

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

1. ผู้จัดการฝ่ายขายต่างจังหวัด

5 อัตรา

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

2. พนักงานขาย

14 อัตรา

- วุฒิ ปวส.-ปริญญาตรี ทางด้านเครื่องมือแพทย์ ไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ หรือสาขาใกล้เคียง

- อายุไม่เกิน 35 ปี

- มีรถยนต์หรือมอเตอร์ไซด์เป็นของตนเอง

- ไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์

3. Product Manager/ Product Specialist

10 อัตรา

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

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



ห้องโถงปราสาทเสา | เพดานระบบแกลกวอล | ห้องครัวทันสมัยภายในศูนย์ประชุม | บริการแปลภาษาในการประชุม | ลานจอดรถสีกอปโตรับอาคาร | 352 จุดจ่ายสารดับเพลิง
448 บุคลากร | 4 ห้องรับรองพิเศษ | สำนักงานผู้จัดงาน | 4 ห้องควบคุม | 18 ห้องประชุมย่อย | เพดานสูง 9.5 เมตร | อินเทอร์เน็ตไร้สาย | ศูนย์บริการการธุรกิจ
การเข้าชมนักแสดงในอาคาร | ลานจอดรถภายในอาคาร 506 คัน | พื้นที่จอดรถ 1 - 2.5 ตัน



กลุ่มธุรกิจโรงแรมรอยัล คลิฟ และศูนย์ประชุมพีช 353 ถนนพหลโยธิน กรุงเทพมหานคร 10710, ประเทศไทย
Tels. 038-250421 | Tels. 038-250511 | mice@royalcliff.com | www.peachthailand.com

PEACH
Peach Hospitality and Entertainment

ROYAL CLIFF HOTELS GROUP
THE STATE OF EXCLUSIVITY & EXCITEMENT



pendant

การบริหารจัดการพื้นที่ในโรงพยาบาลแนวใหม่



SAINTMED

mindray



ขอเชิญแพทย์ กทันตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมรับเสด็จ
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี
 ในพิธีเปิดและเข้าประชุมวิชาการร่วม



ประจำพุทธศักราช ๒๕๕๖

Optimize the Quality of Life for all Generations

หัวข้อการบรรยายที่น่าสนใจ

- ปรากฏการณ์พิเศษ เรื่อง “พระราชกรณียกิจของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี กับรางวัลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ” โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์สุพัฒน์ วาณิชยการ
- Healthcare Sector of Thailand after 2015 โดย นายแพทย์ปราเสริฐ ปราสาททองโอสถ
- AEC กับผลกระทบต่อแพทย์ กทันตแพทย์ และพยาบาล
- CEO Talk การบริหารโรงพยาบาลเอกชนในทศวรรษหน้า
- Emerging Trend in Health Care Logistic
- Effective Emergency Transport Network : Time is Life
- ชีวิตใหม่กับหัวใจเด็ก
- Stress Management for Nurses
- Updated Current Trends in Endodontics
- Optimizing a Good Sleep for all Ages through Oral Appliance Therapy

CME
 22.5
 CDEC
 22
 CNEU
 20

วันที่ 11-13 กันยายน 2556

ห้องแกรนด์ฮอลล์ โรงแรมอิมพีเรียล ควีนส์ปาร์ค

• ค่าลงทะเบียน 800 บาท

- ยกเว้นค่าลงทะเบียนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
- รายได้จากค่าลงทะเบียนทั้งหมดถูกเฉลี่ย ๙ ถวาย สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี
- ติดต่อสอบถาม: โทร 02-378-9207 ลงทะเบียน: คุณสุลักษณ์ บัวคลี โทร/โทรสาร 02-378-9207
 Email: Sulakkana.bu@samitivej.co.th ลงทะเบียนออนไลน์: <http://www.samitivejhospitals.com/symposium.aspx>



สมาคมศิษย์เก่าสถาบันโรคผิวหนัง

ขอเชิญแพทย์ผิวหนัง แพทย์ทั่วไป เข้าร่วมประชุม

“Case-based Approach to Practical Dermatology”

วันเสาร์ที่ 12 ตุลาคม 2556

เวลา 08.30-16.30 น.

ณ ห้องพิธีการ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วัตถุประสงค์

การประชุมนี้จัดขึ้นเพื่อเผยแพร่ความก้าวหน้าทางวิชาการที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาโรคผิวหนัง สำหรับแพทย์ผิวหนัง แพทย์ทั่วไป โดยเน้นการนำไปใช้ได้จริงจากประสบการณ์ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคผิวหนัง

วันเสาร์ที่ 12 ตุลาคม 2556

- 08.30-09.00 น. ลงทะเบียน
- 09.00-09.10 น. พิธีเปิด
- 09.10-09.50 น. **Stem Cell Therapy: Myth or Fact?**
นพ.ดร.เวสวัชร เวสสโกวิท
- 09.50-10.20 น. **Minimizing Complications in Aesthetic Procedures**
นพ.วรพล เวชชาภินันท์
- 10.20-10.50 น. Coffee break
- 10.50-11.20 น. **How to Choose the Best Hair Care Products?**
พญ.ชินมนัส ตั้งจาทูรณ์ศรีศรี
- 11.20-11.50 น. **Case-based Approach to Management of Urticaria/ Angioedema**
พญ.ไพสิน พวงเพชร
- 11.50-12.00 น. Q & A
- 12.00-13.30 น. LUNCH SYMPOSIUM
- 13.30-14.00 น. **Case-based Approach to Refractory Cases of Atopic Dermatitis?**
พญ.ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวนิช
- 14.00-14.30 น. **Case-based Approach to Atrophic Acne Scarring/Scar Management**
พญ.ประภารัตน์ เชาวะวนิช
- 14.30-15.00 น. **Case-based Approach for Good Practice of Filler Injection**
นพ.จินดา โรจนเมธินทร์
- 15.00-15.30 น. Coffee break
- 15.30-16.30 น. **Interactive Session: Expert Approach for Aesthetic Cases**
นพ.จินดา โรจนเมธินทร์ และคณะ

วิธีการลงทะเบียน

สมาชิกและผู้สนใจ กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มที่แนบมา และจ่ายค่าลงทะเบียนโดยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

- ชำระค่าลงทะเบียนเป็นเงินสดได้ที่ เจ้าหน้าที่สมาคมศิษย์เก่าสถาบันโรคผิวหนัง ชั้น 6 ตึกสถาบันโรคผิวหนัง
- โอนเงินเข้า ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี ชื่อบัญชี “สมาคมศิษย์เก่าสถาบันโรคผิวหนัง” บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 051-2-21505-2 พร้อมส่งสำเนาใบโอนเงินมาที่ สมาคมศิษย์เก่าสถาบันโรคผิวหนัง 420/7 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 หรือส่ง Fax 0-2644-5995 (กรุณาระบุชื่อผู้สมัครบนเอกสารที่ส่ง Fax ด้วย)
- ชำระด้วยบัตรเครดิต สั่งจ่าย “สมาคมศิษย์เก่าสถาบันโรคผิวหนัง”

- สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
นพ.จินดา โรจนเมธินทร์ โทรศัพท์ 0-2354-8036 ถึง 40 ต่อ 5301 หรือที่
น.ส.นภาพร เชื้อนเพชร โทรศัพท์ 0-2644-5995, 0-2354-8036 ถึง 40 ต่อ 6801
- ผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมจะได้รับ CME จำนวน 8 หน่วยกิต
- ผู้ที่ลงทะเบียนล่วงหน้าจะได้รับประกาศนียบัตรและใบเสร็จรับเงินในวันที่จัดการประชุม ส่วนผู้ที่ลงทะเบียนในวันที่จัดการประชุม กรุณาติดต่อรับประกาศนียบัตรและใบเสร็จรับเงินภายหลัง
- เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับประโยชน์สูงสุด คณะกรรมการจัดการประชุมจึงขอจำกัดจำนวนผู้ลงทะเบียนเพียง 250 ท่าน



แผนที่สถานที่จัดการประชุม

แบบลงทะเบียน

“Case-based Approach to Practical Dermatology”

วันเสาร์ที่ 12 ตุลาคม 2556

ชื่อ-สกุล (นพ./พญ.)
(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

หมายเลขใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สถานะปัจจุบัน ☐ แพทย์เวชปฏิบัติ ☐ แพทย์ประจำบ้าน ☐ แพทย์ผิวหนัง
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

ที่ทำงาน ☐ ร.พ.รัฐบาล ☐ ร.พ.เอกชน ☐ คลินิกส่วนตัว

ที่อยู่ (ที่ติดต่อได้สะดวก)

โทรศัพท์ โทรสาร

E-mail

กรุณาเลือกรายการอาหาร ☐ อาหารเจ ☐ อาหารธรรมดา

ค่าลงทะเบียน

1. สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าสถาบันโรคผิวหนัง

- ☐ ก่อน 13 ก.ย. 56 1,400 บาท
☐ หลัง 13 ก.ย. 56 1,800 บาท

2. แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ FELLOW สาขา.....

- ☐ ก่อน 13 ก.ย. 56 1,000 บาท
☐ หลัง 13 ก.ย. 56 1,400 บาท

3. แพทย์ทั่วไป

- ☐ ก่อน 13 ก.ย. 56 1,600 บาท
☐ หลัง 13 ก.ย. 56 2,000 บาท





**Chiang Mai Cardiology Conference (CMCC 15th)
and Abbott Laboratories Limited**

Cordially invite you to join

**Morning
Symposium**

SMART

CONFRONTING WITH HYPERTENSION: A MUST WIN BATTLE

รู้เขารู้เรา รบร้อยครั้ง ชนะร้อยครั้ง

♥ From 2013 ESH/ESC and 2011 NICE Guidelines:

How do we position DHP-CCBs in Clinical Practice?

♥ Significant Contribution of Lercanidipine in Clinical Practice

MODERATOR:

รศ.นพ.สุรพันธ์ สิทธิสุข

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

SPEAKER:

รศ.พญ.อรินทยา พรหมนิธิกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Friday 13th, September 2013

7.00 - 8.30

(Function Room 3)

A Time to Remember

www.amcmedisure.com

EMP-820 PLUS

Ultrasound Diagnostic Device



Convex Probe



Linear Probe



Micro-convex Probe



Rectal linear Probe

Emperor



บริษัท เอเอ็มซี เมดติคอล 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 พพ. 307/2552



Chiang Mai Cardiology Conference

2013

Cardiology Guidelines Focus

12th-15th September 2013
Shangri-La Hotel Chiang Mai



C  CC 15th



หมอในดวงใจ

คณะที่ปรึกษาเกิดศึกศึก

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

กรรมการบริหาร

วาทน์ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีระยยะวณิช

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนชาติ สุกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสิฐกุล

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

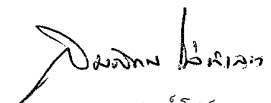
สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สารสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

แพทยสภาได้จัดให้มีการประกวดงานเขียนประเภทสารคดีเรื่องเล่าในหัวข้อว่า หมอในดวงใจ เพื่อจะได้เห็นว่าหมอที่ประชาชนรักและชอบนั้นมีลักษณะอย่างไร ที่ผ่านมาทางการแพทย์เราทราบดีว่าเราอยากให้แพทย์ที่จบใหม่เป็นอย่างไร ส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่คนไม่ใช่เครื่องจักรที่ไม่มีความรู้สึก คนนั้นมีความคิด มีความรู้สึก มีความพอใจและความต้องการมากกว่าการรักษาโรคให้หายเท่านั้น นอกจากนี้คนแต่ละคนก็ตอบสนองไม่เหมือนกัน ตามธรรมชาติแล้วคนมีทั้งดีและเลว แพทย์ก็ไม่แตกต่างจากคนทั่วไป ซึ่งมีทั้งดีและเลว ถ้าทุกคนเหมือนกันหมดคงไม่มีใครดีหรือเลว เพราะทุกอย่างเป็นเรื่องของการเปรียบเทียบ แพทย์ในดวงใจของแต่ละคนก็แตกต่างกันขึ้นกับประสบการณ์และความประทับใจของแต่ละคน แพทย์ได้เปรียบอาชีพอื่นที่เข้าไปตอนที่ผู้ป่วยมีทุกข์และต้องการความช่วยเหลือ

ในสังคมปัจจุบัน คนมุ่งแต่หาเงินเพื่อจะได้ใช้จ่ายอย่างสะดวกสบาย ไม่ต้องกังวลว่ามีเงินไม่พอใช้ที่จะซื้อสิ่งของและไปเที่ยว ของทุกอย่างที่ว่าดีแต่ถ้ามากเกินไปก็จะกลายเป็นโทษ มีเงินมากก็ต้องจ้างคนมาคุ้มกันเพราะกลัวว่าจะถูกจับไปเรียกค่าไถ่ ตามใจมากก็จะกลายเป็นคนเสียนิสัย จะเอาทุกอย่างตามใจตน รักษาพยาบาลทุกอย่างโดยไม่คิดเงินก็จะทำให้ประชาชนขาดความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพตนเอง รับประทานอาหารมากเกินไปก็จะกลายเป็นโรคอ้วน มีโรคหลายอย่างตามมา สื่อสารมวลชนมีอิทธิพลต่อความคิดและความประพฤติของบุคคลในชาติ ไม่ว่าโทรทัศน์ วิทยุ ภาพยนตร์ สื่อสังคมต่าง ๆ ถ้าลงข่าวหรือแสดงแต่เรื่องดี ๆ คนก็จะทำตามในทางที่ดี แต่ถ้าแสดงแต่เรื่องที่ไม่ดี เช่น ละครโทรทัศน์ มีการตบตีแย่งผัวแย่งเมีย พุดจาหยาบค้าย คนก็จะเอาอย่างโดยเฉพาะเด็ก ๆ ถึงแม้ว่าตอนจบคนที่ไม่ดีจะได้รับกรรมที่ทำได้แต่คนดูแต่สิ่งเลวร้ายจนฝังเข้าไปในจิตใจแล้ว ผลร้ายของความเลวในละครไม่ได้เกิดขึ้นที่หรือในฉากเดียวกัน คนไม่สามารถเอามาโยงติดต่อกันได้เพราะได้ทุกคน เมื่อดูแต่เรื่องตบตี เรื่องมีเพศสัมพันธ์โดยที่ยังไม่ได้แต่งงาน ทำให้หลายคนเห็นว่าสิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องธรรมดาที่เป็นกับคนทุกคน สื่อมักจะอ้างว่าต้องการสะท้อนสังคม ความจริงในสังคมมีทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดี แต่สื่อมักจะเลือกเอาเรื่องที่ไม่ดีมาแสดง โดยอ้างว่าเรื่องดี ๆ ไม่มีคนดู เนื่องจากมีการเปรียบเทียบเรื่องที่เลวร้ายแล้วคนชอบมากกว่า แต่ถ้าทุกคนมีแต่เรื่องดีก็就不用มีการเปรียบเทียบเอาเรื่องเลวมาแสดง ประเทศไทยเน้นเรื่องเสรีภาพ ใครจะทำอะไรก็ได้โดยไม่ดูว่าการกระทำของตนมีผลกระทบต่อสังคมและผู้อื่นหรือไม่ แย่งกันหารายได้จนขาดจิตสำนึกที่จะต้องทำตัวอย่างขึ้นนำสังคมไปในทางที่ดี คิดแต่จะทำอย่างไรให้ได้เงินมากที่สุด ใช้สื่อทุกอย่างในการหลอกลวงประชาชนให้ใช้จ่ายในสิ่งที่ไม่จำเป็น โดยไม่คำนึงว่าจะมีผลในแง่ลบต่อประเทศอย่างไร ในประเทศที่พัฒนาแล้วถึงแม้เขาจะมีเสรีภาพในการแสดงออก แต่เขามีจิตสำนึกและมีความรับผิดชอบ ไม่ขึ้นนำสังคมให้ทำในสิ่งที่เลว รายการที่มีความรุนแรงหรือกระทำผิดศีลธรรมอันดีจะมีเฉพาะรอบดึกที่เด็กเข้านอนหมดแล้ว


 ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา



Contents

The Medical News ฉบับที่ 397 วันที่ 1 - 15 กันยายน 2556

3 โลกกว้างทางแพทย์

- การรับประทาน Glucosamine เพิ่มระดับ IOP (Intraocular Pressure) อย่างมีนัยสำคัญ
- ผลลัพธ์ระยะยาวต่อความจำจากฮอร์โมนบำบัดในหญิง 50-55 ปี
- ผลลัพธ์การรอดชีวิตระยะยาวจาก Prostate Cancer Prevention Trial
- เปรียบเทียบเครื่องช่วยหายใจแบบ Noninvasive ในทารกคลอดก่อนกำหนด

7 Get Up

- โกลไก้อาจช่วยป้องกันสมองเสื่อม
- จีนสั่งจับตาผู้ผลิตนมผง
- นาซาส่งแฟลตวิจัยผลกระทบใช้ชีวิตในอวกาศ

9 ข่าวสารการแพทย์

- “โครงการฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์” เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
- สธ. สร้างโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอตั้งใหม่ 57 แห่งทั่วประเทศ
- คุณเข้มใช้เลือดออก เสนอให้ท้องถิ่นใช้กฎหมายควบคุมยูงในบ้าน-ชุมชน

12 Movement

13 In Focus

ไคโตไลน์รักษาไข่เลือดออกในผู้หญิง
ดัดวงจรระบบ ป่วย-ตายสูง

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

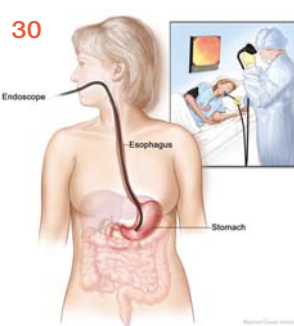
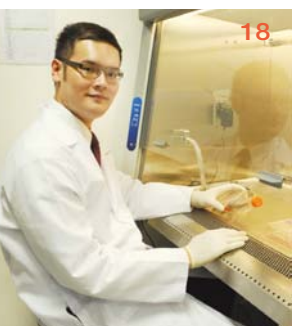
Jubilee Course, St. Andrews

17 Special

ผศ.นพ.ดร.ฉัตรชัย เหมือนประสาธา

นักวิทยาศาสตร์รุ่นใหม่ ประจำปี 2556

ผู้พัฒนาสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพรักษาหิวาตโรค



20 Systematic Review

สารต้านอนุมูลอิสระกับภาวะมีบุตรยาก

21 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

ความประทับใจในการซ่อมภัยพิบัติ

23 เสี่ยงแพทย์

การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

25 จุฬาปริทัศน์

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immunodeficiency)

29 เฉพาะโรค

สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินอาหารส่วนต้น
(Foreign Body in Upper GI tract)

33 มุมนิติเวช

การตายของผู้มีสภาพผอมแห้งซับซ้อนกับการชันสูตรพลิกศพ

37 R2R

สื่อการดูแลแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน ศิริราช
เข้าใจง่าย ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลา

38 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ไฮโดรเจลแบบฉีดสำหรับรักษากล้ามเนื้อหัวใจตาย (ตอนที่ 1)

40 Talk of the Town

6 เดือนแรก กินนมแม่อย่างเดียว
รับสารอาหาร “เพียงพอ” หรือ “น้อยไป”

41 เกาะจัดงานประชุม

3 หน่วยงานใหญ่ ร่วมยกระดับทางวิชาการ
จัดสัมมนา ARTeC & HMA 2013 ในงาน Medical Fair
อัปเดตการจัดการและเทคโนโลยีด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู

42 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS เนื่องอกรังไข่ และมะเร็งรังไข่ ตอนที่ 3

การดำเนินทางคลินิก และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอก
และมะเร็งรังไข่ ภาค VII การรักษาแบบประคับประคอง
(Palliative Care)



การรับประทาน Glucosamine เพิ่มระดับ IOP (Intraocular Pressure) อย่างมีนัยสำคัญ

JAMA OPHTHALMOLOGY

Published online May 23, 2013

บทความวิจัยเรื่อง

Glucosamine supplementation was

linked to significant, reversible increases in intraocular pressure (IOP) รายงานว่าในอเมริกามีคนเป็นโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ประมาณ 27 ล้านคน และเป็นโรคต้อหินมากกว่า 2 ล้านคน

ข้อมูลจาก the Centers for Disease Control and Prevention ทำให้นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทาน glucosamine กับการเพิ่มระดับ Intraocular pressure (IOP) ในคนรับประทาน glucosamine

นักวิจัยดำเนินการศึกษาแบบ retrospectively study ในผู้ชาย 6 คน และผู้หญิง 11 คน อายุเฉลี่ย 76 ปี ผู้ซึ่งมีประวัติการรับประทาน glucosamine และมี ocular hypertension (IOP > 21 mmHg) คนที่เป็น open-angle glaucoma ระดับ 3 หรือมากกว่าในการวัดระดับ IOP ใน 2 ปี และไม่มีมีความเกี่ยวข้องเนื่องจากการรักษา glaucoma และ eye

surgery โดย Group A (n = 11) มีระดับ 1 to 3 baseline IOP ก่อนรับประทาน glucosamine Group B (n = 6) ไม่มี baseline การทดลองใน Group A ระดับ IOP เพิ่มขึ้นหลังจากรับประทาน glucosamine (p = 0.001) และหลังจากหยุดรับประทาน glucosamine ระดับ IOP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.002)

สำหรับ Group B (p = 0.008) ใน Group A and Group B combined (19.5 ± 0.4 to 16.7 ± 3.0 mmHg ในตาขวา และ 20.3 ± 2.9 to 17.3 ± 2.4 mmHg ในตาซ้าย, p < 0.001) For any categories or comparisons ของตาขวาและตาซ้ายใน each patient ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทดลองการรับประทาน glucosamine มีผลอย่างมีนัยสำคัญในการเพิ่ม IOP และลดลงอย่างมีนัยสำคัญเช่นกันเมื่อหยุดรับประทาน glucosamine อย่างไรก็ตาม มีความเป็นไปได้สูงจะเกิด permanent damage ถ้ามีการรับประทานติดต่อกันนาน ๆ โดยไม่มีการหยุดรับประทาน

อาหารและโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

JAMA Intern Med. Published online August 12, 2013

บทความเรื่อง Diet and Kidney Disease in High-Risk Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus รายงานว่า ปัจจุบันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคไตวายเรื้อรังกลายเป็นปัญหาใหญ่ต่อสาธารณสุข ขณะที่ข้อมูลเกี่ยวกับอิทธิพลของอาหารต่อการเกิดโรคหรือการดำเนินโรคของไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก็ยังคงมีจำกัด

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหาร (อาหารที่ดีต่อสุขภาพ) สุรา โปรตีน และไขมันต่อการเกิดโรคหรือการดำเนินโรคของไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวม 6,213 รายที่ไม่เป็น macroalbuminuria จากงานวิจัย Ongoing Telmisartan Alone and in Combination with Ramipril Global Endpoint Trial (ONTARGET) ซึ่งการรวบรวมผู้เข้าร่วมวิจัยมีขึ้นระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2002 ถึงเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2003 และติดตามจนถึงเดือนมกราคม ค.ศ. 2008

โรคไตวายเรื้อรังระบุจาก microalbuminuria หรือ macroalbuminuria ที่เพิ่มเป็น หรืออัตราการกรองไตที่ลดลงมากกว่า 5% ต่อปีที่การติดตาม 5.5 ปี นักวิจัยประเมินอาหารโดยใช้ดัชนี Alternate Healthy Eating Index (mAHEI) ที่ปรับปรุงแล้ว การวิเคราะห์ได้ปรับตามปัจจัยเสี่ยงที่มีข้อมูล รวมถึงได้พิจารณา competing risk ของการตาย

หลังการติดตาม 5.5 ปี มีผู้เข้าร่วมวิจัย 31.7% เป็นไตวาย



เรื้อรัง และเสียชีวิต 8.3% เมื่อเทียบกับผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคะแนน mAHEI ต่ำสุดพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มที่มีคะแนนอาหารสุขภาพสูงสุดมีความเสี่ยงต่อไตวายเรื้อรังต่ำกว่า (adjusted odds ratio [OR], 0.74; 95% CI, 0.64-0.84) และมีความเสี่ยงการตายต่ำกว่า (OR, 0.61; 95% CI, 0.48-0.78) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่รับประทานผลไม้มากกว่า 3 ส่วนต่อสัปดาห์มีความเสี่ยงไตวายเรื้อรังต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผู้เข้าร่วมวิจัยที่รับประทานผลไม้ไม่บ่อยกว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มที่รับประทานโปรตีนโดยรวมและโปรตีนสัตว์น้อยที่สุดมีความเสี่ยงต่อไตวายเรื้อรังสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มที่มีคะแนนสูงสุด (total protein OR, 1.16; 95% CI, 1.05-1.30) การรับประทานไขมันไม่อิ่มตัวกับไตวายเรื้อรัง และการดื่มสุราในปริมาณพอเหมาะลดความเสี่ยงไตวายเรื้อรัง (OR, 0.75; 95% CI, 0.65-0.87) และการตาย (OR, 0.69; 95% CI, 0.53-0.89)

อาหารสุขภาพและการดื่มสุราในปริมาณที่พอเหมาะอาจลดการเกิดหรือการดำเนินโรคของไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ขณะเดียวกันก็พบว่าการรับประทานไขมันอิ่มตัวและการรับประทานโปรตีนในปริมาณปกติไม่สัมพันธ์กับโรคไตวายเรื้อรัง

ผลลัพธ์ระยะยาวต่อความจำจากฮอร์โมนบำบัด ในหญิง 50-55 ปี

JAMA Intern Med. 2013;173(15):1429-1436

บทความเรื่อง Long-Term Effects on Cognitive Function of Postmenopausal Hormone Therapy Prescribed to Women Aged 50 to 55 Years รายงานว่า การให้ฮอร์โมนบำบัดในผู้หญิงวัยทองด้วย conjugated equine estrogens (CEE) อาจส่งผลกระทบต่อความจำในผู้หญิงอายุมาก ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลว่าผลกระทบนี้ส่งผลไปถึงผู้หญิงอายุน้อยกว่าหรือไม่

นักวิจัยศึกษาว่าฮอร์โมนบำบัดแบบ CEE-based ในผู้หญิงวัยทองอายุ 50-55 ปี มีผลระยะยาวต่อความจำหรือไม่โดยใช้วิธีทดสอบความจำด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ซึ่งครอบคลุมการทดสอบความจำโดยรวมและจำเพาะพิสัย การทดสอบความจำทำที่เฉลี่ย 7.2 ปี หลังสิ้นสุดการศึกษาขณะผู้หญิงมีอายุเฉลี่ย 67.2 ปี และตรวจซ้ำในอีกหนึ่งปีให้หลัง และการรวบรวมมีขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996-1999

การศึกษามีขึ้นในศูนย์วิจัย 40 แห่ง และผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้หญิงวัยทอง 1,326 ราย ซึ่งเริ่มการรักษาในงานวิจัยเปรียบเทียบฮอร์โมนบำบัดกับยาหลอกระหว่างอายุ 50-55 ปี รวมสองการศึกษาโดยเปรียบเทียบ CEE ขนาด 0.625 mg ร่วมกับ medroxyprogesterone acetate ขนาด 2.5 mg หรือ CEE ขนาด 0.625 mg อย่างเดียวในระยะเวลาเฉลี่ย 7.0 ปี

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ความจำโดยรวม และผลลัพธ์รอง ได้แก่ การจำคำ สماعิ การบริหารจัดการ ความคล่องแคล่วการใช้ภาษา และความจำระยะสั้น

คะแนนความจำโดยรวมจากผู้หญิงที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัดแบบ CEE-based ไม่แตกต่างกับผู้หญิงในกลุ่มที่ได้รับการยาหลอก โดยมี mean (95% CI) intervention effect of 0.02 (-0.08 ถึง 0.12) standard deviation units ($p = 0.66$) และไม่พบความแตกต่างด้านคะแนนความจำในแต่ละพิสัย (all $p > 0.15$) ผลลัพธ์จาก prespecified subgroup analyses พบหลักฐานว่าฮอร์โมนบำบัดแบบ CEE-based อาจมีผลกระทบต่อความคล่องแคล่วในการใช้ภาษาในผู้หญิงที่ตัดมดลูกออกหรือเคยได้รับฮอร์โมนบำบัด โดยมี mean treatment effects เท่ากับ -0.17 (-0.33 ถึง -0.02) และ -0.25 (-0.42 ถึง -0.08) แต่อาจเป็นผลที่เกิดโดยบังเอิญ

การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัดแบบ CEE-based ไม่มีประโยชน์หรือความเสี่ยงระยะยาวต่อความจำเมื่อให้ในผู้หญิงวัยทองอายุระหว่าง 50-55 ปี อย่างไรก็ตาม นักวิจัยยังไม่อาจสรุปว่าการเริ่มฮอร์โมนบำบัดระหว่างหมดประจำเดือนและการรักษาประคับประคองจนกว่าอาการหายไปมีผลต่อความจำทั้งในระยะสั้นและระยะยาวหรือไม่



ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสมองเสื่อม ในผู้ใหญ่มากที่เป็นโรคเบาหวาน

JAMA Intern Med.
2013;173(14):1300-1306

บทความเรื่อง
Association Between
Hypoglycemia and

Dementia in a Biracial Cohort of Older Adults with Diabetes Mellitus รายงานว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมักพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานและอาจส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้จดจำ ขณะเดียวกันภาวะความจำเสื่อมก็อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาดูแลโรคเบาหวานและนำไปสู่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยศึกษาแบบ prospective population-based study จากผู้ใหญ่มากที่เป็นเบาหวาน 783 ราย (mean age, 74.0 years; 47.0% of black race/ethnicity; and 47.6% female) ที่เข้าร่วมในงานวิจัย Health, Aging, and Body Composition Study ซึ่งเริ่มขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1997 และมีคะแนน Modified Mini-Mental State Examination ที่พื้นฐานเท่ากับ 80 หรือสูงกว่า

การวินิจฉัยสมองเสื่อมประเมินระหว่างช่วงการติดตามจากทะเบียนของโรงพยาบาลที่ระบุการรับผู้ป่วยเนื่องจากสมองเสื่อมหรือการใช้ยารักษาโรคสมองเสื่อม และการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำประเมินระหว่างระยะการติดตามจากทะเบียนของโรงพยาบาล

ระหว่างช่วงการติดตาม 12 ปี มีผู้เข้าร่วมวิจัย 61 ราย (7.8%) เกิดเหตุการณ์ของน้ำตาลในเลือดต่ำ และ 148 ราย (18.9%) เป็นสมองเสื่อม ผู้ที่เกิดเหตุการณ์ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีความเสี่ยงสูงขึ้น 2 เท่าต่อการเป็นสมองเสื่อมเทียบกับผู้ที่ไม่มีเหตุการณ์ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (34.4% vs 17.6%, $p < 0.001$; multivariate-adjusted hazard ratio, 2.1; 95% CI, 1.0-4.4) นอกจากนี้ผู้ใหญ่มากที่เป็นเบาหวานและเป็นสมองเสื่อมมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเกิดเหตุการณ์ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำตามมาเมื่อเทียบกับผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่เป็นสมองเสื่อม (14.2% vs 6.3%, $p < 0.001$; multivariate-adjusted hazard ratio, 3.1; 95% CI, 1.5-6.6) ซึ่งภายหลังปรับตามสโตรค ความดันเลือดสูง กล้ามเนื้อหัวใจตาย และการเปลี่ยนแปลงด้านคะแนนความจำก็ได้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกัน

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่าอาจมีความสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสมองเสื่อมในผู้ใหญ่มากที่เป็นโรคเบาหวาน



ผลลัพธ์การรอดชีพระยะยาวจาก Prostate Cancer Prevention Trial

N Engl J Med 2013;369:603-610

บทความเรื่อง Long-Term Survival of Participants in the Prostate Cancer Prevention Trial อ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัย Prostate Cancer Prevention Trial (PCPT) รายงานว่า finasteride ลดความเสี่ยงต่อมะเร็งต่อมลูกหมากได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อมะเร็งแบบรุนแรง โดยนักวิจัยได้วิเคราะห์อัตราการรอดชีพในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากจากการติดตามนานสูงสุด 18 ปี

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้เข้าร่วมงานวิจัย PCPT เพิ่มเติมอีกหนึ่งปีหลังรายงานผลการศึกษาครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 2003 และสืบค้นฐานข้อมูล Social Security Death Index เพื่อประเมินสถานการณ์การรอดชีพจนถึงวันที่ 31 ตุลาคม ค.ศ. 2011

จากผู้เข้าร่วมงานวิจัย 18,880 ราย มีรายงานพบมะเร็งต่อมลูกหมากใน 989 รายจาก 9,423 ราย (10.5%) ในกลุ่ม finasteride และ 1,412 รายจาก 9,457 ราย (14.9%) ในกลุ่มยาหลอก (relative

risk ในกลุ่ม finasteride เท่ากับ 0.70; 95% confidence interval [CI], 0.65-0.76; $p < 0.001$) จากกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้ประเมินผลพบว่า 333 ราย (3.5%) ในกลุ่ม finasteride และ 286 ราย (3.0%) ในกลุ่มยาหลอกเป็นมะเร็งแบบ high grade (Gleason score, 7-10) (relative risk, 1.17; 95% CI, 1.00-1.37; $p = 0.05$) จากกลุ่มที่เสียชีวิตพบว่า 2,538 รายอยู่ในกลุ่ม finasteride และ 2,496 รายอยู่ในกลุ่มยาหลอก โดยมีอัตราการรอดชีพที่ 15 ปี เท่ากับ 78.0% และ 78.2% ผล hazard ratio ต่อการตายที่ยังไม่ได้ปรับในกลุ่ม finasteride เท่ากับ 1.02 (95% CI, 0.97-1.08; $p = 0.46$) อัตราการรอดชีพ 10 ปี เท่ากับ 83.0% ในกลุ่ม finasteride และ 80.9% ในกลุ่มยาหลอกสำหรับผู้ชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากแบบ low grade และ 73.0% และ 73.6% สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากแบบ high grade

การรักษาด้วย finasteride ลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ประมาณหนึ่งในสาม มะเร็งต่อมลูกหมากแบบ high grade พบมากกว่าในกลุ่ม finasteride เทียบกับยาหลอก แต่หลังจากการติดตาม 18 ปีก็ไม่พบผลต่างที่มีนัยสำคัญด้านอัตราการรอดชีพโดยรวม หรือการรอดชีพหลังตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมาก

แม่อ้วนระหว่างตั้งครรภ์พาลูกเสี่ยงตายก่อนวัย

BMJ 2013;347:f4539

บทความเรื่อง Maternal Obesity during Pregnancy and Premature Mortality from Cardiovascular Event in Adult Offspring: Follow-Up of 1,323,275 Person Years รายงานผลจากการวิเคราะห์เชื่อมโยงระยะยาวเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ต่อความเสี่ยงการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดของทายาทในวัยผู้ใหญ่ โดยรวบรวมระยะยาวเกิดจาก Aberdeen Maternity and Neonatal Databank และเชื่อมโยงกับทะเบียน General Register of Deaths, Scotland และ Scottish Morbidity Record

กลุ่มประชากรเป็นผู้มีระยะยาวเกิดระหว่างปี ค.ศ. 1950 จนถึงปัจจุบันรวม 37,709 ราย มาตรฐานผลลัพธ์ ได้แก่ การตายและการรับเข้ารักษาเนื่องจากเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดจนถึงวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2012 ในทายาทที่มีอายุระหว่าง 34-61 ปี ดัชนีมวลกาย (BMI) ของแม่คำนวณจากความสูงและน้ำหนักวัดในการตรวจฝากครรภ์ครั้งแรก ผลจากภาวะอ้วนของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ต่อผลลัพธ์ในทายาททดสอบจากการวิเคราะห์ระยะยาวลดเหตุการณ์ด้วย Cox proportional hazard regression เพื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ในทายาทของแม่ที่น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ น้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ หรืออ้วนตามเกณฑ์ BMI เทียบกับทายาทของผู้หญิงที่ BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตายจากทุกสาเหตุเพิ่มขึ้นในทายาทของแม่ที่อ้วน (BMI > 30) เทียบกับแม่ที่มี BMI ปกติภายหลังปรับตามอายุของแม่ขณะคลอด สังคมเศรษฐกิจ เพศของทายาท อายุปัจจุบัน น้ำหนักแรกเกิด อายุครรภ์ขณะคลอด และอายุครรภ์ขณะวัด BMI (hazard ratio 1.35, 95% confidence interval 1.17-1.55) ผลจากตัวแบบที่ปรับแล้วชี้ว่า ทายาทของแม่ที่อ้วนยังมีความเสี่ยงสูงต่อการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด (1.29, 1.06-1.57)

เทียบกับทายาทของแม่ที่มี BMI ปกติ เช่นเดียวกับทายาทของแม่ที่น้ำหนักเกินซึ่งมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์

ภาวะอ้วนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของทายาทวัยผู้ใหญ่ โดยผู้วิจัยเห็นว่สหราชอาณาจักรจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์เร่งด่วนสำหรับการลดน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ตามที่สถิติระบุว่าผู้หญิง 1 ใน 5 คนมีภาวะอ้วนขณะตรวจฝากครรภ์





ความปลอดภัยและประสิทธิผล เสริมธาตุเหล็กเพื่อลดความจำเป็นรับเลือด

BMJ 2013;347:f4822

บทความเรื่อง
Safety and Efficacy of
Intravenous Iron Therapy
in Reducing Requirement
for Allogeneic Blood

Transfusion: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Clinical Trials รายงานผลจากงานวิจัย systematic review และ meta-analysis จากการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลการให้ธาตุเหล็กทางหลอดเลือดดำเพื่อศึกษาผลลัพธ์ต่อฮีโมโกลบิน ความจำเป็นการรับเลือด และความเสี่ยงการติดเชื้อ

นักวิจัยรวบรวมงานวิจัยเปรียบเทียบจาก Medline, Embase และ Cochrane Central Register of Controlled Trials จากปี ค.ศ. 1996 ถึงมิถุนายน ค.ศ. 2013 โดยไม่มีข้อจำกัดด้านภาษา งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยเปรียบเทียบการให้ธาตุเหล็กผ่านหลอดเลือดดำ เทียบกับการไม่ให้ธาตุเหล็ก หรือให้ธาตุเหล็กแบบยารับประทาน นักวิจัยได้คัดงานวิจัยแบบ crossover และ observational studies ออก โดยกำหนดให้การเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้นฮีโมโกลบินและความเสี่ยงการได้รับเซลล์เม็ดเลือดแดง (ประสิทธิผล) และความเสี่ยงการติดเชื้อ (ความปลอดภัย) เป็นผลลัพธ์หลัก

มีงานวิจัย 75 ชิ้น รวมผู้ป่วย 10,605 รายซึ่งมีข้อมูลผลลัพธ์เชิงปริมาณสำหรับการวิเคราะห์หาค่าประมาณจากงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา รวม 75 ชิ้น การให้ธาตุเหล็กทางหลอดเลือดดำสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นฮีโมโกลบิน (standardised mean difference 6.5 g/L, 95% confidence interval 5.1-7.9 g/L) และลดความเสี่ยงต่อความจำเป็นได้รับเซลล์เม็ดเลือดแดง (risk ratio 0.74, 95% confidence interval 0.62-0.88) โดยเฉพาะเมื่อให้ธาตุเหล็กทางหลอดเลือดดำร่วมกับ erythroid stimulating agents (ESAs) หรือในผู้ป่วยที่มี plasma ferritin concentration ต่ำที่พื้นฐาน จากการศึกษาไม่พบปฏิกิริยาที่มีนัยสำคัญระหว่างประสิทธิผลของการให้ธาตุเหล็กทางหลอดเลือดดำและชนิดหรือขนาดที่ให้ อย่างไรก็ตาม การให้ธาตุเหล็กทางหลอดเลือดดำสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญด้านความเสี่ยงการติดเชื้อ (relative risk 1.33, 95% confidence interval 1.10-1.64) เมื่อเทียบกับการให้ธาตุเหล็กแบบยารับประทานหรือไม่ให้ธาตุเหล็ก และยังได้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกันภายหลังวิเคราะห์เฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพสูง

การให้ธาตุเหล็กทางหลอดเลือดดำให้ผลดีในการเพิ่มความเข้มข้นฮีโมโกลบินและลดความเสี่ยงการได้รับเซลล์เม็ดเลือดแดง และอาจมีประโยชน์ในการรักษาฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม การให้ธาตุเหล็กทางหลอดเลือดดำก็อาจทำให้ความเสี่ยงการติดเชื้อสูงขึ้น

เปรียบเทียบเครื่องช่วยหายใจ แบบ Noninvasive ในการคลอดก่อนกำหนด

N Engl J Med 2013;369:611-620

บทความเรื่อง A Trial Comparing Noninvasive Ventilation Strategies in Preterm Infants รายงานว่า มีความพยายามลดการใช้ท่อช่วยหายใจด้วยการนำเครื่องเป่าความดันลมเปิดขยายทางเดินหายใจมาใช้โดยเร็วเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยมาก นักวิจัยจึงดำเนินการศึกษาโดยสุ่มให้ทารก 1,009 รายที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 1,000 g และมี gestational age ต่ำกว่า 30 สัปดาห์ ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ nasal intermittent positive-pressure ventilation (IPPV) หรือ nasal continuous positive airway pressure (CPAP) ตั้งแต่เริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่าง 28 วันแรกหลังคลอด โดยผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตายก่อน postmenstrual age ครบ 36 สัปดาห์ หรือการรอดชีพโดยเป็นโรคปอดเรื้อรัง

จากทารก 497 รายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ nasal IPPV พบทารก 191 รายตาย หรือรอดชีพโดยเป็นโรคปอดเรื้อรัง (38.4%)



เทียบกับ 180 รายจาก 490 รายในกลุ่ม nasal CPAP (36.7%) (adjusted odds ratio, 1.09; 95% confidence interval, 0.83-1.43; p = 0.56) และพบว่าความถี่ของการเกิดลมรั่วและลำไส้เน่า ระยะการใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาจนถึงการรับอาหารได้เต็มที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม

ข้อมูลจากการศึกษาในทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยมากชี้ว่า อัตราการรอดชีพจนถึง postmenstrual age ได้ 36 สัปดาห์ โดยไม่เป็นโรคปอดเรื้อรังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการช่วยหายใจด้วย nasal IPPV เทียบกับ nasal CPAP



กีฬาเครื่องจักรภาพประกาศปลอดบุหรี่

บีบีซี - ผู้จัดการแข่งขันกีฬาเครื่องจักรภาพกรุงกลาสโกว์ปี ค.ศ. 2014 ประกาศให้สนามแข่งขันทุกแห่งเป็นเขตปลอดบุหรี่

กรรมการบริหารฝ่ายจัดการแข่งขันกีฬาเครื่องจักรภาพกรุงกลาสโกว์ปี ค.ศ. 2014 เปิดเผยว่าการแข่งขันครั้งนี้จะร่วมส่งเสริมนโยบายระยะยาวของทางการสกอตแลนด์ในด้านการควบคุมบุหรี่ ซึ่งนโยบายเขตปลอดบุหรี่นี้นับเป็นก้าวอย่างที่จะนำไปสู่การบรรลุตามเป้าหมายดังกล่าว และมั่นใจว่าการแข่งขันกีฬาเครื่องจักรภาพจะดำเนินไปอย่างสมบูรณ์แบบโดยปราศจากบุหรี่

นอกจากการห้ามสูบบุหรี่ในบริเวณสนามแข่งขันแล้ว ทางฝ่ายจัดงานยังห้ามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมดในบริเวณสนามแข่งขัน หอพักนักกีฬา และจุดจำหน่ายสินค้าในความดูแลของกรรมการฝ่ายจัดงาน โดยเจ้าหน้าที่เชื่อมั่นอย่างยิ่งว่ามาตรการควบคุมบุหรี่อย่างเข้มงวดนี้จะลดความรู้สึกรอคอยอยากสูบบุหรี่ ขณะเดียวกันก็เป็นการส่งสารไปยังผู้ชมโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นถึงพิษภัยจากการสูบบุหรี่ด้วย

มาตรการนี้ได้รับเสียงชื่นชมจากเจ้าหน้าที่ระดับสูงของสกอตแลนด์ โดยยังสอดคล้องกับข้อเรียกร้องจัดการแข่งขันกีฬาปลอดบุหรี่ขององค์การอนามัยโลก

โกโก้อาจช่วยป้องกันสมองเสื่อม

บีบีซี - การดื่มโกโก้เป็นประจำทุกวันอาจช่วยบำรุงสุขภาพสมองในผู้สูงอายุ

งานวิจัยรายงานในวารสาร Neurology ทำในผู้สูงอายุ 60 รายซึ่งไม่เป็นสมองเสื่อม พบว่าการดื่มโกโก้วันละสองแก้วช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดไปยังสมองในผู้ที่มีปัญหาการไหลเวียนเลือด และผู้ที่มีการไหลเวียนเลือดไปยังสมองดีขึ้นมีคะแนนจากการทดสอบความจำดีกว่าจากการประเมินในช่วงท้ายการศึกษา

แม้นักวิจัยยังไม่อาจสรุปว่าการดื่มโกโก้ช่วยรักษาสุขภาพสมองได้จริงหรือไม่ แต่เชื่อว่าการไหลเวียนเลือดที่ดีขึ้นนี้ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลจากสารฟลาโวนอลในโกโก้ โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในกลุ่มที่มีการไหลเวียนเลือดบกพร่องซึ่งได้ดื่มโกโก้ที่มีปริมาณฟลาโวนอลมากและโกโก้ที่มีฟลาโวนอลน้อยต่างก็มีการไหลเวียนเลือดไปยังสมองดีขึ้น

นักวิจัยให้ความเห็นด้วยว่า การที่ไม่พบความแตกต่างระหว่างโกโก้ที่มีฟลาโวนอลมากและโกโก้ที่มีฟลาโวนอลน้อย อาจเป็นผลมาจากองค์ประกอบอื่นในเครื่องดื่ม หรืออาจเนื่องจากร่างกายต้องการฟลาโวนอลในปริมาณน้อย



สหรัฐลดอ้วนเห็นผล

บีบีซี - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสหรัฐเผย อัตราโรคอ้วนในเด็กกลุ่มครอบครัวผู้มีรายได้น้อยของสหรัฐลดลงเป็นครั้งแรก

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐ (ซีดีซี) แถลงว่า อัตราโรคอ้วนในเด็กอายุระหว่าง 2-4 ปีลดลงใน 18 รัฐ ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่พบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของโรคอ้วนในเด็ก อย่างไรก็ตามอัตราภาวะน้ำหนักเกินในเด็กอ่อนยังคงอยู่ในระดับเดิมที่หนึ่งในแปดราย และพบมากขึ้นในกลุ่มเด็กเชื้อสายแอฟริกันและฮิสแปนิก

กลุ่มเด็กเชื้อสายแอฟริกันและฮิสแปนิก

ข้อมูลส่วนใหญ่ที่นำมารายงานได้จากเด็กซึ่งเข้าร่วมในโครงการ Women, Infants and Children ของรัฐบาลกลาง ขณะเดียวกันก็ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าแนวโน้มโรคอ้วนที่ลดลงในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยนี้สามารถนำไปเทียบกับครอบครัวมีอันจะกินได้หรือไม่ เนื่องจากที่ผ่านมามีรายงานว่าโรคอ้วนมักกระจุกในกลุ่มครอบครัวระดับล่าง

อนึ่ง เด็กที่เป็นโรคอ้วนมีความเสี่ยงที่จะอ้วนในวัยรุ่นสูงขึ้นถึง 5 เท่า และยังมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาคอเลสเตอรอล ความดันเลือด หอบหืด และสุขภาพจิต และปัจจุบันมีเด็กและวัยรุ่นชาวอเมริกันที่น้ำหนักเกินหรืออ้วนราวหนึ่งในสาม ขณะที่อัตราพุ่งไปที่กว่าสองในสามในประชากรวัยผู้ใหญ่

พิสูจน์เนื้อสเต็มเซลล์ให้สัมผัสใกล้เคียงของจริง

รอยเตอร์ส - นักวิจัยทดลองปรุงเบอร์เกอร์ด้วยเนื้อวัวที่เพาะเลี้ยงจากห้องปฏิบัติการ นักวิจารณ์ชิมแล้วได้รสชาติใกล้เคียงเนื้อวัวจริง

เนื้อวัวสังเคราะห์นี้ผลิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดจากวัว ด้วยงบวิจัยถึง 332,000 ดอลลาร์ (ราว 9.9 ล้านบาท) ตลอดระยะเวลา 5 ปี นักวิจัยได้ทดลองนำเนื้อมาปรุงเป็นเบอร์เกอร์ทรงกลมด้วยเครื่องปรุงและส่วนผสมที่ใช้ทั่วไป เมื่อลองให้นักชิมทดลองลิ้มรสต่อหน้า นักข่าวก็ให้ความเห็นว่าเบอร์เกอร์เนื้อที่ได้จากการเพาะเลี้ยงเนื้อเยื่อนี้ให้สัมผัสใกล้เคียงของจริง แต่น่าเสียดายที่ยังขาดความนุ่มลิ้นของไขมันจึงยังมีรสชาติไม่ดีนัก

นักวิจัยยอมรับว่าโครงการนี้อาจต้องใช้เวลาอีกราว 20 ปีกว่าที่จะผลักดันให้เนื้อสเต็มเซลล์สามารถไปวางจำหน่ายในห้างสรรพสินค้า โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาอาหารสำหรับนักบินอวกาศ รวมถึงลดการพึ่งพาเนื้อจากปศุสัตว์ซึ่งอาจนำไปสู่ประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจจากการที่อุตสาหกรรมปศุสัตว์เริ่มเดินมาถึงขีดจำกัด รวมถึงการถกเถียงในประเด็นด้านจริยธรรมจากการที่ต้องฆ่าสัตว์เป็นหลายล้านตัว



จีนสั่งจับตาผู้ผลิตนมผง

รอยเตอร์ส - ทางกรจีนประกาศยกระดับการติดตามผู้ผลิตนมผงหลังเกิดเหตุนมผงปนเปื้อนที่นำเข้าจากนิวซีแลนด์ พร้อมขู่ลงโทษสถานหนักหากพบบกพร่องด้านคุณภาพหรือความปลอดภัย

สำนักงานอาหารและยาจีนแจ้งให้บริษัทเอกชนปรับปรุงการบริหารจัดการ และฝ่ายตรวจสอบคุณภาพในระดับท้องถิ่นให้ปฏิบัติตามข้อบังคับอย่างเคร่งครัดอันเป็นส่วนหนึ่งของแผนปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์นมผงเพื่อกอบกู้ความเชื่อมั่นของผู้บริโภค โดยชี้ด้วยว่าปัญหาความปลอดภัยนมผงดัดแปลงสำหรับทารกมีสาเหตุสำคัญมาจากการละเลยความรับผิดชอบ นโยบายที่ไม่ชัดเจน และขาดการตรวจสอบ

ในการนี้สำนักงานอาหารและยาจีนเตรียมตั้งคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่ตรวจสอบระดับท้องถิ่นเพื่อกวาดล้างความรับผิดชอบและกำจัดความเสี่ยงตั้งแต่ระดับแรกสุด รวมถึงจะส่งเสริมการสร้าง ความเข้าใจถึงความจำเป็นในการผลิตนมผงให้มีคุณภาพและปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค

ความเชื่อมั่นของผู้บริโภคชาวจีนต่อนมผงผลิตในประเทศพังทลายลงเมื่อปี พ.ศ. 2551 หลังการเปิดเผยข่าวทารกเสียชีวิต 6 ราย และล้มป่วยอีกหลายพันรายภายหลังดื่มนมปนเปื้อนเมลามีนอันเป็นสารพิษที่ใช้ในวงการอุตสาหกรรม ขาวอื้อฉาวนี้ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เปิดทางให้นมผงจากต่างประเทศบุกยึดครองตลาดนมผงของจีน โดยตั้งราคาขายได้สูงกว่าเท่าตัว



นาซาส่งแฟลววิจัยผลกระทบใช้ชีวิตในอวกาศ

รอยเตอร์ส - องค์การบริหารการบินอวกาศสหรัฐ (นาซา) จะส่งแฟลนนักบินอวกาศร่วมทดสอบผลกระทบต่อนักบินอวกาศจากการเดินทางระยะยาวในอวกาศ

นักบินอวกาศมาร์ค เคลลี ซึ่งมีประสบการณ์ปฏิบัติการในอวกาศมาอย่างโชกโชน จะรับหน้าที่เป็นตัวอย่างวิจัยภาคพื้นดิน ขณะที่นักบินอวกาศสกอต เคลลี คู่แฝดของเขาจะขึ้นไปประจำการบนสถานีอวกาศนานาชาติเป็นระยะเวลา 1 ปี ซึ่งนับเป็นเที่ยวบินอวกาศยาวนานที่สุดเป็นประวัติการณ์ของนาซา

เจ้าหน้าที่เปิดเผยว่า นักวิจัยจะคอยติดตามความเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมระหว่างคู่แฝดเหมือนจากการที่คนหนึ่งใช้ชีวิตบนโลก และอีกคนขึ้นไปอยู่ท่ามกลางสภาพแวดล้อมไร้แรงดึงดูดในอวกาศ โดยเชื่อว่าจะสามารถติดตามผลลัพธ์ส่วนใหญ่ได้จากแบบสอบถามและผลเลือด รวมถึงการทดสอบอย่างละเอียดในกรณีจำเป็น



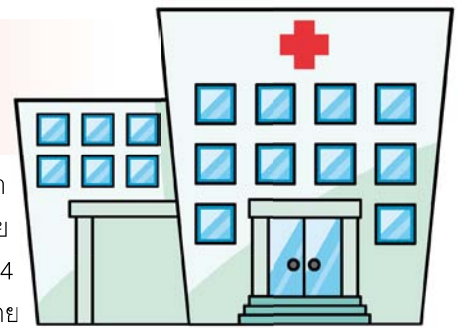


“โครงการฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์” เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ฯ

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า รัฐบาลถวายโครงการฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ เนื่องในวันแม่แห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2556 ให้หญิงตั้งครรภ์คนไทยทุกคนที่มีประมาณ 800,000 คน ฝากท้องได้ที่สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ฟรีทุกสิทธิ์ ซึ่งทางกระทรวงได้วางระบบมาตรฐานของการดูแลหญิงตั้งครรภ์และบุตร 4 จุดตามมาตรฐานสากล ได้แก่ การฝากครรภ์คุณภาพ ต้องครบ 5 ครั้งตามมาตรฐานสากล เริ่มครั้งที่ 1 อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และ 18, 26, 32 และ 38 สัปดาห์ ระบบห้องคลอด การบริหารทารกแรกเกิด และการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดจนถึง 5 ขวบ เพื่อให้เด็กเติบโตสมวัย ได้รับวัคซีนครบถ้วน มีไอคิวมากกว่า 100 และอีคิวมาตรฐาน ในรายที่มีพัฒนาการล่าช้าจะได้รับการแก้ไขทันที

สธ. สร้างโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ ตั้งใหม่ 57 แห่งทั่วประเทศ



นายสรวงศ์ เทียนทอง รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอที่ยกฐานะใหม่ที่ยังไม่มีโรงพยาบาลชุมชน ในปีงบประมาณ 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 57 แห่ง โดยในการสร้างโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอที่ยกฐานะใหม่ ได้วางแผนออกเป็น 3 ระยะ เนื่องจากต้องเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและเจ้าหน้าที่ โดยระยะที่ 1 ก่อสร้างอาคารผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉินสมบุรณ์แบบ ระยะที่ 2 สนับสนุนสร้างถนน ระบบไฟฟ้า ประปา อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ รถพยาบาลฉุกเฉิน และระยะที่ 3 ลงทุนก่อสร้างอาคารที่พักเจ้าหน้าที่ โรงซักฟอก โรงเครื่องกำเนิดไฟฟ้า โรงรถยนต์ รวมเป็นเงิน 38 ล้านบาท และเริ่มทยอยเปิดให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินก่อน และเมื่อมีความพร้อมครบถ้วนจะให้บริการผู้ป่วยในเป็นลำดับต่อไป กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนงบดำเนินงานในปี พ.ศ. 2556 แห่งละ 2 ล้านบาท



คุมเข้มใช้เลือดออก เสนอให้ท้องถิ่นใช้กฎหมายควบคุมยุงในบ้าน-ชุมชน

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากการประชุมวอร์รูมติดตามประเมินในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศพบว่า จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน เพชรบูรณ์ ตาก พิจิตรโลก นครสวรรค์ กำแพงเพชร ระยอง ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม นครพนม เลย หนองคาย อุดรธานี นครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ ศรีสะเกษ และสงขลา เป็นพื้นที่ระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงกว่าที่อื่น ๆ แสดงว่ามียุงพาหะที่มีเชื้อโรคไข้เลือดออกอาศัยอยู่ในพื้นที่ ซึ่งได้ทำหนังสือสั่งการให้สำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัดโดยเฉพาะพื้นที่ 24 จังหวัดที่กล่าวมาข้างต้นให้เพิ่มความเข้มข้นการเฝ้าระวังยิ่งขึ้น และเสนอให้ท้องถิ่นใช้กฎหมายช่วยควบคุมยุงลายในบ้านและชุมชนอย่างถาวร ซึ่งจะทำให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยขณะนี้ในบางพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรธานี ได้ออกข้อบังคับในชุมชน ระบุน้ำที่ของประชาชนหรือผู้เป็นเจ้าของครอบครองสถานที่ที่จะต้องควบคุมป้องกันไม่ให้บ้านของตนเองเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เก็บกวาดดูแลบริเวณบ้านให้สะอาดเรียบร้อย ไม่ให้มีขยะมูลฝอยที่อาจจะมียุงได้ทั้งในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้าน หากผู้ใดฝ่าฝืนหรือตรวจพบลูกน้ำในบ้านจะถูกปรับไม่เกิน 5,000 บาท หรือไม่เกิน 1,000 บาทแล้วแต่กรณี และนำค่าปรับไปใช้พัฒนาชุมชนต่อไป มั่นใจว่าหากทุกชุมชนออกข้อบังคับในลักษณะนี้ มั่นใจว่าจะคุมยุงได้ดียิ่งขึ้น



ทางเลือกใหม่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลกพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน โดย 2 ใน 3 ของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน¹

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบคนไทยป่วยเป็นความดันโลหิตสูงถึง 11.5 ล้านคน ในจำนวนนี้ได้รับการรักษาและควบคุมได้ประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มผู้ป่วยเท่านั้น²

เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภัยเงียบซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และมีสถิติของการเสียชีวิตอยู่ในอันดับต้น ๆ ซึ่งในวันที่ 11 กรกฎาคมที่ผ่านมา ณ ห้องประชุม Athenee Crystal Hall 3, Plaza Athenee Bangkok บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด ได้มีการแนะนำเปิดตัวผลิตภัณฑ์ยาใหม่ ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จะช่วยทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงสู่เป้าหมายในการรักษาที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งผลิตภัณฑ์ยาใหม่นี้ได้ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว





สู่เป้าหมายการรักษาที่ดียิ่งขึ้น

ภายในงาน Mr.Peter Huang กรรมการผู้จัดการ บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด ได้กล่าวเปิดงาน และได้รับเกียรติจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิเข้าร่วมการบรรยายพิเศษในครั้งนี้ด้วยในหัวข้อ **'Hard to Ignore' Bridging the gap in Hypertension Management** อาทิเช่น ศ.นพ.อภิชาติ สุนทรธรรม หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, รศ.นพ.ชาญ ศรีรัตนสถาวร ศูนย์หัวใจ สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, ศ.พญ.นิจศรี ชาญณรงค์ หัวหน้าสาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ศ.นพ.ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์ อายุรแพทย์ สาขาโรคเบาหวานและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลราชวิถี, ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, ญญ.รศ.ดร.จุฑามณี สุทธิสีสังข์ คณบดี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ น.อ.นพ.อนุตตร จิตตินันทน์ นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ บรรยายภายในงานเต็มไปด้วยความคึกคัก มีผู้ร่วมเข้ารับฟังการบรรยายและมีการตอบข้อซักถามให้แก่แพทย์ทุกสาขาที่สนใจ



References

1. Kearney Patricia, Whelton Megan, Reynolds Kristi, et al. *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data*. The Lancet: 365 (9455): Jan 2005: 217-223
2. Aekplakorn Wichai, Sangthong Rassamee, Kessomboon Pattapong et al. *Thai National Health Examination Survey IV : prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Thai population, 2009*. Page 142-8.

จุฬาฯ เชิญร่วมทอดผ้าป่าสามัคคี



เนื่องในวโรกาสสมหามงคล สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ทรงเจริญพระชันษาครบ 100 ปี ทรงรับเป็นประธานทอดผ้าป่าสามัคคี 84,000 กอง กองละ

999 บาท ในวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2556 เวลา 17.00 น. ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับพระภิกษุ-สามเณรอาพาธ และผู้ป่วยทั่วไป มอบให้อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคได้ที่ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา สภากาชาดไทย ชื่อกองทุน ผ้าป่า 100 พรรษา สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช เลขที่บัญชี 045-552099-8 และสามารถบริจาคหรือสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ ตึกวชิรญาณวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทรศัพท์ 0-2256-4382 และศาลาทินต บริเวณอาคาร ภปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทรศัพท์ 0-2256-4397 ผู้บริจาค 1 กองขึ้นไปจะได้รับพระกริ่งไพรีพินาศ 1 องค์

คณะแพทย์ รามาฯ จัดประชุมวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดการประชุม Ramathibodi Cleft-craniofacial forum ครั้งที่ 3 และประชุมวิชาการประจำปี สมาคมความพิการปากแหว่งเพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย ในวันที่ 3-4 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ณ ชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์ และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณรจนา บุญเลิศกุล, คุณสุรพรรณ ตุ่มเพชร และคุณกัณฐมณี กอดแก้ว งานบริการวิชาการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์



0-2201-2193, 0-2201-1542 โทรสาร 0-2201-2607 ลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://academic.ra.mahidol.ac.th>



ศิริราช เชิญร่วมบริจาค กระดูกและเนื้อเยื่อ

ศูนย์เนื้อเยื่อชีวภาพ

กรุงเทพฯ ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ภาควิชา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดรับบริจาคกระดูกและเนื้อเยื่อจากผู้มีจิตกุศล เพื่อช่วยผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและเนื้อเยื่อให้พ้นจากความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานได้ โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้บริจาคมีดังนี้ ไม่เป็นโรคติดต่อ

หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นโรคติดต่อ, ไม่มีประวัติเคยเป็นโรค มะเร็งหรือโรคที่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต, ต้องเป็นผู้ที่ไม่ได้ รับสารกัมมันตภาพรังสี, ไฟไหม้หรือจมน้ำ, ไม่มีประวัติติดยา เสพติด, ทราบสาเหตุการเสียชีวิต, เสียชีวิตไม่เกิน 24 ชั่วโมง, ต้องได้รับการยินยอมจากญาติผู้เสียชีวิต

ผู้สนใจบริจาคสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ ศูนย์เนื้อเยื่อชีวภาพกรุงเทพฯ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 14-15 โทรศัพท์ 0-2419-4501, 0-2419-4545-7



CMCC 15th

Lunch Symposium in Chiang Mai Cardiology Conference (CMCC 15th)



What's new about evidence of cardiovascular disease & insulin therapy in T2DM?

Friday, September 13, 2013

12.00-13.30

Lanna Ballroom 1, Shangri-La Hotel, Chiang Mai

- 12.00-12.10 • Registration**
- 12.10-12.20 • Opening & Introduction**
Dr. Ampica Mangklabruks Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
- 12.20-12.50 • Preventing Cardiovascular Disease in T2DM: Current Evidences & Future**
Dr. Thananya Boonyasirinant Siriraj Hospital
- 12.50-13.20 • Novel Approach of Insulin Therapy in T2DM**
Dr. Chaicharn Deerochanawong Rajavithi Hospital
- 13.20-13.30 • Question & Answer**

Moderator:

Dr. Ampica Mangklabruks
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

SANOFI DIABETES 

TH.GLA.13.08(03)

CORDIALLY INVITE YOU

SANOFI DINNER SYMPOSIUM

DATE: SAT 14TH SEP, 2013



ROOM1, FL2, GRAND LANNA BALLROOM
SHANGRI LA HOTEL, CHIANGMAI

Direction of Hypertension Management From Guideline to Real Practice: Focus on ARB

Chairperson: *Dr. Apichard Sukonthasarn*

16.30 – 17.00 **Registration**

17.00 – 17.20 **2013 ESH/ESC Guidelines for the Hypertension Management**
Speaker: Dr. Apichard Sukonthasarn

17.20 – 17.40 **What is the Preferred ARB Combination Therapy?**
Speaker: Dr. Rungroj Kittayaphong

17.40 – 18.00 **Selection of the most Appropriate ARB Drugs for your Patients**
Speaker: Dr. Anutra Chittinandana

18.00 – 18.20 **Clinical Practice in the Real World**
Speaker: Dr. Taworn Suithichaiyakul

18.20 – 18.30 **Q&A**



TH.IRB.13.07.(01)



ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
บริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด และ บริษัท ซาโนฟี-อเวนตีส (ประเทศไทย) จำกัด
ขอเรียนเชิญแพทย์เข้าร่วมฟังการบรรยายพิเศษ

Breakfast Symposium

Chiang Mai Cardiology Conference (CMCC ครั้งที่ 15)

ACEI: Class effect or not? and Debate: Are generic and original antihypertensive drugs the same?

At Function Room 4, 5, 6 Shangri-La Hotel Chiang Mai
Sunday, September 15, 2013 (7.00-8.30 am.)

7.00-7.10



ศ.บพ.อภิชาติ สุกนสมสวัสดิ์ (Moderator)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- Opening Remarks

7.10-7.40



บ.อ.บพ.อนุตตร จิตติบุรินทร์ (Speaker)
โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช
- ACEI: Class Effect or not?

7.40-8.05

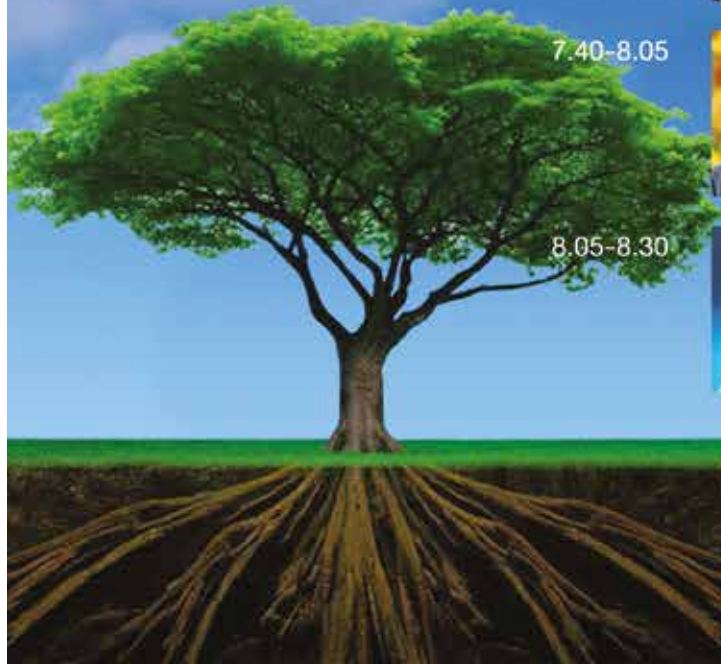


ศ.บพ.อภิชาติ สุกนสมสวัสดิ์ (Speaker)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- Debate: Are generic and original
antihypertensive drugs the same? Pro-Generic

8.05-8.30



ผศ.บพ.สุรพันธ์ สิทธิสุข (Speaker)
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Debate: Are generic and original
antihypertensive drugs the same? Pro-Original



สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

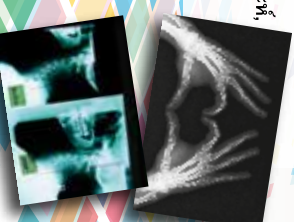
การอบรมวิชาการระยะสั้น “Rheumatology for the Non-Rheumatologist” ครั้งที่ 13
ระหว่างวันที่ 9-11 ตุลาคม 2556 ณ ห้องพิธีการ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



CME
19.5
Credits

08.00-09.00	09.00-10.00	10.00-10.30	10.30-12.00	12.00-13.00	13.00-14.30	14.30-16.00
Approach to Arthritis	Septic Arthritis	Coffee Break	Rheumatoid Arthritis	Luncheon Symposium	Spondyloarthropathy	Gout, Crystal
นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ	พญ.พันธุ์สูง หายูวิวัฒนกุล		พญ.วันรัชดา ศัชมาย พญ.ปารวี สุวรรณลัย นพ.พีระวัฒน์ บุญศิริชนะ		พญ.ไพจิตร อัครนบตี พญ.ปรีญา เขียวขวัญวิฑูรกิจ นพ.ปฐพงศ์ โตวิวัฒน์	พญ.เอมวาลี อารมย์ดี พญ.บุญจรัส ศิริไพฑูรย์ พญ.ประภัสสร อัครไสลัก
วันที่ 9 ตุลาคม 2556						
Approach to Connective Tissue Disease	Scleroderma	Coffee Break	Systemic Lupus Erythematosus	Luncheon Symposium	Vasculitis	Myositis, Arthritis in Systemic Diseases
นพ.วรวิทย์ เล้าศรีฐาน	นพ.ชยวิ เมืองจันทร์		นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ พญ.เอจนา กุลสุทธิ พญ.ภัทรา กาจิตานนท์		พญ.กนกรัตน์ นันทิ์ นพ.พงศ์ธร ณรงค์ฤทธิ์ นพ.บัณฑิต บุตรธรรม	พญ.กัตติย์ กิตอำนวยพงษ์ พญ.ปรีฉัตร เอื้ออารีวงศ์ พญ.บุษกร ตาวารณกุล
วันที่ 10 ตุลาคม 2556						
Osteoporosis	Osteoarthritis	Coffee Break	Back Pain	Luncheon Symposium	Workshop	
พญ.สุมาภา ชัยอำนาย	นพ.สูงชัย อังธารักษ์		นพ.สิทธิชัย อุกฤษฏน นพ.พริษฐ์ เตชะนุช พญ.ดวงกมล ผดุงวิทย์วัฒนา		Soft Tissue Rheumatism	
วันที่ 11 ตุลาคม 2556					พญ.รัตนาดี ณ นคร, นพ.ศิริภพ สุวรรณโรจน์, พญ.อรอนัน มหาราชานุเคราะห์, พญ.สิงห์ พูลเจริญ, นพ.สิทธิชัย เนตรวิจิตรพันธ์	

ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการเดินทางตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการใช้เงินในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ร. 2545
ติดต่อลงทะเบียน : สำนักงานสภากฯ โทรศัพท์ 0-2716-6524, 08-1658-1524 โทรสาร 0-2716-6525 E-mail : toojaisai@yahoo.co.uk
website : www.thairheumatology.org



ไคต์ไลน์รักษาไข้เลือดออกในผู้ใหญ่ ตัดวงจรระบาด ป่วย-ตายสูง



โรคไข้เลือดออกถือเป็นปัญหาของประเทศที่อยู่ในเขตร้อนชื้นทั้งภูมิภาคอาเซียนและในเอเชียบางประเทศ เนื่องจากสภาพภูมิอากาศเหมาะสมต่อการขยายพันธุ์ของยุงลายซึ่งเป็นตัวพาหะนำโรค รัฐมนตรีสาธารณสุข 10 ประเทศสมาชิกอาเซียน ได้แก่ อินโดนีเซีย พม่า เวียดนาม มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ บรูไน กัมพูชา ลาว และไทย ได้รณรงค์ให้ประชาชนใน 10 ประเทศอาเซียนซึ่งมีประมาณ 600 ล้านคน ตระหนักในการป้องกันโรค และร่วมกันแก้ปัญหา ลดความเสี่ยงการระบาดของโรคไข้เลือดออก สร้างชุมชนอาเซียนให้ปลอดไข้เลือดออก เพื่อที่จะก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งในปีนี้ประเทศเวียดนามเป็นเจ้าภาพจัดประชุมนานาชาติเรื่องไข้เลือดออกที่กรุงฮานอย เมื่อวันที่ 14 มิถุนายนที่ผ่านมา

สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศอาเซียนในปีนี้อยู่ในเกณฑ์ที่น่าเป็นห่วง ข้อมูลจนถึงวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2556 มีรายงานผู้ป่วยใน 6 ประเทศ รวม 123,206 ราย ดังนี้ ฟิลิปปินส์ 37,895 ราย เวียดนาม 13,903 ราย มาเลเซีย 10,401 ราย สิงคโปร์ 8,483 ราย ลาว 6,377 ราย กัมพูชา 2,538 ราย และในส่วนของประเทศไทย ตั้งแต่เดือนมกราคม-11 มิถุนายน พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วย 43,609 ราย เพิ่มขึ้นจากช่วงเวลาเดียวกันในปี พ.ศ. 2555 กว่า 3 เท่าตัว เสียชีวิต 50 ราย หากไม่เร่งควบคุมคาดว่าจะในช่วง 3 เดือนนี้ คือมิถุนายน-สิงหาคม จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นอีก 2-3 เท่าตัว เนื่องจากมีปริมาณยุงลายมาก หากเป็นเช่นนั้นประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ฤดูกาลระบาดของหนักของโรคไข้เลือดออก เนื่องจากเป็นฤดูฝน มีแหล่งน้ำสะอาดให้ยุงลายวางไข่เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ปริมาณยุงลายตัวแก่จะเพิ่มขึ้นมากกว่าช่วงฤดูร้อนหลายเท่าตัว

ศ.นพ.เกรียง ตั้งสง่า

ประธานราชวิทยาลัย

อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

กล่าวว่า ในขณะนี้ได้เกิดการระบาดของโรคไข้เดงกีและไข้เลือดออกเดงกีในผู้ใหญ่ จึงต้องเตรียมรับสถานการณ์และหมั่นเฝ้าสังเกต

อาการของผู้ป่วยที่เข้ามารักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลให้มากที่สุด ซึ่งโดยปกติแล้วประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคบ่อยโดยเฉพาะในชุมชนเมือง แต่ในปี พ.ศ. 2556 นี้ไข้เดงกีและไข้เลือดออกเดงกีมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ซึ่งอาจเกิดมาจากการขยายตัวของประชากร การเกิดชุมชนเมืองใหญ่ รวมทั้งการเดินทางอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้การกระจายของยุงลายที่นำเชื้อไวรัสเดงกีหลายสายพันธุ์ หรือนุคคลที่นำเชื้อนี้ไปด้วยในระยะที่มีอาการป่วยในประเทศไทย โรคไข้เลือดออกพบได้ตลอดทั้งปีแต่พบได้บ่อยในช่วงฤดูฝน และการระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยมักมีการระบาดปีเว้นสองปี แต่พบว่าในระยะหลังกลับพบว่ามีการระบาดไม่มีแบบแผนแน่นอนซึ่งเป็นสิ่งที่น่ากังวลอย่างยิ่ง



ศ.พญ.อุษา ทิสยากร นายกสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย ที่ปรึกษาคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล และที่ปรึกษากรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร กล่าวถึงสถิติ

และสถานการณ์ปัจจุบันในการระบาดของโรคไข้เลือดออกเดงกีในประเทศไทยว่า ในปีนี้พบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับการระบาดของโรคไข้เลือดออกเดงกีในปีที่ผ่านมา ๆ มาโดยมีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในบางเดือนเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อน ๆ โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด

คือ 10-14 ปี (29.98%) รองลงมาคือ 15-24 ปี (25.39%) และ 7-9 ปี (12.51%) ภาคที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุดคือ ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ รองลงมาเป็นภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคกลาง ตามลำดับ

“ในอดีตไข้เลือดออกจะพบในเด็กเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในช่วงระยะเวลา 10 ปีมานี้ ซึ่งถ้าหากเราไม่รับรู้การเปลี่ยนแปลงนี้อาจจะเกิดความสูญเสียตามมาอย่างมหาศาล โดยไข้เลือดออกนั้นสามารถพบในผู้ใหญ่ ลักษณะอาการจะมีความแตกต่างกันในรายละเอียด และที่น่าเป็นห่วงคือ หากไข้เลือดออกเกิดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาการจะมีลักษณะที่ค่อนข้างรุนแรงและผิดแปลกออกไป อาจจะทำให้วินิจฉัยได้ยาก”

ศ.พญ.อุษา กล่าวเพิ่มเติมว่า จำนวนผู้ป่วยสะสมทั่วประเทศขณะนี้ 93,034 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 10 สิงหาคม) เท่ากับ 144.76 รายต่อประชากรแสนราย อัตราการเสียชีวิตสะสมทั่วประเทศ 86 ราย คิดเป็น 0.09% แม้ในอดีตเมื่อปี พ.ศ. 2530 ซึ่งพบผู้ป่วยราวสองแสนรายทั่วประเทศ โดยมากเป็นผู้ป่วยเด็ก ถือเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงแล้ว แต่ในปีนี้ยังไม่เข้าสู่ฤดูฝนเต็มฤดูกาล พบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีจำนวนเกือบแสนคน จึงคาดการณ์ได้ว่าเมื่อเข้าสู่ฤดูฝนเต็มฤดูกาล จำนวนผู้ป่วยจะสูงขึ้นมากกว่านี้ ดังนั้น จึงต้องหาทางป้องกัน

ร้อยละ 20-40) แต่ก็มีจำนวนผู้ป่วยผู้ใหญ่มีจำนวนสูงขึ้นมากในช่วงที่มีการระบาดของโรค

สำหรับผู้ใหญ่ที่มีโรคไข้เดงกีและไข้เลือดออกโดยทั่วไปมีอาการ อาการแสดง และการดำเนินโรคคล้ายกับที่พบในเด็ก ผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เดงกีจะมีไข้สูง ปวดเมื่อยตามตัว มีภาวะเลือดออกผิดปกติ ที่สังเกตง่ายคือ มีจุดเลือด

ออกตามตัว บางรายมีเลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน แพทย์ตรวจพบมีเม็ดเลือดขาวต่ำ ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน 7-10 วันก็จะหายได้เอง แต่ผู้ป่วยบางรายมีอาการมากเป็นโรคไข้เลือดออกและมักต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น ปวดท้องมาก มีเลือดออกผิดปกติ ชีพจร บางรายอาจมีภาวะช็อกร่วมด้วยการติดเชื้อในผู้ใหญ่มักพบว่าเป็นไข้เดงกีมากกว่าไข้เลือดออก แต่ในรายที่เป็นไข้เลือดออกมักพบได้บ่อยในวัยรุ่น ผู้ใหญ่อายุน้อย อาการแสดงรุนแรงคล้ายที่พบในผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยไข้เลือดออกอาจมีอาการหนักเนื่องจากได้รับการรักษาที่ล่าช้า และผู้ใหญ่ส่วนมากจะไปพบแพทย์ช้าไปจนเมื่อมีอาการมากแล้ว จึงทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ผู้ใหญ่ยังมีโรคประจำตัวมากกว่าในเด็ก เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหารที่ทำให้อาการเลือดออกมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคไต โรคตับ โรคหัวใจ ที่ทำให้การรักษายุ่งยากมากขึ้น ดังนั้น การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ใหญ่ที่มีโรคไข้เดงกีและไข้เลือดออกจึงมีความสำคัญ เพราะจะช่วยแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยให้การวินิจฉัยการรักษาได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม

“ทั้งไข้เลือดออกและไข้เดงกีจะมีอาการรุนแรง 3 ประการ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในปัจจุบัน 1. มีการรั่วของสารน้ำรั่วรุนแรงจนเกิดภาวะช็อกเกิดขึ้น ความดันโลหิตต่ำ ไตวาย หายใจลำบาก และเสียชีวิต 2. เลือดออกผิดปกติรุนแรง สืบเนื่องจากการที่มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง เลือดออกตามไรฟัน บางรายมีอาการอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด เลือดออกตามอวัยวะภายใน และเสียชีวิตได้ 3. ผู้ป่วยบางรายมีอาการการทำงานของอวัยวะล้มเหลว ตับวาย ไตวาย การหายใจล้มเหลว ชีพจร ไม่รู้ตัว โดยผู้ป่วย



ด้าน ศ.นพ.ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร
เลขาธิการและอนุกรรมการ
ร่างแนวทางการวินิจฉัยไข้เดงกี
และไข้เลือดออกเดงกีในผู้ใหญ่
ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์
แห่งประเทศไทย กล่าวว่า โรคไข้เดงกีและไข้เลือดออกเกิดจากการติดเชื้อไวรัส dengue ซึ่งปัจจุบัน

มี 4 สายพันธุ์ คือ DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4 ที่นำโดยยุงลาย ในปัจจุบันโรคไข้เดงกีและไข้เลือดออกพบเพิ่มขึ้นทั่วโลกโดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชีย มหาสมุทรแปซิฟิก และในตอนกลางและตอนใต้ของทวีปอเมริกา ทั้งนี้เด็กเป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้บ่อยที่สุด ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกไม่จำเป็นต้องเป็นเด็กเสมอไป ผู้ใหญ่และวัยรุ่นก็เป็นโรคนี้เพิ่มขึ้น ซึ่งการติดเชื้อในผู้ใหญ่แม้ว่าจะมีเปอร์เซ็นต์น้อยกว่าเด็ก (ประมาณ



ผู้ใหญ่จะรักษายากกว่าเด็ก เนื่องจากว่าผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวอยู่ เช่น ตับแข็ง อาจเกิดตับวายได้มากกว่ากลุ่มที่ตับปกติดี หรือไตวาย เมื่อมีภาวะช็อกก็อาจจะมีปัญหาจากการให้สารน้ำ ดังนั้น จึงคิดว่าแนวทางการรักษาใช้เดกกีและใช้เลือดออกแดงก็จึงมีความสำคัญ เพื่อให้แพทย์ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและดียิ่งขึ้น”

ศ.นพ.สมิง เก่าเจริญ ประธาน

คณะกรรมการร่างแนวทางเวชปฏิบัติและการจัดการความรู้
ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

กล่าวว่า ปัจจุบันใช้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญมากในประเทศไทย จากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในเด็กเท่านั้น แต่ยังเกิดขึ้นในผู้ใหญ่ด้วย จึงเป็นเหตุผลสำคัญให้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยออกแนวทางการวินิจฉัยและรักษาใช้เดกกีและใช้เลือดออกแดงในผู้ใหญ่ เพื่อให้อายุรแพทย์ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ใหญ่โดยตรงได้ทราบข้อมูลการรักษาที่ได้มาตรฐานและเหมาะสม



สำหรับแนวทางการวินิจฉัยและรักษาใช้เดกกีและใช้เลือดออกแดงในผู้ใหญ่นี้ได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญระดับประเทศและผู้แทนจากสมาคมวิชาชีพของประเทศไทยทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นต้น

ศ.นพ.สมิง กล่าวเพิ่มเติมว่า ประเด็นปัญหาหลักที่ทำให้มีแนวทางปฏิบัตินี้เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งคือ อัตราตายจากโรคนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการวินิจฉัยที่

ช้าเกินไป เพราะฉะนั้นจึงอยากสร้างความตระหนักว่าประชาชนควรคิดถึงโอกาสในการเป็นโรคนี้ รวมถึงการป้องกัน และสิ่งสำคัญที่อยากจะเน้นย้ำแก่อายุรแพทย์หรือแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ใหญ่คือ การวินิจฉัยที่เร็ว การรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่จะป้องกันการเสียชีวิตได้

ทั้งนี้แนวทางการวินิจฉัยและรักษามีปัจจัยที่สำคัญ 4 ประการ

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งตรงนี้อาจจะมีรายละเอียดที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่เป็นเด็ก
2. เน้นการเฝ้าระวังอาการ อาการแสดง ค่าความเข้มข้นของเลือดที่เป็นสัญญาณอันตราย ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการเข้าสู่ภาวะรุนแรงที่มีภาวะแทรกซ้อนและทำให้เสียชีวิตได้
3. แนวทางการป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกรุนแรง หายใจลำบาก ตับวาย เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เช่น ในสตรีตั้งครรภ์ โรคอ้วน ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ตับ ไต หัวใจ ปอด เป็นต้น และ
4. สัญญาณอันตรายที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ เช่น อาเจียนรุนแรง ปวดท้อง เจ็บที่ท้องซีกซ้าย หายใจลำบาก เลือดออกจากเยื่อต่าง ๆ เช่น จมูกม่านตา มีอาการบวม การรั่วของน้ำเลือด ปัสสาวะลดลง เลือดขึ้นขึ้น รวมถึงเกล็ดเลือดลดลง อาการเหล่านี้จำเป็นจะต้องพบแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

นอกจากนี้ข้อควรระวังในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่คือ 1. สตรีที่ตั้งครรภ์มีโอกาสเป็นไข้เลือดออก จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาที่แตกต่างออกไปโดยต้องเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น 2. ผู้มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิต ตับแข็ง ไต เป็นต้น 3. ในกลุ่มที่ต้องให้ยาแก้ปวดลดไข้ เช่น พาราเซตามอล หรือการให้ยาแก้ปวด เช่น แอสไพริน อาจจะทำให้เลือดออกได้ง่าย และ 4. แนวทางการรักษาที่เน้นย้ำคือ การให้สารน้ำในการรักษาจะต้องให้เพียงพอและพอดี สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งรายละเอียดจะอยู่ในไกด์ไลน์ แพทย์สามารถนำข้อมูลทีกลั่นกรองโดยนักวิชาการนำไปใช้เพื่อประโยชน์สูงสุดของการรักษาผู้ป่วย

“ใช้เลือดออกทั่วไปอาจจะไม่ค่อยมีอาการ หรืออาการไม่รุนแรง โดย 1 ใน 4 จะมีอาการรุนแรง แต่ที่สำคัญคืออัตราตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ารักษาช้า ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิต 5-10% แต่ถ้ารักษาเร็วตามมาตรฐาน ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพียง 0.15% เท่านั้น เพราะฉะนั้นจึงเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องให้การวินิจฉัยเร็ว รักษาได้ถูกต้องตามมาตรฐาน”

สำหรับแพทย์ทั่วไปที่ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางและวิธีการรักษาโรคไข้เลือดออกแดงก็สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2716-6744 ต่อ 14 หรือ E-mail: rcptmail@gmail.com Download Guideline : www.rcpt.org/index.php/news/2012-09-24-09-26-20.html

Jubilee Course, St. Andrews

วันที่ 2 (อังคารที่ 25 มิถุนายน 2556) เราก็ไปตีกอล์ฟกันอีกครั้งที่สนาม Jubilee คราวนี้ยิ่งแยะใหญ่ จอมรถกอล์ฟได้เพียง 2 คันเท่านั้น เพราะทั้งสนามมีเพียง 3 คัน!!! ส่วนใหญ่ทางสนามเขาจะให้เดิน ท่านประธานวรุฒิจึงใช้สิทธิประธานยัดรถทั้ง 2 คันไว้สำหรับก๊วนเรา (4 คนเดิม) วันนี้เราตีครบ 18 หลุม และทุก ๆ คนตีดีขึ้น ได้พาร์กันหลายหลุม มั่นยากตรงที่ตาเราไม่ค่อยดี มองไม่เห็นว่าลูกตกตรงไหน วิ่งไปที่ไหน

สนาม Old Course และ Bobby Jones มีความสัมพันธ์กันอย่างลึกซึ้ง เนื่องจาก Jones ได้เล่นที่นี่เป็นครั้งแรกใน ค.ศ. 1921 และตีตกทรายในหลุมที่ 11 ซึ่งที่นี้หลุมทรายสูงมากเหมือนปล่องไฟหรือเป็นทรงกระบอก หลังจากตี 4 ครั้งแต่ไม่ขึ้น Jones เลิกเล่นและเดินออกจากสนามไปเลย! อีก 6 ปี Jones กลับมาเล่นที่นี่และได้รับชัยชนะ Jones เป็นคนแรกที่เล่นกอล์ฟสมัครเล่นที่ชนะ Open Championship ติดต่อกัน คือชนะอีกในปี ค.ศ. 1930 Jones ยังได้ชัยชนะอีกทั้ง 3 majors ทำให้เป็นคนเดียวและคนแรกที่ชนะ Grand Slam (ทั้ง 4 majors ในปีเดียว) Jones ตกหลุมรักกับสนาม Old Course มาก Jones เคยกล่าวว่า "If I had to select one course upon which to play the match of my life, I should have selected the Old Course" หรือ "ถ้าจะให้ผมเลือกว่าจะให้เล่นให้ดีที่สุดในชีวิตผมที่สนามไหน ผมจะต้องเลือก The Old Course" ในปี ค.ศ. 1958 เมือง St. Andrews ได้ให้กุญแจเมืองแก่ Bobby Jones ซึ่งเป็นคนอเมริกันคนที่ 2 เท่านั้นที่ได้รับเกียรตินี้ต่อจาก Benjamin Franklin ซึ่งได้ในปี ค.ศ. 1759 Jones พูดว่า "I could take out of my life everything but my experience here in St. Andrews and I would still had a rich and full life" หรือ "ถ้าเอาทุก ๆ อย่างออกจากชีวิตผมหมด ยกเว้นประสบการณ์การเล่นที่ St. Andrews ผมก็ยังมีชีวิตที่ประสบความสำเร็จอย่างเต็มที่"

The Old Course มีลักษณะพิเศษคือ มี 7 กรีนที่มีหลุมร่วมกัน คือ หลุม 2 กับ 16, 3 กับ 15, 4 กับ 14, 5 กับ 13, 6 กับ 12, 7 กับ 11, 8 กับ 10 สะพาน Swilcan อยู่ระหว่างหลุม 1 และ 18 เป็นสะพานที่มีอายุ 700 ปี และมีชื่อเสียงโด่งดังมาก พวกเราก็ได้ไปถ่ายรูปกันด้วยบนสะพานนี้ มีเพียงหลุม 1, 9, 17, 18 เท่านั้นที่มีกรีนของตนเอง ลักษณะพิเศษอีกอย่างหนึ่งคือ สนามนี้จะเล่นไปทางไหนก็ได้ ตามเข็มนาฬิกาหรือทวนเข็มนาฬิกา และสนามนี้มี bunkers ถึง 112 หลุม ซึ่งแต่ละหลุมจะมีชื่อของตนเอง เช่น ในหลุมที่ 14 มีหลุมทรายที่มีความลึกถึง 10 ฟุต มีชื่อว่า "Hell Bunker" และในหลุมที่ 7 จะมี "Road Hole Bunker"

สนาม Old Course จะปิดวันอาทิตย์ ยกเว้นกรณีพิเศษ เช่น Open Championship, Dunhill Links Championship, St. Andrews Links Trophy and St. Rule Trophy บางอาทิตย์ประชาชนสามารถ

ใช้สนามเป็นสวนสาธารณะสำหรับเดินเล่นหรือมี picnic ได้!!!

แต่นอกเหนือจากการที่มีชื่อเสียงมากทางด้านกอล์ฟแล้ว St. Andrews ซึ่งเป็นเมืองเล็ก ๆ ยังมีมหาวิทยาลัยที่เก่าแก่ที่สุดของ Scotland และเก่าแก่ที่สุดเป็นที่สามของโลก (ที่พูดภาษาอังกฤษ) ซึ่งได้รับการก่อตั้งขึ้นระหว่าง ค.ศ. 1410-1413 เป็นมหาวิทยาลัยที่ Prince William (หรือ Duke of Cambridge ในปัจจุบัน) ไปศึกษาและพบรักกับ Catherine ซึ่งต่อมาเป็น Duchess of Cambridge

เมือง St. Andrews อยู่บนชายฝั่งทางทิศตะวันออกของ Fife, Scotland มีประชากรเพียง 16,680 คน และในช่วงเทอมของการศึกษา นิสิตของมหาวิทยาลัยจะมีจำนวนถึง 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนั้นยังเคยมี St. Andrews Cathedral ซึ่งก่อตั้งในปี ค.ศ. 1160 และเคยเป็น cathedral ที่ใหญ่ที่สุดใน Scotland แต่ขณะนี้ไม่มีแต่ซากปรักหักพังเท่านั้น

เป็นที่น่าเสียดายที่เราอยู่ที่นี่เพียง 2 คืน และมีเวลาตีกอล์ฟได้เพียง 2 สนามจากทั้งหมด 7 สนาม มองในแง่ดี เราจะได้หาเวลากลับมาเล่นอีก 5 สนามที่เหลือ นอกจากตีกอล์ฟ 2 ครั้งแล้ว เรายังได้ไปรับประทานอาหารพื้นเมืองที่อร่อย ๆ ถึง 2 ครั้งใน pub (public house หรือร้านขายแอลกอฮอล์) และได้ดื่มเบียร์พื้นเมืองอย่างขำปอด นอกจากนั้นเราก็ได้ไปซื้อของที่ระลึกจากร้านของ The Old Course ซึ่งมีราคาแพงมาก เสื้อ polo shirt มีตรา St. Andrews มีราคา 60-80 ปอนด์ หมวกโบละ 20 ปอนด์ แต่ทุก ๆ คน รวมทั้งผมด้วยก็ซื้อกันอย่างเมามัน ปกติผมจะไม่ซื้อของเลยยกเว้นที่สหรัฐอเมริกา แต่มาคราวนี้ซื้อที่ St. Andrews, Old Trafford (Home of Man U) ที่ Gretna Green ที่ Mark and Spencer ไกล ๆ ที่พักใน London และที่ Harrods! ปกติเข้า Harrods จะไม่ซื้ออะไรเลย แต่คราวนี้เข้าเมืองตาลิ้วก็หิ้วตาม! (เพื่อน ๆ ซื้อกันหมดทุก ๆ คน)

ผมคิดว่าผมจะหาเวลาว่าง ๆ ขับรถพาหลานชาย 2 คนที่ศึกษาที่อังกฤษไปทั่ว Scotland ค่าไหนนอนนั่น (Bed and Breakfast, B&B) ตีกอล์ฟในที่ต่าง ๆ เช่น St. Andrews และสนามอื่น ๆ ที่มีชื่อเสียง 10 อันดับแรกของ Scotland คือ 2) Muirfield 3) Royal Dornoch 4) Turnberry 5) Carnoustie 6) Kingsbarns 7) Royal Troon 8) Loch Lomond 9) North Berwick 10) Royal Aberdeen

ซึ่งก็คงเป็นหนึ่งในความฝันอันสูงสุดของนักกอล์ฟ





ผศ.นพ.ดร.ฉัตรชัย เหมือนประสาท

นักวิทยาศาสตร์รุ่นใหม่ ประจำปี 2556

ผู้พัฒนาสารออกฤทธิ์

ทางชีวภาพรักษาอหิวาตกโรค



มูลนิธิส่งเสริมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในพระบรมราชูปถัมภ์ได้มอบหมายให้คณะกรรมการรางวัลนักวิทยาศาสตร์ดีเด่น คัดเลือกนักวิทยาศาสตร์ดีเด่นเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 และรวมถึงคัดเลือกนักวิทยาศาสตร์รุ่นใหม่เป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 เป็นต้นมา องค์ประกอบของคณะกรรมการรางวัลนักวิทยาศาสตร์ดีเด่นได้มีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ ๆ ตามช่วงเวลาที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม จุดประสงค์หลักของคณะกรรมการรางวัลนักวิทยาศาสตร์ดีเด่นยังคงเป็นเช่นเดิม คือการสรรหานักวิทยาศาสตร์ไทยที่มีความสามารถและมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ เพื่อยกย่องเป็นนักวิทยาศาสตร์ดีเด่นและนักวิทยาศาสตร์รุ่นใหม่ เพื่อให้สังคมไทยได้มองเห็นและร่วมยกย่องสรรเสริญ เชิดชู เพื่อให้เป็นแบบอย่างและเป็นขวัญกำลังใจแก่นักวิทยาศาสตร์ที่ได้ถูกคัดเลือกให้มีพลังในการมุ่งมั่นทำงานวิจัย ประกอบคุณงามความดีเพื่อประเทศชาติและมนุษยชาติต่อไป เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นี้ คณะกรรมการฯ จึงเห็นพ้องต้องกันที่จะคัดเลือกนักวิทยาศาสตร์ที่เป็นทั้ง “คนเก่งและคนดี” โดยในการพิจารณาได้คำนึงถึงเกณฑ์ที่ครอบคลุมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณของผลงานวิจัยที่เน้นด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐาน และได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติที่มีการตรวจสอบคุณภาพอย่างเคร่งครัดและเป็นที่ยอมรับ คณะกรรมการฯ ยังได้วิเคราะห์ด้านการอ้างอิงผลงานของนักวิทยาศาสตร์ในวารสารที่ได้มาตรฐานโดยนักวิทยาศาสตร์ทั่วโลก นอกจากนี้ยังได้พิจารณาถึงคุณสมบัติส่วนบุคคลในด้านการอุทิศตนเพื่องานวิทยาศาสตร์อย่างต่อเนื่อง มีความประพฤติเป็นที่น่าเคารพนับถือ และมีลักษณะเป็นผู้นำทางวิชาการเหมาะสมที่จะได้รับการยกย่องให้เป็นแบบอย่าง “นักวิทยาศาสตร์” ที่ดีงามในสังคมไทยและสังคมโลก



สำหรับการสรรหานักวิทยาศาสตร์ดีเด่นและนักวิทยาศาสตร์รุ่นใหม่ประจำปีพุทธศักราช 2556 คณะกรรมการฯ ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิให้เสนอชื่อของนักวิทยาศาสตร์ไทย และนำรายชื่อของผู้ที่อยู่ในข่ายการพิจารณา รวมทั้งรายชื่อนักวิทยาศาสตร์ที่อยู่ในลำดับสูงของการพิจารณาเมื่อปีที่ผ่านมาเข้าสมทบให้คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาคัดเลือก ในที่สุดคณะกรรมการรางวัลนักวิทยาศาสตร์ดีเด่นได้มีมติเป็นเอกฉันท์ยกย่อง **ผศ.นพ.ดร.ฉัตรชัย เหมือนประสาท** อาจารย์



ภาควิชาสรีรวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหนึ่งในผู้ที่สมควรได้รับการยกย่องให้เป็น นักวิทยาศาสตร์รุ่นใหม่ ประจำปีพุทธศักราช 2556 จากมูลนิธิส่งเสริมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในพระบรมราชูปถัมภ์ ด้วยผลงานวิจัยที่มีออกมาตลอดอย่างต่อเนื่อง โดยการนำความรู้ทางสรีรวิทยามาประยุกต์ใช้ในการศึกษากลไกการเกิดโรค ตลอดจนพัฒนาวิธีการใหม่ในการป้องกันและรักษาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ หรือโรคที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ หรือการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ โดยมุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางธรรมชาติของประเทศ เช่น พืชสมุนไพร ผลไม้ หรือของเหลือทิ้งจากอุตสาหกรรม การเกษตร เป็นต้น และเป็นการวิจัยแบบสหสาขาวิชาร่วมกับนักวิทยาศาสตร์ต่างสาขาวิชาหลายท่าน และมีงานวิจัยที่น่าสนใจหลายเรื่อง โดยเฉพาะเรื่อง **“การพัฒนาสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพยับยั้ง CFTR chloride channel โดยใช้สมุนไพร-ของเหลือทิ้งจากอุตสาหกรรมแช่แข็งเพื่อรักษาโรคท้องร่วงอหิวาตกโรค”**

ผศ.นพ.ดร.ฉัตรชัย เปิดเผยถึงการค้นพบสารเคมีที่ยับยั้งโปรตีนช่องทางผ่านคลอไรด์ที่มีชื่อว่า Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator หรือ CFTR chloride channel ในการรักษาอหิวาตกโรคว่า **เป็นงานวิจัยที่เน้นการประยุกต์ใช้ความรู้ทางสรีรวิทยาในการศึกษากลไกการเกิดอหิวาตกโรค เพื่อพัฒนาวิธีการป้องกันและรักษาโรคดังกล่าวซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ** โดยนำทรัพยากรธรรมชาติของไทย เช่น สมุนไพร ผลไม้ รวมถึงของเหลือทิ้งจากอุตสาหกรรมแช่แข็งเข้ามาศึกษาวิจัยด้วย หลังพบว่าอหิวาตกโรคและโรคลำไส้อักเสบยังคงระบาดในไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ประสบปัญหาอุทกภัย รวมถึงในภาวะปัจจุบันที่โลกเกิดความแปรปรวนด้านภูมิอากาศ



“ตั้งแต่ตอนเรียนแพทย์ ผมรู้สึกว่ามีโรคหลายโรคที่ยังไม่มียารักษา โดยเฉพาะ ตัวอย่างเช่น โรคท้องร่วง ซึ่งปัจจุบันวิธีรักษาอาการมือย่ำเดียวคือ การให้น้ำเกลือแร่และกินยาฆ่าเชื้อเท่านั้น ขณะที่ต่างประเทศก็ไม่ได้สนใจที่จะพัฒนาวิธีการรักษาโรคนี้ เพราะเป็นโรคของประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างเราเท่านั้น ผมทำงานวิจัยร่วมกับนักจุลชีววิทยาซึ่งเขาจะเลี้ยงเชื้ออหิวาต์สำหรับใช้ในการวิจัย เพราะที่ผ่านมายังไม่มีการนำเชื้ออหิวาต์จริง ๆ มาทำการศึกษา และที่ผมจับปัญหานี้ก็เนื่องจากปัจจุบันแนวโน้มการเกิดโรคอหิวาต์นั้นสูงขึ้นเรื่อย ๆ เพราะโลกร้อนขึ้นและคาดคะเนกันว่าทุก 1 องศาเซลเซียสของอุณหภูมิโลกที่เพิ่มขึ้นจะทำให้อัตราการเกิดโรคอหิวาต์สูงขึ้นถึง 15% จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีคนไทยเป็นโรคอหิวาต์มากกว่า 1,000 คน ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องสำคัญ เพราะจริง ๆ แล้วในส่วนของแพทย์ที่วินิจฉัยจะไม่ระบุว่าเป็นโรคอหิวาต์ แต่จะระบุว่าเป็นโรคท้องร่วงเฉียบพลัน เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของประเทศ เพราะโรคอหิวาต์บ่งบอกได้ถึงสถานภาพการพัฒนาของประเทศในด้านสาธารณสุขด้วย ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกก็ระบุว่าเป็นประเทศไทยยังมีอหิวาต์อยู่”

ผศ.นพ.ดร.ฉัตรชัย กล่าวอีกว่า อหิวาตกโรคเป็นโรคติดต่อรวดเร็ว รุนแรง เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อว่า *Vibrio cholerae* ในลำไส้ โดยเชื้อดังกล่าวสร้างพิษ Cholera toxin นำไปสู่การกระตุ้นการหลั่งคลอไรด์ไอออน แล้วดึงดูดเกล็ดเลือดและน้ำเข้าสู่โพรงลำไส้ จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียน้ำทางลำไส้และนำไปสู่การขาดน้ำอย่างรุนแรงจนอาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ แพทย์จึงให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มสารละลายเกลือแร่ (ORS) เพื่อทดแทนน้ำและเกลือแร่ที่สูญเสียไป ซึ่งการแก้ไขด้วยวิธีดังกล่าวไม่ได้ช่วยรักษาหรือลดอาการท้องร่วง เป็นแต่เพียงการให้น้ำและเกลือแร่ชดเชยส่วนที่สูญเสียไปเท่านั้น

“ทั่วโลกทุกปีมีคนตายด้วยอหิวาตกโรคถึง 300,000 คน และที่สำคัญคือ อหิวาต์ไม่ได้มีผลให้เกิดอาการท้องร่วงแล้วตายอย่างเดียว ต่างประเทศวิจัยออกมาแล้วโดยระบุว่าโรคท้องร่วงต้องหาวิธีที่จะป้องกันรักษาโดยเฉพาะในเด็ก เพราะโรคท้องร่วงไม่ใช่โรคที่หากเกิดอาการแล้วกินเกลือแร่

function) และลดการอักเสบ งานวิจัยชิ้นนี้สามารถนำไปสู่การพัฒนาสาร Chitooligosaccharide จากเปลือกกุ้งให้เป็นโภชนเภสัชภัณฑ์ เพื่อการรักษาโรคในระบบทางเดินอาหารที่เกิดจากการอักเสบ เช่น โรคท้องร่วง โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (inflammatory bowel disease) และโรคติดเชื้ออื่น ๆ ได้

2. การวิจัยเพื่อพัฒนาเภสัชภัณฑ์หรือยารักษาโรคท้องร่วงจากอหิวาตกโรค ซึ่งพบว่าสาร glycine hydrazide สามารถยับยั้งโปรตีนช่องทางผ่านคลอไรด์ (CFTR chloride channel) ในเซลล์ลำไส้ของมนุษย์ และลดอาการท้องร่วงจากอหิวาตกโรคได้ ซึ่งงานวิจัยนี้นำไปสู่การจดสิทธิบัตรยาในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2547 จากนั้นได้ร่วมมือวิจัยกับนักเคมีอินทรีย์ชั้นนำของไทยที่วิจัยเกี่ยวกับสารจากพืช เช่น สารในกลุ่ม steviol จากใบหญ้าหวาน สาร hydrolysable tannin จากผลสมอ สารในกลุ่ม chalcone จากดอกทองกวาว และสาร xanthone จากเปลือกมังคุด ซึ่งมีฤทธิ์ในการยับยั้งโปรตีนช่องทางผ่านคลอไรด์ในลำไส้ของมนุษย์ และสามารถลดการคัดหลั่งของน้ำเข้าสู่โพรงลำไส้ที่ทำให้เกิดอหิวาตกโรคได้



ก็จะหาย ในผู้ใหญ่อาจจะไม่กระทบมากนัก แต่ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบจะมีผลกระทบต่อการเจริญเติบโต เนื่องจากในเด็กที่มีอาการท้องร่วงบ่อย ๆ ร่างกายจะมีการปรับตัวเพื่อใช้พลังงานได้น้อย จะทำให้สมองมีการพัฒนาน้อยลง ฉลาดน้อยลง และเมื่อโตขึ้นร่างกายจะใช้พลังงานน้อย ทำให้เกิดโรคอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของโรคเบาหวานและโรคภัยร้ายแรงอื่น ๆ ในอนาคต”

ทั้งนี้งานวิจัยที่ **ผศ.นพ.ดร.ฉัตรชัย** ได้ศึกษาวิจัยแบ่งออกเป็น 3 เรื่อง ได้แก่

1. การวิจัยเพื่อพัฒนาคาร์โบไฮเดรตโพลิเมอร์ที่เตรียมจากเปลือกกุ้งและแกนหมึก เป็นโภชนเภสัชภัณฑ์ (neutraceuticals) เพื่อบำบัดรักษาโรคที่เกิดจากการอักเสบของลำไส้ โดยพบว่า Chitooligosaccharide จากเปลือกกุ้งสามารถลดอาการท้องร่วงและการเสียชีวิตที่เกิดจากภาวะลำไส้อักเสบได้ ด้วยกลไกการออกฤทธิ์ใหม่คือ การเสริมสร้างหน้าที่ปกป้องตนเองของลำไส้ (intestinal barrier

3. การวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาโรคธาลัสซีเมีย โดยได้ค้นพบวิธีการใหม่ในการยืดอายุเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียด้วยการยับยั้งการขนส่งสารกลูตาไธโอนออกจากเซลล์เม็ดเลือดแดง วิธีการนี้จะทำให้ปริมาณของสารกลูตาไธโอนซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระสำคัญในเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้เม็ดเลือดแดงเสื่อมช้าและถูกทำลายช้าลง จึงทำให้ความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมียลดน้อยลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม **ผศ.นพ.ดร.ฉัตรชัย** กล่าวทิ้งท้ายว่า งานวิจัยที่ศึกษาทั้งหมดเป็นหลักฐานทางการแพทย์ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาโรคได้ง่ายขึ้น รวมถึงนักวิจัยที่ศึกษาวิจัยขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับยา ควรเพิ่มข้อบ่งชี้การใช้ยาว่าสามารถต่อยอดหรือขยายการรักษาไปยังโรคอื่นได้ด้วยหรือไม่ ขณะเดียวกันการได้รับการสนับสนุนงานวิจัยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำให้งานวิจัยไทยก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนผ่านจากประเทศกำลังพัฒนาไปสู่ประเทศพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป



สารต้านอนุมูลอิสระ กับภาวะมีบุตรยาก

ภาวะมีบุตรยากเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากขึ้น หากคู่สมรสที่ต้องการมีบุตรแต่ไม่สามารถตั้งครรภ์ภายในช่วง 1 ปีที่ปราศจากการคุมกำเนิดในช่วงที่ไข่ตก ซึ่งเป็นช่วงที่ไข่มีโอกาสผสมมากที่สุดของรอบเดือน แสดงถึงภาวะการมีบุตรยาก ปัญหานี้พบบ่อยมากขึ้นในช่วงยี่สิบปีที่ผ่านมา บรรดาผู้มีบุตรยากพยายามมาปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสถาบันต่าง ๆ เพื่อค้นหาสาเหตุและแก้ไขภาวะมีบุตรยาก พบว่าสาเหตุของภาวะมีบุตรยากร้อยละ 30 เกิดจากฝ่ายหญิง ร้อยละ 30 เกิดจากฝ่ายชาย และร้อยละ 30 เกิดจากทั้งสองฝ่าย และอีกร้อยละ 10 ไม่สามารถหาสาเหตุที่ชัดเจน สาเหตุของฝ่ายชายที่พบบ่อย ได้แก่ เชื้ออสุจिन้อยไม่แข็งแรง หรือไม่มีเชื้ออสุจิออกมาในอสุจิ ทำให้อสุจิไม่สามารถไปผสมกับไข่ได้ ที่พบบ้างเป็นส่วนน้อยในฝ่ายชายคือ ยีนผิดปกติหรือโครโมโซมผิดปกติ สาเหตุทางฝ่ายหญิงที่พบบ่อย ได้แก่ ไข่ไม่ตก ท่อนำไข่อุดตัน หรือมีพังผืดซึ่งมักเกิดจากการอักเสบในอุ้งเชิงกรานหรือโรคเยื่อบุโพรงมดลูกขึ้นผิดปกติ (endometriosis) อาจทำให้มีอาการปวดท้องน้อย พังผืด และถุงน้ำ (cyst) ของรังไข่ บางรายอาจมีการเจริญผิดปกติของมดลูกหรือมีเนื้องอกมดลูกซึ่งทำให้มีการแท้งบ่อย ๆ พบหลักฐานของการใช้สารต้านอนุมูลอิสระในกลุ่มหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากมากขึ้น หลักฐานแสดงให้เห็นว่าสารต้านอนุมูลอิสระช่วยปรับปรุงความอุดมสมบูรณ์ของร่างกาย การเสริมสารต้านอนุมูลอิสระบางชนิดแก่หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากช่วยให้ภาวะการเจริญพันธุ์ดีขึ้น จึงเป็นที่มาของการทำการศึกษาในวันนี้

เราได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเชิงประจักษ์อันได้แก่ Cochrane (Subfertility) MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, OpenSIGLE ได้รวบรวมการวิจัยทั้งหมด 28 งานวิจัย รวบรวมหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากจำนวน 3,548 คน ทำการศึกษาผลของการให้สารต้านอนุมูลอิสระ pentoxifylline, N-acetyl-cysteine, melatonin, L-arginine, vitamin E, myo-inositol, vitamin C, vitamin D + calcium, omega-3 เปรียบเทียบผลการศึกษากับยาหลอก และกลุ่มที่ไม่ได้รับสารดังกล่าว พบว่าเฉพาะสาร pentoxifylline เท่านั้นที่มีผลเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ (OR 2.03, 95% CI 1.19-3.44, $p = 0.009$) ส่วนสารต้านอนุมูลอิสระอื่นยังไม่แสดงผลการเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ที่ชัดเจน แต่เนื่องจากข้อมูลการศึกษายังมีน้อย ยังต้องการผลการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

กล่าวโดยสรุป สารต้านอนุมูลอิสระช่วยบำรุงร่างกายของสตรีที่อยู่ในภาวะมีบุตรยากให้สมบูรณ์มากขึ้น พบว่าสาร pentoxifylline มีผลเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ เป็นอีกหนึ่งความหวังของครอบครัวที่ต้องการมีบุตร



ความประทับใจ ในการซ้อมภัยพิบัติ

ทางสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดให้มีการฝึกซ้อมทีมเคลื่อนที่เร็วในการตอบโต้ภัยพิบัติ (Disaster Medical Emergency Response Team, DMERT) โดยขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ส่งทีมมาร่วมฝึกซ้อม ทั้งจากกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กองทัพเรือ กองทัพอากาศ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวนมากมาย รวมแล้วได้ทั้งหมด 20 โรงพยาบาล

การฝึกซ้อมแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ฟังบรรยายและซ้อมแผนที่ท่าอากาศยานดอนเมือง

ส่วนที่ 2 ซ้อมในค่ายทหารที่เขาอีดัด จังหวัดปราจีนบุรี

ส่วนที่ 3 ซ้อมร่วมกับองค์กรอื่น ๆ เช่น กองทัพบก ซ้อมกับทีมนานาชาติ

จากการซ้อมร่วมกันก็สามารถสร้างความเป็นทีมและผูกพันกันจนเกิดความประทับใจขึ้นมากมายระหว่างทีมฝึกซ้อมและทีมวิทยากร

การซ้อมในป่าเขาอีดัดมีการฝึกหลายภารกิจ ได้แก่ การตั้งเต็นท์ การสื่อสารหลายทาง การประสานงานเป็นทีมกับชุมชนท้องถิ่น ซ้อมภัยสารเคมี ซ้อมการค้นหาผู้บาดเจ็บในป่า ซ้อมโหมเชือกจากตึก ซ้อมขนย้ายทางน้ำ ซ้อมขนย้ายทางอากาศ รวมทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้คุ้มค่าตลอดจนการฝึกแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

การซ้อมในป่าเขาอีดัดนั้น แต่ละทีมต้องทำการกางเต็นท์ในป่า และต้องพึ่งตนเองอยู่ได้นาน 72 ชั่วโมง ซึ่งหลายทีมก็หาทางอยู่รอดโดยหาของป่ากิน ได้แก่ ดักจับแมงมุมที่มาเล่นไฟเอามาทอดกิน หรือไปเก็บเห็ดป่าโดยเลือกชนิดที่สีไม่สดแล้วเอามาต้มกิน เหล่านี้เป็นต้น



ยามกลางคืนก็มีสมาชิกของบางทีมกางเปลนอนดูดาวด้วยกัน บางทีมพกมดติดตัวกันทุกคน ได้แก่ กองทัพเรือ เพื่อเอาไปฉางทางเดินในป่า แต่ตอนเดินป่าจริง ๆ ก็กลับไม่ได้ใช้เพราะลืมนำไปว่าพกมาด้วย

แต่กลับเอามิดมาโชว์ให้ทีมวิทยากรดู...ไม่รู้ว่าจะเอามาชูกันหรือเปล่าว

ส่วนบางทีมได้ให้แต่ละคนในทีมแบกสัมภาระช่วยชีวิตไปพร้อมกับอาหารและน้ำดื่มในการเข้าป่าเพื่อค้นหาผู้บาดเจ็บ ทั้งนี้เพื่อว่าถ้าเกิดหลงป่าขึ้นมาแล้ว สมาชิกแต่ละคนก็สามารถดำรงชีพประทังรอการตามไปช่วยเหลือได้นาน 1 วัน

ในการฝึกซ้อมมีการสร้างสถานการณ์อพยพผู้ป่วยทางน้ำระหว่างรอทีม DMERT มาช่วยเหลืออยู่นั้น ทีมวิทยากรจึงอนุญาตให้ผู้ป่วยจำลองซึ่งเป็นทหารเกณฑ์ลงว่ายน้ำอย่างสนุกสนานเพื่อคลายเครียด

พอทีมแพทย์มาถึง วิทยากรก็รีบแจ้งให้ผู้บาดเจ็บจำลองที่ตัวเปียกน้ำทั้งหลายรีบไปนอนตามสมมุติฐานที่หม้อหรือขีดหินต่าง ๆ เพื่อให้ทีม DMERT ทำการฝึกซ้อมค้นหาเพื่อช่วยเหลือ



มีการสร้างสถานการณ์ให้ทหารเกณฑ์ปลอมตัวเป็นชาวบ้านมาให้อิมเรืออพยพแต่ต้องจ่ายค่าเช่าเรือ ซึ่งทีม DMERT ก็สามารถต่อรองให้อิมเรือได้ด้วยดี ทั้งนี้เป็นการฝึกสอนให้ทีม DMERT ทราบว่าไม่ควรให้เงินค่าจ้างเรือแก่ชาวบ้านและไม่ควรต่อล้อต่อเถียงกับชาวบ้าน เพราะพวกเขาอาจก่อความวุ่นวายได้ แต่ทีม DMERT ควรพูดเจรจาต่อรองให้จากกันด้วยดีเพื่อช่วยให้การอพยพผู้ป่วยทางน้ำเป็นผลสำเร็จด้วยดี

ในการซ้อมสถานการณ์ภัยสารเคมีก็มีการเผาไม้ให้เกิดควันไฟและปาลูกบิงปองเป็นระยะ ๆ ให้เกิดเสียงเหมือนระเบิดจนชาวบ้านที่อาศัยอยู่รอบ ๆ นั้นพากันตกใจไปหมด มีชาวบ้านรายหนึ่งถึงกับซื้อรถมอเตอร์ไซด์ล้มจนแขนถลอกก็เพราะตกใจไปกับเสียงระเบิดลูกบิงปองนั่นเอง



ที่น่าขำคือ ระหว่างที่ทีม DMERT กำลังมระดมระดมทำการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจำลองกันอยู่นั้น ก็เกิดมีรถเข็นปลาหมึกย่างฟักวางเข้ามา จนต้องรีบไปเชิญออกแทบไม่ทัน

ทั้งนี้รถเข็นปลาหมึกคงรู้สึกว้าว...ที่ไหนมีคนอยู่กันเยอะก็ย่อมต้องกินแน่เลย!!!

การฝึกซ้อมทีมเคลื่อนที่เร็วในการตอบโต้ภัยพิบัติ (Disaster Medical Emergency Response Team, DMERT) มักเน้นการประสานงาน วิธีใช้ระบบสื่อสาร รู้จักบริหารจัดการทรัพยากรที่จำกัด และฝึกแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเป็นสำคัญ

การประสานงาน

ควรประสานงานกับชุมชนท้องถิ่นในการเข้าไปร่วมงานกับทีมท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นกรมป้องกันภัย อาสาสมัครกู้ชีพ หรือทีมช่วยเหลือของโรงพยาบาลท้องถิ่นก็ควรประสานงานกันด้วยดี หลายครั้งควรถามว่า

“สถานการณ์เป็นอย่างไร” อันแสดงว่าเราจะเข้ามาช่วยควบคุมสถานการณ์ร่วมกับทีมเขา แต่ถ้าเราถามว่า “มีอะไรให้ช่วยเหลือบ้าง” ก็มักกลายเป็นว่ามาเป็นลูกมือของเขาจนไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใด ๆ ทั้งนี้คำถามที่ดีย่อมสื่อให้เห็นว่าเรามีประสิทธิภาพมากแค่ไหนที่จะมาช่วยเหลือพวกเขา

แม้เพียงเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ เหล่านี้ก็มีส่วนทำให้การบริหารจัดการภัยพิบัติสำเร็จลงได้ด้วยดี

ระบบสื่อสาร

ควรตั้งเสาสัญญาณสื่อสารก่อนการตั้งเต็นท์ เพื่อให้เริ่มสื่อสารกันได้รวดเร็ว มีการเปิดคลื่นความถี่ 3 ช่องทาง ได้แก่ ช่องติดต่อกับศูนย์สั่งการใหญ่ ช่องสื่อสารกันเองในทีม DMERT และช่องสื่อสารระหว่างทีม DMERT

การบริหารจัดการทรัพยากรที่จำกัด

การดูแลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุควรมีชุดประจำตำแหน่งของทีม เช่น ทีมคัดกรอง (triage officer), ผู้บัญชาการ (field commander), ทีมขนย้าย (loading officer) เป็นต้น รวมทั้งเน้นรับเอาผู้ป่วยออกจากจุดเกิดเหตุโดยทีมทัพเรือมีการใช้สเกตลากออกมา หรือให้ทีมไปตั้งอุปกรณ์ในจุดกลางป่า จากนั้นให้ทีมกระจายตัวค้นหาผู้บาดเจ็บโดยทำสัญลักษณ์ทางเดินเอาไว้ เมื่อกลับมาแจ้งที่จุดกลางแล้วค่อยกระจายกำลังอาสาสมัครกู้ชีพออกไปนำผู้บาดเจ็บออกมา

การดูแลผู้บาดเจ็บที่จุดเกิดเหตุควรทำการรักษาเบื้องต้นเท่านั้น เช่น ขาหักก็ใช้เชือกมัดขาสองข้างติดกันเพื่อเป็นการค้ำขา ใช้ผ้ากดปิดแผลที่เลือดไหลแล้วรีบนำออกมาเลย มีวัตถุทีมแพทย์จะก็ใช้ผ้ากดเอาไว้แต่ไม่ดึงวัตถุนั้นออก ทั้งนี้เพื่อรีบนำผู้ป่วยออกไปจากจุดเกิดเหตุให้เร็วที่สุด



ส่วนการดูแลที่หน่วยรักษาพยาบาล (mobile unit) ซึ่งอยู่ในบริเวณที่ห่างจากจุดเกิดเหตุค่อนข้างมาก แล้วควรทำการรักษาที่ดีพอจะประท้วงส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทางได้อย่างปลอดภัย เช่น มีลมรั่วในปอดแต่ความดันเลือดปกติก็ไม่ต้องทำอะไร แต่ถ้าความดันเลือดตกก็ให้ใช้เข็มเจาะเอาลมออก หรืออาจใส่สาย ICD แล้วนำถุงมือมาปิดปลาย ICD พร้อมเจาะรูที่นิ้วถุงมือเพื่อระบายลมหรือน้ำออก ทีมควรพยายามประหยัคน้ำเกลือ ท่อช่วยหายใจ และออกซิเจนให้มาก โดยตัดสินใจใช้เมื่อจำเป็นเท่านั้น เป็นต้น

ระหว่างส่งต่อควรประเมินให้ผู้บาดเจ็บเดินทางไปถึงปลายทางได้อย่างปลอดภัย เช่น ถ้าผู้ป่วยต้องการออกซิเจนมากหรือมีโอกาสหยุดหายใจกลางทางก็ให้ใส่ท่อช่วยหายใจไปเลย เพราะการทำหัตถการระหว่างทางจะไม่สะดวกเลย

ทีมควรคิดว่าอาจมีโรคเจ็บป่วยเล็กน้อยอะไรที่อาจเกิดขึ้นได้บ้าง เช่น ไข้หวัด ท้องเสีย และเตรียมยาสามัญประจำบ้านไปเพื่อเป็นที่พักแก่ผู้ป่วยที่ไม่สะดวกในการเดินทางออกมารับยาที่โรงพยาบาล ด้านนอก หรือควรมีคำแนะนำว่าเมื่อไรควรรีบไปโรงพยาบาล เป็นต้น

การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

เช่น ตกตึกมีการให้คนเมานำไปอาละวาดที่เต็นท์ พบว่าบางทีมก็มีคนเมานำพร้อมกับนำส่งสถานีตำรวจปลายทางกันคนละเที่ยวรถ เป็นต้น

ตอนทีม DMERT เข้าไปช่วยเหลือต้องประเมินเขตปลอดภัยจากสารเคมีระเบิดเอง โดยเขตปลอดภัยควรเป็น 100 เมตรจากจุดเกิดเหตุโดยประมาณ ในการฝึกได้ให้กรมป้องกันภัยกันเขตปลอดภัยใกล้จุดเกิดเหตุมากเกินไป และตั้งเต็นท์ลี้ภัยตัวไว้ทางด้านใต้ลม พบว่าบางทีมไม่เฉลียวใจและเข้าไปอยู่ใกล้จุดเกิดเหตุมากเกินไปจนเกิดปฏิกิริยาไปตาม ๆ กัน แต่บางทีมเฉลียวใจจึงไปตั้งเต็นท์อีกด้านหนึ่ง ซึ่งอยู่ตรงข้ามกับเต็นท์ลี้ภัยตัวของกรมป้องกันภัย

ทีมได้ตัดสินใจโทรศัพท์ติดต่อกับศูนย์สั่งการใหญ่ของตนเองเพื่อขอให้ส่งผู้บาดเจ็บมาอีกด้านหนึ่ง ซึ่งกรมป้องกันภัยไม่ยอมย้ายเต็นท์จากนั้นหัวหน้าของแต่ละศูนย์จึงตกลงกันให้ทีม DMERT ย้ายไปตั้งทีมช่วยเหลือทางฝั่งเดียวกับเต็นท์ลี้ภัยตัวแต่อยู่ไกล 100 เมตร กันพบว่าปลอดภัย เป็นต้น

เมื่อต้องย้ายทีม DMERT ออกจากจุดเกิดเหตุโดยด่วน ทีมควรตะโกนให้ผู้บาดเจ็บที่พอช่วยตนเองได้เดินตามออกมาด้วย รวมทั้งมีการตกลงกันในทีมก่อนเข้าที่เกิดเหตุว่าเมื่อสั่งให้หนีต้องหนีตามเวลาโดยไม่มีการรอกัน ทั้งนี้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินจะได้เป็นที่เข้าใจกันในทีมโดยไม่เข้าใจผิดว่าทั้งกันไป

ท้ายสุดของการฝึกมีคนบอกว่า

“งานนี้ จลอง ภักดีวิจิตร มาเองเลยนะเนี่ย เพราะมีทั้งระเบิดกลางป่า อพยพทางน้ำ หนีขึ้นเครื่องบิน โหนเชือกจากตึกสูง และหนีภัยสารเคมี”

ภายหลังการฝึกทุกคนเหน็ดเหนื่อยกันมาก แต่ทุกคนก็ยังคงมีรอยยิ้มบนใบหน้าแม้จะผ่านการฝึกที่โหดกันขนาดนี้ได้ พร้อมกับฝากทิ้งท้ายไว้อย่างน่าสนใจว่า

“พวกผมจำหน้าของวิทยากรซึ่งเป็นทีมงานของ จลอง ภักดีวิจิตร ได้ทุกคน...ไม่รู้ลืมครับ”



การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข หรือแผนการรวมอำนาจ การบริหารระบบสาธารณสุขของกลุ่มตระกูล ส. และ NGO สาธารณสุข (ตอนที่ 1)

<<< (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

การกำหนดกรอบเวลาการทำงาน

ปลัดกระทรวงได้เสนอแผนการทำงานตามกรอบเวลาการทำงาน โดยกำหนดว่าในเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคมจะได้แบบแปลน (Blue Print) ในการเปลี่ยนแปลง โดยมีแผนการกำหนดรับฟังความคิดเห็นในกรม/เขต ในเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน และจัดทำแผน (action plan) ในเดือนกรกฎาคม เตรียมพร้อมให้ดำเนินการในเดือนสิงหาคมถึงกันยายน และเริ่มดำเนินการในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556

แต่ปลัดกระทรวงไม่ได้นำเสนอการปฏิรูปนี้แก่บุคลากรสาธารณสุขในกรมกองต่าง ๆ ในแบบการ “รับฟังความคิดเห็น” จากผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข แต่เป็นการ “ให้รับทราบและดำเนินการ” ตามแผนการปฏิรูปที่ปลัดกระทรวงและคณะกำหนดไว้ พร้อมทั้งเอาไปเสนอนพ.ประดิษฐ์ สินธวันวงศ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้ “รับทราบ” และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ก็สั่งให้มี “การเร่งรัดให้ดำเนินการปฏิรูปกระทรวง” ให้เสร็จเพื่อดำเนินการในเดือนตุลาคมนี้

รัฐมนตรีไม่ได้ตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมายในการเสนอรูปแบบการปฏิรูปครั้งนี้

มีข่าวว่ารัฐมนตรีได้เร่งรัดให้ดำเนินการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขให้ทันการดำเนินการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 โดยรัฐมนตรีเองก็อาจไม่ได้อ่านรายละเอียดหรือศึกษากฎหมายที่เกี่ยวกับการบริหารราชการแผ่นดินว่า การปฏิรูป

กระทรวงแบบที่นำเสนอตาม “Blue Print” ของปลัดกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวนี้ จะสามารถดำเนินการได้โดยไม่ผิดกฎหมายและระเบียบปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่

ปลัดกระทรวงได้เสนอแผนการทำงานตามกรอบเวลาการทำงาน โดยกำหนดว่าในเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคมจะได้แบบแปลน (Blue Print) ในการเปลี่ยนแปลง โดยมีแผนการกำหนดรับฟังความคิดเห็นในกรม/เขต ในเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน และจัดทำแผน (action plan) ในเดือนกรกฎาคม

การเสนอให้แยกโรงพยาบาลของ สร. มาเป็นองค์กรมหาชน

ขณะที่ นพ.ไพฑูริย์ สุริยวงศ์ไพศาล นักวิชาการที่ร่วมคิดในการเสนอแผนปฏิรูประบบสาธารณสุข ได้เสนอให้มีการแยกโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขออกนอกกรอบราชการ โดยเสนอให้มีการเปลี่ยนแปลง

โครงสร้างและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข โดยเสนอให้แยกกระทรวง “การเป็นผู้ให้บริการ” (provider) และการเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ (National Health Authority)⁽⁴⁾

ซึ่งถ้าจะมีการแยกโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขออกมาเป็นองค์กรมหาชน ก็คงต้องมีการแก้ไข พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 เสียก่อน จึงจะสามารถดำเนินการได้

ในปัจจุบันนี้ประเทศไทยมีโรงพยาบาลแบบองค์กรมหาชนอยู่เพียงแห่งเดียว คือโรงพยาบาลบ้านแพ้ว แต่โรงพยาบาลในรูปแบบองค์กรมหาชนอาจจะทำให้เกิดความยากลำบากแก่ประชาชนคนป่วยที่จะต้องมีการย้ายโรงพยาบาล (ส่งต่อ) เพื่อไปรักษาโรคที่โรงพยาบาลตามสิทธิในระบบประกัน

สุขภาพไม่สามารถรักษาได้ และอาจจะมีปัญหากับผู้บริหารงาน เนื่องจากตัวอย่างจากโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่ต้องอาศัยการบริจาคของประชาชนเป็นจำนวนมาก และการต้องไปรับงานนอกโรงพยาบาลเพื่อหาเงินให้เพียงพอกับรายจ่ายของโรงพยาบาล เนื่องจากการรับงบประมาณจากรัฐบาลอาจไม่พอเพียงในการดำเนินงานของโรงพยาบาล รวมทั้งค่าตอบแทนบุคลากรที่จะต้องจ่ายมากขึ้นกว่าในระบบราชการ ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากขึ้นจนต้องการเงินอุดหนุนพิเศษ (เช่น เงินบริจาค) เหมือนที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนี้ที่โรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องหารายได้พิเศษ เพื่อมาชดเชยลดการขาดดุลจากการรักษาผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ และปัญหาอื่น ๆ อีกมากมาย

ถ้าจะดำเนินการในการแยกโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขออกมาเป็นองค์กรมหาชนจริง ควรจะมีการศึกษาปัญหาอุปสรรคของโรงพยาบาลบ้านแพ้วองค์กรมหาชนไว้ด้วย เพื่อวางแผนป้องกันปัญหาไม่ให้เกิดขึ้น

หรืออาจจะศึกษาตัวอย่างของมหาวิทยาลัยที่ออกนอกกระบบราชการว่ามีปัญหาอุปสรรคหรือไม่/อย่างไร

เพราะต้องไม่ลืมว่า การบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขนั้น เป็นหน้าที่ของทุกรัฐบาลที่เข้ามาบริหารประเทศจะต้องจัดบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นการบริการสาธารณะที่จำเป็นเพื่อดูแลรักษาประชาชนให้มีสุขภาพอนามัยดี ร่างกายแข็งแรง จิตใจเบิกบาน เป็นพื้นฐานสำคัญที่สุดในความเป็นมนุษย์ ก่อนที่จะพัฒนาการเรียนรู้และสติปัญญาเสียอีก

การรวบอำนาจการบริหารระบบสาธารณสุขโดยการเสนอให้มีผู้เชี่ยวชาญในคณะทำงานทุกระดับ

ในช่วงเดียวกันนี้⁽⁴⁾ นพ.ไพฑูรย์ สุริยวงศ์ไพศาลยังกล่าวอีกว่าผู้กำกับนโยบายระดับชาติด้านสาธารณสุขในปัจจุบันนี้มีอยู่ 3 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวง

สาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ซึ่งจะเห็นได้ว่าใน 3 องค์กรที่อ้างถึงนี้ ทั้ง สช. และสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นหน่วยงานอิสระที่เป็นองค์กรตระกูล ส. และ NGO สาธารณสุขที่อ้างว่าเป็นเครือข่ายภาคประชาชน เป็นกลุ่มที่มีเสียงตามที่ NGO และตระกูล ส. ต้องการ และกำหนดทิศทางได้เป็นผู้ชี้แนะและกำหนดแนวทาง

ฉะนั้นจึงเหลืออีกหน่วยงานเดียวที่มาจากส่วนราชการเพียงหน่วยเดียวคือ กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นที่มีบทบาทในการกำหนดแนวทางและดำเนินการตามแนวนโยบายแห่งรัฐ ซึ่งขณะนี้กำลังจะถูกแทรกแซงเข้ามามีบทบาทสำคัญจากกลุ่มตระกูล ส. และ NGO สาธารณสุข ถ้าแผนการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขได้สำเร็จตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เสนอ และกำหนดกรอบเวลาของการดำเนินการไว้แล้ว

จึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่าจากการเสนอแผนการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขตามที่มีการวางรูปแบบที่ สวรส. นำเสนอผ่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข **นี่ จะเป็นการรวบอำนาจการบริหารกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดเข้าไว้ในมือของกลุ่มตระกูล ส. และ NGO สาธารณสุข**

โดยการวางแผนให้มีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาเป็นกรรมการร่วมกับส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มอำนาจในการกำกับการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขให้ NGO สาธารณสุขให้มีบทบาทเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก เป็นการเพิ่มอำนาจการ “กำกับ” การดำเนินงาน ภายในระบบสาธารณสุขขององค์กรตระกูล ส. มากยิ่งขึ้น นับว่าเป็นความพยายาม “รวบอำนาจ” ในการบริหารระบบสาธารณสุข รวมทั้งระบบประกันสุขภาพให้อยู่ภายใต้กลุ่มบุคคลจากองค์กรตระกูล ส. และ NGO สาธารณสุขอีกด้วย

ฉะนั้น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ ที่กำลังติดตามความคืบหน้าในการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข อาจจะกำลังหลงทางไปตามที่ NGO สาธารณสุขและตระกูล ส. กำลังวางแผน “ยุบอำนาจ” ในการบริหารกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการประกันสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาดโดยไม่รู้ตัวเหมือนการรวบอำนาจบริหารงบประมาณและนโยบาย รวมทั้งการสั่งการหรือกำหนดวิธีการทำงานของกลุ่มตระกูล ส. ในปัจจุบันนี้

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immunodeficiency)

■ (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

2.3 Selective IgA deficiency (SIAD)⁽⁹⁾

ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีระดับ IgA ใน serum ต่ำกว่า 7 mg/dl แต่ระดับ IgG และ IgM ปกติ และการตอบสนองด้าน IgG ต่อวัคซีนปกติ การวินิจฉัย SIAD ในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 4 ปี ทำได้ยาก เนื่องจากเด็กอายุน้อยจะมีระดับ IgA ต่ำกว่าปกติอยู่แล้ว ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 4 ปี กลุ่มนี้ต้องตรวจติดตามระดับ IgA ทุก 6 หรือ 12 เดือน เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอน

ผู้ป่วย SIAD จะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องมีการติดเชื้อทางเดินหายใจหรือทางเดินอาหารบ่อย ๆ นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดโรคภูมิแพ้มากกว่าคนปกติ และพบว่ามีอัตราการเกิด autoimmune disease เช่น SLE หรือ rheumatoid arthritis มากขึ้นด้วย ผู้ที่มีระดับ IgA ต่ำมาก ๆ จนตรวจไม่พบมีโอกาสที่จะสร้าง anti-IgA antibody เมื่อได้รับเลือด ดังนั้น ควรได้เลือดจากผู้ที่มี IgA ต่ำ หรือผลิตภัณฑ์เลือดที่มี IgA ต่ำ เพื่อลดโอกาสเกิด sensitization สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ SIAD เป็นภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดปฐมภูมิที่พบได้บ่อยที่สุด แต่ผู้ที่มี SIAD ส่วนมากไม่มีการติดเชื้อที่บ่อยกว่าคนปกติ (asymptomatic) บางครั้งอาจเป็นการตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจเลือดเพื่อ screening ดังนั้น ผู้ที่มีการติดเชื้อบ่อย ๆ และพบว่าระดับ IgA ต่ำควรได้รับการตรวจดูระดับ IgG subclasses และอาจทำร่วมกับ functional antibody assay การรักษา SIAD ที่มีการติดเชื้อบ่อย ๆ ทำได้โดยการให้ antibiotic prophylaxis หรือการรักษาเป็นครั้งคราว

2.4 IgG subclass deficiency⁽⁹⁾

IgG มี 4 subclasses คือ IgG1, IgG2, IgG3 และ IgG4 โดย IgG1 มีระดับสูงที่สุด และ IgG4 มีระดับต่ำที่สุด การมี IgG subclass ชนิดใดชนิดหนึ่งลดลงเพียงชนิดเดียวอาจทำให้มีการติดเชื้อบ่อย ๆ การวินิจฉัย IgG subclass deficiency ควรเจาะเลือดตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน เพื่อความแน่นอนในการวินิจฉัย IgG2 deficiency เป็น subclass deficiency พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่ม IgG subclass deficiency ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ และการติดเชื้อ pneumococcal ชนิดรุนแรงได้ เนื่องจาก IgG2 เป็น subclass สำคัญที่ตอบสนองต่อ polysaccharide antigen ส่วน IgG4 นั้นมีระดับต่ำและในเด็กปกติบางคนก็ตรวจไม่พบ IgG4 ดังนั้น การวินิจฉัย IgG4 deficiency จึงทำได้ยาก

3. Predominantly T-cell deficiency

ภาวะที่ T-cell ทำงานผิดปกติมักจะมีผลต่อประสิทธิภาพการสร้าง antibody ร่วมด้วย เนื่องจากการสร้าง antibody ต้องอาศัยการทำงานของ T-cell ร่วมกับ B-cell ความผิดปกติของทั้ง T-cell และ

B-cell ร่วมกันนั้นจัดอยู่ในกลุ่ม combined immunodeficiency ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป ส่วนโรคที่จัดอยู่ใน selective T-cell defects ได้แก่

1. Primary CD4 T-cell deficiency
2. IL-2 deficiency

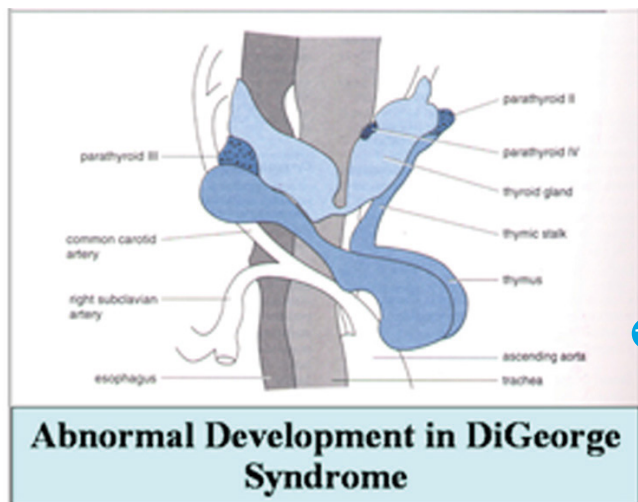
4. Immunodeficiency with other abnormalities

4.1 DiGeorge Syndrome⁽¹⁰⁾

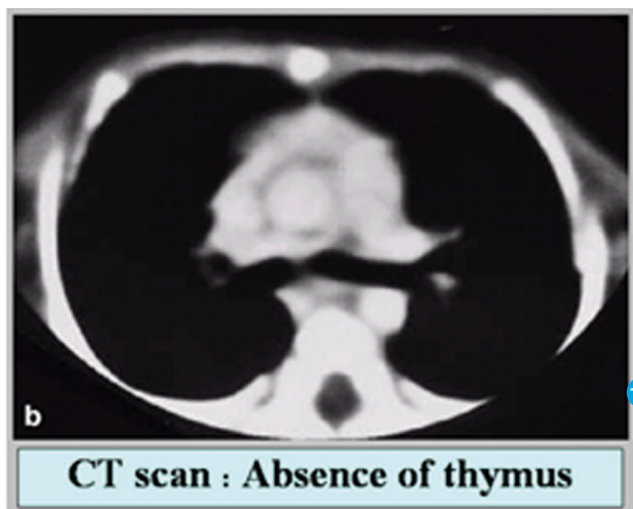
เป็นโรคที่จัดอยู่ใน selective T-cell defects ประกอบด้วยความผิดปกติของรูปร่าง อวัยวะต่าง ๆ (รูปที่ 8-10) และความผิดปกติทางภูมิคุ้มกัน



กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย conotruncal cardiac malformation, hypocalcaemia, abnormal facial profiles และ immunodeficiency สาเหตุเกิดจากการพัฒนาที่ผิดปกติของ pharyngeal pouches ที่ 3 และ 4 (รูปที่ 11) ส่งผลให้มีความผิดปกติของการเกิด parathyroid glands และ thymus gland (รูปที่ 12)



11



12

ความผิดปกติทางหัวใจที่พบบ่อยในโรคนี้คือ interrupted aortic arch, tetralogy of Fallot และ truncus arteriosus ความผิดปกติทาง chromosome ที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการนี้คือ microdeletion ที่ chromosome 22q 11.2 สามารถใช้การตรวจด้วยวิธี FISH (Fluorescence In-situ Hybridization) เพื่อวินิจฉัยถึงความผิดปกตินี้ พบว่า 25% ของผู้ป่วยได้รับการถ่ายทอดความผิดปกติจากบิดามารดา ส่วนที่เหลือเป็นการเกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยเอง

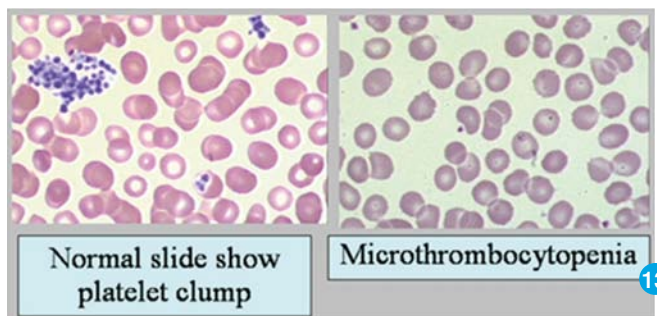
ภาวะ DiGeorge syndrome เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ ผิดปกติแต่กำเนิดอันเนื่องมาจากสาเหตุทางพันธุกรรม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีลักษณะการแสดงออกแบบเดียวกับกลุ่มอาการนี้อาจไม่พบความผิดปกติที่ chromosome ดังกล่าวก็ได้

ความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันมีได้หลายประการ ที่พบบ่อยได้แก่ การมี CD3 (T-cell) ลดลงคือ ต่ำกว่า $1,500 \text{ cells/mm}^3$, CD4 ต่ำกว่า $1,000 \text{ cells/mm}^3$ และมีภูมิคุ้มกันด้าน CMI ลดลง ส่วนมากความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันจะดีขึ้นตามอายุ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันเลยก็ได้ ไม่พบว่ามีลักษณะการแสดงออกของโรค (phenotype) โดยที่สัมพันธ์หรือสามารถให้พยากรณ์ได้ว่า ผู้ป่วยคนใดจะมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในรายที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างมากซึ่งอาจเรียกว่า complete DiGeorge syndrome นั้น พบได้ประมาณ

5% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจต้องทำ stem cell transplantation (SCT) หรือ Thymic transplantation เพื่อแก้ไขภาวะภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามี DiGeorge syndrome แต่ไม่ทราบว่ามีภูมิคุ้มกันบกพร่องร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าจำเป็นต้องได้รับเลือดต้องใช้ irradiated blood ไปก่อนจนกว่าจะทราบผลการตรวจทางภูมิคุ้มกัน เนื่องจากในเลือดที่ไม่ผ่านการฉายรังสีจะมี mature T-cell ซึ่งสามารถก่อให้เกิด graft versus host ได้ในผู้ป่วยที่มี T-cell deficiency

4.2 Wiskott-Aldrich Syndrome (WAS)⁽¹¹⁻¹²⁾

โรคนี้มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ X-linked ประกอบด้วยอาการ eczema, congenital thrombocytopenia และ recurrent infection โรคนี้เกิดจากการมี mutation ของ gene ที่ควบคุมการสร้าง WAS protein (WASP) โปรตีนนี้เป็น intracellular signaling molecule ที่มีความสำคัญในกระบวนการควบคุม actin cytoskeletal organization ของเซลล์ นอกจากนี้ยังพบว่าโรค X-linked thrombocytopenia (XLT) ก็เกิดจาก mutation ของ gene นี้เช่นกัน แต่มีการแสดงออกเพียง thrombocytopenia โดยที่ไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยที่เป็น WAS เมื่อมาพบแพทย์อาจไม่แสดงอาการที่กล่าวไว้ข้างต้นครบทุกอย่าง ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของโรค ในระยะแรกบางรายอาจมีเพียง thrombocytopenia เท่านั้น โดยไม่มีอาการอื่น ๆ หลังจากนั้นจึงมี eczema หรือ recurrent infection ตามมาเมื่อผู้ป่วยโตขึ้น อาการแสดงของโรคนี้ที่สำคัญคือ thrombocytopenia ผู้ป่วยมักมาด้วย petechii และ bleeding tendency ตั้งแต่วัยทารก ถ้ารุนแรงมากอาจมีอาการตั้งแต่วัย neonatal period เกล็ดเลือดมักอยู่ระหว่าง $10,000-50,000/\text{mm}^3$ แต่อาจสูงหรือต่ำกว่านี้ได้ อาการเลือดออกง่ายมีได้ในหลายระบบของร่างกาย เช่น อุจจาระมีเลือดปน บางครั้งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น infective diarrhea, intracranial hemorrhage และเลือดออกจาก umbilical stump หรือภายหลังการทำ circumcision สิ่งสนับสนุนการวินิจฉัยถ้าผู้ป่วย WAS มาพบในระยะนี้ แม้จะยังตรวจไม่พบ eczema หรือ recurrent infection ก็คือ การดูขนาดของเกล็ดเลือดอาจดูจาก blood smear หรือ platelet sizing โดยเครื่อง automated ผู้ป่วย WAS จะมีเกล็ดเลือดขนาดเล็ก (microthrombocytopenia) (รูปที่ 13)



โดยขนาดเฉลี่ยอยู่ที่ 3.8-5.0 fl ค่าปกติ 7.0-10.5 fl ภาวะเกล็ดเลือดต่ำใน WAS มักจะไม่ตอบสนองต่อ steroid หรือ IVIG การทำ splenectomy อาจจะทำให้เกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นได้ แต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อจึงไม่แนะนำให้ทำ

Eczema พบได้ 80% ผู้ป่วยของ WAS แต่ไม่ใช่ลักษณะที่จำเป็นในการวินิจฉัยโรคนี้ เพราะผู้ป่วย WAS บางคนอาจไม่มี eczema



Eczema

ส่วนใหญ่ eczema จะพบตั้งแต่อ่อนอายุ 6 เดือน (รูปที่ 14) การติดเชื้อซ้ำ ๆ มักเป็น sinopulmonary infection และการติดเชื้อที่ต้องอาศัย T-cell ในการกำจัด เช่น *Pneumocystis carinii* pneumonia และ recurrent herpes infection ก็พบได้ในผู้ป่วยโรคนี้

การตรวจทางภูมิคุ้มกันโรคนี้จะพบว่า มี IgM ต่ำ ส่วน IgG มักปกติ มีการสร้าง antibody ต่อ pneumococcal polysaccharide ผิดปกติ และระดับ isohemagglutinin ต่ำ คนไข้ส่วนใหญ่จะการทำงานของ T-cell ลดลง การรักษาโรคนี้คือ การทำ SCT ซึ่งจะแก้ไขทั้งความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันและภาวะ thrombocytopenia ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น autoimmune และ malignancy SCT จะได้ผลดีถ้าทำตั้งแต่อายุน้อยกว่า 5 ขวบ

ผู้ป่วย WAS ที่ไม่ได้รับการรักษาโดยทำ SCT จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งบางชนิดมากกว่าคนปกติ เช่น leukemia, lymphoma และ EBV-associated tumors นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิด autoimmune disease เช่น hemolytic anemia, arthritis, vasculitis, inflammatory bowel disease และ glomerulonephritis มากกว่าคนปกติ สาเหตุการตายในผู้ป่วย WAS ที่ไม่ได้รับการทำ SCT นั้น 40-50% เกิดจากการติดเชื้อ, 25% เกิดจากภาวะเลือดออกผิดปกติ และ 25% เกิดจาก malignancy

4.3 Ataxia-Telangiectasia (AT)⁽¹³⁻¹⁴⁾

โรคนี้ถ่ายทอดแบบ autosomal recessive อาการของโรคได้แก่ cerebellar ataxia, oculocutaneous telangiectasia และมี combined immunodeficiency ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมากกว่าคนปกติ โรคนี้พบว่ามี mutation ของ gene ซึ่งเรียกว่า ATM (AT mutated) gene ซึ่งเกี่ยวข้องกับ cell cycle control และการตอบสนองของ cell ต่อ DNA damage เมื่อกลไกนี้ผิดปกติจึงทำให้ cell กลายเป็นเนื้อร้ายได้ง่าย อาการนำของโรคนี้คือ อาการทางระบบประสาท ซึ่งมักแสดงออกโดยความผิดปกติของการเดิน (ataxic gait) ซึ่งเกิดขึ้นในขวบปีที่สองของชีวิต อาการ ataxia จะเป็นมากขึ้นและลามจาก trunk, extremities ไปที่ palatal muscles ทำให้เกิดการพูดที่ผิดปกติ (dysarthric speech, drooling, choreoathetosis) จนในที่สุดผู้ป่วยจะไปไหนมาไหนเองไม่ได้เมื่ออายุราว 10 ปี ส่วน telangiectasia พบที่นัยน์ตาขาว (sclera) และผิวหนัง จะเกิดเมื่ออายุประมาณ 4-8 ปี ความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันมีความรุนแรงแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละ

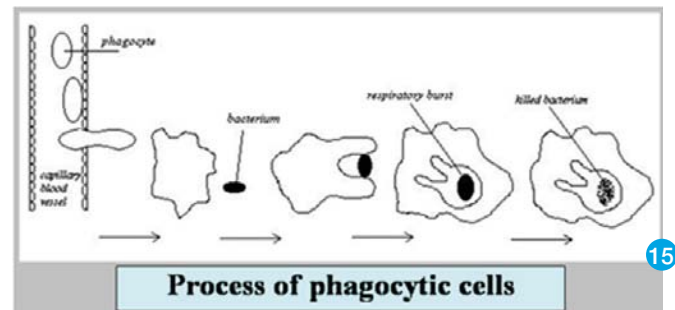
ราย แต่มักทำให้มีการติดเชื้อทางเดินหายใจซ้ำ ๆ และอาจทำให้เกิด chronic lung disease การติดเชื้อมักชัดเจนเมื่ออายุ 3-6 ปี การให้ IVIG ทำให้การติดเชื้อลดลงได้ โรคทางเดินหายใจและ aspiration pneumonia เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของผู้ป่วย AT รองลงมาได้แก่ malignancy ซึ่งมักเป็น T-cell หรือ B-cell malignancy เช่น leukemia และ lymphoma ผู้ป่วยโรคนี้จะมีระดับ alpha fetoprotein (AFP) และ carcinoembryonic antigen (CEA) สูงขึ้นในเลือด ซึ่งสามารถใช้ช่วยในการวินิจฉัยได้

ความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันโรคนี้เป็นชนิด combined defects โดยมีปริมาณ T และ B-cell ลดลง อาจมี reverse CD4 : CD8 ratio และอาจมีการลดลงของ in vitro T-cell proliferation ระดับ IgA จะลดลง ในผู้ป่วยบางรายอาจจะมี IgG2 และ isohemagglutinin ลดลงด้วย

5. Phagocytic defect

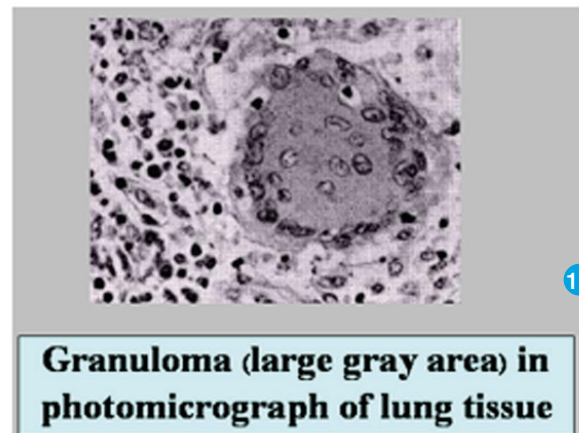
Chronic granulomatous disease (CGD)⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

เป็นความผิดปกติของ phagocyte ที่พบได้บ่อยที่สุด โรคนี้มีการถ่ายทอดทั้งแบบ X-linked และ autosomal recessive เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการ respiratory burst ซึ่งเป็นกระบวนการทำลายเชื้อโรคสำคัญขั้นตอนหนึ่งของ phagocyte (รูปที่ 15)

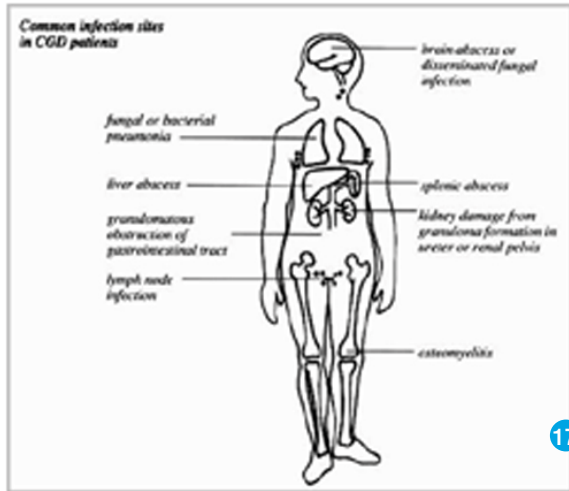


Process of phagocytic cells

ทำให้ phagocyte ไม่สามารถฆ่าเชื้อโรคบางอย่างได้ ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อ bacteria และ fungus ที่ซ้ำ ๆ และรุนแรง นอกจากนี้ยังตอบสนองด้วยปฏิกิริยาการอักเสบที่รุนแรง เกิดเป็น granuloma ในอวัยวะต่าง ๆ (รูปที่ 16-17)



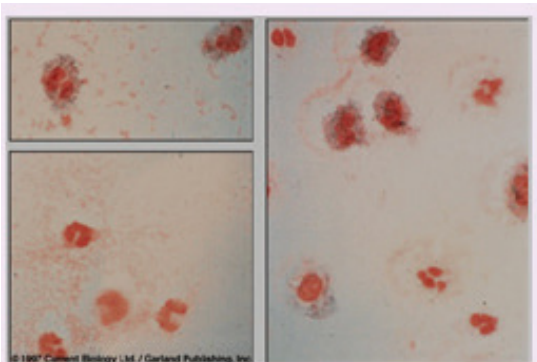
Granuloma (large gray area) in photomicrograph of lung tissue



17

เช่น ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ จนอาจก่อให้เกิดการอุดตันของอวัยวะ เช่น เกิด gut obstruction ได้ ผู้ที่มีอาการติดเชื้อที่รุนแรงกว่าปกติ หรือมีการติดเชื้อด้วยเชื้อที่พบไม่บ่อยนักควรนึกถึงโรคนี้ เชื้อที่ก่อปัญหาในผู้ป่วย CGD คือ กลุ่มที่สร้าง catalase ได้ เชื้อก่อโรคที่พบบ่อย ได้แก่ *S. aureus* (suppurative adenitis, subcutaneous infection, liver abscess), *Serratia* spp. (osteomyelitis, pneumonia) *Aspergillus* spp. (pneumonia) *Nocardia* spp. และ *B. cepacia* (pneumonia, sepsis) นอกจากนี้ยังมีเชื้อกลุ่ม *Salmonella* และ *Mycobacterium* spp. ผู้ป่วยโรคนี้ไม่พบว่ามีอาการติดเชื้อกลุ่ม catalase negative เช่น streptococci ง่ายกว่าคนปกติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า neutrophil มีปริมาณสูงขึ้นในเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะมีการติดเชื้อ ระดับ immunoglobulin สูง เนื่องจากการติดเชื้อบ่อย ๆ การตรวจทางภูมิคุ้มกันเพื่อการวินิจฉัยโรคนี้ได้แก่ nitro blue tetrazolium test (NBT test) (รูปที่ 18)

Neutrophils stimulated with phorbol myristate in the presence of nitro blue tetrazolium (NBT) dye. The left upper panel shows two normal neutrophils stained blue. The left lower panel shows neutrophils from a patient with CGD that failed to reduce NBT. The neutrophils in the right panel are from a heterozygous carrier of chronic granulomatous disease. Half the neutrophils have reduced NBT (deep purple) and half do not stain.



18

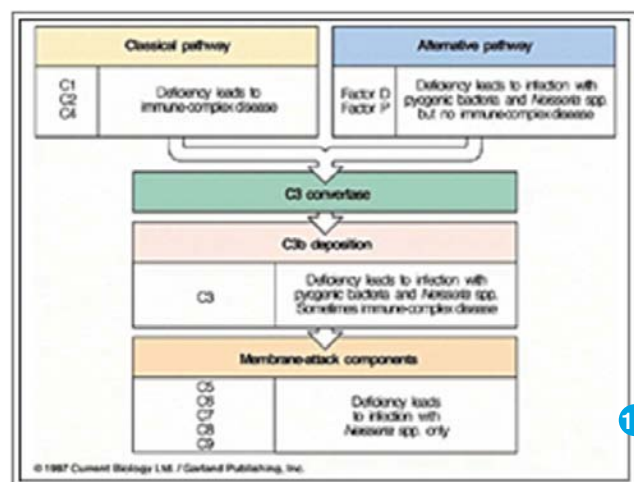
หรือในการนี้ที่ส่งสัยโรคนี้และผล NBT test ปกติ การตรวจที่ไวกว่า ได้แก่ chemiluminescence หรือ fluorescent cytometry โดย dihydrorhodamine-123 probe โรคนี้มีการถ่ายทอดทั้งแบบ X-linked และ autosomal recessive โดยแบบ X-linked พบได้บ่อยที่สุดคือประมาณ 70% ของผู้ป่วย CGD

การรักษาผู้ป่วย CGD จำเป็นต้องหาเชื้อก่อโรคให้ได้ เนื่องจากมีทั้งกลุ่ม bacteria และ fungus เพื่อประโยชน์ในการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสม การให้ trimethoprim-sulfamethoxazole เป็น prophylactic medication สามารถลดการเกิดการติดเชื้อที่รุนแรงลงได้ประมาณ 50% การให้ interferon-gamma พบว่าลดการติดเชื้อรุนแรงได้ถึง 70% ในรายที่ติดเชื้อรุนแรง การให้ granulocyte transfusion อาจช่วยในการรักษาได้ผลดีขึ้น การรักษาจำเพาะกับโรคนี้คือ การทำ SCT

6. Complement defect

ความผิดปกติที่เกิดจากการขาด complement จะทำให้เกิดการติดเชื้อบ่อย และ/หรือ autoimmune disease เนื่องจาก complement มีความสำคัญในการช่วยทำลายเชื้อโรค โดยการช่วยในกระบวนการ phagocytosis และ bacterial lysis การขาด complement ตัวต้น ๆ มักไม่ค่อยทำให้เกิดการติดเชื้อบ่อย เนื่องจาก mannan binding lectin pathway และ alternative pathway สามารถชดเชยการทำงานของ complement เหล่านี้ได้ โดย bypass ไปที่ C3 เลย ทำให้กระบวนการยังดำเนินต่อไปได้ แต่ผู้ที่ขาด complement โดยเฉพาะ complement ตัวแรก ๆ ใน pathway จะมีโอกาสเกิด autoimmune บ่อยขึ้น นอกจาก complement เหล่านี้ช่วยในการกำจัด immune complex

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดปฐมภูมิที่เกิดจากการขาด complement พบได้น้อย อย่างไรก็ตาม ต้องนึกถึงโรคนี้ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อจำพวก bacteria แบบรุนแรงหรือติดเชื้อกลุ่ม Neisseria ซ้ำ ๆ (รูปที่ 19)



19

(อ่านต่อฉบับหน้า)



...going one step further

Realistic Training with 3B Scientific® Products



P50



F13



C05



A59/8

A58/1



P30



AB0/1



AB1/1



AB2/1



AB3/1



P10, P11



L50

4/12 หมู่ 7 ซอยสำนักงานเขตบางแค ถนนกาญจนาภิเษก
แขวง/เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160
โทร. 02 487 0500-2 แฟกซ์ 02 487 0503
อีเมล: thai3bs@3bscientific.com
เว็บไซต์ www.3bscientific.co.th

บริษัท ไทย 3บี ไชออนทิฟิค จำกัด
www.3bscientific.co.th



A close-up, high-contrast photograph of an elderly person's eye. The eye is light-colored with a prominent pupil and iris, surrounded by deeply wrinkled, brownish skin. The lighting is dramatic, highlighting the texture of the skin and the intensity of the gaze.

Some things are
hard to ignore...

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

For the use of a Registered Medical Practitioner only.

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

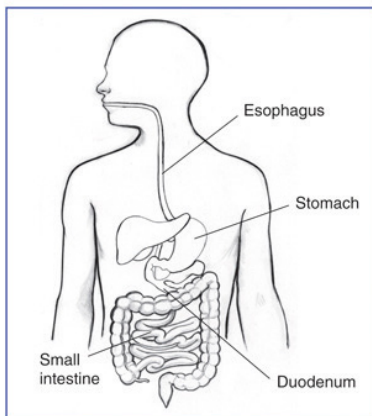
2. JNC 7 Guidelines target BP goal recommends 140/90mmHg for hypertensive and 130/80mmHg for diabetic patients

**HARD TO
IGNORE**

สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินอาหารส่วนต้น

(Foreign Body in Upper GI tract)

การกลืนสิ่งแปลกปลอมจนเกิดการอุดกั้นในทางเดินอาหารส่วนต้นนั้นมีอาการและการรักษาที่ต่างกันตามตำแหน่งที่สิ่งแปลกปลอมไปอุดกั้น ในที่นี้แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ทางเดินอาหารส่วนต้น⁽⁹⁾

1. สิ่งแปลกปลอมในคอหอยและหลอดอาหาร (pharyngeal and esophageal foreign body)

2. สิ่งแปลกปลอมในกระเพาะอาหารและลำไส้ (stomach and bowels foreign body)

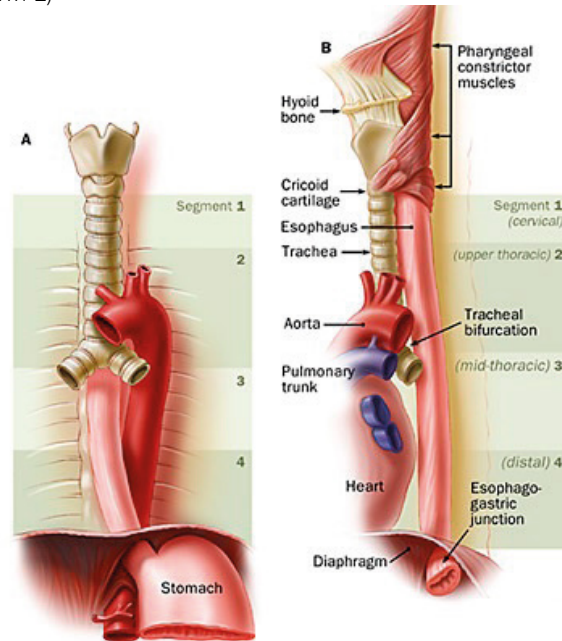
ซึ่งอาการและการรักษาแตกต่างกันใน 2 กลุ่มดังนี้

1. สิ่งแปลกปลอมในคอหอยและหลอดอาหาร (pharyngeal and esophageal foreign body)

ระบาดวิทยา

สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นในบริเวณคอหอยและหลอดอาหารสามารถพบได้ในทุกช่วงอายุ โดยมากจะเป็นวัตถุแหลม เช่น ก้างปลา อาหารชิ้นใหญ่ ๆ หรือเหรียญ โดยพบว่าเหรียญเป็นวัตถุที่อุดกั้นในทางเดินอาหารซึ่งพบบ่อยที่สุดในเด็ก มีโอกาสพบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้น้อยกว่า 2% แต่ถ้าวัดขึ้นก็มักมีอาการรุนแรง เช่น หลอดอาหารเป็นแผลหรือทะลุ (esophageal erosion or perforation), กดเบียดหลอดลม (tracheal compression), mediastinitis, รอยทะลุจากหลอดอาหารเชื่อมต่อกับอวัยวะข้างเคียง (fistulas), วัตถุเคลื่อนออกนอกหลอดอาหาร (extraluminal migration), หลอดอาหารตีบ (strictures) หรือ false esophageal diverticula โอกาสเกิดภาวะเหล่านี้มักสัมพันธ์กับระยะเวลาที่วัตถุติดค้างในหลอดอาหาร

วัตถุมักติดในตำแหน่งที่เป็นรอยคอดของหลอดอาหาร (esophageal constriction) ดังนี้ (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ตำแหน่งที่เป็นรอยคอดของหลอดอาหาร (esophageal constriction)⁽¹⁰⁾

1. the proximal esophagus ที่ตำแหน่ง cricopharyngeal muscle และ thoracic inlet จากฟิล์มจะอยู่ที่ระดับกระดูกไหปลาร้า (clavicular level)

2. the midesophagus ที่ตำแหน่ง aortic arch และ carina

3. the distal esophagus ที่ตำแหน่ง proximal ต่อ esophagogastric junction จากฟิล์มจะอยู่ที่ 2nd-4th vertebral bodies เหนือต่อกระเพาะอาหาร (gastric)

การซักประวัติ

ประวัติมีความสำคัญเพื่อแยกภาวะนี้ออกจากภาวะเจ็บแน่นหน้าอกแบบ atypical chest pain

เมื่อมีประวัติกลืนแบตเตอรี่ [button (disk) battery] ผู้ป่วยก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อหลอดอาหารทะลุ (esophageal rupture) ทั้งนี้เพราะแบตเตอรี่อาจกัดหลอดอาหาร มีกระแสไฟฟ้าออกจากแบตเตอรี่ สารเป็นกรดรั่วออกมา (corrosive leakage) หรือสารโลหะหนักรั่วออกมาจนเกิดพิษ (heavy metal poisoning) ได้ เช่น โปแตสเซียมที่รั่วออกมาจากแบตเตอรี่อาจทำให้เกิดเนื้อตายแบบ liquefaction necrosis นอกจากนี้ยังมีปรอทที่รั่วออกมาจากก้อนแบตเตอรี่ก็ทำให้เกิดพิษจากสารปรอท (mercury poisoning) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม วัตถุใด ๆ ก็อาจทำให้เกิดรอยถลอกของเยื่อ (mucosal erosion) ได้ทั้งสิ้น

อาการที่มักพบในผู้ป่วย เช่น กลืนลำบาก (dysphagia), น้ำลายไหลยืด (drooling), อาการรคายและอาเจียน ซึ่งการมีน้ำลายไหลยืด (drooling) ออกมาตลอดเวลาแสดงว่ามีการอุดกั้นในส่วนต้นของหลอดอาหาร (high grade obstruction)

ในกรณีที่มีการติดค้างนานอาจพบลักษณะดังต่อไปนี้

▶ หลอดอาหารทะลุ โดยตรวจพบอาการเจ็บบริเวณ mediastinum ซึ่งแสดงว่ามี mediastinitis

▶ มีอาการหลากหลายตั้งแต่ไอเป็นเลือด หรือฝีในปอด เป็นต้น

▶ ผู้ป่วยที่มีการใส่หลอดโลหะเพื่อขยายหลอดอาหาร (esophageal stent) แล้วพบมีอาการกลืนเจ็บ (dysphagia) ก็ควรสงสัยว่ามี stent เลื่อนเปลี่ยนที่ไป

การตรวจร่างกาย

อาจตรวจพบลมรั่วในชั้นไขมันใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema), น้ำลายไหลยืด (drooling), เสียงหายใจวี๊ด (wheezing) หรือตรวจไม่พบอาการผิดปกติใดเลยก็ได้

การส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย

การส่งตรวจเอกซเรย์ปอดในท่า PA และ lateral รวมทั้งเอกซเรย์คอด้านข้าง (lateral cervical spine films) โดยใช้ soft tissue technique แต่ทั้งหมดล้วนมีความไว (sensitivity) ค่อนข้างต่ำ

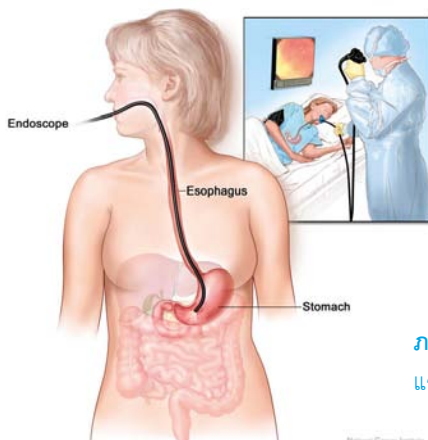
เอกซเรย์บริเวณหลอดอาหารหลังกลืนสารทึบรังสี (contrast esophagography) สามารถเห็นวัตถุได้ดีกว่า และใช้ในกรณีที่สงสัยว่ามีรูรั่วที่หลอดอาหาร (esophageal leak) ทำโดยให้กลืนสารทึบรังสีชนิดที่ละลายน้ำได้ (water-soluble contrast solution) แต่มีข้อจำกัดในกรณีที่วัตถุซึ่งอุดกั้นนั้นเป็นกระดูก (impacted bone)

CT scans with coronal and sagittal reconstructions ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่พบความผิดปกติในการเอกซเรย์ทั่วไป แต่ส่องกล้องที่หลอดอาหารแล้วไม่พบวัตถุแปลกปลอม (positive findings on plain films and negative results on esophagoscopy) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัตถุอาจหลุดออกจากภายในหลอดอาหารออกไปที่เนื้อเยื่อข้างเคียง (extraluminal space) แล้วก็ได้

การรักษา

1. การใช้ Glucagon (0.5-2 มก.) ฉีดเข้าทางเส้นเลือดเพื่อคลายกล้ามเนื้อของหูรูดของหลอดอาหารส่วนล่าง (lower esophageal sphincter) อันจะช่วยให้อนุวัตถุหลุดออกไปได้ โดยไม่มีผลยับยั้งการบีบตัวของหลอดอาหาร (peristalsis) แต่หากฉีดเข้าเส้นเลือดเร็วเกินไปอาจทำให้อาเจียน หรือเสี่ยงต่อการเกิดหลอดอาหารทะลุ (esophageal rupture) ได้

2. อาจใช้สารก่อให้เกิดแก๊ส (gas-forming agents) ร่วมกับ glucagon แต่มีข้อห้ามในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากอาจเกิดหลอดอาหารทะลุ (esophageal perforation) ได้ โดยอาจใช้สาร tartaric acid solution ตามด้วย solution of sodium bicarbonate หรือ carbonated beverages ซึ่งทำให้เกิดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) อันจะช่วยขยายหลอดอาหารและคลายตัวของหูรูดของหลอดอาหารส่วนล่าง (relax the lower esophageal sphincter) รวมทั้งผลักดันให้อนุวัตถุจากรอยต่อระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (gastroesophageal junction) ให้เข้าไปในกระเพาะอาหารได้



ภาพที่ 3 การส่องกล้องดูหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร⁽¹⁾

3. Nitroglycerin และ Nifedipine ช่วยทำให้หูรูดของหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวเช่นเดียวกับ glucagon แต่ไม่เป็นที่นิยม และไม่ได้ผลดีเท่า glucagon

4. เอนไซม์ย่อยสลายชิ้นเนื้อที่อุดกั้น (enzymatic degradation of an impacted meat bolus) เช่น proteolytic enzyme papain ไม่นิยมเนื่องจากอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดหลอดอาหารทะลุได้

5. การส่องกล้องที่หลอดอาหาร (endoscopy) (ดังภาพที่ 3) เป็นวิธีที่ดีกว่าวิธีการข้างต้น มีอัตราความสำเร็จสูงเมื่อทำในผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 48 ชั่วโมง ได้แก่ flexible endoscopy มีข้อดีคือ ทำได้โดยไม่ต้องดมยาสลบ และไม่ต้องใส่ท่อหลอดลม เป็นทั้งการช่วยวินิจฉัยโรคและรักษาไปพร้อมกัน

ภาวะที่ควรส่องกล้องหลอดอาหารโดยเร็ว (early endoscopy) มีดังต่อไปนี้

▶ วัตถุนั้นอาจก่อพิษได้ เช่น กลืนแบตเตอรี่ (button battery ingestion)

▶ กายวิภาคของหลอดอาหารเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน

▶ กลืนวัตถุแหลมคมเข้าไป

6. Contrast-filled balloon catheter and fluoroscopy ใช้ในกรณีที่กลืนวัตถุผิวเรียบและไม่แหลมคม รวมทั้งไม่ได้อุดกั้นหลอดอาหารอย่างสมบูรณ์ (non-impacted) การใช้วิธีนี้ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าหัวต่ำขณะทำการ

วิธีนี้ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจผิดปกติ (airway compromise) มีการอุดกั้นหลอดอาหารอย่างสมบูรณ์ (complete esophageal obstruction) และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสูดสำลัก (aspiration)

7. รอให้หลุดออกเอง ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการมานานน้อยกว่า 24 ชั่วโมง และเอกซเรย์พบว่าวัตถุติดอยู่ในหลอดอาหารส่วนปลาย (distal esophagus)

2. สิ่งแปลกปลอมในกระเพาะอาหารและลำไส้ (stomach and bowels foreign body)

มักไม่ทำให้เกิดปัญหารุนแรง สามารถรอให้หลุดออกเองได้ ตำแหน่งมักอยู่ที่ gastric outlet หรือ ileocecal valve

การชักประวัติ

วัตถุแปลกปลอมมักจะเป็นวัตถุที่ไม่ใช่อาหาร

วัตถุแปลกปลอมที่กลืนเข้าไป เช่น

▶ body packing ซึ่งเป็นการกลืนยาเสพติดที่บรรจุอย่างเป็นระเบียบ มักเห็นวัตถุได้จากฟิล์มเอกซเรย์

▶ body stuffing เป็นการกลืนยาเสพติดที่พบในผู้ที่หลบหนีการจับกุมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งบรรจุหีบห่อได้ไม่สมบูรณ์ทำให้มีการรั่วไหลของยาเสพติดเข้าสู่ร่างกาย

จนทำให้เกิดอาการได้ และการส่องเอกซเรย์วินิจฉัยอาจไม่พบวัตถุได้

- ▶ วัสดุทันตกรรม (dental implants)
- ▶ สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารจากการกิน

(bezoar) เช่น การกลืนผม [trichobezoars หรือ Rapunzel syndrome], ผักที่ไม่สามารถย่อยได้ (phytobezoars) และกลืนก้อนของนมที่ย่อยไม่หมด (lactobezoars คือกลืน milk curds)

- ▶ button batteries
- ▶ ก้างปลาอาจทำให้ทางเดินอาหารทะลุได้
- ▶ กินไม่จ้มนั่น แล้วไปติดอยู่ที่ผนังลำไส้จน

ทำให้เกิดรอยถลอก (erosions) หรือกดเบียด (compression) อวัยวะข้างเคียงได้

การส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย

การเอกซเรย์ทั่วไป (plain radiography) ในกลุ่ม body packers โอกาสเป็นผลบวก 90% (ดังภาพที่ 4) ในขณะที่ในกลุ่ม body stuffers โอกาสที่จะเอกซเรย์แล้วพบมักน้อย เนื่องจากหีบห่อของยาไม่สมบูรณ์จึงอาจมีถุงแตกและเอกซเรย์ไม่พบสิ่งแปลกปลอมในกระเพาะอาหาร



ภาพที่ 4 ภาพเอกซเรย์ของ body packer⁽¹²⁾

อัลตราซาวด์ (ultrasound) มีประโยชน์เมื่อไม่สามารถเห็นได้จากการเอกซเรย์ทั่วไป

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) สามารถช่วยค้นหาภาวะแทรกซ้อนจากการที่อวัยวะเกิดทะลุได้

การรักษา

โดยปกติวัตถุแปลกปลอมสามารถหลุดออกมาเองได้ แพทย์อาจทำการเอกซเรย์เฝ้าติดตามดูเป็นระยะ ๆ (serial radiographs) หลังจาก 5-7 วันไปแล้ว แต่ถ้ากลืนวัตถุแหลมคมเข้าไปก็ต้องส่องกล้องเข้ากระเพาะอาหาร (fiberoptic gastroscopy) เพื่อคีบเอาออก

ข้อบ่งชี้ในการคีบเอาออกตั้งแต่ต้น (early removal) ทำในกรณีต่อไปนี้

▶ วัตถุกว้างกว่า 2 เซนติเมตร เนื่องจากไม่สามารถผ่าน pylorus ของกระเพาะอาหารได้

▶ วัตถุที่ยาวกว่า 5-6 เซนติเมตร เนื่องจากลำไส้เล็ก duodenum ไม่สามารถบีบตัว (peristalsis) เพื่อไล่วัตถุออกไปได้

แพทย์ควรเฝ้าสังเกตอาการจนกระทั่ง

1. ตรวจพบวัตถุนั้นหลุดออกมาในอุจจาระของผู้ป่วย
2. มีการอุดตันในลำไส้หรือลำไส้ทะลุ (bowel obstruction or perforation) ซึ่งต้องตัดสินใจทำการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วย
3. ไม่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของการเอกซเรย์ที่ทำห่างกัน 24 ชั่วโมง ซึ่งแสดงว่าวัตถุนั้นอุดตันแน่น (impaction) และต้องใช้เครื่องมือมาคีบเอาออก

นอกจากอาการและการรักษากรณีสิ่งแปลกปลอมอุดตันในทางเดินอาหารส่วนต้นจะแตกต่างกันตามตำแหน่งที่อุดตันแล้วนั้น ชนิดของสิ่งแปลกปลอมที่กินเข้าไปก็ยังมีการรักษาที่แตกต่างกันไปอีก เช่น การกินแม่เหล็กขึ้นเดียวก็อาจเฝ้าติดตามดูอาการและเอกซเรย์เป็นระยะ ๆ ได้ แต่ถ้ากินแม่เหล็กหลายชิ้นก็ควรรีบส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อคีบเอาออกโดยเร็ว เป็นต้น

การรักษาตามชนิดของสิ่งแปลกปลอมที่กินเข้าไป

1. Body Packer หรือ Body Stuffer

ผู้ป่วยต้องได้รับการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิด โดยแพทย์จะติดตามการขับออกของวัตถุและอาการพิษต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแพทย์อาจใช้ Polyethylene glycol solution หรือยาถ่ายให้แก่ผู้ป่วยกิน เพื่อช่วยให้ขับถ่ายออกมาเร็วขึ้น

ถ้าวัตถุนั้นบรรจุสารโคเคน (cocaine) แล้ว การทำให้ gastric contents มีฤทธิ์เป็นด่างก็เพื่อช่วยให้เกิด hydrolysis ของสารโคเคนจนอยู่ในรูป inactive metabolite benzoylecgonine ก็จะเป็นการช่วยลดการก่อพิษของสารโคเคนได้ อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่ามีประโยชน์ค่อนข้างน้อยอยู่

การส่องกล้องส่องทางเดินอาหารไปคีบออกมา (endoscopic removal) มักใช้ในกรณีที่มึลไส้อุดตันหรือเกิดพิษจากยา ทั้งนี้การส่องกล้องก็มีความเสี่ยงต่อการทำให้ถุงบรรจุยานั้นทะลุ (packet rupture) จนเกิดพิษของยาต่อร่างกายขึ้นได้ ดังนั้น จึงแนะนำให้ทำในกรณีมีข้อบ่งชี้เท่านั้น

2. Button Batteries

ในกรณีที่กินแบตเตอรี่เข้าไป แล้วเอกซเรย์พบว่าแบตเตอรี่ไปค้างที่กระเพาะอาหารโดยยังไม่มีการรั่วไหล (ดังภาพที่ 5) ก็สามารถรอให้แบตเตอรี่นั้นออกมาเองได้ โดยแพทย์ควรส่งเอกซเรย์ในวันรุ่งขึ้นเพื่อดูการเคลื่อนที่ของแบตเตอรี่ และส่งเอกซเรย์ทุก 3-4 วัน เพื่อยืนยันการเคลื่อนตัวของแบตเตอรี่



ภาพที่ 5 ภาพเอกซเรย์ของ button battery ในกระเพาะอาหาร⁽¹³⁾

การผ่าตัดทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ดังนี้

- ▶ แบตเตอรี่ไม่มีการเคลื่อนที่เลย
- ▶ เอกซเรย์พบว่าแบตเตอรี่มีรอยร้าวหรือแตกหัก
- ▶ มีอาการปวดท้อง

3. แม่เหล็ก (Magnet)

3.1 กินแม่เหล็กชิ้นเดียว (single magnet)

สามารถรอสังเกตอาการได้โดยเอกซเรย์ติดตามเป็นระยะ ๆ ทั้งในท่า AP และ lateral film จนกว่าแม่เหล็กจะถูกขับออกไป แพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยพยายามอยู่ห่างจากเหล็ก หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจนกว่าแม่เหล็กถูกขับออกมาจากร่างกาย อย่างไรก็ตาม ถ้าหากอยู่ในพื้นที่ที่มีอุปกรณ์ส่งคลื่นทางเดินอาหารก็ควรทำการคีบออกโดยทันที (endoscopic removal)

กรณีที่ยังกินแม่เหล็กและเหล็กควรรักษาเหมือนการกินแม่เหล็กหลายชิ้นเข้าไป

3.2 กินแม่เหล็กหลายชิ้น (multiple magnets)

มีอันตรายมากกว่าการกินแม่เหล็กชิ้นเดียวโดยเฉพาะถ้ากินเข้าไปคนละช่วงเวลา ทั้งนี้เนื่องจากแม่เหล็กอาจถูกดึงให้ติดกันและดูดเอาเนื้อเยื่อของลำไส้เข้าไปด้วย ทำให้เกิดเนื้อเยื่อของลำไส้ตาย ติดเชื้อในทางเดินอาหาร ลำไส้ทะลุหรือเกิดรอยเชื่อมต่อกับอวัยวะข้างเคียง (fistula), ลำไส้บิดตัว (volvulus) หรือลำไส้อุดตัน ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการผ่าตัดเอาลำไส้ออก นอกจากนี้หากแม่เหล็กกดทับ mesenteric vessels ก็อาจทำให้เกิดเลือดออกในช่องท้อง (intraperitoneal hemorrhage) ได้

ถ้าแม่เหล็กยังอยู่ในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร แพทย์ควรคีบเอาออกโดยใช้กล้องส่องทางเดินอาหาร (endoscopy) แต่ถ้าหากอยู่ลึกกว่านั้น แพทย์ควรตัดสินใจให้การรักษาตามอาการของผู้ป่วย

▶ ผู้ป่วยไม่มีอาการ (asymptomatic patients) สามารถส่งตรวจเอกซเรย์และตรวจร่างกายทุก 4-6 ชั่วโมง หรือหากมีความพร้อมก็ควรส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อคีบเอาออก

▶ ผู้ป่วยมีอาการ (symptomatic patients) หรือกินแม่เหล็กหลายชิ้น ที่แพทย์เฝ้าติดตามแล้วไม่มีการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนตัวของวัตถุจากฟิล์มเอกซเรย์

แพทย์ควรทำการผ่าตัดเพื่อนำเอาสิ่งแปลกปลอมหรือแม่เหล็กนั้นออก

ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการเพื่อรับเอาสิ่งแปลกปลอมออก (Urgent Intervention)

ต้องมีการทำหัตถการเพื่อรับเอาสิ่งแปลกปลอมออก เมื่อมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

- ▶ วัตถุ มีลักษณะแหลมและยาว > 5 เซนติเมตร อยู่ในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร
- ▶ วัตถุเป็น high-powered magnet หรือแม่เหล็กหลายชิ้น
- ▶ disk battery ในหลอดอาหาร หรือมีข้อบ่งชี้ที่ต้องทำการผ่าตัดในกระเพาะอาหาร
- ▶ มีอาการผิดปกติของระบบหายใจ
- ▶ หลอดอาหารอุดตันอย่างสมบูรณ์หรือเกือบสมบูรณ์ (evidence of near-complete esophageal obstruction)
- ▶ มีอาการแสดงของลำไส้อักเสบ หรือลำไส้อุดตัน

สรุป

อาการและการรักษาสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นในทางเดินอาหารส่วนต้นนั้นมีความแตกต่างกันตามตำแหน่งที่อุดกั้น นอกจากนี้ยังแตกต่างตามชนิดของสิ่งแปลกปลอมที่กินเข้าไปอีกด้วย

อาการและการรักษาสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นในทางเดินอาหารส่วนต้นนั้นมีความแตกต่างกันตามตำแหน่งที่อุดกั้น นอกจากนี้ยังแตกต่างตามชนิดของสิ่งแปลกปลอมที่กินเข้าไปอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Thomas SH, White BA. Foreign Bodies. Chapter 57 Foreign Bodies. In: Marx JA, et al. (eds.) Rosen's emergency medicine : Concepts and clinical practice. 7th ed. Philadelphia: Mosby: Elsevier; 2010:715-32.
2. Hauda WE. Resuscitation of children. In: Tintinalli JE, et al. (eds.) Tintinalli Emergency – A Comprehensive Study Guide, 7th ed., New York: McGraw Hill; 2011:81-8.
3. Up to date. Airway foreign bodies in children. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/airway-foreign-bodies-in-children> (accessed 1 June 2013).
4. Up to date. Needle cricothyroidotomy with percutaneous transtracheal ventilation. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/needle-cricothyroidotomy-with-percutaneous-transtracheal-ventilation> (accessed 1 June 2013).
5. T E Zimmers, S B Chan, P L Kouchoukos, H Mirande, Y Noy, B VanLeuven. Use of gas-forming agents in esophageal food impactions. Ann Emerg Med 1988;17(7):693-5.
6. The American Society for Gastrointestinal Endoscopy : Standards of Practice Committee: Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T, et al. Management of ingested

foreign bodies and food impactions : The American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Gastrointest Endosc. 2011 Jun; 73(6):1085-91.

7. Medscape. Foreign Body Aspiration. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/298940-overview> (accessed 1 June 2013).

8. Nagy K. Cricothyroidotomy. In: Reichman EF, Simon RR (eds.) Emergency Medicine Procedures. 1st ed. USA: McGraw-Hill; 2004.

9. Upper GI Endoscopy. National Digestive Diseases Information Clearinghouse. April 23, 2012. Available from: <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/upperendoscopy/>

10. The Esophagus-Anatomy. PainNeck.com: A Patient's Guide to Neck Pain Relief. Nov 1, 2011. Available from: <http://www.painneck.com/esophagus>

11. Alexander Matz M.D. Esophagogastroduodenoscopy (EGD). Atlantic Centre for Minimally Invasive Endoscopic & Laser Surgery. 2013. Available from: <http://www.endolasersurgery.com/egd.html>

12. Trent. Body Packers. Emdose. June 17, 2012. Available from: <http://emdose.org/2012/06/17/body-packers/>

13. Lancaster. Button Battery In Stomach. EMRbank.org. Nov 19, 2007. Available from: http://ectsia.org/test2/gallery2/main.php?g2_itemId=1371

การตายของผู้มีสภาพผอมแห้งซูบซีด กับการชันสูตรพลิกศพ

Sudden Unexpected Death In Cachexial Case And Post-Mortem Inquest

การตายผิดปกติที่นั้นเกิดขึ้นอยู่เป็นประจำ และแพทย์จำต้องเข้าร่วมการชันสูตรพลิกศพ ทั้งนี้เป็นไปตามกฎหมายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543¹ เป็นต้นมา ซึ่งดูเหมือนว่า “แพทย์ต้องมีหน้าที่เพิ่มมากขึ้น” เพิ่มเติมจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั่วไป (กับผู้ป่วย) ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525² แต่อย่างไรก็ตาม การร่วมชันสูตรพลิกศพก็นับว่าเป็นกระบวนการให้ความเป็นธรรมประการหนึ่งในสังคม แพทย์ควรพึงพอใจกับหน้าที่ดังกล่าวนี้ แต่ก็สมควรที่จะต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานแห่งการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย

หลักในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับการชันสูตรพลิกศพ

การชันสูตรพลิกศพต้องถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทย์จึงต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่แพทยสมาคมกำหนดด้วย ซึ่งในขณะนี้มีอยู่ด้วยกัน 2 เกณฑ์ที่สำคัญคือ

1. เกณฑ์มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555³ ในหัวข้อ 2.2.5

2.2.5 มีทักษะการสื่อสารในสถานการณ์เฉพาะ เช่น การแจ้งข่าวร้าย การขอชันสูตรศพ เป็นต้น

2. เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555⁴

ในหมวด ข. ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพและทักษะทางคลินิก ในหัวข้อ 1.7

“๑.๗ สามารถชันสูตรพลิกศพ เก็บวัตถุพยานจากศพ ร่วมกับพนักงานสอบสวน ตามที่หมายกำหนดได้ สามารถออกรายงานการชันสูตรพลิกศพ ให้ถ้อยคำเป็นพยานในชั้นสอบสวนและชั้นศาลได้”

ในหมวด จ. (ของเกณฑ์ความรู้) ในข้อ 5.2

“๕.๒ ลักษณะ ๒ การสอบสวน หมวด ๒ การชันสูตรพลิกศพ (มาตรา ๑๔๘-๑๕๖) พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ ๒๑) พ.ศ. ๒๕๔๒ ประกอบพระราชบัญญัติว่าด้วยการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ไปร่วมชันสูตรพลิกศพตามมาตรา ๑๔๘ (๓) (๔) และ (๕) แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. ๒๕๕๐ และพระราชกฤษฎีกายกยอระยะเวลาบังคับใช้มาตรา ๗ แห่งพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ ๒๑) พ.ศ. ๒๕๕๒ พ.ศ. ๒๕๕๐”

จากหลักเกณฑ์ทั้งสองที่สำคัญทำให้แพทย์ต้องดำเนินการให้สอดคล้องระหว่างการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เหมาะสมกับความปลอดภัยของการดำเนินการด้วย

.....สภาพของศพที่น่าจะมีการติดเชื้อมีการกระจายทำให้เป็นอันตรายต่อบุคลากรอื่น ซึ่งแม้ว่าจะทำการผ่าศพตรวจก็จะไม่เกิดประโยชน์ในวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ (มาตรา 154) เพราะสามารถที่จะทราบถึงสาเหตุแห่งการตายได้ จึงสามารถที่จะปรับได้กับมาตรา 153 เพื่อความปลอดภัยกับผู้ที่ทำการตรวจศพนั่นเอง.....

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ผู้ตายอายุ 45 ปี รูปร่างผอมบาง ด้วยยาวประมาณ 165 เซนติเมตร เสียชีวิตอยู่ที่บริเวณภายในวัดใต้ที่พักรถของพระสงฆ์ ไม่มีบาดแผลและไม่มีทรัพย์สินติดตัว

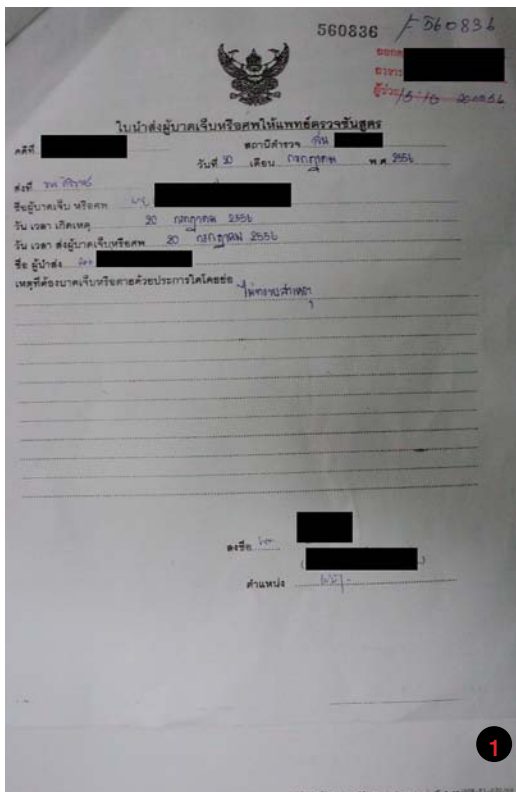
ประวัติ:

ผู้ตายไม่มีอาชีพ ดำรงชีพอยู่ด้วยการเก็บของเก่าขายและไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง อาศัยวัดและที่ใกล้เคียงเป็นที่อยู่

3 สัปดาห์ก่อนที่จะเสียชีวิต ผู้ตายอ่อนแรงอย่างมาก ทางวัดจึงให้ผู้ตายมาพำนักในวัด และให้การดูแลโดยป้อนข้าวจากที่พระภิกษุบิณฑบาตมาให้ผู้ตายกินเพื่อประทังชีวิตเท่านั้น

ในช่วง 2-3 วันก่อนเสียชีวิต ผู้ตายกินได้น้อยและแทบไม่ได้กินอาหารและน้ำเลย จนกระทั่งผู้ตายเสียชีวิต

เนื่องจากเป็นการเสียชีวิตนอกสถานพยาบาล จึงเข้าข่ายกรณีที่น่าจะเป็นการตายผิดปกติได้ จึงสมควรจัดให้มีการชันสูตรพลิกศพตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 148(5) และต่อมาพนักงานสอบสวนได้ส่งศพผู้ตายโดย “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” (ภาพที่ 1) โดยสภาพศพปรากฏค่อนข้างผอมซูบมาก (ภาพที่ 2)



สภาพศพภายนอก: (ภาพที่ 3)

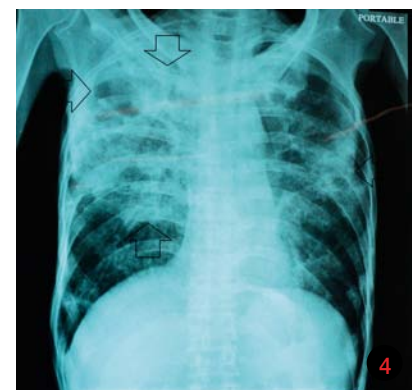
- ศพชายอายุประมาณ 40 ปี รูปร่างผอมซูบซีดบางมาก หนัก 29 กิโลกรัม
- ศพมีผมสีดำ ยุ่งเหยิง ยาว ประมาณ 5-10 เซนติเมตร ไม่สวมเสื้อ มีเพียงแต่ผ้าขั้วของเสียอยู่ที่บริเวณร่างกายส่วนล่าง (เชิงกราน)
- ผิวหนังโดยทั่วไปแห้ง และมีรอยด่างลักษณะเข้ากับการอักเสบเรื้อรังกระจายทั่วไป

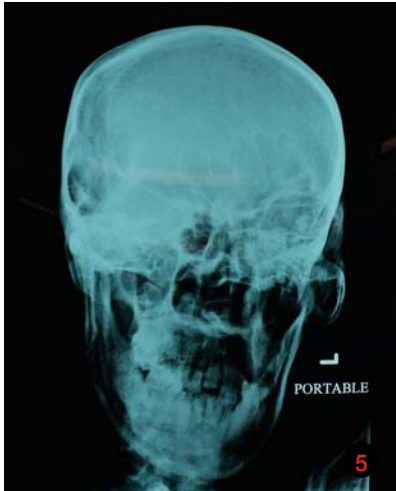


- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกกลงสู่เบื้องต่ำภายหลังตายที่หลังได้ไม่ค่อยชัดนัก (เนื่องจากผู้ตายมีผิวค่อนข้างคล้ำ)
- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียด ไม่พบว่ามีการงอผิดปกติจากการทำงานของข้อหลังตายตามปกติ
- คอไม่พบว่ามึบกดแผลรุนแรงใด ๆ ปรากฏให้เห็นผิดปกติ รวมถึงการเคลื่อนไหวของคออยู่ในเกณฑ์ตามปกติ

สภาพศพภายใน: (มิได้มีการผ่าศพ) แต่ได้ดำเนินการสืบค้นโดย

- ได้ทำการถ่ายภาพ X Ray ได้ผลดังนี้
 - บริเวณเนื้อปอดด้านขวาเกือบบนเห็นเป็นโพรง (หนอง) และรอบ ๆ โพรง รวมถึงบริเวณปอดกลีบกลางและกลีบล่างพบว่า มีสภาพการอักเสบกระจายทั่วไป





- เนื้อปอดซ้ายตลอดทั้งข้างพบสภาพการอักเสบอยู่อย่างกระจาย

- ภาพกะโหลกศีรษะไม่พบกะโหลกศีรษะแตกหรือร้าว (ภาพที่ 5)

- มิได้ทำการผ่าศพตรวจ เนื่องจากสภาพที่ปรากฏเห็นได้ชัดว่าผู้ตายรายดังกล่าว มีสภาวะการติดเชื้ออย่างรุนแรง

และกระจายไปทั่ว อีกทั้งการที่ผู้ตายมีสภาพ “ชืด” และพอมชมพูอย่างมาก ย่อมแสดงถึงสภาวะขาดอาหาร และย่อมต้องมีภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคที่ต่ำอย่างมาก

- ได้ทำการตรวจเพิ่มเติมโดยการเก็บเลือด (เจาะจากหัวใจ) และน้ำปัสสาวะเพื่อทำการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ที่ผู้ตายอาจถูกสารพิษได้

หมายเหตุ:

สาเหตุการที่มีได้ดำเนินการผ่าเพื่อเปิดดูอวัยวะภายในทั้งที่สมอง ช่องอก และช่องท้อง เนื่องจากสภาพจากช่องอกในส่วนช่องปอดจากภาพถ่ายเอกซเรย์ (X Ray) น่าจะแสดงการติดเชื้อในปอดอย่างรุนแรง และน่าจะเชื่อว่าจะเป็นวัณโรคปอด (pulmonary tuberculosis) ซึ่งหากมีการผ่าศพ อาจทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของเชื้อ อาจไม่เป็นผลดีนัก และเนื่องจากสภาพการตรวจพบอย่างอื่นที่ใช้ประกอบกับการหาสาเหตุและพฤติการณ์ที่ตายเพียงพอแล้ว ก็สามารถที่จะให้สาเหตุการตายที่ถูกต้องได้ จึงมิได้มีการดำเนินการผ่าศพตรวจอย่างละเอียด

สาเหตุตาย:

ปอดอักเสบแพร่กระจายไปทั้งสองข้าง

พฤติการณ์ที่ตาย:

จากโรคธรรมชาติ

วิเคราะห์และวิจารณ์

ผู้ตายรายนี้แท้ที่จริงแล้วจากสภาพที่ปรากฏ ณ ที่เกิดเหตุ รวมถึงการชันสูตรพลิกศพ⁵ ย่อมพอที่จะสันนิษฐานได้ว่า “สาเหตุที่ตายน่าจะมาจากสภาพร่างกายของผู้ตายเอง” แต่อาจวิเคราะห์ตามประเด็นได้ดังนี้

ประการที่ 1: การตัดข้อสงสัยถึงข้อสันนิษฐานที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นอันประกอบด้วย

1. ศีรษะได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บ

ผู้ตายรายนี้ไม่พบว่าที่หนังศีรษะมีแผลหรือรอยช้ำนวม อันเป็นลักษณะของการได้รับบาดเจ็บหรือกระทำโดยของแข็งที่ศีรษะ อีกทั้งที่จมูก ปาก หู ก็ไม่มีลักษณะที่แสดงว่าศีรษะได้รับการกระทบกระแทกแต่อย่างใด (ไม่พบว่ามีเลือดไหลซึม ริน หรือขับ) อีกทั้งการเอกซเรย์ยังไม่พบสิ่งที่ผิดปกติ (ภาพที่ 5)

2. การขาดอาหาร

ในผู้ตายรายนี้จากลักษณะและน้ำหนักที่ชั่งได้เพียง 29 กิโลกรัม เห็นสภาพโครงร่าง กระดูกซี่โครง โหนก และหน้าท้องยุบปุ่ม แสดงถึงลักษณะการขาดอาหารและน้ำอย่างรุนแรง อีกทั้งที่แข็งและแขน สิบและแข้งติดกระดูก สันนิษฐานการขาดอาหารและน้ำอีกประการหนึ่งด้วย

3. การขาดการสมดุลของกรดต่าง

หากผู้ตายได้รับการตรวจเกลือแร่และกรดต่าง แล้วก็เชื่อแน่ว่าจะมีความผิดปกติของดุลกรดต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกลือโซเดียมไปแคสเซียม ไบคาร์บอเนต และคลอไรด์ รวมถึงเกลือแคลเซียมด้วย

4. การติดเชื้อในปอดในระยะแพร่กระจายและติดเชื้อ Sepsis

ในประการนี้นับว่าจะมีเหตุผลสมเหตุสมผลมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากสภาพของการขาดอาหารที่ปรากฏว่าร่างกายพอมชมพูชืดอย่างมาก อีกทั้งในการตรวจโดยการเอกซเรย์ (X Rays) ก็พบว่าในปอดมีลักษณะของการติดเชื้ออย่างรุนแรง ถึงขั้นที่เป็นโพรง (หนอง) ในปอดขวาเกือบบนโดยตลอด

5. การได้รับสารพิษที่ทำให้ตาย

กรณีนี้อาจเป็นไปได้เช่นเดียวกันเคยปรากฏกรณีที่คนจรจัดที่อาศัยอยู่ใต้บันไดคนข้ามแม่น้ำวางสิ่งของและเครื่องนอน (ที่ไป

เก็บจากผู้ที่ยังแล้ว) มาเป็นสมบัติของตนเอง และต่อมาใกล้เทศกาลลอยกระทง ซึ่งจะมีผู้มาเที่ยวบริเวณดังกล่าวมาก โดยที่พำนักของผู้ตายนั้น เหมาะในการใช้เป็น “ทำเลการค้าขาย คือ กระทง” ทำให้ผู้ที่ต้องการสถานที่ขาย (โลก) ที่จะได้สถานที่ดังกล่าวมาเป็นที่ทำการค้าในช่วงดังกล่าว จึงทำการ “ฆ่าผู้ตายให้ถึงแก่ความตายด้วยอาวุธปลายแหลม”⁵ เป็นต้น ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นจริงอาจเป็นไปได้ที่มีการฆ่าเพราะขัดผลประโยชน์ ในกรณีดังกล่าวนี้จึงจำเป็นต้องตรวจอย่างละเอียด

1. บาดแผลรุนแรงตามร่างกาย
2. ร่องรอย กัด รัศ ี ขีวซ้ำ ที่บริเวณ

คอและรอบคอ อันแสดงถึงการที่ผู้ตายถูกประทุษร้ายโดยการรัดคอ

หากเป็นกรณีที่มีผู้ต้องการประทุษร้ายต่อผู้ตายแล้ว อาจเป็นไปได้ที่จะใช้วิธีการวางยาผู้ตายให้ถึงแก่ความตายได้ แต่อย่างไรก็ตาม จากการตรวจศพภายนอกแล้ว ไม่พบคราบสี กลิ่นผิดปกติ ทั้งที่บริเวณจมูกและปาก จึงไม่น่าเชื่อว่าจะเป็น การได้รับสารพิษ แต่อย่างไรก็ตาม ก็ย่อมสมควรที่จะต้องมีการเก็บพยานหลักฐาน (biological evidence) ไว้ด้วย

ประการที่ 2: การคิดถึงอันตรายที่อาจเกิดกับบุคคลากร

สภาพของศพที่น่าจะมีการติดเชื้อที่อาจ

แพร่กระจายทำให้เป็นอันตรายต่อบุคคลากรอื่น ซึ่งแม้ว่าจะทำการผ่าศพตรวจก็จะไม่เกิดประโยชน์ในวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ (มาตรา 154)⁵ เพราะสามารถที่จะทราบถึงสาเหตุแห่งการตายได้ จึงสามารถที่จะปรับได้กับมาตรา 153⁵ เพื่อความปลอดภัยกับผู้ทำการตรวจศพนั่นเอง

“มาตรา 153 ถ้าศพฝังไว้แล้ว ให้ผู้ชันสูตรพลิกศพจัดให้ชุดศพขึ้นเพื่อตรวจดู เว้นแต่จะเห็นว่าไม่จำเป็นหรือจะเป็นอันตรายแก่อนามัยของประชาชน”

ดังนั้น หากได้พิจารณาถึงสภาพแห่งการป่วยและสามารถหาสาเหตุแห่งการตายเป็นที่น่าพอใจ (เพียงพอ) แล้ว ก็น่าจะปรับใช้มาตรา 153 ในกระบวนการตรวจศพต่อตามมาตรา 152 ได้เช่นเดียวกัน

สรุป

แม้ว่าการตายในผู้ตายที่ผอมแห้ง สภาพขาดอาหารและผิดปกติของความสมดุลของเกลือแร่และกรดต่างก็ตาม แต่แพทย์ที่เข้าร่วมในการชันสูตรพลิกศพจำเป็นต้องทำการตรวจอย่างละเอียดเช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม หากการตรวจโดยทั่วไปเพียงพอที่จะเชื่อได้ว่าเป็นการตายตามธรรมชาติแล้ว อีกทั้งหากการผ่าเพื่อการตรวจจะทำให้เกิดความเสียหายต่อสภาพสุขภาพของผู้อยู่ในห้องตรวจศพ ก็อาจใช้ดุลพินิจในการงดการผ่าได้ ทั้งนี้ต้องมั่นใจในผลการตรวจร่างกายจากภายนอกนั้น และจำต้องส่งเลือด น้ำเหลือง ปัสสาวะ เพื่อการตรวจเพิ่มเติม เพื่อเป็นการสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านนิติเวชศาสตร์ มิให้เกิดกรณีกล่าวหาว่า “ไม่ได้มาตรฐานทางด้านนิติเวชศาสตร์”

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542. ราชกิจจานุเบกษา 2542;116(137 ก): 17-21.
2. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.
3. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม 2555)”
4. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม 2555.
5. ห้ามสันนิษฐานสาเหตุการตายจากสภาพแวดล้อมและความเคยชินเท่านั้น. Don't Give The Cause Of Death Only By Environment And Habitude. สรรพสารวงการแพทย์ (The Medical News) ปีที่ 13 ฉบับ 339 ประจำวันที่ 1-15 เมษายน 2554: 30-31.
6. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>

สื่อการดูแลแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน ศิริราช เข้าใจง่าย ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลา



ทีมวิจัย

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าจำนวนเฉลี่ย 3-5 ราย/วัน และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งต้องเดินทางมาทำแผลที่โรงพยาบาลทุกวัน แต่มีผู้ป่วยบางรายที่แพทย์พิจารณาว่าลักษณะแผลไม่อันตราย และสามารถกลับไปทำแผลเองที่บ้านได้ โดยมีการสาธิตการทำแผลให้ดู แต่หลังจากที่ผู้ป่วยและญาติกลับไปทำแผลเอง ได้เกิดความไม่มั่นใจ และลืมวิธีการทำแผลที่ถูกต้องในบางขั้นตอน

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวจึงเป็นจุดเริ่มต้นให้ นางจุภาภรณ์ กังวานภูมิ พยาบาล (ชำนาญการ) หน่วยผ่าตัดเล็กและชะแผล ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และทีมวิจัย จัดทำ VCD ร่วมกับแผ่นพับวิธีการทำแผลขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถทำ

แผลเองได้ที่บ้าน เป็นการลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล และลดภาระงานของหน่วยตรวจโรคผ่าตัดเล็ก นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

นางจุภาภรณ์ กังวานภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Quasi-Experiment Research เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ VCD และแผ่นพับคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาใช้ประกอบการสอน สาธิต การทำแผลที่เท้า โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองจำนวน 40 ราย และกลุ่มควบคุม 38 ราย ซึ่งได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้ทำแผลที่บ้านได้ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับ VCD และแผ่นพับคู่มือให้นำกลับไปที่บ้านด้วย เพื่อทบทวนการปฏิบัติ และติดตามผลจากวิธีการทำแผลที่ถูกต้องในสัปดาห์ที่ 4 ติดตามอัตราการหายของแผลและค่าใช้จ่ายโดยรวมในสัปดาห์ที่ 12

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบความถูกต้องของการทำแผลที่ 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอน สาธิตการทำแผลโดยใช้ VCD และแผ่นพับคู่มือจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 100) กลุ่มควบคุมจำนวน 14 รายจาก 32 ราย (ร้อยละ 43.8) ($p < 0.001$) การศึกษาอัตราการหายของแผลที่ 12 สัปดาห์ ไม่พบความแตกต่างทางสถิติของทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยโดยรวมของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองเป็นเงิน 1,191 บาท และกลุ่มควบคุมเป็นเงิน 2,419.80 บาท

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

เป็นพื้นฐานสำคัญและเป็นการพัฒนางานให้มีคุณภาพ โดยเน้นให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นทีมสหสาขาวิชา (Multidisciplinary) เพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic) โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered) และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based) ทำให้มีการพัฒนาระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ และนำองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนางานประจำต่อไป

ด้วยความโดดเด่นของงานวิจัยที่ได้ประยุกต์หลักการการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งเป็น empowerment อย่างหนึ่ง โดยมีการใช้เทคโนโลยีที่ไม่ยุ่งยากเข้ามาช่วยทำให้ง่ายขึ้น ผลการศึกษาแสดงให้เห็นชัดว่าท่ามกลางปริมาณงานที่มาก บริการรักษาพยาบาลที่มาก การสอนให้ผู้ป่วยและญาติทำแผลเองได้ ทำให้อัตราการงานประจำได้จำนวนมาก และผลการวิจัยก็พิสูจน์ว่าการหายของแผลไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ด้วยกระบวนการของกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน ทำให้การถ่ายทอดเทคโนโลยีไปยังที่ต่าง ๆ



สื่อที่ใช้ในการดูแลแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน



แผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน

ได้ไม่ยาก โดยเฉพาะในสถานที่ผู้ป่วยห่างไกลจากโรงพยาบาล และยังพิสูจน์ว่ามีต้นทุนที่ถูกกว่า จึงทำให้ผลงาน **“ประสิทธิผลของการใช้สื่อสนับสนุนในการดูแลแผลที่เท้าด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน”** ได้รับรางวัลผลงาน R2R ดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2556 ประเภทการบริการระดับตติยภูมิจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

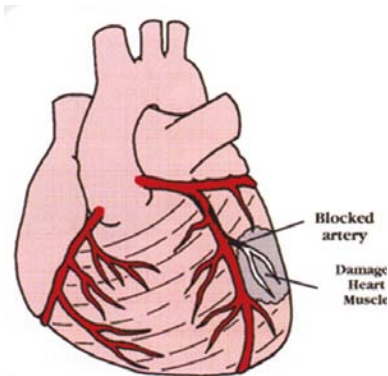
นางจุภาภรณ์ กล่าวว่า รู้สึกชื่นใจที่สามารถพัฒนางานประจำไปสู่งานวิจัย และได้เผยแพร่ออกไปเพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งภายในหน่วยและโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 ทีมงานได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอผลงานในการประชุม 6th International Symposium on the Diabetic Foot ณ ประเทศเนเธอร์แลนด์ ทำให้ได้บทเรียนที่ว่า ถ้ามีโครงการ ถ้ามี R2R ก็สามารถก้าวสู่ระดับประเทศและต่างประเทศได้

“ขอเป็นกำลังใจให้ทุกท่านที่กำลังริเริ่มพัฒนางานวิจัย ในช่วงแรกของการเริ่มต้นอาจจะรู้สึกว่ายาก แต่ก็ขอให้พยายามต่อไป เพราะตนก็เป็นนักวิจัยรุ่นใหม่ที่ยังขาดความมั่นใจ ประสบการณ์ และทักษะการทำงานวิจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น การสร้างเครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูล ฯลฯ แต่ก็สามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ มาได้ เพราะหากมองถึงผลลัพธ์ที่ได้รับคือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ก็ถือเป็นการทุ่มเทที่คุ้มค่า อย่างไรก็ตาม งานวิจัยจะสำเร็จไม่ได้หากไม่ได้รับทุนสนับสนุนสำหรับการทำวิจัยจากโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และได้รับการอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาที่ทำงานวิจัยจากหน่วยผ่าตัดเล็กและชะแผล นางจุภาภรณ์ กล่าวทิ้งท้าย

ไฮโดรเจลแบบฉีดสำหรับรักษากล้ามเนื้อหัวใจตาย

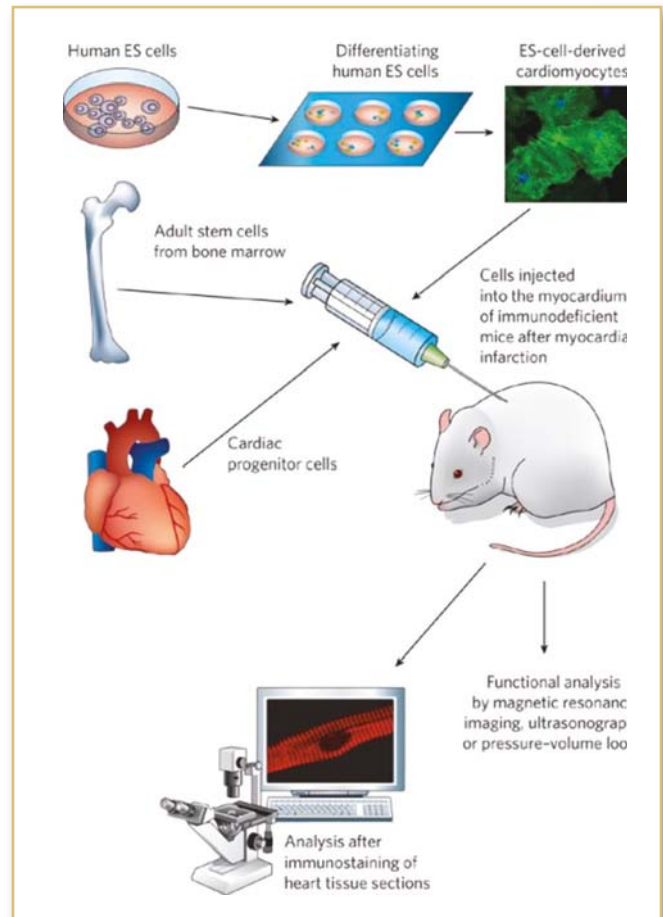
(ตอนที่ 1)

อาการหัวใจล้มเหลว (heart attack) หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) นั้นเกิดจากการไหลของเลือดเพื่อเลี้ยงส่วนของหัวใจถูกรบกวนทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนตาย ซึ่งส่วนมากเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจ อาการกล้ามเนื้อหัวใจตายนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทั้งผู้ชายและผู้หญิงทั่วโลก แต่มักจะพบมากในประเทศที่พัฒนาแล้วมากกว่าประเทศกำลังพัฒนา อย่างไรก็ตามในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งรวมถึงประเทศไทยมีปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการใช้ชีวิตและการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไปในรูปแบบของประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว ในปัจจุบันยังคงไม่มีวิธีการที่ชัดเจนในการรักษาเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียหายหรือตายไปกลับคืนมา



เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจจะส่งผลให้การไหลของเลือดเพื่อเลี้ยงส่วนของหัวใจถูกรบกวนทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจในบริเวณดังกล่าวเสียหายหรือตาย^[1]

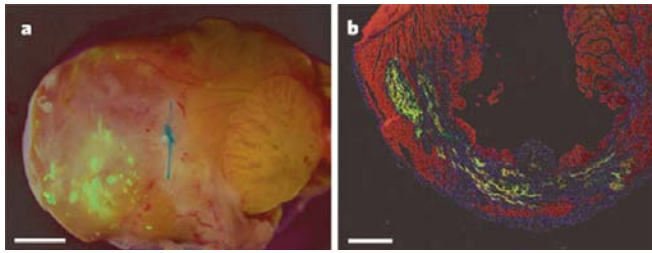
ปัจจุบันเทคโนโลยีวิศวกรรมเนื้อเยื่อ (tissue engineering) นั้นได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในการพัฒนาสำหรับการรักษาทางการแพทย์ และการทดแทนเนื้อเยื่อหรืออวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเทคโนโลยีวิศวกรรมเนื้อเยื่อนั้นก็ถูกพัฒนาเพื่อใช้เป็นวิธีในการรักษาอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยหวังที่จะสามารถช่วยสร้างกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ขึ้นมาทดแทนกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายไปแล้วเช่นกัน โดยในการทำงานนั้นอาจจะเป็นการใช้โครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์ (scaffold) ที่บรรจุเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจนำเข้าไป



ภาพแสดงการพัฒนาเทคนิคการฉีดเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเข้าไปรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายในหนูทดลอง^[2]

วางในตำแหน่งที่ต้องการรักษา หรือการใช้เฉพาะวัสดุการแพทย์หรือโครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์ที่มีความสามารถในการชักนำให้เซลล์ในธรรมชาติในบริเวณใกล้เคียงเจริญเข้ามาในโครงสร้างโดยไม่มีการบรรจุเซลล์เพิ่มเติมในโครงสร้างดังกล่าวก็ได้ ตัวอย่างของเทคนิคการรักษาทดแทนกล้ามเนื้อหัวใจที่มีการพัฒนาขึ้น ได้แก่ การฉีดของเหลวที่ประกอบด้วยเซลล์ที่กระจายตัวในน้ำเกลือหรือตัวกลางของเหลวเข้าไปโดยตรงในบริเวณของหัวใจที่ต้องการรักษา เพื่อให้เซลล์ที่ฉีดเข้าไบนั้นเจริญและพัฒนาเป็นเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อทดแทนกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายไปในบริเวณที่ฉีด ซึ่งถึงแม้จะให้ผลการทดลองเบื้องต้นที่ดีในสัตว์ทดลอง แต่ด้วยการขาดโครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์ในเทคนิคนี้ ทำให้อัตราการคงอยู่ การรอดชีวิต และการรวมตัวของ

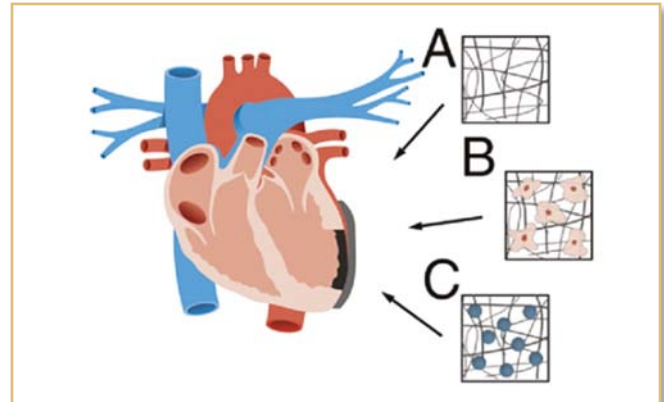
เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่ฉีดเข้าไปเข้ากับเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อหัวใจเดิมในธรรมชาติโดยรอบพื้นที่รักษานั้นค่อนข้างจำกัด



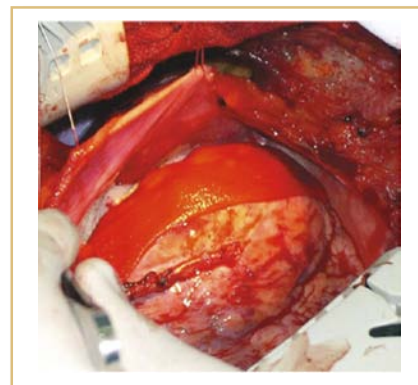
ภาพหัวใจของหนูทดลองที่ถูกกระตุ้นให้เกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายและถูกฉีดด้วยเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ^[2]

นอกจากการฉีดเซลล์โดยตรงแล้ว อีกเทคนิคหนึ่งที่ได้รับการพัฒนาขึ้น ได้แก่ การใช้แผ่นแปะกล้ามเนื้อหัวใจ (cardiac patch) ที่มีลักษณะเป็นแผ่นวัสดุพอรที่มีโครงสร้างเหมาะสมสำหรับการรองรับการเจริญของเซลล์และเข้าบริเวณพื้นผิวด้านนอกของหัวใจ เพื่อชักนำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเจริญเข้ามา หรือช่วยในการนำส่งเซลล์และสารชีวภาพอื่น ๆ ไปยังบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียหายหรือตาย สำหรับวัสดุที่ใช้ในการศึกษาเพื่อผลิตเป็นแผ่นแปะกล้ามเนื้อหัวใจนั้นมีทั้งที่เป็นวัสดุธรรมชาติและวัสดุสังเคราะห์ ในกรณีของวัสดุธรรมชาตินั้น ส่วนใหญ่ที่มีการใช้งานคือ คอลลาเจน แต่ปัจจุบันเริ่มมีการประยุกต์ใช้เนื้อเยื่อธรรมชาติที่ผ่านการชะล้างเซลล์ (decellularized tissue) ออกมาใช้งานเป็นแผ่นแปะอีกด้วย เนื่องจากจะประกอบด้วยสารองค์ประกอบนอกเซลล์ (extracellular matrix) ที่เหมาะสมต่อการรองรับการเจริญของเซลล์คล้ายคลึงกับในธรรมชาติ ส่วนตัวอย่างของวัสดุสังเคราะห์ที่มีการศึกษาในการใช้งาน ตัวอย่างเช่น พอลิยูรีเทน, พอลิเอสเทอร์, ยูรีเทน, ยูเรีย และโคพอลิเมอร์ของแลคไทด์และคาโปรแลคโตน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เทคนิคการใช้แผ่นแปะกล้ามเนื้อหัวใจนี้ก็ยังมีข้อด้อยคือ แผ่นแปะนี้ไม่สามารถมีความหนาขนาดได้เนื่องจากจะมีผลต่ออัตราการเจริญเข้ามาของเซลล์ นอกจากนี้ยังสามารถช่วยรักษาได้เฉพาะบริเวณใกล้เคียงพื้นผิวด้านนอกของหัวใจที่แปะเท่านั้น ไม่สามารถส่งผลการรักษาต่อเนื้อเยื่อด้านในของหัวใจได้ และท้ายที่สุดคือ

ในการใช้งานยังต้องมีการผ่าตัดแบบรุกรานด้วยการเปิดช่องทรวงอกอีกด้วย



ภาพแสดงแผ่นแปะกล้ามเนื้อหัวใจที่มีลักษณะเป็นแผ่นที่มีโครงสร้างรูพรุน เหมาะสำหรับการรองรับการเจริญของเซลล์ที่จะถูกแปะที่บริเวณพื้นผิวด้านนอกของหัวใจในการรักษา โดยสามารถใช้งานแบบแผ่นเปล่า (A), แผ่นที่มีการบรรจุเซลล์ (B) หรือแผ่นที่มีการบรรจุสารชีวภาพอื่น ๆ (C)^[4]



ภาพแสดงการใช้งานแผ่นแปะกล้ามเนื้อหัวใจที่ผลิตจากคอลลาเจนในการรักษากล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย^[4]

ฉบับหน้า เราจะมาดูกันต่อว่านอกจากการใช้เทคนิคการฉีดเซลล์โดยตรงและการใช้แผ่นแปะกล้ามเนื้อหัวใจแล้ว เทคนิคอื่นที่มีการพัฒนาขึ้นมาเพื่อสร้างกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อทดแทนกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียหายหรือตายไปนั้นมีอะไรอีกบ้าง

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.sussexheartcharity.org/heart-attack-symptoms-action.php>
2. Robert Passier, Linda W. van Laake and Christine L. Mummery (2008) Nature 453, 322-329.
3. Jennifer M. Singelyn and Karen L. Christman (2010) J. of Cardiovasc. Trans. Res, 3, pp. 478.
4. Aboli A. Rane and Karen L. Christman (2011) J. Am. Coll. Cardiol, 58(25), pp. 2615.
5. Jennifer M. Singelyn, Priya Sundaramurthy, Todd D. Johnson, Pamela J. Schup-Magoffin, Diane P. Hu, Denver M. Faulk, Jean Wang, Kristine M. Mayle, Kendra Bartels, Michael Salvatore, Adam M. Kinsey, Anthony N. DeMaria, Nabil Dib and Karen L. Christman (2012) J. Am. Coll. Cardiol, 59(8), pp. 751.
6. S. B. Seif-Naraghi, J. M. Singelyn, M. A. Salvatore, K. G. Osborn, J. J. Wang, U. Sampat, O. L. Kwan, G. M. Strachan, J. Wong, P. J. Schup-Magoffin, R. L. Braden, K. Bartels, J. A. DeQuach, M. Preul, A. M. Kinsey, A. N. DeMaria, N. Dib and K. L. Christman (2013) Sci. Transla. Med., 5, pp. 173.
7. http://ucsdnews.ucsd.edu/pressrelease/new_injectable_hydrogel_encourages_regeneration_and_improves_functionality
8. <http://www.sciencedaily.com/releases/2012/02/120221165757.htm>

6 เดือนแรก กินนมแม่อย่างเดียว รับสารอาหาร “เพียงพอ” หรือ “น้อยไป”



ความสำคัญของการให้ลูกกินนมแม่หลังจากท้องคือการ
อนามัยโลกได้ศึกษาและค้นคว้าอย่างจริงจังเป็นระยะเวลานาน
เกือบ 6 ปี จึงประกาศให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพราะ
ดีต่อสุขภาพร่างกายลูกหลาย ๆ ด้าน และหากคุณแม่ให้ลูกกิน
นมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเต็มจะมีผลดีกับลูกและแม่มากกว่า
ให้กินแค่ 4 เดือน

ข้อดีของการกินนมแม่คือ ลูกได้สารอาหารไปเลี้ยงสมองที่
เหมาะสม เพราะในนมแม่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว DHA ซึ่งช่วยในการเจริญ
เติบโตของสมอง มีอาการท้องเสียและติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
น้อยกว่าประมาณ 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่อย่างเดียว
ทำให้คุณแม่ไม่ขาดธาตุเหล็กเพราะมีระยะปลอดประจำเดือนนานขึ้น

ช่วยให้คุณแม่มีน้ำหนักลดลงหลังคลอดได้เร็วกว่า และช่วยเรื่อง
คุมกำเนิด ซึ่งการคุมกำเนิดวิธีนี้จะมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์เพียง 1%
เท่านั้น อีกทั้งลูกที่กินนมแม่จะได้รับอ้อมกอดคุณภาพวันละ 8-10 ครั้ง
ไปพร้อม ๆ กับการมองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น ได้รับรส ได้รับการเคลื่อนไหว
ช่วยกระตุ้นโครงข่ายเส้นใยประสาทเชื่อมต่อระหว่างเซลล์สมอง และ
เด็กที่กินนมแม่มีโอกาสป่วยน้อยกว่าเด็กที่กินนมผสม 2-7 เท่า

Talk of the Town ในฉบับนี้ได้สอบถามความคิดเห็นของ
น้อง ๆ นักศึกษาแพทย์ถึงการให้เด็กทารก **6 เดือนแรก** กินนมแม่
อย่างเดียว น้อง ๆ คิดว่าเด็กทารกนั้นได้รับสารอาหาร “เพียงพอ”
หรือ “น้อยไป”



นศพ.ลภัสดา ประทับพวงศกร

“จากที่เคยได้วิชาความรู้ในเรื่องนี้มาคือ การกินนมแม่เพียงอย่างเดียวตลอดช่วง
6 เดือนแรก ถือว่าทารกได้รับสารอาหารที่เพียงพอแล้ว เพราะนมแม่มีสารสำคัญประกอบ
อยู่มาก ไม่จำเป็นต้องกินอาหารเสริมอื่น ๆ เพิ่ม ส่วนในกรณีที่ไม่สามารถให้นมลูกได้ เช่น
แม่มีเชื้อเอชไอวี กรณีนี้ให้หลีกเลี่ยงการให้นมแม่ แต่เลือกเป็นนมชงแทน ซึ่งหาซื้อได้ตามร้าน
สะดวกซื้อทั่วไป โดยพิจารณาจากส่วนประกอบของสารอาหารที่เหมาะสมตามวัยของลูกค่ะ”

นศพ.ภูริณัฐ กิมาบนนท์

“หลายคนอาจมองว่า การกินนมแม่เพียงอย่างเดียวเป็นเวลานานถึง 6 เดือน อาจ
ทำให้เด็กทารกได้รับสารอาหารที่ไม่ครบถ้วน แต่ความเป็นจริงแล้วนมแม่มีคุณค่าทางโภชนาการ
สูงมากกว่าที่คิด ถือเป็นอาหารที่ดีที่สุดของทารกเลยก็ว่าได้ ส่วนแม่ที่ไม่สามารถให้นมแก่ลูกได้
ให้เลือกผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่มีส่วนผสมของ DHA ซึ่งในปัจจุบันก็วางขายอยู่ตามท้องตลาด
ทั่วไป มีให้เลือกหลายสูตรตามแต่ละวัยของเด็กครับ”



นศพ.เกรียงศักดิ์ ใจกล้า

“ข้อมูลทางการแพทย์ที่มีการทำวิจัยระบุไว้ว่า เด็กทารกควรกินนมแม่นาน 4-6 เดือน
เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ดีที่สุด ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันและเสริมสร้างพัฒนาการทางสมอง
ได้เป็นอย่างดี ส่วนตัวผมมองว่า จริง ๆ ให้กินนมแม่แค่ 4 เดือนก็เพียงพอแล้ว พอเข้าเดือน
ที่ 5 ให้เด็กได้ลองกินอาหารประเภทอื่นดูบ้าง เช่น กลัวย่นน้ำว่า หรืออาหารเสริมอื่น ๆ ที่เด็ก
สามารถกลืนและย่อยได้ง่าย”

นศพ.วศินี นิธิพรพุกตรา

“การที่เด็กได้กินนมแม่ตลอด 4-6 เดือนแรก โดยไม่กินอาหารอื่น ๆ เสริมเลย ถือได้ว่า
เป็นข้อดี เนื่องจากนมแม่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงที่ช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของสมอง
และสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่เด็ก หรือหากอยากให้เด็กได้กินอาหารอื่น ๆ เสริมด้วยอาจจะวางแผน
ให้เด็กกินนมแม่อย่างน้อย 4 เดือน เมื่อเข้าเดือนที่ 5 ก็ให้อาหารประเภทอื่นสลับไปด้วย แต่ต้อง
เป็นอาหารชนิดที่เด็กสามารถกลืนและย่อยได้ง่าย เพราะระบบย่อยของเด็กยังบอบบางอยู่”



3 หน่วยงานใหญ่ ร่วมยกระดับทางวิชาการ จัดสัมมนา ARTeC & HMA 2013 ในงาน Medical Fair อภเณรจัดการและเทคโนโลยีด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ราชวิทยาลัยแพทย
เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่ง
ประเทศไทย ร่วมกับ บริษัท
เมสเช่ ดุสเซลดอร์ฟ เอเชีย
จัด 2 สัมมนาใหญ่ เรื่องวิธี
ปฏิบัติที่ดีที่สุดในการจัดการ
โรงพยาบาล และเทคโนโลยี
การฟื้นฟูร่างกายขั้นสูง ภายใต้หัวข้อ “Advanced Rehabilitation
Technology Conference (ARTeC) 2013” และ “Hospital
Management Asia (HMA) 2013” ระหว่างวันที่ 12-13
กันยายน พ.ศ. 2556 ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ เพื่อเปิด
โอกาสให้แพทย์ฝึกหัดประจำบ้าน นักเวชศาสตร์ฟื้นฟู และ
บุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้ศึกษาข้อมูล
การอัปเดตทางวิทยาการแพทย์ใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
ให้แก่ผลการรักษาผู้ป่วยให้เป็นที่น่าพอใจมากยิ่งขึ้น

เนื้อหาโดยรวมของทั้ง 2 สัมมนาใหญ่จะเน้นที่นวัตกรรม
โรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค งานเภสัชกรรม อุปกรณ์การแพทย์
และการฟื้นฟูที่ทันสมัยที่สุดในโลกจากบริษัทที่เป็นผู้นำใน
อุตสาหกรรม โดย ศ.มาธาร์ อิมามูรา ประธานสมาคมกายภาพ
และเวชศาสตร์ฟื้นฟูนานาชาติ ได้ให้เกียรติในการร่วมบรรยาย
พิเศษ พร้อมด้วยวิทยากรจากประเทศเยอรมนี ได้หวัน และ
ประเทศไทย

พล.ต.ผศ.นพ.ไกรวัชร อีเรนตร นายกสมาคม
เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ไฮไลท์ของ
การสัมมนา Advanced Rehabilitation Technology
Conference (ARTeC) 2013 มีทั้งในรูปแบบการบรรยายและ
การประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับเทคโนโลยีขั้นสูง และแนวโน้ม
ของเวชศาสตร์ฟื้นฟูสมัยใหม่ เช่น การวินิจฉัยโรค segmental
neuromyotherapy การอัลตราซาวด์กล้ามเนื้อและกระดูก
การรักษาอาการปวดตามแนวของระบบประสาท การจัดการ
เกี่ยวกับการกลืนอาหารหลังภาวะหัวใจวาย เทคโนโลยีการกระตุ้น
สมองในการฟื้นฟูด้านระบบประสาท และการใช้ Robot ฟื้นฟู
สภาพร่างกายของผู้ป่วยในเคสต่าง ๆ



ส่วนการสัมมนาเรื่อง
Hospital Management Asia (HMA)
2013 หรือการจัดการโรงพยาบาล
เอเชีย 2013 เป็นการนำเสนอ “How
To” พร้อมทั้งหัวข้อที่น่าสนใจ

สำหรับผู้บริหารระดับสูง มีบรรยายพร้อมประชุมเชิงปฏิบัติการ
และการสาธิตเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดในการจัดการโรงพยาบาล
ซึ่งผู้เข้าร่วมสัมมนาจะได้เรียนรู้และสร้างเครือข่ายกับผู้ปฏิบัติงาน
ด้านนี้ระดับโลกที่มาร่วมแบ่งปันข้อมูลเชิงลึก ความสามารถและ
เกร็ดความรู้ในการปฏิบัติงาน

“ทางคณะผู้จัดสัมมนาได้ร่วมกันพิจารณาคัดเลือกประเด็น
มาเป็นอย่างดี รวมทั้งยังมีวิทยากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจาก
ต่างประเทศที่มีความชำนาญการในเรื่องนั้น ๆ จนเป็นที่ยอมรับ
ในระดับสากลมาร่วมเปิดประสบการณ์ให้แก่ผู้เข้าร่วมสัมมนาด้วย
ซึ่งทุกท่านจะได้รับเนื้อหาสาระที่อัดแน่นเต็มอิ่ม คู่มากับการสละ
เวลาเข้าร่วมสัมมนาเป็นอย่างดี จึงไม่ควรพลาดโอกาสดี ๆ
เช่นนี้ และอยากให้ทุกท่านได้ตระหนักถึงความสำคัญของการ
พัฒนาวิทยาการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู อันก่อให้เกิดประโยชน์แก่
แพทย์และส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพชีวิตของผู้ป่วย” พล.ต.ผศ.
นพ.ไกรวัชร กล่าว

การสัมมนาในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของงาน Medical Fair
Thailand 2013 ซึ่งนอกจากผู้เข้าร่วมสัมมนาจะได้ฟังบรรยายและ
ร่วม Workshop แล้ว ยังจะได้พบกับ งานแสดงสินค้านานาชาติ
ด้านโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค เภสัชกรรม การแพทย์และ
เวชศาสตร์ฟื้นฟู เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ครั้งที่ 6
ที่เรียกได้ว่าเป็นงานสำคัญระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
มีผู้ร่วมแสดงสินค้ากว่า 400 บริษัทชั้นนำทั่วโลก โดยมีพาวเวอร์
นานาชาติจาก 12 ประเทศ อาทิ ออสเตรเลีย เบลเยียม จีน ฝรั่งเศส
เยอรมนี ญี่ปุ่น เกาหลี มาเลเซีย สิงคโปร์ ได้หวัน อังกฤษ และ
ไทย

ผู้ที่สนใจเข้าร่วมสัมมนาในครั้งนี้สามารถดู
รายละเอียดเพิ่มเติมพร้อมลงทะเบียนเข้าร่วมสัมมนาได้ที่
www.medicalfair-thailand.com/conference.html สอบถาม
ข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อ คุณเอมี ดัน โทรศัพท์ 08-2486-9797

42 | **วงการแพทย์** 1 - 15 กันยายน 2556

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
30 ตุลาคม- 1 พฤศจิกายน 2556 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	การประชุมวิชาการสัณจร ครั้งที่ 25 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตร์ ชั้นคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จ.จันทบุรี	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
14-16 พฤศจิกายน 2556 	สมาคมมัณฑนากรหัวใจและ หลอดเลือดแห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia-Pacific Society of Interventional Cardiology (APSIC)	งานประชุมวิชาการนานาชาติ 9 th Asian Interventional Cardiovascular Therapeutics (AICT 2013)	www.aict2013.com
23-24 พฤศจิกายน 2556 	สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย ร่วมกับมะเร็งวิทยาสมาคม แห่งประเทศไทย และสมาคมรังสีรักษา และมะเร็งวิทยา แห่งประเทศไทย	การประชุมโรคมะเร็งสหสาขา 2556 TOC (Thai Collaborative Cancer Meeting 2013 ณ โรงแรมเดอะชาวัน เมืองพัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6441, 0-2718-1537, 0-2318-7560 โทรสาร 0-2716-6442 E-mail: tccmeeting2013@gmail.com www.tgcsthai.com, www.tcco.or.th, www.thastro.org
27-29 พฤศจิกายน 2556 	ชมรมแพทย์ผิวหนังเด็ก แห่งประเทศไทย	การอบรมระยะสั้น Pediatric Dermatology 2013 ณ ห้องมงคลนาวิน ตึก สก. ชั้น 10 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โทรศัพท์ 0-2256-4951, 0-2256-4971 โทรสาร 0-2256-4911
28-29 พฤศจิกายน 2556 	หน่วยมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับ PCT-onco และ PCT palliative care (medicine)	การประชุมวิชาการ Holistic Care in Common Cancer ณ ห้องประชุมชั้น 2 อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-5394-5480 โทรสาร 0-5328-9232 E-mail: ks_kade@yahoo.com
7-9 ธันวาคม 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี 2556 เรื่อง "Women & Children Issue" และในวันที่ 6 ธันวาคม 2556 จะจัดเป็น pre-congress เรื่อง "Neurogenic bladder day" ณ โรงแรมฮอลิเดย์อินน์ จ.เชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-2716-6808, 08-1301-7400 โทรสาร 0-2716-6809 E-mail: thairehab@gmail.com
8-10 ธันวาคม 2556 	โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต ร่วมกับวิทยาลัยนานาชาติ ด้านศัลยกรรม และสมาคม ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการนานาชาติ The first Phuket International Symposium in Colorectal disease ณ โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต	โทรศัพท์ 0-7625-4425 โทรสาร 0-7625-4430 E-mail: art.hi@bgh.co.th, samran.sr@bgh.co.th, maneewan.ka@bgh.co.th www.phukethospital.com
26-28 ธันวาคม 2556 	สมาคมเวชบำบัดวิกฤต แห่งประเทศไทย	The 2013 TSCCM Annual Congress Critical Care Medicine 2013: From Global Standards to Everyday Practices ณ เซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัล พลาซ่า ลาดพร้าว กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-2255, 08-3713-4043 E-mail: tscconference@gmail.com www.criticalcarethai.org
22-24 มกราคม 2557 	ราชวิทยาลัยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ร่วมกับกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี	การประชุมวิชาการ 18 th operative spine course 2014 ณ โรงแรมสุโขทัยแกรนด์ แอนด์ คอนเวนชันเซ็นเตอร์ จ.อุบลราชธานี	โทรศัพท์ 0-4524-0074-90 ต่อ 1503, 08-9582-6162 โทรสาร 0-4531-9283 E-mail: orthopedicesan@gmail.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สสวส จำกัด 71/17 ถนนราชดำเนิน แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
4-6 October 2013 	Challenges in Clinical Cardiology	Chicago	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2013r006
19 October 2013 	NCRM NICHE 2013	Chennai, Tamil Nadu	India	www.ncrmniche.org
19-22 October 2013 	4 th International Conference on Stem Cells and Cancer (ICSCC-2013): Proliferation, Differentiation and Apoptosis	Mumbai, Maharashtra	India	www.icscc.in
21-22 October 2013 	The 10 th International Conference and Expo on Emerging Technologies for a Smarter World (CEWIT2013)	Long Island, New York	United States of America	www.cewit.org/conference2013
21-23 October 2013 	First World Congress for Advanced Medical Research	Kuala Lumpur	Malaysia	http://dsr-conferences.co.uk/wormed/
21-23 October 2013 	Clinical Trial Optimization: Strategy, Planning and Recruitment	Bethesda, Maryland	United States of America	www.healthtech.com/Feasibility-Patient-Centricity/
22-24 October 2013 	Translational CNS Summit	London	United Kingdom	http://translationalcns-london.com
23-26 October 2013 	23 rd Annual Cases in Echocardiography, Cardiac CT and MRI	Napa	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2013R016
23-27 October 2013 	The 4 th Annual International Family Practice Congress	Antalya	Turkey	www.ahekon.com/eng/default.asp?p=Invitation

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



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

ประมวลภาพงานประชุมวิชาการ

Protection for GI complication after NSAIDs/ASA



Moderator :
Assoc. Prof. Pisal Mairieng



Speaker :
Prof. Udom Kachintorn



Speaker :
Prof. Tetsuo Arakawa



July 12th, 2013

Hilton Hua Hin, Prachuap Khiri Khan



[ภาพข่าว]

กองบรรณาธิการ •

ผ่อนคลายเป็นกับ.. “แบรนด์ริงนกแท้ คาโมมายล์”

บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด แนะนำนวัตกรรมล่าสุดกับผลิตภัณฑ์ใหม่ “แบรนด์ริงนกแท้ คาโมมายล์” คัดสรรริงนกแท้เกรดคุณภาพสีนวลขาว ผสานคุณค่าของคาโมมายล์สกัด ทำให้ได้น้ำสีเหลืองอำพัน และมีกลิ่นหอมอ่อน ๆ ของดอกคาโมมายล์ ช่วยให้รู้สึกสงบและผ่อนคลาย รสชาติหอมหวาน อร่อย โดยปราศจากน้ำตาล จึงรับประทานในช่วงก่อนนอนได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องน้ำตาลส่วนเกิน วางจำหน่ายแล้วที่ห้างสรรพสินค้าชั้นนำทั่วประเทศ



บี.พี. เอสเทติก เปิดตัวผลิตภัณฑ์

PROTENT cream with Glucosamine and Chondroitin



บริษัท บี.พี. เอสเทติก (ไทยแลนด์) จำกัด ก่อตั้งขึ้นเพื่อเป็นบริษัทที่ดำเนินธุรกิจด้านอุตสาหกรรมเพื่อสุขภาพร่างกาย เวชสำอาง บริษัทมุ่งเน้นให้ความสำคัญในการพัฒนาและเลือกสรรผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญ แพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์ และได้รับการรับรองจาก อย. เปิดตัวผลิตภัณฑ์ PROTENT cream with Glucosamine and Chondroitin ครีมทาผิวภายนอก นวัตกรรมใหม่ระดับนาโนโมเลกุลที่ผ่านการวิจัยว่ามีประสิทธิภาพและความปลอดภัย เป็นทางเลือกเพื่อสุขภาพ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.bpaesthetic.com

วงการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย



ภาควิชาศัลยศาสตร์



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย



ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา



ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา



ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา



วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
เพื่อรวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณนาย

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก. ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

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

หมายเหตุ

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education



CME PLUS

The logo features the text "CME PLUS" in a bold, sans-serif font. "CME" is red and "PLUS" is blue. The letters "C", "M", and "E" are decorated with small red dots. The logo is centered within a large, light gray circle. To the right of the circle, there is a green leafy branch with two red ladybugs and several water droplets. Scattered around the circle are several small green leaves and a few white pills.

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. Dhilon 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 (e.g. 6, 10, 14 weeks of age) may only be used if a dose of hepatitis B vaccine has been given at birth. Locally established immunophoretic 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 15 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 $\geq 40.0^{\circ}\text{C}$ 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 Menaxlo-Munipol-Rubella 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. 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 (Parsipol, neurapax, encephalopathy, encephalitis, meningitis, remaining serum sickness, 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

gsk
GlaxoSmithKline
Vaccines

Infanrix hexa™

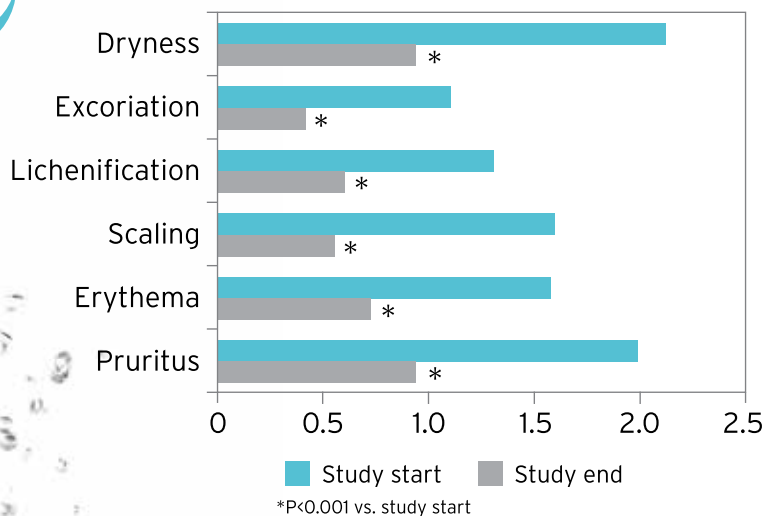
Dry and sensitive skin?

Feel the immediate and noticeable difference.



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

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



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

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

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

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



PHYSIOGEL™



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