

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

ปีที่ 18 ฉบับ 449 ประจำวันที่ 1-15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

SPEEDA™
Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

- ✓ High Purification¹
- ✓ High Immunogenicity^{2,3}
- ✓ ID and IM administration



BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life

References:
(1) Che L, Gao J, Hou J, et al. Preparation of rabies vaccine for human use by cell culture in bioreactor. Chin J Biologics 2006;19:288-91.
(2) Tantawichien T, Sibunruang S, Tantawichien T, Angsanakul J, Benjavongkulchai M, Limsuwan K, et al. Safety and immunogenicity of chromatographically purified Vero cell rabies vaccine for intradermal pre- and post-exposure rabies prophylaxis. Expert Rev 2014;13:1599-1601.
(3) Xiaowei Z, Zhenggang Z, Chuanlin W. Persistence of rabies antibody 5 years after postexposure prophylaxis with Vero cell antirabies vaccine and antibody response to a single booster dose. Clin Vaccine Immunol 2011;18:1477-79.

โปรดอ่านรายละเอียดฉบับเต็มในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขค. 371/2555



"เอชพีวี"
ไวรัสตัวร้าย
อันตรายมากกว่าที่คิด

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

Otsuka

Eisai

Abbott
A Promise for Life

DKSH

Allergan

Pfizer

Boehringer
Ingelheim

gsk

เสียงแพทย์

ธรรมชาติบำบัด
กับคุณภาพ
การรักษาพยาบาล

วัสดุและ
อุปกรณ์การแพทย์

เทปการทางการแพทย์แบบใหม่
ติดตั้งแน่นแต่ลอกง่าย

เฉพาะโรค

การอ่านและแปลผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก
ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหอฉุกเฉิน
ผู้ป่วยหนัก

1-15/11/15



edarbi®
azilsartan medoxomil
40 mg • 80 mg tablets

edarbyclor®
azilsartan medoxomil/chlorthalidone
40/12.5 mg • 40/25 mg tablets

Takeda

Superior SBP reduction across the 24-hour dosing interval (P<0.001)¹

Reference: 1. William C et al. Hypertension 2012;60:310-318. This study was funded by Takeda Global Research and Development Center, Inc (Takeda).

For detailed information please consult full prescribing information

EDARBI
ACTIVE INGREDIENT: Azilsartan medoxomil 40 mg and 80 mg.

INDICATION: Essential hypertension in adults.

CONTRAINDICATION: Hypersensitivity to the active substance or any of the excipients, second and third trimester of pregnancy.

SPECIAL PRECAUTION: Complete heart failure, renal artery stenosis, aortic or mitral stenosis, hyperkalemia, obstructive cardiomyopathy.

DOSE & ADMINISTRATION: 40 mg, 80 mg once daily, titrate up to a maximum of 80 mg once daily if needed.

ADVERSE REACTIONS: Dizziness, diarrhea, blood creatinine phosphatase increased.

DRUG INTERACTION: Lithium, NSAIDs, potassium-sparing diuretics.

PACKING: 427 tablets.

EDARBYCLOR
ACTIVE INGREDIENT: Azilsartan medoxomil and chlorthalidone.

INDICATION: Chlorthalidone is indicated for the treatment of hypertension, to lower blood pressure.

CONTRAINDICATIONS: Patients with anuria. Do not co-administer azilsartan with chlorthalidone in patients with diabetes. Second and third trimester of pregnancy.

WARNING & PRECAUTIONS: Use of drugs that act on the renin-angiotensin system during the second and third trimester of pregnancy reduces fetal renal function and increases fetal and neonatal morbidity and death. In patients with an activated renin-angiotensin system, such as volume- or salt-depleted patients (e.g., those being treated with high doses of diuretics), symptomatic hypotension may occur after initiation of treatment with Edarbyclor. Monitor for worsening renal function in patients with renal impairment. Consider withholding or discontinuing Edarbyclor if progressive renal impairment becomes evident. Hypotension is a dose-dependent adverse reaction that may develop with chlorthalidone. Co-administration of diuretics may exacerbate the adverse effects of hypotension. Hypotension may occur at first dose and may be precipitated in certain patients receiving chlorthalidone or other diuretics.

DOSE & ADMINISTRATION: Chlorthalidone is for oral use and may be taken with or without food. The recommended starting dose of Edarbyclor is 40/12.5 mg taken once daily. The dosage may be increased to 40/25 mg after 2 to 4 weeks.

ADVERSE REACTIONS: Adverse reactions associated with treatment with Edarbyclor have generally been mild and transient in nature. The most common adverse reactions were dizziness and fatigue. PACKING: 427 tablets.

พาราเซตามอล
เป็นยาที่มีพิษต่อตับและไต
แพทย์ควรติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
Further information is available on request
ข้อมูลยาและวิธีใช้มีในเอกสารกำกับยาและเอกสารกำกับยา
ในรูปของแผ่นพับและบัตร ย. 408/2558
THEDA/2015-0013

Introducing...



NEW

Oseni[®]

alogliptin and pioglitazone

25 mg/30 mg TABLETS

25 mg/15 mg TABLETS

OSENi[®] ABBREVIATES PRESCRIBING INFORMATION:

COMPOSITION: OSENi[®] (25MG/15MG) Tablets: Each tablet contains alogliptin 25 mg and pioglitazone 15 mg. OSENi[®] (25MG/30MG) Tablets: Each tablet contains alogliptin 25 mg and pioglitazone 30 mg.

INDICATION: For monotherapy and combination Therapy, OSENi[®] is indicated as an adjunct to diet and exercise to improve glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus in multiple clinical settings when treatment with both alogliptin and pioglitazone is appropriate. **DOSAGE AND ADMINISTRATION:** The recommended starting dose for all patients is 25 mg/15 mg or 25 mg/30 mg once daily without regard to meals. OSENi[®] dose can be titrated up to a maximum of 25 mg/30 mg once daily based on glycemic response as determined by hemoglobin A1c. For patients with renal impairment, No dose adjustment of OSENi[®] is necessary for patients with mild renal impairment (creatinine clearance [CrCl] $\geq$ 60 mL/min). The dose of OSENi[®] is 12.5 mg/15 mg or 12.5 mg/30 mg once daily for patients with moderate renal impairment (CrCl $\geq$ 30 to < 60 mL/min). OSENi[®] is not recommended for patients with severe renal impairment or ESRD. **CONTRAINDICATIONS:** History of a serious hypersensitivity reaction to alogliptin or pioglitazone, components of OSENi[®], such as anaphylaxis, angioedema or severe cutaneous adverse reactions. Do not initiate in patients with NYHA Class III or IV heart failure. **PRECAUTIONS:** Congestive Heart Failure: Pioglitazone can cause dose-related fluid retention which may lead to or exacerbate congestive heart failure. Pioglitazone is not indicated for patients with NYHA Class III or IV. Pancreatitis: There have been postmarketing reports of acute pancreatitis in patients taking alogliptin. Hypersensitivity Reactions: Use caution in patients with a history of angioedema to another DPP-4 inhibitor because it is unknown whether such patients will be predisposed to angioedema with OSENi[®]. Hepatic Effects: There have been postmarketing reports of fatal and non-fatal hepatic events in patients taking pioglitazone or alogliptin. Edema: In controlled clinical trials, edema was reported more frequently in patients treated with pioglitazone than in placebo-treated patients and is dose related. Fracture: The risk of fracture should be considered in the care of patients, especially female patients, treated with pioglitazone and attention should be given to assessing and maintaining bone health according to current standards of care. Urinary Bladder Tumors: pioglitazone should not be used in patients with active bladder cancer and the benefits of glycemic control versus unknown risks for cancer recurrence with pioglitazone should be considered in patients with a prior history of bladder cancer. Hypoglycemia: May aware when using with insulin and insulin secretagogues. Macular edema: Macular edema has been reported in postmarketing experience in diabetic patients who were taking pioglitazone or another thiazolidinedione. Ovulation: Pioglitazone may result in ovulation in some premenopausal an ovulatory women. Macrovascular Outcomes: There have been no clinical studies establishing conclusive evidence of macrovascular risk reduction with OSENi[®] or any other antidiabetic drug. **DRUG INTERACTIONS:** Alogliptin, No significant drug-drug interactions were observed with the CYP-substrates or inhibitors tested. An inhibitor of CYP2C8 (e.g., gemfibrozil) significantly increases the exposure (area under the concentration-time curve or AUC) and half-life of pioglitazone. An inducer of CYP2C8 (e.g., rifampin) may significantly decrease the exposure (AUC) of pioglitazone. **STORAGE:** Store below 30 °C. **PACKAGING:** Aluminium blister, one blister contains 7 tablets, four blisters are packed in a paper carton. (7 tablets x 4)



TAKEDA (THAILAND) LTD.

57 Park Ventures Ecoplex Building, 15th Floor, Wireless Road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330
Tel. +66 2697-9300 Fax. +66 2697-9398-9



เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา

Further Information is available on request

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พ.ศ. 865/2558

TH/ALOP/2015-00036



Bio-Oil® เป็นผลิตภัณฑ์ดูแลผิวในรูปแบบออยล์ เพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวจึงช่วยในการลดเลือนรอยแผลเป็น ผิวแตกลาย และสีผิวไม่สม่ำเสมอให้ดูจางลง ประกอบไปด้วยน้ำมันธรรมชาติ, วิตามินเอ, วิตามินอี และ สารประกอบล้ำยุค PurCellin Oil™ หากต้องการทราบข้อมูลของผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม และผลการทดสอบ ประสิทธิภาพ สามารถเข้าไปดูที่ bio-oil.com ผลิตภัณฑ์ Bio-Oil® มียอดขายอันดับ 1 ในประเทศอังกฤษ และอีก 10 ประเทศทั่วโลก* ขนาดบรรจุ 60 มล. ราคา 375 บาท

* ยอดขายอันดับ 1 ในกลุ่มผลิตภัณฑ์ดูแลผิวและรอยแผลเป็นและรอยผิวแตกลาย อังกฤษ (IRI Infocscan ปี 2011) ออสเตรเลีย (Synovate ปี 2011) แคนาดา (Nielsen ปี 2010) เนเธอร์แลนด์ (Nielsen ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Synovate ปี 2011) แอฟริกาใต้ (Nielsen ปี 2010) มาเลเซีย (Nielsen ปี 2010) เม็กซิโก (Medswana ปี 2009) เคนยา (Consumer Insight ปี 2011) สหราชอาณาจักร (PharmIndustry ปี 2009) บาฮามาส (Namparm Pharmaceuticals ปี 2009)

** ผลิตภัณฑ์ที่ดูแนวโน้มสูงที่สุดจากแพทย์ ไรเชอร์ สำหรับรอยแผลเป็นและรอยผิวแตกลาย จากการสำรวจจาก แพทย์ ไรเชอร์ อังกฤษ (The Thinking Shop, Strategic Research Consultancy ปี 2008) ออสเตรเลีย (Colmar Brunton ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Colmar Brunton ปี 2010) แอฟริกาใต้ (Synovate ปี 2010)

3B SCIENTIFIC CARES!

Nursing Doll

A doll for all aspects of nursing. This Care Simulator combines high-quality materials and versatile application possibilities in nursing education. The modular structure allows customizing to your needs.

See for yourself on your tour through the exhibition!

P10 [1000502]



สิ่งที่องค์การอนามัยโลกต้องการในอนาคต

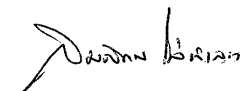
ในอดีตเรามีคำขวัญว่า สุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี ค.ศ. 2000 (Health for all by the year 2000) ในปี ค.ศ. 2000-2015 เรามี Millennium Development Goal ซึ่งมีอยู่ 8 ข้อ ได้แก่ 1. ลดความยากจน 2. ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน 3. ให้ความเสมอภาคระหว่างชายกับหญิง 4. ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลงสองในสาม 5. ลดอัตราการตายของหญิงมีครรภ์ลงสามในสี่ 6. หยุดการระบาดของเชื้อเอชไอวี และมาลาเรีย 7. รักษาสิ่งแวดล้อม 8. ร่วมมือช่วยกันพัฒนาระดับโลก

ในปี ค.ศ. 2015-2030 เราตั้งจุดประสงค์ใหม่เป็น Sustainable Development Goal ซึ่งเน้นความยั่งยืนของโครงการ มีทั้งหมด 17 ข้อ ซึ่งเขาก็ก็นำมาจัดความยากจนให้หมดไป แต่ครั้งนี้เขาต้องการให้ยั่งยืน ไม่ใช่เอาเงินไปแจก สร้างบ้านให้อยู่แบบเอื้ออาทร ลดค่าใช้จ่ายลงโดยให้การรักษาทันที ล้วนแต่ไม่ยั่งยืน ประชาชนขาดความรับผิดชอบและขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตัวเอง ในอดีตประเทศไทยไม่เน้นเรื่องเศรษฐกิจพอเพียง เราไปสนับสนุนให้คนใช้จ่ายเกินกำลังซื้อของตน หลอกให้ซื้อรถคันแรกโดยลดภาษีให้ สนับสนุนให้ใช้โทรศัพท์มือถือโดยไม่จำเป็น มีแต่รายจ่ายเพิ่ม ประเทศไทยได้รับคำชมเชยที่เราสามารถให้การรักษาแก่ประชาชนโดยไม่ต้องจ่าย ทุกคนชมเชยว่าเราเก่งเพราะประเทศที่ร่ำรวยกว่าเรามากมายยังทำไม่ได้

แต่เมื่อถามว่าจะทำอย่างไรประเทศไทยหรือไม่ปรากฏว่าไม่มีใครเอาอย่าง เพราะเขารู้ว่าจะสร้างความล้มเหลวให้แก่ประเทศโดยรวม เราภูมิใจว่าเราลดความล้มเหลวของประชาชนบางกลุ่มจากการเจ็บป่วยลงได้ แต่เราเปลี่ยนจากความล้มเหลวของครอบครัวไปที่สถานพยาบาลแทน โรงพยาบาลขาดทุน ติดเงินค่ายาจนหลายบริษัทไม่ยอมส่งยาให้ ไม่มีเงินพัฒนาสถานพยาบาล ผลการรักษาเลวลงจนประชาชนส่วนหนึ่งและบุคลากรทางการแพทย์รับไม่ได้ต้องย้ายไปอยู่ภาคเอกชน ลงท้ายก็จะกระทบระบบการเงินการคลังของประเทศโดยรวม ประเทศที่พัฒนาแล้วเขาให้ประชาชนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่เขาก็ไม่ยอมให้ประชาชนยากจนเพราะการเจ็บป่วย ประชาชนต้องร่วมจ่ายถึงระดับหนึ่งแล้วไม่ต้องจ่าย เพราะถึงระดับนั้นแล้วผู้ป่วยคงป่วยจริงต้องช่วยเหลือเต็มที่ การที่เขาให้ร่วมจ่ายเพื่อให้ประชาชนดูแลตัวเองไม่ให้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตัวเอง เราไม่ควรช่วยคนที่ไม่ช่วยเหลือตัวเองเลย เราควรช่วยคนที่เขาช่วยตัวเองเต็มที่แล้วแต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ คนปกติแข็งแรงดีมาเป็นขอทานเราไม่ควรให้เพราะทำให้เขาเอาแต่ได้ ไม่รู้คุณค่าของสิ่งที่ได้มา คนอื่นต้องทำงานหนักเพื่อเลี้ยงชีพคนที่ได้ยามาโดยไม่ต้องร่วมจ่ายจะไม่เห็นคุณค่าของยา เอาไปเก็บไว้ที่บ้านมากมายโดยไม่ได้ใช้ ถ้าเขาต้องร่วมจ่ายเพียงร้อยละ 10 หรือ 20 เขาจะรู้จักประหยัดทันที ที่รับบอกว่ายาที่บ้านยังมีอยู่หรือ

ว่าไม่เอาได้หรือไม่ ถ้าไม่ต้องเสียเงินเขาจะเอายาทุกชนิดโดยไม่ได้ใช้เหมือนของไม่มีค่า

โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนไม่ควรให้เกิดขึ้นในประเทศไทย ปรากฏว่าประเทศไทยให้วัคซีนหลายชนิดน้อยกว่าประเทศลาว อุบัติเหตุทางจราจรประเทศไทยสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก เราอาจจะเก่งในการรักษาพยาบาลหลังจากเกิดอุบัติเหตุแล้ว แต่เราแย่มากในเรื่องการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ วัคซีนที่จากรายงานย่นตีโดยไม่ใส่หมวกนิรภัย แอมป์ย่นตีสุรา เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วแพทย์ช่วยชีวิตไม่ได้ เรากลับไปลงโทษแพทย์ว่ารักษาไม่ดี ในประเทศส่วนใหญ่เขาบังคับให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายมากกว่าครึ่งเพราะไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ประเทศไทยแต่ติดป้ายว่าจะจับและปรับฐานไม่ใส่หมวกนิรภัย แต่ทุกอย่างอยู่แต่ในกระดาษ ไม่มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง คนทำผิดไม่ถูกลงโทษ แต่คนที่ไปช่วยกลับถูกลงโทษ นี่คือประเทศไทยที่ประเทศต่าง ๆ ชมว่าเก่งแต่ไม่ขอเอาอย่าง เราภูมิใจที่เขาชมต่อหน้า แต่ลับหลังเขาว่าเราใจ ไม่คิดถึงผลกระทบในระยะยาว


ศ.นพ.สมศักดิ์ เลิศฤๅษ

คณะที่ปรึกษาภคิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตูจันดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ ฤๅษะวณิชย์ ศ.ภคิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตูจันดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุณนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอนันตกุล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวาทพงษ์

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วณิด วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

ลาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิลัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกพร ขจรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสุทธิกุล

โทรศัพท์ติดต่อ หรือสมัครสมาชิกได้ที่

โทร. 0-2435-4024

แฟกซ์ 0-2435-4025

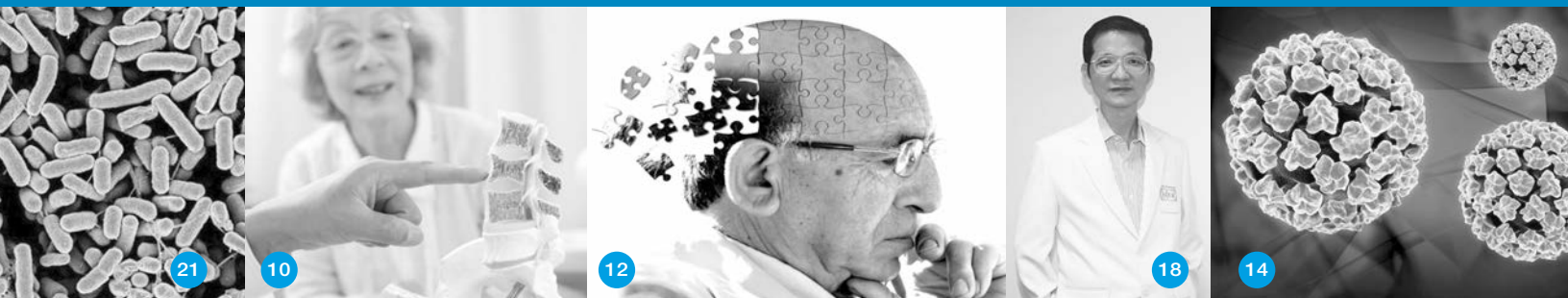
เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์

เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

CONTENTS

The Medical News ฉบับที่ 449 วันที่ 1 - 15 พฤศจิกายน 2558



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ภาพกายภาพบำบัดและการรักษามาตรฐานในปอดหลังส่วนล่าง
- ค่าน้ำตาลแรกเกิดและพัฒนาการระบบประสาทที่ 2 ปี
- Inhaled Budesonide สำหรับป้องกัน Bronchopulmonary Dysplasia

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. จัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพโลก
- สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย
- ผลสำรวจประชาชนพึงพอใจ “บัตรทอง” ปี 58

9 Movement

10 เกาะติดงานประชุม

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ จัดการประชุมวิชาการประจำปี 2558
 ชู Theme “Novelty in Rehabilitation Medicine”

12 เกาะติดงานประชุม

TCELS มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์ฯ และภาคีวิจัยจิตเวชศาสตร์ จุฬาฯ จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ
 “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์”

13 ปกตินกะข่าว

สธ. จับมือท่องเที่ยว พัฒนาและส่งเสริมไทย
 ก้าวสู่ศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

14 In Focus

“เอชพีวี” ไวรัสตัวร้าย
 อันตรายมากกว่าที่คิด

17 Special

นพ.พรชัย จิระชนากุล
 แพทย์ผิวหนังดีเด่น ประจำปี 2558
 แพทย์ผู้เป็นหลักในการทุ่มเทอุทิศตนเพื่อผู้ป่วย “โรคผิวหนัง”

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

โซเดียม (Sodium, Na)

21 Get Up

- แบคทีเรียดีช่วยป้องกันหอบหืด
- เสียงดังเพิ่มเสี่ยงโรคหัวใจ
- อนามัยโลกชวนโยนยาฆ่าเชื้อไอวีทั่วถึง

23 หลากสีสัน

เลี้ยงลูกแบบปั่นได้

25 เสียงแพทย์

ธรรมชาติของโรคกับคุณภาพการรักษาพยาบาล

27 วิสัยทัศน์และการแพทย์

เทปการทางการแพทย์แบบใหม่ ติดแน่นแต่ลอกง่าย

29 จุฬาฯ ปรึกษา

Self-Tolerance/Autoimmunity
 การไม่ตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อแอนติเจนของตนเอง

32 Systematic Review

การรักษาผม่ว้ง

33 เฉพาะโรค

การอ่านและแปลผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก
 ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

38 รายงานพิเศษ

ศูนย์เลเซอร์สายตาจุฬาฯ : Chula Refractive Surgery Center
 ฝ่ายจักษุวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

41 R2R

สกว. จับมือ สวช. พัฒนาบุคลากร-วิจัย-วัดขึ้น
 นำร่องป้องกัน “ไข้เลือดออก”

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Infectious Diseases
 During Pregnancy) ตอนที่ 5
 การติดเชื้อมาลาเรียในสตรีตั้งครรภ์

กายภาพบำบัดและการรักษามาตรฐานในปวดหลังส่วนล่าง

JAMA. 2015;314(14):1459-1467.

บทความเรื่อง Early Physical Therapy vs Usual Care in Patients with Recent-Onset Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาที่พบบ่อยในบริการปฐมภูมิ โดยที่แนวทางเวชปฏิบัติแนะนำให้ชะลอการส่งต่อกายภาพบำบัด จึงมีการศึกษาผลของกายภาพบำบัดโดยเร็ว (จัดกระดูกและออกกำลังกาย) เปรียบเทียบกับการรักษามาตรฐานในแง่การลดความบกพร่องจากอาการปวดหลังส่วนล่าง

งานวิจัยมีรูปแบบเป็น randomized clinical trial ในอาสาสมัคร 220 คน ซึ่งรวบรวมระหว่างเดือนมีนาคม ค.ศ. 2011 ถึงเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2013 โดยอาสาสมัครไม่เคยได้รับการรักษาเนื่องจากอาการปวดหลังส่วนล่างในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอายุ 18-60 ปี (อายุเฉลี่ย 37.4 ปี [SD 10.3]) มีคะแนน Oswestry Disability Index (ODI) อย่างน้อย 20 คะแนน มีอาการมาแล้วไม่เกิน 16 วัน และไม่มีความผิดปกติของขาในช่วง 72 ชั่วโมงที่ผ่านมา

อาสาสมัครทั้งหมดได้รับคำแนะนำการดูแลรักษา กลุ่มทำกายภาพบำบัดโดยเร็ว (n = 108) ได้ทำกายภาพบำบัด 4 ครั้ง และกลุ่มรักษามาตรฐาน (n = 112) ไม่ได้รับการรักษาใดในช่วง 4 สัปดาห์แรก ผลลัพธ์หลักได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของคะแนน ODI (range 0-100 โดยคะแนนที่สูงกว่าชี้ความบกพร่องที่รุนแรงกว่า; minimum clinically important difference, 6 points) ที่ 3 เดือน ผลลัพธ์รองได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของคะแนน ODI จากการติดตามที่ 4 สัปดาห์ และ 1 ปี รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการปวด คะแนน Pain Catastrophizing Scale (PCS) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเนื่องจากกลัวความเจ็บปวด คุณภาพชีวิต ผลลัพธ์ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้รายงาน และการรับบริการดูแลรักษาที่ 4 สัปดาห์, 3 เดือน และ 1 ปี



การติดตามระยะเวลา 1 ปี ลุ่ลงในอาสาสมัคร 207 คน (94.1%) จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพบว่า การทำกายภาพบำบัดโดยเร็วมีผลลัพธ์ด้านความบกพร่องดีกว่าการรักษามาตรฐานภายหลัง 3 เดือน (ค่าเฉลี่ยคะแนน ODI ในกลุ่มกายภาพบำบัดโดยเร็วเท่ากับ 41.3 [95% CI 38.7-44.0] ที่เริ่มต้นมาที่ 6.6 [95% CI 4.7-8.5] ที่ 3 เดือน และกลุ่มรักษามาตรฐานเท่ากับ 40.9 [95% CI 38.6-43.1] ที่เริ่มต้นมาที่ 9.8 [95% CI 7.9-11.7] ที่ 3 เดือน โดยมีความต่างเท่ากับ -3.2 [95% CI -5.9 to -0.47], p = 0.02)

ความต่างที่มีนัยสำคัญพบจากคะแนน ODI หลัง 4 สัปดาห์ (ความต่างเท่ากับ -3.5 [95% CI -6.8 to -0.08], p = 0.045) แต่ไม่พบจากการติดตามที่ 1 ปี (ความต่างเท่ากับ -2.0 [95% CI -5.0 to 1.0], p = 0.19) จากการศึกษามิพบผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในแง่ระดับอาการปวดจากการติดตามที่ 4 สัปดาห์, 3 เดือน และ 1 ปี (ความต่างเท่ากับ -0.42 [95% CI -0.90 to 0.02] จากการติดตามที่

4 สัปดาห์: -0.38 [95% CI -0.84 to 0.09] จากการติดตามที่ 3 เดือน และ -0.17 [95% CI -0.62 to 0.27] จากการติดตามที่ 1 ปี) และพบว่า คะแนน PCS ดีขึ้นจากการติดตามที่ 4 สัปดาห์ และ 3 เดือน แต่ไม่รวมถึงการติดตามที่ 1 ปี (ความต่างเท่ากับ -2.7 [95% CI -4.6 to -0.85] จากการติดตามที่ 4 สัปดาห์: -2.2 [95% CI -3.9 to -0.49] จากการติดตามที่ 3 เดือน และ -0.92 [95% CI -2.7 to 0.61] จากการติดตามที่ 1 ปี) และไม่พบความต่างด้านการเข้ารับบริการดูแลรักษาในทุกช่วงเวลา

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้ใหญ่ที่เพิ่งมีอาการปวดหลังส่วนล่างพบว่า กายภาพบำบัดโดยเร็วช่วยลดความบกพร่องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความต่างไม่มีนัยสำคัญทางคลินิกเมื่อเทียบกับการรักษามาตรฐาน

เสริมแคลเซียมและวิตามินดี เพื่อป้องกัน Colorectal Adenomas

N Engl J Med 2015;373:1519-1530.

บทความเรื่อง A Trial of Calcium and Vitamin D for the Prevention of Colorectal Adenomas รายงานว่า ข้อมูลทางระบาดวิทยาและข้อมูลระยะก่อนการศึกษาในคนเสนอว่าระดับวิตามินดีใน serum ที่สูงขึ้น รวมถึงการได้รับวิตามินดีและแคลเซียมเพิ่มขึ้นลดความเสี่ยงต่อ colorectal neoplasia จึงมีการศึกษาผลลัพธ์การเสริมวิตามินดี หรือแคลเซียม หรือวิตามินดีและแคลเซียมสำหรับการป้องกัน colorectal neoplasia

การศึกษาได้รวบรวมผู้ป่วยซึ่งเพิ่งตรวจพบ adenomas และไม่มี colorectal polyps เหลืออยู่หลังการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โดยสุ่มให้อาสาสมัคร 2,259 คนได้รับวิตามินดี 3 (1,000 IU) หรือแคลเซียม (1,200 มิลลิกรัม) หรือทั้ง 2 อย่างวันละครั้ง หรือไม่ได้รับเลยในแบบ partial 2x2 factorial design และผู้หนึ่งสามารถเลือกได้รับแคลเซียมร่วมกับวิตามินดีหรือยาหลอก การติดตามด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มีขึ้นที่ 3 หรือ 5 ปีหลังการประเมินเมื่อเริ่มต้นตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ตรวจ จดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ adenomas ซึ่งพบระหว่างการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

อาสาสมัครซึ่งได้รับวิตามินดีมี mean net increase ใน serum ของ 25-hydroxyvitamin D เท่ากับ 7.83 นาโนกรัม/มิลลิลิตร เทียบกับอาสาสมัครที่ได้รับยาหลอก จากการศึกษาพบว่า 43% ของอาสาสมัครเกิด adenomas 1 ต่งหรือมากกว่าระหว่างการติดตาม โดย risk ratios ที่ปรับแล้ว

ต่อการเป็นซ้ำของ adenomas เท่ากับ 0.99 (95% CI 0.89-1.09) จากการเสริมวิตามินดีเทียบกับไม่ได้เสริมวิตามินดี, 0.95 (95% CI 0.85-1.06) จากการเสริมแคลเซียมเทียบกับไม่ได้เสริมแคลเซียม และ 0.93 (95% CI 0.80-1.08) จากการเสริมวิตามินดีร่วมกับแคลเซียมเทียบกับไม่ได้เสริมทั้งวิตามินดีและแคลเซียม ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์จาก adenomas ในระยะเป็นมาก ขณะที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงน้อย

การเสริมวิตามินดี 3 (1,000 IU), แคลเซียม (1,200 มิลลิกรัม) หรือทั้ง 2 อย่างภายหลังการตัด colorectal adenomas ไม่ได้ลดความเสี่ยงการเป็นซ้ำของ colorectal adenomas ได้อย่างมีนัยสำคัญในระยะ 3-5 ปี



ค่าน้ำตาลแรกเกิดและพัฒนาการระบบประสาทที่ 2 ปี

N Engl J Med 2015;373:1507-1518.

บทความเรื่อง Neonatal Glycemia and Neurodevelopmental Outcomes at 2 Years รายงานว่า ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในทารกแรกเกิดและอาจนำไปสู่ความบกพร่องของระบบประสาทขณะที่ข้อมูลสนับสนุน thresholds สำหรับการรักษายังคงมีจำกัด

งานวิจัย prospective cohort study นี้ได้ศึกษาในทารกแรกเกิด 528 คน ซึ่งมีอายุครรภ์อย่างน้อย 35 สัปดาห์ และมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ทารกทั้งหมดได้รับการรักษาเพื่อคงระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้อย่างน้อย 47 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (2.6 มิลลิโมล/ลิตร) และติดตามระดับน้ำตาลจนถึง 7 วัน และติดตามระดับ interstitial glucose อย่างต่อเนื่อง การประเมินที่ 2 ปีวัดด้วย Bayley Scales of Infant Development III และแบบทดสอบหน้าที่การบริหารและการมองเห็น

มีทารกที่สอดคล้องกับเกณฑ์การวิจัย 528 คน จากทารก 614 คน และสามารถประเมินผลในทารก 404 คน (77%) โดยพบว่า 216 คน (53%) มีน้ำตาลต่ำเมื่อทารกเกิด (ระดับน้ำตาลในเลือด < 47 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ภาวะน้ำตาลต่ำเมื่อรักษาระดับน้ำตาลคงที่อย่างน้อย 47 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อผลลัพธ์หลักด้านความผิดปกติทางประสาท (risk ratio 0.95; 95% confidence interval [CI] 0.75-1.20; $p = 0.67$) และการประมวลผลประเมินจากคะแนนหน้าที่การบริหารหรือ motion coherence threshold ที่สูงกว่า 1.5 SD จากค่าเฉลี่ย (risk ratio 0.92; 95% CI 0.56-1.51; $p = 0.74$) ข้อมูลจากงานวิจัยชี้ด้วยว่า ความเสี่ยง

ไม่สูงขึ้นในเด็กที่ไม่ทราบว่ามีภาวะน้ำตาลต่ำ (ระดับต่ำเฉพาะ interstitial glucose) ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดต่ำที่สุด จำนวนครั้งการเกิดน้ำตาลต่ำ และ negative interstitial increment (พื้นที่เหนือเส้นโค้งระดับ interstitial glucose และต่ำกว่า 47 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ก็ไม่มีผลต่อการทำนายผลลัพธ์

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า ภาวะน้ำตาลต่ำในทารกแรกเกิดไม่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ด้านระบบประสาทจากการรักษาเพื่อคงระดับน้ำตาลในเลือดที่อย่างน้อย 47 มิลลิกรัม/เดซิลิตร



ความสัมพันธ์ของการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และการนอนโรงพยาบาลด้วยปอดอักเสบจากไข้หวัดใหญ่

JAMA. 2015;314(14):1488-1497.

บทความเรื่อง Association between Hospitalization with Community-Acquired Laboratory-Confirmed Influenza Pneumonia and Prior Receipt of Influenza Vaccination รายงานว่า ปัจจุบันยังคงมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และโรคปอดอักเสบอันเป็นภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่

การศึกษา Etiology of Pneumonia in the Community (EPIC) ได้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่และการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากโรคปอดอักเสบชุมชนจากเชื้อไข้หวัดใหญ่ ระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2010 ถึงเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2012 ในสหรัฐอเมริกา การศึกษาได้ใช้ข้อมูลผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 6 เดือนซึ่งมีข้อมูลผลตรวจยืนยันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่และประวัติการได้รับวัคซีน และได้คัดผู้ป่วยที่เพิ่งนอนโรงพยาบาล มีประวัติโรคเรื้อรัง และภูมิคุ้มกันต่ำออกจากการศึกษา นอกจากนี้ได้เปรียบเทียบค่า odds ของการฉีดวัคซีนระหว่างผู้ป่วยปอดอักเสบกลุ่มที่เป็นบวกต่อไข้หวัดใหญ่ (กลุ่มที่มีโรค) และกลุ่มที่เป็นลบ (กลุ่มควบคุม) โดยควบคุมปัจจัยด้านประชากร โรคร่วม ฤดูกาล สถานที่วิจัย และระยะเวลาที่ปรากฏโรค



และประมาณประสิทธิผลของวัคซีนด้วยสูตร (1-adjusted odds ratio) $\times$ 100% ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ปอดอักเสบชุมชนจากไข้หวัดใหญ่ยืนยันจาก real-time reverse-transcription polymerase chain reaction ด้วย nasal/oropharyngeal swabs

โดยรวมมีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลจากปอดอักเสบ 2,767 คน ที่สอดคล้องกับเกณฑ์การศึกษา โดย 162 คน (5.9%) มีผลตรวจยืนยันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ จากการศึกษาพบประวัติการฉีดวัคซีนในผู้ป่วย 28 คนจากกลุ่มที่มีโรค 162 คน (17%) ซึ่งเป็นปอดอักเสบที่มีผลบวกต่อไข้หวัดใหญ่ และกลุ่มควบคุม 766 คนจาก 2,605 คน (29%) ซึ่งเป็นปอดอักเสบที่มีผลลบต่อไข้หวัดใหญ่ ค่า odds ratio ที่ปรับแล้วของการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่มาก่อนระหว่างกลุ่มที่มีโรคและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.43 (95% CI 0.28-0.68; estimated vaccine effectiveness 56.7%; 95% CI 31.9%-72.5%)

จากการศึกษาในเด็กและผู้ใหญ่ที่นอนโรงพยาบาลเนื่องจากปอดอักเสบชุมชนชี้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นปอดอักเสบจากไข้หวัดใหญ่มีค่า odds ที่ต่ำกว่าต่อการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่เมื่อเทียบกับผู้ป่วยปอดอักเสบที่ไม่สัมพันธ์กับไข้หวัดใหญ่

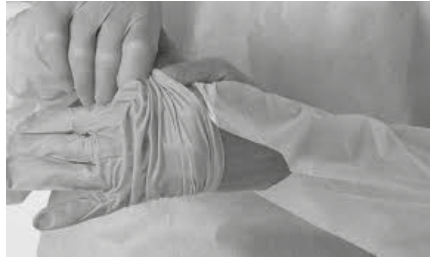
การปนเปื้อนผิวหนังและเสื้อผ้าระหว่างถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล

JAMA Intern Med. Published online October 12, 2015.

บทความเรื่อง Contamination of Health Care Personnel During Removal of Personal Protective Equipment รายงานว่า การปนเปื้อนตามผิวหนังและเสื้อผ้าของบุคลากรสุขภาพระหว่างการถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลมีส่วนต่อการแพร่เชื้อและทำให้บุคลากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จึงมีการศึกษาความถี่และตำแหน่งของการปนเปื้อนที่ผิวหนังและเสื้อผ้าของบุคลากรสุขภาพระหว่างการถอดอุปกรณ์ป้องกัน และประเมินผลของการแก้ไขต่อความถี่การปนเปื้อน

นักวิจัยดำเนินการศึกษาแบบ point-prevalence study และ quasi-experimental intervention จากวันที่ 28 ตุลาคม ค.ศ. 2014 ถึงวันที่ 31 มีนาคม ค.ศ. 2015 การวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มขึ้นในวันที่ 17 กันยายน ค.ศ. 2014 และสิ้นสุดในวันที่ 21 เมษายน ค.ศ. 2015 อาสาสมัครประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพจากโรงพยาบาล 4 แห่งในรัฐโอไฮโอของสหรัฐอเมริกา ซึ่งทดสอบการถอดอุปกรณ์ป้องกันที่ปนเปื้อนด้วย fluorescent lotion และบุคลากรจากศูนย์การแพทย์ใน quasi-experimental intervention ซึ่งครอบคลุมการให้ความรู้และฝึกการถอดอุปกรณ์ป้องกันที่ปนเปื้อน และตรวจการปนเปื้อนที่ผิวหนังและเสื้อผ้าด้วย fluorescent lotion

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ความถี่และตำแหน่งของการปนเปื้อนที่ผิวหนังและเสื้อผ้าของบุคลากรภายหลังจากถอดถุงมือหรือชุดกาวน์ที่ปนเปื้อนเมื่อเริ่มต้นเทียบกับภายหลังการฝึก และจุดยุติทุติยภูมิพิจารณาถึงความสัมพันธ์



ระหว่างการปนเปื้อนที่ผิวหนังประเมินจาก fluorescent lotion และจากเชื้อ bacteriophage MS2

จากการจำลองถอดถุงมือและชุดกาวน์ 435 ครั้ง พบการปนเปื้อนที่ผิวหนังและเสื้อผ้าประเมินจาก fluorescent lotion ใน 200 ครั้ง (46.0%) โดยมีความถี่การปนเปื้อนใกล้เคียงกันระหว่างโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง (range 42.5%-50.3%) การปนเปื้อนมักเกิดขึ้นระหว่างการถอดถุงมือเทียบกับการถอดชุดกาวน์ (52.9% vs 37.8%, $p = 0.002$) และมักเกิดขึ้นในการถอด

โดยไม่ถูกวิธีเทียบกับการถอดอย่างถูกวิธี (70.3% vs 30.0%, $p < 0.001$) การฝึกถอดอุปกรณ์ป้องกันช่วยลดการปนเปื้อนที่ผิวหนังและเสื้อผ้าระหว่างถอดถุงมือและชุดกาวน์ (60.0% ที่ก่อนฝึก vs 18.9% ที่หลังฝึก, $p < 0.001$) โดยมีผลลัพธ์ต่อเนื่องที่ 1 และ 3 เดือน (12.0% ที่ทั้ง 2 ช่วงเวลา, $p < 0.001$ เทียบกับก่อนฝึก) ระหว่างการฝึกถอดถุงมือที่ปนเปื้อนพบว่า ความถี่ของการปนเปื้อน

ที่ผิวหนังใกล้เคียงกันเมื่อประเมินจาก fluorescent lotion และเชื้อ bacteriophage MS2 (58.0% vs 52.0%, $p = 0.45$)

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า การปนเปื้อนที่ผิวหนังและเสื้อผ้าของบุคลากรสุขภาพมักเกิดขึ้นระหว่างการถอดถุงมือหรือชุดกาวน์ที่ปนเปื้อน ซึ่งการฝึกอบรมที่ครอบคลุมการฝึกปฏิบัติตรวจสอบการปนเปื้อนที่ผิวหนังและเสื้อผ้าจะลดความเสี่ยงการปนเปื้อนระหว่างการถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญ

Inhaled Budesonide สำหรับป้องกัน Bronchopulmonary Dysplasia

N Engl J Med 2015;373:1497-1506.

บทความเรื่อง Early Inhaled Budesonide for the Prevention of Bronchopulmonary Dysplasia รายงานว่า การศึกษาด้วย systemic glucocorticoids ลดอุบัติการณ์ของ bronchopulmonary dysplasia ในทารกคลอดก่อนกำหนดมากแต่อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมอง ขณะที่ผลของ inhaled glucocorticoids ต่อผลลัพธ์ในทารกกลุ่มนี้ก็ยังไม่มีข้อมูลชัดเจน

การศึกษาได้สุ่มให้ทารก 863 คน (อายุครรภ์ 23 สัปดาห์ 0 วัน ถึง 27 สัปดาห์ 6 วัน) ได้รับ inhaled budesonide หรือยาหลอกโดยเร็ว (ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด) จนกว่าไม่จำเป็นต้องได้ออกซิเจนและ positive-pressure support หรือจนกว่าอายุ postmenstrual age ครบ 32 สัปดาห์ 0 วัน ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตายหรือ bronchopulmonary dysplasia ประเมินจากค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนอายุ postmenstrual age 36 สัปดาห์

ทารก 175 คนจาก 437 คนในกลุ่มที่ได้รับ budesonide (40.0%) เทียบกับ 194 คนจาก 419 คนที่ได้รับยาหลอก (46.3%) เสียชีวิตหรือมี bronchopulmonary dysplasia (relative risk ตามอายุครรภ์ เท่ากับ 0.86; 95% CI 0.75-1.00; $p = 0.05$) อุบัติการณ์ของ bronchopulmonary dysplasia เท่ากับ 27.8% ในกลุ่มที่ได้รับ budesonide เทียบกับ 38.0% ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (relative risk ตามอายุครรภ์ เท่ากับ 0.74; 95% CI 0.60-0.91; $p = 0.004$) โดยพบการตายใน 16.9%

และ 13.6% ของผู้ป่วย (relative risk ตามอายุครรภ์เท่ากับ 1.24; 95% CI 0.91-1.69; $p = 0.17$) สัดส่วนของทารกที่จำเป็นต้องเย็บปิด patent ductus arteriosus ต่ำกว่าในกลุ่มที่ได้รับ budesonide เทียบกับยาหลอก (relative risk ตามอายุครรภ์เท่ากับ 0.55; 95% CI 0.36-0.83; $p = 0.004$) เช่นเดียวกับสัดส่วนทารกที่จำเป็นต้องสอดท่อหายใจซ้ำ (relative risk ตามอายุครรภ์เท่ากับ 0.58; 95% CI 0.35-0.96; $p = 0.03$) ขณะที่อัตราการเจ็บป่วยในช่วงแรกเกิดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นใกล้เคียงกันในทั้ง 2 กลุ่ม

ข้อมูลในทารกคลอดก่อนกำหนดมากชี้ว่า อุบัติการณ์ของ bronchopulmonary dysplasia ต่ำกว่าในทารกที่ได้รับ inhaled budesonide โดยเร็วเทียบกับทารกกลุ่มที่ได้รับยาหลอก แต่ประโยชน์ที่ได้อาจมาพร้อมกับอัตราตายที่เพิ่มขึ้น



ผล PPI ต่อความเสี่ยงเลือดออกทางเดินอาหาร ในผู้ป่วย Post-MI ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดและ NSAID

BMJ 2015;351:h5096.

บทความเรื่อง Impact of Proton Pump Inhibitor Treatment on Gastrointestinal Bleeding Associated with Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Use among Post-Myocardial Infarction Patients Taking Antithrombotics: Nationwide Study รายงานข้อมูลจากการศึกษาผลของ proton pump inhibitors (PPIs) ต่อความเสี่ยงเลือดออกในทางเดินอาหารในผู้ป่วย post-myocardial infarction ซึ่งได้รับยาต้านเกล็ดเลือดและ non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)

ข้อมูลในการศึกษารวบรวมจากโรงพยาบาลทุกแห่งในเดนมาร์ก ระหว่างปี ค.ศ. 1997-2011 ครอบคลุมผู้ป่วยอายุ 30 ปีหรือมากกว่า ซึ่งรับเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก และรอดชีวิตอย่างน้อย 30 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่าง PPIs และ ความเสี่ยงเลือดออกในทางเดินอาหารจากการรักษาด้วย NSAID ร่วมกับ ยาต้านเกล็ดเลือดประมาณจากตัวแบบ adjusted time dependent Cox regression models



การใช้ PPIs สัมพันธ์โดยอิสระกับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อเลือดออกในทางเดินอาหารในผู้ป่วย post-myocardial infarction ซึ่งได้รับ ยาต้านเกล็ดเลือดและ NSAIDs จากผู้ป่วย post-myocardial infarction 82,955 คน (อายุเฉลี่ย 67.4 ปี, 64% [n = 53,070] เป็นชาย) ซึ่งทั้งหมดได้รับ ยาต้านเกล็ดเลือด 1 ตัว หรือ 2 ตัว พบว่า 42.5% (n = 35,233) ได้รับ NSAIDs และ 45.5% (n = 37,771) ได้รับ PPIs จากมรณฐานการติดตาม 5.1 ปี พบเลือดออกในทางเดินอาหาร 3,229 เหตุการณ์ โดยมีอัตราอุบัติการณ์ อย่างหยวนของการเกิดเลือดออก (เหตุการณ์/100 person years) จากการ รักษาด้วย NSAID ร่วมกับยาต้านเกล็ดเลือดเท่ากับ 1.8 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ PPIs และ 2.1 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ PPIs ความเสี่ยงที่ปรับแล้วต่อการเกิด เลือดออกต่ำกว่าจากการใช้ PPI (hazard ratio 0.72, 95% CI 0.54-0.95) โดยไม่เป็นผลจากสูตรยาต้านเกล็ดเลือด ชนิดของ NSAID และชนิด ของ PPI ที่ใช้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่รูปแบบการศึกษา โดยผลลัพธ์เสนอแนะว่าการรักษาด้วย PPI อาจมีประโยชน์แม้มีความเสี่ยง เลือดออกในทางเดินอาหารซ่อนเร้นอยู่ และแพทย์สามารถสั่งจ่าย PPI เมื่อไม่สามารถหลีกเลี่ยง NSAIDs ในผู้ป่วย post-myocardial infarction นอกจากนี้ยังไม่ได้ชี้ชัดว่าสามารถถอด PPIs ได้หรือไม่ในผู้ป่วยกลุ่มย่อย ซึ่งมีความเสี่ยงต่ำต่อเลือดออกในทางเดินอาหาร

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า เลือดออกสัมพันธ์กับทั้งยาต้าน เกล็ดเลือดและ NSAID ในผู้ป่วย post-myocardial infarction ซึ่งการใช้ PPIs ร่วมกับมีความสัมพันธ์โดยอิสระกับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อเลือดออกใน ทางเดินอาหารในผู้ป่วย post-myocardial infarction ซึ่งได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และ NSAID โดยไม่เป็นผลจากสูตรยาต้านเกล็ดเลือด ชนิดของ NSAID และ ชนิดของ PPI ที่ใช้

การศึกษาเปรียบเทียบผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

N Engl J Med 2015;373:1597-1606.

บทความเรื่อง A Randomized, Controlled Trial of Total Knee Replacement รายงานว่า แต่ละปีมีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมากกว่า 670,000 รายในสหรัฐอเมริกา แต่ยังคงขาดหลักฐานชัดเจนที่จะสนับสนุน ประสิทธิภาพของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเทียบกับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด

การศึกษาเปรียบเทียบนี้รวบรวมผู้ป่วย 100 คนซึ่งมีข้อเข่าเสื่อม ปานกลางถึงรุนแรง และสามารถเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างใด ข้างหนึ่ง การศึกษาได้สุ่มให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและ การรักษาโดยไม่ผ่าตัดระยะ 12 สัปดาห์ (กลุ่มผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม) หรือ รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัดระยะ 12 สัปดาห์ (กลุ่มรักษาโดยไม่ผ่าตัด) ภายใต้ การดูแลของนักกายภาพบำบัดและนักโภชนาการ และประกอบด้วย การออกกำลังกาย ให้คำแนะนำ การใช้แผ่นรองเท้า และยาลดปวด ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงจากเริ่มต้นถึง 12 เดือน ด้านค่าเฉลี่ยคะแนน Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score ทั้ง 4 ด้านซึ่งครอบคลุม อาการปวด อาการ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิต (KOOS₄) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 (แย่ที่สุด) ถึง 100 (ดีที่สุด)

การประเมินที่ 12 เดือนเสร็จสิ้นในผู้ป่วย 95 คน ในกลุ่มที่รักษา โดยไม่ผ่าตัดพบผู้ป่วย 13 คน (26%) ที่ได้เปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนการติดตาม

และในกลุ่มเปลี่ยนข้อเข่าเทียมพบ ผู้ป่วย 1 คน (2%) ที่ได้รับการรักษา

โดยไม่ผ่าตัดเท่านั้น จาก intention-to-treat analysis พบว่า กลุ่มผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียมมีการฟื้นฟูของคะแนน KOOS₄ ที่ดีกว่ากลุ่มรักษาโดยไม่ผ่าตัด (32.5 vs 16.0; adjusted mean difference 15.8 [95% CI 10.0-21.5]) แต่พบด้วยว่า กลุ่มเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีจำนวนของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่ร้ายแรงสูงกว่ากลุ่มที่รักษาโดยไม่ผ่าตัด (24 vs 6, p = 0.005)

การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมรวมกับการรักษาโดยไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสามารถเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างใดข้างหนึ่ง จนสามารถลดอาการปวดและฟื้นฟูการทำงานได้ดีกว่าหลังจาก 12 เดือน เมื่อเทียบกับการรักษาโดยไม่ผ่าตัดอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียมก็สัมพันธ์กับจำนวนที่สูงกว่าของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ ร้ายแรงเมื่อเทียบกับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด และผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่ม ที่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัดเพียงอย่างเดียวก็ไม่ได้เปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อน การติดตาม



นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรภาคประชาสังคม ได้ร่วมกันจัดทำกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก พ.ศ. 2559-2562 ซึ่งเป็นฉบับแรกของไทยและอาจเป็นฉบับแรกของประเทศกำลังพัฒนาด้วย โดยมีเป้าหมายคือการสร้างสุขภาวะที่ดีให้แก่คนไทยและการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและปลอดภัยจากภัยคุกคาม เพื่อส่งเสริมการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไทยให้มีความยั่งยืน รวมทั้งเป็นการพัฒนากรอบการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ได้แก่ 1. การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ 2. การส่งเสริมระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรมและเป็นธรรม 3. การส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบ

สร.จัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพโลก สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย



ของไทยในประชาคมโลก 4. การส่งเสริมความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพภายในประเทศและระหว่างประเทศ และ 5. การส่งเสริมขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรในด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศและการพัฒนากรอบการประสานงานซึ่งจะเป็นกรอบในการขับเคลื่อนการทำงานระหว่างภาคส่วน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพไทยและส่งเสริมภาพลักษณ์ของประเทศในเวทีโลก คาดว่าจะได้นำเสนอกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีภายในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 นี้

สร.ตั้งหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต



ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากการประชุมของสมัชชาอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557

มีมติให้ประเทศสมาชิกวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้บริการอย่างทั่วถึงเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการดูแลแบบองค์รวม ความเข้าใจอันดี สามารถลดความทุกข์ทรมานจากการยื้อชีวิตบุคคลผู้เป็นที่รัก ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ จัดตั้งหน่วยดูแลและให้บริการแบบประคับประคอง ขณะนี้ครอบคลุมเกือบทั่วประเทศ ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคมีคู่มือการดำเนินงานและแนวปฏิบัติการ จัดทำหลักสูตรการอบรมสำหรับบุคลากร แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครผู้ดูแล เป็นต้นแบบให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศนำไปใช้ดำเนินการ

สร.ไทยร่วมกับสหรัฐฯ ประชุมเตรียมการรองรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ที่อาจเกิดได้ในอนาคต



นพ.โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า สืบเนื่องจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 60 พ.ศ. 2550 ได้มีมติให้จัดประชุมระหว่างรัฐบาลต่อรัฐบาลเพื่อพัฒนาการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ทำให้เกิดการระบาดทั่วโลกระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ การแลกเปลี่ยนตัวอย่างเชื้อไวรัสผ่านระบบ

การเฝ้าระวังและตอบสนองต่อโรคไข้หวัดใหญ่ เพื่อพัฒนาวัคซีนตัวใหม่และทำให้ประเทศสมาชิกสามารถเข้าถึงวัคซีนไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดการระบาดใหญ่ได้ โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีคณะที่ปรึกษาร่วมจัดทำเกณฑ์ต่าง ๆ ในการบริหารจัดการ ทำให้ประเทศที่พบการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่สามารถเข้าถึงวัคซีนได้อย่างรวดเร็วสำหรับท่าทีของประเทศไทยต่อการประชุมคือ 1. สนับสนุนการทบทวนกรอบการดำเนินงาน โดยให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนเชื้อไวรัส ระบบการขนส่งเชื้อ ความมั่นคงและความปลอดภัยทางชีวภาพ 2. สนับสนุนการดำเนินการตามนโยบายความร่วมมือการส่งตัวอย่างเชื้อไวรัสตามข้อตกลง 3. สนับสนุนการดำเนินงานตามระบบการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ 4. สนับสนุนการพึ่งพาตนเองในเรื่องการผลิตวัคซีนภายในประเทศ เน้นความรวดเร็วและประสิทธิภาพของการตอบโต้ต่อการระบาด 5. ผู้กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งปันผลประโยชน์ในการเข้าถึงวัคซีนควรให้ความสำคัญกับองค์ประกอบของผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลางและเป็นผู้แทนส่วนจากหลายภูมิภาค และ 6. บูรณาการการทำงานในการป้องกันโรคอุบัติใหม่ภายใต้กรอบการทำงานที่วางไว้

ผลสำรวจประชาชนพึงพอใจ "บัตรทอง" ปี 58

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ผลการสำรวจปีนี้แนวโน้มที่พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อการได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวมมากกว่าทุกปีที่ทำการสำรวจมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 ได้ถึง 9.11 คะแนนจากเต็ม 10 คะแนน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 ที่ได้ 8.86 คะแนน ขณะที่ความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพได้ 6.98 คะแนน เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2557 ที่ได้ 6.93 คะแนน ผลสำรวจด้านอื่น ๆ ที่น่าสนใจ เช่น ประชาชนร้อยละ 90.4 รับทราบว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิที่ได้รับตามกฎหมาย ซึ่งสะท้อนถึงความเข้าใจเรื่องสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน จากเดิมที่ยังมีการรับรู้ว่าเป็นการสงเคราะห์จากรัฐ และเมื่อสอบถามถึงความพอใจในการไปรับการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุด ก็พบว่าพอใจ 4.60 คะแนน จากเต็ม 5 คะแนน โดยเป็นความพอใจทั้งในด้าน



ผลการรักษา การรับฟังของผู้ให้การรักษา คุณภาพต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งนี้ข้อเสนอแนะที่น่าสนใจในส่วน of ประชาชนคือ ลดระยะเวลาการรักษา ให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิ ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่ให้สูงเกินไป ขณะที่ข้อเสนอจากบุคลากรสาธารณสุขคือ ให้มีกิจกรรมระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับ สปสช. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ ลดขั้นตอนในการทำงานระหว่างกัน และช่วยสร้างความภูมิใจในวิชาชีพ

The Acute Care

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย ขอเชิญ แพทย์ พยาบาล ท่านอาจารย์ ท่านผู้บริหาร และบุคลากร สหสาขาวิชาชีพที่สนใจงานเวชบำบัดวิกฤตทุกท่าน เข้าร่วม งานประชุมวิชาการประจำปีและการอบรมระยะสั้น ประจำปี พ.ศ. 2558 (Critical Care Medicine 2015) เรื่อง **“The Acute Care”** ระหว่างวันที่ 16-19 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ณ โรงแรม Centara Grand at Central Plaza Ladprao กรุงเทพฯ ผู้สนใจ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 5 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2718-2255, 08-3713-4043 โทรสาร 0-2718-2255 E-mail: admin@criticalcarethai.org, www.criticalcarethai.org

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย
ขอเชิญแพทย์ พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานด้านเวชบำบัดวิกฤตทุกท่าน
เข้าร่วมการประชุมวิชาการ และ อบรมระยะสั้นประจำปี 2558

The Acute Care
Critical Care Medicine
2015
วันที่ 16-19 ธันวาคม 2558
ณ โรงแรม Centara Grand at Central Plaza Ladprao กรุงเทพฯ

วันที่ 17 ธันวาคม 2558
วันที่ 18 ธันวาคม 2558
วันที่ 19 ธันวาคม 2558

Pre-congress Scientific Programs
- 1st Annual Meeting of the Thai Society of Critical Care Medicine (TSCCM)
- 2nd Annual Meeting of the Thai Society of Critical Care Medicine (TSCCM)
- 3rd Annual Meeting of the Thai Society of Critical Care Medicine (TSCCM)
- 4th Annual Meeting of the Thai Society of Critical Care Medicine (TSCCM)
- 5th Annual Meeting of the Thai Society of Critical Care Medicine (TSCCM)
- 6th Annual Meeting of the Thai Society of Critical Care Medicine (TSCCM)
- 7th Annual Meeting of the Thai Society of Critical Care Medicine (TSCCM)
- 8th Annual Meeting of the Thai Society of Critical Care Medicine (TSCCM)
- 9th Annual Meeting of the Thai Society of Critical Care Medicine (TSCCM)
- 10th Annual Meeting of the Thai Society of Critical Care Medicine (TSCCM)

All About Scalp & Hair

กำหนดการ

08.00-08.20 น.	เริ่มลงทะเบียน	ศ.พญ.กนกวลัย กุลหมั่นพันธ์
08.20-08.30 น.	พิธีเปิด	
08.30-10.10 น.	I. Basic Structure and Clinical Approach (70 นาที) - Basic structure and Clinico-pathological approach to common alopecia - Clinical approach of hair and scalp disease and Dermoscopy	ผศ.พญ.รัฐพล ดวงทอง และ ผศ.พญ.เพ็ญวดี พัฒนปรีชากุล อ.พญ.ฉัตรพร ไชยวงศ์วัฒนา
	II. Scalp Scalp dermatosis (30 นาที) - Scalp psoriasis and seborrheic dermatitis - Tinea capitis	ผศ.พญ.สิริมา จุฬารัตน์มนตรี ผศ.พญ.สุมนัส บุญยะรัตเวช
	- ถาม-ตอบ	
10.10-10.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง 20 นาที	
10.30-12.10 น.	III. Therapy (30 นาที) - Low level light therapy for alopecia - Uncommon indications for laser hair removal	ผศ.พญ.รัฐพล ดวงทอง รศ.พญ.รังสิมา วณิชกิติเดชา
	IV. Hair care products (70 นาที) - Hair dye and hair dye allergy - Hair cosmeceuticals	รศ.พญ.วรัญญา บุญชัย อ.พญ.สุเพ็ญญา วโรทัย
	- ถาม-ตอบ	
12.10-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.00-14.30 น.	Interhospital conference ห้อง 400 หน่วยตรวจโรคผิวหนัง ดิฉันป่วยหนัก ชั้น 4	
14.30-15.30 น.	Discussion ห้องประชุมตริเพ็ชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15	

ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จัดโครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2559 เรื่อง **“All About Scalp & Hair”** ในวันศุกร์ที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมตริเพ็ชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15 เพื่อให้ตจแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน ศิษย์เก่าตจแพทย์ ศิริราช และแพทย์ทั่วไปที่มีความสนใจเกี่ยวกับโรคผิวหนังเข้าร่วมประชุม ผู้สนใจสามารถติดตามรายละเอียดเพิ่มเติมและสมัครเข้าร่วมประชุมวิชาการทางระบบออนไลน์ได้ที่ www.sirirajconference.com หรือ www.si.mahidol.ac.th/th/department/dermatology/ หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายการศึกษา ภาควิชาตจวิทยา โทรศัพท์ 0-2419-4337



ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ จัดการประชุมวิชาการประจำปี 2558 ชู Theme “Novelty in Rehabilitation Medicine”

ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ แห่งประเทศไทย และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ แห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 ชู Theme “Novelty in Rehabilitation Medicine” ระหว่างวันที่ 10-12 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมเดอะชาयน์ พัทยา จ.ชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา เผยแพร่ความรู้ใหม่ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูและบุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถพัฒนาการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยและประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รศ.พญ.วาริ จิรดิษฐ์ ประธานราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย และนายกสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมวิชาการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นศูนย์กลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้พัฒนางานเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ได้มาตรฐานสากล เป็นที่ยอมรับของประชาชนและวงการแพทย์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ และสามารถให้บริการแก่ประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ ได้มีการจัดการประชุมวิชาการประจำปีขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเดือนธันวาคมของทุกปี โดยในการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 จัดขึ้นภายใต้ Theme “Novelty in Rehabilitation Medicine” ระหว่างวันที่ 10-12 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมเดอะชาयน์ พัทยา จ.ชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา เผยแพร่ความรู้ใหม่



ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สำหรับแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจ เนื่องจากตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ความก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีที่ทันสมัยด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมถึงอุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็วมาก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการอัปเดตความรู้อย่างต่อเนื่อง

“บทบาทของแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูคือ ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะทางกายของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงปกติให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในบางรายอาจจะกลับคืนสู่ภาวะปกติได้เลย แต่ในบางรายที่สูญเสียอย่างชัดเจน เช่น ได้รับการตัดแขน-ขา อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตครึ่งท่อนบนรุนแรง ซึ่งกำลังกล้ามเนื้ออาจจะไม่กลับมา แต่ในปัจจุบันสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพเหล่านั้นได้โดยอาศัยหลายองค์ประกอบร่วมกัน ทั้งการรักษาโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา การปรับพฤติกรรม การออกกำลังกาย การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการช่วยเหลือ การใช้กายอุปกรณ์เสริมและกายอุปกรณ์เทียม การดัดแปลงอุปกรณ์และเครื่องใช้ต่าง ๆ หรือแม้แต่การใช้รถเข็นที่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับความสูญเสียของผู้ป่วยว่าสูญเสียสมรรถภาพร่างกายไปมากน้อยขนาดไหน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เต็มตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี”

รศ.พญ.วาริ กล่าวถึงหัวข้อการประชุมที่น่าสนใจในการประชุมวิชาการครั้งนี้ว่า การประชุมวิชาการครั้งนี้ครอบคลุมการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ โดยได้รับเกียรติจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิมาบรรยายให้ความรู้ซึ่งไม่ได้มีเฉพาะแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูเท่านั้น แต่ยังมีส่วนสาขาสรีรวิทยา แพทย์สาขาอื่นที่ทำงานเกี่ยวข้องกัน บุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ และบุคลากรที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ร่วมด้วย

สำหรับหัวข้อการประชุมตลอดระยะเวลา 3 วัน ล้วนแล้วแต่มีความน่าสนใจ อาทิ



• **Seminar of Run for Life** การวิ่งถือเป็นการออกกำลังกายที่กำลังได้รับความนิยมจากประชาชนอย่างกว้างขวางในขณะนี้ แต่จะอย่างไรให้วิ่งได้ถูกต้อง เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกาย ไม่เกิดการบาดเจ็บ หรือถ้าเกิดการบาดเจ็บจะมีวิธีดูแลรักษาอย่างไร ซึ่งนอกจากจะได้รับความรู้จากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแล้ว ยังมีนักวิ่งมืออาชีพ รวมทั้งคุณหมอนักวิ่ง ร่วมเสวนาด้วย

• **การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจและปอด** ในปัจจุบันมีวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม และอุปกรณ์และเทคโนโลยีใหม่ ๆ อะไรบ้างที่จะมาช่วยเสริมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้

• **Osteoporosis: new guideline 2015** แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคกระดูกพรุนในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

• **Vitamin-D: the unforgettable role** บทบาทความสำคัญ และประโยชน์ของวิตามินดีที่มีต่อร่างกาย

• **ปรับสภาพบ้านอย่างไรให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ** โดยวิทยากรซึ่งเป็นสถาปนิกจะมาให้ข้อมูลการออกแบบปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และร่วมรับฟังการแบ่งปันประสบการณ์การปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

• **การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการช้า** โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในสหสาขาวิชาชีพ อาทิ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

• **Comprehensive Conservative Treatment of Low Back Pain** วิทยากรในการรักษาโรคยอดฮิตอย่างโรคปวดหลัง

• **เดินสบายแม้เท้าแบน** ปัญหาเท้าแบนเป็นปัญหาที่พบบ่อยโดยเฉพาะในคนไทย โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้จะมาให้ข้อมูลว่าจะทำอย่างไรให้ผู้ที่มีปัญหาเท้าแบนเดินได้อย่างสบาย ไม่มีอาการเจ็บหรือปวดเมื่อย

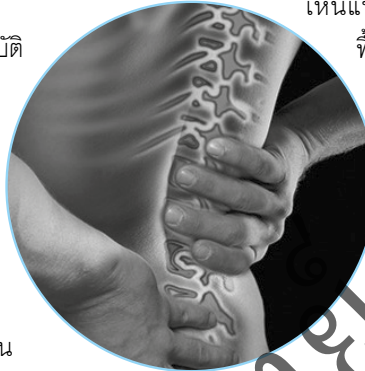
• **New Innovation in Dysphagia** การฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนซึ่งมักจะเกิดกับผู้ป่วยที่มีโรคทางสมอง เช่น หลังจากเกิดการอุดตันที่เส้นเลือดในสมอง นอกจากจะมีอาการอ่อนแรง ชาครึ่งซีก อย่างที่ประชาชนทั่วไปรู้จักกันอยู่แล้ว ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะพบปัญหาการกลืนร่วมด้วย ซึ่งในการดูแลนั้นต้องอาศัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมกับนักกิจกรรมบำบัด และวิทยากรที่ทันสมัย เช่น อุปกรณ์ในการประเมินการกลืนและการฝึกกลืน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลืนหรือรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง ลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก

• **ชีวิตดีดีหลังจบบอร์ด** การเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พูดคุยถึงประสบการณ์การทำงาน โดยตัวแทนแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จบบอร์ดไปแล้ว และปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค ทั้งจากภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ และภาคใต้

• **A Physiatrist in Nepal Earthquake** หลังเกิดภัยพิบัติที่เนปาล ไทยได้ส่งทีมแพทย์ลงพื้นที่เพื่อให้ความช่วยเหลือ โดยหนึ่งในทีมแพทย์มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมอยู่ด้วย โดยจะมาแบ่งปันประสบการณ์ของการเดินทางไปในครั้งนั้นว่าแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูได้เข้าไปมีบทบาทในการช่วยเหลืออย่างไรบ้าง

นอกจากหัวข้อการประชุมที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว **รศ.พญ.วาริ** ได้กล่าวถึงไฮไลต์ที่พลาดไม่ได้ในการประชุมวิชาการครั้งนี้คือ การบรรยายในหัวข้องานท้าทายของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในทศวรรษหน้า โดยได้รับเกียรติจาก

พญ.สุชจันทร์ พงษ์ประไพ ประธาน Asia Oceanian Society of Physical and Rehabilitation Medicine รวมทั้งรับฟังประสบการณ์จากแพทย์ไทยที่ไปทำงานด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่สหรัฐอเมริกา กว่า 10 ปี ซึ่งจะมาเผยถึง **เทรนด์ของงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่สหรัฐอเมริกา** ถือเป็นโอกาสอันดีที่ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับรู้ความก้าวหน้าของประเทศที่พัฒนาแล้ว ทำให้เห็นแนวโน้มงานที่ทำทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในทศวรรษหน้า



“การประชุมครั้งนี้จะเป็นช่องทางหนึ่งในการเพิ่มพูนความรู้ วิทยาการที่ทันสมัย ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง จึงขอเชิญชวนแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมถึงแพทย์สาขาอื่น ๆ บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานหรือมีความสนใจด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ โดยคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ไม่ต่ำกว่า 300 คน และนอกจากการประชุมวิชาการแล้ว ยังมีการประชุมสามัญประจำปีของสมาคม เวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ ไปถึงสมาชิกทุกท่าน เนื่องจากสมาคม เวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ ก่อตั้งมานานกว่า 30 ปี กฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ อาจจะต้องมีการปรับให้ทันสมัย ซึ่งการปรับแก้กฎ ระเบียบ ข้อบังคับนั้นจะต้องได้รับการรับรองจากสมาชิก จึงอยากให้สมาชิกเข้าร่วมการประชุมสามัญประจำปีในวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นวันที่ 2 ของการประชุมวิชาการในครั้งนี้ด้วย” **รศ.พญ.วาริ** กล่าวทิ้งท้าย

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2716-6808 โทรสาร 0-2716-6809 E-mail: thairehab@gmail.com หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทาง <http://rehabmed.or.th>





TCELS มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์ฯ และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาฯ จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์”

กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดย ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) ร่วมกับ มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์” ในวันเสาร์ที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ณ ห้องประชุมศรีสุริยวงศ์บอลรูม โรงแรมวันนา สุรวงศ์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์อย่างถูกวิธี

นพ.ยุทธ โพธารามิก ประธานมูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า มูลนิธิฯ ได้จัดกิจกรรมดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นการให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้พบว่าผู้ร่วมกิจกรรมเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งนอกจากแสดงให้เห็นถึงความสนใจที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยที่มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วย ถือเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ

คุณหญิงอุไรวรรณ ศิริบุหงศ์ รองประธานมูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า การจัดกิจกรรมครั้งนี้ นอกจากจะมีการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ อาการ สาเหตุ และการดำเนินโรค รวมถึงการรักษาและการดูแลผู้ป่วย บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ปัญหาพฤติกรรมและการแก้ไข การปรับสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย โดย ศ.พญ.นันทิกา ทวิชาชาติ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ซึ่งถือเป็นภาระในการดูแลอย่างมาก ด้วยการ Workshop กิจกรรมกลุ่ม โดยทีมวิทยากร อาทิ กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (self-help group) Family inter-

vention และการฝึกทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย ความเครียด และการจัดการ และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการบริหารร่างกายเพื่อคลายเครียด โดย รศ.พวงสร้อย วรรณกุล ภายในงานยังมีการจัดแสดงนิทรรศการส่งเสริมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอีกด้วย

ศ.พญ.นันทิกา ทวิชาชาติ กรรมการเลขานุการมูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า ทีมจิตแพทย์จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เตรียมพร้อมให้ความรู้และแนะนำถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างถูกต้อง โดยภายในงานทุกท่านสามารถเตรียมข้อซักถามให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ไขปัญหาการดูแลและข้อสงสัยอื่น ๆ เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์กับท่านได้

ด้าน นายณเรศ ดำรงชัย ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กล่าวว่า TCELS ได้สนับสนุนการจัดตั้งมูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย และร่วมบริหารการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ โดยได้พัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์อย่างครบครัน ไม่ว่าจะเป็นแอปพลิเคชันที่ช่วยคัดกรองโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ที่ผู้ดูแลสามารถใช้ได้เอง รวมถึงแอปพลิเคชันที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนั้นยังมีแอปพลิเคชันที่ช่วยทดสอบความเครียดและภาวะของโรคในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งจะมีการสาธิตการใช้แอปพลิเคชันต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน

ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมได้ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ติดต่อสำรองที่นั่งได้ที่ โทรศัพท์ 0-2644-5499 ต่อ 168

สร.จับมือท่องเที่ยว พัฒนาและส่งเสริมไทย

ก้าวสู่ศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ



กระทรวงสาธารณสุขจับมือกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา พัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในระยะเร่งด่วนเร่งจัดทำระบบเก็บค่าประกันสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติ ขยายเวลาพำนักในไทย กรณีเข้ารับรักษาพยาบาลกลุ่มประเทศกัมพูชา ลาว เมียนมาร์ เวียดนาม และจีน จากเดิม 14-30 วัน เป็น 90 วัน ส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ จัดทำแพ็คเกจสุขภาพ และพัฒนาสถานบริการรองรับนักท่องเที่ยว

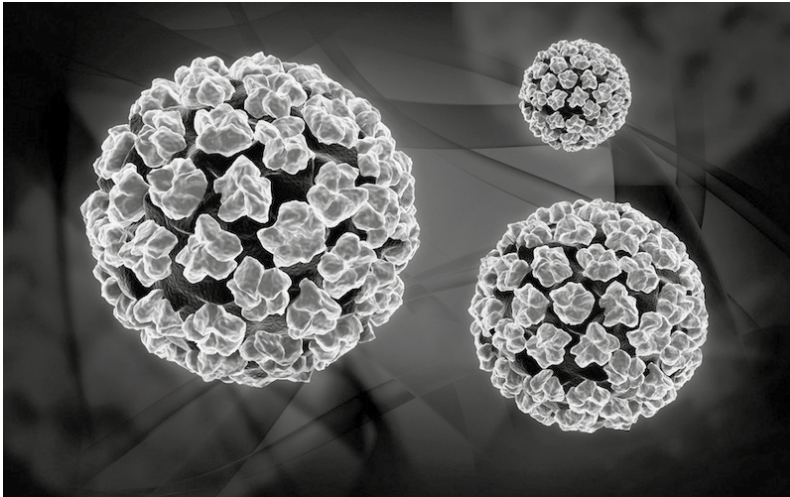
ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย นางกอบกาญจน์ วัฒนวรางกูร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical and Wellness Tourism) ครั้งที่ 1/2558 เพื่อพิจารณายุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ 10 ปี (พ.ศ. 2559-2568) และติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานทุก 3 เดือน

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่จัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อคนไทยทั้งประเทศ การที่จะจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยวจะเป็นการทำเพื่อสร้างชื่อเสียงให้ประเทศไทย ช่วยทำให้การท่องเที่ยวของประเทศดีขึ้น ยินดีให้ความร่วมมือกับกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา รวมทั้งภาคีเครือข่าย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีความพร้อมในเรื่องบริการทางการแพทย์ที่ไทยไม่เป็นรองใครในภูมิภาคนี้ รวมทั้งบริการสุขภาพที่ไทยมีความโดดเด่นระดับโลก ขณะนี้ได้ตั้งคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยมีกรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2559-2568) 4 ข้อ คือ 1. เพิ่มขีดความสามารถในการจัดบริการสุขภาพ 2. พัฒนา

บุคลากรทางการแพทย์เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการทุกระดับ 3. การพัฒนาวิสาหกิจชุมชน/ผู้ประกอบการรายย่อยรองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และ 4. การส่งเสริมการตลาดและการประชาสัมพันธ์

สำหรับการดำเนินงานในระยะเร่งด่วน เพื่อให้เห็นผลภายใน 2 ปี พ.ศ. 2559-2560 จะเร่งจัดทำระบบประกันสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติ (Landed Fee) การพัฒนาแหล่งน้ำพุร้อนน้ำร้อน 7 จังหวัด ขยายเวลาพำนักในไทย กรณีเข้ารับรักษาพยาบาลกลุ่มประเทศกัมพูชา ลาว เมียนมาร์ เวียดนาม และจีน จาก 14-30 วัน เป็น 90 วัน จัดทำแพ็คเกจสุขภาพพัฒนาสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน รองรับนักท่องเที่ยวในจังหวัดท่องเที่ยว พัฒนาและส่งเสริมธุรกิจบริการเชิงสุขภาพ

ทั้งนี้การดำเนินงานพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นการบูรณาการกับกระทรวงและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน และเป็นไปตามที่รัฐบาลได้แถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อสภานิติบัญญัติ โดยนโยบายด้านสาธารณสุขอยู่ในนโยบายที่ 5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน และอยู่ในคลัสเตอร์ที่ 4 ของนโยบายด้านการเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ ผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557 มีชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย 1.2 ล้านครั้ง สร้างรายได้เข้าประเทศ 107,000 ล้านบาท ปัจจัยหลักที่ไทยได้รับการยอมรับคือ ราคาเหมาะสม บริการมีคุณภาพมาตรฐานสากล บุคลากรเชี่ยวชาญ เทคโนโลยีทันสมัย คนอัธยาศัยดี และมีสถานที่ท่องเที่ยวสวยงาม



ในประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 และมีหญิงไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยถึงวันละ 14 คน ทั้ง ๆ ที่มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ทั้งการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีที่มีประสิทธิภาพ ป้องกันได้ถึงร้อยละ 70 ของเชื้อก่อมะเร็งปากมดลูก แต่กลับยังเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในหญิงไทย เพราะฉะนั้น จึงควรเร่งให้ความรู้และกระตุ้นให้ประชาชนหันมาให้ความสนใจเรื่องนี้มากขึ้น และให้ความสำคัญกับการป้องกันซึ่งดีกว่าการรักษาเมื่อเป็นโรคแล้ว เพราะคุ้มค่างกว่า

“เอชพีวี” ไวรัสตัวร้ายอันตรายมากกว่าที่คิด

สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสเอชพีวีและแนวทางป้องกัน รณรงค์ให้ประชาชนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีอย่างถูกต้อง พร้อมแนะนำวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีซึ่งมีประสิทธิภาพป้องกันได้ถึงร้อยละ 70 ของเชื้อก่อมะเร็งปากมดลูก งานวิจัยล่าสุดยังระบุว่าหากฉีดเข้าไปเพียง 2 ปีครึ่ง จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชพีวีอย่างคงทนเพิ่มถึง 6 เท่า

นพ.วิสิทธิ์ สุกครพงษ์กุล นายกสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย กล่าวว่า

เชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) หรือ Human Papillomavirus เป็นไวรัสที่ติดต่อกันได้ง่าย ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่อวัยวะสืบพันธุ์จากการมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 80 จากสถิติในประเทศแคนาดา พบว่า ทุก 1 ใน 4 ของประชากรเพศหญิงและเพศชาย ที่อายุต่ำกว่า 25 ปี มีการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ทำให้เกิดโรคทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย ซึ่งเชื้อไวรัสเอชพีวีนี้มีมากกว่า 100 สายพันธุ์ แต่มีอยู่ 15 สายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งต่าง ๆ ของอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

โดยเฉพาะสายพันธุ์ที่ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูกกว่าร้อยละ 70 และอีก 25 สายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงให้เกิดโรคอื่น ๆ ได้แก่ สายพันธุ์ที่ 6 และ 11 ซึ่งเป็นสาเหตุของหูดหงอนไก่ถึงร้อยละ 90 ตามปกติการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีมักไม่แสดงอาการใด ๆ และโอกาสที่ร่างกายจะขจัดเชื้อออกไปเองได้ก็มีสูง แต่หากได้รับเชื้ออย่างต่อเนื่องหรือมีการติดเชื้อเป็นระยะเวลานาน ๆ จะก่อให้เกิดการติดเชื้อเอชพีวีอย่างคงทน และกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก มะเร็งองคชาต มะเร็งทวารหนัก มะเร็งช่องปากและคอ และหูดหงอนไก่ได้

ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และยังเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาโรคมะเร็ง

“ตลอดระยะเวลา 30 ปี ประเทศไทยมีความพยายามที่จะลดอัตราการตายของหญิงไทยจากมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรอง โดย 20 ปีแรกเป็นการตรวจแบบโครสคอปก็ไปตรวจ จน 10 ปีมานี้มีการตรวจคัดกรองแห่งชาติ ซึ่งเป็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) บริการการตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) ในหญิงไทยทุกคนที่มีอายุระหว่าง 30-65 ปี แต่ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า แทนที่จะลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกได้ กลับมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ต่อปีเพิ่มขึ้น แสดงว่าการตรวจคัดกรองที่ผ่านมาไม่เพียงพอที่ต้องแก้ไขอีกมากมาย” นพ.วิสิทธิ์ กล่าว





นพ.วิสิทธิ์ เน้นย้ำว่า ปัจจุบันมีวัคซีนที่สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ เพราะฉะนั้นถ้ามีการใช้วัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดมะเร็งปากมดลูกในบ้านเราได้เร็วขึ้น ซึ่งเรื่องนี้พิสูจน์แล้วในหลายประเทศ แทนที่จะใช้วิธีตรวจคัดกรองอย่างเดียวตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา เพราะฉะนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการทบทวนวางยุทธศาสตร์ควบคู่ โดยมีการใช้วัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวีไปด้วย เพราะนอกจากจะสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกแล้ว ยังสามารถป้องกันได้อีกหลายโรค เช่น มะเร็งองคชาต มะเร็งทวารหนัก มะเร็งช่องปากและคอ และหูดหงอนไก่ แต่ปัจจุบันวงการสาธารณสุขยังเข้าใจว่าไม่จำเป็น ตรวจคัดกรองแบบเดิม ๆ ไปเรื่อย ๆ ก็เพียงพอแล้ว ซึ่งถ้าเป็นในลักษณะนี้ก็จะไปถึงจุดที่มะเร็งปากมดลูกหมดไปจากประเทศอาจจะไม่มีวันเกิดขึ้น แต่ถ้าใช้วัคซีนป้องกัน มันก็จำเป็นในอนาคตอันใกล้เชื้อเอชพีวีจะหมดไปจากหญิงไทยอย่างแน่นอน

รศ.นพ.วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ หัวหน้าสาขาวิชามะเร็งนรีเวชวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวเสริมว่า นอกจากเชื้อไวรัสเอชพีวีจะเป็นสาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูกแล้ว ยังเป็นสาเหตุหลักของหูดหงอนไก่ด้วย ซึ่งเกิดได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ปัจจุบันพบผู้ป่วยหูดหงอนไก่เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยผู้ป่วยอาจไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เลย นานนับปี จนเมื่อมีก้อนโตมากไปอุดกั้นช่องคลอด ทวารหนัก หรือท่อปัสสาวะ จนเกิดอาการคันและปวด บางรายอาจมีเลือดออก ตกขาวผิดปกติ และแสบร้อนที่อวัยวะเพศ แม้ว่าหูดหงอนไก่จะเป็นโรคที่ไม่ได้รุนแรงถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่อาจจะส่งผลต่อ



การดำเนินชีวิตและชีวิตคู่ได้ เพราะพบว่าร้อยละ 30-70 เกิดซ้ำหลังหยุดการรักษาไป 6 เดือน และหากเกิดหูดหงอนไก่ขณะตั้งครรภ์อาจขัดขวางการคลอด หรือทำให้ทารกเป็นหูดหงอนไก่ที่คอหอย หลอดลม หรือเส้นเสียง และมีผลต่อการหายใจของทารกจนอาจเสียชีวิตได้

“เชื้อไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์ที่ 6 และ 11 เป็นสายพันธุ์เสี่ยงต่ำไม่ทำให้เกิดมะเร็ง แต่ก็ทำให้เกิดหลายโรคได้ อย่างหูดหงอนไก่ แม้จะไม่ไหม้และไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่เป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสเป็นซ้ำได้ง่ายถึงร้อยละ 30-70 แม้จะได้รับการรักษาให้หายแล้ว ที่สำคัญเมื่อเป็นแล้วจะทำให้สูญเสียความมั่นใจ อาจไม่กล้าปรึกษาใคร ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและชีวิตคู่ เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง หรือบางคู่ถึงกับเลิกกันก็มี” **รศ.นพ.วิชัย** กล่าว

ดังนั้น การป้องกันก่อนการเกิดโรคน่าจะดีกว่า โดยปัจจุบันวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีชนิด 4 สายพันธุ์ครอบคลุมสายพันธุ์ที่ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก และสายพันธุ์ที่ 6 และ 11 ซึ่งเป็นสาเหตุของหูดหงอนไก่ได้ สำหรับผู้ชายถือเป็นพาหะของเชื้อไวรัสเอชพีวี เพราะผู้ชายอาจไม่มีอาการใด ๆ แต่สามารถแพร่เชื้อไปให้ผู้หญิงได้ แต่ในบางรายหากได้รับเชื้อไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์เสี่ยงสูงเป็นระยะเวลานาน ๆ ก็เสี่ยงทำให้เกิดมะเร็งองคชาต หรือมะเร็งทวารหนัก และหูดหงอนไก่ได้ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีวิธีตรวจคัดกรองเชื้อไวรัสเอชพีวีในผู้ชาย เพราะฉะนั้น การฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีในผู้ชายจะช่วยป้องกันโรคมะเร็งที่อาจเกิดขึ้นได้

ด้าน **ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสมาคมสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย** กล่าวว่า

จริง ๆ แล้ววัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีก็เหมือนวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้ออื่น ๆ ฉีดได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ แต่คนไทยยังเข้าใจผิดว่าเป็นเด็กไม่จำเป็นต้องฉีด เพราะไม่ได้มีเพศสัมพันธ์หรือแม้แต่ในผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ก็เขินอายที่จะไปฉีด แต่ในความเป็นจริงแล้ว การฉีดวัคซีนในเด็กสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีกว่าการฉีดในผู้ใหญ่ถึง 2 เท่า และยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้มีภูมิคุ้มกันเมื่อเติบโตสู่วัยเจริญพันธุ์ โดยในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา

แคนาดา ออสเตรเลีย สวิตเซอร์แลนด์ ฯลฯ ได้อนุญาตให้วัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีเป็นวัคซีนพื้นฐาน และสามารถฉีดในเด็กตั้งแต่อายุ 9 ปีขึ้นไป ส่งผลให้ปัจจุบันอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศเหล่านั้นลดลง อย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา อุบัติการณ์เชื้อเอชพีวีสายพันธุ์รุนแรงที่ก่อโรคมะเร็งลดลงถึงร้อยละ 56 เป็นต้น

สำหรับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีมี 2 ชนิด ได้แก่ วัคซีนเอชพีวีชนิด 2 สายพันธุ์ จะครอบคลุมสายพันธุ์ที่ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งช่องคลอดในเพศหญิง และวัคซีนเอชพีวีชนิด 4 สายพันธุ์ จะครอบคลุมสายพันธุ์ที่ 6, 11, 16 และ 18 ซึ่งมีข้อบ่งชี้ที่ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก มะเร็งช่องคลอด มะเร็งทวารหนัก หูดหงอนไก่ ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย โดยวัคซีนเอชพีวีทั้ง 2 ชนิดต้องฉีดทั้งหมด



3 เข็ม ซึ่งเข็มที่ 2 จะให้ห่างจากเข็มแรก 1-2 เดือน และเข็มที่ 3 ห่างจากเข็มแรก 6 เดือน โดยแนะนำให้ฉีดในช่วงอายุ 9-26 ปี ในผู้หญิงและผู้ชาย

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการอนุมัติให้ฉีดวัคซีนเอชพีวีเพียง 2 เข็ม ก็เพียงพอสำหรับเด็กอายุ 9-13 ปี ซึ่งนับเป็นโอกาสดีที่จะทำให้เด็กเข้าถึงวัคซีนมากขึ้น สำหรับผู้ที่อายุเกิน 26 ปี ก็ยังสามารถฉีดวัคซีนเอชพีวีได้ แต่ต้องพิจารณาถึงเงื่อนไขอื่น ๆ ด้วย เช่น ยังไม่เคยได้รับเชื้อไวรัสเอชพีวี อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เคยได้รับเชื้อไวรัสเอชพีวีมาก่อน คนในกลุ่มนี้ยังสามารถรับประโยชน์จากวัคซีนได้ แต่วัคซีนอาจมีประสิทธิภาพลดลงหากเคยติดเชื้อเอชพีวีมาก่อนหน้านี้ สำหรับผู้ชายการฉีดวัคซีนเอชพีวีนอกจากการป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีโดยตรง ป้องกันโรคหูดในอวัยวะเพศและมะเร็งทวารหนักแล้ว ยังช่วยป้องกันทางอ้อมในการลดการแพร่เชื้อไปสู่ผู้หญิงด้วย โดยวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีประสิทธิภาพป้องกันได้ถึงร้อยละ 70 ถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าในระยะยาว

ล่าสุดมีงานวิจัยเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวี โดยความร่วมมือจากกว่า

11 ประเทศใน 4 ทวีป โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งในสถานที่

สำหรับการศึกษา โดย รศ.พญ.ฤติวิไล สามโกเศศ

ประธานอนุกรรมการราชวิทยาลัยกุมารแพทย์

แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์

แห่งประเทศไทย และกุมารแพทย์หน่วยโรคติดเชื้อเด็ก

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์

พระมงกุฎเกล้า หนึ่งในคณะวิจัยเปิดเผยว่า จากการ

ศึกษาติดตามผลการใช้วัคซีนเอชพีวีชนิด 4 สายพันธุ์ใน

เด็กวัยรุ่นอายุระหว่าง 9-15 ปีในระยะยาว พบว่าวัคซีนสามารถกระตุ้นแอนติบอดีได้อย่างสม่ำเสมอทั้งในเพศชายและเพศหญิง และยังคงตรวจพบภูมิคุ้มกันที่เหลือได้แม้ว่าเวลาจะผ่านไปจนถึง 8 ปี ตลอดระยะเวลา 8 ปีที่ติดตามผล ยังพบว่าวัคซีนมีความปลอดภัยในเด็ก และการศึกษาพบพบว่า เด็กที่ได้รับวัคซีนตั้งแต่อายุเฉลี่ย 12.5 ปีจะได้รับการป้องกันการติดเชื้อได้ดีมาก แต่หากฉีดวัคซีนช้าไปเพียง 2.5 ปี ความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสเอชพีวีแบบคงทนจะเพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า

“เป้าหมายของทางการแพทย์คือ ต้องการผลักดันให้วัคซีนเอชพีวีแพร่หลายมากขึ้น ทำอย่างไรจะให้วัคซีนตัวนี้เข้าไปอยู่ในแผนวัคซีนแห่งชาติให้ได้



เหมือนนานาประเทศ อย่างในเอเชียหลายประเทศ ก็มีแล้ว เช่น ลาว มาเลเซีย ภูฏาน ถ้ายังรอต่อไป ผู้หญิงไทยจะเสียชีวิตปีละกว่า 5,000 ราย และมี ผู้ป่วยใหม่ปีละกว่า 10,000 ราย” รศ.พญ.ฤติวิไล กล่าว



จะเห็นว่าเชื้อไวรัสเอชพีวีเป็นเชื้อไวรัสที่แพร่ติดต่อกันได้ง่ายมาก ขณะที่วิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าก็เริ่มเข้ามามีบทบาทในการช่วยป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเอชพีวี ดังนั้น การเผยแพร่ความรู้และทำความเข้าใจที่ถูกต้องกับประชาชนเกี่ยวกับเชื้อไวรัสเอชพีวีจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งร้ายแรง พร้อมกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงการป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีอย่างถูกต้อง ทั้งการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอและการฉีดวัคซีนที่ให้ความคุ้มค่ามากกว่าการรักษาโรคมะเร็งในระยะยาว ที่สำคัญเพื่อผลักดันภาครัฐให้เห็นความสำคัญของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชพีวีให้เป็นวาระแห่งชาติ เพื่อการเข้าถึงวัคซีนของประชาชนอย่างทั่วถึง



ถ้าเอ่ยถึง “แพทย์ผิวหนัง” เชื่อว่าหลาย ๆ คน คงนึกถึงภาพคุณหมอผู้ดูแลให้คำปรึกษาในเรื่องของสุขภาพ ความงาม หน้าตา ผิวพรรณ รวมไปถึงการชะลอวัย เนื่องจาก เป็นกระแสนิยมในปัจจุบันที่คนในสังคมต่างให้ความสนใจ ในเรื่องของรูปร่างหน้าตา บุคลิก ผิวพรรณ ความสวยงาม กันมากขึ้น จนทำให้โรคทางผิวหนังได้รับความสนใจน้อยลง ทั้งที่จริงแล้ว โรคทางผิวหนังเป็นโรคที่มีความสำคัญและ

นพ.พรชัย จิระชนากุล แพทย์ผิวหนังดีเด่น ประจำปี 2558

แพทย์ผู้เป็นหลักในการรุ่มเทอுகิศตบเพื่อผู้ป่วย “โรคผิวหนัง”



เป็นโรคที่พบได้บ่อยตลอดเวลา อีกทั้งยังมีความจำเป็นที่ต้อง ได้รับการดูแลรักษาเนื่องจากโรคเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อชีวิต คุณภาพชีวิต ตลอดจนความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ที่ต้องทนทุกข์จากความทรมานของโรค โดยเฉพาะกับ กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือโรคติดต่อร้ายแรงอื่น ๆ ที่สังคม หวาดกลัว หรือมีทัศนคติไม่ดี โรคซึ่งหลายคนไม่ยอมเข้าใกล้ หรือสัมผัส แต่โรคเหล่านี้ไม่ได้ทำให้ นพ.พรชัย จิระชนากุล นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ประจำสถาบันบำราศนราดูร แพทย์ผิวหนังดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2558 สมาคมแพทย์ ผิวหนังแห่งประเทศไทย เลือกที่จะไม่รักษาโรคผิวหนังเหล่านี้ มากกว่าการดูแลในเรื่องของความสวยงาม ด้วยเหตุผลที่ว่า

“ในฐานะที่เราเป็นแพทย์ผิวหนัง เป็นหน้าที่ที่เราต้องทำ ถ้าเราไม่ทำแล้วใครจะทำ เป็นสิ่งที่เราต้องเสียสละ ซึ่งถ้าถามว่ากลัวไหม เป็นธรรมชาติของมนุษย์ สิ่งไหนที่ไม่เคยเจอ ก็จะกลัว สมัยเริ่มต้นที่คุณหมอดูแลผู้ป่วยเอดส์ ก็มีความกังวล มีความกลัวเหมือนกับคนปกติทั่วไป เนื่องจากเป็นงานที่มีความเสี่ยง และถ้าคุณหมอเป็นอะไรไป ทางหน่วยงานของรัฐ ก็ไม่ได้มีสวัสดิการช่วยเหลือสนับสนุนอะไรเป็นพิเศษ คุณหมอ จึงต้องระมัดระวังเพื่อตัวเองและครอบครัว โดยพยายามเรียนรู้ และอยู่ไปด้วยกันกับผู้ป่วยจนเกิดความคุ้นเคย ความกลัว ก็จะค่อย ๆ น้อยลงไป จนกลายเป็นความเคยชิน สุดท้าย ก็จะไม่น่ากลัวและไม่รังเกียจ ซึ่งไม่ได้มีแค่เฉพาะโรคเอดส์เท่านั้น ในส่วนของโรคติดต่ออันตรายอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคซาร์ส อีโบลา เมอร์ส หรือโรคติดต่ออื่น ๆ เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ทุกคนจะต้องมาที่สถาบันบำราศนราดูรเป็นแห่งแรก เนื่องจากเป็นหน่วยงานในสังกัดของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นด่านหน้าในการดูแลรักษา เรื่องโรคติดต่อจึงถือเป็นภารกิจหลักของเรา ดังนั้น เราจึงต้อง รู้จักดูแลระมัดระวังป้องกันตัวเอง เราต้องรู้ว่าแต่ละโรคที่ดูแลนั้น สามารถติดต่อได้อย่างไร เพื่อที่จะได้หาวิธีการป้องกัน และ ถึงแม้ว่าเราจะมี ความระมัดระวัง มีการป้องกันที่ดีแล้ว ก็ยังมีโอกาสพลาดได้ ยกตัวอย่างเช่น เรื่องเข็ม แพทย์บางท่าน



เคยถูกเข็มตำ ทำให้ต้องรับประทานยาเพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสไม่ให้เพิ่มและทำอันตรายต่อระบบภูมิคุ้มกัน ด้วยเหตุนี้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคนที่นี้จะรู้จักดูแลป้องกันตัวเอง และไม่เคยรังเกียจผู้ป่วย โดยนอกจากจะดูแลรักษาคนไข้แล้ว ผมก็พยายามสะสมองค์ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไปถ่ายทอดให้แก่แพทย์และบุคลากรในโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อนำไปช่วยเหลือคนไข้ และเรียนรู้ในการดูแลป้องกันตัวเองด้วย”

คุณหมอได้กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้ดูแลคนไข้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ต่อว่า คนไข้พวกนี้เป็นคนไข้ซึ่งพลาดไปแล้ว ไม่ว่าจะเกิดจากความตั้งใจ หรือไม่ได้ตั้งใจก็ตาม คนไข้พวกนี้จะมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และจะมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วยในหลายระบบ ซึ่งผิวหนังก็เป็นหนึ่งในระบบเหล่านั้น การที่เรามีทักษะทางด้านโรคผิวหนังจะสามารถช่วยในแง่ของการวินิจฉัยโรคได้ในระยะเริ่มต้นหรือเร็วขึ้น เนื่องจากผิวหนังมีข้อได้เปรียบตรงที่เป็นอวัยวะที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ซึ่งต่างจากอวัยวะอื่น ๆ ที่แสดงอาการอยู่ภายใน ต้องอาศัยการตรวจวินิจฉัยหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการช่วยสนับสนุน นอกจากนี้คนไข้ที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มักเป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นวัยที่สามารถสร้างประโยชน์ให้แก่ประเทศได้ ถ้าเราไม่ดูแลเขา เราจะสูญเสียทางเศรษฐกิจมาก เราจึงจำเป็นต้องดูแลให้ดี ไม่ใช่แค่เฉพาะเพื่อตัวคนไข้และครอบครัว แต่เพื่อประเทศชาติเพื่อให้เขาสามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่เป็นภาระต่อ



ครอบครัวข้าง สามารถกลับไปมีชีวิตอยู่ในสังคม และส่งผลให้ประเทศเดินหน้า มีแรงที่จะขับเคลื่อนเศรษฐกิจต่อไปได้

คุณหมอไม่ได้เลือกที่จะเป็นแค่เพียงหมอที่รักษาโรคเท่านั้น แต่คุณหมอยังเป็นแพทย์ที่ใส่ใจให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีของการเป็นแพทย์ผิวหนัง คุณหมอได้ทุ่มเทให้แก่คนไข้ โดยจะมาตรวจคนไข้ตั้งแต่เช้า พยายามไม่มาสาย หรือแม้กระทั่งเวลาที่ไมสะดวก คุณหมอก็จะสวมหน้ากากอนามัยเพื่อมาตรวจผู้ป่วย ด้วยการอุทิศตนเพื่อผู้ป่วยนี้ทำให้คุณหมอได้รับคำชมเชยจากคนไข้ที่แสดงความคิดเห็นผ่านช่องทางสารสนเทศของทางโรงพยาบาล สิ่งนี้สร้างความภาคภูมิใจให้แก่คุณหมอนอกจากนี้ในฐานะที่เป็นแพทย์ผิวหนัง ความภาคภูมิใจอีกอย่างหนึ่งคือ การได้สร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับคนไข้โรคเอดส์ที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคผิวหนัง เพราะว่าเป็นความรู้ที่ไม่ค่อยมีใครพูดถึงด้านนี้มากนัก องค์ความรู้นี้เป็นองค์ความรู้ที่คุณหมอสามารถจะถ่ายทอดให้แก่แพทย์รุ่นน้อง ๆ และแพทย์ชาวต่างประเทศได้มีความรู้ในมุมมองต่าง ๆ สามารถนำไปช่วยเหลือคนไข้ที่เขาจะไปดูแลในอนาคตเมื่อไปปฏิบัติงานจริง รวมถึงความภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีอาการรุนแรงใกล้เสียชีวิตให้หายกลับฟื้นขึ้นเป็นปกติได้ โดยเป็นกรณีที่คนไข้แพ้ยารุนแรงเหมือนถูกไฟไหม้ทั้งตัว คนไข้กลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตและการติดเชื้อแทรกซ้อนสูง คุณหมอก็ได้ไปค้นคว้าสารทางวิชาการที่พบยาตัวหนึ่งที่เราใช้ในการรักษาภาวะเป็นพิษจากยาพาราเซตามอลที่เรารับประทานแก้ปวดตัวนี้มีรายงานการใช้ในคนไข้แพ้ยารุนแรง แต่เป็นคนไข้ทั่วไปที่ไม่ใช่คนไข้โรคเอดส์ คุณหมอก็เลยมีแนวคิดว่าจะช่วยคนไข้โรคเอดส์ได้ ผลปรากฏว่าคนไข้ดีขึ้นกว่าการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานสมัยก่อน เมื่อเปรียบเทียบกัน ยาตัวนี้ค่อนข้างปลอดภัย ให้อายุเพียง 3 วัน คนไข้มีอาการดีขึ้นมาก ผมจึงนำ



ความรู้จะไปถ่ายทอดให้แพทย์รุ่นน้อง แพทย์ชาวต่างประเทศ เพื่อที่เขาจะได้มีโอกาสนำไปช่วยคนไข้ได้ แทนที่มาตรฐานยาตัวเดิมที่คนไข้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตสูง

อย่างไรก็ตาม ในการทำงานทุกคนย่อมพบกับปัญหาและอุปสรรค คุณหมอได้เล่าถึงวิธีการสร้างกำลังใจให้ฟังว่า “คุณพ่อคุณแม่ผมเป็นคนมีวินัย ผมจึงถูกฝึกให้เป็นคนอดทน มีวินัย เคร่งครัด ตรงต่อเวลา ดังนั้น ไม่ว่าผมจะเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคอะไร สิ่งเหล่านั้นจะทำอันตรายผมไม่ได้ เนื่องจากผมถูกฝึกมาตั้งแต่เด็กจนปัจจุบันไม่มีปัญหาอะไรที่ผมจะต้องกลัว เวลาที่พบเจอปัญหาหรืออุปสรรค ผมจะใช้วิธีวิเคราะห์หาหนทางที่จะแก้ปัญหาด้วยตัวเอง และถ้าเราไม่สามารถแก้ปัญหาได้จริง ๆ ก็จะปรึกษารุ่นพี่ คนใกล้เคียงที่เคารพนับถือ รวมถึงคุณพ่อ เนื่องจากท่านมีประสบการณ์การใช้ชีวิตมาก่อน อีกทั้งประสบการณ์จากการเรียนกับประสบการณ์จากการทำงานหรือการใช้ชีวิตนั้นไม่เหมือนกัน คนที่เรียนมาถ้าไม่ได้ประสบการณ์การทำงานอาจจะไม่รู้ว่าควรแก้แบบไหน บางครั้งเราคิดว่าเราเก่งแล้ว แต่จริง ๆ แล้วยังมีคนเก่งกว่า เพราะฉะนั้นเราต้องปรึกษาผู้ใหญ่ ต้องฟังผู้ใหญ่ สิ่งนี้ถือเป็นสิ่งสำคัญ”

คุณหมอกล่าวถึงปัญหาที่บางครั้งทำให้รู้สึกเหนื่อยและท้อว่า ในการดูแลผู้ป่วย โรคบางโรคเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ซึ่งไม่ใช่เฉพาะคนไข้เท่านั้นที่เบื่อ บางครั้งผมเองก็รู้สึกเบื่อกับเหมือนกัน เพราะเหตุว่าทำไมเราจึงช่วยคนไข้ไม่ได้ แพทย์ไม่ใช่เป็นผู้วิเศษที่จะรักษาได้ทุกโรค ทั้งนี้โรคในปัจจุบันมีอยู่ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เราไม่ต้องทำอะไรก็หายเอง กลุ่มที่ 2 ถ้าไม่รักษาก็ไม่หาย และกลุ่มที่ 3

จะรักษาหรือไม่รักษา โรคก็ยังคงอยู่ เพียงแต่เราต้องพูดข้อเท็จจริงให้คนไข้รู้ เพราะคนไข้ส่วนใหญ่จะไม่รู้ เราจึงต้องสื่อสารให้คนไข้ได้เข้าใจ เพื่อให้เขาเข้าใจบริบทของโรคที่เขาเป็น เขาจะได้พยายามปรับตัวและเรียนรู้สิ่งที่เขาเป็น และอยู่กับมันให้ได้ ตรงกับที่เขายังมีชีวิตอยู่บนโลกใบนี้โดยไม่เครียด ผมจะบอกกับคนไข้เสมอว่า เมื่อคุณเป็นโรคเรื้อรังโรคนี้รักษาไม่หายขาดก็จริง แต่คุณมีความจำเป็นต้องรักษาเพื่อควบคุมไม่ให้เป็นรุนแรงขึ้น หรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เราต้องอธิบายให้เข้าใจ หรือต้องบอกกับคนไข้ตรง ๆ ว่า เรารักษาเต็มที่สุดความสามารถของหมอแล้ว แต่ถ้าคนไข้ยังรู้สึกไม่สบายใจ หรือไม่พอใจกับผลการรักษา คุณหมอไม่ตำหนิเลยถ้าคนไข้จะไปหาแพทย์ท่านอื่น จะลองเปลี่ยนแพทย์ดูก็ได้ คุณหมอยินดี เราต้องพูดความจริงกับคนไข้ สิ่งนี้คือสิ่งสำคัญที่สุด

“หัวใจสำคัญของการเป็นแพทย์ทุกสาขา สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ 1. ความรับผิดชอบ 2. ความมีวินัย 3. จริยธรรมจริง ๆ แล้วต้องมีทั้ง 3 ข้อ ไม่เฉพาะวิชาชีพแพทย์ ทุกรัฐวิชาชีพก็พึงที่จะต้องมีความเหมือนกัน เพียงแต่ว่าวิชาชีพแพทย์เป็นสิ่งที่ใกล้ชิดกับความเจ็บป่วย ใกล้ชิดกับชีวิตของผู้ป่วย จึงเห็นภาพชัดกว่าวิชาชีพอื่น”

สุดท้ายนี้ นพ.พรัช ได้ให้คำแนะนำแก่น้อง ๆ รุ่นใหม่ที่สนใจอยากเป็นแพทย์ผิวหนึ่งว่า การเป็นแพทย์วิชาชีพแพทย์เราคงไม่ได้มองเรื่องของ benefit หรือ profit อย่างเดียว เราต้องยอมรับว่าในสังคมปัจจุบัน ความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจก็เป็นส่วนหนึ่ง แต่ว่าในที่สุดแล้วก็ขึ้นอยู่กับตัวเราเอง เราต้องรักษาสสมดุลระหว่างความเป็นวิชาชีพแพทย์กับเรื่องของรายได้ เพราะทุกคนมีความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายเป็นค่าตอบแทน แต่อย่าให้มันเกินความจำเป็นจนกระทั่งดูแล้วยังไม่ไหวแพทย์ มันกลายเป็นนักธุรกิจไป เราจะรู้ตัวเราเองดีที่สุดที่จะได้อยู่ในจุดสมดุลได้ อย่างเราทำงานในโรงพยาบาลเอกชน เราควรจะรู้ว่าต้องทำมากน้อยแค่ไหน เราต้องยึดหลักวิชาชีพ อย่าไปทำในสิ่งที่เกินความจำเป็น บางสิ่งบางอย่างไม่ควรตรวจก็สั่งตรวจ ของพวกนี้ผมเชื่อว่าถ้าเรียนจบเป็นแพทย์ทุกคนต้องรู้อยู่ในใจตัวเองว่าสิ่งไหนควรทำ สิ่งไหนไม่ควรทำ โดยเราต้องมองคนไข้เป็นหลัก ไม่ใช่มองตัวเราเองเป็นหลัก ถ้ามองตัวคนไข้เป็นหลัก ปัญหาจะไม่เกิด แต่ถ้าเมื่อไรมองตัวเราเองเป็นหลัก ปัญหาจะตามมา

โซเดียม (Sodium, Na)

ผมคงย้อนเวลากลับไปเป็นเด็กอีกไม่ได้ แต่ถึงแม้กลับได้ ผมก็คงมีพฤติกรรม (ทางด้านสุขภาพ) ที่ดีกว่านี้ได้ยาก เพราะไม่ชอบรับประทานของหวาน น้ำหวานอยู่แล้ว แต่ถัดตอนนั้นมีความรู้เท่าตอนนี ซึ่งความรู้ทางด้านการแพทย์และโภชนาการได้มีความก้าวหน้าไปมาก ผมคงจะพยายามไม่รับประทานของเค็ม ๆ หรืออาหารที่เค็มมาก หรือมีเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊วอยู่บนโต๊ะ ซึ่งผมคิดว่าข้อมูลส่วนนี้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบ

องค์การอนามัยโลกเขียนไว้ในบท “Healthy Diet” เมื่อเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ว่า ถ้าประชาชนทั้งโลกรับประทานเกลือให้น้อยกว่า 5 กรัมต่อวัน หรือเทียบเท่ากับโซเดียม 2 กรัม (หรือเกลือประมาณ 1 ช้อนชา) เราจะลดการเสียชีวิตของชาวโลกได้ถึงปีละ 1.7 ล้านคน! จากการรับประทานเกลือน้อยอย่างเดียว! นอกจากนั้น องค์การอนามัยโลกยังเขียนบทความเกี่ยวกับ sodium เท่านั้น ซึ่งทุก ๆ คนน่าจะรู้ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งเปิดหาอ่านเองได้ในอินเทอร์เน็ต

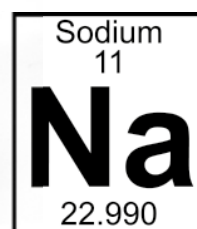
เรารับประทานเค็มมากเกินไป คนไทยมีน้ำปลาพริก ซีอิ๊ว ฝรั่งเศสมีเกลือ ขนาดเราไม่เพิ่มความเค็มบนโต๊ะอาหารเลย ก็มีเกลือมากพอแล้ว จากวัตถุดิบที่เรานำมาทำเป็นอาหาร แล้วเรายังใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว เพิ่มอีกในการปรุงอาหาร อาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ ต่างก็มีความเค็มมากอยู่แล้ว รวมทั้งของรับประทานเล่น เช่น ถั่วต่าง ๆ ที่มาเป็นถุง, potato chip, อาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ, อาหารกระป๋อง ก็คงต้องยอมรับว่าอาหารที่ไม่ได้ความเค็มลงไปบ้างจะมีรสชาติไม่ค่อยอร่อย แต่ถ้ารับประทานเค็มน้อยได้ จนชิน จนเป็นนิสัย จะดีมากร่างกายจะลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดทั่วร่างกายตีบและอุดตัน ทำให้เป็นโรคหัวใจวาย อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไตวาย โรคตา ฯลฯ ในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคท้องมาน คือมีน้ำในช่องท้อง (ascites) โดยมากแพทย์จะให้รับประทานอาหารที่รวมแล้วมีเกลือไม่ถึง 2 กรัม ซึ่งถ้าจะทำอย่างนี้ได้จริง ๆ จะต้องมีนักโภชนาการมาช่วยบอกว่าจะต้องเตรียมอาหารอย่างไร สำหรับเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊วบนโต๊ะในกรณีนี้ ต้องไม่มีอยู่แล้ว ด้วยเหตุนี้เองนักโภชนาการจึงมีความสำคัญต่อแพทย์และประชาชนมาก แพทย์ (ผมเอง) ไม่รู้ว่าวัตถุดิบอะไรมีเกลือเท่าไร รู้แต่ว่ารับประทานโซเดียม 2 กรัมต่อวันทำได้ยากมาก ทำได้ลำบาก แต่นี่ยังดี คือต้องทำอย่างนี้เวลาป่วย ฉะนั้นทำไมเราไม่ลดรับประทานเค็มให้น้อยลงตั้งแต่ในยามปกติ เพราะจะเป็นการป้องกันความดันโลหิตสูง หรือลดความดันโลหิตลงไป ความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ และสมองตีบและอุดตัน ฯลฯ แต่ก็ต้องมีความรู้พิเศษในการเตรียมอาหาร อย่าใส่เค็มมาก และบนโต๊ะไม่ควรมีเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือน้ำจิ้มอื่น ๆ ที่เค็มเลย

ตัวอย่างของโซเดียมที่เป็นส่วนประกอบในอาหารชนิดต่าง ๆ และกลุ่มอาหาร ปริมาณโซเดียมต่อ 100 กรัม เช่น เกลือแกง, เบคกิ้งโซดา, ผงฟู 38,000 มิลลิกรัม, ซุปก้อน, ผงปรุงรส, ซุป, เกรวี่ 20,000 มิลลิกรัม, ซีอิ๊วขาว 7,000 มิลลิกรัม, ขนมขบเคี้ยว 1,500 มิลลิกรัม, เบคอน 1,500 มิลลิกรัม, ซอส และอาหารที่ใช้ทาขนมปัง 1,200 มิลลิกรัม, ซีส (แข็ง) 800 มิลลิกรัม, ผักแปรรูป 600 มิลลิกรัม, เนย มายาโรน 500 มิลลิกรัม, ซีส (นุ่ม) 400 มิลลิกรัม, ธัญพืช และผลิตภัณฑ์ที่มาจากธัญพืช (ขนมปัง ซีเรียลอาหารเช้า ขนมปังกรอบ เค้ก ขนมอบ) 250 มิลลิกรัม, ปลา (ดิบ หรือแช่แข็ง) 100 มิลลิกรัม, ไข่ไก่ 80 มิลลิกรัม, นมและครีม 50 มิลลิกรัม, ผัก (สดและแช่แข็ง) 10 มิลลิกรัม, ผลไม้ (สดและแช่แข็ง) 5 มิลลิกรัม

การเปรียบเทียบส่วนประกอบของเกลือในแต่ละตัวอย่างอาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ปริมาณโซเดียมต่อ 100 กรัม เช่น เนื้อเนื้อไม่มีมัน และไขมัน 48 มิลลิกรัม, เนื้อบรรจุกระป๋อง 950 มิลลิกรัม, รำข้าว แป้งสาลี 28 มิลลิกรัม, ข้าวสาลี 1,000 มิลลิกรัม, ซีสแข็ง 620 มิลลิกรัม, ซีสที่ผ่านการแปรรูป 1,320 มิลลิกรัม, ถั่วเขียวตากแห้ง ต้มในน้ำที่ไม่ใส่เกลือบรรจุกระป๋อง 5 มิลลิกรัม, ชวนโดยใช้ความร้อน เอน้ำออก 220 มิลลิกรัม, ปรุงต้ม 370 มิลลิกรัม, บรรจุกระป๋อง 550 มิลลิกรัม, ปลาทอดในน้ำมันผสม 100 มิลลิกรัม, มันฝรั่งดิบ/ต้ม ในน้ำโดยไม่ใส่เกลือ 9 มิลลิกรัม, บรรจุกระป๋อง ชวนโดยใช้ความร้อน เอน้ำออก 250 มิลลิกรัม, ถั่วลิสงที่ยังไม่ได้ปรุงแต่ง 2 มิลลิกรัม, อบแห้ง ย่าง และดองเค็ม 790 มิลลิกรัม, ถั่วดิบ และต้มในน้ำโดยไม่ใส่เกลือ 400 มิลลิกรัม, ถั่วบรรจุกระป๋อง ชวนโดยใช้ความร้อน เอน้ำออก 250 มิลลิกรัม, มันฝรั่งแผ่นบาง ๆ ทำรับประทานเองที่บ้าน ทอดในน้ำมันผสม 12 มิลลิกรัม, เฟรนช์ฟราย แช่แข็ง อบทำขนม 53 มิลลิกรัม, แคลมอน ดิบ นึ่ง 110 มิลลิกรัม, บรรจุกระป๋อง 570 มิลลิกรัม, รมควิน 1,880 มิลลิกรัม, ข้าวโพดหวานต้มทั้งฝัก ต้มในน้ำโดยไม่ใส่เกลือ 1 มิลลิกรัม, บรรจุกระป๋อง ชวนโดยใช้ความร้อน เอน้ำออก 270 มิลลิกรัม, หน่อไม้ 47 มิลลิกรัม, หน่อไม้กระป๋องในน้ำมัน เอน้ำออก 290 มิลลิกรัม, หน่อไม้ในน้ำเกลือ เอน้ำออก 320 มิลลิกรัม

โซเดียม 1,000 มิลลิกรัม คือ 43.5 mmol

ตัวอย่างทั้งหลายข้างบนนี้ก็เพื่อทุก ๆ ท่านจะได้ทราบอาหารต่าง ๆ มีโซเดียมเท่าไร อย่าลืมว่าไม่ควรรับประทานโซเดียมมากกว่า 2 กรัมต่อวัน ซึ่งก็คือเกลือไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน หรืออย่างน้อยที่สุดคือ อย่าใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว เพิ่มบนโต๊ะ และพยายามอย่ารับประทานอาหารสำเร็จรูป



บีบีซี – หวั่นการใช้รถดีเซลซ้ำเติมปัญหาสภาพอากาศ หลังพบระดับไฮโดรคาร์บอนสายโซ่ยาวในชั้นบรรยากาศสูงกว่าที่ประเมินไว้ถึง 70 เท่า

ท่อไอเสียของรถบรรทุกและรถยนต์ที่ใช้น้ำมันดีเซลเป็นแหล่งกำเนิดของมลพิษนานาชนิดซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพอากาศ หนึ่งในนั้นคือ ไฮโดรคาร์บอนสายโซ่ยาวอันเป็นผลพลอยได้จากการเผาไหม้ของเครื่องยนต์และเป็นองค์ประกอบสำคัญในไอโซนและฝุ่นละอองซึ่งเป็นตัวการบ่อนทำลายคุณภาพอากาศ ขณะที่ค่ายรถยนต์ยังคงมองข้ามความสำคัญของไฮโดรคาร์บอนสายโซ่ยาว และมักไม่ได้รายงานไว้ในข้อมูลการปล่อยไอเสีย

ด้านนักวิจัยกล่าวว่า ที่ผ่านมามีข้อมูลน้อยมากเกี่ยวกับบทบาทของ



ไฮโดรคาร์บอนสายโซ่ยาวต่อปัญหาสภาพอากาศ แต่จากการตรวจสอบสภาพอากาศในกรุงลอนดอนได้เผยให้เห็นว่าระดับไฮโดรคาร์บอนสายโซ่ยาวที่สูงมากและส่วนใหญ่เป็นผลจากเครื่องยนต์ดีเซล พร้อมกันนี้คาดว่าหน้าที่ไฮโดรคาร์บอนสายโซ่ยาวเป็นองค์ประกอบสำคัญของฝุ่นละออง

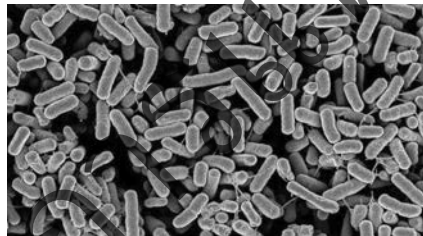
โดยตรงจึงน่าจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากปัญหามลพิษอากาศมากกว่าในโตรเจนไดออกไซด์เสียด้วยซ้ำ

นักวิจัยยังได้ตั้งข้อสงสัยถึงรายงานการปล่อยไอเสียของค่ายรถยนต์ว่าเกิดจากความประมาท ไม่ใส่ใจหรือจงใจปกปิดปัญหา โดยชี้ไปถึงกรณีข่าวโฉวของไฟลด์สวาทนซึ่งยอมรับว่าเจตนาปิดระบบควบคุมการปล่อยไอเสีย พร้อมกันนี้ยังได้เรียกร้องให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องปรับปรุงมาตรการตรวจสอบการปล่อยไอเสียของรถยนต์และรถบรรทุกให้สอดคล้องกับความเป็นจริงและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

บีบีซี – นักวิจัยแคนาดาชี้ การได้รับแบคทีเรียดีในช่วงแรกของชีวิตสามารถป้องกันโรคหอบหืดได้

ผลการศึกษารายงานในวารสาร Science Translational Medicine ชี้ว่า การไม่ได้สัมผัสกับแบคทีเรียชนิดดีประกอบด้วย *Faecalibacterium*, *Lachnospira*, *Veillonella* และ *Rothia* (เอฟแอลวีอาร์) ในช่วงอายุ 3 เดือน สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการเกิดโรคหอบหืดเมื่ออายุ 3 ปี และการได้รับแบคทีเรียดีจะช่วยป้องกันภูมิแพ้และหอบหืดได้

แบคทีเรียดีช่วยป้องกันหอบหืด



จากการศึกษาพบว่า การได้รับแบคทีเรียเอฟแอลวีอาร์เมื่ออายุ 1 ขวบ ไม่ได้ช่วยป้องกันภูมิแพ้และหอบหืด และจากการศึกษาในหนูทดลองที่ปลอดเชื้อพบว่า

การให้แบคทีเรียดังกล่าวสามารถลดการอักเสบของทางเดินหายใจในลูกหนู ซึ่งจากผลลัพธ์ในเบื้องต้นนี้ทำให้นักวิจัยคาดหวังว่าในอนาคตจะสามารถใช้วัคซีนเอฟแอลวีอาร์เป็นเครื่องมือป้องกันภูมิแพ้และหอบหืดในเด็กได้

รอยเตอร์สเฮลธ์ – การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังติดต่อกันเป็นระยะเวลานานอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ

นักวิจัยสหรัฐอเมริกาพบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังกับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรวัยทำงานที่มีภาวะสูญเสียการได้ยินคลื่นเสียงความถี่สูงของหูทั้ง 2 ข้าง ซึ่งความเสี่ยงดังกล่าวสูงเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการได้ยินเป็นปกติ โดยได้ชี้ให้เห็นบทบาทของภาวะสูญเสียการได้ยินคลื่นเสียงความถี่สูงในฐานะตัวบ่งชี้การพญุมลพิษทางเสียงเป็นเวลานาน

เสียงดังเพิ่มเสี่ยงโรคหัวใจ

ข้อมูลจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 5,223 คน ไม่พบความสัมพันธ์กับโรคหัวใจในผู้ที่สูญเสียการได้ยินเพียงข้างเดียวหรือสูญเสียการได้ยินคลื่นเสียงช่วงความถี่ต่ำ โดยนักวิจัยได้แนะนำให้พยายามปิดเสียงหรือลดเสียงทั้งที่บ้านและที่ทำงาน หรือในกรณีที่ทำได้ยากก็อาจป้องกันการได้ยินของตนเองโดยใช้ครอบหูลดเสียงหรือจุกอุดหู



วิ่งวันละไมล์เสริมสุขภาพนักเรียน

ปีปีซี - โรงเรียนประถมศึกษาในเมืองสเตอร์ลิงของอังกฤษนำร่องจัดตารางให้นักเรียนเดินหรือวิ่งวันละ 1 ไมล์ อันเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายส่งเสริมสุขภาพนักเรียน

โรงเรียนเซนต์นีเียนกำหนดให้นักเรียนเดินหรือวิ่งเป็นประจำทุกวันในสิ่งที่

จัดทำไว้เป็นพิเศษนอกสนามเด็กเล่นของโรงเรียน ซึ่งจากความสำเร็จด้านการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนจากโครงการ “วันละไมล์” ทำให้หลายโรงเรียนเริ่มให้ความสนใจที่จะดำเนินรอยตาม

แรกสุดนั้น นักเรียนพากันร้องไห้เพราะคิดว่าจะต้องไปวิ่งทำไมให้เหนื่อย

แต่หลังจากได้ร่วมวิ่งกับเพื่อน ๆ แล้วก็กลับกลายเป็นความสนุกและสังเกตว่าตัวเองมีสุขภาพดีขึ้น อีกทั้งหลายคนบอกว่าการวิ่งไปโดยไม่ต้องคิดอะไรนั้นช่วยคลายเครียดจากการเรียนและปัญหาอื่นได้เป็นอย่างดี



อนามัยโลกชูนโยบายรักษาเอชไอวีทั่วถึง



ปีปีซี - องค์การอนามัยโลกประกาศนโยบายการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับยาต้านไวรัสโดยเร็วที่สุดหลังตรวจพบเชื้อ

นโยบายการรักษาเอชไอวีใหม่ได้ยกเลิกคำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยรอจนกว่าจะเกิดโรคกำเริบ ขณะเดียวกันก็แนะนำให้จ่ายยาต้านไวรัสแก่ผู้ที่เสี่ยงต่อเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งการปรับนโยบายดังกล่าวทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นจาก 28 ล้านคนเป็น 37 ล้านคนทั่วโลก

ด้านโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติยกย่องว่า การปรับนโยบายครั้งนี้จะช่วยลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้ราว 21 ล้านคน และ 28 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 อย่างไรก็ตาม แหล่งข่าวได้ชี้ให้เห็นความท้าทายที่รออยู่ข้างหน้าทั้งในแง่การรับประกันการเข้าถึงการรักษาและเงินทุนมหาศาลเพื่อรองรับการขยายขอบเขตการรักษา

หลักฐานใหม่อ้างอิงนานพาเสียงเบาหวาน-หัวใจ

รอยเตอร์สเฮลธ์ - พฤติกรรมนั่งนานเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคหัวใจแม้ในผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ

ผลการศึกษาวิจัยโดยนักวิจัยสหรัฐอเมริกาต่อยอดผลกระทบด้านสุขภาพจากพฤติกรรมนั่งนาน หลังพบเป็นสาเหตุให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยไม่เป็นผลจากปัจจัยอื่นทั้งด้านอายุ เพศ น้ำหนักตัว หรือกระทั่งการออกกำลังกายเป็นประจำตามที่มีความแนะนำให้ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาทีในระดับปานกลาง หรือ 75 นาทีสำหรับการออกกำลังกายอย่างหนัก

ด้านนักวิจัยชี้ว่า การลดพฤติกรรมนั่งนานมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาระดับไขมันและน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมอันจะเป็นการช่วยป้องกันโรคเบาหวาน และโรคหัวใจ และ หลอดเลือด แม้ในผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ อนึ่ง สถิติขององค์การอนามัยโลกชี้ว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากการรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ โรคอ้วน ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และดื่มเหล้า



เลี้ยงลูกแบบปั่นได้



นพ.ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ เป็นแพทย์เฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้รับตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงศึกษาธิการตั้งแต่วันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ได้กล่าวถึงการเลี้ยงลูกไว้อย่างน่าสนใจ

ผู้คนมักนิยมถามว่าควรจะให้ลูก **เก่งก่อนดี...หรือ...ดีก่อนเก่ง** ซึ่งก็มีข้อคิดเห็นที่แตกต่างกันไปหลากหลาย

จากการศึกษาพบว่า ความเก่ง ความชน ความขยัน (perseverance) และความสามารถในการเข้าสังคม (socialability) มาจากกรรมพันธุ์มากกว่า 50% ดังนั้น การเลี้ยงดูก็อาจปรับเปลี่ยนความเก่ง ความชน และความขยันได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

ในอดีตตอนที่ นพ.ธีระเกียรติ ยังมีลูกเล็กอยู่ พอลูกร้องไห้ก็เกิดความสงสัยว่าควรอุ้มลูกเพื่อปลอบไหม ท่านได้ศึกษาก็พบว่าทฤษฎีหนึ่งเชื่อว่า ปลอบโยนให้ร้องจนหยุดเอง แต่อีกทฤษฎีกลับบอกให้อุ้มปลอบจนกว่าจะหยุดร้อง อันแสดงว่าทฤษฎีเองก็ยังมีความเห็นไม่ตรงกัน

ในสหรัฐอเมริกาสมัยก่อนพบว่า เด็กอเมริกันมักซื่อาย วิดกกังวล และกตเลียบ่อย ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิจึงชี้แนะนำให้เลี้ยงลูกแบบปล่อย ๆ ให้เป็นตัวของตัวเอง ผลปรากฏว่าอเมริกันชนรุ่นหลัง ๆ มักเกร ไม่มีระเบียบ และเป็นอึดปี้กันมาก ก่อนที่ผู้ทรงคุณวุฒิท่านนั้นจะเสียชีวิตก็ได้เขียนหนังสือขอโทษกลายเป็น เพื่อบอกให้สหรัฐอเมริกาหันกลับมาเลี้ยงลูกแบบเข้มงวดจะดีกว่า... เพราะแม้จะเข้มงวดมากไปจนอาจทำให้เด็กวิดกกังวลแต่ก็ยอมดีกว่าเลี้ยงปล่อยปละจนเด็กกลายเป็นคนเกร





การเลี้ยงดูเด็กเล็กควรใช้วิธีเข้มงวดเพื่อให้เด็กมีความรู้ แต่พอเด็กโตไปสักกระยะหนึ่งก็ค่อยเลี้ยงแบบปล่อย ๆ เพื่อให้เด็กไปค้นหาวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง ทั้งนี้เพราะถ้าเลี้ยงเด็กแบบปล่อย ๆ ตั้งแต่ต้น เด็กก็จะไม่รู้ว่าจะไปค้นหาอะไร

มีครั้งหนึ่งที่ นพ.ธีระเกียรติ ได้ถามแม่ถ้วน หลีกภัย (มารดาของคุณชวน หลีกภัย) ว่า เลี้ยงลูกอย่างไรจึงทำให้ลูกเป็นคนดี

แม่ถ้วนตอบว่า ต้องเข้มงวดกับลูก มีบางครั้งลูกเกร กลับบ้านไม่ตรงเวลา และเถียงไปต่าง ๆ นานา แม่ถ้วนก็จะบอกว่าบ้านนี้ใครใหญ่ อันทำให้ลูกต้องยอมเคารพกฎเกณฑ์ไปโดยอัตโนมัติ

ซึ่งตรงตามหลักการ Love and law

นั่นคือเลี้ยงลูกด้วยความรัก หลังจากนั้นเวลาสร้างกฎเกณฑ์ ลูกก็จะยอมปฏิบัติตาม

นพ.ธีระเกียรติ แนะนำวิธีเลี้ยงลูกแบบนี้ได้ ดังนี้

วิธีเลี้ยงให้ลูกเก่ง

• พุดคุยและเล่นกับลูก มีนักวิทยาศาสตร์ที่ได้รับรางวัลโนเบล รายหนึ่งเล่าว่า ตอนเด็ก ๆ ทุกครั้งหลังเลิกเรียน แม่ก็จะถามว่า “วันนี้ได้ถามคำถามอะไรดี ๆ กับครูบ้าง” อยู่เสมอ

- รู้ใจลูก
- สนับสนุนลูก
- หากิจกรรมและของเล่นที่หลากหลาย

มีการทดลองหนึ่งที่เปรียบเทียบหนูวัย (มีของเล่นเยอะแยะ) กับหนูจน (ไม่มีของเล่นเลย) ปรากฏว่าหนูที่มีของเล่นเยอะมักมีสมองดี แก้ปัญหาได้เร็ว รวมทั้งน้ำหนักสมองมากกว่า และเซลล์สมองก็มีการพัฒนาที่ซับซ้อนมากกว่า

- สอนโดยตรง

การอ่านจากคอมพิวเตอร์มักจะใส่ใจได้ไม่นานนัก เพราะมักจะหันไปเล่น facebook ไปด้วย จึงทำให้ตั้งใจสมาธิให้แน่วแน่ได้ไม่นาน ส่วนการเรียนรู้ผ่านออนไลน์ก็มักเรียนไม่จบเพราะไม่มีแรงจูงใจในการศึกษาเพียงพอ

ดังนั้น จะเห็นว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สิงคโปร์และฟินแลนด์มักนิยมใช้ textbook ในการเรียนการสอนมากกว่า

วิธีเลี้ยงให้ลูกดี

• เป็นพ่อแม่ที่ลูกเคารพ ตอนลูกเล็ก ๆ ต้องปกครอง แล้วพอโตค่อยปล่อยอิสระ รวมทั้งพ่อแม่ต้องทำตามทีพุดเพื่อให้คำพุดนั้นศักดิ์สิทธิ์

- สอนสิ่งที่ถูกและผิด
- สอนลูกให้มีความรัก
- สอนให้ลูกคิดก่อนทำ
- เป็นตัวอย่างที่ดี
- สอนให้รู้จักการรอคอย

การทดสอบของมาร์ช มาร์โล ทำโดยให้เด็กนักเรียนเลือกว่าจะรอครูกลับมาหรือจะกลับก่อน โดยที่ถ้าใครรอครูกลับมาจะได้รับขนม 2 ชิ้น หลังจากนั้นก็เฝ้าติดตามเด็กไปนาน 20-30 ปี พบว่าเด็กกลุ่มที่รอคอยมักประสบความสำเร็จทั้งด้านการงานและครอบครัว อันแสดงว่าการควบคุมตนเองได้ดี (Self Control) ก็ทำให้เกิดความภูมิใจในตนเอง (Self Esteem)

วิธีเลี้ยงให้ลูกก้าวร้าว

- ไม่มีกฎเกณฑ์
- ไม่ดูแลลูก
- ไม่ฝึกวินัย
- แก้ปัญหาให้ลูกไม่เป็น
- ทำให้ลูกเจ็บ

วิธีการเลี้ยงลูกแบบนี้ได้แบบนี้สามารถนำมาปรับใช้สำหรับครูที่ต้องการดูแลลูกศิษย์ หรือเจ้านายที่จะดูแลลูกน้องได้เช่นกัน



ธรรมาภิบาลกับคุณภาพการรักษาพยาบาล

นับตั้งแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับประชาชนพลเมืองไทย กล่าวคือ

1. กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทในการจัดบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนทั่วไปในราคาถูก (ไม่มีกำไร) เกิดจากรัฐบาล (ไม่มีการจัดบริการ) เพื่อเป็นสวัสดิการของประชาชน ถูกตัดงบประมาณทั้งหมดที่เคยได้รับในการทำงานในการหน้าที่ให้การบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชน ทำให้กระทรวงสาธารณสุขกลายเป็นกระทรวงที่แปลกประหลาดที่สุดของประเทศไทย คือมีหน้าที่จัดทำบริการแต่ไม่ได้รับงบประมาณจากรัฐบาลในการจัดบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขถูกกำหนดให้เป็น “ผู้ขายบริการ” ในขณะที่งบประมาณในการจัดบริการให้ประชาชนคนป่วยนั้นถูกส่งไปให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ถูกกำหนดให้เป็น “ผู้ซื้อบริการแทนประชาชน”

2. งบประมาณที่ สปสช. ได้รับมาเพื่อ “จ่ายเป็นค่า (ซื้อ) บริการสาธารณสุข” นั้นเรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” แต่ สปสช. ไม่ได้จ่าย (ราคาซื้อ) แบบตรงไปตรงมาเต็มตามจำนวนที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเรียกเก็บ (ราคาขาย) กล่าวคือกระทรวงสาธารณสุขทำงานรักษาผู้ป่วยมีต้นทุนราคาหนึ่ง แต่ สปสช. “ซื้อบริการ” โดยการจ่ายเงินในการซื้อ “ต่ำกว่าราคา” ต้นทุนตลอดมา ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาการขาดเงินหมุนเวียนในการทำงานให้บริการรักษาประชาชน และเรียกร้องให้ สปสช. บริหารจัดการ “กองทุนหลักประกันสุขภาพใหม่” แต่ก็ไม่ทำให้ สปสช. รับฟังและทำตามในการแก้ปัญหาเหล่านี้ได้เลย

3. เนื่องจากเงินงบประมาณ “ค่าซื้อบริการ” ของ สปสช. นั้นได้รวมเอางบประมาณ “เงินเดือนของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข” เข้าไปด้วย และโรงพยาบาลของกระทรวงมี “ศักยภาพ” ในการรักษาผู้ป่วยไม่เท่ากัน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

3.1 โรงพยาบาลประจำตำบล เรียกว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีแพทย์ประจำ
3.2 โรงพยาบาลประจำอำเภอ เรียกว่า โรงพยาบาลชุมชน มีแพทย์ประจำแต่อาจไม่มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางประจำครบทุกสาขา

3.3 โรงพยาบาลประจำจังหวัด มี 2 ระดับ คือ
3.3.1 โรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาหลักแทบทุกสาขา แต่บางสาขาก็ยังไม่มีครบ หรือมีจำนวนเพียง 1-2 คน

3.3.2 โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ Hospital and Medical Center มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (เกือบ) ทุกสาขา และมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเป็นจำนวนมาก เนื่องจากต้องรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหนักและยุ่งยากซับซ้อน

3.4 โรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์เฉพาะทางเป็นโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ซึ่งมีศูนย์การแพทย์เฉพาะสาขา เช่น โรงพยาบาลเลิดสินมีศูนย์การแพทย์ด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถาบันผิวหนัง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขานั้น ๆ เป็นจำนวนมาก การที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีจำนวนบุคลากรไม่เท่ากันทำให้จำนวนเงินเดือนที่ถูกหักออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเหลือไม่เท่ากัน บางแห่งได้รับงบประมาณรายหัวเหลือไม่ถึง 1,000 บาท กล่าวคือ โรงพยาบาลหลายแห่งได้รับงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยไม่เท่าทุน หลายแห่งเกิดภาวะ

ขาดสภาพคล่องทางการเงิน และมีบางแห่งไม่มีเครดิตทางการเงินเนื่องจากบริษัทฯ ไม่ยอมขยายยาให้

4. นอกจาก สปสช. จะจ่าย “ราคาซื้อบริการ” ไม่เท่ากับ “ราคาขายบริการในการรักษาผู้ป่วยแล้ว” สปสช. ยังแบ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกเป็นกองทุนย่อย ๆ (สำหรับรักษาเฉพาะบางโรค) อีกหลายสิบกองทุน ทำให้เงินที่จะรักษาผู้ป่วยโรคทั่ว ๆ ไปนั้นยิ่งเหลือน้อยลงไปอีก โรงพยาบาลเมื่อได้รับเงินน้อยลงก็ยิ่งขาดเงินหมุนเวียนในการรักษาผู้ป่วยยิ่งขึ้น

5. แต่ในขณะที่โรงพยาบาลได้รับเงินในการรักษาผู้ป่วยไม่ “เท่าทุน” ในการรักษานั้น สปสช. กลับนำเอาเงินเหล่านั้นไปจ่ายให้แก่หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ “หน่วยบริการ” คือไม่ได้มีการกักเงินไว้ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วย เช่น เอาไปจ่ายให้แก่มูลนิธิต่าง ๆ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัย และองค์กรอื่น ๆ อีกมากมาย

6. เมื่อ สปสช. เห็นว่าเงินที่ใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยนั้นไม่เพียงพอ (จากการบริหารงานที่ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์หรือกฎหมายของ สปสช.เอง) สปสช. จึงรวบอำนาจในการ “จัดซื้อยา และเครื่องมือแพทย์” มาดำเนินการเองและอ้างว่า “การที่ สปสช. ซื้อยาเองนั้นสามารถประหยัดงบประมาณได้หลายพันล้านบาท แต่ยาและเครื่องมือแพทย์ที่ สปสช. จัดซื้อมานั้นมีคุณภาพมาตรฐานต่ำ ทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อกันของผู้ป่วยสูงอายุที่มีมาก 5 โรค คือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด มะเร็ง และเส้นเลือดในสมองตีบ มีอัตราการตายมากกว่าและเร็วกว่า (ตายเร็วกว่า) ผู้ป่วยโรคเดียวกันในระบบสวัสดิการข้าราชการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลงานวิจัยของ ดร.วรรณชาญด้วยชัย นักวิจัยของ TDRI และชุดผลที่ได้ต่างหลอกล่อเลียดหัวโล้นมีคุณภาพต่ำ เลนส์แก้วตาเทียมก็มีคุณภาพต่ำเช่นเดียวกัน

7. นอกจากการที่ สปสช. ไปเหมาซื้อยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพต่ำ ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยที่ต้องไปรับยานี้แล้ว ยังปรากฏว่ายาที่ซื้อมาในราคาแพงกว่า ๆ นั้น บางชนิดเป็นยาที่ใกล้จะหมดอายุแล้ว กว่ายาจะส่งมาถึงโรงพยาบาลและจำหน่ายให้แก่ผู้ป่วยก็เป็นเวลาที่ยาหมดอายุไปแล้วก็มี (เรื่องนี้ เป็นข้อมูลตรงจากหัวหน้าเภสัชกรของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง)

8. การที่ สปสช. เองมีงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปซื้อยาและเครื่องมือแพทย์เองนั้น นอกจากจะได้ยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพต่ำแล้ว สปสช. ยังซื้อยาผ่านองค์กรเภสัชกรรม และองค์กรเภสัชกรรมก็ให้เงิน “ค่าตอบแทน” แก่ สปสช. เป็นจำนวนเงินหลายร้อยล้านบาท ซึ่ง สปสช. ควรจะต้องจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลที่เป็น “เจ้าของงบประมาณ” แต่ สปสช. กลับนำเงินนี้ไปใช้ประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ของ สปสช. เอง โดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ได้วินิจฉัยแล้วว่าเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง ผิดกฎหมาย แต่หลังจากที่ สตง. ได้แจ้งแก่ สปสช. แล้ว แทนที่ สปสช. จะแก้ไขให้ถูกต้อง สปสช. กลับไปออกระเบียบย้อนหลังอนุญาตให้ สปสช. ทำเช่นนั้นได้ แล้วก็มาแก้ตัวว่าทำตามระเบียบของ สปสช. ซึ่งไม่สามารถทำได้ เพราะไม่ใช่สิ่งที่ถูกต้อง แต่ สปสช. ก็ทำไปแล้ว

9. นอกจาก สปสช. จะจัดซื้อยาเอง (ทั้ง ๆ ที่กฎหมายไม่ได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของ สปสช. แล้ว) สปสช. ยังไปบอกรัฐบาลให้ตั้งคณะกรรมการยาหลักแห่งชาติ บังคับให้แพทย์เข้าในการรักษาผู้ป่วยเฉพาะยาที่มีอยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น

ทำให้แพทย์ไม่สามารถสั่งยาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนได้ และในการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีระยะสุดท้าย สปสช. ก็บังคับว่าแพทย์จะรักษาได้วิธีเดียวเท่านั้น คือการล้างไตอย่างต่อเนื่องทางหน้าท้อง (CAPD-first) ถ้าแพทย์เห็นว่ารักษาแบบนี้ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย จะรักษาโดยทำ hemodialysis (การฟอกเลือด) ก็ทำไม่ได้ เพราะ สปสช. จะ “ตัดสิทธิ” การรักษาของผู้ป่วยนั้นทันที

10. นอกจาก สปสช. จะลิดรอนสิทธิผู้ป่วยโดยการกำหนดการรักษามาตรฐานโดยไม่เหมาะสมของผู้ป่วยแล้ว การทำเช่นนี้ยังเป็นการละเมิดสิทธิแพทย์ และทำลายมาตรฐานการแพทย์ให้ตกต่ำลงไปอีกด้วย

11. สำหรับการพิจารณาจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยในที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการต่าง ๆ นั้น สปสช. ก็จะกำหนดราคากลางในการรักษาโรคร่วม (DRG) ไว้เพื่อ “ซื้อ” บริการรักษาผู้ป่วยใน (in-patient) ให้แก่โรงพยาบาลต่าง ๆ (โรงพยาบาลจ่ายเงินในการรักษาไปแล้ว เรียกเก็บเงินที่หลัง-เงินผ่อน) แต่ราคากลางที่ สปสช. ตั้งขึ้นมานั้นมักจะต่ำกว่าราคาคำนวณของโรงพยาบาลที่ต้องใช้ในการรักษาจริง ทั้ง ๆ ที่ในกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น กำหนดไว้ว่าการกำหนดราคากลางในการรักษาผู้ป่วยนั้น สปสช. ต้องทำการประชุมรับฟังความคิดเห็นของโรงพยาบาล เพื่อเอามาพิจารณากำหนดราคากลาง แต่ สปสช. ก็ไม่นำเอาข้อเสนอของโรงพยาบาลต่าง ๆ มาประกอบการพิจารณากำหนดราคากลางด้วยเลย เรียกว่า “ผู้ซื้อกำหนดราคาซื้อเอง” ส่วนผู้ขายไม่สามารถกำหนดราคาได้ และไม่สามารถปฏิเสธผู้ป่วยได้ เพราะเป็นภาระหน้าที่ที่จะต้องรับผู้ป่วยทุกคน และเป็นจริยธรรมของโรงพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิเสธผู้ป่วยได้ จึงทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ เกิดภาวะขาดทุนอย่างต่อเนื่องตลอดมาภายหลังจาการมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

12. นอกจาก สปสช. จะทำให้มาตรฐานการแพทย์ตกต่ำในการรักษาผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว สปสช. ยังไปเสนอให้กรมบัญชีกลางซึ่งดูแลการจ่ายเงินในการรักษาผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการให้ออกข้อบังคับในการจ่ายยา และในการคิดราคากลางโรคร่วม (DRG) ในแบบเดียวกันกับ สปสช. อีก ทำให้ข้าราชการออกมาคิดด้านค่าส่งยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานของกรมบัญชีกลาง จนทำให้กรมบัญชีกลางต้องยับยั้งการออกคำสั่งดังกล่าวไว้ก่อน แต่ก็นำหัวเกรงว่าอีกไม่นานก็อาจจะมีการสั่งประหลาด ๆ ออกมาจากกรมบัญชีกลางอีก

13. การคัดเลือกและสรรหากรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น มีการดำเนินการที่ไม่โปร่งใส ทำให้เกิดการหมุนเวียนเอาคนกลุ่มเดียวกันที่เป็นผู้ใกล้ชิดหรือพรรคพวกเดียวกันกับผู้ก่อตั้งองค์กรตระกูล ส. ที่ใคร ๆ ก็รู้และมีการอ้างถึงเสมอว่าเป็น กลุ่ม “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ที่มี นพ.ประเวศ วะสี เป็นหัวหน้ากลุ่ม มาหมุนเวียนกันเป็นกรรมการบอร์ด หรือเป็นเจ้าหน้าที่ ที่ปรึกษา และอนุกรรมการ มีการตั้งมูลนิธิคือรับเงินจากงบประมาณแผ่นดินไปดำเนินการต่าง ๆ ทั้ง ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการ “ขายบริการสาธารณสุข” นับว่าเป็นการดำเนินการที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย เข้าข่ายการทุจริตประทุมิชอบ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นนี้ จะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งมีเลขาธิการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น

เป็นการบริหารงานที่ผิดหลักธรรมาภิบาลในการบริหาร (Good Governance) ดังนี้คือ

1. ไม่ถูกต้องตามหลักกฎหมาย คือขาดหลักนิติธรรม ได้แก่

1.1 การเอาเงินที่ควรจะใช้รักษาผู้ป่วยไปให้แก่องค์กรเอกชนหรือหน่วยงานที่ไม่ได้ดูแลรักษาสุขภาพโดยตรง ในขณะที่ “หน่วยบริการ” ที่มีภาระในการรักษาผู้ป่วยมากมายมหาศาลกลับไม่ได้รับงบประมาณที่ “เท่าทุน” มีเงินไม่เท่ากับต้นทุนการ “ขายบริการ”

1.2 สปสช.ยังแบ่งเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพออกเป็นกองทุนย่อย ๆ อีกมากมาย โดยที่กฎหมายไม่ได้ให้อำนาจไว้

1.3 สปสช.ยังไปจัดซื้อยาและเครื่องมือแพทย์โดยที่กฎหมายไม่ได้ให้อำนาจหน้าที่ไว้เช่นเดียวกัน และการเอาเงินไปใช้ผิดกฎหมายนี้ยังเป็นการเอื้อประโยชน์ให้แก่พรรคพวกเดียวกันมากที่สุดอีกด้วย

1.4 สปสช.ไม่รับฟังความคิดเห็นของ “หน่วยบริการ” ในการกำหนดราคากลาง “ในการขายบริการผู้ป่วยใน” ทำให้โรงพยาบาลแบกรับภาระขาดทุนขาดตลอด

1.5 สปสช.เอาเงินไปให้หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ “หน่วยบริการ” ซึ่งผิดวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเงินที่ไปให้แก่หน่วยงานที่ไม่ใช่หน่วยบริการนี้ยังเป็นหน่วยงานที่กรรมการบอร์ดและอนุกรรมการของ สปสช. เป็นผู้บริหารอีกเป็นส่วนใหญ่

2. ไม่ถูกต้องตามหลักคุณธรรม คือขาดหลักคุณธรรม เพราะไม่เห็นความสำคัญของชีวิตมนุษย์ว่าสำคัญที่สุด คิดแต่เพียงจะประหยัดเงินจากการซื้อยา เครื่องมือแพทย์ และการรักษาที่ราคาถูกโดยไม่ใส่ใจกับคุณภาพการรักษาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

3. ไม่ถูกต้องตามหลักความโปร่งใส เพราะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์อย่างโปร่งใส มีความน่าสงสัยเกี่ยวกับการได้รับ “เงินทอนค่ายา” และไม่สามารถตรวจสอบได้ว่ามีการรับใช้ของงบประมาณไปในการจัดซื้อยาและเครื่องมือแพทย์ไปมากมายมหาศาลแค่ไหน รู้แต่ว่าเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสูญหายไปหมดถึงมือสถานบริการมากมาย ซึ่งควรต้องตรวจสอบให้กระจ่างแจ้งโดยด่วน

4. ไม่ถูกต้องตามหลักความมีส่วนร่วม กล่าวคือไม่รับฟังและนำเอาความคิดเห็นของโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุขไปพิจารณาแก้ไขปัญหาระบบขาดแคลนงบประมาณในการรักษาผู้ป่วย แม้ว่าทั้งโรงพยาบาลต่าง ๆ และผู้บริหารกระทรวงจะขอให้แก้ไขก็ตาม ดังปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาตลอดเวลาที่ผ่านมาหลังจากการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. ไม่ถูกต้องตามหลักความรับผิดชอบ ยกตัวอย่างให้เห็นชัดเจนก็คือ เมื่อ สปสช.ซื้อยาเองทำให้ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตายมากกว่า และตายเร็วกว่าผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ สปสช.ก็ออกมาปฏิเสธและได้ความว่า ผู้วิเคราะห์เขานั้นมีความเข้าใจผิด ทั้ง ๆ ที่ก็เป็นข้อมูลเดียวกันกับที่รับจ้างวิจัยของ สปสช.เป็นผู้ออกมาเปิดเผยผลการวิจัยนั้นเองว่า มีความเหลื่อมล้ำของผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับระบบสวัสดิการข้าราชการ โดยผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ นอกจากนั้นแล้ว สปสช.ยังทำการโฆษณาชวนเชื่อว่า “รักษาทุกคน” โดยที่ สปสช.ก็รู้อยู่แก่ใจว่าไม่เป็นความจริง เพราะอีกหลาย ๆ โรคที่ สปสช.มา “เพิ่มสิทธิการรักษา” ให้ทีหลัง แต่ก็ยังออกมาโฆษณาอีกว่า “สปสช.เป็นผู้ให้สิทธิการรักษาเพิ่ม” ทั้ง ๆ ที่ถ้ารักษาทุกคนจริงตั้งแต่แรกแล้วก็ไม่ต้องมีการมาเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษาทีหลัง แสดงว่า สปสช.ไม่ “รับผิดชอบ” กับภาระโฆษณาและการบริหารงานของ

สปสช.เอง สปสช.ยังไปโฆษณาในองค์กรอนามัยโลกและที่ประชุมนานาชาติว่า สปสช.ได้ทำให้ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพเกือบ 100% แต่ไม่เคยกล่าวยอมรับเลยว่า หลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นเป็นสาเหตุแห่งความตกต่ำของคุณภาพมาตรฐานการบริการทางการแพทย์ กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับยาและการรักษาที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับอาการป่วยของตน เพราะการจำกัดยาและการรักษา การเหมาโหลซื้อยา เครื่องมือแพทย์ เสน่ห์ แก้วตาเทียม ขดลวดต่างเส้นเลือดหัวใจ และรายการยาที่จำกัด และการบังคับห้ามจ่ายยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ สปสช.กำหนด ทำให้ผู้ป่วยถูกตรึงตรอนสิทธิที่จะได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐาน และ สปสช.ก็จะพูดเสมอว่า การประกันสุขภาพ 3 ระบบ คือ ประกันสังคม ข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพ ทำให้เกิดความ “เหลื่อมล้ำ” ในหมู่ประชาชน ทั้ง ๆ ที่การประกันสังคมและระบบสวัสดิการข้าราชการนั้นเป็นระบบที่มีมาก่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่พอมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกลับไปเสนอให้ทั้ง 2 ระบบนั้นกลับมาดำเนินการ “ลดคุณภาพมาตรฐาน” การรักษาโดยการจำกัดรายการยา และเครื่องมือแพทย์เพื่อประหยัดเงินเหมือนกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเห็นได้ว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ทำลายคุณภาพมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทย แต่ สปสช.ไม่ได้หยุดยั้งแค่นั้น แต่พยายามที่จะ “รวบ 3 กองทุน” เข้าไปเป็นกองทุนเดียวในความควบคุมของ “สภาประกันสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งก็เป็นคนในกลุ่มสมทบด้วย เชื้ออันญาติเขาเท่านั้นที่จะเข้ามาเป็นกรรมการในสภาประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะตั้งขึ้นใหม่ ตามการยกย่องพระราชบัญญัติฉบับใหม่ โดยมี นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นผู้นำในการยกย่อง โดยรายละเอียดของพระราชบัญญัตินี้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า ผู้ที่มีส่วนร่วมในการยกย่องพระราชบัญญัตินี้คือการที่จะมาอำนาจในการบริหารกองทุนประกันสุขภาพทั้งหมดมาจับมือเนื่องยาวนานและมีอำนาจเหนือรัฐไปอีกด้วย

6. ผิดหลักความถูกต้อง เพราะคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช.ได้กล่าวอ้างมาับันการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย ล่วงละเมิดสิทธิผู้ป่วย (โดยผู้ป่วยไม่ทราบ) แต่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาและเครื่องมือแพทย์ที่ไม่เหมาะสม ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของแต่ละคน ทำให้ได้รับผลการรักษาไม่ดี เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย เช่น ผ่าตัดตัดกระดูกทั้ง ๆ ที่ยังไม่สมควรผ่า และยังได้รับเสน่ห์ แก้วตาเทียมที่มีคุณภาพต่ำ ทำให้ต้องมารับการผ่าตัดซ้ำในเวลาไม่นาน หรือผู้ป่วยบางรายต้องยอมเสียเงินจ่ายซื้อเสน่ห์ แก้วตาที่มีคุณภาพดีแทน ทำให้ต้องละสิทธิในการได้รับการบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

นอกจากนั้นแล้ว การโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่เกินจริงว่ารักษาทุกคน โดยไม่จำกัดขอบเขต และไม่กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของประชาชนที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักในความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและการมารับบริการทางการแพทย์มากขึ้น และประชาชนบางคนไม่ตระหนักว่าการรักษานั้นมีค่า ทำให้เสียทั้ง ๆ ขว้าง ๆ และไป “แสวงหาการรักษาอาการเดิมในโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่ง” ทำให้อัตราการไปใช้บริการมากขึ้นจนเกินไป

คุณภาพการรักษาผู้ป่วย การบริหารงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น นอกจากจะผิดหลักธรรมาภิบาลดังกล่าวดังกล่าวแล้ว ยังก่อให้เกิดการแสวงหาผลประโยชน์เข้าพวกเข้าห่อโดยมิชอบ ทำให้คุณภาพการรักษาพยาบาลตกต่ำ แทนที่ผู้ป่วยจะหายจากโรค ก็อาจจะเกิดภาวะดื้อยา คืออาการของโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษา แทนที่จะหายก็ไม่หาย ทำให้อัตราการ

รอดชีวิตลดลงดังที่ได้กล่าวแล้ว นอกจากนั้นแล้วการที่ สปสช.ให้สิทธิการรักษาฟรีแก่ประชาชนเพียง 48 ล้านคน ทำให้คนอื่น ๆ ไม่ได้รับสิทธิเหล่านั้น และการให้สิทธิทั้งคนจนและไมจนนั้นอาจทำให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียมในหมู่คนเหล่านี้เท่านั้น แต่ก็ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่คน 48 ล้านคนที่มีทั้งคนจนและคนไม่จน และทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำและไม่เป็นธรรมแก่ประชาชนในกลุ่มประกันสังคมที่ต้องจ่ายเงินของตนเองรวมกับนายจ้างจึงจะได้รับสิทธิในการประกันสุขภาพ การให้การรักษาฟรีแก่คนเหล่านี้ยังเป็นการแบ่งงบประมาณแผ่นดินที่เพิ่มขึ้นทุกปี มีการมาใช้บริการรักษาโรคเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดทุกปี ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีการ “กำหนดหน้าที่” ของประชาชนผู้มีสิทธิ ทำให้ประชาชนไม่ต้องรับผิดชอบในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพราะรับรู้ว่ามีผู้ป่วยก็จะได้รับการ “รักษาทุกคน” จึงทำให้มีการเรียกร้องสิทธิมากขึ้นตลอดมา อัตราการป่วยก็ไม่ลดลง และประชาชนส่วนมากไม่เห็นคุณค่าของยาที่ใช้ในการรักษา (เพราะไม่ต้องรับภาระการจ่ายเงินจากการแป๊ะตัวเอง) ประชาชนบางส่วนจึงเสียทั้ง ๆ ขว้าง ๆ จนมีรัฐมนตรีคนหนึ่งทำโครงการเอายาเก่ามาแลกใช้ไปรับประทา (ใช้อีก) จึงถึงเวลาที่จะพบทวนหลักการในการประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทยใหม่ เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองและคนในครอบครัวอย่างครบวงจร เริ่มจากการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจคัดกรองก่อนเกิดโรค การวินิจฉัยโรคที่ได้ อย่างรวดเร็วตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อรักษาโรคแต่แรกเริ่มอย่างรวดเร็ว สิ่งเหล่านี้สามารถทำให้เกิดขึ้นได้โดยช่วยให้การศึกษาแก่ประชาชนให้ประชาชนมีความรู้และความสามารถในการรักษาโรคเบื้องต้นได้เอง (ปฐมพยาบาล) และให้รู้ว่าการป่วยแบบไหนไม่ควรรักษาเอง ถึงเวลาต้องไปพบแพทย์แล้ว ไม่เช่นนั้นอาการจะลุกลามเกินเยียวยา และเมื่ออาการดีขึ้นหรือเมื่อไปพบแพทย์แล้วในขณะนั้นใช้หรือหายจากอาการป่วย ควรฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างไร ซึ่งการให้ความรู้เหล่านี้แก่ประชาชนจะทำให้ประชาชนลดการไปพึ่งพาอาศัยแพทย์ บุคลากรสาธารณสุขและโรงพยาบาล โดยที่ประชาชนก็มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาวอย่างแข็งแรงทั้งกาย ใจ อารมณ์ สังคม ต้องปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อไม่ครอบคลุมประชาชนทุกคน แต่ควรกำหนดให้ประชาชนทุกคนมี “หน้าที่และความรับผิดชอบ” ในการร่วมจ่ายค่ายาหรือค่ารักษาบ้างเหมือนในระบบของญี่ปุ่น ทั้งนี้เพื่อจะทำให้ประชาชนตระหนักในราคาและคุณค่าของการรักษา และยังทำให้ประชาชนมีความเต็มใจที่จะสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคขึ้น เพราะรู้ว่าเมื่อไปโรงพยาบาลก็จะไม่ได้ไม่ต้องไปจ่ายเงินในเวลาราว และจะได้ไม่ต้องเสียเวลาทำมาหากินในการต้องไปโรงพยาบาลเพื่อรักษาตัวบ่อย ๆ

ทั้งนี้ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยนั้น ไปลอกเลียนต้นแบบมาจากอังกฤษ ซึ่งในขณะนั้นประเทศอังกฤษเองก็มีชาวเรือการะงบประมาณที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี จนมีแผนการที่จะต้องปฏิรูประบบการประกันสุขภาพเช่นเดียวกัน ระบบสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่ร่ำรวย ก็ยังไม่ได้ใช้ระบบพริตหมดทุกคน แต่รัฐบาลจะช่วยเหลือเฉพาะคนจน คนชรา เท่านั้น ส่วนประชาชนทั่วไปจะต้องซื้อประกันสุขภาพทุกคน หรือในระบบรัฐสวัสดิการ เช่น กลุ่มประเทศแกนดินเวย ไม่เช่นนั้นก็จะจะต้องขึ้นอัตราภาษีเก็บภาษีรายได้มากขึ้นเป็น 40% ก็จะต้องเก็บภาษีรายได้ในอัตราสูงมาก ๆ เช่น 40% ของรายได้ประชาชน เพื่อที่จะจัดสวัสดิการฟรีแก่ประชาชนทุกคน โดยประชาชนต้องเสียภาษีในอัตราที่สูงอยู่แล้วทีเดียว

เทปกาทางการแพทย์แบบใหม่ ติดแน่นแต่ลอกง่าย

เชื่อว่าหลาย ๆ ท่านที่เคยใช้งานพลาสติกปิดแผลคงจะประสบปัญหาและลำบากกับการลอกพลาสติกปิดแผลออกภายหลังจากการใช้งานแล้วที่มักจะพบว่าพลาสติกปิดแผลนั้นมักติดแน่นอยู่กับผิวหนังและต้องพบกับความเจ็บปวดจากการลอกแกะพลาสติกปิดแผลดังกล่าวออก ปัญหานี้เกิดขึ้นในการทำงานทางการแพทย์เช่นเดียวกัน ซึ่งมีการใช้เทปกาทางการแพทย์ต่าง ๆ ทั้งแบบพลาสติกหรือแบบกระดาษในการยึดติดอุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ กับร่างกายของผู้ป่วยไม่ให้เกิดการเคลื่อนที่ เช่น ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ที่มักจะพบว่าการลอกเทปกาทางการแพทย์ออกจากผิวหนังผู้ป่วยนั้นมักจะทำให้เกิดการระคายเคือง การบาดเจ็บหรือหลุดลอกของผิวหนังของผู้ป่วยตามออกมา โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยทารกที่ผิวหนังมีความบอบบางและไม่แข็งแรง ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาเทปกาทางการแพทย์ที่สามารถลอกออกได้ง่ายซึ่งเหมาะต่อการใช้งานกับผิวหนังของผู้ป่วยที่ไม่แข็งแรง แต่เทปกาดังกล่าวจะเน้นไปที่การพัฒนาให้กาที่ใช้สามารถลอกได้ง่ายขึ้นหรือการเปลี่ยนแผ่นฟิล์มพลาสติกรองรับด้านหลังที่มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ถึงแม้เทปกาดังกล่าวจะสามารถลอกออกได้ง่าย แต่มักจะพบว่าแรงยึดติดของเทปกาดังกล่าวจะมีค่าลดลงมาก และส่งผลกระทบต่อการใช้งานได้อุปกรณ์ในการใช้งานได้

เทปกาทางการแพทย์ปกตินั้นจะประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ ชั้นของกาซึ่งทำหน้าที่ในการยึดติดและชั้นของฟิล์มรองรับด้านหลังซึ่งทำหน้าที่เสริมความแข็งแรงของเทปกาเมื่อเทปกาถูกลอกออกจากพื้นผิว เนื่องจากการยึดติดแน่นระหว่างชั้นกาและชั้นฟิล์มรองรับด้านหลังทำให้กาส่วนใหญ่ถูกดึงออกจากผิวหนังติดไปกับแผ่นฟิล์มรองรับด้านหลัง และเหลือกาบางส่วนติดอยู่บนผิวหนังเท่านั้น ซึ่งสิ่งนี้เองส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดและความเสียหายต่อผิวหนังจากการลอก ดังนั้น เทปกาแบบลอกง่ายแบบใหม่จึงถูกพัฒนาขึ้นโดยทีมวิจัยจากประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยการเพิ่มชั้นฟิล์มปลดปล่อยที่เป็นวัสดุในกลุ่มของซิลิโคนที่มีสมบัติการยึดติดที่ต่ำแทรกอยู่ระหว่างแผ่นฟิล์มรองรับด้านหลังและชั้นกา ซึ่งเมื่อเทปกาถูกลอกออกจะทำให้เกิดการแยกออกระหว่างชั้นฟิล์มปลดปล่อยและชั้นกา เหลือไว้แต่ชั้นของกาติดอยู่บนผิวหนังทั้งหมด ซึ่งด้วยวิธีนี้เองทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวดหรือทำให้เกิดความเสียหายต่อผิวหนังด้านล่างส่วนชั้นกาที่เหลือติดอยู่นั้นสามารถถูกลอกหรือดึงออกได้ง่ายในภายหลัง เนื่องจากเมื่อปราศจากชั้นฟิล์มรองรับด้านหลังแล้ว จะไม่มีความแข็งแรงมาก

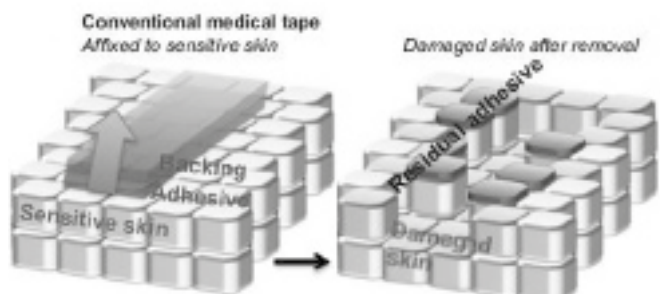


Stripping

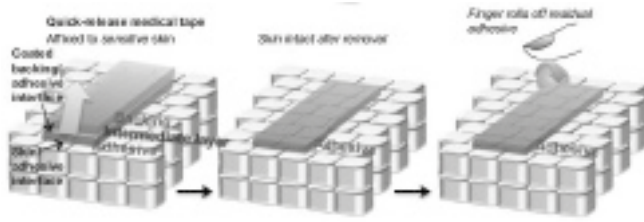


Mechanical Injury Due To Tension

ภาพตัวอย่างของความเสียหายของผิวหนังที่เกิดจากการใช้งานของเทปกาทางการแพทย์^[1]

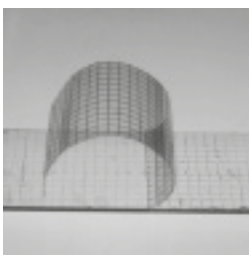


ภาพแสดงเทปกาทางการแพทย์แบบปกติที่ประกอบไปด้วยแผ่นฟิล์มรองรับด้านหลังและชั้นกา ซึ่งเมื่อเทปกาถูกลอกออกจากพื้นผิวจะเกิดการแยกหลุดลอกของกาบางส่วนติดอยู่บนผิวหนัง แต่กาส่วนใหญ่ถูกดึงออกจากผิวหนังติดไปกับแผ่นฟิล์มรองรับด้านหลัง^[2]

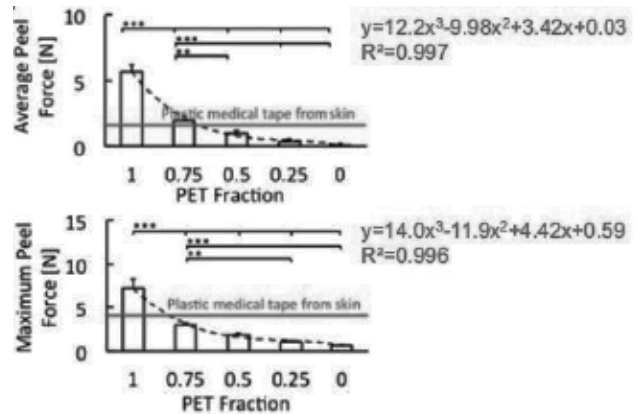


ภาพแสดงเทปกาวทางการแพทย์แบบลอกง่ายแบบใหม่ที่ประกอบไปด้วยการเพิ่มชั้นฟิล์มปลดปล่อยแทรกอยู่ระหว่างแผ่นฟิล์มรองรับด้านหลังและชั้นกาว ซึ่งเมื่อเทปกาวถูกลอกออก จะเกิดการแยกออกระหว่างชั้นฟิล์มปลดปล่อยและชั้นกาว เหลือไว้แต่ชั้นของกาวติดอยู่บนผิวหนัง^[2]

อย่างไรก็ตาม ด้วยความสามารถในการยึดติดที่ต่ำของชั้นปลดปล่อย ทำให้แรงยึดติดระหว่างชั้นกาวและชั้นปลดปล่อยจะมีค่าที่ต่ำ ซึ่งหากมีชั้นปลดปล่อยอยู่เต็มพื้นที่ของชั้นกาวแล้วจะส่งผลให้แรงยึดติดของเทปกาวแบบลอกง่ายโดยรวมนี้จะมีค่าต่ำมากและอาจไม่เหมาะสมต่อการใช้งาน ดังนั้น ทีมวิจัยจึงใช้เลเซอร์ในการกัดชั้นปลดปล่อยที่ยึดติดอยู่กับแผ่นฟิล์มรองรับด้านหลังให้หลุดออกและมีรูปแบบต่าง ๆ เพื่อสร้างส่วนของพื้นที่ที่ชั้นกาวสามารถแทรกผ่านเข้าไปยึดติดกับชั้นแผ่นฟิล์มรองรับด้านหลังได้ เพื่อช่วยเพิ่มแรงยึดติดระหว่างชั้นกาวและชั้นปลดปล่อย ซึ่งปริมาณและรูปแบบของการกัดชั้นปลดปล่อยออกนั้นจะมีความสัมพันธ์กับความต้านแรงลอกและความง่ายต่อการลอกของเทปกาวแบบลอกง่ายแบบใหม่นี้



ชั้นฟิล์มปลดปล่อยในเทปกาวแบบลอกง่ายแบบใหม่นี้จะถูกกัดด้วยเลเซอร์เป็นรูปแบบต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนค่าแรงลอกของเทปกาวได้^[3-4]



กราฟเปรียบเทียบแรงต้านการลอกของเทปกาวแบบลอกง่ายแบบใหม่ที่สามารถปรับเปลี่ยนให้มีค่าสูงหรือต่ำกว่าเทปกาวทางการแพทย์ปกติได้ตามปริมาณการกัดออกด้วยเลเซอร์ของชั้นปลดปล่อย^[2]



ภาพเปรียบเทียบระหว่างเทปกาวทางการแพทย์ปกติ (ซ้าย) และเทปกาวแบบลอกง่ายแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น (ขวา) เมื่อทำการติดบนกระดาษพับอริกามีซึ่งมีความบอบบางและลอกออก ซึ่งจะพบว่าเทปกาวปกตินั้นทำความเสียหายจากการลอกออก ในขณะที่เทปกาวแบบใหม่ไม่ทำความเสียหายต่อพื้นผิวกระดาษแต่อย่างใด^[2]

เอกสารอ้างอิง

1. <http://multimedia.3m.com/mws/media/1140950/reducing-adhesive-trauma-problem-solution.pdf>
2. B. Lulicht, R. Langer and J. M. Karp (2012) PNAS, 109, p. 18803.
3. <http://news.mit.edu/2012/new-medical-tape-for-sensitive-skin-1029>
4. <https://hms.harvard.edu/news/removing-ouch-factor-11-2-12>

Self-Tolerance/Autoimmunity

การไม่ตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน ต่อแอนติเจนของตนเอง

บทนำ

ในภาวะปกติร่างกายจะไม่มี การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อแอนติเจนของตนเอง หรือที่เรียกว่าภาวะ Self-Tolerance ความผิดปกติของการควบคุมระบบภูมิคุ้มกันนี้จะทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเองขึ้นได้ ในบทนี้จะกล่าวถึงกลไกของร่างกายที่รักษาภาวะ Self-Tolerance ไว้ ทฤษฎีต่าง ๆ ที่ทำให้ภาวะ Self-Tolerance เสียไปและก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันเนื้อเยื่อของตนเองขึ้น รวมทั้งอธิบายถึงองค์ประกอบและกลไกทางภูมิคุ้มกัน ที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพในโรคภูมิคุ้มกันเนื้อเยื่อของตนเอง

1. การไม่ตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อแอนติเจนของตนเอง (Self-tolerance)

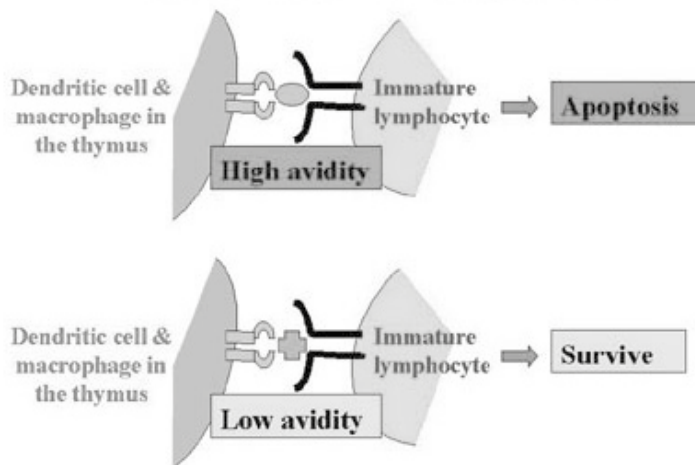
ในภาวะปกติร่างกายมีกลไกหลายประการซึ่งมีความซับซ้อนมากที่จะควบคุมระบบภูมิคุ้มกันให้อยู่ใน ภาวะสมดุล การควบคุมไม่ให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อแอนติเจนของตนเองก็เป็นการทำงานที่สำคัญประการหนึ่งของ ระบบ Immunoregulation เราเรียกภาวะไม่ตอบสนองต่อแอนติเจนของตนเองว่า Self-Tolerance ถ้ากลไกนี้ มีความผิดปกติไปจะทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง (Autoimmunity) ขึ้นได้ ถ้าภาวะนี้ก่อให้เกิด พยาธิสภาพจนเป็นอันตรายต่อร่างกายจะเรียกว่าเป็นโรคภูมิคุ้มกันเนื้อเยื่อของตนเอง (Autoimmune Disease) จะเห็นว่าความเข้าใจเบื้องต้นถึงระบบการควบคุมการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันในภาวะปกติจึงมีความสำคัญ มาก ทั้งเพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจถึงพยาธิกำเนิดของโรค รวมทั้งเพื่อใช้ประโยชน์ในการรักษา เช่น การชักนำ ให้เกิดภาวะ Self-Tolerance กลับคืนมา ในโรคภูมิคุ้มกันเนื้อเยื่อของตนเอง หรือการชักนำให้เกิด Acquired-Tolerance ในการรักษาโรคภูมิแพ้ หรือใช้ในการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ เป็นต้น

2. กลไกของ Self-Tolerance ที่สำคัญประกอบด้วย

2.1 Central unresponsiveness หรือ Central tolerance

คือกลไกที่ใช้กำจัดลิมโฟไซต์ที่สามารถทำปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อตนเองได้ โดยผ่านกระบวนการ Negative selection ซึ่งเกิดขึ้นภายใน Central lymphoid tissues เช่น ในต่อมไทมัส และในไขกระดูก กลไกการทำลาย ของเซลล์นี้เกิดขึ้นได้ทั้งกับ T และ B lymphocytes โดยเกิดจากการที่เซลล์นั้นถูกทำลายไป (Clonal deletion) หรือในบางกรณีเกิดจากการไม่ตอบสนองต่อแอนติเจน แต่ยังมีเซลล์นั้นปรากฏอยู่ (Clonal unresponsive หรือ Clonal anergy) ปัจจัยที่สำคัญสำหรับกระบวนการ Intrathymic selection ของ T lymphocytes คือโมเลกุลของ Self MHC ที่แสดงออกในต่อมไทมัส โดย T lymphocytes ที่จับกับ Self MHC ด้วย affinity หรือ avidity ที่สูง มาก ๆ จะถูกทำลายไป ส่วนกระบวนการ Negative selection ของ B lymphocytes เกี่ยวข้องกับการจับของ แอนติเจนกับ Membrane IgM หรือ B cells Ig receptor ที่อยู่บนผิวของ B lymphocyte โดยขึ้นกับ affinity,

Fig 1. Affinity/Avidity hypothesis



ชนิด และปริมาณของแอนติเจน โดย B cells ที่จับกับ membrane-bound self antigens ที่สามารถ Cross-link B cells Ig receptor ได้ด้วย avidity สูง ๆ จะถูกทำลายไป (Clonal deletion) (รูปที่ 1)

2.2 Peripheral unresponsiveness หรือ Peripheral tolerance

กระบวนการ Peripheral tolerance ประกอบไปด้วยกลไกอีกหลายประการที่ช่วยควบคุมการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน หลังจากทีลิมโฟไซต์ออกมาจาก Central lymphoid tissues แล้ว

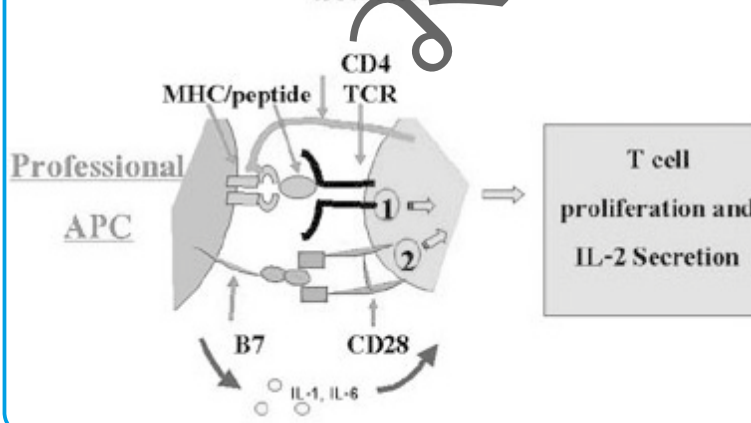
2.2.1 Sequestered antigens

กลไกหนึ่งที่ใช้อธิบายว่าทำไมร่างกายจึงไม่สร้างภูมิต่อเนื้อเยื่อบางชนิดในร่างกาย เกิดขึ้นเนื่องจากการที่แอนติเจนของเนื้อเยื่อตนเองบางชนิดอยู่ในบริเวณที่ไม่ถูกรับรู้ด้วยเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งมีชื่อเรียกว่า บริเวณอภิสิทธิ์ทางภูมิคุ้มกัน (Immunological Privileged site) โดยมักจะเป็นบริเวณที่ไม่มีเลือดหรือน้ำเหลืองไปเลี้ยงโดยตรง หรือมีสิ่งขวางกั้นอยู่ เช่น Blood brain barrier ทำให้แอนติเจนถูกนำเสนอต่อลิมโฟไซต์ หรือแมคโครฟาจได้ยาก นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการ Apoptosis พบว่าเนื้อเยื่อในบริเวณเหล่านี้มีการแสดงออกของ Fas ligand (FasL) จำนวนมาก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่ทำให้ T cell ที่สามารถเข้าไปในบริเวณดังกล่าวถูกทำลายด้วยกระบวนการ Apoptosis ผ่าน Fas-FasL ตัวอย่างเนื้อเยื่อที่จัดว่าเป็น Immunological Privileged site ได้แก่ เนื้อสมอง เชื้ออสุจิ และเลนส์ลูกตา เป็นต้น

2.2.2 การขาดสัญญาณที่สมบูรณ์สำหรับกระตุ้น T cells (Lack of complete signal for T cell activation)

ทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในการกระตุ้น T helper cell คือทฤษฎี “Two Signals model” ซึ่งกล่าวว่า กระบวนการกระตุ้น T cell ให้ทำงานอย่างสมบูรณ์จะต้องประกอบด้วยปฏิกิริยาที่สำคัญ 2 ชนิด (รูปที่ 2)

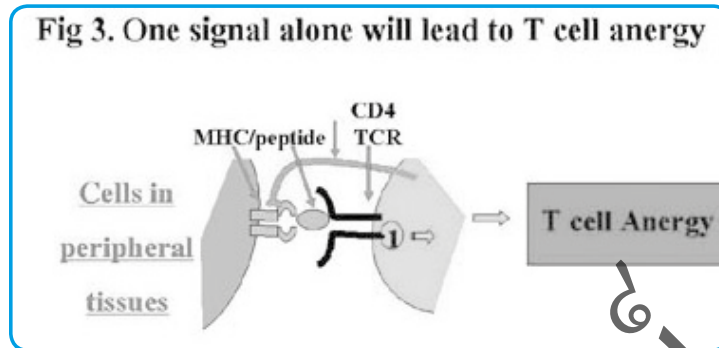
Fig 2. Two complete signals lead to T cell activation



นั่นคือ 1. ปฏิกิริยาระหว่าง T cell receptor ที่ จะรับรู้ complex ของ antigenic peptide กับ MHC class II molecule บนผิวของ APC โดยขั้นตอนนี้เป็นตัวกำหนดการกระตุ้น T cell ให้มีความจำเพาะต่อทั้งแอนติเจนและ MHC และ 2. ปฏิกิริยาระหว่าง co-stimulatory molecule ต่าง ๆ จากโมเลกุลที่อยู่บนผิวเซลล์ เช่น B7, CD28, CTLA-4 และจากลิมโฟไคน์ที่หลังจาก APC เช่น IL-1 และ IL-6 โดยปฏิกิริยาเหล่านี้มีความสำคัญในการเสริมและคงไว้ซึ่งการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์เพื่อให้เกิดการกระตุ้นของ T cell อย่างสมบูรณ์ได้ รวมทั้งยังช่วยส่งสัญญาณ (Signal transduction) ที่จำเป็นต่อ T cell อีกด้วย ดังนั้น ในการกระตุ้นให้ T cell ทำงานได้อย่างสมบูรณ์นั้นจะ

ต้องมีส่วนประกอบที่สำคัญดังกล่าวข้างต้นครบถ้วน จึงเห็นได้ว่าเมื่อแอนติเจนถูกนำเสนอบน professional APC เช่น แมคโครฟาจ หรือ dendritic cell ใน Secondary lymphoid organ ซึ่งเป็นบริเวณที่ T cell พบกับแอนติเจน professional APC ซึ่งมีการแสดงออกของ MHC class II และ co-stimulatory molecule ที่ต้องการ ก็จะสามารถกระตุ้นให้เกิดการแบ่งตัวและการทำงานของ T cell ที่สมบูรณ์ได้ ในขณะที่ Autoantigen ซึ่งแสดงออกในอวัยวะอื่นและถูกนำเสนอ

ให้กับ T cell โดยเซลล์ที่ขาดปัจจัยที่สำคัญ เช่น ไม่มีการแสดงออกของ co-stimulatory molecules หรือ MHC molecule จะทำให้เกิดภาวะ T cell anergy หรือ T cell unresponsiveness แทน (รูปที่ 3) ซึ่งเป็นกลไกของ Self-Tolerance ที่สำคัญมากประการหนึ่งที่เกิดขึ้นใน Peripheral tissue นอกจากนี้เนื่องจาก T helper (TH) cell เป็นปัจจัยสำคัญต่อการทำงานของ B และ Cytotoxic T cell ภาวะ Anergy ของ TH cell จึงเป็นตัวกำหนดการทำงานของเซลล์ทั้งสองชนิดนี้ด้วย

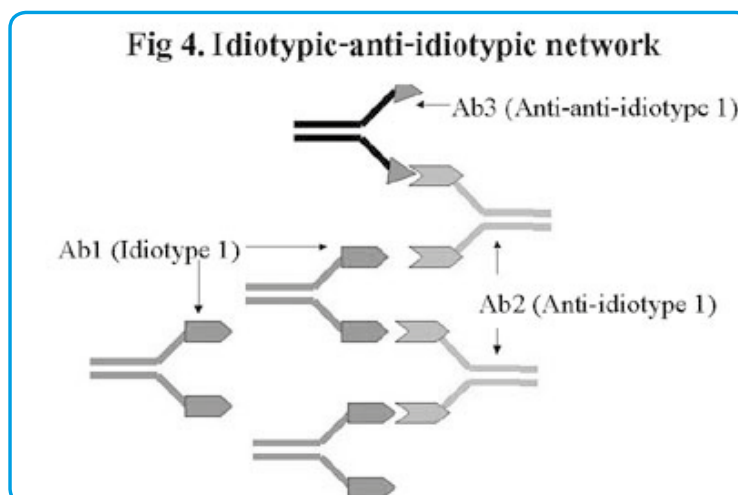


2.2.3 Immunoregulatory T cells/Suppressor T cells

เป็นเซลล์ที่มีคุณสมบัติยับยั้งการทำงานของเซลล์ทางภูมิคุ้มกันชนิดอื่น กลไกการทำงานของ Suppressor T cells นี้ยังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจนในปัจจุบัน แต่เชื่อว่าการหลั่ง TGF- β หรือ IL-10 ซึ่งมีฤทธิ์เป็น Inhibitory cytokine

2.2.4 Idiotypic/Anti-idiotypic network

เกิดจากการสร้างแอนติบอดีต่อส่วน idiotype ของแอนติบอดีจนเกิดเป็นเครือข่ายของปฏิกิริยาระหว่างแอนติเจนกับแอนติบอดีขึ้น ตำแหน่งที่จะจับกับแอนติเจนบน Fab region ของ immunoglobulin molecule หรือที่อยู่บน T cell receptor เรียก "idiotype" ในสภาพปกติ แม้จะไม่มีแอนติเจนเข้าสู่ร่างกาย ร่างกายก็มี idiotype อยู่ในระดับหนึ่ง แต่ถ้ามีแอนติเจนเข้ามาสู่ร่างกายก็จะกระตุ้นให้มี idiotype ชนิดนั้นเพิ่มขึ้น idiotype ที่เพิ่มมากขึ้นจากการที่มีแอนติเจนเข้ามากระตุ้นจะเสมือนหนึ่งเป็นสิ่งแปลกปลอม ถูกรับรู้ได้โดยระบบภูมิคุ้มกันจึงเกิดการสร้างแอนติบอดีต่อ idiotype (Ab1) ขึ้น เรียกว่า anti-idiotypic (Ab2), anti-idiotypic เองก็เป็นสิ่งแปลกปลอมก็จะกระตุ้นให้เกิด anti-anti-idiotypic (Ab3) ตามมาเป็นขั้น ๆ ต่อไปเรื่อย ๆ (รูปที่ 4) "ทฤษฎี idiotype network" นี้ตั้งขึ้นโดย Jerne เป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่สำคัญต่อการควบคุมภาวะภูมิคุ้มกันในร่างกาย โดยผ่านปฏิกิริยาระหว่าง idiotype และ anti-idiotypic บน immune cells



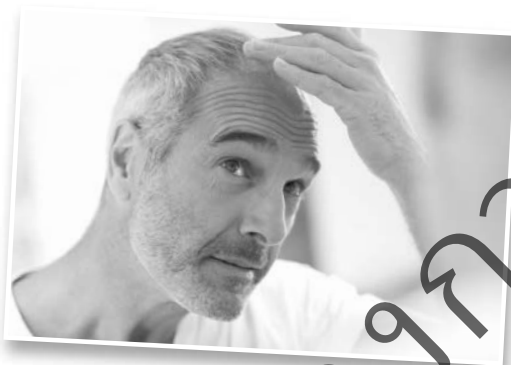
อ่านต่อบนหน้า >>>

การรักษาผมร่วง



ปัญหาผมร่วงเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ชายและผู้หญิงเมื่ออายุมากขึ้น หากเส้นผมหลุดร่วงมาก บางครั้งผมหลุดร่วงจนทำให้เส้นผมขาดแห้วเป็นหย่อม บางครั้งเส้นผมหลุดร่วงมากและเป็นระยะเวลายาวนานจนทำให้เกิดศีรษะล้าน ปัญหาผมร่วง ผมบาง ศีรษะล้านพบบ่อยในเวชปฏิบัติ ส่วนใหญ่ไม่มีผลต่อสุขภาพทางกายมากนัก แต่อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้ขาดความมั่นใจ ส่งผลต่อบุคลิกภาพ

ผมร่วงมีหลายชนิด ได้แก่ 1. ผมร่วงแบบรากผมถูกทำลาย มีสาเหตุสำคัญคือ เชื้อโรคทางผิวหนังและเชื้อรา ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดผมร่วงถาวรตามมา 2. ผมร่วงแบบรากผมไม่ถูกทำลาย มักเป็นผมร่วงตามธรรมชาติโดยไม่ทราบสาเหตุ และจะมีผมใหม่ขึ้นมาทดแทนเนื่องจากยังมียารากผมอยู่ แต่ก็สามารถกลายเป็นผมร่วงแบบรากผมถูกทำลายได้เช่นกัน



สาเหตุของผมร่วงเป็นหย่อม Alopecia areata ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน มีปัจจัยหลาย ๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรม โรคภูมิแพ้ และความเครียด อาจพบมีความผิดปกติของเล็บ เช่น เล็บเป็นหลุมร่วมด้วย โรคในกลุ่มนี้ประมาณครึ่งหนึ่งจะหายได้เอง

จากข้อมูลเชิงประจักษ์ในฐานข้อมูล PubMed พบว่า การรักษาผมร่วงควรรักษาที่สาเหตุ การรักษาผมร่วงในผู้ชายที่ได้ผลดีคือ การใช้ยา Finasteride ชนิดรับประทาน ร่วมกับการใช้ยา Minoxidil เฉพาะที่ ส่วนการรักษาผมร่วงในผู้หญิง การใช้ยา Minoxidil เฉพาะที่พบว่ามีความปลอดภัยสูง หากรักษาด้วยยาไม่ได้ผล การปลูกผมเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ได้ผลดี

กล่าวโดยสรุป การรักษาผมร่วงควรรักษาที่สาเหตุ การรักษาผมร่วงในผู้ชายควรใช้ยา Finasteride ชนิดรับประทาน ร่วมกับการใช้ยา Minoxidil เฉพาะที่ ส่วนการรักษาผมร่วงในผู้หญิง การใช้ยา Minoxidil เฉพาะที่พบว่ามีความปลอดภัยสูง

การอ่านและแปลผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก

ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

บทนำ

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการพัฒนาวิธีการถ่ายภาพทางรังสีวิทยาของทรวงอกที่หลายละเอียดมาก ๆ เช่น computed tomography (CT), high resolution CT (HRCT) หรือ spiral CT มาใช้ในทางคลินิกแล้ว ทำให้การถ่ายภาพรังสีทรวงอกแบบธรรมดา (Conventional chest radiography) ถูกนำมาใช้น้อยลงกว่าในอดีต แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มักจะมีอาการหรือสัญญาณชีพที่ไม่คงที่ จำเป็นต้องได้รับยาหรือเครื่องมือในการประคับประคองอาการหลายอย่างจึงมักจะมีอุปสรรคในการเคลื่อนย้ายหรือจัดการตรวจด้วยวิธีที่ซับซ้อนได้ ดังนั้น การตรวจทรวงอกด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอกโดยเฉพาะในแบบที่สามารถเคลื่อนย้ายอุปกรณ์การตรวจมายังหอผู้ป่วยได้เลย (Portable chest radiography) จึงยังเป็นทางเลือกที่จำเป็น

ลักษณะทางเทคนิคของการถ่ายภาพรังสีทรวงอกแบบเคลื่อนย้ายได้

โดยทั่วไปแล้วการถ่ายภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยที่ไร้รายละเอียดที่ดีและเป็นมาตรฐานนั้น จะต้องทำการถ่ายภาพผู้ป่วยในท่ายืน (upright) โดยให้ผู้ป่วยหันหน้าเข้าหาแผ่นฟิล์ม และให้ลำแสงผ่านตัวผู้ป่วยจากทางด้านหลังไปด้านหลังและตกลงบนแผ่นฟิล์ม (Postero-anterior projection) โดยในขณะที่ทำการถ่ายภาพนั้น ผู้ป่วยจะต้องหายใจเข้าให้เต็มที่ หรือลมเต็มปอด (Total lung capacity) และจัดท่าให้กระดูกสะบักเคลื่อนออกทางด้านข้างมากที่สุดเพื่อไม่ให้บังลำแสงที่จะผ่านทรวงอก

เมื่อทำการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยเครื่องมือแบบเคลื่อนย้ายได้ จะมีข้อจำกัดบางประการซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของภาพถ่ายที่จะได้ รวมถึงการแปลผลจากภาพถ่ายที่ได้ด้วย ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อจำกัดต่าง ๆ เหล่านี้ช่วยทำให้การแปลความหมายของลักษณะที่เห็นจากภาพถ่ายมีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น ข้อจำกัดเหล่านี้ ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ต้องถ่ายภาพในท่านอน การวางแผ่นฟิล์มรับแสงจึงต้องวางที่ด้านหลังผู้ป่วยแทนที่จะเป็นด้านหน้า ซึ่งทำให้ลำแสงที่ผ่านบริเวณหัวใจเกิดเงาที่ใหญ่ขึ้น และทำให้การแปลผลเกี่ยวกับขนาดหัวใจผิดจากความจริง นอกจากนี้ในท่านอนยังทำให้อวัยวะในช่องท้องเคลื่อนดันเข้ามาในทรวงอกได้มากขึ้น ทำให้ปริมาตรและการขยายตัวของปอดลดลง และมองเห็นรายละเอียดต่าง ๆ น้อยลงด้วยกรณีที่มีของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) การถ่ายภาพ

ในท่านอนก็อาจทำให้เห็นความผิดปกติได้ไม่ชัดเจนอีกด้วย

2. เครื่องถ่ายภาพรังสีชนิดที่เคลื่อนย้ายได้นั้น โดยมากมักมีกำลังการสร้างพลังงานรังสี x-ray ได้ไม่มากเท่ากับเครื่องถ่ายภาพรังสีแบบมาตรฐาน ดังนั้น ปริมาณลำแสงที่ผ่านลำตัวผู้ป่วยไปยังแผ่นฟิล์มที่อยู่ทางด้านหลังจึงน้อยกว่าแบบมาตรฐาน บ่อยครั้งภาพที่ได้มักจะมีลักษณะขาวขึ้นกว่าปกติ (เรียกว่า under penetration) และทำให้เห็นเงาของส่วนต่าง ๆ ในปอดเพิ่มมากขึ้นจากเดิม และอาจทำให้อ่านลักษณะปกติ (แต่เดิมชัดขึ้น) เช่น หลอดเลือดส่วนปลายว่าเป็นความผิดปกติในเนื้อปอดได้

3. การถ่ายภาพผู้ป่วยที่นอนบนเตียง ในบางครั้งอาจไม่สามารถจัดท่าผู้ป่วยให้ตรงและขนานกับแผ่นฟิล์มที่รับภาพได้ ดังนั้น ภาพที่ได้มักจะมีการหมุนหรือเอียง และมีผลทำให้ภาพที่ได้มีลักษณะคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้มาก เงาของหัวใจจะมีการเปลี่ยนแปลงตามลักษณะของการเอียงทำให้การประเมินขนาดของหัวใจผิดพลาดได้ง่าย นอกจากนี้แสงที่ผ่านลำตัวผู้ป่วยไปตกลงแผ่นฟิล์มจะมีการสะท้อนกลับมาบางส่วน เมื่อมีการเอียงตัวไม่ขนานกับแผ่นฟิล์มที่เป็นฉากหลังจะทำให้ปอดแต่ละข้างสัมผัสกับแสงที่สะท้อนกลับออกมาไม่เท่ากัน คือด้านที่อยู่ใกล้กับแผ่นฟิล์มจะสัมผัสกับแสงสะท้อนมากกว่า และดูดซับรังสีไว้มากกว่า (over penetration) เนื้อปอดส่วนที่อยู่ชิดกับแผ่นฟิล์มจึงอาจจะดูโปร่ง (สีดำ) มากกว่าเนื้อปอดอีกข้างหนึ่งได้แม้จะไม่มี ความผิดปกติในเนื้อปอดส่วนนั้น

4. ผู้ป่วยที่ตรวจด้วยวิธีนี้มักจะไม่สามารถหายใจเข้าเต็มที่ (full inspiration) และกลั้นหายใจได้เหมือนกับการตรวจแบบปกติ เนื้อปอดและโครงสร้างต่าง ๆ ในทรวงอกจะหดตัวเข้าหากันทำให้บังรายละเอียดต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้การเคลื่อนไหวของทรวงอกในขณะที่ทำการถ่ายภาพจะทำให้ความคมชัดของภาพลดลงจากการเคลื่อนไหว (Motion artefacts) ได้

5. ผู้ป่วยไม่สามารถจัดท่าให้กระดูกสะบักเคลื่อนห่างออกจากทรวงอกได้ กระดูกส่วนนี้อาจบังบางบริเวณของทรวงอก และทำให้การอ่านและการแปลผลทำได้ยากมากขึ้น

หลักการอ่านและแปลผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย

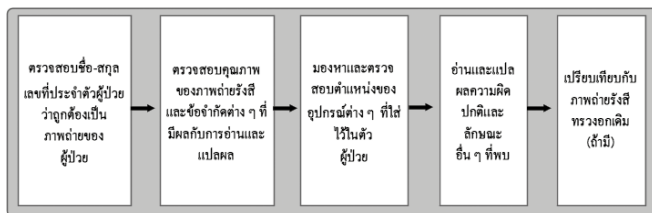
ผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วย ปัจจัยบางประการที่มีความแตกต่างจากผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปซึ่งทำให้แนวทางในการอ่านและ

แปลผลความผิดปกติที่เห็นจากภาพถ่ายรังสีมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่

1. ข้อจำกัดทางเทคนิคในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยมักจะมีการทำหัตถการหรือใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าไว้ในตัวผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องมีการตรวจสอบว่าอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใส่อยู่นั้น อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงของอาการหรืออาการแสดงทางคลินิกอยู่บ่อยครั้ง ดังนั้น การเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวกับภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่เคยทำไว้ยังดูเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่ต้องพึงระลึกไว้เสมอ

ดังนั้น เมื่อทำการอ่านและแปลผลสิ่งที่พบจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วย จึงควรมีลำดับขั้นตอนดังนี้คือ



การตรวจสอบคุณภาพของภาพถ่ายรังสีและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีผลกับการอ่านและแปลผล

ดังกล่าวข้างต้นแล้วว่า ด้วยกระบวนการทางเทคนิคการถ่ายภาพซึ่งส่วนใหญ่ต้องทำแบบ portable chest radiography จึงทำให้มีข้อจำกัดเกิดขึ้นและมีผลกับคุณภาพของภาพถ่ายที่ได้ ดังนั้น ก่อนการแปลผลควรต้องมีการประเมินก่อนเสมอ เพื่อให้ทราบได้ว่าลักษณะที่เห็นจากภาพถ่ายรังสีนั้นควรเชื่อถือมากน้อยเพียงใด ข้อจำกัดทางเทคนิคเหล่านี้ ได้แก่

1. ภาพถ่ายที่ได้เป็นแบบ AP projection ซึ่งทำให้เงาของหัวใจอาจจะมีความใหญ่กว่าความเป็นจริง
2. ผู้ป่วยมักจะหายใจเข้าได้ไม่เต็มปอดขณะถ่ายภาพ ทำให้เนื้อปอดขยายได้ไม่เต็มที่
3. ปริมาณแสงหรือรังสีที่ใช้มักจะน้อยกว่าทำให้ภาพที่ได้มักจะขาวกว่าการถ่ายภาพแบบมาตรฐาน กรณีที่ปริมาณแสงที่ผ่านลำตัวผู้ป่วยมีความเหมาะสม เมื่อดูภาพถ่ายรังสีควรจะสามารถมองเห็นเงาของกระดูกสันหลังและกะบังลมด้านซ้ายในบริเวณที่อยู่ด้านหลังเงาหัวใจได้
4. สะบักผู้ป่วยไม่สามารถกางออกได้เต็มที่ และอาจบังบางส่วนของเนื้อปอด
5. การถ่ายภาพในท่านอนอาจจะทำให้ความผิดปกติบางอย่างที่จะพบสัมพันธ์กับท่าทาง เช่น ลมคั่งในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) ซึ่งจะพบอยู่บริเวณส่วนบนหรือยอดปอดในท่านั่งหรือของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ซึ่งจะเห็นได้บริเวณส่วนล่างหรือ costophrenic angle เห็นได้ไม่ชัดเจน เป็นต้น
6. มีโอกาสเกิดการถ่ายภาพในขณะที่ผู้ป่วยเอนตัวไม่ขนาน

กับฟิล์มได้มาก ด้านที่อยู่ชิดกับฟิล์มจะดูดำกว่า และมีรายละเอียดน้อยกว่าด้านที่ไม่ชิดฟิล์ม

วิธีการสังเกตว่าผู้ป่วยจัดท่าได้ตรงและขนานกับแผ่นฟิล์มหรือไม่ ให้ดูจากเงาของปุ่มกระดูกสันหลัง (spinous process) ที่อยู่ทางด้านหลัง เทียบกับระยะห่างระหว่างหัวกระดูกไหปลาร้าทั้ง 2 ข้าง ถ้าผู้ป่วยจัดท่าได้ขนานกับแผ่นฟิล์ม ระยะระหว่าง spinous process กับหัวกระดูก clavicles แต่ละข้างควรจะเท่ากัน

ในปัจจุบันการถ่ายภาพรังสีได้มีการเปลี่ยนแปลงไปมากหลายแห่งใช้วิธีการถ่ายภาพแบบ digital (เรียกว่า computed radiography: CR) และมีการจัดเก็บภาพ digital เหล่านั้นไว้ในระบบจัดเก็บภาพ (A picture archiving and communication system: PACS) ซึ่งทำให้การปรับแต่งภาพที่ถ่ายมาได้ให้เหมาะสมกับการแปลผลทำได้ง่ายมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เทคนิคบางอย่างก็ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการปรับแต่งด้วยวิธี digital

หลักการสังเกตและตรวจสอบวัตถุหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยมักจะได้รับใส่อุปกรณ์ช่วยชีวิตหรืออุปกรณ์ประเมินสถานะต่าง ๆ ของร่างกายไว้หลายอย่าง ซึ่งหากอุปกรณ์เหล่านี้ไม่อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมอาจทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ หรือในกรณีที่เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจวัดค่าต่าง ๆ ก็อาจจะทำให้ค่าที่วัดออกมาได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง และมีผลทำให้การวินิจฉัยหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผิดพลาดได้ ดังนั้น ในกรณีที่มีการใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ ไว้กับตัวผู้ป่วย ภายหลังการใส่จะต้องมีการส่งตรวจภาพถ่ายรังสีเพื่อตรวจสอบเสมอ และอาจพิจารณาตรวจซ้ำหากมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือพบว่าตำแหน่งภายนอกของอุปกรณ์เหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนที่ไปจากเดิม ตำแหน่งที่เหมาะสมของอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีใช้บ่อยในหออภิบาลผู้ป่วย มีดังตารางที่ 1

การอ่านและวินิจฉัยความผิดปกติของระบบการหายใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะวิกฤติ

• ภาวะปอดแฟบ (Atelectasis)

ภาวะปอดแฟบเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะวิกฤติ และในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องส่วนบน ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปอดอยู่เดิม สูบบุหรี่ ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีรูปร่างอ้วน

การเกิดภาวะปอดแฟบเกิดขึ้นได้จากหลายกลไก สำหรับในผู้ป่วยที่อยู่ใน ICU กลไกที่พบได้บ่อยมากที่สุดก็คือ การอุดกั้นของหลอดลมหรือทางเดินหายใจ (Obstructive atelectasis) เช่น การอุดกั้นจากเสมหะหรือเลือด เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีหลอดลมอุดกั้นมักจะมีภาวะปอดแฟบเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว (ภายในไม่กี่นาที) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะใช้เครื่องช่วยหายใจและมีปริมาณความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศสูง เมื่อเกิดการอุดกั้น ออกซิเจนจะถูกดูดซึมเข้าสู่เนื้อเยื่อได้เร็ว ทำให้ปริมาตรของปอดส่วนที่อยู่ในพื้นที่อุดกั้นลดลงอย่างรวดเร็ว ส่วนอีกกลไกหนึ่งของการเกิดภาวะปอดแฟบที่พบได้บ่อยคือ การยุบตัวลง

ตารางที่ 1 ตำแหน่งที่เหมาะสมของอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใส่ไว้ในตัวผู้ป่วย

ท่อ หรือสายที่ใส่	ตำแหน่งที่เหมาะสม
Endotracheal tube	5-7 เซนติเมตร เหนือต่อ carina (เมื่อตำแหน่งคอบปกติ)
Nasogastric tube	ปลายสาย หรือรูเปิดด้านข้างท่อ (Side hole) อยู่ใต้กะบังลมทางด้านซ้าย อาจพบเงาของอากาศในกระเพาะอาหารอยู่ภายใน
Central venous pressure (CVP) catheters	อยู่ใน superior vena cava (ระหว่างขอบล่างของกระดูกซี่โครงอันแรก ทางด้านขวา กับตำแหน่งของหลอดลม right intermediate bronchus หรือบริเวณกระดูกสันหลังอันที่ 5)
Pulmonary artery line	อยู่ใน right pulmonary artery (ระดับเดียวกับ right intermediate bronchus หรือกระดูกสันหลังอันที่ 5) และไม่เลยห่างออกจากข้อปอดออกไปเกิน 2 เซนติเมตร
Intra-aortic counterpulsation balloon catheter	ขอบบนสุดของ balloon อยู่ใต้ขอบบริเวณที่เป็น aortic arch
Cardiac pacemaker (RV lead)	ภาพ AP-PA projection: ปลายสายอยู่บริเวณขอบซ้ายของกระดูกสันหลัง ชี้ตรงไปทาง apex ภาพ lateral projection: ปลายสายอยู่ด้านหลังต่อจากกระดูก sternum และมีทิศทางสายจากบนลงล่างและหลังไปหน้า
Pleural drainage tube	กรณี effusion: ช่องทางเข้าที่บริเวณช่องซี่โครงช่องที่ 6-8 ปลายสายชี้จากหน้า ไปหลัง และจากบนลงล่าง กรณี pneumothorax: ปลายสายชี้จากหลังไปหน้า และจากล่างขึ้นบน
Automatic implantable cardioverter-defibrillator	proximal leads: ที่ superior vena cava (เหมือน CVP) distal lead: ที่ right ventricle (เหมือน pacemaker RV lead)

ของปอดเนื่องจากมีของเหลวหรือลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Passive atelectasis)

ลักษณะที่พบได้จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก ตำแหน่งของการเกิดภาวะปอดแฟบที่พบได้บ่อยที่สุดและควรมองหาเสมออีกคือ บริเวณปอดซ้ายล่าง (Left lower lobe) พบได้ราว 66% รองลงมาคือ ปอดขวาล่างพบได้ 22% ส่วนใหญ่แล้วการแฟบของปอดมักจะไม่แฟบลงทั้งหมด (lobar atelectasis) แต่จะแฟบเป็นหย่อมตามแขนงย่อยของหลอดลม (segmental atelectasis) หรือตามบริเวณที่ถูกกดเบียดจากอวัยวะข้างเคียงได้ง่าย (plate atelectasis)

ในกรณีที่ปอดเป็น lobar atelectasis จะพบลักษณะเนื้อปอดมีความทึบหรือขาวเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ และไม่เห็นเงาของหลอดลมที่อยู่ภายใน (Air bronchogram) ซึ่งใช้แยกจากภาวะปอดอักเสบหรือมีของเหลวคั่งในเนื้อปอด (Consolidation) นอกจากนี้ยังอาจพบความผิดปกติอื่น ๆ เช่น การมีอวัยวะข้างเคียง เช่น หลอดลมหรือหลอดเลือดเคลื่อนเอียงไปในทิศทางที่ปอดแฟบตัวลงได้

• การสำลักเข้าปอด (Aspiration)

การสำลักของเหลวหรืออาหารเข้าไปในปอดเป็นภาวะที่พบได้ค่อนข้างบ่อย และบางครั้งผู้ป่วยไม่แสดงลักษณะอาการสำคัญให้เห็นได้ชัดเจน การสำลักอาจนำไปสู่โรคที่สำคัญได้ 3 ลักษณะคือ 1. การอักเสบของเนื้อปอดเนื่องจากสารเคมีที่อยู่ในของเหลวที่สำลัก (Aspiration pneumonia) ซึ่งจะพบได้บ่อยในกรณีที่มีการสำลักของเหลวปริมาณมาก หรือชนิดของของเหลวมีสารเคมีที่สร้าง

การระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อมาก 2. การเกิดปอดอักเสบจากเชื้อในของเหลวที่สำลัก (Aspiration pneumonia) ซึ่งโดยมากมักจะปรากฏอาการและอาการแสดงภายใน 3-4 วันหลังจากที่มีการสำลัก และ 3. หลอดลมอุดตันเฉียบพลัน (Acute airway obstruction)

ลักษณะที่พบได้จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก ส่วนใหญ่มักพบเป็นลักษณะของฝ้าขาวที่บวมในปอดเป็นหย่อม ๆ และพบกระจายหลายตำแหน่ง (focal or multifocal consolidative pattern) หากผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย ตำแหน่งของปอดที่พบความผิดปกติได้บ่อยคือ ส่วนของ posterior aspect of upper lobes (พบในข้างขวามากกว่าข้างซ้าย), superior segments of lower lobes และ posterior basilar segment of lower lobes

โดยมากแล้วกรณีที่ปอดเป็น aspiration pneumonia มักไม่ได้รับการติดเชื้อร่วมด้วย ดังนั้น รอยโรคที่พบมักจะค่อย ๆ หายไปได้เองภายใน 3-5 วัน แต่หากเพิ่มขึ้นหรือไม่จางหายไปมักจะเป็นจาก aspiration pneumonia

• ภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia)

เป็นภาวะที่พบได้ราว 10% ของผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วย ผู้ป่วย และหากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มีอุบัติการณ์ในการเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia) อยู่ราว 9-24%

ลักษณะที่พบได้จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก ส่วนใหญ่มักพบเป็นลักษณะของฝ้าขาวที่บวมในปอดเป็นหย่อม ๆ อาจมีเพียงตำแหน่ง

เดียวหรือหลายตำแหน่งก็ได้ และมักจะพบมี air bronchogram อยู่ในบริเวณที่เป็นฝ้าขาวทึบนั้นด้วย โดยมากแล้วการเกิดภาวะปอดอักเสบมักจะเกิดขึ้นช้า กินเวลาหลายวัน และมีการเปลี่ยนแปลงของภาพถ่ายรังสีค่อนข้างช้าเมื่อเทียบกับโรคอื่น เช่น atelectasis หรือ aspiration ดังนั้น การมีภาพถ่ายรังสีเดิมเทียบการเปลี่ยนแปลงจะมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ค่อนข้างมาก

• ภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary Edema)

ภาวะปอดบวมน้ำเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะวิกฤติ และเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ โดยทั่วไปอาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ ภาวะปอดบวมน้ำเนื่องจากการมีของเหลวหรือน้ำคั่งและมีแรงดันในหลอดเลือดปอดสูงขึ้น (hydrostatic pulmonary edema) กับภาวะปอดบวมน้ำที่เกิดจากหลอดเลือดมีการขยายตัวจนของเหลวในหลอดเลือดซึมผ่านออกไปสู่ปอด (increased permeability pulmonary edema) ซึ่งลักษณะที่พบได้จากภาพถ่ายรังสีทรวงอกใน 2 ภาวะนี้จะมีผลแตกต่างกันอยู่บ้าง ดังนั้น การสังเกตลักษณะความผิดปกติหลาย ๆ อย่างร่วมกันจะมีส่วนช่วยในการวินิจฉัย

ภาวะปอดบวมน้ำชนิด Hydrostatic pulmonary edema

ส่วนใหญ่เกิดจากการมีแรงดันภายในหลอดเลือดปอดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมักจะมาจากปริมาณของเหลวในหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น เช่น ใน congestive heart failure overhydration (volume overload) หรือ renal failure เป็นต้น ลักษณะที่พบได้จากภาพถ่ายรังสีทรวงอกก็มักจะเป็นสิ่งที่แสดงถึงการมีแรงดันหรือปริมาณของเหลวในระบบไหลเวียนที่มากขึ้น ได้แก่

- หลอดเลือดบริเวณคอส่วนที่ต่อลงมายังหัวใจ (vascular pedicle) มีความกว้างเพิ่มมากขึ้น
- พบลักษณะหลอดเลือดและเส้นเลือดฝอยขนาดใหญ่ขึ้นและขอบเขตไม่ชัด (peribronchial cuffing)
- เยื่อหุ้มถุงลมย่อย (interlobular septum) ซึ่งมีทางเดินน้ำเหลืองแทรกอยู่ จะมีการบวมและหนาขึ้น เห็นลักษณะที่เรียกว่า Kerley B lines
- ขนาดของเงาหัวใจเพิ่มขึ้นจากปกติ หรือโตกว่าปกติ
- อาจพบมีลักษณะของ consolidation ในเนื้อปอดได้ในกรณีที่เป็นรุนแรง ส่วนใหญ่แล้วมักเริ่มพบที่บริเวณซั้วปอด (perihilar area) และส่วนด้านล่างของปอด (dependent part)
- ในบางรายจะพบมีของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมด้วย

ภาวะปอดบวมน้ำชนิด increased permeability pulmonary edema บางครั้งเรียกว่า noncardiogenic pulmonary edema เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น aspiration, chest trauma หรือสาเหตุอื่น ๆ เช่น sepsis, neurogenic pulmonary edema หรือจากยา เป็นต้น เนื่องจากกลไกในการเกิดโรคไม่ได้มาจากแรงดันหรือปริมาณของเหลวในหลอดเลือดที่มากขึ้น ดังนั้น จึงมักจะไม่มีพบลักษณะที่มีขนาดของหลอดเลือดหรือหัวใจที่โตขึ้น นอกจากนี้รอยโรคในปอดมักจะเห็นความผิดปกติมากกว่าในกรณีที่เป็น hydrostatic

pulmonary edema อย่างไรก็ตาม ในบางครั้งการแยกสาเหตุ 2 ประเภทนี้ออกจากกันด้วยการใช้ลักษณะของภาพถ่ายรังสีทรวงอกอย่างเดียวอาจทำได้ยาก

• Acute respiratory distress syndrome (ARDS)

เป็นกลุ่มอาการที่มีกลไกหรือพยาธิสรีรวิทยาคล้ายคลึงกันกับที่พบใน increased permeability (noncardiogenic) pulmonary edema และทำให้มีการบาดเจ็บและทำลายเนื้อเยื่อถุงลม มีการเกิด hyaline membrane formation และมีเซลล์ของการอักเสบแทรกอยู่ในเนื้อปอดจำนวนมาก ซึ่งส่งผลทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซเสียไปอย่างมาก และทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยออกซิเจน

ลักษณะที่พบได้จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก ลักษณะที่พบได้

มักจะพบเป็น consolidation และ ground-glass opacities หรือลักษณะคล้ายกระจกฝ้าในปอดทั้ง 2 ข้าง คล้ายกับที่พบใน noncardiogenic pulmonary edema แต่สำหรับในกรณีที่เป็น ARDS จะค่อย ๆ เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงเวลา 24-72 ชั่วโมง และด้วยเหตุว่าการเปลี่ยนแปลงบนภาพถ่ายรังสีมักจะช้า ดังนั้น การเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงโดยการตรวจซ้ำเป็นระยะ ๆ อาจช่วยทำให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงได้จนถึงถึงดีขึ้นหรือแย่ลง

• ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax)

พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะวิกฤติที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากมีแรงดันภายในปอดหรือหลอดลมเพิ่มสูง (barotrauma) หรือในบางครั้งอาจพบหลังจากการทำหัตถการบางชนิด เช่น การเจาะดูดของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด (thoracentesis) หรือการใส่สายสวนหลอดเลือดประเภทต่าง ๆ บริเวณทรวงอก เช่น internal jugular vein หรือ subclavian vein catheter เป็นต้น ในบางกรณีการติดเชื้อบางชนิดก็อาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ เช่น โรคปอดอักเสบจาก pneumocystis jiroveci pneumonia

ลักษณะที่พบได้จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก เนื่องจากผู้ป่วย

ในหออภิบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ต้องถ่ายภาพในท่านอน อากาศที่รั่วอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดจึงลอยอยู่บริเวณด้านหน้าของทรวงอก แทนที่จะเป็นบริเวณยอดปอดเหมือนในการถ่ายภาพในท่านั่ง ทำให้บางครั้งการตรวจหาภาวะ pneumothorax ทำได้ยาก โดยเฉพาะถ้ามีปริมาณน้อย ๆ อย่างไรก็ตาม ลักษณะที่สามารถพบได้และช่วยในการวินิจฉัยได้แก่

- พบบริเวณโปร่งแสงที่บริเวณริมสุดของกะบังลม เรียกว่า medial หรือ lateral deep sulcus sign
- บริเวณกะบังลมมีระดับความโปร่งแสงเพิ่มมากกว่าปกติ (increased lucency)
- พบขอบของเยื่อหุ้มปอดด้านใน (visceral pleural line) แยกห่างออกมาจากขอบของทรวงอก

• ของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural fluid)

เป็นอีกภาวะหนึ่งของโรคในเยื่อหุ้มปอดที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ของเหลวที่สะสมคั่งค้างอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดอาจเป็นได้ทั้ง transudate, exudate, chyle หรือเลือดก็ได้ ซึ่งข้อมูลทางคลินิกอื่น ๆ เช่น ประวัติอุบัติเหตุ อาการไข้ หรือลักษณะอื่น ๆ ก็อาจช่วยบอกได้ว่าของเหลวที่อยู่ภายในช่องเยื่อหุ้มปอดนั้นเป็นชนิดใด ในบางครั้งการวินิจฉัยด้วยอาการทางคลินิกก็เพียงพอและไม่จำเป็นต้องทำการเจาะดูดของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด (thoracentesis) ไปตรวจ เช่น กรณีที่ลักษณะอาการ อาการแสดง และลักษณะทางภาพถ่ายรังสีอื่น ๆ บ่งชี้ถึงการวินิจฉัยภาวะ congestive heart failure หรือ volume overload ก็อาจพิจารณาให้การรักษาผู้ป่วยได้ แต่มีหลายกรณีเช่นกันที่จำเป็นต้องอาศัยการตรวจของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดนั้นเพิ่มเติม

ลักษณะที่พบได้จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก ส่วนใหญ่แล้วการวินิจฉัยการมีของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดด้วยการดูภาพถ่ายรังสีทรวงอกนั้นมักจะทำได้ไม่ยากนัก (จากการศึกษาพบว่ามีความถูกต้องประมาณ 67-95%) ในผู้ป่วยที่สามารถจัดท่ากึ่งนอน (semi-upright) จะพบว่ามุมระหว่างกะบังลมและขอบทรวงอก (costophrenic angle) นั้นหายไป สำหรับในท่านอน ของเหลวมักจะกระจายไปในแนวราบตามแนวด้านหลังของปอด ทำให้เห็นเนื้อปอดมีลักษณะขาวขึ้นโดยรวม แต่ยังคงปรากฏเห็นหลอดเลือดในเนื้อปอดอย่างชัดเจน คล้ายกับการนำเอาผ้าขาวบางมาวางซ้อนทับไว้บนภาพถ่ายรังสี (Veil-like opacity) ในบางรายอาจพบว่าของเหลวแทรกอยู่ตามรอยต่อของเยื่อหุ้มปอดที่คั่นระหว่างกลีบปอด horizontal หรือ major fissure ได้

ในกรณีที่ของเหลวมีปริมาณน้อย ๆ การดูจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกในท่านอนอาจทำให้วินิจฉัยได้ยาก และควรทำการตรวจเพิ่มเติมโดยการถ่ายภาพในท่ากึ่งนั่งดังกล่าวข้างต้น หรือท่านอนตะแคงทับด้านที่สงสัยว่ามีของเหลวสะสมอยู่ (lateral decubitus) หรือใช้วิธีการตรวจอื่น เช่น การตรวจด้วยเครื่อง ultrasound เพื่อช่วยในการวินิจฉัยได้

การเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของภาพถ่ายรังสีทรวงอกของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

การติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยใช้ภาพถ่ายรังสีที่มีอยู่เดิมมาทำการเปรียบเทียบจะมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยอย่างมาก ตัวอย่างเช่น

- กรณีที่ตรวจพบมีรอยโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาสั้น ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับภาพถ่ายเดิมซึ่งทำไว้ไม่นาน โรคที่พบมักเกิดจาก

ความผิดปกติของ airways เช่น secretion obstruction, atelectasis เป็นต้น และเมื่อให้การรักษาโดยกำจัดสิ่งที่อุดกั้นอยู่ออกก็มักจะกลับเป็นปกติได้เร็ว

- กรณีที่เป็น hydrostatic pulmonary edema ภาพถ่ายรังสีทรวงอกจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อสามารถให้การรักษาโดยการลดปริมาณสารน้ำในร่างกายและระบบไหลเวียนให้ลดลง โดยอาจพบการเปลี่ยนแปลงให้เห็นชัดเจนได้ภายใน 24-48 ชั่วโมง

- ผู้ป่วยที่มีการอักเสบในปอดที่ไม่ใช่การติดเชื้อ เช่น aspiration pneumonia, transfusion-related acute lung injury ภาพถ่ายรังสีทรวงอกมักจะค่อย ๆ ดีขึ้นได้ภายในช่วงเวลาสั้น ๆ (3-5 วัน) ในขณะที่การอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อมักต้องใช้เวลาจนถึง 7-10 วันจึงจะเริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลง จึงอาจใช้ลักษณะดังกล่าวนี้ช่วยในการวินิจฉัยได้

- ในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีรอยโรคอยู่ในปอดอยู่เดิม การเปรียบเทียบขนาดจำนวน และลักษณะของรอยโรคจะช่วยให้การประเมินและวินิจฉัยได้ว่า ความผิดปกติที่พบในภาพถ่ายใหม่เป็นรอยโรคเดิมที่กำลังดีขึ้นเท่าเดิม หรือแย่ลง หรือเป็นรอยโรคของความผิดปกติใหม่ที่ต้องสืบค้นหาสาเหตุเพิ่มเติม

ด้วยเหตุนี้เมื่อทำการส่งตรวจและอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกในผู้ป่วยจึงควรมองหาลักษณะเดิมที่เคยทำเอาไว้ (ถ้ามี) มาทำการเปรียบเทียบด้วยเสมอ

สรุป

แม้ว่าภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่ถ่ายด้วยเครื่อง portable chest radiography จะมีข้อจำกัดทางเทคนิคบางประการ เช่น ไม่สามารถจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่ามาตรฐานได้เสมอไป มีข้อจำกัดด้านปริมาณรังสีที่เครื่องสร้างได้ และข้อจำกัดในตัวผู้ป่วยอื่น ๆ แต่การถ่ายภาพรังสีวิธีนี้ก็ยังมีข้อดีอยู่มาก คือสะดวก รวดเร็ว และสามารถทำซ้ำได้หลายครั้ง โดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มความเสี่ยง ดังนั้น จึงเป็นการตรวจที่มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติเป็นอย่างดี

บรรณานุกรม

1. Morris AE, Kanne JP, Stern JE. Imaging of the chest. In: Vincent J-L, Abraham E, Moore FA, Kohchanek PM, Fink MP, editors. Textbook of Critical Care. 6th ed. New York: Elsevier Saunders; 2011. p. 377-387.
2. McConville JE, Kress JP. Intravascular Devices. In: Hall JB, Schmidt GA, Wood LDH, editors. Principles of Critical Care. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2005. p. 131-138.
3. Horner PE, Primack SL. Chest Radiography in the Intensive Care Unit. In: Müller NL, Silva IS, editors. Imaging of the Chest. Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier Inc; 2008. p. 1208-1308.
4. Trotman-Dickenson B. Radiography for the critical care. In: McLoud TC, Boiselle PM, editors. Thoracic Radiology. 2nd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010. p. 136-159.
5. Reed JC. Chest Radiology. 6th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2011. p. 3-5.
6. Ravin CE, and Chotas HG: Chest radiography. Radiology 1997;204: p. 593-600.
7. Mebazza A, Gheoghade M, Zannad F, Parrillo JE. Acute Heart Failure. Springer Science & Business media; 2009.
8. Kumar S, Yassin H, Esan O, Budzikowski AS, Kassotis JT. Mechanism and Management of Pacing Lead Related Cardiac Perforation. In: Roka A, editor. Current Issues and Recent Advances in Pacemaker Therapy. 2012
9. Cremers S, Bradshaw J, Herfens F. Chest X-Ray - Heart Failure. www.radiologyassistant.nl



ศูนย์เลเซอร์สายตาจุฬาฯ : Chula Refractive Surgery Center

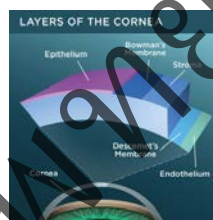
ศูนย์เลเซอร์รักษาความผิดปกติของสายตา ฝ่ายจักษุวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้เปิดให้บริการมาตั้งแต่ เดือนกันยายน 2540 ด้วยวิวัฒนาการในด้านการรักษาสายตาผิดปกติที่มีความรวดเร็วล้ำสมัยไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นในปี พ.ศ. 2558 **ศูนย์เลเซอร์สายตาจุฬาฯ** จึงได้ทำการขยายพื้นที่ในการให้บริการไปยัง **ตึก 14 ชั้น (อาคารหลังใหม่ ถ.อังรีดูนังต์)** พร้อมกับจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีเทคโนโลยีทันสมัย เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้รวมถึงการติดตั้ง **เครื่องแยกชั้นกระจกตาด้วยเลเซอร์ (Femtosecond Laser)** เพื่อใช้ในการรักษาด้วยวิธี **Femto LASIK (Laser Assisted in situ Keratomileusis)** ซึ่งช่วยให้การผ่าตัดแก้ไขสายตาผิดปกติด้วยวิธี LASIK ได้ผลดียิ่งขึ้น มีการฟื้นฟูของการมองเห็นเร็วขึ้น และด้วยความแม่นยำของเทคโนโลยีใหม่นี้ เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดเปิดฝากระจกตาด้วยใบมีด (Blade LASIK) อาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจะพบน้อยมาก เช่น เลือดออกใต้เยื่อตา ฝากระจกตาเลื่อนหลังการผ่าตัด และ เทคโนโลยีใหม่ คือ **ReLEx - SMILE (ReLEx : Refractive Lenticule Extraction, SMILE : Small Incision Lenticule Extraction)** ซึ่งเป็นการผ่าตัดโดยใช้เครื่องแยกชั้นกระจกตาด้วยเลเซอร์ (Femtosecond Laser) เพียงอย่างเดียว ทำให้สามารถผ่าตัดแก้ไขสายตาผิดปกติได้โดยไม่ต้องเปิดฝากระจกตา ทำให้ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนลดลง ได้แก่ ภาวะตาแห้ง การเห็นแสงแตกกระจายลดน้อยลง และไม่มีปัญหาฝากระจกตาที่อาจจะเลื่อนได้ดังเช่นวิธี LASIK นอกจากนี้ **เครื่องแยกชั้นกระจกตาด้วยเลเซอร์ (Femtosecond Laser)** ยังสามารถสร้างช่อง (Tunnel) เพื่อใส่วงแหวนปรับรูปกระจกตา (Intracorneal Ring Segment, ICR) ในผู้ป่วยโรคกระจกตาโค้ง (Corneal Ectasia) และสายตาเอียงผิดปกติ (Irregular Astigmatism) ซึ่งพบได้มากภายหลัง การผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตา (Corneal Transplantation) และยังสามารถใช้ในการ **การสร้างช่อง (pocket) สำหรับใส่เลนส์หรืออุปกรณ์สำหรับปรับระยะการมองเห็นในที่ใกล้** สำหรับผู้ที่มี ภาวะสายตาวายตามอายุ (presbyopia) ทดแทนการใช้แว่นมองใกล้ ซึ่งเป็น **เทคโนโลยีใหม่** ที่จะเข้ามามีบทบาทในการรักษาบุคคลกลุ่มนี้

วิธีการแก้ปัญหาสายตาผิดปกติขั้นพื้นฐาน สามารถทำได้โดยใช้ **แว่นสายตา เลนส์สัมผัส (contact lens)** หรือ **การผ่าตัดแก้ไขสายตาผิดปกติ (Refractive Surgery)** หรือการใช้ทั้ง 3 วิธีร่วมกัน

การใช้เลเซอร์ความแม่นยำสูง ในการปรับความโค้งของกระจกตา (**LVC: Laser Vision Correction**) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการมองเห็นให้ชัดเจนสูงสุด เป็นการแก้ปัญหาสายตาผิดปกติวิธีหนึ่ง ช่วยลดการพึ่งพาแว่นตาและเลนส์สัมผัส ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน หรือก่อให้เกิดผลเสียในระยะยาว

เนื้อกระจกตาของคนปกติ ประกอบด้วยเนื้อเยื่อ 5 ชั้น เรียงลำดับจากชั้นนอกสุดที่สัมผัสกับอากาศภายนอก เข้าไปยังชั้นข้างในสุด มีชื่อเรียกดังนี้

Epithelium, Bowman's Layer, Stroma, Descemet's Membrane และ Endothelium ทั้งนี้ เนื้อเยื่อชั้น Epithelium เป็นเนื้อกระจกตาชั้นผิวที่สามารถสร้างตัวเองขึ้นได้ใหม่เป็นปกติสม่ำเสมออยู่แล้ว เทคนิค LVC ในยุคแรกจึงใช้คุณสมบัตินี้ในการแก้ไขค่าสายตา โดยการใช้ใบมีดหรือเลเซอร์ ชนิด Excimer laser ขูดหรือแยกผิวกระจกตาด้านนอกสุดออก (surface ablation) ก่อนจะฉายแสงเอ็กไซเมอร์เลเซอร์ไปที่เนื้อกระจกตาชั้นใน (stroma) เพื่อปรับความโค้งกระจกตาให้ได้ค่าสายตาที่ต้องการ ตัวอย่างเช่น เทคนิค PRK (Photorefractive Keratectomy)



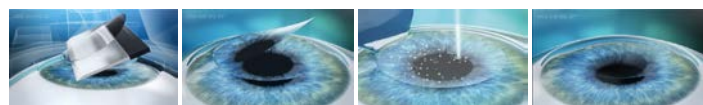
ภาพแสดงชั้นเนื้อเยื่อกระจกตา (Cornea) ประกอบด้วยเนื้อเยื่อ 5 ชั้น เรียงจากชั้นนอกสุด ไปสู่ชั้นในสุด ดังนี้ Epithelium, Bowman's Layer, Stroma, Descemet's Membrane และ Endothelium

เทคนิค PRK (Photorefractive Keratectomy) ใช้การแยกผิวกระจกตาชั้น Epithelium ออกด้วยใบมีด หรือ เอ็กไซเมอร์เลเซอร์ (Excimer Laser) หรือแอลกอฮอล์ ก่อนทำการปรับความโค้งของกระจกตาด้วยเอ็กไซเมอร์เลเซอร์ (Excimer Laser) ที่เนื้อกระจกตาชั้น Stroma ให้ได้ความโค้งกระจกตามระดับค่าสายตาที่ต้องการ หลังจากนั้น จะครอบคลุมปิดแผลกระจกตาที่เกิดขึ้นด้วยเลนส์สัมผัสเป็นระยะเวลา 3-5 วัน ซึ่งผิวกระจกตามักจะสมานดีแล้ว เทคนิค PRK เหมาะสำหรับผู้ที่สายตาสั้นผิดปกติน้อยกว่า 6 - 7 Diopter

เทคนิค LVC ในยุคที่สอง ใช้วิธีแยกชั้นกระจกตาด้วยใบมีด (Blade LASIK) หรือเลเซอร์ (Femtosecond LASIK) ก่อนปรับความโค้งของผิวกระจกตาด้วยเอ็กไซเมอร์เลเซอร์ (Excimer Laser)

เทคนิค Blade LASIK เป็นการแยกชั้นกระจกตาด้วยเครื่องมือที่เรียกว่า Microkeratome (Mechanical Blade) มีส่วนประกอบหลักอย่างหนึ่งคือใบมีด ทำการผ่านกระจกตาตามความหนาที่กำหนด เพื่อให้เปิดออกในลักษณะที่ยังมีชั้นเหลืออยู่ (Flap) คล้ายเปิดประตูหรือหน้าต่าง แล้วทำการยกฝากระจกตาที่แยกชั้นออกมาแล้วขึ้น เผยให้เห็นเนื้อกระจกตาในชั้น Stroma ก่อนฉายแสงเอ็กไซเมอร์เลเซอร์ (Excimer Laser) เพื่อปรับแต่งกระจกตาบริเวณชั้น Stroma ที่ได้ตรวจวัดและคำนวณไว้ก่อนล่วงหน้า หลังจากนั้นจึงปิดฝากระจกตาลับเข้าที่ตามเดิม

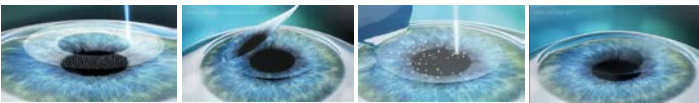
ขั้นตอนการผ่าตัดเลสิกแบบใช้ใบมีด (Blade LASIK)



เทคนิค Femtosecond LASIK ใช้วิธีแยกชั้นกระจกตาที่มีประสิทธิภาพกว่าเทคนิค Blade LASIK โดยการใช้เลเซอร์ความเร็วสูง

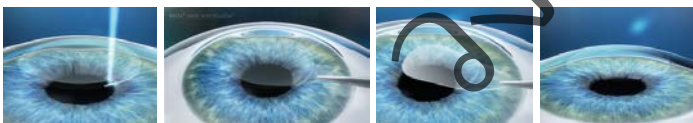
(Femtosecond Laser) แทนการใช้ใบมีด Microkeratome ในการตัดฝากระจกตา ตามความหนาที่กำหนดและให้มีชั้นเหลืออยู่ (Flap) เช่นเดียวกัน แล้วเปิดฝากระจกตาขึ้น ก่อนใช้เอ็กไซเมอร์เลเซอร์ (Excimer Laser) ฉายแสงเลเซอร์เพื่อปรับความโค้งของกระจกตาที่ชั้น Stroma ให้ได้ความโค้งกระจกตามระดับค่าสายตาที่กำหนดเช่นเดียวกับเทคนิค Blade LASIK หลังจากนั้นจึงปิดฝากระจกตากลับเข้าที่ตามเดิม วิธีนี้จะทำให้เกิดการระคายเคืองหลังการผ่าตัดน้อยกว่าเทคนิค PRK แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความหนาของกระจกตาที่จะต้องเหลือให้เพียงพอเพื่อความปลอดภัย ดังนั้น จึงไม่เหมาะกับผู้ที่กระจกตาบางหรือมีสายตาสั้นมากจนเกินไป

ขั้นตอนการผ่าตัดเลสิกแบบไร้ใบมีด (Femto LASIK หรือ Bladeless LASIK)



เทคนิค LVC ในยุคที่สาม ซึ่งเป็นเทคโนโลยีล่าสุดที่ช่วยลดปัญหาผลข้างเคียงหลังการผ่าตัดแบบแยกชั้นกระจกตาด้วยใบมีด (Blade LASIK) หรือด้วยแสงเลเซอร์ (Femtosecond LASIK) คือ เทคนิคที่ชื่อว่า ReLEx - SMILE ซึ่งเป็นการปรับแต่งเนื้อเยื่อกระจกตาทายในชั้น Stroma โดยไม่ต้องทำการเปิดฝากระจกตา เหมือนวิธี LASIK แต่ใช้วิธีคำนวณค่าชั้นเนื้อกระจกตาในชั้น Stroma แบบ 3 มิติ ก่อนทำการตัดออกด้วยการฉายแสงเลเซอร์ความเร็วสูง (Femtosecond Laser) เรียกชั้นกระจกตาที่ถูกตัดออกนี้ว่า Lenticule หลังจากนั้นจึงใช้เครื่องมือสอดเข้าไปดึงหรือคีบชั้น Lenticule ออกทางแผลเปิดบนเนื้อกระจกตา ซึ่งมีขนาดเล็กประมาณ 2 – 4 มม. ชั้น Lenticule ที่ถูกนำออกไปจะส่งผลทำให้กระจกตาเปลี่ยนรูปร่างไปตามค่าที่คำนวณไว้ ข้อดีของเทคนิค ReLEx - SMILE คือ ลดอาการตาแห้งที่มีเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดโดยเฉพาะกรณีที่ใช้เทคนิค LASIK จึงเหมาะสำหรับผู้ที่มีการตาแห้งเล็กน้อยอยู่แล้วก่อนการผ่าตัด

ขั้นตอนการผ่าตัดเลสิกแบบ ReLEx - SMILE



คุณสมบัติของเครื่องแยกชั้นกระจกตา Femtosecond Laser: VisuMax และเครื่อง Excimer Laser: MEL90

เครื่อง “VisuMax – MEL90” เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ในการผ่าตัดแก้ปัญหาความผิดปกติของสายตา ได้แก่ สายตาสั้น, สายตายาว, สายตาเอียง โดยหลักการตัดผิวกระจกตา ด้วยคลื่นเลเซอร์ชนิดอัลตราไวโอเลตชนิด ซี ซึ่งมีความแม่นยำสูงมาก คุณสมบัติสำคัญ คือ

(1) เป็นเครื่องเลเซอร์แบบฉายแสงเลเซอร์เฉพาะที่เป็นจุดเล็ก ๆ (spot scanning laser) โดยมีลำแสงเลเซอร์แบบเกาส์เซียน (Gaussian Treatment Laser Beam) ทำให้สามารถกำหนดจุดที่ฉายแสงลงไปได้อย่างเฉพาะเจาะจง ทำให้มีความแม่นยำสูงมาก

(2) มี การติดตั้งระบบติดตามการเคลื่อนที่ของลูกตาลดเวลา (eye tracking system) ด้วยลำแสงอินฟราเรด แม้ขณะที่ผู้ป่วยยกคอกตาในระหว่างการฉายแสงเลเซอร์ ช่วยให้การคลาดเคลื่อนของตำแหน่งที่จะฉายแสง ก่อให้เกิดความแม่นยำยิ่งขึ้น

สำหรับเครื่อง “VisuMax – MEL90” ซึ่งเป็นเครื่องเลเซอร์ชนิด Femtosecond laser ที่มีความแม่นยำสูงแล้วนั้น ยังประกอบไปด้วย ระบบสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่

- มี การติดตั้งระบบสนับสนุนผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด (patient supporting system) ซึ่งช่วยในการจัดท่านอนและจัดตำแหน่งศีรษะผู้ป่วย ให้เหมาะสมและสะดวกสบาย ระหว่างการผ่าตัด

- มี ระบบไฟกะพริบเป็นจุดกะพริบสีเขียว ช่วยกำหนดตำแหน่งการมองของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด

- มี การติดตั้งระบบ Cone for Controlled Atmosphere (CCA+) ซึ่งควบคุมการหมุนเวียนของกระแสลมที่ใช้สำหรับการกำจัดเศษเนื้อเยื่อที่หลุดออกมาจากแนวลำแสงเลเซอร์



เครื่อง VisuMax (ภาพซ้าย) และ เครื่อง Excimer Laser MEL90 (ภาพขวา) โดยทั้งห้องเครื่องจัดอยู่ในระบบเดียวกันกับเตียงผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเคลื่อนย้ายเตียง (ภาพกลาง)

ศูนย์เลเซอร์สายตาจุฬาฯ : Chula Refractive Surgery Center : มุ่งเน้น **คุณภาพ ประสิทธิภาพ** และความปลอดภัย อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ในการบริการด้านการแก้ไขสายตาผิดปกติอย่าง **ครบวงจร** และเป็นแหล่งการเรียนรู้การสอนที่สมบูรณ์แบบ

วัน-เวลาทำการ **ระยะแรก** เปิดให้บริการเฉพาะในเวลาราชการ วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. **ระยะที่สอง** จะเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 16.00 – 20.00 น. และวันเสาร์ เวลา 08.00 – 12.00 น.

ช่องทางการติดต่อ ศูนย์เลเซอร์สายตาจุฬาฯ : Chula Refractive Surgery Center : ตึก 14 (ชั้นล่าง) ติด ถ.อังรีดูนังต์ ใกล้กับธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสาขากาชาดไทย และตึกคึกคองค์ โทรศัพท์ : 0 2649 4041 E-mail : chula.eyelaser.center@gmail.com และ chula.refractive.surgerycenter@gmail.com Facebook : <https://www.facebook.com/chulaeyelasercenter>



เครดิตภาพ และข้อมูลเพิ่มเติม:

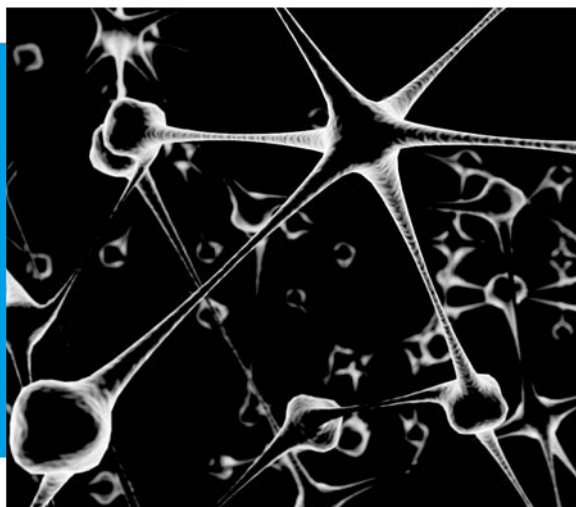
- ภาพเนื้อเยื่อชั้นกระจกตา <<http://www.allaboutvision.com/conditions/fuchs-corneal-dystrophy.html>>
- ภาพขั้นตอนการผ่าตัดเลสิก โดย บริษัท Carl Zeiss Meditec AG.
- ภาพเครื่องมือวัดและเครื่องแยกชั้นกระจกตา โดย ฝ่ายประชาสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- Chula Eye Book จักจุฬาฯ โดย ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2557

An International Conference “STEM CELLS: DEVELOPMENT & MANAGEMENT”

November 30 – December 2, 2015

Where Naresuan University, Phitsanulok, Thailand

Co-hosted by Association of Cell Therapy, Thai



มหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมกับ สมาคมเซลล์บำบัดไทย
ขอเชิญร่วมงานประชุมวิชาการนานาชาติ
เรื่อง **“Stem Cells: Development & Management”**
วันที่ 30 พฤศจิกายน - 2 ธันวาคม 2558
ณ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

About the Conference

An international conference on “Stem Cells: Development & Management,” organized by Naresuan University on the occasion of the 25th anniversary of the university, will be held from November 30th to December 2nd. The goal of this conference is to fill the prevailing gaps in the transformation of this science of hope to serve all in need. In Thailand, there are over 100 organizations, including universities dealing with cell biology and stem cell research which offer promising research related to cell science and stem cells. At Naresuan University, there are Centers of Excellence in many fields, including the Center of Excellence for Medical Biotechnology (CEMB) where an effective research team on development, regeneration, and stem cell biology takes an interdisciplinary approach to understanding the fundamental question of how a single cell ultimately produces a complex fully patterned adult organism, as well as the related question of how adult structures regenerate. There are still many challenges in this vibrant research field, including ethical questions relating to raw materials and clinical trials which in turn affect the ability to transfer research results into stem cell approved therapies. The special lectures from our distinguished keynote speakers will review the recent research and breakthroughs in stem cell biology, technology, applications and management, the current understanding of cell plasticity in cancer, and the scope of other recent advancements. The conference will be a great platform for researchers to share their current findings in this field of foundation science. The major scientific sessions in the conference will focus on the latest and exciting innovations in prominent areas of stem cell research, which would also educate the attendees from different research backgrounds and provide a platform for the discussions between academia and business.

“Stem Cells: Biology & Technology”
“Stem Cells: Applications”
“Stem Cells: Management”

CONFERENCE HIGHLIGHTS

- ★ Stem Cells: Biology & Technology
- ★ Mesenchymal Stromal Cells (Umbilical Cord)
- ★ Stem Cells: Applications
- ★ Introduction to practical cell therapy (In Thai)
- ★ Stem Cells: Management
- ★ Integrated Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Prevention
- ★ The Evidence based Cell Therapy
- ★ Global Stem cell Regulations

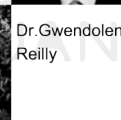
KEYNOTE SPEAKERS



Professor
Dr. Sheila
MacNeil



Dr. Olaf Walter
KUHNKE, MD



Bancha
Daengneam, MD.



Prof. Dr. Samlee
Manikhetkorn



Paul
H. Krebsbach,
Ph.D., D.D.S.



Chatdanai
Musigchai, MD.



For more information see: Division of Research Administration
99 Moo 9 Muang District Phitsanulok 65000
Tel. & Fax: +(66-55) 968 604, +(66-55) 968 640
E-mail: conference@nu.ac.th

Co-hosted by Association of Cell Therapy, Thai

ACT, THAI
HOTLINE ! 081-866 6440



cell_therapy



ThaiCellTherapy

สกว. จับมือ สวช. พัฒนาบุคลากร-วิจัย-วัคซีน นำร่องป้องกัน “ไข้เลือดออก”

สกว. และ สวช. ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการร่วมให้ทุนพัฒนาบุคลากรระดับปริญญาเอก ทุ่มบ 70 ล้านบาท ป็นนักศึกษาปริญญาเอกภายใน 5 ปี มุ่งพัฒนาบุคลากรรวมถึงการวิจัยและพัฒนาวัคซีนที่อยู่ในนโยบายชาติ นำร่องด้วยวัคซีนป้องกันไข้เลือดออกเดงกี ปูทางยุทธศาสตร์ใหม่ในการให้ทุนวิจัยแก่หน่วยงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจที่ไม่ใช่มหาวิทยาลัย เพื่อยกระดับงานวิจัยให้ตอบสนองต่อภารกิจ

ศ.นพ.สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ

ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุน

การวิจัย (สกว.) เปิดเผยว่า ความร่วมมือในครั้งนี้ ทั้ง 2 หน่วยงานมีเจตนารมณ์ร่วมกันที่จะพัฒนาบุคลากรวิจัยระดับปริญญาเอก และสร้างผลงานวิจัยที่มีศักยภาพ ซึ่ง สวช.จะเป็นผู้กำหนดกรอบของโจทย์วิจัยที่ชัดเจนในแต่ละปี ขณะที่ สกว.จะใช้ประสบการณ์เชี่ยวชาญในการบริหารจัดการงานวิจัยภายใต้ทุนโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก.) และทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของทุกฝ่ายให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยจะร่วมกันจัดสรรงบประมาณ 70 ล้านบาท เป็นการสนับสนุนของ สวช.ประมาณ 7 ล้านบาท และ สกว. 63 ล้านบาท รวมจำนวน 35 ทุน ภายในระยะเวลา 5 ปี นับตั้งแต่



เยี่ยมชมห้องปฏิบัติการ
วัคซีนไข้หวัดนก-ไข้หวัดใหญ่-วัณโรค



สกว. และ สวช. ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลง

ปีงบประมาณ 2559 จนถึง 2563 ซึ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะสามารถขยายความร่วมมือลักษณะนี้ไปยังหน่วยงานวิจัยภาครัฐแห่งอื่น ๆ อย่างกว้างขวาง และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ในระบบวิจัยของประเทศให้เติบโตแข็งแกร่งยิ่งขึ้น

ขณะที่ ดร.นพ.จรุง เมืองชนะ ผู้อำนวยการสถาบันวัคซีนแห่งชาติ (สวช.) กล่าวว่า จากการวิเคราะห์ช่องว่างในการพัฒนาวัคซีนของประเทศ พบว่า ค่อนข้างมีข้อจำกัดทั้งจำนวนและศักยภาพของบุคลากรที่มีภารกิจในการวิจัยพัฒนา กระบวนการผลิต และการประกันคุณภาพวัคซีน สวช.ได้จัดการให้ทุนวิจัยพัฒนาวัคซีนตามเป้าหมายของชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา ปัจจุบันมีโครงการวิจัยที่ได้ให้การสนับสนุนทุนแล้วรวมทั้งสิ้น 20 โครงการ ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยพัฒนาวัคซีนที่อยู่ในนโยบายวัคซีนแห่งชาติ และวาระแห่งชาติด้านวัคซีน ได้แก่ วัคซีนไข้เลือดออกเดงกี วัคซีนไข้มองอักเสบเฉฉิ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันวัณโรคชนิดใหม่ รวมถึงการพัฒนาการทดสอบเพื่อการประกันและควบคุมคุณภาพวัคซีน

ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาบุคลากรด้านวัคซีนมีทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจน ตอบสนองความต้องการของประเทศ สวช.ได้เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแผนแม่บทในการพัฒนาบุคลากรด้านวัคซีนอย่างเป็นระบบ โดยร่วมมือกับหน่วยงานเครือข่ายด้านวัคซีน และสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความร่วมมือกับ สกว.ในการสนับสนุนทุนให้นักศึกษาระดับปริญญาเอก เพื่อผลิตนักวิจัยที่มีคุณภาพและเป็นการสำคัญในการพัฒนาวัคซีนของประเทศ โดยเฉพาะประเด็นที่มีความยาก ทำหายความสามารถ และเป็นจุดที่ประเทศขาดแคลน ซึ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่าความร่วมมือครั้งนี้จะช่วยให้มีงานวิจัยด้านวัคซีนที่มีคุณภาพ สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดให้ประเทศมีความเข้มแข็งในการวิจัยพัฒนา อีกทั้งจูงใจให้บุคลากรรุ่นใหม่



รวมผู้บริหาร-นักวิจัย

เกิดความสนใจและมาช่วยกันสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประเทศในด้านการวิจัยพัฒนาวัคซีน ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะเป็นกำลังสำคัญในการสร้างความมั่นคงด้านวัคซีนแก่ประเทศต่อไป

ด้าน ศ.ดร.ประมวล ตั้งบริบูรณ์รัตน์ ผู้อำนวยการโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก.) ภายใต้ สกว. ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2558 ที่ผ่านมา สกว. ได้นำร่องให้ทุนร่วมกับ 3 หน่วยงานของกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ได้แก่ สถาบันดาราศาสตร์แห่งชาติ (องค์การมหาชน), สถาบันวิจัยแสงซินโครตรอน (องค์การมหาชน) และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) โดยดำเนินการให้ทุนไปแล้วจำนวน 9 ทุน ซึ่งนับเป็นยุทธศาสตร์ใหม่ของ คปก. ในการสนับสนุนทุนวิจัยแก่หน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่มหาวิทยาลัย เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรระดับปริญญาเอกให้แก่หน่วยงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ เพื่อยกระดับคุณภาพกำลังคนและพัฒนางานวิจัยในหน่วยงาน โดยใช้โจทย์วิจัยที่ตอบสนองต่อภารกิจ/ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ด้วยกลไกที่มีมาตรฐานของ คปก.

ศ.ดร.ศุภิดา อุลล คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นำเสนอ ผลงานวิจัยโครงการวัคซีนไข้เลือดออก Dengue “A novel dengue nanovaccine” ว่า ไวรัสเดงกีเป็นไวรัสที่มีแมลงเป็นพาหะที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ



ศ.ดร.ศุภิดา อุลล



ศ.ดร.ศุภิดา นำเสนอผลงานวิจัย

การแพทย์ทหารอเมริกัน (AFRIMS) ภายใต้การสนับสนุนทุนวิจัยจาก สวทช. คปก.-สกว. AFRIMS และ สวทช. เพื่อพัฒนาเดงกีนาโนวัคซีน 2 รูปแบบ คือ 1. เติ่งกันาโนวัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated-dengue nanovaccine) ที่มีปัสซีลเป็นสารเสริมฤทธิ์ (Adjuvant) ที่ช่วยให้วัคซีนกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันได้ดีขึ้น 2. เติ่งกันาโนวัคซีนที่มีโปรตีนอีที 3 และเอ็น-ไตรเมทิลโคโคโตซานเป็นอนุภาคนาโน (EDIII-NS1-dengue nanovaccine) และมีสารเสริมฤทธิ์วัคซีนทั้ง 2 รูปแบบนี้ใช้โคโคโตซานเป็นระบบขนส่ง ซึ่งทำหน้าที่เป็นสารเสริมฤทธิ์ด้วย ทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนองต่อวัคซีนได้มากขึ้น รวมถึงสามารถกระตุ้นการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันในหนูทดลองได้อย่างดีอีกด้วย

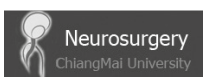
ในตอนท้าย รศ.ดร.นพ.สุธี ยกส้าน ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและพัฒนาวัคซีน สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กล่าวถึงความสำคัญในการสร้างนักวิจัย



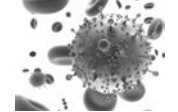
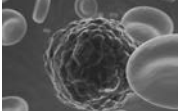
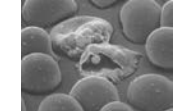
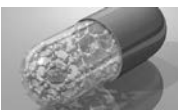
รศ.ดร.นพ.สุธี ยกส้าน

ระดับปริญญาเอกต่อการพัฒนาวัคซีนของ

ประเทศไทยว่า เพื่อที่จะได้มีนวัตกรรมของตัวเองในการคิดค้นวัคซีนใหม่และปรับปรุงประสิทธิภาพวัคซีนที่มีใช้อยู่แล้ว จึงจำเป็นต้องมีบุคลากรเพิ่มขึ้นโดยมีหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่โครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน เทคโนโลยี และปัจจัยอื่น ๆ เช่น ทีมงาน เครือข่ายความร่วมมือ มาตรฐานและความน่าเชื่อถือ

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
30 พฤศจิกายน- 2 ธันวาคม 2558 	หน่วยจักษุตกแต่งและเสริมสร้าง ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	การประชุมเชิงปฏิบัติการ “EYE SOFT CADAVER WORKSHOP 2015” ณ อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 12 และอาคารแพทย์พัฒนา ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โทรศัพท์ 08-8760-6461 E-mail: eyecadaverchula@gmail.com
3 ธันวาคม 2558 	คณะกรรมการมาตรฐานการ ช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศไทย ในพระบรม ราชูปถัมภ์ ร่วมกับกรรมการ พัฒนาการช่วยฟื้นคืนชีพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	การประชุมวิชาการ “Update in CPR Guideline 2015” ณ โรงแรมโลดสปางสวนแก้ว จ.เชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-2718-0063 โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: o_thaiheart@hotmail.co.th www.thaicpr.org
3-4 ธันวาคม 2558 	สมาคมประสาทวิทยา แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 ชมรมโรคเส้นประสาท ร่วมกล้ามเนื้อ และเวชศาสตร์ไฟฟ้าวินิจฉัย 2558 “Diagnostic investigation in neuromuscular disorder” ณ ห้องประชุม สยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซ.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5901, 0-2716-5994 โทรสาร 0-2716-6004 www.neurothai.org www.thairheumatology.org
3-4 ธันวาคม 2558 	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมเชิงปฏิบัติการ การตรวจพันธุกรรมตัวอ่อนก่อนการฝังตัว ในโพรงมดลูก “Preimplantation Genetic Diagnosis: When the dream comes true in Thailand” (PGD เมื่อความฝันเป็นจริงใน ประเทศไทย) ณ ห้องประชุม 910 ชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวม ด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2201-2805 โทรสาร 0-2201-2806 E-mail: matchuporn_m@yahoo.com www.acmrrama.com
5-7 ธันวาคม 2558 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	การประชุมวิชาการ 25 th Two Days in Cardiology “Dilemmas in Cardiology” ณ ศูนย์ประชุมพืชมงคล จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2718-0060-5 โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: thaiheart@thaiheart.org www.thaiheart.org
5-7 ธันวาคม 2558 	โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต	การประชุมวิชาการนานาชาติ The Second Colorectal Disease Symposium ณ โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต และโรงแรม Hilton Phuket Arcadia Resort and Spa	โทรศัพท์ 0-7625-4425 ต่อ 1640 E-mail: info@phukethospital.com
8-12 ธันวาคม 2558 14-18 ธันวาคม 2558 	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับวิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล เครือข่าย พ่อแม่ไทยในวิถีแอ็ดเลอร์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ และสำนักงานส่งเสริม การจัดประชุมและนิทรรศการ (องค์การมหาชน)	การประชุมเชิงปฏิบัติการ “สุขภาพจิตของครอบครัว ครั้งที่ 3” 8-12 ธันวาคม 2558: Workshop I “การให้การปรึกษาตามวัย” 14-18 ธันวาคม 2558: Workshop II “การให้การปรึกษาคู่ครอง” ณ โรงแรมกานต์มณีพลาซ่า กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6651-2 โทรสาร 0-2716-6653 http://thaifammed.org
10-12 ธันวาคม 2558 	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย และ สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟู แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมเดอะชาวัน พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6808 โทรสาร 0-2716-6809 E-mail: thairehab@gmail.com http://rehabmed.or.th
11-12 ธันวาคม 2558 	หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	การประชุมวิชาการประจำปี C.M.U.Neurosurgery Forum 2015 ณ ศูนย์ฝึกทักษะผ่าตัด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	โทรศัพท์/โทรสาร 0-5394-6132 E-mail: register@neurosurgerycmu.com www.neuro.or.th

Highlight International Congress 2015

Date	Title	City	Country	Contact
6-10 December 2015 	Emirates Society of Emergency Medicine Conference	Abu Dhabi	United Arab Emirates	www.esem.ae/esem2015
6-8 December 2015 	The First Saudi International Lab Expo 2015	Riyadh	Saudi Arabia	www.saudilabexpo.com
7 December 2015 	H3 Symposium-Physiology, pathophysiology and future treatment options for diabetic complications	London	United Kingdom	www.physoc.org/h3-diabetic-complications
8-11 December 2015 	Seventh International Workshop on HIV Persistence, Reservoirs and Cure	Miami	United States of America	www.hiv-persistence.com
10 December 2015 	Training-Developing Effective Cancer Survivorship Services	London	United Kingdom	www.healthcareconferencesuk.co.uk/cancer-survivorship-improving-outcomes
10-11 December 2015 	Third International Conference on Global Public Health 2015	Colombo	Sri Lanka	www.health3000.org
11-13 December 2015 	MEAAAIC 2015-8 th Middle East-Asia Allergy Asthma Immunology Congress	Abu Dhabi	United Arab Emirates	http://meaaaic.org
14-15 December 2015 	2 nd International Symposium on Clinical Pharmacology of Antimalaria Agents	Accra	Ghana	www.regonline.com/register/checkin.aspx?eventid=1552035
15-18 December 2015 	2 nd International Conference on Infectious Diseases and Nanomedicine-2015	Kathmandu	Nepal	www.icidn2015.com

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. 71/16 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-4024 FAX 0-2435-4025



มอบนโยบายการทำงาน ปี 2559

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย นพ.โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เปิดประชุมมอบนโยบายการดำเนินงานปีงบประมาณ 2559 แก่ผู้บริหารระดับสูง ผู้ตรวจราชการฯ อธิบดี ผู้แทนกรม กอง สำนักต่าง ๆ ในส่วนกลางและผู้บริหารจาก ส่วนภูมิภาค เพื่อให้การทำงานของกระทรวงสาธารณสุขมีความเชื่อมโยง สอดคล้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ณ โรงแรมเซ็นทารา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้

เปิดงานมหกรรมคุณภาพ ประจำปี 2558

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นประธานเปิดงาน มหกรรมคุณภาพ (Quality Fair) ประจำปี พ.ศ. 2558 ซึ่งจัดขึ้นระหว่างวันที่ 1-2 ตุลาคมที่ผ่านมา ณ ห้องประชุมราชปนัดดาสิรินธร อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 1 โดยมี ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวรายงานและให้การต้อนรับ พร้อมด้วย ศ.พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ภายในงานมีการเผยแพร่ผลงานการพัฒนาคุณภาพดีเด่น เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายให้สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ต่อยอดในการพัฒนาระบบกระบวนการงานส่งเสริมให้เกิดคุณค่าอย่างยั่งยืน รวมทั้งยังเป็นแรงบันดาลใจให้เกิดความคิดริเริ่มในการสร้างนวัตกรรม งานวิจัยจากงานประจำอีกด้วย



เปิดบ้านหลังคาแดงรับวันสุขภาพจิตโลก ปี 2558



นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นประธานจัดงานวันอนุสรณ์ ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว บิดาแห่งจิตเวชศาสตร์ไทย และวันสุขภาพจิตโลก ประจำปี พ.ศ. 2558 (World Mental Health Day 2015) ในปีนี้ สหพันธ์สุขภาพจิตโลก (The World Federation Mental Health: WFMH) ได้รณรงค์ภายใต้แนวคิด “Dignity in mental health: สร้างศักดิ์ศรี สร้างคุณค่า ผู้มีปัญหสุขภาพจิต” เพื่อสร้างความตระหนัก และส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้

กิจกรรมเนื่องในวันล้างมือโลก

สืบเนื่องจากวันล้างมือโลก ปี พ.ศ. 2558 สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สตีเบล เอลทรอน ผู้ผลิตเครื่องทำน้ำอุ่น น้ำร้อน เครื่องกรองน้ำ ป้อนความร้อน และเครื่องเป่ามือจากประเทศเยอรมนี จัดกิจกรรมเป็นปีที่ 2 ติดต่อกัน โดยลงพื้นที่เยี่ยมนักเรียนจากโรงเรียนบ้านบางพลี และโรงเรียนสินสังวาลย์อุทิศ จ.พระนครศรีอยุธยา เพื่อจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านการล้างมือที่ถูกวิธีและเพื่อให้เด็ก ๆ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการล้างมือให้สะอาด ซึ่งถือเป็นสิ่งที่จะช่วยเสริมสร้างสุขนิสัยและสุขอนามัยที่ดีทั้งต่อตนเอง และต่อชุมชน



วงการแพทย์ 2558

สัญจรทั่วไทย



โรงพยาบาลรามารินทร์

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2558 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลรามารินทร์ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป

วงการแพทย์
สัญจรทั่วไทย



ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา



ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา



ภาควิชาออร์โธปิดิกส์



ภาควิชาอายุรศาสตร์



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



ชื่อผู้สมัคร.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา
☐ เภสัชกร กลุ่ม
☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....
สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....
.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....
มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์
○ 1 ปี (12 ฉบับ) 720 บาท

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา
○ 1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม 620 บาท

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาปิ่นเกล้า บัตรเครดิต 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

☐ เช็คบัตรเครดิต A/C PAYEE ONLY ส่งจ่ายในนาม บ.สรรพสาร จก.
เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.
○ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาปิ่นเกล้า บัตรเครดิต เลขที่ 264-205319-4
○ ธนาคารกรุงเทพ สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก.

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-4024 แฟกซ์ 0-2435-4025

หมายเหตุ

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

0-2435-4025

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-4024**

แฟกซ์ **0-2435-4025**

Continuing Medical Education

CME PLUS





The Gastroenterological Association of Thailand
and

MEDA

Cordially invite you to attend **Lunch Symposium**

**Role of Silymarin for
the Treatment NAFLD/NASH and
Cirrhosis, What's the Different
among Silymarins?**

Honored Guest Speaker:

❖ **Professor Diana Alcantara-Payawal**

*Prof. Asst. Chair, Section of Gastroenterology Cardinal Santos Medical Center
10 Wilson St. Greenhills West San Juan City, Metro Manila 1502, Philippines*



Moderator and Speaker:

❖ **Major General Dr. Anuchit Chutaputti**

*Section of Digestive and Liver Disease, Department of Medicine,
Phramongkutklao Hospital, Bangkok, Thailand*



Monday, November 23rd, 2015

11:30-12:30

Ballroom, Hall A

**Queen Sirikit National Convention Center (QSNCC),
Bangkok**

 **Legalon®**

Introducing Sanofi Pasteur's
New Hexavalent Vaccine

Hexaxim[®] NEW

แจ้งให้แพทย์

The ready-to-use
fully liquid
6-in-1 vaccine

HEXAXIM C: Diphtheria toxoid not <20 IU; tetanus toxoid not <40 IU; Bordetella pertussis antigens: Pertussis toxoid 25 mcg, filamentous haemagglutinin 25 mcg; inactivated poliovirus: Type 1 (Mahoney) 40 D antigen units, type 2 (MEF-1) 8 D antigen units, type 3 (Saukett) 32 D antigen units; hepatitis B surface antigen 10 mcg; H. influenzae type b polysaccharide (polyribosylribitol phosphate) 12 mcg, conjugated to tetanus protein 22-36 mcg I: Primary & booster vaccination against diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B, poliomyelitis & invasive diseases caused by H. influenzae type b for infants & toddlers from 6 wk to 24 mth. D: IM Primary vaccination 3 doses of 0.5 mL at an interval of 4 wk. Booster vaccination At least 6 mth after last priming dose. CI: Hypersensitivity. Encephalopathy of unknown aetiology w/in 7 days following prior vaccination w/ pertussis-containing vaccine. Uncontrolled neurological disorder or epilepsy. SP: Do not administer by intravascular, intradermal or SC inj. Postpone immunization in patients w/ severe acute febrile illness or infection. Temp $\geq 40^{\circ}\text{C}$, collapse or shock-like state, persistent, inconsolable crying lasting ≥ 3 hr w/in 48 hr of vaccination; convulsions w/ or w/o fever occurring w/in 3 days of vaccination. Postvaccination in individuals w/ history of febrile convulsions. Guillain-Barre syndrome or brachial neuritis. Immunosuppressive treatment or immunodeficiency. Thrombocytopenia or bleeding disorder. Very premature infants (≤ 28 wk of gestation). Pregnancy & lactation. AR: Anorexia; crying, somnolence; vomiting; inj site pain, erythema, swelling, irritability. Abnormal crying, diarrhoea, inj-site induration. INT: Varicella vaccine. P/P: Vaccine (inj) (pre-filled syringe) 0.5 mL x 1's.

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ จศ.40/2558

SANOFI PASTEUR LTD.,

87/2 CRC Tower 23rd Floor, All Seasons Place, Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330 Thailand

Tel: +66 (0)2.264 9999 Fax: +66 (0)2.264 8800



หมายเหตุ
เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล แพทย์ควรติดตามการใช้
โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

TH.HEX.15.04



Healthy children, happy children

SANOFI PASTEUR

