



โคซี-แอมป์ 'COXY-AMP'

ชุดตรวจโควิด-19 ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียว ผ่านมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ เตรียมถ่ายถอดเทคโนโลยีคัดกรองโควิด-19 เสิ้งรุก



Systematic Review

การแพ้วัคซีนป้องกันโรค COVID-19

เฉพาะโรค

โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic Dermatitis)

ด้วยประสบการณ์กว่า 20 ปี ...

ที่เราสร้างสรรค์และพัฒนา ด้านสื่อ สิ่งพิมพ์ และโฆษณา

บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด



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

เราพร้อมที่จะเป็นเพื่อนคู่คิด เป็นมิตร คอยแนะนำให้คำปรึกษา เพื่อให้ทุก ๆ ผลงาน ที่ผลิตจากเราไป เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ของการส่งเสริมการขาย ที่ทำให้สินค้าของลูกค้า ประสบผลสำเร็จ ในธุรกิจการตลาด



ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์ www.wongkarnpat.com

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจ

กด



ได้ที่ www.facebook.com/wongkarแพทย์

สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น

1-31/03/21

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
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด 57 อาคารมาร์คเวเบอร์ ซิลโดเพล็กซ์ ชั้น 15
ถนนวิภาวดี แสงอรุณพหลโยธิน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ : 0-2697-9300-97 แฟกซ์ : 0-2697-9399



เราจะช่วยป้องกันข่าวเท็จได้อย่างไร

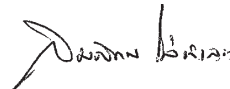
ปัจจุบันเราได้รับข้อมูลจากสื่อทางสังคมจำนวนมาก ถึงแม้ว่าข่าวส่วนใหญ่ถูกต้องแต่ก็ยังมีบางเรื่องเป็นข่าวที่ไม่จริง เราจะทราบได้อย่างไรว่าข่าวที่เราได้รับเป็นข่าวที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ในระยะหลังคนอ่านหนังสือพิมพ์และดูข่าวทางโทรทัศน์น้อยลง ส่วนข่าวที่มาทางสื่อสังคมนั้นมาถึงตัวได้ตลอดเวลา ข่าวที่ไม่จริงถ้าฟังบ่อย ๆ ซ้ำหลายครั้งก็ทำให้เราหลงเชื่อเสมือนเป็นการล้างสมองได้ คนเมื่อหลงเชื่อไปแล้วการแก้ข่าวทำได้ยากขึ้นกว่าการแก้ข่าวทันที

ในสมัยนี้ใครก็เขียนข่าวลงในสื่อทางสังคมและส่งต่อให้ผู้อื่นได้โดยไม่ต้องเป็นนักข่าวอาชีพหรือสำนักพิมพ์ ภาพหรือวิดีโอที่เราเห็นอาจเป็นคนละเรื่องกับข่าว เขาเอาภาพจากเหตุการณ์อื่นมาประกอบทำให้เราเข้าใจผิด บางครั้งเอาภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมาใส่ว่าเป็นเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิด เราจะตรวจสอบได้อย่างไรว่าข่าวที่เราได้นำเชื่อถือหรือไม่

1. อย่ารับข้อมูลหรือข่าวทุกอย่างทาง social media ทางเดียว ตรวจสอบข้อมูลกับแหล่งข่าวที่เชื่อถือได้และจาก website ของรัฐบาล จากสถาบันการศึกษา จากองค์กรที่เชื่อถือได้
2. ดูว่าใครเป็นคนเขียนข้อมูล เขามีคุณสมบัติที่เชื่อถือได้สำหรับเรื่องที่เขายืนยันหรือไม่
3. ดูว่าเขาเอาข้อมูลมาจากที่ใด สิ่งที่เขาอ้างถึงตรงกับเรื่องที่เขายืนยันหรือไม่
4. บทความที่ส่งมาเขียนเมื่อไร บางทีเป็นข่าวเก่าหรือข้อมูลเก่าที่ยังไม่ได้ปรับปรุงให้ทันสมัย หรือเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นแล้ว
5. Website ที่เราดูเป็นของจริงหรือไม่ บางครั้งเป็น website ที่ส่งมาเป็น website ปลอมที่ทำคล้ายของจริง
6. ถามตนเองว่าทำไมเขาถึงเขียนเรื่องนี้ เขาต้องการขายของ ต้องการสนับสนุน หรือต้องการโน้มน้าวความคิดเรา
7. ตรวจสอบกับ Google ถ้าเป็นเรื่องจริงต้องมีที่อื่นด้วย แม้แต่รูปภาพก็ตรวจสอบกับ Google image search ได้
8. ดูบทความว่าสะกดหรือพิมพ์ผิดมากน้อยเพียงใด แหล่งข่าวที่ดีเขาจะต้องมีคนตรวจสอบการสะกดคำให้ถูกต้อง
9. ควรพิจารณาว่าเรื่องที่เราได้รับเป็นความเห็น (opinion) หรือข่าวจริง (real fact) บางครั้งเรื่องที่เราได้รับเป็นความเห็นไม่ใช่ข่าวจริง ตัวอย่างที่เป็นความเห็น เช่น บทบรรณาธิการ จดหมายถึงบรรณาธิการ ความคิดเห็นของผู้อ่าน (opinion)
10. ก่อนที่จะเขียนลงหรือส่งต่อ เราต้องแน่ใจว่าข่าวนั้นเป็นความจริง
11. อย่ารับข้อมูลจากแหล่งข่าวเดียวเพราะบางแหล่งข่าวมีอคติต่อบางเรื่อง
12. เราควรดูด้วยว่าข่าวที่เราอ่านนั้นเป็นข่าวที่เขาโฆษณา (Advertisement) ข่าวที่ได้รับเงินสนับสนุน (Paid Sponsor)
13. ถ้าเป็นข่าวไม่จริงเราต้องลบออกจากเครื่องของเรา และขอร้องให้ผู้ส่งลบออกด้วย
14. ข่าวร้ายและข่าวเท็จจะแพร่ไปอย่างรวดเร็วกว่าข่าวดีและข่าวจริง
15. หลีกเลี่ยง websites ที่ลงท้ายด้วย lo เช่น Newslo หรือ website ที่ลงท้ายด้วย .com.co
16. หลีกเลี่ยงการส่งต่อเรื่องส่วนตัวของผู้อื่นหรือเรื่องขององค์กร อาจผิดกฎหมายและผิดจริยธรรม
17. เวลาดูข่าวอย่าดูแต่หัวเรื่อง อ่านเนื้อเรื่องด้วย หัวข่าวอาจไม่ตรงกับหัวเรื่อง

เมื่อสัปดาห์ที่แล้วได้รับการส่งต่อข่าวเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 มาสองเรื่อง ข่าวแรกบอกว่าคนจำนวนมากที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของ Pfizer และ AstraZeneca เกิดอาการตาบอดหลังได้รับวัคซีน เมื่อตรวจสอบบอกได้ทันทีว่าเป็นข่าวเท็จเพราะถ้าเป็นเรื่องจริงจะต้องมีแหล่งข่าวอื่นลงด้วยอย่างแน่นอน และจากการประชุมของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐฯ ก่อนหน้านั้นไม่กี่วันก็ไม่มีใครกล่าวถึงแสดงว่าเป็นข่าวลวง 2 วันต่อมามีคนส่งข้อความมาว่าหนังสือพิมพ์ New York Times ลงข่าวว่าวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของจีนดีและปลอดภัยที่สุด เมื่อตรวจสอบดูในหนังสือ New York Times ก็มีเรื่องนี้จริงแต่เมื่อดูรายละเอียดพบว่าคนเขียนไม่ได้เป็นแพทย์แต่เป็นชาวจีนในมาเลเซียเป็นคนเขียนในหัวข้อความคิดเห็น (opinion) ลงในหนังสือพิมพ์โดยไม่มีหลักฐานทางวิชาการประกอบ เป็นความเห็นของคนหนึ่งหรือสองคนที่เชื่อถือไม่ได้ ในประเทศไทยบางครั้งเราเอาศัลยแพทย์มาพูดเรื่องโรคติดเชื้อให้ประชาชนฟังทำให้ความน่าเชื่อถือลดน้อยลง





ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

3 Get Up

- SARS-CoV-2 Vaccines: An update
- The Design and Development of an Eye Drop Aid for Glaucoma Patients

5 โลกกว้างทางแพทย์

- E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis
- Ten things to know about ten cardiovascular disease risk factors

9 ข่าวสารการแพทย์

- สธ.เดินหน้าหนุน ร.พ.เอกชน/คลินิกทั่วไทย เปิดให้บริการรักษาทางการแพทย์
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พร้อมทดสอบภูมิคุ้มกันไวรัสกลายพันธุ์ในคนไทยที่ได้รับวัคซีนโควิด-19

11 รอบรู้เรื่องยา

ยาพ่นจมูกสำหรับไมเกรน

13 In Focus

โคซี-แอมป์ 'COXY-AMP' ชูตรวจโควิด-19 ด้วยเทคนิคแลมป์ เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียว ผ่านมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ เตรียมถ่ายทอดเทคโนโลยีคัดกรองโควิด-19 เชิงรุก

17 Special

ความก้าวหน้าล่าสุดของการพัฒนาวัคซีน ChulaCov19 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และความพร้อมในการทดสอบในอาสาสมัคร

21 Movement**22 Systematic Review**

การแพ้วัคซีนป้องกันโรค COVID-19

23 เสียงแพทย์

พระราชบัญญัติประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564

25 รายงานพิเศษ

รามฯ จับมือสถาบันประสาทวิทยา ร่วมจัดทำธนาคารชีวภาพสำหรับโรคมะเร็งแบบครบวงจร

27 หลากสีล้น

มองคนให้เป็น

29 เฉพาะโรค

โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic Dermatitis)

33 บานาสาระ

การให้ยากันเลือดแข็งขณะฟอกเลือด (Essentials of anticoagulation in HD)

35 Radar

ร.พ.สรรพสิทธิประสงค์ รุกติดตั้งเครื่องคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รุ่นใหม่ แห่งแรกในไทย

37 มุมมิติเวช

การเสียชีวิตจากของมีคม

40 เสี้ยวหนึ่งของชีวิต

การหลับนอน

41 รายงานพิเศษ

เจาะลึกโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง SMA โรคหายากในเด็กที่ยังรอความหวัง

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 ไรจน์แสงเรือง พ.ต.ท.นพ.ณัฐวุฒิ โยธินอุปไมย อ.นพ.สันติ สิลัยรัตน์ พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา พญ.พัทธ์ธีรา ดิษยวรรณวัฒน์ พญ.วรินทิพย์ สว่างศรี นพ.ธนาวุฑฒ์ ไสภักดิ์ ดร.ภก.สิขวัฒน์ นักร้อง ดร.ภก.ประยุทธ์ ภูวรัตน์วิจิตร

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

กรรมการผู้จัดการ

สิริพร แสงเทียนฉาย

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, มณัญญา นาควิไล

อาร์ตไดเรกเตอร์ สุกัญญา หิรัญยะวะสิต

ดีไซน์เนอร์ อาทิตย์ ศานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

งานโฆษณา ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์

พัชรินทร์ ภายหอม, ปิยะวรรณ หาปัญญา

กนกอร ขจรศักดิ์, มณัญญา นาควิไล

ช่างภาพ ศษพล ไชยทุ่งเงิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา สิริพร แสงเทียนฉาย

โทรศัพท์ติดต่อ หรือสมัครสมาชิกได้ที่

โทร. 0-2435-8111, 0-2435-8444 ต่อ 101

แฟกซ์ 0-2423-2286

เจ้าของ บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์

เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

SARS-CoV-2 Vaccines: An update

ขณะนี้มีการฉีด SARS-CoV-2 Vaccines แล้วเป็นจำนวนมากทั่วโลก สำหรับประเทศไทยเพิ่งมีการฉีดในประชากรกลุ่มแรก ๆ เมื่อต้นเดือนมีนาคมนี้ แต่อย่างไรก็ตาม วัคซีนที่ฉีดเป็นเพียงเข็มแรกเท่านั้น ซึ่งจะต้องติดตามดูการตอบสนองก่อนถึงการฉีดเข็มที่ 2 หลังการฉีดเข็มที่ 2 รวมไปถึงผลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยในระยะยาวต่อไป นอกจากนี้ยังจะต้องมีการติดตามความสามารถในการป้องกันการเกิดโรคหรือกลับเป็นซ้ำ และการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหากมีการระบาดระลอกใหม่หรือการระบาดของเชื้อเดิมสายพันธุ์ใหม่ จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการได้รับวัคซีนจะมีผลกระทบต่างๆ ที่ตามมามากมาย และต้องมีการติดตามในแง่ต่าง ๆ

ตัวอย่างใกล้ชิดในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม Creech และคณะ ดำเนินการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ และตีพิมพ์บทความปริทัศน์ลงในวารสาร JAMA ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในปัจจุบัน SARS-CoV-2 Vaccines มีหลายรูปแบบ ได้แก่

1. Inactivated and Protein Subunit Vaccines
2. Viral Vector Vaccines
3. mRNA Vaccines

ซึ่งพบว่าจุดเด่นที่สำคัญของวัคซีนแต่ละชนิดคือ dosage (ส่วนใหญ่ต้องฉีด 2 doses ยกเว้นวัคซีนของบริษัท Johnson & Johnson ที่แนะนำให้ฉีดเพียง dose เดียว) การเก็บรักษา (ส่วนใหญ่ต้องเก็บในอุณหภูมิติดลบ ยกเว้นบางบริษัทที่สามารถเก็บได้ในตู้เย็นธรรมดา

ซึ่งประเด็นนี้จะส่งผลต่อการเก็บรักษาและการขนส่ง) ประสิทธิภาพในกรณีผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคสูงมาก (พบว่ามีความเสี่ยงของบางบริษัทเท่านั้นที่มีข้อมูล) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเลือกนำวัคซีนใดเข้ามาฉีดให้แก่ประชาชนของประเทศจำเป็นต้องพิจารณา risk and benefit ในหลายแง่มุม และอาจจะต้องรอเพื่อให้มีข้อมูลมากเพียงพอก่อนตัดสินใจ

ที่มา: Creech CB, Walker SC, Samuels RJ. SARS-CoV-2 Vaccines. JAMA. Published online February 26, 2021. doi:10.1001/jama.2021.3199

Table SARS-CoV-2 Vaccines

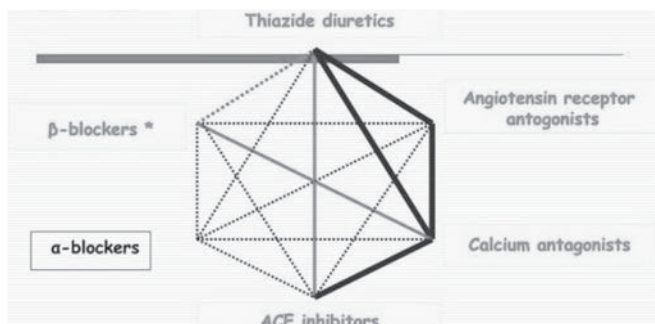
Vaccine	Manufacturer	Vaccine type	Antigen	Dose	Dosage	Storage conditions	Efficacy against severe COVID-19*	Overall efficacy	Current approvals
mRNA-1273	Moderna (US)	mRNA	Full-length spike (S) protein with protein stabilizers	100 µg	2 Doses 28 d apart	+25 °C for 13 °C; 2-8 °C for 30 d; room temperature 112 h	100% 14 d After second dose (95% CI, 68.0%-99.1%); 94.1% 14 d after second dose (95% CI, 89.3%-98.8%)	82.1% 14 d After 1 dose (95% CI, 68.0%-99.1%); 94.1% 14 d after second dose (95% CI, 89.3%-98.8%)	EUA, the US, EU, and UK
BNT162b2	Pfizer-BioNTech (EU)	mRNA	Full-length S protein with protein stabilizers	30 µg	2 Doses 21 d apart	-80 °C to -60 °C; 2-8 °C for 5 d; room temperature 12 h	98.9% After 1 dose (95% CI, 89.1%-99.7%); 94.0% 7 d after second dose (95% CI, 89.3%-98.8%)	52% After 1 dose (95% CI, 29.3%-64.4%); 94.0% 7 d after second dose (95% CI, 89.3%-98.8%)	EUA, the US, EU, and UK
Ad26.CoV.2.S	Johnson & Johnson (US)	Viral vector	Recombinant, replication-incompetent human adenovirus serotype 26 vector encoding a full-length, stabilized SARS-CoV-2 S protein	5 × 10 ¹¹ viral particles	1 Dose	-20 °C; 2-8 °C for 3 mo	85% After 28 d; 100% After 49 d	72% in the US; 66% in Latin America; 57% in South Africa (at 28 d)	EUA process initiated in the US
ChAdOx1 (AZD1222)	AstraZeneca/ Oxford (UK)	Viral vector	Replication-deficient chimpanzee adenoviral vector with the SARS-CoV-2 S protein	5 × 10 ¹¹ viral particles (standard dose)	2 Doses 28 d apart (interim 12 wk study)	2-8 °C for 6 mo	100% 21 d After first dose (95% CI, 94.4%-100%)	64.1% After 1 dose (95% CI, 50.3%-73.9%); 70.4% 14 d after second dose (95% CI, 54.5%-80.6%)	EUA, WHO, China, the UK, India, and Mexico
NVX-CoV2373	Novavax, Inc (US)	Protein subunit	Recombinant full-length, prefusion S protein	5 µg of protein and 50 µg of Matrix-M adjuvant	2 Doses	2-8 °C for 6 mo	Unknown	89.3% in the US after 2 doses (95% CI, 79.2%-95.4%); 60% in South Africa (95% CI, 39.3%-80.7%)	EUA application planned
CvCvV	CureVac/ GSK/Novartis (Germany)	mRNA	Prefusion stabilized full-length S protein of the SARS-CoV-2 virus	12 µg	2 Doses 28 d apart	2-8 °C for 3 mo; room temperature for 24 h	Unknown	Phase 3 trial ongoing	
Gem-COV2-VAC (Qdaria V)	Gematria National Research Center for Epidemiology and Microbiology (Russia)	Viral vector	Full-length SARS-CoV-2 glycoprotein S carried by adenoviral vectors	10 ¹¹ viral particles per dose for each recombinant adenovirus	2 Doses (first, rAd5) 21 d apart	-18 °C (liquid form); 2-8 °C (frozen dried) for up to 6 mo	100% 21 d After first dose (95% CI, 94.4%-100%)	87.6% 14 d After first dose (95% CI, 81.1%-91.8%); 91.1% 7 d after second dose (95% CI, 83.8%-95.1%)	EUA, Russia, Belarus, Argentina, Serbia, UAE, Algeria, Palestine, and Egypt
CoronaVac	Sinovac Biotech (China)	Inactivated virus	Inactivated CN02 strain of SARS-CoV-2 created from Vero cells	3 µg With aluminum hydroxide adjuvant	2 Doses 14 d apart	2-8 °C; L/room temp	Unknown	Phase 3 data not published; reported efficacy 24 d after dose 2: 50.38% (mild) and 78% (mild to severe) in Brazil; 62% in Indonesia, and 51.23% in Turkey	EUA, China, Brazil, Colombia, Bolivia, Brazil, Chile, Uruguay, Turkey, Indonesia, and Azerbaijan
BBP-CoV	Sinopharm 1/2 (China)	Inactivated virus	Inactivated BB02 strain of SARS-CoV-2 created from Vero cells	4 µg With aluminum hydroxide adjuvant	2 Doses 21 d apart	2-8 °C; L/room temp	Unknown	Phase 3 data not published; unpublished reports of 79% and 96% efficacy	EUA, China, UAE, Bahrain, Serbia, Peru, and Zimbabwe

Abbreviations: EUA, Emergency Use Authorization; UAE, United Arab Emirates; WHO, World Health Organization.
* Efficacy against severe disease, which includes COVID-19-related hospitalization, varies by age and by time after vaccination.

แนวทางการใช้ยา Antihypertensive drugs ร่วมกัน

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเริ่มต้นก่อนที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเป้าหมาย (target organ damages; TOD) ซึ่ง TOD ที่สำคัญของภาวะนี้คือ หัวใจ ไต ตา และสมอง ลักษณะเด่นที่สำคัญของโรคนี้คือ ไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน หากระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยไม่ได้สูงมากจนถึงขนาดที่ส่งผลกระทบต่อระบบหรืออวัยวะต่าง ๆ และในปัจจุบันแนวทางการรักษาต่าง ๆ ก็ระบุเกี่ยวกับการรักษาโดยใช้ยาว่า 1. “จะต้องใช้ยาที่มี compelling indications” ซึ่งคือข้อบ่งชี้การใช้ยาลดระดับความดันโลหิตชนิดใดชนิดหนึ่งเป็นพิเศษ

ตามโรคที่เกิดขึ้นร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง และ 2. ควรใช้ยา 2 ชนิดขึ้นไปในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการเลือกใช้ให้พิจารณาจาก risk and benefit ของการใช้ยาคู่นั้น ๆ จากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันพบว่าคู่ยาลดระดับความดันโลหิตที่แนะนำให้ใช้ร่วมกันได้ ได้แก่ Thiazide หรือ Thiazide-like diuretics (D) กับยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs (A) หรือการใช้ยา D ร่วมกับยาในกลุ่ม CCBs หรือยา A ร่วมกับยาในกลุ่ม CCBs เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยเฉพาะรายมีข้อห้ามใช้บางประการของยาในกลุ่มหลักสามารถพิจารณาการใช้ยาคู่อื่นได้ เช่น ยาในกลุ่ม beta-blocker กับยาในกลุ่ม CCBs สำหรับผู้ป่วยที่เชื่อมกันด้วยเส้นประเป็นคู่ยาที่ไม่แนะนำให้ใช้ร่วมกัน เนื่องจากอาจก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เช่น ไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม beta-blocker ร่วมกับยาในกลุ่ม Thiazide ในผู้ป่วยที่มีภาวะ metabolic syndrome ไม่ควรใช้ ACEIs ร่วมกับ ARBs เป็นต้น



ที่มา: Tsioufis C, Thomopoulos C. Combination drug treatment in hypertension. Pharmacol Res. 2017 Nov;125(Pt B):266-71.

Modified AIIR ระบบปรับอากาศสำหรับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ และผู้ป่วยติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

และบุคลากรทางการแพทย์

Modified AIIR เป็นผลงานของ ผศ.ดร.นินนาท ราชประดิษฐ์ และคณะ ซึ่งปรับที่พักอาศัยสำหรับผู้ป่วย COVID-19 ที่ได้รับการยืนยันผลการตรวจแล้ว หรือจำเป็นต้องทำหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการก่อให้เกิดฝอยละออง เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ เช่น ไอ จาม อาเจียน ท้องร่วง ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่มีการพ่นยา เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้ควรพักอาศัยอยู่ในห้องแยกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (AIIR) ผู้ป่วย COVID-19 มีความจำเป็นต้องอยู่ในห้องพักที่มีแรงดันลบเพื่อลดการแพร่เชื้อของผู้ป่วยสู่ผู้อื่น เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องเข้าไปช่วยเหลือนดูแลผู้ป่วย หรือแม้แต่การแพร่เชื้อจากผู้ป่วยผ่านร่างกายหรือเสื้อผ้าของบุคลากรทางการแพทย์นำกลับไปติดบุคคลรอบข้างภายในและภายนอกโรงพยาบาล อัตราการระบายอากาศของห้อง AIIR มีมาตรฐาน กล่าวคือ มีการกำหนดทิศทางไหลของระบบอากาศทางเดียวจากส่วนที่มีความสะอาดไปสู่ส่วนที่มีความสกปรกมาก ทั้งนี้รวมถึงการทำความสะอาดอากาศก่อนทิ้งเพื่อป้องกันการกระจายเชื้อสู่ภายนอก การดัดแปลงห้องผู้ป่วยเดิมให้เป็นห้อง Modified AIIR ได้จัดทำตามมาตรฐานและคำแนะนำต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ เช่น CDC, WHO, ASHRAE, วสท. รวมถึงบทความวิชาการทางวิศวกรรมศาสตร์และแพทยศาสตร์ อีกทั้งยังได้นำเทคโนโลยี IOT เข้ามาใช้กำหนดการแสดงผล วางแผน กำหนดการทำงาน ควบคุม รวมถึงเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ผล



การทำงาน ส่วนประกอบหลักของห้อง Modified AIIR คือ AHU ที่มีหน้าที่ส่งลมเย็นเข้าสู่ห้อง ประกอบด้วยชุดกรองอากาศที่มีทั้ง Pre Filter, Medium Filter และ HEPA Filter มีระบบควบคุมอุณหภูมิและความชื้น ความดัน อัตราการไหลของอากาศ โดยใช้การดึงอากาศภายนอก 100% มีส่วนของ EFU ที่ทำหน้าที่ดึงอากาศจากภายในห้องซึ่งจะประกอบด้วยชุดกรองอากาศ Pre Filter, Medium Filter และ HEPA Filter มีหลอด UVC ฆ่าเชื้อโรคก่อนทิ้งสู่ภายนอกและมีระบบควบคุมปรับอัตราการไหลของอากาศเช่นเดียวกัน มีส่วนห้องโถง (Anteroom) ทำหน้าที่ช่วยรักษาแรงดันของห้อง รวมถึงเป็นส่วนที่กั้นระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ก่อนเข้าไปดูแลผู้ป่วย และระบบประตูที่สามารถควบคุมสั่งการทางไกล ระบบการ์ด รวมถึงประตูแบบไม่ต้องสัมผัส (Exit Sensor No Touch) เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสเปิดเข้าออกในส่วนต่าง ๆ

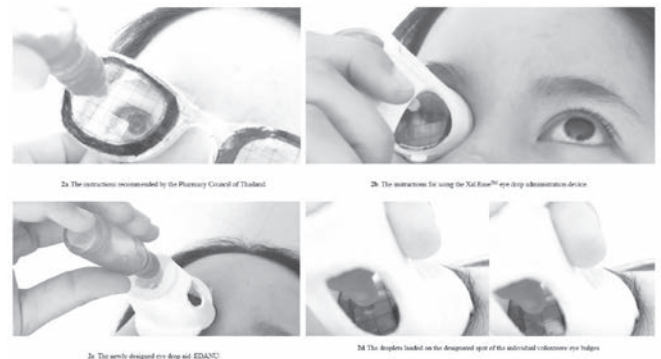
ที่มา: กองการถ่ายทอดเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร

The Design and Development of an Eye Drop Aid for Glaucoma Patients

ต้อหินเป็นโรคตาที่ส่งผลลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และในการรักษาโรคนี้จำเป็นต้องใช้ยาหยอดตาหลายชนิดร่วมกันและบริหารยาวันละหลาย ๆ ครั้ง ดังนั้น ทีมวิจัยของมหาวิทยาลัยนเรศวร ประกอบด้วย นักออกแบบผลิตภัณฑ์ ภาสัชกร และจักษุแพทย์ จึงได้ร่วมมือกันออกแบบและทดสอบประสิทธิภาพการใช้งานเบื้องต้นของเครื่องมือช่วยบริหารยาหยอดตาชนิดใหม่ได้แก่ “Eye Drop Aid of Naresuan University (EDANU)” ผลการวิจัยพบว่า ทำให้ได้เครื่องมือใหม่ที่มีจุดเด่นคือ สามารถช่วยให้หยอดตาได้ง่าย ตำแหน่งกระพุ่มตา ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ยาจะถูกดูดซึมได้ดีมากกว่าตัวเปรียบเทียบซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีการจำหน่ายโดยทั่วไปในห้องตลาด มีความปลอดภัยจากการสัมผัสของปลายหลอดหยอดกับส่วนใด ๆ ของดวงตาได้ 100% สะดวกและง่ายในการใช้งาน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีมือข้างเดียวก็สามารถใช้งานเครื่องมือนี้ได้ด้วยเนื่องจากเครื่องมือจะเกาะยึดกับผิวหนังรอบดวงตาด้วยแรงดูดของวัสดุกับผิวหนัง และขณะนี้เครื่องมือดังกล่าวได้รับการจดสิทธิบัตรการออกแบบผลิตภัณฑ์

และได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีแก่บริษัทเอกชนเพื่อผลิตเชิงพาณิชย์แล้ว หน่วยงานหรือโรงพยาบาลใดสนใจทดลองใช้งานฟรีสามารถติดต่อได้ที่ E-mail: yuth_pu@hotmail.com

ที่มา: Srihirun J, Poowaruttanawit P. The Design and Development of an Eye Drop Aid for Glaucoma Patients. J Med Device 2021; In press.



E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis

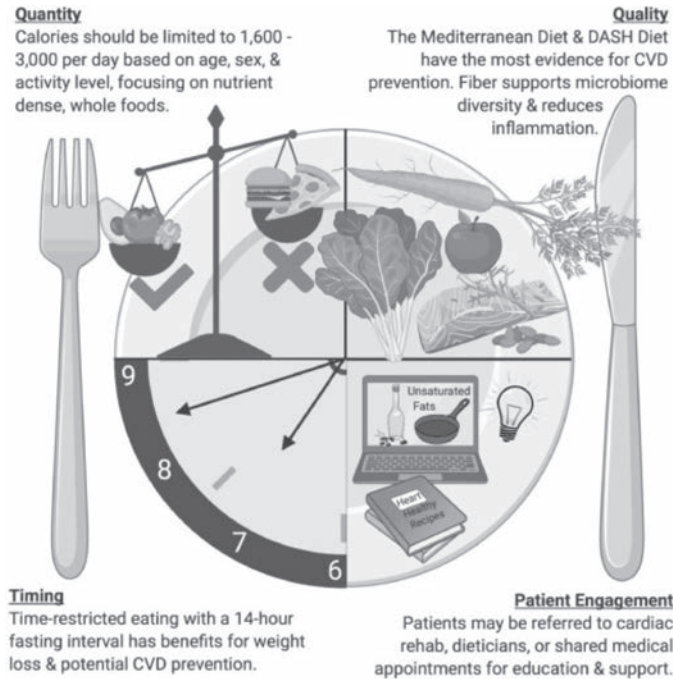


บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผู้สูบบุหรี่ใช้เป็นทางเลือกโดยกล่าวอ้างว่า “จะทำให้ลดการสูบบุหรี่ลง จะทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จะทำให้สัมผัสกับสารพิษน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการสูบบุหรี่แบบปกติ จะทำให้บุคคลรอบข้างไม่ได้รับอันตรายจากการสัมผัสควัน” แต่อย่างไรก็ตาม คำกล่าวนี้เป็นเพียง “ความเชื่อหรือความคิดเห็นส่วนบุคคลเท่านั้น” Kalkhoran และคณะ ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในการเลิกบุหรี่ โดยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและอภิวิเคราะห์ โดยสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทางการแพทย์ต่าง ๆ และคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงตามเกณฑ์ ACROBAT-NRSI tool และ the Cochrane Risk of Bias Tool ผลการวิจัยพบว่า มีงานวิจัยจำนวน 20 ฉบับ (15 cohort studies, three cross-sectional studies, and two clinical trials) ที่ถูกนำไปเข้าสู่การอภิวิเคราะห์ ผลการวิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจคือ 1. ผู้ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีแต้มต่อในความสามารถเลิกบุหรี่ได้คิดเป็นเพียงร้อยละ 28 เท่านั้น ซึ่งถือว่าต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า (odds ratio [OR] 0.72, 95% CI 0.57-0.91), $I^2 > 70$ 2. ไม่พบความสัมพันธ์ว่าหากใช้บุหรี่ไฟฟ้าแล้วจะทำให้เลิกบุหรี่ได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เข้ากระบวนการเลิกบุหรี่ (cigarette cessation) (OR 0.63, 95% CI 0.45-0.86 vs 0.86, 0.60-1.23; $p = 0.94$), $I^2 > 70$ นอกจากนี้ยังพบอีกงานวิจัยของ Hajek และคณะ ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอาจช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ nicotine replacement therapy (ซึ่งมีราคาสูงกว่า มีวิธีการใช้ยุ่งยากกว่า เข้าถึงได้ยากกว่า) และต้องทำร่วมกับการปรับพฤติกรรมที่มีผู้สนับสนุนเป็นอย่างดี จากงานวิจัยทั้ง 2 สามารถสรุปได้ว่า “ไม่สามารถใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพียงอย่างเดียวในการช่วยเลิกบุหรี่ได้”

ที่มา:

1. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med.* 2016;4:116-28.
2. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, Li J, Parrott S, Sasieni P, Dawkins L, Ross L, Goniewicz M, Wu Q, McRobbie HJ. A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *N Engl J Med.* 2019;380:629-37.

Ten things to know about ten cardiovascular disease risk factors

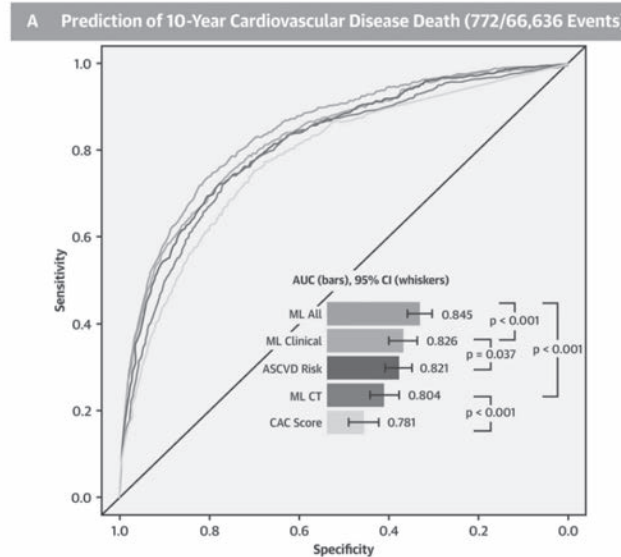


ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การลดการเสียชีวิตหรือลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่อย่างไรก็ตาม สามารถทำได้ยากมากเนื่องจากเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยตรงและเปลี่ยนแปลงได้ยาก การไม่ให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมหรือการไม่มีแนวทางที่เป็นรูปธรรมในการปรับพฤติกรรมจะทำให้การรักษาไม่เกิดประสิทธิผลสูงสุด Harold E และคณะ ได้ทบทวนวรรณกรรมจากอดีตจนถึงปัจจุบันและเสนอแนวคิดในการจัดการความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไว้ 10 ประการ ดังนี้

1. การจัดการด้านยาอย่างเหมาะสมโดยเฉพาะยาโรคเรื้อรังที่ต้องให้ความร่วมมือในการรับประทาน
2. การจำกัดการรับประทานสารอาหารกลุ่ม carbohydrates อย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแบบเฉพาะราย
3. รับประทานอาหารแบบ DASH
4. เพิ่มสัดส่วนการรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น
5. ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่า การรับประทาน ketogenic จะลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้
6. การควบคุมน้ำหนักให้ได้เกณฑ์มาตรฐานหรือลดน้ำหนัก
7. การควบคุมหรือจัดการตารางการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม
8. ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ใด ๆ ที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจนว่าการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารใด ๆ จะลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้
9. การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของสาร omega-3 fatty acids อาจมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ และ
10. กรรมพันธุ์เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคนี้ซึ่งในปัจจุบันยังไม่สามารถจัดการได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกอื่น ๆ อีก เช่น การเพิ่มการออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น จะมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

ที่มา: Harold E. Bays, Pam R. Taub, Elizabeth Epstein, Erin D. Michos, Richard A. Ferraro, Alison L. Bailey, et al. Ten things to know about ten cardiovascular disease risk factors. American Journal of Preventive Cardiology, Volume 5, 2021.

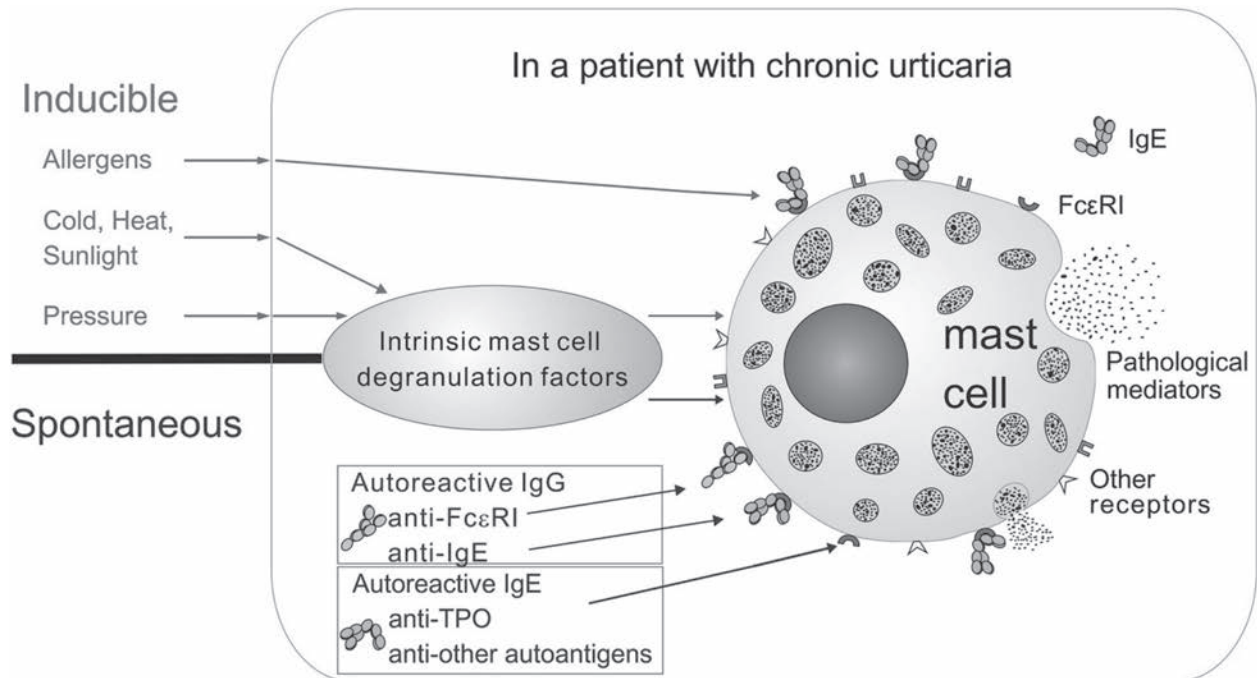
Calling for a new Framingham score: Is machine learning in CV risk assessment the key for improved outcome prediction?



ในอนาคตเทคโนโลยีต่าง ๆ จะพัฒนาไปอย่างก้าวกระโดด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง Machine Learning (ML) (ระบบที่สามารถเรียนรู้ได้จากตัวอย่างด้วยตนเองโดยปราศจากการป้อนคำสั่งของโปรแกรมเมอร์) ดังนั้น ในการพยากรณ์โอกาสเกิดเหตุการณ์ใด ๆ ในอนาคตจะสามารถถูกทำนายได้ง่ายขึ้นหากมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพียงพอ อย่างไรก็ตาม สิ่งหนึ่งที่ต้องครุ่นคิดให้ดีคือ ML ยังไม่สามารถระบุปัญหาใด ๆ ขึ้นมาได้ด้วยตัวมันเอง ยังคงต้องอาศัยทักษะของมนุษย์ในการคิดอย่างยืดหยุ่น และระบุปัญหาพร้อมกำหนดแนวทางการจัดการคร่าว ๆ ในปัจจุบันมีการกล่าวถึงการนำ ML เข้ามาช่วยในการทำนายความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้อง และสามารถนำไปใช้ได้จริงมากที่สุด Nakanishi และคณะ ได้ทำการวิจัยเพื่อประเมินว่าหากมีการให้ข้อมูลแก่ ML มากพอรอบด้าน ML จะสามารถทำนายความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เป็นอย่างไร ตัวเปรียบเทียบที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้แก่ coronary artery calcium (CAC) Agatston scoring และ clinical data ต่าง ๆ งานวิจัยครั้งนี้มีอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย 66,636 ราย เป็น asymptomatic subjects (mean age 54 ± 11 years, 67% men) without established ASCVD undergoing CAC scanning and followed for cardiovascular disease (CVD) and CHD deaths at 10 years แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครมีความเสี่ยงการเกิดโรคอยู่ระดับหนึ่งแต่ไม่ได้สูงมาก ผลการวิจัยพบว่า The AUC by ML all ในการทำนายการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ 0.845 ซึ่งสูงกว่าการทำนายโดยใช้ ASCVD risk alone (0.821), CAC score alone (0.781) และ ML CT alone (0.804) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในการทำนายการเกิด chronic heart disease ก็แสดงผลไปในทิศทางเดียวกัน งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าในอนาคตจะเกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ เกิดขึ้นในเวลาอันคายน่าจะรวดเร็วมาก ประเทศไทยที่เพิ่งเริ่มสนับสนุนการใช้ THAI CV risk score อาจจะต้องคิดและพิจารณาการพัฒนาตนเองไว้ก่อนหน้าเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีสติ ยืดหยุ่น และอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ

ที่มา: Nakanishi R, Slomka PJ, Rios R, Betancur J, Blaha MJ, Nasir K, et al. Machine Learning Adds to Clinical and CAC Assessments in Predicting 10-Year CHD and CVD Deaths. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2020 Oct 28;S1936-878X(20)30810-X. doi: 10.1016/j.jcmg.2020.08.024. Epub ahead of print. PMID: 33129741.

Omalizumab for the Treatment of Chronic Idiopathic Urticaria: Systematic Review of the Literature



Omalizumab คือ recombinant humanized monoclonal antibody to immunoglobulin E ซึ่งแนวทางการรักษาต่าง ๆ ระบุว่าสามารถใช้ยานี้ในการรักษาภาวะ chronic idiopathic urticaria (chronic spontaneous urticaria) ได้ โดยคำแนะนำการใช้ยา คือ ให้ใช้เป็นทางเลือกที่ 3 ร่วมกับ high doses of histamine receptor type 1 (H1) antihistamines ในกรณีที่ใช้ first- และ second-line therapy มาแล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา Tonacci และคณะ ดำเนินการวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ PubMed, ScienceDirect, LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature) และ Google Scholar จากนั้นคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงและนำมาสรุปผล ผลการวิจัยพบว่าการใช้ Omalizumab ในขนาด 300 mg บริหารยาทุก 4 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าน่าจะมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อการรักษาได้ และปลอดภัยสำหรับการใช้ในผู้ป่วย chronic idiopathic urticaria และยังพบว่ามีข้อมูลประสิทธิภาพและความปลอดภัยในสตรีมีครรภ์อีกด้วย อย่างไรก็ตาม ยังมียานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยานี้ค่อนข้างน้อย เนื่องจากส่วนหนึ่งโรคมีอุบัติการณ์น้อยมาก

ที่มา: Tonacci A, Billeci L, Ploggia G, Navarra M, Gangemi S. Omalizumab for the Treatment of Chronic Idiopathic Urticaria: Systematic Review of the Literature. *Pharmacotherapy*. 2017 Apr;37(4):464-80.

ไทย-อังกฤษ ร่วมมือแผนสร้างเสริมสุขภาพ 3 ด้าน

นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย Mr. Brian Davidson เอกอัครราชทูตอังกฤษประจำประเทศไทย ร่วมกันลงนามบันทึกความเข้าใจระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งสหราชอาณาจักรเกรตบริเตนและนอร์เทิร์นไอร์แลนด์ ภายใต้ความร่วมมือแผนงานสร้างเสริมสุขภาพของ UK's Prosperity Fund ซึ่งเป็นกองทุนสนับสนุนความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างสหราชอาณาจักรกับต่างประเทศ (ค.ศ. 2016-2021) เพื่อส่งเสริมการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสนับสนุนผลประโยชน์ร่วมกัน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและส่งเสริมการเป็นพันธมิตรที่ยั่งยืนระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เรื่องแผนงานสร้างเสริมสุขภาพ เน้นความร่วมมือ 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก, การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ และการศึกษาและฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ ระยะเวลาความร่วมมือ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) โดยปี พ.ศ. 2564 นี้จะเน้นการดำเนินงานตามลำดับความสำคัญสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับประเทศ อาทิ การจัดทำร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเรื่องการดูแลและให้บริการด้านโรคไม่ติดต่อในสถานการณ์



การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลัก การดำเนินงานด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพมีสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นหน่วยงานหลัก การศึกษาและการฝึกอบรมมีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และสถาบัน Asia-Pacific Network on Health Professional Education Reforms (ANHER) ร่วมกันดำเนินงาน

สร.เดินหน้าหนุน ร.พ.เอกชน/คลินิกทั่วไทย เปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์

นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ปัจจุบันมีสถานพยาบาลที่ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประมาณ 800 แห่ง ให้บริการผู้ป่วยกว่า 100,000 รายต่อปี จึงได้ขยายบริการกัญชาทางการแพทย์ไปสู่ภาคเอกชน เพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์อย่างรวดเร็วและครอบคลุมเพิ่มโอกาสและเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เข้าถึงการรักษามากขึ้น ลดความแออัดลดการรอคอยการรับบริการในโรงพยาบาลรัฐ ข้อมูล ณ วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2564 มีสถานพยาบาลเอกชนได้รับใบอนุญาตจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว 86 แห่ง เป็นโรงพยาบาล 22 แห่ง และคลินิก 64 แห่ง สถานพยาบาลเอกชนได้ซื้อผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์จากองค์การเภสัชกรรม เพื่อให้บริการ

กัญชาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยแล้ว 31 แห่ง เป็นโรงพยาบาล 10 แห่ง และคลินิก 21 แห่ง และเตรียมเปิดให้บริการในโรงพยาบาลเอกชน 382 แห่ง และคลินิกเวชกรรม/ทันตกรรม/แพทย์แผนไทย และแพทย์แผนไทยประยุกต์ อีกประมาณ 21,000 แห่ง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเปิดกว้างให้ภาคเอกชนได้มีส่วนร่วมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์มากขึ้น ส่วนการขยายขอบข่ายการผลิตผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่ว่าจะสินค้าน้ำหรือบริการ มั่นใจว่าภาคเอกชนจะสามารถขยายผลไปได้เป็นวงกว้างในระยะเวลาที่รวดเร็ว ช่วยเสริมความเข้มแข็งให้แก่การแพทย์และภาคเศรษฐกิจประเทศ



สปสช.แจง ร.พ.เอกชนถอนตัวจากการเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อได้ พร้อมหาที่ใหม่รองรับประชาชน

นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กล่าวว่า บทบาทที่สำคัญประการหนึ่งของ สปสช. คือ การร่วมมือเป็นพันธมิตรกับหน่วยบริการสาธารณสุขหรือสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทุกแห่ง เพื่อให้การให้บริการประชาชนสิทธิบัตรทอง โดยมีประชาชนเป็นเป้าหมายหลัก ในส่วนของหน่วยบริการรับส่งต่อนั้นเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการประจำที่ผู้ป่วยได้ลงทะเบียนเลือกไว้ และได้รับการส่งต่อมารักษายังหน่วยบริการรับส่งต่อในกรณีที่เกิดศักยภาพของหน่วยบริการประจำ ซึ่งขณะนี้หน่วยบริการภาครัฐทุกแห่งเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการในระบบบัตรทองในแต่ละประเภทอยู่แล้ว โดยในส่วนของหน่วยบริการภาครัฐระดับทุติยภูมิและตติยภูมิก็จะเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ในส่วนของหน่วยบริการเอกชนนั้น เนื่องจากเป็นความร่วมมือโดยสมัครใจเพื่อให้การให้บริการประชาชนอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน ดังนั้น หากหน่วยบริการเอกชน



มีความประสงค์จะขอถอนตัวจากการเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อก็สามารถทำได้ ในส่วนของ สปสช. ก็จะดำเนินการหาหน่วยบริการรับส่งต่อแห่งใหม่ โดยไม่ให้เกิดผลกระทบต่อประชาชน

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พร้อมทดสอบภูมิคุ้มกันไวรัสกลายพันธุ์ ในคนไทยที่ได้รับวัคซีนโควิด-19

นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสถาบันชีววัตถุซึ่งมีห้องปฏิบัติการตรวจพิสูจน์เชื้อโรคและตรวจสอบระดับภูมิคุ้มกันในซีรัม ภายใต้ห้องปฏิบัติการชีวโมเลกุลระดับ 3 (BSL3) รวมทั้งมีห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์เพื่อควบคุมคุณภาพวัคซีน จึงได้เตรียมการเพื่อตรวจสอบว่า วัคซีนที่นำเข้ามาใช้ในประเทศจะมีฤทธิ์ในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันไวรัส SARS-CoV-2 ทั้งสายพันธุ์ที่ก่อโรค



ในปัจจุบัน รวมทั้งสายพันธุ์ที่มีการกลายพันธุ์ในประเทศได้หรือไม่ ในระหว่างที่คนไทยยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถตรวจสอบภูมิคุ้มกันในเลือดคนไทยที่ติดเชื้อตามธรรมชาติมาทดสอบกับไวรัสกลายพันธุ์ที่พบในประเทศ เพื่อความภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นสามารถทำลายไวรัสกลายพันธุ์ได้หรือไม่ ทำให้สามารถทราบผลในเบื้องต้นจากซีรัมคนที่ติดเชื้อในประเทศ ซึ่งวิธีที่ใช้เป็นวิธีมาตรฐานที่ตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันในการทำลายไวรัสกลายพันธุ์ในเซลล์เพาะเลี้ยงที่จำเพาะ โดยวิธี Plaque Reduction Neutralization Test (PRNT) ซึ่งใช้เวลาทดสอบภายใน 7 วันรู้ผล และเมื่อคนไทยได้รับวัคซีนโควิด-19 วิธีดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในการตรวจภูมิคุ้มกันต่อไวรัสกลายพันธุ์ในคนไทยที่ได้รับวัคซีนได้ทันที ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการวางแผน การดำเนินการ เพื่อเพิ่มจำนวนไวรัสที่กลายพันธุ์และตรวจหาปริมาณไวรัสที่เหมาะสมสำหรับการทดสอบก่อนนำมาทดสอบกับซีรัมของคนติดเชื้อตามธรรมชาติ คาดว่า จะทราบผลในเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 และวิธีนี้จะสามารถนำมาใช้กับการตรวจติดตามภูมิคุ้มกันในคนไทยที่ได้รับวัคซีนต่อไป

ยาพ่นจมูกสำหรับไมเกรน

การปวดศีรษะไมเกรน (Migraine headache) เป็นการปวดศีรษะที่รบกวนชีวิตประจำวัน โดยมีลักษณะการปวดแบบตบ ๆ เป็นจังหวะ มักจะเกิดข้างเดียวของศีรษะ แต่ก็สามารถเป็นทั้งสองข้างได้ โดยอาการปวดในช่วงแรกมักมีความรุนแรงเพียงเล็กน้อย และจะค่อย ๆ เพิ่มความรุนแรงขึ้น ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนแรง และไวต่อแสง เสียง หรือคลื่นมากขึ้น⁽¹⁾

การใช้ยาบรรเทาอาการปวดศีรษะไมเกรน

การรับประทานยาทันทีเมื่อมีอาการปวดศีรษะไมเกรนจะช่วยให้ผลของยาในการบรรเทาอาการปวดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยยาที่ใช้มีหลายกลุ่มดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การใช้ยาบรรเทาอาการปวดศีรษะไมเกรน⁽¹⁾

ยาบรรเทาปวดสำหรับการปวดแบบไม่รุนแรง	ยาสามัญประจำบ้าน ได้แก่ Paracetamol
	ยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ได้แก่ Ibuprofen, Naproxen, Celecoxib, Etoricoxib
ยาบรรเทาปวดสำหรับการปวดที่รุนแรงมากขึ้น (จำเพาะเจาะจงกับการปวดศีรษะไมเกรน)	ยาในกลุ่ม Triptans ได้แก่ Sumatriptan, Eletriptan
	ยาที่มีส่วนผสมของ Ergotamine ได้แก่ Ergotamine + Caffeine

แต่ในกรณีที่ปวดรุนแรงอาจมีความจำเป็นที่จะต้องให้ยาในรูปแบบยาฉีดเพื่อบรรเทาอาการปวดกรณีเช่นนี้จะต้องฉีดที่สถานพยาบาล ซึ่งไม่สะดวกสำหรับผู้ที่เกิดอาการปวดมากและเป็นบ่อย ๆ ดังนั้น การใช้ยาพ่นจมูกสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความจำเป็นที่แพทย์อาจต้องจ่ายยาไว้เป็นยาประจำตัวผู้ป่วย เพราะยาพ่นเหล่านี้สามารถลดหรือบรรเทาอาการปวดได้ใกล้เคียงกับยาในรูปแบบยาฉีด

ยาพ่นจมูกที่ใช้สำหรับไมเกรน ได้แก่

1. Dihydroergotamine mesylate (DHE) Nasal Spray⁽²⁾

เป็นยาในกลุ่ม ergot ทำหน้าที่ช่วยให้หลอดเลือดภายในศีรษะที่ขยายกว้างแคบลง ลดผลการสิ้นเหือนของอาการปวดศีรษะ โดยปกติยา DHE นั้นนิยมใช้ใน acute attack ซึ่งยาในรูปแบบฉีดให้ผลดีเท่า ๆ กับ nasal spray ซึ่งยานี้มีรูปแบบยาเตรียมหลายชนิด เช่น ยาฉีดเข้าใต้ผิวหนัง หลอดเลือดดำ และพ่นทางจมูก เนื่องจากการออกฤทธิ์มีผลต่อหลอดเลือด ก่อนใช้จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรหากผู้ป่วยมีอาการของโรคการไหลเวียนของเลือด เช่น โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular disease), ภาวะภาวะหลอดเลือดแข็ง (arteriosclerosis), หลอดเลือดดำอักเสบอุดตัน (thrombophlebitis), หรือโรคเรเนาด์ (Raynaud's disease), ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease), โรคหลอดเลือดสมอง (stroke), อาการปวดเค้นหน้าอก (angina), หัวใจขาดเลือดฉับพลัน โรคตับ โรคไต การติดเชื้อในเลือดอย่างรุนแรงหรือภาวะพิษเพราะติดเชื้อ เพื่งรับการผ่าตัดที่หลอดเลือดมา

ข้อควรระวังก่อนใช้ยา DHE Nasal Spray

- ยานี้ควรใช้เมื่อได้รับการวินิจฉัยอย่างชัดเจนว่ามีอาการปวดศีรษะไมเกรน ยานี้ไม่ได้ใช้สำหรับการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งข้างของสมอง หรืออาการปวดศีรษะที่บริเวณฐานของสมองหรือคอ

- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจควรรับการประเมินความพึงพอใจของหลอดเลือดและหัวใจก่อนที่จะเริ่มต้นการรักษา เนื่องจากความเป็นไปได้ของการตรวจสอบหลอดเลือดและหัวใจนั้น อาจจะไม่พบสาเหตุที่แท้จริงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แนะนำว่าควรให้ยาครั้งแรกเพื่อให้สะดวกต่อการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) หลังจากให้ยา

การเฝ้าระวังเมื่อใช้ยา

- ควรเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจหลังจากให้ยาครั้งแรกในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

- ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และผู้ที่เข้าข่ายอาจมีปัจจัยเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรรับการประเมินหลอดเลือดและหัวใจเป็นระยะ

2. คีโตโรแลค (Ketorolac)⁽³⁾

เป็นยาในกลุ่มเอ็นเสด (NSAIDs) นำมาใช้บรรเทาอาการเจ็บปวดหรือลดการอักเสบที่มีความรุนแรงปานกลางไปจนถึงรุนแรงมาก

ข้อควรระวังของการใช้ยา Ketorolac

- ควรหลีกเลี่ยงใช้ยานี้หากเคยมีประวัติแพ้ยาหรือส่วนประกอบของยา Ketorolac รวมไปถึงยาอื่น ๆ เช่น ยาแอสไพริน หรือยาในกลุ่มเอ็นเสด

- ควรหลีกเลี่ยงใช้ยานี้หากกำลังใช้ยา Pentoxifylline, Probenecid, Aspirin หรือยาในกลุ่มเอ็นเสด

- ควรหลีกเลี่ยงใช้ยานี้หากเป็นผู้ที่มีอายุครรภ์ 7-9 เดือน ผู้ที่กำลังให้นมบุตร หรือกำลังเจ็บท้องคลอด

- ควรหลีกเลี่ยงใช้ยานี้หากมีประวัติการทำบายพาสหัวใจ (CABG)

ผู้ที่มีแผลในกระเพาะอาหาร หรือมีประวัติเป็นแผลหรือปัญหาเกี่ยวกับช่องท้องชนิดรุนแรง เช่น เลือดออก หรือกระเพาะทะลุ มีปัญหาเกี่ยวกับไตที่รุนแรง หรือมีความเสี่ยงเป็นไตวาย เช่น มีภาวะขาดน้ำ เป็นต้น

- ไม่ควรใช้ยานี้ในเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี เนื่องจากยังไม่ได้รับการรับรองถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการรักษา

ตัวอย่างยาที่อาจทำปฏิกิริยาเมื่อใช้ร่วมกับยา Metoprolol ซึ่งผู้ที่ใช้ยาต่อไปนี้ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ

- ยา Warfarin, Aspirin, Clopidogrel, Corticosteroids, Heparin, Probenecid, Cyclosporin, Lithium, Metformin, Methotrexate, Ibuprofen

ยากกลุ่ม Quinolone เช่น Ciprofloxacin ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม ACE inhibitors เช่น Enalapril หรือยาขับปัสสาวะ เช่น Furosemide, Hydrochlorothiazide

ขนาดยาสำหรับผู้ใหญ่เพื่อรักษาอาการปวด

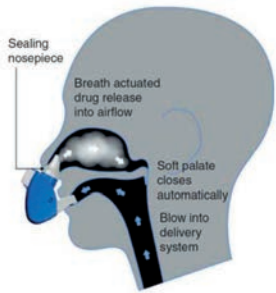
ปกติระยะเวลาโดยรวมของการใช้ยาคีโตโรแลคโดยการฉีดยา การรับประทาน หรือการพ่นทางจมูกไม่ควรเกิน 5 วัน โดยยาในรูปแบบรับประทานนั้นต้องให้ร่วมกับยาแก้ปวดที่ฉีดหรือการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อเท่านั้น สำหรับการให้ยาพ่นจมูกมีข้อแนะนำคือ น้ำหนัก 50 กก. ขึ้นไป : 31.5 มก. ทุก ๆ 6-8 ชั่วโมง (พ่นเข้าจมูกข้างละ 1 ครั้ง), น้ำหนักน้อยกว่า 50 กก. : 15.75 มก. ทุก ๆ 6-8 ชั่วโมง (พ่นเข้าจมูกข้างละ 1 ครั้ง), ขนาดยาสูงสุด : 4 ครั้งต่อวัน

3. ยากลุ่มทริปแทน (Triptans)

เป็นยาในกลุ่ม Selective Serotonin Receptor Agonists; SSRI ใช้รักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนและบรรเทาอาการอื่น ๆ ที่เกิดจากไมเกรน เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความรู้สึกไวต่อแสงและเสียง เป็นต้น โดยยาชนิดนี้ออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดบริเวณสมองหดตัวตีบลง ช่วยยับยั้งการส่ง

สัญญาณความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมอง และปิดกั้นการปล่อยสารบางชนิดที่ทำให้เกิดอาการอื่น ๆ ของไมเกรน แต่ยาชนิดนี้ไม่สามารถใช้ป้องกันหรือใช้ลดความถี่ของการเกิดอาการปวดศีรษะไมเกรนได้ ที่ใช้ในรูปแบบสูดพ่นจมูก มีข้ออยู่ 2 ตัวด้วยกัน คือ

3.1 Sumatriptan เป็นยารักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน มีใช้ในรูปแบบยาฉีด ยาเม็ด และยาน้ำพ่นจมูก (nasal spray) กรณียาฉีดมีข้อบ่งใช้สำหรับรักษาโรคปวดศีรษะแบบคลัสเตอร์ (cluster headache) ด้วย นอกจากนี้ Sumatriptan แบบยาเดี่ยวแล้วยังมีตำรับสูตรผสมที่ร่วมกับ Naproxen ใช้รักษาไมเกรนเช่นเดียวกัน Sumatriptan ออกฤทธิ์เป็น selective 5-HT_{1B/1D} receptor agonist ยาชนิดฉีดและชนิดรับประทานใช้กับผู้ที่อายุเกิน 18 ปี โดยชนิดฉีดใช้ 6 มก. (หรือน้อยกว่านี้) ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ขนาดสูงสุดไม่เกิน 12 มก. ใน 24 ชั่วโมง ชนิดรับประทานขนาด 50-100 มก. ขนาดสูงสุดไม่เกิน 300 มก. ใน 24 ชั่วโมง ส่วนชนิดยาพ่นจมูกหากอายุ 12-17 ปี พ่นข้างละ 10 มก. ขนาดสูงสุดไม่เกินข้างละ 20 มก. ใน 24 ชั่วโมง ถ้าอายุเกิน 18 ปี พ่นข้างละ 20 มก. ขนาดสูงสุดไม่เกินข้างละ 40 มก. ใน 24 ชั่วโมง



แสดง breath-powered intranasal delivery system ผนวทำเป็น disposable unit-dose บรรจุในแคปซูลสำหรับใส่ลงในอุปกรณ์ส่วนที่จะสอดเข้าจมูก (ตรง "sealing nosepiece") เมื่อคนไข้จะเจนนแคปซูลเป็นรูให้ออก เป่าลมทางปากเพื่อพาตัวยาเข้าสู่จมูก (Cady, 2015)

รูปที่ 1 กลไกการทำงานของอุปกรณ์นำส่งยาชนิดพิเศษ (Intranasal breath-powered delivery system)⁽⁴⁾

Sumatriptan ในรูปแบบผงยาใช้เป่าเข้าจมูกด้วยอุปกรณ์นำส่งยาชนิดพิเศษ (intranasal breath-powered delivery system) ตัวจะอยู่ตรงปลายส่วนที่สอดเข้าช่องจมูก ให้ยาโดยเป่าลมทางปาก (รูปที่ 1) อุปกรณ์จะพาตัวยาเข้าสู่จมูกได้ลึกถึงบริเวณที่มีเลือดมาเลี้ยงมาก ทำให้ตัวยาดูดซึมได้เร็วและออกฤทธิ์เร็ว อีกทั้งลดการสูญเสียยาที่ตกเข้าสู่คอ ยานี้มีข้อบ่งใช้สำหรับรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรนเฉียบพลัน ไม่ใช่เพื่อป้องกันไมเกรนและไม่ใช่กับโรคปวดศีรษะแบบคลัสเตอร์เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลสนับสนุน โดยพ่นผงยาครั้งละ 22 มก. (เข้าช่องจมูกข้างละ 11 มก.) ขนาดสูงสุดไม่เกิน 44 มก. ใน 24 ชั่วโมง โดยเว้นห่างจากการให้ยาครั้งแรกไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ยาในขนาดดังกล่าวให้ประสิทธิผลสูงกว่า Sumatriptan ชนิดรับประทานขนาด 100 มก. และมีอาการไม่พึงประสงค์ต่ำกว่า อาการไม่พึงประสงค์ของ Sumatriptan รูปแบบผงยาเป่าจมูกที่อาจพบ เช่น การรับรสผิดปกติ น้ำมูกไหล เยื่อจมูกอักเสบ⁽⁴⁾

3.2 Zolmitriptan ชนิดพ่นจมูก ผู้ใหญ่พ่นยาที่จมูกแต่ละข้างในปริมาณ 5 มก./ครั้ง โดยให้พ่นยาทันทีเมื่อมีอาการ และพ่นยาอีกครั้งหากมีอาการเกิดขึ้นอีกครั้ง โดยการพ่นยาครั้งต่อไปให้พ่นหลังจากการพ่นยาครั้งแรกเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ปริมาณสูงสุด 10 มก./วัน

เด็กอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป พ่นยาที่จมูกแต่ละข้างในปริมาณ 2.5 มก./ครั้ง โดยให้พ่นยาทันทีเมื่อมีอาการ และพ่นยาอีกครั้งหากมีอาการเกิดขึ้นอีกครั้ง โดยการพ่นยาครั้งต่อไปให้พ่นหลังจากการพ่นยาครั้งแรกเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ปริมาณสูงสุด 10 มก./วัน

ข้อควรระวังในการใช้ยากลุ่มทริปแทน ได้แก่

- แจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบหากมีประวัติแพ้ยากลุ่มนี้ รวมถึงการแพ้ส่วนประกอบของยาและสารชนิดอื่น ๆ
- แจ้งให้แพทย์ทราบถึงประวัติทางการแพทย์และภาวะเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการของโรคตับ โรคไต โรคหัวใจ โรคที่เกี่ยวข้องกับการเต้นของหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคลมชัก หรือโรคที่ต้องใช้ยา Cimetidine ในการรักษา
- ห้ามใช้ยานี้ภายในเวลา 24 ชั่วโมงก่อนหรือหลังใช้ยาชนิดอื่นรักษาอาการปวดศีรษะจากไมเกรนชนิดอื่น
- ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคหัวใจ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง อาการเจ็บหน้าอก หรือผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิตที่อาจส่งผลให้ร่างกายขาดเลือดไม่ควรใช้ยาชนิดนี้
- แจ้งให้แพทย์หรือทันตแพทย์ทราบหากกำลังใช้ยา Sumatriptan หรือ Zolmitriptan ก่อนเข้ารับการรักษา
- Zolmitriptan ชนิดแตกตัวในช่องปากอาจมีส่วนผสมของฟีนิลอะลาซีน ดังนั้น ผู้ที่ป่วยด้วยโรคฟีนิลคีโตนูเรียควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนใช้ยา

- หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การขับรถ การใช้เครื่องจักร หรือการทำการกิจกรรมที่ต้องอาศัยความตื่นตัวในระหว่างที่ใช้ยา จนกว่าจะแน่ใจว่ายาไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย เนื่องจากยา Sumatriptan หรือ Zolmitriptan อาจส่งผลให้มีอาการวิงเวียนหรือง่วงซึมได้

- การใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์จัดอยู่ใน Category C เนื่องจากยังไม่ทราบแน่ชัดว่ายาชนิดนี้เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์หรือไม่ ไม่ควรให้นมบุตรในระหว่างที่ใช้ยาชนิดนี้ หากผู้ป่วยกำลังตั้งครรภ์หรือกำลังวางแผนมีบุตร ควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนใช้ยา

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยากลุ่มทริปแทน เช่น อาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ และกล้ามเนื้ออ่อนล้า โดยไม่แนะนำให้ใช้ยาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจุบันได้มียาแก้ปวดศีรษะไมเกรนถูกพัฒนาขึ้นมาในรูปแบบยาพ่นจมูกที่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับยาในรูปแบบยาฉีดทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกที่จะใช้ยา และเลี่ยงการเจ็บตัวเวลาใช้ยาฉีด แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยควรสอบถามความคิดเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพราะยากลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้มีโอกาสที่จะแสดงผลข้างเคียงต่าง ๆ ออกมาได้ค่อนข้างมาก

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลยาโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. ปวดศีรษะไมเกรน รู้ทัน จัดการได้. <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/february-2020/migraine-headache>
2. สมศักดิ์ เทียมเก่า. การใช้ยาอาการปวดศีรษะ. <https://neurosci.kku.ac.th/wp-content/uploads/2019/05/Topic-Review.pdf>
3. คีโตโรแลค (Ketorolac). <https://hellokhunmor.com/uncategorized/คีโตโรแลค-ketorolac/>
4. Sumatriptan ชนิดผงยาพ่นจมูกรักษาไมเกรนเฉียบพลัน. https://pharmacy.mahidol.ac.th/dic/news_week_full.php?id=1338
5. Zolmitriptan (ซอลมีทริปแทน). <https://www.pobpad.com/ซอลมีทริปแทน>
6. ซอลมีทริปแทน (Zolmitriptan). <https://hellokhunmor.com/uncategorized/ซอลมีทริปแทน-zolmitriptan/>

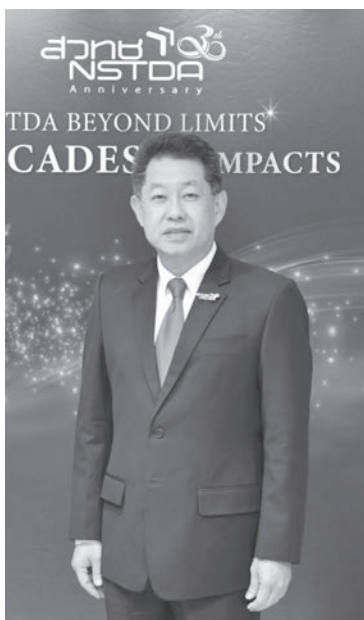


โคซี-แอมป์ 'COXY-AMP'

ชุดตรวจโควิด-19 ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียว

ผ่านมาตรฐานเครื่องมือแพทย์

เตรียมถ่ายทอดเทคโนโลยีคัดกรองโควิด-19 เชิงรุก



สวทช. พัฒนาผลงานวิจัย 'COXY-AMP' ชุดตรวจโควิด-19 ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียว สำหรับวินิจฉัยโรคโควิด-19 แบบคัดกรองรายบุคคล ซึ่งล่าสุดสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ออกใบรับรองผ่านการประเมินเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ นับเป็นชุดตรวจโควิด-19 ชิ้นแรกที่เกิดและผ่านการรับรองในประเทศไทย เตรียมถ่ายทอดเทคโนโลยีแก่ผู้ประกอบการภาคเอกชนที่สนใจ เพื่อผลิตชุดตรวจฯ ใช้คัดกรองเชิงรุกควบคุมโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ได้เองในประเทศ อีกทั้งยังสามารถต่อยอดยกระดับอุตสาหกรรมสู่การผลิตเพื่อส่งออกในอนาคต ที่สำคัญคุณภาพของ 'COXY-AMP' ชุดตรวจโควิด-19 ยังการันตีด้วยการเป็นหนึ่งในห้าจากภูมิภาคเอเชียที่ผ่านการเข้ารอบ 1 ใน 20 ทีมสุดท้าย ในการประกวดของมูลนิธิ XPRIZE ซึ่งเป็นการแข่งขันระดับโลก

ดร.ณรงค์ ศิริเลิศวรกุล ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) กล่าวว่า สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ออกใบรับรองผ่านการประเมินเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ให้แก่ผลงานวิจัย 'COXY-AMP'



ชุดตรวจโควิด-19 ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียว ซึ่งพัฒนาโดยทีมนักวิจัยจาก ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ (ไบโอเทค) สวทช. ร่วมกับคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

“การผ่านการประเมินครั้งนี้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องเครื่องมือแพทย์ ที่ต้องมีการประเมินเทคโนโลยี พ.ศ. 2563 โดยผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าต้องมีการประเมินเทคโนโลยี เพื่อให้การใช้เครื่องมือแพทย์ดังกล่าวเป็นไปอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาทางด้าน สุขภาพของประชาชน สภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ ทั้งนี้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขของ การประเมินเทคโนโลยีชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 หรือเชื้อก่อโรคโควิด-19 ระบุไว้ว่า แบบตรวจหาสารพันธุกรรม และแบบตรวจหาแอนติบอดีหรือ แอนติเจน ต้องประเมินตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข เช่น ความไว ความจำเพาะ และมาตรฐาน อื่น ๆ ตามที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาประกาศกำหนด”

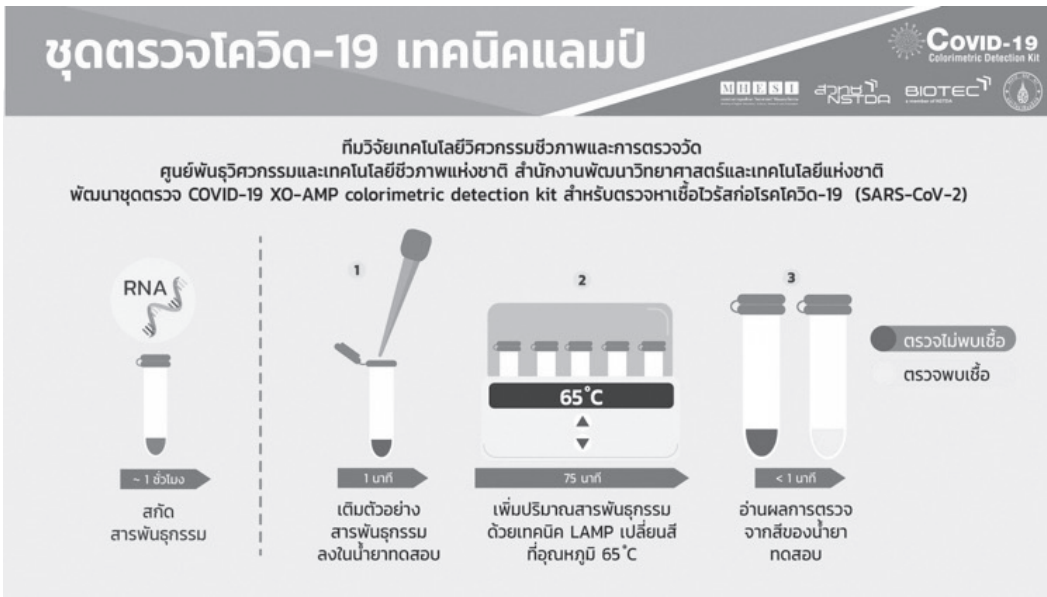


ผู้อำนวยการ สวทช. กล่าวต่อว่า ล่าสุดทีมวิจัยได้รับการติดต่อจากภาคเอกชนไทยที่สนใจรับถ่ายทอดเทคโนโลยีชุดตรวจโควิด-19 ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียวเพื่อนำไปใช้พัฒนาและขยายผลการผลิตระดับอุตสาหกรรม ทำให้ประเทศไทยมีชุดตรวจโควิด-19 ที่ผลิตเองในประเทศ ราคาถูก และสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 เชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ รับมือการระบาดของโรคได้ดีขึ้น รวมทั้งเป็นการสนับสนุนความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย ที่สำคัญแม้การระบาดของโรคโควิด-19 จะยุติลงในอนาคต เทคโนโลยีหลักของชุดตรวจโควิด-19 แบบรวดเร็วยังนำไปประยุกต์ดัดแปลงให้มีความเหมาะสมต่อการตรวจเชื้อโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อีกด้วย



นางวรรณสิกา เกียรติปฐมชัย นักวิจัยอาวุโส หัวหน้าทีมวิจัยเทคโนโลยีวิศวกรรมชีวภาพและการตรวจวัด กลุ่มวิจัยเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยและการค้นหาสารชีวภาพไบโอเทค สวทช. ผู้พัฒนาชุดตรวจโควิด-19 แบบรวดเร็ว กล่าวว่า ‘COXY-AMP’ ชุดตรวจโรคโควิด-19 ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียว ที่ไบโอเทค สวทช. ร่วมกับคณะวิทยาศาสตร์เซตרון มหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนาขึ้นใช้เทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียว ซึ่งเทคนิคแลมป์คือการเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรมของเชื้อโรคอย่างจำเพาะเจาะจงภายใต้อุณหภูมิที่คงที่ จึงทำได้ง่ายในกล่องให้ความร้อนซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่หาได้ง่าย ราคาไม่แพง





“ส่วนขั้นตอนการใช้งานชุดตรวจโควิด-19 แบบรวดเร็วสามารถทำได้ง่าย เพียงแค่ผู้ใช้ใส่สารพันธุกรรม RNA ที่สกัดได้ในหลอดปฏิกิริยาทดสอบ และนำไปป้อนที่อุณหภูมิ 65 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 75 นาที หากมีการติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สีของสารในหลอดปฏิกิริยาจะเปลี่ยนอัตโนมัติ คือเปลี่ยนจากสีม่วงเป็นสีเหลือง ซึ่งสามารถอ่านผลได้ด้วยตาเปล่า ไม่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการประมวลผล สำหรับประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 จากการทดสอบชุดตรวจนี้กับตัวอย่างเริ่มต้น 146 ตัวอย่าง พบว่ามีความไว (sensitivity) 92%, ความจำเพาะ (specificity) 100% และมีความแม่นยำ (accuracy) ที่ 97% อีกทั้งยังสามารถแสดงผลได้ภายใน 75 นาที ซึ่งเร็วกว่าวิธี RT-PCR ถึง 2 เท่า นอกจากนี้ในเรื่องของราคา ชุดตรวจโควิด-19 แบบรวดเร็วมีต้นทุนในการตรวจคัดกรองเพียง 300 บาทต่อตัวอย่าง ขณะที่ RT-qPCR มีต้นทุนสูงเกือบ 1,000 บาท นั้นเท่ากับมีราคาถูกกว่าถึง 3 เท่า”

นางวรรณสิกา กล่าวต่อว่า นอกจากชุดตรวจดังกล่าวจะผ่านมาตรฐานจาก ออย. แล้ว อีกหนึ่งความภูมิใจของทีมคือ ทีมนักวิจัยไทยได้ส่ง ‘COXY-AMP’ ชุดตรวจโรคโควิด-19 ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียว เข้าร่วมประกวดกับมูลนิธิ XPRIZE (องค์กรไม่แสวงหาผลกำไรระดับโลก ดำเนินการระดมทุนแบบ Crowd Funding เพื่อแก้ปัญหาในระดับโลกในมิติต่าง ๆ) ในโครงการจัดการแข่งขันเอกซ์ไพรซ์เพื่อการตรวจสอบโควิดอย่างรวดเร็ว (XPrize Rapid Covid Testing) เพื่อค้นหาเทคโนโลยีชุดตรวจโควิด-19 ที่ใช้งานง่าย ตรวจได้รวดเร็ว แม่นยำ และราคาถูกลง ไปใช้ผลิตและขยายผลชุดตรวจในวงกว้างเพื่อช่วยยับยั้งการระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ชื่อทีม 19-Xolution ซึ่งการแข่งขันครั้งนี้มีผู้ที่สนใจส่งผลงานเข้าประกวดจากทั่วโลกมากกว่า 702 ทีม จาก 70 ประเทศทั่วโลก โดยทีม 19-Xolution สามารถผ่านเข้ารอบ 20 ทีมสุดท้าย

“เป็นที่น่ายินดีอย่างมากที่ทีม 19-Xolution จากประเทศไทยเป็น 1 ใน 20 ทีมที่เข้ารอบสุดท้าย (Finalists) ซึ่งถือเป็นผลงานหนึ่งเดียวจากภูมิภาคเอเชียที่ได้รับคัดเลือก ร่วมกับทีมนักประดิษฐ์จากสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และเยอรมนี จากนั้นทีมวิจัยได้ส่งชุดตรวจโควิด-19 แบบรวดเร็วที่พัฒนาโดยคนไทยทั้งหมด พร้อมกระบวนการ (Protocol) ไปยังห้องปฏิบัติการวิจัยของ XPRIZE จำนวน 2 แห่ง ณ สหรัฐอเมริกา เพื่อทดสอบทางคลินิกและความเป็นไปได้ในการขยายผลเพื่อคัดเลือกให้เหลือผู้ชนะเพียง 5 ทีม อย่างไรก็ตามที่สุดแล้วผลงานของนักวิจัยไทย แม้จะเป็นเพียงผู้เข้ารอบ 20 ทีมสุดท้ายในการแข่งขันครั้งนี้ แต่ถือเป็นก้าวแรกของการประสบความสำเร็จที่สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของคนไทยและงานวิจัยไทยที่มีคุณภาพทัดเทียมกับเทคโนโลยีในระดับสากล”

ความก้าวหน้าล่าสุดของการพัฒนาวัคซีน ChulaCov19

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

และความพร้อมในการทดสอบในอาสาสมัคร



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศูนย์วิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แถลงข่าว “ความก้าวหน้าล่าสุดของการพัฒนาวัคซีน ChulaCov19 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และความพร้อมในการทดสอบในอาสาสมัคร” โดยมี ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ศ.นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม ผู้อำนวยการบริหารโครงการพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ศูนย์วิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นอกจากนี้มีนายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย นพ.นคร เปรมศรี ผู้อำนวยการสถาบันวัคซีนแห่งชาติ ให้เกียรติร่วมแถลงข่าว ณ ห้องประชุม 1210 ชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์



ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทยที่ผ่านมา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดเตรียมความพร้อมของ

สถานที่ แพทย์ พยาบาล บุคลากร เทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ทันสมัย มีมาตรฐาน นำมาใช้ ในการตรวจคัดกรองประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ทางด้านศูนย์วิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นสถาบันการวิจัยทางการแพทย์ที่ได้รับ ความร่วมมือจากนักวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ร่วมกันพัฒนา วิจัย ต่อยอด การคิดค้น ผลิตวัคซีน เพื่อใช้ในการป้องกันโรคต่าง ๆ ให้แก่ ประชาชนมาอย่างต่อเนื่อง

ที่ผ่านมาศูนย์วิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้มี การทดสอบวัคซีนโควิด-19 ในลิงชิมแปนซี 2 ถึงสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้ในระดับสูง มีสุขภาพดี ดังนั้น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ศูนย์วิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมเดินทาง เปิดทดสอบในอาสาสมัครต่อไป

โดยทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และศูนย์วิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดเตรียมความพร้อมของสถานที่ แพทย์ พยาบาล บุคลากร และหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับการทดสอบกับ อาสาสมัครอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยอย่างสูงสุด เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในความปลอดภัยของการทดสอบฉีดวัคซีน ครั้งนี้

อย่างไรก็ตาม ต้องขอขอบคุณกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวัคซีนแห่งชาติ ศูนย์วิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอีกหลายหน่วยงาน รวมถึง นักวิจัยทางการแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ทั้งในระดับประเทศและระดับโลกที่ร่วมกัน พัฒนาการวิจัย ต่อยอดการคิดค้นผลิตวัคซีนเพื่อใช้ในการป้องกันโรคต่าง ๆ ให้แก่ประชาชน มาอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ของศูนย์วิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในครั้งนี้จะประสบ ความสำเร็จและสร้างคุณประโยชน์และชื่อเสียงให้แก่ประเทศไทยในระดับสากลอย่าง แน่นนอน





ศ.นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม ผู้อำนวยการบริหารโครงการพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ศูนย์วิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า การพัฒนาวัคซีนนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวัคซีนแห่งชาติ, สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.), ทุนศตวรรษที่สอง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเงินบริจาคจากสมาคมศิษย์เก่าแพทย์จุฬาฯ กองทุนบริจาควิจัยวัคซีน สภากาชาดไทย

วัคซีน ChulaCov19 เป็นวัคซีนชนิด mRNA ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้ในภาวะฉุกเฉินแล้วในหลายประเทศ และให้ใช้ในประชาชนทั่วไปในบางประเทศแล้ว เช่น ประเทศสวีเดนและนิวซีแลนด์ ข้อมูล ณ วันที่ 18 กุมภาพันธ์นี้ หลายประเทศทั่วโลกได้รับการฉีดวัคซีนชนิด mRNA แล้วอย่างน้อย 100,000,000 คน จากทั้งหมด 180,000,000 คน

วัคซีน ChulaCov19 เป็นการคิดค้นออกแบบและพัฒนาโดยคนไทยจากความร่วมมือสนับสนุนโดยคุณหมอนักวิทยาศาสตร์ผู้คิดค้นเทคโนโลยีนี้ของโลกคือ Prof.Drew Weissman มหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย **วัคซีน ChulaCov19** ผลิตโดยการสร้างชิ้นส่วนขนาดเล็กจากสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา (โดยไม่มีการใช้ตัวเชื้อแต่อย่างใด) ซึ่งเมื่อร่างกายได้รับชิ้นส่วนของสารพันธุกรรมขนาดเล็กนี้เข้าไปจะทำการสร้างเป็นโปรตีนที่เป็นส่วนปุ่มหนามของไวรัสขึ้น (spike protein) และกระตุ้นให้เกิดการสร้างภูมิคุ้มกันไว้เตรียมต่อสู้กับไวรัสเมื่อไปสัมผัสเชื้อ เมื่อวัคซีน mRNA ทำหน้าที่ให้ร่างกายสร้างโปรตีนเรียบร้อยแล้ว ภายในไม่กี่วัน mRNA นี้จะถูกสลายไปโดยไม่มีภาระสะสมในร่างกายแต่อย่างใด





ขอเรียนแจ้งข่าวดี ความคืบหน้าล่าสุดมี 4 เรื่อง คือ

1. วัคซีน ChulaCov19 นี้สามารถป้องกันโรคโควิด-19 และลดจำนวนเชื้อได้อย่างมากมายในหนูทดลอง ผลการทดลองล่าสุดภายหลังจากหนูทดลองชนิดพิเศษที่ออกแบบให้สามารถเกิดโรคโควิด-19 ได้ เมื่อได้รับการฉีดวัคซีน ChulaCov19 ครบ 2 เข็ม ห่างกัน 3 สัปดาห์ เมื่อหนูทดลองได้รับเชื้อโคโรนาไวรัสเข้าทางจมูกสามารถป้องกันหนูทดลองไม่ให้ป่วยเป็นโรคและยับยั้งไม่ให้เชื้อไวรัสเข้าสู่กระแสเลือด รวมทั้งสามารถลดจำนวนเชื้อในจมูกและในปอดลงไปอย่างน้อย 10,000,000 เท่า ส่วนหนูที่ไม่ได้รับวัคซีนจะเกิดอาการแบบโควิด-19 ภายใน 3-5 วัน และทุกตัวมีเชื้อสูงในกระแสเลือด จมูกและปอด
2. วัคซีน ChulaCov19 สามารถเก็บในอุณหภูมิตู้เย็นปกติคือ 2-8 °C ได้อย่างน้อย 1 เดือน ขณะนี้กำลังรอผลวิจัยที่ 3 เดือน ดังนั้น การขนส่งกระจายวัคซีนไปยังต่างจังหวัดทั่วประเทศจึงสามารถทำได้สะดวก
3. วัคซีน ChulaCov19 คาดว่าจะผลิตเสร็จเพื่อนำมาทดสอบในอาสาสมัครได้ประมาณต้นเดือนพฤษภาคมนี้
4. กำลังเตรียมการพัฒนา รุ่นที่ 2 เพื่อทดสอบในหนูทดลองเพื่อรองรับเชื้อตัววัคซีนในอนาคต เพราะเนื่องจากมีเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ใหม่กำลังระบาดในหลายประเทศและบางสายพันธุ์พบว่าเริ่มดื้อต่อวัคซีนในปัจจุบัน เทคโนโลยีวัคซีน mRNA มีจุดเด่นคือ สามารถออกแบบวัคซีนรุ่นที่ 2 เพื่อตอบโต้เชื้อที่ดื้อวัคซีนได้อย่างรวดเร็ว

นพ.นคร เปรมศรี ผู้อำนวยการสถาบันวัคซีนแห่งชาติ กล่าวเพิ่มเติมว่า สถาบันวัคซีนแห่งชาติยืนยันสนับสนุนการวิจัยวัคซีนโควิด-19 ในประเทศ เพื่อสร้างรากฐานและพัฒนาขีดความสามารถด้านการวิจัยวัคซีนของประเทศเพื่อรับมือการระบาด วัคซีน mRNA เป็นรูปแบบที่ ณ เวลานี้ได้รับการยอมรับแล้วว่าเป็นเทคโนโลยีใหม่ที่มีความรวดเร็วและสามารถพัฒนาเป็นวัคซีนที่ใช้ในการรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามการกลายพันธุ์ของไวรัส จึงเป็นส่วนสำคัญอย่างมากที่ทางคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทุ่มเทให้กับการวิจัยวัคซีน mRNA นี้ ซึ่งจะเป็นอีกหนึ่งรูปแบบการวิจัยพัฒนาและผลิตวัคซีนเพื่อความมั่นคงของประเทศ



The 5th ID Rama Symposium 2021

“Advancing Sciences & Innovations in Infectious Diseases”

สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดการประชุมวิชาการ The 5th ID Rama Symposium 2021 ภายใต้หัวข้อ “Advancing Sciences & Innovations in Infectious Diseases” ระหว่างวันที่ 19-20 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ณ ห้อง 910 ABC ชั้น 9 อาคารเรียน และปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการ ในการดูแล ประเมินผลการรักษา การวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การแปลผลการตรวจ และแนวทางปฏิบัติที่สามารถทำได้จริง สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดังกล่าวข้างต้น และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้ซักถามและปรึกษาปัญหาจริงที่พบในเวชปฏิบัติ

สำหรับแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และนักวิทยาศาสตร์ ในห้องปฏิบัติการ ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนได้ที่ www.acmrrama.com/id-rama-2021 อัตราค่าลงทะเบียน ก่อนวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ท่านละ 2,500 บาท หลังวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ท่านละ 3,000 บาท หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณอรุณา บุญเลิศกุล งานบริการวิชาการ โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542 โทรสาร 0-2201-2607

The 5th ID Rama Symposium 2021
 “Advancing Sciences & Innovations in Infectious Diseases”
 วันที่ 19-20 มิถุนายน 2564
 ห้อง 910 ABC ชั้น 9
 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่ 19 มิถุนายน 2564	วันที่ 20 มิถุนายน 2564
08:00-08:30 Registration A1: Security or privacy: COVID-19 from infection control standpoint ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์	08:30-09:10 B1: Myths or facts: transplant recipients management ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์
09:00-09:30 A2: Frontline & backstage: COVID-19 from physicians perspective ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา, ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา, ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา	09:10-09:50 B2: The relevance of adult-onset immunodeficiency: past, present, and future ศ. นพ. เสกสรรค์ ภู่เจริญ
09:30-10:10 Coffee break	09:50-10:10 Coffee break
10:10-10:50 A3: Update on COVID-19 vaccines ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์	10:10-10:50 B3: Prophylaxis or preemptive approach: P1 prevention in hematologic malignancy patients ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์
10:50-11:30 A4: New or never known neglected tropical diseases ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา	10:50-11:30 B4: Dengue or not? Improved diagnostic for infectious disease ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์, ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา
11:30-12:10 Sym 1: Dengue immunization: introducing the screen and was approach ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์	11:30-12:10 B5: Going broad to narrow: how to optimize antibiotic therapy in practice ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์
12:10-12:30 Lunch	12:10-12:30 Lunch
12:30-13:10 Sym 2: The impact of modern antiretroviral therapy on metabolic outcomes ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์, ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา	12:30-13:10 Sym 3: To be the adult immunization expert: what you need to know! ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์
13:10-13:50 Sym 3: It's time to fight back! MDR gram-negative bacterial infections ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์	13:10-13:50 Sym 4: CMV infection in the non-transplant setting ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์, ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา
13:50-14:30 A5: Assess under-the-curve or trough level: vancomycin monitoring ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์	13:50-14:30 B6: Molecular vs. immune-guided CMV management in transplant recipients ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์, ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา
14:30-14:50 Coffee break	14:30-14:50 Coffee break
14:50-15:30 A6: Curable or controllable? Hospital or hospices in HIV ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา, ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา	14:50-15:30 B7: Birth or water: vaccinations in immunocompromised patients ศ. นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งโรจน์, ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา
15:30-16:30 A7: Challenging ID cases ผู้บรรยาย: ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา, ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา, ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา ผู้จัดรายการ: ศ. นพ. เสกสรรค์ ภู่เจริญ, ศ. นพ. เสกสรรค์ ภู่เจริญ	15:30-16:30 B7: ID: Name change the moment: Am I educational game? ผู้บรรยาย: ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา, ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา, ศ. นพ. สุวัฒน์ อธิวิธยา ผู้จัดรายการ: ศ. นพ. เสกสรรค์ ภู่เจริญ, ศ. นพ. เสกสรรค์ ภู่เจริญ

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ จัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 46

“Achieving the Excellent Outcomes in Essential Surgery”

46th Annual Scientific Congress of The Royal College of Surgeons of Thailand
 5th Joint Surgical Meeting with Ministry of Public Health
 2nd Joint Surgical Meeting with National Health Security Office
Achieving the Excellent Outcomes in Essential Surgery
 23 - 26 July 2021 The Athenee Hotel Bangkok

สารจากประธาน

เรียนท่านสมาชิก รวศท.ทุกท่าน

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดจะจัดการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 46 โดยมี theme ของการประชุมคือ “Achieving the Excellent Outcomes in Essential Surgery” in the Athenee Hotel Bangkok ระหว่างวันที่ 23 - 26 กรกฎาคม 2564 รูปแบบการประชุมวางแผนจะจัดแบบ on-site เพื่อให้สมาชิกมีโอกาสประชุมวิชาการ และพบปะสังสรรค์พร้อมกันไป โปรแกรมต่างๆ จะมี pre-congress ระหว่าง วันที่ 20 - 23 กรกฎาคม 2564 และ main congress ระหว่าง วันที่ 24 - 26 กรกฎาคม 2564 ท่านสมาชิกสามารถติดตามรายละเอียดการประชุมได้ที่ <http://www.rcst.or.th> หรือ <https://www.facebook.com/RCSTThailand/>

ศ. นพ. โสณัฐ ศิริวิทยาการ
 ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยแห่งประเทศไทย ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 46 โดยมีธีมงานของการประชุมคือ “Achieving the Excellent Outcomes in Essential Surgery” ระหว่างวันที่ 23-26 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ณ โรงแรม ดิ แอทธินี โฮเทล กรุงเทพฯ โดยรูปแบบการประชุมยังคงเป็น on site เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีโอกาสพบปะสังสรรค์กัน

โดยจะมี pre congress ระหว่างวันที่ 20-23 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 และ main congress ระหว่างวันที่ 24-26 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2716-6141-3 โทรสาร 0-2716-6144 หรือ <https://www.facebook.com/RCSTThailand>, www.rcst.or.th

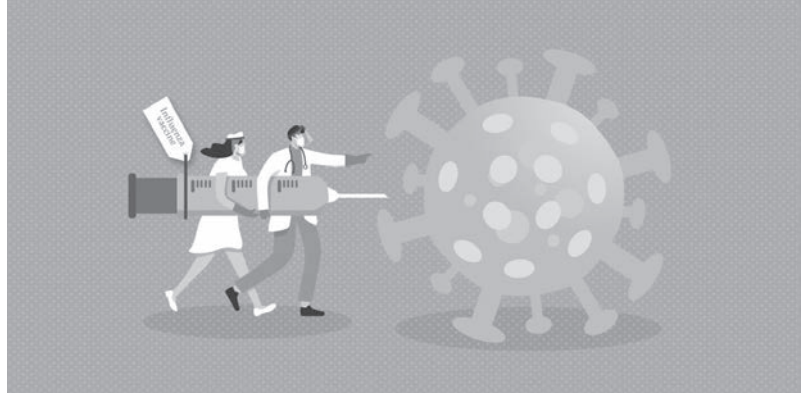
การแพ้วคชินป้องกันโรค COVID-19

การป้องกันและควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ที่ดีที่สุดที่ประเทศไทยใช้ในปัจจุบันคือ การฉีดวัคซีนเพื่อกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรค COVID-19 โดยพบว่าวัคซีนที่รัฐบาลใช้ในการฉีดป้องกันโรค COVID-19 ให้แก่ประชาชนทั่วไปมี 2 ชนิดซึ่งแตกต่างกันในกระบวนการผลิต และแหล่งที่มาคือ วัคซีนจากบริษัท Sinovac และวัคซีนจากบริษัท AstraZeneca

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในขณะนี้เริ่มฉีดให้แก่กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ก่อน และกลุ่มเสี่ยงสูงอื่น ๆ ตามลำดับ โดยได้กระจายการฉีดวัคซีนตามความเสี่ยงที่พบการระบาดของโรค COVID-19 พบว่าวัคซีนที่ฉีดให้แก่ประชาชน ณ ปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นวัคซีนจากไวรัสเชื้อตายของบริษัท Sinovac ขณะที่วัคซีนที่ผลิตจากไวรัสเวกเตอร์ของบริษัท AstraZeneca ได้เริ่มทยอยกระจายวัคซีนสู่ภาคประชาชนมากขึ้น

สิ่งที่ผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนให้ความสนใจด้านหนึ่งก็อยากฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อสามารถไปประกอบกิจการค้าขายได้อย่างปกติ ช่วยผลักดันพลิกฟื้นปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ อีกด้านก็กลัวการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และอาการแพ้ต่าง ๆ ภายหลังการฉีดวัคซีน กระบวนการให้ความรู้สู่ภาคประชาชนอย่างทั่วถึงและเฝ้าระวังการเกิดปัญหาภายหลังการฉีดวัคซีนจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะหากเกิดปัญหาการแพ้วัคซีนอย่างรุนแรง ประชาชนที่เกิดปัญหาจะสามารถได้รับการแก้ไขอย่างทันที่

โดยพบว่าปัญหาที่พบภายหลังการฉีดวัคซีนแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ 1. อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดเมื่อยแขนขา เจ็บบริเวณที่ฉีดวัคซีน 2. อาการแพ้วัคซีน



อย่างรุนแรง ได้แก่ พบผื่นแดง ความดันโลหิตลดลง ช็อก หมดสติ หายใจลำบาก มีอาการหัวใจหยุดเต้น ชักเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการทางระบบประสาท หรือป่วยหนักจนต้องเข้าโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา หรือป่วยจนต้องเสียชีวิต

ข้อมูลจากเอกสารกำกับยาของวัคซีน Sinovac ระบุว่าข้อมูลจากการวิจัยในประเทศอินโดนีเซียในอาสาสมัคร 1,620 ราย พบอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน 71.6% ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง เช่น ปวดบริเวณที่ฉีด 33.3%, ปวดกล้ามเนื้อ 25.2%, ไข้ 2.5% ส่วนอาการแพ้พบเพียง 1 ราย โดยเป็นอาการแพ้แบบลมพิษ พบหลังจากฉีดวัคซีนไปแล้ว 2 วัน ถึงแม้ว่าภาวะแพ้รุนแรงจะพบได้ไม่บ่อยแต่มีโอกาสเกิดได้ เพื่อความปลอดภัยและความมั่นใจ ในระยะแรกกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้บริการวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ประจำเท่านั้น และต้องสังเกตอาการ 30 นาที หากมีอาการแพ้รุนแรงก็จะสามารถช่วยเหลือได้ทัน

หากระบบควบคุมเฝ้าระวังการเกิดปัญหาภายหลังการฉีดวัคซีนมีความรอบคอบเพียงพอ ทำให้ประชาชนมีความมั่นใจในการฉีดวัคซีนว่าปลอดภัย เชื่อว่าประชาชนส่วนใหญ่จะพร้อมใจกันไปฉีดวัคซีนหากปริมาณวัคซีนจัดสรรให้เพียงพอสำหรับความต้องการของประชาชน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ COVID-19 ให้ตนเอง และช่วยแก้ไข รวมถึงพัฒนาผลักดันและขับเคลื่อนปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศต่อไป

กล่าวโดยสรุป อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และอัตราการแพ้วัคซีนป้องกันโรค COVID-19 พบได้น้อยมาก และหากมีกระบวนการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาที่ดีเพียงพอ การฉีดวัคซีนที่ทั่วถึงและปลอดภัยจะทำให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันต่อโรค COVID-19 และเป็นการพัฒนาขับเคลื่อน รวมถึงแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศต่อไป

พระราชบัญญัติประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564

พระราชบัญญัติประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นการแก้ไขกฎหมายอาญา มาตรา 301 และ 305 เกี่ยวกับเรื่องความผิดอาญาอันเกี่ยวเนื่องกับการทำแท้ง ตามรายละเอียดที่บัญญัติไว้ดังนี้

มาตรา 301 หญิงใดทำให้ตนแท้งลูก หรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนแท้งลูกขณะมีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 305 ถ้าการกระทำความผิดตามมาตรา 301 หรือมาตรา 302 เป็นการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และตามหลักเกณฑ์ของแพทยสภาในกรณีดังต่อไปนี้ ผู้กระทำไม่มีความผิด

- (1) จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากหากหญิงตั้งครรภ์ต่อไปจะเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อสุขภาพทางกายหรือจิตของหญิงนั้น
- (2) จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากมีความเสี่ยงอย่างมากหรือเหตุผลทางการแพทย์อันควรเชื่อได้ว่าหากทารกคลอดออกมามีความผิดปกติถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง
- (3) หญิงยินยอมต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าตนมีครรภ์เนื่องจากมีการกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ
- (4) หญิงซึ่งมีอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ที่ยินยอมที่จะยุติการตั้งครรภ์
- (5) หญิงซึ่งมีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ ยินยอมที่จะยุติการตั้งครรภ์ ภายหลังการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของแพทยสภาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ทั้งนี้ในราชกิจจานุเบกษานับเดียวกันนี้ได้ให้เหตุผลในการแก้ไขกฎหมายฉบับที่ 28 นี้ว่าการป้องกันการทำแท้งตามกฎหมายเดิมอาจมองว่าเป็นการคุ้มครองสิทธิในการมีของชีวิตทารกในครรภ์ แต่ไม่ได้คุ้มครองสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ กฎหมายใหม่จึงต้องการสร้างความสมดุลกันระหว่างการคุ้มครองสิทธิและการคุ้มครองชีวิตทารกในครรภ์และสิทธิของหญิงตั้งครรภ์โดยนำช่วงระยะเวลาการตั้งครรภ์มาเป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณา

ผู้เขียนขอเสนอความเห็นวิพากษ์กฎหมายอาญาฉบับที่ 28 ดังนี้

- (1) กฎหมายนี้อ้างเจตนาในการคุ้มครองสิทธิของทารกในครรภ์ และสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ต้องให้เกิดความสมดุลกัน แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องเข้าไปดูแลและคุ้มครองชีวิตของทารกในครรภ์มิให้ถูกกระทบสิทธิในการมีชีวิตด้วยเช่นกัน แต่เมื่อกฎหมายที่บัญญัติออกมานี้มิได้ทำตามเหตุผลที่อ้างไว้ในการตรากฎหมาย กล่าวคือ ได้เพิกเฉยและละเมิดสิทธิของทารกในการที่จะมีชีวิตอยู่ และยังละเมิดสิทธิของบิดาของทารกในครรภ์ (คู่กรณีของหญิงที่เป็นผู้ร่วมกระทำทำให้เกิดทารกในครรภ์) และละเมิดสิทธิของบิดามารดาของหญิงตั้งครรภ์ในกรณีที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 19 และมีความไม่ชอบตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 4 รัฐธรรมนูญบัญญัติว่า มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง ปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน

- (2) กฎหมายนี้ขัดรัฐธรรมนูญมาตรา 26 กล่าวคือ จำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลและกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคลากรทางการแพทย์ (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ที่ถูกกำหนดให้ทำแท้งตามมาตรา 305 ทั้ง ๆ ที่แพทย์เป็นบุคคลที่ถูกส่งมอบอบรมและหล่อหลอมให้ช่วยชีวิตมนุษย์ มิใช่ฆ่าหรือทำลายล้างชีวิตมนุษย์ในครรภ์โดยไม่มีเจตนาจำเป็นหรือข้อบ่งชี้ใด ๆ เพียงแต่ต้องทำตามคำยืนยันของหญิงตั้งครรภ์เพียงเพราะตนเองไม่ยอมรับผิดชอบต่อผลของการกระทำของตนเอง คือการมีลูกในครรภ์ ทั้งนี้แพทย์จำนวนมากไม่ต้องการทำหน้าที่ทำแท้งและบางคนไม่ยอมทำหน้าที่แม้เพียงเขียนใบส่งตัว (refer) ต่อไปให้เครือข่ายที่ยินดีรับทำแท้ง และยังละเมิดสิทธิการมีชีวิตของทารกในครรภ์ที่จะถูกประหารจากการตัดสินใจของผู้เป็นแม่แต่เพียงผู้เดียว
- (3) กฎหมายนี้ขัดรัฐธรรมนูญมาตรา 28 กล่าวคือ หลักความจริงหรือสัจธรรมนั้น การมีครรภ์และการมีทารกในครรภ์นั้นย่อมมิใช่อวัยวะและร่างกายของผู้หญิงที่มีติดตัวมาแต่กำเนิด การตั้งครรภ์ตามธรรมชาตินั้นย่อมมีสาเหตุมาจากมีการร่วมเพศระหว่างชายและหญิงในวัยเจริญพันธุ์ ทารกแม่ในอายุครรภ์เพียง 10 สัปดาห์ก็มิใช่อวัยวะเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ มีหัวใจเต้นแยกจากหัวใจแม่ มี DNA หรือสารพันธุกรรมเป็นของตัวเองซึ่งมีส่วนประกอบส่วนหนึ่งมาจากบิดา ทารกในครรภ์จึงเป็นสิทธิของชายที่จะต้องมีความคิดเห็นและความรับผิดชอบต่ออนาคตของลูกในครรภ์ร่วมกัน (ยกเว้นเขาจะละเมิดสิทธิ)
- (4) กฎหมายนี้ขัดรัฐธรรมนูญมาตรา 27 ที่อ้างว่าชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน แต่กฎหมายนี้ให้อำนาจการตัดสินใจแก่หญิงเพียงผู้เดียว ละเมิดสิทธิของชาย ผู้ปกครองของหญิง และละเมิดสิทธิของทารกที่มีชีวิตในครรภ์
- (5) กฎหมายนี้ขัดรัฐธรรมนูญมาตรา 25 กล่าวคือ ให้สิทธิหญิงยืนยันความต้องการที่จะทำแท้ง โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางชีวิตและสุขภาพของมารดาและทารก อันเป็นการขัดต่อหลักศาสนา พุทธ ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก และขัดต่อหลักศีลธรรมอันดีของประชาชน
- (6) กฎหมายฉบับนี้ มาตรา 301 ยังไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของหญิง เพราะให้หญิงทำแท้งได้เอง หรือให้ใครทำก็ได้ ทั้ง ๆ ที่กำหนดไว้ภายในอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ แต่อาจจะมีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ไปแล้ว หรืออาจมีการตั้งครรภ์นอกมดลูก หากอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์หรือตั้งครรภ์นอกมดลูกอาจมีปัญหาละเอียดมากจนเป็นอันตรายถึงชีวิต
- (7) กฎหมายฉบับนี้มาตรา 305 (3) หญิงยินยอมว่าตั้งครรภ์จากการกระทำความผิดทางเพศ แพทย์ต้องยุติการตั้งครรภ์ให้โดยหญิงไม่ต้องแสดงหลักฐานทางราชการมาเป็นเอกสารพยาน เช่น การแจ้งความต่อตำรวจเพื่อยืนยันต่อแพทย์ว่าถูกข่มขืนจริง ในกรณีที่แพทย์ยอมทำแท้งไปแล้วอาจเกิดอาการแทรกซ้อนแก่หญิงจนเป็นอันตรายร้ายแรงแก่ร่างกายจนอาจเสียชีวิต และบิดามารดาของหญิงไปฟ้องร้องต่อศาลขอความเป็นธรรม แพทย์ผู้กระทำการอาจมีปัญหานในการต่อสู้คดี เนื่องจากขาดพยานเอกสารที่สามารถยืนยันจากฝ่ายผู้เสียหาย

- (8) กฎหมายนี้ขัดรัฐธรรมนูญมาตรา 77 วรรคสอง กล่าวคือ กฎหมายผ่านการรับรองจากรัฐสภาและประกาศในราชกิจจานุเบกษาอย่างรวดเร็วโดยไม่ได้รับฟังความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงจากกฎหมายนี้มาตรา 305 คือ ต้องรับกระทําการตามที่บัญญัติไว้ตามกฎหมาย
- (9) มาตรา 301, 305 (4) (5) เป็นการอนุญาตให้ทำแท้งเสรีตามอำเภอใจของหญิง โดยทารกอาจมีชีวิตที่ปกติทุกประการ แต่ต้องถูกยุติการมีชีวิตเพียงเพราะแม่ไม่ต้องการรับภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของความเป็นแม่
- (10) มาตรา 305 (4) หญิงสามารถสั่งให้แพทย์ทำแท้งให้ได้จนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ตามความต้องการหรืออำเภอใจของหญิง โดยทารกอาจมีสภาพปกติ สมบูรณ์แข็งแรง มีอวัยวะครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว
- (11) มาตรา 305 (5) ทำแท้งตามอำเภอใจของหญิงจนถึงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ซึ่งทารกเติบโตพัฒนามาจนเกินครึ่งของชีวิตทารกปกติในครรภ์แล้ว (ปกติทารกอยู่ในครรภ์ 38-40 สัปดาห์)
- (12) มาตรา 305 (1) (2) (3) เป็นการห้ามหรือยุติการตั้งครรภ์ของแพทย์ได้ตลอดอายุครรภ์ โดยไม่มีข้อจำกัดอายุครรภ์ อันเป็นการให้สิทธิเสรีภาพแก่แพทย์ในการฆ่าทารกในครรภ์ทั้ง ๆ ที่อาจจะสามารถรักษาชีวิตในครรภ์ให้เกิดรอดปลอดภัย และ/หรือรักษาชีวิตหญิงตั้งครรภ์ได้ให้อยู่รอดปลอดภัย ถ้าเพียงแต่มีการวางแผนการคุมกำเนิด ตั้งครรภ์เมื่อพร้อม ป้องกันภาวะการเกิดความพิการแต่กำเนิดในการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ในการดูแลอนามัยแม่และเด็ก ที่เรียกว่าบริการดูแลรักษาสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ (Antenatal Care; ANC)
- (13) ผลกระทบจากมาตรา 301 มาตรา 305 (4) (5) ซึ่งเป็นการทำแท้งเสรีตามความต้องการของหญิงมีครรภ์ จะทำให้ประเทศไทยกลายเป็นแหล่งทำแท้งของหญิงจากประเทศอื่นที่ไม่อนุญาตให้ตรวจยืนยันเพศของทารกในครรภ์จะพากันเดินทางมาประเทศไทยเพื่อตรวจเพศทารกในครรภ์และยืนยันต้องการทำแท้ง ถ้าตนไม่ต้องการทารกเพศหญิงที่ไม่อยากได้ตามความนิยมของคนส่วนหนึ่งในประเทศอินเดียหรือประเทศจีน อันจะเป็นการเพิ่มการทำลายศักดิ์ศรี เกียรติภูมิ และวัฒนธรรมอันดีงามของประเทศไทยและประชาชนไทยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เพิ่มขึ้นจากการเคยมีฉายาว่าเป็น “Sex City” และมีฉายาเพิ่มขึ้นว่าเป็น “Abortion Hub” ทั้ง ๆ ที่ประชาชนชาวไทยมากกว่า 90% นับถือพระพุทธศาสนา ซึ่งการทำแท้งเป็นการทำลายชีวิตมนุษย์ขัดหลักศีลข้อ 1 อันเป็นการขัดต่อหลักการสำคัญหรือหัวใจของพระพุทธศาสนา และขัดต่อความนับถือหลักการสำคัญในศาสนาอิสลามและศาสนาคริสต์ นิกายโรมันคาทอลิกซึ่งเป็นศาสนาที่ชาวไทยส่วนหนึ่งยึดถือ
- (14) ในปัจจุบันมีข่าวการทำร้าย ทะเลาะวิวาท ก่ออาชญากรรม และฆาตกรรมปรากฏในสื่อมวลชนแทบทุกวัน การออกกฎหมายอนุญาตให้ทำแท้งเสรีแบบสุดโต่งเช่นนี้มีใช้การพัฒนาการออกกฎหมายตามรากฐานของสังคมตามเหตุผลที่คณะกรรมการกฤษฎีกาผู้รับผิดชอบในการร่างกฎหมายอาญามบทที่ 28 กล่าวอ้าง ในหมายเหตุท้ายประกาศในราชกิจจานุเบกษาที่ว่า ต้องมีการคุ้มครองสิทธิของทารกในครรภ์ และสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ให้เกิดความสมดุล และเข้าไปดูแลและคุ้มครองชีวิตของทารกในครรภ์มิให้ถูกกระทบสิทธิในการมีชีวิตด้วยเช่นกัน
- (15) กฎหมายอาญามบทเดิมก็อาจสุดโต่งในการคุ้มครองชีวิตทารกในครรภ์ ไม่คำนึงถึงสิทธิของหญิงมีครรภ์ แต่กฎหมายอาญา

ฉบับที่ 28 ก็สุดโต่งในการให้สิทธิหญิงมีครรภ์และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และมาตรา 305 (5) ให้สิทธิแก่แพทย์สภาและคณะกรรมการตามกฎหมายป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้สามารถให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการประกาศกำหนดอนุญาตให้หญิงทำแท้งได้จนถึง 20 สัปดาห์ อันเป็นการแก้ปัญหที่ปลายเหตุ โดยไม่ได้ดำเนินการในเชิงรุกในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้สัมฤทธิ์ผลตามความรับผิดชอบของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามกฎหมายป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มาตรา 5, 6, 7, 8 และมาตรา 11

- (16) ข้อเสนอแนะ ขอให้รัฐสภา คณะรัฐมนตรี พิจารณาบททวนและแก้ไขกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหที่จะมีผลกระทบต่อสังคม และละเมิดสิทธิต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกฎหมายนี้ ดังที่ผู้เขียนได้แสดงความเห็นจากเหตุผลทางด้านวิทยาศาสตร์ ด้านการแพทย์ สังคม กฎหมาย และศีลธรรมอันดีของประชาชนดังรายละเอียดทั้งหมดตามที่ได้กล่าวมาแล้ว และสิ่งสำคัญที่สุดที่จะละเว้นมิได้ก็คือ ปัจจุบันนี้มีปัญหาเด็กไทยเกิดน้อยลงจากที่เคยมีจำนวนเด็กเกิดปีละมากกว่า 1 ล้านคน เหลือการเกิดเพียง 600,000 คนในปี พ.ศ. 2563⁽¹⁾ และในจำนวนนี้เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากที่สุดโดยเฉพาะและมากเป็นอันดับ 2 ของโลก เป็นจำนวน 60% ของการเกิดในหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,000 คน⁽²⁾ นับเป็นอัตราเกิดในวัยรุ่นของไทยที่สูงที่สุดในเอเชีย และสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก⁽³⁾ และมีการพยากรณ์จากสำนักประชากรศาสตร์ว่าประเทศไทยจะมีประชากรลดลง⁽⁴⁾ เนื่องจากอัตราการเกิดน้อยลงไปอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งจะมีผลต่อการขาดแคลนประชากรวัยทำงานอย่างรุนแรงมากกว่าปัจจุบันที่ต้องพึ่งพาอาศัยแรงงานต่างชาติดูแลอยู่แล้ว และจำนวนเด็กเกิดใหม่ในประเทศไทยปีละ 600,000 คนนี้เป็นเด็กที่เกิดจากแรงงานต่างชาติน้อย ในอนาคตประเทศไทยอาจมีลูกหลานไทยเป็นชนกลุ่มน้อยของประเทศไทยก็เป็นได้ ถ้าเราเปิดโอกาสให้หญิงทำแท้งได้ตามอำเภอใจจากการตั้งหน่วยบริการอนามัยเจริญพันธุ์ แต่มีวัตถุประสงค์ในการอำนวยความสะดวกในการทำแท้งเสรีอย่างถูกกฎหมายจะทำให้รัฐบาลของประเทศไทยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการทำแท้ง ซึ่งจะยิ่งงบประมาณมากกว่า การให้บริการคุมกำเนิด และการดูแลสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และป้องกันความพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์

ข้อเสนอแนะสุดท้าย แต่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าข้อเสนอแนะข้างต้นก็คือ การเพิ่มค่านิยมในการตั้งครรภ์เมื่อพร้อม การให้สวัสดิการแก่หญิงมีครรภ์ การจัดการในการเลี้ยงดูและให้การศึกษาแก่เยาวชนตลอดชีวิต เช่น การจัดการช่วยมารดาเลี้ยงดูเด็กในการจัดตั้งสถานรับฝากเลี้ยงเด็กกลางวัน (day care center) เมื่อมารดาต้องทำงานในสถานประกอบการ หรือในชุมชน/หมู่บ้าน การจัดโรงเรียนให้มีความสะดวกและปลอดภัยใกล้บ้านหรือใกล้สถานที่ทำงาน การให้สิทธิมารดาลาคลอดเพื่อเลี้ยงลูกอ่อนทั้งในภาคราชการและเอกชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. <https://news.thaipbs.or.th/content/301313>
2. <https://www.google.com/url?>
3. <https://www.voicetv.co.th/read/80880>
4. <https://www.posttoday.com/social/general/611715>



รามาฯ จับมือสถาบันประสาทวิทยา ร่วมจัดทำธนาคารชีวภาพสำหรับโรคมะเร็งแบบครบวงจร

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ จัดงานแถลงข่าวพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือในการทำธนาคารชีวภาพสำหรับโรคมะเร็งแบบครบวงจร ระหว่างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานคนบตี ชั้น 5 อาคารบริหาร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นจำนวนมากกว่า 4,500 รายต่อปี โดยมีผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งสมองประมาณปีละ 100 รายต่อปี ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งโดยเฉพาะโรคมะเร็งสมองจัดอยู่ในกลุ่มโรคมะเร็งที่มีความสำคัญเนื่องจากมีความยากในการรักษา ปัจจุบันมีชิ้นเนื้อมะเร็งสมองที่จัดเก็บไว้ในธนาคารชีวภาพสำหรับโรคมะเร็งแบบครบวงจร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Ramathibodi Comprehensive Tumor Biobank) จำนวน 52 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,840 ราย ในการดำเนินงาน 6 ปี

(พ.ศ. 2557-2564) และขณะนี้อยู่ในระหว่างพัฒนาวิธีการเพาะเลี้ยงเซลล์มะเร็งแบบ primary cell culture และ tumor organoid จากชิ้นเนื้อสดผู้ป่วยที่เหลือจากการวินิจฉัยและจัดเก็บอย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถนำกลับมาใช้ในงานวิจัยได้ในระยะยาว

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของความร่วมมือทางวิชาการและการบูรณาการความร่วมมือด้านการศึกษาวินิจฉัย รวมถึงแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งสมองร่วมกัน ความร่วมมือในครั้งนี้จะทำให้ธนาคารชีวภาพสำหรับโรคมะเร็งแบบครบวงจรเกิดการพัฒนารูปแบบบูรณาการทั้งด้านการศึกษา วิจัย และวิชาการจากการใช้ฐานข้อมูลและตัวอย่างทางคลินิกร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลดี





ต่อการร่วมพัฒนาแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งชาวไทย รวมทั้งยังสามารถเป็นต้นแบบที่สำคัญให้แก่องค์กรหรือหน่วยงานอื่น ๆ ในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งสมองและโรคเรื้อรังที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงต่อไปได้ในอนาคต

นพ.ธนิษฐ์ เวชชาภินันท์ ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กล่าวว่า สถาบันประสาทวิทยาเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสมองและประสาทไขสันหลังที่รับส่งต่อผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองและระบบประสาททั้งเด็กและผู้ใหญ่ทั่วประเทศ มีการผ่าตัดเนื้องอกสมองและระบบประสาทประมาณ 400-500 รายต่อปี จากการศึกษาวิจัยโครงการทะเบียนผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองและไขสันหลังในเด็ก โดยชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554-2555 เพื่อศึกษาอุบัติการณ์เนื้องอกสมองและไขสันหลังในเด็กของประเทศไทยพบว่าสถาบันประสาทวิทยามีจำนวนผู้ป่วยเนื้องอกสมองและไขสันหลังในเด็กคิดเป็นร้อยละ 12.5 จัดเป็นอันดับ 2 ของประเทศ ดังนั้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 สถาบันประสาทวิทยาได้มีความร่วมมือระหว่างกุมารแพทย์ประสาทวิทยา ประสาทศัลยแพทย์ ประสาทรังสีแพทย์ พยาธิแพทย์กับกุมารแพทย์

ด้านมะเร็งเด็ก และแพทย์ด้านรังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในด้านการดูแลโรคเนื้องอกสมองในเด็กครบวงจร มีความร่วมมือด้านวิชาการและมีผลงานวิจัยตลอด 10 ปีที่ผ่านมา

ปัจจุบันการวินิจฉัยและการรักษาโรคเนื้องอกสมองและระบบประสาทมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก มีการพัฒนาการรักษาแบบมุ่งเป้ามากขึ้น ทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และความพิการน้อยลง ซึ่งต้องอาศัยพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อของเนื้องอกสมองและระบบประสาทที่มีอยู่ โดยเฉพาะด้านพันธุกรรม เพื่อพัฒนาการวินิจฉัย การรักษา และการพยากรณ์โรคอย่างชัดเจนมากขึ้น จึงเห็นควรให้มีการเก็บชิ้นเนื้อเนื้องอกสมองและระบบประสาทของเด็กและผู้ใหญ่เพื่อนำไปสู่การวิจัยที่ก้าวหน้าร่วมกันของทั้ง 2 สถาบันต่อไป



มองคนให้เป็น

ในปัจจุบันเทคโนโลยีอันทันสมัยทำให้ผู้คนทั่วโลกสื่อสารและเดินทางไปมาหาสู่กันได้อย่างรวดเร็วจนเชื่อมต่อโลกนี้เป็นใบเดียวกัน

ชาวที่เกิเกิดขึ้นในซีกโลกหนึ่งก็กระจายให้ผู้คนในอีกซีกโลกรับทราบได้ในเวลาอันสั้น การเดินทางถึงกันได้อย่างรวดเร็วก็ทำให้เราได้พบปะกับคนแปลกหน้ากันมากขึ้น

เวลาเราอยู่กับคนใกล้ชิดหรือญาติสนิทมิตรสหาย เราย่อมเข้าใจพฤติกรรมของผู้คนที่ใกล้ชิดเป็นอย่างดีแม้ว่าเขาจะแสดงออกที่แตกต่างจากคนทั่วไป เช่น เขาแสดงอาการนั่งเงิบ นั่นหมายถึงเขามีอารมณ์โกรธ เป็นต้น แต่ช่างน่าประหลาดใจว่าคนเรากลับมีความเชื่อว่าเราดูคนออกตั้งแต่ครั้งแรก และเชื่อตามสิ่งที่คนแปลกหน้าแสดงออก

ยกตัวอย่างเช่น ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 นักข่าวชาวอังกฤษแซมเบอร์เลนได้ขอไปพบกับฮิตเลอร์ที่ประเทศเยอรมันเพื่อสัมภาษณ์บางอย่างในช่วงเวลานั้นมีข่าวลือออกมามากมายว่าฮิตเลอร์เป็นคนไม่ดีอย่างนั้นอย่างนี้และพร้อมที่จะเริ่มสงคราม แต่หลังจากแซมเบอร์เลนได้พบและพูดคุยกับฮิตเลอร์ที่ดูสุขภาพพูดจาอ่อนโยนเพียงครั้งเดียว แซมเบอร์เลนก็กล้ากล่าวยืนยันอย่างมั่นใจว่าฮิตเลอร์เป็นคนดี เป็นสุภาพบุรุษซึ่งยอมทำแต่สิ่งดี ๆ และไม่ก่อสงครามอย่างแน่นอน **ทั้งที่พบกันเพียงครั้งเดียวก็กล้ายืนยันและเชื่อในการตัดสินใจของตนเอง**

ทั้งนี้เพราะคนเรามีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าทุกอย่างที่คนแปลกหน้าแสดงออกเป็นความจริง ซึ่งเราตัดสินใจเชื่อได้อย่างตรงไปตรงมา โดยลืมคิดไปว่าใจคนเรามีความซับซ้อน แม้แต่คนใกล้ชิดของเรายังแสดงออกมากซับซ้อนและไม่ตรงไปตรงมา แต่เนื่องจากอยู่กันมานานทำให้เราเข้าใจความซับซ้อนของคนใกล้ชิดของเรา

แต่สำหรับคนแปลกหน้านั้น การแสดงออกก็ซับซ้อนตามประสาของใจคน แต่เรากลับเชื่อและตัดสินใจว่าเราดูเขาออกทั้งนี้ทางจิตวิทยาเชื่อว่าเป็นระบบ truth default system ในจิตใจของคนทีพร้อมจะเชื่อตามการแสดงออกของคนแปลกหน้า

มัลคอล์ม แกลดเวลล์ นักประพันธ์ชาวอเมริกันได้เขียนหนังสือเรื่อง TALKING TO STRANGERS หรือศิลปะแห่งการอ่านคน โดยยกตัวอย่างคดีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่ออธิบายว่ามนุษย์เราไม่ได้มองง่ายอย่างที่คิด การเข้าใจผิดและตีความผิดเกิดขึ้นทุกวันมายาวนานหลายพันปี โดยเขาเริ่มเล่าจากคดีที่เกิดขึ้นจากการเข้าใจผิดต่าง ๆ

กรณีแรกคือ คดีของ แซนดรา บราวน์ เป็นนักศึกษาวิวดำที่กำลังขับรถเข้าไปในพื้นที่เปลี่ยวของมหาวิทยาลัย ทันใดนั้นเธอสั่งเกตว่ามีรถตำรวจขับตามมา เธอเกิดความกังวลใจจึงขับรถแอบข้างทางเพื่อรอให้รถตำรวจขับผ่านไปก่อน แต่รถตำรวจขับไปจอดด้านหน้าของเธอ พร้อมกับเปิดประตูลงมาเพื่อบอกว่าเธอจอดรถข้างทางโดยไม่เปิดสัญญาณไฟ

แซนดราพยายามชี้แจงว่าต้องการจอดรถหลีกเลี่ยงให้รถตำรวจ ไม่ได้ต้องการจอดรถเพื่อทำธุระอะไร ระหว่างพูดคุยกันแซนดราเกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงคว่ำบุนุรีในรถมาสูบ ตำรวจบอกให้เธอหยุดสูบบุหรี่ จึงเกิดการโต้เถียงกันขึ้น แซนดราเริ่มหงุดหงิดและก้าวร้าวมากขึ้นในการยืนกรานที่จะสูบบุหรี่ในรถ จนกระทั่งตำรวจมองว่าเธอเป็นตัวอันตรายและควบคุมตัวใส่กุญแจมือพาเธอไปขังคุก จากเรื่องเล็กน้อยกลับกลายเป็นเรื่องราวบานปลาย จนกระทั่ง 3 วันถัดมา แซนดราได้ฆ่าตัวตายในคุก

เมื่อผู้คนอ่านข่าวนี้ก็อาจคิดกันไปง่าย ๆ ว่า ก็เป็นคดีที่เห็นอยู่ทั่วไปของความขัดแย้งระหว่างตำรวจผิวขาวและคนผิวดำ แต่มัลคอล์ม แกลดเวลล์ เฉลยให้ฟังในท้ายเล่มว่าจากการสอบสวนคดีอย่างละเอียดพบว่าแซนดราเพิ่งแต่งงานและมีความวิตกกังวลอย่างมาก ท่าทีของเธอจึงดูกลัวกลัวและก้าวร้าว เพราะเธอคิดว่าก็แค่ต้องการจอดรถหลบเพื่อไม่ให้เกิดปัญหา ทำไมกลับมีปัญหามาตาม

ส่วนตำรวจรายนี้ได้ถูกฝึกมาเพื่อจับคดีอาชญากรรม ดังนั้นเขาจึงมองว่าภรรยาของแซนดราไม่มีเหตุเหมือนเปิดซ่อนอะไรบางอย่างเพิ่งไปทำผิดมา หรือมียาเสพติดในรถ จึงใช้มาตรการควบคุมคดีอาชญากรรมซึ่งร่ำเรียนมาที่ว่าถ้าสงสัยก็ให้จับเข้าคุกเอาไว้ก่อนเพื่อตัดไฟแต่ต้นลมไม่ให้เกิดคดีร้ายแรงตามมาในภายหลัง โดยลืมนึกไปว่าครั้งนี้เป็นสถานการณ์หน้ามหาวิทยาลัย และแซนดราก็เป็นแค่เด็กที่ไม่ใช่โจร

มัลคอล์ม แกลดเวลล์ อธิบายว่า น่าประหลาดใจที่คนเรามักเชื่อตามการแสดงออกของคนแปลกหน้า และเชื่อตามนั้นอย่างมั่นใจ ทั้งที่ความจริงแล้วคนเรามีความซับซ้อนในจิตใจและมีการแสดงออกที่ต่างกันไป

มีการทดลองหนึ่งที่เอาภาพใบหน้าของคนทีแสดงอารมณ์โกรธที่ชัดเจนไปให้ผู้คนที่หมู่เกาะโซโลมอนดู ก็พบว่า 30% บอกว่าเป็นอารมณ์โกรธ แต่ 20% บอกว่าเป็นอาการแสดงว่าจะทำร้าย และมีถึง 10% บอกว่าเป็นอาการดีใจ ดังนั้น เราตัดสินใจจากสีหน้าและอากัปภิกขัยของผู้คนที่แสดงออกตามวัฒนธรรม

และความเคียดแค้นของเราซึ่งอาจไม่เหมือนกันทั่วโลก เช่น ชาวอเมริกัน มาดูละครไทยแล้วไม่เข้าใจว่าทำไมนางเอกต้องดื่มแต่น้ำส้ม หรือไม่เข้าใจว่ายิ้มของนางเอกและนางร้ายแตกต่างกันอย่างไร

มัลคอล์ม แกลดเวลล์ ได้กล่าวถึงคดีแอนนา แบลก ที่ถูกกล่าวหาว่าฆ่าเพื่อนร่วมห้องจนในที่สุดแอนนาก็ถูกขังคุกนานเป็น 10 ปี ทั้งนี้เพราะในงานศพของเพื่อนร่วมห้องนั้น แอนนาแสดงกริยายิ้มแย้มแจ่มใสและจับกับแฟนในงานศพ แอนนาบอกว่าเธอรู้สึกเสียใจต่อการจากไปของเพื่อน ซึ่งเธอมักแสดงออกด้วยอารมณ์ที่กลบเกลื่อนความเสียใจแบบนี้อยู่แล้ว แต่ผู้คนไม่เข้าใจการแสดงออกที่แตกต่างของเธอและตีความว่าแอนนาเป็นคนฆ่าเพื่อนร่วมห้องจนนำมาสู่การสืบสวนคดีและจับเธอขังคุกนาน 10 ปี จนในที่สุดก็สืบคดีแล้วพบว่าแอนนาไม่มีความผิดแต่อย่างใด

มีการทดลองหนึ่งได้นำวิดีโอของคนที่ถูกโกหกและพูดความจริงไปให้ตำรวจ ผู้พิพากษาและจิตแพทย์ดู เพราะคิดว่ากลุ่มคนที่ต้องทำงานเพื่อสืบสวนหรือสังเกตอาการปฏิกิริยาอยู่เป็นประจำ น่าจะมีความเชี่ยวชาญและตัดสินใจเกี่ยวกับปฏิกิริยาของคนได้ดี แต่ผลลัพธ์พบว่าสามารถจับอาการปฏิกิริยาของคนโกหกได้ถูกต้องเพียง 56% เท่านั้น ซึ่งผลลัพธ์ไม่แตกต่างจากคนทั่วไป รวมทั้งไม่ได้เกี่ยวกับการใส่ข้อมูลเข้าไปในเครื่องจับเท็จเสียอีก นี่ย่อมแสดงว่า ‘ดูหน้าแล้วรู้ใจ’ ย่อมไม่เป็นความจริงอีกต่อไป

ในชีวิตปัจจุบันที่โลกถูกย่อให้เล็กลงและผู้คนได้พบปะกันมากขึ้น การพบกับคนแปลกหน้าจึงต้องไม่ตัดสินใจเชื่อเขาในทันที การแสดงออกก็ตีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรม รวมทั้งต้องตรวจสอบดูสถานการณ์แวดล้อมของคนแปลกหน้าด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดจนก่อให้เกิดเรื่องบานปลายได้

สำหรับคนแปลกหน้า เราไม่ควรเชื่อทุกอย่างที่เห็นหรือได้ยินโดยทันทีจนกว่าเราจะได้ตรวจสอบข้อมูลรอบด้านอย่างละเอียดแล้ว ก็ขนาดตัวเราเองยังมีความซับซ้อนและแสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกันไปได้เช่นกัน

ลองมาดูภาพถ่ายนี้ แล้วเราเข้าใจว่าอย่างไร



นี่เป็นภาพถ่ายที่ได้รับรางวัลภาพถ่ายยอดเยี่ยมในปี ค.ศ. 1994 เป็นภาพเด็กหญิงชาวแอฟริกาที่รูปร่างผอมแห้งและกำลังจะหิวตาย กับนกแร้งที่เฝ้าคอยที่จะจิกกินซากศพของเธอ ภาพนี้ถ่ายไว้โดยช่างภาพหนังสือพิมพ์ชื่อ Kevin Carter ผู้เดินทางไปยังซูดานในเดือนมีนาคม ค.ศ. 1993

แม้ว่านี่จะเป็นภาพที่สะท้อนให้เห็นความโหดร้ายของโลกได้เป็นอย่างดี แต่ในเวลาเดียวกันก็สร้างคำถามให้กับผู้พบเห็นมากมายเช่นกัน และหนึ่งในคำถามเหล่านั้นคือ “เด็กที่เห็นเป็นอย่างไรต่อไป” และ “ทำไมตากล้องเขาแต่ถ่ายภาพและไม่ช่วยเด็กคนนี้”

จากคำบอกเล่าของ Carter ดูเหมือนว่าเขาจะช่วยไล่นกแร้งออกไปก็จริง แต่เป็นหลังจากที่เขาถ่ายภาพเสร็จแล้ว ส่วนเด็กในภาพก็แข็งแรงพอที่จะเดินเองได้ อย่างไรก็ตาม เขาไม่ทราบว่าเขาเป็นอย่างไรต่อไป

เรื่องที่เกิดขึ้นทำให้ Carter ถูกมองว่าเป็นนักข่าวที่เห็นแก่ชื่อเสียง และเลือกที่จะทำผลงานมากกว่าที่จะช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ จนเขาถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักจากคนทั่วโลก จนในที่สุด Carter ได้ฆ่าตัวตายในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1994

ในความเป็นจริงแล้วคนที่ทำงานในถิ่นทุรกันดารอย่าง Carter มักจะถูกสอนไม่ให้สัมผัสเหยื่อความหิวโหยในพื้นที่ เนื่องจากพวกเขาอาจจะมีโรคติดต่อร้ายแรงก็เป็นได้

ในวาระสุดท้ายของชีวิต Carter ก็ได้ทิ้งจดหมายลาตายไว้ว่า

“ผมเสียใจมาก ๆ ความเจ็บปวดนี้มันทาบความดีใจไปเสียจนหมด ผมสิ้นหวัง ไม่มีโทรศัพท์ ไม่มีเงินจ่ายค่าเช่า ไม่มีเงินดูแลเด็ก ไม่มีเงินจ่ายหนี้ ผมถูกหลอกหลอนด้วยความทรงจำของการฆ่า ศพ ความเจ็บปวด และความโกรธแค้นของเด็ก ๆ ที่หิวโหยและบาดเจ็บของนักฆ่า คนบ้า หรือของตำรวจ ผมจะไปหาเคนแล้ว (เพื่อนร่วมงานของเขาที่เสียชีวิตไปเมื่อเดือนเมษายน ค.ศ. 1994) ถ้าผมโชคดีพอ”

โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic Dermatitis)

โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (atopic dermatitis) ที่ในบางครั้งอาจพบชื่อเรียกเป็นชื่ออื่น ๆ ได้แก่ atopic eczema, neurodermatitis และ atopiform dermatitis เป็นต้น เป็นโรคผิวหนังอักเสบที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งในเวชปฏิบัติ โดยมักเริ่มปรากฏอาการของโรคตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ แต่มีบางส่วนที่เริ่มปรากฏอาการในช่วงวัยกลางคนหรือหลังจากนั้นไปแล้ว ลักษณะที่สำคัญของโรคคือ มีผื่นแดงอักเสบร่วมกับอาการคันที่มักเป็น ๆ หาย ๆ และมีความรุนแรงขึ้นลงตามฤดูกาล ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการของโรคภูมิแพ้ในอวัยวะอื่น ๆ เช่น เยื่อตา จมูก หรือมีอาการแพ้อาหาร หอบหืด ไปจนถึงอาการแพ้แบบ immediate type (type 1) hypersensitivity ด้วยได้

ระบาดวิทยาของโรค

ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษทางอากาศและการสัมผัสกับสารเคมีในสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าความชุกของโรคนี้ในประชากรทั่วโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 15 ในกลุ่มเด็ก และร้อยละ 10 ในกลุ่มผู้ใหญ่ ทำให้โรคนี้จัดอยู่ในอันดับที่ 15 ของกลุ่มโรคผิวหนังซึ่งไม่เป็นอันตรายรุนแรงที่พบบ่อยที่สุดในโลก โรคนี้สามารถพบได้ทั้งในชายและหญิง และพบได้บ่อยกว่าในกลุ่มเด็กเชื้อชาติผิวดำ

ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังนั้นมักจะแตกต่างกันไปตามอายุ เชื้อชาติ และภูมิประเทศที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ รวมไปถึงระยะของโรค ลักษณะของรอยโรคแบบเฉียบพลันที่มักพบได้แก่ ลักษณะผื่นแดงแบบ circumscribed patches ที่มี papules หรือ papulovesicles, crusts หรือ scales บนรอยโรค เมื่อผื่นยุบลงอาจพบมี hyperpigmentation หรือ hypopigmentation ได้ และในรายที่มีอาการรุนแรงรอยโรคอาจรวมกันเป็นรอยโรคใหญ่แบบ erythroderma ได้ ในผู้ป่วยเด็กสามารถพบรอยโรคได้ทั่วไปบนร่างกาย ทั้งที่บริเวณศีรษะ ใบหน้า แก้ม ตัว ไปจนถึงบริเวณด้าน ventral ของแขนและขา สำหรับในกลุ่มผู้ใหญ่มักพบรอยโรคที่บริเวณแขนและขาโดยเฉพาะบริเวณข้อพับต่าง ๆ และมักจะพบรอยโรคที่บริเวณมือและเท้าได้บ่อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก อาการสำคัญที่พบได้มากที่สุดของผู้ป่วยโรคนี้คือ อาการคันซึ่งมีระดับอาการสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของโรค

อาการคันมักจะสัมพันธ์กับระดับความเครียด ปริมาณเหงื่อ ระดับความร้อนและความชื้นของอากาศโดยรอบ และการสัมผัสกับเสื้อผ้าที่ทำจากขนสัตว์ ผู้ป่วยที่มีอาการคันและเกาอาจพบรอยเกาและรอยถลอก เลือดออกหรือตกสะเก็ด และในรายที่เป็นอยู่นานจะพบลักษณะของ lichenification หรือ prurigo nodularis ในรอยโรคขึ้นได้ รอยโรคบนผิวหนังอื่น ๆ ที่สามารถพบได้ในโรคนี้ ได้แก่ Hertoghe's sign คือ การหลุดร่วงของหางคิ้ว hyperlinear palm คือมีร่องลายมือชัดขึ้นกว่าปกติ และอาการผิวหนังแห้ง (xerosis) เป็นต้น ซึ่งสามารถนำมาใช้ช่วยในการวินิจฉัยได้

นอกจากอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่พบดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในรายที่มีอาการรุนแรง เรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำบ่อย อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านอื่น ๆ เช่น รบกวนการนอน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในระหว่างวันได้น้อยลง เกิดภาวะซึมเศร้า หรือวิตกกังวล เกิดผลกระทบต่ออารมณ์และสังคมที่ในบางรายอาจถึงกับทำให้เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายได้

การวินิจฉัย

โดยทั่วไปแล้วการวินิจฉัยโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังสามารถทำได้โดยอาศัยลักษณะของรอยโรคและตำแหน่งการกระจายบนผิวหนัง รอยโรคที่พบร่วม และประวัติทางสุขภาพอื่น ๆ ลักษณะที่นิยมนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัย ได้แก่ เกณฑ์ของ Hanifin และ Rajka ในปี ค.ศ. 1980 ซึ่งประกอบด้วยลักษณะทางคลินิก 23 ข้อของโรค กับเกณฑ์ที่แนะนำโดย The American Academy of Dermatology ส่วนเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคที่นิยมใช้ทั้งในเวชปฏิบัติและเพื่อการวิจัย ได้แก่ The Eczema Area and Severity Index (EASI) และ The Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) scale โดยเกณฑ์ EASI นั้นอาศัยการประเมินจากลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ redness, thickness, excoriation และ lichenification บนรอยโรครวมถึงสัดส่วนของพื้นที่ผิวหนังที่เกิดโรคในบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย 4 บริเวณคือ ศีรษะ ลำตัว แขน และขา โดยมีคะแนนอยู่ตั้งแต่ 0-72 คะแนน ผู้ป่วยที่มีคะแนน EASI 0-7 คะแนนจะจัดอยู่ในกลุ่มรุนแรงน้อย, 8-21 คะแนนอยู่ในกลุ่มรุนแรงปานกลาง, 22-50 คะแนนอยู่ในกลุ่มรุนแรงมาก และ 51 คะแนนขึ้นไปในกลุ่มรุนแรงอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์ SCORAD นั้นอาศัยรูปแบบของรอยโรคบนผิวหนังและบริเวณที่เกิดโรค คล้ายคลึงกับของ EASI แต่ลักษณะของรอยโรคที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ redness, swelling, oozing, crusting, lichenification และ

dryness ส่วนตำแหน่งของการเกิดโรคพิจารณาจากตำแหน่งต่าง ๆ ได้แก่ ศีรษะและคอ แขนและขา ลำตัวด้านหน้า ด้านหลัง และที่บริเวณอวัยวะเพศ สำหรับในส่วนของอาการใช้เกณฑ์ในการประเมินด้วย visual analogue scales ที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-100 โดยให้ผู้ป่วยระบุความรุนแรงของ 2 อาการคือ อาการคัน และอาการอดนอน คะแนนรวมจากการประเมินด้วยวิธีนี้มีค่าตั้งแต่ 0-103 คะแนน โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนนเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย, 26-50 คะแนนเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงปานกลาง และ 51 คะแนนขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงมาก

โรคร่วมที่มักพบได้บ่อย

ผู้ป่วยที่เป็นโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคในกลุ่มภูมิแพ้อื่น ๆ ซึ่งเรียกว่า “atopic march” ได้แก่ อาการแพ้อาหาร (โดยเฉพาะในเด็ก) ภูมิแพ้ในจมูก ภูมิแพ้ที่เยื่อหูตา และโรคหืด ได้มากขึ้นกว่าคนปกติ ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีรอยโรคที่ผิวหนังเป็นการเปิดช่องทางให้สารก่อภูมิแพ้ชนิดต่าง ๆ ผ่านเข้าสู่ผิวหนัง และกระตุ้นให้ระบบภูมิคุ้มกันสร้างการตอบสนองต่อสารเหล่านั้นผ่านทางเซลล์การอักเสบชนิด CD4+ type 2 helper (Th2) cells และ B cells เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ผิวหนังจากเชื้อชนิดต่าง ๆ ได้มากขึ้นด้วยเหตุผลเดียวกัน เชื้อที่มักจะเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ได้แก่ *Staphylococcus aureus* (impetigo และฝีต่าง ๆ) herpes simplex virus 1-related eczema herpeticum และ molluscum contagiosum เป็นต้น รวมไปถึงการติดเชื้อบางชนิดที่รุนแรงโดยมีทางเข้าของเชื้อผ่านทางผิวหนัง เช่น osteomyelitis, septic arthritis และ endocarditis ได้แต่ในกรณีหลังนี้มักจะพบได้ค่อนข้างน้อย

กลไกการเกิดโรค

ข้อมูลการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การเกิดโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังนั้นเกิดขึ้นจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งในแง่ของกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม ความผิดปกติของ skin barrier ความสมดุลของเชื้อชนิดต่าง ๆ บนผิวหนัง ความผิดปกติของการควบคุมระบบภูมิคุ้มกัน และปัจจัยกระตุ้นการเกิดผิวหนังอักเสบต่าง ๆ โดยจุดเริ่มต้นของกลไกการเกิดโรคคือ การอักเสบซึ่งส่งผลทำให้กลไกการป้องกันโรคที่ผิวหนังชั้นบน (epidermal barrier) เสียไปและเกิดการกระตุ้นเซลล์การอักเสบชนิด dendritic และ innate lymphoid cells ที่อยู่ในบริเวณนั้น เกิดการส่งสัญญาณเหนี่ยวนำให้เซลล์การอักเสบชนิด Th2 เข้ามายังบริเวณที่มีการอักเสบ เซลล์ Th2 เหล่านี้เมื่อถูกกระตุ้นจะสร้างและปลดปล่อยสารสื่อการอักเสบ cytokines ชนิดต่าง ๆ เช่น interleukin-4, interleukin-13 และ interleukin-31 ออกมา และเกิดการกระตุ้นการอักเสบผ่าน Janus

Kinase (JAK) pathways ทำให้มีการสร้างสารสื่อการอักเสบอื่น ๆ ร่วมถึง antigen-specific IgE ออกมาด้วย ซึ่งทำให้เกิดอาการคัน

ในแง่ของกรรมพันธุ์ มีการศึกษาพบว่าในบางเชื้อชาติเผ่าพันธุ์ เช่น ในกลุ่มคนเอเชียจะมีการกระตุ้นการอักเสบผ่านทางเม็ดเลือดขาวชนิด Th2 และ Th17 ส่วนในกลุ่มเชื้อชาติแถบยุโรปมักจะมาจากการกระตุ้นผ่าน Th2 ส่วนในกลุ่มเชื้อชาติคนผิวดำไม่พบว่ามีกรรมพันธุ์ผ่านทาง Th1 หรือ Th17 เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยบางรายมีการกลายพันธุ์ของยีนบางชนิด เช่น filaggrin gene (FLG) ซึ่งมีผลทำให้ epidermal barrier ผิดปกติ และเกิดเป็นโรคได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้มีการกลายพันธุ์ของยีนนี้ได้ด้วย ซึ่งแสดงว่ากลไกของการเกิดโรคนั้นมีส่วนของกรรมพันธุ์เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

ในแง่ของสิ่งแวดล้อมพบว่าเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงและ/หรือเพิ่มความรุนแรงของการดำเนินโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังได้ ปัจจัยที่พบว่ามียผลชัดเจน ได้แก่ ภูมิอากาศที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด การสัมผัสกับรังสี UV มลพิษทางอากาศ (โดยการกระตุ้นผ่านทาง epidermal aryl hydrocarbon receptor) ความกระด้างของน้ำ และการใช้สารเคมีในครัวเรือนชนิดต่าง ๆ โดยในกรณีหลังนี้สอดคล้องกับทฤษฎี “hygiene hypothesis” โดยการที่ใช้สารทำความสะอาดชนิดต่าง ๆ นั้นมีผลทำให้เชื้อแบคทีเรียบนผิวหนังมีสมดุลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และเพิ่มโอกาสของการสะสมของเชื้อ *Staphylococcus aureus* ซึ่งมักจะพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง

อาการคันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังนั้นเกิดขึ้นจากการกระตุ้นปลายประสาทชนิด sensory nerve fibers ขนาดเล็กที่ผิวหนังโดยสารก่ออาการคัน (pruritogens) ได้แก่ interleukin-4, -13 และ -31, thymic stromal lymphopoietin, histamine, proteases และ neuropeptides เป็นต้น สาร pruritogens เหล่านี้จะจับกับ receptors ของ sensory C-nerve fibers และ Aδ-nerve fibers ในผิวหนังชั้น epidermis และ dermis ทำให้เกิดการคันและอาการเจ็บ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคันหรือแสบร้อนในบริเวณที่เกิดโรคได้มากขึ้น

การรักษา

วิธีการที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังนั้นพิจารณาจากระดับความรุนแรงของโรคและปริมาณของรอยโรคบนร่างกาย ความรุนแรงของอาการคัน อายุ โรคร่วมและยาชนิดต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน รวมไปถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากโรคที่เกิดขึ้น วิธีการรักษาที่สามารถเลือกใช้ได้ ในผู้ป่วยมีสรุปดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรักษาที่ควรพิจารณาเลือกใช้สำหรับการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังในเด็กและผู้ใหญ่

วิธีการรักษา	วิธีการ หรือยาที่แนะนำ	ระยะโรคและกลุ่มอายุที่แนะนำ
การดูแลทั่วไป		
Decolonization	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดผิวหนัง อาบน้ำทำความสะอาดผิวหนังเป็นประจำสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกับบุคคลอื่น	ทุกกลุ่ม
การรักษาผิวหนังที่ติดเชื้อ	พิจารณาตามเชื้อที่เป็นสาเหตุ	ทุกกลุ่ม
การดูแลแผลที่ผิวหนัง	ปิดแผลและทำความสะอาดอยู่เสมอ	ทุกกลุ่ม
การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น	หลีกเลี่ยงการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ต่าง ๆ	ทุกกลุ่ม
การให้ความรู้	ความรู้เกี่ยวกับ behavioral therapy technique, relaxation techniques	ทุกกลุ่ม
การรักษาเฉพาะที่ (topical therapies)		
Emollients	Moisturizer ชนิด hydrophilic base Emollient ที่มีส่วนผสมของ urea Bath oils Shower gels Wet wrap therapy	ทุกกลุ่ม (ยกเว้นในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่แนะนำการใช้สารที่ผสม urea)
Antipruritic agents ผสม emollients	Menthol และ menthol derivatives Polidocanol Lidocaine	ทุกกลุ่ม
Immunosuppressants	Glucocorticoids Calcineurin inhibitors (pimecrolimus, tacrolimus) Phosphodiesterase-4 inhibitor (crisaborole)	ทุกกลุ่ม สำหรับกรณีของ glucocorticoids เลือกชนิดของยาตามอายุของผู้ป่วยและระดับความรุนแรงของโรค
การรักษาเฉพาะที่ที่ยังไม่ได้รับการรับรอง		
JAK inhibitors	Cerdulatinib, delgocitinib, olitinib และ tofacitinib	
Aryl hydrocarbon receptor inhibitor	Tapinarof	
Systemic therapies		
Ultraviolet therapy	Narrow band UVB (311-313 nm) UVA1 (340-400 nm)	สำหรับผู้ป่วยรุนแรงปานกลาง (ไม่นิยมใช้ในเด็กกลุ่ม pre-pubertal)
Immunosuppressants (oral or subcutaneous)	Azathioprine Glucocorticoids (short course) Cyclosporine Methotrexate	สำหรับผู้ป่วยอาการรุนแรงมาก
Biologic therapy (subcutaneous)	Interleukin-4/13 antagonist (dupilumab)	สำหรับผู้ป่วยอาการรุนแรงมาก (สำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป)
JAK inhibitors (oral)	Baricitinib (JAK1 and JAK2)	ผู้ใหญ่ที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงมาก
Systemic therapies ที่ยังไม่ได้รับการรับรอง		
JAK inhibitors (oral)	Abrocitinib, gusacitinib, tofacitinib, upadacitinib	
Interleukin-13 receptor inhibitor (subcutaneous)	Lebrikizumab, tralokinumab	
Interleukin-22 receptor antibody (intravenous)	Fezakinumab	
Interleukin-31 receptor A antibody (subcutaneous)	Nemolizumab	
Interleukin-33 receptor A antibody (intravenous)	Etokimab	
Phosphodiesterase-4 inhibitor (oral)	Roflumilast	

ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับคำแนะนำในการใช้สารเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง (emollients) โดยอาจใช้ร่วมกับยาบรรเทาอาการคันร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ และระมัดระวังการติดเชื้อหรือการกระตุ้นการอักเสบที่ผิวหนัง ในช่วงที่รอยโรคปรากฏแนะนำการใช้ยากดภูมิเฉพาะที่ (topical immunosuppressive therapies) เช่น crisaborole ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม phosphodiesterase-4 inhibitor เป็นอันดับแรก โดยยานี้ได้รับการรับรองให้ใช้แล้วในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่อาจยังไม่ได้มีใช้ในอีกหลายประเทศ ในรายที่มีอาการรุนแรงปานกลาง อาจเลือกใช้การรักษาด้วยวิธี ultraviolet phototherapy แต่มักจะไม่แนะนำในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งผิวหนังได้หากใช้ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน สำหรับในรายที่มีอาการรุนแรงอาจพิจารณาเลือกใช้ยากดภูมิ เช่น glucocorticoids, cyclosporine หรือ methotrexate เป็นต้น แต่ต้องระมัดระวังอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาเนื่องจากยาเหล่านี้เป็นยากดภูมิที่ไม่ได้จำเพาะต่อเฉพาะเซลล์ที่เป็นต้นเหตุของโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง

สำหรับในช่วงเวลาที่มีภาวะระบาดจากเชื้อ coronavirus 2019 (COVID-19) สมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านโรคผิวหนังต่าง ๆ รวมถึง The American Academy of Dermatology ให้คำแนะนำว่าในผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจพบว่ามี การติดเชื้อ SARS-CoV-2 สามารถใช้ยาในกลุ่ม systemic immunosuppressive therapy เพื่อการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังต่อไปได้ ส่วนผู้ป่วยที่พบว่ามีการติดเชื้อควรหยุดใช้ยาไปก่อน และสามารถกลับมาใช้ได้หลังจากที่หายจากการติดเชื้อแล้ว

ปัจจุบันมีการพัฒนายาใหม่ ๆ ที่มุ่งเป้าหมายไปที่การควบคุมเซลล์ชนิด Th2 มากขึ้นเรื่อย ๆ โดยในขณะนี้ยังอยู่ในการศึกษาในระยะที่ 2 หรือ 3 ตัวอย่างเช่น ยาในกลุ่ม monoclonal interleukin-4, -13, -22 และ -31 receptor antibodies, กลุ่ม phosphodiesterase-4 inhibitors และกลุ่ม JAK inhibitor (ทั้งชนิด topical และ systemic) โดยข้อมูลการศึกษาพบว่ายา dupilumab ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม interleukin-4 antibody และยา abrocitinib ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม JAK inhibitor นั้นสามารถช่วยลดอาการและรอยโรคในผู้ป่วยโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับยาหลอก และยา abrocitinib นั้นดีกว่ายา dupilumab ในแง่ของการลดอาการคันภายใน 2 สัปดาห์หลังการใช้ แต่ให้ผลลัพธ์ในด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน ผลข้างเคียงที่อาจพบได้ ได้แก่ การติดเชื้อที่ผิวหนัง และอาการของโรคหืดที่อาจแย่ลง ทำให้จำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการใช้ยาอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก นอกจากนี้การใช้ยาในกลุ่ม JAK inhibitors ยังอาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรค thromboembolism และมะเร็ง รวมถึงการติดเชื้อบางชนิด เช่น การติดเชื้อของทางเดินหายใจและ herpes zoster infection ได้ ส่วนผลข้างเคียงย่อยอื่น ๆ

ที่พบได้ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ ถ่ายเหลว และปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือดลดลง

สรุป

โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังเป็นโรคที่พบได้บ่อยได้สร้างภาวะกับผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มากโดยเฉพาะในเด็ก เนื่องจากทำให้เกิดอาการสำคัญคือ อาการคันและผื่นซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตประจำวัน การวินิจฉัยสามารถทำได้โดยใช้ลักษณะและการกระจายของผื่นรวมถึงลักษณะทางคลินิกอื่น ๆ ที่พบร่วมกัน วิธีการในการรักษานั้นพิจารณาโดยอาศัยระดับความรุนแรงของอาการซึ่งนิยมใช้เกณฑ์ประเมินคือ EASI หรือ SCORAD scale ร่วมกับข้อมูลอื่น เช่น อายุ และโรคร่วมอื่น ๆ ของผู้ป่วย โดยมากผู้ป่วยจะตอบสนองดีต่อการใช้สารที่เพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ฝ้าระงังไม่ให้เกิดการติดเชื้อบนผิวหนัง และการใช้ยากดภูมิซึ่งมีทั้งชนิดที่เป็นแบบเฉพาะที่และแบบฉีดหรือรับประทาน

References

- Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Ann Nutr Metab* 2015;66:Suppl 1:8-16.
- McKenzie C, Silverberg JI. The prevalence and persistence of atopic dermatitis in urban United States children. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2019;123(2):173.e1-178.e1.
- Ardem-Jones MR, Flohr C, Reynolds NJ, Holden CA. Atopic eczema (atopic dermatitis). In: Griffiths C, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, eds. *Rook's textbook of dermatology*. 9th ed. Oxford, England: Wiley-Blackwell, 2016;41:33-41.
- Silverberg JI. Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2019;123:144-51.
- Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:338-51.
- Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, et al. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2017;177:1316-21.
- Wang V, Boguniewicz J, Boguniewicz M, Ong PY. The infectious complications of atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2021;126:3-12.
- Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *Lancet* 2020;396:345-60.
- Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol* 2014;71:327-49.
- Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32:657-82.
- Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32:850-78.
- Wollenberg A, Flohr C, Simon D, et al. European Task Force on Atopic Dermatitis statement on severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection and atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34(6):e241-e242.
- American Academy of Dermatology Association. Guidance on the use of immunosuppressive agents. 2020 (<https://www.aad.org/member/practice/coronavirus/clinical-guidance/biologics>).

การให้ยากันเลือดแข็งขณะฟอกเลือด (Essentials of anticoagulation in HD)

ในขบวนการฟอกเลือดจะมีการกระตุ้นเกล็ดเลือดจากการไหลวนของเลือด เกล็ดเลือดจะจับกับ fibrinogen ที่ติดกับผนังของวงจรไตเทียมผ่านทางตัวรับ GP IIb/IIIa receptor ต่อมาจะมีการหลั่งสารจากตัวเกล็ดเลือด กระตุ้นวงจร coagulation cascades เม็ดเลือดขาวก็จะหลั่งสารจากภายในเซลล์ออกมา ซึ่งถือเป็นสาร tissue factor (TF) และสามารถกระตุ้นวงจร coagulation ได้อย่างมาก

การเกิด clot ในวงจรเริ่มจากการกระตุ้น intrinsic coagulation pathway แล้วต่อมาก็มีการกระตุ้น extrinsic pathway ตามมา extrinsic pathway จะถูกกระตุ้นจาก tissue factor (TF) จากผลของ endothelial damage และมีการกระตุ้น factor VII (factor VIIa) TF-factor VIIa complex (tense) จะกระตุ้น factor X, IX ส่วน intrinsic pathway จะกระตุ้นผ่าน high-molecular weight kininogen (HMWK) prekallikrein และ factor XII โดย factor XIIa จะกระตุ้น FXI, TX และ VIIa ตามลำดับ และกระตุ้น factor X ให้เป็น Xa ดังนั้น ทั้ง 2 กลไกจะมารวมกันที่ factor Xa ซึ่ง factor Xa และ factor Va จะรวมกันเป็น prothrombinase complex เปลี่ยน prothrombin (FII) เป็น thrombin (FIIa) ซึ่งจะเปลี่ยน fibrinogen เป็น fibrin และถูกทำให้คงทนโดย factor XIIIa ร่วมกับ anionic phospholipid และ calcium ions ตัวที่จะขจัดหรือรบกวนวงจรนี้ ได้แก่ antithrombin และ TF pathway inhibitor (แผนภูมิที่ 1)

ขบวนการฟอกเลือดจะต้องใช้สารที่ยับยั้งการแข็งตัวของเลือดเพื่อมิให้เลือดแข็งตัวในวงจร เช่น heparins และ danaparoid

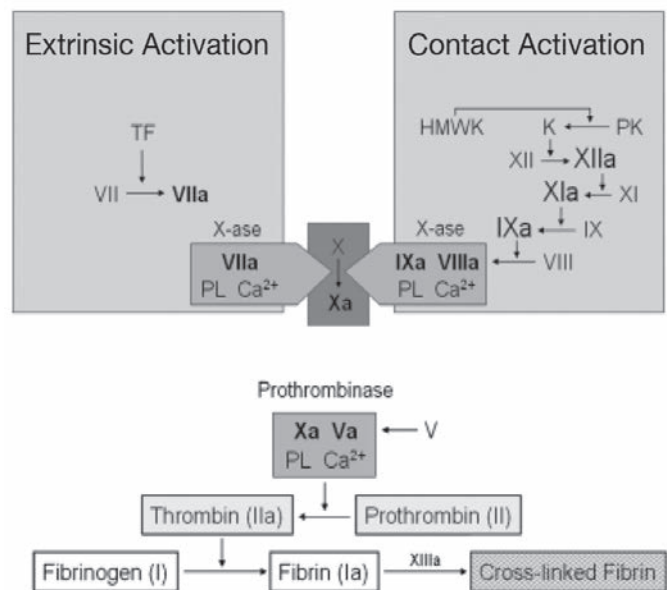
สารต้านการแข็งตัวของเลือด

Unfractionated heparin (UFH)

ส่วนผสมของ anionic glycosaminoglycans มีขนาดตั้งแต่ 5-40 กิโลดาลตัน จะออกฤทธิ์ยับยั้ง antithrombin III (heparin-binding factor I) ซึ่งจะไปยับยั้ง thrombin factor Xa และรองลงไปคือ factor IXa, XIa, XIIa ตามลำดับ UFH ในขนาดสูงจะจับกับ heparin-binding

factor II โดย UFH จะไม่จับกับ thrombin หรือ factor Xa ถ้าอยู่ในก้อน thrombin ซึ่ง UFH มีช่วงการออกฤทธิ์ที่แคบ (narrow therapeutic window) และมีผลข้างเคียงหลายประการ ได้แก่ ภาวะดื้อ ไขมันสูง คั้น เกล็ดเลือดต่ำจากภาวะ heparin induced thrombocytopenia (HIT)

โดยทั่วไปจะใช้ loading dose ขนาด 50 ยูนิต/กก. และให้ต่อในขนาด 500-1,500 ยูนิต/ชม. โดยฉีดเข้าทางเข็ม artery หรืออาจฉีดเป็นครั้ง ๆ ตัววัดผลคือ activated clotting time (ACT) หรือ aPTT โดยมุ่งให้ค่า ACT อยู่ที่ร้อยละ 80 จากค่าพื้นฐาน



แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิแสดงขบวนการแข็งตัวของเลือด

ตารางที่ 1 แสดงขนาดของ UFH ขณะฟอกเลือด

Unfractionated heparin (UFH)	ข้อบ่งชี้	ขนาด	เป้าหมาย
	ผู้ที่มีความเสี่ยงปกติ	Loading 50 ยูนิต/กก. Maintain 580-1,500 ยูนิต/ชม.	ACT 80% ของค่า baseline
	ผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง	Loading 10-25 ยูนิต/กก. Maintain 250-580 ยูนิต/ชม.	ACT 80% ของค่า baseline
	ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง	Rinse ตัวกรอง ด้วย UFH 5,000-20,000 ยูนิต ในน้ำเกลือ 0.5-2 ลิตร	ACT เท่าเดิม พยายามใช้ blood flow > 250 U/hr

Low Molecular Weight Heparin (LMWH)

เป็นส่วนประกอบของ anionic glucosamine glycans ที่มีขนาดโมเลกุลเล็กลงเหลือ 4-8 กิโลดาลตัน เทียบกับ UFH จะจับกับ antithrombin แต่ปริมาณน้อยกว่า UFH เพราะโมเลกุลที่สั้นกว่าการยับยั้ง factor Xa และ thrombin จะเป็นอัตราส่วน 2.5:1 – 3.0:1 เทียบกับ 1:1 ใน UFH ในคนที่มีการทำงานของไตปกติ ฤทธิ์ anti-Xa จะผันแปรตามน้ำหนักทำให้สามารถบริหารยาตามน้ำหนักของผู้ป่วยได้

โดยไม่ต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าจำเป็นต้องตรวจให้ตรวจ anti-factor Xa activity เพราะค่า PT และ aPTT จะไม่น่าเชื่อถือ โดยควรมีระดับมากกว่า 0.5 IU/mL ใน venous line แต่ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อเลือดออกง่ายระดับจะลดลงมากกว่านี้ ข้อดีของ LMWH คือ จะเกิด HIT น้อยกว่า UFH

ตารางที่ 2 แสดงขนาดของ LMWH

ข้อบ่งชี้	ขนาด	หมายเหตุ
Dalteparin	ผู้ป่วยที่มีโอกาสเลือดออกน้อย: ให้ขนาด 85 anti-Xa ยูนิต/กก. bolus หรือ 30-35 ยูนิต/กก. ขนาดยาที่ให้ต่อเนื่อง: 10-15 ยูนิต/กก./ชม. (เป้าหมายระดับ anti-Xa-level: \geq 0.5 ยูนิต/มล.) ผู้ป่วยที่มีโอกาสเลือดออกมาก: ให้ขนาดเริ่มต้น 5-10 ยูนิต/กก. ขนาดยาที่ให้ต่อเนื่อง: 4-5 ยูนิต/กก./ชม. (เป้าหมายระดับ anti-Xa-level: 0.2-0.3 สูงสุด 0.4 ยูนิต/มล.)	
Enoxaparin	100 anti-Xa ยูนิต/กก. ครั้งแรกและให้ซ้ำได้ 50-100 anti-Xa ยูนิต/กก.) ผู้ป่วยที่มีโอกาสเลือดออกมาก: 50 anti-Xa ยูนิต/กก. ถ้าใช้กับ double lumen catheter และใช้ 75 anti-Xa ยูนิต/กก. ถ้าใช้ single lumen catheter	
Nadroparin	ถ้าความเสี่ยงต่อการมีเลือดออกอยู่ในเกณฑ์ปกติและพอกเลือดนาน 4 ชั่วโมง: ถ้าน้ำหนักน้อยกว่า 50 กก. ใช้ขนาด 2,850 anti-Xa-IU ครั้งเดียว ถ้าน้ำหนัก 50-69 กก. ใช้ขนาด 3,800 anti-Xa-IU ครั้งเดียว ถ้าน้ำหนักมากกว่า 70 กก. ใช้ขนาด 5,700 anti-Xa-IU ครั้งเดียว	
Tinzaparin	4,500 IU ครั้งเดียวเข้าทาง arterial line เพิ่มครั้งละ 500 ยูนิต สำหรับครั้งต่อไป ถ้ามีเลือดออกมากให้ลดขนาดยาครั้งละ 500 ยูนิต	
Heparinoid substance		
Danaparoid	ใน HIT type II	
	Rinse ระบบด้วยขนาด 750 IU	
	Bolus ปรับขนาดตามน้ำหนัก	< 55 กก. > 55 กก.
	ก่อนการพอกเลือดครั้งที่ 1	2,500 IU 3,750 IU
	ก่อนการพอกเลือดครั้งที่ 2	2,000 IU 3,750 IU
	ก่อนการพอกเลือดครั้งที่ 3 และครั้งต่อ ๆ ไป: ติดตามระดับ anti-factor Xa-level ให้ได้ระดับใน venous line: 0.5-0.8 ยูนิต/มล.	
	ปรับขนาดตามระดับ anti-Xa < 0.3	2,000 IU 3,000 IU
	anti-Xa 0.3-0.35	2,000 IU 2,500 IU
	anti-Xa > 0.35	1,500 IU 2,000 IU



ร.พ.สรรพสิทธิประสงค์ รุกติดตั้งเครื่องคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรุ่นใหม่ แห่งแรกในไทย ตรวจฟรี ระบุผลใน 2 ชม. ตั้งเป้าคัดกรองผู้ป่วย 5 จังหวัดภาคอีสาน รวมกว่า 1 แสนคน

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ติดตั้งเครื่องตรวจคัดกรองเอชพีวี “อะลินิตี เอ็ม (Alinity m)” เพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิง แห่งแรกในประเทศไทย ตั้งเป้ารองรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมาย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร โดยเครื่องดังกล่าวมีประสิทธิภาพรองรับได้ถึง 1,080 ตัวอย่างต่อวัน และทราบผลใน 2 ชั่วโมง โดยปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งอันดับ 2 ที่ตรวจพบในผู้ป่วยหญิงในประเทศไทย ซึ่งในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8,000 คน ในจำนวนนี้มีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50 ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงถึง 350 ล้านบาทต่อปี

นพ.มนต์ชัย วิวัฒนาสิทธิพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กล่าวว่า ปัจจุบันโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้ขยายศักยภาพของหน่วยบริการเพื่อเตรียมความพร้อมที่จะรองรับการตรวจไวรัสเอชพีวี (HPV) ที่เป็นต้นเหตุของมะเร็งปากมดลูกด้วยการติดตั้งเครื่อง “อะลินิตี เอ็ม (Alinity m)” มีประสิทธิภาพสูงในการรองรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ถือเป็นความสำเร็จอีกขั้นในการยกระดับการให้บริการสุขภาพแก่เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร โดยเครื่องดังกล่าวสามารถตรวจไวรัสในกระแสดเลือดแบบอัตโนมัติ โดยวิธีเอชพีวี ดีเอ็นเอ (HPV DNA) หรือการตรวจดีเอ็นเอของเชื้อเอชพีวี ซึ่งวิธีนี้มีความไวในการตรวจหาสาเหตุของเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติ ทำให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มได้โดยสอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่มีนโยบายเปลี่ยนวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธี HPV DNA แทน ซึ่งมีประสิทธิภาพในการคัดกรองสูง อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลตั้งเป้าหมายในการคัดกรองประชากรเพศหญิงในพื้นที่ภาคอีสานครอบคลุม 5 จังหวัดดังกล่าว โดยมีกลุ่มเป้าหมายรวม 174,768 คนต่อปี



ด้าน นพ.เจนฤทธิ์ วิตตะ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ กล่าวเพิ่มเติมว่า สำหรับการติดตั้งเครื่อง “อะลินิตี้ เอ็ม (Alinity m)” ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์นั้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยสามารถรองรับตัวอย่างได้มากถึง 1,080 ตัวอย่างใน 24 ชั่วโมงแบบต่อเนื่อง และทราบผล ใน 2 ชั่วโมง ซึ่งเร็วกว่าเดิม 3-4 เท่าจากวิธีการตรวจแบบเดิม คือการตรวจผ่านการทำแล็บ โมเลกุลาร์ หรือพีซีอาร์ (PCR) ด้วยการตรวจวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) ที่ใช้เวลานานถึง 6-7 ชั่วโมง โดย แพทย์จะใช้เครื่องมือสอดผ่านทางช่องคลอด จากนั้นจะทำการป้ายเซลล์จากมดลูกส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติหรือเซลล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจทำให้เกิดมะเร็งได้

อย่างไรก็ตาม สปสข. ได้บรรจุการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสิทธิประโยชน์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) โดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการทุกระดับ ผ่านการดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ สำหรับหญิงไทยอายุระหว่าง 30-60 ปี ซึ่งประชาชนในพื้นที่ 5 จังหวัดดังกล่าวสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจ HPV DNA โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในวันและเวลาราชการ หากในกรณีตรวจนอกเวลาราชการรับบริการ ณ Sunpasit Drive Thru ถ.สุริยาตรี ชำระค่าบริการเพียง 100 บาท

“การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นมาตรการที่สำคัญในการลดจำนวนมะเร็งปากมดลูกผู้ป่วยหญิงไทย โดยมีเป้าหมายในการค้นหาผู้ป่วยในระยะแรกเริ่ม นำไปสู่การรักษาได้ทัน และผลสำเร็จสูงถึงร้อยละ 80 โดยจากสถิติพบว่ามะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในผู้หญิงไทย ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้หญิงไทยป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 8,000 คน โดยในจำนวนนี้มีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50 รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสูงถึง 350 ล้านบาทต่อปี” นพ.เจนฤทธิ์ กล่าวทิ้งท้าย

ทั้งนี้โรงพยาบาลได้เปิดให้บริการคัดกรองโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในวันและเวลาราชการ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 045-319-200 นอกเวลาราชการ โทรศัพท์ 094-283-0707 หรือ 045-319-200 ต่อ 1706 หรือเฟซบุ๊ก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลฯ



การเสียชีวิตจากของมีคม



การถูกแทงจนเสียชีวิต ถึงแม้ฆาตกรจะนำอาวุธมีดที่ก่อเหตุออกจากที่เกิดเหตุไปแล้ว แต่ร่องรอยต่าง ๆ ก็ยังคงปรากฏอยู่บนตัวศพ ขนาดแผลถูกแทงที่ปรากฏบนตัวศพซึ่งมีความกว้าง ความยาว ความลึก และยังมีคุณลักษณะอื่น ๆ ทั้งร่องรอยต่าง ๆ ที่ขอบแผล ชั้นเนื้อเยื่อใต้ต่อปากแผล เป็นต้น เหล่านี้เป็นสิ่งตรวจพบหรือเป็นร่องรอยที่แพทย์นิติเวชจะทำการตรวจบันทึกอย่างละเอียดเพื่อเป็นข้อมูลในการค้นหาและเปรียบเทียบว่าอาวุธมีดที่ก่อเหตุคืออันใด



มีด กรรไกร คัตเตอร์ ถ้วยขามหรือขวดแก้วที่แตก อาวุธหรือสิ่งเทียมอาวุธเหล่านี้ล้วนเป็นของมีคมที่อยู่ใกล้ตัว สามารถหยิบฉวยได้ง่าย จึงถูกนำมาใช้ในการก่อเหตุสุดตต่าง ๆ มากมาย ทั้งการฆาตกรรม การฆ่าตัวตาย หรืออาจทำให้เกิดอุบัติเหตุเกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตอยู่บ่อยครั้ง

การใช้ของมีคมดังกล่าวในการทำให้เกิดการบาดเจ็บ โดยส่วนใหญ่แล้วจะเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ คือ การกรีดหรือเฉือนหรือฟัน และอีกลักษณะคือ การแทง



บาดแผลจากการกรีดด้วยของมีคม

ลองจินตนาการถึงมีดสักหนึ่งเล่ม มีดย่อมต้องประกอบไปด้วยด้ามจับ ตั้งแต่ส่วนโคนจนถึงส่วนปลาย ซึ่งเป็นฐานของใบมีด ใบมีดตั้งแต่ส่วนโคนที่ติดอยู่กับด้ามมีดจนถึงส่วนปลาย ใบมีดนั้นมีหลายลักษณะคือ ใบมีดที่มีคมอยู่ด้านหนึ่ง ส่วนอีกด้านหนึ่งไม่มีคม เป็นสันมีดแบบที่คุ้นเคยที่ใช้ในห้องครัว หรือใบมีดที่มีคมทั้งสองด้าน หากนึกภาพไม่ออกอาจลองจินตนาการถึงกรีซในละครย่อนยุคต่าง ๆ หรืออาจมีใบมีดบางลักษณะที่ด้านคมมีลักษณะเป็นฟันปลาหรือฟันเลื่อย



เมื่อทราบชนิดและคุณลักษณะต่าง ๆ ของมีดแล้ว ลองจินตนาการต่อไปอีกหนึ่งขั้นคือ เมื่อจะใช้มีดนั้นทางตนเองหรือผู้อื่น ตั้งแต่ท่าทางการจับมีด ท่าทางในการแทง ทิศทาง แรงที่ใช้ เมื่อแทงแล้วจะปักคาไว้ หรือบิด หรือผู้อื่นที่ถูกแทงจะมีการดิ้นหลบหรือไม่อย่างไร

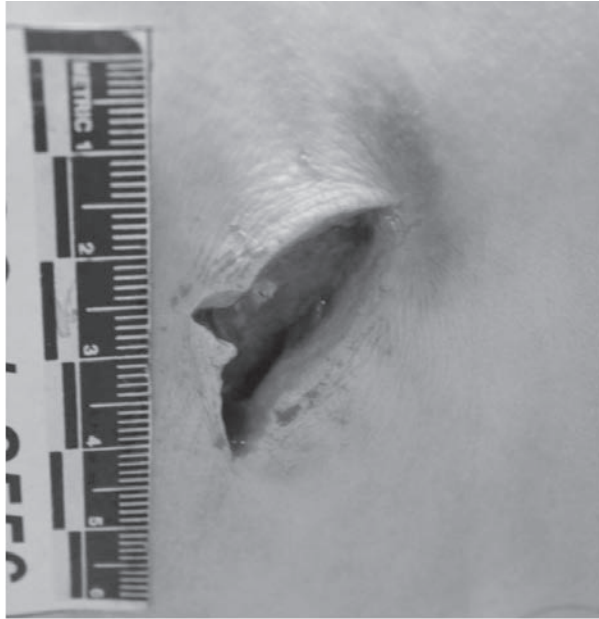
เมื่อเข้าใจตั้งแต่ชนิดและคุณลักษณะต่าง ๆ ของมีดไปจนถึงกิริยาในการแทงตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดแล้ว ก็จะทำให้เข้าใจถึงสภาพและร่องรอยที่มีดนั้นทิ้งไว้บนบาดแผลได้ ดังนี้

ความยาวของบาดแผลเป็นระยะที่บ่งบอกถึงความกว้างของมีด ซึ่งความยาวของบาดแผลนั้นอาจยาวกว่า เท่ากับ หรือสั้นกว่า ความกว้างของมีดก็ได้ ในกรณีนี้ที่แทงเข้าแล้วชักออกเป็นเส้นตรง ไม่มีการดิ้นหลบและไม่มีการบิดองศาของมีด ความยาวของแผลอาจเท่ากับ ความกว้างของมีด หรืออาจสั้นกว่าความกว้างของมีดเล็กน้อย เนื่องจากการหดกลับหรือหดรั้งของผิวหนัง ในกรณีกลับกัน หากมีการดิ้นหรือมีการขยับองศาขึ้นลงเมื่อแทงเข้าไปแล้ว ย่อมทำให้ความยาวของแผลยาวกว่าความกว้างของมีด

ความกว้างของบาดแผลเป็นระยะที่บ่งบอกถึงความหนาของมีด ความเป็นไปได้เป็นเช่นเดียวกับความยาวของบาดแผลคือ ความกว้างของบาดแผลอาจกว้างกว่า เท่ากับ หรือแคบกว่าความหนาของมีดก็ได้ ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับความยาวของบาดแผลที่กล่าวไปข้างต้น

ความลึกของบาดแผลเป็นระยะที่บ่งบอกถึงความยาวของมีด หากแทงมีดเท่ากับใบมีด ความลึกของบาดแผลจะเท่ากับ ความยาวของมีด แต่หากแทงจนมีดแล้วออกแรงแทงต่อจนผิวหนังบริเวณที่ถูกแทงถูกกดยุบลงไปได้ ความลึกของแผลก็จะยาวกว่า ความยาวของมีด

รูปร่างของบาดแผล โดยส่วนใหญ่บาดแผลถูกแทงที่แทงเป็นแนวเดียว ไม่มีการบิดองศาเมื่อแทงเข้าไปในร่างกายและผู้ถูกแทงไม่ได้ดิ้นหรือขยับในขณะที่ถูกแทง บาดแผลมักจะมีลักษณะเป็นรูปรีคล้ายกระสวยหรือเมล็ดข้าว แต่หากมีการบิดมีดหรือมีการดิ้นขยับ บาดแผลอาจมีลักษณะเป็นรูปคล้ายปลา โดยส่วนหางคือ ตำแหน่งที่มีการบิดหมุนของมีด



บาดแผลถูกแทงลักษณะเป็นรูปคล้ายปลาจากการบิดมิดหรือการดันของผู้ถูกแทง

ขอบแผลอาจมีรอยประทับส่วนปลายด้ามจับหรือส่วนด้ามจับที่เป็นฐานของใบมีด หากมีการแทงจนมีดใบมีด มุมของบาดแผลเป็นอีกคุณลักษณะที่สำคัญ หากมุมของแผลเป็นมุมคมทั้งสองด้าน มีดที่ใช้อาจเป็นมีดหนึ่งคมหรือสองคมก็ได้ แต่หากมุมแผลมีมุมคมเพียงด้านเดียว ส่วนอีกด้านเป็นลักษณะโค้งมน แผลนั้นเกิดจากมีดคมเดียว



บาดแผลถูกแทงบริเวณหน้าอกจากมีดคมเดียว โดยคมมีดหงายขึ้นด้านบน มุมบนของแผลแหลมคม มุมล่างของแผลมนกลม

ทิศทางการแทงอาจสังเกตได้จากชั้นเนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ปากแผล โดยตำแหน่งที่เป็นทิศทางแรกเข้าจะสังเกตเห็นเนื้อเยื่อชั้นตื้นวางตัวลดหลั่นลงไปจนกระทั่งไม่พบเนื้อเยื่อชั้นตื้นในทิศทางตรงกันข้าม

คุณลักษณะทั้งหมดที่กล่าวไปเป็นร่องรอยสำหรับค้นหาและเปรียบเทียบว่าอาวุธมีดที่สงสัยจะเป็นอาวุธที่ก่อเหตุหรือไม่ นอกจากนั้นยังสามารถใช้คุณลักษณะของบาดแผลดังกล่าวบอกระนาบของเหตุการณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นข้อสำคัญในการชี้เจตนาแห่งการกระทำผิดได้

สำหรับการบาดเจ็บและบาดแผลที่เกิดจากของมีคมยังไม่จบเพียงเท่านี้ ยังมีกรณีของการกรีดหรือเฉือนหรือฟัน ซึ่งจะได้อธิบายต่อไปพร้อมยกกรณีตัวอย่างในตอนหน้าครับ



การหลับนอน

ผมสนใจสอนเรื่องการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคมาเกือบ 50 ปี แต่ไม่ได้เน้นเรื่องการนอนซึ่งมีความสำคัญมาก ปัจจุบันนี้จึงใส่การนอนไว้เป็นหัวข้อหนึ่งต่างหาก และขอมาพูดคุยให้พวกเราฟังในวันนี้

การหลับนอนทางด้านวิทยาศาสตร์สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วงหลัก ๆ ช่วงแรกคือ ช่วง “เงียบ” หรือ Quiet หรือ Non Rapid Eye Movement (Non REM) ช่วงนี้แบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง ช่วงที่ 1 คือ N1 ตามด้วย N2 และ N3 ตามลำดับ N1 อาจใช้เวลาเพียง 5 นาที N2 หรือช่วง light sleep (หลับไม่ลึก) มีระยะเวลาประมาณ 10-25 นาที และช่วง N3 หรือช่วงที่เป็น การหลับลึก ช่วง deep sleep นี้ร่างกายจะซ่อมแซมตนเอง และต่อม pituitary gland จะหลั่ง growth hormone ออกมาทำให้เด็กโตขึ้น ถ้าคนนอนอาจไม่ค่อยโต ฯลฯ โดยมากเราจะใช้เวลาประมาณ 20% ของการนอนอยู่ในช่วง deep sleep และปริมาณนี้จะลดลงในผู้ที่มีอายุสูงขึ้น

ช่วงที่ 2 ของการหลับนอนคือ ช่วง Rapid Eye Movement (REM) หรือช่วง Dreaming เราจะหลับในช่วงนี้ 3-5 ครั้งต่อคืน หรือทุก 90 นาทีจะเข้าอยู่ในช่วงนี้

ถ้าให้ถอดนอน ช่วงที่เราจะรู้สึกง่วงที่สุดคือ ช่วงตี 2-4 และช่วง 14.00-15.00 น. เมื่อมีอายุ 20 ปีขึ้นไป มักจะใช้เวลานานขึ้นก่อนที่จะนอนหลับ และการนอนจะน้อยลง โดยช่วง N1 และ N2 จะเพิ่มขึ้น แต่ช่วง N3 และ REM จะลดลง และมักจะตื่นบ่อยกว่าในช่วงที่หนุ่มสาวกว่านี้

เด็กแรกเกิดจะนอนประมาณ 17 ชั่วโมงต่อวัน นอน 8 ครั้ง/วัน ครั้งหนึ่งใช้เวลาจะอยู่ใน REM วิทยุจะนอน 8-10 ชั่วโมง สำหรับผู้ใหญ่การนอนในช่วง deep sleep จะลดลง ในผู้สูงอายุช่วง REM จะเป็นประมาณ 20% ของการนอนทั้งหมด และ deep sleep จะมีประมาณน้อยกว่า 10%

ทั้งหมดเป็นแง่ของวิทยาศาสตร์ ต่อไปนี้คือความรู้ทางด้านปฏิบัติ

เรามักต้องนอนประมาณ 7 ชั่วโมง ถ้าต้องนอนในช่วงกลางวันควรนอนครั้งเดียวตอนบ่าย ไม่ใช่จับหลาย ๆ ครั้ง

ผลของการนอนไม่พอจะทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้ระดับ cholesterol, triglyceride ในเลือดสูงขึ้น ร่างกายจะผลิต stress hormone มากขึ้น ทำให้มีการอักเสบของร่างกาย รวมทั้งถ้ามีการหยุดหายใจในช่วงการนอน (obstructive sleep apnea; OSA)

จะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ความดันโลหิตมากยิ่งขึ้น ฯลฯ ทำให้มีภาวะซึมเศร้า สมองเสื่อม (ระยะยาว) มีการติดเชื้อโรคได้ง่าย ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงการรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อย สมรรถภาพการตอบสนองของร่างกายจะเหมือนกับการรับประทานยา หรือ ต้มแอลกอฮอล์ อาจทำให้มีการหลับในระหว่างขับรถ ยืนพูดโทรศัพท์ ฯลฯ หรือที่แพทย์เรียกกันว่า “micro sleeps”

การนอนมีความสำคัญกว่าอาหาร การออกกำลังกาย ฯลฯ

ถ้าจะนอนให้ดีต้องใช้เวลาและมีวินัย อย่าทำให้มี sleep debt หรือมีหนี้การนอน ควรมีการวางแผนการนอนให้ดี ระยะเวลาต้องนอนให้พอ ระยะสั้นการนอนไม่พอไม่เป็นผลต่อร่างกายในระยะยาว

ห้องนอนต้องมีความเหมาะสมที่จะนอน เตียงนอนมีไว้ให้นอนหรือมี เพศสัมพันธ์เท่านั้น ถ้ายังไม่นอนไม่ควรขึ้นเตียง ต้องไม่มีเสียงดัง ห้องต้องเก็บเสียงได้ดี ม่านต้องหนัก มืด ไฟไม่ควรสว่างเกินไป โดยเฉพาะตอนก่อนนอนไม่ควรดูทีวี คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ หลัง 21.00 น. ห้องต้องมีความเย็นที่เหมาะสม มีอากาศถ่ายเท ไม่ควรมีความอึดอัดหรือเครียดก่อนนอน ถ้าจะช่วยให้หลับสบายอาจฟังดนตรีเบา ๆ อ่านหนังสือ อาบน้ำอุ่นก่อนนอน มีการยืดเส้นยืดสาย อาจมีการผ่อนคลายตัวเอง ด้วยการนั่งสมาธิ ฟังการหายใจ ฯลฯ

การหลับนอนที่ดีควรมีกาหนดการ (schedule) และทำตามนั้นทุกวัน ควรนอนและตื่นเวลาเดียวกันทุก ๆ วัน รวมทั้งวันหยุด เพราะถ้าวันอดึกคืนวันหยุด แต่รุ่งเช้าต้องไปทำงานอาจตื่นไม่ทัน หรือตื่นเช้าได้แต่จะไม่สดชื่นทั้งวัน ถ้านอนไม่หลับภายใน 20-30 นาทีควรลุกขึ้นมาอ่านหนังสือ หรือทำอะไรก็ได้ที่ผ่อนคลาย คืนไหนที่นอนน้อย วันรุ่งขึ้นถ้าต้องนอนควรหาเวลางีบประมาณ 30-40 นาที หรือ 15-20 นาทีก็พอ และควรเป็นช่วงพักหลังอาหาร ถ้าป่วยกว่านั้นจะนอนนาน และเข้าสู่การนอน deep sleep

ไม่ควรดื่มกาแฟ ชา หรือสารอะไรที่มี caffeine รวมทั้งแอลกอฮอล์ (ซึ่งอาจทำให้หลับเร็ว แต่ตื่นเร็วด้วย) และอาจทำให้ต้องไปห้องน้ำกลางดึก รวมทั้งแอลกอฮอล์ จะช่วยทำให้กรนและอาจทำให้มี OSA ถ้าดื่มแอลกอฮอล์ช่วงบ่ายหรือกลางคืน (ช่วงที่ง่วงอยู่แล้ว) จะยิ่งทำให้ง่วงมากยิ่งขึ้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมทั้งชนิด ปริมาณ และเวลาจะทำให้หลับได้เร็วขึ้น มีเวลาในช่วงหลับลึกมากยิ่งขึ้น และมีโอกาสตื่นน้อยกว่า ซึ่งจะช่วยมากในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายกลางแจ้งในตอนเช้า จะช่วยได้เพราะแสงแดดจะช่วยตั้ง (set) natural circadian rhythm (นาฬิกาชีวิต) ไม่ควรออกกำลังกายที่หนักเกินไป 2 ชั่วโมงก่อนนอน เพราะอาจทำให้หลับได้ยาก ไม่ควรรับประทานอาหาร 2-3 ชั่วโมงก่อนนอน รวมทั้งกาแฟ ชา ช็อกโกแลต แอลกอฮอล์ ฯลฯ เพราะอาจทำให้มีการหลับที่ย่ำแย่

มากกว่าครึ่งของการนอนไม่หลับมาจากโรคทางจิตใจ ความอึดอัด เครียด ซึ่งอาจเป็นช่วงเวลาใกล้สอบ หรือต้องเสนองานในที่ประชุม ฯลฯ

ผู้ที่กรนดัง โดยเฉพาะที่หยุดหายใจควรไปปรึกษาแพทย์ทางด้านโรคปอด ซึ่งมีคนจำนวนมากที่เป็นโรค OSA แต่ไม่ทราบ

ทั้งหมดนี้ก็เป็นความรู้เล็ก ๆ น้อย ๆ เกี่ยวกับการนอนหลับครับ นี่เป็นเหตุผลหนึ่งที่ผมยอมไม่ดูแมนยูฯ เล่น ถ้าเล่นตอนตี 3 ของเช้าวันอาทิตย์ (หรือวันศุกร์) เพราะหลังดูจบผมจะยังตื่นแต่ต้นจนนอนไม่หลับ หรือจะใช้เวลานานกว่าจะหลับ แล้วก็ยังตื่นเช้าโดยธรรมชาติอยู่ดี แต่วันรุ่งขึ้น เช่น วันอาทิตย์หรือวันจันทร์ ผมจะไม่ใช่คน สมองไม่ลังงาน ร่างกายไม่ฟิต อย่างที่ผมบอกลูกศิษย์เสมอว่า “เหมือนผีดิบเดินได้” ผมจึงพยายามนอนเวลาเดิม ตื่นเวลาเดิมทุกวัน ไม่ว่าจะมียารักษาอะไรดี ๆ หรือไม่ และวันรุ่งขึ้นเป็นวันหยุดหรือไม่

ขอให้ทุก ๆ ท่านนอนหลับฝันดีทุกคืนนะครับ

เจาะลึกโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง SMA โรคหายากในเด็กที่ยังรอความหวัง



กระทรวงสาธารณสุขให้คำจำกัดความของ “โรคหายาก” ว่าเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยภายในประเทศไทยน้อยกว่า 10,000 ราย จึงมักถูกละเลยเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ค่อยเป็นที่รู้จักหรือไม่มีผลกระทบต่อคนส่วนมาก แต่แท้จริงแล้วมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหายากที่มีอยู่รวมกันกว่า 7,000 โรคทั่วโลก อาจมีสูงถึง 300 ล้านคน¹ ดังนั้น การสร้างความตระหนักและผลักดันการรักษาที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโรคหายากจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมาก เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันยังช่วยลดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม อย่างไรก็ตาม การรักษาโรคหายากยังคงเป็นสิ่งที่สังคมอาจมองข้าม เนื่องจากขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและต้องอาศัยเทคโนโลยีงบประมาณในการวิจัยและพัฒนา และความเชี่ยวชาญขั้นสูงด้านการคัดกรอง วินิจฉัย และรักษา

ทั้งนี้เนื่องในโอกาสวันโรคหายากสากล ซึ่งตรงกับวันที่ 28 กุมภาพันธ์ของทุกปี โรช ไทยแลนด์ ได้ร่วมมือกับมูลนิธิโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงแห่งประเทศไทย (FENID) เพื่อสร้างองค์ความรู้และรณรงค์สร้างความตระหนักให้กับภัยของโรคหายาก โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งเป็นโรคหายากที่พบในทารกแรกเกิด

โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Spinal Muscular Atrophy; SMA) เป็นโรคหายากที่เกิดจากความผิดปกติของกรรมพันธุ์ในยีนด้อย หากบิดาหรือมารดาเป็นพาหะทั้งคู่ย่อมมีโอกาสสูงถึง 1 ใน 4 ที่บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคนี้ ความผิดปกติทางพันธุกรรมดังกล่าวส่งผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้เซลล์ประสาทสั่งการสูญเสียการส่งสัญญาณจากไขสันหลังไปยังกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์โดยประมาณของโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงพบได้ในเด็กแรกเกิดทั่วโลกจำนวน 1 คนในประชากร 10,000 คนในแต่ละปี และอัตราของคนที่เป็นพาหะอยู่ที่ 1/40-1/60 คน² โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงมีโอกาสพบได้บ่อยเป็นอันดับ 2 รองจากโรคธาลัสซีเมีย อีกทั้งยังเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในทารกและเด็กเล็กหากไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที³



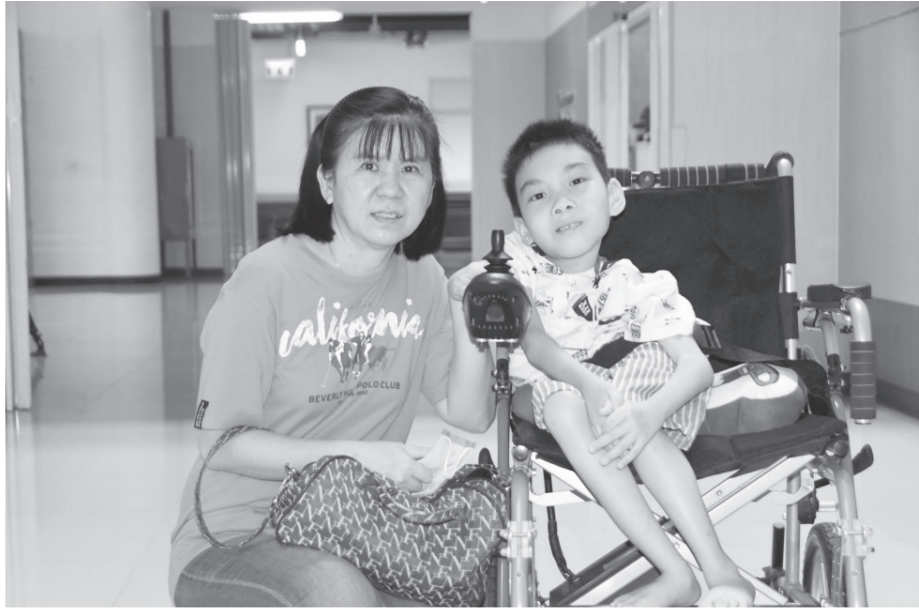
รศ.พญ.อรณี แสนมณีชัย กรรมการมูลนิธิโรคมะเร็งกล้ามเนื้ออ่อนแรง อาจารย์ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวว่า “ในปัจจุบันยังไม่มีการลงทุนเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง SMA ในประเทศไทย ดังนั้น เราจึงไม่สามารถชี้แจงจำนวนผู้ป่วยที่แน่ชัดได้ อย่างไรก็ตาม ได้มีการค้นพบว่าอัตราพาหะของโรคในประเทศไทยอยู่ที่ 1:50 หากคำนวณย้อนกลับจะพบได้ว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง SMA อยู่ประมาณ 10,000-20,000 ราย โดยการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงขึ้นอยู่กับความหนักเบาของอาการและอายุที่เริ่มแสดงอาการ ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ และอาศัยการประคับประคองอาการด้วยการทำกายภาพบำบัดและเวชศาสตร์ฟื้นฟูควบคู่ไปกับทางเลือกการรักษาด้วยยีนบำบัดที่จำเป็นต้องใช้ทีมแพทย์และทีมบำบัดที่เชี่ยวชาญและจำเพาะเจาะจง ดังนั้น การร่วมมือกันระหว่างหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้ป่วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ รัฐบาล และองค์กรเอกชน จึงเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงและขยายตัวทางเลือกการรักษาของผู้ป่วย”

ปัจจุบันมีการคิดค้นนวัตกรรมการรักษาโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงในผู้ใหญ่และเด็กอายุ 2 เดือนขึ้นไป ซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางการแพทย์แล้วว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์ประสาทสั่งการได้อย่างมีนัยสำคัญจากการทดลองทางคลินิกกว่า 2 ครั้งในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีอายุและระดับความรุนแรงของโรคต่างกัน⁴



“นวัตกรรมยารักษาโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงถือเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญทางการแพทย์ โดยเฉพาะในแวดวงของโรคหายากอย่างโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง SMA โดยยาตัวนี้สามารถช่วยเพิ่มโอกาสการอยู่รอดของทารกได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจยาว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนั่งได้โดยไม่ต้องประคองและทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่เคยทำได้ เช่น การแปรงฟันและการหิวผมด้วยตนเอง ซึ่งถือเป็นพัฒนาการครั้งใหญ่ของการรักษาโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง SMA” **พญ.ศันสนี เลิศฤทธิ์เรืองสิน ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ บริษัท โรช ไทยแลนด์ จำกัด** กล่าว “เรามีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนานวัตกรรมการรักษาและวินิจฉัยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคหายาก ด้วยวัตถุประสงค์หลักที่จะคิดค้นการรักษาเพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีให้แก่ผู้ป่วยโรคหายากที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และช่วยให้พวกเขาสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและใกล้เคียงกับปกติให้มากที่สุด”

การจัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญ เพราะบางครั้งผู้ป่วยประสบปัญหาเรื่องการปรับตัวและการเข้าสังคม ดังนั้น การรวมกลุ่มกันของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทั้งยังแบ่งปันความรู้และการดูแลตัวเองอย่างถูกวิธี จึงมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมาก มูลนิธิ F(E)N(D) ซึ่งก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2558 นับได้ว่าเป็นมูลนิธิแห่งความหวังและกำลังใจเพื่อเด็กไทยที่เป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีจุดประสงค์หลักในการมอบโอกาสให้เด็กโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้รับความช่วยเหลือจากทีมแพทย์ที่เชี่ยวชาญ พร้อมได้รับการดูแลสภาพร่างกายและฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการศึกษาและกิจกรรมทางสังคม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต เสริมสร้างกำลังใจ และเพิ่มศักยภาพในการใช้ชีวิตให้แก่ผู้ป่วย



ด.ช.ณัฐธีร์ เอี่ยมฤทธิไกร หรือน้องพีค อายุ 8 ปี พร้อมคุณแม่ น.ส.รัชดา ศรีพัฒนางศ์ ได้กล่าวในฐานะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง SMA และผู้ดูแลว่า “น้องพีคได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงเมื่ออายุได้ 9 เดือน โดยส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมากเนื่องจากน้องไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มาก จึงทำให้คุณแม่ต้องคอยอยู่เคียงข้างเพื่อดูแลน้องตลอดเวลา รวมถึงตอนที่อยู่ที่โรงเรียน ดังนั้น ความหวังสูงสุดของคุณแม่คงหนีไม่พ้นการที่จะให้อาการของน้องดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นและใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้”

ส่วนน้องพีคได้ร่วมแชร์ความฝันสูงสุดและให้กำลังใจเพื่อนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงว่า “ความใฝ่ฝันสูงสุดของผมคือ การมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรง เพื่อที่ผมจะสามารถเดินได้เหมือนเด็กคนอื่น แม้จะเป็นแค่เพียงวันเดียวก็ตาม ผมอยากส่งกำลังใจให้เด็กคนอื่น ๆ ที่เป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงให้สู้ต่อไป อย่าท้อ เพราะเราจะผ่านมันไปด้วยกัน”

โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (SMA) และโรคหายากอื่น ๆ เป็นโรคที่ไม่ควรมองข้าม ทั้งยังต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และการได้รับกำลังใจจากผู้คนรอบข้าง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ และเป็นปกติสุขมากที่สุดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ติดตามข่าวสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ที่เฟซบุ๊กมูลนิธิโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงแห่งประเทศไทย <https://www.facebook.com/fendfoundation/about/> หรือเว็บไซต์ <https://www.roche.com/partnering/spinal-muscular-atrophy-sma-together.htm>.

เอกสารอ้างอิง

1. Stéphanie Nguengang Wakap, et al. (2019) “Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database” European Journal of Human Genetics.
2. “Spinal Muscular Atrophy.” Bio Medical Central, Orphanet Journal of Rare Diseases, 2 Nov. 2011, ojrd.biomedcentral.com/articles/10.1186/1750-1172-6-71.
3. “โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงในเด็ก SMA.” Health Choice by Samitivej, 30 Apr. 2019, www.healthchoicebysamitivej.com/
4. “FDA Approves Roche’s Evrysdi (Risdiplam) for Treatment of Spinal Muscular Atrophy (SMA) in Adults and Children 2 Months and Older.” Roche, 10 Aug. 2020, www.roche.com/media/releases/med-cor-2020-08-10b.htm.

GPO มอบตู้อบฆ่าเชื้อหน้ากาก N95 ด้วยรังสี UVC แก่บุคลากรทางการแพทย์

นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบฆ่าเชื้อหน้ากาก N95 ด้วยรังสี UVC จำนวน 50 ตู้ มูลค่า 3 ล้านบาท จาก นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม พร้อมด้วย นพ.วิฑูรย์ ต่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม เพื่อส่งต่อให้แก่โรงพยาบาล สำหรับใช้อบฆ่าเชื้อหน้ากาก N95 ที่ใช้แล้ว นำกลับมาใช้ซ้ำได้ ปลอดภัยกับบุคลากรทางการแพทย์



เปิดให้คนไทยทุกคนปลูกกล้วยได้ ใช้ประโยชน์ได้ทุกวัตถุประสงค์ พร้อมเป็นพืชเศรษฐกิจใหม่

กฎกระทรวงกัญชง 63...ทำอะไรได้บ้าง

- ปลูก ▶ คนไทยทุกคนปลูกได้**
ขออนุญาตที่ อ.ย. หรือ สสจ. ที่แปลงปลูกตั้งอยู่
- ใช้ประโยชน์ ▶ ทำได้ทุกอย่าง**
แปรรูป/ขาย/รักษาโรค/ศึกษาวิจัย/เป็นเมล็ดพันธุ์รับรอง/ใช้เส้นใยตามวิถีชีวิต/ประโยชน์ทางราชการ
- ผลิตภัณฑ์ ▶ อาหาร ยา เครื่องสำอาง สบู่ไฟ สีสันผ้า เสื้อกระดาษ กระดาษ อนุบนกับความร้อน ฯลฯ**
ผลิตภัณฑ์สุขภาพต้องขอเลข อย. ก่อนขาย

อ.ย. เผย กฎกระทรวงฯ กัญชงฉบับใหม่ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว จะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2564 เป็นต้นไป เปิดให้คนไทยทุกคนปลูกได้ ใช้ประโยชน์ได้ทุกวัตถุประสงค์ สร้างมูลค่าเพิ่มในผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ทั้งยา อาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร พร้อมเป็นพืชเศรษฐกิจตัวใหม่ของประเทศ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติแจ้งเตือนชาวปลอม “วิธีรักษามะเร็งด้วยตนเอง”

นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่า ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งโดยการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี ถือเป็นวิธีมาตรฐานที่ทั่วโลกยอมรับ ส่วนการหายใจเข้าลึก ๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนปริมาณมาก การทำจิตใจไม่ให้เครียด และการงดบริโภคอาหารที่เป็นกรด หรือการบริโภคอาหารที่เป็นด่างนั้น ยังไม่มีหลักฐานหรืองานวิจัยที่ยืนยันว่ามีส่วนในการรักษาโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตาม การหายใจเข้าออกให้ยาวขึ้นจะช่วยให้อวัยวะรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้ลดภาวะตึงเครียดลงได้ ส่วนความเป็นกรด-ด่างในอาหารนั้น ร่างกายคนเราจะมีการปรับให้อยู่ในสภาวะที่สมดุลผ่านระบบต่าง ๆ เช่น กระเพาะอาหารที่มีสภาวะเป็นกรดและลำไส้เล็กที่มีเอนไซม์จากตับอ่อนมีสภาวะเป็นด่าง และเมื่ออาหารถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ค่าความเป็นกรด-ด่างก็จะถูกปรับให้เป็นปกติของร่างกาย ดังนั้น ความเป็นกรด-ด่างของอาหารจึงไม่เกี่ยวข้องกับการรักษามะเร็ง

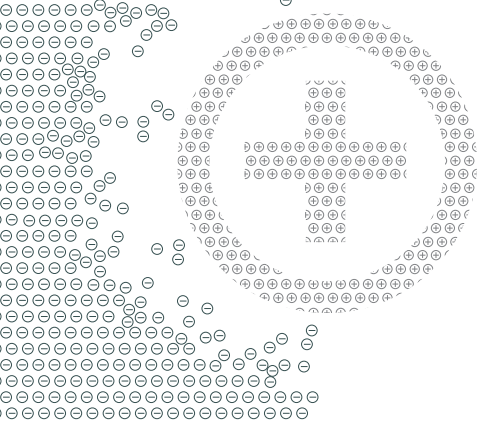
ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอมโรคมะเร็ง

3 วิธีรักษามะเร็งด้วยตนเองจริงหรือ?

ข้อเท็จจริง : จากการมีคำแนะนำวิธีรักษามะเร็งด้วยตนเอง 3 วิธี ได้แก่ การหายใจเข้าลึกๆ การทำจิตใจไม่ให้เครียด และการงดรับประทานอาหารที่เป็นกรด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารแล้วพบว่าทั้ง 3 วิธีข้างต้น ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็ง

ปัจจุบันการรักษามะเร็งยังคงเป็นวิธีมาตรฐานที่ทั่วโลกยอมรับ ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี

ข่าวปลอม



THE MEDICAL NEWS

วงการแพทย์

สัญจรทั่วประเทศ

2564



ส.พ.เบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
จ.ศรีสะเกษ



ส.พ.พังโคน จ.สกลนคร



ส.พ.โนนคุณ จ.ศรีสะเกษ



ส.พ.บุญทวีกร จ.อุบลราชธานี



ส.พ.อุกฤษพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ

นิตยสารวงการแพทย์ โดย บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วประเทศ ได้นำนิตยสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบนิตยสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคอีสาน ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อ ๆ เพื่อสังคมต่อไป





วงการแพทย์
THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา
THE MEDICINE JOURNAL

นิตยสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ:
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
ได้ข้อมูลถูกต้องทันควัน

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**

เข็มนาฬิกาสาขา.....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

- ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัคร ที่หมายเลขแฟกซ์ 0-2423-2286
- บริษัทจะจัดส่งนิตยสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว

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

Continuing Medical Education

CME PLUS



การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

(Care of Pregnant Women Complicated with Heart Diseases)

ผ.นพ.สุนทรชิต วท.บ., พ.อ.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรและนรีเวชวิทยา

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/170901



ได้รับอนุญาต
จาก ศ.น.พ.

CME
PLUS

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 11 การกู้ชีพทารก (NEONATAL RESUSCITATION)

สรุปใจความสำคัญและการเปลี่ยนแปลงหลัก

ในทารกที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยสาเหตุหลักเกิดจากภาวะ asphyxia ดังนั้นลำดับการช่วยกู้ชีวิตยังคงเป็น A-B-C โดยอัตราส่วนการกดหน้าอก : การช่วยหายใจเป็น 3:1 ยกเว้นในกรณีที่มีสาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้นเกิดจากหัวใจที่ผิดปกติ รายละเอียดของหัวข้อหลักที่เปลี่ยนไปในปี 2010 มีดังต่อไปนี้

· เมื่อมีการให้การรักษา positive pressure ventilation หรือ การให้ oxygen ควรต้องมีการติดตามประเมินอาการหลังจากให้การรักษา โดยประเมินจาก 3 อย่างดังนี้ : อัตราการเต้นของหัวใจ, อัตราการหายใจ, การประเมินถึงสภาวะ oxygen ในร่างกาย (ควรประเมินจากการใช้เครื่อง pulse oximetry มากกว่าการใช้ดูลักษณะสีภายนอก)

- ในทารกที่คลอดโดยการผ่าคลอดทางหน้าท้อง มักมีโอกาที่จะต้องได้รับการกู้ชีวิต
- ควรมีการประเมินติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- การรักษาโดยการให้ oxygen
- การดูดเสมหะและสารคัดหลั่ง
- เทคนิคการช่วยหายใจ (ไม่เปลี่ยนแปลงจากปี 2005)
- แนะนำให้มีการใช้ exhale co2 ในการประเมินเพื่อดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ
- อัตราการรอดหน้าอกต่อการช่วยหายใจ
- การควบคุมอุณหภูมิ (thermoregulation) ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด (ไม่เปลี่ยนแปลงจากปี 2005)
- การรักษาด้วยการควบคุมอุณหภูมิ therapeutic hypothermia ในช่วง post resuscitation care
- การผูกมัดสายสะดือสามารถรอได้
- การระงับหรือยุติการช่วยกู้ชีวิต (ไม่เปลี่ยนแปลงจากปี 2005)

ในทารกที่คลอดโดยการผ่าคลอดทางหน้าท้องมักมีโอกาสที่จะได้รับการกู้ชีวิต

2010 (ใหม่): ในทารกแรกเกิด ที่เกิดจากมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงระหว่างการตั้งครรภ์ ที่คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยวิธีการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนในมารดาที่ตั้งครรภ์ในช่วง 37-39 สัปดาห์ พบว่า โอกาสที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจลดลง แต่พบว่ามีความต้องการการช่วยหายใจแบบ mask ventilation ที่สูงขึ้น เมื่อเทียบกับทารกที่คลอดวิธีปกติทางช่องคลอด ดังนั้นในการคลอดจึงต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือทารก ที่มีความสามารถทำ mask ventilation ได้ก็เพียงพอ ไม่จำเป็นต้องสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้

การประเมิน อัตราการเต้นของหัวใจ , อัตราการหายใจ, และ oxygenation

2010 (ใหม่): เมื่อมีการให้การช่วยหายใจโดยใช้ positive pressure หรือ การให้ oxygen หลังจากนั้นควรต้องมีการประเมินผลการรักษา โดยต้องประเมินจาก 3 ลักษณะดังต่อไปนี้: อัตราการเต้นของหัวใจ, อัตราการหายใจ, ภาวะ oxygenation โดยควรประเมินจากเครื่องวัด pulse oximeter มากกว่าการดูลักษณะสีภายนอก

2005 (เก่า) : ในปี 2005 ให้ประเมินผลติดตามจาก อัตราการเต้นของหัวใจ, อัตราการหายใจ, ลักษณะสีภายนอก สาเหตุที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากการประเมินลักษณะสีภายนอกนั้น ขึ้นกับการประเมินของแต่ละบุคคล อาจทำให้มีการประเมินที่ไม่ตรงกันได้ และจากข้อมูลในปัจจุบันที่มีพบว่า การดูภาวะ oxygenation สามารถติดตามประเมินดูได้โดยใช้เครื่องวัด pulse oximeter

การรักษาโดยการให้ oxygen

2010 (ใหม่): เครื่องวัด pulse oximeter วัดโดยใช้ probe ติดที่แขนด้านขวา ซึ่งควรจะต้องใช้เพื่อนำมาประเมินความต้องการในการได้รับ oxygen สำหรับทารกแรกเกิดที่คลอดครบกำหนด ควรเริ่มต้นการกู้ชีวิตด้วยการใช้อากาศปกติมากกว่าการให้ oxygen 100% หากจำเป็นต้องให้ oxygen ควรจะใช้แบบ อากาศปกติ ผสมกับ ออกซิเจน ซึ่งปริมาณการให้สามารถใช้เครื่องวัด pulse oximeter ในการประเมินผล โดยติด probe ที่แขนด้านขวาบริเวณข้อมือ หรือ ฝ่ามือ

2005 (เก่า) : หากมีภาวะ cyanosis , bradycardia หรือมีอาการผิดปกติทางการหายใจอื่น ๆ ของทารก การช่วยเหลือจะให้ oxygen 100% ทันที **เหตุผล:** จากการวิจัยมีหลักฐานชัดเจนว่า ในทารกแรกเกิดที่คลอดครบกำหนดและแข็งแรงดีพบว่า หลังคลอดออกมาจะมี arterial oxyhemoglobin < 60% และต้องการเวลามากกว่า 10 นาที ระดับ arterial oxyhemoglobin ถึงจะ > 90% และยังคงพบว่า hyperoxia ยังทำให้เกิดภาวะเป็นพิษ โดยเฉพาะในทารกที่คลอดก่อนกำหนด

การดูดเสมหะและสารคัดหลั่ง

2010 (ใหม่): การ suction ในแรกคลอดทันที(รวมถึงการใส่ลูกยางแดง) ควรใช้เฉพาะในรายที่เห็นชัดเจนว่า มีสารคัดหลั่งอุดตันจนทำให้ลำบากต่อการหายใจเอง หรือใช้เมื่อมีการเริ่มใช้การช่วยหายใจแบบ positive pressure ventilation เท่านั้น สำหรับกรณีทารกแรกเกิดที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อการกระตุ้น และมีประวัติน้ำคร่ำมารดาที่มีสีเทาปน (meconium stain amniotic fluid) ยังคงรักษาตามเดิมคือใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อทำการดูดเสมหะ (endotracheal suctioning) ในขณะนี้ยังไม่มีหลักฐานการวิจัยที่เพียงพอที่จะเปลี่ยนคำแนะนำในการรักษา



2005 (เก่า): แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ ผู้ทำการคลอดทารก จะต้องทำการดูดเสมหะโดยใช้ลูกยางแดงดูดในปากและจมูก ในช่วงที่เริ่มคลอดไหล่ แต่ต้องก่อนที่คลอดส่วนหน้าออกออกมา สำหรับในทารกที่แข็งแรง ร้องดัง มีการเคลื่อนไหวเองได้ดี อาจไม่จำเป็นต้องดูดเสมหะหลังจากคลอดออกมาแล้ว สำหรับในกรณีที่น้ำคร่ำที่มีขี้เทาปน ควรดูดเสมหะในช่องปาก ลำคอ และจมูกทันทีที่ศีรษะคลอดออกมา(ยังไม่คลอดไหล่และลำตัว) ไม่ว่าจะป็นน้ำคร่ำที่มีขี้เทามากหรือน้อย (thin และ thick meconium) หากทารกที่คลอดในครรภ์ที่มีน้ำคร่ำปนเปื้อนขี้เทา และพบว่าทารกมีปัญหาทางการหายใจ ได้แก่ ไม่หายใจหรือหายใจน้อยลง ตัวอ่อนไม่มีการเคลื่อนไหวตนเอง, อัตราการเต้นของหัวใจ <100 ครั้ง/นาที ควรต้องทำ direct laryngoscope ทันที เพื่อทำการดูดขี้เทาที่เหลือออกจาก hypopharynx โดยการใส่ท่อช่วยหายใจพร้อมอุปกรณ์ meconium suction และดูดเสมหะออกทางท่อช่วยหายใจ

เหตุผล: ไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่า ในทารกที่แข็งแรงจะได้ประโยชน์จากการทำดูดเสมหะในทางเดินหายใจเสมอ ดังนั้นจึงยังไม่แนะนำให้ทำในทุกกรณี (หรือแม้ว่าจะมีขี้เทาปนเปื้อนก็ตาม) และในขณะเดียวกันยังพบว่า มีข้อเสียที่เกิดขึ้นจากการดูดเสมหะ เช่นกัน สำหรับกรณีทารกแรกเกิดที่มีขี้เทาปนเปื้อนมาในน้ำคร่ำนั้น ยังไม่มีหลักฐานที่เพียงพอที่จะแนะนำให้ทำ/หรือไม่ให้ทำการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อทำการดูดเสมหะในหลอดลมในทุกกรณี ยังให้เป็นไปตามการพิจารณาของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

เทคนิคการช่วยหายใจ

2010 (ไม่เปลี่ยนจากปี 2005) : การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก หรือ positive pressure ventilation นั้นควรกระทำด้วยความระมัดระวัง และควรช่วยด้วยแรงดันที่เหมาะสมเพียงพอ ซึ่งจะช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น หรือทำให้ทรงอกขยายตัวดีขึ้น หากใช้ความดันที่สูงเกินไป จะทำอันตรายต่อปอดได้ในทารกที่คลอดก่อนกำหนด อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถระบุชัดได้ว่า ค่าใดเป็นค่าที่เหมาะสมของ inflation time ,tidal volume, positive end expiratory pressure ที่ทำให้เกิด functional residual capacity ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องนั้น พบว่ามีประโยชน์มากในทารกที่คลอดก่อนกำหนด ในส่วนของการใช้ LMA นั้น ควรจะพิจารณาใช้เมื่อการทำ face mask ventilation ไม่ประสบผลสำเร็จ และยังไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้

คำแนะนำในการติดตามวัด Exhaled CO2

2010 (ใหม่) : การวัด Exhaled CO2 แนะนำให้ใช้เพื่อยืนยันตำแหน่งท่อช่วยหายใจว่าอยู่ในหลอดลมหรือไม่ อาจพบผลลบลวงได้ หากมีภาวะ cardiac output ที่ไม่เพียงพอ หรือ อาจพบผลบวกลวงได้ หากเครื่องมือมีการปนเปื้อน

2005 (เก่า): การวัด Exhaled CO2 สามารถช่วยดูตำแหน่งท่อช่วยหายใจได้

เหตุผล : มีหลักฐานจากงานวิจัยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ที่บ่งชี้ว่าการใช้เครื่องติดตามค่า Exhaled CO2 มีประโยชน์เพื่อการ monitor ท่อช่วยหายใจมากขึ้นๆ กับประโยชน์ด้านการยืนยันตำแหน่งท่อช่วยหายใจเช่นกัน

อัตราส่วนการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจ

2010 (ใหม่): แนะนำให้ทำการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจด้วยอัตรา 3:1 หากสาเหตุของการเกิดหัวใจหยุดเต้นนั้น คาดว่าเกิดจากที่หัวใจผิดปกติ ให้พิจารณาเพิ่มอัตราการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจเป็น 15:2

2005 (เก่า): ทำการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจในอัตราส่วน 3:1 โดยทำการกดหน้าอก 90 ครั้ง ช่วยหายใจ 30 ครั้ง เพื่อให้ได้ผลรวมของการกดหน้าอกและช่วยหายใจ 120 ครั้ง/นาที

เหตุผล: อัตราการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจในทารกนั้น ยังไม่ทราบค่าที่เหมาะสมแน่ชัด แต่พบว่าอัตราการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจ ที่ 3:1 สามารถเพียงพอต่อการช่วยหายใจในทารกที่หัวใจหยุดเต้น โดยมีสาเหตุจากภาวะการหายใจผิดปกติ (asphyxia) ได้ สำหรับในกรณีของทารกที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยสันนิษฐานว่ามีสาเหตุจากพยาธิสภาพของหัวใจ ควรพิจารณาทำการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจที่ 15:2 (กรณีที่มีผู้ทำการช่วยชีวิต 2 คน) จะได้ประโยชน์กว่าเนื่องจากมีอัตราการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจสูงกว่า

Post Resuscitation Therapeutic Hypothermia

2010 (ใหม่): แนะนำให้ในทารกที่คลอดออกมาที่มีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 36 สัปดาห์ ที่มีภาวะ hypoxic ischemic encephalopathy ที่ระดับความรุนแรงตั้งแต่ปานกลางจนถึงวิกฤติ ควรได้รับการรักษาด้วยภาวะ hypothermia ควรมีการเก็บข้อมูลและติดตามผลการรักษาในระยะยาว



2005 (เก่า): มีการศึกษาวิจัยทั้งในคนและในสัตว์พบว่า การทำให้สมองอยู่ในภาวะ hypothermia ในทารกที่มีปัญหาหายใจติดขัด (asphyxia) ซึ่งพบว่าลดการบาดเจ็บต่อเนื้อสมองได้ แต่ยังไม่แนะนำให้นำไปใช้จนกว่าจะมีการศึกษาในคนและในสัตว์อย่างเพียงพอ

เหตุผล: จากงานวิจัยแบบสุ่มในสหสถาบัน (Randomized controlled multicenter trial) หลายงานวิจัยที่พบว่า การทำให้เกิดภาวะ hypothermia (33.5°C-34.5°C) ในทารกที่มีอายุครรภ์คลอดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 36 สัปดาห์ ที่มีภาวะ hypoxic ischemic encephalopathy ที่ระดับความรุนแรงตั้งแต่ปานกลางจนถึงวิกฤติ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพได้ โดยมีการติดตามผลจนทารกอายุ 18 เดือน

การผูกมัดสายสะดือที่ช้าลง

2010 (ใหม่): มีหลักฐานงานวิจัยมากขึ้นที่พบว่า การผูกมัดสายสะดือที่ช้าลงอย่างน้อย 1 นาที จะเกิดประโยชน์ต่อทารกแรกเกิดทั้งที่คลอดไม่ครบและครบกำหนด ที่ไม่ต้องการการช่วยกู้ชีวิต และยังไม่มีความจำเป็นที่พอเพียง ที่จะสนับสนุนหรือปฏิเสธการผูกมัดสายสะดือที่ช้าลงในทารกที่ต้องการการช่วยกู้ชีวิต

การยุติการช่วยกู้ชีวิต

2010 (ยืนยันคำแนะนำจากปี 2005): ในทารกแรกเกิดที่คลอดออกมาแล้วไม่พบว่ามีการเต้นของหัวใจ หลังจากการให้การช่วยเหลือกู้ชีวิตไป 10 นาที ก็ยังไม่มีการเต้นของหัวใจที่กลับคืนมา ถือว่าเพียงพอต่อการตัดสินใจยุติการช่วยกู้ชีวิต ในกรณีที่ตัดสินใจให้ทำการกู้ชีวิตต่อไปแม้ว่า 10 นาทีผ่านไปแล้วก็ตาม ขึ้นกับสาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้น อายุครรภ์ที่คลอด ภาวะแทรกซ้อน บทบาทการรักษาในสภาวะ hypothermia และความรู้สึกของผู้ปกครองในการยอมรับต่อการเสียชีวิต เมื่อพบว่าอายุครรภ์ น้ำหนักแรกคลอด ภาวะพิการตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งมีโอกาสในการรอดชีวิตมีน้อยมาก ดังนั้นในกรณีนี้ไม่ต้องทำการกู้ชีวิต

บทที่ 12 ประเด็นทางจริยธรรม (ETHICAL ISSUES)

สรุปใจความสำคัญและการเปลี่ยนแปลงหลัก

ประเด็นทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการกู้ชีพมีความซับซ้อน เกิดขึ้นในหลาย ๆ สถานการณ์ (ทั้งในและนอกโรงพยาบาล) และเกิดขึ้นกับผู้ช่วยเหลือหลายระดับ (ทั้งผู้ช่วยเหลือเบื้องต้น จนถึงบุคลากรทางการแพทย์) และเกิดขึ้นทั้งระหว่างทำการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน และขั้นสูง บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน ควรพิจารณาปัจจัยทางจริยธรรม กฎหมาย และ ทางวัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการกู้ชีพ ถึงแม้ว่าต้องกระทำตัดสินใจระหว่างการทำกู้ชีพ แต่การตัดสินใจต้องกระทำบนหลักการทางวิทยาศาสตร์ ความต้องการของผู้ป่วยหรือตัวแทน และหลักการทางกฎหมายของแต่ละพื้นที่

การยุติความพยายามกู้ชีพในผู้ใหญ่ ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

2010 (ใหม่): สำหรับผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล และได้รับเฉพาะการกู้ชีพระดับพื้นฐาน ได้มีการจัดทำ “ข้อกำหนดเพื่อยุติการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (BLS termination resuscitation rule)” โดยพิจารณาสิ้นสุดการกู้ชีพขั้นพื้นฐานตั้งแต่ก่อนการขนส่งด้วยรถพยาบาล เมื่อสภาวะของผู้ป่วยตรงตามข้อกำหนด ดังต่อไปนี้ทุกข้อ

- มีสภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือเจ้าพนักงานกู้ชีพขั้นต้น
- ไม่มีการกลับมาของสัญญาณชีพ(ROSC) หลังจากให้การกดหน้าอกผายปอดกู้ชีพ และการวิเคราะห์จากเครื่องกระตุ้นหัวใจ

อัตโนมัติ ครบ 3 รอบ

- ไม่มีการปล่อยกระแสไฟฟ้าออกจากเครื่องกระตุ้นหัวใจ

สำหรับสถานการณ์ที่หน่วยกู้ชีพขั้นสูง ออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ได้มีการจัดทำ “ข้อกำหนดเพื่อยุติการกู้ชีพขั้นสูง (ALS termination resuscitation rule)” โดยพิจารณายุติการกู้ชีพ เมื่อสภาวะของผู้ป่วยตรงตามข้อกำหนด ดังต่อไปนี้ทุกข้อ

- เป็นการเสียชีวิตโดยไม่มีผู้พบเห็น
- ไม่มีการนวดผายปอดกู้ชีพโดยผู้เห็นเหตุการณ์
- ไม่มีการกลับมาของสัญญาณชีพ(ROSC) หลังจากให้การกู้ชีพขั้นสูงเสร็จสิ้น ณ ที่เกิดเหตุ
- ไม่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบที่จะได้รับการรักษาด้วยเครื่อง Defibrillator หรือ AED (no shock delivered)



การใช้งานข้อกำหนดดังกล่าว รวมถึงกระบวนการติดต่อผู้ควบคุมทางการแพทย์เมื่อมีข้อบ่งชี้ เจ้าหน้าที่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการแจ้งข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน กับครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการกู้ชีพ ควรมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เช่น แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล หน่วยชันสูตรพลิกศพ แพทย์ผู้ควบคุมระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่ตำรวจ หากจะให้ยุติการกู้ชีพจากภายนอกโรงพยาบาลดังกล่าว

2005 (เก่า): ไม่มีการจัดทำข้อกำหนดมาก่อนหน้านี้

เหตุผล: กฎการสิ้นสุดการกู้ชีพขั้นสูงของทั้งหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานและหน่วยกู้ชีพขั้นสูง ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา รวมถึงในยุโรป การนำกฎดังกล่าวไปใช้งาน สามารถลดอัตราการขนส่งผู้ป่วยสู่โรงพยาบาลที่ไม่มีความจำเป็นลงได้ ร้อยละ 40 ถึง 60 ซึ่งส่งผลให้ช่วยลดความอันตรายบนท้องถนน ที่ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและสาธารณชนมีความเสี่ยง ลดการละเลยต่อความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และลดปริมาณการรณรงค์ของแผนกฉุกเฉินซึ่งมีราคาแพง หมายเหตุ: แนวทางการตัดสินใจนี้ ไม่มีการจัดทำสำหรับผู้ป่วยเด็ก(ทารกแรกคลอด เด็กเล็ก หรือเด็กโต) ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล เนื่องจากไม่เคยมีการศึกษาที่เชื่อถือได้ เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการกู้ชีพในภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ตัวชี้วัดการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยหลังภาวะหัวใจหยุดเต้น ที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมอุณหภูมิภายใต้ต่ำลง (Therapeutic Hypothermia)

2010 (ใหม่): ในผู้ใหญ่ที่รอดชีวิตหลังเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และได้รับการรักษาด้วยวิธีควบคุมอุณหภูมิภายใต้ต่ำลง (Therapeutic Hypothermia) มีคำแนะนำให้ประเมินอาการทางระบบประสาท การตรวจคลื่นไฟฟ้าสรีรวิทยาของสมอง (Electro-physiology) การตรวจวิเคราะห์ Biomarker และการตรวจทางรังสีของสมอง ซึ่งทำการประเมินในอีก 3 วันหลังผู้ป่วยรอดจากภาวะหัวใจหยุดเต้น ในปัจจุบัน หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ช่วยในการตัดสินใจยุติความพยายามในการยื้อชีวิต (withdrawal of life support) ยังมีข้อจำกัด แพทย์ควรจัดบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดทุกประเภทอย่างน้อย 72 ชั่วโมง หลังรอดจากภาวะหัวใจหยุดเต้น และได้รับการรักษาด้วยภาวะอุณหภูมิภายใต้ต่ำ และใช้การตัดสินใจที่ดีที่สุดโดยตั้งอยู่บนข้อมูลตัวชี้วัดข้างต้น ในการตัดสินใจว่าจะสิ้นสุดการช่วยกู้ชีพหรือไม่ตามความเหมาะสม

2005 (เก่า): ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยหลังภาวะหัวใจหยุดเต้น ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีควบคุมอุณหภูมิภายใต้ต่ำลง Therapeutic Hypothermia

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีควบคุมอุณหภูมิภายใต้ต่ำลง Therapeutic Hypothermia นั้น จากการวิเคราะห์อภิมาน (Metaanalysis) ในการศึกษาวิจัย 33 เรื่อง เกี่ยวกับ ผลลัพธ์ของภาวะโคม่าจากสมองขาดออกซิเจนและขาดเลือด (anoxic-ischemic coma) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ไม่ดี มี 3 ปัจจัย คือ

- ตรวจไม่พบปฏิกิริยาของรูม่านตาในวันที่สาม
- ตรวจไม่พบการตอบสนองทาง motor ต่อสิ่งกระตุ้น / ความเจ็บปวด ในวันที่สาม



- ตรวจไม่พบการตอบสนองของเส้นประสาทมีเดียทั้งสองข้าง จากการกระตุ้นทางกระแสไฟฟ้าที่สมอง (Somatosensory-evoked potentials) ในสภาวะที่อุณหภูมิปกติและมีภาวะโคมาอย่างน้อย 72 ชั่วโมง หลังมีภาวะสมองขาดออกซิเจนและขาดเลือด การยุติความพยายามในการช่วยกู้ชีพสามารถกระทำได้อย่างถูกต้องทางจริยธรรมในกรณีนี้

เหตุผล : บนพื้นฐานของหลักฐานทางการแพทย์ที่จำกัด ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ไม่ดีของผู้ป่วยหลังภาวะหัวใจหยุดเต้น ที่ได้รับการรักษาด้วยภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ การตรวจไม่พบการตอบสนองแบบ N20 peak จากสมองทั้งสองข้าง จากการกระตุ้นทางกระแสไฟฟ้าที่สมอง (Somatosensory-evoked potentials) ในเวลา ≥ 24 ชั่วโมง และการตรวจไม่พบทั้งปฏิกิริยาของกระจกตา และรูม่านตา ในเวลา ≥ 3 วัน หลังจากภาวะหัวใจหยุดเต้น ยังมีหลักฐานทางการแพทย์แนะนำอีกว่า การตรวจ Glasgow Coma Scale โดยดูคะแนนของการสั่งการของสมองที่มีค่า ≤ 2 ในเวลา 3 วันหลังจากพบภาวะหัวใจกลับมาเต้นเอง (ROSC) และการตรวจพบภาวะชักไม่หยุด (Status epilepticus) ไม่ได้ไปถึงผลลัพธ์ที่แย่ของผู้ป่วยหลังภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ได้รับการรักษาด้วยภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (แต่ยังมีการศึกษาวิจัยค่อนข้างจำกัด) ในขณะที่เดียวกัน อาจมีโอกาสพบการกลับมาของความรู้สึกตัว และการรับรู้ของผู้ป่วยหลังภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ได้รับการรักษาด้วยภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ แม้ว่าจากการตรวจจะไม่พบการตอบสนอง N20 ทั้งสองข้าง หรือมีการตอบสนองเพียงเล็กน้อยจากเส้นประสาทมีเดียด้วยการกระตุ้นโดยใช้กระแสไฟฟ้า (Somatosensory-evoked potentials) ก็ตาม (แต่ยังพบรายงานกรณีผู้ป่วยน้อยมาก) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวก็อาจยังเชื่อถือไม่ได้เช่นกัน ความน่าเชื่อถือของสารเคมีที่บ่งสภาวะมีชีวิต (Biomarker) ที่บ่งบอกถึงพยากรณ์โรคก็ยังคงถูกจำกัดโดยจำนวนผู้ป่วยที่ถูกศึกษายังมีจำนวนน้อยเกินไป

บทที่ 13 การฝึกอบรม การประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม (EDUCATION, IMPLEMENTATION, AND TEAMS)

การฝึกอบรม การประยุกต์ใช้ และการทำงานเป็นทีม เป็นหัวข้อใหม่ในแนวปฏิบัติการกหนดหน้าอกผายปอดกู้ชีพ ปี 2010 ของ AHA และ ECC เพื่อตอบสนองการเพิ่มขึ้นของหลักฐานทางการแพทย์ที่ดีที่สุด เกี่ยวกับการฝึกอบรมทักษะการกู้ชีพ การประยุกต์ห่วงโซ่ของการรอดชีวิต (Chain of survival) มาสู่การปฏิบัติได้จริง และการพัฒนาสู่แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดในการทำงานร่วมกันเป็นทีม และระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยครบวงจร เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวมีผลกระทบต่อเนื้อหาและรูปแบบที่จะใช้เป็นหลักสูตรในการนำมาฝึกอบรม จึงได้มีคำแนะนำกล่าวไว้ในประเด็นนี้ด้วยเช่นกัน

สรุปใจความสำคัญ

คำแนะนำหลักและจุดเน้นย้ำในหัวข้อนี้ได้แก่:

- หลักสูตรกู้ชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง (ที่มีอายุใบอนุญาต 2 ปี ตามแบบของ American Heart Association certificates) ควรประกอบด้วย การประเมินความรู้และทักษะในการกู้ชีพเป็นระยะ รวมไปถึงการสนับสนุน หรือฟื้นฟูวิชาการให้ทันสมัยตามความจำเป็น ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปในเรื่องการกำหนดระยะเวลา และวิธีการที่เหมาะสมในการประเมินความรู้ซ้ำ หรือฟื้นฟูวิชาการดังกล่าว และยังคงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป
- หลักสูตรการเรียนการสอน CPR ได้จัดให้มีประเด็นการสนับสนุนให้มีการทำ bystander CPR ให้มากขึ้น
- ควรมีการฝึกสอนการช่วยชีวิตโดยใช้การกหนดหน้าอกเพียงอย่างเดียว (compression-only CPR) แก่ผู้ที่อาจไม่อยากทำการ CPR แบบเต็มรูปแบบ (คือมีการกหนดหน้าอกและช่วยหายใจ) เพื่อให้ผู้ประสบเหตุ ลดความลังเลที่จะทำการช่วยกู้ชีพ (เช่น ความกลัวหรือหวั่นใจ เวลาที่ต้องพบกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจริง ๆ) และทำการช่วยชีวิตพื้นฐานได้
- เจ้าหน้าที่สั่งการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ควรสามารถให้คำแนะนำทางโทรศัพท์เพื่อช่วยให้ผู้ประสบเหตุประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยที่อาจยังหายใจแต่ไม่ใช้การหายใจปกติ หรือหายใจเฮือก (Gaspings) เป็นต้น และช่วยกระตุ้นให้ผู้ประสบเหตุ ตัดสินใจทำการ CPR ทันที ถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เจ้าหน้าที่สั่งการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาจสามารถให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ในการปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ผู้ประสบเหตุที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมการกู้ชีพมาก่อน สามารถทำการช่วยชีวิตโดยใช้การกหนดหน้าอกเพียงอย่างเดียว (compression-only CPR) ได้
- ทักษะการกู้ชีพขั้นต้น สามารถเรียนรู้ได้จากการดูวิดีโอทัศนสื่อการสอน โดยมีผลลัพธ์เทียบเท่ากับการฝึกโดยวิธีปกติตามหลักสูตรเดิม
- เพื่อลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการทำการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติหรือ AED ไม่ควรจำกัดเฉพาะผู้ได้รับการฝึกอบรมการใช้งานมาก่อนแล้วเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การเข้ารับการอบรมการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัตินั้น



ช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ใช้ได้ดีขึ้น (จากการทดสอบในสถานการณ์จำลอง) มากกว่าผู้ไม่เคยอบรมอย่างชัดเจน และยังแนะนำให้มีการจัดการเรียนการสอนในเรื่องนี้ต่อไป

- การทำงานเป็นทีม และทักษะความเป็นผู้นำ ยังเป็นสิ่งที่ควรมีในการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในหลักสูตรกู้ชีพขั้นสูง สำหรับผู้ใหญ่ และการกู้ชีพขั้นสูงในเด็ก

- หุ่นจำลองที่มีลักษณะเหมือนจริง เช่น มีความสามารถในการแสดงการขยายของทรวงอก หรือมีเสียงปอด สามารถสร้างชีพจร รวมถึงความดันโลหิต และสามารถพูดได้ อาจมีประโยชน์สำหรับการบูรณาการความรู้ ทักษะ และเจตคติ ที่จำเป็นในการฝึกการกู้ชีพขั้นสูง และการกู้ชีพขั้นสูงในเด็ก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้ยังไม่เพียงพอในการแนะนำหรือต่อต้านการใช้งานหุ่นดังกล่าวในหลักสูตรฝึกอบรม

- ไม่ควรมีการใช้ข้อสอบแบบเขียนเพียงอย่างเดียว ในการประเมินสมรรถนะของผู้เข้าฝึกอบรมในหลักสูตรกู้ชีพขั้นสูง ทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่ ควรจัดให้มีการประเมินด้านทักษะปฏิบัติการ (Performance assessment) ด้วย

- การประเมินผลควรทำเป็นกิจลักษณะอย่างจริงจัง ทั้งเพื่อประเมินว่าผู้เข้าอบรมได้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือไม่ และยังรวมถึงประสิทธิผลของหลักสูตรด้วย

- อุปกรณ์บันทึกการนวดหน้าอกผายปอดกู้ชีพ และแสดงผลการปฏิบัติ อาจมีประโยชน์ในการฝึกอบรมผู้ให้การช่วยเหลือและอาจมีประโยชน์ในการตรวจดูความก้าวหน้าในการปฏิบัติการนวดหน้าอกผายปอดกู้ชีพในผู้ป่วยจริง

- การทบทวนและสรุปหลังจบการเรียนการสอน หรือ Debriefing เป็นกระบวนการที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (learner focused) โดยเป็นกลวิธีละมุนละม่อม ที่สามารถช่วยให้ทั้งผู้เรียนและทีมสามารถพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกัน โดยหลีกเลี่ยงวิธีการตำหนิได้ การ Debriefing ควรมีการรวมอยู่ในหลักสูตรกู้ชีพขั้นสูง เพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้และสามารถใช้ในการทบทวนวิธีการในการปฏิบัติจริง ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการกู้ชีพได้ หลังจบกระบวนการ

- ควรมีการจัดการอย่างเป็นระบบ (Systems-based approaches) เพื่อพัฒนาทักษะการกู้ชีพในวงกว้าง เช่น ระบบดูแลผู้ป่วยส่วนท้องถิ่น และ ทีมกู้ชีวิตรวดในโรงพยาบาล หรือพื้นที่ต่าง ๆ (Medical Emergency Team) เพื่อช่วยให้เกิดประโยชน์ในการลดความแตกต่างในทางปฏิบัติ และทำให้โอกาสของการรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นในแต่ละท้องถิ่นดีขึ้นอย่างเป็นระบบได้

2 ปี บานเบิกไป ในการประเมินทักษะการกู้ชีพซ้ำ

2010 (ใหม่): อายุของเอกสารรับรองทักษะการกู้ชีพตาม American Heart Association คือ 2 ปี แต่แนะนำให้ควรมีการประเมินซ้ำในระหว่างรอบ 2 ปี โดยมีภารกิจฟื้นฟูวิชาการตามความจำเป็น แต่ปัจจุบันยังไม่มียังมีข้อมูลเพียงพอเพื่อกำหนดระยะเวลาและวิธีการที่เหมาะสมในการประเมินความรู้ซ้ำ

เหตุผล : คุณภาพของการฝึกอบรมและความถี่ในการฝึกอบรมซ้ำ เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประสิทธิภาพของการกู้ชีพ ในทางอุดมคตินั้น การฝึกอบรมซ้ำไม่ควรมีการจำกัดที่ระยะเวลา 2 ปี การฝึกซ้ำบ่อย ๆ เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการรักษาระดับคุณภาพของการกู้ชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อการรักษาระดับคุณภาพของการกู้ชีพ ทั้งผู้ฝึกสอนและผู้เข้ารับการอบรมควรตระหนักว่า การผ่านการฝึกอบรมกู้ชีพตามหลักสูตรของ AHA และ ECC นั้น เป็นเพียงก้าวแรกเท่านั้น การฝึกอบรมของ American Heart Association และ ECC ควรเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้มีการศึกษา และการพัฒนาคุณภาพการกู้ชีพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนความต้องการและการฝึกฝนของทั้งตัวบุคคลและระบบ แต่ในปัจจุบันนี้ยังไม่พบวิธีการใดที่ได้รับการยืนยันว่าดีที่สุดในการรักษาระดับความรู้และคุณภาพของการกู้ชีพ

การเรียนรู้เพื่อความเชี่ยวชาญ

2010 (ใหม่): อุปกรณ์บันทึกการนวดหน้าอกผายปอดกู้ชีพ และแสดงผลการปฏิบัติรุ่นใหม่ ๆ อาจมีประโยชน์ในการฝึกอบรมผู้ให้การช่วยเหลือ และเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ทั้งหมด ในการพัฒนาคุณภาพของการกู้ชีพในผู้ป่วยในสถานการณ์จริง การฝึกเพื่อให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีการบูรณาการและซับซ้อนที่จำเป็น ในการปฏิบัติการนวดหน้าอกที่เพียงพอ นั้น ต้องมีเป้าหมายที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมว่าต้องฝึกปฏิบัติจนมีความเชี่ยวชาญ และสามารถแสดงให้เห็นว่าปฏิบัติได้จริง

เหตุผล: การประเมินผลการกวดหน้าอก โดยหลักแล้วจะเน้นให้มีทักษะปฏิบัติที่แม่นยำใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความถี่ในการกด ความลึกในการกด และการปล่อยให้มีการขยายกลับของทรวงอก(recoil) รวมถึงห้ามมิให้มีการขัดขวางการกวดหน้าอก เป็นความท้าทายอย่างสูง แม้กระทั่งผู้ที่ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกมาอย่างดีก็ตาม ดังนั้น ผู้เข้าฝึกอบรมจะต้องได้รับการให้ความสนใจในระหว่างการฝึกกวดหน้าอกเป็นอย่างดี คำแนะนำในการกู้ชีพปี 2010 ของ AHA และ ECC ได้ให้ความสำคัญกับการทำให้มั่นใจว่า ผู้ฝึกอบรมสามารถ



ทำการกวดหน้าอกได้อย่างถูกต้อง การฝึกพื้นฐานอย่างการ “กดให้แรง และ กดให้เร็ว” อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้แน่ใจว่า การกวดหน้าอก ทำได้อย่างยอดเยี่ยม การใช้อุปกรณ์บันทึกการกวดหน้าอกผายปอดกึ่งชีพ และแสดงผลการปฏิบัติระหว่างการทำกวดหน้าอกนั้น จะช่วยเพิ่มการเรียนรู้และการจดจำได้

การพิชิตกำแพงที่ทำให้ละเลยการช่วยกู้ชีพ

2010 (ใหม่): การฝึกอบรมควรมีการพูดถึงอุปสรรค ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้าของผู้ประสบเหตุคนแรกในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการนวดหน้าอกผายปอดกึ่งชีพ

เหตุผล: ความกลัวของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย สามารถทำให้ลดลงได้ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงที่แท้จริงที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ช่วยเหลือ และตัวผู้ป่วยเอง การให้ความรู้อาจช่วยให้ประชาชนทั่วไปที่เคยผ่านการฝึกอบรมการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน ให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีขึ้น จากการศึกษาพบว่า คำตอบที่พบบ่อย ๆ จากผู้ประสบเหตุ นั่นคือ จริง ๆ แล้วทุกคนต่างกังวล รู้สึกไม่มั่นใจและตื่นตระหนก หลักสูตรการฝึกอบรมควรถือวิธีการลดอาการดังกล่าว เจ้าหน้าที่สั่งการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินควรรู้จักวิเคราะห์สภาวะอารมณ์ของผู้ประสบเหตุ และช่วยแนะนำให้ผู้ประสบเหตุสามารถทำการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพได้

การเรียนรู้เรื่องทักษะการทำงานเป็นทีม ในการกู้ชีพขั้นสูงสำหรับผู้ใหญ่และการกู้ชีพขั้นสูงในเด็ก

2010 (ใหม่): การฝึกอบรมการกู้ชีพขั้นสูงควรมีการฝึกการทำงานเป็นทีมด้วย

เหตุผล: ทักษะการกู้ชีพมักมีการทำหลาย ๆ สิ่งไปพร้อม ๆ กัน และผู้ให้บริการทางการแพทย์จะต้องสามารถทำงานร่วมกันเป็นหมู่คณะได้ เพื่อลดกระบวนการขัดขวางการนวดหน้าอก พบว่าการทำงานเป็นทีมและภาวะความเป็นผู้นำ ทวีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหลักสูตรขั้นสูงทั้งในเด็กและผู้ใหญ่

ไม่มีความจำเป็นต้องฝึกการใช้วงเครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ

2010 (ใหม่): ไม่มีความจำเป็นต้องฝึกการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ แม้ว่าการฝึกจะช่วยเพิ่มความสามารถในการใช้งานเครื่องก็ตาม

เหตุผล: ในการศึกษาที่ใช้หุ่นจำลองพบว่า ผู้ใช้งานสามารถใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติได้อย่างถูกต้องโดยไม่ต้องผ่านการฝึกมาก่อน การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติโดยผู้ประสบเหตุคนแรก ที่ไม่เคยได้ฝึกอบรมมาก่อนก็มีประโยชน์และอาจช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การฝึกอบรมเพียงเล็กน้อยก็สามารถเพิ่มความสามารถในการใช้งานเครื่องในหุ่นจำลองได้ ทั้งนี้ควรมีการส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมอย่างกว้างขวาง เพื่อเพิ่มโอกาสการฝึกอบรมให้กับผู้ประสบเหตุคนแรกได้มากขึ้น

การพัฒนาคุณภาพของระบบกู้ชีพอย่างต่อเนื่อง

2010 (ใหม่): ระบบการกู้ชีพควรมีระบบการประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เหตุผล: มีหลักฐานที่พบว่า ในแต่ละพื้นที่ของประเทศสหรัฐอเมริกา มีการรายงานอุบัติการณ์ภาวะหัวใจหยุดเต้น และผลลัพธ์ของการกู้ชีพที่แตกต่างกันไปในแต่ละชุมชน ความแตกต่างนี้เองเป็นหลักฐานที่ยืนยันว่า ในแต่ละชุมชนและระบบการกู้ชีพมีความจำเป็นต้องจำแนก และวิเคราะห์การให้ความช่วยเหลือภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างทันทั่วทั้งที่ และวัดผลลัพธ์อย่างแม่นยำ ทั้งยังช่วยให้เห็นโอกาสในการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในหลาย ๆ พื้นที่ได้อีกด้วย ควรมีการประเมินและติดตามผลของระบบการกู้ชีพในชุมชนและในโรงพยาบาล ภาวะหัวใจหยุดเต้น ระดับของการช่วยเหลือ และผลลัพธ์ของการช่วยเหลือ อย่างเป็นระบบ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องรวมถึงการประเมินผลและเปรียบเทียบกับชุมชน/สถาบันอื่น และพยายามปรับปรุงการกู้ชีพให้มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยพัฒนาการกู้ชีพให้เข้าใกล้อุดมคติได้มากยิ่งขึ้นได้



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 *ข่าว طبية*
วงการแพทย์
THE MEDICINE JOURNAL *วารสารยา*
2564
สัญจรทั่วประเทศ

