

THE MEDICAL NEWS
ฉบับการแพทย์

ปีที่ 16 ฉบับ 404 ประจำวันที่ 16-31 ธันวาคม พ.ศ. 2556



ลดพึ่งยาปฏิชีวนะ
ลดวิกฤติเชื้อดื้อยาในเด็ก

สารบัญประกอบวิชาการครบถ้วน 16-31/12/13

SYMPOSIUM IN THIS ISSUE



จุฬาปริทัศน์ การตรวจการทำงานของ
ภูมิคุ้มกันทางด้านเซลล์
(Detection of Cellular Immunity)

เฉพาโรค การรักษาพยาบาลในพื้นที่รบ
(Tactical EMS Medicine)

ปวดหลังเรื้อรัง...ไม่ต้องผ่าตัด
ด้วยนวัตกรรมสลายพังผืด
Epidural Adhesiolysis

www.wongkarnpat.com

Ezetrol advertisement featuring a diagram of a human body, a bar chart showing cholesterol reduction, and text: 'Incremental Reduction: One Step or Three Steps?'. The chart shows a 21% reduction in LDL cholesterol with the combination of Statin 10 mg and Ezetimibe 10 mg.

Intanza advertisement for influenza vaccine. It features an image of the micro-needle device and text: 'intanza, innovative MICRO-NEEDLE vaccine against influenza EFFECTIVE FLU PROTECTION with a SIMPLE TOUCH'. It highlights that the micro-needle is 10 times smaller than a regular needle.

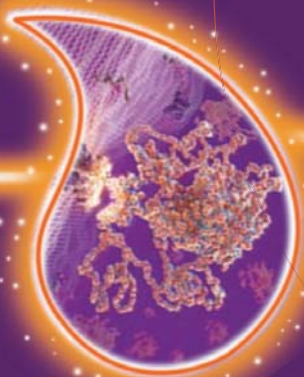
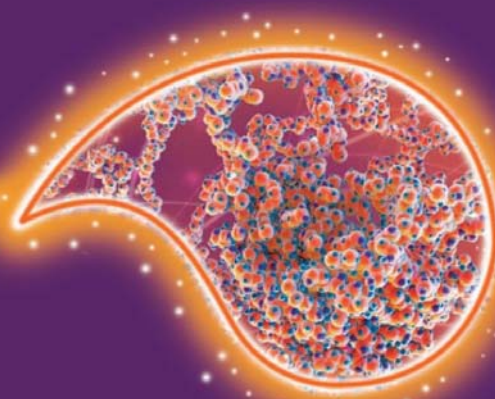
Sanofi Pasteur advertisement for Intanza. It features a list of benefits: 'targets the immune potential of the skin', 'offers a tailored protection to year 18-59 years old** and 60+ years old patients***', 'benefits from a favourable safety profile 2,3', and 'allows successful ID injection with a simple touch'. It also includes the MSD logo and contact information for Sanofi Pasteur Thailand.

MIRCERA®

Methoxy polyethylene glycol epoetin beta

**C.E.R.A. (Continuous Erythropoietin Receptor Activator),
a novel agent acting differently at the receptor level¹**

- ✿ long half-life
- ✿ provide correction of anaemia
- ✿ stable maintenance of Hb levels
- ✿ extended administration intervals in patients with CKD on dialysis and not on dialysis.



Further information is available on request
Roche Thailand Ltd.
27-29th Floor, Rasa II Tower, 555 Phaholyothin Road, Chatujak
Bangkok 10900 Thailand Tel: 0-2918-2500 Fax: 0-2937-0383



เป็นยาที่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติม
ในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาหมายเลขที่ พศ. 374/2552

Reference:

1. A. L. M. DE FRANCISCO et al., Continuous Erythropoietin Receptor Activator (C.E.R.A.) administered at extended administration intervals corrects anaemia in patients with chronic kidney disease on dialysis, J Clin Pract. December 2006;60,12, 1687 - 1696.
2. MIRCERA's package insert

MIRCERA® Methoxy polyethylene glycol epoetin beta²

Therapeutic Class of Drug: MIRCERA® is the first molecule of a new class of Continuous Erythropoietin Receptor Activators called methoxy polyethylene glycol epoetin beta. **Type of Dosage Form:** Solution for injection supplied as a sterile, ready to use liquid in: Single dose pre-filled syringes. **Route of Administration:** Subcutaneous or intravenous. **Single dose pre-filled syringes:** containing 50 µg, 75 µg, 100 µg, 150 µg, 200 µg methoxy polyethylene glycol epoetin beta in 0.3 ml. **Therapeutic Indication(s):** MIRCERA® is indicated for the treatment of anemia associated with chronic kidney disease (CKD) including patients on dialysis and patients not on dialysis. **Dosage and Administration:** Patients currently not treated with an Erythropoiesis Stimulating Agent: The recommended starting dose of MIRCERA® is 0.6 microgram/kg body weight, administered once every two weeks as a single i.v. or s.c. injection in order to increase the hemoglobin to greater than 11 g/dl. Patients currently treated with an Erythropoiesis Stimulating Agent: Patients currently treated with an ESA can be converted to MIRCERA® administered once a month or, if desired, once every two weeks as a single i.v. or s.c. injection. The starting dose of MIRCERA® is based on the calculated previously given weekly dose of epoetin at the time of substitution as described in Table 1.

Table 1. Conversion from Epoetin Alfa

| Previous Weekly Epoetin Alfa Dose (Units/week) | MIRCERA® Dose | |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| | Once Monthly (mcg/month) | Once Every Two Weeks (mcg/q2w) |
| <8000 | 120 | 60 |
| 8000-16.000 | 200 | 100 |
| >16.000 | 360 | 180 |

Special Dosage Instructions: **Pediatric use:** MIRCERA® is not recommended for use in patients aged less than 18 years due to a lack of data on safety and efficacy. **Contraindications:** MIRCERA® is contraindicated in patients with: Uncontrolled hypertension. Known hypersensitivity to the active substance or any of the excipients. **Warnings and Precaution:** Blood pressure monitoring: As with other ESAs, blood pressure may rise during treatment of anemia with MIRCERA®. Blood pressure should be adequately controlled before, at initiation of and during treatment with MIRCERA®. If high blood pressure is difficult to control by drug treatment or dietary measures, the dose of MIRCERA® must be reduced or withheld. **Interactions with other Medicinal Products and other Forms of Interaction:** No interaction studies have been performed. **Pregnancy:** There are no adequate data on the use of MIRCERA® in pregnant women. **Undesirable Effects:** Based on the results of 1789 patients, approximately 6% of patients treated with MIRCERA® are expected to experience adverse reactions. The most frequent reported adverse reaction was hypertension (common). **Overdose:** The therapeutic range of MIRCERA® is wide and individual response to therapy must be considered when MIRCERA® treatment is initiated. **Storage:** Store in the refrigerator at 2°C to 8°C. Keep the pre-filled syringe in the outer carton in order to protect from light. Do not freeze. **Packs:** 1 Pre-filled syringe containing 50 µg, 75 µg, 100 µg, 150 µg, 200 µg in 0.3 ml

Made for F. Hoffmann-La Roche Ltd, Basel, Switzerland
by Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Germany

MIR148-8/8/2012, 1000

ยอดขายอันดับ 1
ในประเทศไทย
และอีก 10 ประเทศทั่วโลก*

ผลิตภัณฑ์ที่ถูกแนะนำสูงสุด
จากแพทย์ เภสัชกรสำหรับรอยผิวแตกลาย
และรอยแผลเป็น**



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

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

* ยอดขายอันดับ 1 ในกลุ่มผลิตภัณฑ์ดูแลผิวและรอยผิวแตกลาย อังกฤษ (IRI Infocscan ปี 2011) ออสเตรเลีย (Synovate ปี 2011) แคนาดา (Nielsen ปี 2010) แคนาดา (Nielsen ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Nielsen ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Synovate ปี 2011) แอฟริกาใต้ (Nielsen ปี 2010) เม็กซิโก (Nielsen ปี 2010) บอตสวานา (Medswana ปี 2009) เกาหลี (Consumer Insight ปี 2011) สวีเดน (PharmIndustry ปี 2009) มาเลเซีย (Nampahm Pharmaceuticals ปี 2009)

** ผลิตภัณฑ์ที่ถูกรับรองจากแพทย์ เภสัชกร สำหรับรอยผิวแตกลาย จากการสำรวจจาก แพทย์ เภสัชกร อังกฤษ (The Thinking Shop, Strategic Research Consultancy ปี 2008) ออสเตรเลีย (Colmar Brunton ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Colmar Brunton ปี 2010) แอฟริกาใต้ (Synovate ปี 2010)

Impacting Outcomes Link by Link



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

SAINTMED

ZOLL®

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

ADVANCING RESUSCITATION. TODAY.®



pendant

การบริหารจัดการพื้นที่ในโรงพยาบาลแนวใหม่



SAINTMED

mindray

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



Abbreviated PI of XYZAL

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

for adults
and children 6 years
and above



Reference :
(1) Product information of Xyzal

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

Further information is available upon request:



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

For medical professional only
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ.245/2555

XYZ 01/01-TH12_030412

ระบบการปกครองของไทย

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าประเทศไทยใช้ระบบการปกครองแบบประชาธิปไตยโดยมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ตั้งแต่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อปี พ.ศ. 2475 เป็นต้นมา เรามีการปฏิวัติและรัฐประหารบ่อย บางครั้งก็มีการประท้วงรัฐบาลจากประชาชนจำนวนมาก การพัฒนาประเทศที่เคยดีกลับแย่ลง รัฐบาลก่อนหน้าจำนวนมหาศาล มีการคอร์รัปชันเกิดขึ้นทั่วไปในสังคม เรามาลองคิดว่าเพราะเหตุใดและจะแก้ไขอย่างไร คนไทยส่วนหนึ่งเข้าใจผิดว่าเราเป็นประชาธิปไตยเสรีภาพจะทำอะไรก็ได้ ความจริงเสรีภาพมีข้อจำกัดว่าต้องไม่ทำให้อื่นเดือดร้อน หลายคนเข้าใจผิดว่าถ้าเราใช้เสียงส่วนใหญ่เราจะทำอะไรก็ได้ ความจริงจะต้องมีกฎหมายและจริยธรรมควบคุมไว้ อีกที่ เช่น ผู้ชายกลุ่มหนึ่งเห็นผู้หญิงคนหนึ่งหน้าตาดีเดินมา มีผู้ชายคนหนึ่งเสนอว่าเราไปจับผู้หญิงคนนั้นมาข่มขืนดีหรือไม่ ปรากฏว่าเสียงส่วนใหญ่เห็นด้วยแต่เสียงส่วนน้อยไม่เห็นด้วย ถ้าเราใช้เสียงส่วนใหญ่แสดงว่าเราสามารถไปจับผู้หญิงคนนั้นมาข่มขืนได้โดยถูกต้องตามระบบเสียงส่วนใหญ่ แต่เราทำไม่ได้เพราะผิดกฎหมาย จะต้องถูกลงโทษ ประวัติศาสตร์ได้พิสูจน์มาแล้วมากมายว่าเสียงส่วนใหญ่อาจจะมีผิด เช่น สมัยก่อนเชื่อว่าโลกแบน คนที่ว่าโลกกลมถูกจับไปทำโทษ ทั้งที่ต่อมาพบว่าโลกกลมเสียงส่วนใหญ่ผิด ถ้าประชาชนมีการศึกษาดี

ความผิดพลาดจะเกิดขึ้นน้อยกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ คิดวิเคราะห์ไม่เป็น นักการเมืองมักจะอ้างว่าเขามาจากเสียงส่วนใหญ่ เขาจะทำอะไรก็ได้ ความจริงถูกบางส่วน แต่เขาจะคดโกงและทำผิดจริยธรรมไม่ได้ เรามาดูข้อมูลว่าคนไทยพร้อมที่จะใช้เสียงส่วนใหญ่จากคนทั้งประเทศมาเป็นคนตัดสินได้หรือไม่ จากการสอบความสามารถในการคำนวณ การอ่าน และความรู้ทางวิทยาศาสตร์ของเด็กอายุ 15 ปีจากทั่วโลก ที่เรียกว่า PISA (Program for International Student Assessment) ซึ่งเพิ่งประกาศผลในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 ปรากฏว่าเด็กไทยได้คะแนนเฉลี่ยวิชาคณิตศาสตร์ 427 คะแนนเฉลี่ยของเด็กทั่วโลกได้ 494 เด็กจีนจากเซี่ยงไฮ้ได้คะแนนเฉลี่ย 613 เขาแบ่งคะแนนเป็น 6 ระดับ คนที่ได้คะแนนต่ำกว่าสองถือว่าไม่สามารถคิดวิเคราะห์หรือพัฒนาได้ ปรากฏว่าเด็กไทยอยู่ในกลุ่มนี้ถึง 49.7% มีเด็กไทยที่อยู่ในกลุ่มคะแนนสูงระดับ 5-6 เพียงร้อยละ 2.6 ขณะที่สิงคโปร์มีเด็กอยู่ในกลุ่มเก่งถึงร้อยละ 40 เรายังไม่พร้อมที่จะใช้เสียงส่วนใหญ่จากคนทุกคน เพราะครึ่งหนึ่งของประชากรเรายังไม่พัฒนา มีคนเสนอว่าน่าจะเอาแบบโรมันสมัยโบราณที่ให้เฉพาะคนที่เสียภาษีรายได้บุคคลธรรมดาสิทธิในการลงคะแนนเลือกตั้ง อย่างน้อยก็มีคุณภาพระดับหนึ่ง นอกจากนี้จะได้เป็นแรงจูงใจให้คนเสียภาษีด้วย ประเทศไทยอาจจะทำระบบนี้

ไม่ได้ อย่างน้อยเราควรแก้สองอย่าง อย่างแรกคือการปราบปรามคอร์รัปชัน เรามีคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ หรือ ป.ป.ช. ซึ่งไม่พอ เรามาดูเพื่อนบ้านเรา เช่น มาเลเซีย เขามีกฎหมายที่เอาจริงเอาจังกว่าเรา เขามีกฎหมาย ป.ป.ช. เขามีบทลงโทษ เขาให้อำนาจกรรมการ เขามีกฎหมายการติดสินบน และการคอร์รัปชัน ไม่ยอมให้คนผิดมีที่หลบหนี ป้องกันเรื่องการฟอกเงิน ติดตามเอาเงินที่ถูกไว้ในที่ต่าง ๆ คืน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล มีกฎหมายคุ้มครองผู้แจ้งเบาะแส (Whistleblower Protection Act) กฎหมายคุ้มครองพยาน (Witness Protection Act) ประเทศเกาหลีใต้ หวัน ฟิลิปินส์ เอาประธานาธิบดีหรือนายกรัฐมนตรีที่คอร์รัปชัน ติดคุกหมด ควรให้เงินเดือนข้าราชการสูงขึ้น แต่ห้ามโกง อีกข้อที่ควรแก้ไขคือ คนที่จะเป็นผู้บริหารระดับสูงจะต้องผ่านการตรวจสอบจากกรรมาธิการที่เป็นอิสระ มีประวัติดี ไม่เคยโกง มีความรู้ในเรื่องที่ตนจะเป็นผู้นำ ประเทศจีนเอาผู้บริหารระดับสูงสุดของมหาวิทยาลัยปักกิ่งมาเป็นรัฐมนตรี แต่ของไทยเอาคนักได้วาทิมาเป็นรัฐมนตรี แล้วประเทศไทยจะเจริญประเทศอื่นได้อย่างไร


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษาเกิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตูจันดา ศ.กิตติคุณ นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตูจันดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวุฒิ จรรยาวิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพินิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอหนันตกุล รศ.นพ.วิสูตร พงศ์ศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรรคนะวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวาทพงษ์

การแพทย์ THE MEDICAL NEWS **วงการแพทย์**

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แพนดิตไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมพิมพ์

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนาชาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ ทรัพย์ณะ, สุรณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒน์พิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสุทธิกุล

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

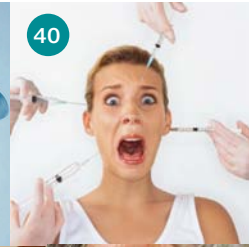
เจ้าของ

บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Contents

The Medical News ฉบับที่ 404 วันที่ 16 - 31 ธันวาคม 2556



3 โลกกว้างทางแพทย์

- รับประทานถั่วเปลือกแข็งลดการตาย
- ลดน้ำหนักและคุมปัจจัยเสี่ยงช่วยลดอาการ Atrial Fibrillation
- ลดผลข้างเคียง intravenous acetylcysteine รักษาพิษพาราเซตามอล

7 ข่าวสารทางแพทย์

- กรมน้ำมันซี อันตรายจากอาหารปิ้งย่าง
- ร้ายเท่าควันท่อไอเสีย เตือนกินบ่อยเสี่ยงมะเร็ง
- ภูมิปัญญาไทย ทางเลือกในการช่วยดูแลคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอดส์

8 สรรสารกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง

ระบบการอนุมัติทะเบียนยาชีววัตถุคล้ายคลึงบนพื้นฐานหลักวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์

10 Get Up

- กริซเปิดศูนย์บริการผู้ป่วย
- เตือนพ่อแม่ลดเสียงหูฟังลูกวัยรุ่น
- รัสเซียห้ามโฆษณาทำแท้ง

12 Movement

13 In Focus

ลดพึ่งยาปฏิชีวนะ
ลดวิกฤติเชื้อดื้อยาในเด็ก

16 เกาะติดงานประชุม

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
จัดอบรมระยะสั้น Update on Clinical Practice Guidelines in Internal Medicine

17 Special

3 นักวิจัยไทยคว้าทุนวิจัย “เซเรบอส อวอร์ด 2013”
จุดประกายผลงานวิจัย ต่อยอดยกระดับคุณภาพชีวิตคนไทย

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

ในหลวงของเรา

21 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

หัวใจ...คนโสด

23 เสียงแพทย์

การปฏิรูประบบสาธารณสุข (ตอนที่ 5)

25 จุฬาปริทัศน์

การตรวจการทำงานของภูมิคุ้มกันทางด้านเซลล์
(Detection of Cellular Immunity)



28 Systematic Review

การรักษาพิษแมงกะพรุน

29 เฉพาะโรค

การรักษาพยาบาลในพื้นที่รบ
(Tactical EMS Medicine)

33 มุมนิทรรศ

หญิงอายุ 73 ปี เดินอยู่ในห้าง
แล้วตาย: รายงานผู้ตาย 1 ราย

37 ปักตะขา

แพทย์แนะนำหญิงไทย รู้ทันอาการ “คัน”
รักษาตรงจุด หยุดทุกอาการ

38 Radar

ปวดหลังเรื้อรัง...ไม่ต้องผ่าตัด
ด้วยนวัตกรรมสลายพังผืด Epidural Adhesiolysis

40 ปักตะขา

นายกสมาคมศัลยกรรมฯ ชี้เกาหลีรุกหนัก
จัดทัวร์พาแพทย์เรียนศัลยกรรม
หวั่นวงการศัลยกรรมไทยเสียหาย

41 ปักตะขา

ชมรมโรคเอดส์พีเอ็นแห่งประเทศไทย เปิดงาน
สัมมนาให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเอดส์พีเอ็น ครั้งที่ 1
“เม็ดเลือดสูง มฤตยูเงียบ” เป็นครั้งแรกในประเทศไทย

42 ข่าวบริการ

44 IT News/Book Shop

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

ก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาค I (Human immunodeficiency virus : HIV) - I



ความหนาแน่นหินปูนหลอดเลือดหัวใจ และความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

JAMA. Published online November 18, 2013.

บทความเรื่อง Calcium Density of Coronary Artery Plaque and Risk of Incident Cardiovascular Events รายงานว่า ความหนาแน่นหินปูนหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery calcium : CAC) ซึ่งตรวจด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีความสำคัญต่อการทำนายเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการตรวจความหนาแน่นหินปูนหลอดเลือดหัวใจด้วยคะแนน

Agatston เป็นวิธีที่ใช้เป็นมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลบางชิ้นเสนอแนะว่าความหนาแน่นของหินปูนที่สูงขึ้นอาจช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

นักวิจัยประเมินความสัมพันธ์โดยอิสระของปริมาณ CAC และความหนาแน่นของ CAC กับความเสี่ยงการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในงานวิจัย MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis) ในผู้ชายและผู้หญิง 3,398 ราย จาก 4 เชื้อชาติประกอบด้วย กลุ่มเชื้อสายยุโรปที่ไม่มีเชื้อสายฮิสแปนิก กลุ่มเชื้อสายแอฟริกัน กลุ่มเชื้อสายฮิสแปนิก และกลุ่มเชื้อสายจีน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุระหว่าง 45-84 ปี ปลอดภัยจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เส้นฐาน และมี CAC สูงกว่า 0 จากการตรวจ CT ที่เส้นฐาน และได้ติดตามจนถึงเดือนตุลาคม ค.ศ. 2010

มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด

ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 7.6 ปี พบเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด 265 ครั้ง แบ่งเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 175 ครั้ง และเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น 90 ครั้ง ผลการประเมินคะแนนปริมาณ *ln*CAC และความหนาแน่นของ CAC ในตัวแบบพหุตัวแปรเดียวกันชี้ว่า คะแนนปริมาณ *ln*CAC สะท้อนความสัมพันธ์โดยอิสระกับการ



เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยมี hazard ratio (HR) เท่ากับ 1.81 (95% CI, 1.47-2.23) per standard deviation (SD = 1.6) increase, absolute risk increase 6.1 per 1,000 person-years และสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดมีค่า HR เท่ากับ 1.68 (95% CI, 1.42-1.98) per SD increase, absolute risk increase 7.9 per 1,000 person-years ขณะที่คะแนนความหนาแน่น CAC สะท้อนความสัมพันธ์โดยอิสระแบบกลับโดยมีค่า HR เท่ากับ 0.73

(95% CI, 0.58-0.91) per SD (SD = 0.7) increase สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยมี absolute risk decrease 5.5 per 1,000 person-years และค่า HR เท่ากับ 0.71 (95% CI, 0.60-0.85) per SD increase สำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD โดยมี absolute risk decrease 8.2 per 1,000 person years

การวิเคราะห์พื้นที่ใต้เส้นโค้ง receiver operating characteristic ช่วยปรับปรุงการทำนายความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญด้วยการเพิ่มคะแนน

ความหนาแน่นร่วมกับตัวแบบที่มีคะแนนปริมาณสำหรับทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับปานกลางพบว่า พื้นที่ใต้เส้นโค้งสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 0.53 (95% CI, 0.48-0.59) เป็น 0.59 (95% CI, 0.54-0.64), $p = 0.02$

ปริมาณ CAC สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจและหลอดเลือด ขณะที่ความหนาแน่นของ CAC ที่ปริมาณ CAC ทุกระดับมีความสัมพันธ์แบบกลับที่มีนัยสำคัญต่อความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงควรที่จะพิจารณาบทบาทของความหนาแน่นของ CAC ในการประเมินคะแนน CAC ด้วยวิธีการที่ใช้ในปัจจุบัน

รับประทานถั่วเปลือกแข็งลดการตาย

N Engl J Med 2013;369:2001-2011.

บทความเรื่อง Association of Nut Consumption with Total and Cause-Specific Mortality รายงานว่า การรับประทานถั่วเปลือกแข็งมากขึ้นสัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงโรคเรื้อรังร้ายแรง รวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กระนั้นความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานถั่วเปลือกแข็งและอัตราการตายยังไม่ชัดเจน

นักวิจัยประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานถั่วเปลือกแข็งกับอัตราการตายรวมและอัตราการตายจำเพาะโรคในผู้หญิง 76,464 รายในการศึกษา Nurses' Health Study (ค.ศ. 1980-2010) และผู้ชาย 42,498 รายในการศึกษา Health Professionals Follow-up Study (ค.ศ. 1986-2010) โดยไม่รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีประวัติโรคมะเร็ง โรคหัวใจ หรือสโตรค นักวิจัยประเมินการรับประทานถั่วเปลือกแข็งที่เส้นฐานและติดตามทุก 2-4 ปี

ระหว่างการติดตามระยะ 3,038,853 person-years พบผู้หญิงเสียชีวิต 16,200 ราย และผู้ชาย 11,229 ราย การรับประทานถั่วเปลือกแข็งมีความสัมพันธ์แบบกลับกับอัตราการตายรวมทั้งในผู้ชายและผู้หญิงหลังการปรับปัจจัยเสี่ยงที่ทราบดีหรือปัจจัยเสี่ยงต้องสงสัย ค่า pooled multivariate hazard



ratios สำหรับการตายในผู้เข้าร่วม

วิจัยที่รับประทานถั่วเปลือกแข็งเทียบกับ

ผู้ที่ไม่ได้รับประทานเท่ากับ 0.93 (95% confidence

interval [CI], 0.90-0.96) สำหรับการรับประทานถั่วเปลือกแข็ง < 1 ครั้งต่อ

สัปดาห์, 0.89 (95% CI, 0.86-0.93) สำหรับ 1 ครั้งต่อสัปดาห์, 0.87 (95%

CI, 0.83-0.90) สำหรับ 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์, 0.85 (95% CI, 0.79-0.91)

สำหรับ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 0.80 (95% CI, 0.73-0.86) สำหรับสัปดาห์

ละ 7 ครั้งหรือมากกว่า ($p < 0.001$ for trend) ความสัมพันธ์แบบกลับที่มี

นัยสำคัญยังเห็นได้จากการรับประทานถั่วเปลือกแข็งกับการตายเนื่องจาก

โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคทางเดินหายใจ

ข้อมูลจากการศึกษาในพยาบาลและบุคลากรด้านการแพทย์ชี้ว่าความถี่การรับประทานถั่วเปลือกแข็งมีความสัมพันธ์แบบกลับกับอัตราการตายรวมและอัตราการตายจำเพาะโรค โดยไม่เป็นผลจากปัจจัยทำนายการตายอื่น



ลดน้ำหนักและคุมปัจจัยเสี่ยง ช่วยลดอาการ Atrial Fibrillation

JAMA. 2013;310(19):2050-2060.

บทความเรื่อง Effect of Weight Reduction and Cardiometabolic Risk Factor Management on Symptom Burden and Severity in Patients with Atrial Fibrillation: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ atrial fibrillation แต่ยังไม่มียังข้อมูลว่าการลดน้ำหนักและการบริหารปัจจัยเสี่ยงโรคทางหัวใจและเมตาบอลิซึมสามารถลดภาระจาก atrial fibrillation ได้หรือไม่

นักวิจัยได้ศึกษาผลของการลดน้ำหนักและบริหารปัจจัยเสี่ยงโรคทางหัวใจและเมตาบอลิซึมต่อภาระจาก atrial fibrillation และโครงสร้างหัวใจจากผู้ป่วยนอกที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (n = 150) และมีอาการของ atrial fibrillation การศึกษามีขึ้นระหว่างเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2010 ถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2011 โดยมีมีฐานการติดตาม 15 เดือน

การแทรกแซงทำโดยผู้ช่วยลดน้ำหนัก (กลุ่มแทรกแซง) หรือให้คำแนะนำปรับรูปแบบวิถีชีวิต (กลุ่มควบคุม) และบริหารปัจจัยเสี่ยงโรคทางหัวใจและเมตาบอลิซึมอย่างเคร่งครัด โดย primary outcomes ได้แก่ คะแนน Atrial Fibrillation Severity Scale ทั้งภาระจากอาการและความรุนแรงของอาการ นักวิจัยประเมินคะแนนทุก 3 เดือนจากพื้นฐานถึง 15 เดือน

และ secondary outcomes ที่พื้นฐานและ 12 เดือน ได้แก่ การเกิด atrial fibrillation รวมและระยะสะสมประเมินจาก 7-day Holter, echocardiographic left atrial area และ interventricular septal thickness

มีผู้ป่วยได้รับการสุ่มและติดตาม 150 ราย (กลุ่มละ 75 ราย) จากจำนวนที่ตรวจคัดกรองรวม 248 ราย กลุ่มแทรกแซงมีการลดลงที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกลุ่มควบคุมในด้านน้ำหนักตัว (14.3 และ 3.6 กิโลกรัม, $p < 0.001$) และคะแนนภาระอาการจาก atrial fibrillation (11.8 และ 2.6 จุด, $p < 0.001$), คะแนนความรุนแรงของอาการ (8.4 และ 1.7 จุด, $p < 0.001$), จำนวนครั้งการเกิดอาการ (2.5 และไม่เปลี่ยนแปลง, $p = 0.01$) และระยะสะสม (ลดลง 692 นาที และเพิ่มขึ้น 419 นาที, $p = 0.002$) นอกจากนี้ยังพบการลดลงของ interventricular septal thickness ในกลุ่มแทรกแซงและกลุ่มควบคุม (1.1 และ 0.6 มิลลิเมตร, $p = 0.02$) และ left atrial area (3.5 และ 1.9 ตารางเซนติเมตร, $p = 0.02$)

ข้อมูลจากการศึกษานี้ชี้ว่า การลดน้ำหนักและบริหารปัจจัยเสี่ยงอย่างเคร่งครัดลดภาระและความรุนแรงของ atrial fibrillation และส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหัวใจ ข้อมูลนี้สนับสนุนการบริหาร atrial fibrillation ด้วยการรักษาซึ่งมุ่งไปที่น้ำหนักตัวและปัจจัยเสี่ยง

ผล β -blockers ต่อการตายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วย COPD

BMJ 2013;347:f6650.

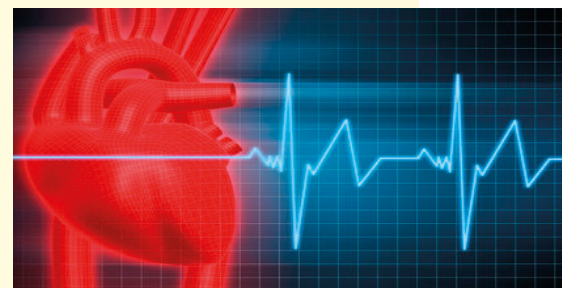
บทความเรื่อง Effect of β -blockers on Mortality after Myocardial Infarction in Adults with COPD: Population Based Cohort Study of UK Electronic Healthcare Records รายงานผลจากงานวิจัยเพื่อศึกษาว่าการใช้และระยะเวลาให้ยา β -blockers ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกสัมพันธ์กับการรอดชีพหรือไม่ และระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยา

นักวิจัยศึกษาจากทะเบียน Myocardial Ischaemia National Audit Project (MINAP) ของอังกฤษซึ่งอิงกับฐานข้อมูล General Practice Research Database (GPRD) ปี ค.ศ. 2003-2011 ครอบคลุมผู้ป่วย COPD ที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2003 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2008 ตามที่ระบุใน MINAP และไม่มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนหน้านี้ในข้อมูล GPRD หรือ MINAP

มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ Cox proportional hazards ratio สำหรับการตายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วย COPD ที่ได้ยา β -blockers หรือไม่ได้ยา โดยปรับตามตัวแปรร่วมประกอบด้วย อายุ เพศ การสูบบุหรี่ ยา โรคร่วม ประเภทของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากผู้ป่วย COPD 1,063 ราย พบว่าการรักษาด้วย β -blockers โดยเริ่มตั้งแต่รับเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายสัมพันธ์กับการรอดชีพที่ดีขึ้น (fully adjusted hazard ratio 0.50, 95% confidence interval 0.36-0.69; $p < 0.001$; median follow-up time 2.9 years) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้ยา β -blockers มาแล้วก่อนที่จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (0.59, 0.44-0.79; $p < 0.001$) และยังพบผลลัพธ์ใกล้เคียงกันจากคะแนนความโน้มเอียงที่ใช้เป็นทางเลือกในการปรับความแตกต่างระหว่างผู้ที่ได้ยา β -blockers และไม่ได้ยา ข้อมูลจากการติดตามตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลชี้ว่าขนาดอัตรไหลอ่อนลงเล็กน้อย แต่เห็นผลด้านการป้องกันจากการรักษาด้วย β -blockers ที่เริ่มตั้งแต่รับเข้ารับรักษาเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย (0.64, 0.44-0.94; $p = 0.02$)

การใช้ยา β -blockers โดยเริ่มตั้งแต่รับเข้ารับรักษาเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือก่อนกล้ามเนื้อหัวใจตายสัมพันธ์กับการรอดชีพที่ดีขึ้นหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วย COPD



เหตุการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด และยาเม็ดฟู่มีส่วนประกอบของโซเดียม

BMJ 2013;347:f6954.

บทความเรื่อง Association between Cardiovascular Events and Sodium-Containing Effervescent, Dispersible, and Soluble Drugs: Nested Case-Control Study รายงานผลจากงานวิจัยอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับยาเม็ดฟู่ที่มีส่วนประกอบของโซเดียมเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้ยาประเภทเดียวกันแต่ปราศจากโซเดียม

นักวิจัยอาศัยข้อมูลจากฐานข้อมูล Clinical Practice Research Datalink (CPRD) ครอบคลุมผู้ป่วยอายุ 18 ปีหรือมากกว่าซึ่งได้รับยาที่มีส่วนประกอบของโซเดียมอย่างน้อยสองชุด หรือยาเดียวกันที่เป็นสูตรมาตรฐานระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 1987 ถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2010 มาตราวัดผลลัพธ์ ได้แก่ composite primary outcome ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิต สโตรคที่ไม่ถึงแก่ชีวิต หรือการตายเนื่องจากโรคหลอดเลือด และ secondary analysis ได้รวมผู้ป่วยที่เกิดความดันเลือดสูง หัวใจล้มเหลว และการตายทุกสาเหตุ

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วย 1,292,337 ราย และมีฐานการติดตามเท่ากับ 7.23 ปี นักวิจัยได้จับคู่ผู้ป่วย 61,072 รายที่เกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดกับกลุ่มควบคุม โดยพบว่า odds ratio ที่ปรับแล้วสำหรับการได้รับยาที่มีส่วนประกอบของโซเดียมเท่ากับ 1.16 (95% confidence interval 1.12-1.21) สำหรับ primary endpoints ด้านการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิต สโตรคที่ไม่ถึงแก่ชีวิต หรือการตายเนื่องจากโรคหลอดเลือด ขณะที่ odds ratios ที่ปรับแล้วสำหรับ secondary endpoints เท่ากับ 1.22 (1.16-1.29) สำหรับสโตรคที่ไม่ถึงแก่ชีวิต, 1.28 (1.23-1.33) สำหรับการตายทุกสาเหตุ, 7.18 (6.74-7.65) สำหรับความดันเลือดสูง, 0.98 (0.93-1.04) สำหรับหัวใจล้มเหลว, 0.94 (0.88-1.00) สำหรับกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิต และ 0.70 (0.31-1.59) สำหรับการตายเนื่องจากโรคหลอดเลือด มีฐานเวลาจากการได้รับยาครั้งแรกจนถึงเกิดเหตุการณ์ครั้งแรกเท่ากับ 3.92 ปี

การได้รับยาเม็ดฟู่ที่มีส่วนประกอบของโซเดียมสัมพันธ์กับค่า odds ต่อเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับยาสูตรมาตรฐาน จึงควรที่จะพิจารณาการจ่ายยาที่มีส่วนประกอบของโซเดียมอย่างระมัดระวังเฉพาะในกรณี que เห็นว่าประโยชน์ที่ได้รับคุ้มค่าง่าความเสี่ยง



ลดผลข้างเคียง intravenous acetylcysteine รักษาพิษพาราเซตามอล

The Lancet, Early Online Publication, 28 November 2013.

บทความเรื่อง Reduction of Adverse Effects from Intravenous Acetylcysteine Treatment for Paracetamol Poisoning: A Randomised Controlled Trial รายงานว่า พิษจากพาราเซตามอลเป็นปัญหาที่พบทั่วโลก แต่การรักษาด้วย intravenous acetylcysteine มีความยุ่งยากและมักทำให้เกิดผลข้างเคียงซึ่งอาจทำให้ต้องหยุดยา นักวิจัยจึงศึกษาแนวทางการลดผลข้างเคียงด้วยการปรับระยะของ acetylcysteine ให้สั้น

ลงให้ยาต้านอาเจียนก่อนการรักษา หรือทั้งสองอย่าง

การศึกษาที่มีขึ้นยังโรงพยาบาล 3 แห่งในสหราชอาณาจักรระหว่างวันที่ 6 กันยายน ค.ศ. 2010 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2012 โดยสุ่มให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาพาราเซตามอลเกินขนาดได้รับการรักษาด้วย intravenous acetylcysteine มาตรฐาน (ระยะ 20-25 ชั่วโมง) หรือสั้นกว่า (12 ชั่วโมง) โดยให้ intravenous ondansetron (4 มิลลิกรัม) ก่อนการรักษา หรือให้ intravenous acetylcysteine อย่างเดียว การปกปิดทำ

โดยให้ 5% dextrose (ระหว่างให้ acetylcysteine) หรือน้ำเกลือ (สำหรับให้ยาต้านอาเจียนก่อนการรักษา) โดย primary outcome ได้แก่ ไม่มีอาเจียน คลื่นไส้ หรือจำเป็นต้องได้รับ rescue antiemetic ที่ 2 ชั่วโมง และ prespecified secondary outcomes รวมถึงการเพิ่มขึ้นมากกว่า 50% ของ alanine aminotransferase activity จากค่าที่วัดได้เมื่อรับผู้ป่วยทั้งนั้นนักวิจัยวิเคราะห์แบบ intention to treat

มีผู้ป่วย 217 รายที่สามารถประเมินที่ 2 ชั่วโมงหลังเริ่มให้

acetylcysteine อาการอาเจียน คลื่นไส้ หรือจำเป็นต้องได้ rescue antiemetic ที่ 2 ชั่วโมงพบในผู้ป่วย 39 รายจาก 108 รายในกลุ่มที่ให้ยาระยะสั้นกว่า เทียบกับ 71 รายจาก 109 รายที่ได้ acetylcysteine ตามมาตรฐาน (adjusted odds ratio 0.26, 97.5% CI 0.13-0.52; $p < 0.0001$) และใน 45 รายจาก 109 รายที่ได้ ondansetron เทียบกับ 65 รายจาก 108 รายที่ได้ยาหลอก (0.41, 0.20-0.80; $p = 0.003$) มีรายงาน anaphylactoid reactions รุนแรง

ในผู้ป่วย 5 รายที่ได้ acetylcysteine ระยะสั้นเทียบกับ 31 รายที่ได้ตามมาตรฐาน (adjusted common odds ratio 0.23, 97.5% CI 0.12-0.43; $p < 0.0001$) โดยสัดส่วนของผู้ป่วยที่มี alanine aminotransferase activity เพิ่มขึ้น 50% ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้ตามมาตรฐาน (9/110) และกลุ่มที่ได้ยาสั้นกว่า (13/112) (adjusted odds ratio 0.60, 97.5% CI 0.20-1.83) อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้ป่วยสูงกว่าในกลุ่มที่ได้ ondansetron (16/111) เทียบกับยาหลอก (6/111; 3.30, 1.01-10.72; $p = 0.024$)

การรักษาด้วย acetylcysteine 12 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่

เกิดพิษจากพาราเซตามอลสามารถลดการอาเจียน, anaphylactoid reactions และความจำเป็นในการหยุดยา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากงานวิจัยนี้ไม่สามารถประเมินความไม่ด้อยกว่าของการให้ยาระยะสั้นเทียบกับมาตรฐาน จึงควรที่จะมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของการรักษาด้วย acetylcysteine 12 ชั่วโมง





บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ในผู้หญิงอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน

The Lancet, Early Online Publication, 28 November 2013.

บทความเรื่อง Individualised Pelvic Floor Muscle Training in Women with Pelvic Organ Prolapse (POPPY): A Multicentre Randomised Controlled Trial รายงานว่า ภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนเป็นปัญหาที่พบบ่อยและสัมพันธ์กับการคลอดบุตรและอายุที่เพิ่มขึ้น และแม้ว่าผู้หญิงที่ประสบปัญหามากได้รับคำแนะนำให้บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน แต่หลักฐานที่สนับสนุนประโยชน์ของการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานยังคงมีจำกัด

นักวิจัยประเมินผลของการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแบบตัวต่อตัวเพื่อลดอาการจากภาวะหย่อนคล้อย โดยศึกษาจากโรงพยาบาล 25 แห่งในสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และออสเตรเลีย ระหว่างวันที่ 22 มิถุนายน ค.ศ. 2007 ถึงวันที่ 9 เมษายน ค.ศ. 2010 นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยหญิงที่เพิ่งตรวจพบและมีอาการในระยะ stage I, II หรือ III ฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน หรือให้เอกสารแนะนำการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยไม่ได้บริหารกล้ามเนื้อ (กลุ่มควบคุม) โดย primary endpoint ได้แก่ อาการหย่อน

ที่ผู้ป่วยรายงานที่ 12 เดือน และวิเคราะห์แบบ intention-to-treat

นักวิจัยสุ่มผู้ป่วย 447 รายเป็นกลุ่มแทรกแซง (n = 225) หรือกลุ่มควบคุม (n = 222) โดยมีผู้ป่วย 377 ราย (84%) ที่สามารถติดตามแบบสอบถามที่ 6 เดือน และ 295 ราย (66%) สำหรับแบบสอบถามที่ 12 เดือน ผู้หญิงในกลุ่มแทรกแซงรายงานว่ามีอาการหย่อนน้อยกว่า (มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อน [POP-SS]) ที่ 12 เดือน เทียบกับกลุ่มควบคุม (mean reduction ใน POP-SS จากเส้นฐานเท่ากับ 3.77 [SD 5.62] vs 2.09 [5.39]; adjusted difference 1.52, 95% CI 0.46-2.59; p = 0.0053) โดยที่อาการไม่พึงประสงค์ (อาการทางช่องคลอด 6 ราย, ปวดหลัง 1 ราย และปวดท้อง 1 ราย) และอาการไม่พึงประสงค์รุนแรง (1 ราย) ซึ่งทั้งหมดพบในผู้ป่วยกลุ่มแทรกแซงไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแทรกแซงหรือเข้าร่วมการศึกษา

การฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีประโยชน์สำหรับฟื้นฟูอาการหย่อน จึงควรมีการศึกษาประโยชน์ในระยะยาวรวมถึงผลลัพธ์ในผู้ป่วยกลุ่มย่อย

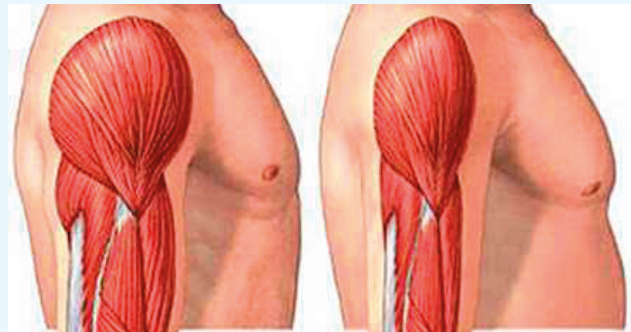
คะแนนทำนายความเสี่ยงไตวายหรือตายในโรคกล้ามเนื้อสลาย

JAMA Intern Med. 2013;173(19):1821-1827.

บทความเรื่อง A Risk Prediction Score for Kidney Failure or Mortality in Rhabdomyolysis รายงานว่า ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อสลายพบได้หลายระดับตั้งแต่มี creatine phosphokinase สูงขึ้นโดยไม่มีอาการแสดงจนถึงระดับไตบาดเจ็บรุนแรงจับปล้นอันเป็นภาวะผิดปกติที่อาจถึงแก่ชีวิตซึ่งจำเป็นต้องฟอกไตหรือต้องบำบัดทดแทนไตชนิดต่อเนื่อง

นักวิจัยได้พัฒนาเครื่องมือทำนายความเสี่ยงเพื่อระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการบำบัดทดแทนไตหรือการตายในโรงพยาบาล โดยศึกษาจากผู้ป่วย 2,371 รายที่รับเข้าโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2000 ถึงวันที่ 31 มีนาคม ค.ศ. 2011 ยังโรงพยาบาลแพทยศาสตร์ 2 แห่งในรัฐแมสซาชูเซตส์ของสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยมีระดับ creatine phosphokinase สูงกว่า 5,000 U/L ภายใน 3 วันหลังรับเข้ารักษา ผู้ป่วยกลุ่ม derivation cohort ประกอบด้วยผู้ป่วย 1,397 รายจาก Massachusetts General Hospital และกลุ่ม validation cohort ประกอบด้วยผู้ป่วย 974 รายจาก Brigham and Women's Hospital และมาตรวจวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ผลรวมของการบำบัดทดแทนไตหรือการตายในโรงพยาบาล

สาเหตุและผลลัพธ์ของโรคกล้ามเนื้อสลายคล้ายกันระหว่างกลุ่ม derivation และ validation cohort และโดยรวมพบผลลัพธ์รวมใน 19.0% ของผู้ป่วย (8.0% จำเป็นต้องบำบัดทดแทนไต และ 14.1% ตายระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) อัตราสูงสุดของผลลัพธ์รวมเกิดจาก compartment syndrome (41.2%), ติดเชื้อในกระแสเลือด (39.3%) และหัวใจหยุดเต้น (58.5%) ขณะที่อัตราต่ำสุดเกิดจาก myositis (1.7%),



ออกก้างกาย (3.2%) และชัก (6.0%) ตัวทำนายอิสระต่อผลลัพธ์รวม ได้แก่ อายุ เพศหญิง สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อสลาย และค่า initial creatinine, creatine phosphokinase, phosphate, calcium และ bicarbonate นักวิจัยพัฒนาคะแนนทำนายความเสี่ยงจากตัวแปรดังกล่าวในกลุ่ม derivation cohort และนำมาประยุกต์กับกลุ่ม validation cohort โดยค่า C statistic สำหรับตัวแบบการทำนายเท่ากับ 0.82 (95% CI, 0.80-0.85) ใน derivation cohort และ 0.83 (0.80-0.86) ใน validation cohort และค่า Hosmer-Lemeshow p เท่ากับ 0.14 และ 0.28 ในกลุ่ม validation cohort มีผู้ป่วย 2.3% ตายหรือต้องบำบัดทดแทนไตในกลุ่มที่มีคะแนนความเสี่ยงต่ำสุด (< 5) และ 61.2% ตายหรือต้องบำบัดทดแทนไตในกลุ่มที่มีคะแนนความเสี่ยงสูงสุด

ผลลัพธ์จากโรคกล้ามเนื้อสลายแตกต่างกันมากตามบริบททางคลินิก ซึ่งความเสี่ยงต่อการบำบัดทดแทนไตหรือการตายในโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อสลายสามารถประเมินได้จากตัวแปรด้านประชากรคลินิก และตัวแปรในห้องปฏิบัติการเมื่อรับผู้ป่วยเข้ารักษา

กรมอนามัยชี้ อันตรายจากอาหารปิ้งย่าง ร้ายเท่าควันท่อไอเสีย เตือนกินบ่อยเสี่ยงมะเร็ง

ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย กล่าวว่า การรับประทานอาหารปิ้งย่าง หรือรมควัน เป็นประจำจะเสี่ยงต่อการได้รับสารอันตราย 3 ชนิด ได้แก่ สารไนโตรซามีน (nitrosamines) พบในปลาหมึกย่าง ปลาทะเลย่าง และในเนื้อสัตว์ที่ใส่สารไนเตรท ประเภทแฮม ไส้กรอก เบคอน แฮมที่มีสีแดงผิดปกติ ทำให้เสี่ยงสารก่อมะเร็ง ทั้งมะเร็งตับ มะเร็งหลอดอาหาร สารพัยโรลัยเซต (Pyrolysates) พบมากในส่วนที่ไหม้เกรียมของอาหารปิ้งย่าง สารกลุ่มนี้บางชนิดมีฤทธิ์ร้ายแรงทางพันธุกรรมมากกว่าสารอะฟลาทอกซินตั้งแต่ 6-100 เท่า และสารพีเอเอช หรือสารกลุ่มโพลีไซคลิก อะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic aromatic hydrocarbon) ซึ่งเป็นชนิดเดียวกับที่เกิดในควันไฟ ไอเสียของเครื่องยนต์ ควันบุหรี่ และเตาเผาเชื้อเพลิงในโรงงานอุตสาหกรรม โดยสารนี้จะพบในบริเวณที่ไหม้เกรียมของอาหารที่ปรุงด้วยการปิ้งย่าง หรือรมควันของเนื้อสัตว์ที่มีไขมันหรือมันเปลงติดอยู่ด้วย เช่น หมูย่างติดมัน เนื้อย่างติดมัน ไก่ย่างส่วนติดมัน เนื่องจากขณะปิ้งย่าง ไขมันหรือน้ำมันจะหยดไปบนเตาไฟ ทำให้เกิดการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ ก่อให้เกิดสารพีเอเอชลอยขึ้นมาพร้อมเขม่าควันเกาะที่บริเวณผิวของอาหาร โดยสารนี้จะมีมากในบริเวณที่ไหม้เกรียมของอาหารปิ้งย่าง หากรับประทานเข้าไปเป็นประจำจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งตับ ซึ่งจากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทย 23,410 ราย และเสียชีวิต 20,334 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 55 คนต่อวัน หรือ 2 คนต่อชั่วโมง



ภูมิปัญญาไทย

ทางเลือกในการช่วยดูแลคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ดร.นพ.ธวัชชัย กมลธรรม อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กล่าวว่า สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 คาดว่ามีผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมประมาณ 1,166,543 คน ยังมีชีวิตอยู่ 447,640 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 8,959 คน ประมาณร้อยละ 62 เป็นการติดเชื้อในกลุ่มชายรักชาย กลุ่มพนักงานบริการหญิง และกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-34 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอดส์มักจะประสบปัญหาเรื่องโรคผิวหนัง เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ดังนั้น อาการที่ปรากฏให้เห็นดังกล่าวสามารถใช้หลักทางการแพทย์แผนไทยช่วยดูแลได้ ยกตัวอย่างด้านโภชนาการ อาหารประเภทโปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุต่าง ๆ จะช่วยรักษาระดับภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย เพราะอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยยืดเวลาเจ็บป่วยจากโรคแทรกซ้อน ทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสป่วยช้าลง อยากแนะนำพืชผักสมุนไพรที่มีรสขม เช่น มะระขี้นก ขมิ้นชัน ฟักทะลายใจ เห็ดหลินจือ มะขามป้อม เหงือกปลาหมอ ปรุงอาหารกินแบบวิถีชีวิตปกติ นอกจากสมุนไพรแล้ว การออกกำลังกายแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน ทำโยคะ ทำรำมวยจีน ทำออกกำลังกายเหล่านี้เหมาะกับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ดี เพราะเน้นเรื่องการดัดตน และพลังลมปราณ ช่วยกระตุ้นการหายใจให้มีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในปอดได้ดี รายละเอียดสอบถามได้ที่ สำนักงานสวนโรคและสร้างความรู้ด้านสุขภาพ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ 0-2149-5678 หรือ www.dtam.moph.go.th



ระบบการอนุมัติทะเบียนยาชีววัตถุคล้ายคลึง บนพื้นฐานหลักวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์



ตั้งที่ผู้เขียนได้นำเสนอข้อมูลและติดตามความก้าวหน้าในด้านระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ตลอดจนแนวทางปฏิบัติของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเกี่ยวกับการอนุมัติขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุประเภทยาชีววัตถุคล้ายคลึง (biosimilars) ซึ่งในปัจจุบันมีแนวทางปฏิบัติสำหรับการประเมินยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่ประกาศให้มีผลใช้บังคับแล้ว และขณะนี้ **คู่มือและหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยาชีววัตถุคล้ายคลึง** ซึ่งมีรายละเอียดของแนวทาง **“การกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึง”** ได้ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษาแล้วเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา จึงมีผลใช้บังคับแล้ว ฉะนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องควรจะเร่งทำความเข้าใจคู่มือฯ ดังกล่าว เพื่อจะได้นำไปศึกษาและวางแผนการวิจัย พัฒนา ผลิต และขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุคล้ายคลึงในประเทศไทยต่อไป แน่นนอนว่าสิ่งเหล่านี้ย่อมเกี่ยวข้องกับท่าทีและจุดยืนที่หน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุคล้ายคลึงในประเทศไทยคือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบสาธารณสุขของไทยในอนาคตจะมีโอกาสได้สัมผัสกับผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่มีคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผล เกิดประโยชน์ต่อแบบแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาชีววัตถุเพื่อการรักษานั้น ไม่ว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงนั้นจะมาจากการพัฒนาและผลิตในต่างประเทศ หรือมาจากการวิจัย พัฒนา และผลิตขึ้นมาโดยผู้ประกอบการภายในประเทศ มาตรฐานการปฏิบัติจึงต้องทัดเทียมเป็นแบบเดียวกัน และไม่แตกต่างไปจากมาตรฐานและข้อกำหนดที่นำมาใช้กับยาชีววัตถุต้นแบบ เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของผลิตภัณฑ์ที่จะนำมาใช้

ด้วยเหตุนี้เพื่อให้ระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาชีววัตถุคล้ายคลึง (โดยทั่วไปหมายถึงระบบการทบทวนและประเมินเพื่อพิสูจน์คุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผลของยาชีววัตถุคล้ายคลึงบนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ที่เข้มงวด) เป็นที่เข้าใจโดยถ้วนทั่วของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ นอกเหนือจากสาระทางวิชาการที่เกี่ยวกับตัวยาชีววัตถุคล้ายคลึงซึ่งผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดข้อมูลมาอย่างต่อเนื่อง จึงนำเสนอหลักการสำคัญทั่วไปของระบบการขึ้นทะเบียนยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่มีการกล่าวถึงกันในเวทีวิชาการในต่างประเทศ พอสรุปได้ 7 ประการสำคัญ ดังนี้

1. ยาชีววัตถุคล้ายคลึงคือยาชีววัตถุเช่นเดียวกับโมเลกุลยาชีววัตถุต้นแบบ และ **ไม่ควรจะอยู่ภายใต้ข้อกำหนดกฎหมายที่เกินกว่ามาตรฐานข้อกำหนดที่นำมาใช้บังคับกับการพัฒนายาชีววัตถุต้นแบบ** ยาชีววัตถุคล้ายคลึงต้องผ่านการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ว่ามีลักษณะเหมือนกันกับยาชีววัตถุต้นแบบทั้งหมด จึงไม่ควรเกิดความกังวลว่าจะมีความแตกต่างในระดับโมเลกุลอย่างมีนัยสำคัญ มาตรฐานข้อกำหนดกฎหมายที่นำมาใช้บังคับกับยาชีววัตถุคล้ายคลึงจึงเป็นแบบเดียวกันกับยาชีววัตถุต้นแบบ ซึ่งถือว่าเพียงพอและมีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์รองรับ

2. การพัฒนายาชีววัตถุคล้ายคลึงต้องดำเนินการอย่างเป็นลำดับขั้น (stepwise approach) และถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ โดยเริ่มต้นการพัฒนาจากการแสดงให้เห็นว่ามีความคล้ายคลึงอย่างสูงในระดับโมเลกุล (high molecular similarity) ระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุอ้างอิง เพื่อใช้เป็นพื้นฐานให้สามารถลดความจำเป็นในการเตรียมข้อมูลด้านพรีคลินิกและคลินิกได้อย่างมีเหตุผลและมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เพื่อเป็นการแสดงความคล้ายคลึงในเชิงความปลอดภัยและประสิทธิผลของยาชีววัตถุคล้ายคลึง เนื่องจากยังมีความคล้ายคลึงในระดับโมเลกุลสูงมากขึ้นเพียงใดก็จะสามารถลดความจำเป็นทางวิทยาศาสตร์ในการทำการทดลองทางพรีคลินิกและคลินิกมากขึ้นเท่านั้น แน่นนอนว่าข้อกำหนดทั้งหลายในการเรียกขอให้ทำการทดลองใด ๆ ต้องถูกต้อง

ตามหลักวิทยาศาสตร์และสะท้อนความรู้ต่าง ๆ ที่มีอยู่ซึ่งมีวิวัฒนาการมาโดยลำดับ เช่น วิธีการวิเคราะห์และความเข้าใจทางคลินิกของยาชีววัตถุคล้ายคลึง มาตรฐานด้านคุณภาพของทั้งยาชีววัตถุต้นแบบและยาชีววัตถุคล้ายคลึงควรเหมือนกัน ควรออกแบบการศึกษาทางคลินิกและพรีคลินิกเพื่อตรวจหาความแตกต่างที่เป็นไปได้ (ถ้ามี) ระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึงและยาชีววัตถุต้นแบบ **มากกว่า** เพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดทำระบบใหม่ในเรื่องเภสัชวิทยา ความปลอดภัย และประสิทธิผลของยาชีววัตถุคล้ายคลึงอย่างเป็นอิสระต่างหากให้แตกต่างไปจากยาชีววัตถุต้นแบบ

3. หากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์และมีเหตุผลเพียงพอ สามารถขยายข้อบ่งใช้ที่ระบุในยาชีววัตถุต้นแบบไปยังยาชีววัตถุคล้ายคลึงได้ ยาชีววัตถุต้นแบบได้รับอนุมัติในหลายข้อบ่งใช้ได้ ผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุคล้ายคลึงควรจะอนุญาตให้สามารถขยายข้อบ่งใช้ของตนให้เทียบเท่าข้อบ่งใช้ที่ปรากฏในยาชีววัตถุต้นแบบได้โดยไม่จำเป็นต้องมาทำการทดลองทางคลินิกซ้ำเพื่อยืนยันข้อบ่งใช้นั้น ๆ เป็นการต่างหาก บนเงื่อนไขว่า ก) ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความคล้ายคลึงเชิงโมเลกุลอย่างสูงระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุต้นแบบ; ข) ยาชีววัตถุคล้ายคลึงได้แสดงว่ามีความปลอดภัยและมีประสิทธิผลเท่าเทียม (equivalent) กับยาชีววัตถุต้นแบบในข้อบ่งใช้ใดข้อบ่งใช้หนึ่งที่มีความไวสูงต่อความแตกต่างที่อาจจะมิได้ระหว่างผลิตภัณฑ์ทั้งสอง; ค) ข้อบ่งใช้ที่ยาชีววัตถุคล้ายคลึงได้รับการอนุมัติแล้วที่มีความเท่าเทียมในความปลอดภัยและประสิทธิผลกับยาชีววัตถุต้นแบบมีรูปแบบการออกฤทธิ์ (mode of action) ทางคลินิกที่เหมือนกับข้อบ่งใช้อื่นที่ประสงค์ขยายให้ครอบคลุมเท่ากับยาชีววัตถุต้นแบบ ฉะนั้น หากสามารถขยายข้อบ่งใช้ได้อย่างเหมาะสมภายใต้ข้อกำหนดที่ระบุมาจะช่วยลดการศึกษาทดลองซ้ำในมนุษย์ที่ไม่จำเป็นลงได้ และช่วยให้ยาชีววัตถุคล้ายคลึงมีราคาถูกลง เพิ่มทางเลือกให้ประชาชนมากขึ้น



4. ยาชีววัตถุคล้ายคลึงควรมีชื่อสากลทั่วไปทางยา (INN) เหมือนกับยาชีววัตถุต้นแบบอ้างอิง ระบบการกำหนดชื่อสากลทั่วไปทางยาใช้เพื่อกำหนดชื่อให้กับตัวยาสำคัญ มากกว่าจะถูกนำมาใช้เป็นชื่อกึ่งแบรนด์เนมเพื่อประโยชน์ทางการค้าของบริษัทใดบริษัทหนึ่ง ดังนั้น ยาชีววัตถุคล้ายคลึงและยาชีววัตถุต้นแบบควรมีชื่อ INN เหมือนกัน หากลักษณะของโมเลกุลของยาชีววัตถุคล้ายคลึงอยู่ในขอบเขตช่วงความแปรปรวนของโมเลกุลของยาชีววัตถุต้นแบบ และพิสูจน์แสดงว่ามีความปลอดภัยและประสิทธิผลที่เทียบเคียงกันได้ ชื่อสากลทั่วไปทางยา หรือ INN จึงช่วยให้แพทย์และเภสัชกรมั่นใจว่าตัวยาสำคัญเป็นตัวเดียวกัน

5. ยาชีววัตถุคล้ายคลึงต้องอยู่ภายใต้ระบบและมาตรการการเฝ้าระวังความปลอดภัยเช่นเดียวกับยาชีววัตถุต้นแบบในกลุ่มเดียวกัน แม้จะเป็นยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่พิสูจน์แล้วว่ามีความปลอดภัยและประสิทธิผลในข้อบ่งใช้ต่าง ๆ เช่นเดียวกับยาชีววัตถุต้นแบบก็ตาม ก็จำเป็นต้องมีมาตรการเฝ้าระวังความปลอดภัยเช่นเดียวกับยาชีววัตถุต้นแบบบนพื้นฐานของข้อมูลความเสี่ยงที่จะมีต่อผู้ป่วย เนื่องจากยาชีววัตถุมีลักษณะพิเศษต่างจากยาเคมี เช่น ความแปรปรวนในแต่ละรุ่นการผลิต หรือการเปลี่ยนแปลงระหว่างกระบวนการผลิตอาจส่งผลกระทบต่อคุณสมบัติทางคลินิกของโมเลกุลยาได้ ดังนั้น จึงมีความสำคัญยิ่งที่อาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับชนิดของโมเลกุลยาตามชื่อ INN เท่านั้น หากแต่อาจเกิดขึ้นจากความแตกต่างของแต่ละผลผลิตภัณฑ์ที่มาจากผู้ผลิตต่างกัน ด้วยเหตุนี้ยาชีววัตถุคล้ายคลึงก็จำเป็นต้องยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในเรื่องแผนจัดการความเสี่ยงไม่ทำนองเดียวกันกับที่บังคับใช้กับยาชีววัตถุต้นแบบประเภทเดียวกัน

6. การพัฒนายาชีววัตถุคล้ายคลึงในระดับโลกจำเป็นต้องมีข้อกำหนดที่สอดคล้องแบบเดียวกัน (harmonization) ในขณะที่อนุญาตให้หน่วยงานของรัฐแต่ละประเทศมีข้อกำหนดเพิ่มเติมที่มีเหตุผลได้สำหรับยาชีววัตถุแต่ละกรณีไป ทุกประเทศต้องการการรับประกันว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงมีมาตรฐานสูงในเรื่องความคล้ายคลึงระหว่างยาชีววัตถุต้นแบบและยาชีววัตถุคล้ายคลึง โดยทั่วไปยาชีววัตถุต้นแบบที่นำมาศึกษา

เปรียบเทียบความคล้ายคลึงจึงมักถูกกำหนดให้เป็นยาชีววัตถุต้นแบบที่ขึ้นทะเบียนในประเทศนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม ข้อกำหนดในเรื่องนี้จำเป็นต้องมีความยืดหยุ่น หากไม่แล้วยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่จะขึ้นทะเบียนในแต่ละประเทศก็ต้องทำการศึกษาซ้ำใหม่ทั้งหมด โดยเปรียบเทียบได้เฉพาะกับยาชีววัตถุต้นแบบที่ขึ้นทะเบียนในประเทศนั้นเท่านั้น ซึ่งไม่น่าจะชอบด้วยหลักทางวิทยาศาสตร์ ทางเลือกที่เป็นไปได้คือ น่าจะยอมรับการศึกษาทดลองที่ทำการเปรียบเทียบกับยาชีววัตถุต้นแบบที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศอื่น ที่สำคัญ เช่น สหภาพยุโรป ญี่ปุ่น ได้ ภายใต้เงื่อนไขว่า ก) ยาชีววัตถุต้นแบบที่ใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง (ที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียน) ต้องมีความคล้ายคลึงอย่างสูงกับยาชีววัตถุต้นแบบที่ขึ้นทะเบียนแล้วในประเทศนั้น; ข) ยาชีววัตถุต้นแบบที่เลือกมาใช้ในการศึกษาต้องเป็นไปตามมาตรฐานของประเทศที่ผู้ประกอบการประสงค์จะขึ้นทะเบียนยาชีววัตถุคล้ายคลึง รายละเอียดเชิงวิทยาศาสตร์ของทั้งสองหลักเกณฑ์ที่ระบุจำเป็นต้องมาพิจารณาอย่างรอบคอบต่อไป ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามหลักเกณฑ์ที่เสนอมอาจจำเป็นต้องทำการศึกษาวัยเชื่อม (bridging study) ที่เหมาะสม โดยใช้ยาชีววัตถุต้นแบบภายในประเทศนั้น

7. ยาชีววัตถุคล้ายคลึงน่าจะเปลี่ยนแปลง (interchangeable) หรือทดแทนกับยาชีววัตถุต้นแบบได้ หากมีหลักฐานวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ หากยาชีววัตถุคล้ายคลึงได้รับการอนุมัติและพิสูจน์แล้วว่ามีความปลอดภัยทางคลินิก [นั่นคือ ความปลอดภัยและประสิทธิผลในข้อบ่งใช้ที่เทียบเคียงได้ (comparable) กับยาชีววัตถุต้นแบบ] โดยทั่วไปควรถือว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงนั้นเปลี่ยนแปลงยาชีววัตถุต้นแบบได้ กล่าวคือ แพทย์ เภสัชกร และตัวผู้ป่วยย่อมคาดหวังว่าจะมีผลลัพธ์ของการรักษาที่เท่าเทียมกันไม่ว่าจะใช้ยาชีววัตถุต้นแบบหรือยาชีววัตถุคล้ายคลึงก็ตาม การจัดหาหลักฐานสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงหรือทดแทนกันอาจจะทำได้ยากมากเมื่อเปรียบเทียบกับยาเคมีที่มีโมเลกุลขนาดเล็กไม่ซับซ้อน ในหลายประเทศจึงไม่อนุญาตให้สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอัตโนมัติเช่นที่เคยปฏิบัติกับยาเคมี และยังมีความหลากหลายในข้อกำหนดต่าง ๆ ในประเด็นนี้ เช่นที่ผู้เขียนเคยนำเสนอรายละเอียดเฉพาะประเด็นนี้มาก่อนกรณีนี้คงต้องอาศัยประสบการณ์และความรู้ที่เพิ่มพูนขึ้นทุกวันในด้านนี้เป็นตัวพิจารณาประกอบ

หวังว่าหลักการสำคัญทั้ง 7 ประการจะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ตั้งแต่ผู้ประกอบการที่จะพัฒนาและผลิตยาชีววัตถุคล้ายคลึงเพื่อเป็นทางเลือกเชิงสุขภาพที่มีราคาย่อมเยากว่า แพทย์และเภสัชกรได้เข้าใจในท่าทีหรือจุดยืนต่อการพัฒนาระบบการกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึงขึ้นมาใหม่ภายในประเทศบนพื้นฐานหลักวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ เพื่อให้ประเทศสามารถจัดหาและใช้ประโยชน์จากยาชนิดนี้ได้ด้วยความเชื่อมั่นในคุณภาพมาตรฐาน

แล้วพบกันใหม่ในสัปดาห์หน้าที่น่าสนใจเกี่ยวกับยาชีววัตถุคล้ายคลึงในโอกาสต่อไปครับ

*หมายเหตุ เนื้อหาในบทความนี้เป็นความเห็นทางวิชาการอิสระของผู้เขียน ไม่เกี่ยวข้องกับหรือสะท้อนนโยบายหรือจุดยืนของหน่วยงานต้นสังกัด และมีได้สะท้อนมุมมองของบริษัทฯ แต่อย่างใด บทความนี้สนับสนุนพื้นที่การนำเสนอโดยบริษัท เอเพ็กซ์เซล่า จำกัด เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง

ฝึกฟังพิสูจน์กลืนมะเร็ง

เอปีซินิวส์ – ฟังอาจเป็นเครื่องมือใหม่ที่ช่วยวินิจฉัยมะเร็งได้ตั้งแต่เริ่มเป็นและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น

นักวิจัยโปรตุเกสอาศัยความสามารถจำแนกกลิ่นของฝังบมาใช้ตรวจกลิ่นมะเร็งจากลมหายใจ โดยฝึกฟังให้คุ้นกับกลิ่นของมะเร็ง จากนั้นจึงนำมาเลี้ยงในโหลแก้วลั่งทำพิเศษแยกเป็นห้องใหญ่สำหรับให้ฝังบอาศัย และห้องเล็กสำหรับให้ผู้ที่ทดสอบเป่าลมหายใจเข้าไป ซึ่งฝังบจะบินกรูกันออกมาจากห้องถ้าพบว่ามีกลิ่นของมะเร็ง

นักวิจัยเปิดเผยว่า การฝึกฟังให้สามารถจำแนกกลิ่นของมะเร็งหรือโรคอื่น รวมถึงวัณโรคและโรคเบาหวานใช้เวลาเพียง 10 นาทีเท่านั้น และทำได้โดยให้ฟังได้รับกลิ่นที่ตัวโรคผลิตออกมาแล้วจึงให้สูดดม ซึ่งเมื่อทำซ้ำกันหลายครั้งก็จะช่วยให้ฝังบสามารถจำกลิ่นได้โดยมีน้ำตาลเป็นรางวัล

แม้ยังคงมีข้อจำกัดต่อประสิทธิภาพและโอกาสการเกิดผลบวกหลอกจากการตรวจโรคด้วยฝังบ แต่นักวิจัยยังคงเห็นว่าการตรวจโรควิธีนี้มีข้อดีหลายประการ ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายสามารถใช้ได้ระยะยาว และมีความแม่นยำสูง โดยยกตัวอย่างถึงการฝึกดมกลิ่นสำหรับภาวะกักตรวจกับระเบิดและยาเสพติดอันเป็นที่แพร่หลายในปัจจุบัน



กรีซเปิดศูนย์บริการผู้เสพยา

รอยเตอร์ – กรีซเปิดศูนย์บริการผู้เสพยา อันเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการลดการระบาดของโรคติดเชื้อในหมู่ผู้ใช้ยาเสพติด

ศูนย์บริการเฉพาะทางนี้จะเปิดทางให้ประชาชนเข้ามาใช้ยาเสพติดชนิดฉีดภายใต้การดูแลของแพทย์ โดยที่ผู้ใช้บริการจะต้องนำยาเสพติดมาเอง โดยล่าสุดมีผู้เข้ามาใช้บริการแล้วกว่า 200 คนนับตั้งแต่เปิดตัวเมื่อเดือนตุลาคมที่ผ่านมา และมีแนวโน้มสูงที่จะต้องขยายสาขาในอีกไม่ช้าเพื่อรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างล้นหลาม

ประมาณกันว่ามีผู้ใช้ยาเสพติดราว 25,000 คน และส่วนใหญ่เป็นคนจรจัดซึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข เมื่อสมทบกับปัญหาเศรษฐกิจและการตัดงบประมาณด้านสาธารณสุขตามมาตรการรัดเข็มขัดก็ยิ่งซ้ำเติมสถานการณ์เอชไอวีในกรีซ และทำให้ตัวเลขผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

อีกด้านหนึ่งคณะผู้แทนยุโรปเรียกร้องให้กรีซและชาติสมาชิกสหภาพยุโรปทบทวนนโยบายเพื่อที่จะรับมือกับผลกระทบจากปัญหาเสพติดในประเทศที่ประสบปัญหาเศรษฐกิจได้อย่างทันท่วงที โดยชี้ว่างบประมาณสำหรับการรักษาผู้ติดยาเสพติดไม่ควรติดร่างแหมาตรการรัดเข็มขัดรวมไปกับงบประมาณส่วนอื่น



เตือนพ่อแม่ลดเสียงหูฟังลูกวัยรุ่น

รอยเตอร์เฮลธ์ – แพทย์ออกมาระตักพ่อแม่ชาวอเมริกันอย่าละเลยเตือนวัยรุ่นถึงปัญหาการได้ยินบกพร่องรุนแรงจากการฟังเพลงหรือเสียงดังเกินปกติ

กุมารแพทย์ให้ความเห็นว่าพ่อแม่ชาวอเมริกันเพิ่งหันมาตระหนักถึงอันตรายจากเสียงดังเกินปกติเมื่อไม่นานมานี้ เห็นได้จากตัวเลขผู้ป่วยการได้ยินบกพร่องซึ่งมีจำนวนกว่า 5 ล้านคนในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น และส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการได้รับเสียงดัง โดยเฉพาะการฟังเพลงเสียงดังต่อเนื่องนานเกินไป

แพทย์ยอมรับว่าเป็นการยากที่จะชี้ชัดว่าความดังในระดับใดจึงจะถือว่าปลอดภัย เนื่องจากความเสี่ยงต่อปัญหาการได้ยินนั้นเป็นผลจากทั้งระดับความดังของเสียงและระยะเวลาที่ได้รับเสียง จึงแนะนำให้พ่อแม่หาหูฟังที่มีคุณสมบัติจำกัดระดับความดังมาใช้งานควบคู่กับสวิตช์ควบคุมความดังของอุปกรณ์ที่ใช้เปิดเพลง รวมถึงแนะนำให้ลูกวัยรุ่นใช้จุกอุดหูเมื่อต้องอยู่ในบริเวณที่มีเสียงดัง เช่น ในการแสดงดนตรี หรือระหว่างใช้งานเครื่องมือช่าง



ผลกระทบสังคมสมัยใหม่

พหาวาอังกฤษไกลเพศสัมพันธ์

บีบีซี - นักวิจัยชี้ ความกังวลปัญหาการเงินและความคลั่งไคล้ในโซเชียลมีเดียทำให้ชาวอังกฤษมีเพศสัมพันธ์น้อยลง

การสำรวจประจำศวรรษจากชาวอังกฤษ 15,000 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 16-44 ปี ลดการมีเพศสัมพันธ์ลงเหลือเดือนละไม่ถึง 5 ครั้ง โดยนักวิจัยตั้งข้อสังเกตว่าการลดลงของความต้องการทางเพศในกลุ่มตัวอย่างอาจเป็นผลมาจากปัญหาความกังวลเกี่ยวกับหน้าที่การงานและภาวะค่าใช้จ่าย ซึ่งพลอยมีผลกระทบต่ออารมณ์ทางเพศ

นักวิจัยยังตั้งข้อสังเกตว่าแท็บเล็ตและสมาร์ทโฟนที่นิยมติดเข้าห้องนอนไปด้วยก็อาจเป็นตัวการเบียดบังความสนใจในตัวคู่นอนและทำให้จดจ่ออยู่กับการตอบข้อความใน Twitter, Facebook, E-mail และเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุนี้อาจหันมาพึ่งเว็บไซต์ไปเรื่อยเป็นช่องทางคลายกำหนดแทนการมีเพศสัมพันธ์จริง

ผลการสำรวจเดียวกันยังชี้ไปถึงปัญหาจากเพศสัมพันธ์ในอังกฤษ รวมถึงการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจและถูกบังคับมีเพศสัมพันธ์แต่ไม่แข็งแรง นอกจากนี้ยังสะท้อนว่าชาวอังกฤษเปิดกว้างต่อการแต่งงานในกลุ่มรักร่วมเพศมากขึ้น ขณะที่เริ่มมีทัศนคติเชิงก้าวร้าวต่อการนอกใจคู่รัก



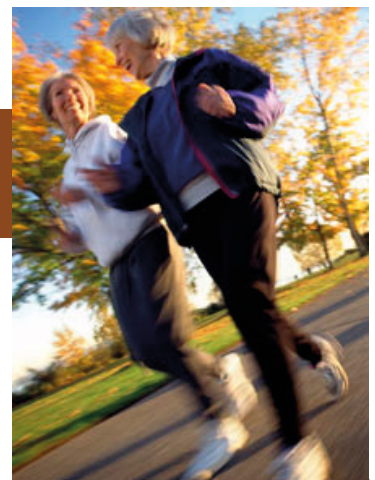
รัสเซียห้ามโฆษณาทำแท้ง

รอยเตอร์ - ประธานาธิบดีวลาดิมีร์ ปูติน ของรัสเซียลงนามในกฎหมายห้ามโฆษณาการทำแท้ง ท่ามกลางเสียงวิจารณ์จากกลุ่มสิทธิสตรี

มองกันว่าการลงนามในกฎหมายห้ามโฆษณาการทำแท้งและตัดสิทธิเบิกจ่ายค่าทำแท้งจากประกันชีวิตเป็นผลจากนโยบายของผู้บริหารรัสเซียซึ่งต้องการแก้ปัญหา

การถดถอยของจำนวนประชากรหลังการสิ้นสุดของอดีตสหภาพโซเวียต และสอดคล้องกับมาตรการของทางการक्रमลินซึ่งสนับสนุนงบประมาณโฆษณาและจัดสรรเงินพิเศษเพื่อจูงใจให้ประชาชนผลิตทายาท

อนึ่ง การแพร่หลายของยาคุมกำเนิดและอิทธิพลของศาสนจักรรัสเซียที่เข้ามามีบทบาทในสังคมมากขึ้นหลังการล่มสลายของอดีตสหภาพโซเวียตเมื่อปี พ.ศ. 2534 เป็นผลให้อัตราการทำแท้งในรัสเซียลดลงมาบ้าง แต่อย่างไรก็ดี รัสเซียยังคงติดหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีอัตราการทำแท้งสูงสุด โดยที่การทำแท้งก็ยังคงเป็นวิธีคุมกำเนิดที่แพร่หลายมากที่สุดเช่นกัน



ออกกำลังกายไม่มีสายเกินไป

บีบีซี - ผลวิจัยล่าสุดชี้ การออกกำลังกายช่วยป้องกันโรคภัยและสมองเสื่อมแม้เพิ่งหันมาออกกำลังกายหลังเกษียณ

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างวัยเกษียณ 3,500 คน ซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร British Journal of Sports Medicine รายงานว่า ผู้ที่ออกกำลังกายมีแนวโน้มที่จะยังคงมีสุขภาพดีไปอีก 8 ปีสูงกว่าถึง 3 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย และการออกกำลังกายเป็นเวลานานเอกลำหรับลดความเสี่ยงของโรคหัวใจ สโตรค เบาหวาน อัลไซเมอร์ รวมถึงโรคซึมเศร้า

นักวิจัยกล่าวว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตลอดชีวิตถือว่ามีประสิทธิภาพที่สุด อย่างไรก็ตาม การหันมาออกกำลังกายเมื่ออายุมากก็ยังคงมีประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งจะเป็นการดีต่อสุขภาพหากทำตัวให้กระฉับกระเฉงเข้าไว้ พร้อมกันนี้ชี้ว่าการออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องไปเรียกเหงื่อในโรงยิมเท่านั้น หากสามารถทำได้ง่ายด้วยการออกไปวิ่ง ตกแต่งสวนหย่อมหรือหันมาเดินจ่ายตลาด และการทำกิจกรรมเพียง 10 นาทีก็ถือว่าการออกกำลังกายเช่นกัน

ศ.นพ.วิศิษฎ์ ทองบุญเกิด

รับรางวัลปาฐกถาสุด แสงวิเชียร ประจำปี 2556

ศ.นพ.วิศิษฎ์ ทองบุญเกิด รองหัวหน้าสถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับรางวัลปาฐกถาสุด แสงวิเชียร ประจำปี พ.ศ. 2556 โดยมี ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นประธานมอบเหรียญทองเกียรติยศและเงินรางวัล รวมถึงได้รับเกียรติแสดงปาฐกถาเรื่อง "Proteomics : นักวิจัยสู่เวทีโลก" ณ ห้องประชุมมหิตวิทยาทฤษฎีคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7



Dealing with Adolescents in the 21st Century

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับอนุกรรมการ และชมรมสุขภาพวัยรุ่น ขอเชิญกุมารแพทย์ อายุรแพทย์ จิตแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และผู้สนใจทุกท่าน ร่วมประชุมวิชาการ ครั้งที่ 4 “Dealing with Adolescents in the 21st Century” ระหว่างวันที่ 22-24 มกราคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมพระมงกุฎเกล้าเวช ชั้น 4 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณกร ไทศัพธ์ 0-2716-6200 www.thaipediatrics.org

Surgical complications : prevention and management in 2014

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 28 “Surgical complications : prevention and management in 2014” ระหว่างวันที่ 5-7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติ โรงแรมดิเอ็มเพรส จ.เชียงใหม่ สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-5394-5532, 0-5394-5533 การลงทะเบียนติดต่อ คุณปัทมา ปัญเจริญ และคุณพัชรินทร์ อาษาภิกข, Pre-congress คุณสุรัชดา คำวังสวัสดิ์ ลงทะเบียนออนไลน์และจองที่พักผ่าน online registration ได้ที่ <http://www.med.cmu.ac.th/dept/surgery/> กรุณาคลิกที่ Icon การประชุมราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ส่วนภูมิภาค



ลดพึ่งยาปฏิชีวนะ ลดวิกฤติเชื้อดื้อยาในเด็ก

ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) พบว่า ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา คนไทยใช้ยาปฏิชีวนะเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ประเทศไทยมีแนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2552 มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาปฏิชีวนะสูงถึง 10,940 ล้านบาท สาเหตุสำคัญประการหนึ่งเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร ที่สั่งจ่ายไม่เหมาะสม และจากภาคประชาชนที่ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การซื้อยาใช้เอง การร้องขอยาจากแพทย์ การใช้ยาผิดประเภท ส่งผลให้เกิดวิกฤติเชื้อดื้อยา ซึ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ

ในเด็กไทยเมื่อได้รับยาปฏิชีวนะมากเกินไปย่อมมีผลกระทบต่อตามมา จากข้อมูลการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในกลุ่มโรค URI (Upper respiratory infection หมายถึง โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจส่วนต้น เริ่มตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงเหนือกล่องเสียง เช่น โรคหวัด หรือ common cold) พบว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะเฉลี่ยร้อยละ 43.7 และโรคท้องร่วงเฉียบพลันมีการใช้ยาปฏิชีวนะเฉลี่ยร้อยละ 35 ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเด็กในกลุ่มนี้ เพราะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำและติดเชื้อดื้อยาได้ง่าย เนื่องจากเป็นวัยที่มีโอกาสคลุกคลีกับเด็กในวัยใกล้เคียงกันซึ่งยังขาดภูมิคุ้มกัน ดังนั้น การให้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นอาจทำให้เกิดการแพ้ยาและส่งผลเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อดื้อยาในอนาคต โดยยาปฏิชีวนะที่มักใช้กันบ่อย ได้แก่ อะม็อกซิซิลลิน เพนนิซิลลิน เตตราไซคลิน นอร์ฟลอกซาซิน คล็อกซาซิลลิน ไดคล็อกซาซิลลิน

ด้วยเหตุนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใส่ใจในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ เพราะการใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อทำให้ผลแตกต่างจากยาแก้ปวดและยาทั่วไป เนื่องจากยาประเภทอื่นเมื่อมีการใช้ไม่ถูกต้องจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ใช้เท่านั้น แต่การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อส่งผลต่อสุขภาพทั้งของตนเองและผู้อื่น เช่น เกิดการแพ้ยา หากแพ้ไม่มากอาจมีแค่ผื่นคัน ถ้ารุนแรงขึ้นผิวหนังจะเป็นรอยไหม้ หลุดลอก หรืออาจถึงขั้นเสียชีวิต เกิดเชื้อดื้อยา การรับประทานยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อกระตุ้นให้เชื้อแบคทีเรียกลายพันธุ์เป็นเชื้อดื้อยา ต้องเปลี่ยนไปใช้ยาปฏิชีวนะที่ใหม่ขึ้น แพงขึ้น ซึ่งเหลือให้ใช้อยู่ไม่กี่ชนิด สุดท้ายคือ ไม่มียารักษา และเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งเชื้อดื้อยานี้อาจแพร่สู่คนอื่น โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำ โรคมะเร็ง หรือเกิดโรคแทรกซ้อน ยาปฏิชีวนะจะฆ่าทั้งแบคทีเรียก่อโรค และแบคทีเรียชนิดดีที่มีประโยชน์ในลำไส้ เมื่อแบคทีเรียชนิดดีตายไป เชื้ออื่น ๆ ในร่างกายจึงฉวยโอกาสเติบโตมากขึ้น ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ลำไส้อักเสบอย่างรุนแรง โดยผนังลำไส้ที่ถูกทำลายหลุดออกมากับอุจจาระ เป็นอันตรายถึงชีวิต

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โรงพยาบาลเด็ก) จึงได้ร่วมกับแผนงานพัฒนาโลกเฝ้าระวังระบบยา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วม “รณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในเด็ก: Antibiotics Smart Use in Children (ASU Kids)” เนื่องในวัน Antibiotic Awareness Day ซึ่งตรงกับวันที่ 18 พฤศจิกายนของทุกปี โดยประเทศไทยในกลุ่มสหภาพยุโรป (European Union: EU) ได้จัดทำกิจกรรมรณรงค์ต่อเนื่องกันมาทุกปี

สำหรับประเทศไทยจัดขึ้นครั้งแรกในปีระหว่างวันที่ 18-24 พฤศจิกายนที่ผ่านมา พร้อมเปิดตัว ASU Kids และเผยแพร่ผลการรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีอาการไข้หวัด เจ็บคอ พบว่า 91.5% ของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษามีอาการดีขึ้นจนหายเป็นปกติ โดยไม่ต้องจ่ายยาปฏิชีวนะให้ ซึ่งอัตราการหายไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะในการรักษา จากการศึกษาซึ่งพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่พึงพอใจ และ 98.5% ต้องการจะกลับมาใช้บริการอีกในครั้งต่อไป





นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา



ศ.คลินิก พญ.ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช



พศ.ญ.ดร.นียดา เกียรติยิ่งอังสุลิ



ญ.ดร.ดวงทิพย์ หงส์สมุทร

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการไข้หวัด-เจ็บคอ ซึ่งมักพบบ่อยในเด็กอายุ 2-5 ปี เป็นโรคที่สามารถหายเองได้โดยภูมิคุ้มกันภายในร่างกาย พ่อแม่ผู้ปกครองไม่ควรให้เด็กรับประทานยามากเกินไป โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ เช่น อะม็อกซิซิลลิน ซึ่งมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ไม่สามารถรักษาอาการไข้หวัด-เจ็บคอที่เกิดจากเชื้อไวรัสได้ และยังเป็นอันตรายอาจทำให้เด็กแพ้ยาเพิ่มความเสี่ยงของโรคภูมิแพ้ในเด็ก ที่สำคัญคือ อาจเหนี่ยวนำให้เด็กเกิดเชื้อดื้อยาซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กในระยะยาว และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ในปีนี้ทางสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาวิจัยโดยติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยเด็กที่ผู้ปกครองพามารับการรักษาด้วยอาการไข้หวัด-เจ็บคอ ซึ่งทางสถาบันฯ ได้ทำการรักษาตามอาการโดยไม่จ่ายยาปฏิชีวนะให้แก่ผู้ป่วย ผลปรากฏว่าผู้ป่วยเด็ก 91.5% มีอาการดีขึ้นจนหายเป็นปกติเป็นที่พอใจของผู้ปกครอง และบุคลากรผู้ให้การรักษา ซึ่งที่ผ่านมากรมการแพทย์ได้มุ่งเน้นให้สถานพยาบาลในสังกัดควบคุม

ปริมาณการจ่ายยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพของประชาชน สอดรับกับนโยบายลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาล และสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่ประกาศให้ตระหนักถึงการใช้อย่างถูกต้องสมเหตุผลเพื่อลดปัญหาเชื้อดื้อยา

ศ.คลินิก พญ.ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กล่าวว่า สถาบันฯ ตระหนักถึงอันตรายจากการรับประทานยาปฏิชีวนะที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเด็ก จึงได้ควบคุมการจ่ายยาปฏิชีวนะโดยเฉพาะในโรคหายเองได้โดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างเช่น ไข้หวัด-เจ็บคอ ซึ่งแพทย์จะรักษาตามอาการและแนะนำวิธีการที่ถูกต้องให้แก่พ่อแม่ผู้ปกครอง พร้อมทั้งติดตามประเมินผลการรักษาอย่างใกล้ชิดเพื่อให้พ่อแม่ผู้ปกครองมั่นใจในแนวทางการรักษา สำหรับอาการไข้หวัด-เจ็บคอ พ่อแม่ผู้ปกครองสามารถตรวจสอบเองได้ง่าย ๆ โดยให้เด็กอ้าปาก ใช้ไฟฉายแสงขาวส่องดูในคอ หากไม่มีตุ่มหนองที่ต่อมทอนซิล และใช้นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้กดใต้ขากรรไกรแล้วเด็กไม่เจ็บ แสดงว่าเกิดจากเชื้อไวรัส ไม่ต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ แต่ให้เด็กดื่มน้ำอุ่นมากขึ้น พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ออกกำลังกายให้เหงื่อออกบ้างเล็กน้อย และดูแลร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ หากตัวร้อนเป็นไข้ให้เช็ดตัวหรือรับประทานยาพาราเซตามอลเพื่อลดไข้ เพียงเท่านี้ก็พอ

ด้าน **พศ.ญ.ดร.นียดา เกียรติยิ่งอังสุลิ ผู้จัดการแผนงานพัฒนาไกลเฝ้าระวังระบบยา (กพย.)** โดยการสนับสนุนของสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เปิดเผยว่า



พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในสังคมไทยนั้นน่าเป็นห่วง และต้องเร่งป้องกันแก้ไข เนื่องจากมีความเชื่อและความเข้าใจผิดหลายประการ ประการแรกคือ เรียกชื่อผิด การเรียกยาปฏิชีวนะว่ายาแก้ไอ แก้เจ็บคอ ทำให้เข้าใจผิดว่ายาปฏิชีวนะใช้ได้กับอาการอักเสบทุกชนิดและทำให้เชื้อแบคทีเรียที่เรียกว่าไวรัส หรือสาเหตุอื่น ๆ ได้ ประการที่สองคือ ผู้ป่วยมักไม่ทราบว่าเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของโรคหัด เจ็บคอ ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากเชื้อไวรัสซึ่งสามารถหายเองได้ด้วยภูมิคุ้มกันของร่างกาย การไปหาซื้อยาปฏิชีวนะรับประทานเองจึงไม่ช่วยรักษาโรค แต่ยิ่งเพิ่มอันตรายจากการใช้ยาโดยไม่จำเป็น ประการที่สามคือ ประชาชนมีความเชื่อตาม ๆ กันว่ารับประทานยาปฏิชีวนะกันไว้ก่อนจะช่วยป้องกันโรคได้ ซึ่งความเชื่อและความเข้าใจผิดดังกล่าวเป็นเหตุให้คนไทยใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อเกินจำเป็น จนเกิดเป็นวิกฤติเชื้อดื้อยาในปัจจุบัน และกำลังลุกลามไปถึงผู้ป่วยเด็กเพราะความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของพ่อแม่ผู้ปกครอง

กพย. โดยการสนับสนุนของ สสส. จึงร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมาโดยตลอด เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงอันตราย และใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ภญ.ดร.ดวงทิพย์ หงส์สมุทร ผู้เชี่ยวชาญ กองทุนยา เวชภัณฑ์และวัคซีน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กล่าวเพิ่มเติมว่า สปสช. ในฐานะองค์กรที่มีหน้าที่สรรหาและจัดซื้อบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน 47 ล้านคนทั่วประเทศ เล็งเห็นถึงปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อในสังคมไทย ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้สุขภาพย่ำแย่ เกิดโรคอื่นตามมาเท่านั้น แต่ยังทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียค่าดูแลรักษาสุขภาพและ



การสั่งซื้อยาจากต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น ซึ่งข้อมูลจาก ออย. ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาเผยให้เห็นว่าประเทศไทยมีการสั่งซื้อยาปฏิชีวนะมากเป็นอันดับหนึ่ง มูลค่าสูงกว่า 10,000 ล้านบาท ต่อปี สปสช. จึงได้นำเอาแนวปฏิบัติโครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use: ASU) จากออย. และภาคีเครือข่ายมาเป็นแนวทางในการกำหนดเกณฑ์การลดใช้ยาปฏิชีวนะในสถานพยาบาล ขานรับนโยบายรัฐในการลดค่าใช้จ่ายประเทศและเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งกำลังเป็นวิกฤติทั่วโลกอยู่ในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม หากมีการใช้ยาปฏิชีวนะโดยขาดความระมัดระวังย่อมส่งผลกระทบต่อ**ด้านสุขภาพ** ไม่ว่าจะเป็นคนไทยติดเชื้อในโรงพยาบาล 270,000 คน คนไทยติดเชื้อดื้อยา 90,000 คน ผู้ติดเชื้อดื้อยาอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น 3 ล้านวัน คนไทยเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา 38,000 คน รวมถึงส่งผลกระทบต่อ**ด้านเศรษฐกิจ** ไม่ว่าจะเป็นมูลค่ายาปฏิชีวนะรักษาเชื้อดื้อยา 6,000 ล้านบาท และความสูญเสียทางเศรษฐกิจรวม 30,000 ล้านบาท

ทั้งนี้เพื่อให้การใช้ยาปฏิชีวนะเป็นไปอย่างสมเหตุผล บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร รวมทั้งประชาชนจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องยาปฏิชีวนะ ดังต่อไปนี้

1. ยาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้ไอ แก้เจ็บคอ ยาปฏิชีวนะเป็นยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ส่วนยาแก้ไอ แก้เจ็บคอเป็นยาต้านการอักเสบ ลดไข้ บรรเทาปวด ลดบวมแดง เช่น แอสไพริน ไอบูโพรเฟน ไม่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งการอักเสบส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียจึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ การเรียกยาปฏิชีวนะผิดเป็นยาแก้ไอ แก้เจ็บคอจะทำให้เชื้อแบคทีเรียชนิด รักษาโรค และเป็นอันตรายถึงชีวิต

2. ยาปฏิชีวนะเป็นยาอันตราย เพราะอาจทำให้แพ้ยา และเกิดเชื้อดื้อยา ดังนั้น กฎหมายจึงกำหนดให้ยาปฏิชีวนะเป็นยาอันตราย โดยมีคำเตือนในกรอบอยู่ข้างกล่อง และควรใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรเท่านั้น

3. โรคหายได้ ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ อาทิ **หวัด เจ็บคอ** กว่าร้อยละ 80 เกิดจากไวรัส มีอาการ เช่น น้ำมูกไหล ไอ จาม เสียงแหบ เจ็บคอ คันท่อม มีไข้ เป็นนาน 7-10 วัน โดยวันที่ 3-4 จะมีอาการมากที่สุด แล้วจะค่อย ๆ ดีขึ้นเอง รักษาโดยดื่มน้ำอุ่น กล้วยคอด้วยน้ำเกลือ พักผ่อนให้มาก แต่ถ้ามีอาการ 3 ใน 4 ข้อคือ เจ็บคอมาก และไม่ไอ มีไข้ มีหนองที่ต่อมทอนซิล ต่อมน้ำเหลืองใต้ขากรรไกรโตและกดเจ็บ ต้องไปพบแพทย์หรือเภสัชกร **ท้องเสีย** กว่าร้อยละ 99 เกิดจากไวรัสหรืออาหารเป็นพิษ มีอาการถ่ายเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำ อาจมีคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย รักษาโดยดื่มน้ำเกลือแร่ ไม่ต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ แต่ถ้ามีไข้และถ่ายเป็นมูกเลือดต้องไปพบแพทย์หรือเภสัชกร **แผลเลือดออก** เช่น มีดบาด แผลถลอก แผลเล็กน้อยจากอุบัติเหตุ ซึ่งผู้ป่วยมีสุขภาพโดยรวมแข็งแรงดี รักษาโดยล้างทำความสะอาดอย่างถูกต้อง ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ แต่ถ้าเป็นแผลที่เท้า ตะปูตำ สัตว์กัด แผลถูกสิ่งสกปรก เช่น มูลสัตว์ น้ำคร่ำ หรือมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ต้องไปพบแพทย์หรือเภสัชกร





ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จัดอบรมระยะสั้น Update on Clinical Practice Guidelines in Internal Medicine

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จัดโครงการอบรมระยะสั้น Update in Internal Medicine 2014 เรื่อง “Update on Clinical Practice Guidelines in Internal Medicine” ระหว่างวันที่ 23-26 มกราคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมมหิตยาทรกิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติได้ทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติที่ทันสมัยนำไปสู่การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

รศ.นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดโครงการอบรม Update in Internal Medicine เป็นประจำทุกปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการทบทวนข้อมูลทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเหมาะสมในทางเวชปฏิบัติ ซึ่งในแต่ละปีจะมีวิทยากรมาทบทวนความรู้และข้อเสนอแนะจากสมาคมต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมากมาย แพทย์ในเวชปฏิบัติจึงต้องติดตามข้อมูลเหล่านี้ให้ทัน และทราบว่าข้อมูลอันไหนเหมาะที่จะนำมาใช้ในประเทศไทย โดยในปีนี้จัดในหัวข้อ Update on Clinical Practice Guidelines in Internal Medicine ซึ่งปรับเวลาจากเดิม 5 วัน ให้เหลือเพียง 4 วัน โดยตรงกับช่วงเวลาราชการเพียง 2 วัน เพื่อให้ผู้สนใจมีโอกาสเข้าร่วมอบรมได้มากขึ้น แม้จะปรับระยะเวลาให้สั้นลง แต่เนื้อหาในภาพรวมยังคงเข้มข้น รวมทั้งยังมีหนังสือ Update in Internal Medicine 2014 ให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านเหมือนเดิม

เนื้อหาในการบรรยายเน้นทางด้านแนวเวชปฏิบัติ หรือ Clinical Practice Guideline ซึ่งล้วนแต่มีความน่าสนใจจำนวน 40 หัวข้อ โดยทุกหัวข้อจะเกี่ยวข้องกับข้อสรุปจากแนวเวชปฏิบัติในการรักษาโรคต่าง ๆ ที่ผู้เข้าร่วมอบรมจะได้ทราบว่าข้อมูลที่เป็น Clinical Practice Guidelines ที่ตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์ ข้อมูลใดเหมาะที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยในประเทศไทย โดยจะเริ่มการบรรยายด้วยหัวข้อ How to Use Clinical Practice Guidelines in Clinical Practice เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบว่าก่อนที่จะนำ Clinical Practice Guidelines ต่าง ๆ มาใช้ ประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคืออะไร ส่วนหัวข้ออื่น ๆ ก็จะเป็นเนื้อหาในบริบทของแต่ละส่วนตลอดการอบรมทั้ง 4 วัน

ไฮไลท์ของโครงการอบรมในปีนี้เป็น การบรรยายในแต่ละหัวข้อที่ใช้เวลาประมาณ 30 นาที จะให้ผู้บรรยายทำการสรุปเนื้อหาที่สำคัญในเวลา 20-25 นาที ส่วนเวลาที่เหลือ 5-10 นาที จะมีอาจารย์แพทย์ที่เป็นผู้ดำเนินกรอบรมในแต่ละหัวข้อ ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในเวชปฏิบัติจริง ๆ เป็นผู้ตั้งคำถามให้แก่ผู้บรรยายว่านอกเหนือจากแนวเวชปฏิบัติที่ผู้บรรยายแนะนำแล้ว ยังมีประเด็นที่เป็นข้อสงสัยหรือข้อสนใจของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอะไรบ้าง เหมือนกับเป็นตัวแทนของผู้เข้าร่วมอบรมในการตั้งคำถามในประเด็นที่นอกเหนือจาก Clinical Practice Guidelines ซึ่งจะมีในทุกหัวข้อของการบรรยาย ไฮไลท์อีกอย่างหนึ่งในการอบรมครั้งนี้คือ ในแต่ละวันจะมีการจัด Symposium ซึ่งจะเป็นลักษณะของ Multi-Discipline Approach ในปัญหาต่าง ๆ โดยประกอบด้วย Morning Symposium 3 วัน และ Lunch Symposium 4 วัน นอกจากนี้ในแต่ละหัวข้อ ผู้บรรยายจะมีการตั้งโจทย์คำถามที่เป็น Case Scenario เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม และในวันสุดท้ายจะมีการรวบรวมคะแนนทั้งหมด พร้อมกับมอบรางวัลให้แก่ผู้ที่มีคะแนนสูงสุด และคะแนนรองลงมา



ทั้งนี้วิทยากรที่มาร่วมบรรยายจะเป็นคณาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลทั้งหมด โดยส่วนใหญ่จะมาจากภาควิชาอายุรศาสตร์ แต่จะมีบางหัวข้อที่มีความเกี่ยวข้องกับภาควิชาอื่น ๆ ก็จะมีคณาจารย์จากภาควิชาอื่น ๆ เข้ามาร่วมบรรยายด้วย เช่น ปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่ช้ำยาแก้ปวดพาราเซตามอลในปริมาณมากทำให้เกิดภาวะตับอักเสบเฉียบพลันจะมีอาจารย์จากหน่วยพิษวิทยา ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันมาร่วมบรรยาย การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชเมื่อเข้ามารักษาในโรงพยาบาล จะมีอาจารย์จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์มาร่วมบรรยาย และหัวข้อเกี่ยวกับโรคเชื้อราที่เล็บก็จะมีอาจารย์จากภาควิชาตจวิทยาเข้าร่วมบรรยายด้วย เป็นต้น

“ความรู้ทางการแพทย์ โดยเฉพาะทางด้านอายุรศาสตร์นั้นเปลี่ยนแปลงเร็วมาก โครงการอบรมในครั้งนี้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบว่าสิ่งที่เป็นวิทยากรทันสมัยที่เป็นที่ยอมรับ และควรจะไปสู่เวชปฏิบัติคืออะไร เพื่อนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันมีเทคโนโลยีทางการแพทย์และยาใหม่ ๆ เกิดขึ้นมากมาย หากแพทย์สามารถเรียนรู้ในสิ่งที่เหมาะสม การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในแง่การส่งตรวจ การช้ำยา จะช่วยให้กระบวนการรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสมมากขึ้น ช่วยในการประหยัดค่าใช้จ่ายในภาพรวม และมีประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีมากขึ้น จึงขอเชิญชวนอายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เข้ามาร่วมโครงการอบรมในครั้งนี้” **รศ.นพ.พูลชัย** กล่าวทิ้งท้าย

สำหรับผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ หน่วยวิจัยและวิชาการ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ตึกอักษฎาณศ์ ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทรศัพท์ 0-2419-8801



ด้านโภชนาการและสุขภาพให้แก่คนไทย ซึ่งได้จัดต่อเนื่องมาเป็นปีที่ 13 ได้มอบทุนวิจัยเป็นจำนวนเงินปีละ 500,000 บาท โดยไม่มีข้อผูกพันใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่งที่ผ่านมา มีนักวิจัยได้รับทุนจากโครงการไปแล้วกว่า 37 ผลงาน โดยในปีนี้มี 3 นักวิจัยดีเด่นที่ได้รับทุน ได้แก่ นพ.พัฒนัศมา วิจิณศาสตร์วิจัย หน่วยเวชศาสตร์



3 นักวิจัยไทยคว้าทุนวิจัย “เซเรบอส อวอร์ด 2013”

จุดประกายผลงานวิจัย ต่อยอดยกระดับคุณภาพชีวิตคนไทย

การวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการค้นคว้าหาความรู้ ความจริง และเป็นวิธีการที่มีความเชื่อถือได้มากกว่าวิธีการแสวงหาความรู้ด้วยวิธีการอื่น ๆ เนื่องจากการวิจัยจะต้องผ่านกระบวนการซึ่งประกอบด้วย การกำหนดปัญหา การตั้งสมมุติฐาน การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปผล และเขียนรายงานการวิจัย ทำให้ข้อมูลความรู้ที่ได้จากการวิจัยสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ความเจริญก้าวหน้าทางด้านต่าง ๆ มากมาย รวมถึงยังเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ อีกด้วย

จากความสำคัญและตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องมีการสนับสนุนให้มีการวิจัยเกิดขึ้น เมื่อเร็ว ๆ นี้ โครงการ “ทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด” ประจำปี ค.ศ. 2013 ซึ่งจัดโดยบริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ร่วมกับ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ชมรมโภชนาการมหิดล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก คณะการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต และมูลนิธิเซเรบอส ได้มอบทุนให้แก่ 3 นักวิจัยไทยที่คว้ารางวัลนักวิจัยดีเด่นด้านโภชนาการ เภสัชศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ในงานประชุมวิชาการ “อาหารและโภชนาการส่งเสริมสุขภาพสมอง” ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย

โครงการ “ทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด” เป็นโครงการสนับสนุนให้นักวิจัยไทยร่วมส่งผลงานเพื่อขอรับทุนที่เกี่ยวข้องกับด้านโภชนาการ เภสัชศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการยกระดับความสามารถในการแข่งขันทางวิชาการของไทย และส่งเสริม

การเจริญพันธุ์ ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กับผลงานวิจัยเรื่อง “การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาสารสกัดจากรากและเหง้าของต้นแบล็กโคฮออสในการรักษาอาการสัมพันธ์กับวัยหมดระดูระดับปานกลางถึงรุนแรงในสตรีไทย”, ดร.วรรณวิมล คล้ายประดิษฐ์ ภาควิชาผลิตภัณฑ์ประมง คณะประมง มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กับผลงานวิจัยเรื่อง “การใช้เทคโนโลยีเอ็นแคปซูลชันในการเพิ่มความคงตัวให้กับแอสตาแซนธินธรรมชาติ สำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ในผลิตภัณฑ์อาหาร” และนักเรียนพยาบาล เครือวัลย์ พิรักษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กับผลงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า”

นพ.พัฒนัศมา วิจิณศาสตร์วิจัย หน่วยเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กับผลงานวิจัย

เรื่อง **“การวิจัยเชิงทดลองแบบ
สุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อ
ศึกษาสารสกัดจากรากและ
เหง้าของต้นแบล็กโคฮอสน์ใน
การรักษาอาการสัมพันธ์กับ
วัยหมดระดูระดับปานกลาง
ถึงรุนแรงในสตรีไทย”** กล่าวว่



ผมเชื่อว่าประเทศไทยมีนักวิจัยที่มีความสามารถมากมาย และมีมุมมองงานวิจัยที่สามารถนำไปต่อยอดให้เกิดประโยชน์ได้ในอนาคตอย่างแน่นอน ซึ่งทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด ก็เป็นอีกหนึ่งแรงสนับสนุนดี ๆ ที่ผลักดันให้นักวิจัยไทยสร้างงานวิจัยดี ๆ เพื่อสังคมไทยต่อไป

อาการที่สัมพันธ์กับวัยหมด

ระดู (Menopausal Symptoms)

เช่น อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อ

ออกตอนกลางคืน เป็นอาการ

ที่พบบ่อยในสตรีวัยใกล้หมด

ระดู และวัยหมดระดู ในสตรี

ไทยพบว่าความชุกของอาการ

สัมพันธ์กับวัยใกล้หมดระดูและวัย

หมดระดูได้สูงถึงร้อยละ 40 ซึ่งอาการเหล่านี้

หากไม่ได้รับการข่มลงส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วย รบกวนอาการนอนหลับ ผลเสียต่อ

อารมณ์ ความจำ และความรู้ความเข้าใจ นอกจากนี้

อาจจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางระบบหัวใจ

และหลอดเลือด โดยในปัจจุบันการรักษาอาการ

ดังกล่าวมีหลายวิธี แม้ว่าการรักษาด้วยฮอร์โมน

ยังเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุด แต่พบว่า

อาจเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านม โรคทาง

ระบบหัวใจและหลอดเลือดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน

ในหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ

“ทั้งนี้คนไข้วัยทองปัจจุบันจะกลัวผล

ข้างเคียงจากฮอร์โมนมาก แม้ว่าข้อมูลปัจจุบัน

จะไม่มีที่ยืนยันว่าการรับประทานฮอร์โมนจะ

เป็นการเพิ่มโอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านมก็ตาม

แต่คนไข้ส่วนหนึ่งก็ยังวิตกกังวลถึงผลข้างเคียง

แม้ว่าจะอธิบายอย่างไรก็ตาม จากเหตุผลดังกล่าว

จึงเป็นที่มาของงานวิจัยว่าเราน่าจะมีทางเลือก



อื่น ๆ ที่ดีให้แก่พวกเขา และเห็นว่าต้นแบล็กโคฮอสน์ในต่างประเทศได้นำมาศึกษาและมีการใช้กันมาก”

ในปัจจุบันมีหลายการศึกษาที่ประเมินประสิทธิผลของสารสกัดจากรากและเหง้าของ Cimicifuga Racemosa ในการรักษาอาการสัมพันธ์กับวัยหมดระดู โดยพบว่าในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันของกลุ่มคนไข้ที่นำมาศึกษา หรือปริมาณยาที่ได้รับในแต่ละวัน และวิธีการสกัดยา ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาประสิทธิภาพในการรักษาอาการสัมพันธ์กับวัยหมดระดูระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านสารสกัดจากรากและเหง้าของ Cimicifuga Racemosa และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น ตลอดจนผลการรักษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเปรียบเทียบความพึงพอใจโดยรวมหลังได้รับการรักษา ที่สำคัญเราดูเรื่องของความปลอดภัย เนื่องจากปัจจุบันคนไข้มักจะกังวลเรื่องผลข้างเคียงของยา

นพ.พัฒนัศมา กล่าวต่อว่า ปัญหาของงานวิจัย

ในปัจจุบันน่าจะเป็นในเรื่องของทุนสนับสนุน เนื่องจาก

ปัจจุบันผมคิดว่านักวิจัยทุกคนมีไอเดียดี ๆ มากแต่ขาดทุน

สนับสนุน และที่สำคัญที่สุดคือ การขาดความร่วมมือกัน

ระหว่างสถาบัน

ดร.วรรณวิมล คล้ายประดิษฐ์ ภาควิชาผลิตภัณฑ์

ประมง คณะประมง มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กับ

ผลงานวิจัยเรื่อง **“การใช้เทคโนโลยีเอ็นแคปซูลชั้นในการเพิ่มความคงตัวให้กับแอสตาแซนธินธรรมชาติ สำหรับการนำไปประยุกต์**

ใช้ในผลิตภัณฑ์อาหาร” กล่าวว่ ทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด ในครั้งนี้

เป็นเงินทุนที่สำคัญที่ทำให้การวิจัยสามารถดำเนินไปได้ และเป็นการ

สนับสนุนที่มีค่าสำหรับนักวิจัยที่มีความสามารถสร้างสรรค์ผลงานวิจัยที่มี

ประโยชน์ ซึ่งในอนาคตอันใกล้ประเทศไทยของเราจะมีการส่งเสริมให้เกิด

คุณภาพชีวิตที่ดีแก่ประชาชนคนไทยอย่างแน่นอน

สำหรับการวิจัยนี้มุ่งเน้นการแก้ปัญหาความไม่คงตัวของแอสตา



แซนธิน เมื่อมีการประยุกต์ใช้ในผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เนื่องจากแอสตาแซนธิน มีโครงสร้างแบบโพลีอิน ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ช่วยในการเกิดปฏิกิริยาเคมี และทำให้โครงสร้างของแอสตาแซนธินมีลักษณะไม่อิ่มตัว ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้แอสตาแซนธินเกิดการเสียดสีสภาพได้ง่ายจากสภาพแวดล้อม เช่น แสง ความร้อน ออกซิเจน เป็นต้น ทั้งในกระบวนการผลิต หรือการเก็บรักษา ซึ่งทำให้เป็นสาเหตุที่ทำให้สูญเสียคุณค่าทางโภชนาการและสมบัติเชิงหน้าที่ ทั้งนี้การวิจัยที่เน้นการเพิ่มความคงตัวให้กับแอสตาแซนธิน ส่วนหนึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีเอ็นแคปซูลชัน (Encapsulation Technology) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยกักเก็บสารต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ในสภาวะที่เป็นของแข็ง ของเหลว หรือก๊าซ ให้อยู่ภายในสิ่งห่อหุ้มที่มีลักษณะคล้ายแคปซูลที่มีขนาดเล็ก ทั้งระดับไมโครเมตร และนาโนเมตร นอกจากนี้ยังช่วยควบคุมอัตราการปลดปล่อยของสารออกจากแคปซูล และช่วยรักษาสสมบัติของสารภายในแคปซูล ให้องทนและมีประสิทธิภาพภายใต้สภาวะที่กำหนด

นักเรียนพยาบาล เครือวัลย์ พิรักษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กับผลงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลสัมพัทธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า”



กล่าวว่า ตนรู้สึกขอบคุณทางบริษัทเซเรบอส ที่เล็งเห็นความสำคัญของการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้เรามีทุนวิจัยเพิ่มเติมเพื่อต่อยอดงานวิจัยได้ ซึ่งงานวิจัยนี้จะเอื้อประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีจำนวนมากในประเทศไทยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างแน่นอน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2554 มีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกที่มีอายุ 20-79 ปี จำนวน 366 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.3 ของประชากรโลก และจากการประมาณจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกพบว่าจะมีผู้เป็นเบาหวานอย่างน้อย 552 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 โดยพบว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่อยู่ในทวีปเอเชีย ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับข้อมูลในประเทศไทยที่พบว่าจำนวนผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นตามอายุประชากร และพบมากที่สุดในกลุ่มอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวโน้มของโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเป็นผลมาจากประชากรของประเทศมีอายุยืนขึ้น และมีการบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และพลังงานสูงร่วมกับการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกายน้อย สาเหตุเหล่านี้เป็นสิ่งที่สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนร่วมในการควบคุมและดูแลอาการเจ็บป่วยของตนเอง

ดังนั้น จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการควบคุมเบาหวานชนิดที่ 2



ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ การแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้เป็นเบาหวาน ในส่วนที่ยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และนำไปสู่การลดลงของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานเดิมอยู่แล้วมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม ตลอดจนเป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่จะนำไปใช้ในการวางแผน และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด จะยังคงมุ่งมั่นสนับสนุนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโภชนศาสตร์ เภสัชศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ และสาขาอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย นักวิชาการ และบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในด้านการรักษา หรือการนำไปประยุกต์เพื่อศึกษาในเบื้องต้นต่อไป ซึ่งทั้ง 3 ผลงานวิจัยข้างต้นนี้จะเป็นอีกแรงผลักดันและยกระดับสาธารณสุขไทยในการที่จะช่วยตอบโจทย์ปัญหาด้านสาธารณสุขของไทย และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจำนวนมากอีกด้วย



ในหลวงของเรา

เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ได้มีพระราชพิธีเฉลิมพระชนมพรรษาครบ 86 พรรษา ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวประชาชนทั่วประเทศได้ออกไปยังสถานที่ต่าง ๆ เพื่อร่วมจุดเทียนชัยถวายพระพรในหลวง และแสดงออกถึงความจงรักภักดีที่พวกเราที่มีต่อพระองค์ท่าน และพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ผมและครอบครัวก็ได้ไปร่วมการเฉลิมฉลองด้วยที่ราชดำเนิน

ประเทศไทยโชคดีมากที่มีพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช และสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงเป็นในหลวงและราชินี เพราะพระองค์ท่านเป็นกษัตริย์และพระราชินีที่ทรงประเสริฐสุดในโลกนี้ที่ยอมเสียสละทุกอย่างเพื่อพสกนิกรของพระองค์ท่าน ในหลวงของเราไม่จำเป็นต้องเหนื่อย ลำบากท่านนี้ แต่พระองค์ท่านก็ยอมเสียสละ ทำทุกอย่างเพื่อประชาชน พระองค์ท่านและพระราชินีเสด็จไปทั่วทุกหนทุกแห่งของประเทศไทยเพื่อช่วยให้ประชาชนมีความอยู่ดีกินดีมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นที่ทุรกันดารแค่นั้น ทั้ง 2 พระองค์ก็เสด็จไปมาหมดแล้วทั้งเหนื่อย ทั้งลำบาก และมีภัยอันตรายจากการเดินทาง

ในหลวงของเราได้ทุ่มเทเวลาให้การศึกษาในทุก ๆ เรื่องที่สำคัญเพื่อที่จะพัฒนาประเทศ พระองค์ท่านศึกษาตั้งแต่ ป่า ภูเขา แม่น้ำ ทะเลสาบ การเกษตร การประมง และการชลประทาน พระตำหนักจิตรลดารโหฐานของพระองค์ท่านเป็นสถานที่วิจัยในหลาย ๆ

เรื่อง เช่น การปลูกข้าว การเลี้ยงปลา ฯลฯ พระองค์ท่านทรงมีความรู้มากกว่าผู้ที่จบปริญญาเอกหลาย ๆ คน และในหลาย ๆ สาขา อาจพูดได้ว่าท่านมีความรู้ยิ่งกว่า 10 ปริญญาเอก ฯลฯ พระองค์ท่านได้พัฒนาประชาชนชาวไทยให้เปลี่ยนจากการปลูกฝิ่นมาทำไร่อื่น ๆ และมีอาชีพอื่น ๆ ที่มีค่าและสำคัญ เช่น การตั้งศูนย์ศิลปาชีพที่บางไทร โดยสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ

ในหลวงของเราทรงเป็นอัจฉริยะ (genius) ทรงเป็นนักกีฬาเหรียญทองในการแข่งขันเรือใบของ SEA Games ทรงเป็นนักดนตรี นักแต่งเพลงที่ไพเราะมาก ถ้าพระองค์เป็นบุคคลธรรมดาคงเป็นนักดนตรีที่ดังมากหรือนักกีฬาที่ดังมาก ไม่ว่าพระองค์ท่านจะทรงทำอะไร จะเก่งไปทุกอย่าง

แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ขนาดเรามีในหลวงและพระราชินีที่ทรงประเสริฐ อัจฉริยะไปทุกอย่าง แต่เราไม่ได้คิดว่าโอกาสอันดีงามที่เรา มีพ่อแม่ ที่ช่วยเราเช่นนี้ เรา ลูก ๆ ยังทะเลาะกัน ยังไม่พัฒนาตนเองให้เป็นคนดี ที่เก่ง ที่รอบรู้ และมีสุขภาพที่ดี อาจจะเป็นเพราะเรามีพระองค์ท่านทั้ง 2 ที่คอยดูแลเราอยู่ตลอดเวลา เราจึงขี้เกียจ ไม่มีวินัย ไม่ขยันหาความรู้ใส่ตัว ไม่ทำตัวเป็นคนดีเท่าที่ควร เพราะเราคิดว่าเรามี “พ่อแม่” ที่ดี ที่คอยดูแลเราเสมอมา เราควรคว้าโอกาสนี้พัฒนาตนเองให้เป็นคนดี ที่มีการศึกษาดี ที่รู้จักผิดชอบชั่วดี มีเหตุผล เห็นแก่ส่วนรวม มีความรู้รอบตัว และเป็นคนที่มีความสุขทั้งกายและใจที่ดี จริง ๆ

แล้วนอกจากในหลวงและพระราชินีที่ทรงประเสริฐที่สุดในโลกแล้ว ประเทศไทยยังมีทรัพยากรมากมาย “ในน้ำมีปลา ในนามีข้าว” เรามีแม้แต่น้ำมัน แก๊ส เรายังผลิตอาหารได้มากกว่าที่เราต้องการ และยังสามารถส่งออกให้ชาวโลกได้รับประทานอีกด้วย เรามีภูเขา ป่าไม้ (ถึงแม้จะน้อยลง) แม่น้ำ บึง ทะเลสาบ ชายทะเลที่ยาว มีแหล่งท่องเที่ยวมากมาย แต่เราก็บริหารจัดการไม่เป็น หรือจัดการไม่ให้เป็นประโยชน์ต่อประชาชนทั้งประเทศ เรายังเห็นแกตัว โกงกิน ยังมีการคอร์รัปชัน

ผมเคยเขียนและพูดเสมอว่า ถ้ารัฐบาลคิดอะไรไม่ออก ขอพระบรมราชานุญาต เข้าเฝ้าในหลวง และกราบบังคมทูลขอพระองค์ท่านพระราชทานคำแนะนำในการบริหารบ้านเมือง และทำตามนั้นเท่านั้นอย่างโปร่งใส เพื่อส่วนรวมก็จะทำให้ประเทศชาติเจริญมาก ๆ เป็นอย่างยิ่ง เพราะพระองค์ท่านทรงศึกษาเรื่องต่าง ๆ ที่เป็นปัญหามากกว่าผู้ใดในประเทศหรือโลก เช่น ภาวะน้ำแล้ง น้ำท่วม พลังงานที่ยั่งยืน ป่าชายเลน ป่า การเกษตร การประมง การคมนาคม รวมทั้งสภาวะโลกร้อน (ตั้งแต่หลายสิบปีมาแล้ว) ประเทศไทยมีทุกอย่าง ยกเว้นประชาชนที่เป็นคนดีที่มีคุณภาพ เราต้องพยายามผลิตประชาชนที่มีคุณภาพ โดยสรุปก็คือ เป็นคนที่ดี เก่ง (มีการศึกษา) รอบรู้ และมีสุขภาพดี เพราะถ้ามีทั้ง 4 คุณสมบัติประชาชนจะมีฐานะดี มีความสุข แข็งแรง และจะมองประโยชน์ของส่วนรวมเป็นที่ตั้ง

ผมคิดว่าเราทุก ๆ คนรักในหลวงมากและรักจริง แต่นอกจากการไปจุดเทียนชัยถวายพระพร แสดงความจงรักภักดีในทุกวันที่ 5 ธันวาคมแล้วนั้น ผมอยากให้ทุก ๆ คน ทำความดีตลอดเวลาเพื่อพระองค์ท่าน โดยเป็นคนขยัน ประหยัด รู้จักหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดี เห็นแก่ส่วนรวม มีเหตุผล เดินสายกลางในชีวิต ชอบพัฒนาตนเอง ชอบอ่านหนังสือ รู้เรื่องและดูแลสุขภาพของตนเอง และเป็นผู้ให้

เราโชคดีมาก แต่เราไม่ควรว่าโอกาสนี้เลย ผมจึงขอเชิญชวนพวกเราทุก ๆ คนทำดีทุก ๆ วันตั้งแต่บัดนี้ถวายพระองค์ท่าน เพื่อถวายความสุขเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้แก่ในหลวงและพระราชินีที่เคารพรักและเทิดทูนยิ่งของพวกเราที่ทรงทำทุก ๆ อย่างให้แก่ลูก ๆ หลาน ๆ ของพระองค์ท่านอย่างเต็มที่เสมอมา

Yeah im
SINGLE

หัวใจ...คนโสด



สมัยเมื่อฉันเป็นนักศึกษาแพทย์นั้น ภายหลังการหักโหมอ่านหนังสืออย่างหนักเพื่อให้ผ่านการสอบที่มีบ่อย ๆ เกือบทุกสัปดาห์ ก็ทำให้เกิดเบื่อหน่ายจนไม่อาจรอให้เพื่อนว่างเพื่อไปดูภาพยนตร์ด้วยกันได้ ทำให้หลายครั้งฉันต้องไปนั่งดูภาพยนตร์ในโรงภาพยนตร์ตามลำพัง

มีอยู่ครั้งหนึ่งที่ฉันรู้สึกเครียดมากจึงรีบผลุนผลันไปดูหนังรักโรแมนติกเรื่องหนึ่ง จำได้ว่าชื่อเรื่อง "โรมรำลึก"

ทันทีที่ไปถึงห้องฉายตัว จึงพบว่าวันนั้นเป็นการฉายภาพยนตร์สำหรับรอบคู่รัก

"วันนี้เป็นรอบคู่รัก ถ้าคุณซื้อตั๋ว 1 ใบก็จะได้แถม 1 ใบไปเลยครับ" พนักงานแจ้งข่าวดีให้ทราบ

ฉันยืนอึ้งไปสักพักเพราะคิดว่าอยากดูภาพยนตร์เรื่องนี้ในเวลานี้จริง ๆ ถ้ารอตามเพื่อนมาดูด้วยก็คงไม่ทันใจ ดังนั้นจึงตอบพนักงานคนนั้นกลับไปได้ว่า "อ้อ ซื้อใบเดียวค่ะ"

"เอ แต่มันซื้อ 1 แถม 1 นะครับ" พนักงานยังคงพยายามทักท้วงด้วยความหวังดี

ฉันเริ่มคิดในใจว่า...เอ! หรือเราจะซื้อ 1 แถม 1 ดีล่ะ แล้วค่อยเอาไปแจกคนที่เดินผ่านไปมาแถวนั้น

แต่คิดอีกที ฉันเองก็ไม่ชอบยุ่งยากและอยากให้เป็นวันพักผ่อน ๆ

หลังจากยืนคิดอยู่ครู่ใหญ่ ฉันก็ตอบกลับไปว่า "ไม่เป็นไรค่ะ ขอตั๋วแค่ใบเดียวก็พอค่ะ"

พนักงานขายตั๋วทำหน้าง ๗ แต่ยอมปฏิบัติตามโดยดี หลังจากฉันได้รับตั๋วเพียงใบเดียวแล้ว ก็เดินเข้าไปนั่งดูภาพยนตร์ตามลำพัง ต่อมาก็เริ่มมีผู้ชมทยอยเดินเข้ามา

เป็นคู่ ๆ จนในที่สุดฉันก็ถูกล้อมด้วยบรรดาผู้รักทั้งหลายที่ต่างชวนกันมาดูภาพยนตร์ในรอบนั้น ฉันต้องตั้งสมาธิในการดูภาพยนตร์เรื่องนี้เป็นอย่างมากพร้อมกับรีบลุกขึ้นเดินจากไปอย่างอาย ๆ ในทันทีที่ภาพยนตร์ถูกฉายจบ

ช่วงนี้กรุงเทพฯ มีการชุมนุมทางการเมืองเพื่อเรียกร้องประชาธิปไตยกัน ในบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินก็ต้องไปทำการดูแลรักษาพยาบาลผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุชุมนุมครั้งนี้ รวมทั้งต้องไปกับรถพยาบาลรับส่งผู้บาดเจ็บจากจุดเกิดเหตุเพื่อนำส่งมารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีการผลัดชั้นเวรกันหลายรอบมากเพื่อรองรับสถานการณ์ แต่อย่างไรก็ยังคงหาคนมาผลัดเปลี่ยนชั้นเวรได้ไม่เพียงพอ ทั้งนี้เพราะเป็นสถานการณ์ชุมนุมที่ยาวนาน รวมทั้งแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินยังต้องทำงานในห้องฉุกเฉินเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มาใช้บริการในห้องฉุกเฉินตามปกติอีกด้วย

"เอ้อ ช่วงนี้ห้องฉุกเฉินต้องการกำลังคนมาขึ้นเวรเยอะขึ้น ใครจะมาขึ้นเวรเสริมเพิ่มเพื่อไปทำการดูแลผู้บาดเจ็บที่เกิดเหตุชุมนุมนอกโรงพยาบาลกันบ้าง" หัวหน้าห้องฉุกเฉินถามขึ้นในวันหนึ่ง

หลังจาก ทีมแพทย์นั่งคิดตัดสินใจกันสักครู่หนึ่ง ก็มีคนพูดขึ้นมาว่า



“หนูมาอยู่เวรเสริมได้ในเย็นวันจันทร์และพฤหัสบดีค่ะ”
แต่หัวหน้าห้องฉุกเฉินก็ทักท้วงกลับมาว่า “เอ แต่คุณมีครอบครัวแล้วนี่นา เธอเป็นคนโสดมาอยู่เวรดีกว่าครับ ส่วนคนที่ มีครอบครัวแล้วก็ให้รอเป็นคิวหลัง ๆ ดีกว่า เพราะมันอันตรายที่จะไปทำงานในจุดเกิดเหตุจลาจล”

เอ๊ะ! คนโสดก็กลัวตายและกลัวเจ็บเหมือนกันนะ... ฉันได้แต่คิดในใจไปในขณะที่ยกมือเสนอตัวไปทำงานเวรเสริมเพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่จุดเกิดเหตุ... ก็เพราะฉันเป็นคนโสดนี่นา!

ในช่วงที่บ้านเมืองไม่สงบด้วยเหตุชุมนุมประท้วงเช่นนี้ ก็ทำให้เรารู้สึกเครียดไปด้วยเป็นอย่างมาก หลายครั้งเราระบายน ความเครียดด้วยการกินซึ่งก็ทำให้น้ำหนักตัวช่วงนี้เพิ่มขึ้นอย่างมากมาย

วันหนึ่งฉันก็คิดจะไปดูภาพยนตร์เพื่อผ่อนคลาย

ทันทีที่จ่ายเงินที่ห้องขายตั๋วภาพยนตร์แล้ว พนักงานก็บอกให้ฉันเลือกที่นั่งในโรงภาพยนตร์

ฉันดูผังที่นั่งแล้วจึงเลือกที่นั่งซึ่งอยู่ตำแหน่งกลางห้อง นั่นคือเบอร์ 12

แต่พนักงานขายตั๋วแจ้งว่า

“ไม่ได้ครับ เพราะที่นั่งของแถวเริ่มด้วยเบอร์ 11 ซึ่งคนมักมาดูหนังเป็นคู่ ดังนั้น ต้องเหลือที่นั่งเบอร์ 11 ให้คู่กับเบอร์ 12 ดังนั้น คุณนั่งเบอร์ 13 แทนดีไหมครับ”

“แต่เบอร์ 13 มันไม่ดีนะคะ มันเป็นเบอร์โชคไม่ดีตามธรรมเนียมฝรั่ง” ฉันท้วงกลับไปพร้อมกับบอกว่า “ถ้ายังงั้นเอาที่นั่งเบอร์ 16 ก็ได้ค่ะ”

ทำไมต้องตั้งเงื่อนไขให้กับคนโสดเยอะจัง ทั้งที่รอบนั้น ในที่สุดก็มีคนดูน้อยจนแม้ที่นั่งของแถวนั้นทั้งแถวก็มีเพียงฉันนั่งดูอยู่คนเดียว

แต่บางครั้งความโสดก็อาจเป็นประโยชน์ได้ เช่น คราวหนึ่ง มีผู้ป่วยหญิงโรคจิตคนหนึ่งมาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการอะละเวียวาย

“ฉันสบายดี พามาโรงพยาบาลทำไม” ผู้ป่วยมองด้วยตาขวาง ๆ หาเรื่องและพูดอะละเวียวายด้วยเสียงดังพร้อมกับสะบัดตัวไปมาไม่ให้เห็นเข้าใกล้

“ฉันเป็นหมอมามาตรวจนะคะ” ฉันเอ่ยขึ้นอย่างกลัว ๆ กล้า ๆ และไม่สามารถเข้าใกล้ตัวผู้ป่วยรายนี้ได้เลย

“เอ๊ะ ก็ฉันบอกแล้วว่าสบายดี ๆ แล้วหมอมจะมาตรวจอะไร” เธอพูดไปพร้อมกับมองฉันด้วยตาขวาง ๆ รวากับใครจะกันมาหลายชาติ

“แต่ญาติบอก ว่าช่วงนี้คุณนอนไม่หลับ และเดินตลอดทั้งคืนเลย คุณเห็นหรือได้ยินเสียง ภาพหลอนไหมคะ” ฉันยังพยายามซักประวัติเพิ่มเติมต่อไป แม้ว่าเจ้าไข้ใกล้เธอไม่ได้ เลยกก็ตาม

“เข้าซีจิงเลย” เธอหันมาตะคอกเสียงดังใส่ฉัน จนฉันตกใจ และก้าวถอยหลังไปหลายก้าว ทันใดนั้นเธอก็หยุดแล้วหันมามองฉันอย่างพิจารณา “เอ...หมอมีฝั้วหรือยัง”

ฉันสะดุ้งใจแต่ก็ตอบกลับไปโดยดีว่า “หมอยังไม่มีแฟนค่ะ”

ผู้ป่วยรายนี้เริ่มมองมาด้วยสายตาอ่อนโยนลงอย่างเห็นอกเห็นใจพร้อมกับพูดว่า “น่าสงสารนะที่ยังไม่มีฝั้ว หน้าตาไม่ตลกก็แบบนี้แหละ ไม่ต้องเสียใจนะ มาเข้ามาใกล้ ๆ สิ”

ฉันยิ้มแหย ๆ และเริ่มเดินเข้าไปใกล้ตัวผู้ป่วยมากขึ้น พร้อมกับเริ่มทำการตรวจร่างกายของเธออย่างละเอียด โดยเธอก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

หลังจากทำการตรวจร่างกายเสร็จ ฉันก็แนะนำว่า “คุณควรนอนพักดูอาการในโรงพยาบาลนะคะ”

“อ้อได้สิ” เธอตอบรับด้วยความเต็มใจ

ก่อนออกไปจากห้องฉุกเฉิน เธอยังหันมาพูดกับฉันอย่างห่วงใยว่า “หมอก็อย่าทำงานหนักมากนักสิ เดี่ยวหาฝั้วไม่ได้นะ” ฉันยิ้มพร้อมกับเถียงในใจว่า...เป็นโสดก็มีความสุขนะคะ



การปฏิรูประบบสาธารณสุข

(ตอนที่ 5)

สาเหตุของความล้มเหลวและล่าช้าของระบบการบริการสาธารณสุขในประเทศไทยดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าเกิดจากการที่กระทรวงสาธารณสุขขาดเอกภาพในการบริหารงานสาธารณสุข ขาดอำนาจในการกำหนดนโยบาย การจัดการงบประมาณและบุคลากร รวมทั้งไม่สามารถวางแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมได้ เนื่องจากการดำรงอยู่ของตระกูล ส.

สรุปปัญหาในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

สาเหตุของความล้มเหลวและล่าช้าของระบบการบริการสาธารณสุขในประเทศไทยดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าเกิดจากการที่กระทรวงสาธารณสุขขาดเอกภาพในการบริหารงานสาธารณสุข ขาดอำนาจในการกำหนดนโยบาย การจัดการงบประมาณและบุคลากร รวมทั้งไม่สามารถวางแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมได้ เนื่องจากการดำรงอยู่ของตระกูล ส. ที่ให้ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลอย่างไม่ตรงตามหลักวิชาการ และ สปสช. และองค์กรตระกูล ส. ยังทำงานนอกเหนืออำนาจหน้าที่ที่บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.เฉพาะของแต่ละองค์กร จนมีผลทำให้การบริหารระบบสาธารณสุขตกต่ำ โดยบุคลากรในตระกูล ส. มีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการที่จะรวบอำนาจการบริหารระบบสาธารณสุขไว้ในกลุ่มองค์กรและเครือข่ายของกลุ่มตนตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่าเรามีเป้าหมายที่จะยึดกุมการทำงานในระดับนโยบายการบริหารงบประมาณ และกำลังรุกคืบมาใช้อำนาจในการจัดบริการสาธารณสุขตามที่ได้เสนอแผนการปฏิรูป

ผ่านการทำงานของ สวรรส. และนักวิชาการที่เกี่ยวข้องหรือเป็นกลุ่มสหายขององค์กรตระกูล ส.

การแก้ไขและการดำเนินการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

ผู้เขียนเห็นด้วยว่าถึงเวลาที่ต้องทำการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข แต่ต้องปฏิรูปแบบ “บูรณาการ” คือ ต้องตั้งคณะกรรมการปฏิรูปใหม่ไม่ใช่งบจับทำเฉพาะการผลักดัน “ผู้เชี่ยวชาญภายนอก” เข้ามามีสิทธิ์มีเสียงในการทำงานในระบบสาธารณสุขตามที่ปลัดกระทรวงเสนอตามแนวทางของ สวรรส. เท่านั้น แต่ต้องรับฟังความคิดเห็นจากนักวิชาการและบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้บริหารและภาคประชาชนแท้จริง (ที่ไม่ใช่ NGO) ควบคู่กับการปฏิรูปองค์กรตระกูล ส. และควรแก้ไขในระดับองค์กรนำและผู้บริหารสูงสุดเพื่อให้สามารถดำเนินการทางด้านนโยบายที่เหมาะสมในการป้องกัน แก้ไขปัญหาสาธารณสุขและระบบการให้การรักษาหรือการบริการสาธารณสุข รวมทั้งดำเนินการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับความปลอดภัย มีสุขภาพดี มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีประสิทธิผลอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอในการปฏิรูประบบสาธารณสุข

ในฐานะที่ผู้เขียนได้ศึกษาข้อเสนอของ สวรส. และศึกษาเอกสารอ้างอิงของ สวรส. คือเอกสารของ องค์การอนามัยโลกในการกำหนดกรอบการทำงานในระบบสาธารณสุข และผู้เขียนเคยมีประสบการณ์ตรงในการเป็นบุคลากรสาธารณสุข มีประสบการณ์ในการพิจารณาเรื่องร้องเรียนในฐานะกรรมการแพทยสภา รวมทั้งได้ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมาตลอดระยะเวลา ภายหลังจากการเริ่มมีระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ผู้เขียนขอเสนอการปฏิรูประบบสาธารณสุขดังต่อไปนี้คือ

ควรยุบรวมองค์กรตระกูล ส. เข้ามาทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ สวรส. มาทำงานในกรมวิชาการ (กรมการแพทย์) เพื่อทำงานวิจัยและเก็บข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้มีข้อมูลในการเสนอนโยบายและแผนงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุข

ให้ สสส. มาทำงานร่วมกับกรมอนามัยในการช่วยให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถและแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาระบบสุขภาพาลิ่งแวดล้อม รวมทั้งร่วมมือกับกรมควบคุมโรคในการป้องกันการบาดเจ็บ อุบัติเหตุ ป้องกันและควบคุมโรค

ให้ สปสช. มาทำงานร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการบริหารจัดการด้านบริการสาธารณสุข และการจัดการด้านการเงินในระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในระบบโรงพยาบาลและเครือข่ายการส่งต่อ

ให้ สข. มาทำงานร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการวางแผน กำหนดนโยบาย กำหนดกรอบการพัฒนาและการบริการสาธารณสุข

ทั้งนี้การรวมองค์กรตระกูล ส. ที่เป็นฝ่าย “บริหารเงิน” และฝ่ายทำงานวิจัยเพื่อเสนอนโยบายมาร่วมทำงานกับกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบของ “คณะกรรมการระดับชาติ” หรือ National Health Authority ตามแผนการปฏิรูปที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเสนอ

โดยให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ควบคุมและกำกับการบริหารองค์กรตระกูล ส. และกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด เป็นการบริหารระบบสาธารณสุขแบบบูรณาการ โดยมีหน้าที่วางแผนนโยบาย กำหนด

งบประมาณ กำหนดแผนงาน กำหนดการจัดสรรบุคลากร กำหนดและวางแผนการดำเนินการรวมทั้งประเมินผลงานในระบบสาธารณสุขอย่างครบวงจร โดยแยกการบริหารงานบุคคลของกระทรวงสาธารณสุขออกจากการบังคับบัญชาของ ก.พ. เพื่อกำหนดตำแหน่ง อัตราเงินเดือนและค่าตอบแทน รวมทั้งกำหนดความก้าวหน้าในการทำงานให้เหมาะสมกับภาระ คุณภาพและระดับความรับผิดชอบของงาน เพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญยังคงทำงานให้บริการดูแลรักษาประชาชนอย่างมีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

ถ้าผู้บริหารระบบสาธารณสุขสามารถกำหนดนโยบาย กำหนดงบประมาณ กำหนดจำนวนและคุณภาพของบุคลากรได้ตามความจำเป็น ก็จะทำให้การบริหารระบบสาธารณสุขมีความคล่องตัวในการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงานตามนโยบายและแผนงานได้ดีมีความเหมาะสมกับงานตามหน้าที่รับผิดชอบและภาระงาน จะทำให้ประชาชนมีความปลอดภัยในการได้รับการบริการด้านสาธารณสุขตามความจำเป็นในการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร

จะเห็นได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีโครงสร้างองค์กร และบุคลากรที่มีทั้งความรู้และความเชี่ยวชาญทั้งในด้านวิชาการ ด้านบริหาร และด้านปฏิบัติการเป็นจำนวนมากมายมหาศาล พร้อมทั้งจะมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วิจัย และวางแผนในการปฏิรูประบบสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิรูปในแนวทางที่เหมาะสมให้เกิดการดำเนินการให้ระบบสาธารณสุขมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ทั้งนี้ควรจะมีการประชุมสัมมนาเพื่อรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขทุกประเภท ไม่ว่าในตำแหน่งบริหาร บริการทางวิชาการ และฝ่ายปฏิบัติการ ในการทำงานที่พัฒนางานให้ดีขึ้นเริ่มจากการพัฒนาระบบสาธารณสุขตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรและโครงการต่าง ๆ ให้สอดคล้องตามความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาในด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งอาจจะต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงองค์กรระดับกรมของกระทรวงสาธารณสุขใหม่ โดยการปรับปรุง พ.ร.บ.กระทรวง ทบวง กรม ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขใหม่ให้ครอบคลุม Health System Framework⁽⁹⁾ ตามแบบอย่างขององค์การอนามัยโลก

(อ่านต่อฉบับหน้า) >>>

การตรวจการทำงานของภูมิคุ้มกันทางด้านเซลล์ (Detection of Cellular Immunity)

บทนำ

การตรวจการทำงานของภูมิคุ้มกันทางด้านเซลล์ ซึ่งได้แก่ phagocyte, lymphocyte และ NK cell โดยส่วนใหญ่ใช้ช่วยวินิจฉัยโรคที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรืออาจใช้ในงานวิจัยต่าง ๆ การทดสอบสามารถทำได้ทั้งในร่างกาย (in vivo test) ที่นิยมใช้ในทางคลินิก นั่นคือการตรวจ DTH skin test และการทดสอบในหลอดทดลอง (in vitro test) ซึ่งรวมถึงการตรวจเบื้องต้นด้วยการนับปริมาณจาก complete blood count (CBC) หรือตรวจ immunophenotyping ด้วยแอนติบอดีต่อ surface marker ต่าง ๆ โดยวิธี flow cytometry นอกจากนี้ยังรวมถึงการตรวจการทำงานของเซลล์แต่ละชนิดด้วย ในที่นี้จะเน้นถึงการตรวจการทำงานของ (function) ของ phagocyte, T lymphocyte และ NK cells ในหลอดทดลองที่สำคัญบางการทดสอบเท่านั้น

โดยเนื้อหาในบทนี้ใช้ประกอบการเรียนการสอนวิชา Basic และ Clinical Immunology

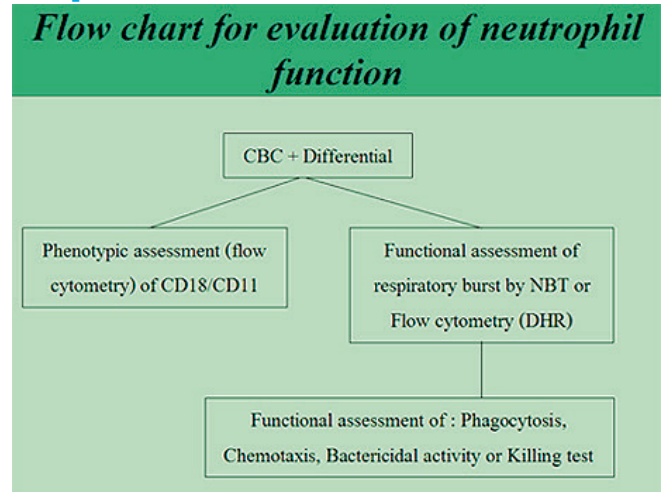
Dye Reduction Test (NBT), chemiluminescence และ flow cytometry ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะวิธี NBT

การตรวจการทำงานของ Phagocyte⁽¹⁻²⁾

Polymorphonuclear neutrophil (PMN) เป็นส่วนประกอบสำคัญในเลือดที่มีความสำคัญในกระบวนการอักเสบ ซึ่งจะทำงานโดยเคลื่อนที่ไปยังบริเวณที่มีสิ่งแปลกปลอม (chemotaxis) เกาะติดกับบริเวณนั้น (adherence) รับประทานสิ่งแปลกปลอม (phagocytosis and killing) ความผิดปกติของ PMN อาจทำให้มีจำนวนลดลงเกิด neutropenia โดยมักจะมีอาการของการติดเชื้อง่ายกว่าปกติเมื่อมีจำนวนน้อยกว่า 1,500/ μ l หรือผิดปกติเฉพาะการทำงานที่ขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งก็ได้

การตรวจการทำงานของ PMN สามารถทำได้ตั้งแต่การตรวจ complete blood count จนถึงการศึกษาพิเศษเพื่อตรวจการทำงานขั้นต่าง ๆ ดังแผนภูมิที่ 1 วิธีที่นิยมใช้คือ การตรวจ Respiratory burst activity ของ PMN เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม โดยเฉพาะโรค chronic granulomatous disease (CGD) จะมีการกลายพันธุ์ของยีน nicotinamide adenine dinucleotide phosphate reduced (NADPH) oxidase system ทำให้มีความผิดปกติของ respiratory burst วิธีที่ใช้ตรวจมีหลายวิธี ได้แก่ Nitroblue Tetrazolium

แผนภูมิที่ 1



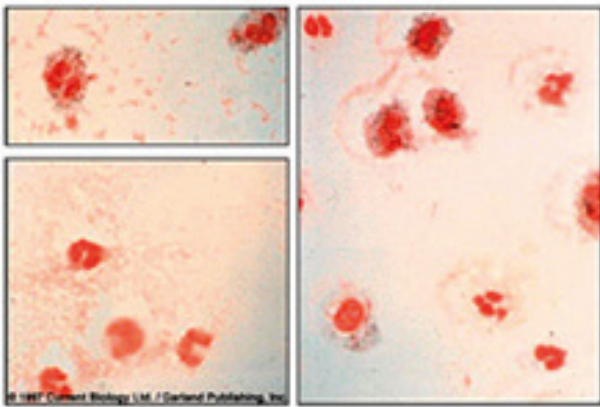
การทดสอบ Nitroblue Tetrazolium Dye Reduction Test (NBT)

หลักการ

เป็นการทดสอบความสามารถของ phagocyte cells โดยใช้หลักการที่ว่า เมื่อ phagocyte มีกระบวนการ phagocytosis จะเกิดปฏิกิริยา respiratory burst คือมีการเพิ่มของ metabolic activity และมีการสร้าง hydrogen peroxide (H_2O_2) และ superoxide free radical (O_2^-) ซึ่งเป็น reducing agents ไป

reduce NBT dye ซึ่งเป็นสีชนิดหนึ่ง จากสีเหลืองให้เป็น formazan ซึ่งมีสีน้ำเงิน

ในกรณีที่เกิดความผิดปกติภายในเซลล์ เช่น ขาดเอนไซม์บางตัว ได้แก่ glucose-6-phosphate dehydrogenase (G-6PD) หรือ nicotinamide adenine dehydrogenase (NADH) ของผู้ป่วย CGD ก็จะไม่เกิดการ reduce สี NBT เนื่องจาก neutrophil ของผู้ป่วย CGD ไม่สามารถสร้าง superoxide ได้ การตรวจนี้เป็น screening test ที่ดีสำหรับ CGD และสามารถใช้ตรวจ carrier ของ X-linked CGD ได้



รูปที่ 1 Neutrophils stimulated with phorbol myristate in the presence of nitro blue tetrazolium (NBT) dye. The left upper panel shows two normal neutrophils stained blue. The left lower panel shows neutrophils from a patient with CGD that failed to reduce NBT. The neutrophils in the right panel are from a heterozygous carrier of chronic granulomatous disease. Half the neutrophils have reduced NBT (deep purple) and half do not stain.

การอ่านและแปลผล

รายงานเป็น Differential count (%) ของผู้ป่วย และ control พร้อมกับนับจำนวน neutrophils ที่มีก้อนสีน้ำเงินเข้มของ formazan blue เทียบเป็นเปอร์เซ็นต์กับตัวที่ไม่มีก้อนสีน้ำเงิน นอกจากนี้จะทำการกระตุ้นการทำงานของ neutrophil ด้วยผง latex คู่ไปด้วย ค่าเปอร์เซ็นต์ที่ได้ควรจะมากกว่าเซลล์ที่ไม่ได้กระตุ้นประมาณ 2 เท่า

กิจกรรมในห้องปฏิบัติการ

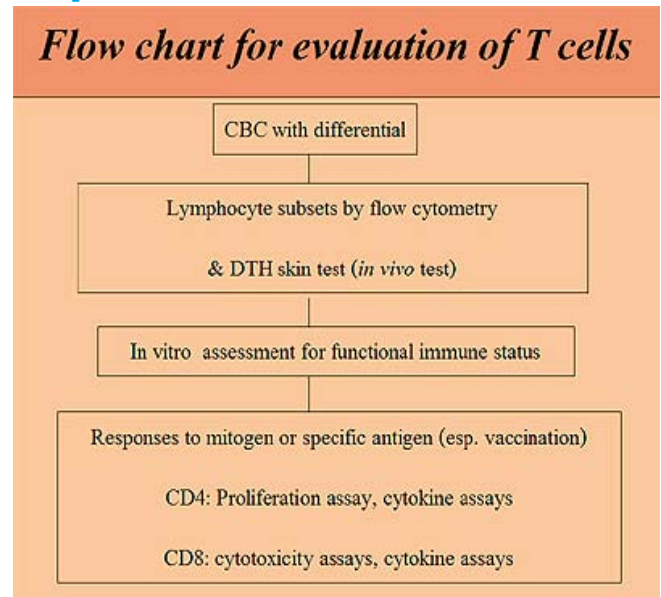
ให้นักศึกษาฝึกดูสไลด์เลือดจากกล้องจุลทรรศน์เพื่อดูลักษณะการติดสีของ NBT ทั้งตัวอย่างที่ผิดปกติ และ normal

control โปรดสังเกตตะกอนสีน้ำเงินเข้มของ formazan blue ภายในไซโตพลาสซึมของ neutrophil นอกจากนั้นในบางเซลล์ จะเห็น latex bead ที่ถูกจับกินร่วมด้วย

การตรวจการทำงานของ Lymphocyte^[2-3]

การตรวจการทำงานของ lymphocytes แบ่งเป็นการตรวจปริมาณและหน้าที่เช่นเดียวกับกับ PMN (แผนภูมิที่ 2)

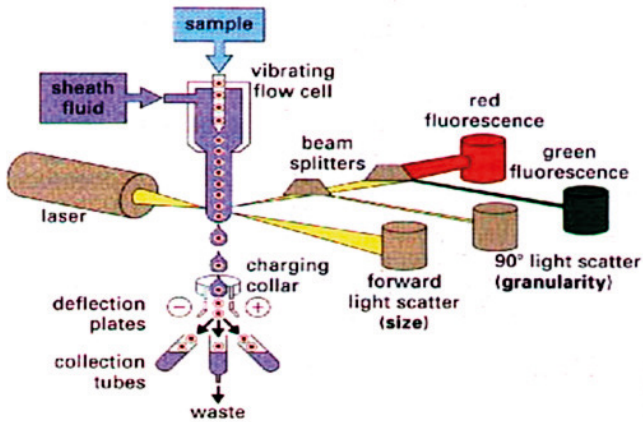
แผนภูมิที่ 2



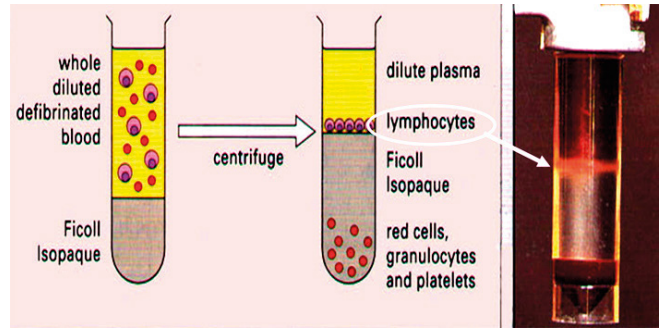
โดยการตรวจปริมาณสามารถตรวจเบื้องต้นด้วย CBC และ differential count หรือตรวจ cell surface marker ของ lymphocyte แต่ละชนิดด้วยแอนติบอดีที่จำเพาะต่าง ๆ ดังตารางที่ 1 แล้ววิเคราะห์ด้วยเครื่อง flow cytometer (รูปที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 1. CD Designations for commonly used monoclonal antibodies (single or combinations) in FCM

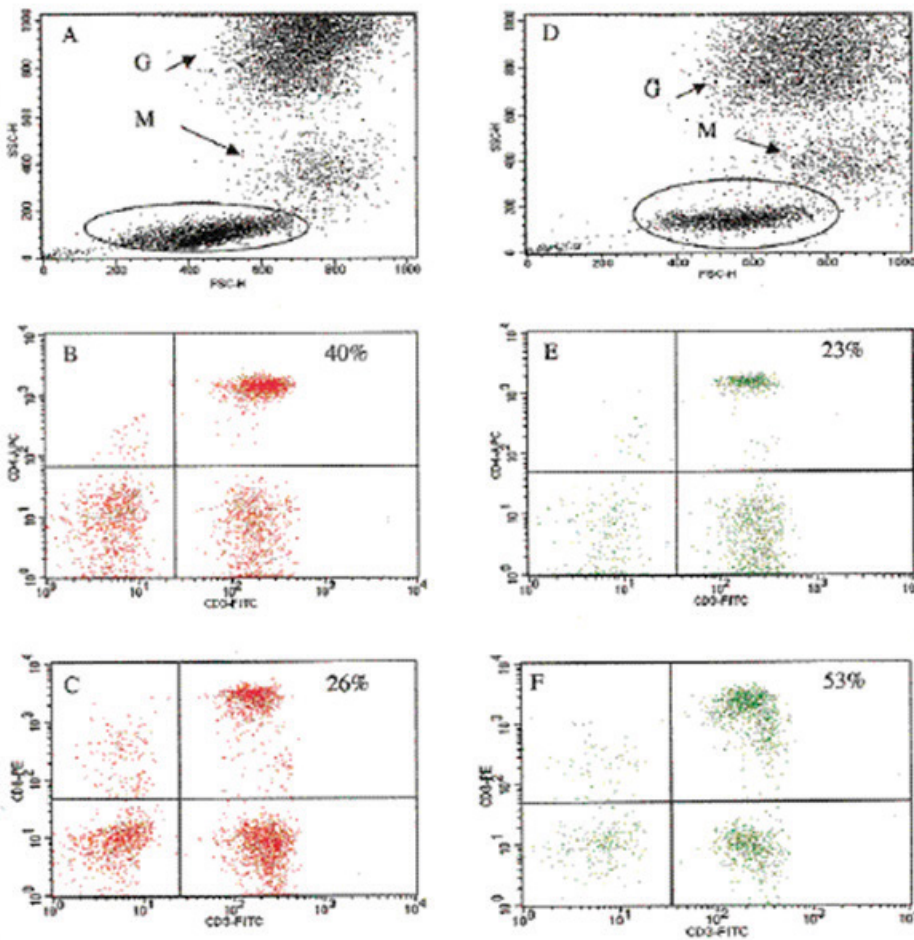
| Antigen | Target cell recognized |
|-----------------------------|------------------------|
| CD3 | Pan T cell |
| CD3 + CD4 | T helper cells |
| CD3 + CD8 | T cytotoxic cells |
| CD16 + CD56 | NK cells |
| CD19 or CD20 | B cells |
| CD25 | Activated cells |
| CD38 | Activated cells |
| CD45 | Pan leukocyte |
| CD45RO + CD4 or CD8 | Memory T cells |
| CD45RA + CD62L + CD4 or CD8 | Naïve T cells |



รูปที่ 2 Fluorescence-activated cell sorter (FACS)/Flow Cytometry



รูปที่ 4 Density-gradient separation of lymphocytes on Ficoll Isopaque



รูปที่ 3 Flow Cytometry

ส่วนการทดสอบหน้าที่ของ lymphocyte สามารถทำได้ทั้งในร่างกาย (in vivo test) ที่นิยมใช้ในทางคลินิก นั่นคือการตรวจ DTH skin test และการทดสอบในหลอดทดลอง (in vitro test) ต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ในการทำการทดสอบในหลอดทดลองจำเป็นที่จะต้องมีการแยก lymphocyte ออกจากเซลล์อื่น ๆ ใน whole blood นิยมทำโดยวิธี Density gradient centrifugation โดยการปั่นเลือดที่ layer บน

น้ำยา Ficoll Isopaque ที่มีความถ่วงจำเพาะ 1.077 (Buoyant density) เม็ดเลือดแดง และ PMN ที่มีความหนาแน่นสูงกว่า จะตกอยู่ก้นหลอด ส่วน mononuclear cells ซึ่งประกอบด้วย T lymphocytes, B lymphocytes, NK cells และ monocytes จะเห็นเป็นวงสีขาวตรงกลางระหว่างชั้น plasma และน้ำยา Ficoll Isopaque (รูปที่ 4)

อ่านต่อฉบับหน้า



การรักษาศษแมงกะพรุน

แมงกะพรุนมีหลายชนิด ชนิดที่ก่อให้เกดปัญหาเมื่อเราไปสัมผัส ได้แก่ แมงกะพรุนไฟ ซึ่งมึลักษณะสีคล้ำ ๆ แดง ๆ ซึ่งเป็นแมงกะพรุนที่มีพิษ โดยบริเวณสายและหนดจะมีเข็มพิษจำนวนมาก หากเราไปสัมผัสโดนพิษของแมงกะพรุนอาจทำให้เกิดความผิดปกติจากพิษดังกล่าว ส่วนใหญ่จะทำให้เกิดปัญหาที่ผิวหนัง ทำให้เกิดการปวดแสบปวดร้อน และผิวหนังอักเสบตามมา ถ้าถูกแมงกะพรุนควรรีบขึ้นจากน้ำทันที ไม่ควรฝืนเล่นน้ำต่อ เพราะอาการอาจรุนแรงขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หมดสติหรือหยุดหายใจให้รีบตามคนมาช่วยเหลือและช่วยฟื้นคืนชีพทันที คำนะนำเดิมที่ทราบกันโดยทั่วไป ได้แก่ ควรล้างด้วยน้ำทะเลแล้วรึบน้ำสัมผัสสายชมารวดบริเวณแผลโดยเร็ว โดยเชื่อว่าน้ำสัมผัสสายจะช่วย

ยับยั้งไม่ให้เข็มพิษแตกเพิ่มขึ้น ห้ามถูหรือสัมผัสบริเวณแผลด้วยมือเปล่า เพราะอาจจะมีเข็มพิษอยู่ ถ้ายังมีหนดติดอยู่ให้เอาออกด้วยความระมัดระวังโดยใช้ที่คีบ ถ้าไม่มีน้ำสัมผัสสายชูล้างด้วยน้ำทะเลให้มากที่สุด ไม่ควรใช้น้ำอย่างอื่นล้าง อาจใช้ผักบุงทะเลทาที่แผลเบื้องต้น ถ้ามีอาการรุนแรงให้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาต่อไป จากข้อมูลเบื้องต้นที่เราทราบกันทั่วไปจึงเป็นที่มาของการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในครั้งนี้ว่า ฐานข้อมูลทางการแพทย์ได้อ้างอิงวิธีการรักษาศษแมงกะพรุนไว้อย่างไร ได้ทำการสืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์ในฐานข้อมูล Cochrane รวบรวมข้อมูลจนถึงเดือนตุลาคม ค.ศ. 2013 โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ทำการศึกษาจำนวน 435 คน ที่เน้นการศึกษาแมงกะพรุน Physalia พบว่าหากสัมผัสแมงกะพรุนแล้วทำการรักษาด้วย

การล้างและแช่ด้วยน้ำอุ่น พบว่าสามารถบรรเทาอาการปวดและการระคายเคืองได้ดีกว่าการใช้ประคบ cold pack (RR 1.66, 95% confidence interval 1.01-2.72) มีการทำการศึกษาเปรียบเทียบการใช้น้ำสัมผัสสายชูเปรียบเทียบกับน้ำอุ่น พบว่าน้ำสัมผัสสายชูจะเกดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ (RR 0.31, 95% confidence interval 0.14-0.72)

กล่าวโดยสรุป การรักษาศษของแมงกะพรุนที่ทำให้เกดการระคายเคืองและอาการปวด การรักษาด้วยการใช้น้ำเกลืออุ่นให้ผลการรักษาที่ดีมาก



การรักษาพยาบาลในพื้นที่รบ (Tactical EMS Medicine)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา การรักษาพยาบาลในพื้นที่รบ (Tactical EMS Medicine) เกิดขึ้นครั้งแรกจากการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและกองทัพ ต่อมาปี ค.ศ. 1996 ก็มีการทำงานร่วมกับหน่วยจู่โจมพิเศษ (Special Weapons and Tactics; S.W.A.T) เพื่อทำการรักษาพยาบาลในสนามรบ

ปี ค.ศ. 2004 ในสงครามที่สหรัฐอเมริกาพบว่าทหารมักเสียชีวิตจาก

- เลือดไหลจากแผลตามแขนขาหรือถูกตัดแขนขา
- แผลเลือดออกในช่องท้องจากการถูกยิง
- ลมรั่วในโพรงเยื่อหุ้มปอด (tension pneumothorax)
- ปัญหาระบบทางเดินหายใจ

ดังนั้น พบว่าสาเหตุการตายหลักมักมาจากการเสียเลือดที่แขนขา ทำให้กองทัพสหรัฐอเมริกาเน้นการใช้เชือกรัดเพื่อหยุดเลือดออกเป็นสำคัญ การบาดเจ็บที่ต้องเริ่มดูแลก่อนคือ เลือดไหลไม่หยุด ถัดไปจึงดูแลเรื่องการหายใจ บาดแผล กระดูกหัก และแผลไฟไหม้ตามลำดับ

หน่วยแพทย์ทหารได้กำหนดแนวทางการรักษาผู้บาดเจ็บยามสงคราม (the guidelines for Tactical Combat Casualty Care, TCCC) และได้รับการยอมรับจากราชวิทยาลัยสัตวแพทย์ของสหรัฐอเมริกา ร่วมกับสมาคมของบุคลากรดูแลรักษาคนนอกโรงพยาบาล (National Association of Emergency Medical Technicians) จนในที่สุดได้ตีพิมพ์ในตำราการดูแลผู้บาดเจ็บนอกโรงพยาบาล (Pre-Hospital Trauma Life Support) ในปี ค.ศ. 2003

คำจำกัดความ

Tactical EMS (TEMS) เป็นการดูแลรักษาคนนอกโรงพยาบาลในสถานการณ์รบที่ไม่ปลอดภัยหรือจลจาล เป็นการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนที่บาดเจ็บ ทีมบุคลากร และผู้ก่อเหตุจลจาล

Hazmat เป็นภัยจากสารที่เป็นพิษต่อชีวิตมนุษย์ สัตว์ และพืช รวมทั้งสารเคมี (chemical), อนุชีวภาพ (biological), สารรังสี (radiologic) และนิวเคลียร์ (nuclear) รวมเรียกว่า สาร CBRN

การอบรมด้าน Tactical EMS ต้องฝึกอบรมด้านการดูแลผู้บาดเจ็บขั้นพื้นฐาน (Basic Trauma Life Support, BTLS), การดูแลรักษาคนนอกโรงพยาบาล (Pre-Hospital Life Support, PHTLS), การดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support, ATLS) และการดูแลผู้ได้รับภัยสารพิษ (Advanced Hazmat Life Support, AHLS)

ความแตกต่างระหว่าง Tactical EMS และ Civilian EMS

ปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานการอบรมด้าน Tactical EMS ที่เหมือนกันทั่วโลก ตำรวจต้องทำการรักษาในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัยและขาดทั้งอุปกรณ์ ตลอดจนขาดกำลังคนรวมทั้งการขนย้ายก็ทำได้จำกัด

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของการดูแลนอกโรงพยาบาลแบบ Tactical EMS, Civilian EMS และในโรงพยาบาล

| In-Hospital Care | Civilian Prehospital Care | Tactical EMS |
|--|---|---|
| Advanced Trauma Life Support (ATLS) | Basic Trauma Life Support (BTLS) | Mainly penetrating trauma |
| Safe environment | Safe environment | Austere and unsafe environment |
| Access to full range of specialist physicians | Well equipped and supported | Minimal support in austere environment |
| Rapid response time | Rapid response time | May be delay in response time |
| Communication is very good | Communication is good | Communication may not be possible |
| Resources intensive | Resources adequate | Resources limited |
| Timely advanced trauma care facilities with intensive care support | Rapid access to ambulance and short evacuation time | Unknown access to ambulance and evacuation time |

การดูแลใน Tactical EMS แบ่งเป็น 3 พื้นที่ ดังนี้ คือ ในพื้นที่เสี่ยง (care under fire) การรักษาในโรงพยาบาลสนาม (tactical field care) และการรักษาระหว่างขนย้าย (combat casualty evacuation) การรักษาในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน เป้าหมายหลักคือ การรักษาผู้บาดเจ็บและการป้องกันไม่ให้เกิดบาดเจ็บเพิ่มเติม

การรักษาในพื้นที่เสี่ยง (care under fire : hot zone)

เป้าหมายหลักคือ หลีกเลี่ยงการถูกยิง ป้องกันอันตรายที่เกิดกับทีมและทำการรักษาทั้งบุคลากรของทีมประชาชนที่บาดเจ็บ และผู้ก่อเหตุ พร้อมกับรีบขนย้ายผู้บาดเจ็บออกไปยังพื้นที่ปลอดภัยโดยเร็ว

การรักษาทำได้เพียงปฐมพยาบาลเบื้องต้น ดังนี้

1. การห้ามเลือด สาเหตุบาดเจ็บส่วนใหญ่ที่พบมักเป็นเลือดไหลออกจากแผลไม่หยุด การรักษาด้วยการมัดเชือกให้แน่น (tourniquet) เพื่อห้ามเลือดก็เพียงพอแม้ว่าวิธีนี้จะไม่นิยมใช้ในโรงพยาบาลก็ตาม ถ้าวัด tourniquet ใช้นาน < 90 นาทีมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อตายน้อยมาก ดังนั้น ควรจดเวลาที่เริ่มรัดไว้บนสายรัดหรือผิวหนังของผู้บาดเจ็บ

2. การดูแลทางเดินหายใจ ปกติในขณะอยู่ท่ามกลางจลจาลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำการดูแลรักษาเปิดทางเดินหายใจหรือช่วยหายใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ควรไปทำการรักษาในพื้นที่ warm zone

3. การใส่ปลอกคอ (collar) ควรใช้ในกรณีที่เกิดจากที่สูง > 5 เมตร (16 ฟุต) จากอุบัติเหตุกระโดดร่ม หรือบาดเจ็บที่คออย่างรุนแรงเท่านั้น บางครั้งแม้จะสงสัยว่าอาจเป็นการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังคอที่รุนแรงก็อาจไม่ปลอดภัยเพียงพอสำหรับบุคลากรที่จะทำการสวมปลอกคอให้แก่ผู้บาดเจ็บ การใส่ปลอกคอก็คต้องประเมินว่าไม่เสี่ยงต่อบุคลากรถูกยิงด้วย

4. ในสนามรบโดยทั่วไปมักตามหาข้างที่หักและใช้ผ้าปิดแผลเท่านั้น แล้วรีบขนย้ายออกเลย รวมทั้งต้องตรวจคลื่นชีพจรของอวัยวะที่ตามนั้นด้วย

การรักษาในโรงพยาบาลสนาม (tactical field care)

พื้นที่นี้ถือเป็น warm zone การทำงานในพื้นที่นี้ก็ยังถือเป็นพื้นที่เสี่ยงและมีทรัพยากรจำกัดอยู่ แม้ว่าจะหยุดยิงกันแล้วแต่ต้องระวังว่าอาจมีการรบครั้งใหม่เกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ ดังนั้น ควรทำการรักษาเบื้องต้นง่าย ๆ และรีบขนย้ายออกไปจากจุดเกิดเหตุโดยเร็ว

การรักษาเพื่อลดอัตราการตายเน้นการหยุดเลือดไหล tension pneumothorax และการอุดกันทางเดินหายใจ บุคลากรควรทำเพียงหัตถการง่าย ๆ เพื่อช่วยรักษาเปิดทางเดินหายใจ ช่วยหายใจ และรักษาระบบไหลเวียนเลือดให้คงที่ ได้แก่

1. บุคลากรทำการเปิดทางเดินหายใจอย่างง่าย ๆ เช่น ดูดเสมหะด้วยเครื่องมือดูดที่ใช้มือบีบ, jaw thrust, จับพลิกตะแคงตัวไปด้านใดด้านหนึ่ง (recovery position), ใส่ oropharyngeal airway หรือ nasopharyngeal airway ก็เพียงพอ แต่ถ้าในกรณีจำเป็นก็อาจต้องทำ cricothyroidotomy, esophageal combitube, laryngeal mask airway ก็ได้

ส่วนการใส่ท่อหลอดลม (endotracheal tube) ควรหลีกเลี่ยงเพราะการเปิดไฟจาก laryngoscope อาจทำให้เป็นเป้าถูกยิงได้

ในสนามรบนั้น tension pneumothorax เป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยอันดับสอง อาการมาด้วยหายใจหอบเหนื่อย, engorged neck vein, hyperinflation ของปอดข้างใดข้างหนึ่ง หรือ trachea เอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง (พบน้อย) บุคลากรควรใช้เข็มเจาะที่ช่องซี่โครงที่ 2 และ ตำแหน่งตรงกลางกระดูกไหปลาร้า (2nd intercostal space, midclavicular line) เพื่อเอาลมออก

ถ้ามีแผลเปิดที่หน้าอกควรปิดด้วยผ้าไว้ 3 ด้าน และปล่อยด้านหนึ่งให้ลมออกเพื่อ ทำเหมือน one way valve (อาจใช้อุปกรณ์สำเร็จรูป) และผู้ป่วยควรอยู่ในท่านั่ง (ถ้าทำได้)

2. การทำให้เลือดหยุดไหลนั้นสำคัญมากด้วยการใช้สายรัดหรือใช้ผ้ากดห้ามเลือด การให้สารน้ำจำเป็นในกรณีที่เกิดเลือดไหลออกไปปริมาณมาก ถ้าผู้ป่วยเจ็บไม่มีภาวะช็อกและ เลือดหยุดไหลแล้วก็ไม่ต้องให้สารน้ำ แต่ถ้ามีภาวะช็อกอยู่ก็ควรให้สารน้ำแม้ว่าเลือด จะหยุดไหลแล้วก็ตาม แต่ถ้าผู้ป่วยเจ็บมีภาวะช็อกและไม่สามารถหยุดเลือดไหลออกได้ เช่น เลือดออกในช่องท้องไม่ควรให้สารน้ำเพราะจะทำให้เลือดไหลออกมากขึ้น การให้สารน้ำควร ใช้เข็มเบอร์ใหญ่ เช่น เบอร์ 18 gauge และแทงในตำแหน่งเหนือกว่าบาดแผลหรือกระดูกหัก สารน้ำที่ใช้ควรเป็น crystalloid เช่น NSS, LRS หรือ colloid เช่น hetastarch การให้

1,000 มล. ของ LRS ภายใน 1 ชั่วโมงจะเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกายประมาณ 250 มล. และ ถ้าให้ 500 มล. ของ 6% hetastarch ภายใน 1 ชั่วโมงจะเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกายประมาณ 800 มล. ซึ่งจะคงสภาวะนี้นาน 8 ชั่วโมง แพทย์ไม่ควรให้ 6% hetastarch > 1,000 มล. โดย ทันทีเพราะจะทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ นอกจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดแล้วยังสามารถให้สารน้ำทางกระดูก (intraosseous, IO) ที่ขาหรือต้นแขน (leg, humerus) ก็ได้

3. การให้ยาแก้ปวด เช่น acetaminophen 1 กรัม กินหรือฉีดมอร์ฟีนเข้าเส้นเลือด 5 มก. หรืออมยา fentanyl 400 มคก. ก็มีประโยชน์ (ยา fentanyl ชนิดอมมี 3 ขนาดคือ 400, 800, 1,600 มคก.)

ถ้ามีการบาดเจ็บที่ตาหรือบาดเจ็บที่ศีรษะไม่ควรใช้ยา ketamine

Ketamine ขนาดที่ใช้ 50-100 มก. เข้าได้ทุก 30-60 นาที ฉีดเข้าหลอดเลือด เพื่อ ลดอาการปวดหรือสามารถให้ได้จนกระทั่งเกิด nystagmus ที่ตา รวมทั้งมีการใช้ ketamine ชนิดสูดดม ซึ่งเข้าได้ทุก 30-60 นาทีเช่นกัน

การใช้ยามอร์ฟีน 5 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดหรือเข้ากระดูก (intraosseous) เข้าได้ ทุก 10 นาที จนกว่าจะหายปวดและต้องเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการหายใจได้

บุคลากรควรหลีกเลี่ยงการใช้ non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs) เช่น แอสไพริน หรือ ibuprofen เพราะอาจทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

4. ถ้าต้องรอขนย้ายนานมากก็อาจจำเป็นต้องให้ยาฆ่าเชื้อในกรณีที่มีแผลทางทะลุ ท้องหรือกระดูกหักที่มีแผลเปิด

5. การกดหน้าอกกู้ชีพได้ผลเพียงเล็กน้อย ดังนั้น แนะนำให้ทำเฉพาะในกรณี จมน้ำ ไฟฟ้าช็อต หรืออุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia)

6. นอกจากนั้นกรณีผู้บาดเจ็บมีอาการสับสนก็ควรทำการปลดอาวุธที่ติดตัวของ ผู้บาดเจ็บออกก่อนเริ่มทำการรักษา

การกู้ชีพ

กรณีผู้บาดเจ็บหลายแห่งหรือตามลำตัวจนคล้ำชีพจรไม่ได้ อาจลองใช้เข็มเจาะ ปอดทั้งสองข้างเพื่อดูว่าใช้ tension pneumothorax หรือไม่ ถ้าไม่ดีขึ้นก็ไม่ควรทำการกู้ชีพใน สนามรบ

Tranexamic acid

ถ้ามีอาการบาดเจ็บเลือดออกไม่หยุด หรือมีแขน ขาขาด อาจลองให้ tranexamic acid 1 กรัม ผสมในน้ำเกลือ 100 มล. และควรให้ภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากเกิดการ บาดเจ็บ

การใช้ Pneumatic Antishock Garment (PASG)

เพื่อหยุดเลือดออกในกรณีมีกระดูกเชิงกรานหัก หรือเลือดออกในช่องท้อง

ชุดอุปกรณ์รักษาพยาบาล

ประกอบด้วย ambu bag ท่อช่วยหายใจหลาย ชนิด ท่อ ICD สารน้ำ ชุดเย็บแผล ผ้าปิดแผล เข็มฉีดยา สาย รัดห้ามเลือด ยา ไฟฉาย และชุดสวมป้องกันตนเอง

การดูแลระหว่างขนย้าย (combat casualty evacuation)

เป้าหมายหลักคือ การรักษาให้อาการคงที่และ ขนย้ายอย่างปลอดภัยออกไปยังโรงพยาบาลสนามโดยเร็ว

พื้นที่นี้ถือเป็น cold zone ในพื้นที่นี้จะสามารถ ทำการรักษาที่จำเพาะได้มากขึ้น รวมทั้งมีอุปกรณ์และกำลัง คนที่มากกว่า เช่น สามารถให้ออกซิเจนได้เมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น กรณี pulse oximetry ต่ำ หดสติ หรือบาดเจ็บที่ทรวงอก อย่างไรก็ดี ควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะลมรั่วในโพรงปอด ปริมาณมากจนกระทั่งเกิดภาวะช็อกได้ (tension pneumothorax)

การขนย้ายต้องมุ่งเน้นว่าห้ามเคลื่อนขยับกระดูก สันหลัง (spinal immobilization) เพื่อไม่ให้ผู้บาดเจ็บกลายเป็นอัมพาตตามมาได้ภายหลัง

ในพื้นที่นี้บุคลากรสามารถเฝ้าติดตามสัญญาณชีพ โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ ได้ ควรเฝ้าติดตามชีพจรของแขนขา ข้างที่ถูกตามและความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บ

ภัยจาก Chemical, Biological, Radiologic และ Nuclear (CBRN)

Hazmat เป็นภัยจากสารที่เป็นพิษต่อชีวิตมนุษย์ สัตว์ และพืช รวมทั้งสารเคมี (chemical), อาวุธชีวภาพ (biological), สารรังสี (radiologic) และนิวเคลียร์ (nuclear) รวมเรียกว่า สาร CBRN ซึ่งการใช้สารเคมีก่อจากจลมักนิยม กันมากเนื่องจากหาได้ง่าย ก่อผลได้เร็ว และสร้างความตื่น ตระหนกแก่ฝูงชนได้ง่าย ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรมีความรู้ด้านพิษ อุปกรณ์ป้องกันตนเอง การล้างพิษ และ การรักษาของสารพิษชนิดต่าง ๆ

ประเภทของสารพิษ (Hazardous material)

ตาม Advanced Hazmat Life Support (AHLs) ได้แบ่งประเภทของสารเคมีออกเป็น Irritant Gas Toxidrome, Asphyxiant Toxidrome, Cholinergic Toxidrome, Corrosive Toxidrome และ Hydrocarbon and Halogenated Hydrocarbon Toxidrome

แต่ทางทหารจะแบ่งออกเป็น lethal chemical warfare agents, incapacitating agents, riot control agents

ใน Tactical EMS นิยมใช้การแบ่งชนิดของสารพิษ แบบทหาร

1. สาร pulmonary agents (choking agents)

ได้แก่ phosgene (CG), diphosgene (DP), chloride (CL) และ chloropicrin (PS) ซึ่งเป็นพิษต่อปอด ระคายเคืองทั้งทางเดิน หายใจและตา มักเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจ เช่น phosgene ทำให้เกิดน้ำท่วมปอดภายหลังสุดคมไปนาน 4-6 ชั่วโมง จนถึง 24 ชั่วโมง โดยมักมาด้วยอาการหอบ ขาดออกซิเจน หรือ

ตารางที่ 2 การแบ่งประเภทของสารพิษ

| | |
|---|---|
| Advanced Hazmat Life Support | แบบทหาร |
| Irritant Gas Toxidrome | Pulmonary agents |
| Asphyxiant Toxidrome | Blood agents |
| Cholinergic Toxidrome | Nerve agents |
| Corrosive Toxidrome | Blistering agents |
| Hydrocarbon and Halogenated Hydrocarbon Toxidrome | Incapacitating agents and riot control agents |

ความดันเลือดตกได้ ถ้าสารมีความเข้มข้นมากก็ระคายเคือง larynx จนทำให้หืดตัวได้ (laryngeal spasm) และเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงได้ การรักษาทำได้โดยหยุดการสูดดมสารนอนพักนิ่ง ๆ รักษาตามอาการและเฝ้าสังเกตอาการอย่างน้อย 24 ชั่วโมง สารนี้ไม่มียาต้านพิษ

2. *Blood agents (cyanogens)* รวมทั้ง hydrogencyanide (AC) และ cyanogen chloride (CK) แพร่กระจายทางเลือดไปทั่วร่างกาย โดยจะไปจับกับ cytochrome a3 oxidase เพื่อยับยั้ง oxidative process ทำให้เซลล์ไม่สามารถนำออกซิเจนไปใช้ได้จนกระทั่งเซลล์ตายในที่สุด ถ้ากระทบกระเทือนระบบประสาทส่วนกลางก็จะทำให้หยุดหายใจและความดันเลือดตกได้ สามารถรับสารนี้ได้ทั้งทางสูดดม กิน หรือสัมผัสทางผิวหนัง (ในกรณีเป็นสารน้ำ) เวลาเริ่มออกฤทธิ์เร็วมากเป็นนาที ผู้บาดเจ็บจะหอบเหนื่อยทั้งที่ผิวหนังยังแดงดีและไม่มี cyanosis สารที่มีความเข้มข้นสูงสามารถทำให้ตายภายใน 6-8 นาที หรือหยุดหายใจภายใน 2-5 นาที รวมทั้งทำให้เกร็งแบบ decerebration หัวใจเต้นช้า หรือเต้นผิดปกติ หวหะ ความดันเลือดต่ำ และหัวใจหยุดเต้นได้ การรักษาโดยหยุดสัมผัสสาร รักษาแบบประคับประคอง และเฝ้าสังเกตอาการอย่างน้อย 24 ชั่วโมง รวมทั้งควรให้ดมออกซิเจนที่มีความเข้มข้น 100% การรักษาแบบประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้โดยไม่ต้องใช้ยาต้านพิษ

ตารางที่ 3 ยาต้านพิษของ cyanogen

| Antidotes | Packing | Starting Dose | Injection Speed | Repeat Dose | Remarks |
|-------------------------------------|-----------------|--|-----------------|----------------------------------|---|
| Amyl nitrite | Vial | 1 Vial | - | - | Gauze + Mask |
| Na nitrite | 3% 10-mL ampule | 10 mL 3% solution IV (300 milligrams) Pediatric dosage: 0.33 mL/kg 3% solution IV | 3 minutes | 50% original dose if signs recur | Displacement, (<40% MetHb) Beware of hypotension |
| Na thiosulfate | 25% 50 mL vial | 50 mL 25% solution IV (12.5 grams) Pediatric dosage: 1.65 mL/kg 25% solution IV | 10 minutes | 50% original dose if signs recur | May induce nausea and vomiting |
| Other sulfur donor Hydroxycobalamin | 2.5-gram vial | 2.5 to 5 grams | 15 minutes | <15 grams in total | Expensive |

3. *Nerve agents (anticholinesterases)* เช่น Tabun (GA), Sarin (GB), Soman (GD), V-agent (VX) มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ cholinesterase

เอนไซม์ cholinesterase มีฤทธิ์สลาย acetylcholine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท (chemical neurotransmitter) การยับยั้งนี้ทำให้มีสาร acetylcholine สะสมอยู่ที่ cholinergic synapses จนเกิดกระตุ้นปลายประสาท มักได้รับการกระตุ้นจากสารสูดดม สัมผัสทางผิวหนัง หรือกระเด็นเข้าตา ภายหลังจากสูดดมจะก่ออาการรวดเร็วเป็นวินาทีหรือนาที อาการคล้ายกับการได้รับพิษจากยาฆ่าแมลงชนิด organophosphate

อาการประกอบด้วย DUMBELS (Diarrhea, Urination, Miosis, Bronchospasm/Bronchorrhea, Emesis, Lacrimation, Salivation) และทำให้เสียชีวิตภายในไม่กี่นาทีได้ การรักษาโดยหยุดสัมผัสสาร ให้การรักษาประคับประคองเบื้องต้น ล้างพิษ (decontamination) และให้ยาต้านพิษ

การล้างพิษโดยเร็วมีความสำคัญเพื่อลดการดูดซึมเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วย และการปนเปื้อนกับบุคลากรที่ทำการรักษา การให้ยาต้านพิษโดยเร็วมีความสำคัญก่อนที่สารจะจับกับเอนไซม์ cholinesterase อย่างถาวร

ตารางที่ 4 ยาต้านพิษของสาร nerve agents

| Antidotes | Packing | Starting Dose | Injection Speed | Repeat Dose | Remarks |
|------------------------|---|---|------------------|--|--|
| Atropine | 2-milligram ampule or autoinjector | 2 milligrams IM/IV/IO Avoid IV in case of hypoxia because it will induce cardiac arrhythmia Pediatric dosage 0.05 mg/kg | - | 5 to 10 minutes | Usual range: 15 to 20 milligrams until secretions dry up and there is ventilation improvement; atropine will not help miosis |
| Pralidoxime (2 PAM-CL) | 500 mg/20-mL vial or 600 milligram autoinjector | 1gram IV <12 years 20 to 50 mg/kg IV >12 years 0.5 to 1 gram IV | 20 to 30 minutes | 1 hour later may require 1 to 2 repeat doses | Useless if aging occurs GD: 2 minutes GB: 3 to 4 hours |
| Diazepam | 10-milligram ampule | 10 milligrams IM/IV Pediatric dosage 0.25 to 0.4 mg/kg IV | - | Repeat as required | Usual range: 10 to 20 milligrams |

หมายเหตุ : GB = Sarin, GD = Soman

ในสถานการณ์เสี่ยง การใช้ชุดลำเร็วรูปชนิด Mark I kit ซึ่งประกอบด้วย atropine และ 2-PAM chloride ฉีดตนเองได้ ในกรณีที่มีอาการรุนแรงอาจต้องฉีด 2-3 ครั้ง ยาฉีดสามารถให้ฉีดเข้าทางกระดูก (intraosseous) แทนการฉีดเข้าหลอดเลือดได้ด้วย

4. *Blistering agents (vesicants)* ได้แก่ sulfur mustard (H/HD), nitrogen mustard (HN), lewisite (L), phosgene oxime (CX) ก่อการระคายเคืองตาและผิวหนังจนกระทั่งเกิดตุ่มน้ำตามมา เมื่อสูดหายใจเข้าไปจะทำให้เยื่อของทางเดินหายใจจนกระทั่งเกิด pseudomembrane ขึ้น ปกติมักได้รับสารนี้โดยการสัมผัสทางผิวหนัง นอกจากนี้อาจกระเด็นเข้าตา สูดดมเข้าปอดหรือกินเข้าไป สารนี้มักเป็นอันตรายต่อตาและปอดเป็นสำคัญ ถ้าสัมผัสทางผิวหนังจะเกิดผื่นแดงตุ่มน้ำ และเกิดเป็นเนื้อตายในที่สุด

ในระบบทางเดินหายใจจะเกิดเยื่อบวม มีเลือดออก และเกิดเนื้อตายได้ รวมทั้งการมี pseudomembrane อาจทำให้ตายกะทันหันได้

สาเหตุการตายอาจเกิดจากการทำลายทางเดินหายใจ ติดเชื้อเข้ากระแสเลือด หรือกดภูมิคุ้มกัน อาจมีผลกระทบต่อการทำงานของไขกระดูกจนเกิดมะเร็งขึ้นได้ การรักษาโดยหยุดสัมผัสสาร รีบล้างพิษ และให้การรักษาประคับ

ประคอง ทั้งนี้สารชนิดนี้ไม่มียาต้านพิษ

5. สารควบคุมจลาจล (riot control agents)

แก๊สน้ำตาและสเปรย์พริกไทยเป็นสารที่กฎหมายอนุญาตให้ใช้เพื่อควบคุมการจลาจล ผลกระทบของแก๊สน้ำตาคือทำให้ผิวหนังและเยื่อต่างๆ ระคายเคือง แก๊สน้ำตาได้รับโดยการสูดดมและก่ออาการภายในเวลาเป็นนาที ทำให้มีอาการปวดและระคายเคืองตา ผิวหนัง และทางเดินหายใจ แต่ไม่มีผลเรื้อรัง อาการมักหายได้เองภายใน 15-30 นาที ประมาณ < 1% อาจมีอาการรุนแรงและนานจนต้องไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษา ไม่มีการรักษาจำเพาะทำได้แต่เพียงล้างน้ำก่อนนำขึ้นรถพยาบาล รักษาตามอาการ และไม่มียาต้านพิษ แก๊สน้ำตาอาจไม่ก่อให้เกิดอาการต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท กินเหล้าหรือยาบางอย่างมากก็ได้

สเปรย์พริกไทยมีสารอัลคาลอยด์ที่เรียกว่า capsaicin ในชองกมมีการใช้สาร oleoresin capsicum (OC) เพื่อปราบปรามจลาจล ความแรงของมันอยู่ที่ 0.5-5 million Scoville heat units (SHUs) สเปรย์พริกไทยก่ออาการระคายเคืองและปวดตามเยื่อที่สัมผัสโดน ทำให้มีหลอดเลือดของเยื่อขยายตัว ทำให้ตามัวชั่วคราวและระคายเคืองทางเดินหายใจ อาการเป็นอยู่นาน 15-60 นาที สเปรย์พริกไทยค่อนข้างปลอดภัย การรักษาหลักคือ การล้างตัวด้วยน้ำเย็น น้ำอุ่นอาจทำให้รู้สึกร้อนและอักเสบมากขึ้น สาร oleoresin capsicum ละลาย

ในไขมันได้ดี ดังนั้น สบู่ที่มีส่วนผสมของไขมันหรือครีมโลชั่นจึงไม่ควรนำมาใช้ถูตัว เด็กทารก จะระคายเคืองต่อสารนี้ได้มากและต้องรีบไปพบแพทย์โดยทันที บางคนอาจแพ้สเปรย์พริกไทย อย่างรุนแรงได้ การรักษาหลักคือ รักษาตามอาการ

อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Personal Protective Equipment, PPE)

อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากสารพิษมี 4 ระดับตั้งแต่ A-D ซึ่งพิจารณาจากชนิดของ เสื้อผ้าที่กันสารพิษและอุปกรณ์ป้องกันระบบหายใจ ซึ่งแตกต่างจากอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ของทหาร

1. **ระดับ A** จะป้องกันระบบหายใจ ผิวหนัง ตา และเยื่อหูได้ดีที่สุด เพราะเป็นชุด ที่สวมปกปิดมิดชิด ป้องกันสารเคมีและสารระเหยได้ รวมทั้งมีถังออกซิเจนของตนเอง (self-contained breathing apparatus, SCBA)

2. **ระดับ B** จะป้องกันระบบหายใจได้ดีมาก แต่ป้องกันผิวหนังและตาได้ไม่ดีนัก เพราะเป็นชุดที่สวมป้องกันสารเคมีกระเด็นมาโดนผิวหนัง และมี SCBA

3. **ระดับ C** ควรใช้ในกรณีมีสารพิษที่เป็น airborne โดยชุดนี้มีระบบกรองอากาศ ที่หายใจเข้า (air purifying respirator) แต่ไม่ค่อยป้องกันผิวหนังและตา

4. **ระดับ D** เหมือนชุดใส่ทำงานทั่วไปที่ป้องกันผิวหนังได้เล็กน้อย และไม่ป้องกัน ระบบหายใจ ระดับ C และ D ไม่สามารถใช้ในสถานการณ์ที่ขาดออกซิเจนได้

ภาวะแทรกซ้อนจากอุปกรณ์ป้องกันตนเอง

อุปกรณ์ป้องกันตนเองจะทำให้มองได้ไม่ชัด ขาดความคล่องแคล่ว จำกัดการ เคลื่อนไหว อากาศที่หายใจไม่เพียงพอ ขาดสารน้ำและผลกระทบต่อร่างกายเนื่องจาก อากาศร้อนหรือเย็นเกินไป ดังนั้น ในขณะที่ล้างตัวของบุคลากรผู้สวมชุดป้องกันตนเองอยู่ก็ ควรสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของเขาด้วยเพื่อช่วยเหลือได้ทัน ในขณะที่อากาศร้อนและชื้น ไม่ควรสวมชุดป้องกันตนเองนาน > 60 นาที และควรลับเปลี่ยนทีมหลังจากนั้น

การล้างตัว (decontamination)

ส่วนใหญ่สารเคมีมักแทรกซึมผ่านผิวหนังได้ ดังนั้น จึงควรล้างตัวโดยเร็ว และการ ถอดเสื้อผ้าออกเป็นขั้นแรกที่เป็นซึ่งสามารถถอดสารเหลวที่ติดเสื้อผ้าออกได้ 80% นอกจากนี้ การถอดเสื้อผ้าออกยังสามารถลดสารระเหยที่ปนเปื้อนตามเสื้อผ้าได้ถึง 100% แต่บาง สถาบันแนะนำให้ใช้ 0.5% hypochlorite ในการล้างสารพิษที่ปนเปื้อนทุกชนิด อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปยังคงยอมรับว่าการล้างตัวด้วยน้ำและสบู่ก็เพียงพอ

การล้างตัวควรทำทั้ง 3 โซน hot, warm และ cold ควรอยู่ในตำแหน่งเหนือลม เป้าหมายหลักใน hot zone คือช่วยชีวิตและรีบนำผู้บาดเจ็บออกไปทำการล้างตัว พร้อมกับ ให้ตำรวจเก็บหลักฐานบาดแผลและทรัพย์สินของผู้บาดเจ็บ ส่วน warm zone ทำการล้างตัว หลังจากนั้นจึงส่งไปยัง cold zone เพื่อทำการคัดกรองและรักษาด้วยทีมรักษาพยาบาล

หลังจากทำงานในสถานการณ์เสี่ยงแล้ว ก็ทำการล้างตัวของบุคลากรที่สวมชุด ป้องกันตนเองต่อไป บุคลากรควรรู้วิธีสวมและถอดชุดป้องกันตนเอง

สรุป

การรักษาในพื้นที่รบ แบ่งพื้นที่ออกเป็น

1. การรักษาในพื้นที่รบ (care under fire : hot zone) - หยุดเลือดไหล ขนย้ายผู้ป่วยออกไปโดยเร็ว เน้น ความปลอดภัยของบุคลากรเป็นสำคัญ

2. การรักษาในโรงพยาบาลสนาม (tactical field care : warm zone) - รักษาตาม Airway-Breathing-Circulation และป้องกันกระดูกสันหลังคอบาดเจ็บ

Airway (เปิดทางเดินหายใจ) - headtilt, chinlift หรือ jawthrust, ใส่ท่อหลอดลม, laryngeal mask airway Breathing (ช่วยหายใจ) - ให้ออกซิเจนต่อกับเครื่อง ช่วยหายใจ ใช้เข็มเจาะโพรงปอดเพื่อเอาลมออก ใส่ท่อระบาย ลมออกจากโพรงปอด (intercostal drainage)

Circulation (ช่วยระบบไหลเวียนเลือด) - เปิด เส้นเลือดให้สารน้ำ ปิดแผลให้เลือดหยุดไหล

3. การรักษาระหว่างขนย้าย (combat casualty evacuation : cold zone) - ตั้งโซนต่าง ๆ ในการดูแลและ ขนย้าย ประเมินสัญญาณชีพ ให้ยาแก้ปวด ตามเปลือก ให้ยา ฆ่าเชื้อ และทำการขนย้าย

เอกสารอ้างอิง

1. Chan Jimmy T.S., Chow Yuk-yin. Tactical EMS Medicine. In Tintinalli Judith E., Cameron Peter, Holliman C. James editors. EMS A Practical Global Guidebook. USA: People's Medical Publishing House; 2010:617-32.
2. Callaway David W., M.D. Tactical Emergency Medicine. 2006 Feb 25. Available from: <http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ncems.org%2Fabout%2Ffont2006%2Fpresentations%2Fcallaway%2520-%2520tactical%2520ems.pdf&ei=YHriUtqKncflrQevm4GwCg&usq=AFQjCNHt4z6zAio7KY07qFGrl-2wMG52hw&sig2=ZiZf10zyv3YL6fM4J5J8-TA>.
3. National Association of Emergency Medical Technicians. Tactical Combat Casualty Care Guidelines. TCCC Guidelines and Curriculum 2012 September 17. Available from: <http://www.naemt.org/Libraries/PHTLS%20TCCC/TCCC%20Guidelines%20120917.sflb>
4. Callaway DW; Smith ER; Cain J; Shapiro G; Burnett WT; McKay SD; and Mabry R. Tactical Emergency casualty care (TECC): guidelines for The Provision of Prehospital Trauma care in high Threat Environments. Journal of Special Operations Medicine; Vol. 11;ed 3; Summer/Fall 11:104-22.
5. Elliot Carhart, EdD, RRT, NRP, NCEE. How to Develop Tactical EMS Protocols. EMSWORLD. 2012 Feb 1[cited 2013 Oct 15]; [5 screens]. Available from: <http://www.emsworld.com/article/10604181/how-to-develop-tactical-ems-protocols>
6. Indiana University. Tactical EMS. 2013; [1 screen]. Available from: <http://iu-iusm-emer.ads.iu.edu:8081/iuem/divisions/out-of-hospital-medicine/tactical-ems1>
7. Morrissey Jim. Tactical EMS: An overview. PoliceOne.com.2013;[1 screen]. Available from: <http://www.policeone.com/police-products/tactical/tactical-medical/articles/6352966-Tactical-EMS-An-overview/>

หญิงอายุ 73 ปี เดินอยู่ในห้างแล้วตาย: รายงานผู้ตาย 1 ราย

A 73-year-old Female With Sudden Unexpected Death In Department Store: A Case Report

การตายที่เกิดขึ้นในที่สาธารณะโดยเฉพาะห้างสรรพสินค้า บ้ายรตเมล์ สยามบิณ ตลาดสด ฯลฯ ไม่ว่าผู้ตายจะมีอายุเท่าใดก็ตาม หากแพทย์ท่านใดต้องมีส่วนในการชันสูตรพลิกศพ¹ แล้ว แพทย์ท่านนั้นจะต้องให้ความสำคัญกับการชันสูตรพลิกศพเป็นอย่างยิ่ง และหากการชันสูตรพลิกศพแล้ว **ไม่ว่าจะพบหรือไม่พบสาเหตุแห่งการตาย** หรือไม่ก็ตาม แพทย์ไม่ควรที่จะ **“ประมาท”** ให้เอกสารระบุสาเหตุการตาย (หนังสือรับรองการตาย ทร.4/1 หรือใบรับแจ้งการตาย ทร.4 ตอนหน้า) โดยไม่นำศพมาเพื่อรับการตรวจต่อตามมาตรา 151¹ ทั้งนี้เพราะการที่แพทย์ตรวจศพและสภาพแวดล้อมศพในระยะอันสั้น กระชั้นชิด จะถูกจำกัดด้วยเวลาและความพิถีพิถันได้ง่าย แพทย์อาจพลาดพลังในการตรวจบางสิ่งบางประการที่เป็นสาเหตุสำคัญในการทำให้ตายได้ ดังนั้น กรณีดังกล่าวนี้แพทย์จึงจำเป็นต้องนำศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ ณ สถานพยาบาลของรัฐบาล เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสาเหตุและพฤติการณ์แห่งการตาย¹

เป็นความเสี่ยงของแพทย์ที่ทำการชันสูตรพลิกศพร่วมกับพนักงานสอบสวน ซึ่งแพทย์ตามกฎหมายมีฐานะเป็น “เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญาด้อย” เพราะเมื่อไม่สามารถหาสาเหตุแห่งการตายได้ในขณะที่ทำการชันสูตรพลิกศพแล้วย่อมต้องส่งศพเพื่อการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152) หากไม่ดำเนินการเท่ากับเป็นความเสี่ยงทางด้านจริยธรรม และอาญาเป็นอย่างมาก

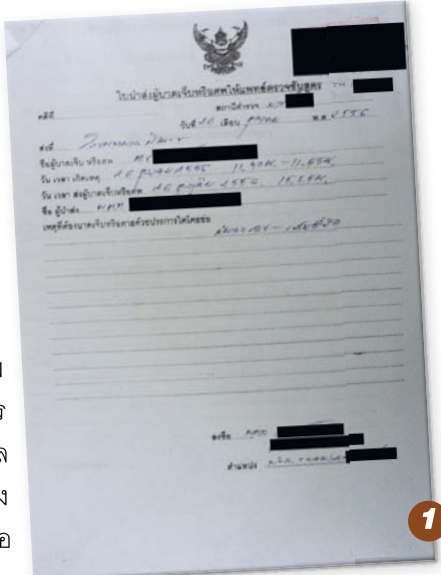
อุทากรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ประวัติ: ผู้ตายอายุ 73 ปี เดินอยู่ในห้างสรรพสินค้า แล้วล้มลงโดยปราศจากเหตุรุนแรงที่เกิดกับผู้ตาย ผู้ตายถูกส่งตัวมาที่โรงพยาบาลเอกชนที่ใกล้เคียงห้างสรรพสินค้า นั้น ได้ทำการกู้ชีพแต่ไม่สำเร็จ และเสียชีวิตในเวลาต่อมา

การชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ศพอยู่: เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่ศพอยู่ (พยาบาล) ได้แจ้งให้พนักงานสอบสวนแห่งสถานพยาบาลตั้งอยู่ได้รับทราบ และพนักงาน

สอบสวนแห่งท้องที่ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่กับแพทย์ที่มีหน้าที่ตามกฎหมายได้มาร่วมทำการชันสูตรพลิกศพแล้วส่งศพมายังโรงพยาบาลของรัฐบาลเพื่อรับการตรวจอย่างละเอียดต่อไปตามใบนำส่งศพเพื่อรับการตรวจ (ภาพที่ 1)

การตรวจศพ: (ดำเนินการในวันรุ่งขึ้นของการชันสูตรพลิกศพ)
สภาพศพภายนอก: (ภาพที่ 2)



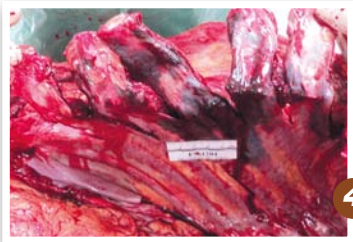
- ศพเป็นหญิง อายุ 73 ปี รูปร่างท้วม ผมหิดดำ (มีสภาพการย้อมผม) ยาวประมาณ 10-15 เซนติเมตร ต้ววยาวประมาณ 158 เซนติเมตร สวมเสื้อแขนสั้นสีเข้มลายดำ รูปวงรี และหลายเหลี่ยม สวมกางเกงขาสั้นสีเข้ม และชุดชั้นในสีเนื้อ
- ศพมีผิวสีอย่างชาวเอเชีย ใบหน้าคล้ำเล็กน้อย ไม่พบจุดเลือดออกที่เยื่อบุตา แขน ขา ลำตัว
- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกกลงสู่เบื้องต่ำหลังเสียชีวิตที่หลังได้ชัดเจน
- รอบคอไม่พบบาดแผลรุนแรงหรือรอยกดรัด
- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียด ไม่มีลักษณะหักหรืองอ
- บริเวณหน้าท้องน้อยพบแผลเป็นยาวประมาณ 15 เซนติเมตรจากการผ่าตัดเก่า
- ไม่พบของเหลวหรือคราบผิดปกติที่บริเวณปาก จมูก หู ตา ช่องคลอด และทวารหนัก

สภาพศพภายใน:

- หนังศีรษะและใต้ชั้นหนังศีรษะปกติ
- กะโหลกศีรษะ รวมถึงฐานกะโหลกศีรษะปกติ (ภาพที่ 3)



- เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกบริเวณสมองกลีบขวส่วนข้างพบว่ามียอยงนุ่มลงไป เมื่อเปิดเยื่อหุ้มสมองดูพบว่ามีคล้ายโพรงน้ำ โดยรอบโพรงมีลักษณะเป็นเนื้อเยื่อสมองสีเหลือง ไม่พบว่าเป็นหนอง (เข้าได้กับการมีถุงน้ำ)
- เนื้อสมองซีก ไม่พบเลือดออก และไม่พบว่ามีโพรงน้ำในเนื้อสมองใดผิดปกติ
- กล้ามเนื้อรอบคอไม่พบเลือดออก
- กระดูกสันหลังส่วนคอและกระดูกคออยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบสภาพหัก งอ แดง
- ต่อมไทรอยด์มีขนาดโตกว่าปกติกว่าเท่าตัว (100 กรัม)
- กระดูกอกหักตรงกลางกระดูก-และกระดูกซี่โครงที่ 2-7 ด้านซ้ายและขวาหักทางตอนหน้า (เข้าได้กับกระบวนกรกัซิป) (ภาพที่ 4)



- เนื้อปอดคั่งเลือด ไม่พบพยาธิสภาพชัดเจน
- เนื้อเยื่อในช่องอกและส่วนหลังอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- หัวใจมีขนาดโตกว่าปกติเท่าตัว (หนัก 520 กรัม)
- หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจหลักทั้ง 3 เส้น มีการตีบร้อยละ 20-60 โดยเฉพาะเส้นเลือดที่มาเลี้ยงด้านขวาของหัวใจ (ภาพที่ 5)



- ลิ้นหัวใจเอออร์ติกและไมทัลลรัชระ มีลักษณะคล้ายตุ่มเหลืองที่ขอบของลิ้นหัวใจ
- กล้ามเนื้อหัวใจส่วนล่างซ้ายหนาขึ้นกว่าปกติเล็กน้อย 2.0-2.2 เซนติเมตร
- กล้ามเนื้อพบว่ามียอยงนุ่มสีขาวซีดที่กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายและห้องล่างขวา เข้าได้กับพยาธิสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ (ภาพที่ 6-7)



- ตับ ม้าม ไต อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- กระเพาะอาหารพบข้าวและผักยังไม่ย่อยประมาณเกือบเต็มกระเพาะ
- ลำไส้ทั้งเล็กและใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- มดลูกและรังไข่รวมถึงท่อนำไข่ถูกตัดออกไปทั้งสองข้าง (จากการรักษาในอดีต)
- กระเพาะปัสสาวะและอวัยวะต่าง ๆ ในอุ้งเชิงกรานอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

- หมูเลือดเอ
- ตรวจไม่พบเอทานอลในเลือด
- ตรวจไม่พบยานอนหลับในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนในเลือดและของเหลวจากกระเพาะอาหาร
- ตรวจไม่พบยาฆ่าแมลงในกลุ่มคาร์บาริเมทและกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟตจากของเหลวในกระเพาะอาหาร
- ตรวจไม่พบสารไซยาไนด์จากของเหลวในกระเพาะอาหาร
- ตรวจไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในเลือดและปัสสาวะ
- ตรวจไม่พบสารอนุพันธ์ของมอร์ฟีนในเลือด

สาเหตุการตาย:

ระบบไหลเวียนล้มเหลวจากพยาธิสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ

พฤติการณ์ที่ตาย:

เข้าได้กับเหตุตายตามธรรมชาติ

วิเคราะห์และวิจารณ์

การที่ผู้ตายรายนี้เป็นหญิงสูงอายุตายในขณะที่เดินในห้างสรรพสินค้าที่ผู้คนพลุกพล่านจึงอาจเป็นกรณีศึกษาได้ และพิจารณาได้ดังนี้

ประการที่ 1: การตายในขณะที่เดินอยู่ในห้างสรรพสินค้าถือว่าเป็น “สถานที่สาธารณะ” ได้

การตายลักษณะเช่นนี้ต้องถือว่าเป็นการตายผิดธรรมชาติอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพราะไม่อาจทราบได้ว่า “สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตเกิดจากสิ่งใด” เช่น

1. อาจเกิดจากการที่ได้กินน้ำหรืออาหารก่อนหน้าที่มาแล้วเกิดเป็นพิษตามมาทำให้เสียชีวิต ในกรณีนี้มีได้หมายความว่า “ขณะแรกเกิดเหตุจะอยู่ที่ห้างสรรพสินค้า” แต่อาจอยู่ที่บ้านอยู่ที่ทำงาน อยู่ที่รถ ฯลฯ แล้วยังไม่เกิดเหตุ ต่อเมื่อผู้ตายลงมาเดินที่ห้าง “จึงเกิดอาการขึ้น”

2. การถูกวางยาเพื่อประสงค์ต่อทรัพย์^{2,3} ร่างกายหรือชีวิตกรณีนี้เชื่อว่าจะเป็นการเกิดขึ้นในขณะที่อยู่ในห้างสรรพสินค้าแน่นอน และผู้ที่ประสงค์ร้ายอาจอยู่ใกล้กับผู้ตายเอง เช่น อาจทำตัวเป็น “พลเมืองดีเข้าช่วยเหลือผู้ตายโดยแกล้งทำเป็นว่าเข้าช่วยและมีการนำทรัพย์สินของผู้ตายไปในขณะที่เข้าทำการช่วยเหลือ” เป็นต้น

ประการที่ 2: การตายผิดธรรมชาติต้องมีการชันสูตรพลิกศพ

เมื่อให้เป็นการตายผิดธรรมชาติแล้ว แพทย์ต้องปรับเข้ากับการตายตามมาตรา 148 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา¹ เสมอ

มาตรา ๑๔๘ เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาตินั้น คือ

(๑) ฆ่าตัวตาย

(๒) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย

(๓) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย

(๔) ตายโดยอุบัติเหตุ

(๕) ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ

กระบวนการชันสูตรพลิกศพ:

ก. กระบวนการชันสูตรพลิกศพในกรณีนี้ย่อมต้องถือว่าเป็น “การตายผิดธรรมชาติชนิดทั่วไป” (มิใช่การตายผิดธรรมชาติชนิดพิเศษที่ต้องชันสูตรพลิกศพ 4 ฝ่าย) การชันสูตรพลิกศพจึงประกอบด้วยพนักงานสอบสวนและแพทย์เพียง 2 ฝ่ายเท่านั้น และเมื่อชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ที่เกิดเหตุ (ที่ที่พบศพในที่นี้คือโรงพยาบาลเอกชนที่ผู้ตายถูกนำไปเพื่อกระบวนกรูชีพ) ไม่สามารถที่จะหาสาเหตุแห่งการตายได้อย่างชัดเจนเพราะเป็นการเฉพาะหน้าและเวลาอันสั้น อีกทั้งยังมิได้มีการตรวจ/หรือมิสามารถตรวจ

หาสิ่งผิดปกติได้ในช่วงเวลาดังกล่าวได้ จึงจำเป็นที่แพทย์ต้องนำศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ

ข. เหตุที่การชันสูตรพลิกศพยอมเห็นได้ว่า “**ไม่สามารถที่จะหาสาเหตุการตายได้**” ทั้งนี้เห็นได้จากไม่ได้มีบาดแผลรุนแรงแต่อย่างใด ไม่พบว่ามีสาร คราบ กลิ่น ที่บริเวณทวาร (ปาก หู จมูก ตา) หรือมีสิ่งแปลกปลอมติดมาตามร่างกายหรือเสื้อผ้าของผู้ตายแต่ประการใด ทำให้เกิดกรณีสงสัยว่า “อาจเกิดจากสิ่งต่าง ๆ ได้มากมายรวมถึงการตายตามธรรมชาติจากโรคแห่งผู้ตายด้วย” อีกทั้งต่อมาแม้จะนำศพเข้ามาตรวจต่อที่โรงพยาบาลของรัฐบาลก็ยังไม่สามารถที่จะหาสาเหตุแห่งการตายได้เช่นเดียวกัน

ประการที่ 3: การตรวจศพหลังการชันสูตรพลิกศพ

กรณีดังกล่าวนี้ต้องถือว่า “**มีความจำเป็นอย่างยิ่ง**” เมื่อมีการชันสูตรพลิกศพแล้วต้องส่งศพเพื่อการตรวจศพต่อไป ณ โรงพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายไม่อาจดำเนินการประการอื่นเพราะจะทำให้ผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพ (ในฐานะเจ้าพนักงาน) มีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติหน้าที่อย่างสูง โดยเฉพาะหากไม่ได้กระทำให้แล้วเสร็จสมบูรณ์ตามขั้นตอนอาจถูกกล่าวหาว่า “ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่” ตามมาตรา 157 แห่งประมวลกฎหมายอาญา² ได้

ประการที่ 4: ความเสี่ยงของผู้ดำเนินการชันสูตรพลิกศพผู้ตายในลักษณะดังกล่าว

อาจจำแนกความเสี่ยงของผู้ที่ตายในลักษณะดังกล่าวออกได้ดังนี้

1. สิ่งที่เป็นความเสี่ยง

สิ่งที่เป็นความเสี่ยงก็คือ การเสี่ยงต่อการ “**มีกล่าวหาในเวลาต่อมาว่ามีการกระทำความผิดอาญาขึ้นกับผู้ตายจนทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย**” เช่น

ก. สงสัยว่าผู้ตายถูกวางยา (มอมยา) เพื่อการกระทำความผิดทางอาญา² (รูตทรัพย์) สงสัยว่าจะต้องการทำร้ายร่างกายหรือประสงค์ต่อชีวิตของผู้ตายจนถึงแก่ความตาย เป็นต้น

ข. สงสัยว่าทางห้างสรรพสินค้าประมาทกรณีหนึ่งกรณีใด เช่น อาจวางสายไฟฟ้าไม่ดีทำให้เกิดอันตรายได้ หรือพื้นลื่นทำให้ผู้ตายลื่นล้มจนเสียชีวิต?

การกล่าวหาเช่นนี้กระทำได้ง่ายโดยผู้มีส่วนได้เสียกับผู้ตาย เช่น คู่สมรส บุตร บิดา มารดา หรือแม้แต่ทายาทชั้นห่าง เช่น พี่น้องของผู้ตาย หรือหลานของผู้ตาย เป็นต้น และเนื่องจากการกล่าวหาในทางอาญา ซึ่งถือว่าเป็นความร้ายแรงและเกี่ยวข้องกับความสงบเรียบร้อยในสังคม ทำให้หากมีการกล่าวขึ้นเช่นดังกล่าวนี้ พนักงานสอบสวน (เจ้าพนักงาน) ย่อมต้องดำเนินการตามหน้าที่ตามกฎหมาย¹ และสิ่งที่สำคัญที่สุดในเรื่องการตายก็คือ “**รายงานการชันสูตรพลิกศพ**” (**บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ**) และ “**รายงานการตรวจศพ**” ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา 129 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา¹ นั่นเอง

“มาตรา ๑๒๙ ให้ทำการสอบสวนรวมทั้งการชันสูตรพลิกศพ ในกรณีที่มีความตายเป็นผลแห่งการกระทำผิดอาญา ดังที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายนี้อันว่าด้วยการชันสูตรพลิกศพ”

2. ผู้ที่อยู่ในข่ายความเสี่ยงตามระยะเวลาที่เข้าเกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในข่ายที่อาจเกี่ยวข้องกับและอาจเป็นความผิดตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้นตามระยะแห่งการเข้าเกี่ยวข้องดังนี้

2.1 ความเสี่ยงหากมิได้จัดให้มีการชันสูตรพลิกศพ

หมายถึง ในช่วงที่มีการตายเกิดขึ้น

ก. หากตายในห้างสรรพสินค้าหรือตึกที่สถานที่เป็นของเอกชน ผู้ที่มีหน้าที่ดูแล “ห้างสรรพสินค้า” หรือสถานที่เอกชนนั้นย่อมอยู่ในฐานะเจ้าบ้าน หากมิได้แจ้งต่อพนักงานสอบสวน แต่กลับให้ญาตินำศพไปดำเนินการทางศาสนาเลยย่อมเป็นความเสี่ยงต่อผู้ที่มอบศพโดยมิได้แจ้งต่อพนักงานสอบสวน กระบวนการที่ไม่อาจดำเนินการต่อได้ เช่น เมื่อ “ไม่มีหนังสือรับรองการตาย” ย่อมไม่อาจทำ “มรณบัตร” ได้ ก็จะไม่สามารถเรียกร้องสิทธิต่าง ๆ ตามกระบวนการ โดยเฉพาะตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534⁴ ได้

ข. หากมิได้แจ้งต่อพนักงานสอบสวนแล้ว พนักงานสอบสวนเห็นว่าเป็นการตายตามธรรมชาติ “ให้ญาติดำเนินการตามประเพณี” ก็จะเกิดปัญหาตามมาว่า “ไม่มีหนังสือรับรองการตาย” หรือ “ใบรับแจ้งการตาย” เพื่อดำเนินการทำ “มรณบัตร”⁴ ก็จะติดขัดในกระบวนการดำเนินการกับศพต่อไปอีกมาก ย่อมเป็นความเสี่ยงของเจ้าพนักงาน (พนักงานสอบสวน)

ค. หากมีการนำศพไปที่สถานพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใด (เพราะเบื้องต้นอาจไม่แน่ใจว่าเสียชีวิตแล้ว) และแพทย์เห็นว่า “มิใช่การตายผิดธรรมชาติ” ก็อาจเกิดความเสี่ยงต่อแพทย์ท่านนั้นทันทีที่หากมีการกล่าวอ้าง ตามข้อ 1 (สิ่งที่เป็ความเสี่ยง)

2.2 ความเสี่ยงของแพทย์หากชันสูตรพลิกศพแล้วให้เหตุตายจาก “โรค” โดยไม่ทำการส่งตรวจเพิ่มเติม

เป็นความเสี่ยงของแพทย์ที่ทำการชันสูตรพลิกศพพร้อมกับพนักงานสอบสวน ซึ่งแพทย์ตามกฎหมายมีฐานะเป็น “เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญาด้วย” เพราะเมื่อไม่สามารถหาสาเหตุแห่งการตายได้ในขณะที่ทำการชันสูตรพลิกศพแล้วย่อมต้องส่งศพเพื่อการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152)¹ หากไม่ดำเนินการเท่ากับเป็นความเสี่ยงทางด้านจริยธรรม⁵⁻⁷ และอาญา² เป็นอย่างมาก

2.3 ความเสี่ยงของแพทย์ที่ได้รับศพมาเพื่อการตรวจ

ต่อ (ตามมาตรา 152)¹ แต่มิได้ทำการตรวจศพอย่างละเอียด

เป็นความเสี่ยงของแพทย์ที่เจ้าพนักงาน (พนักงานสอบสวน) ส่งศพมาเพื่อรับการตรวจแต่แพทย์ไม่ทำการตรวจศพอย่างละเอียด กลับมอบศพให้แก่ทายาทของผู้ตายไปโดยอาจให้สาเหตุการตายอย่างทั่วไปประการหนึ่งประการใด เช่น “ระบบไหลเวียนล้มเหลว” (mode of death) เป็นต้น แต่แพทย์ต้องทราบหากเกิดกรณี ตามข้อ 1 (สิ่งที่เป็ความเสี่ยง) ขึ้นแล้ว แพทย์ท่านนั้นย่อมไม่อาจหนีความรับผิดชอบแห่งตนได้ โดยเฉพาะใน 2 ด้านที่สำคัญคือ มาตรฐานแห่งการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ตามเกณฑ์ที่แพทยสภากำหนด)⁶⁻⁸ และการเป็นเจ้าพนักงานละเว้นหน้าที่หรือปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ⁹

ประการที่ 5: สาเหตุแห่งการตายตามกรณีอุทาหรณ์

จากการตรวจศพอย่างละเอียด (มาตรา 152) ทำให้แพทย์สามารถทราบสาเหตุแห่งการตายได้ ทั้งนี้เพราะการตรวจศพทำให้เห็นถึง “พยาธิสภาพของหัวใจ” สภาพการพบร่องรอยของการที่หัวใจขาดเลือดและการตีบของหลอดเลือด (แม้จะไม่มากนักก็ตาม)

ประการที่ 6: ประมวลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในห้างสรรพสินค้าขณะที่ผู้ตายเดินอยู่จนถึงแก่ความตาย

สามารถประมวลเหตุการณ์ได้คือ ผู้ตายมีสภาพการขาดเลือดของหัวใจ (จากพยาธิสภาพของหัวใจที่มีอยู่เดิม) ซึ่งผู้ตายอาจทราบหรือไม่ทราบมาก่อนก็ได้ และเมื่อเดินในห้างสรรพสินค้าซึ่งอาจเดินนานหรือมีการใช้กำลังกายมากในการเดินทำให้เกิดหัวใจขาดเลือดอย่างเฉียบพลันเพราะพยาธิสภาพที่มีอยู่เดิมแล้ว ทำให้ผู้ตายล้มลงและเสียชีวิต แล้วถูกนำไปสู่กระบวนการกู้ชีพ ณสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุดแล้วก็ตาม

สรุป

การที่แพทย์ผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพกับพนักงานสอบสวนทำการชันสูตรพลิกศพผู้ที่ตายผิดธรรมชาติ หากแพทย์เห็นว่าการตายนั้นเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน เกิดขึ้นในที่ที่ไม่สมควรเกิดขึ้นโดยเฉพาะในที่สาธารณะ เมื่อแพทย์ทำการชันสูตรพลิกศพแล้วเสร็จ แพทย์ “จำเป็นต้องส่งศพเพื่อการตรวจต่อเนื่อง” โดยไม่ชักช้า และแพทย์ต้องไม่ใช่เหตุแห่งการถูกหว่านล้อมด้วยประการใด ๆ เพื่อมิได้ดำเนินการตามมาตรฐาน ทั้งนี้เพราะหากแพทย์ “ใจอ่อน” โดยมิได้ดำเนินการตามมาตรฐานและหน้าที่แล้ว ต่อมาหากมีการร้องเรียนเกี่ยวกับการตายดังกล่าวเกิดขึ้น อาจทำให้แพทย์เข้าข่ายการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยมิได้มาตรฐาน (ตามเกณฑ์แห่งแพทยสภา) และ/หรือการเป็นเจ้าพนักงานละเว้นการปฏิบัติตามหน้าที่ (มาตรา 157) ได้

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>
3. แก๊งมัจฉาชีพบุก ร.พ.รามาศีหว่างยารูดทรัพย์คนไข้. หนังสือพิมพ์แนวหน้า. วันเสาร์ที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2556. <http://www.naewna.com/local/72434>
4. พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 108/ตอนที่ 203/ฉบับพิเศษ หน้า 97/22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534.
5. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
6. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม พ.ศ. 2555)”.
7. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.

อาการคันยุกยิกบริเวณจุดซ่อนเร้นเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้หญิง หลายคนไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของอาการนี้ว่าเป็นอาการเริ่มต้นที่บ่งบอกว่าอาจเกิดการติดเชื้อราภายในช่องคลอด บางคนยังเข้าใจผิดคิดว่าอาการคันแค่เพียงเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษา จึงอาจทำให้อาการคันกลับมาเป็นซ้ำได้บ่อยๆ ไม่หายขาดสักที **บริษัทไบเออร์ไทย แผนกคอนซูเมอร์แคร์** จึงได้จัดงานเสวนา **รณรงค์หญิงไทย รู้ทันอาการ “คัน”** เพื่อให้ความรู้ถึงสาเหตุที่แท้จริง การรักษาที่ถูกต้อง รวมถึงวิธีการดูแลตัวเอง โดยได้รับเกียรติจาก **รศ.นพ. กระเชียร ปัญญาคำเลิศ อาจารย์ประจำภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** เป็นผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ยังมี 2 สาวไบเฟิร์น-พิมพ์ชนก ลีอวิเศษไพบุญย์ และ นุ้ย-สุจิรา อรุณพิพัฒน์ มาร่วมอัปเดตข้อมูล



รศ.นพ.กระเชียร กล่าวว่า “คันตกขาวจากเชื้อราเป็นเรื่องที่ผู้หญิงทุกคนมีโอกาสเป็นได้ พบว่า 3 ใน 4 คนของผู้หญิงจะเคยมีอาการอักเสบภายในช่องคลอดจากเชื้อราอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต โดยปกติภายในช่องคลอดจะมีเชื้อราตามธรรมชาติแต่ไม่ก่อให้เกิดอาการใด ๆ แต่เมื่อใดก็ตามที่ภายในช่องคลอดมีปัจจัยรบกวนสมดุลก็จะทำให้เชื้อราที่เจริญเติบโตเพิ่มมากกว่าปกติ ก่อให้เกิดการอักเสบภายในช่องคลอด ซึ่งบางครั้งอาจลุกลามมายังภายนอกบริเวณจุดซ่อนเร้นได้อีกด้วย อาการคันคือ อาการแรกเริ่มที่บ่งบอกว่าอาจเกิดการติดเชื้อราภายในช่องคลอด โดยพบว่า 9 ใน 10 ของอาการคันบริเวณจุดซ่อนเร้นเกิดจากการติดเชื้อราภายในช่องคลอด เชื้อราที่พบได้บ่อยคือ เชื้อราในกลุ่มแคนดิดา บางครั้งอาจมีอาการตกขาวร่วมด้วย ตกขาวที่มีสาเหตุจากเชื้อราจะมีลักษณะเฉพาะ คล้ายนมที่จับตัวเป็นก้อนสีขาวหรือสีเหลือง คล้ายนมที่ทารกแหงออกมา ไม่มีกลิ่น แต่ถ้าพบว่าตกขาวมีกลิ่นแรงหรือมีสีเข้มควรปรึกษาแพทย์ทันที ตัวอย่างปัจจัยรบกวนที่ทำให้เชื้อราเจริญเติบโตได้มากกว่าปกติ ได้แก่ การใส่เสื้อผ้าคับทำให้อับชื้น ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง การมีประจำเดือนมากกว่าปกติ หรือสัมผัสสบู่ที่มีฤทธิ์เป็นด่าง และยิ่งอาจพบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่รับประทานยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน

รวมถึงผู้ที่ใช้ยาสเตียรอยด์ ยาคุมกำเนิด ยาฮอร์โมน หรือผู้ที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสี หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน”

นอกจากนี้ยังมีผู้หญิงหลายคนเข้าใจผิดคิดว่า การอักเสบภายในช่องคลอดจากเชื้อราที่เกิดจากการไม่รักษาความสะอาดบริเวณจุดซ่อนเร้น หรือเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ทำให้เกิดอาการคันอับชื้น ไม่กล้าปรึกษา จึงอาจรักษาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้น้ำยาสวนล้างช่องคลอดเป็นสิ่งที่ถูกต้อง หรือการใช้น้ำยาทำความสะอาดจุดซ่อนเร้นก็เพียงพอแล้ว โดยที่ไม่ได้รักษาที่ต้นเหตุคือเชื้อราที่อยู่ภายในช่องคลอด

แพทย์แนะหญิงไทย รู้ทันอาการ “คัน” รักษาตรงจุด หยุดทุกอาการ

อาการคันอาจกลับมาเป็นซ้ำได้บ่อย และอาจทำให้เกิดการเสียสมดุลของช่องคลอดตามธรรมชาติได้อีกด้วย หรืออาจทำให้เกิดติดเชื้ออื่น ๆ ตามมาได้

สำหรับการรักษาที่ถูกต้อง **รศ.นพ.กระเชียร** บอกว่า ต้องรักษาที่ต้นเหตุ โดยฆ่าเชื้อราที่เป็นสาเหตุภายในช่องคลอด โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้ยาฆ่าเชื้อราชนิดเม็ดสอดช่องคลอด ชนิดสูตรกรดแลคติก เพราะเป็นการรักษาที่ต้นเหตุภายใน นอกจากนี้ ยาฆ่าเชื้อราชนิดเม็ดสอดช่องคลอด ชนิดสูตรกรดแลคติกจะแตกตัวและดูดซึมได้ดี ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และไม่มีผลข้างเคียงทั่วร่างกายเพราะออกฤทธิ์เฉพาะที่ และควรใช้ควบคู่กับยาฆ่าเชื้อราชนิดครีมทาเพื่อบรรเทาอาการคันภายนอกให้หายเร็วขึ้น

ทั้งนี้วิธีในการดูแลจุดซ่อนเร้นทำได้ง่าย ๆ คือ สวมเสื้อผ้าที่ไม่แน่นจนเกินไป ใช้กางเกงชั้นในที่ทอจากผ้าฝ้าย หลีกเลี่ยงเนื้อผ้าไนลอน เพราะทำให้อับชื้นได้ ไม่ควรใช้ชุดชั้นในที่อับชื้น ไม่ควรใช้แผ่นอนามัยเป็นประจำ ควรทำความสะอาดร่างกายหลังจากออกกำลังกาย ไม่ควรทิ้งไว้นาน หลีกเลี่ยงการรับประทานยาปฏิชีวนะ ยาแก้แพ้ หรือยาสเตียรอยด์เป็นระยะเวลานานโดยไม่จำเป็น และไม่ใช้น้ำยาสวนล้างช่องคลอด สบู่ที่เป็นด่าง เพียงน้ำสะอาดหรือสบู่อ่อน ๆ ก็เพียงพอแล้ว



นุ้ย-ไบเฟิร์น ร่วมเสวนารู้ทันอาการคัน



สองสาวรู้ทันอาการคัน ▶

ปวดหลังเรื้อรัง...ไม่ต้องผ่าตัด ด้วยนวัตกรรมสลายพังผืด Epidural Adhesiolysis



นพ.พูนศักดิ์ อัจฉานวณิช

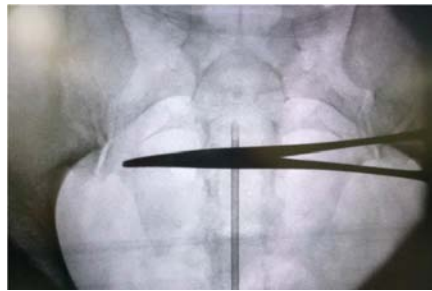
โรคปวดหลังพบได้ในคนทุกกลุ่มตั้งแต่วัยรุ่นไปจนถึงผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่กว่า 80% เกิดจากความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อเนื่องมาจากอิริยาบถที่ผิดท่าทาง เช่น การเดิน การยืน การนอน การนั่ง หรือการใช้ชีวิตไม่ถูกต้อง เช่น ยกของหนัก การเล่นกีฬา อุบัติเหตุ ส่วน 20% ที่เหลือเกิดจากความผิดปกติของอวัยวะและโรคต่าง ๆ ทั้งนี้พังผืดในช่องไขสันหลังถือเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังเรื้อรัง โดยพังผืดจะไปขัดขวางการเคลื่อนตัวของเนื้อเยื่อประสาท ขัดขวางเส้นเลือดที่จะนำเลือดและออกซิเจนไปที่เส้นประสาท รวมทั้งก่อให้เกิดการอักเสบในช่องไขสันหลัง โดยภาวะที่ทำให้เกิดพังผืดที่ช่องไขสันหลังเกิดจากการอักเสบเรื้อรังจากหมอนรองกระดูก การอักเสบของข้อต่อกระดูกสันหลัง (Facet joint) กระดูกสันหลังเคลื่อน หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน กระดูกสันหลังหักยุบ เคยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมาก่อน การติดเชื้อที่กระดูกสันหลังและเนื้องอกกระดูกสันหลัง

ในเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมากนัก โดยทั่วไปจะรักษาด้วยการใช้ยาเพื่อลดการอักเสบ ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดในบางกรณี พร้อมกับแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้งานหลัง แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีอาการปวดต่อเนื่องจนกลายเป็นโรคเรื้อรังนานกว่า 3 เดือน อาจต้องพิจารณาการฉีดยาลดการอักเสบที่ช่องไขสันหลัง (Epidural steroid injection) โดยตรง และมีจำนวนไม่น้อยที่ต้องจบลงด้วยการผ่าตัด บางรายอาจต้องมีการใส่สกรูเข้าไปเพื่อยึดกระดูกสันหลังให้มั่นคง ซึ่งวิธีการรักษาแบบนี้แม้จะเป็นวิธีการที่ได้มาตรฐานและแพร่หลายทั่วไป แต่ก็ต้องใช้เวลาพักฟื้นทนเจ็บแผลบนเตียงไปอีกนานหลายเดือน ทั้งยังมีค่าใช้จ่ายสูง ไม่นับรวมความเสี่ยงที่จะเกิดผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อีกทั้งหากเป็นผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนมาก ไม่สามารถที่จะทำการผ่าตัดกระดูกสันหลังได้ ก็ต้องทุกข์ทรมานกับอาการปวดหลังไปตลอด

อย่างไรก็ตาม วงการแพทย์สมัยใหม่มีการคิดค้นนวัตกรรมสำหรับรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างโดยไม่ต้องผ่าตัดใหญ่ที่เรียกว่า Epidural Adhesiolysis (EA) ซึ่งเป็นการฉีดยาเข้าไปที่ช่องไขประสาทเพื่อสลายพังผืดผ่านทางผิวหนังโดยตรง ซึ่งทางโรงพยาบาลปิยะเวทถือเป็นโรงพยาบาลแห่งแรก ๆ ในประเทศไทยที่นำวิธีการรักษานี้เข้ามาให้บริการเมื่อประมาณ 3 ปีที่แล้ว และได้ให้การรักษามานานกว่า 100 ราย

นพ.พูนศักดิ์ อัจฉานวณิช แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูกและข้อ โรงพยาบาลปิยะเวท กล่าวว่า วิธีการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างโดยไม่ต้องผ่าตัดใหญ่ที่เรียกว่า Epidural Adhesiolysis (EA) จะใช้เครื่องมือพิเศษซึ่งมีลักษณะเป็นด้ามจับที่ต่อกับอุปกรณ์คล้ายท่อสาย Catheter ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2 มม. ยาว 30 ซม. สอดเข้าไปในช่องด้านหลังกระดูกเชิงกรานบริเวณเหนือก้นกบ โดยผู้ป่วยอยู่ในท่านอนคว่ำ ซึ่งสาย Catheter จะทำหน้าที่เลาะและตัดพังผืดที่เกิดขึ้นรอบช่องไขประสาทให้หลุดออกจากการกดทับหรือดึงรั้งเส้นประสาทเพื่อทำการรักษา และยังสามารถใช้เป็นอุปกรณ์ฉีดยาแก้อักเสบและยาละลายพังผืดตรงจุดก่อโรคได้โดยตรงในคราวเดียวกัน และยังสามารถฉีดยาบริเวณช่องกระดูกสันหลังได้หลายตำแหน่งจากการสอดสายเข้าไปเพียงครั้งเดียว ผู้ป่วยจึงไม่จำเป็นต้องดมยาสลบเพื่อผ่าตัดใหญ่ เพียงแค่ใช้ยาชาเฉพาะที่บริเวณช่องหลังส่วนล่างก่อนทำการสอดสายเข้าไป ใช้เวลาการรักษาประมาณ 2-3 ชั่วโมง





ข้อดีของการรักษาด้วยวิธี EA คือเป็นการผ่าตัดแบบเล็ก (minimal invasive) ขนาดแผลมีขนาดเล็กเท่ารูเข็ม คือประมาณ 2 มม. เท่านั้น เนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย หลีกเลี่ยงการผ่าตัดใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยที่มีชีวิตต้องผ่าตัดใหญ่ลดลงไปได้ถึงครึ่งหนึ่ง นอนพักฟื้นที่โรงพยาบาลเพียงแค่วันเดียวก็สามารถกลับบ้านได้ แต่ในต่างประเทศเมื่อรักษาด้วย EA เสร็จแล้วสามารถกลับบ้านได้ทันที ลดอาการปวดได้ทันที ฟันตัวกลับไปทำงานได้เร็ว และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการผ่าตัดใหญ่ คือน้อยลงประมาณ 1 ใน 4 จากเดิม และเชื่อว่าในอนาคตค่าใช้จ่ายจะน้อยลงกว่านี้

นอกจากนี้การรักษาด้วยวิธี EA ยังมีประโยชน์อย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากหากเป็นผ่าตัดใหญ่ ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงทั้งการเสียเลือดและผลแทรกซ้อนมากมาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต โรคไต หรือมีการเปลี่ยนแปลงเส้นเลือดหัวใจ หรือเปลี่ยนตับมาแล้ว ก็จะมีความเสี่ยงมากขึ้นหากรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ แต่ถ้ารักษาด้วยวิธี EA จะช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวได้ โดยมีผลงานวิจัยระบุว่า ผู้ป่วยอายุมากที่สุดที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้คือ 98 ปี สำหรับโรงพยาบาลปิยะเวทเคยรักษาผู้ที่มีอายุสูงสุดคือ 95 ปี แต่ส่วนใหญ่เฉลี่ยอยู่ที่ 60-70 ปี รวมทั้งมีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดมาแล้วหลาย ๆ ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีพังผืดเป็นจำนวนมากทำให้มีความเสี่ยงสูง แต่ถ้ารักษาด้วยวิธี EA จะช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวได้ด้วย

ผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยวิธี EA คือ ปวดที่รอยเข็มเพียงแค่วันเดียว โดยแผลจะหายภายใน 1 อาทิตย์ อาจจะมีการปัสสาวะขัดเล็กน้อยในช่วงแรก เนื่องจากระหว่างการรักษาจะมีการรบกวนเส้นประสาทบริเวณนั้นเล็กน้อย แต่พบเพียง 1% เท่านั้นที่เป็นปัญหา มีอาการปวดศีรษะ แต่พบน้อยมากประมาณน้อยกว่า 1% ซึ่งต่างจากการฉีด Epidural steroid injection โดยตรงที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้หน้าขาหลังรั่ว ซึ่งจะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะได้ถึง 5-10% ในบางรายอาจมีอาการติดเชื้อโรคเนื่องจากแผลอยู่ใกล้กระดูก แต่พบได้น้อยมาก ๆ

โรคที่สามารถใช้การรักษาด้วยวิธีนี้ได้คือ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน

โรคหมอนรองกระดูกสันหลังอักเสบ โรคกระดูกสันหลังเสื่อม โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน อาการปวดหลังหลังการผ่าตัด อาการปวดหลังเรื้อรัง ข้อกระดูกสันหลังอักเสบ และข้อกระดูกสันหลังเสื่อม นอกจากนี้ยังรวมถึงผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังจากกระดูกสันหลังหัก ปวดหลังจากโรคข้ออักเสบเรื้อรัง เช่น รูมาตอยด์ และเนื้องอกกระดูกสันหลังแบบไม่ร้ายแรง

ทั้งนี้ผลการรักษาด้วยวิธี EA จะขึ้นอยู่กับปริมาณพังผืด ถ้ามีพังผืดจำนวนมาก ผลการรักษาก็จะน้อยกว่าผู้ที่มีพังผืดน้อยและสุขภาพแข็งแรง โดยผู้ที่มีพังผืดไม่มากและมีสุขภาพแข็งแรง ผลการรักษาจะสูงถึง 90% ขึ้นไป อาการจะดีขึ้นทันที และดีไปอีกนานจนกว่ายาจะหมดฤทธิ์ หรือผู้ป่วยบางรายหากดูแลตนเองอย่างดีอาการอาจจะไม่กลับมาหลายปี แต่ถ้าพังผืดมีมาก เช่น ผู้ที่ผ่าตัดมาแล้วหลายครั้ง ผลการรักษาจะไม่ได้ 100% แต่สามารถทุเลาอาการได้ โดยทั่วไปจากการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นและคงอยู่ได้ประมาณ 1-2 ปี แต่ถ้ามีพังผืดมาก ระยะเวลาที่จะน้อยลง การรักษาด้วยวิธีนี้ไม่มีข้อจำกัด สามารถทำได้ตลอด แต่ส่วนใหญ่จะทำซ้ำได้เร็วที่สุดคือ ห่างกัน 1 เดือน

“ตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ทางโรงพยาบาลให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังมากกว่า 100 ราย ผลตอบรับอยู่ในขั้นดีถึงดีมาก อันเนื่องมาจากการพูดคุยก่อนการรักษาถึงความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะคาดหวังผลการรักษา 100% แต่ด้วยจำนวนพังผืดและสภาพร่างกายแล้ว แพทย์อาจจะรักษาให้ได้แค่ 60% ซึ่งถ้าผู้ป่วยยอมรับในจุดนี้ได้ก็ถือว่าการรักษาประสบความสำเร็จ ยกตัวอย่างผู้ป่วยอายุ 80 กว่าปี รักษาด้วยวิธีผ่าตัด ฉีดยา กายภาพ แต่ไม่ดีขึ้น จนไม่สามารถผ่าตัดได้อีกแล้วเนื่องจากความเสี่ยงสูง การรักษาด้วยวิธีนี้ก็จะช่วยได้ แม้ผลการรักษาจะได้ 50% แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ ทำให้มีความสุขในชีวิตมากขึ้น” นพ.พูนศักดิ์ กล่าวทิ้งท้าย



นายกสมาคมศัลยกรรมฯ ชี้เกาหลีรุกหนัก จัดทัวร์พาแพทย์เรียนศัลยกรรม หวังวงการศัลยกรรมไทยเสียหาย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมและนายกสมาคมศัลยกรรมตกแต่งใบหน้าแห่งประเทศไทย ห่วงวงการศัลยกรรมไทยเสียหาย ชี้เกาหลีรุกหนักเปิดบริษัท จัดเอเจนซี่พาแพทย์รุ่นใหม่ไปเข้าคอร์สสอนการทำศัลยกรรมแบบเรียนลัดตามคลินิกเอกชน ซึ่งแพทย์สภาของไทยไม่ได้รับรอง เพราะขาดทั้งหลักวิชาการ มาตรฐานการศึกษา และไม่มีสถาบันการศึกษาที่น่าเชื่อถือรับรอง เตือนแพทย์รุ่นใหม่อย่าหลงเชื่อตามกระแส เพราะนอกจากจะเสียเงินฟรีแล้ว ยังจะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้บริโภคคนไทย ซึ่งเป็นการสร้างปัญหาใหญ่ให้แก่วงการศัลยกรรมไทยในอนาคตอย่างแน่นอน



นพ.ชลธิศ สินรัชตานันท์ นายกสมาคมศัลยกรรมตกแต่งใบหน้าแห่งประเทศไทย และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมของไทย เปิดเผยว่า ปัจจุบันมีกลุ่มเอเจนซี่ในรูปของบริษัทข้ามชาติจากประเทศเกาหลีจำนวนมากเข้ามาเปิดในประเทศไทย เพื่อจัดทำทัวร์พาผู้ที่สนใจเดินทางไปทำศัลยกรรมเกาหลีที่ประเทศเกาหลี ขณะเดียวกันยังได้จัดทำทัวร์ให้แก่บรรดาแพทย์รุ่นใหม่ที่ต้องการไปศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำศัลยกรรมเทรนด์เกาหลีอีกด้วย โดยใช้ชื่อว่า โครงการแพทย์และสัมมนา หรืออบรมสัมมนาวิธีศัลยกรรมต่าง ๆ โดยจัดทำเป็นคอร์สให้เลือกได้ตามที่ต้องการ ซึ่งพบว่ามีแพทย์ไทยรุ่นใหม่จำนวนมากให้ความสนใจเดินทางไปศึกษาเพิ่มเติม โดยมีระยะเวลาการอบรมสัมมนาเชิงปฏิบัติการประมาณ 3-7 วัน จากนั้นยังได้มีการมอบประกาศนียบัตรอีกด้วย

“แพทย์ส่วนใหญ่ที่เดินทางไปอบรมสัมมนาจะเป็นแพทย์รุ่นใหม่ที่จบแพทย์ทั่วไป (General Practitioner) ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทาง จึงต้องการมีความรู้เพิ่มเติม นอกจากนี้ยังพบว่า เป็นเจ้าของคลินิกเกี่ยวกับผิวพรรณ ความงามเป็นส่วนใหญ่ แต่ต้องการขยายการให้บริการด้านศัลยกรรม เสริมจุก ทำตาสองชั้นเพิ่ม เนื่องจากตลาดศัลยกรรมกำลังโต และเทรนด์ศัลยกรรมเกาหลีกำลังฟีเวอร์อย่างมาก

ในฐานะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมตกแต่งใบหน้า ผมได้ศึกษาข้อมูลและพบว่า การจัดทำทัวร์ให้แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐาน



เพราะเป็นการพาไปศึกษาตามคลินิกเอกชนต่าง ๆ ไม่ใช่การศึกษาในสถาบันการศึกษาที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้การรับรอง จึงไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการและมาตรฐานการศึกษาใด ๆ ทั้งสิ้น และจะสร้างผลเสียในอนาคตต่อวงการศัลยกรรมไทยอย่างแน่นอน”

นอกจากนี้ **นพ.ชลธิศ** ยังกล่าวด้วยว่า การทำศัลยกรรมนอกจากต้องศึกษาตามหลักวิชาการที่ถูกต้องแล้ว ยังต้องใช้เวลาฝึกปรือฝีมือ และเพิ่มพูนประสบการณ์เป็นเวลานาน เช่น ตนเองยังใช้เวลาเป็นสิบ ๆ ปีกว่าจะเป็นที่ยอมรับอย่างในปัจจุบัน

“ผมอยากให้น้อง ๆ แพทย์รุ่นใหม่ที่สนใจอยากทำศัลยกรรมจริง ๆ ประการแรกควรศึกษาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยเข้าฝึกอบรมในระดับบอร์ดที่เกี่ยวข้องกับงานศัลยกรรม ใช้เวลาอย่างน้อย 3 ปีเพื่อเก็บเกี่ยวประสบการณ์ให้มากพอก่อนที่จะคิดเรื่องการทำธุรกิจ เพราะความเสียหายไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะผู้บริโภคหรือธุรกิจเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อภาพรวมของประเทศไทยอีกด้วย” **นพ.ชลธิศ** กล่าวทิ้งท้าย

ชมรมโรคเอ็มพีเอ็นแห่งประเทศไทย เปิดงาน สัมมนาให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเอ็มพีเอ็น ครั้งที่ 1

“เม็ดเลือดสูง มฤตยูเงียบ” เป็นครั้งแรกในประเทศไทย

ชมรมโรคเอ็มพีเอ็นแห่งประเทศไทย (Thai MPN Working Group) ซึ่งเป็นการรวมตัวกันของโลหิตแพทย์ที่มีความสนใจและมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางโรค MPN (Myeloproliferative Neoplasms) หรือเรียกชื่อรวม ๆ ว่า มะเร็งโรคเลือด เปิดงานสัมมนาให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเอ็มพีเอ็น ครั้งที่ 1 “เม็ดเลือดสูง มฤตยูเงียบ” เป็นครั้งแรกในประเทศไทย พร้อมเผยแพร่อุบัติการณ์ของโรค 0.4-1.46 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี

ผศ.นพ.นพดล ศิริธนารัตนกุล ประธานชมรมโรคเอ็มพีเอ็น (MPN) แห่งประเทศไทย (Thai MPN Working Group) กล่าวว่า โรคเอ็มพีเอ็นเป็นการเรียกชื่อรวมของมะเร็งโรคเลือดซึ่งเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดที่ทำหน้าที่ผลิตเม็ดเลือด นำไปสู่การผลิตเซลล์เม็ดเลือดมากเกินไปอย่างรวดเร็ว สามารถแบ่งเป็นแบบที่มีฟีลาเดลเฟียโครโมโซม คือมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลลอยด์ (CML) และไม่มีฟีลาเดลเฟียโครโมโซม หรือที่เรียกว่า Philadelphia-chromosome negative ในที่นี้จะกล่าวถึงแบบที่ไม่มีฟีลาเดลเฟียโครโมโซม ซึ่งสามารถแบ่งย่อยเป็น 3 โรคที่พบค่อนข้างบ่อย โดยขึ้นกับชนิดของเซลล์เม็ดเลือดที่ผิดปกติและอุบัติการณ์ของโรค ได้แก่ 1. โรคเลือดชั้น (PV) คือร่างกายมีการผลิตเซลล์เม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ อุบัติการณ์ 2 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี 2. โรคเกล็ดเลือดสูง (ET) ร่างกายมีการผลิตเกล็ดเลือดมากกว่าปกติ อุบัติการณ์ 1.5-3 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และ 3. โรคพังผืดในไขกระดูก (MF) มีการสร้างพังผืดในไขกระดูก ซึ่งส่งผลให้ไขกระดูกไม่สามารถผลิตเม็ดเลือดแดงได้ตามปกติ อุบัติการณ์ 0.4-1.46 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี

สำหรับผู้ป่วยโรคเอ็มพีเอ็นอาจจะมีอาการหรือไม่มีก็ได้ โดยอาการที่แสดงของโรคจะแตกต่างกันแม้จะอยู่ในสภาวะโรคเดียวกัน อย่างไรก็ตาม มีอาการบางอย่างที่คล้ายคลึงกัน เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า (Fatigue), ซีดจาง (Anemia), คัน (Itching), เหงื่อออกมากผิดปกติในตอนกลางคืน (Night sweat) และปวดกระดูก (Bone pain) บางรายอาจมีไข้ และน้ำหนักลด เป็นต้น ซึ่งสามารถเรียกอาการเหล่านี้ได้ว่าเป็น Constitutional symptoms ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการแทรกซ้อนเรื่องลิ่มเลือดอุดตัน ผู้ป่วยโรคเอ็มพีเอ็นบางรายมีการกลายเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการแน่นท้องจากม้ามโต (Splenomegaly) ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เกิดความยากลำบากในการดำรงชีวิต ซึ่งกล่าวโดยสรุปคือ โรคนี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก

โดยเป้าหมายของการรักษาโรคเอ็มพีเอ็นนี้คือ การบรรเทาอาการ และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอ็มพีเอ็น รวมถึงทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปัจจุบันการรักษาสามารถทำได้หลายวิธี ตั้งแต่การรักษาด้วยยา การปลูกถ่ายไขกระดูก (Bone marrow or stem cell transplant) การนำเลือดออกจากร่างกาย (Phlebotomy) การให้เลือดแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซีด ซึ่งทั้งนี้การรักษาจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับสภาวะและความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยควรควบคุมไขมันในเลือดและงดสูบบุหรี่ซึ่งเป็นตัวการทำให้ภาวะลิ่มเลือดอุดตันเกิดมากขึ้น และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคอย่างสม่ำเสมอ



ผศ.นพ.นพดล ศิริธนารัตนกุล (ซ้าย)
รศ.นพ.สุกร จันทจักรวุฒิ (ขวา)



พ.อ.รศ.นพ.อภิชัย ลีละสิริ (ซ้าย)
ผศ.นพ.นพดล ศิริธนารัตนกุล (กลาง)
ศ.นพ.พลภัทร โรจน์นครินทร์ (ขวา)

| วันที่ | หน่วยงาน | รายละเอียด | ติดต่อสอบถาม |
|--|---|---|--|
| 22-24 มกราคม 2557  | ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ อนุกรรมการ และชมรม สุขภาพวัยรุ่น | การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 4 “Dealing with Adolescents in the 21 st Century” ณ ห้องประชุมพระมงกุฎเกล้าเวช ชั้น 4 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า | โทรศัพท์ 0-2716-6200 www.thaipediatrics.org |
| 22-24 มกราคม 2557  | ราชวิทยาลัยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี | การประชุมวิชาการ 18 th Operative Spine Course 2014 ณ โรงแรมสุโขทัยแกรนด์ แอนด์ คอนเวนชันเซ็นเตอร์ จ.อุบลราชธานี | โทรศัพท์ 0-4524-0074-90 ต่อ 1503, 08-9582-6162 โทรสาร 0-4531-9283 E-mail: orthopedicesan@gmail.com |
| 23-24 มกราคม 2557  | ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น | การประชุมวิชาการ Musculoskeletal Imaging: Basic to Advance ณ ห้องประชุมอาคาร เอ็ม อาร์ ไอ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น | โทรศัพท์ 0-4336-3178, 0-4334-8389 E-mail: srichaiplad@yahoo.com www.md.kku.ac.th |
| 28-29 มกราคม 2557  | International Institute of Chemical, Biological and Environmental Engineering | International Conference on Food, Biological and Medical Sciences (FBMS-2014) | โทรศัพท์ 08-4920-4416, 08-2212-0260 E-mail: info@iicbe.org www.iicbe.org |
| 5-7 กุมภาพันธ์ 2557  | ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | การประชุมวิชาการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 28 “Surgical complications: prevention and management in 2014” ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติ โรงแรมดิเอ็มเพรส เชียงใหม่ | โทรศัพท์ 0-5394-5532, 0-5394-5533 www.med.cmu.ac.th/dept/surgery/ |
| 6-7 กุมภาพันธ์ 2557  | ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | การประชุมฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา ประจำปี พ.ศ. 2557 Best Anesthesia Practice in Critical Events ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติ เชียงใหม่แกรนด์วิว อ.เมือง จ.เชียงใหม่ | www.med.cmu.ac.th |
| 11-13 กุมภาพันธ์ 2557  | ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | การประชุมวิชาการอายุรศาสตร์ ครั้งที่ 24 ประจำปี พ.ศ. 2557 เรื่อง อายุรศาสตร์ ฉลาดเลือก (Choosing Wisely in Internal Medicine) ณ ห้องวิจารณ์ ฟานิช หอประชุมคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | โทรศัพท์ 0-7445-1452, 0-7445-1454 โทรสาร 0-7442-9385 E-mail: med@medicine.psu.ac.th http://medinfo2.psu.ac.th/ internalmed/medicine/ |
| 17-28 กุมภาพันธ์ 2557  | สมาคมแพทย์ผิวหนัง แห่งประเทศไทย | การอบรมระยะสั้น 2 สัปดาห์ วิชาตจวิทยา ครั้งที่ 34 “Short Course in Practical Dermatology” ณ ห้องประชุมมรุสุวรรณ ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๖ รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า | โทรศัพท์ 0-2716-6857, 0-2716-5256, 0-2716-6661-3 ต่อ 9012 โทรสาร 0-2716-6857 www.dst.or.th |
| 21-23 กุมภาพันธ์ 2557  | โรงพยาบาลกรุงเทพ | การประชุมวิชาการ “1 st Annual Meeting Cancer Care Conference (การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 1 เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง) ณ โรงแรมฮอติเคย์อิน ป่าตอง จ.ภูเก็ต และห้องประชุม ดิง คาร์ล กุสตาฟ โรงพยาบาลกรุงเทพ | โทรศัพท์ 0-7625-4421 ต่อ 8315, 08-5444-8441 E-mail: info@phukethospital.com www.phukethospital.com |

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

Highlight International Congress 2014

| Date | Title | City | Country | Contact |
|---|--|-----------------------------|--------------------------|--|
| 20-21 January 2014  | IACD-2014 (Dubai) International Academic Conference | Dubai | United Arab Emirates | www.abrnr.com/conference_detail.php?id=96 |
| 9-15 February 2014  | 1-Week Hands-on Workshop on Human/Cancer Cell Culture Techniques & MTT Assay | Pune, Maharashtra | India | www.icscdb.org/workshops/cellcultureworkshop |
| 10-11 March 2014  | 2014 3 rd International Conference on Medical Information and Bioengineering (ICMIB 2014) | Penang | Malaysia | www.icmib.org |
| 10-11 March 2014  | The MacroJournals Conference on Medicine, Science, and Technology- Monte Carlo, Monaco 2014 | Monte Carlo | Monaco | www.macrojournals.com/monaco |
| 10-13 March 2014  | Analyzing Risk: Principles, Concepts, and Applications | Boston, Massachusetts | United States of America | https://ecpe.sph.harvard.edu/Risk-Analysis |
| 11-13 March 2014  | The 9 th International Medical Education Conference (IMEC) | Kuala Lumpur | Malaysia | www.imu.edu.my/imec/ |
| 12-15 March 2014  | Asian Pacific Association for the Study of the Liver 2014 | Brisbane, Queensland | Australia | www.apasl2014.com |
| 14-15 March 2014  | Fourth International Conference on Health, Wellness and Society | Vancouver, British Columbia | Canada | http://healthandsociety.com/the-conference |
| 14-16 March 2014  | 2 nd Global Conference: (Re) Production: Origins, Transitions, Futures | Prague | Czech Republic | www.inter-disciplinary.net/probing-the-boundaries/persons/the-boundaries-of-reproduction/call-for-presentations/ |

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong Karn Pat Editorial Team at E-mail: hp_14_dna@hotmail.com or send your information to our company, Sapphasan Co., Ltd. 71/17 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 #110 Fax 0-2884-7299



MOGA Ace Power จอยเกมสำหรับมือถือ

ข่าวดีสำหรับคอเกมทั้งหลาย เมื่อ MOGA ได้เปิดตัวจอยเกมสำหรับ iPhone และ iPod นั่นคือ **MOGA Ace Power** โดยมีปุ่มควบคุมการเล่นเกมที่เชื่อมเสียบหูฟัง และเมื่อเสียบเข้ากับพอร์ตของ iPhone หรือ iPod แล้ว ยังทำการชาร์จแบตเตอรี่ให้ด้วย พร้อมกับมีไฟ LED ที่จะแสดงสถานะแบตเตอรี่ให้เห็นกันอีกต่างหาก ทั้งนี้ **MOGA Ace Power** จะรองรับการควบคุมอย่างเต็มรูปแบบในเกม Asphalt 8: Airborne, Bastion, Dead Trigger 2 และ Oceanhorn โดยจะเพิ่มการรองรับเกมให้มากขึ้นในอนาคต ผู้สนใจสามารถมีไว้ครอบครองได้ในราคาประมาณ 3,000 บาท

Qualcomm Toq Smartwatch นาฬิกาอัจฉริยะที่รองรับระบบปฏิบัติการ Android ทุกรุ่นที่มีระบบปฏิบัติการ Android 4.0.3 ขึ้นไป หน้าจอขนาด 1.55 นิ้ว ใช้ CPU 200 MHz สามารถใช้งานได้แม้กลางแจ้ง และประหยัดพลังงานทำให้ชาร์จ 1 ครั้ง สามารถใช้งานได้ประมาณ 3 วัน กันน้ำได้ แต่ราคายังน่าตกใจอยู่สักหน่อย เพราะตกอยู่ที่ประมาณ 10,500 บาท

Qualcomm Toq Smartwatch
นาฬิกาสำหรับ Android



Resound LiNX เครื่องช่วยฟังที่ทำงานร่วมกับ iPhone

Resound LiNX เครื่องช่วยฟังรุ่นแรกของโลกที่เชื่อมต่อกับ iPhone ได้ โดยผ่านการเชื่อมต่อไร้สายความเร็ว 2.4 GHz ซึ่งไม่ใช่เพียงการเพิ่มระดับเสียงที่ได้ยินให้กับผู้ใช้เท่านั้น แต่ยังสามารถรับฟังเพลงและรับสายโทรศัพท์ที่มาจาก iPhone ผ่านแอปพลิเคชัน iOS app ซึ่งสามารถปรับตั้งค่าให้เหมาะสมกับระดับการได้ยินของผู้ใช้แต่ละคนได้อีกด้วย เครื่องนี้สนนราคาอยู่ที่ประมาณ 96,200 บาท/เครื่อง/ข้าง โดยจะเปิดตัวประมาณต้นปี ค.ศ. 2014



[Book Shop]

โรคกระดูกเด็ก ปัญหาไม่เล็กแต่แก้ได้

ผู้เขียน : **นพ.พนมกร ดิษฐสุวรรณ** หรือ “หมอหมู” เจ้าของบล็อกอินชื้อดั่งแห่งเว็บไซต์พันทิป สำนักพิมพ์เนชั่น, ราคา 117 บาท

เด็กมักเป็นศูนย์กลางของความสุข เด็กป่วยคนเดียว พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ก็เจ็บป่วยทุกชี้อไปพร้อมกัน การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นเด็กจึงมีข้อแตกต่างรายละเอียดปลีกย่อยที่ต้องทำความเข้าใจ นำมาเป็นข้อมูลในการเลือกวิธีการดูแลรักษา ข้อดีที่เด่นชัดของเด็กคือ ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพดีกว่า รวมไปถึงความสามารถในการปรับสภาพร่างกายเพื่อแก้ไขความผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้น เช่น การรักษากระดูกหัก ถ้าไม่ผิดแนวมากนักก็ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดเพื่อจัดกระดูกให้เข้าที่แค่ใส่เฝือกก็พอ ถึงแม้ว่ากระดูกจะผิดรูปไปบ้างแต่สามารถรอให้กระดูกปรับสภาพตรงแนวเองได้ ขณะที่ผู้ใหญ่จะต้องผ่าตัดเพื่อจัดกระดูกให้เข้าที่เป็นต้น

การรักษาความผิดปกติในเด็กจะต้องเริ่มรักษาให้เร็วที่สุด เพราะถ้าปล่อยไว้นาน ความผิดปกติจะมากขึ้น ทำให้อวัยวะใกล้เคียงมีพัฒนาการที่ผิดปกติไปด้วย สิ่งสำคัญควรอธิบายให้พ่อแม่ผู้ปกครอง อดทนและใจเย็น เพราะบางครั้งต้องใช้ระยะเวลารักษานานหลายเดือนหรือหลายปีจึงจะเห็นผลการเปลี่ยนแปลงจากการรักษาหรือสิ้นสุด

การรักษา ถ้าหยุดการรักษา ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดความพิการตามมาซึ่งจะติดตัวเด็กไปตลอด

โอชาอาเซียน

ผู้เขียน : **นันทนา ปรมาณูศิษฏ์** สำนักพิมพ์มติชน, ราคา 300 บาท

นันทนา ปรมาณูศิษฏ์ เริ่มงานเขียนเกี่ยวกับอาหารอาเซียนในคอลัมน์ “เปิดครัวอาเซียน” ในนิตยสารเส้นทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้อ่านได้รู้จักหน้าค่าตาของอาหารหลากหลายชนิด และพบว่าเรื่องเล่าของเธอมีความน่าสนใจ เพราะไม่เพียงแต่ทำให้รู้วิธีการปรุง แต่ยังรู้ที่มาของวัตถุดิบและประวัติศาสตร์การกินได้ นับได้ว่าเหมาะแก่การหยิบขึ้นมาอ่านในหลายโอกาส ไม่ว่าจะอ่านเพลิน ๆ เพื่อความบันเทิง อ่านก่อนตระเวนเที่ยวทะเลช้อปปิ้ง หรืออ่านก่อนเข้าครัวทำกินเองก็ได้ประโยชน์ทั้งสิ้น

ประหนึ่งจะสิ้นโรคภัย

ผู้เขียน : **นพ.ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์** สำนักพิมพ์โพสท์ พับลิชชิง, ราคา 145 บาท

มีหนังสือเขียนว่าคนเราในศตวรรษที่ 21 ต้องมีความรู้พื้นฐาน 4 เรื่อง มีเขื่อนั้นไม่น่าจะเอาตัวรอดได้ คือความรู้พื้นฐานเรื่องสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และความเป็นพลเมือง เรื่องสุขภาพมี

ความจริงและความรู้ลวงแฝงอยู่ในสื่อต่าง ๆ ทั่วไปไม่เว้นแม้แต่ในเขตโรงพยาบาล เป็นไปไม่ได้ที่เราจะเชื่อทุกอย่างที่แพทย์ พยาบาล โรงพยาบาล นิตยสารสุขภาพ หรือทีวีช่องใดมาบอกเราว่าเราควรทำอะไร เราไม่ควรเชื่อในทันทีและเรียนรู้เองให้มาก การเงินที่เชื่อมต่อกับทางอิเล็กทรอนิกส์ทั่วโลกสามารถทำให้เงินในธนาคารของเราหายไปได้ สิ่งแวดล้อมสามารถทำให้เราตายได้จากเหตุภัยพิบัติที่คาดไม่ถึง ความไม่รู้จักหน้าที่ความเป็นพลเมืองว่าคนเราควรอยู่ร่วมกับความคิดเห็นหรือชาติพันธุ์ที่แตกต่างสามารถนำมาซึ่งอันตรายได้เช่นกัน คนเราควรเรียนรู้ 4 เรื่องนี้ไว้บ้าง มิใช่เอะอะก็เชื่อผู้เชี่ยวชาญแต่อย่างเดียว หนังสือเล่มนี้รวบรวมบทความที่ดีมีพินิจนิตยสาร Health Today วารสารการแพทย์คลินิก และสิ่งตีพิมพ์หลากหลายแหล่งเข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้อ่านได้เปิดมุมมองใหม่ต่อประเด็นสุขภาพจิตในหลากหลายมิติ สุขภาพกายและสุขภาพใจนั้นที่จริงเป็นหนึ่งเดียวกัน หากคุณตั้งใจจะอยู่กับสิ่งใดด้วยใจสงบชีวิตก็สงบ นับจากนี้ไปการใช้ชีวิตให้เป็นสุขจะยากขึ้นทุกที หากเราไม่รู้ว่าสมดุลของกาย ใจ และจิตวิญญาณอยู่ที่ตรงไหน เพราะเราทุกคนมีสิทธิเป็นสุข...



สนับสนุนการแข่งขันแรลลี่

รอยัล คลิฟ โฮเต็ล กรุ๊ป และ ศูนย์ประชุมพีช (Pattaya Exhibition And Convention Hall - PEACH) ศูนย์กลางการแสดงสินค้าและการจัดประชุมสัมมนาครบวงจรมาตรฐานระดับนานาชาติ มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้รับเกียรติเป็นหนึ่งในผู้สนับสนุน ตลอดจนเป็นสถานที่ที่พักรับรองและจัดงานเลี้ยงอาหารค่ำสำหรับผู้เข้าร่วมการแข่งขันกิจกรรม “แรลลี่อนุรักษ์ธรรมชาติและเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน” เส้นทางกรุงเทพฯ-พัทยา-รอยัล คลิฟ โฮเต็ล กรุ๊ป ซึ่งจัดโดยสมาคมผู้สื่อข่าวเศรษฐกิจ เมื่อไม่นานมานี้



จัดเสวนา พร้อมเปิดตัวศูนย์วิจัยดัชมิลล์

กลุ่มบริษัทดัชมิลล์ ร่วมกับ มูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทยฯ จัดเสวนาในหัวข้อ “อาหารและการออกกำลังกายเพื่อกระดูกที่แข็งแรง” โดยเชิญ 2 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู นพ.อรรถฤทธิ์ ศฤงคไพบูลย์ รองประธานมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทยฯ (ที่ 2 จากขวา) และ รศ.พญ.วิไล คุปต์นิริติศัยกุล ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (ที่ 2 จากซ้าย) มาร่วมบรรยายพิเศษในงานประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 7 เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการดูแลและป้องกัน

โรคกระดูกพรุนด้วยอาหารที่ดีมีประโยชน์แก่นักโภชนาการทั่วประเทศ พร้อมกันนี้กลุ่มบริษัทดัชมิลล์ได้เปิดตัว “ศูนย์วิจัยดัชมิลล์ Dutch Mill International Research Center” ตอกย้ำความสำคัญของงานค้นคว้าวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์นม และผลิตภัณฑ์อาหารใหม่ ๆ ของกลุ่มบริษัทดัชมิลล์ ด้วยนวัตกรรม เทคโนโลยี และมาตรฐานการผลิตระดับโลก เพื่อสุขภาพและโภชนาการที่ดีของคนไทย โดยได้รับเกียรติจากรศ.พญ.อุมาพร สุทัศน์วรุฒิ นายกสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยฯ (ที่ 4 จากซ้าย) และ ศ.นพ.จอมจักร จันทรสกุล ที่ปรึกษาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (ที่ 3 จากซ้าย) ให้เกียรติเยี่ยมชมบูธกิจกรรมดัชมิลล์ โดยมี นางมธุรส สติยยุทธการ ผู้อำนวยการฝ่ายองค์กรสัมพันธ์ กลุ่มบริษัทดัชมิลล์ (ที่ 3 จากขวา) ให้การต้อนรับ ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา เมื่อไม่นานมานี้

จัดกิจกรรม “World CML Awareness Day 2013”

นพ.อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์ สาขาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ขวาสุด) ร่วมกับชมรมผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์แห่งประเทศไทย จัดกิจกรรมวันโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์แห่งโลก “World CML Awareness Day 2013” โดยมี ศ.เกียรติคุณ พญ.แสงสุรีย์ จูฑา ประธานชมรมผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์แห่งประเทศไทย (Thai CML Working Group) (ที่ 2 จากซ้าย) ให้เกียรติเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมสมาชิกของชมรมฯ โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างการรับรู้พฤติกรรมของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ให้มีการเผยแพร่ออกไปในวงกว้าง และทุกคนได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรค รวมถึงผู้ป่วยเอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อไม่นานมานี้



บริจาคเงินเพื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

คุณวราเทพ อัครเวม รองผู้อำนวยการผลิตภัณฑ์ทั่วไป บริษัท ไอ.ซี.ซี อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล จำกัด (มหาชน) (ที่ 5 จากซ้าย) มอบเงินบริจาคจาก “โครงการวไรท์โบว์ชมพู สู้มะเร็งเต้านม” ให้แก่มูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยมี นพ.ธีรวุฒิ คุหะเปรมะ ประธานมูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (ที่ 4 จากขวา) เป็นผู้รับมอบ เพื่อช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ เป็นจำนวนเงิน 1,500,000 บาท พร้อมด้วย นายสมพงษ์ รัตมีธรรม ผู้อำนวยการฝ่ายผลิตภัณฑ์ชุดชั้นในวไรท์ บริษัท ไทยวไรท์ จำกัด (มหาชน) และ นพ.อนันต์ กรลักษ์ณ์ รักษาการแทนผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมเป็นเกียรติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เมื่อไม่นานมานี้



โครงการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย



กลุ่มงานชีวเคมี



กลุ่มงานทันตกรรม



กลุ่มงานรังสีรักษา



กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา



วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ แพทย์ สาขา

เภสัชกร กลุ่ม

อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร บ้าน ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... FAX.....

มือถือ.....

มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.medicthai.net
ได้ข้อมูลดูใจกันถ้วน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณทุกนาย

ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก. ตัวแลกเงิน

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

เข็มนาฬิกาสาขา.....เลขที่เช็ค.....

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาทีโอเอส ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

ธนาคารกรุงเทพ สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

จ่ายผ่านบัตรเครดิต

วีซ่า มาสเตอร์ ไทยพาณิชย์ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... สลายเขียนตามบัตร

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

หมายเหตุ

1. ถ้าชำระเงินด้วยวีธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกที่ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแพทย์ได้ที หมายเลข

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS



Cervarix™ demonstrated 93%* efficacy against CIN3+ irrespective of HPV type**†

The efficacy was higher than would be expected from a vaccine that is efficacious against HPV 16 and 18^{†1,3-4}



* In an analysis of CIN3+ lesions, conducted irrespective of HPV type, Cervarix™ showed 93% efficacy (95% CI: 78.9–98.7)¹

** TVC-naïve cohort: includes all vaccinated subjects (15-25 years, who received at least one dose of vaccine) who had normal cytology, were HPV DNA negative for 14 oncogenic HPV types and seronegative for HPV-16 and HPV-18 at baseline^{1,2}

† Based on a comparison with epidemiology data, which can vary in different regions⁴

Abbreviated Prescribing Information. Based on full International Product Information (version number 12)

Cervarix™. Human Papillomavirus vaccine Types 16 and 18 (Recombinant, AS04 adjuvanted). **Composition:** Human Papillomavirus type 16 L1 protein 20 micrograms, Human Papillomavirus type 18 L1 protein 20 micrograms, 3-O-desacyl-4'-monophosphoryl lipid A (MPL) 50 micrograms, Aluminium hydroxide, hydrated 0.5 milligrams Al³⁺. **Indications:** For females from 9-25 years for the prevention of persistent infection, premalignant cervical lesions and cervical cancer (squamous-cell carcinoma and adenocarcinoma) caused by oncogenic Human Papillomaviruses (HPV). For females from 26 years of age onwards: available data support the safety and immunogenicity in women aged 26 - 55 years. Efficacy studies in women aged 26 - 55 years are ongoing. **Administration:** The recommended vaccination schedule is 0, 1, 6 months intramuscularly in the deltoid region. **Contraindications:** Subjects with known hypersensitivity to any component of the vaccine. **Special Precautions:** Precede vaccination by a review of the medical history (especially with regard to previous vaccination and possible occurrence of undesirable events) and a clinical examination. As with all injectable vaccines, appropriate medical treatment and supervision should always be readily available in case of a rare anaphylactic event following the administration of the vaccine. Syncope (fainting) can occur following, or even before, any vaccination as a psychogenic response to the needle injection. It is important that procedures are in place to avoid injury from faints. As with other vaccines, the administration of Cervarix™ should be postponed in subjects suffering from acute severe febrile illness. However, the presence of a minor infection, such as a cold, should not result in the deferral of vaccination. Cervarix™ should under no circumstances

be administered intravascularly or intradermally. No data are available on subcutaneous administration of Cervarix™. As for other vaccines administered intramuscularly, Cervarix™ should be given with caution to individuals with thrombocytopenia or any coagulation disorder since bleeding may occur following an intramuscular administration to these subjects. As with any vaccine, a protective immune response may not be elicited in all vaccinees. Cervarix™ is a prophylactic vaccine. It is not intended to prevent progression of HPV-related lesions present at the time of vaccination. Cervarix™ does not provide protection against all oncogenic HPV types. Vaccination is primary prevention and is not a substitute for regular cervical screening (secondary prevention) or for precautions against exposure to HPV and sexually transmitted diseases. In subjects with impaired immune responsiveness such as HIV infected patients or patients receiving immunosuppressive treatment, an adequate immune response may not be elicited. Duration of protection has not fully been established. **Interactions:** can be given concomitantly with: reduced antigen diphtheria-tetanus-acellular pertussis vaccine (dTpa), inactivated poliovirus vaccine (IPV) and the combined dTpa-IPV vaccine; hepatitis A (inactivated) vaccine (HepA), hepatitis B (rDNA) vaccine (HepB) and the combined HepA-HepB vaccine. If Cervarix™ is to be given at the same time as another injectable vaccine, the vaccines should always be administered at different injection sites. There is no evidence that the use of hormonal contraceptives has an impact on the efficacy of Cervarix™. As with other vaccines it may be expected that in patients receiving immunosuppressive treatment an adequate response may not be elicited. **Pregnancy and Lactation:** data are insufficient to recommend use during pregnancy. Vaccination should, therefore, be postponed until after completion of pregnancy. Cervarix™ should only be used during breast-feeding when the possible advantages outweigh the possible risks. Serological

data suggest a transfer of anti-HPV16 and anti-HPV18 antibodies via the milk during the lactation period in rats. However, it is unknown whether vaccine-induced antibodies are excreted in human breast milk. **Undesirable Effects:** **Clinical trial data:** Headache, myalgia, injection site reactions including pain, redness, swelling, fatigue, gastrointestinal including nausea, vomiting, diarrhoea and abdominal pain, itching/pruritus, rash, urticaria, arthralgia, fever (≥38°C) Upper respiratory tract infection, lymphadenopathy, dizziness, other injection site reactions such as induration, local paraesthesia, allergic reactions (including anaphylactic and anaphylactoid reactions). **Post marketing data:** angioedema, syncope or vasovagal responses to injection, sometimes accompanied by tonic-clonic movements.

Full Prescribing Information is available from **GlaxoSmithKline (Thailand) Limited,** 12th Floor, Wave Place, 55 Wireless Road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330 Thailand Tel: 0-2655-4567 Fax: 0-2655-4568

GSK is committed to the effective collection and management of human safety information relating to our products and we encourage healthcare professionals to report adverse events to us on 081 903 4499

- References:**
1. Cervarix™ Prescribing Information.
 2. Paavonen J et al. *Lancet* 2009;374:301-314.
 3. Howell-Jones R et al. *Br J Cancer* 2010;103:209-216.
 4. Bosch FX et al. *Vaccine* 2008;26S:K1-K16.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

