

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

Volume 18, No. 458, June 2016

ปีที่ 18 ฉบับที่ 458 ประจำเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559



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) Cho L, Gao J, Hou L, et al. Preparation of rabies vaccine for human use by cell culture in bioreactor. *Chin J Biologicals* 2006;19:289-91.
 - (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;13:1593-1601.
 - (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* 2013;18:1477-79.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขค. 371/2555

AEC กับโรคพิษสุนัขบ้าไร้พรมแดน

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

NUTRICIA

Takeda

gsk

Eisai

BLU HUA

Otsuka

Abbott
A Promise for Life

รายงานพิเศษ
แพทย์จุฬาฯ พัฒนาแอปพลิเคชัน
'Resus Ultrasound'
คู่มือแพทย์ฉุกเฉิน

วัสดุและอุปกรณ์
การแพทย์
ชิปหัวใจ
สำหรับการคัดกรองยา

เฉพาะโรค
การใช้ ultrasound เพื่อการวินิจฉัย
และวางแผนการรักษาโรคปอดอักเสบ



The vaccine of choice for Rabies prophylaxis

- Widely documented efficacy after confirmed exposure to rabid animals.^(2,3,4,7)
- Approved for
 - IM & ID regimen^(2,4,6,7)
 - Infants, children, adults and pregnant women^(1,2,3,7)
- WHO prequalified vaccine⁽⁸⁾
- Administered in over 100 countries since its launch in 1985.⁽⁹⁾

VERORAB™

References:
1. World Health Organization. Rabies vaccines WHO position paper. Weekly epidemiological record. 2010; 85, 309-320. 2. Suntharasarn P, Warrell MJ, Warrell DA, et al. New purified vero cell vaccine prevents rabies in patient bitten by rabid animals. *The Lancet*. 1986;2:129-31. 3. Chutivongse S, Supich C, Wilke H. Acceptability and efficacy of purified vero-cell rabies vaccine in Thai children exposed to rabies. *Asia Pac J Public Health*. 1986;2(3):179-84. 4. Chutivongse S, Wilke H, Supich C, Baer GM, Fishbein DB. Postexposure prophylaxis for rabies with antiserum and intradermal vaccination. *The Lancet*. 1990;335:696-6. 5. Wang XJ, Lang J, Tao XR, et al. Immunogenicity and safety of purified vero-cell rabies vaccine in severely rabies-exposed patients in China. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2005;36(2):267-74. 6. Suvannanon K, Wilke H, Benjavongkulchai M, et al. Survival of neutralizing antibody in previously rabies vaccinated subjects: a prospective study showing long lasting immunity. *Vaccine*. 2006;24(18):3878-80. 7. Stephen Toovey Preventing rabies with the Verorab vaccine: 1985-2005 Twenty years of clinical experience. *Travel Medicine and Infectious Disease* (2007) 5, 327-348. 8. WHO prequalified vaccines. The World Health Organization page. Available from: URL: http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/PCVaccine_intervindex.html Accessed 03/2013
9. วัคซีนพิษสุนัขบ้า ๗ ปี ๖ เดือน
87% ความสำเร็จ รักษาชีวิต 23 พันชีวิตที่เสี่ยง
เสียชีวิตจากพิษสุนัขบ้า ทั่วโลกทุกปี
โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยารabies และเอกสารกำกับยา
เลขที่ : 0-2264 9999 โทรสาร : 0-2264 8800

SANOFI PASTEUR

VERORAB RABIES VACCINE PREPARED ON VEROCELLS. INDICATIONS: Pre-exposure and post-exposure immunization. DOSAGE AND ADMINISTRATION: a) Pre-exposure immunization: Primary vaccination: According to the WHO, vaccinees receive 3 x 0.5 ml injections by IM route on Day 0, 7, 21 or 28. Boosted by a booster dose 1 year later. Boosters: Thereafter, one injection every 2 years. b) Post-exposure immunization: Standard schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. c) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. d) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. e) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. f) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. g) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. h) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. i) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. j) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. k) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. l) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. m) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. n) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. o) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. p) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. q) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. r) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. s) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. t) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. u) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. v) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. w) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. x) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. y) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection. z) Post-exposure immunization: Special schedule: Treatment consists of 3 x 0.5 ml injections, 1st injection on Day 0, 1, 3, 7, 14, 28. Post-exposure booster: This vaccine is a purified vaccine. It is not necessary to give a booster dose after the 1st injection. However, if the patient has not received a booster dose after the 1st injection, a booster dose should be given 1 year after the 1st injection.

NEW

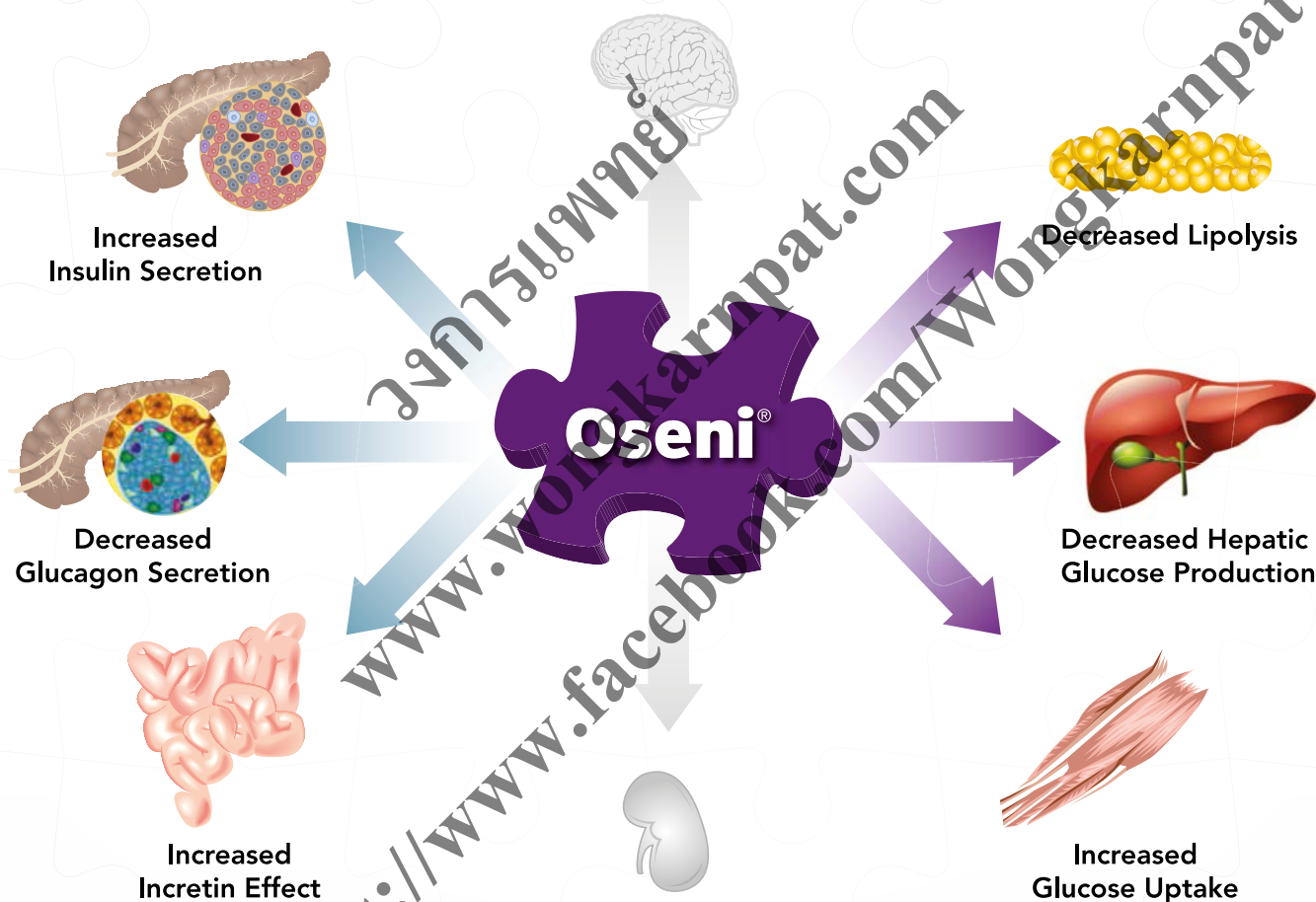
Oseni[®]

alogliptin and pioglitazone

Corrected **6 of 8** core defects in diabetes¹

Alogliptin Increased
Insulin Secretion

Pioglitazone Decreased
Insulin Resistance



Adapted DeFronzo, RA Diabetes Care 2009;58:773-95

OSEN[®] ABBREVIATES PRESCRIBING INFORMATION:

COMPOSITION: OSEN[®] (25MG/15MG) Tablets: Each tablet contains alogliptin 25 mg and pioglitazone 15 mg. **OSEN[®] (25MG/30MG) Tablets:** Each tablet contains alogliptin 25 mg and pioglitazone 30 mg. **INDICATION:** For monotherapy and combination therapy, **OSEN[®]** 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. **OSEN[®]** 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 **OSEN[®]** is necessary for patients with mild renal impairment (creatinine clearance [CrCl] ≥ 60 mL/min). The dose of **OSEN[®]** is 12.5 mg/15 mg or 12.5 mg/30 mg once daily for patients with moderate renal impairment (CrCl ≥ 30 to < 60 mL/min). **OSEN[®]** is not recommended for patients with severe renal impairment or ESRD. **CONTRAINDICATIONS:** History of a serious hypersensitivity reaction to alogliptin or pioglitazone, components of **OSEN[®]**, 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 **OSEN[®]**. 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 occur when used 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 anovulatory women. Macrovascular Outcomes: There have been no clinical studies establishing conclusive evidence of macrovascular risk reduction with **OSEN[®]** 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)

Reference

1.DeFronzo RA. Vascular Health and Risk Management 2010;6 671-690

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ. 137/2559

TH/AOP/2016-00003

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



บริษัท ไทเคด้า (ประเทศไทย) จำกัด
เลขที่ 57 อาคารพาร์คเวนเจอร์ส เอคoplex
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330





edarbi
azilsartan medoxomil
40 mg•80 mg tablets

edarbyclor[®]
azilsartan medoxomil+chlorthalidone
40 mg•12.5 mg tablets

Edarbi[®] Presentation :

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:** Congestive heart failure, renal artery stenosis, aortic or mitral stenosis, hypertrophic obstructive cardio myopathy. **Dosage & administration:** Initially 40mg once daily, titrate up to a maximum of 80mg once daily if needed. **Adverse reactions:** dizziness, diarrhoea, blood creatine phosphokinase increased. **Drug interaction:** Lithium, NSAIDs, K-sparing diuretic. **Packing:** 4X7 tablets

Edarbyclor[®] Presentation :

Active ingredient: Azilsartan medoxomil and chlorthalidone. **Indications:** Edarbyclor is indicated for the treatment of hypertension, to lower blood pressure. • In patients not adequately controlled with monotherapy • As initial therapy in patients likely to need multiple drugs to help achieve blood pressure goals. **Contraindication:** Patients with anuria, Do not coadminister aliskiren with Edarbyclor in patients with diabetes. **Warning & precautions:** Use of drugs that act on the renin-angiotensin system during the second and third trimesters of pregnancy reduces fetal renal function and neonatal morbidity and death. In patients with an activated renin-angiotensin system, such as volume- or salt-depleted patients, 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. Hypokalemia is a dose-dependent adverse reaction that may develop with chlorthalidone. Co-administration of digitalis may exacerbate the adverse effects of hypokalemia. Hyperuricemia may occur or frank gout may be precipitated in certain patients receiving chlorthalidone or other thiazide diuretics. **Dosage & administration:** Edarbyclor is for oral use and may be taken with or without food. The recommended starting dose of Edarbyclor is 40/12.5mg taken orally once daily. The dosage may be increased to 40/25mg after 2 to 4 weeks. **Adverse reaction:** 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:** 4X7 tablets

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ จส. 327/2559



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

Further Information is available on request

TH/EDA/2016-00002

ท่านมั่นใจได้อย่างไรว่าเครื่องมือแพทย์ในสถานพยาบาลของท่าน

แม่นยำ มาตรฐาน และปลอดภัย

เครื่องทดสอบเครื่องมือแพทย์ **Biomedical Test Equipment** ช่วยท่านได้



เครื่องทดสอบความปลอดภัยเครื่องมือทางการแพทย์



288+ Electrical Medical Safety Analyzer

เครื่องทดสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้าจากเครื่องมือทางการแพทย์ตามมาตรฐาน IEC60601-1, IEC62353, VDE0751, NFPA-99, AS-NZS 3551 สำหรับมืออาชีพ ที่มีปริมาณงานมาก มีระบบ Auto Sequence และมีเครื่องพิมพ์าริโค้ดแบบไร้สาย



Safe Test 60 Electrical Medical Safety Analyzer

เครื่องทดสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้าจากเครื่องมือทางการแพทย์ตามมาตรฐาน IEC60601-1, IEC62353, VDE0751, NFPA-99



Uni-Pulse Defibrillator Analyzer

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องกระตุ้นหัวใจทางการแพทย์ตามมาตรฐาน IEC60601-2-4 & Waveform Capture, Store & Replay, Built-in 12 lead ECG



Uni-Sim Vital Signs Simulator

เครื่องทดสอบวิเคราะห์เครื่องวัดสัญญาณชีพ (6 in 1 Vital Signs Simulator IBP, NIBP, SPO2, ECG, Temperature, Respiration)



Apollo 600 Portable Appliance Testing

ตรวจสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้าของเครื่องใช้ไฟฟ้าแบบมือถือ



Uni-Therm High Current Electro-surgical Analyzer

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องตัดด้วยไฟฟ้า



Multi-Flo Infusion Pump Analyzer

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องจ่ายของเหลวทางหลอดเลือด



Rigel Med eKit

ชุดสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์แบบ "เคลื่อนที่" สำหรับทำ Check List ในงาน Field Calibration



CITREX H4 Ventilator tester for mobile use

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องช่วยหายใจ และโปปไลน์ แก๊สทางการแพทย์แบบมือถือ



PF-300 Ventilator & Anesthesia Analyser

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องช่วยหายใจ และเครื่องรมยาสดได้在同一เครื่องเดียวกัน

ยินดีเข้าไปสาธิตสินค้า
ถึงที่ทำงานของท่าน

เครื่องตรวจสอบความปลอดภัยของระบบไฟฟ้าในอาคาร



MI 3152 Electrical Installation Safety

ตรวจสอบความปลอดภัยระบบไฟฟ้าในอาคาร โรงพยาบาล



MI 2892 Power Quality Analyzer

ตรวจสอบคุณภาพทางไฟฟ้าและอนุรักษพลังงาน

เครื่องตรวจวัดสภาพแวดล้อมในอาคาร โรงพยาบาล



MI 6201 Multinorm Indoor Environment Quality

ตรวจสอบคุณภาพอากาศและอาชีวอนามัย



MI 6301 FonS Sound level meter

ตรวจวัดระดับเสียงดังในอาคาร โรงพยาบาล



MI 6401 Poly Environment Quality

ตรวจสอบคุณภาพอากาศ

สนใจติดต่อ: คุณเฉลิมพร 08-5489-3461, คุณมนัสสินทร์ 08-7714-3630, คุณสุกฤษฎิ์ 08-2003-6661



บริษัท เมASURETRONIX จำกัด

2425/2 ถนนลาดพร้าว ระหว่างซอย 67/2-69 แขวงสะพานสอง เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310

โทร. 0-2514-1000, 0-2514-1234 แฟกซ์ 0-2514-0001, 0-2514-0003

Internet: <http://www.measuretronix.com> E-mail: info@measuretronix.com



www.measuretronix.com/rigel-biomedical

การปลุกฝังแนวคิดและค่านิยมในคนไทย

เป็นที่ทราบกันดีตั้งแต่อดีตกาลว่า ไม่อ่อนดัดง่าย ไม่แค้นดัดยาก การที่จะให้ลูกหลานเรามีแนวคิดและค่านิยมเป็นอย่างไร เราจะต้องปลุกฝังตั้งแต่ยังเป็นเด็ก การที่เราจะเปลี่ยนแนวคิด เราต้องให้รางวัลในการทำดี มีการทำโทษคนที่ทำเลว และจะต้องมีตัวอย่างที่ดีให้ดูด้วย การจับใจไปทั้งเมื่อปล่อยออกมามักจะก่อเรื่องแบบเดิม บางคนร้ายมากขึ้นเพราะไปเรียนวิชามารจากนักโทษด้วยกันในคุก ไม่แค้นดัดยาก คนที่ดีขึ้นมักจะเป็นคนดีอยู่ก่อน แต่ทำผิดจากความประมาท เข้าใจผิด หรือควบคุมอารมณ์ไม่ได้

ปัจจุบันเราเห็นคนคดโกงมากจนกลายเป็นเรื่องธรรมดา สิ่งเหล่านี้เราเห็นตั้งแต่วัยเด็ก ครูให้การบ้านนักเรียนอนุบาลหรือชั้นประถมศึกษาค่อนข้างยาก โดยอาจหวังว่าจะได้ให้พ่อแม่ช่วยสอน จะได้มีส่วนร่วมในการสอน ปรากฏว่าลูกไม่ได้ทำกลายเป็นพ่อแม่ทำให้เองแทนที่จะช่วยสอนให้ลูกทำ ลูกเอาผลงานของแม่ไปส่งเป็นผลงานของลูก เทกกับสอนให้ลูกโกงตั้งแต่เล็ก พอโตขึ้นก็โกงการสอบลอกของเพื่อนหรือจ้างคนมาสอบแทน ครูให้เด็กปลูกต้นไม้ซึ่งบางอย่างยากไปสำหรับเด็ก พ่อแม่กลัวลูกได้คะแนนไม่ดีก็เลยไปซื้อต้นไม้มาส่งครู แทนที่จะเอาที่ปลูกเองไปส่ง ทำให้ลูกได้คะแนนดี ซึ่งก็เป็นการโกงอีกเช่นกัน ทำให้เด็กเข้าใจว่าการโกงเป็นเรื่องปกติ เพราะพ่อแม่ก็สนับสนุนและทำให้เอง

นิสัยโทษคนอื่นก็ถูกปลุกฝังมาตั้งแต่เด็ก เด็กเดินชนโต๊ะหรือล้มล้มล้ม เด็กร้องไห้เพราะเจ็บปวด ผู้ปกครองจะรีบไปตีโต๊ะหรือตีพื้นเป็นการทำโทษ

โต๊ะหรือพื้นที่ทำให้ลูกเจ็บเพื่อให้เด็กหยุดร้อง แทนที่จะแสดงความเห็นใจที่ลูกเจ็บแล้วอธิบายให้เด็กทราบว่าทำไมจึงชนโต๊ะหรือหกล้ม ให้เด็กช่วยตอบว่าเราจะป้องกันไม่ให้ชนโต๊ะหรือล้มหกล้มได้อย่างไรต่อไปเขาจะรู้วิธีระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้นอีก ถ้าเราโทษโต๊ะหรือโทษพื้นโดยการตีโต๊ะหรือพื้น ต่อไปเขาก็ไม่ระวังเพราะถือเป็นความผิดของผู้อื่น ไม่ได้พัฒนาตนเองในการระมัดระวัง เมื่อโตขึ้นเจ็บป่วยรักษาแล้วไม่ดีขึ้นก็โทษแพทย์ แทนที่จะคิดว่าตนเองทำผิดอย่างไรจึงป่วยเป็นโรค โรคหลายอย่างป้องกันได้ถ้าเราดูแลสุขภาพเราให้ดี รู้จักหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

ในช่วง 7 วันของเทศกาลสงกรานต์ คนไทยมีการเดินทางและฉลองกันปีใหม่มากมาย อุบัติเหตุทางรถยนต์สูงทุกปี จากสถิติปี พ.ศ. 2551-2558 มีอุบัติเหตุเฉลี่ย 3,409 (2,828-4,243) ครั้ง มีผู้บาดเจ็บเฉลี่ย 3,694 (3,040-4,803) ราย มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 333 (271-373) ราย ในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลออกมาตรการเข้มงวดด้านความปลอดภัย มีจำนวนอุบัติเหตุเกิดขึ้น 3,447 ครั้ง อาจถือว่าลดลงบ้าง เพราะจำนวนรถมีมากขึ้น ส่วนกระทรวงสาธารณสุขเราเตรียมพร้อมเจ้าหน้าที่ทำงานเต็มที่ แคมป์ดับเพลิงรักษาฟรี ประชาชนไม่ต้องห่วงเรื่องการรักษาพยาบาล ปรากฏว่ามีคนบาดเจ็บ 3,656 ราย ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย แต่ผู้เสียชีวิตสูงขึ้นเป็นประวัติการณ์ คือ มีถึง 442 ราย รอดที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 79.14 สาเหตุที่สำคัญคือ ขับรถเร็วเกินกำหนดและเมาสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยจาก

คนขับและมักเกิดในถนนเล็กที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเหมือนถนนสายหลัก ประชาชนรู้ว่าแพทย์และโรงพยาบาลพร้อมเลยประมาท ทำให้เสียชีวิตมากขึ้น เมื่อ 10 กว่าปีก่อน แพทย์ที่นิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้นัดหยุดงานประท้วงเพราะมีการฟ้องร้องมาก แพทย์ดูแลเฉพาะผู้ป่วยใน ไม่มีแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อเวลาผ่านไปได้มาสำรวจดูย้อนหลังว่าการหยุดงานของแพทย์มีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างไร ปรากฏว่าวันนั้นผู้ป่วยเสียชีวิตน้อยลง เพราะทุกคนไม่กล้าตักกัน ไม่กล้าขับเร็วเนื่องจากรู้ว่าถ้ามีอุบัติเหตุจะไม่มีการดูแล และแสดงให้เห็นว่าถ้าประชาชนดูแลตนเองไม่ให้ป่วยหรือไม่ให้เกิดอุบัติเหตุสำคัญกว่าการรักษา ในประเทศไทยถ้าเราประกาศว่าวันหยุด แพทย์จะหยุดด้วย อุบัติเหตุคงลดลง แต่เราทำไม่ได้เพราะประชาชนไม่ยอมอนาคตอาจต้องกำหนดว่าใครขับรถเร็วเกินกำหนดหรือดื่มสุราจะต้องย้ายค่ายรักษาพยาบาลด้วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนรับผิดชอบด้วย เขาจะได้ระมัดระวังมากขึ้น แทนที่จะประกาศว่าอุบัติเหตุฉุกเฉินรักษาฟรีทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ ประชาชนเลยไม่ต้องรับผิดชอบเพราะมีรัฐบาลและแพทย์รับผิดชอบแทน ถ้าเสียชีวิตก็จะเรียกค่าเสียหายจากแพทย์ในฐานะที่รับผิดชอบต่อการรักษาพยาบาล

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษาทีมคัดัด

ศ.นพ.มนตรี ตูจันดา ศ.วิธาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.สุวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตูจันดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุชนพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร ผศ.นพ.วราวุฒ จรรย์วณิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอนันตกุล รศ.นพ.วิสูตร พงศ์ศิริปัญญา รศ.นพ.วัชร ทรรคณวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวาลนพงษ์

สารภาพ
THE MEDICAL NEWS
วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

ลาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญชะลิต

แบบดีไซน์

อาทิตย์ สานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราพิทย์, พัทรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกพร ชรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสิฐกุล

โทรศัพท์ติดต่อ หรือสมัครสมาชิกได้

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 225, 109

แฟกซ์ 0-2435-4024

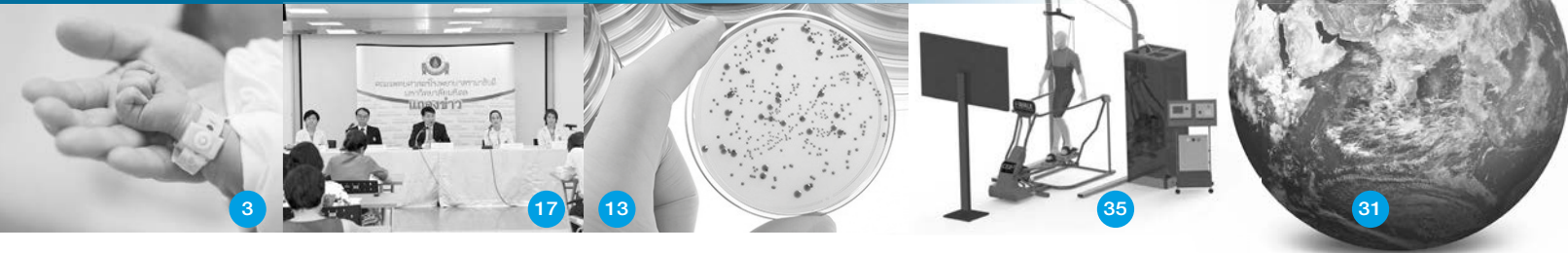
เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์

เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Contents

The Medical News ฉบับที่ 458 ประจำเดือนมิถุนายน 2559



3 โลกกว้างทางแพทย์

- หลักทางพันธุกรรมความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างโรคอ้วนของแม่และน้ำหนักแรกเกิด
- ผลต่อหลอดเลือดจากการเริ่ม Estradiol เร็วและช้าในหญิงวัยทอง
- การเพิ่ม Insulin Glargine เทียบกับ Insulin Degludec/Liraglutide ต่อ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งควบคุมไม่ได้
- Baricitinib ในผู้ป่วยรูมาตอยด์ที่ดื้อต่อการรักษา

7 Get Up

- คีบปลูกถ่ายหัวใจหมูในลิงบาบูน
- แกล็กซิสมิทโคลีนเปิดสิทธิบัตรหนุนเข้าถึงยา
- สถิติคนโรคอ้วนแซงหน้าน้ำหนักเกิน

9 Movement

10 ข่าวสารการแพทย์

- รัฐบาลไทยยกระดับควบคุมโรค เป็นกำจัดโรคด้วย 4 ยุทธศาสตร์
- สบส.จัดทำร่างยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2559-2568 พัฒนาไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ 4 ด้าน

12 ปกป้องข่าว

มูลนิธิโรคไตฯ เผยผลสำเร็จปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ป่วยจำนวน 618 ราย ภายใน 1 ปี

13 In Focus

AEC กับโรคผิวหนังไร้พรมแดน

16 รายงานพิเศษ

แพทย์จุฬาฯ พัฒนาแอปพลิเคชัน 'Resus Ultrasound' คู่มือแพทย์ฉุกเฉิน ลดความผิดพลาดในการวินิจฉัยอาการผู้ป่วย

17 Special

รามาริบัติ พัฒนาการตรวจวินิจฉัยสาเหตุทางพันธุกรรมด้วย Chromosomal Microarray (CMA) แห่งแรกในประเทศไทย

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

โรคที่ไม่ติดต่อกัน

21 Radar

วิธีดูแลอาการปวดจากมะเร็งเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย

22 เกาะติดงานประชุม

กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
จัดการประชุม Clinical Practice 2016:
Emergency Pediatrics: Make it Easy

24 Systematic Review

เสริมจมูกด้วยกระดูกอ่อนหลังหู

25 เสี่ยงแพทย์

การผลักดันกฎหมายเพื่อปฏิรูปสาธารณสุข (ตอนที่ 3)

27 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ชิปหัวใจสำหรับการคัดกรองยา

29 รอบรู้เรื่องยา

ยาและวัคซีนกับโรคไข้กาฬหลังแอ่น

31 นานาสาระ

ผลกระทบของภาวะโลกร้อนต่อสุขภาพ

33 หลากสีสัน

กำลังใจ...ให้กัน

35 R2R

'I Walk' ฟันฟุผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
ลดการพึ่งพาเทคโนโลยีฟื้นฟูรักษาจากต่างประเทศ

37 เฉพาะโรค

การใช้ ultrasound เพื่อการวินิจฉัย
และวางแผนการรักษาโรคปอดอักเสบ
(Ultrasound in the Diagnosis and Management of Pneumonia)

41 ข่าวบริการ

43 รายงานพิเศษ

สำนักงานจัดหารายได้ สภากาชาดไทย
เปิดตัว "ห้องได้บุญ" ใหม่
ชม-ซื้อป ภายใต้นแนวคิด "ความสุขของบุญที่สัมผัสได้"

44 IT News/Book Shop

45 ภาพข่าว

CME PLUS

การตั้งครรภ์และการติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง
(Pregnancy and Human Immunodeficiency
Viral Infection)

หลักทางพันธุกรรมความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างโรคอ้วนของแม่และน้ำหนักแรกเกิด

JAMA. 2016;315(11):1129-1140.

บทความเรื่อง Genetic Evidence for Causal Relationships Between Maternal Obesity-Related Traits and Birth Weight รายงานว่า ทารกแรกเกิดซึ่งแม่มีปัญหาน้ำหนักเกินหรืออ้วนมักตัวใหญ่และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในการคลอด และแม้มีข้อมูลว่าลักษณะที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนของแม่ก็สัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิด แต่ก็ยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหรือไม่

การศึกษาวินิจฉัยนี้ได้ทดสอบหาหลักฐานทางพันธุกรรมของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างน้ำหนักแรกเกิดและดัชนีมวลกายของแม่ และลักษณะที่เกี่ยวข้อง การทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างน้ำหนักแรกเกิดของเด็กและดัชนีมวลกายของแม่และลักษณะที่เกี่ยวข้องใช้วิธีสุ่มแบบเมนเดล และวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้หญิง 230,487 รายจากการศึกษาวินิจฉัย 18 โครงการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงเชื้อสายยุโรปซึ่งเข้าร่วมในการศึกษาในประชากรหรือในชุมชนในภูมิภาคยุโรป อเมริกาเหนือ หรือออสเตรเลีย อันเป็นส่วนหนึ่งในโครงการ Early Growth Genetics Consortium การศึกษารวบรวมข้อมูลทารกคลอดมีชีวิตรอดตามกำหนด และเป็นทารกครรภ์เดียวซึ่งคลอดระหว่างปี ค.ศ. 1929-2013



การศึกษาได้รวมคะแนนดัชนีมวลกาย คำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูงของทารกแรกเกิด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ระดับไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลชนิดเอชดีแอล ระดับวิตามินดี และระดับอะดีโปเนคติน โดยให้น้ำหนักแรกเกิดจากการศึกษาทั้ง 18 โครงการเป็นผลลัพธ์หลัก

จากทารกแรกเกิด 30,487 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักแรกเกิดจากแต่ละกลุ่มมีพิสัยระหว่าง 3,325-3,679 กรัม คะแนนพันธุกรรมสำหรับดัชนีมวลกายของแม่สัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดที่สูงกว่า 2 กรัม (ค่า 95% CI เท่ากับ 0-3 กรัม) ต่อแอลลีลเพิ่มดัชนีมวลกายของแม่ ($p = 0.008$) เช่นเดียวกับคะแนนพันธุกรรมด้านน้ำตาลขณะอดอาหารและความดันโลหิตสูง ซึ่งสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิด 8 กรัม (ค่า 95% CI เท่ากับ 6-10 กรัม) ต่อแอลลีลเพิ่มกลูโคส ($p = 7 \times 10^{-14}$) และ -4 กรัม (ค่า 95% CI เท่ากับ -6 ถึง -2 กรัม) ต่อแอลลีลเพิ่มความดันโลหิตสูง

($p = 1 \times 10^{-5}$) ตามลำดับ โดยคะแนนดัชนีมวลกายของแม่ที่เพิ่มขึ้น 1-SD (≈ 4 คะแนน) สัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดที่สูงขึ้น 55 กรัม (95% CI เท่ากับ 17-93 กรัม) คะแนนค่าน้ำตาลอดอาหารที่สูงขึ้น 1-SD (≈ 7.2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) สัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดที่สูงขึ้น 114 กรัม (ค่า 95% CI เท่ากับ 80-147 กรัม) อย่างไรก็ตาม พบว่าคะแนนความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้น 1-SD (≈ 10 มิลลิเมตรปรอท) สัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดที่ต่ำลง 208 กรัม (ค่า 95% CI เท่ากับ -394 ถึง -21 กรัม) สำหรับดัชนีมวลกายและค่าน้ำตาลอดอาหารพบว่าความสัมพันธ์ด้านพันธุกรรมสอดคล้องกับความสัมพันธ์ที่สังเกตพบ ขณะที่ได้ผลตรงข้ามกันสำหรับความดันโลหิตสูง

ผลลัพธ์จากการศึกษาด้วยวิธีสุ่มแบบเมนเดลชี้ว่า ระดับดัชนีมวลกายและน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นจากพันธุกรรมอาจเป็นสาเหตุให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดเพิ่มขึ้น ขณะที่ความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้นจากพันธุกรรมอาจทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำลง หากผลลัพธ์นี้ได้รับการพิสูจน์ก็จะมีนัยสำคัญต่อการให้คำปรึกษาและดูแลการตั้งครรภ์เพื่อหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์จากการคลอดอันเป็นผลมาจากน้ำหนักตัว

N Engl J Med 2016; 374:1111-1122

บทความเรื่อง Early versus Late Parenteral Nutrition in Critically Ill Children รายงานว่า การศึกษาวินิจฉัยหลายโครงการได้ตั้งคำถามถึงประโยชน์ของการเริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำโดยเร็วในผู้ใหญ่ ขณะที่ผลการเริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำโดยเร็วต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเด็กวิกฤตก็ยังไม่ชัดเจน

การศึกษาวินิจฉัยมีรูปแบบเป็นการศึกษาเปรียบเทียบโดยวิธีการสุ่มจากหลายสถาบัน ครอบคลุมผู้ป่วยเด็กวิกฤต 1,440 ราย โดยตั้งสมมติฐานว่าการชะลอการให้อาหารทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ (เริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำช้า) ในผู้ป่วยเด็กวิกฤตมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ต่ำกว่าการเริ่มอาหารทางหลอดเลือดดำโดยเร็ว โดยทั้ง 2 กลุ่มมีปริมาณการให้สารน้ำใกล้เคียงกัน จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ การติดเชื้อระหว่างรักษาในหน่วยวิกฤต และระยะ adjusted การรักษาในหน่วยวิกฤตประเมินจากจำนวนวันในหน่วยวิกฤตและระยะเวลาจนถึงจำหน่ายออกจากหน่วยวิกฤตโดยที่ยังมีชีวิต ผู้ป่วย 723 รายในกลุ่มที่ได้เริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำโดยเร็วได้รับอาหารภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับเข้าหน่วยวิกฤต

เปรียบเทียบการให้อาหารทางหลอดเลือดดำเร็วและช้าในผู้ป่วยเด็กวิกฤต

ขณะที่ผู้ป่วย 17 รายในกลุ่มที่เริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำช้าได้รับอาหารในเช้าของวันที่ 8 นับตั้งแต่รับเข้าหน่วยวิกฤต ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับอาหารผ่านทางเดินอาหารโดยเร็วร่วมกับการให้วิตามินและแร่ธาตุทางหลอดเลือดดำ

แม้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีอัตราการตายใกล้เคียงกัน แต่พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ติดเชื้อใหม่เท่ากับ 10.7% ในกลุ่มที่เริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำช้าเทียบกับ 18.5% ในกลุ่มที่เริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำเร็ว (ค่า odds ratio ที่ปรับแล้วเท่ากับ 0.48 ค่า 95% confidence interval [CI] เท่ากับ 0.35-0.66) ค่าเฉลี่ย ($\pm$ SE) ของระยะการรักษาในหน่วยวิกฤตเท่ากับ 6.5 ± 0.4 วันในกลุ่มที่เริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำช้าเทียบกับ 9.2 ± 0.8 วันในกลุ่มที่เริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำเร็ว โดยยังพบแนวโน้มที่สูงกว่าต่อการจำหน่ายจากหน่วยวิกฤตโดยที่ยังคงมีชีวิตสำหรับกลุ่มที่เริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำช้า (hazard ratio ที่

ปรับแล้วเท่ากับ 1.23 ค่า 95% CI เท่ากับ 1.11-1.37) การเริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำช้าสัมพันธ์กับระยะการใช้เครื่องช่วยหายใจที่สั้นกว่าเทียบกับเริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำโดยเร็ว ($p = 0.001$) เช่นเดียวกับสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแทนไตที่น้อยกว่า ($p = 0.04$) และระยะการพักในโรงพยาบาลที่สั้นกว่า ($p = 0.001$) การเริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำช้ายังสัมพันธ์กับระดับ γ -glutamyltransferase และ alkaline phosphatase ในพลาสมาที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับเริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำโดยเร็ว ($p = 0.001$ และ $p = 0.04$ ตามลำดับ) ตลอดจนระดับที่สูงกว่าของบิลิรูบิน ($p = 0.004$) และ C-reactive protein ($p = 0.006$)

การชะลอการให้อาหารทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 1 สัปดาห์ในผู้ป่วยเด็กวิกฤตซึ่งรักษาในหน่วยวิกฤตสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ต่ำกว่าการเริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำโดยเร็ว

ผลต่อหลอดเลือดจากการเริ่ม Estradiol เร็วและช้าในหญิงวัยทอง

N Engl J Med 2016;374:1221-1231.

บทความเรื่อง Vascular Effects of Early versus Late Postmenopausal Treatment with Estradiol อ้างอิงข้อมูลการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ว่า ฮอโมนบำบัดสูตรเอสโตรเจนสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดหากเริ่มการรักษาใกล้เคียงกับช่วงที่หมดประจำเดือน แต่ไม่รวมถึงเริ่มการรักษาหลังจากหมดประจำเดือนไปแล้ว อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการทดสอบสมมติฐานว่าผลลัพธ์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดของการรักษาด้วยฮอโมนบำบัดในหญิงวัยทองแตกต่างกันตามระยะเวลาที่เริ่มการรักษา

การศึกษาได้แบ่งกลุ่มผู้หญิงวัยทองที่สุขภาพดี 643 ราย ตามระยะเวลาห่างจากหมดประจำเดือน (< 6 ปี [กลุ่ม early postmenopause] หรือ ≥ 10 ปี [กลุ่ม late postmenopause]) และสุ่มให้ได้รับ 17β-estradiol แบบยารับประทาน (1 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับเจลโปรเจสเตอโรนทางช่องคลอด [45 มิลลิกรัม] ตามกำหนด [วันละครั้ง

เป็นระยะเวลา 10 วันในรอบเดือน] สำหรับผู้หญิงที่มีมดลูก) หรือยาหลอก ร่วมกับเจลยาหลอกทางช่องคลอดสำหรับผู้หญิงที่ไม่มีมดลูก ผลลัพธ์หลักได้แก่ อัตราการเปลี่ยนแปลงของความหนาแน่นของหลอดเลือดแดงที่คอซึ่งวัดทุก 6 เดือน และผลลัพธ์รองได้แก่ การประเมินภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งจากการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เมื่ออาสาสมัครได้รับยาที่ศึกษาครบถ้วน

หลังจากมีอายุฐาน 5 ปี พบว่าผลของ estradiol ที่ให้ร่วมกับโปรเจสเตอโรน หรือให้ estradiol อย่างเดียวต่อการหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดงที่คอแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม early postmenopause และ late postmenopause ($p = 0.007$ สำหรับ interaction) สำหรับผู้หญิงที่หมดประจำเดือนมาแล้วไม่เกิน 6 ปี พบว่าค่าเฉลี่ยการหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดงที่คอเพิ่มขึ้น 0.0078 มิลลิเมตรต่อปีในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก เทียบกับ 0.0044 มิลลิเมตรต่อปีในกลุ่มที่ได้รับ estradiol ($p = 0.008$) สำหรับผู้หญิงที่หมด

ประจำเดือนมาแล้ว 10 ปีหรือมากกว่าพบว่า อัตราการหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดงที่คอในกลุ่มที่ได้รับยาหลอกและกลุ่มที่ได้รับ estradiol ใกล้เคียงกัน (0.0088 และ 0.0100 มิลลิเมตรต่อปี; $p = 0.29$) โดยผลลัพธ์ด้านหินปูนในหลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดตีบโดยรวม และคราบพลัคไม่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาหลอกและกลุ่มที่ได้รับ estradiol ในอาสาสมัครทั้งกลุ่ม early postmenopause และ late postmenopause

การรักษาด้วย estradiol แบบยารับประทานสัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่ช้ากว่าของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งไม่แสดงอาการ (ประเมินจากการหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดงที่คอ) เทียบกับยาหลอกเมื่อการรักษาเริ่มต้นภายใน 6 ปี หลังหมดประจำเดือน แต่ไม่รวมถึงเมื่อเริ่มการรักษาหลังหมดประจำเดือนแล้ว 10 ปีหรือนานกว่า อย่างไรก็ตาม estradiol ไม่มีส่วนสำคัญต่อภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ประเมินจากผลตรวจหัวใจด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในหญิงวัยทองทั้ง 2 กลุ่ม

การได้รับยาปฏิชีวนะช่วง 6 เดือนแรกต่อน้ำหนักตัวเพิ่มวัยเด็ก

JAMA. 2016;315(12):1258-1265.

บทความเรื่อง Antibiotic Exposure During the First 6 Months of Life and Weight Gain During Childhood รายงานว่า การได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงแรกของชีวิตสัมพันธ์กับการสะสมไขมันเพิ่มขึ้นในสัตรีวัดตลอด ขณะที่พบปัจจัยร่วมการให้ยาปฏิชีวนะในทารกมักขาดความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการให้ยาปฏิชีวนะในทารกและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในวัยเด็กยังคงขัดแย้งกัน

การศึกษาวินิจฉัยนี้ได้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงแรกของชีวิตและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในวัยเด็ก โดยมีรูปแบบเป็นการศึกษาย้อนหลังระยะยาวในเด็กคลอดเดี่ยวและการศึกษาระยะยาวในเด็กคู่แฝดจากโรงพยาบาลเด็กปฐมภูมิ 30 แห่ง ซึ่งให้ใบฉีกรักแก่มากกว่า 200,000 รายที่มีภูมิหลังแตกต่างกันทั้งด้านเชื้อชาติและสังคมเศรษฐกิจฐานในรัฐเพนซิลเวเนีย นิวเจอร์ซีย์ และเดลาแวร์ของสหรัฐอเมริกา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นทารกคลอดระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน ค.ศ. 2001 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2011 ที่อายุครรภ์ 35 สัปดาห์หรือมากกว่า มีน้ำหนักแรกเกิดอย่างน้อย 2,000 กรัม มีอายุครรภ์อยู่ในเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 5 หรือสูงกว่า ได้รับการตรวจสุขภาพป้องกันภายใน



14 วันหลังคลอด และตรวจสุขภาพเพิ่มเติมอีกอย่างน้อย 2 ครั้งในขวบปีแรก เกณฑ์การคัดออกได้แก่ เด็กที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน และเด็กที่ได้รับยาปฏิชีวนะระยะยาว หรือได้รับคอร์ติโคสเตียรอยด์ การศึกษาได้รวบรวมเด็กคลอดเดี่ยว 38,522 ราย และแฝด 92 ราย (จับคู่เทียบเคียง 46 คู่) ซึ่งมีความแตกต่างด้านการได้รับยาปฏิชีวนะในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต โดยติดตามถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2012 ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ น้ำหนักตัวประเมินที่การตรวจสุขภาพจากอายุ 6 เดือน ถึง 7 ปี

จากทารกคลอดเดี่ยว 38,522 ราย (50% เป็นเด็กหญิง และน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย

เท่ากับ 3.4 กิโลกรัม) พบว่า 5,287 ราย (14%) ได้รับยาปฏิชีวนะในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต (ที่อายุเฉลี่ย 4.3 เดือน) การได้รับยาปฏิชีวนะไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว (0.7% ค่า 95% CI เท่ากับ -0.1% ถึง 1.5%; $p = 0.07$ ซึ่งเทียบเท่า 0.05 กิโลกรัมโดยประมาณ ค่า 95% CI เท่ากับ -0.004 ถึง 0.11 กิโลกรัมของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างอายุ 2-5 ปี) ในทารก 92 ราย (38% เป็นเด็กหญิง และน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 กิโลกรัม) พบว่าเด็กแฝด 46 รายซึ่งได้รับยาปฏิชีวนะในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิตได้รับยาเมื่ออายุเฉลี่ย 4.5 เดือน การได้รับยาปฏิชีวนะไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลต่างด้านน้ำหนักตัว (-0.09 กิโลกรัม ค่า 95% CI เท่ากับ -0.26 ถึง 0.08 กิโลกรัม; $p = 0.30$)

การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 6 เดือนแรกของชีวิตเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับยาแล้ว พบว่าไม่สัมพันธ์กับความต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 7 ปี ซึ่งสะท้อนว่าการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวไม่น่าจะเป็นเหตุผลของการจำกัดการให้ยาปฏิชีวนะในเด็กเล็กที่สุขภาพแข็งแรง

การเพิ่ม Insulin Glargine เทียบกับ Insulin Degludec/Liraglutide ต่อ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งควบคุมไม่ได้

JAMA. 2016;315(9):898-907.

บทความเรื่อง Effect of Insulin Glargine Up-titration vs Insulin Degludec/Liraglutide on Glycated Hemoglobin Levels in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes: The DUAL V Randomized Clinical Trial รายงานว่า การควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเป้าหมายเป็นปัญหาใหญ่ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แม้ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อประเมินว่าการให้ insulin degludec/liraglutide แบบคงที่ไม่ได้ออกกว่าการเพิ่มขนาด insulin glargine อย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และได้รับการรักษาด้วย insulin glargine ร่วมกับ metformin โดยมีรูปแบบเป็นการศึกษาวิจัยด้วยวิธีการสุ่มแบบเปิดระยะที่ 3 ระยะเวลา 26 สัปดาห์จากโรงพยาบาล 75 แห่งใน 10 ประเทศระหว่างเดือนกันยายน ค.ศ. 2013 ถึงเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2014 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 557 รายซึ่งควบคุมไม่ได้และได้รับการรักษาด้วย insulin glargine (20-50 หน่วย) และ metformin ($\geq 1,500$ มิลลิกรัม/วัน) โดยมีระดับ HbA1c ระหว่าง 7-10% และมีดัชนีมวลกายเท่ากับ 40 หรือต่ำกว่า ผู้ป่วยได้รับ insulin degludec/liraglutide ($n = 278$ โดยขนาดสูงสุดเท่ากับ 50 หน่วยของ degludec และ 1.8 มิลลิกรัมของ liraglutide) หรือ insulin glargine ($n = 279$ ไม่กำหนดขนาดสูงสุด)

ซึ่งปรับขนาดสัปดาห์ละ 2 ครั้งเพื่อควบคุมค่าน้ำตาลให้อยู่ระหว่าง 72-90 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c ภายหลัง 26 สัปดาห์โดยมีเกณฑ์ความไม่ด้อยกว่าเท่ากับ 0.3% (ขอบเขตบนของค่า 95% CI เท่ากับ $< 0.3\%$) หากผลลัพธ์ของ insulin degludec/liraglutide ถึงเกณฑ์ความไม่ด้อยกว่าก็จะทดสอบจุดยุติปฐมภูมิเพื่อประเมินความเหนือกว่าทางสถิติโดยรวมการเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c น้ำหนักตัว และอัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดจากผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่ม 557 ราย (ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 58.8 ปี และ 49.7% เป็นผู้หญิง) มีผู้ป่วย 92.5% ที่เสร็จสิ้นการศึกษาและมีข้อมูล 26 สัปดาห์ โดยระดับ HbA1c ที่พื้นฐานเท่ากับ 8.4% สำหรับกลุ่มที่ได้รับ insulin degludec/liraglutide และ 8.2% สำหรับกลุ่มที่ได้รับ insulin glargine ระดับ HbA1c ลดลงมากกว่าในกลุ่มที่ได้รับ insulin degludec/liraglutide เทียบกับกลุ่มที่ได้รับ insulin glargine (-1.81% สำหรับกลุ่มที่ได้รับ insulin degludec/liraglutide เทียบกับ -1.13% สำหรับกลุ่มที่ได้รับ insulin glargine โดยมีค่าประมาณผลต่างการรักษาเท่ากับ -0.59% [95% CI เท่ากับ -0.74% ถึง -0.45%]) ซึ่งถึงเกณฑ์ความไม่ด้อยกว่า ($p < 0.001$) และความเหนือกว่าทางสถิติ ($p < 0.001$) การรักษาด้วย insulin degludec/liraglutide ยังสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักตัวเมื่อเทียบกับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวจาก insulin

glargine (-1.4 กิโลกรัมสำหรับ insulin degludec/liraglutide เทียบกับ 1.8 กิโลกรัมสำหรับ insulin glargine ค่าประมาณผลต่างการรักษาเท่ากับ -3.20 กิโลกรัม [95% CI เท่ากับ -3.77 ถึง -2.64]; $p < 0.001$) และเหตุการณ์ของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่น้อยกว่า (เหตุการณ์/คน-ปี เท่ากับ 2.23 สำหรับ insulin degludec/liraglutide เทียบกับ 5.05 สำหรับ insulin glargine โดยมีอัตราส่วน estimated rate ratio เท่ากับ 0.43 [95% CI เท่ากับ 0.30-0.61]; $p < 0.001$) อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยรวมและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงอยู่ในระดับใกล้เคียงกันในทุก 2 กลุ่ม ยกเว้นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านทางเดินอาหารไม่รุนแรงซึ่งพบมากกว่าจากการรักษาด้วย insulin degludec/liraglutide (79 เหตุการณ์สำหรับ insulin degludec/liraglutide เทียบกับ 18 เหตุการณ์สำหรับ insulin glargine) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งควบคุมไม่ได้และได้รับ insulin glargine หรือ metformin พบว่าการรักษาด้วย insulin degludec/liraglutide เมื่อเทียบกับการปรับขนาด insulin glargine เพิ่มขึ้นแล้วมีผลลัพธ์ด้านค่า HbA1c ที่ไม่ด้อยกว่า โดยที่ข้อมูลจากการวิเคราะห์หุตุติยภูมิชี้ว่าลดค่า HbA1c ได้ดีกว่าหลังการรักษา 26 สัปดาห์ ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยในระยะยาว

การบริโภคผลไม้สดต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดรุนแรงในประเทศจีน

N Engl J Med 2016;374:1332-1343.

บทความเรื่อง Fresh Fruit Consumption and Major Cardiovascular Disease in China รายงานว่า การบริโภคผลไม้สดในปริมาณมากสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรตะวันตก อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลความสัมพันธ์ดังกล่าวในประเทศจีนซึ่งมีอัตราการบริโภคผลไม้สดที่ต่ำ ขณะที่อัตราการบริโภคอยู่ในระดับสูง

การศึกษาได้รวบรวมผู้ใหญ่ 512,891 รายซึ่งมีอายุระหว่าง 30-79 ปี จาก 10 ภูมิภาคในประเทศจีนระหว่างปี ค.ศ. 2004-2008 ระหว่างการติดตามระยะ 3.2 ล้านคน-ปี พบเหตุการณ์ของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 5,173 เหตุการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรง 2,551 เหตุการณ์ (ถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิต) หลอดเลือดสมองตีบ 14,579 เหตุการณ์

และเลือดออกในเนื้อสมอง 3,523 เหตุการณ์จากอาสาสมัคร 451,665 ราย ซึ่งไม่มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือได้รับยาลดความดันโลหิตที่พื้นฐาน โดยคำนวณค่า hazard ratios ที่ปรับแล้วของการบริโภคผลไม้สดต่ออัตราของโรคด้วยวิธี Cox regression

โดยรวมพบอาสาสมัคร 18.0% ที่บริโภคผลไม้สดเป็นประจำทุกวัน ซึ่งเมื่อเทียบกับอาสาสมัครที่ไม่บริโภคหรือแทบไม่บริโภคผลไม้สด (กลุ่มไม่บริโภค) พบว่ากลุ่มที่บริโภคผลไม้สดเป็นประจำทุกวันมีความดันซิสโตลิกต่ำกว่า (ต่ำกว่า 4.0 มิลลิเมตรปรอท) และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า (ต่ำกว่า 0.5 มิลลิโมลต่อลิตร [9.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร]; $p < 0.001$ สำหรับ trend ของการเปรียบเทียบทั้ง 2 ข้อ) ค่า hazard ratios ที่ปรับแล้วของการบริโภคผลไม้สดเป็นประจำทุกวันเทียบกับการไม่บริโภคผลไม้สดเท่ากับ 0.60 (95% CI เท่ากับ

0.54-0.67) สำหรับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และ 0.66 (95% CI เท่ากับ 0.58-0.75), 0.75 (95% CI เท่ากับ 0.72-0.79) และ 0.64 (95% CI เท่ากับ 0.56-0.74) ตามลำดับ สำหรับการเกิดเหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจที่รุนแรง หลอดเลือดสมองตีบ และหลอดเลือดสมองแตก จากการศึกษาพบความสัมพันธ์ของขนาดรับประทานต่อสุขภาพที่ชัดเจนระหว่างอุบัติการณ์ของผลลัพธ์แต่ละข้อและปริมาณผลไม้สดที่บริโภค โดยความสัมพันธ์มีรูปแบบใกล้เคียงกันในทุก 10 ภูมิภาคที่ศึกษาและในกลุ่มย่อยของอาสาสมัครที่จำแนกตามลักษณะพื้นฐาน

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้ใหญ่ชาวจีนชี้ว่าการบริโภคผลไม้ในปริมาณที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความดันโลหิตและค่าน้ำตาลในเลือดที่ต่ำลง รวมถึงความเสี่ยงที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรง



Baricitinib ในผู้ป่วยรูมาตอยด์ต่อการรักษา

N Engl J Med 2016;374:1243-1252.

บทความเรื่อง Baricitinib in Patients with Refractory Rheumatoid Arthritis อ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 2 รายงานว่า Baricitinib ซึ่งเป็นยายับยั้ง Janus kinase 1 และ 2 ลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านรูมาตอยด์ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคที่เป็นสารชีวภาพ (Biological DMARDs) มาก่อน

การศึกษาระยะที่ 3 ได้สุ่มให้คนไข้ 527 รายซึ่งมีการตอบสนองไม่ดีพอหรือเกิดผลข้างเคียงรุนแรงจากยาในกลุ่ม tumor necrosis factor inhibitors หรือยาต้านรูมาตอยด์ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคที่เป็นสารชีวภาพอื่น หรือทั้ง 2 อย่าง ได้รับการรักษาด้วย Baricitinib 2 หรือ 4 กรัม วันละครั้ง หรือยาหลอกเป็นเวลา 24 สัปดาห์ จุดยุติหลักทดสอบที่ 12 สัปดาห์เพื่อควบคุมความผิดพลาดชนิดที่ 1 ได้แก่ การตอบสนองต่อการรักษาร้อยละ 20 หรือ American College of Rheumatology 20% (ACR20) (จุดยุติปฐมภูมิ) คะแนนแบบสอบถาม Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI) คะแนน 28-joint Disease Activity

Score based on C-reactive protein level (DAS28-CRP) และคะแนน Simplified Disease Activity Index (SDAI) ที่เท่ากับ 3.3 หรือน้อยกว่า (จาก 0.1-86.0 โดยคะแนน 3.3 หรือน้อยกว่าชี้ว่ามีโรคสงบ) การเปรียบเทียบกับยาหลอกเริ่มจาก Baricitinib ขนาด 4 มิลลิกรัม แล้วจึงเปรียบเทียบกับขนาด 2 มิลลิกรัม

ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับ Baricitinib ขนาด 4 มิลลิกรัม มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้ ACR20 สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญที่ 12 สัปดาห์ (55% เทียบกับ 27%; $p < 0.001$) ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Baricitinib ขนาดสูงและยาหลอกยังมีนัยสำคัญสำหรับคะแนน HAQ-DI และ DAS28-CRP แต่ไม่รวมถึงคะแนน SDAI 3.3 หรือต่ำกว่า



อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จนถึง 24 สัปดาห์สูงกว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ Baricitinib 2 มิลลิกรัม และ 4 มิลลิกรัมเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอก (71% และ 77% ตามลำดับ เทียบกับ 64%) ซึ่งรวมถึงอัตราการติดเชื้อ (44% และ 40% เทียบกับ 31%) อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงเท่ากับ 4%, 10% และ 7% ในทั้ง 3 กลุ่ม ตามลำดับ โดยพบมะเร็งผิวหนังชนิด non-melanoma 2 ราย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรง 2 เหตุการณ์รวมถึงสโตรคที่ถึงแก่ชีวิตในกลุ่มที่ได้รับ Baricitinib ขนาดสูง การรักษาด้วย Baricitinib สัมพันธ์กับการลดลงเล็กน้อยของระดับนิโคทีนในเลือด รวมถึงการเพิ่มขึ้นของคอเลสเตอรอลในซีรัมและระดับคอเลสเตอรอลชนิด low-density lipoprotein

การรักษาด้วย Baricitinib ขนาด 4 มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีผลตอบสนองไม่เพียงพอต่อการรักษาด้วยยาต้านรูมาตอยด์ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคที่เป็นสารชีวภาพสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นที่ 12 สัปดาห์

Atorvastatin และไตวายเฉียบพลันหลังผ่าตัดหัวใจ

JAMA. 2016;315(9):877-888.

บทความเรื่อง High-Dose Perioperative Atorvastatin and Acute Kidney Injury Following Cardiac Surgery: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า สแตตินมีผลต่อหลายกลไกที่เป็นสาเหตุของไตวายเฉียบพลัน จึงมีการศึกษาเพื่อทดสอบสมมติฐานว่าการให้ atorvastatin ขนาดสูงในระยะสั้นระหว่างผ่าตัดสามารถลดการเกิดไตวายเฉียบพลันภายหลังการผ่าตัดหัวใจ โดยมีรูปแบบเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกับยาหลอกแบบปกปิดสองทางในผู้ใหญ่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจจะห้วงเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2009 ถึงตุลาคม ค.ศ. 2014 ยังศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแวนเดอร์บิลท์

ผู้ป่วยซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาด้วยสแตติน ($n = 199$) ได้รับ atorvastatin 80 มิลลิกรัมในวันก่อนผ่าตัด หรือ atorvastatin 40 มิลลิกรัมในเช้าของวันผ่าตัด และได้รับ atorvastatin 40 มิลลิกรัมวันละครั้งภายหลังการผ่าตัด ($n = 102$) หรือได้รับยาหลอกขนาดเท่ากัน ($n = 97$) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับสแตตินมาก่อนเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ($n = 416$) ยังคงให้ใช้สแตตินที่ได้รับไปจนถึงผ่าตัด และสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับ atorvastatin 80 มิลลิกรัมในเช้าของวันผ่าตัดและ atorvastatin 40 มิลลิกรัมในเช้าวันถัดมา ($n = 206$) หรือได้รับยาหลอกขนาดเท่ากัน

($n = 210$) โดยกลับไปใช้สแตตินที่ได้รับมาก่อนหน้านี้ในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ไตวายเฉียบพลันประเมินจากการเพิ่มขึ้นของระดับครีเอตินินในซีรัม 0.3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ภายใน 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด (ประเมินตามเกณฑ์ Acute Kidney Injury Network criteria)

ข้อมูลการศึกษาและคณะกรรมการการความปลอดภัยแนะนำให้หยุดการศึกษาในกลุ่มที่ไม่เคยได้รับสแตตินมาก่อน เนื่องจากพบการเกิดไตวายเฉียบพลันสูงขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (อัตรากรองไตโดยประมาณ < 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร) ซึ่งได้รับ atorvastatin คณะกรรมการยังแนะนำให้หยุดการศึกษาด้วยเหตุผลว่าไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยหลังเสร็จสิ้นการศึกษาในผู้ป่วย 615 ราย (อายุเฉลี่ย 67 ปี เป็นผู้หญิง 188 ราย [30.6%] และเป็นเบาหวาน 202 ราย [32.8%]) จากอาสาสมัครทั้งหมด ($n = 615$) พบการเกิดไตวายเฉียบพลันใน 64 รายจาก 308 ราย (20.8%) ในกลุ่มที่ได้รับ atorvastatin เทียบกับ 60 รายจาก 307 ราย (19.5%) ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (ความเสี่ยงสัมพัทธ์เท่ากับ 1.06 [95% CI เท่ากับ 0.78-1.46]; $p = 0.75$) จากผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยสแตติน ($n = 199$) พบการเกิดไตวายเฉียบพลันใน 22 รายจาก 102 ราย (21.6%) ในกลุ่มที่ได้รับ

atorvastatin เทียบกับ 13 รายจาก 97 ราย (13.4%) ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (ความเสี่ยงสัมพัทธ์เท่ากับ 1.61 [0.86-3.01]; $p = 0.15$) และค่ามัธยฐานระดับครีเอตินินในซีรัมที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.11 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (เปอร์เซ็นต์ไทม์ที่ 10-90 เท่ากับ -0.11 ถึง 0.56 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ในกลุ่มที่ได้รับ atorvastatin เทียบกับมัธยฐาน 0.05 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (เปอร์เซ็นต์ไทม์ที่ 10-90 เท่ากับ -0.12 ถึง 0.33 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก) (ผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.08 มิลลิกรัม/เดซิลิตร [ค่า 95% CI เท่ากับ 0.01-0.15 มิลลิกรัม/เดซิลิตร]; $p = 0.007$) และจากผู้ป่วยที่ใช้สแตติน ($n = 416$) พบการเกิดไตวายเฉียบพลันใน 42 รายจาก 206 ราย (20.4%) ในกลุ่มที่ได้รับ atorvastatin เทียบกับ 47 รายจาก 210 ราย (22.4%) ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (ความเสี่ยงสัมพัทธ์เท่ากับ 0.91 [0.63-1.32]; $p = 0.63$)

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจชี้ว่า การได้รับ atorvastatin ขนาดสูงระหว่างการผ่าตัดเมื่อเทียบกับยาหลอกแล้ว ไม่ได้ลดความเสี่ยงไตวายเฉียบพลันโดยรวมทั้งในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับสแตติน หรือผู้ป่วยที่ใช้อยู่ ผลลัพธ์จากการศึกษาไม่สนับสนุนการเริ่มสแตตินเพื่อป้องกันไตวายเฉียบพลันหลังการผ่าตัดหัวใจ

บีบีซี - ทีมนักวิจัยสหรัฐฯ-เยอรมนี เผยความคืบหน้าคสภภาพการทำงานหัวใจหมูที่ปลูกถ่ายในลิงบาบูนมาได้มากถึง 2 ปี

ความสำเร็จครั้งนี้นำไปสู่ความคาดหวังถึงการใช้อวัยวะสัตว์มาปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยท่ามกลางปัญหาขาดแคลนอวัยวะบริจาค โดยนักวิจัยเชื่อว่าการปลูกถ่ายอวัยวะข้ามสายพันธุ์นี้จะเป็นส่วนสำคัญที่จะลดตัวเลขการเสียชีวิตนับหมื่นรายในแต่ละปีจากปัญหาขาดแคลนอวัยวะทดแทน

ในการศึกษานี้ นักวิจัยได้ใช้หัวใจจากหมูที่ปรับพันธุกรรมให้ร่างกายของลิงบาบูนยอมรับได้ ร่วมกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาอีกหลายตัวเพื่อป้องกันการต่อต้านอวัยวะใหม่

คืบปลูกถ่ายหัวใจหมูในลิงบาบูน

ทั้งนี้นักวิจัยไม่ได้นำหัวใจหมูมาเปลี่ยนแทนหัวใจเดิม แต่ใช้วิธีเชื่อมอวัยวะใหม่กับระบบไหลเวียนเลือดผ่านหลอดเลือดใหญ่ที่ช่องท้องของลิงซึ่งหัวใจที่ปลูกถ่ายยังคงเต้นตามปกติ ขณะที่หัวใจเดิมของลิงก็ยังคงทำหน้าที่สูบฉีดเลือดโดยไม่บกพร่อง

นักวิจัยเตรียมศึกษาการปลูกถ่ายหัวใจหมูโดยใช้แทนหัวใจเดิมในลิงบาบูน และคาดหวังที่จะขยายการศึกษาต่อไปในผู้ป่วยอวัยวะล้มเหลวระยะสุดท้าย อนึ่ง หัวใจหมู



เป็นที่สนใจศึกษาของนักวิจัยเนื่องจากมีโครงสร้างที่ใกล้เคียงกับหัวใจคน อีกทั้งยังเพาะพันธุ์ได้ง่าย และมีความเสี่ยงต่ำกว่าต่อการแพร่เชื้อข้ามสายพันธุ์เมื่อเทียบกับลิง

แกล็กโซสมิทไคลน์เปิดสิทธิบัตรหนุนเข้าถึงยา

บีบีซี - บริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์เปิดทางให้ผู้ผลิตยาในประเทศยากจนสามารถผลิตยาของตนในรูปยาต้นแบบ

ตัวแทนบริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์เปิดเผยว่า บริษัทจะยึดแนวทางการปกป้อง “ทรัพย์สินทางปัญญา” ของตนอย่างมีวุฒิภาวะ โดยพิจารณาจากระดับเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ และเชื่อว่านโยบายการเปิดทางให้บริษัทยาในประเทศยากจน (ราว 50 ประเทศ ตามการสำรวจของบริษัท) สามารถนำยาของตนไปผลิตโดยไม่ต้องหวั้นเกรงกับคดีความ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยในทวีปแอฟริกา

บริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์ยืนยันว่าจะฟ้องร้องพิทักษ์สิทธิบัตรยาสำหรับประเทศเศรษฐกิจระดับกลาง-ล่าง แต่จะรับรองสิทธิแก่ผู้ผลิตยาต้นแบบโดยแลกกับ “ค่าสิทธิเล็กน้อย” พร้อมกันนี้ยังเปิดเผยถึงนโยบายที่จะนำยารักษาโรคมาเร็งทั้งหมดในอนาคต



มาเข้าร่วมในองค์กรจัดการสิทธิบัตรยา เพื่อร่วมรับมือปัญหาการละเมิดจากโรคมาเร็งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

ท่าทีของบริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์ได้รับเสียงชื่นชมจากผู้เชี่ยวชาญในฐานะ “นโยบายเชิงบวกและกล้าหาญ” และเป็นก้าวแรกให้บริษัทยาอื่นได้ดำเนินรอยตาม และนับเป็นข่าวดีที่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วยทั่วโลก

เฟซบุ๊กเผยฟังก์ชันใหม่ช่วยผู้พิการทางสายตา

บีบีซี - เฟซบุ๊กเปิดตัวปัญญาประดิษฐ์ใหม่ช่วยบรรยายสิ่งที่อยู่ในภาพแก่ผู้พิการทางสายตา

ปัญญาประดิษฐ์ (เอไอ) ใหม่ของเฟซบุ๊กยกระดับขึ้นจากซอฟต์แวร์ช่วยอ่านข้อความให้สามารถบรรยายสิ่งที่อยู่ในภาพได้ โดยเครื่องเซอร์เวอร์ของเฟซบุ๊กจะทำหน้าที่เข้ารหัสและถอดรหัสภาพที่อัปโหลดบนเฟซบุ๊กให้อยู่ในรูปแบบที่ซอฟต์แวร์อ่านข้อความสามารถอ่านได้

เบื้องต้นทีมวิศวกรของเฟซบุ๊กสามารถฝึกเอไอให้จดจำสิ่งของและกิจกรรมได้แล้วประมาณ 80 รายการ แบ่งเป็นหมวดระบบขนส่งมวลชน สภาพแวดล้อมกลางแจ้ง กีฬา อาหาร และบุคคล ซึ่งยิ่งผ่านการฝึกฝนก็จะยิ่งช่วยให้เอไอฉลาดและจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น โดยวิศวกรเผยว่า โครงการนี้จะก้าวสำคัญในการช่วยให้ผู้พิการทางสายตาหรือมีภาวะบกพร่องด้านการมองเห็นสามารถร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเฟซบุ๊กอย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป



Image may contain: pizza, food

สถิติคนโรคอ้วนแซงหน้าน้ำหนักเกิน

ปีปี้ซี – ผลการศึกษาใหม่ชี้สัดส่วนผู้ใหญ่เป็นโรคอ้วนทั่วโลกพุ่งแซงหน้าน้ำหนักเกิน หวั่นกระทบเป้าหมายลดจำนวนผู้ป่วยโรคอ้วนขององค์การอนามัยโลก

ผลการศึกษาเปรียบเทียบดัชนีมวลกายผู้ใหญ่ราว 20 ล้านคน จาก 186 ประเทศทั่วโลก ตีพิมพ์ในวารสาร Lancet รายงานว่า ตัวเลขผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนสูงขึ้นเป็น 3 เท่าในผู้ชาย และกว่า 2 เท่าในผู้หญิง ทำให้ตัวเลขรวมของผู้ป่วยโรคอ้วนพุ่งขึ้นจาก 105 ล้านคนในปี พ.ศ. 2518 มาที่ 641 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557

ข้อมูลดังกล่าวทำให้นักวิจัยวิตกกังวลถึงสถานการณ์การระบาดของโรคอ้วนรุนแรง โดยคาดการณ์ว่าสถานการณ์โรคอ้วนขณะนี้จะส่งผลให้ความพยายามลดจำนวนผู้ป่วยโรคอ้วนให้อยู่ในระดับเดียวกับปี พ.ศ. 2553 ภายในปี พ.ศ. 2568 ขององค์การอนามัยโลก แทบไม่มีโอกาสสำเร็จ พร้อมกันนี้ยังเรียกร้องให้รัฐบาลแต่ละประเทศหาทางรับมือกับปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะการออกมาตรการส่งเสริมการรับประทานอาหารผักและผลไม้ รวมถึงดันราคาอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพให้แพงขึ้น



ออกกำลังกายช่วยชะลอสมองเสื่อม

เอ็นบีซีนิวส์ – ผลการศึกษาชี้การออกกำลังกายปานกลางรวมถึงการวิ่งและว่ายน้ำเป็นประจำ ช่วยให้สมองอ่อนวัยกว่าเฉลี่ยถึง 10 ปี เมื่อเทียบกับพฤติกรรมเอาแต่นั่งกินนอนกิน

เป็นที่น่าสนใจว่าผลลัพธ์จากการออกกำลังกายดังกล่าวพบเฉพาะจากการวิ่ง ว่ายน้ำ เล่นเทนิส แบดมินตัน เต้นแอโรบิค และการเล่นห้อยโหน (calisthenics) ไม่รวมการเดิน เล่นกอล์ฟ โบว์ลิ่ง และโยคะ และพบด้วยว่าการออกกำลังกายจะส่งผลดีต่อสมองก็ต่อเมื่อเริ่มออกกำลังกายก่อนที่จะเริ่มเห็นสัญญาณของความจำเสื่อมแล้วเท่านั้น

ข้อมูลจากการศึกษานี้เป็นหลักฐานใหม่ที่สนับสนุนว่า แม้การออกกำลังกายอาจไม่ช่วยป้องกันโรคอัลไซเมอร์ แต่ก็อาจชะลอการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ โดยสอดคล้องกับผลลัพธ์จากอีกการศึกษาหนึ่งซึ่งชี้ว่า การออกกำลังกายเป็นเวลา 2 ปี รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และฝึกสมองสามารถช่วยกระตุ้นความจำได้ ขณะที่อีกหลายการศึกษาชี้ว่า การออกกำลังกายปานกลางแบบสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็ว ก็อาจช่วยชะลอสมองเสื่อมได้เช่นกัน



เลี้ยงสุนัขกับเด็กฟันผุหอบหืด

ยาฮู! – ข้อมูลจากการศึกษาในเด็กราว 11 ล้านคนในสวีเดนชี้ การใกล้ชิดกับสุนัขหรือปลุสสัตว์สัมพันธ์กับอัตราโรคหอบหืดในเด็กที่ต่ำลง

ข้อมูลจากการติดตามตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2553 นับเป็นหลักฐานใหม่ที่สนับสนุนประโยชน์ของสัตว์ต่อการลดความเสี่ยงโรคหอบหืด โดยชี้ว่า การใกล้ชิดกับสุนัขตั้งแต่เด็กเล็กสัมพันธ์กับความเสี่ยงหอบหืดที่ต่ำลงราวร้อยละ 13 ขณะที่การใกล้ชิดกับปลุสสัตว์สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงถึงร้อยละ 50 อย่างไรก็ตาม นักวิจัยเตือนด้วยว่า เด็กที่มีอาการภูมิแพ้ผิวหนังไม่ควรอยู่ใกล้ชิดกับสัตว์ เพราะจะยิ่งทำให้อาการภูมิแพ้รุนแรงขึ้น

เหตุที่นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงสุนัขและปลุสสัตว์กับอัตราการเกิดโรคหอบหืดในสวีเดน ก็เนื่องจากฐานข้อมูลระบบสาธารณสุขของสวีเดนที่สะดวกต่อการสืบค้นข้อมูลการปรึกษาแพทย์ ยาที่ได้รับสั่งจ่าย และการขึ้นทะเบียนผู้เลี้ยงสุนัขซึ่งบังคับใช้เมื่อปี พ.ศ. 2544



“Common Medical Problems in Modern-day Practice”

ปัญหาทางอายุรศาสตร์ที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติปัจจุบัน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดประชุมวิชาการ Ramathibodi Update in Internal Medicine 2016 เรื่อง **“Common Medical Problems in Modern-day Practice”** ปัญหาทางอายุรศาสตร์ที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติปัจจุบัน ระหว่างวันที่ 3-5 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการทางสาขาวิชาอายุรศาสตร์ให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมใน 3 ด้านคือ ทางด้านทฤษฎี (Main Program), ด้านปฏิบัติ (Tutorials in Internal Medicine) และทักษะเฉพาะทาง (Specialty) ผู้สนใจสามารถรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.acmrma.com หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณเปรมศักดิ์ ผ่องจิตร หรือ คุณณัฐฐิ์ตะวัน จิรัชยาปกรณ์ โทรศัพท์ 0-2201-2606, 0-2201-2193



“ฉุกเฉิน ติดเชื้อ เรื้อรัง ในบริการปฐมภูมิ ที่คุณ (อาจ)...ยังไม่รู้”

Emergency Infection and Chronic care in Primary practices

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำหนดจัดโครงการประชุมวิชาการเพิ่มพูนความรู้เวชปฏิบัติ เรื่อง **“ฉุกเฉิน ติดเชื้อ เรื้อรัง ในบริการปฐมภูมิ ที่คุณ (อาจ)...ยังไม่รู้” Emergency Infection and Chronic care in Primary practices** ระหว่างวันที่ 24-26 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องทองจันทร์ อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความสามารถที่ทันสมัยในการให้บริการผู้ป่วยในบริการปฐมภูมิต่อไปในอนาคต ผู้สนใจสามารถอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://medinfo.psu.ac.th> หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชดา ไชยมิตร หรือ คุณอำไพ แสงศรี ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7445-1330-2, 0-7442-9921 โทรสาร 0-7442-9921 E-mail: chada_5614@hotmail.com, sampai@medicine.psu.ac.th

รัฐบาลไทยยกระดับควบคุมโรค เป็นกำจัดโรค ด้วย 4 ยุทธศาสตร์

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 ให้ไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ. 2567 มี 4 ยุทธศาสตร์ คือ 1. เร่งรัดกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย 2. พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 3. สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศ และนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และ 4. ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ใช้งบประมาณ 2,283 ล้านบาท อย่างไรก็ตาม งบประมาณการควบคุมโรคไข้มาลาเรียที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จะสิ้นสุดในปี พ.ศ. 2560 รัฐบาลจึงต้องบูรณาการ



งาน ทรัพยากรร่วมกับทุกภาคส่วน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการเอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม กำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) มุ่งให้ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ปลอดภัย ปลอดโรคมาลาเรีย

สร.เชญอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากมหาวิทยาลัย ร่วมพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

นพ.โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ได้เตรียมดำเนินการเพิ่มบริการด้วย “ศูนย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประชาธิรัฐ” เชื่อมโยงผู้เชี่ยวชาญถึงประชาชน ระยะที่ 1 ดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 16 แห่ง ใน 12 เขตสุขภาพ ภายในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 นี้ ก่อนขยายไปทั่วประเทศ ด้วยทีมแพทย์เวชศาสตร์ประจำครอบครัว 3 ทีม ดูแลประชากร 3 หมื่นคน เน้น “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง และทุกเวลา” โดยให้นำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริการประชาชน ซึ่งการดำเนินการครั้งนี้จะช่วยเติมเต็มระบบบริการปฐมภูมิ ด้วยการเพิ่มบุคลากรที่ดูแลประชาชนด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านปฐมภูมิ และเพิ่มกลุ่มเป้าหมายที่ดูแล ทั้งประชาชนผู้สูงอายุ ผู้ที่เสี่ยงป่วย และผู้ป่วยแล้ว อยากให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพประจำตัว ประจำครอบครัว ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ โดยสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องเตรียมการรองรับคือ เรื่องกำลังคนให้การจัดบริการปฐมภูมิด้วยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวครอบคลุม



เป็นที่พึ่งของประชาชนทั่วประเทศ 65 ล้านคน จำนวน 6,500 ทีม อาจใช้เวลา 5-10 ปี ขณะนี้มีแนวทาง 2-3 แนวทาง เช่น ใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีอยู่ จ้างแพทย์ที่เกษียณอายุราชการ การกำหนดให้แพทย์ทันตแพทย์ เกษตรกร พยาบาล เรียนรู้เรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว ในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือนก่อนจบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และผูกพันในงานเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้ให้ถอดบทเรียนจากการดำเนินการของโรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น พระนครศรีอยุธยา เพชรบูรณ์ ที่ได้ดำเนินการมาก่อนหน้านี้แล้ว มาปรับให้การดูแลประชาชนได้ดีขึ้น ให้ได้รูปแบบที่ดีจริง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ลดแออัด ลดป่วย ลดตาย ตามเป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สส.จัดทำร่างยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2559-2568

พัฒนาไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ 4 ด้าน



น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กรม สบส.) กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กรม สบส. ได้จัดทำร่างยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2559-2568 เพื่อพัฒนาประเทศไทยให้เป็น ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ สนองนโยบายรัฐบาล มี 4 ด้าน ประกอบด้วย 1. การเป็น ศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ (Medical Service Hub) มีบริการรักษาพยาบาลแบบ

ครบวงจร 2. การเป็นศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) เช่น สปาเพื่อสุขภาพ สปาทางการแพทย์ (Medical Spa) เพื่อบำบัดรักษาสุขภาพและความสวยงาม 3. การเป็นศูนย์กลาง การศึกษา วิชาการ และงานวิจัย (Academic Hub) เช่น มีการประชุม วิชาการนานาชาติ มีหลักสูตรการเรียนการสอนนานาชาติ ส่งเสริม การทำวิจัยสร้างความเชี่ยวชาญการรักษาโรคต่าง ๆ ที่เป็นปัญหา ระดับโลกและภูมิภาค และ 4. การเป็นศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพ (Product Hub) เช่น การผลิตสมุนไพรไทย เนื่องจากขณะนี้ ประเทศไทยได้รับความนิยมจากชาวต่างชาติเข้ามาท่องเที่ยวมากขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลของสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองและกรมการท่องเที่ยว ปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 22 ล้านกว่าคน เพิ่มขึ้น 29 ล้านกว่าคน ในปี พ.ศ. 2558 ล่าสุดในเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 มีจำนวน 3 ล้าน กว่าคน เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันในปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 15 ส่วนใหญ่ มาจากภูมิภาคเอเชียตะวันออก เช่น จีน มาเลเซีย เป็นต้น รองลงมาเป็น อเมริกา และเอเชียใต้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยได้รับความ น่าเชื่อถือ และยอมรับจากชาวต่างชาติว่าเป็นศูนย์กลางสุขภาพ นานาชาติ

ทีมจักษุแพทย์ มร. คว้า 'เหรียญทอง' การแข่งขันวิชาการระดับโลก

รศ.นพ.ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ หัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กล่าวว่า งานประชุมและ การแข่งขันวิชาการระดับโลก “เวิลด์ ออฟทาลโมโลจี คองเกรส” (World Ophthalmology Congress: WOC) เป็นเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้าน วิชาการและเทคโนโลยีการฟื้นฟูรักษาดวงตา ซึ่งจัดขึ้น ณ เมืองกวาดาลา ฮารา ประเทศเม็กซิโก โดยมีจักษุแพทย์ทั่วโลกเข้าร่วมจำนวนมาก ซึ่ง ที่ผ่านมามีประเทศไทยได้เข้าร่วมในทุกรอบการประชุม แต่ในปี พ.ศ. 2559 นี้ ทีมจักษุแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประกอบด้วย พญ.วรรณิศา ศุภเจียรพันธ์, พญ.เบญญาภา สุรเกียรติชานุกูล และ พญ.กัญญ์ชิสรา วงศ์ไชยกิจ ได้เข้าร่วมแข่งขันในฐานะตัวแทนประเทศไทย และสามารถคว้ารางวัลเหรียญทองได้สำเร็จ จากทีมจักษุแพทย์ที่เข้าร่วม แข่งขันกว่า 20 ทีมทั่วโลก ซึ่งมีการทดสอบทั้งองค์ความรู้ทางวิชาการ ความรู้ ทั่วไปเกี่ยวกับดวงตา ความเชี่ยวชาญในอุปกรณ์ทางการแพทย์ และบุคคล สำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับดวงตา ฯลฯ ทั้งนี้ทีมจักษุแพทย์ของ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สามารถทำคะแนนได้เป็นลำดับสูงสุดทั้งในรอบ คัดเลือกและรอบตัดสิน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการเรียนการสอน



เทคโนโลยีทางการแพทย์ของมหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ ที่มีความเข้มข้นและมีมาตรฐานทั้ง ด้านวิชาการและความรู้รอบในเรื่องของโรคตา อันจะเป็นกลไกสำคัญหนึ่งที่ช่วยขับเคลื่อนงาน วิชาการด้านจักษุวิทยาของประเทศ ตลอดจน การมีสุขภาพตาที่ดีของประชาชนคนไทยต่อไป โดยภายหลังจากการแข่งขันเสร็จสิ้น ทางแผนกตา ของมหาวิทยาลัยอิลลินอยส์ ได้เชิญทีมจักษุ แพทย์ไทยในการแลกเปลี่ยนจักษุแพทย์ เพื่อเรียนรู้การทำงานร่วมกันกับประเทศไทย

มูลนิธิโรคไตฯ เผยผลสำเร็จ ปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ป่วยจำนวน 618 ราย ภายใน 1 ปี

มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย เผยผลสำเร็จ “โครงการปลูกถ่ายไตถวายเป็นพระราชกุศล 60 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี” สามารถผ่าตัดปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ป่วยถึง 618 ราย ภายใน 1 ปี เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ พร้อมเดินหน้าต่อยอดโครงการจัดหาผู้บริจาคไตเพิ่ม เพื่อเพิ่มโอกาสให้แก่ผู้ป่วยที่รอเปลี่ยนไตจำนวนมาก

ศ.กิตติคุณ นพ.วิศิษฎ์ สิตปรีชา รองประธานกรรมการบริหารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย เปิดเผยว่า ตามที่มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ได้ร่วมกับหน่วยงานผู้สนับสนุนโครงการจำนวน 12 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วประเทศ จำนวน 58 แห่ง จัดทำ “โครงการปลูกถ่ายไตถวายเป็นพระราชกุศล 60 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี” เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสทรงเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา เมื่อวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 ที่ผ่านมา โครงการได้ครบกำหนดระยะเวลา 1 ปีในปีนี โดยมียุติผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้วทั้งสิ้นจำนวน 618 ราย เป็นไตจากญาติจำนวน 226 ราย เป็นไตจากอวัยวะบริจาค 392 ราย จากที่มูลนิธิฯ ได้ตั้งเป้าถวายเป็นพระราชกุศลไว้จำนวน 600 ราย ถือว่าโครงการประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูง ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของหลายฝ่าย ได้แก่ 1. กระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล 3. มูลนิธิทานทั่วมหาพรหม โรงแรมเอราวัณ 4. ศิริราชมูลนิธิ 5. มูลนิธิศิริวัฒนภักดี 6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 7. สำนักงานประกันสังคม 8. กรมบัญชีกลาง 9. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 10. โรงพยาบาลที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและสนับสนุนอวัยวะ 11. สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 12. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 13. สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ และ 14. ผู้มีจิตศรัทธาทั่วไป ทำให้ยอดผ่าตัดปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นตามเป้าหมายที่วางไว้ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมให้มีการบริจาคไต ตลอดจนอวัยวะอื่น ๆ เพิ่มขึ้น และยังสนับสนุนให้หน่วยงานและสถาบันการแพทย์จัดตั้งโครงการปลูกถ่ายไตเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

อย่างไรก็ดี ภายในปี พ.ศ. 2559 ทางมูลนิธิฯ มีแผนงานที่จะดำเนินโครงการต่อไปเพื่อผู้ป่วยโรคไตจำนวนมากที่ยังรอการปลูกถ่ายไตอยู่จำนวนมาก แม้ว่าการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในประเทศไทยเริ่มทำการปลูกถ่ายไตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 นับถึงปัจจุบันการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยยังไม่ตอบสนองความ



ผลสำเร็จโครงการฯ จากความร่วมมือของหลายฝ่าย

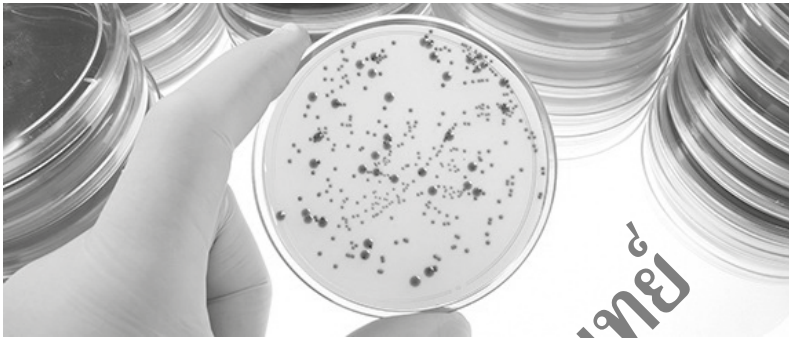
ต้องการของผู้ป่วยได้เพียงพอ ด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคไตที่รอการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเพิ่มมากขึ้นทุกปี ปัญหาใหญ่คือ การบริจาคไต โดยในปี พ.ศ. 2556 ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไตจากภาวะสมองตายอยู่ถึง 3,900 ราย แต่มีผู้สมองตายบริจาคไตเพียง 158 ราย และปลูกถ่ายไตได้เพียง 287 ราย คิดเป็นเพียงร้อยละ 7.3 เท่านั้น ซึ่งมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยจะเดินหน้าสนับสนุนจัดทำโครงการปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ต่อไป เนื่องจากการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) เป็นการบำบัดทดแทนไตที่ดีที่สุด โดยนำไตที่ยังทำงานได้ดีของผู้อื่นมาปลูกถ่ายใส่ร่างกายของผู้ป่วยเพื่อให้ไตใหม่ที่ทำงานได้ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนคนปกติ แต่ปัญหาที่พบคือ ระยะเวลาการรอรับอวัยวะยาวนานเนื่องจากจำนวนผู้บริจาคอวัยวะมีจำนวนน้อย

ด้าน พญ.ประนอม คำเที่ยง รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวต่อว่า ปัจจุบันตัวเลขผู้ป่วยโรคไตคาดว่าทั่วประเทศมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน โดย 1 ใน 3 มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย 200,000 คน มีผู้เสียชีวิตจากไตวายปีละ 13,000 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 10,000 คน โดยผู้ป่วยไตวาย 1 คน มีค่าใช้จ่ายในการล้างไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างไตผ่านทางหน้าท้องต่อคนเฉลี่ยเดือนละ 30,000 บาท ซึ่งแต่ละปีใช้งบประมาณสูงถึง 3,000 ล้านบาท คาดว่าในปี พ.ศ. 2560 อาจต้องใช้งบประมาณถึงกว่า 17,000 ล้านบาท ต้นเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เกิดจากป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการรับประทานเค็มซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคไตมากขึ้น

ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้สิทธิประโยชน์การปลูกถ่ายไตในระบบบัตรทอง ทำให้ผู้ป่วยคนไทยทุกรายมีสิทธิประโยชน์ในการปลูกถ่ายไต ทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้น



AEC กับโรคผิวหนังไร้พรมแดน



รวมพลแพทย์ผิวหนัง ตอบโจทย์เปิดเสรีประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ประเทศไทยต้องเฝ้าระวังโรคติดต่อจากการย้ายถิ่นฐานของประชากรต่างด้าวที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ปัญหาของโรคผิวหนังต่าง ๆ ที่เคยพบและหายไปจากประเทศไทย เช่น โรคเรื้อน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ โรคเท้าช้าง โรคซิซมาเนีย อาจจะมีได้งายขึ้น จึงจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

รศ.นพ.นภดล นพคุณ นายกสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทยเปิดเผยว่า จากการเปิดเสรีประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asean Economic Community: AEC) ในปัจจุบัน ทำให้พฤติกรรมการโยกย้ายถิ่นฐานในการเข้าทำงาน การท่องเที่ยวหรือการเดินทางเข้ามายังประเทศไทย หรือประกอบกิจกรรมอื่น ๆ ของชาวต่างชาติมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ปัญหาของโรคผิวหนังต่าง ๆ ที่เคยพบและหายไปจากประเทศไทย เช่น โรคเรื้อน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ โรคเท้าช้าง โรคซิซมาเนีย อาจจะมีได้งายขึ้น จึงจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

นพ.กฤษฎา มโหทาน นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า สำหรับโรคเรื้อนนั้น ประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี โดยสามารถกำจัดโรคเรื้อนจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือ อัตราความชุกโรคเรื้อนต่ำกว่า 1 ต่อ 10,000 ประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 จนถึงปัจจุบันอยู่ใน “ระยะหลังกำจัดโรคเรื้อน” จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2549-2558 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในประชากรไทยมีแนวโน้มลดลงคือ 615, 506, 401, 358, 405, 280, 220, 188, 208 และ 187 ราย โดยในปี พ.ศ. 2558 จังหวัดที่พบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สูงสุด 5 ลำดับแรกคือ นราธิวาส 25 ราย, ศรีสะเกษ 14 ราย, บิดตานี 13 ราย, ชัยภูมิ 10 ราย, บุรีรัมย์ และยะลา จังหวัดละ 9 ราย ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในประชากรไทยยังคง

พบมากในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ปี พ.ศ. 2554-2558 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในประชากรต่างด้าวที่ตรวจพบในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ 28, 22, 22, 47 และ 89 ราย โดยพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สัญชาติเมียนมาร์มากที่สุดคือ 149 ราย, กัมพูชา 3 ราย, ลาว 3 ราย, จีน อินเดีย และอินโดนีเซีย สัญชาติละ 1 ราย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2556 ที่รายงานการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศไทยมากที่สุดคือ เมียนมาร์ 2,950 ราย, กัมพูชา 373 ราย,



นพ.กฤษฎา มโหทาน

มาเลเซีย 306 ราย, ลาว 84 ราย และไทย 188 ราย และปี พ.ศ. 2558 ที่ผ่านมามีประเทศไทยค้นพบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนในประชากรต่างด้าวในพื้นที่ภาคเหนือมากที่สุด 27 ราย (ร้อยละ 69.2 ได้แก่ เชียงใหม่ 17 ราย, ตาก 5 ราย และแม่ฮ่องสอน 5 ราย) ภาคกลาง 8 ราย (ร้อยละ 20.5 ได้แก่ สมุทรปราการ 3 ราย, กรุงเทพฯ 2 ราย, กาญจนบุรี นครปฐม และสมุทรสาคร จังหวัดละ 1 ราย) ภาคใต้ 4 ราย (ร้อยละ 0.3 ได้แก่ สงขลา 4 ราย)

นพ.กฤษฎา กล่าวต่อว่า การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนทำให้มีประชากรต่างด้าวเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในกลุ่มคนเหล่านี้อาจมีผู้ป่วยโรคเรื้อนเดินทางเข้ามาด้วย จึงอาจทำให้โรคเรื้อนกลับมาเป็นปัญหา



รศ.นพ.นภดล นพคุณ

สาธารณสุขในประเทศไทยได้อีก เพราะมีปัจจัยเสี่ยงในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- ด้านบุคคล (Host) ประชากรไทยมีโอกาสสัมผัสใกล้ชิดประชากรต่างด้าวที่เป็นโรคเรื้อน
- ด้านเชื้อโรค (Agent) การเพิ่มขึ้นของประชากรต่างด้าวเป็นการเพิ่มโอกาสที่จะมีแหล่งรังโรคเรื้อน
- ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ที่พักอาศัยของประชากรต่างด้าวที่เป็นชุมชนแออัดทำให้มีโอกาสเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเรื้อน

ประกอบกับแรงงานต่างด้าวบางส่วนหลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ทำให้เข้าไม่ถึงระบบบริการสาธารณสุข จึงไม่ได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน เมื่อป่วยเป็นโรคเรื้อนทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษา และสถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทยที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลดน้อยลงทำให้แพทย์และพยาบาลบางส่วนขาดทักษะในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคเรื้อน ซึ่งในการตรวจจะต้องใช้อาการทางคลินิกเป็นหลักสำคัญ โดยในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการที่ง่าย สะดวก และมีความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน ดังนั้น หากประชากรต่างด้าวที่เป็นโรคเรื้อนเคลื่อนย้ายถิ่นฐานเข้ามาในประเทศไทย และไม่ได้รับการตรวจรักษาอย่างถูกต้อง จึงมีโอกาสที่จะแพร่เชื้อโรคเรื้อนมาสู่คนไทย

ในส่วนของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ **พญ.รัตติยา เตชะขจรเกียรติ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และระบาดวิทยา โรงพยาบาลบางรัก** กล่าวว่า สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั่วโลก อ้างอิงจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่ามีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ปีละ 357 ล้านคน เป็นผู้ป่วยหนองในเทียมจากเชื้อ *Chlamydia*



พญ.รัตติยา เตชะขจรเกียรติ



trachomatis 131 ล้านคน หนองใน 78 ล้านคน ซิฟิลิส 5.6 ล้านคน และพยาธิช่องคลอด 143 ล้านคน โดยสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย ตามข้อมูลระบาดวิทยาและข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงานที่ให้บริการคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ได้เก็บข้อมูลของโรงพยาบาลรัฐและสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มโรคทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2558 พบว่า อัตราการติดเชื้อนั้นเพิ่มสูงขึ้นจาก 20.48 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 23.23 ต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักคือ โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคซิฟิลิส โรคแผลริมอ่อน โรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง นอกจากนี้ยังมีโรคอื่น ๆ ที่ไม่จัดอยู่ในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลัก เช่น พยาธิช่องคลอด ช่องคลอดอักเสบจากแบคทีเรีย เริ่ม หูดหงอนไก่ เป็นต้น เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยต่างชาติพบว่า อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ย้อนหลังช่วงปี พ.ศ. 2554-2557 มีแนวโน้มสูงขึ้น และพบในสัญชาติเมียนมาร์ กัมพูชา และลาว ตามลำดับ โดยโรคที่พบบ่อย 3 อันดับแรกคือ โรคซิฟิลิส โรคหนองใน และโรคหนองในเทียม

สำหรับสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการคาดประมาณปี พ.ศ. 2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนสะสม 1,526,028 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,759 คน จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมยังมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยสถานการณ์ของโรคแผลริมอ่อนและโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองน่าจะมีแนวโน้มลดลงและอาจจะหายไปได้ โดยกลุ่มประชากรที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี และ 25-34 ปี ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัย และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนปกติถึง 5 เท่า

โดยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเพศชายมักมีอาการปัสสาวะขัด หรือมีหนองหรือมูกใสไหลออกจากท่อปัสสาวะ เจ็บปวดอวัยวะเพศ มีผื่น ตุ่มแผล ฝี บริเวณอวัยวะเพศ ขาหนีบบวมหรือเป็นฝี ส่วนในเพศหญิงอาจมีตกขาว สีผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น คันบริเวณอวัยวะเพศ เจ็บหรือปวดท้องน้อย มีผื่น ตุ่มแผล ฝี บริเวณอวัยวะเพศเช่นเดียวกับเพศชาย สำหรับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก อาจมีอาการคันรอบรูทวาร ปวดเบ่งบริเวณทวารหนักหรือมีหนองไหลออกจากทวารหนักได้ นอกจากนี้อาจพบผื่นตามตัว ฝ่ามือ ฝ่าเท้า แผลในปาก ผอมร่วงได้ในผู้ป่วยซิฟิลิส

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทางกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายการพัฒนาและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

ทางยุทธศาสตร์แห่งชาติ พ.ศ. 2559-2564 ซึ่งมีเป้าหมายป้องกันโรคเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และท้องไม่พร้อม โดยดำเนินการแจกถุงยางอนามัย และให้ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ณ จุดบริการสถานพยาบาล และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

ด้าน ผศ.ดร.พญ.จิตติมา รุติวัฒน์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจาก คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวปิดท้ายเกี่ยวกับ

โรคอื่น ๆ ที่จะมาเยือนว่า โรคไลชมาเนียเป็นอีกโรคหนึ่งที่เป็น โรคติดต่อเรื้อรังของคนและสัตว์ เกิดจากเชื้อโปรโตซัว โดยมี ริ้นฝอยทราย (sandfly) เป็นพาหะนำโรค ริ้นฝอยทรายเพศเมีย กัดกินเลือดสัตว์ที่มีเชื้อแล้วปล่อยเชื้อเข้าสู่คน มีแหล่งแพร่โรค มากกว่า 88 ประเทศ โดยเฉพาะในทวีปแอฟริกา เอเชีย และ อเมริกาใต้ การแสดงอาการของโรคจะใช้เวลาเป็นเดือน แบ่งได้ 3 แบบ ขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของเชื้อไลชมาเนียและภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. โรคที่มีอาการเฉพาะผิวหนัง (Cutaneous Leishmaniasis) พบตุ่มเล็ก ๆ บริเวณ ผิวหนังที่ถูกแมลงกัด แล้วแตกออกเป็นแผล 2. โรคที่มีอาการทั่วอวัยวะ ภายใน (Visceral Leishmaniasis) ผู้ป่วยจะมีอาการไข้เรื้อรัง น้ำหนัก ลด ซีด ม้ามและตับโต และ 3. โรคที่เกิดขึ้นกับเยื่อเมือก (Mucocutaneous Leishmaniasis) ลักษณะคล้ายกับที่เกิขึ้น ที่ผิวหนัง แต่แผลจะแพร่ไปในเยื่อเมือก เช่น จมูก ปาก เป็นต้น

สรุปสถิติโรคไลชมาเนียในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503-2558 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงาน ผู้ป่วยทั้งสิ้น 66 ราย โดยปี พ.ศ. 2503-2535 มักพบในคนไทยที่ไป ประวัติการเดินทางไปในแหล่งระบาดของโรคโดยเฉพาะประเทศทาง ตะวันออกกลางเพื่อไปท่องเที่ยว ทำงาน หรือติดต่อทางธุรกิจ แล้วติดเชื้อ กลับมา ส่วนปี พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน โรคไลชมาเนียพบในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ใน ประเทศไทยและไม่เคยเดินทางออกนอกประเทศมาก่อน โดยพบในแรงงาน ต่างด้าวที่เข้ามาอาศัยในประเทศไทย สามารถเกิดกับผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันปกติ หรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง พบทั้งภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ เป็นไปได้ว่า ริ้นฝอยทรายในประเทศเป็นพาหะนำโรคได้เช่นกัน

ผศ.ดร.พญ.จิตติมา กล่าวต่อว่า อีกโรคหนึ่งคือ โรคเท้าช้าง เกิดจาก พยาธิตัวกลมฟิลาเรีย ติดต่อกันคนไปสู่คนโดยมียุงเป็นพาหะนำโรค ยุงที่มี พยาธิตัวอ่อนกัดคน ตัวอ่อนไชผ่านผิวหนังไปยังท่อน้ำเหลือง แล้วเจริญ เติบโตเป็นตัวเต็มวัยอาศัยอยู่ในระบบน้ำเหลืองของคน มีอายุ 6-8 ปี ตัวแก่ ผสมพันธุ์ปล่อยพยาธิตัวอ่อน (ไมโครฟิลาเรีย) ในกระแสเลือด ไมโครฟิลาเรียมีอายุ 6-12 เดือน ยุงดูดเลือดคนเป็นโรคแล้วไปแพร่เชื้อให้คนอื่นต่อไป คนที่ติดเชื้อ โรคเท้าช้างมีอาการแสดงได้ 3 แบบ ได้แก่ 1. ไม่แสดงอาการแต่ตรวจพบไมโคร ฟิลาเรียในเลือด พบในผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ 2. คนที่มีอาการในระยะแรกมักมีไข้ เจ็บ บวมตามแนวของต่อมและท่อน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ขา ขาหนีบ หรืออวัยวะ เนื่องจากพยาธิตัวเต็มวัยที่อยู่ในท่อน้ำเหลืองสร้างความระคายเคืองแก่เนื้อเยื่อ ภายใน อวัยวะอักเสบนั้นจะเป็น ๆ หาย ๆ และ 3. หากการอักเสบเรื้อรัง เป็นนานหลายปี ท่อน้ำเหลืองจะอุดตันทำให้อวัยวะนั้นบวมโตอย่างถาวร (Elephantiasis) เพื่อป้องกันความพิการถาวรจึงควรวินิจฉัยและรักษาโรคเท้าช้าง ในระยะเริ่มแรกให้หายขาด

องค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งเป้าหมายว่า จะกำจัดโรคเท้าช้างให้หมดไปในปี พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) โดยโรคเท้าช้างในประเทศไทยเกิดจาก เชื้อ 2 สายพันธุ์ได้แก่ เชื้อ *Brugia malayi* มียุงลายเสือ เป็นพาหะ พบบริเวณที่ราบทางฝั่งตะวันออก ของภาคใต้ตั้งแต่จังหวัดชุมพรลงไปจนถึง นราธิวาส เชื้อ *Wuchereria bancrofti* พบมากในบริเวณชายแดนไทย-พม่า มียุงลายป่า ยุงรำคาญ เป็นพาหะ จาก รายงานสถานการณ์โรคเท้าช้างล่าสุด เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ที่ผ่านมา ของสำนักโรคติดต่อฯ นำโดยแมลง



ผศ.ดร.พญ.จิตติมา รุติวัฒน์

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีความชุกของโรคเท้าช้าง 0.36 ต่อประชากร 100,000 คน พบผู้ป่วยใหม่คนไทย เป็นโรคเท้าช้างเฉพาะจังหวัดนราธิวาส เป็นผู้ป่วยที่ตรวจพบไมโครฟิลาเรีย 47 ราย (ความชุก 0.07 ต่อประชากร 100,000 คน) ส่วนผู้ที่มีอวัยวะบวมโต ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยเก่า สำนักโรคติดต่อฯ นำโดยแมลงมีการเฝ้าระวังโรคเท้าช้าง ในกลุ่มแรงงานชาวเมียนมาร์โดยตรวจเลือด หาพยาธิโรคเท้าช้างให้แก่แรงงานทุกคนที่ ขึ้นทะเบียนในการตรวจสุขภาพประจำปีและให้ยา รักษาผู้ที่พบพยาธิโรคเท้าช้าง จ่ายยารักษาโรคเท้าช้าง ให้แก่แรงงานชาวเมียนมาร์ทุกคนทุก 6 เดือน เพื่อควบคุมโรค เฝ้าระวังเจาะเลือดคนไทยที่อยู่ รวมกับแรงงานชาวเมียนมาร์ใกล้แหล่งที่มียุงพาหะ รณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชน

“การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ทำให้คนต่างดาวเดินทางเข้ามาประเทศไทย มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่เข้ามาอาศัยอยู่นานเพื่อ ทำงานในประเทศไทย กลุ่มที่ลักลอบเข้าเมือง จะไม่ได้รับการตรวจเลือดและรับประทานยารักษา โรคเท้าช้าง ดังนั้น คนไทยที่อาศัยอยู่ร่วมกับแรงงาน เหล่านี้หรือนายจ้างควรดูแลให้แรงงานและ ครอบครัวของเขาได้รับยารักษาโรคเท้าช้างอย่าง สม่าเสมอ ลดโอกาสที่โรคเท้าช้างจะกลับมา แพร่ระบาดเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ”

ผศ.ดร.พญ.จิตติมา กล่าวทิ้งท้าย

แพทย์จุฬาฯ พัฒนาแอปพลิเคชัน 'Resus Ultrasound' คู่มือแพทย์ฉุกเฉิน ลดความผิดพลาดในการวิเคราะห์อาการผู้ป่วย



จากปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินที่หมดสติ ช็อก เหนื่อยมาก หัวใจหยุดเต้น ซึ่งการซักประวัติ ตรวจร่างกาย แสดงจากการวิจัยแล้วพบว่าไม่เพียงพอ เพราะอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดของการรักษา วินิจฉัยได้ง่าย หรือแม้แต่การทำให้เหตุการณ์ฉุกเฉินก็จะมีภาวะแทรกซ้อนชัดเจนมากกว่าในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอัลตราซาวด์

พญ.สุธาสร์ ล้ำเลิศกุล อาจารย์ประจำหน่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งได้ไปศึกษาเรื่อง Ultrasound Emergency เฉพาะทางจาก Harvard Medical School และ Royal Brompton Hospital, London UK จึงได้นำความรู้กลับมาพัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน เพื่อตอบโจทย์ปัญหานี้ในประเทศไทย และเพื่อการใช้งานง่ายของแพทย์ห้องฉุกเฉิน

“ศาสตร์ในการใช้อัลตราซาวด์ในห้องฉุกเฉินเริ่มมีประมาณ 10 ปีที่แล้ว แต่ในไทยเริ่มมาได้ 5 ปี และมีการใช้อย่างแพร่หลายในปีนี้ ซึ่งเป็นปีแรกที่ได้บรรจุอยู่ในหลักสูตรของแพทย์ฉุกเฉิน โดยวิธีการนี้จะช่วยลดความผิดพลาดในการวิเคราะห์ผู้ป่วยได้อย่างมาก จากเมื่อก่อนเมื่อผู้ป่วยมา แพทย์จะตรวจด้วยมือ ซักประวัติ ส่งไปเอกซเรย์ แต่พอมีการอัลตราซาวด์ในห้องฉุกเฉินขึ้น ทำให้สามารถดูได้เลยว่าผู้ป่วยขาดน้ำ หรือมีน้ำ มีหนองอยู่ตรงไหน เช่น ผู้ป่วยโรคไตเลือดออกเมื่อก่อนมักเข้าใจว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้เสียชีวิตจากการขาดน้ำ แพทย์ก็ให้น้ำ แต่หลังจากมีการอัลตราซาวด์ในห้องฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยครึ่งหนึ่งขาดน้ำครึ่งหนึ่งน้ำเกิน ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่ได้ทำอัลตราซาวด์ก็จะไม่สามารถบอกได้ หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคไตและต้องแทงคอเพื่อล้างไต สมัยก่อนมีโอกาสดูโดนปอดได้ สมมติ 5% แต่ด้วยวิธีการนี้โอกาสเกิดขึ้นจะกลายเป็น 0%” พญ.สุธาสร์ กล่าว



พญ.สุธาสร์ ล้ำเลิศกุล

โดยแอปพลิเคชัน 'Resus Ultrasound' นับเป็น Interactive Textbook ครั้งแรกของคนไทยบน App Store สำหรับให้แพทย์ใช้ศึกษาหรือเป็นคู่มือการใช้อัลตราซาวด์ในห้องฉุกเฉิน ใช้เป็นคู่มือช่วยลดความผิดพลาดในการวิเคราะห์อาการผู้ป่วย ซึ่งได้มีการเผยแพร่แอปพลิเคชันดังกล่าวในงาน “Digital Thailand 2016” เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม ที่ผ่านมา ณ ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์

จุดเด่นของแอปพลิเคชันนี้คือ สามารถใช้ได้โดยไม่ต้องมีอินเทอร์เน็ต แพทย์ฉุกเฉินสามารถเรียนรู้วิธีการวางมือแบบง่าย และวิธีการอ่านผลภาพปกติและผิดปกติ โดย Interactive Textbook นี้เป็นแอปพลิเคชันแรก ๆ ที่ผลิตโดยคนไทย เพื่อเป็นสื่อการสอนให้แพทย์เรียนรู้ทั่วโลกใน iTunes Store ซึ่งในปัจจุบันแอปพลิเคชันทั่วโลกในเรื่องเดียวกันนี้มีเพียง 7-8 แอปพลิเคชันเท่านั้น เนื่องจากต้องใช้ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เฉพาะทาง ทั้งนี้หลังจากปล่อยดาวน์โหลดได้รับผลตอบรับค่อนข้างดี มียอดดาวน์โหลดจากทั่วโลก (ข้อมูลจาก iTunes Connect)

รามาริบดี พัฒนาการตรวจวินิจฉัยสาเหตุทางพันธุกรรม

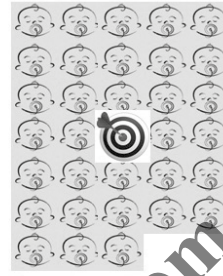
ด้วย **Chromosomal Microarray (CMA)** แห่งแรกในประเทศไทย



ความแม่นยำในการวินิจฉัยพบสาเหตุ



ตรวจโครโมโซมวิธีเดิม



ตรวจพบได้ 8%

ตรวจโครโมโซมอะเรย์



ตรวจพบได้ 15-20%

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา วิทยาลัยเวชพันธุศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกาได้ออกแนวปฏิบัติแนะนำให้ใช้ “โครโมโซมอะเรย์” เพื่อหาสาเหตุในผู้ป่วยที่มีภาวะอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึม พัฒนาการล่าช้า/สติปัญญาบกพร่องที่ไม่พบสาเหตุอื่น และพิการซ้ำซ้อนแต่กำเนิด คือพิการแต่กำเนิดหลายอย่างร่วมกัน หรือที่ไม่พบสาเหตุอื่น ซึ่งการตรวจโครโมโซมอะเรย์ (Chromosomal Microarray หรือ CMA) เป็นการตรวจเลือดวิเคราะห์โครโมโซมวิธีใหม่เพื่อหาปริมาณสารพันธุกรรม หรือชิ้นส่วนของโครโมโซมที่ขาดหรือเกินซึ่งมีขนาดเล็กเกินกว่าจะสามารถตรวจพบได้ด้วยวิธีการตรวจโครโมโซมแบบมาตรฐาน ซึ่งตรวจดูโครโมโซมด้วยตาผ่านกล้องจุลทรรศน์ (Karyotype/Chromosome study)

อย่างไรก็ตาม เพื่อเป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการและวิจัย รวมถึงการบริการดูแลรักษาผู้ป่วย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดงานแถลงข่าวโรงพยาบาลรามาธิบดี พัฒนาการตรวจวินิจฉัยสาเหตุทางพันธุกรรมในผู้ป่วยกลุ่มออทิซึม พัฒนาการล่าช้า/สติปัญญาบกพร่อง และพิการซ้ำซ้อนแต่กำเนิด ด้วยวิธีโครโมโซมอะเรย์ความละเอียดสูง (Chromosomal Microarray: CMA) เป็นแห่งแรกในประเทศไทย ณ ห้อง 610 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.พญ.จริยา จุฑาภิสิทธิ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า ปัญหาพัฒนาการล่าช้าในเด็กเป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเด็กเอง ครอบครัว และส่งผลในระดับประเทศทั้งในด้าน

เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตประชากรในระยะยาว ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบัน เราสามารถวินิจฉัยเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้อย่างรวดเร็วมากขึ้นตั้งแต่เด็กอายุน้อย ส่งผลให้เด็กกลุ่มที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการช่วยเหลือและฝึกทักษะพัฒนาการตั้งแต่นั้น ๆ ทำให้เกิดผลดีต่อเด็กและครอบครัวในระยะยาว ปัญหาพัฒนาการล่าช้าในเด็กที่พบส่วนหนึ่งเป็นเด็กในกลุ่มอาการออทิซึม เด็กที่มีระดับสติปัญญาบกพร่อง และเด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อนแต่กำเนิด

กลุ่มอาการออทิซึมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาทที่พบได้ค่อนข้างบ่อย เด็กกลุ่มนี้มีความบกพร่องคือ มีพัฒนาการทางภาษาที่ล่าช้า ร่วมกับมีความบกพร่องในการเข้าสังคม เด็กมักจะไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับเด็กคนอื่น ชอบเล่นคนเดียว ไม่ค่อยสบตา ไม่หันหาเสียงเรียกชื่อ ไม่ซื่อความต้องการ ร่วมกับมีความผิดปกติทางพฤติกรรม ได้แก่



ผศ.พญ.จริยา จุฑาภิสิทธิ์



ศ.พญ.ดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล

มีพฤติกรรมซ้ำ มีความสนใจที่ยึดติดเฉพาะกับเรื่องบางเรื่อง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความชุกของการเกิดกลุ่มอาการออทิซึมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ การศึกษาล่าสุดในต่างประเทศพบความชุกของกลุ่มอาการออทิซึมในเด็กถึงประมาณ 1 รายต่อเด็ก 68 ราย ข้อมูลในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน ถึงแม้ยังไม่มีตัวเลขที่บ่งบอกถึงความชุกที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แต่เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มอาการออทิซึมมีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างมากในการวินิจฉัยสาเหตุของการเกิดโรคเพื่อช่วยในการวางแผนการรักษาและป้องกันการเกิดซ้ำได้ในบุตรคนต่อไป อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดกลุ่มอาการออทิซึมได้ ทั้งนี้ปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทางการแพทย์ให้ความสนใจ และพยายามพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อค้นหาความบกพร่อง

ในอดีตที่ผ่านมา เราจะทำการตรวจวินิจฉัยโครโมโซมหรือสารพันธุกรรมที่ผิดปกติด้วยตาผ่านกล้องจุลทรรศน์ซึ่งมีความละเอียดต่ำ ทำให้ไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติในเด็กกลุ่มอาการออทิซึม เด็กพัฒนาการล่าช้า และ/หรือสติปัญญาบกพร่องส่วนใหญ่ได้ จนกระทั่งปัจจุบันได้มีการพัฒนาวิธีการตรวจที่ละเอียดและก้าวหน้ามากขึ้น ทั้งยังเป็นวิธีที่รัดกุมอย่างแพร่หลายในต่างประเทศคือ การตรวจด้วยวิธีโครโมโซมอะเรย์ (Chromosomal Microarray: CMA)

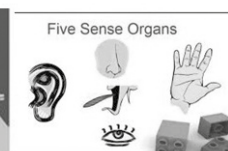
ประโยชน์ของการตรวจโครโมโซมอะเรย์ ได้แก่ ช่วยในการวินิจฉัยสาเหตุทางพันธุกรรมของโรค ลดค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงในการตรวจอื่น ๆ ที่ไม่จำเป็น ช่วยในการวางแผนการรักษา และติดตามดูแลผู้ป่วย บอกการพยากรณ์โรคในระยะยาวเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และในบางกรณีอาจมีการรักษาที่จำเพาะที่ได้ผลดีอีกด้วย และมีข้อมูลเพื่อให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม รวมทั้งประเมินความเสี่ยงของการมีบุตรคนถัดไปหรือลูกหลานเป็นโรคเดิมซ้ำอีก ช่วยในการวางแผนครอบครัวเพื่อมีบุตรใหม่ และสามารถแนะนำการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ได้อย่างแม่นยำ

ศ.พญ.ดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบพันธุกรรมในเด็ก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า สาเหตุทางพันธุกรรมของกลุ่มอาการออทิซึม พัฒนาการล่าช้า/สติปัญญาบกพร่อง และฟิสิกส์ซ้ำซ้อนแต่กำเนิด เกิดขึ้นได้ทั้งจากความผิดปกติของโครโมโซมและยีน ซึ่งวิธีที่ใช้ในการตรวจสาเหตุของโรคในอดีต เช่น การตรวจร่างกาย การตรวจโครโมโซม ตรวจการกลายพันธุ์ของยีน สามารถช่วยวินิจฉัยสาเหตุของโรคในผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้ก็จริง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดบางประการ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2553 วิทยาลัยเวชพันธุศาสตร์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American College of Medical Genetics: ACMG) ได้ออกแนวทางปฏิบัติแนะนำให้ใช้โครโมโซมอะเรย์เป็นการตรวจแรกในผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึม พัฒนาการล่าช้า/สติปัญญาบกพร่อง และฟิสิกส์ซ้ำซ้อนแต่กำเนิด เนื่องจากสามารถตรวจพบความผิดปกติทางพันธุกรรมในผู้ป่วยเหล่านี้ได้ถึงร้อยละ 15-20 เมื่อเทียบกับร้อยละ 3 ที่ได้จากการตรวจโครโมโซมแบบดั้งเดิม ซึ่งโครโมโซมอะเรย์สามารถช่วยวินิจฉัยกลุ่มอาการที่เกิดจากการหลุดหายหรือเพิ่มขึ้นขนาดเล็กตามตำแหน่งต่าง ๆ ของโครโมโซมได้มากถึง 70 กลุ่มอาการ

อีกทั้งการส่งตรวจโครโมโซมอะเรย์ความละเอียดสูงไปต่างประเทศก็มีราคาสูงกว่า 50,000 บาท ซึ่งทางคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และ

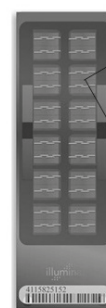
ข้อมูลโครโมโซมอะเรย์ที่ รพ.รามาธิบดี

ออทิซึม 112 ราย
ตรวจพบสาเหตุ 15 ราย (13%)



ฟิสิกส์ซ้ำซ้อนแต่กำเนิด บกพร่องทางสติปัญญา
22 ราย ตรวจพบสาเหตุ 7 ราย (30%)

รูปแสดงโครโมโซมอะเรย์ ซึ่งคือสไลด์แก้ว
ซึ่งมีดีเอ็นเอจำเพาะเป็นตัวแทนของ
โครโมโซมทั้ง 23 คู่ เกาะอยู่เป็นจำนวนมาก



ดีเอ็นเอจำเพาะ เป็น
ตัวแทนของตำแหน่ง
ต่างๆ บนโครโมโซม
(เส้นสีแดง) ยิ่งมีดีเอ็นเอ
จำเพาะจำนวนมาก ก็ยิ่งมี
ความละเอียดในการ
ตรวจสูง คือสามารถ
ตรวจหาความผิดปกติ
ของโครโมโซมที่มีขนาด
เล็ก ที่ไม่สามารถ
มองเห็นด้วยตาผ่าน
กล้องจุลทรรศน์ได้



อ.ดร.พญ.ณัฐณี จินาวัดณ์

กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจึงพัฒนาการตรวจวิธีขึ้นในประเทศไทย เพื่อช่วยให้คนไทยมีโอกาสเข้าถึงการตรวจได้ง่ายขึ้น

อย่างไรก็ตาม การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมทั้งก่อน และหลังการตรวจโครโมโซมอะเรย์ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มของผู้ป่วย สามารถเข้าใจถึงผลการตรวจ ข้อจำกัดของการตรวจ และผลกระทบอื่น ๆ ที่อาจเกิดจากการตรวจนับว่าเป็นส่วนที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากการตรวจนี้เป็น การตรวจหาสาเหตุทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับการขาดการเกินของปริมาณสารพันธุกรรม DNA ทั้งหมดของผู้ป่วยที่มีความละเอียดสูง อาจทำให้สามารถตรวจพบ ลักษณะทางพันธุกรรมที่ก่อโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาการปัจจุบันของผู้ป่วย หรือตรวจพบลักษณะพันธุกรรมที่ยังสรุปไม่ได้ว่าเป็นสาเหตุของโรคหรือไม่ด้วยองค์ความรู้ที่มีในปัจจุบันได้

ข้อมูลการตรวจเบื้องต้นที่ได้จากโครงการวิจัยนำร่อง (ผู้ป่วยของโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์) สรุปได้ดังนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึม 112 ราย พบลักษณะพันธุกรรมที่ผิดปกติในผู้ป่วยร้อยละ 13 (และอีกร้อยละ 10 พบลักษณะพันธุกรรมที่ยังสรุปไม่ได้ว่าเป็นสาเหตุหรือไม่; Variant of Unknown Significance: VUS), ผู้ป่วยกลุ่มพัฒนาการล่าช้า สติปัญญาบกพร่อง และพิการแต่กำเนิด 22 ราย พบลักษณะพันธุกรรมที่ผิดปกติในผู้ป่วย 7 ราย โดยอุบัติการณ์ของความผิดปกติที่ตรวจพบ มีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาในต่างประเทศมาก ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จึงสนับสนุนการตรวจโครโมโซมอะเรย์ในประเทศไทย

อ.ดร.พญ.ณัฐณี จินาวัดณ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโครโมโซมอะเรย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า โครโมโซมอะเรย์ที่ทางคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล เลือกนำมาใช้ศึกษาเป็นชนิด “สนิปอะเรย์” (SNP array) ซึ่งมีความละเอียดสูงมาก สามารถตรวจหาลักษณะพันธุกรรม คือการหลุดหายหรือเกินขึ้นมาของตำแหน่งต่าง ๆ บนโครโมโซมทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งมีขนาดเล็กได้ วิธีการตรวจนี้มีความละเอียดกว่าการตรวจโครโมโซมแบบดั้งเดิมที่ใช้ตาดูผ่านทางกล้องจุลทรรศน์มากกว่า

1,000 เท่า โดยกระบวนการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีโครโมโซมอะเรย์ ความละเอียดสูง ประกอบไปด้วยขั้นตอนทางห้องปฏิบัติการและขั้นตอนการวิเคราะห์ผลโดยใช้ความรู้ทางชีวสารสนเทศ

ลักษณะทางพันธุกรรมที่ตรวจพบจากโครโมโซมอะเรย์สามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. ผลปกติ (Benign) คือ ไม่พบลักษณะทางพันธุกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรมอื่น ๆ ที่โครโมโซมอะเรย์ไม่ได้ครอบคลุม เช่น การกลายพันธุ์ของยีน หรือสาเหตุอาจไม่ได้เกิดจากพันธุกรรม

2. ผลผิดปกติ (Pathogenic) คือพบลักษณะทางพันธุกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยโรค

3. พบลักษณะพันธุกรรมที่ยังสรุปไม่ได้แน่นอนว่าเป็นสาเหตุหรือไม่ (VUS)

ซึ่งในการแปลผลจะต้องอาศัยฐานข้อมูลพันธุกรรมขนาดใหญ่ที่รวบรวมลักษณะพันธุกรรมของคนปกติจำนวนมากกว่า 10,000 คน ร่วมกับฐานข้อมูลพันธุกรรมขนาดใหญ่ที่มีข้อมูลทางพันธุกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึม พัฒนาการล่าช้า/สติปัญญาบกพร่อง และพิการแต่กำเนิด จำนวนมากกว่า 10,000 คน เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับลักษณะพันธุกรรมที่พบในผู้ป่วย แต่เนื่องจากฐานข้อมูลทางพันธุกรรมเหล่านี้เกือบทั้งหมดจะมีข้อมูลของผู้ป่วยผิวขาวเป็นหลัก จึงอาจจะไม่ใช่วิธีเปรียบเทียบที่เหมาะสมที่สุดสำหรับคนไทย ทางเรจึงได้พัฒนาฐานข้อมูลพันธุกรรมขนาดใหญ่ที่เป็นข้อมูลเฉพาะของคนไทยขึ้นมา ด้วยความร่วมมือของนักวิจัยศูนย์ปฏิบัติการด้านชีววิทยาศาสตร์คอมพิวเตอร์เพื่อการวิจัยแบบบูรณาการ (ICBS) มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อช่วยในการแปลผลให้มีความถูกต้องแม่นยำสูงสุด นอกจากนี้เรายังเน้นการตรวจหาลักษณะพันธุกรรมในพ่อแม่เพิ่มเติม ในกรณีที่ตรวจพบลักษณะพันธุกรรมที่ยังสรุปไม่ได้แน่นอนว่าเป็นสาเหตุหรือไม่ (VUS) ในผู้ป่วย เพื่อช่วยในการแปลผลและวิเคราะห์แบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เพื่อให้สามารถให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมเพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยใหม่ในครอบครัวได้อย่างถูกต้องแม่นยำ

ในขณะนี้วิธีการตรวจโครโมโซมอะเรย์ความละเอียดสูง (Chromosomal Microarray: CMA) ได้เปิดให้บริการโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติแล้ว ภายใต้การดำเนินการของกลุ่มสาขาเวชศาสตร์ปริวรรตและหน่วยเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โดยมีค่าใช้จ่ายในการตรวจประมาณ 40,000 บาท ซึ่งราคานี้ได้รวมการตรวจโครโมโซมอะเรย์ในพ่อแม่ผู้ป่วยเพิ่มเติมในกรณีที่จำเป็นไว้แล้ว ซึ่งจะได้รับผลการตรวจภายในเวลา 8 สัปดาห์ โดยบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถติดตามรายละเอียดการตรวจได้ทาง www.icbs.mahidol.ac.th/cma_rama และ www.geneticrama.com หรือ E-mail มาที่ cmahighres.rama@gmail.com



โรคที่ไม่ติดต่อ

ไม่น่าเชื่อแต่ก็ต้องเชื่อ ในปี ค.ศ. 2010 ประชาชน 1.7 ล้านคนที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากการรับประทานเกลือ (sodium) มากเกินไป!

ทุกปัจจัยเสี่ยงที่ได้กล่าวมาจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง น้ำหนักเกินหรืออ้วน ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงอย่างเดียวเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนในโลกถึง 18% ส่วนโรคอ้วน (obese), น้ำหนักเกิน (overweight) และน้ำตาลสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่รองลงมาตามลำดับ ประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางกำลังมีภาวะอ้วนในเด็กที่เพิ่มขึ้นเร็วมาก

โรค NCD มีผลต่อการพัฒนาของประเทศต่าง ๆ มาก ความยากจนมีความสัมพันธ์อย่างยั้งคืบโรค NCD ผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากจน จะป่วยและเสียชีวิตเร็วกว่าผู้ที่มีฐานะดี

ฉะนั้น การป้องกันและการดูแลสุขภาพจึงมีความสำคัญที่สุด ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ขึ้นอยู่กับตัวของประชาชนเอง ความรู้ที่ถูกต้อง ความมีวินัยที่ต้องปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง ขึ้นอยู่กับสังคม ชุมชน รัฐบาลและเอกชน ที่จะช่วยแนะ สนับสนุน ให้โอกาส รวมทั้งการสร้างระบบสาธารณสุขที่ดี

สำหรับประชาชนนั้น มี 9 อย่างเท่านั้นที่ต้องรู้ ต้องทำอย่างต่อเนื่องเพื่อตนเอง และสอนคนในครอบครัว นั่นก็คือ :-

1. รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2. ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

โดยทั้ง 2 ข้อนี้ต้องทำให้ BMI (BMI คือน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง อยู่ที่ต่ำกว่า 23 ระหว่าง 23.1-24.9 จะเรียกว่าน้ำหนักเกิน 25 ขึ้นไปจึงจะเรียกว่าอ้วน) และพุงชายหญิงอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ เล็กกว่า 90 ซม. และ 80 ซม. ตามลำดับ

3. ไม่สูบบุหรี่ 4. ไม่ดื่มแอลกอฮอล์หรือดื่มไม่เกิน 2 หน่วย/วัน ไม่ว่าจะชายหรือหญิง 1 หน่วย คือ 25 ซีซีของวิสกี้ หรือ 80 ซีซีของไวน์ หรือ 200 ซีซีของเบียร์ 5. มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย 6. ไม่ใช้ยาเสพติด 7. เดินสายกลางในชีวิต 8. ถึงแม้สบายดีก็ต้องไปตรวจสุขภาพเป็นระยะ เช่น วัดความดัน ตรวจไขมันและน้ำตาลในเลือด 9. ถึงแม้ทำทั้งหมด 1-8 ข้อ แต่พออายุเข้าเกณฑ์ เช่น อายุ 50 ปี ต้องไปตรวจคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ ฯลฯ 10. ถึงแม้ทำทั้งหมด 1-9 ข้อ แต่ถ้ามีอาการก็ต้องไปปรึกษาแพทย์

โรคที่ไม่ติดต่อ หรือที่ภาษาอังกฤษเรียกว่า non-communicable disease: NCD คือโรคเรื้อรังที่เป็นได้ในทุกวัย แต่มักจะพบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยในกลุ่ม NCD คือ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง หรือ cerebrovascular diseases ซึ่งเป็นสาเหตุใหญ่ของการเสียชีวิตจากกลุ่ม NCD คือ 17.5 ล้านคนทั่วโลก ตามด้วยโรคมะเร็ง (8.2 ล้านคน), โรคระบบทางเดินหายใจ (4 ล้านคน) และโรคเบาหวาน (1.5 ล้านคน) 4 โรคนี้เป็นสาเหตุถึง 82% ของการเสียชีวิตทั้งหมดที่เกิดจากโรค NCD โรค NCD ฆ่าคนตายปีละถึง 38 ล้านคน และที่สำคัญคือ 3 ใน 4 (หรือ 28 ล้านคน) เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลาง ซึ่งจะทำให้มีปัญหาทางเศรษฐกิจของประเทศนั้น ๆ เพิ่มขึ้นไปอีก

และ 16 ล้านคนที่เสียชีวิตจากโรค NCD เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี (ก่อนวัยอันควร) และ 82% ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรนี้เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำ หรือปานกลาง

สาเหตุมาจากอะไร มาจากการมีอายุมากขึ้น การมี การเจริญเติบโตเร็วเกินไปของเมืองโดยไม่มีการวางแผน พฤติกรรมของมนุษย์ที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย ทำให้มีความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน ทั้งหมดนี้ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง ต่อโรค NCD ทั้งนั้น โดยเฉพาะโรคหัวใจ

ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้คือ การ(ไม่)สูบบุหรี่ คาดคะเนว่า การสูบบุหรี่ทำให้ประชาชนในโลกเสียชีวิตถึง 6 ล้านคนต่อปี และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 8 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 ประมาณ 3.2 ล้านคนเสียชีวิตจากการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ และมากกว่าครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิต 3.3 ล้านคนที่เสียชีวิตจาก แอลกอฮอล์เกิดจากโรค NCD

วิธีดูแลการปวดจากมะเร็ง เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย



พญ.ลักษมี ชาญเวชช์



นพ.บาร์ท เมอร์ลิออน



นายอุโก้ ชาฟเวตรา

มะเร็งถือเป็นโรคที่คนไทยรู้จักเป็นอย่างดี เพราะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก มะเร็งที่พบในมนุษย์มีมากกว่า 100 ชนิด โดยมีสาเหตุมาจากเซลล์ในร่างกายที่มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติและกลายเป็นเนื้อร้าย ด้วยการใช้ชีวิตของคนยุคใหม่ที่เร่งรีบ ขาดการออกกำลังกาย และนิยมรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด รวมถึงมลภาวะต่าง ๆ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมะเร็งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยคาดการณ์ว่า ภายในปี พ.ศ. 2573¹ จะมีผู้ป่วยมะเร็งในเอเชียเพิ่มขึ้นถึงเกือบ 11 ล้านรายต่อปี เลยทีเดียว

สำหรับในประเทศไทย พญ.ลักษมี ชาญเวชช์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด โรงพยาบาลวัฒโนสถ เปิดเผยว่า “จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ในปี พ.ศ. 2553 มีคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากถึงกว่า 7 หมื่นคน ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่มากกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตโดยอุบัติเหตุ และในอนาคตปัญหาโรคมะเร็งในประเทศไทยจะมีความน่ากังวลมากขึ้นเพราะเรากำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงมีความเสี่ยงที่จะพบผู้ป่วยมะเร็งวัยใหม่มากขึ้น ซึ่งแน่นอนว่าปัญหาความปวดจากมะเร็งในระยะลุกลามและระยะท้าย รวมทั้งผลข้างเคียงจากการรักษาก็จะมีเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างรอบด้านจึงเป็นประเด็นที่ทุกฝ่ายควรให้ความสนใจด้วยเช่นกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นได้”

จากสถานการณ์ที่นาเป็นห่วงนี้ มุนิฟาร์มาจึงได้จัดการประชุมสุดยอดด้านการดูแลรักษาโรคมะเร็งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขึ้นที่กรุงเทพฯ โดยมีแพทย์และผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลกเข้าร่วมเพื่อวางแผนพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งในเอเชีย รวมทั้งนำเสนอนวัตกรรมและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการปวดของมะเร็งเป็นจำนวนมาก

การประชุมครั้งนี้ยังได้หยิบยกงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในภูมิภาคเอเชีย หรือ ACHEON² ที่รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 1,190 รายใน 10 ประเทศ³ เกี่ยวกับผลกระทบที่ความปวดจากมะเร็งมีต่อผู้ป่วยทั้งในด้านคุณภาพชีวิต การทำงาน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน โดยพบว่าความปวดมีผลกระทบต่อ การดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากกว่า 80% และผลข้างเคียงจากการรักษามะเร็งยังอาจทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดรับยาเคมีบำบัด จนทำให้การรักษาไม่มีความต่อเนื่อง และไม่ได้รับประสิทธิภาพในการรักษาเท่าที่ควร

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่

- อาการปวด ซึ่งพบได้บ่อยที่สุดโดยเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ อาการปวดที่เกิดจากมะเร็งโดยตรง เช่น ก้อนเนื้อที่กดทับหรือลุกลามเข้าเนื้อเยื่อหรือเส้นประสาท และอาการปวดหลังการรักษาหรืออาการสืบเนื่องจากการรักษา เช่น ผลจากการให้เคมีบำบัด รวมถึงอาการปวดที่

ไม่เกี่ยวเนื่องจากมะเร็ง ได้แก่ ความปวดที่เกิดจากขั้นตอนการวินิจฉัยโรค และผลจากการรักษา

- อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัดทั้งแบบฉีดพ่นและเกิดภายหลัง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการทำเคมีบำบัด
- ภาวะเบื่ออาหาร ปากอักเสบและทำให้มีอาการปวด ซึ่งพบในผู้ป่วยกว่า 40% ที่เข้ารับการรักษามะเร็งด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น รังสีรักษา และเคมีบำบัด รวมทั้งการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ซึ่งภาวะนี้อาจนำไปสู่การติดเชื้อที่ส่งผลถึงชีวิตได้

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอาการข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็งจะเกิดขึ้นบ่อยครั้ง แต่กลับพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับทั่วโลกแล้ว มีผู้ป่วยในไทยจำนวนน้อยมากที่ได้รับยากลิโอบีออยด์เพื่อดูแลอาการปวดในระดับกลางถึงรุนแรง ทั้งนี้จากรายงานเรื่อง The Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in Asia โดย Global Opioid Policy Initiative⁴ ระบุว่า มีผู้ป่วยในไทยเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่ได้รับการบำบัดด้วยยาในกลุ่มโอปิออยด์ในระดับที่เหมาะสมสำหรับระดับอาการปวดระดับกลางถึงรุนแรง นอกจากนี้ผู้ป่วยในไทยที่เข้ารับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัดและการฉายแสงจะมีอาการต่าง ๆ เช่น คลื่นไส้ ร้อยละ 50 และอาเจียน ร้อยละ 40 ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยมะเร็งจึงยังคงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในประเทศไทย

นพ.บาร์ท เมอร์ลิออน ศาสตราจารย์ประจำมหาวิทยาลัยลูเวน ประเทศเบลเยียม ซึ่งเข้าร่วมการประชุมสุดยอดด้านการดูแลรักษาโรคมะเร็งในครั้งนี้ เปิดเผยว่า “การบรรเทาอาการปวดจากมะเร็งในระดับกลางถึงรุนแรงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย และช่วยให้การรักษาโรคมะเร็งมีความต่อเนื่อง เราพบว่าการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะบรรเทาความปวดจากมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีผลข้างเคียงน้อยกว่าการใช้ยาแก้ปวดอย่างพาราเซตามอลซึ่งมีผลต่อดับ โดยก่อนการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์นั้น แพทย์จะซักถามผู้ป่วยถึงระดับความรุนแรงของอาการปวดอย่างละเอียด เพื่อให้สามารถสั่งจ่ายยาได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด”

นายอุโก้ ชาฟเวตรา กรรมการผู้จัดการประจำประเทศไทย บริษัท มุนิฟาร์มา จำกัด กล่าวว่า “ปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนน้อยมากที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางด้านความปวด อีกทั้งจำนวนประชากรสูงวัยที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้ปัญหาความปวดที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งมีเพิ่มขึ้น และเป็นภัยร้ายแรงสำหรับผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นที่ทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรและสถาบันต่าง ๆ และธุรกิจในอนาคตควรนี้ตลอดจนหน่วยงานที่มีอำนาจในการออกระเบียบข้อบังคับ ต้องร่วมมือกันเพื่อพัฒนาการดูแลเรื่องความปวดจากมะเร็งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ให้ดียิ่งขึ้น”

¹ Ferlay J., H. R. Shin, F. Bray, D. Forman, C. Mather, and D. M. Parkin. 2010. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int. J. Cancer

² Current Practices of Cancer and Chronic Non-Cancer Pain Management: A Pan-Asian Study (2015 ACHEON Study)

³ สาธารณรัฐประชาชนจีน ฮองกง อินโดนีเซีย เกาหลี มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ ไต้หวัน ไทย และเวียดนาม

⁴ Cleary J., et al. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Asia



กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า จัดการประชุม Clinical Practice 2016: Emergency Pediatrics: Make it Easy

กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า จัดการประชุม Clinical Practice 2016: Emergency Pediatrics: Make it Easy ระหว่างวันที่ 9-11 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ณ อาคารพัชรกิติยาภา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งประกอบไปด้วย กุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเด็ก แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผดุงผู้ป่วยเด็กทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ได้ทบทวนและเพิ่มพูนความรู้ใหม่ ๆ เพื่อการวินิจฉัยและให้การรักษาเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

รศ.พ.อ.หญิง พญ.นภอร ภาวิจิตร เลขาธิการจัดการประชุม Clinical Practice 2016: Emergency Pediatrics: Make it Easy กล่าวว่า การประชุม Clinical Practice เป็นการประชุมที่จัดอย่างต่อเนื่องมาเป็นประจำทุกปี โดยแต่ละปีจะมีธีมการประชุมที่ต่างกันไป สำหรับ Clinical Practice 2016 ครั้งนี้ จัดขึ้นภายใต้ธีมการประชุมที่ว่า Emergency Pediatrics: Make it Easy โรคฉุกเฉินที่พบในกุมารเวชศาสตร์ โดยธีมในแง่ของโรคฉุกเฉินเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ แต่ไม่ได้มีการหยิบยกมาพูดหลายปีแล้ว ส่วนใหญ่จะเป็นการพูดถึงปัญหาที่พบใน OPD ทั่วไปหรือเวชปฏิบัติทั่วไปมากกว่า ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วโรคฉุกเฉินเป็นปัญหาที่จะต้องเจออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะฉะนั้น ถ้าวินิจฉัยและให้การรักษาทันทีไม่ได้ แน่ชัวร์ว่าย่อมจะส่งผลเสียต่อผู้ป่วย และหากให้การรักษาช้าอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดปัญหาความเจ็บป่วยที่อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการตามมาได้ การมาเข้าร่วมประชุมครั้งนี้จึงเหมือน



รศ.พ.อ.หญิง พญ.นภอร ภาวิจิตร

ได้มาทบทวนและเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ ที่ก้าวหน้าของแต่ละหน่วย เพื่อนำไปใช้ในเวชปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

“แม้อุบัติการณ์ของโรคฉุกเฉินจะพบน้อยกว่าโรคทั่วไป แต่อาจส่งผลร้ายแรงกว่าและเป็นอันตรายถึงชีวิตถ้ารักษาช้าไม่ทันการณ์ เพราะฉะนั้น แพทย์จึงต้องตระหนักรู้เรื่องนี้ให้มากเป็นพิเศษ เพราะผู้ป่วยหนึ่งคนที่มาอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหลายระบบ และถ้ารักษาช้าจะเกิดปัญหาตามมา อวัยวะจะเกิดการล้มเหลวและยิ่งไปกว่านั้นคือ ไม่ได้ล้มเหลวเพียงแค่อวัยวะแรกอวัยวะเดียว แต่อวัยวะอื่น ๆ จะเริ่มล้มเหลวตามไปด้วยจากภาวะช็อก และในที่สุดจะเสียชีวิต”

สำหรับรูปแบบการประชุม ประกอบด้วย การบรรยาย, symposium, special lecture และ workshop เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ลงมือฝึกปฏิบัติ ได้แก่ **Mechanical ventilator: simple set up** การตั้งเครื่องช่วยหายใจ **Update PALS guideline** แนวทางการกู้ชีพผู้ป่วยเด็ก **Fluid & electrolyte: make it easy** การแก้ไขความผิดปกติของสารน้ำและสมดุลเกลือแร่ต่าง ๆ และ **Percutaneous central venous line insertion in neonate** การใส่สายเข้าหลอดเลือดดำใหญ่ในทารกแรกเกิดเพื่อให้สารน้ำ



ของแต่ละสาขามาย่อยทอดความรู้ คาดว่าจะมีผู้สนใจเข้าร่วมไม่ต่ำกว่า 250 คน”

ด้านประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับ **รศ.พ.อ.หญิง พญ.นภอร** กล่าวว่า ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคฉุกเฉินได้ครอบคลุม

ทั้งหมด สามารถที่จะวินิจฉัยได้ รักษาเบื้องต้นได้ในระดับศักยภาพของโรงพยาบาล และสามารถรู้ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้ ซึ่งนอกจากจะมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้ ชักถามปัญหา ฝึกปฏิบัติใน workshop แล้ว ยังจะได้ทำ Spot diagnosis ที่เป็น interactive อีกด้วย

“โรคฉุกเฉินมีความสำคัญ ต้องรักษาผู้ป่วยให้เร็ว มันเหมือนเป็นการวินิจฉัยและการรักษาที่ต้องแข่งกับเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งโอกาสที่จะเจอกับโรคฉุกเฉินไม่ได้มีเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เท่านั้น แพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดก็มีโอกาสที่จะเจอได้ตลอดเช่นกัน เพราะผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาก็จะไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดก่อน ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที”

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเด็กยังต้องดูแลเป็นองค์รวม ครอบครัวก็มีความสำคัญ เนื่องจากเด็กอยู่ภายใต้การดูแลของพ่อแม่ เพราะฉะนั้น ต้องดูแลพ่อแม่ให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงการรักษาที่กำลังจะทำการดูแลผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

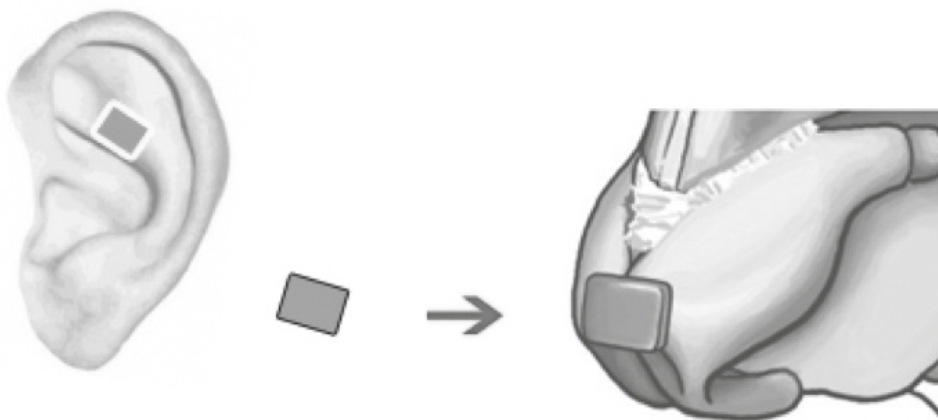
ท้ายนี้ **รศ.พ.อ.หญิง พญ.นภอร** กล่าวว่า “การจัดการประชุมทุกปีมีความสำคัญ เป็นการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมตระหนักถึงความรู้ที่ไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ เพราะฉะนั้น จะต้องเพิ่มพูนความรู้ที่ทันสมัยเหล่านี้อยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ได้การรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว การประชุมครั้งนี้ที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับปัญหาโรคฉุกเฉินซึ่งก็มีความก้าวหน้าใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น ทั้งเทคนิคการรักษาใหม่ ๆ เครื่องมือใหม่ ๆ ที่เข้ามาช่วยในการรักษาดีขึ้น เป็นโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มาทบทวนและเพิ่มพูนความรู้ที่ทันสมัย”

ผู้ที่สนใจสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2763-4162, 0-2763-4163 E-mail: sumittra.ped@gmail.com หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมทาง www.pedpmk.org



ทั้งนี้หัวข้อการประชุมตลอด 3 วัน ล้วนมีความหลากหลายและน่าสนใจ โดยมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถวินิจฉัยและให้การรักษาได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง รู้ว่าเมื่อไหร่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า เพราะโรคฉุกเฉินถ้ารักษาช้าจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือถ้าไม่อันตรายถึงชีวิตก็จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาอีกมาก อาทิ **Dengue shock syndrome** โรคไข้เลือดออก ถ้าหากให้การดูแลรักษาที่ดีก็สามารถจะระดับประคองให้ผู้ป่วยหายกลับมาเป็นปกติได้ แต่ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีภาวะช็อกจากไข้เลือดออก **Septic shock** ภาวะติดเชื้อแบคทีเรียแบบรุนแรง ซึ่งถ้ารักษาให้ยาปฏิชีวนะอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยจะมีโอกาสรอดชีวิตสูง **Foreign body & corrosive ingestion** ในเด็กเล็ก ๆ ที่รับประทานวัตถุแปลกปลอมหรือสารอันตราย เช่น สารกรดต่างรุนแรงอย่างน้ำยาล้างห้องน้ำ ซึ่งถือเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในเด็กจะมีวิธีการดูแลรักษาอย่างไร ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างไร **Common pitfalls in DKA management** ภาวะฉุกเฉินทางต่อมไร้ท่อหลาย ๆ โรค เช่น โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนตามมารุนแรง หรือภาวะแพ้แบบเฉียบพลันรุนแรงที่เรียกว่า **Anaphylaxis** อาจจะทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากและหยุดหายใจได้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการแพ้อาหาร หรือโดนแมลงกัดต่อยจนเกิดการแพ้อย่างรุนแรง **Acute liver failure** ภาวะตับวายจะรักษาประคับประคองอย่างไร และเมื่อไหร่จะต้องทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการปลูกถ่ายตับได้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมี **Spot diagnosis emergency skin และ genetics** ให้ผู้ร่วมประชุมได้มีโอกาสตอบคำถามโดยการกดเลือกคำตอบอีกด้วย

“การประชุมครั้งนี้คัดเรื่องเด่นของแต่ละหน่วย ซึ่งมีทั้งความรู้เบื้องต้นและความรู้ระดับลึกในแต่ละสาขา เป็นแนวเวชปฏิบัติให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทำได้ ส่วนใหญ่จะเน้นให้สามารถวินิจฉัยได้ รักษาเบื้องต้นได้ และรักษาแบบประคับประคองที่สามารถทำได้ตามระดับของโรงพยาบาลที่ให้การรักษา และรู้ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า โดยได้รับเกียรติจากวิทยากรซึ่งเป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง



เสริมจมูกด้วยกระดูกอ่อนหลังหู

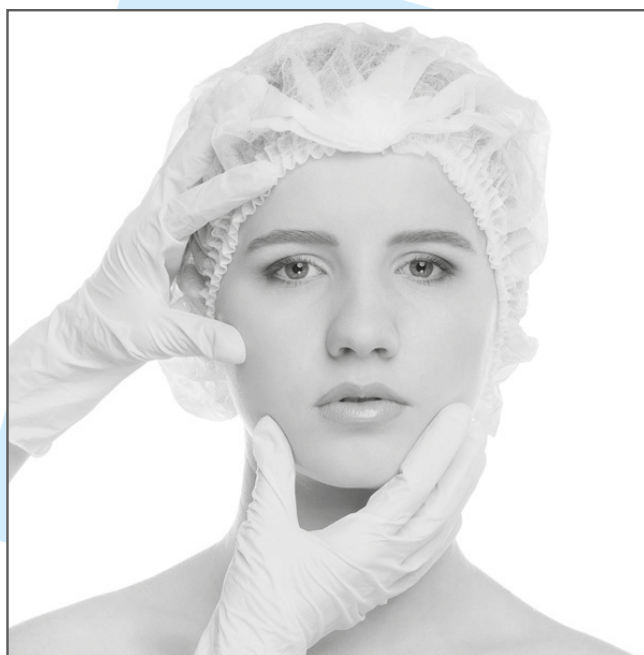
การผ่าตัดเสริมจมูกเพื่อเปลี่ยนรูปทรงของจมูก เป็นการผ่าตัดดัดยอนิยมของหนุ่มสาวผู้ใส่ใจในการพัฒนาบุคลิกภาพ การผ่าตัดสามารถทำได้ง่าย มีความปลอดภัยสูง รูปทรงจมูกในคนไทยที่มักมาทำการผ่าตัดเสริมจมูกคือ สันจมูกเตี้ย จมูกสั้น ปลายเข็ด และปีกจมูกบาน ส่วนใหญ่ การแก้ไขปัญหารูปร่างจมูกดังกล่าว แพทย์นิยมเสริมจมูกด้วยการใช้วัสดุซิลิโคนที่เหลาอย่างเหมาะสมกับโครงสร้างใบหน้า เพื่อปรับรูปทรงจมูกให้สวยงามมากขึ้น ในบางคนมีเนื้อจมูกน้อย หนึ่งบาง การเสริมจมูกอย่างไม่พอเหมาะอาจสร้างปัญหาได้

ปัญหาเรื่องปลายจมูกทะลุในผู้ที่ได้รับการเสริมจมูก แล้วมีเนื้อน้อย ผิวบาง พบได้บ่อยขึ้น เวลาจมูกทะลุ การรักษา ก็ยุ่งยากและไม่เหมือนเดิม วิธีหนึ่งที่จะทำให้การเสริมจมูกมี ปลายที่สวยงามและปลอดภัยในระยะยาวคือ การเอากระดูกอ่อน หลังหูมาต่อตรงปลายจมูกโดยวางไว้บนปลายซิลิโคนเพื่อ ไม่ให้ซิลิโคนสัมผัสกับผิวหนังปลายจมูกโดยตรง เวลาเสริมให้ ปลายจมูกพุง ซิลิโคนจะได้ไม่ดันผิวหนังจนทะลุ แต่การผ่าตัด เอากระดูกอ่อนหลังใบหูหรือเนื้อเยื่ออื่น ๆ ก็มีเทคนิคที่ ละเอียดอ่อนที่จะไม่ทำให้ใบหูเสียรูป ซึ่งกระดูกอ่อนที่เอามา ใช้ได้จะอยู่บริเวณที่เป็นแอ่งใกล้กับรูหู การผ่าก็มักจะผ่าตัด โดยซ่อนแผลเป็นไว้ข้างหลังใบหูเพื่อให้ไม่เห็นรอยแผลเป็น เทคนิคการเสริมจมูกก็สำคัญ แพทย์ผู้ผ่าตัดต้องรู้ว่าควรจะ วางกระดูกอ่อนไว้ตรงไหนจึงจะพอดี

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการใช้ กระดูกอ่อนหลังหูเพื่อเสริมจมูกพบว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์พบ การใช้กระดูกอ่อนหลังหูในการผ่าตัดเสริมจมูกแบบเปิด

และใช้เพื่อตกแต่งปลายจมูก เพิ่มความยาวในกรณีจมูกสั้น มีรายงานทางการแพทย์ถึงการนำกระดูกอ่อนหลังหูมารอง ปลายจมูก ร่วมกับการเสริมจมูกด้วยซิลิโคน แต่ยังไม่พบหลักฐาน ทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือมากที่สุดในระดับ systematic review

กล่าวโดยสรุป การเสริมจมูกให้สวยและปลอดภัย ทำได้หลากหลายวิธี การใช้กระดูกอ่อนหลังหูเพื่อตกแต่ง ปลายจมูกมีรายงานทางการแพทย์หลายฉบับที่ใช้กระดูกอ่อน หลังหูในการผ่าตัดเสริมจมูกรองปลายจมูก แต่ยังไม่พบหลักฐาน ทางการแพทย์เชิงประจักษ์ในระดับ systematic review



การผลักดันกฎหมาย เพื่อปฏิรูปสาธารณสุข (ตอนที่ 3)

(ต่อจากฉบับที่แล้ว)

2. ปัญหาการประเมินผลการดำเนินงาน

2.1 ขาดการประเมินผลด้านประสิทธิผล กล่าวคือ ไม่ได้ถูกประเมินผลว่า “ทำอย่างถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการจัดตั้งกองทุนหรือไม่?” กล่าวคือ พบว่า สปสช. ทำงานไม่ตรงวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่บัญญัติไว้ในมาตรา 38 ว่า “ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า **“กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”** มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการพอเพียง หรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย”

จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. ได้อนุมัติให้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก่หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการ (หมายเหตุ หน่วยบริการหมายถึงสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้)

2.2 ขาดการประเมินผลด้านประสิทธิภาพ กล่าวคือ ไม่ได้ประเมินผลสำเร็จที่พิจารณาในแง่เศรษฐศาสตร์ที่มีตัวบ่งชี้ได้แก่ ความประหยัดหรือคุ้มค่า (ประหยัดต้นทุน ประหยัดทรัพยากร ประหยัดเวลา) คุ้มค่า (คุ้มค่า) และมีคุณภาพ (ทั้งกระบวนการ ได้แก่ Input Process Output) เพื่อดูว่าผลการรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐาน โดยผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือไม่? หรือ “ทำให้ผู้ป่วยตายโดยยังไม่สมควรตาย?” เช่น ในกรณีการรักษาผู้ป่วยไตวายด้วยวิธี CAPD-first, การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เบาหวาน)

จะเห็นได้ว่า เมื่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. ทำงานไม่ตรงวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และการทำงานก็ไม่มีประสิทธิภาพ มีการสูญเสียงบประมาณไปกับหน่วยงานอื่นนอกเหนือหน้าที่ความรับผิดชอบของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ไม่เกิดความประหยัด ไม่เกิดความคุ้มค่า ไม่ทันเวลา (มีเงินค้างท่อ) และไม่มีคุณภาพ (ที่เกิดจากการละเลยไม่ทำตามหลักวิชาการแพทย์และหลักวิชาการเภสัชกรรม) รวมทั้งการถือโอกาสแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบจากการจัดซื้อน้ำยาล้างไต การจัดซื้อยาและเครื่องมือแพทย์โดยองค์การเภสัชกรรม และการแบ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพออกเป็นกองทุนย่อยหลายสิบกองทุน โดยไม่มีการวิจัยติดตามประเมินผลคุณภาพการรักษาและแก้ไขให้ถูกต้อง และโครงการย่อยอื่น ๆ เช่น การผ่าตัดต่อกระดูก การซื้อขดลวดต่างเส้นเลือดหัวใจ (stent) และการซื้อน้ำยาล้างไต และอื่น ๆ ต่างก็มีการกล่าวหาเรื่องการทุจริตประพฤติมิชอบ ทำให้สูญเสียงบประมาณไปไม่ต่ำกว่า 30%

การบริหารการเงินที่นอกจากจะมีการรั่วไหลออกไป “นอกหน่วยบริการ” แล้ว ยังมีการซื้อยาหรือเครื่องมือแพทย์ที่ด้วยคุณภาพ โดยผู้ซื้อยาได้รับผลประโยชน์ตอบแทนโดยมิชอบและอื่น ๆ ที่ไม่ถูกต้องอีกมากมาย เช่น การสืบทอดอำนาจในการเข้ามาเป็นกรรมการ อนุกรรมการ หรือผู้บริหาร สปสช. การมีผลประโยชน์ทับซ้อน/ต่างตอบแทน และข้อจำกัดของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเองที่กำหนดให้เอาเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุขไว้กับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จนเป็นสาเหตุให้แต่ละจังหวัดได้รับงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยน้อยกว่าต้นทุนค่ารักษาจริง มีปัญหาการขาดแคลนงบประมาณเป็นจำนวนหลายร้อยโรงพยาบาล

ในการทำให้มี UHC หรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องประกอบด้วย

1. การเงินและงบประมาณ ซึ่ง สปสช. สอดตกในการบริหารงบประมาณ เพราะมีการรั่วไหลออกไปข้างนอกเหนือจากวัตถุประสงค์ และบังคับวิธีการรักษาที่ไม่ยึดหลักวิชาการแพทย์

และต้องจัดการให้เกิดความเป็นธรรมตาม ม.5 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือผู้ป่วยที่ยากไร้เท่านั้นที่ควรได้รับการบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย คนที่ “ไม่ยากจน” ต้อง “มีส่วนร่วม” ในการจ่ายเงินเพื่อไปรับบริการ จะทำให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อจะได้ไม่ป่วยบ่อย ๆ เพราะป่วยแล้วต้องร่วมรับผิดชอบจ่ายเงินในการรักษาพยาบาล

2. ยาและเวชภัณฑ์/เครื่องมือแพทย์ ซึ่ง สปสช. จัดหา ยาและเวชภัณฑ์/เครื่องมือแพทย์ที่ด้อยคุณภาพ (ทั้ง ๆ ที่ สปสช. ไม่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการซื้อขาย) เนื่องจาก สปสช. แสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ จึงควรให้ สปสช. ยุติบทบาทในการซื้อขายและเวชภัณฑ์/เครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ

3. การจัดให้มีบุคลากรด้านการแพทย์อย่างพอเพียง แต่การบริหารงานด้านบุคลากรมีปัญหาความขาดแคลน/ไม่เหมาะสมกับภาระงาน/ขาดความก้าวหน้าในวิชาชีพ จึงขอเสนอให้แยกการบริหารบุคลากรสาธารณสุขแยกออกจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)

4. การจัดการด้านข้อมูลและสถิติ Health statistics and information systems ยังไม่เหมาะสม ไม่เป็นระบบที่ดี มีแต่การบันทึกข้อมูลเพื่อแลกเงิน โดย สปสช. มีข้อมูลการรักษาผู้ป่วยครบ แต่สงสัยว่ากระทรวงสาธารณสุขมีข้อมูลสถิติการเจ็บป่วยและระบาดวิทยาครบถ้วนหรือไม่

5. การมีนโยบายสุขภาพที่ดี *National health policies* เป็นหน้าที่ของคณะรัฐมนตรีที่จะต้องกำหนดนโยบายในการบริหารราชการแผ่นดินของทุกกระทรวง รวมทั้งด้านสาธารณสุข ที่คณะรัฐมนตรีจะต้องมอบหมายให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบายของรัฐบาล แต่กลับปรากฏว่ามีหน่วยงานที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะคือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ทำให้ผู้ที่ไม่มีความเชี่ยวชาญสามารถใช้กระบวนการองค์กรกลุ่มมากำหนด “มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ที่บัญญัติให้รัฐบาลรับเอาไปเป็นนโยบาย โดยมีบุคคลกลุ่มตระกูล ส. เท่านั้นที่เอาความประสงค์ของกลุ่มไปใส่ปากประชาชนในการประชุมสมัชชา จึงเห็นได้ว่าคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมา “รวบอำนาจในการจัดทำนโยบายสาธารณสุขแทนรัฐบาล”

6. การจัดบริการสาธารณสุข Service delivery and safety การบริหารจัดการในการบริการสาธารณสุขของไทย สืบสานอลหม่าน ผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล ขาดการกระตุ้นให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผู้ป่วยเสียเวลามากในการไปขอรับบริการ การส่งผู้ป่วยต่อไปเพื่อการรักษามีปัญหาความปลอดภัยและไม่ทันเวลา เกิดปัญหา

บันไดขั้นต้นของการปฏิรูประบบสาธารณสุขคือ การเร่งแก้ไขปัญหาโดยด่วน กล่าวคือ

1. การบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่ให้เป็นไปตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด ไม่ว่าจะเป็น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. ต้องกลับไปอยู่ในที่ตั้ง ยุติการทำงานที่นอกเหนือขอบอำนาจของกฎหมาย ปรามปรามการทุจริตประพฤติมิชอบ และแก้ไขปัญหาการขาดธรรมาภิบาล ทั้งในส่วนของ สปสช., สวรส., สสส. และ สช. จะได้เงินงบประมาณแผ่นดินกลับเข้าสู่ระบบอีกมากมายหลายหมื่นล้านบาท

ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขก็ควรออกมาคัดค้านการ “ลู่แก่อำนาจของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช.” และต้องแก้ไขการบริหารจัดการรวมทั้งการขาดแคลนทรัพยากรในการทำงานตามหน้าที่รับผิดชอบที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 และระเบียบการบริหารราชการแผ่นดินให้มีธรรมาภิบาลเช่นเดียวกัน

2. ก้าวแก้กฎหมาย

2.1 แก้พระราชบัญญัติที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ได้แก่ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นธรรม ไม่ใช่โฆษณาว่าฟรี แต่คุณภาพตกต่ำ ทำลายมาตรฐานการแพทย์และสาธารณสุขไทย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยงานราชการและองค์กรมหาชนตามพระราชบัญญัติเฉพาะอย่างสุจริตโปร่งใส มีคุณธรรมตามหลักธรรมาภิบาลให้ครบถ้วน ไม่มีการก้าวก้าวอำนาจของแต่ละองค์กร/หน่วยงาน

2.2 มอบอำนาจการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข กลับคืนสู่กระทรวงสาธารณสุข ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 โดยมีการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรให้เหมาะสม เพียงพอต่อการทำงานบริการประชาชน

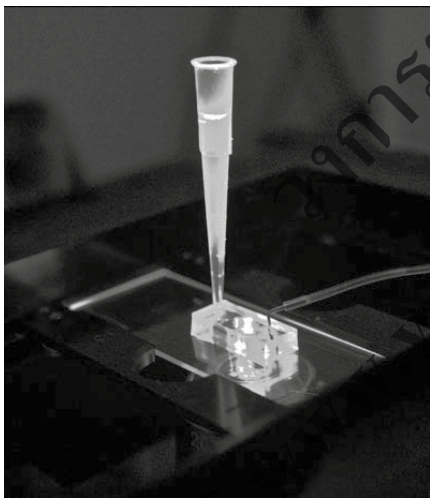
2.3 เสนอร่างพระราชบัญญัติบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. เพื่อบริหารจัดการด้านบุคลากรอย่างเหมาะสม

2.4 คณะรัฐมนตรีต้องกำหนดนโยบายการบริหารจัดการให้ชัดเจน และติดตามตรวจสอบผลงาน ไม่ปล่อยให้กลุ่มบุคคลมา Take over อำนาจการเสนอแนะนโยบายและการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขแทนรัฐบาล (แบบนี้เรียกว่าเป็นการบริหารราชการแผ่นดินที่ดีหรือไม่?)



ชิปหัวใจสำหรับการคัดกรองยา

ปัจจุบันการทดสอบยามีวิวัฒนาการที่จะนำมาใช้ศึกษาทางคลินิกในมนุษย์นั้นจะต้องผ่านการทดสอบในระดับเซลล์และสัตว์ทดลองก่อน ซึ่งถือได้ว่าเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลานานและมีค่าใช้จ่ายสูงมาก และยังคงมีข้อจำกัดในการนำผลการทดสอบที่ได้ไปใช้ทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการใช้งานในมนุษย์ ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างระหว่างสปีชีส์ของสัตว์และมนุษย์ ทั้งในแง่ของช่องไอออน (ion channels), วิถีทางชีวภาพ (biological pathway) และสมบัติทางด้านเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) ส่งผลให้ผลการทดสอบที่ได้จากการศึกษาในสัตว์ทดลองในปัจจุบันยังไม่สามารถจำลองหรือทำนายความเป็นพิษอาการข้างเคียง หรือประสิทธิภาพในการรักษาของยาทดลองในมนุษย์ได้อย่างถูกต้อง



ชิปอวัยวะ อุปกรณ์ในขนาดสำหรับการทดสอบยา
แทนการทดสอบในสัตว์ทดลอง^[1]

ด้วยปัญหาดังกล่าว ทีมนักวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาชิปอวัยวะ ซึ่งมีแนวความคิดจากการพัฒนาระบบสรีรวิทยาในระดับจุลภาคที่เลียนแบบสิ่งมีชีวิตซึ่งประกอบไปด้วยชุดกักเก็บรูปทรงสามมิติสำหรับช่วยในการจัดการตนเองของเซลล์ที่อยู่ภายในให้สามารถมีการจัดเรียงตัวเกิดขึ้นเป็นเนื้อเยื่อสามมิติ รวมทั้งมีระบบช่วยในการไหลเวียนของเหลวที่จำลองการขนส่งสารอาหารและยาผ่านหลอดเลือดในสิ่งมีชีวิต อีกทั้งนำเอาผลิตภัณฑ์ของเสียออกจากเนื้อเยื่อ นอกจากนี้ระบบดังกล่าวจะต้องมีการป้องกันแรงเฉือนที่เกิดจากการไหลของของเหลวเช่นเดียวกับชั้นเนื้อเยื่อบุโพรงในสภาพจริงของสิ่งมีชีวิต โดยต้นแบบมีรายงานออกมาเบื้องต้น ได้แก่ ชิปหัวใจที่ผลิตขึ้นด้วยเทคโนโลยีไมโครอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งประกอบไปด้วย ห้องว่างสำหรับการใส่

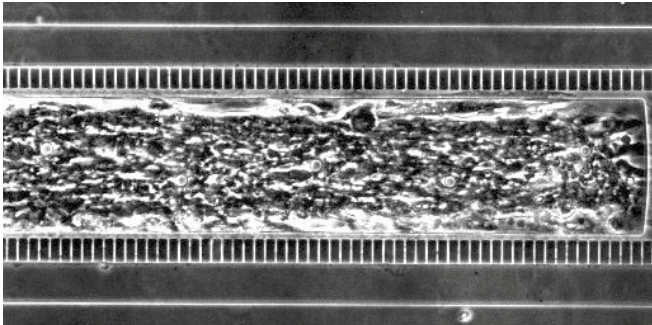
และเพาะเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณกึ่งกลางของชิปสำหรับการควบคุมการจัดเรียงตัวในทิศทางเดียวของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และมีช่องของเหลวด้านข้างทั้งสองด้านขนาดกว้าง 30-40 ไมครอน สำหรับเป็นช่องทางการไหลผ่านของสารอาหารและยาต่าง ๆ โดยทั้งสองส่วนนี้จะถูกเชื่อมต่อกับช่องขนาดเล็กขนาดกว้าง 2 ไมครอนจำนวนมาก ซึ่งทำหน้าที่ในการนำส่งสารอาหารและยาในช่องเหลวที่ไหลอยู่ในช่องของเหลวผ่านไปยังเซลล์ที่เพาะเลี้ยงด้านใน ซึ่งการแยกส่วนระหว่างส่วนเพาะเลี้ยงเซลล์และส่วนการไหลของสารอาหารออกจากกันนี้ จะช่วยในการป้องกันเซลล์ที่เพาะเลี้ยงจากแรงเฉือนที่เกิดจากการไหลของของเหลวได้เช่นเดียวกับเนื้อเยื่อบุโพรงในธรรมชาติ



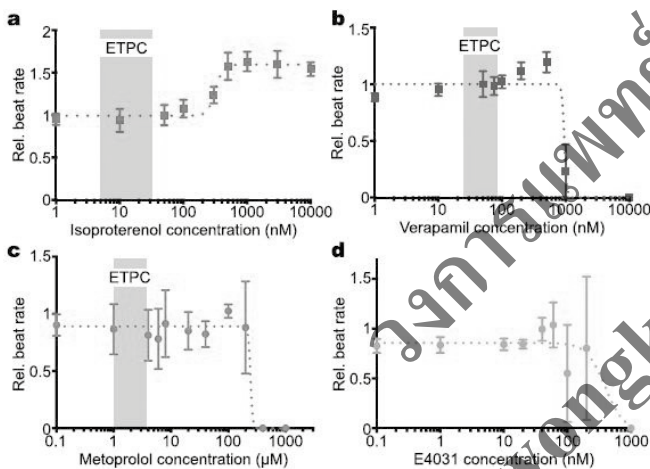
ภาพแสดงส่วนประกอบของชิปอวัยวะสำหรับการจำลองกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งประกอบไปด้วยห้องสำหรับการใส่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณกึ่งกลาง และช่องด้านข้างสำหรับการไหลผ่านของสารอาหารต่าง ๆ โดยมีช่องขนาดเล็กที่เชื่อมต่อทั้งสองส่วนเข้าด้วยกันเพื่อนำส่งสารอาหารไปยังเซลล์^[2]

จากการทดสอบด้วยการเพาะเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจลงในชิปหัวใจดังกล่าวพบว่า เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่เพาะเลี้ยงนั้นสามารถเจริญได้ดีและมีการเต้นเป็นจังหวะที่อัตรา 55-80 ครั้งต่อนาที เช่นเดียวกับอัตราการเต้นของหัวใจในสิ่งมีชีวิต จากนั้นเมื่อทำการทดสอบปฏิกิริยาการตอบสนองของเซลล์ที่เพาะเลี้ยงในชิปหัวใจดังกล่าวต่อยาหัวใจ 4 ชนิด ได้แก่ ไอโซโปรเทอรินอล (isoproterenol), เมตาโปรเทอรินอล (metaproterenol), เวอร์าปามิล (verapamil) และ E4031 ซึ่งช่วยในการปรับเปลี่ยนอัตราการเต้นของหัวใจ โดยทำการผสมยาที่มีความเข้มข้นต่าง ๆ ลงในสารอาหารที่ไหลผ่านช่องของเหลวด้านข้าง เพื่อให้เกิดการนำส่งไปยังเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ จากการทดลองพบว่าเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่เพาะเลี้ยงมีการตอบสนองต่อยาหัวใจทั้ง 4 ชนิดได้ตามที่ทำนายคือ

มีการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจตามประเภทและความเข้มข้นของยาหัวใจที่ใช้



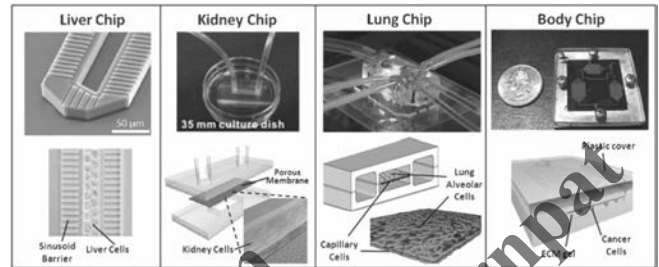
ภาพถ่ายแสดงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่เจริญและทำงานบีบตัวในบริเวณช่องกึ่งกลางของชิปหัวใจ^[2]



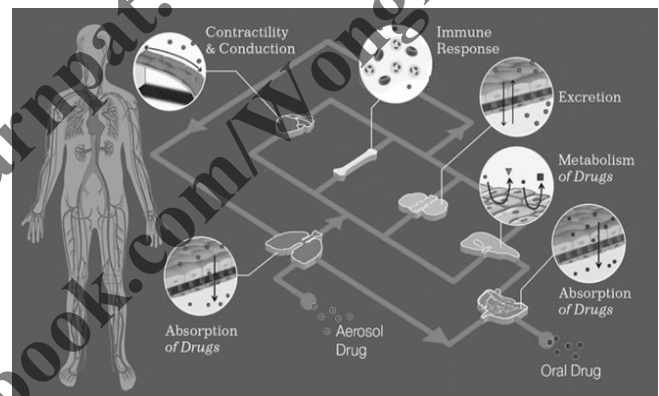
กราฟแสดงผลการทดสอบยาหัวใจ 4 ชนิดที่ความเข้มข้นต่าง ๆ ร่วมกับชิปหัวใจ แสดงให้เห็นผลกระทบของยาต่อการเพิ่มหรือลดอัตราการเต้นของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่เพาะเลี้ยง^[2]

ชิปหัวใจนี้เป็นเพียงหนึ่งในตัวอย่างของชิปอวัยวะที่กำลังถูกพัฒนาขึ้น ปัจจุบันยังมีชิปอวัยวะประเภทอื่น ๆ ที่ได้รับการพัฒนาออกมา ไม่ว่าจะเป็นชิปตับ หรือชิปปอด หรือชิปไขกระดูก หรือชิปไต โดยมีเป้าหมายที่จะใช้งานเป็นเครื่องมือชนิดใหม่ในการทดสอบและทำนายว่ายา วัคซีน หรือสารทางชีวภาพต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความปลอดภัยหรือเป็นพิษต่อมนุษย์ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพผลทางต้นทุนมากกว่าการใช้สัตว์ทดลองดังเช่นในปัจจุบัน ด้วยขนาดที่เล็กของอุปกรณ์ทำให้

ในการทดสอบหนึ่งจะสามารถใช้งานชิปจำนวนหลายร้อยชิ้นได้อีกทั้งนอกจากจะทำงานแบบเดี่ยวแล้ว ยังคาดว่าจะสามารถใช้งานในลักษณะกลุ่มเพื่อศึกษาถึงอันตรกิริยาที่เกิดขึ้นในอวัยวะที่ต่างกันพร้อมกัน เช่น การเชื่อมต่อระหว่างชิปหัวใจ ชิปไต และชิปตับ สามารถช่วยให้สามารถประเมินได้ว่ายาทดลองที่ให้ผลในการรักษาที่ดีต่อหัวใจนั้นจะมีความปลอดภัย หรือเป็นพิษต่อบตับหรือไตไปพร้อมกัน



ตัวอย่างชิปอวัยวะต่าง ๆ ที่มีการพัฒนาขึ้น^[3]



ภาพแสดงแนวความคิดในการใช้งานชิปอวัยวะต่าง ๆ เชื่อมต่อทำงานพร้อมกันเพื่อทดสอบยา วัคซีน หรือสารทางชีวภาพต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นนั้นมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย หรือเป็นพิษต่ออวัยวะต่าง ๆ พร้อมกันเช่นเดียวกับในสิ่งมีชีวิต^[4]

เอกสารอ้างอิง

1. <http://news.berkeley.edu/2015/03/09/human-hearts-on-a-chip-to-aid-drug-screening/>
2. A. Mathur, et. al. (2015), Sci. Rep. 5, 8883; DOI:10.1038/srep08883.
3. <http://www.tedxvienna.at/blog/personalize-this/>
4. <http://thenewstack.io/organs-on-chips-emulates-human-organs-for-better-biomedical-testing/>



เปิดตัวโชว์รูม ยูเวลล์ แห่งแรกในไทย จำหน่ายสินค้า Home care ในราคา และการบริการที่เป็นธรรม

บริษัท อัสตร จำกัด ผู้นำเข้าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทางด้าน Home care ภายใต้แบรนด์ yuwell ถือฤกษ์งามยามดี วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2559 เปิดตัวโชว์รูม yuwell แห่งแรกในประเทศไทย ซึ่งตั้งอยู่ตรงข้ามสถาบันโรคทรวงอก ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี

นายกิตติชัย สุขใจ ให้เกียรติเป็นประธานกล่าวเปิดงานว่า ในโอกาสนี้ขอแสดงความยินดีกับบริษัท อัสตร จำกัด ที่ได้ร่วมงานกับทาง yuwell เปิดตัวโชว์รูม yuwell แห่งแรกในประเทศไทย ซึ่งในปัจจุบันจะเห็นได้ว่าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ได้ใช้เฉพาะกับผู้ป่วยที่นอนบนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังใช้กับผู้ที่นอนพักรักษาตัวที่บ้าน หรือที่เรียกกันว่า Home care ไม่ว่าจะเป็นเครื่องเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เครื่องพ่นละอองยา เครื่องวัดความดันโลหิต

บริษัท อัสตร จำกัด เป็นบริษัทที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อรองรับการขยายตัวเพิ่มเติมของบริษัทในกลุ่มวรวัฒน์ ซึ่งมีประสบการณ์ในการดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับการผลิต การขาย และงานบริการผลิตภัณฑ์ด้านอิเล็กทรอนิกส์ทั่วไป เครื่องขายสินค้าอัตโนมัติ และระบบจัดการงานซ่อมบำรุงมากกว่า 15 ปี จึงเชื่อได้ว่าเชื่อมโยงอุตสาหกรรมและธุรกิจเข้าด้วยกัน โดยใช้ความแข็งแกร่งของบริษัทในกลุ่มวรวัฒน์ ขยายกิจการสู่บริษัท อัสตร จำกัด ในฐานะผู้นำเข้าและจำหน่ายเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์แบรนด์ yuwell จะสามารถเพิ่มมูลค่าและสร้างความเติบโตในอนาคตได้อย่างยั่งยืน

ด้าน นายธีรวัฒน์ ปรีชาประศาสน์ ผู้บริหารบริษัท อัสตร จำกัด กล่าวว่า มีความ



ยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้ร่วมงานกับทาง yuwell ซึ่งมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการพัฒนาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทางด้าน Home care และในฐานะที่บริษัท อัสตร จำกัด มีความเชี่ยวชาญทางด้านงานบริการ งานซ่อมบำรุง มีสาขากระจายแทบจะทั่วภูมิภาคของประเทศไทย ทั้งเชียงใหม่ ขอนแก่น นครราชสีมา และปทุมธานีแน่นอนจะขยายไปในจังหวัดทางภาคใต้ ทำให้มั่นใจได้ว่าความร่วมมือในครั้งนี้จะทำให้แบรนด์ yuwell เป็นที่รู้จักในวงกว้างได้อย่างรวดเร็วในอนาคต และผลักดันให้ธุรกิจเติบโตอย่างยั่งยืนไปพร้อม ๆ กัน

ทั้งนี้ประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งแน่นอนว่าเมื่อประชากรมีอายุเพิ่มมากขึ้น โอกาสที่จะเจ็บป่วยจากโรคต่าง ๆ ก็เพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทางด้าน Home care จะเติบโตอย่างแน่นอน ซึ่งการเปิดโชว์รูมในครั้งนี้ก็เพื่อต้องการเข้าถึงกลุ่มลูกค้า ทั้งลูกค้าทั่วไปและลูกค้าโรงพยาบาลให้ได้มากที่สุด

ถ้าพูดถึงเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทางด้าน Home care ของ yuwell ต้องบอกว่าเป็นที่รู้จักอยู่แล้ว เพียงแต่เราต้องการทำให้ชัดเจนมากขึ้น กระจายจุดบริการเพื่อให้ลูกค้าเข้าถึงได้มากกว่าเดิม สร้างแบรนด์ให้ลูกค้ามีความเชื่อมั่นด้านการขาย การบริการ และการซ่อมบำรุงควบคู่ไปอย่างเต็มที่ ซึ่งทั้งหมดนี้

จะสามารถให้ความเชื่อมั่นแก่ลูกค้าได้เป็นอย่างดี ในด้านการบริการที่มีมาตรฐานและครบครัน จบในที่เดียว เพียงลูกค้าเดินเข้ามาที่โชว์รูมแห่งนี้ หรือโทรศัพท์มาสอบถาม ทางบริษัท อัสตร จำกัด มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ตลอดจนอะไหล่ทางด้าน Home care ไว้รอบริการ พร้อมคำแนะนำโดยทีมงานมืออาชีพ ซึ่งสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลผลิตภัณฑ์ หรือเป็นตัวแทนจำหน่ายได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ 02-952-0298-99 (สำนักงานใหญ่), 02-950-0802 (โชว์รูม) www.medicalasd.com เปิดให้บริการทุกวัน นายธีรวัฒน์ กล่าว

ขณะที่ Mr.John Wang ผู้บริหาร yuwell กล่าวว่า yuwell เป็นแบรนด์ที่ผลิตโดย Jiangsu Yuyue Medical Equipment & Supply Co., Ltd. จากประเทศจีน ปัจจุบันมีสินค้ามากกว่า 50 ประเภท กว่า 312 ชิ้น เน้นเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทางด้าน Home care เป็นหลัก มีการขยายสาขาและเปิดโชว์รูมไปยังแต่ละมณฑลของประเทศจีนและต่างประเทศ เช่น ไชจิมีนห์และฮานอย ประเทศเวียดนาม รวมทั้งมีแผนขยายสาขาและกระจายสินค้าไปยังประเทศต่าง ๆ ในอนาคต ซึ่งการมาเปิดโชว์รูมที่ประเทศไทยในครั้งนี้ ถือเป็นโอกาสที่ดีมากที่จะทำให้แบรนด์ yuwell เป็นที่รู้จักในประเทศไทยมากขึ้น เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทางด้าน Home care จาก yuwell จะสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย เครื่องดูดเสมหะ เครื่องเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจน ฯลฯ เพียงเดินมาที่โชว์รูมสินค้าแบรนด์ yuwell เรียกได้ว่าครบจบเบ็ดเสร็จในที่เดียว ในราคาที่สามารถจับต้องได้ และเป็นธรรมอย่างแน่นอน

โดยภายหลังจากเปิดตัวโชว์รูม yuwell เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทางผู้บริหาร yuwell และบริษัท อัสตร จำกัด ได้เดินทางไปบริจาคเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ณ สถาบันโรคทรวงอก โดยมี นางทิวา รัชทินพันธ์ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจอำนวยการสถาบันโรคทรวงอก เป็นผู้รับมอบ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ต่อไปอีกด้วย



ศูนย์ประชุมพีช ผู้นำด้านสถานที่ จัดงานประชุมและนิทรรศการแห่งเอเชีย



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ mice@royalcliff.com

ให้การจัดงานของท่านพิเศษกว่าใคร เพียงบอกรหัส **WKP15** รับทันทีข้อเสนอพิเศษจากเรา



เติมเต็มทุกความต้องการ
ในการจัดงานทุกรูปแบบ
ด้วยมาตรฐานระดับนานาชาติ

- พื้นที่จัดงาน 15,000 ตรม.
- Hall: 10,000 ที่นั่ง
- Grand Ballroom : 2,000 ที่นั่ง
- ห้องประชุมย่อย 53 ห้อง
- 11 ห้องอาหารรับประทานด้วยรางวัล
- บริการชุดอาหารว่างเมนูสุขภาพเลิศรส
- ธีมจัดงานเลี้ยง และกาลาดินเนอร์
- 1,020 ห้องพักและห้องสวิตช์ระดับห้าดาว เพียงไม่กี่ก้าวจากศูนย์ประชุม
- ระบบภาพ แสง สี เสียงครบครัน
- ห้องครัวเอนกประสงค์ภายในศูนย์ประชุม
- บริหารงานอย่างมืออาชีพจากประสบการณ์ในด้าน MICE กว่า 30 ปี

PEACH
PATTAYA EXHIBITION AND
CONVENTION HALL

ROYAL CLIFF HOTELS GROUP
THE STATE OF EXCLUSIVITY & FASCINATION

353 ถนนพระตำหนัก เมืองพัทยา จ. ชลบุรี 20150, ประเทศไทย
T: (+66 38) 250421 | F: (+66 38) 250511
www.peachthailand.com | www.royalcliff.com



แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจทันที

www.wongkarnpat.com



กด

Like

ได้ที่ www.facebook.com/Wongkarnpat

ยาและวัคซีนกับโรคไขกัฟหลังแอน

โรคไขกัฟหลังแอนมีชื่อทางการแพทย์ว่า Meningococemia (การติดเชื้อไขกัฟหลังแอนในเลือด) หรือ Meningococcal meningitis (เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไขกัฟหลังแอน) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Neisseria meningitidis* ซึ่งเป็นเชื้อกรัมลบรูปทรงกลมจำพวกเดียวกับเชื้อหนองในแท้ หรือ *Neisseria gonorrhoeae* แต่ไม่ทำให้เกิดกามโรค โดยเชื้อนี้มีความรุนแรงในการก่อโรคมกกว่าและมีอัตราการตายที่สูงกว่า เชื้อโรคไขกัฟนั้นมาจากความรุนแรงของโรค ซึ่งทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้ในเวลาอันสั้น และเชื้อหลังแอนมาจากลักษณะของผู้ป่วยโรคนี้ อาจมีการชักเกร็งหลังแข็งแอน ซึ่งเชื้อโรคนี้ไม่เกี่ยวข้องกับบนกนางแอนตามที่เป็นคนพูดกันแต่อย่างใด

เชื้อ *Neisseria meningitidis* นี้แบ่งออกเป็น 13 กลุ่ม หรือ 13 ซีโรกรุ๊ป คือ A, B, C, D, H, I, K, L, X, Y, Z, 29E และ W135 โดยที่พบมากที่สุดคือ ซีโรกรุ๊ป A, B, C, Y และ W135 แต่กลุ่มที่ทำให้เกิดโรคได้บ่อยคือ ชนิด groups B และ C ซึ่งเชื้อนี้สามารถตรวจพบได้ในคอของคนที่ป่วยระยะ 20 โดยที่ไม่เกิดโรคหรืออาการ แต่มีผู้ป่วยบางรายที่เชือนี้เข้ากระแสเลือดและทำให้เกิดโรคได้ โดยโรคไขกัฟหลังแอนเป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียแบบเฉียบพลัน พื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูงติดต่อกันหลายปี ได้แก่ แอฟริกากลาง แถบทะเลทรายซาฮาราตอนใต้ ซึ่งพบว่ามักเป็นซีโรกรุ๊ป A มีการระบาดที่เอธิโอเปีย ซูดาน ประเทศอื่น ๆ ในทวีปแอฟริกา เนปาล และอินเดีย ในทวีปอเมริกาพบการระบาดจากซีโรกรุ๊ป B เช่น คิวบา บราซิล ชิลี อาร์เจนตินา โคลัมเบีย และพบอุบัติการณ์ของโรคมากเป็น 2 เท่าที่รัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา นอกจากนี้ยังพบว่าเชื้อกลุ่ม C มักเป็นสาเหตุของการระบาดในกลุ่มนักเรียน และนักศึกษาในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา

การติดต่อ⁽¹⁾

สามารถเกิดได้จากการสัมผัสกับผู้ป่วยทางเยื่อเมือกในปาก และจมูก เช่น การจูบ การเป่าปากและจมูก หรือหน้าใกล้ชิดกันเป็นเวลานาน และเสมหะหรือน้ำลายผู้ป่วย เชื้อนี้จะติดต่อทางน้ำลายหรือเสมหะโดยการสูบบุหรี่ร่วมกัน ดื่มน้ำแก้วเดียวกัน จูบปากกัน หรือผายปอดช่วยชีวิต

อาการ⁽¹⁾

ผู้ป่วยจะมีไข้สูงทันที ปวดศีรษะมาก อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เจ็บคอ คอแข็ง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ มักมีผื่น

เลือดออกได้ผื่นหนัง (petechial rash) ร่วมกับจ้ำเลือดขึ้นตามตัว แขนขา อาจมีอาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบร่วมด้วย ในรายที่เป็นรุนแรงผู้ป่วยจะซึม ชัก และช็อก เสียชีวิตได้ภายใน 24 ชั่วโมง หลังเริ่มมีอาการ การยืนยันการวินิจฉัยโรคทำได้โดยการเจาะน้ำไขสันหลังส่งตรวจหาเชื้อ meningococci

ยาและวัคซีนที่ใช้ในการป้องกันและรักษา⁽²⁻⁴⁾

การป้องกันโรคมี 2 วิธีหลักคือ การกินยาต้านจุลชีพ และฉีดวัคซีน ผู้ที่สมควรได้รับการป้องกัน ได้แก่ ผู้สัมผัสโรคใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นเวลานาน เช่น สมาชิกในครัวเรือนเดียวกัน ร่วมห้องนอนเดียวกัน เด็กที่อยู่ในสถานเลี้ยงเด็ก เด็กที่อยู่ในห้องเรียนเดียวกัน ผู้ป่วย ที่ทำงานที่เดียวกัน เป็นต้น

การกินยาต้านจุลชีพ ใช้กับผู้สัมผัสโรคตามข้อบ่งชี้ข้างต้น โดยแพทย์มักจะเลือกกลุ่ม rifampicin หรือ ciprofloxacin⁽²⁾

ประชาชนทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับการป้องกัน นอกจากจะเดินทางเข้าไปในเขตที่มีการระบาดเป็นประจำ ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขกัฟหลังแอน

การฉีดวัคซีนใช้ในกรณีที่ดินที่จะเดินทางเข้าไปในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคเป็นประจำ เช่น ประเทศแถบแอฟริกา บางประเทศ หรือให้วัคซีนแก่ประชาชนที่อยู่เขตระบาดซึ่งทราบสายพันธุ์ (serogroup) ของเชื้อซึ่งระบาดอยู่ก่อน เพราะวัคซีนจะป้องกันได้เพียงบางสายพันธุ์เท่านั้น ดังนั้น การใช้วัคซีนป้องกันโรคไขกัฟหลังแอนจะได้ผลในบางพื้นที่ที่ทราบถึงสายพันธุ์ของเชื้อแล้วเท่านั้น

สรุปผู้ที่ควรได้รับวัคซีนนี้ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ⁽⁴⁾ คือ

1. นักเรียนและนักศึกษาที่จะไปเรียนต่อที่สหรัฐอเมริกาหรือบางประเทศในยุโรป เช่น อังกฤษ เนื่องจากก่อนหน้านี้มีการระบาดของโรคนี้ในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาหอพัก ทำให้ในโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ในสหรัฐอเมริกามีข้อกำหนดเลยว่า นักเรียนและนักศึกษาที่จะเข้าไปเรียนจะต้องได้รับวัคซีนดังกล่าวก่อนเข้าศึกษา และจะต้องยื่นเอกสารว่าได้รับการฉีดวัคซีนนี้ด้วย นอกจากวัคซีนชนิดนี้แล้ว ในแต่ละมหาวิทยาลัยจะมีข้อกำหนดเรื่องสุขภาพแตกต่างกัน เช่น บางมหาวิทยาลัยกำหนดว่าจะต้องได้รับวัคซีนหัดเยอรมัน-คางทูมร่วมด้วย หรือจะต้องทำการตรวจ

วัคซีนก่อนไป ดังนั้น สำหรับนักเรียนและนักศึกษาที่ต้องการมาตรวจสุขภาพหรือมาฉีดวัคซีนก่อนไปเรียน ควรนำไปข้อกำหนดต่าง ๆ จากมหาวิทยาลัยมาให้แพทย์ดูเพื่อจะได้พิจารณาการตรวจต่าง ๆ และการให้วัคซีนไปในคราวเดียวกัน

2. กลุ่มผู้แสวงบุญในพิธีฮัจญ์และอุมเราะห์ ซึ่งเป็นข้อกำหนดของการประเทศซาอุดีอาระเบียว่า ก่อนเข้าร่วมพิธีดังกล่าวจะต้องได้รับวัคซีนป้องกันไข้กาฬหลังแอ่น โดยจะต้องยื่นหลักฐานว่าเคยได้รับวัคซีนนี้แล้วเพื่อใช้ในการขอวีซ่าเข้าประเทศ โดยจะต้องฉีดล่วงหน้าก่อนเดินทางอย่างน้อย 10 วัน แต่ไม่เกิน 3 ปี
3. กลุ่มนักท่องเที่ยวหรือนักเดินทางที่จะไปในประเทศในเขต Meningitis belt ในแอฟริกา ตั้งแต่ประเทศแกมเบีย บูร์กินาฟาโซ เซเนกัล กินี ไลบีเรียทางตะวันออกจนถึงประเทศเอธิโอเปีย หรือเข้าไปในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าต้องเข้าไปคลุกคลีกับคนพื้นที่มาก ๆ แผนที่ Meningitis belt จาก US CDC ในรูปที่ 1 ซึ่งประเทศในแถบนี้เคยมีการระบาดของโรคที่รุนแรง มีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ดังนั้น ผู้ที่จะเข้าไปท่องเที่ยวหรือทำงานในประเทศดังกล่าวควรได้รับวัคซีนก่อนเดินทาง



รูปที่ 1 แผนที่ Meningitis belt จาก US CDC⁽⁴⁾

วัคซีนป้องกันไข้กาฬหลังแอ่นที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด tetravalent meningococcal polysaccharide vaccine มีชื่อการค้าว่า Menomune สามารถป้องกันได้ 4 สายพันธุ์คือ A, C, Y, W-135 ฉีดได้ในผู้ใหญ่และเด็กอายุมากกว่า 2 ปี ภูมิคุ้มกันจะขึ้นหลังจากฉีดวัคซีนแล้วประมาณ 7-10 วัน และฉีด 1 ครั้ง ภูมิคุ้มกันจะอยู่ได้ 3-5 ปี ยกเว้นในเด็กที่อายุน้อยกว่า 4 ปี ให้กระตุ้นหลังเข็มแรก 1 ปี

เนื่องจากวัคซีนชนิดนี้ไม่ได้ฉีดให้คนไทยโดยทั่วไป จึงอาจหาได้ยากและไม่มีในโรงพยาบาลทั่วไป ผู้ที่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนอาจติดต่อขอรับวัคซีนได้ที่หน่วยงานของสำนักงานนาย กรุงเทพมหานคร⁽³⁾ หรือคลินิกเวชศาสตร์ท่องเที่ยวและการเดินทาง โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน, สถานเสาวภา สภากาชาดไทย, สถาบันปราศณราดูร กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคนี้มีความรุนแรง ดังนั้น การป้องกันนั้นสำคัญและได้ผลดีกว่าสำหรับผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และผู้สัมผัสใกล้ชิดในชุมชนสมควรได้รับยาเพื่อป้องกันการติดต่อ โดยยาด้านจุลชีพที่ใช้นั้นมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกัน โดยไม่ขึ้นกับสายพันธุ์ของเชื้อ อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์จะสามารถให้คำปรึกษาแนะนำได้ว่าผู้สัมผัสโรคสมควรได้รับยาป้องกันหรือไม่ จะเป็นชนิดใดได้เป็นอย่างดี และผู้ที่เดินทางไปที่ไหนนั้นเป็นประเทศหรือเขตที่เสี่ยงหรือมีข้อกำหนดในการฉีดวัคซีนหรือไม่อย่างไร ควรสอบถามและหาข้อมูลก่อนเดินทาง

เอกสารอ้างอิง

1. โรคไข้กาฬหลังแอ่น (Meningococcal Meningitis). <http://dpc9.ddc.moph.go.th/crd/disease/mgcm.html>
2. ยงค์ รงค์รุ่งเรือง. ไข้กาฬหลังแอ่น. <http://www.si.mahidol.ac.th/sidocor/e-pl/article/detail.asp?id=5>
3. ชีษณุ พันธุ์เจริญ. วัคซีนสำหรับนักเดินทาง. ชมรมเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. <http://www.thaitravelmed.org/Knowledge/travel-vaccine.html>
4. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับวัคซีนไข้กาฬหลังแอ่น (Meningococcal vaccine). <http://www.thaitravelclinic.com/blog/th/travel-medicine-issue/thai-meningococcal-vaccine.html>

ผลกระทบของภาวะโลกร้อน ต่อสุขภาพ



ภาวะโลกร้อนนับเป็นภัยร้ายที่คุกคามมนุษยชาติ โดยปกติแสงอาทิตย์ที่ส่องมายังโลกจะถูกกรองผ่านชั้นบรรยากาศจนเหลือเพียงแค่ 50% ที่ถึงพื้นโลก นอกจากนี้ยังมีความร้อนจำนวนหนึ่งที่ถูกกักเก็บโดยก๊าซเรือนกระจก ซึ่งส่งผลให้โลกมีอุณหภูมิคงที่ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปของมนุษย์ ซึ่งมีการขยายตัวของอุตสาหกรรม การทำลายป่า และการใช้เชื้อเพลิงฟอสซิลที่มากขึ้น ทำให้ปริมาณก๊าซเรือนกระจกในชั้นบรรยากาศสูงขึ้น ความร้อนจึงถูกกักเก็บมากขึ้น จนกลายเป็นภาวะโลกร้อนที่ส่งผลกระทบหลายอย่างต่อโลกใบนี้ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลกระทบของภาวะโลกร้อนต่อสุขภาพของมนุษย์ (ดัดแปลงจาก Khasnis และคณะ)

ทวีป	ผลกระทบต่อสุขภาพ
เอเชีย	การขยายตัวของแหล่งอาศัยพาหะนำโรค เช่น ยุงก้นปล่อง คุณภาพอากาศลดลง จนอุบัติการณ์โรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น
ยุโรป	อัตราการตายจากความร้อนเพิ่มขึ้น คุณภาพอากาศลดลง จนอุบัติการณ์โรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์โรคติดเชื้อที่อาศัยพาหะเพิ่มขึ้น
แอฟริกา	พื้นที่ที่เพาะปลูกได้มีเนื้อที่ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ อุบัติการณ์โรคติดเชื้อที่อาศัยพาหะเพิ่มขึ้น
อเมริกาเหนือ	อุบัติการณ์โรคติดเชื้อที่อาศัยพาหะเพิ่มขึ้น คุณภาพอากาศลดลง จนอุบัติการณ์โรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น
อเมริกาใต้	อุบัติการณ์โรคติดเชื้อที่อาศัยพาหะเพิ่มขึ้น คุณภาพอากาศลดลง จนอุบัติการณ์โรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น

ภาวะโลกร้อนกับโรคติดเชื้อ

ผลกระทบต่อสุขภาพจากอากาศที่ร้อนขึ้น ที่เห็นได้ชัดคือ ภาวะลมแดด นอกจากนี้ภาวะโลกร้อนยังทำให้เกิดความแห้งแล้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเพาะปลูก แหล่งอาหารจึงลดลง และอาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ในที่สุด นอกจากนี้ นักวิชาการยังระบุว่า ภาวะโลกร้อนอาจมีความเกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคติดเชื้อที่อาศัยพาหะเพิ่มมากขึ้น

โรคมาลาเรียนับเป็นโรคหนึ่งที่เชื่อกันว่ามีการกระจายตัวเพิ่มขึ้นในภาวะโลกร้อน เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของ

ของโรคนี้ ได้แก่ อุณหภูมิ ฝน และความชื้น อุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของยุงก้นปล่องซึ่งเป็นพาหะของโรคนี้อยู่ที่ประมาณ 20-30 องศาเซลเซียส การแพร่เชื้อมาลาเรียไม่สามารถเกิดขึ้นในที่ที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า 16 องศาเซลเซียส หรือสูงกว่า 33 องศาเซลเซียส ด้วยเหตุนี้อุณหภูมิที่สูงขึ้นในบริเวณต่าง ๆ ของโลกจึงเป็นการเพิ่มบริเวณที่ยุงก้นปล่องสามารถเจริญเติบโตได้ดี หลักฐานที่นักวิทยาศาสตร์นำมาสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างอุณหภูมิที่สูงขึ้นกับการระบาดของโรคมาลาเรีย ได้แก่



- การเกิดปรากฏการณ์เอลนีโญ (ภาวะโลกร้อนส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวบ่อยขึ้น) ซึ่งทำให้อุณหภูมิในระดับน้ำทะเลในบริเวณมหาสมุทรแปซิฟิกแถบเส้นศูนย์สูตรสูงขึ้นมากกว่า 0.5 องศาเซลเซียส มีความสัมพันธ์กับการระบาดของโรคมาลาเรียในหลายพื้นที่ เช่น ปากีสถาน ศรีลังกา เปรู เป็นต้น

- การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแนวโน้มอุณหภูมิและอุบัติการณ์ของโรคมาลาเรียในมาดากัสการ์พบความสัมพันธ์ระหว่างอุณหภูมิต่ำสุดระหว่างเดือนธันวาคมและมกราคม กับอุบัติการณ์ของโรคมาลาเรีย โดยการที่อุณหภูมิดังกล่าวเพิ่มขึ้นจาก 15.5 เป็น 16.5 องศาเซลเซียส ทำให้มีผู้ติดเชื้อมาลาเรียเพิ่มขึ้น 24 คน จากประชากร 1,000 คน

อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีข้อโต้แย้งทฤษฎีดังกล่าว เช่น การสังเกตประวัติการระบาดของโรคมาลาเรียในทวีปยุโรป ซึ่งพบว่าการระบาดของโรคมาลาเรียลดลงในช่วงครึ่งหลังของศตวรรษที่ 19 ทั้ง ๆ ที่ช่วงดังกล่าวเป็นช่วงที่อุณหภูมิอบอุ่น หรือการกลับมาระบาดของโรคมาลาเรียในบริเวณที่สูงของเคนยา ทั้ง ๆ ที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศในบริเวณดังกล่าว

ไข้เลือดออกนับเป็นอีกโรคหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากภาวะโลกร้อน เนื่องจากการเจริญเติบโตและการผสมพันธุ์ของยุงลายซึ่งเป็นพาหะของโรคนี้ได้รับผลกระทบจากอุณหภูมิ ดังที่งานวิจัยในอาร์เจนตินาระบุว่า ยุงลายมีการผสมพันธุ์มากที่สุดในช่วงที่มีอุณหภูมิมากกว่า 20 องศาเซลเซียส และมีปริมาณฝนสะสมมากกว่า 150 มิลลิเมตร และเมื่ออุณหภูมิเฉลี่ยรายเดือนลดต่ำกว่า 16.5 องศาเซลเซียส ยุงลายก็จะวางไข่ลดลงอย่าง

เห็นได้ชัด และไม่มีการวางไข่เมื่ออุณหภูมิเฉลี่ยรายเดือนต่ำกว่า 14.8 องศาเซลเซียส

ภาวะโลกร้อนกับสุขภาพจิต

แน่นอนว่าอากาศร้อน ๆ ย่อมทำให้ผู้คนรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบของอุณหภูมิที่สูงขึ้นอาจจะมากกว่านั้น ดังที่ Preti และคณะนักวิจัยจากอิตาลี ได้ประเมินผลของภาวะโลกร้อนต่ออัตราการฆ่าตัวตายในอิตาลี โดยวิเคราะห์จากข้อมูลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1974-2003 แล้วพบว่า อุณหภูมิที่สูงผิดปกติระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม (ช่วงฤดูร้อน) และในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม มีความสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นของเพศชาย ส่วนความสัมพันธ์ดังกล่าวในเพศหญิงนั้นไม่ค่อยชัดเจน

อย่างไรก็ตาม ผลกระทบดังกล่าวก็เกิดในประเทศที่มีภูมิอากาศอบอุ่น ซึ่งต่างจากประเทศไทยที่มีภูมิอากาศร้อนชื้น จึงน่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมว่า การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศจากภาวะโลกร้อนยังส่งผลในด้านลบต่อสุขภาพจิตของชาวไทย เช่นเดียวกับชาวอิตาลีหรือไม่

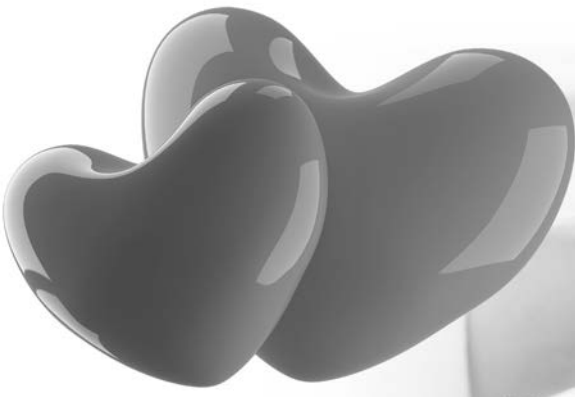
สรุป

ภาวะโลกร้อนส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้น นอกจากการใช้มาตรการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมแล้ว พวกเราจึงควรหันมารักษาใจเพื่อตัวเราเอง ก่อนที่ทุกอย่างจะสายเกินไป



เอกสารอ้างอิง

- Khasnis A. A. and Nettleman M. D. Global warming and infectious disease. Archives of Medical Research 36 (2005): 689-696.
- Nabi S. A. and Qader S. S. Is Global warming likely to cause an increased incidence of Malaria? Libyan Journal of Medicine 4 (2009): 18-22.
- Preti A., Lentini G. and Maugeri M. Global warming possibly linked to an enhanced risk of suicide: data from Italy, 1974-2003. Journal of Affective Disorders 102 (2007): 19-25.



กำลังใจ...ให้กัน

ณ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง เมื่อฉันต้องเจาะน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดให้แก่ผู้ป่วยรายหนึ่ง...คุณยายอายุ 60 ปี มาด้วยอาการหอบเหนื่อย ยายเป็นโรคมะเร็งปอดระยะกระจายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดแล้ว

วันหนึ่งญาติและลูกหลานจำนวนหลายคนได้พาคุณยายมาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบเหนื่อย จากการตรวจร่างกายพบว่ายายมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด ยายต้องได้รับออกซิเจนดมอยู่ในห้องฉุกเฉินเพื่อให้มีปริมาณออกซิเจนในเลือดเพียงพอ ฉันตัดสินใจจะทำการเจาะเอาน้ำออกจากโพรงเยื่อหุ้มปอดเพื่อให้ยายไม่เหนื่อยมาก และไม่ต้องดมออกซิเจน

“ยายคะ...หมอต้องเจาะเข็มเข้าไปในโพรงเยื่อหุ้มปอดเพื่อเอาน้ำออกมา ยายจะได้ไม่เหนื่อยนะคะ”

“ตามใจหมอเถอะค่ะ แต่บอกลูกหลานของยายที่รออยู่ข้างนอกด้วยนะคะ”

ฉันเริ่มอธิบายวิธีการเจาะน้ำจากโพรงเยื่อหุ้มปอดให้ลูกหลานของยายฟัง ฉันอธิบายว่าการเจาะน้ำจากโพรงเยื่อหุ้มปอดอาจมีผลแทรกซ้อนได้ เช่น เกิดลมรั่วในปอด หรือมีเลือดออกในปอดได้ แต่เนื่องจากในปอดของยายมีน้ำปริมาณมาก ดังนั้นโอกาสเกิดผลแทรกซ้อนเหล่านี้ก็เกิดขึ้นได้น้อย

ลูกหลานของยายพากันถามด้วยความวิตกกังวลว่า “คุณหมอมั่นใจ 100% ไหมคะว่าจะไม่เกิดผลแทรกซ้อน เช่น ลมรั่วในปอดนะคะ”

“หมอคิดว่ามีโอกาสเกิดลมรั่วในปอดน้อยนะคะ แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงมีโอกาสเกิดขึ้นได้ค่ะ”

“แล้วถ้ามีลมรั่วหรือเลือดออกในปอด แล้วต้องทำอย่างไรต่อคะ”

“หมอต้องใส่ท่อขนาดนี้วก้อยเข้าไปในโพรงเยื่อหุ้มปอดเพื่อเอาลมหรือเลือดออก แล้วต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูอาการต่อไปค่ะ”

“ถ้าไม่เจาะปอดได้ไหมคะ ให้โรงพยาบาลรับตัวไว้ดูอาการเลยได้ไหมคะ ดิฉันไม่อยากให้แม่เหนื่อยและเจ็บค่ะ”

“ตอนนี้โรงพยาบาลรัฐเต็มหมดค่ะ ถ้าเจาะเอาน้ำออกจากปอดก็จะทำให้ยายไม่เหนื่อยและกลับบ้านได้เลยนะคะ”

“พวกดิฉันยังตกลงกันไม่ได้หรอกค่ะ ขอปรึกษากันก่อน” ระหว่างนั้นยายซึ่งนั่งฟังการพูดคุยมาตลอดก็เอ่ยขึ้นว่า “ให้หมอเจาะเถอะ หมอย่อมรู้เรื่องการรักษาดีอยู่แล้ว”

ลูกหลานพากันส่งเสียงคัดค้านแข็งแ

“ไม่ได้หรอกค่ะ ถ้าแม่ถูกเจาะปอดแล้วเป็นอะไรไปจะทำยังไงคะ หมอยังไม่กล้ารับประกัน 100% เลยว่าจะไม่เป็นอันตราย”

ฉันเอ่ยว่า “การทำหัตถการทุกอย่างย่อมมีความเสี่ยงค่านั้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้เสมอ ดังนั้น จึงไม่มีหมอคนไหนรับรองได้แน่นอนว่าจะไม่เกิดเหตุแทรกซ้อนขึ้นหรอกค่ะ”

ลูกสาวรีบยืนยันกับผู้ป่วยว่า “นั่นไง หมอยังไม่กล้ารับประกันเลยคะแม่ แม่ใจเย็นเถอะ เดี่ยวหนูจัดการหาเตียงให้แม่นอนในโรงพยาบาลนี้ให้ได้แน่ค่ะ”

เวลาผ่านไปเกือบ 3-4 ชั่วโมง จนฉันใกล้จะลงเวรฉันก็ยังเห็นยายนั่งดมออกซิเจนรออยู่ในห้องฉุกเฉิน ฉันจึงเดินมาสอบถามยายว่าผลเป็นอย่างไร

ยายแจ้งว่า “ลูกพยายามติดต่อหาเตียงในโรงพยาบาลอยู่แต่ก็ทำไม่ได้ ยายขอให้หมอเจาะปอดให้เถอะค่ะ ลูก ๆ ยิ่งห่วงก็ยิ่งทำให้ยายเหนื่อยมากขึ้น ถ้าเจาะปอดแล้วยายก็

หายเหนื่อยและมีโอกาสกลับไปพักที่บ้านให้ไหมคะ”

“ใช่ค่ะ คุณยาย”

ยายเรียกลูกหลานเข้ามาคุยและยืนยันให้หมอเจาะปอด ในที่สุดลูกหลานก็ยอมเซ็นใบอนุญาตให้ทำหัตถการได้ แต่ไม่ยาก กล่าวยั่วว่า “คุณหมอต้องเจาะดี ๆ นะคะ แม่ของดิฉันไม่เคยถูกเจาะมาก่อน อย่าให้เกิดอาการแทรกซ้อนนะคะ”

ฉันได้แต่ถอนใจและรู้สึกเหนื่อยใจไปพร้อมกับไม่อยากเจาะปอดของผู้ป่วยรายนี้เลย แต่เนื่องจากเป็นการรักษาในภาวะฉุกเฉินที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายเหนื่อยได้ ฉันจึงจำเป็นต้องทำ

ฉันเริ่มเตรียมอุปกรณ์เพื่อทำการเจาะปอด พร้อมกับให้ญาติออกไปรอนอกห้องทำหัตถการ

ทันใดนั้น ยายหันมาจับมือของฉัน พร้อมกับบอกด้วยเสียงเบา ๆ ว่า

“คุณหมอเจาะเถอะค่ะ ยายเชื่อหมอนะคะ”

ฉันถึงกับอึ้งไป...อย่างน้อยก็มียายคนหนึ่งล่ะที่เข้าใจและให้กำลังใจแก่ฉัน

ฉันเริ่มมีกำลังใจที่จะช่วยให้ยายหายเหนื่อย

“ค่ะยาย แล้วถ้าเจ็บก็รีบบอกนะคะ เดี่ยวหมอจะได้เพิ่มยาชาให้ หมอจะเจาะให้เบาที่สุดนะคะ”

ยายยิ้มอย่างให้กำลังใจแก่ฉัน

การเจาะปอดครั้งนี้จบลงด้วยดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนอะไร

ความไว้วางใจที่เชื่อมองระหว่างคนไข้และหมอจึงจะทำให้เราทั้งคู่มอบกำลังใจให้กัน

ถ้าหมอมีกำลังใจก็อยากช่วยและทำสิ่งที่ดีที่สุดในแก่ผู้ป่วย

ถ้าผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีและเข้าใจหมอก็ย่อมเสริมให้หมออยากทำสิ่งที่ดีแก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นไปอีก

จากการเรียนแพทย์มายาวนานหลายปีย่อมบ่มเพาะจริยธรรมที่ดีเข้าไปในใจแพทย์แต่ละคนที่จบมา แพทย์ส่วนใหญ่ยังมีจรรยาบรรณวิชาชีพที่ดี อย่างไรก็ตามก็ต้องยอมรับว่ามีแพทย์ส่วนน้อยที่บิดเบือนไปบ้าง

เรื่องราวดี ๆ จากการรักษา แม้เพียงความเข้าใจและเชื่อใจที่มีต่อหมอ เพียงแค่นี้ก็ทำให้หมอมีกำลังใจที่จะช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ

เพียงแครอยยิ้มของคนไข้ที่หายจากการเจ็บป่วย

ความเข้าใจและเชื่อใจของคนไข้ว่าหมอทำดีที่สุดแล้ว แม้จะเกิดความผิดพลาดขึ้นมาบ้าง ทั้งนี้เพราะหมอก็เป็นคนซึ่งไม่สามารถบันดาลทุกอย่างให้ประสบความสำเร็จ หรือหาย

จากการเจ็บป่วยได้ทุกครั้งไป

หลายครั้งที่หมอดิตถ์และตัดสินใจแทนคนไข้ด้วยความปรารถนาดี

ดังเช่น ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้หญิงอายุ 30 ปี มาด้วยไอสีเสมหะปนเลือดเล็กน้อย ซึ่งตามข้อบ่งชี้แล้วเป็นการไอออกเลือดปริมาณน้อย สามารถให้กลับบ้านไปเก็บเสมหะมาตรวจทุกวันนาน 3 วันได้ แพทย์จึงแนะนำให้กลับบ้านได้และไม่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอันจะเป็นการสิ้นเปลืองเงินมากมาย

ปรากฏว่า ผู้ป่วยกลับไปบ้านแล้วไอเป็นเลือดปริมาณมาก จนสลักและเสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล

ท่านคิดว่า ทำไมหมอจึงไม่รับตัวไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งที่มีโอกาสได้รับค่าตรวจที่แพงขึ้นได้

โลกนี้จะสวยงามได้ ต้องหยิบยื่นกำลังใจจากหมอและคนไข้คู่กัน จึงจะเกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด



'I Walk' ฟันฟูผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ลดการพึ่งพาเทคโนโลยีฟื้นฟูรักษาจากต่างประเทศ



ผศ.ดร.บรรยงค์ รุ่งเรืองด้วยบุญ



มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยคณะวิศวกรรมศาสตร์ เปิดตัว “นวัตกรรมช่วยฝึกเดินสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก” (I Walk) นวัตกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาเดินได้อย่างปกติอีกครั้ง เพียงฝึกเดินแบบก้าวขึ้นบันไดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยเฉลี่ย 30 นาทีต่อวัน เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อขาให้ฟื้นตัวได้เร็วยิ่งขึ้น ซึ่งนับเป็นการขยายโอกาสให้แก่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้เข้าถึงการทำกายภาพบำบัดมากยิ่งขึ้น โดยสามารถลดการพึ่งพาเทคโนโลยีฟื้นฟูรักษาจากต่างประเทศได้ถึง 10 เท่า ล่าสุดได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในการพัฒนาและผลิตจริงจำนวน 10 เครื่อง เพื่อบริจาคแก่สถานพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน อันเป็นการขยายโอกาสในการเข้าถึงการฟื้นฟูรักษาของผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล โดยนวัตกรรมดังกล่าวได้รับโล่เกียรตินิยม ประกาศนียบัตร ภายในงานประชุมวิชาการเรื่องวิศวกรรม

การฟื้นฟูสมรรถภาพและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ (i-CREATE 2015) ณ มหาวิทยาลัยนันทยาเทคโนโลยี สาธารณรัฐสิงคโปร์ เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ที่ผ่านมา

ผศ.ดร.บรรยงค์ รุ่งเรืองด้วยบุญ ภาควิชาวิศวกรรมเครื่องกล คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กล่าวว่า โรคอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegic) คือ ภาวะที่สมองขาดเลือด อันมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดในสมองตีบตัน (Cerebral thrombosis), หลอดเลือดในสมองแตก (Cerebral hemorrhage) หรือพบลิ่มเลือดอุดตัน (Cerebral embolus) ส่งผลให้เนื้อสมองบางส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายหยุดสั่งงาน และเกิดอาการอัมพาตของร่างกายในซีกตรงกันข้าม กล่าวคือ หากการตีบตันของหลอดเลือดเกิดขึ้นในสมองซีกซ้ายก็จะมีอาการอัมพาตที่ซีกขวา โดยโรคดังกล่าวจะพบในกลุ่มผู้สูงอายุและวัยกลางคนเป็นส่วนใหญ่

ปัจจุบันผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีจำนวนสูงกว่า 500,000 คนทั่วประเทศไทย ซึ่งล้วนต้องอาศัยการทำกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย เพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติ แต่การทำกายภาพบำบัดทุกวันนี้มีค่าใช้จ่ายสูง อันเนื่องมาจากต้นทุนในการนำเข้าเทคโนโลยีกายภาพจาก





ต่างประเทศ ประกอบกับจำนวนนักกายภาพบำบัดในปัจจุบันที่มีเพียง 2,830 คน จากสถานพยาบาลเพียง 1,471 แห่ง ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคดังกล่าวในเชิงปริมาณ

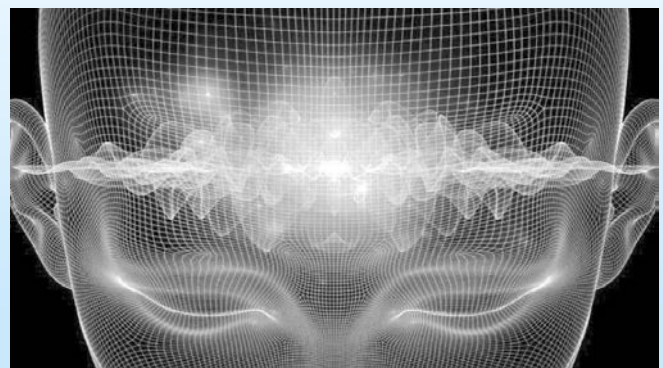
คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จึงได้คิดค้น **“นวัตกรรมช่วยฝึกเดินสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (I Walk)”** ขึ้น เพื่อเป็นการขยายโอกาสให้แก่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในพื้นที่ชุมชนห่างไกลได้เข้าถึงการทำกายภาพบำบัดมากขึ้น ตลอดจนเป็นการลดการพึ่งพาเทคโนโลยีฟื้นฟูรักษาจากต่างประเทศ ผ่านการบูรณาการองค์ความรู้ด้านวิศวกรรมศาสตร์ และสหเวชศาสตร์เข้าด้วยกัน

ผศ.ดร.บรรยงค์ กล่าวต่อว่า นวัตกรรม ‘I Walk’ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง 2 อุปกรณ์คือ “อุปกรณ์ช่วยจัดทำทางเดินของขา” อุปกรณ์เสริมกำลังที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฝึกเดินแบบก้าวขึ้นบันได หรือวิ่งได้โดยไม่รู้สึกลำบากหรือเหนื่อย พร้อมกันจัดวางท่าทางการเดินที่เหมาะสม และ “อุปกรณ์ยกตัวผู้ป่วย” อุปกรณ์พยุงน้ำหนักผู้ป่วยเพื่อป้องกันการล้มหรือป้องกันการกระแทก ทำกายภาพบำบัด โดยการทำงานของนวัตกรรมดังกล่าวเริ่มจากการให้ผู้ป่วยขึ้นไปยืนบนแท่นฝึกเดิน พร้อมสวมสายรัดพยุงน้ำหนักและจับราวหัดเดินให้กระชับ จากนั้นระบบจะฝึกผู้ป่วยให้ก้าวเดินอย่างช้า ๆ คล้ายกับการก้าวขึ้นบันไดในลักษณะวงรี เนื่องจากผลการศึกษาวิจัยพบว่า การฝึกเดินแบบก้าวขึ้นบันไดจะช่วยกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อขาได้ดีกว่าฝึกการเดินในแนวระนาบ โดยผู้ป่วยควรฝึกเดินอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเฉลี่ย 30 นาทีต่อวัน เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อขาให้ฟื้นตัวได้เร็วยิ่งขึ้น

ทั้งนี้นวัตกรรมดังกล่าวถูกออกแบบมาเพื่อให้ช่วยต่อการใช้งาน ดูแลรักษา ตลอดจนสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างสะดวก แต่ยังคงมีสมรรถนะในการช่วยฝึกเดินอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ โดยมีราคาต้นทุนอยู่ที่ 200,000 บาท ซึ่งมีราคาถูกกว่าอุปกรณ์ที่นำเข้าจากต่างประเทศถึง 10 เท่า โดยที่ผ่านมามีได้นำร่องทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน จ.นครปฐม ที่มีอาการเรื้อรังมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 15 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งผลที่ได้จากการทดลองเบื้องต้นคือ ผู้ป่วยสามารถก้าวเดินได้เร็วและนานขึ้น รวมไปถึงสามารถก้าวขึ้นบันไดได้ด้วยขาทั้ง 2 ข้าง โดยมีไม้ค้ำยันช่วยพยุงขณะเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อย โดยล่าสุดได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในการพัฒนาและผลิตจริงจำนวน 10 เครื่อง เพื่อบริจาคแก่สถานพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน อันเป็นการขยายโอกาสในการเข้าถึงการฟื้นฟูรักษาของผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล

อย่างไรก็ดี นวัตกรรม ‘I Walk’ เป็นหนึ่งในผลงานของโครงการห้องปฏิบัติการออกแบบและพัฒนาต้นแบบทางวิศวกรรมอย่างสร้างสรรค์ (CED2) โดยความร่วมมือกันระหว่าง **คณะวิศวกรรมศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ ภาควิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์** โดย **อ.ดร.พัชรียุคณัฐ** ซึ่งล่าสุดได้รับโล่เกียรตินิยม พร้อมประกาศนียบัตรภายในงานประชุมวิชาการเรื่องวิศวกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ (i-CREATE 2015) ณ มหาวิทยาลัยนันทยางเทคโนโลยี สาธารณรัฐสิงคโปร์

สำหรับสถานพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน ตลอดจนประชาชนที่สนใจนวัตกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (I Walk) สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ภาควิชาวิศวกรรมเครื่องกล คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 0-2564-3001 และ 0-2564-4493 หรือเว็บไซต์ <http://me.engr.tu.ac.th>



การใช้ ultrasound เพื่อการวินิจฉัย และวางแผนการรักษาโรคปอดอักเสบ

(Ultrasound in the Diagnosis and Management of Pneumonia)

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) ยังคงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญอันดับต้น ๆ ทั่วโลก ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราวร้อยละ 10 และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากถึง 3 ล้านคนต่อปี การตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว และการเริ่มยาปฏิชีวนะตั้งแต่ระยะแรกเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่จะช่วยทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบัน การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest radiography: CXR) เป็นวิธีการตรวจหลักที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคนี้ ข้อจำกัดที่สำคัญของภาพตรวจด้วยวิธีนี้ก็คือ มีความแม่นยำค่อนข้างน้อย โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีความแม่นยำสำหรับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบเพียง 75% เท่านั้นเมื่อเทียบกับการตรวจทรวงอกด้วยวิธี computed tomography หรือ CT chest ส่วนการตรวจ CT chest เอง แม้จะเป็นการตรวจที่มีความแม่นยำสูง แต่ก็มีข้อจำกัดในแง่ของการต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจ การใช้รังสี และค่าใช้จ่ายที่ยังค่อนข้างสูง

ปัจจุบัน ultrasound ถูกนำมาใช้ในการวินิจฉัยและช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาโรคต่าง ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ และได้มีการนำเอา ultrasound มาช่วยในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาในโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยด้วยเช่นกัน จากผลการศึกษาที่ผ่านมาหลายชิ้นที่เปรียบเทียบประสิทธิภาพในการวินิจฉัยระหว่างการใช้ lung ultrasonography (LUS) และ CXR พบว่า LUS นั้นมีประสิทธิภาพดีเท่ากับหรือดีกว่า CXR ด้วย เช่น ผลการศึกษาของ Lichtenstein ในปี ค.ศ. 2004 ที่พบว่าการตรวจ LUS มีความไวถึง 90% ในการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤติ (intensive care unit: ICU) เมื่อเทียบกับการตรวจ CT chest ผลการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการตรวจด้วยวิธีนี้น่าจะมีบทบาทในเวชปฏิบัติมากขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต

ข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับการใช้ ultrasound เพื่อการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ

1. โรคปอดอักเสบจากชุมชน (Community-acquired pneumonia: CAP)

จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการตรวจด้วย LUS กับ CXR ในการวินิจฉัยโรค CAP นั้น พบว่าการตรวจด้วย ultrasound ให้ผลการตรวจที่มีความแม่นยำและน่าเชื่อถือ โดยจากการศึกษาของ Reissig และคณะ ซึ่งมีผู้ป่วยโรค CAP ในการศึกษา 200 ราย

ใน 14 สถาบันวิจัย พบว่าการตรวจ LUS มีความไว 93% และความจำเพาะ 98% เมื่อใช้การตรวจ CT chest เป็นวิธีมาตรฐาน ลักษณะที่ตรวจพบได้จาก LUS ในการศึกษาได้แก่ consolidation ที่เคลื่อนไหวตามการหายใจได้ (breath-dependent motion) (98%), air bronchogram (87%) และ pleural effusion (50%) ผู้ป่วยในการศึกษาได้รับการตรวจ LUS ซ้ำหลังจากที่ได้รับการรักษาไปแล้ว และพบว่าความผิดปกติที่ตรวจพบได้นั้นมีขนาดเล็กลงเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาจจะสามารถนำเอา LUS มาใช้ในการติดตามผลการรักษาได้ด้วย

การศึกษาของ Cortellaro และการศึกษาของ Pagano และคณะ ก็ทำการเปรียบเทียบระหว่างการใช้ LUS กับการตรวจ CXR เช่นกัน ในการศึกษาใช้การวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (discharge diagnosis) เป็นเกณฑ์วินิจฉัยมาตรฐาน ทั้ง 2 การศึกษาพบว่าการตรวจ LUS นั้นมีความไวในการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบมากกว่าการตรวจ CXR แต่มีความจำเพาะน้อยกว่าคือ 65% และ 67% ตามลำดับ

สิ่งที่น่าสังเกตจากการศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบด้วย LUS ต่าง ๆ ข้างต้นก็คือ การตรวจด้วยวิธีนี้จะมี ความไวและความจำเพาะสูงขึ้น หากเป็นการตรวจโดยแพทย์ที่มีประสบการณ์หรือคุ้นเคยกับการตรวจด้วยวิธีนี้เป็นอย่างดี ดังนั้นในการนำไปใช้ในเวชปฏิบัติจริงจึงอาจจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมให้ความชำนาญเพียงพอเสียก่อน

สำหรับระยะเวลาของการดำเนินโรคที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจนสามารถตรวจพบได้ด้วยวิธี LUS นั้น จากการศึกษาของ Bourcier และคณะ ซึ่งเปรียบเทียบผลการตรวจวินิจฉัยในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการภายใน 24 ชั่วโมง กับกลุ่มที่มีอาการแล้วมากกว่า 24 ชั่วโมง พบว่าหากทำการตรวจภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเริ่มมีอาการ จะมีความไวของการวินิจฉัยที่น้อยกว่าการตรวจที่ทำหลังจากเกิดอาการแล้วมากกว่า 24 ชั่วโมง แต่เมื่อเปรียบเทียบความไวในการวินิจฉัยที่เวลาเดียวกันระหว่างการตรวจ LUS และ CXR ก็ยังพบว่า LUS นั้นมีความไวมากกว่าอยู่เช่นกัน (sensitivity 76% เทียบกับ 23%)

2. โรคปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia: VAP)

Berlet และคณะ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจ LUS เป็นประจำทุกวันในผู้ป่วยที่มีระบบการหายใจล้มเหลวจากสาเหตุ

อื่นที่ไม่ใช่ปอดอักเสบ และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อค้นหาโรคปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการศึกษาพบว่าสามารถให้การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบได้ใน 21% ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีลักษณะของ consolidation ร่วมกับ air bronchogram จากการตรวจ LUS มีความไวในการวินิจฉัยถึง 100% และมีความจำเพาะ 60% ซึ่งดีกว่าการใช้ CXR ในการวินิจฉัยอย่างชัดเจน

Zagli และคณะได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการนำเอาผลการตรวจ LUS และค่า procalcitonin ไปใช้ร่วมกับเกณฑ์การวินิจฉัยปอดอักเสบเดิมที่มีใช้อยู่ก่อนหน้านี้แล้วคือ Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS) เรียกว่า Chest Echography and Procalcitonin Pulmonary Infection Score (CEPPIS) ซึ่งประกอบไปด้วย

1. การตรวจพบความผิดปกติจาก LUS
2. ระดับ procalcitonin
3. ลักษณะของเสมหะจาก tracheal suction
4. ผลเพาะเชื้อจาก tracheal function
5. อุณหภูมิกาย
6. จำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือด
7. $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio

ผลการศึกษาพบว่า หากพบความผิดปกติตาม CEPPIS อย่างน้อย 5 ข้อตามข้างต้นจะสามารถให้การวินิจฉัย VAP ที่มีความไวมากถึง 80.5% และมีค่า odds ratio 23.8 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการตรวจ LUS นั้นมีบทบาทที่สำคัญมากในการตรวจคัดกรองการเกิดโรคปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. ของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion)

LUS เป็นการตรวจที่มีประโยชน์สำหรับการตรวจค้นหาของเหลวที่อยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างมาก เนื่องจากสามารถตรวจพบของเหลวได้แม้จะมีปริมาณเพียงเล็กน้อยและไม่สามารถตรวจพบได้จาก CXR หรือสามารถแยกความแตกต่างระหว่างกะบังลมที่ยกสูง (elevated diaphragm) เนื่องจากมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกะบังลมกับของเหลวที่แทรกอยู่ใต้ปอด (subpulmonic collection) หรือใต้กะบังลม (subphrenic collection) ได้ด้วย นอกจากนี้ LUS ยังมีประโยชน์ในการใช้กำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมในการเจาะเก็บของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด (thoracentesis) เพื่อให้โอกาสสำเร็จเพิ่มมากขึ้นและลดโอกาสในการเกิดลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax)

สำหรับในส่วนของการวินิจฉัยของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอักเสบนั้น การตรวจ LUS จะสามารถบอกลักษณะของของเหลวที่อยู่ภายในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร เช่น anechoic, complex nonseptated, complex septated และ homogeneously echogenic เป็นต้น โดยในกรณีที่เห็น anechoic effusions อาจเป็น transudates หรือ exudates ก็ได้ แต่หากตรวจพบลักษณะอื่น ๆ มักจะเป็น exudates เสมอ โดยเฉพาะหากเป็น homogeneously echogenic อาจเป็น empyema หรือเลือด

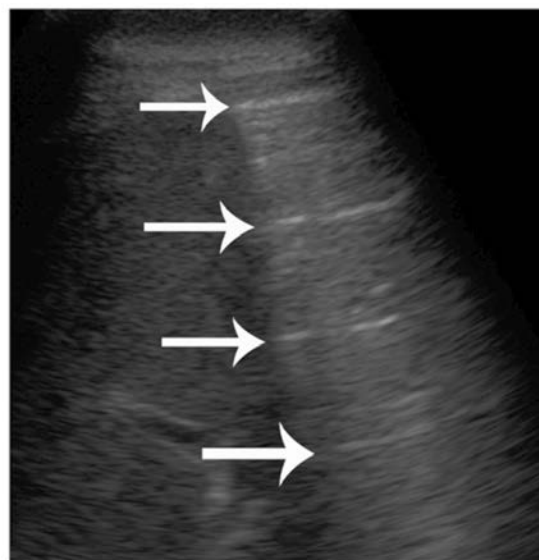
ได้ เนื่องจากส่วนที่ทำให้เกิดการสะท้อนของคลื่นเสียงนั้นมักจะเป็นเลือด เซลล์ที่ตายแล้ว หรือโปรตีนที่เพิ่มขึ้น ส่วนในกรณีที่พบมี pleural septation อาจช่วยในการพิจารณาทำการผ่าตัด หรือ intrapleural fibrinolytic therapy ได้

เทคนิคการใช้ ultrasound ในเวชปฏิบัติ

Ultrasound เป็นเทคนิคที่ถูกนำมาใช้ในการวินิจฉัยมาตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970s แล้ว แต่ในตอนนั้นยังไม่มีการนำเอามาใช้เพื่อการตรวจโรคของปอด เนื่องจากปอดเป็นอวัยวะที่อากาศอยู่ภายในและไม่สามารถดูดซับหรือสะท้อนคลื่นเสียงได้ดีเหมือนกับอวัยวะอื่น ดังนั้น คลื่นเสียงที่ผ่านมาถึงบริเวณรอยต่อระหว่างเยื่อหุ้มปอดกับเนื้อปอด (pleural-lung interface) จึงมักจะสะท้อนหรือกระจายหายไปจนหมดและไม่สามารถสร้างเป็นภาพได้ ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของปอดและเยื่อหุ้มปอดที่ตรวจพบได้ด้วยคลื่นเสียงมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้สามารถนำเอาลักษณะต่าง ๆ ดังกล่าวมาใช้ในการวินิจฉัยโรคปอดได้

A-lines และ B-lines

ในปอดปกติ เมื่อคลื่นเสียงผ่านมายังบริเวณ pleural-lung interface จะทำให้เกิดการสะท้อนและสั่นพ้องของคลื่นเสียง (reverberation) ที่ตรวจได้จากหัวตรวจมีลักษณะเป็นเส้นโค้งเกือบตรงหลายเส้น ขนานกันกับแนวของเยื่อหุ้มปอด และมีระยะห่างสม่ำเสมอ เรียกว่า A-lines หากเกิดความผิดปกติของเนื้อเยื่อปอด เช่น มีการคั่งของเลือดหรือน้ำเหลือง (vascular or lymphatic congestion) และมีการหนาตัวของเนื้อเยื่อปอดในบริเวณ interlobular septum เกิดขึ้น จะทำให้ A-lines เหล่านี้หายไป และปรากฏเห็นเงาสะท้อนของ interlobular septum เหล่านี้ขึ้น มีลักษณะเป็นแนวเส้นที่ตั้งฉากกับแนวเยื่อหุ้มปอด เรียกว่า B-lines (บางครั้งเรียกว่า Comet tails หรือ lung rockets)



ภาพแสดงลักษณะของ reverberation artifacts หรือ A-lines

ที่มา: www.medscape.com

ในคนที่มียอดปกติ เมื่อทำการตรวจด้วย ultrasound ก็อาจพบมี B-lines ได้ด้วยเช่นกัน ดังนั้น ในการแปลผลว่า B-lines ที่พบเป็นความผิดปกติ ควรพบบลักษณะอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ 1. ลักษณะ B-line ที่พบจะเริ่มจากบริเวณ pleural-lung interface ยาวไปจนถึงส่วนล่างของจอภาพที่ทำการตรวจ 2. พบอย่างน้อย 3 เส้นในพื้นที่ที่ทำการตรวจ (scanning view) เดียวกัน และ 3. ในบริเวณที่ทำการตรวจจะไม่พบ A-lines เนื่องจากเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติแล้ว

Consolidation และ Air bronchograms

เมื่อมีของเหลวจากการบวม การอักเสบ หรือเลือดออกเข้ามาสะสมในถุงลม เนื้อปอดที่เคยบรรจุด้วยอากาศจะถูกแทนที่ด้วยของเหลวซึ่งคลื่นเสียงสามารถผ่านได้ง่าย ก็จะทำให้เนื้อปอดบริเวณนั้นสามารถสะท้อนเสียงและปรากฏในการตรวจด้วย ultrasound ได้ มีลักษณะที่คล้ายกับเนื้องอก ส่วนอากาศที่ยังคงมีอยู่ในหลอดลมก็จะเห็นได้เช่นกัน โดยมีลักษณะเป็นแนวสีขาวแทรกอยู่ในเนื้อปอด เรียกว่า ultrasonic air bronchograms



(ก)



(ข)

ภาพ (ก) แสดงลักษณะของ B-lines และภาพ (ข) แสดงลักษณะ consolidation ซึ่งมีลักษณะคล้ายเนื้องอก



(ก)



(ข)

ภาพ (ก) แสดงลักษณะของ pleural effusion และภาพ (ข) แสดงลักษณะ fibrin ใน pleural cavity

ที่มา: (ก) www.ijccm.org (ข) www.ultrasoundcases.info

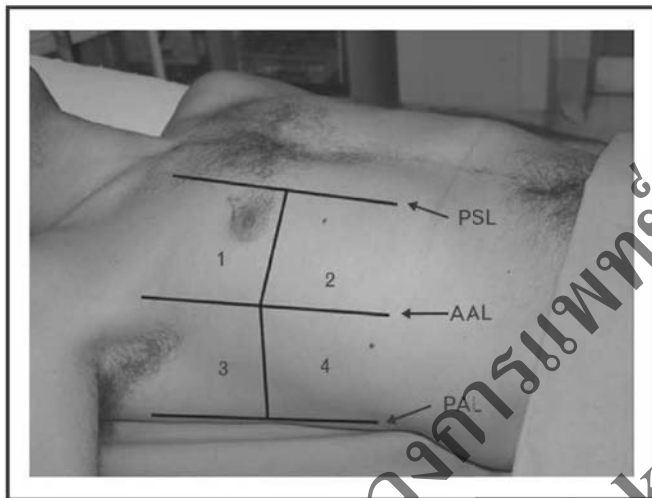
Pleural effusion

ในกรณีที่มียอดของเหลวสะสมอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural space) จะสามารถตรวจพบด้วย ultrasound ได้ง่าย เนื่องจากคลื่นเสียงจะสามารถเคลื่อนผ่านของเหลวและสะท้อนกลับมายังหัวตรวจได้อย่างชัดเจน และสามารถประเมินขนาดหรือปริมาณของเหลวที่สะสมอยู่ รวมไปถึงการค้นหามีการคั่งเฉพาะจุด (loculation) หรือไม่ได้ด้วย

เทคนิคการตรวจทรวงอกด้วย ultrasound

การตรวจทรวงอกด้วย ultrasound หากทำอย่างเป็นระบบ มีแบบแผนแน่นอนจะช่วยให้ประหยัดเวลาและสามารถตรวจได้อย่างครอบคลุมและมีความแม่นยำในการวินิจฉัยมากขึ้น การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตรวจทรวงอกด้วย ultrasound ทำให้เกิดการสร้างสรรค์และพัฒนารูปแบบการตรวจให้มีมาตรฐานมากขึ้นเรื่อย ๆ ตำแหน่งของทรวงอกที่มักจะนิยมทำการตรวจ LUS แบ่งออกเป็นบริเวณต่าง ๆ ดังภาพ ซึ่งการแบ่งแบบนี้ทำให้การวินิจฉัยโรคต่าง ๆ มีความครบถ้วน

แม่นยำมากขึ้น เช่น การตรวจพบ A-lines ที่ปอดทั้ง 2 ข้างโดยไม่พบมีลักษณะของ consolidation หรือ B-lines ร่วมด้วยเลย ช่วยตัดโรคปอดอักเสบออกจากการวินิจฉัยแยกโรคได้ หรือหากตรวจพบ B-lines กระจายทั่วไปในปอดทั้ง 2 ข้าง ก็จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยภาวะ cardiogenic หรือ non-cardiogenic pulmonary edema และ pulmonary fibrosis ได้ หรือหากตรวจพบเป็น localized B-lines ที่กระจายในพื้นที่ที่พบ A-lines หรือมี air bronchograms จะทำให้นึกถึงโรคในกลุ่ม alveolar-interstitial syndrome เช่น pneumonia หรือภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ได้ เป็นต้น



ภาพแสดงตำแหน่งของทรวงอกที่ทำการตรวจด้วย LUS

AAL: anterior axillary line; PAL: posterior axillary line;

PSL: parasternal line

(ภาพจาก www.medscape.com)

สรุป

การตรวจทรวงอกด้วย ultrasound นั้น นับเป็นการตรวจที่มีประโยชน์ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยและการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาโรคทางทรวงอกได้หลายชนิด เช่น โรคปอดอักเสบ โดยมีข้อดีคือ สามารถให้ข้อมูลที่ทันเหตุการณ์รวดเร็ว ราคาถูก และไม่จำเป็นต้องใช้รังสี สามารถทำการตรวจได้แม้ในสถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดของเครื่องมือทางรังสีวิทยา แม้วิธีการและผลการตรวจที่ได้จะขึ้นอยู่กับความชำนาญของผู้ทำการตรวจอยู่บ้าง แต่การฝึกฝนเพื่อให้ทำการตรวจได้อย่างถูกต้องและชำนาญนั้นสามารถทำได้ไม่ยาก จึงอาจเป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยที่มีแนวโน้มจะได้รับความสนใจและนำมาใช้ในเวชปฏิบัติมากขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต และอาจเข้ามามีบทบาทแทนการถ่ายภาพรังสีของทรวงอกได้ด้วย

References

1. World Health Organization. The top 10 causes of death. 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. [Accessed 11 August 2015]
2. Houck PM, Bratzler DW, Nsa W, *et al*. Timing of antibiotic administration and outcomes for Medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 2004;164:637-644.
3. Moore CL, Copel JA. Point-of-care ultrasonography. *N Engl J Med* 2011;364:749-757.
4. Lichtenstein DA, Lascols N, Meziere G, Gepner A. Ultrasound diagnosis of alveolar consolidation in the critically ill. *Intensive Care Med* 2004;30:276-281.
5. Lichtenstein DA. Lung ultrasound in the critically ill. *Ann Intensive Care* 2014;4:1.
6. Gehmacher O, Mathis G, Kopf A, Scheier M. Ultrasound imaging of pneumonia. *Ultrasound Med Biol* 1995;21:1119-1122.
7. Lichtenstein D, Meziere G, Biderman P, *et al*. The comet-tail artifact. An ultrasound sign of alveolar-interstitial syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;156:1640-1646.
8. Volpicelli G, Elbarbary M, Blaivas M, *et al*. International evidence-based recommendations for point-of-care lung ultrasound. *Intensive Care Med* 2012;38:577-591.
9. Jambrik Z, Monti S, Coppola V, *et al*. Usefulness of ultrasound lung comets as a non-radiologic sign of extravascular lung water. *Am J Cardiol* 2004;93:1265-1270.
10. Lichtenstein D, Meziere G, Seitz J. The dynamic air bronchogram. A lung ultrasound sign of alveolar consolidation ruling out atelectasis. *Chest* 2009;135:1421-1425.
11. Reissig A, Copetti R, Mathis G, *et al*. Lung ultrasound in the diagnosis and follow-up of community-acquired pneumonia: a prospective, multicenter, diagnostic accuracy study. *Chest* 2012;142:965-972.
12. Pagano A, Numis FG, Visone G, *et al*. Lung ultrasound for diagnosis of pneumonia in emergency department. *Intern Emerg Med* 2015;10:851-854.
13. Cortellaro F, Colombo S, Coen D, Duca PG. Lung ultrasound is an accurate diagnostic tool for the diagnosis of pneumonia in the emergency department. *Emerg Med J* 2012;29:19-23.
14. Liu XL, Lian R, Tao YK, *et al*. Lung ultrasonography: an effective way to diagnose community-acquired pneumonia. *Emerg Med J* 2015;32:433-438.
15. Bourcier JE, Paquet J, Seinger M, *et al*. Performance comparison of lung ultrasound and chest x-ray for the diagnosis of pneumonia in the ED. *Am J Emerg Med* 2014;32:115-118.
16. Berlet T, Etter R, Fehr T, *et al*. Sonographic patterns of lung consolidation in mechanically ventilated patients with and without ventilator-associated pneumonia: a prospective cohort study. *J Crit Care* 2015;30:327-333.
17. Zagli G, Cozzolino M, Terreni A, *et al*. Diagnosis of ventilator-associated pneumonia: a pilot, exploratory analysis of a new score based on procalcitonin and chest echography. *Chest* 2014;146:1578-1585.
18. Dietrich CF, Mathis G, Cui XW, *et al*. Ultrasound of the pleurae and lungs. *Ultrasound Med Biol* 2015;41:351-365.
19. Yang PC, Luh KT, Chang DB, *et al*. Value of sonography in determining the nature of pleural effusion: analysis of 320 cases. *AJR Am J Roentgenol* 1992;159:29-33.
20. Shojaaee S, Argento AC. Ultrasound-guided pleural access. *Semin Respir Crit Care Med* 2014;35:693-705.
21. Cavanna L, Mordenti P, Berte R, *et al*. Ultrasound guidance reduces pneumothorax rate and improves safety of thoracentesis in malignant pleural effusion: report on 445 consecutive patients with advanced cancer. *World J Surg Oncol* 2014;12:139.

แบรินด์



ทุบเทไม่หยุด สู่ทุกจุดหมาย



กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ขอเชิญกุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน และผู้สนใจ เข้าร่วมการประชุม

Clinical Practices 2016: Emergency Pediatrics: Make it Easy



วันที่ 9-11 สิงหาคม 2559

ณ ห้องประชุมกุมาร ชั้น 10 อาคารแพทยภัฏญายุก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

	08.30-09.00	09.00-09.30	09.30-10.00	10.00-10.30	10.30-11.00	11.00-11.30	11.30-12.00	12.00-12.30	12.10-13.10	13.10-13.40	13.40-14.10	14.10-14.30	14.30-15.00	15.00-15.30
อังคารที่ 9 สิงหาคม 2559	พิธีเปิด	Tachyarrhythmia in pediatric practice พ.อ.เฉลิมเกียรติ ตันตระกูล	Dengue shock syndrome พ.ท.เดชาวิทย์ สุวรรณภักดี	Coffee break	Septic shock พ.อ.หญิง สนิทรา ศิริธกุล	Critical decision in pediatric respiratory failure พ.อ.ศ.ดุสิต สดถาว	SL1 Atopic dermatitis: pathophysiology Recap and Clinical Application by HOE pharma พ.อ.หญิง ปาจารย์ ทิตธวัช	Break	Lunch symposium by Abbott พ.อ.ศ.วีระชัย วัฒนวิเศษ	W1: Mechanical ventilator: simple set up พ.อ.หญิง สนิทรา ศิริธกุล และคณะ	W2: Update PALS guideline พ.อ.สมเจตน์ สุนทราพรพิพัฒน์ และคณะ	Coffee break	Cord compression พ.อ.ชาครินทร์ บางช้าง	Brain imaging in neurological emergency พ.ท.หญิง กิรติ สุวรรณภักดี
พุธที่ 10 สิงหาคม 2559	Hypertensive emergency พ.ท.หญิง จันทรีธิดา สุนทร	Acute kidney injury พ.ด.หญิง รศ. ประไพพร อธิคุปต์	Post resuscitation NB care พ.ท.ธานีพร พุ่มนาค	Coffee break	Foreign body & corrosive ingestion พ.ท.อนันต์ วงศ์ธีระสุข	Acute liver failure พ.อ.หญิง รศ. นกอร กาวจิตร	SL2 Feeding difficulty: An easy guide to achieving good nutrition by Abbott พ.อ.เรืองวิทย์ ตันติแพทย์ทางกูร	Break	Lunch symposium by Pfizer พ.อ.ศ.วีระชัย วัฒนวิเศษ	W3 Fluid & electrolyte: make it easy พ.อ.ดิสรณ์ ลำพาพงศ์ และ พ.ท.คงกระพัน ศรีสุวรรณ	W4 Percutaneous central venous line insertion in neonate พ.ท.นิตพันธ์ สุขสุเมธ และ พ.ท.ธานีพร พุ่มนาค	Coffee break	Common pitfalls in DKA management พ.อ.หญิง รศ. นวพร นามบุญจพล	Adrenal crisis ร.ท.หญิง วรลักษณ์ กัทรกิจนรินทร์
พฤหัสบดีที่ 11 สิงหาคม 2559	Anaphylaxis พ.ด.หญิง ยี่หวา สุขสวัสดิ์	Acute asthmatic attack พ.ญ.จิตติวรรณ ลิ้มเสถียร	Tramadol overdose พ.ท.หญิงโสธยา ชะวาลานนท์	Coffee break	How to deal with aggressive child พ.ท.กมล แสงทองศรีมงคล	Developmental red flags พ.อ.หญิง วิรงรอง อธิฐานาร	SL3 Encounter with ADHD by Jassen-Cilag Limited พ.อ.หญิง ผศ. ชาศรียา อิศนเร	Break	Lunch symposium: The vaccine returns: more confident protection and safety by GSK พ.อ.ศ.พิรุณกร เกิดพานิช	Emergency in pediatric hematology/ oncology พ.อ.ศ.ชาญชัย ไตรวราริ, พ.ท.ปิยะ รุจิกยานนท์ และ พ.ท.บัณฑิต ชำนาญเวช	Coffee break	Spot diagnosis: emergency genetics พ.อ.บุญชัย บุญวัฒน์	Spot diagnosis: emergency dermatology พ.อ.หญิง ปาจารย์ ทิตธวัช	

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการลงทะเบียนมาที่

พ.อ.หญิง รศ. นกอร กาวจิตร

กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 315 ถนนราชวิถี แขวงราชเทวี กรุงเทพฯ 10400



สอบถามรายละเอียดติดต่อ คุณสุมิตรา พุ่มเพื่อง

กองกุมารเวชกรรม ชั้น 9 อาคารแพทยภัฏญายุก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โทร 02-763-4162, 02-763-4163 โทรสาร 02-354-7827

Email: sumittra.ped@gmail.com



สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย

การประชุมวิชาการกลางปี 2559 ครั้งที่ 14

วันศุกร์ที่ 8 กรกฎาคม 2559

ณ ห้อง Infinity 1-2 โรงแรมพูลแมน คิง เพาเวอร์
ถนนรางน้ำ กรุงเทพฯ

08.00-08.45 น. : Registration

08.45-09.00 น. : Opening remark

นพ.รพีพล ฤกษ์ธร ณ ออยุธยา นายกสมาคมฯ

Moderator : พญ.อัมพา สุกธีจำเริญ

09.00-09.30 น. : Update NHES of CV risk factors in Thais

นพ.วิชัย เอกพลากร

09.30-10.00 น. : Genetic dyslipidemia 2016

นพ.วีรพันธุ์ โยวีทรรัตน์

10.00-10.30 น. : Coffee break

Moderator : นพ.สุรพันธ์ สิทธิสุข

10.30-11.30 น. : Symposium: Thai Guideline for Dyslipidemia 2016

นพ.รพีพล ฤกษ์ธร ณ ออยุธยา

นพ.ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์

นพ.ปรีณณ วาทีสาธิตกิจ

11.30-12.15 น. : Lunch symposium 1 by Takeda

“Current trends and new approaches in Diabetes Management”

นพ.ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์

นพ.กฤษณา ศาสตราวุธ

12.15-13.15 น. : Lunch

13.15-14.00 น. : Lunch symposium 2 by Takeda

“Clinical Challenges in Hypertension”

นพ.รพีพล ฤกษ์ธร ณ ออยุธยา

นพ.ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์

14.00-14.30 น. : Moderator : พญ.คุณหญิง มัลลิกา วรรณไกรโรจน์

Coronary calcium score: Basics and beyond

นพ.วิทยา ไชยธีระพันธ์

14.30-15.00 น. : New American dietary guideline 2015-2016: Is it suitable for Thai?

นพ.มนัท ครุฑกุล

15.00-15.30 น. : Broken heart syndrome (Takotsubo cardiomyopathy)

พญ.ธัญญา บุญยศิรินันท์

15.30 น. : Closing remarks and Coffee break

ฟรี

สำหรับสมาชิกสมาคมฯ

ค่าลงทะเบียน 500 บาท

สำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกสมาคมฯ

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ : สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย

ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง
กรุงเทพมหานคร 10310 โทรศัพท์ 0-2716-6043, 087-830-9306 โทรสาร 0-2716-6044

E-mail: thai.athero@gmail.com

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย





ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอเชิญแพทย์และผู้สนใจ
เข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี 2559

OB&GYN

UPDATE & PRACTICAL 2016

SET GET STANDARD

27 - 29 กรกฎาคม 2559

ณ ห้องประชุมชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4 workshops ให้เลือกเข้า ฟรี!

พบกับ 16 เรื่อง ที่เป็นมาตรฐานใหม่
ทางสูติ-นรีฯ ที่นำไปใช้ได้จริง

ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ นางสาวศศิธร ทองอินทร์

ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ (02) 256-4288, (02) 256-4000 ต่อ 2074, 089-105-5933 โทรสาร (02) 251-9933

E-mail: sasikaew@hotmail.com หรือ obgyn.update@gmail.com

Website: www.md.chula.ac.th, www.cu-obgyn.com

วันพุธ ที่ 27 กรกฎาคม 2559

ณ ห้องประชุมชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์

- 07.30-08.15 u. ลงทะเบียน
- 08.15-08.30 u. พิธีเปิดการประชุม
- 08.30-09.10 u. ปาฐกถาพิเศษ
Set to get standard in Ob&Gyn
รศ.พ.ธีระพงศ์ เจริญรักษ์
- 09.10-09.50 u. Updated standard care for Zika virus and pregnancy
รศ.พ.สุรสิทธิ์ ชัยทองวาทวัฒนา
รศ.พ.สมชาย ธนวัฒนาเจริญ
- 09.50-10.30 u. Dienogest: Long term management of endometriosis
รศ.พ.ประสพก์ ถิ่นมหาสมุทร
รศ.พ.วิรัช วัชรขุมภัก
- 10.30-11.00 u. Break
- 11.00-12.00 u. Novel approach for contraceptive options: Focusing on efficacy & safety
รศ.พ.อรรณพ ใจสำราญ
อ.พญ.ชญาภัค อภิรักษ์วัชร
- 12.00-13.00 u. Lunch
- 13.00-13.40 u. Standard guidance for breast feeding: Minimal effort for maximal effect
รศ.พ.บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ
อ.พญ.สุธรา เอื้อไพโรจน์กิจ
- 13.40-14.20 u. Raloxifene use in clinical practice: Sustained efficacy & long term use
รศ.พ.วิวัฒน์ วานะวิศิษฐ์
รศ.พ.อรรณพ ใจสำราญ
- 14.20-14.40 u. Break
- 14.40-15.20 u. How to prevent adverse obstetric outcomes: Standard and beyond
รศ.พ.บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ
รศ.พ.ศักดิ์ชัย มะลิชัย
อ.พ.ธีระพงศ์ เจริญรักษ์
- 15.20-16.00 u. Atypical extrauterine pregnancy: Updated standard care
รศ.พ.วิรัช วัชรขุมภัก
นศ.พญ.พรทิว สยามกิจวัฒน์

วันพฤหัสบดี ที่ 28 กรกฎาคม 2559

ณ ห้องประชุมชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์

- 08.30-09.10 u. Obesity and women's health
ศ.พ.นเรศ สุขเจริญ
รศ.พ.สุเทพ อุดมแสวงทรัพย์
- 09.10-09.50 u. New Frontier in the prevention and treatment of bacterial overgrowth
รศ.พ.อรรณพ ใจสำราญ
อ.พญ.ณดา กุณสิน
- 09.50-10.30 u. How to minimize the delay of immunity development in C-section infants
รศ.พญ.รณัฐ วงศ์สวัสดิ์
รศ.พ.สุรสิทธิ์ ชัยทองวาทวัฒนา
- 10.30-11.00 u. Break
- 11.00-12.00 u. Management of GERD in pregnancy
รศ.พญ.โชนศรี ไชยชัยวัฒน์
รศ.พ.พัญญะ พันธุ์บุรณะ
- 12.00-13.00 u. Lunch
- 13.00-13.40 u. Prophylactic salpingectomy: Standard practice?
รศ.พญ.ธารณี แป้นชนะ
นศ.พ.อภัย วสุรัตน์
- 13.40-14.20 u. Selection of standard markers for ovarian tumor
รศ.พ.เรืองศักดิ์ เลิศธารสุข
อ.พญ.ธิดา โพธารัตนพันธ์
- 14.20-14.40 u. Break
- 14.40-16.00 u. Healthcare standards for women from puberty to menopause
รศ.พ.วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ
รศ.พญ.สุกัญญา ศรีอภัยพร
นศ.พญ.สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์
นศ.พญ.กมลวรรณ ธีรภัทศิริ

วันศุกร์ ที่ 29 กรกฎาคม 2559

ณ อาคารอุปการเดชกักร ชั้น 6 ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

- 09.00-12.00 u. WS1: Standard practice for abnormal cervical cytology and abnormal colposcopic findings
กณการยในสาขาวิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
- WS2: Reaching standard for intrapartum fetal monitoring
ศ.พ.เอื้อน ถิ่นนิรันดร์ และ
กณการยในสาขาวิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาและการคลอดบุตร
- 12.00-13.00 u. How to optimize HRT in climacteric patients?
รศ.พ.อรรณพ ใจสำราญ
รศ.พ.นเรศ ปัญญาคำเลิศ
- 13.00-16.00 u. WS3: Menopause grandround
กณการยในหน่วยวิจัยสตรีวัยหมดระดู
- WS4: Critical care standard in Ob&Gyn
นศ.พญ.ณดา กวาลย์ศักดิ์
อ.พ.ตุลชัย อินทรมรรย
อ.พ.ธีระพงศ์ เจริญรักษ์
อ.พญ.นริษา พูลเจริญ

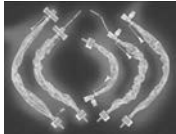
- * วิชาการสามารถเข้าอบรมได้โดยไม่ต้องเป็นวิทยากรและเบิกค่าใช้จ่ายได้ทันที
- * ผู้เข้าประชุมจะได้รับคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง



วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
14-15 กรกฎาคม 2559 	สาขาวิชาโลหิตวิทยาและมะเร็งวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการ “การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเด็ก ต่อเนื่อง (Pediatric cancer care network) ครั้งที่ 6” ณ ห้องอดิเรก ณ ถลาง อาคารเรียนรวมและหอสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1278 โทรสาร 0-7442-9618 E-mail: cure2care@gmail.com http://medinfo.psu.ac.th
16-19 กรกฎาคม 2559 	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 41 “Fundamental Surgery: Time to Reform” ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6141-3 โทรสาร 0-2716-6144 E-mail: frfst@surgeons.or.th www.rcst.or.th
25-26 กรกฎาคม 2559 	ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	การอบรมเชิงปฏิบัติการ “Mastering Skills in Cochlear Implant” ณ ห้องประชุม 810A ชั้น 8 และห้องปฏิบัติการทักษะทางคลินิก ชั้น 3 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี	โทรศัพท์ 0-2201-1542, 0-2201-2193 โทรสาร 0-2201-2607 E-mail: academic.rama@gmail.com www.acmrrama.com
27-29 กรกฎาคม 2559 	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	การประชุมวิชาการประจำปี 2559 OB&GYN UPDATE & PRACTICAL 2016 “SET STANDARD GET STANDARD” ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โทรศัพท์ 0-2256-4288, 08-9106-5933 โทรสาร 0-2251-9933 E-mail: sasakaew@hotmail.com, obgyn.update@gmail.com www.md.chula.ac.th, www.cu-obgyn.com
28-29 กรกฎาคม 2559 	มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ “Asthma and COPD for HealthCare Workers” ณ ห้องจูปีเตอร์ ชั้น 3 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2617-0649, 08-9228-9105 โทรสาร 0-2617-0649 E-mail: asthma2541@gmail.com www.asthma.or.th
1-2 สิงหาคม 2559 	หน่วยเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 1: เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ “More than the Woman's Health” ณ ห้องประชุมใหญ่ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7475-1201-3 โทรสาร 0-7442-9617 http://medinfo.psu.ac.th
1-3 สิงหาคม 2559 	ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการ “ปัญหาเท้าเบาหวาน: การป้องกันและการดูแล” ครั้งที่ 11 ณ ห้องประชุม 101 อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๔๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ (SIMR) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2419-7508-9 ต่อ 107, 109, 113 โทรสาร 0-2411-4813 E-mail: rehab.sirirajconference@gmail.com www.si.mahidol.ac.th/th/departments/rehabilitation
3-5 สิงหาคม 2559 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการประจำปีคณะแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 32 “Healthcare in a Changing World” ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1129, 08-5376-8702, 09-2280-8599 E-mail: mwanwisa@medicine.psu.ac.th, spiyanat@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
8-11 สิงหาคม 2559 	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	การอบรมระยะสั้น ประจำปี พ.ศ. 2559 Pediatric Practice “Individualized Patient Care in 2016” ณ ห้องประชุมมงคลนาวิน ตึก สก. ชั้น 10 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โทรศัพท์ 0-2256-4917, 0-2256-4971 โทรสาร 0-2256-4911 E-mail: panliab@hotmail.com http://ped.md.chula.ac.th

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานแพทย์ โทร. 0-2435-2345 ต่อ 226 แฟกซ์ 0-2435-4024
บริษัท สสวสาร จำกัด 71/16 ถนนบรมชนกนที แขวงจตุจักร อ.จตุจักร เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2016

Date	Title	City	Country	Contact
15-18 July 2016 	IAES Medical Conference-Progress in Medical Practice and Education-45 th Medical Conference-Progress in Medical Practice and Education	Blackpool	United Kingdom	www.iaes.org.uk/conferences/progress-in-medical-practice-and-education-conference
16-19 July 2016 	IAHCP Medical Conference-27 th Annual Scientific Meeting and Medical Conference 2016-Medical Innovations in the 21 st Century	Blackpool	United Kingdom	www.iahcp.org.uk/blackpool-conference-2016
16-20 July 2016 	Missioncraft 2016-Leadership in Disaster Relief	Melbourne	Australia	https://alfredetc-professional-development.cvent.com/LIDR2016
18 July 2016 	Tracheostomy Care-Adult Tracheostomy Care-'all you need to know'	London	United Kingdom	www.royalmarsden.nhs.uk/tracheostomy
18-21 July 2016 	Focus on the Female Patient 2016	South Carolina	United States of America	http://sma.org/female-patient
21-23 July 2016 	CARPS-Cardiovascular and Respiratory Summit	Orlando	United States of America	http://carps-cme.org
23 July 2016 	Hospitalist and Emergency Procedures course	Las Vegas	United States of America	www.hospitalprocedures.org/store/hospitalist-and-emergency-procedures-course-las-vegas-saturday-july-23rd
23-26 July 2016 	MSCS Medical Conference, London-Improving Medical Practice and Education in the New Millennium	London	United Kingdom	www.medicalscs.co.uk/conferences/london-medical-conference
29-31 July 2016 	Physiology 2016	Dublin	Ireland	www.physiology2016.org

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong 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. 0-2435-2345 # 226 FAX 0-2435-4024

สำนักงานจัดหารายได้ สภากาชาดไทย

เปิดตัว “ห้องได้บุญ” โฉมใหม่

ชม-ช้อป ภายใต้แนวคิด “ความสุขของบุญที่สัมผัสได้”



ร่วมพิธีเปิดห้องได้บุญแห่งใหม่



บรรยากาศการเลือกซื้อสินค้าในห้องได้บุญแห่งใหม่

“ห้องได้บุญ” ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2537 โดยการริเริ่มของท่านผู้หญิงนวลพ้อง เสนานรงค์ อดีตผู้อำนวยการสำนักงานจัดหารายได้ ทำหน้าที่เสมือนตัวกลางในการเปลี่ยนถ่ายและส่งต่อความสุขแก่ทั้งผู้ให้และผู้รับ โดยเป็นศูนย์รวมการจำหน่ายสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ ทั้งเก่าและใหม่ที่มีจิตศรัทธาได้นำมาบริจาคในราคาถูกให้แก่ผู้สนใจ เพื่อนำรายได้บำรุงสภากาชาดไทยอีกทางหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้มีจิตศรัทธาที่มีจำนวนมาก พร้อมพัฒนาการบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สำนักงานจัดหารายได้ สภากาชาดไทย จึงได้ปรับปรุงและเปิดตัว **“ห้องได้บุญ”** แห่งใหม่ที่มีความทันสมัยขึ้น ขนาดใหญ่ขึ้น และมีสินค้าหลากหลายมากขึ้น

นางจันทร์ประภา วิจิตขลชัย รองผู้อำนวยการสำนักงานจัดหารายได้ สภากาชาดไทย กล่าวว่า “ห้องได้บุญ” ได้เปิดดำเนินการจำหน่ายสินค้ามากกว่า 20 ปีแล้ว ประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ สามารถสร้างรายได้บำรุงสภากาชาดไทยเพื่อใช้ในสาธารณกุศลต่าง ๆ และที่สำคัญห้องได้บุญช่วยสร้างความสุขแก่ทั้งผู้ให้ ผู้ชมและผู้ซื้อสินค้า รวมถึงผู้รับซึ่งเป็นกลุ่มคนผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้ในสังคม ด้วยปัจจุบันมีผู้มีจิตศรัทธาร่วมบริจาคสิ่งของมากขึ้นและสินค้าที่มีความหลากหลายที่ได้รับความนิยมมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สถานที่จัดเก็บสิ่งของและการจัดวางสิ่งของไม่เพียงพอ รวมทั้งห้องได้บุญในพื้นที่ชั้น 2 ก็ไม่สามารถรองรับการจำหน่ายสินค้าที่มีจำนวนมากขึ้นได้ จึงได้ทำการปรับปรุงพื้นที่บริเวณชั้น 1 ของตึกอำนวยการและตกแต่งเป็นห้องได้บุญแห่งใหม่ ซึ่งมีความกว้างขวาง สวยงามสามารถรองรับและให้บริการแก่ผู้ที่มาอุดหนุนสินค้าได้รับความสะดวกสบาย และเกิดความประทับใจ”

“ห้องได้บุญ” มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 100 ตารางเมตร มีสินค้าจัดแยกหมวดหมู่อย่างชัดเจน ทั้งเสื้อผ้าผู้หญิง เสื้อผ้า

ผู้ชาย รองเท้า เครื่องประดับของตกแต่งบ้าน โดยได้จัดโซนสำหรับสินค้าใหม่ที่ยังไม่เคยถูกใช้มาก่อน รวมถึงสิ่งของบริจาค

จากดารานักแสดง และเคาน์เตอร์จำหน่ายเครื่องดื่มและขนมอีกด้วย เพื่อตอบสนองความต้องการและอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนที่มาใช้บริการ พร้อมรณรงค์ให้ผู้มีจิตศรัทธาร่วมบริจาคสิ่งของสภาพดีที่ไม่ใช้แล้ว ให้กลายเป็นความสุขแก่เจ้าของรายได้ใหม่ โดยรายได้ทั้งหมดจะนำไปช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในสังคมต่อไป นับเป็นการสร้างวงจรความสุขที่ไม่สิ้นสุด

สำหรับลักษณะการดำเนินงานของ **“ห้องได้บุญ”** สำนักงานจัดหารายได้มีนโยบายมุ่งเน้นให้เป็นงานที่สามารถบริหารจัดการโดยอาสาสมัครได้อย่างเบ็ดเสร็จ ซึ่งมีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ไว้อย่างชัดเจน โดยตั้งเป้าหมายว่าการดำเนินงานของห้องได้บุญจะเป็นต้นแบบการบริหารงานโดยอาสาสมัครให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ ต่อไป เช่นเดียวกับสภากาชาดในหลาย ๆ ประเทศที่มีการเปิด Red Cross Shop และให้อาสาสมัครมาบริหารงาน อาทิ สภากาชาดสหรัฐอเมริกา ฟินแลนด์ ออสเตรเลีย และอังกฤษ เป็นต้น

สำนักงานจัดหารายได้ สภากาชาดไทย ขอเชิญชวน ผู้ที่สนใจเยี่ยมชม **“ห้องได้บุญ”** โฉมใหม่ และเลือกซื้อสินค้าทั้งใหม่และสินค้ามือสองในราคาพิเศษ หรือร่วมบริจาคสิ่งของเครื่องใช้ที่ยังอยู่ในสภาพดีและสามารถใช้งานได้ทันที เปิดทำการทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 09.00-16.00 น. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2256-4622 และ 0-2250-0318 หรือ www.redcrossfundraising.org

Air Quality Monitor

อุปกรณ์ตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในบ้านแบบพกพา สามารถตรวจวัดฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่าเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่าเส้นผมถึง 4 เท่า ทั้งยังสามารถตรวจวัดความชื้นและอุณหภูมิภายในบ้านได้ด้วยระบบเซ็นเซอร์อันทันสมัย พร้อมการออกแบบหน้าจอแสดงผลที่ง่ายต่อการใช้งาน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าจะได้รับอากาศบริสุทธิ์อย่างแน่นอน โดยมาพร้อมดีไซน์เรียบหรู แตกต่างจากเครื่องวัดคุณภาพอากาศทั่วไปที่มีอยู่ในตลาด ตัวเครื่องผลิตจากวัสดุคุณภาพอย่าง ABS และโพลีคาร์บอเนต ทำให้มีความยืดหยุ่นทนทาน แดมขนาดกะทัดรัด น้ำหนักเบาเพียง 314 กรัม จำหน่ายในราคา 12,000 บาท



Kingston Data Traveler 2000

แฟลชไดรฟ์ประสิทธิภาพสูงที่ต้องเข้ารหัสข้อมูลก่อนการใช้งานทุกครั้ง โดยการเข้ารหัสจะทำที่ตัวไดรฟ์โดยตรง ไม่ใช่เครื่องคอมพิวเตอร์ที่นำไปใช้งาน ดังนั้นจึงมีความปลอดภัยสูง อีกทั้งไดรฟ์ยังจะล็อกการทำงานโดยอัตโนมัติทันทีที่นำออกจากเครื่องคอมพิวเตอร์ และหากมีผู้ใดพยายามปลดล็อกเพื่อใช้งาน โดยใส่รหัส PIN ที่ไม่ถูกต้องจำนวน 10 ครั้ง ไดรฟ์จะฟอร์แมตตัวเองและล้างข้อมูลทั้งหมดโดยอัตโนมัติ ใช้งานได้ทั้งระบบปฏิบัติการ Windows, Mac OS, Linux, Chrome OS, Android มีขนาดความจุตั้งแต่ 16 GB, 32 GB และ 64 GB ราคาเริ่มต้น 3,650 บาท รับประกัน 3 ปี

Samsung's Family Hub

ตู้เย็นอัจฉริยะที่สามารถเชื่อมต่อการทำงานกับสมาร์ตโฟนได้ โดยฟีเจอร์ที่เพิ่มมานอกเหนือจากการเป็นตู้เย็นคือ มีหน้าจอแบบทัชสกรีนขนาด 21.5 นิ้ว พร้อมติดตั้งแอปพลิเคชันให้คนสามารถสั่งซื้ออาหารมาแช่ตู้เย็นได้ง่าย ๆ แล้วยังเต็มไปด้วยระบบความบันเทิงอื่น ๆ เช่น เล่นเพลงผ่านหน้าจอ บอกสภาพอากาศ จดเมนูไว้หน้าตู้เย็น หรือจะทิ้งโน้ตเอาไว้ก็ทำได้ง่าย ๆ ไม่ต้องใช้กระดาษแปะอีกต่อไป และยังมิกซ์แอนด์แมชในตู้ตู้เย็นด้วย ซึ่งกล้องนี้จะช่วยให้มองเห็นภาพในตู้เย็นได้ว่ามีอะไรแช่อยู่บ้างผ่านสมาร์ตโฟน นับว่าเป็นตู้เย็นไฮเทคจริง ๆ แต่ก็มีราคาสูงถึงหลักแสนเลยทีเดียว



[Book Shop]

ร่างกายไม่เคยโกหก คู่มืออ่านคนฉบับออฟฟิโ (WHAT EVERY BODY IS SAYING)

ผู้เขียน: โจ นาวาร์โร

ผู้แปล: อมรรัตน์ ศรีสุรินทร์

สำนักพิมพ์วีเลิร์น, ราคา 195 บาท

ตามหลักทฤษฎีของนักจิตวิทยา เราสามารถอ่านใจหรือความคิดของผู้อื่นได้โดยอาศัยการสังเกตลักษณะท่าทาง (body language) หรือการแสดงออก ซึ่งมีให้สังเกตอยู่ตลอดเวลา เพียงแต่เรามองข้ามหรือไม่ทันได้สังเกต ที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจากสมองส่วนลิมบิกที่มีหน้าที่รับผิดชอบต่อการ

การอยู่รอดของมนุษย์เรา โดยเฉพาะจะตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวเราแบบอัตโนมัติ โดยปราศจากความคิด จึงสามารถถอดรหัสภาษากายออกมาได้

โจ นาวาร์โร ผู้เขียน เป็นเจ้าหน้าที่หน่วยสืบราชการลับมือหนึ่งของสำนักงานสอบสวนกลางแห่งสหรัฐอเมริกา หรือเอฟบีไอ และเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูดให้แก่เอฟบีไวมานานกว่า 25 ปี ภายในเล่มได้พูดถึงเรื่อง "ภาษากาย" เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจความรู้สึก ความคิด และเจตนาของคนรอบ ๆ ตัว โดยจะเน้นวิธีสังเกต แทะรอย และวิเคราะห์ภาษากายของผู้อื่น อาทิ หากเรารู้สึกไม่พอใจในการ

สนทนา เราจะหันไปยังทางออกที่ใกล้ที่สุด, ถ้าเรารู้สึกสบายใจเราจะยืนไขว่ขา, การยกไหล่ครึ่ง ๆ กลาง ๆ บ่งบอกถึงความไม่มั่นใจหรือการไม่ผูกมัด, เมื่อเขาไม่มั่นใจหรือกังวล เขาจะกดคางเข้าหาคอเพื่อให้จมูกอยู่ต่ำลง, การปิดตาเป็นเวลานานหลังจากได้ยินข้อมูลแสดงถึงความรู้สึกในแง่ลบหรือความไม่พอใจ และเมื่อจมูกของเขามานอก เขาอาจเตรียมลงมือทำอะไรบางอย่างที่น่าตื่นเต้น พบได้บ่อยในพวกคนร้าย เป็นต้น



นุไปทำไม? ในเมื่อทุกอย่างเปลี่ยนได้ตามใจคุณ (CHANGE ANYTHING)

ผู้เขียน: แครี แพทเทอร์สัน และคณะ

ผู้แปล: พรเลิศ อธิษฐ์

สำนักพิมพ์วีเลิร์น, ราคา 240 บาท

เวลาเจอปัญหาใหม่ ๆ ในชีวิต คุณจะทำอย่างไร หันหลังให้กับปัญหาวางกับว่าไม่เคยมีอะไรเกิดขึ้น หรือกดดันแล้วหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้นเอง

"ทนไปทำไม? ในเมื่อทุกอย่างเปลี่ยน

ได้ตามใจคุณ" เป็นหนังสือคู่มือพัฒนาตนเองที่ขายดีระดับนานาชาติที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยแล้วและติดอันดับขายดี 10 อันดับแรกในหมวดจิตวิทยาตามร้านหนังสือชั้นนำในปัจจุบัน หนังสือเล่มนี้จะช่วยหาทางออกของปัญหาโดยแนะนำวิธีคิดและเทคนิคที่เรียบง่ายเป็นระบบและใช้ได้ผลจริง ซึ่งผ่านการศึกษาวิจัยกับผู้คนมาแล้วกว่า 5,000 คน

ผู้อ่านจะได้เข้าใจต้นตอของปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่เพื่อแก้ไข

ได้อย่างตรงจุด เปลี่ยนอุปสรรคทั้งหลายให้กลายเป็นพลังและป้องกันไม่ให้อะไรกลับไปสู่สถานการณ์เลวร้ายซ้ำอีก ไม่ว่าจะเป็นปัญหา

สุขภาพ หนี้สิน ความสัมพันธ์ การเรียน หรือการทำงานก็ตาม หลังจากอ่านจบ ผู้อ่านจะรู้ว่าปัญหาไม่ใช่เรื่องที่ต้องทน แต่เป็นเรื่องที่แก้ไขได้ ถ้ามีบางสิ่งยังไม่ได้ดังใจ จงใช้วิธีที่ถูกต้องจัดการกับมัน



Nestlé Nutrition Institute

Science for Better Nutrition



Our Mission

The Nestlé Nutrition Institute shares leading science-based information and education with health professionals, scientists and nutrition communities in an interactive way

Our Nutrition Resources

- Medline/PubMed Indexed Publication Series
- Online Conferences by Leading Experts
- E-Learning and Academic Fellowships
- Validated Practical Tools

New Website

Mobile **Optimized** **Personalized** Content
Improved Search **Simplified** Navigation
Faster Performance

Join Today

Become a member and enjoy free access to all of our nutrition resources



www.nestlenutrition-institute.org

follow us



@NNInstitute

โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน วันที่ 22 – 24 กรกฎาคม 2559

MOOD DISORDERS IN BROADER MEDICAL CONTEXT



22 กรกฎาคม 2559

13.00 – 13.30	ลงทะเบียน	
13.30 -13.40	พิธีเปิดการประชุม	
13.40 -14.40	เลี้ยงลูกอย่างไรให้เป็นเด็กอารมณ์ดี ผู้ดำเนินการบรรยาย	ศ.เกียรติคุณ พญ.เบงพาง ลิมสุวรรณ ผศ.นพ.ณัฏฐ พัทธรัตน์เสถียร
14.40 -15.00	พักรับประทานอาหารว่าง	
15.00 -15.40	Crisis Intervention in Mood Disorder ผู้ดำเนินการบรรยาย	ผศ.พญ.วรลักษณ์ ธราโมทย์ ผศ.นพ.ชัยชนะ นิ่มนวล
15.40 -16.20	How to Deal with Depression and Anxiety in Palliative Care: Narrative Approach ผู้ดำเนินการบรรยาย	รศ.พญ.จารุณิการ์ ปิตานพงศ์
16.20-17.00	Prodrome of Depression in Adolescents ผู้ดำเนินการบรรยาย	ศ.เกียรติคุณ พญ.เบงพาง ลิมสุวรรณ Dr.Rebecca Sued Sheriff (UK)
17.00-17.30	การประชุมสามัญประจำปีของชมรมความผิดปกติทางอารมณ์ แห่งประเทศไทย	ผศ.นพ.ปราโมทย์ สุขนิษฐ์

23 กรกฎาคม 2559

09.00-09.40	Menstrual Cycle Effect on Mood ผู้ดำเนินการบรรยาย	ผศ.พญ.ชุดิมา หุ้มนเรืองวงษ์ พ.อ.หญิงนพพร ศิริขันธ์วันกุล
09.40-10.20	Facial Recognition and Mood Disorder ผู้ดำเนินการบรรยาย	อ.พญ.ชนกานต์ ชัชวาลา รศ.พญ.สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล
10.20-11.10	Poster Presentation และพักรับประทานอาหารว่าง	
11.10-11.50	Industry Symposium Late-Life Depression Treatment Beyond Antidepressants ผู้ดำเนินการบรรยาย	ศ.พญ.นันทิกา ทวิชาชาติ พ.อ.รศ.ธวัชชัย สัมพทานจ
12.00-13.20	Lunch Symposium Psychopharmacology of Antidepressant in Improving Cognition in Depressed Patients Multimodal Antidepressants in Clinical Practice ผู้ดำเนินการบรรยาย	รศ.ดร.ภญ.จุฑามณี สุทธิสีสังข์ ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์
13.20-14.20	Mania in Consultation-Liaison Psychiatry ผู้ดำเนินการบรรยาย	ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ อ.นพ.พร ทิลาการ
14.20-15.00	Methamphetamine and Mood Disorders ผู้ดำเนินการบรรยาย	ผศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวีโร รศ.พญ.รัศมน กัลยาศิริ รศ.พญ.ลาวัณย์ อภินางค์กรชัย
15.00-15.30	พักรับประทานอาหารว่าง	
15.30-16.10	Pharmacological Concern in Psychotropic Use in Medical Patients ผู้ดำเนินการบรรยาย	รศ.ดร.ภญ.จุฑามณี สุทธิสีสังข์ พ.อ.รศ.ธวัชชัย สัมพทานจ
16.10-16.50	Industry Symposium Psychopharmacology of Melatonergic Antidepressants in MDD Increase Positive Emotions...Key Step in the Path to Remission in MDD ผู้ดำเนินการบรรยาย	รศ.ดร.ภญ.จุฑามณี สุทธิสีสังข์ ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์

24 กรกฎาคม 2559

9.00 – 10.00	Interesting Case Discussion ผู้ดำเนินการอภิปราย	ผศ.พญ.พรจิรา ปรีวีธรากุล รศ.พญ.พูนศรี รังษิณี
10.00 -11.00	Interesting Case Discussion ผู้ดำเนินการอภิปราย	อ.นพ.พงศ์ธร พลภาคย์ รศ.พญ.พูนศรี รังษิณี
11.00-11.10	พิธีปิด	

Download ใบลงทะเบียนการประชุมได้ที่ www.tsad.or.th หรือ www.psychiatry.or.th
สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณมาลี 02-6404488, 082-0222477

CME
8 Credits



บริษัท ไทยโอซูก้า จำกัด



ขอเรียนเชิญจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เข้าร่วมประชุมวิชาการพิเศษ



UNLOCKED: BACK TO SCHOOL SYMPOSIUM 2016

SATURDAY, 2 JULY 2016 โรงแรมโอกูระ เพลสทิจ กรุงเทพฯ

SCIENTIFIC PROGRAM



MODERATOR : พ.อ.พญ.นภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล

8.10-8.45

REGISTRATION

8.45-9.00

OPENING REMARKS

9.00-10.30

AUTISM นอกตำรา

บรรยายโดย นพ.ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์

10.30-10.45

COFFEE BREAK

10.45-12.00

**COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND
AUTISM SPECTRUM DISORDERS**

บรรยายโดย พญ.ศุภรา เชาว์นปรีชา

12.00-13.00

LUNCH

13.00-13.45

**PSYCHOPHARMACOLOGY OF ANTIPSYCHOTICS
IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS**

บรรยายโดย ภญ.จุฑามณี ลุทธิสิริสังข์

13.45-14.30

**PRACTICAL USES OF ANTIPSYCHOTICS IN
AUTISM SPECTRUM DISORDERS**

บรรยายโดย นพ.ณัฐวัฒน์ งามสมุทธร

14.30-14.50

QUESTIONS AND ANSWERS

14.50-15.00

CLOSING CEREMONY



วงการแพทย์ วงการยา 2559

สัจจกรทั่วไทย



ภาคเหนือ

เชียงใหม่, แม่ฮ่องสอน, ลำพูน, ลำปาง,
เชียงราย, น่าน

ภาคอีสาน

อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, อุตรดิตถ์, มหาสารคาม,
ร้อยเอ็ด, นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์,
สกลนคร, ขอนแก่น

ภาคกลาง

ประจวบคีรีขันธ์, ฉะเชิงเทรา, สิงห์บุรี, พิจิตร,
นครสวรรค์, ออยุธยา, อุทัยธานี, อ่างทอง, ชัยนาท,
กาญจนบุรี, นครปฐม, สมุทรปราการ, สมุทรสาคร,
สมุทรสงคราม, ปทุมธานี, นนทบุรี, ราชบุรี, เพชรบุรี

ภาคใต้

นครศรีธรรมราช, สุราษฎร์ธานี,
สงขลา, พัทลุง, ชุมพร, ภูเก็ต,
พังงา, ระนอง, กระบี่, ตรัง



Like



รามาฯ จัดโครงการ “ทอดผ้าป่าดวงตา” ถวายเป็นพระราชกุศล

หน่วยกระจกตา ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดโครงการทอดผ้าป่าดวงตา ถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสสมหามงคลเสด็จเถลิงถวัลยราชสมบัติครบ 70 ปี โดยได้รับเกียรติจาก ศ.นพ.อร่าม ใจนสกุล ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนฯ กล่าวเปิดงาน ผศ.พญ.วรินทร์ จักรไพวงศ์ หัวหน้าหน่วยกระจกตาและการผ่าตัดแก้ไขภาวะสายตาสั้นผิดปกติ กล่าวถึงวัตถุประสงค์การจัดงาน ภายในงานมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพดวงตา อาหารถนอมสายตา ให้บริการตรวจตาบอดสี รับบริจาคดวงตา และการเสวนาเรื่อง “ปัญหาโรคกระจกตา โรคที่ต้องรักษาด้วยการเปลี่ยนกระจกตา และการขาดแคลนดวงตาบริจาค” โดย รศ.พญ.เกวณีน เลขาพันธ์ อาจารย์ประจำหน่วยกระจกตา ณ สวนเฉลิมพระเกียรติฯ ชั้น 1 อาคารสมเด็จพระเทพรัตนฯ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อไม่นานมานี้



สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย มอบรางวัลกิจกรรมดีเด่น “กิน-อยู่-เป็น”

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี นำโดย ศ.เกียรติคุณ พญ.วรินทร์ นิธิยานันท์ นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ พร้อมคณะกรรมการสมาคมฯ ร่วมมอบ รางวัลการประกวดกิจกรรมเนื่องในวันเบาหวานโลก ประจำปี พ.ศ. 2558 ในหัวข้อ “กิน-อยู่-เป็น” เพื่อให้โรงพยาบาลจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมถึงกลุ่มชุมชนได้สร้างสรรค์กิจกรรมสำหรับรณรงค์และส่งเสริมให้ประชาชนและผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งทีมผู้ได้รับรางวัลชนะเลิศ ได้แก่ โรงเรียนสุรเสถียรลาดบัวขาว รองอันดับ 1 และรองอันดับ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ตามลำดับ โดยมีโรงพยาบาลเจาะไอร้องได้รับรางวัลชมเชยพิเศษ พร้อมทั้งมอบชุดโมเดลอาหารให้แก่โรงพยาบาลที่สนใจเพื่อนำไปใช้ในการให้ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยเบาหวานและประชาชน จำนวน 15 แห่ง นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมสัมมนาและนิทรรศการเพื่อให้ความรู้โรคเบาหวานภายในงาน ณ โรงแรมเดอะสุโกศล เมื่อไม่นานมานี้

พิธีมอบธงเจ้าภาพจัดงานวันธาลัสซีเมียโลกในปี 2560

รศ.พญ.กสิณสไบ สรรพกิจ และ รศ.ดร.นพ.วิพร วิประภักดิ์ แพทย์ประจำสาขาวิชาโลหิตวิทยาและอองโคโลยี ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และศูนย์ธาลัสซีเมีย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ให้เกียรติเป็นประธานในพิธีมอบธงเจ้าภาพให้แก่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการเป็นเจ้าภาพจัดงานชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ครั้งที่ 27 และวันธาลัสซีเมียโลก ครั้งที่ 16 ซึ่งคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะเป็นเจ้าภาพจัดงานในปี พ.ศ. 2560 โดยมีสมาชิกชมรมฯ เข้าร่วมกิจกรรมและแสดงความยินดีเป็นจำนวนมาก ณ ห้องประชุมราชบัณฑิตยสถาน อาคารศรีสวรินทิรา โรงพยาบาลศิริราช เมื่อไม่นานมานี้



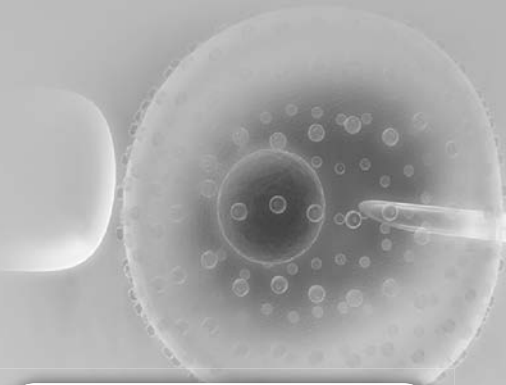
เซเรบอส รับใบประกาศเกียรติคุณ สถานประกอบการต้นแบบปลอดบุหรี่

ผศ.นพ.ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงศึกษาธิการ เป็นประธานมอบใบประกาศเกียรติคุณยกย่องเชิดชูเกียรติให้แก่ นายดุลย์ วงศ์ศุภสวัสดิ์ ผู้จัดการทั่วไป บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ในโอกาสที่บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ผู้ผลิตแบรนด์ซูบโป้สเก็ต แบรนด์ริงนกแท้ และแบรนด์วีต้า เป็นสถานประกอบการต้นแบบปลอดบุหรี่ โดยมี ศ.เกียรติคุณ พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์, รศ.นพ.ศุภชัย รัตนมณีฉัตร, พล.ต.ผศ.นพ.กัญญาพล วัฒนกุล, ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ และ ภก.ดร.อภิสิทธิ์ จัทรทนานนท์ ร่วมแสดงความยินดี ณ ห้องสัมมนา อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



วาระการแพทย์ 2559

สัญจรทั่วไทย



ร.พ.เจริญศิลป์
จ.สกลนคร



ร.พ.กุดบาก
จ.สกลนคร



ร.พ.ปทุมราชวงศา
จ.อำนาจเจริญ



ร.พ.เต่างอย
จ.สกลนคร



วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2559 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคอีสาน ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่นำเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เกษตรกร 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 หมายเลขสมาชิก (ถ้ามี).....

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยสุขุมวิท 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

☐ เช็คขีดคร่อม A/C PAYEE ONLY สั่งจ่ายในนาม บ.สรรพสาร จก.
เช็คธนาคาร สาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีชื่อบุคคลในนาม บ.สรรพสาร จก.
○ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยสุขุมวิท 10170 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. 0-2435-2345 ต่อ 109 โทร./แฟกซ์ 0-2435-4024

หมายเหตุ

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

0-2435-4024

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

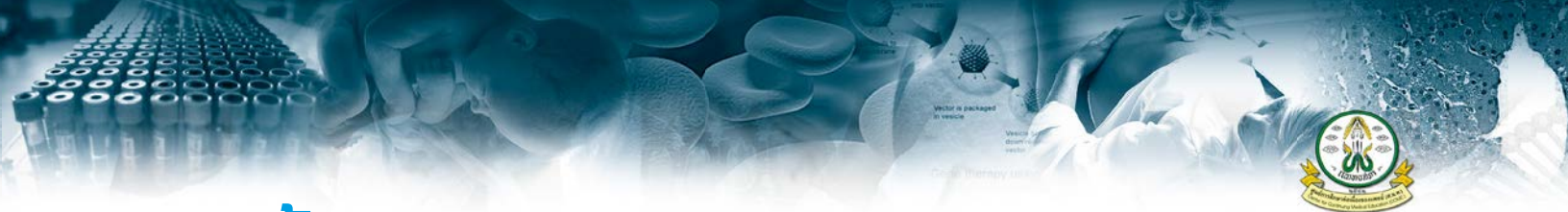
โทร. 0-2435-2345 ต่อ 109

โทร./แฟกซ์ 0-2435-4024

Continuing Medical Education

CME PLUS

โรงพยาบาล
www.wongkarnpat.com
<https://www.facebook.com/Wongkarnpat>



ได้รับอนุญาต
จาก ศ.น.พ.

CME PLUS

การตั้งครรภ์ และการติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง

(Pregnancy and Human Immunodeficiency Viral Infection)

uw.กนกกร สุนทรวิชิต วท.บ., พ.บ.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรและนรีเวชวิทยา

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/160402

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับระบาดวิทยา
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรค
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการตรวจกรอง
5. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางน้ำเหลือง
6. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับผลของการตั้งครรภ์ต่อการดำเนินโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
7. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับผลของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องต่อการตั้งครรภ์
8. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการให้ยาต้านไวรัส HIV ในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV
9. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก
10. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV
11. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก
12. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
13. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก
14. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

■ ต่อจากฉบับที่แล้ว

การคัดล้างอสุจิและการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (sperm washing and assisted reproductive technology)

ข้อดีของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ นอกเหนือจากช่วยเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์ที่สูงกว่าการฉีดเชื้ออสุจิผสมเทียมแล้วยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสลงอีกด้วย เนื่องจากอาศัยการปฏิสนธิระหว่างไข่กับอสุจิภายนอกร่างกาย โดยที่ฝ่ายหญิงไม่ต้องการสัมผัสกับอสุจิโดยตรง รวมทั้งมีการใช้จำนวนอสุจิน้อยกว่ามาก โดยเฉพาะในการช่วยการปฏิสนธิด้วยวิธี intracytoplasmic sperm injection (ICSI) ซึ่งใช้อสุจิเพียง 1 ตัว ต่อการฉีดเข้าไปในไข่ 1 ฟอง

จากรายงานการศึกษาทั้งสิ้น 10 การศึกษา ระหว่างปี ค.ศ. 1999-2007 ในคู่สมรสที่ฝ่ายชายติดเชื้อเอชไอวี 597 คู่ ที่มารักษาภาวะการมีบุตรด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์โดยการทำให้ ICSI จำนวน 738 รอบ พบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบเฉลี่ย 38.1% ทั้งนี้ไม่พบว่ามี การติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นทั้งในฝ่ายหญิงและทารกแรกคลอด อย่างไรก็ตาม แม้ว่าวิธีนี้จะได้ผลดี ป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี ตาม รายงานการศึกษาดังกล่าว แต่ก็ยังมีผู้ไม่เห็นด้วยที่จะใช้วิธีนี้มาช่วยให้มีบุตรในคู่สมรสที่ฝ่ายชายติดเชื้อเอชไอวีทุกราย เนื่องจากคู่สมรสกลุ่มนี้ไม่ใช่กลุ่มที่มีบุตรยากที่ต้องใช้วิธีการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งยังอาจมีผลแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ภาวะรังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป (Ovarian hyperstimulation syndrome) หรือภาวะครรภ์แฝดที่มีทารก

ตารางรายงานผลการรักษาภาวะการมีบุตรด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์โดยการทำ ICSI ในคู่สมรสที่ฝ่ายชายติดเชื้อเอชไอวี

Study	Couples (n)	Cycles (n)	Fertilization rate (%)	Pregnancy per cycle (%)	Cumulative pregnancy (%)	Abortion rate (%)	Seroconversion
Veiga et al., 1999	11	16	76.2	26.6	36.4	0	No
Marina et al., 2002	40	58	-	49.7	67.5	18.5	No
Sauer and Chang, 2002	34	55	-	45.4	73.5	20.6	No
Peña et al., 2003	61	113	-	38.1	50.8	25.7	No
Garrido et al., 2004	18	-	72.0	40.1	-	-	No
Chu et al., 2005	92	146	-	34.6	58.7	-	No
Mencaglia et al., 2005	25	-	50.2	-	50.2	-	No
Chu et al., 2006	78	-	71.0	47.0	-	-	No
Manigart et al., 2006	20	62	50.0	17.7	55.0	33.3	No
Savasi et al., 2007	160	288	78.0	23.0	41.0	-	No

ที่มา: Vitorino RL, Grinsztejn BG, de Andrade CA, Hokerberg YH, de Souza CT, Friedman RK, et al. Systematic review of the effectiveness and safety of assisted reproduction techniques in couples serodiscordant for human immunodeficiency virus where the man is positive. Fertil Steril. 2011;95(5):1684-90.

หลายคน (multifetal pregnancy) ซึ่งถือเป็นกรตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นต้น

การใช้เชื้ออสุจิบริจาค การใช้เชื้ออสุจิบริจาคที่มาจากธนาคารเชื้ออสุจิเป็นวิธีช่วยให้ปลอดภัยต่อความเสี่ยงของการแพร่เชื้อไวรัสไปสู่ฝ่ายหญิงและเด็กที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้บริจาคเชื้ออสุจิจะต้องได้รับการตรวจเลือดว่าไม่มีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อนที่จะเก็บอสุจิ จากนั้นจะทำการแช่แข็งอสุจินั้นไว้เป็นเวลา 6 เดือน จนกว่าผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 จะยืนยันว่าผู้ให้เชื้ออสุจินั้นไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี จึงจะถือว่าอสุจินั้นปลอดภัยและสามารถนำมาใช้ฉีดผสมเทียมเพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ วิธีนี้แม้จะมีข้อเสียที่ว่า เด็กที่เกิดขึ้นจะมีพันธุกรรมที่ไม่ได้มาจากฝ่ายชายของคู่สมรสที่ประสงค์จะมีบุตร แต่เป็นวิธีเดียวที่ปลอดภัยจากข้อโต้แย้งทางจริยธรรมในด้านที่อาจจะก่อให้เกิดผลในทางลบจากการรักษา เนื่องจากไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่ของเชื้อไวรัส

กรณีฝ่ายหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีเพียงฝ่ายเดียว

ในกรณีนี้ปัญหาการมีบุตรจะมีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสใน 2 ทางคือ การถ่ายทอดจากฝ่ายหญิงไปสู่ฝ่ายชาย และการถ่ายทอดจากแม่ไปสู่ทารกในครรภ์

การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของการแพร่เชื้อจากฝ่ายหญิงไปสู่ฝ่ายชายสามารถป้องกันได้ด้วยวิธีการฉีดอสุจิผสมเทียมโดยไม่ต้องมีเพศสัมพันธ์ตามธรรมชาติ ส่วนการลดการแพร่เชื้อจากแม่ไปสู่ทารกยังคงจำเป็นต้องอาศัยการให้ยาต้านไวรัสระหว่างการตั้งครรภ์และระหว่างคลอด ซึ่งคู่สมรสที่ติดเชื้อเอชไอวีในลักษณะนี้ควรจะได้รับกาให้

คำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์ที่ในเชิงลึก (in-depth) และรับทราบถึงความเสี่ยงที่ทารกยังมีโอกาสติดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Vertical transmission) ได้ราว 2% แม้จะใช้วิธีการป้องกันต่าง ๆ เช่น การให้ยาต้านไวรัสที่ออกฤทธิ์สูง (Highly active antiretroviral therapy: HAART) ในระหว่างตั้งครรภ์และขณะคลอด การนัดผ่าตัดคลอดแบบไม่ฉุกเฉิน (Elective cesarean section) และการหลีกเลี่ยงการให้นมทารกหลังคลอดก็ตาม รวมทั้งผลของยาต้านไวรัสต่อทารกที่อาจจะมีได้ทั้งในระยะแรกคลอดและในระยะยาว

กรณีฝ่ายชายและฝ่ายหญิงติดเชื้อเอชไอวีทั้งสองฝ่าย

กรณีนี้ปัญหาการช่วยให้มีบุตรจะซับซ้อนมากขึ้น การมีเพศสัมพันธ์กันเองตามธรรมชาติจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำซ้อน รวมทั้งปัญหาเชื้อไวรัสต่ออสุย ดังนั้น วิธีการคัดล้างอสุจิและฉีดผสมเทียมจะช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวลงได้

สำหรับความเสี่ยงเรื่องการแพร่เชื้อไวรัสจากแม่สู่ทารกในครรภ์ (Vertical transmission) จะต้องอาศัยวิธีการป้องกันเช่นเดียวกับในกรณีที่ฝ่ายหญิงติดเชื้อไวรัสเพียงฝ่ายเดียว

ดังนั้น แต่เดิมคู่สมรสที่ติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นข้อห้ามที่ไม่ควรให้มีการตั้งครรภ์และมีบุตร เนื่องจากความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสไปสู่เด็ก รวมถึงความยืนยาวของอายุพ่อแม่ (life expectancy) ที่จะสามารถเลี้ยงดูจนเด็กเติบโตขึ้น ดังนั้น การให้บริการช่วยให้เกิดการตั้งครรภ์ในคู่สมรสกลุ่มนี้จึงยังเป็นเรื่องที่ถกเถียงกันถึงความเหมาะสม ในปัจจุบันจากผลของยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ติดเชื้อไวรัสมีคุณภาพชีวิต รวมถึงช่วงชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น รวมทั้งมี



รายงานจำนวนมากขึ้นที่แสดงว่า การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของการแพร่เชื้อไวรัสไปสู่คู่สมรสอีกฝ่าย รวมทั้งเด็กที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้ความเห็นแย้งในการให้บริการเพื่อช่วยให้เกิดการตั้งครรภ์เริ่มลดลง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะยังไม่พบว่ามี การแพร่เชื้อเกิดขึ้น แต่รายงานส่วนใหญ่ยังมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากนัก จึงยังคงจำเป็นต้องมีการเฝ้าติดตามกันต่อไป รวมทั้งสถานที่ให้บริการรักษา คู่สมรสกลุ่มนี้จะต้องมีมาตรการในการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ ให้มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ในการตรวจหาเชื้อไวรัสในอสุจิภายหลังการคัดล้างก่อนที่จะนำไปใช้รักษาเพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (Prevention of Mother to Child Transmission of HIV)

เนื่องจากการแพทย์ในปัจจุบันได้ก้าวหน้าไปมาก มีการพัฒนาต้านไวรัสเอชไอวี และผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาได้ดีขึ้น ทำให้สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีชีวิตได้นานและมีสุขภาพร่างกายปกติ เมื่อได้รับยาต้านไวรัสจึงมีโอกาสดังครรภ์เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาไปสู่ทารกจึงมีความสำคัญมากที่จะลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาไปสู่ทารกแรกเกิด ทำให้

มีการพัฒนาการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นที่แพทย์และผู้เกี่ยวข้องจะต้องติดตามความก้าวหน้านี้เพื่อสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างถูกต้อง

การประเมินทางคลินิก

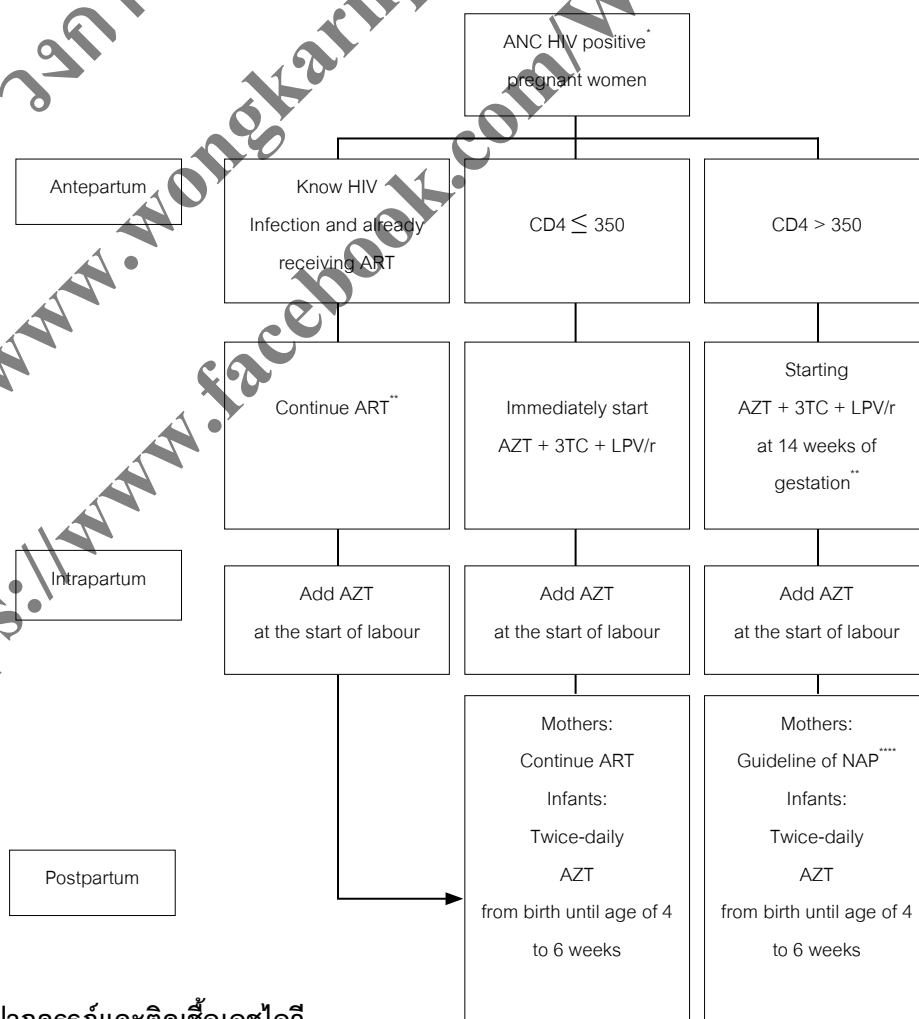
การให้คำปรึกษา

หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ ควรได้รับการให้การให้คำปรึกษาการเจาะเลือดโดยสมัครใจแบบเป็นคู่ทั้งสามีและภรรยา โดยสนับสนุนให้มีการเปิดเผยผลเลือดซึ่งกันและกัน หญิงตั้งครรภ์ทุกคนและสามีหรือคู่ครองจะได้รับการปรึกษาแบบคู่ และตรวจหาเชื้อเอชไอวี ด้วยความสมัครใจ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจหาเชื้อเอชไอวีให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ควรได้รับการให้คำปรึกษาหลังทราบผลเลือดทั้งผลบวกและลบ ในกรณีพบว่าติดเชื้อเอชไอวีต้องได้รับการตรวจ CD4 ทุกรายเพื่อวางแผนการรักษา

ในกรณีที่ไม่ได้ฝากครรภ์และเจ็บครรภ์โดยไม่ทราบผลเลือด



รูปแสดงการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และติดเชื้อเอชไอวี

เอชไอวี แนะนำให้คำปรึกษา ก่อนเจาะเลือดแบบทราบผลด่วน เพื่อใช้ในการพิจารณาให้การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก และเมื่อคลอดแล้วแนะนำให้คำปรึกษา ก่อนตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอีกครั้ง โดยเมื่อทราบผลแล้วต้องให้คำปรึกษา หลังการตรวจเลือดทุกครั้ง ทั้งในผู้ที่ติดเชื้อเพื่อบอกผล และในผู้ไม่ติดเชื้อเพื่อแนะนำ การป้องกันตัวไม่ให้ติดเชื้อต่อไป

การดูแลรักษา

การให้ยาต้านไวรัสในมารดา

การให้ยาต้านไวรัส เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ให้ตรวจเซลล์ CD4 ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน และให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (Highly active antiretroviral therapy: HAART) โดยมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

1. กรณีหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสใด ๆ มาก่อน

1.1 ผลการตรวจเซลล์ CD4 มากกว่า 350 cell/mm³

ระยะตั้งครรภ์ ให้ยา AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg) โดยเริ่มรับประทานยาเมื่ออายุครรภ์ 14 สัปดาห์ เข้า-เย็น ห่างกัน 12 ชั่วโมง จนเจ็บครรภ์คลอด

ระยะคลอด เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์คลอด รับประทานยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง เพิ่ม

หลังคลอด ให้หยุดรับประทานยาต้านไวรัส

1.2 ผลการตรวจเซลล์ CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350

cell/mm³

ระยะตั้งครรภ์ ให้ยา AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg) โดยเริ่มรับประทานยาทันที เข้า-เย็น ห่างกัน 12 ชั่วโมง จนเจ็บครรภ์คลอด

ระยะคลอด เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์คลอด รับประทานยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม เพิ่มทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด หรือ AZT 600 มิลลิกรัม ครั้งเดียว

หลังคลอด ให้รับประทานยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (HAART) ต่อตามแนวทางการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่

รายละเอียดเกี่ยวกับยาต้านไวรัส (ARV: antiretroviral drug)

AZT	=	Zidovudine 300 mg
3TC	=	Lamivudine 150 mg
LPV/r	=	Combine drug of Lopinavir 400 mg and booster with Ritonavir 100 mg ชื่อการค้า คือ Kaletra
NVP	=	Nevirapine 200 mg ในกรณีให้ยาต่อเนื่อง การเริ่มยาให้เริ่ม 1 เม็ด วันละครั้ง ใน 14 วันแรก หากไม่มีอาการแพ้ยา ต่อไปให้ 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง
EFV	=	Efavirenz 600 mg
TDF	=	Tenofovir 300 mg
FTC	=	Emtricitabine 200 mg

หมายเหตุ (จากรูปหน้า 3)

* เริ่มให้ยาต้านไวรัสแบบป้องกันไปก่อน ขณะรอผล CD4 เพื่อพิจารณาให้ยาต้านไวรัสแบบรักษาเพื่อสุขภาพมารดา (HAART)

** TDF + 3TC (or FTC) + NVP ทุก 12 ชั่วโมง หรือ AZT + 3TC ทุก 12 ชั่วโมง ร่วมกับ EFV วันละครั้ง หรือ TDF + 3TC (or FTC) ทุก 12 ชั่วโมง ร่วมกับ EFV วันละครั้ง (หลีกเลี่ยงการใช้ EFV ในช่วงไตรมาสแรก) (ก่อน 14 สัปดาห์) โดยใช้ NVP แทน ทุก 12 ชั่วโมง หรือ อาจต้องใช้สูตร HAART อื่น หากมีข้อห้ามในการใช้สูตรยา AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg)

*** เมื่อต้องหยุดยาต้านไวรัสในกลุ่ม NNRTI (non nucleoside reverse transcriptase) ได้แก่ NVP, EFV ต้องหยุดยา NNRTI ก่อน และให้ยาในกลุ่ม NRTIs (nucleoside reverse transcriptase) 2 ตัว เป็นเวลา 7 วัน แล้วหยุด เพื่อลดอัตราการดื้อของยา NNRTI

**** หญิงหลังคลอดที่ค่า CD4 ก่อนคลอดมากกว่า 350 cell/mm³ ให้การดูแลรักษาต่อตามแนวทางการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ

2. กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน (CD4 เคยต่ำ หรือมีอาการทางคลินิกมาก่อน)

ระยะตั้งครรภ์ ให้รับประทานยาต้านไวรัสที่ได้รับ เพื่อการรักษา ก่อนตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง

ระยะคลอด เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์คลอด รับประทานยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม เพิ่มทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด

หลังคลอด ให้รับประทานยาต้านไวรัสที่ได้รับ เพื่อการรักษา ก่อนตั้งครรภ์ต่อเนื่องต่อไป

หมายเหตุ (จากรูปหน้า 5)

* ก่อนคลอดให้คำปรึกษา ก่อนเจาะตรวจเลือด anti-HIV แบบ rapid test ด้วยเหตุผลในการพิจารณาให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก หลังคลอดเจาะเลือดตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

** หากยืนยันการวินิจฉัยแล้วมีการติดเชื้อเอชไอวี ให้ตรวจหาค่า CD4 และพิจารณาให้ยาต้านไวรัสตามแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกระทรวงสาธารณสุข และระหว่างรอผล CD4 ให้ยาต้านไวรัส AZT อย่างเดียว หรือสูตร AZT + 3TC + LPV/r ต่อไป จนทราบผล แล้วพิจารณาให้การรักษาตามแนวทางการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ

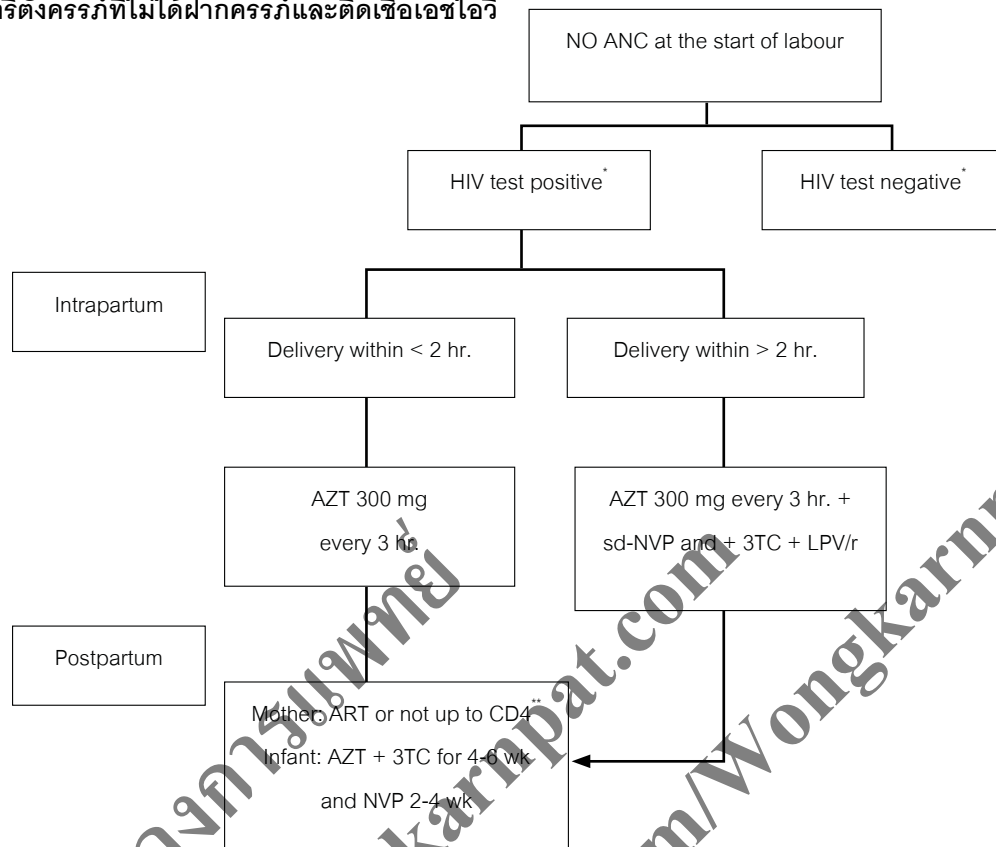
3. กรณีหญิงตั้งครรภ์มาคลอดโดยไม่ได้ฝากครรภ์

3.1 คาดว่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง

ระยะคลอด รับประทานยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด



รูปแสดงการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์และติดเชื้อเอชไอวี



หลังคลอด พิจารณาให้การรักษาตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่หลังได้ผล CD4

3.2 คาดว่าไม่น่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง

ระยะคลอด รับประทานยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด ร่วมกับให้ NVP เม็ดละ 200 มิลลิกรัม 1 เม็ด ครั้งเดียว

ในกรณีที่ไม่ได้ฝากครรภ์มาก่อนมีโอกาสมิฉะนั้นจะมียาต้านไวรัสในเลือดสูง แนะนำให้ใช้ AZT ร่วมกับ single dose NVP เพราะ NVP เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการลดระดับไวรัสอย่างรวดเร็ว ในระยะสั้น ๆ มีประโยชน์สำหรับมารดาที่ติดเชื้อ แต่ในกรณีที่ได้ในระยะเจ็บครรภ์คลอด แต่ควรให้ก่อนที่จะคลอดไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง เพราะจะได้มีระดับยาผ่านรกเข้าไปป้องกันทารกแรกคลอดและหลังคลอดได้ แต่หากคลอดก่อน 2 ชั่วโมง หลังมารดาได้รับยาจะไม่มีประโยชน์ในการป้องกันทารกติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

หลังคลอด ให้ยา AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg) ทุก 12 ชั่วโมง จนกว่าจะทราบผล CD4 ที่ได้ตรวจไว้ตอนแรก หาก CD4 เท่ากับหรือน้อยกว่า 350 cell/mm³ ให้ยาสูตร HAART นี้ต่อไป หรือสูตรในแนวทางการรักษาผู้ใหญ่ตามสิทธิของผู้ป่วย

หมายเหตุ

ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อมาตลอดโดยไม่ได้ฝากครรภ์นั้น พิจารณาตรวจ CD4 โดยเร็ว และให้ยาด้านไวรัสช่วงหลังคลอด ดังนี้

a. หาก CD4 มากกว่า 350 cell/mm³ ให้ AZT + 3TC + LPV/r จนครบ 4 สัปดาห์ แล้วหยุดยาพร้อมกันทุกตัว

b. หาก CD4 น้อยกว่า/เท่ากับ 350 cell/mm³ ให้การรักษาต่อโดยเปลี่ยนยาตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่ของกรมควบคุมโรค

การดูแลทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

1. ถ้ามารดาฝากครรภ์ และได้รับการรักษาด้วย (HAART) ในระยะตั้งครรภ์หรือได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสมาก่อน ทารกจะได้รับยาด้านไวรัส AZT ชนิดน้ำ เริ่มรับประทานทันทีหลังคลอด ขนาด 4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ทุก 12 ชั่วโมง รับประทานติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2. ถ้ามารดาไม่ได้ฝากครรภ์ หรือไม่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสในระยะตั้งครรภ์ ทารกควรได้รับ

2.1 ยาด้านไวรัส AZT ชนิดน้ำ + 3TC ชนิดน้ำ โดยเริ่มรับประทานทันที หลังคลอดให้ AZT ขนาด 4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และ 3TC ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 12 ชั่วโมง รับประทานติดต่อกันนาน 4-6 สัปดาห์ และรับประทานยา Nevirapine ชนิดน้ำ ขนาด 4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม วันละครั้ง รับประทานติดต่อกัน 2-4 สัปดาห์

2.2 ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารกจนอายุครบ 18 เดือน แทนการเลี้ยงด้วยนมมารดา

3. การตรวจเลือดเอชไอวีในทารก ที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ ตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR (Polymerase chain reaction) ครั้งแรกเมื่ออายุ 1-2 เดือน

3.1 ถ้าผลเป็นบวกให้ตรวจซ้ำทันที ถ้าผลครั้งที่ 2 เป็นบวก

ตารางสรุปแนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในมารดาที่ฝากครรภ์ของประเทศไทย

สถานการณ์		ก่อนคลอด	ระหว่างคลอด	หลังคลอด	
				มารดา	ทารก
ไม่เคยรับยาต้านไวรัส	CD4 > 350 cells/mm ³ (เมื่อทราบผลที่หลัง)	AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg) เริ่มที่ GA 14 สัปดาห์	AZT 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง หรือ AZT 600 mg เมื่อเจ็บครรภ์คลอด	หยุด	AZT x 4 สัปดาห์ และให้นมผสมนาน 18 เดือน
	CD4 ≤ 350 cells/mm ³ (เมื่อทราบผลที่หลัง)	AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg) เริ่มทันที		ให้ HAART ต่อตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่	
ได้รับยาสูตร HAART อยู่แล้ว		ให้ยา HAART ต่อ		ให้ HAART ต่อ	

ตารางสรุปแนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์

สถานการณ์		ก่อนคลอด	ระหว่างคลอด	หลังคลอด	
				มารดา	ทารก
ไม่ได้ฝากครรภ์	CD4 > 350 cells/mm ³ (เมื่อทราบผลที่หลัง)	-	AZT 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง หรือ AZT 600 mg เมื่อเจ็บครรภ์คลอด	AZT + 3TC + LPV/r x 4 สัปดาห์และหยุด	AZT (4 สัปดาห์) + 3TC (4 สัปดาห์) + NVP (2 สัปดาห์) และนมผสมนาน 18 เดือน
	CD4 ≤ 350 cells/mm ³ (เมื่อทราบผลที่หลัง)			AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg) x 4 สัปดาห์ และให้ HAART ต่อตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่	

* ไม่ต้องให้ sd-NVP (single dose Nevirapine) ในหญิงตั้งครรภ์ที่คาดว่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง

ให้ส่งต่อเด็กเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับเด็กทันที

3.2 ถ้าผลเป็นลบให้ตรวจครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 4 เดือน และตรวจยืนยันด้วย HIV antibody เมื่ออายุ 18 เดือน

3.3 กรณีผล PCR ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ขัดแย้งกันให้ตรวจซ้ำครั้งที่ 3 ทันที

3.4 กรณีที่ไม่ได้ตรวจเลือดด้วยวิธี PCR ให้ตรวจ HIV antibody เมื่ออายุ 12 เดือน ถ้าผลเป็นบวกให้ตรวจซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุ 18 เดือน

การให้ยาต้านรีโทรไวรัสในกรณีพิเศษบางกรณี

1. การให้ยาต้านรีโทรไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยได้ยา

ด้านไวรัสสำหรับป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ที่แล้ว และผู้ที่ยังไม่มีข้อบ่งชี้ให้ใช้ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา

แนะนำให้ใช้ยาต้านรีโทรไวรัสเช่นเดียวกับที่ใช้เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในสถานการณ์ต่าง ๆ กันตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก แต่เนื่องจากในประเทศไทยได้เลือกสูตรยาที่ประกอบด้วยยาในกลุ่ม NRTIs 2 ตัว ได้แก่ AZT + 3TC ร่วมกับ PI ได้แก่ LPV/r ดังนั้น จึงใช้สูตรนี้ได้ในทุกสถานการณ์ดังกล่าว โดยไม่จำเป็นต้องตรวจจำนวนเชื้อไวรัสหรือทดสอบรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสสูตรอื่นก่อน ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติ

2. ผู้ป่วยมีภาวะเลือดจาง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 7 g/dl และมีข้อบ่งชี้ว่าควรได้รับยาต้านรีโทรไวรัสเพื่อการรักษา ควรได้ยาสูตรที่ไม่มี



AZT จนกว่าสามารถแก้ไขภาวะซิดได้โดยอาจแทน AZT หรือ TDF หรือ d4T ส่วนในกรณีที่ไม่เพียงป้องกันการถ่ายทอดเชื้อสู่ทารกอาจใช้สูตร TDF + 3TC + EFV แทน และกลับมาใช้ AZT หลังแก้ไขภาวะซิดได้แล้วเช่นกัน โดยประเทศไทยใช้แนวทางเดียวกับ WHO

3. หญิงตั้งครรภ์ที่กำลังป่วยด้วยโรค

โอกาสที่จะพบโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสมากกว่าผู้ที่ไม่ตั้งครรภ์ถึง 10 เท่า และเป็นสาเหตุการตายของมารดา 15% ผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยเป็นโรค เช่น ไอ มีไข้ น้ำหนักลด ควรได้รับการคัดกรองโรค และถ้าพบว่าป่วยเป็นโรค ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโรคก่อน แล้วตามด้วยยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุด หลังให้ยาโรคไป 8 สัปดาห์ เนื่องจากยาทั้ง 2 กลุ่มอาจมีปฏิกิริยากันได้ง่าย โดยเฉพาะกับ rifampicin จึงควรเลือกใช้ EFV มากกว่า NVP โดยเริ่มให้หลังอายุครรภ์ 14 สัปดาห์ แต่หากแพ้ต่อยา EFV อาจต้องใช้ยาสูตรที่มี NVP หรือยาสูตร NRTI 3 ตัว เช่น AZT + 3TC + TDF ในรายที่ต้องให้ rifampicin ร่วมกับ NVP ไม่ต้องลดขนาด NVP ในระยะ 2 สัปดาห์แรก (ไม่ต้องลดขนาดลงครึ่งหนึ่งใน 2 สัปดาห์แรก)

4. ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี เมื่อมีข้อบ่งชี้ว่าต้องได้ยาเพื่อการรักษาตับอักเสบบี ก็ควรได้รับยาต้านไวรัสด้วยเสมอ โดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 หรือระยะของโรคทางคลินิก โดยแนะนำให้ใช้สูตรที่มี TDF และ 3TC (or FTC) เป็นส่วนประกอบ

5. ผู้ติดเชื้อยาเสพติดทางหลอดเลือดดำ

ยาต้านไวรัสสามารถมีปฏิกิริยากับ methadone โดยมีผลลดระดับ methadone และเพิ่มระดับยาต้านไวรัส ทำให้มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสมาก และมีอาการขาดยามากขึ้น เมื่อใช้ NVP แนะนำให้เพิ่มขนาดยา methadone 50-100% ส่วน methadone จะทำให้ระดับความเข้มข้นของ AZT เพิ่มขึ้น 29-43% ซึ่งอาจทำให้อาการข้างเคียงทำให้มีภาวะซิดได้ง่ายขึ้น จึงควรเฝ้าระวังใกล้ชิด LPV/r จะลดระดับของ methadone ทำให้มีอาการถอนยาได้ง่ายขึ้น

6. การผ่าตัดทำคลอดบุตรทางหน้าท้องในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

แนะนำให้ผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ แต่ในกรณีที่ระดับไวรัสในเลือดหญิงมีครรภ์สูงเกิน 1,000 copies/mm³ (หากสามารถตรวจหา viral load ได้) หรือในกรณีที่คาดว่าจะมีระดับไวรัสในเลือดสูง เช่น ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกตั้งแต่ระยะก่อนคลอด หรือได้น้อยกว่า 4 สัปดาห์ มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm³ มีอาการแสดงของการติดเชื้อฉวยโอกาส และไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรืออยู่ เป็นต้น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนการเจ็บครรภ์ในกรณีเหล่านี้สามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ 50% ส่วนการผ่าตัดคลอดหลังเจ็บครรภ์แล้วไม่ช่วยลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อ และการให้ sd-NVP รวมด้วยก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6 ชั่วโมง จะช่วยลดอัตราการถ่ายทอด

ตารางแสดงทางเลือกการใช้สูตรยาสำหรับหญิงติดเชื้อเอชไอวีที่เคยได้รับยาต้านไวรัสในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อมาก่อน ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก เปรียบเทียบกับแนวทางของประเทศไทย

สถานการณ์	คำแนะนำตาม WHO	แนวทางของประเทศไทย
1. sd-NVP (+/- short-course AZT) ไม่ได้ NRTI tail ภายใน 12 เดือนที่แล้ว	- เริ่มด้วยสูตรยาที่ไม่ได้ประกอบด้วยยา NNRTI - แนะนำให้ใช้สูตร 2 NRTIs + PI มากกว่าที่จะใช้ NRTIs 3 ตัว	- AZT + 3TC + LPV/r ทุกสถานการณ์ โดยเริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 14 สัปดาห์ หรือเร็วที่สุดขึ้นอยู่กับค่า CD4 ของผู้ป่วย
2. sd-NVP (+/- short-course AZT) และได้ NRTI tail ภายใน 12 เดือนที่แล้ว	- เริ่มด้วยสูตรยา NNRTI regimen - ถ้าทำได้ให้ตรวจ viral load ที่ 6 เดือน ถ้า > 5,000 copies/ml ให้เปลี่ยนเป็นยาสูตร 2 ที่มี PI อยู่ด้วย	
3. sd-NVP (+/- short-course AZT) ได้หรือไม่ NRTI tail มามากกว่า 12 เดือน	- เริ่มด้วยยาสูตร NNRTI regimen - ถ้าทำได้ให้ตรวจ viral load ที่ 6 เดือน ถ้า > 5,000 copies/ml ให้เปลี่ยนเป็นยาสูตร 2 ที่มี PI อยู่ด้วย	
4. เคยได้ยาต้านไวรัสแบบเพื่อการรักษาตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป (HAART) โดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาที่ได้รับ และจะเริ่มยาสูตรที่มี NNRTI	ถ้าเคยได้ยาสูตร 3 ตัวเพื่อการรักษาที่ประกอบด้วย NNRTI-based และหยุดโดยไม่ได้ให้ NRTI tail (AZT + 3TC นาน 7 วัน หลังคลอด) แนะนำให้ตรวจ viral load ที่ 6 เดือน ถ้า > 5,000 copies/ml ให้เปลี่ยนเป็นยาสูตร 2 ที่มี PI อยู่ด้วย	

Characteristic of previous PMTCT ARV exposure recommendation

ตารางการให้ภูมิคุ้มกันที่แนะนำสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV

Immunization	Comment
Hepatitis A virus (HAV)	Recommended for susceptible patients at high risk of infection, those with chronic HBV or HCV, those traveling to endemic areas, injection drug users, or in the setting of a community outbreak
Hepatitis B virus (HBV)	Generally recommended for susceptible patients
Influenza	Generally recommended; give before flu season
Measles/Mumps/Rubella (MMR)	Contraindicated
Pneumococcus	Generally recommended, repeat every 5-7 years
Tetanus-diphtheria	Recommended; give booster every 10 years
Immune globulins (For post-exposure prophylaxis in susceptible individuals)	Comment
Measles	Recommended after measles exposure, for symptomatic HIV-infected persons
Hepatitis A	Recommended after exposure to a closed contact or sex partner, or in case of travel to endemic areas
Hyperimmune globulins	Comment
Varicella-zoster virus immune globulin (VZIG)	Recommended after significant exposure to varicella-zoster virus (give within 96 hours)
Hepatitis B immune globulin (HBIG)	Recommended after needlestick or sexual exposure to a person with hepatitis B infection

เชื้อลงได้อีก 50% และให้ยาแก้ทาร์กที่เกิดเหมือนมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ดังนั้น แนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกของประเทศไทย ได้มีการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและยึดแนวทางของ WHO guideline 2010 เพื่อให้สามารถลดการถ่ายทอดเชื้อได้ดีที่สุด และมีค่าใช้จ่ายไม่สูงจนเกินไป

การให้ภูมิคุ้มกันและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

A. การให้ภูมิคุ้มกันระหว่างตั้งครรภ์

การให้ภูมิคุ้มกันถ้าเป็นไปได้ควรทำก่อนการตั้งครรภ์ การให้ขณะตั้งครรภ์จะพิจารณาให้ในกรณีที่มีโอกาสที่จะสัมผัสกับเชื้อสูง มีความเสี่ยงที่มารดาหรือทารกจะติดเชื้อสูง และวัคซีนที่ไม่เป็นอันตราย วัคซีนบางตัว เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม ยังเป็นข้อห้ามในการให้ขณะตั้งครรภ์ การให้วัคซีนในระยะไตรมาสที่ 3 อาจทำให้จำนวนไวรัส HIV มีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากวัคซีนจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้ตอบสนองต่อวัคซีน ทำให้การตอบสนองต่อไวรัส HIV ลดลง จึงทำให้เชื้อไวรัสมีจำนวนมากขึ้น และทำให้โอกาสการถ่ายทอดเชื้อสู่ทารก

ในระยะปริกำเนิดมากตามไปด้วย ดังนั้น จึงแนะนำให้วัคซีนแก่ผู้ติดเชื้อ HIV หลังจากได้ยาด้านไวรัส HIV ไประยะหนึ่งจนถึงระดับที่ยาได้ผลสูงสุดในการรักษาแล้ว (ประมาณ 4 สัปดาห์)

B. การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ทั้งการตั้งครรภ์และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีผลต่อกันและกัน การตั้งครรภ์อาจมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการรักษาโรคฉวยโอกาส ในขณะเดียวกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก็มีผลทำให้การตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น จำเป็นต้องเฝ้าระวังอาการต่าง ๆ ของการติดเชื้อเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และรีบรักษาให้หายโดยเร็วก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา มียาหลายตัวที่ใช้ป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ก็มีบางตัวที่มีผลต่อความพิการของทารกเช่นกัน

■ อ่านต่อฉบับหน้า



Newly Launched

UpToDate[®] MobileComplete[™]

Answers Doctors' Questions
– Even When They're Offline

Contact us to set up meeting appointment to discuss your needs on improving quality of care, clinical efficiency and see a live demo of **UpToDate** Anywhere:

ภญ.ลิลลี่ วังวิวัฒน์

ผู้จัดการทั่วไป ประเทศไทย ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม

เบอร์โทรศัพท์ 02-688-4615

เบอร์มือถือ 081-827-1101

E-mail: lily.Wangviwat@wolterskluwer.com

คุณมด ชูรัตน์

ผู้จัดการฝ่ายลูกค้า ประเทศไทย ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม

เบอร์โทรศัพท์ 02-883-9262

เบอร์มือถือ 081-935-3500

E-mail: mot.churath@wolterskluwer.com

Download our eBook to find out more benefits of UpToDate Anywhere.

<http://learn.uptodate.com/utda-apr>





Advancing the level of protection

- The morbidity and mortality burden of influenza infections means that public health agencies worldwide recommend vaccination to try and protect against seasonal epidemics²
- Quadrivalent influenza vaccine (QIV) enables you to provide effective protection against two influenza A strains and NOW two influenza B strains^{1,2}
- Quadrivalent influenza vaccine (QIV) provides broader protection further reduces the burden of influenza

PRESCRIBING INFORMATION

INDICATIONS AND USAGE: FluQuadri™ is an inactivated quadrivalent influenza vaccine for the prevention of influenza disease caused by influenza types A and B viruses contained in the vaccine
I: approved for use in persons 6 months of age and older. **D:** IM Childn ≥9 yr 1 dose, 0.5-mL, 36 mth to 8 yrs 1 or 2 doses, 0.25 mL each. If 2 doses, administer at least 1 mth apart. **C:** Hypersensitivity to egg protein or after previous dose of any influenza vaccine. **R:** Inj site pain or tenderness, erythema, swelling; irritability, abnormal crying, malaise, drowsiness, appetite loss, vomiting, fever P/P:
 Vaccine inj (pre-filled syringe) 0.25 mL (for ped patient 6-35 mth) x 5's, 10's. 0.5 mL (for patient ≥36 mth) x 5's, 10's

Reference;

1. The rationale for quadrivalent influenza vaccines, Christopher S. Ambrose^{1,*} and Myron J. Levin² 1MedImmune, LLC; Gaithersburg, MD USA; 2University of Colorado School of Medicine; Aurora, CO USA, Human Vaccines & Immunotherapeutics 8:1, 81-88; January 2012; G 2012 Landes Bioscience.
2. The need for quadrivalent vaccine against seasonal influenza Robert B. Belshe¹, Saint Louis University School of Medicine, Division of Infectious Diseases and Immunology, 1100 S. Grand Blvd., DRC-8th floor, St. Louis, USA .Vaccine 28S (2010) D45-D53.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
 ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ.852/2558