

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

ปีที่ 17 ฉบับ 441 ประจำวันที่ 1-15 กรกฎาคม พ.ศ. 2558



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

SPEEDA™
Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

- ✓ High Purification¹
- ✓ High Immunogenicity^{2,3}
- ✓ ID and IM administration



BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life

References:
(1) Che L, Guo J, Hou J, et al. Preparation of rabies vaccine for human use by cell culture in bioreactor. Chin J Biotechnology 2006;19:288-91.
(2) Tantawichien T, Sibunruang S, Tantawichien T, Angsanakul J, Benjavongkulchai M, Limsuwan K, et al. Safety and immunogenicity of chromatographically purified Vero cell rabies vaccine for intradermal pre- and post-exposure rabies prophylaxis. Expert Rev 2014;13:1599-1601.
(3) Xiaowei Z, Zhenggang Z, Chuanlin W. Persistence of rabies antibody 5 years after postexposure prophylaxis with Vero cell antirabies vaccine and antibody response to a single booster dose. Clin Vaccine Immunol 2011;18:1477-79.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่: ขค. 371/2555

100 ปี จักรแพทย์ไทย
ขจัดตาบอดจากต้อกระจกให้หมด
ภายในปี 2560

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE



ZIONE
Simplify good health. Simplify life

ข่าวสาร
การแพทย์

แพทย์สภาเดือน
แพทย์ชนิดโบทอกซ์ปลอม
มีโทษถึงพักใช้ใบอนุญาต

รายงาน
พิเศษ

วัคซีนไรต้า...
ให้พร้อมกับวัคซีนโปลิโอได้

Get Up

- ปลุกถ่ายกะโหลกและหนังศีรษะรายแรม
- เเยอร์นี่แรงป้อนอัตราการผลิตต่ำสุด
- วัฒนธรรมอาหารกำหนดอาการวัยทอง

สำหรับผู้อ่านฉบับนี้ให้ทางบรรณาธิการ

1-15/07/15



edarbi®
azilsartan medoxomil
40 mg • 80 mg tablets

edarbyclor®
azilsartan medoxomil/chlorthalidone
40/12.5 mg • 40/25 mg tablets



Superior SBP reduction across the 24-hour dosing interval (P<0.001)¹

Reference: 1. William C et al. Hypertension 2012;60:310-318. This study was funded by Takeda Global Research and Development Center, Inc (Takeda).

For detailed information please consult full prescribing information

edarbi
ACTIVE INGREDIENT: Azilsartan medoxomil 40 mg and 80 mg.
INDICATION: Essential hypertension in adults.
CONTRAINDICATION: Hypersensitivity to the active substance or any of the excipients, second and third trimester of pregnancy.
SPECIAL PRECAUTION: Complete heart failure, renal artery stenosis, aortic or mitral stenosis, hypertrophic obstructive cardiomyopathy.
DOSAGE & ADMINISTRATION: 40 mg, 80 mg once daily, titrate up to the maximum of 80 mg once daily if needed.
ADVERSE REACTIONS: Dizziness, diarrhea, blood creatinine phosphatase increased.
DRUG INTERACTION: Lithium, NSAIDs, long-acting diuretic.
PACKING: 427 tablets.

edarbyclor
ACTIVE INGREDIENT: Azilsartan medoxomil and chlorthalidone.
INDICATION: Chlorthalidone is indicated for the treatment of hypertension, to lower blood pressure.
CONTRAINDICATIONS: Patients with anuria. Do not co-administer edarbyclor in patients with diabetes. Second and third trimester of pregnancy.
WARNING & PRECAUTIONS: Use of drugs that act on the renin-angiotensin system during the second and third trimester of pregnancy reduces fetal renal function and increases fetal and neonatal morbidity and death. In patients with an activated renin-angiotensin system, such as volume- or salt-depleted patients (eg, those being treated with high doses of diuretic), symptomatic hypotension may occur after initiation of treatment with edarbyclor. Monitor for worsening renal function in patients with renal impairment. Consider withholding or discontinuing edarbyclor if progressive renal impairment becomes evident. Hypotension is a dose-dependent adverse reaction that may develop with chlorthalidone. Co-administration of diuretics may exacerbate the adverse effect of hypotension. Hypertension may occur at high dose and may be precipitated in certain patients receiving chlorthalidone or other thiazide diuretics.
DOSAGE & ADMINISTRATION: Chlorthalidone is for oral use and may be taken with or without food. The recommended starting dose of edarbyclor is 40/12.5 mg taken once daily. The dosage may be increased to 40/25 mg after 2 to 4 weeks.
ADVERSE REACTIONS: Adverse reactions associated with treatment with edarbyclor have generally been mild and transient in nature. The most common adverse reactions were dizziness and fatigue. PACKING: 427 tablets.

10 - 12 Sep 2015

QSNCC • Bangkok

Queen Sirikit National Convention Center
10.00 am - 6.00 pm

7th International Exhibition on
Hospital, Diagnostic, Pharmaceutical,
Medical & Rehabilitation
Equipment & Supplies



because **life** matters
and so does your business



For enquiries:

Tel (66) 2559 0856_Fax (66) 2559 0856
info@exposis.co.th

Pre-register your visit at
www.medicalfair-thailand.com

Officially supported by:



Organized by:



คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

ศ.นพ.มนตรี ตูจินดา ศ.ภิชาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
 ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์
 ศ.พญ.ชนิกา ตูจินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
 นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์
 ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
 ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนา ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
 รศ.นพ.ปวัน สุทธิพิณจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอมนันตกุล
 รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรศณะวิภาส
 พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะระลิต

แบบกิตติ์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนกุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกพร ขจรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ ลิขิตพิสิฐกุล

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

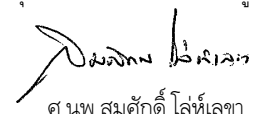
สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 199

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี
 แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

ทำไมผู้ป่วยสิทธิบัตรทองตายมากกว่าผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ

การศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) เปรียบเทียบอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 โรคหลังจากเข้ารับการรักษา ติดตามตั้งแต่อายุ 60 ปี โรคที่ทำการศึกษาคือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง พบว่า 10 วันหลังการรักษาครั้งสุดท้าย ร้อยละ 82 ของผู้ป่วยสิทธิข้าราชการยังมีชีวิตอยู่ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 68 ของผู้ป่วยบัตรทองยังมีชีวิตอยู่ เมื่อดูหลังวันที่ 40 ของการรักษาครั้งสุดท้าย พบว่าร้อยละ 57 ของผู้ป่วยสิทธิข้าราชการยังมีชีวิตอยู่ในขณะที่ผู้ป่วยบัตรทองมีชีวิตรอดเพียงร้อยละ 29 เท่านั้น เราควรมาดูสาเหตุและหาทางแก้ไข หลายคนโทษว่าเป็นความเหลื่อมล้ำของการรักษาพยาบาล ข้าราชการใช้เงินโดยเฉลี่ยมากกว่า จะต้องแก้ไขให้เหมือนกัน คือจะต้องทำให้เลวเท่ากันหรือตายเท่ากัน เป็นวิธีคิดในแง่ลบ แทนที่จะคิดว่าทำอย่างไรให้ผู้ป่วยสิทธิบัตรทองอายุยืนขึ้น บางคนคิดว่าถ้าจะให้เหมือนกันต้องรวมเป็นกองทุนเดียวกันโดยไม่ได้อะไรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่าย กองทุนประกันสังคมผู้ประกันตนและนายจ้างต้องร่วมจ่าย ส่วนกองทุนของข้าราชการเป็นค่าสวัสดิการที่สัญญาไว้ตอนเข้าทำงานว่าจะได้รับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย โดยยอมรับเงินเดือนที่ต่ำกว่าภาคเอกชนมากเพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณที่เคยช่วยเหลือประเทศ กองทุนรัฐวิสาหกิจก็คล้ายข้าราชการ ที่ต่างกันคือให้ทุกอย่างเหมือนกันเป็นเรื่องที่ไม่เป็นธรรม การมีหลายกองทุนแยกกันบริหารเป็นเรื่องดีในระบบประชาธิปไตยเพราะทำให้มีการแข่งขัน ถ้าเหมือนกันหมดก็จะไม่เกิดการแข่งขัน ทำเลวอย่างไรก็ได้เพราะไม่มีสิ่งเปรียบเทียบ กองทุนข้าราชการผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 51 เป็นผู้สูงอายุ เป็นข้าราชการที่เกษียณหรือเป็นพ่อแม่ของข้าราชการ ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรังมาก ระบบข้าราชการมีการร่วมจ่ายส่วนเกินทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีขึ้น ระบบประกันสังคมก็มีการร่วมจ่ายเพราะคนในระบบประกันสังคมบางคนมีการประกันสุขภาพเอกชนไว้ร่วมจ่ายเสริม ส่วนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีการร่วมจ่ายทำให้การรักษาไม่ยืดหยุ่น

ระบบหลักประกันสุขภาพหรือผู้บัตรทองมีข้อดีคือทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ง่าย ไม่ต้องห่วงว่าจะไม่ได้รับการรักษาหรือไม่มีเงินจ่าย ในอดีตผู้ป่วยในชนบทตายโดยไม่เคยพบแพทย์ การวินิจฉัยโรคในใบมรณบัตรทำโดยกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน ปัจจุบันผู้ป่วยตายในโรงพยาบาลมากขึ้น การวินิจฉัยสาเหตุการตายทำโดยบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น แสดงว่าประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพมากขึ้น ส่วนผลการรักษาในระยะ 10 ปีหลังไม่ได้ขึ้นเท่าที่ควร แต่เดิมผู้ป่วยที่ยากไร้ได้รับการรักษาไม่ต่างจากบุคคลอื่นเพราะมีสังคมสงเคราะห์ช่วย บางคนก็มีบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยยากไร้ที่ผู้ป่วยซื้อไว้ล่วงหน้า ผู้ที่มีฐานะดีก็จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง นอกจากนี้คนมีเงินเห็นใจโรงพยาบาลที่รักษานายกไว้โดยไม่คิดเงิน เขาจึงบริจาคเงินเข้าโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ในปัจจุบันประชาชนแม้ว่าเป็นคนรวยก็ไม่ต้องจ่ายประชาชนเข้าโรงพยาบาลง่ายให้หมดแล้วเลยไม่มีความจำเป็นต้องบริจาคให้โรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลขาดทุนต้องรักษาแบบประหยัด ไม่มีเงินพัฒนาโรงพยาบาล คุณภาพการรักษาลดลง เป็นผลให้ประชาชนที่มีฐานะพอจ่ายย้ายไปรักษาในโรงพยาบาลเอกชน เป็นผลให้โรงพยาบาลของรัฐขาดรายได้มากขึ้น จุดอ่อนที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ ผู้ป่วยขาดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองป่วยเมื่อไรก็ไปรักษาฟรี สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังของผู้ป่วยสิทธิบัตรทองตายมากกว่าผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวเนื่อง โรคเรื้อรังต้องดูแลเป็นเวลานาน ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมาหาแพทย์ติดตามการรักษาเป็นระยะ ๆ คนที่มีความรู้จะดูแลตนเองและปฏิบัติตามแพทย์สั่งได้ดีกว่า ถึงแม้ว่าการรักษาพยาบาลไม่ต้องจ่าย ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าเดินทางไปหาแพทย์บางคนไม่มีเงิน ไม่มีลูกหลานพาไปพบแพทย์เลยไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง คนที่มีความรู้จะไปพบแพทย์ตั้งแต่อาการยังน้อย ผู้ป่วยบางคนไปถึงโรงพยาบาลตอนอาการหนักมากแล้ว ผลการรักษาจะไม่ดีเท่ากับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ เพราะอาจมีภาวะแทรกซ้อนแล้ว โรคบางอย่าง เช่น โรคเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือโรคหัวใจขาดเลือดจะต้องเข้ารับการรักษาย่างรวดเร็วในระยะต้น ถ้าบ้านอยู่ไกลจากศูนย์การแพทย์หรือไม่มีพาหนะก็จะเสียเปรียบในการเข้าถึง การใช้จ่ายของหลักประกันสุขภาพที่ซื้อโดยอาศัยราคาที่ถูกที่สุดเป็นหลักและมีชนิดเดียวขาดการเปรียบเทียบ แนวทางการรักษาของหลักประกันสุขภาพก็จะกำหนดตายตัวเหมือนกันหมด ถ้าไม่ทำตามก็จะเบิกเงินไม่ได้ ความจริงคนไม่ใช่เครื่องจักรคนเป็นโรคเดียวกัน ใช้จ่ายอย่างเดียวกัน ผลการรักษาไม่เหมือนกันเพราะเอนไซม์และการทำงานของอวัยวะของแต่ละคนไม่เหมือนกัน ความรุนแรงของโรคและระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่เท่ากัน แพทย์จะต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน แนวทางการรักษานั้นเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่อาการไม่หนักและเป็นแพทย์ทั่วไปที่ไม่เชี่ยวชาญในโรคนั้น ๆ เหมือนใส่เสื้อโหลปกติร่างกายนั้นใช้ได้ แต่ผู้เชี่ยวชาญนั้นเป็นเสื้อผ้างัดรัดที่ต้องทำให้เหมาะกับแต่ละคน ผู้เชี่ยวชาญที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดก็ไม่ได้รักษาตามแนวทางที่กำหนด เพราะเขามีความรู้มากพอที่จะคิดเองได้ ทำให้มีพัฒนาการเกิดขึ้น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผลการรักษาต่างกันคือ คุณภาพของยาและวัสดุที่ใช้ และการที่ สปสช. ไม่เข้าใจว่าบางเนื้อชอบกลางยา สัมผัสชีวิตมีการตอบสนองต่างจากสิ่งที่ไม่สัมผัส สปสช. เห็นคนเป็นเครื่องจักรที่ทุกเครื่องเหมือนกันหมดก็ใช้สูตรเดียวกันได้


 ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 441 วันที่ 1 - 15 กรกฎาคม 2558



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ตรวจจําเริ่งที่ซ่อนอยู่ใน Unprovoked VTE
- จํากัด Nonprotein Calories ให้อาหารทางสายยางผู้ป่วยวิกฤติ
- ปัสสาวะเล็ดก่อนและหลังผ่าตัดลดอ้วน
- Pembrolizumab สำหรับเมลาโนมาติดต่อกับ Ipilimumab

7 ข่าวสารการแพทย์

- แพทย์สภาเตือนแพทย์ฉีดโบทอกซ์ปลอมมีโทษถึงพักใช้ใบอนุญาต
- คกก. พัฒนาระบบยาแห่งชาติ เห็นชอบปรับปรุงจริยธรรม การส่งเสริมการขายยาและพัฒนาราคากลางยา

9 Movement

10 ปกตินกะข่าว

ไฟเซอร์เปิดตัวเทคโนโลยีตรวจสอบยาปลอม ด้วยระบบตรวจสอบผลิตภัณฑ์เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค

12 เกาะติดงานประชุม

ภาควิชาตจวิทยา ศิริราช จัดประชุมวิชาการ ชูธีม "Meet the Experts in Dermatology 2015"

13 รายงานพิเศษ

วัคซีนไรต้า... ให้พร้อมกับวัคซีนโปลิโอได้

14 In Focus

100 ปี จักษุแพทย์ไทย
ขจัดตาบอดจากต้อกระจกให้หมดภายในปี 2560

17 Special

สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ โรงพยาบาลรามารับดี
พร้อมเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และโรงพยาบาลต้นแบบ
เพื่อชุมชน สำหรับภูมิภาคตะวันออกของประเทศปลายปี 2560

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

เด็กผู้ป่วยพิเศษในโรงพยาบาลรัฐ

21 Get Up

- ปลุกถ่ายกะโหลกและหนังศีรษะรายแรก
- เยอรมนีแซงญี่ปุ่นอัตราการเกิดต่ำสุด
- วัฒนธรรมอาจกำหนดดอกการวัยทอง

23 หลากสีสัน

การดูแลรักษานอกโรงพยาบาล (EMS) ในฝรั่งเศส

25 เสียงแพทย์

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวังโย
(ตอนที่ 11) การรวมกองทุนสุขภาพ

27 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

พื้นผิวต้านแบคทีเรียแบบใหม่ที่อาจช่วยลดการเกิดพังผืดรื้อรอบ

29 จุฬาปริทัศน์

Neoplasms of the Immune System

32 Systematic Review

การรักษาแผลเรื้อรังด้วยออกซิเจนความดันบรรยากาศสูง

33 เฉพาะโรค

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับข้อ
และโรคทางรูมาตัสซึม
(Management of Rheumatic Diseases in Pregnancy)

37 มุมนี้ดีเวช

ผู้ป่วยมีโรคที่รักษาไม่หายอยู่ก็ไม่จำเป็นต้องตายด้วยโรคนั้น
(รายงานผู้ตาย 1 ราย)

41 R2R

การวิจัยจากห้องปฏิบัติการสู่คลินิก
เพื่อรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวี

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS โรคติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ (Infectious Diseases During Pregnancy) ตอนที่ 3
การติดเชื้ออีสุกอีใส และงูสวัด (Chickenpox, zoster)
ในหญิงตั้งครรภ์

ตรวจมะเร็งที่ซ่อนอยู่ใน Unprovoked VTE

N Engl J Med. June 22, 2015.

บทความเรื่อง Screening for Occult Cancer in Unprovoked Venous Thromboembolism รายงานว่า ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ อาจเป็นสัญญาณแรกของโรคมะเร็ง และปัจจุบันยังคงมีความแตกต่างด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งที่ซ่อนอยู่ในผู้ป่วยลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำโดยไม่พบปัจจัยกระตุ้น ซึ่งการศึกษานี้ได้ประเมินประสิทธิภาพของแนวทางการตรวจคัดกรองซึ่งรวมการตรวจซีทีท่อน้ำไขสันหลังและเชิงกรานในผู้ป่วยซึ่งเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำโดยไม่พบปัจจัยกระตุ้นเป็นครั้งแรก

การศึกษามีขึ้นในประเทศแคนาดาโดยสุ่มให้ผู้ป่วยตรวจคัดกรองมะเร็งที่ซ่อนอยู่ (ตรวจเลือด เอกซเรย์ปอด และตรวจมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งต่อมลูกหมาก) หรือตรวจคัดกรองมะเร็งร่วมกับตรวจซีที ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตรวจพบมะเร็งซึ่งไม่พบจากการตรวจคัดกรอง และการตรวจพบภายในระยะ 1 ปีของการติดตาม

จากผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่ม 854 ราย พบว่า 33 ราย (3.9%) ตรวจพบมะเร็งระหว่างการสุ่มและการติดตาม โดยพบ 14 รายจาก 431 ราย

(3.2%) ในกลุ่มตรวจคัดกรองมะเร็ง และ 19 รายจาก 423 ราย (4.5%) ในกลุ่มตรวจคัดกรองมะเร็งร่วมกับตรวจซีที ($p = 0.28$) จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์หลักพบมะเร็ง 4 ราย (29%) ซึ่งตรวจไม่พบจากการตรวจคัดกรองมะเร็ง และ 5 ราย (26%) ซึ่งไม่พบจากการตรวจคัดกรองร่วมกับตรวจซีที ($p = 1.0$) จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างทั้ง 2 กลุ่มในด้านค่าเฉลี่ยเวลาจนถึงตรวจพบมะเร็ง (4.2 เดือนในกลุ่มตรวจคัดกรองมะเร็ง และ 4.0 เดือนในกลุ่มตรวจคัดกรองร่วมกับตรวจซีที, $p = 0.88$) หรืออัตราการตายจากโรคมะเร็ง (1.4% และ 0.9%, $p = 0.75$)

ความชุกของมะเร็งที่ซ่อนอยู่มี

ระดับต่ำในผู้ป่วยที่เกิดลิ่มเลือด

อุดตันในหลอดเลือดดำ

โดยไม่พบปัจจัยกระตุ้นเป็น

ครั้งแรก ซึ่งการตรวจซีทีท่อน้ำ

ไขสันหลังและเชิงกรานไม่มีประโยชน์

ที่มีนัยสำคัญทางคลินิก



ความเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือดหลังการรักษา Hodgkin Lymphoma

JAMA Intern Med. 2015;175(6):1007-1017.

บทความเรื่อง Cardiovascular Disease after Hodgkin Lymphoma Treatment: 40-Year Disease Risk รายงานว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากมะเร็ง Hodgkin lymphoma มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม ยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าความเสี่ยงดังกล่าวจะคงอยู่นานเท่าใด และมีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อความเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือด

การศึกษาได้ประเมินความเสี่ยงสัมพัทธ์และความเสี่ยงสัมบูรณ์จนถึง 40 ปีนับจากการรักษามะเร็ง Hodgkin lymphoma เทียบกับอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มประชากรทั่วไป และศึกษาปัจจัยเสี่ยงจากการรักษาต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยศึกษาในผู้ป่วยชาวเดนมาร์ก 2,524 ราย ซึ่งตรวจพบมะเร็ง Hodgkin lymphoma ขณะอายุน้อยกว่า 51 ปี (อายุเฉลี่ยฐาน 27.3 ปี) ซึ่งได้รับการรักษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1965 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 1995 และมีชีวิตอยู่ถึง 5 ปีนับจากการตรวจพบ

ผู้ป่วยได้รับการรักษา Hodgkin lymphoma รวมถึงการฉายแสงบริเวณโพรงอก และ anthracycline โดยจัดระดับเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมถึง coronary heart disease (CHD), valvular heart disease (VHD) และ cardiomyopathy และ congestive heart failure (HF) ด้วย Common Terminology Criteria for Adverse Events, version 4.0

หลังจากมีฐานการติดตาม 20 ปี พบเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด 1,713 เหตุการณ์ในผู้ป่วย 797 ราย หลังจาก 35 ปีพบว่าผู้ป่วยยังคงมี standardized incidence ratio สูงขึ้น 4-6 เท่าต่อ CHD หรือ HF เทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป โดยมีเหตุการณ์ของโรคสูงกว่า 857 เหตุการณ์ต่อ 10,000 person-years ความเสี่ยงสัมพัทธ์สูงสุดพบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาก่อนอายุ 25 ปี แต่ก็พบความเสี่ยงสัมบูรณ์ที่สูงในผู้ป่วย

ที่ได้รับการรักษาเมื่ออายุมากกว่าด้วย โดยมีอุบัติการณ์สะสมของโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะ 40 ปีเท่ากับ 50% (95% CI 47%-52%) และ 51% ของผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดเหตุการณ์ของโรคหลายครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่รักษาก่อนอายุ 25 ปีพบว่า อุบัติการณ์การสะสมที่อายุ 60 ปีหรือมากกว่าเท่ากับ 20%, 31% และ 11% สำหรับ CHD, VHD และ HF ที่เกิดขึ้นครั้งแรก การฉายแสงบริเวณโพรงอกเพิ่มความเสี่ยงต่อ CHD (hazard ratio [HR] 2.7; 95% CI 2.0-3.7), VHD (HR 6.6; 95% CI 4.0-10.8) และ HF (HR 2.7; 95% CI 1.6-4.8) ขณะที่เคมีบำบัดซึ่งมี anthracycline เพิ่มความเสี่ยงต่อ VHD (HR 1.5; 95% CI 1.1-2.1) และ HF (HR 3.0; 95% CI 1.9-4.7) ที่เกิดขึ้นครั้งแรกเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ฉายแสงโพรงอกหรือไม่ได้รับ anthracyclines และพบด้วยว่าการฉายแสงโพรงอกอาจมีผลร่วมกับ anthracyclines และการสูบบุหรี่

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า ผู้ป่วยมะเร็ง Hodgkin lymphoma ซึ่งได้รับการรักษาในช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น แพทย์และผู้ป่วยควรตระหนักถึงความเสี่ยงที่สูงขึ้นในระยะยาวดังกล่าว



จำกัด Nonprotein Calories ให้อาหารทางสายยางผู้ป่วยวิกฤติ

N Engl J Med 2015;372:2398-2408.

บทความเรื่อง Permissive Underfeeding or Standard Enteral Feeding in Critically Ill Adults รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลแน่ชัดเกี่ยวกับเป้าหมายแคลอรีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งการศึกษานี้ได้ประเมินผลของการจำกัด nonprotein calories (permissive underfeeding) เทียบกับการให้อาหารทางสายยางตามมาตรฐานต่ออัตรา 90 วันในผู้ใหญ่ โดยทั้ง 2 กลุ่มได้รับโปรตีนตามปริมาณที่แนะนำ

การศึกษาสุ่มให้ผู้ป่วยวิกฤติได้รับ permissive underfeeding (40-60% ของความต้องการแคลอรี) หรืออาหารมาตรฐาน (70-100%) เป็นระยะเวลาสูงสุด 14 วัน โดยได้รับโปรตีนในปริมาณเท่ากัน และผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อัตราตาย 90 วัน

ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะที่พื้นฐานใกล้เคียงกัน และ 96.8% ของผู้ป่วยได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างช่วงการรักษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับ permissive underfeeding มีค่าเฉลี่ย ($\pm$ SD) ของแคลอรีที่ได้รับต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับอาหารมาตรฐาน (835 ± 297 กิโลแคลอรีต่อวัน vs

$1,299 \pm 467$ กิโลแคลอรีต่อวัน, $p < 0.001$; $46 \pm 14\%$ vs $71 \pm 22\%$ ของความต้องการแคลอรี; $p < 0.001$) ทั้ง 2 กลุ่มมีปริมาณโปรตีนที่ได้รับใกล้เคียงกัน (57 ± 24 กรัมต่อวัน และ 59 ± 25 กรัมต่อวัน; $p = 0.29$) อัตราตาย 90 วันระหว่างทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกันโดยเสียชีวิต 121 รายจาก 445 ราย (27.2%) ในกลุ่ม permissive underfeeding และ 127 รายจาก 440 ราย (28.9%) ในกลุ่มได้รับอาหารมาตรฐาน (relative risk สำหรับ permissive underfeeding เท่ากับ 0.94; 95% confidence interval [CI] 0.76-1.16; $p = 0.58$) จากการศึกษาไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง และไม่พบความต่างที่มีนัยสำคัญด้านความไม่ทนต่ออาหาร ท้องร่วง การติดเชื้อในไอซียู ตลอดจนระยะการพักรักษาในไอซียูหรือโรงพยาบาล

การศึกษาชี้ว่า การให้อาหารทางสายยางด้วยอาหารที่จำกัด nonprotein calories สำหรับผู้ป่วยวิกฤติไม่สัมพันธ์กับอัตราตายที่ต่ำลงเมื่อเทียบกับอาหารซึ่งมี nonprotein calories เต็มส่วน

ความเสี่ยงการเสียชีวิตจากอุณหภูมิที่สูงและต่ำ

Lancet. Published Online: 20 May 2015.

บทความเรื่อง Mortality Risk Attributable to High and Low Ambient Temperature: A Multicountry Observational Study รายงานว่า การศึกษาการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากสภาพอากาศร้อนหรือเย็นในบางประเทศก่อนหน้านี้ยังไม่ครอบคลุมการประเมินจากประชาชนในสภาพอากาศที่ต่างกัน ซึ่งการศึกษานี้ได้ศึกษาการเสียชีวิตเนื่องจากสภาพอากาศที่ผิดปกติ และอิทธิพลจากสภาพอากาศที่ร้อนและเย็น ตลอดจนสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงไม่มากและสภาพอากาศที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด

การศึกษารวบรวมข้อมูลจากสถานที่ 384 แห่งในออสเตรเลีย บราซิล แคนาดา จีน อิตาลี ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สเปน สวีเดน ไต้หวัน ไทย สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา และสร้างตัวแบบ standard time-series Poisson model สำหรับแต่ละพื้นที่ โดยควบคุมแนวโน้มและวันในสัปดาห์ การศึกษาได้ประมาณความสัมพันธ์ระหว่างสภาพอากาศและอัตราตายด้วยตัวแบบ distributed lag non-linear model (lag 21 วัน) และรวมข้อมูลใน multivariate metaregression ซึ่งรวมตัวบ่งชี้ประเทศ ค่าเฉลี่ย และพิสัยของอุณหภูมิ นอกจากนี้ได้คำนวณการเสียชีวิตจากสภาพอากาศร้อนและเย็นประเมินจากอุณหภูมิที่สูงหรือต่ำกว่าระดับปกติ และการเสียชีวิตจากสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงไม่มากและสภาพอากาศที่ร้อนจัดหรือเย็นจัดประเมินจากจุดตัดที่ 2.5^{th} และ 97.5^{th} temperature percentiles

การศึกษาได้วิเคราะห์การเสียชีวิต 74,225,200 ราย ในหลายช่วงเวลาระหว่างปี ค.ศ. 1985-2012 โดยรวมพบว่า 7.71%

(95% empirical CI 7.43-7.91) ของอัตราตายมาจากสภาพอากาศที่ผิดปกติในประเทศที่ศึกษา โดยพบความต่างที่ชัดเจนระหว่างแต่ละประเทศตั้งแต่ 3.37% (3.06-3.63) ในประเทศไทยถึง 11.00% (9.29-12.47) ในจีน โดย temperature percentile ของอัตราตายต่ำสุดอยู่ในช่วง 60^{th} percentile ในเขตร้อนถึงประมาณ $80-90^{\text{th}}$ percentile ในเขตอบอุ่น และพบว่าการเสียชีวิตจากสภาพอากาศมักมีสาเหตุจากสภาพอากาศเย็น (7.29%, 7.02-7.49) เทียบกับสภาพอากาศร้อน (0.42%, 0.39-0.44) และสภาพอากาศที่เย็นจัดหรือร้อนจัดเป็นสาเหตุสำหรับ 0.86% (0.84-0.87) ของอัตราตายรวม

การเสียชีวิตจากอุณหภูมิส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากสภาพอากาศเย็น โดยวันที่มีอุณหภูมิสูงหรือต่ำมากมีผลน้อยกว่าสภาพอากาศผิดปกติซึ่งระดับอุณหภูมิเปลี่ยนแปลงน้อยกว่า หลักฐานนี้มีนัยสำคัญต่อการวางมาตรการสาธารณสุขเพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจากสภาพอากาศผิดปกติ รวมถึงการทำนายผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศในอนาคต



เสริม Ezetimibe ร่วมกับ Statin หลังภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

N Engl J Med 2015;372:2387-2397.

บทความเรื่อง Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes รายงานว่า การรักษาด้วย statin ลดคอเลสเตอรอล low-density lipoprotein (LDL) และความเสี่ยงเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลว่าการเสริม ezetimibe ซึ่งลดการดูดซึมคอเลสเตอรอลที่ลำไส้เล็กสามารถลดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากขึ้นหรือไม่

การศึกษาที่มีขึ้นในผู้ป่วย 18,144 คน ซึ่งเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายใน 10 วัน และมีระดับ LDL ระหว่าง 50-100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (1.3-2.6 มิลลิโมลต่อลิตร) กรณีได้รับยาลดไขมัน และ 50-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (1.3-3.2 มิลลิโมลต่อลิตร) กรณีไม่ได้รับยาลดไขมัน โดยเปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วย simvastatin (40 มิลลิกรัม) และ ezetimibe (10 มิลลิกรัม) (simvastatin-ezetimibe) และการรักษาด้วย simvastatin (40 มิลลิกรัม) ร่วมกับยาหลอก (simvastatin monotherapy) จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ ผลรวมของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด, กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิต, unstable angina,



การขยายหลอดเลือดหัวใจ (≥ 30 วันหลังการรื้อ) หรือสโตรคที่ไม่ถึงแก่ชีวิต มัธยฐานการติดตามเท่ากับ 6 ปี

มัธยฐานค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักเวลาของระดับ LDL ระหว่างการศึกษาเท่ากับ 53.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (1.4 มิลลิโมลต่อลิตร) ในกลุ่ม simvastatin-ezetimibe เทียบกับ 69.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (1.8 มิลลิโมลต่อลิตร) ในกลุ่ม simvastatin monotherapy ($p < 0.001$) อัตราการเกิดโรคตามวิธี Kaplan-Meier สำหรับจุดยุติปฐมภูมิที่ 7 ปี เท่ากับ 32.7% ในกลุ่ม simvastatin-ezetimibe เทียบกับ 34.7% ในกลุ่ม simvastatin monotherapy (absolute risk difference 2.0 percentage points; hazard ratio 0.936; 95% confidence interval 0.89-0.99; $p = 0.016$) โดยอัตราของผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ของกล้ามเนื้อ ถูกรื้อ และตับ และอัตราของมะเร็งไม่ต่างกันระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม

การเสริม ezetimibe ร่วมกับการรักษาด้วย statin สามารถลดคอเลสเตอรอล LDL ได้อย่างมีนัยสำคัญ และช่วยให้ผลลัพธ์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น โดยยังพบประโยชน์เพิ่มเติมจากการลดคอเลสเตอรอล LDL ให้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้

ปัสสาวะเล็ดก่อนและหลังผ่าตัดลดอ้วน

JAMA Intern Med. Published online June 22, 2015.

บทความเรื่อง Urinary Incontinence Before and After Bariatric Surgery รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานผลลัพธ์ที่ดีขึ้นด้านการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้หญิงและผู้ชายที่อ้วนมากหลังหนึ่งปีแรกนับจากลดน้ำหนักด้วยการผ่าตัดลดความอ้วน การศึกษาครั้งนี้จึงได้ประเมินความแตกต่างของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดลดความอ้วน และระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นและโรคสงบในผู้หญิงและผู้ชายระหว่าง 3 ปีแรกหลังการผ่าตัดลดความอ้วน

การศึกษา Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery 2 มีขึ้นในสหรัฐอเมริกา โดยรวบรวมกลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 21 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2005 ถึงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2009 ผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการผ่าตัดลดความอ้วนครั้งแรกระหว่างวันที่ 14 มีนาคม ค.ศ. 2006 ถึงวันที่ 24 เมษายน ค.ศ. 2009 ได้รับการติดตามเป็นเวลา 3 ปี (ถึงวันที่ 24 ตุลาคม ค.ศ. 2012)

ผู้ป่วยผ่าตัดลดความอ้วนได้กรอกแบบประเมินก่อนการผ่าตัด และกรอกแบบประเมินปีละครั้งหลังผ่าตัดโดยได้ประเมินความถี่และชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในช่วง 3 เดือนก่อนจากแบบสอบถาม การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดจากประเมินจากการเกิดขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง และโรคสงบประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่พื้นฐานเหลือน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้งระหว่างการติดตาม

จากผู้ป่วย 2,458 รายพบว่า 1,987 ราย

(80.8%) ได้กรอกแบบประเมินที่พื้นฐานและการติดตามที่พื้นฐานพบว่าอายุมัธยฐานเท่ากับ 47 ปี (อายุ 18-78 ปี) และมัธยฐานดัชนีมวลกายเท่ากับ 46 กิโลกรัม/ตารางเมตร (34-94 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และ 1,565 รายจาก 1,987 ราย (78.8%) เป็นผู้หญิง การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบบ่อยกว่าในผู้หญิง (49.3%; 95% CI 46.9%-51.9%) เทียบกับผู้ชาย (21.8%; 95% CI 18.2%-26.1%) ($p < 0.001$) หลังจากน้ำหนักที่ 1 ปีลดลง 29.5% (95% CI 29.0%-30.1%) ในผู้หญิง และ 27.0% (95% CI 25.9%-28.6%) ในผู้ชายพบว่า ความชุกของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งในผู้หญิง (18.3%; 95% CI 16.4%-20.4%) และผู้ชาย (9.8%; 95% CI 7.2%-13.4%) ($p < 0.001$ สำหรับทั้งหมด) และแม้ความชุกที่ 3 ปีสูงกว่าความชุกที่ 1 ปีในทั้ง 2 กลุ่ม (24.8%; 95% CI 21.8%-26.5% ในผู้หญิง และ 12.2%; 95% CI 9.0%-16.4% ในผู้ชาย) แต่ก็ต่ำกว่าอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับพื้นฐาน ($p < 0.001$ สำหรับทั้งหมด) การลดน้ำหนักสัมพันธ์โดยอิสระกับการสงบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (relative risk 1.08; 95% CI 1.06-1.10 ในผู้หญิง และ 1.07; 95% CI 1.02-1.13 ในผู้ชาย) ต่อน้ำหนักตัวที่ลดลง 5% เช่นเดียวกับอายุน้อย และไม่มีปัญหารุนแรงของการเดิน

การผ่าตัดลดความอ้วนสัมพันธ์กับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ลดลงอย่างชัดเจนในระยะ 3 ปีในผู้หญิง และผู้ชายที่อ้วนมาก ซึ่งผลลัพธ์ด้านการกลั้นปัสสาวะที่ดีขึ้นอาจเป็นประโยชน์ที่มีนัยสำคัญจากการผ่าตัดลดความอ้วน



ผลเลิกสูบบุหรี่ต่อการคุมน้ำตาลในเบาหวานชนิดที่ 2

Lancet Diabetes Endocrinol. Published Online: 29 April 2015.

บทความเรื่อง The Association between Smoking Cessation and Glycaemic Control in Patients with Type 2 Diabetes: A THIN Database Cohort Study รายงานว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไรก็ดี หลายการศึกษาชี้ให้เห็นความเสี่ยงที่สูงขึ้นในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มาแล้ว 3-5 ปี เทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ และความเสี่ยงลดลงมาเทียบเท่าผู้ที่ไม่เคยสูบหลังจากเลิกสูบมาแล้ว 10-12 ปี และมีข้อมูลจากการศึกษาขนาดเล็กเสนอว่า การควบคุมโรคเบาหวานเสื่อมลงชั่วคราวระหว่างปีแรกหลังจากเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่และการเปลี่ยนแปลงของการควบคุมระดับน้ำตาลระยะเวลาที่ความสัมพันธ์คงอยู่ รวมถึงอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงด้านน้ำหนักตัวต่อความสัมพันธ์ดังกล่าว

ผู้วิจัยศึกษาแบบ retrospective cohort study (วันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2005 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2010) ในผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่และมีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล The Health Improvement Network (THIN) ของสหราชอาณาจักร

และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ไม่สูบบุหรี่ การเปลี่ยนแปลงของ HbA1c และอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวด้วยตัวแบบ adjusted multilevel regression models

ผู้วิจัยศึกษาจากผู้ใหญ่ 10,692 รายที่สูบบุหรี่และมีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วย 3,131 ราย (29%) เลิกสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่อีกเลยอย่างน้อย 1 ปี หลังจากปรับตัวแปรกวนพบว่า ระดับ HbA1c เพิ่มขึ้น 0.21% (95% CI 0.17-0.25; $p < 0.001$; [2.34 มิลลิโมล/โมล (95% CI 1.91-2.77)]) ภายในปีแรกหลังเลิกสูบบุหรี่ และระดับ HbA1c ลดลงโดยที่ยังคงไม่สูบบุหรี่และเท่ากับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่หลังจาก 3 ปี และการเพิ่มขึ้นของระดับ

HbA1c ไม่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลที่เสื่อมลงเป็นเวลา 3 ปี โดยไม่เชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว ซึ่งระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวอาจส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กสูงขึ้น



Pembrolizumab สำหรับเมลาโนมาดื้อต่อ Ipilimumab

Lancet Oncology. Published Online: 23 June 2015.

บทความเรื่อง Pembrolizumab versus Investigator-Choice Chemotherapy for Ipilimumab-Refractory Melanoma (KEYNOTE-002): A Randomised, Controlled, Phase 2 Trial รายงานว่า ผู้ป่วยมะเร็งเมลาโนมาที่ยังคงมีการลุกลามจากการรักษาด้วย ipilimumab รวมถึง BRAF หรือ MEK inhibitor หรือทั้งสองอย่างกรณีมี BRAFV600 mutant-positive มีข้อจำกัดด้านทางเลือกการรักษา การศึกษานี้ได้ประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ pembrolizumab 2 ขนาดเทียบกับเคมีบำบัดที่ผู้วิจัยเลือกในผู้ป่วยเมลาโนมาที่ดื้อยา ipilimumab

ผู้วิจัยศึกษาจากผู้ป่วยอายุ 18 ปีหรือมากกว่าจากสถานพยาบาล 73 แห่งใน 12 ประเทศ ซึ่งตรวจพบการลุกลามของโรคภายใน 24 สัปดาห์หลังได้รับ ipilimumab 2 ขนาดหรือมากกว่า และได้รับการรักษาด้วย BRAF หรือ MEK inhibitor หรือทั้งสองอย่างกรณีมี BRAFV600 mutant-positive เกณฑ์การศึกษา ได้แก่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จาก ipilimumab ที่ทุเลาลงมาที่ grade 0-1 และได้รับ prednisone 10 มิลลิกรัม/วัน หรือน้อยกว่าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ มี Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status เท่ากับ 0 หรือ 1 และมีรอยโรคที่วัดขนาดได้อย่างน้อยหนึ่งจุด ผู้ป่วยได้รับ pembrolizumab 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม หรือ 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 3 สัปดาห์ หรือยาเคมีบำบัดตามที่ผู้วิจัยเลือก (paclitaxel ร่วมกับ carboplatin, paclitaxel, carboplatin, dacarbazine หรือ oral temozolomide) การสุ่มได้แบ่งตาม ECOG performance status, lactate dehydrogenase concentration และ BRAFV600 mutation status การรักษาด้วย pembrolizumab และเคมีบำบัดเป็นแบบ open label โดยปกปิดขนาดยา pembrolizumab และจุดยุติปฐมภูมิได้แก่ การรอดชีวิตโดยโรคสงบใน intention-to-treat population

มีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา 540 ราย ระหว่างวันที่ 30 พฤศจิกายน

ค.ศ. 2012 ถึงวันที่ 13 พฤศจิกายน ค.ศ. 2013 โดย 180 รายได้รับ pembrolizumab 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม, 181 รายได้รับ pembrolizumab 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม และ 179 รายได้รับเคมีบำบัด จากการรอดชีวิตโดยโรคสงบ 410 เหตุการณ์พบว่า การรอดชีวิตโดยโรคสงบดีขึ้นในผู้ป่วยที่ได้ pembrolizumab 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม (HR 0.57, 95% CI 0.45-0.73; $p < 0.0001$) และ pembrolizumab 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม (0.50, 0.39-0.64; $p < 0.0001$) เทียบกับกลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัด การรอดชีวิตโดยโรคสงบที่ 6 เดือน เท่ากับ 34% (95% CI 27-41) ในกลุ่มที่ได้ pembrolizumab 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม, 38% (31-45) ในกลุ่มที่ได้ 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม และ 16% (10-22) ในกลุ่มที่ได้เคมีบำบัด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ grade 3-4 พบในผู้ป่วย 20 ราย (11%) ในกลุ่ม pembrolizumab 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม, 25 ราย (14%) ในกลุ่ม pembrolizumab 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม และ 45 ราย (26%) ในกลุ่มเคมีบำบัด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษา ระดับ grade 3-4 พบน้อยที่สุดในกลุ่ม pembrolizumab ได้แก่ fatigue (2 ราย [1%] จาก 178 รายที่ได้ 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม และ 1 ราย [$< 1\%$] จาก 179 รายที่ได้ 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม เทียบกับ 8 ราย [5%] จาก 171 รายที่ได้เคมีบำบัด) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษา ระดับ grade 3-4 อื่น ได้แก่ generalised oedema และ myalgia (ใน 2 ราย [1%]) ในกลุ่มที่ได้ pembrolizumab 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม; hypopituitarism, colitis, diarrhoea, decreased appetite, hyponatremia และ pneumonitis (ใน 2 ราย [1%]) ในกลุ่มที่ได้ pembrolizumab 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม และ anaemia (9 ราย [5%]), fatigue (8 ราย [5%]), neutropenia (6 ราย [4%]) และ leucopenia (6 ราย [4%]) ในผู้ที่ได้เคมีบำบัด

ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นบทบาทของ pembrolizumab ในฐานะมาตรฐานใหม่ในการรักษาเมลาโนมาที่ดื้อยา ipilimumab



กรมสุขภาพจิต เผยผลสำรวจสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ พบปัญหาสุรา-ยาเสพติดสูงสุด

พญ.พรรณพิมล วิปุลากร รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

กล่าวว่า กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งดำเนินการสำรวจในทุก 5 ปี เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวช ปัญหาสุขภาพจิต สารเสพติด และการเข้าถึงบริการของคนไทย โดยครั้งนี้ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2556 จำนวน 4,727 คน ในจังหวัดภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพฯ โดยใช้เครื่องมือและการดำเนินงานตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ผลการสำรวจครั้งนี้พบว่า โอกาสในการเกิดโรคหรือความชุกของกลุ่มโรคทางอารมณ์ (Affective disorders) ตลอดช่วงชีวิตของคนไทยเท่ากับร้อยละ 1.9 (1 ล้านคน) โดยในกลุ่มโรคนี้พบซึมเศร้าร้อยละ 1.8 (9 แสนคน) หรืออาจกล่าวได้ว่า ใน 100 คน จะมี 2 คนที่เคยป่วยซึมเศร้าครั้งหนึ่งในชีวิต ขณะที่ความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorders) พบร้อยละ 3.1 (1.6 ล้านคน) โดยพบภาวะ

สะเทือนขวัญหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง (PTSD) ร้อยละ 0.9 (5 แสนคน) ส่วนปัญหาจากการใช้สุราและสารเสพติด (Alcohol and substance

use disorders) พบความชุกสูงถึงร้อยละ 19.6 (10.1 ล้านคน) ซึ่งถือว่าสูงมาก โดยพบปัญหาจากการใช้สุราร้อยละ 18.0 (9.3 ล้านคน) และพบปัญหาจากการใช้สารเสพติดร้อยละ 4.1 (2.1 ล้านคน) สำหรับความชุกของอาการทางจิตหลงผิดพบร้อยละ 0.9 (5 แสนคน) นอกจากนี้ยังพบปัญหาการฆ่าตัวตายร้อยละ 3.5 (1.8 ล้านคน) ภาวะติดบุหรี่ร้อยละ 14.9 (7.7 ล้านคน) ในขณะที่ภาวะติดการพนันพบร้อยละ 0.9 (4.6 แสนคน) การสำรวจครั้งนี้ถือเป็นครั้งแรกของการใช้เครื่องมือและการดำเนินงานตามมาตรฐานโลกที่มีการสำรวจในกว่า 30 ประเทศทั่วโลก ทำให้สามารถเทียบเคียงข้อมูลกับนานาชาติได้



แพทยสภาเตือนแพทย์ฉีดโบทอกซ์ปลอมมีโทษถึงพักใช้ใบอนุญาต

นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์

ประธานคณะกรรมการคุ้มครองประชาชนจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การเสริมสวย และการโฆษณาของแพทยสภา กล่าวเตือนแพทย์และประชาชนว่า ตามที่ปรากฏข่าวต่อ

สื่อมวลชน กรณีมีการจับกุมผู้จำหน่าย Botulinum Toxin ปลอมนั้น ได้นำเรื่องดังกล่าวเข้าหารือในคณะกรรมการคุ้มครองประชาชนจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การเสริมสวย และการโฆษณาของแพทยสภา ซึ่งที่ประชุมได้พิจารณาเรื่องดังกล่าวและเห็นควรให้แจ้งเตือนแพทย์และประชาชนว่า 1. ขอให้แพทย์ใช้ผลิตภัณฑ์จากผู้จำหน่ายที่ได้รับอนุญาตจาก ออย. เท่านั้น และห้ามใช้ของปลอมโดยเด็ดขาด ถ้าแพทย์ท่านใดฉีดยาปลอม ท่านจะถูกลงโทษตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 2. ประชาชนควรทราบว่าของปลอมอาจไม่ได้ผลการรักษาตามต้องการ และอาจเกิด

อันตรายหรืออันตรายแก่ชีวิตจากการใช้ของปลอมนี้ ถ้าประชาชนที่พบเห็นแหล่งผลิต แหล่งซื้อขายของปลอม โปรดแจ้ง ออย. ถ้าประชาชนพบว่าแพทย์ใช้ของปลอมโปรดแจ้งแพทยสภาที่เบอร์โทรศัพท์ 0-2590-1886 3. แพทยสภาจะร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในการตรวจสอบผู้ประกอบการที่ขาย-นำเข้าของปลอม และจะดำเนินคดีตามกฎหมาย 4. พบว่าการปลอมแปลงมักจะทำโดยการลักลอบนำสารปลอมนี้เข้ามาเอง (โดยลักลอบ และหลีกเลี่ยงการรับรองจาก ออย.) หรือนำของปลอมมาใส่ใน package ที่เป็นของจริงทำให้ดูเหมือนของจริง

ทั้งนี้คณะกรรมการคุ้มครองประชาชนจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การเสริมสวย และการโฆษณาของแพทยสภา จะเสนอต่อคณะกรรมการแพทยสภาให้กำหนดโทษต่อแพทย์ที่ฉีดยาปลอมอย่างรุนแรง เช่น พักใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้เพื่อคุ้มครองสวัสดิภาพและความปลอดภัยของประชาชน



สร. เร่งพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพรองรับเศรษฐกิจยุคดิจิทัล ต่อยอดบัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า รัฐบาลได้ให้ความสำคัญของระบบดิจิทัลตั้งแต่ปีวางรากฐานไทยไปสู่อุตสาหกรรมดิจิทัลที่ไร้พรมแดน ถือเป็นนโยบายใหม่ของประเทศไทย ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัด เร่งพัฒนาระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพและการแพทย์ (Health Data Center: HDC) ที่ได้ตรงจากหน่วยบริการทุกแห่งทุกระดับในพื้นที่ให้เป็นฐานข้อมูลมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง ภูมิภาค และพื้นที่ นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการ การกำหนดยุทธศาสตร์แก้ไขอย่างตรงจุด สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ นอกจากนี้ยังได้ร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทยตามนโยบายนายกรัฐมนตรี พัฒนาเชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ของประชาชนแต่ละบุคคลในเรื่อง

ที่จำเป็นเบื้องต้น 3 เรื่อง ได้แก่ การแพทย์ โรคประจำตัว และค่ามาตรฐานน้ำหนักตัว ผ่านทางระบบทะเบียนราษฎร์ หากเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อเข้ารับการรักษาที่ใดก็สามารถตรวจสอบประวัติโดยใช้เพียงรหัสหมายเลขประจำตัว 13 หลัก จะส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาล เพิ่มความปลอดภัยต่อประชาชนยิ่งขึ้น ขั้นตอนต่อไปจะมีการเชื่อมโยงข้อมูลประวัติการรักษาต่าง ๆ รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์ของแต่ละคนได้ด้วย แพทย์ที่ให้การรักษาสามารถนำมาใช้ประกอบการวินิจฉัยการรักษาได้ทันที ประชาชนสามารถติดต่อขอดูได้ที่ตู้อิเล็กทรอนิกส์ของกรมการปกครอง ที่ว่าการอำเภอ หรือโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขใกล้บ้านได้ด้วยตนเอง คาดว่าจะเริ่มได้ในเร็ว ๆ นี้



คกก. พัฒนาระบบยาแห่งชาติ เห็นชอบปรับปรุงจรรยาบรรณ การส่งเสริมการขายยาและพัฒนาราคากลางยา



ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ประจำปี พ.ศ. 2558 และให้สัมภาษณ์ว่า ที่ประชุมได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบ 3 เรื่อง ได้แก่ 1. การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมยา สมุนไพร และชีววัตถุ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาของประเทศไทย โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน 2. การปรับปรุงเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย กำหนดให้บริษัทผู้ผลิตยา บริษัทยาสมาคมผู้บริโภทยา สมาชิวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับยา จะต้องไม่ให้ผลประโยชน์ที่นำมาซึ่งการสั่งใช้ยาของบริษัทตัวเอง และ

3. การปรับปรุงขั้นตอนและกระบวนการจัดทำราคากลางยา ซึ่งบริษัทยาขอมีส่วนร่วมในการจัดทำราคากลาง โดยให้คณะกรรมการการอุดหนุนราคากลางยาปรับปรุงการจัดทำราคากลางยาและจะนำเสนอเข้าคณะรัฐมนตรีโดยเร็ว นอกจากนี้ที่ประชุมได้รับทราบข้อเสนอของคณะกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาค่ารักษาพยาบาลราคาแพงที่เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว 3 เรื่อง ได้แก่ 1. ราคา ยา จะต้องจำหน่ายไม่ให้เกินราคาที่ติดมาจากโรงงานผู้ผลิต และโรงพยาบาลเอกชนสามารถเรียกเก็บค่าบริการทางเภสัชกรรมได้ในราคาที่เหมาะสม โดยจะต้องแจ้งราคาและแจกแจงรายละเอียดให้ผู้มารับบริการทราบก่อนชำระค่ายา ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการสามารถนำไปสั่งยาไปซื้อนอกโรงพยาบาลได้หากเห็นว่าราคายาในโรงพยาบาลสูงเกินไป 2. ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินวิกฤติ สามารถรับการรักษาที่เร่งด่วนตามมาตรฐานในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด โดยไม่มีค่าใช้จ่าย และ 3. เร่งจัดทำระบบตรวจสอบอัตราค่ารักษาพยาบาลและให้ข้อมูลแก่ประชาชนตลอดจนเปิดสายด่วนรับเรื่องร้องเรียนค่ารักษาพยาบาลแพงตลอด 24 ชั่วโมง ได้ 3 หมายเลขคือ 0-2193-7999, 1330 และ 1166 เฉพาะเวลาราชการ

รางวัล “100 ปี ชาตกาล หม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร บุคคลสำคัญของโลก” ประจำปี 2558

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ขอแสดงความยินดีกับ ศ.คลินิก เกียรติคุณ พญ.สุนันทา พลปัดพี ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา ที่ได้รับรางวัล “100 ปี ชาตกาล หม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร บุคคลสำคัญของโลก” ประจำปี พ.ศ. 2558 ประเภทบุคคลผู้มีผลงานดีเด่นที่ได้รับการยกย่องและมีผลงานสำเร็จยิ่งทางด้านการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต เนื่องในการจัดงาน “ฉลองครบ 100 ปี ชาตกาล หม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร บุคคลสำคัญของโลก” จากมูลนิธิอนุสรณ์หม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร โดยโอกาสนี้ เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ศ.คลินิก เกียรติคุณ พญ.สุนันทา พลปัดพี เข้ารับประทานโล่รางวัล “100 ปี ชาตกาล หม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร บุคคลสำคัญของโลก” จากพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ องค์ประธานกิตติมศักดิ์มูลนิธิอนุสรณ์หม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร และองค์ประธานจัดงาน “ฉลองครบ 100 ปี ชาตกาล หม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร บุคคลสำคัญของโลก” ณ วิเทศสโมสร กระทรวงการต่างประเทศ



Ramathibodi Current Psychiatry 2015



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดประชุมวิชาการเรื่อง “Ramathibodi Current Psychiatry 2015” ระหว่างวันที่ 6-7 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ณ ห้องประชุม 910 ABC ชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจและได้รับความรู้ที่ทันสมัยมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ค่าลงทะเบียนคนละ 3,500 บาท ลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.acmrrama.com หรือ <http://goo.gl/9XL2rT> ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณกรกมล สุนทรพิทักษ์กุล, คุณรจนา บุญเลิศกุล และคุณกัณฐมณี กอดแก้ว โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542



ไฟเซอร์เปิดตัวเทคโนโลยีตรวจสอบยาปลอม ด้วยระบบตรวจสอบผลิตภัณฑ์เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค

บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด หนึ่งในผู้นำนวัตกรรมยาคุณภาพของไทยและของโลก เปิดตัวเทคโนโลยีล้ำสมัยในการตั้งเลขหมายเฉพาะ เพื่อตรวจสอบผลิตภัณฑ์ยาว่าเป็นของแท้จากไฟเซอร์หรือไม่ การตรวจสอบใหม่ด้วยระบบการตั้งเลขหมายเฉพาะ (serialization) นี้สามารถทำได้รวดเร็วทันที่ผ่านระบบเอสเอ็มเอสและอินเทอร์เน็ต ซึ่งจะเป็นการป้องกันปัญหายาปลอมที่กำลังแพร่ระบาดอยู่ในตลาดไทย และเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยให้สุขภาพและพลานามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์

มร.คริสเตียน มัลเฮอร์บี ผู้จัดการใหญ่ประจำประเทศไทย บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด กล่าวว่า “เรามุ่งมั่นสร้างสรรค์โลกที่ผู้คนมีสุขภาพดียิ่งขึ้นผ่านวิทยาการทางวิทยาศาสตร์และนวัตกรรม เราพยายามอย่างหนักให้ชาวไทยและชาวโลกได้มีโอกาสใช้ยาและบริการด้านสุขภาพที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพในราคาที่ย่อมเยา โดยที่ผ่านมามีไฟเซอร์เป็นผู้บุกเบิกในวงการยาของไทยที่มีผลงานเป็นเครื่องพิสูจน์มาโดยตลอดว่า ผู้บริโภคของบริษัทฯ ได้รับยาที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ และมีประสิทธิภาพในการรักษา ในวันนี้ทางไฟเซอร์รู้สึกภาคภูมิใจที่จะนำเสนอเทคโนโลยีใหม่เพื่อช่วยในการตรวจสอบยาปลอมเพื่อป้องกันผู้บริโภคจากอันตรายที่จะได้รับจากยาปลอม”

ระบบตรวจสอบผลิตภัณฑ์โดยผู้บริโภค “Patient’s Verification System” ใช้กระบวนการทำให้เป็นการตั้งเลขหมายเฉพาะ หรือ serialization ซึ่งเป็นการให้ค่าผ่านกระบวนการเข้ารหัสดิจิทัลที่ล้ำสมัยด้วยการสแกน

หรืออักขระอักษรเลขที่ไม่มีทางซ้ำกันโดยเด็ดขาด เพื่อระบุผลิตภัณฑ์ได้เป็นรายชิ้นโดยการตรวจสอบข้อมูลทำได้ทันทีผ่านทางเอสเอ็มเอสและอินเทอร์เน็ต วิธีการนี้ช่วยรักษาข้อมูลอันเป็นความลับของผู้บริโภค มีความปลอดภัยในข้อมูลสูง และตรงตามมาตรฐานของกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศสหรัฐอเมริกา และสหภาพยุโรป

นพ.นิรุดี ประดับญาติ ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด ระบุว่า “ในประเทศไทยนั้น เราพบว่ามีการผลิตยาปลอมกันอย่างแพร่หลาย โดยไม่มีช่องทางที่เหมาะสมในการตรวจสอบและเรากังวลกับปัญหานี้มาก ดังนั้น ไฟเซอร์จึงได้นำเสนอทางแก้ปัญหายาปลอมด้วยการใช้เทคโนโลยีนวัตกรรมล่าสุดนี้ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้บริโภคจะสามารถตรวจสอบยาที่ได้รับมาตรงตามวัตถุประสงค์ของการรักษา และมีความมั่นใจในการใช้ยา”

ไฟเซอร์เพิ่งเริ่มนำเสนอเทคโนโลยีนี้ในฮ่องกง จีน และอีกบางประเทศในเอเชีย และได้รับความสำเร็จอย่างสูงในการแก้ปัญหายาปลอม

ในภูมิภาค ระบบนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อยกระดับความปลอดภัยของผู้บริโภค และเพื่อลดจำนวนยาปลอมในตลาดไทยให้น้อยที่สุด โดยผู้บริโภคสามารถส่งเอสเอ็มเอสหรือเข้าไปที่ <http://menshealth.pfizer.co.th> เพื่อทำการตรวจสอบยาที่มี ซึ่งที่นี่ไม่เพียงแต่จะเป็นจุดตรวจสอบผลิตภัณฑ์ยาของไฟเซอร์ในประเทศไทยเท่านั้น แต่ยังเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ในเรื่องสุขภาพของท่านชายอีกด้วย การตรวจสอบนั้นทำได้ง่ายดาย เพียงแค่ส่งรหัสจากฉลากที่ติดอยู่กับผลิตภัณฑ์ ระบบจะทำการเปิดและตรวจสอบรหัส แล้วส่งข้อมูลแจ้งกลับไปยังผู้บริโภคโดยทันที โดยระบุว่ารหัสจากผลิตภัณฑ์ที่ซื้อมานั้นเป็นของไฟเซอร์ ประเทศไทยจริงหรือไม่

“ไฟเซอร์ขอแนะนำให้ผู้ใช้ยาทำการตรวจสอบยาที่ซื้อผ่านระบบนี้ก่อนที่จะใช้ยา ดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้แก่ตัวผู้ใช้ยาเอง” นพ.นิรุติ กล่าว

ศ.นพ.สมบุญ เหลืองวัฒนาภิก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลกรุงเทพ กล่าวว่า “ปัญหาสุขภาพของท่านชายปัจจุบันจะมีอยู่ 3 เรื่องหลัก ๆ นั่นคือ ปัญหาการปัสสาวะ ปัญหาทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ และปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ



โดยเฉพาะผู้ที่ที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะประสบปัญหาในการปัสสาวะมากขึ้นเรื่อย ๆ ปัญหาที่พบได้บ่อยคือ ปัสสาวะยาก อาทิ มีสิ่งกีดขวางทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะเล็ด การเร่งปัสสาวะ หรือมีอาการเจ็บเวลาปัสสาวะ อาการเหล่านี้อาจเป็นผลมาจากภาวะต่อมลูกหมากโต หรือปัญหาด้านสุขภาพอื่น ๆ แต่หากมีการตรวจพบและรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ ผู้ป่วยก็มีโอกาสที่จะใช้ชีวิตได้ตามปกติมากยิ่งขึ้น และด้วยเหตุนี้จึงแนะนำให้ผู้มีอาการเหล่านี้เข้าพบแพทย์และรับคำปรึกษาตลอดจนการรักษาที่ถูกต้องทันทีที่มีอาการเกิดขึ้น”

ด้าน **ศ.นพ.อภิชาติ กงกะนันท์ ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพชาย Men Center โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล** กล่าวว่า “ผู้ป่วยถึง 1 ใน 4 ที่เข้ารับการรักษาระดับต้นของปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศนั้นมีอายุไม่ถึง 40 ปี ปัญหาทางด้านเพศเป็นเรื่องต้องห้ามที่สังคมไม่ค่อยอยากกล่าวถึงนัก และชายชาวเอเชียมักยอมรับไปโดยปริยายว่า ปัญหาเรื่องเพศเป็นส่วนหนึ่งที่มาพร้อมอายุ? ดังนั้น แทนที่จะเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ชายส่วนใหญ่กลับหายามาใช้เอง หรือไม่ก็ใช้ทางเลือกอื่นอย่างการดื่มเหล้าเพื่อรักษาภาพพจน์ความเป็นชายเอาไว้”

ศ.นพ.อภิชาติ กล่าวอีกว่า “ปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศไม่ใช่เรื่องธรรมชาติที่มาพร้อมความชรา มันอาจเป็นสัญญาณบอกโรคก็ได้ เราคาดว่าปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในคนวัยหนุ่มน่าจะสูงขึ้นเนื่องจากปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ อย่างปัญหาน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคเบาหวานที่เริ่มมาเยือนคนรุ่นใหม่วัยหนุ่มสาวที่มีสุขภาพแย่ลงเร็วขึ้นกว่ารุ่นก่อน ๆ การเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหาร ระดับการออกกำลังกาย หรือการปรับนิสัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ล้วนมีผลต่ออาการของปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ชาย ดังนั้น หากคุณเป็นผู้หนึ่งที่ มีปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อย่าคิดว่ามันสายเกินไปที่จะปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตของคุณ”

ขณะที่ **เจ-เจตริน วรรณะสิน** นักร้องและนักแสดงชื่อดัง ให้ความเห็นว่า “การใช้ยาปลอมอาจทำให้การรักษาไม่เป็นผล เกิดอาการดีอยา หรืออาจรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ จึงขอแนะนำอย่างยิ่งว่า ควรพบแพทย์หรือซื้อยาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ที่มีระบบตรวจสอบผลิตภัณฑ์ อันเป็นที่ยอมรับจะดีกว่า”

เอกสารอ้างอิง

1. Capogrosso P., Colicchia M., Ventimiglia E., Castagna G., Clementi M. C., Suardi N., Castiglione F., Briganti A., Cantiello F., Damiano R., Montorsi F. and Salonia A. (2013), One Patient Out of Four with Newly Diagnosed Erectile Dysfunction Is a Young Man-Worrisome Picture from the Everyday Clinical Practice. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 1833-1841. doi: 10.1111/jsm.12179; published on July 2013
2. Ho C., et al. (2011). Male sexual dysfunction in Asia. *Asian Journal of Andrology* 13, 537-542; doi: 10.1038/aja.2010.135; published online 6 June 2011

ภาควิชาตจวิทยา ศิริราช จัดประชุมวิชาการ

ชูริม “Meet the Experts in Dermatology 2015”

ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จัดประชุมวิชาการชูริม “Meet the Experts in Dermatology 2015” ระหว่างวันที่ 6-7 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ณ ห้องแกรนด์ บอลรูม โรงแรมเซราตัน แกรนด์ สุขุมวิท เพื่ออัปเดตความรู้ใหม่ ๆ ทางด้านผิวหนังแก่ตจแพทย์ แพทย์ประจำบ้านสาขาทจวิทยา และแพทย์ทั่วไปที่มีความสนใจเกี่ยวกับโรคผิวหนัง ให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในเวชปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ศ.นพ.วรพงษ์ มนัสเกียรติ ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวว่า ปัจจุบันวิทยาการในการรักษาโรคผิวหนังมีการพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในแง่การรับประทานยา ทายา หรือการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ทางภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงได้จัดการประชุมวิชาการขึ้นเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการอัปเดตความรู้ใหม่ ๆ ทางด้านผิวหนังให้แก่กลุ่มเป้าหมายของการประชุม ซึ่งได้แก่ ตจแพทย์ แพทย์ประจำบ้านสาขาทจวิทยา แพทย์ทั่วไปที่มีความสนใจเกี่ยวกับโรคผิวหนัง รวมถึงแพทย์ทางด้านศัลยกรรมตกแต่ง โดยคาดหวังว่าผู้เข้าร่วมการประชุมจะสามารถนำความรู้ไปใช้ในเวชปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

“อยากให้การประชุมวิชาการครั้งนี้มีความแปลกใหม่ ดึงดูดความสนใจ และสอดคล้องกับธีมของการประชุม “Meet the Experts in Dermatology 2015” จึงได้ออกแบบโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โดยใช้ซูเปอร์ฮีโร่มาเป็นตัวแทนของคณาจารย์ผู้เชี่ยวชาญที่เรียกได้ว่าป็นฮีโร่ของวงการผิวหนัง มาร่วมถ่ายทอดความรู้ในครั้งนี้” ศ.นพ.วรพงษ์ กล่าว

สำหรับหัวข้อการประชุมได้รวบรวมเรื่องที่น่าสนใจและเป็นปัญหาทางผิวหนังที่พบค่อนข้างบ่อยในเวชปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็น Treating Difficult Acnes, Current Management of Vitiligo, Vaccinations for Skin Disease, Dealing with Common Skin Allergy, Melasma, Pitfalls in Treating Fungal Skin Infection, Management of Vascular Complications Following Filler Injection, Updates in Hair Restoration, Scar and Keloid Treatment, All Kinds of Fractional Therapy for Atrophic Acne Scars

“การประชุมวิชาการครั้งนี้มีหัวข้อที่น่าสนใจมากมาย ทั้งการรักษาผิวที่รักษา

ได้ยาก การใช้วัคซีนในการป้องกันโรคทางผิวหนัง ได้แก่ หูดบริเวณอวัยวะเพศหรือหูดหงอนไก่ และโรคงูสวัด ซึ่งเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่ นอกจากนี้ยังมีการรักษาผิวหนังที่ผิดปกติ เช่น ผิวที่อ่อนไปจนกลายเป็นต่างขาว หรือผิวหนังที่เข้มเกินไป เช่น ผา ซึ่งปัจจุบันมีการพูดถึงวิทยาการใหม่ ๆ ในการรักษา เช่น ต่างขาว จะใช้วิธีการปลูกถ่ายเซลล์ที่ทำหน้าที่สร้างเม็ดสีและนำมาปลูกถ่ายบริเวณที่เกิดรอยต่างขาว ส่วนผาจะมีการพูดถึงวิธีการรักษาในปัจจุบันและวิธีการใหม่ ๆ ว่าได้ผลจริงหรือไม่ รวมถึงการผ่าตัดปลูกผม ซึ่งจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้หุ่นยนต์ผ่าตัดปลูกผมของศิริราช อีกทั้งในปัจจุบันมีการใช้ Platelet-Rich Plasma (PRP) เพื่อช่วยกระตุ้นให้เซลล์สร้างผมให้งอกขึ้นใหม่นั้นได้ผลหรือไม่ได้ผลอย่างไร ไม่หมดเพียงเท่านั้น ยังมีหัวข้อเกี่ยวกับเลเซอร์คือ Fractional Lasers ในการรักษาแผลหลุมสิว รวมถึงเลเซอร์ที่ใช้ในการรักษาแผลเป็นนูนหรือแผลเป็นคัลลอยด์ พร้อมทั้งได้เชิญอาจารย์ทางศัลยกรรมตกแต่งมาร่วมให้ความรู้ว่าถ้าเลเซอร์รักษาแล้วไม่ได้ผล ศัลยกรรมตกแต่งจะช่วยแก้ไขได้อย่างไร”

ศ.นพ.วรพงษ์ กล่าว

ด้านไฮไลท์ของการประชุมวิชาการครั้งนี้ ศ.นพ.วรพงษ์ กล่าวว่า ที่พลาดไม่ได้คือ 1. การใช้วัคซีนในการป้องกันโรคทางผิวหนัง ซึ่งการประชุมวิชาการครั้งนี้ถือเป็นการประชุมวิชาการแรก ๆ ที่มีการพูดถึง 2. การผ่าตัดปลูกผม โดยจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้หุ่นยนต์ที่เข้ามาเป็นตัวช่วยในการผ่าตัดปลูกผม และ 3. การรักษาผลข้างเคียงจากการฉีดฟิลเลอร์ เนื่องจากในปัจจุบันการฉีดฟิลเลอร์ได้รับความนิยมอย่างมาก และผลข้างเคียงที่พบคือ ฉีดแล้วไปอุดตันเส้นเลือด ทำให้ผิวหนังตาย หรือเน่า หรือทำให้ตาบอด เมื่อเกิดปัญหาขึ้นจะแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างไร หรือจะส่งต่อไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่เพื่อแก้ไขและดูแลในระยะยาวอย่างไร

“คาดว่าจะการประชุมในครั้งนี้จะมีผู้สนใจเข้าร่วมไม่ต่ำกว่า 300 คน โดยจะได้รับความรู้จากวิทยากรซึ่งเป็นคณาจารย์จากภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รวมถึงภาควิชาภูมิเวชศาสตร์ และวิทยาการรับเชิญจากภาควิชาตจวิทยาและภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่จะมาอัปเดตความรู้ใหม่ ๆ และที่สำคัญคือ สามารถนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริง” ศ.นพ.วรพงษ์ กล่าวทิ้งท้าย

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2419-4337, 0-2419-4332 โทรสาร 0-2414-1021, 0-2411-5031 E-mail: dermatologyconference@gmail.com หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมทาง www.si.mahidol.ac.th/Th/departement/dermatology



วัคซีนโรต้า... ให้พร้อมกับวัคซีนโปลิโอได้



กุมารแพทย์และผู้ทำงานด้านวัคซีนหลายคนรู้สึกกังวลใจว่าการหยอดวัคซีนโรต้าพร้อมกับวัคซีนโปลิโอจะมีผลกระทบต่อการสร้างภูมิคุ้มกันในเด็กหรือไม่ ในปัจจุบันมีหลักฐานทางการแพทย์ ชี้ให้เห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านวัคซีน ตำราวัคซีน และคำแนะนำจากองค์กรวิชาชีพ โดยมีข้อสรุปดังนี้

1. ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสโรต้าหลังให้วัคซีนโรต้าได้สัปดาห์แรกพร้อมกับวัคซีนโปลิโอชนิดหยอดมีระดับต่ำกว่าภูมิคุ้มกันหลังให้วัคซีนโรต้าอย่างเดียว และการให้วัคซีนโรต้าร่วมกับวัคซีนโปลิโอชนิดฉีด แต่ภูมิคุ้มกันหลังให้วัคซีนโรต้าได้สัปดาห์ที่ 2 พร้อมกับวัคซีนโปลิโอชนิดหยอดมีระดับสูงเทียบเท่ากับภูมิคุ้มกันในกลุ่ม (Ped Infect Dis J 2008;27:874-80, Vaccine 2009;27:1333-9, Vaccine 2010;28:6542-8)

2. วัคซีนโรต้ามีประสิทธิภาพในการป้องกันและลดความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้าเมื่อให้พร้อมกับวัคซีนโปลิโอชนิดหยอด และมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับกลุ่มที่ให้วัคซีนโรต้าพร้อมกับวัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (N Engl J Med 2006;354:11-22, Ped Infect Dis J 2011;30:e103-8)

3. การเลื่อนการหยอดวัคซีนโรต้าออกไปโดยไม่ให้พร้อมกับวัคซีนโปลิโอทำให้เกิดความล่าช้าในการให้วัคซีน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้าซึ่งพบบ่อยในเด็กเล็ก และอาจพลาดโอกาสในการรับวัคซีนซึ่งมีความจำเป็นต้องให้เร็ว (ครั้งแรกก่อนเด็กอายุ 4 เดือน และครั้งสุดท้ายก่อนเด็กอายุ 8 เดือน) นอกจากนั้นยังทำให้เด็กต้องมารับบริการวัคซีนบ่อยครั้งขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการได้รับวัคซีนครบถ้วนลดน้อยลง ผู้ปกครองต้องเสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาเพิ่มขึ้น

4. องค์กรวิชาชีพทั่วไปและตำราด้านวัคซีนในประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลกมีคำแนะนำให้หยอดวัคซีนโรต้าในเด็กพร้อมกับวัคซีนโปลิโอชนิดหยอดหรือชนิดฉีดได้ (ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2556, ตารางการให้วัคซีนในเด็กไทยปกติ แนะนำโดยสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย 2558, วัคซีน 2558)

สรุปได้ว่ากุมารแพทย์และผู้ทำงานกับวัคซีนควรมีความมั่นใจว่า วัคซีนโรต้าสามารถให้พร้อมกับวัคซีนโปลิโอทั้งชนิดหยอดหรือชนิดฉีดได้ตามหลักฐานทางการแพทย์ ชี้ให้เห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านวัคซีน ตำราด้านวัคซีน และคำแนะนำจากองค์กรวิชาชีพ

100 ปี จักษุแพทยไทย

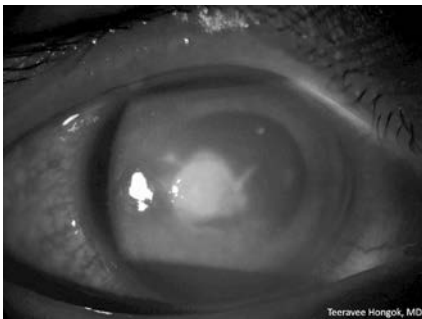
ขจัดตาบอดจากต้อกระจกให้หมด ภายในปี 2560

ในโอกาสครบรอบ 100 ปี จักษุแพทยไทย นับตั้งแต่เริ่มมีจักษุแพทย์ไทยทำการรักษาโรคตาในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2458 ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพริเริ่มโครงการ “รวมใจ...ไว้ตาบอดจากต้อกระจก 2560” ตั้งเป้าขจัดตาบอดจากต้อกระจก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2560 พร้อมเดินหน้าสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของโรคตาให้แก่สังคมไทย ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทั้งในการป้องกันและการดูแลรักษา เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและป้องกันการสูญเสียการมองเห็น

นพ.ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข ประธานราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า จักษุแพทยไทยมีจุดเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2458 ในสมัยรัชกาลที่ 6 โดยหลวงประจักษ์เวชสิทธิ์ ซึ่งจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตและเข้าทำงานดูแลผู้ป่วยด้านจักษุที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2538 จึงได้มีการสถาปนาราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยขึ้นเพื่อดูแลการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของจักษุแพทย์ไทย รวมถึงการให้ความรู้ด้านจักษุวิทยาต่อประชาชนซึ่งดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน

อุปกรณ์ทางเทคโนโลยี อาทิ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ตในชีวิตประจำวันที่ใช้กันติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเกินความจำเป็น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจก่อให้เกิดปัญหาทางตาได้” นพ.ไพศาล กล่าว

ด้าน นพ.ธีรวิทย์ หงษ์หยก ประธานคณะกรรมการข่าวสารสัมพันธ์เพื่อประชาชนราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยเปิดเผยว่า โรคทางตาที่พบมากขึ้นในสังคมไทยช่วงหลายปีที่ผ่านมาคือ การติดเชื้อที่กระจกตาจากคอนแทคเลนส์และโรคคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม (Computer Vision Syndrome) ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สามารถแบ่งลักษณะอาการและการป้องกันเบื้องต้นได้ดังนี้



แผลติดเชื้อที่กระจกตาจากการใส่คอนแทคเลนส์นอน และดูแลไม่ดี

“องค์กรของเราได้พยายามอย่างยิ่งที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพตาของคนไทย ทั้งปัญหาจากพฤติกรรมของคนไทยที่ปรับเปลี่ยนไปมากขึ้นจากกระแสนิยมความสวยงามของดวงตาด้วยคอนแทคเลนส์ที่ผู้ใช้อาจใช้งานอย่างไม่เหมาะสมหรือละเลยความสะอาด ตลอดจนการใช้



นพ.ธีรวิทย์ หงษ์หยก

นพ.ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข

- การติดเชื้อที่กระจกตา เกิดจากการใช้คอนแทคเลนส์ อาจส่งผลให้ตาบอดถาวรได้ สาเหตุเกิดได้จากตัวผู้ใส่เอง น้ำยาที่ใช้กับเลนส์ หรือภาชนะบรรจุเลนส์ โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการตาแดง ปวดตา ตามัว น้ำตาไหล มองสู้แสงไม่ได้ มีขี้ตา เปลือกตาบวม และอาจเห็นจุดสีขาวอยู่บนกระจกตาได้ ซึ่งหากไม่ได้ทำการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น จุดขาวที่เกิดขึ้นจะลุกลามเกิดเป็นหนองสีขาวในช่องหน้าลูกตา ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ดวงตา เช่น กระจกตาทะลุ ต้อหิน ต้อกระจก ไปจนถึงตาบอด สำหรับการลดความเสี่ยงการติดเชื้อที่ตาสามารถทำได้โดยผู้ใส่เองดูแลรักษาเลนส์อย่างเคร่งครัดตามคำแนะนำของแพทย์ โดยเฉพาะขั้นตอนการถูและล้างเลนส์ (rub and rinse) ซึ่งสามารถทำความสะอาดได้ดีกว่า แม้ใช้น้ำยาล้างเลนส์นั้น ๆ จะเขียนว่า “no-rub” บนฉลากก็ตาม การห้ามไม่ให้เลนส์สัมผัสกับน้ำ ไม่ใส่เลนส์เกินอายุเลนส์ที่แนะนำ ไม่ใช้คอนแทคเลนส์มือสอง และควรเปลี่ยนเลนส์บ่อย ๆ ที่สำคัญคือ การตรวจสุขภาพตาโดยจักษุแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพตาและตรวจวัดค่าสายตาหรือเลนส์ที่เหมาะสมอย่างน้อยทุก 6-12 เดือน

- โรคคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม (Computer Vision Syndrome) การใช้คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ตติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเกินความจำเป็นจะทำให้เกิดอาการทางตาต่าง ๆ ตามมาได้ สามารถพบผู้ป่วยได้มากถึง 70% ของผู้ใช้คอมพิวเตอร์ทำงานเป็นประจำ และมักพบได้บ่อยขึ้นในคนที่อายุมากกว่า 40 ปี สาเหตุหลักเกิดจากแสงสะท้อนจากหน้าจอคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ต รวมถึงผิวหน้าจอที่สามารถสะท้อนแสงจากสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ มาสู่ตา จึงทำให้ปวดตา ล้าตาได้ง่าย อีกทั้งการกะพริบตาที่ลดลงกว่า 60% ขณะที่อยู่บนหน้าจอจะทำให้ตาระคายเคือง แสบตา แพ้แสง หรือมีน้ำตาไหล เมื่ออาการสะสมเรื่อย ๆ ผู้ป่วยมักจะมีอาการล้าตา ตาแห้ง แสบตา ตาสู้แสงไม่ได้ ตามัว และปวดบริเวณศีรษะ คอ บ่า ไหล่ การป้องกันสามารถทำได้โดยการกะพริบตาบ่อย



บรรยายเรื่องการติดเชื้อที่กระจกตาจากเลนส์สัมผัส

ขึ้นเวลาอยู่บนหน้าจอ และการพักสายตาเป็นระยะตามกฎ 20-20-20 คือทุก 20 นาที ให้พักสายตาอย่างน้อย 20 วินาที โดยการมองไกล ๆ 20 เมตร หรือหลับตาพักก็ได้ รวมทั้งการปรับท่าทางการทำงาน ตำแหน่งของหน้าจอ ใช้แว่นสายตาที่เหมาะสม จะช่วยลดอาการต่าง ๆ ได้มากขึ้น

นพ.ไพศาล กล่าวอีกว่า จากข้อมูลการสำรวจตาบอดของประเทศไทย 5 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2526 พบความชุกของตาบอดสูงถึง 1.14% ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ความชุกของตาบอดที่ยอมรับได้ในประเทศที่เจริญแล้ว หรือที่องค์การอนามัยโลกตั้งไว้ต้องไม่เกิน 0.5% โดยความชุกของตาบอดในเปอร์เซ็นต์ที่สูงนี้เกิดจากปัญหาต้อกระจกเกือบครึ่งหนึ่งคือ 47.3% ต่อมาก็ได้มีการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2537, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2556 ตามลำดับ แม้ความชุกของตาบอดจะลดลงบ้าง ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะมีการสำรวจอย่างต่อเนื่องและประชาชนเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ในการสำรวจครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2556 ความชุกของตาบอดซึ่งพบ 0.06% และมีสาเหตุจากต้อกระจก 69.7% ก็เป็นตัวเลขที่ยังไม่น่าพอใจนัก เพราะความชุกของตาบอดของประเทศไทยจะต้องไม่เกิน 0.05% ดังนั้น จึงต้องมีการรณรงค์แก้ปัญหาตาบอดจากต้อกระจกกันอย่างจริงจัง

“ผลสำรวจล่าสุดเกี่ยวกับสาเหตุตาบอดและสายตาเลือนรางในประเทศไทยพบว่า 4 อันดับแรกคือ 1. โรคต้อกระจก 69.7% 2. โรคทางจอประสาทตา 13.2% 3. โรคต้อหิน 4% และ 4. ความผิดปกติทางสายตา 4% ซึ่งจากผลสำรวจจะพบว่าสาเหตุตาบอดและสายตาเลือนรางในประเทศไทยอันดับหนึ่งคือ โรคต้อกระจก ดังนั้น ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย จึงมุ่งให้ความสำคัญในการลดจำนวนผู้ป่วยโรคต้อกระจก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในพื้นที่ห่างไกล โดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ริเริ่มโครงการ “รวมใจ...ไร้ตาบอดจาก



การตรวจตา

“โครงการ 2560” ซึ่งโครงการดังกล่าวเสนอให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศปรับกระบวนการทำงาน มุ่งเน้นการคัดกรองค้นหาผู้ที่มีตาบอดจากต้อกระจกในชุมชน จัดให้เข้าสู่ระบบการขึ้นทะเบียนและรอผ่าตัดโดยเร็ว (Fast Track) นอกจากนี้ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยยังทำหน้าที่ดูแลให้การคัดกรอง การผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนได้มั่นใจว่าจะได้ประโยชน์สูงสุดจากการผ่าตัดในโครงการดังกล่าว”

นพ.ไพศาล กล่าว

นพ.ไพศาล กล่าวเพิ่มเติมว่า ครั้งนี้ถือเป็นครั้งแรกที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพมารวมตัวกันจัดโครงการนี้ขึ้นมา โดยกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศคัดกรองผู้ที่มีตาบอดจากต้อกระจกในชุมชน เพราะปัจจุบันยังมีผู้ป่วยตาบอดและต้อกระจกตกค้างอยู่จำนวนมากกว่า 70,000 ราย สาเหตุที่มีผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการด้วยเหตุผลต่าง ๆ ได้แก่ ไม่รู้ว่าป่วยไว้ตาจะบอดถาวร กลัวการรักษา กลัวจะไม่มีค่ารักษามีความลำบากในการเดินทาง จึงได้ทำโครงการแก้ไขปัญหาดาบอดจากต้อกระจก โดยให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศปรับกระบวนการทำงาน เน้นคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในชุมชนในช่วง

เวลา 3 เดือนคือ มิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2558 เน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่ตาบอดจากต้อกระจกทุกสิทธิ์ ขึ้นทะเบียนและรอผ่าตัดโดยเร็ว เพื่อให้สามารถกลับมามองเห็นและมีความสุข

“ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ยอมมาเข้ารับการรักษา เพราะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่สายตาจะพร่ามัวเมื่ออายุมากขึ้น ดังนั้น จึงต้องมีกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน โดยเบื้องต้นจะมีการฝึกอบรม เพิ่มพูนทักษะความรู้การคัดกรองสายตาอย่างง่าย ๆ ด้วยอักษรตัวอักษร์ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้สามารถนำไปใช้คัดกรองสายตาประชาชนเบื้องต้นในระดับชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ให้ครอบคลุม และเพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยยากไร้ รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขให้สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพทางด้านจักษุวิทยามากขึ้นโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน สำหรับผู้ป่วยที่มองไม่เห็นหรือเข้าข่ายตาบอดจะถูกส่งเข้ามาในระบบเพื่อขึ้นทะเบียนและรับการผ่าตัดโดยเร็ว ถ้าพบว่าพื้นที่ใดมีผู้ป่วยจำนวนมากก็จะมีทีมเสริมจากทุกภาคส่วนเข้ามาช่วยเหลือ”

นพ.ไพศาล กล่าว

นพ.ไพศาล กล่าวทั้งท้ายว่า “แพทย์ในแต่ละสาขามีเป้าหมายที่ต่างกัน สำหรับจักษุแพทย์ สิ่งที่มีค่าและห่วงหวนคือ ดวงตาของประชาชน เพราะเราไม่อยากจะให้ประชาชนต้องตาบอดทั้งที่สามารถจะป้องกันได้ จึงต้องใช้ความรู้ความสามารถที่มีทั้งหมด ประกอบกับเทคโนโลยีการรักษาที่พัฒนาขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพตาของประชาชนให้ดีที่สุด นอกจากนี้ตลอดทั้งปีราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยยังได้จัดทำโครงการข่าวสารสัมพันธ์เพื่อประชาชนบนสื่อออนไลน์ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้รับความรู้ทางจักษุวิทยาที่ถูกต้อง 100% และเป็นความรู้ที่ได้รับการคัดกรองจากจักษุแพทย์ ทั้งทาง Facebook สุขภาพตา รวมทั้งที่ RCOPT YouTube Channel โดยเรื่องวิธีหยอดยาหยอดตาที่ถูกต้องมีผู้ชมแล้วมากกว่า 67,000 ราย และมีวิดีโอที่กำลังจะเผยแพร่ต่อไป ได้แก่ วิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขึ้นตา”





พระราชปราชญ์และพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่ทรงมีพระราชประสงค์ให้มีสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ระดับโรงเรียนแพทย์ที่จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อให้การดูแลและให้บริการตรวจรักษาประชาชนที่ย้ายถิ่นฐานจากต่างจังหวัดเพื่อมา

1 - 15 กรกฎาคม 2558 **วงการแพทย์** | 17



ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เล็งเห็น ความสำคัญในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ที่ไม่ได้มองเป็นเพียง คนไข้เท่านั้น แต่ยังมองว่าเป็นครอบครัว ส่งผลให้มีการรักษาอย่าง เท่าเทียมเสมอมา

รศ.นพ.พงษ์ศักดิ์ ไคว่สถิตย์ รองคณบดีฝ่ายสถาบันการแพทย์ จักรีนฤพดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวถึงความคืบหน้าว่า “โครงการสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ แห่งนี้ไม่เพียงแต่ให้บริการเฉพาะด้านการแพทย์เท่านั้น ยังเป็นศูนย์การเรียนรู้ต้นแบบแห่งแรกในประเทศไทยที่พร้อมจะอบรมให้ความรู้ในการดูแล รักษาสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการและพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งมีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น อันเกิดจากการเป็นแหล่งโรงงาน อุตสาหกรรมที่สำคัญของประเทศ ประกอบไปด้วยการให้บริการ การฝึกอบรมบุคลากร และการวิจัยสร้างองค์ความรู้โดยเน้นทางด้านเวชศาสตร์ ครอบครัว เวชศาสตร์ฟื้นฟู อาชีวอนามัย ผู้ป่วยสูงอายุ และเป็น โรงพยาบาลที่เริ่มวางระบบการดูแลแบบองค์รวม โดยให้บริการด้วยแพทย์ ท่านเดียวที่สามารถครอบคลุมการดูแลได้ทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นแบบอย่างการบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับการ ศึกษาและการฝึกอบรมของบุคลากรทางการแพทย์อีกด้วย

สิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ยังรวมไปถึงการปฏิรูปทางการศึกษา แพทยศาสตร์ การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ และการพัฒนางานวิจัย



ต่าง ๆ ให้เกิดผลขึ้นได้จริง แผนการดำเนินการก่อสร้างสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ คืบหน้าตามที่กำหนดไว้ โดยขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินงานในส่วนการก่อสร้างอาคาร โรงพยาบาล อาคารศูนย์การเรียนรู้ อาคาร นันทนาการ และอาคารต่าง ๆ ภายในพื้นที่ซึ่ง การก่อสร้างโดยภาพรวมแล้วเสร็จไปกว่า 70 เปอร์เซ็นต์ และคาดว่าจะเปิดให้บริการประชาชน ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2560 ได้ตามที่กำหนดไว้ โดยเริ่มเปิดบริการในครั้งแรกที่ 200 เตียง และ จะทยอยเพิ่มจำนวนขึ้นตามความต้องการจนถึง 400 เตียง ภายในปี พ.ศ. 2563”

สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ กำหนดเป้าหมายให้เป็นแหล่งบ่มเพาะแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถ มีคุณธรรม จริยธรรม และมีความผูกพันกับ ชุมชนและสังคม เพื่อเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง ทางด้านสุขภาพให้แก่อสังคม ประกอบด้วย **“โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤพดินทร์”** เป็น ศูนย์การแพทย์ที่ให้บริการทางการแพทย์แบบ องค์รวม ประกอบด้วยส่วนบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยใน เป็นต้น รวมทั้งมีเครื่องมือและการบริหารจัดการ ที่ทันสมัย ประกันคุณภาพ ความปลอดภัย ลำดับต่อมาเป็น **“ศูนย์การเรียนรู้และวิจัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ”** ซึ่งเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ ทางการศึกษาทางการแพทย์และการวิจัย เพื่อ ผลิตบุคลากรทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ สุขภาพสาขาต่าง ๆ ที่มีศักยภาพ และสามารถ สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดสุขภาพที่ดีของ

ชุมชนและสังคม ศูนย์การเรียนรู้这不仅จากจะมี ห้องเรียน ห้องประชุม ห้องสมุด และสภาพแวดล้อมที่ตอบสนองต่อความต้องการของนักศึกษายุคใหม่อย่างเพียงพอแล้ว ยังมีการจัดเตรียมห้องปฏิบัติการที่ทันสมัย ให้นักศึกษาสามารถฝึกปฏิบัติหัตถการได้อย่างเต็มที่ อาทิเช่น ห้องปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูง หอผู้ป่วยจำลอง



ห้องตรวจผู้ป่วยจำลอง ห้องปฏิบัติการวิจัยและส่วนสนับสนุนที่พร้อมจะตอบสนองต่อการทำวิจัยของอาจารย์และนักศึกษา ตามด้วย **อาคารนันทนาการ** สถานที่ให้นักศึกษาได้มีโอกาสทำกิจกรรมกลุ่มตามความสนใจที่หลากหลายร่วมกันไว้อย่างพอเพียงโดยมุ่งหวังที่จะหล่อหลอมให้เกิดสมรรถนะของการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำกับนักศึกษาทุกหลักสูตรของสถาบันฯ และ **ศาลาประชาคม** เป็นสถานที่ที่สามารถจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนทั่วไปและชุมชนได้ เพื่อเอื้อให้เกิดความผูกพันระหว่างชุมชนได้อีกด้วย

นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่สถานพยาบาลและโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการและภาคตะวันออก ขณะเดียวกันสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ยังเป็นโรงพยาบาลรัฐที่ได้นำหลักการคิดระบบโลจิสติกส์และซัพพลายเชน (Logistics & Supply Chain Management) เข้ามาบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการวางแผน การดำเนินการเพื่อควบคุมประสิทธิภาพ และการจัดการในส่วนของการบริหารที่เกิดขึ้นซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การจัดหาวัตถุดิบ การจัดการคลังสินค้า บริหารต้นทุน การขนส่ง ไปจนถึงเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เข้ามาอำนวยความสะดวกให้กับระบบการจัดการขับเคลื่อนไปได้ด้วยดี

ในอนาคตภูมิภาคตะวันออกจะกลายเป็นพื้นที่สำคัญทางเศรษฐกิจมากขึ้น เมื่อมีการเปิดตลาดการค้าเสรีในกลุ่มประเทศอาเซียน ในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งคาดหวังในการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนให้มีมาตรฐานคุณภาพสูงสุด โดยทางสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ได้ประเมินงบประมาณในการก่อสร้างและตกแต่งทั้งหมดประมาณ 1.4 หมื่นล้านบาท ซึ่งปัจจุบันได้รับเงินบริจาคเพื่อสมทบทุนในการสร้างจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงประชาชนผู้มีจิตศรัทธากว่าหมื่นล้านบาท จึงอยากเรียนเชิญท่านผู้มีจิตศรัทธาร่วมบริจาคสมทบทุนเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ได้ที่ ชื่อบัญชี มูลนิธิรามาริบัติ (โครงการสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์) ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ สาขารามาริบัติ เลขที่ 026-4-26671-5, ธนาคารกรุงเทพ บัญชีออมทรัพย์ สาขารามาริบัติ (อาคารสมเด็จพระเทพรัตน) เลขที่ 090-7-00123-4 สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ มูลนิธิรามาริบัติ 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0-2201-1111 หรือ www.ramafoundation.or.th





ตักผู้ป่วยพิเศษในโรงพยาบาลรัฐ

ผมคิด เขียน พูดเกี่ยวกับเรื่องนี้ (ทำให้โรงพยาบาลรัฐมีเตียงที่รับผู้ป่วยพิเศษ) มาตั้งแต่ก่อนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จะเกิดคลินิกนอกเวลาเสียอีก ผมไม่ได้คิดถึงระเบียบก่อนว่าโรงพยาบาลรัฐจะมีคลินิกนอกเวลา มีการรับผู้ป่วยพิเศษ (เสียเงิน) ได้หรือไม่ เวลาผมจะคิดจะพยายามคิดนอกกรอบก่อน แล้วจึงมาดูกรอบ กฎหมายระเบียบ ว่าทำได้หรือไม่ ถ้าคิดเฉพาะในกรอบก่อนทุกเรื่องก็จะไม่เกิดความคิดที่สร้างสรรค์ ผมมักจะคิด พูด เขียนจากสามัญสำนึกก่อน

เราควรที่จะมีตักที่จะรับผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยจำนวนมากยินดีมาพบแพทย์แบบผู้ป่วยพิเศษที่โรงพยาบาลรัฐ ผมคุยกับหลาย ๆ คนรวมทั้งเพื่อนผมที่เคยเป็นรองอธิบดีกรมบัญชีกลางว่าทำได้ไหม ทุก ๆ คนอยากเข้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศิริราช รามาธิบดี ฯลฯ มากกว่าที่จะไปโรงพยาบาลเอกชน ถ้าโรงพยาบาลรัฐเหล่านี้มีระบบรองรับที่ดี มีคุณภาพ รวดเร็ว บุคลากรทางการแพทย์เยี่ยมแถมแจ่มใส มีบริการที่ดี และค่าใช้จ่ายถูกกว่าโรงพยาบาลเอกชน

ทำไมผู้บริหารของโรงพยาบาลรัฐจึงใช้เวลาคิดนานมาก บางแห่งเริ่มทำ

หลายแห่งยังไม่ได้เริ่มทำ ถ้ากฎไม่อนุญาตให้ทำได้ รัฐบาลควรสนับสนุนให้ทำอย่างเป็นทางการ ยังจะดีกว่าให้ผู้ไปโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น เป็นการป้องกันสมองไหล เป็นการหารายได้จากผู้มีฐานะมาช่วยผู้ป่วยที่ด้อยโอกาส แต่เราต้องบริหารจัดการให้ดี โดยที่เราต้องไม่ดูผู้ป่วยพิเศษเท่านั้น และละเลยผู้ป่วยธรรมดา เราต้องหาวิธีบริหารจัดการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยธรรมดา และทุก ๆ ฝ่ายที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย Leeds สมัยผมเรียน (ค.ศ. 1960-1965) ยังมีตักหนึ่งเพื่อรับผู้ป่วยพิเศษโดยเฉพาะ

แต่ประเด็นที่สำคัญคือ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยพิเศษต้องไม่แพงเกินไป ต้องมีราคาต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชนมาก ๆ อย่าไปคิดแพงเท่าโรงพยาบาลเอกชน และแพทย์ต้องไม่บกพร่องต่อผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป

ผมทราบดีว่าค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเอกชนต้องมีราคาแพงกว่าโรงพยาบาลรัฐ เพราะมีการลงทุนสร้างตักซื้ออุปกรณ์ มีบริการที่รวดเร็ว เงินเดือนบุคลากรแพง แต่ผมก็อยากจะฝากผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนทุกท่านไว้ และเคยได้เรียนผู้บริหารสูงสุดที่โรงพยาบาลกรุงเทพ ตอนที่ผมเป็นผู้กล่าวขอบคุณแทนคณะนักศึกษาจากสถาบันพระปกเกล้าตอนที่ไป

เยี่ยมชมโรงพยาบาลด้วยว่า ขออย่าให้คิดแพงเกินไป ขอให้ถือว่าเป็นน้ำบ่อทราย แพทย์เราเก่งอยู่แล้ว ไม่แพ้ชาติใดในโลก ขอให้มีความดีด้วย ถูกต้องตามวิชาการ จริยธรรม และไม่คิดแพงเกินเหตุ ถ้าทำเช่นนี้ ไทยจะเป็น Medical Hub ของชาวโลก ตลอดไปอย่างแน่นอน

ผมคิดว่าถ้าโรงพยาบาลรัฐบาลทำอย่างที่ผมคิดได้ เราก็จะแข่งกับโรงพยาบาลของภาคเอกชนได้เป็นอย่างดี ถ้าเราบริการดีจริง ๆ ราคาถูก รวดเร็ว ผมว่าใคร ๆ ก็อยากเข้าที่จุฬาลงกรณ์ ศิริราช รามาธิบดี ฯลฯ มากกว่าไปเอกชน ถ้าโรงพยาบาลรัฐทำได้จริง ๆ ก็จะเป็นการดูแลค่าบริการของโรงพยาบาลเอกชนในทางอ้อม แต่ถึงแม้โรงพยาบาลรัฐทำอย่างนี้ได้จริง โรงพยาบาลเอกชนก็จะยังอยู่ได้ เพราะตลาดยังกว้าง ยังมีผู้ป่วยเยอะมากกว่าความสามารถในการให้บริการ ถ้าโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งที่มีศักยภาพสามารถทำเช่นนี้ได้ และทำจริง ๆ โรงพยาบาลเอกชนถึงแม้จะมีผู้ป่วยมาก แต่จะไม่สามารถคิดแพงเกินไปได้ เพราะผู้ป่วยมีทางเลือก ถึงแม้ว่าจะมีห้อง สถานที่ไม่พอกับความต้องการของผู้ป่วย แต่ก็ยังเป็นการควบคุมราคาค่าบริการของโรงพยาบาลเอกชนวิธีหนึ่ง

ผมคิด เขียนจากสามัญสำนึก จากความเป็นจริง หลายคนอาจพูดว่าโรงพยาบาลรัฐทำไม่ได้ ผมว่าเราทำได้ และการที่เราทำจะเป็นการช่วยประชาชน ผู้ป่วยประเทศ ทางอ้อมด้วยซ้ำไป แต่ทั้งนี้เราต้องไม่ลืมว่าผู้ป่วยต้องมาก่อน และต้องไม่ลืมผู้ป่วยธรรมดา การดูแลผู้ป่วยพิเศษในโรงพยาบาลรัฐจะเป็นการรักษาคุณภาพของการบริการไว้ให้ดี ด้วยการเก็บแพทย์ที่ดีไว้ในโรงพยาบาล เป็นครูแพทย์ ป้องกันสมองไหล เป็นการทำให้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนไม่สูงเกินไปในทางอ้อม

ปลูกถ่ายกะโหลกและหนังศีรษะรายแรก

ปีบีซี - แพทย์อเมริกันปลูกถ่ายกะโหลกและหนังศีรษะแก่ผู้ป่วยมะเร็งเป็นครั้งแรกของโลกในการผ่าตัดที่ยาวนานถึง 15 ชั่วโมง

ข่าวเปิดเผยว่า กะโหลกและหนังศีรษะของนายเจมส์ บอยเสน ชาวรัฐเท็กซัส วัย 55 ปี ได้รับความเสียหายอย่างรุนแรงจากการรักษามะเร็ง leiomyosarcoma ซึ่งตรวจพบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ซึ่งการที่เขาได้รับยากเคมีคุ้มกันจากการปลูกถ่ายไตและตับอ่อนก่อนหน้านี้ทำให้ไม่สามารถฟื้นฟูกะโหลกและหนังศีรษะซึ่งเป็นช่องโหว่ขนาด 10x10 นิ้วด้วยแผ่นเหล็กและนำผิวหนังจากส่วนอื่นมาปิด หรือฟื้นฟูด้วยอวัยวะทดแทนจากเครื่องพิมพ์สามมิติ

จากความจำเป็นดังกล่าวทำให้แพทย์โรงพยาบาล

ฮิวสตันเมโมเรียล พิจารณาการรักษาด้วยการปลูกถ่ายกะโหลกและหนังศีรษะซึ่งต้องรอผู้บริจาคมานานถึง 4 ปี โดยผู้ป่วยเปิดเผยภายหลังการผ่าตัดว่าเขาฟื้นตัวดีขึ้นมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะได้รับโอกาสได้กลับไปใช้ชีวิตตามปกติอีกครั้ง ด้านแพทย์

กล่าวว่า การผ่าตัดจัดตั้งกรรมสำหรับผู้ป่วยรายนี้กินเวลานานและซับซ้อนอย่างยิ่ง โดยเฉพาะความยากเย็นในการต่อหลอดเลือดขนาด 1/16 นิ้วภายใต้กล้องจุลทรรศน์



เยอรมนีแซงญี่ปุ่นอัตราการเกิดต่ำสุด

ปีบีซี - ตัวเลขอัตราการเกิดของเยอรมนีทำสถิติต่ำสุดของโลก หวั่นก่อปัญหาขาดแคลนแรงงานและสร้างความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจ

อัตราการเกิดที่ต่ำลงหน้าญี่ปุ่นทำให้เยอรมนีกลายเป็นประเทศที่มีอัตราการเกิดต่ำสุดทั้งในยุโรปและทั่วโลก โดยจากการสำรวจล่าสุดชี้ว่า ตัวเลขเด็กเกิดใหม่ของเยอรมนีอยู่ที่ราว 8.2 คนต่อประชากร 1,000 คน ขณะที่ญี่ปุ่นอยู่ที่ 8.4 คนต่อประชากร

1,000 คน ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวคาดการณ์ว่าอาจส่งผลกระทบต่อตลาดแรงงานของเยอรมนีจากปัญหาการหดตัวของประชากรวัยทำงานซึ่งอาจลดลงจากร้อยละ 61 เหลือร้อยละ 54 ภายในปี พ.ศ. 2573

ด้านผู้สังเกตการณ์ชี้ว่า ปัญหาอัตราการเกิดที่ต่ำแม้ทางการได้เพิ่มความช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจหลายประการ รวมถึงปัญหาค่าแรงพุ่งสูง และจะบั่นทอนศักยภาพทางเศรษฐกิจของเยอรมนีในระยะยาว โดยมีข้อเสนอให้รัฐบาลเปิดรับผู้อพยพในสาขาวิชาชีพที่ขาดแคลน รวมถึงเปิดทางให้ผู้หญิงเข้ามามีบทบาทในการทำงานมากขึ้น

ปากีสถานคืบหน้าต้านโปลิโอ

ปีบีซี - ตัวเลขผู้ป่วยโปลิโอในปากีสถานลดลงร้อยละ 70 ในปีนี้ หลังกองทัพสามารถยึดพื้นที่ทางเหนืออันเป็นเขตของสมุทรมุตีอวูร์ด้านโครงการวัคซีน

เจ้าหน้าที่ระดับสูงของปากีสถานเปิดเผยว่า ปี พ.ศ. 2558 นี้มีรายงานผู้ติดเชื้อโปลิโอเพียง 25 รายเท่านั้น โดยยกให้เป็นความดีความชอบของกองทัพจากความสำเร็จในการรุกคืบสู่เขตอิทธิพลของกลุ่มตาลีอานในจังหวัดนอร์ธาซีริสถาน ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถขยายการให้บริการวัคซีนแก่ผู้ใหญ่และเด็กในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น

เจ้าหน้าที่กล่าวด้วยว่า ความช่วยเหลือของกองทัพร่วมกับงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกาและอิตาลี



ยังช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถขยายโครงการวัคซีนในพื้นที่เสี่ยงภัย โดยสามารถเห็นผลงานของโครงการอย่างเป็นรูปธรรมในจังหวัดนอร์ธาซีริสถาน รวมถึงในหลายพื้นที่ของกรุงการาจี ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่เคยเข้าถึงมาก่อน

อนึ่ง จังหวัดนอร์ธาซีริสถานเป็นพื้นที่ของกลุ่มชนเผ่าทางตะวันตกเฉียงเหนือซึ่งมีกลุ่มตาลีอานจ้องทำร้ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยกล่าวหาว่าเจ้าหน้าที่เป็นสายลับ และมองโครงการวัคซีนว่าเป็นแผนล้างสมองชาวมุสลิมของกลุ่มประเทศตะวันตก

จีนอนุมัติเบิกประกันโรงพยาบาลเอกชน

รอยเตอร์ส - ทางกรจีนจะอนุมัติผู้ป่วยเบิกประกันสุขภาพสำหรับการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน

แถลงการณ์โดยคณะรัฐมนตรีของจีนระบุว่า ทางกรจะขยายขอบเขตการเบิกจ่ายประกันสุขภาพให้ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลเอกชน เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง โดยมองกันว่ามาตรการดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามปฏิรูปบริการสาธารณสุขที่ยังคงล่าช้าและไม่ทั่วถึง

ทางกรจีนยังมีแผนยกเครื่องบริการสาธารณสุขด้วยการเสนอสิทธิประโยชน์ด้านภาษีสำหรับโรงพยาบาลเอกชน และลดกระบวนการอนุมัติสำหรับตั้งโรงพยาบาลหรือคลินิก นอกจากนี้

ยังตั้งเป้าที่จะอนุมัติให้บุคลากรด้านการแพทย์ได้รับบริการด้านการ

รักษาอย่างเท่าเทียมทั้งบุคลากรในส่วนเอกชนหรือของรัฐ และยกเลิกข้อบังคับด้านจำนวนเตียงต่อโรงพยาบาล

จีนประกาศแผนปฏิรูประยะ 5 ปีเมื่อเดือนมีนาคมที่ผ่านมา ในการเพิ่มจำนวนแพทย์เป็น 2 เท่าภายในปี พ.ศ. 2563 ปรับปรุงสถานพยาบาลของรัฐ และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ เพื่อที่จะแก้ปัญหาระบบบริการสุขภาพซึ่งการบริการเป็นไปอย่างล่าช้า และด้อยคุณภาพโดยเฉพาะในเขตชนบท



วัฒนธรรมอาจกำหนดอาการวัยทอง

รอยเตอร์สเฮลธ์ - ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมอาจเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่ออาการจากความแปรปรวนทางฮอร์โมนในช่วงวัยทอง

ผลการสำรวจทางอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะหมดประจำเดือนในชายและหญิงราว 8,200 คนในสหรัฐอเมริกาและยุโรปชี้ว่า ระดับความรุนแรงของอาการ

รวมถึงช่องคลอดแห้ง ร้อนวูบวาบ และน้ำหนักขึ้นมีความรุนแรงน้อยกว่าในประเทศที่สังคมให้ความสำคัญกับถือหญิงมีอายุในฐานะผู้มากประสบการณ์ ต่างจากสังคมที่มองภาวะหมดประจำเดือนเป็นอาการจากความชราซึ่งเห็นผลกระทบชัดเจนกว่า

จากการสำรวจเป็นที่น่าสนใจว่า กลุ่มตัวอย่างในอิตาลี รายงานผลกระทบจากภาวะหมดประจำเดือนน้อยที่สุดเทียบกับสหรัฐอเมริกาและเพื่อนบ้านในยุโรปโดยเฉพาะอังกฤษ ฝรั่งเศส และแคนาดา ซึ่งรายงานว่ามีปัญหาหนักที่สุด และผู้ชายมองว่าปัญหาอารมณ์แปรปรวนและช่องคลอดแห้งเป็นปัญหาหลัก ขณะที่ผู้หญิงไปเป็นทุกข์กับปัญหานอนไม่หลับและน้ำหนักขึ้น

ศาลแคนาดาสั่งบริษัทบุหรี่ย้ายค่าชดเชยมหาศาล

บีบีซี - ศาลแคนาดาพิพากษาให้บริษัทบุหรี่ย้ายค่าชดเชยความเสียหายรวม 15,500 ล้านดอลลาร์แคนาดา นับเป็นตัวเลขค่าชดเชยความเสียหายสูงสุดเป็นประวัติการณ์

ศาลสูงรัฐควิเบกพิพากษาให้บริษัทอิมพีเรียลโทแบคโค แคนาดา, บริษัทร็อกแมนส์ เบนสัน แอนด์ เฮดจ์ส และบริษัทเจทีไอ-แมคโดนัลด์ จ่ายค่าชดเชยแก่ผู้ติดบุหรี่หรือเกิดโรคจากบุหรี่โทษฐานไม่เตือนให้ลูกค้าทราบถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่

ด้านจำเลยประกาศจะอุทธรณ์คำตัดสินโดยอ้างว่าชาวแคนาดามีความตระหนักถึงพิษภัยของบุหรืมาตั้งแต่คริสต์ทศวรรษที่ 50 แล้ว อีกทั้งการพิมพ์คำเตือนอันตรายบนซองบุหรืก็มีมาแล้วกว่า 40 ปี อย่างไรก็ตาม ศาลเห็นว่าบริษัทดังกล่าวไม่ได้

ให้ข้อมูลอันตรายไว้ละเอียดเพียงพอ และทำผิดกฎหมายในข้อที่ “ทำให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ”

คดีฟ้องร้องนี้มีผู้ติดบุหรี่ ผู้ป่วยมะเร็งและถุงลมโป่งพองราว 1 ล้านคน ร่วมกันเป็นโจทก์โดยมีการฟ้องร้องเมื่อปี พ.ศ. 2541 แต่เพิ่งเข้าสู่กระบวนการไต่สวนเมื่อไม่นานมานี้ โดยศาลให้เหตุผลว่าบริษัททำรายได้มหาศาลจากสินค้าที่บั่นทอนสุขภาพและชีวิตของประชาชน และต้องลงโทษให้เป็นเยี่ยงอย่างเพื่อเป็นการส่งสัญญาณไม่ให้ธุรกิจหาประโยชน์โดยผิดหลักจริยธรรม



การดูแลรักษานอกโรงพยาบาล (EMS) ในฝรั่งเศส

การดูแลรักษานอกโรงพยาบาลอาจเรียกว่า **Prehospital Care** หรือ **Emergency Medical Service (EMS)** เป็นเรื่องที่กำลังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย ซึ่งในอดีตบุคลากรสาธารณสุขของไทยได้ไปศึกษาดูงานในประเทศฝรั่งเศส พร้อมทั้งนำความรู้กลับมาพัฒนาจนเกิดเป็นรูปแบบการดูแลนอกโรงพยาบาลดังที่เห็นในปัจจุบัน

นับได้ว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของประเทศฝรั่งเศสซึ่งมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในทวีปยุโรปถือเป็นต้นแบบของประเทศไทยมายาวนานถึง 15 ปี

ในประเทศฝรั่งเศส ศูนย์บริการ Samu ประจำ district 92 ซึ่งขึ้นตรงต่อโรงพยาบาล Raymond Poincare Hospital ถือเป็นศูนย์หนึ่งที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสาธารณสุขไทย และเปิดโอกาสให้คนไทยไปดูงานทุกปี



การดูแลรักษานอกโรงพยาบาลของประเทศฝรั่งเศสถูกดำเนินการโดยองค์กรรัฐจากส่วนกลางและแบ่งพื้นที่ปฏิบัติการออกเป็นเขต ศูนย์บริการในแต่ละเขตจะบริหารจัดการโดยใช้เงินงบประมาณจากทั้งโรงพยาบาลหลักของแต่ละเขตและ

งบประมาณจากส่วนกลาง ตลอดจนเงินบริจาคของมูลนิธิ

การดูแลรักษาในภาวะฉุกเฉินนั้น ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เลยตั้งแต่นอกโรงพยาบาลจนถึงห้องฉุกเฉิน

ศูนย์บริการที่ไปดูงานคือ ศูนย์บริการ Samu ประจำ district 92 ซึ่งขึ้นตรงต่อโรงพยาบาล Raymond Poincare Hospital ของประเทศฝรั่งเศส

บุคลากรที่รับโทรศัพท์ภายในศูนย์สั่งการต้องผ่านการอบรมความรู้ด้านการปฐมพยาบาลมาอย่างน้อย 3 เดือน ดังนั้น เมื่อมีการโทรศัพท์ฉุกเฉินด้วยหมายเลขด่วน 15 เข้ามา บุคลากรที่ศูนย์สั่งการนี้จะทำการคัดแยกความเร่งด่วนของบริการ เพื่อพิจารณาว่าจะนำรถฉุกเฉินระดับปฏิบัติการขั้นสูงหรือขั้นพื้นฐานออกไปดำเนินการ

ถ้ามีข้อสงสัยก็จะติดต่อกับแพทย์ที่ประจำในศูนย์เพื่อช่วยตัดสินใจ รวมทั้งสั่งการรักษาเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์และประสานการนำส่งผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล Raymond Poincare Hospital หรือโรงพยาบาลใกล้เคียง นอกจากนี้ยังทำการประสานงานกับศูนย์ย่อย ๆ ที่กระจายตามที่ตั้งต่าง ๆ ใน district 92 ร่วมด้วย



สำหรับรถฉุกเฉินระดับปฏิบัติการขั้นพื้นฐานมักดำเนินการโดยพนักงานดับเพลิงซึ่งก็มีการประสานงานเป็นอย่างดีกับศูนย์ Samu

ในประเทศฝรั่งเศสนั้น ผู้ป่วยสามารถมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้ 2 วิธีคือ

1. ถูกนำส่งด้วยรถพยาบาลฉุกเฉิน

เมื่อผู้ป่วยโทรศัพท์ฉุกเฉินเบอร์ 15 ก็จะมีหน่วยปฏิบัติการจาก Samu หรือสถานีดับเพลิงนำคนไข้ส่งโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยปรึกษากับแพทย์ทั่วไปและแพทย์ท่านนั้นแจ้งให้มารับที่โรงพยาบาลฉุกเฉิน (นิยมกันมากในฝรั่งเศส) หรือผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเองโดยตรง โดยจะมีพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินทำการคัดกรองความเร่งด่วนของอาการ ซึ่งถ้าไม่ฉุกเฉินก็จะนัดให้มาพบแพทย์ตามหน่วยรักษาเฉพาะทางในวันถัดไป แต่ถ้าฉุกเฉินก็จะส่งเข้าห้องฉุกเฉินทันที โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉินแต่อย่างใดเลย

หลังจากรับการรักษายาบาลที่ห้องฉุกเฉินแล้ว ก็จะดำเนินการประสานกับทีมแพทย์เฉพาะทางต่าง ๆ มาดูแลทางโรงพยาบาลมี fast track สำหรับโรคเร่งด่วนบางอย่าง เช่น aortic dissection หรืออุบัติเหตุรุนแรง ซึ่งสามารถส่งตรงเข้าห้องผ่าตัดได้เลย หรือกรณีไม่ต้องผ่าตัดก็สามารถส่งเข้าห้องดูแลผู้ป่วยวิกฤติ (intermediate care) ซึ่งเป็นห้องผู้ป่วยที่เฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วยที่ไม่เกิน 1 วันได้ อันมีทั้งอุปกรณ์ช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ที่สามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤติได้เลย

สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ขนย้ายทางอากาศก็มีการประสานงานกับหน่วยขนย้ายทางอากาศเพื่อร่วมในการขนย้ายผู้ป่วยให้ถึงที่หมายได้อย่างปลอดภัย



นอกจากนี้ยังมีการฝึกซ้อมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น สถานีดับเพลิงและตำรวจ เป็นต้น อย่างสม่ำเสมอในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภัยพิบัติต่าง ๆ ขึ้น



ฉันได้มีโอกาสนั่งแท็กซี่ในฝรั่งเศส ฉันจึงได้ลองพูดคุยสอบถามคนขับแท็กซี่ซึ่งเป็นชาวลาวที่อาศัยอยู่ในฝรั่งเศสมานานแล้ว

เขาเล่าว่า “ฝรั่งเศสสนับสนุนด้านการศึกษาและสุขภาพเป็นอย่างมาก สำหรับการศึกษานั้นรัฐบาลจะช่วยเหลือให้เรียนฟรีจนจบปริญญาตรี ส่วนการรักษาพยาบาลก็ฟรีทั้งหมดเช่นกัน”

“เวลาเกิดโรคฉุกเฉิน คนส่วนใหญ่มักชอบโทรศัพท์ตามดับเพลิง เพราะพนักงานดับเพลิงจะถามสั้น ๆ ว่าอยู่ที่ไหนและเป็นอะไร แล้วรีบวิ่งรถมาหาผู้ป่วยโดยทันที โดยถ้าเป็นกรณีรุนแรงก็พบว่า ระหว่างขับรถมานั้นพนักงานดับเพลิงก็จะโทรศัพท์แจ้งศูนย์รถพยาบาลให้ตามมาเองด้วย ทำให้สะดวกสำหรับผู้ป่วยซึ่งตกใจอยู่แล้ว ก็ไม่ต้องพูดจาให้รายละเอียดกันยาว ๆ ซึ่งสะดวกดีกว่าโทรศัพท์แจ้งศูนย์รถพยาบาล”

เขาพูดเสริมว่า “เวลาโทรศัพท์ตามศูนย์รถพยาบาลมักจะถูกซักถามอาการกันเป็นนานสองนานเพื่อทำการคัดกรองอยู่นั่นแหละ ทั้งที่คนป่วยเขาก็ตกใจกับอาการที่เกิดขึ้นฉุกเฉินอยู่แล้ว ทำให้เสียเวลาไปเปล่า ๆ และเสียอารมณ์ด้วย”

นำคิดว่า...เราควรสร้างคำถามในการคัดกรองก่อนให้รถพยาบาลออกไปปฏิบัติการให้สั้นและกระชับมากขึ้นกว่านี้หรือไม่



มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทย ด้วยความห่วงใย (ตอนที่ 11) การรวมกองทุนสุขภาพ

จากข่าวใน⁽¹⁾ นั้นกล่าวว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) จัดประชุมระดมความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใต้กลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพ โดยการตั้งองค์กรกลางเพื่อมาคุม 3 ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานอนุกรรมการศึกษาและจัดทำข้อเสนอการพัฒนากลไกกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ กล่าวว่าพยายามที่จะทำให้เกิดความเป็นธรรมมากที่สุดในระบบสาธารณสุข ทั้งนี้ก็เพื่อจะนำความคิดเห็นจากการประชุมไปเสนอ ดร.อัมมาร สยามวาลา ประธานคณะกรรมการประสานระบบสุขภาพแห่งชาติ 3 ระบบพิจารณาปรับปรุงแก้ไขและส่งคณะรัฐมนตรีพิจารณาต่อไป

ซึ่งผู้เขียนเรื่องนี้เห็นว่า การอ้างว่ามีกระตือรือร้นความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบประกันสุขภาพนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง เพราะกล่าวแต่เพียงว่า สปสช. กับ TDRI เท่านั้นที่มีข่าวว่าแสดงความคิดเห็นไม่ปรากฏว่ามีข่าวผู้ที่จะมีส่วนได้เสียโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นประชาชนพลเมืองผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ระบบ 30 บาท) ในระบบประกันสังคมหรือระบบสวัสดิการข้าราชการได้แสดงความคิดเห็นใด ๆ เลย

ทั้งนี้ในเนื้อหาของข่าว ได้อ้างถึงว่านางวรรณ ชาญด้วยวิทย์ ผู้อำนวยการด้านวิจัยสังคม TDRI กล่าวว่า มีความเหลื่อมล้ำด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ กล่าวคือผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการมีโอกาสการมีชีวิตรอดจากการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรคคือ โรคเบาหวาน หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และสมองขาดเลือด โดยศึกษาในผู้ป่วยอายุเกิน 60 ปี ภายหลังการรักษา 10 และ 40 วัน พบว่าผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการยังคงมีชีวิตอยู่ 82% และ 57% ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยในระบบ 30 บาทมีชีวิตรอดอยู่เพียง 68% และ 29% ตามลำดับ

หมายความว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามโครงการของ สปสช. นั้นมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามระบบสวัสดิการข้าราชการ กล่าวคือหลังจากไปรับการรักษาได้ 10 วัน ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการตายไป 18% ส่วนผู้ป่วยในระบบ 30 บาทตายไป 43%

ส่วนภายหลังการรักษา 40 วัน ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการตายไป 32% และผู้ป่วยในระบบ 30 บาทตายไปแล้วถึง 71%

ต่อมา ดร.นพ.อภิวัฒน์ มุทิรางกูร จากคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เป็นนักวิจัยดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์และนักวิจัยดีเด่นของไทย กับ อ.ดร.อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์ (สาขาวิชาวิเคราะห์ธุรกิจและการวิจัย สาขาวิชาการประกันภัยและการบริหารความเสี่ยง คณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์) ได้ทำการวิเคราะห์ผลการวิจัยของ TDRI ในเรื่องนี้เพิ่มเติม และสรุปว่า⁽²⁾ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง และโรคเบาหวาน ที่มีสิทธิได้รับการรักษาในระบบ 30 บาท มีอัตราตายสูงกว่าผู้ป่วยโรคเดียวกันที่ได้รับการรักษาในระบบสวัสดิการข้าราชการ 1.7 เท่า หมายความว่าถ้าผู้ป่วย

ในระบบสวัสดิการข้าราชการตายไป 10 คน ผู้ป่วยในระบบ 30 บาท จะตายถึง 17 คน หรือมีอัตราตายสูงกว่า 70% โดยผู้วิเคราะห์ข้อมูลนี้ได้คิดหาสมมติฐานว่า เหตุใดผู้ป่วยในระบบ 30 บาทจึงตายเร็วกว่า พบว่าปัจจัยหนึ่งที่จะอาจมีผลต่ออัตราตายก็คือ สปสช. ได้จัดซื้อยาสำหรับผู้ป่วยในระบบ 30 บาทเองตามวิธีการที่เรียกว่า VMI (Vender Manages Inventory)⁽³⁾ ซึ่งเมื่อไปดูรายละเอียดการจัดซื้อก็พบว่า สปสช. จัดซื้ออะไรบ้าง ได้แก่

1. ซื้อยาระบาย เช่น เลนส์แก้วตาเทียม ซื้อสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (หลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ) ด้วยขดลวด (stent) และสายสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเคลือบยา ซึ่งนอกจากรายการซื้อเลนส์แก้วตาเทียมแล้ว เครื่องมือแพทย์ที่อ้างถึงในข้อนี้ล้วนเป็นอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้สำหรับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยระบบ 30 บาททั้งสิ้น

2. ซื้อยาสำหรับรักษาเมเร็งไตเนม รักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ และยาต้านไวรัส

3. ซื้อยา Erythropoietin และน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งยาหรืออุปกรณ์การแพทย์ที่จัดซื้อตามวิธี VMI ที่ สปสช. อ้างว่าประหยัดงบประมาณได้นั้น ล้วนเป็นยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคหัวใจโรคเมเร็ง โรคไตวาย ที่พบว่ามีอัตราตายสูงกว่าผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ โดยผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการนั้นไม่ได้ใช้ยาหรืออุปกรณ์การแพทย์จากการจัดซื้อผ่าน VMI เหมือนผู้ป่วยในระบบ 30 บาท

สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดโดยสายสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีนั้น ไม่ปรากฏหลักฐานหรือข้อมูลว่าช่วยลดอัตราตายของผู้ป่วยด้วยโรคนี้ในผู้ป่วยระบบ 30 บาท ทั้งนี้ทราบมาว่า สปสช. ยังให้โรงพยาบาลเอกชนรับรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยไม่ได้ไปตรวจสอบหรือกำกับมาตรฐานการรักษาว่าโรงพยาบาลเหล่านั้นได้รักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน หรือรักษาผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์จริงหรือไม่

นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบ 30 บาทนั้น สปสช. ก็ออกระเบียบให้ผู้ป่วยทุกคนต้องรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเป็นวิธีแรกทุกคน (CAPD-first Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis ครั้งแรก)⁽⁴⁾ ไม่เช่นนั้นจะไม่ได้รับสิทธิการรักษาจาก สปสช. และถ้าการรักษาไม่ได้ผลก็ต้องรายงานให้ สปสช. ทราบและอนุมัติเสียก่อนจึงจะเปลี่ยนไปรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดได้

การบังคับให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องยอมรับการรักษาตามข้อกำหนดของ สปสช. ด้วยวิธี (CAPD-first) นี้มีอัตราตายสูงที่สุดในโลก บางแห่งสูงถึง 74% โดยมีอัตราตายเฉลี่ยทั้งประเทศอยู่ที่ 40%⁽⁵⁾

แม้กรรมการการสาธารณสุขพัฒนา⁽⁶⁾ จะได้นะ สปสช. ว่าการตั้งกฎเกณฑ์ให้ผู้ป่วยต้องรับการล้างไตทางช่องท้องก่อนทุกคนนั้น เป็นการไม่ให้สิทธิผู้ป่วยในการเลือกการรักษาที่ดีที่สุด อาจจะเป็นการละเมิดสิทธิ

ผู้ป่วย และยังไม่เคารพแนวทางการวินิจฉัยและรักษาของแพทย์ แต่ สปสช. ก็ไม่ได้ยุติโครงการ CAPD-first แต่อย่างใด

คำถามสำคัญที่ สปสช. จะต้องตอบประชาชนก็คือ สปสช. ไม่สนใจเลยหรือว่า CAPD-first หนึ่งในทางเลือกของ Renal Replacement Therapy นั้น สปสช. ได้ใช้กับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับวิธีการรักษานี้หรือไม่ ซึ่งอัตราตายที่สูงมากนั้นบ่งชี้ว่าการรักษาแบบนี้ไม่เหมาะสมอย่างแน่นอนสมควรที่จะต้องยุติโครงการนี้ และให้ผู้รู้จริงเข้ามาดูแลแก้ไข ไม่ใช่ให้ สปสช. ที่ขาดทั้งองค์ความรู้ ขาดเจตนาที่ดี มุ่งแต่จะเอาค่าหัวในการรักษาประชาชน มาดำเนินการต่อไป

อ.นพ.ดำรง โรจนเสถียร แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตท่านหนึ่งบอกกับผู้เขียนว่า แล้วทำไม สปสช. ไม่ทบทวนในเมื่อกรมการสาธารณสุข อนุมัติมาได้ทำหนังสือแจ้งให้ทราบผลเสียของโครงการไปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 แล้ว คือ ด้าน หรือไม่สนใจในผลของการรักษาผู้ป่วยที่เป็นประชาชนคนไทยเลย จนถึงปีนี้เป็นปีที่ 8 โครงการ CAPD-first ของ สปสช. ทำลายชีวิตประชาชนคนไทยไปแล้วเกือบ 10,000 ชีวิตแล้ว

นอกจากความไม่รู้ ยังไม่สนใจผลการรักษาที่ส่งผลให้ประชาชนที่หลงไปลงทะเบียนต้องตายไปร้อยละ 40 นี่คือการฆาตกรรมที่ สปสช. จัดให้

อ.นพ.ดำรง โรจนเสถียร ยังกล่าวอีกว่า สปสช. สั่งให้ปรับโครงการ CAPD-first โดยการให้เลิกรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สูงอายุ ไม่ให้รับลงทะเบียนเข้าในระบบ ให้ไปเข้าระบบ Palliative care (รักษาแบบประคับประคอง) คือ ประคับประคองไว้แล้วส่งกลับบ้าน แล้วให้ยาฉีดจำนวนมากคือ Morphine (สำหรับแก้ปวด หรือกดประสาทให้หลับลึก ๆ) พร้อมเครื่องฉีดยาอัตโนมัติ ยา Atropine หยดทางปาก (เพื่อลดเสมหะจะได้หายใจเบา ๆ) เอาเครื่องช่วยหายใจออกหมดให้ไปตายอย่างสงบที่บ้าน ทำเช่นนี้มาหลายเดือนแล้ว อ้างว่างบประมาณหมด

สำหรับเรื่อง Palliative care นี่เป็นเรื่องน่ากลัวมาก เพราะ อ.นพ.ดำรง บอกว่ามันไม่ใช่ Palliative care (การรักษาแบบประคับประคอง) แต่มันเป็น Terminative care (การรักษาแบบช่วยให้จบชีวิต) เร็วขึ้น

อ.นพ.ดำรง ยังให้ความเห็นอีกว่า แค่นี้ยังไม่พอใจ จะไปรบกวนกองทุนอื่น ๆ เขามาอยู่ยั่วอีก จะให้ประชาชนผู้ประกันตนกับประกันสังคม และข้าราชการและญาติ รวมเป็นจำนวนกว่า 60 ล้านคน ตายตามฝีมือ สปสช. อีกหรือ? ความคิดอุบายชั่วช้าเกิดจากสมองมนุษย์หรือตัวอะไร?

โดยสรุปผู้เขียนเรื่องนี้เห็นว่าผลการวิจัยของ TDRI และผลการวิเคราะห์ของ ดร.นพ.อภิวัฒน์ มุทิรางกูร และ อ.ดร.อานนท์ ศักดิ์วรวิญญู ที่ผู้เขียนอ้างอิงนี้ได้ยืนยันว่า การบริหารงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. ได้ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยจริง ส่วนหนึ่งเกิดจากการซื้อขายแบบเหมาโหลถูกกว่า⁽⁷⁾ ที่ไม่เหมาะสมกับการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน จนทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเร็วและมากกว่าการรักษาในระบบสวัสดิการข้าราชการ อีกทั้งโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้ายของ สปสช. ได้ทำให้ผู้ป่วยในระบบ 30 บาท มีอัตราตายสูงมากโดยกรมการสาธารณสุขอนุมัติได้เคยแนะนำให้ สปสช. ยกเลิกวิธีการบังคับผู้ป่วยให้ต้องยอมรับการรักษาแรกเริ่มโดยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องก่อนทุกคน แต่ สปสช. ก็ยังไม่ยกเลิกแต่อย่างใด

ผู้เขียนเรื่องนี้เห็นว่า สปสช. ควรยุติวิธีการรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาท ด้วยวิธีการซื้อขายแบบ VMI และวิธีการบังคับให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบการล้างไตทางหน้าท้องเป็นวิธีแรก เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ว่าทำให้ผู้ป่วยมีอัตราตายสูงกว่าระบบสวัสดิการข้าราชการอย่าง

ชัดเจน และรัฐบาลควรแต่งตั้งนักวิจัยและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรคหัวใจ มะเร็ง และโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง มาทำการศึกษารวบรวมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยในระบบ 30 บาทเสียชีวิตในอัตราที่สูงกว่ามีปัจจัยอื่นใดนอกเหนือจากยา อุปกรณ์การแพทย์ และโปรแกรมการรักษาหรือไม่ อย่างไร เพื่อจะได้พัฒนาการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีประสิทธิผลดีที่สุด เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาวของผู้ป่วยทุกคนในระบบ 30 บาท

ส่วนการที่มีข่าวว่า นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ จะเสนอให้ ดร.อัมมาร สยามวาลา ไปเสนอรัฐบาลให้รวมกองทุน 3 กองทุนนั้น ผู้เขียนเรื่องนี้ไม่เห็นด้วยและขอคัดค้านอย่างเต็มที่ที่จะให้บุคคลที่เคยเป็นกรรมการบอร์ดหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้มีส่วนร่วมในการบริหารระบบ 30 บาท จนล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราตายสูง⁽²⁾ ละเมิดสิทธิผู้ป่วย ไม่เคารพการวินิจฉัยและรักษาของแพทย์⁽⁶⁾ มารับผิดชอบในการบริหารกองทุนสุขภาพภาครัฐตามที่ข่าว⁽⁷⁾ ว่ามีการยกร่างพระราชบัญญัติกำกับประกันสุขภาพภาครัฐคุม 3 กองทุน ลดความเหลื่อมล้ำ

คำถามสำคัญก็คือ คนที่คิดจะมำคุม 3 กองทุนนี้ได้เคยถามความเห็นประชาชนผู้มีสิทธิในการประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบนี้หรือยัง ในฐานะผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการรวมกองทุนนี้ว่าเขาเห็นด้วยหรือไม่ เพราะถ้าถึงแม้รัฐบาลนี้เป็นรัฐบาลทหาร แต่ก็ต้องรับฟังเสียงประชาชนเจ้าของประเทศ ไม่เช่นนั้นก็คงไม่สามารถที่จะได้รับการสนับสนุนจากประชาชนอีกต่อไปอย่างแน่นอน

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.hfocus.org/content/2015/06/10108> ดันตั้งองค์กรกลางคุม 3 กองทุนประกันสุขภาพรัฐ
2. http://manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9580000066299&fb_action_ids=10153041061610208&fb_action_types=og.comments ผู้ถือบัตรทองตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็งบากกว่าปกติถึงร้อยละ 70 เพราะเหตุใด? ผู้เกี่ยวข้องโปรดเร่งหาคำตอบ!
3. <http://news.thaipbs.or.th/node/78681> สปสช.รับนโยบายรัฐจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ด้วยระบบ VMI
4. <http://thaipublica.org/2012/05/dumras-tell-the-truth-nephrology/> วิกฤติบริการสาธารณสุข?
5. <http://thaipublica.org/2012/03/statistics-patient-died-ambulatory-peritoneal-dialysis/> วิกฤติบริการสาธารณสุข? กางข้อมูล สปสช.ได้ สปสช. - เปิดสถิติผู้เสียชีวิตล้างไตทางช่องท้องสูง 40% แต่ สปสช. ยืนยันเป็นวิธีที่ดีที่สุด
6. <http://thaipublica.org/2012/03/capd-first-policy-high-risk-of-infection/> กรมการสาธารณสุขและ สปสช. ทบทวนหลักเกณฑ์ล้างไตทางช่องท้อง ดึงควรเคารพการวินิจฉัยของแพทย์
7. <http://manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9580000063808> การดูแลผู้ป่วยแบบเหมาโหลถูกกว่าของ สปสช. เป็นเหตุของปัญหาที่ต้องรีบแก้ไข ก่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเสียหายและผู้คนจะเดือดร้อนไปมากกว่านี้
8. <http://www.hfocus.org/content/2015/06/10105> เตรียมขมขำ ร.บ.กำกับประกันสุขภาพรัฐ คุม 3 กองทุน ลดเหลื่อมล้ำ

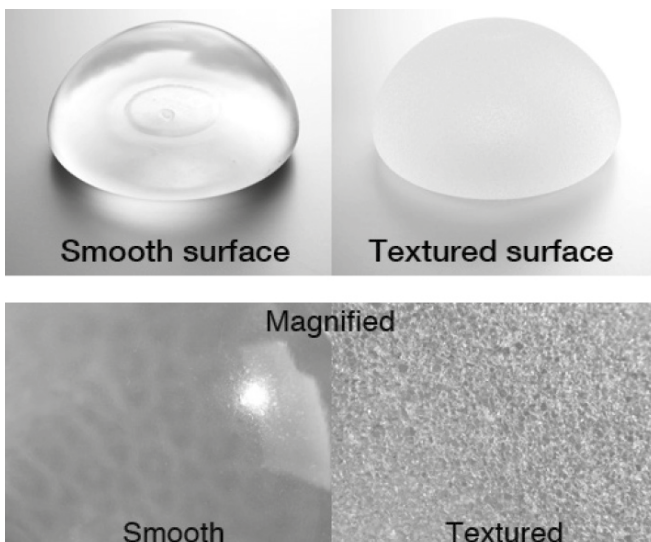
พื้นผิวเต้านมเทียมแบบใหม่ ที่อาจช่วยลดการเกิดพังผืดรัดรอบ

เต้านมเทียมที่ได้รับความนิยมและมีการใช้งานในปัจจุบันส่วนใหญ่นั้นคือ เต้านมเทียมประเภทซิลิโคน โดยอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทย่อยคือ แบบบรรจุน้ำเกลือและแบบบรรจุเจลซิลิโคน โดยทั้ง 2 แบบจะมีเปลือกหุ้มที่ผลิตจากซิลิโคนเหมือนกัน โดยพื้นผิวของเต้านมเทียมประเภทซิลิโคนนั้นจะมีอยู่ด้วยกัน 2 แบบหลักคือ แบบผิวเรียบ (smooth) และแบบผิวทราย (textured) โดยพื้นผิวแบบผิวทรายนั้นจะมีลักษณะเป็นผิวหยาบระดับจุลภาคที่เกิดขึ้นจากส่วนประกอบของตุ่มนูนระดับไมโครเมตรจำนวนมากที่อยู่บนพื้นผิว ปัญหาแทรกซ้อนที่พบบ่อยสำหรับการใช้งานเต้านมเทียมคือ การที่เกิดพังผืดรัดรอบเต้านมเทียม (capsular contracture), การรั่วซึมของเต้านมเทียม และการติดเชื้อ ซึ่งโอกาสเกิดปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งมีประมาณร้อยละ 20 ภายในระยะเวลา 10 ปี โดยการเกิดพังผืดรัดรอบเต้านมเทียมนั้นถือได้ว่าเป็นอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยที่สุดสำหรับเต้านมเทียมประเภทซิลิโคน โดยเกิดขึ้นที่อัตราประมาณร้อยละ 14.8-20.5 ซึ่งอาการแทรกซ้อนดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และอาจทำให้ต้องมีการผ่าตัดเพื่อแก้ไขได้ นอกจากนี้ในหลาย ๆ กรณีอาจเป็นสาเหตุของการรั่วซึมของเต้านมเทียมได้ การเกิดพังผืดรัดรอบเต้านมเทียมนั้นมีสาเหตุมาจากกลไกการป้องกันตัวของร่างกายในการตอบสนองต่อเต้านมเทียมซึ่งถือว่าเป็นวัสดุแปลกปลอม ทำให้ร่างกายจะมีการสร้างพังผืดขึ้นโดยรอบโดยมีลักษณะเหมือนแคปซูลเพื่อที่จะแยกเต้านมเทียมที่อยู่ภายในออกจากสภาพแวดล้อมภายในร่างกายด้านนอก ซึ่งถึงแม้ในปัจจุบันจะมีการพัฒนาวิธีการผ่าตัดและการดูแลภายหลังการผ่าตัดที่ช่วยให้อาการแทรกซ้อนจากการเกิดพังผืดรัดรอบเต้านมเทียมมีระดับที่ลดลง ตัวอย่างเช่น การผ่าตัดใส่เนื้อ

กล้ามเนื้อ การนวด เป็นต้น แต่การเกิดพังผืดดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้บ่อย

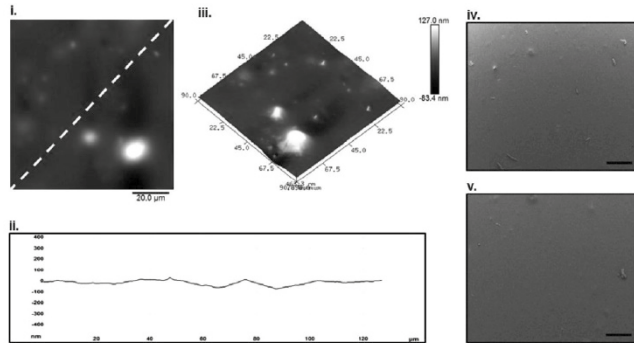
ลักษณะพื้นผิวของเต้านมเทียมถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อระดับของการเกิดพังผืดรัดรอบได้ ซึ่งจากการใช้งานพบว่า เต้านมเทียมประเภทซิลิโคนแบบผิวทรายนั้นสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดพังผืดรัดรอบได้มากกว่าเต้านมเทียมแบบผิวเรียบ ซึ่งพบว่าเนื้อเยื่อพังผืดที่ห่อหุ้มเต้านมเทียมแบบผิวทรายนั้นจะมีการเรียงตัวของเส้นใยคอลลาเจนที่เป็นระเบียบน้อยกว่า ซึ่งจะทำให้ส่งผลต่อการหดตัวของเนื้อเยื่อพังผืดที่ห่อหุ้มเส้นใยคอลลาเจนของพังผืดที่ห่อหุ้มเต้านมเทียมแบบผิวเรียบ นอกจากนี้แล้วความขรุขระของผิวทรายยังช่วยในการลดการเคลื่อนที่ของเต้านมเทียมได้อีกด้วย ทั้งนี้เป็นที่ทราบกันว่าลักษณะพื้นผิวของวัสดุการแพทย์นั้นจะสามารถส่งผลต่อกลไกการตอบสนองของเซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายได้มาก ทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยแมนเชสเตอร์ สหราชอาณาจักร จึงศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบของลักษณะพื้นผิวเต้านมเทียมแบบใหม่ที่เลียนแบบพื้นผิวในธรรมชาติของเนื้อเยื่อเพื่อหวังว่าจะสามารถที่จะสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีสำหรับเซลล์ในการเจริญเติบโต และไม่ไปกระตุ้นกลไกป้องกันตัวของร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อการป้องกันการเกิดพังผืดรัดรอบได้

โดยทีมวิจัยได้พัฒนากระบวนการขึ้นรูปซิลิโคนให้มีพื้นผิวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับเนื้อเยื่อ acellular dermal matrix ด้วยเทคนิคซอฟต์แวร์ 3D printing ซึ่งส่งผลให้พื้นผิวที่ได้มีความขรุขระ และลักษณะรูปทรงบนพื้นผิวที่ลอกเลียนแบบจากเนื้อเยื่อในธรรมชาติ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นผิวของเต้านมเทียมประเภทซิลิโคนแบบผิวเรียบและผิวทรายแล้ว จะพบว่าพื้นผิวของเต้านมเทียมแบบผิวเรียบนั้นจะมีความสม่ำเสมอ เรียบ และไม่มีลักษณะขรุขระ ในขณะที่พื้นผิวของเต้านมเทียมแบบผิวทรายนั้นจะมีลักษณะขรุขระที่สม่ำเสมอตลอดทั่วพื้นผิวและประกอบไปด้วยลักษณะของตุ่มนูนขนาดประมาณมากกว่า 200 ไมโครเมตร ซึ่งจะเห็นได้ว่าถึงแม้ลักษณะพื้นผิวที่ขรุขระในระดับมหภาคของผิวทรายจะสามารถส่งผลต่อการตอบสนองของเนื้อเยื่อในสิ่งมีชีวิตได้ แต่ในระดับของการตอบสนองของเซลล์สิ่งมีชีวิตแล้ว ลักษณะของพื้นผิวดังกล่าวจะมีขนาดที่ใหญ่เกินไป และไม่แตกต่างจากพื้นผิวแบบผิวเรียบแต่อย่างใด ในขณะที่ลักษณะพื้นผิวซิลิโคนแบบใหม่ที่ลอกเลียนแบบเนื้อเยื่อในธรรมชาตินั้น พื้นผิวที่ได้จะมีลักษณะที่ไม่สม่ำเสมอประกอบไปด้วยโครงสร้างรูปร่างต่าง ๆ และมีขนาดที่แตกต่างกันไปทั้งในระดับมหภาค จุลภาค และนาโน จากการศึกษาค้นคว้าการตอบสนองของเซลล์ไฟโบรบลาสต์ของเต้านมต่อลักษณะพื้นผิวต่าง ๆ จากการเพาะเลี้ยงเซลล์ในหลอดทดลองพบว่า เซลล์สามารถที่จะเจริญเติบโตและขยายจำนวนได้มากกว่าบนพื้นผิวซิลิโคนแบบใหม่เมื่อเทียบกับพื้นผิวเต้านมเทียมแบบผิวเรียบและแบบผิวทราย นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ด้วยมาร์กเกอร์ต่าง ๆ และภาพถ่ายโครงสร้างระดับจุลภาคของเซลล์พบว่า

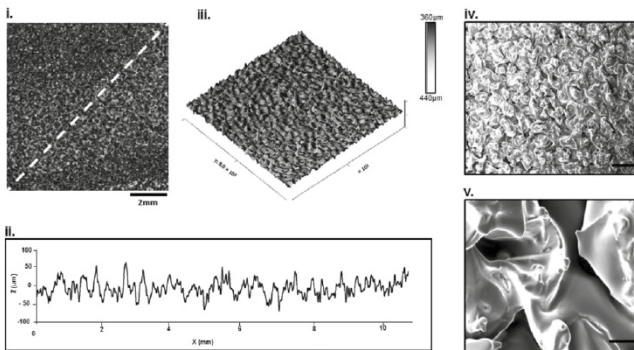


ภาพแสดงเต้านมเทียมประเภทซิลิโคนแบบผิวเรียบและผิวทรายที่นิยมใช้งานในปัจจุบัน⁽¹⁾

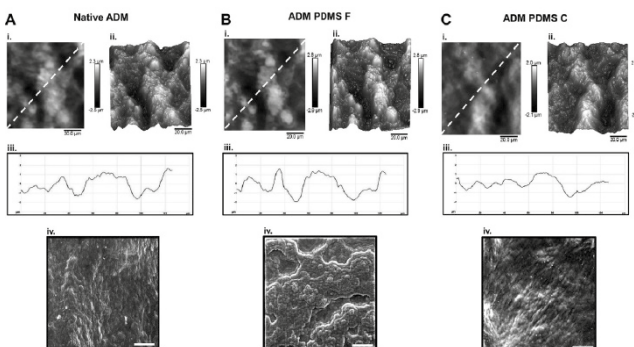
การยึดเกาะของเซลล์ไฟโบรบลาสต์ของเต้านมบนพื้นผิวตัวอย่างจะมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าเซลล์สามารถจะยึดเกาะและแผ่ตัวแนบไปกับพื้นผิวแบบใหม่ได้ดีมากกว่าบนพื้นผิวของเต้านมเทียมแบบผิวเรียบและผิวทราวยซึ่งจะมีลักษณะเป็นเซลล์นูนกลมและไม่มีการแผ่ตัวที่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเข้ากันได้ทางชีวภาพที่ดีกว่าของพื้นผิวแบบใหม่นี้



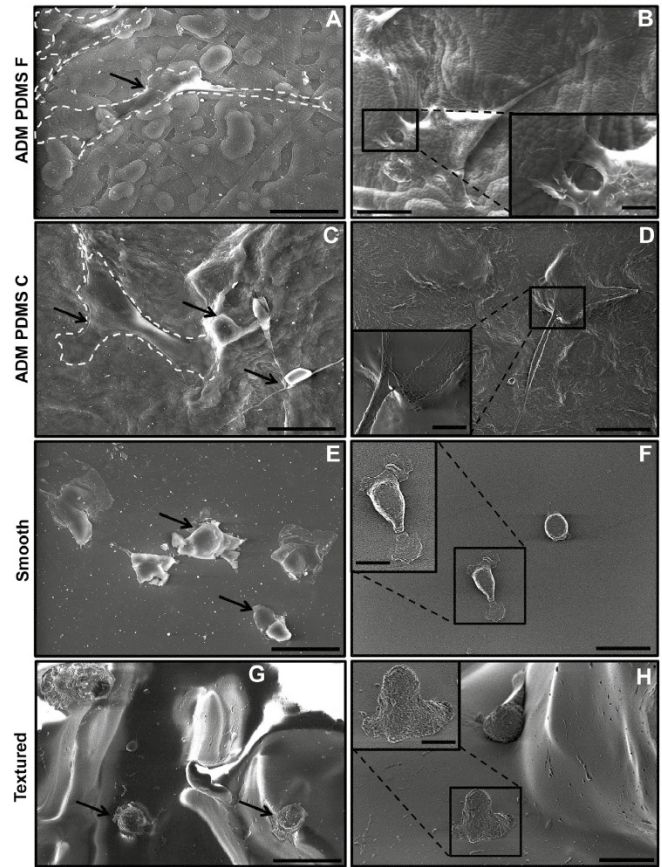
ภาพแสดงลักษณะพื้นผิวของเต้านมเทียมประเภทซิลิโคนแบบผิวเรียบจากการวิเคราะห์ด้วยกล้องจุลทรรศน์แรงอะตอม และกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบสแกนนิ่ง^[4]



ภาพแสดงลักษณะพื้นผิวของเต้านมเทียมประเภทซิลิโคนแบบผิวทราวยจากการวิเคราะห์ด้วยกล้องจุลทรรศน์แรงอะตอม และกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบสแกนนิ่ง^[4]



ภาพแสดงลักษณะพื้นผิวของ acellular dermal matrix (Native ADM) และของเต้านมเทียมประเภทซิลิโคนแบบใหม่ (ADM PDMS F และ C) ที่ลอกเลียนลักษณะพื้นผิวของ acellular dermal matrix จากการวิเคราะห์ด้วยกล้องจุลทรรศน์แรงอะตอม และกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบสแกนนิ่ง^[4]



ภาพแสดงการยึดเกาะของเซลล์ไฟโบรบลาสต์ของเต้านมบนพื้นผิวตัวอย่างเต้านมเทียมประเภทซิลิโคนแบบผิวเรียบและผิวทราวยเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นผิวซิลิโคนแบบใหม่ที่เลียนแบบลักษณะพื้นผิวของ acellular dermal matrix ซึ่งพบว่าเซลล์สามารถจะยึดเกาะและแผ่ตัวแนบไปกับพื้นผิวแบบใหม่ได้ดีกว่าบนพื้นผิวเรียบและผิวทราวยซึ่งจะมีลักษณะเป็นเซลล์นูนกลมและไม่มีการแผ่ตัวที่ดี^[4]

จากผลการทดลองเบื้องต้นนี้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการที่จะพัฒนาพื้นผิวเต้านมเทียมรูปแบบใหม่ที่สามารถช่วยในการกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ดีในธรรมชาติ และลดการกระตุ้นกลไกป้องกันตัวของร่างกายในการสร้างเยื่อที่เกี่ยวกับการอักเสบและการสร้างเนื้อเยื่อหุ้ม อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวนี้นั้นเป็นเพียงก้าวแรกเท่านั้น ยังคงต้องมีการวิเคราะห์ ทดสอบ และศึกษาในสัตว์ทดลองอีกระยะเวลาหนึ่ง เพื่อยืนยันถึงประสิทธิภาพและประโยชน์ที่ได้จากการปรับเปลี่ยนพื้นผิวแบบใหม่ดังกล่าว ซึ่งหากประสบความสำเร็จจะสามารถช่วยลดโอกาสที่จะเกิดพังผืดรื้อรอบ และช่วยลดอาการแทรกซ้อนสำหรับผู้ผ่าตัดใส่เต้านมเทียมในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.mybreastaugmentation.info/breast-augmentation-101/breast-implant-surface-texture/>
2. <http://www.manchester.ac.uk/discover/news/article/?id=14129>
3. <http://www.sciencedaily.com/releases/2015/03/150319075824.htm>
4. J.T. K. Daniel, A. Oikonomou, E. Hill and A. Bayat (2015) Biomaterials, 52, pp. 88.

Neoplasms of the Immune System

บทนำ

มะเร็งของระบบภูมิคุ้มกันจัดเป็นกลุ่มหนึ่งของ Immunoproliferative diseases คือ โรคที่มีการเจริญเติบโตของเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันมากผิดปกติ โดยจัดว่าเป็นภาวะ Secondary Immunodeficiency ชนิดหนึ่ง เนื่องจากมีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันขึ้น มีทั้งแบบที่เป็น malignant และ reactive (benign หรือ non-malignant) immunoproliferation บางที่อาจเรียกว่าเป็น leukemoid reaction ซึ่ง reactive immunoproliferation อาจพบได้ในผู้ป่วยด้วยโรค pertussis, tuberculosis หรือโรค Infectious mononucleosis ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Epstein-Barr จากการกระจายทางระบบทางเดินหายใจ (air-borne) โดยมี B lymphocyte เป็นเซลล์เป้าหมาย ทำให้มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นของ B cell ในขณะเดียวกัน cytotoxic T lymphocyte ก็จะถูกกระตุ้นเพื่อทำลาย B cell ที่ติดเชื้อจึงมีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นมาก และมีรูปร่างผิดปกติด้วย (Atypical lymphocyte) แต่โรคนี้สามารถหายได้เองเมื่อ infection ถูกควบคุมได้ ส่วนโรคในกลุ่ม Malignant immunoproliferation คือภาวะมะเร็งของเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการพัฒนาการ รวมทั้ง mature cell ในกระแสเลือดด้วย ในบทนี้จะกล่าวถึงตัวอย่างของโรคมะเร็งของระบบภูมิคุ้มกัน แบ่งตามความผิดปกติของแต่ละกลุ่มเซลล์ ได้แก่ มะเร็งของเม็ดเลือดขาวชนิด B lymphocyte, T lymphocyte, NK cell, granulocyte รวมถึง antigen presenting cells (Histiocyte) โดยเน้นถึงลักษณะทางภูมิคุ้มกันที่สำคัญของแต่ละโรค

มะเร็งของ B cell

เนื่องจาก B cell พัฒนาไปเป็น plasma cell ซึ่งสร้าง antibody ดังนั้น การเจริญผิดปกติของ B cell จะทำให้มีระดับ antibody มากผิดปกติ หรือมีการสร้าง antibody ที่มีลักษณะผิดปกติได้ ลักษณะเฉพาะที่สำคัญของภาวะมะเร็งคือ ลักษณะ “monoclonality” ของโรค นั่นคือภาวะมะเร็งมักเกิดจากการแบ่งตัวมากขึ้นของเซลล์ชนิดเดียว (clone) ซึ่งจะต่างจากภาวะปกติที่ระบบภูมิคุ้มกันจะมีเซลล์ที่มีความจำเพาะแตกต่างกันเพื่อตอบสนองต่อแอนติเจนทุกชนิดในสภาวะแวดล้อม ดังนั้น ในภาวะมะเร็งจะพบเซลล์ที่มีลักษณะเหมือนกันได้มากกว่าปกติ ในกรณีของ B cell จะพบว่ามีการสร้าง Immunoglobulin ชนิดเดียวกันมากกว่าปกติด้วย ในทางตรงกันข้าม ในภาวะ reactive immunoproliferation จากสาเหตุที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น โรค Infectious mononucleosis ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นโดยรวม ๆ และมีการเติบโตของทุก ๆ เซลล์มากขึ้นอย่างเท่าเทียมกัน ในกรณีของ B cell จะพบว่าปริมาณ total Immunoglobulin มากกว่าปกติ ไม่ใช่ความผิดปกติของ clone ใด clone หนึ่ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งในระดับ

B cell สามารถเกิดจากความผิดปกติได้ในทุกระยะของการพัฒนาการของ B lymphocyte (รูปที่ 1) แบ่งออกได้เป็น ความผิดปกติของ Plasma cell

โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่

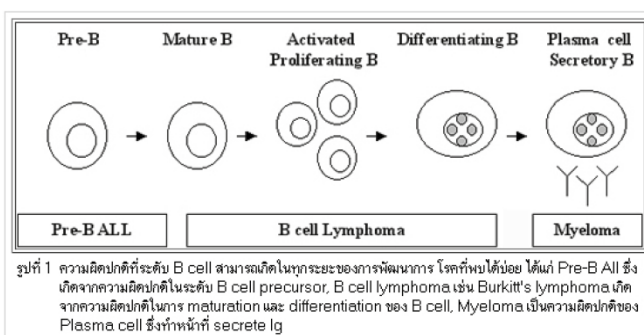
1. Multiple myeloma
2. Waldenstrom's macroglobulinemia
3. Light-chain disease
4. Heavy-chain disease
5. Monoclonal gammopathies of uncertain significance (MGUS)

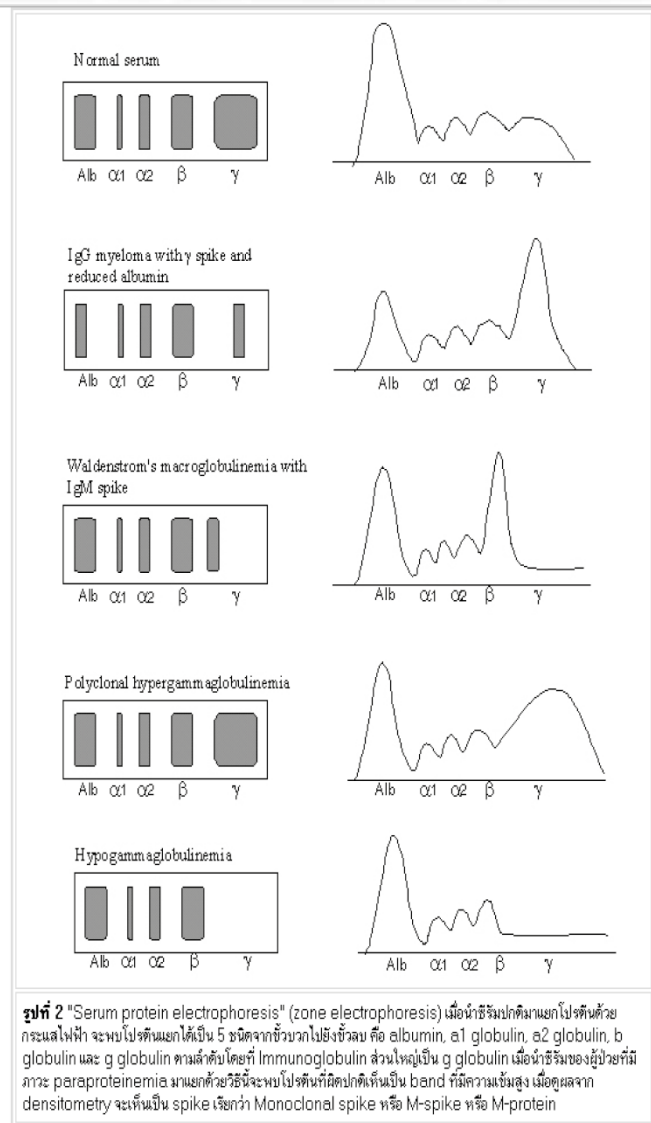
ชื่อเรียกโรคในกลุ่มนี้โดยรวมมีอยู่หลายชื่อ ได้แก่ Plasma cell dyscrasia, Paraproteinemias, Dysproteinemias และ Monoclonal gammopathies กลุ่มโรคเหล่านี้มีอาการของการสร้าง Immunoglobulin หรือส่วนประกอบของ Immunoglobulin ชนิดใดชนิดหนึ่งมากผิดปกติ เราเรียกโปรตีนนั้น ๆ ว่าเป็น “Paraprotein” หรือ “myeloma protein” โดยโปรตีนเหล่านี้ถูกสร้างขึ้นจาก clone ที่ผิดปกติของ B cell lineage การวินิจฉัยและติดตามโรคนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณของ paraprotein ในผู้ป่วย

การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น ได้แก่ การตรวจเลือดว่ามี anemia, มี rouleaux formation, มี ESR สูง เป็นต้น การตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยวินิจฉัย ประกอบด้วย

- การตรวจ Serum protein electrophoresis (zone electrophoresis) (รูปที่ 2)





เป็นการนำซีรัมผู้ป่วยมาแยกโปรตีนในสนามไฟฟ้า โดยอาศัยสื่อกลาง (supporting media) เช่น agarose หรือ cellulose acetate strip โดยหยดซีรัมผู้ป่วยที่จุดเริ่มต้นแล้วนำไปผ่านสนามไฟฟ้าโดยมีสารละลายต่างเป็นสื่อ นำแล้วนำมาย้อมสีโปรตีน หากนำแถบโปรตีนดังกล่าวมา scan ในเครื่อง densitometer จะได้กราฟ Electropherogram เป็น peak เทียบได้กับความเข้มข้นของโปรตีนต่าง ๆ การวินิจฉัย M spike หรือ M protein นั้น ต้องวัดความสูงต่อความกว้างของ peak โดยทั่วไปตัดสินโดยใช้อัตราส่วนเกินกว่า 3:1 หรือ 4:1 หาก peak นั้นอยู่ในบริเวณ gammaglobulin

• การตรวจ Serum Immunoelectrophoresis

วิธีนี้เป็นการแยกโปรตีนในสนามไฟฟ้าก่อนแล้ว identify ชนิดของโปรตีนใน media โดยอาศัยวิธี immunoprecipitation ใช้ agarose ที่เตรียมไว้บนแผ่นกระจกมาเจาะเป็นหลุมและร่องยาว ในรูปแบบที่ต้องการ หยดซีรัมผู้ป่วยลงในหลุม แล้วนำไปผ่านสนามไฟฟ้าเพื่อแยกโปรตีนชนิดต่าง ๆ ออกจากกัน แล้วเติมแอนติบอดีลงในร่องยาว ทั้งไว้ค้างคืน เมื่อเกิด immunoprecipitation

ขึ้นจะเห็นแถบตะกอนขาว บ่งบอกชนิดของโปรตีนได้

• การตรวจ Quantitative serum immunoglobulin

ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นว่าการที่ร่างกายสร้าง paraprotein หรือ M protein ขึ้นมามากทำให้การสร้าง immunoglobulin ปกติลดลง เมื่อตรวจระดับ serum immunoglobulin ชนิดต่าง ๆ อาจพบว่าปริมาณลดลงได้ โดยจะมีประโยชน์ในการใช้ติดตามการดำเนินโรคและการรักษาผู้ป่วยได้ดี นอกจากนี้ยังอาจใช้ระดับ immunoglobulin แยกแยะระหว่าง benign และ malignant gammopathy ได้ ระดับ IgG > 2 gm/100 ml หรือ IgA > 1 gm/100 ml มักพบในภาวะ malignant gammopathy

Multiple Myeloma

Multiple Myeloma (MM) คือมะเร็งของ mature plasma cells ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดและรุนแรงที่สุดในกลุ่ม Plasma cell dyscrasias โรคนี้จะพบในคนผิวดำมากกว่าในคนผิวขาวถึง 2 เท่า พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และส่วนใหญ่มักจะพบในคนอายุมากประมาณ 40-70 ปี ผู้ป่วยจะมีอาการที่สำคัญ 3 อย่าง นั่นคือ

1. มีปริมาณ plasma cell ในไขกระดูกมากผิดปกติ (> 15%)
2. มีส่วนประกอบของ Immunoglobulin ชนิดใดชนิดหนึ่งที่มีความจำเพาะแบบเดียว (monoclonal immunoglobulin) ในกระแสเลือดและปัสสาวะ (ดูตัวอย่างในรูปที่ 2)
3. มีลักษณะพยาธิสภาพของลักษณะกระดูกถูกทำลาย (lytic lesion bone)

Plasma cell ในไขกระดูกมีทั้งที่มีรูปร่างปกติและผิดปกติ ปริมาณของ "Immunoglobulin ปกติ" ในกระแสเลือดมักจะลดลง เป็นสัดส่วนกับปริมาณของ "Immunoglobulin ผิดปกติ" ที่เพิ่มขึ้น Immunoglobulin ผิดปกติที่ถูกสร้างขึ้นจาก malignant clone โดยส่วนใหญ่จะเป็นชนิด IgG รองลงมาคือ IgA, IgM และ light chain ตามลำดับ และมีจำนวนน้อยที่เป็น IgD, IgE หรือ heavy chain บางครั้งอาจพบ paraprotein จำนวน 2 ชนิด หรือมากกว่าได้ รวมทั้งภาวะ Multiple myeloma ที่ไม่สร้าง Immunoglobulin หลังออกมาในกระแสเลือดเลยก็มี ลักษณะสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยของ Multiple myeloma คือ การตรวจพบ Bence Jones Protein ซึ่งคือ Free multiple myeloma light chain (k or λ) ที่หลั่งออกมาทางปัสสาวะได้ง่าย เนื่องจากมีน้ำหนักโมเลกุลเพียง 20,000 และมีอัตราการสร้างมากกว่า heavy chain เราสามารถตรวจโดยวิธี zone electrophoresis ได้เช่นกัน โดยนำปัสสาวะผู้ป่วยไปทำให้เข้มข้นขึ้น 10-100 เท่า ก่อนนำไปผ่านในสนามไฟฟ้าเทียบกับปัสสาวะปกติ คุณสมบัติหนึ่งที่สำคัญ of โปรตีนนี้คือ จะตกตะกอนเมื่ออุณหภูมิสูงขึ้นถึง 48-50 °C และจะละลายเมื่อถูกต้มจนเดือด

อาการโดยรวมของโรคในกลุ่ม paraproteinemia สามารถแบ่งตาม pathophysiology ได้ดังนี้

1. อาการเนื่องจากคุณสมบัติทาง Physicochemical ของ M protein

1.1 Hyperviscosity syndrome (ตารางที่ 1)

เมื่อซีรัมมีปริมาณโปรตีนสูงขึ้นจะทำให้ความหนืดของเลือดสูงขึ้น polymeric IgM และ IgA ทำให้ความหนืดสูงกว่า immunoglobulin ชนิดอื่น

1.2 Raynaud's phenomenon

M protein บางประเภทอาจเป็น cryoglobulin ซึ่งตกตะกอนเมื่อกระทบความเย็น ทำให้การไหลเวียนของกระแสโลหิตติดขัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า จมูก ใบหู ทำให้เกิดอาการชา และเจ็บปวดในบริเวณดังกล่าว อาจรุนแรงถึงขั้นขาดเลือดไปเลี้ยง และทำให้เกิดเนื้อตายได้ (necrosis)

1.3 Clotting disturbance

M protein โดยเฉพาะ IgM จะขัดขวางการแข็งตัวของเลือดโดย interact กับ platelet และ clotting factors ต่าง ๆ ทำให้มีเลือดออกง่าย

2. อาการเนื่องจากปฏิกิริยาทาง Immune ของ M protein

2.1 Cold agglutinin syndromes

IgM paraprotein ชนิด kappa มักมีความจำเพาะต่อ i และ I antigen บนผิวเม็ดเลือดแดง และสามารถเกิด antigen-antibody reaction ทำให้ agglutinate เม็ดเลือดแดงได้ในที่เย็น ผู้ป่วยจะมี cold-agglutinin-mediated hemolytic anemia ร่วมด้วย ถ้าเกิด agglutination ขึ้นกับหลอดเลือดเล็ก ๆ อาจทำให้เกิด ischemia ได้

3. อาการจาก Immunodepression

ระดับ immunoglobulin ที่ลดลงทำให้ humoral immune response เสียไป ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง encapsulated bacteria ที่ต้องการ immunoglobulin เป็น opsonin ในการทำลาย เช่น *Streptococcus pneumoniae*

กลไกที่ทำให้ immunoglobulin ปกติลดลง ได้แก่

- Myeloma cells หลั่ง inhibitor substance ทำให้สร้าง plasma cells ลดลง
- suppressor T cells เพิ่มขึ้น
- hypercatabolism ต่อ M protein ทำให้เกิด catabolism ต่อ immunoglobulin ปกติด้วย

4. อาการที่เกิดจากมะเร็ง

4.1 Bone destruction

เซลล์มะเร็งมักลามเข้ากระดูก ทำให้มีอาการปวดกระดูก กระดูกหักง่าย (pathological fracture) นอกจากนี้

การทำลายกระดูกทำให้มีภาวะ hypercalcemia และ hyperuricemia ได้

4.2 Hypercalcemia

ทำให้มีอาการกระหายน้ำ อาเจียน ใจสั่น เหนื่อย ไม่มีแรง สดสีผิดปกติ เลือด บางครั้งหมดสติได้ และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะไตวาย

4.3 Anemia

เนื่องจากไขกระดูกถูกเซลล์มะเร็งแทนที่ ทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง นอกจากนี้เซลล์มะเร็งเองยังสร้างสารยับยั้ง hematopoiesis ด้วย ทำให้เกิด normochromic normocytic anemia

โดยสรุปลักษณะทางคลินิกของโรค Multiple myeloma แบ่งได้เป็น ความผิดปกติทางระบบเลือด ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบกระดูก

ระบบเลือด : เนื่องจากไขกระดูกแทนที่ด้วย myeloma cells จึงมีการสร้างเซลล์ปกติอื่น ๆ จำนวนน้อยลง ผู้ป่วยอาจมีอาการซีด (anemia) เลือดออกง่าย เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) นอกจากนี้เมื่อระดับ immunoglobulin ในกระแสเลือดสูงมากอาจเกิดภาวะ Rouleaux formation โดยจะเห็นได้ใน blood smear และมีอาการของ hyperviscosity syndrome (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 Hyperviscosity Syndrome (กลุ่มอาการเนื่องจากความหนืดของเลือดสูงขึ้น)

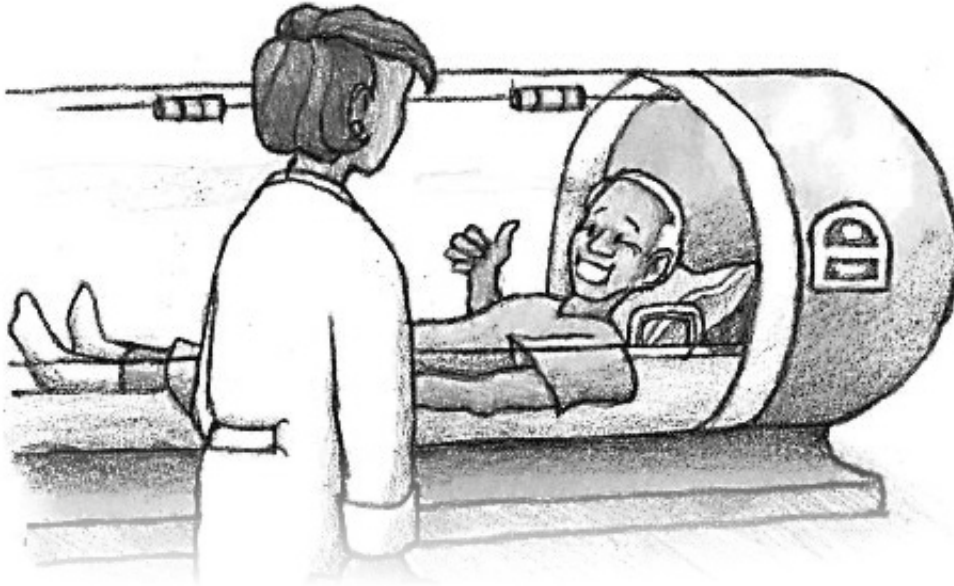
Ocular	- vision impairment, fundoscopic changes - dilatation and tortuosity of retinal veins - retinal hemorrhage and cotton wool exudates - papilledema
Hematological	- mucosa bleeding - prolonged bleeding after trauma or surgery
Neurological	- headache, somnolence, coma - dizziness, vertigo - seizure, EEG change - hearing loss
Renal	- renal insufficiency (acute or chronic)
CVS	- congestive heart failure

ระบบภูมิคุ้มกัน : ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางระบบภูมิคุ้มกันด้วย เนื่องจากมี neutropenia และเนื่องจากการสร้าง Immunoglobulin ตามปกติถูกรบกวนจาก paraprotein ดังนั้น ผู้ป่วยจะมีภาวะภูมิคุ้มกันลดลง มีอาการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย

ระบบกระดูก : Myeloma cell จากไขกระดูกยังสามารถแพร่ไปทำลายเนื้อกระดูก ทำให้เกิด multiple lytic lesions ผู้ป่วยจะมีอาการปวดกระดูกและมีกระดูกหักได้ง่ายกว่าปกติ เนื่องจากการทำลายของกระดูก ร่างกายจะพยายามสร้างกระดูกขึ้นมาทดแทน ดังนั้น ผู้ป่วยจะมีภาวะ hypercalcemia ได้ด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะไตวายได้

อ่านต่อฉบับหน้า ●

การรักษาแผลเรื้อรังด้วย ออกซิเจนความดันบรรยากาศสูง



การรักษาด้วยออกซิเจนความดันบรรยากาศสูง (Hyperbaric Oxygen Therapy) ทำโดยให้ผู้ป่วยหายใจด้วยออกซิเจนบริสุทธิ์ 100% ขณะอยู่ในห้องปรับบรรยากาศ (Hyperbaric Chamber) ที่มีความดันภายในสูงกว่า 1 บรรยากาศ ออกซิเจนความดันบรรยากาศสูงช่วยเสริมสร้างการหายของบาดแผล โดยเฉพาะในแผลเรื้อรังที่รักษายาก ได้แก่ เบาหวาน เส้นเลือดตีบตัน หรือแผลที่เป็นผลมาจากการฉายรังสี เป็นต้น บาดแผลที่หายยากเหล่านี้มีลักษณะเหมือน ๆ กันประการหนึ่งคือ ในเนื้อเยื่อรอบแผลมีระดับออกซิเจนต่ำ เพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อย เซลล์ต่าง ๆ ที่มีหน้าที่ทำให้แผลหายไม่สามารถทำงานสร้างเนื้อเยื่อได้ตามปกติ การรักษาด้วยออกซิเจนความดันบรรยากาศสูงทำให้ปริมาณออกซิเจนในเนื้อเยื่อรอบแผลมีมากขึ้น เซลล์ต่าง ๆ ที่ได้รับออกซิเจนจะเริ่มทำงาน ทำให้สามารถฆ่าเชื้อโรคได้ มีการสร้างเนื้อเยื่อและหลอดเลือดฝอยใหม่ ๆ ขึ้นทำให้แผลหายได้ นอกจากนี้การบาดเจ็บที่รุนแรงซึ่งมีการบวมของเนื้อเยื่อหรือการบาดเจ็บของอวัยวะที่ถูกบดกระแทก ภาวะติดเชื้อมีแผลเรื้อรังของกระดูก บาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก ยังสามารถใช้ออกซิเจนความดันบรรยากาศสูงช่วยรักษาได้อีกด้วย

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า ออกซิเจนความดันบรรยากาศสูงช่วยเพิ่มระดับออกซิเจนและได้ผลดีในแผลที่เท้าจากเบาหวาน ทำให้แผลในระยะต้นดีขึ้น ลดความพิการและสูญเสียอวัยวะ ซึ่งบางรายแพทย์อาจต้องทำผ่าตัดเอาอวัยวะส่วนนั้นทิ้ง เช่น ตัดนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า ช่วยลดบวมในแผลถูกบดกระแทก ช่วยให้แผลเรื้อรังต่าง ๆ ที่เกิดจากการขาดออกซิเจนหายเร็วขึ้น จึงช่วยลดระยะเวลาของการรักษาลง สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติเร็วขึ้น แต่ในระยะยาวยังไม่พบข้อมูลที่แตกต่างจากวิธีอื่นอย่างมีนัยสำคัญ

กล่าวโดยสรุป การรักษาด้วยออกซิเจนความดันบรรยากาศสูงช่วยรักษาแผลเรื้อรังที่รักษายาก ได้ผลดีในผู้ป่วยแผลเรื้อรังจากเบาหวาน แผลจากเส้นเลือดตีบตัน แผลหลังฉายแสง ในระยะยาวต้องติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับข้อและโรคทางรูมาตัสซึม

(Management of Rheumatic Diseases in Pregnancy)

ในอดีตผู้ป่วยหญิงที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับข้อและโรคทางรูมาตัสซึมต่าง ๆ เช่น Systemic lupus erythematosus (SLE), โรคข้อรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis), โรคผิวหนังแข็ง (scleroderma) หรือโรคอื่น ๆ มักจะได้รับคำแนะนำไม่ให้ตั้งครรภ์เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตาม การรักษาโรคเหล่านี้ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพดีขึ้นมากจนทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในระยะที่โรคสงบและอาจต้องการมีการวางแผนการตั้งครรภ์และการดูแลที่เหมาะสมจะช่วยให้ความเสี่ยงต่อมารดาและทารกในครรภ์ลดลงและมีความปลอดภัยมากขึ้นได้

โรคข้อและโรคทางรูมาตัสซึมกับการตั้งครรภ์

เนื่องจากโรคข้อและโรคทางรูมาตัสซึมหลายชนิดมักพบในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ดังนั้น โรคหรือความผิดปกติเหล่านี้จึงอาจส่งผลกับการตั้งครรภ์ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือหลายลักษณะซึ่งแพทย์ผู้ดูแลควรแจ้งและทำความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยที่มีความประสงค์จะตั้งครรภ์ไว้เสมอ ได้แก่

1. ความสามารถในการตั้งครรภ์หรือมีบุตรลดลง เช่น ในผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา cyclophosphamide ซึ่งทำให้เกิดภาวะ premature ovarian failure ได้
2. เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น โรค SLE ในหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีความผิดปกติของไต (lupus nephritis) มีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด pre-eclampsia (14-23%) หรือ eclampsia, การคลอดก่อนกำหนด (20-31%) หรือทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าผิดปกติ (5-23%) เป็นต้น ซึ่งเรียกกลุ่มอาการเหล่านี้รวมกันว่า maternal-placental syndrome (MPS)
3. โรคข้อและโรคทางรูมาตัสซึมบางชนิดเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์โดยตรง เช่น โรค SLE จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะ congenital heart block และ neonatal lupus syndromes ในทารกได้ เป็นต้น
4. การกำเริบของโรคในระหว่างการตั้งครรภ์อาจเพิ่มความเสี่ยงของการตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้นไปจากที่อยู่ในระยะโรคสงบ และอาจทำให้จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาโรคในมารดา และเกิดผลกระทบกับการตั้งครรภ์ได้

5. ยาที่ใช้ในการรักษาโรคข้อหรือโรคทางรูมาตัสซึมหลายชนิดไม่ได้รับการรับรองให้ใช้ได้ หญิงตั้งครรภ์ และข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยของการใช้ยาเหล่านี้ในระหว่างตั้งครรภ์ยังไม่มีมากนัก จึงทำให้การเลือกใช้ยาเพื่อการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องพิจารณาถึงผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์กับประโยชน์ที่จะได้รับอย่างรอบคอบ

ภาวะต่าง ๆ ในโรคข้อและโรคทางรูมาตัสซึมที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์

โรคหรือภาวะต่าง ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์อย่างมาก และผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดา และ/หรือทารกในครรภ์อย่างรุนแรงได้ ได้แก่

1. Pulmonary hypertension เนื่องจากมีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตในมารดาสูงมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรคุมกำเนิดด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูง และหากพบมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นโดยไม่ไดวางแผนล่วงหน้าอาจพิจารณาให้ยุติการตั้งครรภ์ภายในไตรมาสแรก (12 สัปดาห์)
2. Active disease โรคข้อและโรคทางรูมาตัสซึมในระยะที่โรคยังไม่สงบทุกชนิดมีผลต่อการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อทารกในครรภ์ ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาเพื่อให้โรคอยู่ในระยะสงบก่อนวางแผนการตั้งครรภ์
3. Chronic kidney disease stage 4 or 5 เนื่องจากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเป็น CKD มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะ pre-eclampsia (36-40%) และการคลอดก่อนกำหนด (54-80%) และยังมีโอกาสทำให้ทารกเจริญเติบโตช้าหรือน้อยกว่าการตั้งครรภ์ปกติได้มากถึง 3-5 เท่า นอกจากนี้ผู้ป่วย CKD stage 4 หรือ 5 ยังมีความเสี่ยงที่การทำงานของไตจะแย่ลงในช่วงตั้งครรภ์จนอาจทำให้ต้องรักษาเพื่อทดแทนไต (renal replacement therapy) ได้
4. ผู้ป่วยโรค Antiphospholipid antibody syndrome (APS) ที่มีประวัติเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วงตั้งครรภ์ เช่น recurrent intrauterine death, early-onset pre-eclampsia, HELLP syndrome และ severe intrauterine growth restriction เนื่องจากโอกาสตั้งครรภ์และคลอดปกติมีน้อยมาก แต่เสี่ยงกับสุขภาพของมารดามากกว่า

ยาสำหรับรักษาโรคข้อและโรคทางรูมาตีสัมกับการตั้งครรภ์

ผู้ป่วยที่มีโรคข้อและโรคทางรูมาตีสัมอาจมีการกำเริบได้เป็นระยะ ๆ และจำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนวิธีการรักษา

และหากระยะที่มีการกำเริบอยู่ในช่วงตั้งครรภ์ การใช้ยาบางชนิดอาจมีผลกระทบกับการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้บ่อยในโรคข้อและโรคทางรูมาตีสัมที่อาจมีผลกระทบกับการตั้งครรภ์ มีดังตาราง

ยา	ผลกระทบต่อกระบวนการสร้างอวัยวะของทารก	ผลกระทบกับทารก	ให้มนบุตรได้	คำแนะนำในการใช้ยา
NSAIDs	None	oligohydramnios transient anuria and renal failure constriction of ductus arteriosus	✓	สามารถใช้ได้ถ้าจำเป็น แต่ควรหยุดยาก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์
COX-2 inhibitors	พบข้อมูลในสัตว์ แต่ยังไม่พบในมนุษย์	คล้ายกับ NSAIDs	✓	ควรพิจารณาเปลี่ยนเป็น NSAIDs แทน
Prednisolone	None	โดยมากไม่เกิดผลกระทบ ยกเว้นใช้ยาในขนาดสูง อาจเกิด cataract, adrenal insufficiency และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	✓	พยายามใช้ยาในขนาดต่ำที่สุด และพิจารณาการใช้ยาอื่น ๆ ในกลุ่ม DMARDs หรือ biologic drug เพื่อให้สามารถลดขนาดยาได้
Hydroxy-chloroquine	None	None	✓	สามารถให้อย่างต่อเนื่องได้ตลอดการตั้งครรภ์
Sulfasalazine	Likely no effect	None		ควรเริ่มให้ folic acid เสริมก่อนการตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน
Methotrexate	Aminopterin syndrome, อาจทำให้เกิดการแท้ง และมี congenital anomalies ได้ < 15%	None	✗	ควรหยุดยาอย่างน้อย 3 เดือน และให้ folic acid ในขนาดสูง ก่อนวางแผนการตั้งครรภ์
Leflunomide	พบรายงานความผิดปกติของศีรษะและกระดูกสันหลังในสัตว์, เพิ่มโอกาสการแท้ง	None	✗	ควรหยุดยาและให้ cholestyramine 8 กรัม วันละ 3 ครั้ง นาน 11 วัน ก่อนวางแผนการตั้งครรภ์
Azathioprine	None	ทารกน้ำหนักตัวน้อย, คลอดก่อนกำหนด	✓	สามารถให้ต่อได้
Cyclosporin	None	ภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลงชั่วคราว	✓	สามารถให้ต่อได้
Tacrolimus	None	None	✓	สามารถให้ต่อได้
IVIg	None	None	✓	สามารถให้ต่อได้
Cyclophosphamide	CYC embropathy และเพิ่มความเสี่ยงการแท้งบุตร	อาจมีเม็ดเลือดลดลงได้ชั่วคราว	✗	เลือกให้เฉพาะกรณีโรคที่เป็นอันตรายรุนแรงต่อมารดา หากจำเป็นต้องใช้ในไตรมาสแรกควรยุติการตั้งครรภ์
Mycophenolate mofetil	OMENS และความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด	ข้อมูลยังไม่ชัดเจน	✗	หยุดยาก่อนการตั้งครรภ์ อย่างน้อย 3 เดือน
Etanercept	ข้อมูลจากการใช้ยาในสัตว์ยังไม่พบความผิดปกติ	อาจมีผลลดภูมิคุ้มกัน ในทารกช่วงหลังคลอดหากใช้ตลอดการตั้งครรภ์	✓	ให้ได้จนถึงอายุครรภ์ 32 สัปดาห์
Infliximab			✓	ให้ได้จนถึงอายุครรภ์ 21 สัปดาห์
Adalimumab			✓	ให้ได้จนถึงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์
Rituximab	None	อาจมีการทำงานของ B cell ในทารกลดลงชั่วคราว	✓	แนะนำให้หยุดใช้ยา 12 สัปดาห์ ก่อนคลอด

SLE กับการตั้งครรภ์

การกำเริบของโรค SLE ในระหว่างการตั้งครรภ์พบได้ค่อนข้างบ่อย (ประมาณ 60%) คาดการณ์ล่วงหน้าได้ค่อนข้างยาก แต่โดยมากแล้วมักจะพบในผู้ที่การควบคุมโรคยังไม่ดีในขณะเริ่มตั้งครรภ์ และส่วนใหญ่ไม่รุนแรง อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงที่จะมีการตั้งครรภ์ผิดปกติจะมากขึ้นในรายที่เคยมีประวัติดังต่อไปนี้คือ มีภาวะความดันโลหิตในเส้นเลือดปอดสูง (pulmonary hypertension) มีประวัติตั้งครรภ์ผิดปกติก่อนหน้านี้ มีความผิดปกติที่ไตอย่างเรื้อรัง และมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นภายในเวลา 6 เดือนก่อนการตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรค lupus nephritis เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยอาจเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะ PIH ในมารดา และเพิ่มความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด ทารกมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ (small for gestational age), congenital heart block และ neonatal lupus ในทารกได้ ซึ่งสำหรับในสองภาวะหลังนั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับแอนติบอดี Anti-Ro และ Anti-La ซึ่งผ่านทางรกจากมารดาไปหาทารกได้ การจัดการเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ได้แก่ การรักษาโรคให้อยู่ในระยะสงบต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือนก่อนการตั้งครรภ์ การใช้ยา hydroxychloroquine (HCQ) ตลอดการตั้งครรภ์สำหรับในรายที่มีผลตรวจพบ Anti-Ro และ Anti-La เนื่องจากมีหลักฐานพบว่าสามารถลดความเสี่ยงในการเกิด congenital heart block ในทารกได้

สำหรับยาอื่น ๆ ที่มีบทบาทในการรักษา SLE ที่อาจจะนำมาใช้ในช่วงตั้งครรภ์ได้ ได้แก่ ยา rituximab แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่ได้มีคำแนะนำให้ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ แต่จากข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยของยานี้ที่ถูกนำมาใช้กับภาวะอื่น เช่น มะเร็งของระบบเลือดก็พบว่าค่อนข้างปลอดภัย ส่วนยาชนิดใหม่คือ belimumab ซึ่งมีกลไกในการออกฤทธิ์แบบเดียวกับ rituximab นั้น ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัย

Antiphospholipid syndrome (APS) กับการตั้งครรภ์

กลุ่มอาการ APS นั้นมักทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ คือทำให้เกิดการแท้งบุตรได้ ส่วนในระยะหลังของการตั้งครรภ์มักเป็นความผิดปกติที่ส่งผลทำให้การไหลเวียนโลหิตผ่านทางรกผิดปกติ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้า ผิดปกติ และทารกมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ สำหรับในมารดาอาจทำให้เกิด PIH ได้เหมือนกับที่พบใน SLE นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่ม thrombotic complications เช่น venous thromboembolism มาก่อนจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วงตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ในแง่ของการรักษา โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ APS นั้นมักจะได้รับการรักษาด้วยยา aspirin ในขนาด

75-100 มก./วันในระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการแท้งบุตร และการเกิด pre-eclampsia ส่วนการใช้ยาในกลุ่ม low molecular weight heparin (LMWH) นั้น จากข้อมูลการศึกษาพบว่ามีส่วนช่วยในการลดภาวะแทรกซ้อนในแง่ของการไหลเวียนเลือดผ่านทางรกผิดปกติ และการเกิด pre-eclampsia แต่ในแง่ของการลดโอกาสการแท้งบุตรนั้น จากการศึกษาวิจัยใหญ่ ๆ หลายชิ้นและ systematic reviews นั้น ยังไม่พบว่ามีประโยชน์

สำหรับหญิงที่มีประวัติสุขภาพดี แต่ตรวจพบว่ามี antiphospholipid antibody หรือ lupus anticoagulant นั้น อาจพบได้ราว 8-10% กลุ่มนี้ไม่ได้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นกว่าคนปกติ

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) กับการตั้งครรภ์

ในอดีตเชื่อกันว่าอาการของโรค rheumatoid arthritis มักจะดีขึ้นในช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจุบันพบว่าไม่เป็นความจริง โดยพบว่าตลอดการตั้งครรภ์มีผู้ที่สามารถอยู่ในระยะโรคสงบตลอดการตั้งครรภ์อยู่ไม่ถึง 1 ใน 4 อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจระดับประชากรกลุ่มใหญ่ของผู้ป่วยหญิงที่เป็น rheumatoid arthritis พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติตั้งครรภ์มักจะมีอาการโดยรวม และการเกิดผิวข้ออักเสบก่อนในระยะยาวที่น้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยตั้งครรภ์

โดยมากแล้วผู้ป่วยโรค rheumatoid arthritis ที่มีอาการไม่รุนแรงมักจะสามารถดำเนินการตั้งครรภ์ไปได้ค่อนข้างปกติ อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ใกล้เคียงกับคนปกติ แต่ถ้ามีอาการของโรครุนแรงตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ จะเพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด [adjusted Odds Ratio, OR 2.27 (90% CI 1.35, 3.81) SGA adjusted OR 3.68 (95% CI 2.27, 5.98)] หรือเสียชีวิตในครรภ์ได้

โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma) กับการตั้งครรภ์

ส่วนใหญ่แล้ว โรค scleroderma ในกลุ่มอายุที่สามารถตั้งครรภ์และมีบุตรได้นั้นพบได้ไม่บ่อย แต่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วงตั้งครรภ์สูงมาก เนื่องจากผู้ป่วย scleroderma จำนวนหนึ่ง (8-12%) มักจะเกิดภาวะ pulmonary hypertension ซึ่งหากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตในมารดาได้ถึง 17-33% ดังนั้น โดยทั่วไปหากผู้ป่วยหญิงที่เป็น scleroderma มีผลการตรวจ transthoracic echocardiography หรือด้วยการสวนหัวใจ (cardiac catheterization) พบว่ามี pulmonary pressure สูงมากกว่า 30 มม.ปรอทในขณะที่พัก ควรได้รับคำแนะนำไม่ให้ตั้งครรภ์

สำหรับผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์แล้วและต้องการดำเนินการตั้งครรภ์ต่ออาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยาที่ช่วยลดความดันโลหิตของหลอดเลือดปอด เช่น sildenafil หรือ epoprostenol ร่วมกับ

การใช้ LMWH ในการลดโอกาสในการเกิด thrombotic complications นอกจากนี้ในระยะคลอดควรพิจารณาให้คลอดโดยการผ่าตัดโดยใช้วิธีระงับความรู้สึกแบบ regional anesthesia และพยายามติดตามประเมินลักษณะทาง hemodynamic ต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด

การกำเริบเฉียบพลันที่ไตของผู้ป่วยที่เรียกว่า scleroderma renal crisis นั้น แม้จะพบได้ไม่บ่อย แต่หากเกิดในช่วงของการตั้งครรภ์โดยเฉพาะในไตรมาสสุดท้ายอาจทำให้แยกยากจากภาวะ pre-eclampsia โดยมากแล้วผู้ป่วยที่จะเกิดภาวะ scleroderma renal crisis นั้นมักจะเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มมีอาการมาไม่นาน และมีการดำเนินโรคเร็ว หากทำ renal biopsy จะพบลักษณะของหลอดเลือด renal arterioles มีลักษณะแบบ onion skin appearance การรักษานี้ได้แก่ การให้ยาในกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) ซึ่งโดยมากมักจะห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ แต่จำเป็นต้องใช้ในรายนี้ และสำหรับผู้ที่ได้ยาตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์เพื่อรักษา renal scleroderma ควรให้ต่อไปโดยไม่หยุด

ประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจสร้างความกังวลใจสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คือ กรณีที่จำเป็นต้องให้ยา corticosteroids เพื่อเร่งการพัฒนาของปอดทารก โดยมากมักจะใช้ในขนาด 12 มิลลิกรัม ของ dexamethasone หรือ betamethasone 2 ครั้งห่างกัน 24 ชั่วโมง ซึ่งถือเป็นขนาดที่สูงและอาจมีผลทำให้เสี่ยงต่อการเกิด scleroderma renal crisis ได้ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่ผ่านมา ยังไม่พบว่าการใช้ยาดังกล่าวมีผลเพิ่มความเสี่ยงชัดเจน

โรคหลอดเลือดอักเสบชนิดต่าง ๆ (Vasculitides) กับการตั้งครรภ์

Takayasu's Arteritis

การอักเสบของหลอดเลือดชนิดนี้มักพบในหญิงวัยเจริญพันธุ์ และในบางครั้งอาจตรวจพบเป็นครั้งแรกในช่วงตั้งครรภ์ จากข้อมูลการศึกษาพบว่าภาวะนี้มักจะดีขึ้นในช่วงตั้งครรภ์ และหลังคลอด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจมีปัญหาในแง่ของความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งพบได้มากถึง 75% หรืออาจรุนแรงจนเกิด aortic dissection ได้ ดังนั้น จึงควรให้การรักษาด้วยยาควบคุมความดันโลหิต และการให้ aspirin ในช่วงตั้งครรภ์ด้วย

Systemic necrotizing vasculitides

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคในกลุ่ม systemic necrotizing vasculitides ในหญิงตั้งครรภ์มีอยู่ค่อนข้างน้อย เนื่องจากส่วนมากแล้วโรคกลุ่มนี้มักจะพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ข้อมูลที่ผ่านมามีรายงานว่าอาการกำเริบของโรคอย่างรุนแรงและมีการเสียชีวิตในช่วงตั้งครรภ์และในระยะหลังคลอดได้ แต่ภาวะแทรกซ้อนในช่วงตั้งครรภ์จะค่อนข้างน้อยหากสามารถควบคุมโรคให้อยู่ในระบที่สงบได้ ในกรณีที่มีการกำเริบของโรคอย่างรุนแรงจนอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตมารดาอาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยา cyclophosphamide ได้ ส่วนยาอื่น ๆ ยังไม่มีข้อมูลยืนยันชัดเจน

References

1. Khamashta MA. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. Best Pract Res Clin Rheumatol 2006;20:685-94.
2. Østensen M, Khamashta M, Lockshin M, et al. Anti-inflammatory and immunosuppressive drugs and reproduction. Arthritis Res Ther 2006;8:209.
3. Sperber K, Hom C, Chao CP, et al. Systematic review of hydroxychloroquine use in pregnant patients with autoimmune diseases. Pediatr Rheumatol Online J 2009;7:9.
4. Martínez Lopez JA, Loza E, Carmona L. Systematic review of the safety of methotrexate in rheumatoid arthritis regarding the reproductive system (fertility, pregnancy and breastfeeding). Clin Exp Rheumatol 2009;27:678-84.
5. Sau A, Clarke S, Bass J, et al. Azathioprine and breastfeeding: is it safe? BJOG 2007;114:498-501.
6. Bramham K, Chusney G, Lee J, et al. Breastfeeding and tacrolimus: serial monitoring in breast-fed and bottle-fed infants. Clin J Am Soc Nephrol 2013;8:563-7.
7. Clowse ME, Magder L, Petri M. Cyclophosphamide for lupus during pregnancy. Lupus 2005;14:593-7.
8. Lewden B, Vial T, Elefant E, et al. Low dose methotrexate in the first trimester of pregnancy: results of a French collaborative study. J Rheumatol 2004;31:2360-65.
9. Perez-Aytes A, Ledo A, Boso V, et al. In utero exposure to mycophenolate mofetil: a characteristic phenotype? Am J Med Genet A 2008;146A:1-7.
10. Imbasciati E, Gregorini G, Cabiddu G, et al. Pregnancy in CKD stages 3 to 5: fetal and maternal outcomes. Am J Kidney Dis 2007;49:753-62.
11. Branch DW, Khamashta MA. Antiphospholipid syndrome: obstetric diagnosis, management, and controversies. Obstet Gynecol 2003;101:1333-44.
12. Wolfberg AJ, Lee-Parritz A, Peller AJ, et al. Association of rheumatologic disease with pre-eclampsia. Obstet Gynecol 2004;103:1190-3.
13. Hyrich KL, Verstappen SM. Biologic therapies and pregnancy: the story so far. Rheumatology 2014;53:1377-85.
14. Steen VD. Pregnancy in scleroderma. Rheum Dis Clin North Am 2007;33:345-58, vii.
15. Matsumura A, Moriaki R, Numano F. Pregnancy in Takayasu arteritis from the view of internal medicine. Heart Vessels 1992;7(Suppl):120-4.
16. Pagnoux C, Le Guern V, Goffinet F, et al. Pregnancies in systemic necrotizing vasculitides: report on 12 women and their 20 pregnancies. Rheumatology 2011;50:953-61.

ผู้ป่วยมีโรคที่รักษาไม่หายอยู่ก็ไม่จำเป็นต้องตาย ด้วยโรคนั้น (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

Patient Who Has Suffered From Untreatable Disease Could Be Dead By Another Cause

เมื่อแพทย์เข้าร่วมการชันสูตรพลิกศพกับพนักงานสอบสวนตามหน้าที่ (มาตรา 150 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา)¹ แล้วพบว่าผู้ตายมีโรคร้ายแรงบางประเภทที่รักษาไม่ได้ อยู่ เช่น 1) โรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ซึ่งอาจอยู่ในระยะแรกไปจนถึงระยะท้ายของโรค 2) โรคติดเชื้อที่รักษาไม่ได้ เช่น การติดเชื้อ HIV ไปจนถึงการเป็นโรคเอดส์เต็มขั้น เป็นต้น อีกทั้งยังเป็นการตายที่บ้าน และประวัติที่ได้รับทราบถึงพฤติการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก่อนที่จะตายเป็นในลักษณะที่เฉียบพลัน เช่น

ก. นั่งคุยอยู่แล้วลักพักขาไปเข้านอนก็เสียชีวิตในเช้าวันรุ่งขึ้น (ปลุกไม่ตื่น)

ข. ยังกินข้าวตอนเย็นและเล่นกับลูกอยู่เลย เข้านอนแล้วตอนตี 3 ตื่นมาตัวเย็น ตายเสียแล้ว

ค. กินข้าวด้วยกันตอน 2 ทุ่ม จากนั้นดูโทรทัศน์ด้วยกันอย่างสนุกสนานและยังเชียร์การแข่งขันที่ขึ้นชอปกันแล้วก็เข้านอนราว 4-5 ทุ่ม แต่แล้วตอนเช้ากลับไม่มาทำงานเมื่อมาหา ณ ที่พักก็พบว่าเสียชีวิต และในขณะที่มีการชันสูตรพลิกศพโดยเจ้าพนักงานนั้นญาติก็จะบอก (มีความประสงค์) ว่า **“ขอให้แพทย์ลงความเห็นว่ายตายจากโรคที่เป็นอยู่ (โรคร้ายที่ไม่อาจรักษาให้หายได้)”** โดยระบุว่าผู้ป่วยป่วยด้วยโรคเหล่านี้อยู่แล้ว มีเอกสารยืนยัน เป็นโรคที่ทำการรักษาไม่ได้ รักษาไม่หายขาด แม้ว่าจะติดตามการรักษาจากสถานพยาบาลเป็นประจำอยู่แล้วก็ตาม

แต่เมื่อแพทย์ได้ทำการตรวจศพแล้วกลับพบว่าสาเหตุแห่งการตายยังไม่ชัดเจน อีกทั้งยังไม่สัมพันธ์กับการตายด้วย และอายุของผู้ตายเองก็ไม่มากนัก และพฤติการณ์ที่แสดงให้เห็นถึงสภาพของผู้ตายก่อนตายในเวลานั้นนั้นก็ไม่ได้แสดงว่าผู้ตายจะเสียชีวิตในเวลาอย่างรวดเร็วด้วยอาการป่วยแต่ประการใดไม่ เช่น ไม่พบว่ามีการคายอย่างเฉียบพลัน ณ ที่ที่พบศพ เป็นต้น ดังนั้น แม้ว่าผู้ตายจะมีโรคประจำตัว (ร้ายแรง) อยู่ก็ตาม ก็ไม่สามารถที่จะระบุได้ว่า **“โรคประจำตัวที่มีอยู่นั้นเป็นสาเหตุแห่งการทำให้ตาย”** การที่ญาติของผู้ตายไม่เชื่อแพทย์ที่ทำการชันสูตร ไม่ยินยอมให้มีการตรวจศพอย่างละเอียด โดยเห็นว่า “แพทย์ต้องการบิดพลิ้วเพื่อเหตุผลประการหนึ่งประการใด” เพราะญาติของผู้ตายเห็นแล้วว่าสาเหตุแห่งการตายคือโรคประจำตัวนั่นเอง สิ่งที่กำลังถึงนั้นจึงเป็นสิ่งที่ **“อาจเกิดขึ้น”** ได้กับแพทย์ในขณะที่ทำหน้าที่ **“ชันสูตรพลิกศพ”**

.....จากอุทาหรณ์ข้างต้นย่อมแสดงว่า การที่คนไข้แม้จะมีโรคร้าย (ในที่นี้คือมะเร็งของช่องจมูกใน “Nasopharynx”) ก็ตาม แต่ก็มิได้หมายความว่าคนไข้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งร้ายนี้จะต้องเสียชีวิตจากโรคมะเร็งช่องจมูกฯลฯ

การชันสูตรพลิกศพ

วัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ:

แพทย์ที่ทำการชันสูตรพลิกศพย่อมต้องการให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ ย่อมเป็นไปตาม 5 ประการของมาตรา 154 คือ¹

“มาตรา ๑๕๔ ให้ผู้ชันสูตรพลิกศพทำความเห็นเป็นหนังสือแสดงเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย ผู้ตายคือใคร ตายที่ไหน เมื่อใด ถ้าตายโดยคนทำร้าย ให้กล่าวหาว่าใครหรือสงสัยว่าใครเป็นผู้กระทำผิดเท่าที่จะทราบได้”

โดยทั่วไปวัตถุประสงค์ในการชันสูตรพลิกศพมีอยู่ 5 ประการคือ ต้องการทราบว่าผู้ตายเป็นใคร ตายมานานแล้วเท่าใด ตายที่ไหน สาเหตุที่ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย และพฤติการณ์ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย

แพทย์ต้องมีมาตรฐาน:

มาตรฐานของแพทย์ในที่นี้คือ “มาตรฐานแห่งวิชาชีพเวชกรรม” ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม² และตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2553³ และเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555⁴ ของแพทย์ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั่นเอง หมายถึง แพทย์ต้องใช้ความรู้ในทางการแพทย์ (แผนปัจจุบัน) หรือที่เรียกว่า “Modern Western Medicine” เข้ามาเป็นองค์ความรู้เพื่อการวินิจฉัยโรค รวมถึงการให้เป็น “สาเหตุแห่งการตาย”

เมื่อมีการตายผิดธรรมชาติเกิดขึ้นและแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องในการชันสูตรพลิกศพเพื่อหาสาเหตุแห่งการตาย แพทย์ย่อมต้องหาสาเหตุที่แท้จริงแห่งการตายโดยอาศัย “ความรู้ทางการแพทย์ที่ได้ร่ำเรียนมานั่นเอง” ความรู้นี้จึงต้องสอดคล้องกับสิ่งที่ “ตรวจพบ” ด้วย

การให้สาเหตุแห่งการตาย:

แพทย์ย่อมไม่อาจให้สาเหตุแห่งการตายได้ เพียงเมื่อได้รับทราบจากประวัติว่า **“ผู้ตายป่วยด้วยโรคหนึ่งโรคใดอยู่”** โดยที่ไม่มีสภาพแห่งความรุนแรงของโรคปรากฏให้เห็นเลย

หมายความว่า

1. แม้ว่าผู้ตายจะป่วยจากโรคที่ร้ายแรงและไม่สามารถรักษาให้หายได้ในวิถีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (อาจเนื่องจากการพัฒนาการทางการแพทย์ยังไม่ถึงขั้นเพื่อการรักษาโรคดังกล่าว) ก็ได้หมายความว่าผู้ตายจะต้องตายจากโรคนั้น ๆ เสมอไป

2. สภาพที่ปรากฏ ณ ที่เกิดเหตุของผู้ตายย่อมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในประการที่จะทำให้แพทย์ลงความเห็นได้ว่า “ผู้ตายสมควรตายจากโรคนั้น ๆ หรือภาวะนั้น ๆ หรือไม่เพียงใด”

3. การที่ผู้ตายป่วยอยู่ แต่ผู้ตายยังคงมีสภาพแห่งร่างกายที่สมบูรณ์ ประเมินได้จาก

- 3.1 การที่ผู้ตายยังสามารถประกอบกรณียกิจ
- 3.2 ทำงานช่วยเหลือตนเอง
- 3.3 มีสภาพแห่งการงานและหน้าที่ที่ทำอยู่ได้เป็นอย่างดี
- 3.4 ยังเจริญต่ออาหารที่รับประทานและน้ำที่ดื่ม
- 3.5 ยังมีความสุขกับการที่หาสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น การดู TV หรือการเล่นกีฬา
- 3.6 ยังนอนหลับได้ตามปกติ
- 3.7 อื่น ๆ

เมื่อประมวลสภาพของผู้ตายทั้งหมดแล้ว หากไม่สอดคล้องกับประการที่จะเป็นสาเหตุแห่งการตายได้ แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพจะต้องหาว่า “สาเหตุแห่งการตายที่แท้จริงคืออะไร” เสมอ และหากไม่สามารถหาได้จากที่ที่พบศพ ย่อมจำเป็นต้องนำศพเข้ามาเพื่อรับการตรวจต่อ ตามมาตรา 151 และ 152¹

กรณีอุทธรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ผู้ตายเป็นชาย อายุ 45 ปี รูปร่างทั่วไปดูแล้วสมส่วนและสันตมิได้มีสภาพแห่งการป่วยเจ็บเรื้อรังให้เห็นแต่ประการใด แต่แล้วก็นอนตายโดยศพถูกพบตอนเช้าเนื่องจากไม่ลงมาทำงานตามหน้าที่ประจำ

ประวัติ:

ผู้ตายเป็นคนงานของบริษัทแห่งหนึ่ง (สภาพคล้ายกับโรงงานที่มีที่พนักงานอยู่ในบริษัทที่มีสภาพเป็นตึก โดยชั้น 3 จัดให้เป็นที่อยู่ของผู้ตาย (มีเพื่อนของผู้ตายอยู่ที่ห้องข้างเคียงด้วย) และชั้นล่างเป็นบริษัทดำเนินการทางธุรกิจ) ผู้ตายมีหน้าที่เป็นผู้ส่งเอกสารโดยมีรถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ ซึ่งยังคงสามารถขี่ได้ดีในวันก่อนวันเสียชีวิต

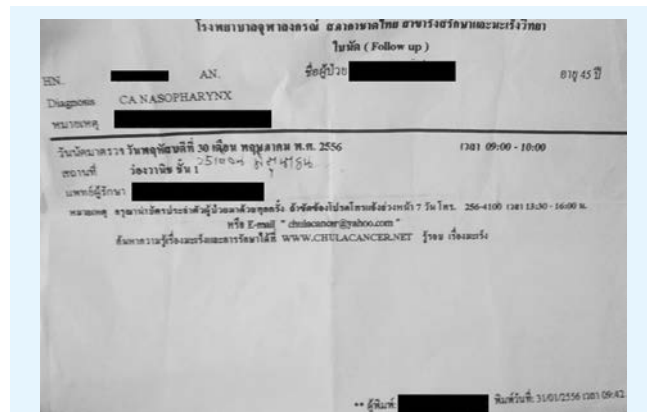
ผู้ตายรับประทานอาหารเย็นกับเพื่อนร่วมงาน อีกทั้งยังได้ดูโทรทัศน์ด้วยกันกับเพื่อนอย่างครั้นครัง และได้ไปนอนในช่วงเวลาประมาณ 22.00 น. เศษ

ในช่วงเช้าหลัง 8.00 น. นายจ้างเห็นว่าผู้ตายไม่ลงมาทำงานตามปกติ จึงให้คนงานอีกคนหนึ่งขึ้นไปตามหาที่ห้องพัก พบว่าผู้ตายนอนตายตัวเย็นแข็ง เชื่อว่าตายมานานหลายชั่วโมงแล้ว จึงได้แจ้งนายจ้างให้รับทราบ ซึ่งได้แจ้งต่อพนักงานสอบสวน (ตำรวจ) ณ ท้องที่ที่พบศพนั้นเองเพื่อให้มาทำการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย¹

ประวัติเพิ่มเติม:

ผู้ตายมีโรคประจำตัวคือเป็น “มะเร็งของช่องจมูก (Nasopharynx)”

(ภาพที่ 1) ทราบการวินิจฉัยมาราว 1 ปี และได้ติดตามการรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยผู้ตายเป็นผู้ติดตามการรักษาด้วยตนเอง ไม่มีใครรับทราบเรื่องของโรคอย่างชัดเจน นอกจากนี้ผู้ตายยังมีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัวอีกด้วย



ภาพที่ 1

ผู้ตายไม่เสพสารเสพติดหรือสารกระตุ้นอื่นใด แต่ดื่มสุรบ้าง (ประวัติจากเพื่อนร่วมงานและนายจ้าง)

ผู้ตายมิได้ป่วยด้วยโรคจิตและไม่มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน ไม่มีประวัติการตายอย่างเฉียบพลันในครอบครัวของผู้ตายแต่ประการใด

การชันสูตรพลิกศพ:

พนักงานสอบสวนผู้มีหน้าที่เมื่อได้รับแจ้งว่ามีการตายดังกล่าว จึงได้แจ้งต่อแพทย์ผู้มีหน้าที่เพื่อทำการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย ณ ที่ที่ศพอยู่ (มาตรา 150) โดยแพทย์ได้เข้าร่วมกับพนักงานสอบสวนในการชันสูตรพลิกศพในเวลาต่อมา (ประมาณ 1 ชั่วโมงหลังจากที่ได้รับแจ้ง) มีสภาพเป็นบริษัท (โรงงาน) ตามที่กล่าวแล้วข้างต้น

สภาพศพ ณ ที่ที่พบศพ: (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2

- ศพนอนตายในสภาพนอนหงาย ศีรษะและไหล่พาดออกนอกตัวผ้ารองนอน ทำให้เอนลงเล็กน้อย ไม่ได้หนุนหมอน ไม่พบว่ามีเครื่องไฟฟ้าหรือสายไฟฟ้าอยู่ใกล้กับร่างกาย

- ผู้ตายอายุประมาณ 40-45 ปี รูปร่างสมส่วน สันตมิได้มีสภาพแห่งการป่วยเจ็บเรื้อรังแต่ประการใด

- ผู้ตายสวมเสื้อคล้ายเสื้อกล้ามสีดำ (แขนกุด) และสวมกางเกงในตัวเดียว สวมสร้อยคอหนึ่งเส้น
- คอและรอบคอไม่พบว่ามีรอยกด หรือรัด ผิดปกติ
- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียดแบะออกที่ข้อตะโพกสองข้าง
- ไม่พบแขนหรือขาหักงอผิดปกติ
- ไม่พบสารหรือคราบ หรือเลือดออกที่ทวาร ทั้งปาก จมูก หู หรือทวารหนัก
- ไม่ได้กลืนผิดปกติจากสารอื่น ๆ รอบทวารต่าง ๆ
- ไม่พบบาดแผลที่แสดงถึงการได้รับความรุนแรงตามร่างกายและแขนขา
- ไม่พบจุดเลือดออกที่เยื่อปตา ใบหน้า ลำตัว หรือแขนขา
- ปลายมือและเท้าไม่พบสภาพเขียวคล้ำ หรือบวม
- ไม่พบแผลเป็น ร่องรอยการผ่าตัดที่ผิดปกติตามแขน ขา และลำตัว

หมายเหตุ:

- พบว่ามีขูดน่าจะเป็นปัสสาวะของผู้ตายอยู่ในขวดน้ำอัดลมด้วย
- พบว่ามีปัสสาวะอยู่ในขวดน้ำอัดลมอีกขวด
- พบว่ามีของปัสสาวะ แต่ไม่พบว่ามีปัสสาวะหลงเหลืออยู่อีก
- ไม่พบว่ามียา หรือสารแปลกปลอมตามเนื้อตัวร่างกาย หรือในห้องที่ผู้ตายนอนตาย

สาเหตุแห่งการตาย:

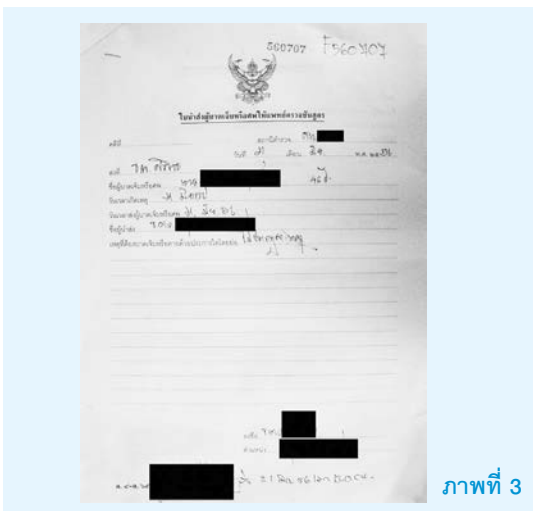
ไม่สามารถระบุสาเหตุแห่งการตายได้ (แม้ว่าผู้ตายจะมีประวัติมะเร็งช่องจมูก)

พฤติการณ์ที่ตาย:

ไม่สามารถระบุได้ในขณะชันสูตรพลิกศพ

การดำเนินการชันสูตรการต่อนี้:

จำเป็นอย่างที่จะต้องนำศพเพื่อรับการตรวจต่อ ณ สถานที่ที่สามารถตรวจศพต่อได้ (ของรัฐบาล) (ตามมาตรา 151 และ 152) (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3

ปัญหาที่เกิดขึ้น:

ณ ที่ที่พบศพนั้น มีพี่ชายของผู้ตายทำงานที่เดียวกัน (แต่ไม่ได้อยู่กับผู้ตายที่ห้องพักเดียวกัน) ได้แจ้งต่อแพทย์และพนักงานสอบสวนผู้ทำหน้าที่ชันสูตรพลิกศพว่า “ผู้ตายป่วยด้วยโรคมะเร็งช่องจมูกทำการรักษาอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาล” (เท่าที่ตนเองทราบ) น่าจะเป็นสาเหตุ

แห่งการตาย และไม่ต้องการให้นำศพมาเพื่อรับการตรวจต่อที่สถานพยาบาลของรัฐบาลตามกฎหมาย แต่แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพได้แจ้งแก่ญาติของผู้ตายว่า การที่ผู้ตายมีประวัติมะเร็ง (ชนิดร้าย) อยู่ก็ตาม แต่จากสภาพแห่งศพที่พบและประวัติของผู้ตายก่อนการตายไม่เข้ากับการที่ผู้ตายจะตายจากโรคมะเร็งที่มีอยู่แต่ประการใด และน่าจะมียาหรือสารอื่น แพทย์ยังได้อธิบายต่ออีกว่า หากเชื่อว่าเป็นมะเร็งของช่องจมูกและเป็นสาเหตุที่ตายแล้ว โดยทั่วไปมักจะมียาหรือสารอื่นเขียวคล้ำ หรือมีอาการ เช่น การหายใจลำบากเพราะมะเร็งจะทำให้หลอดลมถึงเส้นเลือด ทำให้เลือดออกจากช่องจมูก และ/หรือเลือดออกภายในอย่างมาก หรือทำให้อุดกั้นทางเดินหายใจ แต่ในที่เกิดเหตุที่ผู้ตายนอนตายอยู่นั้นไม่ได้มีสิ่งตรวจพบที่ผิดปกติแต่อย่างใด

การตรวจศพที่นำเข้ารับการตรวจ

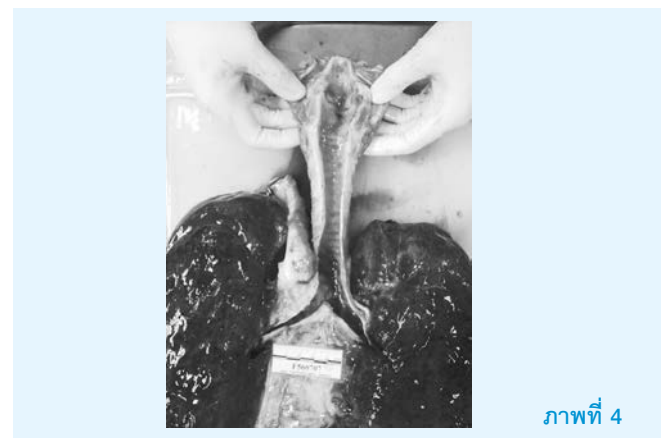
การตรวจศพดังกล่าวเป็นไปเพื่อหาสาเหตุแห่งการตายและนำไปสู่พฤติการณ์แห่งการตายต่อไป ได้ดำเนินการเมื่อเวลา 9.00 น. ของวันรุ่งขึ้น

สภาพศพภายนอก:

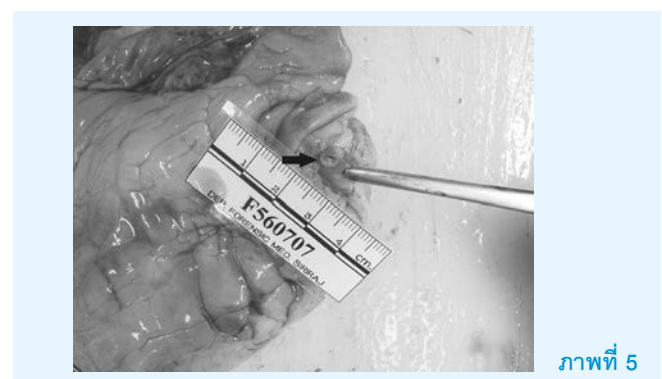
- เช่นเดียวกับที่ปรากฏ ณ ที่ที่ศพอยู่ในขณะชันสูตรพลิกศพ

สภาพศพภายใน:

- ผนังศีรษะและใต้ชั้นหนังศีรษะปกติ
- กะโหลกศีรษะปกติ
- คอ รอบคอ และหลอดลมไม่มีสภาพที่อุดกั้นหรือตันแต่อย่างใด
- กระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลังอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- หน้าอก ซี่โครง และช่องอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- หลอดลม ตลอดไปจนถึงปอด ไม่พบสภาพแห่งการอุดกั้นแต่ประการใด (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4



ภาพที่ 5

- หลอดอาหารและกระเพาะอาหารอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบพยาธิสภาพถึงการอุดตันแต่อย่างใด
- ไม่พบเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินหายใจ
- หัวใจมีขนาดและรูปร่างค่อนข้างปกติ
- หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจด้านหน้า (anterior branch of left coronary artery) ตีบประมาณร้อยละ 70-80 (ภาพที่ 5) และเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจด้านขวา (right coronary artery) ตีบประมาณร้อยละ 60 (ภาพที่ 6)



ภาพที่ 6

- ไม่พบสภาพแห่งกล้ามเนื้อหัวใจตายเก่าหรือเป็นเนื้อเยื่อพังผืด
- ตับ ม้าม ไต และอวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- กระเพาะปัสสาวะ อวัยวะ และเนื้อเยื่อในอุ้งเชิงกรานอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สาเหตุแห่งการตาย:

การขาดเลือดมาเลี้ยงที่หัวใจเนื่องจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ

พฤติการณ์ที่ตาย:

โรคธรรมชาติ

วิเคราะห์และวิจารณ์:

ผู้ตายรายนี้มีประเด็นหลายประการที่น่าสงสัยว่า **“มีสาเหตุจากการป่วยด้วยโรคร้ายแรงจะเป็นเหตุที่ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย”** ดังนี้

ประการที่ 1: ผู้ตายรายนี้ตายอยู่ที่ห้องพักของตนในขณะที่นอนอยู่เพียงคนเดียว “ไม่มีผู้อื่นพบเห็นหรือรับทราบสภาพของผู้ตายในระยะที่ใกล้ตายเลย”

ประการที่ 2: ผู้ตายมีสภาพแห่งร่างกายที่ต้องถือว่า “ปกติ” อีกทั้งยังมีกิจกรรมผลิตเพลนในวันก่อนที่จะตาย รวมถึงภาคติกก่อนที่จะพบศพในเช้าวันรุ่งขึ้นนั้น “อยู่ในสภาพที่สดใส รื่นเริง เจริญต่ออาหารและสิ่งแวดล้อม มีการดูโทรทัศน์ภายหลังจากการกินอาหารได้เป็นอย่างดี”

ประการที่ 3: ผู้ตายมีประวัติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (CA Nasopharynx) ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลมาแล้วก็จริง (ภาพที่ 1)

แต่เมื่อประมวลประวัติและการตรวจพบแล้วเห็นได้ว่า มะเร็งช่องจมูกที่ผู้ตายมีอยู่นั้น แม้จะเป็นจริงก็มีสาเหตุแห่งการตายในครั้งนี้ แต่น่าจะมีสาเหตุอื่น เช่น

- โรคหัวใจหรืออาจมีหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบร่วมด้วย
- การที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ
- การได้รับยาหรือสารพิษที่อาจมีผลต่อร่างกาย

ประการที่ 4: ในห้องของผู้ตายยังพบบุหรี่และขวดที่น้ำจะเชื่อว่าอาจเป็นปัสสาวะ ซึ่งทำให้อาจเชื่อว่า “ผู้ตายมีการใช้สารเสพติดหรือสารอื่นใดได้”

ดังนั้น เมื่อทำการชันสูตรพลิกศพในผู้ตายรายนี้ในระยะแรกแล้วย่อมไม่สามารถที่จะให้สาเหตุของผู้ตายรายนี้ได้ จึงจำเป็นต้องนำศพผู้ตายรายนี้มารับการตรวจต่อ (ผ่าศพตรวจ) ตามมาตรา 151 และ 152 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาตามลำดับ พนักงานสอบสวนจึงนำส่งมารับการตรวจต่อ (ภาพที่ 3)

หมายเหตุ:

1. แม้ว่าในที่สุดแล้วจะได้สาเหตุแห่งการตายจากการที่หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง ซึ่งถือว่าเป็นการตายตามธรรมชาติเช่นเดียวกันก็ตาม แต่จากอุทธรณ์ข้างต้นย่อมแสดงว่า การที่คนไข้แม้จะมีโรคร้าย (ในที่นี้คือมะเร็งของช่องจมูก “Nasopharynx”) ก็ตาม แต่ก็มิได้หมายความว่าคนไข้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งร้ายนี้จะต้องเสียชีวิตจากโรคมะเร็งช่องจมูก จึงเป็นอุทธรณ์ได้ว่าสำหรับแพทย์ที่ไปทำการชันสูตรพลิกศพผู้ตายที่มีโรคประจำตัวอันเป็นโรคที่ร้ายแรงก็ตาม ต้องพิจารณาถึงประวัติและสภาพศพที่ตรวจพบอย่างละเอียดด้วย อีกทั้งต้องไม่เชื่อผู้ให้ประวัติถึงการเจ็บป่วยจนมากเกินไปจนทำให้เข้าใจผิดว่า “เป็นโรคที่ทำให้ถึงแก่ความตาย”

2. ในกรณีนี้ยังถือว่าการตีเป็นการตายตามธรรมชาติเช่นเดียวกัน แต่หากเป็นการตายอันเกิดจากการผิดธรรมชาติ เช่น การที่ผู้ตายถูกวางยาเพื่อการฆ่าให้ตาย เป็นต้นแล้ว และแพทย์ที่ในขณะทำการชันสูตรพลิกศพ (จากประวัติ) ยังคงเชื่อว่าเป็นจากโรคร้ายแรงแล้ว อาจทำให้การชันสูตรพลิกศพผิดพลาดได้ และหากเป็นกรณีฆาตกรรมแล้วย่อมทำให้เกิดความยุติธรรมแก่ผู้ตายเป็นแน่แท้

สรุป

แพทย์ที่ต้องมีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพอาจต้องพบกับ “ศพที่ต้องชันสูตร” มีประวัติการป่วยด้วยโรคหลายโรค บางโรคเป็นโรคที่ร้ายแรงและน่าจะเป็นสาเหตุแห่งการตายได้ แต่แพทย์ต้องระลึกไว้เสมอว่า “การที่ผู้ตายมีโรคประจำตัวอยู่แม้ว่าจะเป็นโรคร้ายแรงก็ตาม แต่การที่มีโรคเหล่านั้นอยู่ก็มิได้หมายความว่าโรคเหล่านั้นจะเป็นเหตุแห่งการตายใน “การตายครั้งที่ไปทำการชันสูตรพลิกศพนั้นเสมอไป” แพทย์ต้องให้ความสำคัญกับการตายโดยเฉพาะ “สาเหตุแห่งการตาย” ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ

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

การวิจัยจากห้องปฏิบัติการสู่คลินิก เพื่อรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวี

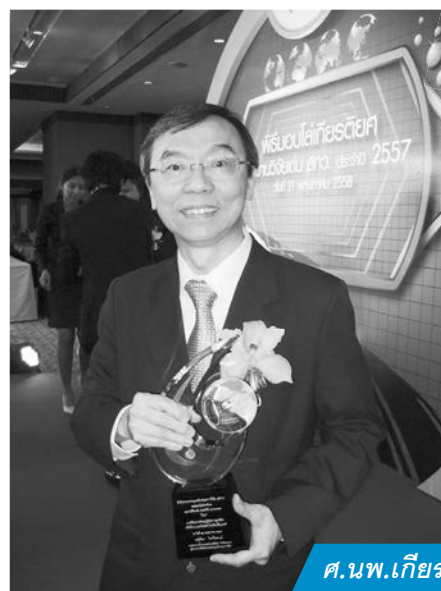
ผลงานวิจัยได้ช่วยชี้นำประเทศและนานาชาติ ในหน่วยงานต่าง ๆ เช่น องค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม แพทย์ และผู้ติดเชื้อ HIV ว่าเมื่อใดควรเริ่มรักษาเด็กติดเชื้อ HIV ควรรับการรักษาเร็วเพื่อป้องกันสมอง แต่ในกรณีอายุเกิน 1 ขวบและไม่พร้อมจริง ๆ สามารถชะลอและติดตามอย่างใกล้ชิดได้อย่างปลอดภัย

นอกจากนี้ยาต้านไวรัสเอชไอวีบางชนิดไม่ควรใช้ขนาดยาตามชาวตะวันตก งานวิจัยพบว่าสามารถลดขนาดยา Lopinavir ลงในเด็กไทย Atazanavir ในผู้ใหญ่ไทย ผลคือคนไทยมีผลข้างเคียงของยาลดลง และที่สำคัญคือ การลดขนาดยาลงทำให้ประเทศประหยัดงบประมาณอย่างน้อยหลายร้อยล้านบาทต่อปี



ศ.นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม หัวหน้าโครงการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวถึงที่มาและความสำคัญของงานวิจัยว่า ประเทศไทยได้รับผลกระทบที่รุนแรงจากการระบาดของโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง กล่าวคือกว่า 30 ปีที่ผ่านมา มีคนไทยมากกว่า 1.2 ล้านคนติดเชื้อ และมากกว่า 6 แสนคนเสียชีวิตไปแล้ว ปัจจุบันคาดว่าคนไทยที่ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 4-5 แสนคน ซึ่งถือว่าสูงมากเป็นอันดับที่ 4 ในเอเชีย ปัญหาที่ทำนายคือ แต่ละปียังคงมีคนไทยติดเชื้อใหม่ประมาณ 8,000-9,000 คน และเสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณเกือบ 20,000 คน (เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน) ประกอบกับการดูแลรักษาและขนาดยายังอาศัยข้อมูลจากต่างประเทศ ทั้ง ๆ ที่พันธุกรรมและขนาดน้ำหนักคนไทยแตกต่างจากชาวตะวันตกอย่างชัดเจน การหาขนาดยาที่เหมาะสมกับคนไทยและเอเชียจะทำให้ประเทศประหยัดการรักษาปีละหลายร้อยล้านบาท และทำให้คนไทยได้รับยาที่มีผลข้างเคียงน้อยลง

HIV-NAT ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีทีมงานวิจัยและเครือข่ายวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เข้มแข็ง จึงสามารถทำการวิจัยคุณภาพสูง เพื่อตอบโจทย์ประเทศและภูมิภาคเอเชียได้



ศ.นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม

CD4 เซลล์ลดต่ำกว่า 15% ผลการวิจัยพบว่า 3 ปีของการติดตามอัตราการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

2. โครงการวิจัยเพื่อ “หาขนาดยา Lopinavir ที่เหมาะสมสำหรับเด็กไทย” ทำการศึกษาในเด็กไทยที่ติดเชื้อ HIV 200 คน ผลการวิจัยพบว่า ในเด็กไทยสามารถให้ยาต้านไวรัส Lopinavir ในขนาดลดลงได้ 30% ด้วยผลการรักษาใกล้เคียงกับขนาดมาตรฐาน แต่มีผลข้างเคียงลดลงชัดเจนและประหยัดค่ายาได้

3. โครงการวิจัยเพื่อ “หาสูตรยาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ที่ดื้อยาสูตรแรก” ทำการศึกษาในผู้ใหญ่ไทย 195 คน จาก 15 โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า สูตรยารักษาที่ให้ผลดีคือ Tenofovir + Lamivudine + Lopinavir/

แนวทางการศึกษาและผลการศึกษาที่ได้

1. โครงการวิจัยเพื่อตอบโจทย์ “เมื่อใดควรเริ่มรักษาเด็กที่ติดเชื้อ HIV” โดยทำการศึกษาร่วมกับเด็กอายุ 1-12 ปีที่ติดเชื้อ HIV 300 คน จากโรงพยาบาลในประเทศ 9 แห่ง กับพหุชา 2 แห่ง เปรียบเทียบกับการเริ่มยาด้านไวรัสเร็ว หรือรอจนกว่าระดับภูมิ



Ritonavir (TDF/3TC/LPV/r) มี 83% ของอาสาสมัครคุมเชื้อให้ต่ำกว่า 50 ตัวต่อซีซีได้ ส่วนสูตรยาที่ให้เพียง LPV/r เท่านั้นได้ผลต่ำเพียง 61% จึงไม่น่าแนะนำให้ใช้

4. โครงการวิจัยเพื่อ “หาขนาดยา Atazanavir ที่เหมาะสมในคนไทย ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสที่มีราคาสูงและทำให้มีตาเหลืองบ่อย” ทำการศึกษาในผู้ใหญ่ไทยที่ติดเชื้อ HIV 560 คน เปรียบเทียบระหว่างการให้ยา Atazanavir (ร่วมกับ Ritonavir, TDF, 3TC) ในขนาดยา 200 กับ 300 มิลลิกรัม ได้ผลการรักษาที่ดี มีผลข้างเคียงน้อยกว่า และประหยัดค่ารักษาเกือบ 50% ผลงานวิจัยนี้กำลังรอดำเนินการระดับชาติเพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาต่อไป

การนำไปใช้ประโยชน์ต่อประเทศหรือนานาชาติ

- **ในระดับประเทศ** เชนนโยบายด้านสาธารณสุขทางกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และองค์กรวิชาชีพ สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย ได้นำผลการวิจัยไปใช้ในแนวทางการรักษาของประเทศ ซึ่งทำให้คนไทยที่ติดเชื้อ HIV ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม มีผลการรักษาที่ดี มีผลข้างเคียงลดลง และทำให้ประเทศสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาลงอย่างมากมาย ประมาณการว่าอย่างน้อยปีละประมาณ 200 ล้านบาท หรือประมาณ 1,000 ล้านบาท ใน 5 ปีต่อการรักษา 5,000 คน

- **ในระดับนานาชาติ** องค์การอนามัยโลก ได้มีการอ้างอิงถึงผลงานโครงการวิจัยที่ศึกษาว่า เมื่อใดควรเริ่มยาต้านไวรัสในเด็ก และผลงานนี้ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับโลก Lancet Infectious Disease ที่มี Impact factor สูงมาก = 19.4 และมีการนำไปอ้างอิงในระดับนานาชาติ

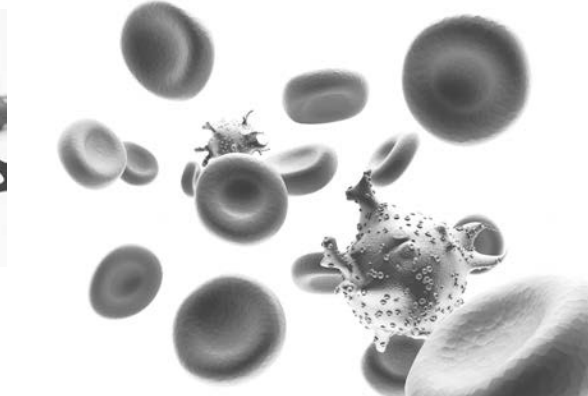
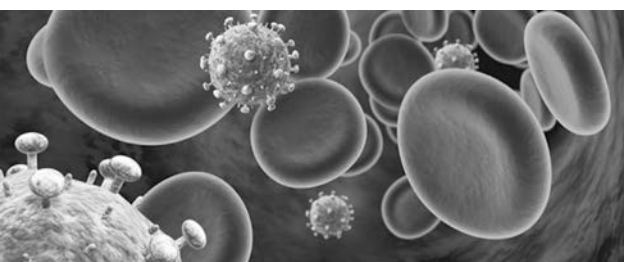
จุดเด่นของผลงานวิจัย

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชาติ เช่น โรคเอดส์ องค์ความรู้และสูตรขนาดยาไม่ควรใช้ตามชาติตะวันตกเท่านั้น การมีนักวิจัยและระบบวิจัยที่เข้มแข็ง เราจะสามารถชี้นำทั้งนโยบายชาติและภูมิภาคเอเชียให้รักษาด้วยสูตรยาและขนาดที่เหมาะสม ทำให้คนไทยและคนเอเชียสามารถประหยัดค่ารักษาได้หลายร้อยล้านบาทต่อปี มีผลข้างเคียงลดลง และมีผลการรักษาที่ดี

ทั้งนี้เพื่อเป็นการยกย่องเชิดชูเกียรตินักวิจัยที่มีความมุ่งมั่นในการสร้างสรรค์ผลงานวิจัยที่มีคุณค่า และเผยแพร่ผลงานวิจัยดีเด่นต่อสาธารณะ ซึ่งหวังว่าจะเป็นแบบอย่างแก่นักวิจัยอื่น ๆ ให้เห็นถึงแนวคิดและการออกแบบงานวิจัย วิธีการดำเนินการและบริหารจัดการงานวิจัยให้ประสบความสำเร็จ ตลอดจนตระหนักให้เห็นความสำคัญของการสร้างสรรค์ผลงานวิจัยที่ตอบสนองต่อสังคม ชุมชน และประเทศ **สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) จึงได้มอบโล่เกียรติยศผลงานวิจัยดีเด่น (สกว.) ประจำปี พ.ศ. 2557 ให้แก่ผลงาน “การวิจัยจากห้องปฏิบัติการสู่คลินิก เพื่อรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อเอดส์”**

ศ.นพ.เกียรติ กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า “รู้สึกปลื้มใจ และดีใจ แต่ในความเป็นจริงแล้ว รางวัลนี้ไม่ใช่รางวัลของผมคนเดียว เพราะในการทำวิจัยต้องอาศัยทีมที่ใหญ่มาก ทั้งเครือข่ายวิจัยทางคลินิก HIV-NAT ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คิดว่าแหล่งทุนวิจัยและคณะกรรมการพิจารณาถึงผลของการวิจัยที่สามารถตอบโจทย์ประเทศในระดับสากลและระดับโลกได้จริง และที่สำคัญยังเป็นตัวอย่างของการสร้างทีมวิจัยที่เป็นศูนย์วิจัยที่มีศักยภาพระดับสากล สามารถที่จะชี้นำนโยบายของประเทศและนโยบายของภูมิภาคได้ เช่น การเลือกขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับคนไทย รวมทั้งงานวิจัยจากห้องปฏิบัติการไปสู่สังคมได้จริง”

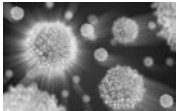
“สิ่งสำคัญที่สุดในการทำงานวิจัย คือ 1. ต้องมุ่งมั่นจริงจัง ทำจริง 2. สร้างทีมงานและหาพันธมิตรทั้งจากในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างคณะ ระหว่างมหาวิทยาลัย รวมถึงเพื่อนฝูงในต่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนางานวิจัยร่วมกัน 3. บริหารเวลาให้ดี และ 4. คิดอยู่เสมอว่างานวิจัยที่กำลังทำอยู่นั้นต้องตอบโจทย์ในการแก้ไขปัญหาของประเทศและสังคมโลกได้จริง” **ศ.นพ.เกียรติ** กล่าวทิ้งท้าย



วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
5-7 สิงหาคม 2558 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี	การประชุมวิชาการสัณจร ครั้งที่ 26 ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 6 อาคาร 50 พรรษา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี	โทรศัพท์ 0-2716-6744 ต่อ 11, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: rcpt@rcpt.org www.rcpt.org
5-7 สิงหาคม 2558 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการประจำปีคณะแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 31 "Medicine beyond the boundaries" ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1147 โทรสาร 0-7445-1127 E-mail: meeting@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
6-7 สิงหาคม 2558 	ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	การประชุมวิชาการ "Meet the Experts in Dermatology 2015" ณ ห้อง Grand Ballroom โรงแรมเชอราตัน แกรนด์ สุขุมวิท	โทรศัพท์ 0-2419-7000 ต่อ 4332-3 โทรสาร 0-2414-1021, 0-2411-5031 E-mail: dermatologyconference@gmail.com www.sirirajderm.com
17-18 สิงหาคม 2558 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	การประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพระดับชาติ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ครั้งที่ 1: จากภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่สากล ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 5 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม	โทรศัพท์ คณะแพทยศาสตร์ 08-4600-7928 คณะเภสัชศาสตร์ 09-1863-3329 คณะสาธารณสุขศาสตร์ 08-1060-6694 E-mail: mshs2015@gmail.com www.med.msu.ac.th
18-19 สิงหาคม 2558 	ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ร่วมกับศูนย์ความ เป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านการ ให้บริการปลูกถ่ายกระจกตา และการใช้เต็มเซลล์รักษา โรคกระจกตา แห่งโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์	การประชุมวิชาการ 1 st KPUM-Chulalongkorn Eye Center Joint Meeting ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โทรศัพท์ 0-2256-4142, 08-4333-6886 www.chulaphthalmology.org
20-21 สิงหาคม 2558 	ชมรมศัลยแพทย์ทางมือแห่ง ประเทศไทยและจุลศัลยแพทย์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี	การประชุม Regional Hand Meeting 2015 "The Diversity of the Hand and Upper Extremity Surgery" ณ โรงแรมบ้านสวนคุณตา แอนด์ กอล์ฟ รีสอร์ท จ.อุบลราชธานี	โทรศัพท์ 0-4524-0074-90 ต่อ 1503, 08-9582-6162 โทรสาร 0-4531-9283 E-mail: orthopedicesan@gmail.com www.rcost.or.th/web
21 สิงหาคม 2558 	สมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 Type 1 Diabetes Through the Life Span ณ ห้อง Grand Ballroom ชั้น 4 โรงแรมเรดิสันบลู สุขุมวิท 27 กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5411-2, 08-4468-0711 โทรสาร 0-2716-5411 E-mail: dm.thai@diabassothai.org www.thaiendocrine.org
21-23 ตุลาคม 2558 	สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	การประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 9 "โภชนาการดีถ้วนหน้า ตามรอยพระบาทเจ้าฟ้านักโภชนาการ" ณ รอยัลพารากอนฮอลล์ ชั้น 5 สยามพารากอน กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 08-1701-8345 โทรสาร 0-2950-7423 E-mail: tcn.conference@gmail.com www.tcn-conference.com
25-27 พฤศจิกายน 2558 	สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน แห่งประเทศไทย	4 th Annual Conference for Thai Emergency Physicians: ACTEP 2015 ณ เดอะ รีเจนท์ ชะอำบีช รีสอร์ท	โทรศัพท์ 0-2354-8223-4 โทรสาร 0-2354-8224 E-mail: contact@taem.or.th www.taem.or.th www.facebook.com/actep

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 188 โทรสาร 0-2435-2345 ต่อ 181
บริษัท สสวสสาร จำกัด 71/17 ถนนบรมชนกนที แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2015

Date	Title	City	Country	Contact
3-5 September 2015 	AOCNR 2015-The 1 st Asia-Oceanian Congress for NeuroRehabilitation	Seoul	South Korea	www.aocnr2015.org
3-5 September 2015 	4 th FFN Global Congress 2015	Rotterdam	Netherlands	www.ffn-congress.com
5-9 September 2015 	27 th European Congress of Pathology	Belgrade	Serbia	www.esp-congress.org
6-9 September 2015 	European Congress of Immunology (ECI) 2015	Vienna	Austria	www.eci-vienna2015.org
6-9 September 2015 	APLAR 2015-The 17 th Asia Pacific League of Associations for Rheumatology Congress	Chennai	India	http://aplar2015.com
8-11 September 2015 	Rheumatology & Aging Conference 2015	Cambridge	United Kingdom	www.zingconferences.com/conferences/rheumatology-aging-conference-2015
9-10 September 2015 	NFMRI Medical Research Innovation Conference	Sydney	Australia	www.nfmri.org.au/medical-research-innovation-summit/registrations
10-11 September 2015 	Anti-Inflammatory Research and Therapeutics	Philadelphia	United States of America	www.gtcbio.com/conferences/anti-inflammatory-research-therapeutics-overview
10-12 September 2015 	ESMAC-24 th Annual Meeting of the European Society for Movement Analysis in Adults and Children	Heidelberg	Germany	www.intercongress.de

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

รณรงค์เลิกบุหรี่

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ นพ.ขจิต ชูปัญญา ผู้อำนวยการสำนักงานเครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ร่วมกันแถลงข่าวโครงการ “1 อสม. ขอ 1 คน เลิกบุหรี่” ตั้งเป้าปีแรกให้ได้ 100,000 คน สามารถเลิกบุหรี่ได้เด็ดขาดใน 3 เดือน เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสทรงเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา ณ ห้องประชุมอุทัย สุขสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี เมื่อไม่นานมานี้



มอบเงินสนับสนุน

คุณสุพร วัฒนเวคิน รองประธานมูลนิธิอโชนประเทศไทย มอบเงินบริจาคจำนวน 300,000 บาท ให้แก่สำนักงานจัดหารายได้ สภาภาษีไทย เพื่อสนับสนุน “โครงการจัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้แก่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาชีวิตคนไข้ให้ได้มากขึ้น โดยมี ม.ร.ว.ปรีียงค์ศรี วัฒนคุณ ผู้ช่วยเลขาธิการสภาภาษีไทย (ฝ่ายการจัดหารายได้) และ ผู้อำนวยการสำนักงานจัดหารายได้ เป็นผู้รับมอบ ณ สำนักงานจัดหารายได้ สภาภาษีไทย เมื่อไม่นานมานี้

เปิดโครงการ

นายตุลย์ วงศ์ศุภสวัสดิ์ ผู้จัดการทั่วไป บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ร่วมด้วย นายอานวย พลอยแสงงาม นายกสมาคมคอสเวิร์ดเกม เอเชีย คำคมและซูโดกุ แห่งประเทศไทย แถลงข่าวเปิดโครงการ “แบรนด์เกมส์ กีฬาเพิ่มปัญญา นานาชาติ 2015” ซึ่งเป็นมหกรรมเกมกีฬาทางปัญญาที่ยิ่งใหญ่ระดับโลก ปีนี้การแข่งขันคอสเวิร์ดเกมในประเทศไทยครบรอบ 30 ปี นับเป็นความภาคภูมิใจที่แบรนด์มีส่วนร่วมในการสนับสนุนกีฬาเพิ่มพลังสมอง และพัฒนาบุคลากรไทย ณ ห้องเดอะสกาย ชั้น 15 บริษัท เซเรบอส อาคารเคียนทง 2 ถนนวิภาวดี เมื่อไม่นานมานี้



โนวาร์ตีสจัดกิจกรรมให้แก่นักเรียนโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ

บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด เริ่มต้นกิจกรรมวันบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ ซึ่งจัดขึ้นต่อเนื่องทุกปี สำหรับปีนี้ได้จัดกิจกรรม ณ โรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ พร้อมทั้งระดมทุนสนับสนุนเป็นจำนวน 120,000 บาท

ภายในงาน พนักงานโนวาร์ตีสได้ร่วมทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก ๆ โรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ ด้วยบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความสนุกสนานและสร้างสรรค์ ตั้งแต่การวาดเส้นสำหรับเด็ก ๆ ไปจนถึงการวาดรูปเพื่อสร้างเสริมจินตนาการ ซึ่งหลังจากการทำกิจกรรมมาทั้งวัน เด็ก ๆ ก็ได้เติมพลังไปกับขนมและไอศกรีมที่ได้จัดเตรียมไว้ให้ และพนักงานโนวาร์ตีสยังได้ช่วยกันทำสมุดบันทึกซึ่งทำจากกระดาษรีไซเคิลเพื่อมอบให้แก่เด็ก ๆ อีกด้วย

นอกจากกิจกรรมที่ได้ร่วมสร้างความสนุกสนานให้แก่เด็ก ๆ แล้ว นายริชาร์ด อาเบล ประธานบริหาร บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด ยังได้มอบเงินจำนวน 120,000 บาท เพื่อสมทบเข้ากองทุนของโรงเรียน รวมทั้งยังได้มอบของขวัญเป็นถุงเท้าจำนวน 360 คู่ แก่เด็ก ๆ เพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมี นายรักศักดิ์ ชัยัญญวนสกุล ผู้อำนวยการโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ เป็นผู้รับมอบ

“การบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ในครั้งนี้ นับเป็นครั้งที่ 19 ที่เราจัดต่อเนื่องกันมา ซึ่งวันบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ถือเป็นหนึ่งในพันธกิจหลักขององค์กรด้านการรักษาและการดูแลที่เปิดโอกาสให้พนักงานทุกคนในเครือโนวาร์ตีสได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน พนักงานของเราได้รับความสนุกสนานจากการทำกิจกรรมกับเด็ก ๆ ที่โรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ ทั้งยังได้พบกับคุณครูผู้สร้างสรรค์ความสุขให้แก่เด็กนักเรียน รวมถึงกลุ่มเด็กนักเรียนที่ต่างมีพรสวรรค์ด้วย ซึ่งเราหวังว่าการที่ได้มาทำกิจกรรมในครั้งนี้ นอกจากจะเป็นส่วนสำคัญของวัฒนธรรมองค์กรแล้ว ยังเป็นการสร้างคุณค่าให้แก่โรงเรียนอีกทางหนึ่งด้วย” นายริชาร์ด กล่าว



วาระการแพทย์ 2558

สัญญาณทั่วไทย

วาระการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวาระการแพทย์สัญญาณทั่วไทย 2558 ได้นำวาระการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวาระการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ร.พ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา



ร.พ.จุฬารณ
จ.นครศรีธรรมราช



ร.พ.ควนกาหลง จ.สตูล



ร.พ.ควนโดน จ.สตูล



ร.พ.ร่อนพิบูลย์
จ.นครศรีธรรมราช





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณนาย

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก. ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร



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

หมายเหตุ

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS





กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ขอเชิญกุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน และผู้สนใจ เข้าร่วมการประชุม

Clinical Practices 2015: Case Based Pediatrics



วันที่ 23-25 กันยายน 2558

ณ ห้องดุสิตธานี ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบ พระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พุธ 23 ก.ย.58	L1 (08.30-09.30)		L2 (09.30-10.00)	Coffee break (10.00-10.30)	L3 (10.30-11.00)	T1 (11.00-12.00)	S1 (12.00-13.15)	S2 (13.15-14.15)	L4 (14.15-14.45)	Coffee break (14.45-15.00)	Spot1 (15.00-15.30)
	พืธีเปิด	How to deal with teenagers: Do and Don't	Rheumatic fever and rheumatic heart disease		Guideline management for infective endocarditis	Update on thalassemia Hematologic & genetic aspects	Luncheon Symposium Update Influenza: Disease & vaccine	Afternoon Sympsium Pneumococcal conjugate vaccine: Evidence to practice	How to deal with hypocalcemia in childhood		Genetic syndromes with intellectual disability
	พ.อ.รศ.วิโรจน์ อารีรักษ์กุล		พ.อ.พญิง ศ.(คลินิก) สุริยพร คุณาไทย		พ.ท.สมเจตน์ สุนทราพรพิพัฒน์	พ.อ.บุญชัย บุญวัฒน์ พ.อ.ปิยะ วุทธิชัยนันท์ (พ.ท.รศ.ชาญชัย ไตรวรวิ)	พ.อ.รศ.วีระชัย วัฒนวิเศษ และ รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์	พ.อ.รศ.วีระชัย วัฒนวิเศษ และ รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์	พ.อ.พญิง รศ. นวพร นามบุญจล		พ.อ.บุญชัย บุญวัฒน์
	Lecture Nurse 1 (ห้องประชุมใหญ่) (10.30-12.00)		Ethics and nursing profession laws in children อ.ประวิมลสาร พงศ์พันธุ์จิตกลาง		Workshop nurse 1 (ห้องประชุมกองการพยาบาล) (13.30-15.30)				Caring a child with thalassemia: 1. Safe blood transfusion พ.อ.พญิงวิลาห์ สัมเลิศระกูลและคณะ 2. Iron chelation พ.อ.พญิงปาริมา นาคและคณะ		
พฤหัสบดี 24 ก.ย.58	L5 (08.30-09.00)	T2 (09.00-10.00)	Coffee break (10.00-10.30)	T3 (10.30-11.15)	L6 (11.15-11.45)	S3 (11.45-13.00)	P1 (13.00-13.45)	P2 (13.45-14.30)	L7 (14.30-15.00)	Coffee break (15.00-15.30)	Spot2 (15.00-15.30)
	Obstructive sleep apnea: update management	BPD: pulmonologist & Neonatologist aspects		Pediatric voiding disorders: current evaluation and management	Remedies for Electrolyte imbalance	Luncheon Symposium Practical tactics to overcome vaccine problems in Thailand	Update on dietary management of cow's milk protein allergy	Novel solution for atopic dermatitis management in children	Pancreatitis: Clue to cure		All about red birthmarks
	พ.อ.พญิงสนธิศรา ศิริอาจกุล	พ.ท.พญิงสุพิชญา พจน์สุภาพ พ.ท.อานันท์ พิธินันทร		พ.อ.อติสรณ์ ลำพาทพงศ์ และ พ.ท.ศกกระพันธ์ ศรีสุวรรณ	พ.อ.พญิง รศ. ประไพพจน์ อีร์คุปต์	พ.อ.รศ.พิริยกุล เกตุพานิช	พ.อ.รศ.นภพร ภาวิจิตร และ พ.อ.เรืองวิทย์ ตันติแพทย์ยางกูร	ศ.พญ.ศิริวรรณ วานาบุญ	พ.ท.อนันดร วงศ์ธีระสุด		พ.อ.พญิงปาริมา นาคและคณะ
	Lecture Nurse 2 (ห้องประชุมใหญ่) (10.30-11.45)			Breastfeeding for working mom อ.ศิริลักษณ์ อารวิวัฒน์	Workshop nurse 2 (ห้องประชุมใหญ่) (13.45-15.30)				การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไต ไม่ยากอย่างที่คิด พ.อ.พญิง ลาลี โจโปรง, รศ.พญิงกรรณ วีนชัย		
ศุกร์ 25 ก.ย.58	L8 (08.30-09.00)	L9 (09.00-09.30)	L10 (09.30-10.00)	Coffee break (10.00-10.15)	L11 (10.15-10.45)	L12 (10.45-11.30)	S4 (11.30-12.30)	มุฑิตาจิต พ.ท.รศ.วิโรจน์ อารีรักษ์กุล (13.30-15.00)			
	The art of epilepsy	Technology & childhood	Social skill training		How to motivate your kid	21th Century skills: the challenges ahead	Procalcitonin: Biomarker in clinical practices				
	พ.ท.วิรัตน์ สุวรรณมัทที	พ.อ.พญิง ศ.พ. ชวกรียา อีร์เนตร	พ.อ.พญิง วิรงรอง อธิญานน		พ.ท.พญิงโสธยา ชีววานานนท์	นพ.ภมร แลทองศรีกรรณ	พ.อ.รศ.วีระชัย วัฒนวิเศษ				

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการสอบเข้าเรียนมาที่
พ.อ.พญิง แสดงเป ชำนาญนวนกิจ
กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
315 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400



สอบถามรายละเอียดติดต่อ คุณสุมิตรา พุ่มเพ็ญ
กองกุมารเวชกรรม ชั้น 9 อาคารพระกิตติคุณา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
โทร 02 354 7600-28 ต่อ 94162, 94163 โทรสาร 02-354-7827
E-mail: sumittra_ped@hotmail.com



From the Triumvirate to the Ominous Octet:

New OAD targeting 6 core defects in diabetes

Coming
Soon

