

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์



ISSN 1513-590X
9 771513590012

ปีที่ 15 ฉบับ 399 ประจำวันที่ 1-15 ตุลาคม พ.ศ. 2556



ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

SPEEDA™

Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

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

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

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



SPEEDA

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

Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life

INDICATIONS: The vaccine is indicated for active immunization against rabies in humans and dogs. It is used to prevent against rabies. The vaccine is indicated for the type of rabies and the dose of the vaccine. **DOSE AND ROUTE OF ADMINISTRATION:** Intradermal administration: The 0.1 ml dose of vaccine (per site) shall be injected intradermally in deltoid. Intramuscular administration: The 0.5 ml dose of vaccine shall be injected intramuscularly in the deltoid in adults or in the antero-lateral region of the thigh in young children. **Pre-exposure prophylaxis:** For persons at high risk of rabies exposure, a pre-exposure prophylaxis (PEP) course should be given. The PEP course should consist of three doses of vaccine. **Post-exposure prophylaxis:** For persons exposed to rabies, a post-exposure prophylaxis (PEP) course should be given. The PEP course should consist of three doses of vaccine. **ADVERSE REACTIONS:** The vaccine is generally well tolerated. Adverse reactions are rare. **CONTRAINDICATIONS:** The vaccine should not be given to persons with a known hypersensitivity to any of the components of the vaccine. **PRECAUTIONS:** The vaccine should be given to persons with a known hypersensitivity to any of the components of the vaccine. **STORAGE:** The vaccine should be stored at 2-8°C. **PACKAGING:** The vaccine is available in 10 and 20 dose vials.



'สเต็มเซลล์'
ความหวังผู้ป่วย... ใช้ได้จริงหรือ ?

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

gsk
GlaxoSmithKline

SANOFI PASTEUR

GALDERMA
committed to the future
of dermatology

Talk of
the Town

คุณหมอชอชสา

จุฬาปริทัศน์

หวาน ๆ มันตัก
น้ำอัดลม น้ำตาล

Systematic
Review

ปัสสาวะร้อน
ในเด็ก



MADIPLLOT®

Hypertension Effective

LESS ANKLE OEDEMA¹

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

The aim of this meta-analysis was to compare the efficacy and safety profile of manidipine 20 mg with that of amlodipine 10 mg. A systematic review of quantitative data published or unpublished between 1995 and 2009 was performed. Head-to-head randomized controlled trials (RCTs) of 12 weeks minimum duration reporting comparative efficacy (changes in systolic and diastolic blood pressure) and safety (total adverse events and ankle oedema), were included. Four high-quality RCTs, accounting for 838 patients (436 received manidipine and 402 received amlodipine) were included. The efficacy of manidipine and amlodipine was statistically equivalent (effect size for SBP 0.00 (p = 0.21) and DBP 0.01 (p = 0.83)). The global safety of manidipine was significantly better than amlodipine: the relative risk (RR) for adverse event was 0.69 (95% CI 0.56-0.85). Publication bias was not significant and the robustness of the analysis was good. These data suggest a better efficacy/safety ratio of manidipine over amlodipine.

INDICATIONS: MADIPLLOT is indicated for the treatment of hypertension. **CONTRAINDICATIONS:** MADIPLLOT is contraindicated in patients with known hypersensitivity to any of the components of the product. **PRECAUTIONS:** MADIPLLOT should be used with caution in patients with renal impairment. **ADVERSE REACTIONS:** The most common adverse reactions reported in clinical trials were dizziness, headache, and ankle oedema. **DOSE:** The recommended dose of MADIPLLOT is 20 mg once daily. **PACKAGING:** MADIPLLOT is available in 10 and 20 mg tablets. **STORAGE:** MADIPLLOT should be stored at 2-8°C. **EXPIRY:** The expiry date of MADIPLLOT is 24 months from the date of manufacture.



Further information available on request.
Takeda (Thailand) LTD.
183 Rajanakin Building, 10 Floor South Sathorn Road, Kiewang Yarnawa, Khet Sathorn, Bangkok 10120

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

1. ผู้จัดการฝ่ายขายต่างจังหวัด

5 อัตรา

- มีประสบการณ์งานขายเครื่องมือแพทย์ไม่น้อยกว่า 5 ปี
- วุฒิปริญญาตรี-โท ทุกสาขา
- หากมีประสบการณ์การขายเครื่อง Patient Monitor, Defibrillator, Ventilator, Ultrasound, Pendant, โคมไฟ, เตียงผ่าตัด 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 เมติกอล (ครีติกอล แกร์) จำกัด

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

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



กลุ่มโรงแรมและศูนย์ประชุมสัมมนาในอุดมคติ ท่ามกลางธรรมชาติอันเขียวชอุ่มในเอเชียแปซิฟิก
เติมเต็มทุกความต้องการในการจัดงานทุกรูปแบบ มาตรฐานระดับนานาชาติ

ห้องโถงปราสาท | แผนกระบบแควอคลิก | ห้องครัวทันสมัยภายในศูนย์ประชุม | บริการแปลภาษาในการประชุม | ลานจอดรถสำหรับรถรับส่ง | 352 จุดจ่ายสารอาหาร | 448 บุคลากร | 4 ห้องรับรองพิเศษ | สำนักงานผู้จัดงาน | 4 ห้องควบคุม | 18 ห้องประชุมย่อย | แผนกสูง 9.5 เมตร | อินเทอร์เน็ตไร้สาย | ศูนย์บริการการธุรกิจ | ทางเข้าขบวนสินค้าอุปกรณ์การงาน | ลานจอดรถภายในอาคาร 506 คัน | พื้นที่รองรับน้ำหนัก 1 - 2.5 ตัน



กลุ่มธุรกิจโรงแรมรอยัล คลิฟ และศูนย์ประชุมพีช 353 ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10150, ประเทศไทย
โทร. 038-250421 | โทรสาร. 038-250511 | mice@royalcliff.com | www.peachthailand.com

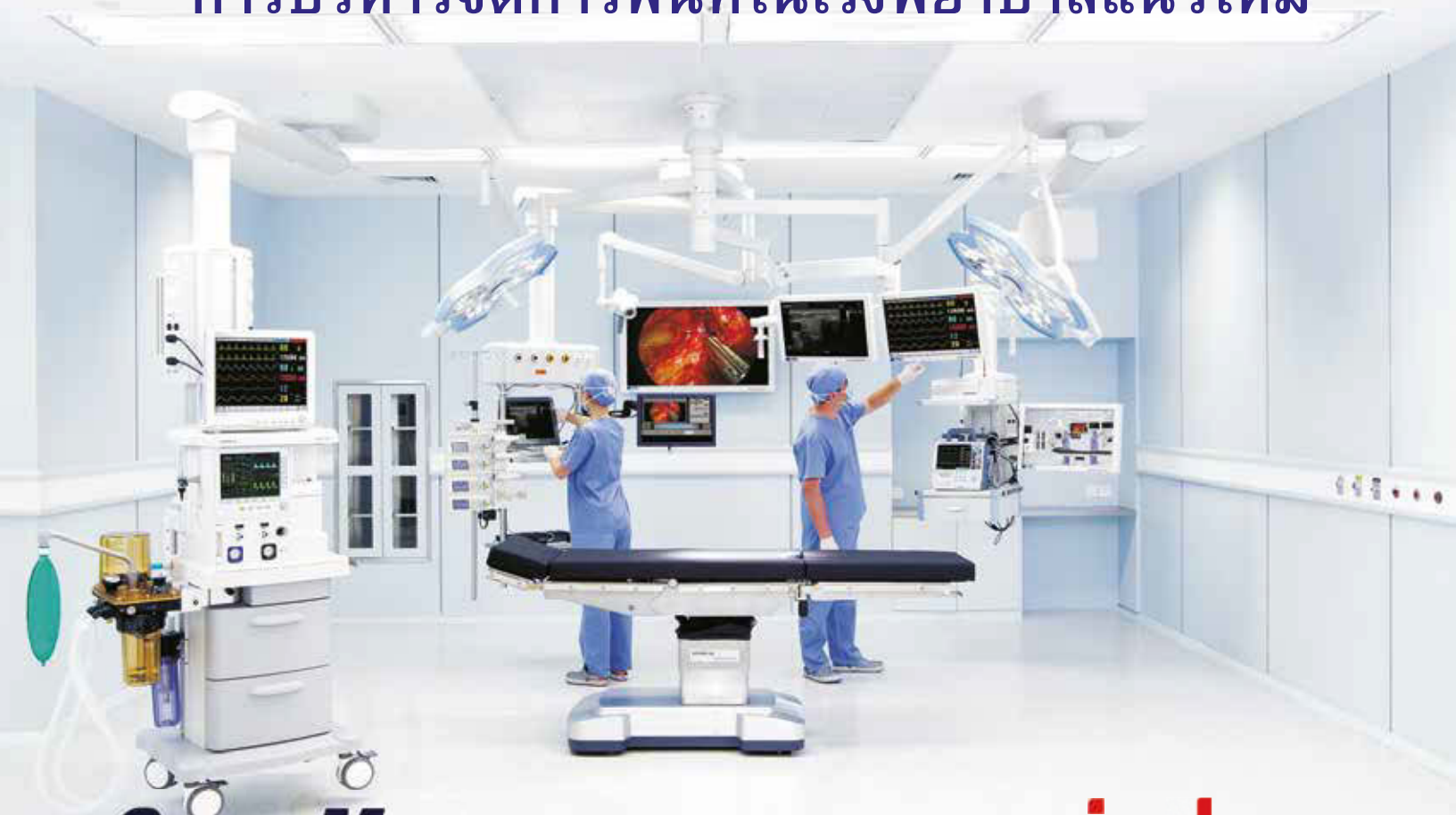
PEACH
PATTAYA EXHIBITION AND CONVENTION HALL

ROYAL CLIFF HOTELS GROUP
THE STATE OF EXCLUSIVITY & FASCINATION



pendant

การบริหารจัดการพื้นที่ในโรงพยาบาลแนวใหม่



SAINTMED

mindray

SERETIDE™
salmeterol/fluticasone propionate

Drug

Effective combination³

Dosage

Wide range of doses for a wide range of patient⁴

Device

Familiar and easy-to-use⁵

Data

Guideline-defined control of asthma can be achieved¹

Seretide gives real asthma patient benefits from day one and over the years to come^{1,2}

Prescribing information Presentation

Seretide Accuhaler Moulded plastic device containing a foil strip with 28 or 60 regularly placed blisters each containing 50 micrograms of salmeterol as salmeterol xinafoate and 100, 250 or 500 micrograms of fluticasone propionate. **Seretide Evohaler** Each single actuation of SERETIDE provides: Salmeterol xinafoate equivalent to 25 micrograms of salmeterol and 50, 125 or 250 micrograms of fluticasone propionate. **Pharmaceutical form:** Inhalation powder. **Clinical Indications:** Reversible Obstructive Airways Disease (ROAD) and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) **Dosage and Administration:** SERETIDE is for inhalation only. Patients should be made aware that SERETIDE must be used regularly for optimum benefit, even when asymptomatic. Patients should be regularly reassessed by a doctor, so that the strength of SERETIDE they are receiving remains optimal and is only changed on medical advice. **Reversible Obstructive Airways Disease (ROAD)** The dose should be titrated to the lowest dose at which effective control of symptoms is maintained. Where the control of symptoms is maintained with twice daily SERETIDE, titration to the lowest effective dose could include SERETIDE given once daily. **Recommended Doses:** Adults and adolescents 12 years and older **Seretide Accuhaler** One inhalation (50 micrograms salmeterol and 100, 250 or 500 micrograms fluticasone propionate) twice daily. **Seretide Evohaler** Two inhalations of 25 micrograms salmeterol and 50, 125 or 250 micrograms fluticasone propionate twice daily. **Children 4 years and older Seretide Accuhaler:** One inhalation (50 micrograms salmeterol and 100 micrograms fluticasone propionate) twice daily. **Seretide Evohaler:** Two inhalations of 25 micrograms salmeterol and 50 micrograms fluticasone propionate twice daily. There are no data available for use of SERETIDE in children aged under 4 years. **Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)** For adult patients the recommended dose is **Seretide Accuhaler:** One inhalation 50/250 micrograms to 50/500 micrograms salmeterol/fluticasone propionate twice daily. **Seretide Evohaler:** Two inhalations 25/125 micrograms to 25/250 micrograms salmeterol/fluticasone propionate twice daily. At a dose of 50/500 micrograms twice daily, SERETIDE has been shown to reduce all-cause mortality. **Special patient groups** There is no need to adjust the dose in elderly patients or in those with renal or hepatic impairment. **Contraindications:** SERETIDE is contraindicated in patients with a history of hypersensitivity to any of the ingredients. **Warnings and Precautions** The management of ROAD should normally follow a stepwise programme and patient response should be monitored clinically and by lung function tests. **Seretide Accuhaler/ Evohaler** are not for relief of acute symptoms for which a fast and short-acting bronchodilator (e.g. salbutamol) is required. Patients should be advised to have their relief medication available at all times. Increasing use of short-acting bronchodilators to relieve symptoms indicates deterioration of control and patients should be reviewed by a physician. Sudden and progressive deterioration in control of asthma is potentially life-threatening and the patient should be reviewed by a physician. Consideration should be given to increasing corticosteroid therapy. Also, where the current dosage of SERETIDE has failed to give adequate control of ROAD, the patient should be reviewed by a physician. For patients with asthma or COPD, consideration should be given to additional corticosteroid therapies and administration of antibiotics if an exacerbation is associated with infection. Treatment with SERETIDE should not be stopped abruptly in patients with asthma due to risk of exacerbation, therapy should be tapered-down under physician supervision. For patients with COPD cessation of therapy may be associated with symptomatic decompensation and should be supervised by a physician. There was an increased reporting of pneumonia in studies of patients with COPD receiving SERETIDE (see Adverse Reactions). Physicians should remain vigilant for the possible development of pneumonia in patients with COPD as the clinical features of pneumonia and exacerbation frequently overlap. As with all inhaled medication containing corticosteroids, SERETIDE should be administered with caution in patients with active or quiescent pulmonary tuberculosis. SERETIDE should be administered with caution in patients with thyrotoxicosis. Cardiovascular effects, such as increases in systolic blood pressure and heart rate, may occasionally be seen with all sympathomimetic drugs, especially at higher than therapeutic doses. For this reason, SERETIDE should be used with caution in patients with pre-existing cardiovascular disease. A transient decrease in serum potassium may occur with all sympathomimetic drugs at higher therapeutic doses. Therefore, SERETIDE should be used with caution in patients predisposed to low levels of serum potassium. Systemic effects may occur with any inhaled corticosteroid, particularly at high doses prescribed for long periods; these effects are much less likely to occur than with oral corticosteroids (see Overdose). Possible systemic effects include Cushing's syndrome, Cushingoid features, adrenal suppression, growth retardation in children and adolescents, decrease in bone mineral density, cataract and glaucoma. It is important, therefore for ROAD patients, that the dose of inhaled corticosteroid is titrated to the lowest dose at which effective control is maintained. The possibility of impaired adrenal response should always be borne in mind in emergency and elective situations likely to produce stress and appropriate corticosteroid treatment considered (see Overdose). It is recommended that the height of children receiving prolonged treatment with inhaled corticosteroid is regularly monitored. Certain individuals can show greater susceptibility to the effects of inhaled corticosteroid than do most patients. Because of the possibility of impaired adrenal response, patients transferring from oral steroid therapy to inhaled fluticasone propionate therapy should be treated with special care, and adrenocortical function regularly monitored. Following introduction of inhaled fluticasone propionate, withdrawal of systemic therapy should be gradual and patients encouraged to carry a steroid warning card indicating the possible need for additional therapy in times of stress. There have been very rare reports of increases in blood glucose levels (see Adverse Reactions) and this should be considered when prescribing to patients with a history of diabetes mellitus. During post-marketing use, there have been reports of clinically significant drug interactions in patients receiving fluticasone propionate and ritonavir, resulting in systemic corticosteroid effects including Cushing's syndrome and adrenal suppression. Therefore, concomitant use of fluticasone propionate and ritonavir should be avoided, unless the potential benefit to the patient outweighs the risk of systemic corticosteroid side-effects. Data from a large US study (SMART) comparing the safety of SEREVENT (a component of SERETIDE) or placebo added to usual therapy showed a significant increase in asthma-related deaths in patients receiving SEREVENT. Data from this study suggested that African-American patients may be at greater risk of serious respiratory-related events or deaths when using SEREVENT compared to placebo. It is not known if this was due to pharmacogenetic or other factors. The SMART study was not designed to determine whether concurrent use of inhaled corticosteroids modifies the risk of asthma-related death. It was observed in a drug interaction study that concomitant use of systemic ketoconazole increases exposure to SEREVENT. This may lead to prolongation in the QTc interval. Caution should be exercised when strong CYP3A4 inhibitors (e.g. ketoconazole) are co-administered with SEREVENT. Interactions Both non-selective and selective beta-blockers should be avoided unless there are compelling reasons for their use. Under normal circumstances, low plasma concentrations of fluticasone propionate are achieved after inhaled dosing, due to extensive first pass metabolism and high systemic clearance mediated by cytochrome P450 3A4 in the gut and liver. Hence, clinically significant drug interactions mediated by fluticasone propionate are unlikely. A drug interaction study in healthy subjects has shown that ritonavir (a highly potent cytochrome P450 3A4 inhibitor) can greatly increase fluticasone propionate plasma concentrations, resulting in markedly reduced serum cortisol concentrations. During postmarketing use, there have been reports of clinically significant drug interactions in patients receiving intranasal or inhaled fluticasone propionate and ritonavir, resulting in systemic corticosteroid effects including Cushing's syndrome and adrenal suppression. Therefore, concomitant use of fluticasone propionate and ritonavir should be avoided, unless the potential benefit to the patient outweighs the risk of systemic corticosteroid side-effects. Studies have shown that other inhibitors of cytochrome P450 3A4 produce negligible (erythromycin) and minor (ketoconazole) increases in systemic exposure to fluticasone propionate without notable reductions in serum cortisol concentrations. Nevertheless, care is advised when co-administering potent cytochrome P450 3A4 inhibitors (e.g. ketoconazole) as there is potential for increased systemic exposure to fluticasone propionate. Co-administration of ketoconazole and SEREVENT resulted in a significant increase in plasma salmeterol exposure (1.4-fold C_{max} and 15-fold AUC) and this may cause a prolongation of the QTc interval. (see Warnings and Precautions) **Pregnancy and Lactation** Administration of drugs during pregnancy and lactation should only be considered if the expected benefit to the mother is greater than any possible risk to the foetus or child. There is insufficient experience of the use of salmeterol xinafoate and fluticasone propionate in human pregnancy and lactation. **Effects on Ability to Drive and Use Machines** There have been no specific studies of the effect of SERETIDE on the above activities, but the pharmacology of both drugs does not indicate any effect. **Adverse Reactions** As SERETIDE contains salmeterol and fluticasone propionate, the type and severity of adverse reactions associated with each of the compounds may be expected. There is no incidence of additional adverse events following concurrent administration of the two compounds. As with other inhalation therapy paradoxical bronchospasm may occur with an immediate increase in wheezing after dosing. This should be treated immediately with a fast and shortacting inhaled bronchodilator. Salmeterol/fluticasone propionate should be discontinued immediately, the patient assessed and alternative therapy instituted if necessary. Adverse events which have been associated with salmeterol or fluticasone propionate are given below. **Salmeterol** The pharmacological side effects of beta2-agonist treatment, such as tremor, subjective palpitations and headache, have been reported, but tend to be transient and reduce with regular therapy. Cardiac arrhythmias (including atrial fibrillation, supraventricular tachycardia and extrasystoles) may occur, usually in susceptible patients. There have been very rare reports of arrhythmia. Hypersensitivity reactions, including anaphylactic reactions such as oedema and angioedema, bronchospasm and anaphylactic shock have been reported very rarely. There have also been common reports of muscle cramps, reports of oropharyngeal irritation, uncommon reports of rash and very rare reports of hyperglycaemia. **Fluticasone propionate** Hoarseness and candidiasis (thrush) of the mouth and throat can occur in some patients. There have been uncommon reports of cutaneous hypersensitivity reactions, rare reports of hypersensitivity reactions manifesting as angioedema (mainly facial and oropharyngeal oedema), respiratory symptoms (dyspnoea and/or bronchospasm) and very rarely, anaphylactic reactions. Both hoarseness and incidence of candidiasis may be relieved by gargling with water after use of salmeterol/fluticasone propionate Accuhaler. Symptomatic candidiasis can be treated with topical anti-fungal therapy whilst still continuing with salmeterol/fluticasone propionate. Possible systemic effects include Cushing's syndrome, Cushingoid features, adrenal suppression, growth retardation in children and adolescents, decrease in bone mineral density, cataract and glaucoma (see Warnings and Precautions). There have been very rare reports of hyperglycaemia, anxiety, sleep disorders and behavioural changes, including hyperactivity and irritability (predominantly in children). **Salmeterol/fluticasone propionate clinical trials** There have been uncommon reports of convulsions. The following undesirable effects were commonly reported: Hoarseness/dysphonia, throat irritation, headache, candidiasis of mouth and throat and palpitations. Pneumonia (in COPD patients). **Salmeterol/fluticasone propionate postmarketing** There have been uncommon reports of cutaneous hypersensitivity reactions, rare reports of hypersensitivity reactions manifesting as angioedema (mainly facial and oropharyngeal oedema), respiratory symptoms (dyspnoea and/or bronchospasm) and very rarely anaphylactic reactions. There have been very rare reports of anxiety, sleep disorders and behavioural changes, including hyperactivity and irritability (predominantly in children). There have also been very rare reports of hyperglycaemia. **Overdose** The available information on overdose with SERETIDE, salmeterol and/or fluticasone propionate is given below. The expected symptoms and signs of salmeterol overdose are those typical of excessive beta 2-adrenergic stimulation including tremor, headache, tachycardia, increases in systolic blood pressure and hypokalaemia. The preferred antidotes are cardioselective beta-blocking agents, which should be used with caution in patients with a history of bronchospasm. If SERETIDE therapy has to be withdrawn due to overdose of the beta-agonist component of the drug, provision of appropriate replacement corticosteroid therapy should be considered. Acute inhalation of fluticasone propionate doses in excess of those approved may lead to temporary suppression of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. This does not usually require emergency action as normal adrenal function typically recovers within a few days. If higher than approved doses of SERETIDE are continued over prolonged periods, significant adrenocortical suppression is possible. There have been very rare reports of acute adrenal crisis, mainly occurring in children exposed to higher than approved doses over prolonged periods (several months or years); observed features have included hypoglycaemia associated with decreased consciousness and/or convulsions. Situations which could potentially trigger acute adrenal crisis include exposure to trauma, surgery, infection or any rapid reduction in the dosage of the inhaled fluticasone propionate component. It is not recommended that patients receive higher than approved doses of SERETIDE. It is important to review therapy regularly and titrate down to the lowest approved dose at which effective control of disease is maintained (see Dosage and Administration).

Abb PI for Seretide Accuhaler IP12 and Seretide Evohaler IP12

Reference: 1. Kavut M et al. J Allergy Clin Immunol. 2000; 105: 1108-1116. 2. Lundback B et al. Respir Med. 2009; 103: 348-355. 3. Bateman ED et al. Am J Respir Crit Care Med. 2004; 170(8): 836-844. 4. Seretide Prescribing Information, Evohaler version IP12 Accuhaler version IP12. 5. Khassanen BY, et al., Handling of Inhaler Devices in Actual Pulmonary Practice: Metered-Dose Inhaler Versus Dry Powder Inhalers. Pulmonary Practice Resp Care. 2008; 53(3):324-329

ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเท่านั้น ไม่ควรใช้เพื่อการวินิจฉัยหรือการรักษาผู้ป่วย



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline (Thailand) Ltd. 12th Floor., Wave Place, 55 Wireless Road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand Tel: 0-2655-4567 Fax: 0-2655-4568

ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเท่านั้น ไม่ควรใช้เพื่อการวินิจฉัยหรือการรักษาผู้ป่วย



การศึกษาพื้นฐานของไทย

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

ศ.นพ.มนตรี ตูจิตินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์
ศ.พญ.ชนิกา ตูจิตินดา 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.ต.นพ.บรรหาร กออันตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณารักษ์การ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณารักษ์การ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรญาณะวิไล

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนชาติ ชุตกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณารักษ์การผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสิฐกุล

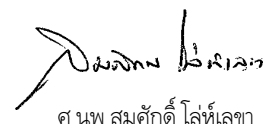
โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 แฟกซ์ 0-2884-7299

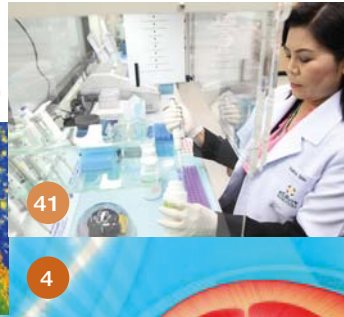
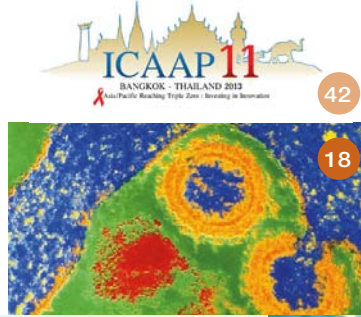
สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีการวิจารณ์ว่าการศึกษไทยล้มเหลว ซึ่งไม่ใช่เรื่องใหม่ ในรายงานของ World Economic Forum ในปี พ.ศ. 2555 คุณภาพของการศึกษาพื้นฐาน ของประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 85 กัมพูชาอยู่ในลำดับที่ 101 ฟิลิปปินส์อยู่ในลำดับที่ 110 ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 82 กัมพูชาอยู่ในลำดับที่ 87 ฟิลิปปินส์ อยู่ในลำดับที่ 86 จะเห็นได้ว่าประเทศในอาเซียนอื่น ๆ ปรับตัวดีขึ้นมาก เราแพ้ลึกลงไป มาเลเซีย บรูไน อินโดนีเซีย และเวียดนาม มานานแล้ว ในปี พ.ศ. 2556 เรามีข้อมูล เปรียบเทียบคุณภาพของระบบการศึกษา (Quality of Educational System) ของประเทศ ต่าง ๆ ลงพิมพ์เป็นตารางใหม่ ปรากฏว่าประเทศไทยอยู่ในอันดับสุดท้ายใน 8 ประเทศ ของอาเซียนที่ศึกษา (ขาดข้อมูลของพม่าและลาว) ถ้าข้อมูลผลการศึกษไทย ปรากฏว่าคะแนนเฉลี่ย O-Net และ A-Net ไม่ถึงร้อยละ 50 การทดสอบเด็กอายุ 15 ปี ทุกสามปี Program for International Students Assessment (PISA) ในเรื่องการอ่าน คณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ ในจำนวน 57 ประเทศ เราอยู่ในลำดับสุดท้าย คะแนน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมาก ผลการสอบปีที่ผ่านมาจะรู้ผลในเดือนธันวาคมปีนี้ การสอบ Trend in International Mathematics and Science Study (TIMSS) ในเด็กประถมศึกษปีที่ 4 และ มัธยมศึกษาปีที่ 2 ทุก 4 ปีเราได้คะแนนลดลงตลอด ส่วนการแข่งขันวิชาการโอลิมปิก เราเข้าไปใจผิดว่าคนได้เหรียญทองคือที่ 1 ของโลก ความจริงคนที่ได้เหรียญทองคือได้อยู่ ใน 8-10% แรก ส่วนเหรียญเงินจะมีมากกว่าเหรียญทอง 2 เท่า เหรียญทองแดงมีมากกว่า เหรียญทอง 3 เท่า วิชาคณิตศาสตร์ถ้าทำถูก 1 ข้อก็ได้รางวัลชมเชย ทุกคนได้รางวัล เกือบหมด มีเพียง 1 ใน 3 ของผู้เข้าสอบที่ไม่ได้รางวัล ทำให้การศึกษาเราจึงล้มเหลว เรามีอัตราส่วนครูต่อนักเรียนดีกว่าสิงคโปร์ ดีกว่าเกาหลี แต่ผลการสำเร็จเราต่ำกว่ามาก แสดงว่าปริมาณไม่สำคัญเท่าคุณภาพ เรามีปัญหาเรื่องครูที่ไม่สนใจสอนนักเรียนจริงจัง ครูทุกคนมุ่งทำเอกสารเพื่อจะได้เลื่อนฐานะของครูโดยไม่พิจารณาจากผลสำเร็จของ นักเรียน การมีสภาครูทำให้คนที่จบแพทย์สอนวิชาสุขศึกษาให้แก่เด็กประถมไม่ได้ จบอักษรศาสตร์ก็สอนภาษาอังกฤษไม่ได้ จบวิทยาศาสตร์ก็สอนวิชาวิทยาศาสตร์ไม่ได้ เพราะไม่มีใบประกอบวิชาชีพครู ถ้าเอาใบประกอบวิชาชีพครูต้องไปฝึกสอน 1 ปี ซึ่ง 'ไม่มี'ใครต้องการ สรุปแล้วคนที่จะเป็นครูต้องจบครูศาสตร์เท่านั้น คนที่มีความรู้ไม่มีสิทธิ สอน ครูบางคนสนใจการสอนพิเศษมากกว่าสอนนักเรียนในชั้นเรียน ครูบางคนทำธุรกิจ อื่นในโรงเรียน โรงเรียนขนาดเล็กผลการศึกษไม่ดีเท่าโรงเรียนขนาดใหญ่ ประเทศไทย มีโรงเรียนมากไปแต่ไม่มีคุณภาพ เรามีโรงเรียนขนาดเล็กที่มีเด็กนักเรียนไม่ถึง 100 คน จำนวนกว่า 12,000 โรงเรียน เรามีโรงเรียนที่มีนักเรียนเกิน 500 คนไม่ถึง 3,000 แห่ง ค่าใช้จ่ายในการศึกษาลงทุนสูงมาก โรงเรียนที่มีนักเรียนจำนวนน้อยเสียค่าใช้จ่ายต่อรายหัว นักเรียนสูงมากกว่าโรงเรียนใหญ่ ๆ ครูก็ไม่มีคุณภาพ ไม่มีการแข่งขัน ครูและนักเรียน ต่างก็เบื่อ ถ้าเอาเกรดมาปรับและส่งไปโรงเรียนที่มีคุณภาพค่าใช้จ่ายถูกมากกว่าและจะได้ ผลการเรียนที่ดีขึ้น การสอบก็เป็นแบบปรนัยเน้นการท่องจำแทนที่จะใช้ถนัดให้เด็กคิด วิเคราะห์และบรรยาย เราไปทุ่มเงินให้กับเทคโนโลยีมาก เช่น ซื้อ tablet แจกโดยที่ครู ยังไม่พร้อม เด็กไทยเสียเวลาไปกับการดูโทรทัศน์ การเล่นเกม การดูสื่อสารทาง อิเล็กทรอนิกส์โดยไม่ได้ทำให้ฉลาดขึ้น ถ้าไม่มีการแก้ไข อีกไม่นานเราคงจะล้าหลัง อนาคตของประเทศขึ้นอยู่กับเด็กไทย ถ้าตอนนี้แพ้ อนาคตก็คงแพ้ตลอด


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ผลลัพธ์ Prednisolone และ Pentoxifylline ต่อการรอดชีพผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์
- เปรียบเทียบ Cystatin C และ Creatinine สำหรับประเมินความเสี่ยงตามการทำงานของไต
- ผลปรับวิถีชีวิตต่อ Telomerase และ Telomere ในชายตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากไม่รุนแรง

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. หนุนใช้นวัตกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาเอดส์ไทย
- สธ. ตั้งเป้าอีก 7 ปี ไทยปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้า
- กรมสุขภาพจิตเปิดตัว Smile Hub แอปพลิเคชันประเมินความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย

8 Movement

9 In Focus

‘สเต็มเซลล์’ ความหวังผู้ป่วย... ใช้ได้จริงหรือ ?

12 Talk of the Town

คุณหมอขออาสา

13 Special

ศ.นพ.อดุลย์ วีริยเวชกุล

การแพทย์แผนไทยประยุกต์

การแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนไทย วิทยาศาสตร์และแพทย์แผนปัจจุบัน

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน

17 Get Up

- เลเซอร์ช่วยขจัดมะเร็งสมอง
- พัฒนาวัดคลื่นกำลังไวรัสคล้ายเอชไอวี
- อนุมติใบท็อกซ์รักษากลิ่นปัสสาวะ

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

กลศึกสามก๊ก

21 เสียงแพทย์

การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข (ตอนที่ 2)

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

วัสดุการแพทย์แบบฉีดช่วยรักษากลิ่นเนื้อหัวใจตาย (ตอนที่ 2)

25 จุฬาปริทัศน์

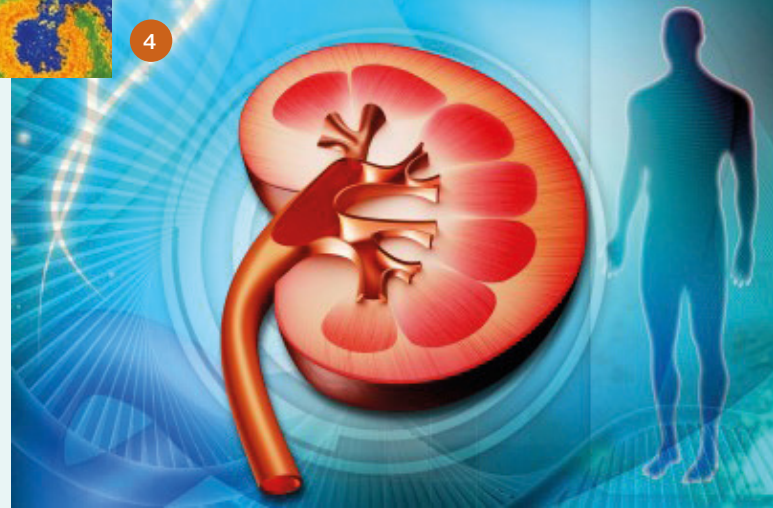
หวาน ๆ มหันตภัย น้ำอัดลม น้ำตาล

28 Systematic Review

ปัสสาวะรดที่นอนในเด็ก

29 เฉพาะโรค

สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นในทางเดินหายใจ (Foreign Body in Respiratory Tract)



Contents

The Medical News ฉบับที่ 399 วันที่ 1 - 15 ตุลาคม 2556

33 มุมพิเศษ

บาดแผลจำนวนมากตามร่างกายก็มีใช้สาเหตุตาย : รายงานผู้ตาย 1 ราย

37 R2R

การคัดกรองโรคหัวใจในทารกแรกเกิด ร.พ.ราชบุรี ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต

38 ปกป้องข่าว

กทม. ห่วงใยสุขภาพหญิงไทย สร้างความตระหนักรู้สู่การเปลี่ยนพฤติกรรม ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

40 ปกป้องข่าว

One Health : ผนึกกำลังเครือข่ายระดับชาติ แก้ปัญหาสุขภาพแนวใหม่ เพื่อนำสู่การมีสุขภาพหนึ่งเดียว

41 ปกป้องข่าว

สมิติเวช จับมือจุฬาฯ-สถาบันมะเร็ง ร่วมวิจัยตรวจมะเร็งปากมดลูกจากปัสสาวะ

42 เกาะติดงานประชุม

งานประชุมสมัชชานานาชาติ ICAAP 11 “เอดส์ลดให้เหลือศูนย์ได้ ด้วยการลงทุนในนวัตกรรม”

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS การตรวจคัดกรองและการให้คำปรึกษา ก่อนสมรส

(Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 1



พลัฟ Prednisolone และ Pentoxifylline ต่อการรอดชีพผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์

JAMA. 2013;310(10):1033-1041.

บทความเรื่อง Prednisolone with vs without Pentoxifylline and Survival of Patients with Severe Alcoholic Hepatitis: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า prednisolone หรือ pentoxifylline เป็นยาที่แนะนำสำหรับการรักษาตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ แต่ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโดยให้ยาทั้งสองตัวรวมกัน

นักวิจัยศึกษาว่าการเสริม pentoxifylline ร่วมกับ prednisolone ให้ผลดีกว่าการรักษาด้วย prednisolone อย่างเดียวหรือไม่ โดยศึกษาแบบ multicenter, randomized, double-blind clinical trial ระหว่างเดือนธันวาคม ค.ศ. 2007 ถึงมีนาคม ค.ศ. 2010 ของโรงพยาบาลในเบลเยียม 1 แห่ง และในฝรั่งเศส 23 แห่ง ครอบคลุมผู้ป่วย 270 ราย อายุระหว่าง 18-70 ปี ซึ่งติดเหล้าและมีผลตรวจชิ้นเนื้อระบุว่าตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ขั้นรุนแรง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการตัวเหลืองในช่วง 3 เดือนก่อนการศึกษา และมี Maddrey score อย่างน้อย 32 คะแนน การติดตามมีระยะเวลา 6 เดือน และการศึกษาสิ้นสุดลงในเดือนตุลาคม ค.ศ. 2010 โดยสามารถติดตามผลลัพธ์หลักในผู้ป่วยทุกราย

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย prednisolone 40 mg วันละครั้ง ร่วมกับ pentoxifylline 400 mg วันละ 3 ครั้ง (n = 133) เป็นเวลา 28 วัน หรือ prednisolone 40 mg วันละครั้ง ร่วมกับยาหลอก (n = 137) เป็นเวลา 28 วัน

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การรอดชีพที่ 6 เดือน จุดยุติทุติยภูมิ ได้แก่ การเกิด hepatorenal syndrome และการตอบสนองต่อการรักษาประเมิน

จาก Lille model ซึ่งระบุผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ 7 วันภายหลังเริ่มการรักษา

ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์แบบ intention-to-treat รายงานว่า การรอดชีพที่ 6 เดือนไม่ต่างกันในกลุ่ม pentoxifylline-prednisolone และ placebo-prednisolone (69.9% [95% CI, 62.1-77.7%] vs 69.2% [95% CI, 61.4-76.9%], p = 0.91) และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 40 vs 42 ราย ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่า มีเพียงคะแนน Lille model และ Model for End-Stage Liver Disease เท่านั้นที่สัมพันธ์โดยอิสระกับการรอดชีพที่ 6 เดือน ข้อมูลที่ 7 วันชี้ว่า การตอบสนองต่อการรักษาประเมินด้วย Lille model ไม่แตกต่างกันมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม (Lille model score, 0.41 [95% CI, 0.36-0.46] vs 0.40 [95% CI, 0.35-0.45], p = 0.80) และความน่าจะเป็นของการตอบสนองต่อการรักษาไม่แตกต่างกัน (62.6% [95% CI, 53.9-71.3%] vs 61.9% [95% CI, 53.7-70.3%], p = 0.91) อุบัติการณ์รวมของ hepatorenal syndrome ที่ 6 เดือนไม่แตกต่างกันมีนัยสำคัญในกลุ่ม pentoxifylline-prednisolone และ placebo-prednisolone groups (8.4% [95% CI, 4.8-14.8%] vs 15.3% [95% CI, 10.3-22.7%], p = 0.07)

ผลลัพธ์การศึกษาในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ชี้ว่า การรักษาในระยะ 4 สัปดาห์ด้วย pentoxifylline และ prednisolone เมื่อเทียบกับการรักษาด้วย prednisolone อย่างเดียวไม่ทำให้การรอดชีพที่ 6 เดือนดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้อาจไม่สามารถระบุผลต่างที่มีนัยสำคัญด้านอุบัติการณ์ของ hepatorenal syndrome ซึ่งพบน้อยกว่าในกลุ่มที่รักษาด้วย pentoxifylline

การบริโภคผลไม้และความเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2

BMJ 2013;347:f5001

บทความเรื่อง Fruit Consumption and Risk of Type 2 Diabetes: Results from Three Prospective Longitudinal Cohort Studies

รายงานผลจากการศึกษาแบบ prospective

longitudinal cohort study เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการบริโภคผลไม้แต่ละชนิด โดยศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพในสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยผู้หญิง 66,405 รายที่เข้าร่วมในการศึกษา Nurses' Health Study (1984-2008), ผู้หญิง 85,104 รายจากการศึกษา Nurses' Health Study II (1991-2009) และผู้ชาย 36,173 รายจากการศึกษา Health Professionals Follow-up Study (1986-2008) ซึ่งไม่มีโรคเรื้อรังที่เส้นฐานของแต่ละการศึกษา โดยให้การศึกษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประเมินจากรายงานของผู้เข้าร่วมวิจัยและผลตอบแบบสอบถามเป็นมาตรฐานผลลัพธ์

ระหว่างการติดตาม 3,464,641 ราย มีผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นโรคเบาหวาน 12,198 ราย เมื่อปรับตามปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งด้านบุคคล วิถีชีวิต และอาหาร พบว่า pooled hazard ratio ของโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 สำหรับการบริโภคผลไม้ทุก 3 ส่วน/สัปดาห์ เท่ากับ 0.98 (95% confidence interval 0.96-0.99) เมื่อปรับตามชนิดของผลไม้พบว่า pooled hazard ratios ต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับการบริโภคผลไม้ทุก 3 ส่วน/สัปดาห์ เท่ากับ 0.74 (0.66-0.83) สำหรับบลูเบอร์รี่, 0.88 (0.83-0.93) สำหรับองุ่นและลูกเกด, 0.89 (0.79-1.01) สำหรับพ룬, 0.93 (0.90-0.96) สำหรับแอปเปิ้ลและแพร์, 0.95 (0.91-0.98) สำหรับกล้วย, 0.95 (0.91-0.99) สำหรับเกรปฟรุต, 0.97 (0.92-1.02) สำหรับพีช พลัม และแอปริคอต, 0.99 (0.95-1.03) สำหรับส้ม, 1.03 (0.96-1.10) สำหรับสตรอเบอร์รี่ และ 1.10 (1.02-1.18) สำหรับแคนตาลูป ขณะที่ pooled hazard ratio สำหรับการบริโภคน้ำผลไม้ทุก 3 ส่วน/สัปดาห์ เท่ากับ 1.08 (1.05-1.11) ซึ่งความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผลไม้แต่ละชนิด (p < 0.001 in all cohorts)

ข้อมูลจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นความแตกต่างด้านความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคผลไม้แต่ละชนิด และความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การบริโภคผลไม้ชนิดใดชนิดหนึ่งมากขึ้น โดยเฉพาะบลูเบอร์รี่ องุ่น และแอปเปิ้ลสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ขณะที่การบริโภคน้ำผลไม้ไม่มากขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้น





สาเหตุการตายและปัจจัยที่มีผล ในผู้ป่วย AF

CIRCULATIONAHA.112.000491

บทความเรื่อง Causes of Death and Influencing Factors in Patients with Atrial Fibrillation: A Competing Risk Analysis from the Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulant Therapy Study รายงานว่า atrial fibrillation (AF) สัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าสาเหตุเฉพาะของการตายและตัวพยากรณ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด

นักวิจัยรายงานผลจากการศึกษา Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulant Therapy (RE-LY) ซึ่งสุ่มให้ผู้ป่วย 18,113 ราย (71.5 ± 9 ปี, ชาย 64%, CHADS₂ score 2.1 ± 1) ได้รับการรักษาด้วย dabigatran หรือ warfarin มาตรฐานระยะการติดตามเท่ากับ 2 ปี และสามารถติดตามได้ครบถ้วนใน 99.9% ของผู้ป่วย โดยรวมมีการตาย 1,371 ราย (อัตราตายรายปีเท่ากับ 3.84%; 95% CI, 3.64-4.05) การตายเนื่องจากโรค

หัวใจ (การตายเฉียบพลันจากโรคหัวใจและหัวใจล้มเหลวที่รุนแรงขึ้น) พบใน 37.4% ของการตายทั้งหมด ขณะที่สโตรคและการตายจากเลือดออกพบใน 9.8% ของการตายรวม จากการตรวจสอบสาเหตุการตายตามการรักษาด้วย dabigatran หรือ warfarin พบว่า dabigatran ลดการตายจากโรคหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ (การอุดตันและเลือดออก) (RR: 0.63; 95% CI, 0.45-0.88, $p = 0.007$) ขณะที่สาเหตุการตายด้านอื่นใกล้เคียงกันระหว่างยาทั้งสองตัว รวมถึงการตายจากโรคหัวใจ (RR: 0.96; 95% CI, 0.80-1.15, $p = 0.638$) ตัวพยากรณ์อิสระที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการตายจากโรคหัวใจในประชากรกลุ่มนี้ ได้แก่ หัวใจล้มเหลว (HR: 3.02; 95% CI, 2.45-3.73, $p < 0.0001$), intraventricular conduction delay (HR: 1.99; 95% CI, 1.61-2.47, $p < 0.0001$) และเคยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย (HR: 2.05; 95% CI, 1.61-2.62, $p < 0.0001$)

ข้อมูลจากการศึกษาระบุว่า การตายส่วนใหญ่ในผู้ป่วย AF ที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่สัมพันธ์กับสโตรค และชี้ให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องหามาตรการแทรกแซงอื่นนอกเหนือจากการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อที่จะลดการตายในผู้ป่วย AF

เปรียบเทียบ Cystatin C และ Creatinine สำหรับประเมินความเสี่ยงตามการทำงานของไต

N Engl J Med 2013;369:932-943.

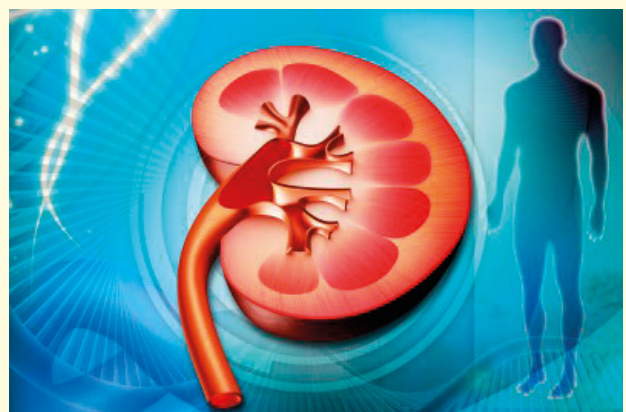
บทความเรื่อง Cystatin C versus Creatinine in Determining Risk Based on Kidney Function รายงานว่า การตรวจ cystatin C ร่วมกับ serum creatinine เพื่อวัดระดับ estimated glomerular filtration rate (eGFR) ช่วยให้ผลลัพธ์มีความเที่ยงตรงสูงขึ้น อย่างไรก็ดี ยังคงไม่มีข้อมูลสำหรับผลต่อการตรวจหา ระบุระยะ และการแบ่งกลุ่มเสี่ยงสำหรับโรคไตวายเรื้อรังในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย

นักวิจัยวิเคราะห์ meta-analysis จากการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป 11 ชิ้น (90,750 ราย) และการศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 5 ชิ้น (2,960 ราย) ซึ่งมีข้อมูลผลตรวจ serum creatinine และ cystatin C นักวิจัยได้เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของ eGFR ที่คำนวณจากผลตรวจ creatinine หรือ cystatin C อย่างเดียว หรือ cystatin C ร่วมกับ creatinine กับอัตราการตาย (13,202 รายใน 15 กลุ่ม), การตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (3,471 รายใน 12 กลุ่ม) และโรคไตวายระยะสุดท้าย (1,654 รายใน 7 กลุ่ม) และประเมินประโยชน์ด้านการเปลี่ยนกลุ่มด้วย cystatin C

ข้อมูลจากการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปพบว่า ความชุกของ eGFR ที่ต่ำกว่า 60 ml per minute per 1.73 m² ของพื้นผิวร่างกายมีระดับสูงกว่าจาก cystatin C-based eGFR เทียบกับ creatinine-based eGFR (13.7% vs 9.7%) และจาก eGFR ทุกกลุ่มพบว่า การเปลี่ยนกลุ่ม eGFR ไปที่ค่าสูงขึ้นจากผลตรวจ cystatin C สัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ศึกษาทั้ง 3 ด้านเทียบกับการตรวจ creatinine

ขณะที่การเปลี่ยนกลุ่ม eGFR ไปที่ค่าต่ำลงสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้น ค่า net reclassification improvement จากการตรวจ cystatin C เทียบกับ creatinine เท่ากับ 0.23 (95% confidence interval [CI], 0.18-0.28) สำหรับการตาย และ 0.10 (95% CI, 0.00-0.21) สำหรับไตวายระยะสุดท้าย ทั้งนี้ผลลัพธ์โดยรวมใกล้เคียงกันใน 5 กลุ่มที่เป็นไตวายเรื้อรังและเมื่อคำนวณ eGFR โดยใช้ creatinine ร่วมกับ cystatin C

ผลลัพธ์การศึกษาสรุปว่า การใช้ cystatin C อย่างเดียวหรือร่วมกับ creatinine สามารถยืนยันความสัมพันธ์ระหว่าง eGFR กับความเสี่ยงการตายและไตวายระยะสุดท้ายในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย



การควบคุมน้ำตาลอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วย ACS น้ำตาลในเลือดสูง

JAMA Intern Med. Published online September 9, 2013.

บทความเรื่อง Intensive Glucose Regulation in Hyperglycemic Acute Coronary Syndrome: Results of the Randomized BIOMarker Study to Identify the Acute Risk of a Coronary Syndrome-2 (BIOMArCS-2) Glucose Trial รายงานว่า ปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วย acute coronary syndrome (ACS) ที่นอนโรงพยาบาลสัมพันธ์กับการตายที่สูงขึ้น ขณะที่การศึกษาผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาลก็มีผลลัพธ์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลจากการกำหนดเป้าหมายน้ำตาลที่ไม่เหมาะสม

นักวิจัยได้ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการควบคุมน้ำตาลแบบเคร่งครัดในผู้ป่วย ACS ซึ่งมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยศึกษาแบบ single-center, prospective, open-label, randomized clinical trial จากโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วย ACS ซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะรับเข้าโรงพยาบาลระหว่าง 140-288 mg/dL โดยรวบรวมระหว่าง 23 กรกฎาคม ค.ศ. 2008 ถึงกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2012 และคัดผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องใช้อินซูลินออก ผู้ป่วยที่ตอบรับเข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 294 ราย ซึ่ง 93.6% จากจำนวนนี้ได้ทำ percutaneous coronary intervention (PCI)

การแทรกแซงทำโดยการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเคร่งครัดที่ 85-110 mg/dL ด้วยอินซูลินในทางหลอดเลือดดำหรือการควบคุมน้ำตาล

ตามวิธีมาตรฐาน นักวิจัยประเมิน endpoint แบบ intention-to-treat โดย primary endpoint ได้แก่ high-sensitivity troponin T value ที่ 72 ชั่วโมงหลังรับเข้าโรงพยาบาล (hsTropT72) และ secondary endpoints ได้แก่ พื้นที่ใต้เส้นโค้งของ creatine kinase, myocardial band (AUC-CK-MB) และ myocardial perfusion scintigraphy จากการติดตามที่ 6 สัปดาห์

กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลอย่างเคร่งครัดมีมัธยฐานของ hsTropT72 เท่ากับ 1,197 ng/L (25th and 75th percentiles of distribution, 541-2,296 ng/L) vs 1,354 ng/L (530-3,057 ng/L) ในกลุ่มมาตรฐาน (p = 0.41) และมัธยฐานของ AUC-CK-MB เท่ากับ 2,372 U/L (1,242-5,004 U/L) vs 3,171 U/L (1,620-5,337 U/L) (p = 0.18) ผลต่างด้านมัธยฐานการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจประเมินจาก myocardial perfusion scintigraphy ไม่มีนัยสำคัญ (2% vs 4%) (p = 0.07)

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่รุนแรง (< 50 mg/dL) พบได้น้อยและเกิดขึ้นในผู้ป่วย 13 ราย และพบการตายหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้นที่ติดต่อกันเป็นครั้งที่สองในผู้ป่วย 8 ราย (5.7%) vs 1 ราย (0.7%) (p = 0.04)

การควบคุมน้ำตาลอย่างเคร่งครัดไม่ได้ลดขนาดกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วย ACS ที่น้ำตาลในเลือดสูงและรักษาด้วย PCI และยังคงเป็นอันตราย นักวิจัยได้เสนอแนะให้มีการศึกษาโดยเน้นในผู้ป่วย ACS ซึ่งยังคงมีน้ำตาลในเลือดสูงหลัง PCI และควรประเมินแนวทางอื่นสำหรับการควบคุมน้ำตาลในระดับที่เหมาะสม



ผลปรับวิถีชีวิตต่อ Telomerase และ Telomere ในชายตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากไม่รุนแรง

The Lancet Oncology, Early Online Publication, 17 September 2013.

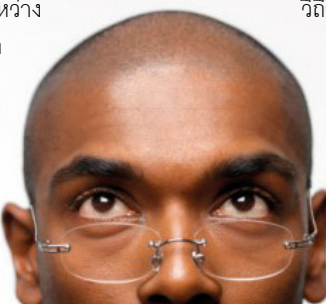
บทความเรื่อง Effect of Comprehensive Lifestyle Changes on Telomerase Activity and Telomere Length in Men with Biopsy-Proven Low-Risk Prostate Cancer: 5-Year Follow-Up of a Descriptive Pilot Study รายงานว่า telomere ที่สั้นเป็นตัวพยากรณ์ความชราภาพ โรค และการเจ็บป่วยก่อนวัยอันควร และจากที่ก่อนหน้านี้ นักวิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างการปรับวิถีชีวิตเป็นเวลา 3 เดือน และ telomerase activity ที่มากขึ้นในเซลล์ภูมิคุ้มกันจึงได้ติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยต่อเพื่อประเมินผลลัพธ์ระยะยาว

การติดตามได้เปรียบเทียบผู้ชาย 10 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ซึ่งมีผลตรวจชิ้นเนื้อยืนยันว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากแบบไม่รุนแรงและเลือกที่จะติดตามอาการ นักวิจัยรวบรวมผู้เข้าร่วมวิจัยระหว่างปี ค.ศ. 2003-2007 จากการศึกษาก่อนหน้านี้และคัดเลือกโดยใช้เกณฑ์เดียวกัน ผู้ชายในกลุ่มแทรกแซงได้ปฏิบัติตามแผนปรับวิถีชีวิต (อาหาร กิจกรรม จัดการความเครียด และการสนับสนุนด้านสังคม) และผู้ชายในกลุ่มควบคุมได้เฝ้าติดตามอาการอย่างเดียว นักวิจัยได้เก็บตัวอย่างเลือดที่ 5 ปี และเปรียบเทียบ relative telomere length และ telomerase enzymatic activity ต่อจำนวนเซลล์

ที่มีชีวิตกับข้อมูลพื้นฐาน และประเมินความสัมพันธ์กับระดับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต

มัธยฐานของ relative telomere length ที่เพิ่มขึ้นจากพื้นฐานเท่ากับ 0.06 telomere to single-copy gene ratio (T/S) units (IQR -0.05 ถึง 0.11) ในกลุ่มแทรกแซง แต่ลดลงในกลุ่มควบคุม (-0.03 T/S units, -0.05 ถึง 0.03, difference p = 0.03) เมื่อนำข้อมูลจากทั้งสองกลุ่มมารวมกันพบว่า การเกาะติดกับการปรับวิถีชีวิตสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ relative telomere length หลังปรับตามอายุและความยาวของการติดตาม (T/S units เพิ่มขึ้น 0.07; 95% CI, 0.02-0.12, p = 0.005 สำหรับแต่ละ percentage point ที่เพิ่มขึ้นในคะแนนการเกาะติดการปรับวิถีชีวิต) ที่ 5 ปี พบว่า telomerase activity ลดลงจากพื้นฐาน 0.25 (-2.25 ถึง 2.23) units ในกลุ่มแทรกแซง วิถีชีวิต และ 1.08 (-3.25 ถึง 1.86) units ในกลุ่มควบคุม (p = 0.64) และไม่สัมพันธ์กับการเกาะติดปรับวิถีชีวิต (relative risk 0.93; 95% CI, 0.72-1.20, p = 0.57)

การปรับวิถีชีวิตสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ relative telomere length หลังการติดตาม 5 ปี เทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังคงเป็นการศึกษาขนาดเล็กและจำเป็นต้องมีการศึกษาขนาดใหญ่เพื่อยืนยันผลลัพธ์นี้



การควบคุมความดันเลือดสูงในประเทศพัฒนามาระดับสูง-กลาง-ต่ำ

JAMA. 2013;310(9):959-968.

บทความเรื่อง Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-, Middle-, and Low-Income Countries รายงานว่า โรคความดันเลือดสูงเป็นสาเหตุใหญ่ที่สามารถป้องกันได้ของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก กระนั้น ข้อมูลที่รวบรวมด้วยวิธีมาตรฐานในปัจจุบันยังคงมีจำกัด นักวิจัยจึงศึกษาความชุก ความตระหนัก การรักษา และการควบคุมโรคความดันเลือดสูงที่เสถียรในการศึกษา Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) นักวิจัยศึกษาแบบ cross-sectional study จากผู้ใหญ่ 153,996 ราย (มีข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ 142,042 ราย) อายุ 35-70 ปี ซึ่งรวบรวมระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2003 และธันวาคม ค.ศ. 2009 ผู้เข้าร่วมวิจัยมาจาก 628 ชุมชนในกลุ่มประเทศพัฒนามาระดับสูง (high-income countries - HIC) 3 ประเทศ, ประเทศพัฒนามาระดับกลาง-บน และกลาง-ล่าง (upper-middle-income countries และ low-middle-income countries - UMIC และ LMIC) 10 ประเทศ และประเทศพัฒนามาระดับต่ำ (low-income countries - LIC) 4 ประเทศ

โรคความดันเลือดสูงประเมินจากบุคคลที่รายงานว่าได้มีการรักษาความดันเลือดสูง หรือมีผลตรวจความดันเลือดอย่างน้อย 140/90 mmHg จากการตรวจเฉลี่ยสองครั้งด้วยเครื่องมือดิจิทัล ความตระหนัก ประเมินจากการรายงานของผู้ป่วย การรักษาประเมินจากการใช้ยาลดความดันเลือดเป็นประจำ และการควบคุมประเมินจากบุคคลที่มีความดันเลือดต่ำกว่า 140/90 mmHg

จากผู้เข้าร่วมวิจัย 142,042 ราย พบว่า 57,840 ราย (40.8%; 95% CI, 40.5-41.0%) เป็นโรคความดันเลือดสูง และ 26,877 ราย (46.5%;



95% CI, 46.1-46.9%) ทราบผลตรวจจากกลุ่มที่ทราบผลตรวจพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (23,510 ราย [87.5%; 95% CI, 87.1-87.9%]) จากกลุ่มที่ทราบผลตรวจ) ได้รับการรักษาด้วยยา แต่มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถควบคุมความดันเลือดได้ (7,634 ราย [32.5%; 95% CI, 31.9-33.1%]) โดยรวมพบว่า 30.8%, 95% CI, 30.2-31.4% ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาได้รับยาลดความดันเลือด 2 ชนิดหรือมากกว่า ความตระหนัก (49.0% [95% CI, 47.8-50.3%]) ใน HICs, 52.5% [95% CI, 51.8-53.2%]) ใน UMICs, 43.6% [95% CI, 42.9-44.2%]) ใน LMICs และ 40.8% [95% CI, 39.9-41.8%]) ใน LICs และการรักษา (46.7% [95% CI, 45.5-47.9%]) ใน HICs, 48.3%, [95% CI, 47.6-49.1%]) ใน UMICs, 36.9%, [95% CI, 36.3-37.6%]) ใน LMICs และ 31.7% [95% CI, 30.8-32.6%]) ใน LICs) มีระดับต่ำกว่าในกลุ่มประเทศ LICs เทียบกับประเทศอื่นสำหรับความตระหนัก ($p < 0.001$) และการรักษา ($p < 0.001$) ความตระหนัก การรักษา และการควบคุมความดันเลือดสูงอยู่ในระดับสูงกว่าสำหรับชุมชนเมืองเทียบกับชุมชนชนบทสำหรับกลุ่ม LICs (เมือง vs ชนบท, $p < 0.001$) และ LMICs (เมือง vs ชนบท, $p < 0.001$) แต่คล้ายกันในประเทศอื่น นอกจากนี้พบว่าระดับการศึกษาที่ต่ำสัมพันธ์กับอัตราที่ต่ำของความตระหนัก การรักษา และการควบคุมสำหรับประเทศ LICs แต่ไม่พบในประเทศอื่น

ผลลัพธ์จากการศึกษาจากกลุ่มประชากรหลายประเทศพบว่า 46.5% ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นความดันเลือดสูงทราบผลตรวจ โดยมีอัตราการควบคุมความดันเลือดในผู้ป่วย 32.5% ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องยกระดับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคความดันเลือดสูง



ผลระยะยาวป้องกันทุติยภูมิต่อความจำในผู้ป่วยสโตรค

Circulation. 2013;128:1341-1348.

บทความเรื่อง Long-Term Effects of Secondary Prevention on Cognitive Function in Stroke Patients รายงานว่า ข้อมูลการติดตามระยะยาวที่มีจำกัดยังคงเป็นอุปสรรคในการประเมินผลของการป้องกันทุติยภูมิต่อความจำในผู้ป่วยหลังเกิดสโตรคครั้งแรก นักวิจัยจึงดำเนินการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการป้องกัน vascular events ในระดับทุติยภูมิต่อความจำหลังเกิดสโตรค

ข้อมูลรวบรวมระหว่างปี ค.ศ. 1995-2011 ($n = 4,413$) จากทะเบียน South London Stroke Register ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ 271,817 ราย และใช้ modified Poisson regression models เพื่อปรับสถานะความจำที่ 3 เดือน, ลักษณะทางประชากรและสังคมเศรษฐกิจ, ส่วนผสมผู้ป่วย, กลุ่มย่อยของสโตรค, ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือด, ความพิการ และการเป็นซ้ำของสโตรค จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วย ischemic strokes ที่ไม่มีประวัติ atrial fibrillation (AF) มีความเสี่ยงต่ำลงต่อความจำเสื่อมจากการรักษาเชิงป้องกันดังนี้ (1) ยาลดความดันเลือด (relative risk, 0.7 [95% confidence interval, 0.57-0.82] สำหรับยาขับปัสสาวะ; relative

risk, 0.8 [95% confidence interval, 0.64-0.98] สำหรับ angiotensin-converting enzyme inhibitors และ relative risk, 0.7 [95% confidence interval, 0.55-0.81] สำหรับการให้ยาาร่วมกัน)

(2) การรักษาด้วย aspirin ร่วมกับ dipyridamole (relative risk, 0.8 [95% confidence interval, 0.68-1.01]) และ (3) statin (relative risk, 0.9 [95% confidence interval, 0.76-1.06]) เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก ผลลัพธ์การป้องกันความจำเสื่อมยังพบในผู้ป่วยที่ได้ยาลดความดันเลือด ยาด้านเกล็ดเลือด และยาลดไขมันร่วมกัน (relative risk, 0.55 [95% confidence interval, 0.40-0.77]) โดยไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างความจำเสื่อมหลังเกิดสโตรคและยาลดความดันเลือดในผู้ป่วย hemorrhagic stroke

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดอย่างเหมาะสมสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงต่อความจำเสื่อมในระยะยาว จึงควรสนับสนุนการเน้นหนักด้านการรักษาที่เหมาะสมสำหรับป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือด

สร. หนุนใช้นวัตกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาเอดส์ไทย

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์แห่งชาติของไทย พ.ศ. 2555-2559 มุ่งสู่เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 3 ประการ ภายในปี พ.ศ. 2559 คือ 1. ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 2. ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และ 3. ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ ดังนั้น การปรับใช้แคมเปญวิถีเพศเพื่อเสริมศักยภาพและสร้างสมรรถนะให้ผู้ปฏิบัติกร่วมกับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ชุมชนให้สามารถปรับแก้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และใช้บริการสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นหัวใจสำคัญของยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นเจ้าภาพจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ ปี พ.ศ. 2557-2559 เพื่อเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการเอดส์ชาติ โดยจะเน้นนโยบายป้องกันผสมผสาน ประกอบด้วย การส่งเสริมความปลอดภัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงตรวจและรู้สถานภาพการติดเชื้อ และได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ



โรคพิษสุนัขบ้า



สร. ตั้งเป้าอีก 7 ปี ไทยปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้า

นายสรพงศ์ เทียนทอง รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคร้ายแรง หากติดเชื้อจนมีอาการป่วย ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ต้องเสียชีวิตทุกราย แต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้กว่า 55,000 คน จาก 150 ประเทศ เฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน ร้อยละ 95

อยู่แถบเอเชียและแอฟริกา สำหรับสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าของไทย แม้ว่าผู้เสียชีวิตในปัจจุบันจะลดลงมากจากอดีตกว่า 50 เท่าตัว แต่ยังพบทุกปี โดยเมื่อ พ.ศ. 2523 มีผู้เสียชีวิต 370 คน ลดเหลือ 7 คนในปี พ.ศ. 2555 และรอบ 8 เดือนในปี พ.ศ. 2556 นี้กลับมีผู้เสียชีวิต 7 คน ซึ่งถือว่าเชื้อโรคยังคงมีอยู่ในพื้นที่แม้ว่าจะควบคุมโรคประสบความสำเร็จได้ในระดับหนึ่ง สาเหตุเพราะบางพื้นที่ยังไม่มี การควบคุมโรคในสุนัข หรือยังฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสุนัขซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคครอบคลุมไม่ถึงร้อยละ 80 ของสุนัขในพื้นที่ ซึ่งคาดว่าจะมีประมาณ 7 ล้านตัว แต่ละปีคนไทยถูกสุนัขกัดไม่ต่ำกว่า 1 ล้านคน ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค คิดเป็นค่าใช้จ่ายปีละ 1,000 ล้านบาท กระทรวงสาธารณสุขได้เร่งสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า 100 เปอร์เซ็นต์ภายในปี พ.ศ. 2563

กรมสุขภาพจิตเปิดตัว Smile Hub แอปพลิเคชันประเมินความเสี่ยง ปัญหาสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย

นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย เป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้ การลดตราบาปก็เป็นหนทางหนึ่งในการช่วยป้องกัน ซึ่งต้องเริ่มต้นจากตัวเองและคนรอบข้างที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ รัฐบาล ชุมชน ครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่พี่น้องหรือญาติสนิทมิตรสหายที่มีประสบการณ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคจิตเวชมากที่สุด แนวทางป้องกันสำหรับบุคคลคือ การฝึกคิดและมองโลกเป็นบวก โดยต้องฝึกปฏิบัติจนให้ติดเป็นนิสัย ตลอดจนฝึกการออกกำลังกายเพื่อสะสมสารแห่งความสุข หากรู้สึกอยากฆ่าตัวตายควรขอความช่วยเหลือทันที โดยอาจคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเพื่อระบายความทุกข์ ลดความกดดัน หรือพูดคุยกับผู้ให้คำปรึกษา นักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์เพื่อรับการบำบัดรักษาได้อย่างทัน่วงที ทั้งนี้ผู้ที่มีความสามารถขอรับบริการปรึกษาได้ที่ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ฟรี ตลอด 24 ชั่วโมง และสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ของทุกกลุ่มวัยได้ โดยการโหลดแอปพลิเคชัน Smile Hub ทั้งระบบ Android และ iOS ได้ฟรี



จุฬาฯ จัดงาน “พระปิยมหาราชรำลึก 2556” เรื่องเวชพันธุศาสตร์ (Genetic Medicine)

เนื่องในวโรกาส “วันปิยมหาราชรำลึก” พุทธศักราช 2556 นี้ ฝ่ายวิจัย โดยศูนย์วิทยาการวิจัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดกิจกรรมทางวิชาการเพื่อถวายสักการะสดุดีเกิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยจัดโครงการฝึกอบรมเรื่อง “เวชพันธุศาสตร์ (Genetic Medicine)” ในวันศุกร์ที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ณ ห้องประชุม 230/1 ชั้น 2 อาคารแพทยพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มลงทะเบียนได้ที่ <http://research.md.chula.ac.th/new.html> สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ ศูนย์วิทยาการวิจัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 0-2256-4466, 0-2254-1931 โทรสาร 0-2254-1931 E-mail: ceu.mdcu@gmail.com



ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
จัดการประชุมวิชาการเรื่อง

“From guidelines to clinical practice 2013”

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จัดการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2556 เรื่อง “From guidelines to clinical practice 2013” ระหว่างวันที่ 11-15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 โดยการประชุมใน 2 วันแรกเป็นเรื่อง “โรคไตและโรคเอสแอลอีในเด็ก” หลังจากนั้นเป็นเรื่อง “From guidelines to clinical practice 2013” ณ ห้องประชุมตรีเพชร ชั้น 15 อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ผู้สนใจลงทะเบียนด้วยตนเองโดยโอนเงินเข้าบัญชี “ประชุมวิชาการประจำปี 2556” เลขที่บัญชี 016-436527-9 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช บัญชีออมทรัพย์ ส่งใบสมัครลงทะเบียนพร้อมหลักฐานการโอนเงินทางโทรสารหมายเลข 0-2411-3010 สนใจสอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณนงา หรือคุณวันดี โทรศัพท์ 0-2419-5960, 0-2419-5962

คณะแพทยศาสตร์ มช. คว่ำรางวัล THAILAND Energy Awards 2013 ด้านอนุรักษ์พลังงานประเภทอาคารควบคุมดีเด่น

ผศ.นเรศ วโรภาสตระกูล รองคณบดีฝ่ายบริหาร คณะแพทยศาสตร์ ได้รับรางวัล THAILAND Energy Awards 2013 ด้านอนุรักษ์พลังงานอาคารควบคุมดีเด่น ประเภทอาคารสถาบันการศึกษา จากนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล กรุงเทพมหานคร โดยผลงาน “โครงการอนุรักษ์พลังงานคณะแพทยศาสตร์ร่วมใจเฉลิมพระเกียรติพ่อหลวงของแผ่นดิน” ยังได้รับการคัดเลือกจากกรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน เป็นตัวแทนประเทศไทยส่งประกวดผลงานอนุรักษ์พลังงานระดับอาเซียน ได้รับรางวัลชนะเลิศ ASEAN Energy Awards 2013 ประเภทการบริหารจัดการพลังงานดีเด่นในอาคารขนาดใหญ่ โดยจะมีพิธีมอบรางวัลในวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2556 ณ เกาะบาหลี่ สาธารณรัฐอินโดนีเซีย





‘สเต็มเซลล์’ ความหวังผู้ป่วย... ใช้ได้จริงหรือ ?



ปัจจุบันนานาชาติมีความพยายามในการศึกษาและนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยเกี่ยวกับสเต็มเซลล์มาพัฒนาเพื่อใช้รักษาโรคต่าง ๆ ในมนุษย์ แต่จากองค์ความรู้ที่มีข้อพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เป็นที่ยอมรับ ณ ขณะนี้ ยังคงจำกัดการรักษาเฉพาะการนำสเต็มเซลล์ที่ได้จากเซลล์ของไขกระดูกของผู้ป่วยเอง หรือพี่น้องของผู้ป่วยที่เป็นโรคทางระบบโลหิตวิทยาบางโรคมาใช้เท่านั้น ยังไม่มีผลการศึกษาที่ยืนยันได้ชัดเจนว่าสามารถนำสเต็มเซลล์มารักษาโรคอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือสามารถยืดชีวิต ชะลอความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะ หรือช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยอย่างได้ผลในระยะยาว

ศ.นพ.เกรียง ตั้งสง่า ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า ปัจจุบันองค์วิชาชีพแพทย์เฉพาะทางต่าง ๆ ทั่วโลกยังไม่มีกำหนดแนวทางการรักษาด้วยสเต็มเซลล์ไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติของแพทย์สำหรับรักษาโรคต่าง ๆ ยกเว้นโรคทางโลหิตวิทยา 5 โรค ได้แก่ โรคเม็ดเลือดแดงผิดปกติ โรคเม็ดเลือดขาว โรคเม็ดเลือดแดงผิดปกติ โรคไขกระดูกฝ่อ โรคเม็ดเลือด multiple myeloma และโรคโลหิตจางพันธุกรรมธาลัสซีเมีย เพราะการนำสเต็มเซลล์มาใช้รักษาอย่างไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดโทษต่อผู้ป่วยที่ได้รับสเต็มเซลล์ อาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือด มีการปนเปื้อนของสารเคมี สารโปรตีนแปลกปลอม เชื้อโรค หรือเซลล์แปลกปลอมในระหว่างกระบวนการเตรียมสเต็มเซลล์ที่ไม่ถูกวิธี เคยมีรายงานการใช้สเต็มเซลล์อย่างไม่ถูกต้องในผู้ป่วยทั้งคนไทยและต่างประเทศ ทำให้ผู้ป่วยเกิดเป็นโรคเม็ดเลือดชนิดร้ายแรง

หลังจากเข้ารับการรักษา ซึ่งการนำสเต็มเซลล์มาใช้อย่างไม่ถูกต้องตามหลักวิชาแพทย์เป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพราะผู้ป่วยมีแนวโน้มในการตั้งความหวังว่าจะเกิดผลดีจากการใช้สเต็มเซลล์เพื่อรักษามากเกินกว่าที่องค์ความรู้ทางการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบันจะมีให้ได้ จึงเกิดช่องว่างระหว่างผู้รู้กับผู้ไม่รู้ และระหว่างความหวังของผู้ป่วยที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับความเป็นจริงขององค์ความรู้ในปัจจุบัน

ศ.นพ.ธานี อินทรกำรชัย ผู้รั้งตำแหน่งประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

กล่าวว่า ในระยะ 10 ปีมาหนึ่งวงการแพทย์มีความตื่นตัวอย่างสูงในการนำสเต็มเซลล์มาใช้รักษาโรคทางการแพทย์หลาย ๆ โรค สืบเนื่องจากการค้นพบทางวิทยาศาสตร์พื้นฐานที่พบว่าสเต็มเซลล์มีคุณสมบัติที่สามารถเจริญเติบโตไปเป็นอวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการใช้สเต็มเซลล์เพื่อการรักษาโรคเป็นการรักษามาตรฐานเพียงโรคทางโลหิตวิทยาเท่านั้น ส่วนโรคอื่น ๆ ที่เข้าใกล้กัน เช่น โรคหัวใจ โรคตับ โรคไต หรือแม้กระทั่งชะลอวัย ยังอยู่ในขั้นตอนการวิจัย ไม่ใช่การรักษาที่ได้มาตรฐาน การโฆษณาประชาสัมพันธ์และชักชวนให้เข้ารับการรักษาด้วยสเต็มเซลล์ตามคลินิก โรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นจำนวนมากด้วยค่าใช้จ่ายที่สูงนั้น ยังไม่ได้มีการรับรองอย่างถูกต้อง

ผศ.นพ.ดร.นิพัทธ์ อิศรเสนา ผู้เชี่ยวชาญด้านสเต็มเซลล์ แพทย์สภา กล่าวว่า การนำสเต็มเซลล์มาใช้รักษาโรคมี 3 แนวทาง ดังนี้

1. ปลูกสเต็มเซลล์และถ่ายเซลล์แทนสเต็มเซลล์ที่ไม่ทำงานในอวัยวะที่ต้องการมีการสร้างเซลล์สม่ำเสมอ

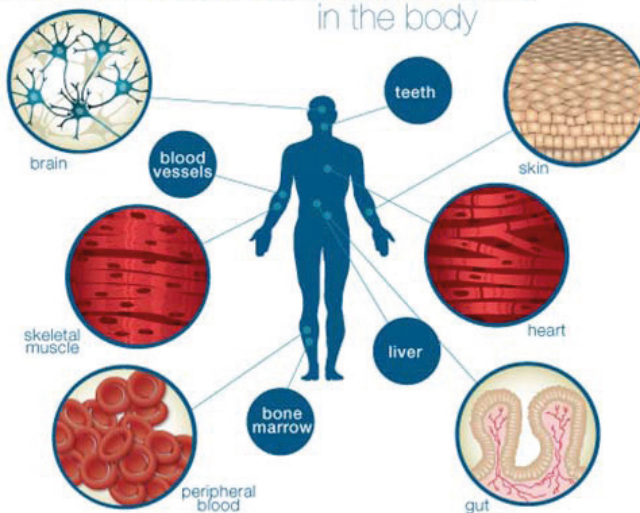
เป้าหมายคือ ให้สเต็มเซลล์หลังปลูกถ่ายไปแล้วสร้างเซลล์ของอวัยวะนั้น ๆ ไปอีกหลายปีหลังปลูกถ่าย ด้วยเหตุผลทางเทคนิคอวัยวะที่ปลูกถ่ายสเต็มเซลล์ได้ยังมีจำกัด การรักษาที่เป็นมาตรฐานในประเทศและทั่วโลกมีเพียงการนำสเต็มเซลล์จากไขกระดูกไปรักษาโรคระบบเลือดเท่านั้น สำหรับการเพาะสเต็มเซลล์ผิวหนังเพื่อรักษาแผลไฟไหม้ และการเพาะสเต็มเซลล์กระจกตาที่ใช้ในหลายประเทศ แต่ยังไม่เป็นการรักษามาตรฐานในไทย

2. การนำสเต็มเซลล์ไปสร้างเซลล์ชนิดจำเพาะก่อนนำมาปลูกถ่าย เช่น เซลล์ประสาทที่สร้างสารโดปามีนสำหรับรักษาโรคพาร์กินสัน เซลล์ตับอ่อนที่หลั่งอินซูลินสำหรับรักษาโรคเบาหวานยังอยู่ในขั้นการทดลอง เนื่องจากข้อจำกัดทางคุณสมบัติของเซลล์ต้นกำเนิดร่างกายในอวัยวะต่าง ๆ ที่มีไม่ครบทุกอวัยวะ สร้างเซลล์ได้ไม่ครบทุกชนิด และเพิ่มจำนวนได้จำกัดในหลอดทดลอง ซึ่งเซลล์ที่เป็นความหวังคือ เซลล์ต้นกำเนิดตัวอ่อน และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนเซลล์ร่างกายกลับสู่สเต็มเซลล์ที่เรียกว่า induced pluripotent stem cells ซึ่งได้รับรางวัลโนเบลในปี ค.ศ. 2012

3. การปลูกเซลล์หวังให้เกิดประโยชน์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่สร้างเซลล์ เช่น หวังว่าเซลล์ที่ปลูกถ่ายจะหลั่งสารกระตุ้นการซ่อมแซมร่างกาย การศึกษาในลักษณะนี้แม้มีจำนวนไม่น้อยในบางโรค อย่างไรก็ตาม ข้อมูลส่วนใหญ่ยังไม่แสดงว่ามีประสิทธิภาพมากเพียงพอหรือแตกต่างจากการฉีดยาหลอก จึงยังไม่สมคณาการทางการแพทย์ที่เป็นที่ยอมรับถึงการรักษาที่เป็นมาตรฐานจนกว่าจะมีข้อมูลสนับสนุนมากกว่านี้

ศ.นพ.วันชัย วนะชีวันวิน นายกสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย กล่าวว่า โรคเลือดนับเป็นโรคกลุ่มเดียวในปัจจุบันที่มีการศึกษาหรือหลักฐานที่ชัดเจน และเชื่อถือได้ว่าการรักษาด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดมีประโยชน์หรือได้ผลดี โดยหลักการรักษาคือ ให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (hematopoietic stem cell) ซึ่งส่วนใหญ่มาจากญาติที่เป็นพี่น้องหรือน้องของผู้ป่วย และที่เข้ากันได้กับผู้ป่วยไปทดแทนเซลล์เม็ดเลือดของผู้ป่วยที่ผิดปกติหรือที่พร่อง/ขาดหายไป ได้แก่ โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่มีอาการรุนแรง โดยนำเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดของพี่น้องหรือน้องของผู้ป่วยมาให้ผู้ป่วยเพื่อสร้างเม็ดเลือดแดงที่ปกติแทนเม็ดเลือดแดงที่ผิดปกติทางกรรมพันธุ์ของผู้ป่วย โรคไขกระดูกฝ่อ โดยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดของผู้ป่วยหรือเพื่อทดแทนเซลล์ต้นกำเนิดเดิมของผู้ป่วยที่พร่องหรือขาดหายไป และโรคมะเร็งเม็ดเลือดบางชนิด ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดเฉียบพลัน มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งของไขกระดูกชนิด multiple myeloma โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดให้แก่ผู้ป่วย หลังจากรักษาผู้ป่วย (ด้วยยาเคมีบำบัด) จน

Locations of Somatic Stem Cells in the body



เซลล์มะเร็งเหลือน้อยมาก และใช้การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจากพี่น้องหรือน้องของผู้ป่วย หรือในบางกรณีเป็นสเต็มเซลล์ของผู้ป่วยเอง เพื่อทดแทนเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเดิมของผู้ป่วยที่พร่องไปหลังจากให้ยาเคมีบำบัดขนาดสูงหรือการฉายแสง

นพ.เกรียงไกร เสงี่ยมมี นายกสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย

ในพระบรมราชูปถัมภ์ กล่าวว่า มีผู้คิดค้นการรักษาโรคหัวใจโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดแดงหัวใจหรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในภาวะที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยการฉีดสเต็มเซลล์ โดยสเต็มเซลล์มาจากการเตรียมเซลล์จากไขกระดูกหรือเลือดของผู้ป่วย และนำไปเข้ากระบวนการในห้องทดลอง แล้วจึงนำมาฉีดด้วย 3 วิธี คือ ฉีดเข้าทางหลอดเลือดแดงหัวใจ ฉีดเข้าบริเวณกล้ามเนื้อส่วนที่ขาดเลือด และฉีดบริเวณผนังเยื่อหัวใจด้านใน โดยหวังว่าเซลล์ดังกล่าวจะเพิ่มจำนวนและเพิ่มเลือดให้กล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลที่มีรายงานทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ถึงปัจจุบัน พบว่ามีการศึกษารวมทั้งหมด 49 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาในเฟส 3 ทั้งหมด 13 เรื่อง และเฟส 2 ทั้งหมด 36 เรื่อง การศึกษาโดยทั่วไปก่อนที่จะเสร็จสมบูรณ์ต้องผ่านทั้งหมด 4 ระยะหรือเฟส โดยการศึกษาการรักษาด้วยสเต็มเซลล์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงหัวใจดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายเฉียบพลัน มีการศึกษาหลายกรณีศึกษาที่มีการออกแบบการศึกษาที่ดี รวมมีผู้ป่วยประมาณ 381 ราย พบว่าการให้สเต็มเซลล์อาจจะทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยน้อยลง เจ็บหน้าอกน้อยลง และลดความถี่ของการเจ็บหน้าอก แต่ไม่มีการศึกษาใดที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับสเต็มเซลล์ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ และกลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเรื้อรังเป็นการทบทวนจากทั้งหมด 9 การศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับสเต็มเซลล์ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานเจ็บหน้าอกน้อยลง และลดความถี่ของการเจ็บหน้าอก แต่ไม่ลดอัตราการเสียชีวิต สำหรับการติดตามผลการรักษาส่วนใหญ่ยังเป็นช่วงระยะเวลานั้น ๆ ประมาณ 6-12 เดือน

บทบาทของ Stem Cell ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ในปัจจุบันแนวทางเวชปฏิบัติยังไม่ได้กำหนดให้นำสเต็มเซลล์มาใช้เป็นมาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งชนิดเฉียบพลัน ชนิดเรื้อรัง และภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยเหตุผลเป็นการศึกษาเฟส 3 ที่ไม่ลดอัตราการเสียชีวิตที่ชัดเจน จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาไม่มากพอ การติดตามผู้ป่วยเพียงระยะเวลานั้น ๆ ประมาณ 6-12 เดือน และยังไม่มีความชัดเจนร่วมกันในระดับสากลในเรื่องของชนิด ขนาด วิธีการ การเตรียมเซลล์ และเวลาที่จะให้สเต็มเซลล์ ซึ่งการรักษาด้วยสเต็มเซลล์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงต้องอาศัยการวิจัยในอนาคตต่อไป

อ.นพ.รัฐภรณ์ อึ้งภากรณ์ เลขาธิการสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ในประเทศไทย การใช้เซลล์ต้นกำเนิดด้านผิวหนัง ความงาม และชะลออายุ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ ทั้งหมดอยู่ในขั้นตอนการทดลองและการวิจัยทั้งสิ้น จึงมีความกังวลในกรณีที่มีการนำเซลล์มาใช้ เพราะไม่ทราบว่าได้มาจากแหล่งไหน อีกทั้งไม่มีมาตรฐานและผลการวิจัยรองรับ ซึ่งในปัจจุบันการวิจัยที่ได้รับการยอมรับทางการแพทย์คือ การวิจัยที่มีการเปรียบเทียบอย่างมีมาตรฐานและมีความปลอดภัยอย่างสูงสุดสำหรับผู้ป่วยและผู้บริโภค ซึ่ง ณ ขณะนี้การวิจัยในลักษณะนี้ยังไม่เกิดขึ้น ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับรู้มาล้วนเป็นข้อมูลความเชื่อส่วนบุคคล เป็นความเชื่อหรือข้อมูลจากคนบางคนที่คิดว่าได้ผลดีเท่านั้น



ทางสมาคมแพทย์ผิวหนังฯ เป็นห่วงในจุดนี้ จึงขอชี้แจงว่า เทคโนโลยีของสเต็มเซลล์เป็นเทคโนโลยีในการวิจัยและยังเป็นเทคโนโลยีที่จำกัด ทางด้านผิวหนังเองยังไม่เป็นที่ยอมรับ ทั้งหมดเป็นเรื่องของการวิจัยทั้งสิ้น ซึ่งคงต้องใช้เวลามากกว่าจะทราบว่าผลดีผลเสียทั้งในปัจจุบันและอนาคตอย่างไรบ้าง เพราะฉะนั้นทุกอย่างจึงขึ้นอยู่กับที่วิจารณ์ของผู้ที่คิดจะใช้ หากมีปัญหาสงสัยต้องสอบถามมายังผู้ที่ทราบข้อมูลอย่างแท้จริง เช่น ราชวิทยาลัย สมาคม ซึ่งความเห็นที่น่าเสนอออกมาไม่ได้เป็นความเห็นส่วนบุคคล แต่เป็นความเห็นที่กลั่นกรองจากผู้ที่มีความรู้ และเป็นตัวแทนของราชวิทยาลัยและสมาคมทั้งสิ้น

น.อ.นพ.อนุตตร จิตตินันท์ นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย กล่าวว่า การรักษาโดยใช้สเต็มเซลล์ถือเป็นอีกความหวังของการรักษาเพื่อฟื้นฟูการทำงานของไตทั้งในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน และโรคไตเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไตเป็นอวัยวะขนาดใหญ่ที่มีความซับซ้อน โดยโครงสร้างพื้นฐานและหน่วยทำงานพื้นฐานประกอบด้วยเซลล์หลายชนิดที่มีความแตกต่างกัน แต่ต้องทำงานสอดคล้องกันให้ได้เป็นอย่างดี โดยมีการจัดระเบียบของแต่ละเซลล์อย่างเป็นระบบจนรวมกันเป็นอวัยวะ การใช้สเต็มเซลล์เพื่อรักษาโดยการฉีดเข้าไปในเนื้อไตจึงไม่อาจทำนายได้ว่าเซลล์นั้นจะพัฒนากลายเป็นเซลล์ชนิดใดของหน่วยไต และทำงานเข้ากับ

ระบบเดิมหรือไม่ การรักษาด้วยสเต็มเซลล์จึงมีข้อจำกัดมาก ทั้งการบริหารเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากการฉีดเข้าไปในเนื้อไตโดยตรงก็จะได้ผล เพราะเซลล์ที่ใส่เข้าไปจะไปติดอยู่ที่รูกรองของหน่วยไต จึงเป็นข้อจำกัดสำหรับการรักษาด้วยสเต็มเซลล์ในโรคไตหลาย ๆ ชนิด

จากปัญหาดังกล่าวทำให้การวิจัยในสัตว์ทดลองและในมนุษย์โดยใช้สเต็มเซลล์ที่มีต้นกำเนิดต่าง ๆ กันในโรคไตชนิดต่าง ๆ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันพบว่าไม่ได้ผล หรือได้ผลที่ไม่ดีนักเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งมีรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ดังนั้น ในปัจจุบันการรักษาโดยการให้สเต็มเซลล์เข้าไปในตัวผู้ป่วยโรคไตจึงยังไม่ได้มีการยอมรับในวงการแพทย์ให้เป็นการรักษามาตรฐาน การใช้สเต็มเซลล์ในผู้ป่วยโรคไตจึงเป็นเพียงงานระดับวิจัยที่ต้องผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมของแพทย์สภาเท่านั้น

รศ.พญ.นาราพร ประยูรวิวัฒน์ อุปนายกสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย กล่าวว่า เซลล์ของระบบประสาทจัดว่ามีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงจากเซลล์ต้นกำเนิดไปมากที่สุดในร่างกาย ตำแหน่งต่าง ๆ ของสมองมีหน้าที่เฉพาะที่จะควบคุมการทำงานของร่างกาย การทำงานของเซลล์ระบบประสาทต้องอาศัยระบบเครือข่ายมากมาย มีความซับซ้อนสูง การควบคุมหลักเกิดที่สมองใหญ่ทั้งซ้ายและขวา ผ่านลงมาทางก้านสมองมาสู่ไขสันหลังที่ทอดยาวลงมาในกระดูกสันหลัง จากไขสันหลังจะมีการส่งแขนงประสาทไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ไปกล้ามเนื้อต่าง ๆ ดังนั้น ถ้าจะรักษาโรคทางระบบประสาทให้ได้ผล สเต็มเซลล์ที่ใส่เข้าไปแต่ละตัวจะต้องเข้าไปได้ตามตำแหน่งที่ถูกต้อง และยังต้องมีการเชื่อมประสานกับกลุ่มเซลล์อื่น ๆ อีกเป็นจำนวนมากเพื่อให้ทำงานได้ผล นอกจากนี้การส่งให้สเต็มเซลล์เข้าไปแล้ว ยังต้องมีวิธีรักษาให้เซลล์ใหม่ที่ใส่เข้าไปนี้ยังคงทนอยู่ได้ในตำแหน่งนั้น ๆ และทำงานต่อไปได้เป็นเวลานาน

การศึกษาทดลองใช้สเต็มเซลล์ในการรักษาโรคทางระบบประสาทที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน โรคเซลล์ประสาทคัมกล้ามเนื้อเสื่อม (โรคมอเตอร์นิวโรน) โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคปลอกประสาทอักเสบ (เอ็มเอส) ภาวะอุบัติเหตุต่อไขสันหลัง ขณะนี้การรักษาโรคทางระบบประสาทดังกล่าวด้วยสเต็มเซลล์ยังอยู่ในขั้นศึกษาวิจัยในหลอดทดลอง หรือเริ่มศึกษาวิจัยกับหนูทดลอง ซึ่งบางรายงานแสดงว่าได้ผลดีและน่าจะเป็นประโยชน์ แต่ผลสำเร็จเบื้องต้นในหลอดทดลองหรือแม้แต่ในสัตว์ทดลองไม่ได้รับประกันว่าจะได้ผลในผู้ป่วยด้วย เนื่องจากสมองของมนุษย์มีความซับซ้อนกว่าสัตว์ทดลองมาก จึงต้องมีการทดลองในสัตว์จนแน่ใจว่าได้ผลดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอยู่ได้นาน จึงจะเริ่มมาทำการวิจัยในผู้ป่วย ก่อนจะสรุปผลว่าสเต็มเซลล์สามารถใช้รักษาโรคนั้น ๆ ได้จริง

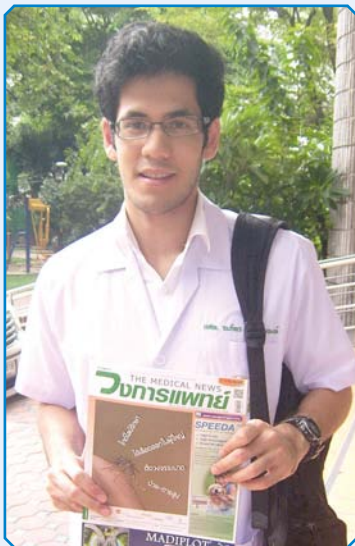
ด้วยเหตุนี้ **ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย** จึงได้ร่วมกับสมาคมวิชาชีพด้านอายุรศาสตร์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ขอแสดงจุดยืนร่วมกันว่า “ไม่สมควรนำสเต็มเซลล์มาใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยโรคต่าง ๆ นอกเหนือจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์สำหรับการรักษาโรคทางระบบโลหิตวิทยาจำนวน 5 กลุ่มโรคดังกล่าวข้างต้น” หากจะนำมาใช้ในมนุษย์ก็ควรเป็นไปเพื่อการวิจัยที่มีโครงการวิจัยทดลองในมนุษย์ที่รองรับอย่างชัดเจน โดยโครงการวิจัยดังกล่าวนี้ต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างถูกต้อง และต้องไม่มีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายอื่นใดทั้งสิ้นจากผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย



คุณหมออาสา

ในรั้วมหาวิทยาลัย นอกจากวิชาความรู้ที่ได้ร่ำเรียนจากตำราแล้ว ยังมีหลากหลายกิจกรรมที่นักศึกษาแพทย์สามารถเป็นส่วนหนึ่งและสร้างประโยชน์ได้ด้วยการเป็น ‘จิตอาสา’ ในโครงการเพื่อการกุศลที่แทบทุกมหาวิทยาลัยได้จัดทำขึ้น ตัวอย่างเช่น การ เดิน-วิ่ง การกุศล ที่ทางภาควิชาสัตวศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลเวชธานี จัดขึ้นเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม ที่ผ่านมา โดยรายได้จากการจัดงานทั้งหมดจะนำไปจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ทางสัตวศาสตร์สำหรับการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์รามาธิบดีต่อไป

ในโอกาสนี้วงการแพทย์ได้สอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับกิจกรรมดี ๆ ในครั้งนี้ รวมถึงการเป็นแพทย์ผู้ให้ภายใต้บทบาทของจิตอาสา มาดูกันว่านักศึกษาแพทย์เหล่านี้ผ่านกิจกรรมดี ๆ อะไรกันมาบ้าง



นศพ.ณภัทร เสี่ยมพงษ์

“ถือเป็นกิจกรรมที่ดีครับ เพราะจะได้มาออกกำลังกายกัน และยังมีบริการเพื่อนำรายได้ไปใช้ในการจัดหาซื้ออุปกรณ์การแพทย์ด้วย ผมว่าดีมากครับ ส่วนตัวแล้วเคยได้มีโอกาสไปเป็นจิตอาสาพัฒนาโรงเรียนกับโครงการ ตะวันยิ้มที่ต่างจังหวัด ไปช่วยทาสีโรงเรียน และสอนหนังสือเด็ก ๆ มีหลายกิจกรรมที่อยากเข้าร่วมแต่ชนกับตารางเรียน เลยไม่มีโอกาสตรงนั้น ส่วนตัวมองว่าการเป็นจิตอาสาต้องอาศัยใจที่อยากจะทำ เพราะเป็นกิจกรรมที่สนุกและยังได้ช่วยเหลือผู้อื่นด้วย”



นศพ.จุฑารัตน์ จันทรจน์

“โครงการเดิน-วิ่ง การกุศล ที่จัดขึ้นนี้เป็นกิจกรรมที่ดีนะค่ะ เพราะเหมือนกับว่าได้ออกกำลังกายด้วย ส่วนตัวแล้วก็ชอบออกกำลังกายเหมือนกัน เป็นการส่งเสริมสุขภาพเรา และยังได้บริจาคเงินจัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ที่สามารถจะไปพัฒนาสุขภาพของคนอื่นได้อีกด้วย ที่ผ่านมามีโอกาสได้ร่วมงานของคณะแพทย์ มีออกไปตรวจต่างจังหวัดบ้าง คิดว่าถ้ามีความต้องการอยากจะช่วยเหลือผู้อื่นก็สามารถจะทำทั้งสองอย่างได้ทั้งการเป็นแพทย์และจิตอาสาละ”



นศพ.ยุฬหวิภา รุจิรวรรุงศิลป์

“รู้สึกว่าการเป็นแนวทางที่สามารถหางบประมาณในการซื้ออุปกรณ์การแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและพัฒนาโรงพยาบาล อยากให้มีโครงการอื่น ๆ เพิ่มขึ้นมาด้วย แม้ว่าที่ผ่านมาจะไม่เคยมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมและโครงการในลักษณะนี้ หรือการเป็นจิตอาสา แต่ถ้ามีโอกาสก็อยากจะเข้าร่วม คิดว่าอยากจะทำโครงการที่เกี่ยวกับการขายของและนำรายได้ส่วนหนึ่งเข้าคณะ ซึ่งเป็นสิ่งที่เราสามารถทำได้ ส่วนตัวมองว่าการเป็นแพทย์กับจิตอาสานั้นมีจุดร่วมเดียวกัน เพราะแพทย์และจิตอาสาต่างก็เป็นผู้ให้เช่นเดียวกัน”



นศพ.พีรพัฒน์ ปุวิบูลย์

“กิจกรรมในลักษณะนี้ที่จัดขึ้นเป็นการกระตุ้นให้ทุกคนในโรงพยาบาลและคนภายนอกให้ความสนใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายจริง ๆ แล้วโครงการนี้เพื่อนักวอนอยู่เหมือนกัน เพราะเห็นว่าน่าสนใจและเป็นประโยชน์ที่ผ่านมามีโอกาสร่วมกิจกรรมในลักษณะที่คล้าย ๆ กันด้วยการเป็นจิตอาสาออกค่ายตรวจผู้ป่วยตามต่างจังหวัด คือถ้ามองตัวอาชีพ ด้วยวิชาชีพแล้ว แพทย์ก็คล้าย ๆ กับจิตอาสาอยู่แล้ว ทำประโยชน์เพื่อเพื่อนมนุษย์ โดยที่ไม่ได้มีเรื่องของค่ารักษา แต่ทำด้วยใจ ซึ่งสิ่งที่ได้รับตอบแทนกลับมานั้นมันมากกว่ามาก”



ศ.นพ.อดุลย์ วีรียเวชกุล

การแพทย์แผนไทยประยุกต์

การแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนไทย วิทยาศาสตร์ และแพทย์แผนปัจจุบัน

การแพทย์แผนไทยเป็นสมบัติอย่างหนึ่งของชาติ เป็นภูมิปัญญาที่ใช้ควบคู่กับการดำรงชีวิตของคนไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยได้ทำประโยชน์ในด้านการรักษาและการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนคนไทยมาแต่ครั้งโบราณกาล โดยใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic

Medical System) ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพ การรักษาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งคำนึงถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันมีการเรียนการสอนที่ผสมผสานระหว่างวิชาแพทย์แผนไทยกับวิชาวิทยาศาสตร์และวิชาแพทย์แผนปัจจุบัน เรียกว่า “การแพทย์แผนไทยประยุกต์” การเรียนการสอนที่ผสมผสานวิชาดังกล่าวนี้ทำให้แพทย์แผนไทยประยุกต์มีกลไกในการจัดสรรเทคนิควิธีการวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งสามารถดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ยังเป็นการเชื่อมประสานระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันให้เกิดความร่วมมือร่วมใจประยุกต์

ใช้องค์ความรู้เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย และทำให้การแพทย์แผนไทยประยุกต์พัฒนาต่อไปจนถึงระดับสากล การผสมผสานระบบการแพทย์ทั้งสองนี้ในการบริการด้านสาธารณสุขมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทสังคมไทยในการใช้ภูมิปัญญาไทยมาประยุกต์ในการดูแลสุขภาพ การช่วยเหลือประเทศชาติในด้านการลดการเสียดุลทางการค้า การนำเข้ายาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศ และช่วยให้รัฐบาลสามารถแพร่กระจายความช่วยเหลือด้านการแพทย์และสาธารณสุขออกไปถึงประชาชนได้กว้างขวางมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม เพื่อเป็นการพัฒนาให้ทุกคนได้เรียนรู้และเข้าใจในวิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยการใช้ชีวิตได้อย่างสอดคล้องกับสภาวะสังคมไทย ศ.นพ.อดุลย์ วีรียเวชกุล ผู้อำนวยการวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ได้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับสหเวชศาสตร์





และการแพทย์แผนไทยที่ถือได้ว่าเป็นเอกลักษณ์มรดกทางวัฒนธรรมสุขภาพของคนไทยที่อยู่คู่ชาติไทยตลอดมาว่า

สหเวชศาสตร์คือ การรวมของบรรดาสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ทั้งหมด เป็นสาขาหนึ่งของมหาวิทยาลัยแห่งนี้ ซึ่งคณะของเราที่นี้จะมี 5 สาขาวิชา ได้แก่ สาขาวิชาแพทย์แผนไทยประยุกต์, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (การดูแลเด็กและผู้สูงอายุ), สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพและความงาม, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ และสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งในอนาคตข้างหน้าเราจะมีการขยายสาขาเพิ่มขึ้นอีก โดยสาขาที่คนนิยมเรียนมากที่สุดของที่นี่คือ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เนื่องจากการแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นระบบใหม่ที่ **ศ.เกียรติคุณ นพ.อวย เกตุสิงห์** ผู้ซึ่งได้รับสมญานามว่าเป็นบิดาแห่งแพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นผู้พัฒนาขึ้นมาโดยมีหลักการสำคัญคือ การนำเอาความเป็นวิทยาศาสตร์เข้ามาสู่ระบบการแพทย์แผนไทยดั้งเดิมที่เราเคยมีอยู่แล้ว และนำวิทยาศาสตร์เข้ามาประยุกต์ใช้เพื่อจะให้มีแนวคิดและหลักการทางวิทยาศาสตร์มากยิ่งขึ้น ซึ่งการนำวิทยาศาสตร์เข้ามาเพิ่มขึ้นนี้จะทำให้การแพทย์แผนไทยดั้งเดิมได้รับการพัฒนาไปในทางที่ดี จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง และ

ถือเป็นนวัตกรรมใหม่ที่ **ศ.เกียรติคุณ นพ.อวย** ได้พัฒนาหลักสูตรนี้ขึ้นมา ซึ่งปัจจุบันหลักสูตรนี้ได้มีการเปิดสอนในมหาวิทยาลัยของประเทศไทย 8 แห่งด้วยกัน รวมทั้งที่นี้ด้วย

ศ.นพ.อตุลย์ กล่าวถึงการแพทย์แผนไทยประยุกต์ต่อว่า โดยส่วนตัวผมเห็นว่าการแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นสาขาหนึ่งที่ดู น่าสนใจอีก และมีแนวโน้มว่าจะมีเพิ่มมากขึ้นในอนาคต แม้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันจะมีการพัฒนาก้าวหน้าไปมากก็ตาม แต่การที่จะรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันทั้งหมดจะสิ้นเปลืองงบประมาณมาก และประเทศไทยไม่สามารถที่จะเอื้ออำนวยได้ เพราะฉะนั้นการแพทย์แผนไทยประยุกต์จึงมีส่วนสำคัญในการช่วยลด หรือแบ่งเบาภาระในเรื่องงบประมาณของประเทศชาติได้คืออีกวิธีหนึ่ง ซึ่งเรื่องนี้คิดว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากโรคหลายโรคเป็นโรคที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาแผนปัจจุบัน โรคจำนวนมากสามารถรักษาหายได้ด้วยการแพทย์แผนประยุกต์ที่มีวิธีการรักษาหลายแบบไม่ว่าจะเป็นยาสมุนไพร การนวด การคลอเคลือบแบบประยุกต์ เกษตรเวช เป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยให้ดีขึ้น หรือหายขาดได้โดยไม่ต้องเสียเงินค่าใช้จ่ายมากนัก หรืออาจจะไม่ต้องเสียเงินเลยก็ได้ เนื่องจากการเป็นการใช้ของที่มีอยู่ในท้องถิ่น โดยหมอมองว่าทุกสาขาวิชาของสหเวชศาสตร์สามารถพัฒนาไปได้ทั้งระบบ ขึ้นอยู่กับว่าความสนใจที่จะพัฒนา โดยการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ให้เจริญก้าวหน้าไปมากขึ้นน้อยเพียงใด สิ่งนี้ถือเป็นสิ่งสำคัญมาก

“ความเป็นวิทยาศาสตร์ถือเป็นสิ่งสำคัญมากในการพัฒนาทางการแพทย์ เพราะเป็นการสอนให้รู้ถึงระเบียบวิธีวิจัย สถิติ วิทยานิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ ที่จะทำให้เราก้าวหน้า ด้วยเหตุนี้เราจึงพยายามหาทางสนับสนุนให้นักศึกษาระดับปริญญาโทของเรามีโอกาสได้ไปศึกษาดูงานในต่างประเทศในสาขาวิชาที่เรียน เพื่อที่จะได้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาตัวเอง เนื่องจากขณะนั้นงานวิจัยที่มีอยู่ในประเทศยังมีน้อยเกินไปไม่เพียงพอต่อความต้องการ แม้ว่าในประเทศแถบเอเชียด้วยกันมีแค่ประเทศอินเดียที่เจริญกว่าเรา เนื่องจากเขาทำเรื่องนี้มากกว่าพันปีแล้ว แต่ในแถบประเทศอาเซียนถือว่าประเทศไทยเจริญที่สุดก็ตาม”

ศ.นพ.อตุลย์ กล่าวถึงสาเหตุที่สนใจงานทางด้านแพทย์แผนไทยประยุกต์และบทบาทความรับผิดชอบในปัจจุบันให้ฟังว่า สาเหตุที่สนใจเนื่องจากเรื่องเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การดูแลรักษาผู้ป่วยในสาขาต่าง ๆ ซึ่งคนที่เรียนแพทย์แผนไทยประยุกต์ก็จะต้องรู้จักยาแผนปัจจุบันด้วย เพราะเรามีการนำเรื่องของยาแผนปัจจุบันเข้ามาสอนด้วยเช่นกัน ผมมาอยู่ที่นี้สอนทั้งแพทย์แผนไทยประยุกต์ และแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อจะได้มีการพัฒนามากยิ่งขึ้น โดยบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบในปัจจุบัน หมอมมาในฐานะผู้อำนวยการ มีบทบาทในการบริหาร คือทำอย่างไรที่จะทำให้กิจการของทุกสาขาวิชาที่อยู่ในวิทยาลัยแห่งนี้เจริญรุ่งเรืองมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาขาการแพทย์ประยุกต์ของมหาวิทยาลัยแห่งนี้ ซึ่งเป็นแห่งเดียวในประเทศไทยที่มีการเปิดการเรียนการสอนทั้งในระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก



นอกจากนี้ ศ.นพ.อดุลย์ ยังกล่าวถึงสิ่งที่อยากจะทำเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า ผมอยากจะทำพัฒนาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยดูว่าจะทำอย่างไรให้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ในบรรดาสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมีความก้าวหน้ายิ่งขึ้นกว่าที่เป็นปัจจุบัน ซึ่งเป้าหมายที่วางไว้คือ ต้องการจะพัฒนาทางวิชาการ ด้านความรู้ และการวิจัยให้มากขึ้น ด้วยเหตุนี้ผมจึงพยายามผลักดันให้มีการศึกษาต่อระดับปริญญาโทและปริญญาเอก เนื่องจากการศึกษาในระดับปริญญาโท นักศึกษาส่วนใหญ่ต้องการจะนำความรู้นี้กลับไปใช้ในท้องถิ่นหรือในหน่วยงานที่ทำงาน ซึ่งต่างจากนักศึกษาที่เรียนระดับปริญญาเอกส่วนใหญ่ สิ่งที่เราต้องการคือการสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้เกิดขึ้นกับวิชาชีพนี้

ศ.นพ.อดุลย์ กล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นให้ฟังด้วยว่า ปัญหาที่มีเวลานี้คือ จำนวนผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มาเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยได้ยังมีน้อย ซึ่งขณะนี้เรากำลังสนับสนุนพัฒนาอาจารย์ในระดับปริญญาตรีที่มีเป็นจำนวนมากให้เรียนระดับปริญญาโทและปริญญาเอกต่อไป เพื่ออนาคตในอีกไม่กี่ปีข้างหน้าที่เราคาดหวังว่าจะมีอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญระดับปริญญาโทและปริญญาเอกเพิ่มมากขึ้น

สุดท้ายนี้ ศ.นพ.อดุลย์ ในฐานะอาจารย์อาวุโสได้ให้มุมมองเกี่ยวกับการแพทย์ปัจจุบันว่า การแพทย์ในประเทศไทยปัจจุบันนี้ดีขึ้นมาก แต่ในขณะ

เดียวกันก็มีส่วนที่อาจจะบกพร่องอยู่บ้าง เนื่องจาก การแพทย์แผนปัจจุบันมีความก้าวหน้าไปมาก และการที่จะให้แพทย์คนเดียวรู้ทั้งหมดคงจะเป็นเรื่องที่ยากมาก ประกอบกับในเวลานี้มีแพทย์เฉพาะทางเป็นจำนวนมาก ทำให้สิ่งที่เรียกว่าการบูรณาการคนทั้งคนเป็นไปด้วยความยากลำบาก สิ่งนี้เป็นประเด็นสำคัญของการแพทย์แผนปัจจุบันในทุกประเทศทั่วโลกไม่ใช่แค่เฉพาะของประเทศไทย แต่สำหรับประเทศไทยที่เป็นปัญหาเพิ่มมากขึ้น เพราะว่าระบบบริการสาธารณสุขของไทยนั้นไม่ได้ดูแลคนทั้งคน แต่จะแยกแยะแบ่งเป็นส่วน ๆ เสียเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในต่างประเทศหลาย ๆ ประเทศจะไม่ทำแบบนี้ และในฐานะหมอคนหนึ่ง หมอมองว่าผู้ป่วยคือคนที่ไม่สบาย คือคนที่มีความทุกข์ร้อนเนื่องจากการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นในระดับใดก็ตาม ซึ่งเราจะต้องพิจารณาเป็นหลายมิติ เช่น กายไม่สบายใจไม่สบาย หรือเป็นโรคจิต เป็นต้น ตรงนี้เป็นประเด็นที่ต้องมีความเข้าใจถึงธรรมชาติของโรคทั้งหลายด้วย โดยเราจะทำอย่างไรที่จะให้ความไม่สบายกลับมาเป็นความสบาย เหมือนกับคำกล่าวว่า “treat the man not the disease” คือ เราต้องรักษาผู้ป่วย ไม่ใช่รักษาโรค การรักษาเป็นการรักษาคนซึ่งหมายความว่าต้องรักษาทั้งหมดทุกอย่าง

ตามที่ได้กล่าวไว้ฉบับก่อน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน คือ 1. กรรมพันธุ์ 2. เพศชาย 3. อายุ 4. ไขมันในเลือดผิดปกติ 5. เบาหวาน 6. ความดันโลหิตสูง 7. อ้วน 8. ไม่ออกกำลังกาย 9. สูบบุหรี่ 10. อารมณ์เครียด กังวล ตื่นเต้นมากไป ซึ่งทุก ๆ ท่านควรลดความเสี่ยงนี้ด้วยการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ต่ำกว่า 23) และพุงของผู้ชายน้อยกว่า 90 ซม. หญิง 80 ซม. และควรไปหาแพทย์ตรวจวัดความดันโลหิต ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด และถ้าสูงควรทำให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจากทั้งพฤติกรรมและยา

แต่ถึงแม้มีหรือไม่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ถ้ามีอาการต้องรีบไปปรึกษาแพทย์ทันที อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน คือ แน่น หน้าเหมือนอะไรมาทับกลางอก หายใจไม่ออก เหงื่อออกจะเป็นลม อาการจะเป็นแบบแน่นมากกว่าเจ็บหรือปวด อาจร้าวไปที่กราม ไหล่ หลัง ลงแขนทั้ง 2 ข้าง ฯลฯ อาการอาจเป็นขึ้นมาทันทีระหว่างอยู่เฉย ๆ หรือขณะที่กำลังออกกำลังกายหรือตื่นเต้นมาก ๆ ถ้าเป็นบ่อย ๆ อาจจะมีอาการตอนออกกำลังกาย (เนื่องจากร่างกายต้องการเลือดไปยังกล้ามเนื้อ ฉะนั้นหัวใจจึงขาดเลือด ขณะที่ในยามปกติไม่มีอาการเพราะถึงแม้หลอดเลือดหัวใจตีบ แต่ถ้าไม่ออกกำลังกาย ความต้องการเลือดของหัวใจจะพอกับปริมาณที่เลือดจะผ่านหลอดเลือดที่ตีบไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้) หรือตอนตื่นเต้น ถ้ามีอาการตอนออกกำลังกายและเป็นไม่มาก เรียกว่า Angina Pectoris อาการแน่นอกจะหายไปภายใน 1-10 นาที ถ้าไม่หายถือว่าเป็นมากกว่านี้

แต่ที่มีอาการมากจนถึงเสียชีวิตมักเกิดจากการที่หลอดเลือดตีบอยู่แล้วและทันทีทันใดมีการแตกของ plaque ไขมันที่พูน งอกเข้ามาในหลอดเลือด หรือมีการถลอกของผนังหลอดเลือดทำให้มีปฏิกิริยาจนทำให้มีการตกเป็นก้อนเลือดและอุดตันหลอดเลือดทันที อาจเกิดขึ้นในช่วงธรรมดาหรือขณะออกกำลังกาย โดยเฉพาะที่ไม่ใช้วิธีการ aerobic (แอโรบิก) เช่น เทนนิส แบดมินตัน สควอช หรือฟุตบอล ฯลฯ ทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ทันที การจัดการกับผู้ป่วยในขณะนี้คือ บีมหัวใจตรงกลางอกและเป่าปากเป็นระยะ ๆ จนกว่าหน่วยกู้ชีพ

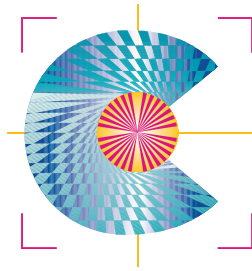


อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน

จะมาถึง การช่วยผู้ป่วยในระยะนี้ถือว่าสำคัญมาก ผมอยากเห็นคนไทยทุก ๆ คนทำการกู้ชีพ (CPR หรือ cardiopulmonary resuscitation) เป็น เพราะอาจช่วยชีวิตเพื่อนร่วมชาติได้ ผู้ที่เคยเรียน ร.ด. จบทหาร สอบใบขับขี่ผ่าน ฯลฯ ควรได้รับการฝึกอบรมเรื่อง first aid (ปฐมพยาบาลเบื้องต้น) เป็นอย่างยิ่ง トラบโดที่มีการทำ CPR ผู้ป่วยก็อาจฟื้นคืนชีพมาได้ ถ้าสมองยังได้รับเลือดที่ผ่านปอดอยู่ตลอดเวลา

แต่ผู้ป่วยโรคนี้อาจไม่มีอาการดังกล่าว แต่อาจมีอาการเหนื่อยง่าย ฉะนั้นผู้ที่ทำกิจกรรมอะไรก็แล้วแต่ และแต่ก่อนไม่เคยเหนื่อย แต่เดี๋ยวนี้เหนื่อยง่าย เช่น วิ่งแล้วเหนื่อย เดินเร็ว ๆ ก็เหนื่อย เดินขึ้นบันไดก็เหนื่อย ควรปรึกษาแพทย์ทันที เพื่อการตรวจวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้อง ผมเคยมีเพื่อนที่เหนื่อยไปทำกราฟหัวใจระหว่างการออกกำลังกาย ซึ่งก็ปกติ แต่ต่อมาเป็นโรคหัวใจ ฉะนั้นการวินิจฉัยโรคไม่ได้อยู่ที่การทำการตรวจต่าง ๆ เท่านั้น แต่อยู่ที่การซักประวัติที่ดี ที่ถูกต้อง รวมทั้งการตรวจร่างกายที่เป็นระบบและละเอียดด้วย

ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที ไม่ควรรอจนหาย หรือไปพ่วงนี้ ถ้าไม่หายภายใน 10 นาทีควรไปเลย ถ้าหายก็ยังคงควรที่จะไป เพราะถ้าหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน ถ้าไปพบแพทย์ทันทีหรือภายใน 3 ชั่วโมงอาจให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ สมัยนี้อาจฉีดใส่หลอดเลือดหัวใจทันที (coronary angiography) เพื่อดูว่ามีหลอดเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจหรือไม่ ที่ไหน ก็หลอดเลือด ถ้ามีการอุดตันหรือตีบ 1-2 หลอดเลือด แพทย์อาจใช้การรักษาด้วยการใช้ balloon ขยายหลอดเลือดที่ตีบตันที่เลย และใส่ท่อ (stent) ค้ำให้หลอดเลือดเปิดไว้ ปกติถ้ามีการตีบ 1-2 หลอดแพทย์มักใช้วิธีนี้ หรือที่เรียกกันว่า PCI (percutaneous coronary intervention) แต่ถ้ามีการตีบของหลอดเลือด 3 หลอด หรือหลอดเลือดที่สำคัญเพียงหลอดเลือดเดียว แพทย์อาจทำการผ่าตัดที่เราเรียกว่า bypass (coronary artery bypass grafting, CABG) ให้เลย ทั้งนี้แล้วแต่เป็นมากเป็นน้อย ก็หลอดเลือด แล้วแต่แพทย์ แล้วแต่กรณี ฯลฯ



CONTROLOC[®] ORAL

PANTOPRAZOLE

- **Reliable efficacy^{1, 2}**
- **Convenient for physicians and patients^{3, 4}**



References :

1. Bosseker H et al. Tolerability and efficacy of intravenous administration of pantoprazole in routine clinical practice. *Clinical Drug Investigation* 2000; 19 (2): 103-109
2. Wurzer H et al. Intravenous administration of pantoprazole. An Austrian multicentre study. *Clin Drug Invest* 2002; 22 (8): 507-511
3. Hartmann M et al. Equipotent inhibition of gastric acid secretion by equal doses of oral or intravenous Pantoprazole. *Aliment Pharmacol Ther* 1998; 12: 1027-1032
4. Metz DC et al. Oral and intravenous dosage forms of pantoprazole are equivalent in their ability to suppress gastric acid secretion in patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 626-633

CONTROLOC[®]

Composition: One gastro-resistant tablet contains Pantoprazole sodium sesquihydrate 22.6 mg (equivalent to pantoprazole 20 mg), Pantoprazole sodium sesquihydrate 45.1 mg (equivalent to pantoprazole 40 mg)

Indications & Recommended dosage:

- Treatment of moderate and severe reflux oesophagitis 40 mg per day
- Treatment of gastric ulcer 40 mg per day
- Treatment of duodenal ulcer 40 mg per day
- Treatment of mild reflux disease and associated symptoms 20 mg per day
- For long-term management and prevention of relapse in reflux oesophagitis 20-40 mg per day
- Prevention of gastroduodenal ulcers induced by NSAIDs in patients at risk with a need for continuous NSAIDs treatment 20 mg per day
- Zollinger-Ellison-Syndrome and other pathological hypersecretory conditions start with 80 mg per day
- Eradication of *H. pylori* in combination with two appropriate antibiotics 80 mg per day

Contraindications: Controloc should not be used in cases of known hypersensitivity to pantoprazole or any of the constituents in product and co-administered with atazanavir. Controloc[®] 40 mg of *H. pylori* in patients with moderate to severe hepatic or renal dysfunction since currently no data are available on the efficacy and safety of Controloc in combination treatment of these patients.

Precaution and Warning:

- In patients with severe liver impairment the liver enzymes should be monitored regularly. In the case of a rise of the liver enzymes, Controloc 20 mg should be discontinued.
- Controloc[®] 20 mg reduced body stores or risk factors for reduced vitamin B12 absorption on long-term therapy.
- Controloc[®] 40 mg is not indicated for mild gastrointestinal complaints such as nervous dyspepsia.

Controloc[®] 20 mg prior to treatment the possibility of malignancy of gastric ulcer or a malignant disease of the esophagus should be excluded as the treatment with pantoprazole may alleviate the symptoms of malignant diseases and can thus delay diagnosis.

Side effect: The most common side effect is upper abdominal pain, diarrhoea, constipation, flatulence and headache. The other is nausea, vomiting, dizziness, blurred vision and allergic reaction etc.

Drug interaction: Pantoprazole may reduce the absorption of drugs whose bioavailability is pH-dependent.

Pregnancy and lactation: Clinical experience in pregnant women is limited. In animal reproduction studies, signs of slight fetotoxicity were observed at doses above 5 mg/kg. There is no information on the excretion of pantoprazole into human breast milk. Pantoprazole tablets should only be used when the benefit to the mother is considered greater than the potential risk to the foetus/baby.

EDAN



www.amcmedisure.com

SMART ECG Series Electrocardiograph



SE-1201

Portable 12-channel ECG



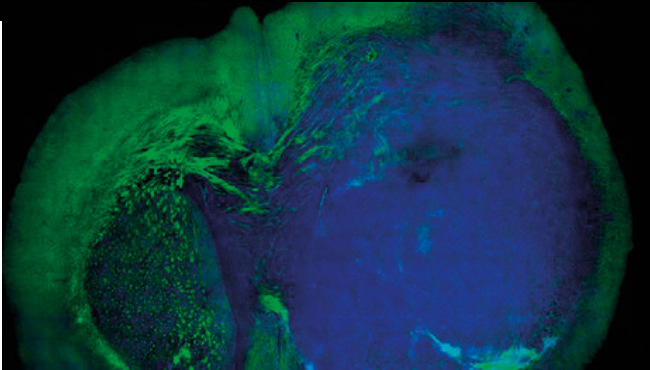
บริษัท เอเอ็มซี เมดิคอล ซัพพลาย จำกัด

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

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

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

เลเซอร์ชีขอบเขตมะเร็งสมอง



ปีปีซี - นักวิจัยสหรัฐฯ ใช้แสงเลเซอร์จำแนกขอบเขตมะเร็งสมอง เพิ่มโอกาสการผ่าตัดมะเร็งออกมาได้อย่างสมบูรณ์

ผลการศึกษาโดยคณะนักวิจัยจาก University of Michigan Medical School และ Harvard University ตีพิมพ์ในวารสาร Science Translational Medicine รายงานผลการตรวจขอบเขตของมะเร็งสมองโดยใช้เลเซอร์ยิงเข้าไปที่เนื้อเยื่อ ซึ่งเลเซอร์จะทำปฏิกิริยากับเคมีในเนื้อเยื่อและแสดงออกเป็นสีต่างกันระหว่างเซลล์ดีกับเซลล์มะเร็ง จึงช่วยให้ศัลยแพทย์ทราบตำแหน่งขอบเขตของก้อนมะเร็งได้ชัดเจน

นักวิจัยเปิดเผยว่า การตรวจขอบเขตด้วยเลเซอร์หรือ SRS microscopy นี้ให้ผลลัพธ์ที่มีความละเอียดสูงมาก และที่ผ่านมาได้นำไปทดสอบในสัตว์ทดลองและตัวอย่างสมองคนแล้ว แต่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาในผู้ป่วยจริง

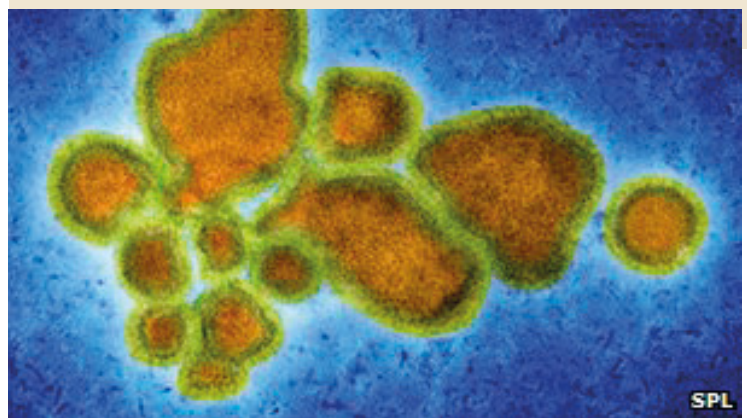
อนึ่ง การผ่าตัดมะเร็งออกทั้งหมดยังคงเป็นปัญหาในการผ่าตัดมะเร็งสมอง เนื่องจากการผ่าตัดเนื้อเยื่อสมองออกมามากเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนพิการและได้รับผลกระทบรุนแรงด้านคุณภาพชีวิต ขณะที่การตัดเซลล์มะเร็งออกไม่หมดก็อาจเป็นโอกาสให้มะเร็งกลับมาเป็นซ้ำอีกครั้ง

ปีปีซี - เผยไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ใหม่ที่พบในจีนมีรูปแบบการติดเชื้อที่ต่างจากสายพันธุ์อื่นและอาจระบาดได้ง่าย

รายงานในวารสาร American Journal of Pathology ระบุว่าไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ (H7N9) ซึ่งพบในจีนสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อได้ทั้งที่จมูกและคอ ซึ่งทำให้ไวรัสยังแพร่กระจายได้ง่าย นอกจากนี้ยังสามารถแทรกซึมลงไปในปอดและทำให้เกิดปอดอักเสบ และนับเป็นการติดเชื้อรูปแบบใหม่ที่ไม่เคยพบในไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์อื่นมาก่อน

ล่าสุดมีผู้ติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ (H7N9) แล้ว 135 ราย และเสียชีวิตแล้ว 44 รายนับตั้งแต่เริ่มพบการระบาดเมื่อช่วงฤดูใบไม้ผลิ แต่สถานการณ์การระบาดยังไม่รุนแรงนัก เนื่องจากมาตรการควบคุมตลาดค้าสัตว์ปีกช่วยให้จำกัดผู้ติดเชื้อได้ในระดับหนึ่ง

เตือนภัยไข้หวัดนกสายพันธุ์ใหม่



SPL

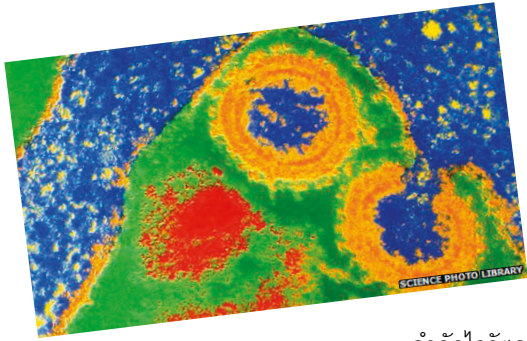


โฆษณาต้านบุหรี่ช่วยเลิกสูบได้กว่าแสน

รอยเตอร์เฮลท์ - แผนรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ผ่านโฆษณาทางโทรทัศน์ของสหรัฐฯ ช่วยประชาชนเลิกสูบบุหรี่ได้กว่าแสนคน และส่งเสริมให้อีกกว่า 1.6 ล้านคนพยายามเลิกสูบบุหรี่

ผลสำรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสหรัฐฯเปิดเผยว่า โฆษณาต่อต้านบุหรี่ชุด Tips From Former Smokers ซึ่งออกอากาศเมื่อปีก่อน โดยอ้างอิงจากชีวิตจริงของผู้ที่เป็นโรคหรือเกิดบาดเจ็บจากการสูบบุหรี่ที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์และสื่อประชาสัมพันธ์ทั่วประเทศ สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้มีประชาชนที่ตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่เด็ดขาดเพิ่มขึ้นอีกกว่าแสนคน

เจ้าหน้าที่กล่าวด้วยว่า งบประมาณในโครงการโฆษณาต่อต้านบุหรี่นี้ถือว่าคุ้มค่าอย่างยิ่งเมื่อเทียบกับอายุขัยของประชาชนที่ยาวขึ้นอีกแต่ละปี และถือเป็นหนึ่งในมาตรการแทรกแซงเชิงป้องกันที่คุ้มค่าที่สุด และทางโครงการเพิ่งส่งโฆษณาชุดที่สองออกอากาศไปเมื่อไม่นานมานี้ และยังเตรียมพร้อมโฆษณาอีกชุดไว้สำหรับปีหน้าด้วย โดยให้เหตุผลว่าการรณรงค์ในช่วงระยะเวลาเพียงไม่กี่เดือนไม่สามารถเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร และจำเป็นต้องรณรงค์อย่างต่อเนื่อง



พัฒนาวัคซีนกำจัดไวรัสคล้ายเอชไอวี

บีบีซี – นักวิจัยสหรัฐพัฒนาวัคซีนใหม่ที่สามารถกำจัดเชื้อ Simian Immunodeficiency Virus (SIV) ในลิง

รายงานผลการทดลองซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร Nature ระบุว่า วัคซีนนี้ให้ผลดีในลิง 9 ตัวจากทั้งหมด 16 ตัว และจากการตรวจสอบอย่างละเอียดก็ยืนยันได้ว่าสามารถ

กำจัดไวรัสออกจากร่างกายของลิงได้อย่างหมดจด ซึ่งจากผลสำเร็จครั้งนี้ทำให้ทางคณะนักวิจัยมีแผนที่จะนำเทคนิคเดียวกันมาพัฒนาวัคซีนสำหรับฆ่าเชื้อเอชไอวีด้วย

นักวิจัยพัฒนาวัคซีนโดยใช้ cytomegalovirus (CMV) มาดัดแปลงพันธุกรรมให้สามารถกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันเพื่อต่อต้านไวรัส SIV เมื่อฉีดวัคซีนให้ลิงแล้วจึงเหนี่ยวนำให้เกิดการติดเชื้อ SIVmac239 อันเป็นเชื้อโรคสายพันธุ์รุนแรงที่ทำให้ลิงที่ติดเชื้อถึงตายภายในสองปี ในเบื้องต้นพบว่าไวรัสเกิดการติดเชื้อและขยายตัวออกไป แต่ระบบภูมิคุ้มกันของลิงก็สามารถตอบสนองต่อการติดเชื้อและทำลายไวรัสได้ทั้งหมด ซึ่งจากผลตรวจที่ปีครึ่งและสามปีให้หลังก็ยังคงไม่พบเชื้ออีก

นักวิจัยเปิดเผยว่า การทดลองในคนจะมีขึ้นได้ต่อเมื่อสามารถยืนยันได้ว่าวัคซีนมีความปลอดภัย และเชื่อว่า หากเทคนิคการพัฒนาวัคซีนด้วยไวรัส CMV ที่ผ่านการดัดแปลงพันธุกรรมได้รับการอนุมัติก็จะสามารถเริ่มการทดลองในคนได้ภายในสองปีข้างหน้า

อนุมัติใบท็อกซ์รักษากลับปัสสาวะ

บีบีซี – อังกฤษอนุมัติใช้ใบท็อกซ์เป็นการรักษาสำหรับผู้หญิงที่มีภาวะกลับปัสสาวะไม่อยู่

สถาบันความเป็นเลิศทางคลินิกและสุขภาพแห่งชาติ (เอ็นไอซีอี) ของอังกฤษเสนอแนะให้ใบท็อกซ์เป็นการรักษาสำหรับผู้หญิงที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะไวเกินและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการปรับรูปแบบวิถีชีวิต ซึ่งใบท็อกซ์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมภาวะกลับปัสสาวะได้ดีขึ้น

เอ็นไอซีอีเปิดเผยว่า การรักษาใช้วิธีฉีดใบท็อกซ์ไปที่ผนังกระเพาะปัสสาวะโดยตรงผ่านท่อปัสสาวะ และผลการรักษาด้วยใบท็อกซ์จะคงอยู่ได้ราว 6 เดือน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจะต้องตระหนักถึงผลข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงปัสสาวะออกยากซึ่งในบางคนอาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยการขับถ่าย และอาจทำให้มีความเสี่ยงการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และเตือนว่าผู้ที่ต้องการรักษาด้วยใบท็อกซ์ควรเข้ารับการตรวจสุขภาพหรือติดตามอาการทางโทรศัพท์ภายใน 1 เดือน

ด้านผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า ภาวะกลับปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้หญิงหลายล้านคนในทุกกลุ่มอายุ และผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่กล้าขอรับการรักษาเนื่องจากอับอายจนเป็นสาเหตุให้ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม การบรรจุใบท็อกซ์เป็นทางเลือกการรักษาใหม่จึงน่าจะเป็นอีกหนทางหนึ่งที่ลดผลกระทบจากปัญหากลับปัสสาวะไม่อยู่



คิดบวกพาอายุยืน

ซีเอ็นเอ็น – ผลการศึกษาใหม่ชี้ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มองโลกในแง่ดีมักให้ความสนใจออกกำลังกายมากกว่า และอาจเป็นปัจจัยช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น

ผลการศึกษาโดยนักวิจัยจากเดนมาร์กเผยให้เห็นอิทธิพลของอารมณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มองโลกในแง่ดีมีแนวโน้มเสียชีวิตจากทุกสาเหตุลดลงถึงร้อยละ 42 ในช่วงการติดตาม และพบด้วยว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มองโลกในแง่ดีและออกกำลังกายบ่อยมีความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหัวใจลดลง

ด้านนักวิจัยเรียกร้องให้หาแนวทางผสานการฝึกคิดบวกและออกกำลังกาย โดยชี้ว่าจะให้ผลลัพธ์ทั้งในแง่สุขภาพกายและจิตของผู้ป่วยที่ดีกว่าการเน้นไปที่แผนออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้การศึกษาในภายหน้าก็ควรเน้นไปที่การพัฒนาแนวทางการแทรกแซงดังกล่าว พร้อมกันนี้ยังได้เสนอแนะให้เน้นเป็นพิเศษสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ



เมื่อไม่นานนี้ ฉันได้อ่านเรื่องนี้ในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ...
คอลัมน์กีฬา ประลองเชิง ซึ่งกล่าวถึงหนังสือกลศึกสามก๊ก
ซึ่งบุญศักดิ์ แสงระวี แปลมาจากภาษาจีน (สำนักพิมพ์สุภาพใจ)
เอ่ยถึงตอน **รู้ตัวชั่วที่ก่อต่อ...โจโฉเผาเสบียงที่อ้วนเสี้ยว**

อ้วนเสี้ยวกับโจโฉตั้งทัพใหญ่ย่นกันอยู่ที่กัวตง ตอนนั้น
อ้วนเสี้ยวมีคนมาก เเสบียงอาหารบริบูรณ์กว่าโจโฉหลายเท่า โจโฉ
ออกใจมึนระยะหนึ่งแต่เอาชนะไม่ได้ จึงถอนตัวมารักษาค่ายและ
ยอมให้อ้วนเสี้ยวโจมตีหลายครั้งแต่ก็รับมือได้

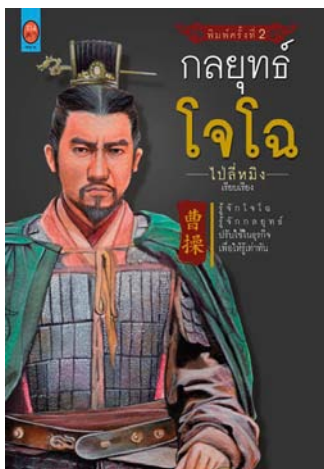
หลายเดือนต่อมา โจโฉเริ่มขาดเสบียง ไพ่พลอดโรยและ
แนวหลังก็เริ่มรวนเร

แต่ไม่นานต่อมา ที่ปรึกษาของอ้วนเสี้ยวแปรพักตร์มาอยู่
ด้วย และแนะนำให้ทำลายแหล่งเสบียงใหญ่ของอ้วนเสี้ยว

หลังจากโจโฉได้ทำลายแหล่งเสบียงใหญ่แล้ว ชาวได้แพร่
กระจายไปในหมู่ทหารของอ้วนเสี้ยวจนทำให้ที่ปรึกษาของอ้วนเสี้ยว
อีกหลายคนทยอยแปรพักตร์ไปเข้าข้างโจโฉ

**ตอนโจโฉรบชนะที่กัวตง เขาได้เจอหลักฐานสำคัญเป็น
จดหมายหลายฉบับจากแม่ทัพนายกองฝ่ายตนที่เขียนไป
สวามิภักดิ์ต่ออ้วนเสี้ยว โจโฉแสดงความฉลาดเหนือชั้นด้วย
การสั่งเผาจดหมายทั้งหมดทิ้ง**

โจโฉต้องการใช้คนจึงไม่ฆ่าคนที่ไม่ภักดี แกมยังซื้อหัวใจ



**คนเหล่านี้ด้วยการให้ทำงานใหญ่
ต่อไป**

จนในที่สุดโจโฉก็ชนะอ้วนเสี้ยว
และเข้ายึดครองพื้นที่ได้ทั้งหมด

โจโฉได้กล่าววาทะสำคัญหลัง
จากชนะการศึกเอาไว้ว่า

“คนเก่งของอ้วนเสี้ยวมีเยอะ
มากมาย น่าเสียดายที่อ้วนเสี้ยว
ไม่รู้จักใช้ ถ้ารู้จักใช้ โฉนเราจะ
สามารถมาขึ้นอยู่ที่นี่”

กลศึก

สามก๊ก

“

โจโฉรบชนะที่กัวตง เขาได้เจอหลักฐานสำคัญ
เป็นจดหมายหลายฉบับจากแม่ทัพนายกอง
ฝ่ายตนที่เขียนไปสวามิภักดิ์ต่ออ้วนเสี้ยว
โจโฉแสดงความฉลาดเหนือชั้นด้วยการ
สั่งเผาจดหมายทั้งหมดทิ้ง

”

อ้วนเสี้ยวมีเหตุให้แพ้โจโฉถึง 10 ประการ ได้แก่

1. เป็นคนถือยศ ไม่ได้เอาความคิดของผู้ใด
2. หยาบช้า ทำการโดยโวยหาร
3. จะว่าก็การสิ่งใดมิได้สิทธิ์ขาด
4. เห็นแก่ญาติพี่น้อง มิได้ว่ากล่าวความผิดและความชอบ
5. จะคิดการสิ่งใดมักกลับเอาดีเป็นร้ายและเอาร้ายเป็นดี มิได้เชื่อใจตนเอง
6. จะเลี้ยงผู้ใดก็ต่อหน้าว่ารัก แต่ลับหลังว่าชัง
7. รักคนใกล้ชิดสอดพลอ ผู้ซื่อสัตย์ที่ห่างเหินก็มีใจชัง
8. ทำความผิดต่าง ๆ เพราะฟังคนยุยง
9. จะทำการสิ่งใดก็ทำตามอำเภอใจ มิได้ทำตามธรรมเนียมโบราณ
10. ไม่รู้กลศึก มักพอใจทำการศึกล่อลวง จะชนะก็ไม่รู้จะแพ้ก็ไม่รู้

ในจุดอ่อนของอ้วนเสี้ยวนี้มีอยู่ 2 ปมเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถใช้คนซึ่งมีสติปัญญาให้มาช่วยงานได้คือ

- มากอูบาย...แต่ไร้การตัดสินใจ
- หย่อนนอก...ระแวงใน

กลศึกสามก๊กนี้สอนถึงการเป็นผู้นำที่ต้องรู้จักวิธีการซื้อใจและเลี้ยงใจคนเพื่อให้ลูกน้องเต็มใจทำงานให้

ในระบบการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินของประเทศออสเตรเลีย มีการอบรมหนึ่งซึ่งถือว่าแพทย์ที่เรียนสาขานี้ทุกคนต้องสอบผ่าน

การอบรมนี้เรียกว่า Crisis Resource Management (การบริหารจัดการภาวะวิกฤต) เนื้อหาการอบรมเกี่ยวกับการบริหารจัดการกับสถานการณ์ที่วิกฤตหรือเครียดต่าง ๆ ในห้องฉุกเฉิน เช่น

- การสื่อสารส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล
- การบริหารจัดการกับญาติที่เข้ามาวุ่นวายและขัดขวางการรักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉิน
- การดูแลผู้ป่วยที่เอะอะโวยวายหรือผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท เป็นต้น

มีเนื้อหาตอนหนึ่งที่สอนเกี่ยวกับ...เมื่อแพทย์เวรที่ตอนอนมาทำงานแล้วเกิดการทู่เถียงกับญาติผู้ป่วยอย่างรุนแรง

สถานการณ์ถูกตั้งขึ้นว่า ให้แพทย์เวรรายหนึ่งที่อยู่เวรติดต่อกันมาหลายเวรจนมีสภาพอิดโรย เช้าวันนั้นมาทำงานด้วยอาการง่วงเหงาหาวนอน ทันใดนั้นมีผู้ป่วยวิกฤตเข้ามาในห้องฉุกเฉิน



ระหว่างทำการตรวจรักษาอยู่นั้น ให้น้องพยาบาลจบใหม่ที่ยกย่องอยากเห็นมาเป็นผู้ช่วยแพทย์ น้องพยาบาลรายนี้จะมีควมอยากรู้ อยากเห็นมาก และเฝ้าแต่ถามแพทย์เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ฤทธิ์ของยา ตลอดจนแนวทางการรักษาอยู่ตลอดเวลาหลายครั้งก็ถามอย่างไม่มั่นใจว่าจะผสมยาอย่างไร และให้แพทย์ไปผสมยาเอง เป็นต้น...**ไม่มีผู้ช่วยมือดีและพร้อมรบกวนสมาธิการทำงานทุกเมื่อ**

ระหว่างนั้นก็เพิ่มความเครียดยิ่งขึ้นด้วยการให้มีญาติของผู้ป่วยเข้ามาอาละวาดโวยวายเพราะอยากรู้ว่าผู้ป่วยเป็นอะไรและจะหายไหม รวมทั้งไม่ยอมให้ทำการรักษาบางอย่าง...**อุปสรรคขัดขวางการทำงานตลอดเวลา**

ทันใดนั้นผู้แสดงเป็นแพทย์ฉุกเฉินรายนั้นก็เริ่มแสดงท่าทีว่ากราดและดุดันใส่ทั้งพยาบาลจบใหม่และญาติที่มาก่อวุ่น

หลังจบการแสดงแล้ว เขาตั้งคำถามให้กลุ่มแพทย์ที่มาเรียนถกกันในวันพรุ่งนี้ว่า

“ในฐานะท่านเป็นหัวหน้าห้องฉุกเฉินแห่งนั้น ท่านจะปฏิบัติตนอย่างไรต่อลูกน้อง”

แพทย์ฝึกหัดที่มาเรียนทั้งหลายก็เริ่มถกเถียงแสดงความคิดเห็นกันไปต่าง ๆ นานาอย่างเอาจริง เพราะเห็นว่าเป็นประเด็นน่าสนใจที่พบเห็นได้บ่อยครั้งในห้องฉุกเฉิน

จนในที่สุดที่ประชุมก็สรุปว่า

“น่าเห็นใจแพทย์รายนี้ที่มาปฏิบัติงานในสภาพไม่พร้อม ในฐานะหัวหน้าที่พบความผิดพลาดของลูกน้องเช่นนี้ ควรเดินเข้าไปเพื่อพูดคุยซักถามถึงสาเหตุ รวมทั้งให้ความเห็นนอกเหนือจากเขาเพียงแค่นี้ก็ได้ใจลูกน้อง จนลูกน้องอยากทำงานจนตายเลย แต่จะดียิ่งขึ้นไปอีกถ้าหัวหน้าจะช่วยคิดแก้ปัญหาให้กับลูกน้องด้วย เช่น เปิดโอกาสให้เขาได้พักผ่อน หรือไปผ่อนคลายจิตใจสักพักหนึ่ง”

ดุจดั่งเช่น โจโฉ แม้พบจดหมายของลูกน้องที่ต้องการย้ายไปอยู่กับฝ่ายตรงข้ามในยามที่โจโฉกำลังคับขัน แต่โจโฉก็ยังยอมเผาลนหลักฐานเหล่านั้นทิ้งเสียเพื่อซื้อใจลูกน้องให้กลับมาทำงานใหญ่ต่อไป

อันจะทำให้เลี้ยงใจลูกน้องและสามารถระดมกำลังคนให้กลับมาทำงานร่วมกันได้ต่อไป

จนกระทั่งในที่สุดก็สามารถชนะศึกต่ออ้วนเสี้ยวผู้ไม่รู้จักเลี้ยงใจลูกน้องที่มีความสามารถและต้องพ่ายแพ้แก่โจโฉไป





การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

(ตอนที่ 2)

<<< (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการทำงาน แม้เงินเดือนและค่าตอบแทนของบุคลากรก็ต้องไปขอมาจาก สปสช. นับว่ากระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงที่วิปริตผิดแปลกไปจากกระทรวง ทบวง กรม อื่น ๆ ในประเทศไทยที่ไม่สามารถขอรับงบประมาณในการทำงานในความรับผิดชอบของกระทรวงได้ ต้องไปอยู่ใต้อาณัติของนายคนที่ 2 คือ สปสช. และ สปสช. ยังคิดโครงการรักษาโรคเฉพาะ โดยการจัดทำโครงการเองเพื่อกำหนดให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ทำตามที่ สปสช. กำหนด กระทรวงสาธารณสุขจึงจะ “ได้เงินมาทำงาน”

นอกจากนั้น สวรส. ก็จะทำงานวิจัยต่าง ๆ มาสนับสนุนความเห็นของตนว่า ยาอะไรสมควรใช้ ยาอะไรไม่สมควรนำมารักษาผู้ป่วยในบางโรคทั้ง ๆ ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคนั้น ๆ เอาไปเสนอให้ สปสช. กำหนดรายการยาที่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพจะใช้ได้ และยิ่งเอาไปเสนอกรมบัญชีกลางให้ตัดรายการยาที่ข้าราชการเคยได้รับออกจากบัญชียาหลัก ทำให้ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการเดือดร้อนอีกด้วย

ส่วน สช. ก็จะจัดประชุมสมัชชาสุขภาพหลาย ๆ ระดับ เพื่อเอามาเสนอรัฐบาลเป็นนโยบายในการบริหารระบบสาธารณสุข รวมทั้งเสนอแนวทางเรื่องอัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขตามที่พวกเขาเขียนไว้ในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติว่า ข้อเสนอจาก สช. นั้น รัฐบาลต้องนำไปปฏิบัติ

ทั้งหมดนี้เป็นการเขียนกฎหมายเพื่อให้สถาบันตระกูล ส. มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย งบประมาณ และควบคุมการดำเนินการในระบบสาธารณสุข ทั้งที่เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติหรือทำนอกเหนือเกินเลยกว่าที่กฎหมายบัญญัติ โดยสถาบันเหล่านี้จะได้รับการงบประมาณในการดำเนินการตามที่พวกตนต้องการ

กลุ่มบุคคลในตระกูล ส. ยังมีพฤติกรรมแฝงนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติ เพื่อการแสวงหาผลประโยชน์จากเงินงบประมาณของสถาบันเหล่านี้ทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการเข้ามาเป็นกรรมการหรือเข้ามาขอรับงบประมาณสนับสนุนในการทำโครงการต่อเนื่องจากโครงการของสำนักงานนั้น ๆ เช่น สวรส. สปสช. หรือ สสส. ทำให้งบประมาณแผ่นดินที่ควรจะดำเนินการให้เป็นประโยชน์แก่ประชาชนและประเทศชาติ กลับมาตกเป็นผลประโยชน์ของคนกลุ่มนี้ปีละหลายหมื่นล้านบาท โดยไม่ตกเป็นประโยชน์ที่แท้จริงของประชาชน^(6,7,8)

และคนเหล่านี้ยังแสวงหาผลประโยชน์อื่น ๆ ที่สามารถแสวงหามาได้จากการที่พวกตนมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับดวงสาธารณสุข โดยการออกกฎเกณฑ์และระเบียบต่าง ๆ เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขต้องปฏิบัติตาม

ผู้บริหารองค์กรตระกูล ส. ต้องการรวบอำนาจบริหารระบบสาธารณสุขไว้ในกลุ่มของพวกเขา

บุคคลสำคัญที่ร่วมก่อตั้งองค์กรตระกูล ส. ที่นับเป็นแกนนำหรือผู้นำคนสำคัญหรือผู้บริหารสำนักงานตระกูล ส. ยังมีความต้องการที่จะดำเนินการต่อเนื่องในการที่จะ “ควบคุม” การบริหารงานเกี่ยวกับการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาด เห็นได้อย่างชัดเจนจากการที่ นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กล่าวในที่ประชุมสมัชชาของแพทยสภาในหัวข้อ “แปดปีภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ว่า “ความเสี่ยงของกระทรวงสาธารณสุข” คือ

1. สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จะเป็นผู้กำหนดนโยบาย
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้ “บริหารเงินงบประมาณ”
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้ “ให้บริการสาธารณสุข”

แปลว่าไม่ต้องมีกระทรวงสาธารณสุขอีกต่อไปแล้วในอนาคต เพราะ 3 หน่วยงานดังกล่าวข้างต้นนี้จะรับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ซึ่งตอนนี้ทำสำเร็จใน 2 ขั้นตอนคือ สช. เสนอนโยบาย และ สปสช. บริหารงบประมาณ เป็นการรวบอำนาจการบริหารงบประมาณไปอยู่ในการควบคุมของ สปสช. (ทำให้กระทรวงสาธารณสุขไม่มีงบประมาณในการทำงาน โดยต้องไปขอจาก สปสช.) จะรักษาผู้ป่วยหรือดำเนินการอย่างไรก็อยู่ภายใต้การกำหนดกฎเกณฑ์ของ สปสช. ที่รับนโยบายมาจาก สช.

และตอนนี้กลุ่มคนพวกนี้กำลังดำเนินการเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการ

“จัดบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุข” ตามแนวทาง “ปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข” ที่ นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ได้มอบหมายให้สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้วางแผนการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 นำเสนอผ่านปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อมาผลักดันจะให้มีการดำเนินการตามแผนการปฏิรูปสาธารณสุขในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 คือเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556^(4,5)

ข้อที่น่าสังเกตในแผนการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขตามข้อเสนอของปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การผลักดันให้เกิดการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขนี้เมื่อดูอย่างผิวเผินก็จะเห็นว่าเป็นการเริ่มต้นเพื่อ “แก้ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณ” ในการทำงานของโรงพยาบาลสถานีนามัย และสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่เรียกว่า “หน่วยบริการ” ตามคำจำกัดความใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการแบ่งเขตการจัดการด้านบริหารในระบบเขตเพื่อการจัดการด้านงบประมาณร่วมกัน แต่เขตบริการนี้ไม่ใช่เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข แต่ไปจัดกลุ่มตามเขตบริหารของ สปสช. โดยมีบุคลากรของ สปสช. และบุคคลภายนอกร่วมเป็นกรรมการในฐานะ “ผู้ซื้อบริการ”

ซึ่งดูเหมือนว่าจะเป็นผลดี มีความร่วมมือมากขึ้น มีการกระจายงบประมาณข้าม “หน่วยบริการ” ได้ดี แต่กระทรวงสาธารณสุขจะ “ขาดอำนาจ” ในการบริหารราชการตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ดังกล่าวแล้ว เพราะอำนาจเหล่านี้จะถูก “เฉือนจาง” ไปจากการลดบทบาทมาเป็นเพียงหนึ่งในสามของคณะกรรมการสุขภาพตั้งแต่ระดับชาติ ระดับเขต และระดับจังหวัดและอำเภอตลอดทุกระดับเหมือนในปัจจุบันที่กระทรวงสาธารณสุขต้องตกเป็นผู้ที่ต้อง “ทำตามคำสั่งของ สปสช.” อย่างไม่ถูกต้องตามที่บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้ สปสช. มีหน้าที่เพียง “จ่ายค่าบริการสาธารณสุขแก่หน่วยบริการ” เท่านั้น ไม่ได้มีหน้าที่ที่กำหนดรายละเอียดการทำงานหรือนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขแต่อย่างใด

อันตรายของกระทรวงสาธารณสุขจากการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขตามที่ปลัดกระทรวงเสนอ

ถ้าอ่านในรายละเอียดของข้อเสนอการสังเคราะห์การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีบทบาทใหม่ในศตวรรษที่ 21 ตามข้อเสนอของ สวรส. นั้นจะพบว่ามีความเสี่ยงจากการเสนอของสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดมีคณะกรรมการกำกับนโยบายมาจากส่วนกลางคือ กระทรวงสาธารณสุข แต่จะแบ่งย่อยออกเป็นระดับเขต ระดับจังหวัด โดยมีคณะกรรมการบริหารที่มาจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกและผู้เชี่ยวชาญภายใน

เป็นการมา “ปฏิรูปที่ปลายทาง” โดยเอาบุคคลภายนอกที่อ้างว่า “เป็นผู้เชี่ยวชาญ” เข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการ ดูเหมือนว่าจะไม่ให้ “ความเชื่อมั่นต่อบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข”

แต่สิ่งสำคัญที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่แอบแฝงมาก็คงจะเป็นการนำเอา NGO สาธารณสุขที่เป็นกรรมการหรืออนุกรรมการในองค์กรตระกูล ส. มาเป็น “ผู้เชี่ยวชาญภายนอก” เป็นแน่ ตามที่เป็นมาแล้วในองค์กรตระกูล ส.

ส่วนบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญจากการศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน และมีประสบการณ์หรือทักษะในการทำงาน ก็คงไม่มีสิทธิ์มีเสียงในการพัฒนาการด้านสาธารณสุข แต่จะมีบทบาทเป็นเพียง “เสียงส่วนน้อย” ในคณะกรรมการที่จะจัดตั้งขึ้นมาใหม่ทุกระดับ ในขณะที่กรรมการซึ่งอ้างว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกนั้นน่าจะมาจากบุคคลที่เป็นพวกเดียวกับกลุ่มตระกูล ส. และ NGO สาธารณสุขที่ไม่มีความรู้ไม่ทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขจากการได้รับการศึกษา ฝึกอบรม หรือการปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขมาก่อนมาเป็นส่วนสำคัญในคณะกรรมการร่วมกับ สช. และสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ซึ่งสภาฯ นี้ก็เป็นหน่วยงานอิสระจากกลุ่ม NGO สาธารณสุข) เข้ามาเป็นเสียงข้างมากในการกำหนดทิศทางการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

การรับฟังความเห็นในการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขไม่รวมเอาบุคลากรส่วนใหญ่ของกระทรวง

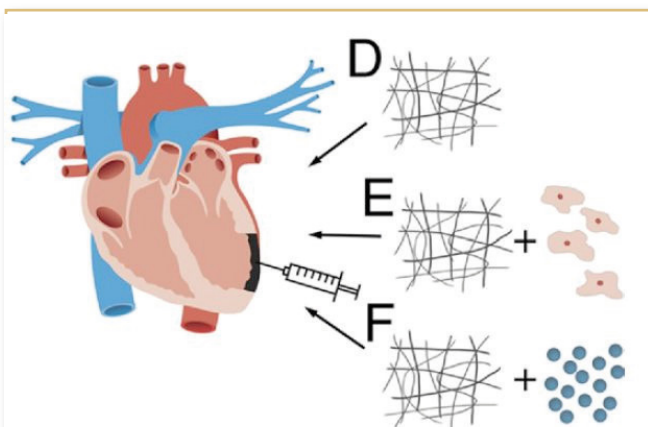
จะเห็นได้จากในการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นเรื่อง การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมา ผู้ที่ได้รับเชิญเข้าประชุมที่ปรากฏในรูปถ่ายก็คือกลุ่มบุคคลตระกูล ส. ผู้ตรวจราชการและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขบางส่วน กลุ่ม NGO สาธารณสุข และหัวหน้าเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์

ในขณะที่บุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ไม่ได้ได้รับเชิญให้เข้าประชุมและไม่มีส่วนร่วมคิดหรือร่วมเสนอความเห็นเกี่ยวกับการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข แม้จะบอกว่าจะรับฟังความคิดเห็น แต่ก็เหมือนกรณีอื่น ๆ ที่ สช. ทำมาแล้วกับกระทรวงสาธารณสุข เช่น การอ้างว่ารับฟังความคิดเห็นเรื่อง Living Will หรือในการรับฟังความคิดเห็นเรื่อง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข หรือการเขียน พ.ร.บ. และการจัดตั้งองค์กรตระกูล ส. ต่าง ๆ (และองค์กรลูก) ก็ล้วนทำไปโดยกลุ่มคนตระกูล ส. โดยไม่เคยรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรสาธารณสุขหรือประชาชนทั่วไปที่ไม่ใช่กลุ่มจัดตั้งจากกลุ่มตระกูล ส. แล้วเขาก็นำเสนอให้ผู้มีอำนาจในการบริหารบ้านเมืองให้ตราพระราชบัญญัติหรือดำเนินการต่าง ๆ ตามข้อเสนอที่พวกเขา “อ้างว่าผ่านการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนมาแล้ว”

วัสดุการแพทย์แบบฉีด ช่วยรักษากล้ามเนื้อหัวใจตาย

(ตอนที่ 2)

บทความตอนที่แล้วได้นำเสนอการใช้เทคนิคการฉีดเซลล์โดยตรง และการใช้แผ่นแปะกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อสร้างกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อทดแทนกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียหายหรือตายไปจากอาการหัวใจล้มเหลว (heart attack) หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ปัจจุบันอีกเทคนิคหนึ่งที่น่าสนใจเพิ่มมากขึ้นได้แก่ เทคนิคการฉีดวัสดุแบบฉีด (injectable material) ที่สามารถถูกฉีดเข้าไปในบริเวณหัวใจที่ต้องการรักษาด้วยเทคนิคการผ่าตัดแบบเปิดแผลเล็ก โดยไม่ต้องมีการผ่าตัดแบบรุกรานด้วยการเปิดช่องทรวงอกดังเช่นในกรณีของการใช้แผ่นแปะ โดยวัสดุแบบฉีดนี้จะต้องมีสมบัติเข้ากันได้ทางชีวภาพ โดยมีลักษณะเป็นของเหลวความหนืดต่ำที่สามารถถูกฉีดผ่านสายสวนหรือเข็มฉีดยาเข้าไปยังบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ต้องการรักษาโดยไม่เกิดการอุดตันในระหว่างการฉีด และเปลี่ยนสภาพเป็นเจลของแข็งที่มีโครงสร้างพรุนเหมาะสำหรับการรองรับการเจริญของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อให้มีพัฒนาการไปเป็นเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อหัวใจได้ดี สามารถย่อยสลายได้ในร่างกายโดยไปปลดปล่อยสารที่เป็นพิษออกมา

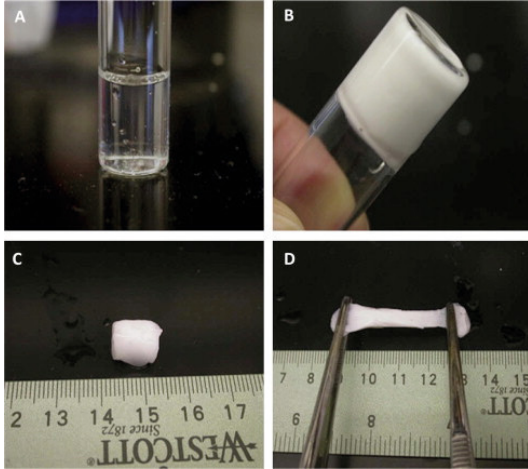


ภาพแสดงการใช้วัสดุแบบฉีดในการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายโดยมีลักษณะเป็นของเหลวที่สามารถถูกฉีดเข้าไปแล้วเปลี่ยนเป็นเจลโครงสร้างพรุนเหมาะสำหรับการรองรับการเจริญของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ โดยสามารถใช้งานแบบเดี่ยว (D), แบบที่มีการบรรจุเซลล์ (E) หรือแบบที่มีการบรรจุสารชีวภาพอื่น ๆ (F)^[4]

ทั้งนี้วัสดุแบบฉีดนี้สามารถใช้งานแบบเดี่ยว ๆ เพื่อเป็นโครงสร้างสำหรับให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจในร่างกายนี้อยู่เข้ามายังบริเวณที่ต้องการรักษา หรือสามารถผสมรวมกับเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจหรือสารชีวภาพอื่น ๆ ในการฉีดเพื่อช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์ในธรรมชาติให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้

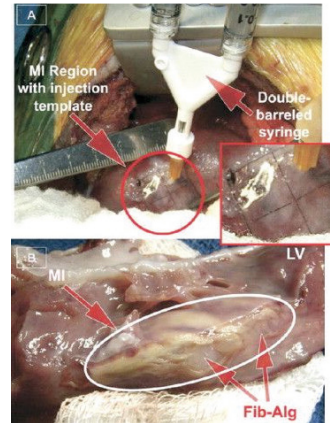
วัสดุที่ใช้เป็นวัสดุฉีดนี้อาจเป็นวัสดุสังเคราะห์หรือวัสดุธรรมชาติ ในกรณีของวัสดุสังเคราะห์นั้น สารในกลุ่มของพอลิไธโอโพรพิลอะคริลาไมด์ (PNIPAAm) และพอลิเอทิลีนไกลคอล (PEG) นั้นได้รับความนิยมที่นำมาประยุกต์ใช้เป็นวัสดุแบบฉีด โดยสารทั้งสองประเภทนี้มีลักษณะเป็นของเหลวที่อุณหภูมิห้อง แต่สามารถเปลี่ยนสภาพเป็นเจลได้ที่อุณหภูมิร่างกายมนุษย์ แต่จากการศึกษาพบว่าประโยชน์ที่ได้จากการใช้วัสดุสังเคราะห์ดังกล่าว นั้นค่อนข้างจำกัด ถึงแม้จะมีข้อดีที่สามารถปรับแต่งสมบัติได้หลากหลายตามต้องการ เช่น อัตราการสลายตัว ความแข็งแรง อัตราการเกิดเจล ปริมาณรูพรุน เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากวัสดุสังเคราะห์ดังกล่าวขาดสมบัติไวต่อชีวภาพที่เหมาะสมต่อการสนับสนุนการยึดเกาะ การเจริญและพัฒนาของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว การใช้วัสดุธรรมชาติเป็นวัสดุสำหรับฉีดนั้น มีข้อดีคือ มีองค์ประกอบที่รับรู้ได้โดยสภาพในร่างกายและง่ายต่อการสลายตัวเป็นวัสดุที่ไม่เป็นพิษ ซึ่งวัสดุธรรมชาติที่ถูกนำมาศึกษาเป็นวัสดุแบบฉีดในการรักษาเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ คอลลาเจน, กาวไฟบริน, อัลจิเนต, ไคโตซาน, มาทริเจล (Matrigel), เปปไทด์ หรือส่วนผสมของวัสดุเหล่านี้ เป็นต้น ถึงแม้ว่าวัสดุธรรมชาติเหล่านี้จะมีองค์ประกอบที่เหมาะสมต่อการสนับสนุนการเจริญของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และให้ผลการทดลองในสัตว์ที่ค่อนข้างดี แต่ยังคงมีปัญหาในการใช้งาน ตัวอย่างเช่น ความเป็นกรดต่าง ความแตกต่างจากองค์ประกอบของสารองค์ประกอบนอกเซลล์ (extracellular matrix) ซึ่งจะประกอบไปด้วยส่วนผสมของโปรตีนและพอลิแซ็กคาไรด์ที่ซับซ้อนที่จะเหมาะต่อการรองรับการเจริญของเซลล์มากกว่า และองค์ประกอบของวัสดุดังกล่าวที่ใช้งานอาจยังมีความไม่เหมาะสมต่อการทำงานผ่านสายสวนในการผ่าตัดแบบเปิดแผลเล็ก ด้วยเหตุนี้ปัจจุบันจึงเริ่มมีความสนใจในการ

ศึกษาการประยุกต์ใช้น้ำเยือกกล้ามเนื้อหัวใจธรรมชาติที่ผ่านการชะล้างเซลล์ (decellularized tissue) เพื่อประยุกต์ใช้งานเป็นวัสดุแบบฉีดด้วย เนื่องจากวัสดุดังกล่าวจะประกอบด้วยสารองค์ประกอบนอกเซลล์ที่เหมาะสมต่อการรองรับการเจริญของเซลล์คล้ายคลึงกับในธรรมชาติมากกว่า

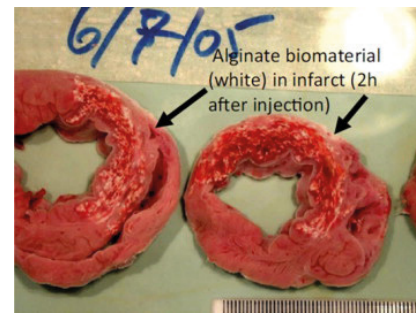


ภาพแสดงสาร NIPAAm-co-AAC-co-HEMAPTMC ซึ่งเป็นสารในกลุ่มพอลิไฮโดรฟิลอะคริลาไมด์ที่มีลักษณะเป็นของเหลวที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส (A) และเปลี่ยนสภาพเป็นเจลที่มีความแข็งแรงและยืดหยุ่นเมื่ออยู่ที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส (B-D)^[9]

ฉบับหน้าเราจะมาดูกันต่อว่านอกจากการศึกษาเพื่อใช้วัสดุสังเคราะห์และวัสดุธรรมชาติในการทำหน้าที่เป็นวัสดุสำหรับการฉีดเข้าไปยังกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อรักษาแล้ว การใช้เนื้อเยื่อ



ภาพแสดงการฉีดกาวไฟบรินผสมอัลจิเนตเข้าไปยังผนังหัวใจของหนูทดลองในบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย^[10]



ภาพแสดงการฉีดอัลจิเนตผ่านทางหลอดเลือดและกระจายออกมาสู่ผนังหัวใจของหนูทดลองในบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งช่วยเพิ่มความหนาของผนังหัวใจแม้ภายหลังการสลายตัวไปที่ 6 สัปดาห์^[11]

ธรรมชาติที่ผ่านการชะล้างเซลล์เป็นวัสดุแบบฉีดเพื่อสร้างกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อทดแทนกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียหายหรือตายไปนั้น มีข้อดีหรือข้อเสียอย่างไรเมื่อเทียบกับวัสดุฉีดแบบอื่น

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>
9. K. L. Fujimoto, Z. Ma, D. M. Nelson, R. Hashizume, J. Guan, K. Tobita, W. R. Wagner (2009) Biomaterials, 30(26), pp. 4357.
10. R. Mukherjee, J. A. Zavatzas, S. M. Saunders, J. E. McLean, L. B. Jeffords, C. Beck, R. E. Stroud, A. M. Leone, C. N. Koval, W. T. Rivers, S. Basu, A. Sheehy, G. Michal, F. G. Spinale (2008) Ann. Thorac. Surg., 86(4), pp. 1268.
11. J. Leor, S. Tuvia, V. Guetta, F. Manczur, D. Castel, U. Willenz, O. Petnehazy, N. Landa, M. S. Feinberg, E. Konen, O. Goitein, O. Tsur-Gang, M. Shaul, L. Klapper, S. Cohen (2009) J. Am. Coll. Cardiol., 54(11), pp. 1014.

หวาน ๆ มหันตภัย น้ำอัดลม น้ำตาล

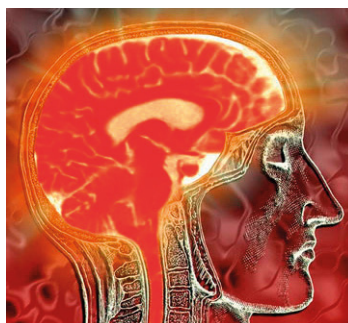


...ไม่ว่าอาหารชาติใด ๆ ก็ตาม จบอาหารควรต้องมีของหวานหรือเครื่องดื่มเย็นดับท้าย ของหวาน ๆ แบบไทย ๆ ไม่ว่าจะเป็นทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา ลอดช่อง หรือจะเป็นขนมปัง ขนมเค้ก ล้วนเป็นอาหารจานโปรดของใครหลาย ๆ คน...

แม้บางคนอาจจะบอกว่าไม่กินของหวาน แต่ทุกเช้าต้องดื่มกาแฟสดหวานมัน หรือโกโก้เย็น 1 แก้วใหญ่ ...แต่ ณ ตอนนี้เป็นที่พิสูจน์แล้วว่า ตัวการใหญ่ที่สำคัญที่เป็นปัญหาระดับโลกขณะนี้คือ “น้ำอัดลม” “เครื่องดื่มมีน้ำตาล”... ที่คิดว่าดื่มแล้วหวาน ชื่นใจทำให้เกิดโรคอ้วนทั้งในเด็ก และผู้ใหญ่

อ.พญ.ประพิมพ์พร (จันทวสินกุล)

จัตรานุกุลชัย หน่วยโภชนวิทยาและชีวเคมีทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และ ศ.นพ.ธีระวัฒน์ เหมะจุธา ศูนย์ปฏิบัติการโรคทางสมอง คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สะท้อนข้อมูลสุขภาพที่ต้องรับฟัง



ทั้งนี้อาจจะเป็นจากการที่ “น้ำตาล” หวานอยู่ในรูปของเหลวเป็นน้ำ ทำให้ไม่สามารถกระตุ้นศูนย์ในสมองที่ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ได้มากพอเพื่อให้อิ่ม ความอึดและจะได้หยุดกิน

และน้ำหวานเหล่านี้จะยิ่งก่อให้เกิดอ้วนรุนแรงขึ้นไปอีก

ในคนที่มีอินซูลินหรือรหัสพันธุกรรมสูงเสี่ยงต่อการอ้วนง่ายอยู่ด้วย เมื่อเวลาผ่านไปสถานการณ์จะเลวร้ายขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งจากตัวน้ำอัดลม น้ำหวานเอง และจากอาหารแป้ง ฟาสต์ฟู้ด ซึ่งนิยมกินด้วยกัน และยังพร้อมผัก ผลไม้ กาแฟ ไฟเบอร์ที่ช่วยด้านการดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่เลือด

“ทำให้น้ำตาลทะลักพรวดเข้าใน

ทันทีทันใด ก่อให้เกิดการตอบสนองของฮอร์โมนอินซูลินเพื่อควบคุมให้ระดับน้ำตาลคงที่ ไม่สูงเกินไปเป็นเบาหวาน แต่ถ้าภาวะนี้เกิดซ้ำซากจะเกิดการดื้ออินซูลินจนมีระดับสูงขึ้น ๆ และอ้วนมากขึ้นทุกที ๆ” คำถามยอดนิยมคือ กินหวานมาก ๆ จะเป็นเบาหวานหรือเปล่า จริง ๆ การกินหวาน

ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของโรคเบาหวาน แต่การที่ร่างกายเราได้รับน้ำตาลมาก ๆ นั้นเป็นสาเหตุทำให้ร่างกายเราได้รับพลังงานส่วนเกินมาก และความอ้วนนั่นเองที่จะทำให้โรคแสดงตัวออกมา

โดยถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในคนที่มีกรรมพันธุ์เบาหวานที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานขึ้น

คนอ้วนยังมีสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบมากในเลือด ทำให้เส้นเลือดหัวใจ เส้นเลือดสมองตีบเร็วกว่าอายุ แถมส่วนมากยังไปชอบอาหารไขมัน ซึ่งเมื่อรวมกับหวานจะทำให้กลไกกำจัดสารพิษอัลไซเมอร์ในสมองบกพร่อง เกิดมีการสะสมพิษ (unbound amyloid หรือ oligomer) มากขึ้น และสภาพดีเอ็นเออินซูลิน แม้ว่าจะระดับจะสูงในเลือดแต่ในสมองกลับลดลง ซึ่งอินซูลินมีความสำคัญอย่างยิ่งในการคงสภาพการทำงานของสมอง

ทั้งนี้ พบว่าคนอ้วนจะมีสมองหดฝ่อมากและเร็วกว่าคนไม่อ้วน ทราบหรือไม่ว่าน้ำตาลที่ได้รับจากเครื่องดื่มหวาน ๆ หรือน้ำอัดลม 1 แก้วนั้นอาจจะสูงถึง 12 ช้อนชาต่อแก้ว คำแนะนำสำหรับคนไทยนั้นควรกินน้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนชา แต่คนไทยผู้ชื่นชอบ



อาหารสัจจมีแนวโน้มบริโภคน้ำตาลเกินกว่านี้ประมาณ 3 เท่า

แล้วเราจำเป็นต้องการงดเว้นกินน้ำตาลไปเลยหรือไม่ คำตอบคือ ตามธรรมชาติรสหวานหรือน้ำตาลเป็นส่วนประกอบในวัตถุดิบในอาหารอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นผักผลไม้ ธัญพืช และถั่วต่าง ๆ หรือแม้แต่ขนมมันก็มีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบอยู่แล้ว ดังนั้น เราจึงไม่ควรเติมน้ำตาลเพิ่มเติมลงไปในการปรุงอาหารมากมายนัก

ข้อแตกต่างของการกินน้ำตาลหรือน้ำตาลที่เราปรุงแต่ง เทียบกับน้ำตาลที่เราได้รับจากธรรมชาติ คือการที่เราเติมน้ำผลไม้คั้นแยกกาก หรือดื่มเครื่องดื่มหวาน ๆ เช่น น้ำหวานหรือน้ำอัดลมจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเร็วกว่าเมื่อเทียบกับการกินผลไม้ทั้งผล

เนื่องจากการกินผลไม้สดนั้นจะมีส่วนของใยอาหารซึ่งจะเป็นตัวชะลอการดูดซึมน้ำตาลได้ช้าลง บางคนอาจคิดว่าเติมน้ำผลไม้แทนดีกว่าน่าจะไม่มีประโยชน์ แต่แท้จริงแล้วการเติมน้ำผลไม้ 1 แก้วมีคุณค่าทางอาหารน้อยกว่าการรับประทานผลไม้สดมาก เพราะการคั้นน้ำผลไม้จะออกมาทำให้เราไม่ได้รับใยอาหาร วิตามิน และเกลือแร่ก็จะสูญเสียไปในเวลาอันรวดเร็ว

นอกจากนั้นหากขั้นตอนการเตรียมไม่ถูกหลักอนามัย เราอาจจะได้รับเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดอาการติดเชื้อในทางเดินอาหารได้

การที่เราจะลดการบริโภคน้ำตาลลงได้นั้น ง่ายที่สุดคือ ลดปริมาณ หรือที่ถูกต้องคือเลิกดื่มเครื่องดื่มหวาน ๆ ไม่ว่าจะเป็นน้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้คั้นแยกกาก ชาเขียวรสน้ำผึ้ง นมรสหวาน หรือแม้แต่เนยเปรี้ยว ซึ่งมีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบมากมาย เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มเหล่านี้ 1 แก้วจะให้พลังงานสูงในเวลาอันรวดเร็ว แต่ไม่ทำให้เรารู้สึกอิ่ม จึงทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ผู้ที่เป็นเบาหวานก็จะควบคุมระดับน้ำตาลได้ยากกว่า เราจึงควรหันมารับประทานอาหารหวานตามธรรมชาติจะดีกว่าในแง่ที่ได้ประโยชน์มากกว่าทั้งวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหาร แต่อย่าลืมน้ำผลไม้สดทุกชนิดนั้นรับประทานแต่พอดีก็จะมีประโยชน์มาก แต่หากเรารับประทานมากเกินไป อาทิ ทูเรียน มะม่วงสุกแถมข้าวเหนียวก็จะได้สารอาหารหมู่คาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลมากเกินไปได้

ดังนั้น ทางสายกลางดีที่สุด

ที่นี้มาถึงประเด็นสำคัญ ไม่กินน้ำตาลแล้วกินน้ำผึ้ง แทนดีไหม รวมทั้งเครื่องดื่มหวานที่ย่านักหนาเวลาโฆษณา และข้างขวดเขียนว่าไขมัน 0% และไม่มีคอเลสเตอรอล แถมยังเลี้ยงว่าไม่มีน้ำตาล ซึ่งจริง ๆ คือไม่มีกลูโคส แต่กลับมีฟรุกโตสแทน จากการที่เรารู้ว่าดื่ม น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบมาก ๆ ส่งผลร้ายต่อสุขภาพ คนใช้จำนวนหนึ่งรวมถึงคนไข้

เบาหวานมักชอบมาถามเป็นประจำว่า ไม่เคยเติมน้ำตาลในเครื่องดื่มแต่ใช้น้ำผึ้งแทน หรือในสูตรอาหารลดน้ำหนักที่มีอยู่มากมายหลายล้านสูตร มักบอกว่าการเติมน้ำผึ้ง ซึ่งอาจจะผสมด้วยน้ำมะนาวหรือน้ำส้มหมักจะสามารถลดน้ำหนักได้อย่างรวดเร็ว

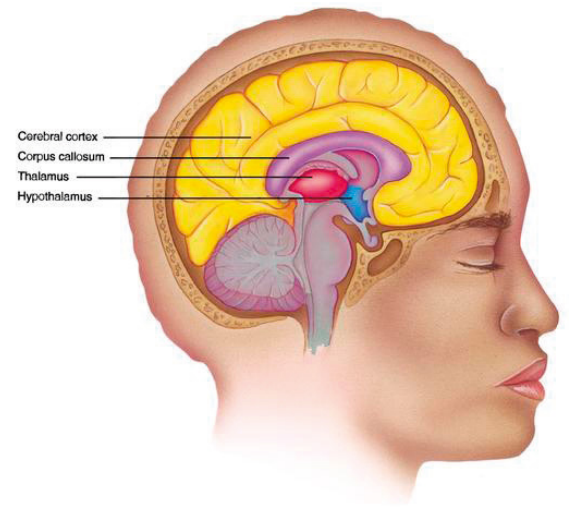


และไม่เติมน้ำอัดลมแต่ดื่มชาเขียว ชาขาวที่ไม่มีกลูโคส แต่มีน้ำตาลฟรุกโตส ทำไมกลับอ้วนขึ้น และคนที่เบาหวานระดับน้ำตาลกลับแย่หนักเข้าไปอีก

“น้ำผึ้ง” มีคุณสมบัติคล้ายน้ำเชื่อม แต่มีข้อดีกว่าตรงที่มีสารอาหารอื่น ๆ เป็นองค์ประกอบด้วย คือมีโปรตีนปริมาณเล็กน้อย มีวิตามินและแร่ธาตุเป็นองค์ประกอบด้วย

แต่องค์ประกอบหลักประมาณ 80% ของ “น้ำผึ้ง” ก็คือ “น้ำตาล” นั่นเอง

ดังนั้น ในแง่ของพลังงานที่ได้รับ หรือความอ้วนที่จะ



เกิดขึ้นนั้นไม่แตกต่างกันระหว่างน้ำผึ้งกับน้ำเชื่อมทั่ว ๆ ไป รสของน้ำผึ้งจะมีความหวานมากกว่าน้ำตาลทั่วไป เนื่องจากมีน้ำตาลฟรุกโตสเป็นองค์ประกอบอยู่ค่อนข้างมาก ฟรุกโตสหวานกว่าน้ำตาลกลูโคสประมาณ 1.3 เท่า ดังนั้น ถ้าอยากใช้น้ำผึ้งแทนน้ำตาลต้องลดปริมาณการเติมลง เพราะมันหวานกว่าน้ำตาลทั่วไป และเป็นคำตอบว่าทำไมกินน้ำหวาน ที่เสี่ยงว่าใช้ฟรุกโตสที่สกัดจากธรรมชาติแทนน้ำตาล 100% ยังกลับอ้วนเฉยเลย

ทั้งหมดเหล่านี้เป็นเรื่องของความหวานที่เป็นหวานเพชฌฆาต ภัยเงียบที่สร้างผลเสียกับสุขภาพคนไทย เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องรู้และต้องระวังที่ไม่ให้ความหวานซ่อนมิติมาทำร้ายเราได้นั่นเอง...

ปัสสาวะรดที่นอนในเด็ก



อาการปัสสาวะรดที่นอนเป็นความผิดปกติอย่างหนึ่งพบได้บ่อยในเด็กเมื่อเราจะถือว่าผิดปกติต่อเมื่อเด็กที่มีอายุเกิน 5 ปี แล้วมีอาการปัสสาวะรดที่นอนหรือเลื้อยผ้ามากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน อาการดังกล่าวทำให้เกิดความอึดอัดไม่สบายใจและบกพร่องต่อหน้าที่ และไม่ได้เป็นผลจากยาหรือโรคทางกาย

โดยทั่วไปเด็กอายุ 18 เดือน จะสามารถกลั้นปัสสาวะได้ชั่วขณะ เด็กอายุ 2 ปี พอที่จะสื่อให้ผู้ใหญ่ทราบเมื่อจะปัสสาวะ เด็กอายุ 3 ปี จะควบคุมปัสสาวะตอนกลางวันได้และสามารถรอที่จะไปถ่ายในที่ที่เหมาะสมโดยไม่มีปัสสาวะรด เมื่ออายุ 4 ปี เด็กจะควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในขณะหลับได้โดยไม่มีปัสสาวะรดที่นอน และเด็กสามารถกลั้นปัสสาวะได้นานขึ้น หากเด็กที่มีปัสสาวะรดที่นอนหลังอายุ 5 ปี มีอาการหลายครั้งและรบกวนบุคคลรอบข้าง ปัจจุบันอาการปัสสาวะรดที่นอนมักไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนแน่ชัด สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ความล่าช้าในพัฒนาการ ส่งผลต่อพัฒนาการด้านการขับถ่ายปัสสาวะ
2. พันธุกรรม พบว่าเด็กปัสสาวะรดที่นอนร้อยละ 75 มีพ่อแม่หรือญาติคนใดคนหนึ่งมีประวัติปัสสาวะรดที่นอน เด็กประมาณร้อยละ 45 มีพ่อหรือแม่มีประวัติปัสสาวะรดที่นอนมาก่อน
3. ความจุของกระเพาะปัสสาวะ มักพบว่าความจุของกระเพาะปัสสาวะในเด็กกลุ่มนี้น้อยกว่าปกติ และมีความไวต่อการถูกกระตุ้นมากกว่าปกติด้วย กระเพาะปัสสาวะจะบีบตัวขับปัสสาวะออกมาทั้ง ๆ ที่ยังเก็บปัสสาวะไม่เต็ม
4. ความผิดปกติของระดับฮอร์โมนในช่วงกลางคืนระดับ

ฮอร์โมน antidiuretic จะหลั่งออกมาน้อยกว่าปกติ ทำให้มีปริมาณปัสสาวะในตอนกลางคืนมากกว่าเด็กปกติ เด็กจึงปัสสาวะรดที่นอน

5. ปัจจัยทางจิตใจ เด็กที่มีแรงกดดันและมีความเครียดจะมีพฤติกรรมถดถอยและปัสสาวะรดได้ เช่น เด็กย้ายโรงเรียน มีน้องใหม่ ถูกทารุณกรรม เป็นต้น

6. การฝึกขับถ่ายที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ฝึกการขับถ่ายเลย หรือฝึกหัดขับถ่ายแต่เข้มงวดจนเกินไป จะทำให้เด็กมีปัญหাপัสสาวะรดที่นอนได้

การรักษาอาการปัสสาวะรดที่นอนดังกล่าวทำได้โดยการแก้ไขที่สาเหตุหากสามารถตรวจพบสาเหตุ กรณีที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน การรักษาได้แก่

1. การฝึกพฤติกรรมบำบัดแบบมีเงื่อนไข โดยใช้ alarm buzzer เช่น wet-stop, nytone ใช้ติดที่ขอบกางเกงในของเด็ก เมื่อมีปัสสาวะหยดจะมีเสียงดังปลุกให้เด็กตื่นขึ้นมา

2. วิธีการฝึกกลั้นปัสสาวะ (Bladder retention training) ได้ผลดีกรณีกระเพาะปัสสาวะเล็กและโรค persistent detrusor instability โดยให้เด็กกลั้นปัสสาวะ ไม่ให้เด็กไปถ่ายเมื่อปวดปัสสาวะ เริ่มต้นจากการกลั้นปัสสาวะหลังปวดปัสสาวะนาน 1 ชั่วโมง จากนั้นเพิ่มเวลานานขึ้นเป็น 1.5, 2, 3-4 ชั่วโมง ตามลำดับ อาจให้เด็กดื่มน้ำแล้วกลั้นปัสสาวะ

3. การรักษาทางยา ถ้าการรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัดไม่ได้ผลพิจารณาให้ยา ยาที่ใช้ได้ผลดีคือ imipramine

จากการรวบรวมข้อมูลในฐานข้อมูลเชิงประจักษ์พบรายงานวิจัย 16 งานวิจัย มีผู้ป่วยเด็กจำนวน 1,643 คน พบว่าการรักษาด้วยการใช้วิธีการฝึกกลั้นปัสสาวะ (Bladder retention training) พบว่าการฝึกการกลั้นปัสสาวะได้ผลดีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่รักษา และไม่พบการเกิดผลข้างเคียง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการฝึกพฤติกรรมบำบัดแบบมีเงื่อนไข โดยใช้ alarm buzzer หรือการกินยา พบว่าวิธีทั้งสองให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการฝึกกลั้นปัสสาวะอย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม แนะนำให้ใช้วิธีการฝึกกลั้นปัสสาวะ (Bladder retention training) เป็นการฝึกเบื้องต้นควบคู่กับการใช้วิธีอื่นด้วยเสมอ

กล่าวโดยสรุป การฝึกการกลั้นปัสสาวะควรแนะนำเป็นการรักษาแรกในเด็กที่มีปัญหাপัสสาวะรดที่นอน กรณีตรวจไม่พบสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ การรักษาด้วยการฝึกพฤติกรรมบำบัดหรือการใช้ยาให้พิจารณาเป็นการรักษาเสริมเพิ่มเติมจากการฝึกกลั้นปัสสาวะ

สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นในทางเดินหายใจ (Foreign Body in Respiratory Tract)

สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นในทางเดินหายใจ ระบาดวิทยา

สิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยที่สุดคืออาหาร โดยมากจะไม่สามารถเห็นได้จากการตรวจด้วยเอกซเรย์ การอุดกั้นทางเดินหายใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบได้บ่อยในเด็ก โดยเฉพาะช่วงอายุน้อยกว่า 2 ปี

โดย 75% ของผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 9 ปี อุบัติการณ์พบสูงสุดในช่วงอายุ 1-2 ปี และจะพบน้อยลงเมื่ออายุมากกว่า 3 ปี เนื่องจากเด็กในวัย 1-2 ปีนี้สามารถยื่นและใช้ปากในการสำรวจสิ่งของ นอกจากนี้ทักษะการใช้ fine motor ในการจับสิ่งของชิ้นเล็ก ๆ ได้ดี แต่ฟันกรามยังไม่พัฒนาให้สามารถเคี้ยวอาหารได้ดี จึงเกิดสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นในทางเดินหายใจได้บ่อย

สิ่งแปลกปลอมที่พบได้บ่อยสุดในเด็กเล็ก ได้แก่ อาหาร ในขณะที่สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นที่ไม่ใช่อาหารจะพบได้บ่อยกว่าในเด็กที่โตกว่า ได้แก่ เหรียญ คลิปหนีบกระดาษ เข็มหมุด ปลอกปากกา ลูกโป่ง ลูกบอล ลูกแก้ว และของเล่นอื่น ๆ

ปัจจัยที่ทำให้สิ่งแปลกปลอมนั้นอันตราย ได้แก่ เป็นวัตถุกลมโดยมักทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจโดยสมบูรณ์ วัตถุนั้นทำให้แตกได้ยาก วัตถุถูกบีบอัดได้ หรือวัตถุมีพื้นผิวเรียบและลื่น

ตำแหน่งที่พบสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นบ่อยจะแตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยในเด็กพบเพียง 50% ที่จะมีการอุดกั้นในทางเดินหายใจส่วนต้น เพราะโดยมากจะพบอุดกั้นใน bronchial tree มากกว่า แต่ถ้าวัตถุที่มีขนาดใหญ่และแหลมคม หรือขอบไม่เรียบก็อาจติดอยู่ที่ larynx ได้ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี

ตำแหน่งที่พบในทางเดินหายใจส่วนปลายของเด็กพบได้เท่า ๆ กัน ทั้ง 2 ข้าง ซ้ายและขวา เนื่องจาก bronchus ของเด็กทำมุมเท่า ๆ กัน ซึ่งต่างจากผู้ใหญ่ที่ข้างขวามีมุมแคบกว่า

ในผู้ใหญ่จะพบอุบัติการณ์สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นในทางเดินหายใจดังนี้

- ▶ Larynx: 3%
- ▶ Trachea/carina: 13%
- ▶ **Right lung: 60%** (52% in the main bronchus, 6% in the lower lobe bronchus, and < 1% in the middle lobe bronchus)
- ▶ Left lung: 23% (18% in the main bronchus and 5% in the lower bronchus)
- ▶ Bilateral: 2%

ส่วนในตำแหน่งใต้ต่อเส้นเสียง (subglottic) มักเกิดจากการพยายามเขี่ยสิ่งแปลกปลอมออกแล้วเกิดเลื่อนหลุดไปค้างอยู่ที่ subglottic area นั้นเอง ซึ่งจะทำให้ตรวจพบได้ช้าและการเอาออกก็ทำได้ยาก ซึ่งต้องอาศัยประวัติ

เพื่อแยกโรค Epiglottitis, Asthma หรือ Laryngotracheobronchitis ออกจากภาวะ subglottic foreign body

การซักประวัติ

ผู้ป่วยอาจมีอาการได้หลากหลาย ตั้งแต่อาการทางเดินหายใจเรื้อรังจนถึงมีอาการอุดกั้นเฉียบพลัน เช่น หายใจมีเสียงดัง, inspiratory stridor, อาเจียน และไอออกเลือด

วัตถุที่แหลมคมอาจติดอยู่ที่เส้นเสียง (vocal cord) หรือบริเวณใต้ต่อเส้นเสียง (subglottic) ซึ่งมักไม่เกิดการอุดกั้นโดยสมบูรณ์

ผู้ป่วยในกรณี penetrating trauma หรือ blast injuries อาจไม่รู้สึกรู้สีก่อนทำให้ตรวจไม่พบอาการของสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นเลยก็ได้

“cafe coronary” ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยสำลักอาหารและอาหารไปติดที่ hypopharynx หรือ trachea จนเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกขึ้นได้ จนกระทั่งมักถูกเข้าใจผิดว่าเป็นภาวะหัวใจขาดเลือด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดมักจะรู้สึกตัวและสามารถพูดเล่าอาการได้ชัดเจน ดังนั้น จึงทำให้แยกอาการของ 2 โรคนี้ออกจากกันได้

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้หากมีสิ่งแปลกปลอมติดค้าง เช่น retropharyngeal abscess และ atypical/recurrent pneumonia



การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยอาจตรวจพบเขียว (cyanosis) ได้ 10% (เด็กจะมี $O_2 \text{ Sat} < 95\%$) และอาจมีอาการไอบ่อย หายใจมีเสียงวี๊ดหรือหายใจลำบากได้ 25-37% ลักษณะอื่น ๆ ได้แก่ หายใจมีเสียง stridor หรือเสียงแหบ, sternal retractions นอกจากนี้ควรตรวจช่องปากในกรณีที่สงสัยว่าฟันของผู้ป่วยหลุดและตกลงไปในทางเดินหายใจ

ปอดข้างที่โดนอุดกั้นที่ตำแหน่ง bronchus จะมีลักษณะเป็น one way valve คือ มีลมเข้าได้แต่ออกไม่ได้ จึงทำให้ปอดขยายตัว (hyperexpanded) ซึ่งจะตรวจพบปอดข้างนั้นเคาะโปร่ง (hyperresonance to percussion) และพบเสียงหายใจเบาลง (decreased breath sound) ได้

อุบัติเหตุกรณีเกิดสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นใน trachea พบได้น้อย โดยจะพบมีอาการหายใจมีเสียง stridor, หายใจมีเสียงดังวี๊ด (wheeze) และหายใจลำบาก ส่วนสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นใน bronchus นั้นพบได้บ่อยที่สุดซึ่งจะมีอาการไอ หายใจมีเสียงวี๊ด ไอออกเลือด หายใจลำบาก และหอบเหนื่อย choking เสียงหายใจในปอดข้างนั้นเบาลง มีไข้ และเขียว (cyanosis)

ส่วนสิ่งแปลกปลอมขนาดใหญ่ก็มักอุดกั้นที่ larynx หรือถ้ามีการตีบทางหลอดลมก็อาจจะมีอาการที่เกี่ยวข้องกับหลอดอาหาร (esophagus) ได้

การส่งตรวจ

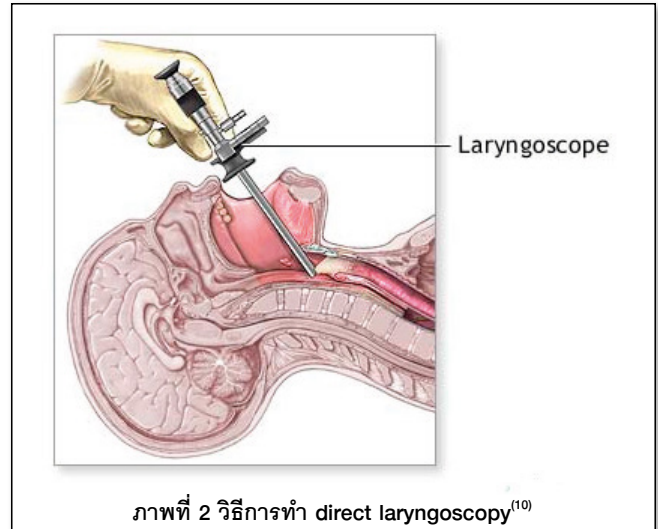
การตรวจหาสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจมีดังต่อไปนี้

- indirect laryngoscopy (ดังภาพที่ 1) มีประโยชน์ในการตรวจหาวัตถุไม่ทึบแสง (radiolucent structures)



ภาพที่ 1 วิธีการทำ indirect laryngoscopy⁽⁹⁾

- laryngoscopy หรือ nasopharyngoscopy (ดังภาพที่ 2) สามารถเห็นสิ่งแปลกปลอมได้ดีกว่า แต่จะทำเฉพาะเมื่อใส่ท่อหลอดลมได้แล้ว หรือสิ่งแปลกปลอมนั้นไม่กระทบต่อการหายใจ



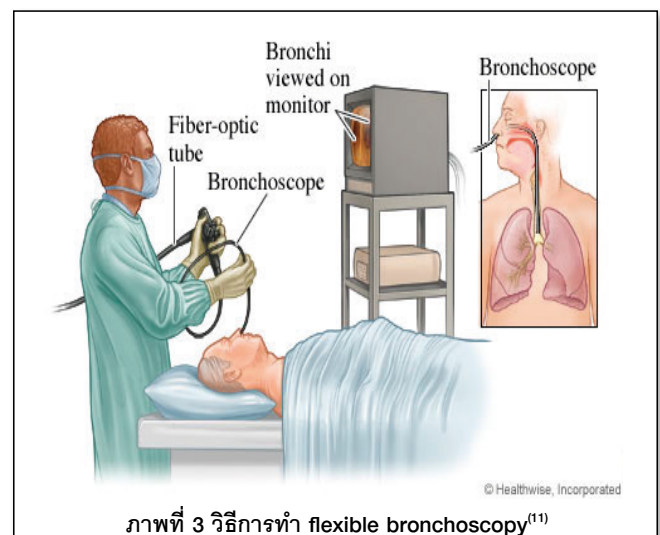
ภาพที่ 2 วิธีการทำ direct laryngoscopy⁽¹⁰⁾

- ในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ การส่งตรวจเอกซเรย์ของคอและปอดจะสามารถช่วยตรวจหาสิ่งแปลกปลอมได้ ดังนี้ air trapping และ atelectasis เป็น early sign พบได้มากที่สุด นอกจากนี้ก็อาจพบ narrowing of the subglottic space, bronchiectasis และ bronchial stenosis เกิดขึ้นภายหลัง ส่วนลักษณะที่พบ radiopaque จากฟิล์มพบได้น้อย

การดู air trapping เป็นการเทียบระหว่างฟิล์มในช่วงหายใจเข้าและออก ซึ่งปอดข้างที่มีการอุดกั้นจะไม่มีการยุบของกระบังลม รวมทั้งพบว่าหัวใจและ mediastinum เอียงไปข้างที่ปกติในช่วงหายใจออก

ลักษณะเหรียญที่เห็นจากฟิล์มสามารถบอกได้คร่าว ๆ ว่าเหรียญอยู่ในหลอดอาหารหรือ trachea โดย esophageal foreign bodies มักจะวางตัวในแนว coronal plane ในขณะที่ในทางเดินหายใจจะวางตัวในแนว sagittal plane

- bronchoscopy (ดังภาพที่ 3) เป็นการตรวจที่ดีที่สุดเนื่องจากสามารถทำการรักษาไปด้วยได้



ภาพที่ 3 วิธีการทำ flexible bronchoscopy⁽¹¹⁾

- helical CT จะเห็นสิ่งแปลกปลอมต่อเมื่อวัตถุนั้นมีความหนาแน่นมากกว่าเนื้อเยื่อรอบ ๆ

- Magnetic Resonance Imaging (MRI) การถ่ายภาพรังสีโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้านี้จะช่วยให้เห็นสารที่มีส่วนประกอบเป็นไขมันสูง เช่น ถั่ว ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก การที่แพทย์วินิจฉัยได้ช้าก็ทำให้สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจอยู่นานจนเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ขึ้น ได้แก่ การติดเชื้อและการอักเสบของทางเดินหายใจ ซึ่งทำให้มีอาการหายใจลำบาก หายใจเสียงดังวี๊ด ไอบ่อย หรือเป็นปอดติดเชื้อบ่อย ๆ (recurrent pneumonia) แม้ว่าผู้ป่วยที่มีสิ่งแปลกปลอมตกค้างในทางเดินหายใจค้างอยู่นั้นจะมีอาการดีขึ้นภายหลังได้รับยาฆ่าเชื้อ แต่ฟิล์มเอกซเรย์ก็ยังคงไม่ดีขึ้นตามไปด้วย

การรักษา

การส่องกล้องหลอดลม (early bronchoscopy) เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่จะเกิดต่อผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างมาก

หลักในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ มีดังนี้

1. ใช้มือช่วยเอาสิ่งแปลกปลอมที่อุดกั้นออก
2. ใช้ laryngoscope คีบเอาสิ่งแปลกปลอมออก
3. เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง (control the patient's airway)

อย่างไรก็ตาม หากการอุดกั้นไม่อยู่ลึกเกินไปและยังไม่อุดกั้นโดยสมบูรณ์ การใช้ laryngeal mask airway นั้นนอกจากจะช่วยเรื่องการหายใจของผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถใส่เครื่องมือ bronchoscope ไปได้พร้อม ๆ กัน เนื่องจากท่อของ laryngeal mask airway มีขนาดใหญ่เพียงพอ

ถ้ากระบวนการข้างต้นไม่สามารถทำได้อาจใช้วิธีดังต่อไปนี้

- ▶ ใช้ direct laryngoscope เพื่อสำรวจสิ่งแปลกปลอมและคีบออกด้วย Magill forceps
- ▶ ใส่ท่อหลอดลมและดันสิ่งแปลกปลอมลงไป โดยปกติจะหลุดไปติดที่ right main bronchus ตามกายวิภาค
- ▶ ผ่าเปิดหลอดลมคอ (surgical cricothyrotomy)
- ▶ needle cricothyroidotomy [percutaneous transtracheal ventilation (PTV)] เป็นการช่วยหายใจฉุกเฉินที่ทำในผู้ป่วยที่อายุ < 8-10 ปี โดยการใช้เข็มเจาะที่หลอดลมคอ ทั้งนี้เพราะการผ่าเปิดหลอดลมคอ (cricothyroidotomy) ในเด็กอายุน้อยจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ subglottic stenosis ได้

หัตถการที่ใช้ในการรักษาสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ

1. การส่องกล้องหลอดลม (Endoscopy)

- rigid bronchoscope (ดังภาพที่ 4) ใช้ในกรณีที่มี critical airway obstruction เนื่องจากมีขนาดท่อกว้างจึงสามารถช่วย

หายใจ (ventilate) ให้แก่ผู้ป่วยได้ และสะดวกต่อการสอดใส่เครื่องมือเพื่อใช้คีบ

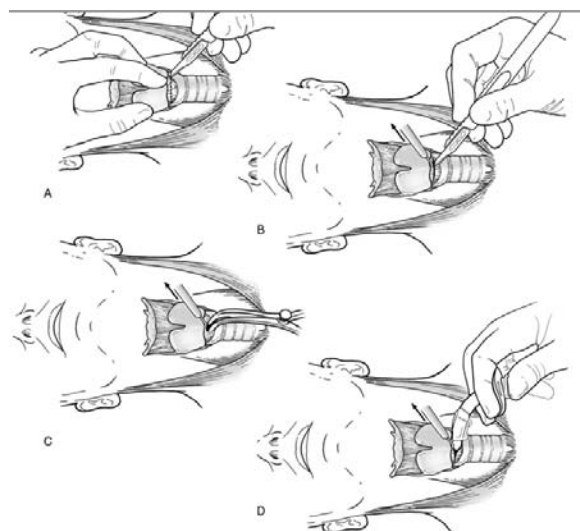


ภาพที่ 4 การทำ rigid bronchoscopy⁽¹²⁾

- flexible bronchoscope ใช้ในกรณีที่รุนแรงน้อยกว่าและสามารถทำได้ หรือสงสัยภาวะสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นน้อย เครื่องมือนี้มีประโยชน์ใน maxillofacial or cervical trauma เนื่องจากไม่สามารถทำ rigid bronchoscopy ได้ และสามารถลงไปได้ลึกถึงชั้น subsegmental bronchi แต่เครื่องมือนี้ก็มีข้อจำกัดเนื่องจากมีขนาดเล็ก มุมมองค่อนข้างแคบ ความสามารถในการหยิบจับทำได้จำกัด รวมทั้งยังเสี่ยงต่อการมีเลือดออก หลอดลมทะลุ ทำให้สิ่งแปลกปลอมแตกละเอียด หรือทำให้สิ่งแปลกปลอมหลุดเข้าไปใน subglottic area หรือ distal bronchus ได้

2. วิธีการผ่าเปิดหลอดลมคอ (Surgical Cricothyroidotomy)

ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 วิธีการผ่าเปิดหลอดลมคอ (Surgical Cricothyroidotomy)

แหล่งที่มา: Reichman EF, Simon RR. Emergency Medicine Procedures. <http://www.accessemergencymedicine.com>

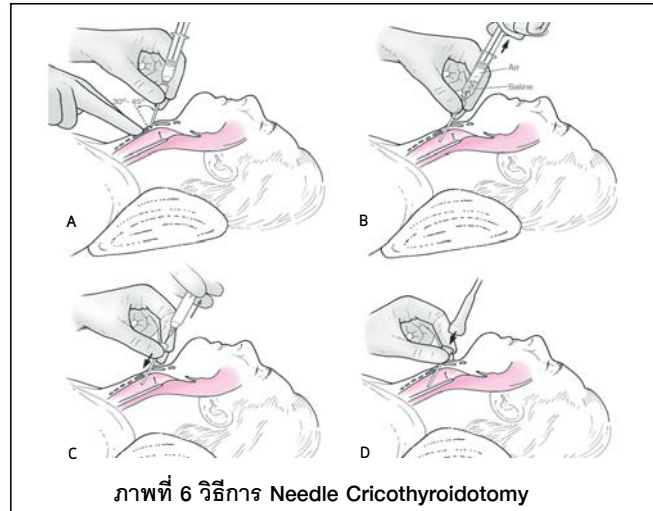
- ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดจับตึง cricothyroid membrane และลงมีดในแนวขวาง (transverse incision) ผ่านชั้นผิวหนัง, ชั้นไขมัน (subcutaneous tissue) และ cricothyroid membrane
- ใช้ tracheal hook ใส่เหนือใบมีด และเกี่ยวขอบล่างของ thyroid cartilage ดึงในแนว anteriorly และ superiorly เพื่อเปิด airway
- ใช้ Trousseau dilator เพื่อขยายแนวที่กรีด
- ใส่ tracheostomy tube ผ่าน cricothyroid membrane

3. Needle Cricothyroidotomy [Percutaneous transtracheal ventilation (PTV)] ดังภาพที่ 6

เมื่อมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

- ▶ เมื่อการช่วยหายใจด้วย Bag-valve-mask ventilation โดยใช้ Oxygen 100% แล้วยังไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย และ
- ▶ ไม่สามารถใช้ LMA และ
- ▶ ไม่สามารถใส่ท่อหลอดลม (endotracheal tube) เช่น ใส่ผิดพลาดมากกว่า 3 ครั้ง หรือใช้เวลามากกว่า 10 นาทีในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยหายใจได้ (not ventilated)

อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ยังมีข้อดีน้อยกว่าการใส่ท่อหลอดลม (endotracheal tube) เนื่องจากทำให้เกิดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์คั่งได้ ดังนั้น ระยะเวลาที่ใช้วิธีนี้ได้ค่อนข้างสั้น ควรใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ข้างต้นเท่านั้น และไม่ควรใช้เวลาเกิน 45 นาที



ภาพที่ 6 วิธีการ Needle Cricothyroidotomy

แหล่งที่มา: Reichman EF, Simon RR. Emergency Medicine Procedures. <http://www.accessemergencymedicine.com>

วิธีการทำ needle cricothyroidotomy

- เตรียม catheter เบอร์ 12-16 และ syringe 3 มล. ที่มีน้ำเกลืออยู่ภายใน จากนั้นแทงเข็มทำมุม 30-45 องศา และเอียงไปทางด้านล่าง
- ดึง negative pressure จนกระทั่งได้ฟองอากาศเพื่อยืนยันว่าเข็มเข้าสู่ trachea
- ดันปลอกเข็มจนขีดผิวหนังและดึงเข็มพร้อมทั้ง syringe ออกมา
- ต่อกับเครื่อง high-pressure oxygen tubing หรือใช้ Ambu bag เพื่อช่วยหายใจ

สรุป

สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ถ้ามีอาการรุนแรงจนกระทบต่อการหายใจ แพทย์ควรทำการช่วยหายใจในเบื้องต้น จากนั้นจึงค่อยหาทางสืบเสาะสิ่งแปลกปลอมที่อุดกั้นออก แต่ถ้าอาการคงที่ก็ให้ทำการเอาสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นออกได้เลย โดยทั่วไปไม่นิยมปล่อยสิ่งแปลกปลอมค้างในทางเดินหายใจเพราะอาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมาภายหลังได้แก่ ฝีในปอด ปอดติดเชื้อบ่อย ๆ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- 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.
- 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.
- Up to date. Airway foreign bodies in children. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/airway-foreign-bodies-in-children> (accessed 1 June 2013).
- 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).
- T E Zimmers, S B Chan, P L Kouhoukos, H Mirande, Y Noy, B VanLeuven. Use of gas-forming agents in esophageal food impactions. Ann Emerg Med 1988;17(7):693-5.
- 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.
- Medscape. Foreign Body Aspiration. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/298940-overview> (accessed 1 June 2013).
- Nagy K. Cricothyroidotomy. In: Reichman EF, Simon RR (eds.) Emergency Medicine Procedures. 1st ed. USA: McGraw-Hill; 2004.
- Warner Giles, Orbridge Rogan. How to perform Indirect Laryngoscopy. Clinical Aids. Available from: <http://www.tmax.co.uk/clients/clinicalaids/>.
- Dugdale avid C., III, MD, Zieve David, MD, MHA. Laryngoscopy - series. AllRefer.com. Jan 10, 2009. Available from: <http://health.allrefer.com/pictures-images/laryngoscopy-series-3.html>.
- Thompson E. Gregory, MD, Cowie Robert L., MB, FCP(SA), MD. Bronchoscopy. Lung Disease & Respiratory Health Center. April 28, 2011. Available from: <http://www.webmd.com/lung/bronchoscopy>
- Rigid bronchoscope. Bronchotraining-equipment. Available from: <http://www.bronchotraining.org/spip.php?article32>.

Once-daily
JanuviaTM
(sitagliptin, MSD)

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

**Enhancing incretins.
Enhancing physiologic control.**

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

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

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

Before initiating therapy, please consult the full Prescribing Information.

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

References

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

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF JANUVIATM

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



MSD (Thailand) Ltd.

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

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

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

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ. 1065/2552

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



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

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

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

In clinical studies,

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

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

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

References:

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

Before prescribing, please consult the Enclosed full prescribing Information.

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

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF JANUMET™

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

บาดแผลจำนวนมากตามร่างกายก็มีสาเหตุตาย : รายงานผู้ตาย 1 ราย

Multiple Wounds Along The Body Might
Not Be The Cause Of Death :
A Case Report

การดูศพแต่เพียงภายนอกเท่านั้นไม่สามารถที่จะบอกได้ถึงสาเหตุการตาย เพราะในบางรายตรวจดูศพแล้วไม่เห็นมีบาดแผลหรือร่องรอยการบาดเจ็บแต่อย่างใด แต่เมื่อทำการตรวจศพอย่างละเอียด (ผ่าศพตรวจ) กลับพบว่ามีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในอย่างมาก ในทางกลับกันในบางศพที่พบว่ามีการบาดเจ็บตามร่างกายมากมายน่าจะเชื่อว่าจะต้องมีการบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในร่างกายแน่นอน แต่เมื่อตรวจศพอย่างละเอียดและผ่าศพตรวจด้วยกลับไม่พบว่ามีบาดเจ็บของอวัยวะภายในเลยก็มี การหาสาเหตุการตายจึงเป็นเรื่องทางนิติเวชศาสตร์โดยแท้ซึ่งถือได้ว่าเป็น “ศาสตร์ทางการแพทย์” ที่ช่วยเหลือในทางคดีอย่างมาก เพราะจะเป็นการให้ข้อเท็จจริงอย่างละเอียดโดยเฉพาะสาเหตุและยังอาจบอกถึงพฤติการณ์ (บางกรณี) ซึ่งการเห็น ดู หรือการตรวจแต่เพียงภายนอกไม่สามารถที่จะบอกอย่างแน่นอนได้

ในอดีตเคยมีคดีดังระดับประเทศ เช่น “คดีห้างทอง”¹ การตรวจพบบาดแผลหลายบาดแผลและยังมีบาดแผลที่น่าเชื่อถือว่าถูกทำร้ายจนถึงแก่ความตาย แต่เมื่อได้ทำการตรวจศพอย่างละเอียดโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านนิติเวชศาสตร์แล้วกลับพบในทางตรงข้าม เป็นต้น หรือในคดีอื่น ๆ อีกก็มี เช่น

ก. ไม่เห็นบาดแผลใดเลย แต่กลับตายโดยเหตุ “ถูกฆาตกรรม” เช่น ถูกวางยา

ข. บาดแผลน่าจะเป็นทางเข้าก็เป็นทางออก ส่วนบาดแผลที่น่าจะเป็นทางออกก็กลับเป็นทางเข้า

ค. บาดแผลที่หน้าผากเกิดในขณะที่ทำงานและล้มฟุบไปถึงแก่ความตาย (มีผู้เห็นชัดเจน) แต่กลับมีสาเหตุแห่งการตาย

ดังนั้น อาศัยหลักการทางนิติเวชศาสตร์ย่อมสามารถจะบอกเหตุแห่งการตายได้อย่างแท้จริงได้ หรืออย่างน้อยก็ลดจำนวนผู้ตายที่ไม่ทราบสาเหตุลงได้ ยิ่งหากเป็นรายที่เป็นการตั้งเรื่องทางคดีความก็จะเป็นการ

ให้ความยุติธรรมให้กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น “ฝ่ายผู้เสียชีวิต” หรือ “ฝ่ายที่ถูกกล่าวหาว่าทำให้ผู้อื่นเสียชีวิต” มาตรา 148² จึงถูกบัญญัติขึ้นเป็นมาตราหลักตามกฎหมายและสนับสนุนหลักการและหลักเกณฑ์ของ “งานด้านนิติเวชศาสตร์” ที่ต้องดำเนินการตั้งแต่มาตรา 150 มาตรา 151 และมาตรา 152 เพื่อให้ได้ถึงวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพตามมาตรา 154 นี้เอง ส่วนมาตรา 149 นั้นเป็นบทบัญญัติ “เสริม” เพื่อรักษา (preserve) ไว้ซึ่งการตรวจหาพยานหลักฐานให้เป็นไปอย่างสมบูรณ์และถูกต้องตามหลักวิชาการนั่นเอง

สำหรับผู้ที่มีความเห็นที่เป็นไปในทำนองที่คลาดเคลื่อนนั้น เช่น เห็นว่า “การตรวจศพไม่สำคัญ” โดยเฉพาะมีผู้ที่ (ไม่รู้จริง) กล่าวอ้างว่า “แพทย์ทำการผ่าศพอย่างพร่ำเพรื่อ” เป็นต้น น่าจะต้องทำความเข้าใจเสียใหม่กับ “งานทางด้านนิติเวชศาสตร์โดยแท้” ดังนั้น หากได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง “งานทางด้านนิติเวชศาสตร์” แล้วก็จะทำให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่ายโดยเฉพาะกับ “ผู้ที่ปฏิบัติงานทางด้านนิติเวชศาสตร์”

.....การตายที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะ ณ ที่ใด สิ่งแรกก็แพทย์ต้องคิดถึงก็คือ “เป็นการตายพิสดารฆาตหรือไม่” โดยต้องระลึกไว้เสมอว่า “หากเป็นการตายโดยยังมีปรากฏเหตุต้องถือว่าเป็นการตายพิสดารฆาตไว้ก่อน ตามมาตรา 148(5) นั้นเอง ซึ่งในรายนี้เห็นได้ชัดว่า ผู้ตายมีความผิดปกติหลายอย่างเกี่ยวกับการตายไม่ว่าจะเป็นท่าทางที่เสียชีวิต บาดแผลที่ปรากฏตามร่างกายจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อได้ทำการตรวจศพอย่างละเอียด (ผ่าศพตรวจ) แล้วก็พบว่าสาเหตุที่ทำให้ตายคือ “หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง” นั้นเอง

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ผู้ตายเป็นชายลักษณะมีหนวดเคราเข้าได้กับ “ชนชาติเอเชียใต้” เช่น อินเดีย เป็นต้น โดยมีทราบชื่อผู้ตายและถามคนที่อยู่ใกล้เคียงบริเวณที่พบศพก็ไม่มีใครยืนยันว่าเป็นใครหรือเป็นญาติของผู้ตาย (แต่ในขณะที่ทำการชันสูตรพลิกศพพบว่า มีผู้ที่มิใช่ลักษณะเชื้อชาติเดียวกับผู้ตายร้องห้ามร้องให้อย่างอาลัยกับการจากไปของผู้ตาย แต่เมื่อถามว่ารู้จักผู้ตายหรือไม่ กลับตอบว่า “ไม่ทราบ” เมื่อถามถึงชื่อก็ตอบ “ไม่ทราบ” ทำให้เกิดความน่าแปลกใจอย่างมากว่า ชุมชนนี้เหตุใดจึงไม่มีใครรู้จักผู้ตายเลยแต่กลับแสดงพฤติกรรมเสมือนกับรู้จักและอาลัยยิ่ง) ถูกพบว่านอน ณ ที่กองหินบริเวณก่อสร้างในลักษณะที่เข่าองทั้งสองข้างเสมือนกับว่าตายมาจากที่อื่นและสภาพแห่งแขนขาทั้งสอง

นั้นมีใช้สภาพแห่งการตาย ณ ที่ที่พบศพ (ภาพที่ 1)



ผู้ตายมีหนวดและเคราดก ผมสีดำ แสดงถึงน่าจะมีความเชื่อชาติทางเอเชียได้มากที่สุด เช่น อินเดีย ศรีลังกา หรือบังกลาเทศ เป็นต้น และเมื่อตรวจสอบสภาพของศพได้ผล ดังนี้

ตรวจสอบสภาพของศพ ณ ที่เกิดเหตุ/ที่พบศพ

- ศพชายอายุประมาณ 25 ปี รูปร่างสันทนต์สมส่วน ผิวอย่างชาวเอเชีย (เอเชียใต้)
- ผู้ตายสวมเสื้อแขนสั้นสีดำ คอกลม มีลายรูปกีตาร์ปักที่หน้าอกเสื้อ และสวมกางเกงขาสั้นลายคล้ายทหารพรางสีเขียว
- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกกลิ้งสู่เบื้องต่ำภายหลังเสียชีวิตที่หลังได้ชัดเจน
- ขาทั้งสองข้างงอเกือบตั้งฉาก สภาพที่แข็งงอของขาไม่น่าจะเกิดขึ้น ณ ที่ที่พบศพ (ภาพที่ 1)
- ตรวจพบบาดแผลอย่างคร่าว ๆ ดังต่อไปนี้
 - บาดแผลถลอกเป็นแนวที่แก้มด้านซ้ายยาว
 - บาดแผลฉ่าที่หลังหลายรอย มี 2 รอยเป็นแนวยาว เสมือนถูกกระทบด้วยของแข็งยาว
 - บาดแผลฉ่าที่ต้นขาซ้ายขนาดใหญ่ (ภาพที่ 2)



- บาดแผลฉ่าที่ก้นทั้งสองข้าง โดยข้างซ้ายมากกว่าทางด้านขวา (ภาพที่ 3)



- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียดตรง
- การให้สาเหตุตายเบื้องต้น ณ ที่ชันสูตรพลิกศพ “ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ”
- แนวทางการดำเนินการ

ต้องส่งศพเพื่อการตรวจต่ออย่างละเอียด (ทางนิติเวชศาสตร์) โดยพนักงานสอบสวนสถานีตำรวจที่ศพอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบได้ส่งมารับการตรวจต่อที่โรงพยาบาลศิริราช (ภาพที่ 4)

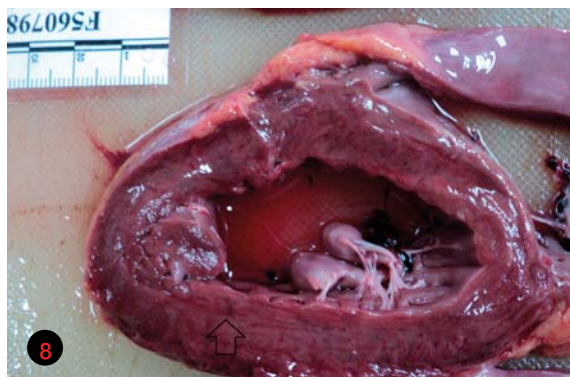
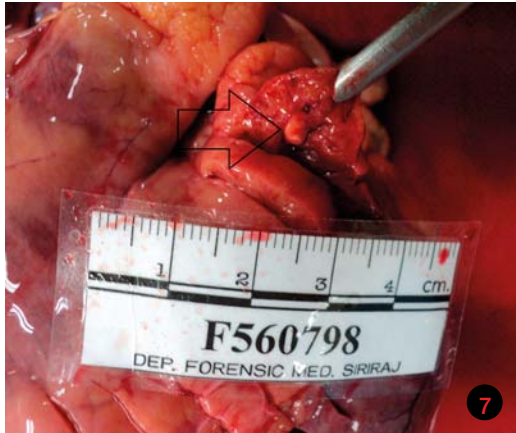
การผ่าศพตรวจ

ผู้ตายได้รับการตรวจศพภายนอกอย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่ง และพบว่ามีบาดแผลฟกช้ำตามร่างกายจำนวนมาก (ภาพที่ 5)



เมื่อทำการผ่าศพเพื่อตรวจหาสาเหตุการตายอย่างละเอียด ได้ผลการตรวจดังนี้

- บาดแผลฉ่าที่หน้าศีรษะส่วนหลังด้านขวาเยื้องไปทางด้านหลังเล็กน้อย
- เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (subarachnoid hemorrhage) บาง ๆ ที่บริเวณส่วนข้างด้านซ้ายของสมอง (ไม่มีนัยสำคัญ)
- กระดูกคอ กระดูกสันหลัง กระดูกซี่โครง และกระดูกอก อยู่ในสภาพปกติ
- ช่องอกและช่องท้องไม่พบลักษณะการบาดเจ็บ มีพยาธิสภาพ หรือมีเลือดออก (ภาพที่ 6)
- ปอดและอวัยวะต่าง ๆ ในช่องอกไม่พบมีเลือดออก
- หัวใจตรวจพบหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจด้านหน้า (anterior descending branch of left coronary artery, LAD) ตีบอย่างมากราวร้อยละ 90 (ภาพที่ 7)
- พบจุดเลือดออกในกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งแสดงถึงสภาพแห่งการขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างชัดเจน (ภาพที่ 8)



- ไม่พบเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ
- ตับ ม้าม ไต และอวัยวะในช่องท้องไม่พบพยาธิสภาพ การบาดเจ็บ หรือเลือดออก
- รอยขีดที่หลัง ต้นขาซ้าย และกัน เมื่อตรวจอย่างละเอียดพบว่าเป็นเพียงการขีดจากผิวหนังและกล้ามเนื้อเท่านั้น (การขีดเกิดจากการที่เส้นเลือดฝอยแตกออกมีเลือดไหลออกนอกหลอดเลือด ที่เรียกว่า “extravasation” นั่นเอง)
- ไม่พบน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ
- อวัยวะอื่นไม่พบพยาธิสภาพชัดเจน

สาเหตุตาย

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดหัวใจตีบอย่าง

มาก

พฤติการณ์ที่ตาย

เข้าได้กับการตายตามธรรมชาติ

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: เมื่อมีการตายเกิดขึ้น

ไม่ว่าจะตาย ณ ที่ใด หากอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์แล้ว สิ่งแรกที่แพทย์ท่านนั้นจะต้องพิจารณาก็คือ “เป็นการตายผิดธรรมชาติหรือตายตามธรรมชาติ” โดยต้องคิดถึงมาตรา 148 เสมอ หากสามารถตีตบะการต่าง ๆ ในมาตรา 148 ออกไปได้แล้วก็จะเข้าข่ายเป็น “การตายตามธรรมชาติ” นั่นเอง ซึ่งแนวทางในการดำเนินการจะเป็นอีกรูปแบบหนึ่งคือ “ไม่เป็นคดีความ” เลย

ประการที่ 2: สำหรับผู้ตายรายนี้ (กรณีอุทาหรณ์) มีประเด็นที่น่าสนใจ (ทางนิติเวชศาสตร์) ดังนี้

ข้อ 1: เมื่อชันสูตรพลิกศพ ณ ที่เกิดเหตุแล้วพบว่าผู้ตายมีบาดแผลจำนวนมาก

มาก โดยเฉพาะที่หลัง เอว และต้นขา **แสดงให้เห็นถึงบาดแผลที่ต้องถูกทำร้ายร่างกายมาอย่างแน่นนอน** และสภาพแห่งบาดแผลที่ฟกช้ำเช่นที่ปรากฏ “น่าจะมีอวัยวะภายในร่างกายบางส่วนได้รับอันตรายด้วย” เช่น อาจมีไตฉีกขาด หรือม้ามฉีกขาด ทำให้มีเลือดออกจำนวนมากในช่องท้องหรือหลังช่องท้องได้และเป็นสาเหตุแห่งการตาย

ข้อ 2: สภาพของศพที่พบว่า มีการงอของขา ในลักษณะเกือบตั้งฉากทั้งสองข้างนี้ (ภาพที่ 1) เชื่อว่า “การตายมิได้เกิดขึ้น ณ ที่ที่พบศพอย่างแน่นนอน เพราะหากเป็นการตาย ณ ที่ที่พบศพแล้ว สมควรที่แขนและขาจะต้องเหยียด รวบลงหาใช้การที่ขาตั้งฉากดังที่ปรากฏ เมื่อประกอบกันกับข้อ 1 แล้ว เห็นได้ชัดว่าการตายที่พบบ่อยต้องเป็นการตายที่เข้าข่ายคดีอาญาอย่างแน่นนอน” ซึ่งอาจเป็นการฆ่าคนตายโดยเจตนา (มาตรา 288 หรือ 289) หรือฆ่าคนตายโดยไม่เจตนา (มาตรา 290)

ข้อ 3: เมื่อนำศพเข้ามารับการตรวจต่อ (ผ่าศพตรวจ) แล้วกลับพบไปในทางตรงข้าม กล่าวคือ ไม่พบอันตรายหรือการบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในที่รุนแรงแต่อย่างใด มีเพียงสภาพการฟกช้ำของร่างกายจำนวนมากหลายตำแหน่งและซ้ำที่หนังศีรษะเล็กน้อยเท่านั้น แต่กลับพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตายที่แท้จริงคือ “**หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบอย่างมากถึงราวร้อยละ 90**” (ภาพที่ 7) อีกทั้งยังพบว่าในกล้ามเนื้อหัวใจมีจุดเลือดออกให้เห็นแสดงถึงการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างชัดเจน (ภาพที่ 8) จึงสามารถสรุปพฤติการณ์แห่งการตายรายนี้เป็น “**เหตุธรรมชาติ**” ส่วนบาดแผลฟกช้ำที่ผู้ตายอาจมีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกับผู้อื่นจนถึงขั้นถูกทำร้ายมานั้นเป็นบาดแผลไม่รุนแรงและมีใช่เป็นสาเหตุแห่งการตาย

หมายเหตุ

หากมิได้มีการตรวจศพอย่างละเอียดแล้วย่อมต้องสันนิษฐานสาเหตุการตายว่าเกิดจากบาดแผลตามร่างกายและอวัยวะภายในร่างกายได้รับอันตราย (บาดเจ็บ) อย่างแน่นนอน โดยเฉพาะที่ศีรษะ ในช่องอก หรือช่องท้อง

ข้อ 4: แม้ว่าสาเหตุการตายที่ตรวจพบในทางนิติเวชศาสตร์จะเป็นเหตุธรรมชาติ แต่สภาพแห่งศพ ณ ที่ที่พบศพยังเป็นที่น่าสงสัย (ที่ที่พบศพไม่น่าจะเป็นที่ที่ผู้ตายถึงแก่ความตาย) จึงสมควรเป็นหน้าที่ของเจ้าพนักงาน (พนักงานสอบสวน) ดำเนินการสืบสวนสอบสวนต่อเนื่อง

ข้อ 5: พฤติการณ์ที่ปรากฏเมื่อแพทย์ชันสูตร

พลิกศพ ฌ สถานที่ศพอยู่นั้น ได้เห็นสภาพของชุมชนที่มีลักษณะรูปร่างคล้ายผู้ตาย (เอเซียใต้) ทั้งหญิงและชาย อีกทั้งยังเห็นว่ามียาคนครัวสอยอย่างเห็นได้ชัด และบางคนถึงขนาดร้องไห้อย่างพุ่มพวย แต่เมื่อถามว่ามีใครเป็นญาติบ้าง กลับได้รับคำตอบว่า “ไม่มี” อีกทั้งเมื่อถามถึงชื่อของผู้ตาย ก็ไม่มีใครให้ชื่อของผู้ตาย (เสมือนกับว่าไม่มีญาติและไม่รู้จัก) ทำให้แพทย์ต้องลงรายละเอียดในบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพว่า “ชายไม่ทราบชื่อ” (สอดคล้องกับ “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” ที่พนักงานสอบสวนเขียนนำส่งให้กับแพทย์ที่โรงพยาบาลศิริราชเพื่อทำการตรวจศพอย่างละเอียด ตามมาตรา 152²) (ภาพที่ 4) ซึ่งเมื่อประมวลเหตุการณ์ทั้งหมดแล้วทำให้ทราบว่า ชุมชนของผู้เสียชีวิตนั้นมี “ผู้หลบหนีเข้าประเทศไทย” จำนวนมากจึงทำให้ไม่มีใครต้องการที่จะให้ประวัติของผู้ตายกับ “เจ้าพนักงาน” โดยเฉพาะพนักงานสอบสวน (ตำรวจ) และแพทย์ผู้ทำหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพ เพราะเมื่อให้รายละเอียดย่อมต้องถูกบันทึกไว้ว่า “เป็นผู้ที่ให้รายละเอียด” และหากผู้ให้ก้นี้เข้าประเทศด้วยแล้วก็จะกลับกลายเป็นว่า “มีความผิดอีกฐานความผิดหนึ่ง” จึงไม่มีผู้ใดกล้ากล่าวอ้างเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ตาย

ข้อ 6: อย่างไรก็ตาม เมื่อมีผู้มาขอรับศพผู้ตายผู้นั้นย่อมที่จะต้องแสดงฐานะแห่งตนว่าเป็น “ญาติ” และหากเข้าประเทศไทยต้องเป็นการเข้าประเทศโดยชอบด้วยกฎหมายไทยด้วย ส่วนการดำเนินการเกี่ยวกับศพของผู้ที่เข้าประเทศโดยมิชอบด้วยกฎหมายนั้นจำต้องดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อไป

ประการที่ 3: ภายหลังจากการชันสูตรพลิกศพซึ่งไม่แน่ชัดในสาเหตุแห่งการตาย

เมื่อแพทย์ต้องเข้าร่วมในการชันสูตรพลิกศพตามหน้าที่ (มาตรา 150)² และไม่สามารถให้สาเหตุการตายได้อย่างชัดเจน หรือ “**เชื่อว่ามิใช่การตายตาม**

ธรรมชาติหรือมีเหตุเพียงสงสัยว่าจะมิใช่การตายตามธรรมชาติแล้ว” แพทย์จะต้องไม่เพิกเฉยต่อการดำเนินการ “**ส่งศพเพื่อการตรวจต่อเสมอ**” ทั้งนี้ต้องถือเป็นไปตามเกณฑ์ของแพทยสภา^{4,5} หากตนเองสามารถตรวจศพต่อได้ก็ส่งศพมาตรวจ ณ สถานพยาบาลที่ตนเองประจำอยู่ แต่หากไม่อาจทำได้ก็ต้องส่งศพต่อไปยังพยาธิแพทย์หรือนิติพยาธิแพทย์หรือแพทย์ที่สามารถทำการตรวจศพและผ่าศพตรวจได้ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุแห่งการตายชัดเจนและแสดงถึงงานในหน้าที่แห่งตนว่า “**มิได้บกพร่องในฐานะการเป็นเจ้าพนักงาน**” (มาตรา 157 แห่งประมวลกฎหมายอาญา)³

ประการที่ 4: ผลการผ่าศพตรวจ

การผ่าศพตรวจทำให้แพทย์ได้ทราบถึงสาเหตุการตายอย่างชัดเจน ในรายนี้ตรวจพบว่าเส้นเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจด้านหน้าซ้าย (anterior descending branch of left coronary artery) ตีบมากกว่าร้อยละ 90 และอาจถือได้ว่ามีพยาธิสภาพเกือบตีบตันโดยตลอดก็ได้

ประเด็นสุดท้าย: หลักเกณฑ์ในทางนิติเวชศาสตร์ถือว่ามีความสำคัญที่สุด

การตายที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะ ณ ที่ใด สิ่งแรกที่แพทย์ต้องคิดถึงก็คือ “เป็นการตายผิดธรรมชาติหรือไม่” โดยต้องระลึกไว้เสมอว่า “หากเป็นการตายโดยยังมีปรากฏเหตุต้องถือว่าเป็นการตายผิดธรรมชาติไว้ก่อน ตามมาตรา 148(5) นั้นเอง” ซึ่งในรายนี้เห็นได้ชัดว่า ผู้ตายมีความผิดปกติหลายอย่างเกี่ยวกับการตายไม่ว่าจะเป็นท่าทางที่เสียชีวิต บาดแผลที่ปรากฏตามร่างกายจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อได้ทำการตรวจศพอย่างละเอียด (ผ่าศพตรวจ) แล้วก็พบว่าสาเหตุที่ทำให้ตายคือ “หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง” นั้นเอง

สรุป

เรื่องการตายผิดธรรมชาติที่กฎหมายกำหนดให้ต้องมีการชันสูตรพลิกศพนั้นมีความสำคัญยิ่ง เพราะการชันสูตรพลิกศพรวมถึงการนำศพมาเพื่อรับการตรวจต่ออย่างละเอียดย่อมจะทำให้สามารถบอกถึงสาเหตุการตาย (เป็นส่วนใหญ่) ได้ ยิ่งหากเป็นกรณีที่มีความสงสัยถึงพฤติการณ์แห่งการตายอันเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตายด้วยแล้ว ยิ่งต้องทำการตรวจอย่างละเอียด ซึ่งแม้ที่จริงแล้วการตายอาจมีสิ่งที่ได้สันนิษฐานไว้แต่แรกได้ เช่น ในรายผู้ตายกรณีอุทากรณีนี

เอกสารอ้างอิง

1. เปิดปมมรดกเลือด ตระกูลธรรมวัฒน์. <http://highlight.kapook.com/view/51757>
2. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
3. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>
4. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม 2555)”
5. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม 2555.

การคัดกรองโรคหัวใจในการกแรกเกิด: Research to Routine or Routine to Research?

เสนอใจ เห็นพระสวามี, สมบัติ สาราน, จันทนา กิติโรจน์กุล, อรุณ นิลสมบุญ, จิตพร ปานงาม
ศูนย์กุมารเวชกรรม รพ.ราชบุรี

ที่มา โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตเป็นกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือสวนหัวใจภายใน 1-2 เดือนแรกของชีวิต มิฉะนั้นจะทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนอายุ 1 ปีได้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ทราบสาเหตุไม่ทราบถึงสาเหตุของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในขณะแรกเกิดได้ เนื่องจากมีการตรวจคัดกรองโรคหัวใจ การให้บริการวินิจฉัยก่อนเกิดอาการจึงมีความสำคัญที่จะเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต ปัจจุบันมีงานประจักษ์ Pulse oximetry มาใช้ในการคัดกรองโรคหัวใจ ซึ่งประเทศไทยยังไม่ได้จัดเป็นมาตรฐานในการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด ราชบุรีจึงได้เริ่มมีการจัดระบบคัดกรองโรคหัวใจตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา

วัตถุประสงค์ 1) ค้นหาผู้ป่วยจากการคัดกรอง 2) ทบทวนผลการวินิจฉัยในการปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานประจำทีม ประสิทธิภาพ 3) ใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบคัดกรองโรคหัวใจในเครือข่าย

สรุปผล 2554

ของออกซิเจน (Oxygen saturation) และ (postductal) บริเวณขาขวา และ Echo ตรวจพบการผิดปกติของหัวใจพิการแต่กำเนิด 1 ราย



การคัดกรองโรคหัวใจในการกแรกเกิด ร.พ.ราชบุรี ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตเป็นกลุ่มโรคที่ต้องการการรักษาโดยการผ่าตัดหรือสวนหัวใจภายใน 1-2 เดือนแรกของชีวิต มิฉะนั้นจะทำให้เกิดการแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรีไม่สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สามารถสวนหัวใจหรือผ่าตัดหัวใจพิการซ้ำซ้อนในช่วงแรกเกิดได้ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคแล้ว การให้การวินิจฉัยก่อนเกิดอาการจึงมีความสำคัญที่จะเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต ปัจจุบันมีบางประเทศนำ Pulse oximeter มาใช้ในการคัดกรองโรคกลุ่มนี้ ซึ่งประเทศไทยยังไม่ได้จัดเป็นการตรวจมาตรฐานในการกแรกเกิดทุกราย

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวจึงเป็นจุดเริ่มต้นให้ พญ.เสมอใจ เห็นประเสริฐแท้ กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี และทีมวิจัย จึงได้เริ่มมีการจัดตั้งระบบคัดกรองโรคหัวใจตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา ในขณะนั้นยังไม่มีแนวทางมาตรฐานในการคัดกรองในช่วงแรกจึงวางระบบเป็นลักษณะงานวิจัย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อปรับเปลี่ยนระบบให้เหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1. ค้นหาผู้ป่วยจากการคัดกรอง 2. ทบทวนการที่เหมาะสมในการปฏิบัติให้เป็นงานประจำที่มีประสิทธิภาพ 3. ใช้เป็นข้อมูลจากประสบการณ์ตรงที่จะเผยแพร่ไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ในเครือข่าย

ระเบียบวิธีวิจัย

คัดกรองโดยใช้การตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (Oxygen saturation) ที่มือขวา (Preductal site) และขา

(Postductal site) เมื่อทารกอายุครบ 24 ชั่วโมง นอกเหนือจากการตรวจร่างกายทั่วไปตามปกติของแพทย์ มีการตรวจยืนยันด้วย Echocardiography ในรายที่ผลการคัดกรองเป็นบวก ติดตามทารกที่ผลการคัดกรองเป็นลบเป็นเวลาอย่างน้อย 2 เดือน เพื่อวัดประสิทธิภาพของเครื่องมือคัดกรอง ประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการคัดกรองในช่วงเริ่มโครงการจากความครอบคลุมของการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายคือทารกแรกเกิดที่ยังไม่มีอาการแสดงของโรคหัวใจซึ่งส่วนใหญ่อยู่ก่อนมารดาที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด จะมีงานประจำที่ต้องดูแลทั้งมารดาและทารกค่อนข้างมาก และไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง การริเริ่มงานใหม่จึงต้องมีกระบวนการในการผลักดันให้เกิดความครอบคลุม ถูกต้อง ทันเวลา และต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

ตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงมกราคม พ.ศ. 2556 มีทารกที่ได้รับการคัดกรองทั้งสิ้น 3,517 คน คิดเป็นร้อยละ 79 ของกลุ่มเป้าหมาย พบอุบัติการณ์ของโรค 1.82 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ในโรงพยาบาลราชบุรี วินิจฉัยโรคจากการคัดกรอง 4 คน ทั้งหมดได้รับการส่งต่อและยังคงมีชีวิตอยู่ ประสิทธิภาพของเครื่องมือที่ใช้คัดกรองโดยวัดจากค่า sensitivity และ specificity เฉพาะจากการวัดค่า Oxygen saturation อย่างเดียวเท่ากับร้อยละ 75 และร้อยละ

94.7 เมื่อร่วมกับการตรวจร่างกายเท่ากับร้อยละ 100 และร้อยละ 93.6 ตามลำดับ พบอัตราการวัดซ้ำเพื่อยืนยันค่าผิดปกติ และรายงานแพทย์เพื่อตรวจยืนยันในช่วงแรกน้อย ซึ่งจะเป็นเป้าหมายในการพัฒนาในลำดับต่อไป (KPI ที่ตั้งไว้ 1. ความครอบคลุมของการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย 2. เทคนิคการวัดและยืนยันค่าผิดปกติ 3. ความครอบคลุมของการตรวจยืนยันในรายที่การคัดกรองให้ผลบวก)

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

1. ใช้ในการปฏิบัติงานจริงตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2554 มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการคัดกรอง การส่งต่อ การดูแลรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี และการติดตามอาการเมื่อกลับบ้าน 2. มีการเผยแพร่ไปยังโรงพยาบาลในเครือข่ายในการประชุมเครือข่ายทารกแรกเกิด 3. เข้าร่วมกับสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นโรงพยาบาลที่ร่วมเป็นแกนนำและเข้าร่วมในงานวิจัยระดับประเทศ

ด้วยความโดดเด่นของงานวิจัยซึ่งเป็นแนวคิดที่ดีในการนำเครื่องมือที่มีวิธีการใช้งานง่าย ๆ ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมาใช้คัดกรองโรคที่วินิจฉัยได้ยาก ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยและการทำงานของแพทย์ พยาบาล จึงทำให้ผลงาน “การคัดกรองโรคหัวใจในการกแรกเกิด” ได้รับ รางวัลผลงาน R2R ดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2556 ประเภทบริการระดับตติยภูมิ จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พญ.เสมอใจ กล่าวว่า รู้สึกภูมิใจที่ได้รับรางวัลในครั้งนี้ แต่งานนี้ไม่ได้สำเร็จด้วยตัวคนเดียว เป็นความสำเร็จของทีมที่มีความตั้งใจจริง มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในงานของตน และพยายามหาแนวทางที่จะช่วยแก้ปัญหา ประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยวิกฤตกุมารฯ และกุมารแพทย์โรคหัวใจ ที่ร่วมกันจัดตั้งระบบคัดกรองและระบบการทำงานที่เหมาะสม และเกิดกระบวนการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

“การคิดทำงานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในงานของเราเองจะเห็นผลลัพธ์ที่ค่อนข้างชัดเจนกว่ามากกว่าการที่จะพยายามไปอ่านเปเปอร์งานวิจัยที่ค่อนข้างเป็นวิทยาศาสตร์ เป็นวิชาการมากเกินไป เพราะบางทีเมื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติจริงอาจได้ผลไม่ชัดเจน แต่ถ้าเรามองจากหน้างานของเราเป็นหลักว่าปัญหาคืออะไร แล้วพยายามหางานวิจัย เรียนรู้จากงานวิจัยที่ตรงกับเรามากที่สุด จะได้ผลสำเร็จของงานที่บรรลุเป้าหมายและเป็นมากกว่างานวิจัย เพราะความสำเร็จนี้ได้เปลี่ยนแปลงคุณภาพงานของตนเอง และยังสร้างความภูมิใจในงานที่ตนเองได้อีกด้วย” พญ.เสมอใจ กล่าวทิ้งท้าย

กทม. ห่วงใยสุขภาพหญิงไทย สร้างความตระหนักรู้สู่การเปลี่ยนพฤติกรรม ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

เมื่อเร็ว ๆ นี้ ม.ร.ว.สุขุมพันธุ์ บริพัตร ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เป็นประธานในพิธีเปิด “โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เฉลิมพระเกียรติฯ 81 พรรษามหาราชินี” โดยมี นพ.สามารถ ตันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ พร้อมคณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับ ณ ห้องประชุมเทเวศรวงศ์วิวัฒน์ ชั้น 20 อาคารอนุสรณ์ 100 ปี โรงพยาบาลกลาง ภายในงานมีการเสวนาเรื่อง “ไขปัญหา มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก” โดยวิทยากรจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พร้อมด้วยกิจกรรม “เครื่องสำอางปลอดภัย” จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ความรู้เรื่องสารห้ามใช้ที่อาจมีอยู่ในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง



ม.ร.ว.สุขุมพันธุ์ บริพัตร ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เปิดโครงการ

ม.ร.ว.สุขุมพันธุ์ บริพัตร ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร กล่าวว่า โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เฉลิมพระเกียรติฯ 81 พรรษามหาราชินี ที่มีการจัดขึ้นในช่วงเดือนสิงหาคมที่ผ่านมา ณ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กทม. รวม 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินุรโร อุทิศ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และสามารถรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ในราคาพิเศษ เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ และตอกย้ำนโยบายด้านสุขภาพผู้หญิง (Women We Care 2013) รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเพื่อค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก ซึ่งจะช่วยลดอัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม อีกทั้งเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนและมุ่งสู่การเป็นเมืองสุขภาพดี ผู้คนมีความสุขตามนโยบายมหานครแห่งความสุขของกรุงเทพมหานคร

ในส่วนของการจัดบริการจะคำนึงถึงความสะดวกของผู้รับบริการเป็นสำคัญ โดยเน้นการตรวจแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จภายในโรงพยาบาล และส่งต่อในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ เพื่อรับการตรวจเพิ่มเติมกรณีพบความผิดปกติในการตรวจคัดกรองเบื้องต้น โดยเจ้าหน้าที่จะนัดหมายและส่งต่อเพื่อรับการตรวจให้เป็นกรณีพิเศษ ดังนี้ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี และโรงพยาบาลศิริราช ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตากสิน, โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินุรโร อุทิศ ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ด้าน นพ.สามารถ ตันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ กล่าวว่า ปัจจุบันโรคมะเร็งนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศไทย ทำให้เกิดการสูญเสียของประชากรก่อนวัยอันควร และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลสถิติสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (IARC) ระบุว่า โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงอันดับ 1 คือ มะเร็งเต้านม และอันดับ 2 คือ มะเร็งปากมดลูก ซึ่งทั้งสองโรคนี้สามารถป้องกันและรักษาให้หายได้หากพบในระยะแรกเริ่ม ซึ่งการตรวจคัดกรองร่วมกับการฉีดวัคซีนป้องกันนับว่าเป็นวิธีการป้องกันที่ดีที่สุด



ดร.วิทิตา ธีรพัตน์

ดร.นพ.วิทิตา ธีรพัตน์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้เผยถึงข้อมูลสถิติโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2547 ที่ระบุไว้ว่า พบหญิงไทยเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 6,243 คน และมีผู้เสียชีวิตในปีดังกล่าว 2,620 คน หรือเฉลี่ย 7 คนต่อวัน ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 พบตัวเลขหญิงไทยป่วยเป็นโรคนี้น่าทึ่งยิ่งขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ต่อปีเพิ่มเป็น 9,999 คน และเสียชีวิตในปีดังกล่าว 5,212 คน หรือเฉลี่ยวันละ 14 คน ซึ่งถือว่าเป็นอุบัติการณ์ที่รุนแรงของไทย

ดร.นพ.วิทิตา กล่าวอีกว่า สาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อเอชพีวีชนิดก่อมะเร็งที่ติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้น เพศสัมพันธ์จึงเป็นกระบวนการที่ทำให้ติดเชื้อเอชพีวีที่พบบ่อยและง่ายที่สุด แท้จริงแล้วเชื้อเอชพีวีมีอยู่มากกว่า 200 สายพันธุ์ แต่ชนิดที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีประมาณ 15 สายพันธุ์ โดยสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสาเหตุประมาณ 70% และสายพันธุ์ที่เหลืออีก 30% ซึ่งเนื้อเยื่อของมะเร็งปากมดลูกที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชพีวีจะมี 2 ชนิดคือ เนื้อเยื่อชนิดผิวเรียบคล้ายเป็นเกล็ด (Squamous Cells Carcinoma) ที่พบบ่อยกว่า และเนื้อเยื่อชนิดผิวเป็นต่อม (Adenocarcinoma)

จากสถิติพบว่า 50% ของผู้หญิงมีโอกาสติดเชื้อเอชพีวีภายใน 2-3 ปีแรก ที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ และสามารถติดเชื้อซ้ำ ๆ ได้ตลอด แม้จะมีคู่นอนเพียงคนเดียว การตรวจหา มะเร็งปากมดลูกจึงถือเป็นเรื่องที่สำคัญ สำหรับสตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้วทุกช่วงอายุและที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์แต่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ควรได้

รับการตรวจภายในหามะเร็งปากมดลูกปีละ 1 ครั้งอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการตรวจคัดกรองในปัจจุบันส่วนใหญ่มีโอกาสพลาดการตรวจพบ มะเร็งชนิดนี้ต่อไปได้ แม้ว่าจะพบน้อยกว่าก็ตาม แต่อันตรายและการรักษายุ่งยากกว่าชนิดนี้เป็นอย่างมาก

รศ.นพ.วิทยา กล่าวต่ออีกว่า กรณีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกปรากฏอยู่บนแผ่นแก้วที่ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกแน่นอน และเพื่อยืนยันว่า เซลล์ผิดปกติที่น่าจะเกิดจากโรคมะเร็งปากมดลูกจริง แพทย์จะทำการตรวจให้ละเอียดยิ่งขึ้น ซึ่งวิธีที่นิยมทำกันมากที่สุดและเชื่อถือได้มากที่สุดก็คือ **การใช้กล้องส่องตรวจปากมดลูก** ในทางการแพทย์เรียกว่า **Colposcopy** และหากผลการตรวจยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจริง ก็ต้องเข้าสู่ขั้นตอนการรักษาต่อไป

การรักษามะเร็งปากมดลูก ถ้ารักษาในระยะก่อนลุกลามจัดเป็นการรักษาที่ค่อนข้างง่ายและไม่ซับซ้อน คือการผ่าตัดแค่ปากมดลูก หรือตัดมดลูกทิ้งก็เพียงพอแล้ว แต่ในกรณีที่มะเร็งในระยะลุกลามแล้ว ความยากของการรักษาจะเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ ต้องทำการผ่าตัดโดยใช้มีดอัมมสูง เพราะมักจะตัดทั้งมดลูก เนื้อเยื่อข้างมดลูก แล้วยังต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออกด้วย เพื่อตัดช่องทางการกระจายของมะเร็ง และอาจต้องเสริมการรักษาด้วยการฉายแสงหรือให้เคมีบำบัด หรือให้การรักษาทั้งสองอย่างร่วมกัน ซึ่งการรักษาเช่นนี้มักจะทำให้ผู้ป่วยส่วนมากได้รับผลข้างเคียงจากการฉายแสง เช่น ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเป็นเลือด ชีดจากการเสียเลือด มีการติดเชื้อที่รุนแรงในทางเดินปัสสาวะและลำไส้ใหญ่ หรืออาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้



นพ.สืบบงศ์ จุฑากลิษฐ์

“วิธีการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชพีวี อันดับแรกคือ ควรเข้ารับการตรวจคัดกรอง เช่น แปปสเมียร์ เพื่อตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก ในระยะแรกก่อนลุกลามเป็นมะเร็งแนะนำให้ตรวจเป็นประจำทุกปีเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์แล้ว หากพบความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ จะมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ และอีกวิธีที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ นั่นคือการฉีดวัคซีนเอชพีวี เพื่อป้องกันที่ต้นเหตุของมะเร็ง จากข้อมูลการศึกษาถึงประสิทธิภาพของวัคซีนเอชพีวีพบว่า วัคซีนมีประสิทธิผลสูงมาก เนื่องจากการเติมสารเสริมกระตุ้นภูมิคุ้มกันบางชนิดเป็นส่วนประกอบของวัคซีน ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้อยู่ในระดับสูงและออกฤทธิ์ได้นาน” **รศ.นพ.วิทยา** กล่าว

วัคซีนเอชพีวีมีประโยชน์สูงสุดเมื่อให้ในผู้หญิงที่ไม่เคยติดเชื้อเอชพีวีมาก่อน ซึ่งส่วนใหญ่คือก่อนการมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม วัคซีนยังมีประโยชน์ในผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์หรือติดเชื้อเอชพีวีแล้ว โดยจะได้รับประโยชน์จากการป้องกันสายพันธุ์ที่ยังไม่ติดเชื้อ หรือสามารถป้องกันการติดเชื้อซ้ำได้

ด้าน **นพ.สืบบงศ์ จุฑากลิษฐ์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล** เผยว่า จากการสำรวจด้านสุขภาพของผู้หญิงทั่วโลกพบผู้หญิงป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม 1.3 ล้านคนต่อปี และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม 4 แสนคนต่อปี ส่วนตัวเลขในไทยพบผู้หญิงป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม 1-1.3 หมื่นคนต่อปี และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม 4 พันคนต่อปี และยังไม่รู้ถึงสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

กรณีที่ตรวจพบเชื้อมะเร็งเต้านมในระยะแรก ส่วนใหญ่แล้วแพทย์ผู้ให้การรักษาเลือกวิธีผ่าตัดนำก้อนเนื้อออก และนำก้อนเนื้อนั้นไปวิเคราะห์ชนิดของเชื้อมะเร็งว่าเป็นชนิดที่มีโอกาสเกิดซ้ำได้หรือไม่ ในบางรายอาจต้องให้การรักษาอื่น ๆ เสริม เช่น การทำเคมีบำบัด, การฉายรังสี เป็นต้น 80% ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 สามารถอยู่ต่อไปเป็น 10 ปี โดยไม่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง และการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละคนด้วย

มะเร็งเต้านมมักเกิดที่บริเวณท่อน้ำนม 85% และเกิดที่บริเวณต่อมน้ำนม 15% เมื่อเชื้อมะเร็งเริ่มทวีความรุนแรงมักลุกลามไปยังตับ กระดูก ปอด และสมอง ซึ่งยังส่งผลกระทบต่ออวัยวะส่วนต่าง ๆ เป็นอย่างมาก ดังนั้น การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมถือเป็นเรื่องจำเป็นที่ไม่ควรละเลย โดยในช่วงอายุ 20-34 ปี ควรตรวจด้วยตนเองทุกเดือน เมื่ออายุ 35-39 ปี ควรตรวจด้วยแมมโมแกรมเป็นพื้นฐาน โดยตรวจทุก 2 ปี หลังจากอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรตรวจด้วยแมมโมแกรมเป็นประจำทุกปีหรือตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนรายที่อยู่ในครอบครัวมีประวัติ ควรขอคำปรึกษาจากแพทย์ เพราะอาจต้องตรวจด้วยแมมโมแกรมเร็วกว่าปกติ **นพ.สืบบงศ์** กล่าว



ผู้ร่วมฟังเสวนา

อย่างไรก็ดี การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกถือเป็นเรื่องที่ไม่ควรละเลย ผู้หญิงส่วนใหญ่มักเชื่อกันว่า จะพยายามหลีกเลี่ยงการตรวจ โดยไม่ได้ตระหนักถึงผลร้ายที่จะตามมา หรือบางรายที่เคยตรวจแล้วแต่ไม่ได้ตรวจซ้ำอีกหลังจากที่เวลาผ่านไปนาน ก็อาจเป็นการเปิดโอกาสให้กับเชื้อมะเร็งที่แอบแฝงอยู่ลุกลามจนเกิดผลกระทบมากมายและยากที่จะรักษา เนื่องจากเชื้อที่แฝงตัวนั้นใช้เวลาเนิ่นนานกว่าจะแสดงอาการออกมาให้เห็น นี่คือการผลพวงที่ไม่ผู้หญิงจึงควรเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นประจำทุกปี



One Health : พนักกำลังเครือข่ายระดับวิทยา แก้ปัญหสุขภาพแนวใหม่ เพื่อนำสู่การมีสุขภาพหนึ่งเดียว

กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม องค์การภาคเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ เปิดโครงการ “พนักกำลังเครือข่ายระดับวิทยา แก้ปัญหาสุขภาพแนวใหม่ เพื่อนำสู่การมีสุขภาพหนึ่งเดียว” พร้อมพิธีลงนามในบันทึกความเข้าใจ (MOU) “การเสริมสร้างความเข้มแข็งงานระดับวิทยาด้านการเฝ้าระวังสอบสวนโรคอุบัติใหม่ และโรคจากการประกอบอาชีพของเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว”

นพ.ประสิทธิ์ ชัยวิรัตน์ ผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ในรอบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคอุบัติใหม่ทั้งในคนและในสัตว์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคติดต่อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือ SARS เริ่มจากประเทศจีนในปี พ.ศ. 2546 ตามด้วยไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในปี พ.ศ. 2546 จากประเทศจีน ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 ในปี พ.ศ. 2552 จากประเทศสหรัฐอเมริกา โรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H7N9 ปลายปี พ.ศ. 2555 ในประเทศจีน และล่าสุดคือโรคติดต่อทางเดินหายใจ Middle East Respiratory Syndrome จากเชื้อ Corona Virus จากประเทศทางตะวันออกกลางเมื่อกลางปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยก็ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคเหล่านี้เช่นกันกับประเทศอื่น ๆ จากการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน งบประมาณของประเทศชาติเพื่อจัดซื้อเวชภัณฑ์วัสดุอุปกรณ์ในการรักษา ป้องกันและควบคุมโรค และส่วนหนึ่งเพื่อการชดเชยในการทำลายสัตว์เลี้ยงของประชาชนรอบ ๆ บริเวณที่เกิดโรค

จากเหตุการณ์ที่ผ่านมาจะเห็นว่าการหยุดยั้งการระบาดของโรคอุบัติใหม่แต่ละครั้งต้องอาศัยความร่วมมือในการทำงานอย่างเข้มแข็งของหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชนในทุกระดับตั้งแต่ระดับนานาชาติ ระดับประเทศ ทั้งส่วนกลาง ภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคน สัตว์เลี้ยง สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องเร่งเสริมสร้างความร่วมมือด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น จากต้นทุนที่เริ่มมาดีอยู่แล้ว เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมเฝ้าระวังสอบสวนและตอบโต้สถานการณ์โรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นอีก ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ซึ่งเป็นการพัฒนางานสัตวแพทย์สาธารณสุขที่ดำเนินงานมาแล้ว เพื่อให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้นและครอบคลุมทุกเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ด้าน ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า ประเทศไทยมีการเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมเฝ้าระวังสอบสวนและตอบโต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนของประเทศที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่อำเภอและระดับจังหวัด ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว หรือ One Health ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคอย่างต่อเนื่อง โดยการทำงานร่วมกันในโครงการระดับวิทยาด้านการเฝ้าระวังสอบสวนโรคอุบัติใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2556-2559 ที่เกิดขึ้นจากความตระหนักในความสำคัญของโรคติดต่ออุบัติใหม่ และเน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน

ทั้งนี้ได้มีพิธีลงนามในบันทึกความเข้าใจ (MOU) “การเสริมสร้างความเข้มแข็งงานระดับวิทยาด้านการเฝ้าระวังสอบสวนโรคอุบัติใหม่และโรคจากการประกอบอาชีพของเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว” ซึ่งประกอบด้วย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักอนุรักษ์วิจัยและการศึกษา องค์การสวนสัตว์ในพระบรมราชูปถัมภ์ และผู้แทนเครือข่ายมหาวิทยาลัยสุขภาพหนึ่งเดียว ซึ่งความร่วมมือนี้จะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของการทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีเป้าหมายร่วมกันที่จะส่งเสริมสุขภาพคน สัตว์เลี้ยง สัตว์ป่า และทำให้สิ่งแวดล้อมมีความสมดุลตามธรรมชาติ ตลอดจนการปกป้องสุขภาพของประชาชนให้มีความปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพด้วย

สมิติเวช จับมือจุฬาฯ-สถาบันมะเร็ง ร่วมวิจัยตรวจมะเร็งปากมดลูกจากปัสสาวะ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ในผู้หญิงไทย รองจากมะเร็งเต้านม แต่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในผู้หญิงไทยมากเป็นอันดับ 1 พบในผู้หญิงช่วงอายุ 30-60 ปี จากข้อมูลล่าสุดของสถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก (GLOBOCAN 2008) พบว่า ในประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 10,000 คนต่อปี และในแต่ละปีมีผู้หญิงไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5,200 คน หรือเฉลี่ยวันละ 14 คน ทั้ง ๆ ที่มะเร็งปากมดลูกนั้นเป็นมะเร็งที่ป้องกันได้ สาเหตุหนึ่งมาจากความอายและไม่กล้าที่จะมาตรวจในวิธีเดิม ด้วยเหตุนี้ทางโรงพยาบาลสมิติเวชจึงได้ร่วมมือกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการทำวิจัยเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิโลมา หรือ HPV ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก จากปัสสาวะเป็นครั้งแรกในประเทศไทย หวังเป็นวิธีการใหม่ช่วยลดผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว

พญ.สมศิริ สกลสัตยาทร กรรมการผู้จัดการ และประธานเจ้าหน้าที่บริหารบริษัท สมิติเวช จำกัด (มหาชน) กล่าวว่า ความสำเร็จครั้งนี้ถือเป็นอีกหนึ่งความก้าวหน้าครั้งสำคัญในการแพทย์ไทยในการทำโครงการวิจัยตรวจหาไวรัส HPV ในปัสสาวะ เพื่อพัฒนาเทคนิคที่ใช้ในการตรวจหาเชื้อ HPV จากสิ่งส่งตรวจอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ที่ปายจากปากมดลูก ซึ่งก็คือเซลล์ที่ได้จากน้ำปัสสาวะนั้นเอง ที่สำคัญนวัตกรรมดังกล่าวนี้เป็นความพยายามครั้งแรกของวงการแพทย์ไทยที่จะนำไปสู่ก้าวสำคัญของการลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ด้วยความร่วมมือของทั้งภาครัฐและเอกชน คือสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลสมิติเวช



โดยมะเร็งปากมดลูก ถ้าตรวจพบในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลามสามารถรักษาได้ง่าย และหายขาดเกือบ 100% แต่หญิงไทยส่วนใหญ่พลาดโอกาสนั้น กว่าจะมาพบว่าตัวเองป่วยก็ลุกลามไปแล้ว สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความอาย และความกลัว วิธีการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV จากปัสสาวะนี้ถือเป็นความหวังใหม่ของหญิง ซึ่งทั้ง ๆ ที่ได้รับข้อมูลและทราบเรื่องการป้องกันโรคนี้จากสื่อต่าง ๆ แต่ยังอายและกลัวที่จะเข้ารับการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV และ Pap smear เป็นประจำทุกปี เชื่อว่านวัตกรรมใหม่นี้ถือได้ว่าเป็นก้าวแรกและก้าวสำคัญของผู้หญิงโดยเฉพาะในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีเปอร์เซ็นต์การเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงให้หันมาใส่ใจและเข้ารับการตรวจเชื้อ HPV ได้อย่างแน่นอน

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการวิจัยจะยืนยันว่าสามารถตรวจหาเชื้อไวรัส HPV จากปัสสาวะได้ แต่วิธีนี้ไม่ใช่วิธีที่มาทดแทนการตรวจ Pap smear เพียงแต่เป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประโยชน์มากสำหรับกลุ่มผู้หญิงที่กลัวหรืออาย และไม่ยอมเข้ารับการตรวจภายใน รวมทั้งยังจะทำให้ผู้หญิงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น และสามารถลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกลง สำหรับผู้ที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจ Pap smear เป็นประจำทุกปีโดยสูตินรีแพทย์อยู่แล้วนั้น วิธีการนี้คงไม่จำเป็น เพราะคุณได้รับการตรวจที่ดีที่สุดและแม่นยำที่สุดอยู่แล้ว

นอกจากภายในงานจะประกาศความสำเร็จของผลการวิจัย ยังได้มีการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันและความหวังใหม่ของสตรีไทยที่จะห่างไกลจากมะเร็งปากมดลูก โดย **นพ.ธีรวุฒิ คุณะเปรมะ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (NCI-National Cancer Institute)** และการเสวนาเรื่องทางเลือกในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งปากมดลูกและผู้เชี่ยวชาญด้านไวรัสวิทยา นำโดย **ศ.นพ.ยง ภู่วรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** ดำเนินการเสวนาโดย **ผศ.นพ.ไพโรจน์ จรรยาศักดิ์กุล แพทย์หัวหน้าศูนย์พยาธิและเวชฟิวิ โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ และ Medical Director, Clinical Services ของ N Health**



งานประชุมสมัชชานานาชาติ ICAAP 11 “เอดส์ลดให้เหลือศูนย์ได้ ด้วยการลงทุนในนวัตกรรม”



ดร.ว.พวง สิริวนารังสรรค์

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 376,690 ราย การรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การเจ็บป่วยและเสียชีวิตน้อยลง แต่ยังคงเป็นโรคเอดส์อยู่ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายลดเอดส์ให้เหลือศูนย์ (Getting to Zero) โดยมุ่งเน้น 3 ศูนย์ภายในปี พ.ศ. 2559 คือ 1. ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (New HIV Infections) 2. ไม่มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ (AIDS related Death) 3. ไม่มี การตีตราและเลือกปฏิบัติ (Discrimination) การลดเอดส์ให้เหลือศูนย์

นอกจากประเทศไทยแล้ว ทั่วโลกเองต่างก็ตื่นตัวในการรับมือกับปัญหาดังกล่าวเช่นกัน จึงได้เกิดความร่วมมือต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหา รวมทั้งภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิกที่ได้ดำเนินการอย่างเข้มแข็ง โดยปีนี้จัดให้มีการประชุมสมัชชานานาชาติเรื่องโรคเอดส์ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ครั้งที่ 11 (ICAAP 11) ซึ่งประเทศไทยได้รับเกียรติให้เป็นเจ้าภาพจัดงานในระหว่างวันที่ 18-22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กรุงเทพฯ โดยมีสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนรับเป็นเจ้าภาพหลัก และกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพร่วม พร้อมทั้งองค์กรต่าง ๆ ร่วมกันจัด และสนับสนุน

ด้าน ดร.พ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า การประชุมสมัชชานานาชาติ เรื่องโรคเอดส์ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก เรียกชื่อย่อว่า ICAAP จัดขึ้นเป็นประจำทุก 2 ปี สลับกับการประชุมเอดส์โลก เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าประชุมเอดส์โลก และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในการป้องกันและรักษา การจัดประชุม ICAAP นี้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) จัดมาได้ 20 กว่าปี นับเป็นการประชุมด้านเอชไอวี/เอดส์ที่ใหญ่ที่สุดในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก มีผู้เข้าประชุมมากกว่า 3,000 คน การจัดประชุม ICAAP ครั้งที่ 1-10 จัดที่กรุงแคนเบอร์รา ประเทศออสเตรเลีย, นิวเดลี ประเทศอินเดีย, เชียงใหม่ ประเทศไทย, มะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์, กัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย, เมลเบิร์น

ประเทศออสเตรเลีย, โกลเบ ประเทศญี่ปุ่น, โคโลมโบ ประเทศศรีลังกา, บาห์ลี ประเทศอินโดนีเซีย และปูซาน ประเทศเกาหลีใต้ ตามลำดับ

สำหรับในปีประเทศไทยได้รับการคัดเลือกจากคณะกรรมการของสมาคมโรคเอดส์ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ซึ่งผลการพิจารณาประเทศไทยได้ลำดับที่ 1 รองลงมาเป็นอินเดียและมาเก๊า เนื่องจากประเทศไทยมีสถานที่จัดงานประชุมสมัชชานานาชาติระดับโลกที่ดี ประกอบกับงานวิชาการด้านโรคเอดส์ ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานพัฒนาเทคโนโลยีด้านการป้องกัน การรักษา และการแก้ไขปัญหาเอดส์ตลอดเวลา และมีพื้นที่ตัวอย่างที่สามารถแก้ไขปัญหาเอดส์จนประสบผลสำเร็จอย่างถึง เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ และมีผู้สนใจจากประเทศต่าง ๆ มาขอศึกษาดูงานอีกจำนวนมาก

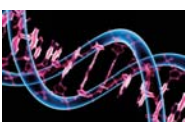
โดยการประชุมครั้งที่ 11 นี้ ใช้หัวข้อการประชุมว่า “Asia/Pacific Reaching Triple Zero : Investing in Innovation” แปลเป็นภาษาไทยว่า “เอเชียและแปซิฟิก: เอดส์ลดให้เหลือศูนย์ได้ ด้วยการลงทุนในนวัตกรรม” ซึ่งจะให้ความสำคัญกับนวัตกรรมและการเพิ่มการลงทุน และมุ่งมั่นที่จะผลักดันให้เกิดสามศูนย์ (Triple Zero) ในภูมิภาคนี้คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ และไม่มี การตีตราและเลือกปฏิบัติ สำหรับหัวข้อการประชุมมีหลายด้าน ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ มุ่งเน้นให้ผู้นำต่าง ๆ ให้การสนับสนุนนโยบายงบประมาณให้เกิดสามศูนย์ในภูมิภาค ด้านวิชาการ มุ่งหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเอดส์ และสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ด้านชุมชน เน้นให้เกิดการวิเคราะห์ สร้างสรรค์ เสริมสร้างเป้าหมายร่วมกัน ด้านเยาวชน เน้นให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการเชื่อมต่อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ได้ผล

ผู้สนใจเข้าร่วมประชุมสามารถลงทะเบียนตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ กลุ่มพัฒนาความร่วมมือและถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างประเทศ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โทรศัพท์ 0-2590-3362, 08-1735-2832 หรือสำนักงานเลขาธิการการจัดประชุม ICAAP 11 ซึ่งตั้งอยู่ที่สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน โทรศัพท์ 0-2229-4825 หรือดูรายละเอียดได้ที่ www.icaap11.org

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
30 ตุลาคม-1 พฤศจิกายน 2556 	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 32 ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ณ โรงแรมเลอ เมอริเดียน จ.เชียงใหม่	โทรสาร 0-2718-0717 www.rcopt.org
30 ตุลาคม-1 พฤศจิกายน 2556 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	การประชุมวิชาการสัญจร ครั้งที่ 25 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตรบัณฑิต 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
13-15 พฤศจิกายน 2556 	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	การประชุม "From Guidelines to Clinical Practice 2013" ณ ห้องประชุมตรีเพชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15	โทรศัพท์ 0-2419-5960, 5962 www.sirirajconference.com
21-22 พฤศจิกายน 2556 	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 41 พ.ศ. 2556 "ก้าวต่อไปของจิตเวชศาสตร์ในระบบสุขภาพไทย" ณ โรงแรมโกลเด้น ทิวลิป ซอฟเฟอริน	โทรศัพท์/โทรสาร 0-2640-4488 E-mail: rcpsych.th@gmail.com www.rcpsycht.org
23-24 พฤศจิกายน 2556 	สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย ร่วมกับมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย และสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย	การประชุมโรคมะเร็งสหสาขา 2556 TCC (Thai Collaborative Cancer) Meeting 2013 ณ โรงแรมเดอะชาวัน พัทยา 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.tscor.or.th, www.thastro.org
26-29 พฤศจิกายน 2556 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการครั้งที่ 28 และการประชุมสามัญประจำปี "Application, Evidence, Comprehension (AEC) in OB-GYN Practice 2013: Episode II" ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ศ.สุญญิวิชัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5721-22 โทรสาร 0-2716-5720 E-mail: pr_rtcog@rtcog.or.th, sc_rtcog@rtcog.or.th
27-29 พฤศจิกายน 2556 	ชมรมแพทย์ผิวหนังเด็กแห่งประเทศไทย	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 	อนุสาขา Sports Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	การอบรมเชิงปฏิบัติการ "Advanced Knee reconstructive course : New and innovation Cadaveric Workshop 2013" ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-2716-5438 E-mail: aunchaleej@rcost.or.th
28-29 พฤศจิกายน 2556 	กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	งานประชุมวิชาการ กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ครั้งที่ 4 ประจำปี 2556 "Common Pediatric Infectious Diseases and Preventative Medicine" ณ ห้องประชุมบุรพรัตน์ ชั้น 3 อาคาร "คุ้มเกล้า" โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.	โทรศัพท์ 0-2534-7306, 0-2534-7307 E-mail: jmekmullica@yahoo.com, fthitiporn@gmail.com

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

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
4-6 November 2013 	5 th Annual ADAPT Congress 2013	Cambridge, Massachusetts	United States of America	www.adaptcongress.com
7-8 November 2013 	Pharma Ed's Lyophilization Forum 2013	Philadelphia	United States of America	www.pharmaedresources.com
12-15 November 2013 	World CTC USA 2013	Boston, Massachusetts	United States of America	http://ctc-summit.com
16-17 November 2013 	9 th National Laser and Cosmetic Medicine Conference 2013	Sydney, New South Wales	Australia	www.dccconferences.com.au/lcmc2013/home
17-18 November 2013 	2013 International Conference on Pharmaceutical and Biological Sciences (ICPBS 2013)	Abu Dhabi	United Arab Emirates	www.icpbs.com
17-19 November 2013 	5 th Pan Arab Human Genetics Conference 2013	Dubai	United Arab Emirates	www.pahgc.org
25-26 November 2013 	11 th Annual Commercial Translation of Regenerative Medicine	London	United Kingdom	www.marcusevans-conferences-paneuropean.com/Renmed_confalert
26-27 November 2013 	Strategic Approaches to Healthcare Infection Prevention	Sydney	Australia	http://atnd.it/14cvINc
2-3 December 2013 	16 th Workshop on 'Biomedical Informatics and applied Tools & Techniques'	Sevagram, Wardha, Maharashtra	India	www.bicjbt-drc-mgims.in/future_events.html

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong 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



เปิดตัวบัตร Young Fit Club

นพ.ชาติร ติวงเนตร ประธานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการการแพทย์ บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ประธานคณะกรรมการศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ เปิดตัว ‘บัตรชีวิวัฒนะเพอร์เฟกต์ไดมอนที่ยังฟิตคลับ (Young Fit Club)’ เพื่อตอบสนองทุกไลฟ์สไตล์สำหรับคนวัย 60+ ที่รักสุขภาพ ภายใต้คอนเซ็ปต์ ‘Young Fit Club ให้ชีวิตยังทำอะไรได้มากกว่าที่คิด’ เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค ดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงวัยให้กลับมาใช้ชีวิตชีวา และใช้ชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพอีกครั้ง โดยมีผู้บริหาร อาทิ

พญ.เมธิณี ไหมแพง, น.อ.(พิเศษ) นพ.ไพศาล จันทรพิทักษ์ และทีมแพทย์จากศูนย์อายุรวัฒน์กรุงเทพ ร่วมเปิดงาน ณ โรงพยาบาลกรุงเทพ เมื่อไม่นานมานี้

เปิดตัวแบรนด์ อินเนอร์ไชน์ รูบิซิกเนเจอร์ เอสเซนซ์

ดร.ลักขณา ลีละยุทธโยธิน ประธานกรรมการบริหาร ฝ่ายผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ บริษัท เซเรบอส แปซิฟิก จำกัด แถลงข่าวเปิดตัวนวัตกรรมสุดล้ำ ‘แบรนด์ อินเนอร์ไชน์ รูบิซิกเนเจอร์ เอสเซนซ์’ นวัตกรรมสุดล้ำสานความมหัศจรรย์ของแอสตาแซนธิน สกัดจากสาหร่ายสแกนดิเนเวีย พร้อมผสมผสานคุณค่าจากธรรมชาติของไฮโดรไลซ์คอลลาเจนเปปไทด์และวิตามินซีโดยมี มิน-พิชญา วัฒนามนตรี ชูป’ตาร์คนสวยเป็นแบรนด์อินเนอร์ไชน์แอมบาสเดอร์คนแรก ในงานมีเชเลบริตี้ร่วมงานมากมาย อาทิ เล็ก-ณพากรณ์ ณรงค์เดช, ปอ-ศักรัญญา คักดิเดช ภานุพันธ์, หญิงแมงมูม-ม.ร.ว.ศรีคำรุ้ง รัตนกุล, เล็ก-กรกนก ยงสกุล และนายตุลย์ วงศ์ศุภสวัสดิ์ เป็นต้น ร่วมงาน ณ ห้องแกรนด์บอลรูม โรงแรมเดอะแกรนด์ มิลเลนเนียม สุขุมวิท เมื่อไม่นานมานี้



ไวทัลไลฟ์แอลองครสูบ 12 ปี

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวทัลไลฟ์ (Vitallife Wellness Center) ในเครือโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จัดงาน ฉลองครบรอบ 12 ปี ในการดำเนินงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์แห่งการป้องกันและชะลอวัย โดยมี มร.แอนโทนี จู๊ด ตัน (กลาง) ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัท ไวทัลไลฟ์ คอร์ปอเรชั่น พร้อมด้วย ผศ.นพ.พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์ (ขวาสุด) ผู้อำนวยการด้านการแพทย์ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวทัลไลฟ์, ดร.เทอริ กรอสแมน (ที่ 2 จากขวา) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ชะลอวัยชั้นนำ

จากสหรัฐอเมริกา ผู้อำนวยการด้านการแพทย์นานาชาติแห่งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวทัลไลฟ์, นพ.สมบุญ รุ่งพรชัย (ที่ 2 จากซ้าย) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ชะลอวัยและเวชศาสตร์การกีฬา ประจำศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวทัลไลฟ์ และคุณชัยลล โชควัฒนา (ซ้ายสุด) กรรมการผู้จัดการ บริษัท มังค์ โปรดักชั่น จำกัด ให้เกียรติมาร่วมแสดงความยินดี ณ ศูนย์ไวทัลไลฟ์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เมื่อไม่นานมานี้

รัฐ-เอกชนร่วมลงนาม MOU

พล.ต.นพ.นิวัฒน์ ภูมยีน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัฒนสถ พร้อมด้วย ศ.นพ.สุรพล อิศโรกรศีล ผู้อำนวยการศูนย์ปลูกถ่ายไขกระดูกจุฬารักษ์ โรงพยาบาลศิริราช, นพ.ชาติร ติวงเนตร ประธานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการการแพทย์ บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) และ มร.เคนท์ วอลล์เทอร์ ในนามคณะแพทย์จาก The University of Texas MD Anderson Cancer Center ประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมลงนาม MOU ในหัวข้อ ‘วิธีการรักษาโดยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด Stem Cell Transplantation’ เพื่อให้แพทย์ พยาบาล รวมถึงบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของทั้ง 3 องค์กรภาครัฐและเอกชนได้ทำงานร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลและเทคโนโลยีในการรักษาผู้ป่วย ข้อมูลเรื่องยา วิธีการรักษาใหม่ ๆ การส่งทีมบุคลากรทางการแพทย์ไปศึกษางาน และการวิจัยร่วมกันเกี่ยวกับโรคมะเร็งระบบโลหิต ณ โรงแรมปาร์ค นายเลิศ เมื่อไม่นานมานี้





**คู่มือการแพทย์
สัจจกรทั่วไทย
2556**

วารสารทางการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการทางการแพทย์สัจจกรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารทางการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารทางการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน โรงพยาบาลกลาง และรพช. ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อที่ดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณนาย

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ☐ 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.

SERETIDE™
salmeterol/fluticasone propionate

For moderate COPD, Seretide gives
immediate benefits from day one¹

and over the
years to come^{2,3}

Improvement in
lung function¹

and over the
years to come²⁻³

Improvement in
lung function¹

Improvement in
breathlessness¹

Delay disease progression²

Reduce exacerbation³

Improve health status³

Improve lung function³

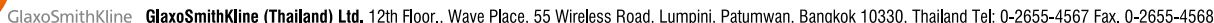
Reduce all cause mortality³

^aA 3-year, double-blind, placebo-controlled randomized, parallel-group study Research Supported by GlaxoSmithKline Placebo = Placebo BID, n=1,524 Salmeterol = Salmeterol 50 mcg BID, n=1,521 Fluticasone = Fluticasone 500 mcg BID, n=1,534 SFC = Salmeterol 50 mcg + Fluticasone 500 mcg BID, n=1,533 SFC delay disease progression by slow rate of decline in FEV1 16mL/year vs placebo (P<0.001), SFC reduce exacerbation 25% vs placebo (P<0.001), SFC improve QoL -3.1units vs placebo (P<0.001), SFC improve lung function 92mL vs placebo (P<0.001), SFC reduce all cause mortality 17.5% vs placebo (P=0.052)

[illegible]

References: 1. Vestbo J, Pauwels R, Anderson J A, et al. Early onset of effect of Salmeterol and fluticasone propionate in chronic obstructive pulmonary disease. *Therap* 2005;60:301-304. 2. Celli B, Thomas NE, Anderson JA, et al. Effect of Pharmacotherapy on Rate of Decline of Lung Function in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;178:332-338.

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขส.321/2555



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



Abbreviated PI of XYZAL

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

for adults
and children 6 years
and above



Reference :
(1) Product Information of Xyzal

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

Further information is available upon request:



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

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