

Safety Should
Never be
Compromised.



Neither Should CPR.



It's not easy doing good CPR while transporting a patient, especially when standing in a moving ambulance. It's not safe either. Sixty percent of the time during transport, rescuers are subjected to acceleration forces that result in safety risks and poor-quality CPR.¹ ZOLL® believes that you should not have to risk your life to save others.

The AutoPulse® allows EMS providers to be safely strapped in while its load-distributing LifeBand® squeezes a patient's entire chest, providing uninterrupted blood flow and the possibility of more than doubling ROSC during transport² and tripling survival to discharge rates.³

1 Dante SA, Kurz MC et al. Circulation. 2009;120:S1456.
2 Lundy D et al. Circulation. 2009;120:S1470-S1471.
3 Ong ME, Omato JP et al. JAMA. 2008;295:221.

SAINTMED

ZOLL®

©2011 ZOLL Medical Corporation, Chelmsford, MA, USA. "Advancing Resuscitation. Today.™", AutoPulse, LifeBand, and ZOLL are trademarks and/or registered trademarks of ZOLL Medical Corporation.

ADVANCING RESUSCITATION. TODAY.®

ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ยันฮี

โรงพยาบาลยันฮี เปิดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และรับฝากดูแลผู้สูงอายุ
ที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ให้กับแพทย์และพยาบาล ดูแล พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย แทนท่าน
เพื่อความสุขสบาย ในบั้นปลายชีวิต



อบอุ่น... กับคนที่ท่านมีเพื่อนในวัยเดียวกันตลอดทั้งวัน
อุ่นใจ... กับการที่มีแพทย์พยาบาลอยู่ใกล้เมื่อยามเจ็บป่วย
สุขภาพดี... ด้วยอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ



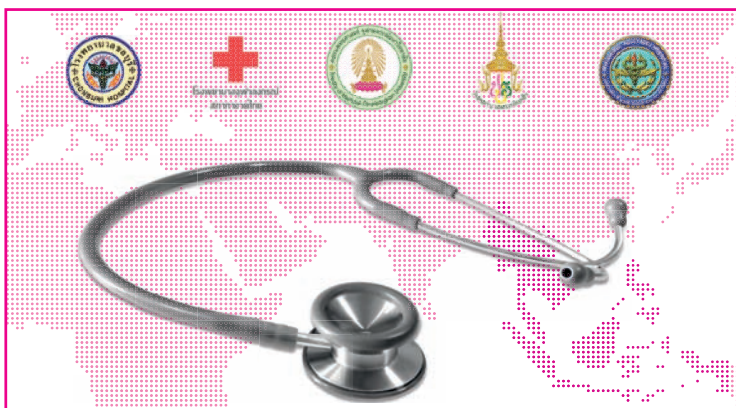
ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
โทร. 1723 หรือ 0-2879-0300



www.yanhee.co.th
e-mail: info@yanhee.co.th
YanheeHospital.YH



ฮันท์ โฟร์เดอะเวิลด์คลาส (H4C)
YANHEE THE WORLD CLASS HOSPITAL



HEALTHCARE BEYOND BOUNDARIES: ASEAN INITIATIVE

การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 52
18 - 21 มิถุนายน 2556

52nd ANNUAL SCIENTIFIC MEETING 2013
JUNE 18-21, 2013

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
FACULTY OF MEDICINE, CHULALONGKORN UNIVERSITY

www.cumedconference.com

Impacting Outcomes Link by Link



ZOLL® Strengthens the Hospital Chain of Survival by providing superior technology while remaining a trusted, dependable partner in the treatment and care of cardiac arrest. ZOLL's products provide you with the quality and reliability you expect. Our innovative products and solutions comprise a fully integrated resuscitation system with all the tools you need to impact outcomes.

SAINTMED

ZOLL®

©2011 ZOLL Medical Corporation, Chelmsford, MA, USA. "Advancing Resuscitation. Today.," and ZOLL are registered trademarks of ZOLL Medical Corporation in the United States and/or other countries.

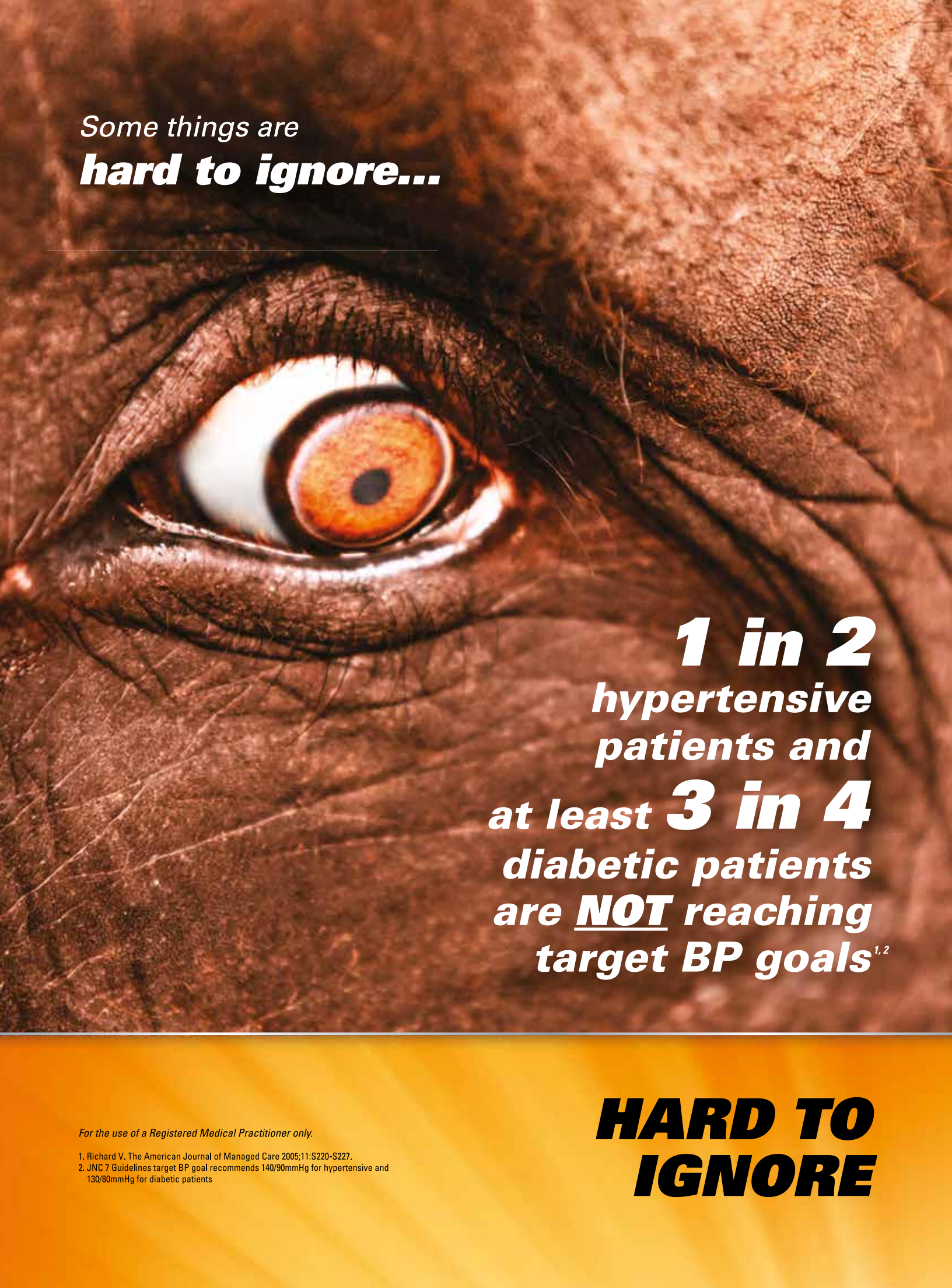
ADVANCING RESUSCITATION. TODAY.®



การประชุมใหญ่วิชาการรอบศาสตร์ ครอง 75

วันที่ 24-26 เมษายน 2556 ณ โรงแรม Dusit Thani พัทยา จังหวัดชลบุรี

HOE Pharmaceuticals Sdn Bhd.



Some things are
hard to ignore...

1 in 2
hypertensive
patients and
at least **3 in 4**
diabetic patients
are **NOT** reaching
target BP goals^{1,2}

For the use of a Registered Medical Practitioner only.

1. Richard V. The American Journal of Managed Care 2005;11:S220-S227.

2. JNC 7 Guidelines target BP goal recommends 140/90mmHg for hypertensive and 130/80mmHg for diabetic patients

**HARD TO
IGNORE**

State of the Art: Induction Strategy in Kidney Transplantation

Friday 15th March 2013 (12.00-1.00 PM)

Kamolthip Ballroom, Siam City Hotel

Speaker

Professor Dicken Shiu-Chung Ko

Massachusetts General Hospital,
Harvard Medical School, US

Moderator

Professor Vasant Sumethkul

Division of Nephrology, Faculty of Medicine,
Ramathibodi Hospital
President of Thai Transplantation Society



sanofi-aventis (Thailand) Ltd.
cordially invite you to attend luncheon symposium

State of the Art: Role of Novel Nucleoside Analog in Advanced Leukemia

Tuesday 19th March 2013 (12.00-12.45 PM)

World Ballroom,
Centara Grand @ Central World

A path
forward
in ALL

Speaker

Sima Jeha, MD

Director, Leukemia/Lymphoma
Developmental Therapeutics,
St. Jude Children's Research Hospital, US

Moderator

Associate Professor Panya Seksarn

Department of Pediatrics, Chulalongkorn University

SANOFI ONCOLOGY 



GlaxoSmithKline

**Thai Association of the Study of the Liver and GlaxoSmithKline (Thailand) Limited
Cordially invite you to join an Luncheon symposium**

CHB Management in Thailand : Real-World Challenges

- | | |
|-------------|--|
| 12.00-12.15 | Welcome and Opening Remarks
Assoc. Prof. Satawat Thongsawat
Chiang Mai University |
| 12.15-12.35 | Management of CHB Treatment in Real -World: According to NLED
Assoc. Prof. Teerha Piratvisuth
Songklanagarind Hospital |
| 12.35-12.55 | Management of Treatment-Experienced :
Retreatment and Special Population by Lamivudine
Assoc. Prof. Tawesak Tanwandee
Siriraj Hospital |
| 12.55-13.10 | Management of Treatment –Experienced : Add on ADV in YMDD
mutation and Advanced CHB : Pre and Post Transplant Management
Asst. Prof. Piyawat Komolmit
Chulalongkorn Hospital |
| 13.10-13.25 | Management of Advanced CHB : HBV – HIV Co-infection
Assoc. Prof. Satawat Thongsawat
Chiang Mai University |
| 13.25-13.30 | Q&A |

Luncheon Symposium in THASL 2013
Thursday 21st March 2013, 12.00-13.30
Marriott Hotel, Rayong

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

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

กรรมการบริหาร

วาทณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรบุญยะระลิต

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ชาดิสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสัมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธุ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

วรรณนที สอดำดิน

โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 แฟกซ์ 0-2884-7299

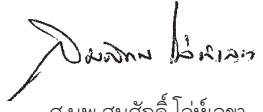
สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

มาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับ เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

เมื่อเร็ว ๆ นี้ มีนักข่าวจากต่างประเทศกล่าวโจมตีประเทศไทยว่า ประเทศไทยไม่มีการควบคุมด้านจริยธรรมในเรื่องการค้ำมนุษย์ โดยอ้างว่า ประเทศไทยเป็นหนึ่งในสองประเทศในโลกที่ยอมให้มีการขายไข่ของสตรี เอาไปใช้ในการผสมพันธุ์ให้แก่ผู้มีบุตรยาก เราต้องยอมรับว่าเรายังไม่มีกฎหมายในเรื่องนี้ ทั้งที่เรามีร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ที่ผ่านมติคณะรัฐมนตรีแล้วเมื่อปี พ.ศ. 2553 แต่ยังไม่ได้นำเข้าสู่สภาเนื่องจากมีการยุบสภา ก่อน อย่างไรก็ตาม แพทยสภาได้มีประกาศเรื่องนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 และมีการแก้ไขเพิ่มเติมเมื่อปี พ.ศ. 2545 ในปี พ.ศ. 2556 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้ขอแก้ไขใหม่อีกแต่ยังไม่ได้ผ่านมติกรรมการแพทยสภาเพื่อบังคับใช้ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ในเรื่องนี้ไม่แพร่หลายจึงมีผู้กระทำความผิดจากที่ประกาศโดยไม่ทราบเป็นจำนวนมาก ประเทศไทยมีความสามารถในการผสมเทียมสูง ขณะเดียวกันก็มีชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานเรื่องนี้เป็นในประเทศไทยโดยไม่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีการโฆษณาอย่างแพร่หลายในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ทำให้มีชาวต่างชาติเข้ามารับการรักษานในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก ในขณะที่เดียวกันสื่อต่างประเทศก็เอากการโฆษณาเหล่านี้มาโจมตีประเทศไทยที่ห้ามจริยธรรม สิ่งที่พบว่าทำผิดบ่อยคือ แพทย์ผู้ทำงานในด้านนี้ไม่ได้ไปขึ้นทะเบียนกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และไม่มีการรายงานผู้ป่วยตามประกาศ ทั้ง ๆ ที่ผู้ทำเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามประกาศ ผู้หญิงที่อายุมากมีบ่อยครั้งที่ไม่มีไข่ที่สมบูรณ์แต่ต้องการตั้งครรภ์และมีบุตรจึงต้องอาศัยไข่จากหญิงที่มีสุขภาพแข็งแรงและอายุอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เช่น 20-30 ปี มาผสมกับเซลล์จากน้ำอสุจิของสามี เมื่อได้ตัวอ่อนแล้วนำเข้าใส่ในโพรงมดลูกของภรรยา ทำให้ภรรยาตั้งครรภ์และคลอดบุตรจากท้องของตน ทำให้มีความรู้สึกว่าเป็นลูกของตน ไม่ได้ขอมาเลี้ยงเพราะคลอดจากท้องของตน แต่การนำไข่ของเด็กสาวมาใช้ต้องอาศัยการบริจาค ห้ามมีการซื้อขาย เช่นเดียวกับน้ำอสุจิของผู้ชายต้องได้จากการบริจาค ห้ามมีการซื้อขาย การตรวจพันธุกรรมของไข่ที่ผสมแล้วก่อนนำไปใส่ในโพรงมดลูกทำได้เฉพาะเพื่อวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมเท่านั้น ห้ามทำการเลือกเพศ แต่ที่โฆษณาในสื่อประกาศว่าจะทำการเลือกเพศให้และเป็นนายหน้าหาผู้บริจาคไข่ของสตรีให้ซึ่งล้วนแต่เป็นการทำผิดจริยธรรมทั้งสิ้น กฎเกณฑ์มีอีกหลายข้อที่เกี่ยวกับการคุ้มครอง ความจริงน่าจะมีการทำประชาพิจารณ์และฟังความเห็นจากทุกฝ่ายก่อนที่จะมีการแก้ไขประกาศหรือออกพระราชบัญญัติในเรื่องนี้


 ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 385 วันที่ 1 - 15 มีนาคม 2556

3 โลกกว้างทางแพทย์

- เสริมกรดโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ลดเสี่ยง Autism Spectrum Disorders ในเด็ก
- ความเสี่ยง *H. pylori* เป็นซ้ำในหนึ่งปีหลังการรักษา
- Clopidogrel ลดเลือดออกในผู้ป่วยได้ยาต้านลิ่มเลือดและทำ PCI

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. สั่ง ร.พ.ทุกแห่งเตรียมพร้อมรับมือขาดแคลนไฟฟ้า
- “หมอประดิษฐ์” พร้อมประกาศใช้ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ 85%
- สธ. รับ AEC ตั้ง 5 เมืองศูนย์กลางสุขภาพอาเซียน

8 Movement

9 In Focus

ปรุงเพิ่ม เต็มเต็ม เสี่ยงไตพัง
รณรงค์ ‘ลดเค็มครึ่งหนึ่ง’ สร้างสุขภาพ

12 Talk of the Town

อาหารเสริม “กินดี” หรือ “สิ้นเปลือง”

13 Special

นพ.นิรันดร์ วิเศษเศรษฐสมิต

คุณหมอผู้ช่วยลดผลกระทบจากความรุนแรงในพื้นที่สีแดง

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

มะเร็งของลำไส้ใหญ่ (ตอนที่ 2)

17 Get Up

- ค้นยาปฏิชีวนะจากกันทะเล
- เอฟดีเอรับรองเรตินาเทียม
- ยารั่วไหลสู่แหล่งน้ำทำปลาพฤติกรรมเบี่ยงเบน

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

แหวนรุ่น

21 เสียงแพทย์

มหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค

ตอน ภัยต่อระบบธรรมาภิบาลในการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ปอดเทียม (ตอนจบ)

25 เฉพาะโรค

ปอดอักเสบชุมชน (Community Acquired Pneumonia)

28 Systematic Review

การใช้ Hyperbaric oxygen รักษาภาวะประสาทหูเสื่อม

เฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ

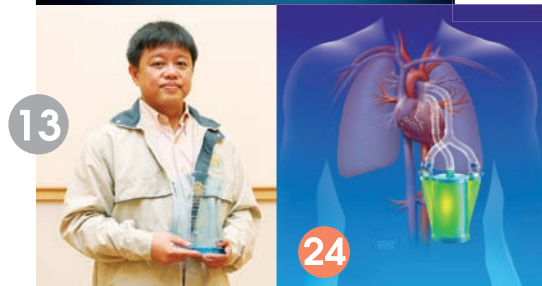
29 มุมนิติเวช

แพทย์ถูกขอให้ดำเนินการทางการแพทย์อันไม่จำเป็นแต่ทำไป
เพียงเพื่อเลี่ยงปัญหา:

ไม่เข้าข่ายกรณีการถูกข่มขืนใจ

32 จุฬาปริทัศน์

Mind-body medicine (ตอนจบ)



34 ปกตินะข้าว

สสส. เผยผลสำรวจ เด็กประถมเกือบ 70% เสี่ยงอ้วน

35 ปกตินะข้าว

“Draw Comes True” ศิลปะจากภาพสู่ตุ๊กตาตัวน้อย

ร.พ.เด็ก-เอ็มโพเรียม ส่งความสุขให้ผู้ป่วยเด็ก

36 รายงานพิเศษ

เรื่องน่ารู้คุณค่าของอาหารฟังก์ชันรังก

37 ปกตินะข้าว

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เปิดโครงการ “APIA-MRI Network” ตรวจวินิจฉัยภาวะเหล็กเกิน
อย่างเป็นระบบครั้งแรกของโลก

39 R2R

ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด

ของประชาชนที่ผ่านเหตุการณ์ปะทะชายแดนไทย-กัมพูชา
(กรณีศึกษาบ้านภูมิซรอล ม.13 ต.เสาชิงชัย อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ)

41 เกาะจัดงานประชุม

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ รุดหน้าจัดประชุมวิชาการ
“Changes and Challenges in Medicine”

42 ข่าวบริการ

45 Trip's Guide

เหนียนัก...ไปพักมาเลเซีย

ตอน เหยือกัวลาลัมเปอร์

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS

โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์ ตอนที่ 4 ภาวะเลือดจางจากการเสียเลือด





Professor Liam Chong Kin
Senior Consultant
Respiratory Physician,
University of Malaya
Medical Centre,
Kuala Lumpur,
Malaysia

COPD : A Physician's Perspective Part 2

COPD need not be a death sentence. With new data on pharmacological intervention, lifestyle changes and rehabilitation, the condition can be well managed to lessen the associated burden. However, with about half a million people in Malaysia¹ estimated to be suffering from the moderate and severe form of this disease and an increasing prevalence of COPD in Malaysia and throughout Asia, there still needs to be increased general awareness about the symptoms of COPD for patients to seek help from a doctor.

“However, in dealing with a chronic disease such as COPD, we must have a long term strategy and look towards preventive treatment.”

First of all, doctors ought to make it a practice to perform spirometry tests to offer an accurate diagnosis. Secondly, the strategies of managing COPD that we have become accustomed to should be revised to reflect the latest Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Guidelines². Traditionally, treatment goals were focused simply on dealing with immediate symptom relief. However, in dealing with a chronic disease such as COPD, we must have a long term strategy and look towards preventive treatment.

Amongst diagnosed patients, there is a need for them to better understand their condition to improve treatment compliance and aid in risk prevention. This paradigm shift will all contribute towards giving COPD patients a better life.

The under-diagnosis and under-recognition of COPD is evident in the patients that are seen by physicians every day. Often, patients who display early symptoms of COPD such as cough and sputum, will either suffer in silence or visits to the doctor's office may turn futile as they are not given an accurate diagnosis and are simply sent away with antibiotics.

These patients only get diagnosed with COPD when they have suffered a COPD lung attack, also called exacerbations, and are in critical condition. A fine example is my patient Mr. Lee* who only got diagnosed with COPD after he suffered his first severe exacerbation 4 years ago. He had been seeking treatment from the general practitioner for his persistent cough and sputum production for at least one year with episodes of worsening of such symptoms before he was admitted to the respiratory ward of my hospital for the severe acute exacerbation. He was started on inhaled corticosteroids combined with a long-acting beta2-agonist as well as a long-acting anticholinergic. Despite this treatment, he still had sputum production and shortness of breath on exertion and continued to suffer two to three exacerbations a year.

Mr. Lee's case is of severe COPD and he suffers from exacerbations a few times a year. The frequent exacerbations meant that he was having a faster decline in lung function, a poorer quality of life, and an increased risk of hospitalization causing economic burden but worst of all it meant that Mr. Lee was at an increased risk of dying.

¹ COPD prevalence in 12 Asia-Pacific countries and regions: projections based on the COPD prevalence estimation model. Regional COPD Working Group Respirology, 2003 June; 8(2): 192-198.

² From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2010. Available from <http://www.goldcopd.org/>

Eight months ago, I started Mr. Lee on a PDE-4 inhibitor, roflumilast, which targeted both airway and systemic inflammation. Since being put on this oral treatment, his condition has stabilized and so far he has not suffered an exacerbation.

Mr. Lee's success on the treatment can be owed in part to medication compliance and good communication between both physician and patient. In addition, Mr. Lee has a great support system in the form of his children who ensure he meets his medical appointments and ensure that Mr. Lee is well taken care of.

Caregivers play an important role in the lives of COPD patients because the disease could leave a patient unable to accomplish everyday tasks.

COPD carries a heavy burden and affects employment as COPD sufferers will not be able to perform tasks as well as they used to. The recent "Epidemiology and Impact of COPD in Asia" Survey³ (EPIC Asia Survey) found that over a third of

respondents were unable to work because of their condition. Beyond affecting their work lives, COPD also affects patients socially as they may feel unable to catch up with their friends and family or it might be too much of a struggle to even leave home so they choose to isolate themselves instead. Furthermore, their condition varies from day to day so before making any plans, they must first consider what their condition is like on that day.

Exacerbations further complicate the matter as they cause lung function to decline faster and patients will be able to do less and less of what they are used to. They may begin to feel anxious, frustrated, worthless and may even suffer from depression.

To alleviate the burden of patients and their caregivers, the best and most aggressive treatment strategy should be employed. We know now that treating symptoms must be complemented with risk prevention therapies. The patient must also play their part to seek and comply with treatment.

*Not his real name.

“Mr. Lee's success on the treatment can be owed in part to medication compliance and good communication between both physician and patient.”



³ Takeda. Data on file. 'Epidemiology and Impact of COPD in Asia' Survey. Fieldwork carried out by Abt SRBI. June 2012

เสริมกรดโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ ลดเสี่ยง Autism Spectrum Disorders ในเด็ก

JAMA. 2013;309(6):570-577.

บทความวิจัยเรื่อง
Association Between
Maternal Use of Prenatal
Folic Acid Supplements
and Subsequent Risk of

Autism Spectrum Disorders in Children รายงานว่า การเสริมกรดโฟลิกในช่วงตั้งครรภ์สามารถลดความเสี่ยงภาวะหลอดประสาทไม่ปิดในเด็ก แต่ยังคงไม่มีข้อมูลว่ากรดโฟลิกสามารถป้องกันความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาทหรือไม่

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมกรดโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์และความเสี่ยงต่อ autism spectrum disorders (ASDs) (autistic disorder, Asperger syndrome, pervasive developmental disorder-not otherwise specified [PDD-NOS]) ในเด็ก โดยศึกษาจากเด็ก 85,176 คนในงานวิจัย Mother and Child Cohort Study (MoBa) ในประเทศนอร์เวย์ เด็กคลอดระหว่างปี ค.ศ. 2002-2008 และมีอายุตั้งแต่ 3.3 ถึง 10.2 ปี (เฉลี่ย 6.4 ปี) เมื่อสิ้นสุดการติดตามในวันที่ 31 มีนาคม ค.ศ. 2012 การเสริมกรดโฟลิกนับจาก 4 สัปดาห์ก่อนถึง 8 สัปดาห์หลังเริ่มตั้งครรภ์ ซึ่งประเมินจากวันแรกของประจำเดือนครั้ง

สุดท้ายก่อนปฏิสนธิ ค่า relative risks ต่อ ASDs ประมาณจาก odds ratios (ORs) ร่วมกับ 95% CIs ในการวิเคราะห์ logistic regression analysis ทั้งนี้ การวิเคราะห์ได้ปรับตามระดับการศึกษาของมารดา ปีเกิด และลำดับการคลอด และกำหนดให้การวินิจฉัย ASDs โดยแพทย์เฉพาะทางเป็นผลลัพธ์หลัก

เมื่อสิ้นสุดการติดตามพบว่า มีเด็ก 270 รายตรวจพบว่าเป็น ASDs โดย 114 รายเป็น autistic disorder, 56 รายเป็น Asperger syndrome และอีก 100 รายเป็น PDD-NOS ในเด็กที่แม่เสริมกรดโฟลิกพบว่า 0.10% (64/61,042) เป็น autistic disorder เทียบกับ 0.21% (50/24,134) ในกลุ่มที่ไม่ได้เสริมกรดโฟลิก โดยค่า OR ที่ปรับแล้วสำหรับ autistic disorder ในเด็กที่แม่เสริมกรดโฟลิกเท่ากับ 0.61 (95% CI, 0.41-0.90) จากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์กับ Asperger syndrome หรือ PDD-NOS แต่การวิเคราะห์ก็มีอำนาจจำกัด นอกจากนี้การวิเคราะห์ผล การป้องกันความเสี่ยงจากการเสริมวิตามินปลาในช่วงตั้งครรภ์ก็ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับ autistic disorder แม้การเสริมวิตามินปลาเชื่อมโยงกับ ลักษณะของมารดาในแบบเดียวกับการเสริมกรดโฟลิก

การเสริมกรดโฟลิกตั้งแต่ช่วงเริ่มปฏิสนธิสัมพันธ์กับความ เสี่ยงที่ต่ำลงต่อ autistic disorder จากกลุ่มประชากรในงานวิจัย MoBa และ แม้ยังไม่อาจระบุความเป็นเหตุเป็นผลได้ แต่ผลลัพธ์นี้สนับสนุนการเสริม กรดโฟลิกในช่วงตั้งครรภ์

เพศและความเสี่ยงล้มเหลวผ่าตัดเปลี่ยนสะโพก

JAMA Intern Med. Published online February 18, 2013

บทความเรื่อง Sex and Risk of Hip Implant Failure Assessing Total Hip Arthroplasty Outcomes in the United States รายงานว่า บทบาทของเพศต่อความล้มเหลวหลังการผ่าตัด total hip arthroplasty (THA) มีความสำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและการพัฒนาอุปกรณ์ นักวิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความเสี่ยงระยะ สั้นต่อ THA โดยปรับตามตัวแปรด้านผู้ป่วย, การปลูกถ่าย, การผ่าตัด, ศัลยแพทย์ และโรงพยาบาล

นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมระหว่างวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2001 ถึง 31 ธันวาคม ค.ศ. 2010 ผู้ป่วยเป็นผู้เข้ารับการผ่าตัด THA ข้างเดียวครั้งแรก โดยมาตรวจผลลัพธ์ ได้แก่ ความล้มเหลว จากการผ่าตัด THA พิจารณาจากการต้องแก้ไขเนื่องจาก 1) ทุกสาเหตุ 2) ติดเชื้อ และ 3) การหลุดหลวม

มีรายงานการทำ THA รวม 35,140 ครั้ง และมีการติดตามเฉลี่ย 3.0 ปี ผู้ป่วยหญิงมีสัดส่วนเท่ากับ 57.5% ของกลุ่มประชากร และอายุเฉลี่ย (SD) ของผู้ป่วยเท่ากับ 65.7 (11.6) ปี ผู้หญิงมีสัดส่วนผู้ที่ได้รับหัวกระดูกต้นขา ขนาด 28 มิลลิเมตร (28.2% vs 13.1%) และผิวสัมผัสที่เป็นโลหะบน highly cross-linked polyethylene (60.6% vs 53.7%) มากกว่าผู้ชาย ขณะที่ผู้ชายมีสัดส่วนผู้ที่ได้รับหัวกระดูกต้นขาขนาด 36 มิลลิเมตรหรือใหญ่กว่า (55.4% vs 32.8%) และผิวสัมผัสแบบโลหะบนโลหะ (19.4% vs 9.6%) มากกว่า จากการติดตามที่ 5 ปี พบว่าการยึดอยู่ ของข้อเทียมเท่ากับ 97.4% (95% CI, 97.2-97.6%) ขณะที่ประสิทธิภาพของข้อเทียมสำหรับผู้ชาย (97.7%; 95% CI, 97.4-98.0%) เทียบกับผู้หญิง (97.1%; 95% CI, 96.8-97.4%) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.01$) ซึ่งภายหลังการปรับพบว่า hazards ratios สำหรับผู้หญิงเท่ากับ 1.29 (95% CI, 1.11-1.51) สำหรับ all-cause revision, 1.32 (95% CI, 1.10-1.58) สำหรับ aseptic revision และ 1.17 (95% CI, 0.81-1.68) สำหรับ septic revision

ผู้ป่วยหญิงในกลุ่มประชากรที่ศึกษา มีความเสี่ยงต่อความล้มเหลวภายหลังการผ่าตัด THA สูงกว่าผู้ชาย 29% ภายหลังปรับตามปัจจัยด้าน ผู้ป่วย การผ่าตัด ศัลยแพทย์ ขนาด และปัจจัยเสี่ยงจำเพาะการปลูกถ่าย





ผล Ramipril ต่อการเดินและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลายและปวดขาขณะเดิน

JAMA. 2013;309(5):453-460.

บทความวิจัยเรื่อง

Effect of Ramipril on

Walking Times and Quality of Life Among Patients With Peripheral Artery Disease and Intermittent Claudication: A Randomized Controlled Trial รายงานว่า ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายมีอาการปวดขาเวลาเดินซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ ramipril สำหรับฟื้นฟูความสามารถในการเดิน, ความสามารถในการเดินที่ผู้ป่วยรับรู้ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดขา โดยศึกษาแบบ randomized, double-blind, placebo-controlled trial จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย 212 คน (อายุเฉลี่ย 65.5 [SD, 6.2] ปี) โดยเริ่มขึ้นในเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2008 และสิ้นสุดในเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2011 ในโรงพยาบาล 3 แห่งในออสเตรเลีย

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับ ramipril 10 มิลลิกรัม/วัน (n = 106) หรือยาหลอกในปริมาณเท่ากัน (n = 106) เป็นเวลา 24 สัปดาห์ มาตรวจผลลัพธ์ ได้แก่ เวลาเดินสูงสุดและเวลาเดินโดยไม่มีอาการปวดระหว่าง

การทดสอบเดินสายพาน และประเมินความสามารถการเดินและคุณภาพชีวิตด้วย Walking Impairment Questionnaire (WIQ) และ Short-Form 36 Health Survey (SF-36)

ที่ 6 เดือนพบว่า การรักษาด้วย ramipril สัมพันธ์กับระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น 75 วินาที (95% CI, 60-89 seconds) ด้านเวลาเฉลี่ยของการเดินโดยไม่มีอาการปวด (p < 0.001) และเพิ่มขึ้น 255 วินาที (95% CI, 215-295 seconds) ด้านเวลาเดินสูงสุด (p < 0.001) เทียบกับยาหลอก นอกจากนี้ ramipril ยังฟื้นฟูคะแนนระยะทางเฉลี่ยจาก WIQ เท่ากับ 13.8 (Hodges-Lehmann 95% CI, 12.2-15.5), คะแนนความเร็วเท่ากับ 13.3 (95% CI, 11.9-15.2) และคะแนนการเดินขึ้นบันไดเท่ากับ 25.2 (95% CI, 25.1-29.4) (p < 0.001 สำหรับทั้งหมด) เทียบกับยาหลอก ขณะที่คะแนน Physical Component Summary เฉลี่ยจาก SF-36 รวมดีขึ้นเท่ากับ 8.2 (Hodges-Lehmann 95% CI, 3.6-11.4; p = 0.02) ในกลุ่ม ramipril เทียบกับกลุ่มยาหลอก และ ramipril ไม่มีผลกระทบต่อคะแนน Mental Component Summary เฉลี่ยจาก SF-36 รวม

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดขาขณะเดินพบว่า การรักษาด้วย ramipril 24 สัปดาห์ ส่งผลให้ระยะเวลาการเดินโดยไม่มีอาการปวดและระยะเวลาการเดินสูงสุดจากการเดินสายพานสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับยาหลอก และสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญขององค์ประกอบด้านสมรรถภาพทางกายของคะแนน SF-36

ผลลัพธ์บริโภคแคลเซียมระยะยาว ต่ออัตราการตายทุกสาเหตุและโรคหัวใจและหลอดเลือด

BMJ 2013;346:f228.

บทความวิจัยเรื่อง Long term calcium intake and rates of all cause and cardiovascular mortality: community based prospective longitudinal cohort study รายงานผลจากงานวิจัยแบบ prospective longitudinal cohort study เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคแคลเซียมในอาหารและการเสริมแคลเซียมระยะยาวต่อการตายทุกสาเหตุและการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

นักวิจัยศึกษาจากหญิงชาวสวีเดนที่เข้ารับการตรวจเต้านมระหว่างปี ค.ศ. 1987-1990 จำนวน 61,433 คน (เกิดระหว่างปี ค.ศ. 1914 และ ค.ศ. 1918) โดยติดตามเฉลี่ย 19 ปี

มาตรวัดผลลัพธ์ประกอบด้วย ระยะเวลาจนถึงเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (n = 11,944) และจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (n = 3,862), โรคหัวใจขาดเลือด (n = 1,932) และสโตรค (n = 1,100) และประเมินอาหารจากแบบสอบถามที่เสถียร และในปี ค.ศ. 1997 จากผู้หญิง 38,984 ราย และประเมินปริมาณแคลเซียมที่บริโภค โดยที่การบริโภคแคลเซียมทั้งหมดคิดจากผลรวมของแคลเซียมที่ได้จากอาหารและการเสริมแคลเซียมรูปแบบความเสี่ยงจากการบริโภคแคลเซียมจากอาหารมีลักษณะเป็น non-linear โดยมีอัตราที่สูงกระจุกอยู่ในกลุ่มที่บริโภคสูงสุด (≥ 1,400 มิลลิกรัม/วัน) เมื่อเทียบกับการบริโภคระหว่าง 600 และ 1,000 มิลลิกรัม/วัน พบว่าการบริโภคเกิน 1,400 มิลลิกรัม/วัน สัมพันธ์กับอัตรา

ตายที่สูงขึ้นจาก

ทุกสาเหตุ (hazard

ratio 1.40, 95%

confidence interval 1.17

ถึง 1.67), โรคหัวใจและหลอดเลือด

(1.49, 1.09 ถึง 2.02) และ

โรคหัวใจขาดเลือด (2.14, 1.48 ถึง

3.09) แต่ไม่สัมพันธ์กับการตายเนื่องจากสโตรค (0.73, 0.33 ถึง 1.65)

หลังจากวิเคราะห์ความไวซึ่งรวมถึง marginal structural model พบว่าอัตราการตายที่สูงขึ้นจากการบริโภคแคลเซียมในอาหารในปริมาณน้อย (< 600 มิลลิกรัม/วัน) หรือจากปริมาณรวมการบริโภคแคลเซียมที่ต่ำหรือสูงที่ไม่ปรากฏอีกต่อไป การบริโภคแคลเซียมในรูปยาเม็ด (มีผู้ใช้ 6% โดยมีปริมาณแคลเซียม 500 มิลลิกรัม) ไม่สัมพันธ์กับการตายจากทุกสาเหตุหรือการตายจำเพาะโรค แต่ในกลุ่มที่เสริมแคลเซียมและบริโภคแคลเซียมในอาหารเกิน 1,400 มิลลิกรัม/วัน พบว่ามี hazard ratio สำหรับการตายจากทุกสาเหตุเท่ากับ (95% confidence interval 1.19 ถึง 5.55)

การบริโภคแคลเซียมปริมาณมากในผู้หญิงสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้นจากทุกสาเหตุและจากโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ไม่สัมพันธ์กับการตายเนื่องจากสโตรค



ความเสี่ยง *H. pylori* เป็นซ้ำในหนึ่งปีหลังการรักษา

JAMA. 2013;309(6):578-586.

บทความวิจัยเรื่อง Risk of Recurrent *Helicobacter pylori* Infection 1 Year After Initial Eradication Therapy in 7 Latin American Communities รายงานว่า ประสิทธิภาพระยะยาวของการกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* เพื่อป้องกันมะเร็งกระเพาะอาหารขึ้นอยู่กับความเสี่ยงการเป็นซ้ำ รวมถึงปัจจัยระดับบุคคลและชุมชน

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยง *H. pylori* เป็นซ้ำและประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จของการกำจัดโรคที่ 1 ปีหลังการรักษา กลุ่มประชากรเป็นผู้เข้าร่วมในการศึกษาเปรียบเทียบกับจำนวน 1,463 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 21 ถึง 65 ปี และอาศัยอยู่ในภูมิภาคละตินอเมริกา โดยได้รับการรักษา *H. pylori* และติดตามอาการระหว่างเดือนกันยายน ค.ศ. 2009 และกรกฎาคม ค.ศ. 2011

ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มที่ได้รับ lansoprazole, amoxicillin, and clarithromycin (triple therapy) รวม 14 วัน, กลุ่มที่ได้ lansoprazole และ amoxicillin 5 วัน ตามด้วย lansoprazole, clarithromycin และ metronidazole 5 วัน (sequential) และกลุ่มที่ได้ lansoprazole, amoxicillin, clarithromycin และ metronidazole 5 วัน (concomitant) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่มี (13) C-urea breath test (UBT) เป็นบวกที่ 6 ถึง 8 สัปดาห์หลังการรักษาจะได้รับการรักษาด้วย bismuth-based quadruple therapy รวม 14 วันตามความสมัครใจ

การประเมินพิจารณาจากการติดเชื้อซ้ำภายหลัง UBT หลังการรักษาเป็นลบ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จของการกำจัดโรคที่การติดตาม 1 ปี

ในกลุ่มผู้ร่วมวิจัยซึ่งมีผล UBT เป็นลบและได้ติดตามผล UBT 1 ปี ($n = 1,091$) พบว่า 125 รายมีผลตรวจ UBT เป็นบวก โดยมีความเสี่ยงการเป็นซ้ำเท่ากับ 11.5% (95% CI, 9.6-13.5%) การเป็นซ้ำสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสถานที่วิจัย ($p = 0.03$), ปัญหาการเกาะติดการรักษา

(adjusted odds ratio [AOR], 2.94;

95% CI, 1.31-6.13; $p = 0.01$) และ

เด็กในครัวเรือน (AOR, 1.17; 95% CI,

1.01-1.35 ต่อคน; $p = 0.03$) จากผู้

ร่วมวิจัย 281 รายซึ่งมีผล UBT หลัง

การรักษาเป็นบวกพบว่า 138 ราย

ได้รับการรักษาซ้ำ ซึ่งในจำนวนนี้มี 93 รายที่มี

UBT เป็นลบที่ 1 ปี จาก

ผู้ร่วมวิจัย 1,340 คนซึ่งมีผล UBT ที่ 1 ปี พบว่า 80.4% (95% CI, 76.4-

83.9%), 79.8% (95% CI, 75.8-83.5%) และ 77.8% (95% CI, 73.6-

81.6%) มี UBT เป็นลบในกลุ่ม triple, sequential และ concomitant

($p = 0.61$) โดยมีประสิทธิภาพโดยรวมเท่ากับ 79.3% (95% CI, 77.1-81.5%)

จากการวิเคราะห์ผลการรักษาครั้งเดียวโดยตัดผลของการรักษาซ้ำพบว่า

ร้อยละของผล UBT เป็นลบที่ 1 ปี เท่ากับ 72.4% (95% CI, 69.9-74.8%)

และสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสถานที่วิจัย ($p < 0.001$), การเกาะติด

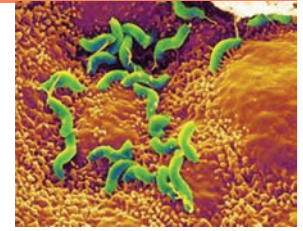
การรักษา (AOR, 0.26; 95% CI, 0.15-0.42; $p < 0.001$), เพศชาย (AOR,

1.63; 95% CI, 1.25-2.13; $p < 0.001$) และอายุ (AOR, 1.14; 95% CI,

1.02-1.27 ต่อสิบปี; $p = 0.02$) และประสิทธิภาพที่หนึ่งปีในผู้เข้าร่วมวิจัย

1,463 รายเท่ากับ 72.7% (95% CI, 70.3-74.9%) โดยถือว่าค่า UBT ที่

หายไปทั้งหมดเป็นบวก



เช็ดตัวด้วย Chlorhexidine ลดติดเชื้อในโรงพยาบาล

N Engl J Med 2013;368:533-542.

บทความวิจัยเรื่อง Effect of Daily Chlorhexidine Bathing on Hospital-Acquired Infection อ้างถึงข้อมูลจากการศึกษาเชิงสังเกตหลายชิ้นก่อนหน้านี้

ว่า การเช็ดตัวผู้ป่วยทุกวันด้วย chlorhexidine อาจป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการได้รับเชื้อดื้อยา (multidrug-resistant organisms - MDROs)

นักวิจัยใช้วิธีศึกษาแบบ multicenter, cluster-randomized, non-blinded crossover trial เพื่อประเมินผลของการเช็ดตัวทุกวันด้วย chlorhexidine ต่อการได้รับเชื้อ MDROs และอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งนักวิจัยศึกษาจากหน่วยวิกฤตและหน่วยปลูกถ่ายไขกระดูกของโรงพยาบาลหกแห่ง โดยสุ่มให้เช็ดตัวด้วยผ้าชุบ 2% chlorhexidine หรือผ้าที่ไม่ได้ชุบน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นระยะ 6 เดือน และ

สลับกันในช่วง 6 เดือนหลัง โดยเปรียบเทียบอัตราการได้รับเชื้อ MDROs และอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลระหว่างทั้งสองช่วงด้วย Poisson regression analysis

นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วย 7,727 คน อัตรารวมของการได้รับเชื้อ MDRO เท่ากับ 5.10 รายต่อ 1,000 patient-days จากการเช็ดตัวด้วย chlorhexidine เทียบกับ 6.60 รายต่อ 1,000 patient-days จากผ้าเช็ดตัวที่ไม่ได้ชุบน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ($p = 0.03$) หรือลดลง 23% จากการเช็ดตัวด้วย chlorhexidine อัตรารวมของการติดเชื้อในโรงพยาบาลเท่ากับ 4.78 รายต่อ 1,000 patient-days จากการเช็ดตัวด้วย chlorhexidine เทียบกับ 6.60 รายต่อ 1,000 patient-days จากผ้าเช็ดตัวที่ไม่ได้ชุบน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ($p = 0.007$) หรือลดลง 28% จากการเช็ดตัวด้วย chlorhexidine และไม่พบภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังที่รุนแรงระหว่างทั้งสองช่วง

การเช็ดตัวทุกวันด้วยผ้าชุบ chlorhexidine สามารถลดความเสี่ยงการได้รับเชื้อ MDROs และการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ



Clopidogrel ลดเลือดออกในผู้ป่วยได้ยาต้านลิ่มเลือดและทำ PCI

The Lancet, Early Online Publication, 13 February 2013.

บทความวิจัยเรื่อง Use of Clopidogrel With or Without Aspirin in Patients Taking Oral Anticoagulant Therapy and Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: An Open-Label, Randomised, Controlled Trial รายงานว่า การให้ยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับ aspirin และ clopidogrel เป็นการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านลิ่มเลือดและจำเป็นต้องทำ percutaneous coronary intervention (PCI) อย่างไรก็ดี การรักษาทั้งสามวิธีทำให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเกิดเลือดออกรุนแรง นักวิจัยจึงศึกษาความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการรักษาด้วย clopidogrel อย่างเดียวเทียบกับ clopidogrel ร่วมกับ aspirin

นักวิจัยดำเนินการศึกษาแบบ open-label, multicentre, randomised, controlled trial จากศูนย์การแพทย์ 15 แห่งในเบลเยียม และเนเธอร์แลนด์ โดยสุ่มให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านลิ่มเลือดและทำ PCI ได้รับ clopidogrel อย่างเดียว (double therapy) หรือ clopidogrel ร่วมกับ aspirin (triple therapy) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2008 ถึงพฤศจิกายน ค.ศ. 2011 ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเกิดเลือดออกภายใน 1 ปีหลังทำ PCI และวิเคราะห์แบบ intention to treat

นักวิจัยได้ศึกษาจากผู้ป่วย 573 ราย และมีข้อมูลที่ 1 ปีจากผู้ป่วย 279 ราย (98.2%) ในกลุ่ม double therapy และ 284 ราย (98.3%) ในกลุ่ม triple therapy อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 70.3 (SD 7.0) ปี และ 69.5 (8.0) ปี มีรายงานการเกิดเลือดออกในผู้ป่วย 54 ราย (19.4%) ในกลุ่ม double therapy และ 126 ราย (44.4%) ในกลุ่ม triple therapy (hazard ratio [HR] 0.36, 95% CI 0.26-0.50, $p < 0.0001$) โดยในกลุ่ม double therapy พบผู้ป่วย 6 ราย (2.2%) ที่เกิดเลือดออกซ้ำซ้อนเทียบกับ 34 ราย (12.0%) ในกลุ่ม triple therapy ผู้ป่วย 11 ราย (3.9%) ในกลุ่ม double therapy จำเป็นต้องให้เลือดอย่างน้อยหนึ่งครั้งเทียบกับ 27 ราย (9.5%) ในกลุ่ม triple therapy (odds ratio จาก Kaplan-Meier curve เท่ากับ 0.39, 95% CI 0.17-0.84, $p = 0.011$)

การรักษาด้วย clopidogrel โดยไม่ใช้ aspirin สัมพันธ์กับการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของเลือดออกโดยไม่ทำให้อัตราการเกิดลิ่มเลือดอุดตันสูงขึ้น



น้ำหนักตัวและยาลดความดันเลือด ต่ออัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

Lancet 2013. February 16: 381(9866):537-545.

บทความวิจัยเรื่อง Effects of Body Size and Hypertension Treatments on Cardiovascular Event Rates: Subanalysis of the ACCOMPLISH Randomised Controlled Trial อ้างถึงผลการวิจัยหลายชิ้นก่อนหน้านี้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อความดันเลือดสูงซึ่งว่า อัตราการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดพบสูงกว่าในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักในเกณฑ์ปกติเทียบกับคนอ้วน นักวิจัยจึงวิเคราะห์ prespecified analysis จากข้อมูลในงานวิจัย Avoiding Cardiovascular Events through Combination Therapy in Patients Living with Systolic Hypertension (ACCOMPLISH) เพื่อศึกษาว่าชนิดของยาลดความดันเลือดมีผลต่อผลลัพธ์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยตามน้ำหนักตัวหรือไม่

นักวิจัยจำแนกกลุ่มผู้ป่วยในงานวิจัย ACCOMPLISH ตามระดับดัชนีมวลกายเป็นกลุ่มคนอ้วน (BMI ≥ 30 , $n = 5,709$), น้ำหนักเกิน (≥ 25 to < 30 , $n = 4,157$) หรือน้ำหนักตัวปกติ (< 25 , $n = 1,616$) โดยผู้ป่วยได้รับการสุ่มให้รักษาด้วย benazepril และ hydrochlorothiazide หรือ benazepril และ amlodipine นักวิจัยได้เปรียบเทียบอัตราเหตุการณ์ (ปรับตามอายุ เพศ โรคเบาหวาน ประวัติเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด สโตรค หรือไตวายเรื้อรัง) สำหรับ primary endpoint ซึ่งประกอบด้วยอัตราการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือสโตรคที่ไม่ถึงแก่ชีวิต โดยการวิเคราะห์เป็นแบบ intention to treat



ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ benazepril และ hydrochlorothiazide พบ primary endpoint (ต่อ 1,000 patient-years) เท่ากับ 30.7 ในกลุ่มน้ำหนักตัวปกติ, 21.9 ในกลุ่มน้ำหนักเกิน และ 18.2 ในผู้ป่วยกลุ่มโรคอ้วน (รวม $p = 0.0034$) อย่างไรก็ดี ในผู้ป่วยที่ได้รับ benazepril และ amlodipine พบว่า primary endpoint ไม่ต่างกันระหว่างทั้งสามกลุ่ม (18.2, 16.9 และ 16.5; รวม $p = 0.9721$) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนพบว่า อัตราการเกิดเหตุการณ์ของโรคใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มที่ได้ benazepril และ hydrochlorothiazide และกลุ่มที่ได้ benazepril และ amlodipine ขณะที่อัตราต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่ได้ benazepril และ amlodipine ในกลุ่มน้ำหนักเกิน (hazard ratio 0.76, 95% CI 0.59-0.94; $p = 0.0369$) และน้ำหนักตัวปกติ (0.57, 0.39-0.84; $p = 0.0037$)

ภาวะความดันเลือดสูงในผู้ป่วยน้ำหนักเกินและอ้วนอาจควบคุมด้วยกลไกที่แตกต่างกัน โดยการรักษาด้วยสูตร thiazide-based มีผลด้านการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต่ำกว่าในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวปกติเทียบกับผู้ป่วยที่อ้วน ขณะที่การรักษาด้วยสูตร amlodipine-based ให้ผลดีเทียบเท่ากันในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่มซึ่งจำแนกตามดัชนีมวลกาย และอาจให้ผลดีกว่าในด้านการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่ไม่เป็นโรคอ้วน

สร. ส้ง ร.พ.ทุกแห่งเตรียมพร้อม รับขาดแคลนไฟฟ้า

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากมติ ครม. ที่ให้ทุกหน่วยงานประหยัดไฟฟ้าให้ได้ร้อยละ 10 ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 เนื่องจากประเทศพม่าปิดซ่อมบำรุงแหล่งขุดเจาะก๊าซ อาจทำให้ประเทศไทยขาดแคลนก๊าซในการผลิตกระแสไฟฟ้า ทางกระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนมาตรการประหยัดไฟไว้พร้อมแล้ว โดยได้สั่งการให้หน่วยงานในสังกัดทุกแห่งลดการใช้ไฟฟ้าตามแนวทางของรัฐบาล ปิดไฟในจุดที่ไม่จำเป็น เช่น อาคารสำนักงาน หอพัก ทางเดิน ลดปริมาณการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าที่ไม่จำเป็น และจะเจรจากับการไฟฟ้าให้จัดลำดับความสำคัญของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขไว้ในลำดับต้น ๆ ของการจ่ายกระแสไฟฟ้า โดยเฉพาะโรงพยาบาลซึ่งต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

นอกจากนี้ได้นัดให้โรงพยาบาลทุกแห่งเตรียมเครื่องปั่นไฟฟ้าสำรองให้มีสภาพความพร้อม สำรองน้ำมันเชื้อเพลิงไว้พร้อมใช้งานตลอดเวลา และเตรียมเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นกรณีฉุกเฉินในกรณีเกิดปัญหาไฟฟ้าดับเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย



“หมอประดิษฐ์” พร้อมประกาศใช้ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ 85%

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ขณะนี้กรมควบคุมโรคอยู่ระหว่างทำร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุขคือ การเปลี่ยนภาพคำเตือนเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเห็นผลกระทบต่อสุขภาพ และขยายขนาดภาพคำเตือนให้ใหญ่กว่าเดิมที่ใช้พื้นที่ไม่เกินร้อยละ 55 เพิ่มเป็นร้อยละ 85 ของพื้นที่ส่วนใหญ่ของซองบุหรี่ซึ่งใหญ่ที่สุดในโลก สื่อความหมายชัดเจน ตรงไปตรงมา ทั้ง 10 ภาพ ประกอบด้วย โปรดดสูบบุหรี่ในบ้าน ควันบุหรี่

ฆ่าเด็กได้ สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งกล่องเสียง สูบบุหรี่ทำให้หัวใจวาย สูบบุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปาก สูบบุหรี่ทำให้เช็กซ์เสื่อม สูบแล้วปากเหม็น บุหรี่ สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอด และสูบแล้วทรมานจนตายจากถุงลมพอง โดยต้องพิมพ์เป็นภาพ 4 สี ทั้ง 2 ด้าน ทั้งนี้การขยายขนาดภาพคำเตือนทำให้ประเทศไทยสามารถลดการสูบบุหรี่ได้มากขึ้น โดยจะเร่งออกประกาศภายในเร็ววันนี้

สร. รับ AEC ตั้ง 5 เมืองศูนย์กลางสุขภาพอาเซียน

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ในการเตรียมความพร้อมระบบบริการสาธารณสุขในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนได้วางแผนไว้ 2 ระดับ คือ 1. การพัฒนาระบบบริการในภาพรวมของประเทศได้แบ่งออกเป็น 12 เขตบริการสุขภาพ เพื่อใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ลดการลงทุนซ้ำซ้อน โดยให้แต่ละเขตบริการวางแผนการใช้

ทรัพยากรร่วมกันทั้งเครื่องมือและบุคลากร 2. เตรียมจัดตั้งเมืองศูนย์กลางสุขภาพอาเซียน กำหนดไว้ 5 จังหวัดคือ ภาคเหนือที่จังหวัดเชียงใหม่ ภาคตะวันออกที่จังหวัดชลบุรี ภาคใต้ที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ภาคตะวันออกที่จังหวัดจันทบุรี และภาคตะวันตกที่จังหวัดกาญจนบุรี นอกจากนี้ได้เตรียมพัฒนาโรงพยาบาลชายแดน 50 แห่ง เพื่อรองรับประชาชนแนวชายแดนที่จะข้ามพรมแดนเข้ามาใช้บริการด้วย





ร.พ.เด็ก จัดอบรมครูอนุบาลและพี่เลี้ยง เฝ้าระวังโรคอ้วน

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยกลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์ ขอเชิญครูอนุบาล ครูผู้รับผิดชอบในระดับชั้นอนุบาล และพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เข้าร่วมกิจกรรม **“อบรมครูอนุบาล เพื่อเฝ้าระวังโรคอ้วนในเด็กอนุบาล ปี พ.ศ. 2556”** โดยกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์ และโภชนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2556 เวลา 08.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมสยาม 3 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ รับจำนวนจำกัด

ผู้สนใจส่งใบสมัครเพื่อสำรองที่นั่ง หรือสอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณกรกมล ทองเพิ่ม, คุณสุกิตา บินรัตแก้ว โทรศัพท์ 0-2354-8333-43 ต่อ 3531 E-mail: qsnichped@yahoo.com



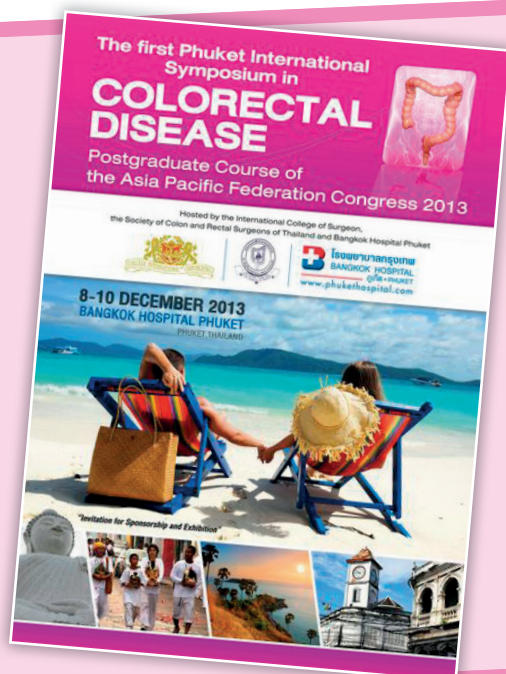
ร.ร.กายอุปกรณ์สิรินธร ศิริราช เปิดหลักสูตรนานาชาติทางไกลผสมผสาน

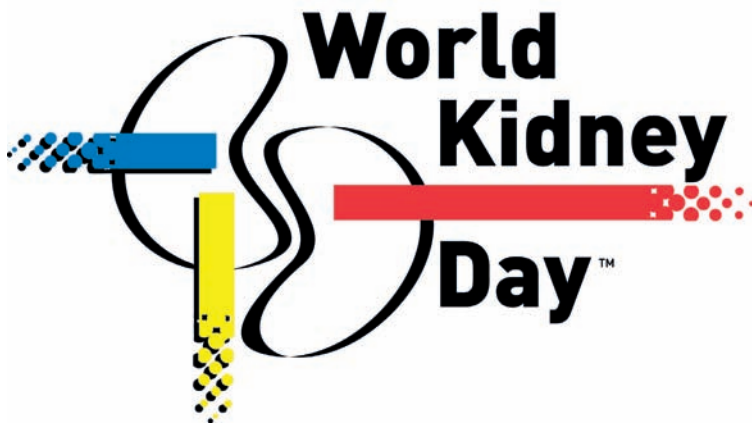
โรงเรียนกายอุปกรณ์สิรินธร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับ Human Study e.V. และองค์การวิชาชีพกายอุปกรณ์สากล (International Society for Prosthetics and Orthotics; ISPO) เปิดหลักสูตรกายอุปกรณ์ศาสตรบัณฑิตนานาชาติ (หลักสูตรนานาชาติแบบเรียนทางไกลผสมผสาน) เพื่อเปิดโอกาสให้นุศลากรด้านกายอุปกรณ์ในระดับอนุปริญญา ISPO Category II ได้เข้าถึงระบบการศึกษา โดยไม่ต้องลาออกจากงานที่ทำอยู่เพื่อมาศึกษาในรูปแบบปกติ สำหรับหลักสูตรนานาชาติแบบเรียนทางไกลผสมผสานนี้จะใช้การสอนผ่านดาวเทียม อินเทอร์เน็ต และผ่านเว็บ แบ่งเป็นภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยใช้ระยะเวลาการศึกษา 2 ปี จึงสำเร็จ

ร.พ.กรุงเทพ ภูเก็ต จัดประชุมวิชาการนานาชาติ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต ร่วมกับวิทยาลัยนานาชาติด้านศัลยกรรมและสมาคมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักแห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการนานาชาติ **The first Phuket International Symposium in Colorectal disease** ระหว่างวันที่ 8-10 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ณ โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต โดยการสัมมนาวิชาการในครั้งนี้จะประกอบไปด้วยการสาธิตการผ่าตัด, การบรรยายทางวิชาการ, การสัมมนาเชิงโต้ตอบ, การนำเสนอกรณีตัวอย่างในคลินิก พร้อมทั้งมีการอภิปราย

ผู้สนใจสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-7625-4425 โทรสาร 0-7625-4430 E-mail: art.hi@bgh.co.th, samran.sr@bgh.co.th, maneewan.ka@bgh.co.th, www.phukethospital.com





ข้อมูลล่าสุดพบว่า คนไทยเป็น

- โรคความดันโลหิตสูง 21.4% หรือ 11.5 ล้านคน
- โรคไต 17.5% หรือ 7.6 ล้านคน
- โรคหัวใจขาดเลือด 1.4% หรือ 0.75 ล้านคน
- โรคหลอดเลือดสมอง (โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต) เป็น 1.1% หรือ 0.5 ล้านคน

ปรุงเพิ่ม เติมเต็ม เสี่ยงไตพัง รณรงค์ 'ลดเค็มครึ่งหนึ่ง' สร้างสุขภาพ



การบริโภคเกลือ (โซเดียม) ปริมาณมากในการปรุงรสชาติอาหารให้มีรสเค็มเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ในปัจจุบันพบคนไทยมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือ (โซเดียม) สูง 2-3 เท่าของปริมาณที่ร่างกายต้องการ ร้อยละ 71 มาจากการปรุงรระหว่างประกอบอาหาร

ทั้งที่ในความเป็นจริง คนไทยควรบริโภคเกลือไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน (โซเดียม 2,400 มิลลิกรัม) เนื่องจากหากรับประทานอาหารที่มีเกลือสูงจะส่งผลเสียทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เพิ่มการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และยังมีผลเสียต่อไตโดยตรง นอกจากนี้ยังทำให้หัวใจทำงานหนัก ก่อให้เกิดภาวะหัวใจวาย และความดันโลหิตสูงยังส่งผลให้ความดันในสมองเพิ่มขึ้น มีโอกาสเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตอีกด้วย

นาวาอากาศเอก นพ.อนุตตร จิตตินันท์ นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ร้อยละ 17 ของคนไทยทั่วประเทศที่อายุเกิน 15 ปี หรือประมาณ 7 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคไตที่ต้องฟอกเลือดล้างไตและเปลี่ยนไตประมาณ 4 หมื่นคน ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาและดูแลตัวเอง โดยการฟอกเลือดเสียค่าใช้จ่าย 2,000 บาทต่อครั้ง โดย 1 สัปดาห์ต้องฟอกเลือดล้างไต 2-3 ครั้ง หากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อปี ผู้ป่วย 1 คน ต้องเสียค่าใช้จ่ายถึง 2 แสนบาท ถ้า 4 หมื่นคน ต้องเสียค่าใช้จ่ายถึง 8 พันล้านบาท

ศ.นพ.เกรียง ตั้งสง่า ประธานราชวิทยาลัย

อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยให้การสนับสนุนในเรื่องการรณรงค์ลดเค็ม โดยเครือข่ายลดบริโภคเค็มได้รณรงค์อย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้คนไทยเป็นโรคต่าง ๆ สูงขึ้น อาทิ เช่น โรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 21.4 หรือ 11.5 ล้านคน โรคไตร้อยละ 17.5 หรือ 7.6 ล้านคน โรคหัวใจขาดเลือกร้อยละ 1.4 หรือ 0.75 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมอง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตร้อยละ 1.1 หรือ 0.5 ล้านคน โรคกลุ่มนี้เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องของประชาชน ซึ่งชื่นชอบอาหารรสชาติเค็ม ซึ่งมีเกลือหรือโซเดียมสูง และถือเป็นภัยเงียบที่ส่งผลร้ายต่อสุขภาพอย่างคาดไม่ถึง

“เวลาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลก็มักจะเกิดคำถาม เช่น หมอรักษาดีหรือไม่ พยาบาลดูแลดี

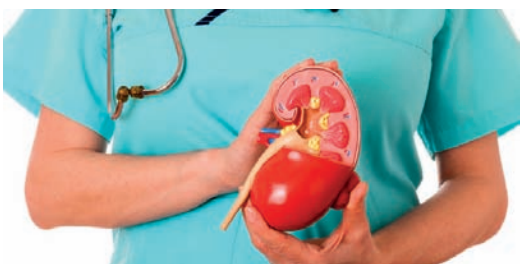


จากการสำรวจพบว่า คนไทยบริโภคเกลือและโซเดียมสูงเกินกว่าที่แนะนำ 2 เท่า หรือ 10.8 กรัม หรือ 5,000 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งจะส่งผลให้ความดันโลหิตสูง เพิ่มการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และยังมีผลเสียต่อไตโดยตรง ทำให้หัวใจทำงานหนักก่อให้เกิดภาวะหัวใจวาย และความดันโลหิตสูง ความดันในสมองเพิ่มขึ้น มีโอกาสเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้

หรือเปล่า ทั้งที่ในความจริงแล้ว โรคบางโรคผู้ป่วยสามารถป้องกันและดูแลตัวเองได้ก่อนที่จะเกิดโรค แต่ด้วยความไม่รู้และความเคยชิน โดยเฉพาะเรื่องของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเค็มซึ่งเป็นบ่อเกิดของโรคที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคไตและโรคความดันโลหิตสูง”

ด้าน ผศ.นพ.สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ ประธานเครือข่ายลดบริโภคเค็ม ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า คนไทยจะต้องลดอาหารเค็มเพื่อรักษาไต จากการสำรวจพบว่า คนไทยบริโภคเกลือและโซเดียมสูงเกินกว่าที่แนะนำ 2 เท่า หรือ 10.8 กรัม หรือ 5,000 มิลลิกรัมต่อวัน การรับประทานอาหารรสเค็มจัดจะส่งผลให้ความดันโลหิตสูง เพิ่มการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และยังมีผลเสียต่อไตโดยตรง ทำให้หัวใจทำงานหนักก่อให้เกิดภาวะหัวใจวาย ความดันโลหิตสูง ความดันในสมองเพิ่มขึ้น มีโอกาสเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้

นอกจากนี้คนไทยได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อโดยไม่รู้ตัว ซึ่งมักอยู่



ในอาหารแปรรูป โดยเฉพาะจากเครื่องปรุงรสซึ่งนิยมใช้มาก 5 ลำดับแรกคือน้ำปลา ซีอิ๊วขาว เกลือ กะปิ และซอสหอยนางรม เมื่อเปรียบเทียบจะพบว่า เกลือ 1 ช้อนโต๊ะมีปริมาณโซเดียม 6,000 มิลลิกรัม น้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะมีปริมาณโซเดียม 1,160-1,420 มิลลิกรัม ซีอิ๊ว 1 ช้อนโต๊ะมีปริมาณโซเดียม 960-1,420 มิลลิกรัม ซอสปรุงรส 1 ช้อนโต๊ะมีปริมาณโซเดียม 1,150 มิลลิกรัม กะปิ 1 ช้อนโต๊ะมีปริมาณโซเดียม 1,430-1,490 มิลลิกรัม ซอสหอยนางรม 1 ช้อนโต๊ะมีปริมาณโซเดียม 420-490 มิลลิกรัม นอกจากนี้ยังพบว่าอาหารปรุงสำเร็จมีปริมาณโซเดียมเฉลี่ยต่อถุง 815-3,527 มิลลิกรัม อาทิ ไข่พะโล้ แกงไตปลา คั่วกลิ้ง ฯลฯ ส่วนอาหารจานเดียวมีปริมาณโซเดียม 1,000-2,000 มิลลิกรัมต่อหนึ่งจาน อาทิ ข้าวหน้าเป็ด ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู และข้าวคลุกกะปิ ฯลฯ

“ปัจจุบันผู้บริโภคนิยมรับประทานอาหารรสเค็มมากขึ้น เมื่อรับประทานบ่อย ๆ ล้วนจะเกิดการปรับตัว และเคยชินกับรสชาติอาหารนั้น ๆ รู้สึกว่าอาหาร



รสเค็มอร่อยกว่าอาหารรสจืดธรรมดา โดยที่ไม่รู้ว่าการมีพฤติกรรมเช่นนี้จะสร้างปัญหาในอนาคต รวมทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กในปัจจุบันที่นิยมรับประทานขนมกรุบกรอบกันมากขึ้น ส่วนหนึ่งอาจจะเพราะมีขนมหลากหลายยี่ห้อให้เลือกมากกว่าในอดีต เมื่อรับประทานอาหารกรุบกรอบซึ่งส่วนใหญ่จะมีรสเค็มก็หิวน้ำ แต่แทนที่จะดื่มน้ำเปล่าก็เลือกดื่มน้ำอัดลม น้ำหวานแทน เกิดปัญหาโรคอ้วนตามมาอีก เพราะฉะนั้นเวลาจะรับประทานอาหารจึงควรลดปริมาณโซเดียมลงครึ่งหนึ่ง หลีกเลี่ยงการปรุงรส เพราะยิ่งปรุงเพิ่ม เติมน้ำ ยิ่งเสี่ยงไตพัง”

ผศ.นพ.สุรศักดิ์ กล่าวเพิ่มเติมถึงเรื่อง 'ไตวายเรื้อรัง ภัยเงียบบรรเทา' ว่าเป็นภาวะที่เนื้อไตถูกทำลายอย่างถาวร ทำให้ไตค่อย ๆ ฝ่อเล็กลง แม้อาการจะสงบแต่ไตจะค่อย ๆ เสื่อมและเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในที่สุด สำหรับผู้ป่วยโรคไตนั้นมีหลากหลายสาเหตุและสามารถป้องกันได้ถ้าได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ เช่น การควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ดี แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ผู้ป่วยโรคไตบางคนละเลยการรักษา ทำให้ไตวายอย่างรวดเร็วจนเสียชีวิต ดังนั้น ผู้ป่วยโรคไตควรปฏิบัติตามนี้ 1. พบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ 2. ควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3. ควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็ม และจำกัดอาหารประเภทโปรตีน โดยให้บริโภคเกลือไม่เกินวันละ 5 กรัม ถ้าเทียบเป็นปริมาณโซเดียมก็ไม่ควรเกินวันละ 2,000 มิลลิกรัม ซึ่งปริมาณดังกล่าวเทียบเท่ากับเกลือ 1 ช้อนชา 4. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ยาหม้อ ยาชุดโดยไม่ปรึกษาแพทย์ 4. เลิกบุหรี่และงดดื่มสุรา และ 5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

ทั้งนี้เพื่อให้ได้ตระหนักถึงผลเสียของการบริโภคเค็มของคนไทยในเดือนมีนาคมของทุกปี จึงมีการจัดกิจกรรมวันไตโลกขึ้น โดยในปีนี้มีสมาคม



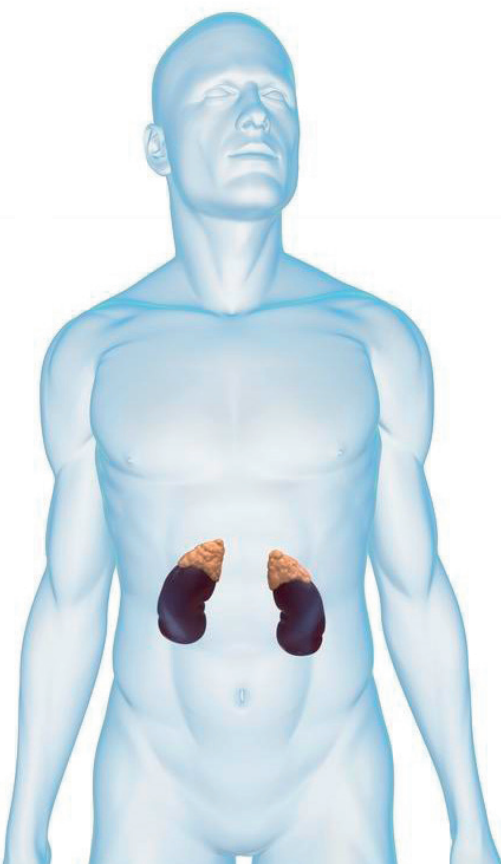
โรคไตแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และหน่วยงานต่าง ๆ ได้จัดงาน 'สัปดาห์วันไตโลก ลดเค็มครั้งหนึ่ง' เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและป้องกันโรคอย่างเหมาะสม

ระหว่างวันที่ 11-17 มีนาคม พ.ศ. 2556 ตามโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งทั่วประเทศ และจัดงาน 'วันไตโลก' ในวันอาทิตย์ที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2556 ตั้งแต่เวลา 10.00-21.00 น. ณ ไชนีเดน ชั้น 1 ภายในศูนย์การค้าเซ็นทรัลเวิลด์

ปัจจุบันผู้บริโภคนิยมรับประทานอาหารรสเค็มมากขึ้น เมื่อรับประทานบ่อย ๆ ล้วนจะเกิดการปรับตัว และเคยชินกับรสชาติอาหารนั้น ๆ รู้สึกว่าอาหารรสเค็มอร่อยกว่าอาหารรสจืดธรรมดา โดยที่ไม่รู้ว่าการมีพฤติกรรมเช่นนี้จะสร้างปัญหาในอนาคต



สำหรับกิจกรรมภายในงาน 'วันไตโลก' จะมีการจัดนิทรรศการในด้านต่าง ๆ อาทิ การให้ความรู้เรื่องโรคทั่วไป การสาธิตโภชนาการและผลิตภัณฑ์ทางด้านอาหารลดเค็มเพื่อผู้บริโภค การเปิดรับบริจาคไต การตรวจสุขภาพ การเสวนาทางการแพทย์ การแสดงการทำอาหารสำหรับลดเค็มเพื่อสุขภาพ โดย ดร.ยิ่งศักดิ์ จงเลิศเจษฎาวงศ์ และการแสดงบนเวทีโดยกลุ่มศิลปิน นักแสดง ดาราต่าง ๆ มากมาย อาทิ แอน ทองประสม, แพนเค้ก เขมนิจ, โรส ศิรินทิพย์, หนู๋ นันทกานต์, ป๊อปปี้ แคลอรี่ บลาบลา, ดีเจอ้น ภูวนาท, ดีเจเพียท, ดีเจพี้อย พีจอต, ศิลปิน AF, บีเอ็ม D2B เป็นต้น โดยสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.nephrothai.org หรือ www.lowsaltthailand.org



อาหารเสริม “กินดี” หรือ “สิ้นเปลือง”

ด้วยวิถีชีวิตที่แสนวุ่นวาย โดยเฉพาะกลุ่มคนวัยทำงานที่ไม่มีเวลาเลือกสรรการรับประทานอาหาร ทำให้ใครหลายคนหันมาเลือกรับประทานอาหารเสริมเพื่อเป็นการทดแทนสารอาหารที่ร่างกายคนเราต้องการให้ครบถ้วน ซึ่งแท้จริงแล้วการเลือกรับประทานอาหารเสริมที่เหมาะสมกับตัวเองคือ การเลือกรับประทานอาหารเสริมที่ช่วยบำรุงสุขภาพของเราให้ดีขึ้น ช่วยฟื้นฟูปัญหาสุขภาพได้อย่างตรงจุด เช่น อาการอ่อนเพลีย การช่วยเพิ่มพลังงานให้แก่ร่างกาย เสริมสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายให้แข็งแรง และที่สำคัญคือ ต้องปลอดภัยต่อสุขภาพกระดูก ตับ และระบบประสาทของร่างกายด้วย และรับประทานอย่างถูกวิธีคือ ควรรับประทานตามปริมาณบริโภคที่แนะนำต่อวัน

อย่างไรก็ดี ยังมีคนจำนวนไม่น้อยที่เลือกบริโภคอาหารเสริมด้วยความเชื่อแบบผิด ๆ อาจเกิดจากการรับสื่อชวนเชื่อ หรือเกิดจากการทราบข้อมูลที่ผิด หรือไม่ได้ทำการศึกษาข้อมูลที่ถูกต้องอย่างละเอียดถี่ถ้วนเสียก่อน ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักเลือกรับประทานอาหารเสริมเพียงเพื่อได้ผลด้านความสวยความงาม โดยไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบที่จะตามมา

Talk of the Town ในฉบับนี้ได้ถามความคิดเห็นน้อง ๆ นักศึกษาแพทย์ว่า อาหารเสริม “กินดี” หรือ “สิ้นเปลือง” ลองมาดูกันนะค่ะว่า น้อง ๆ นักศึกษาว่าที่ผู้ดูแลสุขภาพคนไทยมีความเห็นต่อเรื่องนี้อย่างไรบ้าง...



บศพ.คณินกร ศรีอุดมพร

บศพ.เพริษา บุญวิธินุต

บศพ.ชญญา สิววิรัช

บศพ.พีระพล เยี่ยมพิพัฒน์

“อาหารเสริมถือเป็นทางเลือกสำหรับคนที่ไม่มีเวลาในการเลือกรับประทานอาหารมากนัก การรับประทานอาหารเสริมก็ช่วยประหยัดเวลาและลดความเสี่ยงอาหารที่จำเป็นให้แก่ร่างกายได้ สิ่งสำคัญคือ ต้องหาข้อมูลก่อนตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารเสริมให้ได้ เพราะแต่ละยี่ห้อก็มีการผลิตและใช้วัสดุที่แตกต่างกันไป หากเลือกผิดก็อาจก่อให้เกิดโทษแทนการเกิดสุขภาพที่ดี”

“ส่วนตัวแล้วเป็นคนไม่รับประทานผัก ก็รับประทานอาหารเสริมคอลลาเจนแล้วก็ได้ผลดีเมื่อเทียบกับช่วงเวลาที่ไม่ได้รับประทานเลย ข้อดีและข้อเสียของการรับประทานอาหารเสริมขึ้นอยู่กับว่าผู้บริโภคได้ศึกษาข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่ และรับประทานถูกวิธี ถูกหลักหรือไม่ เพราะอะไรที่ขาดทั้งที่เป็นสิ่งจำเป็นก็ไม่ได้ หรือจะรับประทานจนมากเกินไปก็ทำให้เกิดโทษเช่นกัน”

“การเลือกรับประทานอาหารเสริมขึ้นอยู่กับความจำเป็น เช่น ร่างกายขาดโปรตีนก็อาจเลือกรับประทานอาหารเสริมจำพวกโปรตีนเข้าไปเติมเต็มได้ แต่ถ้าคนที่ใส่ใจการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ หรือรับประทานอาหารครบ 5 หมู่อยู่แล้ว ก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรับประทานอาหารเสริม เพราะอะไรที่มันมากเกินไปก็ไม่ได้ สุดท้ายก็ถูกขับออกมากลายเป็นความสิ้นเปลืองโดยใช่เหตุ”

“ส่วนตัวคิดว่าไม่ใช่สิ่งจำเป็นอะไร เป็นไปได้ควรเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ดีกว่า แต่สำหรับคนที่ไม่มีทางเลือกจริง ๆ โหมงานหนัก ไม่มีเวลาเลือกซื้อ เลือกอาหาร ในกรณีนี้ก็จำเป็นต้องใช้วิธีรับประทานอาหารเสริม เช่น โปรตีน วิตามินเอ วิตามินซี วิตามินดี หรืออะไรก็ตามที่จำเป็นต่อร่างกาย ซึ่งหากไม่รับจากแหล่งของสารอาหารโดยตรง การรับประทานอาหารเสริมก็ถือเป็นสิ่งที่สำคัญ”



OB-GYN in Practice 2013 : X-rated OB-GYN

การประชุมวิชาการประจำปี 2556

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ร่วมกับ บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด

ขอเรียนเชิญแพทย์และผู้สนใจเข้าร่วมฟังการบรรยายพิเศษ เรื่อง

The Modern Management of Endometriosis

Speaker :

รศ.นพ.ประสงค์ ตันมหาสมุทร

Speaker :

พศ.นพ.พิทักษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ

Moderator & Speaker :

รศ.นพ.เรืองศิลป์ เชาวรัตน์

วันพุธที่ 13 มีนาคม 2556

เวลา 13.00-14.00 น.

ณ ห้องประชุมออย เกตุสิงห์ ชั้น 3

อาคารศรีสวรินทิรา โรงพยาบาลศิริราช



การประชุมวิชาการ MAC 2013 Menopause Academic Conference 2013

ร่วมกับ บริษัท ทาคาดา (ประเทศไทย) จำกัด
ขอเรียนเชิญแพทย์และผู้สนใจเข้าร่วมฟังการบรรยายพิเศษ เรื่อง

iSERM : Ideal. Med @ OBGYN

Moderator : ศ.พญ.มณี รัตนโชยานนท์
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Speaker : รศ.นพ.กระเชียร ปัญญาคำเลิศ
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



วันพฤหัสบดีที่ 28 มีนาคม 2556

เวลา 13.30-14.15 น.

ณ โรงแรมมณเฑียร ริเวอร์ไซด์

ประมาณ 3 ทุ่มเท่านั้น





ถ้าเอ่ยถึงพื้นที่ในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เชื่อว่าหลาย ๆ คนคงนึกถึงภาพเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการก่อการร้าย การลอบสังหาร การวางระเบิดที่แทบจะให้เห็นเป็นข่าวรายวัน จนทำให้ใครต่อใครถ้าไม่ใช่คนในพื้นที่แล้วต่างไม่อยากเข้าไปเกี่ยวข้องหรือทำงานในพื้นที่เสี่ยงภัยหรือพื้นที่เขตสีแดงนี้ แต่สำหรับ **นพ.นิรันดร์ วิชเศรษฐสมิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี แพทย์ชนบทดีเด่น กองทุน นพ.กนกศักดิ์ พูลเกษร ประจำปี 2555** แล้ว แม้ว่าสถานที่แห่งนี้จะเต็มไปด้วยความไม่สงบและอันตรายเพียงใดก็ตาม คุณหมอก็ไม่เคยคิดจะทิ้งหรือย้ายออกจากพื้นที่แห่งนี้ ด้วยเหตุผลที่ว่า “เป็นสถานที่ที่ผมทำงานแล้วมีความสุข”

นพ.นิรันดร์ วิชเศรษฐสมิต

คุณหมอผู้ช่วยลดผลกระทบ จากความรุนแรงในพื้นที่สีแดง



นพ.นิรันดร์ กล่าวถึงการเลือกทำงานในโรงพยาบาลชุมชนให้ฟังว่า ผมเริ่มต้นทำงานและเติบโตมาในโรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลาทั้งสิ้น 18 ปี (เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2537) นับตั้งแต่วันแรกที่ผมจบก็ได้รับตำแหน่งวิชาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนอำเภอปะนาเระ อีก 2 ปีหลังจากนั้นก็ได้ย้ายโรงพยาบาลปะนาเระเป็น 30 เดือน ในการใช้ทุนปีที่ 3 ผมขอทุนศัลยประสาทของโรงพยาบาลสงขลา เพื่อที่จะกลับไปเรียนต่อที่สถาบันเดิมของผม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เนื่องจากรักและผูกพันที่นั่น แต่เนื่องด้วยในปี พ.ศ. 2540 จังหวัดปัตตานีขาดแคลนแพทย์ 4 โรงพยาบาล (มายอ, พังงาแดง, กะพ้อ, แม่ลาน) นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจึงขอให้แพทย์ใช้ทุนที่กำลังจะกลับไปเรียนต่อที่เคยเป็นผู้อำนวยการอยู่ต่อเพื่อช่วยพี่ ๆ น้อง ๆ ที่เหลือก่อน ผมก็ตัดสินใจขอลงมาอยู่โรงพยาบาลมายอที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน จากนั้นก็ทำงานเพลินมาเรื่อย ๆ จนขยายเป็น 30 เดือนได้ในปี พ.ศ. 2544 และปี พ.ศ. 2545 ก็เข้าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พอปี พ.ศ. 2547 ก็เริ่มสถานการณ์ความรุนแรงมากขึ้นในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมทั้งอำเภอมายอที่ผมอยู่ด้วย

“มีหลายคนถามว่าทำไมผมจึงอยู่โรงพยาบาลชุมชนที่นี่ได้นาน ทั้ง ๆ ที่ไม่ใช่คนพื้นเพที่นี่หรือเคยอยู่มาก่อน ถ้าตอบกันง่าย ๆ ก็คือ ผมคงมีอะไรที่ผมไม่ทราบถึงใจผมเอาไว้ แต่ถ้าให้คิดเชิงเหตุผลก็คงมีอยู่ 3-4 ประการ คือ ประการแรก ผมไม่ชอบกรุงเทพฯ หรือเมืองใหญ่ทั้งหลายรวมทั้งอำเภอเมืองด้วย เพราะกรุงเทพฯ รถติดมากพื้นที่ก็แออัดยัดเยียดไปด้วยผู้คน ปัญหาในใจคนก็มากกว่าชนบท ประการที่สอง ผม

อยู่กรุงเทพฯ หรือบ้านเกิดที่จังหวัดนนทบุรี คงทำอะไรไม่ได้มาก เพราะคนเก่งเยอะ อยู่ที่นี่ช่วยคนได้มากกว่าประการที่สาม ผมชอบผู้คนที่นี่ พวกเขาน่ารัก เขาเหมือนกับผม หรือผมเป็นเหมือนกับเขาที่ไม่รู้ ผมกิน ผมอยู่ ผมคิดเหมือนพวกเขามา 15 ปี ผมว่าผมได้เรียนรู้เกี่ยวกับตัวผมเองและคนมุสลิมเยอะมาก และประการสุดท้าย ถ้าเชื่อในเรื่องของกรรม หรือชาติปางก่อน ผมคงสร้างกรรมไว้เยอะกับคนที่นี่ ผมเลยยังคงต้องทำหน้าที่ของผมที่ไม่เคยเสร็จสักที”

อย่างไรก็ตาม มักมีคนถามว่าทำไมผมจึงอยู่ในพื้นที่ที่มีความรุนแรงของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้นาน ไม่กลัวหรือ? พ่อแม่ไม่ว่าหรือ? ครอบครัวเป็นอย่างไร? และอีกหลาย ๆ คำถาม ผมอยากอธิบายกับทุกคนว่า พ่อกับแม่ผมเขาไม่ว่าหรอก เพราะเมื่อที่จว่าแล้ว พวกเขาพูดกับผมหลายครั้ง ช่วงแรก ๆ คงเพราะเป็นห่วง แต่ผมคิดว่าตอนนั้นเขาคงภาคภูมิใจมากกว่า แต่ก็ขอร้องให้ระมัดระวังตัวเอง ผมก็รับปาก นอกจากนี้ก่อนปี พ.ศ. 2547 มีเพื่อน ๆ พ่อกับแม่ และพี่ ๆ น้อง ๆ มาเยี่ยมผมบ้างที่โรงพยาบาล บางครั้งก็พักค้างอยู่หลาย



วัน พอเห็นว่าผมอยู่อย่างไร คนที่นี้เป็นอย่างไร มุมมองที่ผมมีต่อพวกเขาเป็นอย่างไร ก็บอกเป็นเสียงเดียวกันว่า “เอ็งอยู่ต่อไปเถอะ” ซึ่งคนที่นี่จะเรียกผมว่า “บอมอจีนอ, บอมอนิรัน, บอมอบือซา” (หมอจีน (หน้าตา), หมอนิรันดร์, หมอใหญ่) เป็นชื่อที่ชาวบ้านหรือคนไข้เรียกผม พวกเขาชอบผมแม้ว่าผมจะมีหน้าตาและศาสนาแตกต่างจากพวกเขา นั่นก็เป็นสิ่งที่มีค่าที่สุดสำหรับผม รวมทั้งคนในโรงพยาบาล ที่สำคัญผมคิดอย่างมุสลิม กินอย่างมุสลิม อยู่อย่างมุสลิมมา 15 ปี หรือ 18 ปี ถ้ารวม อ.ปะนาเระ ผมว่าคุณธรรมของศาสนากับวิถีชีวิตของคนที่นี่น่ารักมาก ไม่เปลี่ยนแปลงแม้ว่ากาลเวลาจะเปลี่ยนไป หรือเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าสังคมอื่น ๆ และนี่คือความเป็นปกติสุขของพวกเขา ซึ่งความรุนแรงเป็นเพียงสิ่งผิดปกติที่มาทีหลัง

“ถ้าถามว่าความกลัวผมมีอยู่ไหม ผมก็ขอยอมรับว่ายังมีอยู่ แต่ไม่ถึงตระหนก ช่วงที่เห็นคนใกล้ตัวโดนสถานการณ์ความรุนแรง เพราะเคยมีคนในโรงพยาบาลเสียชีวิต 1 ท่าน รวมทั้งคนใกล้ชิดคนในโรงพยาบาล เช่น พ่อ สามี พี่ชาย น้องชาย ฯลฯ ของคนในโรงพยาบาลอีกหลายคน แต่ความกลัวก็เป็นเพียงความคิด ถ้าเปลี่ยนเป็นความจริงที่ว่า ทุกคนต่างก็ทำหน้าที่ของตัวเอง โจรหรือผู้ก่อความไม่สงบก็สร้างความรุนแรงไป ฝ่ายความมั่นคงก็ตรวจตรา จับกุม ปรามปรามกันไป เราก็มีหน้าที่รักษาคนไข้ ดูแลสุขภาพคนก็ดูแลต่อไป ปัญหาก็คือ พวกเราเพียงแต่มาทำงานกันบนพื้นที่เดียวกัน คือ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พวกผมก็ต้องระมัดระวังตัวหน่อยเท่านั้น แต่สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นก็คือ พวกเราต้องคิดมากขึ้น รักกันมากขึ้น ดูแลเอาใจใส่ประชาชนให้ดี ๆ อย่าให้เป็นเงื่อนไข สร้างความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ และดูแลจิตใจตัวเองให้มากขึ้นเท่านั้น สิ่งที่สำคัญเมื่อเกิดความรุนแรงขึ้น พวกเราอาจไปช่วยลดความรุนแรงหรือป้องกันปัญหาไม่ได้ แต่พวกเราลดผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงนั้นได้โดยการเพิ่มประสิทธิภาพที่ห้องฉุกเฉินและหน่วยรถ Refer ของเราให้สามารถรับกับสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ ได้ สร้างความรู้สึกเมตตาต่อผู้คนที่องค์กรให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ที่ได้รับผลกระทบ และช่วยกันเยียวยาจิตใจพวกเขา

เหล่านั้น ไม่เพียงแต่ตามหน้าที่ แต่ด้วยจิตสำนึกความเป็นมนุษย์ที่เหมือนกัน ยิ่งสถานการณ์มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและยาวนาน เราก็ยิ่งต้องมีความรับผิดชอบกันสูงขึ้น นานขึ้นเท่านั้นเอง สำนึกเหล่านี้มันทำให้พวกเราลดละจากอดีตตัวตนและความกลัวลงได้บ้าง ที่สำคัญมันทำให้เรารู้สึกดี ๆ กับตัวเองและวิชาชีพ รวมทั้งองค์กรของเรา”

นพ.นิรันดร์ เล่าถึงประสบการณ์ในโรงพยาบาลชุมชนต่อว่า ผมอยู่โรงพยาบาลชุมชนตลอด 18 ปีนี้เพียง 2 แห่งคือ โรงพยาบาลปะนาเระซึ่งเป็นโรงพยาบาลแรกในชีวิตการทำงานของผม ผมอยู่ที่นั่นมีความสุขมากเพราะอยู่ใกล้ทะเล ชิมอาหารทะเลไปซื้อปลาถูก ๆ กินได้ทุกวัน ผมเริ่มนำหนักขึ้นก็ที่นี่ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ เพราะต้องทำกับข้าวกินเอง เมื่อผมขยายโรงพยาบาลเป็น 30 เตียงเสร็จ ผมก็คิดว่าเสร็จสิ้นภารกิจของผมแล้ว ผมจะไปเรียนต่อก็มาเจอวิกฤตการขาดแคลนแพทย์ในจังหวัด ไม่มีแพทย์ประจำโรงพยาบาล 4 โรงพยาบาล ถ้าผมและผองเพื่อนไปเรียนต่อพร้อมกันทั้งหมด ผมจึงรับปากท่านสาธารณสุขจังหวัดว่าจะย้ายมาอยู่โรงพยาบาลมายเพื่อทำการหาที่ดินเพื่อขยายเป็นโรงพยาบาล 30 เตียง เมื่อปี พ.ศ. 2540 เนื่องจากผู้อำนวยการคนก่อนทำไม่สำเร็จมา 4 คนแล้ว โดยโรงพยาบาลมายเปิดทำการมา 14 ปี มีผู้อำนวยการทั้งหมด 9 คน ผมเป็นคนที่ 9 หลังจากย้ายมาเดือนเดียวผมก็เพิ่งรู้ว่าต้องวิ่งตรวจ 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลมายกับโรงพยาบาลทุ่งยางแดง ร่วมกับพี่สมชัย พงษ์ธัญญะวิริยา พอเข้าปีที่ 2 ก็ต้องเจองานหินเรื่องการหาที่ดินเพื่อขยายโรงพยาบาล ซึ่งชาวบ้านไม่ยอมบริจาคให้ กับคำขู่จากส่วนกลางว่าจะไม่ได้ขยายโรงพยาบาลเป็น 30 เตียงถ้าผมหาที่มาเพิ่มไม่ได้ กว่าจะทำได้สำเร็จจนขยายโรงพยาบาลเป็น 30 เตียงได้เสร็จสิ้นจริงก็เข้าปี พ.ศ. 2544 รู้ตัวอีกทีก็สายเกินจะไปเรียนต่อเสียแล้ว (คงไม่มีหมอใช้ทุนคนไหนอยากจะทำกลับเข้าไปเรียนต่อหลัง 7 ปีหรอก เพราะจะสูงวัยเกินไปในหมู่ Residence แพทย์ประจำบ้าน) พอเวลาต่อมาก็เข้าวิกฤตหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการขาดแคลนแพทย์ ซึ่งมีอยู่ประจำเพียง 1-2 คนมาตลอด ทั้ง ๆ ที่มีงานเยอะมากขึ้น รวมถึงจำนวนคนไข้และความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นหลังเข้าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ต้องดูแลงบประมาณและการพัฒนาสถานอนามัยในอำเภออีก 13 แห่ง อีกทั้งยังมีความคาดหวังจากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมุ่งสู่ ISO กับ HA ในช่วงนั้นอีกมากมาย ผมก็ทำงานจนเพลินเลย พอต้นปี พ.ศ. 2547 ก็เกิดวิกฤตความรุนแรงในพื้นที่ขึ้น และในปลายปี พ.ศ. 2548 เราก็ได้



สูญเสียเจ้าหน้าที่ธุรการของโรงพยาบาลมายซึ่งถูกลอบยิงเสียชีวิต ในปลายปี พ.ศ. 2549 สถานอนามัยแห่งหนึ่งในอำเภอมายอถูกลอบวางเพลิง ปี พ.ศ. 2551 บ้านนายอำเภอมายอถูกลอบวางระเบิด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2554 เจ้าหน้าที่ระดับอาวุโสของโรงพยาบาลมายทยอยกันโยกย้ายเพื่อความปลอดภัยในการเดินทางและเพื่อการศึกษาของบุตร ช่วงนั้นถ้าผมใจไม่แข็งพอคงท้อแท้หมดแล้ว แต่ผมก็มีคนคอยให้กำลังใจกันเยอะนะ โดยเฉพาะเพื่อนร่วมงานของผม บางครั้งผมก็ทำตัวเหลวไหล เพื่อกลบเกลื่อนความกลัว เช่น แอบไปนั่งเล่นที่หอสมุดจอห์น เอฟ. เคนเนดี มอ.ปัตตานี

แต่หลังจากนั้นไม่นานก็ได้ตาสว่างเห็นธรรม ก็เลยวิ่งไปเรียนต่อทางการบริหารภาครัฐ (NIDA) ที่อำเภอหาดใหญ่ช่วงเย็นวันศุกร์ เสาร์ และอาทิตย์ แล้วจึงกลับมาเยี่ยมผู้กับพวกเขาต่อที่โรงพยาบาลเก่าอย่างไม่ค่อยเครียดเท่าไร

นพ.นิรันดร์ เล่าถึงความรู้สึกภาคภูมิใจและประทับใจในการทำงานให้ฟังต่อไปว่า แม้ว่าสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จะยังไม่มีย่ำแย่ลงหรือแม้ว่าเราไม่สามารถยับยั้งความรุนแรงทั้งหลายทั้งปวงให้ไม่เกิดขึ้นได้ แต่พวกเราชาวโรงพยาบาลมายอก็ยังรู้สึกว่าได้ร่วมกันช่วยลดผลกระทบจากความรุนแรงลงได้ โดยจากใจที่เข้มแข็งพร้อมรับสถานการณ์เมื่อเกิดเหตุความรุนแรงที่ ER ของเรา เรายังได้ช่วยกันลดผลกระทบทางจิตใจของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงได้จากการร่วมกันช่วยเหลือเยียวยา โดยโรงพยาบาลมายอได้รับรางวัลศูนย์เชี่ยวชาญดีเด่นจากกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2551 ทั้งนี้ผมได้นำบทบาทหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลที่เป็นสตรีในการทำหน้าที่ของตนในโรงพยาบาลของเราไปนำเสนอให้กับ คอ.บต. เมื่อปี พ.ศ. 2553 ผมไม่อยากจะเชื่อเลยว่าเราจะได้รับรางวัลองค์กรดีเด่นด้านการส่งเสริมสันติภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เนื่องในวันสตรีสากล ปี พ.ศ. 2553 จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งเป็นองค์กรทางด้านสาธารณสุของค์กรเดียวที่ได้รับรางวัลนี้

นอกจากที่กล่าวมาแล้วในเดือนกันยายน พ.ศ. 2554 ผมได้นำผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ทั้งเรื่องการจัดอบรมจริยธรรมคุณธรรมตามหลักศาสนา, การอบรมสานเสวนา, การอบรมการสื่อสารอย่างสันติแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล, การอบรมการพัฒนาทักษะทางด้านวัฒนธรรม, การอบรมเรื่องจิตอาสา และการดูแลแบบองค์รวม, การอบรมการดูแลสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ฯลฯ ของโรงพยาบาลมายอในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา หลังจากเกิดวิกฤตสถานการณ์ในพื้นที่เข้าไปนำเสนอระดับเขตจนได้รับรางวัลองค์กรที่มีผลงานดีเด่นด้านการพัฒนาจริยธรรมคุณธรรม จากสถาบันแก้วกัลยา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และได้รับพระราชทานรางวัลจาก พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ ในปีนี้อีกด้วย ทั้งนี้โรงพยาบาลยังให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานของเจ้าหน้าที่และบุคลากร ทั้งด้านการเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพให้มีความปลอดภัยจนได้รับรางวัลต่าง ๆ มากมาย อาทิเช่น HA ชั้น 3 และ Reaccreditation ได้ในอีก 2 ปีต่อมา, ผ่านการประเมินเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH), ผ่านการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในระดับ 5, Healthy Workplace ระดับทอง, ผ่านการประเมิน '5 ส' จากองค์กรภายนอก (ในปี พ.ศ. 2552) และสุดยอดสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด 2 ปีซ้อน (ปี พ.ศ. 2553-2554) ฯลฯ เป็นต้น และโรงพยาบาลยังได้พัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในจังหวัดปัตตานีที่มีการนำระบบ LAN มาใช้ในปี พ.ศ. 2541 และการเป็นสถานที่ศึกษาดูงานและโรงพยาบาลนำร่องเขต 18 ในการพัฒนาระบบ IM โดยในส่วนของด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตและการศึกษาของคนในท้องถิ่น โรงพยาบาลเองอาจไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมได้โดยตรง แต่งานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลมายอของเราก็ได้เล็งเห็นถึงคุณค่าของต้นกำเนิดคุณภาพชีวิตและการมีสุขภาพ IQ ที่ดีของเด็กและเยาวชนทุกคนที่จะเกิดและเติบโตจากงานบริการในส่วนรับผิดชอบของเรา เพื่อที่จะไปเป็นกำลังสำคัญของสังคมแห่งนี้ในอนาคตจากการตั้งครรภ์และการเกิดที่มีคุณภาพ โรงพยาบาลจึงให้ความสำคัญกับโครงการที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งกับตัวแม่และลูก การตั้งครรภ์และการคลอดที่มีคุณภาพตามโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย และพัฒนาจนได้รับการรับรอง (Accreditation) โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทองทั้งปี พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2555 (Reaccreditation)

สุดท้ายนี้ **นพ.นิรันดร์** สรุปว่าตามความคิดเห็นของผม ผมว่าโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอเป็นนวัตกรรมที่ดีของสังคมไทย ผมไม่รู้ว่ามีประเทศอื่นที่ไหนใน

โลกมีอย่างนี้หรือไม่ คนไทยโชคดีมากที่มีระบบบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอที่มีแพทย์ประจำและมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขครบทุกวิชาชีพทั้งในด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และอีกทั้งยังสร้างวิชาการ สร้างนวัตกรรม สร้างบุคลากรที่มีคุณภาพอยู่ในชนบทที่ห่างไกลอยู่ทั่วประเทศไทย (หรือแม้กระทั่งชายขอบของประเทศนี้) และยังเป็นแหล่งสร้างงานและกระจายรายได้สู่ชนบทที่สำคัญอีกแห่งหนึ่งที่มีคุณค่ามากทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผมว่าถ้าไม่มีโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอเหมือนกับที่ผมทำงานอยู่นี้ เวลาคนจะคลอดลูก เด็กไม่สบายเป็นไข้เลือดออก ปอดบวม หรือเป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน



ในชนบทคงลำบากกว่านี้มากแน่ ๆ ผมยังไม่เห็นด้วยกับอาจารย์แพทย์บางคนที่บอกว่าสร้างแพทย์จบ 6 ปีไปทำงานโรงพยาบาลที่ห่างไกลแล้ว กลับมาวิชาจะหายหมด ผมเคยได้ยินเช่นนั้น แต่ผมกลับคิดว่าช่วงหนึ่งของชีวิตทุกวิชาชีพ วิทยาศาสตร์สุขภาพไม่ว่าสาขาใดต้องลงมาหัดใช้ชีวิต เรียนรู้ในโรงพยาบาลชุมชนที่ห่างไกลดูบ้าง มันเป็นยิ่งกว่ามหาวิทยาลัย เรียนเท่าไรก็ไม่รู้จักหมด มีหลากหลายวิชาให้เลือก สิ่งที่สำคัญโรงพยาบาลชุมชนในชนบทยังได้สร้างคุณธรรมขึ้นในจิตใจคนได้หลายอย่าง เช่น การมีความอดทนอดกลั้นกับสิ่งที่ไม่ดีหรือขาดแคลน (ความพอเพียง), ในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนหมู่มากอย่างสันติสุข, การมีความเมตตาธรรมต่อคนที่ด้อยโอกาสและขาดแคลนที่ต้องการความช่วยเหลือที่อยู่ห่างไกล ฯลฯ ถ้าใครได้มาอยู่แล้ว ประสบการณ์ชีวิตเหล่านี้จะเป็นภาพความทรงจำที่ดีไปตลอดทั้งชีวิตผมเชื่อเช่นนั้นครับ

มะเร็งของลำไส้ใหญ่

(ตอนที่ 2)



อย่างที่ผมเรียนไว้ในฉบับก่อน เราสามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่ได้ ด้วยการปรึกษาแพทย์ทันทีถ้าทราบว่ามีญาติป่วยเป็นโรคนี้อ และลดความเสี่ยงด้วยการไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไขมันสัตว์มาก รับประทานผักและผลไม้ให้มาก ๆ อย่าให้ตัวเองอ้วน (BMI ต่ำกว่า 23 พุงชายไม่เกิน 90 ซม. หญิงไม่เกิน 80 ซม.) ด้วยการเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก ดูแลตนเองไม่ให้ท้องผูก และถึงแม้ทำทุกอย่างแล้วก็ตาม เมื่อมีอายุ 50 ปี ถึงแม้ว่าสบายดี แม้ยังไม่มีอาการควรไปปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง (ภาษาแพทย์เรียกว่า screening) เพื่อหามะเร็งของลำไส้ใหญ่หรือติ่ง (adenomatous polyp) ซึ่งเป็นว่าที่มะเร็ง

ที่ต้องไปตรวจคัดกรอง ทั้ง ๆ ที่ทำตามคำแนะนำทุกอย่างถึงแม้ว่าสบายดี เพราะเมื่อมีอายุ 50 ปี ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่จะมีมากขึ้น และมะเร็งหรือ “ว่าที่” มะเร็งอาจเกิดขึ้นแล้ว โดยที่ยังไม่มีอาการ ถ้ามีอาการอาจเป็นโรคมากแล้ว และอาจสายไป

มะเร็งของลำไส้ใหญ่ไม่ได้ยู่ดี ๆ ก็เป็นมะเร็งเลย แต่มะเร็งของลำไส้ใหญ่เกิดจากติ่งเนื้อธรรมดาที่ไม่ใช่มะเร็ง ที่แพทย์เรียกว่า polyp และเกิดขึ้นใน polyp ชนิด adenomatous ซึ่งเมื่อสูงอายุนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดติ่งนี้ขึ้นมา ติ่งนี้จะค่อย ๆ โตขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นมะเร็งภายในระยะเวลา 10-20 ปี ติ่งอาจค่อย ๆ โตขึ้นโดยไม่มีอาการ ติ่งยิ่งโต ยิ่งยาว ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ผู้เชี่ยวชาญทางโรคนี้นของโลกจึงได้วางแนวทางเวชปฏิบัติ หรือ clinical practice guideline, CPG ไว้ให้ทุก ๆ คนที่เป็น average risk หรือผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง (หรือผู้ที่ไม่มีประวัติญาติในครอบครัวเป็นโรคนี้อ และไม่มีความเสี่ยงอื่น ๆ ต่อ

โรคนี้อ) ให้ไปตรวจคัดกรองหาโรคเมื่อมีอายุ 50 ปี ทำไมไม่ทำก่อนอายุ 50 ปี เพราะจากข้อมูลของโลกพบว่า ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคมะเร็งหลังอายุ 50 ปี มีน้อยรายที่จะเกิดมะเร็งของลำไส้ใหญ่ก่อนอายุ 50 ปี แต่เกิดขึ้นได้ แต่เป็นแนวทางเวชปฏิบัติของประชาชนกลุ่มใหญ่ ซึ่งจะคุ้มค่าต่อการลงทุน แต่ถ้ามาตรวจคัดกรองตอนอายุ 40 ปี จะต้องใช้เงินมหาศาลและมักจะตรวจไม่ค่อยพบโรค แต่ในผู้ที่มีความเสี่ยงอาจต้องทำการตรวจคัดกรองเร็วกว่าอายุ 50 ปี แต่ผู้ที่มีฐานะถ้าต้องการจะตรวจตอนอายุ 45 ปี แพทย์คงไม่ขัดข้อง แต่ในสหรัฐอเมริกา ถ้าตรวจตอนอายุ 50 ปี จะได้รับฟรี (จากระบบสาธารณสุข หรือ medicare)

การตรวจคัดกรองมีหลายวิธี แล้วแต่ประเทศว่ามีงบประมาณแค่ไหน มีการตรวจอะไรได้บ้าง และขึ้นอยู่กับทางเลือกของประชาชนด้วย (ยังไม่เรียกว่าเป็นผู้ป่วย) วิธีการต่าง ๆ คือ ตรวจอุจจาระหาเม็ดเลือดแดงทุกปี ส่องกล้องเฉพาะส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ (sigmoidoscopy) ทุก 5 ปี สวนแบ่งแบบเรียงทางทวารหนักและฉายภาพรังสี (double contrast barium enema) ทุก 5 ปี virtual colonoscopy โดยใช้ computer scan (CT) ทุก 5 ปี และการส่องกล้องดูลำไส้ใหญ่ ซึ่งถ้าปกติก็ควรทำทุก 10 ปี

ในการตรวจทุก ๆ อย่างนอกเหนือจากการส่องกล้อง ถ้าตรวจพบอะไรผิดปกติจะต้องมาทำการตรวจเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้อง เพื่อการวินิจฉัยที่แม่นยำขึ้นและเพื่อการรักษา การส่องกล้องจึงถือเป็น ‘gold standard’ เพราะสามารถให้การวินิจฉัยและการรักษาได้ หรือเรียกได้ว่าเป็น ‘one stop service’ หรือ “ที่เดียวจบ” หลักการของการตรวจอุจจาระเพื่อหาเม็ดเลือดแดงก็คือ ต้องอาศัยว่าขณะตรวจมีติ่ง หรือก้อนเนื้อ หรือมะเร็งที่เป็นแผล และกำลังมีเลือดออกตอนนั้น แต่ถ้ามีติ่ง หรือมีมะเร็งแต่เลือดไม่ออกตอนนั้น การตรวจอุจจาระก็จะไม่พบเม็ดเลือด ด้วยเหตุนี้เองการตรวจอุจจาระจึงต้องทำทุกปี ไม่เหมือนการส่องกล้อง ซึ่งถ้าปกติอาจทำทุก 10 ปี อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า การตรวจอุจจาระสามารถลดอัตราการตายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ ถ้าเป็นการตรวจเพื่อประชาชนกลุ่มใหญ่ วิธีการนี้จะประหยัดและคุ้มค่ามาก การส่องกล้องต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือ แล้วยังอาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ถึงแม้จะน้อย เช่น จากสภาวะการเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้อง ซึ่งต้องรับประทานยาถ่าย ซึ่งเป็นน้ำถึง 2 ลิตร และการส่องกล้องเอง อาจเกิดลำไส้ทะลุ เลือดออก ฯลฯ ได้

คณยาปฏิชีวนะจากกันทะเล

บีบีซี - คณะนักวิจัยยุโรปเตรียมเริ่มโครงการเก็บตัวอย่างสิ่งมีชีวิตจากกันทะเล เพื่อนำสารเคมีมาสกัดเป็นยาปฏิชีวนะ

คณะนักวิจัยนำโดยนักวิทยาศาสตร์จากมหาวิทยาลัยอาเบอร์ดีนของอังกฤษกำลังติดตามสารเคมีชนิดใหม่จากสิ่งมีชีวิตที่ร่องสมุทรเพื่อนำมาสกัดเป็นยาปฏิชีวนะรุ่นใหม่ ซึ่งแม้ที่ผ่านมามีสามารถเก็บตัวอย่างได้เพียงน้อยนิด แต่นักวิจัยก็ยังคงเชื่อมั่นว่าที่ร่องสมุทรซึ่งมีสภาพแวดล้อมสุดหฤโหดนี้น่าจะเป็นโอกาสดีที่จะพบยาปฏิชีวนะชนิดใหม่

ด้านนักวิจัยเปิดเผยว่า นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการพัฒนายาปฏิชีวนะใหม่แม้แต่ตัวเดียว เนื่องจากการพัฒนายาปฏิชีวนะใหม่มีต้นทุนสูงและไม่สามารถทำกำไรได้มากนัก โดยกล่าวด้วยว่า นักวิจัยจะนำตัวอย่างมาศึกษาในห้องทดลองภายใน 18 เดือน ซึ่งหากพบยาตัวใหม่ก็น่าจะสามารถผลิตออกสู่ตลาดได้ภายใน 10 ปี

คณะนักวิจัยนานาชาติจะใช้เรือประมงหย่อนเครื่องมือเก็บตัวอย่างโคลนลงไปยังก้นร่องสมุทร และจะนำตัวอย่างที่เก็บได้มาเพาะแบคทีเรียและเชื้อรา ก่อนจะนำไปสกัดและพัฒนาเป็นยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ โดยวางแผนที่จะศึกษาบริเวณร่องอะตาคามาที่มหาสมุทรแปซิฟิกบริเวณนอกชายฝั่งชิลีและเปรู รวมถึงร่องสมุทรรนอกชายฝั่งนิวซีแลนด์ น่านน้ำนอกชายฝั่งแอนตาร์กติกา รวมถึงทะเลขั้วโลกเหนือนอกชายฝั่งนอร์เวย์

ชาวอังกฤษลดกินเนื้อจากเหตุเนื้อม้าปนเปื้อน

รอยเตอร์ส - การเปิดโปงเหตุลอบผสมเนื้อม้าในผลิตภัณฑ์เนื้อวัวทำให้ชาวอังกฤษจำนวนมากลดการบริโภคเนื้อสัตว์

เหตุเนื้อม้าปนเปื้อนซึ่งพบในไอร์แลนด์เป็นแห่งแรกก่อนกระจายอย่างรวดเร็วไปทั่วยุโรป ส่งผลให้เกิดการเรียกคืนผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปออกจากห้างสรรพสินค้าและบั่นทอนความเชื่อมั่นของผู้บริโภค ขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดความหวาดระแวงต่อการติดฉลากสินค้าและอุตสาหกรรมอาหารทั่วสหภาพยุโรป และสร้างความกระอักกระอ่วนแก่รัฐบาลหลายประเทศในการชี้แจงต่อประชาชนของตน

ด้านผลสำรวจความคิดเห็นในอังกฤษระบุว่า ผู้บริโภคราวหนึ่งในห้าเริ่มลดการบริโภคเนื้อสัตว์ภายหลังเหตุพบติเอ็นเอ็มเอ และกว่าครึ่งระบุว่ามีความเชื่อถือนในผู้ผลิตลดลง และส่วนใหญ่จะเปลี่ยนวิธีจับจ่ายมาซื้อหาเนื้อสัตว์จากร้านขายเนื้อในท้องถิ่นแทน และส่วนหนึ่งยังระบุว่าจะเลือกซื้อเนื้อสัตว์ที่ยังไม่ผ่านการแปรรูปแทนเนื้อสัตว์ผ่านกระบวนการ

จนถึงขณะนี้ยังไม่มีรายงานผู้ป่วยจากการบริโภคเนื้อม้า นับตั้งแต่เกิดเรื่องแดงขึ้นมา ขณะที่รัฐบาลหลายประเทศยืนยันว่าเนื้อม้าไม่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือมีความเสี่ยงน้อย แต่ยอมรับว่าเนื้อม้าบางส่วนอาจปนเปื้อนยาแก้ปวดที่ใช้สำหรับม้าแข่งแต่ห้ามใช้ในคน



เฝอดีเออาร์บรองเรตินาเทียม

รอยเตอร์ส - สำนักงานอาหารและยาสหรัฐอเมริกา (เอฟดีเอ) รับรองเรตินาเทียมสำหรับฟื้นฟูการมองเห็นในคนตาบอด และผู้สูญเสียการมองเห็นจากโรคทางพันธุกรรม

เรตินาเทียมรุ่น Argus II ซึ่งได้รับการรับรองเป็นครั้งแรกนี้ผลิตโดยบริษัท Second Sight Medical Products Inc ในรัฐแคลิฟอร์เนียของสหรัฐอเมริกา โดยออกแบบมาสำหรับขดเชยการทำงานของเซลล์รับแสงในเรตินาซึ่งได้รับความเสียหายจากโรค retinitis pigmentosa

เรตินา Argus II ติดตั้งมาพร้อมเลนส์ชนิดพิเศษรวมถึงกล้องวิดีโอและอุปกรณ์แปลงสัญญาณภาพ ซึ่งจะส่งสัญญาณไปที่ตัวรับไร้สายซึ่งปลูกถ่ายไว้ในดวงตา และแม้ว่าอุปกรณ์นี้ยังไม่สามารถฟื้นฟูการมองเห็นได้อย่างสมบูรณ์แบบ แต่ก็เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การระบุตำแหน่งสิ่งของและอ่านตัวอักษรหรือแยกแยะรูปทรงที่มีขนาดใหญ่

เรตินาเทียมรุ่น Argus II ผ่านการรับรองใช้ในยุโรปเมื่อปี พ.ศ. 2554 และมีผู้ป่วยได้รับการปลูกถ่ายเรตินาเทียมแล้ว 30 รายจากการวิจัยซึ่งเริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2550 โดยผู้บริหารของบริษัทเปิดเผยว่า เรตินาเทียมนี้อาจมีราคาสูงกว่า 100,000 ดอลลาร์เมื่อเข้าสู่ตลาดสหรัฐอเมริกาในปีนี้ ซึ่งบริษัทกำลังหาทางประสานกับบริษัทเอกชนและสวัสดิการเมดิแคร์ของสหรัฐอเมริกา เพื่อหาแนวทางลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย





เด็กนิวยอร์กไปโรงเรียนด้วยหุ่นยนต์

เอพี - หุ่นยนต์ตัวแทนช่วยเด็กชายในนครนิวยอร์กสามารถร่วมกิจกรรมกับเพื่อนในชั้นเรียนประถมศึกษาขณะที่เขาพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน

อาการภูมิแพ้ซ้ำซ้อนที่รุนแรงจนอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตทำให้เด็กชายเดวอน แครวีว จำเป็นต้องเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน แต่หุ่นยนต์ VGo ความสูงสี่ฟุตที่ติดกล้องวิดีโอไร้สายก็ช่วยให้เขาสามารถเข้าชั้นเรียนและร่วมกิจกรรมกับเพื่อน ขณะที่เพื่อน

ร่วมชั้นเองก็ยอมรับอย่างสนิทใจว่าหุ่นยนต์ที่ฉายภาพใบหน้าของเดวอนบนจอ นั้นเป็นเดวอนตัวจริง

แหล่งข่าวรายงานว่า หุ่นยนต์ VGo มีค่าตัวราว 6,000 ดอลลาร์ ไม่รวมค่าบริการรายเดือนอีกเดือนละ 100 ดอลลาร์ แต่โชคดีที่ค่าใช้จ่ายทั้งหมดได้รับการสนับสนุนจากสวัสดิการการศึกษา ซึ่งนอกจากเดวอนแล้ว ก็มีเด็กนักเรียนอีกไม่กี่คนในสหรัฐอเมริกาที่ใช้หุ่น VGo เป็นตัวแทนไปโรงเรียน นอกจากนี้หุ่น VGo ก็เริ่มเป็นที่สนใจทั้งในแวดวงสาธารณสุขและธุรกิจสำหรับการพบปะหรือติดต่อสื่อสารในระยะไกล

อังกฤษแจกษาเทียมชีวกลทหารผ่านศึก

บีบีซี - ทางทหารอังกฤษประกาศสนับสนุนขาเทียมชีวกลรุ่นใหม่อล่าสุดแก่ทหารที่ถูกตัดขาจากการผ่านศึกสงคราม

นายฟิลิป แอมมอนด์ รัฐมนตรีกลาโหมอังกฤษเปิดเผยว่า กระทรวงมีนโยบายให้การดูแลรักษาอย่างดีที่สุดแก่ทหารผ่านศึก โดยจะสนับสนุนขาเทียมชีวกลด้วยงบประมาณ 6.5 ล้านปอนด์แก่ทหารผ่านศึกในสมรภูมิอิรักหรืออัฟกานิสถาน ซึ่งคาดว่าจะมีทหารผ่านศึกได้รับประโยชน์จากสวัสดิการนี้ราว 160 นาย

ด้านผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า ขาเทียมชีวกลนี้ได้พัฒนาให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น และจะช่วยฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของทหารได้อย่างมีนัยสำคัญ และเทคโนโลยีใหม่ช่วยให้ขาเทียมมีความเสถียรและเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังได้พัฒนาความสามารถในการเดินข้ามสิ่งกีดขวาง ปีนบันได และเดินถอยหลังอย่างปลอดภัย



ยารั้วไหลสู่แหล่งน้ำทำปลาพฤติกรรมเบี่ยงเบน



Yahoo! - นักวิจัยพบยาต้านอาการหวัดวิตกซึ่งรั้วไหลสู่แหล่งน้ำทำให้ปลาเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการเข้าฝูง

นักวิจัยสวีเดนพบว่า ยาต้านอาการหวัดวิตกซึ่งขับถ่ายออกจากร่างกายคนและรั้วไหลลงสู่แหล่งน้ำในสวีเดนและหลายประเทศทำให้ปลาในแหล่งน้ำดังกล่าวมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และกันตัวเองออกจากฝูง นอกจากนี้ยังกินอาหารเร็วขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปริมาณแพลงตอนและระบบนิเวศในแหล่งน้ำ

นักวิจัยกล่าวด้วยว่า เนื่องจากระบบระบายน้ำทั่วไปยังไม่มียาระบบกรองยาที่ขับถ่ายออกจากร่างกายคนจึงเป็นผลให้ยาดังกล่าวปนเปื้อนลงนในแหล่งน้ำทั่วโลก และคาดว่าจะส่งผลกระทบต่อปลาทั้งหมด เพราะยาดังกล่าวมีผลต่อเซลล์ตัวรับของสัตว์มีกระดูกสันหลังเกือบทุกชนิด ทำให้ปัญหานี้ยกระดับขึ้นเป็นปัญหาระดับโลก

ทหารหนุ่มอายุราว 30 ปี เดินเข้ามาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการปวดนิ้วกลางของมือขวามาก

“ผมเปิดประตูบ้านไม่ออกก็เลยจัดประตู แต่พอตีพลาด นิ้วไปกระแทกกับเหล็กทำให้นิ้วบวมและปวดมากครับ” นายทหารรายนี้เล่าไปพร้อมกับคลำนิ้วโป้ง ๆ อย่างเจ็บปวด

หมอฉุกเฉินเข้าทำการตรวจนิ้วกลางของมือขวานั้น ก็พบว่ามีอาการบวมแดงเป็นอย่างมาก



“หมอบอกว่าอาจมีกระดูกหักนะ คงต้องเอกซเรย์นิ้วดูก่อน ตอนนี้อาการปวดนิ้วของคุณพอจะทนได้ไหมคะ ตอนนี้อย่างไรให้ยาแก้ปวดนะคะ เพราะคุณอาจต้องได้รับการผ่าตัด”

“โห...ต้องผ่าตัดเลยหรือครับ แค่บวมอย่างเดียว”

“ไม่ใช่ผ่าตัดใหญ่หรอกค่ะ เพราะถ้ากระดูกนิ้วหักก็ต้องยิงลวดเข้าไปยึดกระดูกเอาไว้ ซึ่งก็อาจต้องให้ฉีดยานอนหลับหรือยาชาก่อนทำหัตถการนะคะ” หมออธิบายยืดเยื้อพร้อมกับพูดต่อว่า “แต่ตอนนี้ยังไม่แน่ใจนะคะ เดี่ยวคุณไปเอกซเรย์นิ้วก่อนแล้วกัน เดี่ยวค่อยมาตกลงกันอีกที”

หลังจากดูเอกซเรย์ก็พบว่ากระดูกนิ้วหักจริงอย่างที่คิดไว้ ดังนั้น หมอฉุกเฉินจึงอธิบายรายละเอียดขั้นตอนการรักษาให้ผู้ป่วยฟัง พร้อมกับแจ้งให้ผู้ป่วยนั่งรอหมอกระดูกเพื่อมาทำการผ่าตัดต่อไป

ระหว่างรอหมอกระดูกมาตรวจ...ก็พบว่านิ้วกลางเริ่มบวมมากขึ้นเรื่อย ๆ

เมื่อหมอกระดูกมาตรวจก็ตัดสินใจทำการผ่าตัดด้วยการยิงลวดเข้านิ้วนั้น

แต่ปัญหาคือ...นิ้วที่บวมมากนั้นได้ถูกกดรัดด้วยแหวนรุ่นที่สวมอยู่ แหวนรุ่นที่รัดอยู่นั้นยิ่งทำให้เลือดคั่งที่นิ้วมากขึ้น และทำให้นิ้วนั้นบวมมากยิ่งขึ้นเรื่อย ๆ แต่การผ่าตัดต้องทำการฉีดยาชาที่โคนนิ้ว...จึงพบว่าแหวนรุ่นนี้เป็นอุปสรรคต่อการ

รักษา ดังนั้น หมอกระดูกจึงได้พยายามทุกวิถีทางเพื่อรูดแหวนรุ่นนั้นออกจากนิ้วของผู้ป่วย ทั้งรูดน้ำมันและน้ำสบู่เพื่อให้นิ้วลื่น...ก็ไม่สามารถรูดแหวนรุ่นออกมาได้ จนในที่สุดหมอกระดูกจึงตัดสินใจแจ้งว่า “ต้องตัดแหวนรุ่นทิ้งนะคะ”

“โอ้คุณหมอ ผมเรียนจบทหารก็มีแหวนรุ่นนี้แหละที่เป็นสัญลักษณ์ระหว่างเพื่อน และไม่มีใครผลิตอีกแล้วนะครับ มันเป็นแหวนที่ช่วยให้ระลึกได้ว่าเราจบจากโรงเรียนทหารรุ่นไหน และย้ำให้คิดถึงเพื่อน ๆ ที่จบมาด้วยกัน มันมีกันแค่เฉพาะเพื่อนร่วมรุ่นเท่านั้น ซึ่งไม่ถูกทำขึ้นมาเพิ่มอีกแล้วนะครับ”

“หมอเข้าใจ แต่ก็ต้องตัดแหวนเพื่อให้ฉีดยาชารอบโคนนิ้วได้ จึงจะยิง

แหวนรุ่น

ลวดเข้าไปยึดกระดูกนิ้วได้ค่ะ นอกจากนี้แหวนยังรัดนิ้วทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก จนกระทั่งนิ้วยิ่งบวมมากขึ้น ก็จะต้องทำการผ่าตัดอีกด้วย”

“แล้วหมอรักษาด้วยวิธีอื่นอีกได้ไหมครับ ผมเสียใจแหวนนะครับ”

“จริง ๆ แล้ว หลังตัดแหวนแล้วคุณก็ยังสามารถเอาไปหลอมให้เป็นวงใหม่ได้นะคะ”

“แต่ก็ไม่เหมือนเดิมอยู่ดีนี่ครับ”

หลังจากต่อรองกันอยู่นาน ในที่สุดนายทหารรายนี้ก็ยอมให้ตัดแหวนรุ่นออกได้ทั้งที่เสียใจจะขาด

หมอกระดูกจึงส่งผู้ป่วยไปห้องแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลเพื่อใช้อุปกรณ์ตัดเหล็ก โดยการตัดเหล็กอาจใช้คีมตัดหรือเลื่อยก็ได้

ครั้งแรก ๆ ลองใช้คีมตัดแต่ก็ไม่สามารถตัดได้ ทั้งนี้เพราะวงแหวนค่อนข้างหนา



จนในที่สุดก็ใช้เลื่อยตัดเหล็ก โดยที่ใช้แผ่นเหล็กบาง ๆ รองระหว่างนิ้วและแหวน จากนั้นใช้เลื่อยตัดเหล็กไปเรื่อย ๆ ระหว่างนั้นก็พรมน้ำเล็กน้อยเพื่อช่วยลดความร้อนระหว่างเลื่อย

หลังจากเอาแหวนออกได้แล้วก็ส่งผู้ป่วยรายนี้ไปยังห้องผ่าตัดเพื่อทำการฉีดยาชารอบโคนนิ้ว รวมทั้งใส่ลวดเข้าไปยึดกระดูกไว้ต่อไป

ในที่สุดผู้ป่วยก็สามารถกลับบ้านได้ภายในวันนั้นเอง

ปัญหาแหวนติดนิ้วซึ่งดูเหมือนเป็นเรื่องเล็กน้อยมากทางการแพทย์... ในบางครั้งก็กลับมีความผูกพันและสำคัญต่อใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ฉันเกิดความสงสัยจึงได้ซักถามหมอกระดูกรายนี้ว่า

“สำหรับน้องที่เป็นผู้ชาย ถ้าบังเอิญแหวนที่ติดนิ้วแบบรายนี้เกิดเป็นแหวนแต่งงานแล้วน้องจะตัดสินใจทำอย่างไร”

หมอกระดูกรายนี้ยิ้มไปพร้อมกับตอบทันทีโดยไม่ต้องหยุดคิดว่า “ก็ให้ตัดแหวนทิ้งสิครับ แล้วอ้างเป็นสาเหตุสมควรหย่าเลยครับ จากนั้นก็หาภรรยาใหม่ได้เลย” แพทย์รายนี้ตอบจากประสบการณ์แต่งงานของตนเองมานาน 10 ปี

ทันใดนั้นก็เลยตะโกนมาจากหมอฉุกเฉินชายอีกรายหนึ่งที่ทำงานอยู่ข้าง ๆ ว่า

“แต่สำหรับผม ถ้าเป็นแหวนแต่งงานติดที่นิ้วของผมนะครับ ผมจะให้ติดนิ้วของผมออกโดยที่ห้ามแตะต้องแหวนเด็ดขาดครับ แม้แต่ขีดข่วนให้แหวนเป็นรอยก็ไม่ยอมครับ”

แพทย์รายหลังนี้เพิ่งแต่งงานได้เพียง 1 เดือน!

แหวนมีความสำคัญต่อใจของคนสวมใส่...แตกต่างกันอย่างแท้จริง

หมายเหตุ

ในบางครั้งที่เราต้องการจะสั่งซื้อแหวนผ่านทางเว็บไซต์ ปัญหาที่พบคือ ไม่ทราบว่าไซส์แหวนในเว็บไซต์ที่เราต้องการนั้น จะเท่ากับขนาดไซส์แหวนที่เราใส่อยู่หรือไม่

วิธีการหาไซส์แหวนแบบง่าย ๆ

วิธีที่ 1

1. วัดเส้นผ่าศูนย์กลางของแหวน โดยวัดจากขอบด้านในของแหวนที่ใส่หรือมีอยู่แล้ว หน่วยเป็นมิลลิเมตร (มม.) ได้ค่าเท่าไรให้นำมาเทียบตามรายละเอียดดังนี้

เส้นผ่าศูนย์กลางที่วัดได้

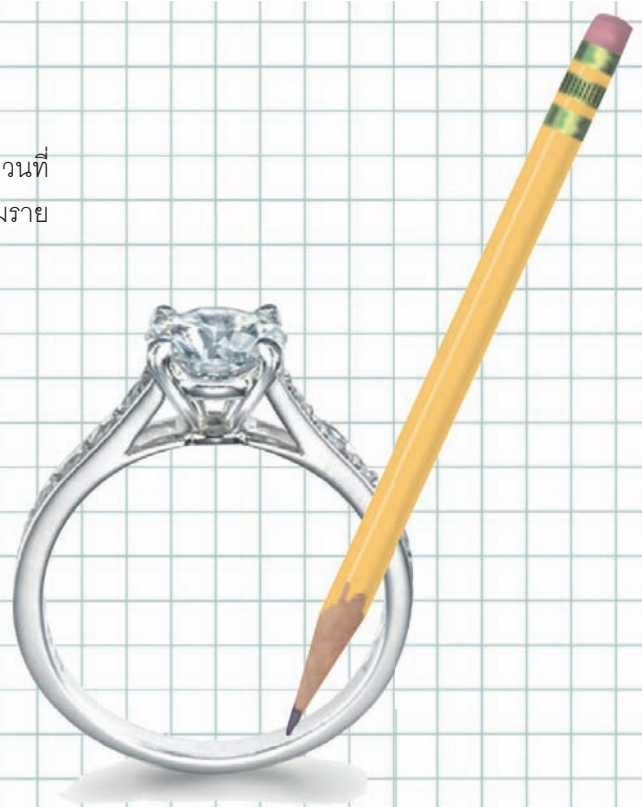
15.3 มม.	=	แหวนไซส์ 48
15.6 มม.	=	แหวนไซส์ 49 (เบอร์ 5)
16 มม.	=	แหวนไซส์ 50
16.2 มม.	=	แหวนไซส์ 51
16.5 มม.	=	แหวนไซส์ 52 (เบอร์ 6)
17 มม.	=	แหวนไซส์ 53
17.2 มม.	=	แหวนไซส์ 54 (เบอร์ 7)
17.5 มม.	=	แหวนไซส์ 55
17.8 มม.	=	แหวนไซส์ 56
18 มม.	=	แหวนไซส์ 57 (เบอร์ 8)

วิธีที่ 2 (ควรใช้วิธีที่ 1 ร่วมด้วย)

1. วัดเส้นรอบวงโดยใช้เชือกหรือลวดมัดขนมปัง หรือตัดกระดาษมาพันรอบนิ้วให้พอดี (ถ้าข้อนิ้วใหญ่ควรวัดที่ข้อนิ้วเป็นหลัก)
2. ทำเครื่องหมายตรงตำแหน่งที่พอดี
3. นำเชือกหรือกระดาษที่ได้มาทาบกับไม้บรรทัด ได้ผลเป็นมิลลิเมตร
4. นำความยาวที่ได้ (มิลลิเมตร) นำมาลบด้วย 2 นั่นคือขนาดแหวนของคุณ เช่น วัดความยาวได้ 70 มม. (นำ 70 มาลบด้วย 2 จะได้ 68) ดังนั้นขนาดของแหวนเท่ากับแหวนไซส์ 68

เอกสารอ้างอิง

1. Napa Jewelry.การวัดไซส์แหวนแบบง่าย ๆ. Available from: URL: <http://www.napajewelry.net/%>



มหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค

ตอน ภัยต่อระบบธรรมาภิบาลในการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

(ต่อจากฉบับที่แล้ว)

2. หลักคุณธรรม จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ยึดหลักคุณธรรม ยกตัวอย่างเช่น กำหนดรายการยาให้ผู้ป่วยเพียงบางชนิดเท่านั้น จนอาจทำให้ผู้ป่วยตายไปโดยยังไม่สมควรตาย เช่น การบังคับให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายทุกคนต้องล้างไตทางหน้าท้องเป็นวิธีแรก ไม่เช่นนั้นต้องจ่ายเงินเอง ทำให้ผู้ป่วยที่ยอมรับการรักษาในโครงการนี้มีอัตราการตายสูงถึง 40% และในบางศูนย์ก็มีอัตราการตายถึง 100% แสดงว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ยึดหลักคุณธรรมและความถูกต้องในการกำหนดหลักเกณฑ์รักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

3. หลักความโปร่งใส คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ยึดหลักความโปร่งใส ตรงไปตรงมา แต่ปกปิดและบิดเบือนข้อเท็จจริง โดยการบอกประชาชนว่า “รักษาทุกโรค” แต่ไม่ได้บอกความจริงทั้งหมดว่า บางโรคก็ไม่ให้ยาตามที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้องการให้ยาที่เหมาะสมที่สุด แต่กำหนดกฎเกณฑ์บังคับให้แพทย์ใช้ยาเพียงบางอย่างเท่านั้น หรือ สปสช. จัดซื้อยาที่ไม่มีคุณภาพมาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยไม่หายจากการเจ็บป่วยเนื่องจากเชื้อโรคดื้อยา (ดังที่กล่าวแล้วในตอนที่ 6)

ผู้เขียนขอยกตัวอย่างเปรียบเทียบให้เข้าใจง่าย ๆ ก็คือ สปสช. และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้โฆษณาประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบว่า ให้เงินแก่โรงพยาบาลไปจัดอาหารโต๊ะจีนไว้เลี้ยงประชาชน ให้ประชาชนไปกินอาหารชั้นยอดได้ที่ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ แต่ สปสช. จ่ายเงินให้โรงพยาบาลไม่เพียงพอที่จะไปซื้ออาหารชั้นยอดแบบโต๊ะจีนได้ โรงพยาบาลได้รับเงินแค่ไปซื้ออาหารข้างถนนที่มีฝุ่นละออง มลภาวะปนเปื้อนริมถนน ประชาชนไปเห็นก็ไม่พอใจ แต่ความหิวทำให้ต้องกินอาหารเหล่านั้น แต่กินแล้วก็เกิดท้องร่วง ท้องเดิน ประชาชนก็ต้องค่าโรงพยาบาล เพราะประชาชนเชื่อตามที่ สปสช. ให้ข้อมูลว่า “สั่งให้จัดโต๊ะจีน ไม่ใช่ให้จัดน้ำพริก/ข้าวแกงข้างถนนแบบที่โรงพยาบาลจัด” และโรงพยาบาลจะชี้แจงอย่างไร ประชาชนก็ไม่ยอมรับฟัง และไม่ยอมเข้าใจ

4. หลักความมีส่วนร่วม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่ต้องทำงานให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในระบบ 30 บาทเลย ทั้งไม่ยอมจัดการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการตามที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย และยังไม่รับฟังจากรายงานของหน่วยบริการ และยัง “บิดเบือนข้อมูลของหน่วยบริการอีก” ว่าไม่ได้ขาดเงิน แต่มีเงินบำรุงเหลือเยอะ และทำบัญชีไม่ได้มาตรฐานเหมือนบัญชีของร้านโชห่วย ฯลฯ การที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ยอมจัด

ประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นอกจากจะผิดหลักนิติธรรม (ผิดกฎหมายใช้อำนาจตามอำเภอใจ) แล้วยังไม่ยึดหลักการมีส่วนร่วม และยังทำให้การบริการในระบบหลักประกันสุขภาพไม่สามารถพัฒนาให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยของประชาชนอีกด้วย

แต่เงินที่ สปสช. จ่ายให้แก่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการนั้นมันไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจริงที่หน่วยบริการต้องจ่ายไปในการ “ให้บริการสาธารณสุข” ทำให้หน่วยบริการสาธารณสุขประสบปัญหาในการจัดหา ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้จัดประชุมรับฟังความคิดเห็นจากหน่วยบริการเพื่อกำหนด “ค่าใช้จ่าย” สำหรับหน่วยบริการให้เหมาะสมเพียงพอ

นอกจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะไม่ยอมจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นดังกล่าวแล้ว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. ยังไม่ฟังเสียงสะท้อนจากหน่วยบริการที่ได้ปรากฏในสื่อมวลชนอย่างต่อเนื่องว่า หน่วยบริการยังมีเงินเหลือเพื่อโดยการอ้างว่า “โรงพยาบาลมีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น” และกล่าวหาว่าโรงพยาบาลจ่ายเงินตอบแทนบุคลากรมากขึ้นจึงทำให้เงินไม่พอ อ้างว่าระบบบัญชีโรงพยาบาลเชื่อถือไม่ได้ เหมือนบัญชีร้านโชห่วยบ้าง และไม่ประหยัดในการซื้อยาและเครื่องมือแพทย์บ้าง

โดยขอกกล่าวหาเรื่องการซื้อยาและอุปกรณ์ที่ สปสช. กล่าวหาว่าโรงพยาบาลไม่ประหยัดนี้ ทำให้ สปสช. “รวบอำนาจการซื้อยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเวชภัณฑ์อื่น ๆ” มาทำเอง ซึ่งไม่ถูกต้องตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฯ เพราะไม่ได้มีบทบัญญัติใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในมาตราใด ๆ เลยที่ให้ สปสช. จัดซื้อเอง สปสช. มีหน้าที่ “จ่ายค่าบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการเท่านั้น” แต่ สปสช. ก็รวบอำนาจมาดำเนินการเองเพราะมีเงินอยู่ในมือ และอ้างว่า สปสช. จัดซื้อประหยัดเงินงบประมาณไปถึง 4 พันล้านบาท

แต่ สปสช. ก็จัดซื้อยาและเครื่องมือแพทย์ที่ไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน เช่น การซื้อเลนส์แก้วตาเทียม การซื้อสเตนต์ (Stent) ที่ใช้รักษาผู้ป่วยเส้นเลือดหัวใจตีบที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญชี้ว่าไม่เหมาะสม และไม่ได้มาตรฐาน และเสียไปโดยไม่ได้อีกเป็นจำนวนมาก

รวมทั้งสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ก็ชี้ว่า สปสช. ได้

ผลประโยชน์ตอบแทนโดยมิชอบจากองค์การเภสัชกรรมที่จัดซื้อโดยผ่านองค์การเภสัชกรรม และซื้อขายขององค์การเภสัชกรรมอีกด้วย

ซึ่งผลการตรวจสอบ สปสข. ของ สตง. นี้ได้เป็นข่าวแพร่หลายในสื่อมวลชนทั่วไป แต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีหน้าที่ตามมาตรา 19 ให้คณะกรรมการมีหน้าที่ควบคุมดูแลสำนักงานให้ดำเนินกิจการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกเรื่อง รวมทั้งการควบคุมดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนจรรยาบรรณ ขอบบังคับ ประกาศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารบุคคล งบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล และการดำเนินงานอื่นของสำนักงาน

น่าจะถือว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา 19 นี้มานานแล้ว นับว่าผิดหลักนิติธรรมอีกด้วย

5. หลักความรับผิดชอบ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เคยออกมารับผิดชอบในสิ่งที่ตนกำหนดขอบเขตการรักษา มีแต่โฆษณาว่ารักษาทุกโรค ทั้ง ๆ ที่ความจริงมิได้เป็นเช่นนั้น เช่น การให้ยารักษามะเร็งก็กำหนดให้ใช้เพียงยา ก. หรือ ข. แต่ยา ค. หรือ ง. ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาดีกว่า ทันทสมัย และรักษาหาย คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ไม่อนุญาตให้แพทย์ใช้รักษาผู้ป่วย เนื่องจากราคาสูงเกินไป สปสข. ไม่สามารถจ่ายให้ได้ แต่ถึงแม้ประชาชนจะยอมจ่ายเงินเอง สปสข. ก็ “บังคับให้โรงพยาบาลเอาเงินไปคืนให้ผู้ป่วย” และผู้ป่วยก็ไม่ได้รับยาจากโรงพยาบาล (เพราะโรงพยาบาลไม่มีเงินซื้อขาย) และประชาชนก็ไปซื้อยาเองไม่ได้ เพราะเป็นยาควบคุมเฉพาะที่มีจำหน่ายในโรงพยาบาลเท่านั้น ทำให้ประชาชนขาดโอกาสในการรักษา และถูกละเมิดสิทธิในการ “รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน”

เปรียบเทียบให้เข้าใจง่าย ๆ ก็คือ รัฐบาลบอกให้ประชาชนเดินทางฟรีโดยไม่ต้องจ่ายเงิน แต่ให้เดินทางด้วยรถเมล์ร้อนเท่านั้น ใครจะไปรถปรับอากาศ หรือเครื่องบิน ก็ไม่ให้ไป เพราะรัฐบาลไม่มีเงินจ่าย แต่ก็ไม่ยอมให้ประชาชนจ่ายเงินเองด้วย โดยไม่บอกให้ประชาชนทราบว่า แท้ที่จริงแล้วยังมีวิธีการเดินทางที่สะดวก สบาย และรวดเร็วกว่าเดินทางด้วยรถเมล์ร้อน ทำให้ประชาชนไม่สามารถเลือกการเดินทางได้

แสดงถึงความไม่สุจริต ไม่โปร่งใส และไม่รับผิดชอบต่อภาระของตนเอง และละเมิดสิทธิประชาชน

6. หลักความถูกต้อง จะเห็นได้ว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ยึดหลักความถูกต้องในการบริหารงาน กล่าวคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินอกจากจะไม่มีความรู้ความเข้าใจในการบริการสาธารณสุขแล้ว ยังไม่รับฟังความคิดเห็นของผู้ให้บริการซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษา แต่ใช้ “อำนาจในการถือสิทธิที่มีเงินในมือ” กำหนดว่าจะรักษาผู้ป่วยตามโครงการพิเศษ (ที่เรียกว่า Vertical program หรือโครงการรักษาโรคเฉพาะ) และจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่ร่วมรักษาผู้ป่วยในโครงการนั้น ๆ ทำให้เงินงบประมาณที่ควรจะต้องจัดสรรให้แก่

หน่วยบริการอื่น ๆ ลดลงจนไม่เพียงพอที่จะจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานแก่ประชาชนได้

นอกจากนี้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่ดำเนินการสอบสวนลงโทษเลขาธิการ สปสข. ที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินชี้ว่า บริหารสำนักงานและบริหารกองทุนผิดพลาดถึง 7 ประเด็น

และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังมิคำสั่งให้เลขาธิการ สปสข. มีอำนาจสั่งจ่ายเงินงบประมาณได้เองถึงครั้งละ 1,000 ล้านบาท โดยนำไปใช้ในการซื้อขายและเวชภัณฑ์ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้มีการกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฯ ว่าให้ สปสข. มีหน้าที่ซื้อขายและเวชภัณฑ์ นับเป็นการทำผิดกฎหมายอีกด้วย

และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่ตรวจสอบเลขาธิการ สปสข. ที่เอาเงินกองทุนไปซื้อขายแล้วได้ผลประโยชน์ตอบแทน เอามาใช้จ่ายโดยมิชอบตามที่ สตง. ชี้มูล

โดยสรุป บทความนี้ชี้ให้เห็นว่า การบริหารงานในการให้บริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ได้ยึดหลักธรรมาภิบาลในการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ไม่ยึดหลักนิติธรรม คุณธรรม ไม่มีความโปร่งใสตรงไปตรงมา ไม่ยึดหลักความถูกต้อง ความประหยัด และความรับผิดชอบต่อทั้ง ๆ ที่มีหน้าที่บริหารกองทุนที่มาจากงบประมาณภาษีอากรของประชาชนที่จะต้องยึดหลักธรรมาภิบาลเพื่อให้เกิดผลงานที่เหมาะสม เพื่อให้มีความปลอดภัยต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนจนทำให้เกิดมหันตภัยแก่สุขภาพ ความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตของประชาชนดังกล่าวแล้ว

จึงสมควรที่ผู้บริหาร ประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องรีบดำเนินการเพื่อยุติปัญหาการขาดหลักธรรมาภิบาลในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสข. โดยด่วน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ประชาชนในระบบ 30 บาท โดยทั่วถึงกัน

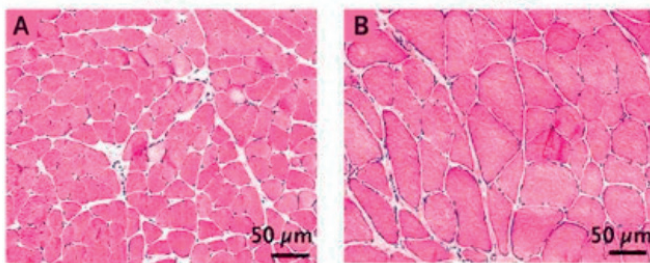
เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.ocn.ubu.ac.th/service/luktam.pdf> หลักธรรมาภิบาล.
2. พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
3. การสาธารณสุขไทยกับอุปสรรคทางกฎหมาย โดย นายสุกฤษฎี กิติศรีวรพันธุ์ นบ. ป.บัณฑิตกฎหมายมหาชน ทุนยาความ จากหนังสือวารสารอาชีวเวชศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ปีที่ 21 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2554 หน้า 20-22.
4. รายงานสถานการณ์เงินหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำโดยกลุ่มประกันสุขภาพ แผนพัฒนาการคลังและเศรษฐกิจสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ISBN 978-616-11-0439-9



ปอดเทียม (ตอนจบ)

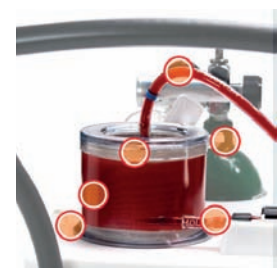
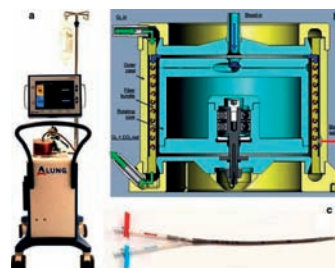
ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือระหว่างรอการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายปอดนั้น ผู้ป่วยจำนวนมากต้องพึ่งอุปกรณ์การแพทย์ในการรักษาหรือคงสภาพการทำงานของปอดแทนชั่วคราว ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยมักจะถูกรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) ซึ่งอุปกรณ์ดังกล่าวจะให้แรงดันลมเข้าสู่ปอดของผู้ป่วยเป็นจังหวะรอบการหายใจเข้าออกเลียนแบบการหายใจตามธรรมชาติ เพื่อช่วยลดแรงที่ผู้ป่วยจะต้องใช้ในการหายใจ ช่วยกำจัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกาย และยังสามารถใช้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงกว่าปกติได้ด้วย แต่ข้อเสียของระบบดังกล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ มีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง การให้แรงดันลมเข้าสู่ปอดนั้นอาจทำให้เกิดความเสียหายต่อปอดได้ และจะต้องมีการใส่ท่อหายใจ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอาการปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia, VAP) ขึ้นได้



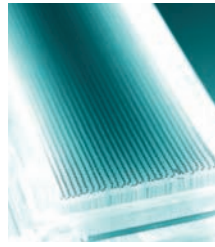
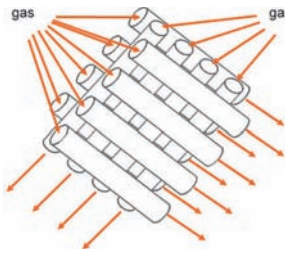
▲ ภาพแสดงการฝ่อลีบของเซลล์กล้ามเนื้อของปอดภายหลังจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 18-69 ชั่วโมง (A) เมื่อเทียบกับการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาสั้นเพียง 2-3 ชั่วโมง (B)⁽¹⁾

ด้วยเหตุนี้เอง จึงทำให้มีการพัฒนาอุปกรณ์สนับสนุนการทำงานของปอด (lung assisted device) หรือปอดเทียม โดยอาศัยหลักการทำงานของปอดที่คล้ายคลึงกับการทำงานของปอดในสิ่งมีชีวิต โดยประกอบด้วยชุดแลกเปลี่ยนก๊าซที่ภายในบรรจุแผ่นเยื่อบางที่มีลักษณะเป็นเส้นใยกลวง ซึ่งผลิตจากพอลิเมอร์ ในการทำงานนั้นจะมีการเจาะหลอดเลือดผู้ป่วยเพื่อนำโลหิตออกมาจากร่างกายผู้ป่วยให้ไหลผ่านท่อเข้ามาสู่ชุดแลกเปลี่ยนก๊าซ โดยจะไหลอยู่ทางด้านนอกของกลุ่มเส้นใยเยื่อบาง ในขณะที่ก๊าซออกซิเจนจะถูกส่งให้ไหลเวียนอยู่ด้านในของเส้นใยกลวง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนจากด้านในกับก๊าซ

คาร์บอนไดออกไซด์ในโลหิตด้านนอกโดยไม่เกิดการสัมผัสกันโดยตรง ซึ่งหลักการทำงานของปอดเช่นนี้จะมีความคล้ายคลึงกับการทำงานของปอด และทำให้โลหิตของผู้ป่วยสามารถมีระดับของก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ที่ปกติ ซึ่งมีผลทำให้สามารถปรับระดับประคองให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่เพียงพอสำหรับการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ แก้ไขภาวะขาดออกซิเจน ลดแรงที่ต้องใช้ในการหายใจ ลดการทำงานของปอดของผู้ป่วยลงได้มาก ปัจจุบันมีผู้พัฒนาอุปกรณ์ประเภทนี้หลายราย และมีการนำมาทดสอบทางคลินิกในการช่วยรักษาผู้ป่วยแล้วในบางกรณี เพื่อทดแทนการใช้งานของอุปกรณ์ช่วยหายใจ ซึ่งจากการใช้งานที่ผ่านมาพบว่ามีประสิทธิภาพที่ดีและช่วยรักษาอาการผู้ป่วยได้มาก อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความกังวลถึงความปลอดภัยในการใช้งานจากโอกาสที่จะเกิดการอุดตันของเส้นใยกลวงเยื่อบางจากการเกาะติดของเซลล์เม็ดเลือด ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงอย่างมาก ถึงแม้ว่าพื้นผิวที่สัมผัสกับโลหะนั้นจะมีการเคลือบไว้ด้วยสารเฮพารินก็ตาม



▲ ตัวอย่างอุปกรณ์สนับสนุนการทำงานของปอดต่าง ๆ ที่มีการพัฒนาขึ้น⁽²⁻⁴⁾



▶ ภาพแสดงกลุ่มของเส้นใยกลวงที่มีลักษณะเป็นแผ่นเยื่อบางที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ซึ่งเป็นหัวใจหลักของอุปกรณ์สนับสนุนการทำงานของปอด⁽³⁻⁵⁾

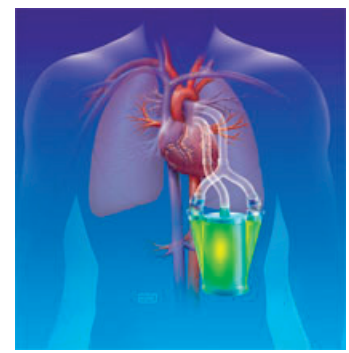


▶ ภาพแสดงระบบการหมุนเวียนโลหิตจากต้นขาผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนออกซิเจนด้วยระบบแผ่นเยื่อบางของอุปกรณ์สนับสนุนการทำงานของปอด⁽⁵⁻⁶⁾

นอกจากนี้ถึงแม้ว่าการใช้อุปกรณ์สนับสนุนการทำงานของปอดนี้อาจจะสามารถลดข้อเสียของปัญหาของความเสียหายต่อปอดและการเกิดปอดอักเสบจากการใส่ท่อหายใจ แต่อุปกรณ์ที่มีการพัฒนาใช้งานอยู่ในปัจจุบันยังคงมีขนาดใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถที่จะเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนที่ได้อย่างสะดวก ปัจจุบันจึงมีความพยายามในการที่จะลดขนาดของอุปกรณ์ให้มีขนาดเล็กลงที่ผู้ป่วยสามารถจะพกพาไปได้ ซึ่งอาจจะฝังอยู่ภายใน

ร่างกายหรือจะไม่ได้ฝังเข้าไปในร่างกาย แต่จะติดตั้งอยู่นอกร่างกาย โดยจะมีสายท่อที่ต่อเข้ากับหลอดเลือดเพื่อรับและส่งเลือดที่ผ่านการแลกเปลี่ยนก๊าซในอุปกรณ์ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซให้เพิ่มมากขึ้น โดยการใช้เอนไซม์ที่เหมาะสมในการกำจัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งจะส่งผลให้มีความต้องการปริมาณโลหิตในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ลดลง และส่งผลต่อความปลอดภัยในการใช้งานที่เพิ่มมากขึ้น

ตัวอย่างแนวคิดของการลดขนาดอุปกรณ์ ▶
สนับสนุนการทำงานของปอดให้มีขนาดเล็กลง เพื่อการใช้งานที่สะดวกมากขึ้น⁽⁷⁾



เอกสารอ้างอิง

1. Sanford Levine, Taitan Nguyen, Nyali Taylor, Michael E. Friscia, Murat T. Budak, Pamela Rothenberg, Jianliang Zhu, Rajeev Sachdeva, Seema Sonnad, Larry R. Kaiser, Neal A. Rubinstein, Scott K. Powers, and Joseph B. Shrager (2008), N Engl J Med, 358, pp. 1327-1335.
2. Peter D. Wearden, William J. Federspiel, Scott W. Morley, Meir Rosenberg, Paul D. Bieniek, Laura W. Lund, Burt D. Ochs (2012), Intensive Care Med, 38, pp. 1705-1711.
3. <http://www.novalung.com>
4. <http://www.alung.com/>
5. <http://www.ctsnet.org/portals/thoracic/newtechnology/article-9.html>

6. David Sanchez-Lorente, Tetsuhiko Go, Philipp Jungebluth, Irene Rovira, Maite Mata, Maria Carme Ayats, Paolo Macchiarini (2010), J Thoracic and Cardio Surg, 140(3), pp. 558-563.
7. <http://chantix-smoking.blogspot.com/2010/08/info-on-biolung.html>
8. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/copd/>
9. Jeremy J. Song and Harald C. Ott (2011), Trends in Molecular Medicine, 17(8), pp. 424.
10. Thomas H. Petersen, Elizabeth A. Calle, Laura E. Niklason (2011), Materials Today, 14(5), pp. 196.
11. Peter M. Crapo, Thomas W. Gilbert, Stephen F. Badylak (2011), Biomaterials 32, pp. 3233.



ปอดอักเสบชุมชน (community

acquired pneumonia) หมายถึง ปอดอักเสบอันเนื่องจากการติดเชื้อจุลินทรีย์นอกโรงพยาบาล เกณฑ์การวินิจฉัยปอดอักเสบชุมชน ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีรอยหรือปื้นฝ้าขาวเกิดขึ้นใหม่ในภาพรังสีปอด ร่วมกับการมีอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น ไข้ ไอ เจ็บหน้าอก โดยอาการและภาพรังสีปอดที่เปลี่ยนแปลงนี้ควรเกิดค่อนข้างเฉียบพลันหรือไม่เกิน 2 สัปดาห์⁽²⁾

เกณฑ์การวินิจฉัยปอดอักเสบชุมชนนี้จะไม่รวมถึงปอดอักเสบในผู้ป่วยที่เพิ่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์ และยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง (immunocompromised host) เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดนิวโทรฟิลในเลือดต่ำ (neutropenia) ผู้ป่วยที่มีภาวะปราศจากเม็ดเลือดขาว (agranulocytosis) ตลอดจนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น⁽²⁾

เชื้อก่อโรคปอดอักเสบชุมชน

เชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ *S. pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* (ในอดีตเรียกกันว่า *Chlamydia pneumoniae*), *Legionella* species และ respiratory viruses

ปอดอักเสบชุมชน

(Community Acquired Pneumonia)

ประวัติ

ควรซักเกี่ยวกับอาการของปอดอักเสบ โรคประจำตัว และโอกาสที่สัมผัสกับเชื้อจำเพาะต่าง ๆ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือเอดส์ก็เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ นอกจากนี้ควรถามเกี่ยวกับอาชีพ สัตว์เลี้ยง ประวัติเพศสัมพันธ์ที่ช่วยบ่งถึงเชื้อก่อโรคจำเพาะได้ การเดินทางพักตามโรงแรมหรือเดินทางด้วยเรือภายใน 2 สัปดาห์ก่อนเกิดโรคก็อาจสัมพันธ์กับเชื้อ *Legionella*

ปอดอักเสบจากไข้หวัดใหญ่ก็มักเกิดในช่วงโรคไข้หวัดใหญ่ระบาด

การตรวจร่างกาย

พบมีไข้สูง เคาะปอดทึบ หัวใจเต้นเร็ว และหายใจเร็ว ควรวัด O2 Sat ด้วย ภาพรังสีทรวงอกจะพบฝ้าขาว โพรงฝี และน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดได้บ่งว่าติดเชื้อแบคทีเรีย แต่ถ้าเป็นฝ้ากระจายทั่วปอดอาจเป็นจาก *Legionella* หรือเชื้อไวรัส

อาการไข้สูง 40 °C (104 °F) เพศชาย ฝ้าขาวในปอดหลายกลีบ (multilobar involvement) และความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารหรือระบบประสาทแสดงถึงว่าน่าจะเกิดจากเชื้อ *Legionella*

อาการปอดอักเสบในคนแก่ก็มักไม่ค่อยแสดงอาการ อาจมาด้วยอ่อนเพลียหรือซึมลง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรคปอดอักเสบชุมชน

ถ้าอาการไม่รุนแรงแนะนำให้ยารักษาไปเลยโดยไม่ต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการใด ๆ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เพาะเชื้อในเสมหะและเลือดมักทำในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

การเพาะเชื้อในเลือดไม่แนะนำให้ทำทุกราย เชื้อที่ตรวจพบได้บ่อยคือ *S. pneumoniae* แต่ก็ไม่พบว่าพยากรณ์โรคแตกต่างจากเพาะเชื้อในเลือดไม่ขึ้น การเพาะเชื้อขึ้นในเลือดมักสัมพันธ์กับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนาน และมีการใช้ vancomycin กันมากขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีปอดอักเสบที่รุนแรงก็ควรได้รับการตรวจเพาะเชื้อในเลือด

แนวทางการรักษาของ Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society (IDSA/ATS) แนะนำว่าสำหรับผู้ป่วยที่รับตัวไว้ในโรงพยาบาลก็ให้เก็บเสมหะก่อนเริ่มให้ยาฆ่าเชื้อ เสมหะที่เก็บได้ถูกต้องแล้วแต่เพาะเชื้อไม่ขึ้นทำให้คิดถึง gram-negative bacilli และ *Staphylococcus aureus* น้อยลง

Necrotizing หรือ cavitory pneumonia อาจเกิดจาก methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA) และถ้ามีแผลติดเชื้อที่ผิวหนังจากเชื้อนี้ก็ย่อมต้องระวังการเกิดปอดอักเสบตามมาได้มากขึ้น

ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (BS < 70 mg%) พบมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายเพิ่มขึ้นภายใน 30 วัน

Procalcitonin levels เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรีย

โดยทั่วไปใน atypical pneumonia มักนิยมใช้ดูการเพิ่มขึ้นของ Acute และ convalescent-phase serologic test มากกว่าการดูผลในช่วงของ Acute เพียงครั้งเดียว

Rapid antigen test หรือ direct fluorescent antibody test สำหรับเชื้อไข้หวัดใหญ่ก็ช่วยวินิจฉัยเพื่อตัดสินใจเริ่มยาต้านไวรัส

การตรวจ Urine antigen tests

1. ความไวของ the pneumococcal urine antigen test คือ 50-80% และความจำเพาะ > 90%

2. Urine antigen test สำหรับ *Legionella* จะทดสอบเฉพาะ *Legionella* serogroup 1 (ความไว 70-90% และความจำเพาะ 99%) แต่พบว่าเชื้อ serogroup 1 เป็นชนิดที่ก่อโรคมามากที่สุดถึง 80-95% ในกลุ่มปอดอักเสบชุมชนที่เกิดจากเชื้อ *Legionella* ทั้งหมด มักพบผลบวกในวันที่ 1 ของโรคและยังคงผลบวกได้นานหลายสัปดาห์ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยโรค การทดสอบนี้ถ้าเป็นผลลบก็ไม่ได้ตัดโรคปอดอักเสบชุมชนที่เกิดจากเชื้อ *Legionella* ออกไป ทั้งนี้ เพราะการทดสอบมีความไวที่ไม่ดีนัก โดยทั่วไปนิยมเจาะเลือดหา *Legionella* titer เพื่อช่วยในการวินิจฉัยมากกว่า

การรักษาแบบผู้ป่วยนอกและในโรงพยาบาล

พิจารณาการรักษาขึ้นกับความรุนแรงของโรค มีโรคประจำตัวและปัจจัยเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่มาก รวมทั้งการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง มีการนำ score ต่าง ๆ มาใช้เพื่อช่วยประเมินความรุนแรงของโรค ได้แก่ PSI, CURB-65 และ SMART-COP

PSI เป็น prediction score เพื่อพยากรณ์โรคได้ดีแต่จำยาก

CURB-65 (confusion, uremia, respiratory rate, blood pressure) ที่ British Thoracic Society เสนอนั้นใช้ได้ง่ายกว่าแต่ไม่จำเพาะต่อผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย แต่สามารถคาดเดาอัตราการตายทั้งผู้ป่วยในและนอกโรงพยาบาลได้

ตารางแสดงการตรวจทางห้องปฏิบัติการในปอดอักเสบชุมชน

Indication	Blood culture	Sputum culture	Legionella urine antigen test	Pneumococcal urine antigen test	Other
Admission to intensive care unit	✓	✓	✓	✓	Endotracheal aspirate if intubated
Alcohol abuse	✓	✓	✓	✓	
Asplenia	✓			✓	
Cavitary infiltrates	✓	✓			Fungal and tuberculosis cultures
Chronic severe liver disease	✓			✓	
Leukopenia	✓			✓	
Outpatient therapy ineffective		✓	✓	✓	
Pleural effusion	✓	✓	✓	✓	Thoracentesis and pleural fluid cultures
Positive <i>Legionella</i> urine antigen test result		✓			
Positive pneumococcal urine antigen test result	✓	✓			
Recent travel (within past two weeks)			✓		
Severe obstructive lung disease		✓			

Adapted with permission from Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. 2007;44(suppl 2):S40.

SMART-COP (systolic blood pressure, multilobar chest radiography, albumin level, respiratory rate, tachycardia, confusion, oxygen level, arterial pH) ที่มีคะแนน ≥ 3 มีความไวถึง 92% ในการคาดการณ์ว่าผู้ป่วยรายใดที่จะต้องได้รับการดูแลระบบหายใจแบบวิกฤตหรือต้องใช้ยากระตุ้นความดันเลือด (vasopressor) ในขณะที่ความไวของ PSI 74% และ CURB-65 39%

ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มักต้องพักรักษาตัวในหอ ICU โดยมากจะเป็นผู้ชายที่มีภาวะหัวใจวายหรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมด้วย

ข้อบ่งชี้ว่าปอดอักเสบชุมชนที่มีอาการรุนแรง

Minor criteria

Blood urea nitrogen level ≥ 20 mg per dL (7.14 mmol per L)
Confusion/disorientation
Hypotension requiring aggressive fluid resuscitation
Hypothermia (core temperature $< 96.8^\circ\text{F}$ [36°C])
Leukopenia (white blood cell count $< 4,000$ per mm^3 [4.00×10^9 per L])
Multilobar infiltrates
 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio ≤ 250
Respiratory rate ≥ 30 breaths per minute
Thrombocytopenia (platelet count $< 100 \times 10^3$ per mm^3 [100×10^9 per L])

Major criteria

Invasive mechanical ventilation
Septic shock with need for vasopressors

NOTE: Any major criterion is an absolute indication for admission to an intensive care unit. One or more minor criteria indicate increased risk of death, and admission to an intensive care unit may be appropriate.

FiO_2 = fraction of inspired oxygen; PaO_2 = partial arterial oxygen pressure.

Adapted with permission from Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Clin Infect Dis. 2007;44(suppl 2):S38.

CURB-65 ประเมินอัตราการตายในปอดอักเสบชุมชน

Prognostic variables*

Confusion
Blood urea nitrogen level > 20 mg per dL (7.14 mmol per L)
Respiratory rate ≥ 30 breaths per minute
Blood pressure (systolic < 90 mm Hg or diastolic ≤ 60 mm Hg)
Age ≥ 65 years

Score	Inpatient vs. outpatient	30-day mortality (%)
0 or 1 point	Treat as outpatient	0.7 to 2.1
2 points	Treat as inpatient	9.2
≥ 3 points	Treat in intensive care unit	15 to 40

*—Assign 1 point for each variable.

Information from reference 1.

SMART-COP Score ประเมินว่าปอดอักเสบรายใดควรได้รับการดูแลระบบหายใจวิกฤต

Variable	Points
Systolic blood pressure < 90 mm Hg	2
Multilobar involvement on chest radiography	1
Albumin level < 3.5 g per dL (35 g per L)	1
Respiratory rate	1
50 years and younger: ≥ 25 breaths per minute	
Older than 50 years: ≥ 30 breaths per minute	
Tachycardia (≥ 125 beats per minute)	1
Confusion (new onset)	1
Oxygen level	2
50 years and younger: $\text{PaO}_2 < 70$ mm Hg, oxygen saturation ≤ 93 percent, or (if on oxygen) $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio < 333	
Older than 50 years: $\text{PaO}_2 < 60$ mm Hg, oxygen saturation ≤ 90 percent, or (if on oxygen) $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio < 250	
Arterial pH < 7.35	2
Total:	_____

Score	Risk of needing IRVS
0 to 2 points	Low
3 or 4 points	Moderate (one in eight patients)
5 or 6 points	High (one in three patients)
≥ 7 points	Very high (two in three patients)

Alternative interpretation for primary care physicians (disregard albumin level, arterial pH, and PaO_2):

Score	Risk of needing IRVS
0 points	Very low
1 point	Low (one in 20 patients)
2 points	Moderate (one in 10 patients)
3 points	High (one in six patients)
≥ 4 points	High (one in three patients)

FiO_2 = fraction of inspired oxygen; IRVS = intensive respiratory or vasopressor support; PaO_2 = partial arterial oxygen pressure.

Adapted with permission from Charles PG, Wolfe R, Whitby M, et al.; Australian Community-Acquired Pneumonia Study Collaboration. SMART-COP: a tool for predicting the need for intensive respiratory or vasopressor support in community-acquired pneumonia. Clin Infect Dis. 2008;47(3):380.

(อ่านต่อฉบับหน้า)

การใช้ Hyperbaric oxygen รักษาภาวะประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ



ภาวะประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันพบบ่อยมากขึ้น ส่วนใหญ่ไม่รู้สาเหตุ สาเหตุที่พบบ่อยเกิดจากการติดเชื้อไวรัสบางชนิด ซึ่งเป็นการติดเชื้อในหูชั้นในและเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 บางทฤษฎีเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นในหูชั้นใน ภาวะเสียงดังในหูพบได้บ่อยร่วมกับภาวะประสาทหูเสื่อมเฉียบพลัน การรักษาภาวะประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันในกรณีที่สามารถตรวจพบสาเหตุได้ให้พิจารณารักษาตามสาเหตุ กรณีไม่ทราบสาเหตุการให้สารสเตียรอยด์อาจช่วยได้ พบผู้ทำการศึกษารักษาโรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันโดยใช้ hyperbaric oxygen พบว่าสามารถเพิ่มการดูดซึมของระดับออกซิเจนในหูชั้นในและสมองได้ ทำให้การได้ยินดีขึ้นได้ ลดภาวะสูญเสียการได้ยิน และลดเสียงดังในหูได้

จากการรวบรวมรายงานวิจัยในฐานข้อมูล CENTRAL, PUBMED, EMBASE, DORCTHM, CINAHL, BIOSIS, CAMBRIDGE จนถึงเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2012 พบรายงานวิจัยจำนวน 7 รายงาน รวบรวมผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวนทั้งสิ้น 392 คนที่รักษาด้วย hyperbaric oxygen โดยใช้ออกซิเจนที่มีความกดอากาศสูง 2.2 ความดันบรรยากาศ เป็นเวลานาน 90 นาที ทั้งหมดรวม 10 ครั้ง ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า hyperbaric oxygen สามารถช่วยให้ระดับการได้ยินดีขึ้น ลดเสียงดังในหูที่เกิดขึ้นได้

กล่าวโดยสรุป ประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ อาจสามารถเกิดขึ้นได้ หากใช้ hyperbaric oxygen โดยการรักษาดังกล่าวช่วยทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณหูชั้นในมากขึ้น ส่งผลให้ระดับการได้ยินดีขึ้น และลดอาการเสียงดังในหูที่ก่อให้เกิดความรำคาญลงได้



แพทย์ถูกขอให้ดำเนินการทางการแพทย์อื่นไม่จำเป็นแต่ทำไปเพียงเพื่อเลี่ยงปัญหา: ไม่เข้าข่ายกรณีการถูกข่มขู่ใจ

Physician Ordered As Patient's Unreasonable Need For Releasing Problems: Not Compatible As “ข่มขู่ใจ”

แต่เดิมคำว่า **“การประกอบวิชาชีพเวชกรรม”** ยังไม่เกิดขึ้น สิ่งที่แพทย์ให้การดูแล รักษา บำบัด เยียวยา หรือฟื้นฟู นั้น ถูกเรียกว่า **“การแพทย์”** ซึ่งต่อมาหลังจากที่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 แล้ว การดำเนินการทางการแพทย์ทั้งหมดจึงอยู่ในกฎหมายฉบับดังกล่าว สำหรับแพทย์เองก็ถูกจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของ **“การประกอบโรคศิลปะ”** ซึ่งเมื่อพิจารณาความหมายของคำ (ศิลปะ) ก็แสดงให้เห็นชัดแล้วว่าเป็นการ **“ใช้ความสามารถในการดำเนินการควบคู่ไปกับการใช้ศิลปะ”** ในคราวเดียวกัน แต่เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 ทำให้มีการเปลี่ยนการดำเนินการทางการแพทย์จาก **“การประกอบโรคศิลปะ”** เป็น **“การประกอบวิชาชีพเวชกรรม”** ในเวลาต่อมา และเป็นพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525^{1a} ในขณะนี้ก็ตาม ก็ยังคงต้องใช้ทั้ง **“ศาสตร์”** และ **“ศิลปะ”** อยู่เช่นเดียวกัน

ศาสตร์^{2a} คือ ความรู้ (knowledge) : ศาสตร์ (นาม) ระบบวิชาความรู้

ศิลปะ^{2a} คือ เทคนิค (technique) : ศิลปะ (นาม) ฝีมือ ฝีมือทางการช่าง

แต่ไม่ว่าจะเป็น **“โรคศิลปะ”** หรือ **“วิชาชีพเวชกรรม”** ก็ตาม แท้ที่จริงแล้วดุลพินิจในการดำเนินการ (ทางการแพทย์) จะต้องมิอยู่ในด้านการให้การดำเนินการทางการแพทย์ แต่สิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเริ่มกลับกลายเป็น **“ไม่เป็นตามที่สมควรจะเป็น”** กล่าวคือ แม้ว่าแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์จะมีดุลพินิจ (โดยอาศัยหลักเกณฑ์แห่งวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข) เข้ามา

เป็นหลักเกณฑ์ที่เรียกว่า **“มาตรฐานทางการแพทย์”** ก็ตาม แต่ดูเหมือนว่าจะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติ (บางส่วน) ไม่พึงพอใจ และต้องการการดำเนินการทางการแพทย์ในระดับที่อาจกล่าวได้ว่า **“เกินแก่กรณีแห่งความจำเป็น”** นั่นเอง แต่ในสภาวะปัจจุบันที่บุคลากรทางการแพทย์ **“ถูกรุมเร้า”** โดยอ้างเรื่อง **“สิทธิในการรักษาพยาบาล”** และความง่ายต่อการร้องเรียนหรือฟ้องร้อง จึงเป็นเหตุให้แพทย์ (และ/หรือ) บุคลากรทางการแพทย์ไม่ประสงค์ที่จะมีเรื่อง (กรณีพิพาท) ทั้ง ๆ ที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นฝ่ายที่ต้องทำตามหลักเกณฑ์หรือมาตรฐานทางการแพทย์ทุกประการ จนถึงกับต้องตกอยู่ในภาวะจำยอมให้ **“ต้องปฏิบัติตาม”** ทั้ง ๆ ที่ตนเองมิได้ประสงค์เช่นนั้นเลย ถือได้ว่าอยู่ในสภาวะที่กดดันอย่างมาก และอาจเห็นได้ว่า **“ถูกข่มขู่ใจ”** ก็ย่อมได้

การที่ผู้ป่วยมีตาแดงซึ่งจากประวัติได้ว่ามี
 พวเข้าตาและแพทย์ผู้ป่วยพบว่าพว (foreign
 body) เข้าตาจริงและเขี่ยออกแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคง
 ต้องการที่จะพวพว (จักษุแพทย์) อยู่อีก
 (ก็ ๆ ที่ไม่มีความจำเป็น) แต่หากผู้ป่วยกล่าวขึ้น
 ว่า **“คุณหมอแป๊ะนะว่าตาของข้าพเจ้าไม่เป็นไรแน่”**
 หรือในเชิงที่ขุ่นน้อย ๆ ว่า **“หากเกิดอะไรขึ้นกับตา
 ของข้าพเจ้า คุณหมอต้องรับผิดชอบนะ เพราะคุณ
 หมอไม่ยอมให้ข้าพเจ้าได้รับการรักษากับพวพว”**
 เช่นนี้แพทย์ย่อมต้องอยู่ในสภาวะกดดัน



ข้อเท็จจริงที่แพทย์ต้องประสบในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในเวชปฏิบัติ

แม้จะเป็นการที่ผิดพลาดการ แม้จะเป็นการที่ขัดกับสิ่งที่เคยสอนเคยเรียนรู้มา แต่ในที่สุดแล้วแพทย์ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงที่จะต้องทำในสิ่งที่ “ตนเองไม่ต้องการทำ” และ “ผิดพลาดในทางวิชาการโดยแท้” แต่จำต้องทำอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ อาจเข้าข่ายในทำนอง “หักหาญน้ำใจ” หรือ “ข่มขืนใจ” ได้อย่างหนึ่งเลยทีเดียว

ประการใดที่แพทย์อยู่ในสถานะที่เรียกว่า “ถูกข่มขืนใจ”

ประการที่ 1: กรณีผู้ป่วยต้องการให้เขียนในเหตุตามที่ตนเองระบุ (subjective)

กรณีที่ผู้ป่วยต้องการให้เขียนสิ่งที่ตนเองระบุ (Subjective) เช่น ถูกนาย ก. ทำร้าย ในใบรับรองแพทย์ ซึ่งที่ถูกต้องแพทย์ไม่จำเป็นต้องเขียนเนื่องจากแพทย์มิได้อยู่ในที่เกิดเหตุ ย่อมไม่อาจทราบได้ว่าเหตุที่เกิดขึ้นเป็นประการใด แต่การที่แพทย์ไม่อาจทน “เข้าชี้” หรือ “รบเร้า” อย่างหนัก และในลักษณะที่ “กึ่งชวนทะเลาะ” หรือ “กวนจนไม่อาจทำงานอื่นต่อได้อีก” จึงจำเป็นต้องเขียน อีกทั้งการที่หากดำเนินการตามที่ผู้ป่วยต้องการย่อมเท่ากับเป็นการประหยัดเวลาในการทำอย่างอื่นของแพทย์ได้อีก ทำให้แพทย์เป็นจำนวนไม่น้อยยอมตามผู้ป่วย

ตัวอย่าง:

หากต้องเสียเวลาในการต้องอธิบายกับผู้ป่วยว่า “แพทย์ไม่สามารถที่จะเขียนตามที่ผู้ป่วยต้องการได้เพราะว่าแพทย์ไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์” แพทย์จะต้องใช้เวลาในการอธิบายให้กับผู้ป่วยนานมากจึงจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในประเด็นนี้ได้ และหากต้องใช้เวลามากถึง 20 หรือ 30 นาที เวลาดังกล่าวที่ต้องเสียไปกับการที่แพทย์ยอมเขียนข้อความตามที่ผู้ป่วยร้องขอ ซึ่งน่าจะใช้เวลา

ไม่เกิน 1 นาทีเท่านั้น (อะไรจะดีกว่ากัน) และที่สำคัญ “อะไรจะทำให้จิตใจของแพทย์สบายกว่ากัน” หากต้องไปอธิบายเนิ่นนาน ย่อมทำให้จิตใจของแพทย์เกิดความ “ว้าวุ่น” และ “ต่อมาจะเกิดสภาวะข้างเคียง (side effect) ต่อการที่จะต้องตรวจผู้ป่วยรายอื่น ๆ อีก ทำให้เกิดอารมณ์ขุ่นมัว จิตใจไม่สงบ “ไม่นิ่ง” แล้วจะให้แพทย์ทำงานต่อได้อย่างไร ผิดกับการที่เพียงแต่ยอมตามที่ผู้ป่วยต้องการให้เขียนในเรื่อง subjective เท่านั้น

หากมีกรณีที่แพทย์ต้องอธิบายสิ่งที่ไม่อาจดำเนินการได้อย่างที่ว่ามานี้เพียง 4-5 รายต่อวัน ก็จะทำให้แพทย์ต้องเสียเวลาและชะลอการตรวจผู้ป่วยไปอีกหลายราย และอาจทำให้แพทย์ต้องติดค้างการตรวจจนทำให้แพทย์ต้องเสียเวลาหรือ “อดกินข้าว” หรือ “ได้กินแต่ข้าลงไป” กว่าจะตรวจผู้ป่วยตามลำดับ (queue) ได้หมด

ประการที่ 2: กรณีที่ผู้ป่วยต้องการตรวจ/สืบค้น หรือต้องการพบ/ปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

กรณีนี้ก็เช่นเดียวกัน ซึ่งจะพบกับ “แพทย์ด่านหน้า” หรือ “แพทย์ด่านแรก” ยิ่งหากเป็นกรณีที่ได้รับบาดเจ็บอันเนื่องจากความรุนแรง (trauma) มาด้วยแล้ว จะเกิดคำร้องขอให้แพทย์ดำเนินการต่าง ๆ (ตามที่ตนเองได้เคยรู้หรือเคยทราบมาถึงการดำเนินการต่าง ๆ เช่น ขอให้แพทย์ส่งตรวจต่าง ๆ เช่น X Rays, CT, MRI, Ultrasound และอื่น ๆ อีกอย่างมาก การอธิบายให้กับผู้ป่วย (หรือญาติ) ให้ได้รับทราบถึงข้อเท็จจริงในทางการแพทย์ (เพื่อให้เห็นว่าไม่จำเป็นต้องรับการตรวจดังกล่าว) แทบจะไม่เกิดประโยชน์ในขณะนี้ เพราะผู้ป่วย (หรือญาติ) ย่อมไม่รับฟังถึงเหตุผล แต่มีความประสงค์ตามที่ตนเองเข้าใจมาว่า “การตรวจดังกล่าวสามารถบอกได้ว่าเกิดอะไรขึ้นหรือบาดเจ็บที่ได้อย่างไร” ซึ่งแท้ที่จริงอาจเป็นดังที่ผู้ป่วย (หรือญาติของผู้ป่วย) กล่าวก็ไม่ผิดได้ แต่หากการดำเนินการทางการแพทย์เหล่านั้นจะเข้าข่ายเป็นการสิ้นเปลืองโดยใช้เหตุหรือในทำนองสุภาษิตว่า “ชี้ข้างจับตักแตน”

ตัวอย่าง:

การตรวจว่าการบาดเจ็บที่เข่าที่ปรากฏจะมีอันตรายถึงเส้นเอ็นที่ข้อเข่าหรือไม่ ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์ส่งตรวจ MRI ที่ข้อเข่า หากถามว่าจะมีประโยชน์ต่อการตรวจข้อเข่าหรือไม่ หรือหากมีอันตรายต่อข้อเข่าย่อมสามารถบ่งบอกได้หรือไม่ คำตอบย่อมมีว่า “มีประโยชน์” แต่จะคุ้มกับการตรวจหรือไม่เมื่อการตรวจร่างกายโดยทั่วไป (physical examination) แสดงว่าไม่มีการบาดเจ็บในข้อเข่า หรือการเอกซเรย์ที่ข้อเข่าก็บ่งว่าไม่มีการแตก

หรือร้าวของกระดูกน่าจะเพียงพอ แต่หากถูกย้อนถามกลับมาอีกว่า “คุณหมอแน่ใจหรือว่าไม่มีอันตรายต่อข้อเข่าและเส้นเอ็นในข้อเข่า” แน่นอนที่สุดว่า “ไม่อาจมั่นใจได้” ซึ่งเมื่อเป็นดังนั้นแล้ว ผู้ป่วย (หรือญาติ) จะขอให้ทำการตรวจ MRI ที่ข้อเข่าเพื่อให้แน่ใจว่า “ไม่มีอันตรายต่อข้อเข่าหรือเส้นเอ็นในข้อเข่า” เพราะแพทย์ (หมอ) ไม่สามารถรับประกันได้ว่า “จะไม่มีอันตรายต่อข้อเข่า” และ “เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการดำเนินการ (ถูกเรียกว่าบริการ) ที่ดีที่สุดในทางการแพทย์” การที่แพทย์พยายามที่จะสร้างความกระจ่างให้กับผู้ป่วย (หรือญาติ) เพื่อให้เข้าใจหลักในทางการแพทย์นั้น ย่อมกระทบต่อแพทย์ในด้านต่าง ๆ เช่น

ก. ทำให้เสียเวลา

ข. ทำให้เสียอารมณ์ (ขุ่นมัว) ในการตรวจหรือทำการตรวจผู้ป่วยในรายต่อไป

ค. ถูกคำถามว่า “กล้ารับประกันในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าจะไม่เกิดขึ้นได้หรือไม่” ซึ่งในประการนี้นั้นไม่มีทางที่จะเป็นไปตามนั้นได้ เพราะสิ่งที่ผู้ป่วยบอกมาก็คือ “โอกาสที่อาจเกิดขึ้นได้ในทางการแพทย์ เช่น การที่มี head injury ย่อมมีโอกาสที่จะเกิด intracranial hemorrhage หรือเกิด chronic subdural hemorrhage ได้เป็นแน่แท้ ไม่มีใครกล้ารับประกันได้ว่าจะไม่เกิด” ดังนั้น หากผู้ป่วยต้องการทำการตรวจสมองด้วย CT Brain จึงไม่มีใครกล้าปฏิเสธ เพราะไม่อาจรับประกันได้ว่า “เลือดที่ออกในโพรงสมองจะไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายดังกล่าว”

ง. เกิดความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียนในระดับต่าง ๆ

จ. หากเกิดกรณีที่ผู้ป่วยอ้างถึงจริง (เช่น การบาดเจ็บภายใน การที่เกิดสภาวะแทรกซ้อนของโรค) ย่อมทำให้แพทย์

ต้องแพ้คดีที่ฟ้องร้อง และอาจต้องถูกดำเนินคดีทั้งทางแพ่ง อาญา และจริยธรรม ยังอาจส่งผลถึงคดีทางวินัยอีกด้วย

ประการที่ 3: การที่ผู้ป่วย (หรือญาติ) ประสงค์จะให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขา (ที่เกี่ยวข้อง) ทำการตรวจตน

การที่ผู้ป่วยหรือญาติร้องขอให้แพทย์ทำการส่งตนเองเพื่อรับการตรวจจาก “แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ” ในด้านหรือสาขาที่ผู้ป่วยเห็นว่าเกี่ยวข้อง ทั้ง ๆ ที่แพทย์ที่ตรวจ (มักเป็นแพทย์ทั่วไป) ซึ่งด้วยความสามารถและมาตรฐานทางการแพทย์เห็นว่า “ไม่มีความจำเป็นต้องทำการส่งตรวจตามที่ผู้ป่วยร้องขอ” แต่เนื่องจากคำถามหรือคำถามในเชิงให้แพทย์คิด เช่น “คุณหมอแน่ใจหรือว่าไม่เป็นโรเน” “หากมีอะไรเกิดขึ้นคุณหมอรับผิดชอบได้หรือไม่” เป็นต้น เช่นนี้ย่อมเป็นการยากที่แพทย์จะทำการอธิบายให้กับผู้ป่วย (หรือญาติ) ได้รับฟัง และแน่นอนที่สุดคือ แพทย์จะเกิดสภาวะเช่นเดียวกับที่เกิดในประการที่ 2 ดังกล่าวแล้วข้างต้น

ตัวอย่าง:

การที่ผู้ป่วยมีตาแดงซึ่งจากประวัติได้ว่ามีผงเข้าตาและแพทย์ผู้ป่วยพบว่ามีผง (foreign body) เข้าตาจริงและเชี่ยออกแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงต้องการที่จะพบหมอดตา (จักษุแพทย์) อยู่อีก (ทั้ง ๆ ที่ไม่มีความจำเป็น) แต่หากผู้ป่วยกล่าวขึ้นว่า “คุณหมอแน่ใจหรือว่าตาของข้าพเจ้าไม่เป็นโรเน” หรือในเชิงที่ขุ่นนอย ๆ ว่า “หากเกิดอะไรขึ้นกับตาของข้าพเจ้า คุณหมอดต้องรับผิดชอบ เพราะคุณหมอไม่ยอมให้ข้าพเจ้าได้รับการรักษากับหมอดตา” เช่นนี้แพทย์ย่อมต้องอยู่ในสภาวะกดดัน

(อ่านต่อฉบับหน้า)

เอกสารอ้างอิง

- 1a. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.
- 2a. พจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2524. <http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-38-search.asp>
- 3a. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>
- 4a. http://www.lawreform.go.th/lawreform/images/th/jud/th/thsc/2503/cd_1221.htm

ศาสตร์, ศาสตร์

[สาตตฺระ, สาดตฺตฺระ, สาด] น. ระบบวิชาความรู้, มักใช้ประกอบหลังคำอื่น เช่น วิทยาศาสตร์ ประวัติศาสตร์ มนุษยศาสตร์. (ส.).

ศิลป์, ศิลป์ ๑, ศิลปะ

[สินละปะ, ลิน, ลินละปะ] น. ฝีมือ, ฝีมือทางการช่าง, การทำให้วัตถุพิศดาร, เช่น เขาทำดอกไม้ประดิษฐ์อย่างมีศิลปะ ผู้หญิงสมัยนี้มีศิลปะในการแต่งตัว รูปสลักหินเป็นรูปศิลป์; การแสดงออกซึ่งอารมณ์สะท้อนใจให้ประจักษ์ด้วยสื่อต่าง ๆ อย่างเสียง เส้น สี ผิว รูปทรง เป็นต้น เช่น ศิลปะการดนตรี ศิลปะการวาดภาพ ศิลปะการละคร วิจารณ์ศิลป์. (ส. ศิลปะ; ป. ศิลป์ ว่ามีฝีมืออย่างยอดเยี่ยม).

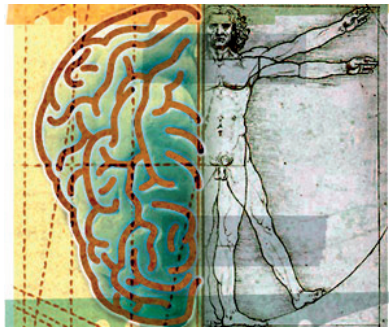
[จุฬาปริทัศน์]

- รศ.บพ.วิโรจน์ เที่ยมวารีศรีชัย
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ด้านสร้างเสริมสุขภาพ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

■ (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

กลไกการออกฤทธิ์ของ Mind-body medicine

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



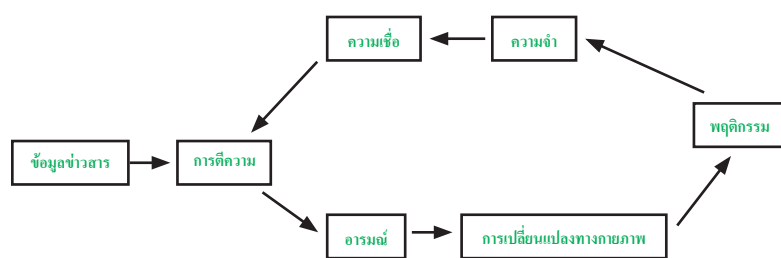
Mind-body medicine

(ตอนจบ)

Psychoneuroendocrinology (PNEI) เป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นจริงเกี่ยวกับความเกี่ยวพันระหว่างจิตใจและร่างกายว่า ความคิด จิตใจ และสิ่งที่เกิดขึ้นในระบบประสาทส่วนกลางสามารถมีผลหรืออิทธิพลต่อร่างกายได้ โดยผ่านทางการติดต่อสื่อสารอันละเอียดซับซ้อนระหว่างระบบประสาทส่วนกลางและอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยการติดต่อสื่อสารนี้มีทั้งที่จัดอยู่ในระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบต่อมไร้ท่อ และมีใช่เป็นการติดต่อสื่อสารแบบทางเดียว แต่เป็นการติดต่อสื่อสารแบบ 2 ทาง อันหมายถึงว่า การเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติใด ๆ ทางร่างกายก็สามารถมีผลต่อจิตใจและระบบประสาทส่วนกลางได้เช่นเดียวกัน¹⁹⁻²³



ภาพที่ 1 The infomedical cycle



แนวคิด The infomedical cycle ตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า ความเชื่อ การตีความหมายสภาพแวดล้อม อารมณ์ การตอบสนองทางกาย พฤติกรรม และ ความจำ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกันเป็นห่วงโซ่อย่างใกล้ชิด (ภาพที่ 1) ซึ่งหากมีกิจกรรมที่จุดใดจุดหนึ่งของห่วงโซ่นี้จะมีผลสะท้อนต่อทั้งระบบโดยรวม ดังนั้น กิจกรรมทั้งทางบวกและทางลบที่ส่วนใดส่วนหนึ่งในห่วงโซ่นี้จะมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ สิ่งที่สำคัญเกี่ยวกับ The infomedical cycle ก็คือ การเปลี่ยนแปลงที่ส่วนใดส่วนหนึ่งสามารถมีผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ด้วย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การบำบัดรักษาสามารถกระทำได้โดยการปรับแก้ไขที่ส่วน

The placebo response หรือ placebo effect เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อความเชื่อของผู้ป่วยต่อวิธีการรักษา และ/หรือต่อแพทย์ผู้รักษา ทำให้ผลการรักษาที่เกิดขึ้นจริงมีประสิทธิภาพสูงกว่าผลที่เกิดจากวิธีหรือมาตรการรักษานั้น ๆ ตามคำพังเพยที่ถือกันเป็นตัวอย่างที่ดีมากเกี่ยวกับ PNEI และการทำงานของ The infomedical cycle โดยทั่วไป placebo response นี้มีส่วนต่อผลการรักษาถึงร้อยละ 30 และอาจจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 70 สำหรับการรักษาโรคบางชนิดหากแพทย์มีความเชื่อในผลการรักษานี้เช่นเดียวกับผู้ป่วย ในขณะที่นักวิจัยส่วนมากมองว่า placebo response เป็นสิ่งรบกวนการศึกษาวิจัยที่ต้องควบคุมหรือกำจัด แต่ในทางเวชปฏิบัติอาจมองอีกแง่หนึ่งว่า placebo response เป็นเครื่องมืออันทรงพลังในการรักษาตนเองของร่างกาย ดังนั้น แพทย์ที่ดีจะต้องคำนึงถึงและพยายามสร้างสภาพการณ์บางอย่างขึ้นในระหว่างให้การรักษายาบาลเพื่อให้เกิด placebo effect มากที่สุด¹⁸⁻²⁵

ประสิทธิภาพของ Mind-body medicine

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

กลุ่มโรคที่มีข้อมูลผลการศึกษารวบรวมแบบ randomized controlled trial และ/หรือ systematic review จำนวนมาก ยืนยันสนับสนุนอย่างชัดเจนว่าสามารถบำบัดรักษาอย่างได้ผลดีด้วยมาตรการกลุ่ม Mind-body medicine ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ (เช่น การฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/ตายแบบเฉียบพลัน) การปวดศีรษะ การนอนไม่หลับ การกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ การปวดหลังอย่างเรื้อรัง การรักษาอาการจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

อีกเสบ และโรคความดันโลหิตสูง

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

ผลข้างเคียงของ Mind-body medicine

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

กิตติกรรมประกาศ

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากเครือข่ายวิจัยสุขภาพ ฝ่ายสวัสดิภาพสาธารณะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ตามสัญญาเลขที่ PDG4830210.

เอกสารอ้างอิง

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



ชีวิตในอนาคต ปัญหาโรคอ้วนเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน นมเปรี้ยว รวมทั้งขนมกรุบกรอบ และยังบริโภคผัก ผลไม้ น้อย ขาดวินัยในการบริโภคอาหารเป็นเวลา ใช้เวลาในการดูทีวีและเล่นเกมมากกว่าการวิ่งเล่นออกกำลังกาย

“ปัจจุบันโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มักเกิดจากพฤติกรรมกินอยู่ที่ไม่ถูกต้องและการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ซึ่งกำลังกลายเป็นปัญหาของคนเกือบทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย โรคหัวใจ และหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายและปัญหาสาธารณสุขหนึ่งในสามลำดับแรกของไทย สำหรับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนี้จะเริ่มขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็ก เนื่องจากสังคมไทยได้รับอิทธิพลจากประเทศตะวันตก อาหารที่บริโภคเป็นประจำ จึงกลายเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง มีรสจัดทั้งหวาน มัน และเค็ม ในขณะที่อัตราการบริโภคผักและผลไม้ซึ่งให้

สสส. เผยผลสำรวจ เด็กประถมเกือบ 70% เสี่ยงอ้วน

โครงการพัฒนาดัชนีแบบโรงเรียนเด็กไทย ดุติฯ - สสส. เผยผลสำรวจ เด็กไทยเสี่ยงภัยอ้วน เด็กประถมเกือบ 70% ไขมันในเลือดสูง อีก 20% เป็นโรคอ้วน เหตุกินหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายน้อย กินผัก ผลไม้ลดลง น้ำหวาน 1 ใน 3 ของเด็กไทย คอมีรอยปื้นดำ สัญญาณเตือนเบาหวาน เนรัฐรุ ครู พ่อ แม่ ต้องมีส่วนร่วมสร้างพฤติกรรมการบริโภค ตั้งแต่เล็ก



รศ.พญ.ชุตินา ศิริกุลชยานนท์
ภาควิชาโภชนวิทยา คณะ
สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

กล่าวว่า จากการสำรวจ
ของโครงการพัฒนาดัชนี
โรงเรียนเด็กไทยดุติ มีพลาสมา

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่านักเรียนในเขต กทม. มีสัดส่วนโรคอ้วนมากที่สุด โดยในปี พ.ศ. 2555 ผลการสำรวจในเครือข่ายโรงเรียนภาครัฐ 4 โรงเรียน นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1-6 มีอัตราการเกิดโรคอ้วนร้อยละ 21 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 66 ใกล้เคียงกับการสำรวจในระยะแรกเมื่อปี พ.ศ. 2547-2549 ที่พบว่า เด็กไทยเกิดโรคอ้วนร้อยละ 20 มีไขมันในเลือดสูงถึงร้อยละ 78 และพบ 1 ใน 3 ของเด็กอ้วนมีปื้นดำที่คอเป็นสัญญาณเตือนถึงความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน การเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด สะสมตั้งแต่วัยเด็ก และหากเด็กยังคงความอ้วนต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพ

คุณประโยชน์ต่อร่างกายกลับลดลง รวมทั้งขาดการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องหาทางแก้ปัญหาร่วมกันโดยวางแผนตั้งแต่วัยเด็ก” **รศ.พญ.ชุตินา** กล่าว



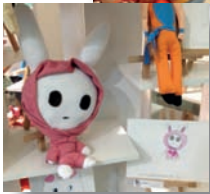
รศ.ดร.วิลาสินี อดุลยานนท์ ผู้อำนวยการสำนักนรณงค์

สื่อสารสังคม สสส. กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องยากและต้องใช้เวลา ยิ่งในปัจจุบันนี้มีสิ่งเร้าอยู่รอบตัวเด็กมากไปหมด การสร้างนิสัยและความรู้เท่าทันให้เด็กได้เลือกหรือตัดสินใจเองอย่างมีเหตุมีผลต่อสุขภาพที่ดีของตัวเองนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วม

ร่วมของผู้บริหารทุกระดับในการกำหนดนโยบาย โดยครูและผู้ปกครองมีส่วนสำคัญในการให้ความรู้และจัดหาอาหารที่เหมาะสม ควบคุมสิ่งแวดล้อมในและรอบโรงเรียนให้ปลอดจากอาหารที่เป็นภัยต่อสุขภาพ และผู้ใหญ่ควรเป็นต้นแบบของการบริโภค เช่น การรับประทานอาหารที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้อย่างน้อยครึ่งหนึ่งในแต่ละมื้ออาหาร เลือกรับประทานอาหารที่ผลิตได้ในท้องถิ่น และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย ลดเวลานั่งและนอนหน้าจอทีวีหรือคอมพิวเตอร์ลง

“การที่กระทรวงศึกษาธิการมีแนวทางว่าจะลดภาระการทำบ้านของเด็ก และบูรณาการการเรียนการสอนในวิชาต่าง ๆ เข้ามาด้วยกันนั้น น่าจะเป็นโอกาสให้โรงเรียนนำเอาเรื่องของความรู้ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายใส่เข้าไปในการบูรณาการครั้งนี้ด้วย ทำให้เป็นเรื่องที่สนุกแต่สามารถส่งผลต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมของเด็ก ๆ ได้อย่างยั่งยืน” **รศ.ดร.วิลาสินี** กล่าว





"DRAW COMES TRUE"

ศิลปะจากภาพสู่ตุ๊กตาด้านน้อย

ร.พ.เด็ก-เอ็มโพเรียม ส่งความสุขให้ผู้ป่วยเด็ก



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โรงพยาบาลเด็ก) ร่วมกับ ดิ เอ็มโพเรียม ซ้อปบั้ง คอมเพล็กซ์ มอบความสุขส่งต่อกำลังใจแก่น้องผู้ป่วยเด็กผ่านตุ๊กตาด้านน้อยกับโครงการ "Draw Comes True-ศิลปะจากภาพสู่ตุ๊กตาด้านน้อย" พร้อมนำเงินรายได้จากการบริจาคจำนวน 222,000 บาท สมทบกองทุนอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี เพื่อก่อสร้างอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี (ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางโรคเด็ก) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พญ.รัตโนทัย พลับรูการ รองผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กล่าวว่า สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เล็งเห็นและให้ความสำคัญต่อการพัฒนาการด้านสุขภาพและร่างกายควบคู่กับการพัฒนาการด้านจินตนาการและการเรียนรู้ จึงได้ร่วมกับ **คุณจิตร ติณทเสถียร** หนึ่งในจิตอาสาผู้เริ่มกิจกรรมโครงการ "Draw Comes True-ศิลปะจากภาพสู่ตุ๊กตาด้านน้อย" โครงการสร้างตุ๊กตาจากภาพวาดของน้อง ๆ ให้กลายเป็นจริง พร้อมทั้งส่งต่อกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยเด็กด้วยตุ๊กตาด้านน้อย ๆ วาดเอง โดยฝีมือนักศึกษาชั้นปีที่ 2 คณะอุตสาหกรรมและการเกษตร ภาควิชาวิทยาการสิ่งทอ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ในการนำผลงานภาพวาดเหล่านี้ไปตัดเย็บขึ้นรูปเป็นตุ๊กตาผ้า นอกจากนี้ยังมีการนำตุ๊กตาจากโครงการมาจำหน่ายให้แก่ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคสมทบทุนสร้างอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี (ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางโรคเด็ก) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ถือเป็นโครงการที่น่าสิ่งดี ๆ มาให้แก่เด็ก ๆ เกิดความสุขทั้งผู้ให้และผู้รับ

ด้าน **คุณมนนา เทศ อันวณณ์ ผู้บริหาร ดิ เอ็มโพเรียม ซ้อปบั้ง คอมเพล็กซ์** กล่าวว่า ดิ เอ็มโพเรียม ซ้อปบั้ง คอมเพล็กซ์ ได้เข้าร่วมโครงการ "Draw Comes True-ศิลปะจากภาพสู่ตุ๊กตาด้านน้อย" โดยจัดนิทรรศการโชว์ผลงานตุ๊กตาที่เกิดจากการสร้างสรรค์จินตนาการภาพวาดของน้อง ๆ ผู้ป่วยภายในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี น้องจิตอาสา และเซเลบริตี้ด้วยเยาว์ รวมกว่า 91 ผลงานภายในศูนย์การค้า ดิ เอ็มโพเรียม ซ้อปบั้ง คอมเพล็กซ์ ซึ่งตลอดระยะเวลา

เวลา 5 วัน มีผู้ให้ความสนใจเข้าชมเป็นจำนวนมาก

ทั้งนี้คณะผู้จัดงานได้นำเงินรายได้จำนวน 222,000 บาท ร่วมสมทบกองทุนอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี เพื่อก่อสร้างอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี (ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางโรคเด็ก) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พร้อมดำเนินการจัดส่งตุ๊กตาที่ได้รับการบริจาคกลับคืนสู่น้อง ๆ ที่เข้ารับการรักษาและตรวจสุขภาพภายในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่ร่วมสร้างสรรค์จินตนาการในโครงการ เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจในการต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บของผู้ป่วยเด็กต่อไป

สำหรับผู้สนใจร่วมบริจาคสมทบทุนสร้างอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี (ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางโรคเด็ก) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สามารถทำได้ผ่าน 5 ช่องทาง ดังนี้

1. ส่งจ่ายเช็คในนามมูลนิธิโรงพยาบาลเด็ก เพื่อกองทุนอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี

2. โอนเงินเข้าบัญชีตึกใหม่ โรงพยาบาลเด็ก ในนามมูลนิธิโรงพยาบาลเด็ก

• ธนาคารกรุงเทพ สาขาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 046-7-00688-8

• ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารัชโยธิน เลขที่ 111-410586-1

• ธนาคารออมสิน สาขาอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ เลขที่ 02-8888-99999-3

3. เคาน์เตอร์เซอร์วิสทั่วประเทศแจ้งรหัสบริจาค มูลนิธิโรงพยาบาลเด็ก

4. ATM ธนาคารไทยพาณิชย์ และธนาคารกรุงเทพ ทุกสาขา

5. เว็บไซต์ www.childrenshospital.go.th

โดยใบเสร็จสามารถลดหย่อนภาษีได้ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์/โทรสาร 0-2640-9363 (เวลาราชการ), 08-8874-4671, 08-8874-4673



มีงานวิจัยพบว่ารังนกมีฤทธิ์ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายกับเชื้อไข้หวัดใหญ่ โดยไกลโคโปรตีนในรังนกจะทำหน้าที่จับกับเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ จึงช่วยป้องกันไม่ให้เชื้อไข้หวัดใหญ่ เข้าจับกับเซลล์ในร่างกายได้ รวมทั้งงานวิจัยรังนกประกอบด้วย Epidermal Growth Factor (EGF) ซึ่งมีองค์ประกอบเหมือนกับ EGF ที่มีอยู่ในคน โดยตามธรรมชาติ EGF จะช่วยในการเพิ่มการสร้างและซ่อมแซมเซลล์ผิว ช่วยให้เกิดการผลิตเซลล์ผิว ทำให้สุขภาพผิวดีอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม นักวิจัยยังคงมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อพิสูจน์ว่าสารอาหารและสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพที่มีอยู่ในรังนกจะให้คุณประโยชน์แก่ร่างกายมากน้อยเพียงใด

ด้วยคุณค่าต่าง ๆ ดังที่กล่าวมา ปัจจุบันรังนกและผลิตภัณฑ์รังนกจึงมีจำหน่ายในหลายรูปแบบ เป็นทั้งรังนกแห้ง รังนกแห้งกึ่งสำเร็จรูป รังนกสดพร้อมปรุง เครื่องดื่มรังนก

เรื่อนำรู้คุณค่าของอาหารฟังก์ชันรังนก

ปัจจุบันคนทั่วไปโดยเฉพาะหนุ่มสาวยุคใหม่ต่างก็หันมาใส่ใจดูแลสุขภาพกันมากขึ้น ทำให้อาหารส่งเสริมสุขภาพได้รับความนิยมมากขึ้น ทั้งยังมีงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่สนับสนุนบทบาทและคุณประโยชน์ของอาหารในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

หนึ่งในอาหารส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับความนิยมในปัจจุบันคือ อาหารฟังก์ชัน (Functional foods) ซึ่งหมายถึงอาหารหรือสารอาหารชนิดใด ๆ ที่อยู่ในรูปธรรมชาติหรือที่ถูกแปรรูปไปเพื่อให้มีสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพนอกเหนือจากประโยชน์ที่ได้รับจากสารอาหารปกติที่มีอยู่ในอาหารนั้น ๆ ซึ่งสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพอาจมีผลต่อระบบการทำงานของร่างกายในการเพิ่มภูมิต้านทานโรค ป้องกันโรคบางชนิด และเสริมสร้างสุขภาพ

ตัวอย่างอาหารฟังก์ชันที่นิยมกันในกลุ่มผู้รักสุขภาพของคนจีนมานานนับพันปีคือ รังนกที่ได้จากน้ำลายของนกแอ่นกินรังที่คายออกมาเพื่อทำรัง ในสมัยโบราณนิยมปรุงเป็นอาหารหรือเครื่องดื่มของฮ่องเต้มาเป็นเวลาหลายพันปี โดยชาวจีนเชื่อกันว่ารังนกช่วยบำรุงหยินที่ปอด ช่วยให้ปอดชุ่มชื้น เสริมธาตุน้ำที่ลดลงเสียงและหลอดลม บรรเทาอาการอักเสบของผิวหนังและแผ่นหลัง ทำให้ชุ่มคอและสดชื่น เพิ่มความแข็งแรงให้แก่ไต ม้าม และลดพลังหยาง ช่วยให้ผิวพรรณดี ทำให้อายุยืน เชื่อกันว่ารังนกเป็นอาหารฟื้นฟูสุขภาพหรือยาไป แพทย์แผนจีนใช้รังนกรักษาโรคปอด โรคกระเพาะอาหารอักเสบ และโรคไต ปัจจุบันรังนกยังเป็นสิ่งที่หายากและราคาแพงมากจนได้รับการกล่าวขานว่าเป็น ‘คาร์เวียร์ของตะวันออก (Caviar of the East)’ ในเอเชียรังนกสำเร็จรูปจัดเป็นอาหารฟังก์ชันชนิดหนึ่งที่นิยมกันมากในกลุ่มคนรักสุขภาพ

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า รังนกมีสารที่มีฤทธิ์ทางชีวเคมีที่ช่วยบำรุงสุขภาพ มีรายงานการวิจัยจากมหาวิทยาลัยในฮ่องกงพบว่า ในรังนกมีสารไกลโคโปรตีนช่วยกระตุ้นการเจริญของเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ มีผลในการเพิ่มระบบเมตาบอลิซึมของร่างกาย โดยพบในเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และผู้ที่ร่างกายอ่อนแอ นอกจากนี้ยัง

สำเร็จรูป ฯลฯ สำหรับรังนกสำเร็จรูปที่จำหน่ายในท้องตลาดจะประกอบไปด้วยเนื้อรังนกแห้งก่อนต้ม 1 เปอร์เซ็นต์กว่า และน้ำตาลกรวด 10-12 เปอร์เซ็นต์ หลังจากเมื่อต้มด้วยความร้อนแล้วจะทำให้เนื้อรังนกอ่อนตัวและนุ่มขึ้น มีลักษณะเป็นเส้นที่ขยายตัวและเพิ่มปริมาณมากขึ้น ดังนั้น ข้อกำหนดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จึงระบุไว้ชัดเจนว่าเพื่อประโยชน์ของผู้บริโภค ผู้ผลิตเครื่องดื่มรังนกแท้สำเร็จรูปบรรจุขวดทุกตราสินค้าจะต้องทำการจดทะเบียนผลิตภัณฑ์และระบุปริมาณเนื้อรังนกแท้ในรูปแบบมาตรฐานวัดเป็นน้ำหนักเนื้อรังนกแห้ง (%) ก่อนต้ม เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบและเปรียบเทียบ

แต่ด้วยปัจจุบันตลาดทั้งในประเทศและต่างประเทศมีความต้องการรังนกอยู่มาก แต่ด้วยรังนกแท้หายากจึงมีปริมาณไม่เพียงพอต่อความต้องการของตลาด ราคาจึงสูงมากและมีผู้ฉวยโอกาสผลิตรังนกปลอมขึ้น ที่สำคัญรังนกแท้และรังนกปลอมมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมาก ไม่สามารถบ่งบอกได้จากการสังเกตดูเท่านั้น รังนกแท้จะมีส่วนประกอบหลักเป็นโปรตีนสูงกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ และมีคาร์โบไฮเดรตประมาณ 22 เปอร์เซ็นต์ ส่วนรังนกปลอมจะมีโปรตีนเพียง 2 เปอร์เซ็นต์ แต่จะมีคาร์โบไฮเดรตสูงกว่า 70 เปอร์เซ็นต์ รังนกปลอมส่วนใหญ่ทำมาจากยางคารายาที่ได้จากต้น *Sterculia urens* ซึ่งมีถิ่นกำเนิดในอินเดีย ยางชนิดนี้มีสีขาว สีเหลืองอมชมพู จนถึงสีน้ำตาลเข้ม มีกลิ่นคล้ายน้ำส้มสายชู รูปร่างไม่แน่นอน ไม่ละลายน้ำ แต่ดูดซับน้ำและพองตัวคล้ายรังนก แม้จะรับประทานได้ไม่อันตราย แต่ทำให้เสียเงินโดยไม่เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ฉะนั้นหากซื้อรังนกปลอม นอกจากจะไม่ได้ประโยชน์แล้ว ยังเป็นการเสียเงินโดยใช่เหตุ

ปัจจุบันกรมวิทยาศาสตร์บริการและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถตรวจสอบรังนกในห้องปฏิบัติการ โดยใช้วิธีทางเคมีและเทคนิคอินฟราเรดสเปกโทรสโกปีด้วยเครื่องมือที่เรียกว่า Fourier Transform Infrared Spectroscopy (FTIR) ทำให้สามารถบอกได้ว่ารังนกแท้ทำมาจากรังนกแอ่นกินรัง มีส่วนประกอบหลักเป็นโปรตีนและมีคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนประกอบรอง เพราะรังนกทุกชนิดมีรูปแบบของลายพิมพ์อินฟราเรดสเปกตรัม และส่วนประกอบของกรดอะมิโนที่เป็นเอกลักษณ์ ซึ่งแตกต่างจากวัตถุดิบอื่นอย่างชัดเจน จึงสามารถบ่งชี้ได้ว่า เป็นรังนกแท้หรือไม่ ดังนั้น ในการเลือกซื้อจึงควรพิจารณาจากการดูที่ฉลากซึ่งระบุผู้ผลิตจำหน่าย มีเครื่องหมายรับรองของ อย. และราคาที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- Guo C.T., et al. Edible bird's nest extract inhibits influenza virus infection. *Antiviral Res.* 2006 Jul;70(3):140-6.
- Kong Y.C., et al. Evidence that Epidermal Growth Factor is present in swiftlet's (Collocalia) nest. *Comp. Biochem. Physiol.* 1987;87B(2):221-226.
- Lim, C. K., & Cranbrook, Earl of. Swiftlets of Borneo: Builders of Edible Nests. 2002. Natural History Publications (Borneo), Kota Kinabalu.
- Marcone M.F. Characterization of the edible bird's nest the 'Caviar of the East'. *Food research International.* 2005;38(10):1125-1134.
- Matrosovich M., et al. Natural and synthetic sialic acid-containing inhibitors of influenza virus receptor binding. *Rev Med Virol.* 2003 Mar-Apr;13(2):85-97.
- Norhayati, M.K., Azman, O. and Nazaimoon, W.M. (2010), "Preliminary Study of the Nutritional Content of Malaysian Edible Bird's Nest", *Mal J Nutr* 16(3):389-396.



EDAN



www.amcmedisure.com

SMART ECG

Series Electrocardiograph



บริษัท เอเอ็มซี เมดิคอล ซัพพลาย จำกัด

TEL : 02-980-1881, 02-980-0261 Fax : 02-573-1108

Hotline contact : 081-771-8822, 081-847-1938, 081-722-4700

สอบถามรายละเอียด : 081-809-9298, 087-052-7555



JADE Program

(Joint Academic Diabetes Education Program)

2013 Hot Topics in Diabetes and Its Complications

Saturday 8th June 2013

InterContinental Bangkok Hotel

Saturday 23rd November 2013

Renaissance Bangkok Ratchaprasong Hotel

09:30-10:00	Registration & Coffee time	
10:00-10:15	Opening Remarks	
10:15-10:45	Diabetes prevention from theory to practice	Prof. Chaicharn Deerochanawong, M.D.
10:45-11:15	Dietary Protein for diabetic patients	Assoc. Prof. Apussanee Boonyavarakul, M.D.
11:15-11:45	DPP-4 Inhibitors: What is new after 5 years of their clinical use ?	Asst. Prof. Pongamorn Bunnag, M.D.
11:45-12:15	What's new in updated KDOQI/KDIGO guidelines in Diabetic Kidney Disease ?	Group Captain Anutra Chittinandana, M.D.
12:15-13:30	Lunch	
13:30-14:00	Risk Stratification in Diabetes: Any new markers ?	Prof. Piyamitr Sritara, M.D.
14:00-14:30	Update in the treatment of ACS in diabetes	Asst. Prof. Rapeephon Kunjara Na Ayudhya, M.D.
14:30-15:00	Screening CAD in Type 2 Diabetes: When and How ?	Assoc. Prof. Charn Sriratanasatavorn, M.D.
15:00-15:30	Neurosonology Screening in type 2 diabetes ?	Prof. Nijasri Charnnarong Suwanwela, M.D.
15:30	Closing Remarks	



Prof. Chaicharn Deerochanawong, M.D.
Rajavithi Hospital (Chairman)



Prof. Piyamitr Sritara, M.D.
Ramathibodi Hospital (Chairman)



Assoc. Prof. Apussanee Boonyavarakul, M.D.
Phramongkutklao Hospital



Asst. Prof. Rapeephon Kunjara Na Ayudhya, M.D.
Vichaiyuth Hospital



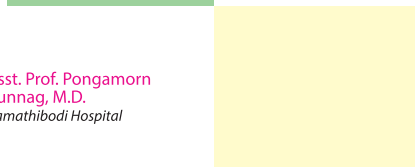
Asst. Prof. Pongamorn Bunnag, M.D.
Ramathibodi Hospital



Assoc. Prof. Charn Sriratanasatavorn, M.D.
Siriraj Hospital



Group Captain Anutra Chittinandana, M.D.
Bhumibol Adulyadej Hospital



Prof. Nijasri Charnnarong Suwanwela, M.D.
Chulalongkorn Hospital



MSD DIABETES

DIAB-1070188-0002

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประสบความสำเร็จในการเปิดโครงการ “APIA-MRI Network” เครือข่ายในการเข้าถึงข้อมูลการตรวจวินิจฉัยภาวะเหล็กเกินอย่างเป็นระบบเป็นครั้งแรกของโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ที่อยู่ในเครือข่ายทั้งในประเทศไทยและประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ให้สามารถส่ง

ภาวะเหล็กเกินในอวัยวะภายในอย่างได้ผล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในแนวทางการรักษาภาวะเหล็กเกินในผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โรคเหล็กเกินพันธุกรรม และภาวะเหล็กเกินจากการได้รับเลือดในโรคอื่น ๆ

เนื่องจากในปัจจุบันประเทศที่พัฒนาแล้วมีการใช้เทคโนโลยีเอ็มอาร์ไอเพื่อตรวจวินิจฉัยภาวะเหล็กเกินที่อยู่ในอวัยวะภายในที่สำคัญแล้วอย่างแพร่หลาย ขณะที่ผู้ป่วยในประเทศภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดโครงการ “APIA-MRI Network”

ตรวจวินิจฉัยภาวะเหล็กเกินอย่างเป็นระบบครั้งแรกของโลก

รศ.ดร.บว.วิปส วิประกิต



ศ.บว.รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์

พศ.ดร.ไพรัช สายวิรุณพร

ภาพสแกนจากเครื่องเอ็มอาร์ไอของผู้ป่วยที่มีภาวะเหล็กเกินมายัง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อทำการวิเคราะห์เพื่อประเมินค่าภาวะเหล็กเกินดังกล่าวโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นับเป็นการลดช่องว่างของการเข้าถึงเทคโนโลยีการตรวจหาภาวะเหล็กเกินของผู้ป่วยอย่างได้ผล พร้อมแนะนำเว็บไซต์ www.apia-mri.com เพื่อเปิดกว้างให้โรงพยาบาลที่สนใจสมัครเข้ามาเป็นสมาชิกในการใช้เทคโนโลยีร่วมกัน

รศ.ดร.นพ.วิปร วิประกิต อาจารย์แพทย์ประจำสาขาวิชาโลหิตวิทยาและอิมมูโนโลหิตวิทยาภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวถึงความสำเร็จของโครงการ “APIA-MRI Network” ว่า เกิดจากความร่วมมือของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กับ 2 สถาบันหลักในต่างประเทศ ประกอบด้วยมหาวิทยาลัยเซาเทิร์นแคลิฟอร์เนีย และโรงพยาบาลเด็กแห่งนครลอสแอนเจลิส โดยโครงการมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้เข้าถึงการตรวจประเมินวิเคราะห์

ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยีดังกล่าว เพราะการใช้โปรแกรมในการวิเคราะห์มีราคาค่อนข้างสูง การจะนำโปรแกรมมาใช้งานต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นรายปี ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยไม่สามารถเข้าถึงกระบวนการในการวิเคราะห์เกี่ยวกับภาวะเหล็กเกินในอวัยวะภายในได้อย่างทั่วถึง และอาจทำให้การรักษาโรคจากภาวะเหล็กเกินไม่ได้ผลเท่าที่ควร

อีกประการคือ บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ภาพที่ได้จากการสแกนยังไม่มีเพียงพอและถึงแม้จะมีศูนย์การแพทย์ให้บริการแต่ก็มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ไม่ต่ำกว่า 20,000 บาท ทั้งค่าบริการใช้เครื่องเอ็มอาร์ไอ และการวิเคราะห์ภาพ ดังนั้น แนวคิดของโครงการ “APIA-MRI Network” ที่ได้ก่อตั้งขึ้นมีความมุ่งหวังให้โรงพยาบาลต่าง ๆ รวมทั้งสถาบันทางการแพทย์ที่ยังขาดแคลนทั้งโปรแกรมและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญได้สมัครเข้ามาอยู่ในเครือข่ายโครงการ “APIA-MRI Network” เพื่อใช้เทคโนโลยีร่วมกัน โดยล่าสุดทางโครงการได้เปิดเว็บไซต์ www.apia-mri.com เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการ โดยโครงการจะทำการตรวจวิเคราะห์ให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้เพื่อลดช่องว่างของผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูลการตรวจวินิจฉัยภาวะเหล็กเกินในอวัยวะสำคัญอย่างได้ผล



โครงการ “APIA-MRI Network” นับเป็นโครงการที่ก่อตั้งขึ้นเป็นแห่งแรกของโลกที่ยังไม่เคยมีลักษณะนี้มาก่อน สำหรับโปรแกรมการวิเคราะห์ภาวะเหล็กเกินที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่ได้พัฒนาขึ้นใช้เองได้สำเร็จนี้นับเป็นโปรแกรมที่ได้รับการตรวจยืนยันโดยผู้เชี่ยวชาญ และมีผลงานการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติมาแล้วหลายฉบับ อนึ่งโปรแกรมการวิเคราะห์นี้ได้รับการจดลิขสิทธิ์ในนามของมหาวิทยาลัยมหิดลต่อกรมทรัพย์สินทางปัญญาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ดังนั้น โรงพยาบาลหรือสถาบันทางการแพทย์แห่งใดที่มีความสนใจเข้าร่วมในโครงการสามารถเข้าไปดูรายละเอียดการสมัครเข้าโครงการได้ที่เว็บไซต์ดังกล่าวได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใดทั้งสิ้น รวมทั้งทางคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลยังมีทุนที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานในเบื้องต้นให้แก่โรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมในโครงการอีกด้วย เพราะเชื่อว่าถ้ามีสมาชิกเข้ามาอยู่ในเครือข่ายโครงการ “APIA-MRI Network” มาก ๆ จะทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

อย่างไรก็ตาม ล่าสุดมีหลายโรงพยาบาลแสดงความสนใจเข้าร่วมโครงการบ้างแล้ว ได้แก่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, โรงพยาบาลตำรวจ, โรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช สำหรับสถาบันทางการแพทย์ในต่างประเทศที่ให้ความสนใจ ได้แก่ สถาบันทางการแพทย์ในประเทศอินโดนีเซียให้ความสนใจเข้าร่วมไม่น้อยกว่า 3 สถาบัน และประเทศฟิลิปปินส์ มาเลเซีย และฮ่องกง แสดงความสนใจและมีการติดต่อเข้ามาในระดับหนึ่งแล้ว

ศ.นพ.รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ อายุรแพทย์โรคหัวใจ สาขา
หทัยวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีการพัฒนาแนวทางการวินิจฉัยโรคหัวใจด้วยเทคโนโลยีเครื่องเอ็มอาร์ไอ มาร่วม 10 ปี ทำให้สามารถนำประสบการณ์ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และผู้ป่วยที่มีภาวะเหล็กเกินที่สะสมในอวัยวะต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นตับ หรือหัวใจ ซึ่งหัวใจนับเป็นอวัยวะที่สำคัญมาก ถ้าไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะเหล็กเกินที่ถูกต้องและรวดเร็ว คนไข้จะมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะแนวทางการตรวจหาภาวะเหล็กเกินในสมัยก่อนแพทย์ใช้วิธีเจาะเลือดเพื่อวัดระดับซีรั่มเฟอร์ไรติน ซึ่งบางครั้งก็มีความคลาดเคลื่อน ดังนั้น การใช้เทคโนโลยีเครื่องเอ็มอาร์ไอตรวจหาภาวะเหล็กเกินที่หัวใจ นับว่าเป็นวิธีหนึ่งที่มีความแม่นยำสูง เป็นกุญแจสำคัญที่จะตรวจหาภาวะเหล็กเกินที่หัวใจ และใช้ข้อมูลนี้ประกอบการรักษาเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งผลการรักษาจะทำได้รวดเร็วและได้ผลดี เช่นเดียวกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยจากภาวะเหล็กเกินในประเทศต่าง ๆ ที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีการติดตามการรักษาอย่างได้ผล

ด้าน ผศ.ดร.ไพรัช สายวิรุณพร สาขารังสีวินิจฉัย ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า หลังจากทีมงานได้ภาพสแกนจากเครื่องเอ็มอาร์ไอของโรงพยาบาลที่เป็นสมาชิกที่ส่งเข้ามาผ่านเครือข่ายโครงการ “APIA-MRI Network” แล้วก็จะทำการวิเคราะห์ภาพดังกล่าวด้วยโปรแกรมการตรวจวินิจฉัยหาภาวะเหล็กเกินที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินหาค่าภาวะเหล็กเกินในหัวใจและตับ เพื่อที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะได้ใช้ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวมาประกอบการรักษาผู้ป่วย ทำให้การรักษามีความถูกต้องและแม่นยำยิ่งขึ้น การสแกนมีความปลอดภัยและใช้เวลาไม่นาน โดยสถิติปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการเฉลี่ยประมาณ 150 คนต่อปี

อำเภอกันทรลักษ์เป็นอำเภอขนาดใหญ่ มีอาณาเขตติดกับชายแดนกัมพูชา เมื่อวันที่ 4-6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 ได้เกิดเหตุปะทะชายแดน ไทย-กัมพูชา มีกระสุนปืนใหญ่ตกที่บ้าน ภูมิซรอล ม.13 ต.เสาชังชัย อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ ประชาชนเสียชีวิตทันที 1 ราย บ้านพักอาศัย เรือสวนไร่นาเสียหายหลายไร่ ประชาชนต้องอพยพออกนอกพื้นที่ระหว่างวันที่ 4-12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 เป็นเหตุให้ประชาชนมีความเครียด กลัวและวิตกกังวล ซึ่งตามทฤษฎีความเครียด จากภัยพิบัติจะค่อย ๆ ลดลงไปได้เอง จนเข้าสู่ภาวะปกติได้ภายใน 1 เดือน



ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ของประชาชนที่ผ่านเหตุการณ์ปะทะชายแดนไทย-กัมพูชา

(กรณีศึกษาบ้านภูมิซรอล ม.13 ต.เสาชังชัย อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ)

พญ.พรทิพย์ แก้วสว่าง โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ จึงต้องการศึกษาความเครียด วิถีคลายเครียดเบื้องต้น ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของประชาชนในบ้านภูมิซรอล ม.13 อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ เพื่อค้นหาผู้ที่เสี่ยงหรือยังมีความเครียดอยู่หลังจากเหตุการณ์ปะทะแนวชายแดนไทย-กัมพูชาผ่านมามากกว่า 1 เดือน เพื่อจะได้บำบัดและให้ความช่วยเหลือให้กลับสู่ภาวะปกติ ก่อนที่จะมีปัญหาหรือเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงโดยเฉพาะมีความเครียดจนเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นภัยทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งศึกษาความต้องการย้ายถิ่นฐาน วิถีแก้ปัญหาแนวชายแดน และความช่วยเหลือที่ประชาชนต้องการมากที่สุด



วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความเครียด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด วิถีคลายเครียดเบื้องต้นด้วยตนเอง และวิถีแก้ปัญหาแนวชายแดน และความช่วยเหลือที่ต้องการมากที่สุด รวมถึงความต้องการย้ายถิ่นฐานของประชาชนที่ผ่านเหตุการณ์ปะทะชายแดนไทย-กัมพูชา (กรณีศึกษาบ้านภูมิซรอล ม.13 ต.เสาชังชัย อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ)

รูปแบบการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) เพื่อสำรวจความเครียด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด วิธีการคลายเครียดเบื้องต้นด้วยตนเอง ความต้องการย้ายถิ่นฐาน สิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ รวมทั้งวิถีการแก้ปัญหาความขัดแย้งตามแนวชายแดนของประชาชนที่ผ่านเหตุการณ์ปะทะชายแดนไทย-กัมพูชา (กรณีศึกษาบ้านภูมิซรอล ม.13 ต.เสาชังชัย อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ) การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ ไคสแควร์

กลุ่มตัวอย่าง : ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป พูดและเข้าใจภาษาไทย ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามและเป็นตัวแทนของครัวเรือน มีทะเบียนบ้านอยู่ในบ้านภูมิซรอล ม.13 ต.เสาชังชัย อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ 176 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 290 คน โดยใช้ตารางของยามานะ จากจำนวนประชากร 814 คน (ชาย 421 คน หญิง 393 คน)

วิธีการศึกษา : สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 โดยผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสอบถามและลงคำตอบ โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด ST-5 และแบบประเมินความเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย DS-8 ของกรมสุขภาพจิต

ผลการศึกษา : ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนเพศหญิงและเพศชายสัดส่วนเท่ากัน ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 31-60 ปี ร้อยละ 59.7, มีการศึกษาระดับ



ประถมศึกษาร้อยละ 47.6, สถานภาพสมรส/คู่ อยู่ด้วยกันร้อยละ 66.2, อาชีพเกษตรกรร้อยละ 41, มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 82.4, ส่วนใหญ่ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีปัญหาด้านสุขภาพร้อยละ 79 และไม่เคยทำร้ายตนเองร้อยละ 97.9 แต่มีปัญหาอื่นที่ทำให้ไม่สบายใจร้อยละ 75.5, ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ปะทะชายแดนมาก ถึงร้อยละ 82.1, ระดับความกลัวปานกลางร้อยละ 35.9, ส่วนใหญ่เคยเครียด/ความกลัว/ความวิตกกังวล โดยคุยกับเพื่อนบ้านร้อยละ 70.7 และไม่ต้องการย้ายถิ่นฐานร้อยละ 80 เพราะเป็นบ้านเกิดและอยู่มานานร้อยละ 90.1, วิธีที่ต้องการมากที่สุดในการแก้ปัญหาความขัดแย้งแนวชายแดนคือ ให้ตกลงกันแบบสันติวิธีร้อยละ 85.9, ความช่วยเหลือที่ต้องการมากที่สุดคือ ที่ทำกินร้อยละ 76.2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ($p < 0.05$) ได้แก่ มีปัญหาไม่สบายใจ มีความกลัวและวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ปะทะชายแดนไทย-กัมพูชา และระดับความกลัวและวิตกกังวล

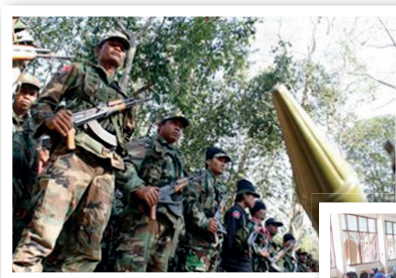
สรุป : ถึงแม้ประชาชนส่วนใหญ่จะยังมีความกลัวและวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ปะทะชายแดนอยู่ แต่ก็ยังเลือกที่จะไม่ย้ายถิ่นฐาน ต้องการให้แก้ปัญหาโดยสันติวิธี ต้องการความช่วยเหลือด้านที่ทำกินมากที่สุด และผู้ที่มีปัญหาไม่สบายใจ มีความกลัวและวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ปะทะชายแดนไทย-กัมพูชา ระดับความกลัวและวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พญ.พรทิพย์ ยังได้เสนอแนะว่า ในการเยียวยาด้านจิตใจควรติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากหลายฝ่ายร่วมกันไม่เฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสุขภาพจิตเท่านั้น โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เป็นคนในพื้นที่ประสบเหตุเดียวกันและใกล้ชิดกับผู้ประสบเหตุมากที่สุดควรได้รับการดูแลอบรมคัดกรอง ให้สุขภาพจิตศึกษาเบื้องต้น เพื่อให้

มีความรู้และดูแลผู้ที่มีความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและประสบผลสำเร็จ

ในส่วนของประชากรที่มีความเครียดมาก มีความกลัวและวิตกกังวล และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ควรได้พบผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินโรค (PTSD; Post Traumatic Stress Syndrome) โรคซึมเศร้า และโรคเครียด เพื่อได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้หน่วยงานสาธารณสุขควรทำงานร่วมกับองค์กรอื่น ๆ เช่น สำนักงานพระพุทธศาสนา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น โดยเฉพาะวัดที่อยู่ในพื้นที่น่าจะเป็นที่พึ่งทางใจได้ เพราะประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และจากผลการศึกษาพบว่า ประชากรไม่อยากย้ายที่อยู่อาศัยและต้องการ



ความช่วยเหลือด้านที่ทำกินมากที่สุด หน่วยงานปกครองจึงควรมีส่วนร่วมในการดูแลปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ด้วยเช่นกัน เพราะเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อีกทั้งควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการปรับตัวและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของประชากรให้อยู่ได้อย่างไม่เครียดในพื้นที่เสี่ยงภัย

สุดท้ายนี้ **พญ.พรทิพย์** กล่าวว่า “ต้องขอขอบคุณ **นพ.วันชัย เหล่าเสถียรภักดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษณ์** ที่อนุญาตให้ศึกษา นำเสนอ และสนับสนุนงบประมาณผลงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณ **คุณสุกรี ศิริบูรณ์** ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณ **ชาวบ้าน บ้านภูมิซรอล ม.13 ต.เสาธงชัย อ.กันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ** ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณ **ดร.สมหมาย คชนาม** ที่เป็นพี่ปรึกษางานวิจัยนี้”



ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ รุดหน้าจัดประชุมวิชาการ “Changes and Challenges in Medicine”

การพัฒนากระบวนการให้บริการทางการแพทย์ที่มีมาอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านเทคโนโลยี งานวิจัยที่นำมาประยุกต์ผสมผสานกับการปรับปรุงระบบสาธารณสุขในประเทศ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก่วงการอายุรแพทย์อย่างมาก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนับเป็นสิ่งท้าทายสำหรับอายุรแพทย์ที่ต้องการปรับปรุงและประยุกต์สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ และถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างเหมาะสมในการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการให้ข้อแนะนำและการป้องกันโรค ทั้งในระดับประเทศและระดับสากล

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญนี้ จึงได้มีการจัดการประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 29 ภายใต้หัวข้อการประชุม “Changes and Challenges in Medicine” หรือการเตรียมพร้อมของอายุรแพทย์เพื่อการปรับเปลี่ยนและความท้าทายทางอายุรศาสตร์ ซึ่งจะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 24-27 เมษายน พ.ศ. 2556 ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จังหวัดชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกที่เข้าฟังการประชุมสามารถพัฒนาองค์ความรู้ทางอายุรศาสตร์ในทุก ๆ ด้าน เพื่อเตรียมพร้อมต่อบริบททางการแพทย์ที่มีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างมาก และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ได้จริงในเวชปฏิบัติ

ศ.นพ.ธำนิษฐ์ อินทรกำธรชัย ประธานคณะอนุกรรมการจัดการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2556 กล่าวว่า นอกจากกิจกรรมทางวิชาการที่จัดมาเป็นประจำทุกปี เช่น symposium, clinical case seminar, meet the experts, workshops ต่าง ๆ ซึ่งในปีนี้ได้ทางคณะผู้จัดงานได้รับความร่วมมือจากราชวิทยาลัยลอนดอน ร่วมจัดแสดง workshop ในครั้งนี้ด้วย ในปีนี้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยยังได้เพิ่มกิจกรรมใหม่ ๆ ในโปรแกรมการประชุม ได้แก่ การอภิปราย guidelines ต่าง ๆ, Landmark clinical studies เช่น เรื่องการอัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และเรื่องการอัปเดตข้อมูลการป้องกันของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และ breakthroughs in internal medicine 2012 ซึ่งเป็นการรวบรวมนวัตกรรมและการค้นพบใหม่ ๆ ที่แต่ละสาขาวิชาทางอายุรศาสตร์คิดว่ามีความสำคัญในรอบปีที่ผ่านมาที่อายุรแพทย์ต้องทราบกว่า 10 เรื่อง และที่พลาดไม่ได้คือ Vikit Viranuvatti lecture โดยได้รับ

เกียรติจาก Professor Irving L. Weissman Stanford University School of Medicine ผู้เชี่ยวชาญด้าน stem cell มารับหน้าที่เป็นวิทยากร

สำหรับกิจกรรมที่มีความสำคัญในการประชุมวิชาการอีกอย่างหนึ่งคือ Convocation Ceremony และ Honorary Distinguished Internist Award ซึ่งจะมีในวันพฤหัสบดีที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2556 เวลา 15.30 น.

ซึ่งเป็นพิธีมอบวุฒิปดและบัตรสมาชิกภาพให้แก่แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่จบการศึกษาปี พ.ศ. 2555 หลังจาก Convocation Ceremony ก็จะมีพิธีประกาศเกียรติคุณให้แก่อายุรแพทย์ที่ได้อุทิศตนปฏิบัติหน้าที่จนเป็นที่ประจักษ์และเป็นที่ยอมรับในวงกว้างในด้านของความเป็นครู นักวิชาการ การบริการคลินิก และการบริการชุมชน และในปีนี้ได้ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้เพิ่มรางวัลสำหรับอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น (อายุน้อยกว่า 45 ปี) อีก 1 รางวัล ความดีงามของอายุรแพทย์ผู้ทรงคุณค่าเหล่านี้จะถูกนำมาประกาศเผยแพร่ให้เป็นที่ประจักษ์ ซึ่งจะแบบอย่างที่ดีสำหรับสมาชิกแพทย์รุ่นน้องได้นำไปปฏิบัติตาม

ศ.นพ.ธำนิษฐ์ กล่าวทิ้งท้ายว่า ในโอกาสนี้ขอเรียนเชิญสมาชิกราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ตลอดจนผู้สนใจทุกท่านได้สละเวลาเข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปีโดยพร้อมเพรียงกัน หวังว่าทุกท่านคงมีโอกาสดำเนินการเพิ่มพูนความรู้ยิ่งขึ้นจากการเข้าประชุมในครั้งนี้

ผู้ที่สนใจสมัครเข้าร่วมประชุมสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ติดต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายลงทะเบียน นายประเสริฐ เดชจิราวัฒน์ โทรศัพท์ 0-2716-6744 ต่อ 16, 08-1450-4179 หรือ 08-9139-4555

วันที่

31 มีนาคม 2556



หน่วยงาน

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการจัดการใช้สุขภาพ โดยความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

รายละเอียด

หลักสูตรอบรม 4 ภาค เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจรหัสยามาตรฐานสากลและระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ณ โรงแรมเซ็นทาราแออนด์คอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ ชอนแก่น

ติดต่อสอบถาม

โทรศัพท์ 0-2889-2138 ต่อ 6246, 6708, 08-5296-7070
E-mail: loghealthmahidol@gmail.com

1-4 เมษายน 2556



ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

Updates in Family Medicine 2013

E-mail: thaifmcollege@gmail.com

1-4 เมษายน 2556



ฝ่ายวิจัยร่วมกับศูนย์วิทยาการวิจัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการอบรมระยะสั้น เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขประยุกต์ ครั้งที่ 4 ณ ห้องประชุมมงคลนาวัน ชั้น 10 ตึก สก. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

โทรศัพท์ 0-2256-4466, 0-2254-1921
โทรสาร 0-2254-1921
<http://research.md.chula.ac.th/new.html>

24-27 เมษายน 2556



ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 29 "Changes and Challenges in Internal Medicine" ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคัลฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี

โทรศัพท์ 0-2716-6744, 08-1450-4719, 08-9139-4555
โทรสาร 0-2718-1652
E-mail: rcpt@asianet.co.th, rcptmail@gmail.com

25-27 เมษายน 2556



ภาควิชาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การอบรมเชิงปฏิบัติการ หัวข้อ "Visualizing 3D protein structure: Understand, analyse and predict the protein nature" ณ ภาควิชาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โทรศัพท์ 0-7445-1180-1
โทรสาร 0-7442-9584
E-mail: bmayuree@medicine.psu.ac.th
<http://medinfo.psu.ac.th>

3-4 พฤษภาคม 2556



อนุสาขา Trauma section ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

การประชุมวิชาการ 2nd Thai Annual Orthopaedic Trauma Congress 2013 ณ ห้องประชุมสันต์ ศรदानนท์ อาคารเฉลิมพระบารมี ชั้น 9 โรงพยาบาลตำรวจ

โทรศัพท์ 0-2716-5436-7

4-5 พฤษภาคม 2556



ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การประชุมศัลยเสวนา Surgical Forum (3rd) Breast Bowel Hepatobiliary Hernia Surgery: Smart & Simplify ณ Crowne plaza hotel จ.ภูเก็ต

โทรศัพท์/โทรสาร 0-7442-9384, 0-7445-1404
<http://medinfo.psu.ac.th>, <http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/>

12 พฤษภาคม 2556



ศูนย์วิจัยฯ ร่วมกับภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

การประชุมวิชาการนานาชาติ เรื่อง "Asian Parasites by Asian Parasitologists: Helminthiasis in Greater Mekong Subregion"

โทรศัพท์ 0-4334-8387
โทรสาร 0-4320-2475
E-mail: boonmars@gmail.com, boonmars@yahoo.com

23 พฤษภาคม 2556



คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิตสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

การประชุมวิชาการ Therapeutic hypothermia for post cardiac arrest patient workshop ณ ห้องประชุมบอลรูม 3 ชั้น 11 อาคาร 1 โรงแรมปรีณพาลา มหานาค กรุงเทพฯ

โทรศัพท์ 0-2201-2305-6, 08-1101-0149
โทรสาร 0-2201-2821
E-mail: keroppi_lek@hotmail.com

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
3-7 มิถุนายน 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทย	การประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 สำหรับแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ปฏิบัติงาน ชั้นปี 1	โทรศัพท์ 0-2716-6651-2 โทรสาร 0-2716-6653, 0-2716-6657 www.thaifammed.org
20-21 มิถุนายน 2556 	งานบริการวิชาการ โรงพยาบาลรามาริบัติ	การอบรมฟื้นฟูวิชาการเรื่อง "อุบัติเหตุทางมือ" ครั้งที่ 33 ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อาคารศูนย์การแพทย์ศิริกิติ ชั้น 5 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542 http://academic.ra.mahidol. ac.th, www.acmrrama.com
27-29 มิถุนายน 2556 	สมาคมเวชบำบัดวิกฤต แห่งประเทศไทย	4 th Critical Care Conference in Thailand 2013 All about Shock	www.criticalcarethai.org, www.tsccm.com
12 กรกฎาคม 2556 	ชมรมโภชนาการเด็ก แห่งประเทศไทย	กิจกรรมวิชาการ Interhospital Pediatric Nutrition Conference ประจำปี 2556 ณ ห้องบรรยาย 5 ชั้น 12 ตึกเจ้าฟ้ามหจักร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	E-mail: group@pednutrition. org
20-23 กรกฎาคม 2556 	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 38 Theme: "Surgical Innovation in Asia" ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน พัทยา จ.ชลบุรี	www.surgeons.or.th
24-26 กรกฎาคม 2556 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับโรงพยาบาลสมเด็จพระ เจ้าตากสินมหาราช	การประชุมวิชาการสัญจร ครั้งที่ 24 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตร์ ชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	โทรศัพท์ 0-2716-6744 ต่อ 11, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: rcpt@asianet.co.th www.rcpt.org
25-29 สิงหาคม 2556 	สำนักงานกองทุน สนับสนุนการส่งเสริม สุขภาพ	การประชุมนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 21 การลงทุนที่ดีที่สุดเพื่อสุขภาพ (Best Investments for Health) ณ ศูนย์ประชุมพีช พัทยา	โทรศัพท์ 0-2343-1500 โทรสาร 0-2343-1551 E-mail: info@iuhpeconference.net www.IUHPEconference.net
20-24 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย	The 23 rd Asian and Oceanic Congress of Obstetrics and Gynaecology (AOCOG 2013) Themed "Challenges in Women's Healthcare" in Bangkok, Thailand	www.aocog2013.org
14-16 พฤศจิกายน 2556 	สมาคมมัณฑนากรหัวใจ และหลอดเลือด แห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia-Pacific Society of Interventional Cardiology (APSIC)	งานประชุมวิชาการนานาชาติ 9 th Asian Interventional Cardiovascular Therapeutics (AICT 2013)	www.aict2013.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มวงการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สสสพาส จำกัด 71/17 ถนนรามานนท์ แขวงจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
6-13 April 2013 	Neurology Update	Departs Ft. Lauderdale, Florida	United States of America	www.continuingeducation.net/coursedescription.php?topic=Neurology_CME_Caribbean_Cruise_April_2013_Oasis
15-16 April 2013 	9 th Annual Asthma & COPD	London	United Kingdom	www.smi-online.co.uk/goto/asthma-copd8.asp
16-19 April 2013 	Quality and Safety in Healthcare	London	United Kingdom	http://internationalforum.bmj.com/home
20-22 May 2013 	International Breast Ultrasound Course	Maroussi, Athens	Greece	Email: congress2@prctravel.gr www.prctravel.gr
19-22 June 2013 	XI World congress of perinatal medicine	Moscow	Russia	www.mcaevents.org/t/01/wcpm2013
23-27 June 2013 	11 th World Congress of Biological Psychiatry	Kyoto	Japan	www.wfsbp-congress.org
22-24 August 2013 	9 th Singapore International Congress of Obstetrics & Gynaecology (9SICOG 2013)	-	Singapore	www.sicog2013.com
24-29 August 2013 	International Congress of Pediatrics 2013 (ICP)	Melbourne	Australia	www2.kenes.com/ipa/pages/home.aspx
8-13 September 2013 	XV WFNS World Congress of Neurosurgery 2013	Seoul	South Korea	www.wfns2013.org

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 Kan Pat Editorial Team at E-mail: hp_14_dna@hotmail.com or send your information to our company, Sapphasan Co., Ltd. 71/17 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 #110 Fax 0-2884-7299



หลังจากท่างหายไปนาน Trip's Guide ฉบับนี้
ขอแนะนำทริปหนึ่งงานไปเยือนประเทศเพื่อนบ้านอย่าง
มาเลเซีย เรียกว่าไปเที่ยวเองโดยไม่จ้อบริษัททัวร์ จัดทริปกัน
ข้ามปี ก่อนจะพร้อมไปเป็นคนแปลกหน้าในดินแดนใหม่ที่ไม่
คุ้นเคยแบบแบ็คแพ็ค นั่งเครื่องบินประมาณชั่วโมงกว่า ๆ ก็ถึง LCCT สนามบิน
ของมาเลเซีย แล้วมุ่งสู่จุดหมายแรกคือ กัวลาลัมเปอร์



ตึกแฝดที่โด่งเด่นอยู่ด้านบน

เหนื่อยนัก...ไปพักมาเลเซีย ตอน เยือนกัวลาลัมเปอร์

พอทำได้สัมผัสกัวลาลัมเปอร์ สถานที่แรกที่ทริปทัวร์ตะลอนเที่ยวได้

ไปเยือนคือ Petronas Twin Towers ตึกแฝดอันเลื่องชื่อ
ของมาเลเซีย แต่ก็ได้แต่เสพความยิ่งใหญ่อยู่ข้างล่าง
เนื่องจากราคาค่าเข้าชมแพงเกินคาดคิด (ประมาณ
800 บาท) จึงหันไปเดินเที่ยวห้างสรรพสินค้าใกล้ ๆ
พร้อมกับรับประทานเมนูที่หลาย ๆ คนแนะนำว่า
มาถึงมาเลเซียจะต้องลิ้มลองให้ได้ คือ "Nasi Lemak"
หน้าตาคล้าย ๆ มัสมั่นไก่ราดข้าว วางคู่กับไข่ต้ม
ปลาตัวเล็ก ๆ ผัดกับซอสอะไรสักอย่าง รสชาติออก



Nasi Lemak อร่อยน่าลิ้มลอง

เค็ม ๆ กับอะไรที่คล้ายน้ำพริกปลาป่น มีเครื่องเคียงให้ด้วย
เป็นแตงกวา แครอท รสชาติออกเปรี้ยว ๆ รวม ๆ แล้วรสชาติจะออกจืด ๆ แต่
ก็อร่อยใช้ได้ หลังอิ่มหนำกันพอประมาณ ก็เดินช้อปปิ้งกันตั้งแต่วันแรก รวม ๆ
แล้วเสียค่าช้อปปิ้งมากกว่าค่าขึ้นตึกแฝดซะอีก (T_T เศร้า)

หลังจากช้อปปิ้งเสร็จก็หอบข้าวหอบของจรลีไปยังที่พักกันซะที

ซึ่งที่พักของเราคือ Arenaa Mountbatten Hotel หลัง
จากนั้นนอนพักผ่อนกันพอหอมปากหอมคอก็ถึงเวลา
ท่องเที่ยวยามเย็น ซึ่งสถานที่ท่องเที่ยวแถวนั้นคือ มัสยิด
Jamek แต่จนแล้วจนรอดก็หาไม่เจอสักที จึงเปลี่ยน
โปรแกรมไปช้อปปิ้ง (อีกแล้ว) ที่ไนท์ทาวน์ ซึ่งมีของ
ขายมากมายคล้าย ๆ กับสำเพ็งบ้านเรา ส่วนของกิน
ตามข้างทางก็มีลูกชิ้นปลาแผ่น



ช้อปปิ้งยามค่ำคืนที่ไนท์ทาวน์

บาง ๆ นำมาทอดจนกรอบ
ราดน้ำจิ้ม อร่อยดี และตบท้ายด้วยมือหนัก ๆ เป็นร้าน
ข้างทางที่มีอาหารสด ทั้งไก่ ปลาหมึก ลูกชิ้น เครื่องใน
 ฯลฯ และผักนานาชนิด เสียบไม้ให้เลือกใส่จาน แล้วนำ
ไปให้พนักงานย่าง ทอด หรือจะนำไปต้มรับประทานที่
โต๊ะก็ได้ น้ำจิ้มก็มีด้วยกัน 4-5 อย่าง แต่ไม่คุ้นลิ้นสักเท่าไร
นัก คนขายใจดีแถมยังพูดไทยได้อีกด้วย ราคาค่าอาหาร
จะคิดตามจำนวนไม้ ซึ่งแต่ละไม้ราคาไม่เท่ากัน แบ่งตาม

สีที่ทาปลายไม้ กว่า
หนึ่งท่อนจะตึงก็ปาเข้าไป
ค่อนข้าง จึงพาร่างกาย
ไปพักผ่อนก่อนจะ
ผจญภัยในวันถัดไป



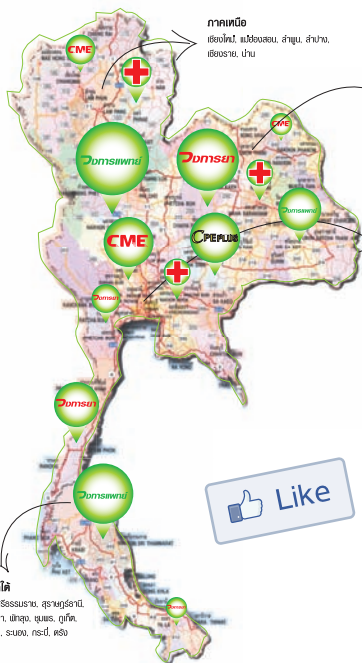
อาหารเย็นแสนอร่อย

วันแรกของการ
ท่องเที่ยวมาเลเซีย

ยังไม่รู้สักว่ามาต่างประเทศมากนัก เพราะ
ผู้คนก็ดูคล้าย ๆ กัน นิสัยก็อาจจะคล้าย ๆ กันด้วย
อย่างการข้ามถนนตอนไฟเขียว (แอบแซว) แต่ที่
แตกต่างกันอย่างมากคือ คนมาเลเซียสามารถสื่อสาร
ภาษาอังกฤษได้อย่างคล่องแคล่ว และการเดินทาง
มีระบบขนส่งทั้งรถไฟฟ้า โมโนเรล
รถบัส ครอบคลุม ทำให้การท่องเที่ยว
มาเลเซียไม่ยากอย่างที่คิด ยังไม่หมด
เพียงเท่านั้น มาเลเซียยังมีสถานที่ท่องเที่ยว
อีกมากมาย สัญญาว่าจะนำมา
เล่าให้ฟังกันอีกแน่นอน



เรือนนอน ณ กัวลาลัมเปอร์



นพ.วิรัตน์ ศิลปวิทยาการ

ร.พ.เจียงคำ จ.พะเยา



นพ.ประสงค์ ประเสริฐ

ร.พ.ขุนตาล จ.เชียงราย



พ.ศุจิรา พรถาวร

ร.พ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา



นพ.สัมฤทธิ์ ตันตวิวัฒนากุล

ร.พ.แม่ใจ จ.พะเยา



นพ.กิตติพัฒน์ ลาชโรจน์

ร.พ.เวียงแก่น จ.เชียงราย

พญ.จารุภรณ์ รื่นเรือง และพยาบาล

ร.พ.แม่ทะ จ.ลำปาง

วงการแพทย์ 2556

วงการแพทย์ไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์ พร้อมกับนาฬิกาไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสาร วงการแพทย์พร้อมกับนาฬิกาให้แก่แพทย์ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย พะเยา และลำปาง ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลด้วย ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สิ่งดี 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

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.medicthai.net
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
เพื่อรวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยไม่จวนคุณถาม

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก. ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

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

หมายเหตุ

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

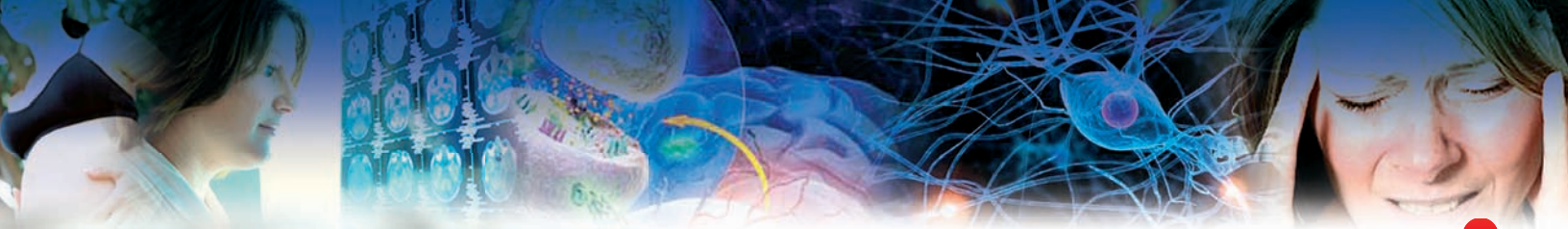
ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS





โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์

Hematological Disorders during Pregnancy

ตอนที่ 4

ภาวะเลือดจางจากการเสียเลือด

อุพ.กนกกร สุนทรจิต วท.บ., พ.บ.,

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรและนรีเวชวิทยา เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9306/130201

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับผลของภาวะเลือดจางต่อการตั้งครรภ์
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับภาวะเลือดจางจากการเสียเลือดระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับ Approach to Anemia
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับ Approach to Bleeding

■ ต่อจากฉบับที่แล้ว

Activated partial thromboplastin time (APTT)

การตรวจ APTT จะเป็นการตรวจเพื่อดูความผิดปกติของ intrinsic และ common coagulation pathway เหตุผลที่เรียกว่า partial thromboplastin ก็เนื่องจาก APTT reagent ไม่มีส่วน apoprotein ของ complete thromboplastin จะมีแต่ phospholipid ซึ่งทำหน้าที่ทดแทนเกล็ดเลือดใน coagulation pathway พบว่า phospholipid ที่อยู่ใน APTT reagent แต่ละชนิดจะมีความแตกต่างกันมากและมีผลต่อความไวของ reagent แต่ละชนิดต่อการขาด clotting factor และการที่มี coagulation inhibitor โดย phosphatidylserine (PS) จะเป็นตัวที่มีความสำคัญในการทำให้มีการเริ่มการเกิด procoagulant activity ของ APTT reagent จำนวนของ PS (Phosphatidylserine) ใน APTT reagent ยังเป็นตัวบ่งถึงความไวของ APTT reagent ต่อ heparin นอกจากนี้ในการตรวจ APTT ยังมีสารที่เป็น

activator เช่น ellagic acid, kaolin, celite หรือ micronized silica สารเหล่านี้จะให้พื้นผิวจำนวนมาก สำหรับการเกิดปฏิกิริยาทำให้การตรวจ test นี้มีความแม่นยำและถูกต้องมากขึ้น โดยไม่ขึ้นกับพื้นผิวของแก้วที่สัมผัส ค่า APTT จะขึ้นกับความเข้มข้นของตัวกระตุ้น และ incubation time นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจก็มีผลต่อค่า APTT ดังนั้น ห้องปฏิบัติการแต่ละแห่งจึงควรหาค่าปกติของตัวเอง เนื่องจากค่าที่ได้ในแต่ละแห่งอาจแตกต่างกันตาม reagent และเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ

สาเหตุของ activated partial thromboplastin time ยาวผิดปกติค่าเดียว

• Mixing study แก้ไขได้

ผู้ป่วยมีเลือดออกผิดปกติ

- Factor VIII deficiency:- hemophilia A หรือ von Willebrand disease

- Factor IX deficiency:- hemophilia B
- Factor XI deficiency

ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกผิดปกติ

- การขาด factor XII, prekallikrein หรือ high-molecular-weight kininogen

• Mixing study แก่ไขไม่ได้

ผู้ป่วยมีเลือดออกผิดปกติ

- วัดระดับ factor VIII, IX และ XI Acquired factor VIII inhibitor

ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกผิดปกติ

- ตรวจหา lupus anticoagulant

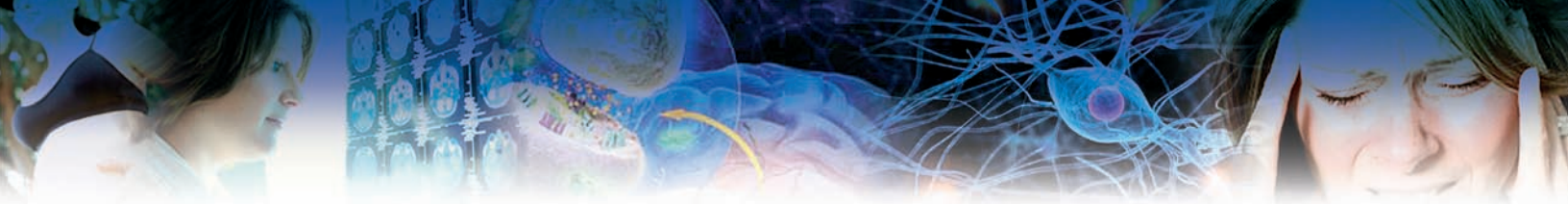
ชนิดของ APTT reagent มีความสำคัญ โดยจะขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการใช้ test นี้ เช่น การตรวจดูการขาด clotting factor การใช้ monitor การใช้ยา unfractionated heparin และการตรวจหา lupus anticoagulant โดยทั่วไปแนะนำให้ควรเทียบความไวของ APTT reagent กับระดับของ factor VIII หรือ IX โดยทั่วไปเป็นที่ทราบกันว่า อัตราเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาเลือดออกจะเพิ่มขึ้นเมื่อระดับของ factor VIII หรือ factor IX น้อยกว่า 45% ดังนั้น ควรจะเลือก APTT reagent ที่มีความไวพอที่จะตรวจพบความผิดปกติระดับนี้ได้ นอกจากนี้ APTT reagent ยังมีความไวแตกต่างกันมากต่อ lupus anticoagulant และ unfractionated heparin ถ้าจะใช้ APTT สำหรับ monitor การให้ heparin ห้องปฏิบัติการแต่ละแห่งควรจะหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับของ heparin ในพลาสมา กับค่า APTT ในห้องปฏิบัติการนั้น

ค่า APTT ที่ยาวจะเกิดจากความผิดปกติของ clotting factor ที่อยู่ใน intrinsic และ common coagulation pathway (factor VIII, IX, X, XI, XII, kallikrein และ high-molecular-weight kininogen) หรือจากการที่มี inhibitor ค่า APTT ที่ยาวยังอาจจะเกิดจากการที่ระดับของ fibrinogen, prothrombin หรือ factor V ต่ำมากในผู้ป่วยที่มีเลือดออกผิดปกติ ค่า APTT ที่ยาวอาจบ่งว่ามีการขาด coagulation factor เพียงชนิดเดียว (เช่น ในโรคฮีโมฟีเลีย) หรือหลายชนิด (เช่น ในภาวะ DIC หรือโรคตับ) หรืออาจเกิดจากการได้รับยา anticoagulant (เช่น warfarin หรือ unfractionated heparin)

ภาวะ acquired hemophilia A แม้จะพบได้ไม่บ่อย แต่เป็นภาวะเลือดออกผิดปกติที่รุนแรงจึงมีความจำเป็นต้องตรวจยืนยันว่าผู้ป่วยมี factor VIII inhibitor เกิดขึ้นหรือไม่ การทำ mixing study โดยใช้พลาสมาของคนปกติกับพลาสมาของผู้ป่วยจะเป็นการตรวจเบื้องต้นว่า ผู้ป่วยมี inhibitor หรือไม่ (inhibitor screen) ในกรณีที่ไม่มี inhibitor ค่า APTT จะปกติ ถ้าเราทำ 1:1 mix ของพลาสมาของคนปกติกับพลาสมาจากผู้ป่วยที่เป็น severe hemophilia A (factor VIII < 0.01 IU/ml) เนื่องจากค่า APTT จะยาวถ้าระดับของ clotting factor น้อยกว่า 25-40% ในผู้ป่วยที่มี factor VIII inhibitor จะพบว่าระดับของ factor VIII ในพลาสมาปกติจะลดลง เพราะถูก neutralized โดย inhibitor ทำให้ค่า APTT ยังยาวอยู่ ในการทำ mixing study จะต้องระวังว่าปฏิกิริยาระหว่าง factor VIII inhibitor กับ factor VIII : C ขึ้นกับเวลาและอุณหภูมิ (time and temperature dependent) ซึ่งจะตรงข้ามกับ kinetics ของ lupus anticoagulant ซึ่งจะออกฤทธิ์ในทันที ดังนั้น ในการตรวจหา factor VIII inhibitor จึงจำเป็นต้องทำ postmixing aPTT หลัง incubation เป็นระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง ที่ 37 °C

สำหรับ APTT reagent ส่วนใหญ่ พบว่าระดับของ factor VIII จะเป็นตัวกำหนด clotting time ที่สำคัญที่สุด ดังนั้น ในผู้ป่วยที่มีระดับของ factor VIII สูง จะพบว่าค่า APTT จะสั้นลงได้บ่อย ซึ่งผลอันนี้โดยเฉพาะในช่วงระยะหลังของการตั้งครรภ์ในผู้ป่วยที่ใช้ยาคุมกำเนิด และในช่วงภายหลังการผ่าตัดอาจบดบังการลดลงของ clotting factor อื่น ๆ ที่อยู่ใน intrinsic pathway ดังนั้น ค่า APTT ซึ่งปกติก็ไม่อาจบอกได้ว่า ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติของการห้ามเลือด จึงควรตรวจดู clotting factor assay ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยอาจจะมีการขาด clotting factor อื่น

การดูทั้งค่า PT, APTT และ TT จะให้ข้อมูลมากกว่าการที่จะดูแต่ละ test แยกจากกัน ดังนั้น การที่พบมีค่า PT ยาว แต่ค่า APTT ปกติ จะบ่งว่ามีการขาด factor VII เนื่องจาก factor VII จะไม่มีผลต่อ intrinsic pathway ในหลอดทดลอง อย่างไรก็ตาม การขาด factor VII เล็กน้อยถึงปานกลางอย่างเดียวอาจไม่มีความสัมพันธ์กับการที่มีเลือดออกผิดปกติ ความผิดปกติของ factor VIII, IX และ XI จะมีความสัมพันธ์กับค่า APTT ที่ยาว แต่ค่า PT จะปกติ การลดลงของ vitamin K-



dependent clotting factor II, VII, IX และ X เช่น ในผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin หรือในผู้ป่วยโรคตับมักจะทำให้ทั้งค่า APTT และ PT ยาวขึ้น แม้ว่าค่า PT จะไวกว่า สาเหตุที่ทำให้ค่า TT ยาวที่พบบ่อยที่สุดในทางคลินิกคือ การที่มี heparin ปนเปื้อนในพลาสมาที่ทดสอบ โดยค่า TT จะไวต่อ heparin มากที่สุด แต่ heparin ก็อาจมีผลต่อค่า APTT และ PT

การตรวจ specific clotting factor assay

การตัดสินใจส่งตรวจหา clotting factor แต่ละตัวจะขึ้นกับอาการทางคลินิกและผลของ coagulation screening test การให้การวินิจฉัยและการดูแลรักษาโรคทางพันธุกรรมที่ขาด coagulation factor จำเป็นต้องวัดระดับของ clotting factor ที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเลือดออกมากผิดปกติรุนแรง และการตรวจ screening บ่งว่าอาจเกิดจากการขาด factor VIII หรือ factor IX จำเป็นต้องตรวจหาระดับของ factor VIII และ factor IX การรักษาและการให้คำแนะนำทางพันธุกรรมจำเป็นต้องแยกระหว่าง classical และ acquired hemophilia A และโรค von Willebrand ดังนั้น เพื่อเลี่ยงการวินิจฉัยผิดจึงควรตรวจดูระดับของ vWF antigen และ activity ด้วย นอกเหนือจากการตรวจระดับของ factor VIII

หลักของ one-stage coagulation factor bioassay

โดยทั่วไปมักจะใช้ one-stage assay สำหรับวัดระดับของ clotting factor ต่าง ๆ โดยอาศัยหลักการที่ว่าเมื่อทดสอบ sample ที่ dilution ต่าง ๆ ค่า clotting time จะเป็นสัดส่วนกับความเข้มข้นของ clotting factor ที่ทดสอบในแต่ละ sample ดังนั้น ถ้าทดสอบ dilution ของ standard preparation และพลาสมาที่จะทดสอบโดย specific assay system สำหรับ clotting factor ที่ต้องการทดสอบและลงผลบนกราฟ double-log ถ้า dilution เหมาะสม ผลที่ได้จะเป็นเส้นตรงขนานกัน ระยะที่ห่างกันในแนวราบระหว่างเส้นของ standard และเส้นของพลาสมาที่ทดสอบจะขึ้นกับระดับของ clotting factor ในพลาสมาที่ทดสอบ ถ้าเส้นของพลาสมาที่ทดสอบอยู่ทางขวาของเส้นของ standard ระดับของ clotting factor ในพลาสมาที่ทดสอบจะต่ำกว่าระดับของ clotting factor ใน standard ในทางกลับกันถ้าเส้นของพลาสมาที่ทดสอบอยู่ทางซ้ายของเส้นของ standard ระดับของ clotting factor ในพลาสมาที่ทดสอบจะสูงกว่าระดับของ clotting factor ที่อยู่ใน standard

การที่เส้นทั้ง 2 ขนานกัน จะมีความจำเป็นสำหรับการทดสอบที่ถูกต้อง ถ้าพบว่าเส้นทั้ง 2 ไม่ขนานกันจะบ่งว่ามีความแตกต่างใน reactivity ของพลาสมาที่ทดสอบ ซึ่งมักจะเกิดจากการที่มี inhibitor ในพลาสมาที่ทดสอบ หรือจากการที่มีการขาด factor อื่น ใน substrate plasma

ห้องปฏิบัติการควรใช้ standard ที่ดี ซึ่งโดยทั่วไปมักจะเตรียมโดยอาศัย pooled plasma จาก donor ปกติอย่างน้อย 20 คน ถ้าใช้ donor จำนวนน้อยอาจทำให้ค่า mean ที่ได้ไม่เป็นค่าตัวแทนของประชากรทั่วไป ซึ่งจะมีผลต่อค่าที่ได้จากการตรวจพลาสมาผู้ป่วย

การตรวจ factor VIII : C จะมี 3 วิธี การวัดโดยวิธี one-stage assay จะอาศัยหลักของ APTT ในขณะที่การวัดโดยวิธี two-stage assay จะอาศัย thromboplastin generation test ห้องปฏิบัติการบางแห่งวัด factor VIII : C โดยใช้ chromogenic substrate โดยทั่วไปการวัดโดยวิธี one-stage assay และ two-stage assay จะให้ผลใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามวิธี one-stage assay จะไวต่อ activated factor VIII ดังนั้นอาจให้ค่า factor VIII ที่สูงกว่าความเป็นจริงในพลาสมาที่มี activated factor VIII

การวัด vWF ในพลาสมาอาจใช้วิธี immunoassay และ functional assay การใช้ ristocetin cofactor assay (vWF : Ricof) จะเป็นการวัดการตอบสนองของ vWF ในพลาสมาที่จะ agglutinate เกิดเลือด เมื่อมี ristocetin อยู่ การวัด vWF antigen จะใช้ electroimmunoassay (EIA) หรือ enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) วิธี EIA (Electroimmunoassay) จะใช้หลักการที่ว่า antigen-antibody complex จะ precipitate เป็นรูป “rocket” ซึ่งความสูงของมันจะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับระดับของ vWF : Ag พบว่าผลที่ได้จากการตรวจโดยวิธี EIA และ ELISA จะใกล้เคียงกัน แต่การตรวจโดยวิธี ELISA จะมีความแม่นยำและความไวมากกว่า

ในการแยกระหว่างโรคฮีโมฟีเลีย เอ กับโรค von Willebrand จะอาศัยการวัดระดับของ F VIII : C และ vWF : Ag ในโรคฮีโมฟีเลีย เอ พบว่าระดับของ F VIII : C จะต่ำ และระดับของ vWF : Ag จะปกติในขณะที่ผู้ป่วยโรค von Willebrand ส่วนใหญ่จะพบว่ามีระดับของ vWF : Ag และ F VIII : C จะลดลงไปด้วยกัน การตรวจ vWF : Ricof assay จะช่วยในการ

วินิจฉัย type 2 ของโรค von Willebrand ในการตรวจวินิจฉัยโรค von Willebrand จำเป็นต้องทราบหมู่เลือด A B O ด้วย เนื่องจากระดับของ factor VIII และ vWF จะลดลงในคนที่หมู่เลือดโอ ในผู้ป่วยที่มีระดับของ vWF : Ag ปกติจะไม่สามารถตัดโรค von Willebrand ไปได้เลย ถ้ายังสงสัยอาจต้องทำการตรวจใหม่เป็นระยะ เนื่องจากระดับของ vWF : Ag ในแต่ละวันจะแตกต่างกันได้จากหลายสาเหตุ **ในคนตั้งครรภ์หรือคนที่ได้รับ estrogen ก็จะทำให้ระดับของ vWF สูงขึ้น**

การตรวจดูจำนวนและหน้าที่การทำงานของเกล็ดเลือด

การดูจำนวนเกล็ดเลือดจะมีความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีความผิดปกติในการห้ามเลือด ผู้ป่วยที่มีจำนวนเกล็ดเลือดระหว่าง $50 \times 10^9/L$ ถึง $100 \times 10^9/L$ มักไม่มีเลือดออก ยกเว้นได้รับอุบัติเหตุหรือได้รับการผ่าตัดใหญ่ ในผู้ป่วยที่มีจำนวนเกล็ดเลือดระหว่าง $20 \times 10^9/L$ ถึง $50 \times 10^9/L$ มักจะไม่มีเลือดออกเอง อย่างไรก็ตามในบางกรณีการดูจำนวนเกล็ดเลือดอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ เช่น ในภาวะ DIC นอกจากจะมีเกล็ดเลือดต่ำจากการที่มี Platelet consumption ยังอาจมี acquired storage pool defect จากการที่มี Platelet activation ความผิดปกติในหน้าที่การทำงานของเกล็ดเลือดก็มีส่วนทำให้เกิดภาวะเลือดออกซึ่งอาจจำเป็นต้องให้เกล็ดเลือดแม้ว่าระดับเกล็ดเลือดอาจจะยังไม่ต่ำมาก

การทำ **skin bleeding time** เป็นการตรวจที่มีประโยชน์ในการดู interaction ของเกล็ดเลือดกับผนังหลอดเลือด ในเด็กเล็กค่า bleeding time อาจยาวกว่าในผู้ใหญ่ โดยทั่วไปพบว่าค่า bleeding time กับจำนวนเกล็ดเลือดจะมีความสัมพันธ์กันแบบเส้นตรง โดยค่า bleeding time (เป็นนาฬิกา) ที่ควรจะเป็นเมื่อจำนวนเกล็ดเลือดต่ำลงจาก $100 \times 10^9/L$ ลงไปจนถึง $10 \times 10^9/L$ จะเท่ากับ 30.5 (จำนวนเกล็ดเลือด $\div 3850$) ในผู้ป่วยที่ค่า bleeding time ยาวไม่เป็นสัดส่วนกับจำนวนเกล็ดเลือดที่ลดลงอาจมีความผิดปกติในหน้าที่ของเกล็ดเลือดร่วมด้วย ในผู้ป่วยที่มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า $10 \times 10^9/L$ ไม่จำเป็นต้องทำ bleeding time

นอกเหนือจากจำนวนของเกล็ดเลือด พบว่ามีปัจจัย

อีกหลายอย่างที่มีผลต่อค่า bleeding time โดยเฉพาะ Hematocrit นอกจากนี้ยาหลายชนิด เช่น aspirin จะมีผลต่อหน้าที่ของเกล็ดเลือด ทำให้ค่า bleeding time ยาว ทั้งที่มีจำนวนเกล็ดเลือดปกติ ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของเกล็ดเลือดผิดปกติแบบพันธุกรรมจะทำให้ค่า bleeding time ยาว เช่น ในโรค Platelet-dense body storage pool การมี platelet release defect จากความผิดปกติของ prostaglandin endoperoxide และ thromboxane synthesis และในโรค Glanzmann thrombasthenia ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จะมีจำนวนเกล็ดเลือดและรูปร่างปกติเมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ในโรค Bernard-Soulier จะพบมีจำนวนเกล็ดเลือดต่ำลง ร่วมกับการที่มี giant platelet ในสเปียร์เลือด

การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มี bleeding time ยาว แต่มี platelet count, thrombin time, prothrombin time และ activated partial thromboplastin time ปกติ

- **Von Willebrand disease** - ตรวจ factor VIII antigen, factor VIII activity, ristocetin cofactor activity, multimer analysis

- **Qualitative platelet defect**

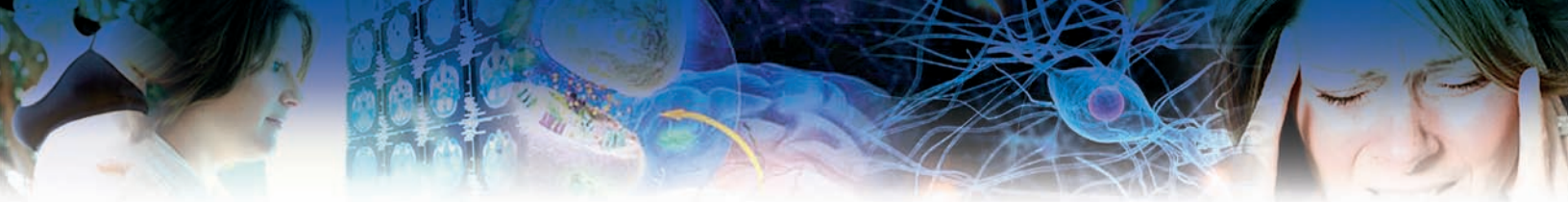
Congenital

- Bernard-Soulier disease
- Glanzmann thrombasthenia
- Gray platelet syndrome
- Unspecified

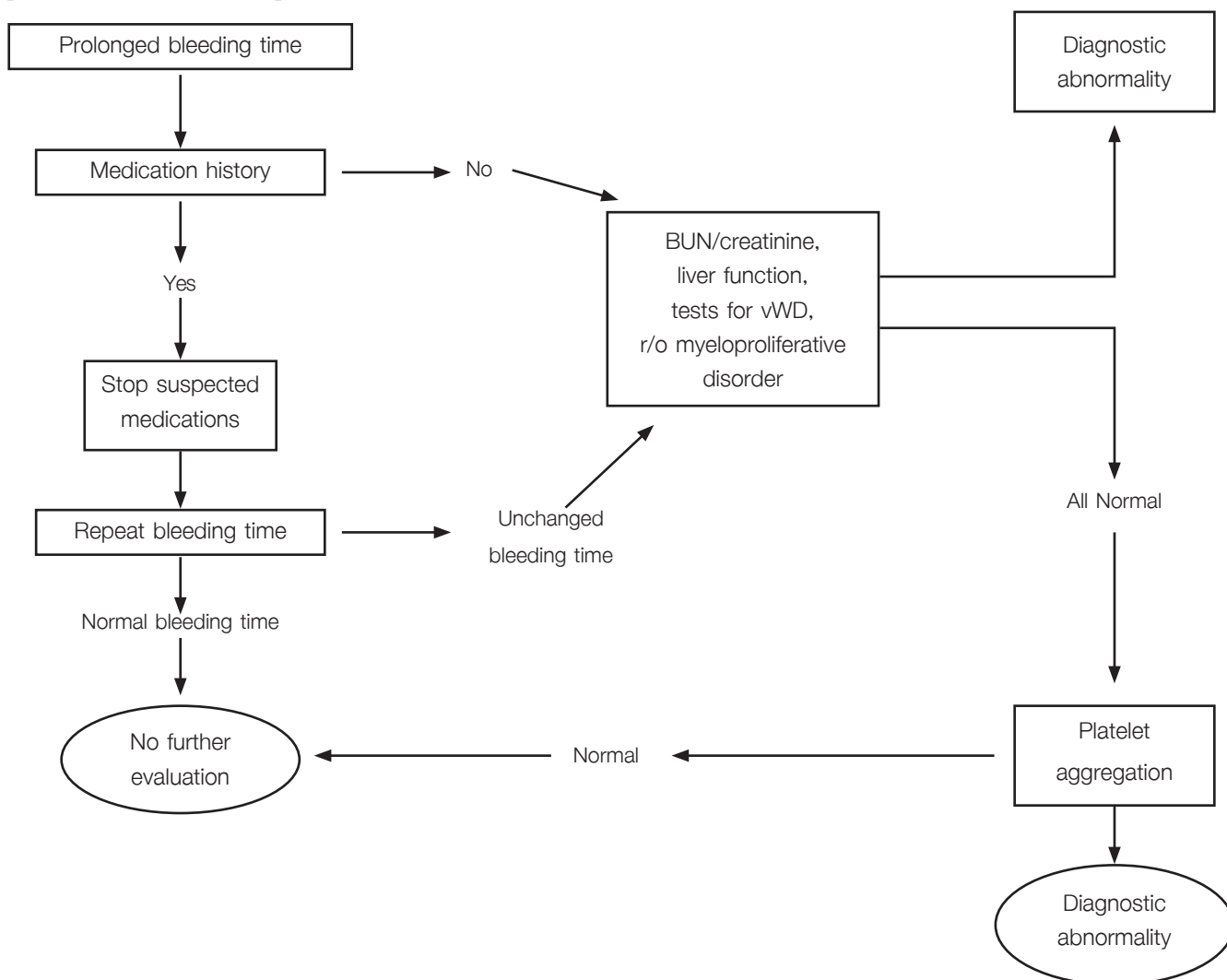
Acquired

- Drug:- aspirin, NSAIDs, alcohol
- Uremia
- Chronic myeloproliferative disorders
- Myelodysplasia
- Myeloma หรือ Waldenstrom's macroglobulinemia
- Antiplatelet antibody

NSAIDs = Nonsteroidal anti-inflammatory drugs



รูปแสดงแนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีค่า bleeding time ยาว



ค่า bleeding time อาจยาวโดยที่จำนวนเกล็ดเลือดไม่ต่ำ หรืออาจจะยาวกว่าที่ควรจะเป็น ในผู้ป่วยที่มีจำนวนเกล็ดเลือดต่ำไม่มาก เช่น ในโรคไต หรือตับวาย, โรคในกลุ่ม myeloproliferative disorders, โรค Waldenstrom macroglobulinemia, โรค multiple myeloma, ภาวะ hypofibrinogenemia, ภาวะ dysfibrinogenemia และการขาด factor V ในโรคไตวาย พบว่าค่า hematocrit ที่ต่ำจะมีบทบาทสำคัญที่ทำให้ primary hemostasis เสียไป การแก้ไขภาวะเลือดจางจะทำให้ค่า bleeding time สั้นลงได้ การใช้ bleeding time เป็น diagnostic screen ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีโรค von Willebrand พบว่าแม้ว่าค่า bleeding time มักจะยาวกว่าปกติในโรคนี้ แต่ในผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะใน type 1 อาจมีค่า bleeding time ปกติได้

การดูหน้าที่การทำงานของเกล็ดเลือด โดย **light transmission aggregometry** อาจจะมีประโยชน์ในการช่วยแยกโรคในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหน้าที่ของเกล็ดเลือด โดยทั่วไปมักจะส่งตรวจในผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกง่ายผิดปกติ ซึ่งมีค่า bleeding time ยาว ซึ่งไม่พบสาเหตุชัดเจน การดู platelet aggregation มักใช้ collagen, adenosine diphosphate (ADP) และ arachidonic acid เป็น agonist นอกจากนี้ยังใช้ ristocetin เป็น agglutinating agent เพื่อดูการตอบสนองของเกล็ดเลือดที่ต้องอาศัย vWF และ glycoprotein Ib/IX ความเข้มข้นของ ristocetin ที่ใช้ไม่ควรจะเกิน 1.4 mg/mL เนื่องจากความเข้มข้นที่สูงกว่านี้อาจทำให้มี nonspecific protein precipitation ซึ่งทำให้เข้าใจผิดว่ามี agglutination เกิดขึ้น

ในผู้ป่วยที่มีโรค platelet storage pool โรค Glanzmann

thrombasthenia หรือ Bernard-Soulier บางรายอาจให้การวินิจฉัยได้โดยการตรวจ platelet aggregation แต่ประมาณ 75% ของผู้ป่วยที่มีค่า bleeding time ผิดปกติ เมื่อตรวจ platelet aggregation จะให้ผลปกติ ในผู้ป่วยที่มีโรค storage pool บางรายพบว่า การตรวจ platelet aggregation ให้ผลปกติ แม้ว่าจะมีค่า bleeding time ยาว

การวินิจฉัยโรค Glanzmann thrombasthenia และ Bernard-Soulier อาจอาศัย flow cytometry ในการยืนยันการวินิจฉัยโดยใช้ monoclonal antibody ซึ่งมีความจำเพาะต่อ glycoprotein IIb/IIIa และ Ib/IX ตามลำดับ โรค Bernard-Soulier อาจอาศัยการตรวจ aggregometry ลำบาก เนื่องจากจะมีปัญหาในการเตรียม platelet-rich plasma โดยการปั่นเนื่องจากจำนวนเกล็ดเลือดที่มีขนาดใหญ่จะลดลง

การยืนยันการวินิจฉัยโรค platelet storage pool ต้องอาศัยการวัด platelet nucleotide หรือดูหน้าที่ของ dense body วิธีที่ใช้วัด platelet nucleotide อาจใช้วิธี bioluminescence หรือใช้ high-performance liquid chromatography (HPLC) ในการวัดจำนวน ATP และ ADP ของเกล็ดเลือด ในโรคที่มีความผิดปกติของ storage pool เนื่องจากการขาด storage organelle (dense body) สัดส่วนของ ATP ต่อ ADP จะคล้ายกับใน metabolic pool (ประมาณ 8:1) มากกว่าที่จะคล้ายกับใน platelet pool ทั้งหมด (ประมาณ 2:1)

การประเมินดูหน้าที่ของ dense body อาจทำได้โดยดูการจับของ radiolabeled 5-hydroxy tryptamine (5-HT) โดยเกล็ดเลือด และการสะสมใน dense body ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ storage pool พบว่าการจับและการปล่อย 5-HT จาก dense body จะลดลงภายหลังเติม agonist การที่มีการรั่วของ 5-HT ออกจากเกล็ดเลือดโดยไม่มีตัวกระตุ้นก็เป็นการบ่งว่าไม่มี storage organelle

สาเหตุของการที่มีเลือดออกผิดปกติ โดยที่ thrombin time, prothrombin time, activated partial thromboplastin time, platelet count หรือ bleeding time ปกติ

- **Poorfibrin polymer cross-linking**

- Factor XIII deficiency
- Factor XIII inhibitor

- Abnormal fibrinogen

- **Abnormal หรือ excessive fibrinolysis**

- α_2 -antiplasmin deficiency
- Increased tissue plasminogen activator (TPA)
- TPA inhibitor deficiency
- Urokinase
- Primary fibrinolysis

- **Vascular purpuras**

- Scurvy
- Amyloid
- Senile purpura
- Vasculitis
- Henoch-Schlein purpura
- Congenital connective tissue disorders - Marfan

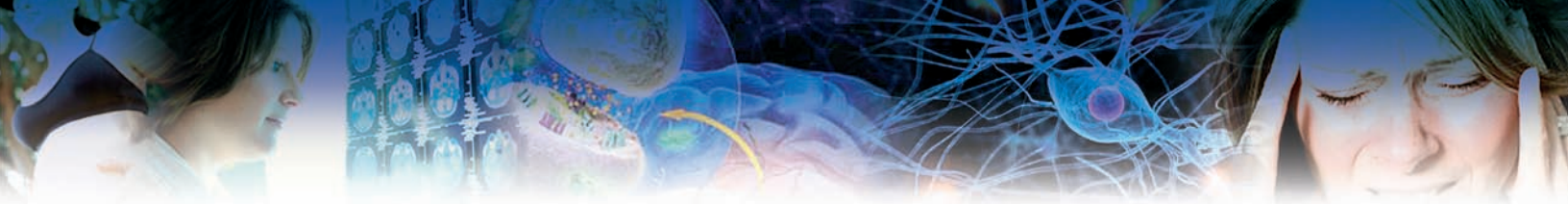
syndrome, Ehlers-Danlos syndrome

- Cryoglobulins
- Autoerythrocyte purpura
- Osler-Weber-Rendu disease (hereditary hemorrhagic telangiectasia)

การตรวจอื่นๆ

ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ การส่งตรวจ TT, PT, APTT การดูสเมียร์เลือด การนับจำนวนเกล็ดเลือด และการทำ bleeding time จะให้การวินิจฉัยสาเหตุของภาวะเลือดออกผิดปกติของผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติบางอย่าง เช่น มีความผิดปกติของ fibrin polymer cross-linking ความผิดปกติของการละลายลิ่มเลือด และความผิดปกติของหลอดเลือด

เนื่องจากการจับเวลาที่พลาสมาแข็งตัวจะหยุดเมื่อมี fibrin polymer เกิดขึ้น โดยไม่ต้องรอให้มี cross-linking ของ fibrin polymer ก่อน ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องอาศัย factor XIII การขาด factor XIII จึงไม่สามารถตรวจพบได้จากการตรวจ coagulation screening test ผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจขาด factor XIII หรือมีความผิดปกติของ fibrin cross-linking จะต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเพาะ ซึ่งโดยทั่วไปมักจะส่งตรวจ clot solubility test โดยอาศัยหลักที่ว่า non-crosslinked



fibrin จะละลายใน 5 mol/L urea, 1% monochloroacetic acid หรือ 2% acetic acid พลาสมาที่จะทดสอบจะถูกทำให้ clot โดยเติม M/40 calcium chloride จากนั้นจะถูกนำมาดูการละลายในตัวทำละลายดังกล่าวข้างต้นที่ 37 °C ถ้าพบว่ามี การละลายของ clot เกิดขึ้นจะบ่งว่ามีการขาด factor XIII มี การศึกษาพบว่าถ้าใช้ thrombin แทน calcium ในการทำให้ พลาสมาเกิด clot จะเพิ่มความไวในการตรวจพบการขาด factor XIII

ภาวะการขาด factor XIII ซึ่งเป็นพันธุกรรม มักทำให้ ผู้ป่วยมีเลือดออกบริเวณสะดือตั้งแต่เล็ก นอกจากนี้ผู้ป่วยยัง อาจมีอาการเลือดออกทางผิวหนังและเยื่อเมือก ความผิดปกติของเกล็ดเลือด แต่อาการเลือดออกมักเกิดขึ้นภายหลังมี อุบัติเหตุหลายชั่วโมง เหมือนในผู้ป่วยที่ขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ขาด factor XIII ยังพบว่ามี ภาวะเลือดออกในสมองเกิดขึ้นเองได้บ่อย และมีประวัติ แท้งลูกบ่อย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ fibrinogen ซึ่งสามารถเกิด polymer ได้ แต่ไม่เกิด cross-linking ซึ่งอาจเนื่องจากการขาด binding site มีรายงานผู้ป่วย ที่รับประทานยา isoniazid แล้วเกิด acquired inhibitor ของ fibrin polymer cross-linking

ความผิดปกติของการห้ามเลือดทางพันธุกรรมที่เกิดขึ้น การที่มีการละลายลิ่มเลือดมากขึ้นพบได้ไม่บ่อย เช่น ภาวะ α_2 -antiplasmin deficiency ซึ่งจะมีปัญหาเลือดออกผิดปกติ จากการที่มีการย่อยสลาย procoagulant protein โดย plasmin ภาวะความผิดปกติของการละลายลิ่มเลือดที่ทำให้เกิดปัญหา เลือดออกยังพบในโรค acute promyelocytic leukemia, โรค มะเร็งต่อมลูกหมาก และโรคตับแข็ง การตรวจว่ามีการละลาย ลิ่มเลือดเพิ่มขึ้นอาจส่งตรวจดู **Euglobulin clot lysis time (ECLT)** ซึ่งเป็นการตรวจเพื่อดูระบบ fibrinolysis อย่างคร่าว ๆ โดยการตกตะกอน ส่วน euglobulin จากพลาสมาที่ทดสอบ โดยการลด ionic strength และ pH ของพลาสมา หลังจากนั้นจะละลายส่วน euglobulin ใหม่ และทำให้ euglobulin แข็ง ด้วย thrombin หลังจากนั้นวัดระยะเวลาที่ euglobulin ละลาย ค่า ECLT จะขึ้นกับ activity ของทั้ง tissue plasminogen activator (tPA) และ Plasminogen activator inhibitor (PAI) ค่า ECLT ที่สั้นจะบ่งว่ามีการละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น พลาสมา

ของคนปกติ euglobulin จะละลายไม่หมดในเวลา 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มี hypofibrinogenemia อาจให้ผลบวกเทียม

ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมี DIC มักจะส่งตรวจ fibrinogen/ fibrin degradation products (FDP) ร่วมด้วย โดยมักจะตรวจ โดยวิธี latex agglutination assay ซึ่งใช้ polyclonal antibody ต่อ fibrin (ogen) products D และ E ข้อเสียของ assay นี้คือ ไม่สามารถแยกว่าเกิดจากการย่อย fibrinogen หรือ fibrin ส่วน D-dimer assay จะใช้ monoclonal antibody ต่อ D-dimer domain ของ crosslinked fibrin ซึ่งจับกับ latex bead ซึ่ง assay นี้ถูกนำมาใช้ทางคลินิกหลายอย่าง โดยเฉพาะใช้ในการ ช่วยวินิจฉัยภาวะ Venous thromboembolism พบว่าในภาวะ DIC ทั้ง FDP และ D-dimer จะมีระดับสูงขึ้น

ในผู้ป่วยที่มี vascular purpura จะมีการทำงานของ ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือดปกติ แต่จะมีความ ผิดปกติของหลอดเลือด การทำ **Rumpel Leede capillary fragility test** โดยการใช้เครื่องมือวัดความดันรั่วที่ต้นแขน แล้วปรับความดันให้อยู่ที่ 80 มม.ปรอท นาน 5 นาที ถ้ามี ecchymosis เกิดขึ้นได้ต่อบริเวณที่วัดความดันจะบ่งว่ามีความ ผิดปกติของหลอดเลือด การประเมินผู้ป่วยต่อไปอาจต้องตรวจ หาว่า ผู้ป่วยมี vasculitis หรือไม่ เช่น การส่งตรวจ Erythrocyte sedimentation rate, Antinuclear antibody, Rheumatoid factor, Complement, immune complex, Cryoglobulin และ การทำ skin biopsy โรคกลุ่มสุดท้ายของภาวะเลือดออก ผิดปกติที่พบได้น้อย เช่น autoerythrocyte sensitization และ factitial bleeding เป็นต้น

ดังนั้น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ภาวะที่มีเลือด ออกทางช่องคลอดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป หลังจากสิ้นสุด ระยะเวลาของการคลอด (ภายหลังรกคลอด) เกณฑ์การ วินิจฉัยนี้เป็นเกณฑ์ที่ใช้กันโดยทั่วไป แต่ปัญหาของการใช้ เกณฑ์นี้คือ การประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด อย่างถูกต้องเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก และส่วนใหญ่มักประเมินต่ำ กว่าความเป็นจริงประมาณ 50%

เกณฑ์การวินิจฉัยที่เหมาะสมทางคลินิก ได้แก่ ภาวะ ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก หลังจากสิ้นสุดระยะ ที่สามของการคลอด จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการวิงเวียน หน้ามืด เป็นลม และ/หรือมีอาการแสดงของ



ตารางอาการทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการสูญเสียเลือดในภาวะตกเลือดหลังคลอด

ปริมาณเลือดที่เสีย		ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	อาการและอาการแสดง
เปอร์เซ็นต์	มิลลิลิตร		
10-15	500-1,000	ปกติ	ใจสั่น มึนงง ชีพจรเร็ว
15-25	1,000-1,500	ต่ำเล็กน้อย 80-100	อ่อนแรง เหงื่อออก ชีพจรเร็ว
25-35	1,500-2,000	70-80	กระสับกระส่าย ชีต ปัสสาวะออกน้อย
35-45	2,000-3,000	50-70	หมดสติ ขาดอากาศ ไม่มีปัสสาวะ

ปริมาณเลือดในร่างกายต่ำลง (Hypovolemia) ได้แก่ ความดันโลหิตลดลง ชีพจรเต้นเร็ว หรือปริมาณปัสสาวะน้อยลง

การแบ่งประเภท

A) การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

B) การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Late postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดภายหลัง 24 ชั่วโมง ไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด

A) การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early postpartum hemorrhage)

สาเหตุ

A.1) มดลูกไม่หดตัว (Uterine atony)

สาเหตุ

a) มดลูกขยายตัวมากกว่าปกติ

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- ครรภ์แฝดน้ำ
- ครรภ์แฝด
- ทารกตัวโต

b) กล้ามเนื้อมดลูกอ่อนแรง

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- คลอดเร็ว
- เจ็บครรภ์คลอดนาน
- คลอดบุตรหลายคน

- การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกก่อนคลอด

c) การติดเชื้อในอุ้งน้ำคร่ำ

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- ไข้
- น้ำเดินมานาน

d) มดลูกมีรูปร่างหรือการทำงานผิดปกติ

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- เนื้องอก
- รกเกาะต่ำ
- มดลูกผิดปกติแต่กำเนิด

A.2) ชิ้นส่วนของการตั้งครรภ์ค้างในโพรงมดลูก

(Retained products of conception)

สาเหตุ

a) ชิ้นส่วนของรกค้าง/เศษรกค้าง/รกน้อยค้าง

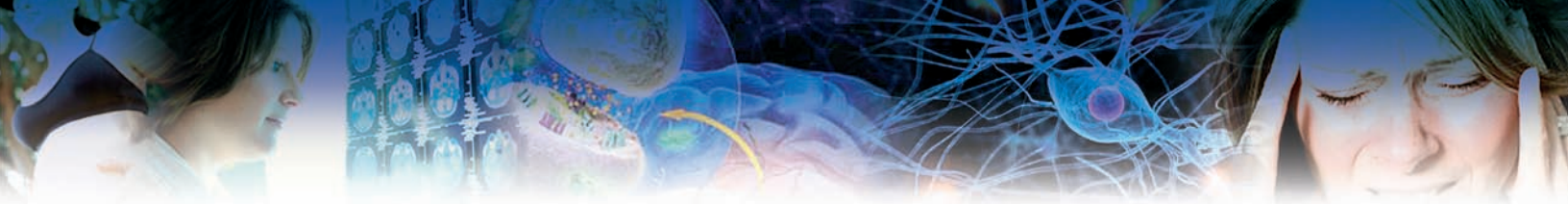
ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- รกคลอดไม่ครบ
- เคยผ่าตัดที่มดลูก
- คลอดบุตรหลายคน
- เคยขูดมดลูก
- รกผิดปกติจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงก่อนคลอด

b) ก้อนเลือดค้างในโพรงมดลูก

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- มดลูกไม่หดตัว



A.3) บาดเจ็บต่อช่องทางคลอด (Genital tract trauma)

สาเหตุ

a) การฉีกขาดของปากมดลูก ช่องคลอด และแผลฝีเย็บ

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- คลอดเร็ว
- ใช้สูติศาสตร์หัตถการ

b) การฉีกขาดต่อของแผลผ่าตัดมดลูก

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ
- ส่วนนำของทารกกลิ้งในอุ้งเชิงกราน

c) มดลูกแตก

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- เคยผ่าตัดที่ตัวมดลูก

d) มดลูกปลิ้น

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- คลอดบุตรหลายคน
- รกเกาะบนยอดมดลูก และทำคลอดกรณีผิดวิธี

A.4) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Abnormalities of coagulation)

สาเหตุ

a) โรคทางอายุรกรรมที่พบก่อนการตั้งครรภ์ที่ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ โรค Hemophilia, von Willebrand's disease

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- ประวัติการถ่ายทอดโรคการแข็งตัวของเลือดผิดปกติในครอบครัว
- ประวัติโรคตับ

b) โรคที่พบภายหลังในระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ โรค Immune thrombocytopenic purpura, เกล็ดเลือดต่ำจากภาวะ preeclampsia, Disseminated intravascular coagulation ซึ่งพบในภาวะ preeclampsia, ทารกตายในครรภ์, การติดเชื้อรุนแรง, รกลอกตัวก่อนกำหนด และ amniotic fluid embolism

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- จำเลือดตามตัว
- ความดันโลหิตสูง
- ทารกตายในครรภ์
- ไข้สูง
- เลือดออกก่อนการเจ็บครรภ์คลอด
- การไหลเวียนล้มเหลวฉับพลัน

c) รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

- ประวัติเลือดแข็งตัว

การวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุ

1. ชักประวัติอย่างละเอียดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด โรคประจำตัว เช่น โลหิตจาง โรคเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หาสาเหตุและเหตุชวนให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด และประเมินว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกต่อการตกเลือดหรือไม่

2. คำนวณปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร และเลือดที่ออกรุนแรงเพียงใด

3. ตรวจร่างกายดูอาการแสดงของการเสียเลือด เช่น สัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หรือซีดมากหรือไม่ เพื่อประเมินปริมาณเลือดที่เสีย

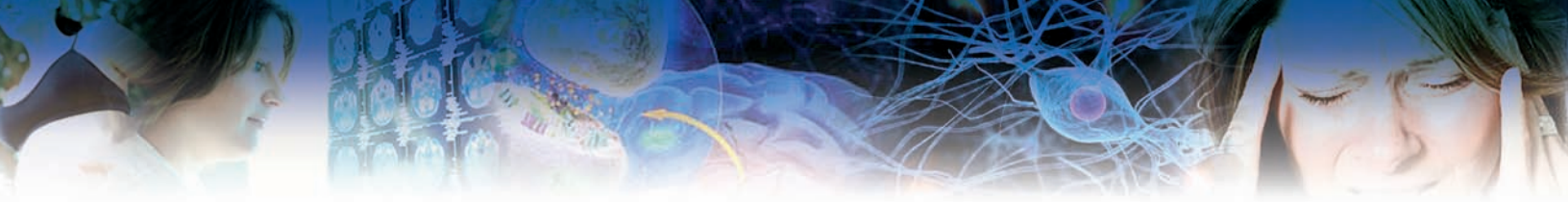
4. ตรวจการหดตัวของมดลูก ถ้ายังหดตัวไม่ดีหลังการสวนปัสสาวะแล้ว แสดงว่าการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แต่ถ้ามดลูกหดตัวดีแล้ว แต่ยังมีเลือดออกอยู่ แสดงว่าเลือดออกจากสาเหตุอื่น

5. ตรวจการฉีกขาดของช่องทางคลอดและปากมดลูก

6. ตรวจรกที่คลอดออกมาอีกครั้งว่าครบหรือไม่ ในกรณีที่รกลอกตัวชั่วคราวนึกถึงภาวะรกเกาะลึกผิดปกติ เมื่อล้วงรกและตรวจชิ้นส่วนของรกที่คลอดออกมาว่าออกไม่หมด แสดงว่าน่าจะมีรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก รวมทั้งควรตรวจว่ามีรกน้อยหรือไม่

7. ถ้าตรวจทุกอย่างข้างต้นแล้วพบว่าปกติ ให้ตรวจสอการแข็งตัวของเลือด

8. ถ้ามีอาการช็อกโดยเลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่มาก และไม่ได้สัดส่วนกับปริมาณเลือดที่เสียไป แสดงว่าอาจ



มีเลือดออกในช่องท้อง ควรนึกถึงภาวะมดลูกแตก

การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้เร็ว เป็นปัจจัยที่สำคัญมากในการดูแลรักษา ซึ่งต้องอาศัยการดูแลรักษาเป็นทีมทั้งแพทย์และพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ในห้องคลอด และวิสัญญีแพทย์ โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมอยู่เสมอในเรื่องเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ยา และบุคลากร ในกรณีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเกิดขึ้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินเริ่มต้น และการดูแลรักษา

ตารางยาที่ใช้รักษาภาวะมดลูกไม่หดตัว (Uterine Atony)

ยา	ขนาดและวิธีที่ใช้	ขนาดต่อเนื่อง	ขนาดสูงสุด	อาการข้างเคียง	ข้อบ่งห้าม
Oxytocin	- 20 ยูนิต/น้ำเกลือ 1 ลิตร หยดเข้าเส้นอัตรา 60 หยดต่อ นาที - 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ	หยดต่อเนื่องขนาด 20 ยูนิต/น้ำเกลือ 1 ลิตร หยดเข้าเส้น ในอัตรา 40 หยด ต่อ นาที	น้ำเกลือที่ผสม oxytocin ไม่ควร เกิน 3 ลิตร	พบน้อยมาก ปวดจากมดลูกบีบตัว คลื่นไส้ อาเจียน	แพ้ยา
Methylergometrine maleate	0.2 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อ หรือเข้าเส้นช้า ๆ	0.2 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อ ภายหลังฉีดครั้งแรก 15 นาที อาจฉีดซ้ำได้ในขนาด 0.2 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อ/เข้าเส้นทุก 4 ชั่วโมง	1 มิลลิกรัม (5 ครั้ง)	เส้นเลือดส่วนปลายหดตัว ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้ อาเจียน	ความดันโลหิตสูง แพ้ยา
Sulprostone	500 ไมโครกรัม หยดเข้าเส้นใน 1 ชั่วโมง	หยดต่อเนื่องในอัตรา 100 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง	1,500 ไมโครกรัม ใน 24 ชั่วโมง	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย มึนงง ปวดศีรษะ หลดอุณหภูมิร่างกาย ชีพจรเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ เส้นเลือดหัวใจตีบ	หอบหืด โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง โรคตับหรือโรคไตรุนแรง ลมชัก ต้อหิน ภัยรอยด์ เป็นพิษ กระเพาะเป็นแผล แพ้ยากลุ่ม prostaglandin
Misoprostol	800 ไมโครกรัม สอดทวารหนัก	-	-	ท้องเสีย มีไข้	แพ้ยาในกลุ่ม prostaglandin

ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน ซึ่งต้องทำไปพร้อมกัน ได้แก่

A) การกู้ชีพ (Resuscitation)

ใช้หลักการของการกู้ชีพทั่วไป ได้แก่

A.1) ทางเส้นเลือดดำโดยใช้เข็มเบอร์ 18 และให้ Crystalloid solution

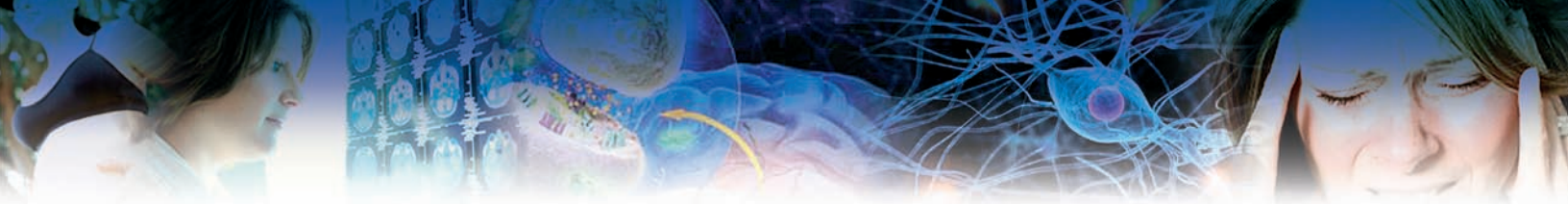
A.2) ให้ดมออกซิเจน

A.3) บันทึกสัญญาณชีพ

A.4) ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกปริมาณปัสสาวะ

B) การหาสาเหตุของการตกเลือด

หาสาเหตุของการตกเลือดตามขั้นตอนการ



วินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุ

C) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

C.1) ตรวจ Complete Blood Count (CBC)

C.2) ตรวจการแข็งตัวของเลือด เช่น Prothrombin time (PT), Partial thromboplastin time (PTT), Bleeding time, Clotting time ตามความเหมาะสม

C.3) Matching/grouping และจองเลือด 2

ยูนิต

การส่งตรวจอย่างอื่นแล้วแต่ความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลรักษาตามสาเหตุ

มดลูกไม่หดตัว: ขั้นตอนการดูแลรักษา

a) ใช้มือคลึงและกดบีบยอดมดลูก

b) ให้ยาเพื่อให้มดลูกบีบตัว โดยเริ่มให้ oxytocin 20 ยูนิต ใน normal saline หรือ Ringer's lactate 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าเส้นอย่างรวดเร็วพร้อมกับฉีด Methylergometrine maleate ขนาด 0.2 มิลลิกรัมเข้าเส้น (ไม่ควรใช้ในกรณีที่มีความดันโลหิตสูง) สามารถฉีดซ้ำได้ทุก 4 ชั่วโมง แต่ไม่ควรเกิน 5 ครั้ง ถ้ามดลูกยังบีบตัวไม่ดี ให้ Sulprostone ขนาด 500 ไมโครกรัม หยดเข้าเส้นใน 1 ชั่วโมง หรือสอด Misoprostol 800 ไมโครกรัม ทางทวารหนัก

c) ถ้าเลือดยังออกให้ตรวจดูรกอีกครั้งว่าครบหรือไม่ และมีการขาดข้อต่อของทางคลอดหรือไม่ ร่วมกับการตรวจการแข็งตัวของเลือดเพื่อการดูแลรักษาเฉพาะต่อไป ถ้ายังมีเลือดออกจากมดลูกไม่หดตัวให้ทำหัตถการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

c.1) Bimanual compression of the uterus

วิธีการทำ

1. สวมถุงมือยาวปราศจากเชื้อ สอดมือเข้าไปในช่องคลอด ล้วงเอาก้อนเลือดบริเวณปากมดลูก หรือมดลูกส่วนล่างออกให้หมด

2. กำมือเป็นรูปกำปั้น และสอดเข้าไปยัง anterior fornix และกดดันบริเวณผนังด้านหน้าของมดลูก

3. มืออีกข้างกดบนหน้าท้องหลังมดลูก และกดดันบริเวณผนังด้านหลังของมดลูก

4. มือทั้ง 2 ข้าง กดมดลูกต่อเนื่องตลอด

เวลาจนเลือดหยุด และมดลูกหดตัวดีจึงเอามือออก

c.2) Compression of abdominal aorta

วิธีการทำ

1. กำมือเป็นรูปกำปั้น และกดผนังหน้าท้องมารดาลงล่าง กดไปยัง abdominal aorta โดยตำแหน่งที่กดจะอยู่เหนือสะดือ และค่อนข้างทางด้านซ้ายเล็กน้อย (ภายหลังคลอดใหม่ ๆ จะคลำ aortic pulsation ผ่านผนังหน้าท้องทางด้านหน้าได้ง่าย)

2. มืออีกข้างให้คลำ femoral pulse เพื่อตรวจสอบว่าแรงกด abdominal aorta เพียงพอหรือไม่ ถ้ายังคงคลำได้แสดงว่าแรงกดยังไม่เพียงพอ ถ้าคลำไม่ได้แสดงว่าแรงกดเพียงพอ

3. ใช้แรงกดต่อเนื่องจนกระทั่งเลือดหยุด

c.3) ขั้นตอนของการตั้งครกค้ำในโพรง

มดลูก

ถ้ามีชิ้นส่วนของรกขนาดใหญ่ค้างในโพรงมดลูกให้ทำการล้วงรกภายใต้การดมยาสลบโดยวิสัญญีแพทย์ ในกรณีที่มีเศษรกค้างเพียงเล็กน้อยให้ยาเพื่อให้มดลูกบีบตัวดี และทำการขูดมดลูกด้วยความระมัดระวัง

c.4) บาดเจ็บต่อช่องทางคลอด

การเย็บช่องทางคลอดที่ฉีกขาด และการรักษาก่อนเลือดหลังคลอด (Puerperal hematoma) การเย็บซ่อมช่องทางคลอดควรจะดมยาสลบเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนทรมานจากความเจ็บปวด และทำให้เย็บได้ง่ายขึ้น การเย็บเริ่มจากรอยฉีกขาดที่สูงที่สุด เย็บให้ถึงฐานของแผลเสมอ และเย็บไล่ลงมาจนสุดแผล ถ้ามีการฉีกขาดของปากมดลูกออกไปจนถึง broad ligament ไม่ควรเย็บซ่อมทางช่องคลอด ควรทำการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อเอาก้อนเลือดออก และเย็บซ่อม หรือทำการผ่าตัดมดลูกออก ก่อนเลือดที่ปากช่องคลอด/ช่องคลอด ถ้าพบเป็นก้อนเล็ก ๆ ให้สังเกตว่าโตขึ้นหรือไม่ ถ้าก้อนเลือดไม่โตขึ้น ไม่ติดเชื้อ และไม่ปวด ไม่ต้องระบายก่อนเลือดออก แต่ถ้าก้อนเลือดยังโตขึ้นออกไปเรื่อย ๆ ควรต้องทำการกรีดระบายก่อนเลือดออกแล้วหาตำแหน่งที่เป็นจุดเลือดออก และทำการเย็บเพื่อหยุดเลือด โดยต้องเย็บคลุมบริเวณเส้นเลือดที่ฉีกขาดให้หมด บางครั้งไม่สามารถหาตำแหน่งเลือดออกได้ ให้ใช้ผ้าก๊อชกดที่ตำแหน่งที่กรีด ระบายก่อนเลือดออกแล้ว



เป็นเวลา 12-24 ชม. เลือดอาจหยุดเองได้ พึงระลึกไว้เสมอว่า เรามักประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากก้อนเลือดต่ำกว่าความเป็นจริงมาก ดังนั้น จึงต้องติดตามดูอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโดยละเอียด และถ้าผู้ป่วยเสียเลือดมากจนชีวิตก็ควรพิจารณาให้เลือดทดแทนตามข้อบ่งชี้

c.5) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

ปรึกษาอายุรแพทย์โรคเลือดเพื่อหาสาเหตุและให้เลือด และ/หรือองค์ประกอบที่ช่วยให้เลือดแข็งตัว ทดแทนตามความเหมาะสม เพื่อให้ระบบการแข็งตัวของเลือดกลับมาปกติ ดังตาราง

ตารางข้อแนะนำในการให้เลือด องค์ประกอบของเลือด และผลลัพธ์ที่ได้

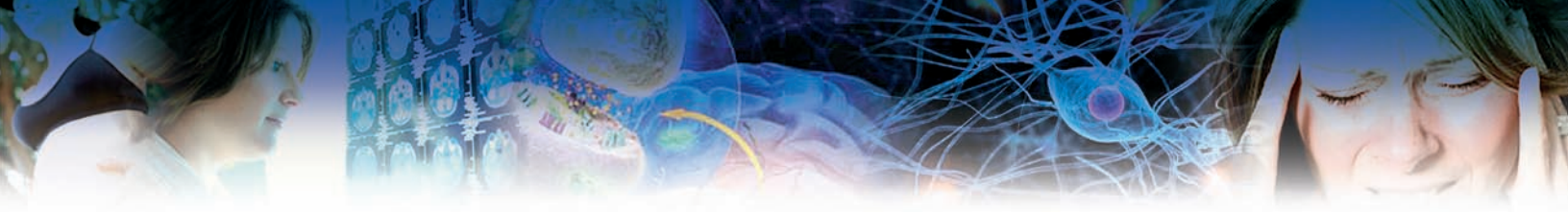
ชนิด	องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
Whole blood (1 ยูนิต = 500 มิลลิลิตร)	ครบ	- ใช้น้อยมาก อาจใช้ในกรณีที่เสียเลือดปริมาณมาก และให้ packed red cell มากกว่า 5-7 ยูนิตขึ้นไป
Packed red cell (1 ยูนิต = 200-250 มิลลิลิตร)	เม็ดเลือดแดง	- 1 ยูนิต จะเพิ่ม hematocrit 3%
Fresh frozen plasma (1 ยูนิต = 200-250 มิลลิลิตร)	Clotting factor ครบ	- ใช้ในการแก้ไขการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น DIC, โรคตับ, รับประทาน warfarin มากเกินไป 1 ยูนิต จะเพิ่ม fibrinogen ในเลือด 7-10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ขนาดทั่วไปที่ใช้เท่ากับ 15 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม
Cryoprecipitate (1 ถุง = 10-15 มิลลิลิตร)	Fibrinogen factor V, VIII, XIII, von Willebrand factor	- 10 ถุง จะเพิ่ม fibrinogen ในเลือด 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนัก 70 กิโลกรัม
Platelets (1 ยูนิต = 50 มิลลิลิตร)	เกล็ดเลือด	- 6 ยูนิต จะเพิ่มเกล็ดเลือดประมาณ 30,000 ต่อไมโครลิตร ในผู้ใหญ่ที่มีพื้นผิวร่างกาย 2.0 ตารางเมตร

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลรักษาในกรณีเลือดยังออกต่อเนื่อง

ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการดูแลรักษาตามขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 4 การผ่าตัด

พบได้ไม่บ่อย เทคนิคการทำผ่าตัด ได้แก่ การเย็บซ่อมมดลูกที่ฉีกขาด, การผูกเส้นเลือดมดลูก (uterine vessel



ligation), การผูกเส้นเลือดแดง internal iliac (internal iliac artery ligation), การผูกเส้นเลือดรังไข่ (ovarian vessel ligation), การผ่าตัดมดลูกชนิด subtotal hysterectomy, การผ่าตัดมดลูกชนิด total hysterectomy

การเลือกเทคนิค การทำผ่าตัดชนิดใดขึ้นอยู่กับอายุ, ความต้องการมีบุตร, พยาธิสภาพที่พบ, ความรุนแรงของการตกเลือด, ความพร้อมของบุคลากร, ปริมาณเลือดที่มีอยู่ และประสบการณ์ของแพทย์

ขั้นตอนที่ 5 การดูแลรักษาในรายที่ยังมีเลือดออกภายหลังการผ่าตัดมดลูก

ในกรณีที่ทำการผ่าตัดมดลูกชนิด total hysterectomy แล้วยังมีเลือดซึมบริเวณอุ้งเชิงกรานอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถหยุดเลือดได้

การดูแลรักษา ได้แก่

การใส่ผ้าก๊อชในช่องท้อง (abdominal packing) โดยใช้ผ้าก๊อชขนาดใหญ่อัดแน่นบริเวณอุ้งเชิงกราน เย็บปิดหน้าท้อง ทำการแก้ไขภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติภายหลัง 24 ชั่วโมง ก็ทำการตัดเปิดหน้าท้อง เพื่อเอาผ้าก๊อชออก

การอุดตันเส้นเลือด uterine artery หรือ internal iliac artery (uterine artery/internal iliac embolization) เทคนิคนี้เป็นการฉีดสารเคมีหรือวัสดุอื่น ๆ ไปอุดเส้นเลือด uterine artery หรือ internal iliac artery ข้อเสียของวิธีนี้คือ ใช้เวลาในการทำประมาณ 1-2 ชั่วโมง เทคนิคนี้มีประโยชน์โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังคงมีเลือดออก แต่สัญญาณชีพปกติหรือไม่สามารถทำผ่าตัดได้

การตรวจติดตาม

เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ควรให้ยาบำรุงเลือดไปรับประทานและนัดมาตรวจติดตามอีก 1-2 สัปดาห์ และควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Sheehan syndrome ตามมา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวที่อาจพบได้ แม้ว่าจะพบไม่บ่อย โดยจะทำให้ไม่มีน้ำนมหลังคลอด, ไม่มีกระดูก, เต้านมเล็กลง, ขนรักแร้และหัวหน่าวร่วง, ต่อมธัยรอยด์และต่อมหมวกไตส่วนนอกทำงานบกพร่อง

การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Late postpartum hemorrhage)

สาเหตุ

- A) การอักเสบในโพรงมดลูก
- B) ชิ้นส่วนของรกค้างในโพรงมดลูก
- C) เนื้องอกมดลูก

การวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุ

1. ชักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด รวมทั้งการรับประทานยาต่าง ๆ ภายหลังคลอด

2. คำนวณปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร และเลือดที่ออกรุนแรงเพียงใด

3. ตรวจร่างกายดูอาการแสดงของการเสียเลือด เช่น สัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว, ความดันโลหิตต่ำ หรือช็อคมากหรือไม่ เพื่อประเมินปริมาณเลือดที่เสียและวัดอุณหภูมิร่างกายว่ามีไข้หรือไม่

4. ตรวจหน้าท้องดูขนาดมดลูก และตรวจดูว่ามดลูกกดเจ็บหรือไม่

5. ตรวจภายในดูลักษณะของเลือดว่ามีกลิ่นเหม็นหรือไม่ ประเมินปากมดลูกว่าเปิดหรือไม่ ขนาดมดลูกและปีกมดลูกทั้ง 2 ข้างว่ากดเจ็บหรือไม่ และมีก้อนผิดปกติหรือไม่

6. ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง เพื่อวินิจฉัยชิ้นส่วนของรกค้าง และประเมินขนาดมดลูกและปีกมดลูก

การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง

การรักษาในกรณีที่มีเลือดออกมาก ควรรักษาเบื้องต้นโดยการให้น้ำเกลือหรือให้เลือด เมื่อมีข้อบ่งชี้และให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เช่น Oxytocin หรือ Methylergometrine ถ้าเลือดยังไม่หยุดอาจพิจารณาให้ยากลุ่ม Prostaglandins เช่นเดียวกับยาที่ใช้ในการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สำหรับการรักษาในขั้นตอนต่อไปให้รักษาตามสาเหตุ ได้แก่

a) ให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในกรณีที่มีการอักเสบในโพรงมดลูก

b) การขูดมดลูกในกรณีที่มีรกค้าง ควรทำด้วยความ

ระมัดระวัง เพราะมดลูกอาจทะลุได้ง่าย และอาจเสียเลือดได้มากขณะขูดมดลูก จึงควรเตรียมเลือดไว้ให้เพียงพอ

c) กรณีที่ตกเลือดไม่หยุด อาจต้องทำการผ่าตัดผูกเส้นเลือดมดลูก (Uterine vessel ligation) หรือผูกเส้นเลือด internal iliac artery (internal iliac artery ligation) หรือตัดมดลูกออก

พึงระวังไว้ว่าไม่ควรขูดมดลูกถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ เพราะอาจทำให้เลือดออกไม่หยุดได้ โดยเฉพาะกรณีที่เลือดออกจากการอักเสบในโพรงมดลูก ห้ามขูดมดลูกเด็ดขาด เพราะอาจทำให้เสียเลือดมากจนช็อกได้

ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษา Endometritis

ยามาตรฐาน (Standard Regimens)

1. Ampicillin 2 กรัม ฉีดเข้าเส้นทุก 6 ชั่วโมง

ร่วมกับ Gentamicin 5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฉีดเข้าเส้นทุก 24 ชั่วโมง

ร่วมกับ Metronidazole 500 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นทุก 8 ชั่วโมง

หรือ

2. Clindamycin 600 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นทุก 6 ชั่วโมง

ร่วมกับ Gentamicin 5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฉีดเข้าเส้นทุก 24 ชั่วโมง

• ให้อาหารฉีดเข้าเส้นจนไขลง 48 ชั่วโมง แล้วหยุดให้ไม่ต้องให้ยารับประทานต่อ แต่ถ้าหลังฉีดนับจากครั้งแรกแล้ว 72 ชั่วโมง ยังคงมีไข้ให้ประเมินผู้ป่วย และประเมินการวินิจฉัยใหม่ ร่วมกับปรึกษาอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ

การตกเลือดหลังคลอดยังเป็นสาเหตุหลักของการตาย และการเจ็บป่วยของมารดาในสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก สาเหตุที่พบบ่อยคือ มดลูกหดตัวไม่ดี อย่างไรก็ตาม รกติดตังมีความรุนแรงด่วน และเป็นสาเหตุของการตกเลือดมากจนทำให้มารดาเสียชีวิตได้

ส่วนใหญ่ของมดลูกหดตัวไม่ดีสามารถรักษาได้ด้วยยา แต่อาจมีความจำเป็นต้องตัดมดลูกฉุกเฉินซึ่งพบได้น้อย การเตรียมพร้อมที่ดีจะช่วยลดการเจ็บป่วยและการตายของมารดา การประเมิน Hematocrit และ Coagulation mechanism มีความสำคัญ เพื่อที่จะให้เลือดอย่างเพียงพอ และทันเวลาที่

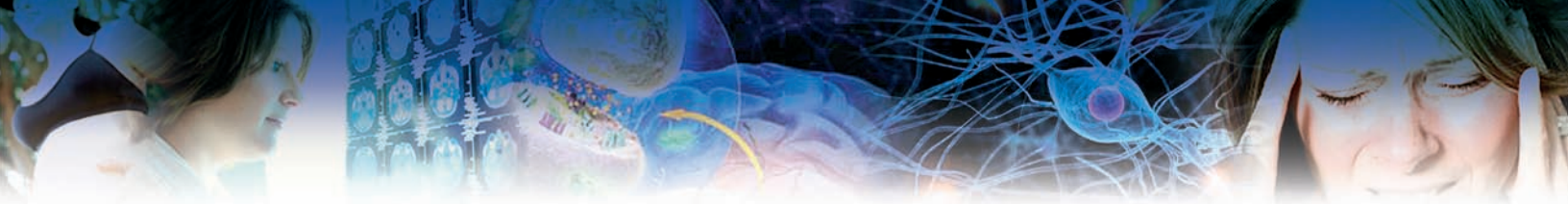
มีความก้าวหน้าใหม่ ๆ สำหรับแพทย์ เช่น Selective arterial embolization, autotransfusion และเทคนิค Surgical suture ซึ่งอาจจะช่วยและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยสตรีที่มี การตกเลือดหลังคลอด การประเมินปัจจัยเสี่ยงและเตรียมการทั้ง medical, surgical intervention จะช่วยลดความรุนแรงของการเสียเลือด และส่งผลให้ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนลดน้อยลง

การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความสำคัญ โดยเฉพาะการดูแลระยะที่ 3 ของการคลอด โดยวิธี active management ลดอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage: PPH) และลดระยะที่สามของการคลอดลง ลดความจำเป็นในการให้เลือดทดแทน (Blood transfusion) และทำให้ภาวะช็อคหลังคลอดลดลง

เอกสารอ้างอิง

1. Approach to the bleeding patient. Greaves M, Preston FE. In: Colman RW, Hirsh J, Marder VJ, Clowes AW, George JN, eds. Hemostasis and thrombosis. Basic principles and clinical practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001:783-93.
2. Alamia V Jr, Meyer BA. Peripartum hemorrhage. Obstet Gynecol Clin North Am 1999;26:385-98.
3. Alexander J, Thomas P, Sanghera J., Treatments for secondary postpartum hemorrhage. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue I. Art. No.: CD 002867. DOI: 10.1002/14651858. CD002867
4. Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000;14:1-34.
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics, 22nd. New York: Mc Graw-Hill, 2005:823-54.
6. French LM, Smaill FM. Antibiotic regimens for endometritis after delivery. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue I. Art. No.: CD001067. Pub 2. DOI: 10.1002/14651858. CD001067

7. Hofmeyr GJ, Walraven G, Gulmezoglu AM, Maholwana B, Alfirevic Z, Villar J. Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review. BJOG 2005;112:547-53.
8. Jacobs AJ. Causes and treatment of postpartum hemorrhage. Up to Date online 13, 3; 2006.
9. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD003249. DOI: 10.1002/14651858. CD003249.
10. Srisavat J., Aungchaisuksiri P., Autichatkam V., et al: Textbook of Hematology.
11. Tunnirundorn Y., Niruttisat S., et al. Clinical Practice Guidelines in Obstetrics and Gynecology.
12. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. World Health Organization, Geneva, 2003: S-25-34.



CME PLUS Quiz

1. By what mechanism does endotoxin (lipopolysaccharide) activate the extrinsic clotting scheme?

- A. cytokine-induce tissue factor expression
- B. blocks thrombotic activity
- C. increases plasmin activity
- D. inhibits thromboplastin
- E. none of the above

2. What is mechanical disruption of the erythrocyte membrane within small vessels called?

- A. microangiopathic hemolysis
- B. ischemia
- C. nutritional coagulopathy
- D. intravascular coagulation
- E. none of the above

3. The activity of which coagulation factor is decreased during normal pregnancy?

- A. fibrinogen
- B. VII
- C. VIII
- D. plasmin
- E. none of the above

4. How much fibrinogen is supplied in cryoprecipitate?

- A. 50 mg
- B. 100 mg
- C. 150 mg
- D. 200 mg
- E. none of the above

5. Which of the following factors is NOT a component of cryoprecipitate?

- A. factor VIII : C
- B. fetal fibronectin
- C. factor VIII : von Willebrand factor
- D. fibrinogen
- E. none of the above

6. What is the hematocrit in 1 U of packed red cells?

- A. 35 vol%
- B. 45 to 50 vol%
- C. 60 to 70 vol%
- D. 80 to 90 vol%
- E. none of the above

7. By how much will the hematocrit increase after 1 U of packed red blood cells?

- A. < 0.5 vol%
- B. 1.0 to 2.0 vol%
- C. 3.0 to 5.0 vol%
- D. 6.0 to 8.0 vol%
- E. none of the above

8. What will the increase in hematocrit be after 1 U of whole blood?

- A. 3 to 4%
- B. 6 to 8%
- C. 10 to 12%
- D. 14 to 16%
- E. none of the above

9. During hemorrhage, at what minimum rate should urine flow be maintained to prevent renal tubular acidosis?

- A. 10 cc./hr.
- B. 30 cc./hr.
- C. 100 cc./hr.
- D. 200 cc./hr.
- E. none of the above

10. What is the important mechanism in the efficacy of internal iliac artery ligation?

- A. ischemia
- B. reduction in pulse pressure
- C. block of collateral circulation
- D. all of the above
- E. none of the above

CME PLUS

CONTINUING MEDICAL EDUCATION

☐ นพ. ☐ พญ.

☐ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ว

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....
 สาขา.....ร.พ.
☐ ร.พ.รัฐบาล ☐ ร.พ.เอกชน ☐ คลินิก ☐ อื่น ๆ.....ที่อยู่เลขที่.....
 หมู่.....ซอย.....อาคาร.....ชั้นที่.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....E-mail.....

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

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

เรื่อง ภาวะเลือดจางจากการเสียเลือด

.....

 รหัส 3-3220-000-9306/130201

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

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

บริษัท สรรพสาร จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CME) ภายใน 3 เดือน 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
 โทร.0-2435-2345 #110 แฟกซ์ 0-2884-7299

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)

MORE



So much MORE than before...

Coming soon!



Minimize detrimental effect of the sun!!

Maximize fresh and **silky smooth feel.**



SpectraBAN™

SpectraBAN gives ultimate protection against skin darkening and photo-aging thanks to its photostable broad-spectrum UVA/UVB protection SPF40 PA+++. Unique silicone gel and sebum control formula guarantees no greasy looks. Hypoallergenic and non-comedogenic.