

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

ปีที่ 17 ฉบับ 445 ประจำวันที่ 1-15 กันยายน พ.ศ. 2558



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

SPEEDA™
Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

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



BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life

References:
(1) Che L, Guo J, Hou J, et al. Preparation of rabies vaccine for human use by cell culture in bioreactor. Chin J 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;18:1477-79.

โปรดอ่านรายละเอียดฉบับเต็มในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พ.ศ. 371/2555

สำหรับผู้อ่านฉบับนี้ทางวารสารจะมอบรางวัลให้ท่านที่ตอบคำถามนี้

1-15/09/15

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

Takeda

BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life

Eisai

AstraZeneca

atb
always decide you.

ปฏิกิริยา แพทย์สภาจัดประกวดสารคดี
ข่าว "เรื่องเล่าทางการแพทย์
รักนะจึงบอก..."

Get Up

- พบวัยรุ่นเล่นไอ้จิ้งจอกแม่หยดกว่าสิบปี
- ความหวังใหม่ไวรัสรักษาหูดนก
- ยุโรปไปเพื่อชีวิตชีวาในมาเลเซีย

เฉพาะโรค

เทคนิคใหม่สำหรับการวินิจฉัยวัณโรค
(New Techniques in TB Diagnostics)



edarbi®
azilsartan medoxomil
40 mg • 80 mg tablets

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

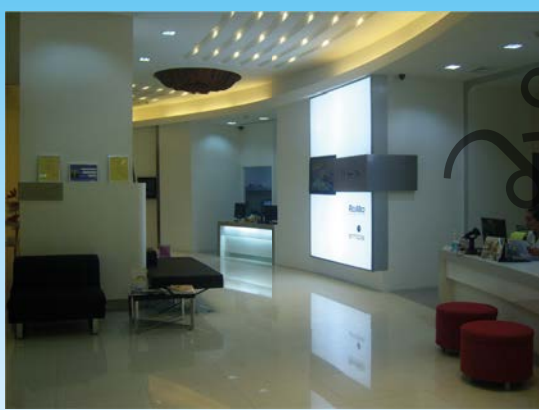
Takeda

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

Reference: 1. Williams 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 40mg and 80mg.
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: 40mg, 80mg once daily, titrate up to a maximum of 80mg once daily if needed.
ADVERSE REACTIONS: Dizziness, diarrhea, blood creatinine phosphatase increased.
DRUG INTERACTION: Lithium, NSAIDs, long-acting diuretic.
PACKING: 427 tablets.

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



ขายด่วน

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

ขายด่วนเพียง **35 ล้านบาท**



สนใจติดต่อ คุณวิโรจน์ 081-373-7741

แนวโน้มของการแพทย์ไทย

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
 ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์
 ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
 นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์
 ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวิทย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
 ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุนนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
 รศ.นพ.ปวน สุทธิพิณิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออันตกุล
 รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรรคเนวิภาส
 พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะระลิต

แบบกิตติ

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนกุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญนะ, กนกพร ขจรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา อิศรานนท์ ลิขสิทธิ์กุล

โทรศัพท์ติดต่อ หรือสมัครสมาชิกได้ที่ โทร. 0-2435-4024

แฟกซ์ 0-2435-4025

เจ้าของ บริษัท สรพสาร จำกัด 71/16 ถ.บรมราชชนนี
 แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

ปัจจุบันเราผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากปีละ 200 คน มาเป็นปีละ 3,000 คน จากโรงเรียนแพทย์ 2 แห่ง มาเป็น 21 แห่ง คนที่มาเรียนแพทย์ไม่ใช่คนที่เรียนดีทั้งหมด มีเพียงครึ่งเดียวที่มาโดยการสอบแข่งขัน อีกครึ่งเข้ามาโดยวิธีการพิเศษ เช่น โครงการแพทย์ชนบท โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งแพทย์ โครงการช่วยเหลือ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โครงการเลือกเด็กในท้องถิ่นเป้าหมาย นอกจากนี้ยังมีเด็กไทยไปเรียนแพทย์ในต่างประเทศ วัตถุประสงค์หลักคือ กระจายแพทย์ให้ไปอยู่ในที่ห่างไกล แต่เราไม่เคยติดตามประเมินผลว่าได้ผลจริงหรือไม่ หลายคนเป็นลูกหลานของผู้มีอิทธิพลในท้องถิ่น เมื่อเรียนจบแล้วคงอยู่ในพื้นที่ที่เราคาดหวังจริงหรือไม่ ถ้าอยู่ก็คงอยากทราบต่อไปว่าอยู่นานเท่าใด ประชาชนที่มีการคัดเลือกเด็กไปเรียนแพทย์มีสุขภาพดีกว่าท้องถิ่นที่ไม่มีโครงการหรือไม่ ประเทศไทยเน้นปริมาณมากกว่าคุณภาพ จุดมุ่งหมายของเราที่ควรเป็นคือ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย และมีอายุยืนยาว ประชาชนมีความสุขไม่ได้เกี่ยวกับจำนวนแพทย์ ความเหลื่อมล้ำหรือค่าใช้จ่ายถูกแต่จ่ายมาก

โครงสร้างของประชากรในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เรามีผู้สูงอายุเกิน 65 ปีมากที่สุด ในอาเซียน เรามีเด็กเกิดน้อย ในปี 5 ปีข้างหน้าเราจะมียุคประชากรสูงสุดคือ 68 ล้านคน จากนั้นประชากรเราจะเริ่มลดลง เด็กเราไม่มีคุณภาพ ส่วนหนึ่งเกิดจากแม่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม แม่อายุน้อย ไม่มีรายได้เพียงพอในการเลี้ยงดูบุตร แถมยังไม่ได้เลี้ยงเอง ส่งไปให้ยายในต่างจังหวัดเลี้ยง ไม่มีการส่งสอนอบรม มีแต่ดูโทรทัศน์ ดูละครที่เป็นตัวอย่างเลวในสังคม และก็มีโฆษณา บางคนก็เอา iPad ให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีเล่น จนกลายเป็นเด็กใจร้อน สมาธิสั้น พูดซ้ำ เด็กอีกกลุ่มเกิดจากแม่ที่มีการศึกษาสูง ทำงานหนักไม่มีเวลาเลี้ยงดู ต้องไปฝากคนเลี้ยงหรือจ้างคนงานต่างชาติมาเลี้ยง เด็กอีกกลุ่มเกิดจากแม่ที่แต่งงานช้า แม่มีอายุมาก หรือมีความเครียดสูงไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ ต้องทำเด็กหลอดแก้ว ซึ่งมักจะได้ลูกแฝด เป็นผลให้ได้เด็กที่คลอดก่อนกำหนดซึ่งอาจมีปัญหาหลายอย่างตามมา นอกจากนี้เรายังมีปัญหาเรื่องครอบครัวแตกแยก เพราะทั้งสามีและภรรยาสามารถหาเลี้ยงตนเองได้ เด็กเลยมีแต่พ่อหรือมีแต่แม่ หรือมีพ่อเลี้ยง แม่เลี้ยงแทนพ่อแม่จริง ๆ

โรคที่พบได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โรคที่เคยพบบ่อยในเด็กได้หายไปเพราะเรามีวัคซีนป้องกัน เช่น โรคหัด โรคคอตีบ โรคบาดทะยัก แต่เรากลับมีปัญหาด้านพฤติกรรมมากขึ้น มีโรคภูมิแพ้จากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปเพิ่มขึ้น เด็กวัยรุ่นเป็นปัญหาใหญ่จากการเลี้ยงดูไม่ถูกต้องทำให้เด็กติดยาเสพติด ทหารเกณฑ์ในวันแรกที่เข้าประจำการตรวจปัสสาวะพบว่ารับประทานยาเสพติดก่อนมาถึงร้อยละ 30 ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลับเพิ่มขึ้นมากอีกรวมทั้งการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้เรายังมีปัญหาเรื่องรักร่วมเพศ และการข้ามเพศสูงขึ้นอย่างไม่เคยมีมาก่อน ผู้ที่เรียนแพทย์ในช่วง 10 ปีหลังนี้เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย แถมผู้ชายที่มีอายุน้อยก็ยังไม่ใช้ผู้ชายแท้อีกด้วย เราได้ให้เงินกองทุนสร้างเสริมสุขภาพไปปีละกว่า 3,000 ล้านบาท หดเงินไปแล้วหลาย 10,000 ล้านบาท ปรากฏว่าภาษีรายได้จากบุหรี่และเหล้าไม่ได้ลดลง แสดงว่าเราใช้เงินผิดทาง ประเทศในเอเชียเอาเงินภาษีบุหรี่และเหล้าไปซื้อวัคซีนป้องกันโรค แต่ประเทศไทยเอาเงินไปซื้อสื่อประชาสัมพันธ์

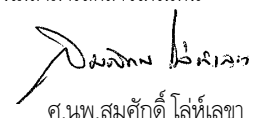
โรคที่เกิดจากการติดเชื้อในผู้ใหญ่มีแนวโน้มลดลงจากการสุภาพบาลและอนามัยที่สะอาดและปลอดภัยขึ้น แต่ปัญหาเชื้อดื้อยากลับมากขึ้น ขณะที่ยาใหม่ไม่มีเพิ่มขึ้นในท้องตลาด เริ่มพบเชื้อที่ดื้อต่อยาทุกชนิด ผู้ป่วยวัณโรคก็มีอัตราการดื้อยาที่เพิ่มขึ้นจากการรับประทานยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง นอกจากนี้เรายังพบปัญหาเรื่องโรคที่อุบัติใหม่ซึ่งส่วนใหญ่ติดมาจากสัตว์

ผู้ป่วยเรื้อรังมีมากขึ้น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดของหัวใจและสมอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตวาย หลายโรคที่กล่าวมานี้ป้องกันได้ ปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการรักษาฟรี ทำให้ขาดความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง แพทย์จบใหม่ไปทำด้านเสริมสวยและการชะลอวัยมากขึ้น

ปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น เราจะต้องร่วมมือกันป้องกันไม่ให้ป่วย ไม่ไข้ป่วยให้ป่วยแล้วไปรักษาฟรี เมื่อไม่หายหรือมีโรคแทรกซ้อนก็เรียกร้องค่าเสียหาย เป็นผลให้แพทย์ต้องรักษาแบบป้องกันตนเองไม่ให้ถูกฟ้องร้อง ถ้าผู้ป่วยมีอาการหนักไม่มีแพทย์อยากรักษาเพราะเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้องมากขึ้น ผลร้ายจะกลับมาสู่ผู้ป่วยเองในอนาคตอันใกล้

คนอายุยืนขึ้น โรคเมะเร็งก็เพิ่มขึ้น เมะเร็งหลายชนิดเกิดจากไวรัส เช่น เมะเร็งตับเกิดจากไวรัสตับอักเสบบีและซี เมะเร็งปากมดลูกเกิดจากไวรัสแพปพิโลมา เมะเร็งหลังโพรงจมูกเกิดจากไวรัสอีบี เมะเร็งเต้านมในหนูและเมะเร็งเม็ดเลือดขาวในไก่เกิดจากไวรัส แต่ของคนเรายังไม่ทราบ

การติดต่อสื่อสารเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เทคโนโลยีหลายอย่างพัฒนาไป คอมพิวเตอร์ มีบทบาทมากขึ้น แพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลได้ เราสามารถรักษาโรคได้หลายอย่างที่แต่ก่อนรักษาไม่ได้ โครงสร้างของคลินิกและโรงพยาบาลเปลี่ยนไปอย่างมาก ยังไม่สามารถกล่าวได้ในที่นี้


 ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ผลลัพธ์เสริมฮอร์โมนเพศชายต่อหลอดเลือดแดงแข็งในชายสูงอายุ
- Intermittent Hypoxemia หรือ Bradycardia ต่อการตายหรือพิการในทารกคลอดก่อนกำหนด
- Troponin และเหตุการณ์ของโรคหัวใจในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดคงที่และเบาหวาน
- Tinzaparin vs Warfarin สำหรับหลอดเลือดดำอุดตันเฉียบพลัน

7 ข่าวสารการแพทย์

- รมว.สธ.มอบนโยบายการทำงาน 8 ข้อ สู่เป้าหมาย “ประชาชนมีสุขภาพดี”
- 2 หน่วยงานจับมือศึกษาการกลายพันธุ์ของยีนเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็งเต้านม

9 Movement

10 เกาะติดงานประชุม

สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยฯ ร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดการประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 9 “โภชนาการดีถ้วนหน้า ตามรอยพระบาทเจ้าฟ้านักโภชนาการ”

12 R2R

มธ.พัฒนา “ระบบตรวจจับสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมองแบบทันเวลา” เพิ่มความรวดเร็วและแม่นยำในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

13 ปกป้องข่าว

แพทย์สภาจัดประกวดสารคดี
“เรื่องเล่าทางการแพทย์ รักนะจึงบอก...”

14 In Focus

“สาธารณสุขไร้พรมแดน”
สื่อภาษาไทย-ยาวี
สู่พี่น้อง 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

17 Special

กระทรวงสาธารณสุขหนุน HITAP ตรวจตาเด็ก-คัดกรองยีน
ชัดแว่นเองไม่ผิด แต่เสี่ยงภาวะตาซีเกียจ-ตาบอด

20 เสียวหนึ่งขงชีวิต

งานเสวนาให้ความรู้แก่ประชาชน
เรื่องโรคเมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร

21 Get Up

- พบวัยรุ่นเฮอร์โงบแม้นหยุดยากกว่าลอบปี
- ความหวังใหม่ไวรัสรักษาหุนอก
- ยุโรปไฟเขียววัคซีนมาลาเรีย

23 หลากสีสับ

กำลังใจ

25 เสี่ยงแพทย์

ประเทศไทยเสียโอกาสจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หรือเป็นโอกาสดีที่จะ “ปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”

27 วิสฤและอุปกรณ์การแพทย์

ผิวเคลือบป้องกันการเกาะของลิ่มเลือดและคราบจุลินทรีย์

29 จุฬาปริทัศน์

Awake Fiberoptic Nasotracheal Intubation

32 Systematic Review

การผ่าตัดเสริมดวง

33 เฉพาะโรค

เทคนิคใหม่สำหรับการวินิจฉัยวัณโรค
(New Techniques in TB Diagnostics)

39 รายงานพิเศษ

สร้างความสุข...สร้างความหวัง...สร้างโอกาส
หนึ่งพันธกิจหลักของมูลนิธิรามาธิบดีฯ
เพราะเราเชื่อว่า “ชีวิตใหม่...ให้ได้ไม่สิ้นสุด”

41 รายงานพิเศษ

ถอดบทเรียน “ร.พ.บำรุงราษฎร์”
รับมือโรคติดต่อสายพันธุ์ใหม่

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS

โรคติดเชื้อฉวยขณะตั้งครรภ์ (Infectious Diseases
During Pregnancy) ตอนที่ 5
การติดเชื้อมาลาเรียในสตรีตั้งครรภ์

ผลลัพธ์เสริมฮอร์โมนเพศชายต่อหลอดเลือดแดงแข็งในชายสูงอายุ

JAMA. 2015;314(6):570-581.

บทความเรื่อง Effects of Testosterone Administration for 3 Years on Subclinical Atherosclerosis Progression in Older Men with Low or Low-Normal Testosterone Levels: A Randomized Clinical Trial รายงานว่าการเสริมเทสโทสเตอโรนในชายสูงอายุเริ่มได้รับความนิยมมากขึ้น โดยที่ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ระยะยาวต่อการลุกลามของโรคหลอดเลือดแดงแข็ง

บทความนี้ได้รายงานข้อมูลจากการศึกษา Testosterone's Effects on Atherosclerosis Progression in Aging Men (TEAAM) ซึ่งศึกษาผลของการเสริมเทสโทสเตอโรนต่อหลอดเลือดแดงแข็งที่ยังไม่มีอาการในชายอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ซึ่งมีระดับเทสโทสเตอโรนต่ำหรือค่อนข้างต่ำ (100-400 ng/dL; free testosterone < 50 pg/mL) จำนวน 308 คนในสหรัฐอเมริกา การรวบรวมมีขึ้นระหว่างเดือนกันยายน ค.ศ. 2004 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2009 โดยอาสาสมัครคนสุดท้ายเสร็จสิ้นการศึกษาในเดือนพฤษภาคม ค.ศ.

2012 อาสาสมัคร 156 ราย ได้รับ 7.5 กรัมของ 1% testosterone และ 152 ราย ได้รับยาหลอกวันละครั้งเป็นเวลา 3 ปี โดยปรับขนาดยาเพื่อให้ระดับเทสโทสเตอโรนอยู่ระหว่าง 500-900 ng/dL ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ความหนาของผนังหลอดเลือดแดงที่คอและหิ้นปุนผนังหลอดเลือดหัวใจ ผลลัพธ์รองได้แก่สมรรถภาพทางเพศและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะที่พื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 67.7 ปี, 42% เป็นโรคความดันโลหิตสูง, 15% เป็นโรค

เบาหวาน, 15% เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และ 27% เป็นโรคอ้วน อัตราการเปลี่ยนแปลงของความหนาผนังหลอดเลือดแดงที่คอเท่ากับ 0.010 มิลลิเมตร/ปี ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก และ 0.012 มิลลิเมตร/ปี ในกลุ่มที่ได้รับเทสโทสเตอโรน (ค่าเฉลี่ยความต่างปรับตามอายุและสถานที่วิจัยเท่ากับ 0.0002 มิลลิเมตร/ปี; 95% CI -0.003 to 0.003; p = 0.89) อัตราการเปลี่ยนแปลงของคะแนนหิ้นปุนผนังหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 41.4 Agatston units/year ในกลุ่มยาหลอก และ 31.4 Agatston units/year ในกลุ่มเทสโทสเตอโรน (ค่าเฉลี่ยความต่างปรับแล้วเท่ากับ -10.8 Agatston units/year; 95% CI -45.7 to 24.2; p = 0.54) การเปลี่ยนแปลงของคะแนนความหนาผนังหลอดเลือดแดงหรือหิ้นปุนไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับเทสโทสเตอโรนในผู้ที่ได้รับเทสโทสเตอโรน อนึ่ง ความต้องการทางเพศ การแข็งตัวของอวัยวะเพศ คะแนนสมรรถภาพทางเพศโดยรวม ความใกล้ชิดกับคู่ครอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม และระดับ hematocrit และ prostate-specific antigen เพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มที่ได้รับเทสโทสเตอโรน

การศึกษาจากชายสูงอายุซึ่งมีระดับเทสโทสเตอโรนต่ำหรือค่อนข้างต่ำชี้ว่า การเสริมเทสโทสเตอโรนเป็นเวลา 3 ปีไม่มีความต่างที่มีนัยสำคัญด้านการเปลี่ยนแปลงของความหนาผนังหลอดเลือดแดงที่คอหรือหิ้นปุนหลอดเลือดหัวใจ หรือพินสุ่มรรรถภาพทางเพศโดยรวม หรือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้มุ่งศึกษาการลุกลามของหลอดเลือดแดงแข็งเป็นหลักจึงไม่สามารถยืนยันถึงความปลอดภัยต่อหัวใจและหลอดเลือดจากการใช้เทสโทสเตอโรนในชายสูงอายุ



พฤติกรรมดื่มเหล้าและความเสี่ยงมะเร็ง

BMJ 2015;351:h4238.

บทความเรื่อง Light to Moderate Intake of Alcohol, Drinking Patterns, and Risk of Cancer: Results from Two Prospective US Cohort Studies รายงานผลลัพธ์จากการศึกษาความเสี่ยงมะเร็งทั้งหมดตามระดับการดื่ม โดยเน้นในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และดื่มเหล้าเล็กน้อยหรือดื่มปานกลาง และประเมินอิทธิพลของรูปแบบการดื่มเหล้าต่อความเสี่ยงมะเร็งโดยรวม

การศึกษาประเมินในผู้ประกอบวิชาชีพด้านเวชกรรมในสหรัฐอเมริกาประกอบด้วยผู้หญิง 88,084 ราย และผู้ชาย 47,881 ราย ในการศึกษา Nurses' Health Study (นับจากปี ค.ศ. 1980) และ Health Professionals Follow-up Study (นับจากปี ค.ศ. 1986) และติดตามถึงปี ค.ศ. 2010 โดยผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของมะเร็ง

มีรายงานการเกิดมะเร็ง 19,269 ราย และ 7,571 ราย (ไม่รวม non-advanced prostate cancers) ในผู้หญิงและผู้ชายตลอด 3,144,853 person years เมื่อเทียบกับผู้ที่ดื่มเหล้าเลยพบว่า ผู้ที่ดื่มเหล้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อมะเร็งทั้งหมดเท่ากับ 1.02 (95% CI 0.98-1.06) และ 1.04 (1.00-1.09; P-trend = 0.12) สำหรับการดื่มเหล้า 0.1-4.9 และ 5-14.9 g/day ในผู้หญิง และเท่ากับ 1.03 (0.96-1.11), 1.05 (0.97-1.12) และ 1.06 (0.98-1.15; P-trend = 0.31) สำหรับการดื่มเหล้า 0.1-4.9, 5-14.9

และ 15-29.9 g/day ในผู้ชาย ความสัมพันธ์สำหรับการดื่มเหล้าเล็กน้อยถึงปานกลางและมะเร็งทั้งหมดใกล้เคียงกันสำหรับผู้ที่เคยสูบบุหรี่หรือไม่เคยสูบบุหรี่ ขณะที่การดื่มเหล้าสูงกว่าระดับปานกลาง โดยเฉพาะ ≥ 30 g/day) สัมพันธ์อย่างชัดเจนกับความเสี่ยงมะเร็งทั้งหมดในผู้ที่เคยสูบบุหรี่เทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ จากการประเมินความเสี่ยงมะเร็งจากการดื่มเหล้าในผู้ชายพบว่า ความเสี่ยงไม่ได้สูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่ดื่มเหล้าเล็กน้อยและดื่มปานกลางซึ่งไม่เคยสูบบุหรี่ (P-trend = 0.18) อย่างไรก็ตาม ในผู้หญิงพบว่า การดื่มเหล้าแม้เพียง 5-14.9 g/day ก็สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อมะเร็งจากการดื่มเหล้า (relative risk 1.13 [95% CI 1.06-1.20]) โดยเฉพาะมะเร็งเต้านม ทั้งนี้การดื่มเหล้าเป็นประจำและดื่มในปริมาณมากไม่มีความสัมพันธ์เพิ่มเติมกับความเสี่ยงมะเร็งทั้งหมดหลังปรับสำหรับการดื่มเหล้าทั้งหมด

การดื่มเหล้าเล็กน้อยถึงปานกลางสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นเล็กน้อยต่อมะเร็งโดยรวม สำหรับผู้ชายที่ไม่เคยสูบบุหรี่พบว่า ความเสี่ยงมะเร็งจากการดื่มเหล้าไม่ได้สูงขึ้นอย่างชัดเจนสำหรับการดื่มเหล้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ไม่เกินวันละ 2 แก้ว) อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้หญิงที่ไม่เคยสูบบุหรี่พบว่า ความเสี่ยงมะเร็งจากการดื่มเหล้า (ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม) สูงขึ้นแม้ดื่มไม่เกินวันละ 1 แก้ว



Intermittent Hypoxemia หรือ Bradycardia ต่อการตายหรือพิการในการคลอดก่อนกำหนด

JAMA. 2015;314(6):595-603.

บทความเรื่อง Association Between Intermittent Hypoxemia or Bradycardia and Late Death or Disability in Extremely Preterm Infants ชี้ว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดมากอาจเกิด intermittent hypoxemia หรือ bradycardia หลายสัปดาห์หลังคลอด และการพยากรณ์เหตุการณ์ดังกล่าว ก็ยังไม่แน่นอน

การศึกษานี้ได้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง intermittent hypoxemia หรือ bradycardia และการตายหรือพิการในภายหลัง โดยศึกษาแบบ post hoc analysis ด้วยข้อมูลจาก inception cohort ในการศึกษา Canadian Oxygen Trial จากโรงพยาบาล 25 แห่งในแคนาดา สหรัฐอเมริกา อาร์เจนตินา ฟินแลนด์ เยอรมนี และอิสราเอล รวมทารก 1,019 ราย ซึ่งมีอายุครรภ์ 23 สัปดาห์ 0 วัน ถึง 27 สัปดาห์ 6 วัน คลอดระหว่างเดือนธันวาคม ค.ศ. 2006 ถึงเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2010 และมีชีวิตอยู่ถึง postmenstrual age เท่ากับ 36 สัปดาห์ การติดตามประเมินมีขึ้นระหว่างเดือนตุลาคม ค.ศ. 2008 ถึงเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2012

การศึกษาได้ติดตาม hypoxemia (pulse oximeter oxygen saturation < 80%) หรือ bradycardia (pulse rate < 80/min) เป็นเวลา 10 วินาทีหรือนานกว่า โดยบันทึกค่าทุก 10 วินาทีภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จนถึง postmenstrual age อย่างน้อย 36 สัปดาห์ ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตายหลัง postmenstrual age เท่ากับ 36 สัปดาห์ ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว พัฒนาการทางสติปัญญาหรือภาษาที่ช้า สูญเสียการได้ยิน หรือตาบอดทั้ง 2 ข้างที่อายุที่ปรับแล้วเท่ากับ 18 เดือน ผลลัพธ์รอง

ได้แก่ ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว พัฒนาการทางสติปัญญาหรือภาษาที่ช้า และจอตาผิดปกติในการคลอดก่อนกำหนดที่มีอาการรุนแรง

มัถยฐานระยะเวลาเก็บข้อมูลความถี่ของออกซิเจนและชีพจรเท่ากับ 68.3 วัน (interquartile range 56.8-86.0 วัน) ค่าเฉลี่ยร้อยละของเวลาที่เกิด hypoxemia ในทารกกลุ่ม 10% ที่เกิดน้อยที่สุด และ 10% ที่เกิดมากที่สุดเท่ากับ 0.4% และ 13.5% ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยสำหรับ bradycardia เท่ากับ 0.1% และ 0.3% ผลลัพธ์หลักได้ยืนยันในทารก 972 ราย และพบในทารก 414 ราย (42.6%) การเกิด hypoxemic episodes สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการตายหรือพิการที่อายุ 18 เดือน เท่ากับ 56.5% ใน decile สูงสุดของการเกิด hypoxemic episodes เทียบกับ 36.9% ใน decile ต่ำสุด (modeled relative risk 1.53; 95% CI 1.21-1.94) ความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญเฉพาะ hypoxemic episodes ที่นานอย่างน้อย 1 นาที (relative risk 1.66; 95% CI 1.35-2.05 vs for shorter episodes, relative risk 1.01; 95% CI 0.77-1.32) และความถี่สัมพันธ์สำหรับผลลัพธ์รองทั้งหมดสูงขึ้นใกล้เคียงกันหลังเกิด hypoxemia ที่นาน โดยที่ bradycardia ไม่มีผลต่อค่าพยากรณ์ของ hypoxemia

ข้อมูลจากทารกคลอดก่อนกำหนดมากซึ่งอยู่รอดถึง postmenstrual age 36 สัปดาห์ชี้ว่า hypoxemic episodes ที่นานซึ่งเกิดระหว่าง 2-3 เดือนแรกหลังคลอดสัมพันธ์กับผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ที่ 18 เดือน หากข้อมูลนี้ได้รับการยืนยันในการศึกษาอื่นนับจากนี้ก็จำเป็นที่จะมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว



Troponin และเหตุการณ์ของโรคหัวใจในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดคงที่และเบาหวาน

N Engl J Med 2015;373:610-620.

บทความเรื่อง Troponin and Cardiac Events in Stable Ischemic Heart Disease and Diabetes ชี้ว่า ระดับ troponin เป็นปัจจัยที่ชี้แนะผู้ป่วยที่อาจได้รับประโยชน์จากการเปิดหลอดเลือดฉุกเฉินเนื่องจากหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การศึกษานี้จึงมีขึ้นด้วยสมมติฐานว่าระดับ troponin อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิดคงที่ในแง่การระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจได้รับประโยชน์จากการเปิดหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉิน

นักวิจัยได้วัดระดับ cardiac troponin T ที่พื้นฐานด้วย high-sensitivity assay ในผู้ป่วย 2,285 รายซึ่งเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และหัวใจขาดเลือดชนิดคงที่ซึ่งเข้าร่วมในการศึกษา Bypass Angioplasty Revascularization Investigation in Type 2 Diabetes โดยได้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับ troponin T และจุดยุติของการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือสโตรค จากนั้นจึงได้ประเมินผลของการเปิดหลอดเลือดฉุกเฉินต่อการลดอัตราของจุดยุติในผู้ป่วยซึ่งมีระดับ troponin T ผิดปกติ (≥ 14 ng per liter) เทียบกับผู้ที่ไม่มีระดับ troponin T ผิดปกติ (< 14 ng per liter)

จากผู้ป่วย 2,285 ราย พบว่า 2,277 ราย (99.6%) มีระดับ troponin T ที่ตรวจพบได้ (≥ 3 ng per liter) และ 897 ราย (39.3%) มีระดับ troponin T ผิดปกติที่พื้นฐาน อัตราของจุดยุติที่ 5 ปี เท่ากับ 27.1% ในผู้ป่วยที่มีระดับ troponin T ผิดปกติที่พื้นฐานเทียบกับ 12.9% ในผู้ที่ไม่มีระดับ troponin T ที่พื้นฐานเป็นปกติ และจากตัวแบบซึ่งปรับสำหรับปัจจัยเสี่ยงด้านหัวใจและหลอดเลือด ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติและกายวิภาคของหลอดเลือดหัวใจพบว่า hazard ratio สำหรับจุดยุติในผู้ป่วยที่มีระดับ troponin T ผิดปกติเท่ากับ 1.85 (95% confidence interval [CI] 1.48-2.32; $p < 0.001$) และในกลุ่มที่มีระดับ troponin T ผิดปกติพบว่าการรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉินไม่ได้ลดอัตราของจุดยุติได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยยาอย่างเดียว (hazard ratio 0.96; 95% CI 0.74-1.25)

ระดับ cardiac troponin T เป็นตัวพยากรณ์อิสระของการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือสโตรคในผู้ป่วยซึ่งเป็นทั้งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และหัวใจขาดเลือดชนิดคงที่ อย่างไรก็ตาม ระดับ troponin T ผิดปกติที่เท่ากับ 14 ng per liter หรือสูงกว่าไม่ได้รับในกลุ่มย่อยของผู้ป่วยซึ่งจะได้รับประโยชน์จากการเปิดหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉิน

Liraglutide สำหรับลดน้ำหนักในเบาหวานชนิดที่ 2

JAMA. 2015;314(7):687-699.

บทความเรื่อง Efficacy of Liraglutide for Weight Loss Among Patients with Type 2 Diabetes: The SCALE Diabetes Randomized Clinical Trial รายงานว่า การลดน้ำหนักได้ 5-10% จะส่งผลดีต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคที่เกี่ยวข้อง แต่ปัจจุบันยังคงมียาควบคุม น้ำหนักที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยในจำนวนน้อย

การศึกษานี้ได้ศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของ liraglutide เทียบกับยาหลอกสำหรับการควบคุม น้ำหนักในผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินหรือ อ้วนและเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วงการศึกษาเปรียบเทียบมีระยะเวลา 56 สัปดาห์และการติดตามหลังหยุดยามีระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยศึกษาใน 9 ประเทศ ระหว่างเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2011 ถึงเดือนมกราคม ค.ศ. 2013 และสุ่มในผู้ป่วย 846 ราย เกณฑ์การศึกษารวมด้วยดัชนีมวลกายเท่ากับ 27.0 หรือมากกว่า อายุ 18 ปีหรือมากกว่า ได้รับยาลดน้ำตาลแบบยารับประทาน 0-3 ตัว (metformin, thiazolidinedione, sulfonylurea) โดยมีน้ำหนักตัวคงที่ และมีระดับ glycated hemoglobin ระหว่าง 7.0%-10.0%

ผู้ป่วยได้รับ liraglutide (3.0 mg) (n = 423), liraglutide (1.8 mg) (n = 211) หรือยาหลอก โดยให้แบบยาฉีดวันละครั้ง โดยการรักษาทันทีได้ให้รวมกับการลดพลังงานจากอาหารลง 500 kcal/d และเพิ่มการออกกำลังกาย activity (≥ 150 min/wk) จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ relative change ในน้ำหนักตัว สัดส่วนของอาสาสมัครที่ลดน้ำหนักได้ 5% หรือมากกว่า หรือมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวที่พื้นฐานที่ 56 สัปดาห์

น้ำหนักที่พื้นฐานเท่ากับ 105.7 kg ในกลุ่มที่

ได้รับ liraglutide 3.0 mg, 105.8 kg ในกลุ่มที่ได้รับ liraglutide 1.8 mg และ 106.5 kg ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก น้ำหนักตัวที่ลดลงเท่ากับ 6.0% (6.4 kg) จาก liraglutide (3.0 mg dose), 4.7% (5.0 kg) จาก liraglutide (1.8 mg dose) และ 2.0% (2.2 kg) จากยาหลอก (estimated difference for liraglutide [3.0 mg] vs placebo -4.00% [95% CI -5.10% to -2.90%]; liraglutide [1.8 mg] vs placebo -2.71% [95% CI -4.00% to -1.42%]; $p < 0.001$ for both) น้ำหนักตัวที่ลดลง 5% หรือมากกว่าเกิดขึ้นใน 54.3% ของกลุ่มที่ได้รับ liraglutide (3.0 mg) และ 40.4% ที่ได้รับ liraglutide (1.8 mg) vs 21.4% ที่ได้รับ ยาหลอก (estimated difference for liraglutide [3.0 mg] vs placebo 32.9% [95% CI 24.6%-41.2%]; for liraglutide [1.8 mg] vs placebo 19.0% [95% CI 9.1%-28.8%]; $p < 0.001$ for both) และน้ำหนักตัวที่ลดลงมากกว่า 10% เกิดขึ้นใน 25.2% ที่ได้รับ liraglutide (3.0 mg) และ 15.9% ที่ได้รับ liraglutide (1.8 mg) vs 6.7% ที่ได้รับยาหลอก (estimated difference for liraglutide [3.0 mg] vs placebo 18.5% [95% CI 12.7%-24.4%]; $p < 0.001$; for liraglutide [1.8 mg] vs placebo 9.3% [95% CI 2.7%-15.8%]; $p = 0.006$) โดยพบความผิดปกติของทางเดินอาหารมากกว่าในกลุ่มที่ได้รับ liraglutide (3.0 mg) vs liraglutide (1.8 mg) และยาหลอก แต่ไม่มี รายงานดับอ่อนอีกเสบ

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วนชี้ว่า การรักษา ด้วย liraglutide (3.0 mg) แบบยาฉีดวันละครั้งช่วยลด น้ำหนักตัวในระยะ 56 สัปดาห์เมื่อเทียบกับยาหลอก ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมิน ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในระยะยาว



อาหารเผ็ดลดอัตราการตายรวม/จำเพาะโรค

BMJ 2015;351:h3942.

บทความเรื่อง Consumption of Spicy Foods and Total and Cause Specific Mortality: Population Based Cohort Study รายงานข้อมูล จากการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานอาหารรสเผ็ดเป็นประจำ ต่ออัตราการตายรวม และอัตราการตายจำเพาะโรค

ข้อมูลในการศึกษานำมาจาก China Kadoorie Biobank ซึ่งรวบรวม จากอาสาสมัครใน 10 ภูมิภาคทั่วประเทศจีนระหว่างปี ค.ศ. 2004-2008 อาสาสมัครประกอบด้วยชาย 199,293 ราย และหญิง 288,082 ราย ซึ่งมีอายุ ระหว่าง 30-79 ปีที่พื้นฐานหลังคัดอาสาสมัครซึ่งเป็นโรคเมะเร็ง โรคหัวใจ และ สโตรคที่พื้นฐานออก การศึกษาได้ประเมินความถี่ในการรับประทานอาหาร รสเผ็ดร่วมกับรายงานของอาสาสมัครที่พื้นฐาน โดยผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อัตรา ตายรวม และอัตราการตายจำเพาะโรค

จากการติดตามในระยะ 3,500,004 person years ระหว่างปี ค.ศ. 2004-2013 (มัธยฐาน 7.2 ปี) พบ การเสียชีวิตในอาสาสมัครชาย 11,820 ราย และหญิง 8,404 ราย โดย Absolute mortality rates ตามระดับ การรับประทานอาหารรสเผ็ดเท่ากับ 6.1, 4.4, 4.3 และ 5.8 รายต่อ 1,000 person years สำหรับอาสาสมัครซึ่ง รับประทานอาหารรสเผ็ดน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง, 1 หรือ

2 วัน, 3-5 วัน และ 6 หรือ 7 วันต่อสัปดาห์ ตามลำดับ การรับประทานอาหารเผ็ด มีความสัมพันธ์แบบกลับกับอัตราการตายรวมทั้งในชายและหญิงภายหลัง ปรับตามปัจจัยเสี่ยง และจากอาสาสมัครทั้งหมดพบว่า hazard ratios ที่ปรับแล้ว สำหรับการตายเท่ากับ 0.90 (95% CI 0.84-0.96), 0.86 (0.80-0.92) และ 0.86 (0.82-0.90) สำหรับผู้ที่รับประทานอาหารรสเผ็ด 1 หรือ 2 วัน, 3-5 วัน และ 6 หรือ 7 วันต่อสัปดาห์ เทียบกับผู้ที่รับประทานอาหารรสเผ็ด น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง เมื่อเทียบกับผู้ที่รับประทานอาหารรสเผ็ดน้อยกว่า สัปดาห์ละครั้งพบว่า ผู้ที่รับประทานอาหารรสเผ็ด 6 หรือ 7 วันต่อสัปดาห์ มี relative risk reduction เท่ากับ 14% ความสัมพันธ์แบบกลับระหว่าง การรับประทานอาหารรสเผ็ดและอัตราการตายรวมชัดเจนยิ่งขึ้นในผู้ที่ไม่มีดื่มเหล้า เทียบกับผู้ที่ดื่มเหล้า ($p = 0.033$ for interaction) ซึ่งความสัมพันธ์แบบกลับนี้ ยังสอดคล้องกับการตายเนื่องจากโรคเมะเร็ง หัวใจ ขาดเลือด และโรคระบบทางเดินหายใจ

การรับประทานอาหารรสเผ็ดจนเป็นนิสัย มีความสัมพันธ์แบบกลับกับอัตราการตายรวมและอัตราการตาย จำเพาะโรค โดยไม่เป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงการเสียชีวิต อื่น



Tinzaparin vs Warfarin สำหรับหลอดเลือดดำอุดตันเฉียบพลัน

JAMA. 2015;314(7):677-686.

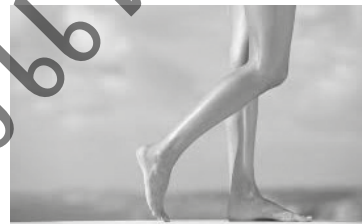
บทความเรื่อง Tinzaparin vs Warfarin for Treatment of Acute Venous Thromboembolism in Patients with Active Cancer: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า คำแนะนำให้ใช้ low-molecular-weight heparin แทน warfarin สำหรับการรักษาภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำเฉียบพลัน (VTE) ในผู้ป่วยมะเร็ง (active cancer) ส่วนใหญ่อ้างอิงตามผลลัพธ์จากการศึกษาขนาดใหญ่เพียงการศึกษาเดียว

บทความนี้รายงานผลลัพธ์จากการศึกษาเปรียบเทียบซึ่งประเมิน ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ tinzaparin เทียบกับ warfarin สำหรับ VTE เฉียบพลันและมีอาการแสดงในผู้ป่วยมะเร็งในเอเชีย แอฟริกา ยุโรป รวมถึงอเมริกาเหนือ อเมริกากลาง และอเมริกาใต้ ระหว่างเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2010 ถึงเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2013 ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ใหญ่ที่ตรวจพบ มะเร็ง (ประเมินจากการตรวจพบมะเร็งและได้รับการรักษาโรคมะเร็ง หรือ ตรวจพบมะเร็ง หรือได้รับการรักษาโรคมะเร็งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) และ ลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) ที่ต้นขาหรือลิ่มเลือดอุดตัน ในปอด ผู้ป่วยซึ่งมีอายุคาดเฉลี่ยมากกว่า 6 เดือน และไม่มีความเสี่ยงที่จะ ละลายลิ่มเลือดได้รับการติดตามเป็นเวลา 180 วัน และติดตามเป็นเวลา 30 วันนับจากได้รับยาที่ศึกษาเป็นครั้งสุดท้ายเพื่อรวบรวมข้อมูลด้านความ ปลอดภัย

ผู้ป่วยได้รับ tinzaparin (175 IU/kg) วันละครั้งเป็นเวลา 6 เดือน เทียบกับการรักษามาตรฐานร่วมกับ tinzaparin (175 IU/kg) วันละครั้งเป็น เวลา 5-10 วัน แล้วจึงให้ warfarin ซึ่งได้ปรับขนาดเพื่อให้ international normalized ratio อยู่ในพิสัยการรักษา (2.0-3.0) เป็นเวลา 6 เดือน ผลลัพธ์ ด้านประสิทธิภาพ ได้แก่ การเป็นซ้ำของ DVT ลิ่มเลือดอุดตันในปอดที่ถึงแก่ ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิต และการเกิด VTE ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยประกอบด้วย เลือดออกรุนแรง เลือดออกไม่รุนแรงที่มีความเกี่ยวข้องทางคลินิก และ อัตราตายรวม

ผู้ป่วย 900 รายได้รับการสุ่มและรวมอยู่ในการวิเคราะห์ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยแบบ intention-to-treat การเกิด VTE เป็นซ้ำ พบใน 31 รายจาก 449 รายที่ได้รับ tinzaparin และ 45 รายจาก 451 รายที่ ได้รับ warfarin (อุบัติการณ์สะสมที่ 6 เดือน เท่ากับ 7.2% สำหรับ tinzaparin vs 10.5% สำหรับ warfarin; hazard ratio [HR] 0.65 [95% CI 0.41-1.03]; $p = 0.07$) โดยไม่พบความต่างด้านเลือดออกรุนแรง (12 รายสำหรับ tinzaparin vs 11 รายสำหรับ warfarin; HR 0.89 [95% CI 0.40-1.99]; $p = 0.77$) หรืออัตราตายรวม (150 รายสำหรับ tinzaparin vs 138 รายสำหรับ warfarin; HR 1.08 [95% CI 0.85-1.36]; $p = 0.54$) ขณะที่พบการลดลง อย่างมีนัยสำคัญของเลือดออกไม่รุนแรงที่มีความเกี่ยวข้องทางคลินิกในกลุ่ม ที่ได้รับ tinzaparin (49 รายจาก 449 รายในกลุ่มที่ได้รับ tinzaparin vs 69 รายจาก 451 รายในกลุ่มที่ได้รับ warfarin; HR 0.58 [95% CI 0.40-0.84]; $p = 0.004$)

ข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็น VTE เฉียบพลันและมีอาการแสดง ชี้ว่า การรักษาด้วย tinzaparin เต็มขนาด (175 IU/kg) วันละครั้งเมื่อเทียบกับการรักษาด้วย warfarin เป็นเวลา 6 เดือนแล้วไม่ได้ลด VTE เป็นซ้ำได้อย่าง มีนัยสำคัญ และไม่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราตายรวมหรือเลือดออก รุนแรง อย่างไรก็ตาม พบว่าสัมพันธ์กับอัตราที่ต่ำลงของเลือดออกไม่รุนแรงที่มี ความเกี่ยวข้องทางคลินิก โดยควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อศึกษาความแตกต่าง ของผลลัพธ์ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อ VTE เป็นซ้ำ



ดนตรีช่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัด

The Lancet. Published online: August 12, 2015.

บทความเรื่อง Music as an Aid for Postoperative Recovery in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis รายงานว่า ดนตรีเป็น แนวทางการบำบัดที่ไม่ทำให้เจ็บตัว ปลอดภัย และไม่แพง ซึ่งสามารถ ทำได้ง่ายและได้ผลลัพธ์ที่ดี การศึกษานี้ได้ประเมินผลของดนตรีต่อการฟื้นตัว หลังผ่าตัดโดยศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis

การศึกษาได้รวบรวมข้อมูลการศึกษาเปรียบเทียบด้วยวิธีการสุ่ม (RCTs) ในผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด โดยไม่รวมการผ่าตัดระบบประสาทส่วนกลาง หรือศีรษะและคอ โดยประเมินจากการศึกษาซึ่งเปิดเพลงในช่วงก่อน ผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด เทียบกับการดูแลตามมาตรฐานหรือ การบำบัดโดยไม่ใช้วิธีอื่น ข้อมูลในการศึกษารวบรวมจากฐานข้อมูล MEDLINE, Embase, CINAHL และ Cochrane Central การวิเคราะห์ meta-analysis วิเคราะห์ด้วย RevMan (version 5.2) ร่วมกับ standardised mean differences (SMD) และ random-effects models และวิเคราะห์ meta-regression ด้วย Stata (version 12)

มีการศึกษา RCTs ที่นำมาศึกษาใน systematic review รวม 73

การศึกษา จำนวนอาสาสมัครอยู่ระหว่าง 20-458 ราย โดยมีความแตกต่างกัน ในด้านแนวเพลง เวลาที่เปิดเพลง และระยะเวลาฟังเพลง ตัวเปรียบเทียบ ประกอบด้วยการดูแลมาตรฐาน ใส่หูฟังโดยไม่เปิดเพลง เสียง white noise และพักผ่อนบนเตียงโดยไม่รบกวน จากการศึกษาพบว่าดนตรีช่วยลดอาการปวด หลังผ่าตัด (SMD -0.77 [95% CI -0.99 to -0.56]), ความวิตกกังวล (-0.68 [-0.95 to -0.41]) และการใช้ยาบรรเทาปวด (-0.37 [-0.54 to -0.20]) ขณะที่เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (1.09 [0.51-1.68]) แต่ไม่มีความต่าง ด้านระยะเวลาพักในโรงพยาบาล (SMD -0.11 [-0.35 to 0.12]) การวิเคราะห์ กลุ่มย่อยชี้ว่า แนวเพลงและเวลาที่เปิดเพลงมีผลเล็กน้อยต่อผลลัพธ์ และ จาก meta-regression ก็ไม่พบสาเหตุของ heterogeneity ในตัวแปรทั้ง 8 ตัว ที่ศึกษา ทั้งนี้ดนตรียังคงให้ผลดีแม้ผู้ป่วยอยู่ภายใต้ยาหลับ

ดนตรีอาจเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยลดอาการปวดและความวิตก กังวลในช่วงหลังการผ่าตัด โดยอาจปรับให้สอดคล้องกับบริบททางคลินิก และคณะผู้ให้การรักษา

รพ.สธ.มอบนโยบายการทำงาน 8 ข้อ สู่เป้าหมาย “ประชาชนมีสุขภาพดี”



ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มอบนโยบายแนวทางการทำงาน 8 ข้อ ดังนี้ 1. การพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติเพื่อเทิดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน 2. บูรณาการการทำงานองค์ประกอบและบทบาทของเขตสุขภาพ ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อดูแลสุขภาพคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพทุกระดับและทุกมิติ 3. พัฒนาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประชาชนทุกกลุ่มวัย ป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพ และ



คุ้มครองผู้บริโภค ด้วยความร่วมมือทุกภาคส่วน ให้ประชาชนคนไทยมีโอกาสร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ เป็นการอภิบาลแบบเครือข่าย เอื้อระบบสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน 4. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการหน่วยงานทุกระดับ ทั้งด้านการบริหารการเงินการคลัง กำลังคน และข้อมูลสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการปฏิรูปสาธารณสุขและปฏิรูปประเทศให้คนไทยมีสุขภาพแข็งแรง 5. พัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขทั่วประเทศ ทั้งความรู้ ทักษะ การผลิต การใช้ การสร้างขวัญกำลังใจภายใต้การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน 6. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรไทยให้มีคุณภาพครบวงจร เกิดผลดีต่อเศรษฐกิจไทย 7. เร่งรัดปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบกฎเกณฑ์ให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข เพื่อประสิทธิผลที่ดีต่อสุขภาพของประชาชน 8. สนับสนุนกลไกการทำงานสาธารณสุขให้เป็นไปเพื่อส่งเสริมการสร้างความมั่นคงและความผาสุกของสังคมไทยและสังคมโลก

เขตสุขภาพช่วยกระจายงาน ร.พ.ใหญ่ ไป ร.พ.เล็ก ใช้ทรัพยากรคุ้มค่าทั้งคน เงิน ของ

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการมาต่อเนื่องเป็นปีที่ 3 มีความก้าวหน้าเกิดผลดีต่อประชาชนผู้มารับบริการ เช่น ที่จังหวัดสงขลามีโรงพยาบาลที่มีประชากรน้อย ผู้ป่วยนอนรักษาไม่ถึงร้อยละ 50 คือ โรงพยาบาลนาหม่อม ได้ปรับเป็น



ศูนย์รักษามะเร็ง และโรงพยาบาลบางกล่ำ ที่เป็นศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูของจังหวัด ประชาชนเชื่อมั่นเข้ารับบริการ ทำให้ไม่แออัดในโรงพยาบาลใหญ่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกมีคุณค่าที่ได้บริการประชาชน ซึ่งในการดำเนินงานนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ และโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 2 แห่ง ได้ถ่ายโอนงานที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถทำได้ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรทั้งคน เงิน ของอย่างคุ้มค่า โดยกำหนดให้โรงพยาบาลบางกล่ำรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องเพื่อป้องกันความพิการ เช่น หลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ไขสันหลัง บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ และการบาดเจ็บที่ศีรษะ จากโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ที่รักษาจนอาการปลอดภัยมาดูแลต่อ ผลการดำเนินงานกว่า 2 ปีได้ผลดีมาก ทำให้อัตราการใช้เตียงมากกว่า 100 เปอร์เซ็นต์ ระบบ การเงินการคลังดีขึ้น ที่สำคัญผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ป้องกันความพิการได้ และขยายการทำงานไปในชุมชน อบรมผู้ช่วยเหลือในชุมชน ให้บริการผู้ป่วยถึงบ้าน ลดภาวะแทรกซ้อน เกิดเป็น “บางกล่ำโมเดล” ขณะนั้นอยู่ระหว่างสร้างอาคารรองรับผู้ป่วยเพิ่มเพื่อเป็นศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยของเขตสุขภาพที่ 12

2 หน่วยงานจับมือศึกษาการกลายพันธุ์ของยีน เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็งเต้านม



นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า ในปัจจุบันการตรวจทางพันธุกรรมเพื่อค้นหาการกลายพันธุ์ของยีนก่อมะเร็ง เช่น ยีน BRCA1 (แบรคคา 1) และยีน BRCA2 (แบรคคา 2) ซึ่งเป็นยีนที่มีอยู่ในร่างกายของมนุษย์ ปกติยีนดังกล่าวจะทำหน้าที่รักษาสสมดุลของดีเอ็นเอ และป้องกันไม่ให้เกิดการแบ่งตัวของเซลล์ที่ผิดปกติ หากยีนชนิดนี้มีความผิดปกติจะทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ชนิดถ่ายทอดทาง

พันธุกรรมได้ดังกล่าวมีต้นทุนที่ถูกลง เนื่องจากเทคโนโลยีการถอดรหัสพันธุกรรมสมรรถนะสูง ดังนั้น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในการพัฒนาระบบการตรวจการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ด้วยเทคนิควิเคราะห์ลำดับสารพันธุกรรมสมรรถนะสูง โดยจะเปิดให้บริการเพื่อการวิจัยและการตรวจทางพันธุกรรมในประเทศไทย ซึ่งจะตรวจผู้ป่วยมะเร็งในครอบครัวจำนวน 200 ราย เพื่อให้ทราบว่าคนไทยตรวจพบการกลายพันธุ์ได้บ่อยหรือไม่ ถ้าตรวจพบได้บ่อยก็มีแนวโน้มว่าจะมีความคุ้มค่าในการตรวจพันธุกรรมเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเหมือนกับประเทศที่พัฒนาแล้ว

กรมควบคุมโรค พบโรคมือ เท้า ปาก กว่า 2.4 หมื่นราย ส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุ 1-3 ปี



นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า จากสภาพอากาศในช่วงฤดูฝน โรคที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษในช่วงนี้คือ โรคมือ เท้า ปาก โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ ประกอบกับขณะนี้อยู่ในช่วงเปิดเทอม โรงเรียนอนุบาล สถานรับเลี้ยงเด็ก หรือศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งมีเด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากจึงมีโอกาสเกิดการระบาดของโรคนี้

ได้ง่าย จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-17 สิงหาคม พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 24,188 ราย เสียชีวิต 1 ราย โดยอายุที่พบมากที่สุดคือ 1 ปี (28.08 %) รองลงมาคือ อายุ 2 ปี (25.93 %) และอายุ 3 ปี (17.91 %) ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่แล้ว 1,155 ราย โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ น่าน ลพบุรี อุบลราชธานี พะเยา และเชียงราย ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ทั้งหมด มีเหตุการณ์สะสมโรคมือ เท้า ปาก ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2558 จนถึงปัจจุบันจำนวน 16 เหตุการณ์ใน 10 จังหวัด คือ นนทบุรี อุตรดิตถ์ ชลบุรี เชียงใหม่ สระบุรี เชียงราย ร้อยเอ็ด อำนาจเจริญ ตาก และกรุงเทพฯ โดยโรคมือ เท้า ปาก ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน แพทย์จะให้ยารักษาตามอาการ อย่างไรก็ตาม โรคนี้มักไม่รุนแรงและไม่มีอาการแทรกซ้อน แต่เชื้อไวรัสบางชนิดอาจทำให้มีอาการรุนแรงได้ หากพบเห็นหรือมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สายด่วนกรมควบคุมโรค โทรศัพท์ 1422

EGA จับมือ ร.พ.รามารินทร์ เปิดตัว Application “RAMA Appointment”



นายอาศิส อัญญะโพธิ์ ผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาและจัดการ แอปพลิเคชัน สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) (EGA) จับมือกับ รศ.นพ.ธัญย์ สุภัทรพันธุ์ รองคณบดีฝ่ายบริการ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดตัว Application “**RAMA Appointment**” เพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป

อำนวยความสะดวกดูรายการนัดหมายและขอเลื่อนนัดหมายได้ด้วยตนเอง สะดวกรวดเร็วได้ทุกที่ ทุกเวลา ผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Devices) ถือเป็นโครงการนำร่องโรงพยาบาลรัฐแห่งแรก ทั้งนี้ผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล และประชาชนทั่วไปสามารถดาวน์โหลด Application “**RAMA Appointment**” ได้แล้ววันนี้ สำหรับระบบปฏิบัติการ iOS สามารถดาวน์โหลดได้จาก App Store โดยค้นหาคำว่า “รามารินทร์, รามารินทร์, นัดหมาย, เลื่อนนัด, rama appointment” (โดยมือถือของผู้ใช้งานต้องเป็น iOS 7.0 ขึ้นไป) สำหรับระบบปฏิบัติการ Android สามารถดาวน์โหลดได้จาก Google Play โดยค้นหาคำว่า “rama app, ramaapp, rama appointment, รามารินทร์, นัดหมาย, รามารินทร์, เลื่อนนัด, เลื่อนนัด” (โดยมือถือของผู้ใช้งานต้องเป็น Android 4.0 ขึ้นไป) นอกจากนี้ยังสามารถดาวน์โหลดผ่าน GAC หรือ Government Application Center ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันกลางของภาครัฐได้อีกด้วย

SiTEC-CTM: Crisis Team Management (การใช้ Simulation เพื่อฝึกการบริหารจัดการทีมในภาวะวิกฤติ)

ศูนย์ฝึกอบรมทักษะหัตถการทางการแพทย์ศิริราช (ศูนย์ SITEC) สังกัดงานการศึกษาระดับหลังปริญญา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติ เรื่อง “**SiTEC-CTM: Crisis Team Management**” (การใช้ Simulation เพื่อฝึกการบริหารจัดการทีมในภาวะวิกฤติ) ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ ระหว่างวันที่ 29-30 ตุลาคม พ.ศ. 2558 เวลา 08.00-16.30 น. ณ Siriraj Medical Simulation Center for Education and Training (ศูนย์ SiMSET) ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น 10 ผู้สนใจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่



คุณพรณิภา เลิศปิยะศิริพงศ์ ศูนย์ฝึกอบรมทักษะหัตถการทางการแพทย์ศิริราช (ศูนย์ SITEC) งานการศึกษาระดับหลังปริญญา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทรศัพท์ 0-2419-6435-6, 081-822-9250 E-mail: sitec.sim@gmail.com



สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยฯ ร่วมกับภาคีเครือข่าย

จัดการประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 9

“โภชนาการดีถ้วนหน้า ตามรอยพระบาทเจ้าฟ้านักโภชนาการ”



สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยฯ ร่วมกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และภาคีเครือข่าย จัดการประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 9 “โภชนาการดีถ้วนหน้า ตามรอยพระบาทเจ้าฟ้านักโภชนาการ” เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 ระหว่างวันที่ 21-23 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ณ รอยัล พารากอน ฮอลล์ ชั้น 5 ศูนย์การค้าสยามพารากอน กรุงเทพฯ

รศ.พญ.อุมาพร สุทัศน์วรุตติ นายกสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยฯ ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี กล่าวว่า สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยฯ มีวิสัยทัศน์คือ ส่งเสริม สนับสนุนสังคมไทยให้เป็นสังคมแห่งการมีภาวะโภชนาการดี อีกทั้งยังมีบทบาทหลักคือ ส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการแก่ผู้ที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประชาชนทั่วไป โดยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาองค์ความรู้และเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งเว็บไซต์ วารสารโภชนาการ และจัดการประชุมวิชาการประจำปี ไม่เพียงเท่านั้น ยังเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานหลายคณะของภาครัฐในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และแนวทางการดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ทั้งในเรื่องของการส่งเสริมภาวะโภชนาการของคนไทย การป้องกันปัญหาขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการเกิน และโรคอ้วน

สำหรับการจัดการประชุมวิชาการประจำปี สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยฯ ได้มีการจัดต่อเนื่องมาตั้งแต่ก่อตั้งสมาคมขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2508 กระทั่งปี พ.ศ. 2549 ได้จัดให้เป็นการประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 1 และจัดต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันเป็นครั้งที่ 9 ซึ่งมีความพิเศษคือ เป็นปีมหามงคลเพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 ด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระองค์ท่านที่มีต่อชาวไทย สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยฯ และภาคีเครือข่ายด้านอาหารและโภชนาการทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งมหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา และองค์กรต่าง ๆ จึงได้ร่วมกันจัด การประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 ระหว่างวันที่ 21-23 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ณ รอยัล พารากอน ฮอลล์ ชั้น 5 ศูนย์การค้าสยามพารากอน กรุงเทพฯ

โดยมีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อร่วมเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่ทรงริเริ่มโครงการพัฒนาด้านอาหารและโภชนาการต่าง ๆ ทั้งโครงการในประเทศและระหว่างประเทศ 2. เพื่อรวมพลังภาคีเครือข่ายด้านอาหารและโภชนาการในการขับเคลื่อนการผลิตอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งให้ประชาชนได้มีความรู้ ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหาร และสร้างสุขภาพวิถีชีวิตไทย ตามหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ 3. เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ด้านอาหารและโภชนาการต่อการดำเนินชีวิต และตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต เพื่อหาแนวทางการพัฒนาต่อไป

“การประชุมวิชาการครั้งนี้ในแต่ละวันจะมีทั้งภาควิชาการและภาคประชาชน เปรียบเสมือนเป็นเวทีให้นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งประชาชน ได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในหลายมุมมอง และยังเป็นโอกาสสำคัญในการให้ความรู้ที่ถูกต้องกับสาธารณะในด้านอาหารและโภชนาการ โดยจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันโซเชียลมีเดียต่าง ๆ ได้มีการให้ความรู้ที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง บางครั้งมีการโฆษณาชวนเชื่อที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ จึงเป็นโอกาสสำคัญที่จะได้ให้ความรู้ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และหวังว่าผู้เข้าร่วมประชุมจะนำความรู้ไปปฏิบัติและเผยแพร่ให้แก่ผู้ที่ไม่ได้มีโอกาสดำเนินการประชุมต่อไป” รศ.พญ.อุมาพร กล่าว



รศ.พญ.อุมาพร สุทัศน์วรุตติ



รศ.พญ.อุมาพร กล่าวอีกว่า เริ่มหรือหัวข้อหลักของการประชุมปีนี้เป็น “โภชนาการดีถ้วนหน้า ตามรอยพระบาทเจ้าฟ้านักโภชนาการ” เนื่องจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งเป็นองค์อุปถัมภ์ของสมาคม พระองค์ท่านทรงมีพระมหากรุณาธิคุณต่อชาวไทยมาโดยตลอด ทรงเป็นผู้นำในการพัฒนาด้านอาหารและโภชนาการ โครงการตามพระราชดำริหลายโครงการ เช่น การดำเนินงานพัฒนาด้านอาหาร โภชนาการ และสุขภาพเด็กอย่างครบวงจรในโรงเรียน เป็นแบบอย่างที่ดีที่ผู้ปฏิบัติงานด้านอาหารและโภชนาการทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศสามารถดำเนินงานพัฒนาตามรอยพระยุคลบาทของพระองค์ท่าน

การประชุมวิชาการครั้งนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่า You are What you eat กินอะไรได้อย่างนั้น เพราะฉะนั้น ภาวะโภชนาการของเราจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของสุขภาพ ไม่ว่าในขณะที่ยกติดหรือขณะที่เจ็บป่วย ซึ่งแพทย์หรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นพยาบาล ทันตแพทย์ เกษตรกร นักกำหนดอาหาร นักวิชาการ ต่างก็ต้องดูแลสุขภาพ สนใจเรื่องอาหารและโภชนาการ เนื่องจากต้องทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ ต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการแก่ผู้มารับบริการ ก็สามารถที่จะนำองค์ความรู้ที่ได้จากการประชุมวิชาการครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

โดยรูปแบบการจัดประชุมมีหลากหลายทั้งการบรรยายพิเศษ การอภิปราย การนำเสนอผลงานทางวิชาการ และการประกวดผลงานทางวิชาการทั้งแบบปากเปล่าและโปสเตอร์ นอกจากนี้ยังมีนิทรรศการเทิดพระเกียรติ นิทรรศการด้านอาหารและโภชนาการจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ

ภาคเอกชน ส่วนหัวข้อในการประชุมวิชาการก็ล้วนแล้วแต่มีความน่าสนใจ ได้แก่ การพัฒนาโภชนาการเด็กและเยาวชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต, การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืน, การพัฒนาโครงการเด็กไทยแถมใส่ตามรอยพระบาทเจ้าฟ้านักโภชนาการ, อาหารไทยไปไกลทั่วโลก, ผัก ผลไม้จากภูมิปัญญาไทยสู่งานวิจัยโลก, ภาวะแพ้อาหาร, ประเด็นร้อน หวาน มัน เค็ม, ประเด็นท้าทายอาหารบริเวณบาวิถี และ โภชนาการและการแสดงออกทางพันธุกรรม

“ปัจจุบันประเทศไทยมีเป้าหมายให้คนไทยควบคุมปัญหาโภชนาการเกินซึ่งเกิดจากรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่รับประทานผัก ผลไม้ ไม่ออกกำลังกาย การประชุมวิชาการครั้งนี้ตอบโจทย์ได้อย่างดี เพราะจะมีการพูดถึงอาหารหวาน มัน เค็ม เรื่องผัก ผลไม้ ซึ่งมีสารต้านอนุมูลอิสระและสารพฤกษเคมีมากมายที่จะช่วยป้องกันโรคในระยะยาว เช่น มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น เรื่องอาหารไทยที่มีสมุนไพรเป็นส่วนประกอบมากมายซึ่งทั่วโลกต่างให้ความสนใจ รวมถึงภาวะแพ้อาหารที่พบได้บ่อย จึงควรจะมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว เพื่อจะได้สามารถวินิจฉัยและให้การดูแลได้ถูกต้อง” **รศ.พญ.อุมาพร** กล่าว

รศ.พญ.อุมาพร กล่าวเพิ่มเติมถึงไฮไลต์ที่พลาดไม่ได้ว่า สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จะเสด็จพระราชดำเนินเป็นองค์ประธานและทรงบรรยายเรื่อง **โครงการในพระราชดำริ ด้านอาหารและโภชนาการ** นับเป็นพระมหากรุณาธิคุณที่หาที่สุดมิได้ และหลังจากนั้นจะทรงประทับฟังการบรรยายเรื่องตามรอยพระบาทเจ้าฟ้านักโภชนาการ ในหัวข้อย่อยเรื่อง **การพัฒนาโภชนาการเด็กและเยาวชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต** โดย **ศ.เกียรติคุณ นพ.เกรียงศักดิ์ ดันติรักษ์** และ **การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืน** โดย **ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน** นอกจากนี้ยังมีวิทยากรที่มีชื่อเสียงอีกหลายท่านร่วมให้ความรู้ในการประชุม

นอกจากนี้ในช่วงเย็นของการประชุมวิชาการตลอด 3 วัน จะเปิดโอกาสให้ประชาชนที่สนใจเข้าร่วมงานได้ฟรี โดยในวันแรกเป็นเรื่อง **เด็กไทยแถมใส่ ถวายเจ้าฟ้า นักโภชนาการ** ในวันที่สองเป็นเรื่อง **เมนูพระราชทาน** และในวันสุดท้ายเป็นเรื่อง **ไขข้อข้องใจด้านโภชนาการ** ซึ่งเป็นประเด็นคำถามที่ประชาชนสนใจ แต่ยังไม่ได้รับคำตอบที่แท้จริง ในวันนั้นก็จะได้มาไขข้อข้องใจกัน

ทั้งนี้คาดว่าจะมีผู้สนใจเข้าร่วมงานในภาควิชาการไม่ต่ำกว่า 2,000 คน ประกอบด้วยสมาชิกของสมาคม นักกำหนดอาหาร แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการที่เกี่ยวข้องด้านอาหารและโภชนาการ นักวิชาการด้านการเกษตรและอาหาร ครู บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ประกอบการด้านอาหารและโภชนาการ รวมถึงนิสิต นักศึกษา ส่วนภาคประชาชนคาดว่าจะมีผู้สนใจเข้าร่วมงานวันละไม่ต่ำกว่า 1,000 คน

“ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้ทราบถึงพระอัจฉริยภาพ และพระมหากรุณาธิคุณที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมีต่อพสกนิกรชาวไทยทุกหมู่เหล่า ทรงริเริ่มและดำเนินโครงการต่าง ๆ ด้านอาหารและโภชนาการ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ในการทำงานและในการดำรงชีวิตเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี และเกิดการสร้างเครือข่ายในการปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อจะได้ช่วยพัฒนางานด้านนี้ในประเทศไทยให้ก้าวสู่สากล จึงอยากเชิญชวนให้มาเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ ซึ่งถือเป็นการประชุมด้านอาหารและโภชนาการครั้งสำคัญยิ่งในประเทศไทย” **รศ.พญ.อุมาพร** กล่าวทิ้งท้าย

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 08-1701-8345 โทรสาร 0-2950-7423 E-mail: tcn.conference@gmail.com หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทาง www.tcn-conference.com



มร.พัฒนา “ระบบตรวจจับ สิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมองแบบทันเวลา” เพิ่มความรวดเร็วและแม่นยำ ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

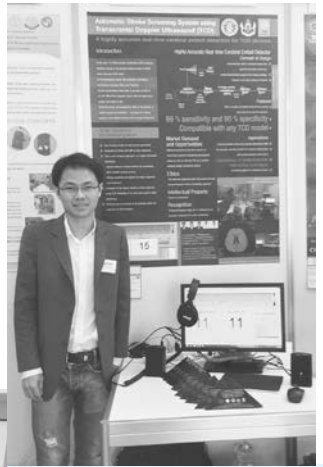
เฝ้าระวังสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมอง
ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำการหัตถการหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่อันตรายและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลกกว่า 6 ล้านคนต่อปี หรือเฉลี่ย 1 คนใน 6 วินาที โดยหลอดเลือดสมองที่ตีบหรืออุดตัน หรือหลอดเลือดสมองแตกปริหรือฉีกขาด ทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดไม่สามารถทำงานได้อาจทำให้เกิดความพิการ และรุนแรงอาจถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งสิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาคือการทำให้เลือดไหลเวียนได้ทันเวลาและในระดับที่เพียงพอที่สามารถทำให้เนื้อสมองในบริเวณนั้นฟื้นตัวได้เร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติได้

การตรวจว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ด้วยการวัดความเร็วของเลือดในหลอดเลือดสมองและตรวจจับสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมองนั้น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะทำการตรวจด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ TCD (Transcranial Doppler Ultrasound) ซึ่งเป็นการตรวจการไหลเวียนเลือดภายในหลอดเลือดแดงในสมองด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ระบบตรวจจับของเครื่อง TCD ที่ใช้งานตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังไม่สามารถวินิจฉัยแบบทันเวลา อาจส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและตรวจรักษา และอาจเป็นเหตุให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิต

รศ.ดร.จาดรงค์ ดันติบัณฑิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จึงได้พัฒนาผลงาน “ระบบตรวจจับสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมองอย่างอัตโนมัติด้วยสัญญาณ TCD” ขึ้น ซึ่งสามารถตรวจจับสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมองแบบทันเวลา (real-time) ที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าระบบตรวจจับสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมองที่มีในปัจจุบัน โดยผลงานวิจัยนี้ได้รับรางวัลเหรียญทองเกียรติยศจากงาน 43rd International Exhibition of Inventions of Geneva ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

รศ.ดร.จาดรงค์ กล่าวว่า คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองให้ทันท่วงทีเพื่อป้องกันความสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ป่วยได้ และเล็งเห็นว่ามีความจำเป็นที่จะสามารถพัฒนาระบบการตรวจที่มีอยู่ใน



รศ.ดร.จาดรงค์ ดันติบัณฑิต
และระบบตรวจจับสิ่งหลุด
อุดหลอดเลือดสมอง
อย่างอัตโนมัติแบบทันเวลา

ปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ จึงพัฒนาระบบตรวจจับสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมองอย่างอัตโนมัติด้วยสัญญาณ TCD ขึ้นมา โดยระบบนี้สามารถตรวจจับสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยค่าความไวไม่น้อยกว่า 99% และค่าความจำเพาะไม่น้อยกว่า 90% อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นระบบสนับสนุนแพทย์ในการเฝ้าระวังสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นระหว่างการทำการหัตถการหลอดเลือดสมอง เช่น การตรวจหรือขยายขนาดหลอดเลือดสมอง รวมทั้งใช้ในการตรวจคัดกรองสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้สร้างแบบจำลองในการตรวจจับสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมองแบบทันเวลา โดยวิธีการสกัดและเลือกลักษณะเด่นผ่านแบบจำลอง เพื่อให้จดจำและสามารถตรวจจับพร้อมแยกแยะระหว่างสัญญาณสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมองและสัญญาณสิ่งแปลกปน โดยทำการทดสอบแบบจำลองจนกว่าจะมีความผิดพลาดในการตรวจจับน้อยที่สุด จากนั้นทำการคำนวณค่าความไวและค่าความจำเพาะเฉลี่ย

“ระบบตรวจจับสิ่งหลุดอุดหลอดเลือดสมองอย่างอัตโนมัติด้วยสัญญาณ TCD ได้รับการออกแบบให้สามารถเชื่อมต่อกับเครื่อง TCD ทุกรุ่นที่มีใช้อยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ของประเทศไทยได้อย่างง่ายดาย ทำให้โรงพยาบาลสามารถนำระบบไปปรับใช้ได้ทันที เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์อย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับหน่วยแพทย์ที่ห่างไกลและขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยลดเวลา ค่าใช้จ่าย และความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นต่อชีวิตและทรัพย์สิน เป็นงานวิจัยที่มุ่งเพื่อช่วยเหลือสังคมโดยแท้จริง”

รศ.ดร.จาดรงค์ กล่าวทิ้งท้าย



แพทยสภาจัดประกวดสารคดี

“เรื่องเล่าทางการแพทย์ รักนะจึงบอก...”

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา กล่าวว่า เมื่อปีที่แล้วแพทยสภาได้จัดการประกวดงานเขียนเรื่องเล่าหมอในดวงใจ ได้รับการตอบรับมากพอสมควร จนสามารถจัดทำเป็นหนังสือรวบรวมผลงานที่ได้รับรางวัลดีพิมพ์พร้อมเรื่องชนะการประกวดประจำปี พ.ศ. 2557 สารคดีเรื่องเล่าหมอในดวงใจ

ในปีนี้เป็นแพทยสภาจึงได้จัดประกวดสารคดี “เรื่องเล่าทางการแพทย์ รักนะจึงบอก...” เนื่องจากพบว่ามีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเรื่องของการสื่อสารและการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้เกิดปัญหาการฟ้องร้องตามมา และยังเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบการแพทย์และสาธารณสุข การประกวดสารคดี “เรื่องเล่าทางการแพทย์ รักนะจึงบอก...” มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อส่งเสริมให้แพทย์และประชาชนทั่วไปมีโอกาสเผยแพร่ประสบการณ์ ถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึก และเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับ “เรื่องเล่าทางการแพทย์” ผ่านสารคดี 2. เพื่อได้สารคดีที่เป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์ 3. เพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์การทำงานของแพทย์ที่ดีและเผยแพร่สารคดี “เรื่องเล่าทางการแพทย์ รักนะจึงบอก...” สู่ระดับชาติ และ 4. เพื่อได้ทราบความรู้สึกของแพทย์และประชาชนที่มีต่อแพทย์ในปัจจุบัน

“ทำไมจึงต้องเป็นเรื่องเล่าทางการแพทย์ เพราะเรื่องเล่าจัดเป็นเครื่องมือสำคัญที่มนุษย์ใช้เรียนรู้ความรู้สึกนึกคิด เป็นความสามารถที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด เด็กเล็ก ๆ สามารถเรียนรู้โลกจากการฟังเรื่องเล่า นิทาน ตำนาน หรือชาดกต่าง ๆ ทั้งสิ้น ดังนั้น การใช้เทคนิคด้านการเล่าเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์ของผู้เล่า การรับรู้และชีวิตของผู้เล่าแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ผู้ป่วยต้องการแพทย์หรือผู้รักษาที่เข้าใจในเรื่องโรคหรืออาการเจ็บป่วย และแพทย์ต้องรักษาอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ ด้วยความเป็นวิชาชีพ สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยการเคียงข้างและเข้าใจในตัวผู้ป่วยตลอดช่วงเวลาที่เจ็บป่วย คุณค่าของเรื่องเล่าจะช่วยปลุกวิญญาณของแพทย์และของผู้ป่วยให้เกิดความปลื้มปิติ เห็นคุณค่าในงานที่ทำ สร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย เพื่อสะท้อนมุมมองของแพทย์ต่อน้องแพทย์ของน้องแพทย์ต่อพี่แพทย์ และของประชาชนต่อแพทย์ในสังคมปัจจุบันว่าต้องการเห็นแพทย์ที่ดีในสายตาเป็นอย่างไร คุณลักษณะที่ดีของแพทย์พึงมีในทัศนะของแพทย์ด้วยกันเองและทัศนะของแพทย์ในสายตาประชาชนเป็นอย่างไร ซึ่งความรู้ที่ได้จะนำมาปรับใช้ในระบบการของการผลิตแพทย์ในอนาคตต่อไป” ศ.นพ.สมศักดิ์ กล่าว

ด้าน นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์ เลขาธิการแพทยสภา กล่าวถึงกติกาในการส่งผลงานเข้าร่วมประกวด ดังนี้ 1. ผู้ส่งผลงานเข้าประกวดมีสิทธิส่งได้เพียง 1 เรื่อง เป็นเรื่องจริงที่เขียนขึ้นใหม่ ประเภทเรื่องเล่าในหัวข้อ “เรื่องเล่าทางการแพทย์ รักนะจึงบอก...” โดยให้ตั้งชื่อเรื่องใหม่ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการทำงานของแพทย์ หรือสัมพันธภาพระหว่างแพทย์



กับแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ และสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับประชาชน โดยสร้างสรรค์เป็นภาษาไทยมีความยาวของเรื่องไม่เกิน 5-10 หน้ากระดาษ A4 ขนาดตัวอักษร 16 point โดยส่งต้นฉบับและสำเนาพร้อม 5 ชุด พร้อมกับแผ่น CD ไฟล์ต้นฉบับ 2. ผลงานต้องไม่เคยส่งเผยแพร่ในรูปแบบสื่อใด ๆ มาก่อน รวมทั้งไม่ได้ลอกเลียนแบบดัดแปลงหรือละเมิดลิขสิทธิ์จากเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากงานสร้างสรรค์ของผู้ใด และ 3. ผู้ส่งผลงานเข้าประกวดต้องแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

สำหรับรางวัลในการประกวดแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. ผู้เขียนเป็นแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ และ 2. ผู้เขียนเป็นประชาชนทั่วไป เปิดรับผลงานตั้งแต่วันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2558 - วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2559 และประกาศผลการตัดสินผลงานภายในวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

พล.อ.ต.นพ.อิทธพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา กล่าวว่า คาดว่าจะได้ผลงานสารคดีที่สร้างสรรค์ เพื่อเป็นแบบอย่างของแพทย์ในอุดมคติของประชาชนในปัจจุบันให้แก่แพทย์ทุกรุ่น โดยแพทยสภายกย่องส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างแพทย์กับประชาชน นอกจากการสื่อสารถึงประชาชนอย่างต่อเนื่อง การประกวดสารคดี “เรื่องเล่าทางการแพทย์ รักนะจึงบอก...” จะทำให้ประชาชนบอกเล่าให้แพทย์ฟังว่า อยากเห็นแพทย์เป็นคนเช่นไร และให้แพทย์รุ่นพี่รุ่นน้องสื่อสารกัน เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีงามระหว่างประชาชนกับแพทย์ และแพทย์กับแพทย์ให้ดีขึ้นกว่าเดิม

ทั้งนี้สามารถส่งผลงาน โครงการ “เรื่องเล่าทางการแพทย์ รักนะจึงบอก...” ได้ที่ฝ่ายเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 6 ชั้น 7 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2590-1886, 08-9530-1112 E-mail: prtmc.tmc@gmail.com หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ www.tmc.or.th, [www.facebook.com/pages/We Love แพทย์](http://www.facebook.com/pages/We%20Love%20แพทย์)

ปัจจุบันพี่น้องประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนหนึ่งเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ได้ยาก เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องของภาษา ประกอบกับในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีสถานการณ์ความรุนแรง จึงเป็นการยากที่จะรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน ด้วยเหตุนี้ภาคีเครือข่ายทั้ง 11 หน่วยงาน จึงได้ร่วมกันจัดทำโครงการความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน “สร้างภูมิ เสริมรักษ์” ขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้พี่น้องประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีช่องทางในการเข้าถึงและรับรู้ข้อมูลเรื่องโรคระบาด โรคติดต่อที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว โดยได้จัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้ทั้งภาษาไทย และภาษายาวีโดยจัดทำ



“สาธารณสุขไร้พรมแดน”

สื่อภาษาไทย-ยาวี

สู่พี่น้อง 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้



สื่อใน 3 รูปแบบคือ 1. แผ่นพับ จำนวน 56,000 ใบ 2. แผ่นไว้นิชนาตเท่าโปสเตอร์ ซึ่งจะมีความคงทน ต่อสภาพลมฟ้าอากาศใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

จำนวน 400 แผ่น และ 3. แผ่นบันทึกข้อมูลหรือแผ่นซีดี จำนวน 200 ชุด โดยในแผ่นบันทึกข้อมูลจะมีรายละเอียดของแผ่นพับและแผ่นไว้นิชนาตทั้งหมด เพื่อให้ผู้ที่ได้รับนำไปขยายผล โดยสามารถนำไปที่โรงพิมพ์และจัดพิมพ์ออกมาได้เลย

พ.อ.อัฐพงศ์ พิชญาภรณ์ ผู้อำนวยการกองทรัพยากร กรมสรรพกำลังกลาโหม กล่าวถึงการดำเนินโครงการความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน “สร้างภูมิ เสริมรักษ์” ว่า คณะทำงานได้จัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้ทั้งภาษาไทย และภาษายาวี ครอบคลุมโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนและโรคประจำถิ่นรวม 14 โรค ได้แก่ โรคฉี่หนู โรคชistosomiasis โรคไข้เลือดออก โรคคอตีบ โรคบาดทะยัก โรคไอกรน โรคโปลิโอ โรคหัด โรคคางทูม โรคหัดเยอรมัน โรคไข้สมองอักเสบเจอี โรคไวรัสตับอักเสบบี โรควัณโรค โรคไข้กาฬหลังแอ่น นอกจากนี้ยังได้ศึกษาข้อมูลและจัดทำเพิ่มเติมอีก 1 โรคคือ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมอร์สอีกด้วย โดยแต่ละโรคจะบอกถึงสาเหตุของโรค อาการ และการป้องกัน เพื่อนำไปเผยแพร่ให้แก่หน่วยงานและพี่น้องประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

นพ.มานิต อีระตันติกานนท์ ประธานกรรมการมูลนิธิวัดชินเพื่อประชาชน และมูลนิธิกรมควบคุมโรค กล่าวว่า สื่อเผยแพร่ความรู้ที่ได้จัดทำขึ้นนี้มีทั้งภาษาไทยและภาษายาวี เพื่อให้ครอบคลุมเข้าถึงกลุ่มพี่น้องประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งเพราะจะช่วยทำให้พี่น้องประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้มีโอกาสเข้าถึงความรู้โดยเฉพาะเรื่องโรคติดต่อที่สำคัญ ๆ มากขึ้น ซึ่งต้องยอมรับว่าในพื้นที่ดังกล่าวยังเป็นปัญหาเนื่องจากผู้ให้บริการเข้าไปได้ยาก ขณะที่ผู้รับบริการก็เข้าถึงได้ลำบาก อีกทั้ง



ยังขาดแคลนความรู้ จึงเป็นจุดอ่อนที่สำคัญประการหนึ่งของบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้มีโรคติดต่อหลาย ๆ โรค มีสถิติสูงกว่าโดยเฉลี่ยของประเทศ เพราะฉะนั้นสื่อเผยแพร่ความรู้จึงน่าจะเป็นประโยชน์อย่างมาก ไม่เฉพาะกับพี่น้องใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เท่านั้น แต่ยังสามารถใช้เป็นสื่อให้ความรู้ป้องกันโรคติดต่อและโรคระบาดได้ทั่วประเทศอีกด้วย

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า ประเทศไทยจะพัฒนาได้ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในเรื่องของสุขภาพเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ที่ผ่านมามุ่งเน้นในเรื่องของการรักษาเป็นหลัก แต่สิ่งที่สำคัญไปกว่านั้นคือ เรื่องของการป้องกัน การเน้นให้ประชาชนเข้าถึงความรู้ในการป้องกันโรคเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง การที่ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ จะทำให้รู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคเพื่อจะได้ป้องกันตัวเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น ถ้าสามารถนำสื่อความรู้เหล่านี้ไปถึงประชาชนก็จะช่วยได้อย่างมาก โดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีปัญหาการเข้าถึงด้านภาษา ซึ่งโครงการความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน “สร้างภูมิ เสริมรักษ์” เป็นโครงการที่จะทำให้ประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อและโรคระบาดได้ด้วยภาษาท้องถิ่นได้ง่าย และสามารถป้องกันตัวเองได้

ศ.นพ.อมร ลีลารัตน์ ผู้รั้งตำแหน่งประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า หนึ่งในบทบาทของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยคือการนำความรู้ต่าง ๆ ไปสู่ประชาชน ให้ประชาชนได้เข้าถึงได้มากที่สุด โดยเป้าหมายสำคัญคือ 1. ให้ประชาชนรู้ถึงความเจ็บป่วยของตัวเองตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มของโรค เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตที่อาจจะเกิดขึ้น



2. ให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันตัวเองให้ห่างไกลโรค โดยที่ผ่านมาราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้มีการจัดประชุมวิชาการ ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้ความรู้แก่แพทย์ ยังมีในส่วนของการให้ความรู้ในภาคประชาชนเพื่อให้ประชาชนรู้จักโรคได้เร็วขึ้น และรู้จักวิธีการป้องกันรักษาตัวเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าโครงการความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน “สร้างภูมิ เสริมรักษ์” นี้มีความสอดคล้องกับนโยบายที่ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้ดำเนินการมาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เท่านั้นที่ต้องให้ความสำคัญ ปัจจุบันยังมีอีกหลายพื้นที่ที่ยังขาดแคลนความรู้ด้านวิชาการซึ่งคงต้องมีการดำเนินการต่อไป และที่สำคัญคือ เมื่อมีเครื่องมือในการเผยแพร่ความรู้แล้วก็ต้องมีหน่วยงานที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ อธิบายให้เข้าใจ เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีในการดำเนินการในพื้นที่อื่นต่อไป

ดร.นพ.จรุง เมืองชนะ ผู้อำนวยการสถาบันวัคซีนแห่งชาติ กล่าวว่า แม้ภาพรวมของอัตราการเข้าถึงวัคซีนของประเทศไทยในปัจจุบันจะอยู่ในเกณฑ์ดี ประชาชนสามารถเข้าถึงวัคซีนพื้นฐานโดยเฉลี่ยเกือบ 100% แต่ก็ยังมีอยู่บางพื้นที่ที่ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานยังเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านวัคซีน เช่น ความเข้าใจเรื่องภาษา และการขาดความเชื่อตามหลักศาสนาที่นับถือ ประกอบกับการเกิดเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นการยากลำบากในการณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน ในส่วนของสถาบันวัคซีนแห่งชาติ แม้จะมีวัคซีนแต่ถ้าไม่สามารถเข้าถึงประชาชนได้ก็ถือว่าไร้ประโยชน์ เพราะฉะนั้นจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าโครงการความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน “สร้างภูมิ เสริมรักษ์” จะเป็นตัวอย่างที่ดีให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเร่งสร้างความเข้าใจในเรื่องของโรคติดต่อและโรคระบาดเหล่านี้ และสำหรับสื่อเผยแพร่ความรู้ที่จัดทำขึ้นทั้งภาษาไทยและภาษายาวีนี้ในอนาคตจะมีการติดตามผลว่าสามารถเข้าถึงและสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่พี่น้องประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้มากน้อยแค่ไหนต่อไป

นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ถ้ามองในเรื่องของสุขภาพ คงไม่ได้มองในแง่ของความเจ็บไข้ได้ป่วยเท่านั้น เพราะในความเป็นจริงแล้วเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น ต้องเริ่มตั้งแต่การสร้างความรู้ความเข้าใจ การป้องกัน การควบคุม และสุดท้ายคือ การดูแลรักษา โครงการความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน “สร้างภูมิ เสริมรักษ์” เป็นโครงการ



ที่เข้าใจได้อย่างแท้จริง เพราะเริ่มต้นตั้งแต่การสร้าง
ความเข้าใจ และส่งมอบความปรารถนาดีสู่กันและกัน
โดยเฉพาะประชาชนในพื้นที่ที่ยังมีความไม่เข้าใจอยู่
อย่างพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

**พ.อ.โชคชัย ขวัญพิชิต ผู้อำนวยการ
ศูนย์แพทย์ทหารบกจังหวัดชายแดนภาคใต้ และ
ผู้แทนกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน
ราชอาณาจักร ภาค 4** กล่าวว่า ในฐานะที่เป็น
หน่วยงานที่ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน
มิติสุขภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้ แนวทางการ
ดำเนินการหลังจากที่ได้รับสื่อเผยแพร่ความรู้ไปแล้ว
จะบูรณาการร่วมกับเครือข่ายของกระทรวง
สาธารณสุข ตั้งแต่ระดับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) จนถึง
โรงพยาบาลประจำจังหวัด นอกจากนี้แล้วยังมีการ
ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการทางการแพทย์
และทันตกรรมในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
เดือนละ 50-60 ครั้ง ซึ่งในช่วงไตรมาสที่ผ่านมาได้
ออกดูแลพี่น้องประชาชนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดน
ภาคใต้ประมาณ 50,000 ราย หลังจากนั้นจะนำสื่อ
ความรู้เหล่านี้ไปเผยแพร่ต่อไป โดยพ่วงไปกับการ
ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่ได้ทำอยู่ หรือร่วมกับ
หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อกระจายให้
ครอบคลุมและเข้าถึงพี่น้องประชาชนใน 3 จังหวัด
ชายแดนภาคใต้ได้อย่างเป็นรูปธรรม

**พ.ท.ชัยวิชิต กิจนาคัย ผู้แทนหน่วย
เฉพาะกิจกรมทหารพรานที่ 11** กล่าวว่า
หน่วยเฉพาะกิจกรมทหารพรานที่ 11 มีการกิจ
รับฝึดยอดในพื้นที่ อ.แว้ง และ อ.สุคีริน จ.นราธิวาส
ซึ่งในหน่วยจะมีชุดปฏิบัติการด้านกิจการพลเรือน
ประกอบด้วยทีมแพทย์เดินเท้าทำหน้าที่สำรวจ
สภาวะในประชากรเป็นทีมส่วนหน้าที่มีโอกาสพบ
ผู้ป่วยก่อนที่จะหน่วยพยาบาลของรัฐจะเข้าไปถึง
และหากไปพบผู้ป่วยก่อนจะมีการประสานกับหน่วย



ราชการในพื้นที่ให้จัดหน่วยบริการแพทย์เคลื่อนที่เข้าไปให้การดูแลรักษา ส่วน
สื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่ได้จัดทำขึ้นเป็นภาษายาวี ซึ่งเป็นภาษา
ท้องถิ่นที่พี่น้องในพื้นที่สามารถทำความเข้าใจได้ง่ายจะเป็นตัวช่วยที่ดีของเจ้า
หน้าที่ให้สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือ สร้างความเข้าใจกับพี่น้องในพื้นที่ได้
อย่างถูกต้อง สื่อดังกล่าวนี้จึงมีประโยชน์มากสำหรับทหารผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่
โดยจะนำสื่อที่ได้รับเผยแพร่ให้ถึงพี่น้องประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิด
ประโยชน์กับการทำงานให้มากที่สุด ซึ่งต้องขอขอบคุณทางภาครัฐและภาคเอกชน
ที่เล็งเห็นถึงความสำคัญ

**นพ.ทวิราช ดันติวงศ์ ผู้แทนบริษัท แก๊สโซลิมิตไคส์
(ประเทศไทย) จำกัด** กล่าวว่า บริษัท มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้เป็นส่วนร่วม
ในพื้นที่ของเล็ก ๆ ในการขับเคลื่อนโครงการดี ๆ อย่างโครงการความร่วมมือ
ภาครัฐและภาคเอกชน “สร้างภูมิ เสริมรักษ์” ที่จะสามารถขยายองค์ความรู้ให้
ประชาชนเข้าถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ
ของประเทศ โครงการนี้นับเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนโครงการ
แรกที่ออกมารณรงค์ในเรื่องนี้ ด้วยตระหนักว่าเรื่องของสาธารณสุขไม่มีพรมแดน
และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะมีความร่วมมือในลักษณะนี้เพื่อพี่น้องประชาชนอีก
ในอนาคต

ท้ายนี้ **พล.ต.ทศพร หอมเจริญ รองเจ้ากรมการสรรพกำลังกลาโหม**
กล่าวว่า ความสำเร็จของโครงการความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน
“สร้างภูมิ เสริมรักษ์” เกิดขึ้นได้จากความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่ายทั้ง
11 หน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ประกอบด้วย กองอำนวยการรักษา
ความมั่นคงภายในราชอาณาจักร ภาค 4 กรมทหารพรานที่ 11 กรมควบคุมโรค
มูลนิธิกรมควบคุมโรค มูลนิธิวัดชินเพื่อประชาชน สถาบันวัดชินแห่งชาติ
ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่ง
ประเทศไทย สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา และบริษัท แก๊สโซลิมิตไคส์
(ประเทศไทย) จำกัด เพื่อให้พี่น้องประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้มี
ช่องทางเข้าถึงความรู้ และเข้าใจเรื่องโรคติดต่อและโรคระบาดได้ง่ายขึ้นด้วย
ภาษาไทยและภาษายาวี



กระทรวงสาธารณสุข HITAP ตรวจตาเด็ก-คัดกรองยีน



ชี้ตัดแว่นเองไม่ได้ แต่เสี่ยงภาวะตาขี้เกียจ-ตาบอด

เมธีวิทย์อาวุธโส สกว. แฉผลงานชุด 2 โครงการเด่น ‘ตรวจตาเด็กเพื่ออนาคตไทย’ และ ‘ประเมินความคุ้มค่าการตรวจยีนป้องกัน แพ้ยารุนแรง’ หวังขยายผลเป็นนโยบายระดับชาติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เห็นชอบให้ครูช่วยคัดกรองสายตาเด็ก ชีปปล่อยทิ้งไว้เสี่ยงภาวะตาขี้เกียจและตาบอดได้ และไม่ควรให้เด็กตัดแว่นตามร้านทั่วไป



ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ผู้รับทุนเมธีวิทย์อาวุธโส สกว. สาขาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ปี พ.ศ. 2555 และ รศ.ดร.สมปอง คล้ายหนองสรวง รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) แฉผลงานหลังสิ้นสุดโครงการเมธีวิทย์อาวุธโส สกว. เพื่อพัฒนาศักยภาพนักวิจัยด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลงานวิจัยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณสุขของประเทศ



เช่น โครงการตรวจตาเด็กเพื่ออนาคตไทย และการประเมินความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองยีน HLA-B*1502 เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดผื่นแพ้ยา รุนแรงจากยา carbamazepine ซึ่งทั้ง 2 โครงการอยู่ในระหว่างการดำเนินการ เพื่อขยายผลในระดับประเทศ

ดร.นพ.ยศ กล่าวว่า โครงการตรวจตาเด็กเพื่ออนาคตไทย เกิดจาก ปัญหาการขาดระบบการตรวจรักษาความผิดปกติทางสายตาในเด็กอายุ 3-12 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุสำคัญของพัฒนาการทางสายตา หากไม่ได้รับการ แก้ไขเสี่ยงต่อความพิการทางสายตาถาวร เราพบว่าเด็กไทย 1 ใน 10 มีความผิดปกติทางสายตา และร้อยละ 4 ของเด็กกลุ่มนี้สามารถกลับมา เห็นชัดหากได้รับการตรวจและใส่แว่นตา ทั้งนี้หากปล่อยทิ้งไว้ เด็กจะเกิด ภาวะตาขี้เกียจ (amblyopia) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดในเด็ก เพราะเมื่อสมองไม่เห็นภาพ นานเข้าจะไม่มีการพัฒนาเพื่อรับรู้การมองเห็น และไม่สามารถแก้ไขได้ ภาวะนี้จะมีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง ไม่อยากออกกำลังกาย สุขภาพจิตไม่ดี หงุดหงิด ขาดความเชื่อมั่น นำไปสู่การสูญเสียโอกาสทางอาชีพและรายได้เมื่อโตขึ้น

ทั้งนี้ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดำเนินการตรวจ คัดกรองสายตาของเด็กได้ ซึ่ง HITAP ได้ทำงานร่วมกับสถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองสายตาผิดปกติในเด็ก อนุบาลและประถม พบว่าการให้ครูประจำชั้นช่วยคัดกรองสายตาเบื้องต้น ก่อนส่งต่อจักษุแพทย์เด็กเพื่อตรวจซ้ำและให้แว่นฟรี เป็นระบบที่เป็นไปได้ ในบริบทประเทศไทยที่มีจำนวนหมอตาค่อนข้างน้อย ระบบนี้ใช้ งบประมาณไม่สูงแต่สามารถแก้ปัญหาสายตาในเด็กก่อนที่จะสายเกินไป โครงการนี้กำลังอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาให้เป็นนโยบายระดับชาติ คาดว่า จะเริ่มดำเนินการได้ภายในปีหน้า โดยขณะนี้ ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น เห็นชอบให้มีการคัดกรอง สายตาผิดปกติในเด็กโดยครูเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งในวันที่ 14 สิงหาคม จะมีการประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำรายละเอียดด้านนโยบายเสนอต่อ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยจะเริ่มตั้งแต่เด็กระดับชั้นอนุบาล 1 และประถมศึกษาปีที่ 1 ก่อน ซึ่งหากโครงการนี้พัฒนาเป็นนโยบายระดับ

ชาติได้ จะทำให้เด็กอนุบาลและประถมศึกษาราว 2.6 แสนคน ได้รับแว่นตาเพื่อแก้ไขปัญหาการ มองเห็น

“ข้อควรระวังที่สำคัญคือ ไม่ควรพาเด็ก ไปตัดแว่นตามร้านปกติ เพราะกลัมน้ำตาหยดคง หดตัวอยู่จากการใช้สายตาในช่วงที่ผ่านมา เช่น ดูโทรทัศน์หรือเล่นโทรศัพท์ ทำให้เมื่อมาวัด สายตาจะได้ค่าที่ไม่ถูกต้องตามหลักการตรวจวัด สายตา ต้องมีการใช้ยาหยอดตาเพื่อลดการเพ่ง ของตาเด็กเพื่อให้ได้ค่าสายตาที่ถูกต้อง ซึ่งการ หยอดยาดังกล่าวต้องทำโดยจักษุแพทย์เท่านั้น หากตัดแว่นตามร้านทั่วไปนาน ๆ เข้าจะทำให้ ปวดตาและไม่ช่วยในระยะยาว อีกทั้งต้อง ตรวจติดตามทุกปีเพราะสายตาเด็กจะมีการ เปลี่ยนแปลงตลอด ปัจจุบันมีเด็กที่สายตาผิดปกติ 3.5 แสนคน แต่ตัดแว่นสายตาถูกต้องเพียง 2 หมื่นคน เท่ากับว่ามี 3 ใน 4 ที่ใส่แว่นไม่ ถูกต้อง นอกจากนี้นักทัศนมาตรศาสตร์ที่มี ความเชี่ยวชาญในการตรวจวัดสายตาของไทย ยังมีจำนวนน้อยมาก ดังนั้น จึงอยากเสนอให้มี ระเบียบข้อบังคับแก่ร้านตัดแว่นทั่วไปที่จะต้อง มีผู้เชี่ยวชาญเพื่อควบคุมมาตรฐาน”

ส่วนอีกหนึ่งผลงานที่ทีมงานวิจัย สุ่มนโยบายคือ งานวิจัยเพื่อตอบคำถามของ ผู้บริหารระบบประกันสุขภาพว่าจะคุ้มค่าหรือไม่ หากประกันสุขภาพให้บริการตรวจคัดกรองยีน HLA-B*1502 เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดผื่นแพ้ยา รุนแรงที่อาจทำให้ตาบอดหรือเสียชีวิตโดย HITAP ได้ประเมินความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองยีน ดังกล่าวในผู้ป่วยที่ต้องรับยา carbamazepine ผลวิจัยพบว่า ที่ผ่านมามีผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับ การตรวจคัดกรอง มีส่วนน้อยที่สามารถเข้าถึง บริการตรวจยีนดังกล่าว โดยต้องเสียค่าใช้จ่าย เองประมาณ 500-4,700 บาทต่อคน เมื่อ พิจารณาค่าความเต็มใจจ่ายที่ใช้ในปัจจุบันที่ 1.6 แสนบาทต่อปี สุขภาวะการคัดกรองยีน HLA-B* 1502 ให้ผู้ป่วยก่อนให้ยา carbamazepine มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เฉพาะผู้ป่วย ภาวะปวดเหตุประสาท (neuropathic pain) แต่

ไม่มีความคุ้มค่าสำหรับโรคลมชัก อย่างไรก็ตาม เมื่อคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการพิจารณาความพร้อมในการให้บริการและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย จึงมีมติให้บริการตรวจคัดกรองยีน HLA-B*1502 เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดผื่นแพ้ยาชนิดรุนแรง เป็นสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่ต้องเริ่มการรักษาด้วยยา carbamazepine ในทุกกรณี

ดร.นพ.ยศ กล่าวต่อว่า ปัญหาค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่ประเทศมีงบประมาณและทรัพยากรจำกัดในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน การตัดสินใจใช้เงินกับผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่งหรือยาตัวใดตัวหนึ่ง หมายถึงว่าคนอีกกลุ่มจะไม่ได้ใช้งบประมาณดังกล่าว ดังนั้น การตัดสินใจในระบบสุขภาพจึงมีขึ้นตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นหรือไม่ใช่ข้อมูลวิชาการสนับสนุน แต่จะอย่างไรให้การตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายเหล่านั้นตั้งอยู่บนความโปร่งใส มีส่วนร่วม ตรวจสอบได้ และอาศัยข้อมูลวิชาการ



ขณะที่ **ภญ.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์** ผู้ช่วยวิจัยในโครงการ ระบุว่า การตรวจยีน HLA-B*1502 จึงเป็นตัวอย่างที่น่าสนใจของเทคโนโลยีด้านการแพทย์เฉพาะบุคคล ซึ่งในอนาคตอันใกล้จะมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางในวงการแพทย์ การประเมินเทคโนโลยีนี้จึงมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ผู้บริหาร แพทย์

และประชาชน เพราะเทคโนโลยีส่วนใหญ่ราคาแพง ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งบวกและลบต่อสุขภาพและผลกระทบทางจริยธรรม



ด้าน **ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล** สำนักเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เสนอให้ สกว.ศึกษาวิจัยเรื่องการนำงานคัดกรองยีนดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป อาทิ ลมชัก เกาต์ เป็นต้น

อนึ่ง โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2550 เป็นองค์กรวิจัยกึ่งอิสระ ภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการเมธีวิจัยอาวุโส สกว. มีพันธกิจหลักคือ ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพ และนำข้อมูลดังกล่าวไปนำเสนอเพื่อใช้ในการตัดสินใจด้านนโยบายของภาครัฐ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานยาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ HITAP ยังทำงานในระดับนานาชาติโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา โดยเน้นการเข้าไปสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพให้ประเทศเหล่านั้นสามารถประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยตนเอง





งานเสวนาให้ความรู้แก่ประชาชน เรื่องโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร

เป็นที่น่ายินดีที่หน่วยทางเดินอาหาร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จะจัดงานเสวนาให้ความรู้แก่ประชาชน เรื่องโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหารและตับครั้งที่ 2 (ครั้งที่ 1 “เรื่อง ปวดท้อง” พ.ศ. 2556) ตอน “ครบ ชัด ลึก เรื่องมะเร็งระบบทางเดินอาหาร” อีกครั้งหนึ่งจะมีในวันพฤหัสบดีที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ให้ประชาชนผู้ที่สนใจเข้าฟังฟรี โดยไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน งานนี้จะจัด ณ ห้องโถง อาคารแพทย์พัฒน์ ชั้นล่าง (ชั้นที่ 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ท่านที่สนใจโปรดกรณาลงทะเบียน (ฟรี) ได้ทางโทรศัพท์ 0-2256-4265 หรือ E-mail: division_gi@yahoo.com การเสวนาจะเริ่มตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. ผู้ที่ลงทะเบียนนอกจากจะไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียนแล้ว ยังจะได้รับประทานอาหารกลางวันและอาหารว่างอีก 2 มื้อฟรี ในการนี้เป็นที่น่าเสียดายที่คณะผู้จัดจะรับผู้เข้าฟังได้เพียง 500 ท่านแรก ฉะนั้นท่านที่สนใจต้องรีบลงทะเบียนโดยด่วนตามโทรศัพท์ หรือ E-mail ที่ได้ไว้ข้างต้นหรือติดต่อลงทะเบียนได้ที่ รุกรการหน่วยทางเดินอาหาร ตึกประสิทธิ์-ติ พร้อมพันธุ์ ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ในการเสวนาครั้งนี้จะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหารมาร่วมบรรยายถึง 14 ท่าน หัวข้อการบรรยายต่าง ๆ มีดังนี้

1. คุณสุขภาพอย่างไรไม่ให้เป็นมะเร็ง โดย นพ.พินิจ กุลละวณิช 2. อาหาร...ด้านมะเร็ง โดย นพ.นริศร ลักขณานันท์ 3. ต่อสู้กับมะเร็งความจริงและความเชื่อ โดย รศ.ดร.นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข 4. เมื่อไรควรตรวจหามะเร็ง โดย ศ.นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร 5. ทำอย่างไร...เมื่อตรวจพบค่า CEA สูง โดย ศ.นพ.สุเทพ กลชาญวิทย์ 6. อยู่อย่างไร...ห่างไกลมะเร็งหลอดอาหาร โดย อ.นพ.ปิยะพันธ์ พุทธพานิช 7. มะเร็งกระเพาะอาหาร...ไม่น่ากลัวอย่างที่คิด โดย อ.พญ.ภัสสร์ พิทยานนท์ 8. มะเร็งลำไส้ใหญ่...รู้ได้อย่างไรว่าฉันไม่เป็น โดย อ.พญ. สติมาย์ อนิวรรณ 9. มะเร็งท่อน้ำดี...มะเร็งที่คนไทยเป็นมากที่สุดในโลก โดย ดร.พญ.รุ่งฤดี ชัยธีระกิจ 10. มะเร็งตับอ่อน...ภัยเงียบที่ควรระวัง โดย ผศ.พญ.วิริยาพร ฤทธิพิศ และ รศ.นพ.ประเดิมชัย คงคำ 11. ในวันนี้ฉันรู้ว่า...มีก้อนในตับ...แล้วจะเป็นมะเร็งหรือไม่ โดย อ.พญ.เกศรินทร์ ธนาภิรมย์ และ อ.นพ.พนพวิมล กิตติภรณ์สุภัก 12. รับมืออย่างไร...เมื่อคนใกล้ตัวเป็นมะเร็ง โดย อ.นพ.ลัญจรงค์ดี อรรถมยากร

หัวข้อการบรรยายครั้งนี้ครอบคลุมมะเร็งที่สำคัญ ๆ ของระบบทางเดินอาหาร การบรรยายต่าง ๆ จะเน้นการป้องกันการเกิดมะเร็ง หรือลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง

ซึ่งเป็นที่น่ายินดีว่าหลายโรคมะเร็ง ตัวท่านเองสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งได้ เพียงแต่ท่านต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง และต้องมีวินัยอย่างสม่ำเสมอในการที่จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม นอกจากการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมแล้ว ยังมีข้อเสนอมือว่าเมื่อไรควรจะไปพบแพทย์ หรือไปตรวจหามะเร็ง การที่ประชาชนและแพทย์บางคนตรวจหาค่า CEA ซึ่งเป็น tumour marker อันหนึ่งนั้น สมควรที่จะต้องตรวจจริงหรือ เมื่อไรจึงไปตรวจคัดกรองโรค การตรวจค้นหามะเร็งจะต้องทำอย่างไรบ้าง จะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อคนที่เรารักเป็นมะเร็ง การรักษา มะเร็งมีอะไรบ้าง และจะใช้ชีวิตอย่างไรที่จะอยู่กับมะเร็งอย่างมีความสุข (เป็นไปได้หรือไม่?)

นอกจากการบรรยายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านต่าง ๆ ของระบบทางเดินอาหารแล้ว ท่านผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ เหล่านี้ยังกรุณาอุทิศส่วส่วเวลาเขียนหนังสือเพื่อให้ท่านผู้เข้าฟัง (หรือท่านที่โชคไม่ดีสมัครช้าไป) สามารถซื้อและค่อย ๆ อ่าน ควรอ่านแล้วอ่านอีกจนเข้าใจประเด็นต่าง ๆ ของโรคมะเร็ง จนกระทั่งท่านมีความรู้จริงที่จะปฏิบัติตนเองให้ถูกต้องในหลาย ๆ วิธี เพื่อที่จะลดความเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งให้ตนเอง และควรที่จะต้องนำความรู้ไปสอนให้ลูก ๆ หลาน ๆ ให้ปฏิบัติตนเองอย่างถูกต้องตั้งแต่ยังอยู่ในวัยเยาว์ เช่น สอนให้ชอบรับประทานผัก ผลไม้ ปลา สอนให้ไม่ค่อยรับประทานเนื้อวัว หมู และ (เนื้อแดง) ไม่สูบบุหรี่ เพราะถ้ายังปฏิบัติตนเองอย่างถูกต้องควรตั้งแต่เด็กจะยิ่งดี

หนังสือเล่มนี้ไม่น่าเชื่อว่ามีราคาเพียง 200 บาท (ซื้อที่งานราคา 180 บาท) ซึ่งถือว่าเป็นราคาที่ถูกมาก เป็นหนังสือที่ทุก ๆ ครอบครัวควรที่จะมีติดบ้านไว้ 1 เล่ม ทุก ๆ บ้าน

ด้วยเหตุที่มีที่นั่งจำกัดเพียง 500 ที่นั่ง ผมขอแนะนำให้ท่านผู้ที่สนใจรีบลงทะเบียนได้โดยรีบ ตั้งแต่บัดนี้ ได้ที่ รุกรการหน่วยทางเดินอาหาร โทรศัพท์ 0-2256-4265 หรือ E-mail: division_gi@yahoo.com

แล้วพบกันครับ ผมเองจะเป็นผู้บรรยายคนแรกเพื่อที่จะปูพื้นนาทุก ๆ ท่านเข้าสู่การบรรยายต่อไปอย่างราบรื่น

ด้วยความปรารถนาดี

พบวัยรุ่นเอชไอวีสงบแม่หยุดยากกว่าสิบปี

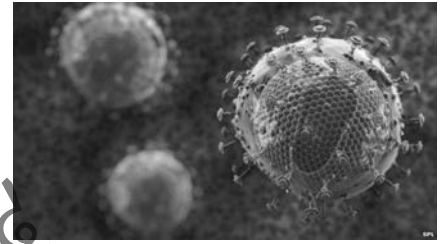
บีบีซี – พบวัยรุ่นหญิงชาวฝรั่งเศสอายุ 18 ปี ที่เอชไอวีไม่กำเริบแม่หยุดยามาแล้วถึง 12 ปี

ข้อมูลผู้ติดเชื้อรายนี้ได้นำมา รายงานในที่ประชุมสมาคมเอดส์ระหว่าง ประเทศ (ไอเอเอส) ที่นครแวนคูเวอร์ ซึ่งนับ เป็นกรณีโรคสงบระยะยาวของเอชไอวีในเด็ก เป็นรายแรกของโลก ขณะเดียวกันก็ทำให้เกิด เสียงเรียกร้องให้มีการศึกษาขนาดใหญ่เพื่อหา คำตอบว่าเหตุใดผู้ป่วยบางรายจึงสามารถ ควบคุมไวรัสได้อย่างต่อเนื่องภายหลังหยุด การรักษา

ข่าวรายงานว่า วัยรุ่นหญิงดังกล่าว เกิดเมื่อปี พ.ศ. 2539 และได้รับเชื้อเอชไอวี จากแม่ เด็กได้รับยาต้านเอชไอวีรวม 4 ตัว เมื่ออายุได้ 3 เดือน แต่ครอบครัวตัดสินใจหยุด การรักษาเมื่อเด็กอายุได้ราว 6 ขวบ ซึ่งในอีก 12 ปีต่อมา ระดับของไวรัสในกระแสเลือดก็ ยังคงต่ำเกินกว่าที่จะวัดได้ แต่แพทย์ก็เตือนว่า สถานะของโรคอาจเปลี่ยนแปลงได้

ด้านผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า การที่ผู้ติดเชื้อรายนี้อยู่ในระยะโรคสงบมาเป็น เวลานานอาจเป็นเพราะได้รับยาต้านไวรัส อย่างรวดเร็วภายหลังติดเชื้อ ซึ่งผู้ติดเชื้อรายนี้

นับเป็นหลักฐานที่ยืนยันความเป็นไปได้ของ ภาวะโรคสงบระยะยาวในเด็กเช่นเดียวกับใน ผู้ใหญ่ แต่ก็ยอมรับว่าผู้ติดเชื้อที่เอชไอวีอยู่ใน ระยะสงบมาเป็นเวลานานนี้เป็นกรณีที่พบได้ ยากมาก



ความหวังใหม่ไวรัสรักษาหูหนวก

บีบีซี – นักวิทยาศาสตร์มั่นใจ ใกล้เป้าหมาย ใช้ไวรัสรักษาหูหนวกบางประเภท หลังประสบความสำเร็จฟื้นฟูการได้ยินใน หนูทดลอง

ผลการศึกษารายงานในวารสาร Science Translational Medicine ชี้ว่า ไวรัส สามารถแก้ไขความบกพร่องทางพันธุกรรม และฟื้นฟูการได้ยินบางส่วน และความสำเร็จ ครั้งนี้นำมาสู่ความหวังว่าจะสามารถพัฒนา แนวทางการรักษาหูหนวกจากความบกพร่อง ของเซลล์ขนที่มีสาเหตุมาจากพันธุกรรมได้ ภายใน 10 ปีนับจากนี้



ทีมนักวิจัยสหรัฐอเมริกาและ สวิตเซอร์แลนด์ร่วมกันพัฒนาไวรัสด้วย กระบวนการดัดแปลงพันธุกรรมให้สามารถ แก้ไขความบกพร่องในกระบวนการเปลี่ยน เสียงให้เป็นสัญญาณไฟฟ้าของเซลล์ขน ซึ่ง

จากการทดสอบพบว่า หนูสามารถได้ยินเสียง ที่ระดับความดัง 85 เดซิเบล อันเป็นการ สะท้อนว่าไวรัสสามารถฟื้นฟูการได้ยินได้ อย่างมีนัยสำคัญแม้ยังคงไม่สามารถฟื้นฟูได้ ถึงระดับปกติ

ด้านคณะนักวิจัยเปิดเผยว่า ในขณะนี้ ยังไม่พร้อมที่จะขยับไปศึกษาในคนเนื่องจาก ยังคงต้องพิสูจน์ผลลัพธ์ในระยะยาว โดย ตั้งเป้าที่จะฟื้นฟูระดับการได้ยินไปตลอดชีวิต พร้อมกันนี้สำคัญว่า การฟื้นฟูหูหนวกด้วย ไวรัสนี้จะมุ่งไปที่ภาวะบกพร่องจากพันธุกรรม เท่านั้น และไม่สามารถช่วยได้ในผู้ใหญ่ที่ สูญเสียการได้ยินเนื่องจากฟังเพลงเสียงดัง เกินไป

รอยเตอร์สเฮลธ์ – ผลการศึกษาขนาดเล็ก ชี้ การเลิกสูบบุหรี่อาจช่วยบรรเทา อาการร้อนวูบวาบในหญิงวัยทอง

ผลการศึกษาโดยนักวิจัย สหรัฐอเมริการะบุว่า ผู้หญิงที่ไม่ได้สูบบุหรี่ มาอย่างน้อย 5 ปี ก่อนหมดประจำเดือน มีความเสี่ยงต่ออาการร้อนวูบวาบที่รุนแรง หรือเกิดขึ้นบ่อยต่ำกว่าผู้หญิงที่ยังคงสูบบุหรี่ และพบด้วยว่าผู้หญิงที่เคยสูบบุหรี่ยังคงมี แนวโน้มของอาการวัยทองสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย

ด้านนักวิจัยเผยว่า แม้การศึกษา นี้ยังไม่อาจชี้ชัดว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุ

เลิกบุหรี่อาจทุเลาอาการวัยทอง

หรือทำให้อาการร้อนวูบวาบรุนแรงขึ้น แต่ข้อมูล การศึกษาก็สอดคล้องกับหลายการศึกษา ก่อนหน้านี้ และตั้งข้อสงสัยว่า การสูบบุหรี่ อาจส่งผลกระทบต่อฮอร์โมน สารสื่อประสาท



และกลไกอื่นที่เกี่ยวข้องกับอาการร้อน วูบวาบ

นักวิจัยยังได้สนับสนุนให้ผู้หญิง เลิกสูบบุหรี่ โดยชี้ว่าการเลิกสูบบุหรี่นั้น ยิ่งเร็วยิ่งดี และยังไม่สายแม้อายุถึง วัยกลางคน นอกจากนี้การเลิกสูบบุหรี่ก็ อาจลดความเสี่ยงต่อสุขภาพด้านอื่นซึ่ง อาจร้ายแรงยิ่งกว่าอาการร้อนวูบวาบ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด และ โรคมะเร็ง

ยุโรปไฟเขียววัคซีนมาลาเรีย



รอยเตอร์สเฮลธ์ - องค์การยาแห่งสหภาพยุโรป (อีเอ็มเอ) อนุมัติการใช้วัคซีนมาลาเรียตัวแรกของโลก ซึ่งมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสำหรับใช้ป้องกันมาลาเรียในแอฟริกา

วัคซีน Mosquirix ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างบริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์ และโครงการพัฒนาวัคซีนมาลาเรียพาส เป็นวัคซีนมาลาเรียตัวแรกที่ผ่านการรับรองใช้ในคน และแม้วัคซีน Mosquirix อาจช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากมาลาเรีย แต่ก็ยังคงต้องฝ่าฟันอุปสรรคอีกหลายประการโดยเฉพาะการยืนยันให้รัฐบาลและผู้สนับสนุนยอมรับว่ามีประสิทธิภาพจริง เนื่องจากวัคซีนดังกล่าวไม่สามารถป้องกันมาลาเรียได้อย่างสมบูรณ์แบบ

ด้านองค์การอนามัยโลกแถลงว่า องค์การเตรียมนำวัคซีนเข้าสู่กระบวนการพิจารณาในเดือนตุลาคมนี้ เพื่อประเมินกำหนดเวลาและพื้นที่ที่เหมาะสมสำหรับการใช้วัคซีน โดยตั้งเป้าจะออกคำแนะนำภายในเดือนพฤศจิกายนนี้ และยืนยันว่า องค์การอนามัยโลกจะพิจารณาแนวทางการเสริมวัคซีนมาลาเรียในพื้นที่พบการแพร่ระบาดของโรคอย่างถี่ถ้วน อนึ่ง การอนุมัติวัคซีนของอีเอ็มเอครั้งนี้มีขึ้นตามกระบวนการประเมินคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพของเวชภัณฑ์ ซึ่งครอบคลุมไปถึงเวชภัณฑ์ที่ไม่ได้วางตลาดในสหภาพยุโรป

หัตถนตรีช่วยเด็กพัฒนาทักษะ

เฮลธ์เดย์นิวส์ - การฝึกหัดเล่นดนตรีอาจช่วยวัยรุ่นพัฒนาทักษะการฟังและทักษะภาษา

นักวิจัยสหรัฐอเมริกาพบว่า แม้วิชาดนตรีไม่ได้เกี่ยวข้องกับทักษะวิชาชีพส่วนใหญ่โดยตรง แต่การหัดเรียนวิชาดนตรีก็ส่งผลดีต่อการกระตุ้นพัฒนาการทางสมองต่อการตอบสนองต่อเสียง และช่วยให้เด็กที่เรียนดนตรีสัปดาห์ละ 2-3 ชั่วโมง



มีทักษะทางภาษาดีขึ้นเมื่อเทียบกับเด็กอีกกลุ่มที่ได้รับการฝึกกำลังพลสำรองซึ่งเน้นความแข็งแรงของร่างกาย

ด้านนักวิจัยให้ความเห็นว่า ข้อมูลจากการศึกษาเป็นหลักฐานที่สนับสนุนว่าสมองของวัยรุ่นยังคงพร้อมสำหรับการฝึกฝน ขณะเดียวกันก็ชี้ให้เห็นความสำคัญของกิจกรรมเสริมทักษะต่อการพัฒนาสมองและทักษะในช่วงที่เด็กเข้าสู่วัยรุ่น

ออกกำลังกายฟื้นฟูอัลไซเมอร์

เฮลธ์เดย์นิวส์ - การออกกำลังกายเป็นประจำอาจเป็นยาที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการของโรคอัลไซเมอร์

แหล่งข่าวอ้างถึงข้อมูลจาก 3 การศึกษาชี้ว่า การออกกำลังกายช่วยฟื้นฟูอารมณ์ ความจำ และความสามารถในการคิดในผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการของอัลไซเมอร์ โดยการศึกษาในสหรัฐอเมริกาชี้ว่า การออกกำลังกายช่วยให้เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองส่วนสำคัญได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็ลดการสะสมของโปรตีนเทาอันเป็นลักษณะสำคัญของโรคอัลไซเมอร์

ด้านการศึกษาในเดนมาร์กพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคส่งผลดีต่อการลดปัญหาอารมณ์ เช่น หวาดวิตก ซึมเศร้า และกระสับกระส่าย ขณะที่ฟื้นฟูความเร็วในการคิดและช่วยให้สมาธิดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในแคนาดาที่พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคช่วยฟื้นฟูความจำและสมาธิได้อย่างมีนัยสำคัญ

ด้านนักวิจัยให้ความเห็นตรงกันว่า ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายตามวิธีที่พอจะทำได้แม้จะมีความไม่สะดวกอยู่บ้างจากอายุที่เพิ่มขึ้น โดยสามารถออกกำลังกายแบบใด

ก็ได้ที่ทำให้หัวใจเต้นแรงจนเริ่มมีเหงื่อและหายใจแรงขึ้น อย่างไรก็ตามได้เตือนด้วยว่า ผู้สูงอายุควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มกิจกรรมออกกำลังกาย และเริ่มออกกำลังกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป



กำลังใจ

เมื่อไม่นานมานี้ ฉันได้อ่านเรื่องสั้น “คำพูดของแพทย์” เป็นเรื่องแปลของอินเดีย

เรื่องมีอยู่ว่า แพทย์ท่านนี้...รามา... เป็นคนทำงานขยันขันแข็งและทุ่มเทให้การดูแลผู้ป่วย เขาเป็นคนพูดจาตรงไปตรงมา ดังนั้นเวลาพูดทุกครั้งก็พูดแต่ความจริงเสมออย่างตรง ๆ ถ้าพบผู้ป่วยที่มีอาการร้ายแรงก็จะบอกกับผู้ป่วยไปตรง ๆ เพราะรามันเชื่อว่าไม่ควรปิดบังอาการและพยากรณ์โรคต่อผู้ป่วย หลายครั้งรามันมักบ่นกับผู้ป่วยว่า...ทำไมปล่อยโรคให้เป็นอยู่นานมากจนอาการหนักกว่าจะมาพบแพทย์ อย่างไรก็ตาม ถ้ามีโอกาสแม้เพียงเล็กน้อยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดได้ รามันก็จะทุ่มเทจนสุดความสามารถเช่นกัน

รามันมีเพื่อนรักที่คบกันมาช้านานคนหนึ่งชื่อว่า นาปาล ทุกสัปดาห์พวกเขาจะหาเวลามากินข้าว สัปดาห์ร่วมกันมาช้านานถึง 40 ปี

วันหนึ่งลูกของนาปาลได้มาพบกับรามันและแจ้งว่า “พ่อของผมป่วยหนักมานาน 2 เดือนแล้ว และให้หมอที่อยู่คลินิกข้างบ้านมารักษาอยู่”

“เอ ลูกทำงานมากจนลืมไปเลยว่าไม่ได้กินข้าวกับพ่อของหนูมาหลายเดือนแล้ว แต่เอ...พ่อป่วยแล้วทำไมไม่รีบพามาหาหมอเร็ว ๆ ละ”

เด็กชายร้องไห้พร้อมกับพูดว่า “พ่อเขาเกรงใจลูกครับ เพราะเห็นว่าลูกหมอมองอยู่ตลอดเวลา แต่เขารักษากับหมอข้างบ้านมานาน จนตอนนี้อาการไม่ดีเลย แม่จึงให้ผมมาปรึกษากับลูกหมอ”

รามันรีบเร่งไปบ้านของนาปาล ก็พบว่านาปาลนอนผายพอมและซึมไม่รู้สึกตัวอยู่บนเตียง หลังทำการตรวจร่างกายแล้วก็พบว่านาปาลมีอาการหนักมาก

ภายหลังรามันคิดยาให้ได้ไม่นาน ปรากฏว่านาปาลเริ่มรู้สึกตัวและมีแรงพูดได้บ้าง ซึ่งสร้างความดีใจให้แก่ครอบครัวเป็นอย่างมาก แต่รามันก็ยังมีสีหน้ากังวลและไม่พูดอะไรเกี่ยวกับตัวโรคอยู่ดี นาปาลจึงพยายามเปล่งเสียงถาม

“ผมเป็นอะไรบอกมาตรง ๆ เถอะ”

รามันก็ได้แต่พูดว่า “พักผ่อนเอยะ ๆ เถอะนาปาล เดี๋ยวผมคิดยาเพิ่มให้นะ”

นาปาลยังมีสีหน้ากังวลมากขึ้นและเฝ้าแต่ถามอาการของโรค “ถ้าผมมีอาการไม่ดีต้องรีบบอกนะ เพราะถ้าผมใกล้ตาย ก็ต้องเตรียมพิธีกรรมและเรื่องราวในครอบครัวให้พร้อมก่อน มิฉะนั้นจะเกิดความวุ่นวายตามมามากมายในครอบครัวนะ อย่างที่คุณก็รู้จักครอบครัวของผมดีว่าทุกคนต้องพึ่งแต่ผมคนเดียว”

รามันนิ่งไปสักพักและคิดในใจว่า...อาการของนาปาลหนักมากแล้ว ซึ่งคาดว่าน่าจะเสียชีวิตภายในคืนนี้ แต่ถ้าบอกความจริงแล้วนาปาลต้องวุ่นวายออกแรงทำโน่นทำนี่ ก็อาจจะเหนื่อยมากเกินไปจนเกิดอันตรายเร็วขึ้น

ดังนั้น รามันจึงตัดสินใจบอกเพียงว่า “อาการไม่เป็นอะไรมากหรอก เพียงแต่ต้องพักผ่อนเอยะ ๆ ก็จะดีขึ้นเอง”

นาปาลยิ้มด้วยแววตาที่มีความหวังเต็มเปี่ยม “ถ้าคุณพูดแบบนี้ ผมก็หายแน่นอนเพราะคุณเป็นหมอที่พูดแต่ความจริงเท่านั้น”

รามันก้มหน้าหลบตาจากนาปาล และพูดขึ้นเบา ๆ ว่า “ก็ใช่นะสิ”

ปรากฏว่าเช้าวันต่อมา อาการของนาปาลดีขึ้นเป็นอย่างมาก จนสามารถดื่อกินอาหารกินได้เอง อันทำให้ครอบครัวของนาปาลพากันชมเชยหมอรามาเป็นการใหญ่

ระหว่างทางกลับมาโรงพยาบาลกับผู้ป่วยแพทย์ หมอรามา ก็พูด

ขึ้นมาว่า “ที่จริงก็ไม่รู้ว่านาปาลพื้นตัวอย่างรวดเร็วจนหายเกือบเป็นปกติได้อย่างไร”

อาจเป็นคำพูดของแพทย์ที่ทำให้กำลังใจ...จนกระทั่งใจของผู้ป่วยเข้มแข็งพอที่จะสู้ต่อโรคร้ายที่คุกคามร่างกายอยู่ ดังคำที่ว่า ใจเป็นนาย...กายเป็นบ่าว

เรามาดูทางฝั่งประเทศญี่ปุ่นกัน...แพทย์ในฝันของผู้ป่วยตัวน้อย...รินทาโร่

มีเรื่องของเด็กญี่ปุ่นคนหนึ่งชื่อ รินทาโร่ วัย 13 ปี เขาโชคร้ายที่เกิดมาพร้อมกับโรคหัวใจที่รุนแรง ชีวิตของรินทาโร่ต้องอยู่กับสายน้ำเกลือและดมออกซิเจนตลอดเวลา

น้องชายที่อายุเพียง 4 ขวบซึ่งใกล้ชิดกับรินทาโร่มาก สงสารพี่ชายและตั้งใจว่าจะเรียนเป็นหมอเพื่อมาช่วยเหลือพี่ชาย ทำให้รินทาโร่ตั้งใจมากและเขียนข้อความ 8 ข้อควรปฏิบัติในการเป็นหมอ เพื่อให้พี่ชายที่ฝันจะเป็นหมอได้อ่านในอนาคต

ข้อปฏิบัติที่กลั่นมาจากใจของเด็กชายที่มีประสบการณ์อยู่ในโรงพยาบาลมาอย่างโชกโชน และบอกกล่าวว่าผู้ป่วยต้องการอะไรจริง ๆ

1. ให้ออกกำลังกายและห่วยไปใช้ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยด้วย เช่น ครอบครัวของผู้ป่วย หรืองานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ
2. อธิบายการรักษาหรือการตรวจให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เพราะผู้ป่วยทุกคนมักกังวลกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง
3. ผู้ป่วยไม่รู้หรอกว่าจะรู้สึกทรมานจากอาการป่วยตอนไหน แต่ที่สำคัญยิ่งกว่าก็คือ...ทันทีที่หมอรู้แล้วจะพยายามเพื่อผู้ป่วยได้รวดเร็วแค่ไหน
4. ผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลก็มีชีวิตส่วนตัวและเวลาของเขา ถ้าเป็นไปได้หมอควรจะตรวจรักษาให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น ครั้งหนึ่งรินทาโร่ได้รับเรียกจากหมอให้ไปตรวจอัลตราซาวนด์ แต่เวลานั้น

หมอได้คิดใหม่แล้วพูดว่า “จะถึงเวลาอาหารกลางวันแล้ว เมนูวันนี้เป็นเส้นอุด้งด้วย ถ้าทิ้งไว้นาน ๆ เดียวเส้นจะไม่อร่อย ถ้าฉันหุนริทาโร่กินอุด้งให้เสร็จก่อนแล้วค่อยมาทำอัลตราซาวนด์กันนะ”

5. สำหรับผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลนั้นเตียงนอนของผู้ป่วยก็เปรียบเหมือนบ้านของเขา เวลาจะเข้ามาเจาะเลือดหรือสอบถามอาการก็ควรไปด้วยการให้เกียรติเหมือนกำลังจะเข้าไปเยี่ยมบ้านของพวกเขา

6. ผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วยล้วนตั้งหน้าตั้งตารอฟังผลการตรวจรักษา ถ้าทราบแล้วให้รีบแจ้งอาการให้พวกเขาทราบทันที

7. สายสัมพันธ์ มิตรภาพหรือความห่วงใยต่อผู้ป่วยไม่ได้จบไปหลังจากการรักษาเสร็จเสมอไป

8. หมอไม่ควรยอมแพ้ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใด ๆ อาจมีหนทางรักษาที่เราไม่ได้คาดคิดมาก่อนก็ได้หรืออาการไม่ดีนั้นอาจจะเป็นเพียงแค่ช่วงเดียวและหายไป ถึงหมอจะรู้สึกสิ้นหวังไปแล้ว แต่สำหรับผู้ป่วยหรือครอบครัวของพวกเขาอาจจะคิดต่างกัน

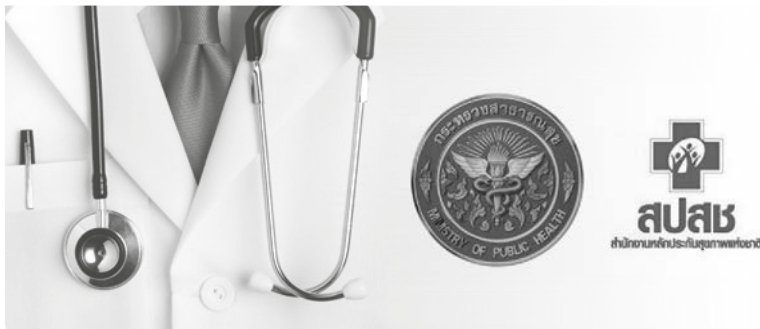
สำหรับความต้องการจากใจจริงในข้อสุดท้ายของหนูน้อยรินทาโร่ เราพบเห็นได้ทั่วไปในคลินิกโรคมะเร็ง แพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็งมักนัดดูอาการของผู้ป่วยมาเรื่อยๆอย่างต่อเนื่อง แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งปัจจุบันไม่มีวิธีการใดที่ทันสมัยพอจะนำมารักษาได้แล้วก็ตาม

แพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็งท่านหนึ่งเล่าว่า “เรายังคงนัดผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาดูอาการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะไม่แน่ว่าในอนาคตอาจมีวิธีการที่ทันสมัยกว่านี้มาใช้รักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้หรือไม่ และถ้าเราไม่นัดก็ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งจนหมดกำลังใจที่จะอยู่ต่อไปได้หลายครั้งแม้ผู้ป่วยแทบจะไม่มีแรงช่วยเหลือตนเองเลย แต่ก็มักดีใจทุกครั้งที่มีแพทย์ยังนัดมาดูอาการ และพยายามมาตามนัดเสมอเพราะรู้สึกว่าหมอยังไม่ทอดทิ้งและก็ยังมีความหวังไปพร้อมกับผู้ป่วยอยู่เสมอ”



ประเทศชาติเสียโอกาสจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเป็นโอกาสดีที่จะ “ปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”

■ ต่อจากฉบับที่แล้ว



6. การยกย่องพระราชบัญญัติเพื่อรวมกองทุนสุขภาพ นอกจากกลุ่มบุคคลที่สนับสนุนการออกกฎหมายเพื่อ “คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข” แล้ว ยังพบว่ายังมีกลุ่มบุคคลที่เคยเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ ดร.อัมมาร สยามวาลา ยังมีความเห็นที่แนะนำให้เสนอร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการประกันสุขภาพภาครัฐ โดยมีความประสงค์ที่จะ “รวมกองทุนสุขภาพ 3 กองทุน” เข้ามาบริหารเอง ทั้ง ๆ ที่หลักการวัตถุประสงค์ และที่มาของระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสวัสดิการข้าราชการนั้นไม่เหมือนกัน และในร่างพระราชบัญญัติรวมกองทุนนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ยกย่องพระราชบัญญัตินี้มีความประสงค์ที่จะเข้ามาเป็นผู้บริหารองค์กรที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งเรียกว่า “สภาประกันสุขภาพแห่งชาติ” เป็นเวลาต่อเนื่องยาวนานถึง 10 ปี โดยไม่กำหนดเพดานอายุสูงสุดของผู้ที่จะอยู่ในตำแหน่ง และผู้ยกย่องพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการประกันสุขภาพภาครัฐนี้ ต้องการให้กรรมการสภาประกันสุขภาพแห่งชาติต้องการมีอำนาจเหนือการควบคุมตรวจสอบจากรัฐบาล โดยกำหนดไว้ในร่างพระราชบัญญัตินี้ว่า นายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีอีก 3 กระทรวงที่เป็นกรรมการของสภาสุขภาพแห่งชาตินี้ “ไม่มีสิทธิในการออกเสียงลงมติใด ๆ ในที่ประชุมเลย”

และก็ไม่ต้องสงสัยเลยว่า ผู้ที่จะมาดำรงตำแหน่งเลขาธิการสภาประกันสุขภาพแห่งชาตินี้จะเป็นใครไปไม่ได้ นอกจากผู้ที่ยกย่องพระราชบัญญัตินี้มา นั่นก็คือ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้มีส่วนสำคัญในการยกย่องพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งมีตัวอย่างในอดีตที่ผ่านมาแล้วว่า นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ผู้มีส่วนในการยกย่องพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ก็มาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ สวรส.คนแรก และเป็นอยู่ครบ 2 วาระ 8 ปี นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้ยกย่องและเสนอพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ก็มาดำรงตำแหน่งเลขาธิการ สปสช.คนแรก และถึงแก่กรรมในขณะที่ดำรงตำแหน่งในสมัยที่ 2 นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ผู้ยกย่องและผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็มาเป็นเลขาธิการสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) วาระที่ 1 และ 2 และกำลังจะครบวาระในการดำรงตำแหน่งเลขาธิการ สช.ในปลายปีนี้

นอกจากนี้ในร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการประกันสุขภาพภาครัฐ ยังกำหนดวงเงินที่คณะกรรมการสภาประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้ใช้ในการบริหารสภาแห่งนี้ถึง

0.5% ของงบประมาณประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ซึ่งน่าจะเป็นเม็ดเงินไม่ต่ำกว่าปีละ 1,500 ล้านบาท และจะเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี และยังกำหนดให้คณะกรรมการสภาประกันสุขภาพฯ นี้มีอำนาจในการ “สั่งปิดสถานพยาบาลเอกชน และกรรมการสภาประกันสุขภาพฯ นี้ไปดำเนินการสถานพยาบาลแทนได้” เท่ากับมีอำนาจยึดโรงพยาบาลเอกชนมาดำเนินการได้เอง และยังมีอำนาจลงโทษผู้บริหารโรงพยาบาลที่ไม่ทำตามคำสั่งของสภาประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการปรับหรือจำคุกได้อีกด้วย

ถ้าร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้รับการรับรองออกมาเป็นกฎหมายจะทำให้กรรมการสภาประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีเงินงบประมาณแผ่นดินไปใช้จ่ายในการบริหาร มีอำนาจในการควบคุมการดำเนินงานในการจัดบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งประเทศ โดยนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีไม่สามารถเข้าไป “ควบคุมกำกับหรือร่วมลงมติด้วย” ก็จะเป็นสภาเผด็จการเต็มรูปแบบ และจะอยู่ภายใต้การสั่งการของกรรมการสภาและผู้บริหารสำนักงานสภาฯ นี้อย่างแน่นอน โดยยังกำหนดไว้ว่าเลขาธิการสภาประกันสุขภาพแห่งชาตินี้สามารถดำรงตำแหน่งได้วาระละไม่เกิน 5 ปี และดำรงตำแหน่งได้ไม่เกิน 2 วาระ แสดงว่าเลขาธิการสภาประกันสุขภาพแห่งชาติจะอยู่ในตำแหน่งได้ถึง 10 ปี

ฉะนั้นไม่ว่าจะมีการเปลี่ยนรัฐบาลจากการเลือกตั้งหรือจากการปฏิวัติรัฐประหารก็รัฐบาล (เพราะรัฐบาลของประเทศไทยจะมีอายุอยู่ไม่นาน) แต่เลขาธิการสภาประกันสุขภาพแห่งชาตินี้อาจจะดำรงตำแหน่งจนตายคาเก้าอี้ได้อีกเหมือนกัน เนื่องจากไม่มีการกำหนดอายุมากที่สุดที่จะอยู่ในตำแหน่งนี้ได้

7. การอ้างว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการทำงาน “เสียโอกาสที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย” ตามการวินิจฉัยของ คตร.นั้น ที่จริงก็เป็นสิ่งที่ถูกต้องแล้ว เพราะมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น กำหนดให้จ่ายเงินช่วยเหลือเฉพาะผู้ “รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเท่านั้น” สำหรับข้าราชการหรือ



เจ้าหน้าที่ใน “หน่วยบริการ” ที่ได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติงานนั้น โรงพยาบาลที่เป็น “ต้นสังกัด” ของบุคลากรเหล่านั้นจะต้องมีมาตรการหรือระเบียบในการช่วยเหลือ/ชดเชยผู้ปฏิบัติงานเพื่อบริการประชาชน เหมือนในกรณีข้าราชการพลเรือน ตำรวจ ทหาร หรือลูกจ้างทั่วไปที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือชดเชยความเสียหายจากการปฏิบัติงานในหน้าที่เหมือนในหน่วยงานอื่น ๆ ในประเทศและเหมือนในนานาชาติอารยประเทศทั่วโลกที่จะต้องมีการ “คุ้มครองความปลอดภัยของข้าราชการ พนักงานของรัฐ” เหมือนกับการคุ้มครองความปลอดภัยแก่ลูกจ้างทั่วไปอีกด้วย

8. ปัญหาความไม่สุจริตโปร่งใสจากการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประเทศไทยได้ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่เรียกว่า “30 บาท รักษาทุกโรค” (ตามที่ สปสช.โฆษณาชวนเชื่อ) มานานถึง 13 ปีแล้ว และมีผลเสียหลายประการของการบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขมากมาย ดังที่ยกตัวอย่างข้างต้นแล้ว แต่ยังมีปัญหาความไม่สุจริตโปร่งใสในการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตลอดมา ว่าใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เหมาะสม มีการส่งเงินที่ควรจะต้องส่งให้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขไปให้แก่มูลนิธิหลากหลายมูลนิธิที่มีพวกพ้องของกรรมการบอร์ดเป็นผู้บริหารมูลนิธิเหล่านั้น ทำให้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขขาดเงินทุนหมุนเวียนที่จะใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย มีการบริหารงานที่ไม่โปร่งใส ขาดหลักธรรมาภิบาล ที่สำคัญคือ ไม่รับฟังความคิดเห็นของหน่วยบริการที่รายงานต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและเปิดเผยแก่สาธารณชนทั่วไปว่า โรงพยาบาลต่าง ๆ นั้นขาดเงินทุนทำงาน จนทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งเสี่ยงต่อภาวะล้มละลาย

แต่ สปสช.ไม่รับฟังความคิดเห็นจากโรงพยาบาลและนำไปแก้ไข แม้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะเสนอให้มีการบริหารจัดการด้านการเงินใหม่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพก็ไม่ยอมรับฟังและไม่ยอมแก้ไข แต่จะอ้างว่าเกิดจากความขัดแย้งระหว่าง สปสช. และโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่ใช่ความขัดแย้งที่ไม่มีเหตุผลสมควรดังกล่าว แต่โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขต้องการให้มีการแก้ไขการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้โรงพยาบาลมีเงินเพียงพอในการบริหารจัดการเพื่อให้บริการประชาชนที่เจ็บป่วยให้ได้ มีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัย

การที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ยอมรับฟังข้อเสนอจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากกว่า 90% นอกจากจะทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการบริหารจัดการด้านการเงินในระบบหลักประกันสุขภาพแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาการขาดคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศอีกด้วย

9. จึงมีความเห็นว่ขณะนี้ เป็นโอกาสอันดีที่จะต้องมีการ “ปฏิรูปหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ให้เป็นองค์กรที่มีการบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาลอย่างเคร่งครัด กล่าวคือ มีการบริหารตามกฎหมาย ยึดหลักคุณธรรม ยึดหลักความสุจริตโปร่งใส หลักความรับผิดชอบ หลักความมีส่วนร่วม และหลักการที่ถูกตรวจสอบได้ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนในระบบนี้ได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีความปลอดภัย มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลรักษาสุขภาพของตนและครอบครัว และ สปสช.ไม่ควรมากำหนดและจำกัดขอบเขตในการรักษาหรือการใช้ยาของแพทย์ เป็นการทำงานนอกเหนืออำนาจหน้าที่และเป็นการก้าวล่วงการประกอบวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์โดยมิชอบด้วยกฎหมายอีกด้วย

ที่สำคัญที่สุดก็คือ ต้องมีการตรวจสอบผลงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปีว่า ได้บริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพ (เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง) และมีประสิทธิผล (มีประโยชน์คุ้มค่ากับเม็ดเงินที่ใช้ไปอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย) โดยดูที่ผลลัพธ์การรักษา

และสุขภาพของประชาชนดีขึ้น มีอัตราการเกิดโรคน้อยลง มีอัตราป่วยตายลดลง มีโรคแทรกซ้อนลดลง ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น และมีชีวิตยืนยาว

สิ่งสำคัญที่ทำให้ สปสช.สามารถบริหารกองทุนโดยขาดหลักธรรมาภิบาลมาได้ยาวนานถึง 13 ปี ก็เนื่องจาก สปสช.เป็นองค์กรอิสระที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะ โดยพระราชบัญญัตินี้มีจุดอ่อนที่ทำให้คนเพียงกลุ่มเดียวเข้ามามีอำนาจในการบริหารกองทุนได้ โดยไม่ผ่านการตรวจสอบประเมินผลอย่างเข้มงวดและถูกต้องตามกฎหมาย สามารถบริหารงานโดยไม่ถูกต้องตามหลักกฎหมายและคุณธรรม (เห็นชีวิตคนไม่สำคัญ) แทนที่จะบริหารเงินให้เอามาใช้เพื่อรักษาชีวิตประชาชน กลับนำเงินไปแจกจ่ายแก่พรรคพวกของตน กลุ่มกรรมการบอร์ดและ NGO แต่ไม่จ่ายเงินงบประมาณนี้ให้แก่โรงพยาบาลให้ครบถ้วนดังกล่าว แม้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินและ คตร.จะตรวจสอบว่าใช้เงินผิดวัตถุประสงค์ของกฎหมาย คณะกรรมการบอร์ดก็ไม่แก้ไข มีการบริหารงบประมาณแผ่นดินโดยไม่ยึดหลักกฎหมาย เช่น การให้เลขาธิการ สปสช.มีอำนาจสั่งจ่ายเงินซื้อยาได้ครั้งละ 1,000 ล้านบาท โดยไม่ต้องขออนุมัติบอร์ด ทำให้เกิดการทุจริตประพฤติมิชอบได้โดยง่าย เกิดการรั่วไหลของงบประมาณแผ่นดินมากมาย

จึงเห็นว่าควรที่จะแก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้โอนหน่วยงานนี้มาเป็นระบบราชการ ทำหน้าที่เหมือนกรมบัญชีกลางในการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น ไม่ทำหน้าที่อื่นนอกเหนือจากที่กฎหมายกำหนด สามารถตรวจสอบได้ง่ายกว่าปัจจุบันที่ถูกปล่อยปละละเลยมาอย่างยาวนาน

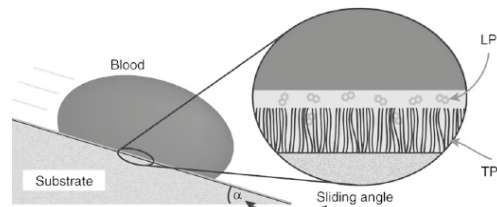
10. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุข นอกจากการ “ปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” แล้ว สิ่งสำคัญที่จะทำให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีมาตรฐานก็คือ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นภาระหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องพัฒนาโรงพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐาน จัดให้มีงบประมาณ บุคลากร อาคารสถานที่ อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม รวมทั้งการจัดระเบียบการให้บริการและการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนมีการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และสามารถรับผิดชอบดูแลรักษาโรคเบื้องต้นได้เอง ซึ่งนอกจากจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว ยังเป็นการประหยัดงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

ผิวเคลือบป้องกันการเกาะของลิ่มเลือด และคราบจุลินทรีย์

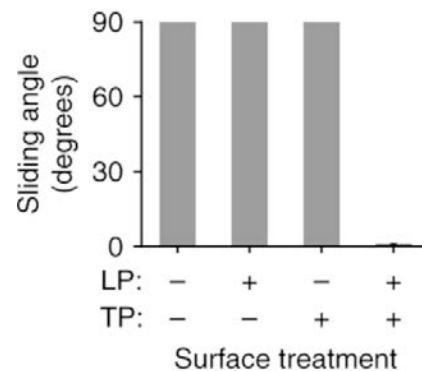
ปัญหาหนึ่งของการใช้อุปกรณ์การแพทย์แบบฝังในที่ต้องมีการสัมผัสกับเลือดหรือมีเลือดไหลผ่าน เช่น หัวใจเทียม เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องกระตุกหัวใจ เป็นต้น คือการที่เลือดเกิดการแข็งตัวเป็นลิ่มเลือดบนพื้นผิวในส่วนต่าง ๆ ของอุปกรณ์อันเนื่องมาจากการเกาะตัวของไฟบรินและเกล็ดเลือดจากเลือดที่สัมผัสหรือไหลผ่าน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการอุดตันและลดประสิทธิภาพการทำงานของอุปกรณ์ไป ทำให้ต้องมีการให้ยาต้านการเกิดลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีการใช้งานอุปกรณ์ฝังในดังกล่าวควบคู่ไปด้วย แต่ถึงแม้จะช่วยในการลดการเกิดลิ่มเลือดได้ การให้ยาต้านการเกิดลิ่มเลือดนั้นอาจส่งผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย เช่น ภาวะเลือดหยุดยาก ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะโพแทสเซียมสูง เป็นต้น และการให้ยาดังกล่าวยังไม่สามารถทำได้สำหรับคนไข้บางกลุ่มเสี่ยงอีกด้วย

ด้วยปัญหานี้เองจึงทำให้มีความต้องการในการปรับปรุงพื้นผิววัสดุที่ต้องสัมผัสกับเลือดในอุปกรณ์ฝังในให้มีความสามารถในการลดหรือป้องกันการเกาะตัวของลิ่มเลือดได้ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีความพยายามในการพัฒนาพื้นผิวหลายประเภทให้มีความสมบัติดังกล่าว โดยหวังว่าจะทำให้การให้ยาต้านการเกิดลิ่มเลือดนั้นหมดไป ซึ่งผิวเคลือบที่พบว่ามีประสิทธิภาพที่สุด ได้แก่ การเคลือบสารเฮพาริน ซึ่งเป็นส่วนประกอบของยาต้านการเกิดลิ่มเลือด ด้วยปฏิกิริยาทางเคมีลงบนพื้นผิวของวัสดุ ถึงแม้ผิวเคลือบดังกล่าวจะสามารถช่วยในการลดการเกาะตัวของลิ่มเลือดได้ แต่ประสิทธิภาพของเคลือบผิวดังกล่าวจะลดลงตามระยะเวลาการใช้งานอย่างรวดเร็วเนื่องจากการหลุดออกของผิวเคลือบเฮพาริน ทำให้ยังคงไม่สามารถลดการใช้งานยาต้านการเกิดลิ่มเลือดในระยะยาวได้อย่างแท้จริง เมื่อไม่นานมานี้มีรายงานถึงการพัฒนาผิวเคลือบแบบใหม่ที่สามารถป้องกันการเกาะตัวของเลือดได้โดยเลียนแบบพื้นผิวในธรรมชาติของพืชประเภทต้นหม้อข้าวหม้อแกงลิง ซึ่งบริเวณพื้นผิวจะมีลักษณะเป็นรูพรุนที่สามารถกักเก็บของเหลวไว้ได้บนพื้นผิวซึ่งจะทำให้ได้พื้นผิว

ที่ลื่น เพื่อไม่ให้แมลงสามารถเกาะติดได้ จากแนวคิดดังกล่าว ทีมวิจัยได้ทำการเปลี่ยนสภาพของพื้นผิววัสดุการแพทย์ให้มีลักษณะดังกล่าวโดยการเคลือบผิว 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรกจะเป็นการสร้างพื้นผิวรูพรุนขึ้นมาโดยการเคลือบชั้นเดียวของเปอร์ฟลูออโรโพลีเมอร์ด้วยปฏิกิริยาเคมี (tethered perfluorocarbon: TP) จากนั้นจึงทำการเคลือบผิวชั้นที่ 2 ด้วยเปอร์ฟลูออโรโพลีเมอร์เหลว (liquid perfluorocarbon: LP) ข้างลงบนผิวเคลือบชั้นแรก ซึ่งจะทำให้ได้พื้นผิวที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกาะติดของเลือดได้สำเร็จ และมีชื่อเรียกว่าเคลือบผิวแบบ TLP (tethered-liquid perfluorocarbon) ทั้งนี้การเคลือบผิวเพียงขั้นตอนเดียวพบว่าไม่สามารถสร้างพื้นผิวที่มีประสิทธิภาพดังกล่าวได้



ภาพแสดงแนวความคิดของพื้นผิวแบบ TLP ซึ่งประกอบไปด้วยพื้นผิวชั้นแรกของเปอร์ฟลูออโรโพลีเมอร์ที่ถูกทำปฏิกิริยาทางเคมีเป็นชั้นเดียวนบนพื้นผิววัสดุ (TP) จากนั้นเคลือบซ้ำด้วยเปอร์ฟลูออโรโพลีเมอร์เหลว (LP) ซึ่งจะช่วยในการสร้างเคลือบผิวที่สามารถป้องกันการยึดเกาะของเลือดได้^[1]



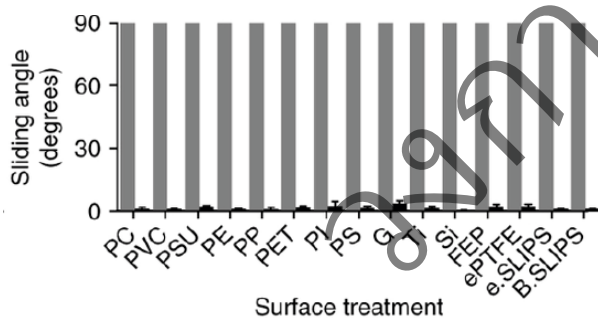
ภาพเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเคลือบผิวประเภทต่าง ๆ ซึ่งจะพบว่า การเคลือบผิวแบบ LP อย่างเดียว และแบบ TP อย่างเดียวจะมีประสิทธิภาพที่ไม่ต่างจากพื้นผิวที่ไม่ได้เคลือบผิว แต่เคลือบผิวแบบ TLP นั้นจะสามารถลดการเกาะติดของเลือดบนพื้นผิวได้อย่างมาก^[1]

ข้อดีของเทคนิคการเคลือบผิวคือ สามารถป้องกันการเกาะติดได้ทั้งเลือดและองค์ประกอบของเลือด เช่น ไฟบรินหรือเกล็ดเลือด สามารถประยุกต์ใช้ได้กับวัสดุการแพทย์หลากหลายประเภทที่ใช้งานในอุปกรณ์ฝังในไม่ว่าจะเป็น โลหะ พลาสติก หรือแก้ว นอกจากนี้ผิวเคลือบนี้ยังมีความเสถียร ทนทาน และสามารถคงประสิทธิภาพต่อความเค้นที่เกิดขึ้นจากการไหลของเลือดที่อัตราเร็วที่พบในธรรมชาติ รวมทั้งในอุปกรณ์ฝังในทางการแพทย์ประเภทต่าง ๆ รวมทั้งยังมีอายุในการเก็บรักษาที่ยาวนาน โดยพบว่าภายหลังการจัดเก็บที่อุณหภูมิความชื้นปกติเป็นเวลามากกว่า 1 ปี ก็ยังคงมีประสิทธิภาพไม่ลดลง นอกจากป้องกันการเกาะติดของเลือดและองค์ประกอบของเลือดแล้ว ผิวเคลือบนี้ยังสามารถช่วยลดความสามารถในการเจริญของเชื้อแบคทีเรียบนพื้นผิวได้อีกด้วย โดยจากการทดลองพบว่า ผิวเคลือบ TLP สามารถลดการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย *Pseudomonas aeruginosa* บนพื้นผิวได้มากกว่า 5 เท่าเมื่อเทียบกับพื้นผิวปกติ ซึ่งทำให้ผิวเคลือบดังกล่าวมีคุณสมบัติในการป้องกันการเกิดคราบจุลินทรีย์ไปพร้อมกัน ถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมผิวเคลือบที่มีประโยชน์อย่างมากต่อผู้ป่วยที่ต้องใช้งานอุปกรณ์ฝังใน หากนำไปใช้งานในทางคลินิกแล้วจะสามารถช่วยลดปริมาณ

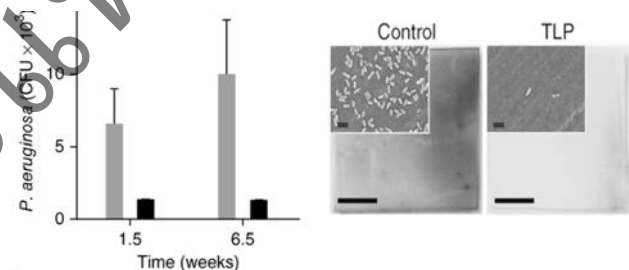
การเข้าด้านการเกิดลิ่มเลือดและยาปฏิชีวนะได้ ทำให้สามารถลดอาการแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ รวมทั้งลดข้อจำกัดของการใช้งานในผู้ป่วยได้อีกด้วย



ภาพแสดงการไหลและเกาะติดของเลือดบนพื้นผิวที่ไม่ได้เคลือบผิว (ซ้าย) และพื้นผิวที่เคลือบด้วยเทคนิค TLP (ขวา) ซึ่งจะเห็นความแตกต่างได้อย่างชัดเจน^[3]



ภาพแสดงประสิทธิภาพของเคลือบผิว TLP ที่สามารถถูกเคลือบบนพลาสติกที่ใช้งานในการผลิตอุปกรณ์ฝังในประเภทต่าง ๆ และยังสามารถทนต่อการป้องกันการเกาะติดของเลือด^[1]



ภาพแสดงการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย *Pseudomonas aeruginosa* บนพื้นผิวพลาสติกที่ไม่ได้เคลือบผิวและเคลือบผิวด้วยเทคนิค TLP ซึ่งพบว่าการเคลือบผิวจะลดการเกาะติดและเจริญของเชื้อแบคทีเรียได้มาก^[1]

เอกสารอ้างอิง

1. D. C. Leslie, A. Waterhouse, J. B. Berthet, T. M. Valentin, A. L. Watters, A. Jain, P. Kim, B. D. Hatton, A. Nedder, K. Donovan, E. H. Super, Caitlin Howell, C. P. Johnson, T. L. Vu, D. E. Bolgen, S. Rifai, A. R. Hansen, M. Aizenberg, M. Super, J. Aizenberg and D. E. Ingber (2014) Nature Biotechnology, 32, pp. 1134-1140.
2. <http://wyss.harvard.edu/viewpressrelease/171/bioinspired-coating-for-medical-devices-repels-blood-and-bacteria>
3. <http://scitechdaily.com/new-tlp-coating-repels-blood-bacteria/>

Awake Fiberoptic Nasotracheal Intubation

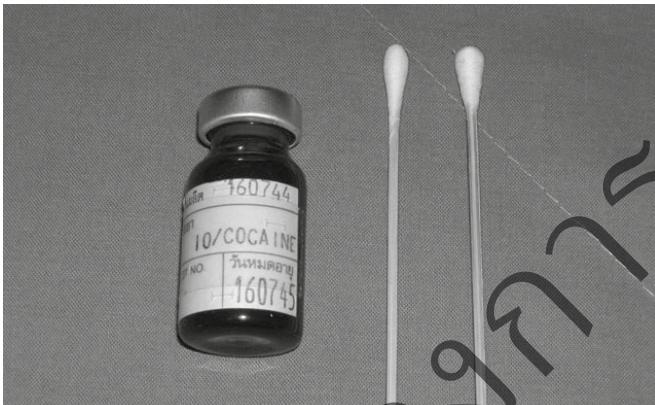
■ (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

Method of topical anesthesia

Nasal anesthesia

Local anesthetic drug : เตรียมยาก่อน

- ให้ pack ด้วยไม้พันสำลีชุบ 4, 10% cocaine นาน 10-15 นาที เพื่อให้มีทั้ง anesthesia และ vasoconstriction (ดูภาพประกอบ)
- หรือถ้าไม่มี cocaine ใช้หรือผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ cocaine ให้หยอด vasoconstrictor ไปก่อน 1-2 หยดก่อน (ได้แก่ 0.5% neosynephrine, 0.25% phenylephrine, 0.1% xylometazoline, 0.05% oxymetazoline) ตามด้วยการใช้ไม้พันสำลีชุบ 4% lidocaine หรือยาชาอื่น ๆ นาน 5-10 นาที



Methods : วิธีการทำมีได้ 3 แบบ

1. ใช้ไม้พันสำลีชุบยาชา pack ในจมูกนาน 5-15 นาที โดยใช้ไม้พันสำลี 2-3 อันใส่ในรูจมูก ซึ่งวิธีนี้แม้ชาไม่ดี แต่ผู้ป่วยชอบและทางเดินรูจมูกโล่ง และไม่มียาตกค้างในรูจมูก
2. หรืออาจใช้การบีบ 2% lidocaine jelly ลงไปในจมูก ภายหลังการหยอด vasoconstrictor ซึ่งเป็นวิธีที่ชาดีและผู้ป่วยชอบ แต่อาจทำให้ jelly ค้างในรูจมูกได้มาก หายใจไม่สะดวก และทำให้ lens ของ FOB มัวได้
3. หรืออาจใช้ 10% lidocaine spray เข้าไปในจมูก ในตำแหน่งดังกล่าวเลย ซึ่งทำให้ชาดีแต่ผู้ป่วยไม่ชอบ ทางเดินในจมูกไม่โล่ง หายใจไม่สะดวก และมียาตกค้างในรูจมูกมาก

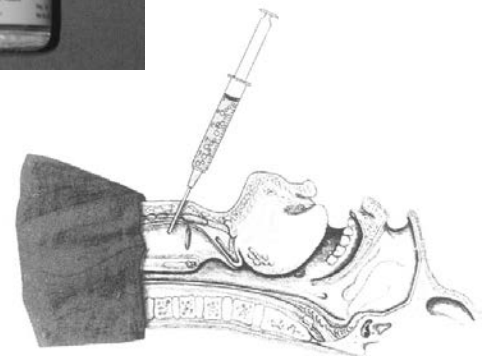
Transtacheal injection

ในส่วน of pharynx, epiglottis, vocal cords, trachea

สามารถให้ anesthesia โดยใช้ “transtracheal injection แบบที่เรียกว่า 3 in 1 block” คือ ได้การชาทั้งที่ glossopharyngeal nerve (pharynx), internal branch of superior laryngeal nerve (ด้านบนของ larynx) และ recurrent laryngeal nerve (ด้านล่างของ larynx)

วิธีการ

- ยาชาใช้ 1% lidocaine 10 มล.
- ใช้เข็มเบอร์ 24, 25 ยาวนิ้วครึ่ง
- ให้ผู้ป่วยนอนหน้าตรง เงยหน้าเล็กน้อย
- แพทย์ผู้ฉีดควรยืนทางซ้ายของผู้ป่วย ใช้มือซ้ายคลำช่องสามเหลี่ยมของ cricothyroid membrane (ใต้ thyroid cartilage และเหนือ cricoid cartilage) มือขวาแทงเข็มมุมเฉียง 45 องศา ลงด้านล่างของผู้ป่วยลึก 0.5-1 ซม.
- aspirate ได้ air จึงฉีดยาชาโดยฉีดยาขณะที่ผู้ป่วยกำลังหายใจเข้าหรือภายหลังผู้ป่วยหายใจเข้าลึกสุดกลั้นไว้ เมื่อฉีดเสร็จแล้วให้ผู้ป่วยไอทันที 2-3 ครั้ง จะได้การชาในบริเวณทั้งส่วนล่างและส่วนบนต่อ vocal cords



Complications : ภาวะแทรกซ้อนของการทำที่พบได้แก่

1. การไอ พบไอบ่อย 17% ซึ่งอาจทำให้เข็มหัก (พบเฉพาะในกรณีเอียงเข็มไปทาง cephalad ของผู้ป่วย)
2. trauma ต่อ vocal cords, epiglottis, vallecular, tongue, posterior pharyngeal wall เนื่องจาก vocal cord อยู่

เหนือจาก cricoid cartilage เพียง 1.5-2 ซม. เท่านั้น

3. subcutaneous emphysema หรือ pneumomediastinum หรือ pneumothorax (พบเฉพาะในการใช้เข็มเบอร์ใหญ่ขนาด 20 หรือ IV catheter ขนาด 20 ในการทำ retrograde intubation เท่านั้น)

4. อื่น ๆ ได้แก่ esophageal perforate, infection, bleeding เป็นต้น

Contraindication : ข้อห้ามในการทำ

ห้ามทำในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ aspirate, increase intraocular pressure, severe coronary disease, chronic severe cough, มี mass หรือมี infection บริเวณคอ (สำหรับ increased intracranial pressure และ unstable fracture cervical spine ยัง controversy)

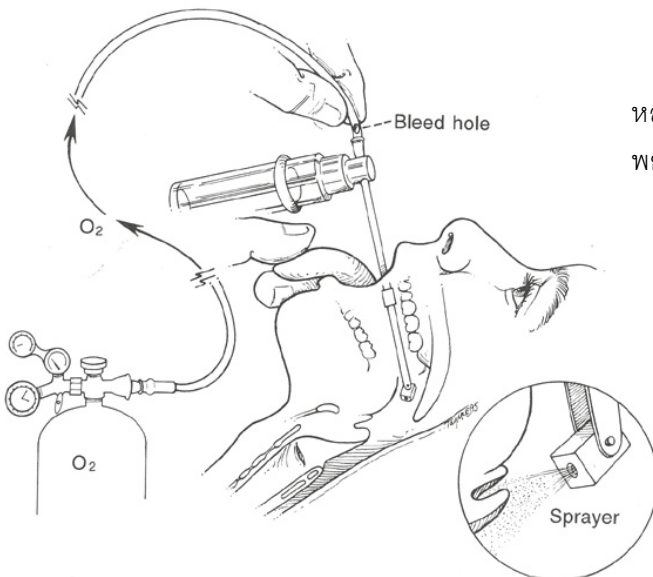
Remark

ในกรณีที่ไม่สามารถให้ยาชาโดยวิธีที่ผ่านมาได้ เนื่องจาก

1. ไม่สามารถ block nerve ต่าง ๆ ได้, มี severe coronary disease, increase intraocular pressure, มี mass หรือมี infection บริเวณคอ ใช้วิธีสูดดม nebulizer หรือ aerosol โดย

- สูดดมละอองฝอยของ 4, 10% lidocaine 4-5 มล. ผสม 0.25% phenylephrine 1 มล. จาก mouth piece nebulizer และใช้ออกซิเจน 4-10 ลิตร/นาที นาน 10-15 นาที

- หรือใช้ labet, atomizer พ่นในปากขณะผู้ป่วยสวดหายใจเข้า ซึ่งเห็นได้ว่าต้องให้ยาชาที่มีความเข้มข้นสูงเนื่องจากต้องให้ยาชา penetrate ผ่าน mucous membrane ไม่ได้ ซึ่งพบว่ายาชาซึมผ่านได้แค่ 50% หรือน้อยกว่า ข้อดีของวิธีนี้คือ ทำให้ผู้ป่วยชาได้ถึง larynx, ปลอดภัย, non-invasive, ผู้ป่วยรู้สึกสบายกว่าวิธีอื่น และผู้ป่วยยอมรับวิธีนี้ได้ดีกว่าวิธีอื่น



2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการ aspirate ให้ใช้วิธีการฉีดยาชาทาง working channel ของ fiberoptic bronchoscope ขณะส่องดู

- ใช้ 2, 4% lidocaine โดยฉีดยาเป็น FOB ขนาดเล็กที่มี suction channel ขนาด 0.5-1 มม. ใช้ syringe ฉีดเข้าโดยตรงทาง suction channel (แต่ถ้าเป็น FOB ขนาดใหญ่ที่มี suction channel ขนาด 2-2.5 มม. ให้ฉีดเข้าทาง epidural catheter ขนาด 16-20 ที่สอดเข้าใน suction channel ให้ปลายยื่นออก 1-2 มม. เพื่อจะใช้ suction หรือให้ออกซิเจนได้พร้อมกัน)

- หลังฉีดต้องรอให้ยาชาออกฤทธิ์ชาก่อนประมาณ 30-60 วินาที จึง advance FOB ลงไปต่อ หรือ suction
- วิธีนี้ผู้ป่วยมักไม่ชอบเนื่องจากใช้เวลาส่องดูนาน, ชาไม่ดีเนื่องจากยาชาบางส่วนจะโดน suction ไปด้วย, ต้องสลับใช้กับ suction หรือให้ออกซิเจน

Endotracheal tube first?

วิธีแรก ใส่ท่อช่วยหายใจก่อน

เป็นที่ยอมรับมากกว่า ใส่ท่อช่วยหายใจลงในมูกก่อนให้ถึง nasopharynx แล้วใส่ FOB เข้าในท่อช่วยหายใจเพื่อหา trachea เนื่องจากมีข้อดี คือ

- มั่นใจว่าท่อช่วยหายใจที่เลือกขนาดไว้แล้วนั้นใส่ลงในมูกได้แน่นอน

- การใส่ FOB ที่หลังจะทำให้ lens ยังชัดคือยังไม่โดน secretion มาบัง

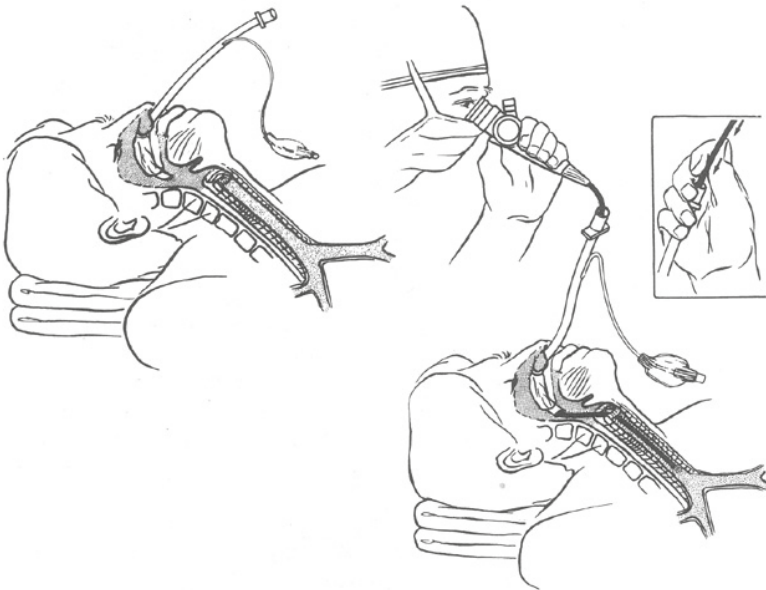
- ท่อช่วยหายใจที่ใส่ลงไปก่อนจะมีปลายอยู่ที่ nasopharynx ซึ่งมากกว่า 80% พบว่าเมื่อใส่ FOB ลงไปที่ปลายของท่อช่วยหายใจก็จะสามารถเห็น epiglottis และ vocal cord ได้ในทันที ทำให้การใส่วิธีนี้รวดเร็วและง่ายตาย

แต่ก็มีข้อเสียคือ

- อาจทำให้มี nasal bleeding ได้หากใส่รุนแรง หรือ หล่อลื่นท่อช่วยหายใจไม่ดี หรือเลือกท่อขนาดใหญ่ไป และพยายามดันเข้าไปแรง ๆ

วิธีที่สอง ใส่ FOB ก่อน

ร้อยท่อช่วยหายใจไว้ใน FOB ไว้ แต่ใส่ FOB ลงในรูจมูก ก่อนจนเข้าไปถึง trachea จึงร้อยท่อช่วยหายใจเข้าไป



Preparation

- มักนิยมทำในท่าผู้ป่วยนอนและเงยหน้าเล็กน้อย
- ให้ผู้ป่วยอ้าปากแลบลิ้นเล็กน้อย หายใจทางปากลึก ๆ เพื่อให้ uvula และ epiglottis ยกขึ้นไปทาง anterior ช่วยทำให้ upper airway เปิดโล่ง
- ท่อช่วยหายใจควรได้รับการอุ่นให้นิ่มลงและหล่อลื่นให้ดีขึ้น

Go on !

- ใส่ท่อช่วยหายใจลงไปในรูจมูกให้ลึกประมาณ 7-8 ซม.
- หล่อลื่น FOB และใส่ลงไปในท่อช่วยหายใจจนพ้นปลายของท่อช่วยหายใจ ซึ่งพบว่า 80-85% จะมองเห็น epiglottis และ vocal cords ได้ในทันที

• ค่อย ๆ advance FOB ลึกลงไปใน vocal cords และ trachea โดยจัดให้ภาพของ vocal cords และ trachea อยู่กลางจอมมองภาพเสมอ จนได้ภาพลึกถึง carina ร้อยท่อช่วยหายใจลงไปใน FOB ขณะผู้ป่วยหายใจเข้าเพื่อให้ vocal cords กางเปิด ซึ่งมักจะใส่ได้มากกว่า 80%

• ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจอีกครั้ง โดยการถอย fiberoptic bronchoscope ออกช้า ๆ จะเห็นว่าปลายของท่อช่วยหายใจยังปรากฏอยู่ใน trachea

If you cannot do it

- หากไม่เห็น epiglottis หรือ vocal cords และภาพเป็นสีแดงจะมองเห็นภาพของ vocal cords และ epiglottis แสดงว่าใส่ท่อช่วยหายใจลึกไปและปลายท่อชนกับ mucosa ให้ถอยท่อช่วยหายใจและ FOB ออกมา 2-3 ซม. แล้วจึงทำซ้ำ
- ถ้าใส่ท่อช่วยหายใจไม่เข้าอาจเนื่องจากปลายของท่อช่วยหายใจติดตรง vocal cords ให้ถอยท่อช่วยหายใจออกเล็กน้อย แล้วหมุนท่อช่วยหายใจไปประมาณ 45-90 องศา แล้วจึงร้อยท่อช่วยหายใจในขณะที่ผู้ป่วยกำลังหายใจเข้าลึกมากที่สุด และถ้ายังใส่ไม่เข้าอีกให้ถอดท่อช่วยหายใจและ FOB ออกทั้งหมด และเปลี่ยนท่อช่วยหายใจให้มีขนาดเล็กลง ร่วมกับเปลี่ยน FOB ให้ขนาดใหญ่ขึ้นใกล้เคียงกับท่อช่วยหายใจมากขึ้น

References

1. Ian R. Continuing medical education : Fiberoptic intubation. Can J Anaesth 1994;41:10:996-1008.
2. Antonio S, Narendra ST, Debra EM. Preparation of the patient for awake intubation. In Airway management. Jonathan LB Editor Mosby. St.Louis 159-184.
3. Andranik O, Melissa W. Fiberoptic endoscopy-aided techniques 282-319.
4. Stevens B, Vories PA, Walker SC. Nebulized tetracaine attenuates the hemodynamic response to tracheal intubation. Acta Anaes Scan 1996;40:757-9.
5. Tran DQ. A simple device for administration of topical anesthesia to upper airway. Anesth Anal 1992;74:4
6. Cahn AI, Zarnow MH. Awake endotracheal intubation in patient with cervicle spine disease. A comparison of the bullard laryngoscope and fiberoptic bronchoscope. Annual Meeting of ASA Atlanta GA October 1995:21-25.



การผ่าตัดเสริมคาง

การผ่าตัดเสริมคางเป็นการผ่าตัดศัลยกรรมที่ได้รับความนิยมในระดับต้น ๆ ในบริเวณใบหน้า โดยปกติทั่วไปแล้ว คนไทยและคนเอเชียจำนวนมากมักจะมีลักษณะคางที่สั้นจนผิดปกติ ทำให้ใบหน้าดูสั้นไม่สมส่วน ในบางคนคางสั้นอาจมีปัญหาเรื่องทางเดินหายใจร่วมด้วย การเสริมคางจึงได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น เพราะทำได้ไม่ยากมากนักและมีความปลอดภัย ในบางกรณีมักจะเสริมคางไปพร้อมกับการตกแต่งริมฝีปาก เพื่อปรับแต่งโครงหน้าส่วนล่างให้เข้ากัน จุดประสงค์เพื่อเสริมให้ใบหน้าได้สัดส่วนมากขึ้น ทำให้ใบหน้ายาวเรียวยาวขึ้น มีบุคลิกภาพที่ดีขึ้น

การเสริมคางสามารถทำได้ 2 ทาง ได้แก่ ทำจากภายนอกช่องปาก และทำจากด้านในช่องปาก การเสริมคางสามารถใช้กระดูกของตัวผู้เสริมทดแทนตำแหน่งที่ได้รูปมาทางด้านหน้าในตำแหน่งที่พอเหมาะ ซึ่งนอกจากจะทำให้หน้าได้รูปทรงมากขึ้นแล้ว ยังช่วยทำให้ช่องทางเดินหายใจกว้างขึ้นอีกด้วย ส่วนมากนิยมใช้วัสดุสังเคราะห์ที่ใช้เสริมคาง ได้แก่ ซิลิโคน, Gore-Tex, ไขมัน การระงับปวดในขณะผ่าตัดสามารถใช้อาหารเฉพาะที่หรือดมยาสลบ แล้วแต่ความเหมาะสม ขั้นตอนในการทำแพทย์จะทำการกรีดผิวหนังหรือเยื่อช่องปาก เพื่อเปิดทางสำหรับใส่ซิลิโคนที่ผ่านการฆ่าเชื้อ โดยจะวางซิลิโคนที่เหลาอย่างพอดีกับโครงสร้างใบหน้าเพื่อให้รับกับความสวยงาม ส่วนใหญ่แผลมักยาวประมาณ 3 เซนติเมตร

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล PubMed พบว่า การเสริมคางที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีรูปลักษณ์บริเวณใบหน้าที่ดีขึ้น ในบางกรณีการเสริมคางโดยใช้กระดูกเลื่อนมาด้านหน้ายังช่วยทำให้ช่องทางเดินหายใจกว้างขึ้น ช่วยแก้ไขภาวะหยุดหายใจขณะหลับได้

กล่าวโดยสรุป การเสริมคางช่วยให้ผู้เสริมมีรูปลักษณ์ของใบหน้าที่ดีขึ้น การผ่าตัดบางประเภทยังสามารถแก้ไขภาวะหยุดหายใจขณะหลับได้ด้วย



เทคนิคใหม่สำหรับการวินิจฉัยวัณโรค

(New Techniques in TB Diagnostics)

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญมากโรคหนึ่งโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น การโยกย้ายถิ่นฐานอย่างเสรีมากขึ้น การระบาดของโรคเอดส์ และการกระจายตัวของประชากรที่มีความแออัดในหลายพื้นที่ นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งของการมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคและการติดเชื้อวัณโรคคือยาที่มากขึ้นเรื่อย ๆ นี้ก็คือ วิธีหรือกระบวนการวินิจฉัยโรคที่มีความไวและความจำเพาะไม่มากนัก และวิธีการตรวจสอบความไวของเชื้อต่อยาที่ให้ผลได้ไม่เร็วมากพอ ทำให้เมื่อทราบว่าเกิดการติดเชื้อหรือมีการติดเชื้อเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็มีโอกาสที่จะแพร่กระจายเชื้อไปยังคนอื่น ๆ ไปได้มากแล้ว ด้วยเหตุนี้ การพยายามค้นหาให้การวินิจฉัย และการตรวจสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยาต้านวัณโรคจึงเป็นสิ่งจำเป็นมากต่อความสำเร็จในการควบคุมและกำจัดโรคนี้ให้หมดไป

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาเชื้อวัณโรค

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหามีเชื้อวัณโรคอยู่ในอวัยวะหรือสิ่งส่งตรวจหรือไม่ นับเป็นหัวใจสำคัญของการให้การวินิจฉัยวัณโรค เป็นข้อมูลสำหรับใช้เปรียบเทียบเมื่อให้การรักษาผู้ป่วยไปแล้วว่ามีการตอบสนองต่อการรักษาดีตามเป้าหมายหรือไม่ และยังสามารถนำเชื้อที่ตรวจพบไปทำการเพาะเชื้อเพื่อตรวจสอบรูปแบบความไวของเชื้อต่อยาต้านวัณโรคอีกด้วย ในทางปฏิบัติ การตรวจเพื่อหาเชื้อวัณโรคสามารถทำได้หลายวิธี แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. การหาเชื้อในสิ่งส่งตรวจด้วยการส่องกล้องจุลทรรศน์ (Microscopic examination)
2. การเพาะเชื้อวัณโรคจากสิ่งส่งตรวจ (Mycobacterial culture $\pm$ drug susceptibility testing)



3. การตรวจหาโมเลกุลซึ่งเป็นส่วนประกอบของเชื้อ (Molecular testing)

4. การตรวจหาการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อวัณโรค (Immune reactivity testing)

สำหรับการตรวจในประเภทที่ 4 นั้น ได้แก่ การทดสอบทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง (Tuberculin skin test) และตรวจวัดระดับสาร interferon-gamma ที่เพิ่มขึ้นจากเชื้อวัณโรค (Interferon-gamma release assay: IGRA) แม้ว่าจะสามารถให้คำตอบได้ว่าร่างกายได้รับเชื้อวัณโรคและเกิดปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเกิดขึ้นหรือไม่ แต่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยแยกระหว่างการติดเชื้อในร่างกายในระยะแฝงซึ่งยังไม่เกิดโรค (Latent TB infection) กับการติดเชื้อที่เกิดกำเริบขึ้นแล้ว (Reactivated TB) ได้ และยังไม่สามารถทำนายได้ว่าหากไม่ทำการรักษามีโอกาสเปลี่ยนแปลงกลายเป็นวัณโรคในระยะกำเริบในอนาคตหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชน

ที่มีอุบัติการณ์ของการได้รับเชื้อได้ง่าย (เช่น ในประเทศไทย) ดังนั้น การทดสอบนี้จึงยังไม่แนะนำให้นำมาใช้ในการวินิจฉัยวัณโรค

การตรวจหาเชื้อในสิ่งส่งตรวจด้วยการส่องกล้องจุลทรรศน์ (Microscopic examination)

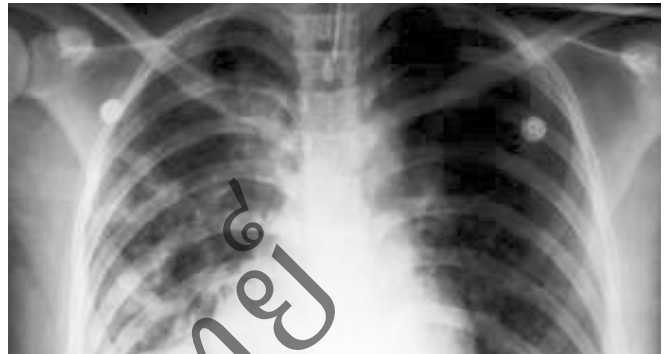
1. การตรวจหาเชื้อในสิ่งส่งตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ธรรมดา (Light microscopy)

การตรวจเสมหะหรือสิ่งส่งตรวจที่ย้อมสีแล้วซึ่งเรียกว่า AFB stain ผ่านกล้องจุลทรรศน์ (light microscopy) นั้น เป็นการตรวจวินิจฉัยวัณโรคที่ใช้กันแพร่หลายและมีมานานนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1882 เป็นต้นมา และในปัจจุบันก็ยังคงมีการใช้กันอยู่ เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย รวดเร็ว และ 'ไม่ซับซ้อน' สามารถทำได้ทั้งผู้ป่วยหรือจุดที่จัดเตรียมได้ เป็นการเฉพาะ (point-of-care) ได้ การย้อมสิ่งส่งตรวจ ZN smear นั้น เมื่อนำไปส่องตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบเชื้อวัณโรคมีลักษณะเป็นแท่งสีแดงจากย้อมติดสี Carbol fuchsin และไม่สามารถล้างออกได้ด้วยแอลกอฮอล์ที่มีฤทธิ์เป็นกรด (Acid alcohol) จึงเรียกว่าเป็น acid-fast bacilli

อย่างไรก็ตาม การตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธีนี้ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ ที่สำคัญที่สุดคือ มีความไวที่ไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับความชุกของวัณโรคในชุมชนนั้น ๆ และจำนวนเชื้อที่มีอยู่ในสิ่งส่งตรวจ ซึ่งจากข้อมูลเกี่ยวกับความไวของการตรวจพบว่า มีความไว 20-80% โอกาสที่จะตรวจพบเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ (เสมหะ) จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีปริมาณของเชื้อในสิ่งส่งตรวจมากกว่า 10,000 เซลล์ต่อมิลลิลิตรขึ้นไป ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีการติดเชื้อและเกิดโรคขึ้นแล้ว ยังมีปริมาณเชื้อไม่มากพอที่จะตรวจพบได้ เมื่อเวลาผ่านไปและมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้น และมีการดำเนินของโรคมามากขึ้นจึงจะสามารถตรวจพบได้ ซึ่งลักษณะเช่นนี้ทำให้การวินิจฉัยล่าช้า ทำให้โรครุนแรงมากขึ้น และมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยได้

2. การตรวจหาเชื้อในสิ่งส่งตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบเรืองแสง (Fluorescence microscopy)

วิธีนี้เป็น การตรวจหาเชื้อในสิ่งส่งตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์คล้ายกับวิธีการตรวจด้วยกล้องธรรมดา



แต่สิ่งส่งตรวจจะต้องผ่านการย้อมด้วยสารที่สามารถเรืองแสงได้ (โดยทั่วไปใช้สาร Auramine O ในการย้อม) จากนั้นจึงนำมาทำการตรวจส่องด้วยกล้องที่สามารถตรวจจับสารเรืองแสงได้ ลักษณะของเชื้อที่ตรวจพบจากการตรวจวิธีนี้จะพบเป็นแบคทีเรียชนิดแท่งที่เรืองแสงสีเขียวหรือสีเขียวนวลบนพื้นดำ

จากการศึกษาถึงความไวและความจำเพาะของการตรวจด้วยวิธีนี้ พบว่ามีความไว (sensitivity) มากกว่าการตรวจสิ่งส่งตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ธรรมดาประมาณร้อยละ 10 (ความไว 52-94% เมื่อตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ธรรมดา และ 63-97% เมื่อตรวจด้วยกล้อง fluorescence microscopy, 95% CI 3-18) ในขณะที่ความจำเพาะของการตรวจทั้งสองวิธีใกล้เคียงกันมาก

ข้อจำกัดที่สำคัญบางประการที่ส่งผลทำให้การตรวจนี้ไม่เป็นที่แพร่หลายแม้จะมีหลักฐานชัดเจนว่ามีความไวมากกว่า ช่วยทำให้การวินิจฉัยมีความแม่นยำมากขึ้น ก็คือราคาและค่าใช้จ่ายของกล้องหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ ทั้งนี้เนื่องจากกล้องที่ใช้ใช้นั้น ใช้แหล่งกำเนิดแสงที่ทำจากหลอดบรรจุไอปรอท (Mercury vapor) ซึ่งมีอายุการใช้งานที่ค่อนข้างสั้นคือประมาณ 200 ชั่วโมง และราคาของหลอดที่สูงทำให้มีค่าใช้จ่ายในการตรวจมาก นอกจากนี้ในการส่องตรวจยังต้องทำในห้องมืดหรือทึบแสง (dark room) ซึ่งทำให้การตรวจมีความยุ่งยากมากขึ้น

3. การส่องตรวจหาเชื้อด้วยกล้อง Light-emitting diode (LED) Fluorescence microscopy

กล้อง LED fluorescence microscopy นั้นมีหลักการทำงานแบบเดียวกันกับกล้อง conventional mercury vapor fluorescence microscopy แต่มีความแตกต่างคือ แหล่งกำเนิดแสงที่ใช้เป็นหลอดแบบ LED ซึ่งใช้พลังงานไฟฟ้าน้อยกว่า สามารถใช้พลังงานจากแบตเตอรี่ได้ อายุการใช้งานของหลอดนานกว่า (ประมาณ 10,000 ชั่วโมง) และเมื่อใช้กล้องนี้ในการตรวจหาเชื้อ ไม่จำเป็นต้องอยู่ในห้องมืดหรือทึบแสง ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายโดยรวม

จากการศึกษาของ Alfred N และคณะ เกี่ยวกับการใช้ LED fluorescence microscopy เพื่อการตรวจวินิจฉัยเชื้อวัณโรคนั้น พบว่าการตรวจด้วยวิธี LED fluorescence นั้นมีความไวมากกว่าโดยสามารถตรวจพบเชื้อได้ 43% ของตัวอย่างที่ตรวจจำนวน 150 ตัวอย่าง มากกว่าการตรวจแบบ light microscopy ซึ่งพบเชื้อ 29% จากสิ่งส่งตรวจเดียวกัน และเมื่อเทียบกับการตรวจด้วย conventional mercury vapor fluorescence microscopy พบว่ามีความไวมากกว่า 5% และความจำเพาะมากกว่า 1% ด้วยเหตุผลที่การตรวจวิธีนี้มีความคุ้มค่าและมีความไวในการตรวจมากกว่า องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ใช้การตรวจวิธีนี้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคทุกราย

การตรวจเพาะเชื้อวัณโรคจากสิ่งส่งตรวจ (Mycobacterial culture $\pm$ drug susceptibility testing)

การเพาะเชื้อวัณโรคจากสิ่งส่งตรวจเป็นการตรวจที่มีความไวและความจำเพาะค่อนข้างสูง (80-93% และ 98% ตามลำดับ) เนื่องจากการเพาะเชื้อจะได้ผลและตรวจพบได้ง่าย แม้ในสิ่งส่งตรวจนั้นจะมีปริมาณเชื้ออยู่เพียง 10-100 เซลล์เท่านั้น โดยทั่วไปการเพาะเชื้อวัณโรคสามารถทำได้ทั้งในอาหารเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture media) แบบที่เป็น solid (เช่น Middlebrook 7H10 และ 7H11) และ liquid media (เช่น Middlebrook 7H12) แต่โดยทั่วไปการเพาะเชื้อบนอาหารเพาะเลี้ยงเชื้อชนิดที่เป็น solid จะเพาะเชื้อได้ช้ากว่าแบบที่เป็น liquid media ดังนั้น โดยทั่วไปหากต้องการผลตรวจที่รวดเร็วและทราบผลความไวของเชื้อต่อยาต้านวัณโรคได้ ควรเลือกใช้วิธีการเพาะเชื้อลงในอาหารเพาะเชื้อแบบที่เป็น liquid media

สำหรับการเพาะเลี้ยงเชื้อในอาหารเพาะเลี้ยงเชื้อในหลอด (Broth media) นั้น เมื่อนำเชื้อมาทำการเพาะเลี้ยงในระบบที่สามารถตรวจจับการเจริญเติบโตหรือเพิ่มจำนวนของเชื้อได้ เช่น BACTEC 460TB และ BACTEC MB9000 ซึ่งใช้วิธีการตรวจจับ ^{14}C ในหลอดเพาะเชื้อ หรือ Mycobacterial Growth Indicator Tube และ Septi-Check TB system ซึ่งใช้วิธีการตรวจจับความร้อนที่เกิดขึ้นในหลอดเพาะเชื้อ จะทำให้สามารถตรวจหาเชื้อและรายงานผลได้ภายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งทำให้การวินิจฉัยวัณโรคทำได้รวดเร็วมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การตรวจในลักษณะที่เป็น liquid media นี้มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าในแบบเพาะเชื้อบนจานเพาะเชื้อ ดังนั้น ในทางปฏิบัติอาจไม่ได้แพร่หลายมากนัก

การตรวจหาโมเลกุลซึ่งเป็นส่วนประกอบของเชื้อ (Molecular testing)

เนื่องจากการตรวจย้อมและส่องกล้องจุลทรรศน์เพื่อหาเชื้อมัน แม้จะทำได้รวดเร็วและมีความจำเพาะดี แต่ก็มีความไวต่ำ ส่วนการตรวจเพาะเชื้อวัณโรคซึ่งมีความไวและความจำเพาะที่สูง แต่มักต้องใช้เวลาในการเพาะเลี้ยงและรายงานผลอย่างน้อย 2-8 สัปดาห์ จึงมีการคิดค้นการตรวจด้วยวิธี Nucleic acid amplification (NAA) assays ซึ่งนำเอาส่วนประกอบของ nucleic acid ของเชื้อ *M. tuberculosis* มาทำการเพิ่มขยายจำนวนเพื่อให้ตรวจพบได้ง่ายขึ้น การตรวจนี้มีความไวและความจำเพาะร้อยละ 80 และ 98-99% ตามลำดับ

การตรวจเพื่อหาเชื้อด้วยวิธีการดังกล่าวข้างต้นนี้สามารถทำให้ตรวจพบเชื้อได้ง่ายขึ้น แต่ไม่สามารถตรวจทดสอบความไวของเชื้อต่อยาได้ ดังนั้น จึงมีการนำเอาวิธีการตรวจหาเชื้อที่สามารถตรวจหาเชื้อและตรวจความไวของเชื้อต่อยาในกลุ่ม first line drug ได้ด้วย โดยเฉพาะในกรณีที่มีการระบาดของเชื้อวัณโรคดื้อยาแบบ MDR-TB มากหรือเมื่อสงสัยว่ามีการดื้อยา สำหรับในประเทศไทยมีสถาบันหลายแห่งที่สามารถติดต่อขอส่งสิ่งส่งตรวจไปได้ วิธีการตรวจดังกล่าวนี้ได้แก่ Gene Xpert MTB/RIF assay และ Line probe assay (LPA)

1. การตรวจ Gene Xpert MTB/RIF assay

การตรวจวิธีนี้เป็นวิธีการตรวจที่อาศัยหลักการเดียวกัน

กับการตรวจ NAA assay ซึ่งเป็นวิธีการขยายจำนวนของ nucleic acid ด้วยวิธี real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) กล่าวคือ มีขั้นตอนต่าง ๆ คือ การสลายตัวเชื้อแบคทีเรีย และแยกส่วนที่เป็น nucleic acid ออกมา ทำการขยายเพิ่มจำนวนให้มากขึ้นเพื่อให้ตรวจสอบได้ง่าย แต่ความแตกต่างของการตรวจวิธีนี้ก็คือ เมื่อทำการเพิ่มจำนวนของ nucleic acid ก็จะมีส่วนของ gene ในเชื้อเรียกว่า *rpoB* gene ซึ่งเป็น gene ที่เกิดขึ้นจากการมีการกลายพันธุ์ทำให้เชื้อมีความสามารถในการดื้อต่อยา rifampicin ได้เพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้น หากทำการตรวจหา gene ชนิดนี้ควบคู่ไปกับการตรวจ RT-PCR ปกติ ก็จะทำให้ได้ทั้งการวินิจฉัยวัณโรค และยังสามารถบอกถึงการดื้อต่อยา rifampicin ของเชื้อได้ด้วย

จากการศึกษาถึงความไวและความจำเพาะในแง่ของการตรวจหาเชื้อวัณโรคพบว่า การทดสอบนี้มีความไวมากถึง 98.2% ในรายที่ตรวจเสมหะแล้วพบเชื้อ (smear positive) และยังมี ความไว 72.5% ในรายที่ตรวจเสมหะแล้วไม่พบเชื้อ (smear negative) ส่วนในแง่ของการค้นหาภาวะดื้อต่อยา rifampicin นั้น การทดสอบนี้สามารถตรวจพบได้อย่างถูกต้อง 200 ใน 205 ราย (คิดเป็น 97.6%) ที่ผลการเพาะเชื้อแบบมาตรฐานพบว่าดื้อต่อยาจริง นอกจากนี้ยังพบว่าแม้ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัส HIV ร่วมกับการเป็นวัณโรค (HIV-TB coinfection) ซึ่งการตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรคมักจะมีความไวต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเชื้อไวรัส (sensitivity 20%-50%) การนำเอาวิธีการตรวจ Xpert MTB/RIF ยังช่วยทำให้มีความไวเพิ่มมากขึ้น และคาดคะเนการดื้อต่อยา rifampicin ได้อย่างแม่นยำอีกด้วย

ข้อดีของการตรวจวิธีนี้ นอกเหนือไปจากการเพิ่มความไวและการตรวจหาการดื้อต่อยา rifampicin ได้แล้ว ยังมีข้อดีคือ กระบวนการตรวจเกือบทุกขั้นตอนนั้นทำในเครื่องมือซึ่งเป็นระบบอัตโนมัติ ผู้ทำการจัดเตรียมเพียงแค่ผสมสิ่งส่งตรวจหรือเสมหะเข้ากับน้ำยา bactericidal buffer แล้วบรรจุลงในตลับเพื่อนำเข้าเครื่องตรวจเท่านั้น ซึ่งทำให้การตรวจทำได้รวดเร็ว และมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสหรือได้รับเชื้อของผู้ปฏิบัติงานจากสิ่งส่งตรวจลดลง อย่างไรก็ตาม การตรวจนี้ก็มีข้อเสียอยู่บ้างนั่นคือ เครื่องตรวจและน้ำยาที่ใช้กับเครื่องตรวจมีราคาสูง ต้องมีการบำรุงรักษาที่มากพอสมควร และในปัจจุบันยังสามารถตรวจหาการดื้อยาได้เพียงชนิดเดียวคือ rifampicin

2. การตรวจด้วยวิธี Line probe assay (LPA)

การตรวจ LPA อาศัยหลักการ polymerase chain reaction/hybridization เพื่อตรวจจับชิ้นส่วนของเชื้อวัณโรคในสิ่งส่งตรวจในเวลาเดียวกันก็จะจับกับส่วนของ nucleotide ในยีนที่สัมพันธ์กับการดื้อยา (single nucleotide polymorphisms: SNPs) ได้ด้วย

การตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Line probe assay นี้ได้รับการรับรองจาก WHO ในปี ค.ศ. 2008 ว่าสามารถนำมาใช้ในการตรวจหาภาวะดื้อต่อยาต้านวัณโรคในกรณีตรวจพบเชื้อแล้ว และสงสัยว่าจะเป็นชนิด MDR-TB ได้ผลดี การตรวจทดสอบ LPA ในปัจจุบันมีอยู่ 2 แบบคือ INNO-LiPA Rif.TB test และ GenoType MTBDR_{plus} test (ซึ่งชนิดหลังนี้เรามักรู้จักหรือเรียกกันในเรื่องว่า Hain test)

จากการศึกษาแบบ meta-analysis พบว่าการตรวจหาลักษณะการดื้อยาของเชื้อวัณโรคต่อยาในกลุ่ม first-line drugs ด้วยวิธีนี้ในสิ่งส่งตรวจที่พบเชื้อแล้ว (smear positive) มีความไวและความจำเพาะสูงมาก โดยถ้าเลือกตรวจหาการดื้อต่อยา rifampin มีความไวและความจำเพาะ $\geq 97\%$ และ $\geq 99\%$ ตามลำดับ และถ้าเลือกตรวจหาทั้งการดื้อต่อยา rifampin และ isoniazid มีความไวและความจำเพาะ $\geq 90\%$ และ $\geq 99\%$ ตามลำดับ

นอกจากการตรวจหาลักษณะการดื้อต่อยาในกลุ่ม first-line drugs แล้ว ในปี ค.ศ. 2009 ที่ผ่านมามีบริษัทผู้ผลิต Hain Lifescience ก็ได้ออกแบบการตรวจหาชนิดที่สัมพันธ์กับการดื้อยาในกลุ่ม second-line drug ด้วย (เรียกว่า MTBDR_s/ โดย si หมายถึง second-line) ซึ่งทำให้สามารถตรวจหาการดื้อต่อยาในกลุ่ม fluoroquinolones, ethambutol, aminoglycosides และ cyclic peptides ได้ด้วย และเมื่อรวมการตรวจด้วย MTBDR_{plus} เข้ากับ MTBDR_s ก็จะทำให้สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อชนิด XDR-TB ได้

ข้อดีของการตรวจวิธีนี้คือ สามารถตรวจพบภาวะเชื้อดื้อยาได้อย่างรวดเร็ว (ใช้เวลาในการตรวจโดยประมาณเพียง 5 ชั่วโมง) เทียบกับการตรวจหาลักษณะการดื้อยาในแบบเดิมซึ่งต้องเพาะเชื้อก่อนแล้วจะตรวจความไวของ เชื้อต่อยาแต่ละชนิด ซึ่งกินเวลา 6-8 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการตรวจวิธีนี้คือ สามารถทำการตรวจได้เฉพาะในสิ่งส่งตรวจที่พบเชื้ออยู่แล้วเท่านั้น นอกจากนี้อุปกรณ์ในการตรวจยังมี

ราคาค่อนข้างสูง มีขั้นตอนในการตรวจที่ซับซ้อนและต้องอาศัยความชำนาญของผู้ทำการตรวจมากพอสมควร

การตรวจหาการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อวัณโรค (Immune reactivity testing)

ดังกล่าวแล้วข้างต้นว่าการตรวจหาการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อวัณโรคซึ่งได้แก่ การทดสอบทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง (Tuberculin skin test) และตรวจวัดระดับสาร interferon-gamma ที่เพิ่มขึ้นจากเชื้อวัณโรค (Interferon-gamma release assay: IGRA) ไม่สามารถให้การวินิจฉัยแยกแยะระหว่างการติดเชื้อในร่ายกายในระยะแฝง ซึ่งยังไม่เกิดโรค (Latent TB infection) กับการติดเชื้อที่เกิดกำเริบขึ้นแล้ว (Reactivated TB) ได้ แต่สำหรับในบางประเทศที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดวัณโรคค่อนข้างน้อย และมีการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวด มักจะใช้การตรวจนี้เพื่อค้นหาผู้ป่วยทั้งที่เป็น Latent TB infection และ TB reactivation และพิจารณาให้การรักษาทั้งหมด ดังนั้น ในผู้ป่วยบางรายที่ต้องเดินทางไปต่างประเทศ อาจต้องเข้ารับการตรวจทดสอบประเภทนี้ด้วย จึงขอนำมากล่าวไว้ ณ ที่นี้

1. การทดสอบทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง (Tuberculin skin test: TST)

การทดสอบทางผิวหนังชนิดนี้ เดิมเรียกว่า Mantoux tuberculin skin test เป็นการตรวจหาการตอบสนองที่ได้รับเชื้อ *M. tuberculosis* ในบุคคล โดยมีวิธีการตรวจคือ นำเอาสาร tuberculin purified protein derivative (PPD) ขนาด 0.1 มล. บรรจุในหลอดฉีดยามาฉีดเข้าในชั้นผิวหนัง (intradermal) ที่บริเวณท้องแขนด้านใน (inner forearm) โดยในขณะฉีดต้องหันทันเปิดของปลายเข็มขึ้นด้านบน เพื่อให้สาร PPD สะสมอยู่ในชั้นผิวหนังนูนขึ้นให้เห็นได้อย่างน้อย 6-10 มม. หลังจากทำการฉีดสาร PPD แล้ว ต้องทำการอ่านผลการทดสอบภายใน 48-72 ชั่วโมง เพื่อให้ผลการอ่านและแปลผลเชื่อถือได้

สำหรับการวัดเพื่ออ่านผลการทดสอบนั้นจะต้องทำการวัดบริเวณผิวหนังส่วนที่นูนขึ้น หน่วยเป็น มม. (ไม่รวมบริเวณที่เป็นรอยแดง และแนวที่ทำการวัดจะต้องตั้งฉากกับแนวตามยาวของแขน)

การแปลผลการทดสอบขึ้นอยู่กับประเภทของผู้ที่ได้รับการทดสอบ ได้แก่

1. ขนาดของรอยนูนที่วัดได้มากกว่า 5 มม. ถือว่า ผลเป็นบวกในกลุ่มผู้ป่วยดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี
- บุคคลที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค
- บุคคลที่มีรอยโรคจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกเข้าได้กับการติดเชื้อวัณโรค
- ผู้ป่วยที่มีประวัติเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ
- ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันถูกกดจากสาเหตุต่าง ๆ (เช่น ได้รับยา prednisolone อย่างน้อย 15 มก.ต่อวัน ติดต่อกันนานอย่างน้อย 1 เดือน หรือได้รับยา TNF- α antagonists เป็นต้น)

2. ขนาดของรอยนูนที่วัดได้มากกว่า 10 มม. ถือว่า ผลเป็นบวกในกลุ่มผู้ป่วยดังต่อไปนี้

- บุคคลที่มีประวัติเพิ่งย้ายถิ่นฐานจากประเทศที่มีอุบัติการณ์ของวัณโรคสูง
- บุคคลที่มีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด
- บุคคลที่อาศัยหรือทำงานในแหล่งชุมชนที่แออัด
- บุคลากรที่ทำงานในห้องปฏิบัติการเชื้อวัณโรค
- บุคลากรสาธารณสุขที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อวัณโรค
- เด็กที่มีอายุน้อยกว่า 4 ปี
- เด็ก เด็กเล็ก หรือวัยรุ่นที่สัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลที่มีความเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น

3. ขนาดของรอยนูนที่วัดได้มากกว่า 15 มม. ถือว่า ผลเป็นบวกในทุกวัยแม้จะไม่มียาประวัติการสัมผัสหรือความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อวัณโรค

ผลบวกปลอม (False-positive reactions) อาจพบได้ในบางราย ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น มีการติดเชื้อในกลุ่ม Mycobacteria ที่มีไม่ใช่เชื้อวัณโรค (Non-tuberculous mycobacteria) ผู้ที่เคยได้รับวัคซีน BCG การทดสอบและการอ่านผลไม่ถูกต้อง เป็นต้น ส่วนผลลบปลอม (False-negative reactions) ก็อาจพบได้เช่นกัน เช่น ในรายที่มีภูมิคุ้มกันต่ำมาก ๆ จนไม่เกิดปฏิกิริยาต่อต้าน ผู้ที่เพิ่งได้รับเชื้อวัณโรคมาไม่นาน (น้อยกว่า 8-10 สัปดาห์) หรือได้รับเชื้อมานานหลายปีผ่านไปแล้ว ผู้ป่วยที่มีประวัติเพิ่งได้รับวัคซีนประเภท live-virus vaccine เป็นต้น

2. การตรวจวัดระดับสาร interferon-gamma ที่เพิ่มขึ้นจากเชื้อวัณโรค (Interferon-gamma release assay: IGRA)

การตรวจ IGRAs เป็นการตรวจเลือดเพื่อช่วยในการวินิจฉัยการติดเชื้อหรือได้รับเชื้อวัณโรค แต่ไม่สามารถแยกแยะระหว่างการติดเชื้อชนิด Latent TB infection จาก TB reactivation ได้ หลักการของการตรวจ IGRA ก็คือ เมื่อบุคคลได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายจะมีปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อขึ้น โดยเม็ดเลือดขาวในกลุ่ม mononuclear cells จะสร้างสาร interferon-gamma (IFN- γ) ขึ้นตามธรรมชาติ ดังนั้น หากนำเลือดของผู้ที่สงสัยว่าจะได้รับเชื้อวัณโรคมาเติมสาร antigen ที่เป็นส่วนของเชื้อวัณโรคเข้าไปก็จะมีการสร้างและปล่อยสาร IFN- γ เพิ่มขึ้นในเลือดและสามารถตรวจวัดได้

ข้อดีของการตรวจ IGRAs คือ ประหยัดเวลา สามารถทำการตรวจให้ผลได้ในครั้งเดียว ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ามาพบแพทย์หลายครั้ง หากทำการตรวจซ้ำไม่ทำให้ผลการตรวจเปลี่ยนแปลงจากเดิม (ต่างจาก TST ซึ่งหากทดสอบซ้ำอาจวัดได้มากขึ้น) และประวัติการฉีดวัคซีน BCG ไม่ทำให้เกิด

ผลบวกปลอม อย่างไรก็ตาม การทดสอบนี้ก็มีข้อจำกัดก็คือ ต้องทำการตรวจภายใน 8-30 ชั่วโมงภายหลังจากที่เก็บเลือดตรวจ หากช้ากว่านี้เม็ดเลือดขาวในเลือดอาจตายไปบางส่วน ทำให้ผลการทดสอบคลาดเคลื่อน

บทสรุป

ในปัจจุบันการติดเชื้อและการเกิดโรคจากเชื้อวัณโรค นับเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะเมื่อมีการเพิ่มจำนวนของการติดเชื้อวัณโรคชนิดที่มีการดื้อยาหลายขนาด หรือดื้อยาอย่างกว้างขวางเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ การให้การวินิจฉัยที่แม่นยำ รวดเร็ว และทราบรูปแบบของการดื้อยาตั้งแต่แรกย่อมส่งผลดีต่อการวินิจฉัยและการพิจารณาให้การรักษา เพื่อให้ผลการรักษาออกมาดี และสามารถลดโอกาสที่จะเกิดการกระจายเชื้อจากผู้ป่วยวัณโรคไปยังบุคคลอื่นได้ การตรวจในแต่ละวิธีนั้นต่างมีข้อดีและข้อจำกัดในแต่ละวิธี ดังนั้น การเลือกใช้วิธีการตรวจที่เหมาะสมจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ กลุ่มผู้ป่วย และความคุ้มค่าเพื่อให้เกิดผลดีกับการรักษาที่สุด

REFERENCES

1. นัตดา ศรียาภัย, วิศิษฐ์ อุดมพานิช, สมาลี เกียรติบุญศรี และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2556 (ฉบับร่าง). สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย และสมาคมปราบวัณโรคในพระบรมราชูปถัมภ์.
2. Stop-TB Partnership. The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. Steingart KR, Ng V, Henry M, et al. Fluorescence versus conventional sputum smear microscopy for tuberculosis: a systematic review. Lancet Infect Dis. 2006.
4. Alfred N, Lovette L, Aliyu G, et al. Optimising *Mycobacterium tuberculosis* detection in resource limited settings. BMJ Open 2014;4:e004093.
5. WHO/TDR Tuberculosis Diagnostic Economic Working Group. Diagnostics for tuberculosis. Global demand and market potential. World Health Organization; 2006.
6. O'Grady J, Maeurer M, Mwaba P, et al. New and improved diagnostics for detection of drug resistant pulmonary tuberculosis. Current Opinion in Pulmonary Medicine 2011;17:134-141.
7. Schluger NW. The diagnosis of tuberculosis. In Davies P, Barnes PF, Gordon SB (eds). Clinical Tuberculosis. London. Hodder Arnold. 2008.
8. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children, 1999. Am J Respir Crit Care Med 2000;4:1086-7.
9. Steingart KR, Schiller I, Horne DJ, Pai M, Boehme CC, Dendukuri N. Xpert® MTB/RIF assay for pulmonary tuberculosis and rifampicin resistance in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD009593. DOI: 10.1002/14651858.CD009593.pub3.
10. Boehme CC, Nabeta P, Hillermann D, et al. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. N Engl J Med 2010;363:1005-1015.
11. Theron G, Peter J, van Zyl-smith R, et al. Evaluation of Xpert MTB/RIF assay for the diagnosis of pulmonary tuberculosis in a high HIV prevalence setting. Am J Respir Crit Care Med 2011;184:132-140.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Updated Guidelines for Using Interferon Gamma Release Assays to Detect *Mycobacterium tuberculosis* Infection, United States. (PDF) MMWR 2010; 59 (No.RR-5).
13. Regatieri A, Abdelwahed Y, Perez MT, Bush LM. Testing for Tuberculosis: The roles of tuberculin skin tests and interferon-gamma release assays. Lab Med. 2011;42(1):11-16.



สร้างความสุข...สร้างความหวัง...สร้างโอกาส

หนึ่งพันธกิจหลักของมูลนิธิรามาริบัติฯ

เพราะเราเชื่อว่า **“ชีวิตใหม่...ให้ได้ไม่สิ้นสุด”**



เพราะสุขภาพที่ดีและยั่งยืน คือหนึ่งพันธกิจหลักของมูลนิธิรามาริบัติฯ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้ให้เข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานสูงสุดระดับประเทศ อย่างกรณีของน้องพันธ์ เด็กน้อยอายุ 11 ปี ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูกขาซ้ายที่ได้รับการผ่าตัดแบบใหม่โดยไม่ต้องตัดขาซ้ายทิ้ง ซึ่งใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 14 ชั่วโมง ภายใต้การดูแลของ ผศ.นพ.อดิศักดิ์ นารถนระรุ่ง หัวหน้าหน่วยเนื้องอกกระดูกภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

ผศ.นพ.อดิศักดิ์ นารถนระรุ่ง หัวหน้าหน่วยเนื้องอกกระดูกภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ กล่าวว่า 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจักรยานล้มทับเข่าซ้าย จากนั้นสังเกตเห็นว่าเข่าซ้ายบวมมากขึ้น และปวดมากโดยเฉพาะเวลากลางคืน จนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง แต่อาการโดยรวมยังไม่มีทีท่าว่าจะดีขึ้น ผลเอกซเรย์พบความผิดปกติที่กระดูก แพทย์สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งกระดูก ซึ่งหากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการรักษาอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต และโรงพยาบาลรัฐแห่งนั้นไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งกระดูก ผู้ป่วยจึงถูกส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อตรวจอาการอย่างละเอียดอีกครั้ง



ผศ.นพ.อดิศักดิ์ นารถนระรุ่ง

ภายหลังจากที่แพทย์ได้ตรวจดูอาการของโรคอย่างละเอียดแล้ว จึงทำให้ทราบว่าผู้ป่วยกำลังป่วยเป็น “โรคมะเร็งกระดูกขาซ้าย” ทีมแพทย์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าผู้ป่วยรายนี้สามารถผ่าตัดเก็บขาได้ ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งชนิดนี้จะต้องผ่าตัดเอาส่วนที่เซลล์มะเร็งลุกลามออกไป



ด.ญ.นันทน์ภัส กับทิมศรี (น้องพันธ์)



คุณยาวงเดือน กับทิมศรี

ทั้งหมดเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยเอาไว้ นับว่าเป็นโชคดีที่ผู้ป่วยได้มาพบกับทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่สามารถรักษาโรคนี้ได้โดยใช้เทคโนโลยีการผ่าตัดแบบใหม่ทำให้ไม่ต้องตัดขาซ้ายทิ้ง โดยทีมแพทย์ได้ทำการผ่าตัดเอากระดูกเดิมที่เป็นมะเร็งกระดูกที่บริเวณขาซ้ายออกทั้งหมดและทดแทนด้วยข้อเทียมชนิดพิเศษ (endoprosthesis) โดยใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดทั้งสิ้น 14 ชั่วโมง และยังคงมีการให้ยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด

ด.ญ.นันทน์ภัส กับทิมศรี (น้องพันธ์) ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูกขาซ้ายที่ได้รับการผ่าตัดแบบใหม่โดยไม่ต้องตัดขาซ้ายทิ้ง กล่าวว่า “ขอบคุณทีมอาจารย์ทุกท่าน โดยเฉพาะคุณหมออดิศักดิ์ นารณธนะรุ่ง อาจารย์หมอใช้การรักษาด้วยวิธีและเทคโนโลยีใหม่นี้แทนการตัดขาซ้ายหนูทิ้ง และต้องขอบคุณมูลนิธิรามาริบัติฯ และงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลรามาริบัติ ค่าข้อเทียมชนิดพิเศษที่มีราคาสูงเกือบ 4 แสนบาท รวมไปถึงทีมแพทย์ที่เข้ามาดูแลรักษาสุขภาพอนามัยที่อยู่อาศัยและช่วยสนับสนุนในการซ่อมแซมบ้าน เพื่อให้หนูและครอบครัวมีสุขภาพกาย สุขภาพใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อยากขอบคุณทุกท่านที่ทำให้หนูและครอบครัวมีความสุข ถือเป็นโอกาสสร้างโอกาสในชีวิตครั้งใหม่ให้กับหนูอีกด้วย”

ด้าน **คุณยาวงเดือน กับทิมศรี ครอบครัวของน้องพันธ์** กล่าวว่า “วันนี้นั่งต้องอยู่ในสภาพที่หดหู่ใจเมื่อเห็นน้องพันธ์เจ็บปวดกับโรคมะเร็งกระดูกขาซ้ายครั้งนี้ ถ้าหากไม่ได้รับโอกาสจากมูลนิธิรามาริบัติฯ และทีมแพทย์ที่ทำการรักษาน้องพันธ์ เพราะเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ทางครอบครัวไม่มีเงินที่จะรักษาชีวิตน้องพันธ์ได้อย่างแน่นอน ต้องขอบคุณมูลนิธิ

รามาริบัติฯ ที่เล็งเห็นความสำคัญของทุกชีวิต และมอบโอกาสให้น้องพันธ์ได้มีชีวิตอยู่กับครอบครัว และจะส่งสอนน้องพันธ์ให้มุ่งทำประโยชน์ให้แก่สังคมต่อไป ขอขอบคุณทุกท่านจริง ๆ”

ผู้สนใจร่วมบริจาคสามารถโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี “มูลนิธิรามาริบัติ” (โครงการเพื่อผู้ป่วยยากไร้) ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ เลขที่ 026-4-26671-5 และธนาคารกรุงเทพ สาขารามาริบัติ (อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์) เลขที่ 090-7-00123-4 หรือติดต่อมูลนิธิรามาริบัติฯ 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2201-1111 หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมทางเว็บไซต์ www.ramafoundation.or.th และติดตามข่าวสารและช่องทางการทำบุญได้ที่ IG: @ramafoundation, Facebook: มูลนิธิรามาริบัติฯ และ Twitter: @ramafoundation1





ผศ.นพ.ก่องพงศ์ รุกขพันธ์

ที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดของโรคติดต่อสายพันธุ์ใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ทั้งโรคติดต่อชนิดใหม่ที่เพิ่งระบาดในมนุษย์ หรือโรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ แม้กระทั่งเกิดจากเชื้อโรคที่กลายพันธุ์ สำหรับประเทศไทยพบโรคติดต่ออยู่เป็นระยะ ๆ อาทิ โรคซาร์ส โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 และล่าสุดโรคเมอร์ส ซึ่งทางโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ได้ตรวจพบผู้ป่วยรายแรก และดำเนินการระงับการแพร่กระจายของโรคได้สำเร็จดังที่ได้ทราบกันไปแล้ว

ทางโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ตระหนักดีว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรคือสิ่งที่สำคัญที่สุด จึงจัดเตรียมยุทธศาสตร์ทุกมิติเพื่อเตรียมพร้อมรับมือป้องกัน และแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดโรคติดต่อสายพันธุ์ใหม่ขึ้นในประเทศไทยอย่างทันท่วงที

“โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์มีแผนกที่พร้อมที่จะรับมือหากมีโรคติดต่อชนิดใหม่เข้ามา นั่นคือ “แผนกวิจัยและควบคุมโรคติดต่อ” อย่างกรณีโรคเมอร์สที่เราได้มีการเตรียมความพร้อมรับมือไว้ล่วงหน้าตั้งแต่พบโรคดังกล่าวครั้งแรกในประเทศแถบตะวันออกกลางเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2555 และมีการจัดประชุมคณะแพทย์อย่างสม่ำเสมอ พร้อมเตรียมห้องปฏิบัติการกรณีตรวจพบผู้ป่วยในไทย จนผ่านมานานถึง 3 ปี ได้พบผู้ป่วยเมอร์สรายแรกในประเทศไทย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสิ่งที่เราคิดและดำเนินการมาตั้งแต่ต้นนั้นเป็นแนวทางที่ถูกต้อง เป็นอีกหนึ่งกำลังสำคัญที่สามารถช่วยให้ประเทศไทยป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของนานาชาติ” ผศ.นพ.ก่องพงศ์ กล่าว

ถอดบทเรียน “ร.พ.บำรุงราษฎร์” รับมือโรคติดต่อสายพันธุ์ใหม่

ผู้บริหารโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เปิดบ้านให้คณะสื่อมวลชนเยี่ยมชมมาตรการกักกันและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดต่อสายพันธุ์ใหม่แบบครบวงจร ทูมเทคศึกษาวิจัยโรคเกิดใหม่อย่างต่อเนื่อง พร้อมคาดการณ์และเฝ้าระวังล่วงหน้า เพื่อมุ่งสู่มาตรฐานด้านความปลอดภัยสูงสุด

ผศ.นพ.ก่องพงศ์ รุกขพันธ์ ผู้อำนวยการด้านปฏิบัติการและผู้อำนวยการด้านคุณภาพโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เปิดเผยว่า ในช่วงทศวรรษ



จุดตรวจคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยง



แผนกเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ

ผศ.นพ.ก่องพงศ์ กล่าวอีกว่า ช่วงที่พบผู้ป่วยโรคเมอร์สรายแรกในไทย สิ่งที่เป็นหัวใจหลักในการจัดการปัญหาในเวลานั้นคือ ต้องมองถึงระบบบริหารจัดการบุคลากรและการจัดการองค์ความรู้ แบ่งเป็น 5 ส่วนหลัก ได้แก่ 1. ความเป็นมืออาชีพ



ป้ายประชาสัมพันธ์แสดงอาการที่อาจเป็นโรคติดต่อสายพันธุ์ใหม่



แผนกรับผู้ป่วยใน



แผนกฉุกเฉิน (ER)



แผนกผู้ป่วยหนัก (ICU)

และความเข้าใจในหน้าที่ความรับผิดชอบ 2. ความมุ่งมั่นที่จะสร้างมาตรฐานสูงสุด 3. การเตรียมความพร้อมรับมือและฝึกฝนอยู่เสมอ 4. จิตวิญญาณแห่งวิชาชีพและเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกัน 5. การปรับตัวและเรียนรู้ตลอดเวลา ซึ่งจาก 5 ปัจจัยข้างต้นทำให้สถานการณ์คลี่คลายลงอย่างรวดเร็ว

“ทันทีที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญพบว่าผู้ป่วยต้องสงสัยป่วยเป็นโรคเมอร์ส เรายืนยันที่จะขอกักตัวผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังและสังเกตอาการที่โรงพยาบาล จากนั้นทีมทุกฝ่ายได้ระดมกำลังเพื่อกักกันการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว ถึงแม้ว่าการตัดสินใจครั้งนั้นจะส่งผลให้มีผู้เข้ามาใช้บริการโรงพยาบาลลดลงในระยะหนึ่ง แต่ความภาคภูมิใจของเราคือ ทำให้โรคเมอร์สไม่แพร่ระบาดในประเทศไทยและคืนความเชื่อมั่นที่มีต่อโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์กลับมาในระยะเวลาอันสั้น และถือเป็นตัวอย่างของบุคลากรที่เป็นมืออาชีพ ทำงานร่วมกันเป็นทีม และมีความรับผิดชอบต่อสังคม”

ผศ.นพ.ก้องพงศ์ กล่าว

พร้อมกันนี้โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ได้เปิดโอกาสให้สื่อมวลชนได้เยี่ยมชมส่วนงานต่าง ๆ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการยับยั้งการแพร่กระจายของโรค อาทิ “แผนกฉุกเฉิน” (ER) ที่มีการเตรียมความพร้อมรับมือผู้ป่วยติดเชื้อ รวมถึงการจัดเตรียมชุดและอุปกรณ์ที่สวมใส่เพื่อป้องกันเชื้อโรคในขณะปฏิบัติการ ซึ่งทางโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ได้คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึงเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในแผนกดังกล่าวเป็นสำคัญ “แผนกเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ” ที่แสดงถึงขั้นตอนการฆ่าเชื้อ และทำความสะอาดเครื่องมือด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย พร้อมเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างละเอียดทุกขั้นตอนเพื่อมาตรฐานด้านความปลอดภัยสูงสุด “แผนกผู้ป่วยหนัก” (ICU) นำเสนอมาตรฐานห้องผู้ป่วยที่มีการควบคุมอุณหภูมิและระบบการระบายอากาศที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่นภายในโรงพยาบาล “แผนกรับผู้ป่วยใน” ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้ผ่านการฝึกอบรมในการถ่ายทอดความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อ รวมถึงความกังวลแก่ญาติเป็นด้านแรก นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้ง “หน่วยลาดตระเวน” ซึ่งเป็นหน่วยเฉพาะที่ทำหน้าที่สอดส่องดูแลผู้มาใช้บริการโรงพยาบาล หากพบเห็นผู้ใดที่มีอาการเข้าข่ายต้องเฝ้าระวังจะมอบหน้ากากอนามัยให้สวมใส่เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรคสู่ผู้อื่น และรายงานให้เจ้าหน้าที่ทันทีถ้ามีอาการที่รุนแรง

ยิ่งกว่านั้นทางโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ยังได้มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์แสดงถึงอาการต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าอาจจะเป็นโรคติดต่อสายพันธุ์ใหม่ และแสดงรูปประเทศต่าง ๆ ที่มีโรคระบาดอยู่ในหลาย ๆ จุดสำคัญทั่วโรงพยาบาลอีกด้วย

ทั้งนี้แผนกวิจัยและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อยังคงทุ่มเทศึกษาเกี่ยวกับโรคสายพันธุ์ใหม่อย่างต่อเนื่อง มีการคาดการณ์และเฝ้าระวังล่วงหน้า ทำให้พร้อมรับมือโดยทันทีเมื่อมีการตรวจพบโรคระบาด ปัจจุบันโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์มีผู้ให้บริการจำนวน 1.1 ล้านคนต่อปี (รวมผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก) เป็นผู้ให้บริการชาวต่างประเทศกว่า 520,000 คนต่อปี จาก 190 ประเทศทั่วโลก จึงทำให้เป็นหนึ่งในศูนย์กลางของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical Tourism) อย่างครบวงจร ด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ และทันตแพทย์กว่า 1,300 ท่าน มีพนักงานคอยให้บริการกว่า 4,800 คน และมีพยาบาลอีกกว่า 900 คน

“เป็นเวลา 35 ปีบนมาตรฐานความสำเร็จของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ภายใต้ระบบบริหารจัดการบุคลากรและการจัดการองค์ความรู้ ล้วนพิสูจน์ให้เห็นถึงศักยภาพความพร้อมทุกด้าน โดยเฉพาะมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและโรคสายพันธุ์ใหม่ในอนาคต เพื่อสร้างความเชื่อมั่นด้านมาตรฐานความปลอดภัย ซึ่งที่ผ่านมาทางโรงพยาบาลได้รับการรับรองจากหน่วยงานต่าง ๆ ในฐานะโรงพยาบาลชั้นนำในประเทศไทยจวบจนทุกวันนี้” **ผศ.นพ.ก้องพงศ์** กล่าวทิ้งท้าย

วันที่

3-4 ตุลาคม 2558



หน่วยงาน

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

รายละเอียด

การประชุมวิชาการ NEPHROLOGY BOARD REVIEW COURSE 2015
"ESSENTIALS IN NEPHROLOGY PRACTICE"
ณ ห้องกลมทิพย์ โรงแรมสุโกศล

ติดต่อสอบถาม

โทรศัพท์ 0-2716-6091,
0-2718-1898
โทรสาร 0-2718-1900
www.nephrothai.org

8-10 ตุลาคม 2558



สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย

การประชุมนานาชาติ International Congress of Aesthetic Dermatology 2015 (ICAD 2015) ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์
แอนด์ บางกอกคอนเวนชัน เซ็นเตอร์ แอท 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

10-11 ตุลาคม 2558



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Chiang Mai Hematology Conference: CHC 2015 From the evidence to experience sharing ณ โรงแรมอีสติน ดัน จ.เชียงใหม่

โทรศัพท์ 0-5393-6754
E-mail: hemato_cmu@hotmail.com
www.tsh.or.th

14-16 ตุลาคม 2558



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 "Misconception in everyday practice" ณ อาคารคุณากร คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

โทรศัพท์ 0-2926-9004
http://med.tu.ac.th

14-16 ตุลาคม 2558



สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่ง
แห่งประเทศไทย และสมาคม
ศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสวย
แห่งประเทศไทย

2015 Annual Meeting of ThPRS & ThSAPS
ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี อ.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ

โทรศัพท์ 0-2716-6214
โทรสาร 0-2716-6966
E-mail: info@plasticsurgery.or.th
www.plasticsurgery.or.th

15-16 ตุลาคม 2558



ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์
แห่งประเทศไทย และสมาคม
กุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

การประชุมใหญ่กุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 80
"Caring for Thai Children in the AEC era" ณ โรงแรมเซ็นทารา
แกรนด์ แอนด์ บางกอกคอนเวนชัน เซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์

โทรศัพท์ 0-2716-6200-1 ต่อ 104,
09-8595-1546
โทรสาร 0-2716-6202
E-mail: Khanthapok@yahoo.co.th
www.thaipediatrics.org

15-17 ตุลาคม 2558



ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การประชุมวิชาการวิสัญญีศิริราช ประจำปี พ.ศ. 2558 "4th Siriraj Anesthesia Academic Meeting" ณ ห้องประชุมอภิชาติเกียรติคุณ
ตึกสยามินทร์ ชั้น 7 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โทรศัพท์ 0-2419-9297, 09-0990-5261
โทรสาร 0-2411-3256
E-mail: sianes2015@gmail.com
www.si.mahidol.ac.th/Th/department/
anesthesiology/dept_main.asp

18-21 ตุลาคม 2558



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

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

5-7 ธันวาคม 2558

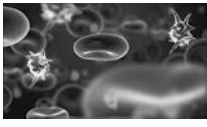


โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต

การประชุมวิชาการนานาชาติ The Second Colorectal Disease Symposium ณ โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต และโรงแรม Hilton
Phuket Arcadia Resort and Spa

โทรศัพท์ 0-7625-4425 ต่อ 1640
E-mail: info@phuketohospital.com

Highlight International Congress 2015

Date	Title	City	Country	Contact
9-13 October 2015 	Abu Dhabi Ambulatory Healthcare International Congress 2015	Abu Dhabi	United Arab Emirates	www.adahic.ae
12-16 October 2015 	6 th Eilat International Educational Course: Pharmacological Treatment of Epilepsy	Jerusalem	Israel	www.eilatedu2015.com
14 October 2015 	Sepsis: Improving recognition and management	London	United Kingdom	www.mahealthcareevents.co.uk/sepsis2015
14-16 October 2015 	Infectious Disease Genomics 2015	Cambridge	United Kingdom	http://registration.hinxton.wellcome.ac.uk/display_info.asp?id=501
15-16 October 2015 	ART World Congress-ART World Congress Symposium on Safe and Efficient IVF	New York	United States of America	http://artworldcongress.com
15-17 October 2015 	Eating Disorders Alpbach 2015	Alpbach	Austria	www.netzwerk-essstoerungen.at/kongress15/index_d.html
17-18 October 2015 	2 nd Usim International Conference on Medicine and Health	Kuala Lumpur	Malaysia	http://icmh2015.usim.edu.my
19-20 October 2015 	Orphan Drugs and Rare Diseases	London	United Kingdom	www.orphandrugs-event.com/conferenceservice
19-25 October 2015 	Medicres 5 th World Congress on "Good Medical Research"	New York	United States of America	www.medicres.org/gmr-congress-2015.html

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

BDMS ค้ารางวัลสุดยอดแบรนด์องค์กรไทย 2015

บมจ. กรุงเทพดุสิตเวชการ (BDMS) โดย นพ.ปราเสริฐ ปราสาททองโอสถ กรรมการผู้อำนวยการใหญ่ รับมอบ รางวัลสุดยอดแบรนด์องค์กรไทย (Thailand's Top Corporate Brand Values 2015) ในฐานะเป็นบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ที่มีมูลค่าแบรนด์องค์กรสูงสุดในกลุ่มธุรกิจอุตสาหกรรมบริการหมวดธุรกิจการแพทย์ ภายใต้การขับเคลื่อนเครือข่ายโรงพยาบาลมาตรฐานสากลที่แข็งแกร่งกว่า 40 แห่งทั่วประเทศ ด้วยแนวคิด “Your Trusted Healthcare Network” จาก ศ.นพ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล อธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในโครงการวิจัย “การวัดมูลค่าและจัดอันดับแบรนด์องค์กรไทย” โดยคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี เพื่อพัฒนาการวัดมูลค่าของแบรนด์องค์กรในประเทศไทยให้ได้มาตรฐานอย่างเป็นระบบ และช่วยให้องค์กรธุรกิจตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาแบรนด์อย่างยั่งยืนในอนาคต ณ หอประชุมศาสตราจารย์สังเวียน อินทรวิชัย ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย เมื่อไม่นานมานี้



ไอพีดี ภัยร้ายของเด็กและผู้สูงวัย



สาขาวิชาโรคติดเชื้อเด็กและโครงการรพาคิดส์คลับ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จัดกิจกรรม “ไอพีดี ภัยร้ายของเด็กและผู้สูงวัย” เพื่อรณรงค์การต้านภัยจากการติดเชื้อแบคทีเรียนิวโมคอคคัสซึ่งเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อในเลือด โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และโรคปอดบวม โดยมักพบในกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี และผู้สูงวัยอายุ 50 ปีขึ้นไป ภายในงานมี รศ.นพ.ชิษณุ พันธุ์เจริญ หัวหน้าสาขาวิชาโรคติดเชื้อเด็ก และ รศ.พญ.ธันยวีร์ ภูธนกิจ กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ นิติคณะแพทยศาสตร์ บุคลากรทางการแพทย์ พร้อมทั้งผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมกว่า 300 คน ณ ห้องประชุมมงคลนาวิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อไม่นานมานี้

วากัโบว์ชมพู่ สู่แม่เร่งเต้านม

คุณวรเทพ อัครเกษม รองผู้อำนวยการผลิตภัณฑ์ทั่วไป บริษัท ไอ.ซี.ซี. อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด (มหาชน) ร่วมกับ นพ.ธีรวัฒน์ คุณะเปรมะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดโสมนัสและผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ พร้อมด้วย นพ.วีรวัฒน์ อิมสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมจัด “งานครบรอบ 15 ปี โครงการวากัโบว์ชมพู่ สู่แม่เร่งเต้านม” เดินหน้ารณรงค์อย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนให้ผู้หญิงไทยห่างไกลจากมะเร็งเต้านม พร้อมจัดกิจกรรม “Wacoal Cares For Your Breasts. Mammogram Saves Your Life.” ต่อเนื่องเป็นปีที่ 6 มอบสิทธิพิเศษแก่ลูกค้าที่เป็นสมาชิก HIS & HER เมื่อซื้อผลิตภัณฑ์วากัโบว์ชมพู่ 12,000 บาท ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม-31 ตุลาคม พ.ศ. 2558 จะได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม ตั้งแต่วันนี้ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ณ สถานพยาบาลชั้นนำที่ร่วมโครงการ 25 แห่งทั่วประเทศ โดยมี นพ.สมศักดิ์ วงศ์ธานี, นพ.สมชาย ธนะสิทธิชัย, คุณอินทิรา นาคสกุล และคุณวรรณิ์ ดันตระกูล ร่วมเป็นเกียรติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เมื่อไม่นานมานี้



รักแม่ให้ดูแลเข้าและเบาหวาน



บมจ. เอเซียแปซิฟิเคติกคอลส์ (APCO) จัดกิจกรรมวันแม่ “รักแม่ให้ดูแลเข้าและเบาหวาน” เพื่อเปิดโอกาสให้บุคคลทั่วไปได้เรียนรู้วิถีธรรมชาติในการดูแลสุขภาพของบุคคลอันเป็นที่รัก ภายใต้แนวคิด “ภูมิสมดุล” พร้อมเปิดตัวศูนย์รับปรึกษาปัญหาข้อเท้าและเบาหวานใจกลางกรุงเทพฯ โดยมี ศ.ดร.พิเชษฐ วิริยะจิตรา หัวหน้าคณะนักวิจัย Operation BIM บริษัท เอเซียแปซิฟิเคติกคอลส์ จำกัด (มหาชน) พร้อมด้วย พญ.วัลย์รัตน์ ธรรมจริย์ แพทย์ชำนาญเฉพาะทาง และคุณแม่ลูกที่สามถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลสุขภาพ ณ ชั้น 30 อาคารเอไอเอ แคปปิตอล เซ็นเตอร์ ถ.รัชดาภิเษก 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



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ
ความรู้ในเรื่องของแพทย์
ข่าวสารความคืบหน้า
วิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ บทความ
ผลงานวิจัย ตารางงานสัมมนา
และบทความทางวิชาการ
symposium
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ
ทางด้านเวชกรรม



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



ชื่อผู้สมัคร.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา
☐ เกษตรกร กลุ่ม
☐ อื่น ๆ

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

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

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

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

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา กอ.ส.ค. 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

☐ เช็คบัตรเครดิต A/C PAYEE ONLY ส่งจ่ายในนาม บ.สรรพสาร จก.
เขื่อนนครสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.
○ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา กอ.ส.ค. 10170 เลขที่ 264-205319-4
○ ธนาคารกรุงเทพ สาขา เขื่อนนคร 10170 เลขที่ 909-0-19827-7

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก.

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงจตุรรมุข เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-4024 แฟกซ์ 0-2435-4025

หมายเหตุ

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

0-2435-4025

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-4024**

แฟกซ์ **0-2435-4025**

Continuing Medical Education

CME PLUS



กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ขอเชิญกุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน และผู้สนใจ เข้าร่วมการประชุม

Clinical Practices 2015: Case Based Pediatrics



วันที่ 23-25 กันยายน 2558

ณ ห้องดุสิตธานี ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบ พระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พุธ 23 ก.ย.58	L1 (08.30-09.30)		L2 (09.30-10.00)	L3 (10.30-11.00)		T1 (11.00-12.00)	S1 (12.00-13.15)	S2 (13.15-14.15)	L4 (14.15-14.45)	Coffee break (14.45-15.00)	Spot1 (15.00-15.30)
	พืธีเปิด How to deal with teenagers: Do and Don't		Rheumatic fever and rheumatic heart disease	Guideline management for infective endocarditis		Update on thalassemia Hematologic & genetic aspects	Luncheon Symposium Update Influenza: Disease & vaccine	Afternoon Symposium Pneumococcal conjugate vaccine: Evidence to practice	How to deal with hypocalcemia in childhood		Genetic syndromes with intellectual disability
	พ.ท.ร.วิโรจน์ อารีกุล		พ.ท.หญิง ศ.(คลินิก) สุริยพร คุณาไทย	พ.ท.สมเจตน์ สุนทรารักษ์พัฒน์		พ.อ.หญิง บุญวัฒน์ พ.ท.ปิยะ ชูกิจจานนท์ (พ.ท.ร.ชาญชัย ไตรวราร)	พ.อ.ร.วีระชัย วัฒนวิเศษ และ ร.ท.(พิเศษ) น.ท.ทวี โชติพิทยสุนนท์	พ.อ.ร.วีระชัย วัฒนวิเศษ และ ร.ท.(พิเศษ) น.ท.ทวี โชติพิทยสุนนท์	พ.อ.หญิง ร.ท. นวพร นานบุญจล		พ.อ.บุญชัย บุญวัฒน์
	Lecture Nurse 1 (ห้องพยาบาล) (10.30-12.00) ethics and nursing profession laws in children อ.ประวิมล พงศ์พันธุ์จิต										
	Workshop nurse 1 (ห้องประชุมกองการพยาบาล) (13.30-15.30) Caring a child with thalassemia: 1. Safe blood transfusion พ.ท.หญิงวิลา ลิ้มศรีตระกูลและคณะ 2. Iron chelation พ.อ.หญิงปาริมา นาคและคณะ Workshop physician 1 (ห้องพยาบาล) (13.50-15.30) Percutaneous central venous line insertion for general pediatricians (Hand-on) พ.อ.หญิงอังคณา เก่งกุล และ พ.ท.สมเจตน์ สุนทรารักษ์พัฒน์										
พฤหัสบดี 24 ก.ย.58	L5 (08.30-09.00)		T2 (09.00-10.00)	T3 (10.30-11.15)		L6 (11.15-11.45)	S3 (11.45-13.00)	P1 (13.00-13.45)	P2 (13.45-14.30)	L7 (14.30-15.00)	Spot2 (15.00-15.30)
	Obstructive sleep apnea: update management		BPD: pulmonologist & Neonatologist aspects	Pediatric voiding disorders: current evaluation and management		Remedies for Electrolyte imbalance	Luncheon Symposium Practical tactics to overcome vaccine problems in Thailand	Update on dietary management of cow's milk protein allergy	Novel solution for atopic dermatitis management in children	Pancreatitis: Clue to cure	All about red birthmarks
	พ.อ.หญิงสนิตรา ศิริอาจกุล		พ.ท.หญิงสุพิชญา พจน์สุภาพ พ.ท.อานันท์ พิธธนโร	พ.อ.อติสรณ์ ลำพาทพงศ์ และ พ.ท.ศรภะพันธ์ ศรีสุวรรณ		พ.อ.หญิง ร.ท. ประไพพจน์ อีร์คุปต์	พ.อ.ร.ท.พิริงกูร เกตุพานิช	พ.อ.ร.ท.นภพร ภาวิจิตร และ พ.อ.เรืองวิทย์ ตันติแพทยางกูร	ศ.พญ.ศิริวรรณ วานาบุญ	พ.ท.อนันดร วงศ์ธีระสุด	พ.อ.หญิงปาริยา ชิตธีรารักษ์
				Lecture Nurse 2 (ห้องพยาบาล) (10.30-11.45) Breastfeeding for working mom อ.ศิริลักษณ์ อารวรรธนะ					Workshop nurse 2 (ห้องพยาบาล) (13.45-15.30) การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไต ไม่ยากอย่างที่คิด พ.ท.หญิง ลาลี โจโปรง, ร.ท.หญิงกรรณ วีระชัย		
ศุกร์ 25 ก.ย.58	L8 (08.30-09.00)		L9 (09.00-09.30)	L10 (09.30-10.00)	L11 (10.15-10.45)	L12 (10.45-11.30)	S4 (11.30-12.30)		มุทิตาจิต พ.ท.ร.วิโรจน์ อารีกุล (13.30-15.00)		
	The art of epilepsy		Technology & childhood	Social skill training	How to motivate your kid	21th Century skills: the challenges ahead	Procalcitonin: Biomarker in clinical practices				
	พ.ท.วิรัตน์ สุวรรณภักดิ์		พ.อ.หญิง ศ.ท. ชากวียา อีร์เนตร	พ.อ.หญิง วีระทอง อธิญานน	พ.ท.หญิงโสธยา ชีวาลานนท์	น.ท.ภมล แลทองศรีภณ	พ.อ.ร.วีระชัย วัฒนวิเศษ				

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการศึกษาใบสมัคร
พ.อ.หญิง แสดงใบ เข้ามาจนจบกิจ
กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
315 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

CNE
อยู่ใบสมัคร
ดำเนินการ
Credit

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

CME
10
Credits

สนับสนุนการพิมพ์โดย
Eucerin®



Chiang Mai Cardiology Conference (CMCC 17th)
Evolution in Cardiovascular Medicine
and
Biopharm Chemicals Co., Ltd.

Cordially invite you to attend
Luncheon Symposium

Statins: Efficacy vs Safety

Moderator : ศ.คลินิก นพ.ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์
โรงพยาบาลราชวิถี



Trust on Lower is The Better! Do you believe it?

Speaker : อ.นพ.ธนวัฒน์ เบญจมานุวัฒรา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Safety of Statin and Statin Intolerance

Speaker : ศ.คลินิก นพ.ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์
โรงพยาบาลราชวิถี

Saturday, September 12th, 2015

12.00-13.30

Function Room 1, Floor 1

Shangri-La Hotel, Chiang Mai

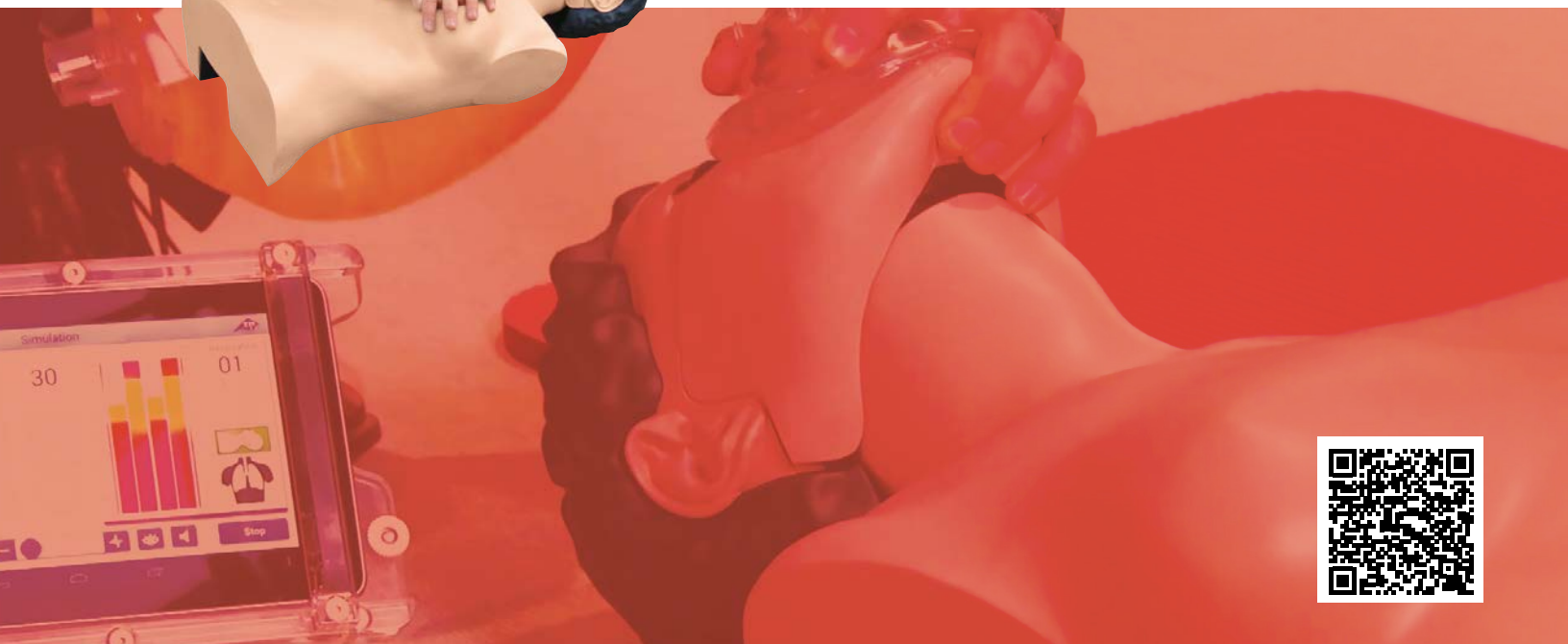
BIOPHARM

PROFESSIONAL LifeSupport Training



CPRLilly™ CPRLillyPRO™

Simulators with a unique **combination** of **direct feedback**, that are **safe** and **clean to use** and that have **low running costs**. Developed and manufactured in Germany.



From the Triumvirate to the Ominous Octet:

New OAD targeting 6 core defects in diabetes

Coming
Soon

