

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

ปีที่ 15 ฉบับ 391 ประจำวันที่ 1-15 มิถุนายน พ.ศ. 2556



ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com



จับตาตลาด 'ผู้สูงอายุ' เติบโตรับ AEC



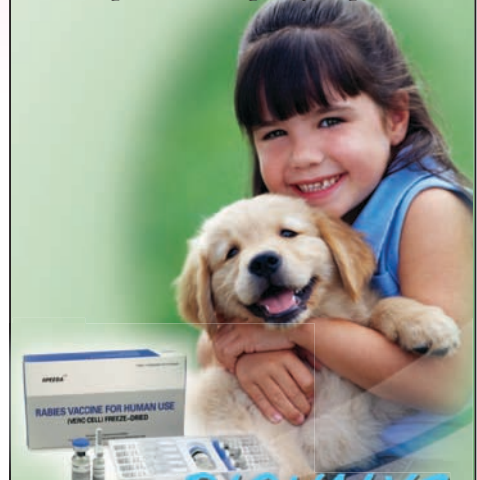
SPEEDA™

Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

- ✓ High Purity¹
- ✓ High Immunogenicity²
- ✓ ID and IM administration

Intradermal (ID), administration; 0.1 ml dose of vaccine (per site) shall be injected intradermally in deltoid.

Intramuscular (IM); administration; 0.5 ml dose of vaccine shall be injected intramuscularly in the deltoid in adults or in the antero-lateral region of the thigh in young children



BIOVALYS
Caring for your world

SPEEDA
Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

Tel: (66) 2361 8110 Fax: (66) 2361 8106 www.biovalys.com

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

gsk
GlaxoSmithKline

Otsuka

Takeda

เสี้ยวหนึ่ง
ของชีวิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

วัสดุและอุปกรณ์
การแพทย์

เนื้อเยื่อสมองเทียมสามมิติ

เฉพาะโรค

Takotsubo Cardiomyopathy

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ รศ. 371/2555

& FLEXPEN® TRUSTED & SIMPLE

& MAJORITY OF PATIENTS ACHIEVED ADA GOAL HbA1c < 7%

& LOW RISK OF HYPOGLYCEMIA*

& OPTIMAL HbA1c CONTROL¹

& ONCE DAILY DOSING*

novo nordisk

Novo Nordisk Pharma (Thailand) Ltd.
Tel. 02-266-6043-5

Levemir®: Expect more & Get more

Initiate with once daily Levemir®

Abbreviated prescribing information

Levemir® (insulin detemir) contain insulin detemir 100 U/ml. **Indications:** Treatment of diabetes mellitus. **Dosage:** as direct by physician. Administer subcutaneously. **Contraindications:** Hypersensitivity, Hypoglycemia. **Warning and Precautions for use:** Inadequate dosages or discontinuation of treatment may lead to hyperglycemia and diabetic ketoacidosis. **Pregnancy and lactation:** no clinical experience during pregnancy or lactation. Caution should be exercised when prescribing to lactating women. **Side effects:** Hypoglycemia, local hypersensitivity reactions and systemic allergic reactions. If you notice any side effects, please inform your doctors or pharmacists.

Reference: 1. Blonde L et al. Patients-directed titration for achieving glycemic goals using a once-daily basal insulin analogue: an assessment of two different fasting plasma glucose targets: the TITRATE study. Diabetes Obesity and Metabolism: 11, 2009, 623-631. 20-week, randomized, controlled, multicenter, open-label, parallel-group, treat-to-target trial (70-90 mg/dL, n=121 or 80-110 mg/dL, n=122), p<0.0001 sponsored by Novo Nordisk



Levemir® FlexPen®
(insulin detemir)

โปรดอ่านข้อมูลผลิตภัณฑ์ในเอกสารกำกับยาอย่างละเอียดก่อนการใช้
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ รศ. 275/2555 NONT-AD-002008 WACIA 1711/2009

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, โคโมไฟ, เต็มผ่าตัด อย่างใดอย่างหนึ่งจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- หากสามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาอังกฤษได้จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- สามารถเดินทางไปต่างประเทศได้เป็นครั้งคราว
- อัตราเงินเดือนมากกว่าเงินเดือนสุดท้าย 20 เปอร์เซ็นต์

- อายุไม่เกิน 35 ปี
- มีรถยนต์หรือมอเตอร์ไซด์เป็นของตนเอง
- ไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์

3. Product Manager/ Product Specialist

10 อัตรา

- วุฒิปริญญาตรี-โท ทุกสาขา
- หากมีประสบการณ์การขายเครื่อง Patient Monitor, Defibrillator, Ventilator, Ultrasound, Pendant, โคโมไฟ, เต็มผ่าตัด 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)

บริษัท เซนต์ เมดิคอล (ครีติกอล แคร่) จำกัด

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

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

ศูนย์ ตีท็อกซ์ SW.ยันฮี (DETOX CENTER)

วิธีที่ช่วยให้ลำไส้ใหญ่ของคุณสะอาดขึ้นกว่าเดิม โดยการสวนล้างลำไส้ บนเตียงตีท็อกซ์ที่สะอาด

การสวนล้างลำไส้ (Detox) โดยใช้น้ำจำนวน 25 ลิตร ปลอຍเข้าลำไส้ครั้งละ 1 ลิตร อย่างช้าๆ เพื่อรักษาอาการท้องผูกที่เกิดขึ้นเป็นประจำ หรือขจัดสารพิษออกจากลำไส้ ซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัยภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้ผ่านการอบรม โดยใช้น้ำสะอาด น้ำเกลือแร่ หรือน้ำกาแฟ ในการสวนล้างลำไส้

ช่วยลดความกังวลกับอุจจาระตกค้างในลำไส้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของสารพิษที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย ตลอดจนลดอาการท้องผูกประจำ

ALTERNATIVE MEDICINE
“อีกหนึ่งใบแพทย์ทางเลือก
ที่คุณจะเลือกดูแลสุขภาพของคุณ”

ค่าบริการ : Detox 800 บาท



ศูนย์ ตีท็อกซ์
Ins. 1723 หรือ 0-2879-0300



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



ศูนย์ โฟร์วอร์ลด์คลาสฮอสปิเทล (JCI)
YANHEE THE WORLD CLASS HOSPITAL



www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน





pendant

การบริหารจัดการพื้นที่ในโรงพยาบาลแนวใหม่



SAINTMED

mindray



The Thai Society of Critical Care Medicine
and
Fresenius Kabi (Thailand) Ltd.

Cordially invite you to attend
Luncheon Symposium
Clinical benefits
of SmofKabiven in
Critically ill patients

Speaker: **Suneerat Kongsayreepong, MD.**

Faculty of Medicine, Siriraj Hospital

Moderator: **Onuma Chaiwat, MD.**

Faculty of Medicine, Siriraj Hospital

Friday, June 28th, 2013

12:10-13:00

Napalai D-E Room,

Dusit Thani Hotel, Pattaya



**FRESENIUS
KABI**



The Thai Society of Critical Care Medicine
and Baxter Healthcare (Thailand) Co., Ltd.

Cordially invite you to attend

Luncheon Symposium

“Double action to Enhance SURVIVAL in ICU”



Friday, June 28th, 2013

**12:00-13:00 at Napalai A room,
4th Fl., Dusit Thani Hotel, Pattaya**

Opening and introduction

Assoc.Prof.Chairat Permpikul, MD.

Appropriate CRRT start in ICU

Assoc.Prof.Ranistha Ratanarat, MD.

Timing of Nutritional therapy in acutely ill

Assoc.Prof.Chairat Permpikul, MD.

Optimal Lipid maximizing outcome and minimizing complication and cost

Sr.Col.Adisorn Wongsa, MD.

Baxter

CELVISTA®

raloxifene HCl 60 mg/day

Acts as Selective Estrogen Receptor Modulator (SERM)

- Agonist on Bone
- Antagonist on Breast and Uterine

For Postmenopause Women :

- Prevention and Treatment of Osteoporosis
- Reduce Invasive Breast Cancer Risk

Raloxifene decreases resorption of bone and returns bone turnover to the premenopausal range.

Effects on bone quality :

- Histologically normal
- No evidence of mineralization defects
- No woven bone or marrow fibrosis

The MORE trial was a prospective, randomized, double-blind, placebo controlled (7,705 postmenopausal women, mean age 67 years) with osteoporosis

Reduced the risk
of first vertebral
fracture by ¹
50%
(RR 0.5, 95%CI 0.3-0.7)
*(3 yrs trial)

Reduced the risk
of invasive breast
cancer by ²
72%
(RR 0.28, 95% CI 0.17-0.46)
*(4 yrs trial)

Although the reduction in the incidence of non-vertebral fractures is not significant, the risk of a non-vertebral fracture decreases with increasing exposure to CELVISTA

One Tablet Daily
Any time of the day without regard to meals
No special requirements
Intended for long term use



CELVISTA Brief Product Information

CELVISTA 60 mg film coated tablet. Each film coated tablet contains 60 mg raloxifene hydrochloride, equivalent to 56 mg raloxifene free base. **Indications:** For the treatment and prevention of osteoporosis in postmenopausal women. For the reduction in risk of invasive breast cancer in postmenopausal women with osteoporosis. For the reduction in risk of invasive breast cancer in postmenopausal women at high risk of breast cancer. **Dosage:** One tablet daily by oral administration. **Contraindications:** Most not be used in women with child bearing potential. Active or past history of venous thromboembolic events (VTE), including deep vein thrombosis, pulmonary embolism and retinal vein thrombosis. Hypersensitivity to raloxifene or to any of the excipients in the tablet. Hepatic impairment including cholestasis. Severe renal impairment. Unexplained uterine bleeding. CELVISTA should not be used in patients with signs or symptoms of endometrial or breast cancer as safety in these patient groups has not been adequately studied. **Special warnings and special precautions for use:** Postmenopausal women with a history of stroke or other significant stroke risk factors, such as transient ischemic attack or atrial fibrillation. Raloxifene is associated with an increased risk for venous thromboembolic events (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) that is similar to the reported risk associated with current use of hormone replacement therapy. Any uterine bleeding during CELVISTA therapy is unexpected and should be fully investigated by a specialist. Efficacy of raloxifene has not been studied in patients with impaired liver function. In patients with a history of oral estrogen-induced hypertriglyceridemia (> 5.6 mmol/L), raloxifene may be associated with a marked increase in serum triglycerides. The safety of CELVISTA in patients with breast cancer has not been adequately studied. No data are available on the concomitant use of CELVISTA and agents used in the treatment of early or advanced breast cancer. Therefore, CELVISTA should be used for osteoporosis treatment and prevention only after the treatment of breast cancer, including adjuvant therapy, has been completed. **Concurrent Use of Systemic Hormone Therapy:** Safety information regarding the concurrent use of raloxifene and systemic hormone therapy (estrogen with or without progestin) is limited and therefore concomitant use of raloxifene with systemic estrogen is not recommended. CELVISTA is not effective in reducing vasodilation (hot flushes), or other symptoms of the menopause associated with estrogen deficiency. Patients with rare hereditary problems of galactose intolerance, the Lapp lactase deficiency or glucose/galactose malabsorption should not take this medicine. There is no indication for use of raloxifene in males. **Drug Interactions:** If raloxifene is given concurrently with warfarin or other coumarin derivatives, the prothrombin time should be monitored. Raloxifene should not be co-administered with cholestyramine (or other anion exchange resins), which significantly reduces the absorption and enterohepatic cycling of raloxifene. **Use during pregnancy and lactation:** CELVISTA is only for use in postmenopausal women. CELVISTA must not be taken by women of child bearing potential. Raloxifene may cause foetal harm when administered to a pregnant woman. **Effects on ability to drive and use machines:** Raloxifene has no known effect on driving or the ability to use machinery. **Undesirable effects:** Vascular Disorders (Very common (> 10%): Vasodilation (Hot flushes) (Uncommon (0.1-1%): Venous thromboembolic events including deep vein thrombosis, pulmonary embolism, retinal vein thrombosis. Superficial vein thrombophlebitis) Musculoskeletal and Connective Tissue Disorders (Common (1-10%): Leg cramps) General Disorders and Administration Site Conditions (Very common (> 10%): Flu syndrome Common (1-10%): Peripheral oedema) Gastrointestinal Disorders (Very rare (< 0.01%): Gastrointestinal symptoms such as nausea, vomiting, abdominal pain, dyspepsia) Investigations (Very rare (< 0.01%): Increase blood pressure) Nervous System Disorders (Very rare (< 0.01%): Headache, including migraine) Skin and Subcutaneous Tissue Disorders (Very rare (< 0.01%): Rash) Reproductive System and Breast Disorders (Very rare (< 0.01%): Mild breast symptoms such as pain, enlargement and tenderness)

References : 1. Ettinger B, et al. Reduction of Vertebral Fracture Risk in Postmenopausal Women with Osteoporosis Treated with Raloxifene. JAMA 1999;282:637-45. 2. Cauley JA, et al. Continue breast cancer risk reduction in postmenopausal women treated with Raloxifene: 4 year results from the MORE trial. Breast Cancer Research and Treatment 2001;65:125-34.



บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด
183 อาคารจักรนการ ชั้น 10 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทร. 0-2676-6770-9 แฟกซ์ 0-2676-6780

Further information is available on request, Product information is available on package insert
โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ผศ. 131/2555

1337-B-12-02



สรีรวิทยาของสตรีหลังคลอด

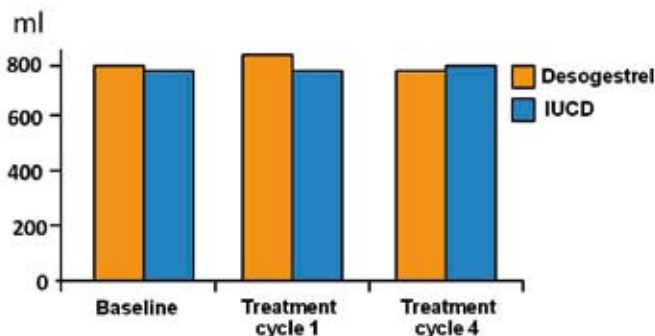
และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด (ตอนที่ 2)

รศ.นพ.ดวงสิทธิ์ วัฒนการ

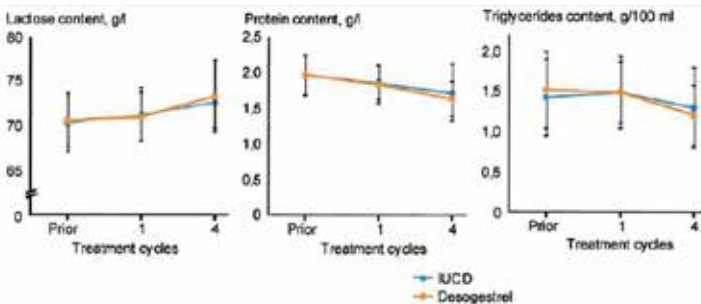
หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

จากการศึกษาเปรียบเทียบสตรีหลังคลอดและให้นมบุตรที่คุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่กับสตรีที่คุมกำเนิดด้วยห่วงคุมกำเนิด (ไม่มีฮอร์โมน) พบว่ายาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่นี้ไม่มีผลต่อปริมาณน้ำนมที่สร้างในแต่ละวัน (รูปที่ 1) ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของสารอาหารในน้ำนม ได้แก่ น้ำตาลแลคโตส โปรตีน และไขมันไตรกลีเซอไรด์ ในสตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ (รูปที่ 2) พบมี Desogestrel ปริมาณเล็กน้อยในน้ำนม แต่ไม่มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารก (รูปที่ 3) เด็กที่กินนมมารดาที่ได้รับยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่นี้ไม่มีพัฒนาการที่แตกต่างไปจากเด็กทั่วไปเมื่อติดตามไปจนถึงอายุ 2 ปีครึ่ง¹

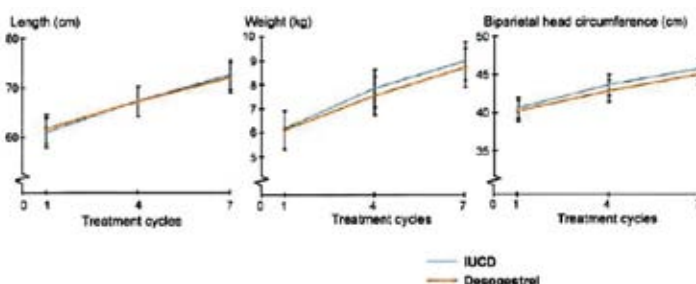
รูปที่ 1 แสดงปริมาณการสร้างน้ำนมต่อวันในสตรีหลังคลอดที่คุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ (Desogestrel) เปรียบเทียบกับสตรีหลังคลอดที่คุมกำเนิดด้วยห่วงคุมกำเนิด (IUCD; ไม่มีฮอร์โมน) พบว่ายาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ไม่ส่งผลต่อปริมาณการสร้างน้ำนม¹



รูปที่ 2 แสดงความเข้มข้นของสารอาหาร ได้แก่ น้ำตาลแลคโตส โปรตีน และไขมันไตรกลีเซอไรด์ในน้ำนมของสตรีหลังคลอดที่คุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ (Desogestrel) เปรียบเทียบกับสตรีหลังคลอดที่คุมกำเนิดด้วยห่วงคุมกำเนิด (IUCD; ไม่มีฮอร์โมน) พบว่ายาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ไม่ส่งผลต่อความเข้มข้นของสารอาหารในน้ำนม¹



รูปที่ 3 แสดงการเจริญเติบโตของการวัดจากความยาวลำตัว (length), น้ำหนักตัว (weight), และขนาดศีรษะ (biparietal head circumference) ของทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาในสตรีที่ได้รับยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ (Desogestrel) เปรียบเทียบกับสตรีหลังคลอดที่คุมกำเนิดด้วยห่วงคุมกำเนิด (IUCD; ไม่มีฮอร์โมน) พบว่ายาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ไม่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกที่ได้รับนมมารดาในช่วง 7 เดือนแรก¹



ผลข้างเคียงที่สำคัญของยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินคือ เลือดออกกะปริดกะปรอย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญ (ร้อยละ 20) ของการหยุดใช้ยา อย่างไรก็ตาม ปริมาณเลือดที่ออกมักจะน้อยลงเรื่อย ๆ และหลายรายจะไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดเลยเมื่อใช้ยาไปถึงระยะหนึ่ง² เลือดจะออกกะปริดกะปรอยน้อยกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินดั้งเดิม นอกเหนือจากนี้ยังอาจมีผลข้างเคียงจากฤทธิ์แฝงของฮอร์โมนเพศชายได้บ้าง แต่น้อยกว่า Minipill เนื่องจาก Desogestrel เป็นโปรเจสตินรุ่น 3 ซึ่งมีความจำเพาะมากกว่าโปรเจสตินรุ่นดั้งเดิม ผลข้างเคียงอื่นของยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ คัดตึงเต้านม มีสิว และปวดประจำเดือนนั้นไม่แตกต่างจากยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินดั้งเดิม ดังแสดงในตารางที่ 1³

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลข้างเคียงระหว่าง Desogestrel ในยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่กับ Levonorgestrel ในยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินแบบดั้งเดิม³ สังเกตว่าสตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่มี Desogestrel มีการปวดประจำเดือนน้อยกว่า เนื่องจากสามารถยับยั้งการตกไข่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินแบบดั้งเดิม

ผลข้างเคียง	สัดส่วนของสตรีที่รายงานผลข้างเคียง (ร้อยละ)	
	Desogestrel	Levonorgestrel
เลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด หรือขาดประจำเดือน	22.5	18
ปวดศีรษะ	7.5	6.1
สิวขึ้น	3.1	4
เจ็บตึงเต้านม	4	3.1
คลื่นไส้	3.3	1.5
ช่องคลอดอักเสบ	3.8	2.8
ปวดท้องประจำเดือน	1.2	3.4

ประโยชน์อื่นนอกเหนือจากการคุมกำเนิด เช่น บรรเทาอาการปวดท้องประจำเดือนเนื่องจากไม่มีการตกไข่⁴ ยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ไม่น่าจะมีผลเพิ่มน้ำหนักตัว เนื่องจาก Desogestrel มีฤทธิ์ของฮอร์โมนเพศชายต่ำ รวมทั้งยังไม่พบน้ำหนักเพิ่มจากบวมน้ำและเกลือ เนื่องจากไม่มีฮอร์โมนเอสโตรเจน³ จึงน่าจะใช้อย่างปลอดภัยในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงหรือมีประวัติความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (ครรภ์เป็นพิษ) สตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่นี้จะมีระดับไขมันคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ลดลงเล็กน้อย^{5,6} โดยที่ไม่มีผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือดและค่าฮีโมโกลบิน A1C (hemoglobin A1C) จึงน่าจะใช้อย่างปลอดภัยในผู้ป่วยเบาหวานหรือสตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์⁷ รายงานล่าสุดพบว่าสตรีที่เคยมีอาการปวดศีรษะไมเกรนส่วนหนึ่งจะมีอาการดีขึ้นในขณะที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่⁸

โดยสรุปแล้ว ข้อบ่งชี้ของการเลือกคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ ได้แก่

1. สตรีที่มีโรคอันเป็นข้อบ่งห้ามต่อการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน (ในยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม) เช่น โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง, โรคปวดศีรษะไมเกรน (migraine headache), โรคเบาหวานที่แทรกซ้อนต่อระบบประสาทและไต (diabetic neuropathy or diabetic nephropathy), หรือมีประวัติลิ่มเลือดอุดตัน (venous thromboembolism)

2. สตรีที่มีความเสี่ยงต่อลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดแดง (venous or arterial thromboembolism) เช่น ข้ว้นมาก หรือสูบบุหรี่จัด
3. สตรีที่มีประวัติไวต่อผลข้างเคียงของฮอร์โมนเอสโตรเจนในยาเม็ดคุมกำเนิด ฮอร์โมนรวม เช่น เจ็บตึงเต้านมมาก ปวดศีรษะไมเกรน หรือคลื่นไส้ เป็นต้น
4. สตรีหลังคลอดที่กำลังให้นมบุตร
5. เป็นความต้องการของสตรีผู้นั้น (woman's choice)

ข้อบ่งห้ามของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ ได้แก่

1. สตรีที่สงสัยว่าตั้งครรภ์
2. สตรีที่กำลังมีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ
3. สตรีที่มีประวัติหรือกำลังมีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดง
4. สตรีที่มีโรคตับขั้นร้ายแรง
5. สตรีที่มีประวัติของเนื้องอกที่โตด้วยฮอร์โมนโปรเจสติน
6. สตรีที่มีการตั้งครรภ์ครั้งที่ผ่านมาเป็นการตั้งครรภ์ที่ไปปลาลูก (gestational trophoblastic disease) เนื่องจากการมีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอดจากผลของยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่นี้อาจแยกได้จากการการกลับเป็นซ้ำของการตั้งครรภ์ที่ไปปลาลูก (persistent gestational trophoblastic disease) หากสตรีดังกล่าวต้องการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ควรตรวจกว่าตรวจไม่พบระดับฮอร์โมน beta-human chorionic gonadotropin ในเลือดเสียก่อน
7. สตรีที่มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอดที่ยังหาสาเหตุไม่ได้
8. สตรีที่มีประวัติแพ้ฮอร์โมนโปรเจสติน

จากพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพภายหลังการคลอด รวมถึงความสำคัญของการให้นมบุตร ทำให้ยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่เป็นวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับสตรีหลังคลอดที่ให้นมบุตร⁹ สตรีกลุ่มนี้จะเสียแคลเซียมจากร่างกายผ่านทางน้ำนมบุตร รายงานล่าสุดพบว่า การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่ในช่วงให้นมบุตรจะสามารถชะลอการผุบางของกระดูกแขนได้^{10,11} รวมทั้งยังอาจให้ประโยชน์เสริมอื่น นอกเหนือจากผลด้านการคุมกำเนิด เช่น ลดการเสียเลือดประจำเดือน โดยเฉพาะในสตรีที่เคยมีประจำเดือนออกมากจนซีดหรือบรรเทาอาการปวดท้องประจำเดือน¹² ผลการศึกษาแบบสุ่มจากหลายสถาบัน (multicenter, double-blind study) ชี้บ่งว่า ด้วยคุณสมบัติที่แตกต่างดังข้างต้นนี้ ยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่น่าจะเป็นทางเลือกของการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงและเหมาะสมในกลุ่มสตรีหลังคลอดและให้นมบุตร³

2. ยาฝังคุมกำเนิด (progestin-only implants) มีการพัฒนาเริ่มมาจาก Norplant ซึ่งสามารถยับยั้งการตกไข่ได้ร้อยละ 50¹³ แต่ด้วยเทคนิคการฝังยาที่ยุงยาก จึงไม่ได้รับความนิยม ได้รับการพัฒนาต่อมาเป็น Implanon ออกฤทธิ์ทั้งยับยั้งการตกไข่และทำให้ปากมดลูกเหนียวข้นได้นาน 3 ปี สามารถกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้เร็วเมื่อเลิกใช้ มากกว่าร้อยละ 90 ของสตรีจะเริ่มตกไข่ภายใน 30 วันหลังนำแท่ง

ยาออก¹⁴ สามารถพบผลข้างเคียงเล็กน้อยได้ เช่น เลือดออกกะปริดกะปรอยจากผลของฮอร์โมนโปรเจสติน

3. ยาฉีดคุมกำเนิด (progestin-only injectables) เช่น depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) ขนาด 150 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 12 สัปดาห์ หรือ norethisterone enanthate ขนาด 200 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 8 สัปดาห์ เพื่อหวังระยะเวลาการคุมกำเนิดที่สั้นกว่า DMPA เหมาะสมในสตรีที่สามีเพิ่งทำหมัน (vasectomy) หรือเพิ่งได้รับวัคซีนหัดเยอรมัน สามารถยับยั้งการตกไข่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเทียบเคียงได้กับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม มีข้อดีที่ไม่ต้องรับประทานยาทุกวันและไม่อาศัยความร่วมมือจากฝ่ายชายเป็นยาอีกตัวหนึ่งที่เหมาะสมในสตรีให้นมบุตร ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ เลือดออกกะปริดกะปรอย แต่เมื่อหยุดใช้ยาแล้วต้องใช้เวลาโดยเฉลี่ยนานถึง 11 เดือนในการกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์¹⁵ ผลเสียที่สำคัญอีกประการหนึ่งของยาฉีดคุมกำเนิดคือ อาจทำให้กระดูกสะโพกและกระดูกสันหลังบางตัวลงได้ โดยเฉพาะในระยะ 2 ปีแรกที่เริ่มใช้¹⁶

4. ห่วงคุมกำเนิด (intrauterine device) แบบที่มีทองแดง (copper IUD) ป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อน ในปัจจุบันมีห่วงคุมกำเนิดแบบมีฮอร์โมน Levonorgestrel ขนาด 52 มิลลิกรัม เสริมฤทธิ์ให้ปากมดลูกเหนียวข้น อาจพบผลข้างเคียง เช่น เลือดออกกะปริดกะปรอยได้ ห่วงมีโอกาสเลื่อนหลุดได้บ่อยขึ้นหากใส่เร็วเกินไปหลังคลอด

สรุป

ร่างกายของสตรีจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากหลังการคลอดบุตร การคุมกำเนิดด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงจะทำให้สตรีสามารถควบคุมการวางแผนการตั้งครรภ์และมีบุตรได้อย่างแม่นยำ สามารถให้ความใส่ใจกับการเลี้ยงดูทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อให้ทารกได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่เต็มหน่วยทั้งในแง่ของสารอาหารและภูมิคุ้มกันของมารดา **ยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่เป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าร้อยละ 99 ในการยับยั้งการตกไข่ เป็นการคุมกำเนิดระยะสั้นที่สตรีสามารถควบคุมได้ด้วยตนเองว่าจะยุติการคุมกำเนิดเมื่อไร ไม่ต้องอาศัยความร่วมมือจากฝ่ายชาย ไม่มีผลข้างเคียงเพิ่มเติมจากฮอร์โมนเอสโตรเจนที่อยู่ในยาคุมกำเนิด ฮอร์โมนรวม จึงไม่มีผลต่อปริมาณและคุณภาพของน้ำนมด้วย สตรีสามารถกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้ภายในเวลาไม่นานหลังตัดสินใจหยุดใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดโปรเจสตินใหม่** สตรีหลังคลอดบุตรทุกรายควรได้รับคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกของการคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด รวมถึงห่วงคุมกำเนิด ก่อนออกจากโรงพยาบาล การคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวอย่างระมัดระวังจะช่วยเสริมศักยภาพของการฟื้นตัวหลังคลอด และการเลี้ยงดูทารกได้อย่างเต็มประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Bjarnadottir RI, Gottfredsdottir H, Sigurdardottir K, Geirsson RT, Dieben TO. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. BJOG 2001;108:1174-80.
2. Rice C, Killick S, Hickling D, Coelingh Bennink H. Ovarian activity and vaginal bleeding patterns with a desogestrel-only preparation at three different doses. Hum Reprod 1996;11:737-40.
3. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 micrograms/day or levonorgestrel 30 micrograms/day. Collaborative Study Group on the Desogestrel-containing Progestin-only Pill. Eur J Contracept Reprod Health Care 1998;3:169-78.
4. Ahrendt HJ, Karck U, Pichl T, Mueller T, Ernst U. The effects of an oestrogen-free, desogestrel-containing oral contraceptive in women with cyclical symptoms: results from two studies on oestrogen-related symptoms and dysmenorrhoea. Eur J Contracept Reprod Health Care 2007;12:354-61.
5. Stone S. Clinical review of a monophasic oral contraceptive containing desogestrel and ethinyl estradiol. Int J Fertil Menopausal Stud 1993;38 Suppl 3:117-21.
6. Barkfeldt J, Virkkunen A, Dieben T. The effects of two progestogen-only pills containing either desogestrel (75 micrograms/day) or levonorgestrel (30 micrograms/day) on lipid metabolism. Contraception 2001;64:295-9.
7. Kivela A, Ruuskanen M, Agren U, Dieben T. The effects of two progestogen-only pills containing either desogestrel (75 microgram/day) or levonorgestrel (30 microgram/day) on carbohydrate metabolism and adrenal and thyroid function. Eur J Contracept Reprod Health Care 2001;6:71-7.
8. Merki-Feld GS, Imthurn B, Langner R, Sandor PS, Gantenbein AR. Headache frequency and intensity in female migraineurs using desogestrel-only contraception: A retrospective pilot diary study. Cephalalgia 2013;33:340-6.
9. Benagiano G, Primiero FM. Seventy-five microgram desogestrel minipill, a new perspective in estrogen-free contraception. Ann N Y Acad Sci 2003;997:163-73.
10. Costa ML, Cecatti JG, Krupa FG, Rehder PM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Progestin-only contraception prevents bone loss in postpartum breastfeeding women. Contraception 2012;85:374-80.
11. Costa ML, Krupa FG, Rehder PM, Sousa MH, Costa-Paiva L, Cecatti JG. Forearm bone mineral density changes during postpartum and the effects of breastfeeding, amenorrhea, body mass index and contraceptive use. Osteoporos Int 2012;23:1691-8.
12. Burke AE. The state of hormonal contraception today: benefits and risks of hormonal contraceptives: progestin-only contraceptives. Am J Obstet Gynecol 2011;205:S14-7.
13. Brache V, Faundes A, Johansson E, Alvarez F. Anovulation, inadequate luteal phase and poor sperm penetration in cervical mucus during prolonged use of Norplant implants. Contraception 1985;31:261-73.
14. Edwards JE, Moore A. Implanon. A review of clinical studies. Br J Fam Plann 1999;24:3-16.
15. Pardthaisong T. Return of fertility after use of the injectable contraceptive Depo Provera: up-dated data analysis. J Biosoc Sci 1984;16:23-34.
16. Clark MK, Sowers MR, Nichols S, Levy B. Bone mineral density changes over two years in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate. Fertil Steril 2004;82:1580-6.

คณะที่ปรึกษาเกิดดีคับคั่ง

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกขาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์
ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรจันทร์
ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาถ ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ป่วน สุทธิพินิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออันนตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรศนะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อววจนพงษ์

กรรมการบริหาร

วาทินี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรฤกษ์ยะลิต

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ขาดสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสัมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

วรรณธ์ สอาดถิ่น

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

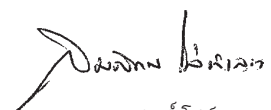
สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

ผลกระทบทางการแพทย์ เมื่ออาเซียนเป็นตลาดเสรี

อีกสองปีเศษจะมีการเปิดอาเซียนเป็นตลาดเสรี มีการเคลื่อนไหวของบุคลากรในกลุ่มประเทศอาเซียนมากขึ้น ผลกระทบมีทั้งในด้านบวกและด้านลบ ประเทศไทยจะต้องมีการเตรียมความพร้อมในทุกด้านเพื่อไม่ให้เสียเปรียบ ตามปกติปลาที่อยู่คนละอ่างกันไม่ได้ แต่ถ้าเราเอามาใส่อ่างเดียวกัน ปลาใหญ่ก็จะกินปลาเล็ก ปัญหาที่มีอยู่ว่าเราจะเป็นปลาใหญ่ที่จะกินคนอื่น หรือเราจะเป็นปลาเล็กที่ถูกคนอื่นกิน การเคลื่อนย้ายของประชากรส่วนใหญ่จะมีสองทิศทาง คนในวัยทำงานมักจะย้ายจากที่ที่รายได้ต่ำไปยังที่ที่มีรายได้สูงขึ้น ส่วนคนที่ไม่ทำงานแล้วมักจะย้ายจากที่ที่มีค่าครองชีพสูงไปยังที่ที่มีค่าครองชีพต่ำ เพื่อประหยัดรายจ่าย โอกาสที่แพทย์ไทยจะย้ายไปทำงานในประเทศอาเซียนอื่นมีไม่มาก เพราะรายได้ของแพทย์ในประเทศไทยค่อนข้างดีเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนบ้าน แพทย์บางท่านอาจอยากไปอยู่สิงคโปร์ แต่โอกาสไปยาก เพราะเขามียาตำแหน่งจำกัด สิงคโปร์ไม่มีการสอบเพื่อเอาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม แต่เขาพิจารณาว่าจบจากที่ใด ถ้าเป็นสถาบันที่มีชื่อเสียงระดับโลก เขายอมรับโดยไม่ต้องสอบ ยิ่งถ้าเป็นสาขาที่เขาต้องการ เขาก็จะรับไว้โดยไม่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวครั้งหนึ่งปี ต่อได้ถึงสี่ปี ส่วนประเทศมาเลเซียรายได้ของข้าราชการดีกว่าข้าราชการไทย แต่เขาต้องเลือกว่าจะเป็นข้าราชการหรือทำงานในภาคเอกชน จะทำสองอย่างไม่ได้ แต่ของไทยเป็นทั้งข้าราชการและทำงานเอกชนพร้อมกันได้ เมื่อรวมรายได้จะมากกว่าแพทย์ในมาเลเซีย ประเทศมาเลเซียยังไม่มีมีการสอบเพื่อรับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เขารับรองเฉพาะโรงเรียนแพทย์ในเครือจักรภพอังกฤษ เขายังไม่รับรองโรงเรียนแพทย์ของไทย ประเทศฟิลิปปินส์ยังไม่อนุญาตให้นักเรียนแพทย์ไทยที่เรียนในฟิลิปปินส์สอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมของเขา จะต้องเป็นสัญชาติฟิลิปปินส์จึงจะมีสิทธิสอบ กัมพูชา เวียดนาม อินโดนีเซีย พม่า กำลังจะมีการสอบเพื่อใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม แต่ใช้ภาษาท้องถิ่น ทุกประเทศพยายามกีดกันคนต่างชาติ โอกาสที่แพทย์และพยาบาลต่างชาติในเขตอาเซียนจะเข้ามาทำงานในประเทศไทยมีมากกว่าเนื่องจากรายได้ในประเทศไทยสูงกว่าของกัมพูชา ลาว เวียดนาม พม่า และฟิลิปปินส์ โรงพยาบาลเอกชนของไทยมีแนวโน้มที่จะรับพยาบาลและแพทย์ต่างชาติเข้าทำงาน เพราะของเราขาดแคลน ขณะนี้เรามีปัญหาเรื่องคนงานที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยจำนวนมากเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ประเทศไทยเรามีจริยธรรมสูง ไม่สามารถปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยได้ถึงแม้ไม่มีเงินก็ตาม ทำให้ประเทศไทยต้องเสียเงินปีละหลายร้อยล้านบาทไปรักษาชาวต่างชาติ และต้องเสียบุคลากรไปดูแลคนต่างชาติทำให้ลดโอกาสของคนไทยที่จะเข้ามารับการรักษา นอกจากนี้คนต่างชาติเขาสามารถไปโรงพยาบาลของรัฐแห่งใดก็ได้ ขณะที่คนไทยต้องได้รับการส่งต่อตามระบบ กว่าที่จะถึงโรงพยาบาลใหญ่พอดีเตียงเต็มเข้าไม่ได้ ชาวอาเซียนที่มีฐานะดีมีโอกาสเข้ามารับรักษาในโรงพยาบาลเอกชนของไทยมากขึ้น รัฐบาลควรให้การสนับสนุน ไม่ใช่ขัดขวางหรือเข้ามาแข่งทำลายกันเอง ประเทศไทยยังต้องการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และการฝึกอบรม เราจะเปิดให้แพทย์ชาวอาเซียนเข้ามาฝึกอบรมในประเทศไทยมากขึ้น เพื่อจะได้เป็นเครือข่ายกับไทยและมีความร่วมมือกันดีขึ้น



ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

CONTENTS



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ความเสี่ยงการตายในเด็กฟอกไตจากไตวายระยะสุดท้าย
- การรอดชีวิตระยะยาวในผู้ป่วยซ่อม/เปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล
- การติดเชื้อเอชไอวีและความเสี่ยงกล้ามเนื้อหัวใจตาย

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. เผย กฎหมายภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ 10 แบบ เริ่ม 2 ต.ค. 56
- กรมวิทย์ฯ เตือนระวังใช้ซิโคนูนยากลับมาระบาด
- WHO ชื่นชมไทยมีรรมการบบยาแก้หวัดที่รุนแรงที่สุดในโลก

8 Movement

9 In Focus

จับตาดูตลาด 'ผู้สูงอายุ' เติบโตรับ AEC

12 Talk of the Town

ถ้าเป็นคุณจะเสี่ยงไหม?
ฉีดฟิลเลอร์เพื่อ... "โด่งสวย" หรือ "ตั้งหน้า"

13 Special

ศ.พญ.สุมาลี เกียรติบุญศรี

เจ้าแม่กวนอิมผู้ให้ออกาสแก่คนไข้ในการรักษาที่ดีที่สุด

16 เสี้ยวหนึ่งของชีวิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

17 Get Up

- เดินหน้าใช้ไวรัสพันฟุหัวใจ
- เปิดตัวแขนกลชีวควบคุมผ่านแอป
- บราซิลจ้างแพทย์คิวบาลงพื้นที่ชนบท

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

หมอเป่าน้ำมนต์

21 เสียงแพทย์

สรุปปัญหาหนักหนักร้อย 30 บาทรักษาทุกโรค และข้อเสนอ
ในการแก้ปัญหา

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

เนื้อเยื่อสมองเทียมสามมิติ

25 จุฬาปริทัศน์

โรคหัวใจถามหาคนชอบกินเนื้อ อาหารเสริม
จากหมอยังไม่หมดไฟ!!

28 Systematic Review

การใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับรักษาโรคคออักเสบ

29 เฉพาะโรค

Takotsubo Cardiomyopathy

33 มุมนิติเวช

การตรวจศพป่งชี้ถึงสาเหตุและกระบวนการที่ทำให้ตายได้:
รายงานผู้ตาย 1 ราย

37 ปกิณกะข่าว

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
นำร่องกิจกรรม "ลดคิวตรวจหุ ให้อุ่นใจได้ยืนเสี่ยงไหม"

38 R2R

"ขุดเป่าบริหารปอด"
ผลงานวิจัยจาก ร.พ.สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

40 ปกิณกะข่าว

คณะแพทย์ จุฬาฯ เปิดตัว "เข็มวันอาณันทมหิตล"
นำทัพหารายได้สมทบทุนกองทุนผู้ป่วยยากไร้

41 เกาะติดงานประชุม

สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย
จัดอบรมวิชาการโรคต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 28
ชูความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีที่ทันสมัย

42 ข่าวบริการ

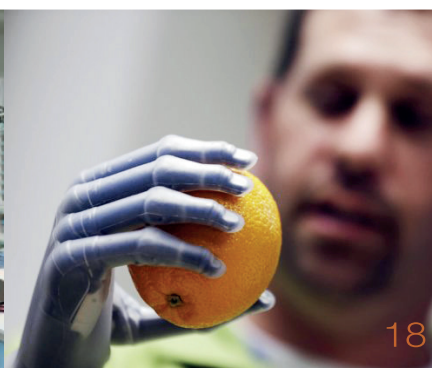
45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS เนื้อออกโรงไข และมะเร็งรังไข่ ตอนที่ 3

การดำเนินทางคลินิก และการดูแลรักษาผู้ป่วย
ที่มีเนื้อออกโรงไข ภาค II
การป้องกันและการตรวจคัดกรองมะเร็งรังไข่



ความเสี่ยงการตายในเด็กฟอกไตจากไตวายระยะสุดท้าย

JAMA. 2013;309(18):1921-1929.

บทความเรื่อง Mortality Risk Among Children Initially Treated With Dialysis for End-Stage Kidney Disease, 1990-2010 รายงานว่า เด็กที่ป่วยเป็นไตวายระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฟอกไตก่อนปลูกถ่ายอวัยวะ ซึ่งยังไม่มีข้อมูลว่าผลลัพธ์มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา

บทความนี้รายงานผลจากการศึกษาซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอัตราการตายจากทุกสาเหตุ จากโรคหัวใจและหลอดเลือด และจากการติดเชื้อในเด็กและวัยรุ่นที่เริ่มการฟอกไตระหว่างปี ค.ศ. 1990 และ 2010 นักวิจัยศึกษาแบบ retrospective cohort study จากผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 21 ปี ซึ่งได้รับการฟอกไตเนื่องจากไตวายระยะสุดท้าย และมีข้อมูลบันทึกอยู่ใน United States Renal Data System ระหว่างปี ค.ศ. 1990 และ 2010 โดยคัดเลือกที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว

นอกจากการศึกษา นักวิจัยใช้ Cox proportional hazard models หา hazard ratios (HRs) ของการตายที่สัมพันธ์กับระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น 5 ปี นับจากเริ่มการรักษาไตวายระยะสุดท้าย

มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ จากโรคหัวใจและหลอดเลือด และจาก

การติดเชื้อในเด็ก 3,450 ราย ซึ่งอายุต่ำกว่า 5 ปี และ 19,951 ราย ซึ่งอายุ 5 ปีหรือมากกว่าเริ่มการฟอกไตระหว่าง ค.ศ. 1990-2010 ในกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 5 ปี มีเด็กตาย 705 รายระหว่างการฟอกไต (98.8/1,000 person-years) โดยมีอัตราการตายเท่ากับ 112.2 และ 83.4 ต่อ 1,000 person-years ในกลุ่มที่ฟอกไตระหว่างปี ค.ศ. 1990-1994 และ 2005-2010 ในกลุ่มที่มีอายุ 5 ปีหรือมากกว่าขณะเริ่มการรักษา พบว่า 2,270 รายตายระหว่างการฟอกไต (38.6/1,000 person-years) โดยอัตราการตายเท่ากับ 44.6 และ 25.9 ต่อ 1,000 person-years ในกลุ่มที่ฟอกไตระหว่างปี ค.ศ. 1990-1994 และ 2005-2010 ระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นทุก 5 ปีนับจากเริ่มฟอกไตสัมพันธ์กับ HR ที่ปรับแล้วเท่ากับ 0.80 (95% CI, 0.75-0.85) ในเด็กซึ่งอายุต่ำกว่า 5 ปีขณะเริ่มรักษา และ HR 0.88 (95% CI, 0.85-0.92) ในเด็กที่อายุ 5 ปีหรือมากกว่า

มีเด็กและวัยรุ่นซึ่งเริ่มการฟอกไตเนื่องจากไตวายระยะสุดท้ายขณะมีอายุต่ำกว่า 21 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 1990 และ 2010 รวม 23,401 ราย อัตราตายอย่างหยابระหว่างการรักษาฟอกไตสูงกว่าในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีขณะเริ่มฟอกไตเทียบกับเด็กที่อายุ 5 ปีหรือมากกว่า โดยพบด้วยว่าอัตราการตายสำหรับเด็กและวัยรุ่นซึ่งเป็นไตวายระยะสุดท้ายและได้รับการฟอกไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างปี ค.ศ. 1990 และ 2010

ข้อมูลจากสหรัฐอเมริกาชี้ว่าอัตราการตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญตามระยะเวลาในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นไตวายระยะสุดท้ายและได้รับการฟอกไตระหว่างปี ค.ศ. 1990 และ 2010 ซึ่งจำเป็นที่จะต้องศึกษาว่าปัจจัยใดเป็นผลให้อัตราตายลดลง

มะเร็งเต้านมและการรอดชีพในหญิงเสริมเต้านม

BMJ 2013;346:f2399.

บทความเรื่อง Breast Cancer Detection and Survival among Women with Cosmetic Breast Implants: Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies รายงานผลจากการทบทวนจากงานวิจัยแบบสังเกตและการวิเคราะห์หอคอยสองชั้นเพื่อศึกษาความแตกต่างด้านการจำแนกระยะของมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่เสริมเต้านมเพื่อความงามและผู้ที่ไม่ได้เสริมเต้านม และประเมินว่าการเสริมเต้านมเพื่อความงามก่อนตรวจพบมะเร็งเต้านมเป็นตัวยกการรอดชีพหลังการวินิจฉัยหรือไม่

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ก่อนกันยายน ค.ศ. 2012 จาก Medline, Embase, Global health, CINAHL, IPAB และ PsycINFO โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาจากผู้หญิงที่ตรวจพบมะเร็งเต้านมและได้รับการเสริมหน้าอกเพื่อความงาม

ผล odds ratio ของการวิเคราะห์หอคอยแรกจากงานวิจัย 12 ชิ้นเท่ากับ 1.26 (95% confidence interval 0.99-1.60; $p = 0.058$; $I^2 = 35.6\%$) สำหรับการตรวจพบมะเร็งเต้านมระยะ non-localized stage เทียบระหว่างผู้หญิงเสริมหน้าอกซึ่งเป็นมะเร็งเต้านมและผู้หญิงไม่เสริมหน้าอกซึ่งเป็นมะเร็งเต้านม และการวิเคราะห์หอคอยที่สองจากงานวิจัย 5 ชิ้น ได้ประเมินความเชื่อมโยงระหว่างการเสริมหน้าอกและการรอดชีพ โดยพบว่าการรอดชีพต่ำลงหลังเกิดมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่เสริมหน้าอกเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เสริมหน้าอก (hazard ratio โดยรวมสำหรับการตายเนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมเท่ากับ 1.38, 95% confidence interval 1.08-1.75)

งานวิจัยที่มีการตีพิมพ์จนถึงปัจจุบันเสนอแนะว่า การเสริมหน้าอกเพื่อความงามมีผลกระทบต่อการรอดชีพในผู้หญิงที่ตรวจพบมะเร็งเต้านมในภายหลัง อย่างไรก็ตาม ควรตีความข้อมูลด้วยความระมัดระวังเนื่องจากการศึกษาบางชิ้นที่รวมอยู่ในการวิเคราะห์หอคอยด้านการรอดชีพไม่ได้ปรับตามตัวแปรร่วมที่อาจมีผล นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้านการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคของมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่เสริมหน้าอก

เสริม Lutein + Zeaxanthin และ Omega-3 ในจอตาเสื่อมจากอายุ



JAMA. 2013; Published online May 5, 2013.

บทความเรื่อง Lutein + Zeaxanthin and Omega-3 Fatty Acids for Age-Related Macular Degeneration: The Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) Randomized Clinical Trial รายงานว่า การเสริมสารอาหารตามสูตร Age-Related Eye Disease Study (AREDS) (วิตามินซีและอี เบต้าแคโรทีน และสังกะสี) สามารถลดความเสี่ยงการดำเนินโรคไปสู่จอตาเสื่อมจากอายุที่เป็นมาก โดยมีข้อมูลจากการสังเกตเสนอว่าการปรับโภชนาการโดยเพิ่ม lutein + zeaxanthin (carotenoids), omega-3 long-chain polyunsaturated fatty acids (docosahexaenoic acid [DHA] + eicosapentaenoic acid [EPA]) หรือทั้งสองอย่างอาจช่วยลดความเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น

บทความนี้รายงานข้อมูลจากการวิจัย Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) ซึ่งมีขึ้นเพื่อศึกษาว่าการเพิ่ม lutein + zeaxanthin, DHA + EPA หรือทั้งสองอย่างในสูตร AREDS ลดความเสี่ยงต่อจอตาเสื่อมจากอายุที่เป็นมากหรือไม่ และเพื่อศึกษาผลของการตัดเบต้าแคโรทีน ลดสังกะสี หรือทั้งสองอย่างในสูตร AREDS การศึกษามีรูปแบบเป็น multicenter, randomized, double-masked, placebo-controlled phase 3 study และ 2 × 2 factorial design ระหว่างปี ค.ศ. 2006-2012 โดยศึกษาในผู้ที่มีอายุ 50-85 ปี จำนวน 4,203 ราย ซึ่งเสี่ยงต่อการเป็นจอตาเสื่อมจากอายุที่เป็นมาก ผู้เข้าร่วมวิจัยมี drusen ขนาดใหญ่ที่ตาทั้งสองข้าง หรือมี drusen ขนาดใหญ่ที่ตาข้างหนึ่งและเป็นจอตาเสื่อมจากอายุที่เป็นมากที่ตาอีกข้างหนึ่ง

การแทรกแซงทำโดยสุ่มให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับ lutein (10 มิลลิกรัม) + zeaxanthin (2 มิลลิกรัม), DHA (350 มิลลิกรัม) + EPA (650 มิลลิกรัม), lutein + zeaxanthin และ DHA + EPA หรือยาหลอก และผู้เข้าร่วมวิจัย

ทั้งหมดได้รับสูตร AREDS เดิมหรือสุ่มให้ได้รับ AREDS สูตรซึ่งรวมถึงตัดเบต้าแคโรทีน ลดสังกะสี หรือทั้งสองอย่าง มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ การเกิดจอตาเสื่อมจากอายุที่เป็นมาก

มัธยฐานการติดตามเท่ากับ 5 ปี โดยมีตาที่กลายเป็นจอตาเสื่อมจากอายุที่เป็นมากรวม 1,940 ราย (ผู้เข้าร่วมวิจัย 1,608 ราย) โดยความน่าจะเป็นของการกลายเป็นจอตาเสื่อมที่เป็นมากใน 5 ปี จาก Kaplan-Meier เท่ากับ 31% (493 ราย [ผู้เข้าร่วมวิจัย 406 ราย]) สำหรับยาหลอก, 29% (468 ราย [ผู้เข้าร่วมวิจัย 399 ราย]) สำหรับ lutein + zeaxanthin, 31% (507 ราย [ผู้เข้าร่วมวิจัย 416 ราย]) สำหรับ DHA + EPA และ 30% (472 ราย [ผู้เข้าร่วมวิจัย 387 ราย]) สำหรับ lutein + zeaxanthin และ DHA + EPA การเปรียบเทียบกับยาหลอกใน primary analyses แสดงให้เห็นว่าไม่มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการกลายเป็นจอตาเสื่อมที่เป็นมาก (hazard ratio [HR], 0.90 [98.7% CI, 0.76-1.07]; p = 0.12 สำหรับ lutein + zeaxanthin; 0.97 [98.7% CI, 0.82-1.16]; p = 0.70 สำหรับ DHA + EPA; 0.89 [98.7% CI, 0.75-1.06]; p = 0.10 สำหรับ lutein + zeaxanthin และ DHA + EPA) และไม่เห็นผลชัดเจนของการตัดเบต้าแคโรทีนหรือลดสังกะสีต่อการกลายเป็นจอตาเสื่อมที่เป็นมาก ขณะที่พบมะเร็งปอดมากกว่าในกลุ่มเบต้าแคโรทีนเทียบกับไม่ได้เบต้าแคโรทีน (23 [2.0%] vs 11 [0.9%], nominal p = 0.04) โดยเฉพาะในผู้ที่เคยสูบบุหรี่

การเสริม lutein + zeaxanthin, DHA + EPA หรือทั้งสองอย่างกับสูตร AREDS ใน primary analyses ไม่ได้ลดความเสี่ยงต่อการกลายเป็นจอตาเสื่อมจากอายุที่เป็นมาก อย่างไรก็ตาม จากการที่อาจมีอุบัติการณ์ของมะเร็งปอดสูงขึ้นในกลุ่มผู้ที่เคยสูบบุหรี่ lutein + zeaxanthin จึงอาจทดแทนแคโรทีนอยด์ในสูตร AREDS ได้

การรอดชีพระยะยาวในผู้ป่วยซ่อม/เปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล



Circulation. 2013;127:1870-1876.

บทความวิจัยเรื่อง Long-Term Survival of Patients Undergoing Mitral Valve Repair and Replacement รายงานว่า แม้มีข้อมูลว่าการซ่อมแซมลิ้นหัวใจไมตรัลมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แต่การรักษาในผู้ป่วยสูงอายุก็ยังไม่มีข้อมูลไม่ชัดเจน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากข้อจำกัดด้านข้อมูลการรอดชีพระยะยาว ซึ่งในบทความนี้ได้รายงานข้อมูลการรอดชีพระยะยาวจากผู้ป่วยสวัสดิการ Medicare ซึ่งเข้ารับการซ่อมแซมและเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลในช่วงระยะเวลา 10 ปี

นักวิจัยระบุผู้ป่วย 47,279 รายจากฐานข้อมูล Medicare ซึ่งมีอายุ ≥ 65 ปี และได้รับการซ่อมแซมหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2009 และมีข้อมูลการตายจากการผ่าตัดและการรอดชีพระยะ

ยาวสำหรับผู้ป่วยที่ซ่อมแซมและเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การตายจากการผ่าตัดเท่ากับ 3.9% สำหรับผู้ป่วยที่ซ่อมลิ้นหัวใจ และ 8.9% สำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ค่าประมาณการรอดชีพจาก Kaplan-Meier ที่ 1, 5 และ 10 ปี ในผู้ป่วยที่ซ่อมลิ้นหัวใจเท่ากับ 90.9%, 77.1% และ 53.6% และเท่ากับ 82.6%, 64.7% และ 37.2% ในผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตัวพยากรณ์ที่สำคัญของการซ่อมลิ้นหัวใจไมตรัล ได้แก่ อายุน้อย (odds ratio, 1.10; 95% confidence interval, 1.05-1.14), การนอนโรงพยาบาลโดยสมัครใจ (odds ratio, 1.34; 95% confidence interval, 1.27-1.41) และจำนวนหัตถการลิ้นหัวใจไมตรัลรายปี > 40 รายต่อปี (odds ratio, 1.57; 95% confidence interval, 1.36-1.81) โดยเพศหญิงและโรคร่วมสัมพันธ์กับแนวโน้มการซ่อมแซมลิ้นหัวใจที่ต่ำลง

การผ่าตัดลิ้นหัวใจไมตรัลในผู้ป่วยสวัสดิการ Medicare มีความเสี่ยงต่ำกว่าที่เคยมีรายงาน และจากผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดลิ้นหัวใจไมตรัล โดยเฉพาะการซ่อมแซมลิ้นหัวใจไมตรัลทำให้แนวทางการระบุผู้ป่วยโดยเร็วและส่งเสริมการผ่าตัดจึงน่าจะสมเหตุสมผลสำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ

การติดเชื้อเอชไอวีและความเสี่ยงกล้ามเนื้อหัวใจตาย

JAMA Intern Med. 2013;173(8):614-622.

บทความเรื่อง HIV Infection and the Risk of Acute Myocardial Infarction รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนด้านความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเทียบกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อ และความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อเอชไอวีและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันควรมีการศึกษาโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ไม่ติดเชื้อซึ่งมีปัจจัยด้านประชากรและพฤติกรรมใกล้เคียงกัน รวมถึงศึกษาจากข้อมูลทางคลินิกด้านปัจจัยเสี่ยงและการเกิดเหตุการณ์ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งที่ถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิต

นักวิจัยศึกษาจากผู้เข้าร่วมวิจัยในการศึกษา Veterans Aging Cohort Study Virtual Cohort ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2003 ถึง 31 ธันวาคม ค.ศ. 2009 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าเอชไอวีสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ภายหลังปรับตามปัจจัยเสี่ยง Framingham ทั้งหมดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อและมีปัจจัยด้านประชากรและพฤติกรรมใกล้เคียงกัน (เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และใช้โคเคน)

ภายหลังคัดผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เลื้อยฐานออก นักวิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลสถานะเอชไอวี, อายุ, เพศ, สปีชี/เชื้อชาติ, ความดันเลือดสูง, เบาหวาน, ไขมันในเลือดสูง, สูบบุหรี่, ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี, ดัชนีมวลกาย, โรคไต, เลือดจาง, การใช้สารเสพติด,

จำนวน CD4, HIV-1 RNA, การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยกำหนดให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นมาตรวัดผลลัพธ์หลัก

นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย 82,459 ราย โดยพบเหตุการณ์ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 871 เหตุการณ์ระหว่างการติดตามซึ่งมีระยะเวลาของการติดตามเท่ากับ 5.9 ปี จากกลุ่มอายุที่จำแนกช่วงละ 10 ปี สามกลุ่มพบว่า เหตุการณ์เฉลี่ย (95% CI) ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อ 1,000 person-years คงที่และสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มติดเชื้อเอชไอวีเทียบกับกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ โดยกลุ่มอายุ 40-49 ปี เท่ากับ 2.0 (1.6-2.4) vs 1.5 (1.3-1.7) สำหรับกลุ่มอายุ 50-59 ปี เท่ากับ 3.9 (3.3-4.5) vs 2.2 (1.9-2.5) และกลุ่มอายุ 60-69 ปี เท่ากับ 5.0 (3.8-6.7) vs 3.3 (2.6-4.2) ($p < 0.05$ สำหรับทั้งหมด) ภายหลังปรับตามปัจจัยเสี่ยง Framingham, โรคหัวใจ และการใช้สารเสพติดพบว่า กลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเทียบกับกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ (hazard ratio, 1.48; 95% CI, 1.27-1.72) ซึ่งความเสี่ยงที่สูงขึ้นนี้ยังพบในกลุ่มที่มีระดับ HIV-1 RNA ต่ำกว่า 500 copies/mL เทียบกับกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ จาก time-updated analyses (hazard ratio, 1.39; 95% CI, 1.17-1.66)

นักวิจัยสรุปว่า การติดเชื้อเอชไอวีสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้น 50% ต่อกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนอกเหนือจากปัจจัยเสี่ยงที่ทราบกันดี

งดให้เกล็ดเลือดแบบป้องกันในมะเร็งเม็ดเลือด

N Engl J Med 2013;368:1771-1780.

บทความเรื่อง A No-Prophylaxis Platelet-Transfusion Strategy for Hematologic Cancers รายงานว่า ประสิทธิภาพของการให้เกล็ดเลือดเพื่อป้องกันเลือดออกในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดยังคงไม่ชัดเจน นักวิจัยจึงประเมินว่าแผนการรักษาที่ไม่ให้เกล็ดเลือดแบบป้องกันได้ผลดีและปลอดภัยเทียบเท่าแผนการรักษาที่ให้เกล็ดเลือดแบบป้องกันหรือไม่

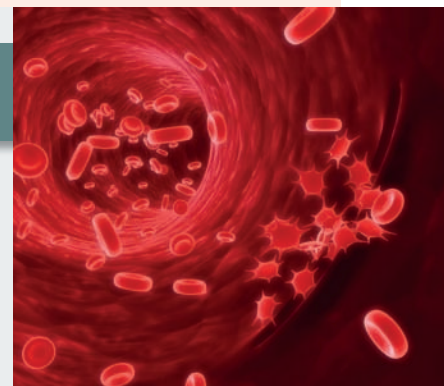
การศึกษามีรูปแบบเป็น randomized, open-label, noninferiority trial จากโรงพยาบาล 14 แห่งในสหราชอาณาจักรและออสเตรเลีย โดยนักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับหรือไม่ได้รับการให้เกล็ดเลือดแบบป้องกันเมื่อตรวจพบว่าจำนวนเกล็ดเลือดต่ำกว่า 10×10^9 ต่อลิตร ผู้ป่วยที่ศึกษามีอายุ 16 ปีหรือมากกว่า ซึ่งอยู่ระหว่างการรักษาดูแลเคมีบำบัดหรือปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด และมีหรือคาดว่าจะมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และ primary endpoint ได้แก่ การเกิดเลือดออกระดับ grade 2, 3, หรือ 4 ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกภายใน 30 วันหลังการสุ่ม

มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 600 ราย (301 รายในกลุ่มไม่ได้ให้แบบป้องกัน และ 299 รายในกลุ่มที่ให้แบบป้องกัน) ได้รับการสุ่มระหว่างปี ค.ศ.

2006 และ 2011 การเกิดเลือดออก ระดับ grade 2, 3 หรือ 4 ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลกเกิดขึ้นในผู้ป่วย 151 รายจาก 300 ราย (50%) ในกลุ่มที่ไม่ได้ให้แบบป้องกันเทียบกับ 128 รายจาก 298 ราย (43%)

ในกลุ่มที่ให้แบบป้องกัน (ผลต่างของสัดส่วนที่ปรับแล้วเท่ากับ 8.4 percentage points; 90% confidence interval, 1.7-15.2; $p = 0.06$ สำหรับ noninferiority) ผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ได้ให้แบบป้องกันมีจำนวนวันที่เลือดออกมากกว่า และเกิดเลือดออกครั้งแรกเร็วกว่าผู้ป่วยที่ให้แบบป้องกัน นอกจากนี้พบว่า การให้เกล็ดเลือดลดลงอย่างเห็นได้ชัดในกลุ่มที่ไม่ได้ให้แบบป้องกัน ขณะที่ prespecified subgroup analysis พบว่า อัตราการเกิดเลือดออกใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

ข้อมูลจากการศึกษานี้สนับสนุนความจำเป็นในการให้เกล็ดเลือดแบบป้องกัน และชี้ให้เห็นประโยชน์ด้านลดการเกิดเลือดออกเทียบกับการไม่ได้ให้เกล็ดเลือดแบบป้องกัน อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังคงเกิดเลือดออกแม้ได้ให้เกล็ดเลือดแบบป้องกัน



เสริมโอเมกา-3 ในผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือด



N Engl J Med 2013;368:1800-1808.

บทความเรื่อง n-3 Fatty Acids in Patients with Multiple Cardiovascular Risk Factors รายงานว่า มีการศึกษาหลายชิ้นชี้ให้เห็นประโยชน์ของกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนโอเมกา-3 ในผู้ป่วยที่เคยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือหัวใจล้มเหลว นักวิจัยจึงประเมินผลของการให้โอเมกา-3 ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคหลอดเลือดแดงแข็งซึ่งไม่เคยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย

นักวิจัยศึกษาแบบ double-blind, placebo-controlled clinical trial รวบรวมจากผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามโดยเครือข่ายแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปของอิตาลี ผู้ป่วยเป็นผู้ชายและผู้หญิงที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายตัว หรือเป็นโรคหลอดเลือดแดงแข็งแต่ไม่เป็กล้ามเนื้อหัวใจตาย นักวิจัยให้ผู้ป่วยได้รับกรดไขมันโอเมกา-3 (วันละ 1 กรัม) หรือยาหลอก (น้ำมันมะกอก) โดย primary endpoint ที่กำหนดไว้แต่แรก ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านอัตราการตาย กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิต และสโตรคที่ไม่ถึงแก่ชีวิต และที่ 1 ปีภายหลังพบว่า

event rate ต่ำกว่าที่คาดหมายจึงได้ปรับ primary endpoint เป็นระยะเวลาจนถึงการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือนอนโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 12,513 ราย มี 6,244 ราย ที่สุ่มให้ได้รับกรดไขมันโอเมกา-3 และ 6,269 ราย ได้รับยาหลอก จากการติดตามซึ่งมีมัธยฐาน 5 ปี พบ primary endpoint เกิดขึ้นใน 1,478 ราย จาก 12,505 รายที่รวมอยู่ในการวิเคราะห์ (11.8%) ซึ่งในกลุ่มนี้ 733 ราย จาก 6,239 ราย (11.7%) ได้รับกรดไขมันโอเมกา-3 และ 745 ราย จาก 6,266 ราย (11.9%) ได้รับยาหลอก (hazard ratio ที่ปรับแล้วจากกรดไขมันโอเมกา-3 เท่ากับ 0.97; 95% confidence interval, 0.88-1.08; p = 0.58) และผลลัพธ์สอดคล้องกันสำหรับ secondary endpoints ทั้งหมด

จากการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายตัวพบว่า การรักษาโดยให้กรดไขมันโอเมกา-3 ทุกวันไม่ได้ลดการตายและการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด



เปรียบเทียบ D-dimer Cut-Off Value ในคนสูงอายุสงสัยเป็นหลอดเลือดดำอุดตัน

BMJ 2013;346:f2492.

บทความเรื่อง Diagnostic Accuracy of Conventional or Age Adjusted D-Dimer Cut-Off Values in Older Patients with Suspected Venous Thromboembolism: Systematic Review and Meta-Analysis รายงานผลจากการศึกษาแบบ systematic review และ bivariate random effects meta-analysis เพื่อทบทวนความแม่นยำในการวินิจฉัยของการตรวจ D-dimer ในผู้สูงอายุ (> 50 ปี) ซึ่งสงสัยว่าเป็นหลอดเลือดดำอุดตัน โดยใช้ค่าจุดตัด D-dimer มาตรฐานหรือปรับตามอายุ

นักวิจัยสืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ก่อนวันที่ 21 มิถุนายน ค.ศ. 2012 จาก Medline และ Embase และติดต่อผู้พิมพ์ โดยคัดเลือกจากงานวิจัยที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่สงสัยว่าเป็นหลอดเลือดดำอุดตัน ซึ่งได้ตรวจ D-dimer test ด้วยค่าจุดตัดมาตรฐาน (500 ไมโครกรัม/ลิตร) และค่าจุดตัดปรับตามอายุ (อายุ x 10 ไมโครกรัม/ลิตร) และตรวจ reference test นักวิจัยได้กำหนดตาราง 2x2 tables และจัดช่วงชั้น

ตามกลุ่มอายุและค่าจุดตัด D-dimer ประยุกต์สำหรับผู้ป่วยกลุ่ม non-high clinical probability

การวิเคราะห์ห่อหุ้มครอบคลุมผู้ป่วย 13 กลุ่ม รวม 12,497 ราย ซึ่งเป็นกลุ่ม non-high clinical probability ความจำเพาะของค่าจุดตัดมาตรฐานลดลงตามอายุที่สูงขึ้นจาก 57.6% (95% confidence interval 51.4-63.6%) ในผู้ป่วยอายุ 51-60 ปี เป็น 39.4% (33.5-45.6%) ในผู้ที่อายุ 61-70 ปี, 24.5% (20.0-29.7%) ในผู้ที่อายุ 71-80 ปี และ 14.7% (11.3-18.6%) ในผู้ที่อายุ > 80 ปี ค่าจุดตัดที่ปรับตามอายุเผยให้เห็นความจำเพาะที่สูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเท่ากับ 62.3% (56.2-68.0%), 49.5% (43.2-55.8%), 44.2% (38.0-50.5%) และ 35.2% (29.4-41.5%) ซึ่งความไวของค่าจุดตัดปรับตามอายุยังคงสูงกว่า 97% ในทุกกลุ่มอายุ

การใช้ค่าจุดตัดปรับตามอายุสำหรับการตรวจ D-dimer ทำให้ความจำเพาะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยไม่มีผลต่อค่าความไว และเพิ่มประโยชน์ทางคลินิกของการตรวจ D-dimer ในผู้ป่วยอายุ 50 ปีหรือมากกว่าในกลุ่ม non-high clinical probability

สร. เพย กฎหมายภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ 10 แบบ เริ่ม 2 ต.ค. 56

นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ประเทศไทย ได้ดำเนินการใช้มาตรการควบคุมยาสูบอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2556 นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้พิมพ์ฉลากรูปภาพและข้อความ คำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยสี 10 แบบ ขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ลงบนซองบุหรี่ทั้ง 2 ข้าง ซึ่งนับเป็นขนาดใหญ่ที่สุดในโลก โดยจัดพิมพ์ 10 แบบคละกัน รวมทั้งพิมพ์ช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบ หมายเลขโทรศัพท์ 1600 โดยจะมีผลใช้บังคับในวันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไป ทั้งนี้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย มีโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท และผู้จำหน่ายบุหรี่หากเรตที่ไม่ได้แสดงฉลากตามที่กำหนดไว้มีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

กรมวิทย์ฯ เตือนระวังไข้ชิคุนกุนยากลับมาระบาด

นพ.นิพนธ์ โพธิ์พัฒนชัย อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า ในหลายพื้นที่โดยเฉพาะ จังหวัดสตูล ชุมพร ตรัง สุราษฎร์ธานี ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ยะลา ยะลา ติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (Chikungunya virus) สูงถึงร้อยละ 39 ยุงบางตัวติดเชื้อไวรัสทั้งสองชนิด ได้แก่ เชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งทำให้เกิดไข้เลือดออก และเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา หรือไข้ปวดข้อยุงลาย นอกจากนี้ความรู้จากการวิจัยยังพบว่าไม่จำเป็นว่ายุงต้องไปกัดผู้ป่วยแล้ว จึงจะมีเชื้อ และเชื้อไวรัสทั้งสองชนิดนี้ยังสามารถถ่ายทอดจากแม่ยุงไปยังลูกยุงได้ด้วย

ด้าน นพ.สมชาย แสงกิจพร ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า การเฝ้าระวังระดับพันธุกรรมของเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา พบว่าขณะนี้มียุงสายพันธุ์แอฟริกาที่กลายพันธุ์และสายพันธุ์เอเชียดั้งเดิม คนไทยบางคนและนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาจึงเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้ ทั้งนี้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้พัฒนาศักยภาพระบบการตรวจวิเคราะห์เชื้อไวรัสชิคุนกุนยาและเชื้อไวรัสเดงกีทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งดำเนินการเฝ้าระวังโรคทางห้องปฏิบัติการ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ให้สามารถรายงานผลได้อย่างรวดเร็วและมีความถูกต้อง แม่นยำ โดยเฉพาะในรายเร่งด่วนสามารถตรวจวิเคราะห์และรายงานผลได้ภายใน 24 ชั่วโมง ดังนั้น โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนทั่วประเทศ สามารถส่งตัวอย่างของผู้ป่วยมาตรวจวิเคราะห์ได้ที่ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือในส่วนภูมิภาค ส่งตรวจได้ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 14 แห่งทั่วประเทศ



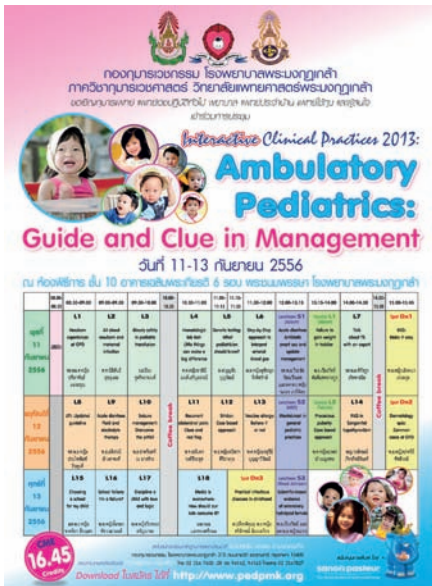
WHO ชื่นชมไทยมีรรรมาภิบาลระบบยาก้าวหน้าที่สุดในโลก

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ผู้แทนองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ขณะนี้ทั่วโลกมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณ 4.4 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ และมีปัญหาการรั่วไหลหรือคอร์รัปชันในเรื่องการจัดซื้อยาประมาณร้อยละ 10-25 จึงจำเป็นต้องสร้างรรรมาภิบาลระบบยาและระบบสุขภาพ โดยขณะนี้ประเทศไทยมีประเทศนำร่องใช้ระบบนี้แล้ว 36 ประเทศทั่วโลก

ด้าน นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการปรับปรุงระบบคลังยาให้รวมกันเป็นระดับเขตควบคุมโดยกรมการจากทุกโรงพยาบาลภายในเขต ซึ่งจะช่วยให้ลดปัญหาการรั่วไหลและเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกได้กล่าวในที่ประชุม

ว่า ธรรมชาติของระบบยาและระบบสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทุกประเทศกำลังให้ความสนใจมากในขณะนี้ และได้กล่าวชื่นชมประเทศไทยว่าเป็นประเทศที่มีระบบการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practice) และขอความร่วมมือให้ไทยช่วยพัฒนาระบบดังกล่าวให้แก่ประเทศต่าง ๆ ที่มีความสนใจต่อไป โดยองค์การอนามัยโลกได้นำรรรมาภิบาลระบบยาของประเทศไทยเผยแพร่ในเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก http://www.who.int/features/2010/medicines_thailand/en/





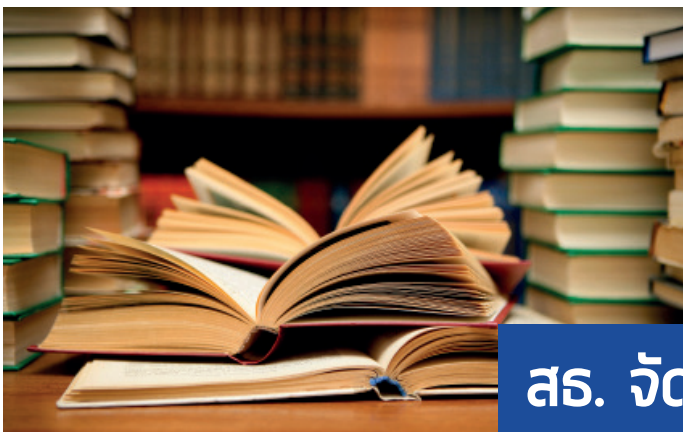
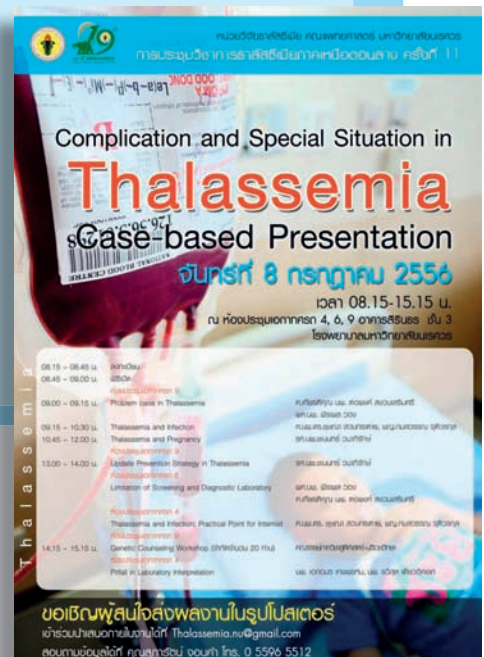
ร.พ.-วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า จัดประชุมวิชาการ

กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ขอเชิญกุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน และผู้สนใจเข้าร่วมการประชุม Interactive Clinical Practices 2013: Ambulatory Pediatrics: Guide and Clue in Management ในระหว่างวันที่ 11-13 กันยายน พ.ศ. 2556 ณ ห้องพิธีการ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้สนใจสามารถส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการลงทะเบียนได้ที่ พ.อ.หญิง แสงแข ขำนาถวนกิจ กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 315 ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 สอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณสุมิตรา ฟูมเฟื่อง โทรศัพท์ 0-2354-7600-28 ต่อ 94162, 94163 โทรสาร 0-2354-7827 Download ใบสมัครได้ที่ www.pedpmk.org

คณะแพทย์ ม.นเรศวร จัดประชุมวิชาการธาลัสซีเมีย

หน่วยวิจัยธาลัสซีเมีย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดการประชุมวิชาการธาลัสซีเมียภาคเหนือตอนล่าง ครั้งที่ 11 Complication and Special Situation in Thalassemia Case-based Presentation ในวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 เวลา 08.15-15.15 น. ณ ห้องประชุม เอกาทศรถ 4, 6, 9 อาคารสิรินธร ชั้น 3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-5596-5512



สร. จัดประชุมวิชาการประจำปี 56

กระทรวงสาธารณสุข จัดประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2556 ระหว่างวันที่ 11-13 กันยายน พ.ศ. 2556 ณ โรงแรมพูลแมน ขอนแก่น ราชา ออคิด และโรงแรมโฆษะ จ.ขอนแก่น โดยจัดให้มีการประกวดผลงานวิชาการ การบรรยาย/อภิปราย โดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ และนิทรรศการของกรมต่าง ๆ และเครือข่ายบริการสุขภาพ ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนทางเว็บไซต์ www.moph.go.th ได้ระหว่างวันที่ 17 มิถุนายน-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 (จำกัดจำนวนไม่เกิน 4,000 คน) ปิดรับการชำระเงินภายในวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2556 หากครบจำนวนก่อนกำหนดจะทำการปิดรับการลงทะเบียนและไม่รับลงทะเบียนหน้างาน



จับตลาด ‘ผู้สูงอายุ’ เติบโตรับ AEC

การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asean Economic Community : AEC) ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจำเป็นต้องพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศสู่อาเซียนและเวทีโลก ซึ่งถ้ามองในด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ถือว่าได้รับการยอมรับในอาเซียนอย่างปฏิเสธไม่ได้ ด้วยศักยภาพทั้งในการบริการทางการแพทย์ด้านบุคลากรและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ประกอบกับการที่ประเทศไทยมีข้อได้เปรียบในแง่การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และสุขภาพ ทำให้สามารถรองรับนักท่องเที่ยวที่มาใช้บริการทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดี ทั้งหมดนี้ทำให้ชาวต่างชาติเดินทางมารับการรักษาพยาบาลและท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก จนสร้างรายได้เข้าประเทศมากมายในแต่ละปี

AEC ณ วันนี้จึงเป็นโอกาสอันดีที่ประเทศไทยจะขยายธุรกิจการบริการรักษาพยาบาลให้เติบโตเพื่อแข่งขันในตลาดอาเซียน ซึ่งนอกจากชื่อเสียงในด้านการคัดสรรความงาม การแปลงเพศ การเปลี่ยนอวัยวะ เช่น ตับ ไต หัวใจ ไชกระดูก ฯลฯ จะเป็นตลาดที่น่าลงทุนแล้ว ปัจจุบันตลาดผู้สูงอายุเป็นอีกตลาดหนึ่งที่มีแนวโน้มเติบโตสูงในอนาคต เนื่องมาจากการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำให้คนไทยมีอัตราการเสียชีวิตลดต่ำลง ผู้สูงอายุมีแนวโน้มว่าจะมีอายุยืนยาวขึ้นกว่าในอดีต

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2513 เป็น 5.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2554 และจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย คาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.8 ในปี พ.ศ. 2563

การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุนี้อาจเป็นโอกาสของธุรกิจการรักษาพยาบาลของประเทศไทยเมื่อเข้าสู่ AEC ในปี พ.ศ. 2558 เพราะนอกจากผู้ประกอบการไทยจะสามารถขยายการ



ลงทุนเพื่อรองรับความต้องการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นในลักษณะการบริการรักษาพยาบาลเฉพาะทาง เช่น ศัลยกรรมด้านกระดูก ผ่าตัดหัวใจ ทันตกรรม ศัลยกรรมความ

งาม รวมถึงการขยายตลาดบริการรักษาสุขภาพในลักษณะการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในประเทศแล้ว ยังเป็นการรุกตลาดอาเซียนที่นับวันจะเติบโตและทวีความสำคัญมากขึ้นเป็นลำดับ โดยเฉพาะในเวียดนาม อินโดนีเซีย พม่า บรูไน ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย ซึ่งสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก

ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าในช่วงปี พ.ศ. 2558-2603 สัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศเวียดนาม อินโดนีเซีย พม่า บรูไน ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าตัว ประกอบกับเศรษฐกิจของประเทศเหล่านี้ยังมีแนวโน้มเติบโตดี ทำให้คาดว่าประชากรจะมีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ประเทศเหล่านี้จึงเป็นตลาดที่น่าสนใจของธุรกิจการรักษาพยาบาลจากความต้องการการบริการที่คาดว่าจะมากขึ้นนั่นเอง

นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติ (The United Nations : UN) ยังได้ประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2558 สัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุในอาเซียนจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในอาเซียน หรือกว่า 60 ล้านคน จากร้อยละ 7 ในปี พ.ศ. 2543 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27 ในปี พ.ศ. 2603 โดยสิงคโปร์จะเป็นประเทศที่มีสัดส่วนจำนวนประชากร



ผู้สูงอายุมากที่สุดในอาเซียน คือ ราวร้อยละ 18 ของประชากรสิงคโปร์ในปี พ.ศ. 2558 และจะเพิ่มกว่าเท่าตัวเป็นร้อยละ 40 ในปี พ.ศ. 2603 แนวโน้มนี้จะก่อให้เกิดความต้องการบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นในอาเซียน

นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมอนามัย กล่าวว่า องค์การสหประชาชาติให้คำนิยามว่าประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 7 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ถือว่าประเทศนั้นก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าโลกมีประชากรจำนวน 7,058 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปถึง 565 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8 ในขณะที่ผู้สูงอายุไทยมีอายุ 65 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 12.59 ซึ่งมากที่สุดในประเทศอาเซียน

“ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 7 ล้านคน หรือร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 14.5 ล้านคน หรือร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2568 หากประเมินแล้วจะพบว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า หรือในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และจากนั้นอีก 10 ปีจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด”

นพ.เจษฎา กล่าว



จากจุดนี้เองทำให้ในปัจจุบันมีผู้ประกอบการและนักลงทุนจำนวนมากให้ความสนใจกับกลุ่มลูกค้าที่เป็นผู้สูงอายุมากขึ้น โดยมีการผลิตสินค้าและบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ธุรกิจบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่ดีและเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ เช่น สถานดูแลผู้สูงอายุประจำวัน สถานบริบาล ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ สถานส่งเสริมผู้สูงอายุ เป็นต้น

‘โครงการสวทคณิเวศ’ เป็นหนึ่งในตัวอย่างที่ชัดเจนในการรองรับผู้สูงอายุ โดยได้รับการพัฒนาขึ้นภายใต้การดำเนินงานของสภาอากาศไทย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยลักษณะของโครงการเป็นอาคารชุดพักอาศัย เพื่อการเป็นที่พักอาศัยที่เหมาะสมและสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ



พญ.นาฏ พงษ์สมุทร กรรมการบริหารที่พักผู้สูงอายุสวทคณิเวศ สภาอากาศไทย กล่าวว่า โครงการสวทคณิเวศเป็นโครงการพระราชดำรินิสมเด็จพะเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่ทรงเล็งเห็นว่าจำนวนประชาชนผู้สูงอายุจะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทรงต้องการให้สภาอากาศไทยจัดสร้างอาคารที่พักเพื่อตอบสนองการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เหมาะสมจึงเกิดเป็นโครงการนี้ขึ้นมา โดยโครงการสวทคณิเวศตั้งอยู่ที่ ต.บางปู จ.สมุทรปราการ ลักษณะของโครงการจะคล้าย ๆ คอนโดมิเนียม แต่ละห้องมีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 40-42 ตารางเมตร ภายในห้องมีความโปร่ง โล่ง มีการถ่ายเทระบายอากาศและแสงสว่างได้ดี เพื่อกระตุ้นความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ มีความปลอดภัย มีห้องน้ำที่กว้างสามารถนั่งรถเข็นเข้าไปได้ รวมทั้งในส่วนอื่น ๆ ก็สามารถนั่งรถเข็น

เข้าไปได้ในทุกพื้นที่ของห้อง และยังมีการติดตั้งอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย โดยติดตั้งปุ่มสัญญาณขอความช่วยเหลืออัตโนมัติไว้ที่หัวเตียงและภายในห้องน้ำ ซึ่งระบบนี้จะเชื่อมโยงไปยังห้องเจ้าหน้าที่การพยาบาล เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ทันเวลาที่

อย่างไรก็ตาม ธุรกิจบริการผู้สูงอายุจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมเพื่อเร่งยกระดับคุณภาพบริการ เพื่อรองรับผู้สูงอายุ รวมถึงการแข่งขันในระดับสากล ซึ่งปัจจุบันธุรกิจบริการผู้สูงอายุเป็นธุรกิจที่มีแนวโน้มขยายตัวมาก ทั้งยังก่อให้เกิดธุรกิจเกี่ยวเนื่องที่ให้บริการใหม่ ๆ หลากรูปแบบ เช่น ธุรกิจส่งคนเข้าไปดูแลและบริการผู้สูงอายุที่บ้านพัก บริการรับพาไปเที่ยว บริการพาไปพบแพทย์ ซึ่งเป็นการทำหน้าที่แทนคนในครอบครัวที่มีภาระงานประจำ แต่เรื่องของมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องตระหนักเพื่อการเติบโตของธุรกิจอย่างยั่งยืนในอนาคต



ด้านโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งใช้การที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และ AEC มาเป็นตัวขับเคลื่อนธุรกิจสร้างโอกาสในการขยายตลาดการให้บริการเพื่อรองรับผู้สูงอายุในอาเซียนให้ได้มากยิ่งขึ้น

นพ.นำ ตันธุนิตย์ ผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กล่าวว่า สนใจที่จะทำเนิร์สซิงโฮม เพื่อให้บริการผู้ป่วยผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีสัดส่วนผู้เข้ามาใช้บริการจำนวนมาก โดยทางโรงพยาบาลมีความพร้อมด้านบุคลากร แพทย์ที่ศึกษาด้านผู้สูงอายุจากสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ แต่อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ยังไม่ได้มีการแยกเป็นศูนย์ผู้ป่วยสูงอายุอย่างชัดเจน กำลังศึกษาหลาย ๆ แนวทาง ซึ่งเนิร์สซิงโฮมก็ถือเป็นแนวคิดหนึ่ง สำหรับผู้สูงอายุที่เคยป่วยและอาการดีแล้ว แต่ยังต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ลูกหลานต้องทำงาน ขาดคนดูแล ซึ่งถ้ามองดูแล้วถือเป็นตลาดที่น่าสนใจด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น

นพ.ปราเสริฐ ปราสาททองโอสถ ประธานคณะผู้บริหารและกรรมการผู้อำนวยการใหญ่ บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) กล่าวว่า มีความสนใจจะ

สร้างโรงพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากมองเห็นโอกาสและช่องว่างทางการตลาดจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีที่ดินแล้วที่เขาใหญ่ คาดว่า จะเริ่มดำเนินการในอีก 2 ปี ข้างหน้า อีกทั้งยังสนใจจะทำแพ็คเกจยาสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยเข้ารับการ



ตรวจเลือดและรักษาครั้งแรก จากนั้นสามารถซื้อแพ็คเกจยาที่สอดคล้องกับโรคที่เป็นอยู่ได้ที่โรงพยาบาลกรุงเทพ และมีแผนจะขยายไปสู่ร้านขายยาในอนาคต เพื่อเพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันก็ทำให้ผู้ที่มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น

นพ.ชาติรี ดวงเนตร ประธานคณะผู้บริหารศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กล่าวเพิ่มเติมว่า ปัจจุบันโรงพยาบาลกรุงเทพได้เปิดศูนย์ให้บริการผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยสูงอายุโดยตรง ร่วมกับโรงพยาบาลเมทโรไนยา รัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลอันดับ 1 ด้านการดูแลผู้สูงอายุ เข้ามาให้การอบรมบุคลากร โดยพร้อมจะขยายแนวคิดนี้ไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีอยู่ และมีแผนเพิ่มบริการด้านอื่น ๆ เข้ามาเสริมในอนาคต

ขณะที่ **นายศิขรินทร์ ชนเศรษฐ์ ผู้อำนวยการแผนกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2** กล่าวว่า การที่โรงพยาบาลหลายแห่งจะเข้ามาสู่ตลาดนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกมากขึ้น โดยในปัจจุบันโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 มีลูกค้าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีสัดส่วนถึง 80% ขณะนี้อยู่ระหว่างขยายตึกให้บริการหลังใหม่ มีห้องพัก 70 เตียง จากที่มีอยู่ 80 เตียง คาดว่าจะเปิดใช้ปลายปีนี้ และเตรียมจะเปิดคลินิกผู้สูงอายุ จากเดิมที่เป็นแค่แผนกหนึ่งอีกด้วย

ด้าน **นพ.บุญ วนาสิน ประธานกรรมการ บริษัท กลุ่มโรงพยาบาลธนบุรี กรุ๊ป** กล่าวว่า อยู่ระหว่างดำเนินการก่อสร้างรีไทร์เม้นต์โฮม และเนิร์สซิงโฮมในรูปแบบของบ้านพัก และเซอร์วิสอพาร์ทเมนต์รวม 5 โครงการ ที่หัวหิน สมุย ภูเก็ต เพื่อรองรับผู้สูงอายุต่างชาติ ที่ราชบุรีและรังสิตคลอง 5 เพื่อรองรับผู้สูงอายุชาวไทย ดำเนินการก่อสร้างไปแล้วประมาณ 30-40% โดยเชื่อว่าตลาดผู้สูงอายุมีโอกาสเติบโตสูงจากความต้องการและจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ขณะนี้มีสัดส่วนอยู่ที่ 12% ของประชากร หรือราว 7 ล้านคน จะขยับเป็น 15-20% ใน 10 ปีข้างหน้า และยังมีชาวต่างชาติ อาทิ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ที่ทำงานในประเทศไทยมานาน และต้องการใช้ชีวิตหลังเกษียณที่ประเทศไทย

ถึงเวลาแล้วที่ประเทศไทยจะเริ่มนับถอยหลังสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบไปพร้อม ๆ กับการก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่จะมาถึงในเวลาอันใกล้...



ถ้าเป็นคุณจะเสี่ยงไหม? ฉีดฟิลเลอร์เพื่อ... “โด่งสวย” หรือ “ดั่งเน่า”

ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีค่านิยมฉีดสารเติมเต็มหรือฟิลเลอร์อย่างแพร่หลาย เพื่อทดแทนคอลลาเจนที่สลายไปตามวัย ช่วยปรับสภาพผิวให้ริ้วรอยต่าง ๆ ตู้นิ่งและสภาพผิวดีขึ้น ส่วนใหญ่นิยมฉีดบริเวณใบหน้า เช่น จมูก แก้ม โหนกแก้ม

การฉีดสารเติมเต็มหรือฟิลเลอร์นี้อาจเกิดผลข้างเคียงและอาการแทรกซ้อนได้ ไม่ว่าจะเป็นการเกิดผื่นแดงบริเวณที่ฉีด เกิดรอยนูน เกิดการเคลื่อนย้ายของสารที่ฉีดทำให้เกิดการผิดรูป เกิดการแพ้ เกิดการอุดตัน หรือแม้แต่การฉีดผิดตำแหน่ง ซึ่งในบางกรณีอาจรุนแรงถึงขั้นตาบอด เนื่องจากการรั่วไหลของฟิลเลอร์เข้าไปอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงประสาทตา และยังมีผลข้างเคียงอื่น ๆ อีกมาก ที่พบบ่อยคือ จมูกเน่า เพราะสารฟิลเลอร์อุดตันเส้นเลือด ดังนั้น การฉีดสารเหล่านี้ควรอยู่ในสถานที่ที่ได้รับการรับรอง และมีเครื่องมือช่วยเหลืออย่างพร้อมเพรียง และก่อนที่จะทำต้องพิจารณาและศึกษาข้อมูลให้ดีเสียก่อน

เมื่อการฉีดฟิลเลอร์เป็นเทรนด์สุดฮิตของคนอยากสวย Talk of the Town ในฉบับนี้จึงหยิบยกประเด็นของการเสริมจมูกด้วยฟิลเลอร์ มาสอบถามความคิดเห็นจากน้อง ๆ นักศึกษาแพทย์ กับคำถามที่ว่า ถ้าเป็นคุณจะเสี่ยงไหม? ฉีดฟิลเลอร์เพื่อ... “โด่งสวย” หรือ “ดั่งเน่า” น้อง ๆ จะเลือกอย่างไร ไปดูคำตอบกัน



บศพ.ปิภาพร มงคลเวชสิทธิ์

บศพ.ญานฉิลา แพะเจริญชัย

บศพ.วรสุนา เลิศสภัง

บศพ.วรสฤณี จันรัตน์

“การศัลยกรรมด้วยการฉีดฟิลเลอร์เพื่อเสริมจมูกไม่เคยได้ยินมาก่อนเลยคะ แต่ส่วนตัวมองว่า การที่เราจะนำสารใด ๆ ก็ตามเข้าสู่ร่างกาย มันเหมือนกับการนำสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะมีผลเสียมากกว่าผลดีอยู่แล้ว หากไม่มีความจำเป็นอะไรก็ไม่ควรเสี่ยง ให้เราเป็นธรรมชาติแบบเดิมดีกว่า เพราะถ้าเกิดแพ้สารหรือเกิดข้อผิดพลาดในขั้นตอนการทำขึ้นมา ผลที่ได้ อาจดูแย่ยิ่งกว่าเดิม แล้วอาจไม่มีทางเรียกผิวให้กลับมาเป็นเหมือนเดิมได้”

“การฉีดสารฟิลเลอร์เพื่อการทำศัลยกรรมก็เคยได้ยินมาบ้าง เห็นว่ากำลังเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลาย แต่ไม่ว่าจะทำศัลยกรรมด้วยวิธีใด ๆ ก็ตาม ผู้ป่วยหรือคนที่อยากทำควรศึกษาหาข้อมูลที่ถูกต้อง นำมาพิจารณาผลที่จะได้รับให้เสียก่อน และสิ่งที่ฝากถึงผู้ประกอบการคือ อยากให้มีความรับผิดชอบต่อดังคม ไม่หลอกลวงลูกค้าโดยนำสารที่ไร้คุณภาพมาใช้ อยากให้นึกถึงใจเขาใจเรา”

“การศัลยกรรมกลาย เป็นเรื่องธรรมดาไปแล้วสำหรับในยุคสมัยนี้ ส่วนตัวมองว่า เราสามารถทำได้เพียงแค่ควรศึกษาข้อมูลให้เสียก่อนปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเลือกใช้บริการกับสถานบริการที่มีการรับรองมาตรฐาน มีความน่าเชื่อถือ หากเป็นคลินิกที่ไม่มีการรับรอง เราอาจไม่ได้รับความซื่อสัตย์จากผู้ประกอบการ และผู้ที่ทำการเสริมจมูกให้ก็ไม่มีความชำนาญ ความเสี่ยงก็สูงกว่า ทางที่ดีต้องตรวจสอบให้มั่นใจก่อนตัดสินใจทำ”

“การเสริมจมูกด้วยฟิลเลอร์กำลังเป็นที่นิยมอย่างมาก เป็นเพราะว่าทำได้ง่าย ฟื้นตัวเร็ว เจ็บตัวย่น้อยกว่าการผ่าตัด แต่ผลข้างเคียงก็ไม่ได้น้อยไปกว่ากันเลย ก่อนตัดสินใจทำควรศึกษาให้ถี่ถ้วนสารที่ใช้ในการฉีด แล้วผู้ที่ฉีดใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือเปล่า หากละเอียดอาจต้องพบปัญหาในภายหลัง เช่น แพ้สารหรือเกิดความผิดพลาดระหว่างทำการฉีด เมื่อเกิดความเสียหายมาแล้วอาจไม่สามารถแก้ไขให้หน้ากลับมาดีเหมือนเดิมได้”

ศ.พญ.สุมาลี เกียรติบุญศรี

เจ้าแมกวอนอิมผู้ให้โอกาสแก่คนไข้ ในการรักษาที่ดีที่สุด



ภาพของคนไข้ที่นอนหายใจรวยริน เลี้ยววินาทีของชีวิตระหว่างความเป็นและตาย สิ้นหาความหวาดวิตกกังวลของญาติ รวมถึงคนใกล้ชิดที่เฝ้ารอคอยอย่างมีความหวัง ความทุกข์ทรมาน นาฬิกาชีวิตต่อชีวิต ความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านี้คงไม่มีใครสามารถเข้าใจได้ดีไปกว่า ศ.พญ.สุมาลี เกียรติบุญศรี อายุรแพทย์หน่วยโรคระบบการหายใจและเวชบำบัดวิกฤต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หญิงแกร่งผู้ต่อสู้บุกเบิกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไข้ รวมถึงการเพิ่มโอกาสสำหรับคนไข้วิกฤตให้ได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด จนมาสู่การจัดตั้งเป็น “หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (Intermediate Care Unit)” คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งถือเป็นแห่งแรกและแห่งเดียวของโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยที่มีการแบ่งแยกระหว่างคนไข้วิกฤตกับกึ่งวิกฤตออกจากกัน ซึ่งความสำเร็จที่เกิดขึ้นนี้ได้เป็นแบบอย่างให้แก่หน่วยงานอื่น ๆ และโรงพยาบาลอีกหลายแห่งในการศึกษาดูงาน สมกับรางวัลที่ได้รับคือ “BUPA Clinical Excellence Award”

ศ.พญ.สุมาลี สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยสาเหตุที่คุณหมอเลือกเป็นแพทย์ทางด้านระบบทางเดินหายใจ คุณหมอลงว่า ช่วงที่เป็นแพทย์ประจำบ้านทางด้านอายุรกรรม เห็นคนไข้จำนวนหนึ่งที่มีอาการหนักต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นพิเศษ โดยในคนไข้กลุ่มนี้มีบางคนที่อาจารย์เห็นว่าคนไข้ที่สิ้นหวังไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ทั้งนี้เราในฐานะแพทย์ประจำบ้านที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อได้ดูแลดี ๆ ปรากฏว่ามีคนไข้ประมาณ 2-3 คนสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจและมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ จากแต่เดิมที่อาจารย์บอกว่าไม่มีโอกาสรอด ตรงนี้เป็นเหมือนกับจุดทำให้เราอยากเรียนทางด้านนี้ ประกอบกับสาขานี้เป็นสาขาที่สามารถดูแลคนไข้แบบองค์รวม ซึ่งการที่จะเป็นหมอปอดที่ดีจะต้องดูแลคนไข้ได้ทั้งระบบ เนื่องจากปอดเป็นอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะอื่นทั่วร่างกาย และที่สำคัญเมื่อคนไข้ใส่เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ก็อาจช่วยทำให้ดีขึ้นได้ แม้ว่าโรคเรื้อรังทางปอดจะเป็นการดำเนินโรคที่ยาว แต่เราสามารถหยุดยั้งได้ถ้าได้รับการดูแลตั้งแต่เบื้องต้น

“ในสมัยนั้นศาสตร์ทางด้านนี้ยังไม่ค่อยแพร่หลายมากเท่าไร ความรู้ทางด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจ หมอต้องศึกษาหาความรู้ด้วยตัวเอง

ซึ่งหมอก็ได้ใช้ทุนส่วนตัวไปศึกษาดูงานด้าน ICU ในต่างประเทศ เมื่อกลับมาประเทศไทย ศ.พญ.พูนเกษม เจริญพันธุ์ และ ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกิจ ท่านได้มอบหมายให้ดูแลรับผิดชอบงานทางด้าน ICU ประกอบกับส่วนตัวก็มีความชอบทางด้านนี้อยู่แล้ว จึงนำความรู้ที่ได้มาพัฒนางานด้าน ICU ซึ่งหมองเองก็ยอมรับว่าในตอนเริ่มต้นครั้งแรก ๆ ยากปรับเปลี่ยนมาตรฐานการปฏิบัติหลายอย่างให้ทันสมัย แต่อยู่ดี ๆ เราจะลุกขึ้นมาให้คนทำตามจะไม่มีใครฟังเรา จึงต้องเริ่มทำเกี่ยวกับมาตรฐานวิธีการปฏิบัติการดูแลคนไข้ในกลุ่มนี้ที่ ICU อายุรศาสตร์ของเรา ก่อน เมื่อทำแล้วสามารถลดการติดเชื้อได้มาก ความสำเร็จนี้จึงค่อย ๆ กระจายออกไปจนมีคนสนใจทำตาม มีการเดินทางไปสอนให้ความรู้แก่หน่วยงานต่าง ๆ เกือบทั่วประเทศเกี่ยวกับมาตรฐานวิธีการปฏิบัติการดูแลคนไข้ในกลุ่มนี้ จนได้ชื่อว่าเป็นหมอคณแรก ๆ ที่บุกเบิกด้านนี้ของประเทศไทย มาจนถึงปัจจุบันถ้าพูดถึงเรื่องเครื่องช่วยหายใจทุกคนก็ต้องนึกถึง ศ.พญ.สุมาลี”

ศ.พญ.สุมาลี เล่าให้ฟังต่อว่า ภายหลังจากที่ทำมาได้สักระยะหนึ่ง หมอเริ่มมองถึงคุณภาพของคนไข้ ICU ทั้งระบบว่าได้มาตรฐานหรือไม่ ดังนั้น หมอจึงเริ่ม





เก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากต่างประเทศ พบว่าในคนไข้ผู้ป่วยวิกฤตที่จำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจที่ต้องนอน ICU จำนวน 100 คน ในความเป็นจริงมีเพียงแค่ 30 คนเท่านั้นที่ได้นอนรักษาอย่างเหมาะสมใน ICU ส่วนอีก 70% ต้องนอนกระจายรักษาในหอผู้ป่วยสามัญเต็มไปหมด โดยผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญนี้จะไม่ได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐาน หมอจึงได้ร่วมกับ ศ.พญ.พูนเกษม เสนอต่อภาควิชาให้นำนคนไข้หนักในวอร์ดสามัญเหล่านี้มารวมไว้ในวอร์ดเดียวกัน เนื่องจากคนไข้วิกฤตเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงเครื่องมือและอุปกรณ์เป็นพิเศษ ถือเป็นการจัดระบบในการดูแลคนไข้ให้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เสนอไปนี้จะเป็นที่ยอมรับและถูกต้องด้านจากอาจารย์แพทย์ในภาคและฝ่ายพยาบาล แต่ด้วยความที่เป็นคนไม่ยอมแพ้จึงเก็บข้อมูลต่อมาเรื่อย ๆ เพราะคิดเสมอว่าถ้าได้ทำในสักวันหนึ่ง เราต้องมีข้อมูลสถิติตัวเลขในการทำ หมอใช้เวลาทั้งหมด 10 กว่าปีจึงมีคนเห็นประโยชน์ และจัดตั้งเป็น “หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (Intermediate Care Unit)” ในปี พ.ศ. 2541 เกิดเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตขั้นใหม่ คือหอผู้ป่วย ICU สำหรับคนไข้หนักสุด และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตสำหรับผู้ป่วยที่หนักไม่มากแต่ยังไม่ปลอดภัยที่จะรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ระบบดังกล่าวใช้ในภาควิชาอายุรศาสตร์มาจนถึงปัจจุบันรวมเป็นเวลา 15 ปีเต็ม ซึ่งโรงพยาบาลรามารับดีถือได้ว่าเป็นโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งเดียวที่แยกการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตกับไม่วิกฤตออกจากกัน

“กว่าที่จะสำเร็จ หมอยอมรับว่าตอนนั้นหนักมาก เนื่องจากมีอาจารย์บางท่านไม่เห็นด้วย แต่เมื่อเราอาสาเข้ามา เราต้องรับผิดชอบเต็มตัว และต้องพิสูจน์ให้เห็นว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแล้วต้องมีอะไรดีขึ้น พิสูจน์ให้เห็นว่าคนไข้ที่มานอนตรงนี้ไม่ใช่เฉพาะคนไข้ของหน่วยปอดเท่านั้น ซึ่งภายหลังจากที่ทำระบบนี้ ผลปรากฏว่าอัตราการตายของผู้ป่วยในภาควิชาอายุรกรรมทั้งหมดลดลงเกือบ 50% อีกทั้งยังสามารถลดจำนวนวันครองเตียง รับคนไข้ได้มากขึ้น และมีมาตรฐานดีขึ้นด้วย”

ทั้งนี้ ศ.พญ.สุมาลี ยังได้กล่าวถึงเหตุผลที่ยอมเจ็บตัวมาทำตรงนี้ว่า สาเหตุที่ยอมเจ็บตัวเพื่อมาทำตรงนี้ ส่วน

หนึ่งนั้นขึ้นอยู่กับนิสัยของเราด้วย คือเราเห็นอะไรที่ไม่ดี หมอจะไม่ยอมอยู่เฉย ๆ ซึ่งถึงแม้ว่าใน ICU เราจะช่วยคนไข้ได้ แต่คนไข้ที่อยู่นอก ICU พวกนั้นน่าสงสาร และที่นี้ก็เป็นโรงเรียนแพทย์ เป็นสถานที่ที่ต้องสอนนักศึกษาด้วย ดังนั้น ถ้ามาตรฐานการปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยในโรงเรียนแพทย์ไม่ถูกต้อง นักศึกษาก็เรียนเอาสิ่งที่ผิด ๆ ออกไปด้วย ทั้งนี้หมอคิดว่าเป็นธรรมชาติของการทำงานทุกอย่าง ไม่ใช่เฉพาะแค่ด้านนี้ที่เราต้องคอยมองรอบตัว มองว่าสิ่งที่ทำถูกต้องหรือไม่ หรือยังขาดตกบกพร่อง และต้องพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างไร ต้องมีสติตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเราทำการเก็บข้อมูลด้วยแล้วจะเห็นเลยว่า หลายอย่างต่ำกว่าข้อมูลมาตรฐานด้วยซ้ำ

อย่างไรก็ตาม กว่าที่งานทุกอย่างจะออกมาสำเร็จได้อย่างทุกวันนี้ ศ.พญ.สุมาลี กล่าวว่า หมอเองก็เคยเหนื่อยและท้อจนเคยคิดอยากจะลาออกเหมือนกัน โดยสาเหตุที่เหนื่อยไม่ได้เหนื่อยเพราะงานหนัก แต่เหนื่อยตรงที่คนไม่เข้าใจ คิดว่าเราเป็นนางมารร้าย เพราะเป็นผู้รักษากฎเกณฑ์ในสองหน่วยงานนี้ให้ไปเป็นไปตามที่ได้ตกลงในภาควิชา เพื่อให้เพียงมีการหมุนเวียนอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด แต่เมื่อกลับมาบังคับคิดทบทวนว่าเราสู่อุตสาหกรรมมาถึงจุดนี้แล้ว ถ้าล้มกลางคัน ที่ลงทุนมามากมายก็ไม่เกิดประโยชน์ และก็เพื่อคนไข้ ถ้าเราทำแล้วมีสิ่งดี ๆ ก็เป็นกำลังใจให้อยากทำต่อ ซึ่งหลังจากผ่านช่วง 5 ปีที่หนักแล้ว อาจารย์ในภาควิชาได้เปลี่ยนทัศนคติ มีความไว้วางใจ เวลาที่มีคนไข้อาการหนักก็จะส่งมาให้ที่หน่วยดูแลผลงานตรงนี้ก็กลายเป็นที่ยอมรับและมีหน่วยงานจากหลายแห่งมาดูงานทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ แม้แต่ในการประชุมระดับเอเชียแปซิฟิก หมอได้นำผลงานตรงนี้ไปนำเสนอในต่างประเทศจนทุกคนชอบและอยากจะทำดูงาน ที่สำคัญเรายังได้รับรางวัล “BUPA Clinical Excellence Award” ด้วย

“คติในการทำงานของหมอคือ ยึดคนไข้เป็นหลัก การที่มีคนไข้ขึ้นชอบเราถึงขนาดเรียกเราเป็นเจ้าแม่กวนอิม สิ่งนี้เป็นกำลังใจที่หมอได้รับจากคนไข้ นอกจากนี้หมอก็ได้ชื่อว่าเป็นครูที่สอนเก่งที่สุด มีนักเรียนสนับสนุนเรามาก สองสิ่งนี้คือสุดยอดที่ปรารถนา และสำคัญที่สุดของการเป็นแพทย์คือ การเป็นอาจารย์ที่สอนดี สอนเก่ง เป็นหมอที่ให้การรักษาที่ดีแก่คนไข้ได้ ส่วนในเรื่องอื่น ๆ หมอไม่สนใจ”

ศ.พญ.สุมาลี ได้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับคำว่า “แพทย์” ว่า อันดับแรกคือ มีความปรารถนาที่จะให้คนไข้ได้รับการรักษาที่ดี โดยยึดคนไข้เป็นศูนย์กลาง เมื่อเราคิดได้เช่นนี้ หลายครั้งที่เราต้องเสียสละความสุขส่วนตัวแม้ว่าจะค่ามิด ดึกดื่น เราก็ต้องมาดูแลคนไข้ และในฐานะอาจารย์ที่ทำงานอยู่ในโรงเรียนแพทย์ ถ้าอยากให้คนอื่นเรียกเป็นอาจารย์ก็ต้องทำ

หน้าที่อาจารย์จริง ๆ ไม่ใช่แค่มาสอนบทเพื่อให้ได้ชื่อว่า “อาจารย์” จะต้องมีความสามารถในการสอน ทุ่มเทให้แก่นักเรียน ซึ่งในโรงเรียนแพทย์สองเรื่องนี้จะเกี่ยวเนื่องกัน อาจารย์ที่สอนเก่งจะไม่ใช่อาจารย์ที่สอนอยู่แต่ในตำรา ต้องเป็นอาจารย์ที่สามารถพานักเรียนไปดูคนไข้ข้างเตียงและชี้ให้เห็นถึงความผิดปกติที่ผู้อื่นละเลยตรวจไม่พบ พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขได้ทันทีทั้งที่เนื่องมาจากความรู้ในการรักษา ผู้ป่วยบางเรื่องไม่มีอยู่ในตำรา ต้องเรียนรู้จากประสบการณ์ และรู้จักนำตำรามาประยุกต์ใช้อย่างชาญฉลาด คนที่เป็นอาจารย์แพทย์ที่ดีได้ต้องเป็นหมอที่ดูแลคนไข้ที่ดีด้วยจึงจะสอนได้เก่ง และทำให้นักเรียนประทับใจ ตรงนี้ต้องให้ประสบการณ์ เวลา ความเสียสละที่คลุกคลีเอาใจใส่คนไข้نان ๆ ซึ่งถ้าได้ประสบการณ์ตรงนี้จะนำมาสอนนักเรียน นักเรียนก็จะเกิดความประทับใจมาก โดยอาจารย์เองก็ต้องพัฒนาตัวเองในการทำงาน และดูแลคนไข้ตลอดเวลา เนื่องจากสายวิชาชีพแพทย์ไม่ใช่สายวิชาชีพอยู่นิ่ง ๆ



“หลักการทั่วไปในการดูแลคนไข้หนักทุกโรค นอกจากการทุ่มเทรักษาแล้ว ต้องรู้จักความพอดี รู้ว่าเมื่อไรควรจะพอหรือหยุด หมอสอนนักเรียนเสมอว่าโรคทุกโรคเราอย่าเพิ่งไปตัดสินใจ ตอนแรกให้ออกาสเขารักษาให้ดีที่สุดก่อน ถ้าดีที่สุดแล้วและคิดว่าไม่มีอะไรดีขึ้น กลับมีแต่ทรุดอย่างเดียว เราจึงค่อยมาทบทวนว่าสิ่งที่ทำต่อไป นอกจากได้ความเจ็บปวดแล้ว คนไข้ได้อะไรเพิ่มขึ้นหรือไม่ ถ้าคิดว่าคนไข้ไม่ได้อะไรเพิ่มขึ้นนอกจากความเจ็บตัว เราต้องเริ่มทำความเข้าใจดูกับญาติเรื่องการวางแผนรักษาโรคในวาระสุดท้าย อย่างรักษาไปเรื่อย ๆ โดยญาติไม่ได้รับรู้อะไร หลักการทั่วไปคือ ก่อนที่เราจะบอกว่ารักษาไม่ได้ เราต้องให้ออกาสเขาอย่างเต็มที่ก่อน อันนี้เป็นสิ่งสำคัญมาก นอกจากนี้เราต้องรู้จักพอดีด้วย โดยต้องพูดคุยกับญาติ ซึ่งการที่ญาติจะฟัง เราต้องทำให้เขาเกิดความเชื่อถือนิศรัทธาในตัวเราก่อน ยกตัวอย่างเช่น ความตั้งใจจริงในการดูแลคนไข้ ความ

ทুমเท สิ่งนี้จะทำให้เขาเข้าใจ และเมื่อคุณอะไร เขาจะค่อนข้างรับฟังและเอาไปคิดอย่างมีเหตุผล ซึ่งตรงกันข้ามกับถ้าเราทำไม่ดีและญัตติเกิดความไม่ประทับใจ ไม่ว่าเราจะอธิบายด้วยเหตุผลอะไร คนไข้ก็ไม่อยากรับฟัง และเชื่อเรา ทั้งนี้สิ่งเหล่านี้ก็ต้องมาควบคู่กับประสบการณ์ของหมอด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคาดการณ์หรือพยากรณ์โรคที่แม่นยำ ซึ่งถ้าเราคาดการณ์ไม่แม่นยำแล้ว เขาก็อาจจะเลิกนับถือเรา ตรงนี้เราต้องไปควบคู่กันกับคุณภาพการรักษา ความทุมเทเพื่อให้ญัตติเกิดความไวใจเรา ซึ่งเมื่อทำได้เช่นนี้แล้วถ้าต่อไปคนไข้ถึงบ่นปลายจริง ๆ เราพูดอะไร ญัตติก็จะยอมรับง่าย จุดนี้เป็นสิ่งสำคัญมาก ทุกวันนี้ที่มีการฟ้องร้องก็เพราะว่าขาดการสื่อสารในส่วนนี้ ถ้าเรามีการบริหารจัดการตรงนี้ มีการสื่อสารกัน

มีความเข้าใจทั้งสองฝ่าย ปัญหาหนึ่งไม่เกิด
ทั้งนี้จะเห็นได้จากตลอดระยะเวลา 15 ปีที่เปิด
บริการระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน ICU และ
วอร์ด Intermediate นี้พบว่าไม่เคยมีการฟ้องร้อง
ทั้ง ๆ ที่เราทำงานใกล้ชิดกับความเปราะบาง
ตายของคนที่ใช้อย่างไรก็ตาม เราต้องมีสติเตือน
ตัวเองตลอดเวลาว่าเราไม่ใช่คนที่กำหนดชะตา
ชีวิตของคนไข้ เราเป็นเพียงผู้ที่ชี้แนะสิ่งที่ดีที่สุด
เท่านั้น การวางแผนการรักษาผู้ป่วยในวาระ
สุดท้ายจำเป็นต้องขึ้นอยู่กับความยอมรับและ

ความพึงพอใจของทั้งญาติและแพทย์ผู้ทำการรักษา การที่หมอมาถึงจุดนี้ในฐานะหมอที่ทำงานใกล้ชิดอยู่กับคนไข้หนัก ใกล้ชิดความเป็นความตายของคนไข้ ทำให้ได้เรียนรู้ว่าธรรมชาติสามารถนำมาใช้ได้ทุกขั้นตอนของการรักษาผู้ป่วย นับตั้งแต่ตอนที่คนไข้หนักที่สุด กำลังหน้าลิ้นหน้าขาวนวมที่เก่งที่สุดคือหมอที่ให้การรักษาแบบสมดุล (Equilibrium) กล่าวคือการรักษาที่สามารถประคองให้อวัยวะทุกส่วนในร่างกายเดินหรือทำงานไปพร้อม ๆ กันได้ บางครั้งการรักษาที่เน้นหนักที่อวัยวะใดอวัยวะหนึ่งอาจนำมาซึ่งการทำร้ายอวัยวะอื่นที่เหลือ ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้”

สุดท้ายนี้ **ศ.พญ.สุมาลี** ได้ฝากทิ้งท้ายว่า การที่เราเลือกเรียนสายวิชานี้ก็ต้องเอาคนไข้เป็นหลัก อย่าเอาส่วนตัวเป็นสาระ ขึ้นชื่อว่าความเป็นหมอ เราต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมในใจระดับหนึ่ง แม้ว่าบางครั้งอาจมีสิ่งตัวไปบ้าง แต่หมอเชื่อว่าถ้ารีบหันกลับมามะจะไม่สาย เรายังมีโอกาสทำดีได้ เนื่องจากหมอเชื่อว่าเวรกรรมมีจริงโดยเฉพาะสายวิชาชีพแพทย์ที่ต้องเกี่ยวข้องกับความทุกข์ยาก ความเป็นความตายของคน สิ่งที่เราทำไปทุกอย่างสามารถส่งผลต่อความอยู่ดีกินดี เป็นทุกข์หรือเป็นสุข ความเป็นความตายของคนไข้ ซึ่งจะส่งผลมากหรือน้อยก็มีผลทั้งนั้น โดยหมอยกมาจะฝากบอกกับทุกคนว่า การที่เราได้มาทำงานอยู่ในสายวิชาชีพนี้ต้องถือว่าได้สั่งสมบุญมาในระดับหนึ่ง เราจึงไม่ต้องไปเสาะแสวงหาทำบุญที่ไหน แค่อุจเฉตใช้ชีวิต ใดๆ ในหน้าที่อาชีพอันเราไม่มีโอกาสตรงส่วนนี้ หมอจึงไม่อยากให้ปล่อยโอกาสตรงนี้ไป ในเมื่อเราเกิดมาได้เปรียบกว่าอาชีพอื่นก็ควรตั้งใจรักษาคณชีพี้ เราจะได้บุญติดตัวมากมาย รวมถึงเรายังมีโอกาสเผยแพร่ความรู้ไปสู่คนไข้และญาติ โดยเฉพาะการแนะนำญาติคนไข้ให้ดูแลพ่อแม่ตัวเอง ซึ่งหลายคนมีโอกาสดีขึ้น แม้ว่าสิ่งนี้อาจจะดูเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่เราก็อย่าไปมองข้าม เพราะถ้าเราสามารถเห็นยวนำได้ในส่วนนี้ ทั้งเราและลูกหลานคนไข้ก็ได้บุญจากการแนะนำเช่นกัน





ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

ผมได้รับข้อมูลที่น่าสนใจจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย จึงอยากนำข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้มาแสดงให้ท่านผู้อ่านได้ทราบ ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้มีจิตศรัทธามารับบริจาคโลหิต 356,327 คน เป็นชาย 166,117 คน (46.68%) เป็นหญิง 190,210 คน (53.32%) ซึ่งต้องขอชื่นชมสตรีเพศเป็นอย่างมากที่ได้มีความกรุณาเช่นนี้ ซึ่งจากจำนวนทั้งหมดนั้นเป็นผู้บริจาคโลหิตใหม่ 88,538 คน เป็นผู้บริจาคโลหิตประจำตัว 267,791 คน แต่...

หมู่โลหิตที่บริจาคมีกรุปเอ 77,518 คน (21.8%), กรุปโอ 135,487 คน (38%), กรุปบี 115,988 คน (32.6%) และกรุปเอบี 27,336 คน (7.7%) กลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี 27,309 คน (32.2%), อายุ 41-50 ปี 69,297 คน (19.4%), อายุ 51-60 ปี 25,889 คน (7.3%) มากกว่า 60 ปี 877 คน หรือ 0.2%

ที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่งคือ จากยอด 356,327 คนที่บริจาคในปี พ.ศ. 2555 มี 208,476 คน (58.5%) ที่บริจาคครั้งเดียว, 76,424 คน (21.4%) บริจาค 2 ครั้ง, 45,193 คน (12.7%) บริจาค 3 ครั้ง, 24,204 คน (6.8%) บริจาค 4 ครั้ง และ 2,032 คน! (0.6%) กรุณามารับบริจาคมากกว่า 4 ครั้งต่อปี!

ที่ผมว่าน่าสนใจเป็นอย่างยิ่งก็เพราะว่ามีผู้บริจาค 1 ครั้งเท่านั้นต่อปีถึง 208,476 คน หรือ 58.5% ของยอดบริจาคทั้งปี ถ้าทุก ๆ ท่านเหล่านี้บริจาคปีละ 2 หรือ 3 หรือ 4 ครั้ง ปัญหาเรื่องการขาดโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจะหายไปทันที (ยกเว้นโลหิตหมู่พิเศษ) ผมทราบดีว่ามีบ่อยครั้งที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติขาดเลือด ต้องออกโทรทัศน์วิทยุบ่อย ๆ บางครั้งก็ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติมีคนมาบริจาคน้อยมาก บางวัน บางช่วงก็แน่นเสียจนทุก ๆ อย่างเข้าไปหมด และทางศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติให้บริการไม่ทันใจผู้มีจิตศรัทธาทั้งหลาย ที่ทำงานผมอยู่ใกล้กับศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ และผมทำงานใกล้ชิดกับท่านผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ คุณหมอสร้อยสอาด พิฤสส และในฐานะเป็นแพทย์ผู้ใช้โลหิตและเป็นเจ้าหน้าที่ที่สภากาชาดไทยคนหนึ่ง ผมจึงมีความสนใจการทำงานและปัญหาของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติเป็นอย่างมาก และอยากเห็นศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติให้บริการพี่น้องประชาชนได้อย่างเพียงพอและทันทั่วถึง ซึ่งก็ต้องอาศัยความกรุณาและความร่วมมือของประชาชนชาวไทยทุก ๆ คน ที่เข้าข่ายที่จะบริจาคโลหิตได้

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติมีระบบ 3 ระบบที่จะรับบริจาคโลหิตคือ หนึ่งภายในศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ (ได้รับ 317,244 หน่วย) สองหน่วยเคลื่อนที่ (ได้รับ 263,127 หน่วย) และสามจากสาขา คือออกหน่วยเคลื่อนที่รับบริจาคโลหิตเสริมให้กับสาขา จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ (ได้รับ 16,745 หน่วย) รวมทั้งหมด 597,116 หน่วย

จากการศึกษาเปรียบเทียบพบว่าการบริจาคโลหิตในปี พ.ศ. 2554 มียอดบริจาค 588,753 หน่วย และในปี พ.ศ. 2555 มียอดบริจาค 597,116 หน่วย หรือเพิ่มขึ้นเพียง 8,363 หน่วยเท่านั้น และถ้าดูย้อนหลังอีก 3 ปีจะทราบว่าในปี พ.ศ. 2553 ได้รับบริจาค 571,185 หน่วย, ปี พ.ศ. 2552 ได้รับบริจาค 539,094 หน่วย และในปี พ.ศ. 2551 ได้รับบริจาค 497,410 หน่วย

จากการเปรียบเทียบจำนวนผู้บริจาคโลหิตใหม่ ปีงบประมาณ 2554, 2555 พบว่าในปี พ.ศ. 2554 มี 82,436 คน และในปี พ.ศ. 2555 มี 88,538 คน (หรือเพิ่มขึ้น 6,102 คน) แต่ในเดือนธันวาคม มกราคม มิถุนายน สิงหาคม กันยายน ของปีงบประมาณ 2555 มีผู้มาบริจาคโลหิตใหม่น้อยกว่าเดือนเดียวกันของปีงบประมาณ 2554

โลหิตหมู่พิเศษหรือหมู่โลหิต RH- (ลบ) หมายถึงหมู่โลหิตที่ไม่มีสารติออบอยบนที่ผิวของเม็ดโลหิต เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าในคนไทยพบหมู่โลหิตนี้เพียง 0.3% หรือ 1,000 คน จะพบเพียง 3 คนเท่านั้น จึงมักจะเรียกกันว่าหมู่โลหิตพิเศษ เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้มักประสบปัญหาในด้านของการจัดหาผู้บริจาค หรือไม่ก็จัดหาได้ไม่เพียงพอกับความต้องการ การจัดหาผู้บริจาคโลหิตหมู่พิเศษในปัจจุบัน ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติมีฐานข้อมูลผู้บริจาคโลหิตหมู่พิเศษเพียง 5,000 คน ซึ่งยังเวียนกลับมาบริจาคอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอประมาณ 1,500 คน

จำนวนผู้บริจาคโลหิตหมู่พิเศษ 5,718 คน เป็นกรุป A- 1,362 คน, กรุป B- 1,731 คน, กรุป O- 2,199 คน และกรุป AB- 426 คน



nidol®

Pain Relief...



EVIDENCE BASED MEDICINE:
Nimesulide

2012 EMA (European Medicines Agency) Confirms Nimesulide Is Safe
EMA Patient Health Protection Report - 20 January 2012

Evidence 1

OVERALL SAFETY (Death per 10 Million DDD*) EMA report page 7:

1) Diclofenac	0.08
2) Ketoprofen	0.06
3) Nimesulide (Nidol®)	0.05
4) Ibuprofen	0.04
5) Naproxen	0.04

*DDD = Defined Daily Dose, Assumed average maintenance dose per day for a drug used for its main indication in adults

Evidence 2

HEPATIC SAFETY: quote from EMA report page 9:

"The reporting rate for liver injury associated with Nimesulide use is similar to that of Indometacin, Celecoxib, Paracetamol, Piroxicam, and Sulindac"

ข้อมูลนี้ มีลักษณะเป็นเอกสารทางการแพทย์ ไม่ใช่ยา

ข้อมูลนี้ มีลักษณะเป็นเอกสารทางการแพทย์ ไม่ใช่ยา

ข้อมูลนี้ มีลักษณะเป็นเอกสารทางการแพทย์ ไม่ใช่ยา

ข้อมูลนี้ มีลักษณะเป็นเอกสารทางการแพทย์ ไม่ใช่ยา

ข้อมูลนี้ มีลักษณะเป็นเอกสารทางการแพทย์ ไม่ใช่ยา

ข้อมูลนี้ มีลักษณะเป็นเอกสารทางการแพทย์ ไม่ใช่ยา

Further information available upon request from
Eurodrug Laboratories Ltd, Hong Kong, eurodrug@eurodrug.com
Eurodrug Laboratories Thailand, eurodrug@eurodrugthai.com

eurodrug
laboratories

RESEARCH FOR THE HUMAN NEEDS OF TOMORROW



GUIDELINE RECOMMENDATIONS^{2,3,4} PLETAAL 100 mg twice a day for The Treatment of Peripheral Arterial Disease (PAD)

TASC II

Inter-Society Consensus
for the Management of PAD

RECOMMENDATION¹⁵

Pharmacotherapy for symptoms of intermittent claudication

- A 3- to 6-month course of **Cilostazol** should be first-line pharmacotherapy for the relief of claudication symptoms, as evidence shows both an improvement in treadmill exercise performance and in quality of life [A]

2

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY

and

AMERICAN HEART ASSOCIATION

ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for
the Management of Patients with Peripheral Arterial Disease
(Lower Extremity, Renal, Mesenteric and Abdominal Aortic)

RECOMMENDATIONS

Class I

- Cilostazol** (100 mg orally 2 times per day) is indicated as an effective therapy to improve symptoms and increase walking distance in patients with lower extremity PAD and intermittent claudication (in the absence of heart failure). (Level of Evidence: A)
- A therapeutic trial of **Cilostazol** should be considered in all patients with lifestyle-limiting claudication (in the absence of heart failure). (Level of Evidence: A)

3

Group Consensus Statements of Peripheral Arterial Disease in patients with diabetes mellitus (โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายในผู้ป่วยเบาหวาน). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย 2548;22;12-18

การใช้ยา **Cilostazol** ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้ง phosphodiesterase type III เป็นยาเพียงตัวเดียวในปัจจุบันที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดขาจากโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย

4

REFERENCES

- เอกสารกำกับยา
- L.Norgren, W.R. Hiatt, J.A. Dormandy, et.al. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II) Journal of Vascular Surgery 2007;45:S5-S67.
- Alan T. Hirsch, Ziv J. Haskal, Norman R. Hertzler, et.al. ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric, and Abdominal Aortic):Executive Summary.Circulation 2006;113:1474-1547
- นพ.ชัยชาญ ตีโรวงค์, นพ.วิยะมิตร ศรีธรา, นพ.สมพงษ์ สุวรรณวัลย์กร, พญ.วราณี นิธิยานันท์. Group Consensus Statements of Peripheral Arterial Disease in patients with diabetes mellitus (โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายในผู้ป่วยเบาหวาน). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย 2548;22;12-18

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ สท. 479/2553

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

THAI OTSUKA PHARMACEUTICAL CO., LTD.

33rd Floor, O.House Lumpini, 1 South Sathorn, Tungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120

Tel.: 02-401 9560 Fax.: 02-401 9561 www.thai-otsuka.co.th



Thai Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd.

www.amcmedisure.com

EMP-820 PLUS

Ultrasound Diagnostic Device



Convex Probe



Linear Probe



Micro-convex Probe



Rectal linear Probe

Emperor



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

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ มพ. 307/2552



Ceaseless Creativity for a Sustainable World



SATO HEALTHCARE SOLUTION



The  One Check System



One Wristband
Life Saving

ซาโต เป็นผู้ผลิต และจำหน่าย Wristband

ที่มีคุณภาพเราได้รับความไว้วางใจจากโรงพยาบาลชั้นนำทั้งในประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทยด้วยวัสดุที่ทนต่อสารเคมีและมีความอ่อนนุ่มกับผิวหนัง

คุณภาพที่คงทนและไม่ลบเลือนง่ายทำให้การระบุตัวผู้ป่วยเป็นไปอย่างแม่นยำเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

SATO AUTO-ID (THAILAND) CO., LTD

สำนักงานใหญ่และโรงงาน

292/1 หมู่ 1 ต.เทพารักษ์ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270
Tel: 02-736-4460 Fax: 02-736-4461

คุณเบญญา ประกอบกิจ Mobile: 081-620-7467
E-mail: sales@satothailand.co.th

สำนักงานแหลมฉบัง

53 หมู่ 9 ทะเลทองทาวเวอร์ ชั้น 14 ต.ทุ่งสุขลา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี 20230
Tel: 038-495-081-2 Fax: 038-494-989

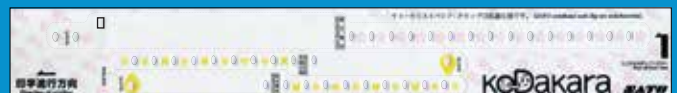
คุณกิตติศักดิ์ ตรีสุกิจวรกุล Mobile: 087-076-6880
E-mail: kittisak@satothailand.co.th



Wristband ผู้ใหญ่



Wristband แม่และเด็ก



SATO's Failsafe Fasteners™



Green

Pink

Purple

Blue



Red

Yellow

White

www.satothailand.co.th

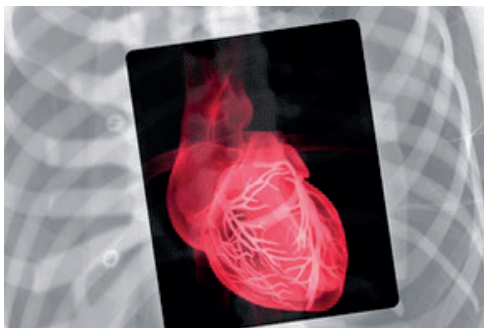
ข่าวตัวตายสหรัฐพุ่งเกือบร้อยละ 30

บีบีซี - อัตราฆ่าตัวตายในหมู่ประชากรวัยผู้ใหญ่ของสหรัฐเพิ่มขึ้นร้อยละ 28 ภายในระยะเวลาเพียง 10 ปี

ศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐ (ซีดีซี) รายงานว่าอัตราการฆ่าตัวตายในหมู่ผู้ใหญ่อายุระหว่าง 35-64 ปี เพิ่มขึ้นมากที่สุดในกลุ่มเชื้อสายยุโรปและกลุ่มชนพื้นเมือง และแม้ซีดีซีไม่ได้เข้าไปศึกษาสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายดังกล่าว แต่ก็เปิดเผยว่ามีโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายหลายโครงการ ซึ่งมุ่งไปที่กลุ่มวัยรุ่นและผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

แหล่งข่าวเปิดเผยด้วยว่า การตายเนื่องจากการฆ่าตัวตายในหมู่ชาวอเมริกันทำสถิติสูงแซงหน้าการตายจากอุบัติเหตุรถยนต์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 และขึ้นมารั้งตำแหน่งอันดับสิบของสาเหตุการตายสิบอันดับแรกของประเทศ และส่วนใหญ่มักใช้ปืนหรือเชือกปลิดชีพตัวเอง

อนึ่ง ประชากรวัย 35-64 ปี มีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 57 ของประชากรสหรัฐ และล่าสุดอัตราการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นจากเกือบ 14 รายต่อ 100,000 คนในปี พ.ศ. 2542 มาเป็นเกือบ 18 รายต่อ 100,000 คนในปี พ.ศ. 2553 และกลุ่มอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นสูงสุดอยู่ระหว่าง 50-64 ปี



เดินหน้าใช้ไวรัสฟื้นฟุหัวใจ

บีบีซี - ผู้ป่วยอังกฤษเข้าโครงการวิจัยรักษาและฟื้นฟูโรคหัวใจด้วยไวรัสผ่านกระบวนการติดต่อพันธุกรรม

โครงการวิจัยโดยมหาวิทยาลัย Imperial College London จะใช้ไวรัสซึ่งฉีดเข้าสู่กระแสเลือดเป็นตัวนำโปรตีน SERCA2a เข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจเพื่อฟื้นฟูการเสื่อมสภาพของอวัยวะในผู้ป่วยรวม 200 ราย โดยนักวิจัยเชื่อว่าการรักษาด้วยวิธีนี้จะช่วยฟื้นฟูสภาพหัวใจให้กลับไปอยู่ในสภาพดีดังเดิมก่อนเกิดความเสียหาย และน่าจะช่วยพลิกฟื้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจำนวนมาก

โรคหัวใจล้มเหลวเป็นผลจากหัวใจได้รับความเสียหาย เช่น ขาดออกซิเจนหลังเกิดหัวใจวายจนทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปหล่อเลี้ยงร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันสหราชอาณาจักรมีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวกว่า 750,000 ราย และแม้ความก้าวหน้าทางการแพทย์จะช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยจำนวนมากหลังหัวใจวาย แต่ก็ยังไม่สามารถป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวอันเป็นผลสืบเนื่องได้

คิวบาฟ้องกฎหมายของบาหลีหรือออสเตรเลีย

รอยเตอร์ส - คิวบาฟ้ององค์การการค้าโลก (WTO) จัดการกฎหมายควบคุมของบาหลีหรือออสเตรเลีย

การฟ้องร้องต่อ WTO ครั้งนี้นับเป็นครั้งแรกของคิวบา โดยคิวบาชี้แจงขอให้ออสเตรเลียเจรจาปัญหาของบาหลีกับคิวบาภายใน 60 วัน จากนั้นคิวบาจะร้องขอให้ WTO ตั้งคณะกรรมการสำหรับไต่สวนข้อพิพาทของบาหลี ซึ่งคิวบาถือเป็นประเทศที่ 4 ที่ร้องเรียนปัญหากฎหมายของบาหลีของออสเตรเลียต่อจากยูเครน ฮอนดูรัส และสาธารณรัฐโดมินิกัน

กฎหมายควบคุมของบาหลีของออสเตรเลียซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนธันวาคมปีก่อนห้ามการแสดงตราสินค้า ขณะเดียวกันก็บังคับให้บาหลีทุกยี่ห้อบรรจุในซองสี่เหลี่ยมซองกึ่งที่พิมพ์ภาพคำเตือนพิษภัยจากการสูบบุหรี่ ซึ่งมาตรการบังคับของบาหลีที่เข้มงวดเป็นอันดับหนึ่งของโลกนี้ทำให้ออสเตรเลียต้องต่อสู้ในชั้นศาลกับบริษัทบาหลีรายใหญ่จากหลายประเทศ

อีกด้านหนึ่งยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าเหตุใดคิวบาจึงทอดเวลาไปกว่าปีจึงฟ้องตามยูเครน ซึ่งฟ้องไปเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 ส่วนโจทก์อีก 3 ประเทศยังคงมีเวลาสำหรับการเร่งรัดคำฟ้องของตน แต่ WTO จะถือว่าการฟ้องร้องนั้นไม่เป็นผลหากฝ่ายโจทก์ไม่เร่งรัดติดตามคดีฟ้องร้องของตน



เปิดตัวแขนกลชีวะควบคุมผ่านแอป

เอพี - บริษัทเทคโนโลยีอังกฤษเปิดตัวแขนกลชีวะรุ่นใหม่ที่ควบคุมและปรับแต่งการทำงานผ่านโทรศัพท์มือถือหรือไอแพด

แขนกลไอ-ลิมป์ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยบริษัท ทซ์ไบโอเนติกส์ สามารถปรับแต่งการเคลื่อนไหวและหยิบจับได้ 24 แบบ ซึ่งผู้ป่วยสามารถใช้แอปพลิเคชันบนไอโฟนหรือไอแพดตั้งโปรแกรมการเคลื่อนไหวได้ด้วยตัวเอง โดยหนึ่งในผู้ป่วยซึ่งสูญเสียแขนทั้งสองข้างเมื่อ 5 ปีก่อน และได้รับการติดตั้งแขนกลไอ-ลิมป์ เปิดเผยว่าเขาสามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้อีกครั้ง และยังสามารถใช้แขนกลทำกิจกรรมซับซ้อน รวมถึงการล่าสัตว์ด้วย

ปัจจุบันไอ-ลิมป์ มีราคาอยู่ที่ชุดละประมาณ 100,000 ดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับเงินอุดหนุนบางส่วนจากประกันสุขภาพ ขณะเดียวกันก็เป็นที่คาดว่าความก้าวหน้าในการพัฒนาอวัยวะเทียมนี้จะประโยชน์ต่อผู้ป่วยทหารผ่านศึกจากสงครามในอิรักและอัฟกานิสถานไปจนถึงผู้เคราะห์ร้ายที่โดนลูกหลงจากเหตุวินาศกรรม โดยเฉพาะจากเหตุระเบิดครวาล์วสุดท้ายที่เมืองบอสตันของสหรัฐ



บราซิลจ้างแพทย์คิวบาลงพื้นที่ชนบท

รอยเตอร์ส - บราซิลมีแผนจ้างแพทย์คิวบา 6,000 คนลงพื้นที่ชนบทเพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์

นายอันโตนิโอ ปาตริโอตา รมว.ต่างประเทศบราซิล กล่าวชื่นชมคิวบาว่าเป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีการแพทย์และเวชภัณฑ์ ซึ่งบราซิลกำลังอยู่ในขั้นตอนเจรจาจ้างแพทย์คิวบามาทำงานในประเทศเพื่อคลี่คลายปัญหาขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลทางตะวันออกเฉียงเหนือและเขตป่าเมซอน

นายปาตริโอตา กล่าวด้วยว่าแผนจ้างแพทย์คิวบานี้จะเป็นการขยายความสัมพันธ์ทั้ง 2 ประเทศนับตั้งแต่พรรคแรงงานขึ้นมาบริหารประเทศเมื่อ 10 ปีก่อน และในการนี้บราซิลจะสนับสนุนเงินสำหรับปรับปรุงท่าอากาศยาน 5 แห่งในคิวบา รวมถึงอาคารคลังสินค้าที่กำลังอยู่ระหว่างการก่อสร้าง

ด้านสมาคมแพทย์บราซิลออกมาคัดค้านการนำแพทย์คิวบาเข้ามาทำงานโดยโจมตีว่ามาตรการการฝึกหัดแพทย์ของคิวบาต่ำกว่าบราซิล และในบางกรณีเทียบได้เพียงวิทยาลัยพยาบาลของบราซิลเท่านั้น และมาตรการของรัฐบาลที่เปิดโอกาสให้แพทย์ซึ่งมีมาตรฐานคุณภาพและจรรยาบรรณคลุมเครือเข้ามาทำงานถือเป็นการขาดความรับผิดชอบ

ฟินแลนด์รั้งอันดับหนึ่ง ประเทศสวัสดิภาพแม่และเด็ก

บีบีซี - ฟินแลนด์ได้รับการจัดอันดับเป็นประเทศที่มีสวัสดิภาพมารดาและเด็กดีที่สุด ขณะที่เดนมาร์กครองเกียรตินับอันดับสุดท้าย

ผลสำรวจตัดสินให้ฟินแลนด์ครองอันดับ 1 ด้วยสถิติการเสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งต่ำเพียง 1 ต่อ 12,200 ราย ขณะที่เด็กได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องเกือบ 17 ปี โดยประเทศที่ติดกลุ่ม 10 อันดับแรกยังรวมไปถึงสวีเดน นอร์เวย์ ไอร์แลนด์ และเนเธอร์แลนด์ ขณะที่สหรัฐโดนประจานว่าเป็นประเทศที่มีอัตราการตายของทารกแรกเกิดสูงสุดในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว โดยมีตัวเลขเด็กตายแรกเกิดสูงถึงปีละราว 11,300 ราย

อีกด้านหนึ่งผลสำรวจชี้ว่า ประเทศที่อยู่ในกลุ่ม 10 อันดับสุดท้ายล้วนมาจากภูมิภาคตอนล่างของทะเลทรายซาฮาราทั้งสิ้น โดยมีตัวเลขมารดาเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ทุก 1 ใน 30 ราย และมีอัตราเด็กเสียชีวิตก่อนครบ 5 ขวบทุก 1 ใน 7 ราย โดยระบุด้วยว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เดนมาร์กครองเกียรตินับอันดับท้ายสุดเป็นเพราะภัยสงครามและความยากจนที่ส่งผลกระทบต่อโภชนาการและความช่วยเหลือในช่วงเวลาสำคัญ



หมอเป่าน้ำมนต์

สมัยเมื่อ 10 ปีก่อน ฉันได้ไปทำงานเป็นแพทย์ใช้ทุนที่จังหวัดศรีสะเกษ จำได้ว่าเคยทำการรักษาผู้ป่วยชายอายุราว 30 ปีรายหนึ่งที่ห้องฉุกเฉินซึ่งมาด้วยถูกงูเห่ากัดที่เท้าซ้าย ในตอนแรกผู้ป่วยก็พูดคุยรู้สึกตัวดี แต่เพียง 10 นาทีต่อมาก็เริ่มกลืนน้ำลายไม่ได้และหนังตาตก

ฉันตกใจมากและรีบนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยทันทีในเวลาต่อมาก็ต้องรีบใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ ทั้งนี้เพราะสมัยนั้นตามโรงพยาบาลห่างไกลมักหาเซรุ่มแก้พิษงูได้ยาก

หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจอยู่ได้สักพัก ฉันก็เริ่มอธิบายอาการและความรุนแรงของโรคให้ผู้ป่วยซึ่งยังคงรู้สึกตัวดีได้รับฟังไปพร้อมกับกลุ่มญาติที่พากันมาเยี่ยมเป็นจำนวนมาก ญาติแต่ละคนดูเป็นชาวบ้านที่ค่อนข้างมีอายุกันพอสมควร มีผมหงอกขึ้นแซมปะปนกับผมดำและแต่งตัวชุดม่อฮ่อมคาดผ้าขาวม้า บ้างก็ใส่รองเท้าแตะและบางคนก็เดินเท้าเปล่า

ญาติทุกคนก็ล้วนมีสีหน้าห่วงกังวลกับอาการของผู้ป่วยรายนี้ไปตาม ๆ กัน

ฉันเริ่มอธิบายอย่างใจเย็นว่า “โดยทั่วไปแล้วอาการของงูเห่ากัดมักเป็นอยู่นานประมาณ 1-2 วัน และถ้าพ้นไปแล้วอาการก็มักหายเป็นปกติ แล้วหมอจึงจะถอดท่อช่วยหายใจออกให้แกเขา แต่ต้องระวังไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อนขึ้นในช่วงนี้”

พ่อของผู้ป่วยซึ่งค่อนข้างชรามากแล้วได้ถามชัดขึ้นด้วยสีหน้ากังวลว่า “แล้ว...ไอ้หนูจะหายไหมครับ”

“ก็...ถ้าไม่มีอะไรมาแทรก เช่น แผลติดเชื้อ หรือปอดอักเสบ ก็น่าจะหายเป็นปกติเนอะ” ฉันตอบอย่างลังเลและไม่สามารถรับประกันว่าจะหายได้ 100% ทั้งนี้เพราะเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงก็อาจเกิดขึ้นได้เสมอ เช่น ผู้ป่วยอาจเกิดติดเชื้อรุนแรงที่แผลหรือปอดอักเสบติดเชื้อรุนแรงเข้ากระแสเลือดจนทำให้พยากรณ์ของโรคไม่ดีก็ได้

นอกจากนี้การรับประกันว่าผู้ป่วยจะหายได้ 100% อาจทำให้อนาคตหว้งมากเกินไปจนไม่อาจยอมรับความผิดพลาดที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อตลอดเวลาของการรักษา

ทั้งนี้การตอบแบบแบ่งรับแบ่งสู้จะช่วยเตรียมพร้อมญาติในระดับหนึ่งให้ทำใจยอมรับได้ในกรณีที่อาจมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งคาดไม่ถึงเกิดขึ้น ทั้งนี้จะเป็นการช่วยลดความกดดันที่มีต่อทีมแพทย์และพยาบาลลงได้บ้างในอีกทางหนึ่ง อีกทั้งเมื่อปรากฏว่าอาการของผู้ป่วยหายเป็นปกติก็จะกลับกลายเป็นข่าวดีอย่างมากมาเยือนญาติสำหรับญาติไปด้วยเช่นกัน

แม่ของผู้ป่วยพูดไปพร้อมกับใช้ผ้าเช็ดปาดน้ำตาเป็นระยะ ๆ

“ถ้าไอ้หนูเป็นอะไรไป พวกเราคงแย่แน่เลย เพราะไอ้หนูเป็นกำลังสำคัญในการทำมาหาเลี้ยงทั้งบ้าน เนี่ยก็ถูกงูกัดเพราะไปทำนาเนอะคุณหมอ”



“โดยทั่วไปแล้วอาการของงูเห่ากัดมักเป็นอยู่นานประมาณ 1-2 วัน และถ้าพ้นไปแล้วอาการก็มักหายเป็นปกติ แล้วหมอจึงจะถอดท่อช่วยหายใจออกให้แกเขา แต่ต้องระวังไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อนขึ้นในช่วงนี้”

“หมอเข้าใจและจะพยายามดูแลอย่างดีที่สุดเนอะ”

“เนี่ย ลุง ป้า น้า อา ก็แก่กันหมดแล้ว พวกเขามาเยี่ยมกัน ครอบครัวผมก็มีไอ้หนูนี้แหละที่พึ่งได้”

“คนไข้ยังรู้สึกตัวดีแต่ขยับร่างกายไม่ได้ ถ้ามีอะไรญาติก็พูดจาให้กำลังใจแก่คนไข้ได้เนอะคะ แล้วถ้ายังงี้ก็พากันกลับไปพักผ่อนก่อนเนอะคะ เพื่อให้คนไข้ได้พักหลับบ้างแล้วเดี๋ยวทีมหมอจะดูแลคนไข้ต่อไปเองคะ”

“ไอ้หนูมันเป็นคนดี...ต้องหายแน่ ๆ เลย ไอ้หนูมันจะหายใช้ไหมครับหมอ” พ่อยังกังวลใจและถามย้ำเพื่อขอความมั่นใจ

“หมอจะดูแลให้ดีที่สุดเนอะ” ฉันยืนยันซ้ำเพื่อช่วยปลอบให้พ่อของผู้ป่วยคลายกังวลลงบ้าง

“พวกผมขอฝากคนไข้ด้วยเนอะครับ ไอ้หนูมันเป็นคนดีต้องหายแน่ ๆ เลย พวกผมขอฝากคุณหมอด้วยเนอะครับ” พ่อกล่าวย้ำอีกครั้งก่อนจะพากันไปเยี่ยมจับไม้จับมือให้กำลังใจผู้ป่วย

ในเวลาต่อมาไม่นานนัก กลุ่มญาติของผู้ป่วยก็พากันเดินจากไปเมื่อหมดเวลาเข้าเยี่ยมของหอผู้ป่วยวิกฤตแห่งนั้น

เช้าวันต่อมา พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตโทรศัพท์ตามหาฉันอย่างเร่งด่วน



“คุณหมอคะ พวกญาติ ๆ ของคนที่ถูกงูกัดนั้นคะ พาหมอเป้าน้ำมนต์มาคะ บอกว่าจะมาช่วยเป้าน้ำมนต์และให้ยาสมุนไพรแก่ผู้ป่วย คุณหมอจะอนุญาตไหมคะ”

“เอ๊ะ...พาหมอเป้าน้ำมนต์มาทำไมกัน เดียวหมอไปคุยเองนะคะ” ฉันถามด้วยความสงสัย

จากนั้นฉันก็รีบไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต ก็พบกลุ่มญาติรอกันอยู่หน้าหอผู้ป่วยวิกฤตเต็มไปหมด

“คุณลุงทำไมเอาหมอมาเป้าน้ำมนต์ล่ะคะ ก็เมื่อวานหมออธิบายตัวโรคให้ฟังแล้วนี่คะ”

“อ้อ พวกผมกลับไปปรึกษากับผู้หลักผู้ใหญ่ในหมู่บ้าน เขาแนะนำว่าหมอเป้าน้ำมนต์คนนี้เก่ง รักษาได้ทุกรโรค ผมเลยไปเชิญหมอมาเพื่อช่วยรักษาไอ้หนูนะครับ”

“แต่ที่นี่เป็นโรงพยาบาลนะคะ จะมาทำการรักษาแบบเป้าน้ำมนต์ไม่ได้ มันไม่ใช่ที่ยอมรับของสาธารณสุข และอาจทำให้คนไข้เป็นอันตรายได้”

“แต่ผมมีลูกชายคนเดียว ถ้าเป็นอะไรไปก็แย่สิครับ ผมอยากรักษาให้ดีที่สุด ให้หมอเขาเป้าน้ำมนต์เถอะครับ ช่วย ๆ กันรักษาทุกทางแหละเพื่อให้ไอ้หนูมันดีขึ้นเร็ว ๆ ช่วยกันหลาย ๆ วิธีสิครับถึงจะดี”

“แต่มันเป็นการรักษาที่ไม่ถูกต้อง”

“โธ่ ก็แค่เป้าน้ำมนต์ที่กระหม่อม ไม่เห็นเป็นไรเลยครับ หมอเองก็ไม่กล้ารับปากอยู่แล้วนี่ว่าไอ้หนูมันจะหายแน่ ๆ นี่ครับ ผมก็ต้องหาวิธีอื่นมาช่วย...ไม่เป็นไรหรอกครับ ถ้ามีอะไรผมรับผิดชอบเอง อย่างน้อยก็ทำให้เป็นกำลังใจกับผมและพวกญาติ ๆ...นะครับคุณหมอ” พ่อของผู้ป่วยเอ่ยขอร้องด้วยเสียงเครือ ๆ

ฉันได้แต่อึ้งอึ้งพูดไม่ออก อย่างไรก็ดี...ก็แค่เป้าน้ำมนต์ที่กระหม่อมซึ่งไม่น่ามีอันตรายต่อผู้ป่วยแต่อย่างใด อีกทั้งยังเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้แก่กลุ่มญาติอีกด้วย

ในที่สุดฉันจึงตัดสินใจว่า “คะลุง ตกลงเป้าน้ำมนต์ที่กระหม่อมเท่านั้นละคะ และห้ามเป้าน้ำมนต์ไปที่แผลของคนไข้ด้วยนะคะ ถ้าตกลงตามนี้ก็โอเคคะ อ้อแล้วจะมาเป่ากันคะ” ฉันไม่ลืมถามถึงกรรมวิธีการเป้าน้ำมนต์โดยละเอียดเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับอันตรายใด ๆ จากการเป้าน้ำมนต์ครั้งนี้

พ่อหันไปปรึกษากับพ่อหมอเป้าน้ำมนต์ จากนั้นก็หันกลับมาบอกว่า “ตกลงเป่าแค่กระหม่อมครับ แต่ต้องมาเป้าน้ำมนต์ทุกวันจนกว่าไอ้หนูจะหายดีครับ”

“อ้อ แล้ววันละครึ่งเดียวใช่ไหม และต้องมาในเวลาเย็นตามกฎระเบียบของหอไอซียูนะ” ฉันคาดคั้นเพื่อให้เข้าใจตรงกัน จะได้ไม่เกิดข้อถกเถียงกันในภายหลัง

“ตกลงครับ” พ่อหันมาตอบหลังจากปรึกษากันในหมู่ญาติรวมทั้งหมอเป้าน้ำมนต์จนเป็นที่เข้าใจกันทั่วแล้ว

หลังจากเข้าใจตรงกันตามพันธสัญญาที่ตกลงกันปากเปล่าแล้ว จากนั้นฉันก็เข้าไปแจ้งรายละเอียดกับทีมพยาบาลผู้ดูแลให้ทราบและเข้าใจตรงกัน

“จะดีหรือคะคุณหมอ มาเป้าน้ำมนต์ก็รบกวนการรักษาพยาบาลนะสิคะ” พยาบาลยังคงบ่นกระปอดกระแปดด้วยความไม่พอใจ แต่ก็ยินยอมปฏิบัติตามในที่สุด

อีก 2 ชั่วโมงต่อมา พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตโทรศัพท์มาด้วยเสียงร้อนรนอีกว่า

“หมอคะ หมอยอมให้เอาสมุนไพรป้ายแผลที่ขาด้วยหรือคะ”

“ไม่ยอมคะ ใครเอาสมุนไพรมาป้ายคะ”

“ก็พวกญาติ ๆ จะให้พ่อหมอคนนั้นเอายาสมุนไพรมาตำแล้วป้ายที่แผลของผู้ป่วย เขาบอกว่าเป็นยาสมานแผลนะคะ”

“ขอโทรศัพท์คุยกับพ่อเขาหน่อยคะ เพราะไม่ได้ตกลงกันแบบนี้คะ”

ไม่นานนัก พ่อของผู้ป่วยก็มารับสายโทรศัพท์ “ลุงทำยังงี้ไม่ได้นะคะ หมอยอมให้เป้าน้ำมนต์ที่กระหม่อมเท่านั้น ไม่ยอมให้เอาอะไรมาโดนแผลเพราะอาจทำให้แผลติดเชื้อได้”

“แหม...ก็แค่ป้ายยาสมุนไพรนิดหน่อยเองนะครับ”

“ลุงคะ...หมอยอมให้รักษาแบบแผนโบราณแล้วนะ แต่ลุงก็ตอยอมให้แผนปัจจุบันบ้างนะคะ เราพบกันครึ่งทางดีกว่าคะ ไม่เช่นนั้นหมอไม่ยอมทั้งหมดเลยนะคะ” ฉันเริ่มต่อรองอย่างหงุดหงิดเต็มที

พ่อของผู้ป่วยเจียบไปพักหนึ่ง ได้ยินเสียงปรึกษากับคนข้าง ๆ จากนั้นจึงพูดกลับมาในโทรศัพท์ว่า “ครับ...ครับ ตกลงครับไม่ทายาสมุนไพรที่แผลแล้วก็ได้ครับ”

“ตกลงว่า ลุงเป้าน้ำมนต์ที่กระหม่อมอย่างเดียวละคะ ห้ามทำอย่างอื่นอีกนะคะ” ฉันถามย้ำเพื่อความมั่นใจ

“ครับ...ครับ ตกลงตามนี้ครับ”

เวลาต่อมา อาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จนในที่สุดก็ถอดท่อช่วยหายใจได้ภายใน 1 วัน และสามารถอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันถัดมา ซึ่งสร้างความดีใจให้แก่ญาติ ๆ เป็นอย่างมากไปพร้อมกับเสียงยินยอมว่าพ่อหมอเป้าน้ำมนต์คนนี้เก่งมาก เพียงเป่ากระหม่อมแค่วันสองวันก็ทำให้ไอ้หนูของทุกคนหายเป็นปกติได้

ฉันได้แต่อึ้งอึ้งว่า...จริง ๆ แล้วผู้ป่วยหายได้จากหมอแผนปัจจุบันหรือหมอเป้าน้ำมนต์กันแน่

สรุปปัญหามหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค และข้อเสนอในการแก้ปัญหา



<<< (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

สำหรับหน่วยงานอื่น ๆ นอกเหนือจาก สปสช. คงยังไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาในระยะสั้น ๆ ได้ทันที คงต้องวางแผนแก้ปัญหาในระยะกลางและระยะยาวต่อไป

การแก้ปัญหาในระยะกลาง (ภายในเวลา 6-12 เดือน)

1. การแก้ปัญหาเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ รัฐบาลโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินการผ่านคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้คือ

1.1 การจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน และผู้ให้บริการ การแก้ปัญหาในระยะกลางนั้น ควรจะมีการจัดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 18 (13) ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เคยทำเลย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการจะได้รับจากกองทุนตามมาตรา 46 นั้น ได้กำหนดไว้ว่าต้องผ่านความคิดเห็นตามมาตรา 18 (13) แต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เคยปฏิบัติตามมาก่อนเลย ซึ่งทำให้เกิดปัญหาหน่วยบริการไม่ได้รับเงินเพียงพอต่อการจัดบริการเพื่อประชาชน และต้องอาศัยราคาที่กำหนดตามบทบัญญัติในมาตรา 46 วรรค 2 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อีกด้วย

1.2 การจัดสัมมนาระดมความคิดเห็นเพื่อช่วยกัน “ออกแบบ” ระบบการประกันสุขภาพ และการบริการสาธารณสุข ควรเปิดการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน บุคลากรสาธารณสุข พรรคมการเมือง นักเศรษฐศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญการเงินการคลัง และผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ต้องการตามความจริงที่เป็นอยู่ไม่ใช่อ้างอิงจากกลุ่มบุคคลใน สวรส. (และองค์กรลูก) สสส. สช. และ สปสช. ทั้งนี้เพื่อร่วมกัน “ออกแบบ” ระบบการบริการสาธารณสุข (Healthcare Reform) ให้เหมาะสม มีคุณภาพมาตรฐาน ทันสมัย เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ สาธารณะด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

2. การแก้ปัญหาของกระทรวงสาธารณสุข อาจไม่สามารถแก้ปัญหาในระยะสั้น ๆ ได้ทันที ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขนั้นหมักหมมมานานและพอกพูนขึ้นอีกตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นการบริหารงบประมาณ

บุคลากร และการพัฒนาอาคารสถานที่ อุปกรณ์ เทคโนโลยี และระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งผู้เขียนได้เคยเสนอการแก้ไขในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขไว้ดังนี้⁽⁶⁾

2.1 จัดสรรงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุขตามภารกิจที่รับผิดชอบ เริ่มจากการแยกกบประมาณเงินเดือน/ค่าตอบแทน และงบประมาณในการก่อสร้างและพัฒนาอาคารสถานที่ แยกต่างหากจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว และควรควบคุม สปสช. ให้จ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลตามที่ได้รับมาจริง โดยกำหนดงบประมาณตามความจำเป็นของภาระงาน และเพียงพอต่อการพัฒนาคุณภาพของงาน ได้รับงบประมาณในการบริหารงานอย่างเหมาะสม รวมทั้งได้รับงบประมาณเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรตามความเหมาะสมเพียงพอ ทั้งนี้เพื่อจะได้สามารถพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างต่อเนื่อง สามารถพัฒนาอาคารสถานที่ รวมทั้งจัดให้มีอุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับภาระงาน

2.2 การเพิ่มบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน ต้องกำหนดจำนวนบุคลากรให้สามารถทำงานได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรตามสายวิชาชีพ หรือฝ่ายสนับสนุนบริการ

2.3 กำหนดค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในวิชาชีพตามระบบคุณธรรม ควรปรับปรุงอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน ให้มีความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงานตามสายงานวิชาชีพ ความเชี่ยวชาญ หรือสายงานเฉพาะ และจ่ายค่าตอบแทนการทำงานด้วยความเหมาะสม/เป็นธรรม มีการเลื่อนระดับเข้าสู่ตำแหน่งงานที่สูงขึ้นตามระบบคุณธรรม

3. การแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงานในการให้บริการสาธารณสุข (Healthcare Personnel)

3.1 เพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติงานให้มีจำนวนเพียงพอกับภาระงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพหรือสาขาอาชีพอย่างดีที่สุด มีเวลาที่จะอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพของงานบริการประชาชนให้ประชาชนมีความสะดวกและปลอดภัย

3.2 ผู้ปฏิบัติงานควรได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงานและความรับผิดชอบ

3.3 ผู้ปฏิบัติงานควรมีเวลาทำงานและเวลาพักผ่อนที่เหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากรเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อพัฒนางานบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขให้มีมาตรฐานเหมือนกับในภาคเอกชน

4. การแก้ปัญหาเกี่ยวกับประชาชน

4.1 ประชาชนได้รับความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และสามารถรักษาพยาบาลขั้นต้น

แก้ตนเองและครอบครัว เพื่อลดภาระการไปใช้บริการสาธารณสุขเท่าที่จำเป็น โดยต้องกำหนดให้หน่วยงานที่มีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีบทบาทในการช่วยเหลือประชาชนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการเจ็บป่วยได้ และสามารถทำการปฐมพยาบาลแก้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ และไปใช้บริการสาธารณสุขเมื่อจำเป็น เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขมีเวลาทำงานตามมาตรฐานในกรณีผู้ป่วยที่จำเป็นในการรักษา

4.2 ประชาชนให้ความร่วมมือในการรักษาสุขภาพดีขึ้น การแก้ปัญหาระยะยาว

เป็นการวางแผนการแก้ปัญหาที่ต้องใช้เวลาดำเนินการมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ได้แก่

1. ปัญหาจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรพิจารณาแก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น สรพ. สสส. สช. และ สปสช. เพื่อให้รัฐบาลสามารถควบคุมและตรวจสอบการบริหารจัดการในการบริการสาธารณสุข และการประกันสุขภาพให้เหมาะสม มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับงบประมาณแผ่นดิน สามารถตรวจสอบการใช้จ่ายให้สุจริต โปร่งใส และเกิดประสิทธิภาพ โดยสามารถปกป้องคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการบริการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐาน มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยบุคลากรได้รับความคุ้มครองตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 81 (2) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และที่สำคัญที่สุดก็คือ ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยก็ยังมีพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถก้าวทันต่อการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศที่พัฒนาแล้วทั่วโลก

ควรมีการกำหนดมาตรฐานการรักษาที่ครอบคลุมในระบบหลักประกัน ส่วนที่ไม่ครอบคลุมนั้นจะกำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายหรือไม่อย่างไรให้ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อให้เงินงบประมาณในระบบมีเพียงพอต่อการให้บริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และควรมีการประเมินผลการบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกประเด็น ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน มีความปลอดภัย มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ปัญหาในส่วนกระทรวงสาธารณสุข ควรแยกการบริหารงานบุคคลของกระทรวงสาธารณสุขออกจาก ก.พ. เพื่อจะได้กำหนดตำแหน่งและความก้าวหน้าในวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม ได้

รับเงินเดือนและค่าตอบแทนตามภาระงานและความรับผิดชอบ เพื่อให้บุคลากรยังทำงานบริการประชาชน ไม่ลาออกไปจากราชการ เพื่อสามารถพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการสาธารณสุขได้อย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่า การบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขเป็นงานที่ต้องทำต่อเนื่องตลอดเวลา 24 ชั่วโมงในทุก ๆ วัน เป็นงานด่วนและฉุกเฉิน ไม่สามารถเก็บงานไว้ในลิ้นชักเพื่อทำทีหลังได้ และเป็นงานที่เสี่ยงอันตราย มีชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยเป็นเดิมพัน การจะจำกัดตำแหน่งของจำนวนบุคลากร (ตามที่ ก.พ. ทำอยู่) จึงทำให้มีปัญหาบุคลากรน้อย ทำให้ไม่สามารถทำงานตามมาตรฐานได้

ข้อเสนอให้แก้ปัญหการบริหารงานบุคคลจึงควรแยกออกจาก ก.พ. มาบริหารเองเป็น ก.สธ. (คณะกรรมการข้าราชการสาธารณสุข) เพื่อให้สามารถกำหนดตำแหน่งบุคลากรได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้บริการสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อความสะดวกและปลอดภัยของประชาชน

3. พัฒนาระบบการให้บริการเพื่อความสะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เช่น ในโรงพยาบาลที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนควรมีการนัดเวลารับบริการ เพื่อให้ประชาชนไม่ต้องเสียเวลารอนานในการไปรับบริการ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีเวลาที่จะทำงานได้อย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวกและปลอดภัย พัฒนาระบบการส่งผู้ป่วยต่อไปเพื่อรับการปรึกษาอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และเหมาะสม

4. ในด้านประชาชนควรดำเนินการผลักดันนโยบาย “การสร้างสุขภาพ” มากกว่า “การซ่อมสุขภาพ” ให้ได้ผลอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อลดความเจ็บป่วยของประชาชน

ควรกำหนดได้ว่าประชาชนที่มีรายได้เท่าไรนับว่าเป็นประชาชนที่ยากจน และประชาชนที่ไม่ยากจนควรมีส่วนร่วมจ่ายเงินในการไปรับบริการจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อที่จะทำให้มีเงินในระบบมากขึ้น ประชาชนจะได้รับยาที่มีคุณภาพ ไม่ต้องให้แพทย์สั่งยาได้เพียงไม่กี่ชนิดที่เป็นยาเก่า ๆ ล้าสมัยแล้วเท่านั้น และประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ มีสุขภาพดี โดยลดการพึ่งพาโรงพยาบาลลงได้

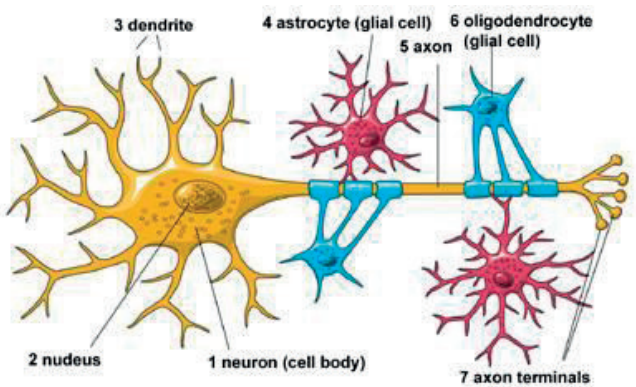
ข้อเสนอต่าง ๆ เหล่านี้สามารถทำได้จริง ถ้ารัฐบาลผู้รับผิดชอบในการบริหารประเทศจะเปิดใจกว้าง รับฟังความเห็นที่แตกต่างจากเดิม เพื่อประโยชน์สุข สุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนทุกคน

เอกสารอ้างอิง

- บทความเรื่อง “ปาทีปฏิรูปประเทศ 1,000 ล้านบาท วารสารผู้จัดการสุดสัปดาห์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 60 วันที่ 27 พ.ย. - 3 ธ.ค. 53
- <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9550000116714>
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550
- มติ ครม. 7 ก.ย. 47 ข้อ 12 <http://www.eppo.go.th/admin/cab/cab-2547-09-07.html#12>
- http://www.thairtl.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1490&Itemid=56 ข้อเสนอในการแก้ปัญหาและปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.

เนื้อเยื่อสมองเทียมสามมิติ

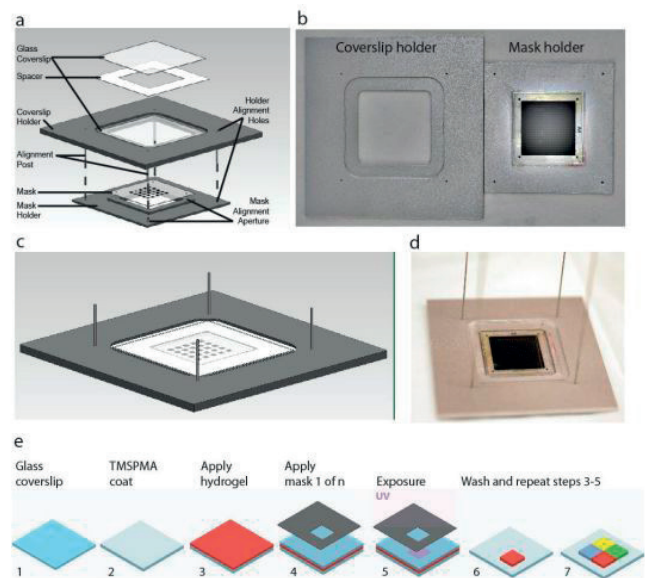
เทคโนโลยีในการสร้างเนื้อเยื่อเทียมในปัจจุบันมีความก้าวหน้าไปอย่างมาก มีการนำเทคโนโลยีประเภทต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างเนื้อเยื่อประเภทต่าง ๆ เช่น กระดูก กระดูกอ่อน ผิวหนัง ปอด เป็นต้น แต่ในกรณีของเนื้อเยื่อสมองซึ่งเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญมากนั้นค่อนข้างที่จะมีความยากลำบากกว่ามาก เนื่องจากเนื้อเยื่อสมองจะไม่มีโครงสร้างที่แน่นอนหรือประกอบเหมือนกันในทุกตำแหน่ง แต่ละตำแหน่งของเนื้อเยื่อสมองจะประกอบไปด้วยเซลล์ประสาทหลายประเภท และเซลล์ค้ำจุนระบบประสาท (glial cells) ซึ่งสัดส่วนโดยปริมาตรของเซลล์ต่าง ๆ เหล่านี้ในแต่ละตำแหน่งของสมองนั้นจะแตกต่างกันและมีความเฉพาะต่อบริเวณ ทำให้การเลียนแบบสร้างเนื้อเยื่อสมองขึ้นมาถือได้ว่าเป็นความท้าทายอย่างมาก



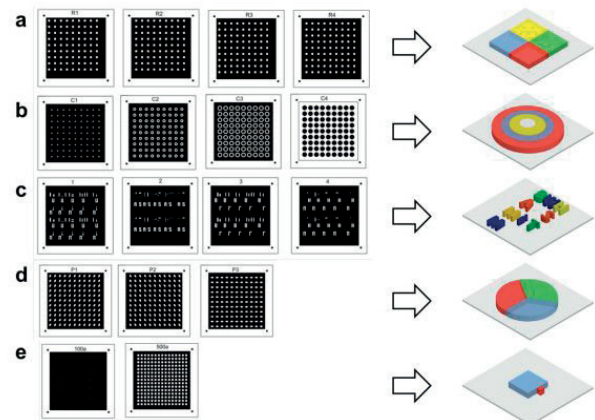
ภาพแสดงตัวอย่างของเซลล์หลากหลายประเภทที่พบได้ในเนื้อเยื่อสมอง^[1]

เมื่อเร็ว ๆ นี้ นักวิจัยจากประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาเทคนิคในการสร้างเนื้อเยื่อสมองเทียมที่มีองค์ประกอบที่ต่างกันเช่นเดียวกับเนื้อเยื่อสมองในธรรมชาติขึ้นมาโดยประยุกต์ใช้เทคนิคที่เรียกว่า โฟโตลิโทกราฟี (photolithography) ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีการใช้งานอย่างกว้างขวางในอุตสาหกรรมเซมิคอนดักเตอร์ในการลอกลายวงจรอิเล็กทรอนิกส์ขนาดเล็กที่มีความละเอียดสูงลงบนวัสดุแผ่นฐานตามรูปแบบที่ได้ออกแบบไว้โดยใช้แสงอัลตราไวโอเล็ตในการทำให้อาหารไอแสงที่เคลือบอยู่บนแผ่นฐานในบริเวณที่ต้องการ โดยการใช้น้ำล้างที่เรียกว่า โฟโตมาสก์ (photomask) ซึ่งจะมีส่วนที่ทึบและโปร่งแสงตามลวดลายที่ออกแบบไว้ นักวิทยาศาสตร์ได้ประยุกต์ใช้เทคนิคดังกล่าวในการสร้างเนื้อเยื่อสมองเทียมขึ้นมา โดยการหยอดส่วนผสมของไฮโดรเจลและสัดส่วนของเซลล์ประสาทประเภทต่าง ๆ ลงบนแผ่นสไลด์แก้วที่เคลือบผิว 3-(trimethoxysilyl) propylmethacrylate (TMSPMA) จากนั้นปิดด้วยแผ่นแก้วบาง (cover slip) เพื่อให้เกิดเป็นชั้นของเหลวแล้วจึงนำเอาแผ่นบังแสงที่กำหนดรูปร่างและตำแหน่งที่จะสร้างชั้นเซลล์ดังกล่าวมาวางทางด้านบนและนำไปฉายด้วยแสงอัลตราไวโอเล็ตซึ่งจะทำให้ไฮโดรเจลในตำแหน่งที่ถูกแสงเกิดการเชื่อมขวางเป็นชั้นวัสดุยึดติดกับแผ่นสไลด์แก้ว จากนั้นส่วนที่ไม่ต้องการซึ่งไม่ถูกฉายด้วยแสงจะถูกล้างด้วยน้ำเกลือออกไป ไฮโดรเจลส่วนต่อไปที่มีสัดส่วนของเซลล์

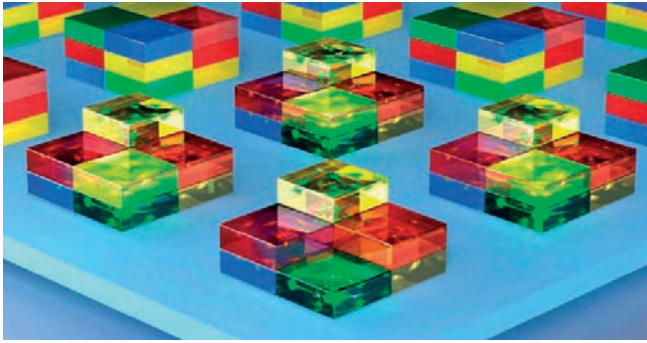
ประสาทที่ต่างออกไปจากชุดแรกก็จะถูกหยอดลงบนแผ่นสไลด์แก้วเดิมนี้ที่มีชั้นของเซลล์ชุดแรกอยู่แล้ว และใช้แผ่นบังแสงชุดใหม่ที่จะกำหนดตำแหน่งและรูปร่างของชั้นเซลล์ที่สองนี้ให้เกิดขึ้น เมื่อทำซ้ำไปเรื่อย ๆ ด้วยการใช้จำนวนของแผ่นบังแสงที่กำหนดก็จะทำให้เกิดเป็นรูปแบบการกระจายตัวของเซลล์ประสาทในตำแหน่งต่าง ๆ ได้ตามที่ต้องการ แต่โดยเทคนิคนี้จะทำให้เกิดเป็นชั้นเซลล์บางเพียงชั้นเดียว หากต้องการจะสร้างชั้นของเซลล์ให้มีความหนาหรือเป็นรูปร่างสามมิติก็จะต้องใช้การซ้อนกันของชั้นเซลล์ดังกล่าวเข้าด้วยกันในกระบวนการผลิต และทำการเชื่อมแต่ละชั้นเข้าด้วยกัน



ภาพแสดงขั้นตอนของการสร้างชั้นเซลล์ประสาทของเนื้อเยื่อสมองเทียมด้วยเทคนิคโฟโตลิโทกราฟี^[4]



ภาพแสดงรูปร่างของชั้นเซลล์ประสาทที่สามารถสร้างขึ้นได้ตามต้องการด้วยการใช้แผ่นบังแสงตามลำดับและจำนวนในการกำหนดตำแหน่งของการเกิดการเชื่อมขวางของไฮโดรเจลที่ยึดติดบนแผ่นสไลด์แก้วได้สีที่แตกต่างกันแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบของเซลล์ประสาทที่แตกต่างกัน^[4]



ภาพวาดแสดงการสร้างชั้นเซลล์สามมิติที่ประกอบด้วยหลายชั้นเซลล์ ขึ้นมาโดยมีองค์ประกอบในบริเวณต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน^[3]

จากการวิเคราะห์รูปทรงของชั้นเซลล์ที่สร้างขึ้นด้วยเทคนิคดังกล่าวด้วยกล้องจุลทรรศน์พบว่า ความแม่นยำของตำแหน่งของรูปทรงที่สร้างขึ้นด้วยเทคนิคนี้จะขึ้นอยู่กับรูปทรงที่เลือกใช้ และพบว่ามีค่าที่ประมาณ 10.9-27.8 ไมครอน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับขนาดของเซลล์ประสาทที่มีขนาดประมาณ 10 ไมครอนแล้ว ถือได้ว่าค่อนข้างใกล้เคียงกัน เมื่อทดลองนำเซลล์ประสาทจากหนูมาใช้ร่วมกับไฮโดรเจลในกระบวนการผลิตและนำชั้นเซลล์ที่ผลิตได้ไปเพาะเลี้ยงพบว่าเซลล์สามารถเจริญได้ดี นอกจากนี้ยังมีการทดลองใช้เซลล์ต้นกำเนิด (embryonic stem cells) เซลล์หลอดเลือด (human umbilical vein endothelial cells) และเซลล์ไฟโบรบลาสต์ (NIH 3T3 fibroblasts) มาใช้ในการสร้างชั้นเซลล์ที่มีองค์ประกอบของเซลล์แต่ละประเภทในตำแหน่งต่าง ๆ ที่แตกต่างกันอีกด้วย โดยทีมนักวิจัยตั้งเป้าเบื้องต้นว่าจะสร้างเนื้อเยื่อเทียมขนาด 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตรที่ภายในประกอบด้วยเซลล์จำนวน 100,000 เซลล์ และมีการเชื่อมต่อมากกว่า 900 ล้านจุดให้ได้ในอนาคต ทั้งนี้ด้วยลักษณะพิเศษของเนื้อเยื่อสมองเทียมนี้ที่สามารถกำหนดให้มีสัดส่วนของเซลล์ประสาทและเซลล์อื่น ๆ ที่ความคล้ายคลึงกับสัดส่วนและบริเวณที่พบได้ในเนื้อเยื่อสมองในธรรมชาติ จึงสามารถนำไปใช้ในการศึกษาการเชื่อมโยงและการสื่อสารของเส้นประสาทของเซลล์ประสาทว่าเกิดขึ้นได้อย่างไรและมีผลกระทบจากอิทธิพลใดบ้าง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปใช้

งานในการออกแบบและพัฒนา

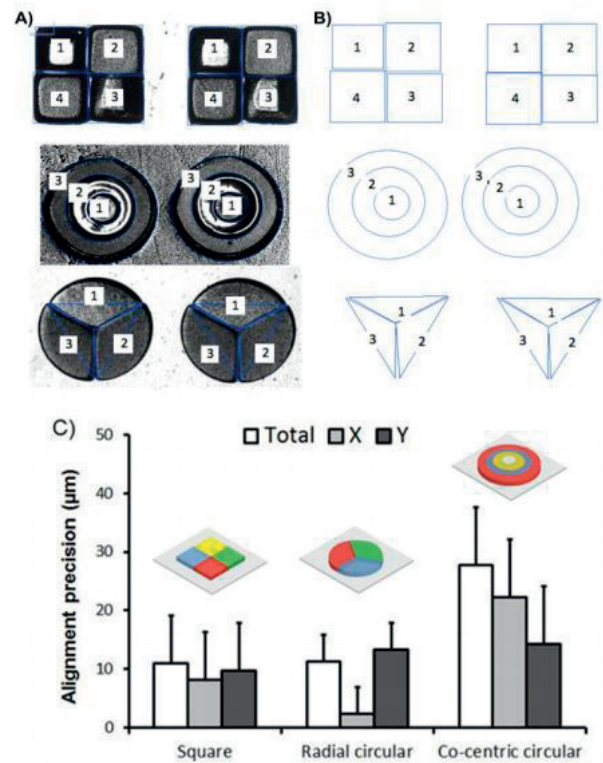
เนื้อเยื่อสมองเทียมในอนาคต

ที่เมื่อนำไปใช้ทดแทนแล้ว

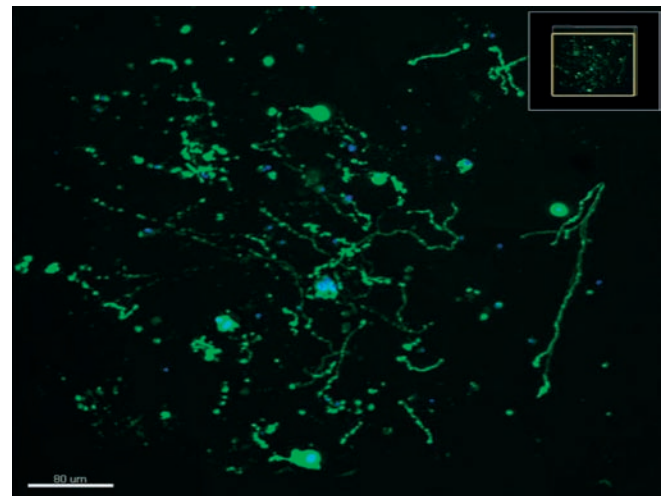
สามารถทำงานและสื่อสารร่วมกับ

สมองในธรรมชาติได้อย่างปลอดภัย

และมีประสิทธิภาพ



ภาพแสดงรูปทรงของชั้นไฮโดรเจลรูปทรงต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นจากการศึกษาด้วยกล้องจุลทรรศน์ (a) และขอบเขตของแต่ละส่วนที่กำหนดขึ้น (b) เพื่อนำไปคำนวณความแม่นยำของการจัดเรียงตัวของรูปทรงที่ได้จากกระบวนการผลิต (c)^[4]



ภาพจากกล้องจุลทรรศน์ฟลูออเรสเซนซ์แสดงถึงการเจริญของเซลล์ประสาทหนูในโครงสร้างไฮโดรเจลที่ผ่านกระบวนการสร้างชั้นเซลล์ที่พัฒนาขึ้น^[4]

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.ninds.nih.gov/>
2. <http://www.kurzweilai.net/creating-3d-brain-tissues-in-a-lab-dish>
3. <http://www.gizmag.com/bioengineered-brain-tissue/25278/pictures>
4. Umut Atakan Gurkan, Yantao Fan, Feng Xu, Burcu Erkmen, Emel Sokullu Urkac, Gunes Parlakgul, Jacob Bernstein, Wangli Xing, Edward S. Boyden, Utkan Demirci (2013), Advanced Materials, 25(8), pp.1192-1198.



จากการสำรวจทั่วประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2555 พบว่าในบรรดาคนทำงานทั้งหมด หมออเมริกัน 45.8% เผชิญกับสภาวะ “หมดไฟ” มาเป็นอันดับหนึ่ง การสำรวจนี้ทำซ้ำในปี พ.ศ. 2556 และได้ผลตัวเลข คล้ายคลึงกัน คือ 39.8% ของหมอจะมีอาการอย่างน้อย 1 อย่างของการที่หมดความกระตือรือร้นในงานที่ทำไม่ ไวใจในมนุษยสัมพันธ์กัน มีความรู้สึกถูกเยาะเย้ยถากถาง จนทำให้มีความเห็นแก่ตัว รวมทั้งรู้สึกว่าตัวเองด้อย



โรคหัวใจถามหาคนชอบกินเนื้อ อาหารเสริม จากหมอยังไม่หมดไฟ!!

คุณค่า ร้อยละ 50 ของหมอหมดไฟจะตกอยู่ในกลุ่มที่ทำงานเผชิญกับ ภาวะฉุกเฉินไม่ว่าที่เกิดจากโรคหรือที่มีการบาดเจ็บ (เวชศาสตร์ฉุกเฉิน) และกลุ่มเวชบำบัดวิกฤต เวชศาสตร์ครอบครัว อายุรกรรมหรือ

(critical care) รองลงมาคือ (43%) สูติ-นรีเวช (42%) หมอรักษาทางยา (42%) หมอ ผ่าตัด (42%) หมออดมยา (42%) ในขณะที่หมอเด็ก (35%) หมอ โรคข้อที่ไม่ได้ผ่าตัดแต่ให้การ รักษาด้วยยา (35%) จิตแพทย์ (33%) และหมอชันสูตรทาง เนื้อเยื่อ (32%) ดูจะมีภาษี ดีกว่าในบรรดา

หมออายุรกรรมนั้น ไม่ได้จำกัดว่าจะเป็นหมอ ทางสมอง ไต มะเร็ง หัวใจ ปอด เบาหวาน หรือ แม้แต่หมอผิวหนังก็มีจำนวนไม่ต่ำกว่า 35-40% ที่ไฟหมดคล้ายคลึงกัน ภาวะหมดไฟไม่ได้ส่งผล กระทบต่อการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ กระทบหมอโดยตรง ทำให้มีอัตราฆ่าตัวตายสูง กว่าคนทั่ว ๆ ไป ทั้งนี้หมอผู้หญิงจะกระทบ มากกว่าผู้ชาย สัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 37 ต่อ 45

เมื่อวิเคราะห์ถึงความรุนแรงของภาวะ หมดไฟ ถึงแม้ว่าหมอชันสูตรเนื้อเยื่อ เรียกกัน ย่อ ๆ ว่า หมอพาโท มาจาก “pathologist” จะ มีเพียง 3 ใน 10 รายที่ไฟหมด แต่มีความรุนแรง ถึง 4 ใน 7 น้อยกว่าหมอสูติ-นรีเวช โดยขีด 1 หมายถึง ไม่มีผลต่อชีวิต และขีด 7 รุนแรงถึงขั้น อยากเลิกเป็นหมอ ทั้งนี้ทั้งนั้น น่าสนใจว่าภาวะ หมดไฟไม่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม การออกกำลังกาย



ว่าทำไมคนชอบบริโภคเนื้อแดง สเต็ก เนื้อบด เบอร์เกอร์แทนที่จะกินปลา ผัก กลับตายหรือต้องทำบอลลูนใส่หลอดเลือดต่างเส้นเลือดหัวใจกันเต็มไปหมด ทั้ง ๆ ที่ปริมาณไขมัน คอเลสเตอรอล และไขมันอิ่มตัวในเนื้อก็ได้สูงมากนัก

รายงานในวารสารชั้นนำ เนเจอร์ (Nature Medicine) 7 เมษายน 2556 โดย Koeth และคณะ จากคลีฟแลนด์คลินิก สหรัฐอเมริกาที่พบว่า การกินเนื้อซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญคือ แอล-คาร์นิทีน (L-carnitine) จะถูกเปลี่ยนโดยจุลินทรีย์ในลำไส้ให้กลายเป็น trimethylamine-N-oxide (TMAO) โดยที่ TMAO จะเป็นตัวเร่งให้เกิดเส้นเลือดตัน

ทั้งนี้ไม่เพียงแต่คาร์นิทีนอย่างเดียว การกินโคลีน (choline) และ phosphatidylcholine

ก็น้อยไป น้ำหนักตัว หรือการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รวมทั้งไม่เกี่ยวกับประเภทของการทำกิจกรรมในยามว่าง แต่มีส่วนเกี่ยวกับการปรับตัวในเวลาที่ใช้ในที่ทำงานและที่บ้าน

ศ.นพ.ธีระวัฒน์ บอกว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ไฟหมดคือ งานเยาะอย่างกับหนูถีบจักร ค่าตอบแทนไม่เคยเท่ากับแรงงานแรงใจที่ได้ใช้ไปอีกยังถูกโหมกระหน่ำด้วยงานกระดาศควบคุมคุณภาพ กรอกเหตุผลในการใช้ยา ทั้ง ๆ ที่ถ้าหมอจะสั่งยามันก็ต้องมีเหตุผลอยู่แล้ว เผลอไปกับภาวะหุดหู่โดยเฉพาะในหมอเมะเร็งและหมอรักษาคอนไซค์ และหมอยอยู่ในสภาพที่เผลอไปกับภาวะที่ควบคุมอะไรไม่ได้เลย โดยมีกฎระเบียบซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ต้องเจอกับคนไข้ลักษณะต่าง ๆ กันออกไป

ในบทสรุปเฟื่องไปถึงระบบโครงสร้างและระบบบริการทางสาธารณสุขที่ผิดเพี้ยนบิดเบี้ยว นี่คือนิยามในสหรัฐอเมริกา เมื่อเปรียบกับหมอไทยเราน่าจะไฟหมดในจำนวนตัวเลขมากกว่าครึ่งด้วยซ้ำ

ตัดจากมาที่ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง “โรคหัวใจถามหาคนชอบกินเนื้อ อาหารเสริม” จากหมอที่ยังไม่หมดไฟ เป็นที่สงสัยกันมานานแล้ว

ก็จะถูกย่อยให้เกิด trimethylamine (TMA) และในที่สุดก็จะกลายเป็น TMAO ตามมา (Wang และคณะ วารสาร Nature 2554) “Catherine Collins” นักโภชนาวิทยาได้ให้ความเห็นในเว็บของข่าว BBC (สืบค้น 10 เมษายน 2556) ว่าการใช้อาหารเสริมที่มี แอล-คาร์นิทีน เป็นส่วนประกอบด้วย นัยว่าทำให้สัดส่วนกระชับ ลดน้ำหนัก ผิวสวย เพื่อที่จะเพิ่มการเผาผลาญเมตาบอลิซึม และยังมีเลซิติน โคลีน และ betaine นัยว่าเพื่อป้องกันอัลไซเมอร์ หรือเพิ่มสติปัญญาจากอาหารเสริมดังกล่าว แต่อาจไม่มีหลักฐานชัดเจนก็มีความเสี่ยงเช่นกัน ยกเว้นแต่ว่าเป็นมังสวิรัตินั้น

“แอล-คาร์นิทีน” เป็นสารประกอบแอมโมเนียม ซึ่งเกิดจากการสังเคราะห์ของกรดอะมิโนไลซีน และเมไทโอนีน แอล-คาร์นิทีน มีบทบาทในการเคลื่อนกรดไขมันจากการย่อยสลายไขมันภายในเซลล์เข้าสู่ตัวไมโทคอนเดรียเพื่อสร้างเป็นพลังงาน ในส่วนการใช้ แอล-คาร์นิทีน เพื่อลด



น้ำหนักยังไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ชัดเจน แต่มีรายงานว่าอาจช่วยผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากเส้นเลือดหัวใจตีบให้มีอาการน้อยลงบ้าง และอาจช่วยคนเป็นหมันโดยเพิ่มคุณภาพของสเปิร์ม แอล-คาร์นิทีน มีมากในเนื้อวัว 95 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม เนื้อหมู 94 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม เนื้อไก่ 27.7 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม เบคอน 23.3 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม ในขณะที่ปลา ไก่ ไข่ และนมจะมีปริมาณต่ำกว่ามากอยู่ที่ 3-5 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม ส่วนพืช ผัก ไข่ ผลไม้ น้ำส้ม จะมีขนาดต่ำกว่า 0.2 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม ในการบริโภคอาหารประจำวันจะได้ แอล-คาร์นิทีน ในขนาด



เรื่องสำคัญที่ทำให้คนไทยเกิดปัญญา เพราะฉะนั้นการกินอาหารครบหมู่คละกันไปโดยเน้นผัก ผลไม้ ถั่ว โดยไม่จำเป็นต้อง



เพิ่มด้วยอาหารเสริม ถึงแม้ว่าจะเลือกสารที่ว่า เป็นประโยชน์ต่อเซลล์ ร่างกาย และเนื้อเยื่อ แต่ถ้ามากเกินไปจะเกิดการปรับเปลี่ยนจุลินทรีย์ในลำไส้ และกลับเปลี่ยนเป็นของเสียซึ่งมีพิษ และทำให้ที่ที่ดีกลายเป็นร้ายไปเสียอีก “ปริมาณแอล-คาร์นิทีน ในอาหารเสริม 1 เม็ด อาจมีปริมาณมากกว่า 500 มิลลิกรัม สุดท้ายความเชื่อทางศาสนา เครื่องคิดในการละการฆ่าสัตว์ ตัดชีวิต บริโภคมังสวิรัตติแต่โบราณกาลเป็นสิ่งที่ถูกต้อง”

20-200 มก. แต่ในคนที่กินมังสวิรัตติจะเหลือเพียง 1 มิลลิกรัมต่อวัน นอกจากที่คนชอบกินผักจะได้ แอล-คาร์นิทีน น้อยกว่าแล้ว ยังพบว่าจุลินทรีย์ในลำไส้ของคนชอบกินผักจะเป็นชนิดที่ไม่เปลี่ยน แอล-คาร์นิทีน เป็นสารพิษ TMAO ข้อมูลที่น่าสนใจจากการตรวจผู้ป่วย 2,595 คนที่ได้รับการประเมินสภาพทางหัวใจพบว่า คนที่มีระดับ แอล-คาร์นิทีน ร่วมกับ TMAO สูงจะมีความเสี่ยงสูงของการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบตัน อัมพฤกษ์ และเสียชีวิต

นอกจากนี้การทดลองในหนูโดยให้ แอล-คาร์นิทีน ไปนาน ๆ จะทำให้จุลินทรีย์ในลำไส้เปลี่ยนชนิดไปจนทำให้เกิดการสร้าง TMA และ TMAO สูงขึ้น และเกิดเส้นเลือดตีบมากขึ้น ทั้งหมดเหล่านี้เป็นข้อมูลวิชาการที่อ่านเข้าใจยาก แต่โดยสรุป ศ.นพ.ธีระวัฒน์ ย้ำว่า เป็น





อาการเจ็บคอเป็นสิ่งที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ สาเหตุของอาการเจ็บคอที่พบบ่อยได้แก่โรคคออักเสบหรือต่อมทอนซิลอักเสบ คออักเสบเป็นการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนที่พบบ่อยที่สุด คออักเสบมักเกิดจากเชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย พบผู้ป่วยหลายรายตรวจพบเชื้อแบคทีเรียบริเวณคอหอยโดยที่ไม่มีอาการแสดงของโรค เชื้อแบคทีเรียก่อโรคสำคัญคือ beta-hemolytic streptococci (GABHS) ซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ไข้รูมาติกเฉียบพลันหรือโรคโกลเมอรูลัสอักเสบ (glomerulonephritis) การให้ยาปฏิชีวนะจึงจำเป็นในการรักษาโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อโรคดังกล่าว

การทบทวนวรรณกรรมในฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ Cochrane ในหัวข้อการใช้ยาปฏิชีวนะอื่นเปรียบเทียบกับยาในกลุ่ม penicillin เพื่อหาประสิทธิภาพการรักษาโรคคออักเสบโดยใช้ยาปฏิชีวนะชนิดอื่นนอกเหนือจากยาในกลุ่ม penicillin ในการควบคุมเชื้อแบคทีเรีย beta-hemolytic streptococci (GABHS) อันเป็นสาเหตุหลักของโรคคออักเสบ และลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรมได้รวบรวมรายงานวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 17 งานวิจัย มีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 5,352 คน โดยพบว่า 16 งานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบกับยาปฏิชีวนะกลุ่มอื่นกับยา penicillin, พบ 6 งานวิจัยทำการศึกษาเปรียบเทียบยา cephalosporins กับยา

penicillin, พบ 6 งานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างยา macrolides กับยา penicillin, พบ 3 งานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบยา carbacephem กับยา penicillin และหนึ่งการศึกษาเปรียบเทียบยา sulfonamides กับยา penicillin อีกหนึ่งการศึกษาเปรียบเทียบยา clindamycin กับยา ampicillin

ผลการศึกษาไม่มีหลักฐานแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของยาตัวอื่นในการรักษาโรคคออักเสบเหนือยา penicillin ไม่พบความแตกต่างระหว่างยา cephalosporin กับยา penicillin ในการหายของโรค ยา cephalosporin พบการกลับเป็นซ้ำของโรคต่ำในผู้ใหญ่ ไม่พบความแตกต่างระหว่าง macrolides กับยา penicillin พบว่ายาปฏิชีวนะชนิด carbacephem ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กอาการดีขึ้นเร็วหลังการรักษา ในกลุ่มเด็กพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา macrolides

กล่าวโดยสรุป ยาปฏิชีวนะ penicillin เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีในการรักษาโรคคออักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ ไม่พบหลักฐานเพียงพอว่ายาชนิดอื่นมีประสิทธิภาพที่เหนือกว่ายา penicillin ในการต่อต้านเชื้อ GABHS อันเป็นสาเหตุของโรค tonsillopharyngitis ในผู้ใหญ่พบว่า cephalosporins มีประสิทธิภาพในการลดการกำเริบของโรคได้ดี ในเด็กพบว่า carbacephem มีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคได้ดี

Once-daily **Januvia**TM (sitagliptin, MSD)

**Once-daily Januvia 100 mg:
Enhancing incretins.
Enhancing physiologic control.**

**Enhancing incretins.
Enhancing physiologic control.**

**JANUVIA is the first DPP-4 inhibitor – a new class of oral therapy
that provided substantial glucose control in clinical trials**

-  **Substantial HbA_{1c} reductions in clinical trials through
a unique physiological mechanism of action¹⁻⁴**
-  **All-day glucose-dependent control**
-  **Weight neutral and with low incidence of hypoglycemia³**
-  **Generally well-tolerated¹**

**Prescribe JANUVIA as initial monotherapy or as add-on to metformin
or a glitazone or a sulfonylurea or sulfonylurea + metformin or in combination with insulin**

Before initiating therapy, please consult the full Prescribing Information.

To request product information, report adverse events, or report product defect, please contact MSD at the address below or med_productinfo@merck.com

References

1. Worldwide Product Circular, Merck & Co., Inc., 2006 2. Charbonnel B, Karasik A, Liu J, et al, for the Sitagliptin Study 020 Group. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone. Diabetes Care. 2006;29:2638-2643. 3. Nauck M, Meinninger G, Sheng D, et al, for the 024 Study Group. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared to the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. Diabetes Obes Metab. 2007;9:194-205. 4. Aschner P, Kipnes MS, Luncsfeld JK, et al, for the Sitagliptin Study 021 Group. Effect of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin as monotherapy on glycemic control in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2006;29:2632-2637.

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF JANUVIATM

Indications: JANUVIATM is indicated as an adjunct to diet and exercise to improve glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus as initial therapy, alone or in combination with metformin, or a PPAR γ agonist, or as an add-on to metformin, PPAR γ agonist, sulfonylurea, sulfonylurea + metformin or PPAR γ agonist + metformin when the current regimen, with diet and exercise does not provide adequate glycemic control. JANUVIA can also be used as an adjunct to diet and exercise to improve glycemic control in combination with insulin (with or without metformin). **Dosage and administration:** The recommended dose of JANUVIA is 100 mg once daily as monotherapy or as combination therapy with metformin, a sulfonylurea, insulin (with or without metformin), a PPAR γ agonist (e.g., thiazolidinedione), metformin plus a sulfonylurea, or metformin plus a PPAR γ agonist. JANUVIA can be taken with or without food. **Contraindication:** JANUVIA is contraindicated in patients who are hypersensitive to any components of this product. **Precaution:** JANUVIA should not be used in patients with type 1 diabetes or for the treatment of diabetic ketoacidosis. **Warning:** A dosage adjustment is recommended in patients with moderate renal insufficiency. No recommended in patients with severe renal insufficiency or with end-stage renal disease requiring hemodialysis or peritoneal dialysis. **Pregnancy and nursing:** JANUVIA is not recommended for use in pregnancy. JANUVIA should not be used by a woman who is nursing. **Pediatric use:** Safety and effectiveness of JANUVIA in pediatric patients under 18 years have not been established. **Adverse experience:** As with other antihyperglycemic agents, when JANUVIA was used in combination with a sulfonylurea or with insulin, medications known to cause hypoglycemia, the incidence of sulfonylurea- or insulin-induced hypoglycemia was increased over that of placebo. To reduce the risk of sulfonylurea- or insulin-induced hypoglycemia, a lower dose of sulfonylurea or insulin may be considered. **There have been postmarketing reports of serious hypersensitivity reactions** in patients treated with JANUVIA including anaphylaxis, angioedema, and exfoliative skin conditions including Stevens-Johnson syndrome. Because these reactions are reported voluntarily from a population of uncertain size, it is generally not possible to reliably estimate their frequency or establish a causal relationship to drug exposure. Onset of these reactions occurred within the first 3 months after initiation of treatment with JANUVIA, with some reports occurring after the first dose. If a hypersensitivity reaction is suspected, discontinue JANUVIA, assess for other potential causes for the event, and institute alternative treatment for diabetes. Other postmarketing experience are upper respiratory tract infection; nasopharyngitis; acute pancreatitis, including fatal and non-fatal hemorrhagic and necrotizing pancreatitis. In clinical studies as monotherapy and in combination with other agents, the adverse experiences reported regardless of causality assessment in $\geq 5\%$ of patients and more commonly than placebo or the active comparator included hypoglycemia, nasopharyngitis, upper respiratory tract infection, headache, and peripheral edema. **Use in the elderly:** In clinical studies, the safety and effectiveness of JANUVIA in the elderly (≥ 65 years) were comparable to those seen in patients < 65 years. No dosage adjustment is required based on age. In elderly patients with significant renal insufficiency dosage adjustment may be required. **Storage:** Store at or below 30°C (86°F).



MSD (Thailand) Ltd.

37th Floor The Offices at Central World 999/9 Rama 1 Road, Pathumwan, Bangkok

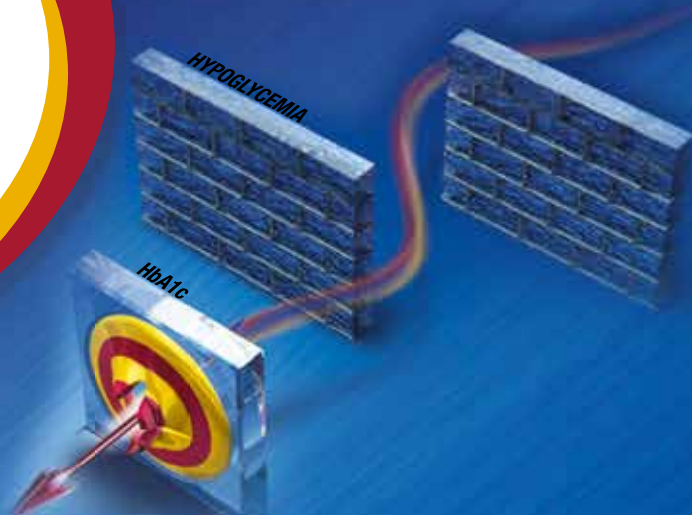
Tel. +66-2-262-5700 Fax +66-2-255-5095

Copyright © 2007 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc.,
Whitehouse Station, NJ, USA All Rights Reserved.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ. 1065/2552

12-2013-JAN-2009-TH-5677-J (Reval 2)



For initial and adjunct use in patients with type 2 diabetes,

Introducing JANUMET™ for 3-D Control [Sitagliptin (DPP-4 inhibitor) + metformin]

For patients who need **more than metformin alone** to achieve goal

In clinical studies,

- 
Powerful HbA_{1c}^a, PPG^b, and FPG^c reductions to help patients get to goal (HbA_{1c} goal <7%)^{2,e}
- 
Less hypoglycemia vs glipizide + metformin (with sitagliptin 100 mg + metformin)^{3,d}
- 
Comprehensive mechanism of action targets 3 key defects of type 2 diabetes¹

^a glycosylated hemoglobin A1C, ^b postprandial plasma glucose, ^c fasting plasma glucose, ^d A randomized, double blind, parallel-group study evaluating the effect of adding JANUMET to metformin in 1172 patients with type 2 diabetes inadequately controlled with ≥ 1500 mg/day metformin. The primary analysis assessed noninferiority for HbA_{1c} change from baseline at week 52 using a per-protocol (PP) approach (patients who completed all 52 weeks of treatment). ^e A randomized, double-blind, placebo-controlled to factorial study evaluating the combination of sitagliptin + metformin compared with either agent alone in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on diet and exercise. After a washout period of ≤ 12 weeks, 1091 patients were randomized to sitagliptin 100 mg once daily, metformin 500 mg twice daily, metformin 1000 mg twice daily, sitagliptin 50 mg/metformin 500 mg twice daily, sitagliptin 50 mg/metformin 1000 mg twice daily or placebo. Data shown are from the end of the 54-week extension period.

JANUMET can be used to improve glycemic control as an adjunct to diet and exercise as initial therapy, in patients controlled on metformin or sitagliptin alone, in patients using sitagliptin + metformin in combination, and in combination with a sulfonylurea in patients inadequately controlled with any 2 of the 3 agents: metformin, sitagliptin, or a sulfonylurea.

References:

1. Data on file, MSD Thailand. 2. Goldstein BJ, Feinglos MN, Lunceford JK, et al, for the Sitagliptin 036 Study Group. Effect of initial combination of sitagliptin, a dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, and metformin on glycemic control in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2007;30:1979-1987. 3. Nauck MA, Meininger G, Sheng D, et al, for the Sitagliptin Study Group 024. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared to the sulfonylurea glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. Diabetes Obes Metab. 2007;9:194-205.

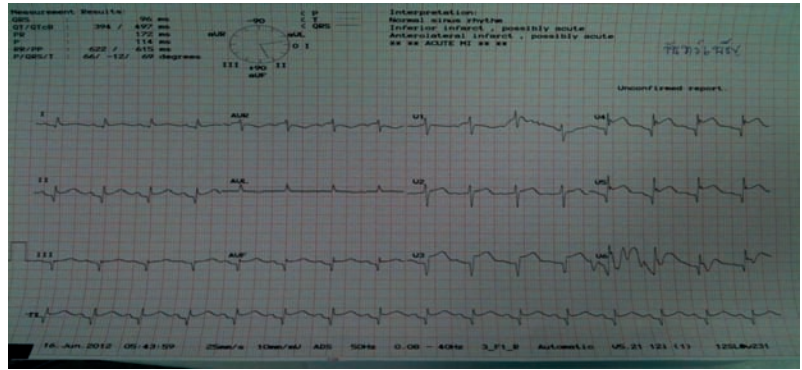
Before prescribing, please consult the Enclosed full prescribing Information.

To request product information, report adverse events, or report product defect, please contact MSD at the address below or med_productinfo@merck.com

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF JANUMET™

Indications: JANUMET™ can be used to improve glycemic control as an adjunct to diet and exercise as initial therapy, in patients inadequately controlled on metformin or sitagliptin alone, in patients using sitagliptin + metformin in combination, in combination with insulin, in combination with a sulfonylurea in patients inadequately controlled with any 2 of the 3 agents: metformin, sitagliptin, or a sulfonylurea and in combination with a PPAR γ agonist in patients inadequately controlled with any 2 of the 3 agents: metformin, sitagliptin or a PPAR γ agonist. **Dosage administration:** JANUMET should generally be given twice daily with meals, with gradual dose escalation, to reduce the gastrointestinal (GI) side effects associated with metformin. **Dosing Recommendations:** The starting dose of JANUMET should be based on the patient's current regimen. JANUMET should be given twice daily with meals. The following doses are available: • 50 mg sitagliptin/500 mg metformin hydrochloride • 50 mg sitagliptin/1000 mg metformin hydrochloride **Selected Safety Information About JANUMET: Contraindication:** JANUMET (sitagliptin phosphate/metformin HCl) is contraindicated in patients with: 1. Renal disease or renal dysfunction, e.g., as suggested by serum creatinine levels ≥ 1.5 mg/dL [males], ≥ 1.4 mg/dL [females], or abnormal creatinine clearance, which may also result from conditions such as cardiovascular collapse (shock), acute myocardial infarction, and septicemia. 2. Known hypersensitivity to sitagliptin phosphate, metformin hydrochloride or any other component of JANUMET. 3. Acute or chronic metabolic acidosis, including diabetic ketoacidosis, with or without coma, JANUMET should be temporarily discontinued in patients undergoing radiologic studies involving intravascular administration of iodinated contrast materials, because the use of such products may result in acute alteration of renal function. JANUMET should not be used in patients with type 1 diabetes or for the treatment of diabetic ketoacidosis. **Precautions:** Before initiating therapy with JANUMET and at least annually thereafter, assess for renal function and verify as normal. In patients for whom development of renal dysfunction is anticipated, assess renal function more frequently. Discontinue JANUMET if evidence of renal impairment is present. JANUMET should generally be avoided in patients with clinical or laboratory evidence of hepatic disease. As with other antihyperglycemic agents, when sitagliptin was used in combination with metformin, and a sulfonylurea or insulin, medications known to cause hypoglycemia, the incidence of sulfonylurea or insulin-induced hypoglycemia was increased over that of placebo in combination with metformin, a sulfonylurea or insulin. To reduce the risk of sulfonylurea- or insulin-induced hypoglycemia, a lower dose of sulfonylurea or insulin may be considered. **Pregnancy:** Janumet is not recommended for use in pregnancy. **Nursing mothers:** Janumet should not be used by a woman who is nursing. **Pediatric use:** Safety and effectiveness of JANUMET in pediatric patients under 18 years have not been established. **Use in the elderly:** Because sitagliptin and metformin are substantially excreted by the kidney and because aging can be associated with reduced renal function, JANUMET should be used with caution in aging individuals with T2DM. Care should be taken in dose selection and should be based on careful and regular monitoring of renal function. There have been postmarketing reports of serious hypersensitivity reactions in patients treated with sitagliptin, one of the components of JANUMET including anaphylaxis, angioedema, and exfoliative skin conditions including Stevens-Johnson syndrome. Because these reactions are reported voluntarily from a population of uncertain size, it is generally not possible to reliably estimate their frequency or establish a causal relationship to drug exposure. Onset of these reactions occurred within the first 3 months after initiation of treatment with sitagliptin, with some reports occurring after the first dose. If a hypersensitivity reaction is suspected, discontinue JANUMET, assess for other potential causes for the event, and institute alternative treatment for diabetes. Promptly evaluate a patient who develops laboratory abnormalities or clinical illness for evidence of ketoacidosis or lactic acidosis. If acidosis occurs, discontinue JANUMET immediately and initiate appropriate corrective measures. In clinical studies with sitagliptin and metformin as initial therapy and as add-on combination therapy with other agents, the most common adverse reactions reported, regardless of investigator assessment of causality, in $\geq 5\%$ of patients and more commonly than in patients treated with placebo were diarrhea, upper respiratory tract infection, headache, hypoglycemia, nasopharyngitis and peripheral edema. The most common adverse experience in sitagliptin monotherapy reported regardless of investigator assessment of causality in $\geq 5\%$ of patients and more commonly than in patients given placebo was nasopharyngitis. The most common ($>5\%$) established adverse experiences due to initiation of metformin therapy are diarrhea, nausea/vomiting, flatulence, abdominal discomfort, indigestion, asthenia, and headache. For additional adverse experience information, see the product circular. **Storage:** Store at or below 30°C (86°F). **Warning:** Use this drug according to medical prescription. If you feel dizziness please consult with your physician. Before initiating therapy, please consult the full prescribing information.

ผู้ป่วยไม่ได้กินยารักษาอาการ และไม่ได้ไปตรวจ



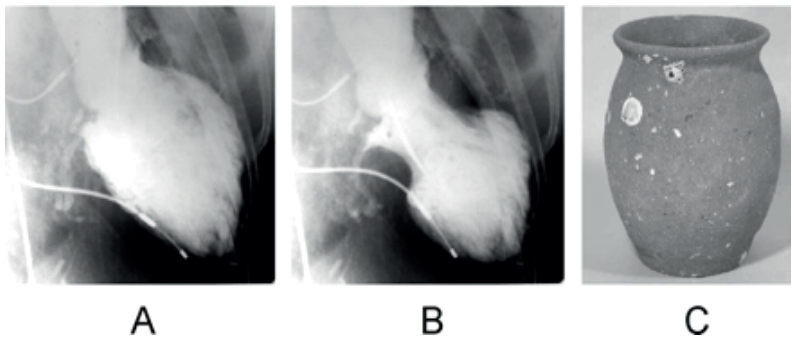
Takotsubo Cardiomyopathy

1 - 15 มิถุนายน 2556 **วงการแพทย์** | 29

ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายส่วนจุดยอดหัวใจโป่งพองออก (apical ballooning) มีการเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายส่วนกลางไปจนถึงส่วนจุดยอดหัวใจ และบริเวณผนังด้านหน้าและด้านล่างของหัวใจห้องล่างซ้ายพบการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) เพียง 30% ซึ่งต่ำกว่าปกติ ร่วมกับประวัติของผู้ป่วยที่มีประวัติทะเลาะกับสามีอย่างรุนแรงบ่อยครั้ง เครียดเรื่องบุตรชายยังไม่มีการทำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยว่าสามารถเข้าได้กับโรค Takotsubo Cardiomyopathy

Takotsubo Cardiomyopathy

Takotsubo Cardiomyopathy หรือ Stress-Induced Cardiomyopathy หรือ Transient Left Ventricular Apical Ballooning Syndrome หรือ Stress Cardiomyopathy ถูกพบและอธิบายครั้งแรกโดย Sato และคณะ แพทย์ชาวญี่ปุ่นในปี ค.ศ. 1990¹ คือโรคหัวใจที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายเป็นการชั่วคราว คือจะพบมีการเคลื่อนไหวที่น้อยลงหรือไม่เคลื่อนไหวเลยของหัวใจห้องล่างซ้ายบริเวณจุดยอดหัวใจ (apex) และบริเวณกลางห้องหัวใจ (mid ventricle) โดยบริเวณฐานของหัวใจ (base) จะยังเคลื่อนไหวได้ปกติหรือมากกว่าปกติ โดยไม่มีความผิดปกติหรือการตีบของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ห้องหัวใจห้องล่างซ้ายขณะบีบตัว (systole) เปลี่ยนรูปร่างกลายเป็นรูปคล้ายไหแตกจับปลาหมึก (takotsubo) ของประเทศญี่ปุ่น ที่มีรูปร่างกันใหญ่กลม และคอไหแคบ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 A: หัวใจบีบตัวปกติ B: หัวใจบีบตัวแบบ Takotsubo Cardiomyopathy C: ไหแตกจับปลาหมึก (takotsubo)

ในผู้ป่วยบางรายอาจมีลักษณะพยาธิสภาพที่แตกต่างออกไป เช่น การเคลื่อนไหวของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายบริเวณจุดยอดหัวใจ (apex) ยังสามารถเคลื่อนไหวได้เป็นปกติ หรือ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยอาจพบผนังหัวใจห้องล่างขวาเคลื่อนไหวน้อยลงผิดปกติร่วมด้วยได้²

โรคนี้พบว่ามีกรณีวินิจฉัยผิดพลาดได้บ่อย เนื่องจากมีอาการและอาการแสดงทางคลินิก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีความคล้ายคลึงกับโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (Acute Coronary Syndrome) เป็นอย่างมาก โดยพบว่า 1-2% ของผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน แท้จริงแล้วเป็น Takotsubo Cardiomyopathy³

ระบาดวิทยา

90% ของผู้ป่วยโรคนี้มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย⁴ อายุเฉลี่ยที่พบคือ อายุระหว่าง 62-76 ปี โดยพบมากในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน (postmenopause) ที่มีความเครียดทั้งทางอารมณ์และทางร่างกายสูง จึงอาจเรียกโรคนี้ว่า Broken Heart Syndrome

พยาธิสรีรวิทยา

สาเหตุของโรคนี้ยังไม่แน่ชัดและมีหลายทฤษฎีด้วยกัน อาทิเช่น เกิดจากการที่มีกล้ามเนื้อหัวใจหยุดนิ่ง (myocardial stunning) จากการกระตุ้นของสาร catecholamine, การหดตัวของหลอดเลือดในชั้นเยื่อหุ้มหัวใจ (epicardium), การหดตัวของหลอดเลือดเล็ก ๆ

(microvascular) ในกล้ามเนื้อหัวใจ หรือกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) เป็นต้น แต่ที่เชื่อกันมากที่สุดคือ เกิดจากการมีการเพิ่มขึ้นของระดับสาร catecholamine ในร่างกาย

พบว่าในผู้ป่วย Takotsubo Cardiomyopathy มีระดับของ catecholamine ในร่างกายมากเป็น 2-3 เท่าของระดับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โดยสาร catecholamine นี้จะหลังจากการที่มีความเครียดทั้งทางอารมณ์หรือทางร่างกายเพิ่มมากขึ้น และไปทำหน้าที่กระตุ้นระบบซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดเล็ก ๆ (microvascular) บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจมีการหดตัว กระตุ้นให้มีระดับของ cyclic adenosine monophosphate ที่สูงขึ้นมากจนเกิดมีภาวะแคลเซียมสูงภายในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการเสียหายเพราะได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จากการที่เซลล์ไม่สามารถรับน้ำตาลกลูโคสและกรดไขมันไปใช้เป็นพลังงานได้ และจากการที่มีแคลเซียมสูงมากเกินไป พบว่าตัวรับสาร catecholamine นั้นจะพบมากที่สุดบริเวณจุดยอดของหัวใจห้องล่างซ้าย (apex of left ventricle) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายเป็นส่วนใหญ่ที่ได้รับผลกระทบและสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวของผนังห้องหัวใจไป

นอกจากนี้ยังเชื่อว่า สาเหตุที่โรคนี้พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบในวัยหมดประจำเดือนมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงในหญิงวัยหมดประจำเดือนจะไปทำให้หลอดเลือดเล็ก ๆ บริเวณเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตอบสนองต่อระดับของสาร catecholamine ได้มากกว่าปกติ และโดยปกติแล้วเพศหญิงจะมีแนวโน้มเป็นโรคทางระบบหลอดเลือดเล็ก ๆ ได้มากกว่าเพศชายอีกด้วย⁵

ในเวลาต่อมาระดับของ catecholamine ในร่างกายจะลดระดับลงอย่างรวดเร็วจนถึงระดับปกติภายในเวลาประมาณ 9 วัน⁶ ดังนั้น โรคนี้จึงสามารถบรรเทาอาการลงและหายเองได้

ความเครียดที่อาจพบเป็นสาเหตุอาจเป็นความเครียดทางอารมณ์ อาทิเช่น การสูญเสียคนรัก การได้รับข่าวร้าย การทะเลาะกับคนรอบข้าง อุบัติเหตุ การสูญเสียทรัพย์สิน หรืออาจเป็นความเครียดทางร่างกาย เช่น หลังผ่าตัด ความเจ็บปวด ภาวะหอบหืดเฉียบพลัน การติดเชื้อในกระแสเลือด การทดสอบวิ่งสายพาน หรือโรคทางระบบประสาท เช่น เลือดออกในช่องน้ำไขสันหลัง (Subarachnoid Hemorrhage) หรืออาการชัก เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม 1 ใน 3 ของผู้ป่วยอาจไม่พบมีความเครียดที่เป็นสาเหตุมาก่อน³

อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาด้วยเจ็บแน่นหน้าอก 83.4% ซึ่งเหมือนอาการเจ็บแน่นหน้าอกในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (angina chest pain) และรองลงมาคือ อาการหอบเหนื่อย 20.4% ที่ตามมาจากเหตุการณ์ที่มีภาวะเครียด นอกจากนั้นอาจพบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

เหงื่อออกมาก ใจสั่น เวียนศีรษะ เป็นลมหมดสติ หรือมีอาการของภาวะปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) หัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) และอาจรุนแรงถึงเกิดภาวะช็อกจากหัวใจล้มเหลวได้ (cardiogenic shock) แต่พบได้น้อย³

ในปี ค.ศ. 2007 Abhiram Prasad และคณะ จาก Mayo Clinic ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยและออกเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Takotsubo Cardiomyopathy ขึ้นมา ซึ่งมีการปรับปรุงล่าสุดเมื่อปี ค.ศ. 2008 โดยผู้ป่วยต้องเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งหมด 4 ข้อ ถึงจะวินิจฉัยว่าเป็น Takotsubo Cardiomyopathy ได้^{6,7} ดังนี้

1. มีการเคลื่อนไหวหัวใจน้อยลง ไม่เคลื่อนไหวเลย หรือเคลื่อนไหวผิดปกติของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายบริเวณตรงกลางห้องอย่างชั่วคราว โดยอาจมีความผิดปกติที่บริเวณจุดยอดหัวใจร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ โดยบริเวณของหัวใจที่เคลื่อนไหวผิดปกติไม่สัมพันธ์กับขอบเขตที่หลอดเลือดหัวใจเส้นใดเส้นหนึ่งไปเลี้ยง ซึ่งมักมีสาเหตุเกิดจากความเครียด แต่อาจไม่พบในผู้ป่วยบางราย

2. ไม่พบการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ หรือมีการแตกของคราบ (plaque) ที่เกาะผนังเส้นเลือดอย่างฉับพลัน

3. มีความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (เป็นได้ทั้ง ST segment elevation และ/หรือ T wave inversion) หรือมีการเพิ่มขึ้นของค่าเอนไซม์ Troponin ของหัวใจ

4. ไม่พบมี Pheochromocytoma หรือกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis)

Takotsubo Cardiomyopathy VS โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

ภาวะทั้งสองมีความคล้ายกันมากทั้งในส่วนของอาการและอาการแสดง รวมทั้งการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การถ่ายภาพรังสีปอด ค่าเอนไซม์ของหัวใจ Troponin T, CK-MB

แต่ที่พบว่ามี ความแตกต่างกันระหว่าง 2 ภาวะนี้คือ Takotsubo Cardiomyopathy มักพบในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่า โดย 88.9% เป็นผู้ป่วยเพศหญิง แต่ในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันพบเป็นในเพศหญิงเพียง 44.4% และในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า ใน Takotsubo Cardiomyopathy มี QT interval ยาว (prolonged QT) มากกว่าในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน⁵

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

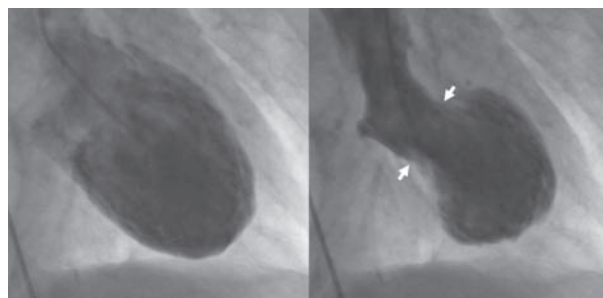
การถ่ายภาพรังสีปอดอาจพบมีหัวใจโต หรือปอดบวม น้ำ ส่วนคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่พบจะเหมือนกับในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันและไม่สามารถแยกกันได้ โดยพบความผิดปกติของ ST segment โดยส่วนใหญ่จะมี ST elevation ได้ถึง 50-60% ของผู้ป่วย⁷ หรือมี T wave abnormality เช่น

T wave inversion ซึ่งมักจะพบใน anterior precordial leads โดยมักไม่พบ reciprocal ST segment เปลี่ยนแปลงเหมือนในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน⁵ หรืออาจพบมี prolonged QT interval, pathologic Q wave, non specific EKG abnormality, normal EKG ได้ในผู้ป่วยบางราย

ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันที่มีค่าเอนไซม์หัวใจ Troponin T สูงกว่าปกติพบว่า เป็น Takotsubo Cardiomyopathy จำนวน 1.2% และในผู้ป่วย Takotsubo Cardiomyopathy ทั้งหมด พบว่าจำนวน 70-80% พบมีค่าเอนไซม์ของหัวใจ CK-MB, Troponin T สูงขึ้น⁸ โดยพบว่าระดับสูงสุดของค่าเอนไซม์ของหัวใจเหล่านี้จะมีค่าต่ำกว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และระดับของ Brain Natriuretic Peptide (BNP) อาจสูงขึ้นได้ในผู้ป่วยบางราย โดยจะมีระดับสูงกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน³

การวินิจฉัยที่ดีที่สุดคือ การฉีดสีเข้าหลอดเลือดหัวใจ (cardiac angiography) วิธีนี้สามารถช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันออกไปได้ โดยจะไม่พบมีการอุดตันของเส้นเลือดหัวใจใด ๆ หรือพบมีการอุดตันเล็กน้อยที่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก ไม่เหมือนกับโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ในผู้ป่วยส่วนมากมักจะถูกวินิจฉัยว่าเป็น Takotsubo Cardiomyopathy จากวิธีนี้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ถูกสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันก่อนในเบื้องต้น จึงถูกส่งมาทำ cardiac angiography เกือบทุกราย

การทำ echocardiogram หรือการฉีดสีดูหัวใจห้องล่าง (ventricular angiography) ก็สามารถช่วยในการวินิจฉัยได้ โดยจะเห็นมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของหัวใจห้องล่างซ้าย ซึ่งไม่สัมพันธ์กับบริเวณของขอบเขตของกล้ามเนื้อหัวใจที่มีเส้นเลือดหัวใจเส้นใดเส้นหนึ่งไปเลี้ยง จะพบมีการเคลื่อนไหวที่น้อยลงหรือไม่เคลื่อนไหวเลยของหัวใจห้องล่างซ้ายบริเวณจุดยอดหัวใจ (apex) และบริเวณกลางห้องหัวใจ (mid ventricle) โดยบริเวณฐานของหัวใจ (base) จะยังเคลื่อนไหวได้ปกติหรือมากกว่าปกติ และการวัดความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction) จะมีค่าต่ำกว่าปกติ คือประมาณ 20-49%⁹ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ventricular angiography แสดงว่ามีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของหัวใจห้องล่างซ้าย

การถ่ายภาพรังสีแม่เหล็กไฟฟ้าของหัวใจ Cardiac Magnetic Resonance Imaging (MRI) อาจช่วยในการแยก Takotsubo Cardiomyopathy จากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบได้

โดยภาวะผิดปกติที่พบทั้งหมดนี้จะพบเป็นการชั่วคราวเท่านั้น จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ในเวลาต่อมา

การรักษา

ในขั้นแรกต้องประเมินและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในส่วน Airway, Breathing, Circulation ให้กลับมาเป็นปกติก่อน เนื่องจากในผู้ป่วยบางรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงของภาวะปอดบวม น้ำ ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะช็อกได้ จึงต้องรีบให้การรักษาเบื้องต้นอย่างทันที

จากนั้นเนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้มักมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่แยกไม่ได้อันโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ดังนั้น การรักษาควรเป็นไปในทางเดียวกันกับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน คือการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การให้ยาต้านเกล็ดเลือด เช่น aspirin ยาลดลิ่มเลือด ยาลดการบีบแน่นหน้าอก ยากลุ่ม beta-blocker เป็นต้น⁷ โดยยาต้าน beta-blocker นี้ยังเป็นที่ถกเถียงกันว่าควรให้ในผู้ป่วยได้หรือไม่ เพราะอาจทำให้ QT interval ยืดยาวมากขึ้นได้³

จากนั้นเนื่องจากยังไม่สามารถแยกโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันออกไปได้ แพทย์จึงอาจพิจารณาการรักษา reperfusion therapy เช่น Percutaneous Coronary Intervention หรือ fibrinolysis เป็นต้น แต่วิธีที่ดีที่สุดและจะสามารถช่วยแยกโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันออกจาก Takotsubo Cardiomyopathy ได้คือ การทำ cardiac catheterization จึงควรพิจารณาทำในผู้ป่วยที่สามารถทำได้ทุกราย

ส่วนการให้ fibrinolysis ในผู้ป่วย Takotsubo Cardiomyopathy นอกจากจะไม่ได้ประโยชน์แล้ว อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดูแลต่อการมีเลือดออกเพิ่มมากขึ้น⁵ แต่อย่างไรก็ตาม การสงสัยว่าผู้ป่วยเป็น Takotsubo Cardiomyopathy ก็ไม่อาจเป็นเหตุผลที่ดีพอในการไม่ให้ fibrinolysis ในผู้ป่วยที่จำเป็นได้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องการ fibrinolysis มักเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันจริง

เมื่อได้รับการวินิจฉัยอย่างแน่นอนแล้วว่าเป็น Takotsubo Cardiomyopathy หลักการรักษา คือ การรักษาประคับประคอง รวมทั้งการลดความเครียดทั้งทางอารมณ์และทางร่างกาย โดยอาจใช้หลักการรักษาเดียวกับการรักษาภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายสูญเสียความสามารถในการบีบตัว (left ventricular systolic dysfunction) เช่น การให้ยาต้าน angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI), Angiotensin II receptor antagonists (ARB), ยาต้าน beta-blocker และยาต้านเกล็ดเลือด เช่น aspirin เป็นต้น¹⁰ รวมทั้งอาจใช้ยาลดความเครียด (anxiolytic agents) ร่วมด้วยได้

ในผู้ป่วยที่มีอาการของหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย อาจให้ยาขับปัสสาวะ ยาต้าน ACEI, ARB ให้ออกซิเจน และนอนยกหัวสูง ถ้าผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากหัวใจล้มเหลว (cardiogenic shock) ก็อาจให้ยาช่วยกระตุ้นหัวใจ (inotropes) หรือ intra-aortic balloon pump

สำหรับระยะเวลาของการรักษานั้นยังไม่แน่ชัด โดยส่วนมากมักให้การรักษานานกว่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายจะกลับมาเป็นปกติ ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 1-4 สัปดาห์

แพทย์ควรทำการตรวจการทำงานและการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction) รวมทั้งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำอีก เมื่อ 6-8 สัปดาห์หลังจาก

ออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ซึ่งควรจะพบว่าหัวใจกลับมาทำงานได้เป็นปกติ และควรนัดติดตามต่อไปปีละ 1 ครั้ง

นอกจากนี้แพทย์อาจให้ยากลับ adrenergic blocker และ beta-blocker หรือทั้งสองกลุ่มร่วมกันในระยะยาวเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคได้⁷

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ การมีหัวใจฝั่งขวา ล้มเหลว และปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) นอกจากนั้น อาจพบภาวะช็อกจากหัวใจล้มเหลว (cardiogenic shock), ventricular fibrillation, ventricular tachycardia, หัวใจเต้นช้า เกิดลิ่มเลือดขึ้นในหัวใจห้องล่างซ้าย หรือผนังหัวใจห้องล่างซ้ายแตกได้

ในผู้ป่วย 16% เนื่องจากส่วนฐาน (base) ของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายมีการเคลื่อนไหวยาวกว่าปกติ ทำให้เกิดมีการอุดตันทางออกของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular outflow tract obstruction) และเกิดภาวะช็อก หรือลิ้นหัวใจไม่ตรึงรั้วตามมาได้⁸

การพยากรณ์โรค

โรคนี้มีอัตราการตายในโรงพยาบาลน้อยกว่า 2%¹¹ โดยความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของผนังห้องหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) จาก 20-49% จะสามารถกลับมาเป็น 59-76% ได้ภายในระยะเวลาเป็นสัปดาห์โดยเฉลี่ย 6-8 สัปดาห์ โดยประมาณ 95.9% จะพบว่าไม่มีความผิดปกติของห้องหัวใจหลงเหลืออยู่เลย³

โรคนี้พบโอกาสเกิดขึ้นซ้ำได้น้อย จากรายงานการติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษาเป็นปีก็พบมีการเกิดโรคซ้ำเพียง 10% เท่านั้น¹¹

เอกสารอ้างอิง

1. Sato H, Tateishi, H, Ushida, T; K Kodama, K Haze, and M Hon, editors. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm Clinical aspects of myocardial injury: from ischaemia to heart failure (in Japanese) 1990. Tokyo: Kagakuhyoironso Co:56-64.
2. Akashi YJ, Goldstein DS, Barbaro G, Ueyama T. Takotsubo cardiomyopathy: a new form of acute, reversible heart failure. Circulation 2008;118:2754-62.
3. Madhavan M, Prasad A. Proposed Mayo Clinic criteria for the diagnosis of Tako-Tsubo cardiomyopathy and long-term prognosis. Herz 2010;35:240-4.
4. Pilgrim TM, Wyss TR. Takotsubo cardiomyopathy or transient left ventricular apical ballooning syndrome: a systematic review. Int J Cardiol 2008;124: 283-92.
5. Barker S, Solomon H, Bergin JD, Huff JS, Brady WJ. Electrocardiographic ST-segment elevation: Takotsubo cardiomyopathy versus ST-segment elevation myocardial infarction—a case series. Am J Emerg Med 2009;27:220-6.
6. Prasad A, Lerman A, Rihal CS. Apical ballooning syndrome

(Tako-Tsubo or stress cardiomyopathy): a mimic of acute myocardial infarction. Am Heart J 2008;155:408-17.

7. Prasad A. Apical ballooning syndrome: an important differential diagnosis of acute myocardial infarction. Circulation 2007;115:56-9.
8. Kurowski V, Kaiser A, von Hof K, et al. Apical and mid ventricular transient left ventricular dysfunction syndrome (tako-tsubo cardiomyopathy): frequency, mechanisms, and prognosis. Chest 2007;132:809-16.
9. Nykamp D, Titak JA. Takotsubo cardiomyopathy, or broken-heart syndrome. Ann Pharmacother 2010;44:590-3.
10. Bybee Kevin A., MD; Kara Tomas, MD, PhD, Prasad Abhiram, MD, MRCP, Lerman Amir, MD, Barsness Greg W., MD, Wright R. Scott, MD, Rihal Charanjit S., MD. Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. Ann Intern Med 2004 Dec 7;141(11):858-65.
11. Elesber AA, Prasad A, Lennon RJ, et al. Four-year recurrence rate and prognosis of the apical ballooning syndrome. J Am Coll Cardiol 2007; 50:448-52.

การตรวจศพบ่งชี้ถึงสาเหตุและกระบวนการที่ทำให้ตายได้: รายงานผู้ตาย 1 ราย

Disclosure of Cause and Mechanism of Death by Full Autopsy: A Case Report

การชันสูตรพลิกศพจำเป็นต้องกระทำทำให้เป็นไปตามกฎหมาย ตามบทบัญญัติถึง “ข้อกำหนดหรือเงื่อนไขในการชันสูตรพลิกศพ” ตามมาตรา 148¹ แต่อย่างไรก็ตาม เพียงแต่การชันสูตรพลิกศพอย่างเดียวไม่สามารถที่จะทำให้ทราบถึง “สาเหตุที่ตายหรือเหตุการณ์แห่งการตาย” หรือ “กระบวนการที่เกิดขึ้นจนเป็นสาเหตุแห่งการตาย” ได้เสมอไป การที่จะทำให้ทราบถึงสาเหตุและกระบวนการที่ตายจำเป็นต้องทำการ “ผ่าศพตรวจอย่างละเอียด” อันเป็นไปตามมาตรา 151 และมาตรา 152 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญานั้นเอง² แต่แม้กระนั้นก็ตามก็ยังมียุคไม่น้อยที่ไม่สามารถหาสาเหตุการตายและเหตุการณ์แห่งการตาย (undetermined cause of death) ในเรื่องนี้ผู้เขียนได้รายงานผู้เสียชีวิตหนึ่งรายที่ดูเหมือนกับว่าจะเป็นตายจากอุบัติเหตุจราจร แต่แท้จริงมาจากรอคอยชีวิตของตนเองจากหัวใจขาดเลือด

.....การตายในผู้ตายรายนี้เมื่อรวบรวมจากประวัติและพยาธิสภาพที่ตรวจพบจากศพแล้ว ประมวลได้ว่า หัวใจของผู้ตายรายนี้อยู่ในสภาพที่ขาดเลือดมาเลี้ยง แต่ยังคงพอทนต่อสภาพดังกล่าวได้ในระดับหนึ่ง จนกระทั่งในวันเกิดเหตุที่อาจมีสภาพบางประการเกิดกับผู้ตาย (precipitating cause) เช่น ตกใจ เครียดจากเหตุหนึ่งเหตุใดในขณะที่ชั่งรถสามล้อ (ชาเล้ง) ทำให้หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงเฉียบพลัน ทำให้ตกลงมาจากรถสามล้อจนถูกนำตัวส่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลและได้รับการผ่าตัดสมอง ซึ่งในที่สุดก็ถึงแก่ความตายจากพยาธิสภาพของสมองนั่นเอง

กรณีอุทกาศ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ประวัติโดยรวม: (ภาพที่ 1)

ผู้ตายอายุ 60 ปีเศษ มีอาชีพซื้อขายของเก่า ถิ่นจกรยานสามล้อ (ชาเล้ง) ไปตามหมู่บ้านเพื่อรับซื้อและขายของเก่ามานาน วันเกิดเหตุวันที่ 18 พฤษภาคม ผู้ตาย ในขณะที่นั่งรถสามล้อ (ชาเล้ง) เป็นผู้ป่วย ถูกพบว่ามีอาการที่ริมถนน มีผู้ให้ประวัติว่า เห็นผู้ป่วยตกลงมาจากรถสามล้อถีบและนอนนิ่งไม่รู้สึกตัว เมื่อเข้าไปเพื่อช่วยเหลือก็พบว่า “ไม่รู้สึกตัว” จึงรีบตามมูลนิธิกู้ชีพแล้วนำส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช

ผู้ป่วยเมื่อแรกเข้าไม่รู้สึกตัว (คะแนนในการประเมิน Glasgow Coma Scale ได้ 3T เท่านั้น) แพทย์ได้ทำการตรวจร่างกายแล้วพบว่าผู้ป่วยมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมองส่วนหน้าทั้งสองข้าง (bifrontal subdural

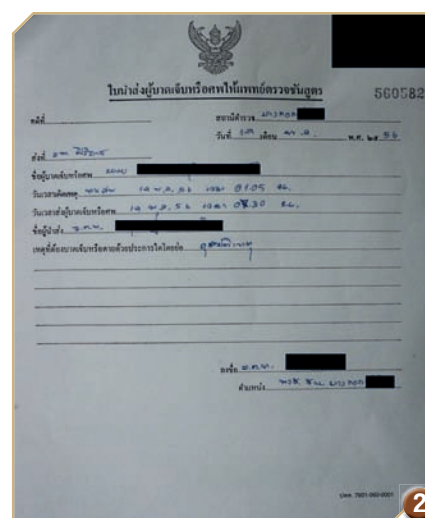


1

hematoma) อีกทั้งยังพบว่าเนื้อสมองส่วนหน้าซ้ายอย่างมาและมีรอยฉีกขาดร่วมด้วย ซึ่งการที่มีเลือดออกนั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะนำเลือดที่คั่งออก (craniectomy with clotted removal, both frontal lobes) ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวนับแต่หลังผ่าตัดสมองเป็นต้นมา

5 วันหลังการผ่าตัดผู้ป่วยเสียชีวิต และเนื่องจากเป็นกรณีสาเหตุที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากอุบัติเหตุ

จราจร หรือเกิดขึ้นโดยมีปรากฏสาเหตุอย่างแท้จริงประการหนึ่งประการใด (ตามมาตรา 148)¹ จึงจำเป็นต้องมีการชันสูตรพลิกศพและทำการตรวจศพอย่างละเอียดต่อมาเพื่อหาสาเหตุที่ตายและเหตุการณ์ที่ตายอย่างแท้จริงต่อไป โดยพนักงานสอบสวนจะส่งศพเพื่อการตรวจต่อไปโดย “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” (ภาพที่ 2)



2

หมายเหตุ:

ผู้เห็นเหตุการณ์ตามที่กล่าวถึงนั้นยืนยันว่า มีรถคันอื่นมาชนรถสามล้อถีบของผู้ตายหรือไม่ หรืออาจจะเป็นด้วยสาเหตุอื่นใด แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ตายจะมีได้ตาย ณ ที่ริมถนน (ถูกนำมาที่โรงพยาบาลแล้วก็ตาม) แต่การที่เหตุเกิดในที่สาธารณะโดยมีได้มีผู้เห็นกระจ่าง อีกทั้งพบว่า การตายของผู้ตาย “เกี่ยวเนื่องจากการที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง” และที่เกิดเหตุเป็นที่สาธารณะและไม่มีผู้เห็นเหตุการณ์อย่างชัดแจ้งจึงเข้าข่ายการต้องชันสูตรพลิกศพ¹

การตรวจศพ:

- ผู้ตายมีอายุประมาณ 65 ปี รูปร่างสันทัดถึงท้วม ผิวอย่างชาวเอเชีย ผมหงอกมากเนื่องจากถูกโกนออก เพราะได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำเลือดที่ออกจากใต้เยื่อหุ้มสมองตอนหน้าออกทั้งสองข้าง
- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกกลงสู่เบื้องต่ำหลังเสียชีวิตที่หลังได้ชัดเจน
- ผู้ตายไม่ไ้หนดและเครา แต่ยังพบขนาดของหนดเคราอย่างสั้น ๆ ได้ราว 0.3-0.5 เซนติเมตร
- ตรวจพบบาดแผลดังต่อไปนี้
 - บาดแผลฟกช้ำที่หนังศีรษะส่วนหลังมีลักษณะรอยขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5 เซนติเมตร
 - บาดแผลผ่าตัดเพื่อการรักษามีรอยจากบริเวณขมับขวาและซ้ายได้รับการเย็บแผลไว้เรียบร้อยแล้ว

- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียดตรง
- ไม่พบส่วนของแขนและขาผิดปกติ
- คอ รอบคอ ไม่พบลักษณะช้ำหรือการเคลื่อนของส่วนคอผิดปกติ

สภาพศพภายใน:

- ได้ชั้นหนังศีรษะส่วนหน้าและส่วนบนมีลักษณะช้ำอย่างมาก เนื่องจากบริเวณดังกล่าวได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะไว้
- กะโหลกศีรษะส่วนหลังด้านขวา (fracture of right occipital bone) แตกเป็นทางยาวประมาณ 8 เซนติเมตร
- กะโหลกศีรษะส่วนหน้าทั้งสองข้างได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะออก เพื่อการระบายเลือดที่คั่งออก ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 10 เซนติเมตร (bifrontal craniectomy with clotted removal)
- พบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางกระจายทั้งสองข้างกลีบหน้าของสมอง และส่วนบนของเนื้อสมองด้วย
- เนื้อสมองกลีบหน้าทั้งสองข้างมีลักษณะยุ่ยคล้ายเนื้อสมองจิกขาด (ภาพที่ 3 และภาพที่ 4)



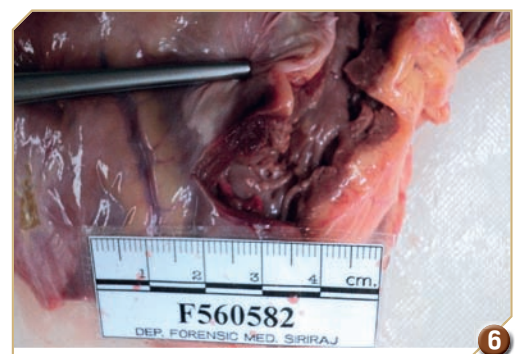
- พบเลือดออกในเนื้อสมองกระจายเป็นหย่อมเล็ก ๆ ทั่วไปทั้งในเนื้อสมองส่วนหน้า สมองส่วนข้าง และบริเวณฐานกะโหลกศีรษะ
- พบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นในกระจายทั่วไปทั้ง 2 กลีบข้างของสมองและที่ฐานสมองลงไปจรดที่น้ำในไขสันหลัง
- เนื้อสมองบวมและช้ำอย่างมาก
- หน้าตัดของเนื้อสมองกลีบหน้าด้านขวามีหย่อมเลือดออกค่อนข้างใหญ่น่าจะประมาณ 1.5 เซนติเมตร
- ซีโรงด้านซ้ายที่ 2-6 หักด้านข้างของหน้าอก
- ซีโรงด้านขวาที่ 1-6 หักที่บริเวณส่วนข้างของอก

- ปอดทั้งสองข้างคั่งเลือด ช้ำเล็กน้อยและมีลักษณะที่ติดกับผนังด้านในของช่องอก ด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวกันแต่ไม่พบพยาธิสภาพแห่งโรคติดเชื้อใหม่ชัดเจนพบได้ชัดที่ปอดซ้าย

- พบของเหลวสีแดงในช่องอกทั้งสองข้าง พบว่ามีปริมาณน้อยกว่า 20 ลบ.ซม.
- หัวใจมีขนาดอยู่ในเกณฑ์โตกว่าปกติเล็กน้อย
- ตรวจพบหย่อมที่ผิดปกติที่หัวใจดังนี้ (ภาพที่ 5)



- ก. หย่อมสีแดงคล้ำเข้มที่ผนังด้านหลังของหัวใจห้องล่างขวา เมื่อผ่าหน้าตัดของกล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าวพบว่ามีเลือดออกในกล้ามเนื้อ มีอาณาบริเวณเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2 เซนติเมตร อย่างชัดเจน ลักษณะเกิดจากหัวใจบริเวณดังกล่าวมีเลือดออกจากการขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างเฉียบพลัน (ภาพที่ 6)

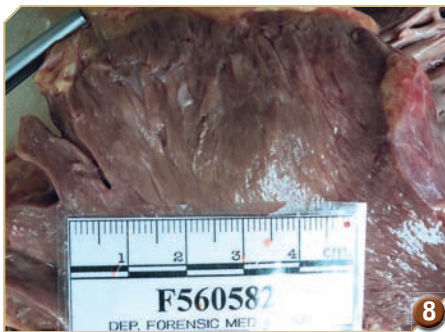


- ข. ปั่นสีขาวที่ด้านหลังของหัวใจห้องล่างซ้าย เมื่อผ่าหน้าตัดของกล้ามเนื้อที่บริเวณผนังกันกลางหัวใจห้องล่างซ้ายและขวา (interventricular septum) แล้วพบว่ามีปั่นสีขาว ลักษณะของกล้ามเนื้อหัวใจตายเก่าและเปลี่ยนสภาพเป็นพังผืดให้เห็นอย่างชัดเจน (ภาพที่ 7)

- ตรวจจกล้ามเนื้อหัวใจต่อเนื่องยังพบปั่นขาวที่ใกล้บริเวณยอดของหัวใจ (apex) บางส่วน
- เมื่อตรวจเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจพบว่า
 - ก. หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจด้านซ้าย (anterior



descending branch of left coronary artery) มีสภาพการตีบ (stenosis) อย่างมากและบางช่วงยาวกว่าร้อยละ 95 (segmental stenosis) (ภาพที่ 8)



ข. หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจเส้นขวา (right coronary artery) และเส้นซ้ายวงหลัง (left circumflex artery) อยู่ในสภาพที่ค่อนข้างปกติ ตีบไม่ถึงร้อยละ 50

- กระเพาะอาหารพบอาหารเหลือสีเหลืองคล้ำประมาณ 50 ลบ.ซม.
- ตับ ม้าม ไต และลำไส้ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบพยาธิสภาพที่จะเป็นสาเหตุแห่งการตาย
- กระดูกเชิงกรานและกระดูกสันหลังอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ไม่พบน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ
- ไม่พบกระดูกแขนและขาหัก

สาเหตุการตาย:

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงทำให้หัวใจหยุดทำงาน

พฤติการณ์ที่ตาย:

เหตุการณ์ฆาตกรรมจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประวัติผู้ตายมีสภาพแห่งความเสี่ยงจากอุบัติเหตุจราจร:

ผู้ตายรายนี้เป็นชายอายุ 65 ปี รูปร่างถือว่าอยู่ในเกณฑ์สันตติ แม้ว่าจะตัวมั่งก็เล็กน้อยเท่านั้น รูปร่างต้องถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีพยาธิสภาพที่อาจสังเกตได้จากภายนอก

จากประวัติที่ผู้ตายรายนี้ถูกรถสามล้อ (ซาเล้ง) มาตามถนน แล้วก็ล้มลง จนมีผู้นำส่งที่โรงพยาบาลนั้น ยังไม่สามารถที่จะยืนยัน

ได้ว่าเป็นเช่นนั้นจริงหรือไม่ อาจเกิดจากการที่ผู้ตายถูกรถอื่นเฉี่ยวชน เช่น กำลังลงมาจัดของหรือเดินอยู่ข้างรถสามล้อเพื่อเหตุผลประการหนึ่งประการใดก็ได้

การบาดเจ็บข้างทางสาธารณะกับการช่วยชีวิต:

แม้ว่าผู้ตายรายนี้จะถูกนำส่งมาเพื่อการรักษาที่โรงพยาบาล (ขณะที่มาถึงโรงพยาบาล ในระยะแรกยังไม่เสียชีวิต) แพทย์จึงรีบทำการขบวนการกู้ชีพและตรวจผู้ป่วยซึ่งได้ทราบถึงสาเหตุแห่งการบาดเจ็บว่ามีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองที่บริเวณเนื้อสมองกลีบหน้าทั้งสองข้าง และได้ทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำเอาเลือดที่ออกใต้เยื่อหุ้มสมองที่ค้างอยู่นั้นออกเสีย ซึ่งสามารถทำการผ่าตัดได้สำเร็จแต่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวมาโดยตลอด

ผู้ป่วยรายนี้ต้องถือว่า “อยู่ในสภาพที่เป็นอันตรายซึ่งอาจถึงแก่ชีวิตได้” ทางแพทย์ต้องถือว่า “อยู่ในสภาพฉุกเฉิน” ซึ่งต้องดำเนินการให้เป็นไปตาม

ก. ข้อ 4 แห่งคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย²

“ข้อ 4 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่”

ข. มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550³

“มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นไม่ได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้งหรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

(๒) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้”

ค. มาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551⁴

มาตรา 28 เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้นำหน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักการดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(๒) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้น ก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วย

ฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือความรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

(๓) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกันการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันทีทันใด

หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง

จ. มาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายอาญา⁵

“มาตรา 374 ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิตซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่นแต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

ในผู้ป่วยรายนี้ต้องถือว่าแพทย์ได้ดำเนินการทางการแพทย์ (รวมถึงการผ่าตัด) ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

การชันสูตรพลิกศพ:

ผู้ป่วยเสียชีวิตใน 5 วันต่อมา เนื่องจากสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (ที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว) แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในรายนี้จะเป็นการตายเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง (ในเนื้อสมอง) ก็ตาม แต่ต้องถือว่าเป็นการตายที่เป็นผลตามธรรมดา ตามมาตรา 63 แห่งประมวลกฎหมายอาญานั้นเอง ซึ่งต้องถือว่าเป็นการตายสืบเนื่องจากการที่ผู้ตาย “ถูกพบที่ริมถนนและนำส่งมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลในสภาพที่ไม่รู้ตัว” จึงเข้าข่ายการตายผิดธรรมชาติประเภทหนึ่งด้วย จึงจำต้องดำเนินการจัดให้มี “การชันสูตรพลิกศพ” โดยแพทย์และพนักงานสอบสวนแห่งสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่นั้น

การดำเนินการต่อเนื่องหลังการชันสูตรพลิกศพ:

หลังจากการชันสูตรพลิกศพแล้ว ผู้ตายรายนี้ได้ถูกนำมาเพื่อการตรวจต่อ (จากหอผู้ป่วยไอซียู มาที่ห้องตรวจศพ) และได้ทำการผ่าศพตรวจต่อ (ตามมาตรา 152 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา) ซึ่งจากการตรวจศพในผู้ตายรายนี้ ทำให้เกิดความกระจ่างขึ้น

การตรวจพบพยาธิสภาพจากศพ:

ในการผ่าศพตรวจนั้นได้พบพยาธิสภาพที่สำคัญอยู่ 2 ตำแหน่ง อวัยวะคือ

1. สมอง: พบว่า

มีเนื้อสมองบวมและพยาธิสภาพ

● มีเนื้อสมองกลีบหน้าทั้งสองข้างฉีกขาดและมีเลือดออกเป็นบริเวณเล็ก ๆ ในเนื้อสมองกลีบหน้าทั้งสองข้าง

● มีเลือดออกในเนื้อสมองกลีบหน้าด้านขวาเป็นหย่อมใหญ่ราว 1.5 เซนติเมตร

2. หัวใจ: พบว่า

ก. หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตอนหน้า (anterior descending branch of left coronary artery) มีลักษณะตีบอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นถึงการจำกัดของการนำเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายและบริเวณผนังระหว่างหัวใจห้องล่างทั้งสองห้อง

ข. กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาส่วนหลังพบว่ามีหย่อมเลือดออกอย่างชัดเจน (ไม่พบตอนหน้า) แสดงถึงการที่มีสภาวะการขาดเลือดมาเลี้ยงบางส่วน

ค. กล้ามเนื้อหัวใจส่วนผนังกันระหว่างหัวใจสองห้องล่าง (interventricular septum) พบว่ามีปื้นซีดลักษณะจากเนื้อเยื่อพังผืดที่เปลี่ยนสภาพมาจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และมีการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอตามธรรมชาติ

กระบวนการที่ทำให้ถึงแก่ความตาย:

การตายในผู้ตายรายนี้เมื่อรวบรวมจากประวัติและพยาธิสภาพที่ตรวจพบจากศพแล้ว ประมวลได้ว่าหัวใจของผู้ตายรายนี้อยู่ในสภาพที่ขาดเลือดมาเลี้ยง แต่ยังคงพอทนต่อสภาพดังกล่าวได้ในระดับหนึ่ง จนกระทั่งในวันเกิดเหตุที่อาจมีสภาพบางประการเกิดกับผู้ตาย (precipitating cause) เช่น ตกใจ เครียดจากเหตุหนึ่งเหตุใดในขณะที่ยืนรถสามล้อ (ชาเล้ง) ทำให้หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงเฉียบพลัน ทำให้ตกลงมาจากรถสามล้อจนถูกนำตัวส่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลและได้รับการผ่าตัดสมอง ซึ่งในที่สุดก็ถึงแก่ความตายจากพยาธิสภาพของสมองนั่นเอง

สรุปพฤติการณ์แห่งการตาย:

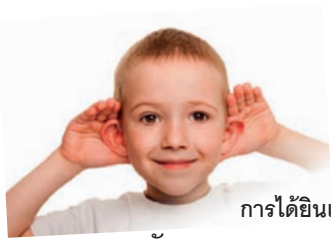
พยานหลักฐานทางการแพทย์จากผู้เสียชีวิตรายนี้สามารถแสดงให้เห็นได้ถึงพฤติการณ์แห่งการตายว่า “เป็นการตายตามธรรมชาติ (จากโรค)” โดยสาเหตุเริ่มต้นจากหัวใจ

สรุป

การตายที่เกิดขึ้นในที่สาธารณะอย่างเฉียบพลันต้องถือว่าเป็น “การตายผิดธรรมชาติ” แม้ว่าการตายดังกล่าวจะมีสาเหตุโดยทันทีดังเช่นในกรณีตามอุทาหรณ์ข้างต้นที่เสียชีวิตในเวลาถึง 5 วันต่อมา แต่ในทางกฎหมายถือว่าเป็น “ผลธรรมดาที่อาจเกิดขึ้นได้” จึงต้องทำการชันสูตรพลิกศพเมื่อผู้ตายถึงแก่ความตาย ซึ่งทำให้เป็นที่ประจักษ์ว่าสาเหตุแห่งการตายเป็นเหตุตามธรรมชาติที่เกิดจากการที่หัวใจขาดเลือดทำให้ผู้ตายได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองจนทำให้เสียชีวิตและพฤติการณ์แห่งการตายในผู้ตายรายนี้ก็คือ “การตายจากเหตุธรรมชาติ” นั่นเอง จึงเห็นได้ว่าบทบัญญัติของกฎหมายในเรื่องการชันสูตรพลิกศพและการตรวจศพนั้นมีความสำคัญ และทำให้เกิดความกระจ่างในการตาย (เสียชีวิตได้) ทำให้ชีวิตของผู้ที่อยู่ในสังคมถูกพิทักษ์ไว้ด้วยความมุ่งหมายของกฎหมายตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2542.
3. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๔/ตอนที่ ๑๖ ก/หน้า ๑/๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐.
4. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก, ๖ มีนาคม ๒๕๕๑
5. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>



การได้ยินเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการพูดและพัฒนาการทางภาษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 3 ขวบปีแรก โดยส่วนใหญ่ความผิดปกติทางภาษาและพัฒนาการพูดซ้ำในเด็กมักเกิดจากความบกพร่องทางการได้ยิน นอกจากนี้ยังมีผลวิจัยพบว่า การได้ยินบกพร่องมีผลกระทบต่อการศึกษา การสื่อสาร ความจำ พฤติกรรม การพัฒนาทางอารมณ์และสังคม ความสามารถในการเรียน สถิติสำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า ทารกแรกเกิด 1,000 คน จะมีทารกแรกเกิดที่การได้ยินบกพร่องประมาณ 1-2 คน และพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 10-20 เท่าในทารกแรกเกิดที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการได้ยินบกพร่อง ในประเทศไทยมีการศึกษาอุบัติการณ์ภาวะการได้ยินบกพร่องในทารกแรกเกิดเท่ากับ 1.7 ต่อทารกคลอดมีชีพ 1,000 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่า อุบัติการณ์ของการได้ยินบกพร่องในประเทศไทยใกล้เคียงกับรายงานจากต่างประเทศ

พญ.ศิริภรณ์ สุวสีตวร ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (ร.พ.เด็ก) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า “ในฐานะที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีเป็นสถาบันหลักของกระทรวงสาธารณสุข ในการให้การดูแลรักษาสุขภาพเด็กไทย และสานต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพลูกหลาน โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้เล็งเห็นถึงปัญหาในเรื่องพัฒนาการของเด็กที่มีปัจจัยจากการได้ยิน จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการค้นหาค่าความพิการทางการได้ยินและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินสำหรับเด็กเล็ก เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาช่วยเหลือให้เด็กที่มีภาวะสูญเสียการได้ยินได้มีโอกาสพัฒนาด้านภาษา การสื่อความหมายที่ดีขึ้น และเพิ่มโอกาสการเรียนรู้เพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของแพทย์โสต ศอ นาสิก และแพทย์ทั่วไป และทำการเผยแพร่และสร้างเครือข่ายโครงการดังกล่าวเพื่อเป็นประโยชน์แก่ประชากรเด็กไทย”



ปัจจุบันกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (ร.พ.เด็ก) ได้มีการให้บริการตรวจวินิจฉัยภาวะสูญเสียการได้ยินโดยเครื่องมือตรวจวัดการได้ยินระดับก้านสมอง ซึ่งเป็นการตรวจวินิจฉัยที่จำเป็นในการวินิจฉัยภาวะสูญเสียการได้ยินในเด็กเล็ก อีกทั้งทางสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีเป็นหน่วยงานตติยภูมิที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ในการให้การวินิจฉัยและให้การรักษาเด็กเบื้องต้นทั้งประเทศอย่างเป็นระบบ



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี นำร่องกิจกรรม “ลดคิวตรวจหู ให้รู้ว่หนูได้ยินเสียงไหม”

โดยผู้ป่วยที่ส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัยด้านโสต ศอ นาสิก มีจำนวนต่อปีราว 16,000 ราย และในแต่ละปีนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเด็กอีกจำนวนมากที่ยังรอรับบริการการวินิจฉัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีจึงจัดโครงการ “ลดคิวตรวจหู ให้รู้ว่หนูได้ยินเสียงไหม” โดยมีเป้าหมายเพื่อลดคิวการตรวจวินิจฉัยให้เป็นไปอย่างทั่วถึงทันต่อปัญหา ซึ่งโครงการดังกล่าวได้รับการสนับสนุนโดยสโมสรซอนต้ากรุงเทพ 3 ที่เล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพเด็กไทย

พญ.ภาวินี อินทธรณ์ กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กล่าวเพิ่มเติมว่า “จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาที่กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก ปี พ.ศ. 2552-2554 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจการได้ยินระดับก้านสมองเพื่อหาความผิดปกติของการได้ยิน อันดับแรกของสถาบันคือ ผู้ป่วยที่มีพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสารที่ช้า โดยพบว่ามีภาวะสูญเสียการได้ยินร้อยละ 18.1 นั่นอาจหมายความว่าทารกเหล่านี้อาจมีโอกาสดังกล่าวได้เป็นคนที่พิการทางการได้ยินหรือการพูด หรือมีความบกพร่องในการเรียนรู้ในอนาคต”

เนื่องจากทารกแรกเกิดหรือเด็กเล็กยังไม่สามารถบอกได้ว่าเขาได้ยินเสียงหรือไม่ การตรวจวินิจฉัยเด็กที่มีการได้ยินบกพร่องตั้งแต่อายุยังน้อย พร้อมทั้งให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อสารได้ ผู้ปกครองควรตระหนักและพาเด็กไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหู คอ จมูก ทันทีที่สงสัยว่าเด็กมีการได้ยินผิดปกติ หรือมีพัฒนาการทางภาษาล่าช้ากว่าเด็กวัยเดียวกัน อาทิ เด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ไม่สะอื้นดังตักใจเวลามีเสียงดัง ไม่หันหาเสียง เด็กอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 1 ปี แต่ไม่ตอบสองต่อเสียง เรียกชื่อไม่หัน ไม่เข้าใจคำสั่งง่าย ๆ เด็กอายุระหว่าง 1 ปี 8 เดือน ถึง 2 ปี แต่ยังไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายได้ สำหรับผู้ปกครองที่ต้องการรับบริการการตรวจคัดกรองการได้ยิน สามารถพาลูกน้อยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยได้ที่สถานพยาบาลใกล้บ้านทั่วประเทศ

คุณพูลศรี จงแสงทอง นายกสโมสรซอนต้ากรุงเทพ 3 กล่าวถึงการสนับสนุนโครงการ “ลดคิวตรวจหู ให้รู้ว่หนูได้ยินเสียงไหม” ครั้งนี้ว่า “ซอนต้าสากล นับเป็นองค์กรระหว่างประเทศที่ให้บริการด้านสาธารณสุขที่ไม่หวังผลประโยชน์ทางธุรกิจหรือใด ๆ โดยต้องการเข้าช่วยเหลือสังคมพร้อมมุ่งมั่นในการยกระดับสถานภาพของสังคม ภายใต้วัตถุประสงค์ที่ต้องการบริหารจัดการและจัดหาทุนหรือเงินช่วยเหลือต่าง ๆ ผ่านกองทุนต่าง ๆ ที่สโมสรจัดทำขึ้น ซึ่งครั้งนี้นับเป็นโอกาสอันดีที่ทางสโมสรซอนต้าได้ช่วยเหลือสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีผ่านโครงการ “ลดคิวตรวจหู ให้รู้ว่หนูได้ยินเสียงไหม” โดยจัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้สำหรับการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยลดคิวในการตรวจคัดกรองป้องกันแก้ไขความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ ในเด็กตั้งแต่อายุยังน้อยอย่างเป็นระบบ เพราะเล็งเห็นโอกาสในการยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กเล็ก ซึ่งเป็นฟันเฟืองสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและความมั่นคงของชาติในอนาคต”



คุณสุธรรม เยี่ยมสวัสดิ์



ต่ำลงเรื่อย ๆ จึงเกิดแนวคิดที่จะสร้างอุปกรณ์บริหารปอดจากขวดพลาสติกขึ้นมา เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่ใส่เบา ทำความสะอาดได้ง่าย หาได้ใกล้ตัว พกพาสะดวก และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยสามารถประดิษฐ์เองได้ ซ่อมเองได้ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และสนใจให้ใช้ เนื่องจากสร้างมาด้วยมือของตัวเอง ไม่ใช่แค่ซื้อมา ซึ่งแนวคิดดังกล่าวว่าจะออกมาเป็นรูปเป็นร่างใช้เวลาประมาณ 1 ปี

ขวดเป่าบริหารปอดใช้ได้กับทั้งผู้ป่วยที่มีความแข็งแรงของปอดมากและน้อย โดยจะมีวาล์วปรับสร้างแรงต้านที่มีความเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามความแข็งแรงปอดผู้ป่วย เมื่อเป่าได้เท่าไรก็กำหนดจุดไว้ หากเป่าครั้งต่อไปได้มากกว่าก็จะเป็นการบอกได้ว่า ได้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น

ทั้งนี้อุปกรณ์ดังกล่าวประดิษฐ์ขึ้นหลายรูปแบบ เพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้น เช่น สำหรับผู้ป่วย COPD และผู้ป่วยโรคจากการสูบบุหรี่ หรือถุงลมโป่งพอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความปอดเล็ก จะมีวิธีการบริหารทางกายภาพที่เรียกว่า Purse-Lip breathing คือการหายใจเข้าทางจมูกยาว ๆ แล้ว

“ขวดเป่าบริหารปอด”

ผลงานวิจัยจาก ร.พ.สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

โรคหอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ผู้ป่วยจะมีภาวะการหายใจลำบาก ไอ เหนื่อยหอบ หากมีอาการกำเริบมากขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นการสนับสนุนการรักษา การฝึกบริหารปอดมีหลายวิธีด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นการใช้เครื่องช่วยบริหารปอด Triflow แต่มีปัญหาสำหรับผู้มีขนาดปอดเล็ก เนื่องจากตัวเครื่องไม่สามารถปรับระดับความยากได้ จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายเป่าไม่ขึ้นจนเกิดความเบื่อหน่าย ด้วยเหตุนี้ **คุณสุธรรม เยี่ยมสวัสดิ์** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี จึงได้หยิบของใกล้ตัวอย่างขวดน้ำพลาสติกมาประดิษฐ์จนกลายเป็น “ขวดเป่าบริหารปอด (SK 17th Lung Exercise)” เพื่อเป็นอีกหนึ่งวิธีในการบริหารปอด สามารถปรับระดับตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย โดยทำให้ผู้ป่วยสนุก เพลิดเพลินกับการฝึกบริหารปอด ไม่เกิดความเบื่อหน่าย และหากผู้ป่วยทำอย่างต่อเนื่องพอเหมาะจะทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น

คุณสุธรรม กล่าวว่า “ในคลินิก COPD และคลินิกโรคหอบหืดจะมีผู้ป่วยที่มาฝึกทักษะการบริหารปอด ซึ่งผู้ที่มีความแข็งแรงของปอด (ค่า peak flow) ต่ำกว่าเกณฑ์จะต้องมีการฝึกบริหารปอด โดยทั่วไปจะมีการใช้เครื่อง Triflow ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ผู้ที่มีความแข็งแรงของปอดน้อยจะเป่าไม่ขึ้น เนื่องจากไม่สามารถปรับระดับได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ไม่อยากบริหารปอด ทำให้ค่า peak flow ยิ่ง

หายใจออกโดยการห่อปากรีดลมออกมาให้ยาว เพื่อให้ปอดสัมผัสกับออกซิเจนได้นาน ๆ จึงนำเอาวิธีการหายใจแบบ Purse-Lip breathing มาประยุกต์กับอุปกรณ์ชิ้นนี้ โดยการปรับวาล์วให้แคบลงแทนการห่อปาก ติดก้นให้ผู้ป่วยมองเห็นการเคลื่อนไหวของใบก้นแทน โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ แล้วเป่าแบบรวกระเซ็น เพื่อให้ก้นหมุนนาน ๆ คือให้ผู้ป่วยพยายามเล่นกับลมหายใจของตัวเอง อุปกรณ์อีกรูปแบบหนึ่งคือ บางครั้งสิ่งแวดล้อม





อย่างลุ่มอาจมารบกวนในการเป่า ทำให้ผู้ป่วยเป่าไม่ขึ้น จึงได้นำวาล์วและก้านใส่เข้าไปในขวดเลย ผู้ป่วยสามารถปรับแรงดันได้ที่ปากขวด นอกจากนี้ยังมีแบบขนาดเล็กพกพาสะดวก และแบบขนาดใหญ่สำหรับผู้ที่มีความแข็งแรงของปอดมาก เป็นต้น”

การดำเนินการ ตั้งสมมติฐานค่าความแข็งแรงของปอด (ค่า peak flow) หลังการใช้การเป่าขวดบริหารปอดมีค่าสูงขึ้น โดยกำหนดกลุ่มประชากรตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวม 96 คน แบ่งเป็นบุคคลทั่วไปที่มีค่า peak flow ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 35 คน ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีค่า peak flow ไม่เกิน 250 จำนวน 55 คน ผู้ป่วย COPD ที่มีค่า peak flow น้อยกว่า 250 จำนวน 6 คน เริ่มการดำเนินการโดย 1. วัดความแข็งแรงของปอดกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง 2. ให้ผู้ป่วยเป่าขวดบริหารปอดเปรียบเทียบกับ peak flow เพื่อรับลื่นวาล์วที่เหมาะสม 3. ฝึกทักษะการเป่า แนะนำให้เป่าอย่างน้อยวันละ 100-200 ครั้ง ทุกวัน ติดตามผล กระตุ้นเตือน 4. ครบ 2 เดือน วัดความแข็งแรงปอดเปรียบเทียบกับก่อน-หลังการทดลอง

ผลการทดลอง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภท หลังใช้ขวดเป่าบริหารปอด

ประเภทกลุ่มตัวอย่าง	ความแข็งแรงของปอดวัดจากการเป่า peak flow						รวม	ร้อยละ
	เพิ่มขึ้น	ร้อยละ	ไม่เปลี่ยนแปลง	ร้อยละ	ลดลง	ร้อยละ		
บุคคลทั่วไป	31	88.6	3	8.6	1	2.9	35	33.6
ผู้ป่วยโรคหอบหืด	42	76.4	5	9.1	8	14.5	56	52.8
ผู้ป่วย COPD	6	100	0	0	0	0	6	5.6
รวม	79	82.3	8	8.3	9	9.4	96	100

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแข็งแรงของปอดก่อนและหลังการใช้ขวดเป่าบริหารปอด (n = 96)

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	S.D.	T	p-value
ก่อนใช้ขวดเป่าบริหารปอด	236.46	87.47	8.44	< 0.001
หลังใช้ขวดเป่าบริหารปอด	280.94	104.96	-	-

อภิปรายผล: จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired T-test พบว่าความแข็งแรงของปอดผู้ป่วยโรคหอบหืด COPD และบุคคลทั่วไปภายหลังใช้ขวดเป่าบริหารปอด (mean = 280.94, S.D. = 104.96) สูงกว่าก่อนใช้ขวดเป่าบริหารปอด (mean = 236.46, S.D. = 87.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สรุปผล: จากผลการฝึกเป่าขวดบริหารปอดในผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้ป่วยโรค COPD และประชาชนทั่วไปมีสมรรถภาพปอดดีขึ้น

“ขวดเป่าบริหารปอดสามารถนำไปใช้กับบุคคลทั่วไป และผู้ป่วยที่ต้องการเพิ่มสมรรถภาพปอด โดยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ป่วย หากขยันเป่าอย่างน้อยวันละ 100-200 ครั้ง ผู้ป่วยจะมีสมรรถภาพของปอดดีขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้ทดลองใช้กว่า 100 คน ทั้งจากคลินิก COPD โรคหอบหืด รวมทั้งคลินิกวัณโรค ให้ผลตอบรับดี เนื่องจากอุปกรณ์ดังกล่าวตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายจึงทำให้ผู้ป่วยสนใจและเกิดความพึงพอใจด้วย โดยได้รับรางวัลชนะเลิศจากการประกวดนวัตกรรมระดับจังหวัดของจังหวัดสุพรรณบุรี และรางวัล Popular vote ในงาน R2R ที่จังหวัดนครปฐม สำหรับก้าวต่อไปจะพยายามพัฒนารูปแบบให้แน่นอนกว่านี้ก่อนจะจดลิขสิทธิ์ และพัฒนาในเชิงอุตสาหกรรมต่อไป โดยจะปรับปรุงในเรื่องของรูปทรงการปรับวาล์ว และมีเครื่องมือวัดผลที่แน่นอน แต่ยินดีเผยแพร่ให้แก่ผู้ที่สนใจด้วย”

คุณสุธรรม กล่าวทิ้งท้าย



คณะแพทย จุฬาฯ เปิดตัว “เข็มนวันอาณันทมหิดล” นำทัพหารายได้สมทบทุนกองทุนผู้ป่วยยากไร้

คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดงาน

“น้ำใจ...สร้างกุศล” เปิดตัว “เข็มนวันอาณันทมหิดล” พ.ศ. 2556 เนื่องในวันคล้ายวันสวรรคต 9 มิถุนายน เพื่อน้อมเกล้าน้อมกระหม่อมถวายราชสดุดีเฉลิมพระเกียรติ พระบรมราชานุสาวรีย์ พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล พระอัฐมรามาธิบดินทร (แห่งใหม่) ลานอาณันทมหิดล อาคาร อปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมี รศ.นพ.โสภณ นภาธร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นประธาน และได้รับเกียรติจากแขกรับเชิญ อาทิ คุณหญิงวรรณา สิริวัฒนภักดี, พญ.เจรีญ จันทกรมล, พญ.นลินี ไพบูลย์ ผู้บริหารธนาคารและห้างสรรพสินค้าชั้นนำ รวมทั้งศิลปินดารานักร้อง และนิสิตแพทย์ ร่วมเดินสายรับบริจาค

รศ.นพ.โสภณ นภาธร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า “แพทย์จุฬาฯ ซึ่งถือกำเนิดขึ้นมาจากพระราชปราชญ์ของ **พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล พระอัฐมรามาธิบดินทร** นั้น ปัจจุบันมีอายุล่วงนับเป็นปีที่ 66 แล้ว และตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา แพทย์จุฬาฯ ทุกรุ่นต่างสืบสานพระราชปณิธานในการช่วยเหลือประชาชนด้วยคุณธรรมเสมอมา ตามคำขวัญที่ว่า **แพทย์จุฬาฯ คู่ภาคชาติไทย วิชาการก้าวไกลสู่สากล รับผิดชอบต่อคุณธรรม** ดังนั้น ไม่ว่าแพทย์จุฬาฯ จะปฏิบัติหน้าที่อยู่ ณ ที่แห่งใดก็ตาม ต่างมุ่งมั่นปฏิบัติหน้าที่โดยมุ่งหมายเอาความสุขของชุมชนเป็นสำคัญตลอดมา”

รศ.นพ.สมชาย ธนวัฒนาเจริญ รองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า “คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ถือกำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2490 จากพระราชปราชญ์ของ **พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล พระอัฐมรามาธิบดินทร พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 8 แห่งพระบรมราชจักรีวงศ์** ที่ทรงต้องการให้ผลิตแพทย์เพิ่มมากขึ้นให้เพียงพอที่จะช่วยเหลือประชาชน ต่อมาในปี พ.ศ. 2528 ได้มีการจัดสร้างพระบรมราชานุสาวรีย์ขึ้นในปัจจุบันประดิษฐาน ณ บริเวณลานด้านหน้าอาคาร อปร. โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดสร้างขึ้นเพื่อเป็นการรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณ อันเป็นอนุเคราะห์ โดยการ**พระราชทานกำเนิดแพทย์จุฬาฯ**”

รศ.นพ.สมชาย กล่าวต่ออีกว่า “คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยฝ่ายกิจการนักศึกษา ได้ดำเนิน



การจัดทำ “เข็มนวันอาณันทมหิดล” มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ. 2529 โดย รศ.นพ.ปริดา ทักสินประดิษฐ์ รองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา ในขณะนั้น แรกเริ่มได้มีการจัดทำขึ้นในรูปแบบของสติ๊กเกอร์ก่อน ต่อมาได้มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบอย่างหลากหลาย จนกระทั่งมาเป็นรูปแบบเข็มนวันอาณันทมหิดลในปัจจุบัน ซึ่งการดำเนินงานทั้งหมดอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสโมสรนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีฝ่ายกิจการนิสิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้ดูแล”

“เข็มนวันอาณันทมหิดล พ.ศ. 2556 ได้รับพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้อัญเชิญภาพพระบรมราชานุสาวรีย์ พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล พระอัฐมรามาธิบดินทร มาใช้โดยปรากฏอยู่ด้านบนพื้นสีขาว ภายในกรอบแปดเหลี่ยมของสีแดง และเนื่องจากวันที่ 9 มิถุนายนปีนี้ตรงกับวันอาทิตย์จึงใช้สีแดงอันเป็นมงคลประจำวันอาทิตย์ และมีพระเกียรติของตราสัญลักษณ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอยู่ด้านบน อีกทั้งการจัดทำเข็มนวันอาณันทมหิดลนี้ นอกจากจะเป็นกิจกรรมเฉลิมพระเกียรติ และเผยแพร่พระเกียรติคุณ พระมหากรุณาธิคุณ ยังมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อการหารายได้สนับสนุน **“มูลนิธิอาณันทมหิดล”** และ **“มูลนิธิสงเคราะห์เด็ก”** สภาภาคชาติไทย รวมทั้งนำไปช่วยเหลือ **“พระภิกษุอาพาธและผู้ป่วยยากไร้”** โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาภาคชาติไทย อีกด้วย” รศ.นพ.สมชาย กล่าวทิ้งท้าย

ทั้งนี้งาน “น้ำใจ...สร้างกุศล” งานเปิดตัว “เข็มนวันอาณันทมหิดล” พ.ศ. 2556 ที่จัดขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอและรณรงค์ **“เข็มนวันอาณันทมหิดล”** สู่นักเรียน เพื่อให้เป็นที่ยอมรับในวงกว้างโดยทั่วไป พร้อมทั้งเป็นการเปิดการรณรงค์ขอรับบริจาค **“เข็มนวันอาณันทมหิดล”** ด้วยการรวมพลังนิสิตแพทย์ จุฬาฯ จำนวน 500 คน ทำการรณรงค์และออกมารับบริจาคจำนวน 70 หน่วย ใน 4 สาย ได้แก่ สายสีลม-สามย่าน, สายสยาม-ราชประสงค์, สายสุขุมวิท และสายรถไฟฟ้า BTS และรถไฟฟ้าใต้ดิน MRT โดยได้รับความร่วมมือบริจาคเงินสมทบทุนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน พร้อมทั้งดารานักร้องที่ร่วมในการออกมารับบริจาคพร้อมกับนิสิตแพทย์อย่างคับคั่ง



สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย จัดอบรมวิชาการโรคต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 28 ชูความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีที่ทันสมัย

โรคในระบบต่อมไร้ท่อเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ ปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีเกี่ยวกับโรคในระบบนี้มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยจึงได้จัดให้มีการอบรมวิชาการโรคต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติเป็นประจำทุกปี ซึ่งในปีนี้เป็นครั้งที่ 28 แล้ว โดยปีนี้กำหนดจัดขึ้นระหว่างวันที่ 17-19 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ณ ห้องประชุมสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพมหานคร เพื่ออัปเดตข้อมูลใหม่ ๆ ในด้านเวชปฏิบัติ ทั้งในเรื่องของการวินิจฉัย และการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคต่อมไร้ท่อ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

รศ.นพ.ธวัชชัย พืชรพัฒนดิษฐ์ นายกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับโรคต่อมไร้ท่อ มีการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง และด้วยหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ด้านโรคต่อมไร้ท่อที่อาจหาเวลาในการติดตามข้อมูลใหม่ ๆ ได้ยาก ทางสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยได้เล็งเห็นถึงความจำเป็นในการติดตามการอัปเดตข้อมูลใหม่ ๆ จึงได้จัดให้มีการอบรมวิชาการโรคต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติขึ้นเป็นประจำทุกปีโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูและนำเสนอข้อมูลใหม่ ๆ ที่มีประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต่อมไร้ท่อ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโรคทางต่อมไร้ท่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการคัดเลือกหัวข้อที่มีความสำคัญและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เข้าร่วมการอบรม ให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้รับความรู้ที่อัปเดต เกิดความเข้าใจได้โดยง่ายและสามารถนำไปใช้ได้จริง

รศ.นพ.ธวัชชัย กล่าวต่ออีกว่า “ในส่วนของหัวข้อการอบรมวิชาการในปีนี้มีค่าน่าสนใจเป็นอย่างมาก เพราะเป็นหัวข้อร่วมสมัย



สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ อาทิ โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ และโรคความดันโลหิตสูง เฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สองโรคนี้มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นโรคที่พบในผู้ป่วยนอกในอัตราที่สูงเกินครึ่งของผู้ป่วยนอกทั้งหมด โดยในการอบรมครั้งนี้จะเพิ่มในเรื่องของโรคเมแทบอลิซึมต่อมไทรอยด์สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติเข้าไปด้วย และโรคต่อมหมวกไตที่มีการวิเคราะห์วินิจฉัย และเทคโนโลยีในการรักษาเปลี่ยนแปลงจากเดิมเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังมีหัวข้ออื่น ๆ ที่น่าสนใจอีกมากมาย เช่น แคลเซียมและกระดูกพรุน ฮอริโมนเพศที่ผิดปกติและความผิดปกติทางต่อมไร้ท่อในโรค HIV และ AIDS เป็นต้น โดยในแต่ละหัวข้อจะมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจากสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยกว่า 10 แห่ง มารับหน้าที่เป็นวิทยากรในหัวข้อต่าง ๆ”

ทั้งนี้คณะผู้จัดการอบรมวิชาการมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการจัดอบรมวิชาการโรคต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 28 นี้เป็นอย่างมาก และคาดหวังอย่างยิ่งว่าการจัดอบรมในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่แพทย์ที่ยังทำเวชปฏิบัติอยู่ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ทั่วไป แพทย์ที่จบการฝึกอบรมอายุรศาสตร์ รวมทั้งแพทย์ที่จบการฝึกอบรมด้านต่อมไร้ท่อ แต่ไม่มีโอกาสและเวลาที่จะไปติดตามการประชุมวิชาการในต่างประเทศ ให้ทุกท่านได้รับความพึงพอใจทั้งในด้านการบรรยายทางวิชาการ หนังสือประกอบการอบรมวิชาการ และการอำนวยความสะดวกของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยในด้านต่าง ๆ ทั้งในเรื่องเนื้อหาการอบรม สถานที่ การจัดอบรม อาหารรับรอง และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ตลอดการประชุม

“เนื่องจากในปัจจุบันความรู้ใหม่ ๆ ยาวนาน ๆ รวมทั้งเทคโนโลยีใหม่ ๆ เกิดขึ้นมากมายและพัฒนาอย่างรวดเร็ว ในนามของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย จึงขอเชิญชวนแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติอยู่ได้สละเวลาเพื่อเข้าร่วมการอบรมในครั้งนี้ เพื่อให้ได้ความรู้และวิชาการใหม่ ๆ เพื่อปรับวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ทันสมัยอยู่เสมอ อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และช่วยให้การทำเวชปฏิบัติของแพทย์ราบรื่น มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ได้จริง เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย”

รศ.นพ.ธวัชชัย กล่าวทิ้งท้าย

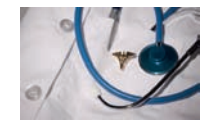
ผู้ที่สนใจเข้าร่วมการอบรมวิชาการโรคต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 28 สามารถขอรับใบสมัครได้ที่สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ชั้น 10 ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพมหานคร สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทรศัพท 0-2716-6337 หรือ www.thaiendocrine.org

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
5 กรกฎาคม 2556 	สมาคมเวชสารสนเทศไทย	การประชุมวิชาการกลางปีสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล ภายใต้หัวข้อ "Hospital CIO Forum" ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค ถ.รัชดาภิเษก กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2590-1492 www.tmi.or.th
10-12 กรกฎาคม 2556 	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โครงการประชุมวิชาการฟื้นฟูความรู้เวชปฏิบัติ เรื่อง "การดูแลสุขภาพสำหรับ 3 รุ่นอายุ: วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ" ณ ห้องประชุมทองจันทร์ หงส์ดามรงค์ 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
10-12 กรกฎาคม 2556 	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย	การประชุมวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2556 "สิทธิและการเข้าถึงอนามัยการเจริญพันธุ์: ประเทศไทยสู่อาเซียน" ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ สุขุมวิท 11 กรุงเทพฯ	http://rh.anamai.moph.go.th
12 กรกฎาคม 2556 	ชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย	กิจกรรมวิชาการ Interhospital Pediatric Nutrition Conference ประจำปี พ.ศ. 2556 ณ ห้องบรรยาย 5 ชั้น 12 ตึกเจ้าฟ้ามหาวชิกริ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	E-mail: group@pednutrition.org
12-13 กรกฎาคม 2556 	อนสาฯ Sports Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย 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 	สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการอบรมต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 28 ณ ห้องประชุม สยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซ.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6337 www.thaiendocrine.org
20-23 กรกฎาคม 2556 	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 38 Theme: "Surgical Innovation in Asia" ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน พัทยา จ.ชลบุรี	www.surgeons.or.th
24-26 กรกฎาคม 2556 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	การประชุมวิชาการสัณจร ครั้งที่ 24 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตรบัณฑิต 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
27-29 กรกฎาคม 2556 	สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย	ASEPA & EST WORKSHOP On Epilepsy Surgery and Functional Brain Mapping BANGKOK, 2013	โทรสาร 0-2716-6004 E-mail: episxbangkok@gmail.com www.asepabangkok2013.com

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
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
5-9 สิงหาคม 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	การประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 สำหรับแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ปฏิบัติงาน ชั้นปี 2	โทรศัพท์ 0-2716-6651-2 โทรสาร 0-2716-6653, 0-2716-6657 www.thaifammed.org
21-23 สิงหาคม 2556 	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	การประชุมประจำปี 2556 OB&GYN & Update Practical 2013 Practice wisely in the world of connectivity ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	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
25-29 สิงหาคม 2556 	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	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 	สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย	ประชุมกลางปี พ.ศ. 2556 สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย DST Mid-Year Meeting 2013	โทรศัพท์ 0-2716-5256 โทรสาร 0-2716-6857 www.dst.or.th
20-22 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2556 ใน Theme "Current Trends in Orthopaedics 2013" ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคัลฟ์ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	www.rcost.or.th/meeting2013
20-23 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	The 23 rd Asian and Oceanic Congress of Obstetrics and Gynaecology (AOCOG 2013) Themed "Challenges in Women's Healthcare" ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ กรุงเทพฯ	โทรสาร 0-2716-5720 www.aocog2013.org
23-26 ตุลาคม 2556 	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่วิชาการประจำปี ครั้งที่ 39 ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติเอ็มเพรส โรงแรมดิเอ็มเพรส จ.เชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-2716-6874 โทรสาร 0-2716-6807 www.idthai.org
14-16 พฤศจิกายน 2556 	สมาคมมัณฑนากรหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia-Pacific Society of Interventional Cardiology (APSIC)	งานประชุมวิชาการนานาชาติ 9 th Asian Interventional Cardiovascular Therapeutics (AICT 2013)	www.aict2013.com

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

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
13-16 July 2013 	International Conference on Mass Data Analysis of Images and Signals MDA 2013	New York	United States of America	www.2013.mda-signals.de
15-17 July 2013 	CAOS Asia Pacific 2013-Advances and Future Directions	Cairns	Australia	http://caosasia2013.aoa.org.au
17-19 July 2013 	Innovation in Medicine and Healthcare	Piraeus	Greece	http://inmed-13.innovationkt.org
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
20-22 August 2013 	5 th Annual Next Generation Dx Summit	Washington, District of Columbia	United States of America	www.nextgenerationdx.com
23-24 August 2013 	2 nd AMM-AMS-HKAM Tripartite Congress & 47 th Singapore-Malaysia Congress of Medicine	-	Singapore	www.smcm-ams.com
11-14 September 2013 	8 th Congress of the International Association for the History of Nephrology (IAHN)	Ancient Olympia	Greece	www.8thiahncongress2013.com
19-23 September 2013 	21 st Annual Cochrane Colloquium	Québec	Canada	http://colloquium.cochrane.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 Kam 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

3rd ITCAM

International Thaicosderm Congress on Aesthetic Medicine



Theme "Stop a Moment! Let's Go Back To Beauty Science"

PRE-CONGRESS CADAVER COURSE & WORKSHOP for Aesthetic Physicians.
It's the first time ever Thai & Korean experts join hands for this exceptional workshop!

Highlight in afternoon session is **LIVE DEMONSTRATION INTERACTIVE SESSION**
"How The Experts Treat Difficult Cases"

WORKSHOP WITH LIVE DEMONSTRATION from world class companies.

**POST CONFERENCE CERTIFICATION PROGRAM MARKETING STRATEGIES
FOR MEDICAL SPA**

for medical aesthetic professionals, medical spa & anti-aging practices



August 22 (Thursday) - 25 (Sunday), 2013

Centara Grand Hotel @ Central Plaza Ladprao, Bangkok, Thailand

For detailed information, please visit www.thaicosderm.org or www.itcam.org



**The Gastroenterological Association of Thailand
and
Thai Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd.**

Cordially invite you to attend **Luncheon Symposium**

Protection for **GI** complication after **NSAIDs/ASA**

Moderator : Assoc.Prof.Pisaln Mairieng

NSAIDs/Aspirin induced gastropathy

Speaker : Prof.Udom Kachintorn

**NSAIDs/Aspirin induced small
intestinal injury**

Speaker : Prof.Tetsuo Arakawa

Friday, July 12th, 2013

13:00-14:00

Hilton Hua Hin, Prachuap Khiri Khan

ประมวลภาพบรรยากาศงานประชุม



Thai Asthma Council and Association
and
Thai Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd.

Optimum Asthma and COPD Management



Speaker :

Dr. Adisorn Wongs

Pulmonary and Critical Care Medicine
Phramongkutklao Hospital



Speaker :

Dr. Watchara Boonsawat

Associate Professor in Pulmonary Medicine,
Khon Kaen University



May 7th, 2013

Centara, Central Ladprao

[ภาพข่าว]

กองบรรณาธิการ •



โนวาร์ตีสและอัลคอนพาน้อง ๆ เกียวสยามโอเชียนเวิร์ลด์

บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด และบริษัท อัลคอน แล็บอราทอรีส์ (ประเทศไทย) จำกัด มอบเงินจำนวน 120,000 บาท พร้อมของใช้จำเป็นให้แก่สถานสงเคราะห์เด็กพิการทางสมองและปัญญา (หญิง) และพาน้อง ๆ ไปเยี่ยมชมโลกใต้ท้องทะเลแสนอัศจรรย์ ณ สยามโอเชียนเวิร์ลด์ สร้างรอยยิ้ม เต็มเต็มความสุขให้แก่ น้อง ๆ เนื่องในวันบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ที่จัดขึ้นเป็นประจำทุกปีในโอกาสการก่อตั้งบริษัท เมื่อเร็ว ๆ นี้



มะเร็งเต้านมระยะลุกลามกับความหวังในการรักษา

รศ.คลินิก พญ.สุดสวาท เลาหวินิจ นายกมะเร็งวิทยา สมาคมแห่งประเทศไทย (ที่ 2 จากซ้าย) ผศ.นพ.วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์ อุปนายกมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย (ขวาสุด) นพ.คาร์ลอส บารริออส PUCRS School of Medicine ประเทศบราซิล (ซ้ายสุด) และ นพ.ชุนิล เวอร์มา ศูนย์มะเร็ง Sunnybrook Odette มหาวิทยาลัยโตรอนโต ประเทศแคนาดา (ที่ 2 จากขวา) ให้เกียรติร่วมเป็นวิทยากรในงานแถลงข่าว “มะเร็งเต้านมระยะลุกลามกับความหวังในการรักษา” ณ โรงแรมพลาซ่า แอทธินี กรุงเทพฯ เมื่อเร็ว ๆ นี้

วงการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย



BE 2524
AD 1981

สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย



Like

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย



สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย



สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย



โรงพยาบาลสงฆ์

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
เพื่อรวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยไม่จวนจวน

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ บ.ธนชาต 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

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

หมายเหตุ

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Infanrix hexa™

(Combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis, hepatitis B, inactivated poliomyelitis virus, and Haemophilus influenzae type b vaccine)¹

“The 6-in-1 vaccine with worldwide experience”²



- *Infanrix Hexa* is more than 10 years of heritage distributed worldwide to date²
- Provides proven long-term protection against hepatitis B¹
- Provides proven protection against Hib disease³
- Can be co-administered with pneumococcal conjugate vaccines², Priorix-Tetra⁴ and Rotarix⁵
- Provides the flexibility needed to support many different childhood vaccination schedules across different countries⁶⁻¹¹
- Can be given to premature children¹
- Distributed more than 28 Million doses worldwide²

References :

1. Prescribing information of *Infanrix Hexa* 2. Dhillon S, et al. *Drugs* 2010;70(8):1021-1058 3. Kalies H, et al. *Vaccine* 2008;26(20): 2545-2552 4. Prescribing information of Priorix-tetra 5. Prescribing information of Rotarix 6. Aristegui J, et al. *Vaccine* 2003;21(25-26): 3593-3600 7. Tichmann I, et al. *Vaccine* 2005;23(25): 3272-3279 8. Zepp F, et al. *Vaccine* 2004;22(17-18): 2226-2233 9. Schmitt HJ, et al. *J Pediatr* 2000;137(3): 304-312 10. Gatchalian S, et al. *Philipp J Pediatr* 2007; 56(3): 153-161 11. Avdicova M, et al. *Eur J Pediatr* 2002;161(11): 581-587

Abbreviated Prescribing Information for use in the International Area Based on full International Datasheet (Version Number 7) and Prepared to Meet the Requirements of the GSK International Pharmaceutical Promotional and Marketing Policy.

Infanrix hexa™, Active Ingredients: Combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis, hepatitis B, enterovirus inactivated polio vaccine and Haemophilus influenzae type b vaccine. **Indications:** *Infanrix hexa™* is indicated for primary and booster vaccination of infants against diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B, poliomyelitis and Haemophilus influenzae type b. **Dosage and Administration:** Primary vaccination: The primary vaccination schedule consists of three doses of 0.5 ml (e.g. 2, 3, 4 months; 3, 4, 5 months; 2, 4, 6 months) or two doses (e.g. 3, 5 months). There should be an interval of at least 1 month between doses. The Expanded Program on Immunization schedule is 6, 10, 14 weeks of age (only one dose of hepatitis B vaccine has been given at birth). Locally established immunoprophylactic measures against hepatitis B should be maintained. Where a dose of hepatitis B vaccine is given at birth, *Infanrix hexa™* can be used as a replacement for supplementary doses of hepatitis B vaccine from the age of 6 weeks. If a second dose of hepatitis B vaccine is required before this age, mono-valent hepatitis B vaccine should be used. Booster vaccination: After a vaccination with 2 doses (e.g. 3, 5 months) of *Infanrix hexa™* a booster dose must be given at least 6 months after the last priming dose, preferably between 11 and 13 months of age. After vaccination with 3 doses (e.g. 2, 3, 4 months; 3, 4, 5 months; 2, 4, 6 months) of *Infanrix hexa™* a booster dose may be given at least 6 months after the last priming dose and preferably before 18 months of age. Booster doses should be given in accordance with the official recommendations. *Infanrix hexa™* can be considered for the booster if the composition is in accordance with the official recommendations. **Method of administration:** *Infanrix hexa™* is for deep intramuscular injection. **Contra-indications:** Hypersensitivity to the active substances or to any of the excipients or residues. Hypersensitivity after previous administration of diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B, polio or Hib vaccine. *Infanrix hexa™* is contra-indicated if the child has experienced an encephalopathy of unknown aetiology, occurring within 7 days following previous vaccination with pertussis containing vaccine. In these circumstances pertussis vaccination should be discontinued and the vaccination course should be continued with diphtheria-tetanus, hepatitis B, inactivated polio and Hib vaccines. **Warnings and Precautions:** Administration of *Infanrix hexa™* should be postponed in subjects suffering from acute severe febrile illness. The presence of a minor infection is not a contra-indication. Vaccination should be preceded by a review of the medical history especially with regard to previous vaccination and possible occurrence of undesirable events and a clinical examination. If any of the following events are known to have occurred in temporal relation to receipt of pertussis-containing vaccine, the decision to give further doses of pertussis-containing vaccines should be carefully considered: temperature of $>40.0^{\circ}\text{C}$ within 48 hours, not due to another identifiable cause; collapse or shock-like state (hypotonic-hyporeflexic episodes) within 48 hours of vaccination; persistent, intractable crying lasting >3 hours, occurring within 48 hours of vaccination; convulsions with or without fever, occurring within 3 days of vaccination. There may be circumstances, such as a high incidence of pertussis, where the potential benefits outweigh possible risks. In children with progressive neurological disorders, including infantile spasms, uncontrolled epilepsy or progressive encephalopathy, it is better to defer pertussis (Pa or Pw) immunisation until the condition is corrected or stable. However, the decision to give pertussis vaccine must be made on an individual basis after careful consideration of the risks and benefits. As with all injectable vaccines, appropriate medical treatment and supervision should always be readily available in case of a rare anaphylactic event following the administration of the vaccine. *Infanrix hexa™* should be administered with caution to subjects with thrombocytopenia or a bleeding disorder since bleeding may occur following an intramuscular administration to these subjects. *Infanrix hexa™* should not be used under no circumstances be administered intravenously or intradermally. *Infanrix hexa™* contains traces of neomycin and polymyxin. The vaccine should be used with caution in patients with known hypersensitivity to one of these antibiotics. A history of febrile convulsions, a family history of convulsions, or Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) do not constitute contraindications for the use

of *Infanrix hexa™*. Vaccines with a history of febrile convulsions should be closely followed up as such adverse events may occur within 2 to 3 days post vaccination. Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection is not considered as a contraindication. The expected immunological response may not be obtained after vaccination of immunosuppressed patients. Since the Hib capsular polysaccharide antigen is excreted in the urine a positive urine test can be observed within 1-2 weeks following vaccination. Other tests should be performed in order to confirm Hib infection during this period. Limited data in 160 premature infants indicate that *Infanrix hexa™* can be given to premature children. However, a lower immune response may be observed and the level of clinical protection remains unknown. The potential risk of apnoea and the need for respiratory monitoring for 48-72h should be considered when administering the primary immunisation series to very premature infants (born <28 weeks of gestation) and particularly for those with a previous history of respiratory immaturity. As the benefit of vaccination is high in this group of infants, vaccination should not be withheld or delayed. Soreness (tenderness) can occur following, or even before, any vaccination as a psychogenic response to the needle injection. It is important that procedures are in place to avoid injury from falls. **Interactions:** There are insufficient data with regard to the efficacy and safety of simultaneous administration of *Infanrix hexa™* and Menaxel-Meningo-Polio vaccine to allow any recommendation to be made. Data on concomitant administration of *Infanrix hexa™* with Prevnar™ (pneumococcal acellular conjugate vaccine, adsorbed) have shown no clinically relevant interference in the antibody response to each of the individual antigens when given as a 3 dose primary vaccination. However, high incidence of fever $>38.5^{\circ}\text{C}$ was reported in infants receiving *Infanrix hexa™* and Prevnar™ compared to infants receiving the hexavalent vaccine alone. Antipyretic treatment should be initiated according to local treatment guidelines. As with other vaccines it may be expected that in patients receiving immunosuppressive therapy, an adequate response may not be achieved. **Frequency and Duration:** *Infanrix hexa™* is not intended for use in adults. Information on the safety of the vaccine when used during pregnancy or lactation is not available. **Adverse Reactions:** Clinical trial data. Very common: appetite lost, irritability, crying, abnormal, restlessness, pain, redness, local swelling at the injection site (≤ 50 mm), fever $<38^{\circ}\text{C}$, fatigue Common: nervousness, vomiting, diarrhoea, pruritus, local swelling at the injection site (>50 mm), fever $>38.5^{\circ}\text{C}$, injection site reactions, including induration, blooming. Upper respiratory tract infection, sore throat, cough, diffuse swelling of the injected limb, sometimes involving the adjacent joint. Rare: bronchitis, rash. Very rare: convulsions (with or without fever), dermatitis, urticaria. Post Marketing Data: Blood and lymphatic system disorders: Lymphadenopathy, thrombocytopenia, immune system disorders: Allergic reactions (including anaphylactic and anaphylactoid reactions), Nervous system disorders: Collapse or shock-like state (hypotonic-hyporeflexic episodes), Respiratory, thoracic and mediastinal disorders: Apnoea, Skin and subcutaneous tissue disorders: Angioedematous oedema. General disorders and administration site conditions: Extensive swelling reactions, swelling of the entire injected limb, vesicles at the injection site, observed with other GSK DTPa-containing vaccines. Children primed with acellular pertussis vaccines are more likely to experience swelling reactions after booster administration in comparison with children primed with whole cell vaccines. These reactions resolve over an average of 4 days. Experience with hepatitis B vaccine/Pertussis, meningitis, encephalopathy, encephalitis, meningitis, meningococcal sepsis, neuritis, hypotension, scoliosis, Kichen plausus, erythema multiforme, arthritis and muscular weakness have been reported during post-marketing surveillance following GlaxoSmithKline Biologicals' hepatitis B vaccine in infants <2 years old. The causal relationship to the vaccine has not been established. **Overdose:** Insufficient data are available.

Full Prescribing Information is available on request. Please read the full prescribing information prior to administration, available from GlaxoSmithKline (Thailand) Ltd. 12th Floor Wave Place, 55 Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330, Tel: 02-65930000 Fax: 02-65945857

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่: รศ. 334/2556
THINF/0006/13

GSK มีความมุ่งมั่นในการรวบรวมและจัดการข้อมูลด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ของเราอย่างมีประสิทธิภาพ เราส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์แจ้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ 081-9034499 หรือ safety_th@gsk.com



Approved for the treatment of
symptoms associated with allergic conditions and
Persistent Allergic Rhinitis : Chronic urticaria.⁽¹⁾



Abbreviated PI of XYZAL

PHARMACEUTICAL FORM AND STRENGTH: Film-coated tablet Each film-coated tablet contains 5 mg levocetirizine dihydrochloride. **THERAPEUTIC INDICATIONS:** Levocetirizine is indicated for the treatment of symptoms associated with allergic conditions such as: Seasonal allergic rhinitis (including ocular symptoms), Perennial allergic rhinitis, Persistent allergic rhinitis, Chronic urticaria. **METHOD OF ADMINISTRATION:** The film-coated tablet must be taken orally, swallowed whole with liquid and may be taken with or without food. It is recommended to take the daily dose in one single intake. **Adults and children 6 years and above:** The daily recommended dose is 5 mg (1 film-coated tablet). For children aged less than 6 years no adjusted dosage is yet possible. Adjustment of the dose is recommended in elderly patients with compromised renal function. **Patients with renal impairment:** The dosing intervals must be individualised according to renal function. (C_{cr} ≥ 80 ml/min: 1 tablet OD, C_{cr} 50-79 ml/min: 1 tablet once daily, C_{cr} 30-49 ml/min: 1 tablet once every 2 days, C_{cr} < 30 ml/min: 1 tablet once every 3 days, End-stage renal disease-patients undergoing dialysis C_{cr} < 10 ml/min: contra-indicated). **Patients with hepatic impairment:** No dose adjustment is needed in patients with solely hepatic impairment. In patients with hepatic impairment and renal impairment, adjustment of the dose is recommended. **Duration of use:** The duration of use depends on the type, duration and course of the complaints. For hay fever 3-6 weeks, and in case of short-term pollen exposure as little as one week, is generally sufficient clinical experience with 5 mg levocetirizine as a film-coated tablet formulation is currently available for a 6-month treatment period. For chronic urticaria and chronic allergic rhinitis, up to one year's clinical experience is available for the racemate, and up to 18 months in patients with pruritus associated with atopic dermatitis. **CONTRA-INDICATIONS:** History of hypersensitivity to levocetirizine or any of the other constituents of the formulation or to any piperazine derivatives. **SPECIAL WARNINGS AND SPECIAL PRECAUTIONS FOR USE:** The use of Xyzal is not recommended in children aged less than 6 years since the currently available film-coated tablets do not yet allow dose adaptation. Precaution is recommended with intake of alcohol. Patients with rare hereditary problems of galactose intolerance, the Lapp lactase deficiency or glucose-galactose malabsorption should not take this medicine. **INTERACTION WITH OTHER MEDICINAL PRODUCTS AND OTHER FORMS OF INTERACTION:** No interaction studies have been performed with levocetirizine (including no studies with CYP3A4 inducers); studies with the racemate compound cetirizine demonstrated that there were no clinically relevant adverse interactions (with pseudoephedrine, cimetidine, ketconazole, erythromycin, azithromycin, glipizide and diazepam). A small decrease in the clearance of cetirizine (16%) was observed in a multiple dose study with theophylline (400 mg once a day); while the disposition of theophylline was not altered by concomitant cetirizine administration. The extent of absorption of levocetirizine is not reduced with food, although the rate of absorption is decreased. In sensitive patients the simultaneous administration of cetirizine or levocetirizine and alcohol or other CNS depressants may have effects on the central nervous system, although it has been shown that the racemate cetirizine does not potentiate the effect of alcohol. **PREGNANCY AND LACTATION:** For levocetirizine, no clinical data on exposed pregnancies are available. Animal studies do not indicate direct or indirect harmful effects with respect to pregnancy, embryonal/fetal development, parturition or postnatal development. Caution should be exercised when prescribing to pregnant or lactating women. **EFFECTS ON ABILITY TO DRIVE AND USE MACHINES:** Comparative clinical trials have revealed no evidence that levocetirizine at the recommended dose impairs mental alertness, reactivity or the ability to drive. Nevertheless, some patients could experience somnolence, fatigue and asthenia under therapy with Xyzal. Therefore, patients intending to drive, engage in potentially hazardous activities or operate machinery should take their response to the medicinal product into account. **UNDESIRABLE EFFECTS:** From clinical studies, mainly mild to moderate side effects such as dry mouth, headache, fatigue, somnolence, have been reported commonly (above 1%). Further uncommon incidences of adverse reactions like asthenia or abdominal pain were observed (below 1%). In addition to the adverse reactions reported during clinical studies and listed above, very rare cases of the following adverse drug reactions have been reported in post-marketing experience: Hypersensitivity including anaphylaxis, dyspnoea, nausea, angioneurotic oedema, pruritus, rash, urticaria, weight increased. **OVERDOSE:** a) Symptoms of overdose may include drowsiness in adults and initially agitation and restlessness, followed by drowsiness in children. b) Management of overdoses. There is no known specific antidote to levocetirizine. Should overdose occur, symptomatic or supportive treatment is recommended. Gastric lavage should be considered following short-term ingestion. Levocetirizine is not effectively removed by haemodialysis. **STORAGE CONDITIONS AND EXPIRY DATE:** Store below 30 °C. Keep out of the reach and sight of children. Do not use after the expiry date stated on the carton box and blister. *Full prescribing information is available on request. Please read the full prescribing information prior to administration, available from GlaxoSmithKline (Thailand) Ltd. 12 Fl. Wave Place, 55 Wireless Road, Patumwan, Bangkok, 10330* Code: Abb Xyzal tablet, Thailand (approved 9 Feb 2012)

Reference :
(1) Product information of Xyzal

for adults
and children 6 years
and above



โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

Further information is available upon request:



GlaxoSmithKline (Thailand) Ltd.
Tel: 0-2655-4567
Fax: 0-2655-4568

For medical professional only
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ.245/2555
XYZ 01/01-TH12_030412