



HAPPY NEW YEAR

ขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก
 จงดลบันดาลให้ท่านประสบแต่ความสุขเกษมสำราญ
 และสัมฤทธิ์ผลในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ

เฉพาะโรค

**แนวทางการรักษาโรคอ้วนในผู้ใหญ่ตามแนวทางยุโรป
 (European Guidelines for Obesity Management in Adults)**

นานาสาระ

การรักษา ANCA vasculitis

ด้วยประสบการณ์กว่า **20** ปี ...
 ที่เราสร้างสรรค์และพัฒนา
ด้านสื่อ สิ่งพิมพ์ และโฆษณา
บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด



พัฒนางานด้านสื่อ สิ่งพิมพ์ และโฆษณา
 โดยเน้นการสร้างสรรค์ ผลงานที่ดี มีคุณภาพ
 มาอย่างต่อเนื่อง ยาวนานกว่า 20 ปี
 ด้วยทีมงานที่มีความเชี่ยวชาญ
 เรื่องการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ และโฆษณา

เราพร้อมที่จะเป็นเพื่อนคู่คิด เป็นมิตร
 คอยแนะนำให้คำปรึกษา เพื่อให้ทุก ๆ ผลงาน
 ที่ผลิตจากเราไป เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ของ
 การส่งเสริมการขาย ที่ทำให้สินค้าของลูกค้า
 ประสบผลสำเร็จ ในธุรกิจการตลาด



ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ
 Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
 ทางวงการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
 เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจ

กด Like ได้ที่ www.facebook.com/วงการแพทย์

สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น
 1-31/01/21

Create an

OPTIMAL ACID ENVIRONMENT

VOCINTI

10, 20 mg. VONOPRAZAN

VOCINTI

Vonoprazan as vonoprazan fumarate

Indication: Gastric & duodenal ulcer; reflux esophagitis (erosive esophagitis). Prevention of recurrence of gastric or duodenal ulcer during low-dose aspirin or NSAIDs administration. Adjunct to *H. pylori* eradication associated w/ gastric & duodenal ulcer, gastric MALT lymphoma, idiopathic thrombocytopenic purpura, stomach after endoscopic resection of early stage cancer, or *H. pylori* gastritis.

Dosage and Administration:

Adult Gastric ulcer 20 mg once daily for up to 8 wk.

Duodenal ulcer 20 mg once daily for up to 6 wk.

Reflux esophagitis (erosive esophagitis) 20 mg once daily up to 4 wk. May be continued up to 8 wk if treatment is insufficient.

Prevention of recurrence of gastric & duodenal ulcer during low-dose aspirin & NSAID administration 10 mg once daily.

Adjunct to *H. pylori* eradication Vonoprazan 20 mg + amoxicillin hydrate 750 mg + clarithromycin 200 mg bid for 7 days or physician judgement Alternatively, vonoprazan 20 mg + amoxicillin hydrate 750 mg + metronidazole 250 mg bid for 7 days may be used if other treatment fails.

Contraindication:

Hypersensitivity.

Special precaution: Discontinue treatment in patients who have evidence of liver function abnormalities or if they develop signs or symptoms suggestive of liver dysfunction. Concomitant use w/ drugs for which absorption is dependent on acidic intragastric pH. Does not preclude gastric malignancy, Renal & hepatic disorders, Pregnancy & lactation, Child <18 yr, Elderly.

Adverse Event:

Diarrhoea, constipation.

Drug Interaction: May interfere w/ the absorption of drugs whose bioavailability is pH-dependent (eg, atazanavir & neflirinavir). Increased blood conc w/ strong CYP3A4 inhibitors (eg, clarithromycin (no dose adjustment of Vocinti is considered necessary when concomitantly used)); w/ clarithromycin & amoxicillin regimen.

Package: Film Coated tab 10 mg x 10's, 20 mg x 10's.

Further information is available on request. Product information is available on package insert

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ศส. 15-3/2562

TH/VCT/2018-00024



หมายเหตุ :
เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา

บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด 57 อาคารมาร์คเวเบอร์ ซีโบลีทซ์ ชั้น 15
ถนนวิญญู แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ : 0-2697-9300-97 แฟกซ์ : 0-2697-9399



วัคซีนป้องกันโควิด-19

การป้องกันโรคติดเชื้อและโรคติดต่อนั้นเราทำได้หลายวิธี ถ้าเรามีความรู้เรื่องเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ และวิธีการติดต่อจะทำให้เราป้องกันโรคได้ นอกจากนี้การทราบกลไกการเกิดโรคก็ทำให้เราสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคติดต่อนั้นได้ ในอดีตมนุษย์ตายจากโรคคอหิวร่าจำนวนมาก เมื่อเราทราบว่าโรคนี้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เข้าสู่ร่างกายทางอาหารและน้ำดื่ม เชื้อแพร่ทางอุจจาระ เราแก้โดยมีห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะ รับประทานอาหารที่ผ่านความร้อนแล้ว ล้างมือหลังจากออกจากห้องส้วมและก่อนรับประทานอาหาร เราสามารถควบคุมโรคคอหิวร่า ไทฟอยด์ ไวรัสตับอักเสบบีได้โดยไม่ได้ใช้วัคซีน นอกจากนี้เรารู้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคคอหิวร่าเสียชีวิตเพราะร่างกายขาดน้ำและเกลือแร่ เราก็แก้ไขโดยให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดหรือ รับประทานน้ำเกลือแร่ โรค SARS ที่เคยระบาดเมื่อหลายปีก่อนเราก็ควบคุมได้โดยไม่ได้ใช้วัคซีน เราทราบว่าผู้ป่วยมีไข้ทุกรายและเชื้อถูกขับออกมามากที่สุดในวันที่ 10 ของโรค เพราะฉะนั้นเราตรวจดูว่าใครมีไข้ เราจับแยกไว้ ผู้ป่วยก็ไม่สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ โรคอีโบลาคิดต่อโดยการสัมผัสกับเลือดและสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย ถ้าเราไม่เข้าไปใกล้สัมผัสกับผู้ป่วยเราก็ไม่ป่วยเป็นโรคนี้ เพราะฉะนั้นเราป้องกันโรคได้โดยการหลีกเลี่ยงไม่ไปอยู่ใกล้กับคนที่เป็โรค และป้องกันการสัมผัสกับเชื้อโรค

โรคโควิด-19 เราสามารถป้องกันได้โดยไม่ได้ไปในที่แออัดหรือลมถ่ายเทไม่สะดวก มีการใส่หน้ากากอนามัยป้องกัน ล้างมือก่อนสัมผัส ตา จมูก ปาก ส่วนผู้ป่วยต้องใส่หน้ากากอนามัยเพื่อลดการแพร่เชื้อ เมื่อหลีกเลี่ยงไม่ได้เราได้รับเชื้อเข้าไปแล้วเราจะต้องกำจัดเชื้อออกจาก ร่างกายเราให้เร็วที่สุด ถ้าเราไปอยู่ในที่เสี่ยงต่อการติดโรคเราต้องกลับมาอาบน้ำฟอกสบู่ กลั้วคอด้วยน้ำยาบ้วนปาก เช่น ลิซเตอรีน (จากการศึกษาพบว่าน้ำยาบ้วนปากถ้ากลั้วปากนาน 30 วินาที สามารถฆ่าเชื้อโควิดได้ 99.9%) ถ้าเราติดเชื้อเข้าไปแล้วและเราเป็นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการที่จะเป็นโรครุนแรงเราต้องใช้ยากำจัดไวรัสให้เร็วที่สุด การให้น้ำเหลืองจากคนที่หายจากโรคมาให้ ต้องให้ระยะแรกก่อนที่ไวรัสเข้าไปในเซลล์ การให้ยาที่ยับยั้งการสร้าง RNA ของไวรัส เช่น Remdesivir หรือ Favipiravir ก็ควรใช้ในวันแรก ๆ ถ้าให้ช้าผลจะไม่ดี

คนที่มีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วยสูงเนื่องจากการทำงานที่หลีกเลี่ยงการสัมผัสไม่ได้ หรือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเมื่อป่วยแล้วมีอัตราตายสูง เราจะต้องหาวัคซีนมาใช้ในการป้องกัน เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงขอกว่าเฉพาะหลักการ

ในอดีตการผลิตวัคซีนใช้เวลาศึกษาหลายปีก่อนจะนำมาใช้ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงสิ่งแรกคือ ความปลอดภัยทั้งระยะสั้นและระยะยาว สิ่งที่สองคือ ประสิทธิภาพของวัคซีนว่าจะป้องกันโรคได้มากน้อยเพียงใด สิ่งที่สามคือ การเก็บ การขนส่ง วิธีการให้ รวมทั้งราคา

วัคซีนในรุ่นแรก ๆ เราเอาเชื้อมาทำให้ตายแล้วฉีดเข้าไปกระตุ้นให้ผู้ได้รับวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโดยไม่ได้ทำให้เกิดโรคเนื่องจากเชื้อตายแล้ว ตัวอย่างของแบคทีเรียคือ วัคซีนป้องกันอหิวร่า วัคซีนไทฟอยด์ วัคซีนป้องกันไอกรน ส่วนที่เป็นไวรัสคือ วัคซีนป้องกันโปลิโอ ชนิดเชื้อตาย (IPV), วัคซีนป้องกันไข้สมองอักเสบ (JE vaccine), วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า, วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ที่น่าสังเกตคือ เป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาทและทางเดินอาหาร ส่วนที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจผลไม่ดี บางครั้งเมื่อติดเชื้อภายหลังมีอาการรุนแรงขึ้น เช่น วัคซีนหัดชนิดเชื้อตาย วัคซีน RSV วัคซีนโควิดของจีน ทั้ง Sinovac และ Sinopharm ใช้วิธีนี้

กลุ่มที่ 2 ทำเชื้อให้อ่อนฤทธิ์ ไม่ก่อให้เกิดโรค เช่น OPV, MMR, Rotavirus แต่ที่น่าเป็นห่วงคือ นาน ๆ ไปเชื้อมีชีวิตเปลี่ยนไปเป็น เชื้อก่อโรค และให้ในคนที่ไม่มีภูมิต้านทานต่ำไม่ได้

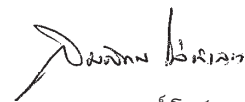
กลุ่มที่ 3 เป็น subunit vaccine เอาส่วนของไวรัสที่สำคัญต่อการสร้างภูมิคุ้มกันมาฉีดเข้าไป เหมือนวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ในโควิดมีคนพยายามทำ เช่น Novavax ของสหรัฐอเมริกา

กลุ่มที่ 4 ใช้ไวรัสอื่นที่ไม่ก่อโรคเป็นพาหะพาหะของไวรัสที่เกี่ยวกับการเกาะเข้าสู่เซลล์ ที่ใช้ปัจจุบัน เช่น วัคซีนไข้เลือดออกเด็งกี ใช้ Yellow fever เป็นตัวพา ไวรัสที่ใช้เป็นพาหะที่นิยมคือ adenovirus, vesicular stomatitis virus, new castle disease virus วัคซีนของ AstraZeneca ใช้ adenovirus ของลิงชิมแปนซี, CanSino Biologics ของจีนใช้ adenovirus 5, Sputnik V ของรัสเซียใช้ adenovirus 5 และ 26

กลุ่มที่ 5 ใช้ mRNA เนื่องจากความรู้ทางพันธุกรรมมีมากขึ้น เราทราบว่าส่วนใดของพันธุกรรมเป็นตัวสร้าง spike protein เราก็สังเคราะห์ได้ เนื่องจาก RNA ไม่คงตัวมีปัญหาการเก็บและการเอา RNA เข้าไปในเซลล์ วัคซีนของ Pfizer และ Moderna ใช้วิธีนี้

กลุ่มที่ 6 ใช้ DNA เอาส่วนที่ควบคุมการสร้าง spike protein ใส่ใน plasmid วัคซีนนี้เก็บได้ดี แต่ที่น่ากลัวคือ DNA ต้องเข้าไปใน nuclease ของเซลล์ กลัวว่าจะไปเปลี่ยนพันธุกรรมของร่างกายเรา

กลุ่มที่ 7 คือกลุ่มอื่น ๆ วัคซีนที่ใช้ในปัจจุบันยังศึกษาไม่นานพอ เราอาจจะต้องรอดูผลจากประเทศอื่นก่อน



ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 513 ประจำเดือนมกราคม 2564



3 สารบัญฉบับใหม่

11 Get Up

- อารมณ์ได้หน้าาก
- Internet of Things (IoT)กับการพัฒนาการทำงานในโรงพยาบาล

13 โลกกว้างทางแพทย์

- SARS-CoV-2 Transmission From People Without COVID-19 Symptoms
- Pathogenesis of COVID-19
- Systematic Review of the Methodology for Airborne Virus Detection to Propose Prototype for Health Facilities

17 Special

“บัตรนัดตรวจเบาหวาน” ใหม่ใหม่ มาพร้อมเกร็ดความรู้ การดูแลตนเองเบื้องต้นจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

19 รอบรู้เรื่องยา

Personalized Medicine กับ Pharmacogenomics

21 เสียงแพทย์

โรคระบาดทั่วโลก Pandemic

25 นานาสาระ

การรักษา ANCA vasculitis

27 หลากสีลัน

แรงจูงใจในการทำงาน

29 เฉพาะโรค

แนวทางการรักษาโรคอ้วนในผู้ใหญ่ตามแนวทางยุโรป (European Guidelines for Obesity Management in Adults)

33 Radar

เครือข่ายลดบริโภคเค็มและสลดมโรคไตฯ เผยงานวิจัยล่าสุดร่วมกับองค์การอนามัยโลก พบคนไทยเสี่ยงโรคไตจากการบริโภคเกลือเกินจำเป็น

35 Movement

36 Systematic Review

COVID-19 VACCINE

37 มุมตีเวช

การขาดอากาศจากการถูกบีบคอ Manual Strangulation

40 เสี้ยวหนึ่งของชีวิต

โรคตับจากโรคอ้วน แอลกอฮอล์ และพยาธิใบไม้ของตับ

41 รายงานพิเศษ

ศ.ดร.นพ.วาเลนติน ฟัสเตอร์ และ นพ.เบอนาร์ดี ฟีคูล เจ้าของรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2563

45 ภาพข่าว

คณะที่ปรึกษา และคอลัมนิสต์

ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิช ศ.นพ.มนตรี ตูจันดา ศ.พญ.ชนิกา ตูจันดา ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.พญ.ธันนดา ตระการวณิช ผศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง พ.ต.ต.นพ.ณัฐวุฒิ โยธินอุปไมย อ.นพ.สันติ สิลัยรัตน์ พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา พญ.พัทธธีรา ดิษยวรรณวัฒน์ พญ.วรินทิพย์ สว่างศรี นพ.ธนาวุฒม์ ไสภักดี ดร.ภก.สิขวัฒน์ นักร้อง ดร.ภก.ประยุทธ ภูวรัตนาวีโร

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

กรรมการผู้จัดการ

สิริพร แสงเทียนฉาย

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, มณัญญา นาควิไล

อาร์ตไดเรกเตอร์ สุกัญญา หิรัญยะวะสิต

ดีไซเนอร์ อาทิตย์ ศานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

งานโฆษณา ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์

พัชรินทร์ ภายหอม, ปิยะวรรณ หาปัญนะ

กนกอร ขจรศักดิ์, มณัญญา นาควิไล

ช่างภาพ ศษพล ไชยทุ่งเงิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา สิริพร แสงเทียนฉาย

โทรศัพท์ติดต่อ หรือสมัครสมาชิกได้ที่

โทร. 0-2435-8111, 0-2435-8444 ต่อ 101

แพทย์ 0-2423-2286

เจ้าของ บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์

เขตบางกอกน้อย กทม. 10700



เนื่องในศุภวาระขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๖๔ ผมขอส่งความสุขและความปรารถนาดีมายังสมาชิก และผู้อ่านนิตยสารวงการแพทย์ทุกท่าน ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านเคารพนับถือ โปรดอำนวยการพรให้ท่านประสบสรรพสิ่งมิ่งมงคล มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรงทั้งกายและใจ เพื่อเป็นพลังสำคัญในการร่วมกันดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดี และพัฒนางานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของไทยให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นสืบไป

นายอนุนทิน ชาญวีรกุล

รองนายกรัฐมนตรี

และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



ในปีที่เพิ่งผ่านไปเราประสบปัญหาเรื่องการระบาดของโรคโควิด-19 ไปทั่วโลก มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการเดินทาง คนไทยต้องปรับตัวให้อยู่ในวิถีใหม่ มีการใช้สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น การซื้อสินค้า online มากขึ้น มีการสวมหน้ากากอนามัยเวลาไปในที่ชุมชน มีการล้างมือบ่อยและมีการเว้นระยะห่างทางสังคม มีการเรียนและประชุม online มากขึ้น ปัญหาฝุ่น PM2.5 ยังไม่หมดไป คนตงงานมากขึ้น แถมยังมีการประท้วงเดินขบวนของคนรุ่นหลังในที่ต่าง ๆ จากการที่ได้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ในปีใหม่นี้ผมขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลกจงช่วยคุ้มครองให้คนไทยทุกคนมีแต่ความสุข มีความสามัคคี ปราศจากการแตกแยกของสังคม ขอให้ทุกคนมีสุขภาพดี ห่างไกลจากโรคระบาด มีรายได้และมีงานทำ สามารถปรับตัวได้กับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ขอให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนได้ทำงานอย่างมีความสุข เป็นที่รักและเข้าใจของประชาชน และผู้ใกล้ชิด ห่างไกลจากการฟ้องร้อง มีสุขภาพดี ปราศจากสิ่งใดที่ดี ขอให้สมความปรารถนาทุกประการ

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
บรรณาธิการที่ปรึกษานิตยสารวงการแพทย์



เนื่องในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๖๔ ขออำนาจพรให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลพิภพ โปรดดลบันดาลให้ผู้อ่านวงการแพทย์ทุกท่านปราศจากโรคภัย ประสบแต่ความสุข ความเจริญ ด้วยจตุรพิรพรชัยและสัมฤทธิ์ผลในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ

ด้วยความปรารถนาดีจาก

ศ.เกียรติคุณ พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์

นายกแพทยสภา

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๖๔ ผมและชาวศิริราชขอให้ทุกท่านมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ไม่ประมาทในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัด และขออำนาจแห่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ท่านเคารพนับถือได้โปรดอำนวยการให้ท่านและครอบครัวได้รับพรอันเป็นนิรันดร์ สวัสดิ์ปีใหม่ครับ



ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



ในศุภวารดิถีขึ้นปีใหม่ ผมขอส่งคำอวยพรมายังผู้อ่านนิตยสารวงการแพทย์ทุกท่าน ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายจงดลบันดาลให้ท่านและครอบครัวประสบแต่ความสุขด้วยจตุรพิธพรชัย สมบูรณ์พูนผลในสิ่งที่พึงปรารถนาทุกประการ

เนื่องจากในปีนี้เป็นเกิดการแพร่ระบาดของ COVID-19 ผมขอให้ทุกท่านรักษาระยะห่าง หมั่นสังเกตอาการของตนเอง และปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดอย่างเคร่งครัด ผมขอขอบคุณทุกท่านที่ร่วมแรงร่วมใจกันต่อสู้กับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอย่างเหน็ดเหนื่อย ขอให้ในปี ๒๕๖๔ ที่มาถึงเป็นปีที่เรากลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ทั้งสุขภาพและสุขใจ

ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๖๔ ผมในนามคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก โปรดอำนวยการให้คุณผู้อ่านทุกท่านและประชาชนชาวไทยมีความสำเร็จในหน้าที่การงาน มีสุขภาพพลานามัยแข็งแรง ครอบครัวมีความสุข ปลอดภัยจากภัยอันตราย ผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคทั้งปวง ประสบผลสำเร็จยิ่งในสิ่งที่ปรารถนา



ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



ในโอกาสขึ้นปีใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๔ นี้ กระผมและคณะกรรมการบริหารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีทุกคน ขอส่งความปรารถนาดี ความสุขมายังทุก ๆ ท่าน ในแต่ละปีเรามีเด็กที่เกิดน้อยลงเรื่อย ๆ ในขณะที่เรากำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุในไม่ช้า เพราะฉะนั้นการให้การดูแลรักษา การใส่ใจแก่เด็กทุกคนคือการทำให้สังคมเรามีหลักประกัน มีที่พึ่งพาในอนาคต ขอให้ความดีต่าง ๆ ที่ท่านได้ทำให้แก่เด็กไทยทุกคนนำมาซึ่งสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สุขภาพจิตที่แจ่มใส เบิกบาน คิดสิ่งใดสมปรารถนา มีความสุขมาก ๆ ตลอดปี พ.ศ. ๒๕๖๔ นี้ครับ

นพ.อดิศัย ภัตตาดั่ง

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๔ ผมขอเป็นตัวแทนของบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ จำนวน 6,000 กว่าคน และศิษย์เก่าของคณะฯ ขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก จงดลบันดาลให้สมาชิกและผู้อ่านนิตยสารวงการแพทย์ทุกท่านประสบแต่ความสุขเกษมสำราญ และสัมฤทธิ์ผล ในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ

ปัจจุบันนี้โรคระบาดไวรัสโควิด-19 (COVID-19) มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อ สาธารณสุขของประเทศไทยไม่มากนักน้อย ทุกกำลังใจมีความหมาย ผมขอส่งกำลังใจให้กับบุคลากรการแพทย์ ทุกท่านที่ทุ่มเทร่างกายและแรงใจ เราจะผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปด้วยกันครับ

ศ.(เชี่ยวชาญพิเศษ) นพ.บรณกิจ โลจนาภิวัฒน์
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๖๔ ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ท่านเคารพนับถือได้โปรดคุ้มครองและดลบันดาลให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว ประสบ แต่ความสุข ความเจริญ มีสุขภาพพลานามัยแข็งแรง สุขภาพใจที่เข้มแข็ง และพลังสติปัญญาที่จะช่วยกันทุ่มเท ทำงานเพื่อเกิดประโยชน์แก่วงการแพทย์ การสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนชาวไทยตลอดไป



ศ.นพ.วิระพงษ์ ภูมิรัตนประพิณ

คณบดีคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล



สวัสดีปีใหม่ ๒๕๖๔ แต่สมาชิกและผู้อ่าน “วงการแพทย์” ทุกท่าน

แม้ปี ๒๕๖๓ จะเป็นปีโรค COVID-19 ระบาดไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย แต่ด้วยความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพและจิตสำนึกของประชาชนชาวไทย ที่ได้ร่วมกันฟันฝ่าโรคร้ายนี้ด้วยกันจนประสบความสำเร็จอย่างดียิ่งเยี่ยมในการควบคุมโรคนี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นที่ยกย่องชื่นชมขององค์กรต่าง ๆ ทั่วโลก

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๔ ขอให้ความสำเร็จดังกล่าวในปีที่แล้วนี้เป็นเสมือนพรอันประเสริฐ ที่อวยพรกลับมายังสมาชิกและผู้อ่าน “วงการแพทย์” ทุกท่าน ให้มีความสุขกาย สุขใจ และสามารถฟันฝ่า อุปสรรคต่าง ๆ ทั้งโรค COVID-19 และอุปสรรคชีวิตรวมทั้งเศรษฐกิจ ให้ผ่านพ้นไปด้วยดีและประสบความสำเร็จ อย่างดีในหน้าที่การงานและชีวิตครอบครัวตลอดปีใหม่นี้

ศ.เกียรติคุณ นพ.อมร ลีลารัตน์มี

นายกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕



ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก และขอเดชพระบารมี แห่งองค์พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินี ได้โปรดอภิบาลบันดาลดลให้สมาชิกและผู้อ่านนิตยสารวงการแพทย์ ทุกท่านประสบแต่ความสุข ความเจริญ มีสุขภาพกาย สุขภาพใจ สมบูรณ์แข็งแรง ห่างไกลโรคมะเร็ง และสมหวังในสิ่งอันพึงปรารถนาที่ดั่งามทุกประการ ตลอดปี ๒๕๖๔



นพ.จินดา โรจนเมธินทร์

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



ปีเก่า ๒๕๖๓ ที่เพิ่งผ่านไป นับเป็นปีที่พวกเราแพทย์ทุกคนต้องพบกับความเหนื่อยยากทั้งกาย และใจ ด้วยการต้องเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 หลาย ๆ ท่านต้องเป็นทีมสอบสวนโรค วางแผนป้องกันการระบาด คัดกรองผู้ป่วยเสี่ยง และรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่ต้องนอนโรงพยาบาล รวมทั้งยังต้องให้การดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ ในภาวะที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อในโรงพยาบาลด้วย

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยขอเป็นกำลังใจให้กับแพทย์ทุกท่านในการปฏิบัติหน้าที่ ท่ามกลางความยากลำบากนี้ และหวังว่าสถานการณ์การระบาดจะคลี่คลายลงด้วยความร่วมมือร่วมใจ ของคนไทย รวมทั้งการได้มาของวัคซีนโควิด-19

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ ๒๕๖๔ นี้ ผมขอให้คุณงามความดีที่ทุกท่านช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี หายป่วย หรือบรรเทาจากความเจ็บป่วย รวมทั้งอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย ประทานพรให้ท่านมีความสุข สดชื่น สมหวัง สุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ปลอดภัยโควิด-19 ตลอดปีใหม่นี้และตลอดไปนะครับ

พล.อ.ท.นพ.อนุตตร จิตตินันท์

ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ ๒๕๖๔ ผมและคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย และขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก โปรดดลบันดาลให้ทุกท่านและครอบครัวมีสุขภาพที่แข็งแรง ประสบแต่ความสุข ความเจริญ ด้วยจตุรพิพรชัย หากคิดและทำสิ่งใดอันเป็นการประกอบกรรมดีและมีคุณธรรมทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคม ขอจงประสบสัมฤทธิ์ผลในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ



ศ.นพ.ธไนรินทร์ โชตนฤดี

ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย



เนื่องในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๖๔ ขออาราธนาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านเคารพนับถือ โปรดอำนวยการให้คณะแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งผู้อ่านนิตยสารวงการแพทย์ ทุกท่าน ประสบแต่ความสุข ความเจริญ และมีสุขภาพพลานามัยที่แข็งแรง สมบูรณ์ เพื่อเป็นพลัง ในการทำประโยชน์แก่วงการแพทย์ การสาธารณสุข และสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในยุคที่โลก มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเทคโนโลยีและโรคอุบัติใหม่



ศ.พญ.สุวรรณี สุระเศรณีวงศ์

ประธานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ๒๕๖๓-๒๕๖๔



ในศุภมงคลสมัยขึ้นปีใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๔ ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั่วสากลโลกโปรดบันดาลให้ผู้อ่านประสบแต่ความสุข ความเจริญ มีสุขภาพแข็งแรง

ในปีปัจจุบันด้วยภาวะโรคโควิด-19 ที่มีผลต่อชีวิต อารมณ์ และความสัมพันธ์ของมนุษยชาติอย่างไม่เคยมีมาก่อน การติดต่อสื่อสาร การทำงาน และการดูสิ่งบันเทิงผ่านระบบไร้สายมีมากขึ้น ผู้คนใช้สายตาในการมองใกล้มากขึ้น จึงขอให้ทุกท่านถนอมสายตาด้วยการพักสายตาเป็นระยะ ออกกำลังกาย และดูแลดวงตาของท่านให้ปลอดภัยจากลม ความแห้งและฝุ่นละอองต่าง ๆ รวมถึงการตรวจตาเป็นระยะตามวัย ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข

รศ.นพ.อนุชิต ปัญญทลังค์

ประธานราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย



ปี ๒๕๖๓ ที่หนักหน่วงกำลังจะผ่านพ้นไป ปีใหม่กำลังจะมา ผมขอเป็นกำลังใจให้กับเพื่อนแพทย์ทุกท่านในการร่วมกันต่อสู้กับวิกฤตการณ์อันใหญ่หลวงนี้ ในฐานะประธานราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ผมขออาราธนาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่คุ้มครองประเทศไทยได้โปรดคุ้มครองแพทย์บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวให้พ้นจากโรคภัยทั้งปวง และขอให้ประสบผลสำเร็จในทุกเรื่อง ที่หวังไว้ เป็นกำลังใจอันสำคัญประเทศไทยอันเป็นที่รักของพวกเราทุกคน

นพ.ยอดรัก ประเสริฐ

ประธานราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย



เนื่องในโอกาสวันขึ้นปีใหม่ ขออำนวยการให้ท่านมีความสุขสำราญ ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน สุขภาพร่างกายแข็งแรง และสัมฤทธิ์ผลในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย



ในศุภวารดิถีขึ้นปีใหม่ ๒๕๖๔ กระผมในนามของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมรู่มาติสซั่มแห่งประเทศไทย ขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายโปรดดลบันดาลให้ท่านและครอบครัวประสบแต่ความสุข ความเจริญ ด้วยจตุรพิธพรชัยและสัมฤทธิ์ผลในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ

ขออำนวยการปีใหม่แต่ทุกท่าน
สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี
คิดสิ่งใดขอสมหวังดังตามจิต
พรมงคลให้พร้อมพร้อมตลอดกาล

ให้สุขสันต์นิรันดรเกษมศรี
ทุกชีวิมันคงยั่งยืนนาน
เป็นมิ่งมิตรทุกนามตามกล่าวขาน
ดลบันดาลให้ประสบโชคดีเทอญ

นพ.ศิริภาพ สุวรรณโรจน์

นายกสมาคมรู่มาติสซั่มแห่งประเทศไทย

ในศุภวารดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๖๔ ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลกโปรดคุ้มครองและดลบันดาลให้ท่านและครอบครัวประสบแต่ความสุข ความเจริญ ปราศจากภัยอันตรายใด ๆ ทั้งหลายทั้งปวง ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์ และมีพลังทำงาน เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดประโยชน์แก่วงการแพทย์ การสาธารณสุข และสังคมไทยอย่างต่อเนื่องตลอดไป



Anan Gulthanthana

ศ.พญ.กนกวลัย กุลทันทน์

นายกสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย



คำอวยพรปีใหม่

“ขออวยพรปีใหม่ให้ล้ำเลิศ
ท่านผู้อ่านแข็งแรงแกร่งดำรง
ถึงแม้ว่าจะมี COVID ร้าย
ไม่มีทุกข์ประสบสุขกว่าวันวาน

ล้วนก่อเกิดสิ่งงดงามตามประสงค์
ให้มั่นคงมั่งคั่งยั่งยืนนาน
อันตรายและเป็นภัยขอให้ผ่าน
สุขสำราญปลอดโรคภัยตลอดปี”

ในศุภวารดิถีขึ้นปีใหม่ ขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายโปรดดลบันดาลให้ท่านผู้อ่านและครอบครัว
ครูบาอาจารย์ทุก ๆ ท่าน ประสบแต่ความสุข ความเจริญ ด้วยศุภฤกษ์พรชัยและสัมฤทธิ์ผลในสิ่งอันพึงปรารถนา
ทุกประการ

Sirachon Nakhong

อ.ดร.ภก.สิริชัชวัฒน์ นักร้อง

หัวหน้าหมวดวิชาบริหารเภสัชกิจ วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
ผู้เขียนประจำคอลัมน์ “รอบรู้เรื่องยา”

ในศุภวาระขึ้นปีใหม่นี้ ขอให้ผู้อ่านนิตยสารวงการแพทย์ทุกท่านจะมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่แข็งแรง
และเป็นกัลยาณมิตรซึ่งกันและกันเสมอไป สิ่งที่ไม่ดีต่าง ๆ ของจงทิ้งไว้ในปีเก่า ริเริ่มทำสิ่งใหม่เพื่อชีวิต
ของตนเองและสังคมมีความเจริญก้าวหน้าขึ้น

และขอฝากข้อคิดเพื่อเตือนใจไว้ประการหนึ่งว่า ในปัจจุบันเรากำลังประสบกับ “วิกฤติ” ในหลาย ๆ ด้าน
ไม่ว่าจะเป็นโรคระบาด ปัญหาด้านสังคม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และยิ่งประสบกับปัญหา “สินามิ” ของข้อมูล
ต่าง ๆ ที่ถาโถมเข้ามาในทุกเสี้ยววินาที ขอให้คิดว่านี่คือโอกาสในการทดสอบตน ปัญหาคือแรงผลักดัน
ให้เกิดความเป็นอิสระและหลุดพ้นจากพันธนาการ การคิดตัดสินใจภายใต้กรอบข้อเท็จจริงและนำไปประยุกต์ใช้
อย่างยืดหยุ่นจะเป็นทางออกของปัญหาต่าง ๆ ที่ถาโถมเข้ามา “หากไม่มีทางออกก็ออกจากทางเข้าสิครับ”



ด้วยความปรารถนาดี

Prayuth

ดร.ภก.ประยุทธ์ ภูวรัตน์าวีวิธ

ผู้เขียนประจำคอลัมน์ “Get Up” และ “โลกกว้างทางแพทย์”



“ปีใหม่นี้ สำหรับดี กว่าปีเก่า
พีชมีเหง้า ครบปี ทวีหัว
ทั้งขนาด และจำนวน ล้วนเกินตัว
แต่คนชั่ว กลับถอยถด ดิลดลง

คือปีหน้า เลวลงกว่า ในปีนี้
ไม่กี่ปี จะหมดดี เพราะมีหลง
รู้สึกตัว ละชั่ว เพราะเห็นตรง
ดีจะคง ดีขึ้นไป ขึ้นใจเออยฯ”

พุทธทาสภิกขุ

ขอนำพรปีใหม่จากท่านพุทธทาสภิกขุมาให้
ท่านผู้อ่านทุกท่าน ทั้งขอให้ความพอและความเมตตา นำพา
ชีวิตผู้อ่านทุกท่านให้พบกับความสงบสุขตลอดปีใหม่นี้
และตลอดไป

Phra Prayut

พ.ต.ท.พ.ณัฐวุฒิ โยธินอุปไมย

แพทย์นิติเวช สถาบันนิติเวชวิทยา
ผู้เขียนประจำคอลัมน์ “มุมนิติเวช”

ปี ๒๕๖๓ นับเป็นปีที่มีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย โดยเฉพาะวิกฤตการณ์ทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขกับการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยืดเยื้อยาวนานมาตั้งแต่ช่วงปลายปี ๒๕๖๒ ซึ่งได้สร้างผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้คนมากมายทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จนเรียกได้ว่าเป็น “new normal” ของพวกเราไปแล้ว อย่างไรก็ตาม หวังว่าวิกฤตการณ์ครั้งนี้จะผ่านพ้นไปได้โดยไม่สร้างความสูญเสียให้กับเรามากนัก ไม่ทำให้ท่านผู้อ่านของเราเสียขวัญกำลังใจในการดำรงชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ต่อไปในฐานะผู้ให้การดูแลทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข และหวังว่าในปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านเข้ามานี้จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลายประการที่จะช่วยทำให้ทุก ๆ คนใจชื้นขึ้นกว่าในปีก่อน

ในศุภวารดิถีขึ้นปีใหม่พุทธศักราช ๒๕๖๔ นี้ ผมขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัย พระสยามเทวาธิราชและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลกที่ทุกท่านนับถือ ได้โปรดนำพาสິงดี ๆ เข้ามาในชีวิตของผู้่านของเราทุกท่านให้ได้ประสบแต่ความสุขกาย สุขใจ ปราศจากภัยอันตรายทั้งปวง มีความพร้อมทั้งพลังกายและพลังใจในการดำเนินชีวิต และช่วยดลบันดาลให้ทุก ๆ ท่านได้คิด พุด และทำในสิ่งทีสร้างสรรค้จรรโลงโลกของเราให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ ตลอดปีนี้และตลอดไปครับ

อ.นพ.สันติ สิลัยรัตน์

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ผู้เขียนประจำคอลัมน์ “เฉพาะโรค”

อวยพรปีใหม่ ๒๕๖๔

๒๕๖๔ ศุภฤกษ์เบิกดิถีขึ้นปีใหม่
ศุภชัยจงก่อเกิดล้ำเลิศผล
ศุภลักษณ์งดงามยามเย็นยล
ศุภชนม์ยืนยาวสร้างโควิด

นพ.ธนาวุฒิ โสภักดิ์

ผู้เขียนประจำคอลัมน์ “Systematic Review”

เนื่องในวารดิถีขึ้นปีใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๔ ผมขอกราบอาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ท่านเคารพนับถือจงดลบันดาลให้ท่านและครอบครัวจงประสบแต่ความสุข ความเจริญ สมประสงค์ในสิ่งที่ตั้งามทุกประการให้แก่ประเทศไทยที่รักของเราต่อไป

นพ.พินิจ กุลสระวณิชย์
ผู้ช่วยเลขาธิการสภาอากาศไทย

กราบสวัสดีปีใหม่ ๒๕๖๔ แต่ผู้อ่านทุกท่านมีความสุขในชีวิตมีอยู่ 3 อย่างคือ สุขพื้นฐาน...จากปัจจัยสี่ สุขที่เกิดจากความรู้จักขอบคุณโลกที่เราอาศัยอยู่... การมีครอบครัวที่ดี มีธรรมชาติสวยงาม สุขจากการก้าวผ่านด่านยาก ๆ ได้...จากการชนะอุปสรรคต่าง ๆ

ในศุภวาระขึ้นปีใหม่ ๒๕๖๔ นี้ ขอให้ผู้อ่านทุกท่านประสบความสุขในชีวิตทั้ง 3 ประการ โดยเฉพาะสามารถก้าวข้ามผ่านด่านยากของชีวิตไปได้ในทุกกรณี ตลอดกาลนานเทอญ

ผศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง

แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
ผู้เขียนประจำคอลัมน์ “หลากหลายสีสัน”

สวัสดิ์ปีใหม่ ๒๕๖๔

สวัสดิ์ปีใหม่ใจผ่องแผ้ว ให้คลาดแคล้วโรคภัยมลายสูญ
สุขภาพแข็งแรงสุขสมบูรณ์ มีทรัพย์สิ้นเพิ่มพูนอนเนกอนันต์
ปรารถนาสิ่งใดให้สมคิด มีชีวิตรื่นรมย์สุขสมหวัง
ทั้งอายุรวรรณะสุขะพลัง อีกร่วมพรังญาติมิตรสนิทเทอญ

พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา

กรรมการแพทยสภา
ผู้เขียนประจำคอลัมน์ “เสียงแพทย์”

ภก.วีระชัย ธารมณีวงศ์

กรรมการผู้จัดการ
บริษัท ไบโอวาเลีย จำกัด

**“บุคคลตัวอย่างในภาคธุรกิจ
การแพทย์แห่งปี 2020”
(Quality Persons
of the Year 2020)**

**“ไบโอวาเลียคือบ้าน การงานคือเขตรื้อ
พนักงานคือครอบครัว เพื่อนรอบตัวคือพี่น้อง”**

จากความตั้งใจที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการทำให้เกิดความมั่นคงทางด้านสุขภาพโดยให้ประชากรไทยทุกคนได้มีโอกาสเข้าถึงวัคซีนที่ดีและมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับตามมาตรฐานสากลตลอดถึงการส่งเสริมองค์ความรู้จากผู้นำเทคโนโลยีและนวัตกรรมสู่ประเทศไทย ประกอบกับประสบการณ์ความรู้และความเชี่ยวชาญจากการทำงานธุรกิจด้านวัคซีนมากกว่า 20 ปี จึงทำให้ **ภก.วีระชัย ธารมณีวงศ์ กรรมการผู้จัดการ บริษัท ไบโอวาเลีย จำกัด** ตัดสินใจก่อตั้ง **บริษัท ไบโอวาเลีย จำกัด** ขึ้นในปี พ.ศ. 2553 ด้วยวิสัยทัศน์ “เป็นผู้นำด้านธุรกิจวัคซีนและชีวเวชภัณฑ์ ตลอดจนมีมาตรฐานในการจัดเก็บและจัดส่งที่ดี มีจรรยาบรรณทางธุรกิจ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและเป็นมิตรกับสังคม” ภายใต้พันธกิจเพื่อส่งเสริมสนับสนุนและดูแลภาคส่วนต่าง ๆ คือ ประชากรไทย หน่วยงานของภาครัฐ สังคม ชุมชน ลูกค้า และพนักงานอย่างสมดุล ตามเจตนารมณ์ของบริษัท ที่ต้องการทำให้ประชากรไทยมีสุขภาพที่ดี และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน

ปัจจุบันไบโอวาเลียเป็นผู้นำในการให้บริการ และจัดจำหน่ายวัคซีนและเวชภัณฑ์ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับมากกว่า 10 ปี

โดยผลิตภัณฑ์ที่บริษัทนำเข้า ได้แก่ วัคซีนโปลิโอ วัคซีนรวมป้องกันบาดทะยักและคอตีบ วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี วัคซีนรวม 5 โรค (คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตับอักเสบบี และฮิบโมฟิลุสอินฟลูเอนเซนชนิดบี [Hib]) วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอี ซึ่งเป็นวัคซีนที่อยู่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข (EPI program) และวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าซึ่งเป็นวัคซีนตัวแรกที่บริษัทฯ นำเข้า เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคประจำถิ่นของประเทศไทยและเป็นโรคที่เมื่อเป็นแล้วจะเสียชีวิตทุกรายซึ่งประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าทุกปี การจัดหาวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในประเทศจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยกลุ่มลูกค้าของบริษัท ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน คลินิก โรงเรียนแพทย์ สถานเสาวภา สภากาชาดไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

นอกจากมุ่งเน้นในด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์ การจัดหาวัคซีนให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้บริโภค และการส่งเสริมความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ใช้ในมิติต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องแล้ว ไบโอวาเลียยังให้ความสำคัญต่อ “การยกระดับ



คุณภาพชีวิตและเป็นมิตรกับสังคม” ตามวิสัยทัศน์ของบริษัทฯ ที่มีมาตั้งแต่ก่อตั้ง ด้วยเหตุนี้ตลอดหลายปีที่ผ่านมา บริษัทฯ จึงได้มีการจัดกิจกรรมและความรู้กลับคืนสู่สังคมในหลากหลายโครงการ ได้แก่ การสนับสนุนโครงการที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาพให้แก่ประชาชน เช่น สนับสนุนวัคซีนฟรีสำหรับการฉีดป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าล่วงหน้าให้แก่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถานเสาวภา สภากาชาดไทย ฯลฯ รวมถึงร่วมออกงานแสดงนิทรรศการร่วมกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสถานเสาวภา สภากาชาดไทยในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนแก่ประชาชนในวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโลก อีกทั้งให้การสนับสนุนภาครัฐในด้านอื่น ๆ เช่น ช่วยสรรหาวัคซีนเพื่อใช้ในโครงการรณรงค์ในการป้องกันโรคคอตีบที่มีการกลับมาระบาดซ้ำ (Re-emerging disease) จำนวนประมาณ 20 ล้านโดสในราคาที่ถูกลงกว่าท้องตลาด เพื่อเป็นการช่วยสนับสนุนในการประหยัดค่าใช้จ่ายของภาครัฐ

ตลอดระยะเวลากว่า 10 ปี “ไบโวลิส” ภายใต้การนำของ **ภก.วีระชัย** ที่มุ่งมั่นนำพาวงค์กรเพื่อสร้างความมั่นคงด้าน

วัคซีนให้แก่ประเทศ และเป็นประโยชน์สูงสุดของคนไทยจนเป็นที่ยอมรับ บทพิสูจน์แห่งความสำเร็จนี้คงจะเห็นได้จากการได้รับรางวัล **“บุคคลตัวอย่างในภาคธุรกิจการแพทย์แห่งปี 2020” (Quality Persons of the Year 2020)** ซึ่งจัดโดยมูลนิธิสภาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย (มสวท.) ณ หอประชุมใหญ่ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมา โดยได้รับเกียรติจาก ฯพณฯ นายอำพล เสนาณรงค์ (องคมนตรีในรัชกาลที่ 9) เป็นประธานและเป็นผู้มอบรางวัลในพิธี เพื่อเป็นการประกาศเกียรติคุณและยกย่องบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต ทั้งชีวิตส่วนตัว ชีวิตการทำงาน และการอุทิศตนทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติในด้านต่าง ๆ ซึ่งสมควรเป็นแบบอย่างที่ดีและควรค่าต่อการส่งเสริมเพื่อประกาศเชิดชูเกียรติยศแห่งความภาคภูมิใจ

ภก.วีระชัย กล่าวถึงกลยุทธ์ในการนำพาไบโวลิส หรือ “บ้าน” มาสู่ความสำเร็จให้ฟังว่า จุดเด่นที่ถือเป็นจุดแข็งของบริษัทฯ คือ เรามุ่งเน้นการดำเนินงานที่เรามีความชำนาญ คือ ผลิตภัณฑ์ชีววัตถุโดยเฉพาะเท่านั้น ซึ่งจะแตกต่างจากบริษัทอื่น ๆ



ส่วนใหญ่ที่จำหน่ายทั้งยา เวชภัณฑ์ วัคซีน และชีวเวชภัณฑ์ค่อนข้างหลากหลาย การที่ไบโอวาสิสมุ่งมั่นทำเฉพาะในสิ่งที่ตนเองเชี่ยวชาญ จึงทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพเต็มความสามารถในการตอบสนองความต้องการทางด้านวัคซีนของประชาชนไทย นอกจากนี้เรายังมีผู้บริหารและทีมงานที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับวัคซีนแบบครบวงจรมากกว่า 20 ปี ตลอดจนวิสัยทัศน์ที่เตรียมพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต การวางแผนและกำหนดนโยบายทิศทางของบริษัทฯ จะได้มาจากประสบการณ์จริง นอกจากนี้บริษัทฯ ยังมุ่งเน้นการจัดหาผลิตภัณฑ์ซึ่งก็คือวัคซีนที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคที่ดี รวมถึงมีมาตรฐานการผลิตที่ดีเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตตามมาตรฐาน PIC/S GMP (Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme Good Manufacturing Practice) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ใช้ในสหภาพยุโรป

“ทั้งนี้ในการเลือกสรรวัคซีน อันดับแรกเราจะพิจารณาจากความต้องการพื้นฐานของตลาดโดยดูจากระบาดวิทยา เช่น โรคพิษสุนัขบ้าซึ่งเป็นโรคประจำถิ่นของประเทศไทย อันดับที่สองคือการพิจารณาผู้ผลิตว่าเป็นใคร มีมาตรฐานและคุณภาพการผลิตหรือไม่ โดยดูจากมาตรฐาน PIC/S GMP เพื่อจะได้ผลิตภัณฑ์ที่ดีมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และความปลอดภัย”

นอกจากนี้ **ภก.วีระชัย** ยังกล่าวถึงหลักในการบริหารงานและบริหารบุคลากรให้ฟังว่า ต้องจัดลำดับความสำคัญ รู้ว่าอะไรควรทำก่อน ทำหลัง และมีการกำหนดเวลาที่ชัดเจนโดยยึดถึงผลสำเร็จของงานเป็นที่ตั้ง มีความรับผิดชอบ ที่สำคัญต้องมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้งานของเราไปถึงเป้าหมายและประสบความสำเร็จ ซึ่งในการบริหารบุคลากรเราต้องรู้จักวางคนให้เหมาะสมกับงาน (put the right man to the right job) แม้ว่าการปฏิบัตินั้นเป็นเรื่องที่ท้าทาย แต่เราก็พยายามโดยมุ่งเน้นในการสื่อสาร

สร้างความเข้าใจให้แก่พนักงานทุกคน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความขัดแย้ง รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้แก่พนักงานอย่างสม่ำเสมอตลอดเวลาในการทำงาน

การสร้างแรงจูงใจถือเป็นสิ่งที่ผมให้ความสำคัญ ในการสร้างแรงจูงใจโดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์โดยรวมที่ได้รับจากการงานที่ทำ แล้วกระตุ้นให้เกิดความต้องการในการทำงานนั้น ๆ และต้องตอบสนองความต้องการของเขาตามหลักเกณฑ์ที่ดีที่เหมาะสมทำให้เขาเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในผลงานที่เขาทำและประสบความสำเร็จ มุ่งมั่นที่จะทำงานตามวิสัยทัศน์และพันธกิจของบริษัทฯ ซึ่งพนักงานทุกคนที่ทำงานในไบโอวาสิสจะมีความรู้สึกที่ว่า “เราไม่ได้ทำงานเพื่อตัวเองแต่เพียงอย่างเดียว แต่เราทำเพื่อสังคมด้วยเช่นกัน”

ภก.วีระชัย ได้เล่าถึงความท้าทายและความภาคภูมิใจในการทำงานเกี่ยวกับธุรกิจวัคซีนให้ฟังว่า ในช่วงวิกฤตขาดแคลนวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในปี พ.ศ. 2561 อันเนื่องมาจากในปีนั้นมีการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า ทำให้มีผู้สัมผัสโรคหรือถูกสัตว์กัดและไปรับวัคซีนป้องกันโรคเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในช่วงเวลา 2-3 เดือน เหตุการณ์นี้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีใครคาดเดาได้ล่วงหน้า ทำให้ไม่มีบริษัทใดที่สามารถจัดหาวัคซีนให้เพียงพอได้ในขณะนั้น ไบโอวาสิสเป็นเพียงบริษัทเดียวที่สามารถจัดหาวัคซีนได้อย่างเพียงพอและทันเวลา ช่วยลดจำนวนผู้เสียชีวิตที่คาดว่าจะมีสูงกว่าตัวเลขที่รายงานมา สิ่งนี้เป็นความภาคภูมิใจของพวกเราที่ได้ช่วยให้คนไทยมีวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าใช้อย่างทั่วถึง อีกทั้งยังทำให้กลุ่มลูกค้าเมื่อพูดถึงไบโอวาสิสจะนึกถึงวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่มีคุณภาพ และมีเพียงพอ กับความต้องการ

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีนโยบายในการรณรงค์ส่งเสริมให้ความรู้เพื่อป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไป จึงส่งผลให้จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าในปัจจุบันลดลงมากเมื่อเทียบกับ 30 กว่าปีก่อน คือพบอัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือประมาณ 10 รายต่อปี หรือน้อยกว่ามาโดยตลอด (จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2523 พบผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าจำนวน 370 รายต่อปี ซึ่งหมายความว่าในทุกวันนี้จะต้องมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า 1 ราย)

สำหรับเป้าหมายในอนาคต **ภก.วีระชัย** กล่าวว่า เรามีการวางแผนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยแผนระยะสั้นในอีก 5 ปีข้างหน้า บริษัทฯ มีการวางแผนนำวัคซีนใหม่ ๆ ที่มีความจำเป็นเข้ามา โดยดูจากระบาดวิทยา ขณะนี้บริษัทฯ มีวัคซีนที่อยู่ระหว่างการดำเนินการจดทะเบียนจากคณะกรรมการอาหารและยา คือ



วัคซีน EV71 หรือวัคซีนป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากในเด็กไทย วัคซีนจึงถือเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ป้องกันการเกิดโรคหรือบรรเทาปัญหาให้น้อยลง นอกจากนี้ บริษัทฯ ได้ดำเนินการขอการรับรองมาตรฐานสากล ISO 37001 ซึ่งเป็นมาตรฐานระบบการจัดการการต่อต้านการติดสินบน (anti-bribery management systems) ตามนโยบายของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) เพื่อต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชัน และแสดงจุดยืนให้เห็นว่าบริษัทฯ มุ่งเน้นการทำธุรกิจที่มีจรรยาบรรณอย่างแท้จริง ทั้งนี้ไปโอวาลิสจะเป็นบริษัทแรกในธุรกิจการแพทย์ที่ได้รับการรับรอง ISO 37001 เพิ่มเติมจากเดิมที่บริษัทฯ มีระบบการบริหารจัดการด้วยระบบคุณภาพ ISO 9001 อยู่แล้ว

ในส่วนของแผนระยะยาว เน้นอนว่าบริษัทฯ จะดำเนินการตามวิสัยทัศน์คือ การเป็นผู้นำด้านชีววัตถุและวัคซีน โดยมีระบบบริหารและการจัดการระบบการขนส่งที่ดี และดำเนินธุรกิจอย่างมีจริยธรรม เพราะฉะนั้นในอนาคต ประการแรก เราต้องมีชนิดและรายละเอียดของสินค้าที่เพิ่มมากขึ้น และต้องเป็นสินค้า

ที่ดีมีประโยชน์เหมาะสมกับการใช้ของคนไทย ประการที่สอง เรามองในแง่ของบุคลากรที่ต้องสร้างขึ้นในช่วง 10 ปี ขณะนี้ บริษัทฯ มุ่งเน้นในเรื่องของการสร้างและพัฒนาบุคลากร (Human Resource Development) เพื่อให้คนเหล่านี้ขึ้นมาทำงานเพื่อสานต่อและพัฒนาบริษัท ให้ก้าวหน้าต่อไป

สุดท้ายนี้ **ภก.วีระชัย** กล่าวถึงมุมมองการเติบโตในอนาคตเกี่ยวกับวัคซีนด้วยว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบัน แม้ว่าจะส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนไม่เว้นแม้แต่อุตสาหกรรมด้านการแพทย์ แต่ในอีกมุมหนึ่งก็ได้ทำให้เห็นถึงความจำเป็นในการรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรค โดยตลาดของวัคซีนมีความจำเป็นและพัฒนาเติบโตเป็นที่ต้องการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุหลักมาจากการที่คนมีความรู้เรื่องโรคมามากขึ้น และเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันโรค จึงส่งผลให้แนวโน้มความต้องการในการใช้วัคซีนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งรัฐบาลไทยก็มีนโยบายที่จะเพิ่มชนิดของวัคซีนพื้นฐานเข้าไปในโปรแกรมวัคซีนพื้นฐานที่คนไทยควรได้รับตลอดเวลา ประกอบกับมีการพัฒนาวัคซีนใหม่ ๆ ที่จำเป็น หรือมีประสิทธิภาพและผลข้างเคียงน้อยกว่าที่มีอยู่เดิม รวมถึงการมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยจึงทำให้เราสามารถวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) วัคซีนใหม่ ๆ ทั้งวัคซีน mRNA วัคซีน DNA เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดสถานการณ์ของโรคโควิด-19 มีส่วนกระตุ้นทำให้เกิดความต้องการและความจำเป็นในการใช้วัคซีนของตลาดทั่วโลก นอกจากนี้ประเทศไทยก็กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การให้วัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นการป้องกันที่ดีและจำเป็นมาก และอีกสิ่งที่สำคัญคือ ขณะนี้เราอยู่ในยุคโลกไร้พรมแดน ทำให้มีการเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ได้สะดวกขึ้น ก็อาจจะส่งผลกระทบต่อกระบวนโรคติดต่อ รวมถึงโรคอุบัติใหม่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งในอนาคตอาจมีการสอบถามถึงการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 สำหรับการเดินทาง เพราะฉะนั้นปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ตลาดวัคซีนยังก้าวหน้าและเติบโตขึ้นไปอย่างแน่นอน

เนื่องจากในปัจจุบันมีการระบาดของโรค COVID-19 ทั่วโลก จึงทำให้หน่วยงานการสาธารณสุขในระดับโลกและระดับประเทศออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค โดยการใส่หน้ากากอนามัยเพื่อปกปิดบริเวณปากและจมูกเป็นคำแนะนำสำคัญที่ทุกหน่วยงานแนะนำตรงกัน อย่างไรก็ตามการใส่หน้ากากอนามัยอาจสร้างอุปสรรคบางอย่างที่น่าสนใจ เช่น “จำกัดการสื่อสารแบบสองทางหรือการทำให้สื่อสารเข้าใจคลาดเคลื่อนไปได้” Carbon และคณะ ได้ดำเนินการวิจัยพบว่าอาจคาดเดาการแสดงอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ใต้หน้ากากของบุคคลต่าง ๆ ได้ยากพอสมควร และอาจยากขึ้นในกรณีที่เป็นการสื่อสารกันระหว่างบุคคลโดยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากอารมณ์และการแสดงความรู้สึกจะถูกใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาวางแผนการรักษาหรือปรับการสื่อสารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแบบเฉพาะรายอยู่เสมอ ดังนั้นหากมีแนวทางในการทราบอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ใต้หน้ากากอนามัยได้โดยไม่ต้องเปิดหน้ากากอนามัยก็จะช่วยทำให้การสื่อสารระหว่างกันสมบูรณ์มากขึ้น และยังสามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคได้ในขณะเดียวกัน

อารมณ์ใต้หน้ากาก

Wearing Face Masks Strongly Confuses Counterparts in Reading Emotions



Dominates social scenes during the COVID-19 pandemic, changes the efficacy of emotion reading expressions displayed by different faces. Besides recognition sensitivity, in order to understand everyday life problems in effectively communicating when wearing face masks.

Carbon CC. Wearing Face Masks Strongly Confuses Counterparts in Reading Emotions. Front Psychol. 2020 Sep 25;11:566886.

ที่มา: Carbon CC. Wearing Face Masks Strongly Confuses Counterparts in Reading Emotions. Front Psychol. 2020 Sep 25;11:566886.

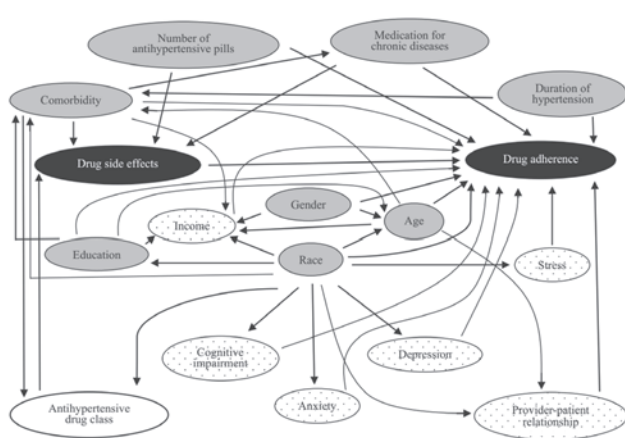
เข้าใจผู้ป่วย เข้าใจอย่างไร

“เข้าใจผู้ป่วย” เป็นคำพูดที่ฟังดูง่ายแต่กลับพบว่าทำได้ยากมากในทางปฏิบัติ เนื่องจากต้องใช้ทั้งความรู้ ประสบการณ์ หลายเรื่องและหลากหลายแง่มุม ทักษะคิดเชิงบวก และกรอบความคิดแบบก้าวหน้าของบุคลากรทางการแพทย์ประกอบกันในการทำงานในทางปฏิบัติ ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ได้จากผู้ป่วยจะมาใน 2 รูปแบบ ได้แก่ 1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นข้อมูลแบบอัตนัย (subjective data) ที่มีความน่าเชื่อถือน้อย หากผู้ป่วยจำไม่ได้หรือจำได้คลาดเคลื่อนไปหรือไม่ให้ข้อมูลที่แท้จริงจึงเกิดความคลาดเคลื่อนได้มาก และ 2. ข้อมูลจากการตรวจร่างกายและการตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจัดว่าข้อมูลแบบปรนัย (objective data) ซึ่งน่าเชื่อถือมากกว่า อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ “เข้าใจผู้ป่วย” ได้อย่างแท้จริง บุคลากรทางการแพทย์จะต้องนำข้อมูลทั้งสองส่วนมาประสานกัน และจัดเรียงให้อยู่ในรูปแบบที่จะสามารถติดตามการตอบสนองทางคลินิกที่เกิดขึ้นจากการรักษาให้ได้ ผศ.กน.ปวีณา สนธิสมบัติ จากภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ให้หลักการการเข้าใจผู้ป่วยไว้ดังนี้ 1. จับคู่ข้อบ่งชี้ของยาทั้งหมดที่ได้รับกับโรคหรือภาวะผิดปกติทั้งหมดของผู้ป่วย 2. ประเมินประสิทธิภาพของยาเดิมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้อง 3. ประเมินความปลอดภัยจากการใช้ยาทั้งหมดจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรืออาการอันไม่พึงประสงค์ที่พบ 4. ชั่งน้ำหนักประสิทธิภาพกับอาการอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น 5. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมให้มีความเป็นรูปธรรมมากที่สุด 6. คำนวณ

ค่าทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นบางอย่างเพิ่มเติม เพื่อนำไปประเมินวางแผนการรักษาผู้ป่วยหรือปรับขนาดการให้ยา 7. การวางแผนการจัดการในอนาคตโดยเชื่อมโยงจากข้อมูลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย จากรูปประกอบแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรายนี้ “ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้อยู่ในช่วงเป้าหมายได้ (< 130/80 mmHg) เกิดภาวะ hyperkalemia ซึ่งอาจเกิดจากการเพิ่มขนาดการให้ยา enalapril เพิ่มขึ้น และที่ผ่านมายังคงมีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมรับประทาน อาหาร ดังนั้น แนวทางการจัดการที่เหมาะสมอาจเป็นการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร โดยยังไม่จำเป็นต้องปรับเพิ่มขนาดยา enalapril ขึ้นไปอีกในนัดติดตามครั้งนี้ หรืออาจปรับไปใช้ยาลดความดันโลหิตตัวอื่นที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากกว่า เช่น amlodipine ไปก่อนในช่วงนี้ และติดตามการทำงานของไต ระดับ K⁺ ในเลือด และอาการแสดงของภาวะ hyperkalemia อย่างใกล้ชิดต่อไป” อย่างไรก็ตาม แผนการรักษาที่จะให้จริงกับผู้ป่วยจะต้องยืดหยุ่นมากพอและคำนึงถึงผลกระทบของแผนการรักษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยควบคู่กันไปด้วยเสมอ

Labs	ชื่อตัวเก็บตัวอย่างผู้ป่วย	3 เดือนก่อน	1 เดือนก่อน	วันนี้
		HTN	BP (avg)(\pm 140/90 mmHg)	150/90
DM	HbA1c		87	77
	Hb		68	68
	FBS (80-130 mg/dL)		125	120
Renal	Hgb _{crit} (%)		15	15
	BUN		15	15
Electrolyte	Ser (3.0-3.7 mg/dL)		1.1	1.1 (D/C) 1.8 (ml/min)
	K ⁺ (3.6-5.2 mmo/L)		3.3	3.8
Lipid profiles	TC			250
	HDL			35
	TG			280
	LDL-C (>100 mg/dL)			198
Med	Enalapril	10 mg tx1	10 mg tx2	20 mg tx2 (เพิ่มขนาด)
	HCTZ			25 mg tx1
	Simvastatin			10 mg tx1
Lifestyle modifications	การปรับพฤติกรรม	ยังไม่สามารถจัดการปรับพฤติกรรมบางอย่างตามคำแนะนำได้		สามารถปรับพฤติกรรมบางอย่างได้ซึ่งส่งผลถึงประสิทธิภาพขึ้นอยู่

การสร้างความร่วมมือในการรักษา “เป็นเรื่องที่ซับซ้อน” หรือ “เป็นเรื่องที่สามารถปรับให้เหมาะสมได้”



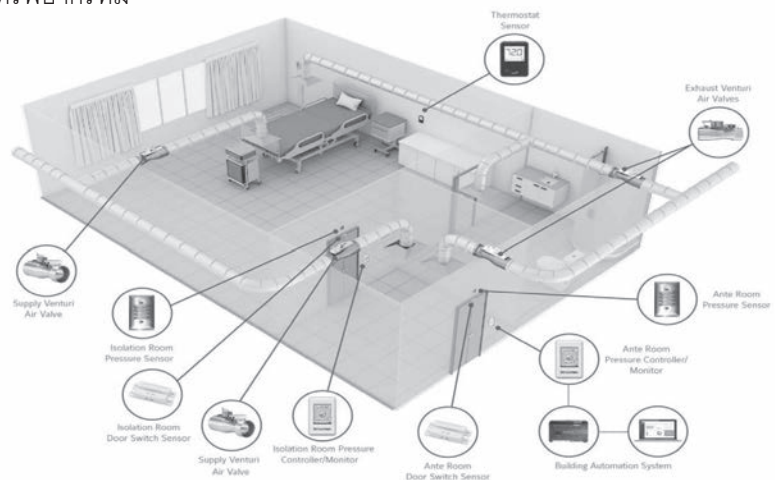
ความร่วมมือในการรักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่การตอบสนองทั้งด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ ความคลาดเคลื่อนหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอาจนำไปสู่ความรุนแรงของ

โรคที่เพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือในกรณีที่เลวร้ายที่สุดคือ การนำไปสู่การเสียชีวิต Teda และคณะ ดำเนินการวิจัยความสัมพันธ์ของผลข้างเคียงจากการใช้ยากับความร่วมมือในการรักษาในภาวะความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยจำนวนมากที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาซึ่งมีความเชื่อมโยงกันและซับซ้อนมาก โดยปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการรักษาที่มีนัยสำคัญ ได้แก่ excessive urination และ decrease in sexual drive ดังนั้น ในทางปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรใช้ปัจจัยทำนายดังกล่าวในการทำนายความร่วมมือในการรักษา หรืออาจทำการวิจัยในสถานพยาบาลของตน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ปัจจัยทำนายที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของสถานพยาบาลและผู้ป่วยที่ดูแลอยู่มากขึ้น

ที่มา: Teda YG, Bautista LE. Drug Side Effect Symptoms and Adherence to Antihypertensive Medication. Am J Hypertens. 2016 Jun;29(6):772-9.

Internet of Things (IoT) กับการพัฒนาการทำงานในโรงพยาบาล

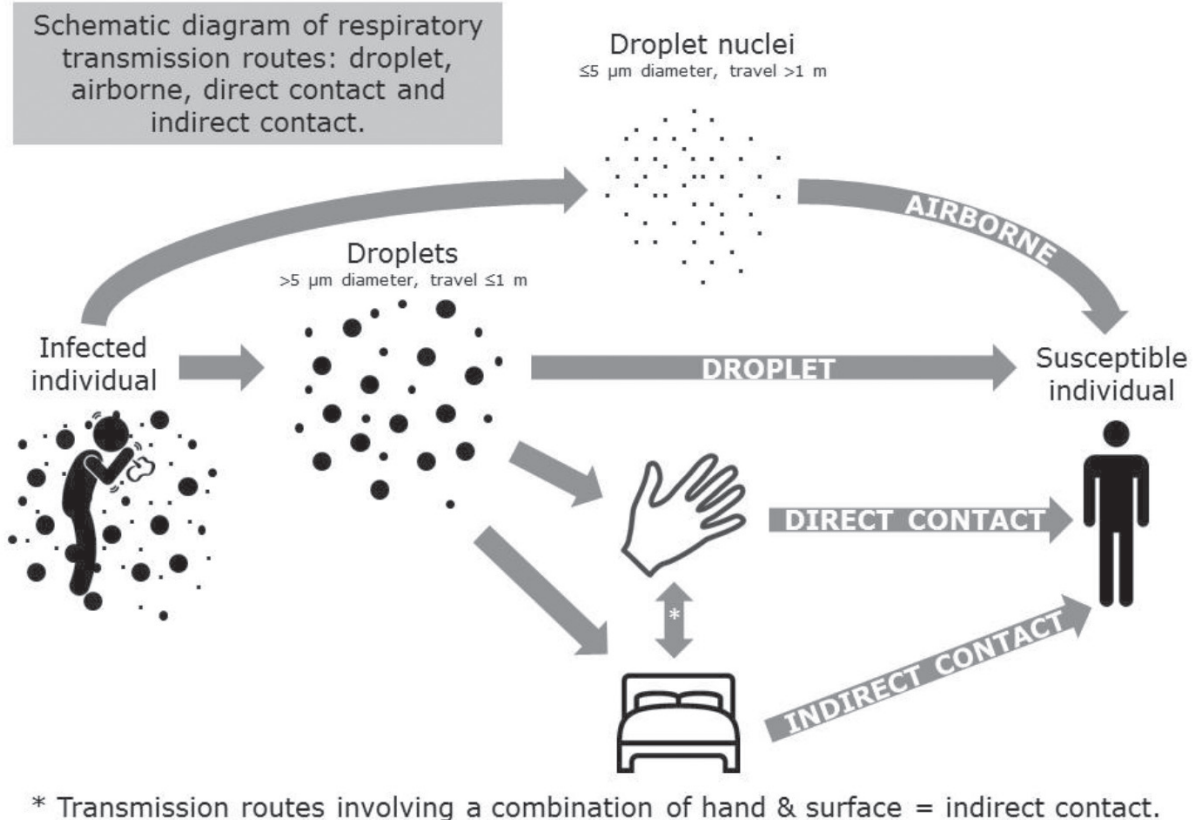
หลักการสำคัญประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 คือ “การลดการสัมผัสของบุคลากรทางการแพทย์โดยตรงกับผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด” แต่ในอีกแง่หนึ่งก็ยังคงต้องรักษามาตรฐานในการรักษาหรือพยายามพัฒนาการทำงานในด้านต่าง ๆ ให้เฉพาะเจาะจงและมีคุณภาพดีขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีต่าง ๆ ไปอย่างคึกคักแบบก้าวกระโดดและมีการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่อง “อินเทอร์เน็ตในทุกสิ่ง (IoT)” ได้แก่ การที่อุปกรณ์ต่าง ๆ สิ่งต่าง ๆ ได้ถูกเชื่อมโยงทุกสิ่งทุกอย่างสู่โลกอินเทอร์เน็ต ทำให้มนุษย์สามารถตั้งการควบคุมการใช้งานอุปกรณ์ต่าง ๆ ผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้ทั้งหมด ซึ่งเทคโนโลยีดังกล่าวอาจนำมาปรับใช้ในโรงพยาบาลในสถานการณการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้ ซึ่งเป็นโจทย์สำคัญที่ผู้บริหารโรงพยาบาล สถานพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ต้องตัดสินใจเลือกนำไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมภายใต้สถานการณ์และข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่มี



ที่มา: Singh RP, Javaid M, Haleem A, Suman R. Internet of things (IoT) applications to fight against COVID-19 pandemic. Diabetes Metab Syndr. 2020 Jul-Aug;14(4):521-4.

SARS-CoV-2 Transmission

From People Without COVID-19 Symptoms



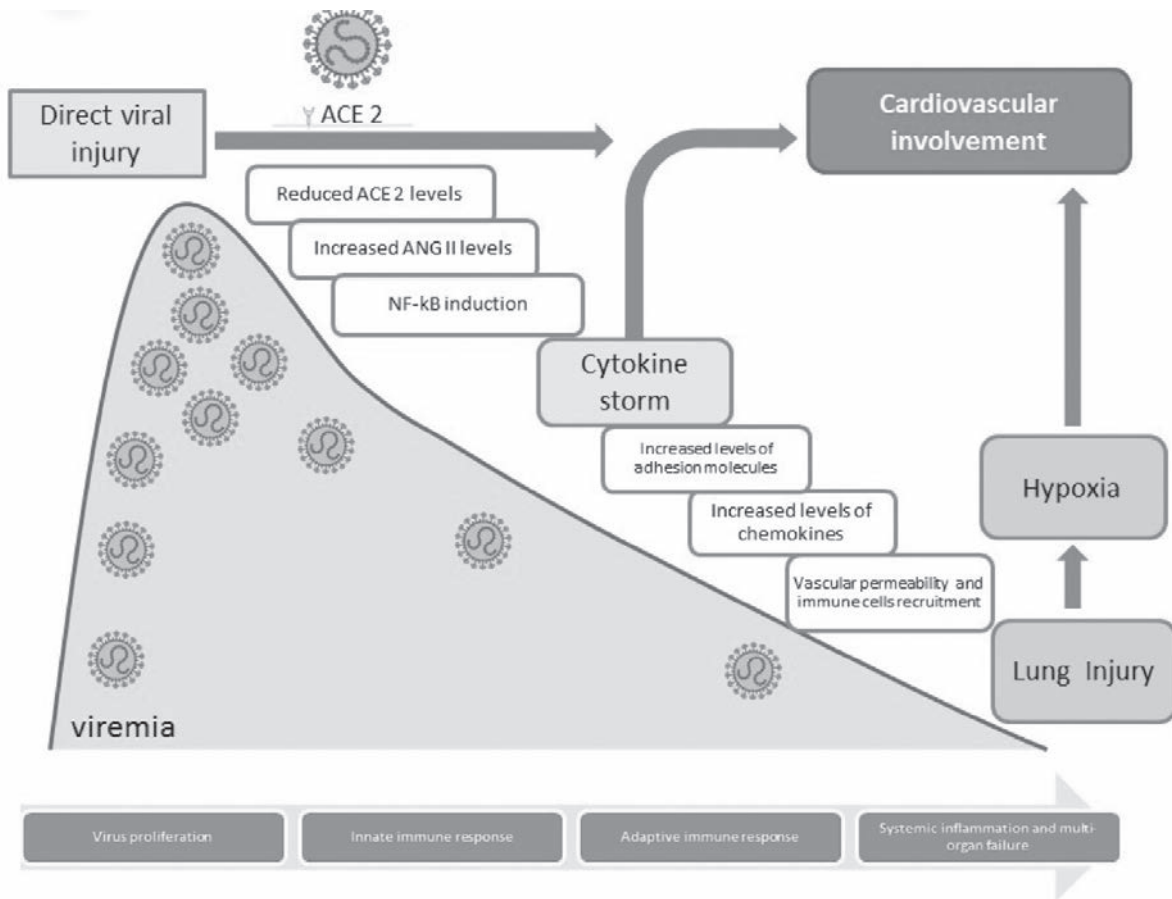
Definition of 'Droplet' and 'Droplet nuclei' from Annex C: Respiratory droplets, in Natural Ventilation for Infection Control in Health-Care Settings, Atkinson J., et al., Editors. 2009: Geneva.

© Jon Otter

ในปัจจุบันมีรายงานกรณีศึกษาเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่ไม่มีอาการแสดง และพบรายงานอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มี timeline ไม่ปรากฏว่ามีการสัมผัสกับผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคมากขึ้น จึงนำมาสู่คำถามงานวิจัยว่า จะเป็นไปได้หรือไม่ที่ผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่ไม่มีอาการแสดงจะสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ Johansson และคณะ ดำเนินการวิจัยแบบ decision analytical study วิเคราะห์ผลจากงานวิจัยอภिवิเคราะห์พบว่าร้อยละ 59 ของการติดเชื้อ SARS-CoV-2 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่ไม่มีอาการแสดง ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า 1. ผู้ป่วยโรค COVID-19 อาจไม่มีอาการแสดงใด ๆ เลยก็ได้ และผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังสามารถแพร่เชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ด้วย 2. การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อยังคงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะการใส่หน้ากากอนามัยในที่ชุมชน ไม่ว่าจะผู้ใส่จะมีหรือไม่มีอาการแสดงของโรคก็ตาม

ที่มา: Johansson MA, Quandelacy TM, Kada S, Prasad PV, Steele M, Brooks JT, Slayton RB, Biggerstaff M, Butler JC. SARS-CoV-2 Transmission From People Without COVID-19 Symptoms. JAMA Netw Open. 2021 Jan 4;4(1):e2035057.

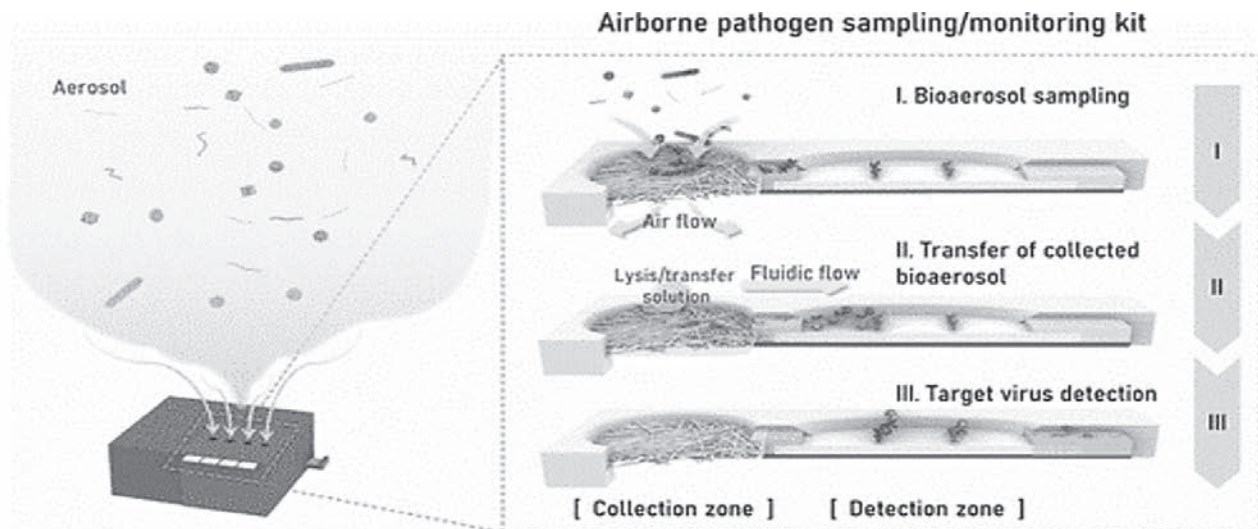
Pathogenesis of COVID-19



ในปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับโรค COVID-19 ซึ่งสามารถสรุปเป็นพยาธิกำเนิดและการดำเนินไปของโรคได้ดังนี้ 1. SARS-CoV-2 สามารถเข้าสู่ร่างกายได้จากหลายช่องทาง และจะเกิดการแบ่งตัวและจับกับตัวรับที่สำคัญคือ ACE-2 และเกิดการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน 2. ร่างกายจะตอบสนองโดยการสร้างสารตัวกลางและก่อให้เกิดการอักเสบระดับเซลล์เกิดขึ้นในปริมาณมากและรวดเร็ว 3. การอักเสบที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความเสียหายของ 2 อวัยวะ ได้แก่ ปอด และหัวใจ ซึ่งทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา และนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตอาจเกิดจากการเหนี่ยวนำให้เกิดโรคโดยตัวไวรัสเอง หรือการทำให้โรคเดิมของผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น

ที่มา: Jin Y, Yang H, Ji W, Wu W, Chen S, Zhang W, Duan G. Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19. *Viruses*. 2020 Mar 27;12(4):372.

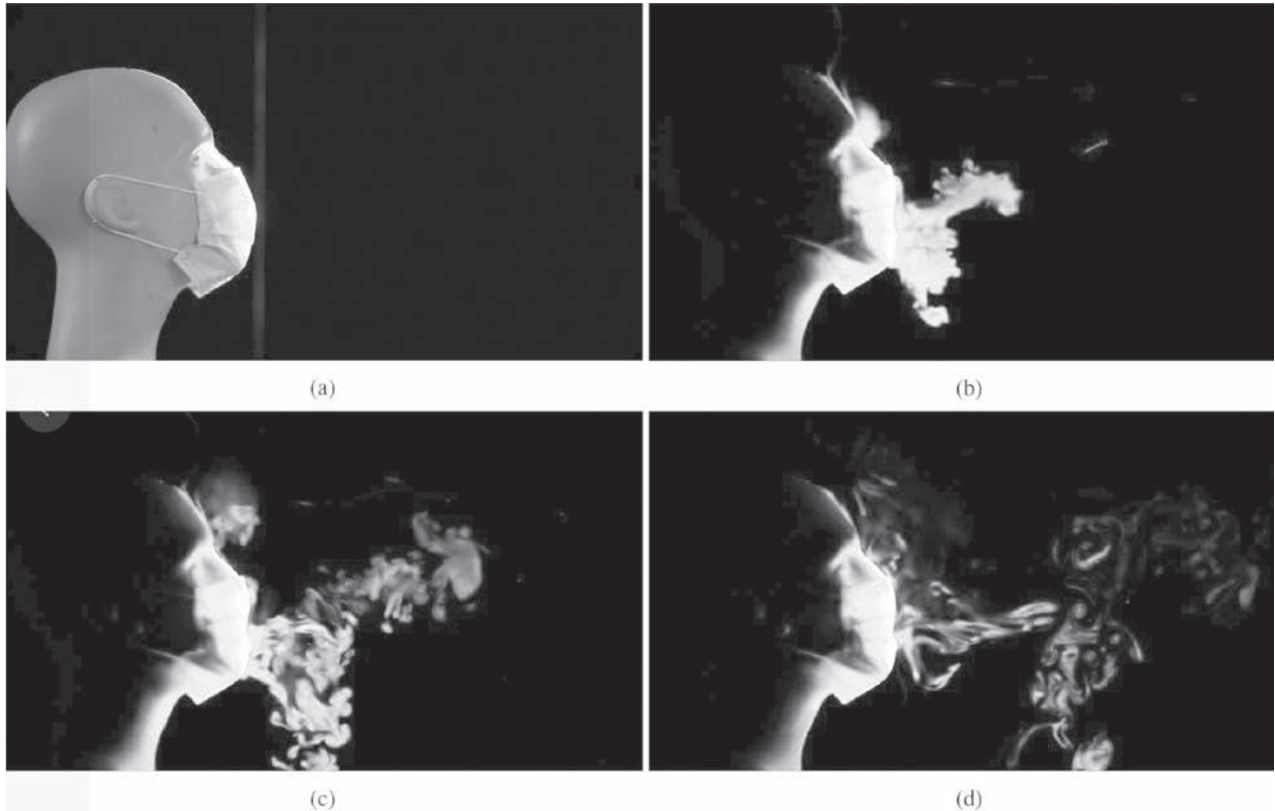
Systematic Review of the Methodology for Airborne Virus Detection to Propose Prototype for Health Facilities



ในปัจจุบันมีวิธีการและแนวคิดในการตรวจไวรัสในอากาศอย่างง่ายและรวดเร็วมากขึ้น ซึ่งอาจนำมาสร้างสรรค์เป็นวิธีใหม่สำหรับประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลทั่วไปในบริบทของประเทศไทยได้ Poowaruttanawiwit และคณะ จึงดำเนินการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในเรื่องวิธีการตรวจไวรัสในอากาศในสถานพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีจากอดีตจนถึงปัจจุบัน และ 2. สร้างวิธีต้นแบบสำหรับตรวจไวรัสในอากาศสำหรับสถานพยาบาลทั่วไป โดยสืบค้นฐานข้อมูลลิทธิบัตรและอนุสิทธิบัตรทั่วโลก และสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล ได้แก่ PubMed, Cochrane Central Register of Control Trials (CENTRAL), Google Scholar, ScienceDirect, Web of Science, CINALH, Open Grey, DART-Europe ThaiLIS, ThaiJO และ Thai Index Medicus ผลลัพธ์ที่สนใจคือ วิธีการตรวจไวรัสในอากาศ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นประเด็นสำคัญและนำมาสร้างวิธีต้นแบบสำหรับตรวจไวรัสในอากาศสำหรับสถานพยาบาลทั่วไป ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การเตรียมตัวอย่างไวรัสในอากาศ 2. การเตรียม virus suspension 3. การย้อมสีอนุภาคไวรัสด้วย fluorescence dye 4. การล้าง fluorescence dye และ 5. การส่องภายใต้แสงเลเซอร์ เพื่อติดตามการเรืองแสงของอนุภาคไวรัส การศึกษารั้งนี้จึงทำให้ได้วิธีต้นแบบสำหรับตรวจไวรัสในอากาศสำหรับสถานพยาบาลทั่วไป ซึ่งต้องมีการทดสอบในห้องปฏิบัติการและการตรวจวัดในสถานพยาบาลจริงต่อไป

ที่มา: Poowaruttanawiwit P, Phromchim S, Rattanamanee K, Rachapradit N, Wannalerdsakun S, Wuthiekanun V. Systematic Review of the Methodology for Airborne Virus Detection to Propose Prototype for Health Facilities. TJPP 2021;1:278-95

Visualizing droplet dispersal for face shields and masks with exhalation valves



Verma และคณะ วิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของหน้ากากอนามัย 2 แบบ คือ แบบมีคุณภาพ (รูป b) และแบบไม่มีคุณภาพ (รูป c, d) ดำเนินการวิจัยในห้องปฏิบัติการโดยใช้หุ่นจำลองที่สามารถจำลองการไอ/จามได้ ใช้แรงดันกระตุ้นด้วยปั๊มที่มีความจุอากาศ 500 มล. ซึ่งใกล้เคียงกับปริมาณที่ถูกขับออกในขณะที่ไอของมนุษย์โดยทั่วไป ละอองน้ำกลั่นและกลีเซอรินซึ่งเป็นตัวแทนของ droplets จะถูกขับออกทางปากของหุ่นจำลองและใช้แผ่นเลเซอร์เพื่อสังเกตการไหลของละอองที่พุ่งออกจากหน้ากากอนามัย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหน้ากากอนามัยที่มีคุณภาพ สามารถกั้นละอองในขณะที่ไอ/จามได้ค่อนข้างดี ส่วนหน้ากากอนามัยที่ไม่มีคุณภาพไม่สามารถกั้นละอองในขณะที่ไอ/จามได้ โดยพบการทะลุผ่านของละอองได้มากกว่าและไกลกว่า งานวิจัยนี้ทำให้ทราบว่า การใส่หน้ากากอนามัยที่มีคุณภาพจะช่วยลดการแพร่เชื้อจากผู้สวมใส่ไปยังผู้อื่นได้ดี

ที่มา: Verma S, Dhanak M, Frankenfield J. Visualizing droplet dispersal for face shields and masks with exhalation valves. *Phys Fluids* (1994). 2020 Sep 1;32(9):091701. doi: 10.1063/5.0022968. PMID: 32952381; PMCID: PMC7497716.



“บัตรนัดตรวจเบาหวาน” โฉมใหม่ มาพร้อมเกร็ดความรู้ การดูแลตนเองเบื้องต้นจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

“โรคเบาหวาน” ฟังดูคุ้นหูจนเสมือนโรคประจำตัวปกติที่พบได้ทั่วไป แท้จริงกลับเป็นโรคที่พบมากในผู้ป่วยและยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลกอีกด้วย จากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation; IDF) ยังชี้ให้เห็นว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานกว่า 425 ล้านคนทั่วโลกในปี พ.ศ. 2560 และคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2588¹ นอกจากนี้ในประเทศไทยยังพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่า 4 ล้านคน² ในปี พ.ศ. 2563

เพื่อควบคุมอาการและใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พร้อมหมั่นตรวจเช็กร่างกายเป็นประจำตามที่นัดหมาย ซึ่งในการนัดหมายแต่ละครั้ง แพทย์ ณ โรงพยาบาลต่าง ๆ ควรจะมีการมอบสมุดการจดบันทึกและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมยื่นใบนัดหมายแก่ผู้ป่วยสำหรับการพบแพทย์ในครั้งต่อไป อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ละเลย หรือหลงลืมมารับการตรวจตามนัดหมาย ดังนั้น เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไปพร้อม ๆ กัน ปัจจุบันโรงพยาบาลชั้นนำต่าง ๆ ทั่วประเทศได้มอบบัตรนัดหมายรูปแบบใหม่ที่นอกจากจะดูโดดเด่นสวยงามแล้ว ยังแทรกเกร็ดความรู้ง่าย ๆ ในการดูแลตัวเองให้แก่ผู้ป่วยอีกด้วย

บัตรนัดหมายสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานนี้จัดทำขึ้นทั้งหมด 12 รูปแบบ โดยแต่ละแบบจะมีเนื้อหาสอดแทรกถึงเกร็ดความรู้และวิธีดูแลตนเองเบื้องต้นที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในแบบที่เข้าใจได้ง่าย นอกจากนี้บนบัตรนัดรูปแบบใหม่นี้ยังมีลิงค์วิดีโอการให้ความรู้แบบเต็มรูปแบบจาก 12 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเบาหวานชั้นนำของประเทศไทยอีกด้วย ไม่ว่าจะเป็น “ออกกำลังกายวันละนิดพิชิตเบาหวาน” โดย นพ.เพชร รอดอารีย์ อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และเลขาธิการสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ และ “เบาหวานกับการเดินทาง” โดย รศ.พญ.สว่างจิต สุรอมรกุล หัวหน้าหน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นต้น

Personalized Medicine กับ Pharmacogenomics

Personalized medicine เป็นการเลือกการรักษาทางการแพทย์และการให้ยาในปริมาณที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแบบจำเพาะต่อบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกับการรักษาแบบปกติทั่วไป โดยการรักษาแบบทั่วไปนั้นจะเป็นการใช้ข้อมูลการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การเลือกชนิดยานั้นส่วนใหญ่ได้มาจากผลการรักษาและการศึกษาเกี่ยวกับโรคนั้น ๆ ในอดีต จนเป็นรูปแบบหรือ guideline ในวิธีของการรักษาและการเลือกให้ยาของโรคต่าง ๆ ซึ่งในบางครั้ง โดยเฉพาะการใช้ยาที่ใช้ได้กับคนส่วนใหญ่อาจได้ผลน้อยลงในคนบางคน หรือมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงมากกว่าปกติ ซึ่งร่างกายของเรานั้นมีความซับซ้อนมาก ตัวอย่างเช่น ผู้ชายสองคนที่มีอายุเท่ากันอาจตอบสนองต่อยาชนิดเดียวกันไม่เท่ากันก็ได้ เพราะหลังจากที่ได้รับยา (หรือดื่ม ชีด ฟัน ฯลฯ) เข้าไป ยาจะต้องถูกเปลี่ยนแปลงรูปแบบโครงสร้างโดยกระบวนการหลายอย่างเพื่อให้ได้ยาที่ออกฤทธิ์มากขึ้น หรือเพื่อขจัดฤทธิ์ยาไม่ให้มากเกินไปจนเกิดอันตราย ร่างกายของคนบางคนมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงยาที่แตกต่างไปจากคนส่วนใหญ่ ทำให้ยาบางชนิดออกฤทธิ์แรงขึ้น มีผลข้างเคียงมากขึ้น หรืออาจเป็นไปในทางตรงกันข้ามได้ ดังนั้นในด้านที่เกี่ยวกับยาแล้วการตรวจให้รู้ว่าคนคนนั้นมีความผิดปกติทางพันธุกรรมที่จะส่งผลให้ร่างกายของเขาตอบสนองต่อยาบางชนิดมากหรือน้อยกว่าคนทั่วไปหรือไม่ เพื่อให้แพทย์ปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดยาให้เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยต่อไป ซึ่งจะเป็นหลักการของ personalized medicine

Personalized medicine^(1,2) ที่เกี่ยวกับการใช้ยานั้นจะเป็นการตรวจให้รู้ว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางพันธุกรรมที่จะส่งผลให้ร่างกายตอบสนองต่อยาบางชนิดมากหรือน้อยกว่าคนทั่วไปหรือไม่ ทำให้แพทย์นำไปเป็นข้อมูลในการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดยาให้เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยต่อไป ซึ่งแพทย์จะสามารถทำนายว่าผู้ป่วยจะมีการตอบสนองอย่างไรต่อการรักษาด้วยการวิเคราะห์ความแตกต่างทางพันธุกรรมในยีนที่ควบคุมการออกฤทธิ์ของยา ความแตกต่างทางพันธุกรรมนั้นมีหลายแบบ แต่ชนิดที่มีการนำมาใช้ประโยชน์ในกรณีนี้เรียกว่า “สเนปส์” (single nucleotide polymorphisms: SNPs)⁽¹⁾

นวัตกรรมการตรวจยีนกำลังทำให้ยาในยุคต่อไปที่ใช้ใน Personalized medicine นั้นเรียกกันว่า “เภสัชพันธุศาสตร์ (Pharmacogenomics)” ถือเป็นศาสตร์ใหม่ที่นำมาใช้ในการรักษาโรคที่กำลังได้รับความสนใจอย่างมาก โดยศึกษาความหลากหลายของยีนมนุษย์ที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการต่าง ๆ ในร่างกาย ช่วยพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในแต่ละบุคคล การป้องกันโรค การตอบสนองต่อยา และการเลือกให้ยา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มาจากองค์ความรู้พื้นฐานว่า มนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างของรหัส DNA ในยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ทำให้ต่อไปการรักษาจะเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น หรือจะว่า ถูกคน ถูกโรค มากขึ้น

Pharmacogenomics⁽³⁾ เป็นศาสตร์แขนงหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจอย่างมากในปัจจุบัน เป็นการศึกษาความหลากหลายของยีนมนุษย์ที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งจะช่วยพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในแต่ละบุคคล การป้องกันโรค การตอบสนองต่อยา การเลือกให้ยาและขนาดยาที่เหมาะสม การค้นหายาใหม่ การพัฒนายาใหม่ และการค้นหา ยานานาใหม่ที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มประชากร ซึ่งสิ่งเหล่านี้มาจาก องค์ความรู้พื้นฐานว่า มนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างของรหัส DNA ในยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ยีนที่เกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ของยาหรือเภสัชพลศาสตร์ และยีนที่เกี่ยวข้องกับเภสัชจลนศาสตร์ การทราบความแตกต่างเหล่านี้โดยละเอียดย่อมจะนำไปสู่การเลือก ใช้ยาตามความเหมาะสมกับโรค สาเหตุของโรค การเลือกขนาดยาที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษาสูงสุด และลดอาการ อันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากับผู้ป่วยแต่ละราย

พันธุกรรมกับความแตกต่างของปัจจัยทางเภสัชศาสตร์⁽³⁾

จากการศึกษาพบว่าความแตกต่างทางเภสัชพันธุศาสตร์ ทั้งหมดเป็นผลประกอบขึ้นจากยีนเดี่ยว (monogenic) หรือยีน หลายยีน (ที่เรียกว่า polygenic) หรือยีนกับสิ่งแวดล้อม (ที่เรียกว่า multifactorial) ซึ่งกล่าวได้ว่ายีนเกือบทุกยีนในจีโนมมนุษย์ มีความเกี่ยวข้องกับยา โดยที่ยาและเมตาบอลิท์ของยาสามารถ มีปฏิสัมพันธ์กับผลผลิตของกลุ่มยีนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทาง เภสัชศาสตร์ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ความแปรผันหลากหลายทางพันธุกรรมของยีนที่กำหนดปัจจัยทางด้านเภสัชจลนศาสตร์ ได้แก่ ยีนที่เกี่ยวข้องกับการดูดซึมยา ยีนของเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำลายยา ซึ่งทำให้เกิดความแตกต่างในกระบวนการเมตาบอลิซึมของยา ส่งผลให้มีระดับยาสูงหรือต่ำในเลือดแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยยาจะถูกเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโมเลกุลด้วยระบบเอนไซม์ในตับ ซึ่งจะทำให้ยาถูกเปลี่ยนแปลงได้เป็น 3 แบบ คือ

1.1 ยาที่มีฤทธิ์แรงขึ้น หรือการเปลี่ยนยาในรูปแบบ prodrug ให้เป็น active drug

1.2 ทำให้ยาหมดฤทธิ์ (inactive metabolites)

1.3 ยาเปลี่ยนอยู่ในรูปเป็นสารที่ละลายน้ำได้ง่าย

และสะดวกในการขับถ่ายยาออกทางไต

ดังนั้น หากมนุษย์มียีนในการสร้างเอนไซม์ที่ต่างกัน ฤทธิ์ของยาตัวเดียวกันจึงอาจให้ผลที่ไม่เท่ากันในแต่ละบุคคลได้

2. ความแปรผันหลากหลายทางพันธุกรรมของยีนที่กำหนดปัจจัยทางด้านเภสัชพลศาสตร์ ได้แก่ ยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ยีนที่เป็นรหัสของโปรตีนตัวรับ (receptors) ทำให้เกิดความแตกต่างในการตอบสนองต่อยา การดี้อยา การแพ้ยา การพยากรณ์โรค (prognosis) ส่งผลให้การตอบสนองต่อยาหรืออาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยในแต่ละรายไม่เหมือนกัน

จากที่กล่าวมาช่วยให้ตระหนักว่าการใช้ยาอย่างเหมาะสม และปลอดภัย และให้ผลการรักษาที่ดีนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยทางพันธุกรรมในการตอบสนองต่อยาด้วย การศึกษาด้านเภสัชพันธุศาสตร์จะนำไปสู่การค้นพบยาใหม่และช่วยในการออกแบบยาใหม่เพื่อป้องกันปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์ และในที่สุดแล้วการกำหนดขนาดยาที่ใช้และความถี่ของการให้ยาอาจจะต้องอาศัยการตรวจทางพันธุศาสตร์ของผู้ป่วยมากกว่าการติดตามตรวจระดับยาในเลือดหรือต้องรอให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากยาขึ้นเสียก่อน สำหรับในประเทศไทยนั้นการใช้เภสัชพันธุศาสตร์ในการให้ยายังคงเป็นของใหม่และต้องระมัดระวังเพราะข้อมูลการตอบสนองของยานั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มประเทศตะวันตกซึ่งเป็นคนละชาติพันธุ์กับคนไทยหรือคนเอเชีย

ข้อดีของ Personalized medicine^(1,2)

ผลจากความสามารถในการทำนายว่าผู้ป่วยจะมีการตอบสนองอย่างไรต่อการให้ยา ทำให้แพทย์มีโอกาสดำยาที่ “เหมาะสม” กับตัวผู้ป่วยมากขึ้น ประสิทธิภาพในการรักษาก็ย่อมเพิ่มขึ้นตามมา ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพ

ช่วงเวลาการรักษา ลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยา และลดการได้รับยามากเกินความจำเป็นลงได้ นอกจากนี้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยีนยังช่วยให้นักวิจัยสามารถค้นพบยาที่มีประสิทธิภาพชนิดใหม่ เช่น ยาต้านมะเร็งได้

ข้อเสียของ Personalized medicine^(1,2)

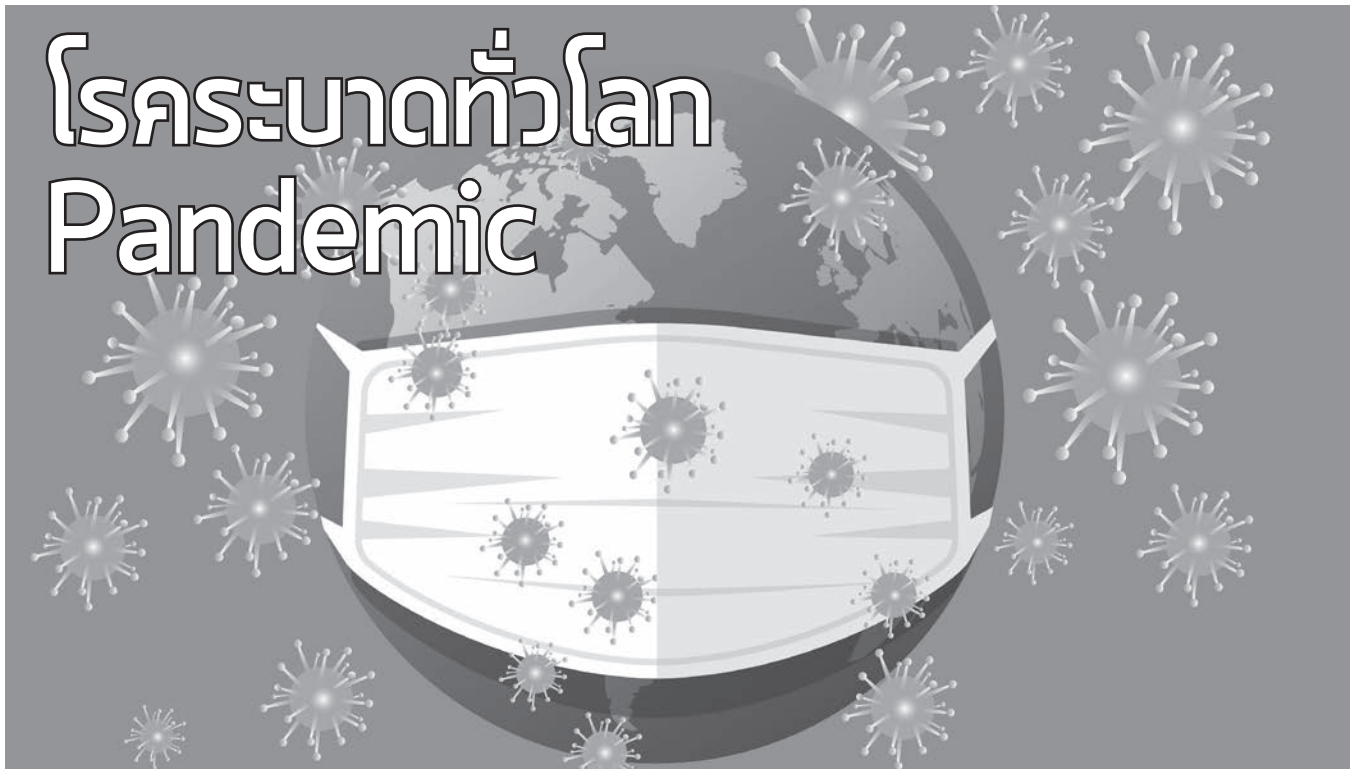
ข้อเสียที่พบคือ ราคาที่ย่อมสูงเมื่อพิจารณาจากเทคโนโลยีที่ใช้ ปัจจุบันบริษัทหลายบริษัทในต่างประเทศก็เริ่มผลิตชุดทดสอบการตอบสนองต่อยาออกมาวางจำหน่ายแล้ว แต่ในอนาคตหากมีการนำเทคโนโลยีนี้มาใช้มากขึ้น ปริมาณการผลิตที่มากขึ้นก็น่าจะช่วยลดต้นทุนลงไปได้มาก

อย่างไรก็ตาม ความรู้ทางด้านนี้ยังต้องการศึกษาวิจัยอีกมาก เพราะยีนของคนเรามีถึงสามหมื่นกว่ายีน ซึ่งนักวิทยาศาสตร์ยังไม่สามารถอธิบายหน้าที่ของยีนต่าง ๆ ได้ทั้งหมด บางยีนมีบทบาทในการควบคุมการทำงานของยีนอื่น และยาบางชนิดก็ถูกควบคุมจากหลายยีน รวมทั้งอาจมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ของยา เช่น การใช้ยาชนิดอื่นพร้อมกัน อาหารและกิจกรรมบางอย่าง ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยโดยอาศัยเทคโนโลยีนี้จึงยังเป็นสิ่งที่ยากที่จะนำมารักษาผู้ป่วยจริง นอกจากนี้ประเทศที่จะนำเทคโนโลยีนี้มาใช้ในทางการแพทย์ควรมีกฎหมายเพื่อป้องกันไม่ให้นำข้อมูลทางพันธุกรรมที่ได้มาไปใช้ในทางที่ผิด เช่น บริษัทประกันอาจคิดกันไม่ให้ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคทางพันธุกรรมทำประกันสุขภาพ⁽¹⁾



เอกสารอ้างอิง

1. พัชร นันทศรี. Personalized Medicine. <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=439>
2. สาระนำสู่ทางการแพทย์ “Precision Medicine ทางเลือกใหม่สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง”
3. <https://med.mod.go.th/Article/precision-med-for-cnacer.aspx>
4. อนันต์ชัย อัครเมธิน. เภสัชพันธุศาสตร์ ศาสตร์ใหม่ในการรักษาโรค (Pharmacogenetics and Pharmacogenomics). <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/216/>
5. เภสัชพันธุศาสตร์ (Pharmacogenomics). <https://med.mahidol.ac.th/patho/th/Laboratory/Pharmacogenomics>



ในรอบปีที่ผ่านมา นับว่าประชาชนในโลกต่างก็หวาดผวากับโรคระบาดที่เริ่มต้นจากมณฑลหูฉิน ประเทศจีน ในกลางเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 หรือปี ค.ศ. 2019 และลุกลามแพร่ระบาดไปทั่วโลกจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคการติดเชื้อรุนแรงในระบบทางเดินหายใจ แล้วแพร่ระบาดไปทั่วโลก และองค์การอนามัยโลกได้ตกลงให้ชื่อโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสนี้ว่าโรคโควิด-19

ในขณะที่เขียนบทความนี้ วันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกรวม 74,526,806 คน หายแล้ว 41.5 ล้านคน และผู้เสียชีวิต 1,653,506 คน คิดเป็นอัตราตาย 2.21% ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อ 4,281 คน หายแล้ว 3,989 คน เสียชีวิต 60 คน คิดเป็นอัตราตาย 1.4%

แม้ว่าโรคนี้จะมีอัตราการเกิดโรคสูง กล่าวคือ มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง มีผู้ติดเชื้อเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วแพร่กระจายไปทั่วโลกจนองค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า โรคโควิด-19 นี้เป็นโรคระบาดที่แพร่กระจายไปทั่วโลก (pandemic) ซึ่งทุกประเทศต้องให้ความเร่งด่วนฉุกเฉินในการระมัดระวังป้องกันสกัดกั้นโรคที่จะระบาดจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่ง โดยต้องมีมาตรการตรวจคัดกรองผู้ที่เดินทางจากต่างประเทศว่ามีอาการป่วยและตรวจหาเชื้อ รวมทั้งกักกันผู้ที่มีอาการนำสงสัยหรือผู้ที่มาจากประเทศที่มีการระบาดไว้จนกว่าจะพ้นระยะการฟักตัวของโรค จนในระยะต่อมาก็ต้องมีการประกาศปิดเมือง ปิดประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากเชื้อโรคนี้สามารถเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ได้อย่างง่ายดาย โดยที่ผู้ที่มีเชื้อไวรัสนี้แม้ยัง

ไม่มีอาการป่วย แต่ก็แพร่เชื้อไปสู่คนอื่น ๆ ได้โดยไม่รู้ตัว และเชื้อโรคนี้สามารถตรวจพบในน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ และสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ และยังตกค้างอยู่ในอากาศ หรือพื้นผิวต่าง ๆ ได้เป็นระยะเวลาหลายชั่วโมง เชื้อไวรัสนี้จะเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ได้ทางลมหายใจ ทางปาก และเยื่อบุตา และเนื่องจากคนเรามีการเดินทางไปได้ทั่วโลกจากยานพาหนะทางอากาศที่รวดเร็ว และคนส่วนมากก็นิยมเดินทางท่องเที่ยว นอกเหนือจากการติดต่อทางธุรกิจการงาน โดยคนก็คือพาหะสำคัญที่นำเชื้อไวรัสนี้ไปด้วยโดยไม่รู้ตัว ทำให้โรคนี้แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ในขณะที่วงการแพทย์เองยังไม่มีประสบการณ์กับโรคระบาดใหม่นี้ ทั้งการป้องกันและการรักษา จึงทำให้มีคนเจ็บป่วยและล้มตายมากมาย แม้ประเทศที่เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ในยุโรปหรือสหรัฐอเมริกาที่มีปัญหาความไม่พร้อมของระบบการบริการสาธารณสุข รวมทั้งการขาดแคลนเตียงที่ไม่พอรองรับผู้ป่วย การขาดแคลนเครื่องช่วยหายใจ เตียง และวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ รวมทั้งยังไม่แน่ใจว่าควรใช้ยาอะไรในการรักษา ต้องอาศัยการทดลองรักษาด้วยยาต่าง ๆ และการค้นคว้าทดลองในการหาการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ในระยะแรก ๆ ของการระบาดของโรคนี้ และที่สำคัญก็คือ ในระยะแรก ๆ ของการระบาดมีบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยต้องติดเชื้อและเจ็บป่วยล้มตายกันเป็นจำนวนมากไม่น้อย เนื่องจากขาดอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อ และยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อโรคนี้ที่สามารถเข้าสู่ร่างกายคนได้อย่างง่ายดายทางลมหายใจ

ถึงแม้ว่าจะมีประชาชนติดเชื้อเป็นจำนวนมาก แต่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงนั้นมักจะเป็นผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคกระดูก แต่ในกลุ่มอายุน้อยก็พบว่ามีอาการป่วย และมีอาการป่วยรุนแรงได้เช่นกัน สรุปว่า เป็นได้ทุกกลุ่มอายุ แต่ความรุนแรงและการเสียชีวิตจะพบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีโรคหรือสุขภาพไม่ดีอยู่ก่อนแล้ว

แม้แต่ผู้นำทางการเมืองหรือประมุขของประเทศก็มีการติดเชื้อไวรัสนี้หลายคน เริ่มจากนายบอริส จอห์นสัน นายกรัฐมนตรีอังกฤษ เจ้าฟ้าชายชาร์ลส์และเจ้าชายวิลเลียม แห่งอังกฤษ ก็เคยติดเชื้อโควิด-19 และต้องกักตัวมาแล้ว ผู้ติดเชื้อคนอื่น ๆ ที่เป็นผู้นำของประเทศ ได้แก่ นายโดนัลด์ ทรัมป์ ประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกา นายกรัฐมนตรีอาร์เมเนีย ประธานาธิบดีเบลารุส ประธานาธิบดีบราซิล นายกรัฐมนตรีรัสเซีย นายกรัฐมนตรีฮอนดูรัส นายกรัฐมนตรีสวาซีแลนด์ (เสียชีวิต) นายเอมมานูเอล มาครง ประธานาธิบดีฝรั่งเศส ซึ่งเป็นประมุขคนสุดท้ายที่ติดเชื้อโรคนี้แล้ว โดยนายกรัฐมนตรีอังกฤษมีอาการหนักต้องเข้ารับการรักษาใน ICU แต่ก็หายป่วยในที่สุด และนายกรัฐมนตรีสวาซีแลนด์เสียชีวิตจากโรคนี้

ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะพบว่า เป็นอาการป่วยในหลาย ๆ ระบบทั่วร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบหายใจ นำมาก่อน มีไข้สูง ไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก ซึ่งต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาการรักษาโรคใช้เวลาเนิ่นนาน ซึ่งระยะเวลาที่โรคเริ่มปรากฏขึ้นก็คือ จากเดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 และเริ่มแพร่ขยายไปหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก จากการที่มนุษย์มีการเดินทางติดต่อกันได้ทั่วทุกมุมโลก โดยผู้ติดเชื้อแล้วก่อนจะมีอาการป่วยก็อาจกินเวลา ตั้งแต่วันแรก ๆ ไปจนถึง 1 เดือน หรือโดยเฉลี่ยคือ 14 วัน ซึ่งเรียกว่าเป็นระยะฟักตัวของผู้ที่ได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายก่อนจะเกิดโรค

ซึ่งการที่โรคนี้สามารถแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว เนื่องจากว่าผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสนี้แม้ยังไม่แสดงอาการป่วย แต่ก็แพร่เชื้อโรคนี้ไปสู่คนอื่นได้ง่าย ซึ่งทำให้มีประชาชนเจ็บป่วยไปถึงในตอนนั้นก็เกิน 74 ล้านคนไปแล้ว และมีผู้เสียชีวิตไปแล้ว 1,655,044 คน ซึ่งยังไม่สามารถทำนายได้ว่าก่อนที่มนุษย์จะสามารถปราบโรคนี้ได้ จะมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 100 ล้านคนหรือไม่

เนื่องจากโรคนี้มี “คน” เป็นพาหะนำโรคติดตัวไปในที่ต่าง ๆ การป้องกันโรคนี้จึงต้องมีการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค โดยการจำกัดการเดินทางและการติดต่อระหว่างผู้คน เนื่องจากทุกคนที่ยังไม่ได้รับการตรวจพบเชื้อก็ต้องถือว่าเป็นผู้ที่อาจมีความเสี่ยงในการแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่นได้ หรือเป็นผู้มีความเสี่ยงที่จะป่วย

การแพร่ระบาดของโควิด-19 แพร่ระบาดโดยทางลมหายใจ ทางละอองฝอยจากน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ จากการพูดคุย ไอ จาม โดยเชื้อไวรัสนี้ก็ปนเปื้อนมาด้วย และอาจไปเกาะติดอยู่ในเครื่องเรือน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ พื้นผิวต่าง ๆ รวมทั้งยังล่องลอยอยู่ในอากาศได้ด้วย

ผู้ที่หายใจเอาอากาศที่มีละอองฝอยจากสารคัดหลั่งของผู้ที่มีเชื้อไวรัสก็จะได้รับไวรัสเข้าสู่ร่างกาย ในช่วงแรก ๆ ไม่คิดว่าเชื้อไวรัสล่องลอยอยู่ในอากาศได้นานถึง 8 ชั่วโมง ฉะนั้นคนที่หายใจเอาอากาศที่มีเชื้อไวรัสล่องลอยอยู่ก็มีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อโรคเข้าไปด้วย นอกจากนั้นเชื้อไวรัสนี้ปนเปื้อนกับละอองฝอยจากการไอ จาม หรือตะไกรเสียดังที่ไปติดกับพื้นผิวต่าง ๆ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ลูกบิดประตู รววจับในรถโดยสารสาธารณะ ฯลฯ ซึ่งถ้าคนจับหรือสัมผัสพื้นผิวต่าง ๆ เหล่านี้ เชื้อไวรัสก็จะเกาะติดมือ ถ้าใช้มือหยิบจับอาหารกิน หรือใช้มือแคะจมูก ปาก หรือขยี้ตา เชื้อโรคที่ติดอยู่กับมือก็เข้าสู่ร่างกายได้

ฉะนั้นทางการแพทย์จึงได้แนะนำมาตรการในการป้องกันโรคระบาดนี้โดยจำกัดการพบปะใกล้ชิดกันของผู้คนในสังคม ได้แก่ การปิดเมือง ปิดประเทศ (ห้ามผู้คนจากต่างประเทศเดินทางเข้าประเทศ) ปิดโรงเรียน สถานที่ราชการ สถานที่ทำงาน ภัตตาคาร ร้านค้า ศูนย์การค้า การจำกัดการเดินทางไปทำธุรกิจต่าง ๆ แม้การประชุม การเรียน การทำงานหรือประชุม ก็ถูกปิดถูกเลื่อนออกไป แต่ก็ยังโชคดีที่โลกปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบการสื่อสารทางระบบอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ ได้ช่วยให้คนเราสามารถติดต่อสื่อสารทางไกลได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และเป็นปัจจุบัน ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนก็ติดต่อพูดคุยสื่อสารกันได้ สามารถทำงานจากที่บ้าน เรียนทางไกลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ประชุมทางไกล เพื่อไม่ให้คนออกมาแพร่เชื้อไวรัสให้คนอื่น

มาตรการปิดเมืองหรือ lock down นั้นนับว่าเป็นมาตรการที่สามารถควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ได้ผลดี ทำให้โรคแพร่กระจายได้น้อยลง หลาย ๆ ประเทศที่ใช้มาตรการปิดเมืองอย่างเข้มงวด เช่น ไทย จีน ก็สามารถควบคุมจำนวนผู้ป่วยได้ แต่ก็มีผลเสียต่อเศรษฐกิจ สังคม ทำให้คนต้องเก็บตัวอยู่ในบ้าน จะออกนอกบ้านได้เฉพาะเวลาไปซื้อหาอาหารและของใช้ที่จำเป็น ทำให้หลาย ๆ คนประสบปัญหาความเครียด ปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากระบบการป้องกันโรคระบาดอย่างเข้มงวดทำให้ผู้คนขาดการติดต่อทางสังคม เกิดความเครียด ซึมเศร้า เพราะไม่สามารถใช้ชีวิตในรูปแบบทางสังคมตามปกติ

และเมื่อการระบาดสงบลงในระดับหนึ่ง รัฐบาลหลาย ๆ ประเทศได้ผ่อนคลามาตรการปิดเมือง เปิดโรงเรียน เปิดร้านค้า และติดต่อค้าขายได้ แต่ภายใต้การแนะนำหรือบังคับให้ประชาชนใส่หน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 2 เมตร (ซึ่งนับเป็นระยะห่างที่ปลอดภัยจากละอองฝอยของการจาม ไอ)

และการเน้นให้ประชาชนรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัดคือ การล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลล้างมือที่มีแอลกอฮอล์ 70% รักษาความสะอาดของร่างกาย เครื่องนุ่งห่ม บ้านเรือนที่อยู่อาศัย และอาคารสถานที่ทั่วไป รวมทั้งรถโดยสารสาธารณะ และห้ามการชุมนุมของคนหมู่มากที่ไม่มีมาตรการรักษา ระยะห่าง และใส่หน้ากากอนามัย

ซึ่งมาตรการในการควบคุมโรคโควิด-19 ต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้การติดต่อธุรกิจ การเดินทางท่องเที่ยว กิจกรรมค้าขาย การท่องเที่ยว อุตสาหกรรมการผลิต การเกษตร พืชผักผลไม้และผลิตภัณฑ์การเกษตรไม่สามารถส่งไปถึงผู้บริโภค ผู้คนตกงาน เมื่อไม่มีการเดินทาง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางท่องเที่ยว โรงแรม กิจกรรมเดินทางและขนส่งก็หยุดชะงัก คนตกงาน กิจกรรมล้มละลาย ซึ่งเป็นผลกระทบจากทุกประเทศทั่วโลก ประเทศที่ไม่มีการปิดเมืองก็จะมีผลกระทบระลอกสอง และยังมีประสพปัญหาความยากลำบากในด้านเศรษฐกิจและสังคมเช่นเดียวกัน

เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่เกิดจากเชื้ออุบัติใหม่ ทางวงการแพทย์ก็ต้องแสวงหาวิธีการรักษาและการป้องกันไม่ให้โรคแพร่กระจาย ซึ่งค่อย ๆ พัฒนาการป้องกันโรคว่าการป้องกันโรคที่ได้ผลดีคือ การใส่หน้ากากอนามัยในที่ชุมชนในคนหมู่มาก พร้อมทั้งมีการแนะนำการรักษาระยะห่างทางสังคมอย่างน้อยคนละ 2 เมตรดังกล่าวแล้วข้างต้น และให้ตรวจวัดอุณหภูมิทุกคนที่เดินทางมาจากต่างประเทศ รวมทั้งการตรวจหาเชื้อทุกคนที่เดินทางเข้าประเทศ รวมทั้งให้กักตัวผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศไว้อย่างน้อย 14 วัน (ซึ่งเป็นระยะเวลาเฉลี่ยของระยะฟักตัว คือระยะเวลาที่ได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายและมีอาการป่วย) หรือจนกว่าจะตรวจไม่พบว่ามีเชื้อโควิด-19 อยู่ในร่างกาย ส่วนผู้ติดเชื้อที่มีอาการป่วยก็จะถูกส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

แต่เมื่อโรคนี้แพร่ระบาดมาถึงประเทศเมียนมาร์ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากถึง 110,667 คน มีผู้ติดเชื้อใหม่เพิ่มขึ้นในวันหนึ่งถึง 1,115 คน และมีผู้เสียชีวิตไปแล้ว 2,319 คน ซึ่งเมียนมาร์เป็นประเทศเพื่อนบ้านของไทยที่มีชายแดนติดกันถึง 2,400 กิโลเมตร รวม 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ตาก กาญจนบุรี ราชบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร ระนอง โดยพลเมืองของทั้งสองประเทศก็เดินทางข้ามชายแดนได้ตามช่องทางธรรมชาติ โดยไม่ผ่านด่านตรวจคนเข้าเมืองของทางราชการ และไม่ผ่านมาตรการตรวจหาเชื้อและการกักกันตัวให้พ้นระยะฟักตัว 14 วัน ข้ามชายแดนเมียนมาร์เข้าไทย และเมื่อมาถึงไทยแล้วก็เดินทางไปตามใจชอบจนเกิดการพบผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอีกในประเทศไทย รัฐบาลไทยจึงได้เพิ่มการเฝ้าระวังการลักลอบเข้าเมืองโดยไม่ผ่านด่านชายแดน และเตือนให้ประชาชนทำตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 ทุกอย่าง ได้แก่ ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ รักษาระยะห่าง และไม่รวมชุมนุมกับคนหมู่มากโดยไม่จำเป็น

อาการของผู้ได้รับเชื้อโควิด-19 ในส่วนอาการของผู้ติดเชื้อนั้น ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ร่างกายสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้ดี อาจจะไม่แสดงอาการป่วยเลย และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายก็สามารถกำจัดเชื้อไวรัสได้ และมีร่างกายแข็งแรงปกติดังเดิม ซึ่งคนในวัยเด็กและหนุ่มสาวนับว่าเป็นกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงน้อยที่จะมีอาการป่วยจากโรคนี้ แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะไม่มีความเสี่ยงในวัยนี้ที่เกิดอาการป่วย เพราะมีการรายงานผู้ป่วยในวัยเด็กและวัยหนุ่มสาวด้วย

ฉะนั้นจึงมีคำแนะนำแก่ประชาชนทั่วไปว่าทุกคนควรให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการป่วย ซึ่งหลักในการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงและมีภูมิคุ้มกันที่ดีก็คือ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ไม่ขาดสารอาหาร เกลือแร่ และวิตามินทุก ๆ วัน การออกกำลังกายทั้งในร่มและกลางแจ้ง ให้ได้รับแสงแดดเพื่อจะได้ไม่ขาดวิตามินดี และการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการพักผ่อนหย่อนใจกับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อให้อารมณ์สงบและเบิกบาน

เกี่ยวกับอาการของผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้ จะเริ่มจากอาการไอ เจ็บคอ เป็นไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย บางคนจะรู้สึกว่ามีไข้ ไม่ได้กลิ่น เบื่ออาหารและหายใจลำบาก ซึ่งถ้ามีอาการเล็กน้อยก็รักษาตัวตามอาการ เช่น รับประทานยาลดไข้ ดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย นอนพักผ่อนมาก ๆ และกักตัวเองอยู่ที่บ้าน ผู้ที่มีอาการเล็กน้อยนี้ยังอาจต้องใช้เวลาราว 2 สัปดาห์ กว่าอาการจะหายไป

สำหรับผู้ที่มีอาการหนักกว่านั้น ซึ่งมักจะเกิดขึ้นประมาณ 7-10 วันหลังจากการได้รับเชื้อจะมีไข้ 88.7% ไอ 67.8% จะเริ่มมีอาการหายใจลำบากเนื่องจากปอดอักเสบ แต่อาการหายใจลำบากจะรุนแรงกว่าพยาธิสภาพของปอด เนื่องจาก cytokine storm จากปฏิกิริยาของร่างกายเพื่อต่อต้านการติดเชื้อ และทำให้มีอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้รับผลกระทบไปด้วย ซึ่งถ้ามีอาการมากก็อาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องเข้ารับการรักษาในหน่วย ICU และอาจต้องใช้เวลาในการรักษานานหลายสัปดาห์กว่าจะหายเป็นปกติ ซึ่งทำให้หลาย ๆ ประเทศที่มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่มีเตียง ICU และไม่มีบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอ โดยเฉพาะพยาบาล แพทย์ ขาดแคลนอุปกรณ์การแพทย์ รวมทั้งอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อ แม้กระทั่งหน้ากากอนามัย และชุด PPE ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดชุด PPE ของไทยต้องผลิตหน้ากากอนามัย หรือใช้เสื้อกันฝนหรือถุงขยะมาดัดแปลงสวมแทนชุด PPE

นอกจากการขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์แล้ว วงการแพทย์ยังต้องทดสอบและทดลองหาวิธีที่สามารถนำมาใช้รักษาให้มีประสิทธิผล มีการทดลองนำยารักษามาลาเรีย เช่น คลอโรควิน ยารักษาโรคเอดส์ มาใช้รักษาโรคนี้ กว่าจะได้ข้อยุติว่าควรใช้ยาอะไรที่จะได้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19

ปัจจุบันยาที่ใช้ในการรักษาโรคโควิด-19 ได้แก่ ยาโลพินาเวียร์ (LPV/r) และยาฟาวิพิราเวียร์ (favipiravir) ปัจจุบันจะรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์ก่อนมีอาการหนัก ซึ่งจะได้ผลดีกว่า และช่วยป้องกันอาการอ่อนเพลียเรื้อรังหลังจากการฟื้นไข้ และลดเวลาอนิน ICU ด้วย นอกจากนี้แล้วการนำสารสกัดจากพลาสมาของผู้ที่หายป่วยจากโรคโควิด-19 มารักษาผู้ป่วย โดยในพลาสมาของผู้ป่วยที่หายดีแล้วจะมีภูมิต้านทาน (antibody) ต่อโรคโควิด-19 และทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการป่วยได้ ซึ่งมีการทดลองใช้ในจีน สหรัฐอเมริกา และไทยด้วย

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคเส้นเลือดหัวใจ (coronary artery disease and atherosclerotic cardiovascular disease) พบว่าอาจมีโรคแทรกซ้อนคือ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และหัวใจล้มเหลว (heart failure) และยังพบว่ามีการเกิด arterial and venous thromboembolic events จาก potential interaction ระหว่าง atherosclerosis, myopathy และ hyperinflammation syndrome จาก SARS-CoV-2 infection

ผู้ป่วยอาการหนักที่ได้รับการรักษาจนหายกลับบ้านได้แล้ว ผู้ป่วยบางคนก็อาจจะมีอาการเครียดหลังจากผ่านการป่วยร้ายแรง (post-traumatic stress disorder) หรือผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวใน ICU เป็นระยะเวลานานก็อาจจะมีอาการกล้ามเนื้อลีบ ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการสร้างกล้ามเนื้อ และบางคนอาจต้องได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด และบางคนยังรู้สึกเหนื่อย เพลีย หรืออ่อนล้าไปอีกนาน ซึ่งผลระยะยาวหลังจากป่วยด้วยโรคโควิด-19 ก็คงต้องติดตามกันต่อไป

เนื่องจากโรคโควิด-19 ส่งผลต่อประชาชนทั่วโลกอย่างรวดเร็ว กว้างขวาง มาตรการในการป้องกันการแพร่กระจายดังกล่าวมาแล้วคือ การลดการติดต่อใกล้ชิดระหว่างคนในสังคม มาตรการปิดเมืองและต้องการให้ทุกคนอยู่บ้าน ทำให้ชีวิตปกติของผู้คนเปลี่ยนไป ไม่มีการเดินทางท่องเที่ยว ไม่มีการบริการร้านอาหารและเครื่องดื่ม กิจกรรมผลิตสินค้าและโรงงานอุตสาหกรรมหยุดหรือชะลอการผลิต การแข่งขันกีฬา การแสดงคอนเสิร์ต และการเรียนการสอน หรือกิจกรรมที่ร่วมกันทำระหว่างคนหมู่มากต้องหยุดชะงัก ทำให้คนส่วนมากในทุกภาคส่วนตกงาน และเกิดเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลกเหมือนที่เคยเกิดในภาวะสงครามโลก แต่เป็นสงครามระหว่างประชาคมทั้งโลกกับไวรัส ซึ่งหนทางเดียวที่จะป้องกันและกำจัดเชื้อโรคนี้นี้ให้หมดไปก็คือ การผลิตวัคซีนป้องกันโรคนี้นี้ เพื่อฉีดให้แก่คนทั่วโลกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งนี้ก็วิจัยและนักวิทยาศาสตร์ได้ทำการวิจัยและผลิตวัคซีนกันอย่างเร่งรีบ และทำการทดลองตามขั้นตอน 3 phase จนสามารถแน่ใจว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือให้ผลในการป้องกันโรคได้ไม่ต่ำกว่า 90% ทั้งนี้มีหลายบริษัทในหลาย ๆ ประเทศสามารถผลิตวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้สำเร็จ

ผ่านกระบวนการทดลองและตรวจสอบครบ 3 เฟส และผ่านการรับรองของรัฐบาลในหลายประเทศอย่างรวดเร็วเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน (emergency) และเริ่มกระบวนการฉีดให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการจะได้รับเชื้อโควิด-19 และผู้สูงอายุใน nursing home ก่อนที่จะมีวัคซีนเพียงพอที่จะฉีดให้แก่บุคคลส่วนมากทั่วไป

คาดว่าจะมีการผลิตวัคซีนให้เพียงพอที่จะฉีดให้แก่คนทั่วโลกได้ภายในปีหน้า ฉะนั้นในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประชาชนไทยก็ยังคงต้องอาศัยวิธีการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อที่ได้ผลดีมาแล้ว คือการใส่หน้ากากอนามัยในสถานที่สาธารณะ การรักษาระยะห่างทางสังคม การล้างมือให้สะอาดก่อนที่จะใช้มือจับหน้า จมูก ปาก อาหาร การรักษาความสะอาดของบ้านเรือน/ที่อยู่อาศัย/สถานที่ทำงาน/อาคารสาธารณะ ให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก การรักษาความสะอาดของเครื่องนุ่งห่ม อาหาร การออกกำลังกายกลางแจ้ง การได้รับแสงแดดอ่อน ๆ ตอนเช้าหรือเย็น การรับประทานอาหารที่สะอาดครบ 5 หมู่ ไม่ขาดวิตามิน เกลือแร่ การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ การเล่นกีฬา และการพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงทั้งกายและใจ เพื่อให้ไม่เจ็บป่วยจากการติดเชื้อโควิด-19 อีกต่อไป จนกว่าจะมีวัคซีนที่ปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับประชาชนส่วนมากหรือทุกคน

ซึ่งคาดว่าประเทศไทยอาจจะมีวัคซีนสำหรับประชาชนทั่วไปภายในปี พ.ศ. 2564 แต่หลังจากมีวัคซีนแล้ว ก็ยังจะต้องมีการตรวจสอบว่าวัคซีนจะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคได้เป็นระยะเวลานานมากน้อยแค่ไหน จะต้องฉีดซ้ำทุกปีเหมือนวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่หรือไม่

ฉะนั้นในขณะที่ระยะเวลาในการป้องกันโรคจากวัคซีนโควิด-19 ยังไม่ชัดเจน ประชาชนจึงควรรักษามาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ได้ผลมาแล้ว คือการรักษาระยะห่างทางสังคม การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือให้สะอาด การรักษาความสะอาดของอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ยังเป็นพฤติกรรมที่ประชาชนทุกคนยังต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค และป้องกันไม่ให้ตนเองแพร่กระจายเชื้อโรค (ในกรณีติดเชื้อแต่ไม่รู้ตัวหรือไม่มีอาการป่วย) ไปให้บุคคลอื่นก็จะช่วยควบคุมการระบาดได้

เอกสารอ้างอิง

1. https://www.google.com/search?kgmid=/g/11j2cc_qll&hl=en-TH&q=%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B9%84%E0%B8%A7%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%AA&kgms=8feda65d346bc4ff&shndl=0&source=sh/x/kp/osrp&entrypoint=sh/x/kp/osrp
2. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/JAHA.120.017756>
3. <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue037/rama-rdu>

ศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์

ผู้นำด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากประเทศเยอรมนี
ร่วมแบ่งปันความเชี่ยวชาญ เพิ่มมาตรฐาน
พัฒนาคุณภาพด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย
พร้อมดูแลใส่ใจผู้เข้ารับการรักษาทั้งกาย ใจ และครอบครัว



ด้วยวิสัยทัศน์ (VISION) ที่ว่า “เราปกป้องและพัฒนาสุขภาพของผู้คนทั่วโลก” (We protect and improve the health of people around the world) บริษัทฯ จึงมุ่งมั่นในการพัฒนา อีกทั้งต้องการแบ่งปันความเชี่ยวชาญ (SHARING EXPERTISE) ประกอบกับประสบการณ์ความเป็นหนึ่ง ในฐานะผู้ให้บริการศูนย์ไตเทียมกว่า 80 แห่งทั่วทั้งเอเชียแปซิฟิก และให้บริการด้านการดูแลสุขภาพชั้นนำของโลกมาจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มผลิตภัณฑ์และบริการสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม “บริษัท บี. บราวน์ (ประเทศไทย) จำกัด” จึงร่วมแบ่งปันความเชี่ยวชาญให้แก่โรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิก แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนพันธมิตรที่มีความต้องการจัดทำหรือพัฒนาระบบบริการศูนย์ไตเทียม พร้อมทั้งเครื่องมือผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองและคุณภาพเทคโนโลยีที่ทันสมัย ด้วยทักษะของผู้เชี่ยวชาญระดับมืออาชีพเพื่อป้องกันดูแลและปรับปรุงสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตให้ได้รับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เราภูมิใจที่ได้มีโอกาสในการแบ่งปันความเชี่ยวชาญ

“เพื่อปกป้องและพัฒนาสุขภาพของผู้คนทั่วโลก”

ภก.รัฐนนท์ ศรีนิติโรจน์ ผู้จัดการธุรกิจพยาบาล บี. บราวน์ (ประเทศไทย) จำกัด กล่าวถึงที่มาของการจัดทำศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ ว่า เนื่องจากโรคไตเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย อีกทั้งยังเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน โดยสถานการณ์ของโรคไตในปัจจุบันพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือคิดเป็นประมาณ 8 ล้านคน ทั้งนี้อยู่ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายประมาณ 2 แสนคน และมีจำนวนผู้ที่ป่วยเป็นโรคไตเพิ่มขึ้นปีละกว่า 7,800 ราย

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น บี. บราวน์ ในฐานะผู้นำด้านเทคโนโลยีซึ่งครอบคลุมกลุ่มผลิตภัณฑ์การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Hemodialysis) และการฟอกเลือดชนิดต่อเนื่อง (Continuous Renal Replacement Therapy; CRRT) ที่ใช้กับผู้ป่วยวิกฤติ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ “ศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์” จึงถือกำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2558 เพื่อเป็นศูนย์ฟอกไตตัวอย่างให้แก่โรงพยาบาล คลินิก แพทย์



Line: @bbraun_dc

ข้อมูลการบริการและสอบถามเส้นทาง
กรุณาแอดไลน์เพื่อสอบถาม

ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ได้เห็นถึงมาตรฐานคุณภาพของ บี. บราวน์ ในการดูแลรักษาไตให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ด้วยการบูรณาการแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทุกกระบวนการ ในการดูแลรักษา อีกทั้งการตรวจ การติดตาม การวิเคราะห์ และ พัฒนาระบบการที่ปลอดภัย พร้อมแบ่งปันความเชี่ยวชาญ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนพันธมิตรด้านการดูแลสุขภาพให้ได้รับประโยชน์ และประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลรักษาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคไตภายใต้มาตรฐานที่รักษาไว้อย่างเข้มงวด

“ทั้งนี้ บี. บราวน์ พร้อมให้มีส่วนร่วมและสนับสนุน แบบครบวงจร เริ่มตั้งแต่การพัฒนาในส่วนสถานที่ซึ่งเราได้มีการสร้างแบบจำลอง (Model) ของศูนย์ไตเทียม เพื่อให้เลือก หลากหลายแบบตามความต้องการของผู้ให้บริการ ด้วยความ เชี่ยวชาญและประสบการณ์ซึ่งทาง บี. บราวน์ เยอรมนี ได้รวบรวม มาจากทั่วโลก ตลอดจนการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งหมด การตกแต่งสถานที่ หรือแม้กระทั่งขั้นตอนการกำจัดขยะหรือ สิ่งปฏิกูล เราสามารถดำเนินการจัดการได้ทั้งหมด นอกจากนี้ บี. บราวน์ ได้พัฒนาระบบการจัดการฐานข้อมูล (Database) เพื่อใช้ ในการติดตามผลการรักษาหรือวิเคราะห์ผู้ป่วยที่เรียกว่า Avitum Information System ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไต เช่น ประวัติการรักษา การฟอกเลือด ประวัติการแพทย์ รวมถึง การติดต่อในทุก ๆ ประเทศ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับรวมมาวิเคราะห์ เพื่อใช้ในการแบ่งปันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละแห่งทั่วโลก เพื่อให้ได้สิ่งที่ดีที่สุดแก่พันธมิตรและผู้ป่วย เนื่องจาก โลกในยุคปัจจุบันขับเคลื่อนเทคโนโลยีที่สามารถเชื่อมโยงและ รับส่งข้อมูลระหว่างกันได้อย่างง่ายดาย สามารถส่งการเพื่อ ควบคุมอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้ผ่านทางระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

(Internet of Things: IoT) ดังนั้น การเก็บฐานข้อมูลของผู้ป่วยโรคไต จึงถือเป็นสิ่งสำคัญที่ บี. บราวน์ จะได้นำมาใช้ในการพัฒนา ปรับปรุงเพื่อวางแผนแนวทางการทำงานในอนาคตให้ดียิ่งขึ้น และ ถือเป็นหนึ่งในค่านิยมหลักขององค์กร (Core Value) ที่ทุกคนยึดถือ ร่วมกันนั่นก็คือ แบ่งปันความเชี่ยวชาญ (Sharing Expertise)”

ภก.รัฐธนัท กล่าวถึงมาตรฐานของศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ เพิ่มเติมว่า สำหรับเครื่องฟอกไตกับระบบการทำงาน ของ บี. บราวน์ นอกจากจะมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ ได้รับการยอมรับว่ามีมาตรฐานและมีความเสถียรสูง (Standard & Stable) ใช้งานง่ายแล้ว บี. บราวน์ ยังเปิดให้มีการจัดอบรมวิชาการ โดยเอสคูแลป อะคาเดมี่ (Aesculap Academy) ช่วยให้ผู้บุคลากร ทางการแพทย์มีความรู้พร้อมรับมือกับอนาคต รวมถึงการสร้าง ทีมพยาบาลไตเทียม เพื่อสร้างความมั่นใจว่า “ศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ จะไม่มีปัญหาพยาบาลไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไต อย่างแน่นอน” ทั้งนี้พยาบาลไตเทียมที่ได้ผ่านการคัดเลือกทุกคน ล้วนเป็นคนที่มีทัศนคติที่ดี มีใจรักการบริการ และพร้อมที่จะดูแล และเห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยเป็นหลัก

“ความคาดหวังของ บี. บราวน์ คือ เรามุ่งเน้นที่คุณภาพชีวิต ทั้งนี้เราต้องการดูแลผู้ป่วยโรคไตเสมือนดังญาติมิตรคนหนึ่ง เรามี ความต้องการที่จะช่วยยืดอายุของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ให้ยืนยาวที่สุด เพิ่มคุณภาพชีวิต เพราะเราอยากให้การมาฟอกไต เหมือนการมานอนพัก 4 ชั่วโมง แล้วกลับบ้านใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ด้วยเหตุนี้ศูนย์ไตเทียมของ บี. บราวน์ จึงออกแบบมาเพื่อให้ ความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย สะอาด สะดวก และทันสมัย ให้ผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัวได้รู้สึกผ่อนคลายไปกับสภาพแวดล้อม ที่กว้างขวาง โปร่งโล่งและเย็นสบาย”



บรรยากาศศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ สายธาราคลินิก



uw. nibnwa วงศ์รัตนาบอน
 หุ้นส่วนทางธุรกิจและผู้จัดการ
 ของศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ สายธาราคลินิก



ภก.รัฐธนัท ศรีนิธีโรจน์
 ผู้จัดการธุรกิจพยาบาล บี. บราวน์ (ประเทศไทย) จำกัด

การดูแลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคไตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำหรับมุมมองความเชื่อมั่นของพันธมิตรทางการค้าที่มีต่อศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ นั้น **ภก.รัฐธนันท์** กล่าวว่า ทุกคนมีความเชื่อมั่นในมาตรฐานคุณภาพเครื่องฟอกไต ตลอดจนประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของ บี. บราวน์ ซึ่งค่อนข้างยืนเด่นเป็นอันดับหนึ่ง ผลลัพธ์แห่งความสำเร็จจะเห็นได้จากตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการมากกว่า 5 ปี เรามีศูนย์ไตเทียมฯ ทั้งหมด 4 สาขา ซึ่ง 2 สาขาล่าสุด ได้แก่ ศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ สายธาราคลินิก และศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ โรงพยาบาลนวเวช

ด้าน **นพ.นันทพล พงศ์รัตนามาน** **หุ้นส่วนทางธุรกิจและอุดมการณ์ของศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ สายธาราคลินิก** เล่าถึงเหตุผลของการเลือก บี. บราวน์ ร่วมเป็นพันธมิตรในการสร้างศูนย์ไตเทียมว่า ในการเปิดศูนย์ไตเทียมผมเน้นที่คุณภาพชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คุณภาพชีวิตของพวกเขา ตลอดจนคนในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยนั้นต่างมีความทุกข์และความเครียดทั้งจากตัวโรค การดำเนินชีวิต เศรษฐกิจและความเป็นอยู่ด้วยเหตุนี้เองโรงพยาบาลจึงไม่ควรเป็นสถานที่ที่เพิ่มความเครียดของผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาอยู่กับศูนย์ฟอกไตจนเปรียบเสมือนเป็นบ้านอีกหลังหนึ่ง ผมจึงอยากทำสายธาราคลินิกแห่งนี้ให้เป็นคลินิกที่สวยที่สุด มีความทันสมัย มีความร่มรื่นสวยงาม มีความสะดวกสบาย เพื่อให้ทุกคนที่เข้ามาที่มีความรู้สึกผ่อนคลายเป็นสังคมเล็ก ๆ ที่สามารถมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในบรรยากาศเช่นเดียวกับการมานั่งเล่นในร้านกาแฟ ด้วยมาตรฐานการดูแลรักษาที่ดี มีความสะอาดปลอดภัย ภายใต้อุปกรณ์เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ตามสิทธิที่ทุกคนได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่ได้รับสายธาราคลินิกสามารถครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่พื้นฐานป้องกันหยุดเลือด การกันระหว่างผู้เข้ารับบริการฟอกไต ระหว่างระหว่างผู้ใช้บริการเรื่องโควิด-19 เนื่องจากผมเชื่อว่า “**รักษาโรคหมอท่านใดก็รักษาได้ แต่การรักษาที่หายและผู้ป่วยมีความสุขนั้นต่างหากจึงจะเป็นการรักษาที่ดี ที่มีประโยชน์ อีกทั้งยังทำให้เราอยู่ได้นาน**”

“สาเหตุที่ตัดสินใจร่วมอุดมการณ์กับ บี. บราวน์ ผมบอกก่อนเลยว่าเวลาทำอะไร ผมจะต้องทำให้ดีที่สุด ดังนั้น สิ่งที่ต้องได้รับการรับรองมาตรฐานสูงสุดในระดับโลกให้การยอมรับ รวมถึงมุมมองทัศนคติในการทำงานจะต้องมีแนวคิดหรือจุดมุ่งหมายเหมือนกัน ซึ่งความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของ บี. บราวน์ สามารถตอบโจทย์ผมได้ทั้งหมด เพราะผมอยากสร้างศูนย์ไตเทียมที่ดีมาก ๆ และเป็นที่ยังสำหรับ



บรรยากาศศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์
โรงพยาบาลนวเวช อินเตอร์เนชั่นแนล

ผู้ป่วยโรคไตเพื่อให้พวกเขาเหล่านี้ตลอดจนครอบครัวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่ผมสามารถทำได้ ตั้งแต่ในเรื่องของสถานที่ การควบคุมคุณภาพ มาตรฐาน ความปลอดภัย เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องฟอกไตของ บี. บราวน์ ที่มีมาตรฐาน และเทคโนโลยีการล้างไตแบบที่มีประสิทธิภาพสูง (Online Hemodiafiltration; OL-HDF) ที่ใช้งานง่าย และได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานของประเทศเยอรมนี นอกจากนี้ บี. บราวน์ มีระบบเครือข่ายการบริการที่ดี มีการประสานงานทำงานเป็นทีม และมีทีมพยาบาลไตเทียมเพื่อแก้ปัญหากรณีพยาบาลไม่เพียงพอ”

ด้าน **คุณนิภาวรรณ ศิริประเสริฐ รองประธานเจ้าหน้าที่บริหารกลุ่มปฏิบัติการ โรงพยาบาลนวเวช** กล่าวถึงศูนย์ไตเทียมที่จัดตั้งในโรงพยาบาลนวเวช ซึ่งเป็นความร่วมมือกับ บี. บราวน์ ว่า เนื่องจากโรงพยาบาลนวเวชเป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ที่ขนาดใหญ่ เราคำนึงถึงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ซึ่งบริการสำหรับฟอกไตก็ถือว่าเป็นหนึ่งในบริการที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน และในฐานะผู้บริหารที่มีประสบการณ์ในการทำงานโรงพยาบาลเอกชนมาเกือบ 30 ปี เรามีความคุ้นเคย และเชื่อมั่นในเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ของ บี. บราวน์ ที่สำคัญโรงพยาบาล และ บี. บราวน์ มีแนวคิดและนโยบายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันคือ ต้องการสร้างศูนย์ไตเทียมที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ มีการบริการที่ดี พร้อมด้วยผลิตภัณฑ์เครื่องมือทางการแพทย์ ตลอดจนเทคโนโลยีสนับสนุนการบริการที่ทันสมัยในสภาพแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตที่เข้ารับบริการฟอกไตมีความพึงพอใจและสามารถเข้าถึงได้ ซึ่งทาง บี. บราวน์ ก็พร้อมจะก้าวเดินและเติมเต็มไปกับเรา สิ่งนี้จึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถวัดเป็นมูลค่าได้

นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลได้มีนิยามการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ 3S ประกอบด้วย Speed + Caring ใส่ใจและรวดเร็ว, Safety ปลอดภัยทุกขั้นตอนของการให้บริการ, Suitable Health Care Cost ค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม ดังนั้น จุดเด่นของศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ โรงพยาบาลนวเวช นอกจากมีเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ประกอบกับทีมแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้วยประสบการณ์แล้ว เรายังมีเครื่องไตเทียมให้บริการ 16 เครื่อง สามารถรองรับผู้ป่วยในได้จำนวน 152 คน ทั้งนี้ในการทำงานของศูนย์ไตเทียม ทีมงานทุกคนยึดถือตามมาตรฐาน 3S เพราะเราไม่ต้องการสร้างภาระจนส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการมากเกินไป เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายที่จะให้ผู้ป่วยทุกคนและทุกวัยสามารถเข้าถึงได้โดยคำนึงถึงกาย ใจ เศรษฐกิจ และสังคม นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลมีการวางแผนเตรียมการสำหรับอนาคตในกรณีที่มีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้น โดยแผนการในระยะที่ 2 (Phase 2) เรายังมีการวางแผนขยายพื้นที่ในการให้บริการเพื่อให้สามารถรองรับจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นเป็น 350 เตียง

คุณนิภาวรรณ ยังกล่าวถึงมุมมองเกี่ยวกับการพัฒนาศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ ในอนาคตว่า ทิศทางในอนาคตน่าจะเป็นการร่วมมือกันในเรื่องของเทคโนโลยี เนื่องจากเทคโนโลยีของเครื่องไตเทียมถือเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น การเพิ่มประสิทธิภาพของเครื่องฟอกไตเทียมให้ดียิ่งขึ้นสามารถลดระยะเวลาในการฟอกไตและจำนวนการฟอกไตของผู้ป่วยให้น้อยลง ลดภาวะแทรกซ้อน

ของการเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถฟอกไตที่บ้านโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์ได้จะเป็นการดียิ่งยิ่ง เพราะโรคไตเมื่อเป็นแล้วจำเป็นต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้วิธีการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไตยังทำได้อย่างจำกัด ดังนั้น การฟอกไตจึงถือเป็นสิ่งสำคัญ

คุณก้องศักดิ์ อุดมจิตพิทยา Business Unit Manager

บี. บราวน์ (ประเทศไทย) จำกัด กล่าวถึงแผนการในอนาคตซึ่งเป็นก้าวต่อไปของ บี. บราวน์ ว่า เรายังมีการวางแผนในอนาคตโดยมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยโรคไตเพื่อให้พวกเขาสามารถได้มีโอกาสเข้าถึงการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยพร้อมความสะดวกสบายเป็นหลัก โดยในอนาคตเรามีการวางแผนพัฒนารูปแบบการบริการการฟอกไตเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟอกไตที่บ้านได้ โดยเราเป็นส่วนหนึ่งที่จะเข้ามาดูแลในส่วนของอุปกรณ์ และเป็นศูนย์กลางหลักในการกระจายบริการต่าง ๆ ร่วมกันกับพันธมิตรในการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน นอกจากนี้ส่วนที่จะเพิ่มเติมในการให้บริการคือ เรื่องของการจัดเก็บฐานข้อมูล (Big Data) เพื่อที่จะรวบรวมข้อมูลเหล่านี้นำมาพัฒนาวิธีการในการดำเนินการการให้บริการในอนาคต โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกรวบรวมไว้ที่ศูนย์แพทย์ที่กลางของ บี. บราวน์ นำทีมโดยทีมแพทย์จากประเทศเยอรมนีซึ่งเป็นจุดกำเนิดของเครื่องฟอกไต

“เพื่อให้สามารถบรรลุคุณภาพสูงที่สุดในการดูแลรักษาไตและผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับคนไข้ เราเชื่อว่าการบูรณาการแบบองค์รวมซึ่งครอบคลุมทุกกระบวนการในการดูแลรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง”



คุณนิภาวรรณ ศิริประเสริฐ
รองประธานเจ้าหน้าที่บริหารกลุ่มปฏิบัติการ
โรงพยาบาลนวเวช



คุณก้องศักดิ์ อุดมจิตพิทยา
Business Unit Manager บี. บราวน์ (ประเทศไทย) จำกัด

เกี่ยวกับ บริษัท บี. บราวน์ (ประเทศไทย) จำกัด

บริษัท บี. บราวน์ (ประเทศไทย) จำกัด ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2532 ในฐานะบริษัทสาขาของบริษัท บี. บราวน์ เมลซุงเกน เอจี บริษัทระดับโลกที่มีประวัติศาสตร์ที่ยาวนาน โดยจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์และเวชภัณฑ์ให้กับตลาดในประเทศไทย ทั้งนี้เฉพาะในกลุ่มของผลิตภัณฑ์และบริการสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมด้วยศูนย์ไตเทียมปัจจุบันมีทั้งหมด 4 สาขา ได้แก่ ศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ โรงพยาบาลนวมิสมเด็ญย่า (อารีย์), ศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ อินทามระ 12 (สะพานควาย), ศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ สายธาราคลินิก (เทพารักษ์) และศูนย์ไตเทียม บี. บราวน์ โรงพยาบาลนวเวช (เกษตร-นวมินทร์)



การรักษา ANCA vasculitis

ปัจจุบันการแบ่งชนิดของ systemic vasculitis ใต้เกณฑ์ของ International Chapel Hill Consensus Conference (CHCC) ซึ่งแบ่ง vasculitis ตามขนาดของหลอดเลือด ดังนี้

1. Small vessel disease
 - ANCA associated vasculitis
 - o Microscopic polyangiitis (MPA)
 - o Granulomatosis with polyangiitis (Wegener)
 - o Churg-Strauss (Eosinophilic) Granulomatosis with polyangiitis
 - Immune complex small vessel
 - o Anti GBM
 - o Cryoglobulinemic vasculitis
 - o IgA vasculitis
 - o Anti C1q vasculitis
2. Medium vessel vasculitis
 - o Polyarteritis nodosa
 - o Kawasaki disease
3. Large vessel vasculitis
 - o Takayasu arteritis
 - o Giant cell arteritis

4. Variable vessel vasculitis

- o Behcet disease

ซึ่งอาจแบ่งได้อีกตามผล serology ว่าเป็นกลุ่ม PR3 หรือ MPO ANCA disease ซึ่งพบว่าในกลุ่ม PR3 จะมีการกลับเป็นซ้ำบ่อยกว่า ในขณะที่ผู้ที่มี anti MPO จะมีอัตราตายสูงกว่า

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของ ANCA associated vasculitis (AAV) พบได้ไม่บ่อย (1/20 ล้าน) ในยุโรปและอเมริกา พบในชายบ่อยกว่า และในคนผิวขาวและเอเชียมากกว่าคนชาติอื่น

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค ได้แก่ การติดเชื้อ การสัมผัสสาร silica สาร hydrocarbon ยาฆ่าแมลง และยาบางประเภท ได้แก่ hydralazine, propylthiouracil, minocycline และ antitumor necrosis factor ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีระดับ MPO-ANCA สูงมาก และอาจพบ antinuclear antibodies ซึ่งจะมีลักษณะเฉพาะคือ มีรอยโรคที่ผิวหนังร่วมกับ dual positive สำหรับ PR3-ANCA และ MPO-ANCA

อาการและอาการแสดง

จะมีอาการคล้ายไขว้น้ำตาล ปวดข้อ ผื่นตามตัว ก่อนในปอด ไตวายเฉียบพลัน ผลเจาะชิ้นเนื้อไตเป็นลักษณะ necrotizing and crescentic pauci-immune glomerulonephritis

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ANCA เป็น autoantibodies ต่อ cytoplasmic antigens ซึ่งพบในนิวโทรฟิลของเม็ดเลือดขาว นอกจากนี้ในนิวโทรฟิลยังมีโปรตีนอื่น ๆ ได้แก่ lysozyme, MPO, neutral serine proteinases (PR3) ซึ่งเป็น autoantibodies ต่อ MPO และ PR3

PR3 จะมีความสัมพันธ์กับ polyangiitis ในขณะที่ MPO-ANCA จะสัมพันธ์กับ microangiitis polyarthritis หรือ renal-limited vasculitis การพบ dual positive ของ anti MPO และ PR3 บ่งถึง drug-induced vasculitis

อย่างไรก็ดี สามารถพบ anti MPO และ PR3 ได้ ในการติดเชื้อ endocarditis, tuberculosis, HIV, hepatitis และ bartonellosis ได้

ANCA-negative Pauci-immune vasculitis

พบได้ร้อยละ 10 มีอาการและการตอบสนองต่อการรักษาเหมือนกับกลุ่มที่ ANCA positive แต่มักพบเป็น renal-limited disease การตรวจทาง epitope mapping พบว่ามี antibody ต่อบาง epitope ของ MPO-ANCA ทำให้การตรวจ ANCA ด้วยวิธีธรรมดาไม่พบ

กลไกการกระตุ้นคอมพลีเมนต์

มีหลักฐานว่ามีกระบวนการกระตุ้นคอมพลีเมนต์ทาง alternative pathway โดยพบหลักฐานการเพิ่ม circulating และ urinary C5a และ low circulating C3 การใช้ยา avacopan ซึ่งเป็น C5a receptor antagonist พบว่าได้ผลดี

ผลขึ้นเบื้องทวารวิทยา

ลักษณะจำเพาะคือ necrotizing และ crescentic glomerulonephritis โดยที่ไม่พบ immune deposition

อาการทางไต

มาด้วย rapidly progressive GN ร่วมกับการทำงานของ eGFR < 50 มล./นาที/1.73 ม.² มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ร่วมกับ microscopic hematuria และความดันโลหิตสูง มีอาการในเวลาเป็นเดือน อย่างไรก็ตาม อาจพบลักษณะ immune complex มากกว่าร้อยละ 50 และสัมพันธ์กับโปรตีนในปัสสาวะสูง และมี crescents สามารถใช้ระดับ ANCA ในการติดตามความรุนแรงของโรคได้

การรักษา

Induction Therapy ในช่วง 3-6 เดือนแรก

Maintenance Therapy ในช่วง 24-48 เดือน เพื่อป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำ

Induction Therapy:

แนะนำให้ใช้ corticosteroid ร่วมกับ cyclophosphamide หรือ rituximab ถ้าไม่ได้ผลใน 4-6 สัปดาห์ ให้เปลี่ยนยาจาก cyclophosphamide เป็น rituximab หรือในทางกลับกันให้ยา corticosteroid ในขนาดสูงช่วงแรกโดยให้ pulse methylprednisolone 500-1000 มล./วัน นาน 3 วัน แล้วเปลี่ยนเป็นรับประทานในขนาด 1 มก./กก./วัน สูงสุด 60-80 มก./วัน นาน 2-4 สัปดาห์ และค่อยพิจารณาขนาดยาลง โดยลด 5-10 มก. ในเวลา 6 เดือน

การศึกษา PEXIVAS ซึ่งศึกษาในผู้ป่วย AAV ที่มีอาการรุนแรง (eGFR < 50 มล./นาที/1.73 ม.²) ในผู้ป่วย 704 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม plasma exchange และกลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ได้รับยา glucocorticoids ในขนาดปกติและขนาดต่ำ โดยได้รับ cyclophosphamide หรือ rituximab induction มาก่อน การศึกษานี้ติดตามไปนาน 7 ปี พบว่าอัตราการตายทั้งกลุ่มที่ทำ plasma exchange และกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน (ร้อยละ 31 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 28.4 ในกลุ่ม plasma exchange) การให้ยา corticosteroid ในขนาดต่ำได้ผลดีไม่น้อยกว่า corticosteroid ขนาดมาตรฐาน (non-inferiority) และมีการติดเชื้อน้อยกว่า ดังนั้น การศึกษา PEXIVAS สรุปว่าการทำ plasma exchange ไม่ได้ประโยชน์

■ อ่านต่อฉบับหน้า

แรงจูงใจในการทำงาน



ในการทำงาน ผู้บริหารมักต้องการกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานขยันทำงานเพื่อสร้างผลผลิตที่มีคุณภาพ

ในปัจจุบัน สังคมวัตถุนิยมมักบอกว่าวิธีสร้างแรงจูงใจในการทำงานคือ การให้เงินเดือนที่สูงมาก ๆ แต่หลายครั้งก็พบว่า การเพิ่มเงินให้ก็ไม่สามารถเร่งให้ขยันทำงานได้ รวมทั้งอาจไม่สามารถหาเงินจำนวนมากมาอัดฉีดพนักงานได้เพียงพอแล้วนอกจากเงินแล้ว อะไรสามารถสร้างแรงจูงใจให้ทำงานได้

ในการทดลองอันหนึ่ง ได้จ้างคนมา 3 กลุ่มเพื่อจับคู่คำเหมือนในกระดาษโดยให้ค่าจ้างครั้งละ 1 ดอลลาร์ จากนั้นในครั้งถัดไปก็ให้ลดราคาลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งปฏิเสธไม่ยอมทำงาน โดยการทดลองได้สร้างเงื่อนไขดังนี้

กลุ่มที่ 1 ให้เขียนชื่อของตนเองบนกระดาษ และเมื่อเจ้าหน้าที่รับงานแล้วให้ทำการตรวจทานพร้อมกับพูดว่า “อือฮิ”

กลุ่มที่ 2 ไม่ต้องเขียนชื่อตนเองบนกระดาษ และเมื่อเจ้าหน้าที่รับงานแล้วก็ให้ตรวจทานจากนั้นก็หย่อนลงกล่องโดยไม่พูดอะไร

กลุ่มที่ 3 ไม่ต้องเขียนชื่อตนเองบนกระดาษ และเมื่อเจ้าหน้าที่รับงานแล้วก็ให้ส่งเข้าเครื่องทำลายเอกสารต่อหน้าทันที

จากการทดลองพบว่ากลุ่มที่ 3 หยุดทำงานเมื่อราคาลดลงเหลือ 30 เซนต์ แต่กลุ่มที่ 1 ยังคงทำงานไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งหยุดทำงานเมื่อราคาลดเหลือ 15 เซนต์

ดังนั้นจะเห็นว่ากลุ่มที่ 3 หยุดทำงานเร็วกว่ากลุ่มอื่น ทั้งนี้เพราะงานไม่ได้รับความสนใจ ทั้งไม่มีการระบุตัวตนเจ้าของงาน และงานไม่มีใครตรวจทาน ตลอดจนงานถูกทำลายโดยทันทีต่อหน้า

น่าแปลกใจว่ากลุ่มที่ 3 น่าจะรับทำงานไปได้เรื่อย ๆ ทั้งนี้เพราะทำงานลวกแค่นั้นก็ไม่มีใครมาตรวจทาน น่าจะสบายใจที่ทำงานแล้ว ๆ แค่นั้นก็ยังได้รับเงิน แต่กลับพบว่าคนไม่มีกำลังใจทำงานและหยุดทำงานทั้งที่ยังได้รับเงิน

กลับกลายเป็นว่ากลุ่มที่ 1 ซึ่งได้รับคำพูดว่า “อือฮิ” กลับมีแรงใจในการทำงานไปได้ยาวนานกว่า

อันแสดงว่าเงินเพียงอย่างเดียวก็ไม่สามารถกระตุ้นให้ทำงานได้ ถ้าคนไม่รู้สึกภูมิใจในงานที่ทำ การสร้างแรงจูงใจในการทำงานอีกวิธีหนึ่งจึงเป็นการกระตุ้นให้พนักงานมีความภูมิใจที่จะสร้างงาน หรือกระตุ้นให้ รู้สึกว่าเป็นเจ้าของงาน

การจูงใจให้คนทำงานร่วมกับเราจึงมีหลายวิธี นอกจากการเพิ่มเงินค่าจ้างเพียงอย่างเดียว

การกล่าวชื่นชมผลงานก็แสดงว่ามีคนเห็นคุณค่าของงาน ก็ทำให้คนทำงานมีกำลังใจอยากสร้างงานเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ งานที่ทำหายก็เป็นการชักชวนให้คนเก่งอยากพิสูจน์ตนเองมาทำงานให้ เพื่อเกิดความภูมิใจในตนเอง

ครั้งหนึ่ง นายบุญชู โรจนเสถียร ต่อกองเรือผู้สื่อข่าวชาวญานหนึ่งเพื่อเข้ามาร่วมพัฒนาธนาคารกรุงเทพ หลังจากให้ ลูกน้องไปเชิญอยู่หลายครั้ง ผู้สื่อข่าวชาวญานนั้นก็ไม่สนใจมาร่วมงาน จนในที่สุดนายบุญชู ขอพบเป็นการส่วนตัว

ในการพบปะครั้งนั้น นายบุญชู ได้กล่าวว่า

“คุณเข้าใจระบบการกั๊ยมแบบใหม่ที่เพิ่งนำมาใช้ในอเมริกาเมื่อเร็ว ๆ นี้ไหม”

ผู้สื่อข่าวตอบว่า “ระบบนี้ใหม่มากครับ ผมก็ไม่แน่ใจว่าเขาทำกันยังไง ผมจึงอาจไม่สามารถสร้างประโยชน์ให้แก่ ธนาคารได้นะครับ”

นายบุญชู กล่าวว่า “ผมอยู่ในวงการธนาคารมานานหลายสิบปีก็ไม่เคยเห็นระบบการทำงานแบบนี้มาก่อน แต่มัน มีบางอย่างที่น่าสนใจและถ้านำมาปรับใช้ได้จริงน่าจะก่อเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ต่อระบบธนาคารไทยในอนาคตข้างหน้า อย่างแน่นอน ผมก็ไม่รู้และคุณก็ไม่รู้ เรามาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปด้วยกันเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ให้แก่ ระบบธนาคารไทยกันดีไหม”

ผู้สื่อข่าวคิดว่า ขนาดนายบุญชู โรจนเสถียร ซึ่งเป็นผู้ยิ่งใหญ่ในวงการธนาคารมานานยังไม่รู้จักเลย แสดงว่างานนี้ ยากและทำหายอย่างมาก ในที่สุดผู้สื่อข่าวรายนั้นได้ตัดสินใจร่วมทำงานกับธนาคารกรุงเทพตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

บัณฑิต ฤทธิ์ถกล เป็น conductor ที่มีชื่อเสียงระดับโลก เขาเป็นคนเก่งที่ชอบงานท้าทายมาตลอด เล่าให้ฟังว่า เขามักสร้างงานชิ้นใหญ่ ๆ เท่านั้น ทั้งนี้เพราะการสร้างงานขึ้นมาแต่ละชิ้นย่อมใช้กระบวนการแบบเดียวกัน แต่งานยิ่งใหญ่ จะดึงคนเก่งเข้ามาร่วมงานได้ง่าย ทั้งนี้เพราะคนเก่งจะรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้ร่วมงาน ต่างจากงานเล็ก ๆ ที่ต้องขอร้องให้คน มาร่วมทำงานด้วย

หลากหลายวิธีจูงใจให้คนทำงานจึงอาจมาจากเงินค่าจ้างที่แพง การมีคนเห็นคุณค่าของงานที่ผลิตขึ้นมา หรือ ความรู้สึกภูมิใจที่ได้ทำงานท้าทายหรืองานยาก ๆ ก็ได้



แนวทางการรักษาโรคอ้วนในผู้ใหญ่ตามแนวทางยุโรป

(European Guidelines for Obesity Management in Adults)

โรคอ้วน (obesity) เป็นโรคที่มีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบันเนื่องจากมีความชุกและอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคอ้วนเป็นโรคหนึ่งในปัจจุบันที่สร้างปัญหาทางสุขภาพให้กับมนุษย์มากที่สุด เนื่องจากโรคอ้วนเป็นโรคที่นำไปสู่ความผิดปกติทางสุขภาพอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็งบางชนิด โรคกระดูกและข้อ และความผิดปกติทางสุขภาพอื่น ๆ ข้อมูลในปี ค.ศ. 2014 ที่ผ่านมามีผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป อยู่มากถึง 1.9 พันล้านคนที่มีน้ำหนักตัวเกิน และในจำนวนนี้มีกว่า 600 ล้านคนที่เป็นโรคอ้วน นั่นคือในกลุ่มผู้ใหญ่ทุก ๆ 4-5 คน จะมี 1 คนที่เป็นโรคอ้วน และเป็นที่น่าตกใจว่าหากสถานการณ์ยังคงดำเนินต่อไป ในปี ค.ศ. 2030 จะมีคนจำนวน 2.2 พันล้านคนที่มีน้ำหนักตัวเกิน และ 1.1 ล้านคนที่เป็นโรคอ้วน ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดผลกระทบในทางสาธารณสุขเป็นอย่างมากในอนาคต

คำจำกัดความและจัดแบ่งกลุ่มโรค

โรคอ้วนเป็นโรคเรื้อรังที่มีลักษณะทางคลินิกคือ มีการสะสมของไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งในทางปฏิบัตินิยมใช้ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) เป็นเกณฑ์ ค่า BMI นั้นคำนวณได้จากน้ำหนักตัวในหน่วยกิโลกรัมหารด้วยค่ายกกำลังสองของส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร สำหรับในผู้ใหญ่จะถือว่าน้ำหนักตัวเกิน (overweight หรือ pre-obesity) เมื่อค่า BMI มากกว่า 25 kg/m² และถือเป็นโรคอ้วนเมื่อค่า BMI ตั้งแต่ 30 kg/m² ขึ้นไป ทั้งนี้สำหรับในประเทศไทย ค่า BMI ที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยจะน้อยกว่าค่าของประชากรยุโรป

การสะสมของไขมันในช่องท้อง (intra-abdominal fat) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคและความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด การประเมินปริมาณของไขมันในช่องท้องสามารถทำได้โดยการวัดระยะรอบเอว (waist circumference; WC) ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาพบว่าสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในช่องท้องอย่างชัดเจน การวัด WC สามารถทำได้โดยวัดเส้นรอบวงช่วงลำตัวในแนวขนานที่ระดับกึ่งกลางระหว่าง superior iliac crest และขอบล่างสุดของกระดูกซี่โครง สำหรับกลุ่มประชากรยุโรปถือว่ามีการสะสมไขมันในช่องท้องมากเกินไปหรือภาวะ central obesity (ในบางครั้งเรียกว่า visceral, upper body, android หรือ apple-shaped obesity) เมื่อมีค่า WC ตั้งแต่ 94 cm ขึ้นไปในเพศชาย และ 80 cm ขึ้นไปในเพศหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ สำหรับประชากรเอเชีย ค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยก็แตกต่างจากประชากรยุโรปด้วยเช่นเดียวกัน

กลไกการเกิดโรค

โรคอ้วนมีกลไกของการเกิดโรคที่ซับซ้อนและเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน แต่มีปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่สุดก็คือ ความไม่สมดุลระหว่างการได้รับและการใช้พลังงานของร่างกายต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ปัจจัยที่มีผลทำให้ร่างกายได้รับพลังงานมากกว่าที่ใช้ไปนั้นมีอยู่หลายประการ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านชีววิทยา (ทั้งระดับ genetic และ epigenetic) ด้านพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม (รวมถึงภาวะ

เครียดเรื้อรัง) โดยมีปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะของอาหารที่มีพลังงานสูง ปริมาณอาหารต่อมื้อที่เพิ่มมากขึ้น การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่น้อยลงและวิถีการดำเนินชีวิตที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง (sedentary lifestyle) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้อุบัติการณ์ของโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดกระบวนการ hypertrophy และ hyperplasia ของเนื้อเยื่อไขมัน มีการหลั่งสารและฮอร์โมนชนิดต่าง ๆ เช่น adipokines และสารสื่อการอักเสบชนิดต่าง ๆ จากเนื้อเยื่อไขมันออกมาเพิ่มขึ้นนำไปสู่การเกิดผลกระทบที่สำคัญต่าง ๆ ของโรคอ้วนตามมา

การรักษาโรคอ้วนด้วยการผ่าตัดซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของกลไกการรับรู้ความหิวและความอิ่ม ทำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างระบบทางเดินอาหารและส่วนของ appetite center ในระบบประสาทส่วนกลางซึ่งเรียกว่า “gut-brain axis” ได้ชัดเจนมากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนมักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการสร้างฮอร์โมนจากทางเดินอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปจนทำให้การรับรู้ความรู้สึกหิวและอิ่มนั้นเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ยังมีข้อจำกัดที่เรียกว่าลำไส้ (intestinal microbiota) ที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้ป่วยโรคอ้วนอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง โดยในภาวะปกติสารชนิดต่าง ๆ ที่แบคทีเรียในลำไส้สร้างขึ้นมีผลโดยตรงต่อกระบวนการ gluconeogenesis ของลำไส้ และการทำงานของ mitochondria และระบบ metabolism ของร่างกายมนุษย์ สำหรับปัจจัยในแง่ของการใช้พลังงานของร่างกายนั้น ปัจจุบันมีข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการสร้างพลังงานความร้อน (thermogenesis) จากเนื้อเยื่อไขมันชนิด brown adipose tissue และการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้เพิ่มขึ้นซึ่งอาจนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจและแนวทางในการจัดการโรคอ้วนผ่านทางกลไกเหล่านี้ได้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

แนวทางการประเมินทางคลินิก

ผู้ป่วยโรคอ้วนทุกรายควรได้รับการประเมินทางคลินิกทั้งการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม ซึ่งได้แก่

การซักประวัติ

- เชื้อชาติ
- ประวัติครอบครัว
- พฤติกรรมการรับประทานอาหาร รวมถึงความผิดปกติของการรับประทานอาหาร (เช่น binge eating disorder, night eating syndrome, bulimia เป็นต้น) รวมถึงรูปแบบของอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน
- ลักษณะการทำกิจกรรมและการใช้ชีวิตประจำวัน
- ประวัติอาการของโรคซึมเศร้าและความผิดปกติทางจิตและอารมณ์อื่น ๆ
- ประวัติอาการของโรคทางพันธุกรรม โรคของระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะเครียดเรื้อรัง การสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์

- ประวัติอาการของโรคต่าง ๆ ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอ้วน
- ความคาดหวังและแรงจูงใจในการลดน้ำหนักของผู้ป่วย รวมถึงประวัติการจัดการลดน้ำหนักที่ผ่านมาในอดีต

การตรวจร่างกาย

- วัดน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อนำมาใช้ในการคำนวณค่า BMI และวัด WC
- ตรวจหาร่องรอยของโรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอ้วน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคระบบการหายใจ โรคตับ (non-alcoholic fatty liver disease; NAFLD) โรคของกระดูกและข้อ และความผิดปกติของการนอนหลับและตรวจหาร่องรอยของภาวะ insulin resistance เช่น การพบ acanthosis nigricans

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (fasting blood glucose)
- ระดับไขมันชนิดต่าง ๆ ในเลือด ได้แก่ total cholesterol, HDL, LDL และ triglycerides
- Uric acid
- Thyroid function โดยเฉพาะ thyroid-stimulating hormone (TSH) level
- Hepatic transaminases และการตรวจเพิ่มเติมที่ตับหากสงสัยภาวะ NAFLD
- การตรวจอื่น ๆ เช่น การตรวจหัวใจและหลอดเลือด การตรวจต่อมไร้ท่อ (adrenal และ hypothalamic axis) ในกรณีที่สงสัยความผิดปกติจากประวัติและการตรวจร่างกาย
- การตรวจการนอนหลับ

การตรวจวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกาย (body composition analysis)

โดยทั่วไปแล้วการวัด WC สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประเมินระดับไขมันในช่องท้องได้ค่อนข้างดี แต่ในกรณีที่ต้องการประเมินส่วนประกอบที่เป็นไขมันในร่างกายอย่างละเอียดสามารถทำการตรวจวิเคราะห์อื่น ๆ เพิ่มเติม ได้แก่ วิธี dual energy x-ray absorptiometry (DEXA), air-displacement plethysmography (BodPod), bioimpedance analysis (BIA) และการตรวจ imaging เช่น CT scan หรือ MRI เป็นต้น การตรวจต่าง ๆ ดังกล่าวนี้อาจทำให้ทราบถึงองค์ประกอบของร่างกายในส่วนที่ไม่ใช่ไขมัน (fat free mass) ได้ดียิ่งขึ้น และสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและติดตามผลการรักษาได้ แต่ไม่จำเป็นต้องทำการตรวจในผู้ป่วยทุกราย

หลักการทั่วไปของการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน

ในการจัดการโรคอ้วนควรมีการกำหนดเป้าหมายของการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายที่ชัดเจนและมีความเป็นไปได้ โดยมุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพต่าง ๆ เป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุด และเน้นการให้น้ำหนักตัวลดลงรวมกับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้เพิ่มขึ้น ควรทำความเข้าใจกับผู้ป่วยว่าโรคอ้วนถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องให้ความสำคัญและดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต

เป้าหมายของการรักษา

การรักษาโรคอ้วนมีเป้าหมายไม่เพียงแต่เพื่อทำให้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยลดลงเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน เนื่องจากผลดีทางคลินิกมักจะเริ่มปรากฏชัดเจนเมื่อผู้ป่วยทำการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพิ่มกิจกรรมทางกายให้มากขึ้นในแต่ละวัน และมีน้ำหนักตัวลดลงอย่างน้อยร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวเริ่มต้น ในการติดตามผลการรักษาควรเน้นติดตามประเมินปริมาณไขมันสะสมในช่องท้อง โดยการดูจาก WC หรือการตรวจวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกาย เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคอ้วน

นอกเหนือไปจากการลดน้ำหนักและไขมันสะสมในร่างกายแล้วผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการรักษาโรคร่วมต่าง ๆ ที่มีอยู่ไปพร้อมกันด้วย ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง และการรักษาโรคหยุดหายใจขณะหลับ เป็นต้น นอกจากนี้ยังควรพิจารณาให้การดูแลในด้านอื่น ๆ เช่น การบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยที่มีโรคกระดูกและข้อเสื่อม การดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม และการแก้ไขความรู้สึกด้อยค่าเนื่องมาจากรูปลักษณ์ เป็นต้น เพื่อช่วยส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การป้องกันไม่ให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

สำหรับผู้ที่มือน้ำหนักตัวเกิน (BMI 25-29.9 kg/m²) และไม่มีโรคร่วมอื่น เป้าหมายที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยคือ การป้องกันไม่ให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น โดยแนะนำการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น ในกรณีที่กำหนดเป้าหมายเป็นการลดน้ำหนักควรกำหนดระดับน้ำหนักตัวเป้าหมายที่สามารถทำได้จริง และเน้นการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวเป็นสำคัญ

การลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคอ้วน

โดยทั่วไปการกำหนดเป้าหมายในการลดน้ำหนักเพื่อให้ น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 5-15 จากเดิมภายในช่วงเวลา 6 เดือน ถือเป็นเป้าหมายที่ค่อนข้างเหมาะสม สามารถทำได้จริงและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ สำหรับในผู้ป่วยที่มีระดับ BMI ตั้งแต่ 35 kg/m² ขึ้นไป อาจตั้งเป้าหมายไว้มากกว่าคือ ลดลงร้อยละ 20 หรือมากกว่าในระยะยาว 6 เดือน เป็นต้น ทั้งนี้การกำหนดเป้าหมายควรพิจารณาตามความเหมาะสมและความพร้อมของผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป

การแก้ไขปัญหารูปร่างไม่สามารลดน้ำหนักหรือป้องกันไม่ให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถลดน้ำหนักตัวลงได้ตามเป้าหมายที่ต้องการหรือมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังจากที่เคยลดลงได้แล้ว (เรียกว่า weight cycling) ซึ่งมักจะพบได้บ่อยในเพศหญิง ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการประเมินและให้การรักษาเพิ่มเติมต่อไป เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หรือโรคของถุงน้ำดี เป็นต้น มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาทางจิตอารมณ์ เช่น โรคเครียด

หรือซึมเศร้า ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธี psychotherapy หรือใช้ยาในกลุ่ม antidepressants เพิ่มเติม เป็นต้น

การติดตามการรักษา

ด้วยเหตุที่โรคอ้วนเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงควรได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและเฝ้าระวังความเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน เช่น โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

หลักการเฉพาะของการรักษาโรคอ้วน

อาหารและโภชนาการ

ผู้ป่วยควรทำบันทึกเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน (food diary) เนื่องจากจะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่เป็นประโยชน์ ทั้งในแง่ของการเป็นข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรับประทานอาหารแก่ผู้ป่วยเอง และการเป็นข้อมูลเพื่อให้ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยทราบถึงความรู้ ความเข้าใจ รวมไปถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

ก่อนเริ่มให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับความสำคัญของการลดน้ำหนักและประเมินความมั่นใจเกี่ยวกับการลดน้ำหนักเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย ในส่วนของคำแนะนำเกี่ยวกับกรรับประทานอาหาร ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เน้นการรับประทานผัก ถั่ว ธัญพืช อาหารทะเล และอาหารที่มีใยอาหารสูง ลดปริมาณไขมันในอาหารที่รับประทาน หลีกเลี่ยงอาหารที่เติมน้ำตาล ไขมัน และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น คำแนะนำอื่น ๆ ที่ควรให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การลดปริมาณอาหารหรือลดปริมาณพลังงานจากสารอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ (balanced hypocaloric diet) ลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ รับประทานอาหารเช้าและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารในตอนกลางคืน เป็นต้น โดยทั่วไปการลดปริมาณพลังงานที่ได้รับจากอาหารลงร้อยละ 15-30 จากเดิม (ประมาณ 1,200-1,600 kcal/วัน) มักจะสามารถทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้ราวสัปดาห์ละ 0.5 kg การลดปริมาณพลังงานในอาหารลงเล็กน้อยกว่านี้ (balanced deficit diet 800-1,200 kcal/วัน หรือ very low calorie diet น้อยกว่า 800 kcal/วัน) อาจพิจารณาใช้ได้กับผู้ป่วยบางราย แต่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารที่จำเป็นบางชนิด โดยเฉพาะในกลุ่ม micronutrients จึงมักจะใช้เพียงในช่วงเวลาสั้น ๆ และจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หรือมีการเสริมสารอาหารในกลุ่มนี้ทดแทน

การปรับกิจกรรมทางกาย

การออกกำลังกายเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการลดน้ำหนักที่ต้องทำร่วมกับการควบคุมอาหาร ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายมีประโยชน์ในแง่ของการช่วยลดน้ำหนักตัวและปริมาณไขมันสะสมในร่างกาย ในขณะที่ยังคงสามารถรักษามวลกล้ามเนื้อหรือ FFM เอาไว้ได้ อีกทั้งยังช่วยลดความดันโลหิต ทำให้การใช้น้ำตาลในร่างกายนี้ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น ระดับไขมัน ความแข็งแรง

ของร่างกายดีขึ้น ลดความเครียดและวิตกกังวล รวมไปถึงสามารถรักษาระดับการใช้พลังงานของร่างกายขณะพัก (resting energy expenditure; REE) ที่มักจะลดลงในผู้ที่ควบคุมอาหารอย่างเดียวได้อีกด้วย โดยการออกกำลังกายประเภทแอโรบิกจะช่วยทำให้ปริมาณไขมันลดลงได้ดี ส่วนการยกน้ำหนักจะช่วยทำให้มวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นได้ โดยทั่วไปแล้วเพื่อผลลัพธ์ที่ดีควรแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับความหนักปานกลาง (เช่น การเดินเร็ว) เป็นเวลารวมกันอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ร่วมกับการยกน้ำหนัก 3 คาบต่อสัปดาห์ โดยปรับให้มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy)

Cognitive behavioral therapy (CBT) เป็นการบำบัดทางด้านความคิดร่วมกับพฤติกรรมที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเองที่มีต่อโรคอ้วน ผลกระทบจากโรค และประโยชน์ของการดูแลควบคุมน้ำหนักให้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลทำให้โอกาสสำเร็จในการลดน้ำหนักและรักษาน้ำหนักตัวหลังจากที่ลดลงได้แล้วดีขึ้น การบำบัดดังกล่าวนี้ประกอบด้วยหลายส่วนด้วยกัน เช่น การติดตามสังเกตพฤติกรรมและความคิดของตนเอง การควบคุมพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร และเทคนิคในการลดความเครียด เพิ่มการผ่อนคลายตนเอง เป็นต้น โดยอาจทำในรูปของการฝึกกับผู้เชี่ยวชาญ การทำกิจกรรมกลุ่มหรือทำเป็นคู่มือสำหรับศึกษาด้วยตนเอง (self-help manual) ก็ได้

การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีส่วนช่วยในแง่ของการทำให้ความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยดีขึ้น ลดความเสี่ยงการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน และช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ปัจจุบันแนะนำให้ใช้ยาร่วมกันกับการลดน้ำหนักและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีค่า BMI ตั้งแต่ 30 kg/m² ขึ้นไปโดยไม่มีโรคร่วมหรือตั้งแต่ 27 kg/m² ขึ้นไปหากมีโรคที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนอื่นร่วมด้วย หลังจากเริ่มใช้ยาแล้วควรมีการติดตามประสิทธิภาพของการรักษาภายใน 3 เดือน หากสามารถลดน้ำหนักลงได้อย่างน้อยร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวเดิม (หรืออย่างน้อยร้อยละ 3 สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน) สามารถพิจารณาใช้ยาต่อไปได้ แต่หากไม่ได้ผลควรพิจารณาหยุดใช้หรือเปลี่ยนการรักษา

Orlistat เป็นยาในกลุ่ม selective pancreatic lipase inhibitor ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้ลำไส้มีการดูดซึมไขมันลดลง ขนาดที่ใช้ทั่วไปคือ 120 mg ก่อนการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ อาการข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ อาการในทางเดินอาหารและการพบไขมันในอุจจาระ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะขาดวิตามินในกลุ่มที่ละลายในไขมันได้

Lorcaserin เป็นยาในกลุ่ม serotonin type 2C receptor agonist ออกฤทธิ์ทำให้ความรู้สึกอยากอาหารลดลง ขนาดยาที่แนะนำให้ใช้คือ 10 mg วันละ 2 ครั้ง ข้อมูลการศึกษาพบว่าสามารถทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้ตามเป้าหมายและช่วยลดระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานได้ด้วย อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการตามัว วิงเวียนศีรษะ ง่วงซึม ปวดศีรษะ คลื่นไส้ และอาการของกระเพาะอาหารและลำไส้อื่น ๆ

Phentermine/topiramate โดย phentermine เป็นยาในกลุ่ม atypical amphetamine analogue ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งความอยากอาหารในระบบประสาทส่วนกลาง ส่วน topiramate เป็นยากันชักซึ่งพบว่าทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้ในผู้ป่วยโรคลมชัก โดยออกฤทธิ์ยับยั้ง carbonic anhydrase ที่เกี่ยวข้องกับการรับรสอาหารหรือต่อการสื่อประสาทผ่านทาง GABA ทำให้ความอยากอาหารลดลง ขนาดยาที่แนะนำคือ phentermine 7.5 mg ร่วมกับ topiramate 46 mg วันละครั้ง อาการข้างเคียงที่พบ ได้แก่ อาการปากแห้ง ท้องผูก นอนไม่หลับ ใจสั่น เวียนศีรษะ ซดตามร่างกาย ภาวะเลือดเป็นกรด นิ่วในไต การรับรสผิดปกติ ผอมร่างและภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ยานี้มีข้อห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากมีข้อมูลพบว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปากแห้ง เพดานโหว่ในทารก

Bupropion/naltrexone โดย bupropion เป็นยาที่ใช้สำหรับการรักษาอาการซึมเศร้าและช่วยในการอดบุหรี่ เป็นยาในกลุ่ม selective dopamine/norepinephrine transporter inhibitor สำหรับยา naltrexone เป็นยาในกลุ่ม opioid receptor antagonist ที่ถูกนำมาใช้เพื่อการรักษาอาการติดแอลกอฮอล์หรือยาในกลุ่ม opiate การออกฤทธิ์ทำให้ความอยากอาหารลดลงที่เกิดจากการกระตุ้น POMC neuron ในสมองส่วน arcuate nucleus และ hypothalamus ขนาดยาที่แนะนำให้ใช้คือ bupropion 180 mg ร่วมกับ naltrexone 16 mg วันละ 2 ครั้ง อาการข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ และอาการนอนไม่หลับ

Liraglutide เป็นยาในกลุ่ม GLP-1 receptor agonist ชนิดออกฤทธิ์ยาว ทำให้ร่างกายมี glucagon response น้อยลง ยับยั้งความรู้สึกอยากอาหารและทำให้กระเพาะอาหารบีบตัวช้าลง ข้อมูลการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าสามารถช่วยลดน้ำหนักตัวและระดับน้ำตาลในเลือดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ อาการข้างเคียงพบได้ค่อนข้างน้อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน

การรักษาด้วยการผ่าตัด

การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนรุนแรง โดยสามารถลดน้ำหนักตัวลงได้ในระยะยาว ลดโรคร่วมอื่น ๆ เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้อย่างชัดเจน อีกทั้งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บางรายอาจเกิดภาวะโรคสงบลงได้ด้วย โดยทั่วไปแล้วการรักษาด้วยการผ่าตัดมักพิจารณาในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี และมีค่า BMI ตั้งแต่ 40 kg/m² ขึ้นไป หรืออยู่ระหว่าง 35-39.9 kg/m² และมีโรคร่วมอื่น วิธีการผ่าตัดอาจแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบคือ การลดปริมาตรความจุของกระเพาะอาหาร (restrictive surgery) และการจำกัดความสามารถในการดูดซึมอาหาร (malabsorptive surgery) หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน การรักษาด้วยวิธีนี้จำเป็นต้องอาศัยการดูแลร่วมกันแบบสหวิชาชีพ (อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ วิทยุณูแพทย์ จิตแพทย์ แพทย์โภชนศาสตร์คลินิก พยาบาล เป็นต้น) ดังนั้น จึงต้องอาศัยความชำนาญและความพร้อมของสถานพยาบาลด้วย

การดูแลรักษาอื่น ๆ

นอกเหนือไปจากการรักษาโรคอ้วนแล้ว ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมก็ควรได้รับการรักษาโรคร่วมควบคู่กันไปด้วย ตัวอย่างโรคร่วมที่พบ

ได้บ่อยและมีความสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง โรคหยุดหายใจขณะหลับ โรคกระดูกและข้อ รวมไปถึงความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ เป็นต้น

สรุป

โรคอ้วนเป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบันเนื่องจากเป็นโรคที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคชนิดอื่น ๆ ตามมาอีกมาก การวินิจฉัยโรคอ้วนโดยมากมักวินิจฉัยจากค่า BMI แต่ความเสี่ยงของการเกิดโรคนั้นสัมพันธ์โดยตรงกับปริมาณไขมันที่สะสมในบริเวณช่องท้องซึ่งทำการประเมินได้ด้วยการวัด WC หรือการตรวจวัดองค์ประกอบของร่างกาย องค์ประกอบของการรักษาโรคอ้วนที่สำคัญ ได้แก่ การควบคุมอาหารเพื่อลดพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน การออกกำลังกายเพื่อใช้พลังงานให้มากขึ้น การดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม รวมไปถึงการให้ยาและการผ่าตัดซึ่งสามารถพิจารณาทำร่วมกันไปได้หากผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนในระดับรุนแรง ทั้งนี้ การติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อทำให้เกิดผลสำเร็จของการรักษาในระยะยาว

References

- World Health Organization: Obesity and Overweight. WHO fact sheet No 311, Geneva, WHO, 2015. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/ (last accessed November 30, 2015).
- James WP: The epidemiology of obesity: the size of the problem. *J Intern Med* 2008;263:336-52.
- Zhu S, Wang Z, Heshka S, Heo M, Faith MS, Heymsfield SB: Waist circumference and Obesity associated risk factors among whites in the third National Health and Nutrition Examination Survey: clinical action thresholds. *Am J Clin Nutr* 2002;76:743-9.
- National Institutes of Health: The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Bethesda, NIH, 2000. www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf (last accessed November 30, 2015).
- Kushner RF: Clinical assessment and management of adult obesity. *Circulation* 2012;126:2870-7.
- Bolanowski M, Nilsson BE: Assessment of human body composition using dual-energy x-ray absorptiometry and bioelectrical impedance analysis. *Med Sci Monit* 2001;7:1029-33.
- Slentz CA, Duscha BD, Johnson JL, Ketchum K, Aiken LB, Samsa GP, et al. Effects of the amount of exercise on body weight, body composition, and measures of central obesity: STRRIDE – a randomized controlled study. *Arch Intern Med* 2004;164:31-9.
- Sampsel S, May J: Assessment and management of obesity and comorbid conditions. *Dis Manag* 2007;1:252-65.
- Dubnov-Raz G, Berry EM. The dietary treatment of obesity. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2008;37:873-86.
- Greenwald A: Current nutritional treatments of obesity. *Adv Psychosom Med* 2006;27:24-41.
- Willis LH, Slentz CA, Bateman LA, Shields AT, Piner LW, Bales CW, Houmard JA, Kraus WE: Effects of aerobic and/or resistance training on body mass and fat mass in overweight or obese adults. *J Appl Physiol* 2012;113:1831-7.
- Pucci A, Finer N: New medications for treatment of obesity: metabolic and cardiovascular effects. *Can J Cardiol* 2015;31:142-52.
- Sauerland S, Angrisan L, Belachew M, Chevallier JM, Favretti F, Finer, N, et al. European Association for Endoscopic Surgery: Obesity surgery: evidence based guidelines of the EAES. *Surg Endosc* 2005;19:200-21.
- Carlsson LM, Peltonen M, Ahlin S, Anveden Å, Bouchard C, Carlsson B, et al. Bariatric surgery and prevention of type 2 diabetes in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2012;367:695-704.



เครือข่ายลดบริโภคเค็มและสมาคมโรคไตฯ

เผยงานวิจัยล่าสุดร่วมกับองค์การอนามัยโลก

พบคนไทยเสี่ยงโรคไตจากการบริโภคเกลือเกินจำเป็น

เครือข่ายลดบริโภคเค็ม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เผยผลงานวิจัยล่าสุดที่ได้รับการพิมพ์ในวารสาร Journal of Clinical Hypertension โดยความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก (WHO) ดีแห่งพฤติกรรมคนไทยบริโภคโซเดียม (เกลือ) เฉลี่ยสูงที่สุดในภาคใต้ ภาคกลาง ภาคเหนือ กรุงเทพมหานคร และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยค่าปริมาณการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยประชาชนไทยเท่ากับ 3,636 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือถึง 1.8 ช้อนชา ด้านองค์การอนามัยโลกระบุ จากผลการศึกษานี้ทำให้ต้องตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มความพยายามในการลดปริมาณการบริโภคโซเดียมในประชากรไทยให้มากขึ้น โดยเฉพาะเด็กไทยที่บริโภคเกลือมากเกินไป

รศ.นพ.สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ ประธานเครือข่ายลดบริโภคเค็ม และนายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เปิดเผยว่า ประเทศไทยมีเป้าหมายที่จะลดปริมาณการบริโภคโซเดียมลงให้ได้ร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 เพื่อลดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน แต่เนื่องจากข้อมูลการบริโภคโซเดียมในประชากรไทยนั้นมีจำกัดจึงทำให้เกิดงานวิจัยชื่อ Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nation-wide population survey with 24-hour urine collections (J Clin Hypertens. 2021;00:1-11) โดยงานวิจัยชิ้นนี้ได้รับความร่วมมือกันระหว่างเครือข่ายลดบริโภคเค็ม สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสาธารณสุขในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ทั่วประเทศ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และองค์การ

อนามัยโลก (WHO) ได้นำไปตีพิมพ์ในวารสาร Journal of Clinical Hypertension โดยเก็บข้อมูลการบริโภคโซเดียมในประชากรไทยทั่วประเทศกว่า 2,388 คน ด้วยวิธีการตรวจเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง นำมาวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นวิธีการที่น่าเชื่อถือและแม่นยำที่สุดในขณะนี้



โดยตัวเลขที่ได้จากห้องปฏิบัติการจะถูกคำนวณรวมกับปริมาณโซเดียมที่ขับออกทางอื่นนอกเหนือจากปัสสาวะอีก ร้อยละ 10 โดยงานวิจัยชิ้นนี้มีกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครที่ได้เก็บข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและผ่านเกณฑ์การเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 1,599 คน โดยมีอายุเฉลี่ย 43 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 53 และมีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 30 โดยค่าปริมาณการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยประชาชนไทยเท่ากับ 3,636 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือถึง 1.8 ช้อนชา ซึ่งผลการวิจัยพบปริมาณการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยสูงที่สุดในประชากรภาคใต้ จำนวน 4,108 มก./วัน รองลงมาคือ ภาคกลางจำนวน 3,760 มก./วัน, ภาคเหนือจำนวน 3,563 มก./วัน, กรุงเทพมหานคร จำนวน 3,496 มก./วัน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 3,316 มก./วัน ตามลำดับ

รศ.นพ.สุรศักดิ์ กล่าวว่า ทางที่มวิจัยยังพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง นำหนักตัวเกินเกณฑ์ปกติ และคนที่มีความดันโลหิตสูง มีการบริโภคโซเดียมมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุปแล้ว คนไทยบริโภคโซเดียมเกินเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำถึงเกือบ 2 เท่า (องค์การอนามัยโลกแนะนำให้บริโภคโซเดียมไม่เกินวันละ 2,000 มก.) การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่ใช้วิธีสำรวจมาตรฐานอย่างเป็นระบบ จึงเป็นประโยชน์มากต่อการเปรียบเทียบข้อมูลการบริโภคโซเดียมของคนไทยในอนาคต

ด้าน นพ.แดเนียล เคอร์เทสซ์ ผู้แทนองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย กล่าวเสริมว่า “งานวิจัยฉบับนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานระดับสูงสุด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประชาชนไทยบริโภคโซเดียมเกินปริมาณที่ควรบริโภคต่อวันถึงเกือบ 2 เท่า

ผลการศึกษานี้ทำให้ตระหนักถึงความจำเป็นที่เราจะต้องเพิ่มความพยายามในการลดปริมาณการบริโภคโซเดียมในประชากรไทยให้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้หลายพันคนจากโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และโรคเรื้อรังต่าง ๆ และยิ่งจะช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจได้อีกด้วย”

ส่วน พญ.ดร.เรณู การ์ก เจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ (โรคไม่ติดต่อ) สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย กล่าวว่า สิ่งที่น่าเป็นห่วงมากคือ เด็กไทยบริโภคเกลือมากเกินไป โดยเฉลี่ยเด็กไทยบริโภคโซเดียมมากถึง 3,194 มก./วัน ซึ่งเป็นระดับการบริโภคที่สูงเกินกว่าเกณฑ์แนะนำสำหรับกลุ่มเด็กมากยิ่งขึ้นกว่านั้นปริมาณโซเดียมที่เด็กไทยบริโภคถือว่าอยู่ในระดับที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในโลก ซึ่งทำให้เยาวชนตกอยู่ในความเสี่ยงที่อาจจะมีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคไตเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้น เราต้องเร่งดำเนินมาตรการเพื่อลดการบริโภคโซเดียมทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก

เจ้าหน้าที่ WHO ยังแนะนำว่าให้บริโภคโซเดียมไม่ควรเกิน 1 ช้อนชา หรือคิดเป็นปริมาณโซเดียม 2,000 มก./วัน แต่ปัจจุบันคนไทยบริโภคเกินกว่า 2 เท่า หากรัฐบาลผลักดันนโยบายเก็บภาษีผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมสูงเกินมาตรฐาน โดยเก็บภาษีผลิตภัณฑ์บรรจุหีบห่อ และผลักดันให้ผู้ผลิตอาหารปรับรูปแบบอาหารบรรจุหีบห่อให้มีโซเดียมน้อยลงจะช่วยปกป้องสุขภาพของประชาชน และลดความเสี่ยง NCDs จากการบริโภคโซเดียมมากเกินไปได้สำเร็จ

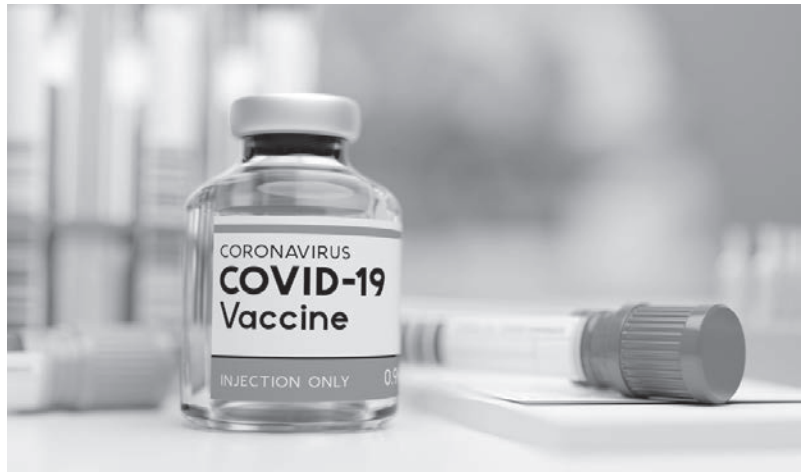


COVID-19 VACCINE

ในสภาวะที่มีการระบาดของโรค COVID-19 โดยเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ที่สามารถก่อให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่รุนแรงได้ ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยทั่วโลกหลายล้านคน และสถานการณ์การติดเชื้อภายในประเทศไทยยังน่าเป็นห่วง ผลของการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้มีการพัฒนายาและมีการอนุมัติใช้ยาหลายชนิดอย่างเร่งด่วน ได้แก่ การอนุมัติการใช้ยาด้านไวรัส remdesivir และการอนุญาตให้ใช้โมโนโคลนอลแอนติบอดีต่อโปรตีน S เป็นการฉุกเฉิน, มีการพัฒนายาอีกหลายชนิด ได้แก่ bamlanivimab และ casirimab/imdevimab รวมถึงการอนุมัติให้สามารถฉีดวัคซีน COVID-19 เป็นการเร่งด่วน

โดยวัคซีน COVID-19 เป็นความหวังของประชาชนทั่วโลกที่จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการหยุดการระบาดของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ได้ ผลการทดสอบพบว่าผู้คิดค้นและผู้ผลิตวัคซีนจากหลากหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา เยอรมนี อังกฤษ จีน พบรายงานถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานที่สามารถอนุมัติให้ใช้กับประชาชนเป็นการฉุกเฉินได้ แม้ข้อมูลผลการศึกษาของวัคซีนดังกล่าวในด้านความปลอดภัยในมนุษย์จะมีข้อมูลจำกัดก็ตาม แต่กระบวนการทั้งหลายเหล่านี้มุ่งหวังเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ทันต่อเหตุการณ์ เชื่อว่าประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 สามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ COVID-19 ได้ นอกเหนือจากการควบคุมโรคแล้ว การสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้แก่ประชาชนดังกล่าวยังหมายรวมถึงการฟื้นฟูกิจกรรมทางสังคม และเป็นการฟื้นฟูภาคเศรษฐกิจผ่านการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ประชาชนด้วย

การอนุญาตให้ใช้วัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ภายในประเทศไทยเป็นการฉุกเฉินโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อาทิเช่น วัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ของบริษัทแอสตราเซนเนกาจากประเทศอังกฤษ, วัคซีนซิโนแวคจากประเทศจีน และในภายหน้าอาจมีการอนุญาต



การให้ใช้วัคซีนของบริษัทอื่น ๆ อาทิเช่น วัคซีนของไฟเซอร์-ไบโอเอนเทค วัคซีนของบริษัทโมเดอร์นา โดยกำหนดการในการให้ฉีดเป็นไปตามที่รัฐบาลกำหนด เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ COVID-19 ให้ประชาชน แต่ยังคงต้องมีการตรวจสอบถึงประสิทธิภาพและผลในเรื่องของภูมิคุ้มกันที่เกิดภายหลังการฉีดวัคซีนในระยะยาว

เนื่องด้วยองค์ความรู้เกี่ยวกับการเกิดการติดเชื้อ SARS-CoV-2 พบว่ามีความสัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกัน การทำการตรวจสอบผลภายหลังการฉีดวัคซีน ใฝ่ติดตามผลทางคลินิก ติดตามผลข้างเคียง โดยประชาชนกลุ่มแรกที่มีโอกาสได้รับวัคซีนก่อนคือ ประชาชนกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง อันได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในพื้นที่เสี่ยง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว กลุ่มผู้ป่วยที่ทำงานให้บริการสาธารณะที่ต้องพบปะผู้คนจำนวนมาก การตรวจสอบประสิทธิผลของวัคซีนจำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวังทุกกระบวนการ โดยพวกเราคนไทยทุกคนต้องร่วมมือกันเพื่อฝ่าฟันวิกฤตครั้งนี้ไปด้วยกัน

กล่าวโดยสรุป ในประเทศไทยกำลังจะมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ในเร็ว ๆ นี้ การฉีดวัคซีนมุ่งหวังให้ประชาชนที่ได้รับวัคซีนเกิดภูมิคุ้มกันต่อโรค COVID-19 สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ รวมถึงเป็นการฟื้นฟูพัฒนาภาคสังคมและฟื้นฟูภาคเศรษฐกิจไปพร้อม ๆ กัน เนื่องจากวัคซีนนี้เป็นสิ่งใหม่และอนุมัติใช้เป็นการเร่งด่วนจึงต้องเฝ้าติดตามผลภายหลังการฉีดวัคซีนอย่างใกล้ชิด

References

1. Jee Young Chung, Melissa N. Thone, Young Jik Kwon. COVID-19 vaccines: The status and perspectives in delivery points of view. Adv Drug Deliv Rev. 2021 Mar;170:1-25.
2. Nidhi Chauhan, Shringika Soni, Abhinandan Gupta, Mohammad Aslam, and Utkarsh Jain Interpretative immune targets and contemporary position for vaccine development against SARS-CoV-2: A systematic. J Med Virol. 2020 Dec 17;10.1002/jmv.26709
3. Susanne H Hodgson, Kushal Mansatta, Garry Mallet, Victoria Harris. What defines an efficacious COVID-19 vaccine? A review of the challenges assessing the clinical efficacy of vaccines against SARS-CoV-2. Lancet Infect Dis. 2021 Feb;21(2):e26-e35.

การขาดอากาศจากการถูกบีบคอ

Manual Strangulation

การขาดอากาศจากการถูกบีบคอเป็นการขาดอากาศอีกชนิดหนึ่งซึ่งพบได้บ่อยในการฆาตกรรมหรือการทำร้ายร่างกาย เนื่องจากการบีบคือนั้นกระทำได้ง่าย ไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์สิ่งใดให้ยุ่งยาก ใช้เพียงแค่มือหนึ่งหรือสองข้าง และสามารถตอบสนองอารมณ์ความรุนแรงและโทสะได้อย่างรวดเร็ว

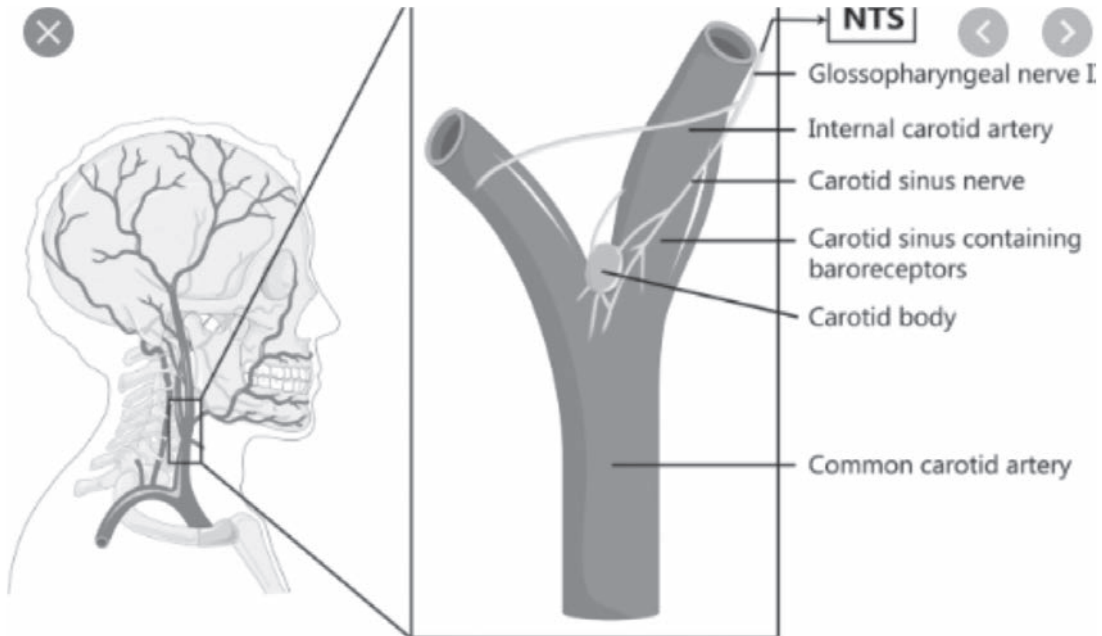
ถ้าให้คนทั่ว ๆ ไปคิดวิธีการง่าย ๆ ในการจะปลิดชีวิตผู้ใดผู้หนึ่ง ก็คงต้องคิดถึงการเอาของแข็งมาตีที่ศีรษะ เอามีดทำครัวมาแทง หรือการบีบคอ เหตุใดลำคอของคนเรานั้นจึงเป็นตำแหน่งเป้าหมายในการประหารชีวิตกัน เป็นเพราะคนทั่ว ๆ ไปมีความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างอวัยวะที่ลำคอ ว่าหากโครงสร้างบริเวณดังกล่าวถูกกดบีบจะทำให้ถึงขั้นเสียชีวิตได้ หรือเป็นเพราะสัญชาตญาณความรุนแรงที่มีอยู่ในตัว หรือเพราะการดูหนังละครซึ่งมีฉากของการบีบคอเป็นตัวอย่างให้ทำตาม จึงน่าสงสัยเหมือนกันว่าหากเราไม่เคยดูหนังละคร ไม่เคยรับรู้จากข่าวสารที่มีภาพความรุนแรงจากการบีบคอ เราจะรู้ถึงวิธีการนี้หรือไม่ ตัวอย่างที่พอจะเทียบเคียงได้คือ การกรีดข้อมือฆ่าตัวตายซึ่งในหนังละครไม่ได้แสดงหรือไฟกัสนำให้เห็นอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการ ตำแหน่งหรือทิศทางในการกรีด จึงไม่มีภาพตัวอย่างให้คนทั่วไปใช้ในการทำตาม ทำให้ในหลายครั้งผู้ที่ต้องการฆ่าตัวตายโดยการกรีดข้อมือยังกรีดข้อมือในแนวขนานกับแนวแขน ซึ่งมักจะทำให้ไม่โดนหลอดเลือดแดง และไม่เสียชีวิต



โครงสร้างอวัยวะบริเวณลำคามีสิ่งสำคัญอยู่หลายอย่างซึ่งเป็นจุดตาย หากถูกบีบกดด้วยความแรงระดับหนึ่ง ก็อาจทำให้ถึงชีวิตได้ โครงสร้างเหล่านั้น ได้แก่ หลอดเลือดแดง (Carotid arteries) รับน้ำหนักรหรือแรงกดได้ประมาณ 5 กก. หลอดเลือดดำ (Jugular veins) รับน้ำหนักรหรือแรงกดได้ประมาณ 2 กก. หากหลอดเลือดดังกล่าวได้รับน้ำหนักรหรือแรงกดเกินขีดจำกัด หลอดเลือดนั้นก็จะเกิดการตีบตันไม่สามารถลำเลียงเลือดหล่อเลี้ยงสมองซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญได้ โครงสร้างสุดท้ายคือ หลอดลม รับน้ำหนักรหรือแรงกดได้ประมาณ 15 กก. หากมีแรงกดเกินจากนี้จะทำให้ไม่สามารถหายใจเอาอากาศเข้าสู่ปอดได้ นอกจากอวัยวะหลักที่กล่าวไปแล้ว ยังมีอวัยวะเล็ก ๆ แต่มีหน้าที่สำคัญคือ ตัวรับสมดุลความดันโลหิตและการเต้นของหัวใจ (Carotid baroreceptor) ฝังตัวอยู่บริเวณผนังหลอดเลือดแดงบริเวณลำคอ โดยปกติตัวรับสมดุลดังกล่าวจะทำงานตอบสนองต่อแรงดันในหลอดเลือดแดงบริเวณลำคอ และส่งสัญญาณประสานกับสมองและหัวใจเพื่อควบคุม

ให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับที่เหมาะสม หากเมื่อใดร่างกายมีความดันโลหิตสูงจากสาเหตุใดก็ตาม แรงดันในหลอดเลือดแดงบริเวณลำคอก็จะสูงขึ้น เกิดการกระตุ้นตัวปรับสมดุลดังกล่าว ตัวปรับสมดุลก็จะส่งสัญญาณให้หัวใจเต้นเบาลง ช้าลง เพื่อลดความดันโลหิตให้กลับเข้าสู่สมดุล

กลไกการตายที่สำคัญจากการถูกบีบคอ แท้จริงแล้วมิใช่การขาดอากาศ แต่เกิดจากการกระตุ้นตัวปรับสมดุลความดันโลหิต กล่าวคือ การบีบคอกมักจะมีแรงบีบไปกระทำกับตัวปรับสมดุลความดันโลหิต ทำให้ตัวปรับสมดุลเข้าใจผิดว่าความดันโลหิตของร่างกายสูงขึ้น จึงส่งสัญญาณให้หัวใจเต้นเบาลง ช้าลงจนกระทั่งหยุดเต้นและเสียชีวิตในที่สุด มีรายงานกรณีของการบีบคอและเกิดการเสียชีวิตในเวลาอันสั้นภายในไม่ถึง 4 นาที อันเนื่องมาจากกดบีบไปที่ตัวปรับสมดุลนี้

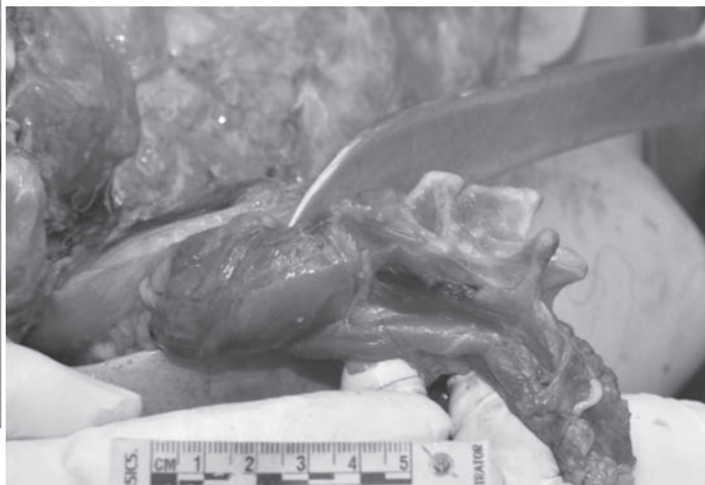


ภาพ Carotid baroreceptor และเส้นประสาทที่ทำหน้าที่เป็นตัวปรับสมดุลความดันโลหิตและการเต้นของหัวใจ

กรณีตัวอย่าง

จากภาพเป็นสถานที่พบศพ หญิงไทยรายหนึ่งสวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว สีชมพู ซึ่งเป็นมารดาของหญิงอีกรายหนึ่ง ซึ่งมีอาการช็อกตกใจนอนอยู่บนโซฟา ในภายหลังได้ข้อมูลว่าหญิงผู้เป็นลูกมีอาการทางจิตเวชและได้ทำการบีบคอกมารดาตนเองจนเสียชีวิต จากนั้นพยายามฆ่าตัวตายโดยใช้กรรไกรแทงตนเอง





จากการตรวจสภาพภายนอกพบบาดแผลถลอกขนาดยาว 2 ซม. กว้าง 0.2 ซม. บริเวณใต้กรามซ้าย บาดแผลถลอกขนาดยาว 2 ซม. กว้าง 2 ซม. บริเวณลำคอด้านหน้าซ้าย และบาดแผลฟกช้ำบริเวณใต้ไหปลาร้าซ้าย ผ่าศพบภายใน กล้ามเนื้อลำคอ บริเวณข้างกล่องเสียงฟกช้ำ ไม่พบพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุการตายอื่น จากประวัติและการผ่าตรวจศพจึงสรุปข้อสันนิษฐานสาเหตุการตายคือ สมองขาดอากาศจากการถูกบีบคอ

ศพที่ถูกบีบคอจนเสียชีวิตนั้นมักตรวจพบบาดแผลถลอกหรือฟกช้ำบริเวณลำคอ บาดแผลถลอกอาจเป็นลักษณะขีดข่วนเป็นแนวยาวจากถูกเล็บข่วน หรือเป็นเส้นตรงหรือส่วนโค้งสั้น ๆ จากถูกเล็บจิก บาดแผลฟกช้ำที่พบอาจมีลักษณะกลมขนาดเท่าปลายนิ้วมือ หรืออาจใหญ่เป็นปื้นก็ได้ อวัยวะภายในอาจมีการฟกช้ำของกล้ามเนื้อลำคอ กระดูกกล่องเสียงอาจหัก ไบหน้าอาจคล้ำ คั่งเลือดหรือไม่ก็ได้ บางกรณีอาจมีบาดแผลและการบาดเจ็บของลำคอเพียงเล็กน้อยจนไม่สามารถวินิจฉัยสาเหตุการตายโดยอาศัยการตรวจศพเพียงอย่างเดียวได้



โรคตับจากโรคอ้วน แอลกอฮอล์ และพยาธิใบไม้ของตับ



โรคอ้วน เมื่อไหร่จึงจะเรียกว่าอ้วน โดยสรุปเราดูว่าเราอ้วนหรือไม่จาก 2 อย่าง คือ BMI, Body Mass Index หรือดัชนีมวลกาย และจากระอบเอว (พุง) BMI ของคนไทยไม่ควรเกิน 23 พุงชายหญิงไม่เกิน 90, 80 ซม. ตามลำดับ

วิธีคำนวณ BMI คือ น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยความสูงเป็นเมตรกำลังสอง เช่น น้ำหนักตัว 80 กก. สูง 1.78 ม. BMI คือ $80/1.78 \times 1.78$ คือ $80/3.1684 = 25.25$

ค่าปกติของ BMI คือ 18.5-23

ถ้า BMI 23.1-24.9 ถือว่าน้ำหนักเกิน (overweight)

ถ้า BMI เกิน 25 ถือว่าอ้วน

ถ้าเราดูแล BMI ไม่ให้เกิน 23, พุงชายหญิงไม่เกิน 90, 80 ซม. ตามลำดับ ด้วยการออกกำลังกายและคุมอาหาร เราก็จะป้องกันโรคตับ (และโรคอื่น ๆ) ได้อย่างดีเยี่ยม

อ้วนอย่างเดียวสามารถทำให้เป็นโรคไขมันสะสมในตับ โรคตับอักเสบเรื้อรัง โรคตับแข็ง และมะเร็งของเนื้อตับได้ นอกจากนี้ อ้วนอย่างเดียวยังมีความเสี่ยงต่อมะเร็งที่ 13 อวัยวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เต้านม ตับ ลำไส้ใหญ่ และโรคอ้วนยังมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ หลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคเกาต์ และอื่น ๆ อีกมากมาย

แอลกอฮอล์ วิธีคำนวณ 1 หน่วยของแอลกอฮอล์ ของ สหราชอาณาจักร คือ จำนวนซีซีที่ดื่ม x alcohol by volume, ABV/1,000 เช่น 500 ซีซีของเบียร์ที่มี 5% ABV/1,000 = 2.5 หน่วยแอลกอฮอล์ (ของ UK)

แต่ละประเทศมีแอลกอฮอล์ต่อหน่วยไม่เท่ากัน

ไทย 10 กรัม pure alcohol/หน่วย

อังกฤษ (UK) 8 กรัม pure alcohol/หน่วย

อเมริกา 14 กรัม pure alcohol/หน่วย

ญี่ปุ่น 19.75 กรัม pure alcohol/หน่วย จะเห็นได้ว่า 1 หน่วย

แอลกอฮอล์ของญี่ปุ่นมากกว่า 1 หน่วยของอังกฤษถึง 2 เท่ากว่า (19.75 : 8 กรัม) ฉะนั้นถ้า 1 หน่วยอังกฤษคือ 25 ซีซีวิสกี้ 1 หน่วยญี่ปุ่น : 61.72 ซีซีวิสกี้?!

ประเทศต่าง ๆ ใน Europe มีประมาณ 8-12 กรัม/หน่วย

วิสกี้ alcohol by volume 40%

ไวน์ 11-14%

เบียร์ 3-6%

ฉะนั้น 1 หน่วย alcohol ของอังกฤษจะมีปริมาณซีซีใน alcohol ชนิดต่าง ๆ ดังนี้

วิสกี้ 25 ซีซี ($25 \times 40 / 1,000 = 1$)

ไวน์ ประมาณ 80 ซีซี ($80 \times 12 / 1,000 = 1$)

เบียร์ ประมาณ 200 ซีซี ($200 \times 5 / 1,000 = 1$)

Clinical Practice Guideline (CPG) on alcohol ของ UK 2015 แนะนำเพื่อสุขภาพไม่ควรดื่มมากกว่า 2 หน่วย alcohol (หน่วยของอังกฤษ) ต่อวัน ไม่ว่าหญิง/ชาย และสัปดาห์ละไม่เกิน 14 หน่วยมากกว่านี้มีความเสี่ยงมากขึ้น แต่ถึงแม้ดื่มเพียง 2 หน่วยก็มีความเสี่ยงแต่น้อย ถ้าจะไม่อยากให้ความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์เลยต้องไม่ดื่มเลย ถึงแม้การดื่มเพื่อสุขภาพของอังกฤษจะดื่มได้ไม่เกิน 14 หน่วยต่อสัปดาห์ แต่ในแต่ละวันต้องดื่มไม่เกิน 2 หน่วยด้วย เพราะถ้าดื่มวันเดียว 5-6 หน่วยขึ้นไป และดื่ม 2 วันเท่านั้นในสัปดาห์ รวมแล้วยังไม่เกิน 14 หน่วยต่อสัปดาห์ ก็ไม่ได้ การดื่มครั้งละ 5-6 หน่วยขึ้นไปเรียกว่า binge drinking ถือว่าไม่ดี อันตราย

จาก CPG ของอังกฤษที่มีการติดตามประชาชนเกือบ 6 แสนคน พบว่าการดื่มที่ติดต่อหัวใจนั้น พบผลดีที่ไม่มากนักในหญิงกลางคน เท่านั้นที่ดื่มครั้งละ 1-2 หน่วย แต่รวมแล้วไม่เกิน 5-6 หน่วยต่อสัปดาห์ ฉะนั้นไม่ควรอ้างต่อไปว่าดื่มเพื่อสุขภาพ อยากดื่มก็ดื่มไป!!

ศัพท์ของสรรพสามิต 1 ขวด = กลม, 1/2 ขวด = แบน, 1/4 ขวด = ก๊ก

การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปจะทำให้เป็นโรคไขมันสะสมในตับ ตับอักเสบเฉียบพลัน ตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง มะเร็งตับ และยังสามารถทำให้เกิดโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน เรื้อรัง และมะเร็งของตับอ่อนอีกด้วย องค์การอนามัยโลกแจ้งว่าแอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพและอุบัติเหตุทั่ว ๆ ไปบนถนน และการทำร้ายร่างกายจนถึงการฆาตกรรมถึง 200 กว่าชนิด!?

ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าการป้องกันโรคตับ ถ้ามีความรู้และมีวินัย จะง่ายมาก เช่น ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบ A, B ไม่เข้ายาเสพติดโดยเฉพาะที่ต้องใช้เข็มฉีด ฯลฯ ดูแลตนเองไม่ให้อ้วน รวมทั้งไปตรวจคัดกรอง ถึงแม้ไม่มีอาการว่าตนเองมีเชื้อ HBV, HCV หรือไม่ ฯลฯ

เวลาจะพูดถึงแอลกอฮอล์ อย่าใช้คำว่า “เหล้า” เพราะคำว่าเหล้าสำหรับบางคนอาจหมายถึงแอลกอฮอล์จำพวกวิสกี้ หรือภาษาอังกฤษเรียกว่า spirit ฉะนั้นเวลาพูดถึงเครื่องดื่มอะไรก็แล้วแต่ที่มีแอลกอฮอล์ ควรใช้คำว่าแอลกอฮอล์ ไม่ใช่เหล้า

โรคมะเร็งของท่อน้ำดีตับที่เกิดจากพยาธิใบไม้ตับ (cholangiocarcinoma) เกิดจากการรับประทานปลาร้า ก้อยปลา ปลาล้าลมที่ทำจากปลาน้ำจืดและที่ไม่สุก ฉะนั้นไม่ควรรับประทานปลาร้า ฯลฯ ที่ดิบ ถ้าหมักเกิน 6 เดือนขึ้นไป พยาธิใบไม้ตับมักตายแล้ว

ถ้าใครมีสมองใส ช่างคิด “เก่ง” คิด คิดทำปลาร้า ฯลฯ จากปลาทะเลก็น่าจะดี เพราะปลาน้ำจืดของไทยจะได้เชื้อพยาธิมาจากหอยอีกทีหนึ่ง แต่ปลาทะเลไม่มีหอยที่จะให้พยาธิอาศัยอยู่ ก่อนที่จะไปสูปลาร้าแล้วมาถึงคน

ศ.ดร.บพ.วาเลนติน ฟัสเตอร์

และ นพ.เบอนาร์ด พิคุล

เจ้าของรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2563



ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในฐานะรองประธานมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ นายธานี แสงรัตน์ อธิบดีกรมสารนิเทศ กระทรวงการต่างประเทศ ในฐานะประธานคณะกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์ มูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ และ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ประธานคณะกรรมการรางวัลนานาชาติ มูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้ร่วมกันแถลงผลการตัดสินผู้ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ครั้งที่ 29 ประจำปี พ.ศ. 2563 ณ ห้องสมเด็จพระบรมราชชนก ดิگสยามินทร์ ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช

ผู้ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล สาขาการแพทย์ ได้แก่ ศ.ดร.บพ.วาเลนติน ฟัสเตอร์ จากสหรัฐอเมริกา สาขาการสาธารณสุข ได้แก่ นพ.เบอนาร์ด พิคุล จากสาธารณรัฐฝรั่งเศส

ทั้งนี้ผู้ได้รับการเสนอชื่อเข้ารับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2563 ทั้งหมด 44 ราย จาก 18 ประเทศ คณะกรรมการที่ปรึกษาทางวิชาการได้พิจารณาจากผู้ได้รับและคณะกรรมการรางวัลนานาชาติได้พิจารณาจากผู้ได้รับ

การเสนอชื่อรวม 3 ปี คือ ปี พ.ศ. 2563, 2562, 2561 และนำเสนอต่อคณะกรรมการมูลนิธิ ซึ่งสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเป็นประธานพิจารณาตัดสินเป็นขั้นสุดท้ายเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2563

โดยระยะเวลา 28 ปีที่ผ่านมา มีบุคคลหรือองค์กรได้รับรางวัลแล้วทั้งสิ้น 85 ราย มีคนไทยได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล 4 ราย ได้แก่ ศ.นพ.ประสงค์ ตัญจिता จากการศึกษาผลกระทบของเชื้อไวรัสเด็งกีต่อความพิการของร่างกายเด็กที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ศ.พญ.สุจิตรา นิมมานนิตย์ จากการจำแนกความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล สาขาการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2539 นพ.วิวัฒน์ ใจจนพิทยากร ผู้ริเริ่มโครงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100% ช่วยป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์ และนายมีชัย วีระไวทยะ ผู้ริเริ่มวิธีการสื่อสารรณรงค์เผยแพร่การใช้ถุงยางอนามัย ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล สาขาการสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2552

ผู้ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลแล้วต่อมาได้รับรางวัลในเบล 5 ราย ได้แก่

ศ.แปร์รี เจมส์ มาแซล จากประเทศออสเตรเลีย ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล สาขาการสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2544 จากการค้นพบเชื้อแบคทีเรียเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลรี เป็นสาเหตุของโรคกระเพาะอาหารเป็นแผล ต่อมาได้รับรางวัลโนเบล สาขาการแพทย์ ในปี พ.ศ. 2548 ด้วยการค้นพบเดียวกัน

ศ.เกียร์ดิคุณ นพ.ฮาร์ลด์ ชัวร์ เฮาเซ่น จากสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล สาขาการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2548 จากการค้นพบเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก ต่อมาได้รับรางวัลโนเบล สาขาการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2551 จากการค้นพบเดียวกัน

ศ.ซาโตชิ โอมูระ จากประเทศญี่ปุ่น ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล สาขาการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2540 จากผลงานการศึกษาวิจัยจุลชีพชนิดหนึ่งชื่อ สเตรปโตมัยซิส เอเวอร์มีติลิต จนสามารถสังเคราะห์ยา ivermectin ใช้รักษาและป้องกันโรคตาบอดจากพยาธิและโรคเท้าช้าง ต่อมาได้รับรางวัลโนเบล สาขาการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2558 จากผลงานเดียวกัน

ศ.ตู โยวโยว จากสาธารณรัฐประชาชนจีน เป็นสมาชิกของกลุ่ม china cooperative research group on qinghaosu and its derivatives as antimalarials ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล สาขาการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2546 จากการศึกษาสารสกัดชิงเฮาซุจนสามารถพัฒนาเป็นยารักษาโรคมาลาเรีย ต่อมาได้รับรางวัลโนเบล สาขาการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2558 จากการศึกษาเดียวกัน

เซอร์เกรกอรี พอล วินเทอร์ ผู้ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล สาขาการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2559 จากการพัฒนาเทคโนโลยีในการสร้างและดัดแปลงโมเลกุลของแอนติบอดีให้มีประสิทธิภาพสูงและมีความเป็นสิ่งแปลกปลอมลดลง (antibody humanization) นำไปสู่ความก้าวหน้าในการพัฒนาวัคซีนใหม่จากชีวโมเลกุลซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการรักษาโรค ต่อมาได้รับรางวัลโนเบล สาขาเคมี ประจำปี พ.ศ. 2561 จากการพัฒนาเดียวกัน

รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล เป็นรางวัลที่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้จัดตั้งขึ้น เพื่อถวายเป็นพระราชานุสรณ์แด่สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ในโอกาสจัดงานเฉลิมฉลอง 100 ปี แห่งการพระราชสมภพ 1 มกราคม พ.ศ. 2535 ดำเนินงานโดยมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเป็นองค์ประธานมอบรางวัลให้แก่บุคคลหรือองค์กรทั่วโลกที่มีผลงานดีเด่นเป็นประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติ ทางด้านการแพทย์ 1 รางวัล และด้านการสาธารณสุข 1 รางวัล เป็นประจำทุกปีตลอดมา แต่ละรางวัลประกอบด้วย เหรียญรางวัล ประกาศนียบัตร และเงินรางวัล 100,000 เหรียญสหรัฐ



ผู้ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2563

สาขาการแพทย์



ศ.ดร.นพ.วาเลนติน ฟัสเตอร์ (Valentin Fuster, M.D., Ph.D.)

ผู้อำนวยการศูนย์โรคหัวใจ และนายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลเม้าท์ไซนาย
นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือดแห่งชาติ กรุงมาดริด ประเทศสเปน
หัวหน้ากองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยโรคหัวใจแห่งอเมริกา
สหรัฐอเมริกา

ศ.ดร.นพ.วาเลนติน ฟัสเตอร์ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยบาร์เซโลนา ประเทศสเปน และดุษฎีบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยเอดินเบอระ สหราชอาณาจักร

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา ศ.ดร.นพ.วาเลนติน ฟัสเตอร์ ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงบทบาทของเกล็ดเลือดในกระบวนการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงประโยชน์ของการให้ยาต้านเกล็ดเลือดในการป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดที่นำมาใช้เป็นทางเบี่ยงภายหลังจากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยเริ่มในสัตว์ทดลอง และต่อมาได้ต่อยอดมาเป็นการศึกษาวิจัยในผู้ป่วย ได้แสดงให้เห็นเป็นครั้งแรกถึงประโยชน์ของการให้ยาต้านเกล็ดเลือดในการป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดที่นำมาใช้เป็นทางเบี่ยงภายหลังจากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วย อีกทั้งองค์ความรู้ที่ได้นี้มีส่วนทำให้เกิดการพัฒนาแนวคิดในการสร้างขดลวดค้ำยันชนิดเคลือบยา เพื่อนำมาใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยของ ศ.ดร.นพ.วาเลนติน ฟัสเตอร์ ได้ช่วยทำให้อัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในผู้ป่วยลดลงอย่างมาก และยังช่วยปรับปรุงให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันตีมากขึ้นอีกด้วย

จากผลงานของ ศ.ดร.นพ.วาเลนติน ฟัสเตอร์ ที่เชื่อมโยงนำเอาองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยพื้นฐานไปต่อยอดจนกระทั่งเกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ถูกนำไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจตีตัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประโยชน์ของการให้ยาต้านเกล็ดเลือดในการป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดที่นำมาใช้เป็นทางเบี่ยงภายหลังจากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดที่ตีตัน ผลงานนี้ได้ช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีตันนับล้านคนทั่วโลก

ผู้ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2563

สาขาการสาธารณสุข

นพ.เบอนาร์ต พีคูล (Bernard Pécoul, M.D., MPH.)

ผู้ก่อตั้งและผู้อำนวยการบริหาร องค์การจัดหาสำหรับโรคที่ถูกละเลย

Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi)

สาธารณรัฐฝรั่งเศส



นพ.เบอนาร์ต พีคูล สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยเคลมงท์ เฟอรองด์ (Clermont-Ferrand University) สาธารณรัฐฝรั่งเศส และสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยทูเลน สหรัฐอเมริกา

ก่อนที่ นพ.เบอนาร์ต พีคูล จะเข้ามามีบทบาทในการจัดตั้งองค์การจัดหาสำหรับโรคที่ถูกละเลย (Drugs for Neglected Diseases initiative; DNDi) นั้น นพ.เบอนาร์ต พีคูล เป็นผู้อำนวยการบริหารในองค์กรแพทย์ไร้พรมแดน (Médecins Sans Frontières) ซึ่งเป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ที่ก่อตั้งเพื่อให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงยาจำเป็นของกลุ่มประเทศในแอฟริกา ลาตินอเมริกา และเอเชีย

ในขณะที่ทำงานในประเทศยูกันดา นพ.เบอนาร์ต พีคูล พบมีการใช้ยาเมลลาโซพโรล (Melarsoprol) ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของสารหนูในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคแอฟริกัน ทริปาโนโซมิเอซิส (African trypanosomiasis) หรือโรคเหงาหลับ (Sleeping sickness) และพบผู้ป่วย 1 ราย ใน 20 รายที่ได้รับอนุพันธ์นี้เสียชีวิต จากเหตุการณ์ที่มีการขาดยารักษาที่มีประสิทธิภาพและมีผลข้างเคียงที่รุนแรงนี้ ทำให้ นพ.เบอนาร์ต พีคูล ตัดสินใจจัดทำโครงการจัดหาสำหรับโรคที่ถูกละเลย (Drugs for Neglected Diseases initiative; DNDi) ขึ้นในปี พ.ศ. 2546 โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการรักษาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ราคาไม่แพง สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ถูกละเลย

ภายใต้การบริหารของ นพ.เบอนาร์ต พีคูล โครงการจัดหาสำหรับโรคที่ถูกละเลยได้ขยายเป็นองค์กรวิจัยและพัฒนาที่ไม่แสวงหาผลกำไร สร้างความร่วมมือกับองค์กรพันธมิตรทั้งภาครัฐและเอกชนหลากหลายองค์กร อาทิ มูลนิธิบิลเกตส์, เวลแคม ทรัส, หน่วยงานในยุโรปและบริษัทหลายแห่ง จนถึงปัจจุบันก่อให้เกิดวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคที่ถูกละเลย รวม 8 ชนิด รักษาโรคมาลาเรีย โรคเหงาหลับ โรค Visceral leishmaniasis และโรค Chagas disease

ยาเหล่านี้ถูกบรรจุให้เป็นแนวทางในการรักษาโรคที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้เป็นการรักษาตัวแรกสำหรับโรคที่ถูกละเลย (Neglected tropical diseases) ในหลายประเทศ ขณะนี้มีการพัฒนาสารใหม่มากกว่า 20 ชนิด และมีการศึกษาทดลองทางคลินิกมากกว่า 20 การศึกษา

ในฐานะผู้อำนวยการ นพ.เบอนาร์ต พีคูล ได้ประสานงานวิจัยและร่วมมือพัฒนา ริเริ่มและบริหารจัดการโครงการวิจัยซึ่งประกอบด้วยทีมงานและนักวิทยาศาสตร์ที่ดำเนินโครงการในส่วนต่าง ๆ ของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแอฟริกาและลาตินอเมริกา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งมอบการรักษาใหม่ที่มีประสิทธิภาพจำนวน 16 ชนิดจาก 18 ชนิด สำหรับโรคที่ถูกละเลยให้แก่ผู้ป่วยภายในปี พ.ศ. 2566 จนถึงปัจจุบัน DNDi ได้ส่งมอบยาใหม่ถึง 8 ชนิด ซึ่งช่วยรักษาชีวิตของผู้ป่วยได้เป็นจำนวนมาก

ผลงานของ นพ.เบอนาร์ต พีคูล ได้มีส่วนสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตและยกระดับคุณภาพชีวิตให้แก่ประชากรนับล้านคนทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรในประเทศกลุ่มกำลังพัฒนาหรือประเทศที่มีรายได้น้อยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ถูกละเลย

“ไดอะซีแพม” ส่วนผสมใน “เคนมผง” ใช้กินขนาดอันตรายถึงตาย

นพ.มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่า จากกรณีพบผู้เสียชีวิตจากการใช้ “เคนมผง” และได้มีการนำสารที่พบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบวิเคราะห์แยกสาร และพบว่ามีส่วนผสมของคีตามีนและไดอะซีแพม ซึ่งไดอะซีแพม หรือไดอาซีแพม (Diazepam) หรือยาที่คนทั่วไปรู้จักในชื่อทางการค้าว่า วาเลียม หรือแวลีแยม (Valium) เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 4 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 โดยจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ในทางการแพทย์ใช้ยานี้เป็นยากล่อมประสาทหรือสงบประสาท (Tranquilizer) ทำให้จิตใจสงบ ใช้สำหรับรักษาอาการผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว แก้อาการชัก ผลข้างเคียงจากการใช้ไดอะซีแพมอาจทำให้มีอาการง่วงซึม เหนื่อยล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง มึนงง เห็นภาพหลอน ซึมเศร้า กล้ามเนื้อกระตุก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ รวมถึงเกิดอาการชักได้ ทั้งนี้หากมีการใช้ไดอะซีแพมร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่น ๆ เช่น มอร์ฟีน เฮโรอีน หรือใช้ร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เสริมฤทธิ์การกดระบบประสาทหายใจลำบาก และอาจเสียชีวิตได้ ไดอะซีแพมจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ต้องให้แพทย์เป็นผู้สั่งใช้ตามความจำเป็น ซึ่งหากมีการลักลอบจำหน่ายต้องระวางโทษจำคุก 2-10 ปี และปรับตั้งแต่ 200,000-1,000,000 บาท และความผิดฐานครอบครองหรือใช้ประโยชน์ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 60,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์

สถาบันมะเร็งแห่งชาติแจ้งเตือนชาวปลอม “เล่นโทรศัพท์มือถือในที่มืดเป็นเวลานาน เสี่ยงเป็นโรคมะเร็งตา”



นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่า ผู้ที่ใช้งานคอมพิวเตอร์หรือเล่นโทรศัพท์มือถือเป็นเวลานาน ๆ จะมีการใช้สายตาเพ่งหน้าจอตลอดเวลา ทำให้เกิดการตาล้า หรือตาแห้งเนื่องจากมีการกะพริบตาที่น้อยลง อาจทำให้เกิดอาการเคืองตาได้ง่าย อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่าการเล่นโทรศัพท์มือถือในที่มืดเป็นเวลานานมีความเกี่ยวข้องที่เสี่ยงเกิดโรคมะเร็งตา เป็นต้น ปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงของโรคมะเร็งตา ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้น ความผิดปกติของเม็ดสีเมลานินในดวงตา คนที่ดวงตาสัมผัสกับแสงแดดมาก

จนเกินไปโดยเฉพาะรังสีอัลตราไวโอเล็ต (UV) อาจเสี่ยงเกิดมะเร็งผิวหนังรอบดวงตาจนเกิดโรคมะเร็งเมลานอมาที่ตาได้ หรือเกิดจากความผิดปกติของยีน เป็นต้น สำหรับคนไทยโรคมะเร็งตาในผู้ใหญ่พบได้น้อยมาก

สถาบันประสาทวิทยาตรวจรักษาทางแพทย์วิถีใหม่ ห่วงไกล COVID-19

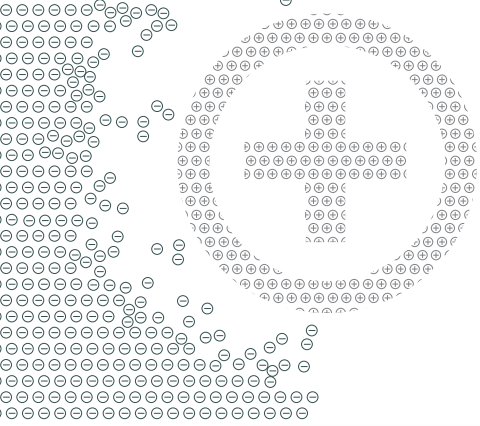
นพ.ธนิชท์ เวชชาภินันท์ ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา กล่าวเพิ่มเติมว่า สถาบันประสาทวิทยาจะเปิดให้บริการเข้าไปรอคอยหน้าห้องตรวจเป็นรอบ ๆ ตามช่วงเวลากำหนดตรวจ ทั้งนี้เพื่อลดการรวมตัวกันในพื้นที่ปิดอั้นจะทำให้เพิ่มโอกาสการสัมผัสใกล้ชิดจนเป็นสาเหตุให้เกิดการแพร่ระบาดของไวรัสได้ และสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกในการรอคิวเข้าตรวจสามารถนัดรับคิวตรวจได้ตั้งแต่ที่บ้านจากแอปพลิเคชัน PNI Plus โดยก่อนเริ่มใช้งานผู้ป่วยต้องนำบัตรประชาชนมายืนยันตัวตน เชื่อมต่อข้อมูลสิทธิ์การรักษา และยินยอมให้นำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลเข้าสู่ฐานข้อมูลของแอปพลิเคชันที่แผนกเวชระเบียนก่อนเพียงครั้งแรกและครั้งเดียว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำผลการตรวจรักษา ประวัติการรับยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการติดตัวไปได้ทุกที่ กรณีต้องการรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือเพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองแล้ว หากตรวจพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงก็จะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI clinic) เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม และลดการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่น สำหรับผู้ป่วย รถนั่ง เพลนอน หรือผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินทางระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยาจะมีช่องทางคัดกรองพิเศษสำหรับผู้ป่วยตามความเหมาะสม และสำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลฉุกเฉินทางด้านโรคระบบประสาทและสมอง ห้องฉุกเฉินสถาบันประสาทวิทยายังคงเปิดให้บริการตามปกติตลอด 24 ชั่วโมง

สถาบันประสาทวิทยา ให้บริการแบบ New Normal

ผู้ป่วยโรคสมองและระบบประสาทใช้สันทัด สามารถรับบริการได้แบบวิถีชีวิตต่อไป

ใช้บัตรประชาชนยืนยันตัวตน เชื่อมต่อข้อมูลสิทธิ์การรักษา และยินยอมให้นำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลเข้าสู่ฐานข้อมูลของแอปพลิเคชันที่แผนกเวชระเบียนก่อนเพียงครั้งแรกและครั้งเดียว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำผลการตรวจรักษา ประวัติการรับยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการติดตัวไปได้ทุกที่ กรณีต้องการรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือเพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองแล้ว หากตรวจพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงก็จะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI clinic) เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม และลดการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่น สำหรับผู้ป่วย รถนั่ง เพลนอน หรือผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินทางระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยาจะมีช่องทางคัดกรองพิเศษสำหรับผู้ป่วยตามความเหมาะสม และสำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลฉุกเฉินทางด้านโรคระบบประสาทและสมอง ห้องฉุกเฉินสถาบันประสาทวิทยายังคงเปิดให้บริการตามปกติตลอด 24 ชั่วโมง

สถาบันประสาทวิทยา ๑๕๖ ซอยสุขุมวิท ๑๑ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐๑ โทร. ๐๒-๒๖๖๘๘๘๘



THE MEDICAL NEWS

วงการแพทย์

สัญจรทั่วไทย

2564



ร.พ.จุฬารัตน์
กรุงเทพฯ



ร.พ.รามาธิบดีเฉลิมพระเกียรติ
จ.ปทุมธานี



ร.พ.ปทุมเวช
จ.ปทุมธานี



ร.พ.ประชาธิปัตย์
จ.ปทุมธานี



นิตยสารวงการแพทย์ โดย บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย ได้นำนิตยสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบนิตยสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลในเขตจังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป





วงการแพทย์
THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา
THE MEDICINE JOURNAL

นิตยสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ
ทางด้านเภสัชกรรม



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

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....
สถานที่ส่งนิตยสาร บ้าน ที่ทำงาน ที่อยู่.....
.....
..... รหัส..... โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... FAX.....
มือถือ.....

มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **นิตยสารวงการแพทย์**
 1 ปี (12 ฉบับ) **720** บาท

มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **นิตยสารวงการยา**
 1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม **620** บาท
 1 ปี (CPE online) **350** บาท

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาปิ่นเกล้า เลขที่บัญชี 10170 ตู้แลกเงิน

เช็คขีดคร่อม A/C PAYEE ONLY ส่งจ่ายในนาม **บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด**
เข็มนาการสาขา.....เลขที่เช็ค.....

โอนเงินเข้าบัญชีชื่อบริษัทในนาม **บจก. วงการแพทย์ พลัส มีเดีย**

ธนาคารทหารไทย สาขาเซ็นทรัล ปิ่นเกล้า เลขที่บัญชี 209-2-47722-9

สนใจติดต่อ บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด
71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
โทร. 0-2435-8111, 0-2435-8444 ต่อ 101 แฟกซ์ 0-2423-2286

หมายเหตุ
1. ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร
กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน
(PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัคร
ที่หมายเลขแฟกซ์ 0-2423-2286

2. บริษัทจะจัดส่งนิตยสารและใบเสร็จรับเงิน
พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน
หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระ
ค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
แผนกสมาชิกสัมพันธ์
โทร. 0-2435-8111, 0-2435-8444
ต่อ 101
แฟกซ์ 0-2423-2286

Continuing Medical Education

CME PLUS





ได้รับอนุญาต
จาก ศ.น.พ.

CME
PLUS
COMPARATIVE MEDICAL EDUCATION

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

(Care of Pregnant Women Complicated with Heart Diseases)

ผ.ว.กนกกร สุนทรขัตติ วก.บ., พ.ว.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรและนรีเวชวิทยา

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/170901

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคหัวใจในขณะยังไม่ตั้งครรภ์
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ
 - 2.1 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในระยะก่อนเจ็บครรภ์คลอด
 - a. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจเมื่อแรกฝากครรภ์
 - b. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในขั้นตอนการติดตาม
 - c. แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจขณะตั้งครรภ์
 - 2.2 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในระยะเจ็บครรภ์คลอด
 - a. ควรคลอดเมื่อใด
 - b. ช่องทางการคลอด
 - c. การชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด และการเร่งคลอด
 - d. การพิจารณาการติดตามอาการผู้ป่วย
 - e. การให้ยาบรรเทาปวด และยาระงับความรู้สึก
 - f. การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อเป็นการป้องกันภาวะ infective endocarditis (IE) (antibiotic prophylaxis for infective endocarditis)
 - 2.3 การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด
 - 2.4 ท่าที่ใช้ในการคลอด (Position during labor and delivery)
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในระยะหลังคลอด
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจประเภทต่าง ๆ

■ ต่อจากฉบับที่แล้ว

บทที่ 6 การช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ใหญ่ (ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT)

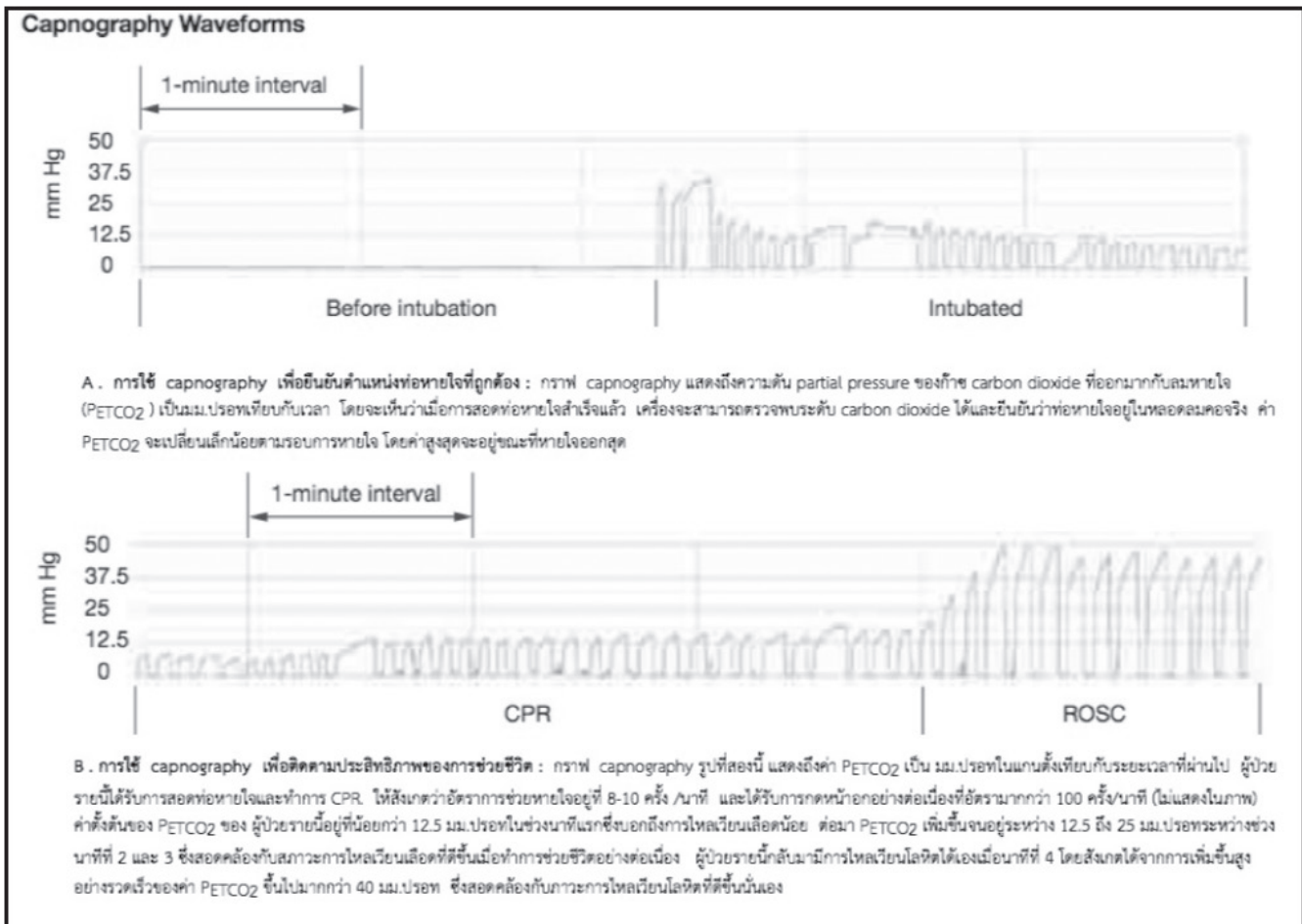
สรุปใจความสำคัญและการเปลี่ยนแปลงหลัก

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในแนวทางการช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ใหญ่ ปี ค.ศ. 2010 ประกอบไปด้วย

- แนะนำให้มีการใช้ Quantitative waveform capnography ในการยืนยันตำแหน่งท่อหายใจ และเพื่อติดตามคุณภาพของการทำ CPR
- แผนภูมิการช่วยชีวิตได้รับการปรับปรุงใหม่ให้เข้าใจง่ายกว่าเดิม และได้รับการออกแบบให้เน้นย้ำถึงการให้ความสำคัญของการช่วยชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ

- ให้ความสำคัญกับการติดตามสภาวะทางสรีรวิทยามากยิ่งขึ้น โดยใช้เพื่อช่วยประเมินและควบคุมให้เกิดการช่วยชีวิตที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังใช้เพื่อช่วยในการวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยกลับมามีการไหลเวียนของเลือดได้เองแล้วหรือไม่
- ไม่แนะนำให้ใช้ Atropine ในการรักษา PEA และ Asystole อีกต่อไป
- สำหรับการรักษาผู้ป่วย Bradycardia ที่มีอาการและสัญญาณชีพผิดปกติ แนะนำวิธีใช้ยา chronotropic drug โดยหยุดทางหลอดเลือด เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษา นอกเหนือจากการใช้ pacing
- Adenosine สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ทั้งในการใช้เพื่อช่วยวินิจฉัย และการรักษา undifferentiated regular monomorphic wide-complex tachycardia
- ควรจัดให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่กลับมามีการไหลเวียนเลือดได้เอง อย่างเป็นระบบ และส่งต่อการรักษาไปยังหอผู้ป่วยอาการหนัก โดยมีผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาเข้าร่วมประเมินสภาวะทาง physiology และ neurology ของผู้ป่วย ทั้งนี้ รวมถึงการทำการรักษาด้วยการควบคุมอุณหภูมิ (Therapeutic hypothermia) ด้วย

คำแนะนำสำหรับการใช้ Capnography



2010 (ใหม่): แนะนำให้ใช้เครื่อง Capnography ชนิด Quantitative waveform อย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจตลอดช่วงเวลาที่ได้รับการช่วยชีวิต โดยกรณีผู้ป่วยเป็นผู้ใหญ่ แนะนำให้ใช้เพื่อ (1) ยืนยันตำแหน่งท่อหายใจ (2) ใช้เฝ้าติดตามและประเมินคุณภาพการ CPR อย่างต่อเนื่อง (3) ตรวจสอบว่าผู้ป่วยกลับมามีการไหลเวียนเลือดได้เองแล้วหรือไม่ โดยทั้งหมดนี้ ใช้การดูค่า end tidal carbon dioxide (PETCO₂) (ภาพประกอบที่ 3)



2005 (เก่า): แนะนำให้ใช้เครื่องตรวจจับก๊าซ CO₂ จากลมหายใจออกหรือใช้อุปกรณ์ตรวจจับการใส่ท่อหายใจเข้าหลอดอาหาร (esophageal detector device) เพื่อยืนยันตำแหน่งท่อหายใจ จาก AHA guideline ปี ค.ศ. 2005 ระบุถึงการติดตามค่า PETCO₂ ว่ามีประโยชน์ในการใช้เป็นตัวชี้วัดชนิด noninvasive เพื่อดู cardiac output ที่เกิดขึ้นช่วง CPR ได้

เหตุผล: การใช้ waveform capnography อย่างต่อเนื่อง เป็นวิธียืนยันตำแหน่งท่อหายใจว่าอยู่ในหลอดลมคอที่เชื่อถือได้มากที่สุด ในขณะนี้ และสามารถให้ใฝ่ระวังว่าท่อหายใจยังอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องตลอดการรักษา แม้ก่อนหน้านี้อาจมีหลายวิธีที่ถูกนำมาใช้เพื่อยืนยันตำแหน่งท่อหายใจ แต่ก็ยังไม่มีวิธีใดที่มีหลักฐานความน่าเชื่อถือเทียบเท่า โดยสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อหายใจ หรือท่อหายใจขยับเปลี่ยนที่ คือช่วงระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา ควรคอยสังเกตการหายใจของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดู capnographic waveform เสมอตลอดช่วงเวลาดังกล่าว

จากการที่เลือดไหลเวียนสูปอดเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซ carbon dioxide และออกมาทางลมหายใจ ทำให้สามารถใช้ capnography เพื่อประเมินและเฝ้าติดตามสภาวะทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยได้ด้วย กล่าวคือ สามารถดูประสิทธิภาพของการกดหน้าอก และใช้เพื่อตรวจดูว่ามีกรกลับมาไหลเวียนเลือดได้เอง (ROSC) แล้วหรือไม่ การกดหน้าอกที่ประสิทธิภาพไม่เพียงพอ (ไม่ว่าจะเกิดจากปัจจัยด้านลักษณะของผู้ป่วยเอง หรือจากสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือ) จะพบค่า PETCO₂ ต่ำ การที่ cardiac output ของผู้ป่วยลดลง หรือผู้ป่วยที่มีกรกลับมาไหลเวียนเลือดได้เองแล้วกลับไปหัวใจหยุดเต้นซ้ำ สามารถทำให้ค่า PETCO₂ ต่ำได้เช่นกัน ในทางตรงกันข้ามพบว่า เมื่อมีการกลับมาไหลเวียนเลือดได้เอง (ROSC) จะพบว่าค่า PETCO₂ สูงขึ้นอย่างชัดเจน

แบบปฏิบัติการช่วยชีวิตที่ปรับปรุงให้เรียบง่าย และ แบบคู่มือเพิ่มเติม

2010 (ใหม่): แผนปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงถูกปรับปรุงจากเดิมให้สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น และเพิ่มการให้ความสำคัญของการทำ CPR อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย การกดหน้าอกที่ถูกต้อง , ลดการรบกวนการกดหน้าอกให้น้อยที่สุด และ หลีกเลี่ยงการช่วยหายใจที่มากเกินไป นอกจากนี้ การช่วยชีวิตขั้นสูงยังเป็นการรักษาที่ควรได้รับการบริหารการทำงานอย่างเป็นระบบและไม่มีกรหยุดรบกวนโดยไม่จำเป็นจนกว่าจะครบรอบเวลาที่ประเมินผู้ป่วยได้ ดังแผนภูมิ รูปภาพที่ 4

2005 (เก่า): แผนปฏิบัติการช่วยชีวิตเดิมของปี ค.ศ. 2005 ใช้แผนภูมิที่ประกอบด้วยลำดับกรรักษาจัดตามความสำคัญในการช่วยชีวิต

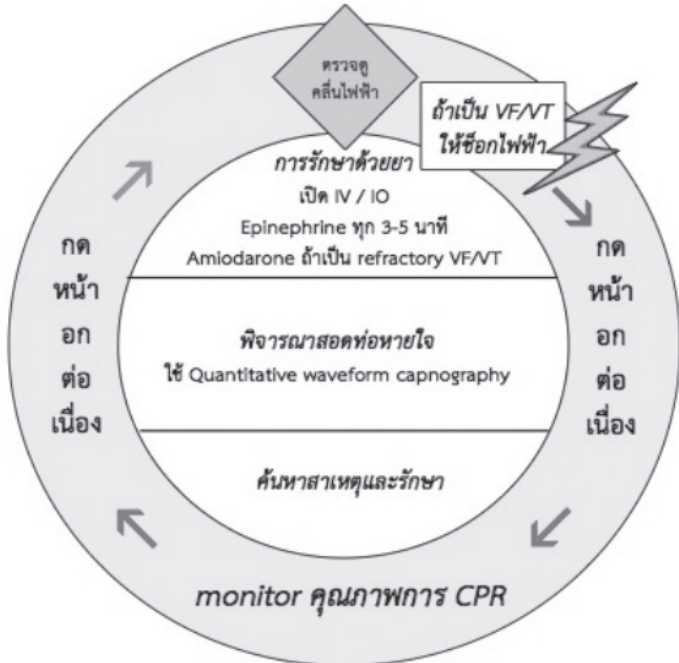
เหตุผล: ในการรักษาภาวะหัวใจหยุดเต้น การช่วยชีวิตขั้นสูงที่ดีจะมีรากฐานมาจากการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน อันประกอบด้วยกรทำ CPR อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสกรกลับมามีการไหลเวียนเลือดได้เอง (ROSC)

ก่อนปี ค.ศ. 2005 กรสอนกรช่วยชีวิตขั้นสูงในขณะนั้นถูกเชื่อว่า ได้ทำกร CPR ได้อย่างมีประสิทธิภาพดีเพียงพอแล้ว จึงไปให้ความสำคัญกับการรักษาเพิ่มเติมในด้านการช็อกไฟฟ้า (defibrillation) , กรรักษาด้วยยา และกรใช้อุปกรณ์ช่วยดูแลระบบทางเดินหายใจ เช่นกรสอดท่อหายใจ รวมไปถึงทางเลือกรักษาเพิ่มเติมในภาวะฉุกเฉินที่ต้อดูแลเป็นพิเศษ จนในปี ค.ศ. 2005 จึงได้กลับมาให้ความสำคัญกับการรักษาพื้นฐานที่มีหลักฐานชัดเจนว่าช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตได้ดี นั่นคือ กรทำ CPR อย่างมีประสิทธิภาพ (ได้แก่ กรกดหน้าอกที่ลึกและเร็วเพียงพอ , ปล่อยให้ทรวงอกขยายกลับให้สุดหลังจากกรกดแต่ละครั้ง, ลดการรบกวนการกดหน้าอกให้น้อยที่สุด, และหลีกเลี่ยงกรช่วยหายใจมากเกินไป) ควบคู่ไปกับการให้ยาและกรรักษาด้วยการสอดท่อสำหรับแผนปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูง ปี ค.ศ.2010 นั้นยังให้ความสำคัญในส่วนนี้เช่นกัน กร CPR ในทางอุดมคติควรจะมีการติดตามกรเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา , ติดตามดูว่าผู้ป่วยได้รับกร oxygen อย่างเพียงพอ และรีบให้กรรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้าเมื่อมีข้อบ่งชี้ และในขณะเดียวกัน บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษาควรทำกรประเมิน ค้นหา และรักษาสิ่งที่อาจเป็นสาเหตุกรเสียชีวิตไปพร้อม ๆ กันด้วย ในขณะนี้ยังไม่มีหลักฐานทางคลินิกมากเพียงพอว่ากรรีบสอดท่อหายใจ หรือกรใช้ยาที่ชีวิตจะช่วยเหลือเพิ่มอัตรการรอดชีวิตจนถึงวันออกจากโรงพยาบาลโดยที่มีการทำงานของระบบประสาทที่ปกติได้

ตะโกนขอความช่วยเหลือ / แจ้งหน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน

เริ่มการ CPR

- ให้ oxygen
- ติด monitor / defibrillator



แผนภูมิวงกลม ACLS

การ CPR ที่มีคุณภาพประกอบด้วย

- กดหน้าอกลึก (อย่างน้อย 2 นิ้ว หรือ 5 ซม.) และเร็ว (อย่างน้อย 100 ครั้ง/นาที) และปล่อยหน้าอกให้คืนตัวให้สุดไม่กดค้าง
- รบกวนการกดหน้าอกให้น้อยที่สุด
- สลับผู้กดหน้าอกทุก 2 นาที
- กรณีไม่มีท่อหายใจ ให้ใช้อัตราส่วน 30:2 (กดหน้าอก : ช่วยหายใจ)
- ใช้ Quantitative waveform capnography
 - ถ้า PETCO₂ < 10 มม.ปรอท ให้พยายามปรับปรุงการ CPR ให้ดีขึ้น
- ใช้ Intra-arterial pressure
 - ถ้า relaxation phase(diastolic) pressure < 20 มม.ปรอท ให้พยายามปรับปรุงการ CPR ให้ดีขึ้น

Return of Spontaneous Circulation (ROSC) ดูจาก

- สามารถคลำชีพจรและวัดความดันโลหิตได้
- ค่า PETCO₂ พุ่งขึ้นสูงอย่างชัดเจน มักเกิน 40 มม.ปรอท
- มีกราฟคลื่น arterial pressure ขึ้นด้วยตนเอง

Shock Energy การใช้ไฟฟ้า

- Biphasic : ตามคำแนะนำของผู้ผลิต (120-200จูลส์) ถ้าไม่แน่ใจ ให้ใช้ขนาดโหมงมากที่สุด และสำหรับการช็อกครั้งต่อไป ให้ใช้ไฟฟ้าอย่างน้อยเท่าเดิม หรือพิจารณาเพิ่มกำลังไฟฟ้าขึ้น
- Monophasic : ใช้ 360 จูลส์

การรักษาด้วยยา

- Epinephrine ทาง IV/IO : 1 mg ทุก 3-5 นาที
- Vasopressin ทาง IV/IO : 40 units สามารถใช้เพื่อทดแทน Epinephrine ครั้งที่ 1 และ 2 ได้
- Amiodarone ทาง IV/IO : ครั้งแรก 300 mg bolus จากนั้นให้ 150 mg สำหรับครั้งที่สอง

การสอดท่อหายใจ

- เลือกใช้ ท่อหายใจ ETT หรืออุปกรณ์ supraglottic airway
- ตรวจ waveform capnography เพื่อยืนยันตำแหน่งท่อหายใจ
- ช่วยหายใจ 8-10 ครั้ง/นาที ควบคู่กับการกดหน้าอกอย่างมีประสิทธิภาพ

ค้นหาสาเหตุที่ต้องได้รับการรักษา

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| • Hypovolemia | • Tension pneumothorax |
| • Hypoxia | • Tamponade, cardiac |
| • Hydrogen ion (acidosis) | • Toxins |
| • Hypo-/Hyperkalemia | • Thrombosis, pulmonary |
| • Hypothermia | • Thrombosis, coronary |

รูปภาพที่ 4: แผนภูมิวงกลม ACLS

ลดความสำคัญของเครื่องมือ/อุปกรณ์, ยา และการรักษาที่ไม่จำเป็นอื่น ๆ

แผนปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงถูกปรับเปลี่ยนให้เข้าใจง่ายกว่าเดิม เน้นเฉพาะการรักษาที่จะให้ผลลัพธ์ที่ดีเป็นสำคัญ ซึ่งคือการทำ CPR อย่างมีประสิทธิภาพ และให้การรักษาโดยการช็อกไฟฟ้าในผู้ป่วย VF , pulseless VT ส่วนการรักษาอื่น ๆ อันได้แก่ การให้ยาทางหลอดเลือด และการสอดท่อหายใจนั้นยังแนะนำให้ปฏิบัติอยู่ แต่ต้องไม่รบกวนทั้งการกดหน้าอกและการรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า

ปรับแผนปฏิบัติการใช้ยา

2010 (ใหม่): ไม่แนะนำให้ใช้ Atropine สำหรับการรักษา PEA / Asystole อีกต่อไป และได้ถอดยา Atropine ออกจากแผนปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงแล้วเช่นกัน การรักษา PEA / Asystole แนะนำให้เป็นไปตามแนวทางแผนปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงแบบล่าสุด

สำหรับแผนการรักษา Tachycardia ที่มีชีพจรได้ถูกปรับปรุงให้ง่ายขึ้น มีการแนะนำให้ใช้ Adenosine เพื่อช่วยวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย tachycardia ที่มีสัญญาณชีพปกติ และคลื่นไฟฟ้าเป็นแบบ regular monomorphic wide-complex tachycardia ได้ (ทั้งใน



แผนการช่วยชีวิตสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก) ข้อควรระวังสำคัญคือ ไม่ควรใช้ Adenosine กับผู้ป่วย irregular wide complex tachycardia เพราะอาจทำให้แรงแลงและเป็น VF ได้

สำหรับแผนการรักษา Bradycardia ในผู้ใหญ่ที่มีอาการแสดงจากชีพจรช้าและสัญญาณชีพผิดปกติ ได้แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม Chronotropic drug หยดเข้าทางหลอดเลือดได้ ถือเป็นการรักษาทางเลือกอีกทางนอกเหนือจากการ pacing

2005 (เก่า): แนะนำให้ใช้ Atropine ในแผนปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ป่วย Asystole หรือ slow PEA ได้ ส่วนในแผน Tachycardia นั้น แนะนำให้ใช้ Adenosine เฉพาะใน tachycardia กลุ่ม regular narrow-complex reentry supraventricular tachycardia เท่านั้น สำหรับแผน Bradycardia การใช้ยากลุ่ม Chronotropic drug หยดทางหลอดเลือดดำ แนะนำให้ใช้หลังจากที่ผู้ป่วยได้ยา Atropine แล้ว ไม่ได้ขึ้น หรือเพื่อรอจนกว่าจะได้ pacing มาเท่านั้น

เหตุผล: เห็นได้ว่ามีเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในการรักษาผู้ป่วย arrhythmias จากหลักฐานทางคลินิกในปัจจุบันพบว่า การใช้ Atropine ใน Asystole / PEA ดูเหมือนจะไม่มีผลทางการรักษาใดๆ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ถอด Atropine ออกจากรายการยาในแผนปฏิบัติการช่วยชีวิต นอกจากนี้ยังมีหลักฐานใหม่ที่บ่งว่า Adenosine สามารถใช้ในการประเมิน วินิจฉัย และรักษา Tachycardia ที่มีสัญญาณชีพปกติ และคลื่นไฟฟ้าเป็นแบบ regular monomorphic wide-complex ได้อย่างปลอดภัยและได้ผลดี แต่ต้องเป็นคลื่นไฟฟ้าแบบ regular เท่านั้น สำหรับแผน Bradycardia การให้ยา Chronotropic drug ได้ประสิทธิภาพทัดเทียมกับการใช้ external transcutaneous pacing

การดูแลหลังการช่วยชีวิต

2010 (ใหม่): การดูแลหลังการช่วยชีวิต ถูกแยกออกมาเป็นหัวข้อใหม่ในแนวปฏิบัติการช่วยชีวิต AHA ค.ศ.2010 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย หลังจากกลับมามีอาการไหลเวียนเลือดได้เอง และได้รับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาล โดยควรจัดให้มีการดูแลหลังการช่วยชีวิตที่มีการทำงานเป็นระบบอย่างครอบคลุม , มีการวางโครงสร้างการทำงานเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยแบบบูรณาการ โดยสหสาขาวิชาชีพ และทำให้แนวทางนี้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน (กล่องข้อความ 3)

กล่องข้อความ 3

วัตถุประสงค์สำคัญของการดูแลหลังการช่วยชีวิต

1. เพื่อช่วยให้การทำงานของอวัยวะสำคัญมีการไหลเวียนเลือดได้อย่างเหมาะสมภายหลังจากผู้ป่วยกลับมามีอาการไหลเวียนเลือดด้วยตนเอง
2. เคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต หรือ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพและระบบในการดูแลหลังการช่วยชีวิต
3. สืบค้นและแก้ไขภาวะ Acute coronary syndrome หรือสาเหตุการเสียชีวิตอื่นที่อาจรักษาได้
4. ควบคุมอุณหภูมิให้เหมาะสมเพื่อรักษาการทำงานของระบบประสาทให้สามารถฟื้นตัวได้

การรักษาควรประกอบไปด้วยการดูแลทั้งระบบ cardiopulmonary และ neurology การรักษาด้วยการควบคุมอุณหภูมิ (Therapeutic hypothermia) และการสวนหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary interventions, PCIs) นั้น ควรทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ (อ่านเพิ่มเติมในบท Acute coronary syndrome) นอกจากนี้ การชกยังพบได้บ่อยในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น จึงควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) เพื่อช่วยวินิจฉัยและตรวจข้อบ่งชี้ต่างๆ ในผู้ป่วยที่กลับมามีอาการไหลเวียนเลือดได้เองแล้วแต่ยังคงไม่รู้สึกรู้ตัว

2005 (เก่า): การดูแลหลังจากการช่วยชีวิตเดิม ถูกรวมอยู่ในบทการช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับผู้ใหญ่ตามแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตปี ค.ศ. 2005 การรักษาด้วยการควบคุมอุณหภูมิ (Therapeutic hypothermia) ได้ถูกแนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่หัวใจหยุดจากนอกโรงพยาบาล แบบที่มีผู้เห็นเหตุการณ์และคลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกเป็นแบบ VF เท่านั้น นอกจากนี้ ยังแนะนำให้ (1) ช่วยการทำงานของระบบ hemodynamic, respiratory, และ neurology (2) ค้นหาและรักษาสาเหตุของหัวใจหยุดที่จะสามารถรักษาได้ (3) ติดตามดูแลอุณหภูมิของร่างกายของผู้ป่วยและให้การรักษา อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่สนับสนุนในขณะนั้นยังไม่เพียงพอ

เหตุผล: นับจากปี ค.ศ. 2005 มีการศึกษาแบบไม่สุ่มตัวอย่าง 2 งานวิจัยที่เป็นแบบ concurrent control และ อีกหลายงานวิจัยที่เป็นแบบ historical control ได้มีข้อมูลบ่งชี้ว่า การทำ therapeutic hypothermia ในผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (in hospital cardiac arrest) และ ผู้ที่เสียชีวิตจากนอกโรงพยาบาล (out-of-hospital cardiac arrest) ที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกเป็น PEA / Asystole นั้น อาจได้ประโยชน์ด้วยเช่นกัน การจัดการระบบการดูแลภายหลังการช่วยชีวิตแบบบูรณาการโดยสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยสนับสนุนการทำงานของระบบ hemodynamic , neurology และ การควบคุมเมตาโบลิซึม (รวมถึงการควบคุมอุณหภูมิ therapeutic hypothermia) ด้วยนั้น จะช่วยให้เพิ่มโอกาสรอดชีวิตจนกลับบ้านได้มากขึ้น ทั้งในผู้ป่วยประเภทหัวใจหยุดเต้นจากนอกและในรพ. แม้ในขณะนี้จะยังไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นจากผลการรักษาอื่น ๆ ด้วยหรือไม่เนื่องจากมีหลายปัจจัย แต่อย่างน้อยการดูแลดังกล่าวนี้ก็ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตจนกลับบ้านได้มากขึ้น

ผลของการควบคุมอุณหภูมิต่อปัจจัยพยากรณ์ผลลัพธ์

มีการศึกษาวิจัยจำนวนมาก พยายามค้นหาปัจจัยที่ช่วยพยากรณ์ผลลัพธ์ที่ไม่ได้จากผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่กลับมาที่รู้สึกตัวหลังมีการไหลเวียนเลือดได้เอง แต่การศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงที่ยังไม่มีการรักษาด้วย therapeutic hypothermia ต่อมา มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ therapeutic hypothermia บางส่วนมีผลการรักษาดีแม้จากการประเมินด้วยวิธีมาตรฐานแบบเดิม คือการประเมินด้วย neuroelectrophysiology และการตรวจร่างกายทางระบบประสาทในวันที่ 3 นั้นจะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองและมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดีก็ตาม จากหลักฐานดังกล่าวทำให้พบว่า การประเมินเพื่อพยากรณ์ผลลัพธ์ทางระบบประสาทตามวิธีเดิม อาจไม่สามารถนำมาใช้พยากรณ์โรคในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย therapeutic hypothermia ได้

ความพยายามในการหาปัจจัยพยากรณ์ผลลัพธ์ที่ไม่ดีทางระบบประสาท ในผู้ป่วยที่ยังไม่รู้สึกรู้สีกตัวหลังกลับมาที่มีการไหลเวียนเลือดเป็นปกติแล้ว เป็นสิ่งที่ท้าทายและยังต้องการการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม การพิจารณาหยุดยาหรือจำกัดการรักษาต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังจากที่ผู้ป่วยกลับมาที่มีการไหลเวียนเลือดได้เองใหม่ ๆ ควรทำด้วยความระมัดระวังอย่างยิ่ง

ในปัจจุบัน มีการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ มากขึ้น ในขณะที่ผู้บริจาคมียังไม่เพียงพอ บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การรักษามักให้คำแนะนำกับครอบครัวของผู้ป่วยเรื่องการบริจาคอวัยวะอย่างเหมาะสม โดยขึ้นกับความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก

การพิจารณาปรับลดความเข้มข้นก๊าซ oxygen ในการรักษาหลังจากการไหลเวียนเลือดได้เอง โดยพิจารณาจากค่าความอิ่มตัวของ oxyhemoglobin

2010 (ใหม่) : หลังจากผู้ป่วยกลับมาที่มีการไหลเวียนเลือดได้เองแล้ว ควรทำการตรวจและติดตามวัดค่าความอิ่มตัวของ oxyhemoglobin หากมีอุปกรณ์ที่สามารถทำได้ในสถานพยาบาลนั้น ควรทำการปรับการรักษาโดยการให้ oxygen ตามค่าความอิ่มตัวของ oxyhemoglobin โดยให้มีความอิ่มตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 94% โดยใช้ Fraction of inspired O₂ (FIO₂) น้อยที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะ Hyperoxia แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องได้รับ oxygen มากเพียงพอ

2005 (เก่า) : ไม่มีข้อมูลจำเพาะที่กล่าวถึงการปรับการช่วยหายใจ (weaning)

เหตุผล : ควรพยายามรักษาระดับค่าความอิ่มตัว oxyhemoglobin ให้อยู่ที่ 94% - 99% เท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ผลการรักษาที่ดี แม้จากคำแนะนำการรักษาของ ACLS task force of the international consensus on CPR and ECC ปี ค.ศ. 2010²⁻³ จะยังไม่มีหลักฐานมากเพียงพอที่จะแนะนำแนวทางการปรับหรือการหยุดเครื่องช่วยหายใจได้ แต่จากการศึกษาล่าสุด⁵ มีข้อมูลถึงผลเสียจากภาวะ Hyperoxia ในการรักษาผู้ป่วยที่กลับมาที่มีการไหลเวียนเลือดเอง โดยเมื่อวัดค่าอิ่มตัวของก๊าซ oxygen ได้ 100% อาจหมายถึงค่า P_{aO2} ระหว่าง 80 ถึง 500 มม.ปรอทได้ จึงมีมติคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง ACLS และ PALS ว่า หากมีอุปกรณ์ในสถานพยาบาลนั้น ควรทำการติดตามค่าความอิ่มตัวของ oxyhemoglobin และปรับปริมาณ oxygen ที่ใช้ในการรักษา โดยให้ค่าความอิ่มตัวอยู่ที่ 94% ขึ้นไปแต่ไม่ถึง 100%



ภาวะคุกคามต่อชีวิตที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

2010 (ใหม่) : เพิ่มคำแนะนำและแนวทางการรักษาภาวะคุกคามต่อชีวิตที่ต้องดูแลเป็นพิเศษเป็น 15 สถานการณ์ ประกอบด้วย หอบหืด, anaphylaxis, หัวใจหยุดเต้นในหญิงตั้งครรภ์, ความผิดปกติของ electrolyte ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต, หัวใจหยุดเต้นจากการได้รับสารพิษ, หัวใจหยุดเต้นที่เกี่ยวข้องจากการบาดเจ็บ, accidental hypothermia และเพิ่มหัวข้อใหม่ คือ โรคอ้วนรุนแรง (morbid obesity), ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism), การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุหิมะถล่ม (avalanche), การเสียชีวิตระหว่างการสวนหัวใจ PCI, ภาวะหัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade), และการเสียชีวิตระหว่างการผ่าตัดหัวใจ (cardiac surgery)

2005 (เก่า) : มี 10 สถานการณ์

เหตุผล : ภาวะหัวใจหยุดในบางสถานการณ์ต้องการการรักษา หรือการทำหัตถการบางอย่างเพิ่มเป็นพิเศษนอกเหนือไปจากในแผนปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและขั้นสูง สถานการณ์เหล่านี้มักพบไม่บ่อยนัก จึงยากที่จะทำการศึกษาวิจัยแบบสุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบวิธีการรักษาหลาย ๆ แบบได้ การรักษาในสถานการณ์จำเพาะเช่นนี้จึงมีหลักฐานค่อนข้างจำกัด และส่วนใหญ่เป็นมติคำแนะนำการรักษาจากคณะผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในด้านนั้น ๆ หัวข้อดังกล่าวจะรวมถึงการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ที่จำเป็นต้องมีรายละเอียดเพิ่มเติมมากกว่าการรักษาตามแนวทางช่วยชีวิตปกติด้วย

บทที่ 7 ภาวะหลอดเลือดหัวใจเกิดการอุดตันหรือตีบแคบเฉียบพลัน (ACUTE CORONARY SYNDROMES)

สรุปใจความสำคัญและการเปลี่ยนแปลงหลัก

แนวทางการวินิจฉัยและดูแลภาวะที่เกิดจากการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจอย่างฉับพลัน (ACS) ได้รับการปรับปรุงเพื่อกำหนดขอบเขตการรักษาให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่คาดว่าหรือยืนยันว่าเป็น ACS ภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังจากมีอาการ เป้าหมายแรกในการรักษาผู้ป่วยที่มี ACS สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาจาก ECC and AHA/American College of Cardiology Guidelines ฉบับก่อน ซึ่งมีจุดประสงค์ดังนี้

- เพื่อลดและจำกัดขอบเขตกล้ามเนื้อหัวใจตาย อันเนื่องมาจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายฉับพลัน (AMI) ซึ่งจะช่วยประคองการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย, ป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว และจำกัดการเกิดผลข้างเคียงทางหัวใจและหลอดเลือดที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง
- เพื่อป้องกันเหตุไม่พึงประสงค์หลักทางหัวใจ Major Cardiac Adverse Events (MACE) คือ การเสียชีวิต, ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต และภาวะที่จำเป็นต้องทำการถ่ายขยายหลอดเลือดอย่างรีบด่วน
- เพื่อให้สามารถรักษาภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนที่เป็นผลข้างเคียงจากการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจอย่างฉับพลัน ตัวอย่างเช่น ventricular fibrillation, pulseless ventricular tachycardia, unstable tachycardia, symptomatic bradycardia

ดูข้อมูลประกอบ และคำแนะนำที่สำคัญได้ในเนื้อหาหลัก

ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดที่มีการยกของ ST-Segment

การดูแลรักษา STEMI อย่างเป็นทางการต้องอาศัยการทำงานร่วมกันอย่างเป็นโครงข่ายตั้งแต่ชุมชน, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, แพทย์ และโรงพยาบาล ซึ่งรวมไปถึงการจัดโครงการให้ความรู้แก่ชุมชน เพื่อให้สามารถทราบถึงอาการ ACS ตั้งแต่เริ่มแรก การพัฒนาระบบรับแจ้งและส่ง EMS ให้สามารถให้คำแนะนำและการรักษาได้ตั้งแต่ระดับก่อนเข้ามาถึงโรงพยาบาล การนำส่งมายังห้องฉุกเฉิน รวมไปถึงการจัดการภายในทั้งระดับระหว่างแผนก และระหว่างโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

Out-of-Hospital 12-Lead ECGs

กุญแจสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลรักษา STEMI คือการทำ 12 lead-ECG และส่งผลหรืออ่านผล ร่วมกับการแจ้งให้โรงพยาบาลปลายทางที่จะนำส่งได้เตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วย แนวทางการดูแลของ AHA และ ECC ที่ออกมาในปี 2000 ได้แนะนำให้ทำการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ตั้งแต่ก่อนมาถึงโรงพยาบาล และมีหลักฐานรับรองว่าสามารถลดระยะเวลาทำ reperfusion with fibrinolytic therapy ได้ ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อไม่นานมานี้ยังพบว่า สามารถลดระยะเวลาก่อนทำ Primary PCI และยังช่วยในการคัดกรองผู้ป่วย ในการตัดสินใจนำส่งไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมได้ เมื่อ EMS หรือแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินได้แจ้งให้แผนกหัวใจ และทีม cardiac catheterization laboratory พบว่า สามารถลดระยะเวลา reperfusion times ได้อย่างมีนัยสำคัญ

การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อนำส่งไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการทำ PCI

ดู Criteria ในการคัดกรองผู้ป่วยหลังมีภาวะหัวใจวายไปยัง PCI Center ได้ในเอกสารคำแนะนำ

การดูแลครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยหลังหัวใจวาย ที่ได้รับการยืนยันว่าเป็น STEMI หรือคาดว่าจะ เป็น ACS

การทำ PCI ในผู้ป่วยที่ได้รับการกู้ชีวิตหลังภาวะหัวใจวายในผู้ใหญ่ มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาที่น่าพอใจ จึงมีเหตุผลเพียงพอที่จะรวมการทำ Cardiac catheterization เข้าใน post-cardiac arrest protocol เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทั้งหมด เพื่อเพิ่ม neurologically intact survival ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ในผู้ป่วยที่มีภาวะ out-of-hospital cardiac arrest เนื่องจาก VF, แนะนำให้ทำการฉีดสตีร์ร่วมกับการถ่างขยายหลอดเลือดแดงที่ตีบอย่างรีบด่วน แม้ว่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายหลังการเกิดหัวใจวายอาจไม่ชัดเจน หรือแปลผลได้ยาก การทำการฉีดสตีร์หลอดเลือดโคโรนารี ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าหัวใจวายด้วยสาเหตุของหัวใจขาดเลือดอย่างสมเหตุสมผล แม้ว่าจะไม่ชัดเจนว่าเป็น STEMI หรือไม่ก็ตาม นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะโคมาหลังภาวะหัวใจวายนอกโรงพยาบาล ซึ่งพบได้บ่อย ไม่ควรเป็นข้อห้ามในการพิจารณาทำการฉีดสตีร์ร่วมกับการถ่างขยายหลอดเลือดแดง (อ่านเพิ่มเติมในหัวข้อการดูแลผู้ป่วยภายหลังหัวใจวาย)

การเปลี่ยนแปลงคำแนะนำในการรักษาในส่วน immediate general treatment (รวมถึงการให้ออกซิเจน และมอร์ฟีน)

2010 (ใหม่) : ไม่จำเป็นต้องให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหายใจผิดปกติ หากมีระดับ oxyhemoglobin saturation $\geq 94\%$ และควรระมัดระวังการให้มอร์ฟีนในผู้ป่วย Unstable Angina

2005 (เดิม) : แนะนำให้ออกซิเจนในผู้ป่วยทุกรายที่มีภาวะน้ำท่วมปอดที่ชัดเจน หรือมี arterial oxyhemoglobin saturation $\leq 90\%$ และสมเหตุสมผลที่จะให้ออกซิเจนในผู้ป่วย ACS ทุกราย ในช่วง 6 ชั่วโมงแรกหลังมีอาการ มอร์ฟีนเป็นยาแก้ปวดแนะนำในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยไนเตรท แต่ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่อาจจะมีภาวะขาดน้ำ

เหตุผล : ผู้ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้ออกซิเจน ในช่วงแรกที่เริ่มประเมินผู้ป่วยที่อาจเป็น ACS ได้ แต่ยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอถึงการให้เป็นประจำในผู้ป่วย Uncomplicated ACS หากผู้ป่วยมีภาวะหายใจลำบาก หรือมีภาวะขาดออกซิเจนในเลือด หรือมีหัวใจล้มเหลวชัดเจน ผู้ให้การดูแลควรปรับให้ออกซิเจนเท่าที่จำเป็นเพื่อให้ได้ Oxyhemoglobin saturation $\geq 94\%$ และควรใช้มอร์ฟีนอย่างระมัดระวังในผู้ป่วย unstable angina/ non-STEMI เนื่องจากพบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น

■ อ่านต่อฉบับหน้า



ภาคเหนือ
เชียงใหม่, แม่ฮ่องสอน, ลำพูน, ลำปาง,
เชียงราย, น่าน

ภาคอีสาน
อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, อุดรธานี, มหาสารคาม,
ร้อยเอ็ด, นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์,
สกลนคร, ขอนแก่น

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

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



THE MEDICAL NEWS *นิตยสาร*
วงการแพทย์
THE MEDICINE JOURNAL *นิตยสาร*
วงการยา **2564**
สัญจรทั่วประเทศ

