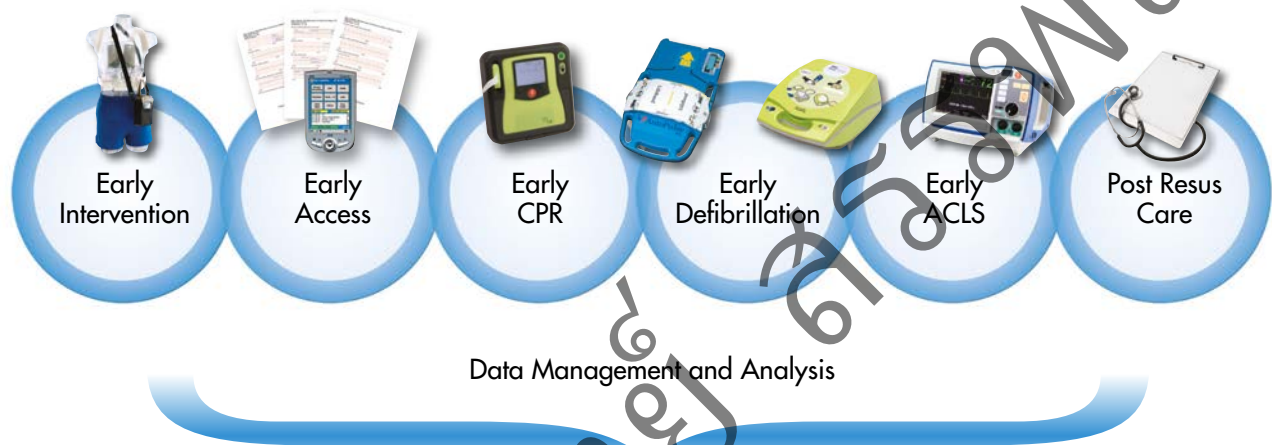




Impacting Outcomes Link by Link



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

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

Precise and integrated patient
data for visible safety and
measurable efficiency.

Medical minds think alike.



Mindray's One Solution is an advanced ecosystem of fully interoperable patient monitoring and life support devices that promote visible safety and measurable efficiency across all points of pre-, peri-, and post-operative care.

1
SOLUTION



www.mindray.com

mindray
healthcare within reach

สัมมนาวิชาการแบ่งปันความรู้ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

IC Sharing #4 on Stage

วันที่ 29-30 ตุลาคม พ.ศ. 2557
เวลา 8.30-16.30 น.
ณ ห้องประชุมทองสีกา (ชั้น 4)

วันพุธที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2557

Special talk

"การบูรณาการงาน IC ตามพุทธวิถี ในยุค AEC"

โดย นพ.วิโรจน์ ตระการวิจิตร

ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลนครธน



วันพุธที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2557

Update Micrology Standard (CLSI 2014)

โดย รศ.ดร.นพ.ภัทรชัย กิรติสิน

ศิริราชพยาบาล



วันพุธที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2557

สิ่งแวดล้อมปลอดภัย ห่างไกลติดเชื้อ

โดย อาจารย์ศศิรินทร์ ขวพณานนท์

โรงพยาบาลทหารผ่านศึก



วันพุธที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2557

โรคอุบัติใหม่และวัคซีนของไทยปัจจุบัน

โดย ศ.นพ. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา



วันพุธที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2557

Advance HA for IC system

โดย ดร.อาภากร สุปัญญา

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



วันพฤหัสบดีที่ 30 ตุลาคม 2557

Infection Control for MDR-Pathogens.

โดย ผศ.นพ.กัธร มาลาธรรม

โรงพยาบาลรามธิบดี



วันพฤหัสบดีที่ 30 ตุลาคม 2557

รู้เท่าทันเชื้อก่อโรค

โดย ดร.พิริยาภรณ์ จงตระกูล

ศิริราชพยาบาล



วันพฤหัสบดีที่ 30 ตุลาคม 2557

HAI Definition Update 2014

โดย ผศ.ศิริลักษณ์ อภิวานิชย์

โรงพยาบาลรามธิบดี



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ฝ่ายบริหารยุทธศาสตร์ และพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลนครธน โทรศัพท์ 0-2450-9999 ต่อ 1440-1445



Accreditation



www.nakornthon.com 0-2450-9999



นครธน
NAKORNTHON HOSPITAL

เมื่อไม่นานมานี้มีผู้ป่วยออกมาร้องเรียน เรื่องการใช้เซลล์บำบัดแล้วอาการไม่ดีขึ้นตามที่ สัญญาไว้ เรามาทำความรู้จักกันก่อนว่าเซลล์บำบัด (cellular therapy) คืออะไร เซลล์บำบัดหมายถึง การเอาเนื้อเยื่อหรืออวัยวะจากสัตว์อ่อนมาฉีด หรือให้คนรับประทาน ในที่นี้จะมีเฉพาะเอาเซลล์ สด ๆ จากลูกแกะตัวอ่อนมาฉีดให้ในคน

ความจริงความเชื่อเรื่องการเอาอวัยวะสัตว์ มาช่วยในการทำงานของอวัยวะคนมีมานาน แล้ว ทั้งเอเชียและยุโรป คนจีนกินลูกอ๊อดทะเลหรือ อวัยวะเพศของสัตว์เพื่อกระตุ้นความรู้สึกทางเพศ กินตับหมู ไตหมูหรือสมองหมูเพื่อบำรุงตับ ไต สมอง ของคน ในปี พ.ศ. 2474 นพ.พอล นิฮาน ได้เป็นผู้เริ่มการใช้เซลล์สดจากแกะฉีดเข้าไปรักษาโรคในคน จากการที่เขาพบว่าผู้ป่วยรายหนึ่ง แพทย์ที่ทำการ ผ่าตัดได้ไปโดนต่อมพาราไทรอยด์เข้าทำให้ผู้ป่วย เกิดภาวะแคลเซียมต่ำ มีอาการชักเกิดขึ้น นพ.พอล นิฮาน ได้เอาต่อมพาราไทรอยด์ของแกะมาฉีดให้ ปรากฏว่าผู้ป่วยดีขึ้นและรอดตาย (น่าจะเป็นจาก ฮอริโมนของต่อมพาราไทรอยด์ของแกะออกฤทธิ์ แทนฮอริโมนของคนได้ ทำให้รอดตาย พอติดกับ ต่อมพาราไทรอยด์ของผู้ป่วยฟื้นจากการบาดเจ็บ ก็เลยหาย) นพ.พอล นิฮาน เลยเชื่อว่าเราเอาเซลล์ ของสัตว์มาซ่อมแซมเซลล์ของคนได้ เป็นความจริง ที่ว่าฮอริโมนของสัตว์บางชนิดคล้ายของคน เช่น ใน อดีตผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจากการขาดอินซูลิน เราเอาอินซูลินจากหมูมาใช้แทนของคนได้เพราะ โมเลกุลคล้ายของคนมาก อินซูลินของหมูมีกรดอะมิโนต่างจากอินซูลินของคนเพียงตัวเดียว ระยะเวลาที่เราเลิกใช้เพราะเราสามารถสังเคราะห์อินซูลิน

เซลล์บำบัดโดยใช้เซลล์สดจากลูกแกะ

ให้เหมือนของคนได้ การสกัดจากหมูบางครั้งมีการปนเปื้อนจากเนื้อเยื่ออื่นทำให้แพ้ได้ ต่อมาแพทย์หลายคนดัดแปลงมาใช้ในโรคข้อเข่าเสื่อม มาฉีดให้เป็นหนุ่มสาวขึ้น สิ่งที่สำคัญคือขาดการศึกษาที่เป็นระบบที่ว่าดีขึ้นนั้นพิสูจน์ได้หรือไม่ ได้ผลก็ราย ไม่ได้ผลก็ราย ส่วนใหญ่จะเล่าแต่ว่ารายที่ดีขึ้นเหมือน พระบอกหอย เล่าแต่ตอนที่บอกถูกแต่ที่บอกแล้ว ไม่ถูกไม่พูดถึง เซลล์ที่เขาฉีดเข้าไปในคนนั้นจะต้องฉีดเซลล์สด ๆ เอามาจากสัตว์ภายใน 75 นาที ปัญหาที่ต้องระวังคือ การปนเปื้อนเชื้อโรคจากแบคทีเรีย ไวรัส และพรีออน เข้าใจว่าระยะหลังเขามีการควบคุม ที่เข้มงวด ข้อบ่งชี้ของการรักษาเกือบจะเรียกได้ว่า รักษาได้ทุกโรคจนไม่น่าเชื่อถือ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคจิต โรคไต โรคหัวใจ โรคภูมิแพ้ โรคซึมเศร้า อัมพาต ปัญญาอ่อน เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2500 ได้มีการสำรวจโรงพยาบาล 179 แห่งในเยอรมนีตอนตก พบผู้ป่วย 80 รายที่เกิดปฏิกิริยารุนแรงจากการใช้ เซลล์บำบัดและถึงแก่กรรม 30 ราย ต่อมาเมื่อรายงาน อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาออกมาเรื่อย ๆ รวมทั้งรายงานว่าได้ผล ในสหรัฐอเมริกาไม่รับรองเรื่องนี้ มีการยึดเซลล์ที่ส่งมาจากเยอรมนี ถอน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ที่เกี่ยวข้องหลายราย คณะกรรมการอาหารและยา และสภาคมนโรคมะเร็งของสหรัฐอเมริกาออก คำแนะนำไม่ให้หลงเชื่อการใช้เซลล์บำบัดจากสัตว์ ในออสเตรเลียได้ตีพิมพ์ว่าการใช้เซลล์บำบัดรักษา โรคไตวายในโคโรมาไม่ได้ผล รัฐบาลเยอรมนีได้มีการ

พิจารณาหลายครั้งเนื่องจากมีผู้พยายามให้ยุติ การรักษาโดยวิธีนี้ ในที่สุดศาลตัดสินให้ใช้การฉีด เซลล์สดในผู้ป่วยได้เพราะเป็นการกระทำของแพทย์ ต่อผู้ป่วยโดยตรง ไม่มีการผลิตไปขาย ไม่ผ่านบุคคล ที่ 3 จึงไม่ต้องขึ้นทะเบียนและไม่ต้องผ่านการ ตรวจสอบของอาหารและยา เป็นการให้เสรีภาพต่อ แพทย์ในการรักษาผู้ป่วย ส่วนการทำเซลล์แช่แข็ง การทำเป็นผง การเอาผนังเซลล์ออกก่อนใช้ การนำไปขายต้องขึ้นทะเบียนจากอาหารและยา จะต้อง มี ข้อมูลพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพและปลอดภัย แต่การใช้เซลล์สดฉีดโดยตรงได้รับการยกเว้น ไม่มีความหมาย ควบคุมในเยอรมนี การใช้เซลล์สัตว์ฉีดเข้าไปในคน ที่ยังไม่แพ้เพราะเซลล์ของเราเพิ่งพบสิ่งแปลกปลอม เป็นครั้งแรก ยังไม่รู้จัก แต่ถ้าให้เข้าบ่อย ๆ ร่างกาย จะสร้างภูมิแพ้ตามมา การฉีดเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อ จะพ่นน้อยกว่าฉีดเข้าใต้ผิวหนังเพราะมีเม็ดเลือดขาว และท่อน้ำเหลืองน้อยกว่า การฉีดเซลล์จากสัตว์ อาจมีฮอริโมนและสารกระตุ้นเซลล์อยู่บ้าง แต่ผล จะอยู่ชั่วคราวเท่านั้น การให้ซ้ำหลาย ๆ ครั้งอาจมี อันตรายจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ ยังขาดข้อมูลเรื่อง ประสิทธิภาพของการรักษาทางวิทยาศาสตร์ที่ ตรวจสอบได้

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษาภคิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตูจิตินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิช 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 พงษ์วรันทร ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรย์วานิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาถ ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอมนันตกุล รศ.นพ.วิสูตร พงศ์ศิริปัญญา รศ.นพ.วรัท ทรรคณวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวาทพงษ์

สรพสาร
วชิราวุธ
THE MEDICAL NEWS

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, พัทย์ทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีระกวีระลิต

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ขาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราพิทย์, พัทธรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาญปัญนะ, กนกกร ขวรงค์ศักดิ์

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิสราพันธ์ สิทธิพิสิฐกุล

โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 แฟกซ์ 0-2435-2345 ต่อ 181

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

เจ้าของ

บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Contents

The Medical News ฉบับที่ 423 วันที่ 1 - 15 ตุลาคม 2557

3 โลกกว้างทางแพทย์

- การดูแลแบบ Collaborative Care สำหรับวัยรุ่นป่วยซึมเศร้าในบริการปฐมภูมิ
- การเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะยาวหลังตัดเนื้องอก
- ควบคุมความดันเลือดเครื่องวัดและตามมาตรฐานในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

7 ข่าวสารการแพทย์

- ไทยจับมือองค์การอนามัยโลกกวาดล้าง “โรคพิษมาเนีย”
- กรมอนามัยเผยผู้สูบบุหรี่เสี่ยงเสียชีวิตมากกว่า 4 แสนคน คาดแนวโน้มสูงขึ้น

8 Movement

9 In Focus

‘Good Sleep, Better Life’
สุขภาพที่ดีเริ่มต้นที่การนอน

13 Special

ศ.ดร.วันเพ็ญ ชัยคำภา

ทำงานวิจัยเพื่อเป็นความหวังใหม่ในการรักษาโรคตับอักเสบซี

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

ผลิตภัณฑ์ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติเพื่อการศึกษา
ทางการแพทย์

17 Get Up

- อนามัยโลกเรียกร้องห้ามบุหรี่ไฟฟ้า
- วิจัยชื่อยาโอโบล่าได้ผล 100%
- เอฟดีเอไฟเขียวโทรศัพท์ตรวจสุขภาพหัวใจ

19 หลากสีสัน

ช่วงกลางของเรื่อง

21 เสียงแพทย์

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวังโย
(ตอนที่ 1)

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

พอลิเมอร์ชนิดใหม่ป้องกันการยึดเกาะของแบคทีเรีย

25 จูฬ่าปรีทัศน์

ระบบ HLA (The HLA complex)

28 Systematic Review

การสูดไอน้ำร้อนเพื่อบำบัดอาการไข้หวัด

29 เฉพาะโรค

ภาวะฉุกเฉินจากต่อมหมวกไตทำงานต่ำเฉียบพลัน
(Adrenal Crisis)

33 มุมนิติเวช

ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากสภาพที่อาการหนัก:
ประเด็นแห่งคดี (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

37 รายงานพิเศษ

สวรศ. ขับเคลื่อนเขตบริการสุขภาพ
ครบวงจร “เขอริวิศ แพลน” ทุกภูมิภาค

38 R2R

Skin Port Protector
ลดการบาดเจ็บ ลดต้นทุน
เพิ่มความพึงพอใจทั้งผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน

40 เกาะติดงานประชุม

สมาคมโรคติดเชื้อฯ จัดการประชุมใหญ่วิชาการประจำปี
ครั้งที่ 40 “Update on Management of Infectious Diseases”

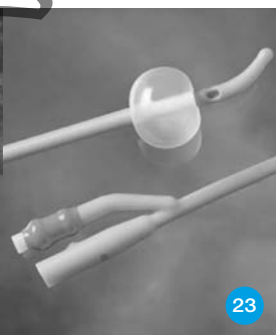
42 ปกป้องข้าว

รับมือ “ท้องผูก”
อาการเรื้อรังของคนเมือง

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)



การดูแลแบบ Collaborative Care สำหรับวัยรุ่นป่วยซึมเศร้าในบริการปฐมภูมิ

JAMA. 2014;312(8):809-816.

บทความเรื่อง Collaborative Care for Adolescents with Depression in Primary Care: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า วัยรุ่นชาวอเมริกันราว 20% มีปัญหาซึมเศร้ารุนแรงภายในช่วงอายุ 18 ปี แต่มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ได้รับการรักษาตามข้อมูลเชิงประจักษ์ นักวิจัยจึงได้ศึกษาผลของการดูแลแบบ collaborative care สำหรับวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าต่อการฟื้นฟูอาการเทียบกับการดูแลมาตรฐาน

การศึกษามีขึ้นระหว่างเดือนเมษายน ค.ศ. 2010 ถึงเดือนเมษายน ค.ศ. 2013 จากคลินิกบริการปฐมภูมิ 9 แห่งในระบบ Group Health ในรัฐวอชิงตันของสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาในผู้ป่วย (อายุ 13-17 ปี) ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire 9-item [PHQ-9] score ≥ 10) จากการตรวจคัดกรอง 2 ครั้ง หรือมีผลตรวจเป็นบวกและอยู่ในเกณฑ์เป็นซึมเศร้ารุนแรง พูดภาษาอังกฤษ และมีโทรศัพท์ เกณฑ์การคัดออกได้แก่ ตีแม่เหล็หรือใช้ยาเสพติด มีแผนฆ่าตัวตายหรือเพิ่งก่อเหตุพยายามฆ่าตัวตาย เป็นไบโพลาร์ มีพัฒนาการล่าช้า หรือพบจิตแพทย์

การรักษาทำโดยให้การดูแลแบบ collaborative care รวมถึงเข้าร่วมกิจกรรมให้คำปรึกษาและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มดูแลมาตรฐานได้รับแจ้งผลตรวจซึมเศร้าและเปิดโอกาสให้ใช้บริการฟื้นฟูสุขภาพจิตผ่านเครือข่าย Group Health ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าตาม Child Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R; score range 14-94) ที่ปรับปรุงแล้วจากพื้นฐาน

ถึง 12 เดือน และผลลัพธ์รอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของคะแนน Columbia Impairment Scale score (CIS) การตอบสนองของภาวะซึมเศร้า (ลดลง $\geq 50\%$ ใน CDRS-R) และโรคสงบ (PHQ-9 score < 5)

ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา (n = 50)

มีการลดลงของคะแนน CDRS-R ที่มากกว่ากลุ่มดูแลมาตรฐาน (n = 51) โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 12 เดือนเท่ากับ 27.5 (95% CI 23.8-31.1) เทียบกับ 34.6 (95% CI 30.6-38.6) ในกลุ่มควบคุม (overall intervention effect: $F_{2,747,3} = 7.24, p < 0.001$) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการเพิ่มขึ้นของ CIS โดยไม่พบผลต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม ที่ 12 เดือนพบว่ากลุ่มศึกษามีแนวโน้มที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมสำหรับการตอบสนองของภาวะซึมเศร้า (67.6% vs 38.6%, OR = 3.3, 95% CI 1.4-8.2; p = 0.009) และโรคสงบ (50.4% vs 20.7%, OR = 3.9, 95% CI 1.5-10.6; p = 0.007)

ข้อมูลจากการศึกษาในวัยรุ่นที่ป่วยเป็นซึมเศร้าในบริการปฐมภูมิชี้ว่า การดูแลแบบ collaborative care สามารถฟื้นฟูอาการซึมเศร้าที่ 12 เดือนได้ดีกว่าการดูแลมาตรฐาน ซึ่งเสนอแนะว่าบริการสุขภาพจิตสำหรับวัยรุ่นที่ป่วยเป็นซึมเศร้าสามารถนำมาบูรณาการร่วมกับการดูแลปฐมภูมิ



การเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะยาวหลังตัดเนื้องอก

N Engl J Med 2014;371:799-807.

บทความเรื่อง Long-Term Colorectal-Cancer Mortality after Adenoma Removal รายงานว่า แม้มีคำแนะนำให้ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอก แต่ข้อมูลเกี่ยวกับการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ป่วยดังกล่าวยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด นักวิจัยจึงศึกษาการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ตัดเนื้องอกลำไส้ใหญ่และทวารหนักระหว่างปี ค.ศ. 1993-2007 จากทะเบียน Cancer Registry และ Cause of Death Registry of Norway โดยติดตามผู้ป่วยจนถึงปี ค.ศ. 2011 การคำนวณ standardized incidence-based mortality ratios (SMRs) ใช้อัตราสำหรับประชากรชาวนอร์เวย์ทั่วไปสำหรับการเปรียบเทียบ ทั้งนี้แนวปฏิบัติของประเทศนอร์เวย์แนะนำให้ส่องกล้องลำไส้ใหญ่หลัง 10 ปีสำหรับผู้ป่วย high-risk adenomas (มี high-grade dysplasia หรือ villous component หรือมีขนาด ≥ 10 มิลลิเมตร) และภายหลัง 5 ปีสำหรับผู้ป่วยที่มีเนื้องอกอย่างน้อย 3 ก้อน แต่ไม่ได้แนะนำการติดตามในผู้ป่วย low-risk adenomas ขนาดและจำนวนของเนื้องอกไม่ได้ระบุไว้ในทะเบียน โดยระบุ high-risk adenomas จากการพบเนื้องอกหลายก้อนและเนื้องอกที่มี villous component หรือ high-grade dysplasia

มีผู้ป่วยที่ตัดเนื้องอกลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 40,826 คน ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 7.7 ปี (สูงสุด 19.0 ปี) พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1,273 คน จากการคาดการณ์การเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 398 ราย พบการเสียชีวิต 383 ราย โดยมี SMR เท่ากับ 0.96 (95% CI 0.87-1.06) ในผู้ป่วยที่ตัดเนื้องอก อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่เป็น high-risk adenomas (expected deaths 209; observed deaths 242; SMR 1.16; 95% CI 1.02-1.31) แต่ลดลงในผู้ป่วยที่เป็น low-risk adenomas (expected deaths 189; observed deaths 141; SMR 0.75; 95% CI 0.63-0.88)

ข้อมูลจากมัธยฐานการติดตาม 7.7 ปี ชี้ว่าการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่ำลงในผู้ป่วยที่ตัดเนื้องอกความเสี่ยงต่ำ และสูงขึ้นปานกลางในผู้ป่วยที่ตัดเนื้องอกความเสี่ยงสูงเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป



Erythropoietin ขนาดสูงในการคลอดก่อนกำหนด และความผิดปกติของผลตรวจ MRI สมอง

JAMA. 2014;312(8):817-824.

บทความเรื่อง Association Between Early Administration of High-Dose Erythropoietin in Preterm Infants and Brain MRI Abnormality at Term-Equivalent Age รายงานว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อ encephalopathy of prematurity ซึ่งสัมพันธ์กับพัฒนาการทางระบบประสาทที่ล่าช้าในระยะยาว โดยที่ erythropoietin มีข้อมูลจากการศึกษาหลายฉบับชี้ว่ามีประสิทธิภาพปกป้องระบบประสาท

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาด้วย recombinant human erythropoietin ขนาดสูงโดยเร็วในการคลอดก่อนกำหนดและตัวชี้ทางชีวภาพของ encephalopathy of prematurity จากผลตรวจ MRI ที่ term-equivalent age โดยศึกษาแบบ randomized, double-blind, placebo-controlled study จากทารก 495 คนในสวิตเซอร์แลนด์ระหว่างปี ค.ศ. 2005-2012 และในกลุ่มย่อยของทารก 165 คน (n = 77 erythropoietin; n = 88 placebo) ซึ่งไม่ได้สู่มได้ประเมินความผิดปกติทางสมองจาก MRI ที่ term-equivalent age นักวิจัยได้สู่มให้ทารกได้รับ recombinant human erythropoietin (3,000 IU/kg; n = 256) หรือยาหลอก (n = 239) ทางหลอดเลือดดำก่อน 3 ชั่วโมง ที่ 12-18 ชั่วโมง และที่ 36-42 ชั่วโมงหลังคลอด

งานวิจัยนี้ยังไม่ได้ประเมินพัฒนาการทางระบบประสาทที่ 24 เดือนอันเป็นผลลัพธ์หลัก แต่ได้ประเมิน white matter disease ของทารก

คลอดก่อนกำหนดอันเป็นผลลัพธ์รองจาก MRI ที่ term-equivalent age ตามระบบคะแนน โดยคะแนนของ white matter injury และ gray matter injury ได้จำแนกเป็นระดับปกติหรือผิดปกติตามค่า thresholds ที่สอดคล้องกับผลลัพธ์ด้านพัฒนาการทางระบบประสาท

ที่ term-equivalent age พบว่า ทารกกลุ่มที่ได้รับ recombinant human erythropoietin มีอัตราของคะแนนความผิดปกติต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา ทั้งคะแนนของ white matter injury (22% [17/77] vs 36% [32/88]; adjusted risk ratio [RR] 0.58; 95% CI 0.35-0.96), white matter signal intensity (3% [2/77] vs 11% [10/88]; adjusted RR 0.20; 95% CI 0.05-0.90), periventricular white matter loss (18% [14/77] vs 33% [29/88]; adjusted RR 0.53; 95% CI 0.30-0.92) และ gray matter injury (7% [5/77] vs 19% [17/88]; adjusted RR 0.34; 95% CI 0.13-0.89)

ข้อมูลการวิเคราะห์ผลลัพธ์รองของการศึกษาในการคลอดก่อนกำหนดชี้ว่า การรักษาด้วย erythropoietin ขนาดสูงภายใน 42 ชั่วโมงหลังคลอดสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อการบาดเจ็บทางสมองประเมินจากผล MRI ซึ่งผลลัพธ์นี้ยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในการศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีการสู่มเจาะจงจะศึกษาผลลัพธ์ดังกล่าวโดยเฉพาะ รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านพัฒนาการทางระบบประสาท

ผล Darapladib ต่อ Major Coronary Events หลัง ACS

JAMA. Published online August 31, 2014.

บทความเรื่อง Effect of Darapladib on Major Coronary Events after an Acute Coronary Syndrome: The SOLID-TIMI 52 Randomized Clinical Trial รายงานว่า มีข้อสันนิษฐานว่า lipoprotein-associated phospholipase A₂ (Lp-PLA₂) เกี่ยวข้องกับ

การแข็งตัวของหลอดเลือดผ่าน pathways ที่สัมพันธ์กับการอักเสบ ขณะที่ darapladib เป็น selective inhibitor ของเอนไซม์ Lp-PLA₂ นักวิจัยจึงศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ darapladib ในผู้ป่วยหลังเกิดเหตุการณ์ของ acute coronary syndrome (ACS) ในงานวิจัย SOLID-TIMI 52 ซึ่งสู่มในผู้ป่วย 13,026 คนภายใน 30 วันของการอยู่โรงพยาบาลเนื่องจาก ACS (non-ST-elevation หรือ ST-elevation myocardial infarction [MI]) ยังโรงพยาบาล 868 แห่ง ใน 36 ประเทศ

การรักษาทำโดยสู่มให้ผู้ป่วยได้รับ darapladib (160 mg) หรือยาหลอกวันละครั้งตามคำแนะนำ โดยมีมาตรฐานของการติดตาม 2.5 ปี ระหว่างวันที่ 7 ธันวาคม ค.ศ. 2009 ถึงวันที่ 6 ธันวาคม ค.ศ. 2013 จุดยุติปฐมภูมิ (major coronary events) ได้แก่ ผลรวมของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, MI หรือการสวนหลอดเลือดอย่างเร่งด่วน

เนื่องจาก myocardial ischemia โดยได้รายงาน Kaplan-Meier event rates ที่ 3 ปี

ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 2.5 ปี พบจุดยุติปฐมภูมิในผู้ป่วย 903 คนในกลุ่ม darapladib และ 910 คนในกลุ่มยาหลอก (16.3% vs 15.6% at 3 years; hazard ratio [HR] 1.00 [95% CI 0.91-1.09]; p = 0.93) ผลรวมของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด, MI หรือสโตรคพบในผู้ป่วย 824 คนในกลุ่ม darapladib และ 838 คนในกลุ่มยาหลอก (15.0% vs 15.0% at 3 years; HR 0.99 [95% CI 0.90-1.09]; p = 0.78) จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างระหว่างจุดยุติทุติยภูมิ จุดยุติปฐมภูมิแต่ละข้อ หรือการตายทุกสาเหตุ (371 เหตุการณ์ในกลุ่ม darapladib และ 395 เหตุการณ์ในกลุ่มยาหลอก [7.3% vs 7.1% at 3 years; HR 0.94 [95% CI 0.82-1.08]; p = 0.40) อนึ่ง ผู้ป่วยมีแนวโน้มรายงานความกังวลเกี่ยวกับกลิ่นในกลุ่ม darapladib เทียบกับกลุ่มยาหลอก (11.5% vs 2.5%) รวมถึงอาการท้องเสีย (10.6% vs 5.6%)

ข้อมูลจากผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ของ ACS ชี้ว่า การยับยั้ง Lp-PLA₂ ด้วย darapladib ร่วมกับการรักษามาตรฐานและเริ่มให้ยาภายใน 30 วันของการอยู่โรงพยาบาลไม่ได้ลดความเสี่ยงต่อ major coronary events

BMI และความเสี่ยงมะเร็ง 22 ชนิด



Lancet. 2014;384(9945):755-765.

บทความเรื่อง Body-Mass Index and Risk of 22 Specific Cancers: A Population-Based Cohort Study of 5.24 Million UK Adults รายงานว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) ที่สูงเชื่อมโยงกับมะเร็งหลายชนิด อย่างไรก็ดี ยังไม่มีข้อมูลชี้แนะชัดเกี่ยวกับการศึกษารูปแบบความเสี่ยงของมะเร็งที่พบบ่อยโดยปรับตามตัวแปรที่มีศักยภาพ

นักวิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง BMI และมะเร็งเฉพาะที่ซึ่งพบบ่อยจากข้อมูลบริการปฐมภูมิในฐานข้อมูล Clinical Practice Research Datalink ซึ่งรายงานผล BMI โดยใช้ตัวแบบ Cox ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง BMI และมะเร็งที่พบบ่อย 22 ชนิดและปรับตามตัวแปรที่มีศักยภาพ และใช้ตัวแบบ linear และ non-linear (spline) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ตามเพศ สถานะประจำเดือน การสูบบุหรี่ และอายุ และคำนวณ population effects

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีจำนวน 5.24 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นมะเร็งที่ศึกษา 166,955 คน โดยพบว่า BMI สัมพันธ์กับมะเร็ง 17 ชนิดจาก 22 ชนิด แต่ผลลัพธ์แตกต่างกันอย่างชัดเจนตามอวัยวะ และพบว่า BMI ที่เพิ่มขึ้นทุก 5 kg/m² มีความสัมพันธ์แบบเชิงเส้นกับมะเร็งของมดลูก (hazard ratio [HR] 1.62, 99% CI 1.56-1.69; p < 0.0001).

ถุงน้ำดี (1.31, 1.12-1.52; p < 0.0001), ไต (1.25, 1.17-1.33; p < 0.0001), ปากมดลูก (1.10, 1.03-1.17; p = 0.00035), ไทรอยด์ (1.09, 1.00-1.19; p = 0.0088) และมะเร็งเม็ดเลือดขาว (1.09, 1.05-1.13; p ≤ 0.0001) และ BMI มีความสัมพันธ์กับมะเร็งตับ (1.19, 1.12-1.27), ลำไส้ใหญ่ (1.10, 1.07-1.13), รังไข่ (1.09, 1.04-1.14) และมะเร็งเต้านมวัยทอง (1.05, 1.03-1.07) โดยรวม (all p < 0.0001) แต่ผลลัพธ์แตกต่างกันตาม BMI เดิมหรือลักษณะในระดับบุคคล นักวิจัยประเมินความสัมพันธ์แบบกลับกับความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งเต้านมก่อนวัยทอง ทั้งโดยรวม (prostate 0.98, 0.95-1.00; premenopausal breast cancer 0.89, 0.86-0.92) และในผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (prostate 0.96, 0.93-0.99; premenopausal breast cancer 0.89, 0.85-0.94) แต่สำหรับมะเร็งปอดและมะเร็งช่องปากนั้นไม่พบความสัมพันธ์ในผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (lung 0.99, 0.93-1.05; oral cavity 1.07, 0.91-1.26) โดยความสัมพันธ์แบบกลับโดยรวมเป็นผลจากกลุ่มที่ยังคงสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากผลตกค้างของปริมาณบุหรี่ที่สูบ จากการประเมินสาเหตุพบว่า 41% ของมะเร็งทางเดินปัสสาวะและ 10% หรือมากกว่าของมะเร็งถุงน้ำดี ไต ตับ และลำไส้ใหญ่อาจเป็นผลมาจากน้ำหนักเกิน โดยประเมินว่าการเพิ่มขึ้นของ BMI ทุก 1 kg/m² ในประชากรจะส่งผลให้สหราชอาณาจักรมีผู้ป่วยมะเร็งหนึ่งในสิบชนิดที่สัมพันธ์กับ BMI เพิ่มขึ้นปีละ 3,790 คน

การศึกษานี้ชี้ว่า BMI สัมพันธ์กับความเสี่ยงมะเร็งโดยมีผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญในระดับประชากร และความแตกต่างของผลลัพธ์อาจเป็นผลจากความแตกต่างของกลไกที่สัมพันธ์กับมะเร็งแต่ละชนิดและผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

ควบคุมความดันเลือดเคร่งครัดและตามมาตรฐานในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

JAMA Intern Med. 2014;174(9):1442-1449.

บทความเรื่อง Observational Modeling of Strict vs Conventional Blood Pressure Control in Patients with Chronic Kidney Disease รายงานว่า ผลของการควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัดต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังยังไม่มีข้อมูลชัดเจน นักวิจัยจึงเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 120 mmHg เทียบกับผลลัพธ์จากคำแนะนำให้ควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140 mmHg จากฐานข้อมูลไตวายเรื้อรังของสหรัฐอเมริกา

นักวิจัยศึกษาแบบ historical cohort study จากฐานข้อมูลทหารผ่านศึกที่เป็นไตวายเรื้อรัง มี estimated glomerular filtration rate ต่ำกว่า 60 mL/min/1.73 m² และมีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลงหลังได้รับยาควบคุมความดันโลหิตเพิ่มเติมอย่างน้อยหนึ่งตัว และได้คำนวณคะแนนความโน้มเอียงเพื่อหาค่าความน่าจะเป็นที่ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละรายจะลดลงต่ำกว่า 120 เทียบกับ 120-139 mmHg ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ผลของความดันโลหิตต่อการตายทุกสาเหตุประเมินด้วย log-rank test และตัวแบบ Cox ที่ปรับตามคะแนนความโน้มเอียง

มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา 77,765 คนจากฐานข้อมูลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 651,749 คน มีผู้ป่วย 5,760 คนที่มีความดันโลหิต

ระหว่างการติดตามต่ำกว่า 120 mmHg และ 72,005 คนมีความดันซิสโตลิกระหว่าง 120-139 mmHg ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 6.0 ปี มีผู้ป่วยเสียชีวิต 19,517 ราย โดย 2,380 รายอยู่ในกลุ่มความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 120 mmHg (death rate 80.9/1,000 patient-years [95% CI 77.7-84.2/1,000 patient-years]) และ 17,137 รายในกลุ่มความดันซิสโตลิกระหว่าง 120-139 mmHg (death rate 41.8/1,000 patient-years [95% CI 41.2-42.4/1,000 patient-years]; p < 0.001) โดย mortality hazard ratio (95% CI) จากความดันซิสโตลิกระหว่างการติดตามที่ต่ำกว่า 120 vs 120-139 mmHg เท่ากับ 1.70 (1.63-1.78) ภายหลังปรับตามคะแนนความโน้มเอียง

ข้อมูลจากการศึกษานี้เสนอแนะว่า การควบคุมความดันซิสโตลิกอย่างเคร่งครัดสัมพันธ์กับการตายทุกสาเหตุที่สูงขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และหากงานวิจัยที่กำลังอยู่ระหว่างการศึกษาค้นคว้าได้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับข้อมูลนี้ก็อาจชี้ให้เห็นประโยชน์ของการกำหนดกรอบการรักษาใน observational cohorts เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการรักษาโรคซึ่งยังมีข้อมูลงานวิจัยจำกัด



ผลรูปแบบการเดินทางต่อระดับไขมันและดัชนีมวลกาย

BMJ 2014;349:g4887.

บทความเรื่อง Associations between Active Commuting, Body Fat, and Body Mass Index: Population Based, Cross Sectional Study in the United Kingdom รายงานข้อมูลจากการศึกษาผลของการส่งเสริมการเดินทางไปทำงานด้วยการเดินและขี่จักรยาน และเดินหรือขี่จักรยานในบางเส้นทางระหว่างการเดินทางไปทำงานต่อการป้องกันโรคอ้วน โดยศึกษาแบบ cross sectional study จากข้อมูล wave 2 Health Assessment ของการสำรวจ Understanding Society หรือ UK Household Longitudinal Study (UKHLS) ในชื่อเดิม

รูปแบบการเดินทางจำแนกเป็น 3 แบบ ได้แก่ เดินทางด้วยพาหนะส่วนตัว ใช้บริการขนส่งมวลชน และเดินหรือขี่จักรยาน โดยกลุ่มตัวอย่าง (7,534 คนสำหรับการวิเคราะห์ BMI และ 7,424 สำหรับการวิเคราะห์เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย) เป็นกลุ่มย่อยของ wave 2 respondents ในการสำรวจ UKHLS ซึ่งรายงานข้อมูลประเมินสุขภาพ (n = 15,777) มาตรวจวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ดัชนีมวลกายและเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย (วัดจาก electrical impedance)



ผลลัพธ์จาก multivariate linear regression analyses แสดงให้เห็นว่าการเดินทางด้วยขนส่งมวลชนหรือเดินทางแบบออกกำลังกายเป็นตัวพยากรณ์อิสระที่มีนัยสำคัญต่อ BMI ที่ต่ำกว่าทั้งในผู้ชายและผู้หญิง เทียบกับการเดินทางด้วยพาหนะส่วนตัว และจากตัวแบบที่ปรับแล้วพบว่า ผู้ชายที่เดินทางด้วยขนส่งมวลชนหรือเดินทางแบบออกกำลังกายมีคะแนน BMI ที่ต่ำกว่าเท่ากับ 1.10 (95% CI 0.53-1.67) และ 0.97 (0.40-1.55) เทียบกับผู้ใช้พาหนะส่วนตัว และผู้หญิงที่เดินทางด้วยขนส่งมวลชนหรือเดินทางแบบออกกำลังกายมีคะแนน BMI ต่ำกว่าเท่ากับ 0.72 (0.06-1.37) และ 0.87 (0.36-0.87) เทียบกับผู้ใช้พาหนะส่วนตัว ซึ่งผลลัพธ์ด้านเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายก็สอดคล้องกันทั้งในด้านขนาดนัยสำคัญ และทิศทางของผลลัพธ์

ผู้ชายและผู้หญิงที่เดินทางไปทำงานด้วยการเดินหรือขี่จักรยาน หรือใช้ระบบขนส่งมวลชนมี BMI และเปอร์เซ็นต์ไขมันที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับผู้ใช้พาหนะส่วนตัว และความสัมพันธ์นี้ยังคงที่หลังปรับตามปัจจัยรบกวนที่สนใจพื้นฐาน



Ramucirumab ร่วมกับ Docetaxel เพิ่มการรอดชีวิตในผู้ป่วย Stage IV NSCLC

Lancet. 2014;384(9944): 665-673.

บทความเรื่อง Ramucirumab plus Docetaxel versus Placebo

plus Docetaxel for Second-Line Treatment of Stage IV Non-Small-Cell Lung Cancer after Disease Progression on Platinum-Based Therapy (REVEL): A Multicentre, Double-Blind, Randomised Phase 3 Trial รายงานว่า ramucirumab เป็น human IgG1 monoclonal antibody ที่ออกฤทธิ์ต่อ extracellular domain ของ VEGFR-2 นักวิจัยจึงศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาด้วย docetaxel ร่วมกับ ramucirumab หรือยาหลอก โดยให้เป็นการรักษาแบบ second-line สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง non-small-cell-lung cancer (NSCLC) ระยะ IV ภายหลังการรักษาด้วยยา platinum-based

การศึกษา REVEL ได้รวบรวมผู้ป่วย squamous หรือ non-squamous NSCLC ซึ่งมีการลุกลามระหว่างหรือหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตร platinum-based chemotherapy โดยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับ docetaxel 75 mg/m² ร่วมกับ ramucirumab (10 mg/kg) หรือยาหลอก ในวันที่ 1 ของ cycle (21 วัน) จนกระทั่งเกิดมะเร็งลุกลาม ไม่สามารถทนต่อพิษของยา ถอนตัวจากการศึกษา หรือเสียชีวิต จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ การรอดชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยา และประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามการรักษาที่ได้รับ

นักวิจัยคัดกรองผู้ป่วย 1,825 คนระหว่างวันที่ 3 ธันวาคม

ค.ศ. 2010 ถึงวันที่ 24 มกราคม ค.ศ. 2013 ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยได้รับยา 1,253 คน มีฐานการรอดชีวิตโดยรวมเท่ากับ 10.5 เดือน (IQR 5.1-21.2) สำหรับผู้ป่วย 628 คนที่ได้รับ ramucirumab ร่วมกับ docetaxel และ 9.1 เดือน (4.2-18.0) สำหรับผู้ป่วย 625 คนที่ได้รับยาหลอกร่วมกับ docetaxel (hazard ratio 0.86, 95% CI 0.75-0.98; p = 0.023) มีฐานการมีชีวิตอยู่โดยไม่โรคเท่ากับ 4.5 เดือน (IQR 2.3-8.3) สำหรับกลุ่มที่ได้รับ ramucirumab เทียบกับ 3.0 เดือน (1.4-6.9) ในกลุ่มควบคุม (0.76, 0.68-0.86; p < 0.0001) โดยพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาในผู้ป่วย 613 คน (98%) จาก 627 คนในกลุ่ม ramucirumab safety population และ 594 คน (95%) จาก 618 คนใน control safety population เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ grade 3 หรือรุนแรงกว่าที่พบบ่อย ได้แก่ neutropenia (306 คน [49%] ในกลุ่ม ramucirumab vs 246 คน [40%] ในกลุ่มควบคุม), febrile neutropenia (100 คน [16%] vs 62 คน [10%]), fatigue (88 คน [14%] vs 65 คน [10%]), leukopenia (86 คน [14%] vs 77 คน [12%]) และ hypertension (35 คน [6%] vs 13 คน [2%]) อนึ่ง ตัวเลขการเสียชีวิตจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (31 คน [5%] vs 35 คน [6%]) และ pulmonary haemorrhage ระดับ grade 3 หรือรุนแรงกว่า (8 คน [1%] vs 8 คน [1%]) ไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยสามารถควบคุมความเป็นพิษของยาโดยการลดขนาดยาและการรักษาประคับประคอง

ผลลัพธ์จากการศึกษาชี้ว่า การรักษาด้วย ramucirumab ร่วมกับ docetaxel ในฐานะ second-line treatment เพิ่มการรอดชีวิตในผู้ป่วย stage IV NSCLC

ไทยจับมือองค์การอนามัยโลกกวาดล้าง “โรคไลชมาเนีย”

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ให้สัมภาษณ์ว่า โรคไลชมาเนีย (Leishmania) หรือโรคคาลา อาซา (Kala-azar) เป็นโรคประจำถิ่นในแถบตะวันออกกลาง และแอฟริกาเหนือ กว่า 74 ประเทศ สาเหตุเกิดจากแมลงวันฝอยทรายกัดและแพร่เชื้อ พบผู้ป่วยปีละ 1.2 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 1,000 คน องค์การอนามัยโลก ได้จัดให้เป็น 1 ใน 6 ของโรคเขตร้อนที่ต้องเร่งกวาดล้างให้หมดไป โดยเร็ว ในการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เมื่อวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2557 ที่บังกลาเทศ ได้ลงนามความร่วมมือด้านวิชาการใน 5 ประเทศ ได้แก่ บังกลาเทศ ภูฏาน อินเดีย เนปาล และไทย เพื่อจัดโรคและ

ลดจำนวนผู้ป่วยระดับอำเภอ-ตำบลให้ต่ำกว่า 1 คนต่อประชากร 10,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2560 ทั้งนี้ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคนี้ไม่มากนัก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503-2556 มีเพียง 63 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่พบในผู้ที่เดินทางกลับมาจาก ตะวันออกกลาง ในการกวาดล้างโรคดังกล่าวได้ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศเฝ้าระวังโรค โดยเฉพาะในพื้นที่ ที่มีประชาชนเดินทางไปทำงานในประเทศที่มีโรคนี้เป็นโรคประจำถิ่น เช่น ตะวันออกกลาง เป็นต้น และประชาสัมพันธ์ ความรู้เรื่องโรค วิธีการป้องกันให้แก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อความร่วมมือในการควบคุมป้องกันโรคให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กรมอนามัยเผยผู้สูงวัยสมองเสื่อมกว่า 4 แสนคน คาดแนวโน้มสูงขึ้น

นพ.ณรงค์ สายวงศ์ รองอธิบดีกรมอนามัย

เปิดเผยว่า จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2556 โดยกรมอนามัย ร่วมกับ HITAP พบว่าผู้สูงอายุไทย มีเพียงร้อยละ 5 ที่มีสุขภาพดี แข็งแรง ขณะที่ร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพ ได้แก่

โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 โรคเบาหวานร้อยละ 18 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 เป็นผู้พิการร้อยละ 6 โรคซึมเศร้าร้อยละ 1 และนอนติดเตียงร้อยละ 1 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2543 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลก 25 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2556 ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 44 ล้านคน สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยสมองเสื่อมในวัยสูงอายุกว่า 4 แสนคน และคาดว่าจะเพิ่มตามจำนวนผู้สูงอายุ ซึ่งพบภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ โดยพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีร้อยละ 12.4 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบาย ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมเบื้องต้น การพัฒนาและจัดทำฐานข้อมูล การอบรมอาสาสมัคร การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การจัดสภาพแวดล้อมให้มั่นคงปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัว ตามความเป็นจริง เช่น การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (ตำบล Long Term Care) การพัฒนาคลินิก ผู้สูงอายุคุณภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงระบบบริการอย่างทั่วหน้าและเท่าเทียม และเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม



Siriraj Pediatric Annual Conference 2014 : Pediatric Emergency Care

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จัดประชุมวิชาการประจำปี เรื่อง “Siriraj Pediatric Annual Conference 2014 : Pediatric Emergency Care” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด กุมารแพทย์ทั่วไป รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ได้เรียนรู้ประสบการณ์และการเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานทางวิชาการกุมารแพทย์ ซึ่งการอบรมในครั้งนี้ประกอบด้วยภาคทฤษฎีที่มีอยู่เดิมและเพิ่มเติมวิธีการใหม่ ๆ ทั้งในแง่การวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งเน้นการนำไปปฏิบัติได้จริงในโรงพยาบาลทั่วไป โดยจะมีการอบรมเชิงปฏิบัติ Standard และ Advanced PALS course จากทีมคณาจารย์ของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และผู้ทรงคุณวุฒิ และอบรมเชิงปฏิบัติการ “การใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่ผิวหนัง (Procedural Skill Workshop in Peripherally Inserted Central Catheterization: PICC) ระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมประสงค์ ตู้จินดา ตึกอำนวยการ



ชั้น 10 โรงพยาบาลศิริราช ลงทะเบียนผ่านระบบออนไลน์ได้ที่ <http://www.sirirajconference.com> หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณวันดี/คุณวิภา โทรศัพท 0-2411-3010 (ในเวลาราชการ)

การประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 12 “National Strategies to Nationwide Cancer Care”

Novartis รับสมัคร R&D Physician (R&D Medical Advisor)

Job Purpose

- Support the conduct of clinical trials in the assigned countries in the Region ensuring that the conduct of trials is in compliance with GCP Guidelines, local regulations and Novartis Vaccines SOPs.
- Responsible for medical related/safety aspects of the trial ensuring the timely processing of SAEs by Novartis and timely submission of SUSAR reports as required by regulatory authorities in the assigned countries in the Region.
- Responsible for interacting with investigators including study feasibility assessments and all medical and scientific exchanges throughout the life cycle of a clinical trial.

Qualification

- Medical Degree from accredited institution, preferentially with experience in of the following areas: paediatrics, internal medicine, infectious diseases, primary care medicine, preventive medicine, public health (epidemiology), or related area.
- Excellent knowledge of spoken and written English.
- Excellent oral and written communication skills and presentation skills.
- Knowledge of other languages of the region assigned is seen as a strong plus.
- 0-3 years industry experience or at least 5 years of experience working in a scientific or medical institution (as principal investigator, medical monitor, etc.)
- Demonstrated ability to understand and use scientific methodology (PhD, publications).
- Ability to work within a matrix organization and as part of a multidisciplinary team; strong team player.
- Experience in working across different cultures (expatriate experience) is a plus, as well as knowledge in Vaccinology.

*** Interested candidates please send your resume to rattana.tanatanomras@novartis.com, or call 02-685-0889 and 091-578-8569 Website: <https://sjobs.brassring.com/tgwebhost/jobdetails.aspx?partnerid=13617&siteid=5260&jobid=2305873>



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จัดการประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 12 “National Strategies to Nationwide Cancer Care” ระหว่างวันที่ 19-21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นพ.สมชาย ณะสิทธิรัช เลขานุการคณะกรรมการจัดการประชุมฯ กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์ 0-2354-7025 ต่อ 2205 โทรสาร 0-2644-9097 E-mail : nci.academic@gmail.com



'Good Sleep, Better Life' สุขภาพที่ดีเริ่มต้นที่การนอน



'การนอนไม่หลับ' เป็นภาวะที่บั่นทอนสุขภาพของคนเรา และส่งผลกระทบทั้งการเรียน การทำงาน รวมถึงคุณภาพชีวิต การนอนไม่หลับเกิดจากหลายสาเหตุ หลายคนนอกจากประสบปัญหาการนอนไม่หลับแล้ว ยังมีอาการนอนกรน และภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับอันเนื่องมาจากการอุดกั้นอีกด้วย ซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่ง

เนื่องในโอกาสครบรอบ 100 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย **ชมรมรักการนอน ศูนย์นิทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์** จึงได้จัดการสัมมนาเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน เรื่อง **'Good Sleep, Better Life'** และแนะนำชมรมรักการนอน ศูนย์นิทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภายในงานมีการให้ความรู้ต่าง ๆ ที่น่าสนใจ อาทิ โรคนอนไม่หลับ ภาวะนอนกรนและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นในผู้ใหญ่และเด็ก สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคลมหลับและภาวะง่วงนอนตอนกลางวัน เป็นต้น



รศ.นพ.จันชาย สิตธิรัตน์ หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านความผิดปกติจากการนอนหลับ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กล่าวว่า 'Good Sleep, Better Life' หรือการนอนให้มีความสุขนั้นเป็นเรื่องสำคัญ เพราะกิจกรรมในแต่ละวันของชีวิตคนเราถูกใช้ไปกับการนอนมากที่สุด ขณะที่บางคนอาจจะไม่ได้ให้ความสำคัญกับการนอนมากนัก ซึ่งในความเป็นจริงแล้วมีองค์ความรู้มากมายเกี่ยวกับการนอน เพราะถ้านอนไม่ดี นอนไม่หลับ เมื่อตื่นขึ้นมาจะเกิดปัญหา รู้สึกเหมือนว่าโลกไม่สดใส ไม่กระปรี้กระเปร่า และไร้เรี่ยวแรง ยิ่งถ้าเป็นคนที่มีความผิดปกติในการนอนมาตลอดชีวิตด้วยแล้ว ยิ่งบั่นทอนคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก ซึ่งในงานสัมมนาครั้งนี้ประชาชนจะได้รับข้อมูลความรู้เข้าใจปัญหาการนอน และทราบวิธีการที่ช่วยให้การนอนดีขึ้น

ทั้งนี้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้จัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านความผิดปกติจากการนอนหลับ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สืบเนื่องจากปี พ.ศ. 2546 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้รับพระเมตตาจากสมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ประธานเครื่องตรวจ

วิเคราะห์การนอนหลับจำนวน 2 เครื่อง พร้อมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการตรวจเพื่อใช้งานในฝ่ายรักษาพยาบาล ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 จึงได้มีการก่อตั้งศูนย์ตรวจการนอนหลับอย่างเป็นทางการ และเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ทรงประทานชื่อศูนย์ฯ ว่า **"ศูนย์นิทราเวช"** มีความหมายว่า ศูนย์รักษาโรคที่เกิดจากการนอนหลับ เปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์และวินิจฉัยโรคต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการนอนหลับ ส่งผลให้แพทย์สามารถดำเนินการรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจากความพร้อมทางด้านเครื่องมือที่ได้รับมา อีกทั้งยังเป็นประโยชน์กับการเรียนการสอนสำหรับแพทย์ นิสิตแพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ศูนย์นิทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ยังได้ก่อตั้งชมรมรักการนอนขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปได้เข้าใจเรื่องของการนอน รู้จักวิธีในการดูแลตนเอง และรักษาการนอนให้มีคุณภาพสูงสุดเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งในครั้งนี้เป็นโอกาสที่ทุกท่านจะได้มีส่วนร่วมในประวัติศาสตร์ เพราะวันนี้ถือเป็นวันแรกที่ได้เปิดตัวชมรมรักการนอนอย่างเป็นทางการ รวมทั้งจัดการสัมมนาให้ความรู้ และในอนาคตจะมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างกันให้เกิดความเข้มแข็งยิ่งขึ้น





ด้าน **อ.พญ.บุษราคม ธีระไพโรพฤกษ์** กรรมการดำเนินงานศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านความผิดปกติจากการนอนหลับ **โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์** กล่าวว่า ปัจจุบันความผิดปกติจากการนอนหลับ เช่น อาการนอนกรน นอนไม่หลับ หรือการเคลื่อนไหวผิดปกติขณะนอนหลับพบมากขึ้นเรื่อย ๆ และได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างถูกต้องโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อค้นหาโรคซ่อนเร้น ตัวอย่างเช่น ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่อาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น



อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบว่าการนอนหลับผิดปกติจากการนอนหลับสามารถรักษาได้โดยมากจะคิดว่าการรักษาหนทางเดียวคือ การรับประทานยาหรือคิดว่าการนอนไม่หลับเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงแล้วเกิดจากสาเหตุอื่นด้วยได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ เช่น ความเครียด การจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การเปลี่ยนตารางการทำงาน การออกจากงาน ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารกระตุ้นรวมทั้งการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เป็นต้น ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ในการรักษาเบื้องต้นแพทย์จะสอบถามประวัติและให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามเพื่อดูว่ามีปัจจัยหรือโรคอื่นที่อาจจะเป็นสาเหตุทำให้นอนไม่หลับด้วยหรือไม่ รวมถึงประวัติการใช้ยาต่าง ๆ หลังจากนั้นจะให้ทำตารางการนอนหรือ Sleep Diary ประมาณ 2 สัปดาห์ เพื่อดูลักษณะการหลับ-ตื่นของผู้ป่วย จากนั้นจะนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์และพิจารณาวิธีการรักษา ซึ่งระยะเวลาในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับสาเหตุ และความต่อเนื่องในการรักษา โดยเริ่มจากค่อย ๆ ปรับพฤติกรรม เช่น 1. การมีสุขอนามัยที่ดีในการนอนหลับ เช่น ไม่เข้านอนจนกว่าจะรู้สึกง่วงนอน ถ้าหากไม่สามารถหลับภายใน 20 นาที ให้ลุกออกจากเตียงนอน ทำกิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลายก่อนนอน ตื่นนอนในเวลาเดิมทุกเช้า ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลังมือเที่ยง ไม่สูบบุหรี่ก่อนเข้านอน ห้องนอนควรเงียบสงบ มืด และอากาศเย็นสบาย เป็นต้น 2. การควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ห้องนอนมีแรงจูงใจให้นอนหลับ (stimulus control) ลดกิจกรรมในห้องนอนที่ทำได้ 3. การจำกัดการนอน พบว่าการนอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลานานจะทำให้ลายการนอนหลับ และเพิ่มความวิตกกังวล การจำกัดการนอนจะลดเวลาที่เข้านอน ช่วยทำให้การหลับมีประสิทธิภาพมากขึ้น หรือจำง่าย ๆ ว่า “คุณภาพมาก่อนปริมาณ”



“ในการรักษาโรคนอนไม่หลับจะเริ่มจากการปรับพฤติกรรมก่อน แต่ถ้ามการปรับพฤติกรรมไม่ได้ผลอาจจะต้องใช้ยานอนหลับช่วย ซึ่งยาแต่ละชนิดก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย เช่น ยานอนหลับชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น และออกฤทธิ์ได้ดีที่สุดเมื่อเริ่มนอนหลับ บางชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว และออกฤทธิ์ได้ดีที่สุดเพื่อให้หลับได้ตลอดทั้งคืน จึงจำเป็นต้องปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาว่ายานอนหลับชนิดใดเหมาะสมที่สุด”

“ความผิดปกติจากการนอน เช่น โรคนอนไม่หลับยังเกี่ยวข้องกับอีกหลาย ๆ โรค เพราะฉะนั้นผู้ป่วยจะต้องสังเกตว่าตนเองมีอาการอื่นร่วมด้วยหรือไม่ เช่น มีอาการนอนกรนหรือมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ซึ่งมักพบในเพศชาย ผู้มีน้ำหนักตัวมาก โดยผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น การรักษาเฉพาะ Positive airway pressure (PAP) เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเป็นการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด เป็นต้น”

ปัจจุบันโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เปิดคลินิกเฉพาะทางด้านความผิดปกติจากการนอนหลับ ให้การบริการดูแลรักษาเฉพาะทางด้านการนอนหลับ ทุกวันจันทร์ เวลา 13.00-16.00 น. สามารถรองรับการบริการผู้ป่วยประมาณ 40 รายต่อวัน และในปลายปี พ.ศ. 2557 จะมีการขยายบริการคลินิกเฉพาะทางด้านความผิดปกติจากการนอนหลับเพิ่มเติม ณ ศูนย์นิทรรศการ ดิโกอาคารผู้ป่วยในพิเศษ 14 ชั้น 5 ทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 13.00-16.00 น. สามารถรองรับการบริการผู้ป่วยประมาณ 10 รายต่อวัน

สำหรับการเปิดตัวชมรมรักษการนอนอย่างเป็นทางการ **อ.พญ.บุษราคม** กล่าวว่า ชมรมรักษการนอนก่อตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกคนทราบถึงความสำคัญของการนอน เพื่อการมีสุขภาพ

การนอนที่ดี และตระหนักว่ามีโรคจากการนอนซึ่งต้องให้ความสำคัญ เพราะอาจจะเป็นสัญญาณบ่งบอกว่าอาจจะเป็นโรคแทรกซ้อนอื่นตามมา ซึ่งในการจัดสัมมนาให้ความรู้จะทำให้เกิดการเผยแพร่ความรู้ออกไปได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น

นอกจากการจัดกิจกรรมภาคประชาชนแล้ว ศูนย์นิทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ยังเปิดหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับแพทย์เกี่ยวกับเวชศาสตร์การนอนหลับเป็นที่แรกของประเทศไทย ในหลักสูตรปกติและหลักสูตรนานาชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 โดยแพทย์ที่สนใจจะต้องจบในสาขาใดก็ได้ คือ นาสถิติวิทยา สาขาอายุรศาสตร์โรคปอด สาขาประสาทวิทยา สาขาจิตเวชศาสตร์ และสาขากุมารเวชศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ



ดีที่หมอใช้เวลาดีในทุกเช้า



อ.พญ.นฤชา จิรกุลสวน กรรมการดำเนินงานศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านความผิดปกติจากการนอนหลับ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุ คนส่วนมากจะมีอาการนอนไม่หลับ 1 หรือ 2 คืน พบประมาณ 30-50% แต่บางครั้งอาจเกิดขึ้นนานเป็นสัปดาห์ เดือน หรือปี หรือที่เรียกว่าโรคนอนไม่หลับเรื้อรังนั้น พบประมาณ 10% โดยโรคนอนไม่หลับมักเป็นในผู้หญิงและผู้สูงอายุ ซึ่งในการรักษามีตั้งแต่การปรับพฤติกรรม เทคนิคการคลายกล้ามเนื้อลดความเครียด และยา

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับมาตั้งแต่เกิดหรือนอนหลับยากตั้งแต่เด็ก ๆ ในเบื้องต้นจะใช้วิธีการปรับพฤติกรรม ที่พบบ่อยคือโรคนอนไม่หลับที่มีความสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวช เช่น เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งในการรักษาต้องปรับพฤติกรรมควบคู่กับการรักษาโรคทาง

จิตเวช และนอกจากนี้โรคนอนไม่หลับที่สัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชมักจะเกี่ยวกับโรคประจำตัว ซึ่งยาบางตัวที่ได้รับนั้นอาจกระตุ้นให้เกิดการนอนไม่หลับโดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบอีกด้วย

“ถ้าอาการนอนไม่หลับเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง หรือทางการแพทย์เรียกว่าโรคนอนไม่หลับปฐมภูมิ แพทย์จะใช้วิธีการปรับพฤติกรรมเป็นหลัก เช่น จัดเตียงเครื่องนอนที่สบาย ทำกิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลายก่อนนอน หรือถ้านอนบนเตียงแล้วไม่สามารถหลับได้ภายใน 15 นาทีให้ลุกออกจากเตียงมาทำกิจกรรมอย่างอื่น เพื่อที่จะไม่เกิดความวิตกกังวลว่าทำไมไม่หลับสักที เป็นต้น ซึ่งการรักษาขึ้นอยู่กับว่าอาการนอนไม่หลับสัมพันธ์กับอะไร และเป็นอาการนอนไม่หลับชนิดใด”

อ.พญ.นฤชา เน้นย้ำว่า ถ้าเป็นไปได้แพทย์จะเน้นการปรับพฤติกรรมเพราะได้ผลใกล้เคียงหรือเทียบเท่ากับการให้ยา แต่ผู้ป่วยต้องอดทนเพราะผลการรักษาอาจจะไม่รวดเร็วเหมือนการให้ยา แต่ข้อดีมีมากกว่า เพราะการรับประทานยาเมื่อเกิดการดื้อยาต้องเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนกลุ่มยา ดังนั้น การปรับพฤติกรรมจึงพบว่าอยู่ได้นานกว่า



อย่างไรก็ดี ยาที่ใช้ในการรักษาจะเป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepine เป็นกลุ่มที่นิยมใช้มากที่สุด แนะนำว่าถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาควรมาปรึกษาแพทย์ เพราะโดยหลักการในการเลือกให้ยาต้องเป็นยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่ง่วงตอนกลางวัน และมีผลข้างเคียงน้อย

นอกจากการปรับพฤติกรรม การให้ยาแล้ว ในผู้ป่วยที่มีอาการกรนและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นอาจจำเป็นต้องใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เนื่องจากในขณะที่กรนและสะดุ้งตื่นในตอนกลางคืน เพราะร่างกายขาดออกซิเจน และสมองตื่นตัว เครื่องนี้จะดันลมและเปิดท่อทางเดินหายใจให้กว้างขึ้นเพื่อนำออกซิเจนเข้าไปทำให้ไม่สะดุ้งตื่นตอนกลางคืน ซึ่งในการใช้นั้นผู้ป่วยจะต้องมาทดสอบก่อนว่ามีภาวะดังกล่าวหรือไม่



ไม่ดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน
หลังมื้อเที่ยง



ด้าน ผศ.พ.ณัฐพงษ์ เจียมจริยธรรม กรรมการดำเนินงานศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านความผิดปกติจากการนอนหลับ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กล่าวถึงภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นว่า โดยปกติลำคอเนื้อของช่องคอจะหย่อนตัวระหว่างนอนหลับทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ การหย่อนตัวของกล้ามเนื้อจะทำให้ช่องคอแคบลงซึ่งจะไม่เกิดปัญหาในคนปกติ แต่ในคนที่มีความหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นนั้น ทางเดินหายใจจะแคบกว่าปกติมาก ทำให้หายใจลำบากและอาจทำให้มีการตกลงของระดับออกซิเจน เมื่อมีการหายใจขัดข้องในขณะหลับ สมองจะรับสัญญาณและกระตุ้นให้พยายามหายใจ และบางครั้งจะปลุกสมองให้ตื่นซึ่งเป็นสัญญาณกระตุ้นกล้ามเนื้อช่องคอให้กลับมาทำงานและทางเดินหายใจเปิดอีกครั้ง เมื่อแรงดันในการหายใจลดลง ผู้ป่วยจะสามารถหลับต่อได้ เมื่อกลับมาหลับอีกครั้ง ช่องคอจะเริ่มแคบและต้องใช้ความพยายามใน

การหายใจเพิ่มขึ้นและถูกกระตุ้นให้ตื่น วงจรนี้จะเกิดขึ้นตลอดทั้งคืน และรบกวนการนอนหลับหลายครั้งในแต่ละคืน การตื่นหลาย ๆ ครั้งจะเกิดเป็นช่วง ๆ ซึ่งจะจำไม่ได้หลังจากตื่นนอน โรนียังพบว่า ทำให้มีอาการง่วงนอนตอนกลางวันอีกด้วย ซึ่งจากการสำรวจภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นในประเทศไทย พบ 18-22% ในผู้ชาย 10% ในผู้หญิง และมีโอกาสพบมากขึ้นหลังหมดประจำเดือน

อย่างไรก็ดี องค์ความรู้ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันถือเป็นมาตรฐาน ยังไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง การรักษาเฉพาะ Positive airway pressure (PAP) เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเป็นการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด มีหน้ากากสวมทับบริเวณจมูกในขณะหลับ เครื่องอัดอากาศขนาดเล็กจะเชื่อมต่อกับหน้ากากด้วยท่ออากาศ ดังนั้น อากาศภายใต้แรงดันที่กำหนดจะเข้าไปในช่องคอโดยผ่านทางจมูก แรงดันอากาศจะค่อย ๆ เปิดทางเดินหายใจบริเวณช่องคอเพื่อให้ การนอนและการหายใจเป็นปกติ ประมาณ 60-70% ของผู้ป่วย ที่พยายามใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกสามารถใช้อย่างต่อเนื่องได้ ในขณะที่บางส่วนพบว่าไม่สะดวกสบายในการใช้หน้ากาก ทำให้มี การพัฒนาหน้ากากให้มีหลากหลายขนาดและหลายแบบ เพราะ แต่ละคนมีใบหน้าแตกต่างกัน และถึงแม้ว่าเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ให้ผลการรักษาที่ดี แต่จะพบปัญหาคือ ผู้ป่วยมักจะทนกับเครื่อง ไม่ค่อยได้ ปัจจุบันจึงเป็นการออกแบบเครื่องให้ใช้งานได้ง่ายขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วย Oral appliance หรือทันตอุปกรณ์ที่เลื่อนคางมาด้านหน้า เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการรักษาในผู้ป่วยบางราย อุปกรณ์นี้จะช่วยเปิดทางเดินหายใจโดยการเลื่อนคางและลิ้นมาข้างหน้า หรือยกเพดานอ่อนขึ้น ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับเล็กน้อยและปานกลางอาจจะรักษาได้ผลจากการใช้อุปกรณ์นี้

ผศ.นพ.ณัฐพงษ์ ยังได้กล่าวเพิ่มเติมถึงความสำเร็จจากการจัดสัมมนาเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน เรื่อง ‘Good Sleep, Better Life’ ว่า วัดตุประสงค์หลักคือ คาดหวังให้วิชาการนอนเกิดการรับรู้อย่างแพร่หลายในวงกว้างให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคนี้มีความสำคัญกับชีวิต และตระหนักถึงปัญหาและให้ความสำคัญ นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดตัวชมรมรักษาการนอนอย่างเป็นทางการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีช่องทางในการสื่อสารกับแพทย์ และจะมีการจัดงานให้ความรู้ในลักษณะนี้เป็นประจำทุกปี รวมทั้งมีเว็บไซต์ เฟซบุ๊ก และจดหมายข่าวเพื่อให้ข้อมูลส่งตรงถึงผู้ป่วยอีกด้วย

“ในปัจจุบันโรคนอนไม่หลับ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการ
อุดกั้น หรือในคนที่ทำงานเป็นกะ พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจ



โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ความดันโลหิตสูง โรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่คนส่วนใหญ่รู้จักกันดีอยู่แล้ว แต่กลับไม่ได้มองถึงเรื่องของการป้องกัน และที่ยิ่งไปกว่านั้น เรารู้ว่าการดูแลสุขภาพนั้น ต้องไม่สูบบุหรี่ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และออกกำลังกาย แต่เราไม่รู้ว่าการนอนนั้นมีผล ทั้งที่ในปัจจุบันมีองค์ความรู้มากมายที่แสดงให้เห็นว่าการนอนหลับนอกจากจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว ยังสามารถป้องกันโรคที่จะตามมาได้อีกมากมาย” **ผศ.นพ.ณัฐพงษ์ กล่อ่วทั้งห้า**

ខ្ញុំឯងក៏បានដឹងហើយថា ខ្ញុំកំពុងស្លាប់

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) จัดพิธีมอบโล่เกียรติยศแก่นักวิจัยผู้มีผลงานยอดเยี่ยมทั้งเชิงวิจัยและพัฒนา เชิงวิชาการ และเชิงพัฒนาท้องถิ่นและพื้นที่ โดยได้ทำการคัดเลือกผลงานวิจัยดีเด่นประจำปี พ.ศ. 2556 เพื่อเป็นตัวอย่างในการสร้างผลงานที่มีคุณค่าแก่สังคมไทยและพัฒนาไปสู่สังคมอุดมปัญญา โดยมีผลงานที่ได้รับการคัดเลือกรวมทั้งสิ้น 16 โครงการ และหนึ่งในโครงการที่ได้รับรางวัล ผลงานวิจัยดีเด่น สกว. ประจำปี พ.ศ. 2556 ในกลุ่มงานวิจัยเชิงวิชาการและมนุษยศาสตร์ ได้แก่ การผลิตแอนติบอดีสำหรับรักษาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและการสร้างฟาจไลบรารีที่ดิสเพลย์มินิโปรตีนหรือนาโนบอดี โดย ศ.ดร.วันเพ็ญ ชัยคำภา ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



ศ.ดร.วันเพ็ญ ชัยคำภา

กับงานวิจัยเพื่อเป็นความหวังใหม่ในการรักษาโรคตับอักเสบบี



สำหรับที่มาของงานวิจัย เนื่องจากเมื่อติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแล้วระยะหนึ่ง ผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งเกิดโรคตับระยะสุดท้ายตามมา คือตับแข็ง ตับวาย หรือมะเร็งตับซึ่งต้องเสียชีวิตในที่สุด ในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคนี้ การรักษาเท่าที่มี ได้แก่ การฉีดอินเทอร์เฟียรอนอัลฟาทุก

สัปดาห์ ร่วมกับการรับประทานยาไรบาวิรินทุกวันเป็นเวลา 24-48 สัปดาห์หรือนานกว่านั้น เรียกว่า dual therapy หรือร่วมกับยาที่ยับยั้งเอนไซม์โปรตีเอสของไวรัส (triple therapy) การรักษาแบบนี้ได้ผลเพียงร้อยละ 50-70 เนื่องจากไวรัสดื้อยาได้ง่ายโดยเฉพาะจีโนทัยป์ 1 และ 4 เนื่องจากไวรัสเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมได้บ่อยแม้เพียงตำแหน่งเดียวที่สำคัญก็สามารถดื้อยาได้แล้ว ยามีราคาแพง หมดอายุเร็ว ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ และก่ออาการข้างเคียงมากจนผู้ที่ได้รับการรักษาส่วนหนึ่งทนไม่ไหว รวมทั้งมีข้อห้ามใช้ในผู้ติดเชื้อบางกลุ่ม เช่น ขณะตั้งครรภ์เนื่องจากยาทำให้ทารกเกิดการหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้น จึงมีความต้องการยาหรือแนวทางใหม่สำหรับต้านไวรัสตับอักเสบบีที่มีประสิทธิภาพดีกว่าเดิม มีความปลอดภัยไม่ก่ออาการเจ็บป่วยข้างเคียง และสามารถทนต่อการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของไวรัสได้ดี

รวมทั้งมีประสิทธิภาพกว้างคือสามารถยับยั้งไวรัสได้ทุกจีโนทัยป์และซับทัยป์ ทั้งนี้ความสำคัญของงานวิจัย เนื่องจากประชากรโลกประมาณ 180 ล้านคน หรือมากกว่าร้อยละ 3 ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและเป็นโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง โดยในแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอีก 3-4 ล้านคน การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเป็นสาเหตุให้เกิดโรคตับระยะสุดท้ายตามมาคือ ตับแข็ง



ตัววาย และมะเร็งตับซึ่งต้องเสียชีวิตในที่สุด ในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคนี้ การรักษาเท่าที่มี ได้แก่ การฉีดอินเทอร์เฟียร์รอนอัลฟาทุกสัปดาห์ ร่วมกับการรับประทานยาไรบาวิรินทุกวันเป็นเวลา 24-28 สัปดาห์ หรือนานกว่านั้น อย่างไรก็ตาม การรักษาแบบนี้ได้ผลเพียงประมาณร้อยละ 50 เท่านั้น เนื่องจากไวรัสจีในท้ายปี 1 และ 4 ดื้อยา รวมทั้งไวรัสมีการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมบ่อย (เป็น quasispecies) เนื่องจากมีพันธุกรรมเป็นอาร์เอ็นเอและใช้อาร์เอ็นเอดีเพนเดนซ์ อาร์เอ็นเอโพลีเมอเรส (RdRp) ในการเพิ่มสารพันธุกรรมซึ่งมีโอกาสเดมิหมู่นิวคลีโอไทด์ผิดพลาดได้บ่อย นอกจากนี้ยายังมีผลข้างเคียงมากจนทำให้ผู้ที่ได้รับยาจำนวนมากไม่สามารถทนได้ รวมทั้งมีราคาแพงและหมดอายุเร็ว เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการขึ้นทะเบียนยาใหม่อีก 2 ชนิดซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์โปรตีนโปรตีเอสของไวรัสเพื่อให้การรักษาผู้ติดเชื้อจีในท้ายปี 1 ร่วมกับอินเทอร์เฟียร์รอนและไรบาวิริน พบว่าได้ผลประมาณร้อยละ 70 อย่างไรก็ตาม การรักษาแบบนี้มีผลข้างเคียงใหม่เพิ่มจากเดิมและห้ามใช้ในขณะตั้งครรภ์เพราะทำให้เกิดทารกในครรภ์พิการหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้น การค้นหาและพัฒนาการรักษาหรือแนวทางใหม่เพื่อดำเนินเชื้อไวรัสตับอักเสบซีที่มีประสิทธิภาพดีกว่า ปลอดภัยกว่า และทนต่อการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมของไวรัสได้ดีกว่า วิถีทางเภสัชวิทยาที่ใช้อยู่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

สำหรับสาระสำคัญของงานวิจัย แอนติบอดีแต่ละโมเลกุลสามารถจับกับแอนติเจนเป้าหมายได้หลายตำแหน่ง โดยในการจับแอนติบอดีใช้กรดอะมิโนหลายตัวทั้งในส่วนที่เรียกว่า complementarity determining regions และ immunoglobulin framework regions (FRs) ของแอนติบอดี ดังนั้น แอนติเจนเป้าหมายจึงยากที่จะหลบพ้นจากการจับของแอนติบอดีและคือแอนติบอดีได้ยากกว่าดื้อยา ในบรรดาโปรตีนทั้ง 10 ชนิดที่เชื้อไวรัสตับอักเสบซีผลิตออกมาขณะที่อยู่ในเซลล์ของตับที่ติดเชื้อนั้น โปรตีนที่ทำหน้าที่เป็นเอนไซม์คือ โปรตีเอส เฮลิเคส และโพลีเมอเรส มีความสำคัญยิ่งยวดต่อไวรัสในการเพิ่มจำนวนเอนไซม์เหล่านี้มีความแตกต่างจากของมนุษย์ ดังนั้น โปรตีนเหล่านี้จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญของโครงการวิจัยนี้ ในการผลิตแอนติบอดีสำหรับรักษา

โรคตับอักเสบซีที่มีขนาดเล็กที่เรียกว่า แอนติบอดีสายเดี่ยว และแอนติบอดีจีว หรือนาโนบอดีและไม่ใช่เป็น สิ่งแปลกปลอมในร่างกายของคนจึงปลอดภัยและสามารถเข้าไปทำงานในเซลล์เพื่อขัดขวางการเพิ่มจำนวนของไวรัสได้

โดยในการวิจัย คณะผู้วิจัยได้ผลิตโปรตีนทั้งสามชนิดแบบรีคอมบิแนนท์ที่พิสูจน์ยืนยันได้ว่า มีกิจกรรมเอนไซม์เช่นเดียวกับโปรตีนในอนุภาคของไวรัสขึ้นสำเร็จ และได้นำโปรตีนเหล่านี้ไปใช้เป็นแอนติเจนในกระบวนการฟาจไปโอแพนนิ่ง เพื่อคัดเลือกฟาจที่จับกับแอนติเจนเหล่านี้ออกจากคลังฟาจที่ดิสเพลย์แอนติบอดีสายเดี่ยวของคน (human ScFv phage display library) และคลังฟาจที่แสดงแอนติบอดีจีว/นาโนบอดีชนิดฮิวแมนไนซ์



(humanized VH/VHH/nanobody phage display library) จากนั้นนำฟาจแต่ละโคลนไปใส่เข้าไปในแบคทีเรียชนิดอีโคไล แล้วนำอีโคไลไปเพาะเลี้ยงพร้อมเหนี่ยวนำให้ผลิตแอนติบอดีสายเดี่ยวของคนและชีวแมนโนซันนาบอดีสามารถเข้าไปทำงานในเซลล์ได้ (ทำให้เป็น cell penetrable antibodies หรือ transbodies) โดยการเชื่อมต่อยีนของแอนติบอดีเหล่านี้ในระดับโมเลกุลเข้ากับ cell penetrating peptide คือ เพเนทาร์ติน (penetartin) จากการทดสอบความสามารถของ transbodies เหล่านี้พบว่าไม่เป็นพิษต่อเซลล์และสามารถเข้าไปจับกับเอนไซม์เป้าหมายของไวรัสในเซลล์ที่ติดเชื้อจนเป็นผลยับยั้งการเพิ่มปริมาณของไวรัส ซึ่งแอนติบอดีเหล่านี้มีศักยภาพสูงในการนำไปพัฒนาต่อยอดเพื่อใช้รักษาโรคตับอักเสบซีแนวใหม่ต่อไป

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยยังได้สร้าง nanobody phage display library ใหม่และผลิต humanized-nanobodies ชนิดที่เข้าเซลล์ได้ ต่อโปรตีนพีเจ็ด (ไวโรพอริน) ของเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดซีเพิ่มเติมจากที่เสนอไว้ในโครงการฯ รวมทั้งได้มีการพัฒนานักวิจัยหลังปริญญาเอก และผลิตนักวิจัยระดับปริญญาเอกและปริญญาโทจำนวนมากด้วย

ทั้งนี้ผลที่ได้จากการวิจัย ผลวิจัยที่ได้นับเป็นนวัตกรรมการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีแนวใหม่ที่ยังไม่เคยมีมาก่อน มีศักยภาพสูงในการนำไปผลิตในระดับ pilot scale แบบ GMP ร่วมกับเอกชนเพื่อทำเป็นแอนติบอดีรวม (cocktail of human monoclonal antibodies) ที่ขัดขวางเอนไซม์ทั้ง 3 ชนิดของไวรัส เพื่อใช้ทดสอบใน translational research (clinical trial phases ต่าง ๆ) ซึ่งทีมวิจัยกำลังดำเนินการอยู่ ก่อนที่จะมีการผลิตจำหน่ายในระดับอุตสาหกรรมต่อไป อนึ่งผลงานนี้ยื่นขอจดสิทธิบัตรแล้ว 3 เรื่องและกำลังดำเนินการอีก 2 เรื่อง ส่วนคลังฟาจที่มีแอนติบอดีขนาดจิ๋วหรือนาโนบอดีของมนุษย์ปรากฏอยู่บนผิวของฟาจที่ทีมวิจัยสร้างขึ้นนั้นเป็น humanized-nanobody library เพียงคลังเดียวในโลก (ยื่นจดสิทธิบัตรแล้ว) สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือทางชีววิทยาสำหรับใช้ผลิตแอนติบอดีต่าง ๆ ที่ปลอดภัยสำหรับใช้รักษา

โรคในคน ทั้งโรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่ไม่มีวัคซีนหรือวัคซีนยังมีปัญหาอยู่ เช่น ไข้หวัดใหญ่ มือเท้าปาก ปอดบวมอาร์เอสวี เอชไอวี/เอดส์ ฯลฯ โรคไม่ติดเชื้อ เช่น มะเร็ง สภาวะออโตอิมมูน โรคภูมิแพ้ และการได้รับพิษต่าง ๆ เช่น พิษปลาปักเป้า พิษงู สารพิษจากแบคทีเรีย เช่น โบ툴ินัม บาดทะยัก คอติบ ไอกรณ ฯลฯ ได้ในหลอดทดลองโดยไม่ต้องฉีดกระตุ้นภูมิคุ้มกันในร่างกาย ดังตัวอย่างผลงานที่ทีมวิจัยได้ตีพิมพ์ไว้ในวารสารวิชาการนานาชาติ

งานทั้งสองส่วนนอกจากเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการแล้ว ยังนับเป็นทรัพย์สินของประเทศที่ประเทศอื่นไม่มี งานในส่วนของการผลิตแอนติบอดีด้านไวรัสตับอักเสบซีมีศักยภาพที่จะพัฒนาเพื่อให้ใช้ได้จริง เพื่อประโยชน์เชิงสาธารณะคือ เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาเพื่อการมีสุขภาพดีของประชาชนและนำไปสู่เชิงพาณิชย์ได้ด้วย



สำหรับการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ นวัตกรรมการรักษาโรคตับอักเสบซีสามารถพัฒนาไปสู่การใช้ได้จริง มีศักยภาพเชิงพาณิชย์ เป็นการใช้วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีชีวภาพเพื่อการพึ่งตนเองของประเทศที่จัดได้ว่าเป็นเทคโนโลยีย้อนกลับ (reverse technology) ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ประเทศที่พัฒนาแล้วยังไม่มี รวมทั้งมีเครื่องมือทางชีววิทยาสำหรับการผลิตแอนติบอดีภายนอกร่างกายโดยไม่ต้องกระตุ้นภูมิคุ้มกัน สามารถผลิตได้เร็วโดยไม่ต้องรอให้ร่างกายผลิตแอนติบอดีและปลอดจาก in vivo immune regulations ต่าง ๆ สามารถสร้างแอนติบอดีต่อ non-immunogenic molecules หรือพิษต่าง ๆ ที่ immunogenic dose สูงกว่า toxic/lethal dose ได้ ซึ่งปกติทำไม่ได้ด้วยการ immunization และยังมีผลงานตีพิมพ์จำนวนมากในวารสารวิชาการนานาชาติ



ผลิตภัณฑ์ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ เพื่อการรักษาทางการแพทย์

ส่วนประกอบของโลหิตและผลิตภัณฑ์โลหิต (Blood Components and Blood Products)

1. โลหิตรวม (Whole Blood) ใช้กับผู้ป่วยที่เกิดภาวะเสียโลหิต เช่น อุบัติเหตุ โลหิตออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ การผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น

2. เม็ดเลือดแดง (Packed Red Cells : PRC) เตรียมโดยการปั่นแยกจากโลหิตทั้งหมด แยกเอาพลาสมาเหลือแต่เม็ดเลือดแดง ใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจ โลหิตจาง และในภาวะที่ผู้ป่วยซีดมาก

3. เม็ดเลือดแดงที่ไม่มีเม็ดเลือดขาว (Leukocyte-Poor Packed Red Cells : LPRC) เตรียมโดยใช้เครื่องมือบีบอัดในมิติ แยกเม็ดเลือดขาวออก ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแพ้เม็ดเลือดขาว และผู้ป่วยที่ต้องรับเลือดบ่อย ๆ

4. พลาสมาสดแช่แข็ง (Fresh Frozen Plasma : FFP) ใช้สำหรับผู้ป่วยขาดแฟคเตอร์ XI และผู้ป่วยที่ขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือดมาแต่กำเนิด และไม่มีปัจจัยการแข็งตัวชนิดนั้น ๆ แบบเข้มข้น หรือผู้ป่วยที่ขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือดหลายชนิดร่วมกัน

5. เกล็ดเลือดเข้มข้น (Platelet Concentrates : PC) ได้จากการปั่นแยกจากโลหิตรวม รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เช่น โรคไขเลือดออก เกล็ดเลือดไม่ทำงาน ใช้กับผู้ป่วยที่เกล็ดเลือดผิดปกติ

6. ไครโอพรีซิพิต (Cryoprecipitate) เตรียมจากพลาสมาสดแช่แข็ง ประกอบด้วยแฟคเตอร์ VIII รักษาโรคฮีโมฟีเลียเอ แฟคเตอร์ 1 รักษาภาวะขาดไฟบริโนเจน

7. พลาสมาที่แยกไครโอพรีซิพิตออกแล้ว (Cryo-Removed Plasma : CRP) ใช้ในผู้ป่วยโลหิตออก เนื่องจากโรคตับแข็ง ฮีโมฟีเลียบี เป็นต้น

8. พลาสมาแห้ง (Fresh Dried Plasma : FDP) เป็นการนำพลาสมาทำให้แห้งโดยวิธีการระเหิด มีคุณสมบัติทางชีวภาพและปัจจัยการแข็งตัวของเลือดเหมือนเดิม ใช้กับผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย

9. พลาสมาแห้งที่ไม่มีไครโอพรีซิพิต (Dried Cryo-Removed Plasma : DCRP) มีคุณสมบัติเหมือนพลาสมาธรรมดา เตรียมด้วยการนำ CRP มาถ่วงลงขวดที่ปราศจากเชื้อ นำไปผ่านขั้นตอนการทำให้แห้ง ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียบี

10. ไครโอพรีซิพิตแห้งโดยผ่านความร้อน (Heat

Treated Freeze Dried Cryoprecipitate : HTFDC) นำไครโอพรีซิพิตมาลงขวดทำให้แห้ง นำไปฆ่าเชื้อไวรัสด้วยความร้อน ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียเอ และผู้ป่วยที่ขาดไฟบริโนเจน

11. 20% Human Albumin Solution ใช้รักษาผู้ป่วยในกรณีถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โรคขาดอาหาร และโรคตับ เป็นต้น

12. เซรุ่มต้านโรคพิษสุนัขบ้า (Human Rabies Immunoglobulin : HRIG) แยกส่วนประกอบของพลาสมาของผู้ที่เข้าโครงการเพื่อจัดทำเซรุ่ม ใช้สำหรับป้องกันและรักษาโรคหลังจากถูกสุนัขบ้ากัด

13. เซรุ่มต้านโรคไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Immunoglobulin : HBIG) ภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป ใช้ป้องกันไวรัสตับอักเสบบี

14. การไฟบริน (Fibrin Glue) มีคุณสมบัติพิเศษในการปิดแผลที่มีเลือดออกให้เลือดหยุดอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้กับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัด ไม่บอบช้ำจากการผ่าตัด ผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียเลือดออกง่ายหยุดยาก การถอนฟัน เป็นต้น

ส่วนประกอบโลหิตพิเศษเพื่อการรักษาทางการแพทย์

1. เม็ดเลือดขาวจากผู้บริจาครายเดียว (Single Donor Granulocytes) ใช้กับผู้ป่วยภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง หรือที่หายาปฏิชีวนะแล้วไม่ได้ผล

2. เกล็ดเลือดชนิดผู้บริจาครายเดียว (Single Donor Platelet Concentrates : SDP) ใช้กับผู้ป่วยที่มีเลือดออกง่าย เพราะเกล็ดเลือดต่ำจากสาเหตุโรคไขกระดูกฝ่อ มะเร็งเม็ดเลือดขาว ภาวะติดเชื้อรุนแรง และเกล็ดเลือดทำหน้าที่ผิดปกติ

3. พลาสมาสดแช่แข็งที่รับจากผู้บริจาครายเดียว (Single Donor Fresh Frozen Plasma : SD-FFP) ใช้ในกรณีเช่นเดียวกับ FFP

4. เม็ดเลือดแดงเข้มข้น 2 ถังจากผู้บริจาครายเดียว (Single Donor Red Cells : SDR) ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางจากสาเหตุต่าง ๆ แล้ว ยังเหมาะกับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย หรือผู้ป่วยที่มีแอนติบอดีต่อต้านเม็ดเลือดขาว หรือใช้ในผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ

การนำโลหิตมาแยกส่วนประกอบนั้น เป็นการใช้โลหิตที่เหมาะสมและใช้ได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อนามัยโลกเรียกร้องห้ามบุหรี่ไฟฟ้า

บีบีซี - องค์การอนามัยโลกเรียกร้องให้มีคำสั่งห้ามสูบบุหรี่ไฟฟ้าในอาคาร รวมถึงการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าแก่เด็ก

นอกจากการเรียกร้องให้ออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ไฟฟ้าทั้งในอาคารสาธารณะและสำนักงานแล้ว องค์การอนามัยโลกยังเรียกร้องให้ยุติการประโคมข่าวว่าบุหรี่ไฟฟ้าสามารถช่วยสิ่งทอมควันเลิกสูบบุหรี่จนกว่าจะมีหลักฐานที่แน่ชัดมาสนับสนุน โดยเตือนว่าการโฆษณาชวนเชื่อบุหรี่ไฟฟ้าในฐานะเครื่องมือช่วยเลิกบุหรี่อาจกลับเป็นการกระตุ้นให้เด็กและคนที่ไม่สูบบุหรี่หันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้ากันมากขึ้น

ด้านผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ออกกฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ารสต่าง ๆ เช่น รสผลไม้ ลูกกวาด หรือรสเหล้า รวมถึงจำกัดการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าที่จำหน่ายอัตโนมัติ และยืนยันว่าบุหรี่ไฟฟ้ายังคงเป็นอันตรายต่อสุขภาพของวัยรุ่นและทารกในครรภ์แม้มีระดับความรุนแรงที่ต่ำกว่าบุหรี่ยาสูบ



อีกด้านหนึ่งมีเสียงท้วงติงจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญว่า มาตรการจำกัดบุหรี่ไฟฟ้าอาจเป็นการปิดกั้นโอกาสในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่มีอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่าบุหรี่ และหากมาตรการดังกล่าวดำเนินไปอย่างเข้มงวดก็อาจเป็นการเปิดทางไปสู่การพัฒนาผลิตภัณฑ์ตัวใหม่ ที่อาจส่งผลกระทบต่อประชาชนรุนแรงยิ่งกว่า



กลุ่มนักฟุตบอลเยาวชนฟ้องฟีฟ่า ละเลยความเสี่ยงบาดเจ็บศีรษะกระแทก

บีบีซี - กลุ่มนักฟุตบอลเยาวชนและผู้ปกครองรวมตัวฟ้องสหพันธ์ฟุตบอลระหว่างประเทศ (ฟีฟ่า) และองค์กรฟุตบอลสหรัฐฯ ฐานประมาทความเสี่ยงการบาดเจ็บที่ศีรษะ และละเลยปกป้องนักกีฬารุ่นเยาว์

การยื่นฟ้องร้องโดยกลุ่มนักฟุตบอลเยาวชนและผู้ปกครองนี้ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อเรียกร้องค่าชดเชย แต่มีขึ้นเพื่อให้ฟีฟ่าจัดเตรียมมาตรการด้านการแพทย์สำหรับติดตามการบาดเจ็บจากศีรษะกระแทกในผู้ที่เล่นฟุตบอลมาตั้งแต่เป็นเด็กหรือวัยรุ่น รวมถึงเรียกร้องให้ตรามาตรการ

ความปลอดภัย เช่น จำกัดจำนวนครั้งการโหม่งลูกบอลสำหรับนักฟุตบอลรุ่นเล็ก หรือการเปลี่ยนตัวผู้เล่นชั่วคราวกรณีได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

การฟ้องร้องดังกล่าวมุ่งไปที่การโหม่งลูกบอลเป็นหลักตามที่มีงานวิจัยชี้ว่าการโหม่งลูกบอลอาจเป็นอันตรายต่อเด็ก เนื่องจากกล้ามเนื้อคอของเด็กยังพัฒนาไม่สมบูรณ์จึงทำให้ไม่อาจชะลอแรงกระแทกของลูกบอลต่อศีรษะ โดยโจทก์อ้างว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะจากการเล่นฟุตบอลกำลังระบาดทั่ววงการฟุตบอลทุกระดับ

อีกด้านหนึ่งโฆษกฟีฟ่าแถลงงดออกความเห็นเนื่องจากยังไม่ได้รับรายละเอียดการฟ้องร้อง แต่ยืนยันว่าทางองค์กรได้กำหนดให้การป้องกันและรักษาการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นมาตรการสำคัญอันดับหนึ่ง และยืนยันว่าฟีฟ่ามีคำแนะนำความปลอดภัยที่ชัดเจนสำหรับแพทย์ประจำทีม

กินมะเขือเทศห่างมะเร็งต่อมลูกหมาก

บีบีซี - การรับประทานมะเขือเทศอย่างน้อยสัปดาห์ละ 10 ส่วนอาจช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ราวร้อยละ 20

นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยบริสตอลของอังกฤษศึกษาผลของอาหารและวิถีชีวิตต่อการเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในชายชาวอังกฤษอายุระหว่าง 50-69 ปี ราว 20,000 คน และพบว่าชายที่รับประทานมะเขือเทศอย่างน้อยสัปดาห์ละ 10 ส่วนทั้งมะเขือเทศสด น้ำมะเขือเทศ หรือถั่วอบซอสมะเขือเทศ มีความเสี่ยงมะเร็งดังกล่าวต่ำลงร้อยละ 18 และยังพบด้วยว่าการรับประทานผักและผลไม้อย่างน้อย 5 หน่วยบริโภคต่อวันยังสามารถลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ร้อยละ 24 เทียบกับผู้ชายที่รับประทานผักและผลไม้ไม่เกินวันละ 2 หน่วยครึ่ง

นักวิจัยคาดว่า คุณสมบัติต่อต้านมะเร็งของมะเขือเทศอาจเป็นผลมาจากไลโคปีนซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระที่สามารถป้องกันความเสื่อมของดีเอ็นเอ



และเซลล์ อย่างไรก็ดี ชีวเคมีข้อมูลจากการศึกษาสนับสนุนการรับประทานมะเขือเทศในฐานะอาหารป้องกันมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่ก็ยังคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันให้แน่ชัด พร้อมกับแนะนำให้ผู้ชายรับประทานผักและผลไม้ให้หลากหลาย คุณน้ำหนักรับประทานให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี และหมั่นออกกำลังกาย



วิจัยชยาอีโบล่าได้ผล 100%

ปีปีซี - ข้อมูลจากงานวิจัยยา ZMapp ในลิงซี ชยาซึ่งยังอยู่ในขั้นทดลองมีประสิทธิภาพป้องกันอีโบล่าได้ 100%

ข้อมูลงานวิจัยซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร Nature รายงานว่าลิง 18 ตัวที่ติดเชื้อมีอีโบล่ามียา ZMapp รักษาโรคอีโบล่าได้ 100% แม้ให้ยา

ZMapp หลังติดเชื้อมาแล้ว 5 วัน ซึ่งถือว่าการติดเชื้อมีระยะทำยาก่อนที่โรคจะกำเริบรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต แต่จากการที่เชื้อมีอีโบล่ามีระยะฟักตัวในคนที่นานกว่าจึงคาดว่ายาดังกล่าวอาจให้ผลดีแม้ติดเชื้อมาแล้ว 9-11 วัน

ยา ZMapp อันเป็นยาสูตรค็อกเทลจากแอนติบอดี 3 ตัว กำลังเป็นความหวังใหม่ของการยับยั้งไวรัสอีโบล่าซึ่งปัจจุบันไม่มียารักษาและคร่าชีวิตผู้คนไปแล้วกว่า 1,500 รายนับตั้งแต่เกิดการระบาดในประเทศกินี โดยผู้เชี่ยวชาญต่างเรียกร้องให้มีการศึกษาผลของยา ZMapp ในคนโดยเร็วที่สุดท่ามกลางวิกฤติการณ์การระบาดของไวรัสอีโบล่าที่คาดว่าจะรุนแรงยิ่งขึ้น

จิบเหล้าอาจช่วยป้องกันโรคหัวใจ

รอยเตอร์สเฮลธ์ - การดื่มเหล้าเพียงวันละ 1-2 แก้วอาจมีประโยชน์ป้องกันโรคหัวใจและการเสียชีวิต แม้ในผู้ที่เป้นโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเหล้าและโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยนักวิจัยจีนพบว่า การดื่มเหล้าประมาณวันละ 8-10 กรัม สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หัวใจวาย สโตรค และโรคที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในผู้ที่เป้นโรคความดันโลหิตสูง แต่ผลลัพธ์ดังกล่าวไม่พบในผู้ที่ดื่มเหล้าหนักหรือคอกทองแดงที่ดื่มเหล้าแทนน้ำ

นักวิจัยเตือนว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและไม่เคยดื่มเหล้ามาก่อนไม่ควรใช้ข้อมูลนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการดื่มเหล้า เพราะยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าการจิบเหล้ามีประสิทธิภาพป้องกันโรคหัวใจได้จริง หรือเป็นเพียงตัวบ่งชี้สถานะทางสังคมและชีวิต



ความเป็นอยู่ที่ดีกว่า และเตือนว่าการหันมาจิบเหล้าเพื่อป้องกันโรคหัวใจอาจกลายเป็นประตูปไปสู่การดื่มแบบหัวราน้ำซึ่งกลับจะเพิ่มความเสี่ยงสโตรค

แอปดีเอไอเอียวโทรศัพท์ตรวจสุขภาพหัวใจ



รอยเตอร์ส - สำนักงานอาหารและยาสหรัฐฯ (เอฟดีเอ) อนุมัติพัฒนาเครื่องมือสำหรับติดตามสุขภาพหัวใจที่สามารถใช้งานร่วมกับโทรศัพท์สมาร์ทโฟน

เอฟดีเออนุมัติบริษัทเทคโนโลยีรายหนึ่งพัฒนาอุปกรณ์ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ใช้งานร่วมกับโทรศัพท์สมาร์ทโฟนสำหรับติดตาม atrial fibrillation โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้แพทย์สามารถติดตามความผิดปกติและรักษาได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดสโตรคหรืออาการอื่นที่อาจร้ายแรงจนถึงแก่ชีวิต

เอฟดีเอยังอนุมัติการพัฒนาชุดตรวจตรวจออกซึ่งสามารถติดตามอัตราการเต้น การหายใจ และอุณหภูมิร่างกาย และรายงานผลทางโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ซึ่งจะช่วยให้แพทย์ทราบได้ว่าผู้ป่วยเกิดความผิดปกติในช่วงใด โดยชุดตรวจของบริษัททั้งสองเจ้าต่างออกแบบมาให้เอื้อต่อการติดตามข้อมูลทางไกลและให้การรักษาก่อนที่จะเกิดเหตุร้ายแรง

ช่วงกลางของเรื่อง



หลายครั้งที่เราเริ่มดูภาพยนตร์หรือละครเมื่อฉายไปได้สักระยะหนึ่งแล้ว การเริ่มดูภาพยนตร์ในช่วงกลางของเรื่องมักทำให้เราไม่เข้าใจว่าทำไมตัวละครจึงได้รับผลเช่นนั้น หรือทำไมจึงเลือกตัดสินใจทำเช่นนั้น ทั้งนี้เพราะเราไม่ได้เริ่มดูตั้งแต่ต้นเรื่องจึงไม่รู้ที่มาที่ไปของเหตุและผลที่ต้องเป็นไปอย่างนั้น

การรักษาที่ห้องฉุกเฉินยิ่งเป็นการยากที่จะเข้าใจชีวิต ความคิดหรือเหตุผลของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะการดูแลรักษาในช่วงฉุกเฉินนั้นเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก ดังนั้น นอกจากความรุนแรงของตัวโรคแล้วยังมีอารมณ์เข้ามาข้องเกี่ยวจนทำให้บิดเบือนการใช้เหตุผลไปได้

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในตัวโรคและเตรียมใจกับวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว แต่เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจริง ๆ ญาติกลับเปลี่ยนใจและต้องการทำการกู้ชีพ ทั้งนี้เพราะทำใจยอมรับกับการจากลาเมื่อเวลานั้นมาถึงไม่ได้อย่างแท้จริง

เรื่องมีอยู่ว่าผู้ป่วยชายรายหนึ่งเป็นฮีโมฟีเลีย ซึ่งเป็นโรคเลือดไหลแล้วหยุดยากตั้งแต่เด็ก มารับเลือดจากโรงพยาบาลหลายครั้งนานมากกว่าสิบปี ต่อมากลับพบว่าเป็นเอดส์อีกโรคหนึ่ง ผู้ป่วยยืนยันว่าไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อนเลย จึงทำให้คิดว่าอาจติดเชื้อจากการได้รับเลือดเพื่อการรักษาโรคฮีโมฟีเลีย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในอดีตนั้นเทคโนโลยีการคัดกรองเชื้อต่าง ๆ ในเลือดยังทำได้ไม่ดีเท่าปัจจุบัน

เมื่อผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคเอดส์ร่วมกับโรคฮีโมฟีเลียซ้ำเข้าไปอีก ซึ่งเป็นโรคร้าย 2 โรคที่รักษาไม่หายทั้งคู่ จึงทำให้ผู้ป่วยสิ้นหวังและหมดกำลังใจจนคิดฆ่าตัวตายด้วยวิธีต่าง ๆ อันเป็นสาเหตุให้มารักษาที่ห้องฉุกเฉินอยู่หลายครั้ง ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาทั้งทางยาและปรึกษาจิตแพทย์กันอยู่หลายครั้งกว่าที่จะเยียวยาและพอบรรเทาความทุกข์ใจของผู้ป่วยให้อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

เวลาผ่านไป 10 ปี ปัจจุบันผู้ป่วยรายนี้ยังมาที่ห้องฉุกเฉินด้วยปัญหาเลือดออกในข้อต่าง ๆ อีกหลายต่อหลายครั้ง แต่บุคลากรที่ทำงานในห้องฉุกเฉินต่างเปลี่ยนหน้าไปเรื่อย ๆ อันอาจเกิดจากการย้าย เปลี่ยนงาน หรือลาออก ผู้คนหน้าตาใหม่ ๆ ที่ผลัดเปลี่ยนเข้ามาทำงานแทนคนรุ่นก่อน ๆ เหล่านี้ไม่รู้เรื่องราวและปัญหาการรักษา

อันยาวนานของผู้ป่วยรายนี้ อันเนื่องจากแพ้ประวัติเองก็ถูกลบทำลายไปบางส่วน ตามมาตรฐานของเวชระเบียน

บุคลากรใหม่เหล่านี้ไม่เคยทราบเรื่องราวของผู้ป่วยรายนี้มาก่อน ทำให้หลายครั้งที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดข้อ ซึ่งอาจมีอาการน้อยมากจนตรวจแล้วดูคล้ายปกติ จึงถูกตีความเป็นว่าผู้ป่วยรายนี้ติดยาฉีดแก้ปวดซึ่งเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ทำให้มักเร่งให้เขากลับบ้านไปดูแลการต่อที่บ้านก่อนเพื่อให้ห้องฉุกเฉินไม่แออัด

แต่ถ้าเราเห็นชีวิตของเขาตั้งแต่ต้น เราจะเปลี่ยนความคิดที่กระทำต่อเขา ในปัจจุบัน... เช่น การไม่ยอมให้ยาแก้ปวดเมื่อเขาร้องขอ การเร่งให้เขากลับบ้านทั้งที่เขาียอกยากนอนพักสักครู่ หรือการกล่าวหาว่าเขาติดยาเสพติด

เพราะแค่เขาผ่านช่วงวิกฤติตอนต้นของชีวิตมาได้โดยไม่คิดฆ่าตัวตาย แต่เลือกที่จะไปขอรับการรักษาใจยอมรับเคราะห์กรรมของความเจ็บป่วยจากทั้ง 2 โรคได้นั้น เราคงยินดีให้ยาแก้ปวดเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อเยียวยาประทุอาการเจ็บที่ข้อและป่วยทางใจได้อย่างเต็มใจ โดยไม่ต้องซ้ำเติมทำร้ายจิตใจของเขาเพิ่มแม้แต่น้อย

มีผู้ป่วยอีโมฟิเลียอีกรายหนึ่งมาด้วยอาการปวดและบวมข้อเพราะมีเลือดออกในข้ออยู่บ่อย ๆ เขามารักษาที่ห้องฉุกเฉินตั้งแต่เด็กจนปัจจุบันโตเป็นหนุ่ม ทุกครั้งที่มา เขามักจะพยายามกลั้นความเจ็บปวดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และนาน ๆ จะร้องขอ ยาฉีดแก้ปวดที่เป็นยาเสพติดสักที แต่บางครั้งก็มีอาการปวดข้อมากจนต้องขอยาแก้ปวด ซึ่งมีฤทธิ์เสพติดโดยฉีดทุก 4 ชั่วโมง การเจ็บป่วยกับโรคอีโมฟิเลียมานานจึงทำให้เขารู้ว่าฤทธิ์ยาอยู่นาน 4 ชั่วโมง จึงร้องขอยาแก้ปวดได้ตรงตามเวลาเป๊ะ อันทำให้แพทย์ฉุกเฉินที่ไม่เคยเห็นหน้าเขามาก่อนมักคิดว่า...เขาติดยา

จนมีวันหนึ่ง แพทย์จึงบอกเขาอย่างที่เขาคิด

“จะไม่ให้ยาฉีดทุก 4 ชั่วโมงแล้ว เพราะคุณติดยานะ แต่หมอจะขอเลื่อนให้เป็นทุก 6 ชั่วโมงแทน ถ้าทำได้พยายามใช้ยาแก้ปวดทาง ๆ หน่อยนะ เพราะมันเป็นยาเสพติด”

ผู้ป่วยได้ฟังก็รู้สึกเสียใจมากถึงกับชกกำแพงจนเลือดออกที่มือ เพื่อระบายอารมณ์ที่คับแค้นจากการถูกต่อว่ากลาย ๆ ว่า...เสพติดยาแก้ปวด จนทำให้เลือดออกในมือและมือบวมมากขึ้น

ด้วยความแค้นใจที่ถูกกล่าวหาว่าไม่ได้ปวดข้อจริงและเป็นการติดยา แต่เนื่องจากทำอะไรใครไม่ได้ จึงได้แต่ทำร้ายตัวเองจนเลือดออกลามไปทั้งมือ และจำเป็นต้องนำเลือดมาให้ทดแทนกันต่อไป

การดูหนังตั้งแต่ต้นเรื่องยอมทำให้เราเข้าใจที่มาที่ไปของเรื่องราว

การรักษาผู้ป่วยในยามฉุกเฉิน เมื่อรักษาจนพ้นขีดอันตรายแล้ว เพื่อเวลา มารับฟังเรื่องราวความเป็นมาของผู้ป่วยตั้งแต่ต้นเรื่องของชีวิตสักหน่อยก็อาจทำให้เราเลือกตัดสินใจให้การรักษาที่เหมาะสมและจำเพาะต่อผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้น

ทั้งนี้เพราะการรักษาในห้องฉุกเฉินเป็นการรักษาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งของตัวโรคและชีวิตเท่านั้น

ถ้าเราเห็นเขาตั้งแต่ต้นเรื่อง...การตัดสินใจก็อาจเปลี่ยนไปได้



มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทย ด้วยความหวังใจ (ตอนที่ 1)

ในปลายปี พ.ศ. 2556 ต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2557 ได้เกิดการชุมนุมประท้วงรัฐบาล น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี (หุ่นเชิด หรือ โคลนนิ่ง) ของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร อย่างต่อเนื่องและยาวนาน โดยมีประชาชนเข้าร่วมแสดงการคัดค้านไม่เห็นด้วยกับการบริหารงานของรัฐบาลเป็นจำนวนหลายสิบล้านคน เหตุการณ์ได้บานปลายไปเนื่องจากรัฐบาลได้ใช้กองกำลังเข้าสลายการชุมนุมหลายครั้ง ทำให้ผู้ชุมนุมบาดเจ็บล้มตายไปเป็นจำนวนมาก ต่อมาได้มีกลุ่มผู้ประสงค์ร้ายได้ใช้อาวุธสงครามลอบทำร้ายประชาชนที่ร่วมชุมนุม ทำให้ประชาชนในที่ชุมนุมไม่มีความปลอดภัย และยังมีกรณีที่รัฐบาลนี้ได้สนับสนุนให้มีการชุมนุมต่อต้านผู้ประท้วงรัฐบาล และส่อว่าจะเกิดสงครามกลางเมืองระหว่างกลุ่มผู้ต่อต้านรัฐบาลที่ชุมนุมโดยสงบ สันติปราศจากอาวุธ แต่ฝ่ายผู้ชุมนุมที่ต่อต้านกลุ่มต่อต้านรัฐบาลนั้นมีความเชื่อมโยงต่อการใช้ความรุนแรงต่อกลุ่มต่อต้านรัฐบาล

เหตุการณ์เหล่านี้จึงนำไปสู่การประกาศกฎอัยการศึก และการทำรัฐประหารในวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ผู้ที่มีส่วนในการทำรัฐประหารครั้งนี้คือผู้บัญชาการทหารทั้ง 3 เหล่าทัพ ผู้บัญชาการทหารสูงสุด และผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ โดยมีหัวหน้าคณะรัฐประหารคือ พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา ผู้บัญชาการทหารบก ซึ่งต่อมาได้รับพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) เป็นผู้บริหารราชการแผ่นดิน



ต่อมาได้มีการยกร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 ขึ้นมาเพื่อใช้เป็นกฎหมายหลัก โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงลงพระปรมาภิไธย และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ต่อมาได้มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ซึ่งนายกรัฐมนตรีได้จัดตั้งคณะรัฐมนตรีเพื่อบริหารราชการแผ่นดินตามที่รัฐธรรมนูญ (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 ได้บัญญัติไว้

ผู้เขียนได้อารัมภบทมาอย่างยืดยาวก็เพื่อจะอธิบายถึงที่มาของคณะรัฐมนตรีในปัจจุบัน และที่มาของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนปัจจุบัน ว่ามีที่มาจาก การสรรหาของ คสช. ว่าจะช่วยแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาสุขภาพอย่างดี มีมาตรฐานทัดเทียมกับนานาชาติอย่างที่เคยเป็นมาก่อนที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพ หรือว่ามาตรฐานการแพทย์และสาธารณสุขไทยจะตกต่ำลงไปเรื่อย ๆ เหมือนมาตรฐานการศึกษาของไทยที่ยิ่ง (อ้างว่า) พัฒนามานาน แต่ได้ตกไปอยู่ในระดับเกือบสุดท้ายในกลุ่มเพื่อนบ้านของเราเอง

งบประมาณด้านการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ส่งผ่านไปยัง “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”

ผู้เขียนมีเหตุผลที่จะต้องมองอนาคตมาตรฐานการแพทย์และสาธารณสุขไทยด้วยความหวังใจว่าจะตกต่ำดิ่งลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรฐานการแพทย์ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบการแพทย์และการสาธารณสุขไทยที่มีส่วนแบ่งในการดูแลรักษาประชาชนทั่วไปมากกว่า 80% ของจำนวนประชาชนทั้งหมด ทั้งนี้สาเหตุของความตกต่ำในเรื่องมาตรฐานการแพทย์ไทยนั้น เนื่องจากความ “จำกัดของงบประมาณแผ่นดิน” ที่ไม่ได้ส่งให้แก่กระทรวงสาธารณสุขโดยตรง แต่ส่งผ่าน “ผู้บริหารคนกลาง” คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งได้ “บริหารจัดการ

งบประมาณแผ่นดินด้านการแพทย์และสาธารณสุข” ที่เรียกว่า “งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ในรูปแบบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และมีคณะกรรมการประกอบด้วยบุคคลหลากหลายอาชีพที่ได้มีความรู้ความเข้าใจหรือประสบการณ์ในทางการแพทย์และสาธารณสุขมา “ลงมติ” ว่าจะให้ออกระเบียบให้หน่วยงานต่าง ๆ และโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข “ทำการรักษาผู้ป่วย” ในโรคใดบ้าง หรือไม่รักษาผู้ป่วยในโรคใดบ้าง และกำหนดว่าจะ “จ่ายค่าบริการสาธารณสุข” ให้แก่สถานพยาบาลทั้งหมดที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขใน “อัตราค่ากลาง” แค่นั้นเมื่อไร ซึ่งทำให้เกิดความไม่เพียงพอของงบประมาณที่ส่งตรงไปยังสถานพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ และมีผลกระทบให้สถานพยาบาลต่าง ๆ ได้รับงบประมาณขาดดุล (ติดลบ) มาตลอดเวลา 12 ปี หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขต้องคอยรับงบประมาณแผ่นดินในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การแก้ไขอำนาจการบริหารงบประมาณการแพทย์และสาธารณสุข

หลังจากเหตุการณ์รัฐประหารที่มีการเปลี่ยนตัวอำนาจการบริหารราชการแผ่นดิน มาสู่คณะทหารนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจติดตามปัญหาอุปสรรคในการบริหารราชการแผ่นดินของกระทรวงสาธารณสุขมาตลอดต่างก็มีความหวังว่า คสช. จะเข้าใจปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนว่ามีการบริหารจัดการงบประมาณที่ส่งไปถึงประชาชนจริง ๆ นั้นไม่ครบถ้วน แต่องค์กรกลางคือ สปสช. นั้นไม่ได้สนใจที่จะแก้ปัญหาเรื่องงบประมาณที่มีการนำเอาไปใช้โดยผิดวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยมติดคณะกรรมการที่ไม่ใช่ผู้มีความรู้ความเข้าใจและไม่มีความสามารถในการแพทย์และสาธารณสุขอย่างแท้จริง แต่กลับไป “จำกัดการรักษาผู้ป่วย” โดยการกำหนด รายการยา เครื่องมือแพทย์ที่เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งกำหนดรายการโรคที่จะรักษาหรือไม่รักษา เป็นการล่งละเมิดสิทธิประชาชนโดยแท้จริง โดยที่ประชาชนส่วนใหญ่จะไม่ทราบข้อเท็จจริงอันนี้ ต่างก็ชื่นชมยินดีว่าตัวเองได้รับการรักษา “ฟรี” เพราะไม่ล่งรู้ความจริงว่าของฟรีนั้นไม่มีในโลก และของฟรีนั้นถูก “อำนาจของคณะกรรมการจำกัดให้เป็นเพียงมาตรฐานต่ำสุด” เท่านั้น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเองยังใช้ “อำนาจ” ในการที่ “มีเงินงบประมาณแผ่นดินอยู่ในมือ” ทำการแบ่งแยกกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกเป็นกองทุนรักษาโรคเฉพาะหลาย ๆ โรค ซึ่งทำให้เงินกองทุนรักษาโรคทั่วไปของโรงพยาบาลหลายแห่งขาดแคลน และทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งขาดสภาพคล่องทางการเงิน

และแม้มาตรฐานต่ำสุดนี้เองก็ไม่ได้ “รักษาทุกโรค” ตามการโฆษณาชวนเชื่อของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่อย่างใด

ฉะนั้น เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขต่างก็ตั้งความหวังว่าจะ มีการ “แก้ไขการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ที่ก่อให้เกิดปัญหาการขาดดุลงบประมาณ แก้ไขปัญหา “การล่งละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการจำกัดการรักษา” ของ สปสช. เพื่อให้มีการบริหารจัดการที่เป็นธรรมแก่ประชาชน

แต่เมื่อเห็นชื่อของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ชื่อของรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา



รวมทั้งรายชื่อที่ปรึกษารัฐมนตรีทั้งสองคนนี้แล้ว บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขก็เริ่มวิตกกังวลว่า มาตรฐานการแพทย์ไทยคงถูก “บีบหรือแซ่แข็ง” ให้ตกต่ำเหมือนเดิม ทั้งนี้เพราะรายชื่อบุคคลที่กล่าวถึงนั้น ล้วนเป็นบุคคลที่เป็น “แกนนำ” หรือผู้มีส่วนในการ “จัดตั้งและบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ที่ไม่ฟังเสียงบุคลากรและสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างยาวนานตลอดเวลา 12 ปีที่ผ่านมา ไม่รับฟังข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานที่ต้องการให้แก่ปัญหาการขาดดุลงบประมาณที่นำไปสู่การตกต่ำของมาตรฐานการแพทย์ ซึ่งนำไปสู่ความเสียหายของผู้ป่วย นำไปสู่การฟ้องร้องและความอึดอัดของบุคลากรทางการแพทย์ในการต้องทำงานในการดูแลรักษาสุขภาพประชาชนว่าไม่สามารถที่จะให้การดูแลรักษาประชาชนได้ตามมาตรฐานการแพทย์ที่ดีตามความรู้/ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ทางการแพทย์ที่ดีได้อีกต่อไป

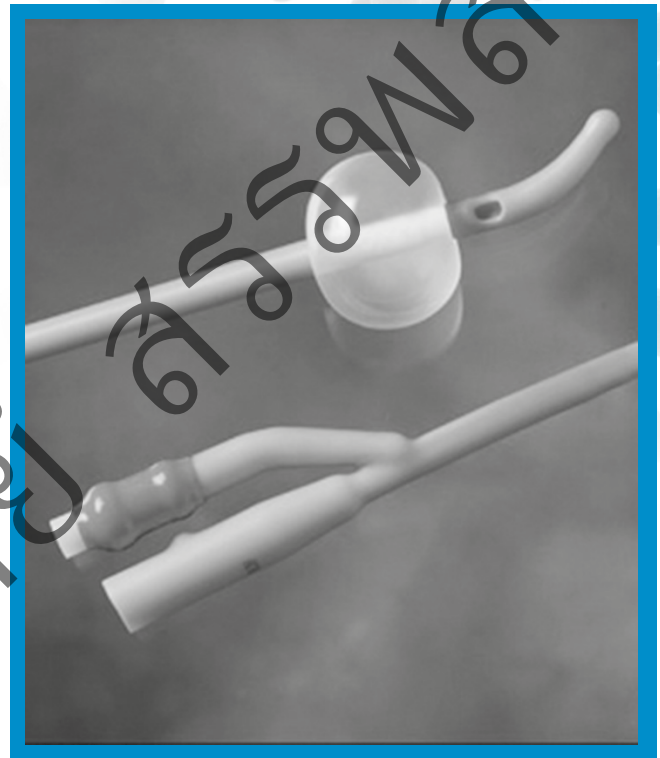


พอลิเมอร์ชนิดใหม่

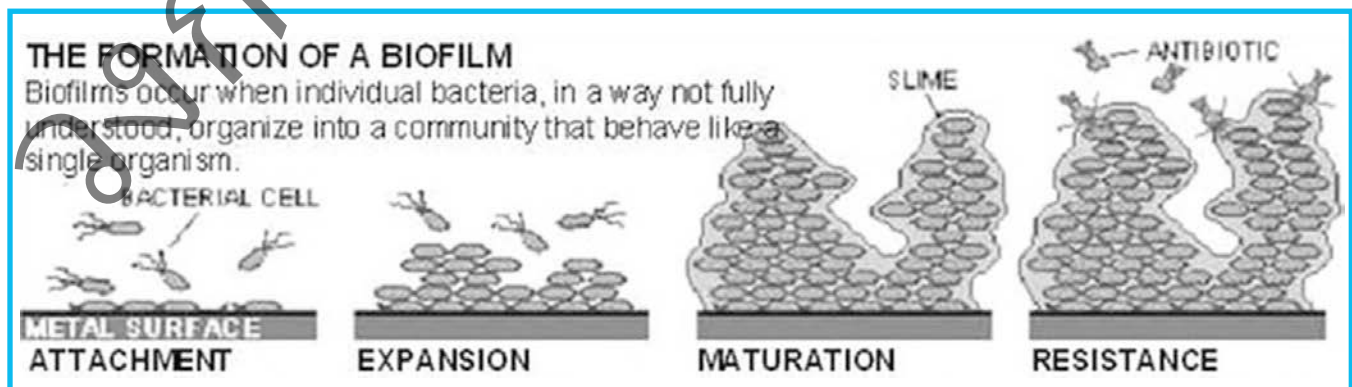
ป้องกันการยึดเกาะของแบคทีเรีย

การติดเชื้อของอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องมีบางส่วนเปิดสู่ภายนอก เช่น สายยาง ท่อให้อาหาร ท่อหายใจ และสายสวน เป็นต้น ถือได้ว่าเป็นมีความสำคัญและส่งผลนำไปสู่การติดเชื้อของผู้ป่วยหรือการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานของอุปกรณ์การแพทย์ดังกล่าวได้ ซึ่งพบว่าหากเกิดการติดเชื้อแล้วจะส่งผลกระทบต่อผลการรักษาของผู้ป่วย ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา ตัวอย่างเช่น ทัวโลกพบว่า การติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากสายสวนต่าง ๆ นั้นจะทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 6 วันต่อคน และทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นอีกกว่าหลายพันล้านเหรียญสหรัฐ

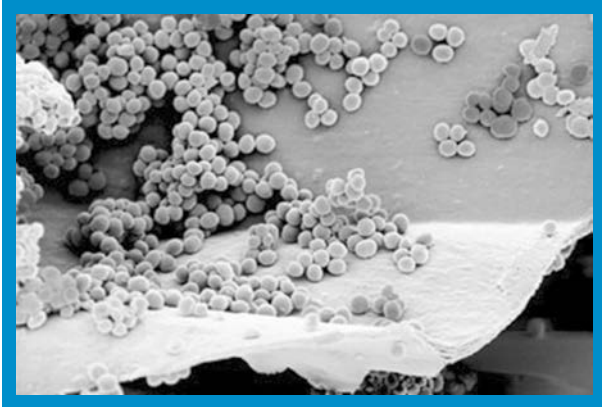
กลไกที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้ออันเนื่องจากการใช้งานอุปกรณ์การแพทย์เหล่านี้คือ ผิวหนังบริเวณทางเปิดจากการใส่อุปกรณ์การแพทย์ประเภทต่าง ๆ โดยเชื้อแบคทีเรียจะสามารถเกาะที่พื้นผิวของสายสวนได้แล้วลุกลามเข้าไปในร่างกาย โดยเชื้อแบคทีเรียดังกล่าวสามารถก่อตัวเป็นไบโอฟิล์มบนพื้นผิวของอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งไบโอฟิล์มนี้เป็นการรวมตัวกันของเชื้อแบคทีเรียแล้วมีการแบ่งตัวและมีการสร้างสารเหนียวขึ้นมาเพื่อช่วยในการยึดเกาะและป้องกันตัวเอง ซึ่งไบโอฟิล์มนี้จะช่วยป้องกันแบคทีเรียภายในจากการทำลายด้วยยาปฏิชีวนะต่าง ๆ ดังนั้น การให้ยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียวจึงไม่มีผลต่อการรักษาโรค ถ้าไม่ทำลายไบโอฟิล์มด้วย



สายสวนปัสสาวะ หนึ่งในอุปกรณ์การแพทย์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดการติดเชื้อได้บ่อยครั้ง^[6]



กระบวนการเกิดไบโอฟิล์มบนพื้นผิววัสดุ^[7]

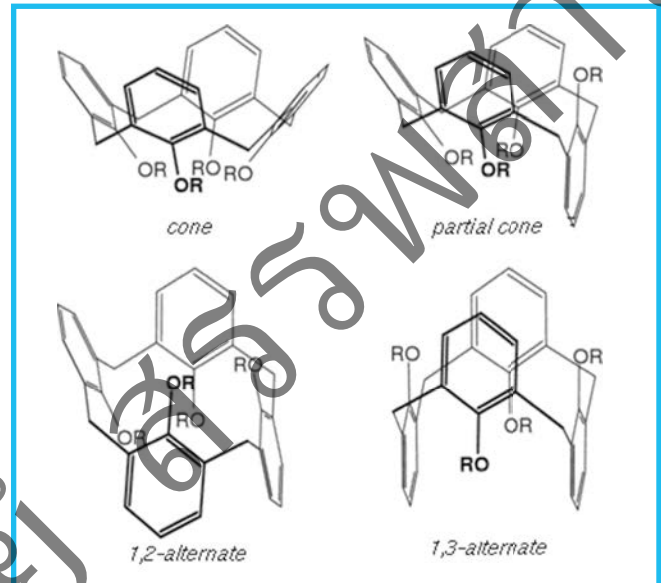


การเกิดไบโอฟิล์มของเชื้อแบคทีเรีย สแตฟฟีโลค็อกคัส ออเรียส บนพื้นผิวอุปกรณ์การแพทย์ซึ่งสามารถนำไปสู่การติดเชื้อของผู้ป่วยได้^[9]

นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยเบอร์มิงแฮม สหราชอาณาจักร ได้ทำการคัดเลือกและพัฒนาพอลิเมอร์ชนิดใหม่ขึ้นมาจากตัวเลือกหลายพันประเภทโดยเทคนิคไมโครอะเรย์ ทำให้สามารถเลือกส่วนประกอบและโครงสร้างเคมีของพอลิเมอร์ที่สามารถป้องกันการยึดเกาะของเชื้อแบคทีเรียบนพื้นผิวพอลิเมอร์ดังกล่าวได้มากที่สุด จากผลการทดสอบในห้องปฏิบัติการพบว่า เมื่อนำพอลิเมอร์ดังกล่าวไปเคลือบบนสายสวนนั้นจะมีความสามารถในการลดจำนวนการยึดเกาะและเจริญของเชื้อแบคทีเรีย สแตฟฟีโลค็อกคัส ออเรียส น้อยกว่า 96.7% เมื่อเทียบกับสายสวนที่เคลือบด้วยเงิน เมื่อนำไปทดสอบในสัตว์ทดลองพบว่า พอลิเมอร์ดังกล่าวก็ยังคงความสามารถในการป้องกันการยึดเกาะของเชื้อแบคทีเรียได้ดี ข้อดีของการเคลือบผิวประเภทนี้คือสามารถป้องกันการยึดเกาะของเชื้อแบคทีเรียได้ทำให้ไม่เกิดการก่อตัวเป็นไบโอฟิล์ม มีความเฉื่อยทางชีวภาพทำให้ไม่ทำให้เกิดการอักเสบหรือความเป็นพิษอื่น ๆ มีความทนทานต่อการหลุดลอก มีผิวเรียบและบาง ไม่ระคายเคือง ไม่มีการใช้ยาปฏิชีวนะ ทำให้ลดโอกาสของการเกิดการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งหากเกิดขึ้นจะทำให้ประสิทธิภาพการป้องกันการฆ่าเชื้อแบคทีเรียของยาลดลง และไม่สามารถป้องกันการเกิดไบโอฟิล์มได้

ปัจจุบันผลลัพธ์จากงานวิจัยดังกล่าวได้มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีไปสู่บริษัทเอกชนโดยเป็นพอลิเมอร์ในกลุ่มของคาลิซาริน (calixarenes) ซึ่งพบว่าสามารถป้องกันการยึดเกาะได้ทั้งจากเชื้อแบคทีเรีย ไฟบริโนเจน และโปรตีนได้ดี โดยจะมีการผลิตเป็นสายสวนปัสสาวะเป็นผลิตภัณฑ์แรก เนื่องจากมีปริมาณการใช้งานที่มากและเป็นสาเหตุของการติดเชื้อหลักในปัจจุบัน แต่ก็จะมีการนำไปสู่ผลิตภัณฑ์ชนิดอื่น ๆ ในอนาคตอีก เช่น

สายสวนประเภทอื่น ๆ สายยาง วัสดุฝังในทางออร์โธปิดิกส์ อุปกรณ์ต่างขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น รวมทั้งจะเริ่มการทดสอบทางคลินิกในผู้ป่วยอาสาสมัครเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของผิวเคลือบพอลิเมอร์ดังกล่าวในการใช้งานจริง นอกจากนี้ทางทีมวิจัยยังได้รับทุนวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาถึงกลไกและเหตุผลของความสามารถในการป้องกันการยึดเกาะของพอลิเมอร์ดังกล่าวเพื่อที่จะสามารถเข้าใจและพัฒนาให้ดีขึ้นในอนาคตได้อีกด้วย



ภาพแสดงโครงสร้างทางเคมีของคาลิซารินที่ถูกนำมาใช้งานเป็นผิวเคลือบอุปกรณ์การแพทย์เพื่อป้องกันการยึดเกาะของเชื้อแบคทีเรีย^[9]

เอกสารอ้างอิง

1. A. L. Hook, C. Y. Chang, J. Yang, J. Luckett, A. Cockayne, S. Atkinson, Y. Mei, R. Bayston, D. J. Irvine, R. Langer, D. G. Anderson, P. Williams, M. C Davies and M. R. Alexander (2012) Nature Biotechnology, 30(9), pp. 868-875.
2. <http://exchange.nottingham.ac.uk/research/bacteria-resistant-materials-2m-to-get-the-inside-story/>
3. <http://www.sciencedaily.com/releases/2012/08/120813074017.htm>
4. <http://www.sciencedaily.com/releases/2012/10/121026143219.htm>
5. <http://www.camstent.com>
6. http://nursing.jhu.edu/news-events/news/news/culture_change_catheters_in_children
7. <http://www.bestwaterfilters.com.au/about-biofilm/>
8. <http://www2.cnrs.fr/en/760.htm>
9. <http://old.vscht.cz/nmr/en/organika.html>

ระบบ HLA (The HLA complex)

บทนำ

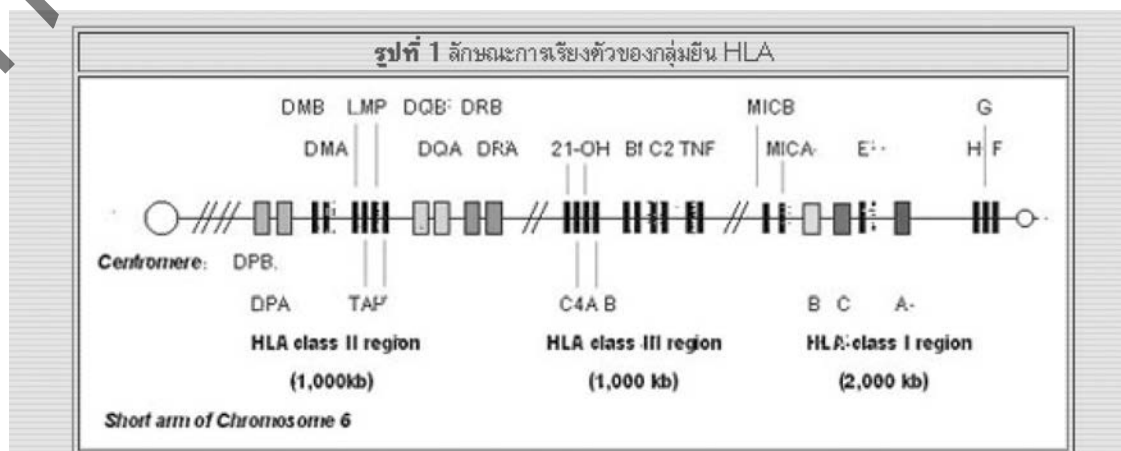
Major histocompatibility complex (MHC) คือ บริเวณที่เป็นที่ตั้งของกลุ่มยีนที่ถูกค้นพบครั้งแรกจากการทดลองในหนูว่ามีความสำคัญมากในการกำหนดการตอบรับ หรือปฏิเสธเนื้อเยื่อ (tissue rejection) โดยพบว่าเกิดจากคุณสมบัติของ Classical MHC molecule หรือ MHC antigen ซึ่งเป็นโมเลกุลสำคัญที่สร้างจากยีนบน MHC โมเลกุลเหล่านี้แสดงออกบนพื้นผิวเซลล์ (cell surface molecule) และมีรูปแบบแตกต่างกันมาก (highly polymorphic) ในหนูหรือบุคคลที่มี MHC ต่างชนิดกันจะไม่สามารถเปลี่ยนถ่ายเนื้อเยื่อแก่กันได้ เราเรียก MHC ในหนูว่า “H-2” ส่วน MHC ในคนมีชื่อเรียกว่า “human leukocyte antigen (HLA)” เนื่องจากโมเลกุลจำพวกนี้ถูกค้นพบครั้งแรกบนผิวของเม็ดเลือดขาวในคน การศึกษาต่อมาพบว่า นอกจากคุณสมบัติที่เกี่ยวกับ tissue rejection แล้ว MHC มีความสำคัญมากในการควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน จนได้ชื่อว่าเป็น Immune response (Ir) gene โดยที่ MHC Class I molecules ทำหน้าที่นำเสนอ Antigenic peptides ที่มาจาก endogenous pathway ให้แก่ CD8+ T cell ในขณะที่ Class II molecules จะนำเสนอ Antigenic peptides จาก endocytic หรือ exogenous pathway แก่ CD4+ T cell นอกจากนี้ MHC ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนด T cell repertoire ในบุคคลหนึ่ง ๆ จากกระบวนการ positive และ negative selection ในบทนี้จะเน้นถึงความสำคัญของ MHC โมเลกุลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย รวมทั้งความสัมพันธ์ต่อโรคต่าง ๆ ด้วย โดยจะกล่าวถึงเฉพาะ MHC ของคน นั่นคือระบบ HLA

ลักษณะทางพันธุกรรมของระบบ HLA

กลุ่มยีน HLA (HLA Complex) อยู่บน short arm ของโครโมโซมคู่ที่ 6 โดยครอบคลุมบริเวณถึง 4 Mb (4,000 kb) กลุ่มยีนนี้ประกอบด้วย 3 บริเวณสำคัญ ๆ นั่นคือ class I (2,000 kb) และ class II (1,000 kb) และ class III (1,000 kb) (รูปที่ 1) ในแต่ละ

บริเวณก็ประกอบไปด้วยยีนหลาย locus [หมายเหตุ: “Genetic locus” (พหูพจน์ = loci) คือชื่อเรียกตำแหน่งของยีนแต่ละตัวบนโครโมโซม แต่ละบริเวณประกอบด้วยยีนจำนวนมาก]

“กลุ่ม Class I” ประกอบด้วยยีนสำคัญ ๆ 3 กลุ่ม ได้แก่ classical HLA class I ยีน (HLA-A, HLA-B และ HLA-C) , non-classical HLA class I ยีน (HLA-E, HLA-F และ HLA-G) และ class I chain related ยีน (MICA และ MICB)



“กลุ่ม Class II” ประกอบด้วย classical HLA class II ยีน (HLA-DR, HLA-DP และ HLA-DQ), non-classical HLA class II ยีน (HLA-DM และ HLA-DO) (ถ้าศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจะพบว่า ยีนในกลุ่ม HLA-C นี้ยังประกอบไปด้วย locus สำหรับ a และ b chain ได้แก่ DRA, DRB, DQA, DQB, DPA, DPB locus เป็นต้น) นอกจากนี้ ยังมี LMP และ TAP ยีนซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการ antigen processing

“กลุ่ม Class III” ประกอบด้วยยีนที่สร้างองค์ประกอบของ ระบบ complement (Bf, C2, C4A, C4B), tumor necrosis factor (TNF), และ Steroid 21-hydroxylase enzymes (21-OH) เป็นต้น

ในบทนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดเฉพาะ “Classical HLA genes” นั่นคือ HLA-A, HLA-B, HLA-C genes ซึ่งจะควบคุมและกำหนดการ สร้าง HLA class I molecule ที่พบอยู่บนพื้นผิวเซลล์ที่มีนิวเคลียส เกือบทุกชนิดในร่างกาย และ HLA-DR, HLA-DP, HLA-DQ genes ซึ่งควบคุมและกำหนดการสร้าง HLA class II molecule บนผิวเซลล์ ของ Antigen presenting cell ต่าง ๆ ได้แก่ B lymphocyte, macrophage และ dendritic cell รวมทั้งบน activated T lymphocyte ด้วย

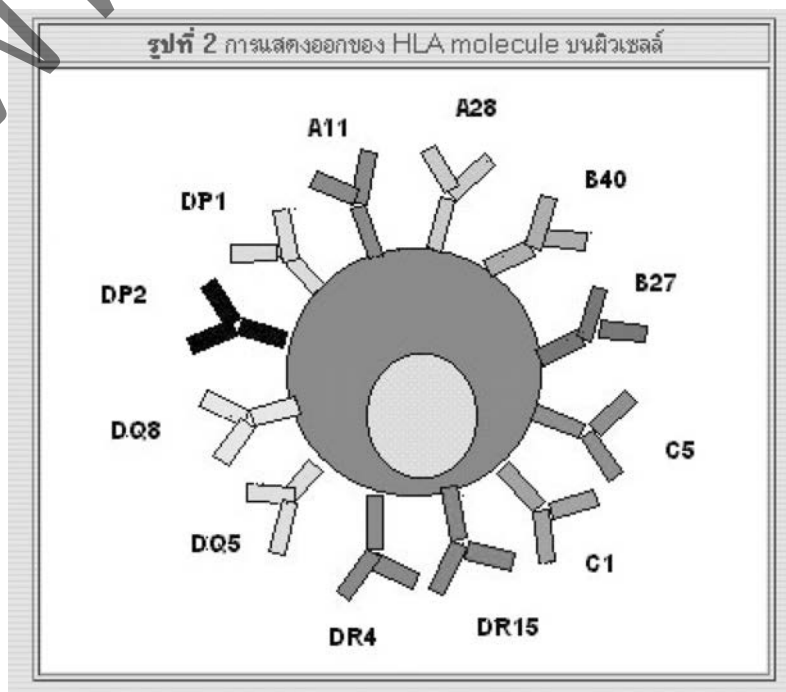
การแสดงออกของ HLA

เนื่องจากกลุ่มยีนบน HLA complex เรียงอยู่บนบริเวณที่ใกล้ชิดกันมากจนการเกิด recombination ระหว่างยีน บน chromosome เดียวกัน ในช่วง meiotic division เกิดขึ้น น้อยมาก ดังนั้น กลุ่มยีนนี้จึงมักจะถ่ายทอด จากพ่อแม่ไปยังบุตร ไปพร้อมกันทั้งบริเวณ เราเรียก Genetic unit ซึ่งถูกถ่ายทอดไปด้วยกัน บนแต่ละโครโมโซมว่า “HLA haplotype” โดย จะประกอบด้วย HLA-A, -B -C และ -D loci รูปแบบของยีนที่ต่างกันในแต่ละ locus เรียกว่า “allele” โดยทั่วไปยีนในแต่ละ locus อาจจะมี รูปแบบเดียว (monomorphic) หรือหลาย รูปแบบ (polymorphic) ลักษณะที่สำคัญอย่าง หนึ่งของ HLA gene คือ เป็นยีนที่มีปริมาณ alleles ในแต่ละ locus จำนวนมาก (highly polymorphic) ในแต่ละบุคคลจะได้รับการ

ถ่ายทอดแต่ละ haplotype จากทางพ่อและ แม่ HLA gene จากทั้ง 2 haplotype จะ แสดงออกอย่างเท่าเทียมกัน (co-dominantly expression) HLA haplotype ทั้งสองที่ได้รับ การถ่ายทอดมาจะประกอบกันเป็นลักษณะ ทางพันธุกรรมของ HLA ในบุคคลนั้น ๆ เรียกว่า “HLA genotype” ส่วนลักษณะที่ แสดงออกจริงเรียกว่า “HLA phenotype” ซึ่ง คือ HLA molecules บนพื้นผิวเซลล์ โดย สามารถตรวจได้ด้วย antibody ยกตัวอย่าง เช่น แต่ละบุคคลจะมี HLA -A, -B, -C อย่าง ละ 2 โมเลกุล HLA-DR, -DQ, -DP อย่างน้อย อย่างละ 2 โมเลกุลเช่นกัน (รูปที่ 2)

HLA Polymorphism

MHC molecule มีความหลากหลาย มากในแต่ละ species โดยกลไกของ Gene polymorphism นั่นคือการมีรูปแบบของยีน หลายชนิด (multiple alleles) บนยีนตำแหน่ง



หมายเหตุ: แต่ในบาง haplotype อาจมีจำนวน DR โมเลกุลได้มากกว่า 2 โมเลกุล

(locus) หนึ่ง ๆ โดยแต่ละ allele จะมี DNA sequence ที่ต่างกัน ซึ่งก็จะแสดงออกมาเป็น โมเลกุลที่มีลักษณะต่างกัน ความแตกต่างของ amino acid ระหว่าง allele อาจมีได้มากถึง 20 ตัว เป็นที่น่าสังเกตว่าความแตกต่างนี้จะ เกาะกลุ่มกันในบริเวณ peptide-binding region ซึ่งเป็น functional site ของ HLA molecule เป็นส่วนใหญ่ จำนวน alleles ในแต่ละ locus มีจำนวนแตกต่างกัน บาง locus มีจำนวน allele มากกว่า 200 alleles วิธีตรวจสอบ allele ที่ต่างกันของ HLA molecule นั้นสามารถตรวจได้โดยใช้ antibody ซึ่งอาจได้มาจากหญิงที่เคยตั้งครรภ์แล้วหลาย ๆ ครั้ง ซึ่งจะมี antibody ต่อ HLA ของบุตร หรือใช้ monoclonal antibody ต่อ HLA molecule แต่ละชนิด นอกจากนี้ยังสามารถตรวจได้โดยวิธี mixed lymphocyte reaction สำหรับ HLA class II molecule แต่ในปัจจุบันนี้สามารถตรวจความแตกต่างในระดับ DNA แทน

ระบบการเรียกชื่อ HLA ในอดีต ประกอบด้วย “ชื่อ locus” ตามด้วย “หมายเลข”

ได้แก่ HLA-A1, HLA-A2, HLA-DR1 เป็นต้น โดยตัวเลขจะบ่งถึงลำดับ การค้นพบ HLA ชนิดนั้น ๆ ส่วนใหญ่เป็นการค้นพบโดยใช้ antibody (serological defined) ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ antibody มีความจำเพาะ จำกัด และไม่สามารถแยก HLA ทุก allele ได้ เมื่อการตรวจสอบทาง DNA ซึ่งเป็นการตรวจ HLA gene เข้ามามีบทบาทมากขึ้น ระบบการ เรียกชื่อของ HLA จึงเปลี่ยนเป็น “ชื่อ locus” ตามด้วย “เครื่องหมาย ดอกจัน” และ “ตัวเลข” โดยที่ตัวเลข 2 ตัวแรกมักจะตรงกับตัวเลขเดิม จากการตรวจทาง serology ยกตัวอย่างเช่น HLA-A*0101 หรือ HLA-A*0102 เป็น alleles ที่จะถูกบ่งชี้ว่าเป็น HLA-A1 molecule ด้วย วิธีทาง serology ส่วนตัวเลขหลักที่ 3 และ 4 บ่งถึงลำดับที่ allele นั้น ถูกค้นพบ ในบางกรณีจะมีตัวเลขลำดับที่ 5 เพื่อใช้บ่งถึงการ เปลี่ยนแปลงของ nucleotide ที่ไม่ทำให้ amino acid เปลี่ยนแปลง (silent change) เช่น DQA1*05011 และ DQA1*05012 ที่มีลักษณะ โครงสร้างโปรตีนเหมือนกันทุกประการ แต่มีความแตกต่างกัน ที่ระดับ nucleotide 1 ตำแหน่ง (ดูตัวอย่างรายชื่อของ HLA alleles ในตารางที่ 1) จากการศึกษาการแสดงออกของ allele ต่าง ๆ ในประชากร ทำให้พบลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งของ HLA gene นั่นคือ allele บางตัวของ locus หนึ่ง มีแนวโน้มที่จะพบร่วมกับ allele บางตัวของ อีก locus หนึ่งมากกว่าที่ควรจะเป็น โดยลักษณะนี้มีชื่อเรียกว่า “linkage disequilibrium”

ตารางที่ 1 ตัวอย่างชื่อ HLA alleles ที่ใช้ในปัจจุบัน

HLA-A		HLA-B		HLA-DR	
Serological defined	DNA typing defined	Serological defined	DNA typing defined	Serological defined	DNA typing defined
A1	A*0101-0106	B7	B*0701-0720	DR1	DRB1*0101-0106
A2	A*0201-0241	B8	B*0801-0810	DR3	DRB1*0301-0317
A3	A*0301-0305	B15	B*1501-1559	DR4	DRB1*0401-0434
A11	A*1101-1106	B27	B*2701-2720	DR12	DRB1*1201-1206

(อ่านต่อฉบับหน้า)



การสูดไอน้ำร้อน เพื่อบำบัดอาการไข้หวัด

การสูดไอน้ำร้อนเป็นวิธีการบำบัดโรคที่ใช้ตั้งแต่อดีตต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน พบว่าช่วยทำให้จมูกโล่ง ทำให้หายใจสะดวกขึ้น ช่วยบำบัดอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล ปวดแน่น ลดอาการปวดศีรษะที่เกิดจากการไหลเวียนของอากาศในโพรงจมูก ไซนัสที่ไม่ดีพบว่าการสูดไอน้ำร้อนจะช่วยเพิ่มของเหลวให้ชั้นผิวของเยื่อบุจมูก ทำให้ผิวของเยื่อบุจมูกคงตัว ลดการแห้งของน้ำมูก และความร้อนจะขัดขวางการทำให้ปฏิกิริยาระหว่างสารก่อภูมิแพ้และเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาอักเสบจากภูมิแพ้ การสูดไอน้ำร้อนสามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัสและกระตุ้นให้มีสารที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อไวรัสเพิ่มขึ้น ปกติเยื่อบุจมูกมีหน้าที่ปรับอากาศที่หายใจเข้าให้มีอุณหภูมิและความชื้นเหมาะสม หากอยู่ในบริเวณที่อากาศเย็น เยื่อบุจมูกจะทำหน้าที่ปรับอากาศให้อุ่นและชื้นขึ้น โดยมีการขยายตัวของหลอดเลือดบริเวณเยื่อบุจมูก ทำให้มีเลือดมาคั่งอยู่ในเยื่อบุจมูกและนำเอาความร้อนเท่ากับอุณหภูมิของร่างกายและความชื้นมาด้วย ทำให้อากาศที่หายใจเข้าผ่านช่องจมูกได้รับความร้อนและความชื้น ทำให้อากาศอุ่นและชื้นขึ้น ผลที่ตามมาคือ หลอดเลือดที่ขยายตัวนี้จะทำให้เยื่อบุจมูกพองหรือบวมขึ้น ทำให้เกิดอาการคัดจมูกมากขึ้นในบางคน โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคจมูกอยู่แล้ว ในทางกลับกันถ้าให้ผู้ป่วยสูดหายใจเอาไอน้ำร้อนเข้าไป เยื่อบุจมูกจะทำหน้าที่ปรับอากาศเหล่านี้โดยระบบหลอดเลือดในเยื่อบุจมูกจะหดตัวลง ทำให้เยื่อบุจมูกหดตัวยุบลงด้วย ผู้ป่วยจะรู้สึกหายใจโล่งขึ้น นอกจากนี้ไอน้ำที่กลั่นตัวในทางเดินหายใจจะทำให้เยื่อบุจมูกและลำคอชุ่มชื้นขึ้น และน้ำมูกเสมหะที่เหนียวข้นจะถูกขับออกมาง่ายขึ้นด้วย ดังนั้น การสูดไอน้ำร้อนจึงใช้บำบัดอาการคัดจมูกที่เกิดจากเชื้อไวรัส หรือไข้หวัดได้เป็นอย่างดี

จากการรวบรวมข้อมูลในฐานข้อมูลเชิงประจักษ์พบข้อมูลที่สนับสนุนเรื่องการใช้ไอน้ำเพื่อรักษาอาการหวัด พบว่า การสูดไอน้ำร้อนสามารถทำให้อาการของไข้หวัดดีขึ้นได้ โดยเฉพาะอาการคัดแน่นจมูก แต่ไม่ลดระยะเวลาการป่วยเป็นไข้หวัด

กล่าวโดยสรุป การสูดไอน้ำร้อนสามารถช่วยบรรเทาอาการคัดจมูก และช่วยบำบัดอาการไข้หวัดได้



ภาวะฉุกเฉินจากต่อมหมวกไต ทำงานต่ำเฉียบพลัน (Adrenal Crisis)

ภาวะฉุกเฉินจากต่อมหมวกไตทำงานต่ำเฉียบพลันเกิดจากร่างกายขาดฮอร์โมนของต่อมหมวกไต (adrenal gland) อย่างกะทันหัน

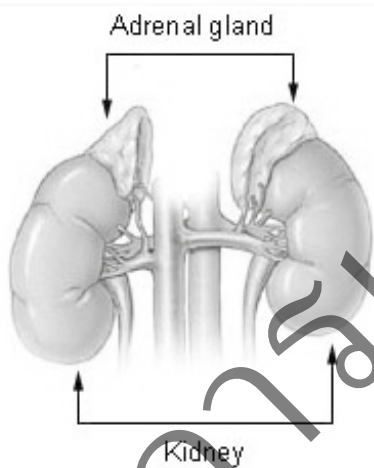
Adrenal insufficiency ที่พบบ่อยมี 3 ประเภทคือ chronic primary adrenal insufficiency (Addison disease), chronic secondary adrenal insufficiency และ adrenal crisis (acute adrenal insufficiency)

Addison disease เกิดจากต่อมหมวกไตชั้นนอก (adrenal cortex) ถูกทำลาย ซึ่ง 80% มักมีสาเหตุจาก autoimmune disease ส่วนอีก 20% เกิดจากการติดเชื้อ ได้แก่ วัณโรค ไวรัส หรือเชื้อรา และอาจเกิดจากมะเร็งที่กระจายมาที่ต่อมหมวกไต

Chronic secondary adrenal insufficiency เกิดจากการขาดฮอร์โมน adrenocorticotrophic hormone (ACTH) โดยมากมักเกิดจากได้รับสเตียรอยด์มากเกินไป แต่มีบางส่วนเกิดจากเนื้องอกของต่อมพิทูอิทารี (pituitary tumors)

Adrenal crisis เป็นภาวะขาดฮอร์โมนซึ่งเกิดขึ้นเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะ adrenal hemorrhage, pituitary apoplexy หรือการที่ผู้ป่วยซึ่งใช้สเตียรอยด์อยู่สม่ำเสมอได้หยุดยากะทันหัน หรือเกิดภาวะติดเชื้อแทรกขึ้นมา

บทความนี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะภาวะฉุกเฉินจากต่อมหมวกไตทำงานต่ำเฉียบพลัน (adrenal crisis)

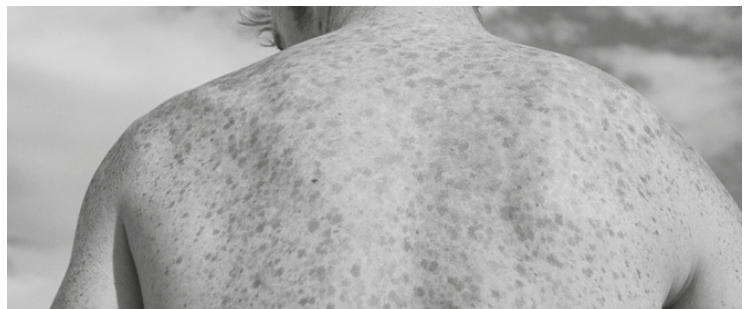
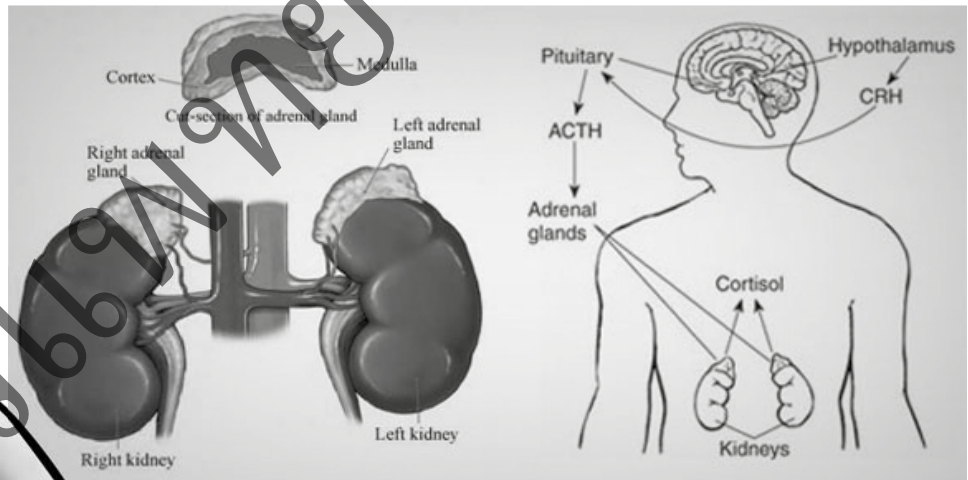


สาเหตุของ adrenal crisis ได้แก่

1. adrenal hemorrhage เกิดจากติดเชื้อ meningococcus
2. adrenal necrosis อาจเกิดจากภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือใช้ยา warfarin นอกจากนี้ อาจเกิด thrombosis เนื่องจาก antiphospholipid syndrome ก็ได้
3. เกิดจากต่อม pituitary ทำงานผิดปกติ เช่น จาก postpartum pituitary necrosis (Sheehan syndrome), เนื้องอกของต่อม pituitary (pituitary macroadenoma) หรือโรคของสมอง เมื่อต่อมมาเกิดเหตุกระตุ้นบางอย่าง เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้นมาก็ทำให้เกิด adrenal crisis ได้

อาการ

Adrenal crisis เกิดจากร่างกายขาดฮอร์โมน mineralocorticoid จึงจะแสดงอาการของความดันโลหิตต่ำจนถึงช็อกขึ้นได้ มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะ chronic adrenal insufficiency อยู่เดิมแล้วแสดงอาการของความดันโลหิตต่ำที่ไม่ตอบสนองต่อการนำทดแทนขึ้น ผู้ป่วยอาจมีอาการแสดงไม่จำเพาะ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อ่อนเพลีย ไข้ สับสน หรือหมดสติได้



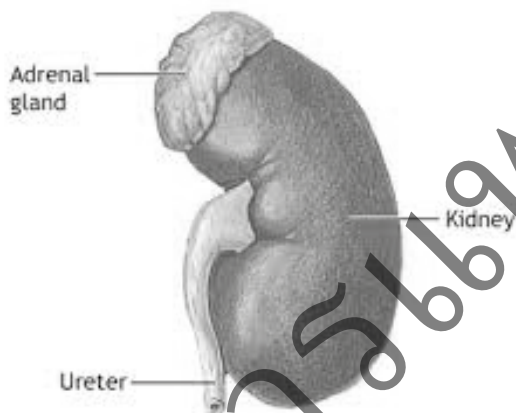
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

มักตรวจพบ hyponatremia และ hyperkalemia ร่วมด้วย ควรเจาะเลือดหา cortisol และทำ cortrosyn (cosyntropin) stimulation test

Cortrosyn stimulation test ทำโดยเจาะเลือดหาระดับ cortisol ในเบื้องต้น จากนั้นฉีด cortrosyn (สารสังเคราะห์ของ ACTH) 250 ไมโครกรัมเข้าหลอดเลือด แล้วตรวจหาระดับ cortisol ในเลือด ที่เวลา 30 และ 60 นาทีต่อมา เพื่อทดสอบการทำงานของต่อมหมวกไตโดยตรง และในทางอ้อมก็สามารถตรวจการทำงานของต่อมไฮโปธาลามัส (hypothalamus) และ pituitary ได้ด้วย

ในภาวะ septic shock จะพบระดับ cortisol ในเลือด < 10 กรัม/เดซิลิตร หรือ cortrosyn stimulation test กระตุ้นให้ cortisol เพิ่มขึ้นจากเดิม (Δ cortisol) < 9 กรัม/เดซิลิตร อันแสดงว่าเป็น adrenal insufficiency

ถ้าพบว่า cortrosyn stimulation test แล้วสามารถกระตุ้นให้ระดับ cortisol ในเลือด ≥ 44 กรัม/เดซิลิตร และ Δ cortisol ≥ 16.8 กรัม/เดซิลิตร ก็แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะ adrenal insufficiency





การรักษา

การรักษาประกอบด้วย การให้สารน้ำ ให้สเตียรอยด์ และแก้ไขภาวะผิดปกติของเกลือแร่ การทดแทนด้วยสเตียรอยด์โดยให้ hydrocortisone 100 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือด แล้วตามด้วยหยดต่อเนื่อง 150-300 มิลลิกรัม/วัน นาน 2-3 วัน

อาจเลือกใช้ dexamethasone 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดแทนการให้ hydrocortisone ก็ได้เพื่อไม่รบกวนต่อการแปลผลของ cortrosyn stimulation test หรืออาจให้ fludrocortisone acetate ขนาด 0.1 มิลลิกรัม/วัน แทนก็ได้

Hydrocortisone ช่วยทำให้หลอดเลือดตอบสนองต่อสาร catecholamines ได้ดีขึ้น อันจะช่วยลดการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตลงได้ โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้ hydrocortisone 200-300 มิลลิกรัม/วัน จากนั้นค่อย ๆ ลดสเตียรอยด์ภายใน 1-3 วัน แล้วเปลี่ยนเป็นยาารูปรับประทาน เช่น dexamethasone 0.5-2.5 มิลลิกรัม หรือ prednisone 5-7.5 มิลลิกรัม/วัน ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Endocrine Emergencies. Medscape Emergency Medicine. 2007 July 12. Available from: <http://www.medscape.org/viewarticle/567307>.
2. จัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล พ.บ., ภาวะฉุกเฉินระบบต่อมไร้ท่อ. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2548 ธันวาคม: 1-190.
3. นายแพทย์ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. ENDOCRINE EMERGENCY. งานโรคต่อมไร้ท่อและเบาหวาน กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี 2555. 1-7.



Hirsuit

Hair tonic

Exclusive for hospital and clinic

MEDICATED HAIR TONIC

- The synergistic anti-hair loss and hair-regrowth complex with 4 mechanisms of action
- Better than Minoxidil¹
- Outstanding clinical results
- Excellent safety profile

Mechanisms of Action

1. Inhibit 5- α reductase activity
2. Improve ECM protein in dermal papilla
3. Reduce damage caused by inflammation
4. Increase blood flow and O₂ uptake

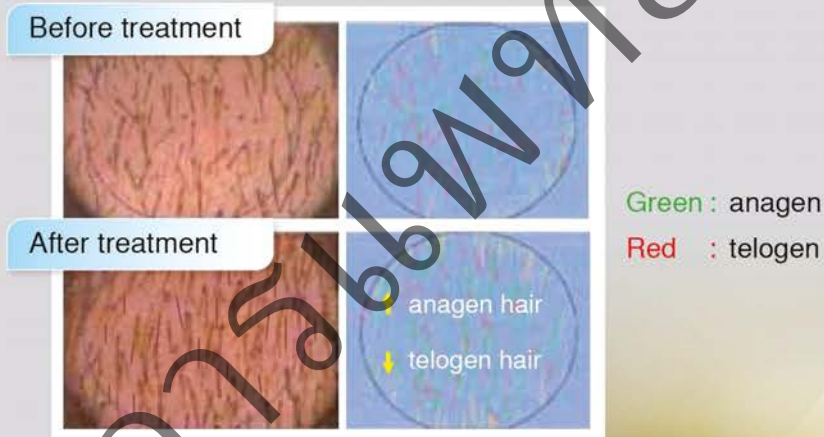


Figure 1. The results by a digital Trichogram for hair regrowth and for reducing the hair loss process.

Reference :

1. Loing E., Lachance R., Ollier V., A new strategy to modulate alopecia using a combination of two specific and unique ingredients, J.Cosmet.Sci.,64,45-58 (January/February 2013)



สาขาวิชาโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รับสมัครแพทย์ 1 ตำแหน่ง

คุณสมบัติ

1. วุฒิบัตรหรืออนุวุฒิบัตรอายุรศาสตร์ทั่วไป
2. มีความสนใจด้านโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกัน
3. มีความสนใจด้านการเรียนการสอนและการวิจัย



สนใจติดต่อ

สาขาวิชาโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

โทร 02-419-8263

ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากสภาพที่อาการหนัก: ประเด็นแห่งคดี (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

A Severe Case Without Any Medical Or Surgical Manage: Risk For Physician (A Case Report)

การที่ผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บและถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยแพทย์ได้ทำการตรวจผู้ป่วยแล้ว และประเมินผู้ป่วยแล้ว เห็นว่าเป็นการบาดเจ็บอย่างรุนแรง และถึงแม้ว่าจะให้การรักษา แต่ก็จะไม่สามารถที่จะมีชีวิตรอดได้ จึงไม่ให้การรักษา (ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) แต่ประการใดเลย ย่อมเป็นความเสี่ยงต่อตัวแพทย์ และสถานพยาบาลเป็นอย่างมาก ซึ่งอาจมีการฟ้องร้องได้ โดยกล่าวหาว่าแพทย์ไม่ให้การรักษานักผู้ป่วย แม้ว่าในทางการแพทย์นั้น แพทย์จะเห็นได้ว่าการให้การรักษานักผู้ป่วยหรือไม่ให้การรักษานักผู้ป่วยก็ไม่สามารถที่จะทำให้นักผู้ป่วยดังกล่าวกลับมามีชีวิตหรือมีสภาพแห่งบุคคลทั่วไปที่พึงมีได้อีก

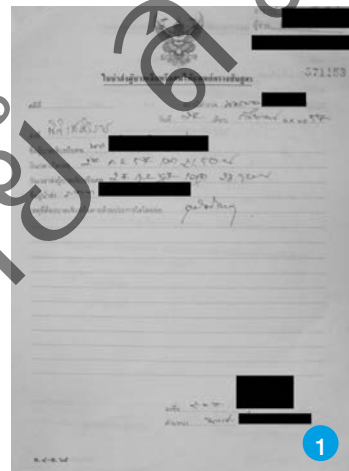
การที่แพทย์ด้วยอาศัยความรู้ในการการแพทย์ย่อมทราบถึงสภาพแห่งการป่วยเจ็บของนักผู้ป่วยเป็นอย่างดี และสามารถที่จะประเมินได้อย่างชัดเจนว่า การดำเนินการทางการแพทย์ ที่การให้การรักษานักผู้ป่วย บำบัด พับฟู จะเป็นผลหรือไม่เป็นผลอย่างไร แต่อย่างไรก็ตาม ในประการนี้ “ฝ่ายนักป่วย” เช่นญาติ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องอาจไม่เข้าใจและเห็นได้ว่า “แพทย์ไม่ให้การรักษานัก” และเห็นเป็นประการสำคัญที่ทำให้นักป่วยถึงแก่ความตาย และอาจตามมาด้วยความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องในชั้นต่อไป..... ฯลฯ

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

นักป่วยเป็นหญิง อายุ 50 ปี อาชีพขายผักและผลไม้ นั่งอยู่ด้านหลังของกระบะที่มีผักและผลไม้จำนวนมาก ต่อมารถที่นักป่วยนั่งประสบอุบัติเหตุเฉี่ยวชนกับรถคันอื่นทำให้นักป่วยตกลงมาจากรถ และได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และถูกส่งตัวมารับการรักษา ณ สถานพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใกล้ที่เกิดเหตุ แต่เมื่อแพทย์เเวรได้ทำการตรวจสภาพแห่งร่างกายของนักป่วยพบว่าอาการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงมาก จึงไม่ได้ให้การรักษานักแต่ประการใด และนักป่วยจึงเสียชีวิตในเวลาต่อมา รวมเวลาที่อยู่ที่โรงพยาบาลดังกล่าวประมาณ 22 ชั่วโมง

เหตุเกิดเมื่อวันที่ 26 กันยายน เวลา 23.50 น. นักป่วยเสียชีวิตเมื่อวันที่ 27 กันยายน 21.50 น.

นักตายได้รับการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายโดยพนักงานสอบสวนและแพทย์ ณ โรงพยาบาลเอกชนดังกล่าว และศพถูกส่งมาเพื่อรับการตรวจเมื่อวันที่ 27 กันยายน เวลา 23.30 น. (ตามใบนำส่งนักบาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร) ที่โรงพยาบาลศิริราช (ภาพที่ 1)



ส ภาพ ศ พ ที่
ตรวจได้จากภายนอก:
(ภาพที่ 2)

- ศพหญิงอายุ
ประมาณ 50 ปี รูปร่าง
สันทัดถึงค่อนท้วม ตัวยาว
155 เซนติเมตร หนัก 56
กิโลกรัม มีผมยาวประมาณ
15-20 เซนติเมตร สีดำ

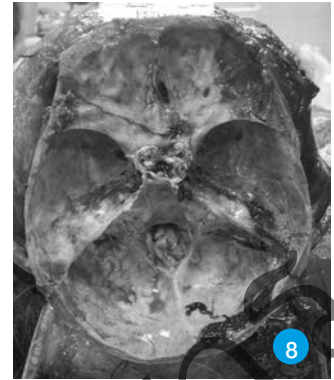
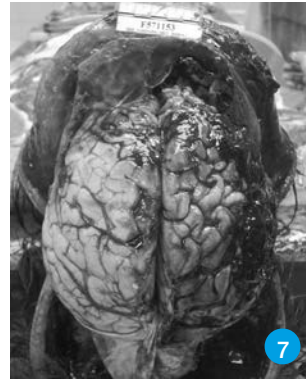


- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกลงสู่เบื้องต่ำภายหลังเสียชีวิตที่หลังได้ค่อนข้างชัดเจน

- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียด ไม่พบกระดูกหัก
- ไม่พบจุดเลือดออกที่เยื่อปูด แขน ขา ลำตัว หน้าอก และหลัง

- คอ รอบคอ ไม่พบความผิดปกติในรูปลักษณะและการถูกจับให้เคลื่อนไหว

- ตรวจพบบาดแผลดังต่อไปนี้



1. บาดแผลฉกรรจ์รอบตาทั้งสองข้าง (ภาพที่ 3)
2. บาดแผลฉกรรจ์ขาดขอบไม่เรียบ (laceration) ที่เปลือกตาบน และที่คิ้วขวา ซึ่งได้รับการเย็บแผลไว้แล้ว แผลยาว 2 และ 1 เซนติเมตร ตามลำดับ (ภาพที่ 3)
3. บาดแผลฉกรรจ์และฟกช้ำที่บริเวณหน้าผาก ด้านขวา ขมับขวา และแก้มขวาเป็นบริเวณกว้างอย่างต่อเนื่อง
4. หนังศีรษะส่วนข้างและส่วนหน้าด้านขวามีลักษณะช้ำ กดนุ่ม เป็นบริเวณกว้าง
5. บาดแผลฟกช้ำที่หลังเป็นจ้ำ ๆ หลายตำแหน่ง (ภาพที่ 4)
6. บาดแผลฉกรรจ์ ๓ แผลกระจายที่มือทั้งสองข้าง
7. บาดแผลฉกรรจ์ที่ขาและเข่าด้านซ้าย (ภาพที่ 2)

สภาพศพที่ตรวจจากการผ่าศพตรวจ:

- ได้ชั้นหนังศีรษะด้านซ้ายช้ำและมีเลือดออกโดยตลอด (ภาพที่ 5)



- กะโหลกศีรษะแตกเป็นแนวต่อเนื่องเป็นวงจากบริเวณขมับซ้าย ผ่านมาทางด้านบนและขมับขวา และวกกลับด้านในกะโหลกผ่านฐานกะโหลกศีรษะ (ภาพที่ 6 และภาพที่ 8)

- พบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกและชั้นกลาง โดยเฉพาะเนื้อสมองด้านขวา (ภาพที่ 7) และเนื้อสมองด้านขวา ช้ำมากและมีการฉีกขาด (ภาพที่ 9) (หน้า 36)

- กระดูกคอข้ออื่น กล้องเสียง กระดูกซี่โครง และกระดูกสันหลังส่วนอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ปอด หัวใจ และอวัยวะต่าง ๆ ในช่องอกทั้งสองข้างปกติ
- ตับ ม้าม ไต ลำไส้ และอวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- กระเพาะอาหารมีอาหารจำพวกข้าวย่อยแล้วและของเหลวสีเหลืองขุ่นประมาณ 300 มิลลิลิตร
- อวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้องและอุ้งเชิงกรานอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

จากเลือด ปัสสาวะ น้ำดี ของเหลวในกระเพาะอาหาร (เป็นการตรวจตามปกติ: routine)

สาเหตุตาย:

กะโหลกศีรษะแตก เนื้อสมองช้ำและฉีกขาด ร่วมกับเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองกระจาย

พฤติการณ์ที่ตาย:

จากสภาพของศพและจากเอกสาร “ใบนำส่งตัวผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” (ทำให้เชื่อถือ) น่าจะสามารถประมวลได้ว่าเกิดจาก “อุบัติเหตุจราจร” ได้

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: การตายผิดธรรมชาติ

การตายอันเนื่องมาจากมูลเหตุแห่งการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจราจร (จากหนังสือส่งตัวของพนักงานสอบสวน: ใบนำส่งตัวผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร) ย่อมเป็นเหตุเข้าข่ายตามกฎหมายที่ “จะต้อง” ให้มีการชันสูตรพลิกศพอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ตามมาตรา 148¹ และถือว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำตามมาตรา 150¹

มาตรา 148¹ เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาติ นั้น คือ

- (1) ฆ่าตัวตาย
- (2) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย
- (3) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย
- (4) ตายโดยอุบัติเหตุ
- (5) ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ

ประการที่ 2: การส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อโดยใบนำส่ง (ภาพที่ 1)

เป็นการส่งมาเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพตามมาตรา 154¹ ซึ่งทั้งแพทย์และพนักงานสอบสวนผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพต้องตระหนักไว้เสมอว่าเป็นการตายผิดธรรมชาติและอาจมีประเด็นแห่งคดีความเกิดขึ้นได้ เช่น การที่กล่าวอ้างถึงการที่ผู้ตายตกลงมาจากรถเอง หรือมีการดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ยาทำให้ตกลงมา มิได้เกิดขึ้นเนื่องจากอุบัติเหตุจราจร เป็นต้น โดยหลักที่ถูกต้องและเพื่อความปลอดภัยของแพทย์เอง จึงจำเป็นที่แพทย์ต้องส่งศพที่ทำการชันสูตรพลิกศพแล้วมารับการตรวจเสมอเพื่อให้เกิดความกระจ่างและสามารถตอบคำถามหรือข้อสงสัยในเรื่องดังกล่าวได้ ทั้งนี้เพราะเมื่อส่งศพมารับการตรวจต่อ แพทย์ผู้ทำการตรวจศพจะต้องทำการเก็บทั้งเลือด ปัสสาวะ และ/หรือน้ำหลังที่จำเป็นเพื่อการตรวจตามมาตรฐาน^{2,3,4} การตรวจศพอยู่แล้ว หากมีความผิดปกติหรือตรวจพบสารที่สงสัยดังกล่าวก็สามารถให้ความกระจ่างได้ และเป็นไปตาม “วัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ” ด้วยนั่นเอง¹

ประการที่ 3: ความเสี่ยงของแพทย์ในการที่แพทย์ไม่ให้การรักษา (ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) แก่ผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยอยู่ในสภาพการบาดเจ็บที่หนักมาก

การที่แพทย์ด้วยอาศัยความรู้ในทางการแพทย์ ย่อมทราบถึงสภาพแห่งการบาดเจ็บของผู้ป่วยเป็นอย่างดี และสามารถที่จะประเมินได้อย่างชัดเจนว่า การดำเนินการทางการแพทย์ทั้งการให้การรักษา บำบัด ฟันฟู จะเป็นผลหรือไม่เป็นผลอย่างไร แต่อย่างไรก็ตาม ในประการนี้ “ฝ่ายผู้ป่วย” เช่น ญาติ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องอาจไม่เข้าใจและเห็นได้ว่า “แพทย์ไม่ให้การรักษา” และเห็นเป็นประการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย และอาจตาม

มาด้วยความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องในด้านต่าง ๆ เช่น

ความเสี่ยงในทางอาญา:⁵

แพทย์อาจถูกกล่าวหาว่า

ก. เจตนาให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย (มาตรา 288)

“มาตรา ๒๘๘ ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี”

ข. ประมาทเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย (มาตรา 291)

“มาตรา ๒๙๑ ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกินสองหมื่นบาท”

ค. ไม่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้ง ๆ ที่ช่วยได้ (มาตรา 374)

“มาตรา ๓๗๔ ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิตซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่นแต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

ความเสี่ยงในทางแพ่ง:⁶

แพทย์อาจมีความเสี่ยงต่อมาในฐานที่กระทำความผิดต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ความตาย เป็นเหตุให้เกิดการฟ้องร้องทางแพ่งได้ ตามมาตรา 420

“มาตรา ๔๒๐ ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

ความเสี่ยงในทางจริยธรรม:⁷

แพทย์อาจเข้าข่ายในเรื่องการกระทำที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพได้ โดยเฉพาะในตามข้อบังคับแพทยสภาในหมวด 4 ข้อ 15 เรื่องมาตรฐาน

ประการที่ 4: สภาพแห่งการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ตายอย่างรุนแรง

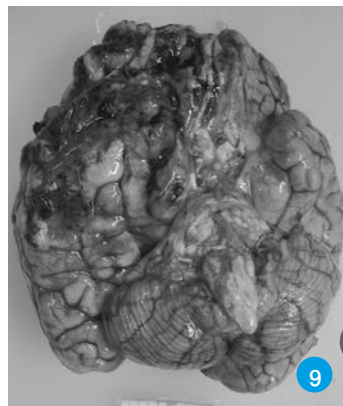
จากการผ่าศพตรวจพบว่าผู้ตายรายนี้ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงมากดังปรากฏสภาพแห่งการบาดเจ็บที่พบได้คือ

1. กะโหลกศีรษะที่แตกโดยรอบ (จากด้านซ้ายไปด้านขวาและผ่านด้านในที่บริเวณฐานกะโหลก) (ภาพที่ 6 และ

ภาพที่ 8) โดยเฉพาะการแตกที่ฐานกะโหลกศีรษะย่อมเป็นมูลเหตุแห่งการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication) ได้อย่างง่ายดายตามมาด้วย

2. เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกและชั้นกลาง (subdural and subarachnoid hemorrhage) ที่ปรากฏได้ชัดเจนโดยเฉพาะเนื้อสมองด้านขวา (**ภาพที่ 7**)

3. สภาพการฉีกขาดและฟกช้ำอย่างรุนแรง โดยเฉพาะกลีบหน้าและกลีบข้างด้านขวา (right fronto-parieto-temporal lobe) สมทบกับการที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (**ภาพที่ 9 และภาพที่ 10**)



จากสภาพที่กล่าวถึงข้างต้นจึงสอดคล้องกับสภาพที่แพทย์ทางคลินิกที่ได้ตรวจและประเมินผู้ป่วยรายนี้ไว้ทุกประการซึ่งเห็นได้ชัดว่า แม้ว่าแพทย์จะให้การรักษาโดยใช้ทรัพยากรทางการแพทย์และบุคลากรอย่างเต็มที่เพียงใดก็ไม่สามารถที่จะทำให้ผู้ป่วยรายนี้ (หาย) หรือมีสภาพที่ดีขึ้นจนสามารถมีสภาพแห่งบุคคล (สติสัมปชัญญะปกติ) ได้อย่างแน่นอน แม้แต่จะให้มีสภาพแห่งการดำรงอยู่โดยสมองไม่สั่งการก็ย่อมเป็นไปได้ด้วย (ซึ่งจะไม่ใช่ประโยชน์อย่างแน่นอนและอาจจำเป็นต้องทำการวินิจฉัยให้ผู้ป่วยมีแกนสมองตายเพื่อยุติการให้การดูแลรักษาบำบัดต่อไปอีกด้วยซ้ำโดยสิ้นเปลืองและทำให้เกิด “ความเสียหาย” หรือ “ความสูญเสีย” ทั้งฝ่ายญาติของผู้ป่วยเอง และฝ่ายแพทย์ที่ให้การรักษาด้วย)

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยถึงแก่ความตายนั้น จากการตรวจศพเห็นได้ว่ารุนแรง และทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายไม่ช้าก็เร็ว ย่อมเป็นสิ่งที่ช่วยแพทย์ในการพิสูจน์ “มาตรฐานแห่งการประกอบวิชาชีพได้ประการหนึ่ง” เพราะหากไม่มีข้อนี้แล้ว การที่แพทย์กล่าวอ้างว่า “ผู้ป่วยมีสภาพการบาดเจ็บอย่างรุนแรงจนไม่อาจรักษาให้หายได้” นั้นย่อมขาดน้ำหนักโดยพยานหลักฐานในทางการแพทย์และทางวิชาการนั่นเอง

สรุป

การที่แพทย์เมื่อตรวจสภาพการบาดเจ็บในผู้ป่วยแล้วเห็นว่า “มีอาการบาดเจ็บอย่างมาก” จึงไม่ให้การรักษาแต่ประการใด อาจมีความเสี่ยงในการที่จะต้องคดีได้หลายทาง แต่ที่สำคัญเมื่อแพทย์ไม่ทำการรักษาและการบาดเจ็บดังกล่าวเข้าได้กับเหตุที่ต้องจัดให้มีการชันสูตรพลิกศพด้วยแล้ว แพทย์ “จะต้อง” ทำการจัดให้มีการชันสูตรพลิกศพตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาเสมอ และจะต้องให้มีการนำศพมาเพื่อรับการตรวจต่อเสมอเช่นเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.
3. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม พ.ศ. 2555)”.
4. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.
5. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>
6. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB03/%BB03-20-9999-update.pdf>
7. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. http://www.tmc.or.th/service_law02_17.php

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ศูนย์บริการสุขภาพ จ.พิษณุโลก อันเป็นพื้นที่ตัวอย่างเขตบริการสุขภาพ ภายใต้แนวคิดหลัก “งานบริการครบเครื่องเรื่อง Service Plan” หนึ่งในรูปธรรมจากงานวิจัยของ สวรส. ที่ขับเคลื่อนความรู้และเทคโนโลยีสู่ระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืนของคนไทย



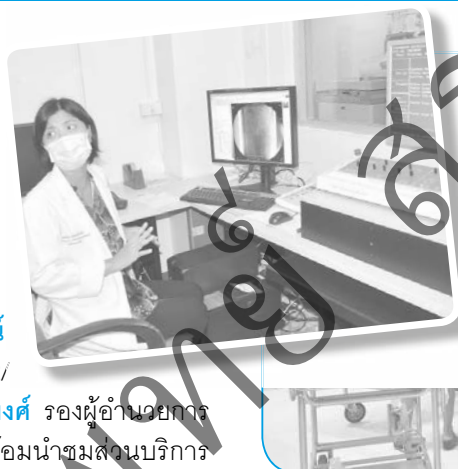
ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล



สวรส. ขับเคลื่อนเขตบริการสุขภาพ ครบวงจร “เซอร์วิส แพลน” ทุกภูมิภาค

การลงพื้นที่เยี่ยมชมเขตบริการสุขภาพ ตัวอย่างที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก ในครั้งนี้มีการบรรยายให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ เขตบริการสุขภาพโดย ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พร้อมด้วยผู้อำนวยการ และ นักวิจัยของ สวรส. โดยมี นพ.บุญเดิม ต้นสุรัตน์ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 2/ สสจ.พิษณุโลก และ นพ.สุชาติ พรเจริญพงศ์ รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพุทธชินราช ให้การต้อนรับพร้อมนำชมส่วนบริการต่าง ๆ โดยโรงพยาบาลแห่งนี้มีการบริหารจัดการตามนโยบาย เขตสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้ดำเนินการในระบบ ดังกล่าวมาเป็นเวลา 1 ปีแล้ว หลังการปฏิรูปเขตบริการสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้งานด้าน Service Plan ของโรงพยาบาลพุทธชินราช มีความโดดเด่นในด้านการพัฒนางานบริการและการรักษาผู้ป่วยด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง การบริหารยา ร่วมระดับภูมิภาค การนำเทคโนโลยีอัน ทันสมัยมาใช้ในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเปิด “ศูนย์รักษา โรคมะเร็ง โรงพยาบาลพุทธชินราช” ที่รองรับและให้บริการผู้ป่วยในเขตภาคเหนือ ตอนล่าง โดยศูนย์มะเร็งแห่งนี้มีเครื่อง ฉายรังสีด้วยระบบเลเซอร์อันทันสมัยมูลค่า กว่า 60 ล้านบาท ผ่านการคำนวณค่าที่ แม่นยำด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ควบคุม ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ภายใต้การดูแลของนักฟิสิกส์ประจำโรงพยาบาล จึงสามารถให้บริการรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโรงพยาบาล พุทธชินราชตั้งเป้าหมายว่าจะสามารถฉายรังสีรักษาผู้ป่วยได้มากกว่า 75,000 ครั้งต่อปี จากเดิมที่เคยรักษาได้ 32,000 ครั้งต่อปี



นอกจากนี้หัวใจสำคัญอีกประการของเขตบริการสุขภาพแบบ Service Plan ยังรวมถึงการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลระดับชุมชนด้วย อาทิ การส่งต่อผู้ป่วยหรือการประสานงานผ่านเทคโนโลยีด้านต่าง ๆ ระหว่างโรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลวังทอง ที่ตั้งอยู่ในเขต อ.วังทอง ที่โดดเด่นด้วยการรองรับการผ่าตัด มีแพทย์

เฉพาะทางที่พร้อมลงพื้นที่ให้การรักษากลับมา ซึ่งโรงพยาบาลวังทองสามารถรองรับผู้ป่วยจากอำเภอรอบ ๆ และผู้ป่วยจาก จังหวัดใกล้เคียงอีกหลายจังหวัด ผ่านการ เชื่อมโยงและประสานงานกับโรงพยาบาล พุทธชินราช จึงช่วยลดการแออัดของ โรงพยาบาลในเมืองได้อย่างมาก อันเป็นไปตามแนวคิดงานบริการครบวงจรของ เขตบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และขนาดเล็กในชนบทที่ไกลออกไป

จากตัวเมืองมีการให้บริการที่เชื่อมโยงกัน สามารถช่วยลดภาระ ค่าใช้จ่าย และประหยัดเวลาในการเดินทางของประชาชนที่มา ใช้บริการได้อย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการรักษาผู้ป่วย เคสฉุกเฉินต่าง ๆ ได้อย่างทันท่วงทีอีกด้วย



Skin Port Protector

ลดการบาดเจ็บ ลดต้นทุน
เพิ่มความพึงพอใจทั้งผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน

ปัจจุบันเทคโนโลยีต่าง ๆ ทางทางการแพทย์ มีความก้าวหน้ามากขึ้น การผ่าตัดทางศัลยกรรมตกแต่งจึงมีการนำเครื่องมือที่ทันสมัยมาใช้ในการรักษาด้วยเช่นกัน ได้แก่ เครื่องสลายและดูดไขมันโดยใช้คลื่นเสียงที่มีความถี่ต่ำ (Ultrasonic Liposuction) มีหลักการทำงานคือ เปลี่ยนพลังงานไฟฟ้าให้เป็นคลื่นเสียงเพื่อทำให้เกิดแรงสั่นสะเทือน นำมาใช้เพื่อสลายไขมันให้แตกตัวระหว่างการใช้งานจะเกิดความร้อนบริเวณปลายท่อเครื่องมือซึ่งเป็นโลหะ หากสัมผัสกับผิวหนังโดยตรงจะทำให้เกิดการบาดเจ็บได้

จากความเสี่ยงและปัญหาที่พบจากการใช้งานดังกล่าว นางสาวอุษตา เรืองวิญญูเวช พยาบาลประจำการ หน่วยผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลศิริราช จึงประดิษฐ์นวัตกรรม Skin Port Protector ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการได้รับบาดเจ็บบริเวณผิวหนังที่สัมผัสความร้อนของท่อโลหะ Ultrasonic Liposuction อีกทั้งยังช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถใช้เครื่องมือได้อย่างมั่นใจยิ่งขึ้น

“ที่หน่วยจะมีการใช้เครื่องมือ Ultrasonic Liposuction ซึ่งโดยหลักการทำงานของเครื่องมือคือ จะเกิดแรงสั่นสะเทือนระหว่างการใช้งาน และเกิดความร้อนบริเวณปลายท่อเครื่องมือซึ่งเป็นโลหะ หากสัมผัสผิวหนังของคนไข้จะทำให้เกิดการบาดเจ็บ เกิดแผลไหม้ได้ การแก้ปัญหาที่ผ่นมาคือ ใช้ผ้าซับโลหิตชุบน้ำเกลือคลุมไว้รอบ ๆ บริเวณที่ปลายท่อจะสัมผัสกับผิวหนัง แต่เมื่อใช้งานไปนาน ๆ ผ้าซับโลหิตชุบน้ำเกลือเกิดเลือนหลุด ทำให้ปลายท่อสัมผัสกับผิวหนังคนไข้ เกิดการบาดเจ็บในลักษณะเดิม ต่อมาจึงได้สั่งซื้อบล็อกพลาสติกหุ้ม แต่พอใช้ไปนาน ๆ เมื่อบล็อกโดนความร้อนก็เริ่มกรอบและหัก ต้องมีการสั่งซื้อเข้ามาเรื่อย ๆ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย จึงได้หันมาใช้อุปกรณ์และทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์”

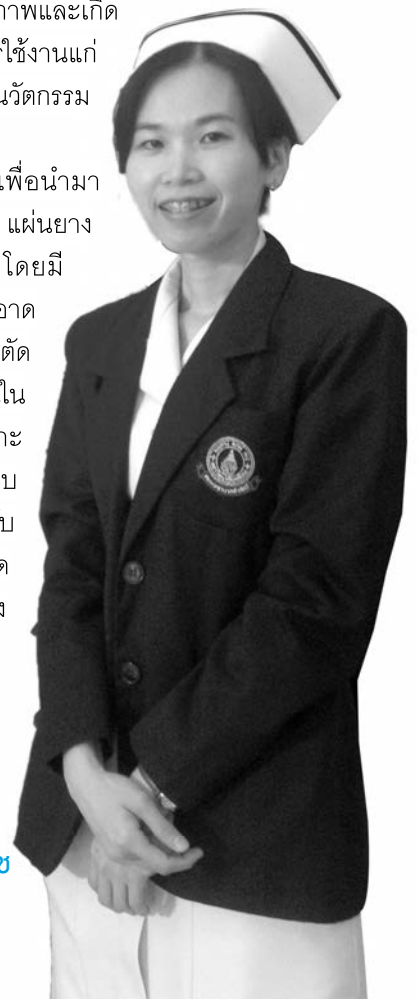
โดยขั้นตอนการดำเนินงานเริ่มจากค้นหาปัญหาและความจำเป็นของการสร้างสิ่งประดิษฐ์



เครื่องมือ Ultrasonic Liposuction

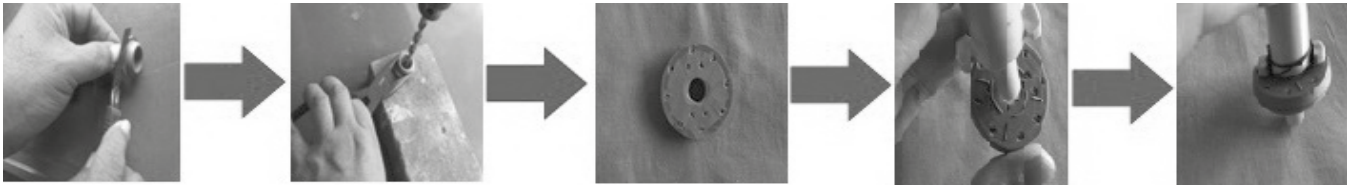
วางแผนการประดิษฐ์นวัตกรรม Skin Port Protector, รวบรวมอุปกรณ์และทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อนำมาประดิษฐ์เป็นนวัตกรรม Skin Port Protector, ดำเนินการประดิษฐ์นวัตกรรม Skin Port Protector ตามแนวทางที่วางไว้, ทดลองใช้งานนวัตกรรมและประเมินผลการใช้งาน, ปรับปรุงคุณภาพของสิ่งประดิษฐ์โดยการทำ CQI 3 ครั้ง เพื่อให้ได้นวัตกรรมที่มีคุณภาพและเกิดประโยชน์ต่อการใช้งานสูงสุด, แจ้งข้อมูลวิธีการใช้งานแก่บุคลากรในหน่วยงานให้ทราบโดยทั่วกัน และนำนวัตกรรมที่ประดิษฐ์มาใช้ในการปฏิบัติงานจริง

สำหรับอุปกรณ์และทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อนำมาประดิษฐ์เป็นนวัตกรรม Skin Port Protector คือ แผ่นยางจากขดน้ำเกลือหรือจากขดยาที่ไม่ใช้แล้ว โดยมีขั้นตอนการประดิษฐ์ ดังนี้ 1. ล้างแผ่นยางให้สะอาด เช็ดให้แห้ง ใช้ปากกา mark ตำแหน่งที่ต้องการตัดและที่ต้องการเจาะรู 2. ใช้มีดคัตเตอร์กรีดแกนด้านในของแผ่นยางออกตามที่ mark ไว้ ใช้สว่านเจาะตรงกลางให้เป็นรูและเจาะรูเล็ก ๆ รอบ ๆ ขอบ แผ่นยางจำนวน 8 รู (สำหรับใช้ suture เย็บ fix กับ skin ขณะใช้งาน) ล้างเศษยางออกให้สะอาด 3. นำข้อต่อ endotracheal tube เส้นผ่าศูนย์กลาง 6.5-7.0 มม. มาใส่เข้ากับแผ่นยางบริเวณรูกลางที่เจาะไว้ เย็บเพื่อยึดข้อต่อกับแผ่นยางให้ติดแน่น ไม่เลื่อนหลุดออกจากกันขณะใช้งาน และ 4. ส่งอบแก๊สเพื่อทำให้ปราศจากเชื้อก่อนการใช้งาน



นางสาวอุษตา เรืองวิญญูเวช

แสดงขั้นตอนการทำงาน



ตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการและผลลัพธ์

ตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย (Target)	ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้ (มากกว่าหรือเท่ากับ 3 รอบการวัดผล)			
		ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ ครั้งที่ 1 (21ต.ค.56)	หลังดำเนินการ ครั้งที่ 2 (8 พ.ย.56)	หลังดำเนินการ ครั้งที่ 3 (18 ก.พ.57)
1. อุบัติการณ์การบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณที่สัมผัสกับความร้อนของท่อโลหะ Ultrasonic Liposuction	0 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
2. อัตราความพึงพอใจของศัลยแพทย์ต่อการใช้งานนวัตกรรม Skin Port Protector	≥80%	80%	87.80%	95.50%	99.00%

จากระยะเวลาดำเนินโครงการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 พบว่า ในช่วงแรกผลที่ออกมายังไม่น่าพึงพอใจนัก แต่หลังจากที่ได้มีการปรับปรุงและทำการวัดผล พบว่าอุบัติการณ์การบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณที่สัมผัสกับความร้อนของท่อโลหะ Ultrasonic Liposuction เป็น 0 ครั้ง และอัตราความพึงพอใจของศัลยแพทย์ต่อการใช้งานนวัตกรรม Skin Port Protector เป็น 99% ถือเป็นการนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะด้านการลดต้นทุน ป้องกันความเสี่ยงและเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

นางสาวอุษุตา กล่าวถึงความสำเร็จของนวัตกรรม Skin Port Protector ว่า รู้สึกภูมิใจอย่างมาก เพราะอย่างน้อยก็เป็นจุดเล็ก ๆ ที่สามารถทำอะไรเพื่อคนไข้ ช่วยให้การปฏิบัติงานราบรื่น ทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจ แต่เนื่องจากในระยะแรกนวัตกรรมที่ประดิษฐ์ไว้มีจำนวนน้อยขึ้นจึงไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ในอนาคตจึงมีแผนที่จะเพิ่มจำนวนอุปกรณ์ Skin Port Protector ให้มีปริมาณมากเพียงพอต่อการใช้งาน พร้อมขยายผลการใช้งานไปยังหน่วยงานอื่นที่มีการใช้เครื่องมือในลักษณะใกล้เคียงกัน

“เมื่อก่อนดูจากผลงานของคนอื่น ยังไม่ได้เริ่มทำเอง มีความคิดว่าการเริ่มต้นยาก กว่างานจะสำเร็จต้องอาศัยระยะเวลา อีกทั้งปัญหายังมีมากมาย แต่เมื่อได้ลงมือทำ สิ่งไหนที่ไม่รู้ก็ไปถามคนที่มีความรู้ คนที่ทำแล้วประสบความสำเร็จ หรือทีมพัฒนาคุณภาพ ซึ่งทุกคนยินดีให้คำปรึกษา ทุกคนล้วนเป็นกัลยาณมิตรที่พร้อมจะช่วยเหลือ ยอมรับว่าตอนแรกก็รู้สึกท้อ เพราะไม่รู้จะเข้าไปในแนวไหน เนื่องจากไม่เคยทำ แต่หลังจากได้ลองไปดูงานนวัตกรรมอื่นที่

ประสบความสำเร็จและลองนำมาปรับใช้ ดูว่าโอกาสความเป็นไปได้มีมากน้อยแค่ไหน อะไรที่ไม่รู้ก็ถามผู้รู้ จึงได้ลุยต่อจนงานออกมาประสบความสำเร็จ”

“หลักการทำงานที่ยึดถือคือ จริยกับงานที่ทำ และพยายามให้ถึงที่สุด อย่าให้ปัญหาหรือความท้อมาทำลายผลงานดี ๆ ประกอบกับที่ศิริราช ผลักดันทางด้านนี้อยู่แล้ว พอเห็นพี่ ๆ น้อง ๆ ทำได้ก็เหมือนเป็นแรงบันดาลใจ คือถ้าไม่เริ่มต้นก็ไม่มีก้าวต่อไป ถ้าเรารู้แนวแล้วว่าจะต้องทำประมาณนี้ ครั้งต่อไปก็ไม่ยากแล้วที่จะทำต่อ แต่ถ้าไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไร ลองดูจากงานที่ทำ ใช้การสังเกต งานที่ทำมีปัญหาอะไรบ้าง หรือถ้าหาปัญหาไม่เจอก็ลองมองว่าเราจะช่วยให้งานของเราดีขึ้นหรือมีการพัฒนาไปได้อย่างไร นึกถึงคนไข้ว่าจะทำอย่างไรให้เขาพึงพอใจและปลอดภัย”

นางสาวอุษุตา กล่าวทิ้งท้ายว่า “เราไม่ได้อยู่ตัวคนเดียว คนที่มีความรู้และพร้อมจะเป็นกัลยาณมิตรอยู่รอบ ๆ ตัว เพียงเปิดใจและกล้าที่จะถาม กล้าที่จะลงมือทำ เพราะถ้าไม่กล้าก็เหมือนกับไม่ได้เริ่มก้าว เมื่อก้าวออกไปแล้วก็ตั้งใจ มุ่งมั่น เชื่อมั่น ในตนเอง เชื่อมั่นในงาน เพราะไม่มีอะไรจะยากเกินความพยายามของมนุษย์”



แสดงตัวอย่างการใช้งานนวัตกรรม Skin Port Protector

สมาคมโรคติดเชื้อฯ จัดการประชุมใหญ่วิชาการประจำปี ครั้งที่ 40

“Update on Management of Infectious Diseases”



ศ.นพ.ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร

ศ.นพ.ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร นายกสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ปัญหาโรคติดเชื้อยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย ทั้งโรคที่เป็นปัญหาอยู่เดิม เช่น เชื้อแบคทีเรียดื้อยา ไข้เลือดออก วัณโรค และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัดนก การวินิจฉัยอย่างทันท่วงทีที่ถูกต้องแม่นยำจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาผู้ป่วยให้ได้ผลดี

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยได้เล็งเห็นถึงปัญหาโรคติดเชื้อมาอย่างต่อเนื่องดำรงอยู่ในประเทศไทย ดังนั้น เพื่อส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ให้ได้รับความรู้ที่ทันสมัย และมีความเข้าใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ รวมทั้งสร้างแนวทางการป้องกันโรคให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ จึงได้จัดการประชุมวิชาการประจำปีขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมทราบสถานการณ์ปัจจุบันของโรคติดเชื้อที่สำคัญของประเทศไทย ได้รับความรู้ที่ทันสมัยในด้านการวินิจฉัยโรคติดเชื้อที่รวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ ด้านการรักษาโรคติดเชื้อที่สำคัญของประเทศไทย ด้านการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติต่อไป เพื่อให้การวินิจฉัยโรคติดเชื้อเป็นไปอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ช่วยลดอัตราตายและความพิการจากโรคติดเชื้อลง

“บทบาทหนึ่งของสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยคือ การให้ความรู้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการจัดการประชุมวิชาการประมาณเดือนตุลาคมเป็นประจำทุกปี สำหรับปีนี้จัดขึ้นระหว่างวันที่ 23-26 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จังหวัดชลบุรี ในหัวข้อ “Update on Management

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย จัดการประชุมใหญ่วิชาการประจำปี ครั้งที่ 40 หัวข้อ “Update on Management of Infectious Diseases” ระหว่างวันที่ 23-26 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จังหวัดชลบุรี ชูประเด็นปัญหาโรคติดเชื้อที่ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับความรู้และความเข้าใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน รวมทั้งทบทวนวิธีการวินิจฉัยและการรักษาโรคติดเชื้อที่สำคัญและพบบ่อย ซึ่งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องรู้จัก เพื่อสามารถให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ทันทีที่

of Infectious Diseases” เพื่ออัปเดตความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อในประเทศไทย ในรูปแบบการบรรยาย การอภิปรายสนทนากับผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งการนำเสนอผลงานทางวิชาการ” **ศ.นพ.ธีระพงษ์** กล่าว

ศ.นพ.ธีระพงษ์ กล่าวอีกว่า ปัจจุบันความรู้ทางการแพทย์พัฒนาไปมาก ขณะเดียวกันก็มีโรคติดเชื้อใหม่ ๆ เกิดขึ้น ที่ผ่านมามีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก เมอร์ส และล่าสุดกับอีโบล การเลือกหัวข้อ “Update on Management of Infectious Diseases” สำหรับการประชุมปีนี้ เพราะต้องการจะเน้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับความรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในโลกในปัจจุบัน คำนึงถึงโรคที่จำเป็นต้องดูแลในประเทศไทย โรคหลายโรคยังมีอยู่ เช่น ไข้เลือดออกที่ในปัจจุบันเป็นปัญหาในผู้ใหญ่ รวมถึงโรคติดเชื้ออุบัติใหม่หลาย ๆ โรคที่ยังเป็นปัญหาอยู่ทุกวันนี้



โดยตลอด 4 วันของการประชุม ประกอบไปด้วยหัวข้อที่มีความหลากหลายและน่าสนใจ อาทิ การติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญ เพราะปัจจุบันโรคหลายโรค เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง ผู้ป่วยมีโอกาสมีชีวิตรอดมากขึ้นจากยารักษา ซึ่งถือเป็นข้อดี แต่ก็พบว่ามียาต้านเชื้อเนื่องจากยาไปกดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยให้มีการติดเชื้อมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีเรื่องโรคไข้เลือดออกในผู้ใหญ่ ซึ่งปัจจุบันพบปัญหาการติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โรคไข้หวัดใหญ่ หรือโรคบางโรคที่เป็นโรคของเด็ก แต่ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปเกิดในอายุที่เพิ่มมากขึ้น เช่น โรคคอตีบ จากเมื่อก่อนที่พบในเด็ก แต่ในระยะ 2-3 ปีมานี้มีการระบาดในผู้ใหญ่ รวมถึงโรคเอดส์ ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โดยล่าสุดสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทยได้ออกแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 ซึ่งจะมีการอัปเดตกันในการประชุมครั้งนี้

ด้านไฮไลท์ของการประชุม **ศ.นพ.ธีระพงษ์** กล่าวว่า ในวันที่ 23 ตุลาคม ซึ่งเป็นวันแรกของการประชุม เนื้อหาการประชุมค่อนข้างไปในทางลึกสำหรับแพทย์ประจำบ้านโรคติดเชื้อ ส่วนวันที่ 24-26 ตุลาคม ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยหลายส่วน ตั้งแต่ส่วนที่ทำงานเฉพาะทาง เช่น แพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ หรือแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือแพทย์ทั่วไปที่มีความสนใจในเรื่องโรคไข้เลือดออก โรคไข้หวัดใหญ่ โรคระบาดเฉียบพลัน ในการประชุมก็จะมีหัวข้อที่เกี่ยวข้องตรงกับความสนใจให้เลือกเข้าฟัง โดยทุกส่วนในการประชุมล้วนแล้วแต่มีความสำคัญและถือเป็นไฮไลท์ที่ไม่ควรพลาด เพราะผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับความรู้อย่างครอบคลุมตามลักษณะความสนใจจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ อาทิ **ศ.นพ.สมศักดิ์ โสภณกุล, ศ.พญ.กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, ศ.พญ.อุษา ทิสยากร** เป็นต้น ซึ่งนอกจากแพทย์โรคติดเชื้อ ผู้เข้าร่วมประชุมยังจะได้พบกับแพทย์ที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคติดเชื้อต่าง ๆ มีการนำเสนอผลงานวิจัย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโรคเอดส์ ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีโอกาสได้รับความรู้จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในหลาย ๆ ด้านของโรคติดเชื้อ

ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายของการประชุม ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และบุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องในการให้การดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลจะได้รับประโยชน์จากการประชุมครั้งนี้อย่างแน่นอน โดยเป้าหมายสำคัญที่สุดคือ 1. นำความรู้ไปดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดในการจัดการประชุม 2. เป็นการอัปเดตความรู้ใหม่ ๆ ในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป 3. เข้าใจบทบาทและการทำงานของสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย และ 4. เพื่อความสามัคคีของหมู่มวลชนสมาชิกของสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย โดยจะมีงานตอนกลางคืนเพื่อเป็นการพบปะสังสรรค์กันอีกด้วย



“แม้จะเป็นการประชุมของสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย แต่ถ้าดูจริง ๆ แล้ว ความรู้มีหลายด้าน ไม่เฉพาะผู้ที่สนใจเรื่องโรคติดเชื้อเท่านั้น เราพบว่าผู้เข้าร่วมประชุมเกินครึ่งเป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ ศัลยแพทย์ สูติแพทย์ หรือแม้แต่กุมารแพทย์ ก็ให้ความสนใจเข้าร่วมประชุม เพราะโรคในเด็กบางโรคก็เป็นโรคในผู้ใหญ่ด้วยในปัจจุบัน จึงอยากเชิญชวนแพทย์ทุกท่านที่มีความสนใจหรือดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในประเทศมาร่วมประชุม เพื่อจะได้นำความรู้ที่ได้ไปดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม” **ศ.นพ.ธีระพงษ์** กล่าวทิ้งท้าย

ผู้ที่สนใจสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทาง www.idthai.org หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทรศัพท์ 0-2716-6874



แบ่งปันประสบการณ์และวิธีการรับมือท้องผูก

ตามมา และ **ท้องผูกในผู้สูงอายุ** เกิดจากกล้ามเนื้อเพื่อการขับถ่ายเสื่อมตามวัย ประกอบกับผู้สูงอายุมักรับประทานอาหารได้น้อยลง บางคนรับประทานอาหารที่มีกากใยไม่ค่อยได้ ดื่มน้ำน้อยลง มีภาวะของโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน หรือประสาทการรับรู้ถึงการเคลื่อนไหวในลำไส้ลดลง ซึ่งการเบ่งอุจจาระมาก ๆ อาจทำให้เกิดอาการหน้ามืด วิงเวียน เป็นลม ซึ่งเป็นอันตรายอย่างมากต่อผู้สูงอายุ

ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมถือเป็นการแก้ปัญหาท้องผูกอย่างถาวร โดยการดื่มน้ำ รับประทานอาหารที่มีกากใยมาก ๆ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ลำไส้เคลื่อนไหวดีขึ้น ฝึกนิสัยการขับถ่ายเป็นเวลาและอย่ากลั้นอุจจาระ

รับมือ “ท้องผูก” อาการยอดฮิตของคนเมือง

บริษัท แอ็บบอต ลาบอแรตอรีส์ จำกัด แนะนำผลิตภัณฑ์ดูฟาแลค (Duphalac) ยาระบายขนาดใหม่แบบซอง พกพาง่าย เพิ่มความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน พร้อมรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการท้องผูก และวิธีการป้องกันและรักษาอย่างถูกต้อง ในงานเสวนา “ยาระบาย...สำหรับทุกคนในครอบครัว”

รศ.นพ.สมชาย สีลากุลวงศ์ รั้งตำแหน่งนายกสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) กล่าวว่า ท้องผูกเกิดได้ในคนทุกช่วงอายุ สาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารน้อย ดื่มน้ำน้อย กลั้นอุจจาระ ทำให้เกิดการสะสมอุจจาระในลำไส้ใหญ่นานผิดปกติ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด ซึ่งอาจทำให้ลำไส้บีบตัวลดลงชั่วคราว เบื่ออาหาร และถ่ายไม่ออก รับประทานยาบางชนิด เช่น ยาคลายเครียด ยาลดความดันโลหิต ยาลดกรด หรือมีภาวะโรคอื่นอยู่แล้ว เช่น โรคเบาหวาน โรคของระบบประสาท หรือมีสาเหตุจากโรคลำไส้ใหญ่ เช่น เนื้องอก หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งมักพบในผู้ใหญ่

แม้ท้องผูกจะเกิดได้ในคนทุกช่วงอายุ แต่พบมากที่สุดในกลุ่มเด็กเล็ก สตรีมีครรภ์ และผู้สูงอายุ โดย **ท้องผูกในเด็กเล็ก** พบได้ 5-10% พ่อแม่จึงต้องหมั่นสังเกตสัญญาณความถี่ของอุจจาระที่บ่งบอกว่าลูกท้องผูก คือการขับถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่ออุจจาระแข็งจะทำให้เจ็บปวดเวลาเบ่งถ่าย หรืออาจมีเลือดติดออกมาด้วย เพราะเกิดแผลที่ผิวหนังบริเวณทวาร พ่อแม่เด็กก็ยิ่งกลัวการขับถ่าย จึงพยายามกลั้นเอาไว้ แต่นั่นยิ่งทำให้อุจจาระมีขนาดใหญ่และแข็งมากขึ้นเรื่อย ๆ **ท้องผูกเมื่อตั้งครรภ์** ซึ่งเป็นเรื่องปกติที่แม่ตั้งครรภ์จะมีปัญหาเกี่ยวกับฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลง ทั้งเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ลำไส้ทำงานไม่ปกติ ฉะนั้นโอกาสที่แม่ตั้งครรภ์จะท้องผูกก็เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงไตรมาส 3 นอกจากนั้นมดลูกของแม่ตั้งครรภ์ก็จะเริ่มโตขึ้นและไปกดหลอดเลือดใหญ่ ทำให้การไหลเวียนของเลือดในส่วนล่างของร่างกายช้าลง แม่ตั้งครรภ์จึงมีปัญหาท้องผูกได้บ่อย และเมื่อพยายามเบ่งก็ยิ่งมีโอกาสเกิดริดสีดวงทวาร

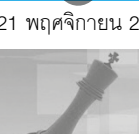


ครอบครัวปัญญาวงศ์

ด้วยความห่วงใยสุขภาพคนไทย บริษัท แอ็บบอต ลาบอแรตอรีส์ จำกัด จึงได้แนะนำผลิตภัณฑ์ดูฟาแลค ยาระบายขนาดใหม่ในรูปแบบซอง พกพาง่าย เพื่อเป็นตัวช่วยให้การขับถ่ายสะดวกสบายยิ่งขึ้น โดยดูฟาแลคเป็นสารพรีไบโอติก (Prebiotic Substance) อาหารของเชื้อจุลินทรีย์ชนิดดีที่อาศัยอยู่ใกล้ลำไส้ เพิ่มการเจริญเติบโตของแบคทีเรียที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น บิฟิโดแบคทีเรีย (Bifidobacterium) และแลคโตบาซิลลัส (Lactobacillus) ปรับสมดุลและส่งผลให้ลำไส้ใหญ่ทำงานได้ดีและเป็นปกติ บรรเทาอาการท้องผูก อุจจาระอ่อนตัว สามารถใช้ได้ตั้งแต่เด็กทารก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และไม่ทำให้อ้วน เนื่องจากเป็นสารแลคทูโลสที่จะไม่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย

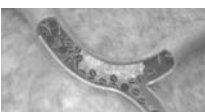


รศ.นพ.สมชาย สีลากุลวงศ์

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
3-4 พฤศจิกายน 2557 	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมเชิงปฏิบัติการ “สำหรับอาจารย์แพทย์” Essential Skills for Clinical Teachers ณ ห้องประชุม 1514 อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-6454 โทรสาร 0-2411-5038 www.sirirajconference.com
7-11 พฤศจิกายน 2557 	สมาคมเวชสำอางและ ศัลยศาสตร์ผิวพรรณ	การประชุม 4 th INTERNATIONAL THAICOSDERM CONGRESS ON AESTHETIC MEDICINE Theme “New Frontiers in Aesthetic Medicine” ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาซ่า ลาดพร้าว	โทรศัพท์ 0-2662-4787 โทรสาร 0-2662-4751 www.thaicosderm.org
8-9 พฤศจิกายน 2557 	สมาคมอัลตราซาวด์ทางการแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการครั้งที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2557 การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ULTRASOUND IN CLINICAL PRACTICE FOR THE BEGINNERS” ครั้งที่ 2 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-1703, 08-1770-3276 โทรสาร 0-2718-1703 E-mail: registration@must.or.th www.surgeons.or.th
8-9 พฤศจิกายน 2557 	ชมรมศัลยเสวนา ภาควิชา ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการศัลยเสวนา Surgical Forum (4 th BB meeting) Update Minimal Invasive Surgery ณ ราชาธิริ รีสอร์ท แอนด์ สปา อ.ขนอม จ.นครศรีธรรมราช	โทรศัพท์ 0-7445-1404 โทรสาร 0-7442-9384 E-mail: kpiyapor@gmail.com
11-14 พฤศจิกายน 2557 	กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า	การประชุมวิชาการ Interactive Clinical Practices 2014: Practical Pediatrics at a Glance ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบ พระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2354-7600-28 ต่อ 94162, 94163 โทรสาร 0-2354-7827 E-mail: sumittra_ped@hotmail.com
13-14 พฤศจิกายน 2557 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	การประชุม TSE Inaugural (1 st Annual) Scientific Meeting ณ ห้องประชุม Amoma III ชั้น 3 โรงแรมอโนมา กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-0062 โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: o_thaiheart@hotmail.co.th www.thaiheart.org
15 พฤศจิกายน 2557 	ชมรมคาร์ดิโอคอมเมจิงแห่งประเทศไทย	การประชุม TSCI 20 th Anniversary and Annual Scientific Meeting 2014 ณ ห้อง 230/1 อาคารแพทยพัฒน์ ชั้น 2 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โทรศัพท์ 0-2252-5166 E-mail: lek.fpr@gmail.com www.thai-sci.org
17-21 พฤศจิกายน 2557 	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	การประชุมวิชาการประจำปี เรื่อง “Siriraj Pediatric Annual Conference 2014 : Pediatric Emergency Care” ณ ห้องประชุมประสงค์ ตู้จินดา ตึกอำนวยการมหิดล ชั้น 10 โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2411-3010 www.sirirajconference.com
19-21 พฤศจิกายน 2557 	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	การประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 12 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2354-7028-35 ต่อ 2205 โทรสาร 0-2644-9097 E-mail: nci.academic@gmail.com www.kmnci.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 188 โทรสาร 0-2435-2345 ต่อ 181
บริษัท สสวสาร จำกัด 71/17 ถนนบรมชนกนที แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2014

Date	Title	City	Country	Contact
1-4 December 2014 	CPSYC 2014 International Congress on Clinical and Counselling Psychology	Antalya	Turkey	www.futureacademy.org.uk/ContentConference.aspx?code=2&description=CPSYC_Conference&conference_code=2
4-5 December 2014 	The Digital Pathology Congress	London	United Kingdom	www.globalengage.co.uk/microbiomeasia.html
4-7 December 2014 	20 th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI)	Paris	France	www.congressmed.com/cogiparis
5-7 December 2014 	The 2 nd World Congress on Clinical Lipidology	Vienna	Austria	www.clinical-lipidology.com
7-13 December 2014 	Update in Internal Medicine	Boston	United States of America	http://updateinternalmedicine.com
10-12 December 2014 	Annual National Healthcare Coalition Preparedness Conference 2014	Denver	United States of America	http://healthcarecoalitions.org/nhcc-conference/2014-conference-details/
11-13 December 2014 	7 th Annual The Heart Beat of Cardiology: Practical Application of Echocardiography	Chicago	United States of America	www.mayo.edu/cme/heartbeat2014
18-19 December 2014 	International Conference on Public Mental Health & Neurosciences (ICPMN-2014)	Bangalore	India	http://sarvasumana.in/Events
19-20 December 2014 	MacroTrend Conference on Health and Medicine: Paris 2014	Paris	France	http://macrojournals.com/paris/health_and_medicine

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 Karn 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 # 188 FAX 0-2435-2345 # 181

ไขทุกปัญหาเรื่องมะเร็งระบบโลหิต

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน เปิด “งานสัมมนาเรื่อง มะเร็งระบบโลหิต” (โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และโรคมะเร็งไขกระดูก) จัดโดยคณะแพทย์โรงพยาบาลวัฒโนสถ ร่วมกับ คณะแพทย์ จากโรงพยาบาลศิริราช, สถาบันมะเร็ง MD Anderson Cancer โดยมี นพ.วีรุฒิ อัมสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, นพ.กฤตวิทย์ เลิศสุดสากุล ประธานคณะผู้บริหาร ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ และ นพ.ธีรุฒิ คูหะเปรมะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล วัฒโนสถ ร่วมเป็นเกียรติในงาน เมื่อไม่นานมานี้



รับมอบเครื่องตรวจ กล้องส่องขยาย Siriraj cervicoscope

ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย พร้อมด้วย พญ.มาลี ปิยะอนันต์ นายกสมาคมศิษย์เก่าศิริราชพยาบาล, นพ.เกษร อมันตกุล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอุทัยธานี, นพ.ชัยยันต์ ตันวัฒนกุล รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลอุทัยธานี และ นพ.วิเชียร ภิชโยทัย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูติรีเวช ถ่ายภาพร่วมกันในงาน รับมอบเครื่องตรวจ กล้องส่องขยาย Siriraj cervicoscope ให้แก่กรมอนามัย และโรงพยาบาลอุทัยธานี เพื่อใช้ในงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เมื่อไม่นานมานี้



ฉลอง 40 ปีแห่งความสำเร็จ

เฟอร์นิเจอร์เออร์คอนอมิกส์ ‘โมลล์’ (Moll) จัดงานฉลองครบรอบความสำเร็จ 40 ปีในประเทศเยอรมนี และครบรอบ 7 ปีในประเทศไทย ในงาน ‘Moll Growth 2gether’ โดยมี ดร.คริสทีเน่ พัลเค่น-โกรเซอร์ ที่ปรึกษาฝ่ายเศรษฐกิจและการค้า สถานเอกอัครราชทูต สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี, คุณมาร์กอต นาเกล ผู้บริหารระดับสูง ‘โมลล์’ ประเทศเยอรมนี และ ภญ.ชุติพันธ์ กังวานโอฬารรัตน์ กรรมการผู้จัดการ ห้างหุ้นส่วนจำกัด เออร์โกโนมิกส์ ในฐานะตัวแทนจำหน่ายในประเทศไทย ร่วมกล่าวถึง ความสำเร็จ พร้อมมอบชุดเฟอร์นิเจอร์เออร์คอนอมิกส์ ‘โมลล์’ แก่มูลนิธิธิดานุเคราะห์เด็กพิการ ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และสถานสงเคราะห์เด็กพิการ และทุพพลภาพปากเกร็ด (บ้านนนทภูมิ) เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมด้านพัฒนาการแก่เด็ก ผู้ด้อยโอกาสทางการเคลื่อนไหว ณ ลานโปรโมชั่น คิวตี้ แพลนเน็ต ชั้น 3 ศูนย์การค้า สยามพารากอน เมื่อไม่นานมานี้



ส่งเสริมการเข้าถึงยา

พล.ท.นพ.อำนาจ บาลี ผู้อำนวยการสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย และนายวิริยะ จงไพศาล กรรมการผู้จัดการใหญ่ บริษัท แก๊สโซลีนไทย (ประเทศไทย) จำกัด หรือ GSK พร้อมด้วยผู้บริหาร และนักแสดงจิตอาสา แดว-ณัฐพร เตมียะ และ พ.ท.วันชนะ สวัสดิ์ ร่วมเปิดตัวโครงการ “จีเอสเค ธนาคารยา เพื่อบรรเทาทุกข์” เพื่อให้ผู้ด้อยโอกาสและผู้ประสบภัยเข้าถึงยา การรักษา และองค์ความรู้ ในการป้องกันโรค รวมทั้งดูแลสุขภาพตัวเองเบื้องต้น ช่วยลดการเกิดโรคติดต่อ โรคระบาด และสร้างสุขอนามัยที่ดี โดย GSK จะสนับสนุนผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ รวมทั้งทีมอาสาสมัคร แพทย์ เภสัชกร และจิตอาสา ร่วมลงพื้นที่กับสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยและผู้ด้อยโอกาสทั่วประเทศเมื่อเกิดเหตุ สาธารณภัย ณ สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย ถนนอังรีดูนังต์ เมื่อไม่นานมานี้



วาระการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจร
ทั่วไทย 2557 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ
ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์
ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ
เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ร.พ.ระโนด จ.สงขลา



ร.พ.ละงู
จ.สตูล



ร.พ.สทิงพระ จ.สงขลา



ร.พ.หาดใหญ่ จ.สงขลา



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ความรู้ในเรื่องของแพทย์
ข่าวสารความคืบหน้า
วิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ บทความ
ผลงานวิจัย ตารางงานสัมมนา
และบทความทางวิชาการ
symposium
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพ
ทางด้านเวชกรรม



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคาร สั่งจ่าย ปณ.คลังเงิน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาทีโอปัส ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก.

71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงจตุรรมิตร เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

หมายเหตุ

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

0-2435-2345 ต่อ 181

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ 134, 123

แฟกซ์ **0-2435-2345**

ต่อ 181

Continuing Medical Education

CME PLUS





Bio-Oil® เป็นผลิตภัณฑ์ดูแลผิวในรูปแบบบอยล์ เพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวจึงช่วยในการลดเลือนผิวแตกลาย สิวฝ้าไม่สม่ำเสมอ และรอยแผลเป็นให้ดูจางลง ประกอบไปด้วยน้ำมันธรรมชาติ, วิตามินเอ, วิตามินอี และ สารประกอบล้ำยุค PurCellin Oil™ หากต้องการทราบข้อมูลของผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม และผลการทดสอบประสิทธิภาพ สามารถเข้าไปดูที่ bio-oil.com ผลิตภัณฑ์ Bio-Oil® มียอดขายอันดับ 1 ในประเทศอังกฤษและอีก 10 ประเทศทั่วโลก* ขนาดบรรจุ 60 มล. ราคา 375 บาท

Bio-Oil® เป็นผลิตภัณฑ์ดูแลผิวที่พัฒนาขึ้นมาอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ความชุ่มชื้นช่วยในการลดเลือนรอยแผลเป็น ผิวแตกลาย ฝ้าดูจางลงด้วยสูตรอันเป็นเอกลักษณ์ของ Bio-Oil® ที่มีส่วนผสมของ PurCellin Oil™ หากต้องการทราบข้อมูลของผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม สามารถเข้าไปดูที่ www.bio-oil.com ผลิตภัณฑ์มีวางจำหน่ายแล้วที่ร้านค้าชั้นนำและร้านขายยา ขนาดบรรจุ 60 มล. ราคา 375 บาท นำเข้าและจัดจำหน่ายโดย บริษัท แพน ราชเทวี กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) Call Center 0-2793-9999

* ยอดขายอันดับ 1 ในกลุ่มผลิตภัณฑ์ลดรอยแผลเป็นและรอยผิวแตกลาย อังกฤษ (IRI Infoscan ปี 2011) ออสเตรเลีย (Synovate ปี 2011) เนเธอร์แลนด์ (Nielsen ปี 2010) แคนาดา (Nielsen ปี 2010) เม็กซิโก (Nielsen ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Nielsen ปี 2010) บราซิล (Nielsen ปี 2010) อินเดีย (Nielsen ปี 2010) สเปน (Nielsen ปี 2010) อิตาลี (Nielsen ปี 2010) ฝรั่งเศส (Nielsen ปี 2010) เยอรมนี (Nielsen ปี 2010) สวิตเซอร์แลนด์ (PharmIndustry ปี 2009) นาอูรู (Namparm Pharmaceuticals ปี 2009)

** ผลิตภัณฑ์ที่ถูกรายชื่อจากแพน ราชเทวี กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) สำหรับรอยแผลเป็นและรอยผิวแตกลาย จากการสำรวจจาก แพน ราชเทวี กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) อังกฤษ (The Thinking Shop, Strategic Research Consultancy ปี 2008) ออสเตรเลีย (Colmar Brunton ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Colmar Brunton ปี 2010) แอฟริกาใต้ (Synovate ปี 2010)

IMOJEV®

Japanese encephalitis vaccine
(live, attenuated)

INTRODUCING THE ADVANCE IN
JAPANESE ENCEPHALITIS VACCINATION

Committed to protecting against Japanese encephalitis

IMOJEV® powder and diluent* for suspension for injection. Japanese encephalitis vaccine (live, attenuated). *0.4% sodium chloride solution. **QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION:** After reconstitution, one dose (0.5 mL) contains: • Live, attenuated, recombinant Japanese encephalitis virus*: 4.0 - 5.8 log PFU **PHARMACEUTICAL FORM:** Powder and diluent for suspension for injection. The powder is a white to creamy white homogeneous cake which might be retracted from the sides of the vial. The diluent is a clear solution. After reconstitution, IMOJEV® is a colourless to amber suspension.

CLINICAL PARTICULARS: Therapeutic indications. IMOJEV® is indicated for prophylaxis of Japanese encephalitis caused by the Japanese encephalitis virus, in subjects from 12 months of age and over. **PHARMACOLOGICAL PROPERTIES:** Mechanism of action. The vaccine is a live attenuated virus. Following administration, the virus replicates locally and elicits neutralising antibodies and cell-mediated immune responses that are specific to the Japanese encephalitis virus. Available results indicate that protection is mainly mediated by neutralising antibodies. **PHARMACEUTICAL PARTICULARS:** Powder: • Mannitol • Lactose monohydrate • Glutamic acid • Potassium hydroxide • Histidine • Human Serum Albumin. Diluent: • Sodium chloride • Water for injections. No adjuvant or antimicrobial preservative is added.

Shelf life: 2 years. After reconstitution: the product should be used once reconstituted. **Special precautions for storage:** Store in a refrigerator (2-8°C). Do not freeze. Keep the vials in the outer carton in order to protect from light. For storage conditions of the reconstituted product! **Nature and contents of container.** One dose of powder and one dose of diluent in separate vials (Type I glass), each equipped with a stopper (halo-butyl) and a flip off cap (aluminium), with one syringe (polypropylene) and two needles (stainless steel). Pack size of 1 powder vial and 1 diluent vial, 1 syringe and 2 needles. **MARKETING AUTHORISATION HOLDER.** Manufactured by: GPOMBP Co., Ltd. - 241 Moo 7 Gateway City Industrial Estate, Huasamrong, Phoenyao, Chachoengsao 24190. For Sanofi Pasteur Ltd. as a product owner.



ประเทศไทย
เป็นยาในไม่เฉพาะสถานพยาบาล แพทย์ควรติดตามอาการ
โปรดอ่านและปฏิบัติตามคำแนะนำในเอกสารกำกับยา

ใบชออนุญาตโฆษณาเลขที่ 695/2555

SANOFI PASTEUR