

ปีที่ 15 ฉบับที่ 389 ประจำวันที่ 1-15 พฤษภาคม พ.ศ. 2556

คัดลอกกรรมความงามไทย ไม่แพ้ชาติใดในโลก

สำหรับผู้ที่ระบอบวิไลพวงกรรมาทำนั้

1-15/05/13

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

วัสดุและอุปกรณ์
การแพทย์

การติดเนื้อเยื่อแบบฉีกจากหอยแมลงภู่

INVIDA
Invigorating Lives in Asia



ทุกความเคลื่อนไหว
ในวงการแพทย์ **www.medicthai.net**

มมนิติเวช

คู่สมรฆทำร้ายกันจนถึงแก่ชีวิต
Spouse Murder

Systematic Review

การบรรเทาปวดหลังการผ่าตัดด้วยยา ibuprofen-codeine



MADILOT®

Hypertension Effective

LESS ANKLE OEDEMA¹

The global safety of manidipine was significantly better than amlodipine: the relative risk (RR) for adverse event was 0.69 (0.56 – 0.85), and particularly for ankle oedema RR was 0.35 (0.22 – 0.54)¹

The aim of this meta-analysis was to compare the efficacy and safety profile of mandipride 20 mg with that of amidopride 10 mg. A systematic research of quantitative data produced or published between 1995 and 2009 was performed. Head-to-head randomized controlled trials (RCTs) of 12 months minimum duration reporting comparative efficacy (changes in systolic/diastolic blood pressure) and safety (adverse events and ankle oedema), were included. Four high-quality RCTs, accounting for 838 patients, at doses 40 mg (three) and 20 mg (one) were included. The efficacy of mandipride and amidopride was statistically similar (mean difference 0.05 mmHg, 95% CI -0.22 to 0.32 mmHg). The safety of mandipride was significantly better than amidopride (relative risk (RR) for adverse event was 0.69 (95% CI 0.48–0.93), and particularly for ankle oedema RR was 0.35 (0.22–0.54). Publication bias was not significant and the robustness of the meta-analysis was assessed. These data support a better efficacy/safety profile of mandipride over amidopride.

Further information available on request
Takeda (Thailand) LTD.
 183 Rajanikan building, 10 Floor South Sathorn Road, Kwaeng Yannawa, Khet Sathorn, Bangkok 10120



Further information available on request
Takeda (Thailand) LTD.
 183 Rajanakran building, 10 Floor South Sathorn Road, Kwaeng Yannawa, Khet Sathorn, Bangkok 10120

บริษัทฯ เป็นตัวแทนจำหน่ายเครื่องมือแพทย์ชั้นนำจากต่างประเทศ มียอดขายประมาณ 400,000,000 บาทต่อปี กำลังขยายงาน ต้องการรับสมัครพนักงานเพิ่มเติมหลายอัตรา ดังต่อไปนี้

1. ผู้จัดการฝ่ายขายต่างจังหวัด 5 อัตรา

- มีประสบการณ์งานขายเครื่องมือแพทย์ไม่น้อยกว่า 5 ปี
- วุฒิปริญญาตรี-โท ทุกสาขา
- หากมีประสบการณ์การขายเครื่อง Patient Monitor, Defibrillator, Ventilator, Ultrasound, Pendant, โคมไฟ, เตียงผ่าตัด อย่างใดอย่างหนึ่งจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- หากสามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาอังกฤษได้จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- สามารถเดินทางไปต่างประเทศได้เป็นครั้งคราว
- อัตราเงินเดือนมากกว่าเงินเดือนสุดท้าย 20 เปอร์เซ็นต์

2. พนักงานขาย 14 อัตรา

- วุฒิ ปวส.-ปริญญาตรี ทางด้านเครื่องมือแพทย์ ไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ หรือสาขาใกล้เคียง

สนใจสมัครงานให้ส่งเอกสารถึง ผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ วงเล็บมุมซองว่า สมัครงาน (ไม่รับผิดชอบทางโทรศัพท์)

- อายุไม่เกิน 35 ปี
- มีรถยนต์หรือมอเตอร์ไซด์เป็นของตนเอง
- ไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์

3. Product Manager/ Product Specialist 10 อัตรา

- วุฒิปริญญาตรี-โท ทุกสาขา
- หากมีประสบการณ์การขายเครื่อง Patient Monitor, Defibrillator, Ventilator, Ultrasound, Pendant, โคมไฟ, เตียงผ่าตัด อย่างใดอย่างหนึ่งจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- หากสามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาอังกฤษได้จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- สามารถเดินทางไปต่างประเทศได้เป็นครั้งคราว
- อัตราเงินเดือนมากกว่าเงินเดือนสุดท้าย 20 เปอร์เซ็นต์

บริษัท เซนต์ เมติกอล (ครีติกอล แคร่) จำกัด

36/153-154 หมู่ 8 ซ.พินุลสงคราม 22 ถ.พินุลสงคราม ต.บางเขน อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

TEL. 0-2527-8075-8 FAX 0-2966-6471 www.saintmedical.com E-mail: viroje@saintmedical.com

ฟันเก ฟันยื่น ฟันห่าง

จัดฟันเพื่อเสริมบุคลิกภาพ



- ช่วยแก้ไขโครงหน้าที่ผิดปกติ

- เพิ่มประสิทธิภาพในการเคี้ยวอาหาร

คำปรึกษาหาจ่าย



- แบบถอดได้ 4,000 บาท
- แบบติดแน่นทางด้านนอก แบบโลหะ 45,000 บาท



- แบบติดแน่นทางด้านนอก สีเหมือนฟัน 60,000 บาท



- แบบติดแน่น แบบ DAMON 80,000 บาท

- ราคานี้รวมค่า Brackets, และการดูแลรักษาเป็นรายเดือนจนกว่าจะสิ้นสุดการรักษา ยกเว้น ค่าพิมพ์ฟัน, X-Ray ฟัน, ค่าชุดหินปูน, ค่าอุดฟัน, ถอนฟัน, Head Gear, เครื่องมือคงสภาพฟันและอุปกรณ์พิเศษอื่นๆ



www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา เพียงคลิกเข้ามาที่ **www.wongkarnpat.com** ได้ข้อมูลถูกใจทันที



ศูนย์ทันตกรรม 24 ชม. ยันฮี
Ins. 1723 หรือ 0-2879-0300



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.®



โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
สาขามัลติสเปเชียล



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

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

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

กรรมการบริหาร

วาทน์ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม, ณัฐวดี โพธิ์พัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรญาณะวณิช

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนดา ชิตสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสัมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

วรรณนธ์ สอาดถิ่น

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

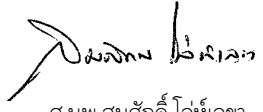
เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

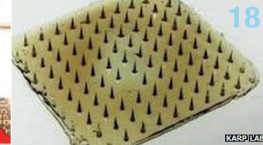
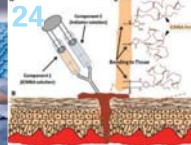
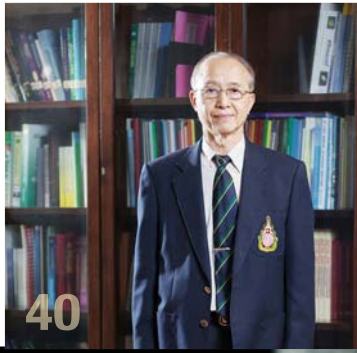
แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

การรณรงค์เรื่อง การสูบบุหรี่และกัมเเหล้า

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้ใช้เงินปีละหลายพันล้านบาท โดยได้จากร้อยละ 2 ของภาษีสุราและยาสูบ เพื่อมาสร้างเสริมสุขภาพให้ประชากร ทุกวัย มีวัตถุประสงค์ 6 ข้อ ในข้อ 2, 3 และ 6 จะเน้นเรื่องเกี่ยวกับสุรา ยาสูบ กองทุนได้มีพระราชบัญญัติออกมารองรับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งผ่านมาแล้ว 12 ปี เราน่าจะมาคิดว่าผลจากการใช้เงินเป็นอย่างไร เพื่อจะได้มีการปรับปรุงให้ได้ผล ดีขึ้น รายได้จากภาษีที่มาจากการขายบุหรี่และเหล้าเพิ่มขึ้นทุกปี แสดงว่าการสูบบุหรี่และดื่มสุราเพิ่มขึ้น ในสถานที่สาธารณะหลายแห่งมีคนสูบบุหรี่ลดลงเนื่องจาก มีกฎหมายลงโทษ และประชาชนที่อยู่บริเวณนั้นแสดงความไม่พอใจเมื่อมีคนมา สูบบุหรี่บริเวณใกล้ ๆ แต่การสูบบุหรี่ในที่ลับตา ในสถานบันเทิง การสูบบุหรี่ของ เด็กและผู้หญิงมีแนวโน้มมากขึ้น การเตือนว่าสูบบุหรี่มีอันตราย คนที่สูบกั้รู้แต่ไม่ สามารถเลิกได้ เนื่องจากผลกระทบไม่เกิดขึ้นทีละไม่ได้เกิดกับคนทุกคนที่สูบบุหรี่ เราไม่ได้หาทางออกให้แก่เขาในเรื่องการแก้ความเครียดเมื่อไม่สูบบุหรี่ การทำภาพ ที่น่ากลัวเกินจริงทำให้เขาไม่เชื่อ คิดว่าเราหลอกเขา เราไม่เน้นการป้องกัน โดยให้ ความรู้ คำแนะนำ การตอบข้อข้องใจเรื่องที่เห็นผู้ใหญสูบบุหรี่ตั้งแต่เด็กก่อนที่เขา จะถูกชักจูงให้สูบบุหรี่

การต่อต้านการดื่มสุราก็ไม่ได้ผลเท่าที่ควร คนที่มีความรู้ก็ยังดื่มสุรา แต่ เขาเชื่อว่าดื่มขนาดใดจึงจะไม่มีอันตราย คนที่อายุยืนยาวเกิน 90 ปี ส่วนใหญ่ดื่มสุรา แต่เขาดื่มวันละเล็กน้อยเท่านั้น พอทำให้เส้นเลือดขยายและหัวใจสูบฉีดแรงขึ้น การดื่มสุราถ้ามากเกินไปก็เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อุบัติเหตุในท้องถนนส่วนใหญ่ เกิดจากการดื่มสุรา เรารณรงค์โดยการทำป้ายว่าเมาไม่ขับติดตามท้องถนน ทั่วทั้ง ในสื่อต่าง ๆ โดยใช้เงินเป็นจำนวนมาก แต่ก็มีคนเมาขับรถอยู่ทั่วไป ในต่างประเทศ ไม่มีประเทศใดติดป้ายว่าเมาห้ามขับ แต่ไม่มีใครที่ดื่มสุราแล้วขับรถ เพราะเขาจับ และทำโทษจริงจัง แถมยึดใบขับขี่และบันทึกลงในประวัติการทำผิดกฎหมาย ในอนาคตจะไปสมัครงานที่ใดก็ลำบาก เพราะมีประวัติทำผิดกฎหมายซึ่งสามารถ ตรวจสอบได้ ในต่างประเทศไม่มีการตั้งด่านตรวจ เพราะคนที่เมาอาจใช้เส้นทาง อื่น แต่เขาใช้สุ่มตรวจ ไม่มีสถานที่แน่นอน ในประเทศไทยไม่มีการรักษากฎหมาย อย่างจริงจังทำให้ไม่มีใครกลัว คนขับที่รถจักรยานยนต์โดยไม่ใส่หมวกกันน็อกต่อ หน้าตำรวจก็ไม่จับ การขับรถฝ่าไฟแดงหรือขับรถย้อนศรก็ไม่จับ บางครั้งตำรวจ ทำเอง เหมือนพ่อแม่บอกลูกว่าอย่าเล่นปลั๊กไฟ แต่ไม่ไปจับลูกออกจากปลั๊กไฟที่ กำลังเล่น เด็กก็เกิดความรู้สึกว่าแม่ดีแต่พูด เขาก็ไม่กลัว เล่นในสิ่งที่พ่อแม่ห้าม ต่อไปได้ ถึงเวลาแล้วที่เราจะต้องมาทบทวนผลงาน ถ้าเห็นว่าวิธีที่ใช้ในปัจจุบันไม่ได้ ผล เราจะต้องศึกษาหาสาเหตุและวิธีการแก้ไขใหม่ ไม่ใช่จะใช้วิธีเก่าที่พิสูจน์แล้ว ว่าไม่ได้ผลอยู่ต่อไป ในประเทศได้หวนหาเอาเงินภาษีบุหรี่และเหล้ามาซื้อวัคซีน ป้องกันโรคให้แก่เด็กแทน เราเสียเงินไปหลายหมื่นล้านบาท แต่ก็ไม่ถูกจุด


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา



Contents

The Medical News ฉบับที่ 389 วันที่ 1 - 15 พฤษภาคม 2556

3 โลกกว้างทางแพทย์

- การหลังเมลาโทนิและอุบัติการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2
- รักษาเลือดจางด้วย Darbepoetin Alfa ในผู้ป่วย Systolic Heart Failure
- Combination Antifungal Therapy สำหรับ Cryptococcal Meningitis

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. เร่งพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร.พ.ใน 4 จังหวัดได้
- สธ. เร่งจัดทำหลักเกณฑ์การบรรจุและสวัสดิการให้ พนง.สธ.

8 Movement

9 In Focus

ศัลยกรรมความงามไทย
ไม่แพ้ชาติใดในโลก

12 Talk of the Town

จบแล้วนะ! จะเป็น...
“คุณหมอชนบท” หรือ “คุณหมอเอกชน” ดีนะ?

13 Special

3 สตรีเก่งศิษย์เก่าดีเด่น ม.มหิดล
เข้ารับรางวัลมหิดลวิทยากร ประจำปี 2555

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

คอรัปชั่น

17 Get Up

- เงินเดือนภัยไข้หัดคนกระบาด
- ผลัดไต่ในห้องปฏิบัติการ สู่ความหวังใหม่ผู้ป่วยไตวาย
- พลาสเตอร์เข็มปิดแผลผ่าตัด

19 หากลิ้น...ห้องฉุกเฉิน

EMS ในฝรั่งเศส

21 เสียงแพทย์

สรุปปัญหาหนักหนักร้อย 30 บาทรักษาทุกโรค
และข้อเสนอในการแก้ปัญหา

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

การติดเนื้อเยื่อแบบชนิดจากหอยแมลงภู่

25 เฉพาะโรค

การรักษาภาวะบาดเจ็บของสมองจากอุบัติเหตุด้วยวิธีลดอุณหภูมิ

29 มุมนิติเวช

คู่สมรสทำร้ายกันจนถึงแก่ชีวิต

33 จุฬาปริทัศน์

กลุ่มอาการปวดแบบมัยโอแฟสเซียล (Myofascial pain syndrome)

36 Systematic Review

การบรรเทาปวดหลังการผ่าตัดด้วยยา ibuprofen-codeine

37 ข่าวบริการ

40 เกาะติดงานประชุม

รับมือโรคร้ายของสตรี ในการประชุม ACOG 2013
“การดูแลสุขภาพของสตรี คือความท้าทายของแพทย์สูติฯ”

41 ปกป้องข่าว

ร่วมสานต่อการให้...ไม่สิ้นสุด กับมูลนิธิรามาธิบดี
พัฒนาอาคารและจัดหาเครื่องมือแพทย์แก่ผู้ป่วยยากไร้

42 R2R

“ควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองในระดับชุมชน”
ผลงานวิจัย R2R ดีเด่น รพ.สต.บางไผ่ จ.พิจิตร

44 รายงานพิเศษ

MDT Team จากพญาไท 1
ตอกย้ำความมั่นใจ
รักษาผู้ป่วยมะเร็งอย่างเต็มประสิทธิภาพ

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ในสมัครสมาชิก

CME PLUS เนื้องอกรังไข่ และมะเร็งรังไข่

ตอนที่ 2 การแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่

การหลั่งเมลาโทนินและ อุบัติการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2

JAMA. 2013;309(13):1388-1396.

บทความวิจัยเรื่อง Melatonin Secretion and the Incidence of Type 2 Diabetes รายงานว่า การกลายพันธุ์แบบ loss of function ใน melatonin receptor สัมพันธ์กับการดื้อต่ออินซูลินและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ขณะเดียวกันก็มีข้อมูลจาก cross-sectional analysis ในผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานซึ่งชี้ว่า การหลั่งเมลาโทนินที่ต่ำลงในช่วงกลางวันสัมพันธ์กับการดื้อต่ออินซูลินที่สูงขึ้น

บทความนี้รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ case-control study จากกลุ่มประชากรในงานวิจัย Nurses' Health Study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการหลั่งเมลาโทนินและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจากกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่เป็นเบาหวานและส่งตัวอย่างปัสสาวะและเลือดที่เส้นฐานเมื่อปี ค.ศ. 2000 นักวิจัยได้ระบุผู้หญิง 370 รายที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2012 และเทียบกับกลุ่มควบคุม 370 ราย ด้วย risk-set sampling

ความสัมพันธ์ระหว่างการหลั่งเมลาโทนินที่เส้นฐานและอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ประเมินด้วย multivariable conditional logistic regression โดยควบคุมคุณสมบัติด้านประชากร, รูปแบบการดำเนินชีวิต, มาตรฐานคุณภาพการนอนหลับ และตัวบ่งชี้ทางชีวภาพของการอักเสบและ

ภาวะ endothelial dysfunction

ค่ามัธยฐานของอัตราส่วน 6-sulfatoxymelatonin ต่อ creatinine ในปัสสาวะเท่ากับ 28.2 นาโนกรัม/มิลลิกรัม (พิสัย 5%-95%, 5.5-84.2 นาโนกรัม/มิลลิกรัม) ในผู้ป่วย และ 36.3 นาโนกรัม/มิลลิกรัม (พิสัย 5%-95%, 6.9-110.8 นาโนกรัม/มิลลิกรัม) ในกลุ่มควบคุม และผู้หญิงที่มีอัตราส่วน 6-sulfatoxymelatonin ต่อ creatinine ต่ำกว่ามีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรคเบาหวาน (multivariable odds ratio เท่ากับ 1.48 [95% CI, 1.11-1.98] ต่อหน่วยที่ลดลงใน estimated log ratio ของ 6-sulfatoxymelatonin ต่อ creatinine) เมื่อเทียบกับผู้หญิงในกลุ่มที่มีอัตราส่วน 6-sulfatoxymelatonin ต่อ creatinine สูงสุดพบว่า กลุ่มที่มีอัตราส่วนต่ำสุดมี multivariable odds ratio เท่ากับ 2.17 (95% CI, 1.18-3.98) สำหรับการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้หญิงที่มีการหลั่งเมลาโทนินสูงสุดมีอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเท่ากับ 4.27 ราย/1,000 person-years เทียบกับ 9.27 ราย/1,000 person-years ในกลุ่มต่ำสุด

การหลั่งเมลาโทนินที่ต่ำสัมพันธ์โดยอิสระกับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมว่าการหลั่งเมลาโทนินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับได้ต่อโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรทั่วไปหรือไม่

Duloxetine ลดอาการปวดจากเคมีบำบัด

JAMA. 2013;309(13):1359-1367.

บทความวิจัยเรื่อง Effect of Duloxetine on Pain, Function, and Quality of Life Among Patients With Chemotherapy-Induced Painful Peripheral Neuropathy: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลยาที่มีประสิทธิภาพสำหรับรักษาอาการปวดจากปลายประสาทอักเสบอันเป็นผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด นักวิจัยจึงศึกษาผลของ duloxetine ขนาด 60 มิลลิกรัมวันละครั้ง ต่อระดับความรุนแรงของอาการปวดโดยเฉลี่ย

นักวิจัยศึกษาแบบ randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trial จากโครงการวิจัยที่ได้รับทุนจาก National Cancer Institute (NCI) ครอบคลุมผู้ป่วย 231 ราย ซึ่งมีอายุ 25 ปีหรือมากกว่า และได้รับการรักษาด้วยโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ระหว่างเดือนเมษายน ค.ศ. 2008 และมีนาคม ค.ศ. 2011 และการติดตามเสร็จสิ้นเมื่อเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2012 นักวิจัยจำแนกผู้ป่วยตามยาเคมีบำบัดและความเสี่ยงอาการปวดจากโรคร่วม และสุ่มให้ผู้ป่วยรักษาด้วย duloxetine แล้วจึงรักษาด้วยยาหลอกหรือรักษาด้วยยาหลอกแล้วจึงให้ duloxetine ผู้ป่วยที่ศึกษามี sensory neuropathy ระดับ grade 1 หรือมากกว่าตามเกณฑ์ NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events และมีคะแนนตั้งแต่ระดับ 4 จากเกณฑ์ 0 ถึง 10 หรือแสดงว่ามีอาการปวดจากเคมีบำบัดปานกลางหลังการรักษาด้วย paclitaxel, taxane อื่น หรือ oxaliplatin



การรักษาทำโดยให้รับประทานยาแคปซูล duloxetine 30 มิลลิกรัมหรือยาหลอกวันละหนึ่งแคปซูลในสัปดาห์แรก และเพิ่มเป็นวันละ 2 แคปซูลในอีก 4 สัปดาห์ โดยมีสมมติฐานว่า duloxetine ให้ผลดีกว่ายาหลอกในด้านการลดอาการปวดเนื่องจากปลายประสาทอักเสบจากเคมีบำบัด ความรุนแรงของอาการปวดประเมินด้วยแบบฟอร์ม Brief Pain Inventory-Short Form ซึ่ง 0 หมายถึงไม่มีอาการปวด และ 10 หมายถึงปวดอย่างรุนแรงที่สุด

ผู้ป่วยที่ได้ยา duloxetine ระยะ 5 สัปดาห์มี mean decrease ของอาการปวดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.06 (95% CI, 0.72-1.40) vs 0.34 (95% CI, 0.01-0.66) ในผู้ที่ได้ยาหลอก ($p = 0.003$; effect size, 0.513) โดย mean difference ของคะแนนเฉลี่ยอาการปวดระหว่าง duloxetine และยาหลอกเท่ากับ 0.73 (95% CI, 0.26-1.20) ผู้ป่วย 59% ในกลุ่มที่เริ่มการรักษาด้วย duloxetine vs 38% ในกลุ่มที่เริ่มการรักษาด้วยยาหลอก รายงานว่ามีอาการปวดลดลงจากยาทั้งสองขนาด

การรักษาด้วย duloxetine 5 สัปดาห์ ส่งผลดีต่อการลดอาการปวดเทียบกับยาหลอกในผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากปลายประสาทอักเสบอันเป็นจากเคมีบำบัด

รักษาเลือดจางด้วย Darbepoetin Alfa ในผู้ป่วย Systolic Heart Failure

N Engl J Med 2013;368:1210-1219.

บทความวิจัยเรื่อง Treatment of Anemia with Darbepoetin Alfa in Systolic Heart Failure รายงานว่า ผู้ป่วยที่เป็นหัวใจล้มเหลวแบบ systolic heart failure และเลือดจางมักมีปัญหาด้านอาการ สมรรถภาพการออกกำลังกาย และผลลัพธ์ที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่เป็นเลือดจาง นักวิจัยได้ศึกษาผลของ darbepoetin alfa ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่เป็น systolic heart failure และเลือดจางโดยเปรียบเทียบจากผู้ป่วย 2,278 รายที่เป็น systolic heart failure และเลือดจางระดับไม่รุนแรงถึงปานกลาง (ระดับฮีโมโกลบินระหว่าง 9.0-12.0 กรัมต่อเดซิลิตร) นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับ darbepoetin alfa (เพื่อให้ระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นถึงระดับ 13 กรัมต่อเดซิลิตร) หรือยาหลอก และ primary outcome ได้แก่ ผลลัพธ์รวมของการตายทุกสาเหตุหรือการเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากอาการของหัวใจล้มเหลวที่ทรุดลง

มีรายงาน primary outcome เกิดขึ้นในผู้ป่วย 576 ราย จาก 1,136

ราย (50.7%) ในกลุ่ม darbepoetin alfa และ 565 ราย จาก 1,142 ราย (49.5%) ในกลุ่มยาหลอก (hazard ratio ในกลุ่ม darbepoetin alfa เท่ากับ 1.01; 95% confidence interval, 0.90-1.13; $p = 0.87$) ขณะที่ไม่พบ between-group difference ที่มีนัยสำคัญในด้านผลลัพธ์รอง ยา darbepoetin alfa ให้ผล neutral effect คงที่ในทุกกลุ่มย่อย โดยพบ non-fatal stroke ในผู้ป่วย 42 ราย (3.7%) ในกลุ่ม darbepoetin alfa และ 31 ราย (2.7%) ในกลุ่มยาหลอก ($p = 0.23$) และพบ thromboembolic adverse events ในผู้ป่วย 153 ราย 13.5% ในกลุ่ม darbepoetin alfa และ 114 ราย (10.0%) ในกลุ่มยาหลอก ($p = 0.01$) นอกจากนี้พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สัมพันธ์กับมะเร็งใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม

การรักษาด้วย darbepoetin alfa ไม่ได้เพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่เป็น systolic heart failure ร่วมกับเลือดจางแบบไม่รุนแรงถึงรุนแรงปานกลาง ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้ไม่สนับสนุนการใช้ darbepoetin alfa ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผลการลดบริโภคเกลือระยะยาวต่อความดันเลือด

BMJ 2013;346:f1325.

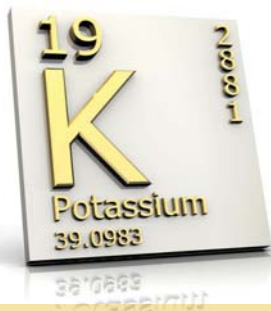
บทความวิจัยเรื่อง Effect of Longer Term Modest Salt Reduction on Blood Pressure: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Trials รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis เพื่อประเมินผลของการลดบริโภคเกลือในระยะยาวต่อความดันเลือด ฮอริโมน และไขมัน โดยรวบรวมข้อมูลจาก Medline, Embase, Cochrane Hypertension Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials และบรรณานุกรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมการศึกษาเปรียบเทียบการลดปริมาณเกลือระดับปานกลางและมีระยะการศึกษาน้อยกว่า 4 สัปดาห์ ผู้ทบทวนแยกกันคัดเลือกข้อมูลและวิเคราะห์ด้วย random effects meta-analyses, subgroup analyses และ meta-regression

มีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การศึกษารวม 34 ชิ้น (ผู้เข้าร่วมวิจัย 3,230 ราย) ผลลัพธ์จาก meta-analysis ระบุว่า mean change ของโซเดียมในปัสสาวะ (ปริมาณที่ลดลง vs ปริมาณปกติ) เท่ากับ -75 มิลลิโมล/24 ชั่วโมง (เทียบกับปริมาณเกลือที่ลดลง 4.4 กรัม/วัน) และการลดลงด้านปริมาณการบริโภคเกลือส่งผลให้ mean change ของความดันเลือดเท่ากับ -4.18 มิลลิเมตรปรอท (95% confidence interval -5.18 ถึง -3.18, $I^2 = 75\%$) สำหรับความดันเลือดช่วงซิสโตลิก และ -2.06 มิลลิเมตรปรอท (-2.67 ถึง -1.45, $I^2 = 68\%$) สำหรับความดันเลือดช่วงไดแอสโตลิก ผลจาก meta-regression ระบุว่า อายุ กลุ่มชาติพันธุ์ สถานะความดันเลือด (ความดันเลือดสูงหรือปกติ) และการเปลี่ยนแปลงปริมาณโซเดียมในปัสสาวะในช่วง 24 ชั่วโมงล้วนสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลดลงของความดันเลือดช่วงซิสโตลิก เห็นได้จากความแปรปรวนระหว่างงานวิจัยซึ่งเท่ากับ 68% การลดลง 100 มิลลิโมล

ในปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (เกลือ 6 กรัม/วัน) สัมพันธ์กับการลดลงของความดันเลือดซิสโตลิกที่เท่ากับ 5.8 มิลลิเมตรปรอท (2.5-9.2, $p = 0.001$) หลังปรับตามอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ และสถานะความดันเลือด สำหรับความดันเลือดช่วงไดแอสโตลิกพบว่า อายุ

กลุ่มชาติพันธุ์ สถานะความดันเลือด และการเปลี่ยนแปลงของโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงเป็นผลให้เกิดความแปรปรวนระหว่างงานวิจัยที่เท่ากับ 41% โดยผลจาก meta-analysis ในกลุ่มย่อยชี้ว่า mean effect ในผู้ที่เป็นความดันเลือดสูงเท่ากับ -5.39 มิลลิเมตรปรอท (-6.62 ถึง -4.15, $I^2 = 61\%$) สำหรับความดันเลือดซิสโตลิก และ -2.82 มิลลิเมตรปรอท (-3.54 ถึง -2.11, $I^2 = 52\%$) สำหรับความดันเลือดไดแอสโตลิก ขณะที่ผลในกลุ่มที่ความดันเลือดเป็นปกติเท่ากับ 2.42 มิลลิเมตรปรอท (-3.56 ถึง -1.29, $I^2 = 66\%$) และ -1.00 มิลลิเมตรปรอท (-1.85 ถึง -0.15, $I^2 = 66\%$) การวิเคราะห์กลุ่มย่อยชี้ว่า การลดลงของความดันเลือดซิสโตลิกมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มเชื้อสายยุโรปและเชื้อสายแอฟริกัน รวมทั้งในผู้ชายและผู้หญิง และการวิเคราะห์ meta-analysis จากข้อมูลด้านฮอริโมนและไขมันก็พบว่า mean change เท่ากับ 0.26 นาโนกรัม/มิลลิเมตร/ชั่วโมง (0.17 ถึง 0.36, $I^2 = 70\%$) สำหรับ plasma renin activity, 73.20 พิโคโมล/ลิตร (44.92 ถึง 101.48, $I^2 = 62\%$) สำหรับ aldosterone, 187 พิโคโมล/ลิตร (39 ถึง 336, $I^2 = 5\%$) สำหรับ noradrenaline (norepinephrine), 37 พิโคโมล/ลิตร (-1 ถึง 74, $I^2 = 12\%$) สำหรับ adrenaline (epinephrine), 0.05 มิลลิโมล/ลิตร (-0.02 ถึง 0.11, $I^2 = 0\%$) สำหรับ total cholesterol, 0.05 มิลลิโมล/ลิตร (-0.01 ถึง 0.12, $I^2 = 0\%$) สำหรับ low density lipoprotein cholesterol, -0.02 มิลลิโมล/ลิตร (-0.06 ถึง 0.01, $I^2 = 16\%$) สำหรับ high density lipoprotein cholesterol และ 0.04 มิลลิโมล/ลิตร (-0.02 ถึง 0.09, $I^2 = 0\%$) สำหรับ triglycerides

การลดปริมาณบริโภคเกลือในระยะอย่างน้อย 4 สัปดาห์ส่งผลที่มีนัยสำคัญ และทำให้ความดันเลือดลดลงอย่างเห็นได้ชัดในกลุ่มที่เป็นความดันเลือดสูงและกลุ่มที่ความดันเลือดปกติโดยไม่มีผลจากเพศและกลุ่มชาติพันธุ์ การลดเกลือสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยของ plasma renin activity, aldosterone และ noradrenaline แต่ไม่มีผลที่มีนัยสำคัญด้าน lipid concentrations ผลลัพธ์นี้สนับสนุนการลดบริโภคเกลือซึ่งส่งผลต่อการลดความดันเลือด และโรคหัวใจและหลอดเลือด ความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างการลดลงของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และการลดลงของความดันเลือดช่วงซิสโตลิกชี้ว่า การลดปริมาณบริโภคเกลือให้มากขึ้นจะส่งผลให้ความดันเลือดซิสโตลิกลดลงมากยิ่งขึ้น และแม้ข้อแนะนำปัจจุบันในการลดปริมาณเกลือระหว่าง 9-12 ถึง 5-6 กรัม/วัน จะมีผลสำคัญต่อความดันเลือด แต่การลดเกลือเพิ่มเติมอีก 3 กรัม/วัน จะมีผลดียิ่งขึ้น และควรเป็นเป้าหมายระยะยาวของการลดปริมาณบริโภคเกลือ



เพิ่มโปแตสเซียมลดเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด



BMJ 2013;346:f1378

บทความวิจัยเรื่อง Effect of Increased Potassium Intake on Cardiovascular Risk Factors and Disease: Systematic Review And Meta-Analyses รายงานผลการศึกษาทบทวนจากงานวิจัยและการวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับผลของการบริโภคโปแตสเซียมและสุขภาพ โดยรวบรวมข้อมูลจาก Cochrane Central Register of Controlled Trials, Medline, Embase, WHO International Clinical Trials Registry Platform, Latin American and Caribbean Health Science Literature Database และรายนามบรรณานุกรมจากการศึกษาทบทวนก่อนหน้านี้

งานวิจัยที่นำมาศึกษามีรูปแบบเป็น randomised controlled trials และ cohort studies ซึ่งรายงานผลของการบริโภคโปแตสเซียมต่อความดันเลือด, การทำงานของไต, ไซมันในเลือด, catecholamine concentrations, การตายทุกสาเหตุ, โรคหัวใจและหลอดเลือด, สโตรค และโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ผู้ทบทวนได้นำการศึกษาคัดกรองข้อมูลและทำ meta-analysis เพื่อประมาณผลลัพธ์ (mean difference หรือ risk ratio ที่ 95% confidence interval) ของการบริโภคโปแตสเซียมในปริมาณมาก โดยใช้วิธี inverse variance method และ random effect model

การวิเคราะห์อภิมานใช้ข้อมูลจากงานวิจัยแบบ randomised controlled trials 22 ชิ้น (ผู้ป่วย 1,606 ราย) ซึ่งรายงานผลด้านความดันเลือด, ไซมันในเลือด, catecholamine concentrations และการทำงานของไต และการศึกษาแบบ cohort studies 11 ชิ้น (ผู้ป่วย 127,038 ราย) ที่รายงานการตายทุกสาเหตุ, โรคหัวใจและหลอดเลือด, สโตรค หรือโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้ใหญ่ การบริโภคโปแตสเซียมที่สูงขึ้นลดความดัน

เลือดซิสโตลิก 3.49 (95% confidence interval 1.82-5.15) มิลลิเมตรปรอท และลดความดันเลือดไดแอสโตลิก 1.96 (0.86-3.06) มิลลิเมตรปรอท ในผู้ใหญ่ โดยเห็นผลในผู้ที่มีความดันเลือดสูง แต่ไม่พบในผู้ที่ไม่มีความดันเลือดสูง และความดันเลือดซิสโตลิกลดลง 7.16 (1.91-12.41) มิลลิเมตรปรอทเมื่อบริโภคโปแตสเซียมระหว่าง 90-120 มิลลิโมล/วัน โดยไม่มี dose response การบริโภคโปแตสเซียมที่เพิ่มขึ้นไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของไต, ไซมันในเลือด หรือ catecholamine concentrations ในผู้ใหญ่ ขณะเดียวกันก็พบความสัมพันธ์แบบกลับที่นัยสำคัญระหว่างการบริโภคโปแตสเซียมและความเสี่ยงต่อการเกิดสโตรค (risk ratio 0.76, 0.66-0.89) ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคโปแตสเซียม และการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (risk ratio 0.88, 0.70-1.11) หรือโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (risk ratio 0.96, 0.78-1.19) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านข้อมูลจากการศึกษาในเด็กมี controlled trials 3 ชิ้น และ cohort study 1 ชิ้นเสนอว่า การบริโภคโปแตสเซียมที่เพิ่มขึ้นลดความดันเลือดซิสโตลิกได้ 0.28 (-0.49 ถึง 1.05) มิลลิเมตรปรอท ซึ่งไม่เป็นระดับที่มีนัยสำคัญ

หลักฐานคุณภาพสูงนี้แสดงให้เห็นว่า การบริโภคโปแตสเซียมที่เพิ่มขึ้นลดความดันเลือดในผู้ที่มีความดันเลือดสูง และไม่มีผลกระทบต่อระดับไนยสำคัญต่อระดับไนมันในเลือด, catecholamine concentrations หรือการทำงานของไตในผู้ใหญ่ การบริโภคโปแตสเซียมที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลง 24% ต่อสโตรค (หลักฐานคุณภาพปานกลาง) ซึ่งข้อมูลนี้เสนอแนะว่า การบริโภคโปแตสเซียมให้มากขึ้นอาจเป็นผลดีต่อคนส่วนใหญ่ที่ไม่มีกระบวนการกรองโปแตสเซียมของไตบกพร่องในด้านการป้องกันและควบคุมความดันเลือดสูง และสโตรค

ความสัมพันธ์ระดับวิตามินดีต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการก



BMJ 2013;346:f1169.

บทความวิจัยเรื่อง Association between Maternal Serum 25-Hydroxyvitamin D Level and Pregnancy and Neonatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies รายงานผลจากการศึกษาแบบ systematic review and meta-analysis เพื่อประเมินผลของระดับ 25-hydroxyvitamin D (25-OHD) ต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และตัวแปรด้านการเกิด โดยรวบรวมข้อมูลจาก Medline (1966 ถึงสิงหาคม 2012), PubMed (2008 ถึงสิงหาคม 2012), Embase (1980 ถึงสิงหาคม 2012), CINAHL (1981 ถึงสิงหาคม 2012), Cochrane Database of Systematic Reviews และ Cochrane Database of Registered Clinical Trials

งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยที่รายงานความสัมพันธ์ระหว่างระดับ serum 25-OHD ระหว่างตั้งครรภ์และผลลัพธ์ (ครรภ์เป็นพิษ เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ตกขาวจากเชื้อแบคทีเรีย การผ่าคลอด ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ น้ำหนักแรกคลอด ความยาวแรกคลอด และเส้นรอบศีรษะ) นักวิจัยแยกกันคัดเลือกข้อมูลจากงานวิจัยต้นฉบับ รวมถึงตัวชี้วัดคุณภาพ

ของงานวิจัย และนำ adjusted odds ratios และ weighted mean differences มารวมกัน นอกจากนี้ได้ทดสอบความสัมพันธ์ในกลุ่มย่อย ซึ่งมีคุณสมบัติของผู้ป่วยและคุณภาพงานวิจัยแตกต่างกัน

มีงานวิจัยที่นำมาคัดเลือกรวม 3,357 ชิ้น และมีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การวิเคราะห์ 31 ชิ้น โดยพบว่าระดับ 25-OHD ที่ไม่เพียงพอสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (pooled odds ratio 1.49, 95% confidence interval 1.18-1.89), ครรภ์เป็นพิษ (1.79, 1.25-2.58) และทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ (1.85, 1.52-2.26) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับ serum 25-OHD ต่ำมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อตกขาวจากเชื้อแบคทีเรีย และทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ แต่ไม่มีผลกับความเสี่ยงการผ่าคลอด

ภาวะพร่องวิตามินดีสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ครรภ์เป็นพิษ และทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับ 25-OHD ต่ำยังมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อตกขาวจากเชื้อแบคทีเรียและทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ แต่ไม่รวมถึงการผ่าคลอด

ระยะตรวจความเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ ในผู้ไม่ได้รักษาซึ่งมีความเสี่ยงต่ำและปานกลาง

BMJ 2013;346:f1895.

บทความวิจัยเรื่อง When to Remeasure Cardiovascular Risk in Untreated People at Low and Intermediate Risk: Observational Study รายงานผลจากการศึกษาแบบ observational study เพื่อประเมินความน่าจะเป็นที่จะกลายเป็นมีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงระดับต่ำและปานกลาง และไม่อยู่ระหว่างรักษา เนื่องจากความดันเลือดสูงหรือไขมันในเลือดสูง

นักวิจัยศึกษาจากผู้ร่วมวิจัย 13,757 ราย จาก Tokyo health check-up study และ 3,855 ราย จาก Framingham studies ซึ่งมีอายุระหว่าง 30-74 ปี และมีข้อมูล risk equation covariates, ไม่อยู่ระหว่างได้รับการลดความดันเลือดหรือคอเลสเตอรอล และมี estimated risk ของโรคหัวใจและหลอดเลือด < 20% ภายในระยะ 10 ปี นักวิจัยจำแนกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความเสี่ยงที่เส้นฐานเป็นกลุ่ม < 5%, 5-<10%, 10-<15% และ 15-<20% โดยใช้ follow-up measurements จากการศึกษา Tokyo ซึ่งทำปีละครั้งในระยะ 3 ปี (2006-2010) และ follow-up visits จากการศึกษา Framingham ซึ่งทำระหว่าง 8 (1968-1975) และ 19 ปี (1990-1995) หลังเส้นฐาน และมาตรวัดผลลัพธ์เป็น estimated 10 year risk ของการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด > 20% โดยใช้สมการ Framingham



ข้อมูลจากการศึกษาระบุว่า ที่เส้นฐานผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความเสี่ยง < 5% (60.6% จาก Tokyo cohort และ 45.7% จาก Framingham cohort) หรือ 5-<10% (24.0% และ 28.0%) ต่อการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใน 10 ปี และมีความน่าจะเป็น < 10% สำหรับการข้าม treatment threshold ที่ 19, 8 และ 3 ปีสำหรับความเสี่ยงเส้นฐานที่เท่ากับ < 5%, 5-<10% และ 10-<15% ขณะที่มีความน่าจะเป็น > 10% สำหรับการข้าม treatment threshold ที่ 1 ปีสำหรับกลุ่มความเสี่ยงเส้นฐาน 15-<20%

การพิจารณาความถี่การตรวจซ้ำสำหรับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดควรพิจารณาจากความเสี่ยงที่เส้นฐาน การประเมินความเสี่ยงซ้ำก่อน 8-10 ปี ไม่จำเป็นสำหรับคนส่วนใหญ่ซึ่งไม่จำเป็นต้องได้รับยา อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาการตรวจซ้ำภายใน 1 ปีสำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยง 15-<20% ที่เส้นฐาน



N Engl J Med 2013;368:1291-1302.

บทความวิจัยเรื่อง Combination Antifungal Therapy for Cryptococcal Meningitis รายงานว่า การรักษาด้วยยาต้านเชื้อราที่ให้แบบ combination (amphotericin B deoxycholate และ flucytosine) เป็นวิธีการรักษาที่แนะนำสำหรับ cryptococcal meningitis แต่ยังไม่มียาต้านเชื้อราที่ให้แบบเดี่ยว นักวิจัยดำเนินการศึกษาแบบ randomized, controlled trial เพื่อประเมินว่าการรักษาด้วย flucytosine หรือ fluconazole ขนาดสูงร่วมกับ amphotericin B ขนาดสูงส่งผลดีต่อการรอดชีพที่ 14 และ 70 วันหรือไม่

นักวิจัยศึกษาการรักษา cryptococcal meningitis ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และจำแนกผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้รับ amphotericin B 1 มิลลิกรัม/กิโลกรัมน้ำหนักตัว/วัน และผู้ป่วยในกลุ่ม 1 ได้รับการรักษาเป็นระยะ 4 สัปดาห์ ขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่ม 2 และ 3 ได้รับการรักษา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยในกลุ่ม 2 ยังได้รับ flucytosine 100 มิลลิกรัม/กิโลกรัมน้ำหนักตัว/วัน เป็นระยะ 2 สัปดาห์ และผู้ป่วยกลุ่ม 3 ได้รับ fluconazole 400 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้งเป็นระยะ 2 สัปดาห์

Combination Antifungal Therapy สำหรับ Cryptococcal Meningitis

นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วยรวม 299 ราย การเสียชีวิตพบน้อยลงภายในวันที่ 14 และ 70 ในผู้ที่ได้ amphotericin B และ flucytosine เทียบกับผู้ที่ได้ amphotericin B อย่างเดียว (15 vs 25 ราย ภายในวันที่ 14; hazard ratio, 0.57; 95% confidence interval [CI], 0.30-1.08; unadjusted p = 0.08 และ 30 vs 44 ราย ภายในวันที่ 70; hazard ratio, 0.61; 95% CI, 0.39-0.97; unadjusted p = 0.04) การให้ flucytosine ร่วมด้วยไม่มีผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญต่อการรอดชีพเทียบกับการรักษาแบบ monotherapy (hazard ratio สำหรับการตายใน 14 วัน เท่ากับ 0.78; 95% CI, 0.44-1.41; p = 0.42; hazard ratio สำหรับการตายภายใน 70 วัน เท่ากับ 0.71; 95% CI, 0.45-1.11; p = 0.13) การรักษาด้วย amphotericin B ร่วมกับ flucytosine สัมพันธ์กับอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของ yeast clearance จากน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง (-0.42 log₁₀ colony-forming units [CFU]/มิลลิลิตร/วัน vs -0.31 และ -0.32 log₁₀ CFU/มิลลิลิตร/วัน ในกลุ่ม 1 และ 3; p < 0.001 สำหรับการเปรียบเทียบทั้งสองด้าน) อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใกล้เคียงกันในทุกกลุ่ม แต่พบ neutropenia บ่อยกว่าในผู้ป่วยกลุ่ม combination therapy

การรักษา amphotericin B ร่วมกับ flucytosine สัมพันธ์กับการรอดชีพที่ดีขึ้นในผู้ป่วย cryptococcal meningitis เทียบกับการรักษาด้วย amphotericin B อย่างเดียว ขณะที่ยังไม่พบประโยชน์จากการรักษาด้วย amphotericin B ร่วมกับ fluconazole

สร. เร่งพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร.พ.ใน 4 จังหวัดใต้

พล.อ.นพ.อำนาจ ธีระชุนหะ ผู้ช่วยเลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การปฏิบัติงานของหน่วยแพทย์กู้ชีพทุกระดับในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ มีรูปแบบเฉพาะพื้นที่ ต่างจากพื้นที่ปกติอื่น ๆ อย่างสิ้นเชิง โดยกระทรวงสาธารณสุขวางแผนเร่งพัฒนาประสิทธิภาพ 3 เรื่องหลัก คือ 1. ระบบการปฏิบัติการกู้ชีพของทีมแพทย์ฉุกเฉิน 2. ระบบความพร้อมของห้องฉุกเฉินหรือห้องอำนวยการในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่เกิดเหตุบ่อย และ 3. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และมีช่องทางด่วนพิเศษ (Fast tract) ให้ถึงมือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเร็วที่สุด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ด้าน นพ.สุวัช ธีระศิริวัฒนา ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 12 กล่าวว่า ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจากเหตุความไม่สงบ ได้วางระบบช่องทางด่วน บริการของโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดอย่างเต็มประสิทธิภาพ ทั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบแจ้งเหตุ



หมายเลขด่วน 1669 ระบบศูนย์ส่งต่อ และห้องฉุกเฉิน โดยจะมีการประสานการส่งต่อกันระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่กับโรงพยาบาลขนาดเล็ก การใช้ทรัพยากร บุคลากร คลังเลือด การพัฒนาเครื่องมือแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยสิ่งผิดปกติให้ได้เร็วที่สุด เพื่อให้การดูแลรักษาได้ตรงจุด นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ประสานกองทัพบกที่ 4 และ ศอ.บต. นำระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการสาหัสทางอากาศมาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที



สร. เร่งจัดทำหลักเกณฑ์การบรรจุและสวัสดิการให้ พนง.สร.

คัดเลือกธนาคาร 3 แห่งที่เสนอสิทธิประโยชน์เข้ามาให้พิจารณา คือ ธนาคารกรุงไทย ธนาคารอาคารสงเคราะห์ และธนาคารออมสิน

นพ.สุพรรณ กล่าวต่อว่า กระทรวงสาธารณสุขจะเร่งดำเนินการบรรจุพนักงานกระทรวงสาธารณสุขให้เสร็จสิ้นพร้อมกันทั่วประเทศภายในวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2556 นี้ มีสัญญาจ้าง 4 ปี โดยหลังจากที่ปรับเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ก็ให้เริ่มนับอายุการทำงานเป็นปีงบประมาณ เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 เป็นต้นไป ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 - 30 กันยายน ปีถัดไป และให้นับรวมอายุการทำงานต่อไปอีก 3 ปี เมื่อครบ 4 ปี ก็จะจัดทำสัญญาจ้างต่อเหมือนพนักงานราชการ ดังนั้น ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 จะไม่มีลูกจ้างชั่วคราวในระบบการจ้างงานของกระทรวงสาธารณสุขอีกต่อไป

สำหรับอำนาจในการบรรจุแต่งตั้งหรือบังคับบัญชา นั้น หากเป็นส่วนกลางจะขึ้นอยู่กับผู้อำนวยการสำนัก สถาบัน หรือโรงพยาบาล ส่วนพื้นที่ในภูมิภาคจะเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และส่วนราชการส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในภูมิภาค เช่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จะให้ผู้อำนวยการวิทยาลัยเป็นผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการ

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า หลังจากทีกระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และประกาศใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา ขณะนี้คณะกรรมการได้ประชุมเพื่อเดินหน้าใน 2 เรื่องหลัก ได้แก่ 1. การจัดทำหลักเกณฑ์การคัดเลือกลูกจ้างชั่วคราวที่มีประมาณ 1 แสนคน เพื่อบรรจุเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และ 2. เรื่องการจัดสวัสดิการดูแลหลังเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ซึ่งด้านสวัสดิการจะมีการจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ คาดว่าจะแล้วเสร็จภายใน 1 ปี และการให้สินเชื่อให้พนักงานกระทรวงสาธารณสุขสามารถกู้ยืมได้ตามวงเงินเดือนค่าจ้างเหมือนกับข้าราชการทุกอย่าง ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการ

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เปิดตัวพ็อกเก็ตบุ๊ก

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เปิดตัวพ็อกเก็ตบุ๊ก “คิดเอง ทำได้ ห่างไกลโรค” เป็นหนังสือด้านการแนะนำและรักษาสุขภาพที่ให้อำนาจและแรงบันดาลใจรวมโรคฮิตของคนไทยส่วนใหญ่ที่มักจะประสบปัญหาเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อาทิ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น หน่วยงาน หรือองค์กรภาครัฐและเอกชน หรือผู้สนใจทั่วไป มีความประสงค์ที่จะสั่งซื้อเพื่อนำมาอ่านหรือนำมาแจกจ่ายที่กิจกรรมเพื่อสุขภาพต่าง ๆ สามารถสั่งซื้อได้ในราคาเล่มละ 60 บาท (รวมค่าจัดส่งทางไปรษณีย์) โดยติดต่อได้ที่ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2716-6744 หรือ E-mail: rcpt@asianet.co.th



สวรส. จัดประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ “จากงานประจำสู่งานวิจัย”



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย R2R ขอเชิญร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “จากงานประจำสู่งานวิจัย” ครั้งที่ 6 ร่วมสร้างวัฒนธรรม R2R สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม-2 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี โดยมีหัวข้อที่น่าสนใจ อาทิ ประโยชน์ของผลงานวิจัยกับการขับเคลื่อนองค์กร, ร่วมสร้างวัฒนธรรม R2R “หัวใจของการทำงานเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”, งานวิจัย R2R ที่เป็นแบบอย่างจากการพัฒนาคุณภาพต่อยอดด้วยความสุขของงานวิจัย และร่วมแลกเปลี่ยนกับคุณเอื้อและคุณอำนวย ดีเด่นตัวจริงเสียงจริง! ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม และลงทะเบียนสมัครเข้าร่วมประชุมได้ที่ <http://r2r.hsri.or.th> สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทรศัพท์ 0-2419-2661, 08-0459-8170

จุฬาฯ จัดประชุมวิชาการ OB & GYN Update & Practical 2013

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเชิญแพทย์และผู้สนใจเข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี 2556 OB & GYN Update & Practical 2013 Practice wisely in the world of connectivity ในวันที่ 21-23 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบกับ 17 เรื่องเด่น และ 4 Workshops โฉมใหม่ทางสูติ-นรีฯ ผู้สนใจติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณศศิธร ทองอินทร์ โทรศัพท์ 0-2256-4288, 08-9105-5933 โทรสาร 0-2251-9933 E-mail: sasikaew@hotmail.com, kwsasi@yahoo.com www.md.chula.ac.th, www.cu-obgyn.com





ศัลยกรรมความงามไทย ไม่แพ้ชาติใดในโลก

ธุรกิจที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นอีกธุรกิจเด่นที่ประเทศไทยมีข้อได้เปรียบ และมีโอกาสขยายตลาดมากขึ้นเมื่อก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ด้วยชื่อเสียงและจุดเด่นเฉพาะด้าน โดยเฉพาะการศัลยกรรมความงาม โดยจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันมีชาวต่างชาติจำนวนไม่น้อยที่ให้ความไว้วางใจในฝีมือของศัลยแพทย์ไทย และเลือกที่จะเดินทางเข้ามาใช้บริการ ดังนั้น หากมองถึงตลาดการแพทย์ด้านศัลยกรรมไทยในอนาคตจึงมีแนวโน้มการขยายตัวที่ค่อนข้างสูง และมั่นใจได้ว่าประเทศไทยจะพัฒนาสู่การเป็นศูนย์กลางความงามของอาเซียนได้อย่างแน่นอน



ดร.ชวลิต สันรัชตานันท์

ดร.สันพันธ์ คมฤกษ์

ดร.สุพจน์ สัมฤทธิ์วิเศษ

ถึงเวลาแล้วที่วงการศัลยกรรมความงามจะเริ่มนับถอยหลังเตรียมความพร้อมพัฒนาความรู้ความสามารถ ความชำนาญทางหัตถการด้านต่าง ๆ และภาษาอังกฤษ เพื่อใช้สื่อสารกับคนไข้ต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย และเพื่อแข่งขันในตลาดศัลยกรรมความงามของอาเซียนที่ไม่ได้มีเฉพาะเทรนด์ความงามแบบเกาหลีที่กำลังฟีเวอร์อยู่ในขณะนี้

ดร.ชวลิต สันรัชตานันท์ นายกสมาคมศัลยกรรมตกแต่งใบหน้าแห่งประเทศไทย กล่าวว่า เทรนด์ความงามแบบเกาหลียังคงอยู่ในกระแสของคนไทย ยิ่งในปัจจุบันคลินิกความงามหลายแห่งชูจุดเด่นเฉพาะทางด้วยการผันตัวเองเป็นตัวแทนโรงพยาบาลเกาหลีเพื่อส่งลูกค้าไปทำศัลยกรรม ประกอบกับกระแสวัฒนธรรมเกาหลีที่แทรกซึมเข้ามาผ่านทางสื่อบันเทิง การท่องเที่ยว สินค้าและแฟชั่น จนกลายเป็นกระแสเกาหลีฟีเวอร์ไปทั่วภูมิภาค ซึ่งกระแสดังกล่าวจะคงอยู่ในแวดวงศัลยกรรมตกแต่งนานแค่ไหนนั้น อยู่ที่การสนับสนุนของภาครัฐด้วยเช่นกัน เนื่องจากประเทศไทยมีศักยภาพความพร้อมด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ เครื่องมือที่ทันสมัย และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับคุณภาพมาตรฐานในการรักษาที่คนไข้จะได้รับ

ทั้งนี้ได้มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2556 การทำศัลยกรรมความงามในเอเชียจะมีแนวโน้มเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยตลาดที่น่าจับตาที่สุดคือ ตลาดอาเซียนกลุ่ม

ประเทศกัมพูชา ลาว พม่า เวียดนาม ที่หลังไหลเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์และความงามในไทย เนื่องจากจุดแข็งของบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยที่มีชื่อเสียงด้านการทำศัลยกรรมความงาม ประกอบกับราคาที่สมเหตุสมผลเมื่อเทียบกับคุณภาพมาตรฐานในการรักษาที่คนไข้จะได้รับ

แม้การทำศัลยกรรมของประเทศไทยจะมีแนวโน้มเติบโต แต่พบว่ายังมีเรื่องที่น่าเป็นห่วงคือการสร้างแบรนด์ศัลยกรรมไทย เนื่องจากยังขาดแรงสนับสนุนจากภาครัฐ ทำให้ประเทศไทยยังเสียเปรียบหลายประเทศในเอเชีย

“ต้องยอมรับว่า ความสนใจในการทำศัลยกรรมความงามมีมากขึ้น ซึ่งมีคนไทย แพทย์ไทย ก็ไม่แพ้ชาติใดในโลก หากได้รับการเอาใจใส่





จากภาครัฐ ช่วยทำการตลาดแบบครบวงจร จัดการเรียนการสอน ขยายฐานตลาดบริการไปยังกลุ่มลูกค้าที่ให้การยอมรับแล้ว ก็คงไม่ใช่เรื่องยากที่ไทยจะก้าวขึ้นเป็นศูนย์กลางความงามในภูมิภาคเอเชียได้อย่างเต็มภาคภูมิ” **นพ.ชลธิศ** กล่าวสอดคล้องกับ **นพ.สัมพันธุ์ คมฤทธิ์ เลขาธิการแพทยสภา** ที่ได้ให้ความเห็นว่า ธุรกิจบริการทางการแพทย์และความงามกำลังเติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ในปี พ.ศ. 2558 เชื่อว่าจะช่วยให้ตลาดธุรกิจบริการทางการแพทย์และความงามขยายตัวมากขึ้น เนื่องจากขณะนี้คนใช้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในไทยจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับคู่แข่งอย่างสิงคโปร์ โดยไทยมีคนใช้ชาวต่างชาติต่อปีประมาณ 1.4 ล้านคน ส่วนสิงคโปร์มีประมาณ 600,000 คน ซึ่งการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะเอื้อให้ประเทศไทยมีตลาดใหญ่ขึ้นในอาเซียน ด้วยการเดินทางที่สะดวกขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มลูกค้าจากประเทศอินโดนีเซียที่ปัจจุบันมักใช้บริการอยู่ในมาเลเซียและสิงคโปร์

“ด้วยกระแสความนิยมการทำศัลยกรรมที่มีแนวโน้มพุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทางรัฐบาลควรใช้โอกาสของการรวมประเทศในภูมิภาคที่จะเปิดเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี พ.ศ. 2558 ทำการผลักดันให้ประเทศไทยเป็นเมืองหลวงของการทำศัลยกรรม (Surgical hub of Asia) โดยการสนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์กับชาวต่างชาติถึงความพร้อมและศักยภาพของแพทย์ไทย ไม่ว่าจะเป็นการแปลงเพศ ศัลยกรรมจมูก ตา และหน้าอก พร้อมเสนอเป็นการท่องเที่ยวเชิงความงามแบบเหมาเป็นแพ็คเกจ ซึ่งหากว่าทางรัฐบาลไทยสามารถดำเนินการได้ตามข้อเสนอแนะจะทำให้มีเม็ดเงินจำนวนมหาศาลไหลเข้ามายังประเทศ ผ่านรูปแบบการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพและเสริมความงาม เฉลี่ยปีละกว่า 2 แสนล้านบาท”

จากข้อมูลของสมาคมเสริมความงามนานาชาติ ได้รับปริมาณการทำศัลยกรรมทั้งประเภทที่ต้องผ่าตัดและไม่ผ่าตัดในกลุ่มภูมิภาคเอเชียพบว่า จีนมีสัดส่วนการทำศัลยกรรมสูงสุด ตามด้วยญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และได้หวัน โดยล้วนเดินทางมาทำที่ประเทศไทย จึงยืนยันได้ว่าการทำศัลยกรรมในประเทศไทยมีความแพร่หลาย และได้รับความไว้วางใจจากทั้งคนไทยและคนต่างชาติ ไม่เพียงเท่านั้น ในฝั่งยุโรปก็มีความสนใจเช่นกัน โดยมีประมาณร้อยละ 10 ต่อปี โดยส่วนใหญ่จะนิยมศัลยกรรมจมูก กริดตา และผ่าตัดแปลงเพศ

นพ.สัมพันธุ์ กล่าวเพิ่มเติมว่า การเสริมจมูกเป็นหนึ่งในการทำศัลยกรรมความงามที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะคนไทยที่ดั่งจมูกไม่โด่ง คนเสริมจมูกส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 80-90 แต่ปัจจุบันผู้ชายหันมาเสริมจมูกเพิ่มขึ้น พบได้ประมาณร้อยละ 10-20

สำหรับวิธีการเสริมจมูกมีหลายวิธี โดยวิธีที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายคือ การใช้ซิลิโคนแท่ง ซึ่งมีข้อดีคือ ทำง่าย ได้ทรงสวยงามปลอดภัย และมีผลข้างเคียงน้อยหากทำถูกวิธี นอกจากนี้ยังมีการเสริมจมูกด้วยวิธีการฉีดไขมัน ซึ่งมีข้อดีคือ เป็นเนื้อเยื่อของคนไข้เอง ไม่ใช่สิ่งแปลกปลอมจึงไม่มีผลข้างเคียง รูปทรงเป็นธรรมชาติ กลมกลืน นุ่ม และกระแทกไม่เจ็บ

อย่างไรก็ตาม ได้มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2556 ศัลยกรรมความงามจะขยายตัวต่อเนื่องโดยได้รับปัจจัยหนุนจากการทำศัลยกรรมในเอเชียที่มีแนวโน้มเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยตลาดอีกกลุ่มหนึ่งที่น่าจับตามองคือ ตลาดอาเซียน กลุ่มประเทศ CLMV ได้แก่ กัมพูชา ลาว พม่า และเวียดนาม ที่หลังไหลเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งจะผลักดันให้ไทยเข้าสู่การเป็นศูนย์กลาง Surgical hub of Asia

“กระทรวงสาธารณสุขควรผลักดันให้ประเทศไทยเป็นเมืองหลวงศัลยกรรมตกแต่งของเอเชีย ด้วยการเปิดการทำทัวร์ศัลยกรรมทั้งระบบ เนื่องจากปัจจุบันเมืองไทยมีจุดแข็งเรื่องการท่องเที่ยวและทางการแพทย์





อยู่แล้ว หากนำจุดแข็งทั้งสองเรื่องมาผนวกกันก็จะทำให้เกิดจุดแข็งใหม่ของประเทศไทยขึ้น”

ในส่วนของภาคเอกชน อย่างโรงพยาบาลเอกชนก็ตื่นตัวกับการก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนไม่น้อย โดยเฉพาะโรงพยาบาลรองรับคนไข้ที่ต้องการศัลยกรรมความงาม อย่างโรงพยาบาลยันฮีที่มีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับในด้านการให้บริการด้านความสวยความงามจากคนไข้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

นพ.สุพจน์ สัมฤทธิ์วิเศษชา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยันฮี กล่าวว่า โรงพยาบาลยันฮีเป็นที่ยอมรับทั้งในและต่างประเทศในด้านศัลยกรรมความงาม ปัจจุบันได้มีการวางนโยบายรองรับการเปิดตลาดการค้าเสรีอาเซียน หรือ AEC อย่างจริงจัง ด้วยการเปิดศูนย์จุดซ่อนเร้น เพื่อตอกย้ำความเป็นผู้นำในด้านศัลยกรรมความงามที่ครบวงจร และเพื่อเจาะกลุ่มเป้าหมายผู้หญิงทั้งในและต่างประเทศ โดยใช้งบประมาณในการซื้อเครื่องมือผ่าตัด และเครื่องเลเซอร์กระชับช่องคลอด (รีแฟร์) ครึ่งนี้กว่า 50 ล้านบาท ซึ่งจะทำให้การรักษาจุดซ่อนเร้นในกลุ่มผู้หญิงเป็นไปได้อย่างครบวงจร

“การเปิดศูนย์จุดซ่อนเร้นในครั้งนี้ เนื่องจากเล็งเห็นว่าเป็นศัลยกรรมตกแต่งแขนงใหม่ที่ทั่วโลกให้ความสนใจ มีความต้องการและได้รับความนิยมจากผู้หญิงเป็นจำนวนมาก ซึ่งตรงกับนโยบายของโรงพยาบาลยันฮีที่มุ่งเน้นการเป็นผู้นำด้านความงาม (One Stop Service) เพื่อให้ลูกค้าได้รับความสะดวก มีความเป็นส่วนตัว และได้รับการผ่าตัดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจุดซ่อนเร้นโดยตรง ด้วยเทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย โดยตั้งเป้าอัตราการเติบโตของศูนย์จุดซ่อนเร้นปีละ 10%”

ทั้งนี้ โรงพยาบาลยันฮีได้เริ่มให้การผ่าตัดรักษาศัลยกรรมตกแต่งทางนรีเวชมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 โดยรวมอยู่กับศูนย์สูติ-นรีเวช ให้การผ่าตัดรักษามาแล้วกว่า 10,000 ราย เปิดบริการให้คำปรึกษาและการผ่าตัดแคมเล็ก แคมใหญ่ และรีแฟร์อย่างครบวงจร โดยมุ่งเน้นความพร้อมในทุก ๆ ด้าน ตั้งแต่การมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การนำเทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้ในการผ่าตัดรักษา เช่น การผ่าตัดด้วยเลเซอร์ ซึ่งนับเป็นรายแรกที่นำเลเซอร์มาใช้ในศูนย์จุดซ่อนเร้น

สำหรับการเปิดศูนย์จุดซ่อนเร้นนี้ ทางโรงพยาบาลยันฮีได้แบ่งกลุ่มลูกค้าออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ดังนี้ 1) การผ่าตัดตกแต่งแคมเล็ก และแคมใหญ่ 2) การผ่าตัดกระชับช่องคลอด (รีแฟร์) 3) การผ่าตัดแก้ไขภาวะปัสสาวะเล็ด 4) การผ่าตัดแก้ไขแคมใหญ่ผิดปกติจากการจัดซิลิโคนหรือเนื้องอก

“เราเชื่อมั่นว่าการขยายศูนย์ความงามอย่างครบวงจรจะช่วยเพิ่มศักยภาพให้วงการแพทย์ไทยไปอีกก้าวหนึ่ง ซึ่งแพทย์ไทยมีความพร้อมทั้งด้านความชำนาญและความเชี่ยวชาญไม่แพ้ชาติใด ๆ ในภูมิภาคเอเชีย ดังนั้น การก้าวสู่ตลาดการค้าเสรีอาเซียน หรือ AEC จึงถือเป็นความท้าทายอีกก้าวหนึ่ง”

จะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งถ้าหากเราสามารถปรับตัวได้ในทิศทางที่ถูกต้อง เป้าหมายที่ต้องการผลักดันให้ประเทศไทยเป็นเมืองหลวงของการทำศัลยกรรม (Surgical hub of Asia) คงไม่ไกลเกินเอื้อม ด้วยความพร้อมในความรู้ความสามารถของบุคลากร ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย รวมถึงการบริการที่เป็นเลิศ ที่นอกจากจะเป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันแล้ว ยังเป็นเครื่องพิสูจน์ให้เห็นว่า “ศัลยกรรมความงามไทยไม่แพ้ชาติใดในโลก”

จบแล้วนะ! จะเป็น “คุณหมอชนบท” หรือ “คุณหมอเอกชน” ดึนะ?



คุณหมอหรือแพทย์ ผู้ที่มีหน้าที่วินิจฉัยโรคและให้การรักษาความผิดปกติในร่างกายให้ผู้ป่วยหายจากอาการป่วยเหล่านั้น และในมุมมองของสามัญชนทั่วไป แพทย์ยังถือเป็นบุคคลที่มีความเสียสละเป็นอย่างยิ่ง ทำหน้าที่ให้การรักษาผู้ป่วยโดยไม่รังเกียจผู้ที่มีโรคภัยแต่อย่างใด คอยช่วยเหลือผู้ป่วยให้กลับมามีสุขภาพที่ดี ถึงแม้ตนเองจะต้องเหนื่อย แต่ก็ยังคงยึดมั่นในอุดมการณ์ว่าตนต้องช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความเจ็บปวดอย่างดีที่สุด

อย่างไรก็ตาม แพทย์ทุกคนก็เชื่อว่าจะได้รับผลตอบแทนที่เหมือนกันไปเสียหมด ความแตกต่างที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนที่สุด คงเป็นกลุ่มแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนกับกลุ่มแพทย์ที่ทำงานในชนบทที่มีปัจจัยหลายสิ่งแตกต่างกัน เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทีมแพทย์ งบประมาณ และรายได้ย่อมต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

Talk of the Town ฉบับนี้ได้มีโอกาสสอบถามความคิดเห็นของน้อง ๆ นักศึกษาแพทย์ ว่าที่คุณหมอในอนาคตว่าพวกเขาได้วางแผนการเป็นคุณหมอในอนาคตไว้ว่าอยากจะเป็น “คุณหมอชนบท” หรือ “คุณหมอเอกชน” กันนะ



นศพ.วรศรา คุรุชาคร

“ถ้าเรียนจบแล้ว อยากทำงานเป็นหมอชนบทมากกว่า เพราะจากที่เคยไปร่วมงานอาสาสมัคร รู้สึกว่าพวกชาวบ้าน ชาวชนบทยังต้องการความช่วยเหลืออยู่มาก การเข้าถึงก็เป็นไปอย่างยากลำบาก หากมีโอกาสเป็นไปได้อีกก็อยากมีส่วนร่วมที่ได้ให้การช่วยเหลือให้การรักษาและดูแลสุขภาพของชาวชนบทให้พวกเขามีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้นค่ะ”

นศพ.ณรรี เลื่อนตามพล

“ตอนทำงานจริง ๆ อยากเป็นหมอชนบทมากกว่า เพราะไปดูงานจากโรงพยาบาลชนบทแล้ว ดูยังขาดเหลืออะไรอีกเยอะเลย ถ้าเราได้เป็นส่วนหนึ่งที่เป็นกำลังเสริมให้กับโรงพยาบาลในชนบทได้ คงดี อยากจัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพให้แก่คนในชนบท ให้พวกเขามีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง และสามารถดูแลสุขภาพของตัวเองได้ จะได้ช่วยลดการเกิดโรคของพวกเขาด้วย ป้องกันไว้ดีกว่ารอเป็นโรคภัยแล้วมารักษาทีหลังครับ”



นศพ.อัจวรา เศรษฐจินดาลีศ

“เรื่องที่ว่าเรียนจบแล้วจะทำงานช่วยเหลือชนบท หรือว่าจะเข้าทำงานกับโรงพยาบาลในเมือง ตอนนี้ยังไม่ได้คิดไว้เลยคะ เพราะคงต้องดูสถานการณ์ ณ ตอนนั้นว่าชีวิตเราเองเป็นอย่างไร เพราะอาจจำเป็นต้องเลือกค่าตอบแทนมากกว่า แต่ถ้า ณ ตอนนั้นไม่มีปัญหาอะไร เป็นไปได้อีกก็อยากเป็นหมอชนบท จะได้มีส่วนช่วยเหลือชาวชนบทที่ยากไร้ เพราะเท่าที่ทราบมาตามชนบทต่าง ๆ ยังขาดทีมแพทย์ที่จะคอยดูแลและให้การรักษาสุขภาพอยู่มากคะ”

นศพ.อรอนงค์ ชนะจรัญวิทย์

“ที่คิดไว้ ตั้งใจว่าเรียนจบแล้วอยากลงไปช่วยเหลือชาวบ้านในชนบทมากกว่า พวกเขายังต้องการความช่วยเหลืออีกมาก ประการแรกคือ ด้วยชนบทเป็นที่ที่เข้าถึงได้ยาก คนส่วนใหญ่จึงไม่ค่อยอยากเข้าไป เพราะมันลำบาก ชาวบ้านก็ยิ่งถูกละเลย ทั้งที่จริงแล้วพวกเขาต้องการความช่วยเหลือและน่าเห็นใจมากกว่าคนเมืองด้วยซ้ำ เป็นไปได้อีกก็อยากช่วยเหลือชาวบ้านให้เขามีสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่”





มหาวิทยาลัยมหิดล
MAHIDOL UNIVERSITY

3 สตรีเก่งศิษย์เก่าดีเด่น ม.มหิดล เข้ารับรางวัลมหิดลทยากร ประจำปี 2555

“ด้วยปรากฏมานานแล้วว่า ประชากรของชาติมีอนามัยไม่ดี กับได้รับการ
ไม่ทั่วถึง และไม่สมบูรณ์เพียงพอ จึงทำให้มีผู้ดั่งแก่กรรมในเยาว์วัยมาก
ทำให้มีการเพิ่มพลเมืองไม่เป็นไปตามสัดส่วนอันพึงประสงค์ จึงเห็นเป็นการ
สมควรจะปรับปรุงกิจการของชาติในส่วนนี้ให้รัดกุมยิ่งขึ้น และเหมาะแก่
กาลสมัย โดยมีความประสงค์จะรวมกิจการแพทย์ทั้งสิ้นเป็นหน่วยเดียวกัน
ฉะนั้นจึงให้ตั้งกรรมการขึ้นพิจารณาจัดการปรับปรุงการแพทย์ให้
สมความประสงค์ดังกล่าวแล้วข้างต้นคณะหนึ่ง...”



จากจุดเริ่มต้นที่ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัย
ที่ดี มีชีวิตยืนยาวขึ้น ในปี พ.ศ. 2485 รัฐบาล จอมพลแปลก
พิบูลสงคราม มีความต้องการขยายงานทางสาธารณสุขของ
ประเทศไทย จึงมีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ตั้งคณะกรรมการ
ปรับปรุงการแพทย์ นับตั้งแต่วันนั้นจวบจนวันนี้ มหาวิทยาลัย
มหิดลมีประวัติอันยาวนานกว่า 120 ปี นับตั้งแต่เริ่มก่อตั้งขึ้นจาก
“**โรงศิริราชพยาบาล**” เมื่อปี พ.ศ. 2431 และพัฒนามาจนกระทั่ง
ปัจจุบันเป็นมหาวิทยาลัยมหิดลที่สมบูรณ์แบบ มีความหลากหลาย
ในศาสตร์แขนงต่าง ๆ และได้รับการจัดอันดับเป็นมหาวิทยาลัย
อันดับ 1 ของประเทศไทยจากสถาบันจัดอันดับระดับโลกหลาย
สถาบัน อาทิ Time Higher Education (THE), World University
Ranking และ Quacquarelli Symonds Asian University Ranking
(QS APPLE) เป็นต้น ทั้งนี้ในปัจจุบันมหาวิทยาลัยมหิดลมีส่วน
งาน หน่วยงาน และกลุ่มภารกิจในสังกัด ประกอบด้วย สำนักงาน
สภามหาวิทยาลัย, สำนักงานอธิการบดี, วิทยาเขตกาญจนบุรี,
บัณฑิตวิทยาลัย, หอสมุดและคลังความรู้, คณะ 16 คณะ, สถาบัน
7 สถาบัน, วิทยาลัย 6 วิทยาลัย, ศูนย์ 10 ศูนย์, กองงานใน

สำนักงานอธิการบดี 12 กองงาน และโครงการจัดตั้งวิทยาเขต 2
โครงการ นอกจากนี้ยังมีสถาบันสมทบอีก 20 แห่ง

ด้วยความตั้งใจที่จะนำมหาวิทยาลัยให้เป็นศูนย์รวมของ
การแสวงหาความรู้ สร้างความรู้ เผยแพร่ ประยุกต์ และรักษา
ความรู้ จึงเป็นสถาบันที่สำคัญยิ่งในโลกยุคปัจจุบัน บทบาทของ
มหาวิทยาลัยมหิดลคือ การเป็นผู้นำของการเปลี่ยนแปลงสู่สังคม
แห่งความรู้ทั้งภายในประเทศ ในภูมิภาค และในโลก มหาวิทยาลัย
มหิดลจึงมีเป้าหมายสู่การเป็นมหาวิทยาลัยระดับโลก (Global
University) โดยไม่ลืมที่จะสร้างคุณค่าเพิ่ม (Value added) ให้แก่
สังคมไทย ในฐานะที่เป็นภูมิปัญญาของแผ่นดิน นอกจากนี้จะยัง
คงมุ่งมั่นที่จะอยู่เคียงคู่กับสังคมไทย ด้วยการทำหน้าที่เป็นสถาบัน
การศึกษาที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่เยาวชนออกไป
เป็นบัณฑิตที่มีความรู้ความสามารถ มีจิตอาสา มีจริยธรรม ความ
รับผิดชอบต่อสังคมแล้ว มหาวิทยาลัยมหิดลจะส่งเสริมงานวิจัย
ที่มุ่งแก้ปัญหาให้แก่ประเทศ ด้วยความเชี่ยวชาญในศาสตร์หลาก
หลายสาขา กอปรด้วยนักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิและบุคลากรสาย
งานต่าง ๆ ที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูง มหาวิทยาลัย



มหิดลจึงยังคงยึดมั่นที่จะเป็นปัญญาของแผ่นดิน เพื่อเป็นที่พึ่งพิงทางปัญญาและชี้แนะแนวทาง พร้อมจุดประกายความคิดไปสู่ทิศทางที่ถูกต้อง เพื่อสร้างคุณูปการให้แก่สังคม สมดังพระราชดำริของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ที่มหาวิทยาลัยยึดถือเป็นหลักปรัชญาว่า **“ความสำเร็จที่แท้จริงอยู่ที่การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์สุขแก่มวลมนุษยชาติ”**

จากความมุ่งมั่นตั้งใจสร้างความเป็นเลิศทางด้านสุขภาพศาสตร์ ศิลป์ และนวัตกรรมบนพื้นฐานของคุณธรรม เพื่อสังคมไทยและประโยชน์สุขแก่มวลมนุษยชาติ เพื่อให้สมกับพันธกิจที่ตั้งไว้ ด้วยเหตุนี้สมาคมศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยมหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์ จึงมีการจัดประกาศเชิดชูเกียรติผู้มีความรู้ความสามารถ

มีจริยธรรม คุณธรรม บำเพ็ญประโยชน์ ต่อส่วนรวม และประสบผลสำเร็จทางด้านวิชาการและการดำรงชีวิต เป็นที่ยอมรับทั้งในระดับชาติและนานาชาติ เพื่อเป็นแบบอย่างแก่ชาวมหาวิทยาลัยมหิดลและสาธารณชนทั่วไป เพื่อเข้ารับรางวัล “มหิดลทยากร” ในงาน ๔๔ ปีวันพระราชทานนามมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อต้นเดือนมีนาคมที่ผ่านมา ณ ห้องบรรยาย ศ.นพ.พัชรวาล โสธานนท์ สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา โดยในปีนี้มีผู้ได้รับรางวัลที่เป็นสตรีจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ **ศ.เกียรติคุณ พญ.เพ็ญศรี พิชัยสนธิ์, ศ.เกียรติคุณ พญ.วันดี วราวิทย์ และ รศ.ทพญ.ดร.ธีรลักษณ์ สุทธเสถียร**

ศ.เกียรติคุณ พญ.เพ็ญศรี พิชัยสนธิ์

ศ.เกียรติคุณ พญ.เพ็ญศรี พิชัยสนธิ์ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เคยดำรงตำแหน่งรองผู้ว่ากรุงเทพมหานคร ฝ่ายสาธารณสุข, ผู้อำนวยการประจำคณะกรรมการสตรี เยาวชนและผู้สูงอายุ วุฒิสภา, WHO Expert Advisory Panel on Maternal and Child Health/F.P. โดย 30 ปีก่อนหน้านั้นเคยรับราชการเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยแม่และเด็ก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนายกสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ และประธานมูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส) ขณะดำรงตำแหน่งรองผู้ว่ากรุงเทพมหานคร ได้ริเริ่มโครงการที่มีประโยชน์ต่อประชาชนหลายโครงการ อาทิ โครงการครอบครัวเป็นสุข ชุมชนเข้มแข็ง, ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี (OSCC) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร 9 แห่ง, คลินิกสุขภาพสตรี ในศูนย์บริการสาธารณสุข 65 ศูนย์ ตลอดจนจัดตั้งหน่วยปฐมภูมิสำหรับเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฯลฯ





ศ.เกียรติคุณ พญ.วันดี วราวิทย์

ศ.เกียรติคุณ พญ.วันดี วราวิทย์ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (มหาวิทยาลัยมหิดล), Pediatric Resident and Chief Resident, Diploma American Board of Pediatrics, The Children's Mercy Hospital, Missouri University, USA ปัจจุบันเป็นอาจารย์พิเศษประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เคยได้รับรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล ปี บราวน เพื่อการแพทย์และสาธารณสุขไทย ประจำปี พ.ศ. 2550 จากผลงานวิจัยและพัฒนาการใช้สารน้ำเกลือ-น้ำตาลทางปากรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในประเทศไทย และการรักษาและควบคุมโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอย่างครบวงจร นอกจากนี้เป็นผู้มีส่วนผลักดัน



ให้กระทรวงสาธารณสุขจัดหาวัคซีนไวรัสโรต้า เข้าไว้ใน EPI เพื่อลดความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ทำให้วัคซีนมีราคาถูก เนื่องจากมีการใช้เป็นจำนวนมาก เด็กไทยเข้าถึงได้ นับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของสาธารณสุขไทยในการควบคุมโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก

รศ.กพญ.ดร.ธีรลักษณ์ สุทธเสถียร

รศ.กพญ.ดร.ธีรลักษณ์ สุทธเสถียร สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1 เหรียญทอง) จากมหาวิทยาลัยมหิดล เคยดำรงตำแหน่งคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2 สมัย), เป็นผู้ริเริ่มให้มีการดำเนินการพัฒนาระบบโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ซึ่งเป็นโรงพยาบาลต้นตกรรรมแห่งเดียวและแห่งแรกในประเทศไทยที่ได้ดำเนินการจนปัจจุบันได้รับการประเมินผ่านขั้นที่ 2 นอกจากนี้ยังได้เริ่มเปิดบริการทางทันตกรรม ณ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก โดยได้รับพระราชทานนามจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ว่า “โรงพยาบาลทันตกรรมมหาจักรีสิรินธร”, เป็นผู้ดำเนินการจัดสร้าง “อาคารเฉลิมพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี” ที่พร้อมด้วยอุปกรณ์ทันตกรรมทันสมัย เป็นคณะทันตแพทยศาสตร์ที่มีเก้าอี้ทำฟันมากที่สุดในโลก นอกจากนี้เป็นผู้นำทีมช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบภัยจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ



เมื่อปี พ.ศ. 2547 และมหาอุทกภัยเมื่อปี พ.ศ. 2554 และร่วมออกหน่วยทันตกรรมพระราชทานฯ บริการแก่ผู้ด้อยโอกาสอย่างสม่ำเสมอ

คอร์ปชั่น



ประเทศไทยมีชื่อเสียง (ที่ไม่ดี) มากเกี่ยวกับการคอร์ปชั่น และเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่ามีการคอร์ปชั่นกันอย่างแพร่หลาย จนมีข่าวว่าขณะนี้ 30-35% ของงบประมาณรายจ่ายต้องเสียไปกับค่าคอร์ปชั่น หรือเป็นเงินหลายแสนล้านบาทต่อปี!

ทำอย่างไรถึงจะหยุดหรือลดการคอร์ปชั่นให้ได้มากที่สุด สาเหตุของการคอร์ปชั่นมีมากมาย ถ้าเราจะปราบคอร์ปชั่น เราจะต้องทำหลาย ๆ อย่างควบกันไปทั้งหมด ต้องมีแผนระยะสั้น ระยะยาว และต้องเริ่มทำหลาย ๆ อย่างพร้อมกันไป สาเหตุใหญ่ ๆ ของการคอร์ปชั่นคือ คนไม่ดี โลกมาก ฟุ่มเฟือย ไม่รู้จักผิดชอบชั่วดี รายได้น้อย และระบบควบคุมหรือตรวจสอบยังไม่ดีพอ

ผมมีความเห็นมานานแล้วว่าข้าราชการไทยนั้นมีเงินเดือนน้อย เมื่อเทียบกับค่าครองชีพ และประเทศเพื่อนบ้าน เพียงแค่เทียบกับมาเลเซีย เราก็สู้เขาไม่ได้แล้ว (อย่างน้อยเงินเดือนแพทย์) ไม่ต้องเทียบกับสิงคโปร์หรือฮ่องกง ผมทราบดีว่าเงินเดือนแพทย์ (ต่างจังหวัด) ต่ำขึ้นมาก แต่ก็ยังไม่ดีพอ โดยเฉพาะบางจังหวัดที่ “ปิด” เช่น แม่ฮ่องสอนที่ทุรกันดาร ที่ไม่มีใครอยากไปอยู่ ก่อนที่เราจะให้ข้าราชการเสียสละ เราต้องให้เงินเดือนเขาให้เพียงพอ (และแรงจูงใจอื่น ๆ เช่น ที่พัก รถยนต์ งบประมาณ เครื่องมือ บุคลากรที่เพียงพอในการทำงาน รวมทั้งควรมีโรงเรียนที่ดี ได้มาตรฐานในจังหวัดนั้น ๆ) เขาจะได้ไม่ต้องไปทำงานที่ 2 เพื่อหารายได้เพิ่มเพื่อเลี้ยงครอบครัว หรือต้องหาเงินมากเพิ่มขึ้นเพื่อที่จะส่งลูกไปโรงเรียนที่กรุงเทพฯ หรือเมืองใหญ่ ผมคิดว่าให้เงินเดือนให้พอไปเลย โดยเฉพาะครู ตำรวจ ทหารพยาบาล ฯลฯ ให้เขาอยู่ได้อย่างสบาย สมศักดิ์ศรี โดยไม่ต้องไปหารายได้พิเศษเพิ่ม รวมทั้งนักการเมืองด้วย นายกรัฐมนตรีเขาไปเลยเดือนละ 1 ล้านบาท รองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรี รัฐมนตรีช่วย ส.ว. ส.ส. ฯลฯ ได้ลดหลั่นตามลงมา ถึงอย่างไรก็ไม่ถึงกับยอหลายแสนล้านบาทที่หายไปกับการคอร์ปชั่น หลายคนบอกว่าไม่มีงบประมาณที่จะเพิ่มเงินเดือน แต่ผมว่ามี ถ้าบริหารจัดการให้เก่งและโปร่งใส หลายคนบอกว่าให้เท่าไรก็ไม่พอ

ก็อาจจะจริงในปัจจุบันนี้ ฉะนั้นเราจึงต้องสอนเด็กและเยาวชนให้เป็นคนดี ประหยัด ไม่ฟุ่มเฟือย ตั้งแต่เกิด พ่อแม่ พี่น้อง ครู โรงเรียน สังคม ต้องรู้จักคำว่าประหยัด ไม่ฟุ่มเฟือย ทวี หนังสือพิมพ์ วิทยุ สื่อต่าง ๆ ต้องช่วยกันไม่ทำตัวอย่างที่ฟุ่มเฟือย สอนให้รู้จักคุณค่าของเงิน ซื้อของ รับประทานอาหารอย่างประหยัด รับประทานที่บ้านมากกว่าที่ร้านอาหาร ถึงแม้จะรับประทานอาหารที่ร้านก็ต้องเลือกที่อร่อยและถูก และไม่ต้องเลี้ยงคนอื่น ช่วยกันออก อย่าซื้อของเพราะถูก ซื้อเพราะต้องใช้ ถูกและดี คนไทยได้ชื่อว่าซื้อของ (shopping) เก่งมาก!!

การให้ค่าตอบแทนของข้าราชการ (เงินเดือน) ผมเสนอว่าให้เป็นเงินเดือนไปเลย ไม่ควรมีค่าตำแหน่ง ค่าโน่นค่านี้ เพราะเหตุนี้ทุก ๆ คนจึงแย่งกันมีตำแหน่ง ซึ่งมีน้อยอยู่แล้ว บำเหน็จ บำนาญไม่ต้องมี แต่รัฐและเอกชนควรเก็บ 10-20% จากเงินเดือนโดยอัตโนมัติ และจ่ายเพิ่มให้อีก 10-20% จึงจะทำให้แต่ละคนอาจออมถึง 40% ของเงินเดือน ถ้าเริ่มทำอย่างนี้ตั้งแต่อายุ 25 ปี กว่าเกษียณอายุตอน 55-65 ปี จะมีเงินหลายล้าน และเงินออมนี้ควรเอาไปซื้อกองทุนต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพที่ให้ค่าตอบแทนสูง และมีความเสี่ยงน้อยที่สุด (สำหรับระยะยาวการซื้อกองทุนทุกเดือนถือว่ามีความเสี่ยงน้อยมาก) และแนะนำให้ทุก ๆ คนทำประกันสุขภาพ (เสริมจากบัตรทองหรือประกันสังคม) และประกันชีวิต

ถ้าเงินที่มีไม่พอที่จะเพิ่มเงินเดือน (พออยู่แล้ว ถ้าไม่มีการคอร์ปชั่น) ผมก็แนะนำให้ (ถึงอย่างไรก็ต้องทำ) หาวิธีการที่จะเก็บภาษีรายได้จากทุก ๆ คนที่ควรจะต้องเสียภาษี ทราบว่าปัจจุบันนี้ผู้ที่มีเงินเดือนประจำเป็นส่วนใหญ่เท่านั้นที่เสียภาษี ยังมีผู้ที่ควรจะต้องเสียภาษีอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้เสียภาษี ผมเสนอให้นำทุก ๆ คนที่มีบัตรประชาชนมาเข้าอยู่ในระบบภาษีไม่ว่าจะเข้าช่วยการเสียภาษีหรือไม่ ถ้าเข้าช่วยก็ต้องเสีย ไม่เข้าช่วยก็ต้องเสีย การเก็บภาษีไม่ต้องถึง 37% แต่อาจเก็บเพียง 20% ของรายได้จากทุก ๆ คน ถ้าทำเช่นนี้จะมีคนหนีภาษีน้อยลง และรวมแล้วอาจเก็บภาษีได้มากกว่าการเก็บภาษีที่สูงสุดถึง 35-37% ของรายได้

ถ้าเราไม่มีการคอร์ปชั่น ประเทศก็จะพัฒนาไปได้อย่างรวดเร็ว ไม่กี่ปีเราก็จะใช้หนี้ 2 ล้านล้านบาทที่รัฐบาลกำลังจะกู้เพื่อมาพัฒนาระบบการคมนาคมของไทย ซึ่งล่าช้า โดยเฉพาะรถไฟที่เป็นมา 50 กว่าปีแล้ว! หรือเราอาจไม่ต้องกู้เงินเลยก็ได้ ถ้าเราไม่มีการคอร์ปชั่น เพราะเราจะมีเงิน 2-4 แสนล้านบาทสำหรับการพัฒนาประเทศทุกปี

จีนเตือนภัยไข้หวัดนกระบาด

รอยเตอร์ส – ทางการจีนออกประกาศเตือนภัยไข้หวัดนกท่ามกลางรายงานผู้ติดเชื้อไวรัส H7N9 หายยเสียชีวิต

สำนักข่าวซินหัวของทางการจีนรายงาน ล่าสุดพบผู้เสียชีวิตแล้วอย่างน้อย 16 ราย โดยผู้เสียชีวิตกลุ่มล่าสุดพบในนครเซี่ยงไฮ้ อันเป็นศูนย์กลางการระบาดของไวรัส H7N9 ขณะเดียวกันก็ยังไม่ทราบสาเหตุของการติดเชื้อ และยังไม่มีกรยืนยันว่าไวรัสดังกล่าวสามารถแพร่จากคนสู่คนได้หรือไม่

แหล่งข่าวอ้างถึงคณะกรรมการสุขภาพและการวางแผนครอบครัวคาดว่า มีโอกาสที่จำนวนผู้ติดเชื้ออาจพุ่งสูงกว่านี้ เนื่องจากการควบคุมการติดเชื้อยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ตามที่พบว่าเป็นไก่ที่จำหน่ายกันในท้องตลาดบางส่วนมีผลตรวจเป็นบวกต่อเชื้อ H7N9 กระนั้นเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าสัตว์ปีกเป็นต้นตอของการแพร่เชื้อหรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติใกล้ชิดกับสัตว์ปีกก่อนล้มป่วย

การแพร่ระบาดของไข้หวัดนกครั้งล่าสุดทำให้ชาวจีนจำนวนมากงดบริโภคสัตว์ปีกเนื่องจากกลัวติดไวรัส ส่งผลให้ภาคธุรกิจประสบความสูญเสียแล้วกว่า 10,000 ล้านหยวนนับตั้งแต่พบการระบาดครั้งแรก ขณะเดียวกันก็มีรายงานว่าเริ่มพบการระบาดขยายออกไปนอกสามเหลี่ยมปากแม่น้ำแยงซีทางตะวันออกเข้าสู่กรุงปักกิ่งและมณฑลเหอหนานในภาคกลางแล้ว

ผลิตไตในห้องปฏิบัติการ สู่ความหวังใหม่ผู้ป่วยไตวาย

รอยเตอร์ส – นักวิจัยพบเทคนิคใหม่สำหรับสร้างไตในห้องปฏิบัติการ นับเป็นก้าวใหม่สู่การปลูกถ่ายอวัยวะ

นักวิจัยโรงพยาบาลกลางแมสซาชูเซตส์ของสหรัฐอเมริกาเปิดเผยว่า ความสำเร็จในการสร้างไตสำหรับหนูทดลองนี้สามารถนำไปต่อยอดเพื่อสร้างไตทดแทนสำหรับผู้ป่วยที่โรคอวัยวะวายะบิโรค โดยใช้อวัยวะที่สร้างขึ้นจากเซลล์ของตนเอง ซึ่งวิธีนี้จะช่วยลดปัญหาการต่อต้านอวัยวะและเพิ่มจำนวนอวัยวะที่พร้อมใช้ในการรักษา

ทีมวิจัยใช้ไตจริงเป็นวัตถุดิบในการสร้างไตทดแทน โดยใช้สารเคมีชะล้างเซลล์ภายในออกให้เหลือแต่ตัวอวัยวะ จากนั้นจึงนำเซลล์ไตจากหนูเกิดใหม่และเซลล์หลอดเลือดฉีดเข้าไป ซึ่งกระบวนการนี้ใช้เวลา 5 วันจึงแล้วเสร็จ และเมื่อนำไปทดสอบในอุปกรณ์ฟอกไตก็พบว่าไตที่สร้างขึ้นใหม่สามารถกรองของเสียและผลิตปัสสาวะได้ และแม้ผลการปลูกถ่ายในหนูทดลองชี้ว่าไตนี้ยังมีประสิทธิภาพไม่เทียบเท่าไตจริง แต่ก็ทำงานได้ค่อนข้างดี

นักวิจัยคาดหวังว่า เทคนิคการนำไตมาใช้เป็นโครงสำหรับผลิตไตใหม่นี้จะช่วยทำให้ไตบริจาคที่จำเป็นต้องกำจัดเนื่องจากติดเชื้อหรือมีโรคสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อีกครั้ง และลำดับต่อไปก็ตั้งเป้าจะผลิตไตหมูซึ่งมีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อใช้เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับก้าวสู่การผลิตไตคน



บีตรูตลดความดันเลือด

บีบีซี – การดื่มน้ำคั้นบีตรูตสักแก้วอาจช่วยลดความดันเลือดในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง

ผลการศึกษารายงานในวารสาร Hypertension ระบุว่า การดื่มน้ำบีตรูตปริมาณ 250 มิลลิลิตร สามารถลดความดันเลือดได้ 10 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วย 15 ราย และบางรายมีความดันเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเห็นผลหลังดื่มแล้วประมาณ 3-6 ชั่วโมง และยังมีผลต่อเนื่องไปจนถึงวันรุ่งขึ้น

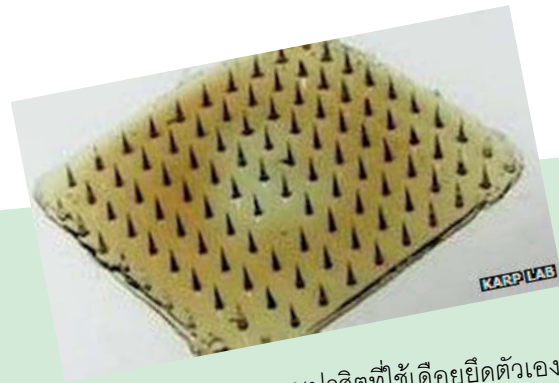
นักวิจัยกล่าวว่า ในเตรตในหัวบีตรูตมีคุณสมบัติช่วยขยายหลอดเลือดจึงช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องน่าประหลาดที่ในเตรตเพียงเล็กน้อยกลับให้ผลลัพธ์ที่เห็นได้ชัด และคาดหวังว่าการหันไปบริโภคผักและผลไม้ที่มีไนเตรตสูงอาจเป็นวิธีช่วยฟื้นฟูสุขภาพของหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างง่ายดาย อย่างไรก็ตามก็ดียิ่งว่าผลลัพธ์นี้ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป และเตือนว่าการดื่มน้ำบีตรูตอาจมีผลข้างเคียงทำให้ปัสสาวะกลายเป็นสีชมพู



พลาสติกเข็มปิดแผลผ่าตัด

ปีปีซี - นักวิจัยสหรัฐอเมริกาพัฒนาพลาสติกที่มีผิวหน้าเป็นเข็มขนาดเล็กสำหรับใช้ปิดแผลผ่าตัดแทนการเย็บแผล

นักวิจัยเปิดเผยว่า พลาสติกชนิดนี้มีความแข็งแรงกว่า 3 เท่าเมื่อเทียบกับวัสดุที่ใช้ปิดแผลไหม้ และพลาสติกเข็มซึ่งได้รับแรงบันดาลใจมาจากหนอนปรสิติที่ใช้เดือยยึดตัวเองกับพุงปลา นั้นสามารถยึดแผลผ่าตัดได้อย่างมั่นคงโดยไม่จำเป็นต้องเย็บแผล โดยมีผลสำเร็จจากการทดสอบในสัตว์ทดลองเป็นหลักฐานยืนยัน นักวิจัยกล่าวด้วยว่า พลาสติกเข็มนี้ยังสามารถเปลี่ยนเข็มขนาดจิ๋วมาใช้เป็นเข็มบรรจุด้วยยา โดยเพิ่มผลผลิตจากพลาสติกของพลาสติกจะพองตัวขึ้นเมื่อเจาะลงไปบนผิวหนังที่เปื่อย จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อผิวหนังขณะที่ยึดผิวได้แน่นสนิท และการออกแบบโดยใช้ปรสิติเป็นตัวช่วยนี้ยังช่วยให้การลอกพลาสติกออกเจ็บน้อยลง และลดความเสี่ยงการติดเชื้อได้ดีกว่าการเย็บแผลทั่วไป



รสเบียร์กระตุ้นชายอยากดื่มเหล้า

ปีปีซี - การจิบเบียร์เพียงเล็กน้อยทำให้สมองตื่นตัวและหลั่งโดปามีน และกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์

ผลการศึกษาโดยนักวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยลุยเซียนาของสหรัฐอเมริกาชี้ว่า การได้รับเบียร์ในปริมาณเพียง 15 มิลลิลิตรในเวลา 15 นาที ทำให้สมองหลั่งโดปามีนออกมาเพิ่มขึ้น และทำให้ผู้เข้าร่วมการทดสอบซึ่งเป็นผู้ชายเกิดความรู้สึกปรียาวปากอยากดื่มแอลกอฮอล์ และเห็นผลได้ชัดในผู้ที่ครอบครัวมีประวัติติดสุรา

นักวิจัยกล่าวว่า การศึกษานี้ นับเป็นครั้งแรกที่ชี้ว่ารสของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถกระตุ้นกิจกรรมของโดปามีนในสมองโดยไม่เป็นผลจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ และการที่เห็นผลลัพธ์ชัดเจนกว่าในผู้ที่ครอบครัวมีประวัติติดเหล้าอาจเป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพิษสุราที่สืบทอดกันในครอบครัว



อียูยืนยันเนือม้าปนเปื้อนไม่เป็นอันตราย

เอพี - ผลการทดสอบกว่า 7,000 ครั้งทั่วสหภาพยุโรป (อียู) พบเนือม้าปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เนือวัวราวร้อยละ 5 แต่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ผลการทดสอบรายงานด้วยว่า พบยาต้านการอักเสบ phenylbutazone ใช้ในเนือม้าราวร้อยละ 0.5 ซึ่งแม้ยาดังกล่าวถือเป็นสารต้องห้ามสำหรับใช้ในคน เนื่องจากทำให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรง แต่ผู้เชี่ยวชาญยืนยันว่าความเสี่ยงต่อผลกระทบจากยาอยู่ในระดับต่ำมากเมื่อพิจารณาจากการได้รับยาปริมาณเพียงน้อยนิดในเนือม้าปนเปื้อน

ด้านกรมการสาธารณสุขยุโรปออกมาสำคัญว่า ผลการทดสอบต่างยืนยันตรงกันว่าปัญหาเนือม้าปนเปื้อนเป็นปัญหาด้านความปลอดภัยของอาหารแต่อย่างใด และรับประกันว่าจะเร่งฟื้นฟูความเชื่อมั่นของผู้บริโภคและเพิ่มโทษผู้ละเมิดฉลากสินค้าอาหาร และจะปรับปรุงการควบคุมคุณภาพห่วงโซ่อาหารให้รัดกุมยิ่งขึ้น

ปัญหาเนือม้าปนเปื้อนเกิดขึ้นเมื่อเดือนมกราคมที่ผ่านมาจากการที่สำนักความปลอดภัยอาหารของไอร์แลนด์ตรวจพบดีเอ็นเอม้าในผลิตภัณฑ์เบอร์เกอร์ที่วางจำหน่ายในห้างสรรพสินค้าใหญ่ในอังกฤษและไอร์แลนด์ ก่อนจะระบดไปทั่วอียูและส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อภาคธุรกิจ

EMS ในฝรั่งเศส

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

นับได้ว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของประเทศฝรั่งเศสซึ่งมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในทวีปยุโรป ถือเป็นต้นแบบของประเทศไทยมายาวนานถึง 15 ปี

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



การดูแลรักษานอกโรงพยาบาลของประเทศฝรั่งเศสถูกดำเนินการโดยองค์กรรัฐจากส่วนกลาง และแบ่งพื้นที่ปฏิบัติการออกเป็นเขตศูนย์บริการในแต่ละเขตจะบริหารจัดการโดยใช้เงินงบประมาณจากทั้งโรงพยาบาลหลักของแต่ละเขตและงบประมาณจากส่วนกลาง ตลอดจนเงินบริจาคของมูลนิธิ

การดูแลรักษาในภาวะฉุกเฉินนั้น ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เลยตั้งแต่นอกโรงพยาบาลจนถึงห้องฉุกเฉิน

ศูนย์บริการที่ไปดูงานคือศูนย์บริการ Samu ประจำ district 92 ซึ่งขึ้นตรงต่อโรงพยาบาล Raymond Poincare Hospital ของประเทศฝรั่งเศส



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

บุคลากรที่รับโทรศัพท์ภายในศูนย์สั่งการต้องผ่านการอบรมความรู้ด้านการปฐมพยาบาลอย่างน้อย 3 เดือน ดังนั้น เมื่อมีการโทรศัพท์ฉุกเฉินด้วยหมายเลขด่วน 15 เข้ามา บุคลากรที่ศูนย์สั่งการนี้จะทำการคัดแยกความเร่งด่วนของบริการ เพื่อพิจารณาว่าจะนำรถฉุกเฉินระดับปฏิบัติการชั้นสูงหรือชั้นพื้นฐานออกไปดำเนินการ

ถ้ามีข้อสงสัยก็จะติดต่อกับแพทย์ที่นั่นประจำในศูนย์เพื่อช่วยตัดสินใจ รวมทั้งสั่งการรักษาเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และประสานการนำส่งผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล Raymond Poincare Hospital หรือโรงพยาบาลใกล้เคียง นอกจากนี้ยังทำการประสานงานกับศูนย์ย่อย ๆ ที่กระจายตามที่ตั้งต่าง ๆ ใน district 92 ร่วมด้วย

สำหรับรถฉุกเฉินระดับปฏิบัติการชั้นพื้นฐานมักดำเนินการโดยพนักงานดับเพลิงซึ่งก็มีการประสานงานเป็นอย่างดีกับศูนย์ Samu

ในประเทศฝรั่งเศสนั้น ผู้ป่วยสามารถมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้ 2 วิธีคือ

1. ถูกนำส่งด้วยรถพยาบาลฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยโทรศัพท์ฉุกเฉินเบอร์ 15 ก็จะมีหน่วยปฏิบัติการจาก Samu หรือสถานดับเพลิงนำคนไข้ส่งโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยปรึกษากับแพทย์ทั่วไป และแพทย์ท่านนั้นแจ้งให้มารักษาพยาบาลฉุกเฉิน (นิยมกันมากในฝรั่งเศส) หรือผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเองโดยตรง โดยจะมี



“เวลาโทรศัพท์ตามศูนย์รถพยาบาลมักจะถูกชักตามอาการกัน เป็นนานสองนานเพื่อทำการคัดกรองอยู่นั่นแหละ ทั้งที่คนป่วย เขาก็ตกใจกับอาการที่เกิดขึ้นฉุกเฉินอยู่แล้ว ทำให้เสียเวลา ไปเปล่า ๆ และเสียอารมณ์ด้วย”

พยาบาลที่ห้องฉุกเฉินทำการคัดกรองความรุนแรงของอาการ ซึ่งถ้าไม่ฉุกเฉินก็จะนัดให้มาพบแพทย์ตามหน่วยรักษาเฉพาะทางในวันถัดไป แต่ถ้าฉุกเฉินก็จะส่งเข้าห้องฉุกเฉินทันที โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉินแต่อย่างใดเลย

หลังจากรับการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินแล้ว ก็จะดำเนินการประสานกับทีมแพทย์เฉพาะทางต่าง ๆ มาดูแล ทางโรงพยาบาลมี fast track สำหรับโรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น aortic dissection หรือ อุบัติเหตุรุนแรง ซึ่งสามารถส่งตรงเข้าห้องผ่าตัดได้เลย หรือกรณีไม่ต้องผ่าตัดก็สามารถส่งเข้าห้องดูแลผู้ป่วยวิกฤต (intermediate care) ซึ่งเป็นห้องผู้ป่วยที่เฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วยที่ไม่เกิน 1 วันได้ อันมีทั้งอุปกรณ์ช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ที่สามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้เลย

สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ขนย้ายทางอากาศ ก็มีการประสานงานกับหน่วยขนย้ายทางอากาศเพื่อร่วมในการขนย้ายผู้ป่วยให้ถึงที่หมายได้อย่างปลอดภัย



นอกจากนี้ยังมีการฝึกซ้อมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น สถานีดับเพลิงและตำรวจอย่างสม่ำเสมอในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภัยพิบัติต่าง ๆ ขึ้น



ฉันได้มีโอกาสนั่งแท็กซี่ในฝรั่งเศส ฉันจึงได้ลองพูดคุยสอบถามคนขับแท็กซี่ซึ่งเป็นชาวลาวที่อาศัยอยู่ในฝรั่งเศสมานานแล้ว

เขาเล่าว่า “ฝรั่งเศสสนับสนุนด้านการศึกษาและสุขภาพเป็นอย่างมาก สำหรับศึกษานั้น รัฐบาลจะช่วยเหลือให้เรียนฟรีจนจบปริญญาตรี ส่วนการรักษาพยาบาลก็ฟรีทั้งหมดเช่นกัน”

“เวลาเกิดเหตุฉุกเฉิน คนส่วนใหญ่มักชอบโทรศัพท์ตามดับเพลิง เพราะพนักงานดับเพลิงจะถามสั้น ๆ ว่า อยู่ที่ไหนและเป็นอะไร แล้วรีบปัดรถมาหาผู้ป่วยโดยทันที โดยถ้าเป็นกรณีรุนแรงก็พบว่า ระหว่างขับรถมานั้น พนักงานดับเพลิงก็จะโทรศัพท์แจ้งศูนย์รถพยาบาลให้ตามมาเองด้วย ทำให้สะดวกสำหรับผู้ป่วยซึ่งตกใจอยู่แล้ว ก็ไม่ต้องพูดจาให้รายละเอียดกันยาว ๆ ซึ่งสะดวกดีกว่าโทรศัพท์แจ้งศูนย์รถพยาบาล”

เขาพูดเสริมว่า “เวลาโทรศัพท์ตามศูนย์รถพยาบาลมักจะถูกชักตามอาการกันเป็นนานสองนานเพื่อทำการคัดกรองอยู่นั่นแหละ ทั้งที่คนป่วยเขาก็ตกใจกับอาการที่เกิดขึ้นฉุกเฉินอยู่แล้ว ทำให้เสียเวลาไปเปล่า ๆ และเสียอารมณ์ด้วย”

น่าจะคิดว่า...เราควรสร้างคำถามในการคัดกรองก่อนให้รถพยาบาลออกไปปฏิบัติภารกิจให้สั้นและกระชับมากขึ้นกว่านี้หรือไม่



สรุปปัญหาหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค และข้อเสนอในการแก้ปัญหา



<<< (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

นอกจากนั้นองค์กรทั้งหลายที่กล่าวมาแล้ว ได้แก่ สวรส., สสส., สช. และ สปสช. ก็ยังมีแหล่งเงินทุนจากเงินงบประมาณแผ่นดินมาใช้ในการดำเนินงานตามแนวทางและเป้าหมายของกลุ่มมาโดยตลอดเวลา โดยปราศจากการตรวจสอบความผิดปกติเหล่านี้ แม้จะมีบางองค์กรได้ตรวจสอบความผิดปกติ รัฐมนตรีที่มีหน้าที่ “กำกับดูแล” ก็ยังไม่มีกระทำการแก้ไข และลงโทษ และกลุ่มบุคคลในองค์กรเหล่านี้ก็ยังสามารถเสนอรัฐบาลทุกรัฐบาลที่เข้ามามีอำนาจบริหารประเทศให้ดำเนินการตามแนวทางของตน

เช่น ในรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี สวรส. ก็เสนอคณะรัฐมนตรีให้แต่งตั้งสำนักงานตรวจสอบระบบการรักษาพยาบาล (สพตร.) ไปตรวจสอบการสั่งใช้ยาในระบบสวัสดิการข้าราชการ และพบว่าแพทย์ในโรงพยาบาลระดับสูงสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติถึง 66% และชี้ประเด็นว่าแพทย์มีผลประโยชน์กับบริษัทยา จนถึงกับสั่งให้กรมสอบสวนคดีพิเศษไปตรวจสอบ และเรียกเงินจากโรงพยาบาลให้คืนกรมบัญชีกลาง ซึ่งโรงพยาบาลส่วนมากได้ยืนยันว่าแพทย์สั่งใช้ยาถูกต้องเหมาะสมแล้ว

ในรัฐบาลที่มีนายกรัฐมนตรีชื่อ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นั้น นพ.ประเวศ วะสี ผู้อาวุโสของกลุ่ม ก็เสนอตั้งคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ โดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติได้เสนองบประมาณทั้งสิ้นมา 1,187,470,000 บาท⁽¹⁾ ซึ่งเป็นเงินจากงบประมาณแผ่นดินจากภาษีของประชาชนที่ใช้หมดไปกับการทำงานของคณะกรรมการปฏิรูปและสมัชชาปฏิรูปประเทศ โดยไม่มีการตรวจสอบว่าเหมาะสมคุ้มค่าหรือไม่ และคณะกรรมการทั้งสองคณะนี้ก็ไม่สามารถทำให้รัฐบาลดำเนินการให้มีการ “ปฏิรูปประเทศได้เป็นรูปธรรม” คุ้มค่ากับเงินงบประมาณที่เสียไป เห็นมีแต่รายการจ่ายเพื่อการประชุม และค่าตอบแทนแก่กรรมการและประชาชนรวมทั้งกลุ่มเอ็นจีโอที่เข้าร่วมประชุม⁽¹⁾ และผลสรุปจากการประชุมก็คือสิ่งที่คนทั่ว ๆ

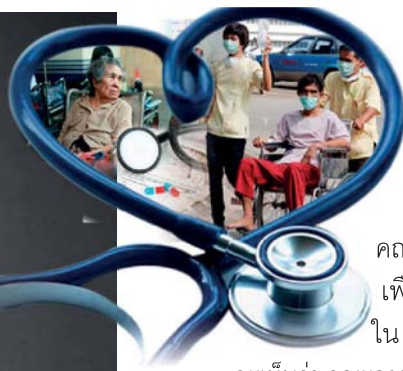
ไปรับทราบอยู่แล้ว และไม่มีกระทำการนำไปปฏิบัติให้เกิด “การปฏิรูปประเทศ” ตามแนวทางนั้น ๆ แต่อย่างใด

ในรัฐบาลนายกรัฐมนตรีอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ อีกเหมือนกันที่ สวรส. ได้เสนอให้มีการแต่งตั้งสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข (สพคส.) เป็นหน่วยงานใน สวรส. โดยกำหนดให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีเป้าหมายที่จะ “รวมกองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุนเข้าไว้ด้วยกัน” ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กลุ่มชมรมแพทย์ชนบทได้เขียนไว้ตั้งแต่มีการร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดไว้ในมาตรา 9 มาตรา 10 มาตรา 11 และ 12

โดยในช่วงที่มีการตั้ง สพคส. นั้น กลุ่มชมรมแพทย์ชนบทได้ส่งคน “หลากหลายสังกัด” ทั้งในแวดวงเอ็นจีโอ และแวดวงสาธารณสุขให้ออกมาอ้างประเด็น “ความเหลื่อมล้ำของประชาชนใน 3 กองทุน” เป็นอย่างมาก มีการโจมตีว่าสวัสดิการข้าราชการใช้งบประมาณค่ายาฟุ่มเฟือยให้ สพตร. ไปตรวจสอบ และยื่นให้ DSI นำผลการตรวจสอบของ สพตร. ไปขยายผลในการสอบสวนต่อ และมีการเรียกเงินคืนจากโรงพยาบาลต่าง ๆ (แต่ได้ทราบว่าการโรงพยาบาลหลายแห่งได้ยืนยันความถูกต้องทางหลักวิชาการแพทย์ในการสั่งยานั้น ๆ)

การกระทำของ สพตร. นี้มีเป้าหมายเพื่อจะหา “ผู้ทุจริตและได้รับผลประโยชน์จากบริษัทยา” เพื่อให้สังคมคล้อยตามว่า “ควรจะต้องควบคุมแพทย์ไม่ให้ใช้ยาใหม่ ๆ” เนื่องจากแพทย์มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับบริษัทยา และเป็นการใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น แต่เป้าหมายที่แท้จริงของชมรมแพทย์ชนบทในการทำให้สังคมคล้อยตาม





ความพยายามรวมกองทุนและ
การบริหารมาไว้ในมือของกลุ่มสถาบัน
เหล่านี้ ก้าวหน้าไปตลอดเวลา และขณะนี้
สามารถทำให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวง
สาธารณสุขไปเสนอคณะรัฐมนตรีให้แต่งตั้ง
คณะกรรมการพัฒนาระบบยา⁽²⁾ โดยอ้างว่า
เพื่อบูรณาการด้านสิทธิการรักษาพยาบาล
ใน 3 กองทุนให้เหมือนกัน

จะเห็นว่า คณะกรรมการส่วนใหญ่ในกรรมการและอนุกรรมการ
ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบยาไม่ได้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่าง
ลึกซึ้งในวิทยาการแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ใน
การรักษาผู้ป่วยที่เป็นจริงอยู่ในปัจจุบัน แต่อาจจะเป็นผู้เชี่ยวชาญ
จากสมัยก่อนที่ไม่ได้รักษาผู้ป่วยแล้วในปัจจุบัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ
เหล่านี้จะตามไม่ทันยานวัตกรรมใหม่ ๆ ที่ใช้รักษาโรคที่ยุ่ยาก
ซับซ้อนที่มียาที่มีคุณภาพและประสิทธิผลในการรักษาโรคที่
ร้ายแรง เช่น มะเร็ง และอื่น ๆ ได้ดีขึ้น ทำให้โรคที่ไม่เคยรักษาหาย
ให้หายได้ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ
ได้พยายามที่จะกำหนดรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
เพื่อจะให้แพทย์สั่ง “เฉพาะยาในบัญชียาหลัก” สำหรับใช้ในการ
รักษาผู้ป่วยใน 3 กองทุนเหมือน ๆ กัน แต่ปัญหาก็คือ เมื่อมียา
ใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิผลดีกว่า แพทย์ไม่อาจใช้ยาเหล่านั้นในการ
รักษาผู้ป่วยใน 3 กองทุนนี้ได้ มีแต่ผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง หรือผู้ป่วย
ที่มีประกันเอกชน และผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิในสวัสดิการของนักการ
เมืองเท่านั้นที่จะมีสิทธิได้รับยานวัตกรรมใหม่ ๆ เหล่านี้ ทำให้
ประชาชนที่มีสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขใน 3 กองทุนมีความ
ไม่เสมอภาคในการที่จะได้รับการรักษาที่ดีที่สุด เหมือนผู้ป่วยที่
จ่ายเงินเอง ผู้ป่วยที่ซื้อประกันสุขภาพเอง และบรรดานักการเมือง
ที่มีสิทธิได้รับการรักษาจากเงินงบประมาณแผ่นดินเหนือกว่า
ประชาชน

**การออกระเบียบหรือกฎเกณฑ์บังคับเช่นนี้จึงทำให้การบริการ
สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพ (Healthcare) ในกองทุนประกัน
สุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีผลเสีย คือ**

1. ไม่มีการพัฒนาการรักษาให้ก้าวหน้าวิทยาการใหม่ ๆ
ในโลกที่มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา
2. เป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาที่ดีที่สุด
3. เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ที่ถูกจำกัดสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย โดยใช้ “จำนวน
เงิน” เป็นตัวกำหนดขอบเขตการรักษา โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับ
“คุณภาพของการรักษา” เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิต
ดีขึ้น

(อ่านต่อบทหน้า) >>>

การ “กล่าวหาแพทย์” ก็คือ เพื่อโจมตีการใช้เงินของระบบสวัสดิการ
ข้าราชการเพื่อจุดหมายปลายทางสุดท้ายคือการ “รวบอำนาจการ
บริหารกองทุนสุขภาพทั้งหมดมาไว้ในมือของ สปสช.” ตามเหตุผล
ที่อ้างต่อสังคมคือ เพื่อให้เกิดความประหยัด ไม่ทุจริต ไม่มีเอี่ยว
ผลประโยชน์กับบริษัทฯ แต่ชีวิตและสุขภาพประชาชนจะยืดยาว
ประหยัดอย่างเดียว โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพและความเห็นแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคเลยหรือ?

เป็นการที่กลุ่มคนเหล่านี้กล่าวอ้าง และผู้เขียนก็มีความเห็น
ว่าอาจจะมีการทุจริตปนอยู่บ้างเป็นบางส่วนที่ควรจะต้องมีการ
ตรวจสอบ แต่ไม่ใช่ว่าการควบคุมแบบที่ให้นักบัญชีไป “บังคับบัญชา”
การรักษาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ดังที่กรมบัญชีกลางและคณะ
กรรมการบริหารระบบยากำลังทำอยู่

ในส่วนที่ สปสช. ได้รับการชี้ประเด็นความผิดจากสำนักงาน
การตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ในกรณีรับเงินผลประโยชน์ในการซื้อ
ยาจากองค์การเภสัชกรรมโดยมิชอบนั้น ก็ยังไม่เห็นรัฐมนตรีว่าการ
กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการลงโทษแต่อย่างใด

กลุ่มคนจากชมรมแพทย์ชนบท (และส่วนหนึ่งเป็นกรรมการ
ในองค์กรต่าง ๆ ดังกล่าว) มีความพยายามที่จะรวมกองทุนสุขภาพ
มาตลอด และไม่มีอาการเลิกล้ม ทั้งนี้เพื่อจะได้ “กุมอำนาจการบริหาร
กองทุน 2 แส่นล้านบาท” และคุมบังเหียนการบริหารจัดการใน
ด้านการสาธารณสุขของประเทศอย่างครบวงจร ตั้งแต่การกำหนด
นโยบาย (โดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) การควบคุมการใช้
งบประมาณในการบริการสาธารณสุขโดย สปสช. และการขยาย
การบริการไปสู่องค์กรบริหารท้องถิ่น และการเคลื่อนไหวยทาง
สังคมผ่านการใช้งบประมาณของ สสส.

การติดเนื้อเยื่อแบบฉีดยาจากหอยแมลงภู่

การใช้ไหมเย็บแผลในการยึดติดเนื้อเยื่อต่าง ๆ เข้าด้วยกันนั้น ถือได้ว่าเป็นวิธีมาตรฐานทางการแพทย์ที่นิยมใช้งาน แต่นอกจากนี้ก็ยังมีการใช้เทคนิคอื่น ๆ เช่นกัน เช่น การใช้ลวดเย็บ การใช้หมุด การใช้สกรู และการใช้การยึดติด เป็นต้น ในกรณีของการติดเนื้อเยื่อทางการแพทย์นั้น กาวที่ได้รับการพัฒนานิยมในการใช้งานในปัจจุบัน ได้แก่ กาวไฟบริน และกาวไซยาโนอะคริเลต อย่างไรก็ตาม กาวทั้งสองประเภทนั้นก็ยังมีข้อด้อยในการใช้งานอยู่ดี ในกรณีของกาวไฟบรินนั้น ข้อดีคือ เป็นสารธรรมชาติจึงทำให้สามารถย่อยสลายได้ในร่างกาย และมีอัตราการบวมแข็งตัวที่รวดเร็ว แต่ข้อด้อยคือ มีความแข็งแรงในการยึดติดและความต้านทานแรงดึงที่ต่ำ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคและการแพ้ของผู้ป่วยจากการใช้งานได้ ในกรณีของกาวไซยาโนอะคริเลตนั้น ข้อดีคือ มีความแข็งแรงในการยึดติดที่ดีมาก มีอัตราการบวมแข็งตัวที่รวดเร็ว และง่ายต่อการใช้งาน แต่มีข้อด้อยคือ มีอัตราการสลายตัวที่ต่ำมากและการเกิดปฏิกิริยาคายความร้อนในระหว่างการบวมตัว รวมทั้งมีความเสี่ยงของความเป็นพิษต่อเนื้อเยื่อจากสารเคมีที่ปลดปล่อยออกมาระหว่างการสลายตัว ทำให้ส่วนใหญ่แล้วแพทย์มักจะใช้งานกาวไซยาโนอะคริเลตที่บริเวณเนื้อเยื่อภายนอกเท่านั้น นอกจากนี้แล้ว กาวทั้งสองประเภทนี้มีประสิทธิภาพในการใช้งานที่ดีกับพื้นผิวที่แห้ง แต่จะไม่เหมาะกับการใช้งานในบริเวณเนื้อเยื่อที่เปียกหรือต้องสัมผัสกับเลือด ทำให้ไม่ค่อยเหมาะต่อการใช้งานสำหรับการยึดติดในการผ่าตัดเนื้อเยื่อด้านในของอวัยวะต่าง ๆ

เชื่อมโยงเป็นร่างแห (crosslinking) เพื่อให้กาวเกิดการแข็งตัวและทำให้เกิดการยึดติดกับวัตถุต่าง ๆ กาวดังกล่าวนี้มีความแข็งแรงในการยึดติดสูง และสามารถทนทานหรือทำงานแม้แต่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นของเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับตั้งแต่การค้นพบดังกล่าวก็ได้มีการพัฒนา กาวสังเคราะห์ที่เลียนแบบโครงสร้างทางเคมีของกาวจากหอยแมลงภู่จากทีมนักวิทยาศาสตร์จำนวนมาก สำหรับการนำไปประยุกต์ใช้งานในลักษณะต่าง ๆ ล่าสุด ทีมนักวิทยาศาสตร์จากประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการพัฒนา กาวหอยแมลงภู่แบบฉีดยาที่มีอัตราการย่อยสลายที่ความเร็วต่าง ๆ มีความแข็งแรงในการยึดเกาะที่ดีทั้งบนพื้นผิวแห้งและเปียก และมีความเข้ากันได้ทางชีวภาพที่ดี โดยตั้งชื่อว่า กาว iCMBAs (injectable citrate-based mussel-inspired bioadhesives)



ภาพแสดงการยึดเกาะของหอยแมลงภู่บนพื้นผิววัตถุด้วยกาวประสิทธิภาพสูงที่สร้างขึ้น^[3]



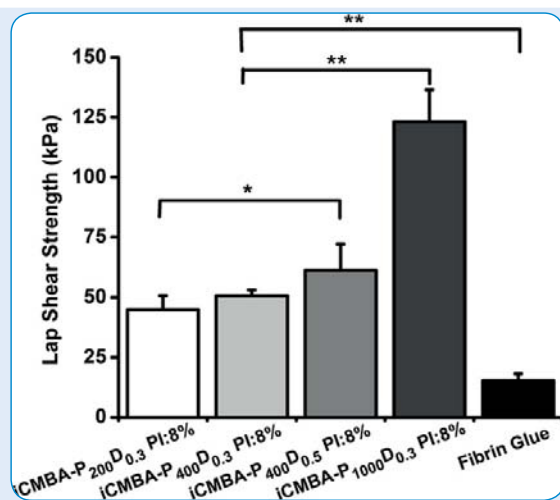
ภาพแสดงการใช้กาวติดเนื้อเยื่อในการเชื่อมติดบาดแผลต่าง ๆ ที่เนื้อเยื่อด้านในและด้านนอก^[1-2]

ก่อนหน้านี้ คอลัมน์วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ได้เคยนำเสนอการพัฒนาการยึดติดที่เลียนแบบจากกาวที่หอยแมลงภู่ใช้ในการยึดติดตัวเองเข้ากับวัตถุต่าง ๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นกาว 2 องค์ประกอบที่ส่วนหนึ่งมีลักษณะคล้ายเรซิน และอีกส่วนหนึ่งทำหน้าที่เป็นสารทำให้แข็งตัว โดยกรดอะมิโนที่มีชื่อว่า DOPA (dihydroxyphenylalanine) ซึ่งจะทำให้เกิดการ

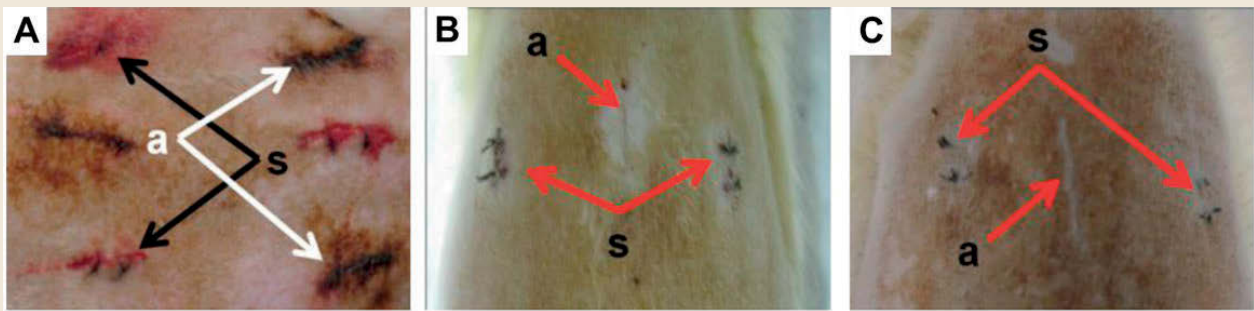
จากการทดสอบพบว่า ด้วยการเปลี่ยนแปลงส่วนผสมขององค์ประกอบทางเคมีของกาวติดเนื้อเยื่อที่พัฒนาขึ้น นักวิจัยสามารถเปลี่ยนแปลงค่าความแข็งแรงของการยึดเกาะของกาวได้ตามต้องการ และพบว่าสามารถให้ค่าสูงกว่ากาวไฟบรินได้สูงสุดถึงประมาณ 8 เท่า กาวดังกล่าวนี้ยังไม่แสดงความเป็นพิษต่อเซลล์ เมื่อนำไปทดสอบการใช้งานในการยึดติดบาดแผลบนผิวหนังของหนูทดลองที่มีความยาว 2 ซม.

และลึก 0.5 ซม. พบว่าสามารถยึดติดบาดแผลเข้าด้วยกันได้ดี สามารถห้ามเลือดได้ และช่วยให้บาดแผลสามารถสมานตัวได้โดยไม่ต้องใช้การเย็บด้วยไหมเย็บแผลช่วยแต่อย่างใด เมื่อนำผิวหนังที่ผ่านการยึดติดดังกล่าวไปทดสอบความแข็งแรง เปรียบเทียบกับการยึดติดด้วยไหมเย็บแผล พบว่าผิวหนังที่ยึดติดด้วยกาวหอยแมลงภู่มีความแข็งแรงที่มาก

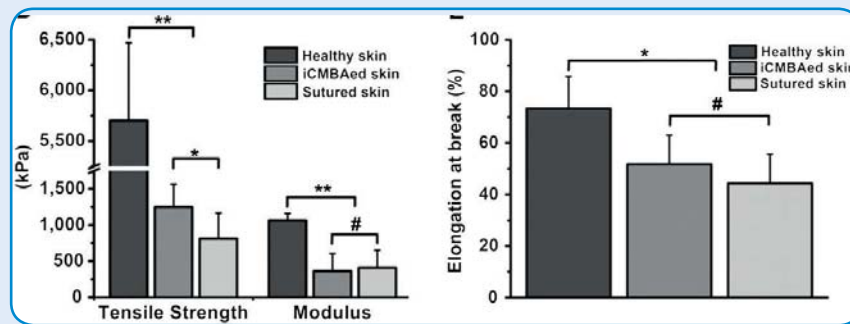
กว่าการยึดติดด้วยไหมเย็บแผล นอกจากนี้การติดเนื้อเยื่อนี้ยังสามารถสลายตัวได้ภายหลังการใช้งาน โดยสามารถปรับเปลี่ยนอัตราการสลายตัวให้เร็วหรือช้าให้ตรงตามความต้องการในการใช้งานได้ด้วยการปรับเปลี่ยนส่วนผสมขององค์ประกอบทางเคมี ในอนาคตคาดว่าจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการการยึดติดเนื้อเยื่อทั้งด้านในและด้านนอก ทั้งบริเวณพื้นผิวที่แห้งและเปียกในการผ่าตัดประเภทต่าง ๆ เพื่อทดแทนการใช้การเย็บด้วยไหมเย็บแผลหรือลวดเย็บแผล เช่น ในบริเวณที่สามารถเข้าถึงด้วยการเย็บแผลได้ยาก หรือมีพื้นที่รอบรับด้านข้างสำหรับการยึดติดด้วยอุปกรณ์อื่นไม่เพียงพอ เป็นต้น



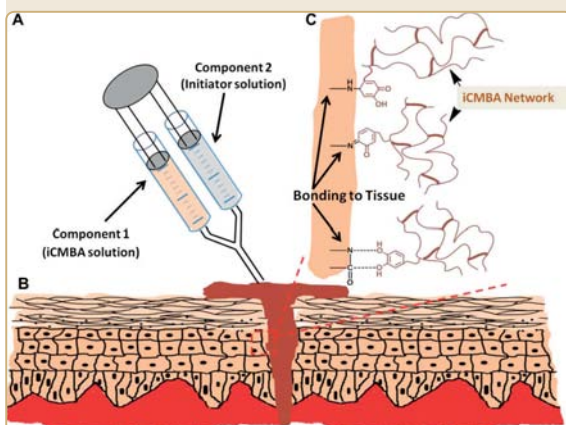
ภาพเปรียบเทียบความแข็งแรงของการยึดเกาะแบบเชื่อมสำหรับกาวหอยแมลงภู่มี่องค์ประกอบต่าง ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับกาวไฟบริน^[4]



ภาพการทดสอบใช้กาวหอยแมลงภู่มี่ (a) ในการยึดติดบาดแผลจากการตัดผิวหนังของหนูทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ไหมเย็บแผลที่ระยะเวลาต่าง ๆ ภายหลังการเริ่มใช้งานที่ A) 2 นาที; B) 7 วัน และ C) 28 วัน ซึ่งพบว่าบาดแผลสามารถสมานตัวได้ดีเทียบเท่ากัน^[4]



ภาพแสดงการเปรียบเทียบสมบัติทางกลของเนื้อเยื่อผิวหนังปกติ, ผิวหนังที่ยึดติดด้วยกาวหอยแมลงภู่มี่ และผิวหนังที่ยึดติดด้วยไหมเย็บแผลที่ระยะเวลา 28 วันภายหลังการใช้งาน ซึ่งจะพบว่าผิวหนังที่ยึดติดทั้งสองแบบนี้มีสมบัติทางกลที่ต่ำกว่าผิวหนังปกติ และผิวหนังที่ยึดด้วยกาวนั้นมีความต้านทานแรงดึงสูงกว่าผิวหนังที่ยึดติดด้วยไหมเย็บแผล และทั้งสองแบบมีค่า modulus และการยืดตัวที่ไม่แตกต่างกัน^[4]



ภาพตัวอย่างแนวความคิดในการประยุกต์ใช้งานกาวหอยแมลงภู่มี่แบบฉีดในการใช้งานยึดติดบาดแผลของเนื้อเยื่อต่าง ๆ และกลไกการยึดติดเนื้อเยื่อของกาว^[4]

เอกสารอ้างอิง

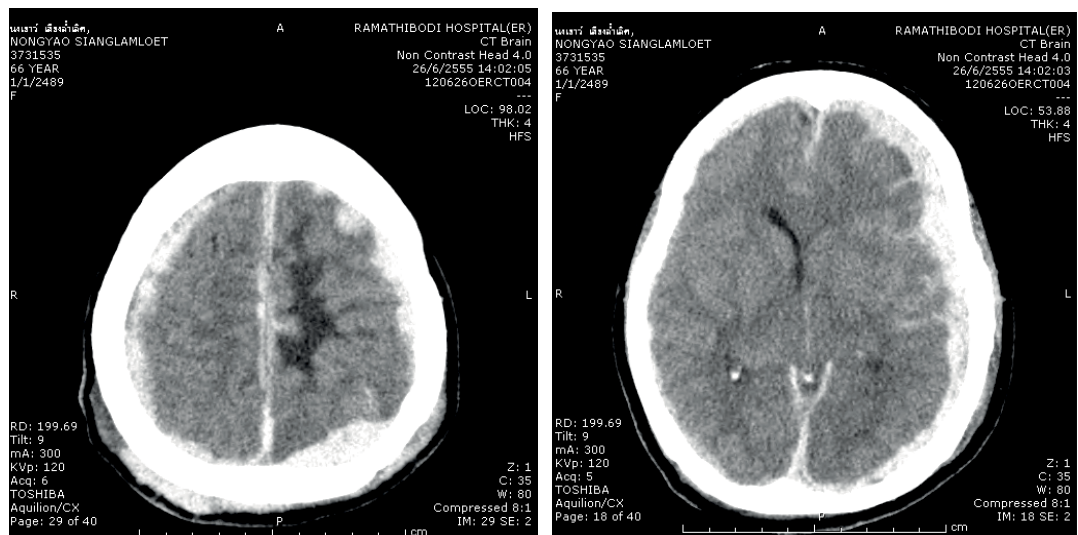
1. <http://www.peds.com.tw/html/front/bin/ptdetail.phtml?Part=00001&Rcg=100380>
2. http://en.wikipedia.org/wiki/Fibrin_glue
3. <http://www.robaid.com/bionics/mussels-inspire-innovative-new-adhesive-for-surgery.htm>
4. Mohammadreza Mehdizadeh, Hong Weng, Dipendra Gyawali, Liping Tang, Jian Yang (2012) Biomaterials, 33, pp. 7972-7983.
5. <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/01/130102140447.htm>
6. <http://www.sciencedaily.com/releases/2009/03/090318085923.htm>
7. Xiaoping Zeng, Eric Westhaus, Nicole Eberle, Bruce Lee, and Phillip B. Messersmith, Synthesis and Characterization of DOPA-PEG Conjugates, Polymer Preprints 2000, 41(1), 989.
8. Alan Burdick, DISCOVER Vol. 24 No. 2 (February 2003).
9. <http://biomaterials.bme.northwestern.edu>

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี มีโรคประจำตัว ได้แก่ ก่อนเนื้อในสมองได้รับการผ่าตัดไปเมื่อปี พ.ศ. 2530 เส้นเลือดในสมองตีบ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และหุนหวก 2 ข้าง มาโรงพยาบาลด้วยล้มศีรษะกระแทกพื้น 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีปัสสาวะราด ไม่มีชักเกร็งกระตุก สงสัยมีอาการอ้ออาได้ ต่อมาปลุกไม่ตื่นและเรียกไม่ตอบ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ที่ห้องฉุกเฉิน แรกรับผู้ป่วยไม่ลืมตา ไม่พูด และตอบสนองต่อการกดหน้าอกด้วยการยกแขนขึ้น มาปิด การประเมิน gasglow coma scale score ได้เท่ากับ 6 (E1V1M4) รูม่านตาขนาด 3.5 มม. ทั้งสองข้าง มีการตอบสนองต่อแสงเล็กน้อย

clot removal) หลังการผ่าตัดแพทย์พิจารณาทำการลดอุณหภูมิร่างกายโดยใช้ผ้าห่มให้ความเย็น (water-circulating cooling blanket) โดยกำหนดอุณหภูมิเป้าหมายของร่างกายไว้ที่ 30 องศาเซลเซียส

การรักษาภาวะบาดเจ็บของสมอง จากอุบัติเหตุด้วยวิธีลดอุณหภูมิ Therapeutic hypothermia in traumatic brain injury



ภาพที่ 1 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองที่บริเวณสมองซีกซ้าย (subdural hematoma along left fronto-parieto-occipital region) และสมองมีการเบียดไปฝั่งตรงข้าม (midline shift)

แพทย์ประเมินว่าผู้ป่วยซึมมาก จึงพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผลพบว่ามีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองที่บริเวณสมองซีกซ้าย (subdural hematoma along left fronto-parieto-occipital region) ขนาดกว้างประมาณ 2 ซม. และสมองมีการเบียดไปฝั่งตรงข้าม (midline shift) ขนาด 0.2 ซม. (ดังภาพที่ 1) แพทย์จึงพิจารณาให้ทำการผ่าตัด โดยทำการผ่าตัดเปิดสมองทั้ง 2 ข้าง และนำก้อนเลือดออก (bifrontal craniectomy with

อภิปราย

จากประวัติผู้ป่วยพบว่าการบาดเจ็บของสมองเนื่องมาจากอุบัติเหตุ กระแทกกระแทกบริเวณศีรษะโดยไม่มีการเปิดออกของกะโหลกศีรษะ ซึ่งจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่าการบาดเจ็บของสมองเป็นบริเวณกว้าง ซึ่งโดยปกติแล้วถ้าการบาดเจ็บของสมองมีอาณาเขตไม่กว้างมาก สมองมักฟื้นตัวกลับมาทำงานได้ แต่ถ้าบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บเป็นบริเวณกว้างอาจทำให้เกิดภาวะสมองบวมและเกิดความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง จนทำให้เนื้อเยื่อสมองขาดอากาศได้ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าภายหลังจากสมองขาดเลือด สมองจะเก็บออกซิเจนไว้ใช้ได้ภายใน 15 วินาที และเก็บพลังงานไว้ใช้ได้ภายใน 5 นาที ซึ่งการที่สมอง

ขาดพลังงานจะทำให้เกิดการดีโพลาไรเซชัน (depolarization) ของเซลล์ประสาท ทำให้โพแทสเซียมเคลื่อนออกนอกเซลล์มากขึ้น พลังงานที่กักเก็บไว้จะลดลง รวมทั้งมีการแยกตัวของ blood brain barrier เกิดการหลั่งอนุมูลอิสระและทำให้มีการทำลายของเซลล์ประสาทได้ ซึ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อระบบประสาท หรืออาจทำให้ตายได้

วิธีการหนึ่งที่ช่วยให้สมองฟื้นตัวกลับมาทำงานได้ดีคือ การลดอุณหภูมิร่างกายลง ซึ่งมีงานวิจัยจากหลายสถาบันทำการทดลองกับผู้ป่วยที่หมดสติจากการบาดเจ็บของสมอง เปรียบเทียบกลุ่มที่ทำการลดอุณหภูมิร่างกายถึง 28-33 องศาเซลเซียส กับกลุ่มที่ไม่ลดอุณหภูมิ และติดตามผลว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและทำงานได้นั้น พบว่าการลดอุณหภูมิร่างกายมักให้ผลดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ในผู้ป่วยรายนี้แพทย์จึงพิจารณาให้ทำการลดอุณหภูมิร่างกาย ซึ่งต้องมีการติดตามผลในระยะยาวต่อไป

การลดอุณหภูมิร่างกาย (Therapeutic hypothermia)

การลดอุณหภูมิร่างกายเพื่อการรักษา มีบันทึกว่ามีการใช้มานานหลายพันปีแล้ว ย้อนกลับไปได้สมัย 3,000 ปีก่อนคริสตกาล จากบันทึกกระดาษปาปิรุส พบว่ามีการใช้ความเย็นประคบแผลที่ศีรษะและแผลที่ด้านมเพื่อการรักษา ในสมัยอียิปต์โบราณก็บันทึกไว้ว่ามีการฝังผู้ป่วยในหิมะเพื่อลดการไหลของเลือด จนถึงสมัยยุโรปเปลี่ยนจากล้าอาณาเขตรัสเซีย ศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศสก็ได้สังเกตว่าทหารบาดเจ็บที่ถูกทิ้งไว้กลางหิมะกลับมามีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ห่มผ้า ในยุคปัจจุบันการลดอุณหภูมิก็มีที่ใช้ในการผ่าตัดเปิดหน้าอก ตลอดจนการผ่าตัดภาวะเส้นเลือดโป่งพองในสมอง เพื่อลดการบาดเจ็บของหัวใจและสมอง ซึ่งได้ผลดีและใช้กันอย่างแพร่หลาย

สำหรับการรักษาการบาดเจ็บของสมองโดยใช้วิธีการลดอุณหภูมิร่างกาย มีรายงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 1943 แต่ด้วยปัจจัยหลาย ๆ อย่าง รวมถึงระยะเวลาและอุณหภูมิที่เหมาะสมยังเป็นเรื่องที่ต้องศึกษากันอยู่ ทำให้นักวิจัยดังกล่าวไม่สามารถสะท้อนถึงผลของการรักษาด้วยวิธีนี้ได้ ต่อมาในปี ค.ศ. 1993 มีงานวิจัย 3 ชิ้นทำการทดลองโดยกำหนดอุณหภูมิเป้าหมายอยู่ในระดับ moderate hypothermia (32-33 องศาเซลเซียส) โดยใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางสมองเนื่องจากอุบัติเหตุ

พยาธิสรีรวิทยา

การลดอุณหภูมิร่างกายจะลดอัตราการเผาผลาญเพื่อสร้างพลังงาน (metabolic rate) ของร่างกายทั้งหมดประมาณ 5-7%

การลดอุณหภูมิร่างกายมีผลต่อการป้องกันการทำลายระบบประสาท โดยจะไปลดการหลั่งกลูตาเมตและลดการอักเสบ (inflammation) อันทำให้เกิดการสร้างและหลั่งอนุมูลอิสระช้าลง รวมทั้งลดการเกิดดีโพลาไรเซชันของระบบประสาท ทำให้เยื่อหุ้มเซลล์คงอยู่ มีการเสริมความแข็งแรงของ blood brain

barrier ลดการบวมของเซลล์สมอง ลดระดับความดันในกระโหลกศีรษะ และขัดขวางการตาย (necrosis) และ apoptosis ของเซลล์สมองได้ ซึ่งกลไกทั้งหมดนี้จะทำให้ระบบประสาทอยู่รอดและสามารถกลับมาใช้งานได้หลังจากมีเลือดกลับมาเลี้ยงอีกครั้ง

นอกจากนี้การลดอุณหภูมิร่างกายยังมีผลต่อการป้องกันการทำลายหัวใจโดยลดเมตาบอลิซึมของกล้ามเนื้อหัวใจ และกักเก็บพลังงานไว้ในเซลล์ด้วย

ผลข้างเคียงของการลดอุณหภูมิร่างกาย ได้แก่

- เพิ่มอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)
- โพแทสเซียมในเลือดต่ำ
- การเต้นของหัวใจผิดปกติ (cardiac arrhythmia)
- การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

วิธีการลดอุณหภูมิร่างกาย

1. ลดอุณหภูมิภายนอก

a. ถุงน้ำแข็ง (Ice pack) ประคบตาม

ตำแหน่งที่มีความสามารถในการแลกเปลี่ยนความร้อนได้มาก เช่น ศีรษะ คอ รักแร้ และขาหนีบ

- i. ข้อดีคือ ราคาไม่แพง
- ii. ข้อเสียคือ ได้อุณหภูมิไม่ถึง

ตามที่ต้องการ และคงอยู่ได้ไม่นาน

b. ผ้าห่มลดอุณหภูมิ (hypothermia blanket)

ข้อเสียคือ ได้อุณหภูมิไม่ถึงตามต้องการ เนื่องจากไม่แนบชิดกับผิวหนังผู้ป่วย แต่ถ้าใช้ร่วมกับ ice pack สามารถลดอุณหภูมิได้เร็วยิ่งขึ้น และคงอุณหภูมิให้อยู่ในค่าที่ต้องการได้พอสมควร

c. Helmet เป็นหมวกหน้าตาเหมือนหมวกกันน็อก ซึ่งบรรจุลิเธียมเพื่อช่วยในการแลกเปลี่ยนความร้อน

ข้อเสียคือ ลดอุณหภูมิได้ช้ากว่าวิธีอื่น ๆ

2. การลดอุณหภูมิจากภายใน



ผ้าห่มลดอุณหภูมิ (hypothermia blanket)



Figures 1-4. The Philips InnerCool RTx endovascular cooling system cools patients from the inside out, even those with high body mass index ($>30\text{kg/m}^2$) that often are considered difficult to cool. A catheter with an integrated temperature sensor is placed below the heart via the femoral vein. Once in place, the closed-loop system modulates whole body temperature without fluid introduction or exchange by circulating cool saline in the catheter. This technology offers the fastest cooling rates of any temperature modulation therapy approach.



Helmet

a. Endovascular heat exchange catheter ใส่ทาง femoral vein

ข้อดีคือ ลดอุณหภูมิได้เร็ว และคงอุณหภูมิที่ต้องการได้นาน รวมทั้งลดอาการสั่นของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น เนื่องจากอุณหภูมิที่ผิวหนังจะอุ่น และลดการให้ยานอนหลับ (sedation) แก่ผู้ป่วยได้

b. การให้สารน้ำที่มีอุณหภูมิต่ำ ให้เป็น NSS หรือ Ringer's Lactate solution 30 มล./กก.

ข้อดีคือ ลดอุณหภูมิได้ค่อนข้างเร็ว

การดูแลผู้ป่วยขณะทำการลดอุณหภูมิร่างกาย

1. ควบคุมระดับความดันเลือดเฉลี่ย (mean arterial blood pressure) ให้อยู่ในระดับ > 80 มม.ปรอท เพื่อให้มีเลือดไปเลี้ยงสมอง (cerebral perfusion) ได้ ถ้าระดับความดันเลือดเฉลี่ยไม่ถึงก็อาจใช้ยากระตุ้นความดันเลือด (inotrope) ได้
 2. ยกหัวสูง 30 องศา และรักษาระดับความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO_2) ให้อยู่ในช่วง 35-45 มม.ปรอท พร้อมทั้งควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้สูงเกินไป
 3. ดูแลป้องกันไม่ให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) โดยมากมักเป็นหัวใจเต้นช้า (bradycardia)
- ถ้ามีหัวใจเต้นช้ามากจนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต มีภาวะ hemodynamic instability หรือเลือดออกปริมาณมากก็ให้หยุดการลดอุณหภูมิทันที

4. ติดตามระดับเกลือแร่ในเลือด (electrolyte) เช่น โพแทสเซียมในเลือดต่ำลงในช่วงลดอุณหภูมิผู้ป่วย ส่วนช่วงที่เพิ่มอุณหภูมิ (rewarming) ก็อาจเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงได้

5. ถ้าใช้ผ้าห่มเย็น (cold blanket) ควรดูแลผิวหนังของผู้ป่วย โดยตรวจสอบดูทุก 2-6 ชั่วโมง เนื่องจากความเย็นเป็นอันตรายต่อผิวหนังได้

6. ตรวจสอบระดับอุณหภูมิของผู้ป่วยสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยที่สามารถใช้วิธีการลดอุณหภูมิเพื่อการรักษา ได้แก่

1. การบาดเจ็บของสมองจากอุบัติเหตุ

จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีการตีพิมพ์งานวิจัยเรื่อง therapeutic hypothermia ทั้งหมด 13 งาน ได้แก่ Marion et al., 1997; Clifton et al., 2001; Shiozaki et al., 2001; Biswas et al., 2002; Adelson et al., 2005; Smrcka et al., 2005; Hutchison et al., 2008; Clifton et al., 2011; Hashaguchi et al., 2003; Abiki et al., 2000; Jiang et al., 2000; Polderman et al., 2002 และ Qui et al., 2007

งานวิจัยที่ทำโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สามารถป้องกันเซลล์สมองถูกทำลาย (neuroprotectant) ทั้งหมด 8 ชิ้น ได้แก่ Marion et al., 1997; Clifton et al., 2001; Shiozaki et al., 2001; Biswas et al., 2002; Adelson et al., 2005; Smrcka et al., 2005; Hutchison et al., 2008 และ Clifton et al., 2011 ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้จะทำการทดลองโดยการลดอุณหภูมิของร่างกาย (hypothermia) ทันทีที่ทำได้ และคงไว้ให้อยู่ในช่วงที่ต้องการนาน 24-72 ชั่วโมง ซึ่งผลงานวิจัยทั้งหมดมีเพียง Marion et al. เพียงกลุ่มเดียวที่ทำงานวิจัยแล้วได้ผลว่า กลุ่มที่ทำ hypothermia ให้ผลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ทำอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่งานวิจัยอีก 7 ชิ้นที่เหลือกล่าวว่า ผลของกลุ่มที่ไม่ทำ hypothermia ให้ผลดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ หรือบางงานวิจัยกล่าวว่า กลุ่มที่ทำ hypothermia กลับส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า ตลอดจนเพิ่มอัตราการตายอีกด้วย

งานวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมระดับความดันในกะโหลกศีรษะ มี 2 ชิ้น ได้แก่ Shiozaki et al., 1993 และ Hashaguchi et al., 2003 ซึ่งทำการวิจัยโดยเริ่มลดอุณหภูมิของร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการให้ barbiturates ซึ่งจะทำให้ hypothermia ในกรณีที่ความดันในกะโหลกศีรษะมากกว่า 20 มม.ปรอท และคงอุณหภูมิไว้ ≥ 2 วัน พบว่าผลการวิจัยของงานวิจัยทั้ง 2 ชิ้นให้ผลขัดแย้งกัน โดยที่งานวิจัยชิ้นแรกให้ผลว่า กลุ่มที่ทำ hypothermia มีผลลัพธ์ที่ดีกว่าและมีอัตราการตายน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนงานวิจัยชิ้นหลังให้ผลว่า กลุ่มที่ทำ hypothermia มีผลลัพธ์ที่แย่กว่า

งานวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เป็น neuroprotectant หรือเพื่อควบคุม

ความดันกะโหลกศีรษะมีทั้งหมด 4 ชิ้น ได้แก่ Abiki et al., 2000; Jiang et al., 2000; Jiang et al., 2006 และ Qui et al., 2007 โดยงานวิจัยทุกชิ้นจะเริ่มลดอุณหภูมิของร่างกายในทันทีที่ทำได้ และคงไว้ตามที่ต้องการเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 วัน ซึ่งทุกงานวิจัยให้ผลว่า กลุ่มที่ทำ hypothermia ให้ผลดีกว่า

จากงานวิจัยทั้งหมดสรุปได้ว่า การทำ hypothermia จะให้ผลดีที่สุดเมื่อเริ่มลดอุณหภูมิร่างกายในทันทีที่ทำได้ และคงอุณหภูมิเป้าหมายไว้เป็นเวลานานอย่างน้อย 2 วัน อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ยังไม่มีการวิจัยใดที่ให้ผลยืนยันได้ชัดเจนว่าควรเริ่มลดอุณหภูมิที่เวลาใด ต้องใช้อัตราเร็วในการลดอุณหภูมิเท่าใด และต้องคงไว้นานเท่าใดจึงจะเหมาะสมหรือให้ผลดีที่สุด

2. ทำตามหลัง cardiac arrest

จาก Advanced life support guideline ในปี ค.ศ. 2002 แนะนำให้ทำ hypothermia ในผู้ป่วยที่เกิดหัวใจหยุดเต้นจาก Ventricular Fibrillation ซึ่งต่อมาภายหลังกวดหน้าอกกู้ชีพแล้วมีสัญญาณชีพฟื้นกลับมา (Return of Spontaneous Circulation, ROSC) โดยแนะนำว่าควรลดอุณหภูมิให้อยู่ในช่วง 32-34 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลา 12-24 ชั่วโมง

3. ทารกที่หัวใจหยุดเต้นจากการขาดออกซิเจน (Perinatal asphyxia related cardiac arrest)

ในปี ค.ศ. 2005 มีงานวิจัย 2 ชิ้น กล่าวถึงประโยชน์ของการทำ hypothermia ในกรณีนี้ได้แก่ The CoolCap Study Group และ The Whole Body Hypothermia for Neonates with Hypoxic-Ischaemic Encephalopathy Trial ซึ่งทั้ง 2 การทดลองให้ผลว่า สามารถลดอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญ

4. โรคหลอดเลือดตีบในสมอง (Ischemic stroke)

เอกสารอ้างอิง

1. Guy L. Clifton. A Review of Clinical Trial of Hypothermia Treatment for severe Traumatic brain injury. Therapeutic hypothermia and temperature management 2003;1:143-9.
2. J.P. Nolan, FRCA; P.T. Morley, Md, T.L. varden Hoek, MD; R.W. Hickey, MD. Therapeutic Hypothermia After Cardiac Arrest An Advisory Statement by the Advanced Life Support Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation. Circulation 2003;108:118-21.
3. Kenneth R. Diller and Liang Zhu. Hypothermia Therapy for Brain Injury. Annu Rev Biomed Eng 2009;11:135-62.
4. Marion et al. Treatment of traumatic brain injury with moderate hypothermia. N Engl J Med 1997;336:540-6.

คู่สมรสทำร้ายกันจนถึงแก่ชีวิต

Spouse Murder

การทำร้ายร่างกายนั้นเป็นเรื่องที่ประสบพบเห็นเป็นประจำในสังคมไทย^{1,2,3,4} โดยทั่วไปการทำร้ายร่างกายมีเหตุหลากหลาย แต่ที่น่าเป็นห่วงก็คือ “การฆ่ากันระหว่างผู้ที่เป็คู่สมรสของตนเอง” ซึ่งมูลนิธิหญิงชายก้าวไกล สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดสัมมนา “รายงานสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัว” (ภาพที่ 1) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 6 ประเภทคือ การฆ่ากัน 59.16%, การฆ่าตัวตาย 24.02%, การทำร้ายร่างกายกัน 8.71%, ความรุนแรงในครอบครัวเรื่องอื่น ๆ 3.10%, การตั้งครรภ์ไม่พร้อม 2.7% และการล่วงละเมิดทางเพศ 2.4% สำหรับการฆ่ากันในส่วนคู่สมรสนั้นพบว่า 1 ใน 3 หรือ 30.96% มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยกระตุ้นหลัก⁵

คู่สมรสทำร้ายร่างกายจนถึงแก่ความตาย (Spouse Assault, Spouse Murder)

เมื่อคราวรักกันจนก่อนที่จะมาใช้ชีวิตร่วมกันนั้น โดยทั่วไปก็มีการคบหาสมาคมกันนานพอควร ซึ่งอาจเรียกว่า “คู่ใจซึ่งกันและกัน” จนกระทั่งเห็นว่าสามารถที่จะอยู่ด้วยกันในฐานะการใช้ “ชีวิตคู่” ด้วยกันได้แล้ว จึงตกลงปลงใจแต่งงานเป็นสามีภริยากัน ที่เรียกว่า “คู่สมรส” นั่นเอง อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ยังคบหาสมาคมเมื่อยังไม่ตกลงปลงใจจะอยู่กินกันสามีภริยากันนั้น ก็อาจยากที่จะทราบอุปนิสัยใจจริงของแต่ละฝ่ายอย่างแท้จริงได้ เพราะการที่คบกันในฐานะที่เป็นเพียง “คู่รัก” นั้น ยังอาจที่จะยังไม่แสดงพฤติกรรม นิสัย สันดาน หรือที่เรียกว่า “ธาตุแท้” ออกมาให้อีกฝ่ายปรากฏเห็นได้ เป็นการบดบัง



สิ่งเหล่านั้นไว้อยู่ ทั้งนี้เพื่อให้เห็นว่า “ตนเป็นคนดี” และเหมาะสมที่จะเป็นคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งอาจมีสิ่งที่เป็น “ความต้องการภายในลึก ๆ” หรือที่ซ่อนความในใจไว้ก็ได้ เช่น ต้องการทรัพย์สินของอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น หรือแม้ไม่มีแต่ก็ไม่ต้องการให้อีกฝ่ายได้รับทราบ

เมื่อได้มีการแต่งงานหรือตกลงปลงใจในการอยู่ร่วมกันแล้ว อาจจนถึงขั้นแต่งงานและอยู่กิน “ฉันสามีภริยา” กันแล้ว ก็แสดงธาตุแท้ หรือนิสัย “สันดาน” จริงของตนเองออกมา และแน่นอนที่สุดว่าเมื่อความทนทานของคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่งถึงจุดระเบิด “threshold” แล้ว แน่นอนที่สุดย่อมเกิดปฏิกิริยาซึ่งอาจเป็นไปได้ตั้งแต่

ก. การที่หลบหนีปัญหา ไม่ต้องการที่จะพูดหรือพบหน้า เพื่อหลีกเลี่ยงการทะเลาะเบาะแว้ง

ข. การทะเลาะเบาะแว้ง เป็นพฤติกรรม แสดงออกด้วยวาจา

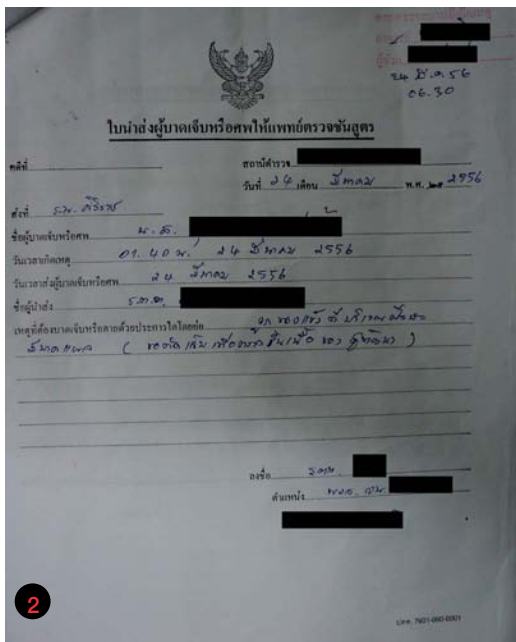
ค. การใช้กำลังกายในการทำร้ายซึ่งกัน และกัน

ง. การใช้อาวุธในการทำร้ายร่างกาย ซึ่งกันและกัน (หรือเพียงฝ่ายเดียว)

จ. การต้องการให้คู่สมรสของตน “ไป เสียจากตน” หรือถึงขั้น “ฆ่าให้ตายไป” หรือถึง กับการหวังผลเพื่อการฆ่าให้ตายแล้วเอาประกัน ชีวิตของคู่สมรส

รายงานผู้เสียชีวิตหนึ่งราย (ตายโดยคู่สมรส)

ผู้ตายเป็นหญิงอายุประมาณ 35 ปี ถูก แฉกโดยคู่สมรสตัวเอง (ชาย) เมื่อเวลาประมาณ 1.40 น. ณ สถานีตำรวจนครบาล ห. ว่าตนเอง ได้กระทำการโดยการตีภริยาตนเองด้วยขวดจนถึงแก่ ความตาย พนักงานสอบสวนและแพทย์ผู้มีหน้าที่ ได้ทำการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่เกิดเหตุ แล้วต่อมา ได้ส่งศพเพื่อทำการตรวจอย่างละเอียดต่อไป (ภาพที่ 2)



ประวัติ:

ผู้ตายและสามี (ผู้แจ้งตาย) เป็นสามี ภริยากันโดยชอบด้วยกฎหมาย และอยู่กินฉัน สามีภริยากันมานานประมาณ 10 ปี อยู่ที่บ้าน

ที่เป็นทาวน์เฮาส์ 2 ชั้นย่านหนองแขม ในระยะหลัง ๆ มีปากเสียงกันอยู่ เนือง ๆ สามีเคยใช้กำลังทำร้ายผู้ตายหลายครั้ง แต่ไม่เคยรุนแรง

วันเกิดเหตุผู้ตายและสามี (ผู้แจ้งตาย) ได้มีปากเสียงทะเลาะกัน อย่างรุนแรงตั้งแต่เวลาประมาณ 16.00 น. และมีเสียงเจียบไปและดังขึ้น จากการทะเลาะกันเป็นพัก ๆ (จนข้างบ้านได้ยิน) เสียงการทะเลาะเจียบ ไปราวเที่ยงคืนของวันดังกล่าว โดยมีญาติของผู้ตายมาที่บ้านหลายคน

ต่อมาสามีของผู้ตายได้ไปแจ้งความร้องทุกข์กับเจ้าพนักงานถึง การตายของภริยาตนเองโดย “แจ้งเหตุและพฤติการณ์ที่เกิดขึ้น” โดยการ กระทำของตนเองเนื่องจากการทะเลาะกัน และได้ใช้ขวดขนาด “ขวดแม่โขง” ดีทีศิริระ ใบหน้า และคอของภริยาตน และใช้เท้าเหยียบที่ศีรษะด้วยจน ภริยาตน (ผู้ตาย) แน่นิ่งและถึงแก่ความตาย (ก่อนเที่ยงคืน) หลังจากนั้นจึง ได้แจ้งให้กับญาติทางฝ่ายภริยาตนได้ทราบ และให้ตน (สามี) ไปแจ้งเรื่อง ดังกล่าว (แจ้งความร้องทุกข์) กับตำรวจ (พนักงานสอบสวน)

พนักงานสอบสวนได้มาที่บ้านที่เกิดเหตุและแจ้งข้อหาสามีผู้ตาย ในข้อหา “**ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยไม่เจตนา**” (ทำร้ายผู้อื่นจน ทำให้ถึงแก่ความตาย) ตามมาตรา 290 แห่งประมวลกฎหมายอาญา⁶ และ ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพกับแพทย์ผู้มีหน้าที่ และนำศพมารับการตรวจ ต่อตามมาตรา 151 และ 152 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความ อาญา⁷

การตรวจศพ: (เริ่มดำเนินการประมาณ 10 ชั่วโมงหลังการตาย)

การตรวจสภาพศพภายนอก:

- ศพหญิงอายุ 35 ปี รูปร่างสันทนต์ ตัวยาว 162 เซนติเมตร น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ไม่ได้สวมเสื้อผ้า
- ศพมีผมยาวสีดำประมาณ 30-40 เซนติเมตร
- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกกลงสู่เบื้องต่ำหลังเสียชีวิตที่หลัง ได้ชัดเจน
- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียดตรง
- ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวแต่ค่อนข้างซีด
- ตรวจพบบาดแผล ดังนี้:-

- บาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบที่บริเวณโคนจมูกยาว 2.5 เซนติเมตร

- บาดแผลฉีกขาดขอบเรียบที่บริเวณใบหน้าส่วนหน้าผาก ขวา จมูกด้านขวา คาง กระฉกหลายตำแหน่ง มีขนาดเล็กประมาณน้อยกว่า 0.5 เซนติเมตร

- ใบหน้ามีรอยบวมซ้ำโดยทั่วไป และมีรอยถลอกเป็น หย่อม ๆ

- กรามมีลักษณะผิดปกติ ซ้ำโดยทั่วไป และเมื่อจับเคลื่อนไหว กรามพบว่ามีความรู้สึกกรอบแกรบอันเนื่องจากกระดูกกรามแตกหลาย ตำแหน่ง

- ฟันด้านหน้ามีลักษณะเกยกัน ไม่สามารถ “สบฟัน” ได้อย่างปกติ เนื่องจากฟันเคลื่อนและกระดูกกรามหัก

- พบเลือดออกที่เยื่อปูดทั้งสองข้างที่บริเวณส่วนข้าง
- ผนังศีรษะมีรอยถลอกและซ้ำหลายตำแหน่ง
- กลุ่มบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบที่ต้นแขนซ้ายมีขนาดเล็ก ๆ กว่า 10 แผล มีบาดแผลใหญ่ 1 แผลขนาดยาว 2 เซนติเมตร กว้าง 1 เซนติเมตร

- ซ้ำที่ต้นแขนซ้ายเป็นหย่อม
- ซ้ำที่หลังมือซ้ายกระจาย
- ซ้ำและถลอกที่หลังเป็นหย่อม ๆ

การตรวจสภาพศพภายใน:

- ผนังศีรษะและใต้ชั้นหนังศีรษะซ้ำเป็นหย่อม ๆ โดยเฉพาะบริเวณส่วนหลังทั้งสองข้างและส่วนหน้าด้านซ้าย

- กระดูกกรามแตกออกเป็นเสี่ยง ๆ บริเวณตอนกลางของกระดูกกรามแยกออกจากกัน

- กล้ามเนื้อบริเวณคอมีรอยซ้ำเป็นหย่อม ๆ โดยเฉพาะบริเวณใกล้กับกระดูกไทรอยด์ (แสดงถึงการที่ได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง)

- กระดูกไฮออยด์ด้านซ้ายแตกที่บริเวณ “โค้งเล็ก” (lesser cornu)
- กระดูกไทรอยด์และกระดูกไครคอยด์ไม่แตกหรือหัก
- กระดูกสันหลังส่วนคอและกระดูกสันหลังส่วนอก (vertebrae)

ไม่พบรอยแตกหรือเคลื่อนตัวแต่อย่างใด

- กระดูกซี่โครงและกระดูกอกไม่แตกหรือหัก
- ไม่พบเลือดหรือลมรั่วในช่องอกทั้งสองข้าง
- ปอด หัวใจ และอวัยวะต่าง ๆ ในช่องอกอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างปกติ แต่มีลักษณะซีดเล็กน้อย

- กระเพาะอาหารไม่พบเศษอาหารในกระเพาะ
- ตับ ม้าม ไต และอวัยวะภายในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- มดลูกอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ภายในช่องคลอดมีรอยซ้ำที่เนื้อเยื่อรอบแคมเล็ก และในช่องคลอดมีรอยซ้ำโดยเฉพาะบริเวณด้านขวา

- เยื่อพรหมจารีด้านขวามีรอยซ้ำ
- อวัยวะอื่น ๆ ในอุ้งเชิงกรานปกติ

สาเหตุการตาย:

คอซ้ำอย่างมากร กระดูกบริเวณคอ (ไฮออยด์) แตก และกรามหัก

กฎหมายกับการทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย

กฎหมายอาญาที่เกี่ยวกับการทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายนั้นอาจเรียงลำดับจากความรุนแรงน้อยมาถึงความรุนแรงมาก ดังนี้⁶

1. ประมาทเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย (มาตรา 291)

“มาตรา 291 ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกินสองหมื่นบาท”

2. ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยไม่เจตนา (มาตรา 290)

“มาตรา 290 ผู้ใดมิได้มีเจตนาฆ่า แต่ทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปีถึงสิบห้าปี”

3. ฆ่าผู้อื่น (มาตรา 288)

“มาตรา 288 ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี”

4. ฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน (มาตรา 289)

“มาตรา 289 ผู้ใด

..... ฯลฯ

(4) ฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน

(5) ฆ่าผู้อื่นโดยทรามานหรือโดยกระทำทารุณโหดร้าย

..... ฯลฯ

ต้องระวางโทษประหารชีวิต”

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: ผู้ตายรายนี้เป็นหญิงอายุประมาณ 35 ปี รูปร่างสันทัด มีประวัติการทะเลาะกับสามีตนเอง และต่อมาสามีได้ใช้ขวดตีที่หน้าบริเวณกราม ที่คอ ที่ศีรษะ ลำตัว และแขน (ไหล่) ถือว่ามีการทำร้ายอย่างรุนแรงจนถึงแก่ความตาย หากจะปรับกับความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาน่าจะเข้าได้กับความผิดตามมาตรา 290 คือ ทำร้ายผู้อื่นจนถึงแก่ความตาย ทั้งนี้เพราะเริ่มต้นที่สามีของผู้ตายมีเจตนาที่จะทำร้ายผู้ตายเท่านั้น แต่ผลแห่งการกระทำทำให้ผู้ตาย (ภริยา) ถึงแก่ความตายนั่นเอง

ประการที่ 2: การตายที่ปรากฏดังกล่าวต้องถือว่าเป็นการตายผิดธรรมชาติตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 148(2) ซึ่งจำเป็นต้องทำการชันสูตรพลิกศพ และที่ถูกต้อง

สำหรับแพทย์ที่มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพ แล้วย่อมต้องส่งศพเพื่อการตรวจต่อ (ตามมาตรา 150, มาตรา 151 และมาตรา 152) แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา⁷ เสมอ

ประการที่ 3: ความรุนแรงที่เกิดกับร่างกายของผู้ตายนั้น เห็นได้ชัดจากการตรวจศพอย่างละเอียด กล่าวคือ

ก. มีการกระทำด้วยวัตถุแข็งทำให้เกิดบาดแผลที่บริเวณใบหน้าหลายแผล และเห็นได้ชัดว่ากรามหัก ใบหน้าผิดรูปไปอย่างชัดเจน (ภาพที่ 3)



ข. มีรอยขีดและฉีกขาดตามร่างกายได้หนึ่งศีรษะ และแขนซ้าย (ภาพที่ 4 และภาพที่ 5) ปรากฏอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงถึงความรุนแรงของบาดแผลจำนวนมาก



ค. บาดแผลที่คอถือว่าเป็นบาดแผลที่รุนแรงที่สุดและเป็นสาเหตุแห่งการตาย (ภาพที่ 6)



สรุป

พฤติกรรมการฆ่ากันระหว่างคู่สมรส (สามี-ภรรยา) นั้น ในสังคมไทยขณะนี้พบได้บ่อยขึ้น และมีจำนวนมากขึ้นตามลำดับ สาเหตุอาจเป็นเจตนาฆ่าเพื่อหวังผลในทางหนึ่งทางใด เช่น การที่ตนเองมีคู่หรือต้องการไปมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น, การต้องการฆ่าเพื่อรับเงินประกัน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม สาเหตุการฆ่าโดยมิได้มีเจตนาโดยเป็นการทำให้ตายโดยไม่เจตนาหรือโดยประมาทจะมีจำนวนที่มากกว่า แต่ไม่จำเป็นที่จะเป็นการตายอย่างใดที่กล่าวมานี้ก็ต้องถือว่าเป็นการตายผิดธรรมชาติซึ่งต้องมีการชันสูตรพลิกศพเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. เมียฆ่าหั่นศพผัวยึดกระเป๋. www.youtube.com/watch?v=6v7R-DmTPZ0
2. รวบสามีสุดโหดฆ่าปาดคอภริยาก่อนนำทิ้งแม่น้ำเจ้าพระยา. news.mthai.com > ข่าวทั่วไป
3. ภริยาฆ่าตัดอวัยวะเพศสามีเสียชีวิตคาแมนชั่น. news.thaiza.com/ภริยาฆ่าตัดอวัยวะเพศ-สามีเสียชีวิตคาแมนชั่น
4. ดร.ปทุมธานีจับแล้วสามีฆ่าหมกภรรยาคาหอพัก. <http://www.dailynews.co.th/thailand/191936>
5. หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ. ปีที่ 26 ฉบับที่ 8967, วันพฤหัสบดีที่ 11 เมษายน 2556: 16,13.
6. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>
7. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>



U50

Pioneer the Popularization

Pioneer the Popularization



Color Doppler Imaging of Vertebral Artery



Color Doppler Imaging of Hepatic Vessels



Color Doppler Imaging of Kidney



High Sensitivity Color Doppler of Small Part



Transvaginal 2B Scan of Ovary



Transvaginal Scan of Fetus



Harmonic Imaging Shows Near Field details



Abundant peripheral ports: VGA, USB, DICOM, etc.

Quick save simplifies the operation

Color doppler flow imaging

Pulse wave doppler



12.1" high resolution LED display

Built-in lithium battery for 2 hours' continuous work

Light-weight design for excellent mobility

Unique gel holder design



Power doppler imaging

Backlit control panel



Convex array: C52UB



Micro-Convex array: C32UB



Micro-Convex array: C62UB



Linear array: L742UB



Linear array: L762UB



Linear array: L782UB



Endovaginal: E512UB



Endorectal: E712UB



Phased array: P224UB



บริษัท เอเอ็มซี เมดิคอล ซัพพลาย จำกัด

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

Hotline contact : 081-771-8822, 081-847-1938, 081-809-5072

สอบถามรายละเอียด : 081-847-1938, 081-737-9298



ICMPH 2013

International Conference in Medicine and Public Health
24 - 28 June

by Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand
Ministry of Public Health of Thailand, and Rockefeller Foundation

HEALTHY
SOCIETY
BEYOND
FRONTIERS



@ Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Mahidol University, Bangkok, Thailand



Registration online at
<http://www.sirirajconference.com>
February 15 - May 15, 2013
Contact : siriraj.conference@gmail.com

กลุ่มอาการปวดแบบมัยโอแฟสเซียล (Myofascial pain syndrome)



กลุ่มอาการปวดแบบมัยโอแฟสเซียล เป็นกลุ่มอาการปวดที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวด เมื่อตรวจร่างกายจะพบจุดกดเจ็บปวดในกล้ามเนื้อที่เรียกว่า trigger point แต่เดิมทางการแพทย์มีความเข้าใจใน กลุ่มอาการปวดแบบนี้้น้อยมาก จนกระทั่งปี ค.ศ. 1983 David G Simon & Janet G Travell แพทย์ชาวอเมริกาได้พบภาวะนี้ และพบการรักษาที่สามารถช่วยผู้ป่วยได้คือ การหาจุด

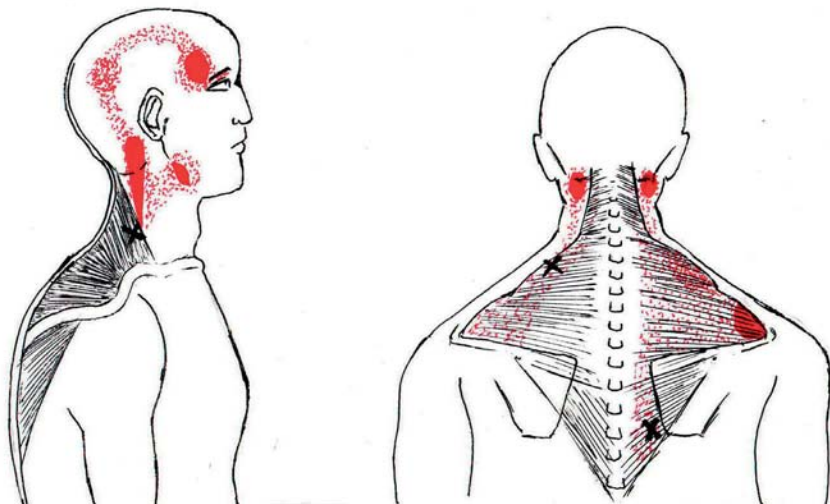
กดเจ็บปวดที่เป็นสาเหตุนี้ให้เจอ แล้วคลายจุดนี้ออก

กลุ่มอาการปวดแบบมัยโอแฟสเซียลมีลักษณะเด่นคือ มีจุดกดเจ็บปวดในกล้ามเนื้อที่เรียกว่า trigger point และอาการปวดร้าวที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายจะปวดแบบตื้อ ๆ ปวดลึก ๆ บางครั้งผู้ป่วยจะบรรยายอาการปวดได้ลำบาก เพียงแต่รู้สึกว่าไม่สบายตัว ปวดศีรษะบ่อย หากมีจุดกดเจ็บปวดนี้อยู่ที่บริเวณคอ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดร้าวไปตามแนวเฉพาะของกล้ามเนื้อแต่ละมัด เช่น กล้ามเนื้อที่คอจะปวดร้าวไปที่ศีรษะไปที่กระบอกตาเล็ก ๆ ได้ในบางครั้ง หรือร้าวลงไปที่สะบัก กล้ามเนื้อสะบักจะปวดร้าวมาที่แขนและปลายนิ้วมือ กล้ามเนื้อที่หลังส่วนเอวจะปวดร้าวมาที่สะโพก กล้ามเนื้อน่องจะปวดร้าวมาถึงปลายเท้า จึงจำเป็นที่จะต้องหาจุดกดเจ็บปวดนี้ให้ได้ จุดกดเจ็บปวดนี้สามารถทำให้เกิดอาการผิดปกติ

ของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เหงื่อออก น้ำตาไหล คัดจมูก ขนลุก วิงเวียนได้ในบางครั้ง ซึ่งอาการปวดและอาการทางระบบประสาทอัตโนมัตินี้ทำความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย จนบางครั้งนอนไม่หลับ จิตใจหดหู่ หากทิ้งไว้นานจะเรื้อรัง รักษายาก จนผู้ป่วยหลายรายคิดว่ารักษาไม่ได้ และต้องอยู่กับอาการปวดแบบนี้ไปตลอดช่วงเวลาที่ปวด อาจจะปวดตลอดเวลา หรือปวดเฉพาะเวลาทำงาน หรือใช้กล้ามเนื้อส่วนนั้น ๆ

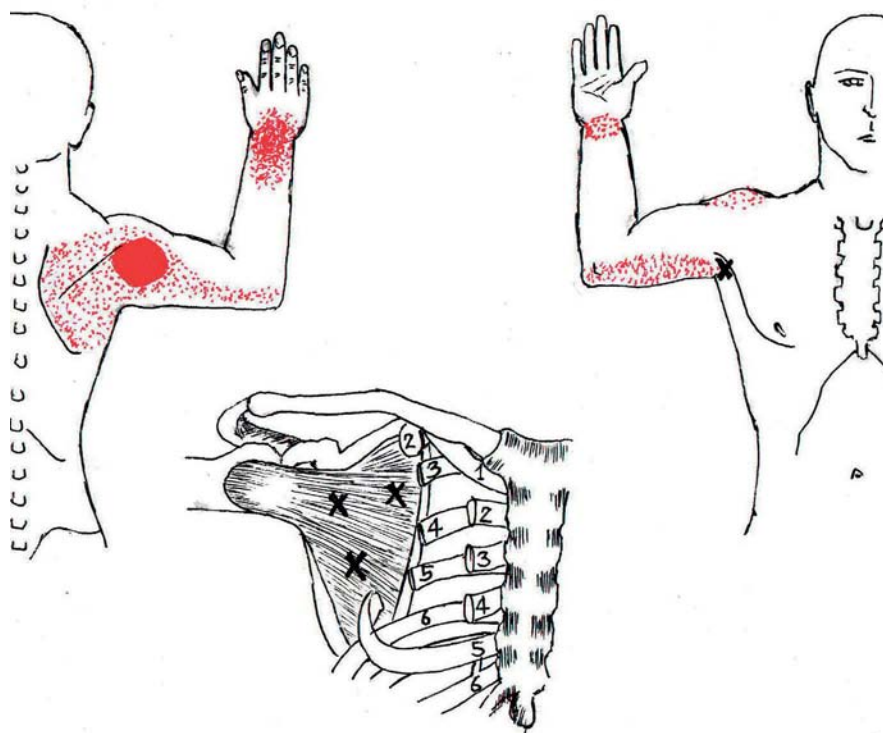
Trigger point คือ จุดกดเจ็บปวดที่ไวต่อการกระตุ้น จุดนี้จะต้องอยู่ในกล้ามเนื้อ หรือเยื่อพังผืดเท่านั้นจึงจะเรียกว่า myofascial trigger point เป็นจุดที่สามารถกระตุ้นให้แสดงอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ และกระตุ้นให้เกิดการกระตุ้นเฉพาะที่ได้ด้วยแรงกด หรือแทงด้วยปลายเข็ม

อาการปวดร้าวที่เกิดจากจุดกดเจ็บของกล้ามเนื้อแต่ละมัดจะมีแนวตำแหน่งการปวดร้าวที่เฉพาะของกล้ามเนื้อแต่ละมัด เช่น กล้ามเนื้อ Trapezius ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ปกคลุมบนบ่า สะบักสองข้าง ไปถึงหัวไหล่ เมื่อมีจุดกดเจ็บจะร้าวขึ้นศีรษะ ขมับ ไปถึงรอบกระบอกตา บางครั้งปวดเหมือนปวดไมเกรน อาจมีน้ำตาไหลได้ ดังรูปที่ 1



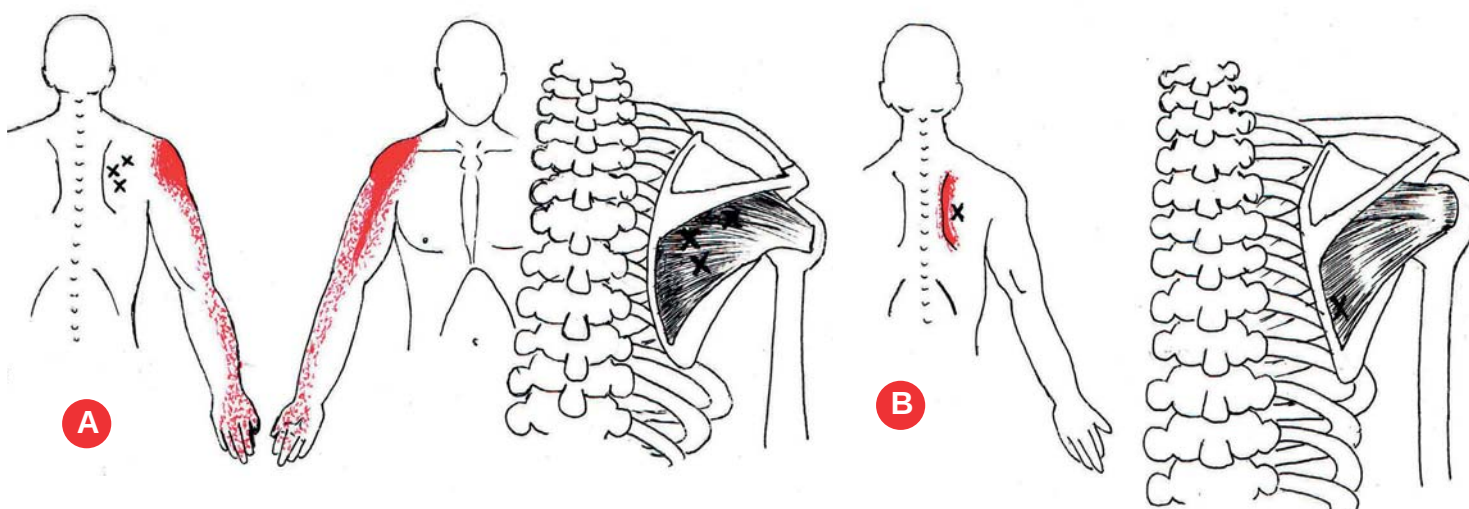
รูปที่ 1 แสดงจุดกดเจ็บของกล้ามเนื้อ Trapezius (จุดกากบาท x และแสดงบริเวณที่มีอาการปวดที่แรงเกินไป)

จุดกดเจ็บของกล้ามเนื้อ subscapularis จะมีตำแหน่งปวดที่หัวไหล่ ร้าวไปถึงต้นแขนด้านใน และปวดรอบข้อมือ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงจุดกดเจ็บของกล้ามเนื้อ subscapularis (จุดจากภาพ x และแสดงบริเวณที่มีอาการปวดที่แรงเท่ากับ)

จุดกดเจ็บของกล้ามเนื้อ Infraspinatus จะมีตำแหน่งปวดที่หัวไหล่ ร้าวไปถึงต้นแขนด้านนอกและนิ้วโป้ง นิ้วชี้ และนิ้วกลาง ดังรูปที่ 3 A หากจุดกดเจ็บอยู่เข้ามาใกล้กลางลำตัวจะมีอาการปวดที่ข้อสะบัก บางครั้งเรียกว่า สะบักจม ดังรูปที่ 3 B



รูปที่ 3 แสดงจุดกดเจ็บของกล้ามเนื้อ Infraspinatus (จุดจากภาพ x และแสดงบริเวณที่มีอาการปวดที่แรงเท่ากับ)

จุดกดเจ็บปวดในกล้ามเนื้อที่เรียกว่า trigger point นี้ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ตามอาการคือ

1. Active trigger point คือ จุดกดเจ็บปวดในกล้ามเนื้อที่แสดงอาการต่าง ๆ ในสภาวะปกติ ไม่ว่าจะเป็นอาการปวด หรืออาการของระบบประสาทอัตโนมัติ

2. Latent trigger point คือ จุดกดเจ็บปวดที่ในสภาวะปกติจะไม่แสดงอาการใด ๆ ต่อเมื่อถูกกระตุ้น เช่น ด้วยแรงกด หรือปลายเข็มแทง จึงจะมีอาการปวด และอาการต่าง ๆ เช่นเดียวกับ active trigger point ทุกประการ บางรายงานกล่าวว่า latent trigger point คือ active trigger point ที่ไม่มีอาการปวดร้าว



การรักษากลุ่มอาการปวดแบบมัยโอแฟสเซียล มี 2 ขั้นตอน คือ

1. รักษาเฉพาะที่ที่จุดกดเจ็บปวด โดยการคลายด้วยปลายเข็ม การใช้ยาชาร่วมด้วยเพื่อไม่ให้เกิดการปวดมากหลังจากคลายจุดแล้ว ยาชาจะใช้ชนิดออกฤทธิ์อยู่ระยะสั้น ๆ การคลายตัวของกล้ามเนื้อเกิดจากปลายเข็มเท่านั้น โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาต้องมีความเชี่ยวชาญและรู้ว่าจุดกดเจ็บเหล่านี้อยู่ที่ใดในกล้ามเนื้อ อาจใช้วิธีการนวดกดจุด แต่ผู้นวดต้องรู้จุดว่าจุดกดเจ็บปวดนี้อยู่ที่ใด อาจใช้เครื่องมือทางกายภาพช่วย เช่น อัลตราซาวด์ หรือเลเซอร์ ร่วมด้วย

2. แก้ไขปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ได้แก่

2.1 โรคที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะกระดูกคอหรือหลังเสื่อม ทำให้กล้ามเนื้อรอบคอและหลังมีการหดเกร็งตัวผิดปกติจนเกิดเป็นจุดกดเจ็บปวดนี้ โรคข้ออักเสบต่าง ๆ

2.2 ปัจจัยทางกายภาพ เช่น การใช้กล้ามเนื้อท่าทางที่ไม่เหมาะสมในชีวิตประจำวันนาน ๆ โครงสร้างของร่างกายผิดปกติ เช่น กระดูกสันหลังคด ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน เป็นต้น จึงต้องแนะนำท่าทางในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยร่วมด้วย และแก้ไขโครงสร้างของร่างกาย เช่น เสริมรองเท้า กรณีขาสั้นยาวไม่เท่ากัน

2.3 ปัจจัยทางระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ เช่น ภาวะไทรอยด์ทำงานผิดปกติ เบาหวาน กรดยูริกในเลือดสูง เป็นสาเหตุให้เกิดจุดกดเจ็บปวดได้ง่ายขึ้น จึงต้องรักษาภาวะเหล่านี้ควบคู่ไปด้วย

2.4 ภาวะบกพร่องของวิตามินบางอย่าง เนื่องจากวิตามินที่ละลายน้ำได้เป็นโคเอนไซม์ช่วยในการทำงานของกล้ามเนื้อและช่วยสร้างพลังงานแก่เซลล์ วิตามินที่สำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ วิตามินบี 1 บี 6 บี 12 กรดโฟลิก วิตามินซี เกลิอแร่ที่สำคัญ ได้แก่ เหล็ก ซึ่งทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจนให้กับกล้ามเนื้อ แคลเซียม จำเป็นในการหลั่งสารเคมีที่ปลายประสาท และทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อ ไปแต่สแตมและแมกนีเซียม จะช่วยในการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อเช่นกัน

2.5 ภาวะจิตใจ ความเครียด เป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษาไม่ค่อยได้ผล บางครั้งต้องให้ยาคลายเครียดร่วมด้วย

3. การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนที่มีจุดกดเจ็บปวดนั้น ๆ และการออกกำลังกายแบบแอโรบิคเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย กล้ามเนื้อทั่วร่างกาย หัวใจและปอด

โดยสรุป หัวใจสำคัญของการรักษาภาวะกลุ่มอาการปวดแบบมัยโอแฟสเซียล คือ การหาจุดกดเจ็บปวดที่เป็นสาเหตุนี้ให้เจอ แล้วคลายจุดนี้ออก แก้ไขปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ประคบอุ่นเพื่อยืดกล้ามเนื้อและออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนที่มีจุดกดเจ็บปวดนั้น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Simons DG, Travell JG, Simons LS. *Travell and Simons' Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. 2nd ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1999.
2. Hong CZ. Lidocaine injection versus dry needling to myofascial trigger point. The importance of the local twitch response. *Am J Phys Med Rehabil*. Jul-Aug 1994;73(4):256-63.
3. อาริรัตน์ สุพุทธิธาดา. เวชศาสตร์ฟื้นฟูในกลุ่มอาการปวดจากระบบกล้ามเนื้อ ข้อต่อ และกระดูก ใน: ดุจใจ ชัยวานิชศิริ, วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552:89-110.

การบรรเทาปวดหลังการผ่าตัดด้วยยา ibuprofen-codeine

การผ่าตัดเกือบทุกประเภทมักพบผลข้างเคียงอย่างหนึ่งที่สร้างความกังวลต่อผู้ป่วยและคนใกล้ชิดรอบข้าง คือความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จะมีอาการปวดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกันไป ทั้งตำแหน่งของการผ่าตัด ขนาดและความลึกของแผลผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึกและบรรเทาความเจ็บปวดที่ใช้ การรับรู้และความทนทานต่อความปวดของผู้ป่วยแต่ละคนจึงแตกต่างกันไป วิธี

บรรเทาปวดมีมากมายหลายวิธี แต่ทั้งนี้ต้องเลือกใช้ตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ขึ้นอยู่กับโรคประจำตัว ภาวะร่างกาย ยาที่ใช้อยู่ประจำ

ชนิดและตำแหน่งของการผ่าตัด เป็นต้น แพทย์ที่ดูแลท่านจะเลือกใช้วิธีการที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดแก่ท่าน โดยอาจผสมผสานหลายวิธีร่วมกันเพื่อประโยชน์สูงสุดในการบรรเทาความปวด อาการปวดหลังการผ่าตัดมีผู้ศึกษาประสิทธิภาพของการรวมยาแก้ปวด 2 ประเภทผสมในเม็ดเดียว โดยผสมระหว่างยา ibuprofen กับยา codeine เพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลันหลังการผ่าตัด

จากการรวบรวมข้อมูลในฐานข้อมูล Cochrane, MEDLINE, EMBASE, ClinicalTrials.gov ตั้งแต่อดีตจนถึง 30 กันยายน ค.ศ. 2012 ทำการศึกษาประสิทธิผลในการบรรเทาปวดของยา ibuprofen ผสม codeine, ยาหลอก, ยา ibuprofen ชนิดเดียว ทำการศึกษาผลการบรรเทาอาการปวดอย่างน้อย 50% ในช่วง 6 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด งานวิจัยรวบรวมผู้ถูกศึกษาจำนวน 1,342 คน กลุ่มที่ใช้ ibuprofen ผสม codeine โดยใช้ขนาด ibuprofen 400 mg และ codeine 25.6-60 มก. พบว่าสามารถลดอาการปวดหลังผ่าตัดมากกว่า 50% ได้จำนวน 64% ส่วนกลุ่มที่ได้รับยาหลอกสามารถลดอาการปวดได้ 18% พบว่ามี NNT เป็น 2.2 (95% CI 1.8-2.6)

มีการทำการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยา ibuprofen ผสม codeine พบว่าลดอาการปวดได้ 69% เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับเฉพาะยา ibuprofen เพียงอย่างเดียว ให้ผลในการลดอาการปวดมากกว่า 50% ได้จำนวน 55% มีค่า NNT 1.3 (95% CI 1.01-1.6)

มีการทำการศึกษาเปรียบเทียบ ibuprofen ผสม codeine พบว่าลดอาการปวดได้ 69% เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับเฉพาะยา codeine เพียงอย่างเดียว ให้ผลในการลดอาการปวดมากกว่า 50% ได้จำนวน 33%

กล่าวโดยสรุป พบว่ายา ibuprofen 400 mg ผสมยา codeine 25.6-60 มก. มีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดภายหลังการผ่าตัดได้ดี การนำไปใช้ในการรักษาควรปรับกับสภาวะของผู้ป่วยเพื่อผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
3-7 มิถุนายน 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทย	การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 สำหรับแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ ปฏิบัติงาน ชั้นปี 1	โทรศัพท์ 0-2716-6651-2 โทรสาร 0-2716-6653, 0-2716-6657 www.thaifammed.org
14 มิถุนายน 2556 	ชมรมหัวใจล้มเหลว แห่งประเทศไทย	HFCT Annual Scientific Meeting "The 21 st Century of Advanced Heart Failure Management" at The Star Room 29 th Floor, Plaza Athenae Hotel	โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: thaiheart@hotmail.com
18-21 มิถุนายน 2556 	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สมาคมฯ ไทย ร่วมกับ สถาบันร่วมผลิตแพทย์ 3 สถาบัน	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 52 'Healthcare Beyond boundaries: ASEAN Initiative' ณ อาคาร อปร. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	www.cumedconference.com/th_ content.php?slug=registration_ online
20-21 มิถุนายน 2556 	งานบริการวิชาการ โรงพยาบาลรามาริบัติ	การอบรมฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง "อุบัติเหตุทางมือ" ครั้งที่ 33 ณ ห้องประชุม อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อาคารศูนย์การแพทย์ศิริกิตติ์ ชั้น 5 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542 http://academic.ra.mahidol.ac.th, www.acmrrama.com
24-28 มิถุนายน 2556 	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข และ องค์กรที่เกี่ยวข้องทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุข	การประชุมวิชาการนานาชาติทางการแพทย์และสาธารณสุข พ.ศ. 2556 ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	E-mail: siriraj.conference@gmail. com www.sirirajconference.com
26-28 มิถุนายน 2556 	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ ร่วมกับ หน่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลพรตน์ราชธานี และโรงพยาบาล เมตตาประชารักษ์	การประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ "สุขภาพเด็กแห่งชาติ" ครั้งที่ 14 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข "Child Health National Wealth" ณ โรงแรมเซนจูรี่ พาร์ค กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2354-8333-43 ต่อ 5117, 5122, 08-8874-4674 โทรสาร 0-2354-8088 E-mail: qsnich.training@gmail.com www.childrenhospital-training.com
26-28 มิถุนายน 2556 	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 31 ณ เซ็นทารา แกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์	โทรศัพท์ 0-2718-0715-6 โทรสาร 0-2718-0717 www.rcopt.org/content-annual30. html
27-29 มิถุนายน 2556 	สมาคมเวชบำบัดวิกฤต แห่งประเทศไทย	4 th Critical Care Conference in Thailand 2013 All about Shock	www.criticalcareshai.org, www.tscmm.com
10-12 กรกฎาคม 2556 	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โครงการประชุมวิชาการฟื้นฟูความรู้เวชปฏิบัติ เรื่อง "การดูแลสุขภาพสำหรับ 3 รุ่นอายุ: วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ" ณ ห้องประชุมทองจันทร์หงส์ศาลาราม อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	โทรศัพท์ 0-7445-1330-2, 0-7442-9921 โทรสาร 0-7442-9921 E-mail: chada_5614@hotmail.com, sampai@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
10-12 กรกฎาคม 2556 	กรมอนามัย สำนักอนามัย การเจริญพันธุ์	การประชุมวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2556 “สิทธิและการเข้าถึงอนามัยการเจริญพันธุ์: ประเทศไทยสู่อาเซียน” ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ สุขุมวิท 11 กรุงเทพฯ	http://rh.anamai.moph.go.th
12 กรกฎาคม 2556 	ชมรมโภชนาการเด็ก แห่งประเทศไทย	กิจกรรมวิชาการ Interhospital Pediatric Nutrition Conference ประจำปี 2556 ณ ห้องบรรยาย 5 ชั้น 12 ตึกเจ้าฟ้าฯมหาดจรัญ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	E-mail: group@pednutrition.org
12-13 กรกฎาคม 2556 	อนุสาขา Sports Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย และ Thai Orthopaedic Society for Sports Medicine (TOSSM)	การประชุม The 3 rd Annual Meeting of Thai Orthopaedic Society for Sports Medicine ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน รีสอร์ท จ.ประจวบคีรีขันธ์	โทรศัพท์ 0-2716-5436-7
17-19 กรกฎาคม 2556 	สมาคมต่อมไร้ท่อ แห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการอบรมต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 28 ณ ห้องประชุมสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ช.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6337 www.thaiendocrine.org
20-23 กรกฎาคม 2556 	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 38 Theme: “Surgical Innovation in Asia” ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน พัทยา จ.ชลบุรี	www.surgeons.or.th
24-26 กรกฎาคม 2556 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	การประชุมวิชาการสัณฐาน 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
1-3 สิงหาคม 2556 	สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	การประชุม Annual Nephrology Meeting โดยจัดร่วมกับ 7 th Meeting of the Asian Forum of CKD Initiative ณ พัทยา จ.ชลบุรี	www.nephrothai.org
25-29 สิงหาคม 2556 	สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ	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 กันยายน 2556 	สมาคมแพทย์ผิวหนัง แห่งประเทศไทย	การประชุมกลางปี พ.ศ. 2556 สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย DST Mid-Year Meeting 2013	โทรศัพท์ 0-2716-5256 โทรสาร 0-2716-6857 www.dst.or.th

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สรอสส จำกัด 71/17 ถนนบรมราชชนนี แขวงจตุจักรจตุจักร เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
2-5 June 2013 	Neuroplasticity and Cognitive Modifiability	Jerusalem	Israel	http://brainconference.com
4-5 June 2013 	DSM-5 and the Future of Psychiatric Diagnosis	London	United Kingdom	http://estore.kcl.ac.uk/browse/extra_info.asp?compid=1&catid=16&modid=2&prodid=127&deptid=17&prodvarid=0
10-11 June 2013 	7 th Asian Medical Education Association	Ulaanbaatar	Mongolia	http://amea2013.hsum-ac.mn
13-15 June 2013 	International Conference of Mathematical Modelling in Computer, Management and Medical Sciences 2013 (ICMCM 2013)	Thiruvalla, Kerala	India	www.macfast.org/icmcm2013/
18 June 2013 	BCATPR 2013 workshop: Mobile applications to support behaviour change, clinical decision making and health service delivery	Vancouver	Canada	www.bcatpr.ca/workshops
17-20 July 2013 	Medicinal Chemistry	Napa Valley, California	United States of America	www.zingconferences.com/index.cfm?page=conference&intConferenceID=116&type=conference
5-9 August 2013 	Psychotherapy as Spiritual Practice	Santa Barbara, California	United States of America	www.pacifica.edu/2013-3.aspx
16-18 August 2013 	The Annual International Conference on Science and Engineering in Biology, Medical and Public Health (BioMedPub)	Jakarta	Indonesia	www.biomedpub.org
22-24 August 2013 	5 th Asian Congress of Health Psychology	Deajeon	South Korea	www.achp2013.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

Asian & Oceanic Congress of Obstetrics & Gynaecology (AOCOG) เป็นสมาคมที่เกิดจากการรวมตัวของประเทศในทวีปเอเชีย กับออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ รวมทั้งหมด 26 ประเทศ ซึ่งในทุก ๆ 3 ปี จะมีการจัดประชุม AOCOG ขึ้น โดยในทุก ๆ 4 ปี จะมีการประมุขสิทธิในการเป็นเจ้าภาพจัดงานประชุม ย้อนไปเมื่อปี ค.ศ. 1990 ประเทศไทยเคยเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมแล้ว และในการประชุมครั้งนี้ ด้วยความที่ประเทศไทยเป็นที่ยอมรับและได้รับความไว้วางใจจากหลากหลายประเทศ การจัดประชุมในครั้งนี้ประเทศไทยจึงประมุขสิทธิการเป็นเจ้าภาพได้อีกครั้ง

ศ.นพ.สมบูรณ์ คุณาธิคม ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า การจัดประชุม AOCOG 2013 นับเป็นการจัดประชุมครั้งที่ 23 ของทางสมาคมฯ ซึ่งจัดขึ้นภายใต้แนวคิด “การดูแลสุขภาพของสตรี คือความท้าทายของแพทย์สูติฯ” โดยมีกำหนดจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 20-24 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ ซึ่งเนื้อหาทั่วไปในการจัดประชุมจะเป็นในเรื่องของสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โดยครอบคลุมทั้ง 3 สาขา ได้แก่ สาขามะเร็งนรีเวช สาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ และสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ซึ่งในแต่ละสาขาทางสมาคมฯ ได้กำหนดให้มีการประชุมของแต่ละสาขา 3 วันเต็ม โดยแบ่ง 1 ห้องประชุมต่อ 1 สาขา เพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้ผู้ที่สนใจจะศึกษาเฉพาะทางได้รับความรู้ได้อย่างครอบคลุม

ศ.นพ.สมบูรณ์ กล่าวต่อไปอีกว่า “หัวข้อการประชุมที่น่าสนใจ ในส่วนของสาขามะเร็งนรีเวช มะเร็งปากมดลูกซึ่งถือเป็นโรคร้ายแรงที่คร่าชีวิตสตรีในภูมิภาคเอเชียเป็นจำนวนมาก และทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จะมีการพูดคุยทั้งวิธีการป้องกัน และวิธีการรักษาเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วในปัจจุบันทางการแพทย์นั้นมีความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างไร โดยตั้งเป้าหมายให้มีอัตราการสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกลดลง และในส่วนของมะเร็งรังไข่ยังถือว่าเป็นโรคที่สามารถตรวจคัดกรองได้ยากมาก โดยส่วนใหญ่มักจะตรวจพบเมื่อเชื้อมะเร็งเกิดการแพร่กระจายอย่างรุนแรงแล้ว ซึ่งในการประชุมครั้งนี้จะมีการพูดถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งรังไข่ให้รู้ผลเร็ว แม่นยำ และปลอดภัยต่อผู้ป่วย”

ทั้งนี้ปัญหาของการตรวจคัดกรองหาโรคร้ายของสตรี คือผู้ป่วยไม่ยอมเข้ารับการตรวจ



รับมือโรคร้ายของสตรี ในการประชุม AOCOG 2013

“การดูแลสุขภาพของสตรี คือความท้าทายของแพทย์สูติฯ”

ภายใน โดยส่วนใหญ่จะอายุแพทย์ผู้ตรวจโรคหรือบางรายไม่เข้ารับการตรวจภายในเพราะไม่มีอาการผิดปกติ แต่ความเป็นจริงแล้ว สตรีทุกคนควรเข้ารับการตรวจร่างกายและตรวจภายในทุกปี เพราะหากมีอาการแสดงออกมาแล้วนั้นหมายถึงว่าเชื้อมะเร็งหรือโรคร้ายต่าง ๆ มีความรุนแรงมาก และอาจอยู่ในขั้นที่รักษาได้ยากหรือไม่มีโอกาสรักษาหายได้ ซึ่งปัญหานี้ถือเป็นปัญหาใหญ่ที่ต้องเร่งหาทางแก้ไขให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการเข้ารับการตรวจภายในเป็นประจำทุกปี

ในส่วนของเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์จะเป็นเรื่องความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ และการตรวจสุขภาพทารกหรือการตรวจความผิดปกติของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ซึ่งในยุคปัจจุบันการแพทย์ทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยามีการพัฒนาในด้านการตรวจทารกในครรภ์มารดาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อมารดาและเด็กในครรภ์ เช่น การตรวจความผิดปกติของทารกจากเลือดของมารดา ซึ่งให้ผลได้ค่อนข้างแม่นยำและปลอดภัย รวมไปถึงการตรวจอัลตราซาวนด์ที่มีอุปกรณ์การตรวจที่ทันสมัยมากยิ่งขึ้น และแสดงผลได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นด้วย

สำหรับสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์จะเป็นเรื่องของการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการเจริญพันธุ์ เพื่อช่วยเหลือสตรีที่ต้องการมีบุตรแต่ร่างกายไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์ให้สามารถ

ตั้งครรภ์ได้ หรือในรายที่คู่ครองมีเชื้อที่ไม่แข็งแรง ทางแพทย์ได้มีการพัฒนาวิธีค้นหาเชื้ออสุจิที่แข็งแรงเพื่อนำมาใช้ในการสืบพันธุ์ได้นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้ในเรื่องของสตรีวัยทองว่ามีวิธีการที่จะสามารถช่วยให้สตรีวัยทองที่มีอารมณ์แปรปรวน กระตุกเปราะ ร้อนวูบวบ ทำให้รู้สึกไม่สบายตลอดเวลานั้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติและมีความสุขได้อย่างไร

“การประชุมในครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับความรู้และประสบการณ์ที่อัดแน่นด้วยสารประโยชน์ทางด้านวิชาการของสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง อีกทั้งผู้เข้าร่วมประชุมทั้งในประเทศและต่างประเทศจะได้รับชมความงดงามอันเป็นเสน่ห์ของประเทศไทย ซึ่งอยู่ในส่วนของกิจกรรมพิเศษนอกเหนือจากงานประชุมวิชาการ จึงอยากเชิญชวนให้ทุกท่านเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ และสิทธิพิเศษสำหรับผู้ลงทะเบียนภายในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 จะได้สิทธิลงทะเบียนในราคาพิเศษอีกด้วย”

ศ.นพ.สมบูรณ์ กล่าวทิ้งท้าย

ผู้ที่สนใจเข้าร่วมประชุม AOCOG 2013 สามารถลงทะเบียนและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย โทรศัพท์ 0-2748-4881 หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทาง www.aocog2013.org



ร่วมสานต่อการให้...ไม่สิ้นสุด กับมูลนิธิรามาริบัติ พัฒนาอาคารและจัดหาเครื่องมือแพทย์แก่ผู้ป่วยยากไร้



มูลนิธิรามาริบัติ เชิญชวนคนไทยร่วมบริจาคสมทบทุนโครงการพัฒนาอาคารและจัดหาเครื่องมือแพทย์เพื่อผู้ป่วยยากไร้ เพื่อพัฒนากลุ่มอาคารเดิมของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ และจัดหาเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยให้พร้อมต่อการรองรับผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ศ.นพ.วินิต พัวประดิษฐ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ และประธานกรรมการบริหารมูลนิธิรามาริบัติ กล่าวว่า “คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ก่อตั้งมากกว่า 44 ปี เพื่อเป็นสถานศึกษาและโรงพยาบาลในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การให้บริการผู้ป่วย และการวิจัยในทางสาธารณสุข”

ปัจจุบันคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้ผลิตบุคลากรทางการแพทย์สู่การให้บริการประชาชนในทุกภูมิภาครวมทุกหลักสูตรปีละ 700 คน ให้บริการผู้ป่วยนอกปีละ 1,400,000 คน ผู้ป่วยในปีละ 45,000 คน ซึ่งเป็นปริมาณที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดปัญหาในส่วนของพื้นที่สำหรับให้บริการ ระบบสาธารณูปโภค ตลอดจนเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ซึ่งใช้งานในอาคารเดิมมากกว่า 44 ปี และกำลังเข้าสู่ปีที่ 45 นี้ มีสภาพทรุดโทรมเป็นอย่างมาก การจะจัดหาทดแทนด้วยเงินงบประมาณนั้นยังไม่เพียงพอ ยังคงขาดงบประมาณเพื่อการปรับปรุงอาคารและจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์อีกประมาณ 500 ล้านบาท เพื่อปรับปรุงพื้นที่ให้บริการให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกให้ได้มาตรฐานด้านความปลอดภัยและเอื้ออำนวยต่อการให้บริการ

ทางการแพทย์ และจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย การปรับปรุงอาคารดังกล่าวพร้อมติดตั้งเครื่องมือแพทย์อันทันสมัยคาดว่าจะแล้วเสร็จพร้อมเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างเต็มประสิทธิภาพได้ในปี พ.ศ. 2559

“ขอขอบคุณผู้มีจิตศรัทธาทุกท่านที่ได้กรุณาร่วมเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาอาคารและจัดหาเครื่องมือแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้ ซึ่งเป็นการส่งต่อโอกาสในการรักษาและมอบชีวิตใหม่ให้แก่ผู้ป่วย โดยการร่วมบริจาคทุนทรัพย์ผ่านมูลนิธิรามาริบัติ โครงการนี้คงไม่สามารถประสบความสำเร็จได้หากขาดการสนับสนุนและการ “ให้” จากผู้มีจิตศรัทธาทุกท่าน ซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ในการรักษาสุขภาพร่างกายให้กลับมาใช้ชีวิตที่ดีขึ้นได้อีกครั้ง และเชื่อเป็นอย่างยิ่งว่า ไม่มีสิ่งใดที่ยิ่งใหญ่ไปกว่าการให้ชีวิต และ “ชีวิตใหม่...ให้ได้ไม่สิ้นสุด” ศ.นพ.วินิต กล่าวทั้งทำ

มูลนิธิรามาริบัติ ขอเชิญท่านร่วมเป็นส่วนหนึ่งที่ได้ช่วยให้ชีวิตใหม่แก่ผู้ป่วยที่ขาดแคลน โดยบริจาคเงินสมทบทุน “โครงการพัฒนาอาคารและจัดหาเครื่องมือแพทย์เพื่อผู้ป่วยยากไร้” โดยร่วมบริจาคได้ที่ ชื่อบัญชี มูลนิธิรามาริบัติ (โครงการพัฒนาอาคารและจัดหาเครื่องมือแพทย์ฯ) ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ สาขารามาริบัติ เลขที่ 026-4-26671-5 หรือธนาคารกรุงเทพ บัญชีออมทรัพย์ สาขารามาริบัติ (อาคารสมเด็จพระเทพรัตนฯ) เลขที่ 090-7-00123-4 สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 0-2201-1111 หรือ www.ramafoundation.or.th



นางวชิรา รัตนาวงค์

“ควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองในระดับชุมชน”

ผลงานวิจัย R2R ดีเด่น รพ.สต.บางไผ่ จ.พิจิตร

ผู้ป่วยเบาหวานหลังไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแล้วกลับมาที่บ้าน มีจำนวนมากที่ไม่สามารถคุมน้ำตาลได้ ทั้งที่มีระบบการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และมีระบบการเยี่ยมบ้านในตารางการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

จากปัญหาดังกล่าวถือเป็นจุดเริ่มต้นให้ นางวชิรา รัตนาวงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต. บางไผ่ อ.บางมูลนาก จ.พิจิตร และคณะ พัฒนางานวิจัยเรื่อง **ประสิทธิภาพและผลกระทบของโครงการ “ควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองในระดับชุมชน”**

นางวชิรา กล่าวถึงที่มาของงานวิจัยว่า ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องมาตรวจรักษาซ้ำในอาการที่เกี่ยวกับน้ำตาลสูงหรือต่ำเกินไปไม่แน่นอนที่ รพ.สต.บ่อยมาก และบ่อยครั้งที่ต้องส่งไปนอนพักที่โรงพยาบาลซ้ำ เกิดผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยญาติและครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ขาดรายได้ เกิดภาวะเครียด ผู้ป่วยไม่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะไม่สามารถพึ่งตนเองได้ จึงเป็นผลกระทบที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความทุกข์ไปทั้งหมด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในระดับบ้านและชุมชนได้ และสังเกตรวบรวมผลกระทบต่อดังกล่าวผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งชุมชนให้ตระหนักในการปรับเปลี่ยนชีวิต

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบกรณีศึกษา โดยคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนให้เข้าโครงการ SMBG (Self Monitor Blood Glucose) จากกลุ่มตัวอย่าง “ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้” จำนวน 14 คน ซึ่งการคัดเลือกนี้อยู่ภายใต้การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เทศบาลตำบลบางไผ่ด้วย

ผลการศึกษา : การศึกษานี้ทำในช่วงต้นเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2554 ผู้ที่เข้าโครงการนี้จะได้รับอุปกรณ์เกี่ยวกับการจัดการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเอง โดยส่วนเพิ่มของอุปกรณ์ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนฯ และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองจากพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นให้ปฏิบัติเองที่บ้าน โดยเจาะเลือด



ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ปลายนิ้วก่อนอาหาร 3 มื้อ หลังอาหาร 2 ชั่วโมง และก่อนนอนเป็นเวลา 3 วัน ช่วงเวลาในการเจาะน้ำตาลต้องตรงเวลาทั้ง 3 วัน และหลังอาหารต้อง 2 ชั่วโมง โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ เช่น ถ้าเจาะเวลาการแปลผลไม่แน่นอน หรือการกำหนดจุดค่าน้ำตาลลงในสมุดคู่มือที่ให้ไว้ที่บ้าน หลังจาก 3 วันแรกผ่านไป พยาบาลประเมินเบื้องต้นผ่านทางโทรศัพท และการให้อาสาสมัคร

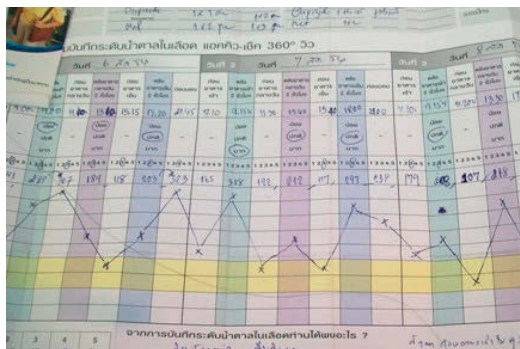


เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือด

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ช่วยดูแลข้อมูลจากการเจาะน้ำตาลด้วยตนเอง 14 ราย พบว่า 13 ราย สามารถรักษาระดับน้ำตาลได้

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ : ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน เจ้าหน้าที่เองได้เรียนรู้จากผู้ป่วย เช่น การฝึกทักษะในการฟังผู้ป่วย ทำให้รู้ว่าการแก้ไขหรือบรรเทาสาเหตุของการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้นั้น แท้จริงแล้วสามารถจัดการได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง อีกทั้งยังลดการมาตรวจซ้ำของผู้ป่วยได้ 100% ทำให้ลดการเสียเวลาไปที่สถานบริการ ลดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยและครอบครัวมีความภาคภูมิใจที่ได้พึ่งตนเองได้

บทเรียนที่ได้รับ : ความรักความห่วงใยของครอบครัวมีผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยทั้งสิ้น เกิดแรงบันดาลใจ เกิดพลังอำนาจในตัวผู้ป่วยอย่างมหาศาล ทำให้เกิดความสำเร็จอย่างถาวร พึ่งตนเองได้ สายใยรักแห่งครอบครัวยั่งยืน พ่อแม่ลูกผูกพัน เสริมพลังอำนาจของตนเอง สุขภาพกายและใจดีขึ้น ประกอบอาชีพได้ มีกำลังใจต่อสู้กับโรค ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข สมาชิกในครอบครัวที่ได้ดูแล



ฝึกให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการจดค่าน้ำตาลลงสมุดคู่มือ

ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มีกำลังใจ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความหวัง ตั้งใจ กำลังใจ สนใจที่จะได้รับข้อมูล ความรู้ ทักษะ ได้เสริมพลังอำนาจให้มีกำลังใจสู้กับโรคที่จะต้องควบคุมน้ำตาลได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยอยากหาแนวโน้มผู้ป่วยที่สมัครใจมาเข้าร่วมโครงการ โดยชี้ให้เห็นความสำคัญของการลดอาการไม่พึงประสงค์ ไม่ต้องมาตรวจซ้ำ ๆ ด้วยอาการเดิม ๆ เจ้าหน้าที่อาสาสมัคร และผู้นำในชุมชนคิดที่จะดูแลผู้ป่วยแบบ Humanized health care และ holistic

การสนับสนุนที่ได้รับจากผู้บริหารหน่วยงาน/องค์กร : การที่ผู้นำในท้องถิ่น โรงพยาบาล เห็นความสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างมีคุณภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากการประกอบอาชีพได้ ดูแลตัวเองที่บ้านได้ กองทุนฯ เห็นความสำคัญต่อสุขภาพผู้ป่วยจึงทำโครงการนี้ต่อเนื่องเป็นปีที่ 2 โดยเพิ่มเครื่องเจาะน้ำตาลพร้อมแผ่นจากผลงานวิจัยอันโดดเด่นที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการรักษาที่ถูกต้อง และทำให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง ทำให้งานวิจัยเรื่องประสิทธิภาพและผลกระทบของโครงการ “การควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองในระดับชุมชน” ได้รับรางวัลผลงาน R2R ดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2555 ประเภทการบริการระดับปฐมภูมิ จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

“รู้สึกภูมิใจในวิชาชีพของตนเองและรางวัลที่ได้รับในครั้งนี้ เพราะเป็นรางวัลที่ได้จากความทุ่มเทแรงกายและแรงใจ เพื่อหวังให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ทุเลาทั้งกายและใจ พันทุข์จากภาวะเจ็บป่วย สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อยากจะฝากไว้คือ จะต้องเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางเพื่อการดูแลแบบครอบคลุม เน้นความรักต่อกันในครอบครัวเพื่อการดูแลซึ่งกันและกันแบบยั่งยืน อย่าดูถูกปัญหาผู้ป่วยว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ฟังผู้ป่วยมากกว่าพูด ซึ่งทั้งหมดจะช่วยลดการ readmit และช่วยให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองได้ เพิ่มสายใยรักแห่งครอบครัวยั่งยืน พ่อแม่ลูกผูกพัน เสริมพลังอำนาจของตนเอง สุขภาพกายและใจดีขึ้น ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบอาชีพได้ มีกำลังใจต่อสู้กับโรค ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และทำให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง” นางวชิรา กล่าวทิ้งท้าย



เน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง



โรงพยาบาลพญาไท 1 พัฒนารูปแบบการรักษาโรคมะเร็ง ตอกย้ำความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งด้วยทีมแพทย์เฉพาะทางเพื่อการรักษามะเร็งแบบบูรณาการ หรือ MDT Team ที่ร่วมกันวินิจฉัยและตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม ถือเป็นนวัตกรรมการบริหารทีมผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษามะเร็งเพื่อการวางแผนเฉพาะตัวด้วยการรักษาโรคมะเร็งที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นับเป็นความหวังใหม่ของผู้ป่วยมะเร็งที่คาดหวังจะได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ และได้รับการรักษาที่จะนำพาผู้ป่วยโรคมะเร็งพบกับชีวิตใหม่ สุขภาพแข็งแรง พร้อมจิตใจมีชีวิตชีวา

ดร.นพ.เกริกยศ ชลายนเดชะ

ประธานคณะกรรมการร่วม

เพื่อการรักษาโรคมะเร็ง

แบบบูรณาการ โรงพยาบาล

พญาไท 1 กล่าวว่า เมื่อปี

พ.ศ. 2554 โรงพยาบาล

พญาไท 1 ได้ปรับกระบวนการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยภายใต้นโยบาย

“วางใจ...ให้แพทย์เฉพาะทางดูแล” โดยได้พัฒนารูปแบบการรักษาดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งที่เรียกว่า MDT Team (Multi-Disciplinary care Team) แทนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยแพทย์เพียงคนเดียว เพื่อให้การรักษาโรคมะเร็งที่มีความซับซ้อนได้รับการวางแผนการรักษาที่ทันสมัย ถูกต้อง ครอบคลุม มีความเฉพาะเจาะจงกับธรรมชาติของโรค และนำไปสู่ผลการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เมื่อเทียบกับรูปแบบการดูแลรักษาแบบเก่าที่ไม่ได้ใช้ทีมวางแผนร่วมกันตั้งแต่แรก



MDT Team คือ ทีมแพทย์เฉพาะทางเพื่อการรักษามะเร็งแบบบูรณาการ ซึ่งประกอบไปด้วย ประธานคณะกรรมการทำหน้าที่บริหาร

จัดการทีม อายุรแพทย์ด้านโรคมะเร็งทำหน้าที่ให้การรักษาทายด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ศัลยแพทย์และรังสีแพทย์ด้านโรคมะเร็งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัด ทั้งการผ่าตัดด้วยมือหรือการผ่าตัดผ่านกล้องส่องในอวัยวะภายใน พยาธิแพทย์ทำหน้าที่ตรวจและวิเคราะห์ชิ้นเนื้อเพื่อประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการรักษารังสีแพทย์เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัยภาพรังสี ซึ่งด้วยความสามารถของแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้ทีมสามารถระบุระยะของมะเร็งและการแพร่กระจายของโรคได้อย่างแม่นยำตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ทำให้ MDT Team สามารถกำหนดขั้นตอนการรักษาที่ดี และส่งผลลัพธ์และคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยได้

ความสำเร็จ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่มีก้อนติดกับกระเพาะปัสสาวะ จากการวิเคราะห์ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของรังสีแพทย์ระบุว่าผ่าตัดได้ยาก MDT Team ได้ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดแผนการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีและได้รับยาเคมีบำบัด 1 คอร์สก่อน เพื่อให้ก้อนมีขนาดเล็กลง สามารถทำการผ่าตัดได้ง่าย จึงทำให้ขั้นตอนการรักษาเริ่มต้นด้วยการให้รังสีและเคมีบำบัดก่อน แล้วจึงตามด้วยการผ่าตัด แทนที่จะเป็นการผ่าตัดก่อน ซึ่งทำได้ยากลำบากและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

หนึ่งในความสำเร็จยังรวมถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิงอายุ 24 ปี ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยส่วนใหญ่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

MDT Team จากพญาไท 1

ตอกย้ำความมั่นใจ

รักษาผู้ป่วยมะเร็งอย่างเต็มประสิทธิภาพ

โดยมีแพทย์รังสีรักษารับหน้าที่วางแผนการรักษาทางรังสี ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการรักษามากที่สุด และมีผลข้างเคียงจากการฉายรังสีน้อยที่สุด มีวิสัญญีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการระงับปวดเป็นหัวหน้าทีมการรักษาแบบสนับสนุนและประคับประคอง ลดอาการเจ็บปวด ทั้งจากการรักษาหรือจากธรรมชาติของโรค สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้ยังมีแพทย์ด้านโภชนาการ นักโภชนาบำบัด พยาบาลรายกรณีผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านยารักษามะเร็ง และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพันธุกรรม เพื่อการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งที่มีโอกาสถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ เป็นต้น

ดร.นพ.เกริกยศ กล่าวอีกว่า ปี พ.ศ. 2556 นี้เป็นการครบรอบ 1 ปีที่โรงพยาบาลพญาไท 1 ได้ปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นการดูแลโดย MDT Team ซึ่งสามารถกำหนดแผนการรักษาเฉพาะตัวให้แก่ผู้ป่วยมะเร็ง สร้างผลลัพธ์และคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยได้ ตัวอย่าง

รวมทั้งมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมอีกข้างหนึ่งค่อนข้างสูง ครอบครัวและญาติได้รับการดูแลโดยอายุรแพทย์ด้านพันธุกรรมโรคมะเร็ง เพื่อประเมินแผนผังครอบครัว มีการวิเคราะห์ DNA เพื่อประเมินความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม มีการติดตามผลด้วยการตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Digital Mammogram) เป็นระยะ ๆ ทั้งผู้ป่วยและญาติที่ถูกระบุว่ามีความเสี่ยง

“จะเห็นได้ว่ารักษามะเร็งแบบบูรณาการซึ่งถูกวางแผนการรักษาที่เฉพาะตัวให้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกโดย MDT Team สามารถกำหนดแนวทางการรักษาที่เหมาะสม สร้างผลลัพธ์ที่ดีให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และถือได้ว่าเป็นความหวังใหม่ในการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในศูนย์การรักษามะเร็งที่มีชื่อเสียงขนาดใหญ่ของโลกในประเทศแถบยุโรปและสหรัฐอเมริกาในปัจจุบัน” ดร.นพ.เกริกยศ กล่าวทิ้งท้าย



สมาคมแพทย์ผิวหนังฯ

ร่วมเกิดพระเกียรติออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ ได้จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการประชาชน ในกิจกรรม ออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเทิดพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ณ โรงเรียนบางปะอิน ราชานุเคราะห์ 1 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อเร็ว ๆ นี้



FoSTAT - Nestle Quiz Bowl ครั้งที่ 11

บริษัท เนสต์เล่ (ไทย) จำกัด ผู้ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มชั้นนำของไทยและของโลก ลงนามความร่วมมือกับ สมาคมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางอาหารแห่งประเทศไทย จัด “โครงการแข่งขันตอบปัญหาวิชาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางอาหาร FoSTAT – Nestle Quiz Bowl” เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความรู้ให้แก่ศิษย์-นักศึกษาระดับปริญญาตรี ทั้งภาครัฐและเอกชน ณ สมาคมฯ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ดูรายละเอียดการร่วมแข่งขันได้ที่ www.fostat.org

โรคมอบเงินแก่โครงการหน่วยแพทย์

อาสาเฉพาะทาง

คุณอรชร อิงคานวัฒน์ (คนซ้าย) ผู้จัดการฝ่ายองค์กรสัมพันธ์และบริการการค้า บริษัท โรช ไทยแลนด์ จำกัด เป็นตัวแทนมอบเงินสนับสนุนโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 200,000 บาท โดยมี ศ.นพ.อดิสร ภัทราดุสย์ (คนขวา) ประธานคณะกรรมการดำเนินงานโครงการฯ เป็นผู้รับมอบ ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อเร็ว ๆ นี้



วว. และ Institute of Material ร่วมลงนามพัฒนางานวิจัย

คุณยงวุฒิ เสาวพฤกษ์ ผู้ว่าการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย (วว.) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (วท.) และผู้อำนวยการ Institute of Material ลงนามความร่วมมือในการวิจัย พัฒนาการฝึกอบรมบุคลากร และการถ่ายทอดเทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ฯ พร้อมทั้งหารือความร่วมมือในการวิจัยด้านอื่น ๆ ในอนาคต เช่น สาขานวัตกรรมวัสดุ สาขาพลังงาน เป็นต้น ณ ห้องประชุมสถาบัน IMS กรุงเทพมหานคร เมื่อเร็ว ๆ นี้



ส.พ.กรุงเทพหัวหิน

มอบป้ายเตือนระวังโขดหิน

นพ.สมอาจ วงษ์ชมทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพหัวหิน มอบป้ายเตือนนักท่องเที่ยว เรื่องการระวังโขดหินบาดร่างกายบริเวณชายหาดหัวหิน เพื่อเตือนภัยนักท่องเที่ยวให้เล่นน้ำทะเลอย่างปลอดภัย โดยได้รับเกียรติจาก พ.ต.ท.สถาพร สงวนสุข สารวัตรตำรวจท่องเที่ยวเมืองหัวหิน เป็นผู้รับมอบ ณ บริเวณสถานีตำรวจท่องเที่ยวอำเภอหัวหิน เมื่อเร็ว ๆ นี้

วงการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย



วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลด้วย ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ภาควิชาโรค นาลิก ลาริงจวิทยา



ภาควิชาอายุรศาสตร์



ศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ



สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม



สาขาวิชาโรคระบบการหายใจและโรคหัวใจและหลอดเลือด



หอสมุดศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแพทย์ เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณนาย

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก. ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

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

หมายเหตุ

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

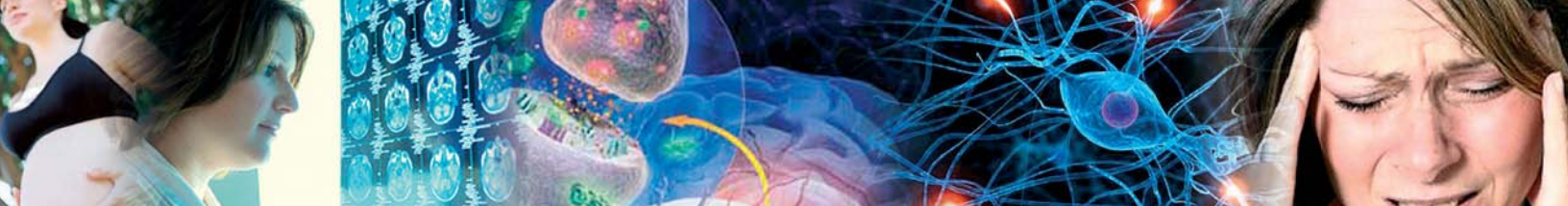
ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS





เนื้องอกรังไข่ และมะเร็งรังไข่

Benign and Malignant Disease of the Ovary

ตอนที่ 2

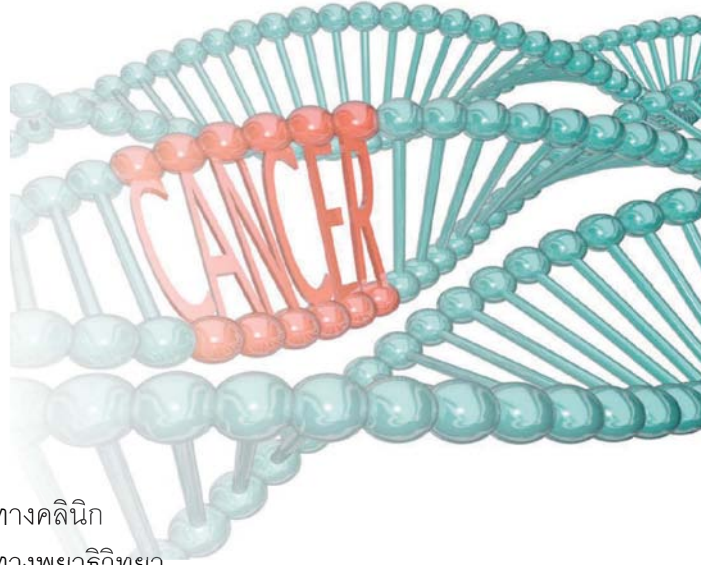
การแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่

นพ.กนกกร สุนทรวิชิต วท.บ., พ.บ.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปัตรสสาสุติศาสตรและนรีเวชวิทยา เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/130501



วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์ของรังไข่
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่ทางคลินิก
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่ทางพยาธิวิทยา
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่ทาง Pathophysiology และ Embryology
5. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่ทางพยาธิวิทยา Histology ตามแบบของสหพันธ์สูติเวชนานาชาติ (FIGO) รวมทั้งการแก้ไขดัดแปลงการแบ่งทางคลินิกที่มีอยู่เดิม
6. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่ตามแบบขององค์การอนามัยโลก (WHO)

ความเข้าใจถึงการเจริญเติบโตของรังไข่เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะได้เข้าใจถึงกำเนิดของเนื้องอกรังไข่ชนิดต่าง ๆ ตลอดจนลักษณะทางกล้องจุลทรรศน์ของแต่ละชนิดได้

1. เมื่อก่อนเด็กในครรภ์อายุ 5 สัปดาห์ จะไม่สามารถแยกเพศได้

2. เมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 6 สัปดาห์ จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น โดยมีเนื้อตามแนวกลางและได้ต่อ Mesonephros ดังนี้

A. Celomic epithelium (Mesothelium) ที่อยู่แนวกลางและได้ต่อ Mesonephros บริเวณ Urogenital ridge หนาตัวขึ้น Celomic epithelium แบ่งตัวเพิ่มขึ้นรวดเร็วกลายเป็นเนื้อเยื่อเข้าไปใน Mesenchyme เรียกว่า "Primary sex cord"

B. Mesonephros ที่บริเวณข้างเคียง แบ่งตัวหนาขึ้น กลายเป็น Mesenchyme อยู่ข้างใต้ Epithelium เรียกว่า "Subepithelium mesenchyme"

C. เกิด "Primordial germ cell" ขึ้น ซึ่งมาจาก Primitive streak (Embryonic disc) บริเวณ yolk sac โดย Endoderm ส่วน Hind-gut จะเคลื่อนตัวผ่านมาทาง Dorsal mesentery ของ Hind-gut มาอยู่ที่ Mesenchyme ของ Gonadal ridge แล้วเริ่มมีการแบ่งตัวแบบ Mitosis เพื่อให้เป็นส่วน Primitive cortex ต่อไป

3. เมื่ออายุครรภ์ 7-8 สัปดาห์ จะเริ่มแยกเพศได้ โดยเด็กในครรภ์ที่เป็นเพศชายจะเปลี่ยนแปลงก่อนด้วยอิทธิพลของ Chromosome Y. Primitive gonad มีการเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะเฉพาะของ "อวัยวะ" เริ่มต้นด้วย Primary sex cord



แยกตัวจาก Celomic epithelium ไปอยู่ในส่วน Medulla ของ Gonad แล้วแบ่งตัวกลายเป็น Seminiferous tubule ซึ่ง Cortex ที่เหลือแบ่งตัวหนาขึ้นไปเป็นชั้น Tunica albuginea

เด็กในครรภ์ที่จะเป็นเพศหญิงไม่มีอิทธิพลของ Chromosome Y. การเปลี่ยนแปลงของ Primitive gonad ที่จะไปเป็น “รังไข่” เกิดช้ากว่า เริ่มเมื่อ **อายุเด็กในครรภ์ 10 สัปดาห์** โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

a. ชั้นนอกของ Gonad จะขยายตัวเพิ่มขึ้น กลายเป็นส่วน “Cortex” อย่างชัดเจน และ Germ cell ในชั้น Cortex จะแบ่งตัวแบบ Mitosis อย่างรวดเร็ว

b. มีเซลล์ตัวเล็กกว่า Germ cell จำนวนมาก แทรกอยู่รอบ Germ cell เรียกว่า “Pre-granulosa cell”

c. ชั้น Medulla ของรังไข่จะหดเล็กลงเหลืออยู่ตรงกลาง ๆ และที่ขั้วรังไข่ โดยมี Hilus เซลล์ (Leydig เซลล์ ของ Testis) เหลืออยู่ได้บ้าง เป็นเซลล์รูปรี ๆ หรือหลายเหลี่ยมก็ได้ มี Nucleus กลมใหญ่กลางเซลล์ และ Cytoplasm ของเซลล์มักติดสี Acidophilic

4. เมื่อเด็กในครรภ์อายุ 20 สัปดาห์ รังไข่จะมีการ

เปลี่ยนแปลงดังนี้

A. Cortex ของรังไข่แบ่งเป็น Lobule และมี Secondary sex cord เกิดขึ้น

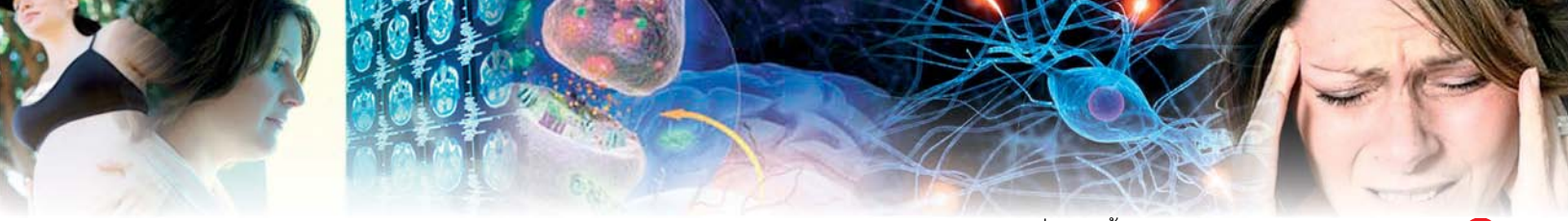
B. Germ cell มีประมาณ 6-7 ล้านตัว จะแทรกไปตาม Sex cord และ Pregranulosa เซลล์ที่อยู่ใน Cortex จะมาล้อมรอบ Germ cell แต่ละอันกลายเป็น “Primordial follicle” ขึ้น

C. Mesenchyme จาก Medulla เจริญไปเป็น Connective tissue กระจายแทรกไปใน Cortex โดยมี หลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง เส้นประสาทอยู่ใน Connective tissue นี้

5. เมื่อเด็กในครรภ์อายุ 28-36 สัปดาห์

Primordial follicle จะแทนที่ Primitive cortical lobule เกือบหมด และมี Germ cell มากขึ้นเป็น Oogonia และ Oocyte (Ova) จนถึงระยะใกล้กำหนดคลอด Oocyte บางส่วนจะเริ่มฝ่อหายไปจนเหลือประมาณ 3 แสนตัว เมื่อเด็กอายุได้ 7 ปี จนถึงวัยสาว

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า :-



- Germ cell มีต้นกำเนิดจาก Gonad
- Stromal เซลล์ของรังไข่ที่รวมพวก Theca เซลล์ และ Leydig เซลล์ของอัณฑะมาจาก Mesenchyme ของ Medulla
- Granulosa เซลล์ และ Sertoli เซลล์ของ อัณฑะนั้นยังตกเถียงกันอยู่

Gillman, Gonolos และ Simpson เชื่อว่ามาจาก Primitive cortical lobule (Sex cord) คือจาก Coelomic epithelium แต่ Pinkerton และพวกเชื่อว่ามาจากส่วน Mesenchyme

กายวิภาคศาสตร์ของรังไข่

I. ขนาดปกติ

- เด็กหญิงเมื่อแรกเกิด ขนาดรังไข่แบนยาว $1.3 \times 0.5 \times 0.3$ ซม.
- ระยะเวลาเด็ก ขนาดรังไข่หนาขึ้น $3 \times 1.8 \times 1.2$ ซม.
- ระยะตั้งครรภ์ ขนาดรังไข่โตกว่าเดิมได้
- ระยะวัยหมดระดู ขนาดรังไข่เล็ก เทียบลง และแข็ง

II. ระบบหลอดเลือด

จาก Theca externa จะผ่าน Ovarian stroma ไปที่ หลอดน้ำเหลืองใหญ่ที่ขั้วของรังไข่ ซึ่งมีอยู่ประมาณ 4-6 หลอด หลอดน้ำเหลืองนี้ยังรับน้ำเหลืองมาจากหลอดมดลูก และยอด ของมดลูก และจะไปที่ Infundibulopelvic ligament ผ่านไปที่ กล้ามเนื้อ Psoas และไหลเวียนต่อไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ Paraaortic ในตำแหน่งระดับล่างของไต และมีอีกทางหนึ่งผ่าน



Broad ligament ไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ Internal iliac, External iliac, Interaortic และมีบางส่วนอาจไหลเวียนไปที่ ต่อมน้ำเหลือง Inguinal ด้วย

III. รังไข่ในตำแหน่งผิดปกติ

อาจจะมากกว่า 2 ข้างก็ได้ หรืออาจไม่เคลื่อนลงมาในตำแหน่งปกติก็ได้ บางครั้งอาจจะพบรังไข่อยู่ใน Broad ligament หรืออยู่ด้านหน้า หรือด้านหลังต่อมดลูก หรืออยู่ที่ผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ หรืออาจจะอยู่ Retroperitoneal ใน Omentum หรือ Celomic mesentery หรือ Paraaortic ก็ได้ บางรายอาจอยู่ในระดับตับ หรืออยู่ติดกับไตก็ได้

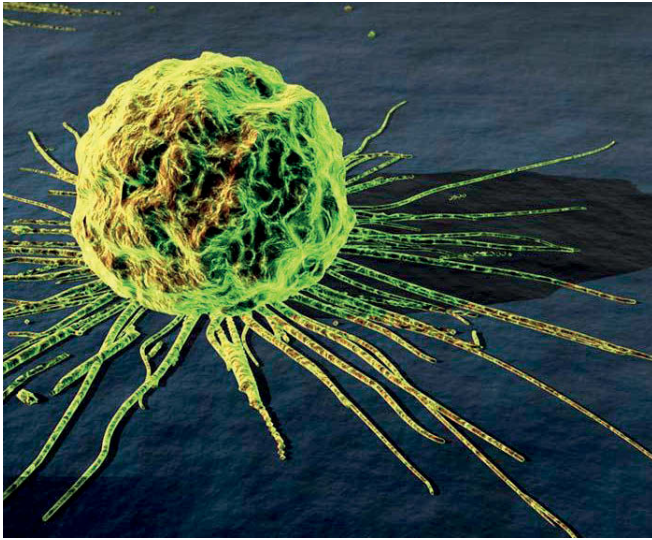
การแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่

1. แบ่งทางคลินิก
2. แบ่งทางพยาธิวิทยา
3. แบ่งโดยอาศัยหลักเกณฑ์ทาง Pathophysiology และ Embryology
4. แบ่งทางพยาธิวิทยา Histology ตามแบบของ สหพันธ์สูติรีเวชนานาชาติ (FIGO) รวมทั้งการแก้ไขดัดแปลง การแบ่งทางคลินิกที่มีอยู่เดิม
5. แบ่งตามแบบขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ใช้เป็นบรรทัดฐานในปัจจุบัน

1. แบ่งทางคลินิก

มีผู้พยายามที่จะแบ่งเนื้องอกรังไข่ด้วยวิธีและระบบ ต่าง ๆ บุคคลเหล่านี้บางท่านก็เป็นแพทย์ทางคลินิก, ทาง รักษา หรือเป็นพยาธิแพทย์ การแบ่งของ Hinsel ได้รับการ พิจารณาว่ากะทัดรัด ง่าย และได้ประโยชน์ Hinsel ได้แบ่ง เนื้องอกรังไข่ออกเป็น 4 กลุ่ม โดยถือทาง clinic เป็นสำคัญ

- Group I Completely removal without extension
- Group II Completely removal despite extension
- Group III Incompletely removal because of local extension
- Group IV Extreme extension or distant metastasis



ต่อมาหลังจากที่ Hinsel ได้แบ่งไว้ ได้มีผู้พยายามแบ่งเนื้องอกรังไข่ทางคลินิกอีก คือ

- Mayo Classification
- Munnell Classification
- Iowa Classification

การแบ่งแบบ Mayo และ Munnell คล้ายกับของ Hinsel ยกเว้นใน group ที่ 2 ได้รวมเอาพวกเนื้องอกที่เป็นทั้งสองข้างทั้งหมดเข้าไปด้วย และการแบ่งแบบ Iowa ซึ่งได้รับความนิยมอยู่มาก แต่มีข้อเสียที่ใน Group III ประกอบด้วยพวก "recurrent tumours" ซึ่งไม่ถูกหลักเกณฑ์การแบ่ง โดยเราถือกันทั่ว ๆ ไปว่า การแบ่งต้องถือครั้งแรกที่พบเป็นเกณฑ์ตัดสิน การเปลี่ยนแปลงภายหลังจะมาจัดแบ่งใหม่อีกไม่ควรทำ เช่นเดียวกับการแบ่งของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งถือผลการตรวจครั้งแรกเป็นหลัก

ในระยะหลัง ๆ นี้ คณะกรรมการมะเร็งของสหพันธ์สูตินรีเวชนานาชาติ (FIGO) ได้แนะนำให้ใช้การแบ่งชนิดใหม่ ซึ่งค่อนข้างรัดกุม และมีการแบ่งขอยลงไปอย่างถูกต้องแน่นอน ถ้าหากแพทย์ทั่วไปใช้การแบ่งโดยมาตรฐานเดียวกันก็ย่อมเป็นประโยชน์ต่อการสรุปและรายงานผลการรักษา และทำให้สามารถเปรียบเทียบผลการรักษากันได้จากที่ต่าง ๆ

คำจำกัดความของระยะต่าง ๆ ของมะเร็งของรังไข่อาศัยหลักเกณฑ์การพบเมื่อตรวจ และพบขณะทำการผ่าตัดดังต่อไปนี้

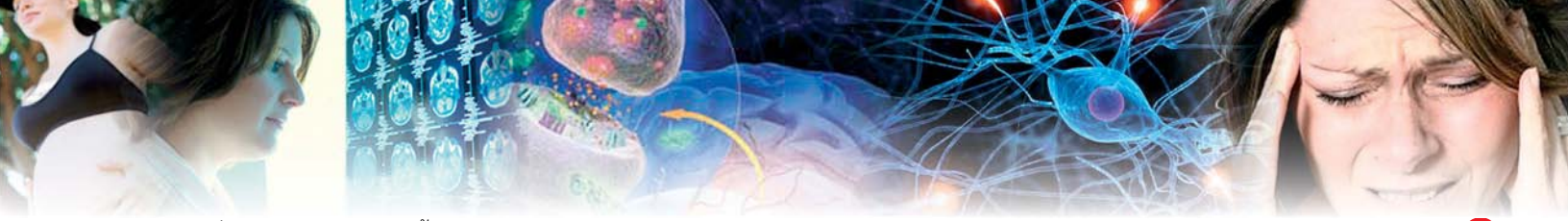
- STAGE I : เนื้องอกจำกัดอยู่ในรังไข่
- STAGE Ia : เนื้องอกจำกัดอยู่ในรังไข่ข้างใดข้างหนึ่ง ไม่มีน้ำในช่องท้อง
- STAGE Ib : เนื้องอกจำกัดอยู่ในรังไข่ทั้งสองข้าง ไม่มีน้ำในช่องท้อง
- STAGE Ic : เนื้องอกจำกัดอยู่ในรังไข่ข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง แต่มีน้ำในช่องท้อง โดยตรวจพบเซลล์มะเร็งในน้ำในช่องท้องด้วย
- STAGE II : เนื้องอกเกิดขึ้นในรังไข่ข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง และขยายลุกลามไปในช่องท้องส่วนล่าง
- STAGE IIa : มีการขยายของมะเร็งลุกลามไปที่มดลูก และปีกมดลูก (ท่อรังไข่) โดยเฉพา
- STAGE IIb : มีการขยายของมะเร็งไปที่อวัยวะอื่นในช่องท้องส่วนล่างด้วย
- STAGE III : เนื้องอกอยู่ในรังไข่ข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง แต่มีการแพร่กระจายไปในช่องท้องไปยังอวัยวะอื่น เช่น โอดเมนตัม, ลำไส้ และซังของลำไส้
- STAGE IV : เนื้องอกอยู่ในรังไข่ข้างใดข้างหนึ่ง แต่มีการแพร่กระจายไกลออกไปนอกช่องท้อง

กรณีพิเศษในผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำผ่าตัด และเข้าใจว่าเป็นมะเร็งของรังไข่

การแบ่งทั้งหมดนี้ การเกิดมีน้ำในช่องท้องไม่ได้ทำให้การแบ่งใน STAGE II, III และ IV เปลี่ยนแปลงไป

2. แบ่งทางพยาธิวิทยา

การแบ่งทางพยาธิวิทยาเป็นเรื่องยุ่งยากและเรื้อรังที่สุด การถกเถียงโต้แย้งยังไม่ยุติลงได้ง่าย ๆ เนื่องจากมีความเห็นจากที่ต่าง ๆ แตกต่างกันไปมากบ้างน้อยบ้างจนลงเลยไม่ได้ ยกตัวอย่างเช่น Emge ได้ชี้ให้เห็นถึงความไม่ลงรอยยุ่งยาก ถ้าจะถือเอาแง่ที่ว่า gonad ชนิด mature และ immature



เป็นเครื่องตัดสินใจของเนื้องอกก็จะทำให้ล้มเหลวไม่แน่นอนที่จะประเมินค่าและชนิดของเนื้องอกได้

ถ้าจะให้ได้ประโยชน์อย่างแท้จริง การแบ่งแยกใด ๆ ก็ตาม จะต้องมามีโครงสร้างที่มีรูปแบบแน่นอนเหมาะสมและถูกต้อง สมมุติในห้องทดลองพยาธิ การแบ่งง่าย ๆ โดยดูด้วยตาเปล่า เช่น เห็นเป็นถุงน้ำ หรือเป็นเนื้อตัน หรือแบ่งทางพยาธิวิทยาถือว่าเนื้อธรรมดา หรือเนื้อร้าย ก็มีผู้ใช้เป็นหลักตัดสินมานาน ข้อเสียก็มีเช่นกัน กล่าวคือพยาธิผู้หนึ่งจะต้องเผชิญกับปัญหาที่เนื้องอกบางอันอาจจะอยู่ในพวกที่ไม่แน่นอนว่าจะเป็นเนื้อดี หรือเนื้อร้ายก็ได้ หรือพวกเนื้องอกที่เป็นเนื้อตันก็อาจมีการสลายกลายเป็นโพรง หรือเป็นถุงน้ำเกิดขึ้นได้ และในขณะเดียวกันพวกเนื้องอกที่เป็นถุงน้ำอาจมีส่วนที่เป็นเนื้อตันแข็ง เป็นต้น

ความคิดที่จะแบ่งเอาง่าย ๆ วิธีนี้ยังมีอีกที่สอดคล้องกัน เช่น ถ้าเกิดจากพวก Gonad พวกที่ให้เซลล์ที่เป็นกลางก็กลายมาเป็น Dysgerminoma ถ้าให้ฮอร์โมนหญิง เช่น เอสโตรเจน ก็ต้องเป็นพวกเมเซนไคม์ และให้แกรนูโลซ่า และทีคาเซลล์ พวกที่มีกำเนิดจาก Sex cords ก็ต้องกลายมาเป็น Arrhenoblastoma ซึ่งความคิด และการแบ่งง่าย ๆ เหล่านี้ ต่อมาผู้ที่ศึกษาอย่างจริงจัง เช่น Teilum, Mackinlay, Teter, Warner, Shippel และ Noyes ได้ล้มเลิกความเชื่อเก่า และจัดระบบที่ถูกต้องขึ้น ทำให้หมดข้อสงสัยเคลือบแคลงที่อธิบายกันไม่ได้จะแจ้งมานาน

การแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่ ระบบที่ได้รับความนิยมและใช้กันมานานก็คือ ระบบของ Johns Hopkins Hospital ซึ่งจะขอยกมาไว้เป็นตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

Benign Tumors

I. Cystic

A. Non-neoplastic

1. Follicle
2. Lutein
 - a. Granulosa
 - b. Theca
3. Stein-Leventhal (Polycystic with theca luteinization)

4. Germinal inclusion

B. Epithelial

1. Epithelial

- a. Mucinous
- b. Serous
- c. Endometrial แบ่งเป็น
 - c.1 Endometriosis
 - c.2 Siderophagic cyst

2. Dermoid (benign cystic teratoma)

II. Solid

- A. Fibroma
- B. Brenner
- C. Others (lymphangioma, mesothelioma, osteochondroma, and assorted rare lesions)

Malignant Tumors

I. Cystic

- A. Cystadenocarcinoma
 1. Mucinous
 2. Serous
- B. Carcinoma (epidermoid) arising in dermoid

II. Solid

- A. Carcinoma
 1. Papillary





carcinoma, mixed epithelial tumor และ undifferentiated carcinoma

2. Germ cell tumors ซึ่งได้แก่

dysgerminoma, yolk sac tumor, choriocarcinoma, embryonal carcinoma, polyembryoma, immature teratoma และ mixed tumor

3. Sex cord stromal tumors ซึ่งได้แก่

granulosa-stromal cell tumor, sertoli-stromal cell tumor, sex cord tumor with annular tubule, unclassified, gynandroblastoma และ steroid cell tumor

2. Nonpapillary

- B. Endometrioid (including carcinosarcoma)
- C. Mesonephroma (Metamesonephroma)

III. Other malignant lesion (rare)

- A. Teratoma (including choriocarcinoma, melanoma etc.)
- B. Lymphoma
- C. Others

IV. Tumors with endocrine potential (low malignant potential)

- A. Dysgerminoma-generally inert
- B. Granulosa-Theca (with or without luteinization) generally feminizing
- C. Arrhenoblastoma
- D. Adrenal generally virilizing
- E. Hilus

V. Metastatic or by extension pattern similar to primary lesion or Krukenberg tumour

ดังนั้น การแบ่งชนิดของมะเร็งรังไข่ตามผลพยาธิวิทยา จึงสามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิดใหญ่ ๆ คือ

1. Epithelial tumors เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งได้แก่ serous tumor, mucinous tumor, endometrioid tumor, clear cell tumor, transitional cell tumor, squamous cell

3. แบ่งโดยอาศัยหลักเกณฑ์ทาง Pathophysiology และ Embryology

ยังมีผู้แบ่งโดยวิธีใช้รากฐานทาง Embryology ซึ่งช่วยอธิบายการเปลี่ยนแปลงในตัวเนื้องอก และปรากฏการณ์ทางคลินิกได้ดี

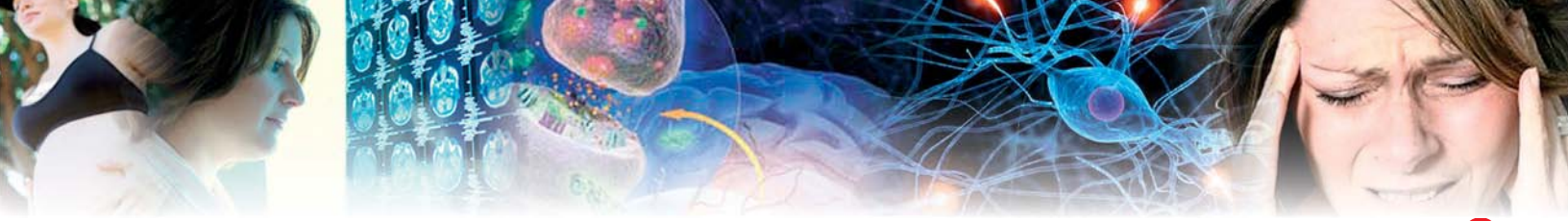
การแบ่งโดยอาศัยหลักเกณฑ์ทาง Pathophysiology และ Embryology

I. Non-neoplastic lesion

- A. Inflammatory-including adhesive disease due to subacute or chronic infection, peritoneal inclusions and cystic dilatation of anomalous paramesonephric structures
- B. Physiologic-including granulosa and Theca lutein cysts, diffuse or focal proliferations (Thecosis, cortical granulomas, stromal hyperplasia, etc.) Stein-Leventhal ovary

II. Stroma-epithelial lesions (differentiated and undifferentiated tumors)

- A. Primary epithelial-serous, mucinous and endometrioid (differentiated



mesotheliomas, mesonephroid and clear cell tumors, mesothelioma)

B. Primarily stromal

1. Low functional potential fibroadenoma, cystadenofibroma, Brenner tumor
2. High functional potential granulosa-Theca cell and Sertoli-Leydig tumors, gonadal stromal tumors with varying degrees of differentiation

C. Stromal mesenchymal tumor, (variable functional potential) fibroma, fibrothecoma, Thecoma (luteoma), gonadal stromal tumors and sarcoma



D. Metastatic tumors

III. Germ cell tumors

- A. Dysgerminoma (germinoma)
- B. Dysgenetic gonad (including ovotestis, gonadoblastoma, etc.)
- C. Teratoma (embryonal, extra-embryonal and mature)

IV. Parovarian lesions

- A. Cysts and hydatids, etc.
- B. Mesonephroma (also known as metamesonephroma)
- C. Hilar cell

D. Adrenal rest

E. Arrhenoblastoma

V. Other tumors (rarely primarily ovarian)

- A. Lymphoma, hemangiopericytoma, myoma, angioma

4. แบ่งทางพยาธิวิทยา Histology ตามแบบของสหพันธ์สูติรีเวชนานาชาติ (FIGO) รวมทั้งการแก้ไขดัดแปลงการแบ่งทางคลินิกที่มีอยู่เดิม

ในปี ค.ศ. 1964 มีการประชุมคณะกรรมการของสหพันธ์สูติรีเวชนานาชาติ ที่ Mardel plata ในอเมริกาใต้ ได้มีการจัดแบ่งเนื้องอกรังไข่ทางคลินิกดังได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น รวมทั้งได้มีการจัดแบ่งทางพยาธิวิทยาสืบต่อของ Common primary epithelial tumors ดังนี้

I. Serous cystomas

- A. Serous benign cystadenoma
- B. Serous cystadenoma with proliferating activity of the epithelial cells and unclear abnormalities, but with no infiltrative growth (low potential malignancy)
- C. Serous cystadenocarcinomas

II. Mucinous cystomas

- A. Mucinous benign cystadenoma
- B. Mucinous cystadenomas with proliferating activity of the epithelial cells and nuclear abnormalities, but with no infiltrative destructive growth (low potential malignancy)
- C. Mucinous cystadenocarcinoma

III. Endometrioid tumors

(Similar to adenocarcinoma in the endometrium)

- A. Endometrioid benign cysts
- B. Endometrioid tumors with proliferating activity of the epithelial cells and



nuclear abnormalities, but with no infiltrative destructive growth (low potential malignancy)

C. Endometrioid adenocarcinoma

IV. Mesonephric tumors

A. Benign mesonephric tumour

B. Mesonephric tumors with proliferating activity of the epithelial cells and nuclear abnormalities, but with no infiltrative destructive growth (low potential malignancy)

C. Mesonephric cystadenocarcinoma

V. Concomitant carcinomas, unclassified carcinomas

ในปี ค.ศ. 1971 ที่ประชุมได้ตกลงดัดแปลงการแบ่งทางคลินิกที่ตรวจพบ และผลการตรวจในขณะผ่าตัด ซึ่งได้เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1971 ดังต่อไปนี้

Stage I Growth limited to the ovaries

Stage Ia - Growth limited to one ovary;

no ascites:

1. Capsule ruptured
2. Capsule not ruptured

Stage Ib - Growth limited to both ovaries;

no ascites;



1. Capsule ruptured

2. Capsule not ruptured

Stage Ic - Growth limited to one or both

ovaries, ascites present with malignant cells in the fluid

1. Capsule ruptured

2. Capsule not ruptured

Stage II Growth involving one or both ovaries with pelvic extension

Stage IIa - Extension and/or metastasis to the uterus and/or tubes and/or other ovary

Stage IIb - Extension to other pelvic tissues

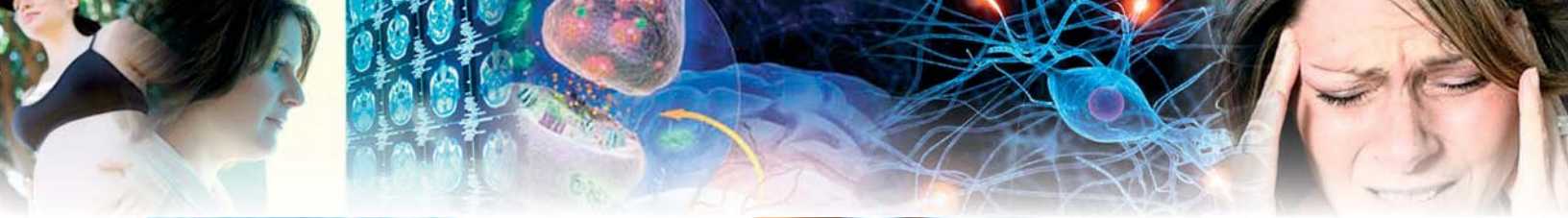
Stage III Growth involving one or both ovaries with widespread intraperitoneal metastasis to the abdomen (The omentum, the small intestine, and its mesentery)

Stage IV Growth involving one or both ovaries with distant metastases

Special Category - Unexplored cases which are thought to be ovarian carcinoma

5. แบ่งตามแบบขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ใช้เป็นบรรทัดฐานในปัจจุบัน

ในปี ค.ศ. 1956 องค์การอนามัยโลกได้เริ่มงานตั้งศูนย์ต่าง ๆ ขึ้น เพื่อศึกษาเนื้องอกชนิดต่าง ๆ และจัดแบ่งแยกเป็นหมวดหมู่ด้วย งานเริ่มต้นเมื่อมีการพบปะประชุมกันที่ Oslo ระหว่างกลุ่มที่จะศึกษาเนื้องอกชนิดต่าง ๆ จากการเก็บเนื้องอกจากที่ต่าง ๆ และมีการศึกษาเนื้องอกเหล่านี้อย่างละเอียด โดยเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1958 ได้มีศูนย์ต่าง ๆ 23 ศูนย์ ดำเนินการศึกษาเนื้องอกชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะเนื้องอกของรังไข่ ประกอบด้วยพยาธิแพทย์ชั้นนำ 10 ท่าน มี Prof. S.F. Serov จาก Leningrad เป็นหัวหน้า และ Prof. R.E. Scully เป็นผู้ดำเนินประสานงาน ได้จัดแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่ขึ้นใหม่ทั้งหมด ซึ่งเมื่อมีการประชุมพยาธิวิทยานานาชาติ ครั้งที่ 10 ที่เมือง Hamburg ได้มีการพิจารณาการแบ่งอันใหม่ของ WHO โดยมี Prof. R.E. Scully เป็นผู้ดำเนินการ องค์การ



1.1.2.1 Cystic tumor and papillary cystic tumor

1.1.2.2 Surface papillary tumor

1.1.2.3 Adenofibroma and cystadenofibroma

1.1.3 Malignant

1.1.3.1 Adenocarcinoma, papillary adenocarcinoma and papillary cystadenocarcinoma

1.1.3.2 Surface papillary tumor

1.1.3.3 Adenocarcinofibroma and cystadenocarcinofibroma (malignant adenofibroma and cystadenofibroma)

อนามัยโลกได้เริ่มใช้การแบ่งเนื้องอกรังไข่ทางพยาธิวิทยา
ฮิสโตนี้ในปี ค.ศ. 1973

การแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่ โดยองค์การอนามัย
โลก ได้กำหนดหลักเกณฑ์การแบ่งตามลักษณะทางพยาธิวิทยา
ไว้ในปัจจุบันนี้ ซึ่งเกณฑ์ในการแบ่ง ได้แก่ ชนิดของเซลล์ และ
รูปแบบการเจริญของงอกของเนื้องอก

การแบ่งชนิดเนื้องอกรังไข่ตามลักษณะทางพยาธิวิทยา
ขององค์การอนามัยโลก

WORLD HEALTH ORGANIZATION HISTOLOGICAL CLASSIFICATION OF OVARIAN TUMORS

1. Surface epithelial-stromal tumors

1.1 Serous tumors

1.1.1 Benign

1.1.1.1 Cystadenoma and papillary
cystadenoma

1.1.1.2 Surface papilloma

1.1.1.3 Adenofibroma and cystadenofibroma

1.1.2 Of borderline malignancy (of low malignant potential)

1.2 Mucinous tumors, endocervical-like and intestinal types

1.2.1 Benign

1.2.1.1 Cystadenoma

1.2.1.2 Adenofibroma and cystadenofibroma

1.2.2 Of borderline malignancy (of low malignant potential)

1.2.2.1 Cystadenoma

1.2.2.2 Adenofibroma and cystadenofibroma

1.2.3 Malignant

1.2.3.1 Adenocarcinoma and cystadenocarcinoma

1.2.3.2 Adenocarcinofibroma and cystadenocarcinofibroma (malignant adenofibroma and cystadenofibroma)

1.3 Endometrioid tumors

1.3.1 Benign

1.3.1.1 Cystadenoma



1.3.1.2 Cystadenoma with squamous differentiation

1.3.1.3 Adenofibroma and cystadenofibroma

1.3.1.4 Adenofibroma and cystadenofibroma with squamous differentiation

1.3.2 Of borderline malignancy (of low malignant potential)

1.3.2.1 Cystic tumor

1.3.2.2 Cystic tumor with squamous differentiation

1.3.2.3 Adenofibroma and cystadenofibroma

1.3.2.4 Adenofibroma and cystadenofibroma with squamous differentiation

1.3.3 Malignant

1.3.3.1 Adenocarcinoma and cystadenocarcinoma

1.3.3.2 Adenocarcinoma and cystadenocarcinoma with squamous differentiation

1.3.3.3 Adenocarcinofibroma and cystadenocarcinofibroma (malignant adenofibroma and cystadenofibroma)

1.3.3.4 Adenocarcinofibroma and cystadenocarcinofibroma with squamous differentiation (malignant adenofibroma and cystadenofibroma with squamous differentiation)

1.3.4 Epithelial-stromal and stromal

1.3.4.1 Adenosarcoma, homologous and heterologous

1.3.4.2 Mesodermal (mullerian) mixed tumor (carcinosarcoma), homologous and heterologous

1.3.4.3 Stromal sarcoma

1.4 Clear cell tumors

1.4.1 Benign

1.4.1.1 Cystadenoma

1.4.1.2 Adenofibroma and cystadenofibroma

1.4.2 Of borderline malignancy (of low malignant potential)

1.4.2.1 Cystic tumor

1.4.2.2 Adenofibroma and cystadenofibroma

1.4.3 Malignant

1.4.3.1 Adenocarcinoma

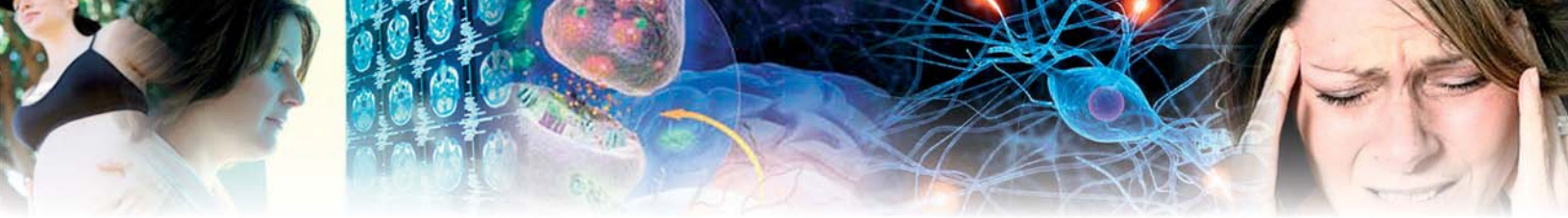
1.4.3.2 Adenocarcinofibroma and cystadenocarcinofibroma (malignant adenofibroma and cystadenofibroma)

1.5 Transitional cell tumors

1.5.1 Brenner tumor

1.5.2 Brenner tumor of borderline malignancy (proliferating)





1.5.3 Malignant brenner tumor

(specify type)

1.5.4 Transitional cell carcinoma (non-Brenner type)

2.2.3 Sertoli-Leydig cell tumor, poorly differentiated (sarcomatoid)

1.6 Squamous cell tumors

1.7 Mixed epithelial tumors (specify types)

1.7.1 Benign

2.2.3.1 Variant - with heterologous elements
(specify type)

1.7.2 Of borderline malignancy (of low malignant potential)

2.2.4 Retiform

1.7.3 Malignant

2.2.4.1 Variant - with heterologous elements
(specify type)

1.8 Undifferentiated carcinoma

2.3 Sex cord tumor with annular tubules

2. Sex cord-stromal tumors

2.4 Gynandroblastoma

2.1 Granulosa-Stromal cell tumors

2.5 Unclassified

2.1.1 Granulosa cell tumor

2.6 Steroid (lipid) cell tumors

2.1.1.1 Adult

2.6.1 Stromal luteoma

2.1.1.2 Juvenile

2.6.2 Leydig cell tumor

2.1.2 Tumors in thecoma-fibroma group

2.6.2.1 Hilus cell tumor

2.1.2.1 Thecoma

2.6.2.2 Leydig cell tumor, nonhilar type

- typical

2.6.3 Unclassified (not otherwise specified)

- luteinized

2.1.2.2 Fibroma

3. Germ cell tumors

2.1.2.3 Cellular fibroma

3.1 Dysgerminoma

2.1.2.4 Fibrosarcoma

3.1.1 Variant - with syncytiotrophoblast cells

2.1.2.5 Stromal tumor with minor sex cord elements

3.2 Yolk sac tumor (endodermal sinus tumor)

2.1.2.6 Sclerosing stromal tumor

3.2.1 Variants - Polyvesicular vitelline tumor

2.1.2.7 Stromal luteoma - see 2.6.1

- Hepatoid

2.1.2.8 Unclassified

- Glandular (Some glandular yolk sac tumors resemble endometrioid adenocarcinoma and have been called "endometrioid-like")

2.1.2.9 Others

2.2 Sertoli-stromal cell tumors; androblastomas

3.3 Embryonal carcinoma

2.2.1 Well differentiated

3.4 Polyembryoma

2.2.1.1 Sertoli cell tumor (tubular androblastoma)

3.5 Choriocarcinoma

2.2.1.2 Sertoli-Leydig cell tumor

3.6 Teratomas

2.2.1.3 Leydig cell tumor - see 2.6.2

3.6.1 Immature

2.2.2 Sertoli-Leydig cell tumor of intermediate differentiation

3.6.2 Mature

2.2.2.1 Variant - with heterologous elements

3.6.2.1 Solid

3.6.2.2 Cystic (dermoid cyst)

3.6.2.3 With secondary tumor (specify type)



3.6.2.4 Fetiform (homunculus)

3.6.3 Monodermal

3.6.3.1 Struma ovarii

3.6.3.1.1 Variant - with secondary
tumor (specify type)

3.6.3.2 Carcinoid tumor

- insular
- trabecular

3.6.3.3 Strumal carcinoid tumor

3.6.3.4 Mucinous carcinoid tumor

3.6.3.5 Neuroectodermal tumor (specify type)

3.6.3.6 Sebaceous tumor

3.6.3.7 Others

3.7 Mixed germ cell tumors (specify types)

4. Gonadoblastoma

4.1 Variant - with dysgerminoma or other germ cell tumor

5. Germ cell-sex cord-stromal tumor of non-gonadoblastoma type

5.1 Variant – with dysgerminoma or other germ cell tumor

6. Tumors of rete ovarii

6.1 Adenoma and cystadenoma

6.2 Adenocarcinoma

7. Mesothelial tumors

7.1 Adenomatoid tumor

7.2 Mesothelioma

8. Tumors of uncertain origin and miscellaneous tumors

8.1 Small cell carcinoma

8.2 Tumor of probable wolffian origin

8.3 Hepatoid carcinoma

8.4 Myxoma

8.5 Others

9. Gestational trophoblastic diseases

10. Soft tissue tumors not specific to ovary

11. Malignant lymphomas and leukemias

12. Unclassified tumors

13. Secondary (metastatic) tumors

14. Tumor-like lesions

14.1 Solitary follicle cyst

14.2 Multiple follicle cyst (polycystic ovarian disease;
sclerocystic ovaries)

14.3 Large solitary luteinized follicle cyst of pregnancy
and puerperium

14.4 Variant – with corpora lutea (hyperstimulation
syndrome)

14.5 Corpus luteum cyst

14.6 Pregnancy luteoma

14.7 Ectopic pregnancy

14.8 Stromal hyperplasia

14.9 Stromal hyperthecosis

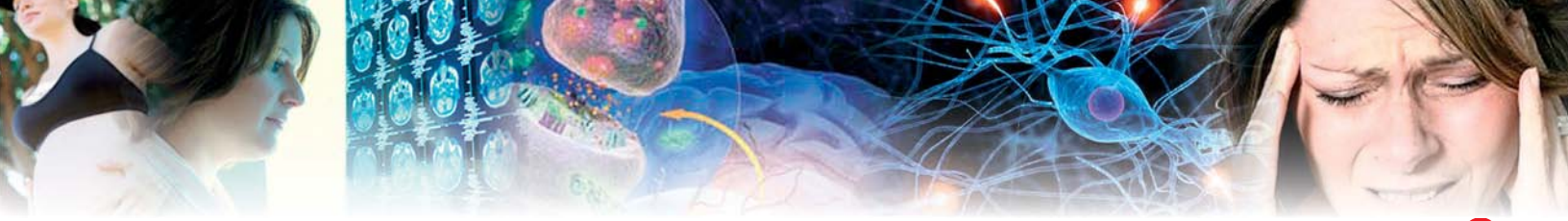
14.10 Massive edema

14.11 Endometriosis

14.12 Fibromatosis

14.13 Cyst, unclassified (simple cyst)

14.14 Inflammatory lesions



เมื่อพิจารณาความชุกของเนื้องอกรังไข่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มตามเซลล์ต้นกำเนิดที่พบ โดยเปรียบเทียบกันระหว่างการศึกษาที่ต่าง ๆ พบว่า ข้อมูลจากประเทศในแถบเอเชียมักจะพบเนื้องอกกลุ่ม epithelial-stromal ในอัตราที่ไม่สูงมากอย่างในประเทศ

แถบอเมริกาและยุโรป และยังพบเนื้องอกกลุ่ม germ cell ได้บ่อยกว่ารายงานจากประเทศดังกล่าวอีกด้วย น่าจะเนื่องจากแนวโน้มในการเกิดเนื้องอกทั้งสองกลุ่มที่แตกต่างกันในแต่ละส่วนของโลก

ตารางลักษณะทางจุลทรรศน์ของเนื้องอกชนิดไม่ร้ายของรังไข่ เปรียบเทียบที่ต่าง ๆ เป็นเปอร์เซ็นต์

Histology	Yaker & Benirschke	Kent & Mc.Kay	Phillippe et al.	Siriraj
• Serous cystadenoma	35.9	18.6	31.0	17.41
• Mucinous cystadenoma	9.4	19.2	28.4	25.37
• Endometriosis	-	-	-	21.07
• Benign cystic teratoma	41.0	20.0	29.0	30.75
• Fibroma	6.8	39.9	7.6	3.87
• Brenner tumor	0.8	1.2	0.7	0.21
• Benign cystic teratoma + Mucinous cystadenoma	-	-	-	0.64
• Benign cystic teratoma + Serous cystadenoma	-	-	-	0.43
• Endometriosis + Mucinous cystadenoma	-	-	-	0.21
Total	117	2,181	2,570	465

ตารางเนื้องอกรังไข่ทั้งหมด และมะเร็งรังไข่จำแนกตามเซลล์ต้นกำเนิด

ชนิดของเนื้องอก	ความชุก (%)				
	Kistner	Nakashima et al.		Chula	
	เนื้องอกรังไข่ทั้งหมด	เนื้องอกรังไข่ทั้งหมด	มะเร็งรังไข่	เนื้องอกรังไข่ทั้งหมด	มะเร็งรังไข่
• Epithelial-stromal tumor	70	56.6	75.6	47.4	84.6
• Germ cell tumor	15-20	36.1	19.6	46.8	9.8
• Sex cord-stromal tumor	5-10	7.3	4.8	4.1	5.6
• Metastatic tumor	5	-	-	1.7	-
รวม	100	100	100	100	100

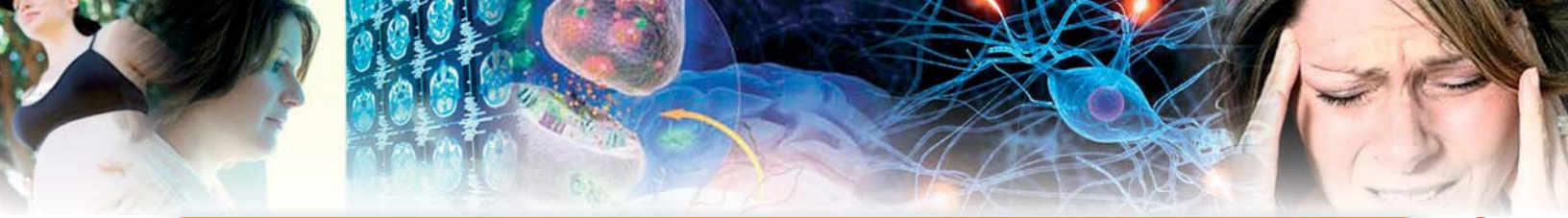


ตารางความชุกสัมพันธ์ของเนื้องอกรังไข่ปฐมภูมิแต่ละชนิดตามการแบ่งของ WHO เรียงตามลำดับ

ชนิดของเนื้องอก	%
• Mature cystic teratoma	45.3
• Mucinous cystadenoma	14.5
• Serous cystadenoma	11.2
• Serous cystadenocarcinoma	5.7
• Endometrioid carcinoma	5.4
• Mucinous cystadenocarcinoma	3.8
• Fibroma-thecoma	2.9
• Mucinous borderline tumor	2.6
• Clear cell carcinoma	2.6
• Mixed epithelial carcinoma	1.4
• Granulosa cell tumor	1.2
• Endodermal sinus tumor	0.7
• Dysgerminoma	0.5
• Serous borderline tumor	0.5
• Immature teratoma	0.5
• Brenner tumor	0.3
• Mixed germ cell tumor	0.3
• Carcinosarcoma	0.2
• Others	0.4
รวม	100

เอกสารอ้างอิง

1. Berek JS, Hacker NF. Practical gynecologic oncology, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 3-38.
2. Bunyanit S. Embryology of ovary, Histology of the ovary, Tumours of the ovary.
3. Chen LM, Berek JS. Ovarian and fallopian tubes. In: Haskell CM, ed. Cancer treatment, 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2000.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics, 22nd. New York: Mc Graw-Hill, 2005.
5. Gershenson DM. Management of early ovarian cancer: germ cell and sex cord-stromal tumors. Gynecol Oncol 1994;55: S62-72.
6. Goff BA, Mandel LS, Muntz HG, et al. Ovarian cancer diagnosis: results of a national ovarian cancer survey. Cancer 2000;89:2068-2075.
7. Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, Barakat RR, Markman M, Randall ME. Principles and Practice of Gynecologic Oncology, 4th ed. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins 2005: 895-1034.
8. Hardy RD, Bell JG, Nicely CJ, Reid GC. Hormonal treatment of a recurrent granulosa cell tumor of the ovary: case report and review of the literature. Gynecol Oncol 2005;96:865-9.
9. Jemal A, Thomas A, Murray T, et al. Cancer statistics, 2002. CA Cancer. J Clin 2002;52:23-47.
10. Kitchener HC. Adjuvant chemotherapy improves survival after resection of stage 1 ovarian cancer. Cancer Treat Rev 2005;31:323-7.
11. Lu KH, Gershenson DM. Update on the management of ovarian germ cell tumors. J Reprod Med 2005;50:417-25.
12. Olson SSH, Mignone L, Nakraseive C, et al. Symptoms of ovarian cancer. Obstet Gynecol 2001;98:212-217.
13. Schumer ST, Cannistra SA. Granulosa cell tumor of the ovary. J Clin Oncol 2003;21:1180-9.
14. Trisukoson D., Triratchat S., et al; Chula's Gynecology.
15. Vergote I, van Gorp T, Amant F, Neven P, Berteloot P. Neoadjuvant chemotherapy for ovarian cancer. Oncology (Williston Park) 2005;19:1615-22.



CME PLUS Quiz

1. What percentage of adnexal neoplasms during pregnancy are malignant?

- A. < 1
- B. 5
- C. 20
- D. 38
- E. none of the above

2. Which is the most common ovarian neoplasm associated with pregnancy?

- A. epithelial
- B. germ cell
- C. stromal
- D. miscellaneous
- E. none of the above

3. What is the most common form of cancer encountered during pregnancy?

- A. breast
- B. melanoma
- C. hematologic
- D. genital
- E. none of the above

4. What is the earliest gestational age (weeks) the ovaries may be removed safely because placental progesterone production is adequate?

- A. 4
- B. 6
- C. 8
- D. 12
- E. none of the above

5. The ovarian artery is a direct branch of which of the following vessels?

- A. aorta
- B. common iliac artery
- C. external iliac artery
- D. internal iliac artery
- E. none of the above

6. The left ovarian vein empties into which of the following veins?

- A. external iliac vein
- B. internal iliac vein
- C. renal vein
- D. vena cava
- E. none of the above

7. The blood and nerve supply to the ovaries courses through which of the following ligaments?

- A. broad ligaments
- B. cardinal ligaments
- C. infundibulopelvic ligaments
- D. utero-ovarian ligaments
- E. none of the above

8. The wide fluctuations in estrogen levels during the ovarian cycle are most important to the functioning of which of the following?

- A. bone
- B. brain or pituitary gland
- C. liver
- D. skin
- E. none of the above

9. In what anatomical location does fertilization take place?

- A. fallopian tube
- B. ovarian surface
- C. peritoneal cavity
- D. uterine cavity
- E. none of the above

10. The corpus luteum, in the absence of conception, shows a decline in progesterone secretion after how many days?

- A. 3
- B. 7
- C. 10
- D. 15
- E. none of the above



กระดาษคำตอบ

การแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่

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

เรื่อง การแบ่งชนิดของเนื้องอกรังไข่

รหัส 3-3220-000-9301/130501

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)

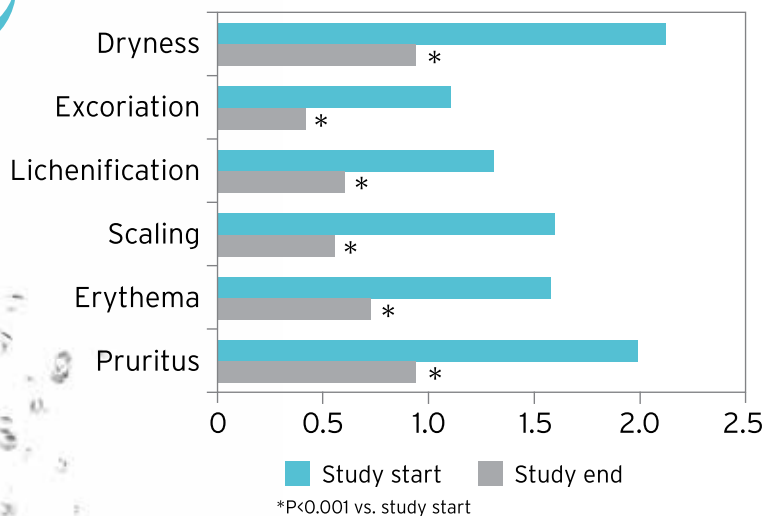
Dry and sensitive skin?

Feel the immediate and noticeable difference.



Physiogel AI Cream help relieve atopic dermatitis symptoms in substantial number of AD patients

"Clinical signs and symptoms according to physicians" assessment at study start and study end



Adjuvant treatment of atopic eczema: assessment of an emollient containing N-palmitoylethanolamine (ATOPA study)

• Open, non-interventional, observational study in 2456 patients (923 children) with mild to moderate Atopic Eczema using Physiogel A.I. over a period of 38 days • World's biggest study with a in Atopic Eczema • Evaluation of AD symptoms and frequency of steroid use • 524 Dermal and Peds • Philippines, Brazil, Spain, Germany

B Eberlein, C Eicke, H-W Reinhardt, J Ring, Adjuvant treatment of atopic eczema: assessment of an emollient containing palmitoylethanolamine (ATOPA study); JEADY 2008;22:73-82

- ✓ No Colorants
- ✓ No Fragrance
- ✓ No Preservatives



PHYSIOGEL™

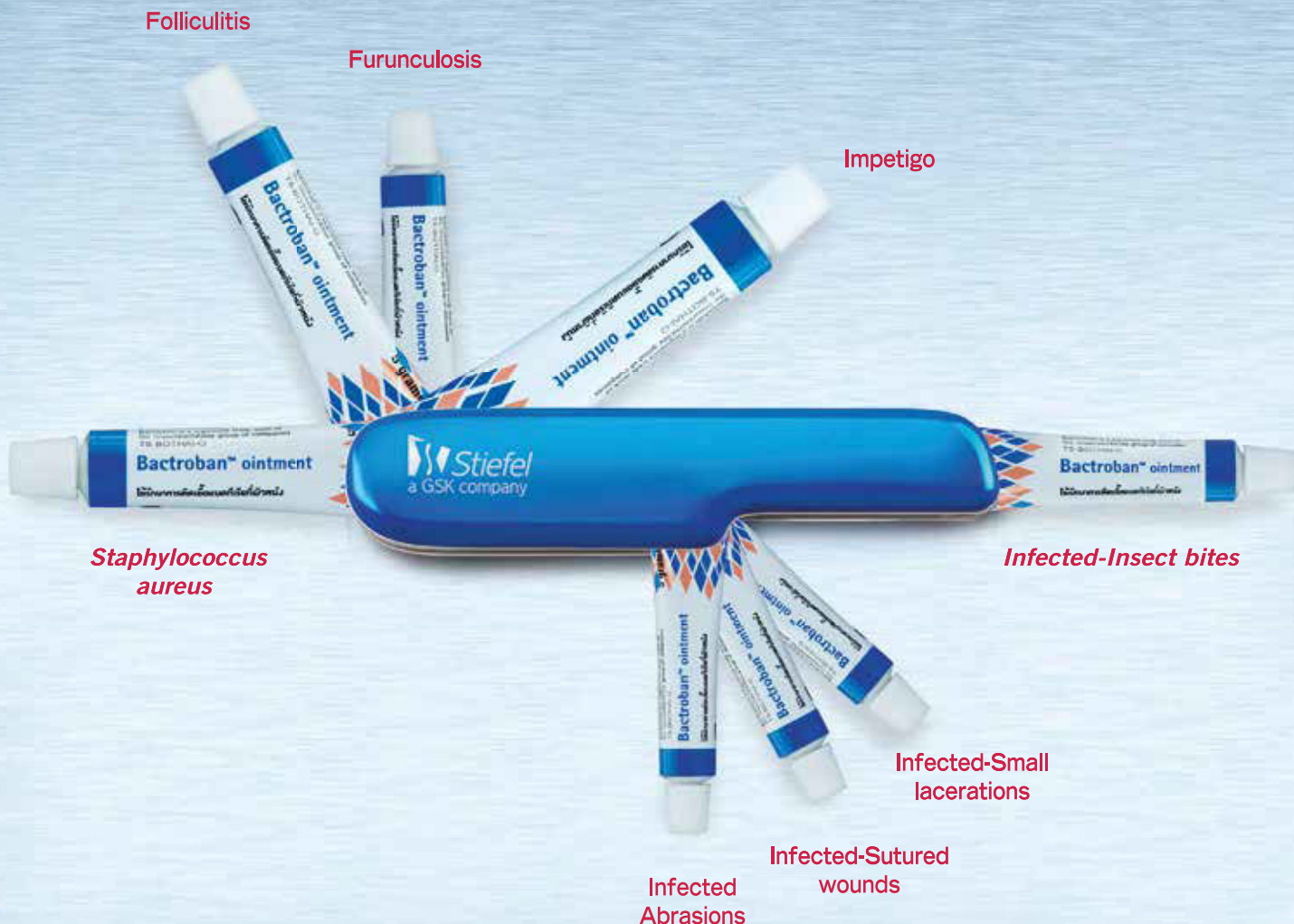


Comfort your skin with Physiogel whenever skin gets dry and sensitive. With leading moisturizing technology, it synergistically replenishes, restores skin lipid barriers, and hence locks up moisturizer up to 72 hours even after wash. You could feel the immediate and noticeable results

Bactroban®

Ointment (mupirocin, 2% w/w)

A broad spectrum topical antibiotic you can rely on



Bactroban Ointment (mupirocin, 2% w/w)¹ is a topical antibacterial agent, active against the organisms responsible for the majority of skin infections, e.g. *Staphylococcus aureus*, including methicillin-resistant strains, other staphylococci and streptococci. It is also active against Gram-negative organisms such as *Escherichia coli* and *Haemophilus influenzae*.

Presentation : Bactroban® is a novel topical broad spectrum antibiotic for the treatment of bacterial skin infections. It is formulated as mupirocin 2% weight/weight in a white, translucent, water soluble, polyethylene glycol base. **Introduction :** Bactroban® is a topical antibacterial agent, active against those organisms responsible for the majority of skin infections, e.g. *Staphylococcus aureus*, including methicillin-resistant strains, other staphylococci and streptococci. It is also active against Gram-negative pathogens, such as *Escherichia coli* and *Haemophilus influenzae*. **Absorption and Excretion :** Bactroban® penetrates intact human skin but the rate of systematic absorption appears to be low. Systemically absorbed Bactroban® is rapidly metabolised to the inactive metabolite monic acid and quickly excreted by the kidneys. **Indications :** Primary and secondary skin infections due to susceptible pathogens : primary pyoderma such as impetigo, folliculitis, furunculosis, ecthyma ; secondary infected dermatoses such as eczema, psoriasis, atopic dermatitis, herpes, epidermolysis bullosa, ichthyosis, and infected traumatic lesions such as ulcers, minor burns, cuts, abrasions, lacerations, wounds, biopsy sites, surgical incisions, and insect bites. **Dosage and Administration :** Adults and children : Bactroban® should be applied to the affected area up to three times daily , for up to 10 days. The area may be covered with a dressing or occluded if desired. There is no long term experience of Bactroban® in humans. **Contraindications :** Hypersensitivity to Bactroban® or other ointments containing polyethylene glycols and any of its constituents. **Precautions :** This Bactroban® formulation is not suitable for ophthalmic or intra-nasal use. When Bactroban® is used on the face care should be taken to avoid the eyes. Polyethylene glycol can be absorbed from open wounds and damaged skin and is secreted by the kidneys. In common with other polyethylene glycol based ointments, Bactroban® should be used with caution if there is evidence of moderate or severe renal impairment. **Use in Pregnancy :** Studies in experimental animals have shown mupirocin to be without teratogenic effects. However, there is inadequate evidence of safety to recommend the use of Bactroban® during pregnancy. Adequate human and animal data on use during lactation are not available. **Side-Effects :** During clinical trials some minor adverse effects, localised to the area of application, were seen, such as burning sensation, stinging and itching. Cutaneous sensitisation reactions have been reported rarely. Systemic allergic reactions have been reported with Bactroban® ointment. **Availability :** Bactroban® is available in 5 and 15 g tubes. **Storage :** Store below 25 °C, Any ointment remaining at the end of the treatment should be discarded.