สรรพสาร
ผู้นำวารสารทางการแพทย์ที่มีผู้อ่านมากที่สุด
THE MEDICAL NEWS
วงการแพทย์
CME PLUS Inside
Volume 18, No. 459, July 2016
ปีที่ 18 ฉบับที่ 459 ประจำเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559
ISSN 1513-590X
ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น
1-31/07/16

www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/Wongkarnpat/
วงการแพทย์

SPEEDA™
Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine
✓ High Purification[1]
✓ High Immunogenicity[2,3]
✓ ID and IM administration

BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life

References:
(1) Cha L, Gao J, Hou J, et al. Preparation of rabies vaccine for human use by cell culture in bioreactor. Chin J Biologicals 2006;19:288-91.
(2) Tantawichien T, Sibunruang S, Tantawichien T, Angsanakul J, Benjavongkulchai M, Limsuwan K, et al. Safety and immunogenicity of chromatographically purified Vero cell rabies vaccine for intradermal pre- and post-exposure rabies prophylaxis. Expert Rev 2014;13:1593-1601.
(3) Xiaowei Z, Zhenggang Z,Chuanlin W. Persistence of rabies antibody 5 Years after postexposure prophylaxis with Vero cell antirabies vaccine and antibody response to a single booster dose. Clin Vaccine Immunol 2011;18:1477-79.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ. 371/2555

SYMPOSIUM IN THIS ISSUE: OMRON, Takeda, gsk, BLHUA, Otsuka, MENARINI

Radar	อุบัติการณ์โรคอ้วน และนวัตกรรมการรักษาสมัยใหม่ ด้วยวิธีการผ่าตัด	
วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์	ยึดติดบาดแผลด้วยเลเซอร์	
เกาะติดงานประชุม	OB&GYN UPDATE&PRACTICAL 2016 "SET STANDARD GET STANDARD"	

VERORAB, INACTIVATED RABIES VACCINE PREPARED ON VERO CELLS : **INDICATIONS :** Pre-exposure and post-exposure immunization. **DOSAGE AND ADMINISTRATION : a) Pre-exposure immunization:** Primary vaccination : According to the W.H.O. recommendations : 3 x 0.5 mL injections by IM route on Days 0, 7, 21 or 28, followed by a booster dose 1 year later. Boosters: Thereafter, one injection every 5 years. **b) Post-exposure immunization: Intramuscular schedule:** Treatment consists of 5 x 0.5 mL injections. IM injections to be given on Days 0, 3, 7, 14 and 28. **Intradernal schedule :** This vaccine is of sufficient potency to allow its safe use in the WHO recommended intradermal post-exposure regimen in countries where relevant national authorities have approved the intradermal route for rabies post-exposure treatment. Non-immunized individuals: The 2-site Intradermal regimen - 222011 known as original Thai Red Cross Regimen prescribes 1 injection of 0.1 ml at different sites on D0, D3, D7 and 1 injection at one site on D28 (or D30) and D90 - 22202 known as updated Thai Red Cross regimen prescribes 1 injection of 0.1 mL at 2 sites on D 0, D3, D7, and D28. Fully immunized individuals: 2 injections on D0, D3. This schedule should not apply to immunocompromised patients. Undesirable effects. Minor local reactions: injection site pain, injection-site erythema, injection-site oedema, injection-site pruritus and injection-site induration. General reactions: moderate fever, shivering, malaise, asthenia, headaches, dizziness, arthralgia, myalgia, gastro-intestinal disorders. (nausea, abdominal pain). Exceptional cases of anaphylactoid reaction, urticaria, rash.

The vaccine of choice for Rabies prophylaxis

- Widely documented efficacy after confirmed exposure to rabid animals.[2,3,4,5,7]
- Approved for
  - IM & ID regimen[2,4,6,7]
  - Infants, children, adults and pregnant women[1,2,3,7]
- WHO prequalified vaccine[8]
- Administered in over 100 countries since its launch in 1985.[7]

VERORAB™

References:
1. World Health Organization. Rabies vaccines WHO position paper. Weekly epidemiological record. 2010; 85, 309–320 2. Suntharasamai P, Warrell MJ, Warrell DA, et al. New purified vero cell vaccine prevents rabies in patient bitten by rabid animals. The Lancet. 1986;2:129-31. 3. Chutivongse S, Supich C, Wilde H. Acceptability and efficacy of purified vero-cell rabies vaccine in Thai children exposed to rabies. Asia Pac J Public Health. 1988;2(3):179-84. 4. Chutivongse S, Wilde H, Supich C, Baer GM, Fishbein DB. Postexposure prophylaxis for rabies with antiserum and intradermal vaccination. The Lancet. 1990;335:896-8. 5. Wang XJ, Lang J, Tao XR, et al. Immunogenicity and safety of purified vero-cell rabies vaccine in severely rabies-exposed patients in China. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2000;31(2): 287-94 Health. Vol 31 No. 2 June 2000: 287-94 6. Suwansrinon K, Wilde H, Benjavongkulchai M, et al. Survival of neutralizing antibody in previously rabies vaccinated subjects: a prospective study showing long lasting immunity. Vaccine. 2006;24(18):3878-80 7. Stephen Toovey Preventing rabies with the Verorab vaccine: 1985–2005 Twenty years of clinical experience. Travel Medicine and Infectious Disease (2007) 5, 327–348 8. WHO prequalified vaccines. The Wolrd Health Organization page. Available from: URL: http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/PQ_vaccine_list_en/en/index.html Accessed 03/2013

บริษัท ซาโนฟี่ ปาสเตอร์ จำกัด
87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ชั้น 23 ออลซีซั่นส์เพลส
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. : 0 2264 9999 โทรสาร : 0 2264 8800

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ 416/2556
โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

SANOFI PASTEUR

NEW

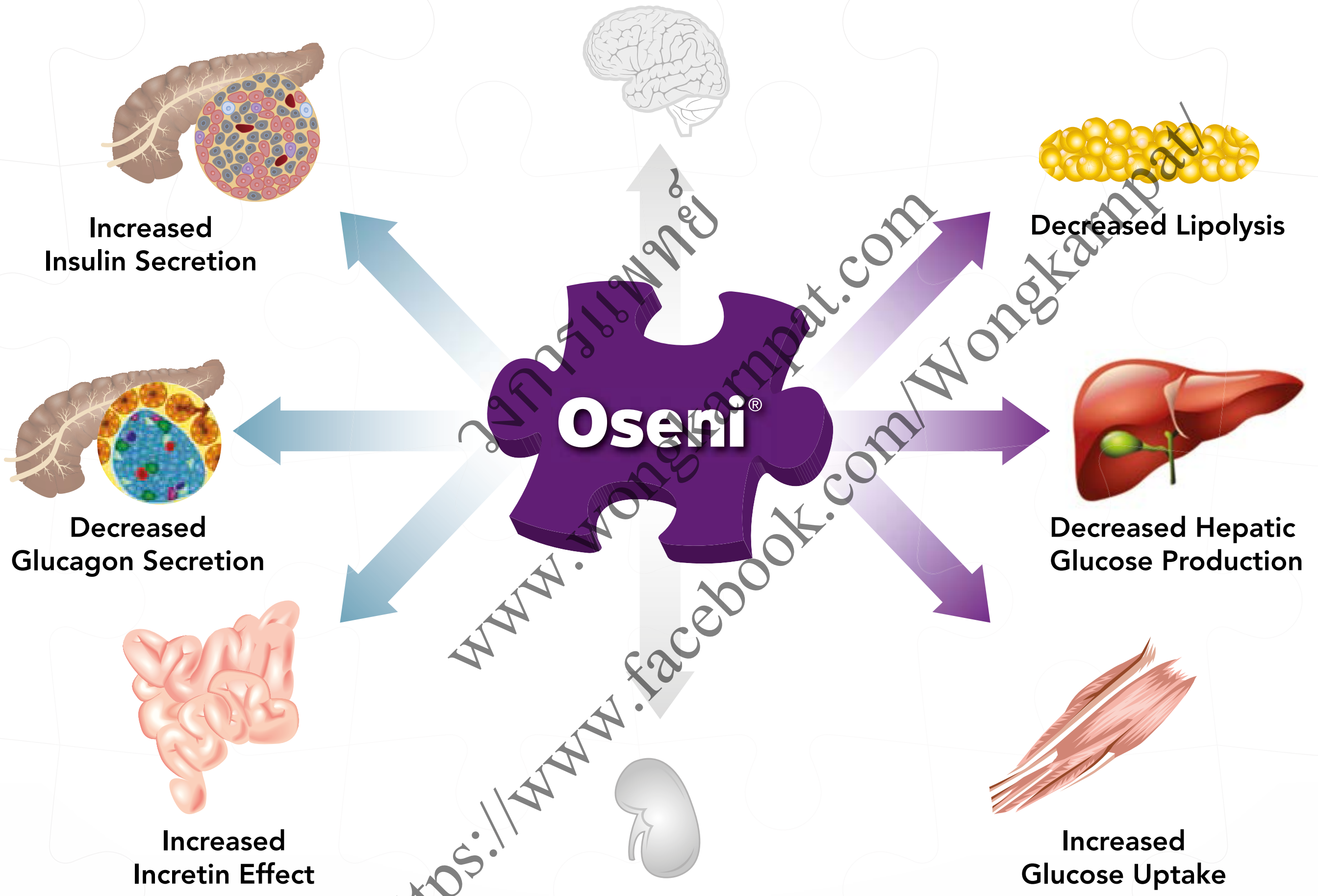
Oseni®

alogliptin and pioglitazone

Corrected 6 of 8 core defects in diabetes[1]

Alogliptin Increased Insulin Secretion

Pioglitazone Decreased Insulin Resistance



วงการแพทย์
www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

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

OSENI® ABBREVIATES PRESCRIBING INFORMATION:

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

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ. 137/2559

Reference

1.DeFronzo RA. Vascular Health and Risk Management 2010:6 671–690

TH/ALOP/2016-00003

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

ต้องติดตาม

เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

Takeda

edarbi
azilsartan medoxomil
40 mg • 80 mg tablets

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

Edarbi® Presentation :
Active ingredient: Azilsartan medoxomil 40 mg and 80 mg. **Indication:** Essential hypertension in adults. **Contraindication:** Hypersensitivity to the active substance or any of the excipients, second and third trimester of pregnancy. **Special precaution:** Congestive heart failure, renal artery stenosis, aortic or mitral stenosis, hypertrophic obstructive cardio myopathy. **Dosage & administration:** Initially 40mg once daily, titrate up to a maximum of 80mg once daily if needed. **Adverse reactions:** dizziness, diarrhoea, blood creatine phosphokinase increased. **Drug interaction:** Lithum, NSAIDs , K-sparing diuretic. **Packing:** 4X7 tablets

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

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ. 327/2559

Takeda

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

Further Information is available on request

TH/EDA/2016-00002

ท่านมั่นใจได้อย่างไรว่าเครื่องมือแพทย์ในสถานพยาบาลของท่าน
แม่นยำ มาตรฐาน และปลอดภัย

RIGEL MEDICAL

เครื่องทดสอบเครื่องมือแพทย์ Biomedical Test Equipment ช่วยท่านได้

เครื่องทดสอบความปลอดภัยเครื่องมือทางการแพทย์

RIGEL MEDICAL

288+ Electrical Medical Safety Analyzer
เครื่องทดสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้าจากเครื่องมือทางการแพทย์ตามมาตรฐาน IEC60601-1, IEC62353, VDE0751, NFPA-99, AS-NZS 3551 สำหรับมืออาชีพที่มีปริมาณงานมาก มีระบบ Auto Sequence และมีเครื่องพิมพ์บาร์โค้ดแบบไร้สาย

Safe Test 60 Electrical Medical Safety Analyzer
เครื่องทดสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้าจากเครื่องมือทางการแพทย์ตามมาตรฐาน IEC60601-1, IEC62353, VDE0751, NFPA-99

Uni-Pulse Defibrillator Analyzer
เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องกระตุกหัวใจทางการแพทย์ตามมาตรฐาน IEC60601-2-4 & Waveform Capture, Store & Replay, Built-in 12 lead ECG

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

SEAWARD

Apollo 600 Portable Appliance Testing
ตรวจสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้าของเครื่องใช้ไฟฟ้าแบบมือถือ

Uni-Therm High Current Electrosurgical Analyzer
เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องตัดจี้ด้วยไฟฟ้า

Multi-Flo Infusion Pump Analyzer
เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องจ่ายของเหลวทางหลอดเลือด

Rigel Med eKit
ชุดสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์แบบ "เคลื่อนที่" สำหรับทำ Check List ในงาน Field Calibration

imtmedical

CITREX H4 Ventilator tester for mobile use
เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องช่วยหายใจ และไปป์ไลน์แก๊สทางการแพทย์แบบมือถือ

PF-300 Ventilator & Anesthesia Analyser
เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องช่วยหายใจและเครื่องรมยาสลบได้ในเครื่องเดียวกัน

เครื่องตรวจสอบความปลอดภัยของระบบไฟฟ้าในอาคาร

METREL®

MI 3152 Electrical Installation Safety
ตรวจสอบความปลอดภัยระบบไฟฟ้าในอาคารโรงพยาบาล

MI 2892 Power Quality Analyzer
ตรวจสอบคุณภาพทางไฟฟ้าและอนุรักษ์พลังงาน

เครื่องตรวจวัดสภาพแวดล้อมในอาคาร โรงพยาบาล

MI 6201 Multinorm Indoor Environment Quality
ตรวจสอบคุณภาพอากาศและอาชีวอนามัย

MI 6301 FonS Sound level meter
ตรวจวัดระดับเสียงดังในอาคาร โรงพยาบาล

MI 6401 Poly Environment Quality
ตรวจสอบคุณภาพอากาศ

ยินดีเข้าไปสาธิตสินค้าถึงที่ทำงานของท่าน

สนใจติดต่อ: คุณเฉลิมพร 08-5489-3461, คุณมนัสนันท์ 08-7714-3630, คุณสุทธิรัตน์ 08-2003-6661

บริษัท เมเชอร์โทรนิกซ์ จำกัด
2425/2 ถนนลาดพร้าว ระหว่างซอย 67/2-69 แขวงสะพานสอง เขตวังทองหลาง กรุงเทพ ฯ 10310
โทร. 0-2514-1000, 0-2514-1234 แฟกซ์ 0-2514-0001, 0-2514-0003
Internet: http://www.measuretronix.com E-mail: info@measuretronix.com

www.measuretronix.com/rigel-biomedical

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

ทำไมการรักษาพยาบาล ไม่ควรเป็นคดีผู้บริโภค

ในประเทศไทยหลังจากปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา การฟ้องร้องทางการแพทย์ถูกจัดให้เป็นคดีผู้บริโภค โดยอ้างว่ามีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล ทั้งที่บางครั้งแพทย์ไม่ได้รับ การที่มีกฎหมายพิจารณาคดีผู้บริโภคเพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ที่ด้อยกว่า เช่น ผู้ผลิตรถยนต์ ผู้ปลูกบ้านจัดสรร ประชาชนไม่มีความรู้และเงินทองที่จะสู้กับบริษัทใหญ่ได้ เขาให้ผู้ถูกกล่าวหาต้องมาอธิบายก่อนว่ารถของเขาดีอย่างไร มีระบบป้องกันความปลอดภัยอย่างไร ผู้ฟ้องไม่ต้องวางเงิน ถ้าแพ้ก็ไม่ถูกปรับเงิน ฟ้องปากเปล่าก็ได้ ทำให้ฟ้องได้ง่ายขึ้นเพื่อช่วยเหลือคนที่ด้อยกว่า สรุปแล้วคือ มีอคติและไม่เสมอภาคในการพิจารณาคดีตั้งแต่ต้น นักกฎหมายมักจะอ้างว่าแพทย์ได้เปรียบผู้ป่วยเพราะมีความรู้มากกว่า ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีความพิการเกิดขึ้นจากโรคของตนเอง หลายคนที่พบเห็นเกิดความสงสารอยากจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับเงิน ทำให้เกิดอคติและความไม่ยุติธรรมขึ้นโดยไม่รู้ตัว

Paul Krugman ซึ่งได้รับรางวัลโนเบลทางด้านเศรษฐศาสตร์ในปี พ.ศ. 2551 ได้เขียนบทความลงในหนังสือพิมพ์ New York Times เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 ว่า ผู้ป่วยไม่ใช่ผู้บริโภค (Patients are not consumers) ใน International Journal of Cardiology ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 ได้มีบทความ Patients are not consumers and doctors are not providers ผู้ป่วยไม่ใช่ผู้บริโภคและแพทย์ไม่ใช่ผู้ให้บริการ แพทย์ให้การบริบาล (ดูแลรักษา) ผู้ป่วย ไม่ได้เป็นผู้ให้บริการ (รับใช้) ผู้ป่วย โรงพยาบาลมีหอบริบาลผู้ป่วย ไม่เคยมีหอบริการผู้ป่วย นักกฎหมายอ้างว่าในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติใช้คำว่าบริการ เลยตีความตามตัวอักษร ไม่ได้วิเคราะห์รายละเอียดว่าต่างกันอย่างไร แพทย์ไม่ได้ขายโรคภัยไข้เจ็บให้แก่ผู้ป่วยเหมือนพวกที่ขายบ้าน ขายรถยนต์ แต่ผู้เป็นโรคอยู่ก่อนมาให้แพทย์ช่วยรักษา การเจ็บป่วยของคนเป็นเรื่องของสิ่งมีชีวิตซึ่งมีการตอบสนองต่างจากสิ่งที่ไม่มีชีวิตมาก เราเอากรดบวกด่างจะได้เกลือเหมือนกันทุกครั้ง แต่สามีภรรยาคู่เดียวกันคลอดลูกไม่เคยเหมือนกันทุกคน รถยนต์หัวเทียนเสียแล้วสตาร์ตรถไม่ติด เปลี่ยนหัวเทียนได้ แต่ผู้ป่วยมาด้วยอาการไออย่างเดียวอาจเป็นแค่หลอดลมอักเสบ หรือเป็นโรคปอดบวมจากเชื้อได้หลายสิบชนิด อาจเป็นวัณโรค หรือเป็นมะเร็งของปอด ถ้าปอดไม่ดีเราไม่สามารถเปลี่ยนปอดได้ทันทีเหมือนเปลี่ยนหัวเทียน ผู้ป่วยเป็นโรคเดียวกัน อาการไม่เหมือนกัน แม้เป็นโรคอย่างเดียวกัน ให้ยาเหมือนกันก็ยังตอบสนองไม่เหมือนกัน ผิดจากสิ่งไม่มีชีวิตที่เหมือนหมด เราใช้คอมพิวเตอร์วินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยยังไม่ได้ จะต้องมีการดัดแปลงให้เหมาะแก่ผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งถือเป็นการประกอบโรคศิลปะ การที่ให้แพทย์มาให้การก่อนโดยบอกว่าเราดีอย่างไรเหมือนการผลิตรถยนต์หรือปลูกบ้านจึงทำไม่ได้ การรักษาพยาบาลยังมีจรรยาบรรณควบคุมต่างจากการซ่อมรถหรือสินค้า เช่น ของเก่าไม่มีอะไหล่ เราไม่รับซ่อม แต่ผู้ป่วยอายุมากป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย รักษาไม่ได้ แต่เราก็ยังต้องให้การดูแลรักษาโดยปฏิเสธไม่ได้ ผู้ป่วยหนักมานอกเวลาเรายังต้องดูแลรักษา จะบอกว่าหมดเวลาทำงานแล้วไล่กลับบ้านให้มาวันหลังไม่ได้ จะเห็นว่าทุกอย่างแตกต่างกันระหว่างแพทย์ดูแลรักษาผู้ป่วยกับการขายของ องค์ประกอบของการรักษาพยาบาลก็ไม่ครบการเป็นคดีผู้บริโภคเพราะไม่มีการโฆษณา ไม่มีการทำสัญญาว่าจะหาย 100 เปอร์เซ็นต์ มีแต่การรับเงิน นอกจากนี้ยังไม่มีความเป็นธรรมแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยฟ้องง่าย ไม่ต้องเสียอะไร ฟ้องแพ้ก็ไม่ต้องจ่ายเงิน ถ้าชนะก็ได้เงิน แต่แพทย์มีแต่เสียอย่างเดียว เพียงแต่ว่าเสียมากหรือเสียน้อยเท่านั้น เมื่อถูกฟ้องร้องก็ต้องเสียค่าทนาย เสียกำลังใจ ถ้าแพ้คดีก็เสียมากขึ้นจนอาจจะหมดตัว นักกฎหมายมักจะอ้างว่ามีกฎหมายคุ้มครองแพทย์ที่รับราชการที่ทำให้ฟ้องแพทย์ไม่ได้ เมื่อแพทย์แพ้ก็ไม่ต้องจ่ายเพราะรัฐบาลเป็นคนจ่ายแทน เขาได้พยายามเขียนไม่ให้ไล่เบี้ยแพทย์อยู่แล้ว แต่หารู้ไม่ว่าทำให้บรรทัดฐานการรักษาผิดหมด แพทย์ต้องทำสิ่งที่ไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการฟ้องร้อง ผู้พิจารณาคดีดูย้อนหลังเมื่อทราบผลสุดท้ายว่าเป็นอะไรแล้วกล่าวหาว่าแพทย์ทำไมไม่ให้ยาหรือตรวจแต่ต้น ทำให้เกิดการรักษาและส่งตรวจโดยไม่จำเป็น เสียเงินประเทศชาติจำนวนมาก ต่อไปประเทศไทยก็จะมีเชื้อดื้อยามากขึ้นเพราะใช้ยามาก เป็นผลให้ผู้ป่วยตายมากขึ้นเพราะไม่มียารักษา ใครจะรับผิดชอบ การพิจารณาคดีเป็นเรื่องของวิชาการ ไม่ใช่การตัดสินโต้วาที คนที่จะตัดสินต้องมีความรู้พื้นฐานอยู่บ้าง ไม่ใช่เอาชาวบ้านมาตัดสินผลงานทางวิทยาศาสตร์ โดยที่คนตัดสินไม่รู้เรื่องทางวิทยาศาสตร์

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ขอแสดงความเสียใจ
และอาลัยยิ่งกับการจากไป
“ศ.นพ.ดร. อดุลย์ วิริยเวชกุล”
อดีตบรรณาธิการที่ปรึกษา
นิตยสารวงการแพทย์ นิตยสารวงการยา

วงการยา THE MEDICINE JOURNAL
วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/Wongkarnpat

คณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์
ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิชาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวุฒิ จรรยาวนิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุนนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพินิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออนันตกูล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรรศนะวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อาวเจนพงษ์

สรรพสาร THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

กรรมการบริหาร
วาณี วิชิตกุล
ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์
สิริพร แสงเทียนฉาย
ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ
สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร
กองบรรณาธิการ
ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช
อาร์ตไดเรกเตอร์
สุกัญญา หิรัญยะวะสิต
ดีไซเนอร์
อาทิตย์ ศานต์พิริยะ
พิสูจน์อักษร
สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ
ประสานงานเตรียมผลิต
นิพนธ์ สอนส่งกลิ่น
งานสารสนเทศ
มนัญญา นาควิลัย
งานโฆษณา
ภิญญาพัชร์ ธนากุลจิราทิพย์
พัชรินทร์ กายหอม
ปิยะวรรณ หาปัญนะ
กนกอร ขจรศักดิ์
ช่างภาพ
เผ่าพันธ์ จงจิตต์
บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา
อิศรานนท์ สิทธาพิสุทธิ์กุล
โทรศัพท์ติดต่อ หรือสมัครสมาชิกได้ที่
โทร. 0-2435-2345 ต่อ 225, 109
แฟกซ์ 0-2435-4024

เจ้าของ
บริษัท สรรพสาร จำกัด
71/16 ถ.บรมราชชนนี
แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

[สารบัญ]

Contents

The Medical News ฉบับที่ 459 ประจำเดือนกรกฎาคม 2559

3 โลกกว้างทางแพทย์
- ความเสี่ยงสโตรค 1 ปีหลังสมองขาดเลือดชั่วคราว หรือสโตรคไม่รุนแรง
- การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- ปัจจัยเสี่ยงครรภ์เป็นพิษในระยะเริ่มตั้งครรภ์
- การรักษาเบาหวานและความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน

7 Get Up
- อัตราฆ่าตัวตายสหรัฐฯ พุ่งสูงเป็นประวัติการณ์
- โรคตับอักเสบซีโยงมะเร็งที่ศีรษะและคอ
- ผลดีลดน้ำตาลเห็นชัดใน 10 วัน

9 Movement

10 ข่าวสารการแพทย์
- กรมวิทย์ฯ ใช้เทคนิคใหม่ตรวจจำแนกเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา รู้ผลเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ
- กรมควบคุมโรค เปิดอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว รุ่นแรก

12 ปกิณกะข่าว
ค่าใช้จ่ายด้านยาสูง ศักยภาพการผลิตต่ำ เร่งจัดทำแผนพัฒนาบัญชียามุ่งเป้า

13 In Focus
สาธารณสุขยุคใหม่ ก้าวไกลด้วยนวัตกรรม

16 Systematic Review
การผ่าตัดดึงหน้า

17 Special
“โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” มอบชีวิตให้ผู้ป่วยโรคไต ใช้เทคนิคใหม่รักษาสำเร็จรายแรกในอาเซียน

20 เสี้ยวหนึ่งของชีวิต
Diabetes

21 Radar
อุบัติการณ์โรคอ้วนและนวัตกรรมการรักษาสมัยใหม่ด้วยวิธีการผ่าตัด

23 รายงานพิเศษ
โรงงานผลิตยารังสิต 1 องค์การเภสัชกรรม อีกหนึ่งก้าวย่างสำคัญของการเพิ่มการเข้าถึงยาคุณภาพมากขึ้น

25 เสียงแพทย์
วิเคราะห์และวิจารณ์ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... (ตอนที่ 1)

27 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์
ยึดติดบาดแผลด้วยเลเซอร์

29 รอบรู้เรื่องยา
Vitamin B12

31 นานาสาระ
เก๋ากี้ หรือโกจิเบอร์รี่ จิ๋วแต่แจ๋ว?

33 เฉพาะโรค
โรคหวัด...เรื่องง่าย ๆ ที่หลายคนไม่รู้ (The Common Cold: The Underdog)

37 หลากสีสัน
วงสนทนา

39 R2R
นวัตกรรมปืนยิงเชือกช่วยชีวิตคนจมน้ำบริเวณชายหาด ต่อยอดความคิดช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน

41 เกาะติดงานประชุม
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จัดประชุมวิชาการ OB&GYN UPDATE&PRACTICAL 2016 ชูธีม “SET STANDARD GET STANDARD”

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS
การตั้งครรภ์และการติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Pregnancy and Human Immunodeficiency Viral Infection)

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

ความเสี่ยงสโตรค 1 ปีหลังสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือสโตรคไม่รุนแรง

N Engl J Med 2016;374:1533-1542.

บทความเรื่อง One-Year Risk of Stroke after Transient Ischemic Attack or Minor Stroke อ้างถึงข้อมูลจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาระหว่างปี ค.ศ. 1997-2003 ประเมินว่าความเสี่ยงสโตรคหรือภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงขึ้นมาที่ 12-20% ในช่วง 3 เดือนแรกนับจากสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack - TIA) หรือสโตรคไม่รุนแรง โดยโครงการ TIAregistry.org ได้ระบุข้อมูลลักษณะผู้ป่วย ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และผลลัพธ์ในผู้ป่วย TIA หรือสมองขาดเลือดไม่รุนแรง ซึ่งได้รับการรักษาพยาบาลในระบบสาธารณสุข และได้รายงานผลการประเมินฉุกเฉินโดยแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง

คณะผู้วิจัยรวบรวมผู้ป่วยซึ่งเกิด TIA หรือสโตรคไม่รุนแรงภายในช่วง 7 วันก่อนหน้าการคัดเลือกศูนย์วิจัยพิจารณาจากการมีระบบประเมินฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วย TIA คณะผู้วิจัยได้ประมาณความเสี่ยงที่ 1 ปีต่อสโตรคและผลลัพธ์รวมของสโตรค ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังได้ประเมินความสัมพันธ์ของคะแนน ABCD[2] สำหรับความเสี่ยงสโตรค (พิสัยคะแนนตั้งแต่ 0 [ความเสี่ยงต่ำสุด] ถึง 7 [ความเสี่ยงสูงสุด]) ผลลัพธ์จากการสแกนสมอง และสาเหตุของ TIA หรือสโตรคไม่รุนแรงต่อความเสี่ยงการเกิดสโตรคเป็นซ้ำตลอดระยะเวลา 1 ปี

คณะผู้วิจัยได้รวบรวมผู้ป่วย 4,789 ราย จากศูนย์วิจัย 61 แห่งใน 21 ประเทศ ระหว่างปี ค.ศ. 2009-2011 ผู้ป่วย 78.4% ได้รับการประเมินโดยแพทย์โรคหลอดเลือดสมองภายใน 24 ชั่วโมงนับจากแสดงอาการ ผู้ป่วย 33.4% มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วย 23.2% มีหลอดเลือดสมอง (extracranial หรือ intracranial) ตีบ 50% หรือมากกว่าอย่างน้อย 1 จุด และผู้ป่วย 10.4% มีภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว ค่าประมาณจากการวิเคราะห์ Kaplan-Meier estimate ของอัตราการเกิดเหตุการณ์ผลลัพธ์รวมด้านหัวใจและหลอดเลือดที่ 1 ปีเท่ากับ 6.2% (ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 5.5-7.0) ค่าประมาณจากการวิเคราะห์ Kaplan-Meier estimate ของอัตราการเกิดสโตรคที่ 2, 7, 30, 90 และ 365 วัน เท่ากับ 1.5%, 2.1%, 2.8%, 3.7% และ 5.1% ตามลำดับ ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่า สมองขาดเลือดหลายจุดจากการสแกนสมอง ภาวะหลอดเลือดแข็งของหลอดเลือดแดงใหญ่ และคะแนน ABCD[2] เท่ากับ 6 หรือ 7 ต่างก็สัมพันธ์กับความเสี่ยงสโตรคที่สูงขึ้นกว่า 2 เท่า

คณะผู้วิจัยพบความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดภายหลังเกิด TIA ต่ำกว่าที่ได้รายงานไว้ก่อนหน้านี้ คะแนน ABCD[2] ผลลัพธ์จากการสแกนสมอง และภาวะหลอดเลือดแข็งของหลอดเลือดแดงใหญ่จะช่วยจัดกลุ่มความเสี่ยงสโตรคเป็นซ้ำภายใน 1 ปีนับจากเกิด TIA หรือสโตรคไม่รุนแรง

การรักษาด้วย Methotrexate อย่างเดียว และ Methotrexate แบบผสมผสานในข้ออักเสบรูมาตอยด์

BMJ 2016;353:i1777.

บทความเรื่อง Methotrexate Monotherapy and Methotrexate Combination Therapy with Traditional and Biologic Disease Modifying Antirheumatic Drugs for Rheumatoid Arthritis: Abridged Cochrane Systematic Review and Network Meta-Analysis รายงานข้อมูลการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานเครือข่ายตามตัวแบบอิทธิพลแบบสุ่มของเบย์เพื่อเปรียบเทียบการรักษาด้วยยาปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค (DMARD) สูตร methotrexate สำหรับโรครูมาตอยด์ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาหรือมีการตอบสนองไม่ดีพอจากการรักษาด้วย methotrexate

การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาวิจัยที่ประเมินผลการรักษาด้วย methotrexate อย่างเดียว หรือ methotrexate แบบผสมผสานร่วมกับยา DMARD สังเคราะห์ ยากลุ่มสารชีวภาพ หรือ tofacitinib ในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ข้อมูลการศึกษารวบรวมจากฐานข้อมูล Medline, Embase และ Central นับตั้งแต่ก่อตั้งจนถึงวันที่ 19 มกราคม ค.ศ. 2016 รวมถึงบทคัดย่อจากการประชุมด้านโรครูมาตอยด์ครั้งใหญ่ 2 วาระระหว่างปี ค.ศ. 2009-2015 ทะเบียนโครงการวิจัย 2 ทะเบียน และการสืบค้นจากฐานข้อมูล Cochrane โดยคัดเลือกจากการศึกษาเปรียบเทียบด้วยวิธีการสุ่มหรือกึ่งการสุ่มซึ่งมีผลลัพธ์จากการเปรียบเทียบ methotrexate กับยา DMARD สูตรอื่น หรือการรักษาด้วย DMARD แบบผสมผสาน

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตอบสนองประเมินจาก American College of Rheumatology (ACR) เท่ากับ 50 (มีการฟื้นฟูทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ) การลุกลามของโรคประเมินจากภาพถ่ายรังสี และการถอนตัวเนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การเปรียบเทียบระหว่างการรักษาทั้ง 2 วิธีถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติหากช่วง credible interval สูงกว่า null effect ซึ่งสะท้อนความน่าจะเป็น > 97.5% ของการที่ไม่มีการรักษาใดเหนือกว่า

มีการศึกษาวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งสิ้น 158 โครงการ โดยมีจำนวนการศึกษาสำหรับผลลัพธ์แต่ละด้านระหว่าง 10-53 โครงการ ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วย methotrexate พบว่ามีการรักษาหลายวิธีที่มี ACR50 ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเปรียบเทียบกับการรักษาด้วย methotrexate ได้แก่ methotrexate ร่วมกับ sulfasalazine และ hydroxychloroquine ("triple therapy") ยากลุ่มสารชีวภาพ (abatacept, adalimumab, etanercept, infliximab, rituximab, tocilizumab) และ tofacitinib ค่าประมาณความน่าจะเป็นของการตอบสนอง ACR50 ใกล้เคียงกันระหว่างการรักษาแต่ละวิธี (พิสัย 56-67%) เปรียบเทียบกับ 41% จากการรักษาด้วย methotrexate การรักษาด้วย methotrexate ร่วมกับ adalimumab, etanercept, certolizumab หรือ infliximab เหนือกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการรักษาด้วย methotrexate แบบยารับประทานในด้านการยับยั้งการลุกลามประเมินจากภาพถ่ายรังสี แต่ค่าประมาณความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตลอดระยะเวลา 1 ปีจากการรักษาทั้งหมดต่ำกว่าความต่างที่มีนัยสำคัญทางคลินิกที่ 5 หน่วยจากดัชนี Sharp-van der Heijde ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ triple therapy มีอัตราการถอนตัวจากการศึกษาอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการรักษาด้วย methotrexate ร่วมกับ infliximab ในกลุ่มที่มีการตอบสนองไม่ดีพอจากการรักษาด้วย methotrexate พบว่าการรักษาหลายวิธีได้ผลลัพธ์ด้าน ACR50 ที่ดีกว่าการรักษาด้วย methotrexate แบบยารับประทานอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ triple therapy methotrexate ร่วมกับ hydroxychloroquine, methotrexate ร่วมกับ leflunomide, methotrexate ร่วมกับเกลือทองชนิดฉีดเข้ากล้าม, methotrexate ร่วมกับยากลุ่มสารชีวภาพส่วนใหญ่ และ methotrexate ร่วมกับ tofacitinib ความน่าจะเป็นของการตอบสนองเท่ากับ 61% จากการรักษาแบบ triple therapy และมีพิสัยต่างกันมาก (27-70%) จากการรักษาวิธีอื่น จากการศึกษาไม่พบว่ามีการรักษาใดเหนือกว่า methotrexate แบบยารับประทานอย่างมีนัยสำคัญในด้านการยับยั้งการลุกลามของโรคประเมินจากภาพถ่ายรังสี ทั้งนี้พบด้วยว่าการรักษาด้วย methotrexate ร่วมกับ abatacept มีอัตราการถอนตัวอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการรักษาหลายวิธี

การรักษาแบบ triple therapy (methotrexate ร่วมกับ sulfasalazine และ hydroxychloroquine) และแบบแผนการรักษาส่วนใหญ่ที่รักษาด้วย DMARD กลุ่มสารชีวภาพร่วมกับ methotrexate มีประสิทธิภาพในการควบคุมกิจกรรมของโรค และการรักษาทั้งหมดมีความทนต่อยาที่ดีทั้งในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับ methotrexate และผู้ป่วยที่ได้รับ methotrexate

ภาควิชาแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

N Engl J Med 2016;374:1511-1520.

บทความเรื่อง Coronary-Artery Bypass Surgery in Patients with Ischemic Cardiomyopathy รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับประโยชน์ของแผนการรักษาซึ่งรวมการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) และการรักษาด้วยยาตามแนวปฏิบัติโดยเทียบกับการรักษาด้วยยาอย่างเดียวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจล้มเหลว และมีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงมาก

ระหว่างเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2002 ถึงเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2007 มีผู้ป่วย 1,212 ราย ซึ่งมีการบีบตัวของหัวใจเท่ากับ 35% หรือต่ำกว่า และสามารถเข้ารับการผ่าตัด CABG ได้รับการสุ่มให้รักษาด้วยการผ่าตัด CABG ร่วมกับการรักษาด้วยยา (กลุ่ม CABG โดยมีจำนวน 610 ราย) หรือรักษาด้วยยาอย่างเดียว (กลุ่มรักษาด้วยยาโดยมีจำนวน 602 ราย) ผลลัพธ์หลักได้แก่ การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ผลลัพธ์รองได้แก่ การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุหรือการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด มัธยฐานระยะการตรวจติดตามซึ่งรวมถึงการศึกษาตรวจติดตามเพิ่มเติมเท่ากับ 9.8 ปี

เหตุการณ์ผลลัพธ์หลักเกิดขึ้นในผู้ป่วย 359 ราย (58.9%) ในกลุ่ม CABG และใน 398 ราย (66.1%) ในกลุ่มรักษาด้วยยา (hazard ratio จาก CABG เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาเท่ากับ

0.84 ค่า 95% confidence interval [CI] อยู่ระหว่าง 0.73-0.97, p = 0.02 จาก log-rank test) โดยรวมพบผู้ป่วย 247 ราย (40.5%) ในกลุ่ม CABG และ 297 ราย (49.3%) ในกลุ่มรักษาด้วยยาเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (hazard ratio เท่ากับ 0.79 ค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 0.66-0.93, p = 0.006 จาก log-rank test) การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุหรือการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดขึ้นในผู้ป่วย 467 ราย (76.6%) ในกลุ่ม CABG และใน 524 ราย (87.0%) ในกลุ่มรักษาด้วยยา (hazard ratio เท่ากับ 0.72 ค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 0.64-0.82, p < 0.001 จาก log-rank test)

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชี้ว่า อัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุหรือการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญตลอดระยะเวลา 10 ปี ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยการผ่าตัด CABG ร่วมกับการรักษาด้วยยาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

ประเมินซ้ำสมมติฐานอาหาร-หัวใจ

BMJ 2016;353:i1246.

บทความเรื่อง Re-evaluation of the Traditional Diet-Heart Hypothesis: Analysis of Recovered Data from Minnesota Coronary Experiment (1968-1973) รายงานการประเมินสมมติฐานอาหาร-หัวใจจากการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่ได้ตีพิมพ์จากการศึกษาวิจัย Minnesota Coronary Experiment (MCE) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในบริบทการศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของอาหารและหัวใจในปัจจุบันด้วยการทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมาน

การศึกษา MCE (1968-1973) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบด้วยวิธีการสุ่มแบบปกปิดสองด้านเพื่อทดสอบว่า การใช้น้ำมันพืชซึ่งอุดมด้วยกรดไลโนเลอิกแทนไขมันอิ่มตัวสามารถลดระดับคอเลสเตอรอลในซีรัมซึ่งจะนำไปสู่การลดโรคหลอดเลือดหัวใจและการเสียชีวิตหรือไม่ ข้อมูลที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์จากการศึกษา MCE และข้อมูลดิบได้นำมาวิเคราะห์ตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ก่อนโดยคณะผู้วิจัยเดิม จากนั้นจึงดำเนินการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานจากข้อมูลการศึกษาเปรียบเทียบซึ่งลดคอเลสเตอรอลในซีรัมด้วยการใช้น้ำมันพืชซึ่งอุดมด้วยกรดไลโนเลอิกแทนไขมันอิ่มตัวโดยไม่ได้รับผลจากการแทรกแซงด้วยวิธีอื่น

การศึกษามีขึ้นในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ 1 แห่ง และโรงพยาบาลประสาทของรัฐ 6 แห่งในรัฐมินเนโซตาของสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาข้อมูลบทวิเคราะห์ที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์จากอาสาสมัครชายและหญิงอายุ 20-97 ปีที่ได้รับการสุ่มจำนวน 9,423 ราย ข้อมูลระยะยาวเกี่ยวกับซีรัมคอเลสเตอรอลสำหรับอาสาสมัคร 2,355 รายที่ได้รับอาหารที่ศึกษาวิจัยเป็นระยะเวลา 1 ปี หรือมากกว่า และข้อมูลการชันสูตร 149 ชุด

อาหารลดคอเลสเตอรอลในซีรัมเป็นอาหารที่แทนไขมันอิ่มตัวด้วยกรดไลโนเลอิก (จากน้ำมันข้าวโพดและมาการีนไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนจากน้ำมันข้าวโพด) ส่วนอาหารควบคุมเป็นอาหารที่มีปริมาณไขมันอิ่มตัวสูง โดยเป็นไขมันสัตว์ มาการีนทั่วไป และเนยขาว ผลลัพธ์หลักได้แก่ การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของคอเลสเตอรอลในซีรัมและการเสียชีวิต รวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งและกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ตรวจพบจากการชันสูตร

ในกลุ่มที่ได้รับอาหารที่ศึกษาตรวจพบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของคอเลสเตอรอลในซีรัมเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ยความต่างจากเริ่มต้นเท่ากับ -13.8% เปรียบเทียบกับ -1.0%, p < 0.001) กราฟจากการวิเคราะห์ Kaplan Meier ไม่พบประโยชน์ด้านอัตราตายในกลุ่มที่ได้รับอาหารที่ศึกษาในอาสาสมัครที่ได้รับการสุ่มทั้งหมดหรือในกลุ่มย่อยที่จำเพาะมาก่อน จากการศึกษาพบความเสี่ยงที่สูงขึ้น 22% ต่อการเสียชีวิตสำหรับทุก 30 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (0.78 มิลลิโมล/ลิตร) ที่ลดลงของคอเลสเตอรอลในซีรัมจากตัวแบบวิเคราะห์การถดถอยของ Cox ที่ปรับตัวแปรร่วม (hazard ratio เท่ากับ 1.22 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 1.14-1.32, p < 0.001) จากการศึกษาไม่พบหลักฐานของประโยชน์ในกลุ่มที่ได้รับอาหารที่ศึกษาสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบการศึกษาเปรียบเทียบ 5 โครงการที่สอดคล้องตามเกณฑ์การศึกษา (n = 10,808) และจากการวิเคราะห์อภิมานพบว่า การรับประทานอาหารลดคอเลสเตอรอลไม่มีประโยชน์ด้านอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เท่ากับ 1.13 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 0.83-1.54) หรืออัตราตายจากทุกสาเหตุ (เท่ากับ 1.07 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 0.90-1.27)

หลักฐานจากการศึกษาเปรียบเทียบชี้ว่า การแทนไขมันอิ่มตัวในอาหารด้วยกรดไลโนเลอิกมีประสิทธิผลในการลดระดับคอเลสเตอรอลในซีรัม แต่ไม่สนับสนุนสมมติฐานว่าผลลัพธ์ดังกล่าวจะนำไปสู่ความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจหรือจากทุกสาเหตุ ผลลัพธ์จากการศึกษา Minnesota Coronary Experiment จึงนับเป็นอีกหลักฐานหนึ่งที่สะท้อนว่าข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนเป็นสาเหตุให้ประเมินประโยชน์ที่สูงเกินจริงจากการแทนไขมันอิ่มตัวด้วยน้ำมันพืชซึ่งอุดมด้วยกรดไลโนเลอิก

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

ความสัมพันธ์ของ Pembrolizumab และการตอบสนองเซลล์มะเร็งต่อการรอดชีพในผู้ป่วยมะเร็งชนิดเมลาโนมาระยะแพร่กระจาย

JAMA. 2016;315(15):1600-1609.

บทความเรื่อง Association of Pembrolizumab with Tumor Response and Survival among Patients with Advanced Melanoma รายงานว่า programmed death 1 (PD-1) pathway เป็นปัจจัยที่ขัดขวางการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อมะเร็งชนิดเมลาโนมา โดยอาจปิดกั้นได้ด้วย pembrolizumab ซึ่งเป็น humanized anti-PD-1 monoclonal antibody

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง pembrolizumab และการตอบสนองของเซลล์มะเร็งต่อการรอดชีพโดยรวมในผู้ป่วยมะเร็งชนิดเมลาโนมาระยะแพร่กระจายโดยมีรูปแบบเป็นการศึกษาวิจัยแบบไม่ปกปิดระยะ 1b ในผู้ป่วยหลายกลุ่ม (รวบรวมผู้ป่วยระหว่างเดือนธันวาคม ค.ศ. 2011 ถึงเดือนกันยายน ค.ศ. 2013) มัธยฐานระยะการตรวจติดตามเท่ากับ 21 เดือน การศึกษาวิจัยนี้มีขึ้นในโรงพยาบาลวิทยาลัยแพทย์ในประเทศออสเตรเลีย แคนาดา ฝรั่งเศส และสหรัฐอเมริกา เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ได้แก่ อายุ 18 ปีหรือมากกว่า และมีมะเร็งชนิดเมลาโนมาระยะเป็นมากหรือระยะแพร่กระจาย ข้อมูลการศึกษาวิจัยรวบรวมจากผู้ป่วย 655 ราย (135 รายจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสุ่ม [n = 87 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาด้วย ipilimumab และ n = 48 สำหรับผู้ป่วยที่เคยรักษาด้วย ipilimumab] และ 520 รายจากผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่ม [n = 226 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาด้วย ipilimumab และ n = 294 สำหรับผู้ป่วยที่เคยรักษาด้วย ipilimumab]) วันที่เป็นจุดตัดข้อมูล ได้แก่ 18 เมษายน ค.ศ. 2014 สำหรับการวิเคราะห์ความปลอดภัย และ 18 ตุลาคม ค.ศ. 2014 สำหรับการวิเคราะห์ประสิทธิผล

ผู้ป่วยได้รับ pembrolizumab 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัมทุก 2 สัปดาห์ หรือ 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัมทุก 3 สัปดาห์ หรือ 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัมทุก 3 สัปดาห์จนกว่าพบการลุกลามของมะเร็ง พิษจากการรักษาที่ไม่สามารถรับได้ หรือผู้วิจัยเห็นควรให้หยุดยา จุดยุติปฐมภูมิได้แก่ การตอบสนองต่อการรักษา (การตอบสนองอย่างสมบูรณ์หรือการตอบสนองบางส่วน) ในผู้ป่วยที่สามารถวัดขนาดมะเร็งได้ชัดเจนที่พื้นฐานตามการประเมินของคณะกรรมการพิจารณาส่วนกลางอิสระ และจุดยุติทุติยภูมิได้แก่ ความเป็นพิษ ระยะการตอบสนอง การรอดชีพโดยโรคสงบ และการรอดชีพโดยรวม

มีผู้ป่วยที่สามารถวัดขนาดมะเร็งได้ชัดเจนที่พื้นฐานจำนวน 581 ราย จาก 655 ราย (มัธยฐาน [พิสัย] อายุเท่ากับ 61 [18-94] ปี และเป็นชาย 405 ราย [62%]) การตอบสนองต่อมะเร็งมีรายงานในผู้ป่วย 194 ราย จาก 581 ราย (33% [ค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 30%-37%]) และใน 60 ราย จาก 133 รายในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษา (45% [ค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 36%-54%]) โดยรวมพบว่า 74% (152/205) ของการตอบสนองยังคงดำเนินอยู่ ณ วันที่เป็นจุดตัดข้อมูล ตามที่ 44% (90/205) ของผู้ป่วยมีระยะการตอบสนองอย่างน้อย 1 ปี และ 79% (162/205) มีระยะการตอบสนองอย่างน้อย 6 เดือน อัตราการรอดชีพโดยโรคสงบในระยะ 12 เดือน เท่ากับ 35% (ค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 31%-39%) ในอาสาสมัครทั้งหมด และ 52% (ค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 43%-60%) ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษา มัธยฐานการรอดชีพโดยรวมในอาสาสมัครทั้งหมดเท่ากับ 23 เดือน (ค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 20-29) โดยมีอัตราการรอดชีพที่ 12 เดือน เท่ากับ 66% (ค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 62%-69%) และอัตราการรอดชีพที่ 24 เดือน เท่ากับ 49% (ค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 44%-53%) มัธยฐานการรอดชีพโดยรวมในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาเท่ากับ 31 เดือน (ค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 24 ถึงไม่ทราบผล) โดยมีอัตราการรอดชีพที่ 12 เดือน เท่ากับ 73% (ค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 65%-79%) และอัตราการรอดชีพที่ 24 เดือน เท่ากับ 60% (ค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 51%-68%) ผู้ป่วย 92 ราย จาก 655 ราย (14%) เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาระดับ grade 3 หรือ 4 และ 27 ราย จาก 655 ราย (4%) หยุดการรักษาอันเป็นผลมาจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาที่ร้ายแรงพบในผู้ป่วย 59 ราย (9%) แต่ไม่พบการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากยาที่ศึกษาวิจัย

การรักษาด้วย pembrolizumab ในผู้ป่วยมะเร็งชนิดเมลาโนมาระยะแพร่กระจายสัมพันธ์กับอัตราการตอบสนองต่อการรักษาโดยรวมเท่ากับ 33% อัตราการรอดชีพโดยโรคสงบที่ 12 เดือน เท่ากับ 35% และมัธยฐานการรอดชีพโดยรวมเท่ากับ 23 เดือน ขณะที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ grade 3 หรือ 4 ใน 14% ของผู้ป่วย

ปัจจัยเสี่ยงครรภ์เป็นพิษในระยะเริ่มตั้งครรภ์

BMJ 2016;353:i1753.

บทความเรื่อง Clinical Risk Factors for Pre-Eclampsia Determined in Early Pregnancy: Systematic Review and Meta-Analysis of Large Cohort Studies รายงานข้อมูลจากการศึกษาทบทวนและการวิเคราะห์อภิมานจากข้อมูลการศึกษาวิจัยแบบไปข้างหน้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมหลักฐานปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกสำหรับให้แพทย์ตรวจสอบที่อายุครรภ์ ≤ 16 สัปดาห์ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อครรภ์เป็นพิษ

ข้อมูลการศึกษารวบรวมจากฐานข้อมูล PubMed และ Embase ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2015 โดยคัดเลือกจากการศึกษาวิจัยที่มีจำนวนอาสาสมัคร ≥ 1,000 ราย และประเมินความเสี่ยงภาวะครรภ์เป็นพิษตามปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกทั่วไปจากการตรวจสอบที่อายุครรภ์ ≤ 16 สัปดาห์ ผู้ทบทวนได้สังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยที่นำมาศึกษา จากนั้นจึงคำนวณอัตราเหตุการณ์และความเสี่ยงสัมพัทธ์รวมสำหรับภาวะครรภ์เป็นพิษสำหรับปัจจัยเสี่ยงแต่ละตัวจากทั้งหมด 14 ตัว

มีข้อมูลการตั้งครรภ์ 25,356,688 ราย จากการศึกษาวิจัย 92 โครงการ ความเสี่ยงสัมพัทธ์รวมสำหรับปัจจัยเสี่ยงแต่ละตัวสูงกว่า 1.0 อย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นประวัติทารกโตช้าในครรภ์ ผู้หญิงที่มีกลุ่มอาการ antiphospholipid antibody syndrome มีอัตรารวมของภาวะครรภ์เป็นพิษสูงสุด (17.3% ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 6.8%-31.4%) ขณะที่ผู้หญิงที่มีประวัติครรภ์เป็นพิษมีความเสี่ยงสัมพัทธ์รวมสูงสุด โดยที่ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงรองลงมาเป็นอันดับ 2 ทั้งในแง่อัตรารวม (16.0% โดยอยู่ระหว่าง 12.6%-19.7%) และความเสี่ยงสัมพัทธ์รวม (5.1 โดยอยู่ระหว่าง 4.0-6.5) ของครรภ์เป็นพิษ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงสำคัญตัวอื่น ได้แก่ ภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (อัตรารวม 11.0% โดยอยู่ระหว่าง 8.4%-13.8% และความเสี่ยงสัมพัทธ์รวมเท่ากับ 3.7 โดยอยู่ระหว่าง 3.1-4.3) ดัชนีมวลกายระหว่างตั้งครรภ์ > 30 (7.1% โดยอยู่ระหว่าง 6.1%-8.2% และ 2.8 โดยอยู่ระหว่าง 2.6-3.1) และการใช้เทคโนโลยีช่วยตั้งครรภ์ (6.2% โดยอยู่ระหว่าง 4.7%-7.9% และ 1.8 โดยอยู่ระหว่าง 1.6-2.1)

มีปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกหลายตัวที่อาจระบุผู้หญิงในช่วงเริ่มตั้งครรภ์ที่มี "ความเสี่ยงสูง" ต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตัวแบบการพยากรณ์ทางคลินิกสำหรับภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมถึงการใช้แอสไพรินเชิงป้องกันในระหว่างตั้งครรภ์

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

การรักษาเบาหวานและความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน

BMJ 2016;352:i1450.

บทความเรื่อง Diabetes Treatments and Risk of Amputation, Blindness, Severe Kidney Failure, Hyperglycaemia, and Hypoglycaemia: Open Cohort Study in Primary Care รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบไปข้างหน้าในบริการปฐมภูมิประเมินความเสี่ยงต่อการตัดอวัยวะ สูญเสียการมองเห็น ไตวายขั้นรุนแรง ภาวะน้ำตาลสูง และภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้รับยาควบคุมโรคเบาหวาน โดยเฉพาะยาใหม่ รวมถึงยากลุ่ม gliptin หรือ glitazone (thiazolidinedione)

การศึกษาวิจัยรวบรวมข้อมูลเวชปฏิบัติ 1,243 รายการในฐานข้อมูล QResearch ของอังกฤษ รวมผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 25-84 ปี ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2007 ถึงวันที่ 31 มกราคม ค.ศ. 2015 จำนวน 469,688 ราย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับประกอบด้วยการรักษาด้วยยาลดน้ำตาลในเลือด (glitazone, gliptin, metformin, sulphonylurea, insulin และยาอื่น) อย่างเดียวหรือการรักษาแบบผสมผสาน

ผลลัพธ์หลักได้แก่ การวินิจฉัยการตัดอวัยวะ การสูญเสียการมองเห็น ไตวายขั้นรุนแรง ภาวะน้ำตาลสูง และน้ำตาลต่ำในเลือดที่บันทึกในประวัติบริการปฐมภูมิ การเสียชีวิต หรือการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยประเมินค่า hazard ratios สำหรับการรักษาโรคเบาหวานปรับสำหรับตัวแปรกวนด้วยตัวแบบ Cox

ผู้ป่วย 21,308 ราย (4.5%) และ 32,533 ราย (6.9%) ได้รับการจ่ายยากลุ่ม glitazone และ gliptin ระหว่างการตรวจติดตามตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ยาพบว่า ยากลุ่ม glitazone สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงต่อการสูญเสียการมองเห็น (hazard ratio ที่ปรับแล้วเท่ากับ 0.71 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 0.57-0.89 โดยมีอัตราการได้รับยาเท่ากับ 14.4 ต่อ 10,000 คน/ปี) และความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด (เท่ากับ 1.22 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 1.10-1.37; 65.1) ขณะที่ยากลุ่ม gliptin สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงต่อภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด (เท่ากับ 0.86 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 0.77-0.96 และเท่ากับ 45.8) ถึงแม้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม gliptin อย่างเดียวหรือ glitazone อย่างเดียวมีจำนวนค่อนข้างต่ำแต่ก็พบความเสี่ยงที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อไตวายขั้นรุนแรงเทียบกับการรักษาด้วย metformin อย่างเดียว (hazard ratio ที่ปรับแล้วเท่ากับ 2.55 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 1.13-5.74) คณะผู้วิจัยพบความเสี่ยงที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญต่อภาวะน้ำตาลสูงในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย metformin ร่วมกับ gliptin (0.78 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 0.62-0.97) หรือ glitazone (0.60 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 0.45-0.80) อย่างใดอย่างหนึ่งเมื่อเทียบกับการรักษาด้วย metformin อย่างเดียว ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย metformin และ sulphonylurea ร่วมกับ gliptin (ค่า hazard ratio ที่ปรับแล้วเท่ากับ 5.07 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 4.28-6.00) หรือ glitazone (6.32 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 5.35-7.45) อย่างใดอย่างหนึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย metformin อย่างเดียว แต่ความเสี่ยงดังกล่าวใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย metformin ร่วมกับ sulphonylurea (เท่ากับ 6.03 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 5.47-6.63) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย metformin, sulphonylurea และ glitazone มีความเสี่ยงที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญต่อการสูญเสียการมองเห็นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับ metformin อย่างเดียว (เท่ากับ 0.67 ค่า 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 0.48-0.94)

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ให้เห็นความเสี่ยงที่ต่ำกว่าต่อภาวะน้ำตาลสูงในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานด้วย metformin ร่วมกับ gliptin หรือ glitazone อย่างใดอย่างหนึ่งเมื่อเทียบกับการรักษาด้วย metformin อย่างเดียว เมื่อเทียบกับการรักษาด้วย metformin อย่างเดียวพบว่า การรักษาด้วย metformin และ sulphonylurea ร่วมกับ gliptin หรือ glitazone อย่างใดอย่างหนึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซึ่งใกล้เคียงกับการรักษาด้วย metformin ร่วมกับ sulphonylurea เมื่อเทียบกับการรักษาด้วย metformin อย่างเดียวพบว่า การรักษาด้วย metformin และ sulphonylurea ร่วมกับ glitazone สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อภาวะสูญเสียการมองเห็น อนึ่ง แม้ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจได้รับอิทธิพลจากตัวแปรกวนแต่ก็อาจมีนัยต่อการสั่งจ่ายยาลดน้ำตาลในเลือด

Aliskiren, Enalapril หรือ Aliskiren ร่วมกับ Enalapril ในหัวใจล้มเหลว

N Engl J Med 2016;374:1521-1532.

บทความเรื่อง Aliskiren, Enalapril, or Aliskiren and Enalapril in Heart Failure รายงานว่าการรักษาด้วยยากลุ่ม angiotensin-converting-enzyme (ACE) inhibitors สามารถลดอัตราตายและการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังขณะที่ยังไม่มีรายงานเกี่ยวกับผลลัพธ์ของ renin inhibitor ในผู้ป่วยดังกล่าว คณะผู้วิจัยได้เปรียบเทียบ enalapril ซึ่งอยู่ในกลุ่ม ACE inhibitor กับ aliskiren ซึ่งอยู่ในกลุ่ม renin inhibitor (ทดสอบความเหนือกว่าหรืออย่างน้อยไม่ด้อยกว่า) และการรักษาด้วยยาทั้ง 2 ตัว (ทดสอบความเหนือกว่า) ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะการบีบตัวของหัวใจลดลง

เมื่อพ้นระยะเตรียมพร้อมแบบปกปิดทางเดียว คณะผู้วิจัยได้สุ่มผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มในลักษณะปกปิดสองด้าน โดยผู้ป่วย 2,336 รายได้รับ enalapril ขนาด 5 หรือ 10 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ผู้ป่วย 2,340 ราย ได้รับ aliskiren ขนาด 300 มิลลิกรัม วันละครั้ง และผู้ป่วย 2,340 รายได้รับยาทั้ง 2 ตัว (การรักษาแบบผสมผสาน) ผลลัพธ์หลักของการศึกษาวิจัย ได้แก่ การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากหัวใจล้มเหลว

ภายหลังมัธยฐานการติดตาม 36.6 เดือน พบการเกิดผลลัพธ์หลักในผู้ป่วย 770 ราย (32.9%) ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน และใน 808 ราย (34.6%) ในกลุ่มที่ได้รับ enalapril (hazard ratio เท่ากับ 0.93 และค่า 95% confidence interval [CI] อยู่ระหว่าง 0.85-1.03) ผลลัพธ์หลักเกิดขึ้นในผู้ป่วย 791 ราย (33.8%) ในกลุ่มที่ได้รับ aliskiren (hazard ratio เปรียบเทียบกับ enalapril เท่ากับ 0.99 โดยค่า 95% CI อยู่ระหว่าง 0.90-1.10) ซึ่งการทดสอบอย่างจำเพาะมาก่อนไม่สามารถยืนยันความไม่ด้อยกว่า ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยพบความเสี่ยงสูงกว่าต่ออาการความดันโลหิตต่ำในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ enalapril (13.8% เปรียบเทียบกับ 11.0%, $p = 0.005$) เช่นเดียวกับความเสี่ยงที่สูงกว่าต่อการเพิ่มขึ้นของ serum creatinine (4.1% เปรียบเทียบกับ 2.7%, $p = 0.009$) และการเพิ่มขึ้นของโพแทสเซียม (17.1% เปรียบเทียบกับ 12.5%, $p < 0.001$)

การรักษาด้วย aliskiren ร่วมกับ enalapril ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนำไปสู่การเพิ่มขึ้นด้านเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยไม่พบว่ามีประโยชน์เพิ่มขึ้น และไม่พบหลักฐานที่ชี้ว่า aliskiren ไม่ด้อยกว่าเมื่อเทียบกับ enalapril

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/wongkarnpat/

บราซิลผุดป้ายโฆษณาดักยุง

บีบีซี – บราซิลติดตั้งป้ายโฆษณาดักยุง หวังเป็นส่วนหนึ่งในมาตรการต่อสู้กับไวรัสซิกาอันมียุงเป็นพาหะ

ป้ายโฆษณาซึ่งพัฒนาขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างบริษัทเอกชน 2 ราย อาศัยหลักการหลอกล่อยุงให้เข้าใจผิดด้วยการปล่อยสารละลายกรดแลคติกที่มีกลิ่นคล้ายกลิ่นเหงื่อมนุษย์และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ซึ่งพบในลมหายใจ ยุงที่หลงเข้ามาจะถูกดักอยู่ในกล่องป้ายโฆษณาซึ่งมีรัศมีทำการที่กว้างถึง 2.5 กิโลเมตร

ด้านผู้ผลิตยังได้เปิดเผยพิมพ์เขียวแบบป้ายโฆษณาดักยุง และเรียกร้องให้พร้อมใจกันติดตั้งป้ายโฆษณาดักยุงทั่วโลก

โดยชี้ให้เห็นจุดเด่นด้านต้นทุนการผลิตที่ค่อนข้างต่ำแต่มีประสิทธิภาพสูงในการดักยุง อันจะส่งผลดีต่อการลดจำนวนประชากรยุงตัวเมียที่อาศัยเลือดคนเป็นอาหาร

เบื้องต้นผู้ผลิตได้ติดตั้งป้ายโฆษณานำร่อง 2 จุดที่นครริโอเดอจาเนโร ซึ่งผลลัพธ์จากการทดสอบก็ออกมาเป็นที่น่าประทับใจอย่างยิ่ง อย่างไรก็ดี แม้แนวคิดนี้จะได้รับเสียงชื่นชมในแง่อุปกรณ์ใหม่สำหรับการกำจัดยุงอันเป็นพาหะของโรค แต่ผู้เชี่ยวชาญก็เตือนว่าประสิทธิภาพในการหลอกล่อยุงอาจกลายเป็นดาบสองคม เพราะการดึงดูดยุงเข้ามาในชุมชนในอีกทางหนึ่งอาจกลายเป็นการเปิดโอกาสให้ยุงมีแหล่งหากินที่ใหญ่ขึ้น

อัตราฆ่าตัวตายสหรัฐฯ พุ่งสูงเป็นประวัติการณ์

บีบีซี – อัตราการฆ่าตัวตายในสหรัฐอเมริกาทำสถิติสูงสุดในรอบ 3 ทศวรรษ เบื้องต้นยังไม่มีการเปิดเผยสาเหตุ

สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (CDC) เปิดเผยรายงานอัตราการฆ่าตัวตายล่าสุดที่ 13 รายต่อประชากร 100,000 คน อันเป็นตัวเลขสูงสุดนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 โดยมักพบในกลุ่มประชากรวัยกลางคนซึ่งมีเชื้อสายยุโรป และตัวเลขดังกล่าวสวนทางกับอัตราการฆ่าโดยเจตนาและการเสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บรวมถึงโรคมะเร็งและโรคหัวใจซึ่งลดต่ำลง

ด้านนักวิชาการให้ความเห็นว่า สถิติการฆ่าตัวตายที่พุ่งสูงเชื่อมโยงกับปัจจัยด้านการใช้ยาระงับปวดผิดวัตถุประสงค์และปัญหา

เศรษฐกิจตกต่ำซึ่งเริ่มต้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ซึ่งสะท้อนให้เห็นรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการฆ่าตัวตายกับปัญหาความยากจน การขาดที่พึ่งพิงทางใจ และปัญหาสุขภาพ

อีกด้านหนึ่งมีรายงานจากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ว่า การฆ่าตัวตายมักพบในหมู่ชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรปทั้งชายและหญิงในช่วงอายุ 45-64 ปี เมื่อเทียบกับประชากรเชื้อสายอื่น และมักพบในกลุ่มที่ไม่ได้สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา

ร้องญี่ปุ่นใส่ใจโรคการกินผิดปกติ

บีบีซี – แพทย์ญี่ปุ่นจี้รัฐบาลเร่งปรับปรุงมาตรการแก้ไข ชี้ผู้ป่วยโรคการกินผิดปกติจำนวนมากยังคงไม่ได้รับการรักษาหรือการบำบัดทางจิต

ตัวแทนแพทย์เปิดเผยว่า ระบบสาธารณสุขของญี่ปุ่นในปัจจุบันยังไม่สามารถรองรับการรักษาผู้ป่วยโรคการกินผิดปกติได้ดีพอ โดยอ้างถึงความชุกของโรคซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลในสหราชอาณาจักร แต่จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในญี่ปุ่นอยู่ที่ราว 10,000 ราย เทียบกับตัวเลข 725,000 รายในสหราชอาณาจักร นอกจากนี้การรักษาที่ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักจึงทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการรักษาที่จำเป็น

อีกด้านหนึ่ง สมาคมโรคการกินผิดปกติแห่งญี่ปุ่นได้วิจารณ์ระบบสาธารณสุข ความใส่ใจของครอบครัว และค่านิยมคลั่งผอมในสังคมญี่ปุ่นที่บีบบังคับให้เด็กสาวพยายามลดการกินเพื่อควบคุมน้ำหนัก และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมาพบแพทย์เอาเมื่อสายเกินไป กระทั่งบางรายมาพบแพทย์เอาเมื่ออาการรุนแรงจนจวนเจียนจะเสียชีวิต

ด้านผู้เชี่ยวชาญมองว่า โรคการกินผิดปกติมาจากหลายปัจจัย แต่สาเหตุใหญ่น่าจะมาจากค่านิยมของสังคมที่มองว่า "สวยเพราะผอม" ซึ่งจำเป็นต้องแก้ไขให้อยู่ในขอบเขตที่พอดี สอดคล้องกับความเห็นของผู้บริหารนิตยสารเพื่อสาวหุ่นอวบฉบับเดียวในประเทศญี่ปุ่นที่เรียกร้องให้สังคมญี่ปุ่นเปิดใจรับความงามที่แตกต่าง และสนับสนุนให้สาวอวบยอมรับตนเองและหันมาใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

https://www.facebook.com/wongkarnpat/

โรคตับอักเสบซีโยงมะเร็งที่ศีรษะและคอ

ฟ็อกซ์นิวส์ – โรคตับอักเสบซีอาจเป็นสาเหตุให้ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่ศีรษะและคอเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า

การศึกษาโดยคณะนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยเท็กซัสของสหรัฐอเมริกาชี้ว่า การรักษาโรคตับอักเสบซีอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่ศีรษะและคอ หลังผลการศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ที่ปลอดจากเชื้อตับอักเสบซีพบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อตับอักเสบซีมีความเสี่ยงสูงขึ้น 2.4 เท่าสำหรับมะเร็งในช่องปาก, 2 เท่าสำหรับมะเร็งคอหอยส่วนบน และ 5 เท่าสำหรับมะเร็งกล่องเสียง อย่างไรก็ดี การศึกษาวิจัยนี้ยังไม่อาจระบุว่าไวรัสตับอักเสบซีเป็นสาเหตุของมะเร็งที่ศีรษะและคอโดยตรง

ข้อมูลที่ผ่านมาชี้ว่าไวรัสตับอักเสบซีสัมพันธ์กับมะเร็งหลายชนิด รวมถึงมะเร็งตับและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด non-Hodgkin และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตับอักเสบซีสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งที่สัมพันธ์กับโรคได้

ชูข้อดีชีวิตชิดธรรมชาติ

ซีเอ็นเอ็น – การใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางธรรมชาติอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้อายุยืนและมีสุขภาพจิตดี

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้หญิงกว่า 108,000 รายที่เข้าร่วมในการศึกษา Nurse's Health Study ชี้ว่า การอาศัยอยู่ในชุมชนที่แวดล้อมไปด้วยพื้นที่สีเขียวสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำกว่าราวร้อยละ 12 รวมถึงมีอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำกว่าร้อยละ 41 สำหรับโรคไต, ร้อยละ 34 สำหรับโรคทางเดินหายใจ และร้อยละ 13 สำหรับโรคมะเร็ง เมื่อเทียบกับผู้หญิงในชุมชนที่ขาดแคลนพื้นที่สีเขียว

อนึ่ง การศึกษาเสนอแนะว่าอาจมีปัจจัยหลายตัวที่นำไปสู่การลดลงของอัตราการเสียชีวิต ซึ่งรวมถึงสุขภาพจิตที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การออกกำลังกาย และระดับมลพิษที่ต่ำกว่า

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

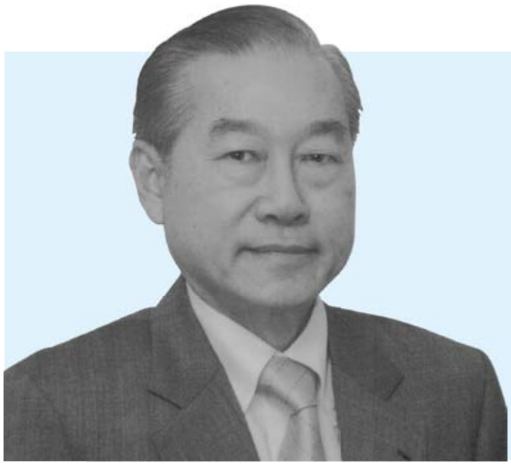
ผลดีลดน้ำตาลเห็นชัดใน 10 วัน

ซีเอ็นเอ็น – นักวิจัยอเมริกันเผยผลลัพธ์การลดน้ำตาลในเด็กเป็นระยะเวลา 10 วัน ส่งผลดีต่อการปรับระดับไขมัน คอเลสเตอรอล และความดันโลหิต

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นประโยชน์ของอาหารควบคุมน้ำตาลเป็นระยะเวลา 10 วัน ต่อการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของระดับไตรกลีเซอไรด์ รวมถึงระดับคอเลสเตอรอลชนิด LDL และความดันไดแอสโตลิก และการปรับระดับน้ำตาลและอินซูลินให้เป็นปกติยังช่วยส่งผลดีไปถึงการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานด้วย โดยเชื่อว่าประโยชน์ของอาหารควบคุมน้ำตาลที่พบในเด็กน่าจะส่งผลดีในผู้ใหญ่ด้วยเช่นกัน

การศึกษาชี้ให้เห็นว่า น้ำตาลฟรุกโตสอันเป็นส่วนประกอบในอาหารนั่นเองที่เป็นสาเหตุนำไปสู่โรคอ้วน เนื่องจากฟรุกโตสส่วนเกินที่ตับไม่สามารถแปรรูปได้หมดจะสะสมอยู่ในรูปไขมันพอกอยู่ที่ตับ โดยที่บางส่วนจะกระจายเข้าสู่กระแสเลือดและทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและสโตรคสูงขึ้น นอกจากนี้การที่น้ำตาลฟรุกโตสไม่มีผลต่อฮอร์โมนควบคุมความหิว จึงทำให้รับประทานไปโดยไม่รู้สึกอิ่มจนอ้วนในที่สุด

แสดงความยินดี



ขอแสดงความยินดีกับ **ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประคองพันธ์** ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์วารสารวงการยา ที่ได้รับพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งเป็นราชบัณฑิต ประเภทวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ สำนักวิทยาศาสตร์ ตั้งแต่วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2559 โดยประกาศ ณ วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

ร่วมเช่าบูชาเหรียญพระ "สมเด็จนางพญา" เฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา

https://www.facebook.com/Wongkampat
www.wongkarnpat.com
วงการแพทย์

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ขอเชิญเช่าบูชาพระพุทธรูปปางรำพึงประจำพระชนมวาร และ**เหรียญพระ "สมเด็จนางพญา" เพื่อเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ สภานายิกาสภากาชาดไทย** รายได้สมทบทุนช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลพระภิกษุ-สามเณรอาพาธ ผู้ป่วยยากไร้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ พระพุทธรูปปางรำพึง จากต้นแบบ "พระพุทธวิโลกนญาณบพิตร สิริกิติธรรมโสตถิมงคล" ความสูง 9 นิ้ว (ไม่รวมฐาน) เนื้อสำริดปิดทอง ราคา 20,000 บาท เหรียญพระ "สมเด็จนางพญา" ชุด "สามกษัตริย์" ราคา 60,000 บาท ขนาดสูง 3 เซนติเมตร ประกอบด้วย เนื้อทองคำ 96.5% 20 กรัม, เนื้อเงิน 92.5% 12 กรัม, เนื้อบรอนซ์ซาติน 12 กรัม เหรียญพระ "สมเด็จนางพญา" (มีหมายเลขกำกับทุกองค์) เนื้อทองคำ 96.5% 20 กรัม 50,000 บาท เนื้อนาก-ทอง 40% 12 กรัม 18,000 บาท เนื้อเงิน 92.5% 12 กรัม 2,500 บาท เนื้อเงินรมดำ 92.5% 12 กรัม 2,500 บาท และเนื้อบรอนซ์รมดำ 12 กรัม 500 บาท ขอเชิญผู้มีจิตศรัทธาร่วมบริจาคและสั่งจองได้ที่เคาน์เตอร์ธนาคารทุกสาขาที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ธนาคารไทยพาณิชย์ ธนาคารกสิกรไทย ธนาคารกรุงเทพ ธนาคารกรุงไทย และฝ่ายพิธีการ ตึกวชิรญาณวงศ์ ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทรศัพท์ 0-2256-4382, 0-2256-4505, 0-2251-7804 และศาลาทินทัต โทรศัพท์ 0-2256-4397 ติดต่อนอกเวลาราชการ โทรศัพท์ 0-2649-4000 กด 0 ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ http://www.chulalongkornhospital.go.th

กรมวิทย์ฯ ใช้เทคนิคใหม่ตรวจจำแนกเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา รู้ผลเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ

นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เปิดเผยว่า กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเทคนิคใหม่ในการจำแนกเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราด้วยเครื่อง Matrix-Assisted Laser Desorption/Ionization Time-of-Flight Mass Spectrometry (MALDI-TOF MS) สามารถทำการตรวจจำแนกเชื้อได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ โดยการตรวจนี้สามารถนำโคโลนีของเชื้อที่ได้จากการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจด้วยวิธีมาตรฐานมาทำการจำแนกด้วยเครื่อง MALDI-TOF MS ซึ่งใช้เวลาตรวจเพียง 3-5 นาทีเท่านั้น ทั้งนี้ผลการจำแนกจะได้จากการวิเคราะห์ Spectrum ของเชื้อเปรียบเทียบกับ Spectrum ของเชื้อจากฐานข้อมูลมาตรฐานชื่อว่า SARAMAS โดยฐานข้อมูลนี้มี Spectrum ของเชื้อมากกว่า 1,500 สายพันธุ์ ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและได้เพิ่มฐานข้อมูลของเชื้อโรคเขตร้อนให้มากขึ้น นับเป็นการปรับปรุงฐานข้อมูลให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยการตรวจด้วยเทคนิค MALDI-TOF MS ใช้ระยะเวลาการตรวจวิเคราะห์เพียง 3-5 นาทีและค่าใช้จ่ายเพียง 20 บาทเท่านั้น ดังนั้น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จึงได้นำเครื่อง MALDI-TOF MS มาติดตั้งที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข อาคาร 1 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จ.นนทบุรี เพื่อให้บริการตรวจวินิจฉัยเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราก่อโรคในคน ช่วยให้ประชาชนได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้การป้องกันและควบคุมโรคของพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะที่เกินจำเป็น เป็นการช่วยสนับสนุนการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาของประเทศได้ นอกจากนี้เทคนิคนี้ลดการใช้อาหารเลี้ยงเชื้อลงอย่างมาก จึงช่วยรักษาสภาพแวดล้อมอีกด้วย

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

เลขาธิการสหประชาชาติ ชื่นชมไทยที่ยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสำเร็จ เป็น 4 ประเทศแรกของโลกที่จะทำให้เด็กเกิดใหม่ปลอดจากการติดเชื้อเอชไอวี

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า นายบัน คี มูน เลขาธิการสหประชาชาติ ได้เรียกร้องประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกให้ร่วมกันใช้โอกาสสำคัญนี้ยุติการระบาดของเชื้อเอชไอวีและเอดส์ไม่ให้เป็นปัญหาอีกต่อไป และยังได้กล่าวชื่นชมประเทศไทยที่สามารถแสดงให้ทั่วโลกเห็นว่า แม้จะเป็นประเทศที่ประสบปัญหาการระบาดของเชื้อเอชไอวีในช่วงแรก แต่ขณะนี้สามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสำเร็จเป็นประเทศแรกของเอเชีย และจะได้ร่วมกับอีก 4 ประเทศแรกของโลกในการที่จะให้เด็กเกิดใหม่ปลอดจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยประเทศไทยและเบลารุสได้รับการรับรองการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ส่วนประเทศมอลโดวาผ่านการรับรองการยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิส และประเทศแอลเบเนียผ่านการรับรองการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซึ่งความสำเร็จของการดำเนินงานในประเทศไทยเกิดจากการให้ความสำคัญ และมีความมุ่งมั่นของการเมืองในระดับสูง และมีปัจจัยสำคัญ 5 ประการคือ Innovation, Investment, Intersectoral actions, Intelligence, and Intensive โดยนวัตกรรมที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทั้งนี้งบประมาณในการดำเนินงานกว่าร้อยละ 90 มาจากภายในประเทศที่ได้สนับสนุนการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน รวมทั้งภาคประชาสังคม โดยมีระบบข้อมูลที่ดีและใช้ความรู้จากการวิจัยช่วยในการดำเนินงาน รวมทั้งการทำงานอย่างเข้มข้นจริงจังต่อเนื่อง

กรมควบคุมโรค เปิดอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว รุ่นแรก

นพ.อำนวย กาจีนะ อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า กรมควบคุมโรคได้จัดตั้งสถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษาขึ้น เมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมา เพื่อสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านเวชศาสตร์ป้องกันให้เพียงพอและพร้อมรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันและในอนาคตของประเทศ ทั้งนี้หลังจากที่กรมควบคุมโรคได้เปิดสถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษาซึ่งเป็นสถาบันเวชศาสตร์ป้องกันแห่งแรกในประเทศไทยที่มีแนวคิดเปิดเป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงต่าง ๆ ตลอดจนฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกัน ในปีแรกนี้ทางสถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษาได้ตั้งเป้าที่จะเปิดอบรมแพทย์ประจำบ้าน แขนงเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว จำนวน 3-5 ราย และเมื่อไม่นานมานี้ สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษาได้จัดพิธีปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว รุ่นที่ 1 เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้รู้จักคณาจารย์และเรียนรู้หลักสูตรในการฝึกอบรม โดยมีผู้เข้ารับการฝึกอบรมในปีนี้ซึ่งถือเป็นรุ่นแรก จำนวน 3 ราย โดยใช้เวลาฝึกอบรม 3 ปี และให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ได้เข้าพักที่สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมตามกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว ซึ่งทางสถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษาจะเริ่มจัดหลักสูตรอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงต่าง ๆ เพราะเวชศาสตร์ป้องกันเป็นศาสตร์ที่ดูแลประชาชนทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย ความพิการ และเสียชีวิต ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันว่าการป้องกันการเจ็บป่วยดีกว่าการดูแลรักษาโรคในด้านคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน ซึ่งจำเป็นต้องสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยวให้มีจำนวนเพียงพอกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตของประเทศ ที่สำคัญได้เตรียมขยายสู่แขนงอื่น ๆ ต่อไป หากประชาชนสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สายด่วนกรมควบคุมโรค โทรศัพท์ 1422

คณะกรรมการปฏิรูปโรงพยาบาลชุมชน เสนอปรับเป็นโรงพยาบาลประชารัฐที่ไม่ช้า ราคาไม่แพง

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวภายหลังรับฟังแนวทางการปฏิรูปโรงพยาบาลชุมชนว่า ได้มอบให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงาน ถึงแนวทางในการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอยู่ตรงกึ่งกลางของระบบ เชื่อมลงไปถึงชุมชน ครอบครัว บุคคล และเชื่อมขึ้นไปที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีความคิดเห็นกับระบบอย่างไร จะปฏิรูปอย่างไร โดยขอให้เป็นการรวมพลังการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ ขอให้ยึดหลักในการบริหารตามแนวพระราชดำรัสของสมเด็จพระราชบิดา โดยคณะกรรมการปฏิรูปโรงพยาบาลชุมชนได้นำเสนอผลการระดมความคิดเห็นในการปฏิรูปโรงพยาบาลชุมชนตามวิสัยทัศน์ "เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี" ด้วยค่านิยม MOPH โดยยุทธศาสตร์ 4 Excellence คือ Service P&P People Governance โดยเสนอให้ปฏิรูป 4 ด้าน คือ ระบบบริการ คน การเงินการคลัง และโครงสร้าง ทั้งนี้เพื่อปฏิรูปให้โรงพยาบาลชุมชนเป็น "โรงพยาบาลประชารัฐ" ที่ไม่ต้องรอนาน และค่ารักษาพยาบาลไม่แพง

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

ค่าใช้จ่ายด้านยาสูง ศักยภาพการผลิตต่ำ เร่งจัดทำแผนพัฒนาบัญชียามุ่งเป้า

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้จัดทำ (ร่าง) ประกาศนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์สำคัญ พร้อมเสนอมาตรการยุทธศาสตร์โดยบูรณาการการเข้าถึงยา เร่งจัดทำแผนพัฒนายามุ่งเป้าซึ่งเป็นยาราคาแพงที่มีการใช้มาก รวมทั้งแก้ปัญหาการใช้ยาเกินจำเป็น

พล.ร.อ.ณรงค์ พิพัฒนาศัย รองนายกรัฐมนตรี เปิดเผยหลังการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2559 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายนที่ผ่านมาว่า ได้จัดทำ (ร่าง) นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญคือ 1. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาการผลิตยา สมุนไพรและชีววัตถุ เพื่อความมั่นคงทางยาและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน 2. พัฒนาระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงยาจำเป็นของประชาชน 3. พัฒนาระบบกลไก เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4. พัฒนาระบบควบคุมยาให้มีประสิทธิภาพระดับสากล 5. สร้างเสริมกลไกการประสานงานเชื่อมโยงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยาจำเป็นที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ใช้ยาสมเหตุผล ประเทศมีความมั่นคงด้านยาอย่างยั่งยืน

ทั้งนี้ในปัจจุบันยาเป็นค่าใช้จ่ายสำคัญของระบบประกันสุขภาพ โดยในปี พ.ศ. 2558 มีมูลค่ายารวม 162,914 ล้านบาท ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปี พ.ศ. 2557 มีมูลค่า 409,313 ล้านบาท โดยมูลค่าการนำเข้ามีสัดส่วนสูงกว่าการผลิต (2:1) และร้อยละ 37 ของรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติยังไม่สามารถผลิตได้ในประเทศ ขณะที่ศักยภาพอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำสุดเมื่อเทียบกับอุตสาหกรรมสุขภาพอื่น จึงต้องเร่งบูรณาการมาตรการเพื่อการเข้าถึงยา ควบคุมค่าใช้จ่ายและสร้างเศรษฐกิจ โดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการต่างประเทศ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และผู้ผลิตยาภาคเอกชน ร่วมกันจัดทำแผนการพัฒนายาตามบัญชียามุ่งเป้า ซึ่งหมายถึงยาราคาแพงที่มีการใช้มาก ยาที่มีศักยภาพส่งออกสร้างรายได้ และยาสมุนไพรที่วิจัยพัฒนาในประเทศและมีมาตรการเร่งด่วน สำหรับยาตามบัญชียามุ่งเป้า ได้แก่ การจัดทำข้อมูลสถานะสิทธิบัตรยา การกำหนดช่องทางเร่งด่วนขึ้นทะเบียนตำรับยา และการส่งเสริมการผลิตและวิจัยพัฒนายาในประเทศ

พล.ร.อ.ณรงค์ กล่าวต่ออีกว่า นอกจากแผนการพัฒนายาตามบัญชียามุ่งเป้า เพื่อให้เกิดการยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติจึงประกาศนโยบาย "โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล" เพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยาฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น และคุ้มครองความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงจะมีการพัฒนากลไกการประสานเชื่อมโยงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติเพื่อจัดทำนโยบายขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติต่อไป

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

สาธารณสุขยุคใหม่ ก้าวไกลด้วยนวัตกรรม

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร

ถ่ายภาพร่วมกัน

วงการแพทย์
www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

ในระยะ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา สภาวการณ์ทางประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการนำเอาวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่มาใช้ และการดำเนินงานทางด้านการสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการขยายบริการทางการแพทย์ เช่น การเพิ่มจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาล ไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศ หรือการมีโครงการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน และการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ หรือนโยบายโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ซึ่งมีผลต่ออัตราการเจริญพันธุ์ที่มุ่งเน้นคุณภาพมากกว่าปริมาณประชากร

จากผลสัมฤทธิ์ข้างต้นนี้ อาจคาดการณ์ได้ว่าปี พ.ศ. 2569 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญในการปฏิรูประบบดูแลสุขภาพให้เท่าทันกับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ ด้วยการนำนวัตกรรมสุขภาพมาช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมีความสุข ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงเร่งพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และทั่วถึงอย่างเท่าเทียม ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศได้กำหนดยุทธศาสตร์ในปี พ.ศ. 2559 เน้นหนัก 3 ด้านคือ 1. การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย ดูแลตั้งแต่ครรภ์มารดาจนถึงการดูแลในระยะสุดท้าย 2. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้ และ 3. การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการบริการ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากพหุภาคีและทุกภาคส่วนในสังคม มีการประเมินนวัตกรรมและเทคโนโลยี และมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชน เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยเฉพาะการเตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุที่จะมีผู้สูงอายุและผู้พิการเพิ่มมากขึ้น และเป็นกลุ่มที่ต้องการนวัตกรรมทางสุขภาพมาใช้ในการพึ่งพาตนเอง ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล เปิดการประชุมวิชาการ SICMPH 2016

นพ.โสภณ เมฆธน

ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา

โดยทั้ง 3 ยุทธศาสตร์นี้ต้องอาศัยแรงขับเคลื่อนร่วมมือแบบพหุภาคีจากหลายภาคส่วน และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนานวัตกรรมระบบสุขภาพให้เกิดความสำเร็จได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งยวดที่บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขต้องเตรียมตัวให้พร้อมในการทำความเข้าใจด้านระบบนวัตกรรมและเทคโนโลยี เพื่อ **“ทำให้ได้... และใช้ให้เป็น”** อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชน

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายความเป็นเลิศใน 4 ด้านคือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Prevention and Promotion Excellence) ที่เป็นนวัตกรรมสังคม มีหลักการในการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง มีสุขภาพดี ซึ่งเป็นหัวใจของการสาธารณสุข 2. ระบบบริการ (Service Excellence) ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยทุกระดับ 3. การพัฒนาคน (People Excellence) ฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ และ 4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) หากประสบความสำเร็จทั้ง 4 ด้าน ก็จะเกิดเป็นนวัตกรรมของระบบการแพทย์และสาธารณสุข เป็นตัวอย่างให้นานาประเทศต่อไป

“กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดเป็นโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ซึ่งเป็นนวัตกรรมตามมติของคณะกรรมการระบบยาแห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน การใช้ยาทุกชนิดอย่างสมเหตุสมผล โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะจะช่วยลดปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข ใน 10-20 ปีข้างหน้าจะมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยานับ 10 ล้านคน ครึ่งหนึ่งอยู่ในเอเชีย รวมทั้งช่วยลดงบประมาณและความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการซื้อยาจากต่างประเทศ” **ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล** กล่าว

ด้าน **นพ.โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข** กล่าวว่า นายกรัฐมนตรีได้มอบนโยบายประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 พัฒนาประเทศด้วยการเพิ่มมูลค่าทางนวัตกรรม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะมีส่วนช่วยในการสนับสนุนนโยบายนี้ด้วยเทคโนโลยีและธุรกิจสุขภาพ พัฒนาให้ไทยเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และการแพทย์แผนไทย ด้วยภูมิปัญญาไทย สร้างมูลค่าเพิ่มด้านการแพทย์ไทย พร้อมทั้งพัฒนาอุตสาหกรรมยาเพื่อลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ เนื่องจากร้อยละ 41 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นค่ายา

สำหรับที่ผ่านมาความสำเร็จด้านนวัตกรรมสาธารณสุข คือ 1. การมีอาสาสมัครสาธารณสุขกว่า 1.2 ล้านคน ช่วยให้ความรู้ประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง และจะพัฒนาต่อยอดให้มีอาสาสมัครประจำครอบครัวเพิ่มอีกไม่ต่ำกว่า 3 ล้านคน 2. จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ มีผู้จัดการสุขภาพ และผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน จัด Primary Care Cluster (PCC) ดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 ทีมต่อประชากร 30,000 คน จะขยายให้ครอบคลุมทั่วประเทศ 3. การจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมครอบคลุมทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยใช้สหวิชาชีพดูแลเรื่องการออกกำลังกายและอาหาร 4. นวัตกรรมเพื่อลดการบาดเจ็บจากการจราจร ด้วยการจัดการฐานข้อมูล ชี้จุดเสี่ยง เพิ่มศักยภาพในการรักษาฉุกเฉินได้อย่างทันเวลา ตั้งศูนย์รองรับอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกโรงพยาบาล และใช้สื่อออนไลน์ช่วยผู้ประสบภัยเข้าถึงบริการได้ทันเวลา 5. โครงการเด็กไทยสายตาดี ตรวจคัดกรองและมอบแว่นตาแก่เด็ก ป.1 ที่มีสายตาผิดปกติทั่วประเทศ รวมทั้งความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สภากาชาดไทย และ 3 กองทุนสุขภาพ ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา เป็นต้น

ด้านคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล นำโดย **ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล** ก็ได้มุ่งเน้นความสำคัญของนวัตกรรมที่นำมาใช้ในการสร้างองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อ

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชากรในภูมิภาคอาเซียน ซึ่งกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบเช่นเดียวกัน โดยเมื่อวันที่ 13-15 มิถุนายนที่ผ่านมา ได้มีการจัด **การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2559 Siriraj International Conference in Medicine and Public Health (SICMPH) ภายใต้ธีม "Innovation Health"** ซึ่งได้รับเกียรติจาก **ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข** เป็นประธานเปิดงาน

ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ กล่าวถึงความเป็นมาของการประชุมวิชาการระดับนานาชาติด้านการแพทย์และการสาธารณสุข หรือ International Conference in Medicine and Public Health ว่า การประชุมวิชาการดังกล่าวได้ถูกจัดขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2555 โดยมีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมเป็นเจ้าภาพ ต่อมาการประชุมวิชาการได้เปลี่ยนชื่อเป็น Siriraj International Conference in Medicine and Public Health หรือ SICMPH โดยกำหนดให้เป็นการประชุมวิชาการประจำปีของคณะ ซึ่งเป็นการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อนโยบายด้านประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ของรัฐบาลที่ต้องการให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของอาเซียน (Medical Hub of ASEAN) ในการให้บริการด้านสุขภาพและพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

ในปีนี้ Siriraj International Conference in Medicine and Public Health (SICMPH) จัดขึ้นระหว่างวันที่ 13-15 มิถุนายนที่ผ่านมา โดยประเด็นหลักของการประชุมครั้งนี้คือ "Innovation in Health" มีเนื้อหาวิชาการที่น่าสนใจซึ่งเกิดจากความร่วมมือและบูรณาการองค์ความรู้จากหลายภาคส่วนใน 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. Precision medicine (การแพทย์แม่นยำ)

การใช้เทคโนโลยีดิจิตอลร่วมกับเทคโนโลยีชีวโมเลกุล ทำให้สามารถนำ "อภิมหาข้อมูล" หรือ "Big Data" มาใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค เลือกวิธีการรักษา และทำนายผลการรักษาได้อย่างแม่นยำขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ทั้งวิทยาการแม่นยำที่มีใช้แล้วในปัจจุบัน และประเด็นที่จะมีการประยุกต์ใช้ในอนาคตอันใกล้

2. Telemedicine (การแพทย์ทางไกล)

เทคโนโลยีการสื่อสารช่วยเพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาได้หลายบริบทที่มีข้อจำกัดและเพิ่มความเท่าเทียมให้ผู้ป่วยทุกระดับสามารถเข้าถึงการรักษาที่เป็นมาตรฐานได้อย่างคุ้มค่าทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย ได้แก่ การดูแลรักษาในสถานที่ที่ห่างไกลและขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญ การดูแลรักษาในสถานการณ์ฉุกเฉินและการรักษาที่ต้องการช่องทางด่วนพิเศษ (fast tract) การดูแลรักษาในสถานที่อันตราย นอกจากนี้เทคโนโลยียังอำนวยความสะดวกในด้านการศึกษา การฝึกอบรม และการให้คำปรึกษา

อย่างไรก็ดี การนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในทางการแพทย์ก็ก่อให้เกิดความกังวลอีกหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ ความกังวลเรื่องความมั่นคงของระบบข้อมูล ความเสี่ยงจากการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย และความรับผิดทางการแพทย์ จึงมีการถกประเด็นด้านกฎหมายของการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในทางการแพทย์ รวมถึงตัวอย่างของระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อข้อมูลจากจุดเกิดเหตุไปยังสถานพยาบาลในเครือข่ายสถานพยาบาล เพื่อการให้คำปรึกษาเบื้องต้นและการเตรียมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อให้เหมาะสมทันท่วงที

3. Future medicine (การแพทย์แห่งอนาคต)

ด้วยเทคโนโลยีในปัจจุบันทำให้การแพทย์แห่งอนาคตไม่ใช่เรื่องนวนิยายวิทยาศาสตร์อีกต่อไป ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยให้แพทย์ตัดสินใจในการรักษาได้แม่นยำขึ้น เช่น

- Application ต่าง ๆ ใน mobile device และเครื่องมือดิจิตอลที่สวมใส่ได้ (wearable device) ช่วยให้การดูแลสุขภาพเป็นไปโดยสะดวกและสามารถนำข้อมูลมาตัดสินใจให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมคุ้มค่า

- แขนขาเทียม bionic เป็นเครื่องกลที่มีการทำงานประสานกับระบบประสาทของผู้สวมใส่ ทำให้แขนขาเทียมนั้นเคลื่อนไหวได้ใกล้เคียงกับแขนขาจริง และยังมีความสามารถเหนือข้อจำกัดของอวัยวะธรรมชาติเสียอีก

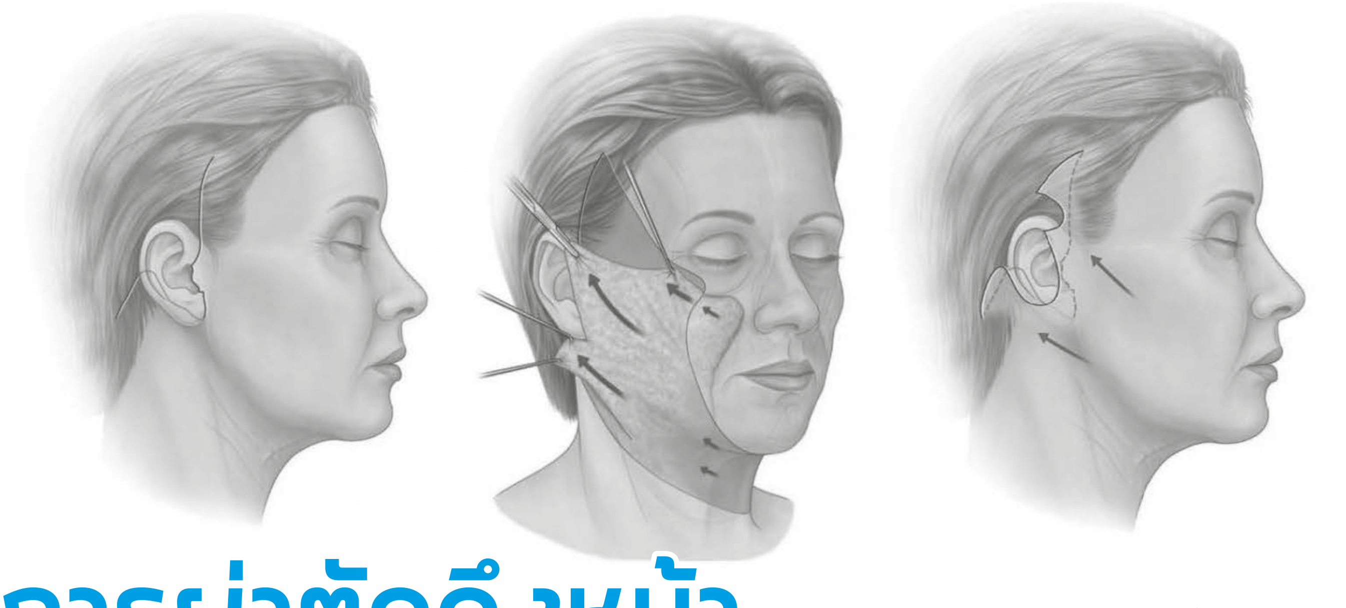
- แว่นตาติด sensor ที่ช่วยให้ผู้ป่วยอัมพาตสามารถบังคับรถเข็น wheelchair ให้เคลื่อนที่ไปไหน ๆ ได้ตามทิศทางที่ตนเองต้องการ โดยไม่ต้องใช้แขนขาหรือคนช่วยเข็นรถ แต่ใช้เพียงการกลอกตาเท่านั้น

- บ้านเมืองอัจฉริยะ (smart home/smart city) ช่วยให้ผู้สูงอายุหรือผู้พิการสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามลำพังอย่างมีศักดิ์ศรี

การประชุมวิชาการครั้งนี้ได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการจำนวนกว่า 2,000 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกสาขา ตลอดจนนิสิต-นักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์จากทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งนอกจากจะได้รับความรู้และความเข้าใจในนวัตกรรมสุขภาพแล้ว ยังสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปอีกด้วย

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

• นพ.ธนาวุฑฒ์ โสภักดี
โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล



การผ่าตัดดึงหน้า

วารสารแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

การผ่าตัดดึงหน้า (Facelift) เป็นการผ่าตัดผิวหนังและเย็บกระชับเนื้อเยื่อบริเวณใบหน้าและลำคอเพื่อลดริ้วรอยแห่งวัยบริเวณใบหน้าและลำคอ โดยแพทย์จะกำจัดไขมันส่วนเกินที่สะสมอยู่ใต้ผิวหนัง ดึงกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าให้กระชับ จัด (ดึง) ผิวหนังให้ตึงขึ้น พบว่าการผ่าตัดดึงหน้าช่วยให้ใบหน้าดูอ่อนเยาว์ขึ้นประมาณ 5-10 ปีหลังทำผ่าตัด การทำผ่าตัดดึงหน้าจะมีอยู่ 2 แบบ 1. การผ่าตัดดึงหน้าบางส่วน (Mini Facelift) เช่น บริเวณแก้มที่ห้อยหรือเหี่ยวย่น 2. การผ่าตัดดึงหน้าทั้งหมด (Full Facelift) เช่น บริเวณหน้าผาก แก้ม คิ้ว และกระชับลำคอ การทำผ่าตัดดึงหน้านิยมทำผ่าตัดในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เพราะอายุมากขึ้น ผิวหนังก็จะเสื่อมสภาพ มีการหย่อนคล้อยและเหี่ยวย่นตามกาลเวลา แต่สำหรับผู้ที่มีรอยเหี่ยวย่นไม่มาก เช่น บริเวณแก้ม หรือคาง อาจจะสามารถทำศัลยกรรมดึงหน้าบางส่วนได้ (Mini Facelift)

วิธีการผ่าตัดดึงหน้าทั้งหมด (Full Facelift) แพทย์จะวางแผนการผ่าตัดโดยวาดแนวเส้นผ่าตัดที่บริเวณหลังแนวไรผมตรงขมับ ไล่ลงมาตามแนวเส้นผมจนถึงด้านหน้าใบหู โค้งอ้อมติ่งหูแล้วย้อนกลับขึ้นไปด้านหลังใบหู และอาจจะเลยลึกเข้าไปในหนังศีรษะส่วนล่าง ทั้งนี้การกำหนดแนวเส้นผ่าตัดขึ้นอยู่กับโครงสร้างใบหน้าของคนไข้แต่ละคน เมื่อแพทย์ทำแนวเส้นผ่าตัดได้แล้วจะทำการผ่าตัดเปิดแผล ผ่าแยกชั้นผิวหนังออกจากชั้นไขมันและกล้ามเนื้อ ไขมันบริเวณคอและคางอาจจะถูกตัดหรือดูดออกเพื่อให้โครงหน้าได้รูปทรง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเห็นของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ในส่วนของกล้ามเนื้อและผิวหน้า แพทย์จะทำการดึงและตัดส่วนเกินออก และเย็บปิดแผลให้สวยงาม แผลจากแนวเส้นผ่าตัดที่เกิดจากการยกกระชับใบหน้าและลำคอจะแทบมองไม่เห็นเมื่อเวลาผ่านไป การผ่าตัดดึงหน้าสามารถลดรอยเหี่ยวย่นได้ทั้งบริเวณใบหน้าและลำคอ ผลของการทำผ่าตัดดึงหน้าอยู่ได้ประมาณ 5-10 ปี รอยแผลบริเวณด้านหน้าและหลังใบหูมักไม่เป็นที่สังเกต ปัญหาที่ผู้สนใจรับบริการผ่าตัดดึงหน้ามักกังวลคือ กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อน และกลัวแผลผ่าตัดไม่สวย เกิดแผลเป็นขึ้น จึงจำเป็นอย่างมากที่คุณควรเลือกแพทย์ที่มีประสบการณ์เพื่อให้ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจ

การรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ในฐานข้อมูล PubMed ที่เกี่ยวกับการผ่าตัดดึงหน้าพบว่า ขณะผ่าตัดดึงหน้าหากมีการใช้สารชื่อ fibrin glue ในระหว่างการผ่าตัดดึงหน้าจะพบว่าสาร fibrin glue ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดได้ ลดการเกิดเลือดคั่ง และลดการเกิดของเหลวคั่งที่แผลผ่าตัด และช่วยสมานเนื้อเยื่อให้ติดดี ให้แผลผ่าตัดสวยขึ้น ทำให้ผลงานการผ่าตัดดึงหน้าออกมาดีขึ้น

กล่าวโดยสรุป การผ่าตัดดึงหน้าเป็นการผ่าตัดที่ปลอดภัย ควรทำโดยแพทย์ที่มีประสบการณ์ พบว่าการใช้ fibrin glue ขณะผ่าตัดดึงหน้าจะช่วยลดโอกาสเกิดเลือดคั่ง ลดภาวะของเหลวคั่ง และแผลผ่าตัดสวยขึ้น

“โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” มอบชีวิตให้ผู้ป่วยโรคไต ใช้เทคนิคใหม่รักษาสำเร็จรายแรกในอาเซียน

ปัจจุบันภาวะของโรคไตเรื้อรัง (CKD) นับเป็นปัญหาที่สำคัญในด้านการสาธารณสุข เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เป็นโรคนี้ ซึ่งสิ่งที่ตามมาคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง ผลจากสถิติการสำรวจของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบผู้ป่วยที่เกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นจำนวนถึง 50,000 คน ซึ่งมีความต้องการในการบำบัดรักษาทดแทนไต และมีจำนวนผู้ป่วยที่รอปลูกถ่ายไตประมาณ 5,000 คน และจากสถิติของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2558 พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนั้นมีผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเพียงแค่ 600 ราย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังมีความรุนแรงน้อยกว่านี้อีกเป็นจำนวนนับแสนคน “ซึ่งไม่น่าจะเกินความเป็นจริง”

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เล็งเห็นความสำคัญในจุดนี้ว่า การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนชาวไทยในทุกระดับชั้นอย่างเท่าเทียมกัน ด้วยความมุ่งมั่นในการยกระดับการบริการด้านการสาธารณสุขด้วยความเป็นเลิศในการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์และการพยาบาล ตลอดจนการค้นคว้าวิจัยและฝึกอบรมการรักษาโรคเฉพาะทางให้เป็นมาตรฐานอ้างอิงได้ในระดับสากล

ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวถึงภารกิจของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคไตมาเป็นเวลานาน ได้มีการส่งเสริมการวิจัยอย่างต่อเนื่องตลอดมา จนประสบความสำเร็จในการผ่าตัดเปลี่ยนไต

ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ

ศ.นพ.ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์

ครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2515 ต่อมาได้มีการพัฒนาเป็นการผ่าตัดไตข้ามหมู่เลือดในปี พ.ศ. 2551 อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ถึงกระนั้นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ก็มิได้หยุดยั้งในการพัฒนาการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข และจัดตั้ง ***“ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์”*** และล่าสุดทางทีมแพทย์พยาบาล ฯลฯ ได้พัฒนาโดยการนำเทคโนโลยีใหม่ ล้างน้ำเหลืองก่อนการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือดที่สามารถล้างเฉพาะภูมิคุ้มกันร่างกายชนิดที่ต่อต้านการข้ามหมู่เลือดออกเท่านั้น นับว่าเป็นผลสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ที่จะทำให้ผู้ป่วยที่รอรับการบริจาคอวัยวะไม่ต้องรอนาน หากมีญาติพี่น้องที่สามารถบริจาคให้แก่กันได้ก็สามารถทำการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวได้

ศ.นพ.ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์ รองหัวหน้าหน่วยโรคไต ฝ่ายอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้ช่วยคณบดี

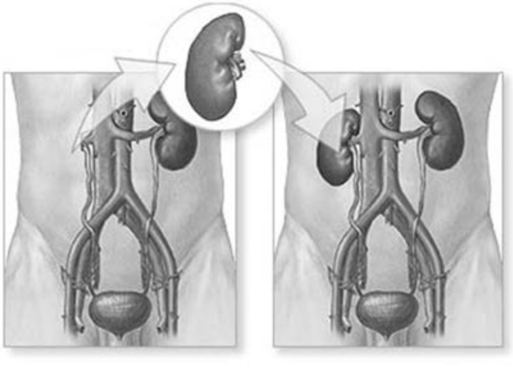
วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวถึงความสำเร็จของการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือดด้วยเทคนิคการล้างน้ำเหลืองที่ไม่ทำลายภูมิคุ้มกันทั้งหมดว่า นับตั้งแต่ พ.ศ. 2515 เป็นต้นมา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้บุกเบิกด้านโรคไตเรื่อยมา โดยได้ดำเนินการศึกษาวิจัยและค้นคว้าการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติที่สุด อนึ่ง การปลูกถ่ายไตก็ทำได้จำกัดเมื่อเทียบกับความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งหมด เนื่องจากมีจำนวนผู้บริจาคทั้งชนิดที่เป็นผู้ป่วยสมองตาย (cadaveric donor) และผู้บริจาคที่เป็นญาติ (living donor) ไม่เพียงพอกับความต้องการ ในช่วงไม่กี่ปีมานี้ กลุ่มแพทย์ประเทศญี่ปุ่นได้ทำการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือดเป็นผลสำเร็จมาแล้วประมาณ 900 ราย

คณะผู้ทำงานผ่าตัดปลูกถ่ายไตจึงได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้และได้ข้อสรุปว่า หากดำเนินการตามขั้นตอนที่ถูกวิธี การผ่าตัดดังกล่าวจะมีความปลอดภัย ผู้ป่วยมีค่าการทำงานของไตดีขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตทั่วไป จึงได้เริ่มดำเนินการผ่าตัดข้ามหมู่เลือดอย่างเป็นรูปธรรมขึ้น โดยผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดระยะเวลา 5 เดือน ในระยะแรกต้องได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากพี่ชายที่มีหมู่เลือดตรงกัน แต่พบว่าพี่ชายเป็นไวรัสตับอักเสบชนิด C จึงไม่สามารถบริจาคไตให้ผู้ป่วยได้ หลังจากนั้นผู้ป่วยเข้าใจว่าต้องได้รับการฟอกเลือดไปตลอดชีวิต หรือจนกว่าจะมีผู้บริจาคสมองตายที่เข้ากันได้

ในปี พ.ศ. 2551 คณะผู้ทำงานผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้ปรึกษากับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องการเปลี่ยนไตข้ามหมู่เลือด เนื่องจากผู้ป่วยมีน้องชายซึ่งมีหมู่เลือดต่างกันประสงค์จะบริจาคไตให้ (หมู่เลือด A ให้หมู่เลือด O) หลังจากการปรึกษาหารือพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด และผลของการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยและน้องชายสมัครใจที่จะเป็นผู้ปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือดเป็นคู่แรกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเป็นคู่แรกของประเทศไทย เมื่อวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2551

การผ่าตัดเปลี่ยนไต



ปัจจุบันโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้ร่วมคิดค้นหาเทคนิคใหม่ ๆ เพื่อการพัฒนางานด้านการปลูกถ่ายไตผู้ป่วยที่ยังมีชีวิต (living donor) ซึ่งสามารถทำได้กับผู้ป่วยและผู้ให้ไตที่หมู่เลือดเข้ากันไม่ได้ เป็นการร่วมงานกันเป็นครั้งแรกระหว่างประเทศของมหาวิทยาลัยออสโล ประเทศนอร์เวย์ โดยความอนุเคราะห์ของท่านเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงออสโล ประจำราชอาณาจักรนอร์เวย์ และทีมผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยการประสานงานของคณะทูตไทย-นอร์เวย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย

จากวิธีการเดิมของการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือดนั้นใช้วิธีการกำจัดแอนติบอดีหรือภูมิคุ้มกันชนิดที่เป็นตัวป้องกันความแตกต่างของหมู่เลือดออกไปทั้งหมด ซึ่งพบว่ามีอยู่เพียง 1% ของภูมิคุ้มกันทั้งหมดในร่างกาย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยออสโล ประเทศนอร์เวย์ ได้ถ่ายทอดเทคโนโลยีการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือด โดยสามารถล้างน้ำเหลืองเอาแค่ภูมิคุ้มกันร่างกายชนิดที่ต่อต้านการข้ามหมู่เลือดออกมาในส่วนของ 1% นั้นเลยโดยไม่ทำลายภูมิคุ้มกันทั้งหมด

เทคนิคการล้างน้ำเหลืองปลูกถ่ายไตโดยไม่ทำลายภูมิคุ้มกันทั้งหมดนั้น ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 14-19 มีนาคม พ.ศ. 2559 ซึ่งผู้ป่วยคือ นายพรชัย โชติวัฒนภิญโญ อายุ 52 ปี หมู่เลือด B และผู้ให้คือน้องสาว ชื่อ น.ส.อารีทัย แซ่จู อายุ 46 ปี หมู่เลือด AB โดยค่า creatinine ก่อนกลับบ้าน 1.47 mg/dl ซึ่งถือเป็นความสำเร็จในการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือดด้วยเทคนิคล้างน้ำเหลืองที่ไม่ทำลายภูมิคุ้มกันทั้งหมดเป็นรายแรกในอาเซียน โดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้ทำการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือดทั้งหมดมาแล้วเป็นจำนวน 16 ราย

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat

รศ.นพ.พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญ

ผศ.นพ.ณัฐวุฒิ โตวนำชัย

รศ.นพ.พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญ หัวหน้าหน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป ฝ่ายศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กล่าวถึงความสำคัญในการผ่าตัดของผู้ให้และผู้รับในการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือดว่า ในการผ่าตัดต้องใช้ห้องผ่าตัด 2 ห้องใกล้เคียงกัน และทีมแพทย์ผ่าตัดจำนวน 2 ทีมที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล วิสัญญีแพทย์ ฯลฯ ดำเนินการผ่าตัดพร้อม ๆ กันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

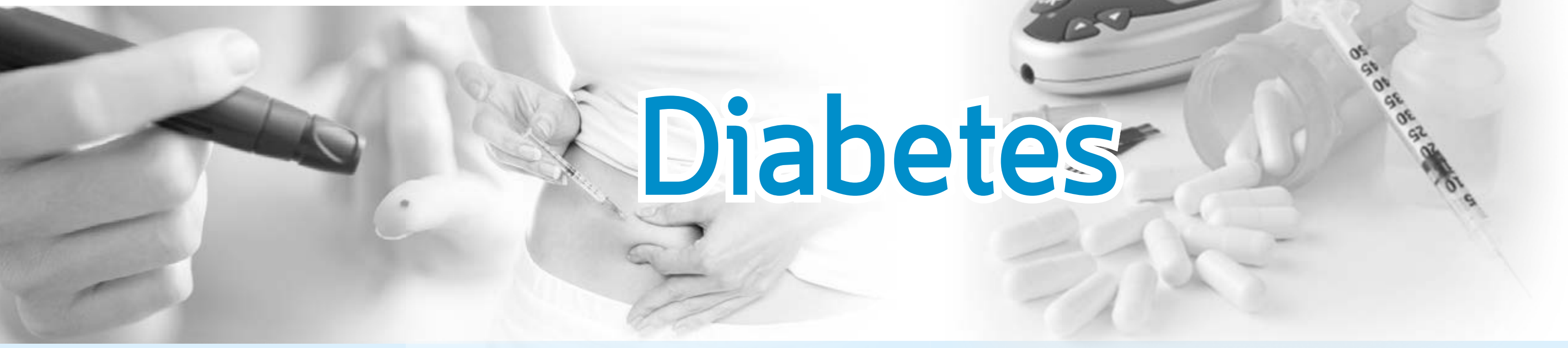
ด้าน **ผศ.นพ.ณัฐวุฒิ โตวนำชัย แพทย์ประจำศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์** กล่าวว่า การปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือดจะต้องมีการเตรียมตัวผู้ป่วยเป็นระยะเวลาล่วงหน้าก่อนที่จะถึงวันปลูกถ่ายประมาณ 1-2 สัปดาห์ ซึ่งต่างจากแบบเดิมที่มีการเตรียมตัวผู้ป่วยประมาณ 1-2 วัน เทคนิคนี้ค่อนข้างปลอดภัยมีผลข้างเคียงน้อยมาก ถือเป็นการมอบโอกาสให้คนไข้ในกรณีที่มีผู้บริจาคไตที่หมู่เลือดเข้ากันไม่ได้ ทำให้คนไข้มีโอกาสที่จะได้รับการปลูกถ่ายไตได้ง่ายมากขึ้น ดีกว่าที่จะไปนั่งรอรับการปลูกถ่ายจากผู้บริจาคอวัยวะ ซึ่งปัจจุบันคิวการรอรับการบริจาคอวัยวะในประเทศไทยนั้นมีมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคไต การที่ผู้ป่วยจะต้องรอด้วยระยะเวลาในปัจจุบันเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 4 ปี ผู้ป่วยก็จะได้รับการปลูกถ่ายไตที่เร็วขึ้น ผู้ป่วยก็จะกลับมามีร่างกายแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้เร็วขึ้น เป็นการช่วยย่นระยะเวลาในการรอรับอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายไต

"ทั้งนี้กฎเกณฑ์การปลูกถ่ายอวัยวะของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย ผู้ที่รอรับบริจาคอวัยวะจะได้รับอวัยวะต่อเมื่อผู้ที่บริจาคหรือผู้ที่เสียชีวิตมีหมู่เลือดตรงกับตัวเองเท่านั้น จะไม่มีการข้ามหมู่เลือด แต่เทคนิคการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้บริจาคจะต้องเป็นญาติพี่น้องของผู้ป่วยและยังมีชีวิตอยู่ ซึ่งคนไข้ที่จะรับการปลูกถ่ายไตจะต้องเป็นคนไข้ในระยะที่ 5 คือผู้ป่วยไตวายระยะที่ไตไม่สามารถทำงานได้แล้ว โดยคนไข้มีทางเลือกในการรักษา 3 ทางคือ 1. การฟอกเลือดโดยเครื่องไตเทียม 2. การฟอกหน้าท้อง และ 3. การปลูกถ่ายไต ซึ่งเป็นวิธีการที่ดีที่สุด เพียงแต่ว่าผู้ป่วยอาจจะไม่ได้โชคดีทุกคนที่จะมาถึงจุดนี้"

คุณนันทา มหัธนันท์ หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกธนาคารกสิกรไทย กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยและผู้ให้อวัยวะก่อนผ่าตัดต้องเตรียมความพร้อมของร่างกายผู้ป่วยให้มีสุขภาพแข็งแรงพร้อมรับการปลูกถ่ายไตใหม่ และต้องมีการล้างน้ำเหลือง (เฉพาะภูมิคุ้มกันร่างกายชนิดที่ต่อต้านการข้ามหมู่เลือดออกเท่านั้น) ก่อนการผ่าตัดประมาณ 4 ครั้ง ส่วนหลังการผ่าตัดต้องดูแลร่างกายในการปรับตัวเมื่อได้รับไตใหม่ และต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

• นพ.พินิจ กุลละวณิชย์



Diabetes

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความอันตราย เป็นโรคเรื้อรัง เป็น 1 ใน 4 โรคสำคัญที่อยู่ในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อ หรือ non-communicable diseases 4 โรคนี้เรียงตามลำดับความสำคัญหรือตามสาเหตุที่ทำให้คนในโลกนี้เสียชีวิตมากที่สุดคือ 1. โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง (เสียชีวิตปีละ 17.5 ล้านคน) 2. โรคมะเร็ง (8.2 ล้านคน) 3. โรคปอด (4 ล้านคน) และ 4. โรคเบาหวาน (1.5 ล้านคน)

โรคเบาหวานเกิดขึ้นเมื่อ 1. ตับอ่อน (ที่มีหน้าที่ผลิตอินซูลิน) ผลิตอินซูลินไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ดูแลรักษาระดับของน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และ 2. โรคเบาหวานจะเกิดขึ้นเมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปริมาณผู้ป่วยโรคเบาหวานและความชุกของโรคได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง

ประเมินว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นผู้ใหญ่ถึง 422 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2014 ซึ่งเพิ่มจากเดิม 108 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1980 เป็นอย่างมาก ใน 10 ปีที่ผ่านไป ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำ (low income) และปานกลาง (middle income) มากกว่าประเทศที่มีรายได้สูง (high income)

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนในโลกถึง 1.5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2012 และถึงแม้คนจะยังไม่เป็นโรคเบาหวาน แต่ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติก็ยังทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตเพิ่มอีก 2.2 ล้านคน และ 43% ของผู้ที่เสียชีวิต 3.7 ล้านคนนี้เกิดขึ้นในคนที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี (สรุปคือเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร) คำนิยามของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานคือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 126 มิลลิกรัม% ขึ้นไป หรือ HbA1c (น้ำตาลสะสม) สูงกว่า 6.5 ถ้าระดับน้ำตาลยังไม่ถึง 126 มิลลิกรัม% ยังไม่ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน แต่ระหว่าง 101-125 มิลลิกรัม% ถือว่าน้ำตาลสูงเกินไป หรืออาจเรียกว่า "ว่าที่" เบาหวานก็ได้ กลุ่มนี้ทำให้มีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในโลกอีก 2.2 ล้านคน และส่วนใหญ่ของผู้ที่เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี จาก "ว่าที่" หรือโรคเบาหวานมักเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มากกว่าประเทศที่มีรายได้สูง

โรคเบาหวานแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดคือ ชนิดที่ 1 (type 1 คือต้องการอินซูลินเพื่อความอยู่รอด) และชนิดที่ 2 (type 2 คือร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้ตามปกติ) ส่วนใหญ่แล้วมักจะเป็น type 2 ซึ่งมักเกิดขึ้นในผู้ใหญ่ แต่ปัจจุบันนี้ก็เกิดขึ้นได้ในเด็กแล้ว

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นปัญหาใหญ่ เพราะทำให้เสียชีวิตเร็วกว่ากำหนด คือโรคหัวใจ อัมพาต ไตวาย (โรคเบาหวานเป็นสาเหตุใหญ่ของโรคไตวายที่ทำให้ต้องมีการ "ฟอกไต") มากในปัจจุบัน หลอดเลือดตีบ-อุดตันที่ขา ทำให้ต้องตัดขา ตาบอด ประสาทเสื่อม ในสตรีที่ตั้งครรภ์ถ้าคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ดีจะมีโอกาสทำให้เด็กในครรภ์เสียชีวิตก่อนคลอด และมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา

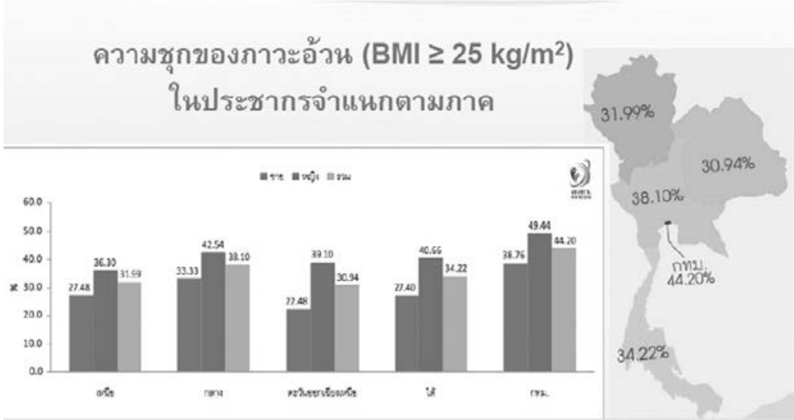
โรคเบาหวานทำให้มีการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ และเป็นปัญหาต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ เพราะต้องเสียค่าตรวจรักษาพยาบาล และขาดรายได้จากการหยุดงาน

Type 1 ของโรคเบาหวานไม่สามารถป้องกันได้ ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ส่วน type 2 ของเบาหวานป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ หรือป้องกันให้เป็นโรคนี้ช้าที่สุด และเมื่อป้องกันแล้วต้องพยายามรักษาโรคให้ดีที่สุด จะได้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต การเริ่มต้นที่ดีที่สุดคือมีพฤติกรรมที่ดีที่สุดตั้งแต่เด็ก และการวินิจฉัยโรคที่เร็วที่สุด ยิ่งถ้าวินิจฉัยโรคได้เร็วแค่ไหน การรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนก็จะยิ่งดีมากขึ้น และเนื่องจากโรคนี้ในระยะเริ่มแรกอาจไม่มีอาการ จึงควรไปตรวจหาระดับน้ำตาลเป็นระยะ ๆ

พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ ป้องกันโรคต่าง ๆ รวมทั้งเบาหวาน ก็คือการออกกำลังกาย คุมอาหาร ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ ซึ่งควรต้องดูแลเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้ตั้งแต่เด็ก สรุปก็คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงของการเป็นโรค หรือมีภาวะแทรกซ้อนได้

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

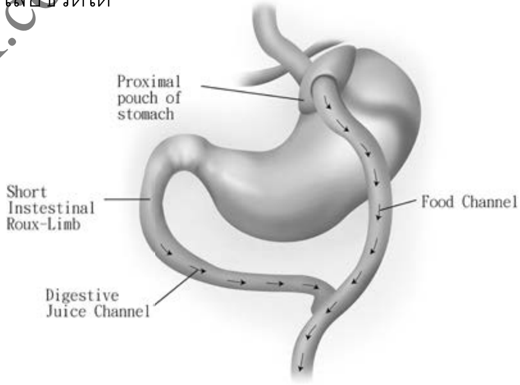
อุบัติการณ์โรคอ้วน และนวัตกรรมการรักษาสมัยใหม่ด้วยวิธีการผ่าตัด



อ้วน หรือผู้ที่มีภาวะที่มีไขมันสะสมในร่างกายมากเกินปกติกำลังเป็นปัญหาทางสังคมไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 พบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ซึ่งมีทั้งหมด 55 ล้านคน กำลังประสบปัญหาภาวะโรคอ้วน น้ำหนักเกินมาตรฐานประมาณ 10 ล้านคน ซึ่งติดอันดับ 5 ใน 14 ประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก และผลการสำรวจสุขภาพประชาชนคนไทย ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูงถึงร้อยละ 36.5[1] นอกจากนี้ยังพบว่าความอ้วนมีผลเสียทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมาอีกมากมาย ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เป็นต้น ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้จำเป็นต้องให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะมีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ซึ่งคาดการณ์ว่าในปัจจุบันต้นทุนรวมต่อสังคมของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีมูลค่าสูงกว่า 12,142 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.13 ของ GDP โดยแยกเป็นต้นทุนทางตรงจากค่ารักษาพยาบาลมีมูลค่าประมาณ 5,584 ล้านบาท ในขณะที่ต้นทุนทางอ้อมจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการขาดงานมีมูลค่ารวม 6,358 ล้านบาท[2]

อ.นพ.กำธร ยลสุริยันวงศ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวว่า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริม ป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วนอย่างจริงจัง และได้จัดตั้งทีมดูแลส่งเสริมป้องกันและรักษาโรคอ้วนขึ้น โดยมีทีมแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สหสาขา ช่วยเหลือดูแลอย่างครบวงจรแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ผ่าตัดโรคอ้วน ศัลยแพทย์ตกแต่ง อายุรแพทย์หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม วิสัญญีแพทย์ จิตแพทย์ โสต ศอ นาสิกแพทย์ พยาบาล ทีมงานโภชนาการ ทีมงานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย และทีมงานกายภาพบำบัด ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้รับการยอมรับว่าเป็นสถาบันชั้นนำของประเทศในการรักษาโรคอ้วนอย่างครบวงจร ซึ่งจนถึงปัจจุบันมีผู้มารับคำปรึกษาแล้วมากกว่า 300 รายต่อปี และมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดไปแล้วกว่า 100 ราย

"อย่ามองว่าเรื่องของความอ้วนเป็นเรื่องเล็ก ส่วนมากจะมองเพียงว่าความอ้วนนั้นก่อให้เกิดปัญหาด้านรูปลักษณ์ภายนอกเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงโรคอ้วนเป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพมากมาย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านกระดูกและข้อ เช่น โรคเกาต์ ปวดเข่า ปวดขา หรือปัญหาเกี่ยวกับน้ำตาลและไขมันในเส้นเลือดสูง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน และในบางรายอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้"



อ.นพ.กำธร กล่าวเพิ่มเติมว่า นิยามของภาวะอ้วนนั้น ในทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะมีการแบ่งระยะของความอ้วนในหลายระดับด้วยกัน โดยมักอ้างอิงจากตัวเลขค่าหนึ่งที่เรียกว่า ค่าดัชนีมวลกาย หรือค่า Body Mass Index (BMI) โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้

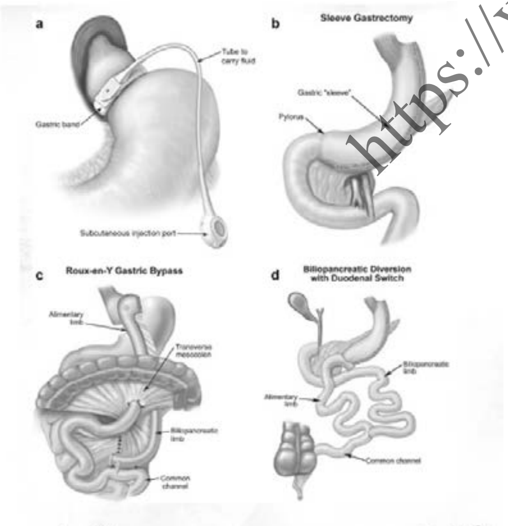
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก (กิโลกรัม; kg)/ส่วนสูง^2 (เมตร^2; m^2)

การแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

ส่วนใหญ่แพทย์จะนิยามความอ้วนระดับที่ 1 เมื่อค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 สำหรับระดับที่ 2 เมื่อค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 และระดับที่ 3 เมื่อค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 40

หากกล่าวถึงระดับความอ้วนที่อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ ก็จะมีผลกระทบตั้งแต่เริ่มมีภาวะน้ำหนักเกินแล้ว โดยหากค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 ควรปฏิบัติตนโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะถ้าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ซึ่งมีความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้สูง จึงควรปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดและควรเข้ารับการปรึกษาจากแพทย์หรือนักโภชนาการร่วมกัน

ทั้งนี้ในขั้นแรกของการรักษา แพทย์และนักโภชนาการจะพยายามให้คนไข้ลดน้ำหนักด้วยตนเองเป็นลำดับแรก ซึ่งแพทย์จะให้เวลาผู้ป่วยควบคุมน้ำหนักด้วยตนเองอย่างน้อย 6 เดือน และจะไม่แนะนำให้คนไข้หักโหมลดน้ำหนักหรือใช้ยาลดความอ้วนเด็ดขาด แม้จะช่วยลดน้ำหนักได้อย่างรวดเร็ว แต่ก็มิได้เป็นผลดีต่อสุขภาพแต่อย่างใด เนื่องจากน้ำหนักที่ลดลงไปอย่างรวดเร็วจะเป็นการสูญเสียน้ำมากกว่าการสลายไขมัน ซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพของผู้ป่วยแย่ลงไปด้วย และที่สำคัญเมื่อหยุดยา น้ำหนักก็จะกลับเพิ่มขึ้นมาเป็นทวีคูณ การลดน้ำหนักที่ถูกวิธี ต้องลดอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยมีหลักสำคัญอยู่ 2 ประการคือ “การควบคุมอาหาร” และ “การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม” แพทย์จะติดตามผลเป็นระยะเพื่อควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ไม่กลับมาอ้วนอีก



การผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้

แต่หากผู้ป่วยลดน้ำหนักด้วยวิธีการควบคุมอาหารและออกกำลังกายไม่สำเร็จ จะมีทางเลือกทางอื่น ๆ อาทิ การผ่าตัดในการรักษาโรคอ้วน ซึ่งมีหลักการสำคัญง่าย ๆ คือ ทำอย่างไรก็ได้เพื่อให้ร่างกายดูดซึมพลังงานจากอาหารได้น้อยลง ให้ร่างกายจำเป็นต้องนำไขมันส่วนเกินออกมาใช้เพื่อเป็นพลังงานแก่ร่างกายให้เพียงพอ ซึ่งการผ่าตัดนั้นจะสามารถทำได้หลัก ๆ 3 วิธี ได้แก่ **1. การผ่าตัดรัดกระเพาะอาหาร** โดยนำห่วงมารัดกระเพาะอาหารส่วนต้นให้อาหารผ่านเข้าสู่กระเพาะอาหารได้ช้าลง จะทำให้รู้สึกอิ่มเร็วขึ้น รับประทานอาหารได้น้อยลง คนไข้จะค่อย ๆ ผอมลง **2. การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร** คือการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารให้เหลือเพียงท่อขนาดเล็ก ทำให้คนไข้อิ่มเร็วขึ้น ทั้งยังช่วยลดฮอร์โมนกระตุ้นความหิว และ **3. การบายพาสลัดทางเดินอาหาร** หรือการตัดต่อลำไส้ ทำโดยการตัดกระเพาะอาหารส่วนต้นมาต่อเข้าโดยตรงกับลำไส้เล็กเลย ทำให้อาหารลัดผ่านกระเพาะอาหารไปย่อยที่ลำไส้เล็กส่วนล่าง ร่างกายจึงดูดซับพลังงานจากอาหารได้น้อยลง ช่วยให้นำไขมันส่วนเกินออกมาใช้เป็นพลังงานแก่ร่างกายได้เร็วขึ้น

แม้ว่าการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคอ้วนจะดูค่อนข้างน่ากลัว แต่การผ่าตัดทั้งหมดสามารถทำได้โดยการส่องกล้อง ไม่จำเป็นต้องเปิดแผลกว้างเหมือนการผ่าตัดทั่วไป และการผ่าตัดดังกล่าวนั้นมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตน้อยมาก แต่อย่างไรก็ตาม การลดความอ้วนด้วยวิธีการทางธรรมชาติยังคงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดน้ำหนัก ซึ่งนอกจากจะไม่ต้องกังวลกับภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดแล้ว การลดน้ำหนักด้วยตนเองยังเป็นการเสริมสร้างวินัยและยังช่วยให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตแข็งแรงอีกด้วย

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
2. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. การศึกษาผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตจากโรคอ้วนในประเทศไทย. 2554, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ: นนทบุรี.

โรงงานผลิตยารังสิต 1 องค์การเภสัชกรรม
อีกหนึ่งก้าวย่างสำคัญ ของการเพิ่มการเข้าถึงยาคุณภาพมากขึ้น

สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเปิดอาคารเฉลิมพระเกียรติ (โรงงานผลิตยารังสิต 1)

เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานชื่ออาคารผลิตยารังสิต 1 ว่า "อาคารเฉลิมพระเกียรติ" และพระราชทานพระราชานุญาตให้เชิญตราสัญลักษณ์งานเฉลิมพระเกียรติ ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 ประทับที่ชื่ออาคารดังกล่าว เพื่อให้อาคารผลิตยาขององค์การเภสัชกรรมเป็นส่วนหนึ่งที่ได้ร่วมเฉลิมพระเกียรติในโอกาสดังกล่าว โดยสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้เสด็จพระราชดำเนินทรงเปิด "อาคารเฉลิมพระเกียรติ" (โรงงานผลิตยารังสิต 1) ณ องค์การเภสัชกรรม สาขาธัญบุรี คลอง 10 อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี เมื่อวันพฤหัสบดีที่ 2 มิถุนายนที่ผ่านมา

โรงงานผลิตยารังสิต 1 องค์การเภสัชกรรม เป็นโรงงานที่มีศักยภาพการผลิตสูงด้วยวิทยาการเทคโนโลยีชั้นนำ ควบคุมคุณภาพทั้งกระบวนการผลิตแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Batch Record) ทดแทนเอกสารบันทึกการผลิต เป็นโรงงานเดียวในประเทศไทยที่นำระบบนี้มาใช้ สามารถเชื่อมต่องานในแต่ละกระบวนการ ผลิตตามมาตรฐานคุณภาพระดับสากล รองรับความต้องการยาที่เพิ่มปริมาณมากขึ้น ให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษา สร้างความมั่นคง ยั่งยืนด้านยาของประเทศไทย และอาเซียน

ภญ.ดร.มุกดาวรรณ ประกอบไวทยกิจ รองผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม เปิดเผยว่า โรงงานผลิตยารังสิต 1 ตั้งอยู่บนพื้นที่ขององค์การเภสัชกรรม อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ก่อสร้างและติดตั้งเครื่องจักรเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 1,274 ล้านบาท เพื่อตอบสนองความต้องการด้านยาของประเทศ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาได้อย่างทั่วถึง ลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ

ภญ.ดร.มุกดาวรรณ ประกอบไวทยกิจ

นำชมกระบวนการผลิตภายในโรงงาน

เป็นการยกระดับมาตรฐานการผลิตให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ เป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านเภสัชอุตสาหกรรมและเทคโนโลยีการผลิตยา โรงงานแห่งนี้ได้ก่อสร้างแล้วเสร็จ และเริ่มดำเนินการผลิตตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 โดยผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ และยาทั่วไป ในหมวดยาแคปซูลและยาเม็ด ปัจจุบันได้รับการรับรองมาตรฐานหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตยา (GMP) จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการตรวจรับรองภายใต้แนวทางเดียวกับมาตรฐาน GMP-PIC/S ซึ่งเป็นมาตรฐานระดับสากล และกลุ่มประเทศในอาเซียน (AEC) ในการตรวจให้การรับรองการผลิตยา

วงการแพทย์ www.wongkampat.com https://www.facebook.com/Wongkampat/

ของผู้ผลิตยาในภูมิภาคนี้ และขณะนี้องค์การเภสัชกรรมกำลังดำเนินการยกระดับมาตรฐานผลิตภัณฑ์ยา Efavirenz Tablets 600 mg ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสเอดส์ ให้ได้รับการรับรอง WHO Prequalification จากองค์การอนามัยโลก (WHO-Geneva) คาดว่าองค์การอนามัยโลกจะได้รับการรับรองภายในปี พ.ศ. 2560

โรงงานแห่งนี้มีสายการผลิต 4 สาย แบ่งเป็น ยาแคปซูล 2 สาย และยาเม็ด 2 สาย ในปี พ.ศ. 2559 มีกำลังการผลิต 1,136 ล้านเม็ด/แคปซูลต่อปี เมื่อดำเนินการผลิตได้เต็มกำลังทั้ง 4 สายการผลิตจะมีกำลังการผลิตถึง 3,406 ล้านเม็ด/แคปซูลต่อปี และในระยะเวลา 5 ปีข้างหน้า จะเพิ่มพื้นที่ Pilot Plant และสายการผลิตที่ 5 รองรับการผลิตยาเม็ด และการบรรจุยาลงแผงแบบความเร็วสูง คาดว่ากำลังการผลิตในอนาคตจะสามารถเพิ่มเป็น 6,745 ล้านเม็ด/แคปซูลต่อปี มีการออกแบบระบบให้โรงงานมีศักยภาพในการผลิตสูง โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านคุณภาพควบคู่กับศักยภาพกำลังการผลิต สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ทุกขั้นตอนตลอดทั้งสายการผลิต การควบคุม และการประกันคุณภาพ การจัดเก็บ การกระจายยามีการควบคุมสภาวะแวดล้อมผลิตในห้องสะอาดโดยใช้ระบบควบคุมอาคารอัตโนมัติ (Building Automation System: BAS) มาควบคุมระบบสำคัญ เพื่อรักษาสภาวะแวดล้อมในห้องสะอาดตลอดเวลา ทั้งก่อนผลิต ระหว่างกระบวนการผลิต และหลังการผลิต

ภญ.ดร.มุกดาวรรณ กล่าวต่อไปว่า โรงงานดังกล่าวมีการนำระบบสารสนเทศเพื่อบริหารจัดการด้านต่าง ๆ โดยทุกระบบได้ผ่านการตรวจรับรองความถูกต้องตามมาตรฐาน GAMP (Good Automated Manufacturing Practice) และ US FDA 21 CFR Part 11 ประกอบด้วย ระบบควบคุมการผลิต (Manufacturing Execution System: MES) ซึ่งใช้ในการควบคุมการผลิตและการจัดการสินค้าคงคลัง ด้วยรูปแบบของ Electronic Batch Record ทดแทนเอกสารบันทึกการผลิต ระบบ MES สามารถเชื่อมต่องานในแต่ละกระบวนการ มีการกำหนดขั้นตอนให้ปฏิบัติงาน และบันทึกข้อมูลการผลิตโดยทันที (Real time) ซึ่งเป็นโรงงานเดียวในประเทศไทยที่นำระบบดังกล่าวมาใช้อย่างเต็มรูปแบบ และยังมีระบบบริหารจัดการข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูลของห้องปฏิบัติการ (Laboratory Information Management System: LIMS) ที่ใช้ในการจัดการข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูลของห้องปฏิบัติการทั้งทางเคมีและจุลชีววิทยา เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์วัตถุดิบ จะตรวจวิเคราะห์เอกลักษณ์ของวัตถุดิบทั้ง 100% ที่นำมาใช้ในการผลิตยาให้เป็นไปตามมาตรฐาน GMP-PIC/S โดยใช้เทคนิค Infrared spectroscopy (Near-infrared, Raman-infrared) มีการตรวจบรรจุภัณฑ์และผลิตภัณฑ์ระหว่างการผลิตจนกระทั่งยาสำเร็จรูป สำหรับการประกันคุณภาพได้นำระบบจัดการคุณภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Quality Management System: assurance officer) ตลอด 24 ชั่วโมง ทำการควบคุมกระบวนการตรวจสอบซ้ำ เพื่ออนุมัติกระบวนการชั่งยา การผลิตยา การบรรจุ เพื่อให้กระบวนการผลิตยาเป็นไปตามมาตรฐานสากล เพื่อให้ผู้บริโภคเกิดความมั่นใจในผลิตภัณฑ์ยา ทั้งทางด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ยา รวมถึงยังมีกิจกรรมแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) ด้วย ส่งผลให้ได้รับรางวัล อย.Quality Award ประจำปี พ.ศ. 2559 และมีการดำเนินงานจัดประชุมตามแนวทางการใช้ทรัพยากรและพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ จนได้รับการรับรอง Green Meetings จากองค์กรธุรกิจเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (TBCSD)

ด้วยความมุ่งมั่น ค้นคว้า วิจัย และพัฒนาด้านยา จึงได้ร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยรับการสนับสนุนเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านการผลิต โดยเฉพาะความร่วมมือระหว่างประเทศ ได้แก่ ประเทศจีน อินเดีย รวมทั้งการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรจากมหาวิทยาลัยชั้นนำในประเทศไทย เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นต้น ซึ่งก่อให้เกิดการถ่ายทอดวิทยาการ ทักษะ ประสบการณ์ และวิธีการผลิตยาที่สามารถนำไปใช้หรือประยุกต์ใช้กับการผลิตยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และด้วยโรงงานแห่งนี้ครบครันด้วยวิทยาการเทคโนโลยีชั้นนำของโลก จึงมีความพร้อมในทุกมิติสำหรับเป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษาดูงานของบุคลากรและนักศึกษาในทุกสาขาวิชาชีพอีกด้วย

วงการแพทย์
www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/wongkarnpat/

พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา
กลุ่มพิทักษ์สิทธิพลเมือง

วิเคราะห์และวิจารณ์ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. ....
(ตอนที่ 1)

กฎหมายในรูปแบบของร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... นี้ได้มีกลุ่มคนกลุ่มหนึ่งมีความพยายามที่จะให้มีการตราออกมาเป็นกฎหมายให้ได้ โดยเริ่มจากปี พ.ศ. 2550 ในสมัยที่ นพ.มงคล ณ สงขลา เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ยุคปฏิวัติโดย คมช.) มีความพยายามที่จะดำเนินการยกร่างกฎหมายแบบนี้ ซึ่งในยุคนั้นเรียกว่า ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... โดยมีการยกร่างมาเสนอรัฐสภาถึง 6 ฉบับ แต่ได้มีกลุ่ม "ผู้ต่อต้านพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขฯ" (ซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหลากหลายสาขาวิชาชีพ) ได้ดำเนินการคัดค้านอย่างเหนียวแน่นตลอดมา ซึ่งต่อมาได้รวมตัวกันเป็นกลุ่ม "พิทักษ์สิทธิพลเมือง" และ "สหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สผพท.)" เป็นแกนนำที่ต่อสู้คัดค้านไม่ให้มีการนำร่างพระราชบัญญัตินี้เข้าพิจารณาในรัฐสภา ไม่ว่าจะเป็นยุคนายกรัฐมนตรีอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ หรือนายกรัฐมนตรียิ่งลักษณ์ ชินวัตร จนกลุ่มที่ต่อต้านนี้ได้ยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข และได้รวบรวมรายชื่อประชาชนได้มากกว่า 20,000 รายชื่อ เพื่อเสนอร่างพระราชบัญญัตินี้ไปประกบกับร่างพระราชบัญญัติที่บรรดาผู้สนับสนุนพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ฯลฯ ต้องการ ทั้งนี้ถ้าเผื่อร่างกฎหมายนี้ผ่านการรับรองจากรัฐสภา พวกเราผู้คัดค้านจะได้ขอแก้ไขให้เกิดความยุติธรรมแก่ประชาชนผู้รับบริการและประชาชน (บุคลากรทางการแพทย์) ที่ให้บริการเช่นเดียวกัน

จนในที่สุดร่างพระราชบัญญัติเจ้าปัญหานี้ก็ไม่สามารถนำเข้าไปพิจารณาในรัฐสภาได้ จนกระทั่งมีการปฏิวัติในวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2557

แต่ฝ่ายผู้ต้องการผลักดันกฎหมายนี้ก็ยังไม่เลิกความพยายามในการที่จะให้มีการออกกฎหมายฉบับนี้ให้ได้ มีความพยายามเข้าหารัฐมนตรีสาธารณสุขในยุคปฏิวัติ คสช. มาอย่างต่อเนื่อง โดยพยายามผลักดันผ่านรัฐมนตรีสาธารณสุข ทั้ง ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน และ ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร จนบัดนี้มีข่าวว่า ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร จะได้นำร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวเสนอ ครม. เพื่อให้ส่งเข้า สนช. เพื่อรับรองให้ออกมาเป็นกฎหมายใช้บังคับต่อไป

ผู้เขียนที่เป็นผู้คัดค้านกฎหมายฉบับนี้มาตลอด (ไม่ว่าจะเปลี่ยนชื่อกฎหมายจาก "คุ้มครองผู้เสียหาย" มาเป็น "คุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบ") แต่เนื้อหาสาระไม่ได้แปรเปลี่ยนไปในทางที่จะ "สร้างเสริมความสัมพันธ์อันดีในระบบบริการสาธารณสุข" ตามเหตุผลที่ผู้ยกร่างกล่าวอ้างแต่อย่างใดทั้งสิ้น

ก่อนจะวิเคราะห์และร่างกฎหมายฉบับนี้ ผู้เขียนขอบอกเล่าเรื่อง "ข้อเท็จจริงทางการแพทย์" ให้แก่ประชาชนพลเมืองไทยที่ไม่ได้เป็นแพทย์ทราบก่อนว่า การประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือการเป็น "หมอรักษาคน" นั้น มีความหมายและความครอบคลุมไปถึงกิจกรรมหรือพฤติการณ์อะไรบ้าง

การประกอบวิชาชีพเวชกรรมคือ การดูแลรักษารวมทั้งแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย (Pain and sufferings) ของผู้ป่วย (patients) โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้การดูแลรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งรวมครบ 4 ระดับ คือ

1. ส่งเสริมสุขภาพ
2. ป้องกันโรค อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ
3. ตรวจคัดกรองก่อนเกิดโรค วินิจฉัยโรค รักษาพยาบาล
4. ฟื้นฟูสุขภาพ

การประกอบวิชาชีพเวชกรรมสามารถทำได้ทั้งในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาล แต่การปฏิบัติตามกระบวนการทางการแพทย์หรือการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่กล่าวข้างต้นนั้น เป็นการปฏิบัติที่เรียกว่า ดำเนินการตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ (Medicine is a science of probability and an art of uncertainty) ซึ่งมีความหมายว่าในการรักษาผู้ป่วยนั้น แพทย์จะต้องใช้ข้อมูลจากประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แล้วตรวจร่างกายและวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยนั้นป่วยด้วยโรคอะไร แต่ประวัติและการตรวจร่างกายแบบหนึ่งอาจจะเกิดได้จากหลาย ๆ โรค แพทย์จึงต้องคิดว่าน่าจะเป็นสัดส่วนว่าควรจะเป็นโรคอะไรได้มากที่สุด เรียกว่าการวินิจฉัยแยกโรค แต่ถ้ายังไม่สามารถแยกได้ชัดเจนว่าเป็นโรคอะไรได้บ้าง แพทย์ก็จะต้องส่งผู้ป่วยไปตรวจพิเศษเพิ่มเติม เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ อุจจาระ ส่งไปเอกซเรย์ ทำ CT, MRI, ultrasound, etc. เพื่อหาข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เพิ่มเติมว่า ให้มีเหตุผลหรือผลจากการตรวจพิเศษมาสนับสนุนว่าผู้ป่วยควรเป็นโรคอะไรในสัดส่วนมากที่สุด

ทั้งหมดนี้คือกระบวนการทางวิทยาศาสตร์

เมื่อแพทย์ตัดสินใจได้แล้วว่าผู้ป่วยนั้นป่วยด้วยโรคอะไรแน่ คราวนี้แพทย์ต้องใช้กระบวนการทางศิลปศาสตร์มาเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วย

แต่การป่วยด้วยโรคเดียวกัน ถ้าแพทย์เลือกยาหรือวิธีการรักษาเหมือนกัน ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีอาการตอบสนองต่อการรักษาหรือยาไม่เหมือนกัน (ลางเนื้อชอบลางยา) เพราะในร่างกายและอวัยวะของผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมีปัญหาอื่นหรือส่วนประกอบไม่เหมือนกัน บางคนอาจหายจากอาการป่วย บางคนอาจแพ้ยาหรือมีอาการอันไม่พึงประสงค์ (Adverse reaction) บางคนอาจจะมีโรคแทรกซ้อนหรืออาการทรุดลง อาจพิการหรือตาย

ฉะนั้น กระบวนการรักษาหรือผ่าตัดผู้ป่วยจึงเกิดความไม่แน่นอนว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานั้น อาจจะมีอาการ "ดีขึ้น" หรือ

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

"อาการเลวลง หรือเกิดความเสียหาย" แม้ว่าแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในการทำงานอย่างระมัดระวังตามมาตรฐานที่ดีที่สุดในสภาพการณ์นั้น ๆ แล้ว

ฉะนั้นในการที่ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยจึงอาจจะมีอาการดีขึ้น หายจากอาการเจ็บป่วย หรือกลายเป็นโรคเรื้อรัง มีโรคแทรกซ้อน พิการ หรือตาย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเวียดนาม Tien ได้กล่าวในปี พ.ศ. 2557 ว่า "If you are sick, you can be cured, but you can also have complication, which may be fatal. So is malpractice, it's inevitable" แปลว่า "ถ้าคุณป่วย อาจจะได้รับการรักษาจนหายจากอาการป่วย แต่คุณก็อาจจะมีโรคแทรกซ้อน ซึ่งอาจจะถึงตายเช่นเดียวกันกับทุรเวชปฏิบัติ (หรือการกระทำผิดของแพทย์) ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้"

ฉะนั้น จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความเสียหายของผู้ป่วยจากการไปรับการตรวจรักษาจากสถานพยาบาลและโรงพยาบาลต่าง ๆ นั้น อาจจะเกิดขึ้นได้จากสาเหตุ 2 อย่าง ได้แก่ 1. จากการที่มีผู้ทำผิด หรือ 2. เกิดจากการที่ไม่มีผู้ทำผิด ได้แก่ การเกิดโรคแทรกซ้อน แพ้ยา มีอาการอันไม่พึงประสงค์ หรือเป็นเหตุสุดวิสัยที่แพทย์ได้ใช้ความรู้และความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้ว แต่ผู้ป่วยอาจไม่หาย พิการหรือตาย ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเวียดนามได้กล่าวไว้

ในมาตรา 5 ผู้ได้รับผลกระทบมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามกฎหมายอื่นโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด

<u>วิเคราะห์และวิจารณ์</u>

ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล ทุกคนที่อ้างว่าได้รับผลกระทบจากการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจะได้รับเงินช่วยเหลือไปเลยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด แสดงว่าพระราชบัญญัตินี้กำหนดให้สถานพยาบาลให้การรักษาแบบที่เรียกว่า "Money back guarantee" (แปลว่า มาโรงพยาบาลกันเถอะ รักษาแล้วต้องหาย ถ้าพิการ/ตาย มีโรคแทรกซ้อนจะได้เงินช่วยเหลือทุกกรณี) แสดงว่าถ้าผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล ถ้าหายป่วย โรงพยาบาลก็ไม่ต้องจ่ายเงิน แต่ถ้าไม่หายป่วย (ไม่พอใจอ้างว่ามีผลกระทบที่ไม่ดีหรือเสียหาย) ก็จะได้รับเงิน "ปลอบขวัญทุกคน"

ต่อไปใครเจ็บหนักใกล้ตาย (ตามธรรมชาติ เพราะทุกคนเกิดแล้วก็ต้องตายทุกคน) ญาติก็คงจะพยายามหาทางหามไปโรงพยาบาลทุกคน พอตายไปก็จะได้รับเงินค่าทำศพทุกราย (เพราะได้รับผลกระทบเป็นความเสียหายจากโรงพยาบาล) เพราะกฎหมายเขียนว่าไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด

<u>ขอถามท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร ว่าได้ของบประมาณจากคณะรัฐมนตรีเพื่อรองรับมาตรา 5 ของกฎหมายนี้ไว้ล่วงหน้าหรือยัง</u>

อาจมีคนถามว่า เมื่อเกิดความเสียหายกับผู้ป่วยแล้ว ให้จ่ายค่าช่วยเหลือเบื้องต้นไปก่อนโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด แล้วหมอจะไปเดือดร้อนอะไร

ในฐานะที่ผู้เขียนเป็นหมอ และได้ถามเพื่อนหมอ (ที่ยังประกอบวิชาชีพรักษาผู้ป่วยอยู่ ไม่ใช่หมอที่เลิกประกอบวิชาชีพแล้ว) หลายคนต่างก็มีความเห็นว่า การไม่พิสูจน์ถูก/ผิด เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้น สิ่งแรกที่ผู้ป่วยและญาติคิดก็คือ "หมอต้องทำผิดหรือรักษาชุ่ย ๆ หรือประมาทเลินเล่อแน่เลย" **ฉะนั้น หมอที่รักษาผู้ป่วยนั้นก็เท่ากับมีตราบาปประทับไว้แล้วว่าเป็น "หมอฆ่าคนหรือหมอชุ่ย"**

การร่างกฎหมายช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด แม้จะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว แต่กลับจะเป็นการใส่ร้ายและประณามแพทย์หรือโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยนั้นจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และสาธารณชนอย่างแน่นอน

ในมาตรา 7 บอกว่าผู้ได้รับผลกระทบมีสิทธิได้รับเงินชดเชยตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

ในมาตรา 8 กำหนดว่าบทบัญญัติในมาตรา 7 มิให้ใช้บังคับในกรณีดังต่อไปนี้

(1) ผลกระทบสำหรับผู้รับบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้นตามธรรมดาของโรคนั้น

(2) ผลกระทบซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้หรือรับบริการสาธารณสุขตามมาตรฐาน

ทั้งนี้คณะกรรมการอาจประกาศกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมภายใต้หลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น

<u>วิเคราะห์และวิจารณ์</u>

<u>**ผู้เขียนวิเคราะห์แล้ว ขอวิจารณ์ว่าผู้ป่วยหรือผู้ได้รับผลกระทบจะไม่ได้รับค่าชดเชยตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้เลย ถ้าความเสียหายนั้นเกิดจากการดำเนินโรคตามปกติหรือผลกระทบซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้หรือรับบริการสาธารณสุขตามมาตรฐาน แสดงว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบที่จะได้รับการชดเชยผลกระทบนั้น ต้องเกิดจากการที่แพทย์หรือสถานพยาบาลทำผิดมาตรฐานเท่านั้น**</u>

จึงเห็นว่า มาตรา 5 และมาตรา 7 นี้ขัดแย้งกันเอง คือมาตรา 5 ไม่พิสูจน์ถูก/ผิด แต่มาตรา 7(1) บอกว่าถ้าเป็นการเกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่เป็นไปตามปกติของโรค และ (2) ผลกระทบซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้หรือรับบริการสาธารณสุขตามมาตรฐาน ซึ่งแปลว่าบุคลากรทางการแพทย์ และ/หรือโรงพยาบาลไม่ได้ทำผิดเลย ก็จะไม่ได้รับเงินชดเชย

ซึ่งการจะทราบว่าผลกระทบเกิดจากการทำผิดหรือไม่ผิดนั้น มันก็ต้องพิสูจน์ถูกผิดอยู่ดี จะหลีกเลี่ยงการพิสูจน์ไปไม่ได้

แล้ววิธีการตามพระราชบัญญัตินี้จะสร้างความยุติธรรมและความสัมพันธ์ที่ดีได้อย่างไร

เพราะเริ่มจากการจ่ายเงินช่วยเหลือแบบชี้ชั้ว (ไม่พิสูจน์ถูกผิด) แต่ต่อมากลับต้องพิสูจน์ว่าผิด จึงจะได้รับการชดเชยต่อ

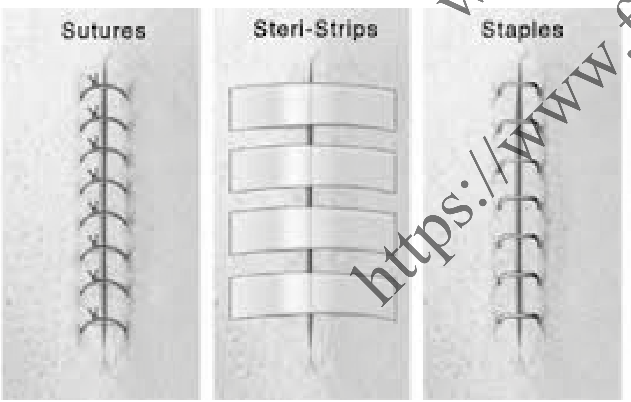
นอกจากกรณีมาตรา 5 และ 7 ซึ่งเป็นมาตราสำคัญที่ขัดแย้งในหลักการกันเองนี้ ยังมีการตั้งคณะกรรมการที่ไม่มีการกำหนดคุณสมบัติไว้ให้ชัดเจนว่า ควรเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือไม่/อย่างไร จึงจะสามารถมาตัดสินความถูก/ผิดมาตรฐาน หรือสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จากการปฏิบัติงานในการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานหรือไม่ หรือเป็นอาการที่ยังสามารถหลีกเลี่ยงได้

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

ดร.จินตมัย สุวรรณประทีป •
ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ (เอ็มเทค)

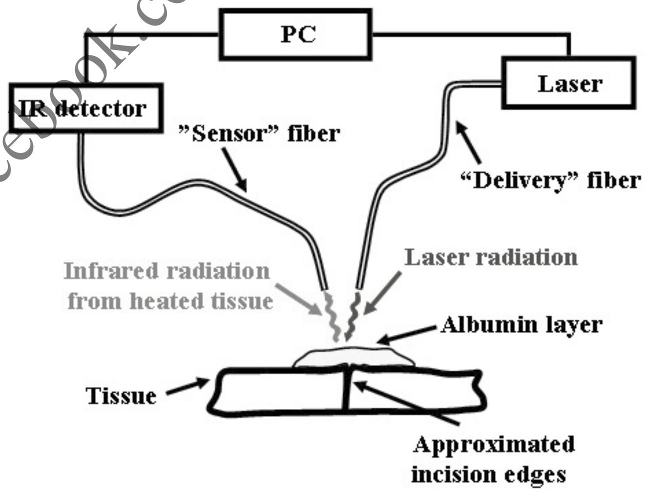
ยึดติดบาดแผลด้วยเลเซอร์

เมื่อเกิดบาดแผลขึ้นบนเนื้อเยื่อไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม เช่น อุบัติเหตุ หรือจากการผ่าตัดรักษา ก็จะต้องมีการยึดติดบาดแผลดังกล่าวกลับเข้ายึดติดด้วยกันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ช่วยเรื่องการแข็งตัวของเลือด และให้เนื้อเยื่อในบริเวณดังกล่าวอยู่นิ่งกับที่เพื่อให้เกิดการรักษาตัวของเนื้อเยื่อได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มักใช้ในการยึดติดบาดแผลนั้นมีให้เลือกใช้งานที่หลากหลาย ทั้งที่เป็นแบบการยึดติดทางกล เช่น ไหมเย็บแผล ลวดเย็บแผล หรือการยึดติดทางเคมี เช่น กาว หรือเทปกาว ซึ่งถึงแม้เทคนิคดังที่กล่าวมานี้จะสามารถใช้งานได้ดีและมีค่าใช้จ่ายที่ไม่สูง แต่ยังคงมีข้อด้อยคือ มีโอกาสที่จะเกิดการอักเสบหรือแผลเป็นอันเนื่องมาจากวัสดุที่ใช้ในการยึดติดดังกล่าว นอกจากนี้อาจจะยังไม่ค่อยสะดวกในกรณีของการทำหัตถการขนาดเล็กอีกด้วย ดังนั้น ปัจจุบันจึงได้มีการพัฒนาเทคนิคทางเลเซอร์มาช่วยในการยึดติดและสมานบาดแผลเข้าด้วยกัน โดยในทางการแพทย์นั้น เลเซอร์มักจะถูกใช้งานในการตัด หรือกำจัดเนื้อเยื่อต่าง ๆ อยู่แล้ว แต่การนำมาใช้ในการยึดติดและสมานบาดแผลนั้นยังคงไม่ได้มีการนำมาใช้งานมากนัก ซึ่งข้อดีของการใช้เลเซอร์ในการยึดติดบาดแผล ได้แก่ การสร้างการเชื่อมติดของบาดแผลแบบปิดได้ ทำให้ลดโอกาสในการติดเชื้อ เป็นกระบวนการที่รวดเร็ว สามารถลดการอักเสบหรือการเกิดแผลเป็นภายหลังการรักษา และสามารถประยุกต์ใช้งานในพื้นที่จำกัดที่มีขนาดเล็กได้



ภาพแสดงตัวอย่างเทคนิคการยึดติดเนื้อเยื่อของบาดแผลเข้าด้วยกันที่นิยมใช้งานในปัจจุบัน[1]

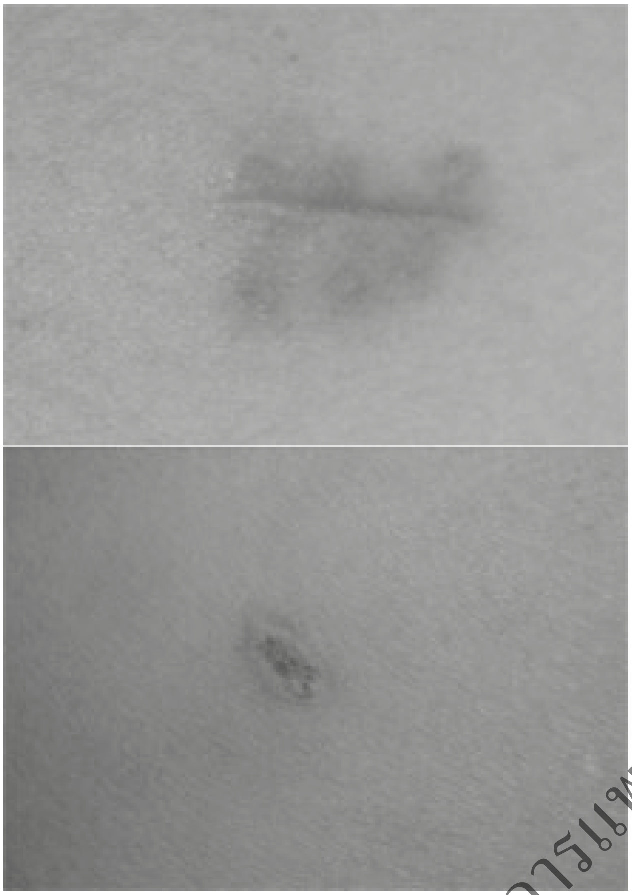
เทคนิคการใช้เลเซอร์ในการสมานบาดแผลเข้าด้วยกันนั้นอาจจะแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ ประเภทที่ใช้หลักการทางความร้อน และประเภทที่ใช้หลักการทางแสง โดยในกลุ่มแรกนั้นเลเซอร์จะถูกฉายลงไปในบริเวณเนื้อเยื่อที่ต้องการยึดติดเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดความร้อนขึ้นในช่วงอุณหภูมิประมาณ 60-65 องศาเซลเซียส เพื่อให้เกิดการสลายตัวและการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนในเนื้อเยื่อและเกิดการยึดติดของเนื้อเยื่อเข้าด้วยกัน ซึ่งในการให้ความร้อนเพื่อยึดติดเนื้อเยื่อนี้อาจดำเนินการในลักษณะที่เป็นการเชื่อม (welding) โดยการทำให้เกิดความร้อนที่เนื้อเยื่อและเกิดการยึดติดกันโดยตรง หรือการบัดกรี (soldering) โดยจะมีการใส่วัสดุบางประเภท เช่น อัลบูมิน ลงไปที่บริเวณบาดแผลเพื่อทำหน้าที่ในการยึดติดเนื้อเยื่อเข้าด้วยกันภายหลังจากการได้รับความร้อนจากพลังงานแสงดังกล่าว ปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของการใช้ความร้อนจากเลเซอร์นี้ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมตำแหน่งที่ถูกต้องและการให้ค่าพลังงานแสงไม่ให้มากหรือน้อยเกินไป มิเช่นนั้นอาจส่งผลให้บาดแผลไม่เกิดการยึดติดที่ดี หรือเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลและข้างเคียงอาจถูกทำลายไปได้จากความร้อนที่สูงมากเกินไปแทนที่จะถูกรักษา ปัจจุบันเทคนิคดังกล่าวนี้มีการทดลองใช้งานในการยึดติดแผลผ่าตัดในการรักษาต่าง ๆ ทั้งในสัตว์ทดลองและผู้ป่วยอาสาสมัคร เช่น ผิวหนัง กระจกตา เยื่อบุลูกตา หลอดลม ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต หลอดเลือด และเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น



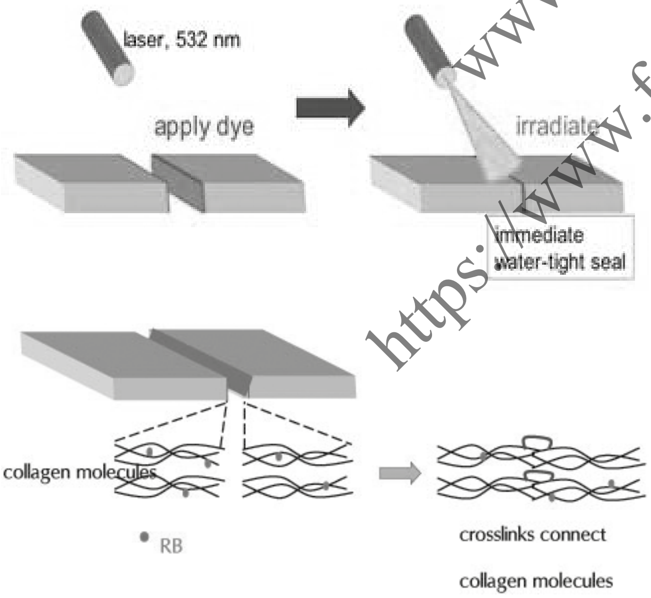
ภาพแสดงหลักการและอุปกรณ์สำหรับการใช้เลเซอร์ในการให้ความร้อนบริเวณบาดแผลเพื่อการเชื่อมติดเนื้อเยื่อเข้าด้วยกัน[2]

สำหรับเทคนิคการใช้เลเซอร์ในการยึดติดบาดแผลในกลุ่มที่ 2 นั้นจะเป็นการใช้เลเซอร์ในการเป็นแหล่งกำเนิดแสงเพื่อให้ฉายลงไปยังส่วนของสีที่ไวต่อแสงเลเซอร์ที่ความยาวคลื่นดังกล่าวซึ่งถูกทาลงในบริเวณบาดแผล การดูดซับแสงนี้จะทำให้สีอยู่ในสถานะถูกกระตุ้น เกิดเป็นอนุมูลอิสระ และมีการแลกเปลี่ยนอิเล็กตรอนกับหมู่ข้างเคียงของกรดอะมิโนในเส้นใยคอลลาเจน

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

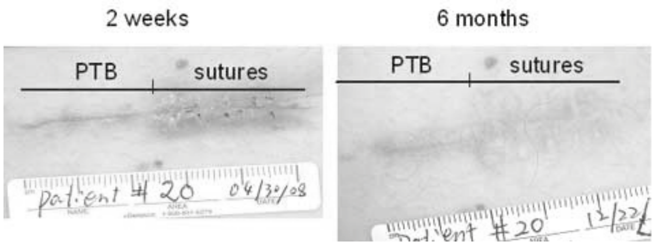


ภาพเปรียบเทียบบาดแผลของผู้ป่วยที่ระยะเวลา 30 วัน ภายหลังจากการผ่าตัดถุงน้ำดีที่ถูกยึดติดด้วยไหมเย็บแผล (บน) และเลเซอร์ให้ความร้อน (ล่าง) ซึ่งพบว่าการใช้เลเซอร์จะมีขนาดรอยแผลเป็นหลงเหลือที่เล็กกว่า[3]



ภาพแสดงหลักการใช้พลังงานแสงของเลเซอร์ฉายไปยังสีไวแสงที่ทาบริเวณบาดแผล เพื่อกระตุ้นให้เกิดพันธะโควาเลนต์และการเชื่อมขวางของเส้นใยคอลลาเจนเข้าด้วยกัน (RB คือสีไวแสง)[4]

ของเนื้อเยื่อ เกิดเป็นพันธะโควาเลนต์ที่เชื่อมขวางระหว่างเส้นใยคอลลาเจนเข้าด้วยกัน โดยไม่ก่อให้เกิดความร้อนเช่นในกลุ่มแรก ทำให้ลดโอกาสของการเสียหายของเนื้อเยื่อข้างเคียงได้มากกว่า ปัจจุบันเทคนิคดังกล่าวนี้มีการทดลองใช้งานในการยึดติดแผลผ่าตัดในการรักษาต่าง ๆ ทั้งในสัตว์ทดลองและผู้ป่วยอาสาสมัคร เช่น ผิวหนัง กระจกตา ลำไส้ หลอดเลือด และกล่องเสียง เป็นต้น



ภาพเปรียบเทียบบาดแผลของผู้ป่วยที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และ 6 เดือน ภายหลังจากการผ่าตัดมะเร็งผิวหนังที่ถูกยึดติดด้วยไหมเย็บแผล (ขวา) และเลเซอร์พลังงานแสง (ซ้าย) ซึ่งพบว่าการใช้เลเซอร์จะมีขนาดรอยแผลเป็นหลงเหลือที่เล็กกว่า[4]

ถึงแม้จากการศึกษาจะพบว่า การใช้เลเซอร์ในการยึดติดบาดแผลนี้จะมีข้อดีต่าง ๆ มากมาย แต่อย่างไรก็ตาม เทคนิคดังกล่าวนี้คงไม่สามารถที่จะนำมาใช้งานทั่วไปเพื่อทดแทนเทคนิคการยึดติดบาดแผลที่มีการใช้งานในปัจจุบัน แต่น่าจะเป็นอีกทางเลือกของเครื่องมือที่แพทย์สามารถจะเลือกใช้งานในสถานการณ์หรือรูปแบบของการผ่าตัดที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ตัวอย่างเช่น ศัลยกรรมตกแต่งที่ต้องการให้มีแผลเป็นน้อยที่สุด การผ่าตัดในลักษณะของหัตถการขนาดเล็กหรือส่องกล้อง หรือการรักษาบาดแผลภาคสนามในสงครามที่ต้องการความรวดเร็ว เป็นต้น

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

เอกสารอ้างอิง

1. http://www.baycare.org
2. http://www.tau.ac.il/~applphys/
3. https://www.technologyreview.com/s/411212/healing-with-laser-heat/
4. http://www2.massgeneral.org/wellman/faculty-kochevar-projects.htm
5. S. Tsao, M. Yao. H. Tsao, F.P. Henry, Y. Zhao, J.J. Kochevar, R.W. Redmond, I.E. Kochevar (2012) British J Dermato., 166(3), pp.555.

PROBIOTICS

ร่างกายมนุษย์ : ที่อยู่ของจุลินทรีย์นับล้าน

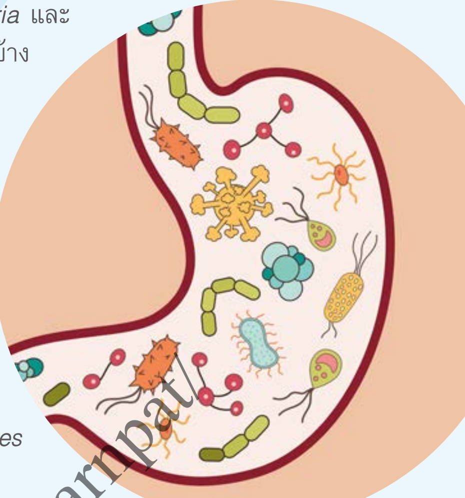
ผศ.ดร.นพ.วีระเดช พิศประเสริฐ
สาขาวิชาโภชนวิทยาคลินิก ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จุลินทรีย์พบได้ทั่วไปในสิ่งแวดล้อม รวมทั้งร่างกายมนุษย์ บางชนิดอาจก่อให้เกิดโทษทำให้มนุษย์เจ็บป่วยแต่บางชนิดก็มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ร่างกายมนุษย์มีระบบควบคุมสมดุลระบบนิเวศน์ของจุลินทรีย์เพื่อรักษาสุขภาวะที่ดีและต่อต้านจุลินทรีย์ก่อโรค ร่างกายมนุษย์มีจุลินทรีย์อยู่มากมายนับพันชนิด โดยส่วนใหญ่เป็นแบคทีเรีย ปริมาณของจุลินทรีย์รวมกันมากกว่าล้านล้านเซลล์ คิดสัดส่วนเป็น 10 เท่าของเซลล์อื่นๆ ทั้งหมดในร่างกายมนุษย์ นอกจากนี้ยังพบว่าจุลินทรีย์มีความหลากหลายทางพันธุกรรมมากกว่าเซลล์ในร่างกายมนุษย์หลายสิบเท่า

ความหลากหลายของจุลินทรีย์ในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะอายุและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร สุขอนามัย การใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น จุลินทรีย์ในร่างกายมนุษย์พบได้ในเกือบทุกระบบอวัยวะ โดยเฉพาะผิวหนัง ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ และทางเดินปัสสาวะ อย่างไรก็ตามระบบนิเวศน์ของจุลินทรีย์ในแต่ละระบบอวัยวะก็มีความแตกต่างกัน

ปัจจุบันการศึกษาจุลินทรีย์ในร่างกายมนุษย์ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ 16S rRNA gene พบว่า ผิวหนังมีจุลินทรีย์ 19 กลุ่ม ส่วนมากเป็น *Actinobacteria, Firmicutes, Proteobacteria* และ *Bacteroidetes* ในขณะที่ทางเดินอาหารเป็นระบบที่มีความซับซ้อนของจุลินทรีย์มากที่สุด เป็นที่อยู่ของจุลินทรีย์นับพันสปีชีย์ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 28 กลุ่ม ช่องปากซึ่งอุดมไปด้วยสารอาหารมีจุลินทรีย์ประมาณ 6 พันล้านตัว ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม *Firmicutes, Proteobacteria, Bacteroidetes, Actinobacteria* และ *Fusobacteria* ในขณะที่กระเพาะอาหารมีความเป็นกรดสูง จึงมีจุลินทรีย์ไม่มากนัก

ส่วนใหญ่เป็น *Actinobacteria* และยังอาจพบ *Helicobacter* ได้บ้าง ลำไส้เล็กส่วนต้นพบจุลินทรีย์ได้บ้างเช่นกัน ได้แก่ *Lactobacillus* และ *Enterococcus* ลำไส้เล็กส่วนปลายจะพบจุลินทรีย์ได้มากขึ้น เช่น *Bacteroides* ลำไส้ใหญ่ มีจุลินทรีย์อยู่มากที่สุดโดยเฉพาะ *Firmicutes* และ *Bacteroidetes*



จุลินทรีย์ในทางเดินอาหารส่งผลต่อสุขภาพมนุษย์ด้วยกลไกหลัก 3 ประการ คือ

1. Metabolic function ได้แก่ กระบวนการย่อยสลายสารอาหารที่เหลือจากการย่อยของมนุษย์ โดยเฉพาะใยอาหารให้เป็นกรดไขมันสายสั้น นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการสร้างกรดอะมิโนบางตัว การสังเคราะห์วิตามินเค และการดูดซึมแร่ธาตุ รวมทั้งการสลายสารพิษและสารก่อมะเร็ง
2. Trophic function จุลินทรีย์ในทางเดินอาหารสามารถกระตุ้นการเจริญของเยื่อบุลำไส้ และรักษาสมดุลของระบบภูมิคุ้มกันในระบบทางเดินอาหาร
3. Protective function กล่าวคือจุลินทรีย์ในทางเดินอาหารมีบทบาทในการต่อต้านเชื้อก่อโรค

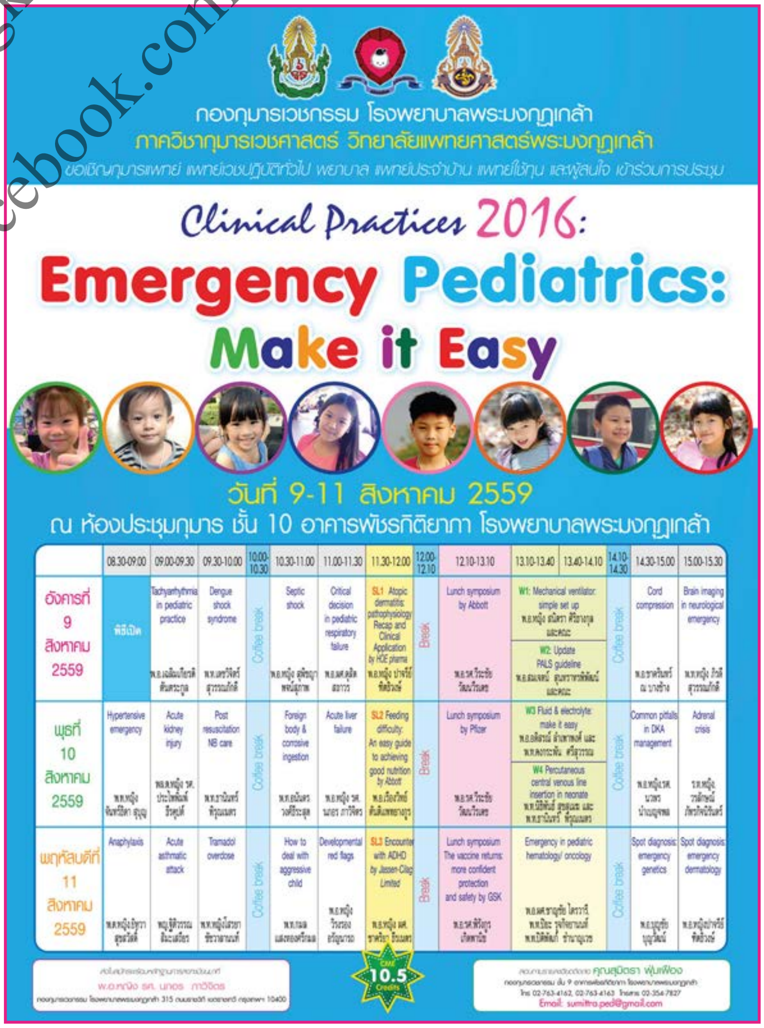
หากจุลินทรีย์ในทางเดินอาหารเสียสมดุลอาจก่อให้เกิดความผิดปกติได้หลายระบบในร่างกาย โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหาร เช่น เกิดภาวะท้องเสีย ภาวะลำไส้อักเสบ ภาวะลำไส้แปรปรวน ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อภาวะอ้วน ภาวะดื้ออินสุลิน เบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะไขมันเกาะตับ และภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งเป็นเหตุของหลอดเลือดหัวใจตีบอีกด้วย และยังมีรายงานว่าโรคภูมิแพ้และข้ออักเสบอาจมีความสัมพันธ์กับการเสียสมดุลของระบบนิเวศน์จุลินทรีย์ในร่างกายเช่นกัน

ปัจจุบันจึงมีการศึกษามากมายเกี่ยวกับวิธีการควบคุมสมดุลของจุลินทรีย์ในร่างกายมนุษย์เพื่อบทบาทในการป้องกัน และรักษาโรค อย่างไรก็ตามการนำผลการศึกษามาใช้ในเวชปฏิบัติจำเป็นต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ และความเสี่ยงหรือโทษที่อาจเกิดขึ้นได้

สนับสนุนโดยกลุ่มบริษัทดัชมิลล์
อ่านข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ Probiotics ได้ที่

วงการแพทย์
www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/wongkarnpat/

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/



อ.ภก.สิกขวัฒน์ นักร้อง
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

Vitamin B12

จากข่าวการฉีดวิตามิน B12 เพื่อช่วยเพิ่มระดับพลังงาน ลดความตึงเครียด ช่วยลดน้ำหนัก และช่วยทำให้ผิวและผมมีสุขภาพดีได้ กลายมาเป็นแฟชั่นสุขภาพสุดฮิตของเหล่าดาราฮอลลีวูดชั้นนำหลายคน แม้แต่มาดอนนาเองก็ยังยกย่องในสรรพคุณของการฉีดวิตามิน B12 เช่นเดียวกับ จัสติน ทิมเบอร์เลค, ลินเซย์ โลฮาน และเคที่ เพอร์รี่ ทั้งนี้ วิคตอเรีย เบคแฮม ก็ยังเคยฉีดวิตามิน B12 ในระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อรักษาให้หุ่นยังคงความงดงามอยู่ได้มิเสื่อมคลาย ในขณะที่เชลซี แฮนด์เลอร์ ยังเปรียบการฉีดวิตามิน B12 ว่าเหมือนการรับประทานยาบำรุงชั้นดี[1]

วิตามิน B12 (COBALAMINS)[2]

วิตามิน B12 เป็นกลุ่มของสารที่มีโคบอลต์ (Co) เป็นองค์ประกอบ ที่สำคัญที่สุด cyanocobalamin และ hydroxocobalamin วิตามิน B12 เป็นวิตามินเพียงตัวเดียวที่มีแร่ธาตุเป็นส่วนประกอบ และเป็นวิตามินที่มีโครงสร้างซับซ้อน ขนาดโมเลกุลใหญ่ที่สุด โดย cyanocobalamin มีน้ำหนักโมเลกุล 1,355.4 ส่วน hydroxocobalamin มีน้ำหนักโมเลกุล 1,346.4

ประวัติ[2]

Combe ได้รายงานเป็นครั้งแรกเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เป็นโรคโลหิตจาง pernicious anemia และอธิบายถึงความสัมพันธ์ของโรคกับความผิดปกติของทางเดินอาหารในปี ค.ศ. 1824 ต่อมาในปี ค.ศ. 1855 Combe และ Addison ได้ระบุอาการทางคลินิกของ pernicious anemia

ในปี ค.ศ. 1925 Whipple และ Tobscheit-Fobbins ได้ค้นพบว่า การให้อาหารที่มีตับจะทำให้สุนัขหายจากโรคโลหิตจาง ปีต่อมา Minot และ Murphy พบว่า การให้อาหารที่มีตับดิบมากสามารถรักษาผู้ป่วย pernicious anemia ได้ ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงเพิ่มระดับเป็นปกติ เขาอธิบายว่าตับมี active principle(s) หรือ "antipernicious anemia factor" และ Castle เสนอว่ามี 2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดหรือควบคุม pernicious anemia ได้ เขาเรียกมันว่า "extrinsic factor" ในอาหาร และ "intrinsic factor" ในกระเพาะอาหาร ต่อมาในปี ค.ศ. 1930 ก็พบว่า การให้สาร extrinsic factor และ intrinsic factor ในอาหารช่วยรักษาโรค pernicious anemia ได้

ในปี ค.ศ. 1934 Whipple, Minot และ Murphy ได้รับรางวัลโนเบลสาขาการแพทย์ จากผลงานในการรักษา pernicious anemia โดยใช้ cobalamins ในปี ค.ศ. 1944 Castle ได้แสดงให้เห็นว่ามี intrinsic factor ในตับสัตว์ที่สามารถรักษาโรคโลหิตจางได้

ในปี ค.ศ. 1948 นักวิจัย 2 กลุ่มจากสหรัฐอเมริกา คือ Rickes กับคณะ และ Smith กับ Parker จากอังกฤษ ต่างก็สามารถตกผลึกสีแดงของ cobalamins ได้ Smith และ Parker ได้ตั้งชื่อของ factor ดังกล่าวว่า cobalamins (วิตามิน B12) และในปีเดียวกันนี้ West ได้แสดงให้เห็นว่าการฉีดวิตามิน B12 สามารถรักษาโรค pernicious anemia ได้ผลดีมาก จากนั้นมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย

ในปี ค.ศ. 1949 Pierce และคณะ ได้แยกผลึกวิตามิน B12 ได้ 2 รูปแบบ คือ cyanocobalamin และ hydroxocobalamin ทั้ง 2 แบบสามารถรักษาโรค pernicious anemia ได้ผลดีเท่ากัน ในปี ค.ศ. 1955 Hodgkin และคณะ ได้ค้นพบโครงสร้างโมเลกุลของ cyanocobalamin โดยใช้ X-ray crystallography ต่อมาคณะของ Eschenmoser และคณะของ Woodward ต่างก็สังเคราะห์วิตามิน B12 ได้อย่างสมบูรณ์ในปี ค.ศ. 1973

วิตามิน B12 มีความคงตัวได้ดีที่สุดที่ pH 4-7 และทนต่อความร้อนได้ถึง 120 °C ถูกทำลายโดยสารออกซิไดซ์ สารรีดิวซ์ และแสงแดด เมื่อถูกแสง cyanocobalamin จะสลายตัวให้ cyanide และ hydroxocabalamin

วิตามิน B12 ช่วยการสังเคราะห์กรดนิวคลีอิก โปรตีน และไขมัน รักษาสภาพของเยื่อหุ้มเซลล์/ปลอกประสาท (myelin sheath) ดังนั้น การขาดวิตามิน B12 ทำให้เกิดโรคโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดแดงมีขนาดใหญ่กว่าปกติ (megaloblastic anemia) เนื่องจากเซลล์ต้นกำเนิดของเม็ดเลือดแดงในไขกระดูกจำนวนหนึ่งตาย และเซลล์จำนวนหนึ่งที่ออกมาในเลือดมีรูปร่างใหญ่ขึ้น เซลล์ผิดปกติมีนิวเคลียสอยู่ในเซลล์ ทำให้เซลล์เกาะกันเป็นกระจุก ๆ เกิดพยาธิสภาพที่เรียกว่า megalocytosis ระดับเกล็ดเลือดลดลง ม้ามโต และมีอาการทางระบบประสาทร่วม เช่น ประสาทหลอน การเจริญเติบโตชะงัก กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจลำบาก ลิ้นอักเสบ

ประโยชน์ของวิตามิน B12[3]

- ในไขกระดูก วิตามิน B12 จะมีหน้าที่เป็นโคเอนไซม์ช่วยในการเร่งปฏิกิริยาการสังเคราะห์ DNA (Deoxyribonucleic Acid) เพราะถ้าไม่มีการสังเคราะห์

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

DNA เซลล์สร้างเม็ดเลือดแดงจะไม่เกิดการแบ่งเซลล์แต่จะขยายใหญ่ขึ้นกลายเป็นเซลล์สร้างเม็ดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Megaloblast) และจะถูกส่งเข้าสู่กระแสโลหิตแทนที่จะเป็นเม็ดเลือดแดงที่ปกติ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นสำหรับสร้างเม็ดเลือดแดง

- เป็นสิ่งจำเป็นในการเมตาบอลิซึม (metabolism) ของโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต ช่วยทำให้เหล็กทำงานได้ดีขึ้นในร่างกาย
- ช่วยการสังเคราะห์เมไทโอนีน (methionine) และโคลีน (choline) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญในการที่ช่วยป้องกันการสะสมไขมันในตับ (lipotropic factors)
- มีฤทธิ์กระตุ้นการเจริญเติบโตในเด็ก Underdeveloped และ Undernourished เด็กพวกนี้มักขาดวิตามิน B12 และวิตามินอย่างอื่นด้วย เมื่อให้วิตามิน B12 จะเพิ่มความอยากอาหาร รับประทานอาหารได้มากขึ้น แต่ในเด็กที่เจริญเติบโตเป็นปกติไม่ขาดวิตามินนี้ การให้วิตามิน B12 จะไม่มีผล
- ช่วยในการนำวิตามิน A ไปไว้ที่ตามเนื้อหนังของร่างกาย โดยการช่วยการดูดซึมแคโรทีน และการเปลี่ยนแคโรทีนเป็นวิตามิน A
- มีหน้าที่เผาผลาญกรดไขมัน ซึ่งช่วยในการรักษาสภาพของชั้นห่อเส้นประสาท (myelin sheath)
- ทำหน้าที่เก็บพลังงานในกล้ามเนื้อ ช่วยให้มีความกระชุ่มกระชวยกระปรี้กระเปร่า
- ทำหน้าที่ละลายพิษของสารไซยาไนด์ (cyanide) เป็นยาพิษอย่างแรง อาจพบในอาหารและบุหรี่

แหล่งที่พบ

สามารถพบในตับ ไต เนื้อ เนื้อหมู ปลาเค็ม ปลาหมึก น้ำปลา เนื้อแกะ ปลาเนื้อขาว หอย ไข่ นม เนย เนยแข็ง โยเกิร์ต รำข้าว ข้าวซ้อมมือ ถั่วเมล็ดแห้ง ถั่วหมัก (ถั่วเน่า) เต้าเจี้ยว ซีอิ๊ว และผักใบสีเขียวแก่ แต่มีมากในไต กล้าม เนื้อสัตว์ ปลา และอาหารพวกนม เนย และเป็นที่น่าสังเกตว่า วิตามินชนิดนี้จะพบในสัตว์มากกว่าในพืช

ผลของการขาดวิตามิน B12[3-5]

- เกิดโรคโลหิตจางชนิดร้ายแรงที่เรียกว่า pernicious anemia เนื่องจากการขาดปัจจัยภายในน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร ทำให้มีการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย ความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงทำให้ทำสมาธิได้ยาก มีอาการมึนงง เดินไม่ถนัด เจ็บจี๊ด ๆ ตามผิวหนัง และเสียความสมดุลของร่างกาย
- เป็นเหตุให้ไขกระดูกไม่สามารถผลิตเม็ดเลือดแดงให้เจริญเต็มที่ได้ เม็ดเลือดแดงนี้จึงไม่ถูกแบ่งตัว จะมีขนาดใหญ่เรียกว่า เมกะโลบลาสต์ (Megaloblast) และจะถูกปล่อยเข้ามาสู่กระแสโลหิตจึงทำให้ความสามารถในการนำฮีโมโกลบินไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ลดลง ทำให้เกิดโรคโลหิตจางชนิด pernicious ซึ่งมีอาการคือ ผิวหนังมีสีเหลืองอ่อน ๆ คลื่นไส้ หายใจขัดข้อง ท้องอืด น้ำหนักลด ลิ้นอักเสบ มีความผิดปกติของระบบประสาทและเดินไม่ตรง เป็นต้น
- หากปล่อยปละละเลย ไม่รักษา อาจนำไปสู่ประสาทและสมองเสียหาย จนบางครั้งอาจทำให้วินิจฉัยสับสนกับกลุ่มอาการต่าง ๆ เช่น อัลไซเมอร์, multiple sclerosis, bipolar disorder, autism, มะเร็งบางชนิด[4]

สาเหตุที่ทำให้ขาดวิตามิน B12[4-5]

เนื่องจากกระบวนการดูดซึม กระบวนการย่อย และกระบวนการแปรสภาพให้เป็น methylcobalamin นั้นซับซ้อนพอสมควร จึงมักเกิดความผิดพลาด ผิดเพี้ยนขึ้นได้มากมาย เช่น การรับประทานแต่อาหารมังสวิรัติ มีความผิดเพี้ยนของ MTHFR gene ภาวะโลหิตจางชนิด pernicious การแพ้ภูมิตนเอง เช่น Graves' disease และ SLE ลำไส้อักเสบเรื้อรังจาก Crohn's disease, Celiac disease การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป ภาวะสมดุลจุลินทรีย์ในลำไส้บกพร่อง และกรดในกระเพาะอาหารบกพร่องอันเนื่องจากรับประทานยาลดกรดต่อเนื่อง

ดังนั้น จากที่กล่าวมา วิตามิน B12 จึงมีความสำคัญต่อการทำงานของระบบประสาท สมอง และยังเป็นวิตามินที่จำเป็นในการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงปกติ นอกจากนี้ร่างกายของเรายังใช้วิตามิน B12 ในการเผาผลาญการสังเคราะห์กรดไขมัน และการผลิตพลังงาน อีกทั้งการขาดวิตามิน B12 ยังเป็นสาเหตุของโรคโลหิตจาง และก่อให้เกิดอาการหดหู่ มือเท้าชา อ่อนเพลีย เซื่องซึม ปวดศีรษะ หูอื้อ เป็นแผลในปาก ตาพร่ามัว และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ คนรับประทานมังสวิรัติและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการขาดวิตามิน B12 โดยประมาณ 40% ของคนที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีระดับของการขาดวิตามิน B12 เพราะร่างกายเริ่มเสื่อมสภาพต่อการดูดซึมวิตามินชนิดนี้ ซึ่งเป็นวิตามินที่เราไม่สามารถหาได้ง่ายจากพืชผักใบเขียว หรือแสงแดดจากดวงอาทิตย์[1] สำหรับการบริโภควิตามิน B12 เพื่อประการใดนั้น ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เพื่อให้ได้ข้อมูลและวิธีการใช้ที่ถูกต้อง เนื่องจากรูปแบบรับประทานอาจไม่ได้ผลกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บางกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. ฉีดวิตามิน B12 เทรนด์ใหม่ดาราฮอลลีวูด?. http://health.kapook.com/view78973.html
2. ประวัติคุณสมบัติวิตามิน B12. http://www.hotel-de-verbier.com/vitamin-history.php
3. Vitamin B12. https://sites.google.com/site/vitaminforhealth/home/water-soluble-vitamins/vitamin-b12
4. รอบรู้...รู้รอบ...เกี่ยวกับวิตามิน B12. https://th-th.facebook.com/benjaromhospital/posts/734687379890237
5. วิระพล ภิมาลย์. เภสัชกรรมบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง. http://www.kpi.msu.ac.th/upload/ag_tor_ref_byval/ag_16_in_1.2.4_876(2555).pdf

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

ภก.พลกิตต์ เบศรภิญโญวงศ์ •
ภ.บ., ภ.ม. (อาหารเคมีและโภชนศาสตร์ทางการแพทย์)

เก๋ากี้ หรือโกจิเบอร์รี่ จิ๋วแต่แจ๋ว?

วงการแพทย์ https://www.wongkampat.com www.facebook.com/wongkampat/

เวลาสั่งอาหารตุ๋นยาจีน หลายคนอาจเคยเห็น "เก๋ากี้" ซึ่งเป็นเม็ดเล็ก ๆ สีส้ม ๆ แดง ๆ ลอยอยู่ในขณะเดียวกันหลายคนอาจได้ยินโฆษณาอาหารสุขภาพที่บอกว่าใส่ "โกจิเบอร์รี่" ลงไป จริง ๆ แล้ว เก๋ากี้และโกจิเบอร์รี่เป็นพืชชนิดเดียวกัน มีชื่อในภาษาจีนกลางว่า "โกวฉีจื่อ" (Gou qi zi) มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Lycium barbarum* อยู่ในวงศ์ Solanaceae ซึ่งเป็นวงศ์เดียวกับมะเขือเทศและพริก

ลักษณะทางพฤกษศาสตร์และแหล่งกำเนิด

ต้นเก๋ากี้หรือโกจิเบอร์รี่สามารถสูงได้ถึง 3 เมตร ใบรูปหอก ค่อย ๆ เรียวลงจนถึงก้านใบ และออกสลับ ดอกออกตามซอก กลีบเลี้ยงและเกสรเพศเมียเชื่อมติดกัน กลีบดอกเป็นรูปกรวยสีม่วงอ่อน ผนังผลมีสีแดงถึงแดงเข้ม พืชชนิดนี้มีการกระจายตัวในบริเวณเมดิเตอร์เรเนียน เอเชียกลาง เอเชียตะวันตกเฉียงใต้ จนถึงอเมริกาเหนือและออสเตรเลีย แหล่งปลูกพืชชนิดนี้ในประเทศจีนอยู่บริเวณเขตปกครองตนเองหนิงเซี่ย เขตปกครองตนเองมองโกเลียใน และมณฑลกานซู ฤดูเก็บเกี่ยวผลคือ ฤดูร้อนและฤดูใบไม้ร่วง

สรรพคุณและการใช้ตามตำรายาจีน และการแพทย์พื้นบ้านอื่น ๆ

ตำรายาจีนกล่าวว่า ผลเก๋ากี้มีคุณสมบัติเป็นกลาง รสหวาน ช่วยบำรุงตับ ไต และสายตา นอกจากนี้ตำรายาของญี่ปุ่น (คัมโป) ยังมีการใช้รากและเปลือกของต้นเก๋ากี้เป็นส่วนประกอบของตำรับยาบางตำรับ เช่น Seishinrenshiin ซึ่งมีข้อบ่งใช้สำหรับบรรเทาอาการปากแห้ง และขับปัสสาวะลำบาก

องค์ประกอบทางเคมีและฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

สารออกฤทธิ์ที่สำคัญของเก๋ากี้หรือโกจิเบอร์รี่คือ โพลีแซคคาไรด์ ซึ่งมีปริมาณประมาณร้อยละ 5-8 ของผลแห้ง ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของโพลีแซคคาไรด์ในเก๋ากี้ ได้แก่

- ต้านอนุมูลอิสระ
- กระตุ้นการเมตาบอลิซึมของร่างกาย เช่น กระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีนในร่างกาย กระตุ้นการใช้พลังงานหลังมื้ออาหาร
- ป้องกันเซลล์ประสาท (neuroprotective)
- กระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน (immunomodulatory)
- ป้องกันตับจากสารพิษ (hepato-protective)

พฤกษเคมีอื่นที่พบในผลเก๋ากี้ ได้แก่ แคโรทีนอยด์ (ได้แก่ zeaxanthin dipalmitate, β-cryptoxanthin เป็นต้น) ในปริมาณร้อยละ 0.03-0.5 ซึ่งเป็นที่มาของสีแดงสดของผลเก๋ากี้, betaine ประมาณร้อยละ 1, วิตามินซี, กรดอะมิโนอิสระ และฟลาโวนอยด์

การศึกษาทางคลินิก

Hsu และคณะ ได้นำงานวิจัยทางคลินิกที่มีการสุ่ม ปกปิด และควบคุมด้วยยาหลอกจำนวน 4 งานวิจัยมาวิเคราะห์ผลของการบริโภคน้ำโกจิเบอร์รี่ที่ประกอบด้วยโพลีแซคคาไรด์ในขนาดเดียวกับที่ได้จากการรับประทานผลสดในขนาด 150 กรัม ข้อมูลจากอาสาสมัครทั้งหมด 161 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 18-72 ปี ได้แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครที่ได้รับน้ำโกจิเบอร์รี่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าอาสาสมัครที่ได้รับยาหลอก

ความปลอดภัย

โดยทั่วไปเก๋ากี้หรือโกจิเบอร์รี่เป็นสมุนไพรที่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม มีรายงานอาการข้างเคียงของสมุนไพรชนิดนี้ ได้แก่ ปฏิกิริยาภูมิแพ้ (anaphylaxis) ในผู้ที่มีประวัติแพ้ถั่วเปลือกแข็ง มะเขือเทศ ลูกพีช น้ำยาง (latex) และ *Artemisia* นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าเก๋ากี้ทำให้เกิดอาการไวต่อแสง (photosensitivity) ในผู้ป่วยชายอายุ 53 ปี

ในแง่ของอันตรกิริยากับยาแผนปัจจุบัน มีรายงานว่าเก๋ากี้สามารถเสริมฤทธิ์ของวาร์ฟารินได้จนเกิดอาการไม่พึงประสงค์คือ เลือดไหลออกง่าย ดังเช่น รายงานจากประเทศจีนที่ผู้หญิงจีนอายุ 61 ปี มีค่า INR เพิ่มขึ้นจาก 2-3 เป็น 4.1 หลังจากดื่มชาสมุนไพรที่ชงจากผลเก๋ากี้ หรือรายงานจากสหรัฐอเมริกาที่พบว่าผู้หญิงอเมริกันเชื้อสายเอกวาดอร์อายุ 71 ปี ซึ่งได้รับการรักษาด้วยวาร์ฟารินนับแต่ผ่าตัดข้อเข่าเมื่อ 3 เดือนก่อน มีการตกเลือดกำเดา ช้ำ และมีเลือดไหลออกทางไส้ตรง หลังจากดื่มน้ำเก๋ากี้เมื่อ 4 วันก่อนมีอาการดังกล่าว

ไม่ควรใช้เก๋ากี้ในปริมาณมากในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากไม่มีข้อมูลด้านความปลอดภัยของการใช้เก๋ากี้ปริมาณสูงในหญิงตั้งครรภ์

สรุป

เก๋ากี้หรือโกจิเบอร์รี่เป็นสมุนไพรชนิดหนึ่งที่มีโพลีแซคคาไรด์ซึ่งมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ได้แก่ การต้านอนุมูลอิสระ กระตุ้นภูมิคุ้มกัน และเมตาบอลิซึมในร่างกาย สมุนไพรชนิดนี้มีความปลอดภัยค่อนข้างสูง แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ที่ได้รับยาวาร์ฟาริน เพราะอาจเสริมฤทธิ์วาร์ฟารินได้ และหลีกเลี่ยงการใช้ในปริมาณที่สูงในหญิงตั้งครรภ์

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

เอกสารอ้างอิง

โกวิท คัมภีรภาพ. ยาจีน. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี, 2551.

Amagase H. and Farnsworth N. R. A review of botanical characteristics, phytochemistry, clinical relevance in efficacy and safety of *Lycium barbarum* fruit (Goji). Food Research International 44 (2011): 1702-1717.

Braun L. and Cohen M. Herbs & Natural Supplements: an evidence-based guide Volume 2. Chatswood: Elsevier, 2015.

Hsu C. H., Nance D. M. and Amagase H. A meta-analysis of clinical improvements of general well-being by a standardized *Lycium barbarum*. Journal of Medicinal Food 15 (2012): 1006-1014.

Potterat O. Goji (*Lycium barbarum* and *L. chinense*): Phytochemistry, Pharmacology and safety in the perspective of traditional uses and recent popularity. Planta Medica 76 (2010): 7-19.

Rivera C. A., Ferro C. L., Bursua A. J., et al. Probable interaction between *Lycium barbarum* (Goji) and warfarin. Pharmacotherapy 32 (2012): e50-e53.

อ.นพ.สันติ สิลัยรัตน์ •
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

โรคหวัด...เรื่องง่าย ๆ ที่หลายคนไม่รู้ (The Common Cold: The Underdog)

โรคหวัด (common cold) หมายถึงกลุ่มอาการของทางเดินหายใจส่วนบนที่มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสหลายชนิด โรคหวัดเป็นโรคที่อยู่คู่กับมนุษย์ตลอดมานับแต่สมัยโบราณ เป็นที่ทราบและเข้าใจกันตั้งแต่ในสมัยนั้นว่าโรคนี้น่าจะเป็นโรคที่สามารถติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้ เนื่องจากอาการของโรคหวัดมักจะไม่เกิดขึ้นในช่วงที่มีการเดินทางไกลโดยไม่พบปะผู้คน เช่น การเดินเรือหรือเดินทางไกล แต่จะเกิดขึ้นได้บ่อยขึ้นเมื่อกลับสู่ชุมชน หรืออยู่ในครอบครัวที่ต้องอยู่ใกล้ชิดกันมากขึ้น จนเมื่อมีการศึกษาเกี่ยวกับโรคติดต่อของมนุษย์มากขึ้น จึงทำให้ทราบว่าในน้ำมูกของผู้ป่วยนั้นมีเชื้อบางอย่างสามารถติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้ แต่การค้นพบชนิดของเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคหวัดนั้นยังคงไม่สามารถทำได้จนกระทั่งเทคโนโลยีการเพาะเลี้ยงเซลล์ (cell culture system) ได้รับการพัฒนาในเวลาต่อมา

โรคหวัดแม้จะเป็นโรคที่มักจะไม่รุนแรงและสามารถหายได้เอง แต่ก็ยังเป็นโรคที่มีความสำคัญมากโรคหนึ่งของมนุษย์ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้บ่อยและยังทำให้เกิดผลกระทบหลายด้านในเชิงสาธารณสุข เช่น ทำให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหวัดจำเป็นต้องหยุดเรียนหรือหยุดงาน และเสียเวลาในการสร้างผลประโยชน์ รวมถึงต้องเสียทรัพยากรในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น ข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่ในปีหนึ่งจะมีการขาดเรียนหรือขาดงานอันเนื่องมาจากโรคหวัดเป็นจำนวนมากถึง 40 ล้านวัน มีการเข้ารับการตรวจกับแพทย์มากถึง 110 ล้านครั้งต่อปี และมีการใช้เงินเพื่อรักษาโรคเป็นจำนวนรวมมากถึง 3 ล้านล้านดอลลาร์ เลยทีเดียว

สาเหตุของโรคหวัด

เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดอาการของโรคหวัดนั้นมีอยู่หลายชนิด ดังแสดงในตารางที่ 1 สำหรับชนิดที่พบเป็นสาเหตุบ่อยที่สุดคือ rhinoviruses ซึ่งพบมากถึงประมาณครึ่งหนึ่งของโรคหวัดทั้งหมด ส่วนเชื้อไวรัสชนิดอื่น ๆ ที่พบเป็นสาเหตุได้ ได้แก่ coronaviruses และ respiratory syncytial virus (RSV) เป็นต้น สำหรับเชื้ออื่น ๆ เช่น influenza, parainfluenza และ adenoviruses นั้นก็เป็นเชื้อสาเหตุที่พบได้บ่อยเช่นเดียวกัน แต่โดยมากแล้วเชื้อเหล่านี้มักทำให้เกิดอาการผิดปกติของทางเดินหายใจส่วนล่าง (lower respiratory symptoms) หรืออาการทางระบบอื่น ๆ (systemic symptoms) ร่วมด้วย

ในอดีตการค้นหาเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุนั้นมีวิธีการหลักคือการเพาะเลี้ยงเซลล์และค้นหาเชื้อไวรัสจากเซลล์เพาะเลี้ยง ซึ่งมีความไวในการตรวจค้นหาไม่มากนัก แต่ในปัจจุบันมีการค้นพบวิธีการตรวจหาชนิดของเชื้อที่มีความไวเพิ่มมากขึ้น เช่น การตรวจด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) ซึ่งทำให้สามารถตรวจหาเชื้อได้กว้างขวางมากขึ้น เช่น มีการค้นพบเชื้อ metapneumoviruses เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 2001 และพบว่าเป็นสาเหตุของโรคหวัดได้ราว 5% ของทั้งหมด หรือการค้นพบเชื้อ bocavirus ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสในกลุ่ม parvovirus ในเสมหะของผู้ป่วยโรคหวัด ซึ่งเป็นไปได้ว่าอาจเป็นสาเหตุของโรคหวัดได้เช่นเดียวกัน เป็นต้น

ระบาดวิทยาของโรคหวัด

อุบัติการณ์ตามฤดูกาล สำหรับประเทศที่มีภูมิอากาศอบอุ่น โรคหวัดสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดปี แต่มีแนวโน้มที่จะมีอุบัติการณ์ลดลงในช่วงฤดูร้อน เนื่องจากการเพิ่มจำนวนและแพร่กระจายของเชื้อ rhinoviruses ที่เป็นสาเหตุสำคัญนั้นมักเกิดขึ้นในช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน ต่อเนื่องไปจนถึงราวเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม สำหรับในช่วงฤดูหนาวจำนวนของการกระจายเชื้อ rhinoviruses มักจะน้อยกว่าช่วงอื่น ๆ แต่ในช่วงนี้ก็มีการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสชนิดอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุของโรคหวัด เช่น เชื้อ parainfluenza และ RSV เข้ามาแทน

ตารางที่ 1 เชื้อไวรัสที่มักพบเป็นสาเหตุของโรคหวัด (ดัดแปลงจาก Reference No.1)

กลุ่มของไวรัส	จำนวนชนิดของ antigen	ร้อยละของจำนวนการติดเชื้อ
Rhinoviruses	> 100 ชนิด	40-50
Coronaviruses	5 ชนิด	10-15
Parainfluenza virus	5 ชนิด	5
Respiratory syncytial virus	2 ชนิด	5
Influenza virus	3 ชนิด	25-30
Adenovirus	51 ชนิด	5-10
Metapneumovirus	2 ชนิด	5
อื่น ๆ: enterovirus, bocavirus		

วงการแพทย์
https://www.facebook.com/wongkarnpat

ส่วนในประเทศที่มีภูมิอากาศร้อน โรคหวัดจะสามารถพบได้ตลอดทั้งปี โดยไม่สัมพันธ์กับฤดูกาลมากนัก ยกเว้นการติดเชื้อไวรัส influenza และ parainfluenza ที่มักจะพบได้มากขึ้นในช่วงฤดูฝน

อัตราการเกิดโรค โรคหวัดเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็ก โดยสำหรับในเด็กวัยก่อนเข้าโรงเรียน (preschool children) การเกิดโรคหวัดจะเกิดขึ้นได้เฉลี่ย 5-7 ครั้งต่อปี แต่ก็อาจมีเด็กจำนวนไม่น้อย (ราว 10-15%) ที่เกิดโรคหวัดได้มากถึง 12 ครั้งต่อปี โดยเฉพาะเด็กที่มีโอกาสได้อยู่ใกล้ชิดกับเด็กอื่น ๆ เช่น เด็กที่ได้รับการดูแลในศูนย์ดูแลเด็ก หรือเด็กที่เข้าโรงเรียน และเมื่ออายุมากขึ้นอุบัติการณ์ของโรคหวัดจะค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ จนเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ซึ่งมีโรคหวัดเกิดขึ้นได้เฉลี่ย 2-3 ครั้งต่อปี ผู้ใหญ่ที่มีโอกาสได้สัมผัสใกล้ชิดกับเด็ก เช่น ครอบครัวที่มีเด็กเล็ก ครูในโรงเรียน หรือสถานรับดูแลเด็ก มักจะมีอุบัติการณ์ของการเป็นโรคหวัดที่มากกว่าผู้ใหญ่กลุ่มอื่น

การติดต่อและการกระจายของโรค เชื้อไวรัสของโรคทางระบบการหายใจสามารถกระจายและติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้ใน 3 รูปแบบ ได้แก่ การกระจายไปกับละอองฝอยขนาดเล็ก (small particle aerosols บางครั้งเรียกว่า airborne), ละอองฝอยขนาดใหญ่ (large particle aerosols บางครั้งเรียกว่า droplets) และการสัมผัสเชื้อโดยตรง (direct contact) แต่ไม่ว่าจะเป็นการติดต่อในรูปแบบใด การเกิดโรคจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีเชื้อเข้ามาสัมผัสติดกับเยื่อบุผิวของทางเดินหายใจ (nasal epithelium) โดยตรง

1. การติดต่อผ่านทาง small particle aerosols หรือ airborne transmission เชื้อที่มีการติดต่อในรูปแบบนี้จะปะปนไปกับละอองฝอยที่มีขนาดเล็กมาก (ประมาณ 1-2 ไมครอน) จึงมีน้ำหนักเบาและลอยในอากาศได้เป็นเวลานานและระยะทางมาก ๆ โดยไม่ตกลงสู่พื้น เมื่อมีการสูดหายใจเอาละอองฝอยเหล่านี้เข้าไปก็จะสามารถผ่านลงไปในทางเดินหายใจส่วนล่าง ๆ ได้มาก ทำให้เกิดโรคในทางเดินหายใจส่วนล่างหรือเกิดอาการของระบบอื่น ๆ ของร่างกายได้ด้วย เชื้อไวรัสที่มักจะมีการติดต่อผ่านทางนี้ ได้แก่ influenza virus และ adenovirus

2. การติดต่อผ่านทาง large particle aerosols หรือ droplet transmission เชื้อที่ปะปนไปกับละอองฝอยขนาดใหญ่ (ประมาณ 2-5 ไมครอน) มักจะไม่สามารถลอยอยู่ในอากาศได้นานและจะตกลงสู่พื้นเร็วกว่า small particle aerosols และเมื่อถูกสูดเข้าไปในทางเดินหายใจก็มักจะตกอยู่ที่บริเวณทางเดินหายใจส่วนบนเกือบทั้งหมด ทำให้อาการที่เกิดจากการติดเชื้อนั้นอยู่เฉพาะในบริเวณของทางเดินหายใจส่วนบน

3. การติดต่อผ่านทางการสัมผัสโดยตรง ได้แก่ การหยิบจับสัมผัสละอองน้ำมูกหรือเสมหะของผู้ป่วยที่อาจติดปนอยู่กับเครื่องใช้หรือตามพื้นผิวต่าง ๆ เมื่อกลับมาสัมผัสกับทางเดินหายใจ เช่น การแคะจมูก จับปาก ฯลฯ ก็จะทำให้เกิดการปนเปื้อนและติดเชื้อขึ้น การติดเชื้อในลักษณะนี้มักพบเกิดขึ้นในกรณีของ rhinoviruses และ RSV

ภูมิคุ้มกันและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค หรืออาการของโรค โดยทั่วไปแล้วการติดเชื้อไวรัสทางเดินหายใจจะทำให้เกิดการตอบสนองของภูมิคุ้มกันแบบ adaptive immune response ขึ้นเสมอ ซึ่งทำให้โอกาสในการเกิดโรคในครั้งต่อไปนั้นลดลง หรือเมื่อเกิดการติดเชื้อซ้ำขึ้นก็มักจะมีระยะเวลาหรือความรุนแรงของอาการของโรคที่น้อยกว่าการติดเชื้อในครั้งแรก ๆ อย่างไรก็ตาม ภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นนั้นมักเป็นภูมิคุ้มกันที่จำเพาะเจาะจงกับชนิดของ antigen ในไวรัสชนิดนั้นเท่านั้น ดังนั้น สำหรับในกรณีของไวรัสบางชนิด เช่น rhinoviruses ซึ่งเป็นไวรัสที่มีชนิดของ antigen แตกต่างหลากหลายได้มากถึงกว่า 50 ชนิด จึงทำให้ยังมีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อและเกิดโรคหวัดได้อีกแม้จะเคยติดเชื้อไปแล้ว หรือในกรณีที่เชื้อ influenza virus ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่มีการกลายพันธุ์ได้อย่างรวดเร็ว (rapid mutation) ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของ antigen บนผิวของเชื้อได้เรื่อย ๆ ทำให้สามารถก่อโรคซ้ำได้

สำหรับในแง่ของภูมิคุ้มกันโรคประเภท non-specific immune function นั้น มีข้อมูลการศึกษาบางชิ้นตั้งข้อสังเกตว่าการมีโปรตีนบางชนิดในเยื่อบุผิวทางเดินหายใจ เช่น mannose-binding lectin ที่ลดลงจากสาเหตุทางพันธุกรรมอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหวัดได้ง่ายมากขึ้น แต่ในปัจจุบันยังไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนมากเพียงพอ และอาจต้องรอข้อมูลการศึกษาที่ชัดเจนมากขึ้นกว่านี้

มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะเครียดหรือปัจจัยในแง่บุคลิกภาพกับโอกาสในการเกิดโรคหวัด ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาบ่งชี้ว่าการมีภาวะเครียดไม่ทำให้โอกาสในการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น แต่ภาวะเครียดอย่างเรื้อรัง (chronic stress) อาจทำให้โรคหวัดที่เกิดขึ้นแล้วมีอาการรุนแรงหรือยาวนานกว่าปกติได้ ส่วนในแง่ของบุคลิกภาพ ผู้ที่มีบุคลิกภาพชอบเก็บตัวเงียบหรืออยู่คนเดียวมักจะมีแนวโน้มที่มีอาการของโรคหวัดมากกว่าคนที่มีบุคลิกร่าเริงหรือชอบพบปะผู้คน

กลไกการเกิดโรค

เมื่อเชื้อไวรัสหวัดสัมผัสติดกับเยื่อบุผิวทางเดินหายใจ เชื้อไวรัสบางชนิด เช่น influenza, coronavirus หรือ adenovirus จะทำให้เกิดการทำลายและการตายของเซลล์เยื่อบุผิวทางเดินหายใจ เชื้อบางชนิด เช่น rhinoviruses และ RSV นั้นมักไม่ทำให้เกิดการตายของเซลล์เยื่อบุผิวทางเดินหายใจ แต่จะมีการอักเสบเกิดขึ้นในทั้ง 2 รูปแบบ ซึ่งมีการกระตุ้นให้มีการสร้างและหลั่งสารสื่อการอักเสบ (inflammatory cytokines) ต่าง ๆ รวมถึงมีการรวมตัวกันของเซลล์อักเสบในบริเวณที่เกิดการติดเชื้อ การอักเสบที่เกิดขึ้นนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของโรคหวัด

การอักเสบที่เกิดขึ้นภายในเยื่อบุโพรงจมูกมีผลทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดภายในโพรงจมูก มี vascular permeability ที่เพิ่มขึ้น ทำให้เยื่อบุโพรงจมูกบวม ผู้ป่วยมักจะมีอาการคัดจมูก หายใจไม่สะดวก นอกจากนี้การอักเสบยังมีผลกระตุ้นการทำงานของเซลล์ที่สร้างเมือกในเยื่อบุโพรงจมูก ทำให้มีน้ำมูกเพิ่มขึ้น ซึ่งมักจะพบเกิดขึ้นในระยะหลัง ๆ ของการติดเชื้อ

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

อาการไอเป็นอาการที่พบในผู้ป่วยโรคหวัดน้อยกว่าอาการในจมูก แต่มักจะสร้างผลกระทบต่อผู้ป่วยได้มากกว่า อาการไอที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้จากหลายกลไก เช่น มีการติดเชื้อลุกลามไปยังทางเดินหายใจส่วนที่อยู่ลึกลงไปซึ่งเป็นบริเวณที่มีตัวรับการกระตุ้นการไอ (cough receptors) อยู่ หรืออาจเป็นจากการอักเสบภายในโพรงจมูก ทำให้เกิดการกระตุ้นผ่านเครือข่ายเส้นประสาท และทำให้เกิดอาการไอ หรือส่งสัญญาณประสาทให้สมองรับรู้ว่ามีการระคายเคืองเกิดขึ้นในทางเดินหายใจ (throat irritation) ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกคันคอ มีเสมหะในคอ หรือการกระแอมเกิดขึ้น

อาการเจ็บคอ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการสร้างสาร bradykinin เพิ่มมากขึ้นในระยะที่เกิดการอักเสบ สารนี้มักพบมีการสร้างมากขึ้นในกรณีที่การติดเชื้อนั้นเกิดจาก rhinoviruses

ลักษณะทางคลินิก

อาการของโรคหวัดมักจะเกิดขึ้นภายใน 1-3 วันแรกหลังจากที่เกิดการติดเชื้อ อาการแรกที่ผู้ป่วยมักจะสังเกตได้ ได้แก่ อาการระคายคอ คัดจมูก และมีน้ำมูก โดยมากอาการระคายคอหรือเจ็บคอมักจะหายไปค่อนข้างเร็วภายใน 2-3 วัน แต่อาการในจมูกจะยังคงปรากฏอยู่ได้นานกว่า สำหรับอาการไออาจพบได้ในประมาณ 30% ของผู้ป่วยทั้งหมด และมักจะเกิดขึ้นหลังจากที่เกิดอาการในจมูกแล้ว ในกรณีที่การติดเชื้อนั้นเกิดจาก influenza, RSV หรือ adenoviruses ผู้ป่วยอาจจะมีอาการทางระบบอื่น ๆ (constitutional symptoms) เกิดขึ้นได้ด้วย เช่น อาการไข้ อ่อนเพลีย ปวดตามกล้ามเนื้อ เป็นต้น อาการต่าง ๆ ของโรคหวัดส่วนใหญ่จะค่อย ๆ ลดลงจนหายสนิทได้ในช่วง 1-2 สัปดาห์หลังการติดเชื้อ โดยอาจมีผู้ป่วยประมาณ 25% ที่มีอาการไปจนถึงปลายสัปดาห์ที่ 2 และแม้จะไม่มีอาการแล้ว เชื้อไวรัสในทางเดินหายใจยังสามารถกระจายไปยังบุคคลอื่นต่อไปได้อีกราว 1-2 สัปดาห์

ความผิดปกติที่อาจพบได้จากการตรวจร่างกายในผู้ป่วยโรคหวัดส่วนใหญ่จะพบเฉพาะในบริเวณของทางเดินหายใจส่วนบน เช่น น้ำมูก เยื่อบุโพรงจมูกและทางเดินหายใจบวม เป็นต้น ซึ่งเป็นลักษณะที่ไม่ค่อยจำเพาะและไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรคมากนัก สำหรับลักษณะของน้ำมูกที่อาจพบมีลักษณะเขียวหรือขาวข้นนั้น เป็นลักษณะที่สามารถพบได้ในช่วงท้าย ๆ ของการเป็นโรคหวัด และไม่ได้แสดงถึงการติดเชื้อแบคทีเรีย

การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

หน้าที่หลักของแพทย์ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหวัด คือ ตรวจค้นเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยไม่ได้ป่วยจากโรคอื่นที่ร้ายแรง หรือเป็นโรคที่จำเป็นต้องให้การรักษาเฉพาะ เช่น โรคภูมิแพ้ในจมูก (allergic rhinitis), การติดเชื้อแบคทีเรีย Streptococci, โรคไอกรน (pertussis) หรือการติดเชื้อในโพรงไซนัส (sinusitis) หรือการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนหลังจากเกิดโรคหวัด เป็นต้น สำหรับกรณีที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนมักจะทำให้เกิดอาการป่วยนานขึ้นกว่าปกติ ดังนั้น จึงควรสงสัยไว้ในผู้ป่วยโรคหวัดที่มีอาการนานกว่า 10 วันขึ้นไป

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยทั่วไปมักไม่ค่อยมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยหรือให้การรักษาโรคหวัด แต่อาจพิจารณาส่งตรวจเพื่อค้นหาโรคอื่น ๆ ในการวินิจฉัยแยกโรค เช่น การเก็บน้ำมูกไปตรวจหาเซลล์ชนิด eosinophils ในกรณีที่สงสัยโรค allergic rhinitis หรือการตรวจเพาะเชื้อในกรณีที่สงสัยการติดเชื้อ group A streptococcus หรือ *Bordetella pertussis* หรือโรคคอตีบในจมูก (nasal diphtheria) เป็นต้น สำหรับการตรวจหาเชื้อนั้นมักจะต้องอาศัยการเพาะเลี้ยงเซลล์และไวรัส หรือการตรวจด้วยวิธีการอื่น ๆ เช่น PCR และ serology ต่าง ๆ จึงมักจะไม่ได้มีการส่งตรวจในเวชปฏิบัติทั่วไป

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหวัด

แม้ว่าโรคหวัดจะเป็นโรคที่ไม่อันตรายและไม่ค่อยมีความสำคัญมากนัก แต่ก็มักจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นตามมาได้ง่าย และภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้หลายโรคมีความสำคัญทางคลินิกมาก เช่น โรคหูชั้นกลางอักเสบ (acute otitis media) ซึ่งพบได้ราว 30% ของผู้ป่วยโรคหวัด หรือ sinusitis ซึ่งสามารถพบได้ประมาณ 8% ของผู้ป่วยทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจเป็นได้ทั้งจากการติดเชื้อไวรัสเข้าไปยังหูชั้นกลางหรือในไซนัสโดยตรง หรือเป็นการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนก็ได้

การรักษา

ในปัจจุบันยังไม่ได้มีการรักษาเฉพาะ (specific treatment) สำหรับโรคหวัด แม้ในกรณีที่เป็นโรคหวัดที่เกิดจากการติดเชื้อ influenza การใช้ยาในกลุ่ม neuraminidase inhibitors เช่น oseltamivir หรือ zanamivir ก็มีผลช่วยเปลี่ยนแปลงระยะเวลาของอาการป่วยน้อยมาก อีกทั้งการส่งตรวจเพื่อแยกว่าเป็นการติดเชื้อ influenza หรือไม่นั้นทำได้ยาก และไม่ค่อยมีประโยชน์ในแง่ของผลการรักษา ดังนั้น การรักษาโรคหวัดจึงมุ่งเน้นให้การรักษาตามอาการ (symptomatic treatment) โดยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นระยะเวลาของอาการเจ็บป่วยไปได้อย่างสบายที่สุด ส่วนยาปฏิชีวนะนั้นพบว่าไม่ได้ประโยชน์สำหรับการรักษาโรคหวัด ยาที่สามารถนำมาใช้เพื่อการรักษาอาการต่าง ๆ ของโรคหวัดสรุปได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรักษาที่เหมาะสมสำหรับอาการแต่ละชนิดของโรคหวัด (ดัดแปลงจาก Reference No.1)

อาการ	การรักษา
คัดจมูก (Nasal congestion)	Topic adrenergic agents Oral adrenergic agents
น้ำมูกไหล (Rhinorrhea)	1st-generation antihistamines Ipratropium bromide
อาการจาม (Sneezing)	1st-generation antihistamines
อาการเจ็บคอ (Sore throat)	Acetaminophen Ibuprofen and other NSAIDs
อาการไอ (Cough)	1st-generation antihistamines Bronchodilators

www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/wongkarnpat/

อาการคัดจมูก (Nasal congestion) ยาในกลุ่ม adrenergic agents ทั้งในรูปแบบรับประทาน (oral) และแบบใช้เฉพาะที่ (topical) สามารถบรรเทาอาการคัดจมูกได้ผลดี ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบอย่างชัดเจนว่าแบบใดดีกว่า แต่โดยทั่วไปเป็นที่เข้าใจกันว่าการใช้ยาในกลุ่ม topical adrenergic agents เช่น oxymetazoline และ xylometazoline นั้นน่าจะได้ผลดีกว่า และมีอาการข้างเคียงน้อยกว่า เนื่องจากยาเหล่านี้ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายน้อย อย่างไรก็ตาม ควรระมัดระวังในการใช้ยาแบบเฉพาะที่ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน เนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะ rhinitis medicamentosa ซึ่งเป็นอาการกลับเป็นซ้ำ (rebound effect) หลังจากการหยุดใช้ยา สำหรับยาชนิดรับประทานนั้นอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ เช่น อาการตื่นเต้น นอนไม่หลับ ความดันโลหิตเพิ่มสูง หรืออาการใจสั่นได้

อาการน้ำมูกไหล (Rhinorrhea) กลไกของการรักษาหลักสำหรับอาการน้ำมูกไหลก็คือ การยับยั้งกระบวนการ cholinergic stimulation ที่มายังต่อมสร้างมูก ยาที่สามารถใช้ได้ผลดีสำหรับอาการนี้ได้แก่ atropine และ ipratropium bromide สำหรับในกรณีของ ipratropium จากการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพ พบว่าสามารถลดอาการน้ำมูกไหลได้ 22-30% เมื่อเทียบกับยาหลอก อาการข้างเคียงที่พบได้จากการใช้ยา intranasal ipratropium ได้แก่ อาการระคายเคืองในจมูก และเลือดออกทางจมูก สำหรับยาในกลุ่ม antihistamines นั้น จากการศึกษาพบว่ายาในกลุ่ม 1st-generation antihistamines สามารถลดอาการน้ำมูกไหลได้ประมาณ 27% เมื่อเทียบกับยาหลอก ส่วนยาในกลุ่ม 2nd-generation antihistamines นั้น จากข้อมูลการศึกษาไม่พบว่าได้ประโยชน์ในการรักษาอาการน้ำมูกไหลจากโรคหวัด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของการลดน้ำมูกนั้นน่าจะอธิบายได้จากคุณสมบัติ anticholinergic effect มากกว่า antihistamine อาการข้างเคียงที่พบได้จากการใช้ยาในกลุ่ม antihistamines ได้แก่ อาการง่วงซึม คอแห้ง ตาแห้ง และจมูกแห้ง

อาการจาม (Sneezing) โดยมากแล้วอาการจามมักเกิดขึ้นในช่วงแรกของอาการป่วย และมักจะคงอยู่ไม่นาน ดังนั้น จึงมักจะไม่ต้องให้การรักษา สำหรับยาที่อาจพิจารณาใช้หากเกิดอาการมากได้แก่ ยาในกลุ่ม antihistamines

อาการเจ็บคอ (Sore throat) โดยมากแล้วผู้ป่วยโรคหวัดมักจะมีอาการเจ็บคอแต่ไม่รุนแรง และมีแนวโน้มจะเป็นลักษณะอาการระคายคอมากกว่า การใช้ยาบรรเทาอาการเฉพาะที่ เช่น ยาพ่นคอหรือยาอมแก้เจ็บคอช่วยบรรเทาอาการได้ดี ส่วนในรายที่มีอาการมากหรือมีอาการทางระบบอื่นร่วมด้วย การใช้ยา paracetamol (acetaminophen) หรือยาชนิดอื่น ๆ ในกลุ่ม non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ก็สามารถใช้บรรเทาอาการได้ผลดี

อาการไอ (Cough) อาการไอในผู้ป่วยโรคหวัดนั้นมีที่มาได้จากหลายสาเหตุซึ่งมีแนวทางในการรักษาที่ต่างกัน ผู้ป่วยที่มีอาการไอเนื่องจากมีน้ำมูกหรือน้ำมูกไหลลงคอ (postnasal drip) มักจะตอบสนองดีต่อยาในกลุ่ม antihistamine หรือ antihistamine/decongestant combination ผู้ป่วยที่มีอาการไอต่อเนื่องอยู่นานอาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม bronchodilators หรือ non-specific cough suppressants เช่น codeine หรือ dextromethorphan ได้ ส่วนยาในกลุ่มช่วยขับเสมหะ เช่น ambroxol, bromhexine หรือ guaifenesin นั้นจากหลักฐานพบว่าไม่ได้ประโยชน์สำหรับการบรรเทาอาการไอในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การรักษาอื่น ๆ มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ zinc ในการรักษาโรคหวัด เนื่องจากมีหลักฐานว่า zinc นั้นมีฤทธิ์ในการยับยั้งเอนไซม์ 3C protease ซึ่งอยู่ในกระบวนการเพิ่มจำนวนของเชื้อ rhinovirus แต่จากข้อมูลในปัจจุบันยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่าได้ประโยชน์ การใช้วิตามินเสริมอื่น ๆ เช่น vitamin C, E หรือ Echinacea ก็ยังมีข้อมูลไม่มากเพียงพอที่จะสรุปได้ ดังนั้น จึงยังไม่มีคำแนะนำในการใช้ยาเหล่านี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาหรือป้องกันโรคหวัด

References

1. Turner RB. The Common Cold. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R editors. Mandela, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. Vol.1 7th ed. Philadelphia; Churchill Livingstone; 2010. p. 809-13.
2. Kendrick AM, Monto AS, Nightingale B, et al. The economic burden of non-influenza-related viral respiratory tract infection in the United States. Arch Intern Med. 2003;163:487-494.
3. Gwaltney JM Jr, Hendley JO, Simon G, et al. Rhinovirus infections in an industrial population: I. The occurrence of illness. N Engl J Med. 1966;275:1261-1268.
4. Fry AM, Curns AT, Harbour K, et al. Seasonal trends of human parainfluenza virus infections: United Stated, 1990-2004. Clin Infect Dis. 1991;164:252-258.
5. Hurwitz ES, Gunn WJ Pinsky PF, et al. Risk of respiratory illness associated with day-care attendance: a nationwide study. Pediatrics. 1991;87:62-69.
6. Dick EC, Jennings LC, Mink KA, et al. Aerosol transmission of rhinovirus colds. J Infect Dis. 1987;156:442-448.
7. Tellier R. Review of aerosol transmission of influenza a virus. Emerg Infect Dis. 2006;12:1657-1662.
8. Halperin SA, Eggleston PA, Hendley JO Jr, et al. Pathogenesis of lower respiratory tract symptoms in experimental rhinovirus infection. Am Rev Respir Dis. 1983;128:806-810.
9. Freestone C, Eccles R. Assessment of the antitussive efficacy of codeine in cough associated with common cold. J Pharm Pharmacol. 1997;49:1045-1049.
10. Tyrrell DA, Cohen S, Schlarb JE. Signs and symptoms in common colds. Epidemiol Infect. 1993;111:143-156.
11. Williams RB III, Gwaltney JM Jr. Allergic rhinitis or virus cold? Nasal smear eosinophilia in differential diagnosis. Ann Allergy. 1972;30:189-194.
12. Doyle WJ, Ricker DK, McBride TP, et al. Therapeutic effects of an anticholinergic-sympathomimetic combination in induced rhinovirus colds. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1993;102:521-527.
13. Diamond L, Dockhorn RJ, Grossman J, et al. A dose-response study of the efficacy and safety of ipratropium bromide nasal spray in the treatment of the common cold. J Allergy Clin Immunol. 1995;95:1139-1146.
14. Sakchinanont B, Chantarojanasiri T, Ruangkanchanasetr S, et al. Effectiveness of antihistamines in common cold. J Med Assoc Thai. 1990;73:96-101.

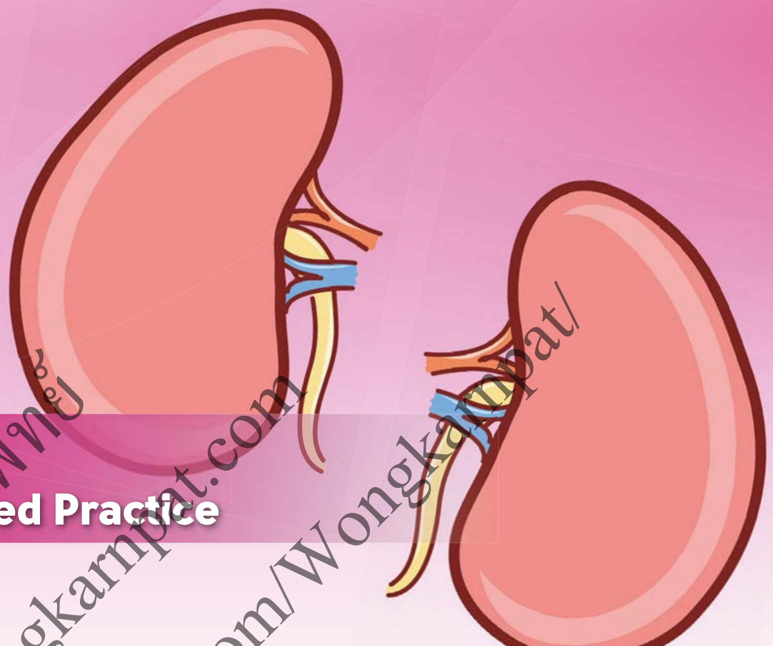
วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

วงการแพทย์
www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

งานประชุมใหญ่ประจำปี สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

2016 NST Annual Meeting

Cordially invite you to attend academic symposium



Moderator :

ศ.นพ.ดุสิต ล้ำเลิศกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Managing Anemic Patients: from Basic Principles to Advanced Practice

Speaker :

น.อ.นพ.ทวีพงษ์ ปาจรีย์

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

Once Monthly ESA: Assessing the Benefits for All CKD Patients in Daily Practice

Speaker :

นพ.ขจรศักดิ์ นพคุณ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Saturday, July 30th, 2016

16:45–17:45

Room B, The Zign Hotel, Pattaya

Roche

EPO_MAT_01/2016

วงการแพทย์
www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

www.wongkampat.com
https://www.facebook.com/Wongkampat/

At DIRC, Research and Development has been the cornerstone of innovation for many years. Consumer satisfaction is our priority. Our team stays focused meeting consumer needs and remains dedicated for finding new ways to delight and enrich their lives by working closely with world-class academics.

ดัชมิลล์ อินเตอร์เนชั่นแนล รีเสิร์ชเซ็นเตอร์ มุ่งเน้นตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจของผู้บริโภคเป็นพื้นฐานสำคัญในการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ เพื่อสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ พร้อมกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้บริโภคให้ดีขึ้น โดยทำงานวิจัยร่วมกับสถาบันการศึกษาและวิจัยระดับโลก

www.dutchmill.co.th

MEDA

Cordially invite you to attend

MEDA Lunch Symposium

pCGS (patented Crystalline Glucosamine Sulfate) from pharmacokinetics to clinical effectiveness

and

Glucosamine sulfate: different formulations, different physico-chemical properties

Speaker :

Prof.Lucio C. Rovati

Chief Executive Officer and
Chief Scientific Officer
Rottapharm Biotech S.r.l.Monza - Italy

Speaker :

Prof.Amnuay Thithapandha, Ph.D.

Office of Academic Affairs,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University

Moderator :

Pol.Maj.Gen.Thana Turajane, M.D.(Hons)

Department of Orthopedic Surgery,
Police-General Hospital

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

Friday, August 12th, 2016

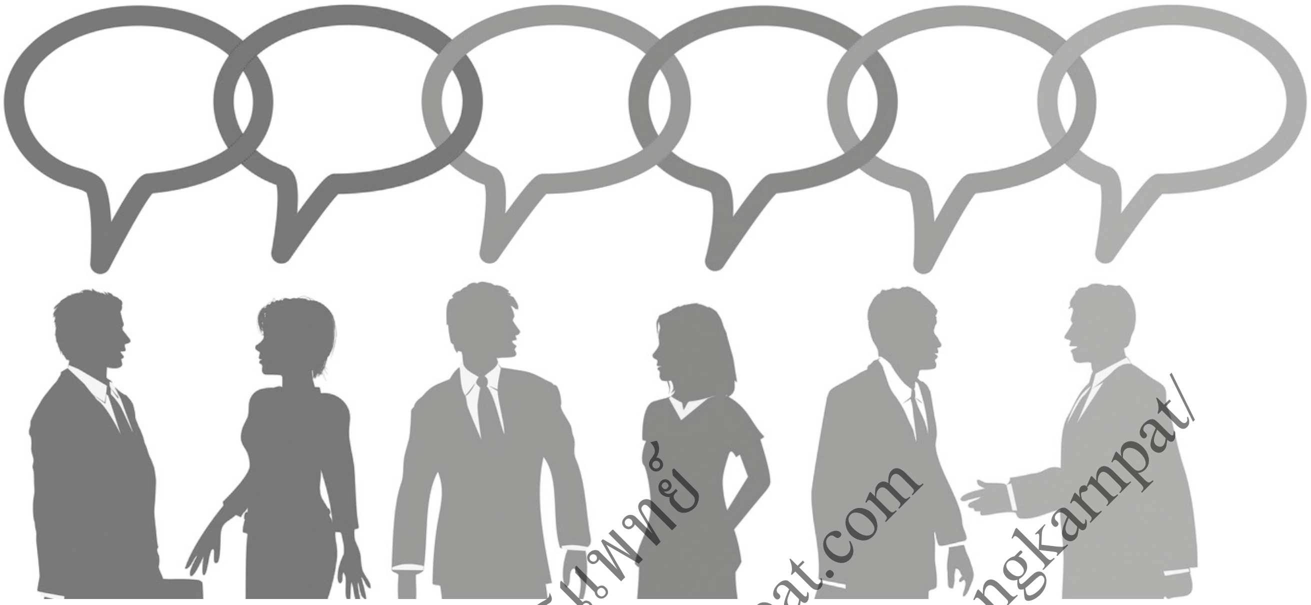
12:00-13:00

Ballroom 1, Shangri-La Hotel, Bangkok, Thailand

Viartril-S® Glucosamine sulfate
Go-on® Sodium hyaluronate
Artrofort Glucosamine sulfate 750 mg. + Chondroitin sulfate 650 mg

พศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลนครธน

วงสนทนา



ชมรมภาษาอังกฤษในโรงพยาบาลชื่อว่า Toastmaster เป็นการฝึกพูดภาษาอังกฤษในที่สาธารณะซึ่งมีลิขสิทธิ์จากสหรัฐอเมริกา และมีชมรมกระจายไปในหลายบริษัททั่วประเทศไทยและทั่วโลก

กิจกรรมจะมีการถามคำถาม 5 ข้อ เพื่อให้สมาชิกคิดและตอบทันที รวมทั้งให้สมาชิกเตรียมบทพูดมานำเสนอด้วย

ฉันชอบกิจกรรมแรก คือถามแล้วตอบทันที เพราะเป็นการฝึกให้คิดเร็ว รวมทั้งคำถามก็มักน่าสนใจ

มีอยู่ครั้งหนึ่ง คำถามเป็นดังนี้

"จงพูดเกี่ยวกับ การเริ่มต้น"

สมหญิงตอบว่า ครั้งแรกที่ต้องเปลี่ยนงานไปทำหน้าที่อีกแบบหนึ่ง เธอรู้สึกกลัวมากต่อการเปลี่ยนแปลง แต่เมื่อเวลาผ่านไป เธอก็ทำได้และผ่านมาได้ด้วยดี ดังนั้น ถ้าจะต้องเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ อีก เธอก็ไม่กลัวอีกแล้ว

"จงพูดเกี่ยวกับ ความล้มเหลว"

ศักดิ์ชายตอบว่า ตอนสอบเข้าเรียนมัธยมปลาย พบว่าเพื่อน ๆ พากันสอบเข้าเรียนโรงเรียนดัง ๆ ได้ แต่เขาสอบเข้าไม่ได้และตกค้างอยู่ในโรงเรียนเดิม เขาเสียใจมากและนับเป็นจุดต่ำสุดที่ทำให้เขารู้สึกแย่ ญาติพากันปลอบว่า "พอคนเก่งรอบ ๆ ตัวเราไปหมดแล้ว ในที่สุดเราก็จะเก่งเอง" ช่างเป็นคำปลอบที่เป็นความจริงที่น่าขำมาก ในที่สุดเขาก็พยายามอีกครั้งและสอบเอนทรานซ์ติดในคณะดัง ๆ ได้ แต่เขาก็ไม่เคยลืมความรู้สึกที่แย่ที่สุดในครั้งนั้นได้เลย และไม่ว่าจะมีความล้มเหลวใดผ่านมาในชีวิตอีก เขาก็ทนรับได้แล้ว

"จงพูดเกี่ยวกับ ความสำเร็จ"

สมศรีตอบว่า เธอขี้อาย และกลัวการพูดต่อหน้าคนฟังเยอะ ๆ แต่มาวันนี้เธอทำได้แล้ว เพราะชมรม Toastmaster ฝึกหัดให้เธอกล้าพูดและกล้าแสดงออก นับเป็นความสำเร็จหนึ่งในชีวิตของเธอ

ทุกคนยกตัวอย่างชีวิตของตนเองที่ผ่านมา แล้วต่างพากันสรุปลงตรงที่ว่า...ถ้าฉันต้องพบกับสิ่งนั้นอีก มันก็ง่ายดายที่จะฝ่าฟันไปได้

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

"จงพูดเกี่ยวกับ ความสุข"

ศรีสวัสดิ์ตอบว่า การเรียนรู้ที่ยากที่สุดของมนุษย์คืออะไร คือการเรียนรู้ที่จะมีความสุขในทุกขณะของชีวิต ซึ่งหนทางที่จะทำได้คือ ต้องฝึกให้มีสติอยู่ตลอดเวลา

มาถึงคำถามสุดท้ายซึ่งเป็นคิวของฉัน "จงพูดเกี่ยวกับ ชีวิต"

ชีวิตช่างมหัศจรรย์จริง ๆ ทุกคนที่ตอบมาล้วนสรุปออกมาได้ว่าแบบทดสอบทั้งการเริ่มต้น ความล้มเหลว ความสำเร็จที่ทุกคนผ่านมานั้น ถ้าต้องเผชิญอีก ทุกคนก็จะผ่านมันไปได้อีกครั้ง แต่คำตอบที่ 4 ช่างน่าสนใจมากกว่า...ต้องการผ่านทุกแบบฝึกหัดได้อย่างมีความสุขไปด้วย น่ามหัศจรรย์ที่มันเคยเป็นคำถามที่เพื่อนสนิทคนหนึ่งเคยถามฉันเช่นกัน และเขาได้พยายามลองฝึกให้มีความสุขกับทุกสิ่งในชีวิต ซึ่งก็พบว่ายากมากที่มนุษย์จะทำได้

การมีความสุขกับทุกขณะในชีวิตจึงน่าจะเป็นการฝึกฝนในขั้นที่สูงกว่าแบบฝึกหัดให้อดทนต่อความล้มเหลว ความสำเร็จ และการเริ่มต้น

อาร์เธอร์ แอช นักเทนนิสแชมป์วิมเบิลดันระดับตำนาน ติดเชื้อเอชไอวีจากการได้รับเชื้อผ่านการถ่ายเลือดเมื่อเข้ารับการผ่าตัดหัวใจในปี ค.ศ. 1983

เขาได้รับจดหมายฉบับหนึ่งจากแฟนมีใจความว่า

...ทำไมพระเจ้าถึงเลือกคุณให้เป็นโรคร้ายนี้

อาร์เธอร์ตอบว่า

มีเด็ก 50 ล้านคน เริ่มต้นเล่นเทนนิส แต่มีเพียง

5 ล้านคน ได้เรียนวิธีเล่นเทนนิส

5 แสนคน เรียนเทนนิสอาชีพ

5 หมื่นคน ได้ลงแข่งขัน

5 พันคน ได้มาถึงแกรนด์สแลม

50 คน ได้เข้ารอบวิมเบิลดัน

4 คน ได้เข้ารอบรองชนะเลิศ

2 คน ได้เข้ารอบชิงชนะเลิศ

และตอนที่ฉันได้ถือถ้วยชนะเลิศ

ฉันไม่เคยถามเลยว่า ทำไมพระเจ้าถึงเลือกฉัน

ฉะนั้น เวลาที่ฉันได้รับความเจ็บปวดเช่นนี้

ฉันจะถามพระเจ้าว่า ทำไมต้องเป็นฉันด้วย ไปทำไมกัน

การมีความสุข...ทำให้เรามีชีวิตที่หวานชื่น

การต้องพิสูจน์ตัวเอง...ทำให้เราเข้มแข็ง

ความเศร้าโศก...ทำให้เรามีความเป็นคน

ความล้มเหลว...ทำให้เรายังคงความอ่อนน้อมถ่อมตนเอาไว้ได้โดยไม่หลงตนว่าเราเจ๋ง

ความสำเร็จ...ทำให้เราเติบโตขึ้น

ขอจงใช้ชีวิตที่เรียบง่ายและมีชีวิตอันเต็มเปี่ยมไปด้วยความสุข

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

นวัตกรรมปืนยิงเชือกช่วยชีวิตคนจมน้ำบริเวณชายหาด ต่อยอดความคิดช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน

นวัตกรรมปืนยิงเชือกช่วยชีวิตคนจมน้ำ บริเวณชายหาด

ทีมคิดค้นนวัตกรรมปืนยิงเชือกช่วยชีวิตคนจมน้ำบริเวณชายหาด

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/wongkarnpat/

ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากฤดูร้อนเป็นฤดูฝนนั้น มีเรื่องที่น่ากังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินในหลากหลายกรณี โดยเฉพาะกรณีของการ "จมน้ำ" ซึ่งที่ผ่านมาในช่วงปลายเดือนพฤษภาคมถึงต้นเดือนมิถุนายน มีกรณีของการจมน้ำเสียชีวิตในหลากหลายสถานที่โดยเฉพาะบริเวณชายหาดหรือริมทะเล ทั้งนี้การจมน้ำเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชาชนเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 2 รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร โดยรายงานจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุสถิติตัวเลขอย่างชัดเจนว่าการจมน้ำนั้นมีอัตราการเสียชีวิตในทุกกลุ่มอายุ เฉลี่ยปีละกว่า 4,000 ราย

ในการจัดประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติประจำปี พ.ศ. 2559 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในหัวข้อ "เคลื่อนวงล้อคุณภาพการแพทย์ฉุกเฉินไทย" จึงได้มีการนำเสนอนวัตกรรมในการช่วยชีวิตคนจมน้ำบริเวณชายหาด ภายใต้ชื่อ **"นวัตกรรมปืนยิงเชือกช่วยชีวิตคนจมน้ำบริเวณชายหาด"** ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย **คุณปนัสษดา เพียรหล้ำ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเกาะช้าง** และ**คุณสมชาย บุญมั่น, คุณถาวร เสาร์ดี เจ้าหน้าที่กู้ชีพเทศบาลเกาะช้าง จังหวัดตราด**

คุณปนัสษดา เพียรหล้ำ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเกาะช้าง หนึ่งในผู้คิดค้นนวัตกรรมปืนยิงเชือกช่วยชีวิตคนจมน้ำบริเวณชายหาด กล่าวว่า "ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม จะมีนักท่องเที่ยวมาเที่ยวที่เกาะช้างจำนวนมาก สถิติของนักท่องเที่ยวที่จมน้ำก็มีเยอะ ซึ่งเราก็ได้ดูแลนักท่องเที่ยวอย่างเต็มที่ ทั้งจัดเจ้าหน้าที่เฝ้าตามชายหาดต่าง ๆ ที่เป็นที่นิยมของนักท่องเที่ยว และจัดเตรียมทีมแพทย์ฉุกเฉินไว้คอยดูแลหากเกิดกรณีการจมน้ำของนักท่องเที่ยวขึ้น อย่างไรก็ตาม การช่วยเหลือคนจมน้ำบริเวณชายหาดนั้นจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ประจำตัวออกไปช่วย หากแต่อุปกรณ์นั้นจะทำงานได้เพียงระยะไม่เกิน 50 เมตร ซึ่งเมื่อผู้ประสบภัยถูกกระแสน้ำดูดออกไปเกินระยะจะทำให้การช่วยเหลือลำบากขึ้น และยังเกิดความเสี่ยงและอันตรายต่อผู้ให้การช่วยเหลืออีกด้วย ด้วยเหตุนี้จึงทำให้พวกเราเกิดแนวคิดเรื่องการพัฒนานวัตกรรมปืนยิงเชือกช่วยชีวิตคนจมน้ำบริเวณชายหาดขึ้น เพื่อช่วยเหลือนักท่องเที่ยวให้ได้ทันท่วงทีและปลอดภัยสำหรับผู้ให้การช่วยเหลือด้วย"

สำหรับนวัตกรรมปืนยิงเชือกช่วยชีวิตคนจมน้ำบริเวณชายหาด ได้มีการพัฒนาขึ้นโดยใช้ปืนยิงเชือกที่มีลักษณะเป็นปืนยิง โดยมีเชือกเป็นลูกกระสุน ซึ่งประกอบด้วยตัวโครงปืนที่ประกอบติดกับถังเก็บความดัน และเมื่อทำการยิง ลูกกระสุนจะถูกดันออกจากลำกล้องของปืนและดึงเอาเชือกลอยน้ำที่บรรจุไว้ออกไปด้วย ซึ่งเชือกลอยน้ำจะลอยข้ามศีรษะคนจมน้ำและจะตกใกล้คนจมน้ำพอดี

เจ้าหน้าที่เฝ้าตามชายหาดบนเกาะช้าง คอยดูแลหากนักท่องเที่ยวจมน้ำ

ขณะที่ **คุณสมชาย บุญมั่น** และ**คุณถาวร เสาร์ดี เจ้าหน้าที่กู้ชีพเทศบาลเกาะช้าง** ทีมคิดค้นนวัตกรรมปืนยิงเชือกช่วยชีวิตคนจมน้ำบริเวณชายหาดได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมอีกว่า “หลังจากที่เราได้คิดค้นและพัฒนานวัตกรรมเสร็จแล้ว ก็ได้มีการนำมาทดลองใช้ซึ่งผลการพัฒนาพบว่า ปืนยิงเชือกสามารถควบคุมทิศทางให้เชือกตกน้ำในระยะรัศมีไม่เกิน 1 ตารางเมตร ยิงได้ไกลถึง 80 เมตร สามารถเคลื่อนย้ายและยิงเพียงเจ้าหน้าที่คนเดียวได้ โดยเราได้ทำการทดลองจากสถานการณ์สมมติซึ่งผู้ประสบภัยจะสามารถเกาะพยุงตัวลอยคอรอเจ้าหน้าที่ดึงตนเองหรือถูกดึงเข้าหาฝั่งได้ ซึ่งนวัตกรรมปืนยิงเชือกช่วยชีวิตคนจมน้ำบริเวณชายหาดสามารถใช้งานได้จริง ใช้ช่วยเหลือคนจมน้ำได้รวดเร็วขึ้น และไม่เสี่ยงอันตรายต่อผู้ให้การช่วยเหลือด้วย”

ด้าน **นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)** กล่าวว่า “นวัตกรรมที่ทีมพัฒนาและคิดค้นขึ้นมานี้เป็นนวัตกรรมที่มีคุณค่าต่อการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินจากการจมน้ำเป็นอย่างมาก ซึ่งปัจจุบันนี้สถิติของผู้ป่วยฉุกเฉินจากการจมน้ำนั้นมีมากขึ้น โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีสถิติการเสียชีวิตสูงถึงปีละ 1,117 คน หรือวันละ 3.2 คน สพฉ.จะสนับสนุนให้นวัตกรรมชิ้นนี้ได้ถูกนำมาพัฒนาใช้อย่างเป็นประโยชน์และเป็นรูปธรรมต่อไปในอนาคต และสำหรับประชาชนทั่วไปเอง หากจะไปพักผ่อนที่ทะเลควรเตรียมความพร้อมในการท่องเที่ยว และควรเรียนรู้การเอาตัวรอดจากการจมน้ำด้วยตนเอง อาทิ การเรียนรู้เรื่องอาการคับขัน และวิธีการร้องขอความช่วยเหลือ เช่น การโบกมือขึ้นลงเหนือศีรษะให้คนอื่นรู้ว่ากำลังประสบภัย การตะโกน การรู้จักวิธีการลอยตัวอยู่ในน้ำ การรู้จักการช่วยเหลือโดยไม่จำเป็นต้องลงน้ำ ด้วยการยื่นหรือโยนอุปกรณ์ให้ผู้ประสบภัยจับหรือเกาะ และเรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ด้วยการโทรศัพท์แจ้งสายด่วน 1669 ด้วย”

นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร

พัฒนาและทดลองใช้นวัตกรรมปืนยิงเชือกช่วยชีวิตคนจมน้ำบริเวณชายหาด

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จัดประชุมวิชาการ OB&GYN UPDATE&PRACTICAL 2016 ชูธีม "SET STANDARD GET STANDARD"

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดการประชุมวิชาการ OB&GYN UPDATE&PRACTICAL 2016 ชูธีม "SET STANDARD GET STANDARD" ระหว่างวันที่ 27-29 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุม ชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและเสริมสร้างความรู้ใหม่ในทางเวชปฏิบัติแก่สูตินรีแพทย์ แพทย์ทั่วไป บุคลากรอื่นที่สนใจให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ โดยอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

รศ.พญ.ธาริณี แม่นชนะ

รศ.พญ.ธาริณี แม่นชนะ เลขานุการและคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการ OB&GYN UPDATE&PRACTICAL 2016 กล่าวว่า ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการจัดการประชุมวิชาการ OB&GYN UPDATE&PRACTICAL มาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี ซึ่งครั้งนี้จะเป็นครั้งที่ 15 โดยการประชุมได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากผู้ที่สนใจอย่างต่อเนื่อง มีจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมเพิ่มมากขึ้นทุกปี สำหรับ OB&GYN UPDATE&PRACTICAL 2016 ครั้งนี้จะเป็นการอัพเดทความรู้และความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ภายใต้ธีม "SET STANDARD GET STANDARD"

"ในฐานะที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นโรงเรียนแพทย์ชั้นนำแห่งหนึ่งของประเทศ เราจึงมีความพยายามที่อยากจะสร้างมาตรฐาน (SET STANDARD) เพื่อเป็นแนวทางเวชปฏิบัติแก่สูตินรีแพทย์และแพทย์ทั่วไปทั่วประเทศ โดยทางคณะกรรมการจัดการประชุมมีความมุ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้ที่เข้าร่วมประชุมจะสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปใช้สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้เกิดมาตรฐานต่อไป (GET STANDARD)" **รศ.พญ.ธาริณี** กล่าว

สำหรับหัวข้อการประชุม **รศ.พญ.ธาริณี** กล่าวว่า หัวข้อการประชุมจะเปลี่ยนไปในแต่ละปี ซึ่งในการประชุมครั้งนี้มีความครอบคลุมหัวข้อวิชาการทั้งด้านสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ได้แก่

ด้านสูติศาสตร์

- Update standard care for Zika virus and pregnancy
- Standard guidance for breast feeding: Minimal effort for maximal effect
- How to prevent adverse obstetric outcomes: Standard and beyond
- How to minimize the delay of immunity development in C-section infants
- Management of GERD in pregnancy
- Atypical extrauterine pregnancy: Updated standard care

ด้านนรีเวชวิทยา

- Dienogest: Long term management of endometriosis
- Novel approach for contraceptive options: Focusing on efficacy & safety
- Raloxifene use in clinical practice: Sustained efficacy & long term use
- Obesity and women's health
- New Frontier in the prevention and treatment of bacterial overgrowth
- Prophylactic salpingectomy: Standard practice?
- Selection of standard markers for ovarian tumor
- Healthcare standards for women from puberty to menopause

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

"หัวข้อที่หยิบยกมาไม่ได้เป็นเรื่องที่ลงลึกมาก เพราะต้องการให้เป็นเรื่องที่แพทย์ทั่วไปควรจะต้องรับทราบด้วย โดยทางด้านสูติศาสตร์ เช่น ไวรัสซิกาซึ่งเป็นเรื่องที่กำลังได้รับความสนใจเพราะส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์, ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้นานที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ซึ่งสูตินรีแพทย์ถือเป็นด่านหน้าในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเพิ่มพูนความรู้หรือความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว, สืบเนื่องจากปัญหาการฟ้องร้องทางสูติ-นรีเวชวิทยาที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน การประชุมครั้งนี้จึงได้รวบรวมภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงวิธีการป้องกันไม่ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ส่วนทางด้านนรีเวชวิทยามีความน่าสนใจหลายเรื่อง เช่น มะเร็งนรีเวชอย่างมะเร็งรังไข่ ในฐานะสูตินรีแพทย์ เมื่อคนไข้มาด้วยก้อนที่รังไข่จะมีแนวทางอย่างไรเพื่อให้ทราบได้ว่าคนไข้รายนี้มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งมากน้อยแค่ไหน และควรจะทำการส่งตรวจเลือดอะไรบ้าง, ความอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ มากมายและมีภาวะใดบ้างที่จะเกิดขึ้นสำหรับผู้หญิง การป้องกันโรคจึงเป็นเรื่องที่จำเป็น ทั้งในเด็ก วัยรุ่น วัยเจริญพันธุ์จนกระทั่งถึงวัยทองว่าจะมีแนวทางการดูแลผู้หญิงเหล่านี้อย่างไรในช่วงอายุที่แตกต่างกัน" **รศ.พญ.ธาริณี** กล่าว

ถามถึงไฮไลท์ที่พลาดไม่ได้ **รศ.พญ.ธาริณี** กล่าวว่า ไฮไลท์คือ เรื่องทั้งหมดของการประชุม เพราะในเนื้อหาแต่ละส่วนนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำไปใช้ได้จริงในเวชปฏิบัติ ซึ่งนอกจากหัวข้อการประชุมที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) โดยผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเลือกหัวข้อที่สนใจจากทั้งหมด 4 หัวข้อ ดังนี้

1. **Standard practice for abnormal cervical cytology and abnormal colposcopic findings**

2. **Reaching standard for intrapartum fetal monitoring**
3. **Menopause grand round**
4. **Critical care standard in Ob&Gyn**

ไม่เพียงเท่านั้น อีกหนึ่งไฮไลท์ของการประชุมครั้งนี้คือ งานคืนสู่เหย้าสำหรับสูตินรีแพทย์ที่จบจากภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด จะได้มีโอกาสกลับมาเยี่ยมสถาบันซึ่งเป็นเสมือนบ้าน มาคารวะอาจารย์อาวุโส และพบปะสังสรรค์กัน

ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายหลักของการประชุมซึ่งนอกจากจะเป็นสูตินรีแพทย์และแพทย์ทั่วไปทั่วประเทศแล้ว ยังมีบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นพยาบาล หรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาคนไข้ทางด้านสูติ-นรีเวชวิทยา คาดว่าจะมีผู้สนใจเข้าร่วมจำนวนไม่ต่ำกว่า 400 คน โดยจะได้ทบทวนและเสริมสร้างความรู้ใหม่จากวิทยากรซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และยังได้รับ CME Credit 18 หน่วยกิตอีกด้วย

รศ.พญ.ธาริณี กล่าวเพิ่มเติมว่า ความรู้และความก้าวหน้าทางการแพทย์ไม่เคยหยุดนิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งในแง่เทคโนโลยีการตรวจรักษา ยา รวมถึงหลักฐานทางวิชาการต่าง ๆ การประชุมวิชาการครั้งนี้จะได้ทบทวนและเสริมสร้างความรู้ใหม่ในทางเวชปฏิบัติ เพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยจะเน้นหัวข้อที่ไม่ได้ลึกเกินกว่าที่ทุกคนจะเอื้อมถึง และค่อนข้างเป็นเรื่องใกล้ตัว

"คณะกรรมจัดการประชุมมีความคาดหวังเหมือนเช่นทุกปี คือให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ประโยชน์จากหัวข้อต่าง ๆ และสามารถนำกลับไปใช้เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ให้ได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐานและปลอดภัยมากที่สุด ไม่เฉพาะสูตินรีแพทย์เท่านั้น แต่รวมถึงแพทย์ทั่วไปที่สนใจที่ควรจะต้องมีความรู้ในการวินิจฉัยเบื้องต้น เพื่อเตรียมความพร้อมหากคนไข้ต้องได้รับการส่งต่อไปยังสูตินรีแพทย์ เราพยายาม SET STANDARD สำหรับการดูแลรักษาตามหัวข้อที่ได้หยิบยกมาพูดกันในปีนี้ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน GET STANDARD และนำกลับไปใช้ได้จริง" **รศ.พญ.ธาริณี** กล่าวทิ้งท้าย

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2256-4288, 0-2256-4000 ต่อ 2074, 08-9105-5933 โทรสาร 0-2251-9933 E-mail: sasikaew@hotmail.com, obgyn.update@gmail.com หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมทางเว็บไซต์ www.md.chula.ac.th, www.cu-obgyn.com

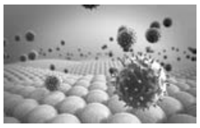
วงการแพทย์ https://www.wongkarnpat.com www.facebook.com/wongkarnpat/

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
17-19 สิงหาคม 2559	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 54 เพื่อร่วมเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ เนื่องในโอกาส พระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 12 สิงหาคม 2559 (MDCU Congress 2016) ณ อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โทรศัพท์ 0-2256-4193, 0-2256-4566 www.mdcucongress.com, www.facebook.com/Mdcucongress
17-19 สิงหาคม 2559	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ร่วมกับ สำนักงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และงานบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	การอบรมการบริหารจัดการงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (OH&S) และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (ENV) รุ่นที่ 13 และการประชุมวิชาการความก้าวหน้าด้านอาชีวอนามัยในบริบทสถานพยาบาล ครั้งที่ 2 ณ ห้องประชุมศรีจันทร์ 2 โรงแรมเจริญธานี อ.เมือง จ.ขอนแก่น	โทรศัพท์ 0-4336-3588 โทรสาร 0-4320-2488 E-mail: napkru@kku.ac.th www.md.kku.ac.th
20-21 สิงหาคม 2559	ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 84 "Travelling for Best Practice: Crisis and Emergency Management" ณ เซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาซ่า ลาดพร้าว กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-7220 โทรสาร 0-2716-7221 E-mail: anesththai.rcat@gmail.com http://anesthai.org
22-23 สิงหาคม 2559	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	การอบรมเชิงปฏิบัติการ Practical Point in Dysphagia Management ณ ห้องประชุมชั้น 5 อาคารอำนวยการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จ.นนทบุรี	โทรศัพท์ 0-2591-5455 ต่อ 8934 โทรสาร 0-2591-3912 E-mail: todsapron_357@hotmail.com http://rehabmed.or.th
22-24 สิงหาคม 2559	ศูนย์เบาหวานศิริราช โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนความรู้และเสริมสร้างทักษะการจัดการดูแลผู้เป็นเบาหวาน (Practical skills for diabetes self management Education) ณ ห้องประชุม 101 ชั้น 1 ศูนย์การแพทย์ศิริราช (SIMR) โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-9568-9 โทรสาร 0-2419-9569 E-mail: sidmcenter@gmail.com www.si.mahidol.ac.th/sdc www.sirirajconference.com
24-26 สิงหาคม 2559	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการฟื้นฟูความรู้เวชปฏิบัติ "ฉุกเฉิน ติดเชื้อ เรื้อรัง ในบริการปฐมภูมิที่คุณ (อาจ)...ยังไม่รู้" (Emergency Infection and Chronic care in Primary Practices) ณ ห้องทองจันทร์ หงศ์ลดารมภ์ อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1330-2, 0-7442-9921 โทรสาร 0-7442-9921 E-mail: chada_5614@hotmail.com, sampai@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
29 สิงหาคม-2 กันยายน 2559	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	การประชุมวิชาการประจำปี Siriraj Pediatric Annual Conference 2016: Ambulatory Pediatrics ณ ห้องตรีเพ็ชร์ อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-5962 โทรสาร 0-2419-5960 www.sirirajconference.com
31 สิงหาคม-2 กันยายน 2559	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	การประชุมวิชาการสัญจร ครั้งที่ 27 ณ ห้องประชุมวิภาวดี ตึกโภชนาการ ชั้น 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี	โทรศัพท์ 0-2716-6744 ต่อ 11 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: suchittra.rcpt@gmail.com www.rcpt.org
1-2 กันยายน 2559	ศูนย์โรคไต โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ร่วมกับสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ "Advanced Course in Critical Care Nephrology" ณ ห้องประชุม ชั้น 5 อาคารคุ้มเกศ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	โทรศัพท์ 0-2534-7937-8 โทรสาร 0-2994-6092 E-mail: nephrotaf@gmail.com www.nephrothai.org

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มวงการแพทย์ โทร. 0-2435-2345 ต่อ 226 แฟกซ์ 0-2435-4024
บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2016

Date	Title	City	Country	Contact
13-16 August 2016	IAHCP Medical Conference-49th International Medical Conference-Progress in Medical Practice and Education in the Changing World	London	United Kingdom	www.iahcp.org.uk/london-conference-2016
21-24 August 2016	ANZSOM-The Australian & New Zealand Society of Occupational Medicine (ANZSOM) Annual Scientific Meeting 2016	Newcastle	Australia	www.anzsom.org.au/www/content/default.aspx?cid=738
21-26 August 2016 	International Congress of Immunology (ICI) 2016	Melbourne	Australia	http://ici2016.org
21-28 August 2016	Continuing Education, Inc.'s University at Sea-Family Medicine: Dermatology Review Bermuda Cruise	Cape Liberty	United States of America	www.continuingeducation.net/coursedescription.php?topic=Dermatology_CME_Bermuda_Cruise_August_2016
22 August 2016	IAHCP Medical Conference-17th South American International Medical Conference-Medical Practice in the 21st Century	Rio De Janeiro	Brazil	www.iahcp.org.uk/brazilian-medical-conference
22-25 August 2016	33rd World Congress of Internal Medicine (WCIM) 2016	Bali	Indonesia	www.wcimbali2016.org
28 August 2016	AERF-National Level Conference on Recent Trends in Pharma Sciences and Life Sciences	Hyderabad	India	http://anveshanaindia.com/event-conference/?id=30
31 August-2 September 2016	4th International Symposium on Otosclerosis, Diagnosis and Treatment	Utrecht	Netherlands	www.otosclerosis2016.com
4-11 September 2016	Topics in Rheumatology for Primary Care Providers Western Caribbean Cruise	Galveston	United States of America	www.continuingeducation.net

วงการแพทย์
www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong Karn Pat Editorial Team at E-mail: hp_14_dna@hotmail.com or send your information to our company, Sapphasan Co., Ltd. 71/16 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 # 226 FAX 0-2435-4024

ประชุมวิชาการสมาคมร้านขายยาฯ "โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังในเด็ก"

นายอนันต์ วิทยศักดิ์พันธุ์ ผู้จัดการทั่วไป บริษัท โฮ ฟาร์มาซูติเคิล จำกัด ผู้นำเข้าและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ ครีม "อีเซอร์ร่า" และเจลอาบน้ำ "อีเซอร์ร่า" ที่ช่วยให้ความชุ่มชื้นและทำความสะอาดผิวหนังที่อ่อนโยนต่อผิว โดยเฉพาะผู้ที่มีผิวแพ้ง่ายหรือเด็กที่เป็นโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง "อีเซอร์ร่าครีม และเจลอาบน้ำอีเซอร์ร่า" ในฐานะผู้สนับสนุนหลักในการจัดงานประชุมวิชาการของสมาคมร้านขายยา เรื่อง "โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังในเด็ก" โดยมี **พ.อ.หญิง พญ.ปาจรีย์ ฑิตธิวงษ์** กุมารแพทย์โรคผิวหนัง ร่วมให้ความรู้และแนวทางการรักษาแก่สมาชิกสมาคมร้านขายยา ณ โรงแรมแมริออท สุขุมวิท 57 เมื่อไม่นานมานี้

ร.พ.เปาโล พหลโยธิน จัดสัมมนาแลกเปลี่ยนเทคนิคการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ศูนย์โรคกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน จัด **สัมมนา Lecture and Live Surgery Disc-FX Workshop Preliminary Program** เผยเทคนิคการผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบแผลเล็ก นำโดย **Dr.Stefan Hellinger ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ** มาร่วมแลกเปลี่ยนทักษะการผ่าตัดให้แก่ศัลยแพทย์ด้านกระดูกสันหลังทั่วภูมิภาคเอเชีย โดยมี **ผศ.นพ.พรภวิษญ์ ศรีภิรมย์** และ **นพ.อัครวิทย์ อัศวศักดิ์สกุล ทีมศัลยแพทย์โรคกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน** คอยให้การต้อนรับ เมื่อไม่นานมานี้

มอบชุดเครื่องนอนยางพาราป้องกันไรฝุ่น

คุณนวลพักตร์ พรหมนารท ผู้จัดการใหญ่บริษัท สมอลเวิลด์ อินเตอร์เทรด จำกัด ผู้ผลิตและจัดจำหน่ายเครื่องนอนยางพาราธรรมชาติ 100% เพื่อเด็กและทารกโดยเฉพาะ มอบชุดเครื่องนอนจำนวน 20 ชุดให้แก่หน่วยโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมี **รศ.พญ.ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย นายกสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล** เป็นผู้รับมอบ ณ ลาน Atrium 2 ชั้น G ศูนย์การค้าเซ็นทรัลเวิลด์ เมื่อไม่นานมานี้

แบรนด์...สู้ไปกับทุกอาชีพ

นางสาวกชกร แก้วศรชัย ผู้จัดการฝ่ายการตลาด บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด แถลงข่าวต่อยอดแคมเปญ **"แบรนด์...สู้ไปกับทุกอาชีพ"** เพื่อสนับสนุนให้คนทำงาน ไม่ว่าจะอาชีพอะไรให้มีกำลังใจ และมีความพร้อมที่จะก้าวไปสู่จุดหมายในทุก ๆ วัน พร้อมเปิดตัวนวัตกรรม BRAND'S VENDING MACHINE เครื่องจำหน่ายสินค้าแบรนด์อัตโนมัติส่งตรงถึงมือผู้บริโภค สร้างความสะดุดตาสะดุดใจให้แก่ผู้บริโภค และกระตุ้นให้คนทำงานทุกอาชีพหันมาเตรียมความพร้อมและพร้อมสู้ไปกับแบรนด์ในทุกวัน โดยมี **คุณณัฐชยา ไกรฤกษ์**, **คุณสรณ์สิริ ธันวานนท์**, **ภก.ดร.อภิสิทธิ์ ฉัตรทนานนท์**, **คุณกวิน บุญคุณศักดิ์** และ **คุณมารุต อรรถไกวัลวที** ร่วมงานดังกล่าว ณ ห้อง M1-2 ชั้น 23 โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ เมื่อไม่นานมานี้

www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/wongkarnpat/

วงการแพทย์ 2559
สัญจรทั่วไทย

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

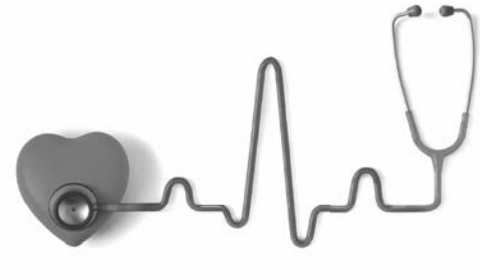
ร.พ.พังโคน จ.สกลนคร

ร.พ.เบญจลักษ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จ.ศรีสะเกษ

ร.พ.โนนคูณ จ.ศรีสะเกษ

ร.พ.บุณฑริก จ.อุบลราชธานี

ร.พ.อุทุมพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ



วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

แนะนำหนังสือ/Introduction

วงการแพทย์
THE MEDICAL NEWS

วารสารที่นำเสนอเนื้อหาสาระความรู้ในเรื่องของแพทย์ ข่าวสารความคืบหน้า วิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ บทความ ผลงานวิจัย ตารางงานสัมมนา และบทความทางวิชาการ symposium **สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านเวชกรรม**

วงการยา
THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่นำเสนอเนื้อหาสาระข้อมูลที่เกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ **สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านเภสัชกรรม**

ใบสมัครสมาชิก/Subscription Form

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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา ....

☐ เภสัชกร กลุ่ม ....

☐ อื่น ๆ ....

สถานที่ทำงาน .... ตำแหน่ง...

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่..

....

....รหัส.............................โทรศัพท์บ้าน..

โทรศัพท์ที่ทำงาน...FAX...

มือถือ..

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการแพทย์**

○ 1 ปี (12 ฉบับ) **720** บาท

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการยา**

○ 1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม **620** บาท

ประเภทสมาชิก ☐ ใหม่ ☐ ต่ออายุ หมายเลขสมาชิก (ถ้ามี)..

WEB SITE สำหรับ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา เพียงคลิกเข้ามาที่

www.wongkarnpat.com

ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

การชำระค่าสมาชิก (Membership Fee)

☐ ธนาณัติ สั่งจ่าย ปณ.ตลิ่งชัน 10170 ☐ ตั๋วแลกเงิน

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

เช็คธนาคาร ....สาขา...เลขที่เช็ค...

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

○ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาท็อปส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก.

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 109 โทร./แฟกซ์ 0-2435-4024

หมายเหตุ

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

0-2435-4024

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 109
โทร./แฟกซ์ 0-2435-4024

วงการแพทย์ www.wongkarnpat.com https://www.facebook.com/Wongkarnpat

Continuing Medical Education

CME PLUS

วงการแพทย์
www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

Wolters Kluwer

When you have to be right

Newly Launched

UpToDate® MobileComplete™

Answers Doctors' Questions – Even When They're Offline

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

ภญ.ลิลลี่ วังวิวัฒน์
ผู้จัดการทั่วไป ประเทศไทย ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม
เบอร์โทรศัพท์ 02-688-4615
เบอร์มือถือ 081-827-1101
E-mail: lily.Wangviwat@wolterskluwer.com

คุณมด ชูรัตน์
ผู้จัดการฝ่ายลูกค้า ประเทศไทย ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม
เบอร์โทรศัพท์ 02-883-9262
เบอร์มือถือ 081-935-3500
E-mail: mot.churath@wolterskluwer.com

Download our eBook to find out more benefits of UpToDate Anywhere.
http://learn.uptodate.com/utda-apr

วงการแพทย์
www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

Introducing Sanofi Pasteur's
New Hexavalent Vaccine

NEW Hexaxim®

วงการแพทย์
www.wongkarnpat.com
https://www.facebook.com/Wongkarnpat/

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

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

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ.40/2558

SANOFI PASTEUR LTD.,
87/2 CRC Tower 23rd Floor, All Seasons Place, Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330 Thailand
Tel: +66 (0)2.264 9999 Fax: +66 (0)2.264 8800

ต้อง ติดตาม

TH.HEX.15.04

หมายเหตุ
เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล แพทย์ควรติดตามการใช้

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

SANOFI PASTEUR