "ทุกราย" ต้องเข้าสู่กระบวนการชันสูตรพลิกศพ (มาตรา 150)[1] ***ทุกกรณีไม่มีข้อยกเว้น*** หมายความว่าต้องถือไว้เสียก่อนว่า ***"เป็นการตายผิดธรรมชาติ"*** ในมาตรา 148(5) ไว้ก่อนเสมอ

มาตรา 148[1] ***เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย***

การตายโดยผิดธรรมชาตินั้น คือ

(1) ฆ่าตัวตาย

(2) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย

(3) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย

(4) ตายโดยอุบัติเหตุ

(5) ตายโดยยังมิปรากฏเหตุ

ที่สำคัญที่สุดก็คือแพทย์จะต้องนำศพมารับการตรวจต่อก็เป็นสำคัญ เพราะดังได้กล่าวมาแล้วว่า "การพบศพในน้ำมิได้หมายความว่าศพจมน้ำตาย" เสมอไป เนื่องจากการที่พบศพในน้ำเป็นแต่เพียงบอกกับแพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพว่า "ศพอยู่ในน้ำ" แต่สิ่งที่เกิดขึ้นกับศพก่อนที่จะมาอยู่ในน้ำนั้นจะเป็นประการใดก็ได้ เช่น การที่ถูกฆ่าแล้วนำศพมาโยนน้ำ, การที่ศพถูกผลักให้ตกน้ำโดยที่ผู้ตายว่ายน้ำไม่เป็นหรือว่ายน้ำเป็นแต่ผู้ตายอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ เช่น ภาวะมึนเมา เป็นต้น

การส่งศพเพื่อทำการตรวจต่อจึงเป็นการเหมาะสมที่สุด ทั้งนี้เป็นไปตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 151 ประกอบมาตรา 152 นั่นเอง[1]

ประการที่ 3: ประเด็นสำคัญบางประการเมื่อแพทย์ต้องชันสูตรพลิกศพที่อยู่ในน้ำ

การที่แพทย์ออกชันสูตรพลิกศพและพบว่าผู้ตายอยู่ในน้ำหรือลอยอยู่เหนือน้ำนั้น แพทย์ต้องให้ความสำคัญกับสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเป็นข้อมูลสำหรับแพทย์ได้

1. ประวัติของผู้ตาย

ประวัติของผู้ตายจะมีความสำคัญอย่างยิ่ง แม้ว่าประวัตินั้นในทางการแพทย์จะถือว่าเป็น ***"การบอกเล่า หรือ subjective"*** ก็ตาม แต่เนื่องจากแพทย์มิใช่คนในท้องที่หรือพื้นที่ที่จะทราบความเป็นไปของคนที่ถูกพบในน้ำนั้น จึงจำเป็นต้องทราบประวัติอย่างคร่าว ๆ หรืออาจถือได้ว่าเป็น ***"เงื่อนงำ"*** แห่งการที่แพทย์จะวางแนวทางในการดำเนินการต่อไป

2. แนวทางในการดำเนินการต่อไป

แนวทางที่อาจเป็นไปได้คือ การมอบศพให้แก่ญาติภายหลังจากที่ได้ทำการชันสูตรพลิกศพแล้ว กับการที่ต้องดำเนินการกับศพต่อเนื่อง (มาตรา 151 และมาตรา 152)[1]

ประการหลักแรกในการเป็น "ตัวชี้" ก็คือ "ต้องรู้ว่าผู้ตายคือใครให้จงได้เสียก่อน" จึงจะกำหนดแนวทางอื่นได้ หากไม่ทราบว่าผู้ตายคือใคร แล้วย่อมไม่มีทางอื่นให้เลือกสำหรับแพทย์เลย เพราะแพทย์ "จะต้อง" ส่งศพมาเพื่อการตรวจต่ออย่างหลีกเลี่ยงมิได้เท่านั้น

3. หากมีทางที่แพทย์สามารถเลือกได้ ประการหรือแนวทางที่ควรเลือก อาจเป็น

ก. ชันสูตรพลิกศพแล้วมอบศพให้แก่ญาติเพื่อดำเนินการตามพิธีหรือคตินิยมต่อไปได้ทันที

ข. นำศพมาทำการตรวจต่อ

1. ทำการตรวจแต่เพียงภายนอกเพื่อดูสภาพแห่งตัวศพที่เรียกร้องรอยหรือเงื่อนงำในประเด็นที่อาจเป็นเหตุแห่งการกระทำผิดอาญา คือ "ถูกฆาตกรรม"

2. ทำการตรวจอย่างละเอียดในกรณีสงสัยว่าอาจมีเหตุแห่งการกระทำความผิดทางอาญา[5] เช่น

2.1 อาจถูกผลักให้ตกน้ำ เพื่อการทำร้าย ก็จะเป็นความผิดตามมาตรา 290

2.2 หรือจงใจทำให้ตกน้ำหรือจงใจกดน้ำ เป็นต้น เป็นการฆาตกรรมนั่นเอง อันเป็นความผิดตามมาตรา 288

ค. สิ่งที่ต้องคำนึงถึง หรือต้องดำเนินการเมื่อนำศพมาทำการตรวจต่อ

1. การตรวจสภาพศพจากภายนอก

2. การตรวจสภาพศพจากภายใน โดยการผ่าศพตรวจ

3. การเก็บและส่งตรวจต่อซึ่งวัตถุพยาน ในที่นี้คือ เลือด ปัสสาวะ และน้ำหลั่งของร่างกายที่อาจทำการตรวจวิเคราะห์สิ่งหรือสารแปลกปลอมได้

4. การชันสูตรพลิกศพที่เสียชีวิตในน้ำอาจมีลักษณะจำเพาะ

ก. เป็นการยากที่จะตรวจพบ ***"การตกลงสู่เบื้องต่ำหลังเสียชีวิต"*** (livor mortis) ได้ชัดเจน ยิ่งหากเป็นน้ำที่ไม่นิ่งมีการไหลจะทำให้ศพต้องมีการเคลื่อนไหวซึ่งอาจพลิกไปมาทำให้ไม่เกิดสภาวะการตกลงสู่เบื้องต่ำภายหลังเสียชีวิตได้ชัดเจน ทั้งนี้เพราะกระบวนการนี้เกิดจากแรงดึงดูดของโลก (gravity) ที่ทำให้เลือดในหลอดเลือดตกลงสู่เบื้องต่ำ

ข. หากศพที่ตายใหม่ ๆ แล้วนำขึ้นมาบนบกและให้ศพอยู่ในท่าหนึ่งท่าใดก็อาจเกิดการตกลงสู่เบื้องต่ำภายหลังเสียชีวิตได้ เช่น หากวางศพให้นอนหงายก็จะพบว่าเกิดการตกลง

ลิขสิทธิ์ แพทยสภา

สู่เบื้องต่ำหลังเสียชีวิต (livor mortis) ที่หลังได้

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

สำหรับการตรวจศพที่พบในน้ำและสงสัยว่าจะจมน้ำนั้นจำเป็นที่แพทย์ต้องตรวจหาสารแปลกปลอมในเลือด ในปัสสาวะ หรือในน้ำหลั่งอื่น เพื่อบ่งชี้ถึงสารที่อาจมีผลทำให้ผู้ตายจมน้ำได้ เช่น แอลกอฮอล์, สารจำพวกเสพติด, สารพวก "ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท" เพราะอาจทำให้ผู้นั้นอยู่ภายใต้อิทธิพลของสารต่าง ๆ เหล่านั้น และเมื่ออยู่ในน้ำ (อาจตกน้ำ) จึงไม่สามารถช่วยตนเองได้

6. การพบศพในน้ำและแพทย์ถูกตามไปชันสูตรพลิกศพโดยปราศจากผู้ช่วย

แพทย์อาจถูกเรียกให้เข้าร่วมในการชันสูตรพลิกศพโดยที่ศพยังอยู่ในน้ำโดยเฉพาะ "กลางน้ำ" ด้วย เช่นนี้แพทย์จะทำประการใด กล่าวคือ ไม่มีผู้ช่วยแพทย์ในการนำศพจากในน้ำขึ้นมาที่ฝั่ง หรือแพทย์อาจถูกกล่าวในเชิงหน้าที่ว่า "ต้องไปนำศพมาเพื่อการชันสูตรพลิกศพ" เช่นนี้แพทย์จะทำประการใด

ข้อ 1: แพทย์ต้องรู้ว่ากระบวนการชันสูตรพลิกศพเป็นกระบวนการเริ่มต้นของการทำให้เกิดบรรลุวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพเท่านั้น

ข้อ 2: แพทย์ต้องทราบว่าแพทย์มีเครื่องมือในการทำงานคือ "บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ" ทำให้แพทย์สามารถทำงานต่อได้

ข้อ 3: แพทย์ต้องระลึกว่า ตัวแพทย์เองมิใช่หัวหน้าคณะฯ ในการชันสูตรพลิกศพ แต่เป็นเพียงผู้ช่วยเจ้าพนักงานอื่น *("พนักงานสอบสวน" หรือ "พนักงานอัยการและพนักงานฝ่ายปกครอง")* ในการชันสูตรพลิกศพเท่านั้น

ข้อ 4: แพทย์สามารถดำเนินการโดยอาศัย "ข้อความในบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ **(ภาพที่ 3)** ง่าย ๆ ให้มีการจัดนำศพเพื่อการตรวจต่อ เช่น *"ให้ส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อที่โรงพยาบาล (แห่งหนึ่งแห่งใดที่สามารถผ่าศพตรวจได้)"* เป็นต้น

ข้อ 5: การชันสูตรพลิกศพมิได้หมายความว่าจะรู้ถึง "วัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพตามมาตรา 154 ได้ทั้งหมด" แต่อาจทราบได้แต่เพียงส่วนเดียวเท่านั้น

ข้อ 6: การนำศพเพื่อรับการตรวจต่อตามมาตรา 151 ประกอบ 152 นั้น ก็เพื่อให้เกิดบรรลุวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพตามมาตรา 154[1] ให้มากที่สุดเท่านั้นเอง

ข้อ 7: การไม่สมบูรณ์แห่งการชันสูตรพลิกศพย่อมทำให้ผู้มีอำนาจหน้าที่โดยตรง (พนักงานสอบสวน) ต้องรับผิดชอบเป็นหลัก หาใช่แพทย์ไม่ แพทย์จึงมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้ "เกิดความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงาน"

แนวทางในการปฏิบัติของแพทย์กรณีที่พบศพในน้ำหรือกลางน้ำ อันไม่สามารถที่จะทำการตรวจได้อย่างชัดเจนตามมาตรฐาน[2,3,4] แพทย์เพียง

ก. ทำการบันทึกสิ่งที่ตนเองเห็นไว้ใน "บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ" เท่าที่จะทำได้เท่านั้น

ข. ระบุให้มีการจัดส่งศพเพื่อตรวจต่อมายังสถานพยาบาล หรือสถานที่ของราชการที่สามารถทำการตรวจศพอย่างละเอียดได้

ค. การดำเนินการตามข้างต้นย่อมเป็นการเพียงพอสำหรับแพทย์ผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพพึงกระทำแล้ว (ทำหน้าที่ครบถ้วนแล้ว) หลังจากนั้นมิใช่หน้าที่ของแพทย์อีกต่อไป แต่เป็นหน้าที่ของเจ้าพนักงานที่เป็นหัวหน้าคณะฯ ในการชันสูตรพลิกศพที่จะต้องดำเนินการนั่นเอง

ง. หากแพทย์ไม่ระบุให้มีการส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ" เท่ากับแพทย์กระทำกระบวนการชันสูตรพลิกศพ (รวมถึงการตรวจศพ) เสร็จสิ้นแล้ว ย่อมทำให้หน้าที่ของแพทย์เป็นสำคัญ เพราะมิได้กำหนดให้ดำเนินการประการหนึ่งประการใดต่อเนื่อง จึงอาจทำให้เข้าใจได้ว่า "มอบศพให้แก่ญาติเพื่อดำเนินการทางศาสนาต่อไป" ก็ได้

สรุป

การชันสูตรพลิกศพผู้ที่ถูกพบในน้ำนั้นดูเหมือนว่าจะไปมีประเด็นสำคัญประการใดในทางคดีและแพทย์ก็มักจะให้สาเหตุที่ตายเป็น "ตายจากภาวะขาดอากาศจากการจมน้ำ" เป็นประการสำคัญ แต่หากพิจารณาให้ถี่ถ้วนแล้วยังมีอีกหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการที่แพทย์ต้องทำการชันสูตรพลิกศพและตรวจศพในรายที่ศพถูกพบว่าอยู่ในน้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf

2. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.

3. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็น "ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม พ.ศ. 2555)".

4. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.

5. ประมวลกฎหมายอาญา. http://legal-informatics.org/file/3.pdf

6. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB03/%BB03-20-9999-update.pdf

ลอกการแพทย์ สรุปพลาด

สธ. ปรับมาตรการป้องกันรักษาโรคเอดส์
ให้ยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อฟรี หลังรู้ตัวว่าติดเชื้อทันที

สธ. ปรับมาตรการป้องกันรักษาโรคเอดส์ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ให้ยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อฟรี ทั้งคนไทยและต่างด้าวหลังรู้ตัวว่าติดเชื้อทันที คาดลดการเสียชีวิตได้ปีละ 700 คน ลดผู้ติดเชื้อรายใหม่เหลือปีละไม่ถึง 1,000 คน

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ขณะนี้ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยจัดเป็นโรคติดเชื้อที่มีอาการเรื้อรัง แม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จะมีแนวโน้มลดลง โดยล่าสุดในปี พ.ศ. 2556 มีประมาณ 8,000 คน แต่ยอดสะสมผู้ติดเชื้อตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ที่ยังมีชีวิตอยู่จนถึงขณะนี้มีประมาณ 460,000 คน และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 246,049 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อที่เซลล์เม็ดเลือดขาวซีดี 4 (CD4) น้อยกว่า 350 เซลล์ต่อเลือด 1 ลบ.มม. และร้อยละ 54 ของผู้ติดเชื้อทุกคน และจากผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาพบว่า ในกลุ่มชายรักชายมีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 8-25 และมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกัน คาดว่าในช่วงปี พ.ศ. 2555-2559 จะพบผู้ติดเชื้อจากกลุ่มชายรักชายสูงถึง 43,000 คน หรือประมาณร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด

ล่าสุดมีข้อมูลการวิจัยระดับโลกพบว่า หากผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสเร็วไม่เกิน 1 เดือนหลังวินิจฉัยและรับประทานต่อเนื่องจะมีประสิทธิผลในการลดการติดเชื้อเอชไอวีได้ถึงร้อยละ 96 จนไม่สามารถแพร่โรคต่อไปได้ ลดการเสียชีวิตผู้ป่วยได้ปีละไม่ต่ำกว่า 700 คน และหากเสริมมาตรการการป้องกันจากการให้ยาต้านไวรัสผสมผสานกับการป้องกันด้วยโครงการถุงยางอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ มั่นใจว่าจะสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้ปีละไม่ถึง 1,000 ราย ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 หรืออีก 16 ปีข้างหน้า

นพ.สมศักดิ์ กล่าวต่อว่า ในปีงบประมาณ 2558 นี้ ซึ่งเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป รัฐบาลมีนโยบายดำเนินการด้านเอดส์ 3 ประการใหญ่ ได้แก่ 1. การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนให้เร็วที่สุด และให้ฟรี โดยไม่คำนึงถึงปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดี 4 (CD4) ทุกสิทธิประกันสุขภาพทั้งคนไทยและแรงงานข้ามชาติ เพื่อทำให้ผู้ติดเชื้อสุขภาพแข็งแรง ไม่ป่วย ทำงานมีรายได้เหมือนคนปกติ 2. ลดการเลือกปฏิบัติและการละเมิดสิทธิผู้ติดเชื้อ เพื่อคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ติดเชื้อให้สามารถทำงานได้ โดยกระทรวงสาธารณสุขจะให้สถานบริการสาธารณสุขทั้งรัฐและเอกชนเป็นตัวอย่างที่ดี ไม่เลือกปฏิบัติและคุ้มครองสิทธิประชาชน และจะมีมาตรการขั้นเด็ดขาดต่อหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งรัฐและเอกชน

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

นพ.โสภณ เมฆธน

ที่ฝ่าฝืน และ 3. เปิดโอกาสให้ประชาชนไทยทุกคนทุกสิทธิ[illegible]ประกันสุขภาพที่มีพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี เช่น มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดร่วมกับผู้อื่น รับการรักษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีตามความสมัครใจได้ในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งทั่วประเทศปีละ 2 ครั้ง โดยจะเร่งรัดให้ทราบผลตรวจเร็วขึ้นจาก 3 วัน เหลือ 1 วัน หากพบว่าติดเชื้อจะให้บริการรักษาด้วยการให้ยาต้านไวรัสทันทีโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ด้าน **นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค** กล่าวว่า ในการลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2558 กรมควบคุมโรคได้จัดเตรียมถุงยางอนามัยแจกฟรี 22 ล้านชิ้น เน้นกลุ่มเสี่ยงหลัก ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการทางเพศ กลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ส่วนการรักษาจะให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายโดยไม่คำนึงถึงระดับภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังได้เสนอยาต้านไวรัสตัวใหม่ในสูตรดื้อยาและยาต้านไวรัสชนิดรวมเม็ดเข้าอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อผู้ป่วยรับประทานได้สะดวกขึ้น ป้องกันปัญหาเชื้อดื้อจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งนี้ยังได้ร่วมกับแพทยสภา และภาคีเครือข่ายปรับแนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีให้ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้โดยไม่ต้องผ่านการลงนามยินยอมจากผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็ว

ลิขสิทธิ์แพทยสภา

ทีมศัลยแพทย์ ร.พ.ตำรวจ ผ่าตัดไทรอยด์แบบส่องกล้อง ไร้แผลเป็นครั้งแรกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ภาวะต่อมไทรอยด์โตที่พบได้บ่อยในประเทศไทยมักมีสาเหตุมาจากการขาดสารไอโอดีน หรือแม้แต่ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์เองทำให้ต่อมไทรอยด์โตขึ้นจนเห็นได้ชัด การรักษาความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ที่คอโตนั้นมักจะเริ่มด้วยการรับประทานยาฮอร์โมนเพื่อกดการทำงานของต่อมไทรอยด์ เพื่อหวังให้ก้อนยุบลงหรือไม่โตขึ้น แต่โดยส่วนใหญ่จะลงเอยด้วยการผ่าตัดเพื่อเอาต่อมไทรอยด์ข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างออก เพื่อป้องกันการเปลี่ยนเป็นมะเร็ง หรือก้อนโตขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือหายใจไม่สะดวก และในบางกรณีเพื่อความสวยงามของผู้ป่วยเอง

การผ่าตัดที่มีมาตั้งแต่ในอดีตก็คือ การผ่าตัดไทรอยด์แบบเปิด (Open surgery) โดยศัลยแพทย์จะทำการลงมีดที่บริเวณคอในแนวขวาง (Transverse collar incision) ซึ่งสามารถตัดไทรอยด์ออกได้หมด รวมถึงสามารถเลาะต่อมน้ำเหลืองได้ด้วย ในบางกรณี และแน่นอนว่าการผ่าตัดแบบเปิดนี้ทำให้เกิดแผลเป็นที่คออย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากแผลเป็นจะอยู่ที่คอ ภายนอกร่มผ้าทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความไม่มั่นใจ

ในช่วงประมาณ 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดแผลเป็น ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดไทรอยด์ที่คอขนาดแผลเล็ก แต่ก็ยังมีแผลเป็นให้เห็นอยู่ที่คอ ต่อมาได้มีการพัฒนาการผ่าตัดไทรอยด์ผ่านกล้องวีดิทัศน์ หลาย ๆ วิธี เช่น ลงแผลที่รักแร้ หน้าอก หัวนม หลังหู เป็นต้น โดยการสอดกล้องและอุปกรณ์ผ่าตัดเข้าไปตัดต่อมไทรอยด์ออก โดยการผ่าตัดผ่านกล้องนี้ล้วนมีวัตถุประสงค์เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดแผลเป็นที่คอที่เห็นได้ชัด แต่จะย้ายแผลไปที่บริเวณอื่น ๆ ของร่างกายแทน อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดผ่านกล้องทางรักแร้ยังมีข้อจำกัด เช่น ระยะทางจากรักแร้ไปถึงต่อมไทรอยด์มีระยะทางไกล ทำให้ต้องสร้างพื้นที่ทำงานใต้ผิวหนังจากรักแร้ขึ้นไปหาต่อมไทรอยด์ค่อนข้างไกล เกิดผลให้การผ่าตัดค่อนข้างจะยาก เนื่องจากอุปกรณ์ผ่าตัดที่มีความยาวมักจะชนกันเอง หลังผ่าตัดคนไข้มักจะมีปัญหาชาบริเวณระหว่างรักแร้ถึงคอ และใช้เวลาพอสมควรในการที่เส้นประสาทจะกลับมาปกติ (เฉลี่ยมากกว่า 6 เดือน) นอกจากนี้การผ่าตัดผ่านรักแร้สามารถทำการผ่าตัดได้ทีละข้าง เช่น เข้าทางรักแร้ซ้ายเพื่อผ่าตัดไทรอยด์ข้างซ้าย ถ้าต้องการผ่าไทรอยด์ทั้ง 2 ข้างก็จำเป็นต้องลงแผลที่รักแร้ทั้ง 2 ข้าง ซึ่งถือว่าทำให้เกิดแผลต่อคนไข้มากขึ้น และการผ่าตัดชนิดนี้ก็ยังคงก่อให้เกิดแผลเป็น เพียงแต่แผลเป็นจะย้ายมาที่บริเวณรักแร้แทน ซึ่งยังคงสร้างความไม่มั่นใจให้แก่คนไข้หญิงบางราย

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเทคนิคในการผ่าตัดผ่านกล้องผ่านทางช่องปากของคนไข้จริง ริเริ่มโดยศัลยแพทย์ชาวเยอรมันในปี พ.ศ. 2555 ต่อมาได้มีศัลยแพทย์ชาวญี่ปุ่นและจีนได้เริ่มทำการผ่าตัดชนิดนี้ โดยมีเทคนิคที่แตกต่างกัน แต่ก็ยังทำการผ่าตัดชนิดนี้กันในจำนวนน้อยมาก ส่วนประเทศอื่นยังคงเป็นการทดลองผ่าตัดในร่างอาจารย์ใหญ่ หรือในหมู ยังมิได้ริเริ่มผ่าตัดในคนไข้จริง ซึ่งเทคนิคของแต่ละประเทศก็แตกต่างกันไป การผ่าตัดแบบนี้ถือเป็น NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) ซึ่งลงแผลผ่านช่องธรรมชาติของคนไข้จึงไม่เกิดแผลเป็นใด ๆ หลังผ่าตัดเลย และการผ่าตัด NOTES ในปัจจุบันกำลังได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ

ภาพการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ ร.พ.ตำรวจ

อย่างไรก็ตาม นับเป็นข่าวดีสำหรับประเทศไทยที่ทีมศัลยแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดไทรอยด์แบบส่องกล้องทางช่องปาก ไร้แผลเป็นที่ผิวหนังโดยสิ้นเชิง เป็นรายแรกและรายเดียวในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเป็นรายที่ 4 ของโลก รองจากทีมศัลยแพทย์เยอรมัน ญี่ปุ่น และจีน ตามลำดับ โดยโรงพยาบาลตำรวจได้ริเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2557 และนับตั้งแต่เดือนกรกฎาคมจนถึงปัจจุบัน ทีมศัลยแพทย์ได้ดำเนินการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ไปแล้ว 14 ราย ได้รับความพอใจอย่างสูงสุดจากคนไข้ทุกราย ขนาดก้อนไทรอยด์ที่ทำการผ่าตัดมีตั้งแต่ 3-10 ซม. (เฉลี่ย 6 ซม.) ใช้เวลาผ่าตัดเพียง 2 ชั่วโมง เฉลี่ยระยะเวลาพักฟื้น 3-4 วัน โดยไม่เกิดปัญหาแทรกซ้อนใด ๆ และมีอาการเจ็บน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด นับเป็นความสำเร็จครั้งสำคัญของวงการศัลยแพทย์ไทย และสร้างมาตรฐานใหม่ของการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในเอเชียตะ

นพ.อังกูร อนุวงศ์ ศัลยแพทย์หน่วยผ่าตัดผ่านกล้อง กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ เปิดเผยว่า “เรามีความภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่งในความสำเร็จของการผ่าตัดไทรอยด์ผ่านกล้องทางช่องปาก และมีความยินดีอย่างยิ่งที่ได้มีส่วนในการสร้างมิติใหม่ทางการแพทย์ของไทย โดยวิธีการนี้จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไข้ที่มีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาไม่นาน และสร้างความมั่นใจให้แก่คนไข้เพิ่มขึ้นกว่าร้อยเปอร์เซ็นต์”

นพ.อังกูร อธิบายว่า การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ทางช่องปาก แพทย์จะเจาะรูเล็ก ๆ ขนาด 1 ซม. ที่บริเวณรอยต่อระหว่างริมฝีปากล่างกับเหงือกของฟันล่างและด้านข้าง ขนาด 0.5 ซม. อีก 2 รู จากนั้นจะเจาะไปใต้ผิวหนังลงไปถึงคอบริเวณต่อมไทรอยด์ โดยใช้อุปกรณ์ที่คิดค้นขึ้นมาเป็นพิเศษผ่าตัด โดยใช้กล้องและเครื่องมือตัดต่อมไทรอยด์ออก จากนั้นจึงเย็บแผลด้วยไหมละลาย โดยคนไข้จะสามารถกลับห้องพักฟื้นได้เลยและสามารถจะรับประทานอาหารอ่อนได้ในวันที่สองหลังการผ่าตัด

“การผ่าตัดแบบนี้จะไม่มีแผลเป็น (scar) เกิดขึ้นที่ผิวหนังเลย 100% เนื่องจากช่องปากมีเส้นเลือดมาเลี้ยงค่อนข้างมาก ทำให้แผลที่เกิดขึ้นหายไวมาก และไม่เกิดแผลเป็นหรือพังผืดใด ๆ เลย ทั้งนี้ระยะทางระหว่างช่องปากและต่อมไทรอยด์ถือว่าสั้นที่สุดเมื่อเทียบกับการผ่าตัดผ่านช่องทางอื่น ๆ ทำให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดได้ง่ายมากขึ้น และเราสามารถผ่าตัดต่อมไทรอยด์ได้ทั้ง 2 ข้าง โดยที่ไม่ต้องลงแผลเพิ่มอีก คนไข้เจ็บน้อยมากและเสียเลือดน้อยมาก (ไม่เกิน 10-20 ซี.ซี.) จากการผ่าตัดของโรงพยาบาลตำรวจพบว่าหลังผ่าตัดวันที่ 2-3 คนไข้ไม่รู้สึกเจ็บใด ๆ เหมือนไม่เคยผ่าตัดมาก่อน โดยแพทย์จะรอดูอาการประมาณ 3-4 วัน หากไม่มีปัญหาก็จะกลับบ้านได้ หลังผ่าตัดคนไข้ก็ไม่ต้องทำแผลใด ๆ แผลที่เย็บในปาก ไหมจะละลายไปเองภายใน 30 วัน ในช่วงนี้คนไข้สามารถใช้ชีวิตและรับประทานอาหารได้ตามปกติ” **นพ.อังกูร** เผย

นพ.อังกูร ยังกล่าวเพิ่มเติมว่า นอกเหนือจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ทางช่องปาก หน่วยผ่าตัดผ่านกล้อง กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ยังสามารถทำการผ่าตัดผ่านกล้องในโรคที่ซับซ้อนอื่น ๆ ได้ทุกโรค เช่น การผ่าตัดโรคอ้วนเพื่อลดน้ำหนักผ่านกล้อง ผ่าตัดไส้เลื่อนผ่านกล้อง ผ่าตัดมะเร็งตับหรือตับอ่อน และถุงน้ำดีผ่านกล้อง ผ่าตัดมะเร็งลำไส้ผ่านกล้อง ผ่าตัดเพื่อลดภาวะเหงื่อออกมากผ่านกล้อง ผ่าตัดก้อนที่เต้านมผ่านกล้อง ผ่าตัดไตผ่านกล้อง

ล่าสุดกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ยังได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านการผ่าตัดผ่านกล้องศัลยกรรม (Minimally Invasive Surgery Excellent Center) เพื่อทำการตรวจรักษา วิจัย และผ่าตัด โดยใช้การผ่าตัดผ่านกล้องขั้นสูงให้แก่ประชาชนทั่วไป และเพื่อเป็นศูนย์กลางทางด้านวิชาการและการผ่าตัดผ่านกล้องชั้นนำของประเทศและนานาชาติอีกด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถติดต่อขอรับการตรวจได้ที่ ห้องตรวจโรคศัลยกรรม ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลตำรวจ โทรศัพท์ 0-2207-6000 เว็บไซต์ http://www1.pgh.go.th/home.php

ลอกการบ้านพากย์ สงวนลิขสิทธิ์

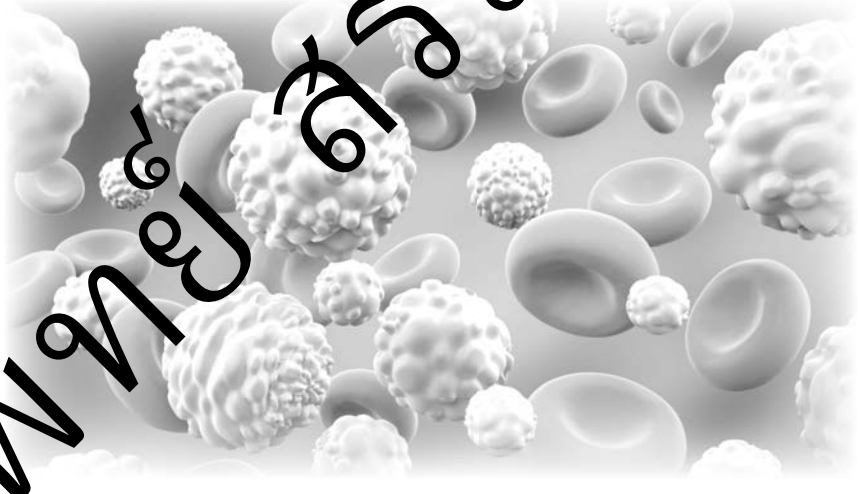
• กองบรรณาธิการ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จัดการประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 12

"National Strategies to Nationwide Cancer Care"

นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จัดการประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 12 "National Strategies to Nationwide Cancer Care" หรือ "จากแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ลงสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง" ระหว่างวันที่ 19-21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ เพื่อเป็นเวทีสำหรับแพทย์ วิชาชีพสัชกร นักวิทยาศาสตร์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ทำงาน และข้อมูลการวิจัยระหว่างกัน ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กล่าวว่า ปัจจุบันปัญหาด้านโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม รวมทั้งเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาประเทศไทยที่มีทรัพยากรจำกัด และเพื่อให้ผลลัพธ์จากความก้าวหน้าทางวิชาการโรคมะเร็งมีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินงานของระบบสุขภาพ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ร่วมมือกันจัดการประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติขึ้น ซึ่งครั้งนี้จัดเป็นครั้งที่ 12 ในหัวข้อ "National Strategies to Nationwide Cancer Care" หรือ "จากแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ลงสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งได้ทราบถึงความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและวิทยาการต่าง ๆ ในการป้องกันควบคุม และรักษาโรคมะเร็ง อีกทั้งเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาการป้องกันควบคุมและรักษาโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังถือเป็นการสนับสนุนการทำงานตามแผนบูรณาการของเขตสุขภาพด้านโรคมะเร็ง เนื่องจากในปีนี้เป็นปีที่แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ฉบับปี พ.ศ. 2556-2560 ที่ได้จัดทำขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2555 ถูกนำมาเป็นแผนแม่บทในการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ โดยการนำมาผนวกในแผนปฏิรูปการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบของแผนการดำเนินงานของเขตบริการสุขภาพด้านโรคมะเร็งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของหน่วยงานทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานจากแนวดิ่งสู่แนวระนาบตามเขตพื้นที่บริการ

โดยหัวข้อการประชุมภายในงานมีความหลากหลายและน่าสนใจดังนี้ การบรรยายวิชาการประเภท Keynote เรื่อง**จากแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ลงสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง** โดย นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ การอภิปรายหมู่ที่น่าสนใจ ได้แก่ เรื่อง**เศรษฐานะกับผลกระทบต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง** โดย อ.เมธี สุภาพงษ์ ผู้อำนวยการอาวุโสฝ่ายนโยบายเศรษฐกิจการเงิน ธนาคารแห่งประเทศไทย, ดร.วโรทัย โกศลพิศิษฐ์กุล ผู้อำนวยการสำนักนโยบายภาษี สำนักงานเศรษฐกิจ-การคลัง, นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เรื่อง**ภาพรวมของงานวิจัยและทิศทางการวิจัยด้านโรคมะเร็งในประเทศไทย** โดย ศ.นพ.สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ เลขาธิการคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และเรื่อง**การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับ**

ลิขสิทธิ์แพทย์สาธารณสุข

ประคอง โดยทีมแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการบรรยายเชิงนโยบาย เรื่อง**การบูรณาการด้านโรคมะเร็งของกรมการแพทย์** โดย นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ และเรื่อง **สถานการณ์โรคมะเร็งและทิศทางการทำทะเบียนมะเร็งในประเทศไทย การนำเสนอข้อมูลงานวิจัยใหม่ ๆ ด้านโรคมะเร็ง เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับโรคมะเร็ง สเต็มเซลล์กับโรคมะเร็ง** โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากประเทศญี่ปุ่น

ส่วนหัวข้ออภิปรายย่อยแบบ symposium ที่น่าสนใจ ได้แก่ **เรื่องความก้าวหน้าของการดูแลรักษาโรคมะเร็งที่ทันสมัยในโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาต่อประชากรไทย ได้แก่ มะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก** โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งในประเทศและต่างประเทศ **งานวิจัยด้านโรคมะเร็ง ได้แก่ งานวิจัยด้านโปรติโอมิกส์และจีโนมิกส์ของโรคมะเร็ง** โดยนักวิจัยผู้เชี่ยวชาญจากประเทศญี่ปุ่นและนักวิจัยไทย **การใช้ยารักษาโรคมะเร็งแบบเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยโดยเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านยารักษาโรคมะเร็ง การพัฒนางานทางเทคนิคการแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้** โดยวิทยากรจากสมาคมเทคนิคการแพทย์ **การบูรณาการใช้อาหารและสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง การแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง การประยุกต์เทคโนโลยีทางการแพทย์สำหรับโรคมะเร็งของประเทศไทย งานวิจัยทางการพยาบาลกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง (Service Plan)** โดยทีมพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง เป็นต้น

ไม่เพียงเท่านั้น การประชุมวิชาการครั้งนี้ยังจัดให้มีเวทีสำหรับผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพทั้ง 12 เขตที่จะเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านโรคมะเร็งตั้งแต่การป้องกัน คัดกรอง วินิจฉัย รักษาโรคมะเร็ง ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง รวมทั้งการจัดการข้อมูลด้านโรคมะเร็งอย่างเป็นระบบตามนโยบายด้านบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขอีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีการบรรยายพิเศษสำหรับประชาชนที่น่าสนใจ เรื่อง **อยู่อย่างไรกับมะเร็ง** โดยวิทยากรรับเชิญพิเศษ คือ อ.เผ่าทอง ทองเจือ ซึ่งจะเป็นการให้ความรู้ทั่วไปแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งและประชาชนที่สนใจ จัดโดยสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้สนใจสำรองที่นั่งได้ที่ ฝ่ายประชาสัมพันธ์ โทรศัพท์ 0-2354-7025-28 ต่อ 2241

ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายหลักของการประชุมวิชาการ ได้แก่ แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ นักบริหาร และผู้สนใจด้านการป้องกันและควบคุมและรักษาโรคมะเร็งจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 800 คน จะได้รับความรู้และความเข้าใจในยุทธศาสตร์การควบคุมโรคมะเร็งจากผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ แพทย์ นักวิจัย และบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศที่ได้ทำการศึกษาวิจัยองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง รวมทั้งกระบวนการดูแลรักษาและพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง รวมทั้งได้รับข้อมูลที่ทันสมัยจากนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ การเงินการธนาคาร อันจะนำไปสู่ความร่วมมือในการสร้างเครือข่ายต่าง ๆ เช่น การศึกษาวิจัย การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

“ขอเรียนเชิญแพทย์ นักวิชาการ นักวิจัย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้สนใจทุกท่านเข้าร่วมประชุมวิชาการในครั้งนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลจากการจัดการประชุมวิชาการครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปสู่การพัฒนาในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และยังจะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนบริการสุขภาพด้านโรคมะเร็ง ทั้งนี้เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต และเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากโรคมะเร็ง” **นพ.วีรวุฒิ** กล่าวทิ้งท้าย

ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนได้ที่ www.kmnci.com ค่าลงทะเบียนล่วงหน้า 1,800 บาท ลงทะเบียนหน้างาน 2,000 บาท หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นพ.สมชาย ธนะสิทธิชัย เลขานุการคณะกรรมการจัดการประชุมฯ กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์ 0-2354-7025 ต่อ 2205 โทรสาร 0-2644-9097 E-mail: nci.academic@gmail.com

ลิขสิทธิ์ สภาวิชาชีพการแพทย์

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
17-21 พฤศจิกายน 2557	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	การประชุมวิชาการประจำปี เรื่อง “Siriraj Pediatric Annual Conference 2014 : Pediatric Emergency Care” ณ ห้องประชุมประสงค์ ตู้จินดา ตึกอานันทมหิดล ชั้น 10 โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2411-3010 www.sirirajconference.com
19-21 พฤศจิกายน 2557	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	การประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 12 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2354-7028-35 ต่อ 2205 โทรสาร 0-2644-9097 E-mail: nci.academic@gmail.com www.kmnci.com
26-28 พฤศจิกายน 2557	สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 เรื่อง “การจัดการภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ” (National management for the elderly) ณ โรงแรมตวันนา สุรวงศ์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2649-4[illegible] โทรสาร 0-2[illegible]-3296 E-mail: [illegible]gm2009@yahoo.co.th www.thaigeron.or.th
26-28 พฤศจิกายน 2557	สมาคมเวชสารสนเทศไทย	การประชุมระดับชาติด้านเวชสารสนเทศ ครั้งที่ 3 และการประชุมวิชาการสมาคมเวชสารสนเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2557 “พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศ” ณ โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว จ.เชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-2590-1492 โทรสาร 0-2965-9816 E-mail: official@tmi.or.th http://tmi.or.th
27-28 พฤศจิกายน 2557	The International Federation of Clinical Neurophysiology ร่วมกับชมรมประสาทสรีรวิทยาคลินิก สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 Theme: “Case studies in Neurology” ณ โรงแรม Royal Cliff Grand Hotel เมืองพัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5901, 0-2716-5994 โทรสาร 0-2716-6004 E-mail: nstt2004@gmail.com www.neurothai.org
28-30 พฤศจิกายน 2557	International Parkinson and Movement Disorder Society ร่วมกับชมรมโรคพาร์กินสันไทย	งานประชุมวิชาการ 4th Asian and Oceanian Parkinson’s Disease and Movement Disorders Congress ณ พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 08-4654-4703 E-mail: aopmc2014@gmail.com www.movementdisorders.org/AOPMC2014
1 ธันวาคม 2557	The International Federation of Clinical Neurophysiology ร่วมกับชมรมประสาทสรีรวิทยาคลินิก สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ IFCN Clinical Neurophysiology Teaching Course ณ โรงแรม Royal Cliff Grand Hotel เมืองพัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5901, 0-2716-5994 โทรสาร 0-2716-6004 E-mail: nstt2004@gmail.com www.neurothai.org
5-7 ธันวาคม 2557	สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	งานประชุมวิชาการ Two Days in Cardiology ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน จ.เพชรบุรี	โทรศัพท์ 0-2718-0060-5 โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: thaiheart@thaiheart.org www.thaiheart.org
8-10 ธันวาคม 2557	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับชมรม Uveitis	การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 34 และ 3rd Indo-China Ocular Inflammation/Infection Meeting ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-0715-6 โทรสาร 0-2718-0717 www.rcopt.org

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มวงการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 188 โทรสาร 0-2435-2345 ต่อ 181
บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

ข่าวการแพทย์ สรรพสาร

Highlight International Congress 2015

Date	Title	City	Country	Contact
5-6 January 2015	International Conference on Advances in Healthcare & Life Sciences - ICAHL	Bangkok	Thailand	http://globalresearchbangkok.blogspot.com/2014/09/icahl.html
5-6 January 2015	International Conference on Human Genetics - IHGC 2015	Barcelona	Spain	http://genetics.conference-site.com/index.html
16-18 January 2015	CBRD-2015 - 2nd Caribbean Biomedical Research Days	Rodney Bay	Saint Lucia	www.scribd.com/doc/229135279
19-20 January 2015	The Microbiome Forum Asia	Kuala Lumpur	Malaysia	www.globalengage.co.uk/microbiomeasia.html
22-23 January 2015	Emergency Medicine 2015	London	United Kingdom	www.mahealthcareevents.co.uk/emed2015
26-30 January 2015	Hawaii Heart 2015	Hawaii	United States of America	www.mayo.edu/cme/hawaiiheart2015
29-30 January 2015	7th Immunotherapeutics & Immunomonitoring Conference	California	United States of America	www.gtcbio.com/conferences/immunotherapeutics-immunomonitoring-overview
2-6 February 2015	Arrhythmias and the Heart: A Cardiovascular Disease Update	Hawaii	United States of America	www.mayo.edu/cme/hicardiacupdate
5-8 February 2015	Healthy Kitchens, Healthy Lives: Caring for Our Patients and Ourselves	St Helena	United States of America	https://ecpe.sph.harvard.edu/hk

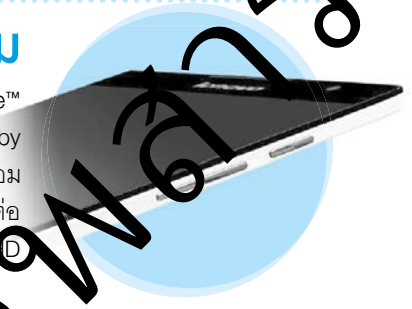
สงวนลิขสิทธิ์ วงการแพทย์

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong Karn Pat Editorial Team at E-mail: hp_14_dna@hotmail.com or send your information to our company, Sapphasan Co., Ltd. 71/17 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 # 188 FAX 0-2435-2345 # 181

ACER Leap สายรัดข้อมือเพื่อคนรักสุขภาพ

ACER Leap สายรัดข้อมือดิจิตอลอัจฉริยะที่มาพร้อมสมาร์ทโฟน ACER Liquid X1 และ ACER Liquid Jade ดีไซน์เรียบหรู รูปทรงกะทัดรัด น้ำหนักเบา หน้าจอสัมผัสขนาด 1 นิ้ว ฟังก์ชันการใช้งานหลากหลายเพื่อสุขภาพและความบันเทิง อาทิ ระบบบันทึกข้อมูลของการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการนับจำนวนก้าวที่เดินในแต่ละวัน การนับระยะทางในการวิ่ง การคำนวณแคลอรีที่ได้เผาผลาญในแต่ละวัน การนับเวลาในการนอน ควบคุมการเล่นเพลงบนสมาร์ทโฟน แจ้งเตือนสายเรียกเข้า และข้อความ SMS ทำการเชื่อมต่อผ่าน Bluetooth 4.0 แบตเตอรี่ใช้งานได้สูงสุด 7 วันต่อการชาร์จหนึ่งครั้ง

เลอโนโว Y70 ทัช โน้ตบุ๊คสำหรับคอเกม



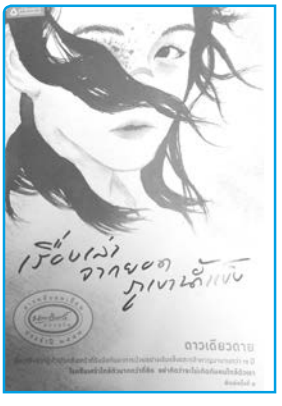
Y70 Touch โน้ตบุ๊คสเปกแรงสำหรับเหล่าเกมเมอร์ที่มาพร้อมโปรเซสเซอร์ 4th generation Intel® Core™ i7 และการ์ดจอจาก NVIDIA GTX จอสัมผัสขนาด 17 นิ้ว ความละเอียดภาพระดับ Full-HD ระบบเสียง Dolby Advanced Audio พร้อมด้วยลำโพง JBL ให้พลังเสียงในการเล่นเกม ดูหนัง ฟังเพลงได้อย่างเต็มเปี่ยม พร้อมแป้นพิมพ์ตัวเลขและไฟสีแดงปรับได้สองระดับ เครื่องหนา 25.9 มิลลิเมตร หนัก 3.4 กิโลกรัม มีพอร์ตเชื่อมต่อ external สำหรับ DVD และ Blu-ray สามารถเพิ่มความจุได้ถึง 16GB DDR3L, 512GB SSD หรือ 1TB of SSHD พร้อมแบตเตอรี่ใช้งานนาน 5 ชั่วโมง

LG Sound Bar รุ่น NB5540 ลำโพงคุณภาพเสียงทรงคุณภาพ

LG Sound Bar รุ่น NB5540 ดีไซน์บางเฉียบสวยหรูด้วยความสูงเพียง 35 มิลลิเมตร คุณภาพเสียงทรงพลังที่มีพลังขับสูงสุด 320 วัตต์ผ่านระบบเสียง 4.1 แชนแนล มาพร้อม Hi-Fi Digital Analog Converter ตัวแปลงสัญญาณเสียงจากระบบ Analog กลายเป็นเสียงระบบ Digital ให้ใกล้เคียงกับเสียงต้นฉบับมากที่สุด สามารถวางคู่กับทีวีตั้งแต่ขนาด 47 นิ้วขึ้นไป หรือแขวนผนังเพื่อความสวยงามอย่างลงตัว ในราคา 17,990 บาท

ลิขสิทธิ์ของ วงการแพทย์ สงวนไว้

เรื่องเล่าจากยอดภูเขาน้ำแข็ง



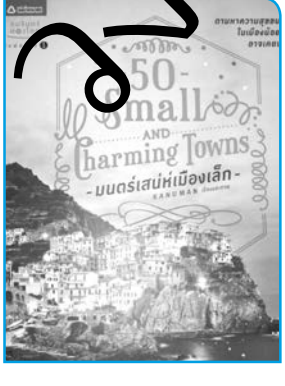
ผู้เขียน : **ดาวเดียวดาย**
สำนักพิมพ์มรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, ราคา 175 บาท

เพราะเข้าใจถึงความทุกข์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งสภาวะทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงทัศนคติด้านลบที่คนในสังคมมีต่อผู้ป่วยด้านจิตเวช “ไขศรี พิสุทธิเนตร” อดีตผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือ Depression ระดับรุนแรงมาแล้วถึงสองครั้งจึงนำประสบการณ์ชีวิตกว่า 7 ปีที่ต้องต่อสู้กับอาการป่วยของตัวเองมาถ่ายทอดเป็นสารคดีชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้อ่านเข้าใจและรับมือกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ถูกวิธีขึ้น

เพราะตั้งใจใช้ประสบการณ์ชีวิตของตนเองเป็นปากเสียงให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เจ้าของนามปากกา “ดาวเดียวดาย” จึงเพิ่มเติมข้อมูลทางการแพทย์ที่เกิดจากการค้นคว้าหาความรู้รักษาตัวมาปรับแต่งให้บันทึกประจำวันกลายมาเป็นสารคดีชีวิตด้วยภาษาง่าย ๆ แม้ว่าจะเป็นการบันทึกช่วงชีวิตที่เต็มไปด้วยความทุกข์ยาก แต่ผู้เขียนมีการเล่าเรื่องด้วยสำนวนภาษาพูดสลับกับการให้ความรู้ บันทึกชีวิตเล่มนี้จึงไม่ใช่สารคดีชวนหดหู่ แต่ให้กำลังใจและชวนขบคิดถึงการใช้ชีวิตและความสัมพันธ์กับคนรอบข้างโดยเฉพาะครอบครัว ด้วยการเล่าเรื่องอย่างเปิดเผยและสร้างพลังใจให้แก่ผู้อื่น จึงทำให้เรื่องเล่าจากยอดภูเขาน้ำแข็งได้รับรางวัล “นายอินทร์อะวอร์ด” ครั้งที่ 15 ประเภทสารคดีชีวิตยอดเยี่ยมในปีนี้

แม้ปัจจุบันตัวเลขผู้เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 31 ในช่วง 10 ปีมานี้ หากแต่ยังมีผู้ป่วยไม่น้อย ในจำนวนร้อยละ 3-5 ของประชากรไทยที่ยังไม่รู้ว่าตัวเองกำลังป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ประกอบกับทัศนคติแง่ลบต่อการเป็นผู้ป่วยด้านจิตเวช ตัวเลขผู้เข้าถึงการรักษาโรคนี้จึงไม่ต่างจากยอดภูเขาน้ำแข็งที่ปรากฏให้เราเห็นได้เพียงบางส่วน หากแต่ยังมีก้อนน้ำแข็งขนาดใหญ่จมอยู่ใต้ผืนน้ำที่ยังคงรอคอยการค้นพบ

50 Small and Charming Towns มนตร์เสน่ห์เมืองเล็ก



ผู้เขียน : **อนุพันธุ์ สุขะปิณฑะ**
สำนักพิมพ์อมรินทร์ท่องโลก, ราคา 175 บาท

“50 Small and Charming Towns มนตร์เสน่ห์เมืองเล็ก” เป็นหนังสือรวมเรื่องและภาพของ 50 เมืองเล็กจากทั่วโลก อาจเป็นเมืองที่ไม่ใช่จุดหมายปลายทางหลักของการเดินทาง จนบางคนอาจไม่เคยได้ยินชื่อ แต่กลับมีมนตร์เสน่ห์ที่แตกต่างจากเมืองยอดฮิตซ่อนอยู่มากมาย ทั้งด้านวิถีชีวิตที่เรียบง่ายของชาวเมือง วิวทิวทัศน์ที่แปลกตา บ้านเรือนหลังเล็ก ๆ น่ารัก ราวกับเมืองตุ๊กตา เป็นความสวยงามที่อาจเคยถูกมองข้ามจากนักเดินทาง ไม่ว่าจะเป็น ฮอลล์สตัตต์ ประเทศเบลเยียม, มงต์แซงต์มีเชล ประเทศฝรั่งเศส, มานาโรลา ประเทศอิตาลี, ชิราคาวาโกะ ประเทศญี่ปุ่น, มาสสทริชต์ ประเทศเนเธอร์แลนด์ และเลาเทอร์บรุนเนน ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และอื่น ๆ อีกมากมาย

หนังสือเล่มนี้เป็นผลงานเขียนของ “Kanuman” นักท่องโลกหนุ่มไฟแรงผู้หายใจเข้าออกเป็นการเดินทางด้วยฝีมือถ่ายภาพที่สวยงาม ถ่ายทอดออกมาได้อย่างน่าสนใจ รับรองได้ว่ามนตร์เสน่ห์เมืองเล็กจะเป็นโปรแกรมการเดินทางท่องเที่ยวครั้งหน้าของคุณอย่างแน่นอน

ทาเคดาฉลองครบรอบ 45 ปี

มร.ปีเตอร์ หวง กรรมการผู้จัดการ บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด ฉลองครบรอบ 45 ปี บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด โดยมี **นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข** เป็นประธานในพิธี รวมถึงแขกผู้มีเกียรติ อาทิ **มร.อิวาโอะ โยโคมูระ ประธานมูลนิธิทาเคดา ประเทศญี่ปุ่น, ฯพณฯ นายชิเกะคะสุ ซะโต เอกอัครราชทูตญี่ปุ่นประจำประเทศไทย, ศ.นพ.ประเสริฐ ศัลย์วิวรรธน์ นายกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ศ.พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ ประธานคณะกรรมการคัดเลือกรางวัลทุนการศึกษาของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์** และ **ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา** เข้าร่วมงาน ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ เมื่อไม่นานมานี้

ปั่นจักรยาน แบ่งปันความสุข เพื่อสุขภาพกายใจ

ชมรมผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์แห่งประเทศไทย จัดกิจกรรม **“ปั่นจักรยาน แบ่งปันความสุข เพื่อสุขภาพกายใจ”** ให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ (Chronic Myeloid Leukemia หรือ CML) โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข รวมทั้งสร้างการรับรู้วิทยาการความก้าวหน้าทางการรักษาโรค CML ในปัจจุบันซึ่งมีความก้าวหน้าไปมาก ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป โดยบรรยากาศของการปั่นจักรยานเต็มไปด้วยความสุข มีผู้สนใจเข้าร่วมรณรงค์ทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อผู้ป่วย CML คับคั่ง ณ สวนวชิรเบญจทัศ (สวนรถไฟ) เมื่อไม่นานมานี้

สร้างสรรค์สังคมไทย ห่างไกลอัลไซเมอร์

นพ.ยุทธ โพธารามิก ประธานมูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย พร้อมด้วย **ศ.พญ.นันทิกา ทวิชาชาติ กรรมการและเลขานุการ มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์ฯ** ร่วมกับ **ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS)** ได้จัดกิจกรรม **“สร้างสรรค์สังคมไทย ห่างไกลอัลไซเมอร์ ครั้งที่ 6”** ขึ้น โดยภายในงานมีการให้ความรู้ในเรื่องของโรคอัลไซเมอร์และการป้องกัน ตลอดจนกิจกรรมค่ายเสริมพลังสมอง (Brain Boost Camp) ซึ่งงานนี้ได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ณ ห้องคริสตัล บอลรูม โรงแรมตวันนา กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้

บรรยายให้ความรู้

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวทัลไลฟ์ ในเครือโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ นำคณะบุคลากรทางการแพทย์ร่วมงาน **“EAT WELL BE WELL”** เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ นำทีมโดย **ดร.กมล ไชยสิทธิ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ประจำศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวทัลไลฟ์** บรรยายให้ความรู้ในหัวข้อ **“อาหารกับผู้ป่วยมะเร็ง”** ร่วมด้วยทีมบุคลากรทางการแพทย์ของไวทัลไลฟ์จัดบูธให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ พร้อมจัดกิจกรรมบริการตรวจสารเคมีในผัก และบริการตรวจสารพิษในกระแสเลือดให้แก่ผู้เข้าร่วมงาน ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เมื่อไม่นานมานี้

วงการแพทย์สาธารณสุข

วงการแพทย์ สัญจรทั่วไทย 2557

ร.พ.เกาะพะงัน จ.สุราษฎร์ธานี

ร.พ.กุ่งตะโก จ.ชุมพร

ร.พ.บางสะพานน้อย จ.ประจวบคีรีขันธ์

ร.พ.สวี จ.ชุมพร

วงการแพทย์ สัญจรทั่วไทย

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2557 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคกลาง และภาคใต้ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป

แนะนำหนังสือ/Introduction

วงการแพทย์
THE MEDICAL NEWS

วารสารที่นำเสนอเนื้อหาสาระความรู้ในเรื่องของแพทย์ ข่าวสารความคืบหน้าวิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ บทความผลงานวิจัย ตารางงานสัมมนา และบทความทางวิชาการ symposium **สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านเวชกรรม**

วงการยา
THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่นำเสนอเนื้อหาสาระข้อมูลที่เกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ **สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านเภสัชกรรม**

ใบสมัครสมาชิก/Subscription Form

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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา .....

☐ เภสัชกร กลุ่ม .....

☐ อื่น ๆ .....

สถานที่ทำงาน ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการแพทย์**

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการยา**

○ 1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม **620** บาท ○ 2 ปี (24 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม **1,200** บาท (แถม 2 เดือน)

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

WEB SITE สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา เพียงคลิกเข้ามาที่

www.wongkarnpat.com

ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

การชำระค่าสมาชิก (Membership Fee)

☐ ธนาณัติ สั่งจ่าย ปณ.สิ่งชัน 10170 ☐ ตั๋วแลกเงิน

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

เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

○ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาท็อปส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก.

71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

หมายเหตุ

1. ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข ***0-2435-2345 ต่อ 181***

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

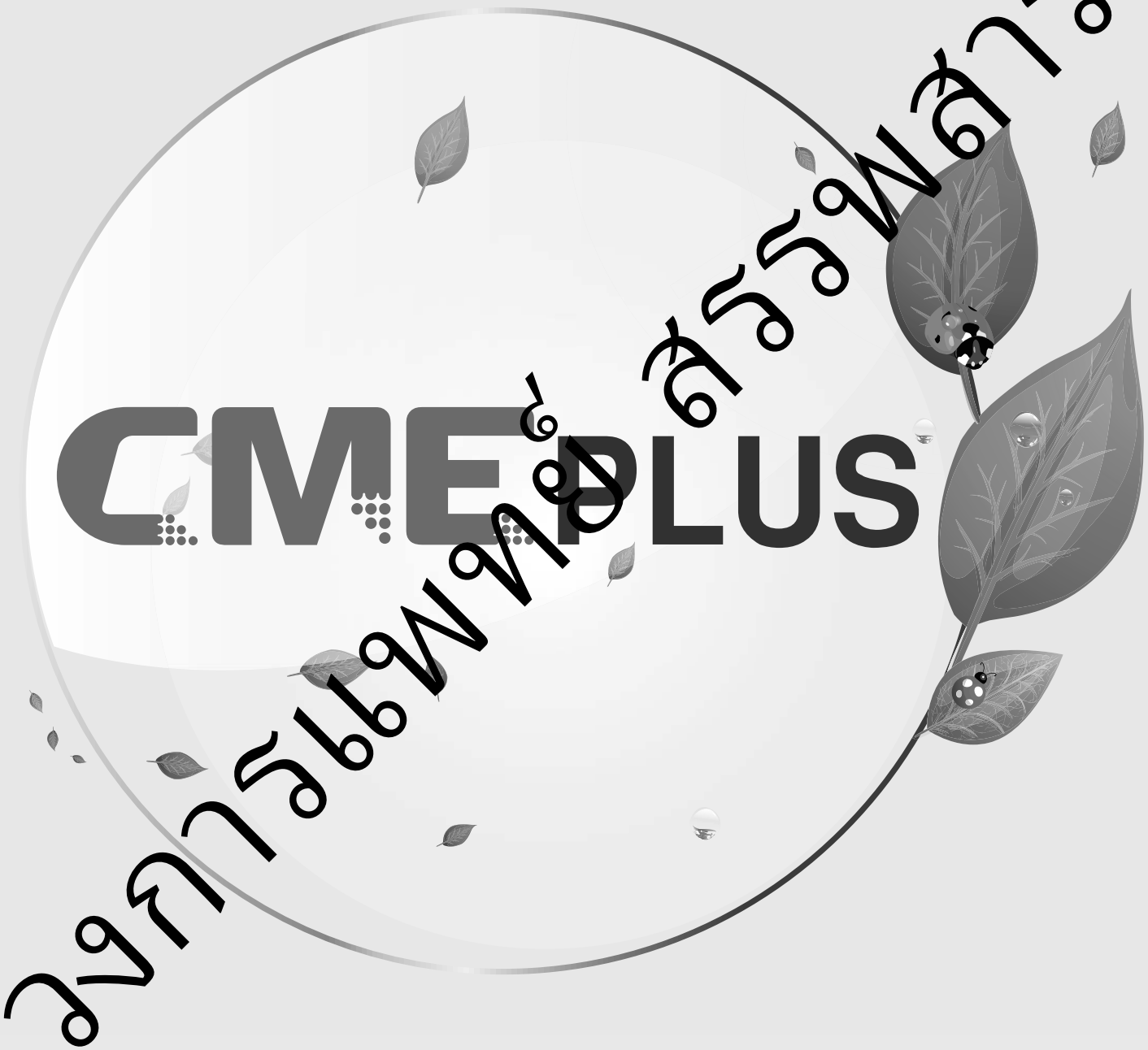
แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

แฟกซ์ 0-2435-2345 ต่อ 181

ตัวอย่างใบสมัครสมาชิก

Continuing Medical Education



โรคหอบหืด (Asthma)

ผศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
รหัส 3-3220-000-9301/141004

CME PLUS

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เข้าใจพยาธิสรีรวิทยาของโรคหอบหืด
2. เพื่อให้เข้าใจการแบ่งระดับความรุนแรงของอาการ
3. เพื่อให้ทราบวิธีการรักษา
4. เพื่อให้ทราบชนิดยาต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษา

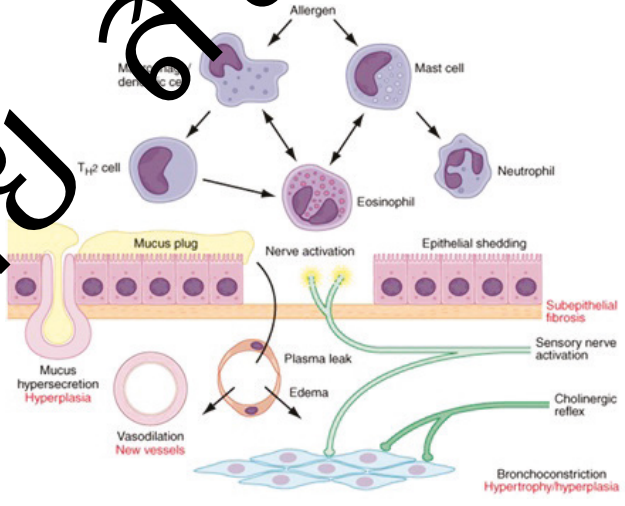
ลิขสิทธิ์แพทย์สาร

Asthma เป็นภาวะหลอดลมตีบชั่วคราว (reversible airflow obstruction) ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้ อันจะกระตุ้นให้หลอดลมอักเสบจนกระทั่งเกิดภาวะหลอดลมตีบตามมา

พยาธิสรีรวิทยา

หลอดลมของผู้ป่วยมักไวต่อสารกระตุ้น (bronchial hyperresponsiveness) เมื่อสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้จะเกิดการอักเสบในหลอดลม สารก่อภูมิแพ้เหล่านี้จะกระตุ้น T และ B lymphocyte ให้ผลิตสาร interleukin-3 และ 4 ซึ่งกลับไปกระตุ้นให้ B lymphocyte ผลิต IgE มาต่อสู้เมื่อร่างกายต่อสิ่งกระตุ้น หลังจากนั้น IgE จะไปกระตุ้น mast cell, macrophages, eosinophils, neutrophils และ lymphocytes ที่ผนังหลอดลมให้หลั่งสารอักเสบออกมาที่ผนังหลอดลมจนเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลม โดยพบมี epithelial cell ของผนังหลอดลมลอกหลุด มีการสร้างสารเมือกมากขึ้นในหลอดลม ส่วน basement membrane ของผนังหลอดลมมีการหนาตัวขึ้น และเซลล์กล้ามเนื้อหลอดลมเพิ่มจำนวนมากขึ้น (ดังรูปที่ 1) พบทั่วทั้งหลอดลมขนาดเล็กและใหญ่

Airway remodeling พบในภาวะหอบหืดเรื้อรัง (chronic asthma) เนื่องจากมีการอักเสบของหลอดลมเรื้อรัง จะพบผนังหลอดลมหนาขึ้น, subepithelial fibrosis, ต่อมสร้างเมือกเพิ่มจำนวนมากขึ้น, เพิ่มจำนวนเซลล์กล้ามเนื้อหลอดลม, myofibroblast



รูปที่ 1 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหอบหืด
ที่มา: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition: http://www.accesmedicine.com

hyperplasia, epithelial hypertrophy, damaged epithelial cell, basement membrane thickening สำหรับการมี airway remodeling นั้นจะทำให้โรคหอบหืดบางรายไม่ตอบสนองต่อการรักษา และบางรายมีการทำงานของปอดแย่ลง ถ้ารักษาได้ไม่ดีพอจะเกิดการอักเสบเรื้อรังและทำให้เกิด airway remodeling ตามมามากขึ้น จนในที่สุดกลายเป็นภาวะหลอดลมตีบถาวร (chronic irreversible airway limitation) และทำให้มีอัตราตายเพิ่มขึ้น

สารกระตุ้น

ได้แก่ สิ่งแวดล้อม (ฝุ่นหรือไร) สารก่อภูมิแพ้จากการประกอบอาชีพ และเชื้อไวรัส เป็นต้น

สาเหตุที่ทำให้คุมอาการหอบหืดไม่ได้

เกิดจากขณะมีอาการหอบฉุกเฉินได้ให้การรักษาที่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยซื้อยาใช้เองหรือปรับยาเอง พิจารณาเริ่มยาสเตียรอยด์ช้าเกินไป และการไม่หลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้

อาการ

ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หอบเหนื่อยง่าย และหายใจมีเสียงดังวี้ด อาการของผู้ป่วยหอบหืดแบ่งตามตารางที่ 1

ผู้ป่วยที่รับรู้อาการได้ไม่ดี (poor perceiver) จะมาด้วยหอบฉุกเฉินและอาการรุนแรงถึงตาย (fatal asthma) ได้จนต้องรับตัวไว้พักรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ

ตารางที่ 1 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด

ระดับ	อาการช่วงกลางวัน	อาการช่วงกลางคืน	PEF or FEV1 PEF variability
ระดับ 1 มีอาการนานๆ ครั้ง Intermittent	มีอาการหอบหืดน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการจับหืดช่วงสั้นๆ มีค่า PEF ปกติ ช่วงที่ไม่มีอาการจับหืด	มีอาการหอบเวลากลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	≥80% <20%
ระดับ 2 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงน้อย Mild persistent	มีอาการหอบหืดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน เวลาจับหืดอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ	มีอาการหอบเวลากลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	≥80% <20-30%
ระดับ 3 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงปานกลาง Moderate persistent	มีอาการหอบทุกวัน เวลาจับหืดมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ	มีอาการหอบเวลากลางคืนมากกว่า 1ครั้งต่อสัปดาห์	60-80% >30%
ระดับ 4 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงมาก Severe persistent	มีอาการหอบตลอดเวลา มีการจับหืดบ่อย และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ	มีอาการหอบเวลากลางคืนบ่อย ๆ	≤60 % >30%

ที่มา: ผศ.นพ.อภิชาติ คณิตทรัพย์, ศ.พญ.มุกดา หวังวีรวงศ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ : บริษัท ยูเนียนอุลตร้าไวโอเร็ต จำกัด; มกราคม 2555:1-78.

Status asthmaticus คือมีหลอดลมตีบที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาภายใน 30-60 นาที

Near fatal asthma มี respiratory arrest หรือภาวะหายใจล้มเหลว ($PaCO_2$ > 50 มม.ปรอท)

Fatal asthma คือเสียชีวิตจากหอบหืด แบ่งเป็น 1. slow onset near fatal asthma พบในผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดเรื้อรัง และมีอาการแย่ลงเรื่อย ๆ ในหลายวัน 2. rapid onset near fatal asthma อาการแย่ลงจนอันตรายถึงชีวิตภายในไม่กี่ชั่วโมง

โดยทั่วไปอาการหอบหืดนั้นจะเริ่มเกิดตั้งแต่วัยเท่าใดก็ได้ ซึ่งต้องแยกจากภาวะหัวใจล้มเหลว หลอดลมอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) หรือโรคปอดจากการประกอบอาชีพ (occupational lung disease)

การวินิจฉัยโรค

ทำได้โดยการตรวจ spirometry +/- methacholine challenge test เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืด (ดังรูปที่ 2) นอกจากนี้ขณะมีอาการหอบฉุกเฉินก็ควรถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วย เพราะผู้ป่วย

รูปที่ 2 การตรวจด้วย spirometry

รูปที่ 3 peak flow meter

ลิขสิทธิ์ สงวนสิทธิ์ วงการแพทย์

ตารางที่ 2 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืด

กลุ่มยาควบคุม (Controller Medications)	ชื่อสามัญ	กลไกการออกฤทธิ์
1. Corticosteroid	ยาสูด - budesonide - fluticasone ยารับประทาน - prednisolone ยาฉีด (เข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือด) - hydrocortisone - dexamethasone - methylprednisolone	Anti-inflammatory agent - ขัดขวางและกดการทำงานของinflammatory cell รวมทั้งลดจำนวนของ inflammatory cell - ลดการสร้าง mucus ในหลอดลม - เพิ่มการทำงานของ β_2 agonist ที่กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม - ทำให้ภูมิต่อต้านการอักเสบของหลอดลมกลับมาทำงานตามปกติ
2. Long acting β_2 agonist (LABA)	ยาสูด - salmeterol - formoterol	- เสริมฤทธิ์ corticosteroid ชนิดสูดในการช่วยลดการอักเสบของหลอดลม และอาจออกฤทธิ์ลดการอักเสบชนิด neutrophilic airway inflammation ของผู้ป่วยโรคหืด - ลดการบวมของหลอดลมโดยการลด microvascular leakage
3. ยาสูดในรูปของยาผสมระหว่าง ICS และ LABA	- salmeterol กับ fluticasone - formoterol กับ budesonide	- มีประสิทธิภาพในการรักษาดีกว่าการให้ยา Inhaled corticosteroid (ICS) และ LABA แยกกัน
4. Xanthine (sustained release)	- theophylline - doxofylline	- ออกฤทธิ์ขยายหลอดลม - เสริมฤทธิ์ corticosteroid ชนิดสูดในการช่วยลดการอักเสบ
5. Anti-IgE	ยาฉีด (omalizumab)	- ต้านการออกฤทธิ์ IgE โดยจับกับ IgE ทำให้ IgE ไม่สามารถจับกับตัวรับที่ผิวของ mast cells และ basophils
กลุ่มยาบรรเทาอาการ (Reliever Medication)	**ชื่อสามัญ**	**กลไกการออกฤทธิ์**
1. Short acting β_2 agonist	ยาสูด - salbutamol - terbutaline - procaterol - fenoterol ยาฉีด - salbutamol - terbutaline ยารับประทาน - salbutamol - terbutaline - procaterol	- ออกฤทธิ์ขยายหลอดลม
2. Methylxanthine	ยาฉีด - aminophylline	- ออกฤทธิ์ขยายหลอดลม
3. Anticholinergic ในรูปของยาผสมกับ β_2 agonist	ยาสูด - ipratropium bromide + fenoterol หรือ salbutamol	- ออกฤทธิ์ขยายหลอดลม

ที่มา: ผศ.นพ.อภิชาติ คณิตทรัพย์, ศ.พญ.มุกดา หวังวีรวงศ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ : บริษัทยูเนียนอุลตร้าไวโอเร็ต จำกัด; มกราคม 2555:1-78.

สงวนลิขสิทธิ์ ห้ามนำไปใช้ในเชิงพาณิชย์

อาจมี pneumonia, pneumothorax หรือ pneumomediastinum ร่วมด้วยได้ ตลอดจนแพทย์ควรทำการวัด peak flow ด้วย peak flow meter (ดังรูปที่ 3) เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยด้วย

การรักษา

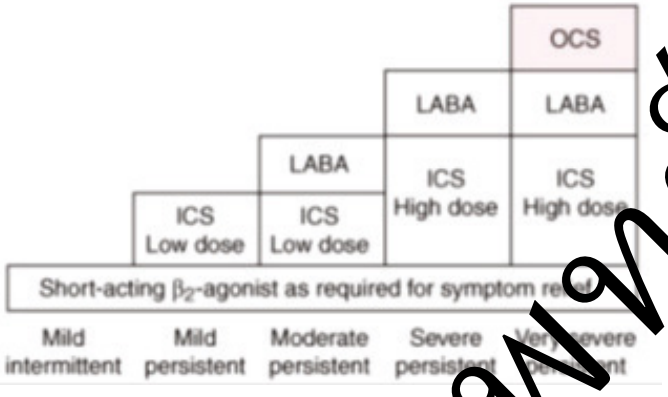
การรักษาด้วยยา (ดังตารางที่ 2) ประกอบด้วย

1. ยาควบคุมโรค (controller) ได้แก่ steroid, long acting β_2 agonist, theophylline, leukotriene modifier

2. ยาบรรเทาอาการ (reliever) ได้แก่ β_2 agonist, long acting β_2 agonist

หลักการใช้ยาควบคุมและยาบรรเทาอาการมักปรับใช้ตามความรุนแรงของอาการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แนวทางใช้ยาควบคุมและยาบรรเทาอาการ



ที่มา: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition: http://www.accessmedicine.com

ICS = Inhaled corticosteroid; LABA = Long acting β_2 agonist, OCS = Oral corticosteroid

สำหรับการให้ออกซิเจนควรให้แก่ผู้ป่วยจนกระทั่งออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) > 90% (> 95% ในผู้หญิงตั้งครรภ์หรือกรณีมีโรคหัวใจอยู่เดิม)

เมื่อมาด้วยอาการฉุกเฉินควรถามระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ สิ่งกระตุ้นก่ออาการ ความรุนแรงของอาการ และโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคที่อาจจะแย่ลงจากการใช้ยา systemic steroid เช่น เบาหวาน แผลในกระเพาะ และความดันโลหิตสูง เป็นต้น ควรซักการใช้ยาบรรเทาอาการทั้งชนิดและจำนวนยาที่อาจกระตุ้นให้หอบกำเริบ เช่น NSAID, ASA, β blocker (รวมทั้งชนิดยาหยอดตาที่รักษาโรคต้อหินด้วย), angiotensin-converting enzyme inhibitors นอกจากนี้ผู้ป่วยควรรู้วิธีประเมินอาการตนเองด้วยการใช้ peak flow สำหรับการใช้ยา β blocker อาจก่อภาวะโพแทสเซียม หรือแมกนีเซียม หรือฟอสเฟตในเลือดต่ำ แต่มักไม่ก่ออาการใด ๆ ถ้าได้ใช้ theophylline มานานควรเจาะตรวจหาระดับยาในเลือดเนื่องจากอาการเป็นพิษไม่ค่อยชัดเจน นอกจากนี้ควรเจาะเลือดตรวจหา B-type natriuretic peptide เพื่อช่วยแยกภาวะหัวใจล้มเหลวออกไป

Long acting β_2 agonist เช่น salmeterol เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 20 นาที และมีฤทธิ์อยู่นาน 12 ชั่วโมง สำหรับ formoterol จะเริ่มออกฤทธิ์ภายในไม่กี่นาที และออกฤทธิ์สูงสุดภายใน 2 ชั่วโมง ซึ่งยากลุ่มนี้สามารถนำไปใช้ขยายหลอดลมในขณะกำลังมีอาการหอบอยู่ได้ (reliever) ในขณะที่ยากลุ่มนี้เองก็ออกฤทธิ์เป็น controller ด้วยเช่นกัน

สเตียรอยด์ออกฤทธิ์ยับยั้งไม่ให้เซลล์อักเสบมายังหลอดลม และทำให้เซลล์หลั่งสารก่ออักเสบ สเตียรอยด์ออกฤทธิ์เป็นชั่วโมงและอยู่นาน 1 วัน การใช้ methylprednisolone 60-125 มก. ทุก 6-8 ชม. มีฤทธิ์แรง 5 เท่าของคอร์ติซอล ในขณะที่ hydrocortisone 200-500 มก. ทุก 6-8 ชม. มีฤทธิ์ mineralocorticoid สูง ทำให้มีโซเดียมคั่ง ผลข้างเคียงของสเตียรอยด์คือ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง โพแทสเซียมในเลือดต่ำ น้ำหนักตัวเพิ่มจากบวมน้ำ ความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะ อารมณ์เปลี่ยนแปลง และ aseptic necrosis ของกระดูก femur

ถ้าผู้ป่วยได้รับยาน้อยกว่า 2 สัปดาห์ก็ไม่จำเป็นต้องค่อย ๆ ลดยาสเตียรอยด์ก่อนหยุดยา นอกจากนี้ควรลดอาการ dysphonia และเชื้อราในช่องปากหรือหลอดอาหารจากการใช้สเตียรอยด์ชนิดสูดโดยต้องบ้วนน้ำล้างปากภายหลังพ่นยาสเตียรอยด์ทุกครั้ง

บางรายไม่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ขนาดสูง ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติของ glucocorticoid receptor หรือ binding properties ดังนั้น อาจต้องใช้ยาชนิดอื่นมาช่วย ได้แก่ cyclosporine, methotrexate, troleandomycin, hydroxychloroquine, azathioprine, gold หรือ IV immunoglobulin, omalizumab (anti-IgE recombinant humanized monoclonal antibody) เป็นต้น

Ipratropium bromide เป็น quaternary derivative ของ

ลิขสิทธิ์เวชการแพทย์ สงวนไว้

atropine ที่มักไม่ถูกดูดซึมที่เยื่อบุของปอดจึงทำให้ไม่ค่อยเกิดผลข้างเคียง เมื่อสูดดมจะเริ่มออกฤทธิ์ใน 30-120 นาที และมีฤทธิ์อยู่นาน 6 ชั่วโมง ทั้งนี้พบว่าเมื่อใช้ร่วมกับ β_2 agonist จะช่วยลดอัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

Methylxanthine ได้แก่ theophylline, aminophylline สำหรับ theophylline นั้นทำให้ปัสสาวะบ่อย, เพิ่ม cardiac output, เพิ่ม mucociliary clearance, เพิ่ม ventilatory drive, เพิ่มการหดตัวของกะบังลม, ยับยั้งการหลั่งสารอักเสบและลดการมีสารน้ำรั่วจากหลอดเลือด ยามี therapeutic window แคบจึงทำให้อาจมีผลข้างเคียงดังนี้คือ ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ปวดศีรษะ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชัก สับสน น้ำตาลในเลือดสูง โพแทสเซียม/แมกนีเซียม/ฟอสเฟตในเลือดต่ำ อาจมี respiratory alkalosis หรือ metabolic acidosis เกิดขึ้นได้ด้วย

Leukotriene modifier แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ zafirlukast (Accolate 20 มก. เช้า-เย็น) และ montelukast (Singulair 10 มก./วัน)

การรักษาอื่น ๆ ที่นำมาช่วยในการรักษา

1. Magnesium sulfate

ช่วยขยายหลอดลมโดยทำให้กล้ามเนื้อหลอดลมหดตัว ยับยั้ง cholinergic ป้องกันเซลล์ mast cell และ T lymphocyte สลายตัว รวมทั้งกระตุ้น nitric oxide และ prostacyclin ด้วย พบว่าในผู้ป่วยขณะหอบหืดฉุกเฉินมักมีระดับแมกนีเซียมในเซลล์ต่ำลง ดังนั้น การใช้ยานี้จะช่วยขยายหลอดลมและลดอัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์ควรให้แมกนีเซียมปริมาณ 2-3 กรัมฉีดเข้ากระแสเลือดนานมากกว่า 20 นาที สำหรับผลข้างเคียงจะขึ้นกับปริมาณยาที่ได้รับ ทั้งนี้อาจพบมีอาการไข้สูง ตัวแดง เหงื่อออก อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง และ loss of deep tendon reflex ความดันโลหิตต่ำ รวมทั้งกดการหายใจได้

2. Heliox

คือก๊าซผสมระหว่างก๊าซฮีเลียมและออกซิเจน ในสัดส่วน Helium 60-80% : O_2 20-40% เพื่อช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ ก๊าซนี้สามารถเข้าหลอดลมได้ง่าย ทำให้เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และการแลกเปลี่ยนก๊าซต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อบ่งชี้ว่ามีประโยชน์ในการลดการใส่ท่อหรือลดระยะเวลาการพักในโรงพยาบาลแต่อย่างใด แพทย์ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดลมตีบมาก (Peak expiratory flow rate: PEFR < 30%) และอาการน้อยกว่า 24 ชั่วโมง เคยมีประวัติ labile asthma เคยใส่ท่อช่วยหายใจ เคยใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วยังได้ผลไม่เต็มที่ ผู้ป่วยควรได้รับก๊าซนี้ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 1-8 ชั่วโมง

3. Non-invasive positive pressure ventilation (NIPPV) ดังรูปที่ 4

สามารถช่วยลดระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาล แต่ไม่พบว่าลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ หรืออัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจมากนัก

รูปที่ 4 non-invasive positive pressure ventilation

4. ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ

การใช้เครื่องช่วยหายใจนั้นยอมรับให้มี permissive hypercapnia โดยตั้งเครื่องให้มี tidal volume 6-8 มล./กก. การมี hypercapnia จะทำให้เกิดเส้นเลือดขยายตัวในสมองจึงก่อให้เกิดความดันในสมองเพิ่มขึ้น รวมทั้งทำให้ลดการบีบตัวของหัวใจจนเกิดความดันโลหิตต่ำตามมาได้ แพทย์อาจใช้ยานอนหลับและยาหย่อนกล้ามเนื้อฉีดเข้ากระแสเลือดร่วมด้วยเพื่อช่วยให้หายใจดีขึ้น รวมทั้งลดการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ สำหรับภาวะแทรกซ้อนของการใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่า อาจเกิด barotrauma และความดันโลหิตต่ำขึ้นได้ ทั้งนี้เพราะการเพิ่มความดันในช่องอกจะทำให้ลดปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจ

Exercise Induced Asthma (EIA)

พบอุบัติการณ์ได้ถึง 40-90% ในผู้ป่วยโรคหอบหืด และพบในประชากรทั่วไป 6-13%

วงการแพทย์สารพัดสาร

อาการ

หลังออกกำลังกาย 3-8 นาทีจะมีอาการหอบหืด มักพบอาการได้บ่อยมากหลังหยุดออกกำลังกายไปแล้ว 8-15 นาที และอาการจะหายเป็นปกติภายใน 60 นาที

สาเหตุ ไม่ทราบชัดเจน

พยาธิสรีรวิทยา

มี 2 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายคือ osmotic hypothesis คิดว่าอาจเกิดจาก airway cooling ทำให้ผิวหน้าของผนังหลอดลมเพิ่ม osmolarity แล้วเกิดเยื่อบุผนังหลอดลมแห้งจึงทำให้ mast cell degranulation จนปล่อยสารอักเสบออกมา หรืออีกทฤษฎี Thermal hypothesis กล่าวว่าระหว่างออกกำลังกายมี airway cooling พอหลังออกกำลังกายก็มีอุณหภูมิสูงขึ้นในหลอดลมทำให้หลอดเลือดของผนังหลอดลมเกิดการขยายตัวและมีสารน้ำรั่วออกนอกหลอดเลือด จึงทำให้ผนังหลอดลมบวมเกิดหลอดลมตีบขึ้น ซึ่งภาวะนี้อาจเกิดจากทั้ง 2 กลไกร่วมกันก็ได้

การรักษา

ควรใช้ β_2 agonist สูดดมหรือสูดดม cromolyn หรือรับประทานยา Leukotriene antagonist

Aspirin Exacerbated Respiratory Disease (AERD)

วินิจฉัยโดยใช้ triad คือ aspirin sensitivity, อาการหอบหืด และ nasal polyp สามารถพบในผู้ใหญ่ 2-7% และเด็ก 5% พบบ่อยในหญิงมากกว่าชาย สารที่กระตุ้นอาการหอบ ได้แก่ แอสไพริน (ASA) หรือ NSAIDs ก็ได้ หลังจากรับประทานยา ASA จะเกิดอาการหอบภายใน 3 ชั่วโมง มักมีอาการหอบมีน้ำมูกไหลและเยื่อบุตาอักเสบ (conjunctival injection), หนังตาบวม (periorbital edema) เกิดผื่นขึ้นตามใบหน้า ศีรษะ และคอในบางครั้ง

พยาธิสรีรวิทยา

ASA จะยับยั้งการทำงานของ cyclooxygenase (COX) สำหรับ COX นั้นแบ่งเป็น COX-1 และ COX-2 โดยทั่วไป COX-1 จะสร้าง prostaglandins (PGs) ซึ่งช่วยการทำงานของไตซ่อมแซมและเพิ่มเลือดไปเลี้ยงเยื่อเมือกของกระเพาะอาหาร ส่วน COX-2 มักทำงานเมื่อมีการอักเสบเกิดในร่างกาย ดังนั้นโดยจะช่วยสร้าง PGs เพื่อตอบสนองต่อการอักเสบ เมื่อได้รับสาร ASA จะเกิดลดการสร้าง prostaglandins E_2 (PGE_2) ทำให้ไม่สามารถควบคุมการทำงานของเอนไซม์ 5-lipoxygenase อันทำให้ไม่สามารถควบคุมการสร้าง leukotrienes (LT) ได้ และทำให้ mast cell instability ในที่สุดจนเกิดอาการหลอดลมตีบขึ้น

การรักษา

ยา antileukotrienes ในการรักษา AERD โดยยาแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ยับยั้งการสร้าง LT (zileuton) และยับยั้งการจับที่ LT receptor (zafirlukast)

เอกสารอ้างอิง

1. GINA Executive Committee. Global Initiative for Asthma: Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2007 (Updated): 1-90.

2. ผศ.พญ.วิภา รีชัยพิชิตกุล. ปัญหาโรคระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในภาวะฉุกเฉิน. หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544:131-67.

3. ผศ.นพ.อภิชาติ คณิตทรัพย์, ศ.พญ.มุกดา หวังวีรวงศ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ : บริษัท ยูเนียนอุลตร้าไวโอเร็ต จำกัด; มกราคม 2555:1-78.

4. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, NHLBI/WHO workshop report. Bethesda, National Institutes of Health, Updated 2010.

ลิขสิทธิ์ของสภาเภสัชกรรม

CME PLUS Quiz

1. Status asthmaticus คืออะไร

A. มีอาการหอบบ่อยช่วงกลางคืน
B. อาการหอบที่ต้องพ่นยา berodual nebulization เป็นลำดับแรก
C. หลอดลมตีบที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาภายใน 60 นาที
D. มีอาการหอบทุกวัน
E. อาการหอบที่ต้องใช้ยาสม่ำเสมอ

2. การวินิจฉัยโรคหอบหืดทำได้โดยวิธีใด

A. วัด peak flow meter
B. ตรวจด้วย spirometry
C. มีประวัติกรรมพันธุ์
D. ทดสอบมีปฏิกิริยาไวต่อสารก่อภูมิแพ้ที่แน่ชัด
E. ซักประวัติ

3. ยาที่กระตุ้นให้หอบกำเริบได้แก่ข้อใด

A. β agonist
B. proton pump inhibitor
C. plavix
D. angiotensin-converting enzyme inhibitors
E. theophylline

4. ข้อใดช่วยยืนยันว่าเกิดจาก theophylline toxicity

A. ตรวจหาระดับยาในเลือด
B. คลื่นไส้ อาเจียน
C. หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ
D. ประวัติใช้ยามานาน
E. ชัก

5. ข้อใดไม่ใช่ผลข้างเคียงจากสเตียรอยด์

A. ความดันโลหิตสูง
B. อารมณ์เปลี่ยนแปลง
C. น้ำหนักตัวเพิ่ม
D. aseptic necrosis ของกระดูก femur
E. น้ำตาลในเลือดต่ำ

6. โรคหอบหืดที่ไม่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ขนาดสูงแล้วก็อาจใช้ยาชนิดใดมาช่วย

A. theophylline
B. formoterol
C. methylprednisolone
D. omalizumab
E. ipratropium bromide

7. ข้อใดไม่ใช่ฤทธิ์ของยา theophylline

A. เพิ่มสารน้ำรั่วจากหลอดเลือด
B. เพิ่ม mucociliary clearance
C. เพิ่ม ventilatory drive
D. เพิ่มการหดตัวของกะบังลม
E. การหลั่งสารอีกเสบ

8. ข้อใดเป็นผลข้างเคียงจากการฉีดยา magnesium sulfate

A. น้ำตาลในเลือดสูง
B. ความดันโลหิตสูง
C. deep tendon reflex ไวขึ้น
D. กดการหายใจ
E. ชัก

9. ข้อใดเป็นผลจากภาวะ hypercapnia

A. เพ้อ สับสน
B. หัวใจเต้นเร็ว
C. ความดันในสมองเพิ่มขึ้น
D. ความดันโลหิตสูง
E. cyanosis

10. ข้อใดช่วยวินิจฉัยว่าเป็น Aspirin Exacerbated Respiratory Disease

A. nasal polyp
B. aspirin sensitivity
C. periorbital edema
D. ถูกทั้ง A และ B
E. ถูกทุกข้อ

วงการแพทย์ สรรพสาร

โรคหอบหืด (Asthma)

กระดาษคำตอบ

CME PLUS CONTINUING MEDICAL EDUCATION

☐ นพ. ☐ พญ. ☐ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ว

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....

สาขา.....ร.พ. .....

☐ร.พ.รัฐบาล ☐ร.พ.เอกชน ☐ คลินิก ☐ อื่น ๆ.....ที่อยู่เลขที่.....

หมู่.....ซอย.....อาคาร.....ชั้นที่.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....E-mail.....

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ ✗ หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

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

เรื่อง โรคหอบหืด (Asthma)

รหัส 3-3220-000-9301/141004

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

ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CME .....

.....

.....

.....

.....

วงการแพทย์ สรรพสาร

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

บริษัท สรรพสาร จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CME) ภายใน 3 เดือน 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
โทร.0-2435-2345 #188 แฟกซ์ 0-2435-2345 #181

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)

A Cool Way to Remove Common Warts

I Love it.

เอกสารวิชาการแพทย์

H-60

คำแนะนำการใช้งาน

Histofreezer Portable Cryosurgical System ประกอบด้วย
Dimethyl ether ,Propane, Isobutane

ข้อบ่งชี้

ควรจ่ายและใช้งานโดยเจ้าหน้าที่วิชาชีพแพทย์ผิวหนังและศัลยแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมเท่านั้น การใช้งานโดยไม่ระมัดระวัง อาจทำให้เกิดความเสียหายต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อภายใน ห้ามจำหน่ายหรือแจกจ่ายแก่ผู้ป่วยเด็ดขาด ใช้กระป๋องร่วมกับก้านป้ายของ histofreezer เท่านั้น

ข้อบ่งใช้

ใช้สำหรับรอยโรคของหูดโดยใช้ความเย็น

การจัดเก็บ

กระป๋องมีแรงดันสูง อย่าให้ถูกแสงแดดโดยตรง และอย่าให้มีอุณหภูมิสูงกว่า 50°C หลังใช้เสร็จแล้วอย่าเจาะหรือเผาทำลาย ห้ามพ่นไปทิศทางของวัตถุมีไฟ

ข้อห้ามใช้

การรักษา Cryotherapy นั้นห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีเลือดผิดปกติชนิด Cryoglobulinaemia

ข้อควรระวัง

- กรณีไม่แน่ใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยความผิดปกติ (อาจเป็นมะเร็งผิวหนัง)
- ความผิดปกติของเม็ดสี ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ อาจเกิดรอยด่างดำในผิวที่มีเม็ดสีมาก สำหรับผิวสีอ่อนความผิดปกติของเม็ดสีอาจไม่พบเห็นได้ชัด แต่อาจมีสีที่เปลี่ยนไปเมื่อได้รับแสงแดด
- การแช่แข็ง ที่ลึกมากเกินไป ในพื้นที่ที่ทำการรักษา

ในทางทฤษฎีอาจทำให้เกิดเซลล์ตายกับบริเวณรอยโรคที่แช่แข็ง แต่กรณีเหล่านี้ยังไม่มีการรายงานร่วมกับการใช้ Histofreezer Portable Cryosurgical System

นำเข้าและจัดจำหน่ายโดย
บริษัท ไทยแคร์ จำกัด
เลขที่ 296 อาคาร KSP ชั้น 4
ห้อง 4B ถนนพระรามเก้า แขวงห้วยขวาง
กรุงเทพฯ 10310
Tel: +66 246 1174
Fax:+66 246 1175
www.thaicare.co.th Email : info@thaicare.co.th

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆพ.612/2556

Histofreezer®

Portable Cryosurgical System

อ่านคำเตือนในฉลากและเอกสารกำกับของเครื่องมือแพทย์ก่อนใช้

IMOJEV®
Japanese encephalitis vaccine
(live, attenuated)

INTRODUCING THE ADVANCE IN
JAPANESE ENCEPHALITIS VACCINATION

Committed to protecting
against Japanese encephalitis

ตัวอย่างเอกสารกำกับยา

IMOJEV® powder and diluent* for suspension for injection. Japanese encephalitis vaccine (live, attenuated). *0.4% sodium chloride solution. **QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION:** After reconstitution, one dose (0.5 mL) contains: • Live, attenuated, recombinant Japanese encephalitis virus*: 4.0 - 5.8 log PFU **PHARMACEUTICAL FORM:** Powder and diluent for suspension for injection. The powder is a white to creamy white homogeneous cake which might be retracted from the sides of the vial. The diluent is a clear solution. After reconstitution, IMOJEV® is a colourless to amber suspension.
CLINICAL PARTICULARS: Therapeutic indications. IMOJEV® is indicated for prophylaxis of Japanese encephalitis caused by the Japanese encephalitis virus, in subjects from 12 months of age and over. **PHARMACOLOGICAL PROPERTIES:** Mechanism of action. The vaccine is a live attenuated virus. Following administration, the virus replicates locally and elicits neutralising antibodies and cell-mediated immune responses that are specific to the Japanese encephalitis virus. Available results indicate that protection is mainly mediated by neutralising antibodies. **PHARMACEUTICAL PARTICULARS:** Powder: • Mannitol • Lactose monhydrate • Glutamic acid • Potassium hydroxide • Histidine • Human Serum Albumin. Diluent: • Sodium chloride • Water for injections. No adjuvant or antimicrobial preservative is added.
Shelf life. 2 years. After reconstitution: the product should be used once reconstituted. ***Special precautions for storage:*** Store in a refrigerator (2–8°C). Do not freeze. Keep the vials in the outer carton in order to protect from light. For storage conditions of the reconstituted product **Nature and contents of container.** One dose of powder and one dose of diluent in separate vials (type I glass), each equipped with a stopper (halo-butyl) and a flip off cap (aluminium), with one syringe (polypropylene) and two needles (stainless steel). Pack size of 1 powder vial and 1 diluent vial, 1 syringe and 2 needles. **MARKETING AUTHORISATION HOLDER**. Manufactured by: GPOMBP Co.,Ltd. - 241 Moo 7 Gateway City Industrial Estate, Huasamrong, Plaengyao, Chachoengsao 24190. For Sanofi Pasteur Ltd. as a product owner.

ห้ามจำหน่าย
หมายเหตุ
เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล แพทย์ควรคิดตามการใช้
โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

ใบขออนุญาตโฆษณาเลขที่ 695/2555

SANOFI PASTEUR