

THE MEDICAL NEWS

วงการแพทย์

ปีที่ 17 ฉบับ 443 ประจำวันที่ 1-15 สิงหาคม พ.ศ. 2558



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

ทุกฉบับเคลือบโพลีเอทิลีน
www.wongkarnpat.com

ความต้องการของแพทย์ ผู้ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์



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 Biologics 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 2013;16:1477-79.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขค. 371/2555

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE



GALDERMA
Committed to the future of dermatology

DERMCOR
PHARMACEUTICAL

เกาติต
งานประชุม

Clinical Practices 2015:
Case Based Pediatrics
เพิ่มพูนความรู้ในสาขาการเวชศาสตร์

Special

โรงพยาบาลรามารบิต
โรงพยาบาลต้นแบบ
ในการลดเคม

เฉพาะโรค

การป้องกันการติดเชื้อ HIV
ก่อนการสัมผัสเชื้อ

สำหรับผู้อ่านฉบับนี้โปรดดูรายละเอียดในฉบับนี้

1-15/08/15



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, hyperkalemia, obstructive cardiomyopathy.
DOSAGE & ADMINISTRATION: 40 mg, 80 mg, 120 mg, 160 mg, 240 mg, 320 mg, 480 mg, 640 mg, 960 mg, 1280 mg, 1600 mg, 1920 mg, 2560 mg, 3200 mg, 4096 mg, 5120 mg, 6400 mg, 8192 mg, 10240 mg, 12800 mg, 16384 mg, 20480 mg, 26214 mg, 32768 mg, 40960 mg, 51200 mg, 64000 mg, 81920 mg, 102400 mg, 128000 mg, 163840 mg, 204800 mg, 262144 mg, 327680 mg, 409600 mg, 512000 mg, 640000 mg, 819200 mg, 1024000 mg, 1280000 mg, 1638400 mg, 2048000 mg, 2621440 mg, 3276800 mg, 4096000 mg, 5120000 mg, 6400000 mg, 8192000 mg, 10240000 mg, 12800000 mg, 16384000 mg, 20480000 mg, 26214400 mg, 32768000 mg, 40960000 mg, 51200000 mg, 64000000 mg, 81920000 mg, 102400000 mg, 128000000 mg, 163840000 mg, 204800000 mg, 262144000 mg, 327680000 mg, 409600000 mg, 512000000 mg, 640000000 mg, 819200000 mg, 1024000000 mg, 1280000000 mg, 1638400000 mg, 2048000000 mg, 2621440000 mg, 3276800000 mg, 4096000000 mg, 5120000000 mg, 6400000000 mg, 8192000000 mg, 10240000000 mg, 12800000000 mg, 16384000000 mg, 20480000000 mg, 26214400000 mg, 32768000000 mg, 40960000000 mg, 51200000000 mg, 64000000000 mg, 81920000000 mg, 102400000000 mg, 128000000000 mg, 163840000000 mg, 204800000000 mg, 262144000000 mg, 327680000000 mg, 409600000000 mg, 512000000000 mg, 640000000000 mg, 819200000000 mg, 1024000000000 mg, 1280000000000 mg, 1638400000000 mg, 2048000000000 mg, 2621440000000 mg, 3276800000000 mg, 4096000000000 mg, 5120000000000 mg, 6400000000000 mg, 8192000000000 mg, 10240000000000 mg, 12800000000000 mg, 16384000000000 mg, 20480000000000 mg, 26214400000000 mg, 32768000000000 mg, 40960000000000 mg, 51200000000000 mg, 64000000000000 mg, 81920000000000 mg, 102400000000000 mg, 128000000000000 mg, 163840000000000 mg, 204800000000000 mg, 262144000000000 mg, 327680000000000 mg, 409600000000000 mg, 512000000000000 mg, 640000000000000 mg, 819200000000000 mg, 1024000000000000 mg, 1280000000000000 mg, 1638400000000000 mg, 2048000000000000 mg, 2621440000000000 mg, 3276800000000000 mg, 4096000000000000 mg, 5120000000000000 mg, 6400000000000000 mg, 8192000000000000 mg, 10240000000000000 mg, 12800000000000000 mg, 16384000000000000 mg, 20480000000000000 mg, 26214400000000000 mg, 32768000000000000 mg, 40960000000000000 mg, 51200000000000000 mg, 64000000000000000 mg, 81920000000000000 mg, 102400000000000000 mg, 128000000000000000 mg, 163840000000000000 mg, 204800000000000000 mg, 262144000000000000 mg, 327680000000000000 mg, 409600000000000000 mg, 512000000000000000 mg, 640000000000000000 mg, 819200000000000000 mg, 1024000000000000000 mg, 1280000000000000000 mg, 1638400000000000000 mg, 2048000000000000000 mg, 2621440000000000000 mg, 3276800000000000000 mg, 4096000000000000000 mg, 5120000000000000000 mg, 6400000000000000000 mg, 8192000000000000000 mg, 10240000000000000000 mg, 12800000000000000000 mg, 16384000000000000000 mg, 20480000000000000000 mg, 26214400000000000000 mg, 32768000000000000000 mg, 40960000000000000000 mg, 51200000000000000000 mg, 64000000000000000000 mg, 81920000000000000000 mg, 102400000000000000000 mg, 128000000000000000000 mg, 163840000000000000000 mg, 204800000000000000000 mg, 262144000000000000000 mg, 327680000000000000000 mg, 409600000000000000000 mg, 512000000000000000000 mg, 640000000000000000000 mg, 819200000000000000000 mg, 1024000000000000000000 mg, 1280000000000000000000 mg, 1638400000000000000000 mg, 2048000000000000000000 mg, 2621440000000000000000 mg, 3276800000000000000000 mg, 4096000000000000000000 mg, 5120000000000000000000 mg, 6400000000000000000000 mg, 8192000000000000000000 mg, 10240000000000000000000 mg, 12800000000000000000000 mg, 16384000000000000000000 mg, 20480000000000000000000 mg, 26214400000000000000000 mg, 32768000000000000000000 mg, 40960000000000000000000 mg, 51200000000000000000000 mg, 64000000000000000000000 mg, 81920000000000000000000 mg, 102400000000000000000000 mg, 128000000000000000000000 mg, 163840000000000000000000 mg, 204800000000000000000000 mg, 262144000000000000000000 mg, 327680000000000000000000 mg, 409600000000000000000000 mg, 512000000000000000000000 mg, 640000000000000000000000 mg, 819200000000000000000000 mg, 1024000000000000000000000 mg, 1280000000000000000000000 mg, 1638400000000000000000000 mg, 2048000000000000000000000 mg, 2621440000000000000000000 mg, 3276800000000000000000000 mg, 4096000000000000000000000 mg, 5120000000000000000000000 mg, 6400000000000000000000000 mg, 8192000000000000000000000 mg, 10240000000000000000000000 mg, 12800000000000000000000000 mg, 16384000000000000000000000 mg, 20480000000000000000000000 mg, 26214400000000000000000000 mg, 32768000000000000000000000 mg, 40960000000000000000000000 mg, 51200000000000000000000000 mg, 64000000000000000000000000 mg, 81920000000000000000000000 mg, 102400000000000000000000000 mg, 128000000000000000000000000 mg, 163840000000000000000000000 mg, 204800000000000000000000000 mg, 262144000000000000000000000 mg, 327680000000000000000000000 mg, 409600000000000000000000000 mg, 512000000000000000000000000 mg, 640000000000000000000000000 mg, 819200000000000000000000000 mg, 1024000000000000000000000000 mg, 1280000000000000000000000000 mg, 1638400000000000000000000000 mg, 2048000000000000000000000000 mg, 2621440000000000000000000000 mg, 3276800000000000000000000000 mg, 4096000000000000000000000000 mg, 5120000000000000000000000000 mg, 6400000000000000000000000000 mg, 8192000000000000000000000000 mg, 10240000000000000000000000000 mg, 12800000000000000000000000000 mg, 16384000000000000000000000000 mg, 20480000000000000000000000000 mg, 26214400000000000000000000000 mg, 32768000000000000000000000000 mg, 40960000000000000000000000000 mg, 51200000000000000000000000000 mg, 64000000000000000000000000000 mg, 81920000000000000000000000000 mg, 102400000000000000000000000000 mg, 128000000000000000000000000000 mg, 163840000000000000000000000000 mg, 204800000000000000000000000000 mg, 262144000000000000000000000000 mg, 327680000000000000000000000000 mg, 409600000000000000000000000000 mg, 512000000000000000000000000000 mg, 640000000000000000000000000000 mg, 819200000000000000000000000000 mg, 1024000000000000000000000000000 mg, 1280000000000000000000000000000 mg, 1638400000000000000000000000000 mg, 2048000000000000000000000000000 mg, 2621440000000000000000000000000 mg, 3276800000000000000000000000000 mg, 4096000000000000000000000000000 mg, 5120000000000000000000000000000 mg, 6400000000000000000000000000000 mg, 8192000000000000000000000000000 mg, 10240000000000000000000000000000 mg, 12800000000000000000000000000000 mg, 16384000000000000000000000000000 mg, 20480000000000000000000000000000 mg, 26214400000000000000000000000000 mg, 32768000000000000000000000000000 mg, 40960000000000000000000000000000 mg, 51200000000000000000000000000000 mg, 64000000000000000000000000000000 mg, 81920000000000000000000000000000 mg, 102400000000000000000000000000000 mg, 128000000000000000000000000000000 mg, 163840000000000000000000000000000 mg, 204800000000000000000000000000000 mg, 262144000000000000000000000000000 mg, 327680000000000000000000000000000 mg, 409600000000000000000000000000000 mg, 512000000000000000000000000000000 mg, 640000000000000000000000000000000 mg, 819200000000000000000000000000000 mg, 1024000000000000000000000000000000 mg, 1280000000000000000000000000000000 mg, 1638400000000000000000000000000000 mg, 2048000000000000000000000000000000 mg, 2621440000000000000000000000000000 mg, 3276800000000000000000000000000000 mg, 4096000000000000000000000000000000 mg, 5120000000000000000000000000000000 mg, 6400000000000000000000000000000000 mg, 8192000000000000000000000000000000 mg, 10240000000000000000000000000000000 mg, 12800000000000000000000000000000000 mg, 16384000000000000000000000000000000 mg, 20480000000000000000000000000000000 mg, 26214400000000000000000000000000000 mg, 32768000000000000000000000000000000 mg, 40960000000000000000000000000000000 mg, 51200000000000000000000000000000000 mg, 64000000000000000000000000000000000 mg, 81920000000000000000000000000000000 mg, 102400000000000000000000000000000000 mg, 128000000000000000000000000000000000 mg, 163840000000000000000000000000000000 mg, 204800000000000000000000000000000000 mg, 262144000000000000000000000000000000 mg, 327680000000000000000000000000000000 mg, 409600000000000000000000000000000000 mg, 512000000000000000000000000000000000 mg, 640000000000000000000000000000000000 mg, 819200000000000000000000000000000000 mg, 1024000000000000000000000000000000000 mg, 1280000000000000000000000000000000000 mg, 1638400000000000000000000000000000000 mg, 2048000000000000000000000000000000000 mg, 2621440000000000000000000000000000000 mg, 3276800000000000000000000000000000000 mg, 4096000000000000000000000000000000000 mg, 5120000000000000000000000000000000000 mg, 6400000000000000000000000000000000000 mg, 8192000000000000000000000000000000000 mg, 10240000000000000000000000000000000000 mg, 12800000000000000000000000000000000000 mg, 16384000000000000000000000000000000000 mg, 20480000000000000000000000000000000000 mg, 26214400000000000000000000000000000000 mg, 32768000000000000000000000000000000000 mg, 40960000000000000000000000000000000000 mg, 51200000000000000000000000000000000000 mg, 64000000000000000000000000000000000000 mg, 81920000000000000000000000000000000000 mg, 102400000000000000000000000000000000000 mg, 128000000000000000000000000000000000000 mg, 163840000000000000000000000000000000000 mg, 204800000000000000000000000000000000000 mg, 262144000000000000000000000000000000000 mg, 327680000000000000000000000000000000000 mg, 409600000000000000000000000000000000000 mg, 512000000000000000000000000000000000000 mg, 640000000000000000000000000000000000000 mg, 819200000000000000000000000000000000000 mg, 1024000000000000000000000000000000000000 mg, 1280000000000000000000000000000000000000 mg, 1638400000000000000000000000000000000000 mg, 2048000000000000000000000000000000000000 mg, 2621440000000000000000000000000000000000 mg, 3276800000000000000000000000000000000000 mg, 4096000000000000000000000000000000000000 mg, 5120000000000000000000000000000000000000 mg, 6400000000000000000000000000000000000000 mg, 8192000000000000000000000000000000000000 mg, 10240000000000000000000000000000000000000 mg, 12800000000000000000000000000000000000000 mg, 16384000000000000000000000000000000000000 mg, 20480000000000000000000000000000000000000 mg, 26214400000000000000000000000000000000000 mg, 32768000000000000000000000000000000000000 mg, 40960000000000000000000000000000000000000 mg, 51200000000000000000000000000000000000000 mg, 64000000000000000000000000000000000000000 mg, 81920000000000000000000000000000000000000 mg, 102400000000000000000000000000000000000000 mg, 128000000000000000000000000000000000000000 mg, 163840000000000000000000000000000000000000 mg, 204800000000000000000000000000000000000000 mg, 262144000000000000000000000000000000000000 mg, 327680000000000000000000000000000000000000 mg, 409600000000000000000000000000000000000000 mg, 512000000000000000000000000000000000000000 mg, 6400 mg, 819



ศูนย์การแพทย์พื้นที่ 222 ตร.ม. บริเวณชั้น 1
อาคาร Bangkok Mediplex ติด BTS เอกมัย
*เข้ามา 38 ล้านบาท ตกแต่งภายในอีก 4 ล้านบาท (พ.ย. 51)

ขายด่วนเพียง **35 ล้านบาท**



สนใจติดต่อ คุณวิโรจน์ 081-373-7741

สภีติเวชศรีนครีนทร์ เป็ดให้บรีการ HPV DNA Test ต่อยอดควมสำเรีจ HPV Center ด้วยประสบการณีกว่า 20 ปี

เมือพุดถึงโรคมะเรีงปากมดลูก หลยท่นที่อยู่ในแวดวงของการร้การและ
ตรวจวินิจัยโรคนี้ ทั้งสูตินรีแพทย์ พยาธิแพทย์ พยาบาล รวมถึงนักเทคนิคการแพทย์
คงทราบดีว่มะเรีงชนิดนี้่นับว่มีความชคตีกว่มะเรีงชนิดอื่น ๆ ตรงที่มีการศึกษา
วิจัยในเชิงลึกอย่างมกมายและแพร่หลย ทำให้เรทราบถึงสาเหตุของโรคมะเรีง
ปากมดลูกได้อย่างชัดเจนว่มาจากการติดเชื้อ HPV (Human Papilloma Virus) รวมทั้งระยะเวลา
ในการที่เซลล์ผิดปกติจะกลยเป็นมะเรีงนั้นมีระยะเวลายาวนานถึง 5-10 ปี ซึ่งนั้นหมายความว่า
เรามีโอกาและเวลาที่มกพอสมควรในการป้องกันโรคมะเรีงปากมดลูกได้ตั้งแต่นั้น ๆ ด้วยการ
ตรวจคัดกรองที่มีคุณภาพ

และด้วยควมพยายามที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการชวลด
อุบัติการณ์ของมะเรีงร้ายชนิดนี้ HPV Center ของโรงพยาบาลสมิตเวช
ศรีนครีนทร์ จึงได้เป็ดให้บรีการตรวจคัดกรองโรคมะเรีงปากมดลูก
ด้วยการตรวจ HPV DNA เมื่อเรีว ๆ นี้ ซึ่งถือเป็นบรีการตัวใหม่
ที่เข้ามาต่อยอดควมสำเรีจของการให้บรีการตรวจคัดกรองมะเรีง
ปากมดลูกที่โรงพยาบาลมีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อเสริมประสิทธิภพให้มี
การตรวจคัดกรองมะเรีงปากมดลูกอย่างครบวงจรและเบ็ดเสร้จภายใน
ศูนย์ HPV Center ของโรงพยาบาล



ผศ.นพ.ไพโรจน์ จรรยงค้ดักล ผู้อำนวยการห้องปฏิบัติการ HPV Center
โรงพยาบาลสมิตเวชศรีนครีนทร์ ให้ข้อมูลว่ “HPV Center โรงพยาบาลสมิตเวชศรีนครีนทร์
มีประสบการณ์ในการให้บรีการตรวจคัดกรองมะเรีงปากมดลูกมายาวนานกว่า 20 ปีโดยเป็นห้องปฏิบัติการ
แรก ๆ ที่ริเริ่มนำเทคโนโลยีการตรวจหาไวรัส HPV กลุ่มเสี่ยง (HR-HPV) มาให้บรีการ พร้อม ๆ กับ
การทำงานวิจัยในรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัไวรัส HPV และมะเรีงปากมดลูกมาอย่าง
ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เราได้ติดตั้งเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์หลากหลายรูปแบบ เพื่อให้บรีการ
ตรวจคัดกรองมะเรีงปากมดลูกได้อย่างครบถ้วน ทำให้ผลการตรวจไวรัส HPV สอดคล้องกัวัตถุประสงค้
และเจตนาของแพทย์ผู้ส่งตรวจหรือผู้ใช้บรีการ”

และเมื่อเรีว ๆ นี้ ที่ HPV Center โรงพยาบาลสมิตเวชศรีนครีนทร์ ได้เป็ด
ให้บรีการตรวจคัดกรองโรคมะเรีงปากมดลูกด้วย HPV DNA Test ที่สามารถ
รายงานผลการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16, HPV สายพันธุ์ 18 และอีก
12 สายพันธุ์ได้ในการตรวจเพียงครั้งเดียว ผศ.นพ.ไพโรจน์ จรรยงค้ดักล



ได้ให้ข้อมูลว่า “HPV DNA Test ดังกล่าวมีข้อมูลสนับสนุน จากงานวิจัยมากมาย หลายประเทศทั่วโลกนำมาใช้ตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้สะดวกและเหมาะสม สามารถ ค้นหาเชื้อไวรัส HPV กลุ่มเสี่ยง (HR-HPV) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนการทำงานในห้องปฏิบัติการ และ ได้คำตอบที่แม่นยำ เหมาะที่จะนำมาใช้ในการตรวจคัดกรอง กับประชากรสตรีได้ทุกกลุ่มอายุ นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 2014 องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกายังได้ประกาศรับรอง ให้การใช้ HPV DNA Test ดังกล่าวสามารถนำมาใช้เป็น Primary screening ได้ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ ต่อระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปทั่วโลก”

สำหรับในปัจจุบัน วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกนั้นมีหลากหลายวิธี แต่วิธีซึ่งเป็นที่นิยมจะมี 3 วิธีหลัก ดังนี้

- 16 วิธีแบบดั้งเดิม (Conventional Pap smear) ค่าใช้จ่ายต่ำที่สุด มีความไวในการค้นหาเซลล์ ผิดปกติ (HSIL) ประมาณ 53%
- 18 วิธีเก็บเซลล์ในสารละลาย (Liquid-based cytology) เริ่มเป็นที่แพร่หลายมากขึ้น มีความไว ในการค้นหาเซลล์ผิดปกติ (HSIL) ประมาณ 74% ข้อดีคือสามารถนำเซลล์ที่เหลือส่งตรวจ หาเชื้อไวรัส HPV กลุ่มเสี่ยง (HR-HPV) ที่เป็น สาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้อีก
- 16 วิธีผสมผสาน (Co-testing) ตรวจหาไวรัส HPV ไปพร้อม ๆ กับการตรวจ Pap smear (Liquid-based cytology) เป็นวิธีที่ให้ความไวถึง 100% ในการค้นหาเซลล์ผิดปกติ (HSIL)

ด้านสถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในประเทศไทยในปัจจุบัน ผศ.นพ.ไพโรจน์ จรรยงค์ดีกุล ได้ให้ความเห็นว่า อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคาดว่าประมาณ 40-60% ของสตรีได้เข้าถึงการตรวจคัดกรอง ซึ่งสูงกว่าสถิติเดิม ที่มีสตรีไทยเข้ารับการตรวจคัดกรองเพียง 30-35% เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ยังคงถือเป็นเรื่องที่ทำลายต่อผู้ที่รับผิดชอบ งานบริการสาธารณสุขของประเทศเป็นอย่างมาก ในการหา

กลยุทธ์หรือแนวทางที่จะเพิ่มอัตรา การเข้ารับการตรวจคัดกรองให้ สูงขึ้นกว่าปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับในยุโรปและอเมริกาที่มีอัตรา การเข้ารับการตรวจคัดกรองสูงถึง 80% และจากข้อมูลด้านอุบัติการณ์ โรคมะเร็งปากมดลูกก็ยังคงเป็นภัยร้ายสำหรับ สตรีไทย เพราะคร่าชีวิตผู้หญิงไทยเฉลี่ยวันละ 14 ราย หรือปีละประมาณ 5,000 กว่าราย และ พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่อีกปีละ 10,000 คน

ปัจจุบัน HPV Center โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ มีผู้ใช้บริการทั้งภายในโรงพยาบาล และเครือข่าย ห้องปฏิบัติการจากทั่วประเทศโดยเฉลี่ยประมาณ 700-800 test ต่อเดือน การให้บริการอันครบวงจรของ HPV Center โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์ จึงน่าจะเป็นพลังขับเคลื่อน หนึ่งที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และช่วยลดอัตราการเกิดโรคนี้ได้ โดย HPV Center โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์ มิได้จัดตั้งขึ้นเพียงเพื่อ ให้บริการตรวจไวรัส HPV เท่านั้น แต่มีเป้าหมายที่จะ สนับสนุนและส่งเสริมงานวิจัย ตลอดจนการพัฒนาวิธีการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้สอดคล้องกับความต้องการ ของสตรีและระบบสาธารณสุขของประเทศ ดังนั้น องค์ความรู้ ที่รวบรวมจากประสบการณ์กว่า 20 ปีของงานบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตลอดจนผลงานวิจัยที่ทำมา อย่างต่อเนื่องจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและกำหนด แนวทางการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในอนาคต

สุดท้ายนี้ ผศ.นพ.ไพโรจน์ จรรยงค์ดีกุล ได้กล่าว ทิ้งท้ายว่า “การเปิด HPV Center โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของความพยายามที่จะมีส่วนร่วม สนับสนุนกับเป้าหมายสำคัญที่จะลดอัตราการเกิดมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีไทยให้บรรลุผล ซึ่งจะต้องได้รับความ ร่วมมือจากทุก ๆ ฝ่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน และยังคงมี ภารกิจอีกมากทั้งด้านบริการและงานวิจัยสนับสนุนที่จะนำ ไปสู่ความสำเร็จตามที่ได้มุ่งหวัง”



สารสาร

THE MEDICAL NEWS

วงการแพทย์

คณะที่ปรึกษาเกิดติดคักดี

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิชาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์
ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์
ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.นพ.บรรหาร กออันตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรรคนะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะระลิต

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิลัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนกุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกพร ขจรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ ลิขิตพิสิฐกุล

แฟกซ์ 0-2435-4025

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/16 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

๘๓ พระชนมพรรษา มหาราชินี
สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ

ไทยคงไทยทุกวันนี้ที่อยู่นั้น
องครักษ์ประมุขพร้อมมาอมคู่ขวัญ
สมเด็จพระแม่แห่งชาติดูตะวัน
ร่วมช่วยกันทรงทุ่มเททั้งกายใจ
พระเมตตาตั้งน้อมอุทิศ
บุบผิวันคืนให้ฟื้นได้
ทรงเหนียวจากพระเลิกละทิ้งไหมไกล
เพียงเพื่อไทยคงอยู่ดำรง
พระคุณแม่สิ้นเกล้าฯ เหลือกล่าวได้
สำนักในพระมหากรุณาประสงค์
ด้วยขจรรักภักดีน้อมอภิวาทนลง
ขอพระองค์ทรงพระเจริญเทอญ.



(สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร ร้อยกรอง)

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ:

ข้าพระพุทธเจ้าขอถวายพรแด่สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

ในเครือบริษัท สรรพสาร จำกัด

เราเป็นลูกพ่อหรือลูกแม่

ทุกคนยอมรับว่าเราเป็นลูกของพ่อและแม่ ยกเว้นเราเกิดจากการผสมเทียมที่อาจเอาไข่หรืออสุจิของคนอื่นมาผสมแทน มีคนสงสัยว่าตัวเราประกอบด้วยส่วนของพ่อและแม่เท่ากันหรือไม่ ความจริงเรามีส่วนประกอบของแม่มากกว่าของพ่อ ใน nuclease ของเซลล์ เราได้พันธุกรรมส่วนที่เป็น DNA ของพ่อเพียงครึ่งเดียว ส่วนอีกครึ่งเป็นของแม่ แต่ใน cytoplasm ซึ่งเป็นส่วนที่อยู่รอบ nuclease เป็นของแม่ทั้งหมดรวมทั้ง mitochondria ก็เป็นของแม่ แสดงว่าเรามีส่วนของแม่มากกว่าของพ่อ แต่การที่เราจะมีหน้าตา ผิวพรรณ และสติปัญญาอย่างไร ขึ้นอยู่กับพันธุกรรมของเราซึ่งมีทั้งของพ่อและแม่ ของใครจะเด่นกว่า ถึงแม้พันธุกรรมของเราจะเปลี่ยนแปลงไม่ได้เหมือนเขียนด้วยปากกาลบไม่ออก แต่พันธุกรรมของเราซึ่งมีอยู่มากมายจะแสดงออกอย่างไรขึ้นกับ epigenetics ซึ่งพันธุกรรมของเราเปิดปิดอันใด พันธุกรรมที่เราไม่ได้แสดงออกทุกอัน epigenetics นั้นเหมือนกับที่เขียนด้วยดินสอ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับการอบรมสั่งสอนและสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปลูกชายจะรักแม่มากกว่า ส่วนลูกสาวจะรักพ่อมากกว่า ในทางกลับกันแม้ว่าเราจะรักลูกเท่ากันทุกคน แต่มีแนวโน้มว่าแม่จะรักลูกชายมากกว่า ส่วนพ่อถึงแม้ว่าไม่ได้อุ้มท้องเหมือนแม่ แต่ก็รักลูกไม่น้อยกว่ากันเพราะสัจจตามความผูกพันทางสายเลือด คนที่มีลูกทั้งสองเพศจะพบว่าตอนแก้มักจะมีลูกสาวมาดูแลมากกว่าลูกชาย เพราะลูกชายมักจะออกไปดูแลครอบครัวของเขา ในสมัยก่อนคนชอบยกสมบัติให้ลูกชายหรือหลานที่เกิดจากลูกชาย ความจริงแล้วหลานที่เกิดจากลูกสาวนั้นเป็นหลานเราแน่ ๆ เพราะออกจากท้องลูกสาวเรา แต่ลูกที่เกิดจากลูกชายอาจไม่ใช่ลูกหลานของเราเลยก็ได้ มีเรื่องเล่าของประเทศได้เห็นว่า ผู้ชายที่ร่ำรวยผู้หนึ่งถึงแก่กรรม มีผู้หนึ่งคนหนึ่งมาร้องไห้บอกว่าผู้ชายคนนี้เป็นสามีเขาและมีลูกด้วยกัน แม่ผู้เลยขอให้ตรวจ DNA ปรากฏว่าเป็นลูกของลูกชายจริง เขาเลยขอให้ตรวจ DNA ของลูกเมียหลวงบ้าง ปรากฏว่าลูกของเมียหลวงไม่ใช่ลูกของลูกชายที่ตาย แม่ผู้เลยยกสมบัติให้ลูกเมียน้อยทั้งที่ตอนแรกเตรียมยกสมบัติให้ลูกเมียหลวงแล้ว เพราะฉะนั้นหลานที่เกิดจากลูกชายเราอาจจะไม่ใช่หลานแท้ ๆ ของเราก็ได้

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 443 วันที่ 1 - 15 สิงหาคม 2558



3 โลกกว้างทางแพทย์

- Palbociclib ในมะเร็งเต้านมตัวรับสัญญาณฮอร์โมนเป็นบวก
- การทำงานของปอดที่นำไปสู่ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ผลกระทบเบาหวานในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
- ค่าการพยากรณ์จากแรงบีบมือ

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ.ไทยพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในเมียนมาร์
เพิ่มบริการจิตเวชเด็ก
- กรมการแพทย์อบรมแพทย์ AEC มุ่งพัฒนาการบริการ
โรคหลอดเลือดสมองระดับนานาชาติ

9 Movement

10 ปกตินกะข่าว

สพส. เปิดรับฟังความเข้าใจข้อกฎหมาย
พ.ร.บ.คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558

11 ปกตินกะข่าว

นักศึกษาแพทยศาสตร์ มธ. คว่ำแชมป์โครงการส่งเสริมสุขภาพ
'อย่าปล่อยให้สเต็มเซลล์ลายนวล'

12 รายงานพิเศษ

"Let's Grow Project by PediaSure"
ปฏิบัติการหนูน้อยโตสมวัย

13 เกาะติดงานประชุม

Clinical Practices 2015: Case Based Pediatrics
เพิ่มพูนความรู้ในสาขากุมารเวชศาสตร์

14 In Focus

ความต้องการของแพทย์
ผู้ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์

17 Special

โรงพยาบาลรามาริบัติ
โรงพยาบาลต้นแบบในการลดเค็ม

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

แอลกอฮอล์ (ตอนที่ 1)

21 Get Up

- แผ่นชิปอวัยวะคว่ำรางวัลออกแบบในอังกฤษ
- อันตรายาเครื่องดื่มผสมน้ำตาลคร่าชีวิตร่วมสองแสนรายทั่วโลก
- เกมออนไลน์ไขประตูสู่อ้วน

23 หลากสีสัน

ผู้นำ

25 เสียงแพทย์

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวัง
(ตอนที่ 12)

การตรวจสอบการทุจริตประพฤติดังกล่าวของ สปสช. และข้อเสนอ
ในการแก้ปัญหา

27 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

เนื้อเยื่อสมองจำลองแบบดององค์ประกอบ

29 จุฬาปริทัศน์

Mind-body medicine

32 Systematic Review

โรคผิวหนังอักเสบ Seborrheic dermatitis

33 เฉพาะโรค

การป้องกันการติดเชื้อ HIV ก่อนการสัมผัสเชื้อ
(Pre-exposure prophylaxis of HIV infection)

37 มุมนี้พิเศษ

การผ่าศพที่เน่าแล้วก็มีพยาธิสภาพของสาเหตุที่ตายได้
(รายงานผู้ตาย 1 ราย)

41 R2R

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลดอยเต่า อ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่

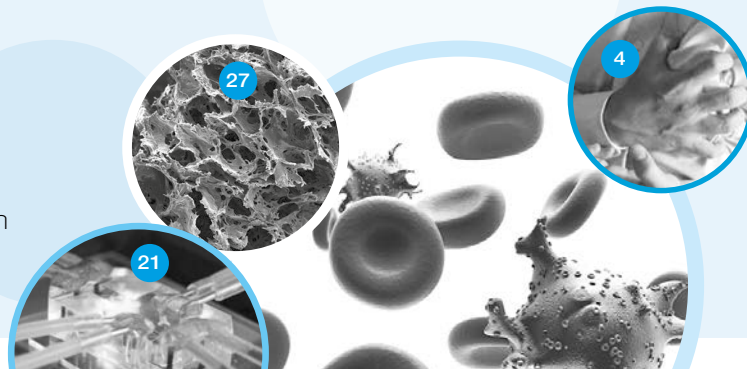
43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS

โรคติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ (Infectious Diseases
During Pregnancy) ตอนที่ 4

การติดเชื้อ Cytomegalovirus ในหญิงตั้งครรภ์





การทำงานของปอดที่นำไปสู่ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

N Engl J Med 2015;373:111-122.

บทความเรื่อง Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease รายงานว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชื่อกันว่าเป็นผลจากการเสื่อมลงอย่างรวดเร็วของ forced expiratory volume in 1 second (FEV₁) แต่ก็อาจเป็นไปได้ว่าการเสื่อมลงตามปกติของ FEV₁ ก็อาจนำไปสู่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ที่ FEV₁ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

การศึกษาได้จำแนกผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม (Framingham Offspring Cohort, Copenhagen City Heart Study และ Lovelace Smokers Cohort) ตามการทำงานของปอด (FEV₁ ≥ 80% หรือ < 80% ของค่าพยากรณ์) ที่ระยะเริ่มต้น (ค่าเฉลี่ยอายุผู้ป่วยประมาณ 40 ปี) และการพบหรือไม่พบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นัดครั้งสุดท้าย จากนั้นจึงได้ประเมินอัตราการเสื่อมลงของ FEV₁ ตามระยะเวลาในกลุ่มตัวอย่างตาม FEV₁ ที่ระยะเริ่มต้น และสถานะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่าง 657 ราย ซึ่งมี FEV₁ ต่ำกว่า 80% ของค่าพยากรณ์ก่อนอายุ 40 ปี พบว่า 174 ราย (26%) เกิดปอดอุดกั้นเรื้อรังหลัง 22 ปีของการเฝ้าสังเกตการณ์ ขณะที่ในกลุ่มตัวอย่าง 2207 ราย ซึ่งมี FEV₁ พื้นฐานอย่างน้อย 80% ของค่าพยากรณ์ก่อนอายุ 40 ปี พบว่า 158 ราย (7%) เกิดปอดอุดกั้นเรื้อรังหลัง 22 ปีของการเฝ้าสังเกตการณ์ (p < 0.001) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง 332 รายซึ่งเกิดปอดอุดกั้น

เรื้อรังเมื่อสิ้นสุดการเฝ้าสังเกตการณ์มี FEV₁ เป็นปกติก่อนอายุ 40 ปี และเสื่อมลงอย่างรวดเร็วหลังจากนั้น โดยมีค่าเฉลี่ย (± SD) ของการเสื่อมลงเท่ากับ 53 ± 21 มิลลิลิตรต่อปี และที่เหลือนีมีระดับ FEV₁ ต่ำในช่วงต้นวัยผู้ใหญ่ และมีค่าเฉลี่ยการเสื่อมลงของ FEV₁ หลังจากนั้นเท่ากับ 27 ± 18 มิลลิลิตรต่อปี (p < 0.001) แม้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ต่างกัน

ข้อมูลจากการศึกษาเสนอแนะว่า ระดับ FEV₁ ที่ต่ำในช่วงต้นวัยผู้ใหญ่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการเสื่อมลงอย่างรวดเร็วของ FEV₁ ไม่ได้เชื่อมโยงกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



ผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาวจาก SVT

JAMA Intern Med. Published online July 13, 2015.

บทความเรื่อง Long-Term Clinical Outcomes of Splanchnic Vein Thrombosis: Results of an International Registry ซึ่งยังคงมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาวในผู้ป่วย splanchnic vein thrombosis (SVT) ซึ่งการศึกษานี้ได้ประเมินอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดลิ่มเลือด และการตายในผู้ป่วย SVT

การศึกษามีขึ้นระหว่างวันที่ 2 พฤษภาคม ค.ศ. 2008 ถึงวันที่ 30 มกราคม ค.ศ. 2014 และการติดตามผลระยะยาว 2 ปีเสร็จสิ้นในวันที่ 30 มกราคม ค.ศ. 2014 โดยวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 2014 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2015 กลุ่มตัวอย่าง 604 รายเป็นผู้ป่วยที่ตรวจพบ SVT และไม่มีเกณฑ์การคัดออก การศึกษาได้รวบรวมข้อมูลลักษณะพื้นฐาน ปัจจัยเสี่ยง และการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด โดยบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างการติดตามและทบทวนโดยกรรมการกลาง

มาตรฐานผลลัพธ์ได้แก่ เลือดออกรุนแรงประเมินจาก International Society on Thrombosis and Hemostasis, เลือดออกที่ต้องเข้าโรงพยาบาล, การเกิดลิ่มเลือด รวมถึงลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง และอัตราตายทุกสาเหตุ

จากผู้ป่วย 604 ราย (อายุมัธยฐาน 54 ปี โดย 62.6% เป็นชาย) พบว่า 21 ราย (3.5%) ไม่เข้าร่วมจนสิ้นสุดการติดตาม ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยสำหรับ SVT ได้แก่ ตับแข็ง (167 รายจาก 600 ราย [27.8%]) และมะเร็งที่เป็นก้อน (136 รายจาก 600 ราย [22.7%]) โดยตำแหน่งที่มักพบการอุดตันคือ portal vein

(465 รายจาก 604 ราย [77.0%]) และ mesenteric veins (266 รายจาก 604 ราย [44.0%]) ผู้ป่วย 465 รายจากทั้งหมด (77.0%) ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเฉลี่ย 13.9 เดือน โดยผู้ป่วย 175 ราย (37.6%) ได้รับ parenteral treatment อย่างเดียว และ 290 ราย (62.4%) ได้รับ vitamin K antagonists อัตราอุบัติการณ์ (ด้วย 95% CIs) เท่ากับ 3.8 per 100 patient-years (2.7-5.2) สำหรับเลือดออกรุนแรง, 7.3 per 100 patient-years (5.8-9.3) สำหรับการเกิดลิ่มเลือด และ 10.3 per 100 patient-years (8.5-12.5) สำหรับการตายทุกสาเหตุ อัตราระหว่างได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเท่ากับ 3.9 per 100 patient-years (2.6-6.0) สำหรับเลือดออกรุนแรง และ 5.6 per 100 patient-years (3.9-8.0) สำหรับการเกิดลิ่มเลือด และมีอัตราเท่ากับ 1.0 per 100 patient-years (0.3-4.2) และ 10.5 per 100 patient-years (6.8-16.3) หลังหยุดยา อัตราที่สูงที่สุดสำหรับเลือดออกรุนแรงและการเกิดลิ่มเลือดระหว่างการศึกษานี้ทั้งหมดพบในผู้ป่วยตับแข็ง (10.0 per 100 patient-years [6.6-15.1] และ 11.3 per 100 patient-years [7.7-16.8] ตามลำดับ) ขณะที่อัตราที่ต่ำที่สุดพบในผู้ป่วยซึ่ง SVT เป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงชั่วคราว (0.5 per 100 patient-years [0.1-3.7] และ 3.2 per 100 patient-years [1.4-7.0] ตามลำดับ)

ผู้ป่วย SVT ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงสูงต่อลิ่มเลือดในระยะยาว ในผู้ป่วยตับแข็งจะต้องชั่งน้ำหนักความเสี่ยงดังกล่าวกับความเสี่ยงที่สูงของเลือดออกรุนแรง ขณะที่การรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะปลอดภัยและมีประสิทธิภาพดีในผู้ป่วย SVT ส่วนใหญ่

ผลกระทบเบาหวานในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

Circulation. Published online before print July 7, 2015.

บทความเรื่อง Impact of Diabetes on Hospitalization for Heart Failure, Cardiovascular Events, and Death: Outcomes at 4 Years from the REACH Registry รายงานว่า แม้ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานและเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นที่ทราบกันดีแล้ว แต่ก็ยังคงมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับผลลัพธ์ระยะยาวจากการศึกษาในผู้ป่วยระยะเรื้อรัง การศึกษานี้จึงได้ติดตามผลลัพธ์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ 4 ปี และระบุตัวพยากรณ์ของเหตุการณ์ดังกล่าวในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ทะเบียน REACH เป็นทะเบียนระหว่างประเทศซึ่งรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยความเสี่ยงสูงต่อลิ้มเลือดอุดตันหรือมีลิ้มเลือดอุดตัน อัตราอุบัติการณ์ที่ 4 ปีในผู้ป่วยเบาหวานประเมินด้วยวิธี corrected group prognosis method จากผู้ป่วย 45,224 รายในทะเบียน REACH ซึ่งได้ติดตามที่ 4 ปี พบว่า 43.6% (n = 19,699) มีโรคเบาหวานที่พื้นฐาน อัตราเสี่ยงโดยรวม

ต่อการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด, กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิต หรือสโตรคที่ไม่ถึงแก่ชีวิตสูงกว่าในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน (16.5% vs 13.1%, HRadj 1.27, 95% CI 1.19-1.35) นอกจากนี้ยังพบอัตราที่สูงขึ้นทั้งการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (8.9% vs 6.0%, HRadj 1.38, 95% CI 1.26-1.52) และการตายรวม (14.3% vs 9.9%, HRadj 1.40, 95% CI 1.30-1.51) และโรคเบาหวานสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้น 33% ต่อการเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากหัวใจล้มเหลว (9.4% vs 5.9%, ORadj 1.33, 95% CI 1.18-1.50) และในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานพบว่า หัวใจล้มเหลวที่พื้นฐานสัมพันธ์โดยอิสระกับการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (HRadj 2.45, 95% CI 2.17-2.77; p < 0.001) และควรเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากหัวใจล้มเหลว (ORadj 4.72, 95% CI 4.22-5.29; p < 0.001)

โรคเบาหวานทำให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อการตาย การขาดเลือด และหัวใจล้มเหลว และผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและหัวใจล้มเหลวมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งชี้ให้เห็นความจำเป็นของการรักษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงดังกล่าว

ปัจจัยเสี่ยงการตายคลอดเกิดซ้ำ

BMJ 2015;350:h3080.

บทความเรื่อง Risk of Recurrent Stillbirth: Systematic Review and Meta-Analysis รายงานข้อมูลการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis จากการศึกษา cohort และ case-control studies เพื่อประเมินความเสี่ยงของการตายคลอดเกิดซ้ำ

ข้อมูลในการศึกษาได้จากฐานข้อมูล Embase, Medline, Cochrane Library, PubMed, CINAHL และ Scopus รวมถึงสืบค้นจากแหล่งข้อมูลในอินเทอร์เน็ตและรายการอ้างอิงของงานวิจัยที่นำมาศึกษาและติดต่อกับผู้พิมพ์เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์มีรูปแบบเป็น cohort และ case-control studies ซึ่งศึกษาในประเทศพัฒนาแล้ว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตายคลอดในการตั้งครรภ์ครั้งก่อนและความเสี่ยงการตายคลอดในครรภ์ที่ 2 การตายคลอดประเมินจากการ

ตายของทารกในครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกเกิดอย่างน้อย 400 กรัม ผลลัพธ์

งานวิจัยที่นำมาศึกษาได้รวมด้วย random effects meta-analyses และวิเคราะห์ subgroup analysis ในการศึกษาซึ่งศึกษาการตายคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ

มีการศึกษาแบบ cohort studies

13 การศึกษา และ case-control studies

3 การศึกษาที่สอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือกและนำมาวิเคราะห์ใน meta-analysis ข้อมูลในการศึกษาครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีอายุครรภ์เกิน 30 สัปดาห์ จำนวน 3,412,079 ราย ในจำนวนนี้ 3,387,538 ราย (99.3%) เคยคลอดทารกมีชีวิต และ 24,541 ราย (0.7%) เคยคลอดทารกตายคลอด โดยรวมพบการตายคลอด 14,283 รายจากการตั้งครรภ์ที่ 2 แบ่งเป็น 606/24,541 ราย (2.5%) ในผู้หญิงที่มีประวัติตายคลอด และ 13,677/3,387,538 ราย (0.4%) ในผู้หญิงที่ไม่มีประวัติ (pooled odds ratio 4.83, 95% CI 3.77-6.18) มีการศึกษาที่ประเมินความเสี่ยงการตายคลอดในการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 รวม 12 การศึกษา ซึ่งเมื่อเทียบกับผู้หญิงที่มีประวัติคลอดทารกมีชีวิตจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกพบว่า ผู้ที่มีประวัติตายคลอดมีแนวโน้มสูงกว่าราว 5 เท่าต่อการตายคลอดในครรภ์ที่ 2 (odds ratio 4.77, 95% CI 3.70-6.15) โดย pooled odds ratio จากมาตรวัดผลลัพธ์ที่ปรับแล้วจาก primary studies เท่ากับ 3.38 (95% CI 2.61-4.38) อีกด้านหนึ่งมีการศึกษาความเสี่ยงการเกิดซ้ำของการตายคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุรวม 4 การศึกษา แต่ไม่สามารถรวมผลลัพธ์จากการศึกษาได้เนื่องจากความต่างด้านระเบียบวิธีวิจัย

ความเสี่ยงการตายคลอดในครรภ์ต่อมาสูงขึ้นในผู้หญิงที่มีประวัติการตายคลอดในครรภ์แรก และความเสี่ยงที่สูงขึ้นนี้ยังคงที่ภายหลังการวิเคราะห์ และยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับความเสี่ยงการเกิดซ้ำของการตายคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ

ค่าการพยากรณ์จากแรงบีบมือ

Lancet. 2015;386(9990):266-273.

บทความเรื่อง Prognostic Value of Grip Strength: Findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study รายงานว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อซึ่งประเมินจากแรงบีบมือที่ต่ำลงสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นของการตายทุกสาเหตุและการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด การจำแนกความเสี่ยงการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแรงบีบมือนี้เป็นที่น่ายินดีศึกษาเนื่องจากทำได้ง่าย รวดเร็ว และด้วยต้นทุนที่ต่ำ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับค่าการพยากรณ์ของแรงบีบมือตามจำนวนและพิสัยของประชากรและตัวแปรอื่นในการศึกษา นี้ได้ประเมินความสำคัญด้านการพยากรณ์ของการวัดแรงบีบมือในหลายประเทศซึ่งมีแตกต่างกันทั้งด้านสังคม-วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ

การศึกษา Prospective Urban-Rural Epidemiology (PURE) ได้ศึกษาใน 17 ประเทศซึ่งมีเศรษฐกิจและสังคม-วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน การศึกษารวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งครอบคลุมวัยมีสมาชิกอายุระหว่าง 35-70 ปีอย่างน้อยหนึ่งคน และครอบคลุมประเทศจะพำนักในบ้านเลขที่เดิมอีก 4 ปี การศึกษาได้ประเมินแรงบีบมือวัดจาก Jamar dynamometer และระหว่างมัธยฐานการติดตาม 4.0 ปี (IQR 2.9-5.1) ได้ประเมิน

การตายทุกสาเหตุ, การตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด, การตายด้วยสาเหตุอื่นนอกเหนือจากโรคหัวใจและหลอดเลือด, กล้ามเนื้อหัวใจตาย, สโตรค, เบาหวาน, มะเร็ง, ปอดอักเสบ, เข้าโรงพยาบาลเนื่องจากปอดอักเสบหรือปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), เข้าโรงพยาบาลเนื่องจากโรคทางเดินหายใจ (รวมถึง COPD, หอบหืด, วัณโรค และปอดอักเสบ), บาดเจ็บเนื่องจากหกล้ม และกระดูกหัก

ระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2003 ถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2009 มีผู้เข้าร่วมในการศึกษา PURE รวม 142,861 ราย โดยวิเคราะห์ข้อมูลจาก 139,691 รายซึ่งยังคงมีชีวิตอยู่ ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 4.0 ปี (IQR 2.9-5.1) พบว่า 3,379 ราย (2%) จาก 139,691 รายเสียชีวิต ภายหลังการปรับพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแรงบีบมือและผลลัพธ์แต่ละด้าน ยกเว้นโรคมะเร็งและการเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากโรคทางเดินหายใจมีผลใกล้เคียงกันในแต่ละประเทศ แรงบีบมือมีความสัมพันธ์แบบกลับต่อการตายทุกสาเหตุ (hazard ratio ต่อแรงบีบที่ลดลง 5 กิโลกรัมเท่ากับ 1.16, 95% CI 1.13-1.20; $p < 0.0001$), การตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (1.17, 1.11-1.24; $p < 0.0001$), การตายด้วยสาเหตุอื่นนอกเหนือจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (1.17, 1.12-1.21; $p < 0.0001$), กล้ามเนื้อหัวใจตาย (1.07, 1.02-1.11; $p = 0.002$) และสโตรค (1.09, 1.05-1.15; $p < 0.0001$) และแรงบีบมือเป็นตัวพยากรณ์การตายทุกสาเหตุและการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เห็นชัดกว่าความดันซิสโตลิกจากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างแรงบีบมือและโรคเบาหวาน, ความเสี่ยงการเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากปอดอักเสบหรือ COPD, การบาดเจ็บจากหกล้ม หรือกระดูกหัก ในประเทศรายได้สูงพบว่า ความเสี่ยงต่อมะเร็งและแรงบีบมือมีความสัมพันธ์เป็นบวก (0.916, 0.880-0.953; $p < 0.0001$) แต่ความสัมพันธ์นี้ไม่พบในประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ

การศึกษานี้เสนอแนะว่า การวัดแรงบีบมือเป็นวิธีประเมินความเสี่ยงการตายทุกสาเหตุ, การตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ทำได้ง่ายและมีต้นทุนไม่สูง และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อระบุปัจจัยกำหนดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ รวมถึงทดสอบว่าการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดการตายและโรคหัวใจและหลอดเลือดได้หรือไม่



ความเสี่ยงเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ใชยาต้านซึมเศร้าร่วมกับ NSAIDs

BMJ 2015;351:h3517.

บทความเรื่อง Risk of Intracranial Haemorrhage in Antidepressant Users with Concurrent Use of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: Nationwide Propensity Score Matched Study ได้ศึกษาความเสี่ยงเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคซึมเศร้าและยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านซึมเศร้าแต่ไม่ได้รับ NSAIDs

ข้อมูลในการศึกษาได้จากฐานข้อมูลประกันสุขภาพทั่วประเทศของเกาหลีใต้ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2009 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2013 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านซึมเศร้าเป็นครั้งแรก (index date) โดยไม่มีประวัติได้รับยาด้านซึมเศร้าในปีก่อนหน้า และคัดผู้ป่วยที่ตรวจพบโรคหลอดเลือดสมองภายในหนึ่งปีก่อน index date ออกจากการศึกษา

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ระยะเวลาจนถึงเข้าโรงพยาบาลครั้งแรกเนื่องจากเลือดออกภายใน

กะโหลกศีรษะภายใน 30 วันหลังได้รับยา โดยเปรียบเทียบความเสี่ยงเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านซึมเศร้าร่วมกับ NSAIDs และได้รับยาด้านซึมเศร้าอย่างเดียวด้วยตัวแบบ matched Cox regression models หลังจับคู่คะแนนความโน้มเอียงด้วยอัตราส่วน 1:1

มีผู้ป่วยที่รวมอยู่ในการวิเคราะห์ 4,145,226 รายหลังการประมาณและจับคู่คะแนนความโน้มเอียงในอัตราส่วน 1:1 ความเสี่ยงระยะ 30 วันต่อเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะระหว่างช่วงการศึกษาทั้งหมดสูงกว่าสำหรับการใช้ยาด้านซึมเศร้าร่วมกับ NSAIDs เทียบกับการใช้ยาด้านซึมเศร้าโดยไม่ได้ใช้ NSAIDs (hazard ratio 1.6, 95% CI

1.32-1.85) และไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติด้านความเสี่ยงต่อเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะจากยาด้านซึมเศร้าแต่ละกลุ่ม

การใช้ยาด้านซึมเศร้าร่วมกับ NSAIDs สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นของเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะภายใน 30 วันนับจากใช้ร่วมกัน



สร.ไทยพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในเมียนมาร์ เพิ่มบริการจิตเวชเด็ก

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงแผนปฏิบัติการความร่วมมือพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างไทย-เมียนมาร์ พ.ศ. 2559-2561 ตามกรอบบันทึกความร่วมมือที่ได้ลงนามก่อนหน้าเมื่อปี พ.ศ. 2556 ว่า ความร่วมมือที่จะดำเนินการในปี พ.ศ. 2558-2559 มี 2 เรื่องคือ 1. งานบริการด้านสุขภาพจิตที่ทางเมียนมาร์ต้องการเพิ่มบริการให้ครอบคลุมเขตเมืองและชนบท รวมทั้งเพิ่มงานจิตเวชเด็ก คัดกรองพัฒนาการเด็ก การรักษาผู้ป่วยจิตเวชและงานสุขภาพจิตชุมชน 2. การฝึกอบรมบุคลากรด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเน้นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจเชื้อวัณโรคด้วยวิธีใหม่ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การอนามัยโลกและกองทุนโลกเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ วัณโรค และ

มาลาเรีย สำหรับการทำงานตามแผนปฏิบัติการฯ พ.ศ. 2559-2561 ที่จะเร่งรัดดำเนินการโดยเร็วคือ การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข 5 แห่งตามแนวชายแดนในเขตเมียนมาร์ แห่งแรกคือ โรงพยาบาลพญาตองซู อยู่ตรงข้ามด่านเจดีย์สามองค์ จ.กาญจนบุรี และสถานอนามัยอีก 4 แห่งคือ บ้านโอเคเคีย จ.เมียวดี ชายแดน อ.อุ้มผาง จ.ตาก, บ้านยาเลียะ จ.เมียวดี ชายแดน อ.แม่ระมาด จ.ตาก, บ้านแม่ใจ จ.ยองข่า และบ้านปลาขาว จ.ท่าขี้เหล็ก ชายแดน อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย



สร.เตรียม 5 มาตรการสกัดไข้เลือดออก หลังพบผู้เสียชีวิตแล้ว 26 ราย

นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคของสำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-วันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 35,591 ราย เสียชีวิต 26 ราย โดยมีการคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2558 จะพบผู้ป่วยทั้งปี 60,000-70,000 ราย และมีมาตรการรองรับการระบาดของโรคไข้เลือดออก 5 มาตรการ ดังนี้ 1. จัดทำ MOU เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกับหน่วยงาน 8 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุตสาหกรรม และกรุงเทพมหานคร โดยมุ่งเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง 2. มีการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อแจ้งเตือนประชาชนให้ทราบสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน วิธีการป้องกันตนเอง และการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านและชุมชน รวมถึงการปฏิบัติเมื่อมีผู้ป่วยหรือสงสัยว่าป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก 3. การควบคุมการระบาด

ของโรคในพื้นที่โดยทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ในระดับตำบล ใช้วิธีการพ่นเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัยในบ้านผู้ป่วยและรอบบ้านผู้ป่วยในรัศมีอย่างน้อย 100 เมตร รวมถึงกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านผู้ป่วยและรอบบ้านผู้ป่วยในรัศมีอย่างน้อย

100 เมตร 4. เปิดวอร์รูม (War room)

ในพื้นที่ระบาดที่มีสถานการณ์การพบผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อติดตามสถานการณ์ และพิจารณาสั่งการโดยนายอำเภอหรือผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อขอความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาการระบาด และ 5. เตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการเสียชีวิต



กรมการแพทย์อบรมแพทย์ AEC มุ่งพัฒนาการบริการโรคหลอดเลือดสมองระดับนานาชาติ

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวถึงการจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์นานาชาติเพื่อถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีด้านการรักษาโรคหลอดเลือดสมองว่า โรคหลอดเลือดสมอง หรือเรียกว่า Stroke เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติพบว่าทุก ๆ ปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 50,000 รายต่อปี คิดเป็นชั่วโมงละ 6 ราย ส่วนที่รอดชีวิตมีความพิการทุกระดับถึงร้อยละ 60 และที่สำคัญที่สุดเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันทุก 1 นาที เซลล์สมองตายถึง 2 ล้านเซลล์ หรือ 1 ชั่วโมง สมองเสื่อมลงเท่ากับ 3.4 ปี ดังนั้น การที่ผู้ป่วยมารักษาเร็วเท่าไร จะลดการสูญเสียทางสมองได้มากเท่านั้น และจากผลการศึกษาวิจัยแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นั้น พบว่าการจัดตั้ง Stroke unit และการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำสามารถลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาระยะยาว กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันประสาทวิทยา เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการศึกษาวิจัย พัฒนา ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี รวมถึงมีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท จึงได้จัดโครงการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์นานาชาติเพื่อการจัดตั้ง Stroke service: stroke unit and stroke fast track เพื่อถ่ายทอดความรู้ด้านระบบประสาทแก่แพทย์และพยาบาลจากประเทศต่าง ๆ อาทิ จากสหภาพเมียนมาร์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม ให้สามารถจัดบริการโรคหลอดเลือดสมองหรือจัดตั้ง Stroke unit ได้ ซึ่งจะเป็นการสร้างเครือข่ายในระดับนานาชาติ เพื่อให้เกิดการพัฒนา ร่วมกันในการศึกษาวิจัย แลกเปลี่ยนความรู้ ถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ ใหม่ ๆ ระหว่างกันต่อไปในอนาคต



สร.พัฒนา ร.พ.ห้วยเก็งเป็นโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย บริการคู่ขนานกับแผนปัจจุบัน

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนายกระดับโรงพยาบาลห้วยเก็ง เป็น 1 ใน 21 โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยแห่งใหม่ประจำปี พ.ศ. 2558 เปิดบริการรักษา

ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน รักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เช่น นวด อบ ประคบ ฟังเข็ม การฟื้นฟูสภาพ ในโรคเรื้อรังในแต่ละวันมีผู้ป่วยเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกวันละประมาณ 100 คน โดยผู้ป่วยร้อยละ 50 เลือกใช้บริการแบบแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่เป็นโรคปวดเมื่อยจากการทำงาน ในส่วนผู้ป่วยในที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล เน้นการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังซับซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต มีผู้ป่วยเข้ารับรักษา 25 คน ขณะนี้รักษาฟื้นฟูด้วยแพทย์แผนไทยให้กลับมาพูดได้และเดินได้แล้ว 6 คน ผู้รับบริการพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 โดยมีการใช้ยาสมุนไพรสำเร็จรูปรักษาโรค เช่น โรคทางเดินหายใจ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มียาสมุนไพรในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติรวม 43 รายการ ยาสมุนไพรแห้ง 125 รายการ ยาสมุนไพรชนิดตำรับ 5 ตำรับ ผู้ป่วยยอมรับการใช้ยาสมุนไพรมาก ลดการใช้ยาแผนปัจจุบันมากกว่าร้อยละ 15 และผลิตสมุนไพรใช้ภายนอก เช่น ลูกประคบแห้ง ชี้ผึ้ง เกล็ดพังพอน พิมเสนน้ำ และน้ำมันไพล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และมีแผนพัฒนาโรงงานผลิตยาสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน GMP



“การใช้สถิติเพื่อควบคุมกระบวนการ” (Statistical Process Control Chart: SPCC)

งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การใช้สถิติเพื่อควบคุมกระบวนการ” (Statistical Process Control Chart: SPCC) ในวันจันทร์ที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2558 ณ ห้องอบรมคอมพิวเตอร์ อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำสถิตินี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดการอบรมและสมัครออนไลน์ที่ www.sirirajconference.com สอบถามเพิ่มเติม: คุณวัฒน์ สมบุญสา งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ โทรศัพท์ 0-2419-8300 หรือ 0-2419-8418 กด 0 E-mail: siriraj.spcc2558@gmail.com



งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
เชิญชวนผู้สนใจเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง

การใช้สถิติเพื่อควบคุมกระบวนการ (Statistical Process Control Chart : SPCC)

วันจันทร์ที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2558 เวลา 8.30 น. – 16.00 น.

กลุ่มเป้าหมาย
ผู้บริหารระดับ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทั่วไปที่สนใจ
การใช้ Statistical Process Control Chart เพื่อการพัฒนา
งานของตน ผู้เข้าอบรมสามารถใช้ Microsoft Excel เบื้องต้นได้

เนื้อหา
1. หลักการและแนวคิด Statistical Process Control Chart
2. การแปลผล Control Chart รูปแบบต่างๆ
3. ฝึกปฏิบัติการสร้าง Control Chart โดยโปรแกรม Minitab

ทีมวิทยากร รศ. นพ.เชิดชัย นพรัตน์ศิริเลิศ และทีมงานบริหารทรัพยากรสุขภาพ

ผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 90 คน
บุคลากรภายในคณะฯ จำนวน 45 คน
บุคคลภายนอกคณะฯ จำนวน 45 คน

อบรม ณ ห้องอบรมคอมพิวเตอร์ อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 6
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ค่าลงทะเบียน ท่านละ 2,000 บาท
นมดเชยได้รับสมัคร 1 กันยายน 2558

ผู้สนใจดูรายละเอียดและสมัครออนไลน์ได้ที่ www.sirirajconference.com
สอบถามเพิ่มเติม: คุณวัฒน์ สมบุญสา งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ
โทร 0-2419-8300 หรือ 0-2419-8418 กด 0 E-mail : siriraj.spcc2558@gmail.com

SiTEC-CTM: Crisis Team Management

ศูนย์ฝึกอบรมทักษะหัตถการทางการแพทย์ศิริราช (ศูนย์ SiTEC) งานการศึกษาระดับหลังปริญญา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยคณาจารย์แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนด้วย Simulation จึงกำหนดจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติ เรื่อง “SiTEC-CTM: Crisis Team Management” (การใช้ Simulation เพื่อฝึกการบริหารจัดการทีมในสภาวะวิกฤต) ระหว่างวันที่ 29-30 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ณ ศูนย์ SiMSET ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น 10 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้สนใจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์ฝึกอบรมทักษะหัตถการทางการแพทย์ศิริราช (ศูนย์ SiTEC) งานการศึกษาระดับหลังปริญญา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ติดต่อ คุณพรพรรณ เลิศปิยะศิริพงศ์ โทรศัพท์ 0-2419-6435-6, 081-822-9250 E-mail: sitec.sim@gmail.com



ศูนย์ฝึกอบรมทักษะหัตถการทางการแพทย์ศิริราช (ศูนย์ SiTEC)
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

SiTEC Simulation 2015

SiTEC CTM: Crisis Team Management

29-30 ต.ค. 2558

สบส. เปิดรับฟังความเข้าใจข้อกฎหมาย พ.ร.บ.คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 และอนุบัญญัติ” เพื่อให้สถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล มีการดำเนินงานและกระบวนการที่ถูกต้องตามกฎหมาย

นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เปิดเผยว่า กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีภารกิจหลักในการควบคุมกำกับ รับรองมาตรฐาน และบังคับใช้กฎหมายการคุ้มครองผู้บริโภคนด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และ พ.ร.บ.คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยาก สามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะการมีบุตรยากมีบุตรได้ โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เป็นการกำหนดสถานะความเป็นบิดามารดาที่สอดคล้องกฎหมายของเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ให้เหมาะสม ตลอดจนควบคุมการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เกี่ยวกับตัวอ่อนและเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ห้ามมิให้มีการนำไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้เล็งเห็นความสำคัญจึงได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 และอนุบัญญัติ” ขึ้นเพื่อชี้แจงรายละเอียดตามบทบัญญัติของกฎหมาย



นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์



นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล



รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเกี่ยวกับอนุบัญญัติ (กฎหมายลูก) ที่จะประกาศและบังคับใช้ร่วมกับพระราชบัญญัติดังกล่าว และให้ความรู้ สร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รับทราบ เพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ด้าน **นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล ผู้ช่วยอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผู้อำนวยการกองกฎหมาย** กล่าวว่า ในส่วนของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพทำหน้าที่เป็นเลขานุการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ในการจัดประชุมครั้งนี้เพื่อให้สถานพยาบาลรัฐและเอกชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 เพื่อนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีมาตรฐานตามข้อกำหนดของกฎหมาย รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นต่ออนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย ผู้แทนจากแพทยสภา ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย สถาบันการศึกษา กระทรวงมหาดไทย และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมีผู้เข้าร่วมการประชุมประกอบด้วย ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลภาคเอกชน ผู้แทนจากโรงพยาบาลภาครัฐทุกสังกัด ผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 250 คน เพื่อนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีมาตรฐานตามข้อกำหนดของกฎหมายโดยเคร่งครัด



นักศึกษาแพทยศาสตร์ มร. คว่ำแชมป์โครงการส่งเสริมสุขภาพ 'อย่าปล่อยให้สเตียรอยด์ลอยนวล'

นักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ นำโครงการ “Don't Let Steroid Be free! อย่าปล่อยให้สเตียรอยด์ลอยนวล” คว่ำรางวัลชนะเลิศ และรางวัลโครงการขวัญใจมหาชนจากสถาบันอุดมศึกษาทั่วประเทศ ในเวทีการแข่งขัน IFMSA-Boot Camp จัดโดยสมาพันธ์นิสิตนักศึกษาแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย

รศ.ปนัดดา โธณพิบูลสถิตย์ รองคณบดีฝ่ายการนักศึกษา และสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เปิดเผยว่า สมาพันธ์นิสิตนักศึกษาแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย (IFMSA-Thailand) ซึ่งเป็นองค์กรตัวแทนนักศึกษาแพทย์ในประเทศไทยที่มุ่งสนับสนุนให้นักศึกษาแพทย์มีบทบาทในการแก้ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ได้จัดการแข่งขันโครงการ IFMSA-Boot Camp โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาแพทย์ไทยให้สามารถสร้างและบริหารโครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อสังคมในวงกว้าง โดยผลการประกวด รางวัลชนะเลิศ ได้แก่ โครงการ “Don't Let Steroid Be free! อย่าปล่อยให้สเตียรอยด์ลอยนวล” ของทีมนักศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รองชนะเลิศอันดับ 1 ได้แก่ โครงการ “A Students' Quest: Bringing Happiness to the Diabetic Elderly” จากวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รองชนะเลิศอันดับ 2 มี 2 โครงการ ได้แก่ โครงการ “Destigma in Mental Illness Patients” จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และโครงการ “HTCs (healthy teen credits)” จากวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยมีสถาบันอุดมศึกษาที่เข้าร่วมแข่งขันจำนวน 11 ทีม จาก 11 สถาบัน

สำหรับ โครงการ “Don't Let Steroid Be free! อย่าปล่อยให้สเตียรอยด์ลอยนวล” ของทีมนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทีมชนะเลิศ นำโดย นายณัฐวุฒิ บุญสอาด, น.ส.มธุรส ทิมสุวรรณ และนายภูริเดช เอ่งฉ้วน นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 โดยมี รศ.ปนัดดา โธณพิบูลสถิตย์ และ รศ.ดร.อรุณพร อธิรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงโทษของการรับประทานยาแผนโบราณที่ขายตามท้องตลาด ซึ่งอาจได้รับปริมาณสเตียรอยด์เกินมาตรฐาน และแนะนำวิธีการเลือกซื้อยาแผนโบราณที่ถูกต้อง ซึ่งโครงการนี้นอกจากจะได้รับรางวัลชนะเลิศแล้ว ยังได้รับรางวัลโครงการขวัญใจมหาชนจากการลงคะแนนของผู้เข้าร่วมแข่งขันอีกด้วย



นายณัฐวุฒิ บุญสอาด นักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กล่าวว่า “ในการวิจัย พวกเราได้ลงพื้นที่ในตลาดย่านรอบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต เพื่อหาตัวอย่างและนำมาตรวจสอบหาปริมาณสเตียรอยด์พบว่ามียาที่มีองค์ประกอบของสเตียรอยด์ในปริมาณเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งแม้ว่าสเตียรอยด์จะมีประโยชน์ในการรักษาโรค แต่เนื่องจากเป็นยาที่มีผลข้างเคียงสูง หากใช้ไม่ถูกวิธีอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จึงได้จัดทำโครงการประชาสัมพันธ์ถึงความรู้เกี่ยวกับสเตียรอยด์และเผยแพร่ในงานครบรอบ 25 ปี สถาปนาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ที่ผ่านมา และได้ทำการแจกแบบสอบถามถึงความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสเตียรอยด์กับประชาชนที่มารับฟังข้อมูลในวันนั้น โดยผลจากแบบสอบถามพบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคสเตียรอยด์เพิ่มขึ้น 11.66% และมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสเตียรอยด์เพิ่มขึ้น 17.62% นอกจากนี้ยังได้จัดทำใบความรู้ให้ประชาชนได้นำกลับไปศึกษาข้อมูลอีกด้วย”

“Let’s Grow Project by PediaSure”

ปฏิบัติการหนูน้อยโตสมวัย



นายพิน คี แลม



นพ.พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์

ในปัจจุบันกว่า 30% ของเด็กอายุระหว่าง 2-4 ปี มีพฤติกรรมรับประทานผิดปกติ ส่งผลต่อการเจริญเติบโต และการพัฒนาของเด็กทั้งการพัฒนาทางกายภาพ (น้ำหนักและส่วนสูง) และการพัฒนาทางจิตใจ (IQ และ EQ) ซึ่งปัญหาทั้ง 2 ด้านนี้จะรุนแรงขึ้นเมื่อเด็กโตขึ้น โดยอาจส่งผลถึงพฤติกรรม การปรับตัวเข้าสังคม

บริษัท แอ็บบอต ผู้นำในด้านโภชนาการ ผู้ผลิต และจัดจำหน่ายอาหารเสริมสูตรครบถ้วน PediaSure โดย นายพิน คี แลม ผู้จัดการทั่วไป บริษัท แอ็บบอต ลาบอเรตอรีส์ (ประเทศไทย) จำกัด จึงได้ขอความร่วมมือจาก นพ.พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและ พฤติกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เพื่อให้ความรู้ คุณพ่อและคุณแม่ในแคมเปญ “Let’s Grow Project by PediaSure” ปฏิบัติการหนูน้อยโตสมวัย เพื่อให้เด็ก ๆ มี พื้นฐานการเติบโตที่ดี โดยมี ดร.อริสรา กำธรเจริญ พร้อมด้วย คุณจันทร์พิมพ์ ราชวังเมือง คุณแม่น้องคิด ร่วมพูดคุยบนเวที



ดร.อริสรา กำธรเจริญ

คุณจันทร์พิมพ์ ราชวังเมือง
คุณแม่น้องคิด ร่วมพูดคุยบนเวที

การเจริญเติบโตและการพัฒนาของเด็ก ๆ ทั้ง 22 คนในระยะเวลา 2 เดือน ซึ่งเด็ก ๆ ทั้ง 22 คนจะมาร่วมทำกิจกรรมวัดผล การเจริญเติบโตเป็นระยะ ๆ ทุก ๆ 2 สัปดาห์

ร่วมกันเชียร์และติดตามพัฒนาการการเจริญเติบโต ของเด็ก ๆ เหล่านี้ได้ที่ [Facebook fanpage: The Healthy Club](#) และ [Youtube Channel](#) สำหรับคุณพ่อและคุณแม่ที่ต้องการ ให้อีก ๆ มีพัฒนาการทางด้านร่างกายและส่วนสูงตามวัย วิธีการ ง่าย ๆ ที่จะแนะนำให้คุณพ่อและคุณแม่ไปปรับใช้คือ การปรับ พฤติกรรมให้อุณหภูมิรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ และเสริมด้วย อาหารเสริมสูตรครบถ้วน เท่านั้นลูก ๆ ก็จะได้รับสารอาหารที่ ครบถ้วนเพียงพอที่ร่างกายจะนำไปใช้ มีน้ำหนักและส่วนสูง ตามเกณฑ์ และมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

โดยเด็ก ๆ ที่ได้รับการคัดเลือกในแคมเปญ “Let’s Grow Project by PediaSure” ทั้ง 22 คน จะได้ร่วมกันทำกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างพัฒนาการที่ดี workshop ฟังอธิบายและ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กที่รับประทานยาก เบื่ออาหาร อมข้าว ไม่ยอมรับประทานข้าว พร้อมความรู้เกี่ยวกับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานให้ถูกต้อง คุณพ่อและ คุณแม่จะได้รับคำแนะนำและให้อุณหภูมิรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ เสริมด้วยอาหารเสริมสูตรครบถ้วน โดยทางบริษัทจะติดตาม



Clinical Practices 2015: Case Based Pediatrics

เพิ่มพูนความรู้ในสาขากุมารเวชศาสตร์

กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และภาควิชากุมารเวชศาสตร์ กองการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า จัดการประชุม Clinical Practices 2015: Case Based Pediatrics ระหว่างวันที่ 23-25 กันยายน พ.ศ. 2558 ณ ห้องดุสิตธานี ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อเพิ่มพูนความรู้ในสาขากุมารเวชศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กอย่างบูรณาการให้แก่กุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และพยาบาล

พ.อ.หญิง แสงแข ขำนาญวนกิจ หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า กล่าวว่า กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดของกองทัพบก รับผิดชอบดูแลรักษาทหาร ครอบครัวทหาร และประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ยังเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ให้กับกองทัพและกระทรวงสาธารณสุข งานสำคัญด้านหนึ่งของกองกุมารเวชกรรมและภาควิชากุมารเวชศาสตร์คือ งานบริการสังคมในการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน

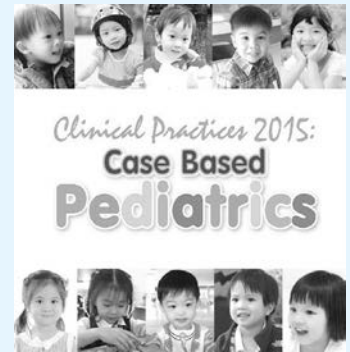
โดยที่ผ่านมา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ กองการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า และกองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ร่วมกันจัดงานประชุมวิชาการประจำปีอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ในปีนี้เป็นปีที่ 15 ในหัวข้อเรื่อง “Case Based Pediatrics” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ในสาขากุมารเวชศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กอย่างบูรณาการให้แก่กุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และพยาบาล

“หัวข้อเรื่องของปีนี้เป็นที่น่าสนใจสำหรับผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษาในการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ฟังเข้าใจได้ง่ายขึ้น น่าสนใจว่าการบรรยายทฤษฎีอย่างเดียว และสามารถนำไปประยุกต์กับการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ซึ่งการประชุมนี้เป็นครั้งแรกที่จัดในลักษณะสหสาขาความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล เพื่อให้ผู้ฟังสามารถเข้าร่วมในการบรรยายรวม และเลือกเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการในส่วนที่สนใจหรือเหมาะสมกับงานประจำ” **พ.อ.หญิง แสงแข** กล่าว

พ.อ.หญิง แสงแข กล่าวอีกว่า การประชุมครั้งนี้ได้รวบรวมเนื้อหาที่น่าสนใจไว้มากมาย ได้แก่ 1. โรคเลือดธาลัสซีเมีย ซึ่งวิทยากรจะให้ความรู้ทั้งในด้านโลหิตวิทยาและความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการตรวจและการถ่ายทอดทางพันธุกรรม 2. โรคปอดเรื้อรังของทารกเกิดก่อนกำหนดในมุมมองของกุมารแพทย์ทารกเกิดผู้รักษาทารกคนแรกและกุมารแพทย์โรคทางเดินหายใจผู้ติดตามรักษาทารกในระยะยาว 3. เรื่องน่าสนใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กในยุคศตวรรษที่ 21 การฝึกทักษะทางสังคม การสร้างแรงจูงใจให้แก่เด็ก รวมทั้งผลกระทบทางเทคโนโลยี



พ.อ.หญิง แสงแข ขำนาญวนกิจ



ต่อเด็ก 4. โรคที่น่าสนใจอื่น เช่น โรคเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ โรคลมชัก ปัญหาแคลเซียมต่ำในเด็ก โรคตับอ่อน และเรื่องวัคซีนต่าง ๆ 5. การวินิจฉัยจาก spot diagnosis ทั้งโรคผิวหนังและโรคทางพันธุกรรม และ 6. การประชุมเชิงปฏิบัติการในเรื่องการใส่สายทางเส้นเลือด percutaneous central venous line insertion สำหรับแพทย์ ในส่วนของพยาบาลมีเรื่องที่น่าสนใจ ได้แก่ 1. จริยธรรมและกฎหมายเกี่ยวกับการพยาบาล 2. การดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคไต เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วย และ 3. การให้นมแม่สำหรับมารดาที่ทำงานสำหรับบุคลากรที่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ด้านวิทยากรที่ได้รับเกียรติบรรยายแต่ละท่านล้วนแล้วแต่เป็นวิทยากรในโรงเรียนแพทย์ที่มีประสบการณ์มานาน และเป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา เช่นเดียวกับวิทยากรพยาบาลซึ่งเป็นวิทยากรที่มีประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ และได้รับการยอมรับในวงการพยาบาล

พ.อ.หญิง แสงแข กล่าวเพิ่มเติมว่า ไฮไลต์ที่พลาดไม่ได้ในการประชุมครั้งนี้คือ การบรรยายร่วมของวิทยากรต่างสาขาในบาง session ทำให้ได้รับความรู้หลากหลาย นอกจากนี้แพทย์และพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลสามารถมาประชุมร่วมกันและนำความรู้กลับไปพัฒนางานของตนได้ในลักษณะของการทำงานเป็นทีม

“งานประชุมนี้เป็นครั้งแรกที่จัดร่วมระหว่างแพทย์และพยาบาล เพื่อให้ได้ประโยชน์ร่วมกันในการนำไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ การบรรยายจะเป็นลักษณะอิงกรณีศึกษาเพื่อให้น่าสนใจและเข้าใจง่าย นอกจากนี้ระยะเวลาการประชุม 2 วันครึ่ง ไม่นานเกินไปและไม่เครียดเกินไป คาดว่าผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งได้แก่ กุมารแพทย์ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ แพทย์เวชปฏิบัติ และพยาบาลที่ดูแลเด็ก ประมาณ 200-300 ท่าน จะได้รับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรคที่พบบ่อย การดูแลสุขภาพเด็กที่ดี และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนางานของตนในลักษณะของทีมงานร่วมระหว่างแพทย์และพยาบาล” **พ.อ.หญิง แสงแข** กล่าวทิ้งท้าย

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2763-4162, 0-2763-4163 หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทาง www.pedpmk.org

ความต้องการของแพทย์ ผู้ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์

สถาบันมาตรฐานแห่งชาติ ร่วมกับแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดสัมมนาเรื่อง “มาตรฐานเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ไทยในอาเซียน ปี 2015” เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานดังกล่าว รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ตลอดจนเตรียมความพร้อมให้ผู้ประกอบการไทยพัฒนาการผลิตผลิตภัณฑ์ให้ได้มาตรฐาน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันทางการค้าให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล และรองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปลายปีนี้

นายหทัย อุไทย เลขาธิการสถาบันมาตรฐานแห่งชาติ หรือ สมอ. กล่าวว่า ปัจจุบัน สมอ.ได้ประกาศมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมวัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์แล้วจำนวนทั้งสิ้น 134 มาตรฐาน เป็นมาตรฐานทั่วไป 130 มาตรฐาน และเป็นมาตรฐานบังคับ 4 มาตรฐาน ได้แก่ มอก.30-2555 ในตรัสออกไซด์ทางการแพทย์ มอก.531-2546 ภาชนะพลาสติกสำหรับบรรจุผลิตภัณฑ์เภสัชปราศจากเชื้อ มอก.539-2546 คาร์บอนไดออกไซด์ทางการแพทย์ มอก.540-2555 ออกซิเจนทางการแพทย์ โดยการกำหนดมาตรฐานดังกล่าวอ้างอิงตามมาตรฐาน ISO ซึ่งเป็นมาตรฐานระหว่างประเทศที่สากลให้การยอมรับ แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาที่ผู้ประกอบการไทยประสบคือ ขาดแคลนเทคโนโลยี แหล่งเงินทุน รวมถึงบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านเครื่องมือแพทย์ เช่น วิศวกรทางการแพทย์ นักวิจัย และพัฒนาผลิตภัณฑ์ อีกทั้งยังพบปัญหาการส่งออกผลิตภัณฑ์ของไทยไปจำหน่ายยังต่างประเทศ ปัญหาการแข่งขันด้านราคาจากประเทศคู่แข่ง และปัญหาผลิตภัณฑ์ไม่เป็นที่ยอมรับของตลาด

“เราสนับสนุนผู้ประกอบการเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ในการผลิตสินค้าให้มีคุณภาพ เพื่อเพิ่มศักยภาพ



นายหทัย อุไทย



ศ.นพ.ประเสริฐ ศัลยวิวรรณ

การแข่งขันทางการค้าระหว่างประเทศด้วยมูลค่าการส่งออกเครื่องมือแพทย์ของไทยในปี พ.ศ. 2558 กว่า 8 หมื่นล้านบาท พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายผลักดันให้ประเทศไทยเป็นฐานการผลิตอุตสาหกรรมทางการแพทย์และสุขภาพที่สำคัญ เน้นการผลิตสินค้าที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระดับสากลด้วยราคาที่เหมาะสม และทดแทนการนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งในการสัมมนาครั้งนี้ นอกจากผู้ประกอบการจะได้รับความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์แล้ว ยังจะได้ทราบถึงความต้องการของแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ก่อเกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือเพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมทางการแพทย์ของไทยต่อไปในอนาคต”

นายหทัย กล่าว

ศ.นพ.ประเสริฐ ศัลยวิวรรณ นายกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กล่าวว่า ในการเลือกเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์เพื่อใช้กับผู้ป่วย แพทย์ไม่ได้คำนึงว่าเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์เหล่านั้นจะต้องนำเข้าจากต่างประเทศหรือผลิตในประเทศไทย เพราะสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเป็นอันดับแรกคือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ต่อมาคือ ประสิทธิภาพของเครื่องมือที่เมื่อใส่เข้าไปในร่างกายของมนุษย์แล้วจะสามารถยืนยงคงอยู่ได้โดยที่ไม่มีการเสื่อมสลายหรือเสียหายในภายหลัง เพราะฉะนั้นความปลอดภัย คุณภาพ และความยั่งยืนของเครื่องมือจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด





ศ.นพ.สุกิจ แสงนิพัทธ์กุล

“แพทย์คำนึงถึงความปลอดภัย คุณภาพ และความยั่งยืนของอุปกรณ์ที่ใส่เข้าไปในร่างกายของมนุษย์ ถ้าผู้ประกอบการสามารถทำได้และทำให้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์นั้นเป็นที่ยอมรับ ผมคิดว่าแพทย์ทุกคนก็ซื่ออยู่แล้ว เพราะแพทย์ไม่เคยคำนึงว่าจะต้องซื้อแต่ของนอกเท่านั้น แต่ต้องเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและมีความปลอดภัย เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์เป็นสิ่งที่ไม่สามารถทดลองกับผู้ป่วยได้ หมายความว่าใช้แล้วใช้เลย ถ้าใช้แล้วไม่ได้ผลก็ต้องหาเปลี่ยนใหม่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วคงไม่มีใครหรือไม่มีผู้ป่วยคนไหนที่จะยอมให้แพทย์ผ่าตัด 2 ครั้ง 3 ครั้ง หรือมากกว่านั้น เพราะฉะนั้นต้องทำให้สำเร็จในครั้งเดียวด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และอยู่ได้ยั่งยืนในร่างกาย” ศ.นพ.ประเสริฐ กล่าว

อย่างไรก็ตาม เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมานั้น ส่วนใหญ่ที่ใช้อยู่ภายนอกในร่างกายจึงมีมูลค่าค่อนข้างต่ำ ต่างจากเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่ใส่เข้าไปในร่างกายของมนุษย์ซึ่งส่วนใหญ่จะมีมูลค่าสูง นั่นก็หมายความว่าอุตสาหกรรมการผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ของประเทศไทยยังเป็นการผลิตที่ไม่สลับซับซ้อนและมีราคาไม่สูง จึงเป็นเหตุผลว่าทำไมประเทศไทยจึงยังจัดอยู่ในประเภทอุตสาหกรรมที่มีราคาค่อนข้างต่ำ แม้จะขายได้จำนวนมากก็ตาม เมื่อเป็นเช่นนี้ต้องมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ให้มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น โดยใช้ความรู้ความสามารถและเทคโนโลยีที่สำคัญ แต่เนื่องจากกระบวนการต่าง ๆ มีความซับซ้อน เมื่อผลิตออกมาแล้ว การจะสร้างความเชื่อถือต่อสาธารณชนยังเป็นปัญหาสำคัญ ประกอบกับประเทศไทยไม่มีห้องปฏิบัติการที่จะทำให้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่บริษัทต่าง ๆ หรือเอกชนผลิตขึ้นมาสามารถมาทดสอบให้เกิดความเชื่อถือในสังคมได้ ซึ่งส่วนนี้ต้องได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐบาล

“ผมคิดว่าคนไทยมีความสามารถ มีศักยภาพไม่ได้ด้อยกว่าต่างชาติ เพียงแต่ยังขาดสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ไปถึงจุดนั้น อาจจะเป็นเพราะรัฐบาลยังมองไม่ออก เพราะรัฐบาลต้องให้ความสำคัญและพยายามแก้ปัญหาปากท้องของประชาชนมาเป็นอันดับหนึ่ง อีกทั้งประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม จึงมุ่งเน้นในเรื่องนี้เป็นหลัก การสนับสนุนในเรื่องของอุตสาหกรรมทางการแพทย์ของไทยจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญรองลงมา

รัฐบาลจึงยังไม่เอื้อมมือเข้ามา ซึ่งในฐานะที่เราเกี่ยวข้องและอยู่ในวงการนี้ก็มีหน้าที่ส่งสารไปถึงรัฐบาลว่าน่าจะต้องทำอย่างนี้ด้วย ซึ่งก็แล้วแต่ท่านจะมองเห็นว่าเป็นอย่างไร”

ศ.นพ.ประเสริฐ กล่าว

ด้าน ศ.นพ.สุกิจ แสงนิพัทธ์กุล ประธานราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า แพทย์ออร์โธปิดิกส์มีความเกี่ยวข้องกับเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการที่ต้องนำเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ใส่เข้าไปในร่างกายในกรณีที่มีการบาดเจ็บ เช่น กระดูกหัก ซึ่งต้องมีการตามกระดูกที่หักให้ติดกัน ไม่ว่าจะด้วยแผ่นโลหะตามกระดูก สกรู รวมถึงการใช้กับกระดูกสันหลัง ข้อเข่า หรือข้อสะโพก ที่อาจมีการเสื่อมตามการใช้งานและอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องมีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ข้อสะโพกเทียม เพื่อทดแทนข้อที่มีความเสื่อม

“ปัญหาคือประเทศไทยต้องนำเข้าวัสดุข้อเทียมเหล่านี้จากต่างประเทศเป็นจำนวนมาก เนื่องจากในปัจจุบันมีผู้ป่วยเป็นหลักหมื่นราย และมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งในอนาคตประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ถ้าเราสามารถร่วมมือกันผลิตวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในประเทศให้มีมาตรฐานทั้งในไทยและอาเซียนจะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้เป็นจำนวนมาก”

ศ.นพ.สุกิจ กล่าว

ศ.นพ.สุกิจ กล่าวอีกว่า สิ่งที่แพทย์ออร์โธปิดิกส์ต้องการคือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ผู้ป่วยต้องการความปลอดภัย เพราะฉะนั้น



เมื่อแพทย์จะผ่าตัดใส่วัสดุเข้าไปในร่างกายต้องคำนึงถึงความปลอดภัยก่อนเป็นอันดับแรก ซึ่งเกี่ยวข้องตั้งแต่วัสดุที่นำมาทำ เป็นวัสดุที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัยหรือไม่ เช่น โลหะ โลหะผสม พลาสติกย่อยสลายได้ เซรามิก เป็นต้น นอกจากความปลอดภัยแล้ว ก็ต้องพิจารณาถึงมาตรฐาน ประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่าย และการจะสามารถหาวัสดุเหล่านั้นได้ในเวลาต่อไป

“วัสดุที่นำมาใช้ในทางออร์โธปิดิกส์จะต้อง Biocompatibility คือเข้ากันได้กับเนื้อเยื่อในร่างกาย แม้จะเป็นวัสดุเดียวกันแต่การตอบสนองนั้นต่างกัน เราต้องการวัสดุที่มีความเฉื่อยหรือมีปฏิกิริยากับร่างกายน้อยที่สุด เช่น ข้อเทียม ต้องเป็นสิ่งที่ไม่เป็นพิษ ปลอดภัย ไม่แตกหักในร่างกาย ไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่น” ศ.นพ.สุกิจ กล่าว

นอกจากนี้ในส่วนของมาตรฐานพบว่า ที่ผ่านมาเป็นมาตรฐานที่ยอมรับในส่วนของวัสดุอุปกรณ์ที่มีการนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติอยู่แล้ว จึงทำให้แพทย์มีความไว้วางใจในการนำมาใช้ ในส่วนนี้ประเทศไทยต้องทำให้วัสดุอุปกรณ์เหล่านั้นมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระดับสากลให้ได้ก่อน โดยให้ความสำคัญในเรื่องคุณภาพ ตั้งแต่กระบวนการผลิตจากโรงงานที่มีคุณภาพ อีกทั้งควรมีการ Registration of implant/device เพื่อประเมินและติดตามอย่างชัดเจนว่าใช้แล้วเป็นอย่างไร ดีหรือไม่ดี เพื่อจะได้มีข้อมูลว่าควรใช้หรือไม่ควรใช้เครื่องมือชิ้นนั้น ๆ โดยต้องมีการลงทะเบียนการใช้ ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร เพื่อติดตามผล ไม่เพียงเท่านั้นเรื่องของฉลากก็มีความสำคัญ เพราะมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องของความปลอดภัย เพราะในการผ่าตัดแต่ละครั้งต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เป็นจำนวนมาก หากฉลากไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน อาจทำให้เกิดการหยิบผิดได้

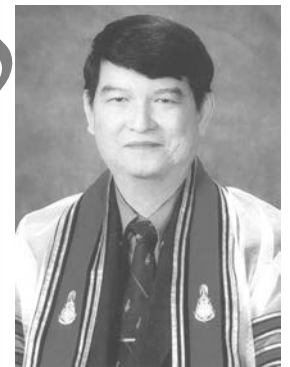
ศ.นพ.สุกิจ กล่าวเพิ่มเติมว่า Timely availability ก็เป็นเรื่องสำคัญ เพราะถ้าใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์เข้าไปในร่างกายแล้ว 3 ปีต่อมาเกิดปัญหา ต้องผ่าตัดใหม่ แต่ไม่สามารถหาเครื่องมือหรืออุปกรณ์มาทดแทนสิ่งที่เคยใส่ไปได้ เพราะบริษัทผู้นำเข้าไม่นำเข้าแล้ว ทำให้ไม่มีเครื่องมือทดแทน จะเกิดปัญหามาตามเนื่องจากถ้าขาดอะไหล่ชิ้นที่ต้องการก็ต้องเปลี่ยนใหม่ทั้งหมด ในส่วนนี้แพทย์มีความพร้อมในการสร้างนวัตกรรมเครื่องมือทางการแพทย์ใหม่ ๆ ที่ใช้ในการผ่าตัด แต่ยังขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์กรในการกำหนดมาตรฐานที่จะนำไปสู่การผลิตใช้ในประเทศ เชื่อมั่นว่าการสัมมนาครั้งนี้จะช่วยให้แพทย์ที่คิดนวัตกรรมสามารถต่อยอดไปสู่การทดสอบตามมาตรฐานการทดลองทางคลินิก การนำไปใช้ในประเทศและอาเซียน ทำให้



ประเทศไทยเป็นผู้นำอาเซียนในแง่อุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ได้ในอนาคต

“แพทย์เลือกใช้วัสดุอุปกรณ์โดยไม่ได้ดูที่ราคาว่าจะต้องถูกที่สุด เรามีหน้าที่เลือกสิ่งที่ดีที่สุด ปลอดภัยที่สุด ราคาจึงไม่ได้อยู่ในข้อพิจารณาข้อแรก ซึ่งในอนาคตถ้าได้วัสดุที่ปลอดภัย มีมาตรฐาน และราคาเหมาะสมก็จะเป็นผลดีต่อประเทศชาติ” ศ.นพ.สุกิจ กล่าว

รศ.นพ.วัชรพงศ์ พุทธิสวัสด์ ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า ศัลยแพทย์จำเป็นต้องรู้วิธีการใช้ยา การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์เพื่อให้การรักษาปลอดภัย ปัจจุบันค่าใช้จ่ายทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขสูงขึ้นมาก หากยังเป็นไปในลักษณะต่อเนื่องไป เช่นนี้อาจล้มละลายได้ ในความเป็นแพทย์นอกจากจะมีความกังวลในความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้ว ยังให้ความสำคัญกับเรื่องของเศรษฐกิจด้วย จึงสนับสนุนให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อลดการนำเข้า และเพื่อส่งออกไปสร้างรายได้ให้แก่ประเทศ



รศ.นพ.วัชรพงศ์ พุทธิสวัสด์

“ในฐานะศัลยแพทย์ผู้ใช้เครื่องมือ บางครั้งเราอยากได้เครื่องมือแต่หาไม่ได้ เพราะราคาแพง หาลำบาก เพราะฉะนั้นถ้าเราสามารถประสานงานระหว่างผู้ใช้และผู้ผลิตได้ก็ทำให้เกิดประโยชน์ทั้ง 2 ฝ่าย อีกทั้งต้องพยายามสร้างเครือข่าย พัฒนาผลิตภัณฑ์ร่วมกับมหาวิทยาลัย เชื่อว่าคนของเรามีดี มีศักยภาพ แต่บางครั้งอาจจะยังขาดระบบการเพาะเลี้ยงต้นกล้า และในอนาคตอยากให้มีการสัมมนาหรือพบปะระหว่างผู้ประกอบการและแพทย์ในสาขาต่าง ๆ ในลักษณะนี้ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะนำไปสู่การพัฒนาอุตสาหกรรมทางการแพทย์ของไทยต่อไป” รศ.นพ.วัชรพงศ์ กล่าว



ภาวะผมบางจากพันธุกรรม (Androgenetic alopecia: AGA)

• พญ. ชันนบัส ตั้วจาตุรณศิริ



ภาวะผมบางจากพันธุกรรม หรือภาวะผมบางที่มีรูปแบบเฉพาะ (Male and female pattern hair loss: MPHL and FPHL) เป็นภาวะผมบางที่พบได้บ่อย ส่วนใหญ่พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง พบว่าผู้ชายที่อายุ 30 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะผมบางนี้ 30% และผู้ชายอายุ 50 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะนี้ 50%¹ ในขณะที่ผู้หญิงที่อายุ 70 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะนี้ 40%² ภาวะผมบางนี้สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรมร่วมกับภาวะฮอร์โมนเพศชาย (androgen) ที่มากกว่าปกติ โดยในเพศชายพบปัจจัยทางฮอร์โมนดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ชัดเจนมากกว่าในผู้หญิง ในผู้หญิงคาดว่าอาจมาจากหลายปัจจัยมากกว่าฮอร์โมนหรือกรรมพันธุ์

ภาวะผมบางชนิดนี้มีการทางคลินิกที่เด่นชัดคือ ผมบางบริเวณตรงกลางศีรษะ โดยในผู้ชายส่วนใหญ่ผมจะเริ่มบางบริเวณหน้าผาก ต่อมาผมบริเวณกลางศีรษะจึงเริ่มบางลง มักมีอาการมากกว่าผู้หญิง ในผู้หญิงมักมีการบางของผมบริเวณกลางศีรษะมากกว่าบริเวณหน้าผาก เมื่อเวลาผ่านไป ผมจะบางเป็นบริเวณกว้างมากขึ้น¹⁻²

การวินิจฉัยโรค

ส่วนใหญ่แล้ว ภาวะผมบางชนิดนี้สามารถวินิจฉัยได้จากอาการแสดงทางคลินิก และตรวจพบการหลุดร่วงของผมโดยการดึงผม (Pull test) อาจพบผมหลุดร่วงมากผิดปกติในบริเวณผมที่บาง ซึ่งต่างกับกรณีผมร่วงแบบอื่นซึ่งจะพบการหลุดร่วงของผมทั่วศีรษะ เช่น โรคผมผลัด (Telogen effluvium) หรือโรคผมร่วงเป็นหย่อมที่เป็นมาก (Alopecia areata: acute diffuse total type) อย่างไรก็ตาม ภาวะผมบางจากพันธุกรรมนี้อาจเกิดร่วมกับโรคผมร่วงแบบอื่น ๆ ได้ ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาในรายที่ไม่แน่ใจในการวินิจฉัย

นอกจากนี้ในการวินิจฉัยโรค ยังต้องระวังว่าในผู้ป่วยหญิงบางรายอาจมีภาวะแอนโดรเจนเกิน (Hyperandrogenism) ร่วมด้วย โดยผู้ป่วยจะมีอาการผมบางร่วมกับขนคุดแบบผู้ชาย อาจมีภาวะสิวและประจำเดือนผิดปกติ ซึ่งต้องไปตรวจหาว่าผู้ป่วยมีซิสต์ที่รังไข่ (Polycystic ovarian syndrome) หรือมีภาวะเนื้องอกที่รังไข่ (Ovary) หรือต่อมหมวกไต (Adrenal gland) ที่อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดผมบาง

การรักษา

การรักษาภาวะผมบางนี้ขึ้นกับความรุนแรงของโรค เนื่องจากในผู้ป่วยที่มีอาการน้อยอาจมีอาการดีขึ้นจากการรักษาด้วยยาทา และ/หรือยารับประทาน แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการมาก เช่น Norwood class V-VII หรือ Ludwig class III อาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดควบคู่กับการรับประทานยา และ/หรือทายา ยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่

1. Topical minoxidil กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าช่วยในการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด US FDA ได้รับรองการใช้ยาทา minoxidil ว่าได้ผลและปลอดภัยในการรักษา MPHL และ FPHL⁵ แต่ขนาดยาต่างกัน ในผู้ชายยาที่ได้รับการรับรองคือ 2% และ 5% minoxidil lotion/foam ทาวันละ 2 ครั้ง และในผู้หญิงยาที่ได้รับการรับรองคือ 2% minoxidil lotion ทาวันละ 2 ครั้ง หรือ 5% minoxidil foam ทาวันละครั้ง ผลข้างเคียงของยานี้คือ อาการคันระคายเคืองบนหนังศีรษะ

2. 5- α reductase Inhibitors⁵ ได้แก่ finasteride ซึ่งเป็นยายับยั้งเอนไซม์ 5- α reductase type 2 และ dutasteride เป็นยายับยั้งเอนไซม์ 5- α reductase type 1 และ type 2 ทำให้ยับยั้งการเปลี่ยน testosterone ไปเป็น DHT อาการผมบางจึงดีขึ้น ยา finasteride 1 mg/day ได้รับการรับรองจาก US FDA ในการรักษาโรค MPHL ส่วนยา dutasteride 0.5 mg/day อาจจะมีผลดีกว่ายา finasteride 1 mg/day แต่ยายังอยู่ในระหว่างขอการรับรองจาก US FDA เพื่อใช้รักษา MPHL อย่างไรก็ตาม ใน FPHL ยาทั้ง 2 ชนิดนี้ในขนาดที่สูงขึ้นอาจได้ผลในการรักษา แต่ยาไม่ผลทำให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์ และยังไม่ได้รับการรับรองให้ใช้ใน FPHL

3. ยาทาอื่น ๆ เช่น CapixylTM (Biochanin A, Acetyl Tetrapeptide-3, Panax Ginseng extract และ Sage oil) จากการศึกษาพบว่า Biochanin มีฤทธิ์ในการยับยั้งเอนไซม์ 5- α reductase type 1 และ type 2 ส่วน Acetyl Tetrapeptide-3 มีฤทธิ์ในการกระตุ้น fibroblast ให้มีการสร้าง collagen และ extracellular matrix คือ laminin ทำให้ dermal papilla มีขนาดใหญ่ขึ้น ซึ่ง dermal papilla ควบคุมขนาดของ hair follicle ดังนั้น hair follicle จึงมีขนาดใหญ่ขึ้นด้วย นอกจากนี้ Ginseng extracts มีฤทธิ์ antiapoptotic และกระตุ้นการสร้าง cell ที่บริเวณ dermal papilla ทำให้



ผู้ป่วยชาย อายุ 35 ปี ก่อนและหลังใช้ยาทาที่มีส่วนประกอบของ CapixylTM

ช่วยเสริมฤทธิ์กับ Acetyl Tetrapeptide-3 ทำให้ขนาดของ hair follicle มีขนาดใหญ่ขึ้น⁶⁻⁷

จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ⁷ พบว่า ในผู้ป่วยทั้งหมด 30 ราย มีผู้ป่วย 14 รายที่ใช้ยาทาที่มีส่วนประกอบของ Biochanin A และ Acetyl Tetrapeptide-3 และอีก 15 รายที่เป็นกลุ่มควบคุม ได้ใช้ placebo lotion พบว่า หลังการรักษา 4 เดือน กลุ่มที่ใช้ยาทาที่รักษาที่มีส่วนประกอบดังกล่าวมีปริมาณของผมที่อยู่ในระยะเจริญเติบโต (anagen hair) มากกว่ากลุ่มควบคุม และยังมีปริมาณของผมที่อยู่ในระยะหลุดร่วง (telogen hair) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม จึงเป็นหลักฐานที่แสดงว่า ยาทาที่มีส่วนประกอบของสารเหล่านี้สามารถที่จะกระตุ้นการสร้างผมได้ในคนที่ภาวะผมบางจากพันธุกรรม

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้ยาทาที่มีส่วนประกอบของ CapixylTM นี้เปรียบเทียบกับยาทา 3% minoxidil solution ในผู้ป่วยไทยที่มีภาวะ MPHL และ FPHL จำนวนทั้งหมด 32 คน พบว่าหลังการรักษา 24 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ทายาที่มีส่วนประกอบของ CapixylTM นี้มีจำนวนผมเพิ่มขึ้น 8.9% ไม่แตกต่างกับผู้ป่วยกลุ่มที่ทา 3% minoxidil solution และจากการประเมินโดยภาพถ่าย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ทายาที่มีส่วนประกอบของ CapixylTM มีอาการทางคลินิกดีขึ้นมาก 12.5% และอาการดีขึ้นปานกลาง 81.3% ซึ่งผลไม่แตกต่างกับผู้ป่วยกลุ่มที่ทา 3% minoxidil solution ในเรื่องคันทันหนังศีรษะบ้าง ในขณะที่ไม่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการคันทันหนังศีรษะในกลุ่มที่ทายาที่มีส่วนประกอบของ CapixylTM นี้ ดังนั้น ยาทาที่มีส่วนประกอบของ CapixylTM จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการรักษาผู้ป่วยผมบางจากพันธุกรรม และสามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการคันระคายเคืองจากยาทา minoxidil solution

References

1. Hamilton JB. Patterned loss of hair in man; types and incidence. Ann N Y Acad Sci. 1951 Mar;53(3):708-28.
2. Birch MP, Messenger JF, Messenger AG. Hair density, hair diameter and the prevalence of female pattern hair loss. Br J Dermatol. 2001 Feb;144(2):297-304.
3. Hamilton JB. Male hormone stimulation is a prerequisite and an incitant in common baldness. Am J Anat. 1942;71:451-80.
4. Futterweit W, Dunaif A, Yeh HC, Kingsley P. The prevalence of hyperandrogenism in 109 consecutive female patients with diffuse alopecia. J Am Acad Dermatol. 1988 Nov;19(5 Pt 1):831-6.
5. Varothai S, Bergfeld WF. Androgenetic alopecia: an evidence-based treatment update. Am J Clin Dermatol. 2014 Jul;15(3):217-30.
6. Park S, Shin WS, Ho J. Fructus panax ginseng extract promotes hair regeneration in C57BL/6 mice. J Ethnopharmacol. 2011 Nov 18;138(2):340-4.
7. Loing E, Lachance R, Ollier V, Hocquaux M. A new strategy to modulate alopecia using a combination of two specific and unique ingredients. J Cosmet Sci. 2013 Jan-Feb;64(1):45-58.
8. Rueangarun S, Prechanond P., Roongrodwongsiri K., Panchaprateep R., editor. A 24-week double-blinded randomized controlled trial of Biochanin A, Acetyl tetrapeptide-3 and Panax ginseng root extracts (CapixylTM lotion) versus 3% minoxidil lotion for treatment of androgenetic alopecia. The 40th Annual Scientific Meeting; 2015; Bangkok.



Hirsuit

Hair tonic

Exclusive for hospital and clinic

MEDICATED HAIR TONIC

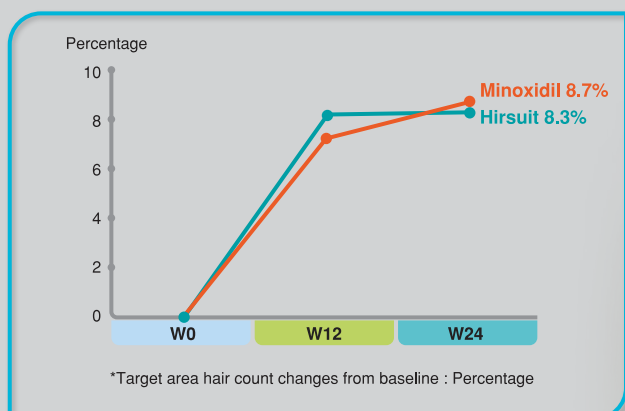
- The synergistic anti-hair loss and hair-regrowth complex with **4 mechanisms of action**
- Better than Minoxidil
- Outstanding clinical results
- Excellent safety profile

Mechanisms of Action

1. Inhibit 5- α reductase activity
2. Improve ECM protein in dermal papilla
3. Reduce damage caused by inflammation
4. Increase blood flow and O₂ uptake



* Ratchathorn Panchaprateep, Saoraya Lueangarun; A24-week, Triple-blinded, Randomized Controlled Trial of Biochanin A, Acetyl Tetrapeptide 3 and Panax Ginseng Root Extract Combinations versus 3% Minoxidil Lotion for Treatment of Androgenetic Alopecia.





โรงพยาบาลรามาริบดี โรงพยาบาลต้นแบบในการลดเค็ม

เป็นที่ทราบกันดีว่าการรับประทานเค็มก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย และถือเป็นภัยเงียบที่แอบแฝงอยู่ในอาหารแทบทุกชนิด ซึ่งโดยปกติแล้วในร่างกายของคนเราต้องการเกลือปริมาณเล็กน้อยเพื่อควบคุมความดันโลหิต และปริมาณน้ำในร่างกาย ซึ่งไม่ควรรับเกลือเกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือประมาณ 1 ช้อนชา แต่ทว่าในปัจจุบันกลับพบว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงกับการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มเพิ่มมากขึ้น



ด้วยเหตุนี้ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดงานแถลงข่าว “โรงพยาบาลต้นแบบในการลดเค็ม” ขึ้น ณ ห้อง 610 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาริบดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เห็นความสำคัญของการเป็นแบบอย่างที่ดีภายในโรงพยาบาลเรื่องการลดอาหารที่มีรสชาติเค็มลง ตามแนวทางการรับประทานอาหารที่ดี ลดมัน ลดเค็ม โดยการแถลงข่าวได้รับเกียรติจาก ศ.นพ.วินิต พัวประดิษฐ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, รศ.ดร.พรพนวดี พุริพัฒนะ รองคณบดีฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพและวัฒนธรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, รศ.พญ.อุมาพร สุทัศน์วรวิทย์ นายกสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย และกรรมการแผนอาหาร สสส., ผศ.นพ.สุศักดิ์ กันตชูเวชศิริ หัวหน้าสาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคุณธัญวรินทร์ ตั้งเสริมวงศ์ หัวหน้าฝ่ายโภชนาการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.นพ.วินิต พัวประดิษฐ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวถึงความตั้งใจจริงและมีความมุ่งมั่นที่จะเป็นโรงพยาบาลต้นแบบในการลดเค็มในอาหารว่า



อย่างที่เรารวบรวมกันว่า การรับประทานอาหารรสจัด ไม่ว่าจะเป็น รสหวานจัด มันจัด เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด หรือเค็มจัด ย่อมส่งผลต่อร่างกายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่มีรสชาติเค็มจัดถือเป็นรสชาติที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะการรับประทานเค็มซึ่งมีโซเดียมเป็นตัวสำคัญจะส่งผลเสียต่ออวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายจากความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ ไตวาย อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น ทั้งนี้ในปัจจุบันมีผู้ป่วยจากการรับประทานเค็ม ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 11 ล้านคน และโรคไตถึง 7 ล้านคน ทำให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของชาติและประเทศไทยที่จะต้องเร่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

โรงพยาบาลรามาริบัติเองก็ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้เป็นอย่างมาก จะสังเกตได้จากอาหารในศูนย์อาหาร (คาเฟ่ริเรีย) ได้มีการปรับรสชาติให้มีความเหมาะสมกับร่างกาย จำพวกลดหวาน ลดมัน ลดเค็มลง ซึ่งทำให้ผู้ที่มารับประทานได้รับอาหารที่ดีไปจากโรงพยาบาล ตรงนี้เน้นมากกว่าเราให้ความสำคัญเป็นพิเศษ

โรงพยาบาลรามาริบัติมีผู้ป่วยที่เป็นโรคต่าง ๆ รวมถึงโรคไตที่มาารับการรักษาด้วยอาการที่เกิดขึ้นจากอาหารรสเค็มจัด เมื่อมีจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น ทางหน่วยโรคไตเองก็มีแนวความคิดว่า จะมีการประชาสัมพันธ์รณรงค์ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มา ซึ่งญาติผู้ป่วยเองก็จะได้รับความรู้กลับไปด้วย ทั้งเรื่องสาเหตุของโรคไต อันตรายนจากการรับประทานรสเค็มจัด ผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อรับประทานเค็มจัด เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และการป้องกันโรคอย่างเหมาะสม

จากจุดเริ่มต้นนี้เอง ทำให้ทีมของคุณหมอสุรศักดิ์ อาจารย์หน่วยโรคไตและประธานเครือข่ายลดบริโภคเค็ม ได้ลงพื้นที่และปรับการทำงานเชิงรุกมากขึ้นในการให้ข้อมูล ซึ่งผมเชื่อมั่นเหลือเกินว่า ยังมีโรงพยาบาลแห่งใดลงมือปฏิบัติจริงเชิงรุกเหมือนที่โรงพยาบาลรามาริบัติ เรามีความตั้งใจจริงที่จะลดระดับการรับประทานเค็มของผู้ป่วยลง โดยการผลิตอาหารที่เหมาะสมขึ้นแก่ผู้ป่วยโรคไตและผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และเราได้

ทำสำเร็จแล้วมาโดยตลอด จากความตั้งใจจริงนี้เอง เราเชื่อมั่นว่าเราจะเป็นโรงพยาบาลต้นแบบในการลดเค็มได้ และเราจะดำเนินการต่อไปเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งรับประทานเค็มลดลงได้

รศ.ดร.พรณวดี พุฒินะ รองคณบดีฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพและวัฒนธรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพอาหารในโรงพยาบาลว่า

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มีความตระหนักในเรื่องการรับประทานอาหารที่ดีแก่ผู้บริโภคทั้งบุคลากรและประชาชน จึงได้ดำเนินการให้ข้อมูลที่ถูกต้อองในการดูแลตัวเองด้วยการรับประทานอาหารที่ดี อาทิ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อภายในคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติเอง และผ่านสื่อมวลชนทุกแขนง รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ การสร้างความรู้ ความเข้าใจในการอ่านฉลากโภชนาการ และที่สำคัญยิ่งคือ การปรับปรุงสูตรอาหารภายในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยให้มีการอบรมแม่ครัวในร้านอาหารไปจนถึงคาเฟ่ที่เรียในการปรับปรุงสูตรอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือลง อีกทั้งยังให้ความสำคัญกับการตรวจสอบและติดตามปริมาณของเกลือในอาหารสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร โดยได้เครื่องวัดความเค็มในอาหารและปัสสาวะจากเครือข่ายลดบริโภคเค็ม เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมภายในโรงพยาบาล จัดนิทรรศการในด้านต่าง ๆ อาทิ การให้ความรู้เรื่องโรคที่เกิดจากการบริโภคเค็ม การอบรมและสาธิตการปรุงอาหารลดเค็มเพื่อสุขภาพให้แก่แม่ครัวทั้งจากฝ่ายโภชนาการของ



โรงพยาบาลและร้านอาหารทั่วไปสำหรับผู้ให้บริการ หลังจากนั้นจะจัดการประกวดคำขวัญรณรงค์ลดเค็ม และประกวดร้องเพลงรณรงค์ลดเค็มเพื่อให้เกิดกระแสการตื่นตัวในหมู่ประชาชนและบุคลากร รวมทั้งมีการประกวดเมนูลดเค็มชูสุขภาพ สำหรับร้านค้าในโรงพยาบาล

คุณธวัชวรินทร์ ตั้งเสริมวงค์ หัวหน้าฝ่ายโภชนาการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวถึงการรับประทานอาหารที่ลดปริมาณโซเดียมลงได้อย่างไรว่า



คนไทยได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อโดยไม่รู้ตัว ซึ่งมักอยู่ในรูปอาหารแปรรูป โดยเฉพาะจากเครื่องปรุงรส ซึ่งเป็นที่นิยมมากติด 5 อันดับ ได้แก่ น้ำปลา ซีอิ๊วขาว เกลือ กะปิ และซอสหอยนางรม จากการตรวจสอบจะพบว่าเกลือ 1 ช้อนโต๊ะ มีปริมาณโซเดียม 6,000 มิลลิกรัม, น้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะ มีปริมาณโซเดียม 1,160-1,420 มิลลิกรัม, ซีอิ๊วขาว 1 ช้อนโต๊ะ มีปริมาณโซเดียม 960-1,420 มิลลิกรัม, ซอสปรุงรส 1 ช้อนโต๊ะ มีปริมาณโซเดียม 1,150 มิลลิกรัม, กะปิ 1 ช้อนโต๊ะ มีปริมาณโซเดียม 1,430-1,490 มิลลิกรัม และซอสหอยนางรม 1 ช้อนโต๊ะ มีปริมาณโซเดียม 420-490 มิลลิกรัม นอกจากนี้ยังพบว่าอาหารปรุงสำเร็จมีปริมาณโซเดียมเฉลี่ยต่อถุง 815-3,527 มิลลิกรัม อาทิ ไข่พะโล้ แกงไตปลา คั่วกลิ้ง ฯลฯ ส่วนอาหารจานเดียวมีปริมาณโซเดียม 1,000-2,000 มิลลิกรัม ต่อหนึ่งจาน อาทิ ข้าวหน้าเป็ด ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู และข้าวคลุกกะปิ ฯลฯ

นอกจากนี้โซเดียมยังมีอยู่มากในเครื่องปรุงรสจำพวกผงชูรส ผงปรุงรส ซุปก้อน นอกจากนี้ยังมีในผงฟูที่ใช้ทำขนมปัง ถึงไม่เค็มก็มีโซเดียมสูง จึงควรหลีกเลี่ยงเพื่อลดการรับประทานโซเดียมเข้าไป ควรลดความจัดจ้านของรสชาติอาหาร เนื่องจากยิ่งอาหารมีรสจัด เปรี้ยวจัด เผ็ดจัด หวานจัด ยิ่งต้องใส่เครื่องปรุงรสเค็มและผงชูรสมากขึ้นเพื่อให้อาหารครบรส หากเป็นคนชอบอาหารรสจัดควรค่อย ๆ ลดความจัดจ้านลงหรือรับประทานอาหารรสอ่อนสลับกันไปจนในที่สุดจะเคยชินกับอาหารรสอ่อนไปเอง แนะนำว่าให้รับประทานอาหารสด หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปที่เก็บไว้ได้นาน เพราะมีโอกาสได้รับโซเดียมเพิ่มโดยไม่จำเป็นจากสารกันบูด และให้เลิกนิสัยชอบรับประทานน้ำซุปรส หากรับประทานอาหารประเภทซุปรส เช่น ก๋วยเตี๋ยว แกงต่าง ๆ ควรรับประทานน้ำซุปรสแต่น้อย เพราะที่จริงแล้วน้ำซุปรสมีโซเดียมอยู่สูงมากจากเครื่องปรุงรสเค็ม และผงปรุงรสหรือซุปก้อน แต่เราไม่รู้สึกรสเค็มเพราะน้ำที่ใส่ลงไปสามารถเจือจางรสเค็มไปได้มาก และถ้ารับประทานน้ำซุปรสหมด ถึงไม่เค็มก็ยังได้โซเดียมมากอยู่ดี

รศ.พญ.อุมาพร สุทัศน์วรวิทย์ นายกสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย และกรรมการแผนอาหาร สสส. กล่าวถึงทิศทางและแรงสนับสนุนการลดเค็มในอาหารว่า

ถือเป็นความสำคัญที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้การสนับสนุนเรื่องการรณรงค์ลดเค็มมานานกว่า 2 ปี โดยเครือข่ายลดบริโภคเค็มนำโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการ และภาคประชาสังคม เช่น กระทรวงสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมโภชนาการ สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย เครือข่ายคนไทยไร้พุง เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค และอื่น ๆ

โรคกลุ่มนี้เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องของประชาชน ซึ่งชื่นชอบอาหารรสชาติเค็มที่มีเกลือหรือโซเดียมสูง และถือเป็นภัยเงียบที่ส่งผลร้ายต่อสุขภาพอย่างคาดไม่ถึง ดังนั้น การรณรงค์ให้มหาวิทยาลัยเป็นต้นแบบในการลดเค็มจึงมีความสำคัญและจะนำไปสู่การลดบริโภคเค็ม ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีต่อไป





แอลกอฮอล์ (ตอนที่ 1)

ประชาชนส่วนใหญ่ทราบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปไม่ดี เป็นโทษ แต่ก็ทราบด้วยว่าถ้าดื่มเพียงเล็กน้อยจะมีผลดีต่อสุขภาพ เช่น ไม่เครียด ผ่อนคลายอารมณ์ คุยได้อย่างสบายใจ ทำให้รู้จักกันง่ายขึ้น ไม่ค่อยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน (เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มเลย)

แต่เท่าไรคือการดื่มเพียงเล็กน้อย ผมว่าแม้แต่แพทย์เองก็ทราบแต่เพียงว่าผู้ชายไม่ควรดื่มเกิน 3 หน่วย (หน่วยคือ unit) ต่อวัน และผู้หญิงไม่เกิน 2 หน่วยต่อวัน หรือไม่เกิน 21 และ 14 หน่วยต่อสัปดาห์ (ในอดีต) สำหรับชายและหญิงตามลำดับ แต่ถ้าถามว่า 1 หน่วยคืออะไร แพทย์อาจไม่ทราบหรือทราบแต่ข้อมูลของแพทย์แต่ละคนก็ไม่ตรงกัน แต่สำหรับผมเองผมสอนมาตลอดว่า 1 หน่วย คือ 30 ซีซีของวิสกี้ (ซึ่งที่ถูกคือ 25 ซีซี) หรือเบียร์ 230 ซีซี หรือไวน์ 85 ซีซีโดยประมาณ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ในเครื่องดื่มแต่ละชนิด เช่น เบียร์ มีตั้งแต่ 3-6%, วิสกี้ 40%, ไวน์ 11-14%, sherry 20% แต่ในเวลาเดียวกันแม้แต่อัจฉริยะในหน่วยทางเดินอาหารของผม 2 ท่านก็มีค่านิยามของ 1 หน่วยไม่เหมือนกัน ผมจึงไปค้นคว้าและได้ข้อมูลมาดังนี้

Unit หรือหน่วย เป็นมาตรวัดที่สหราชอาณาจักร (United Kingdom) เริ่มเอามาใช้ในปี ค.ศ. 1987 1 หน่วยแอลกอฮอล์ของสหราชอาณาจักรคือ 10 ซีซีของ ethanol (pure ethanol) บริสุทธิ์ หรือ 8 กรัมของแอลกอฮอล์ ร่างกายจะสามารถใช้เวลา 1 ชั่วโมงในการเผาผลาญ 1 หน่วยแอลกอฮอล์ให้หมดไปจากร่างกาย (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยอื่นด้วย เช่น อายุ ตัวเล็ก ตัวใหญ่ เพศชายเป็นโรคตับ ฯลฯ หรือไม่) วิธีคำนวณว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เราดื่มมีกี่หน่วย คือเอาจำนวนเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นซีซีคูณด้วย ABV หรือ alcohol by volume (ซึ่งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกขวด กระป๋องจะมีเขียนไว้ หรือบางทีเขียนว่า

% volume เจย ๆ เช่น ขวดเบียร์ วิสกี้ หรือไวน์ จะมีเขียนไว้ว่ามี ABV 5%, 40%, 12% อะไรทำนองนั้น ตามลำดับ) ทารด้วย 1,000 เช่น เบียร์ 500 ซีซี ที่มี ABV 5% จะมี

$$\frac{500 \times 5}{1000} = 2.5 \text{ unit}$$

ที่สหราชอาณาจักร เวลาสั่งเบียร์ใน pub (public house) หรือร้านขายแอลกอฮอล์ เขาจะสั่งเบียร์เป็น pint หรือครึ่ง pint (ซึ่งเขาจะเรียกครึ่ง pint ว่า a half คือ half pint คือ เวลาสั่งเราจะพูดว่า "May I have half a pint of...please") 1 pint ของเบียร์มี 568 ซีซี ครึ่ง pint มี 284 ซีซี ฉะนั้น 1 pint เบียร์ที่มีแอลกอฮอล์ 5% จะมี

$$\frac{568 \times 5}{1000} = \frac{2740}{1000} = 2.7 \text{ unit}$$

(ฉะนั้นควรจำคร่าว ๆ ไว้ว่า ผู้ชายถ้าจะดื่มตามแนวทางการแนะนำไม่ควรดื่มเกิน 1-1½ pint/วัน) วิสกี้ที่มี ABV 40% 1 หน่วยจะมีวิสกี้ 25 ซีซี คือ

$$\frac{25 \times 40}{1000} = 1$$

หรือไวน์ 85 ซีซี ที่มี ABV 14% คือ

$$\frac{85 \times 14}{1000} = 1.19 \text{ unit}$$

ที่สหราชอาณาจักรแนวทางการแนะนำให้ดื่มเพื่อสุขภาพจะต้องไม่เกิน 3-4 หน่วย และ 2-3 หน่วยต่อวัน สำหรับชายและหญิงตามลำดับ เดียวนี้ไม่แนะนำให้บวมเป็น 1 สัปดาห์ เพราะบางคนอาจไม่ดื่มเลย 6 วัน แต่วันที่ 7 ดื่มทีเดียว 21 หน่วย (ที่เรียกว่า binge drinking) วิธีดื่มแบบนี้จะมีอันตรายต่อสุขภาพ สมัยนี้ให้ดื่มเป็นวัน ๆ โดยไม่เกิน 3-4 หรือ 2-3 หน่วยต่อวัน สำหรับชายและหญิงตามลำดับ และควรมี 2 วันที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์เลยใน 1 สัปดาห์ เพื่อให้ตับได้พักผ่อน

แต่ที่น่าสนใจคือ 1 หน่วยของแต่ละประเทศมีแอลกอฮอล์ไม่เท่ากัน และแนวทางการแนะนำปริมาณที่ควรดื่มที่ปลอดภัยมีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่น่าที่จะเป็นอย่างนั้น ผมจะขอนำมาเล่าสู่กันฟังในโอกาสหน้า

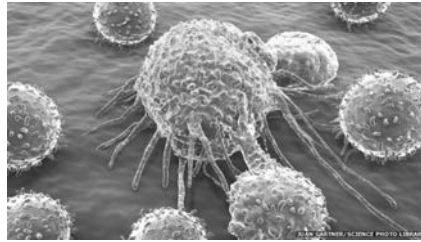


อนามัยโลกยืนยันลินเดนตัวการก่อมะเร็ง

บีบีซี - ผลการศึกษาทบทวนโดยองค์การอนามัยโลกระบุ ลินเดนเป็นสาเหตุของโรคมะเร็ง non-Hodgkin's lymphoma

ข้อมูลการศึกษาโดยองค์การอนามัยโลกระบุ ลินเดนซึ่งใช้เป็นยาฆ่าแมลงในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาเป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็ง non-Hodgkin's lymphoma และปัจจุบันแม้มีการห้ามใช้เป็นยาฆ่าแมลงในสหรัฐอเมริกาและยุโรป แต่ยังคงพบเป็นส่วนผสมของยาฆ่าเหาและเห็บในบางประเทศ รวมถึงจีน อินเดีย สหรัฐอเมริกา และแคนาดา

ด้านคณะผู้วิจัยเผยว่า ข้อสรุป



ดังกล่าวได้จากการทบทวนการศึกษาในเกษตรกร ซึ่งพบว่าลินเดนเป็นสาเหตุให้ความเสี่ยงมะเร็งสูงขึ้นถึงร้อยละ 50 และความเสี่ยงยังสูงขึ้นตามขนาดที่ได้รับ และการใช้ลินเดนในภาคการเกษตรลดลงมากตั้งแต่

คริสต์ทศวรรษที่ 70 แต่ยังคงพบการได้รับสารเคมีดังกล่าวจากอาหารปนเปื้อน รวมถึงการรักษาเหาและเห็บ และปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงมะเร็งต่อม่อน้ำเหลืองจากการสัมผัสลินเดน

อีกด้านหนึ่งผลการศึกษาชี้ด้วยว่า ดีดีทีอาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งในคน และแม้มีการประกาศห้ามใช้ดีดีทีมาแล้วกว่า 40 ปี แต่ก็ยังคงพบการได้รับดีดีทีจากอาหาร เนื่องจากดีดีทีสามารถตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสัตว์ในระยะยาว

แผ่นชิปอวัยวะคว่ำรางวัลออกแบบในอังกฤษ

บีบีซี - แผ่นชิปอวัยวะโดยนักวิจัยมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดชนะเลิศรางวัลการออกแบบแห่งปี ของฟิสิกส์ งานออกแบบแห่งอังกฤษ

นับเป็นครั้งแรกที่ผลิตภัณฑ์ในสาขาการแพทย์สามารถคว่ำรางวัลการออกแบบแห่งปี โดยคณะกรรมการเปิดเผยว่า ผลงานชิปอวัยวะซึ่งนำเอาเซลล์จากอวัยวะต่าง ๆ มาบรรจุไว้ในชิปสามารถจำลองการทำงาน



ของอวัยวะด้วยแนวคิดการออกแบบที่หลุดไปจากกรอบเดิม ทำให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่สามารถ

ใช้ทำนายการทำงานของอวัยวะในรูปลักษณะที่สวยงามชวนมอง

ด้านนักวิจัยคาดหวังว่า แผ่นชิปอวัยวะนี้จะสามารถใช้เป็นทางเลือกแทนการใช้สัตว์ทดลองในกระบวนการพัฒนายาใหม่ และอาจมีบทบาทในการทดสอบความปลอดภัยของเครื่องสำอางหรือความเป็นพิษของสารเคมีต่าง ๆ

เดินเล่นในสวนคลายเครียดชีวิตเมือง

บิสซิเนสอินไซด์เดอร์ - การเดินเล่นท่ามกลางหมู่ไม้ในสวนสาธารณะให้ผลดีช่วยคลายความเครียดจากชีวิตในเมืองใหญ่

ผลการศึกษาเปรียบเทียบรายงานในวารสาร Proceedings of the National Academy of Sciences ชี้ การมีพื้นที่สีเขียวหรือสภาพแวดล้อมธรรมชาติในเมืองอาจมีประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพจิตของประชากร โดยพบกลุ่มตัวอย่างมีความคิดด้านลบต่อตนเองต่ำลงหลังจากที่ได้เดินเล่นในสวนสาธารณะ

นักวิจัยทดสอบระดับความคิดด้านลบของกลุ่มตัวอย่าง โดยเปรียบเทียบ

ระหว่างกลุ่มที่ได้เดินเล่นในสวนสาธารณะเป็นเวลา 1 ชั่วโมง และกลุ่มที่ออกไปเดินเล่นในเมือง ซึ่งพบว่าการเดินเล่นในสวนสาธารณะช่วยลดความคิดด้านลบได้อย่างดีต่างจากการเดินเล่นในเมืองซึ่งไม่พบประโยชน์ด้านความเครียดเลย และจากการสแกนสมอง



พบว่า การเดินในสวนสาธารณะช่วยลดการทำงานของสมองส่วน subgenual prefrontal cortex ซึ่งมีบทบาทด้านความผิดปกติของอารมณ์

ด้านนักจิตวิทยาสิ่งแวดล้อมเปิดเผยว่า การใช้ชีวิตในเมืองใหญ่ที่รายล้อมไปด้วยความสะดวกรสบาย ในอีกทางหนึ่งกลับเป็นสาเหตุของการป่วยทางจิตโดยเฉพาะโรคจิตเภทและซึมเศร้า และแม้จะยังไม่มีใครทราบกลไกที่แน่ชัด แต่ก็มีหลายการศึกษาชี้ตรงกันว่า การอยู่ในสภาพแวดล้อมธรรมชาตินั้นส่งผลดีต่อภาวะอารมณ์



ไลฟ์ไฮแอนด์ - ผลการสำรวจโดยนักวิจัยอเมริกันพบเครื่องดื่มผสมน้ำตาลเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตราวปีละ 184,000 รายทั่วโลก

นักวิจัยเผยว่า ตัวเลขดังกล่าวได้จากการรวมตัวเลขการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และมะเร็ง ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับ

อันตรายเครื่องดื่มผสมน้ำตาล คร่าชีวิตร่วมสองแสนรายทั่วโลก

การบริโภคน้ำอัดลม น้ำผลไม้ เครื่องดื่มเสริมกำลังงาน และชาเย็น ในประชากรจากกว่า 50 ประเทศ และผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการลดหรือขจัดเครื่องดื่มผสมน้ำตาลออกจากอาหารแต่ละมื้อ

ข้อมูลพบว่า ประชากรในภูมิภาคละตินอเมริกาและแคริบเบียนมีสถิติการเสียชีวิตที่เชื่อมโยงกับเครื่องดื่มผสมน้ำตาลในอัตราสูงสุด ขณะที่ญี่ปุ่นซึ่งประชากรนิยม

ดื่มชาไม่ผสมน้ำตาลมีอัตราการเสียชีวิตจากเครื่องดื่มผสมน้ำตาลที่ต่ำมาก และแม้การสำรวจนี้จะไม่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์เชิงเหตุระหว่งการบริโภคเครื่องดื่มผสมน้ำตาลและการเสียชีวิตในระดับบุคคล แต่นักวิจัยก็ยืนยันว่า เครื่องดื่มผสมน้ำตาลเป็นสาเหตุของโรคอ้วนอันเป็นที่ทราบกันดีว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคร้ายหลายประการ

เด็กอเมริกันเกือบครึ่งผ่านเหตุการณ์ความรุนแรง

รอยเตอร์เฮลล์ - ผลสำรวจเผย เด็กชาวอเมริกันราว 4 ใน 10 คน เคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรงหรือโดนทำร้ายในช่วงปีก่อน

ผลการสำรวจโดยศูนย์วิจัยอาชญากรรมต่อเยาวชนของมหาวิทยาลัยนิวแฮมเชียร์ระบุว่า เด็กเป็นประชากรที่มีแนวโน้มตกเป็นทาสความรุนแรงสูงสุด

ในสหรัฐอเมริกา โดยจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์พบว่า เด็กและวัยรุ่นเคยถูกทำร้ายร่างกาย บาดเจ็บจากการถูกทำร้ายประทุษร้ายทางเพศ ได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม รวมถึงเคยเห็นพ่อแม่ทะเลาะตบตีกัน

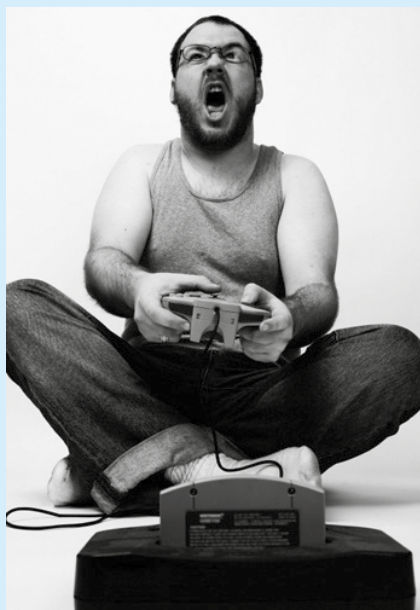
ด้านผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า ข้อมูลที่พบจากการสำรวจในสหรัฐอเมริกานี้ คล้ายคลึงกับผลลัพธ์จากการสำรวจในประเทศ

อื่น และเป็นที่น่าสนใจว่าประเด็นการละเลยลูกหลานเป็นปัญหาความรุนแรงที่พบมากที่สุดในการครอบครัวยังได้เรียกร้องให้มีการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันปัญหาระยะยาวทั้งต่อตัวเด็กเองและสังคมในภาพรวม

เกมออนไลน์ไขประตูสู่อ้วน

บีบีซี - ผลการศึกษาโดยนักวิจัยอังกฤษพบเกมออนไลน์อาจช่วยควบคุมพฤติกรรมการกินจุบจิบได้ถึง 6 เดือน

แหล่งข่าวมีการรายงานว่า เกมออนไลน์ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยเอ็กซีเตอร์และมหาวิทยาลัยคาร์ดิฟฟ์ของอังกฤษ มีกติกาให้ผู้เล่นเลี้ยงกตภาพของกินเล่นอาจส่งผลดีต่อการลดน้ำหนักและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพบว่าการเล่นเกมนี้อาจช่วยลดน้ำหนักได้มากถึง 4 ครั้งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างน้ำหนักลดลงเล็กน้อยและรับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำลง และเห็นผลต่อเนื่องถึง 6 เดือน



ด้านนักวิจัยกล่าวว่า การตั้งกติกาให้ผู้เล่นเลี้ยงกตภาพอาหารที่มีแคลอรีสูงเป็นการฝึกสมองให้ปฏิเสธอาหารดังกล่าว และแม้การศึกษานี้ยังคงอยู่ในขั้นเริ่มต้น แต่ผลลัพธ์ที่ได้ก็เป็นการเสนอแนะว่าการฝึกสมองด้วยเกมออนไลน์น่าจะมียุทธศาสตร์ต่อการลดน้ำหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และยังข้อดีที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทำได้ง่าย อีกทั้งยังเป็นที่ยอมรับของผู้เล่น

ผู้นำ



หัวใจของการเป็นแพทย์ฉุกเฉินที่ดีคือ...ดูแลผู้ป่วย
ได้ดี...เก่งวิจัย..และประสานงานดี

สำหรับการประสานงานนั้นเป็นหัวใจหลักของ
แพทย์ฉุกเฉินที่พิเศษจากแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น

ทั้งนี้เพราะการทำงานในห้องฉุกเฉินต้องประสาน
การรักษาและส่งต่อกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ เพื่อดูแล
รักษาร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหลายครั้งต้องปรึกษา
แพทย์เฉพาะทางหลายด้านมาร่วมกันดูแลผู้ป่วยคนเดียว ก็ต้อง
ประสานความคิดเห็นในการรักษาเพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งต่อกัน

ส่วนการดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุ ยิ่งจำเป็นต้องอาศัย
การประสานงานเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะมีสาขาวิชาชีพอื่น ๆ
ที่เกี่ยวข้องมากมาย ได้แก่ พนักงานขับรถพยาบาล พนักงานแปล
อาสาสมัครกู้ชีพ ประชาชน (ไทยมุง) และศูนย์สั่งการของ
โรงพยาบาลต่าง ๆ

ประสานกับพนักงานขับรถ...ในการขับรถไปทำการ
ดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุได้ถูกต้องและปลอดภัย

ประสานกับพยาบาล...เพื่อให้การดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย
ฉุกเฉินอย่างเป็นทีม

ประสานกับพนักงานแปล...ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
มาทำการรักษาในโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย

ประสานกับอาสาสมัครกู้ชีพ...เพื่อร่วมกันรักษาผู้ป่วย
ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประสานกับประชาชน (ไทยมุง)...เพื่อไม่ให้ประชาชน
เข้าใจผิดหรือตื่นตระหนกกับเหตุการณ์

การประสานงานเหล่านี้ต้องใช้ศาสตร์และศิลปะ
ของการเป็นผู้นำ ทั้งนี้เพราะในสถานการณ์เหล่านี้ บุคลากร
รอบข้างมักให้เกิดวิวิธวิชาชีพแพทย์ในการสั่งการ

แพทย์ฉุกเฉินจึงต้อง
ทำตัวราวกับผู้ควบคุมวงดนตรี
(conductor) ซึ่งต้องประสาน
ให้เครื่องดนตรีแต่ละชิ้นบรรเลง
ร่วมกันเป็นเพลงที่ไพเราะได้

เมื่อไม่นานมานี้ มีผู้ป่วย
รายหนึ่งถูกรถบรรทุกชนค้ำ

ล้มทับขา 2 ข้างที่โรงงาน หัวหน้างานได้ร้องขอให้รถพยาบาล
ไปดูแลที่โรงงาน

ทันทีที่ฉันไปถึงก็พบว่ามียศอาสาสมัครกู้ชีพมาถึงแล้ว
พร้อมทั้งกลุ่มไทยมุงจำนวนหนึ่ง

อาสาสมัครกู้ชีพได้ทำการยกรถที่ทับออกจากขาของผู้ป่วยแล้ว และกำลังจะนำเปลมาขนย้ายผู้ป่วย แต่เนื่องจาก
พอเขาเห็นรถพยาบาลมาถึง พวกเขาก็ให้เกียรติแก่รถพยาบาล
เพื่อทำการขนย้ายต่อไป

ฉันเริ่มทักทายอาสาสมัครกู้ชีพ “สวัสดีค่ะ หมอมาจาก
โรงพยาบาลนะคะ เดี่ยวหมอขอขนย้ายคนไข้ไปโรงพยาบาล
นะคะ”

“เชิญเลยครับคุณหมอ ถ้ามีอะไรให้ช่วยบอกเลยนะคะ”
อาสาสมัครกู้ชีพตอบกลับมาอย่างเต็มใจให้การช่วยเหลือ

หลังจากนั้นทีมของโรงพยาบาลเริ่มทำการขนย้าย
โดยนำเปลออกมา แต่เนื่องจากผู้ป่วยขยับขา 2 ข้างไม่ได้เลย

ฉันเริ่มสั่งการ “เอาเปลออกมาตามขาของผู้ป่วย”

“แต่เรามีเปลออกมาคนเดียวนะคะ จะตาม 2 ข้างยังไง”
พนักงานแปลเริ่มถาม

ฉันหยุดคิดสักพัก แล้วจึงตอบไปอย่างลึบเลวว่า “เอ...
ถ้าอย่างนั้นก็ตาม 1 ขาแล้วให้คนช่วยกันยกผู้ป่วยมาวางบนเปล”

ทันใดนั้น อาสาสมัครกู้ชีพก็เสนอว่า “ผมมีเปลออกมา
ขนาดใหญ่ที่มดทั้งตัวได้ จะลองใช้ไหมครับ”

“แต่รถพยาบาลไม่มีเปลออกมาขนาดใหญ่แบบนั้น พี่ก็ต้อง
ตามไปเอาอุปกรณ์คืนที่โรงพยาบาลสิคะ แต่ถ้าไม่มีทางเลือก
ก็ขอยืมได้ไหมคะ”

อาสาสมัครกู้ชีพหนึ่งคิดสักพัก ก็ตอบกลับมาว่า “ลองใช้
K.E.D. มัดขา 2 ข้างไหมครับ”

“รถพยาบาลมี K.E.D. ค่ะ เอ...แต่ K.E.D. เอาไว้
มัดหลังของผู้ป่วยนี่คะ...แต่มันมีขนาดใหญ่พอที่จะมัดขา 2 ข้าง
ได้เหมือนกัน...ฉันลองดูก็ได้ค่ะ”

จากนั้นฉันก็ไปที่รถโรงพยาบาลเพื่อนำ K.E.D. ออกมา
มัดขา 2 ข้างของผู้ป่วย ซึ่งก็พบว่ามันใช้การได้ดี หลังจากทำการ



ขนย้ายผู้ป่วยขึ้นบนรถได้เรียบร้อยแล้ว ฉันก็ขอบคุณอาสาสมัคร
กู้ชีพเป็นอย่างมากที่ให้ข้อเสนอแนะที่ดี



ภาพที่ 1 เปลือกลมตามขา



ภาพที่ 2 เปลือกตามทั้งตัว



ภาพที่ 3 Kendrick Extrication Device (K.E.D.)

ในการทำงานเป็นทีม หลายครั้งแพทย์ต้องทำงาน
ร่วมกับผู้คนมากมาย ดังนั้น การเป็นหัวหน้าทีมที่ดีย่อมประสาน
ให้การรักษาดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การให้เกียรติและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นนับเป็น
ศิลปะอย่างหนึ่งของหัวหน้าทีม

รวมทั้งหัวหน้าทีมควรมีบทบาทดังนี้เพื่อให้เป็นผู้นำ
ที่ดี

...รู้จักในงาน...เพื่อชี้แนะการทำงานได้

...ร่วมเคียงบ่าเคียงไหล่ทำงานกับทีม (ไม่ใช่ยื่นสั่งการ)...

เพื่อให้ทีมมีกำลังใจทำงาน

...คุณอารมณ์ได้...เพื่อให้ทีมกล้าเสนอความคิดเห็น

...ใจเปิดกว้าง...เพื่อรับฟังความคิดเห็นของทีม

...กล่าวขอบคุณเมื่องานเสร็จ...เพื่อสร้างความรู้สึกดี

ต่อกัน

เนื่องจากห้องฉุกเฉินยังขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง
สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวนมาก ดังนั้น หลายครั้งที่แพทย์
ฉุกเฉินเพิ่งจบใหม่ต้องไปทำงานเป็นหัวหน้าห้องฉุกเฉิน ซึ่งต้อง
บริหารจัดการในระดับหน่วยงานซึ่งยากกว่าการบริหารจัดการ
หน่วยงานต่อผู้ป่วยเสียอีก

ถ้าเราเข้าใจหลักการบริหารจัดการที่ดีก็จะสามารถนำพา
หน่วยงานให้ก้าวหน้าไปได้ สมฐานะการเป็นหัวหน้าหรือผู้นำที่ดี
มีบทความหนึ่งกล่าวถึงความแตกต่างระหว่าง “เจ้านาย”
กับ “ผู้นำ”

เจ้านาย บังคับ	ผู้นำ สอน
เจ้านาย ใช้อำนาจ	ผู้นำ ปรารถนาดี
เจ้านาย สร้างความหวาดกลัว	ผู้นำ สร้างความกระตือรือร้น
เจ้านายพูดว่า “ตัวข้า”	ผู้นำพูดว่า “พวกเรา”
เจ้านาย หาแพะรับผิด	ผู้นำ หาทางแก้ปัญหา
เจ้านาย รู้วิธีทำ	ผู้นำ แสดงวิธีทำ
เจ้านาย ใช้คน	ผู้นำ พัฒนาคน
เจ้านาย เอาหน้าจากผลงาน	ผู้นำ ให้นำคนทำงาน
เจ้านาย ชี้นิ้วสั่ง	ผู้นำ ขอความร่วมมือ
เจ้านายสั่งว่า “ไปได้”	ผู้นำชวนว่า “ไปกันเถอะ”

ในการทำงานของแพทย์ฉุกเฉินมักได้รับเกียรติเป็น
หัวหน้าในบทบาทใดบทบาทหนึ่งเสมอ ทั้งในฐานะหัวหน้าทีม
รักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินและที่จุดเกิดเหตุ หรือกระทั่ง
เป็นหัวหน้าห้องฉุกเฉิน

ในทุกบทบาทของหัวหน้าทีมนี้ เราเลือกได้ว่าจะเป็น
เจ้านายหรือผู้นำ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดต่อตัวเราและทีมก็แตกต่าง
ไปตามที่เราเลือก...ทั้งแง่ดีและร้าย



มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความห่วงใย (ตอนที่ 12)

การตรวจสอบการทุจริตประพฤติมิชอบของ สปสช. และข้อเสนอในการแก้ปัญหา

■ ต่อจากฉบับที่แล้ว

แต่ความจริงที่เกิดขึ้นก็คือ สปสช. ไม่ให้ความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข โดยปลัดกระทรวงที่เป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดของข้าราชการประจำได้รับฟังปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติงานของข้าราชการในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศว่า โรงพยาบาลและสถานพยาบาลส่วนมากได้รับงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาท ไม่เพียงพอ เกิดปัญหาขาดดุลงบประมาณจนขาดสภาพคล่อง มีความเสี่ยงต่อการล้มละลาย (เจ๊ง) และต้องการให้ สปสช. แก้ไขการบริหารจัดการใหม่เพื่อให้โรงพยาบาลและสถานพยาบาลได้รับงบประมาณที่เพียงพอ เพื่อที่จะสามารถทำงานดูแลรักษาประชาชนได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน แต่ สปสช. และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บอร์ด) สปสช. ไม่รับฟังและแก้ไข ในขณะที่ ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน ในตำแหน่งประธานบอร์ด สปสช. ไปสั่ง ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน ในตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้รายงานไปที่ ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ รองนายกรัฐมนตรี เพื่อไปรายงานให้นายกรัฐมนตรีเซ็นคำสั่งย้ายปลัดกระทรวงออกจากการทำงานในข้อหาไม่สนองนโยบายรัฐมนตรี จนเกิดการร้องเรียนให้มีการตรวจสอบการทุจริตประพฤติมิชอบของ สปสช. และน่าจะเป็นที่มาของคำสั่งหัวหน้า คสช. ที่ 19/2558 ดังที่ปรากฏเป็นข่าวดังกล่าวนั่นแล้ว

สิ่งที่ นพ.ประเวศ วะสี พุดทงหมด⁽⁵⁾ เป็นการรับรองอย่างเปิดเผยต่อสาธารณชนว่า เขาเป็นผู้ที่ร่วมก่อตั้งองค์กรตระกูล ส. และร่วมงานกันอย่างใกล้ชิดกับ สกว. สวทช. และรองนายกรัฐมนตรี ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์, ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน และเขายังสนิทสนมคุ้นเคยกันดีกับ นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ (ผู้ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนปัจจุบัน) จากการร่วมก่อตั้งมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ⁽¹¹⁾ โดย นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ นี่คือนักปฏิรูปการรัฐประหารและเอาเลือกตั้ง⁽¹⁰⁾ โดยการประกาศตัวเข้าร่วมกับขบวนการ “2 เอาและ 2 ไม่เอา”⁽¹²⁾ แต่พอ คสช. ทำการรัฐประหารสำเร็จ นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ ที่ประกาศ “ไม่เอารัฐประหาร” กลับมา “เอา” ตำแหน่งรัฐมนตรี แบบสุภาภิตไทยว่า “เกลียดตัวกินไข่” อย่างนั้นเลย

นพ.ประเวศ วะสี ยังพุดอีกว่า “เราต้องร่วมกันสร้างประเทศไทยให้เป็นประเทศน่าอยู่ที่สุด เราทำไม่ได้ในภพภูมิเก่า ซึ่งเป็นภพภูมิแห่งการคิดเชิงอำนาจและโครงสร้างอำนาจทางตั้ง ซึ่งเป็นภพภูมิที่ทำให้มีความบีบคั้น พฤติกรรมเบียดเบียน ทำร้ายกันสูง เราต้องการศีลธรรมใหม่และการปฏิบัติสัมพันธ์ภาพด้วยกัลยาณมิตรธรรม”

“ศีลธรรมใหม่” คือการเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็น



คนของคน โดยเฉพาะคนเล็กคนน้อย คนยาก คนจน การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยเป็นเรื่องใหญ่ ต้องใช้ความจริง ความเป็นเหตุเป็นผล คำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนเป็นตัวตั้ง”

ผู้เขียนขอสรุปจากความเห็นที่ว่า พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา หัวหน้า คสช. และนายกรัฐมนตรีได้ออกคำสั่งที่ 19/2558 นั้น ท่านได้ยึดหลักการว่า “ผลประโยชน์ของประชาชนเป็นตัวยึด” อย่างแน่นอน เพราะนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคนั้นเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีมากในการที่จะช่วยเหลือประชาชนที่ยากจนให้มีโอกาสได้รับการดูแลรักษาตัวเมื่อเจ็บป่วยอย่างเสมอภาคและเป็นธรรมเหมือนประชาชนที่ไม่ยากจน แต่การบริหารจัดการในระบบ 30 บาทนั้น มีปัญหาการทุจริตประพฤติมิชอบ และเกิดผลเสียหายแก่ผู้ป่วยมากมายดังตัวอย่างที่กล่าวมาแล้ว จึงสมควรที่จะต้องได้รับการตรวจสอบอย่างรอบคอบ เพื่อแก้ไขปัญหาความเสียหายแก่ประชาชนและงบประมาณแผ่นดินอย่างเร่งด่วนที่สุด

เปรียบเหมือนนโยบายประชานิยมอีกอย่างหนึ่งคือ โครงการรับจำนำข้าวในรัฐบาลนายกรัฐมนตรียิ่งลักษณ์ ชินวัตร ที่ตั้งเป้าหมายว่าจะช่วยเหลือชาวนาที่ยากจน แต่เกิดความเสียหายจากการทุจริตคอร์รัปชัน จึงต้องริบยุติโครงการนั้น และตรวจสอบแก้ไขและยุติโครงการนั้นทันที

แต่สำหรับระบบ 30 บาทนั้น ผู้เขียนขอเสนอแนวทางแก้ไข
เร่งด่วนดังนี้คือ

การเริ่มต้นแก้ปัญหาต้องเริ่มจากการบริหารกองทุนตาม
หลักธรรมาภิบาล กล่าวคือ

1. ยึดหลักกฎหมาย (นิติธรรม)
2. ยึดหลักคุณธรรม (เห็นความสำคัญของชีวิตผู้ป่วย)
3. ยึดหลักความถูกต้อง (ยึดหลักมาตรฐานวิชาชีพ)
4. ยึดหลักความมีส่วนร่วม (รับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน
เพื่อนำไปแก้ไข)
5. ยึดหลักความโปร่งใส (สุจริต ตรวจสอบได้ ไม่มีผลประโยชน์
ทับซ้อน)

6. ยึดหลักความรับผิดชอบ (เมื่อทำผิดก็ควรแสดงความรับผิดชอบ
เช่น ออกมาขอโทษประชาชน และลาออกจากตำแหน่ง เพื่อให้ผู้ที่มีความ
สามารถมาแก้ไขระบบทันที)

แต่ถ้าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่แก้ไขและ
ไม่แสดงความรับผิดชอบ หัวหน้า คสช. ควรพิจารณาใช้มาตรา 44
ออกคำสั่งให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยุติการปฏิบัติ
หน้าที่โดยทันที

การแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วนที่สุดพร้อม ๆ กับการตรวจสอบ
การทุจริตประพฤติมิชอบก็คือ การที่ คสช. ควรตั้งคณะกรรมการปฏิรูป

การประกันสุขภาพโดยด่วนที่สุด เพื่อดำเนิน
การให้ประชาชนได้รับสิทธิในการไปรับการ
ดูแลรักษาในระบบ 30 บาทเหมือนเดิม

แต่ขอรับรองว่า ยานำเอาผู้ที่มีรายชื่อ
เป็นและเคยเป็นกรรมการหรือผู้บริหาร และ
ที่ปรึกษาขององค์กรตระกูล ส. เข้ามาเป็น
กรรมการ เนื่องจากเป็นผู้ร่วมก่อปัญหา
มาโดยตลอด เพราะเป็นกลุ่มเดียวกันที่อาจมีส่วนโยงโย
กับผลประโยชน์จากการบริหารกองทุนตระกูล ส.
ทั้งหมด



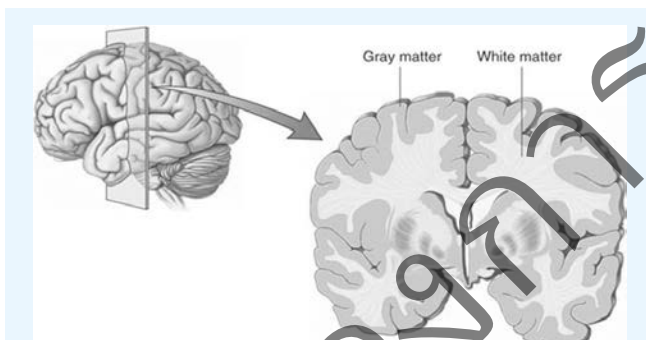
เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.hfocus.org/content/2015/06/10254> บิ๊กตุ
ใช้ ม.44 เต็ง 71 ขรก. 'เลขาธิการ สปสช.-นพ.สจ.ศรีสะเกษ-
ผอ.ร.พ.สงขลา' โดนด้วย
2. <http://www.dailynews.co.th/article/330924> (คลิป) จนท.
สปสช.ให้กำลังใจ "นพ.วินัย"
3. <http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=958000073147> "หมอฉีดยา" โดนฟ้องบิ๊ก สปสช.
4. http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1435314212 หมอมงคล ณ สงขลา โพสต์กรณีดังกล่าว
สปสช.ชี้ "ยืงนานไปการหลงในอำนาจจะรุนแรงมากขึ้น"
5. <https://www.thairath.co.th/content/508914> ปฏิรูป
สุขภาพ ใช้สมองไม่ก่อบาป
6. <https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%A8%E0%B8%B9%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B8%B8%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%A8%E0%B8%A7%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%84%E0%B9%82%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%A5%E0%B8%A2%E0%B8%B5%E0%B8%8A%E0%B8%B5%E0%B8%A7%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B9%81%E0%B8%AB%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%B4>

7. <http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=958000060286> "ยังยุทธ" พบพิรุณ สปสช.ใช้เงิน รอสบ
ให้ชัด
8. <http://www.hfocus.org/content/2015/03/9529> 'ยังยุทธ'
ยัน สธ.ต้องทำงานเป็นทีม เผยปมสอปลัด หาเหตุทำไมทำงานร่วมกัน
ไม่ได้
9. https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C_%E0%B8%9E%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%8A
10. <http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=958000072482> งานวิจัยของ TDRI ที่อาจจะทำให้คนไทย
รอดตายเป็นจำนวนมากกับวัฒนธรรมแห่งการวิจารณ์และการวิจัย
11. <http://www.thainhf.org/?module=page&page=detail&id=2> สาส์นจากประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
12. <http://www.tddf.or.th/political/detail.php?contentid=0001&postid=0007880¤tpage=6> เครือข่าย
2 เอา 2 ไม่เอา' ออกแถลงการณ์ 4 ข้อ... 'ด้านรัฐประหาร-หนุนเลือกตั้ง'
มั่นใจไม่มองเลือดหากทุกฝ่ายเคารพกติกา

เนื้อเยื่อสมองจำลองแบบสององค์ประกอบ

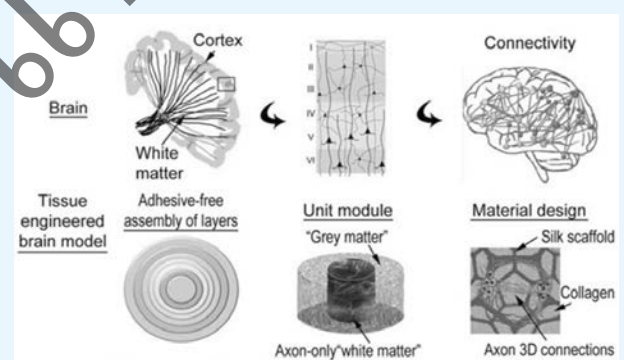
สมองถือได้ว่าเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อมนุษย์เนื่องจากทำหน้าที่ในการควบคุมและสั่งการการเคลื่อนไหว พฤติกรรม และรักษาสมดุลภายในร่างกาย โดยหลักแล้วเนื้อเยื่อสมองนั้นประกอบไปด้วย 2 ส่วนหลักคือ สมองเนื้อสีเทา (grey or gray matter) และสมองเนื้อสีขาว (white matter) โดยสมองเนื้อสีเทาเป็นเนื้อเยื่อสมองที่อยู่ส่วนด้านนอก ประกอบด้วยเซลล์ประสาท (neuron), เดนไดรต์, แอกลอน, เซลล์ค้ำจุนระบบประสาท (glial cells) และหลอดเลือดฝอย มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ และการให้ความรู้สึกรับรู้ทั้งประสาทสัมผัส ความนึกคิด ความจำ การเห็น การพูด และการได้ยิน ในขณะที่สมองเนื้อสีขาวเป็นเนื้อเยื่อที่อยู่ด้านใน เป็นเนื้อเยื่อที่ไม่มีเซลล์ประสาท มีแต่เซลล์ค้ำจุนระบบประสาท และแอกลอน โดยทำหน้าที่หลักในการช่วยส่งสัญญาณ/กระแสประสาทที่ออกจากเซลล์ประสาทในบริเวณของสมองเนื้อสีเทา ซึ่งเนื้อเยื่อสมองทั้ง 2 ส่วนจะต้องทำงานสัมพันธ์กันเพื่อให้การทำงานของสมองโดยรวมเป็นไปอย่างราบรื่น



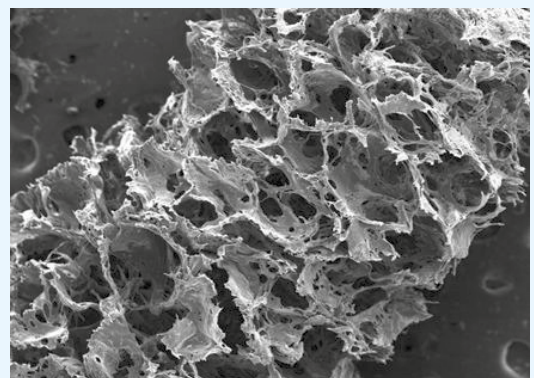
ภาพแสดงองค์ประกอบของสมองที่ประกอบไปด้วยสมองเนื้อสีเทา (grey or gray matter) และสมองเนื้อสีขาว (white matter)^[1]

การพัฒนาเพื่อเลียนแบบเนื้อเยื่อสมองนั้นถือได้ว่ามีความท้าทายและยากลำบาก เนื่องจากเนื้อเยื่อสมองนั้นจะมีโครงสร้างที่ซับซ้อนและมีปริมาณของเซลล์ต่าง ๆ ในแต่ละตำแหน่งของสมองที่แตกต่างกันและมีความเฉพาะต่อบริเวณ อย่างไรก็ตาม มีความพยายามจากทีมนักวิทยาศาสตร์จากที่ต่าง ๆ ในการวิจัยและพัฒนาเนื้อเยื่อสมองเทียมด้วยวัสดุและเทคโนโลยีที่หลากหลาย โดยหวังว่าจะสามารถพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการรักษาหรือวินิจฉัยโรคทางสมองได้ เมื่อไม่นานมานี้ทีมนักวิทยาศาสตร์จากประเทศสหรัฐอเมริกาได้เปิดเผยถึงความสำเร็จของเทคนิคการสร้างเนื้อเยื่อสมองจำลอง 3 มิติที่มีโครงสร้างและการทำงานใกล้เคียงกับเนื้อเยื่อสมองของหนูในธรรมชาติขึ้น โดยทีมนักวิจัยสามารถรักษาให้เนื้อเยื่อดังกล่าวมีชีวิตและทำงานในห้องปฏิบัติการได้นานมากกว่า 2 เดือน

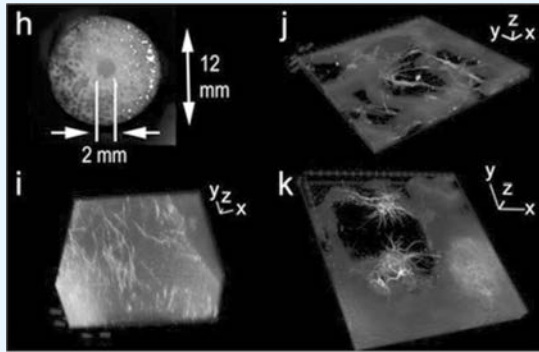
โครงสร้างของเนื้อเยื่อสมองจำลองที่พัฒนาขึ้นนี้มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับเนื้อเยื่อสมองในธรรมชาติ โดยจะมีลักษณะเป็นโครงสร้าง 2 ส่วนที่มีลักษณะที่ต่างกันแต่เชื่อมต่อกันคือ ประกอบไปด้วยส่วนที่มีลักษณะเป็นโครงสร้างรูปท่อน 3 มิติทางด้านนอกที่ผลิตขึ้นจากโปรตีนไหมเพื่อเลียนแบบส่วนของสมองเนื้อสีเทา และส่วนของเจลคอลลาเจนนิ่มตรงกลางเพื่อเลียนแบบส่วนของสมองเนื้อสีขาวโดยส่วนของเจลคอลลาเจนนี้ยังมีการแทรกซึมผ่านเข้าไปในรูปท่อนของโครงสร้างรูปท่อน 3 มิติทางด้านนอกอีกด้วย ซึ่งภายหลังการเพาะเลี้ยงเซลล์ประสาทที่ได้จากหนูทดลองลงบนโครงสร้างเนื้อเยื่อสมองจำลองพบว่า เซลล์ประสาทสามารถเจริญได้ในโครงสร้างรูปท่อนทางด้านนอก เกิดเป็นโครงร่างเชื่อมต่อกันจำนวนมาก ในขณะที่บริเวณส่วนที่เป็นเจลคอลลาเจนตรงกลางนั้นจะมีการเจริญเข้ามาของแอกลอนเป็นส่วนใหญ่โดยปราศจากเซลล์ประสาท ซึ่งจะเห็นได้ว่าโครงสร้างเนื้อเยื่อสมองจำลองที่ได้มีลักษณะคล้ายคลึงกับเนื้อเยื่อสมองในธรรมชาติ



ภาพแสดงโครงสร้างของสมองในธรรมชาติและโครงสร้างของเนื้อเยื่อสมองจำลองที่พัฒนาขึ้น^[2]

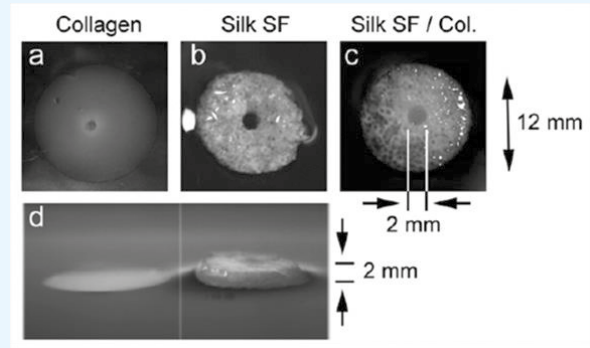


ลักษณะโครงสร้างรูปท่อน 3 มิติทางด้านนอกของเนื้อเยื่อสมองจำลองที่ผลิตขึ้นจากโปรตีนไหมสำหรับรองรับการเจริญของเซลล์ประสาท โดยมีขนาดของรูปท่อนเฉลี่ยประมาณ 500 ไมครอน^[4]

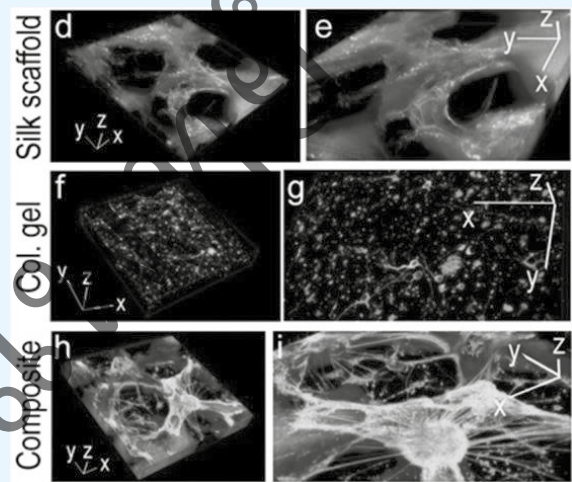


โครงสร้างของเนื้อเยื่อสมองจำลองภายหลังการเพาะเลี้ยงเซลล์ประสาท ซึ่งจะพบว่าส่วนของเจลคอลลาเจนบริเวณตรงกลางนั้นจะประกอบไปด้วย การเจริญของแอกซอน (ภาพ i) ในขณะที่ส่วนของโครงสร้งรูปทรงแปดหน้า จะมีการเจริญของเซลล์ประสาทจำนวนมากและเชื่อมโยงกันบนพื้นผิว ของรูปทรงแปดหน้า (ภาพ j) และมีการเจริญของแอกซอนออกมาสู่ส่วนของ เจลคอลลาเจนที่อยู่ภายในรูปทรงแปดหน้าของโครงสร้งเนื้อเยื่อสมองจำลองด้านนอก อีกด้วย^[2]

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการรองรับการ เจริญเติบโตของเซลล์ประสาทระหว่างการใส่เจลคอลลาเจนเพียงอย่างเดียว การใส่โครงสร้งรูปทรงแปดหน้า 3 มิติอย่างเดียวกัน และการใช้ส่วนประกอบระหว่าง โครงสร้งรูปทรงแปดหน้า 3 มิติและเจลคอลลาเจนซึ่งเป็นโครงสร้งของเนื้อเยื่อ สมองเทียมจำลองที่พัฒนาขึ้น จะพบว่าเซลล์ประสาทจะเจริญอยู่บน พื้นผิวของโครงสร้งรูปทรงแปดหน้า 3 มิติ และมีการเจริญของแอกซอนที่จำกัด ในบริเวณพื้นผิวใกล้เคียงในลักษณะ 2 มิติเท่านั้น ในขณะที่เซลล์ประสาท ที่เจริญในเจลคอลลาเจนนั้นจะกระจายตัวอยู่อย่างเดียวกัน ๆ และ ไม่สามารถเชื่อมโยงเข้าด้วยกันได้ ในทางตรงข้ามเซลล์ประสาทที่ เจริญบนโครงสร้งผสมของเนื้อเยื่อสมองจำลองจะสามารถรองรับและ สนับสนุนการเจริญของเซลล์ประสาทและแอกซอน และการเชื่อมต่อกัน ใน 3 มิติผ่านทางเจลคอลลาเจนในรูปทรงแปดหน้าอีกด้วย ซึ่งโครงสร้งดังกล่าว จะช่วยในการส่งสัญญาณประสาทเพื่อสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาทได้ จากการวิเคราะห์พบว่า เซลล์ในโครงสร้งเนื้อเยื่อสมองจำลองจะมีการ แสดงออกของยีนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญและการทำงานของ เซลล์ประสาทที่สูงกว่า และมีการกิจกรรมทางเมตาบอลิซึมที่คงที่ตลอด ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ในขณะที่เซลล์ที่เพาะเลี้ยงในเจลคอลลาเจน จะมีกิจกรรมที่ลดลงภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงเท่านั้น นอกจากนี้ เซลล์ประสาทในเนื้อเยื่อสมองจำลองยังแสดงสัญญาณทางไฟฟ้าและ การตอบสนองที่คล้ายคลึงกับสัญญาณประสาทที่เห็นได้ในสมองใน ธรรมชาติ เมื่อนำเนื้อเยื่อจำลองไปศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณ ไฟฟ้าและกิจกรรมทางเคมีของเซลล์ประสาทเมื่อได้รับการบาดเจ็บ พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีลักษณะใกล้เคียงกับการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นเมื่อสมองของสัตว์ทดลองเกิดการบาดเจ็บ



ภาพเปรียบเทียบโครงสร้งของเจลคอลลาเจน, โครงสร้งรูปทรงแปดหน้า 3 มิติ ที่ผลิตจากโปรตีนไหม และโครงสร้งเนื้อเยื่อสมองเทียมที่ผลิตขึ้น จากการใส่เจลคอลลาเจนลงในบริเวณช่องตรงกลางและให้แทรกซึม ไปทั่วรูปทรงแปดหน้าของโครงสร้งรูปทรงแปดหน้า 3 มิติ^[2]



ภาพฟลูออเรสเซนซ์แสดงการเจริญของเซลล์ประสาทในโครงสร้งรูปทรงแปดหน้า 3 มิติอย่างเดียวกัน (ภาพ d, e) การใช้เจลคอลลาเจนเพียงอย่างเดียว (ภาพ f, g) และการใช้ส่วนประกอบระหว่างโครงสร้งรูปทรงแปดหน้า 3 มิติและ เจลคอลลาเจนซึ่งเป็นโครงสร้งของเนื้อเยื่อสมองเทียมจำลอง (ภาพ h, i)^[2]

การพัฒนาเนื้อเยื่อสมองจำลองที่มีโครงสร้งและการทำงาน คล้ายคลึงกับเนื้อเยื่อสมองในธรรมชาตินี้ ถือได้ว่าเป็นก้าวแรกที่สำคัญ ซึ่งเปิดโอกาสและความเป็นไปได้ในการที่จะศึกษาเนื้อเยื่อจำลอง ในห้องปฏิบัติการ เพื่อศึกษาถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อในธรรมชาติ จากสภาวะการบาดเจ็บต่าง ๆ ซึ่งจะมีข้อได้เปรียบคือ สามารถลดระยะ เวลาและค่าใช้จ่ายจากการศึกษาและเตรียมชิ้นงานของสัตว์ทดลองได้ ซึ่งคงจะต้องมีการพัฒนาต่อไปเพื่อให้เนื้อเยื่อจำลองดังกล่าวมีการ ทำงานที่ใกล้เคียงกับเนื้อเยื่อสมองในธรรมชาติมากขึ้น เพื่อให้การนำ ไปใช้งานมีความถูกต้องมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. <http://multiple-sclerosis-research.blogspot.com/2015/01/education-whats-mri.html>
2. Min D. Tang-Schomera, James D. Whitea, Lee W. Tiena, L. Ian Schmittb, Thomas M. Valentina, Daniel J. Grazianoa, Amy M. Hopkinsa, Fiorenzo G. Omenettoa,c, Philip G. Haydonb, and David L. Kaplan (2014) PNAS, 111(38), pp. 13811-13816.
3. <http://www.nibib.nih.gov/news-events/newsroom/bioengineers-create-functional-3d-brain-tissue>
4. <http://www.materialstoday.com/biomaterials/news/functional-3d-brainlike-materials/>

ความเป็นมา

การให้ความสำคัญของจิตใจในการรักษาโรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ นั้น ถือเป็นแนวคิดหลักที่สำคัญของการแพทย์มาตั้งแต่สมัยโบราณ ทั้งการแพทย์จีน อินเดีย และการแพทย์ของประเทศตะวันตก

อย่างไรก็ตาม ในราวคริสต์ศตวรรษที่ 16-17 หรือราว 300 ปีก่อน การแพทย์แผนตะวันตกได้เริ่มแยกองค์ประกอบด้านจิตใจและอารมณ์ออกจากด้านร่างกาย โดยเป็นผลจากการกำหนดทิศทางของวิทยาศาสตร์ขึ้นใหม่ในยุค Renaissance และการพัฒนากระบวนการที่เรียกว่า reductionistic movement ซึ่งส่งผลให้วงการแพทย์ได้มีการแยกศึกษาระบบอวัยวะเป็นส่วน ๆ และดำเนินไปสู่การแยกเป็นส่วนย่อยและความชำนาญเฉพาะส่วนมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่ระบบประสาทถูกมองว่าเป็นอวัยวะที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการทำงานของร่างกายเท่านั้น ส่วนเรื่องของจิตใจนั้น เกือบถูกละเลยโดยสิ้นเชิง ยกเว้นในวงการจิตเวชศาสตร์¹

Mind-body medicine

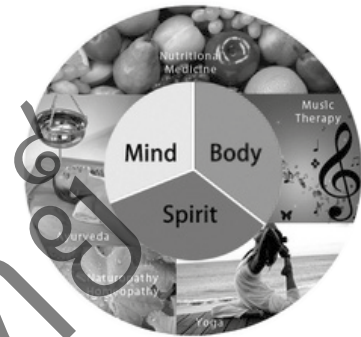
การแพทย์แผนปัจจุบันที่อยู่บนรากฐานของ mechanistic หรือ reductionistic scientific model นี้ประสบความสำเร็จอย่างมากในการรักษาและจัดการระบอดของโรคติดเชื้อในศตวรรษที่ 18 อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันโรคติดเชื้อมิได้เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่สุดในประเทศที่พัฒนาแล้วอีกต่อไป แต่กลับเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งยังไม่มี “ยาวิเศษ” ใดที่จะมารักษาให้หายได้ เจกเซนยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาโรคติดเชื้ออย่างได้ผลในอดีต และมีหลักฐานจากการศึกษาวิจัยปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ว่าโรคและความเจ็บป่วยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับจิตใจ ลีลาชีวิต และสิ่งแวดล้อมอย่างลึกซึ้ง²

ความสนใจเกี่ยวกับ Mind-body medicine ในประเทศตะวันตกได้เริ่มขึ้นในราวปี พ.ศ. 2503 การตื่นตัวนี้เกิดขึ้นร่วมกับกระแสความสนใจเกี่ยวกับการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก โดยนักวิทยาศาสตร์ในประเทศตะวันตกได้ค้นพบศักยภาพของการแพทย์และการปฏิบัติ “แผนตะวันออก” บางอย่างในการควบคุมระบบการทำงานของร่างกาย ซึ่งก่อนหน้านี้เคยเชื่อว่าไม่สามารถควบคุมได้โดยการใช้จิตสำนึก เช่น ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น ด้วยการนำการแพทย์แผนตะวันออกมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันนี้เอง ทำให้นักค้นคว้าวิจัยด้านการแพทย์แผนตะวันตกค้นพบวิธีการที่อาจนำมาใช้ในการป้องกันและรักษาโรคและปัญหาสุขภาพเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น ซึ่งก่อนหน้านี้เชื่อว่าเป็นผลที่หลีกเลี่ยงมิได้อันสืบเนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น^{2,3}

ความหมายของ Mind-body medicine

Mind-body medicine หรือ Mind-body interventions หมายถึง กลุ่มของมาตรการที่มีการใช้เทคนิคต่าง ๆ อย่างหลากหลายในการที่จะเสริมสร้างศักยภาพทางจิตใจให้บังเกิดผลในทางบวกต่อการทำงานของร่างกายหรืออาการต่าง ๆ ของโรค โดยเป็นการแพทย์ที่มุ่งสนใจถึง (ก) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมอง จิตใจ ร่างกาย และพฤติกรรม และ (ข) ความทรงสัยภาพของอารมณ์ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และพฤติกรรมในการส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ หลักแนวคิดรากฐานของการแพทย์ด้านนี้คือ การตระหนักและมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการที่จะรู้จักและดูแลตนเอง โดยมองว่าการเจ็บป่วยมิใช่เป็นเพียงความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่เป็นโอกาสที่จะนำไปสู่การเติบโตพัฒนา และการยกระดับจิตใจของตนเอง โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ช่วยกระตุ้นและแนะนำ ดังนั้น เทคนิคการรักษาใด ๆ ก็ตามที่น่ามาใช้ก็มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งให้เกิดการรู้จัก ความเข้าใจ และการดูแลตนเอง¹

ในจำนวนการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด 5 กลุ่ม พบว่า Mind-body medicine เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาวิจัยและมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนมากที่สุด และจัดอยู่ในกลุ่มของการแพทย์ผสมผสาน (complementary หรือ integrative medicine) มากกว่าการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) เนื่องจากมักจะนำไปใช้ในการรักษาโดยการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน²



ประเภทที่สำคัญของมาตรการในกลุ่ม Mind-body medicine

การทำสมาธิ (Meditation)

เป็นการเพ่งความสนใจหรือความรับรู้อย่างตั้งใจ และต่อเนื่องไปยังสิ่งใดสิ่งหนึ่งภายในหรือภายนอกตัวบุคคล การทำสมาธิแตกต่างจากมาตรการอื่นตรงที่การฝึกปฏิบัติมักมีเรื่องของลัทธิศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยคือ เป็นการพัฒนาจิต การยกระดับความดีงามของบุคคล หรือการนำไปสู่การเข้าถึงความรู้อย่างหรือสัจธรรม อย่างไรก็ตาม กล่าวกันว่าสามารถนำการทำสมาธิมาใช้ในการแพทย์ โดยไม่ขึ้นกับภูมิหลังทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย การทำสมาธิที่นำมาใช้บ่อยมี 2 แบบ คือ

- (ก) การท่องหรือบริกรรมคำหรือวลีหนึ่ง ๆ ซ้ำ ๆ (transcendental meditation; TM) และ
- (ข) การเฝ้าติดตามดูความคิด อารมณ์ ความรู้สึก หรือการรับรู้ เป็นต้น ในแต่ละขณะอย่างมีสติต่อเนื่อง โดยไม่ตัดสินความถูกผิดของสิ่งนั้น ๆ (mindfulness)³

เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique)

เป็นการฝึกปฏิบัติให้เกิดภาวะผ่อนคลาย (relaxation) หรือลดการตื่นตัว (hypoarousal) ของ psychophysiological state สิ่งที่เป็นเป้าหมายของการผ่อนคลายอาจเป็น

- (ก) ความตึงของกล้ามเนื้อ (เช่น กรณีของ progressive muscle relaxation ซึ่งผู้ฝึกจะบังคับให้กล้ามเนื้อเกร็งและคลายสลับกัน) หรือ
- (ข) ภาวะเมตาบอลิซึม หรือ sympathetic arousal ซึ่งเทคนิคที่สำคัญในกรณีหลังนี้คือ Benson's relaxation response^{4,5}

Autogenic training

เป็นการใช้วลีง่าย ๆ ในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสรีรวิทยาของร่างกาย เช่น วลี “ขาของฉันอุ่นและหนัก” เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณขา อันจะทำให้เกิดภาวะผ่อนคลายตามมา การปฏิบัติจะเป็นลำดับตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าโดยการหายใจลึกและการท่องวลีซ้ำ ๆ หลังจากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วก็มุ่งสนใจยังส่วนของร่างกายที่ยังมีความตึงเครียดอยู่พร้อม ๆ กับหายใจลึกและท่องวลีซ้ำ ๆ สำหรับร่างกายส่วนนั้น⁶

โยคะ (Yoga)

เป็นการสร้างความสมดุลของร่างกาย-จิตใจและจิตวิญญาณ โดยรวมให้เป็นหนึ่งเดียว การฝึกโยคะประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 อย่าง ได้แก่ การหายใจหรือลมปราณ (pranayama yoga) การออกกำลังกายหรือการฝึกท่าโยคะ หรืออาสนะ (hatha yoga) และการทำสมาธิ การฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายแข็งแรงสดชื่น และจิตใจผ่อนคลาย⁷

ไทเก็ก (Tai chi)

เป็นศิลปะการต่อสู้สมัยโบราณของจีนที่มีท่าทางการเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ และสง่างาม ร่วมกับการทำสมาธิและการหายใจอย่างสอดคล้องเหมาะสมไปพร้อม ๆ กัน เพื่อทำให้เกิดความสมดุลระหว่างกายและใจ⁸

ชี่กง (Qigong)

เป็นการปฏิบัติแผนจีนสมัยปัจจุบันที่มีการใช้การเคลื่อนไหว การทำสมาธิ และการหายใจอย่างควบคุมเพื่อทำให้เกิดความสมดุลของพลังชีวิตของร่างกายที่เรียกว่า ชี่⁹

การสะกดจิต (Hypnosis)

เป็นการเหนี่ยวนำโดยผู้สะกดจิตให้บุคคลเกิดภาวะที่มุ่งสนใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งพร้อม ๆ กับการลดหรือหยุดการรับรู้สิ่งภายนอกอื่น ๆ จึงมีลักษณะคล้ายกับการหลับ โดยเชื่อว่าภาวะนี้จะทำให้บุคคลไม่มีความคิดต่อต้าน คำแนะนำหรือชักจูงโดยผู้สะกดจิต โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ

- (1) Absorption หรือการสนใจ/หมกมุ่นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างเข้มข้น
- (2) Dissociation ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลได้รับหรือประสบกับบางสิ่งที่ควรเกิดขึ้นอย่างมีสติสัมปชัญญะ แต่เกิดขึ้นในช่วงที่ไม่รู้ตัว ทั้งนี้เพราะกำลังหมกมุ่นอยู่กับสิ่งอื่น
- (3) Suggestibility เป็นระยะที่บุคคลมีแนวโน้มจะยอมรับการชี้แนะหรือชักจูงได้ง่ายขึ้น เนื่องจากไม่มีความคิดวิพากษ์วิจารณ์หรือต่อต้าน¹⁰

จินตภาพภายใต้การชี้นำ (Guided imagery)

เป็นการนึกหรือสร้างภาพต่าง ๆ ขึ้นในจิตใจ (โดยการคิดขึ้นเองหรือโดยการชี้นำของผู้ฝึกสอน) โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการผ่อนคลายของ psychophysiological state หรือเพื่อให้เกิดผลที่จำเพาะบางอย่างในใจ (เช่น มองเห็นระบบภูมิคุ้มกันของตนเองกำลังทำลายเซลล์มะเร็ง หรือมองเห็นภาพตนเองมีสุขภาพแข็งแรง หรือการสำรวจจิตใจสำนึกของตนเอง)¹¹

Biofeedback

เป็นการใช้อุปกรณ์/เครื่องมือมาขยายกระบวนการทางสรีรวิทยา (เช่น ความดันโลหิต ความตึงของกล้ามเนื้อ) ซึ่งโดยปกติเป็นสิ่งที่รับรู้ได้ยากให้อยู่ในรูปของสัญญาณภาพหรือเสียงที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ โดยบุคคลจะได้รับการแนะนำให้เปลี่ยนแปลงกระบวนการทางสรีรวิทยาของตนเอง (โดยดูการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณภาพหรือเสียง) โดยใช้ relaxation technique หรือ guided imagery ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถใช้จิตสำนึกในการควบคุมสิ่งที่โดยทั่วไปอยู่นอกเหนือการควบคุมของจิตสำนึกได้¹²

Cognitive behavioral therapy

เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองหรือกระบวนการรับรู้อารมณ์และพฤติกรรมตอบสนองของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ความโกรธ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความไม่สบายใจอื่น ๆ อันเป็นผลจากความคิดที่ไม่มีเหตุผลหรือไม่เหมาะสม^{13,14}

Psychoeducational approach

เป็นการผสมผสานมาตรการต่าง ๆ ข้างต้น เข้ากับการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วย (เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การรักษาที่เหมาะสม การดูแลตนเอง และการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผู้รักษา)^{15,16}

ศรัทธาและการสวดภาวนา (Faith and prayer)

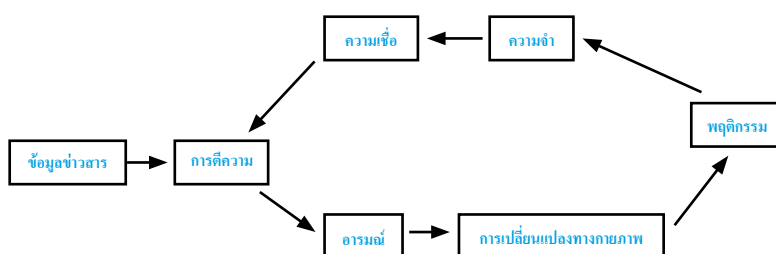
เป็นศาสนิกกิจหรือพิธีกรรมทางศาสนาที่ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร (สวดมนต์ ระลึกถึงอันอ้อนวอน หรือสรรเสริญคุณความดี) กับ “สิ่งอันเป็นสัมบูรณ์” (พระเจ้า เทพเจ้า ศาสดา หรือสิ่งอันเป็นที่เคารพสักการะอื่น ๆ) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับจิตใจ เพิ่มความสูงส่ง เพิ่มพลังหรือกำลังใจของบุคคล¹⁷

กลไกการออกฤทธิ์ของ Mind-body medicine

Mind-body medicine มีผลในด้านการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคโดยผ่านกลไกที่อาจสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดหรือข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ Psychoneuroendocrinology, The infomedical cycle และ The placebo response ได้ดังนี้¹⁸

Psychoneuroendocrinology (PNEI) เป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นจริงเกี่ยวกับความเกี่ยวพันระหว่างจิตใจและร่างกายว่า ความคิด จิตใจ และสิ่งที่เกิดขึ้นในระบบประสาทส่วนกลางสามารถมีผลหรืออิทธิพลต่อร่างกายได้ โดยผ่านทาง การติดต่อสื่อสารอันละเอียดซับซ้อนระหว่างระบบประสาทส่วนกลางและอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยการติดต่อสื่อสารนี้มีทั้งที่จัดอยู่ในระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบต่อมไร้ท่อ และมีใช่เป็นการติดต่อสื่อสารแบบทางเดียว แต่เป็นการติดต่อสื่อสารแบบ 2 ทาง อันหมายถึงว่า การเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติใด ๆ ทางร่างกายก็สามารถมีผลต่อจิตใจ และระบบประสาทส่วนกลางได้เช่นเดียวกัน¹⁹⁻²³

ภาพที่ 1 The infomedical cycle



แนวคิด The infomedical cycle ตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า ความเชื่อ การตีความหมายสภาพแวดล้อม อารมณ์ การตอบสนองทางกาย พฤติกรรม และความจำเป็นที่เกี่ยวเนื่องกันเป็นห่วงโซ่อย่างใกล้ชิด (ภาพที่ 1) ซึ่งหากมีกิจกรรมที่จุดใดจุดหนึ่งของห่วงโซ่นี้จะมีผลสะท้อนต่อทั้งระบบโดยรวม ดังนั้น กิจกรรมทั้งทางบวกและทางลบที่ส่วนใดส่วนหนึ่งในห่วงโซ่นี้จะมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ สิ่งที่สำคัญเกี่ยวกับ The infomedical cycle ก็คือ การเปลี่ยนแปลงที่ส่วนใดส่วนหนึ่งสามารถมีผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ด้วย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การบำบัดรักษาสามารถกระทำได้โดยการปรับแก้ไขที่ส่วนใดส่วนหนึ่งในวงจรนี้ เช่น การสอนให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลาย การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการออกกำลังกาย หรือการให้ยา เป็นต้น²⁴

The placebo response หรือ placebo effect เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อความเชื่อของผู้ป่วยต่อวิธีการรักษา และ/หรือต่อแพทย์ผู้รักษาทำให้ผลการรักษาที่เกิดขึ้นจริงมีประสิทธิภาพสูงกว่าผลที่เกิดจากวิธีหรือมาตรการรักษานั้น ๆ ตามลำพัง ซึ่งถือเป็นตัวอย่างที่ดีมากเกี่ยวกับ PNEI และการทำงานของ The infomedical cycle โดยทั่วไป placebo response นี้มีส่วนต่อผลการรักษาถึงร้อยละ 30 และอาจจะสูงขึ้นไปถึงร้อยละ 70 สำหรับการรักษาโรคบางชนิดหากแพทย์มีความเชื่อในผลการรักษานั้นเช่นเดียวกับผู้ป่วย ในขณะที่นักวิจัยส่วนมากมองว่า placebo response เป็นสิ่งรบกวนการศึกษาวิจัยที่ต้องควบคุมหรือกำจัด แต่ในทางเวชปฏิบัติอาจมองอีกแง่หนึ่งว่า placebo response เป็นเครื่องมืออันทรงพลังในการรักษาตนเองของร่างกาย ดังนั้น แพทย์ที่ดีจะต้องคำนึงถึงและพยายามสร้างสภาพการณ์บางอย่างขึ้นในระหว่างให้การรักษายาบาลเพื่อให้เกิด placebo effect มากที่สุด¹⁸⁻²⁵

ประสิทธิผลของ Mind-body medicine

จากผลการทบทวนข้อมูลการวิจัยโดย John A. Astin รายงานว่ามีหลักฐานอย่างชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิผลด้านการบำบัดรักษาของมาตรการกลุ่ม Mind-body medicine เมื่อใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ ที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติดังนี้^{2,3}

กลุ่มโรคที่มีข้อมูลผลการศึกษาวิจัยแบบ randomized controlled trial และ/หรือ systematic review จำนวนมากยืนยันสนับสนุนอย่างชัดเจนว่าสามารถบำบัดรักษาอย่างได้ผลดีด้วยมาตรการกลุ่ม Mind-body medicine ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ (เช่น การฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/ตายแบบเฉียบพลัน) การปวดศีรษะ การนอนไม่หลับ การกลืนบัสสาวะไม่อยู่ การปวดหลังอย่างเรื้อรัง การรักษาอาการจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

อีกเสบ และโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนกลุ่มโรคที่ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอในการสนับสนุนประสิทธิผลด้านการบำบัดรักษาของมาตรการกลุ่มนี้ ประกอบด้วย โรคภูมิแพ้ โรคหืด โรคผิวหนัง โรคเบาหวาน โรคเอดส์ โรค irritable bowel syndrome การฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคกระเพาะอาหาร โรคหลอดเลือดสมองอีกเสบเรื้อรัง ภาวะมีเสียงดังในหู (tinnitus) และการดูแลสภาพมารดาและทารกขณะคลอด

ผลข้างเคียงของ Mind-body medicine

โดยทั่วไปพบว่ามาตรการด้าน Mind-body medicine มีผลข้างเคียงต่ำ ผลข้างเคียงบางประเภทเป็นสิ่งที่คาดได้ล่วงหน้าและสามารถใช้ประโยชน์ในทางการรักษาได้ เช่น การรับรู้ความตึงเครียดทางกายและทางจิต หรือความบิบบคั่นที่เกิดขึ้นขณะทำสมาธิหรือฝึกเทคนิคการผ่อนคลายเป็นสิ่งที่ช่วยสอนให้บุคคลเรียนรู้การจัดการกับความบิบบคั่นในชีวิตได้ขึ้น^{2,3}

กิตติกรรมประกาศ

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเครือข่ายวิจัยสุขภาพ ฝ่ายสวัสดิภาพสาธารณะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ตามสัญญาเลขที่ PDG4830210.

เอกสารอ้างอิง

1. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Mind-body medicine : an overview [online]. Bethesda, Maryland : NCCAM, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2004 [cited 2005 Jun 27]. Available from: URL: <http://nccam.nih.gov/health/backgrounds/mindbody.htm>
2. Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forsy KL. Mind-body medicine : state of the science, implication for practice. J Am Board Fam Pract 2003;16(2):131-47.
3. Berman BM, Singh BK, Lao L, Singh BB, Forentz KS, Hartnoll SM. Physician's attitudes toward complementary or alternative medicine : a regional survey. J Am Board Fam Pract. 1995;8(5):361-6.
4. Benson H. The relaxation response. New York : Morrow, 1975.
5. Heiman CJ, Budd M, Borysenko J, McClelland DC, Benson H. The study of the effectiveness of two group behavioral medicine interventions for patients with psychosomatic complaints. Behav Med 1990 Winter;16(4):165-73.
6. Greenberg JS. Autogenic training and imagery. In : Greenberg JS, ed.
7. Fontaine KL. Yoga. In : Fontaine KL, ed. Healing Practices : Alternative Therapies for Nursing. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 2000:245-57.
8. Castleman M. Nature's Cures. Emmaus, PA : Rodale Press, 1996.
9. McGee CT, Sancier K, Chow EPY. Qigong in traditional Chinese medicine. In : Micozzi MS, ed. Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine. New York, NY : Churchill Livingstone, 1996:225-30.
10. Spiegel D, Moore R. Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. Oncology (Williston Park) 1997 Aug;11(8):1179-95.
11. Academy for Guided Imagery. What is Interactive Guided Imagery? [on line]. 2004 [cited 27 June 2005] Available from URL: <http://www.academyforguidedimagery.com/whatis9.php>
12. Schwartz MS, Schwartz NM. Biofeedback : using the body's signals. In : Goleman D, Gurin J, eds. Mind-Body Medicine : How to Use Your mind for Better Health. New York, NY : Consumer Reports Books, 1998:301-13.
13. Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York, NY : International Universities Press, 1979.
14. Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York, NY : Lyle Stuart, 1962.
15. Gonzalez-Pinto A, Gonzalez C, Enjuto S, de Corres BF, Lopez P, Palomo J, Gutierrez M, Mosquera F, de Heredia JL. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder : and update. Acta Psychiatr Scand 2004 Feb;109:83-90.
16. Colom F, Vieta E, Martinez A, Jorquera A, Gasto C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? Psychother Psychosom 1998;67:3-9.
17. Fontaine KL. Faith and prayer. In : Fontaine KL, ed. Healing practices: alternative therapies for nursing. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 2000:344-60.
18. Rakel D, Shapiro D. Mind-body medicine. In : Rakel RE, ed. Textbook of family practice. 6th ed. Philadelphia, PN : W.B. Saunders Company, 2002:52-64.
19. Ader R, Cohen N. Behaviorally conditioned immunosuppression and murine systemic lupus erythematosus. Science 1982;215(4539):1534-6.
20. Felten SY, Felten DL. The innervation of lymphoid tissue. In : Ader R, Cohen N, Felton DL, eds. Psychoneuroimmunology. 2nd ed. New York, NY : Academic Press, 1991:87-101
21. Ackerman KD, Bellinger DL, Felton SY, Felton DL. Ontogeny and senescence of noradrenergic innervation of the rodent thymus and spleen. In : Ader R, Cohen N, Felton DL, eds. Psychoneuroimmunology. 2nd ed. New York, NY : Academic Press, 1991:71-125.
22. Ferencik M, Stvrtnova V. Is the immune system our sixth sense? Relation between the immune and neuroendocrine systems. Bratisl Lek Listy 1997 Apr;98(4):187-98.
23. Berkenbosch F, van Oers J, Del Rey A, Tilders F, Besedovsky H. Corticotropin-releasing factor-producing neurons in the rat activated by interleukin-1. Science 1987 Oct;238(4826):524-6.
24. Foss L. The necessary subjectivity of body mind medicine : Candace Pert's molecules of emotions. Adv Mind-Body Med 1999 Spring;15(2):122-34.
25. Beecher H. Measurement of Subjective Responses. New York : Oxford University Press, 1959.

โรคผิวหนังอักเสบ Seborrheic dermatitis



โรคผิวหนังอักเสบ Seborrheic dermatitis หรือโรคเซบเดิร์ม เป็นโรคผิวหนังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อย ลักษณะคล้ายรังแค (Seborrheic) แต่ต่างกันตรงที่รังแคเป็นสะเก็ดเฉพาะที่ศีรษะและไม่มีอาการอักเสบของหนังศีรษะ ส่วนโรคเซบเดิร์มจะมีอาการอักเสบของหนังศีรษะร่วมด้วย ถ้าเกาบริเวณหนังศีรษะบ่อย ๆ อาจจะมีน้ำเหลืองเยิ้ม หรือถ้าทิ้งไว้นานไม่รักษา สะเก็ดจะหนาขึ้นจนทำให้ผมร่วงได้ โรคนี้มักจะพบการอักเสบของผิวหนังที่อื่นร่วมด้วย เช่น ที่โคนคิ้ว ข้างจมูก หลังหู กลางอก กลางหลัง หรือขาหนีบ ลักษณะเป็นผื่นแดง เกิดเป็นสะเก็ดบ่อย ๆ มักเป็นตอนที่ร่างกายอ่อนแอ เช่น เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ หรือช่วงที่เจ็บป่วย

สาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มักจะพบเชื้อราแบบยีสต์ *Pityrosporum ovale* ลักษณะเหมือนเชื้อเกลื้อน อยู่เป็นประจำทำให้สันนิษฐานว่า โรคนี้อาจจะมีสาเหตุจากเชื้อราที่เป็นยีสต์ได้ เพราะถ้าใช้ยาแก้เชื้อราทาแล้วหายได้ 50%

การรักษา ได้แก่ การดูแลความสะอาดและดูแลสุขภาพผิวไม่ให้มัน โดยการใช้สบู่อ่อนล้างบริเวณดังกล่าว การรักษาโรคผื่นไขมันอักเสบที่หนังศีรษะใช้แชมพูที่มีส่วนผสมของ Selenium sulfide, Ketoconazole Tar, Zinc เพื่อลดรังแค ใช้สระผมทุกวันจนกว่าจะหาย

การรักษาโรคเซบเดิร์มที่หนังศีรษะบริเวณใบหน้า ในช่วงที่โรคกำเริบสามารถใช้แชมพู 2% Ketoconazole shampoo ล้างหน้าแทนสบู่ล้างหน้า หลังล้างหน้า หากมีผิวแห้งให้ทามอยส์เจอไรเซอร์ (Moisturizer) ให้ความชุ่มชื้นด้วย ผื่นแดง ขุย สะเก็ดให้ใช้ยาทาฆ่าเชื้อรา 2% Ketoconazole cream ใช้ทาเข้าเย็นบริเวณรอยโรค ซึ่งอาจพบอาการระคายเคืองได้บ้างแต่ไม่มาก ใช้ทาประมาณ 4 สัปดาห์ หรือจนกว่ารอยโรคหาย และอาจเพิ่มยาทาสเตียรอยด์ ซึ่งแนะนำให้ใช้เพียงระยะเวลาดสั้น ๆ จนรอยโรคหาย

การรักษาโรคเซบเดิร์มที่หนังศีรษะบริเวณลำตัวใช้แชมพูที่มีส่วนผสมของ Selenium sulfide หรือ Ketoconazole ฟอกแทนสบู่ โดยฟอกทิ้งไว้ประมาณ 10 นาทีแล้วล้างออก หลังอาบน้ำถ้ามีผิวแห้งให้ใช้มอยส์เจอไรเซอร์ทาให้ความชุ่มชื้น ผื่นแดง ขุย สะเก็ดอักเสบให้ใช้ยาทาสเตียรอยด์ความเข้มข้นปานกลางในช่วงเวลาดสั้น ๆ จนรอยโรคหาย

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับโรคผิวหนังอักเสบ Seborrheic dermatitis ที่เกี่ยวกับการใช้ยาฆ่าเชื้อรา พบว่าการใช้ยาฆ่าเชื้อราในการรักษาโรคผื่นไขมันอักเสบให้ผลการรักษาที่ดีในทุกตำแหน่งที่เกิดโรค

กล่าวโดยสรุป การรักษาโรคผิวหนังอักเสบ Seborrheic dermatitis ด้วยการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อรา Ketoconazole พบว่าให้ผลการรักษาที่ดี

สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ฉลองเปิดเว็บไซต์ใหม่



เพียงสั่งซื้อหนังสือผ่านเว็บไซต์

<http://www.si.mahidol.ac.th/sirirajbooks>

รับฟรี!! กระเป๋าอเนกประสงค์

มูลค่า 390 บาท

ตั้งแต่วันที่ 1-31 สิงหาคม 2558

(หรือจนกว่าสินค้าจะหมด)



สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ : งานวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล 0 2419 2886-9



Siriraj Books Application

สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
พร้อมผลักดันให้หนังสือและวารสารทางวิชาการอยู่ในรูปแบบ E-Book



TOP SELLER

เคล็ดลับ
หัตถ์แพทย์คลินิก

รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ
ราคา 199.00 บาท
ประหยัด 34% (101 บาท จากราคาปก 300 บาท)
★★★★★

สูตินรีเวชกับยุค
ประสงค์ ตันมหาสมุทร
ราคา 289.00 บาท
ประหยัด 28% (111 บาท จากราคาปก 400 บาท)
★★★★★

NEW ARRIVALS

MAC textbook 2015
(NEW DECADE NEW HORIZON)
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
★★★★★

MAC practical book 2015
(ข้อเสนอแนะการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน)
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
★★★★★

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ : งานวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล 0 2419 2886-9

การป้องกันการติดเชื้อ HIV ก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-exposure prophylaxis of HIV infection)

บทนำ

ตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีการระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human immunodeficiency virus: HIV) ได้มีความพยายามค้นหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อควบคุมการระบาดและการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อ ซึ่งหลายวิธี เช่น การส่งเสริมให้ผู้มีความเสี่ยงเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อค้นหาการติดเชื้อ ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกก็เป็นวิธีการที่ค่อนข้างได้ผล และสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ลงได้ ดังเช่นข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จากเดิมปีละ 130,000 ราย ลดลงมาเหลือปีละ 55,000 ราย อย่างไรก็ตาม ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา แม้จะยังคงใช้มาตรการดังกล่าวอยู่ แต่จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่กลับไม่ลดลงไปกว่านี้ได้ จึงจำเป็นต้องมีการค้นหาวิธีการใหม่เพื่อลดการติดเชื้อให้ยิ่งขึ้น ซึ่งได้แก่การผ่าตัดหูดหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย และการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-exposure prophylaxis: PrEP) เป็นต้น

มาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ HIV

ปัจจุบันมาตรการในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ที่ได้ผลมีอยู่หลายวิธี มาตรการที่จากการศึกษาพบว่ามีประสิทธิภาพชัดเจน ได้แก่

1. การค้นหาและให้การรักษาสู่ผู้ติดเชื้อแล้ว เพื่อลดโอกาสการติดต่อไปยังบุคคลอื่น
2. การจัดหาหรือแจกจ่ายอุปกรณ์ในการฉีดยาที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ที่ใช้ยาชนิดฉีด
3. PrEP โดยพิจารณาเลือกใช้ตามกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจพบว่า กลุ่มที่มีการติดเชื้อรายใหม่สูงสุด ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men: MSM) กลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด (injected drug users: IDUs) และการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชายหญิง ตามลำดับ

1. การค้นหาผู้ติดเชื้อ HIV หลายปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาวิธีการตรวจหาการติดเชื้อ HIV แบบใหม่ที่รายงานผลการตรวจได้รวดเร็ว (Rapid HIV tests) ซึ่งทำให้สามารถค้นหาและให้การรักษาสู่ผู้ติดเชื้อได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่สำหรับกลุ่มประชากรต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ

- กลุ่ม MSM ที่ยังมีกิจกรรมทางเพศสม่ำเสมอ ควรรับการตรวจหาการติดเชื้อทุก 3-6 เดือน

- กลุ่ม IDUs หรือกลุ่มที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อจากทางอื่น ๆ ควรรับการตรวจหาเชื้อทุกปี

- ประชาชนทั่วไปที่มีอายุระหว่าง 13-64 ปี ทุกคนควรได้รับการตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง

สำหรับผู้ที่เกิดผลการตรวจพบว่ามีติดเชื้อ การรักษาด้านไวรัสสามารถเป็นทั้งการรักษา และช่วยลดหรือป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อในคู่นอนหรือผู้ที่อาจจะใช้เข็มฉีดยาร่วมกันกับผู้ป่วยได้ด้วย ดังนั้น หากตรวจพบว่ามีติดเชื้อ ควรเริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็วที่สุด และไม่จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 หรือจำนวนเชื้อไวรัส

2. การใช้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้ PrEP ด้วยยา tenofovir (TDF) 300 mg และ emtricitabine (FTC) 200 mg วันละครั้ง พบว่าสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อในกลุ่ม MSM, IDUs และกลุ่มผู้มีเพศสัมพันธ์ชายหญิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือสามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อได้ถึงกว่า 90% CDC ได้มีคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการใช้ PrEP สำหรับกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยง โดยพิจารณาตามลักษณะของความเสี่ยงดังต่อไปนี้

- กลุ่ม MSM ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกัน หรือมีประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ไม่ว่าชนิดใดก็ตามภายใน 6-12 เดือน หรือมีคู่นอนที่เป็นผู้ติดเชื้อ และผู้ที่ขายบริการทางเพศ

- กลุ่ม IDUs ที่มีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน
- ชายหรือหญิงที่มีเพศสัมพันธ์แบบชายหญิง และมีคู่นอนเป็นผู้ติดเชื้อ หรือคู่นอนเป็นผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง

แนวทางการให้ยา PrEP สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ มีดังตารางที่ 1

ในระหว่างการรักษาดัง PrEP ควรให้ผู้รับยาจับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้หญิง ทั้งนี้เพราะข้อมูลจากการศึกษาทางเภสัชวิทยาพบว่า สำหรับในผู้หญิงระดับยาในเนื้อเยื่อบริเวณช่องคลอดจะน้อยกว่าในเนื้อเยื่อบริเวณทวารหนักถึง 10-100 เท่า ซึ่งแสดงว่าหากผู้หญิงที่มีความเสี่ยงไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โอกาสในการป้องกันการติดเชื้ออาจจะลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับในกลุ่มที่เป็น MSM

ผู้ที่จะรับยาสำหรับ PrEP นั้น จะต้องได้รับการตรวจเลือดเพื่อค้นหาการติดเชื้อก่อนเสมอ เนื่องจากถ้ามีการติดเชื้ออยู่ก่อนแล้ว การรักษาดัง PrEP ที่มีอายุอยู่เพียง 2 ชนิดจะไม่เพียงพอสำหรับการป้องกันการเกิดเชื้อซ้ำ และจำเป็นต้องได้รับยาอย่างน้อย 3 ชนิด

ตารางที่ 1 แนวทางการประเมินและให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบบ PrEP

องค์ประกอบ	คำแนะนำ
ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	เลือกให้ในรายที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV สูง
การตรวจก่อนเริ่มให้ยา	- ตรวจ anti-HIV หรือตรวจหาการติดเชื้อ HIV หากมีอาการเข้าได้กับ acute HIV infection - ตรวจการทำงานของไต (ควรมีค่า GFR มากกว่า 60 mL/min)
ชนิดและขนาดยาที่ใช้	- ยาเม็ดรวม emtricitabine/tenofovir ขนาด 200/300 mg วันละ 1 เม็ด - ระยะเวลารวมไม่เกิน 90 วัน/1 ครั้งของการสัมผัสเชื้อ - ไม่ควรใช้ต่อเนื่อง แต่พิจารณาใช้เมื่อมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเท่านั้น
การติดตามการรักษา	- ส่งตรวจ anti-HIV และตรวจการตั้งครรภ์ทุก 3 เดือนในระหว่างที่ให้ยา - ตรวจการทำงานของไตซ้ำในเดือนที่ 3 - ตรวจหาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ ทุก 6 เดือน - ให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับวิธีการลดความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ

ที่มา: ดัดแปลงจาก CDC website⁽¹⁾

ขั้นตอนการจัดการในการให้ PrEP

1. การตรวจก่อนการเริ่มการรักษา ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ ก่อนการเริ่มต้นให้ PrEP ควรได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้แน่ใจว่าเป็นกลุ่มผู้ที่ควรได้รับยา และค้นหาโรคร่วมอื่นที่อาจมี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจหาการติดเชื้อไวรัส HIV, ไวรัสตับอักเสบบี และการตรวจการทำงานของไต

2. ให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนเริ่มยา โดยข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยควรต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยและอาการข้างเคียงที่อาจพบได้จากการใช้ยา PrEP ได้แก่ อาการข้างเคียงในทางเดินอาหาร (พบได้ประมาณ 10% แต่มักจะหายได้เองภายในเดือนแรก) และผลกระทบกับการทำงานของไต นอกจากนี้ยา tenofovir ยังอาจทำให้เกิดภาวะ lactic acidosis, ตับโตและ steatosis ได้

2.2 เน้นย้ำความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (adherence) เนื่องจากการป้องกันจะได้ผลก็ต่อเมื่อรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีระดับยาในเลือดเพียงพอ และต้องมาติดตามผลตามนัดทุกครั้ง

2.3 ให้คำแนะนำผู้ป่วยให้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีร่วมกับทุกรายหากผลการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไม่พบมีการติดเชื้อ และผู้ป่วยยังไม่มีภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ที่อาจมีได้นอกจากเชื้อไวรัส HIV เช่น Chlamydial infection, gonorrhea และ syphilis เพราะแม้ว่าจะมีการใช้ยา PrEP แล้วก็ยังสามารถติดเชื้อชนิดอื่น ๆ ทางเพศสัมพันธ์ได้อยู่ จึงควรทำการตรวจและให้การรักษา

รวมทั้งแนะนำวิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วย

2.4 เน้นความเข้าใจกับผู้ที่รับยาว่า การใช้ PrEP นั้นไม่สามารถทำให้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหมดไปได้ หากผู้รับยายังคงมีพฤติกรรมที่อาจทำให้ได้รับเชื้อ ต้องใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อด้วยเสมอ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น

3. ติดตามผู้ที่ใช้ยา PrEP ควรแนะนำให้ผู้ที่รับยา PrEP สังเกตอาการของการติดเชื้อ HIV อย่างเฉียบพลัน (acute HIV infection) ในระหว่างที่รับประทานยาเพื่อเป็นการเฝ้าระวังในกรณีที่มีการใช้ยา PrEP นั้นไม่ได้ผล อาการของ acute HIV infection โดยมากมักจะคล้ายกับอาการไข้หวัดหรือการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เช่น ไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดตามข้อ ผื่นตามตัว ปวดศีรษะ เจ็บคอ มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตขึ้น อูจจาระร่วง เป็นต้น อาการเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นหลังจากการได้รับเชื้อไปแล้วไม่กี่วัน และอาจปรากฏอยู่ได้นานถึงราว 2 สัปดาห์ หากผู้รับยามีอาการดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการไข้ร่วมกับมีผื่นขึ้น ควรได้รับการตรวจหาการติดเชื้อ HIV เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนการรักษาต่อไปหากตรวจพบว่ามีการติดเชื้อ เนื่องจากการใช้ยาในแบบ PrEP ซึ่งมียาเพียง 2 ชนิดมีประสิทธิภาพไม่ดีพอสำหรับใช้เพื่อการรักษาในกรณีที่เกิดการติดเชื้อขึ้นแล้ว วิธีการตรวจหาการติดเชื้อ HIV และช่วงเวลาที่เกิดการติดเชื้อแล้วให้ผลการตรวจเป็นบวก (window of infection) ดังตารางที่ 2

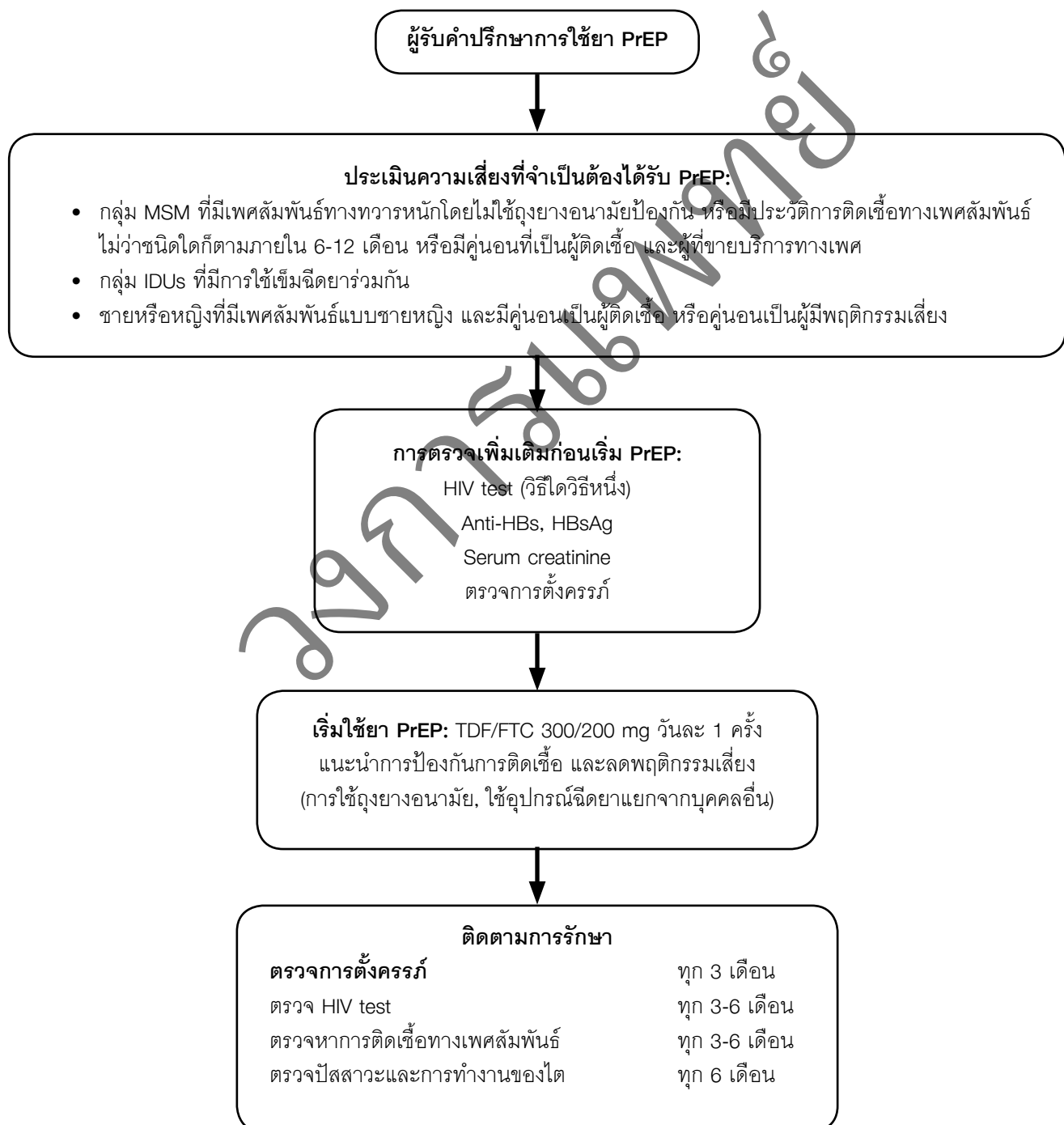
แม้ว่าผู้รับยาจะไม่มีอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าเกิด acute HIV infection ก็ควรได้รับการตรวจหาการติดเชื้อ HIV หลังจากที่ได้รับยาไปแล้วครบ 3 เดือน เพื่อยืนยันว่าไม่ได้เกิดการติดเชื้อขึ้น

นอกจากการสอบถามเกี่ยวกับอาการที่บ่งชี้ถึง acute HIV infection แล้ว ควรสอบถามเกี่ยวกับอาการอื่น ๆ ที่แสดงถึงการติดเชื้อ

ตารางที่ 2 วิธีการตรวจหาเชื้อ HIV และ window of infection ของแต่ละวิธี

การทดสอบ	ระยะเวลาตั้งแต่เกิดการติดเชื้อจนถึงตรวจพบได้
Antibody test (Rapid test)	12 สัปดาห์
Antigen test (RNA test)	1-3 สัปดาห์
PCR (Polymerase chain reaction) test	2-3 สัปดาห์
Combination antigen/antibody test	2-3 สัปดาห์

ที่มา: Bridge HIV website.



ทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา และ ประวัติการใช้ยาอื่น ๆ นอกเหนือไปจากยา PrEP ด้วยเสมอ เนื่องจาก ยาบางชนิด เช่น ยาปฏิชีวนะ (acyclovir, valacyclovir, cidofovir, ganciclovir, valganciclovir, aminoglycosides) หรือยากลุ่มลดอาการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroid anti-inflammatory drugs: NSAIDs) เมื่อใช้ร่วมกับ emtricitabine หรือ tenofovir อาจมีผลทำให้ระดับยาในร่างกายเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ และทำให้การป้องกันการติดเชื้อไม่ได้ผล หรือเกิดอาการข้างเคียงได้มากขึ้นกว่าเดิม

ในส่วนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้รับยาทุกราย หากมีการใช้ยาต่อเนื่องกันนานเกินกว่า 3 เดือน (กล่าวคือ 6 เดือนหรือนานกว่า) ควรได้รับการตรวจปัสสาวะ การทำงานของไต และหากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย สำหรับในผู้รับยาที่เป็นหญิง แนะนำให้ตรวจการตั้งครรภ์ทุก 3 เดือน ตลอดช่วงเวลาที่ยังรับยาอยู่

4. การหยุดใช้ยา PrEP โดยทั่วไปแล้วการใช้ยา PrEP มักจะให้ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 3 เดือน และพิจารณาหยุดได้หากสามารถลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ แต่หากยังมีความเสี่ยงสามารถให้ยาต่อไปได้ครั้งละ 3 เดือน (90 วัน) ส่วนข้อบ่งชี้อื่น ๆ ที่ควรให้หยุดการใช้ยา PrEP ได้แก่

4.1 ผลการตรวจหาเชื้อ HIV ให้ผลบวก

4.2 รับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่สม่ำเสมอ

4.3 ตรวจพบการทำงานของไตผิดปกติ

การจัดการดูแลและให้ PrEP แก่ผู้ที่มีความเสี่ยง สามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังหน้า 35

สรุป

การใช้ยาป้องกันการติดเชื้อไวรัส HIV ก่อนการสัมผัสเชื้อ เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนำมาใช้ร่วมกับวิธีการป้องกันการติดเชื้ออื่น ๆ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยและการหลีกเลี่ยงการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น การพิจารณาให้ยาแบบ PrEP ควรเลือกให้ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อก่อนเริ่มยาควรมีการตรวจหาการติดเชื้อที่อาจมีอยู่ก่อนแล้ว รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เมื่อให้ยา ควรให้ครั้งละไม่เกิน 90 วัน เพื่อสามารถติดตามประเมินความสม่ำเสมอของการใช้ยา การติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างที่ใช้ยา และอาการข้างเคียงที่อาจพบได้จากการใช้ยา โดยเฉพาะความผิดปกติของการทำงานของไต ผู้ที่สามารถลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือใช้วิธีการป้องกันที่เหมาะสมได้อย่างสม่ำเสมออาจพิจารณาหยุดใช้ยา PrEP ได้

References

- Centers for Disease Control and Prevention. Pre-exposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States: 2014 clinical practice guideline. 2014. US Public Health Service. <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/guidelines/PrEPguidelines2014.pdf>. Accessed March 4, 2015.
- Pre-exposure prophylaxis for the prevention of HIV Infection in the United States 2014. A Clinical Practice Guideline. US Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention website. <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/guidelines/PrEPguidelines2014.pdf>. Accessed March 30, 2015.
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med. 2011;365:493-505. Abstract
- Fuller CM, Ford C, Rudolph A. Injection drug use and HIV: past and future considerations for HIV prevention and interventions. In: Mayer KH, Pizer HF, eds. HIV Prevention: a Comprehensive Approach. London: Academic Press/Elsevier; 2009:305-339.
- Metsch LR, Feaster DJ, Gooden L, et al. Effect of risk reduction counseling with rapid HIV testing on risk of acquiring sexually transmitted infections the AWARE randomized clinical trial. JAMA. 2013;310:1701-1710. Abstract
- Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. Pre-exposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. N Engl J Med. 2010;363:2587-2599. Abstract
- Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, et al. Antiretroviral pre-exposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. N Engl J Med. 2012;367:423-434. Abstract
- Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, et al. Pre-exposure prophylaxis for HIV infection among African women. N Engl J Med. 2012;367:411-422. Abstract
- Marrazzo JM, Ramjee G, Richardson BA, et al. Tenofovir-based pre-exposure prophylaxis for HIV infection among African women. N Engl J Med. 2015;372:509-518. Abstract
- Baeten JM, Donnell D, Ndase P, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. N Engl J Med. 2012;367:399-410. Abstract
- Patterson KB, Prince HA, Kraft E, et al. Penetration of tenofovir and emtricitabine in mucosal tissues: implications for prevention of HIV-1 transmission. Sci Transl Med. 2011;3:112 re 4.
- Hecht FM, Busch MP, Rawal B, et al. Use of laboratory tests and clinical symptoms for identification of primary HIV infection. AIDS. 2002;16:1119-1129. Abstract

การผ่าศพที่เน่าแล้วก็มีพยาธิสภาพของสาเหตุที่ตายได้ (รายงานผู้ตาย 1 ราย) Full Autopsy Might Tell The Cause Of Death (A Case Report)

การชันสูตรพลิกศพในรายผู้ตายตายมานานกว่า 24 ชั่วโมง (ในประเทศไทย) ศพจะเริ่มเน่าแล้ว ซึ่งโดยทั่วไปย่อมเป็นการยากที่จะบอกถึงสาเหตุที่ตายเป็นส่วนใหญ่นะ เพราะเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายก็เริ่มเน่าเสื่อมสลายไปโดยธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเป็นการตายที่ยังไม่ปรากฏเหตุ ย่อมต้องมีการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย และมีโอกาสที่ยังสามารถหาสาเหตุแห่งการตายได้ แพทย์ที่มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพจะต้องไม่ลืมความสำคัญในเรื่องการส่งศพเพื่อตรวจต่อภายหลังการชันสูตรพลิกศพแล้วเสมอ

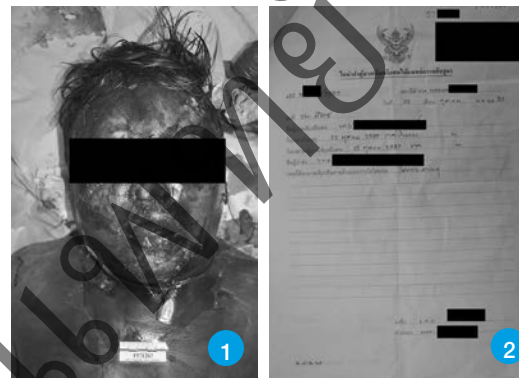
ในการตรวจศพผู้ตายที่มีสภาพเน่าน้อย ปานกลาง หรือน่ามาก อย่างหนึ่งอย่างใด แม้แต่เป็นนิติพยาธิแพทย์ก็อาจขาดความสนใจในเรื่องของการตรวจอย่างละเอียด แต่มักให้ความสนใจในตัวอย่างที่เก็บเพื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเก็บกระเพาะอาหารเพื่อการตรวจ การเก็บตับเพื่อการตรวจ เป็นต้น แต่ก็จริงแล้วหากทำการตรวจหลอดเลือดดูหัวใจเพียงตัดขวางดูด้วยกรณีอุทกกรรมแล้วก็อาจสามารถระบุถึงสาเหตุแห่งการตายและพฤติการณ์แห่งการตายได้แล้ว ฯลฯ

อุทกกรรม (รายงานผู้ตาย 1 ราย) (ภาพที่ 1)

ผู้ตายเป็นชายอายุ 45 ปี ถูกพบว่ามีอนตายในห้องเช่าของตนเองโดยไม่ทราบสาเหตุ ห้องเช่าข้างห้องของผู้ตายเริ่มได้กลิ่นเน่า จึงให้เจ้าของห้องเช่ามาเปิดดูพบว่าผู้ตายเสียชีวิตแล้ว

ประวัติผู้ตายไม่ชัดเจนนัก แต่มาเช่าห้องเช่าอยู่มาหลายเดือนแล้ว โดยไม่ทราบว่าประวัติโรคประจำตัวอย่างหนึ่งอย่างใดหรือไม่

มีผู้เห็นผู้ตายก่อนเมื่อเย็น 2 วันที่ผ่านมา พนักงานสอบสวนได้รับการแจ้งให้มาร่วมทำการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ที่พบศพและแพทย์ที่ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพไม่สามารถที่จะให้สาเหตุการตายได้ จึงได้ทำการส่งศพเพื่อตรวจต่อที่โรงพยาบาลศิริราช ตามกฎหมายโดยมีหนังสือส่ง (ภาพที่ 2)



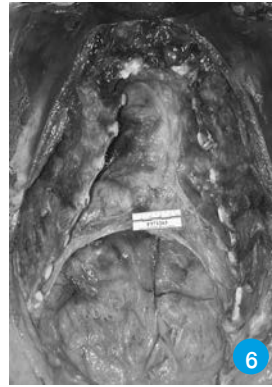
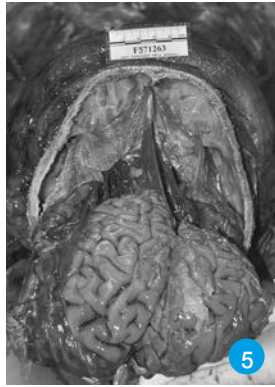
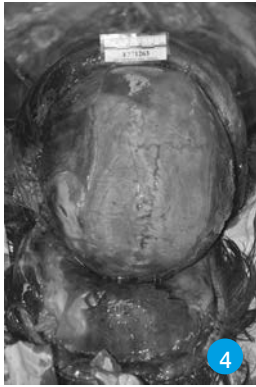
การตรวจศพ ณ โรงพยาบาลศิริราช

ศพได้รับการนำขึ้นเพื่อตรวจที่ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (ภาพที่ 3)



สภาพศพจากการตรวจภายนอก: (โดยย่อ)

- ศพเป็นชายอายุประมาณ 50 ปีเศษ รูปร่างสันทนต์ ตัวยาว 170 เซนติเมตร ผสมสีดำนาวประมาณ 10-15 เซนติเมตร มีหนวดและเคราสั้น ๆ
- ศพอยู่ในสภาพนอนหงาย ไม่พบว่าแขนและขางอผิดปกติ
- ศพเน่าแล้วอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างมาก โดยเฉพาะส่วนศีรษะ คอ และลำตัวส่วนต้น



- รอบคอไม่พบบาดแผล คอไม่พบว่ามี การเคลื่อนไหวได้ผิดปกติ

- หน้าอก หลัง ต้นขา อวัยวะเพศ ไม่พบสิ่งผิดปกติ เว้นแต่การเน่าบางส่วน

สภาพศพจากการผ่าศพตรวจ:

- หน้าศีรษะและใต้ชั้นหนังศีรษะปกติ (ภาพที่ 4)
- กะโหลกศีรษะปกติ ไม่พบรอยแตกหรือร้าว
- เยื่อหุ้มสมองปกติ ไม่พบลักษณะการมีเลือดออก

ปรากฏ

- เนื้อสมองเน่าแล้วปานกลาง ดูจากสภาพที่ปรากฏไม่พบพยาธิสภาพ (ไม่มีเลือดออก) (ภาพที่ 5)

- คอ กล้องเสียง กระดูกคอ และเนื้อเยื่อรอบกระดูก ไม่พบพยาธิสภาพผิดปกติ

- กระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

- เปิดช่องอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ภาพที่ 6)

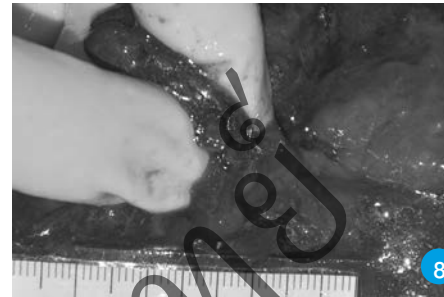
- ปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีสภาพที่เน่าแล้วปานกลางถึงมาก (ภาพที่ 7)

- หัวใจมีสภาพที่เน่าแล้วปานกลาง แต่สามารถตรวจหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจได้โดยผ่านหน้าตัดหลอดเลือดแดงเลี้ยงหัวใจทั้ง 3 เส้น พบว่า

- หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจเส้นหน้าตีบมากกว่าร้อยละ 80-90 (ภาพที่ 8)

- หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจเส้นขวาตีบปานกลางถึงมาก ร้อยละ 60-80 (ภาพที่ 9)

- เนื้อเยื่อในช่องอกโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ เน่าแล้วปานกลาง



- ช่องท้องโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีสภาพเริ่มเน่าถึงเน่าแล้วปานกลาง

- ตับ ม้าม ไต และอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

- ตรวจจากเลือด ปัสสาวะ น้ำดี ของเหลวในกระเพาะอาหาร (เป็นการตรวจตามปกติ) เพื่อหาสารเสพติด ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท และแอลกอฮอล์

สาเหตุตาย:

- ระบบไหลเวียนล้มเหลวเนื่องจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ

พฤติการณ์ที่ตาย:

- ตายตามธรรมชาติ (natural death)

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: การตายผิดธรรมชาติ

การตายผิดธรรมชาตินั้น กฎหมายบัญญัติให้ต้องมีกระบวนการ “ชันสูตรพลิกศพ” ดังนี้¹

มาตรา 148¹ เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาตินั้น คือ

- (1) ช่างตัวตาย
- (2) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย
- (3) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย
- (4) ตายโดยอุบัติเหตุ
- (5) ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ

ประการที่ 2: การชันสูตรพลิกศพ

เมื่อแพทย์ผู้มีหน้าที่ได้รับทราบถึงศพที่ต้องทำการร่วมชันสูตรพลิกศพกับพนักงานสอบสวน และแพทย์ได้เตรียมตัว เตรียมใจ และเตรียมเครื่องมือในการชันสูตรพลิกศพ (รวมถึงเอกสารที่จะต้องใช้ในการดำเนินการต่อเนื่อง)¹ พร้อมแล้ว แพทย์จะไป ณ ที่ที่ศพถูกพบและทำการชันสูตรพลิกศพตามแนวทางมาตรฐานแห่งการชันสูตรพลิกศพ^{2,3,4}

เมื่อแพทย์ไปถึงที่ที่ศพถูกพบและพบว่า **“ศพที่จะต้องชันสูตรพลิกศพ”** นั้นเป็น **“ศพที่เน่าแล้ว”** แพทย์ต้องระลึกไว้เสมอว่า **“ยากที่แพทย์จะสามารถระบุถึงสาเหตุแห่งการตายได้โดยง่าย”** แม้ว่าจะมีวัตถุที่อยู่ข้างศพหรือติดตัวมากับศพก็ตาม แต่ก็ได้หมายความว่า ศพดังกล่าวจะต้องเสียชีวิตจากวัตถุที่พบเหล่านั้น เช่น

1. การที่แพทย์พบว่าศพเน่าและมีเชื้อคลั่งอยู่ ที่คอก็ได้หมายความว่าผู้ตายเสียชีวิตจากการขาดอากาศ ทั้งนี้เพราะอาจเป็นไปได้ที่ผู้ตายนั่นเมื่อเสียชีวิตแล้วมีการเอาเชือกมาคล้องไว้ (เช่น ถูกฆาตกรรม)

2. การพบว่ามีสารเสพติด (ยา) ตกอยู่ข้างตัวของ ผู้ตายก็ได้หมายความว่า ผู้ตายเสพยาเสพติดจนถึงแก่ความตาย เพราะอาจมีการนำยาเสพติดดังกล่าวมาวางไว้ข้างผู้ตายเมื่อผู้ตายเสียชีวิตจากเหตุอื่นแล้ว (เช่น ถูกฆาตกรรม)

ประการที่ 3: การดำเนินการเมื่อชันสูตรพลิกศพเน่าเสร็จ

ขอให้แพทย์ระลึกไว้เสมอว่า “หากพบศพเน่าทุกครั้ง แพทย์จำเป็นต้องนำศพมาเพื่อรับการตรวจต่อเสมอ” (มาตรา 151 และ 152) ดังได้กล่าวแล้วว่า “เป็นการยากที่แพทย์จะหาสาเหตุแห่งการตายได้จากการที่ดูเพียงศพ และศพดังกล่าวเป็นศพที่เน่าแล้วด้วย” แพทย์จะต้องนำศพกลับมาตรวจอย่างละเอียด หรือจะต้องส่งศพไป ณ ที่ที่สามารถทำการตรวจศพได้ (มาตรา 152) นั่นเอง

ในประเด็นนี้หากพนักงานสอบสวน (หรือเจ้าพนักงานอื่นที่ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพกับแพทย์) ไม่เห็นพ้องด้วยกับแพทย์ในการที่จะให้มีการนำศพมาตรวจต่อ ณ สถานที่ที่สามารถตรวจศพได้ ให้แพทย์ระบุไว้ใน “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” ว่า “ขอให้ส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ” อีกทั้งให้ระบุไว้ในเอกสารดังกล่าวว่า “ยังไม่ปรากฏสาเหตุและพฤติการณ์ที่ตายขอให้ส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ” เสมอ

หมายเหตุ:

1. แพทย์ต้องไม่คล้อยตามญาติหรือเจ้าพนักงานอื่นใดว่า การตายดังกล่าวเป็นการตายตามธรรมชาติหากยังไม่ปรากฏหลักฐานทางการแพทย์ที่แสดงถึงข้อวินิจฉัยดังกล่าวนี้

2. แพทย์ต้องรับทราบไว้ในคดีความผิดต่อชีวิตนั้น ถือได้ว่าเป็นความผิดที่อยู่ในขั้นร้ายแรงและมีอายุความค่อนข้างยาวถึงยี่สิบปี⁵ การที่แพทย์เห็นว่าเมื่อปล่อยศพที่ทำการชันสูตรพลิกศพโดยให้สาเหตุเป็นไปตามที่ญาติหรือเจ้าพนักงานอื่นต้องการแล้วก็จะสิ้นเรื่องไปนั้น ถือได้ว่าเป็นความเข้าใจผิดอย่างมาก แม้ว่าจะในระยะแรกจะยังไม่มีการเกิดขึ้น แต่อาจเกิดเรื่องจนถึงขั้นมีการรื้อฟื้นคดี

ได้หากยังไม่สิ้นสุดอายุความ และหากมีการดำเนินการของแพทย์ที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน^{2,3,4} แล้วอาจส่งผลกระทบต่อถึงสถานภาพของแพทย์ได้อย่างมาก

ประการที่ 4: การตายในกรณีอุทธรณ์

1. จากการชันสูตรพลิกศพที่ได้ย่อมแสดงให้เห็นว่า “สภาพของศพที่เน่าย่ำแย่ไม่สามารถที่จะบอกถึงสาเหตุแห่งการตายได้เลย” ยิ่งผู้ตายไม่ปรากฏบาดแผลให้ปรากฏด้วยแล้วยิ่งเป็นการยากยิ่งไปอีก

2. แต่เมื่อทำการผ่าศพตรวจดูจะพบว่า ในผู้ตายรายนี้มีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจอย่างชัดเจน กล่าวคือมีหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบถึง 2 เส้นหลักคือ เส้นหน้า (anterior branch of left coronary artery) มีการตีบถึงร้อยละ 80-90 และเส้นขวา (right coronary artery) มีการตีบถึงร้อยละ 60-80 ซึ่งเป็นสาเหตุแห่งการที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

3. จากสภาพการตรวจศพที่พบพยาธิดังกล่าวและการที่ตรวจดูสถานที่ที่พบศพซึ่งไม่ปรากฏสภาพแห่งการที่ศพอาจเสียชีวิตอันเนื่องจากถูกทำร้าย ย่อมแสดงให้เห็นได้ประจักษ์ว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้เสียชีวิตในรายนี้คือการที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบและหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเฉียบพลันนั่นเอง

ประการที่ 5: การวิจารณ์เพิ่มเติม

ในการตรวจศพผู้ตายที่มีสภาพเน่าเนื่อย ปานกลาง หรือเน่ามาก อย่างหนึ่งอย่างใด แม้แต่เป็นนิติพยาธิแพทย์ก็อาจขาดความสนใจในเรื่องของการตรวจอย่างละเอียด แต่มักให้ความสนใจในตัวอย่างที่เกิดขึ้นเพื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเก็บกระเพาะอาหารเพื่อการตรวจการเก็บดับเพื่อการตรวจ เป็นต้น แท้ที่จริงแล้วหากทำการตรวจหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจเพียงตัดขวางดูดังกรณีอุทธรณ์แล้ว (ภาพที่ 8 และภาพที่ 9) ก็อาจสามารถระบุถึงสาเหตุแห่งการตายและพฤติการณ์แห่งการตายได้แล้ว

สรุป

ผู้ตายที่ตายโดยมีปรากฏเหตุ เมื่อแพทย์ทำการชันสูตรพลิกศพเสร็จเรียบร้อยแล้วหากไม่สามารถหาสาเหตุแห่งการตายได้ แพทย์ไม่มีทางเลือกอื่นอีกนอกจาก “จะต้อง” ส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อตามที่กฎหมายกำหนดไว้ ยิ่งหากเป็นศพที่เน่าแล้วซึ่งเป็นการยากที่จะหาสาเหตุแห่งการตายโดยแพทย์จะต้องไม่พยายามที่จะให้สาเหตุแห่งการตายอันเป็นการคาดเดา เพราะแท้ที่จริงแล้วอาจเป็นการตายผิดธรรมชาติในกรณีที่ผู้ตายถูกกระทำผิดกฎหมาย เช่น ถูกฆาตกรรมได้

เอกสารอ้างอิง

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

ZIMAQUIN[®]

Clomiphene citrate 50 mg

From Egg to embryo



Manufactured by : Laboratorios Recalcine S.A., Santiago, Chile
Imported by : Sinesix Pharm (Thailand) Co.,Ltd.
Bangkok, Thailand

Sinensix
Pharma
A CHEMO group company

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ศส.39/2556

DORIBAX™

doripenem for injection



- **Power** against *P. aeruginosa* and ESBL producing bacteria^{1-4, 7}
- The incidence of **seizures** was lower for doripenem than imipenem or piperacillin/tazobactam^{5, 6}
- **Stability** for extended infusion (4 hr)^{7, 8}



References:

1. Int J Antimicrob Agents 2010; 36: 501-6. 2. Int J Antimicrob Agents 2011; 37: 225-9. 3. Int J Antimicrob Agents 2012; 39: 311-6. 4. Crit Care Med 2008; 36(4): 1089-96. 5. Drug Safety 2009; 32(9): 709-16. 6. J Antimicrob Chemother 2014; 1-13. 7. Doribax Prescribing Information. 8. J Clin Pharmacol 2009; 49: 798-806.

PRESCRIBING INFORMATION

DORIBAX™ 500 mg powder for solution for infusion ACTIVE INGREDIENT: Doripenem monohydrate equivalent to 500 mg doripenem. **INDICATION(S):** Adults only: Nosocomial pneumonia (including ventilator-associated pneumonia), complicated intra-abdominal infections, complicated urinary tract infections. Consideration should be given to official guidance on the appropriate use of antibacterial agents. **DOSAGE & ADMINISTRATION:** Adults: 500 mg every 8 hours as a 1 or 4 hour infusion. For nosocomial pneumonia including ventilator-associated pneumonia, a 4 hour infusion time is recommended where less susceptible pathogens are suspected. In other severe infections also consider a 4-hour infusion. Usual treatment duration of doripenem therapy is 5-14 days. **Children:** not recommended for use in children below 18 years. **Elderly (≥ 65 years of age):** no dosage adjustment, except in moderate to severe renal insufficiency, in elderly patients. **Renal impairment:** Dosage adjustment is necessary in patients with moderate and severe renal impairment. **Hepatic impairment:** no dose adjustment required. **CONTRAINDICATIONS:** Hypersensitivity to the active substance or to any other carbapenem. Severe hypersensitivity to any other type of beta-lactam antibacterial agent. **SPECIAL WARNINGS & PRECAUTIONS:** Anaphylactic reactions and seizures have occurred in patients receiving beta-lactam antibiotics. Before starting therapy with Doribax, careful inquiry should be made concerning a previous history of hypersensitivity reactions to other active substances in this class or to beta-lactams. Use with caution in patients with such a history. Discontinue immediately should hypersensitivity reaction occur. The experience in patients who are severely immunocompromised receiving immunosuppressive therapy, and patients with severe neutropenia, is limited since this population was excluded from phase 3 trials. **SIDE EFFECTS:** During clinical trials the most common adverse reactions were headache (10%), diarrhoea (9%) and nausea (8%). Common (≥1/100 to <1/10), pruritus, rash, hepatic enzyme increased, phlebitis, oral candidiasis, vulvovaginitis, infection. Uncommon (≥1/1,000 to <1/100) hypersensitivity reactions, C. difficile colitis. Post-marketing experience: neutropenia and anaphylaxis were reported. **PREGNANCY:** As potential risk for humans is unknown, Doribax should not be used during pregnancy unless clearly necessary. **LACTATION:** Unknown whether doripenem is excreted in human breast milk. **INTERACTIONS:** CYP450-related drug interactions are not expected. Monitor serum concentrations of valproic acid if concomitantly administered with Doribax. Probenecid reduces renal clearance of Doribax, co-administration with probenecid is not recommended. An interaction with other drugs eliminated by renal tubular secretion cannot be excluded.

Further information is available upon request.



Takeda (Thailand) Ltd.

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

สำหรับผู้ประกอบการโรคติดเชื้อ

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พ.ศ. 1090/2557

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการกำเริบ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอยเต่า อ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการดำเนินของโรคอย่างซับซ้อนและเรื้อรัง มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อาการกำเริบในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุที่พบบ่อย ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราการความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณร้อยละ 4 ของประชากร และพบว่าเป็นสาเหตุการตายที่มีจำนวนสูงสุดเป็นลำดับที่ 4 ปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของโรคคือการสูบบุหรี่ ส่วนในผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่สาเหตุสำคัญเกิดจากการรับควันบุหรี่จากสิ่งแวดล้อม หรือหมาก่อนจากการเผาไหม้และมลพิษทางอากาศ

จากข้อมูลของโรงพยาบาลดอยเต่าในปี พ.ศ. 2557 พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในสูงสุด และยังพบว่าเป็นโรคที่มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำเป็นอันดับที่ 1 จากสถิติปี พ.ศ. 2555-2557 พบอัตราการมารับการรักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 25 ราย, 30 ราย และ 32 ราย ตามลำดับ และพบการกลับมารักษาซ้ำใน 48 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 7.28, 9.27 และ 9.72 ตามลำดับ

ในการวางแผนการจัดการทรัพยากร และวางแผนการป้องกันโรคในพื้นที่ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทราบข้อมูลความชุกของโรค อุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในระดับอำเภอซึ่งยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำมาประเมินประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันโรคที่ได้ดำเนินการในพื้นที่

นอกจากนี้ข้อมูลลักษณะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในพื้นที่ของ อ.ดอยเต่า ซึ่งอาจจะมีลักษณะของประชากรและลักษณะสภาพแวดล้อมในพื้นที่แตกต่างกับพื้นที่อื่น สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เพิ่มมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อัตราการกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลลดลง อีกทั้งทำให้ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั้งของครอบครัวและของโรงพยาบาลลดลงตามไปด้วย

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความชุกและภาระโรคของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ อ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่ พ.ศ. 2557
2. ศึกษาลักษณะการกระจายของโรคตามปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ และเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยเต่า

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Description Research)





1. สำนักรวความชุกและอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลดอยเต่า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งหมดในพื้นที่ในปี พ.ศ. 2557 ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ICD-10 J441., J449 เก็บข้อมูลการวินิจฉัย ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ผลการรักษา

2. ทบทวนรายงานโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังฝ่ายแผนงานโรงพยาบาลดอยเต่า รวบรวมข้อมูลค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในทั้งหมด และค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557

3. สัมภาษณ์และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยเต่า ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2558 เก็บข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว การเผาขยะใกล้บริเวณบ้าน การเลี้ยงสัตว์มีขนในบ้าน และปัจจัยการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ด้าน

การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย การบริหารยา การพักผ่อนและการผ่อนคลาย และการรับประทานอาหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ สังวาล ชมพูเทพ (2550) โรงพยาบาลลี้ จ.ลำพูน แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลความเจ็บป่วย 2. แบบสอบถามปัจจัยด้านแบบแผนการสูบบุหรี่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและดัชนีมวลกาย 3. แบบสอบถามปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย การบริหารยา การพักผ่อนและการผ่อนคลาย และการรับประทานอาหาร

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยแบบแผนการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.30 มีระยะเวลาในการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 25 ปี ร้อยละ 57.70 สูบบุหรี่จำนวน 1-5 มวนต่อวัน และร้อยละ 34.60 มีบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่

2. ปัจจัยด้านการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.30 ไม่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และร้อยละ 7.69 มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

3. ปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19.23 มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.50-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 73.28 มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และร้อยละ 7.69 มีดัชนีมวลกายมากกว่า 24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

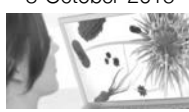
4. ปัจจัยด้านการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 66.78$, $SD = 6.65$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าด้านบริหารยาอยู่ในระดับสูง ($X = 27.38$, $SD = 2.65$) การรับประทานอาหารและการผ่อนคลายอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 19.30$, $SD = 4.32$, $X = 20.07$, $SD = 3.35$) ส่วนการออกกำลังกายและการบริหารการหายใจอยู่ในระดับต่ำ ($X = 6.61$, $SD = 2.412$, $X = 5.57$, $SD = 2.43$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจัดรูปแบบในการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อควบคุมอาการไม่ให้เกิดอาการกำเริบในผู้ป่วย

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
10-11 กันยายน 2558 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	การประชุมวิชาการภาคกุมารเวชศาสตร์ ประจำปี พ.ศ. 2558 Screening and Early detection in children ณ ห้องประชุมสโมสร ชั้น 4 อาคารคุณากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต	โทรศัพท์ 0-2926-9514 โทรสาร 0-2926-9513 E-mail: Benwan_33@hotmail.com, Panudda_kung@hotmail.com www.med.tu.ac.th/index.php
10-11 กันยายน 2558 	ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการและอบรมเชิงปฏิบัติการ Personalized Medicine and Pharmacogenomics ณ ห้องอดิเรก ณ ถลาง อาคารเรียนรวม และหอสมุดฯ และห้องปฏิบัติการวิจัยอนุพันธุศาสตร์ ชั้น 4 ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1147 โทรสาร 0-7445-1127 E-mail: meeting@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
12-13 กันยายน 2558 	ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง แห่งประเทศไทย และสมาคม โลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย	9 th LYMPHOMA EDUCATIONAL COURSE "New Frontiers in Lymphoma" ณ โรงแรมสวิสโฮเต็ล เลอ คองคอร์ด กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5977 โทรสาร 0-2716-5978 E-mail: joi@tsh.or.th www.tsh.or.th
14-16 กันยายน 2558 	กระทรวงสาธารณสุข	การประชุมวิชาการปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ซิตี้ จอมเทียน พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์/โทรสาร 0-2590-1718-9 http://neo.moph.go.th/register
23-25 กันยายน 2558 	กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า	การประชุม Clinical Practices 2015: Case Based Pediatrics ณ ห้องดุสิตธานี ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบ พระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2763-4162, 0-2763-4163 โทรสาร 0-2354-7827 E-mail: sumittra_ped@hotmail.com www.pedpmk.org
25 กันยายน 2558 	สมาคมแพทย์ผิวหนัง แห่งประเทศไทย	การประชุมกลางปี พ.ศ. 2558 สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย "Current Concept in Dermatologic Therapy" ณ โรงแรมดุสิตธานี กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6857, 0-2716-5256, 0-2716-6661-3 ต่อ 9012 โทรสาร 0-2716-6857 E-mail: contact@dst.or.th www.dst.or.th
8-10 ตุลาคม 2558 	สมาคมแพทย์ผิวหนัง แห่งประเทศไทย	การประชุมนานาชาติ International Congress of Aesthetic Dermatology 2015 (ICAD 2015) ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ แอนด์ บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์	โทรศัพท์ 0-2716-6857, 0-2716-5256, 0-2716-6661-3 ต่อ 9012 โทรสาร 0-2716-6857 E-mail: contact@dst.or.th www.dst.or.th
15-17 ตุลาคม 2558 	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการวิสัญญีศิริราชประจำปี พ.ศ. 2558 "4 th Siriraj Anesthesia Academic Meeting" ณ ห้องประชุมอภิตยาทธิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2419-9297, 09-0990-5261 โทรสาร 0-2411-3256 E-mail: sianes2015@gmail.com www.si.mahidol.ac.th/department/ anesthesiology/dept_main.asp
18-21 ตุลาคม 2558 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 30 (ไทย-นานาชาติ) และการประชุม วิชาการเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5721-22, 0-2716-5724 โทรสาร 0-2716-5720 E-mail: pr_rtcog@rtcog.or.th, sc_rtcog@rtcog.or.th www.rtcog.or.th

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกองบรรณาธิการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-4024 โทรสาร 0-2435-4025
บริษัท สสวสาร จำกัด 71/16 ถนนบรมราชชนนี แขวงจตุจักร อภิบาล เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2015

Date	Title	City	Country	Contact
23-26 September 2015 	European Students Conference: 'Science or Fiction?-Imagine the future of medicine'	Berlin	Germany	www.esc-berlin.com
23-26 September 2015 	CESAR 2015-Central European Symposium on Antimicrobials and Antimicrobial Resistance	Sibenik	Croatia	http://hmd-cms.hr/cesar2015
24 September 2015 	Eliminating Heel Pressure Ulcers	London	United Kingdom	www.healthcareconferencesuk.co.uk/eliminating-heel-pressure-ulcers
24-25 September 2015 	UMIB Summit 2015	Porto	Portugal	www1.icbas.up.pt/umib/index.php/overview
25-27 September 2015 	CoGEN: Controversies in preconception, preimplantation and prenatal genetic diagnosis: How will genetics technology drive the future?	Paris	France	www.comtecmed.com/cogen/2015/default.aspx
30 September 2015 	Masterclass: Preventing Burnout in the Healthcare Professions	London	United Kingdom	www.healthcareconferencesuk.co.uk/burnout-in-the-healthcare-professions
30 September-3 October 2015 	TOLL 2015-International Congress of Innate Immunity	Marbella	Spain	www.toll2015.org
2-4 October 2015 	AAMLS 2015-The Inaugural Scientific Conference Asean Association of Medical Laboratory Scientist (AAMLS) 2015	Yogyakarta	Indonesia	www.aamls2015.org
2-5 October 2015 	6 th International Conference on Stem Cells and Cancer (ICSCC-2015): Proliferation, Differentiation and Apoptosis	Pune	India	www.icsc.in

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, Saphasan Co., Ltd. 71/16 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-4024 FAX 0-2435-4025



เสด็จเปิดงาน

พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ เสด็จเปิดงาน “แบรนด์ 180 ปี มุ่งมั่นเพื่อสุขภาพและความสำเร็จของคุณ” จัดขึ้นเพื่อฉลองครบรอบ 180 ปี ของผลิตภัณฑ์แบรนด์ซู๊ปไก่สกัดที่รู้จักและยอมรับจากคนทั่วโลกมายาวนาน อีกทั้งเป็นผู้นำตลาดอาหารเสริมสุขภาพในประเทศไทยอีกด้วย โดยมี **ดร.ลักขณา ลีละยุทธโยธิน กรรมการบริษัท, นายตฤณ วงศ์สุขสวัสดิ์ ผู้จัดการทั่วไป บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด** เฝ้ารับเสด็จ ณ ห้องอภิมหาจักรี สโมสรราชมงคล เมื่อไม่นานมานี้



บริจาคเงินและอุปกรณ์ทางการแพทย์

พล.ท.นพ.อำนาจ บาลี ผู้อำนวยการสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย รับมอบเงินจำนวน 1,200,000 บาท และอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นมูลค่า 300,000 บาท จาก **บริษัท แก๊สโซลิมิทโคส (ประเทศไทย) จำกัด หรือ GSK** นำโดย **นพ.ทวีราช ตันติวงษ์ ผู้อำนวยการฝ่ายรัฐกิจสัมพันธ์ และ นางโสมรสา พงษ์เพิ่มพฤษย์ ผู้จัดการใหญ่ฝ่ายองค์กรสัมพันธ์** ภายใต้โครงการ “จีเอสเค ธาราพยาบาลบรรเทาทุกข์” ต่อเนื่องเป็นปีที่ 2 ณ ศูนย์ปฏิบัติการภัยพิบัติ สภากาชาดไทย เมื่อไม่นานมานี้



ฉลองครบรอบ 5 ปี

นพ.วีรพล เขมะรังสรรค์ ประธานกรรมการ บริษัท กรุงเทพเต็มเซลล์ จำกัด แถลงข่าว “ครบรอบ 5 ปี กรุงเทพเต็มเซลล์” ธาราเซลล์ต้นกำเนิดเอกชนมาตรฐานโลกที่มีเทคโนโลยีทันสมัย พร้อมด้วยห้องปฏิบัติการมาตรฐานสากล สามารถจัดเก็บเซลล์ต้นกำเนิดได้จากเลือดสายสะดือ เนื้อเยื่อสายสะดือ และเนื้อเยื่อไขมัน ซึ่งในโอกาสครบรอบ 5 ปี ได้จัดโครงการมอบทุนวิจัยให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และโครงการรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยมี **ไก่อ-มิสซุ แฉงมิสซุ** ร่วมพูดคุยภายในงาน ณ โรงแรมศิวาเทล แบงค็อก เมื่อไม่นานมานี้



จัดประชุมวิชาการ

บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด จัดงานประชุมวิชาการในหัวข้อ “การใช้ยา รักษาอาการปวดจากการอักเสบอย่างไรให้ปลอดภัยจากผลข้างเคียง” ภายในงานได้รับเกียรติจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคระบบทางเดินอาหารในระดับสากลที่มีผลงานวิจัยทางวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ระดับสากลกว่า 400 เรื่อง เป็นวิทยากรในการบรรยาย กิจกรรมดังกล่าวได้รับความสนใจจากแพทย์ทั่วประเทศกว่า 200 คนเข้าร่วมงาน ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ แอนด์ บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์ เมื่อไม่นานมานี้



มอบความสุข

ศ.ดร.พิเชษฐ วิริยะจิตรา ประธานและกรรมการผู้จัดการบริษัท เอเชียนไฟเบอร์โพลิเมอร์ จำกัด (มหาชน) หรือ APCO พร้อมทีมงาน ร่วมกับเยาวชนจิตอาสา Gen A และสื่อมวลชน เดินทางไปมอบความสุข รอยยิ้ม และเสียงหัวเราะพร้อมผลิตภัณฑ์สารสกัดจากธรรมชาติ LIV ให้แก่เด็ก ๆ ผู้ติดเชื้อ HIV จำนวนกว่า 70 คน ในกิจกรรม “ภูมิสมดุ” สร้างฝัน ปลุกพลังชีวิต เพื่อช่วยดูแลสุขภาพและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ณ บ้านแกรนด์ จ.ลพบุรี เมื่อไม่นานมานี้

วาระการแพทย์ 2558

สัญจรทั่วไทย



ร.พ.กุดบาก
จ.สกลนคร



ร.พ.ปทุมราชวงศา
จ.อำนาจเจริญ



ร.พ.เจริญศิลป์
จ.สกลนคร



ร.พ.เต่างอย
จ.สกลนคร



วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจร
ทั่วไทย 2558 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ
ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์
ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคอีสาน ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ
เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



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



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคารดี สิ่งง่าย ปณ.ตสิ่งจีน 10170 ☐ ตัวเลขเงิน

☐ เช็คชั้คร่อม A/C PAYEE ONLY สิ่งง่ายในนาม บ.สรรพสาร จก.

เช็ครณการสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาทือปส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

สนใจติดต่อ บ.สรรพยา สาร จก.

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

តេឡេ. 0-2435-4024 ហ្វាកស៊ី 0-2435-4025

หมายเหตุ

1. ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร
กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน
(PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวงารสารและใบเสร็จรับเงิน
พร้อมระบุหมายเลขที่สมาชิกให้ท่าน
หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระ
ค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถ
ชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต
และส่งแฟกซ์ได้ก็ หมายเลข

0-2435-4025

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แฟนคลับซิกสับพันร์

Ins. 0-2435-4024

แฟกซ์ 0-2435-4025

Continuing Medical Education

CME PLUS

Realistic training with

3B Scientific Simulators



SIMone™

Birthing Simulator



Train realistic high-stress situations with:

- Haptic response technology
- Visual and audio interface
- Full debrief
- For vacuum and forceps delivery



Simulate High-stress situations
with the award-winning **P80!**

From the Triumvirate to the Ominous Octet:

New OAD targeting 6 core defects in diabetes

Coming
Soon

