



5

ชื่อนำเฝ้าระวัง รู้ทันโรคไข้เลือดออก เนื่องในวันไข้เลือดออกอาเซียน หรือ ASEAN Dengue Day



วongkarแพทย์ 530
 www.wongkarmpat.com

มานาสาระ:

Application ในการพยากรณ์โรค IgA nephrology

Mind Health

พฤติกรรมเสพติดหน้าจอในเด็กและวัยรุ่น

สำหรับผู้ที่สนใจเนื้อหาข่าวทางการแพทย์เท่านั้น

1-30/06/22

SYMPOSIUM IN THIS ISSUE

ด้วยประสบการณ์กว่า 20 ปี ...
 ที่เราสร้างสรรค์และพัฒนา
 ด้านสื่อสิ่งพิมพ์ และโฆษณา
บริษัท วongkarแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด



พัฒนางานด้านสื่อสิ่งพิมพ์ และโฆษณา
 โดยเน้นการสร้างสรรค์ผลงานที่มีคุณภาพ
 มาอย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า 20 ปี
 ด้วยทีมงานที่มีความเชี่ยวชาญ
 เรื่องการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ และโฆษณา

เราพร้อมที่จะเป็นเพื่อนคู่คิด เป็นมิตร
 คอยแนะนำให้คำปรึกษา เพื่อให้ทุก ๆ ผลงาน
 ที่ผลิตจากเราไปเป็นหนึ่งในกลุ่มธุรกิจของ
 การส่งเสริมการขายที่ทำให้สินค้าของลูกค้า
 ประสบผลสำเร็จในธุรกิจการตลาด



ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarmpat.com

www.wongkarmpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ
 Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
 ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
 เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarmpat.com ได้ข้อมูลถูกใจ

กด Like ได้ที่ www.facebook.com/wongkarmpat

กัญชาในเด็กและวัยรุ่น

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้กัญชาพ้นจากการเป็นยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565 เป็นผลให้ประชาชนทุกคนในประเทศไทย รวมถึงเด็กและวัยรุ่นสามารถเข้าถึงกัญชาและผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาได้โดยไม่ผิดกฎหมาย ทำให้มีการผสมกัญชาในอาหารและเครื่องดื่มออกมาจำหน่ายกันอย่างแพร่หลาย รวมถึงการนำกัญชา มาใช้เพื่อนันทนาการ

ประเทศไทยเป็นประเทศเดียวในเอเชียที่การใช้กัญชาไม่ถือเป็นยาเสพติด บางประเทศในเอเชีย อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้แต่ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ หลายประเทศในเอเชีย ออกมาเตือนคนของเขาและคนไทยที่จะเข้าไปในประเทศเขาว่าการเอากัญชาเข้าประเทศเขาผิดกฎหมาย และอาจโดนลงโทษถึงขั้นถูกประหารชีวิตได้ ประเทศจีนเตือนคนของเขาว่าถ้ามาประเทศไทย แล้วกลับไปประเทศเขา ถ้าตรวจพบกัญชาในปัสสาวะก็จะถูกลงโทษ

ในประเทศสหรัฐอเมริกาหลายรัฐที่การใช้กัญชาไม่ผิดกฎหมายแต่ห้ามใช้ในคนที่อายุต่ำกว่า 21 ปี ในระดับประเทศกัญชา ยังเป็นเรื่องผิดกฎหมายอยู่ ประเทศแคนาดาที่ยอมให้กัญชาถูกกฎหมายเป็นประเทศแรก ๆ แต่เขาห้ามคนอายุต่ำกว่า 18 ปี และห้ามมีกัญชาเกิน 30 กรัม เขาอนุญาตให้ปลูกกัญชาที่บ้านได้ไม่เกิน 4 ต้น ประเทศเนเธอร์แลนด์อนุญาตให้ใช้กัญชาในร้านเครื่องดื่มได้ แต่เอากลับไปบ้านไม่ได้

ทำไมหลายประเทศไม่อนุญาตให้ใช้กัญชาในเด็กและวัยรุ่น จากการศึกษาพบว่าสมองของคนพัฒนาตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ถึงอายุ 25 ปี ในช่วงอายุที่สมองกำลังพัฒนาอยู่นี้ถ้าโดนสารกัญชาเข้าไป การพัฒนาของสมองจะบกพร่อง ทำให้ความฉลาดลดลง โอกาสติดยาเสพติดเมื่ออายุมากขึ้นจะสูงขึ้น ความจำและสมาธิจะลดลง มีพัฒนาการล่าช้า มีปัญหาทางพฤติกรรม เสี่ยงต่อการเป็น โรคจิตเภทและการฆ่าตัวตาย การสูบบุหรี่เร็วแต่อยู่ไม่นาน แต่การรับประทานผลจะออกฤทธิ์ช้าแต่อยู่นาน เมื่อรัฐบาลประกาศให้กัญชา ไม่ใช่ยาเสพติด การขายกัญชาได้มีกระจายทั่วไป มีขนมและน้ำดื่มใส่กัญชา ร้านอาหารก็ใส่กัญชา คนส่วนหนึ่งมองเรื่องเศรษฐกิจ ทำให้มีรายได้เพิ่มเติมแต่ไม่ได้มองผลกระทบระยะยาว คนไทยบางคนกลัวผลข้างเคียงในระยะสั้นแต่ไม่กลัวผลข้างเคียงในระยะยาว เพราะไม่เห็นทันตา จะเชื่อต่อเมื่อได้เกิดกับตนเองซึ่งแก้ไขไม่ได้แล้ว

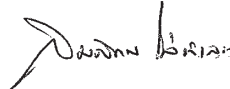
ประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์มีอยู่บ้าง เช่น ในเด็กที่เป็นโรคชักที่ใช้ยาอื่นแล้วไม่ดีขึ้นอาจลองใช้น้ำมันกัญชาได้ แต่ต้อง อยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด มีผู้ป่วยได้ผลดีขึ้นบ้างเพียงครั้งหนึ่ง กัญชาใช้รักษามะเร็งไม่ได้แต่อาจช่วยลดผลข้างเคียง ของยารักษามะเร็งได้บ้าง ส่วนข้อบ่งชี้ข้ออื่นในปัจจุบันมียาที่ดีกว่าและปลอดภัยกว่า

สิ่งที่เราควรช่วยกันคือ ห้ามใช้กัญชาและผลิตภัณฑ์กัญชาในคนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี รวมทั้งหญิงมีครรภ์และหญิงที่ให้นมบุตร ช่วยกันให้ความรู้แก่ประชาชนถึงผลกระทบต่อเด็ก ทางสื่อสารมวลชน โรงเรียนและโรงพยาบาล ห้ามใช้และห้ามขายในโรงเรียน และสถานพยาบาล ครูและผู้ปกครองต้องเป็นตัวอย่างที่ดี มีการศึกษาติดตามผลกระทบของกัญชาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

มีการควบคุมการโฆษณา ไม่หลอกลวงและไม่ควรทำเป็นการตุนให้เด็กเข้าใจผิดว่าเป็นของดี การใส่กัญชาในอาหารและ เครื่องดื่มต้องแจ้งให้ผู้บริโภคทราบ ต้องมีการควบคุมปริมาณของ THC และ CBD ที่อยู่ในกัญชาและแจ้งให้ผู้บริโภคทราบอย่างเปิดเผย มิฉะนั้นเด็กอาจได้รับประทานกัญชาโดยที่ตนเองและผู้ปกครองไม่ทราบ

ประเทศไทยมีเด็กเกิดน้อยลงมาก เราอยากเห็นเด็กไทยซึ่งจะเป็นอนาคตของชาติต่อไปเป็นคนที่มีคุณภาพและได้พัฒนา เต็มศักยภาพ




 ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 530 ประจำเดือนมิถุนายน 2565



3 Get Up

- ระบบคอมพิวเตอร์เรียนรู้ได้ด้วยตนเองได้อย่างไร
- ฉากกั้นอาจช่วยอะไรไม่ได้มากนักในการแพร่กระจายของเชื้อแบบ airborne

5 โลกกว้างทางแพทย์

- ความไวของการตรวจ Antigen testing (ATK) เมื่อเทียบกับ RT-PCR และการเพาะเชื้อไวรัส (Viral culture)
- ทำแผลได้ดีก็มีชัยไปกว่าครึ่ง
- Effects of H1 Antihistamines at Histamine, Cholinergic, Adrenergic and Serotonin-Binding Receptors

9 In Focus

- 5 ข้อน่าเฝ้าระวัง รู้ทันโรคไข้เลือดออก
เนื่องในวันไข้เลือดออกอาเซียน หรือ ASEAN Dengue Day

13 Special

- ทันตฯ มหิดล ฝ่าตัดสร้างขากระดูกโดยใช้กระดูกน่อง
และต่อเส้นเลือด ร่วมกับการใส่ฟันปลอมยึดด้วยรากเทียม
(Fibula Jaw in a Day) ครั้งแรกในประเทศไทย

17 Movement

18 เสี้ยวหนึ่งของชีวิต

- อิสรภาพทางการเงิน (ต่อ)

19 นานาสาระ

- Application ในการพยากรณ์โรค IgA nephrology

21 รายงานพิเศษ

- ร.พ.สุรินทร์ นำเครื่องฉายรังสี Harmony Pro เพิ่มประสิทธิภาพ
การรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ชูจุดเด่น “รวดเร็ว แม่นยำ ลดผลข้างเคียง”

23 Mind Health

- พฤติกรรมเสพติดหน้าจอในเด็กและวัยรุ่น

25 สอบรู้เรื่องยา

- บัวบกกับการบำรุงสมอง

27 รายงานพิเศษ

- รู้หรือไม่ คุณอาจเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด
แม้ไม่เคยสูบบุหรี่ หรือหยุดสูบบุหรี่มานานแล้ว
วันงดสูบบุหรี่โลก ตรวจไว รู้เร็ว มะเร็งปอดรักษาได้

30 มุมนิติเวช

- จมน้ำจริงหรือ? ตอนที่ 2

คณะที่ปรึกษา และคอลัมนิสต์

ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ 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.พัทธธีรา ดิษยวรรณวัฒน์ พญ.วรินทิพย์ สว่างศรี นพ.ธนาวุฑฒ์ ไสภักดี
ดร.ภก.สิขวัฒน์ นักร้อง ดร.ภก.ประยุทธ์ ภูวรัตน์วิจิตร

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

กรรมการผู้จัดการ

สิริพร แสงเทียนฉาย

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, มณัญญา นาควิสัย

อาร์ตไดเรกเตอร์ สุกัญญา หิรัญยะวะลิต

ดีไซเนอร์ อาทิตย์ ศานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

งานโฆษณา ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์

พัชรินทร์ ภายหอม, ปิยะวรรณ หาปัญนะ

กนกอร ขจรศักดิ์, มณัญญา นาควิสัย

ช่างภาพ ศรพล ไชยทุ่งจีน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา สิริพร แสงเทียนฉาย

โทรศัพท์ติดต่อ หรือสมัครสมาชิกได้ที่

โทร. 0-2435-8111, 0-2435-8444 ต่อ 101

แฟกซ์ 0-2423-2286

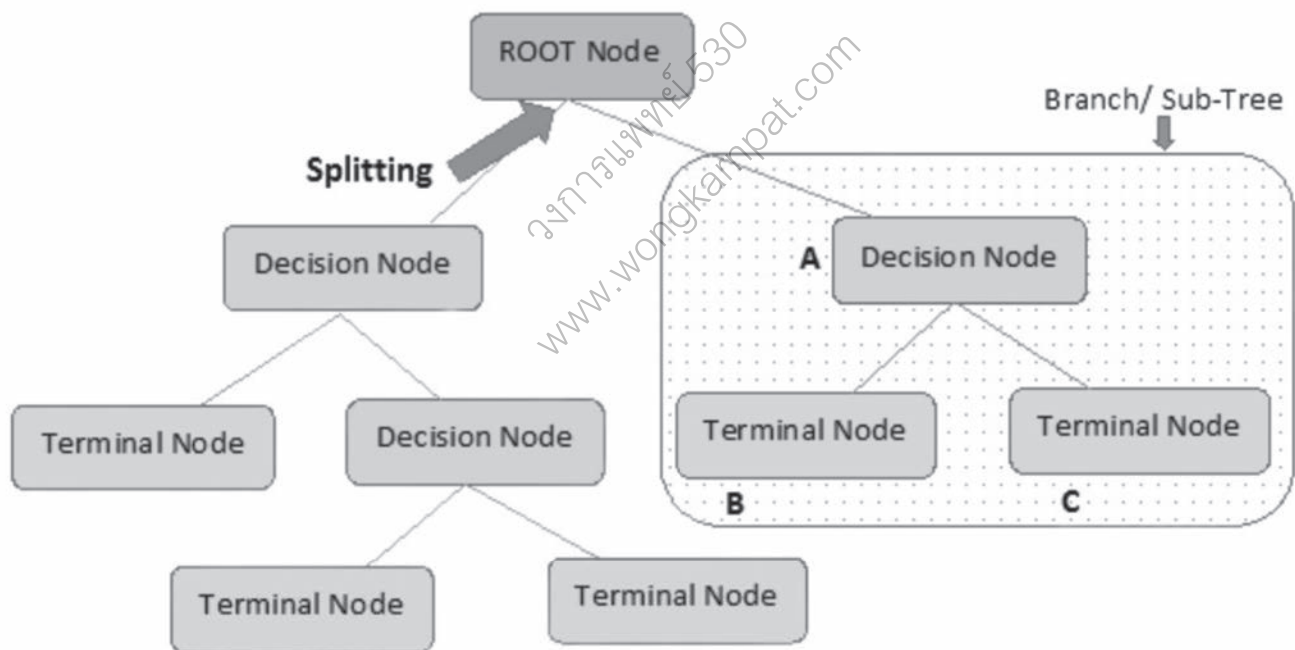
เจ้าของ บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์

เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

ระบบคอมพิวเตอร์เรียนรู้ได้ด้วยตนเองได้อย่างไร

ขณะนี้เราอยู่ในยุคที่เทคโนโลยีมีความก้าวหน้าไปอย่างมากจนบางครั้งอาจจะก้าวหน้าเกินกว่าที่จิตใจของเราจะก้าวตามทันด้วยซ้ำไป ดังนั้น หากเราสามารถรู้เท่าทันได้ว่าระบบคอมพิวเตอร์เรียนรู้ได้ด้วยตนเองได้อย่างไร ก็น่าจะเป็นผลดีต่อการประยุกต์ใช้และปรับตัวในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการแพทย์แม่นยำ ซึ่งจะมีนวัตกรรมใหม่ ๆ ออกมาจำนวนมากและรวดเร็ว ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรต้องรู้เรื่องนี้ไว้บ้างพอสมควร ระบบคอมพิวเตอร์เรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากเทคนิค Decision Trees ซึ่งเป็นเทคนิคการเรียนรู้ที่สามารถใช้ได้ทั้งการจำแนกปัญหาและการเรียนรู้ของระบบคอมพิวเตอร์ แต่ส่วนใหญ่จะนิยมใช้ในการจำแนกปัญหามากกว่า โดยจะแสดงปัญหาที่เป็นไปได้ทั้งหมด และทางเลือกในการแก้ปัญหาหรือการตัดสินใจตามที่มีการกำหนดเงื่อนไขใด ๆ เอาไว้ ในอดีตเทคนิคนี้มักถูกใช้ในการตัดสินใจทางเภสัชศาสตร์อย่างไรก็ตาม ในจุดนี้หากสังเกตดี ๆ จะพบว่าถึงแม้ระบบคอมพิวเตอร์จะสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง แต่การเรียนรู้ดังกล่าวก็ต้องเกิดจากการกำหนดโดยอะไรสักอย่าง ซึ่ง ณ ปัจจุบันมนุษย์ยังเป็นผู้ที่กำหนดอยู่ นี่จึงยังเป็นหนทางที่มนุษย์ยังคงสามารถอยู่ร่วมกับระบบคอมพิวเตอร์ได้หรือค่อย ๆ พัฒนาไปร่วมกันได้ และควรพัฒนาไปในทิศทางที่จะมีความเห็นอกเห็นใจในตัวมนุษย์ก็น่าจะมีประโยชน์มาก



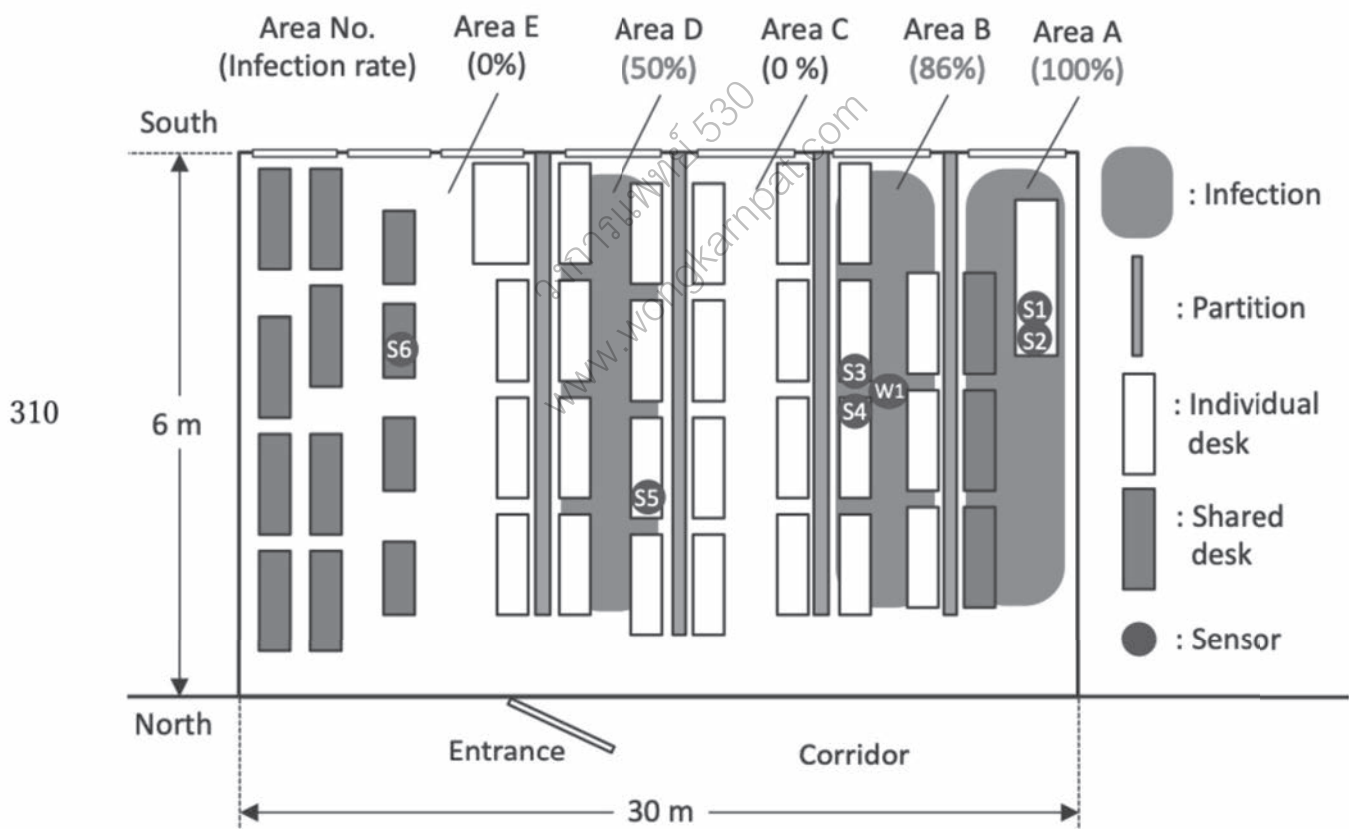
Note:- A is parent node of B and C.

ที่มา:

1. MacEachern SJ, Forkert ND. Machine learning for precision medicine. *Genome*. 2021 Apr;64(4):416-425. doi: 10.1139/gen-2020-0131. Epub 2020 Oct 22. PMID: 33091314.
2. Zhang L, Zhang T, Ren Z, Jiang G. Predicting compassion fatigue among psychological hotline counselors using machine learning techniques. *Curr Psychol*. 2021 Apr 26;1-12. doi: 10.1007/s12144-021-01776-7. Epub ahead of print. PMID: 33935474; PMCID: PMC8074269.

ฉากกั้นอาจช่วยอะไรไม่ได้มากนัก ในการแพร่กระจายของเชื้อแบบ airborne

ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาของการระบาดของโรค COVID-19 ทุกภาคส่วนมีความตื่นตัวและหาหนทางในการป้องกันการแพร่ระบาด เมื่อมีองค์ความรู้มากขึ้นก็พบว่าช่องทางการติดต่อเกิดจากการสัมผัสเชื้อโดยตรง และการสัมผัสเชื้อละอองลอยที่แขวนลอยอยู่ในอากาศ ดังนั้น จึงมีการออกมาตรการป้องกัน เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัย การปรับการระบายอากาศ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม วิธีการหนึ่งที่มีการใช้อย่างแพร่หลายโดยทั่วไปและน่าจะแพร่หลายมากขึ้นเมื่อมีการผ่อนคลายนโยบายมาตรการการเฝ้าระวัง ได้แก่ การใช้ฉากกั้น ซึ่งมีทั้งแบบกั้นทึบสนิทและกั้นบางส่วน จากงานวิจัยพบว่าฉากกั้นอาจมีประโยชน์อยู่บ้างในแง่การป้องกันการสัมผัสเชื้อโดยตรงที่มีกับ droplets แต่อาจไม่ได้ช่วยได้มากนัก ในกรณีที่เชื้อแพร่แบบ airborne โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากอยู่ร่วมกันในห้องปิดซึ่งอาจมีหรือไม่มีมีการปรับอากาศก็ตามก็ยังมีโอกาสติดเชื้อสูง หากไม่มีการสวมใส่หน้ากากอนามัยร่วมด้วย



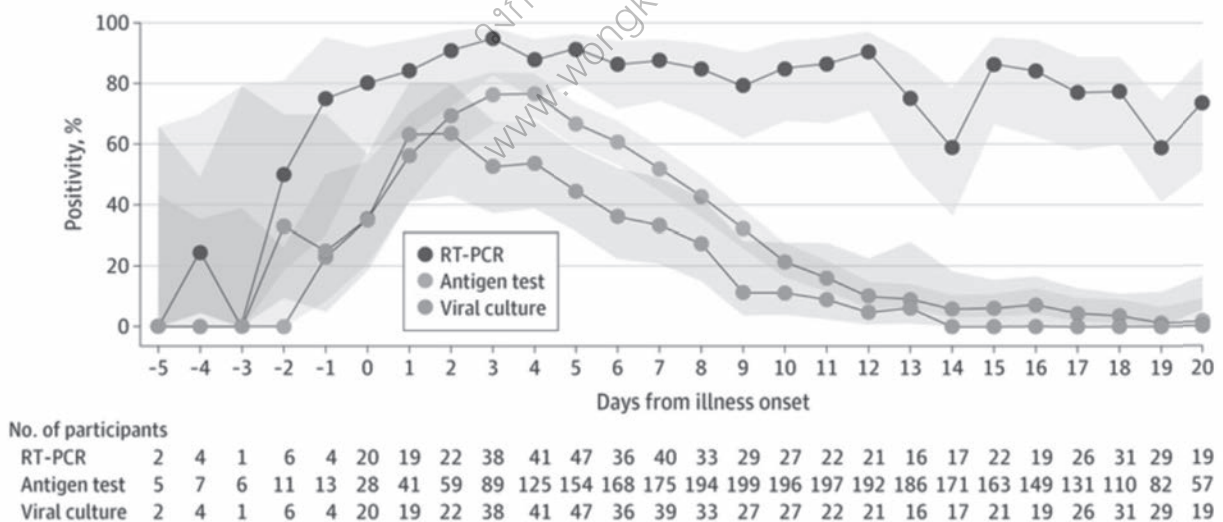
ที่มา: Rooney CM, McIntyre J, Ritchie L, Wilcox MH. Evidence review of physical distancing and partition screens to reduce healthcare acquired SARS-CoV-2. Infect Prev Pract. 2021 Jun;3(2):100144. doi: 10.1016/j.infpip.2021.100144. Epub 2021 Apr 29. PMID: 34316581; PMCID: PMC8081747.

ความไวของการตรวจ Antigen testing (ATK)

เมื่อเทียบกับ RT-PCR และการเพาะเชื้อไวรัส (Viral culture)

ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 แนวทางที่นำมาใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อเบื้องต้น ได้แก่ ตรวจ Antigen testing (ATK) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันมี ATK หลากหลายยี่ห้อ และแต่ละยี่ห้อก็อาจใช้สารคัดหลั่งในการตรวจมาจากตำแหน่งหรือชนิดที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงมีคำถามว่าผลการคัดกรองจากการตรวจ ATK มีความไวเพียงใด เมื่อเปรียบเทียบกับ RT-PCR และการเพาะเชื้อไวรัส (Viral culture) งานวิจัยของ Chu VT และคณะ ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวและได้ข้อสรุปที่น่าสนใจว่าการตรวจ ATK มีความไวปานกลางแต่มีความจำเพาะสูง ถ้าได้ผลบวกมักจะแปลผลได้เลยว่าติดเชื้อโควิด-19 แต่ถ้าผลลบแต่มีอาการหรือมีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูงควรทำการตรวจ PCR ในวันเดียวกัน หรือทำ ATK ซ้ำอีกครั้งหลังจากผลลบครั้งแรก 1-2 วัน การตรวจ PCR จะยังได้ผลบวกได้นาน แม้ว่าเชื้อไวรัสไม่ขึ้นแล้ว (เป็นการตรวจพบซากเชื้อ) จึงไม่ควรตรวจ PCR ซ้ำเพื่อใช้ในการพิจารณาหยุดการกักตัว การตรวจ ATK ได้ผลบวกมักจะแสดงผลไปในทิศทางเดียวกันกับการเพาะเชื้อขึ้น (เป็นไวรัสที่ยังมีชีวิตอยู่ ไม่ใช่ซากเชื้อ) อย่างไรก็ตาม หลังจากที่มีอาการไปแล้ว 10 วันจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีผล ATK ที่ยังเป็นบวกน้อยลงมาก ๆ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องทำการตรวจ ATK ซ้ำทุกวันจนผลเป็นลบ แต่ควรนับว่าหลังจากมีอาการไปแล้ว 10 วันจะมีโอกาสที่จะเพาะเชื้อขึ้นได้น้อยมาก แม้ว่าบางส่วนอาจจะยังมีผล ATK ที่ยังเป็นบวกอยู่ก็มีโอกาสที่จะเพาะเชื้อได้น้อยมาก ๆ และไม่จำเป็นที่จะต้องกักตัวแล้ว

Figure 1. Daily Percentage of Positive SARS-CoV-2 Tests in Participants With Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction (RT-PCR)-Confirmed Infection



Daily percentage of positive SARS-CoV-2 tests (lines) and 95% CIs (shaded areas) of RT-PCR tests, home antigen tests, and viral culture among 225 participants with RT-PCR-confirmed SARS-CoV-2 infection. If the participant was symptomatic, illness onset was defined as the symptom onset date; if asymptomatic, illness onset was the collection date of the first positive RT-PCR test result. Confidence intervals were calculated by the Wilson score interval method.

ที่มา:

1. Chu VT, Schwartz NG, Donnelly MAP, Chuey MR, Soto R, Yousaf AR, et al. Comparison of Home Antigen Testing With RT-PCR and Viral Culture During the Course of SARS-CoV-2 Infection. *JAMA Intern Med.* 2022 Apr 29:e221827.
2. <https://www.facebook.com/EASYPCCM/>

ทำแผลได้ดีก็มีชัยไปกว่าครึ่ง

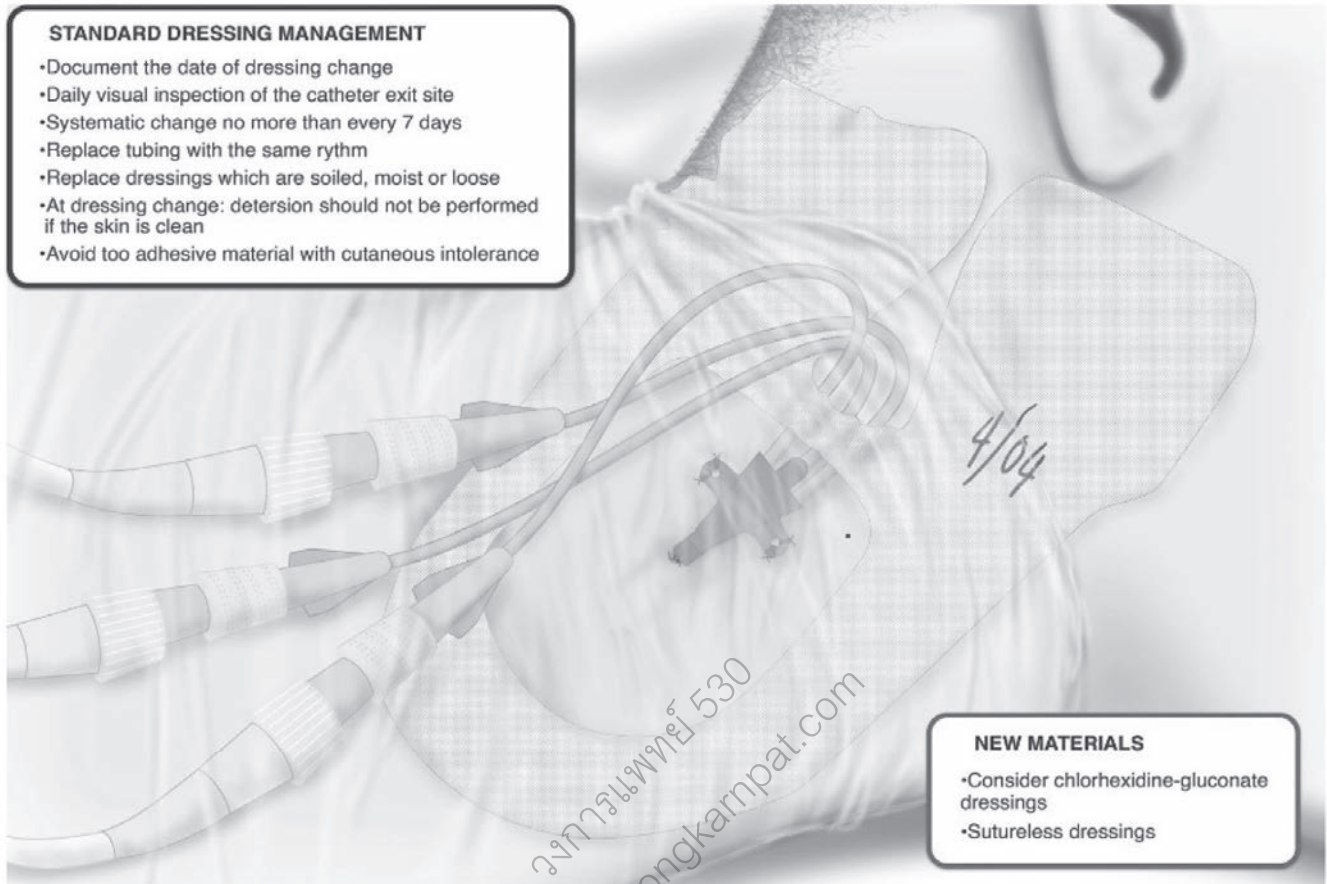


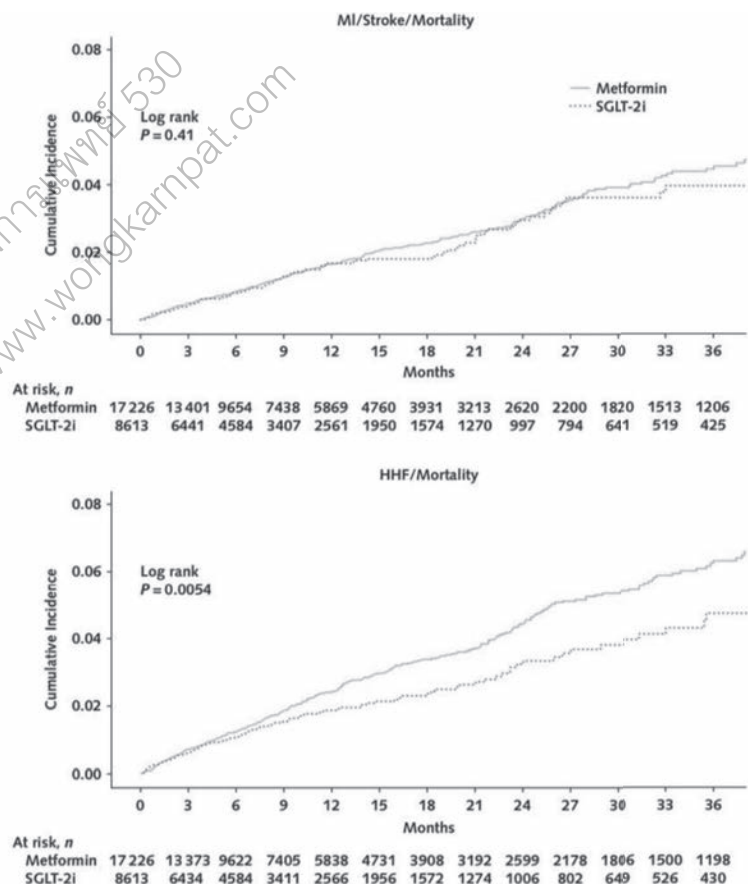
Fig. 1 Standard dressing management and new materials

การใส่สายสวนหลอดเลือดระยะสั้นใน ICU เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเกิดความเสี่ยงของการติดเชื้อสายสวนในหลอดเลือด ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ นวัตกรรมการทำแผลแบบใหม่ อาจช่วยป้องกันปัญหาดังกล่าวได้ดีกว่าการทำแผลแบบดั้งเดิม ตัวอย่างของนวัตกรรมดังกล่าว เช่น sutureless securement systems, chlorhexidine gluconate (CHG) impregnated dressing เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในอนาคตยังสามารถพัฒนาด้านวัสดุศาสตร์ได้อีกมาก และการหาสารต้านจุลชีพทางเลือกใหม่ ๆ ก็อาจเป็นอีกหนทางหนึ่งของการพัฒนา เนื่องจากปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญในระดับโลก ดังนั้น จึงต้องมีการวิจัยพื้นฐาน การวิจัยทางคลินิก และการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ควบคู่ไปด้วยกันจึงจะทำให้ได้นวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในวงกว้าง

ที่มา: https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00134-022-06734-w?sharing_token=b9TOuiTAvS-tVFc5NuenTfe4RwIQNchNByi7wbcMAY4cZRZ-ZIVcVI7p7R7ZgD0ZiQYDdua5quNVUWt0R6ziO071EAGNZnD-ogD9EwcsH0uwPpnhiWBS9xdrBUOGAYF3WaRLDUdmCKTIdmMTuFMwKC3n3RB7KJ_8kbDfzDmMk%3D

Cardiovascular Outcomes in Patients Initiating First-Line Treatment of Type 2 Diabetes With Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors Versus Metformin A Cohort Study

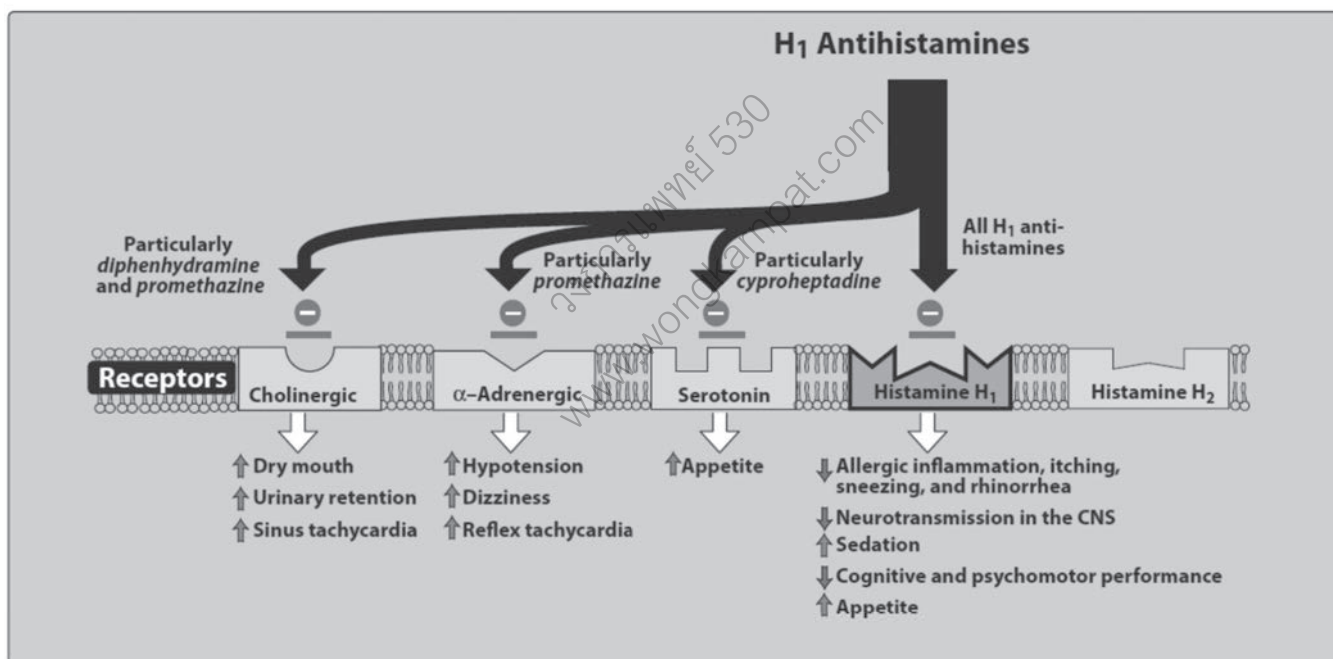
ยาในกลุ่ม Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors, SGLT-2i เป็นยาใหม่ที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีงานวิจัยจำนวนมากในปัจจุบันระบุว่ามียาที่มีประโยชน์มากกว่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ อย่างไรก็ตาม ยังคงเป็นการวิจัยขนาดเล็ก Shin และคณะ ดำเนินการวิจัยแบบ Population-based cohort study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด (composite of hospitalization for myocardial infarction (MI), hospitalization for ischemic or hemorrhagic stroke or all-cause mortality (MI/stroke/mortality), and a composite of hospitalization for heart failure (HHF) or all-cause mortality (HHF/mortality). Safety outcomes including genital infections) ในผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (T2D) ที่เริ่มการรักษาทางเลือกรักษาด้วย SGLT-2i เทียบกับยา metformin ในอาสาสมัครขนาดใหญ่ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับ SGLT-2i มีความเสี่ยงที่ไม่ต่างกันในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย/โรคหลอดเลือดสมอง/การตาย (HR 0.96; 95% CI 0.77 to 1.19) มีความเสี่ยงที่ลดลงสำหรับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวายและการตาย (HR 0.80; CI 0.66 to 0.97) จากการติดตามผลลัพธ์นาน 1 ปี และมีผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่ไม่ต่างกัน ยกเว้นความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นสำหรับการติดเชื้อที่อวัยวะเพศเมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับ metformin อย่างไรก็ตาม อาจต้องรอการวิจัยในรูปแบบ randomized controlled trial ต่อไปในอนาคต ดังนั้น ในทางปฏิบัติการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยยาในกลุ่ม SGLT-2i อาจจะต้องพิจารณาด้านประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ร่วมกันให้มากขึ้น



ที่มา: Shin H, Schneeweiss S, Glynn RJ, Paterno E. Cardiovascular Outcomes in Patients Initiating First-Line Treatment of Type 2 Diabetes With Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors Versus Metformin: A Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2022 May 24. doi: 10.7326/M21-4012. Epub ahead of print. PMID: 35605236.

Effects of H₁ Antihistamines at Histamine, Cholinergic, Adrenergic and Serotonin-Binding Receptors

ยาต้านฮีสตามีน 1 เป็นยาที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาอาการแพ้ที่เกิดจากการหลั่งฮีสตามีน ยากลุ่มนี้มีหลายรุ่น โดยรุ่นที่สูงขึ้นจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีผลข้างเคียงลดลงตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยากลุ่มนี้รุ่นที่ 1 เป็นยาสามัญประจำบ้านตามกฎหมายของประเทศไทย ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงยาได้ง่าย ในทางกลับกัน กลับเป็นยาที่มีผลข้างเคียงมากเนื่องจากออกฤทธิ์อย่างไม่เฉพาะเจาะจงและยับยั้งตัวรับได้หลายชนิด ดังนั้น จึงต้องระวังอย่างมากในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องทำงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น บุคลากรทางการแพทย์จึงควรแนะนำการใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแบบเฉพาะราย



Effects of H₁ antihistamines at histamine, adrenergic, cholinergic, and serotonin-binding receptors. Many second-generation antihistamines do not enter the brain and, therefore, show minimal CNS effects.

Source : Lippincott Illustrated Reviews, Pharmacology - Whalen, Karen

ที่มา: Church MK, Church DS. Pharmacology of antihistamines. Indian J Dermatol. 2013 May;58(3):219-24. doi: 10.4103/0019-5154.110832. PMID: 23723474; PMCID: PMC3667286.



5 ข้อหาเผ่าระวัง รู้ทันโรคไข้เลือดออก เนื่องในวันไข้เลือดออกอาเซียน หรือ ASEAN Dengue Day

นอกจากโรคโควิด-19 ที่ยังสร้างความหวาดกลัวอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าการกักกันจะเข้าสู่โรคประจำถิ่นก็ตามตอนนี้ก็มีโรคไข้มาลาเรียที่เราต้องเผ่าระวังกันแล้ว หากจะกล่าวถึงหนึ่งในโรคระบาดที่อยู่กับประเทศไทยมาอย่างยาวนานคงไม่พ้น **โรคไข้เลือดออก** ภัยที่มากับยุงลายและภูมิอากาศแบบเขตร้อนชื้นบางรายมีอาการรุนแรงและอาจมีอาการแทรกซ้อนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ถึงแม้ว่าเราจะคุ้นเคยกับโรคไข้เลือดออก แต่ยังมีข้อมูลที่น่าสนใจที่หลายคนอาจยังไม่รู้ เนื่องในโอกาสของ “**วันไข้เลือดออกอาเซียน**” หรือ **ASEAN Dengue Day** ซึ่งตรงกับวันที่ 15 มิถุนายน มาดูกันว่า 5 ข้อหาเผ่าระวังเพื่อรู้ทันโรคไข้เลือดออกมีอะไรบ้าง

1. อุณหภูมิของโลกที่สูงขึ้น ส่งผลให้พื้นที่ระบาดของโรคไข้เลือดออกขยายวงกว้างขึ้น

โรคไข้เลือดออกมีการระบาดตลอดปี แต่จะระบาดสูงสุดในช่วงฤดูฝน พื้นที่น้ำท่วมขังและพื้นที่ที่มีอุณหภูมิ 15 องศาเซลเซียสขึ้นไปเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเชื้อไข้เลือดออกสามารถส่งต่อผ่านยุงลายจากรุ่นสู่รุ่นในไข่ โดยไข่ของยุงลายสามารถทนอากาศและความร้อนอยู่ได้นานหลายเดือน และกระจายไปได้ทั่วโลก ด้วยสภาพแวดล้อมและภูมิอากาศในปัจจุบันที่ส่งผลให้อุณหภูมิโลกสูงขึ้นโดยเฉลี่ย 1 องศาเซลเซียสทำให้บางพื้นที่ที่เคยมีอุณหภูมิต่ำยุงลายไม่สามารถวางไข่ได้กลับอุ่นขึ้นและเริ่มพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เหล่านั้น บางประเทศที่ไม่เคยต้องรับมือกับโรคไข้เลือดออกจึงต้องสร้างความตระหนักให้กับภาคประชาชนมากขึ้น ซึ่งหมายถึง

แนวโน้มของจำนวนประชากรโลกที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออกนั้นเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ตามรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2562 โรคไข้เลือดออกถือเป็นภัยด้านสาธารณสุข 1 ใน 10 อันดับของโลก ประชากรโลกกว่าครึ่งอยู่ภายใต้ภัยคุกคามของโรคไข้เลือดออกในละแวกที่มีผู้ติดเชื้อกว่า 390 ล้านคน และผู้เสียชีวิตกว่า 20,000 คน^{1,2}

2. โรคไข้เลือดออกไม่เลือกฐานะ: สิวา เชื้อชาติ หรืออายุ

โรคระบาดบางประเภทมักเกิดในพื้นที่แออัด หรือเกิดกับคนที่มีลักษณะทางกายภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัยไม่จำกัดเชื้อชาติหรืออายุ เพียงแค่อยู่ในพื้นที่ที่มียุงลายก็สามารถเป็นได้ ใครเป็นแล้วก็ไปซ้ำอีกได้เนื่องจากเชื้อไวรัสเดงกีที่เป็นที่มาของโรคไข้เลือดออกมีถึง 4 สายพันธุ์ด้วยกัน โดยอาการที่พบได้ทั่วไปคือ ไข้ขึ้นสูง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ปวดตา คลื่นไส้ อาเจียนและเกิดผื่นที่ผิวหนัง หากอาการรุนแรงมักพบว่ามีการเกล็ดเลือดต่ำมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ชีมหรือกระดึบกระส่าย มือเท้าเย็น หากติดเชื้อสายพันธุ์ใดแล้วจะไม่มีอาการซ้ำแต่การติดเชื้อครั้งที่ 2 กับสายพันธุ์ใหม่จะมีอาการรุนแรงกว่าครั้งแรก

3. กรุงเทพฯ หนึ่งในแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอันดับ

นพ. ชรินทร์ ศิริภาค รองปลัดกรุงเทพมหานคร เผยว่า กรุงเทพฯ อยู่ในลำดับที่ 6 ของพื้นที่ที่มีอัตราการป่วยจากโรคไข้เลือดออกสูงในประเทศไทย เนื่องจากความหลากหลายในภูมิอิตลักษณะ ทั้งตึกสูง คอนโด พื้นที่สวน และมีจำนวนประชากรหนาแน่นความเสี่ยงจึงสูงขึ้นตามแนวทางการจัดการในกรุงเทพฯ จึงต้องเน้นความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งด้านสิ่งแวดล้อม สาธารณะ สาธารณสุข และโรงเรียน เป็นต้น ต้องมีการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่สามารถเข้าถึงคนหมู่มากได้ง่ายและตรงใจ เพื่อโน้มน้าวให้คนกว่า 10 ล้านคนที่อาศัยและเข้ามาทำงานในกรุงเทพฯ เป็นประจำได้รับรู้ถึงภัยของโรคไข้เลือดออก และช่วยกันเฝ้าระวัง



1. Chan E, et al. Using web search query data to monitor dengue epidemics: a new model for neglected tropical disease surveillance. PLoS Negl Trop Dis. 2011;5:e1206.
2. Centers for Disease Control and Prevention. About Dengue: What You Need to Know. May 2019. Retrieved February 2021.

4. โรคไข้เลือดออกไม่ยียรักษา

การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก คือ ต้องคอยสังเกตอาการเนื่องจากยังไม่มียารักษาจำเพาะ หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงต้องนำส่งโรงพยาบาลทันที เพื่อให้อยู่ในความดูแลใกล้ชิดของแพทย์ และรักษาแบบประคับประคอง **ศ. เกียรติคุณ นพ.อมร ลีลารัศมี ประธานบัณฑิตกษัตริย์** **ความร่วมมือเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก Dengue-Zero** ให้ข้อมูลว่าความรู้เรื่องการกินยาที่ถูกต้อง เป็นอีกหนึ่งประเด็นสำคัญของโรคไข้เลือดออก เนื่องจากหนึ่งในอาการของโรคคือเกิดเลือดต่ำ การกินยาแอสไพรินเพื่อลดไข้จึงเป็นสิ่งที่ควรเลี่ยงอย่างมากเพราะจะส่งผลให้เลือดออกง่ายขึ้น และห้ามกินยาในกลุ่ม NSAIDs เป็นอันตราย



5. การสร้างพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดี ต้องเริ่มจากเยาวชน

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นที่ยังไม่มีการป้องกันได้ 100% ทุกฝ่ายจึงต้องเฝ้าระวัง และป้องกัน สิ่งแรกที่เราทำได้คือ เริ่มจากตัวเราเอง การดูแลสุขภาพภายในบ้านและที่ทำงานไม่ให้มีแหล่งน้ำขัง คอยเปลี่ยนแหล่งน้ำขังในบ้านให้สะอาดไม่ให้ยุงลายมาวางไข่ ซึ่งการสร้างพฤติกรรมที่ดีเหล่านี้สามารถเริ่มได้เสมอ ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2565 อัตราป่วยอาจจะพบมากในเด็กวัย 5-14 ปีเป็นส่วนใหญ่ เพราะโรงเรียนเป็นพื้นที่เสี่ยงในการที่นักเรียนจะถูกยุงลายกัดตอนกลางวัน และผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกส่วนมากเป็นวัยรุ่น การสร้างความตระหนักรู้ในการป้องกันโรค จะช่วยลดอุบัติการณ์เกิดโรค ความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิตจากโรคนี้ได้

วันไข้เลือดออกอาเซียน» หรือ ASEAN Dengue Day ในวันที่ 15 มิถุนายน จะเป็นอีกหนึ่งแรงผลักดันที่ช่วยส่งเสริมให้คนไทยได้รับรู้เกี่ยวกับภัยของโรคไข้เลือดออก ในส่วนของหน่วยงานรัฐ และภาคเอกชนเองได้มีการลงนาม**บัณฑิตกษัตริย์ความร่วมมือเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก Dengue-Zero** กับภาคีเครือข่ายจำนวน 11 องค์กรที่นำโดย **แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย** ในพระบรมราชูปถัมภ์ **กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย สมาคมโรงพยาบาลเอกชน สมาคมนักบริหารโรงพยาบาล**

แห่งประเทศไทย และ บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด มาตั้งแต่ช่วงต้นปี ด้วยเป้าหมายหลัก 3 ประการ ในการลดอัตราการป่วยจากไข้เลือดออกลงให้ได้ร้อยละ 25 หรือให้ไม่เกิน 60,000 การลดอัตราการเสียชีวิตให้ต่ำกว่า 1:10,000 ราย และการควบคุมแหล่งลูกน้ำยุงลายในชุมชนให้ต่ำกว่า 5 หลังคาเรือน จากการสำรวจ 100 หลังคาเรือน ในระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2569) โดยมุ่งเน้นให้เกิดการปฏิบัติจริง มีการประสานงานเพื่อการรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อที่เร็วขึ้น เพื่อส่งหน่วยงานเข้าไปทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ การวิจัยเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงจากการสำรวจพื้นที่เสี่ยง การสร้างความตระหนักรู้ผ่านการสื่อสารและนวัตกรรมรูปแบบใหม่ “ทาเคดา ในฐานะบริษัทชีวเภสัชภัณฑ์ระดับโลกที่มีความมุ่งมั่นนำเสนอนวัตกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีกว่า ตระหนักถึงปัญหาของโรคไข้เลือดออกและไม่อยากให้คนไทยต้องสูญเสียจากโรคนี้ เรารู้ดีว่าการจะเอาชนะโรคนี้ได้นั้นไม่สามารถทำได้ด้วยหน่วยงานหรือใครเพียงคนเดียว แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่มีความมุ่งมั่นเดียวกันในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ทาเคดามีความยินดีอย่างยิ่งที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของความร่วมมือภายใต้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ Dengue-Zero นี้ โดยเป็นการต่อยอดความมุ่งมั่นของทาเคดาในการสนับสนุนทุกความร่วมมือเพื่อให้ประเทศไทยก้าวสู่สังคมปลอดไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน” **มร. ปีเตอร์ สตริบัล กรรมการผู้จัดการ บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด** กล่าวทิ้งท้าย





ทันตฯ มหิดล ผ่าตัดสร้างขากรรไกร โดยใช้กระดูกน่องและต่อเส้นเลือด ร่วมกับ การใส่ฟันปลอมยึดด้วยรากเทียม (Fibula Jaw in a Day) ครั้งแรกในประเทศไทย

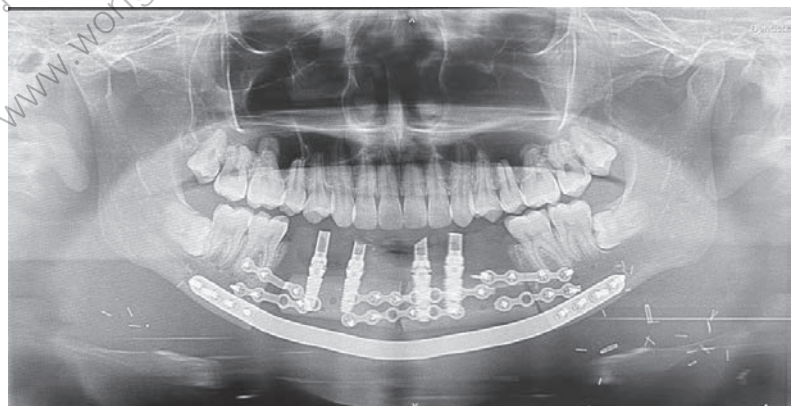
ใบหน้าและขากรรไกรถือเป็นโครงสร้างที่ซับซ้อนในการรักษา นอกจากประกอบด้วยโครงสร้างที่ควรมีความสมมาตรสวยงามแต่ยังรวมไปถึงระบบบดเคี้ยวและการสบฟันที่ดี ที่ทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มะเร็งช่องปากและเนื้องอกในช่องปากถือว่าเป็นโรคที่พบได้บ่อย การรักษาด้วยการผ่าตัดยังคงเป็นการรักษาหลักแต่ขั้นตอนมีความซับซ้อนและยุ่งยากกว่าจะได้ใบหน้าและการสบฟันที่ดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลได้ผ่าตัดเนื้องอกในช่องปากและสร้างขากรรไกรโดยใช้กระดูกน่องและต่อเส้นเลือด ร่วมกับการใส่ฟันปลอมยึดด้วยรากเทียมครั้งแรกในประเทศไทย นับเป็นการยกระดับการบูรณะขากรรไกรอย่างครบวงจรตั้งแต่ขั้นตอนการผ่าตัดนำกระดูกขากรรไกรออก ต่อเนื่องไปถึงการใช้ระบบคอมพิวเตอร์วางแผน 3 มิติในการนำกระดูกน่องมาบูรณะบริเวณช่องปากซึ่งได้ลดระยะเวลาการรักษาเป็นอย่างมาก ผลการรักษามีความแม่นยำ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้ป่วย นับเป็นอีกก้าวสำคัญของประเทศไทยที่ยกระดับการผ่าตัดบูรณะใบหน้าและขากรรไกรให้สำเร็จเร็วขึ้นและปลอดภัย

รศ.ดร.นพ.ทพ.ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ คณะบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ฯ กล่าวว่า คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ให้การผ่าตัดและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของใบหน้าและขากรรไกรโดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดรักษามะเร็งและเนื้องอกในช่องปาก มีการส่งแพทย์และทันตแพทย์เรียนต่อเฉพาะทางทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้เพิ่มขีดความสามารถในการผ่าตัดที่ยุ่งยากและซับซ้อนขึ้น ปัจจุบันมีทีมผ่าตัดที่มีความเชี่ยวชาญโดยสามารถให้การรักษาอย่างเป็นองค์รวม และสามารถให้การรักษาตั้งแต่ผ่าตัดจนกระทั่งถึงการบูรณะการบดเคี้ยวได้เป็นอย่างดี โดยบุคลากรของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สามารถดูแลช่องปากผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมและวางแผนที่จะพัฒนาเป็น Excellence Center ด้านการผ่าตัดเนื้องอกและมะเร็งช่องปากในอนาคตอันใกล้

ผศ.ทพ.สุรภิจ วิสุทธิวัฒนาการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรมคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวถึง โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ความสำคัญเรื่องการให้บริการอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกคนและให้บริการอย่างเท่าเทียม สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ทางทันตกรรมที่ทันสมัยและมีเทคโนโลยีการแพทย์ที่ทันสมัยตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพของ HA รวมทั้งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้มารับบริการและประชาชน

ผศ.ทพ.ยุทธศักดิ์ เกรียงเชิดศักดิ์ หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ได้กล่าวว่า ภาควิชาฯ มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติซ้ำซ้อนของใบหน้าขากรรไกร เนื่องด้วยปัจจุบันการรักษาทางการแพทย์ส่วนใหญ่ได้มีการพัฒนานำเทคโนโลยี 3 มิติมาใช้ ทางภาควิชาฯ จึงได้มีการจัดหาโปรแกรมวางแผน 3 มิติ เพื่อช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการรักษาผู้ป่วยลดระยะเวลาในห้องผ่าตัดและเกิดผลประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นสูงสุด

ผศ.ดร.นพ.ทพ.บวร คลองน้อย หัวหน้าโครงการและทีมแพทย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า การนำกระดูกอ่อนและเส้นเลือดมาบูรณะขากรรไกรถือเป็นหัตถการที่ทำเพื่อบูรณะรอยโรคในช่องปากที่ต้องได้รับการตัดขากรรไกรมาอย่างยาวนาน โดยมีการใช้ครั้งแรกเมื่อกว่า 20 ปีก่อน ประเทศไทยเริ่มนำกระดูกอ่อนมาบูรณะขากรรไกร ในช่วงเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา แต่ยังไม่มีความถี่ที่สามารถบูรณะกระดูกขากรรไกรต่อเนื่องไปจนถึงการบูรณะฟันให้คนไข้สำเร็จภายในการรักษาเพียงครั้งเดียว ซึ่งการผ่าตัดในครั้งนี้ถือเป็นการยกระดับมาตรฐานการบูรณะขากรรไกรให้สูงขึ้นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโดยที่หากไม่ได้รับการรักษาบูรณะและทำฟันปลอมในห้องผ่าตัดเลยอาจจะต้องรออย่างน้อย 1-2 ปี จึงจะได้รับการใส่ฟันเทียมหรือในบางครั้งด้วยความซับซ้อนของการรักษาผู้ป่วยอาจสูญเสียฟันไปเป็นการถาวร



การสร้างขากรรไกรใหม่โดยใช้กระดูกอ่อนและต่อเส้นเลือดร่วมกับการใส่ฟันปลอมยึดด้วยรากเทียม (Fibula Jaw in a day)

อ.นพ.ทพ.คณิน อรุณากร (Kanin Arunakul) แพทย์เจ้าของไข้ กล่าวถึง ความรู้สึกที่มีต่อการเริ่มต้นวางแผนการรักษาผู้ป่วยรายนี้ในครั้งแรกว่า เนื่องด้วยผู้ป่วยรายนี้อายุอยู่ในวัย 20 ปี สุขภาพร่างกายแข็งแรง จึงอยากวางแผนบูรณะขากรรไกรและการสบฟันให้ได้ใกล้เคียงเดิมมากที่สุด มีเป้าหมายที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาเคี้ยวอาหารและใช้ชีวิตปกติได้เช่นเดิมอย่างรวดเร็ว เพื่อสภาวะจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถและการวางแผนอย่างเป็นองค์รวมจากหลายสาขาและการช่วยวางแผนด้วยวิธีทางดิจิทัลพัฒนาการผ่าตัดให้มีความถูกต้องแม่นยำเพื่อให้การรักษาสำเร็จทั้งหมดในขั้นตอนเดียวหรือเรียกการผ่าตัดลักษณะนี้ว่า **“Jaw in a Day”** โดยตนยังเชื่อมั่นในทีมผ่าตัดและทีมใส่ฟัน จึงตัดสินใจเลือกการวางแผนการรักษานี้ซึ่งเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดที่แพทย์สามารถสร้างให้ผู้ป่วยได้

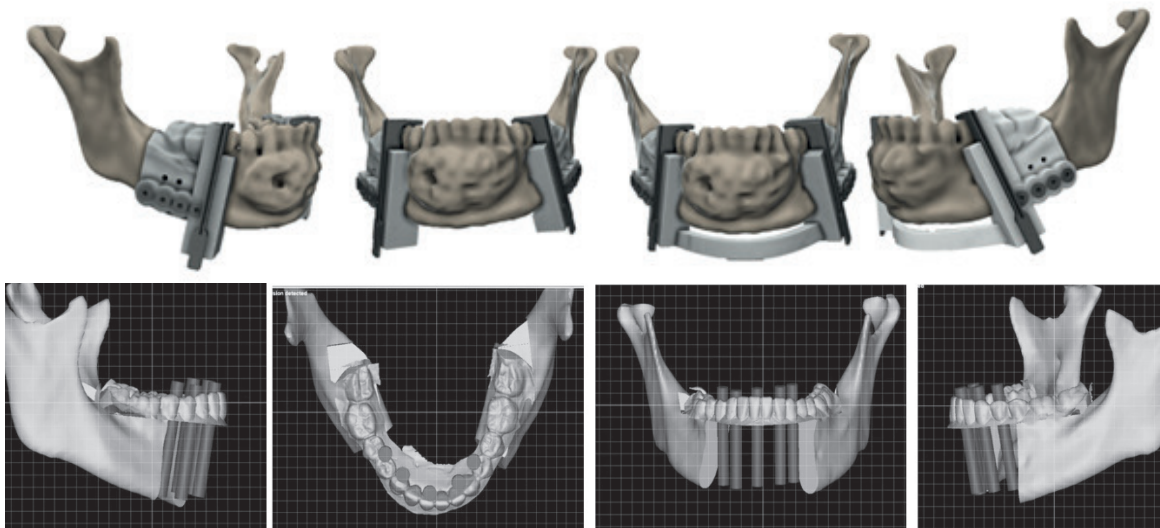
ก่อนผ่าตัด

หลังผ่าตัด



ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดขากรรไกรล่างออกไปเพราะเนื้องอกซึ่งจะสูญเสียฟันออกไปด้วย 10 ซี่ แต่ด้วยเทคนิค Fibula Jaw in a day ผู้ป่วยสามารถมีฟันติดแน่นออกจากห้องผ่าตัดได้เลย ไม่ต้องรออีกหลายปีเหมือนที่ผ่านมา เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตและยกมาตรฐานการรักษา สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทย

อ.ทพญ.วรุฒตา เกษมสานต์ อาจารย์ผู้มีประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยี 3 มิติมาใช้วางแผนการรักษาทางศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ได้กล่าวถึง ขั้นตอนการวางแผนการผ่าตัด โดยเริ่มต้นจากการตรวจใบหน้า การเอกซเรย์สามมิติของกะโหลกศีรษะ การใช้เทคโนโลยีสแกนช่องปาก เพื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดเข้าวางแผนในโปรแกรม 3 มิติ จำลองการผ่าตัดขากรรไกรบริเวณที่มีรอยโรคออกไป และใช้เอกซเรย์ 3 มิติของกระดูกอ่อนมาทดแทน โดยวางแผนในโปรแกรมเพื่อให้เกิดความแม่นยำและลดระยะเวลาการตัดแต่งในห้องผ่าตัด ทั้งนี้ได้มีการจัดทำแบบนำร่องการตัดกระดูกขากรรไกรและแบบนำร่องการตัดกระดูกอ่อน (surgical guide) ให้มีความพอดีกัน เมื่อผ่าตัดกระดูกขากรรไกรที่มีรอยโรคออกไปจึงมีการวางตำแหน่งของกระดูกอ่อนให้เป็นไปตามแนวของรากเทียมและฟันเทียม เพื่อให้สามารถบูรณะการสบฟันของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดได้ทันที โดยการทำวิธีนี้ต้องอาศัยความรู้ ความร่วมมือและเทคโนโลยีด้านโปรแกรม 3 มิติ โดยจะมีการพิมพ์ชิ้นงาน surgical guide โมเดลขากรรไกรสามมิติและเหล็กยึดกระดูกเฉพาะบุคคล การบูรณะโดยวิธีการดังกล่าวในต่างประเทศเริ่มนำมาใช้ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ในประเทศไทยเริ่มมีการนำมาใช้ช่วง 2-3 ปีนี้ ซึ่งถือเป็นความท้าทายและอาจเป็นมาตรฐานใหม่ของการบูรณะขากรรไกร



การออกแบบการรักษาผ่านระบบดิจิทัล

อ.ทพญ.สุชกาญจน์ เต็มคำขวัญ หนึ่งในทีมทันตแพทย์ผู้ผ่าตัด กล่าวว่า ความสำเร็จครั้งแรกของประเทศไทยในครั้งนี้เกิดขึ้นจากการมีความตั้งใจที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุด แม้ว่าจะต้องมีความยุ่งยากในการวางแผนมากขึ้นแต่การทำกรวางแผนโดยโปรแกรม 3 มิติมาก่อน ทำให้ลดเวลาในการผ่าตัดได้มากซึ่งมีผลต่อความสำเร็จในการรักษา เนื่องจากเป็นการนำกระดูกและเส้นเลือดจากบริเวณขามาคู่กับเส้นเลือดที่ลำคอ หากใช้เวลาในการผ่าตัดนานเกินไปอาจทำให้เนื้อเยื่อที่นำมาปลูกไม่รอดชีวิต นอกจากนี้ทีมผ่าตัดแล้วก็ยังมียุติมนคณาจารย์ของภาควิชาฯ ทันตแพทย์ประจำบ้านและบุคลากรที่ช่วยกันสนับสนุนการรักษาเริ่มตั้งแต่การวางแผนการผ่าตัด การผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างดีตลอดมา จึงทำให้การรักษาประสบความสำเร็จและเป็นการยกระดับที่มีความสำคัญขอประเทศไทย ซึ่งการผ่าตัดผู้ป่วยในครั้งนี้ยังได้เป็นการสร้างมาตรฐานและเป็นหนึ่งในตัวอย่างที่ดีของการผ่าตัดบริเวณใบหน้าและขากรรไกรที่ประสบผลสำเร็จ เป็นการแสดงให้เห็นว่าทีมแพทย์ของประเทศไทยนั้น มีศักยภาพไม่น้อยไปกว่าประเทศอื่น

โดยความสำเร็จของการผ่าตัดการสร้างขากรรไกรโดยใช้กระดูกอ่อนและต่อเส้นเลือดร่วมกับการใส่ฟันปลอมยึดด้วยรากเทียมครั้งแรกในประเทศไทยครั้งนี้จากการผนึกกำลังของทีมแพทย์ ทันตแพทย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประกอบด้วยทีมทันตแพทย์ ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล และ ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์ โดย **อ.ทพ.ปริญญา อมรเศรษฐชัย** ได้วางแผนการสบฟันให้เหมือนเดิมโดยนำเอาโปรแกรมวางแผนตำแหน่งรากเทียมที่ช่วยยึดฟันเทียม ทำให้สามารถลดระยะเวลาในการรอใส่ฟันเทียมไปได้มากกว่าปี ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตประจำวันเหมือนก่อนผ่าตัดหายจากโรคเนื้องอกในช่องปากและมีการสบฟันที่ดีทันหลังการผ่าตัด มีรอยยิ้มที่สวยงาม มีการใช้เทคโนโลยีทางด้าน ดิจิทัลมาช่วยในการสร้างชิ้นงานตั้งแต่ก่อนทำการผ่าตัด ซึ่งทำให้ผลของการรักษามีความแม่นยำที่สุดเพื่อให้การทำงานในห้องผ่าตัดเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว





อิสรภาพทางการเงิน (ต่อ)

ออมแล้ว ลงทุนอย่างไรดี

เมื่อได้เงินเดือนเดือนแรกต้องหักออมไว้ทันที 10-15% ของเงินเดือน แล้วจึงใช้จ่ายอย่างมีเหตุผล ถ้ายังมีเงินเหลืออีกต้องเก็บไว้ไม่ใช่ให้หมด เช่น รับเงินเดือน 30,000 บาท แต่มีรายจ่ายเพียง 15,000 บาท ต้องออมทั้งหมดที่เหลือ ไม่ใช่เก็บออมไว้เพียง 10-15% ของรายรับเท่านั้น

ในกรณีที่เงินเหลือใช้ 15,000 บาทต่อเดือน ก่อนที่จะทำอะไร ต้องมีเงินก้อนหนึ่งเก็บไว้เผื่อต้องใช้ในยามฉุกเฉิน เช่น ตกงาน เพราะโควิด-19 กองทุนเพื่อเหตุการณ์ฉุกเฉินนี้ควรมีประมาณ 6-12 เดือนของรายจ่ายในแต่ละเดือน เช่น ถ้ามีรายจ่ายเดือนละ 20,000 บาท ควรมีเงินในกองทุนนี้ประมาณ 120,000 - 240,000 บาท แต่อย่าฝากยอดเงินไว้ในบัญชีออมทรัพย์หรือประจำเท่านั้น เพราะจะได้ดอกเบี้ยน้อยมาก (0.25-1%) เพราะเราคงจะไม่ต้องใช้เงินก้อนนี้ แต่จะเก็บไว้สำหรับกรณีฉุกเฉินจริงๆ ซึ่งถ้าวางแผนให้ดีไม่น่าจะเกิดกรณีฉุกเฉินนี้ เราจึงอาจพิจารณาฝากไว้ในรูปแบบของพันธบัตร ซึ่งเป็นหุ้นกู้ของรัฐบาลที่มีความปลอดภัยสูง และอาจให้ดอกเบี้ยสูงถึง 2-4% และสามารถถอนได้ภายใน 1 วัน

เงินที่เหลือต้องเอาไปลงทุน

ที่ต้องพิจารณาก่อนอื่นเลยคือ อะไรที่ลงทุนและสามารถนำไปหักลดหย่อนภาษีได้ ต้องทำก่อน เช่น ประกันชีวิต ช้อ SSF, RMF กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) กองทุนครู (โรงเรียนเอกชน) และกองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) ฯลฯ

เมื่อลงทุนสิ่งต่างๆ เหล่านี้เพื่อนำไปลดหย่อนภาษีตามสิทธิ์ที่มีแล้ว (อย่าซื้อเกินจำนวนที่ “หลง” กำหนดให้ เพราะถ้าซื้อเกินไปจะหักภาษีส่วนเกินนี้ไม่ได้ รวมทั้งในการซื้อ SSF เราต้องถือไว้ถึง 10 ปี ก่อนที่จะขายได้ ส่วน RMF เราต้องถือไว้จนอายุ 55 ปี หรือถ้าซื้อตอนอายุ 54 ปี ต้องถือไว้ 5 ปี ฯลฯ) ควรพิจารณาลงทุนเพื่อให้ได้รับค่าตอบแทนที่ได้อย่างปลอดภัย คือ ลงทุนในตลาดทุนแบบระยะยาว

1. กองทุน การซื้อกองทุน คือ ซื้อหุ้นนั่นเอง แต่ในการซื้อกองทุนเราสามารถซื้อได้ในปริมาณเงินที่ไม่มาก เช่น ครั้งละ 1,000 บาท กองทุนจะมีผู้จัดการกองทุนที่มีความรู้ ความสามารถที่จะดูแลการซื้อขายหุ้นให้เรา กองทุนจะเหมาะสำหรับผู้ที่ไม่มีเงินน้อยหย่อนๆ ไม่มีความรู้มาก ไม่มีเวลาติดตาม ฯลฯ

แต่ก่อนซื้อกองทุน ต้องหาข้อมูลเกี่ยวกับกองทุนนั้นๆ ว่าดีแค่ไหน กองทุนเอาไปลงทุนอะไรบ้าง ต้องดูย้อนหลัง 5-10 ปี ฯลฯ เมื่อพอใจจึงลงทุน ต้อง “ลงทุน” ตรงนี้ก่อนด้วยการอ่าน หาข้อมูลเกี่ยวกับกองทุนต่างๆ ทั้งในไทยและต่างประเทศ ดูข้อมูลได้จาก Morning Star จากตลาดหลักทรัพย์ ฯลฯ

ต้องพิจารณาดูด้วยว่าเราจะซื้อกองทุนที่มีปันผลหรือไม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับว่า เราต้องใช้เงินบ้างหรือไม่ ถ้าไม่มีความจำเป็นที่ต้องใช้เงิน อาจเลือกกองทุนที่ไม่จ่ายปันผล แต่มีกำไรดี และเอากำไรนี้ไปทบต้น ถ้าคิดแบบเอากำไรไปทบต้น (compound interest ที่ Albert Einstein บอกว่ายิ่งใหญ่กว่าระเบิดปรมาณู) จากข้อมูลตลาดหลักทรัพย์ย้อนหลัง 17 ปี ถ้าฝากไว้ 17 ปี หรือนานกว่า จะได้ค่าตอบแทนปีละ 11% การลงทุนในกองทุนหรือหุ้นถ้าพิจารณาแต่แรกให้ดี ทางด้านพื้นฐานการลงทุน

ระยะยาว เช่น 30 ปี ถ้าคิดว่าจะได้ค่าตอบแทนเพียงปีละ 10% และเอากำไรนี้ไปทบต้น ถ้าเราลงทุน 10,000 บาทต่อเดือน ภายใน 30 ปี เงิน 10,000 บาท จะกลายเป็น 174,500 บาท! และเราไม่ได้ฝากเดือนเดียว?

และถ้าท่านขายกองทุนหรือหุ้น กำไรที่ได้จะไม่ (ยังไม่) ถูกหักภาษี 10% แต่ถ้าท่านลงทุนกองทุนหรือหุ้นที่มีปันผล ท่านจะเสียภาษี 10% ของเงินปันผล นี่คือข้อดีหรือข้อเสียที่ท่านต้องพิจารณาด้วย

2. ลงทุนซื้อหุ้นด้วยตนเอง ก่อนซื้อหุ้นด้วยตนเองต้องมีความรู้มากพอสมควร ทางด้านพื้นฐานและทางด้านเทคนิค ต้องมีเวลาที่จะติดตาม และคงต้องมีเงินมากพอสมควร เพราะในการซื้อแต่ละหุ้น เราจะต้องซื้ออย่างน้อย 100 หุ้น ราคาหุ้นมีตั้งแต่ไม่ถึงบาทจนถึงหลายร้อยบาท ฉะนั้นถ้าเรามีเงินที่จะมาลงทุนเพียงเดือนละ 5,000 บาท เราจะไปซื้อหุ้นที่มีราคาหุ้นละ 300 บาทไม่ได้ เช่น หุ้นปูนซีเมนต์ (SCG) ซึ่งมีราคา 360 กว่าบาทต่อ 1 หุ้น เพราะต้องซื้อ 100 หุ้น ในกรณีนี้คือ ต้องใช้เงินถึง 36,000 บาท แต่เราสามารถซื้อกองทุนได้ในราคาที่ต่ำกว่านี้ได้ เช่น เพียง 1,000 บาท

การลงทุนไม่ว่าท่านจะตัดสินใจลงทุนในหุ้นหรือกองทุนอะไร ท่านควรพิจารณาซื้อแบบทุกเดือน เดือนละเท่าๆ กัน ซึ่งวิธีนี้เรียกว่า DCA-Dollar Cost Average เช่น ท่านอยากซื้อ RMF ทั่วไป 120,000 บาท ท่านอาจสั่งซื้อทุกเดือน เดือนละ 10,000 บาท วิธีนี้จะเป็นการเฉลี่ยราคาของหน่วยที่ท่านจะซื้อ เช่น เดือนนี้แพง เดือนนี้ถูก น่าจะดีกว่าซื้อทีเดียว 120,000 บาท เพราะอาจจะได้ราคาที่แพง

หรือท่านอาจจะเก็บเงิน 120,000 บาทไว้ รอให้หุ้นตกก่อนแล้วจึงซื้อได้ในราคาที่ถูก (เช่น ตอนนี่ 13/5/65) แต่ประเด็นคืออยู่ว่าเราไม่สามารถที่จะรู้ล่วงหน้าได้ว่าหุ้นจะตกหรือจะขึ้นเมื่อไหร่

ท่านอาจเลือกซื้อหุ้นที่มีปันผลดีทุกปี เช่น หุ้นธนาคารทิสโก้ (Tisco 7%) หรือ Land and House (LH 5-6%) หรือซื้อหุ้นที่มีปันผลไม่มาก แต่มีการเจริญเติบโต (growth) หรือที่เรียกว่ามี capital gain คือซื้อ 100 บาท อีก 1-2 ปีจะกลายเป็น 120-130 บาท

อย่าลืมว่าการลงทุนมีความเสี่ยง ต้องมีการศึกษาหาข้อมูลอย่างดีเยี่ยม ซื้อหุ้นที่พื้นฐานดี และราคาต้องเหมาะสมด้วย (ต้องซื้อหุ้นที่ดี ถูกเวลาด้วย คือ ได้ราคาที่ถูกหรือเหมาะสม) ไม่ใช่ซื้อหุ้นดีแต่ราคาแพงมาก ควรซื้อแบบถอยยาว ถ้าหุ้นพื้นฐานดี ซื้อในราคาที่เหมาะสม และถอยยาว ท่านจะมีโอกาสประสบความสำเร็จ และจะมีความเสี่ยงน้อยมาก โดยมีค่าตอบแทนสูง และใน 20-30 ปีข้างหน้า ท่านจะมีอิสรภาพทางการเงิน ไม่ต้องทำงาน คือ รวยก่อนแก่

แต่ยังไปเดินระบำแซมบ้าได้ที่ประเทศบราซิล!

แต่การลงทุนในหุ้นนั้นควรเป็นการลงทุนระยะยาว ด้วยเงินเย็น คือ เงินที่ท่านมีเหลือกินเหลือใช้ ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ ไม่ใช่ไปกู้ยืมมาซื้อหุ้น กองทุน เป็นเงินที่ท่านสามารถทิ้งไว้ได้เป็นสิบๆ ปีครับ ผมอยากให้ทุกคนเอาเรื่องการลงทุน การออกกำลังกาย เป็นงานอดิเรก เช่น ในการวิ่ง/เดินทุกวัน วันละ 30-60 นาที ฟังเรื่องการลงทุนซึ่งมีให้ฟังฟรีใน YouTube, Facebook ฯลฯ

ขอให้โชคดีครับ



Application ในการพยากรณ์โรค IgA nephrology

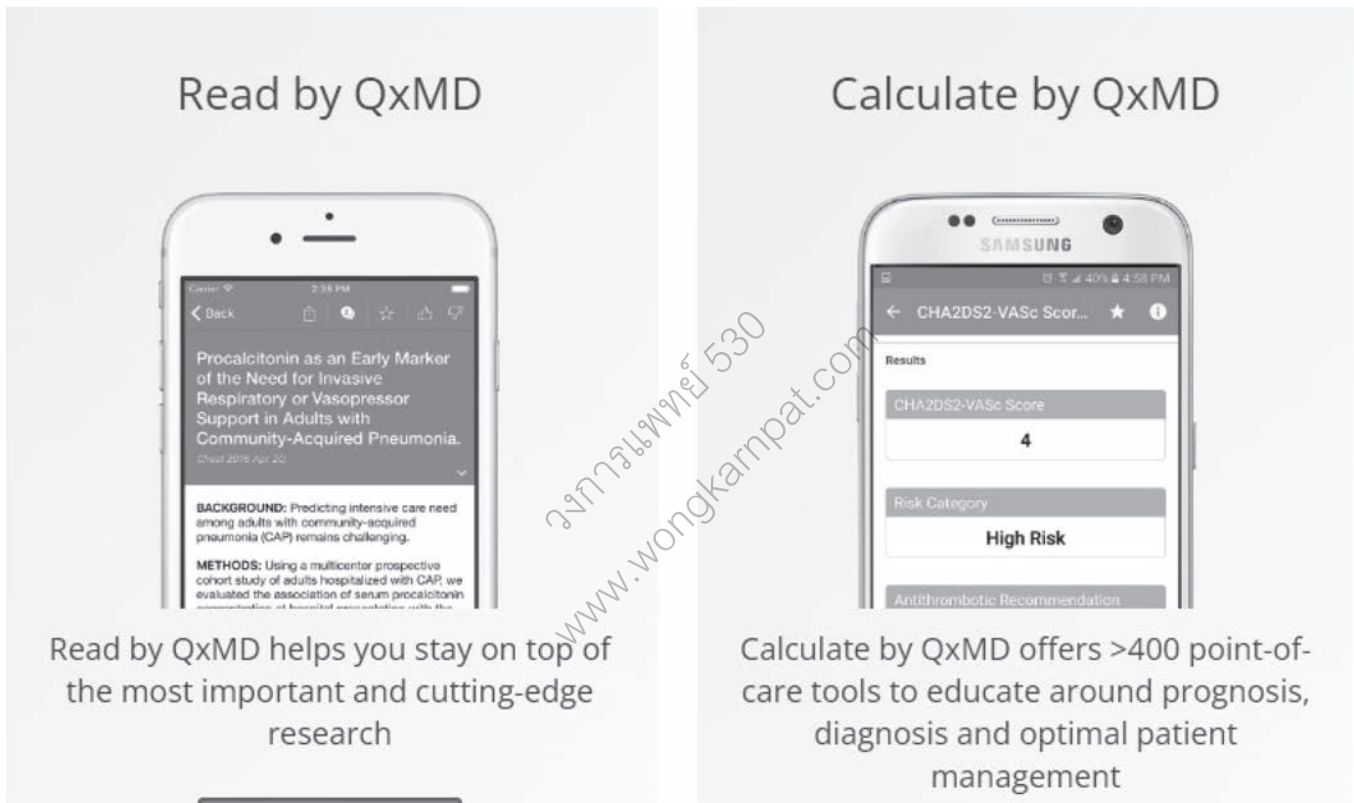
โรค IgA nephrology (IgAN) อาจมาด้วยอาการหลากหลายอย่างตั้งแต่แบบไม่มีอาการ มีความผิดปกติของปัสสาวะเล็กน้อยจนถึงแบบไตวายอย่างรวดเร็ว (rapidly progressive glomerulonephritis, RPGN) อันนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในเวลาไม่นาน ดังนั้น การหาตัวชี้ที่จะมาช่วยพยากรณ์โรค จึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยยังมีอายุน้อยจะได้เตรียมแผนการรักษาในอนาคตได้ถูกต้อง

Barbour และคณะ ได้พัฒนา International IgAN Prediction Tool จึงสามารถค้นเพิ่มได้ที่ www.gxmd.com และได้รับการแนะนำจาก KDIGO guideline ปี 2022 ให้ใช้พยากรณ์โรค IgAN ได้ เครื่องมือนี้จะทำนายอัตราการลดลงของการทำงานของไตอย่างน้อยร้อยละ 50 หรือการเกิดไตวายระยะสุดท้าย 6.7 ปีข้างหน้า ข้อจำกัดของเครื่องมือนี้คือ ใช้ได้เฉพาะตอนที่เจาะไตเท่านั้น แต่ถ้าทิ้งเวลาต่อจากนั้นไป ยังไม่มีการสรุปว่าจะสามารถใช้ได้หรือไม่ จึงมีการพัฒนาหาสูตรที่มาจากทำนายได้ถึง 2 ปี หลังจากเจาะไตแล้ว โดยมีค่า 4 years concordance (c-statistic) values 0.85 เพราะหลังจากเจาะไตแล้ว ผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่น ได้ยาลดความดันกลุ่ม angiotensin receptor blocker หรือยาภูมิคุ้มกัน ซึ่งจะทำให้การดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไปได้ การใช้สูตรใหม่ที่มีที่มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย IgAN มากกว่า 700 ราย และมีอาการหลากหลาย ข้อจำกัดของสูตรใหม่คือ ไม่ได้ศึกษาในผู้ป่วยทุกเชื้อชาติ ทำให้การนำไปใช้อาจไม่ได้ครอบคลุมถึงประชากรทุกเชื้อชาติอย่างแท้จริง

การใช้สูตรใหม่นี้ต้องใช้ข้อมูล MEST-C score (M = mesangial hypercellularity, E = endocapillary proliferation, S = segmental glomerulosclerosis, T = tubular atrophy/interstitial fibrosis, C = crescents) การนำ MEST-C score ได้เคยนำมาใช้ในการศึกษา STOP-IgAN trial ซึ่งใช้ทำนายพยากรณ์โรคของ

IgA nephrology ได้นานถึง 48 เดือน แต่การใช้สูตร MEST-C score ยังมีคามไม่เที่ยงเพราะผู้ป่วยที่มี score เท่ากัน แต่อาจมีผลของโรคต่างกัน บางคนมีไตวายเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 แต่บางคนไม่เป็น ดังนั้น การใช้สูตรเหล่านี้อาจเป็นตัวพยากรณ์เพียงคร่าว ๆ แต่ไม่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการรักษาได้ สูตรใหม่นี้จะมีค่า c-statistic ดีกว่าสูตรแรก และมีค่า integrated calibration index (ICI) ซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้วัดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ทำนายว่าจะเกิดกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งจะมีค่า 1.54 (ถ้าใช้เชื้อชาติมาคำนวณ) และ 2.11 (ถ้าไม่ใช้เชื้อชาติมาคำนวณ) ค่าที่สูงกว่าเป็นค่าที่ไม่ดี แต่สูตรใหม่ค่า ICI จะต่ำกว่านี้ ซึ่งหมายถึงการคำนวณจะแม่นยำเพิ่มขึ้น

โดยสรุป การใช้สูตรใหม่ในรูปแบบ mobile application ที่สามารถใช้พยากรณ์โรค IgAN หลังเจาะไต 1-2 ปี มีประโยชน์กว่า version เดิม ซึ่งใช้เฉพาะตอนเจาะไตเท่านั้น แต่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต



Application ที่ใช้คำนวณพยากรณ์โรคของ IgA nephropathy



Reference: Barbour S, et al. Kidney Int 2022;102:160-172.



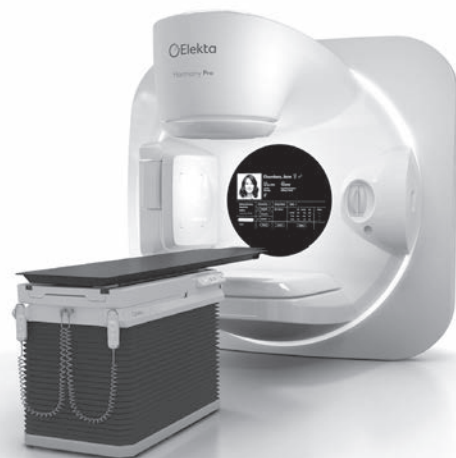
ร.พ.สุรินทร์ นำเครื่องฉายรังสี Harmony Pro เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ชุดเด่น “รวดเร็ว แม่นยำ ลดผลข้างเคียง”

สถานการณ์มะเร็งในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี ตามด้วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งช่องปากตามลำดับ ปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มาจากพันธุกรรม 10% ที่เหลือเป็นปัจจัยที่ไม่ทราบสาเหตุ อาจจะเป็นเรื่องการรับประทานอาหารประเภทเนื้อแดงในปริมาณมาก อาหารบิ๊งย่าง และอาหารแปรรูปต่าง ๆ เช่น ไส้กรอก เบคอน ประกอบกับการไม่ดูแลตัวเอง และไม่ออกกำลังกาย ทำให้น้ำหนักเกิน ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ขึ้นได้

นอกจากนี้เกณฑ์ปัจจุบันของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เริ่มที่จะมีอายุน้อยลง จากเดิมที่อายุ 50-60 ปี แต่ปัจจุบันเริ่มเห็นผู้ป่วยอายุ 40 ปี เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากขึ้น ดังนั้น การเลือกใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีก้าวหน้าและแม่นยำ เพื่อยกระดับการรักษาผู้ป่วย ขณะเดียวกันช่วยลดระยะเวลาในการรักษาของแพทย์และลดภาระบุคลากรทางการแพทย์ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

ล่าสุดโรงพยาบาลสุรินทร์ได้นำเครื่องฉายรังสี Harmony Pro มาใช้ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมา เพื่อรองรับ

การให้บริการผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี ทำให้ปัจจุบันโรงพยาบาลสุรินทร์มีเครื่องฉายรังสีทั้งหมด 2 เครื่อง คาดว่าจะให้บริการผู้ป่วยได้ราว 100-120 คนต่อวัน และลดระยะเวลาในการรอคอยคิวเข้ารับบริการฉายรังสีจาก 1-2 เดือน เหลือเพียง 4-5 สัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขคือ ไม่เกิน 42 วัน หรือ 6 สัปดาห์



นพ.ชอุ่ม นพ.วิธานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ กล่าวว่า โรงพยาบาลสุรินทร์เปิดให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2494 ถึงปัจจุบันเป็นเวลากว่า 70 ปีแล้ว ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา โรงพยาบาลสุรินทร์ได้มุ่งมั่นในการพัฒนาในทุกด้าน ทั้งด้านอาคารสถานที่ บุคลากร และการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาอย่างต่อเนื่อง ล่าสุดโรงพยาบาลสุรินทร์ได้ใช้เครื่องฉายรังสี Harmony Pro ใหม่อย่างเป็นทางการ นับเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทย และแห่งแรกในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกที่ใช้เครื่องรุ่นนี้ นับเป็นก้าวสำคัญในการยกระดับการให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งของกลุ่มรังสีวิทยาของโรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งนอกจากจะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาแล้ว ยังสามารถรักษาผู้ป่วยต่อวันได้มากขึ้น

พญ.สุภาพรณ วิทยานุวัฒน์ หัวหน้างานรังสีรักษา กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสุรินทร์ กล่าวถึงสถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งในจังหวัดสุรินทร์ว่า สถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี แม้กระทั่งในช่วง COVID-19 ที่ผ่านมามีจำนวนยอดผู้ป่วยไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด โดยนับตั้งแต่เปิดให้บริการย้อนหลังไป 7 ปี จากเริ่มต้นให้บริการในปี พ.ศ. 2557 ที่ 400 ราย เมื่อเทียบกับ 2 ปีล่าสุด ยอดผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมามีสถานการณ์ COVID-19 เริ่มแพร่ระบาด มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา 900-1,000 รายต่อปี โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2564 ที่สถานการณ์ COVID-19 ได้แพร่ระบาดหนัก ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการรักษาด้วยการฉายรังสีสูงถึง 1,100 รายต่อปี ขณะนี้เพิ่มขึ้นเป็น 1,200 รายต่อปี

เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต่อวันมากขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาในเวลาเดียวกัน โรงพยาบาลสุรินทร์จึงเลือกใช้เครื่องฉายรังสี Harmony Pro จากประเทศสวีเดน ซึ่งสามารถฉายรังสีได้ครอบคลุมมะเร็งเกือบทุกประเภท ใช้เวลาในการรักษารวดเร็วขึ้น และมีเทคนิคในการรักษาที่หลากหลายทั้งเทคนิค 3 มิติ การปรับความเข้มและฉายรังสีเทคนิคเฉพาะจุดได้ เช่น การผ่าตัดด้วยรังสี ซึ่งเป็นเทคนิคที่ Advance มากขึ้นได้ ทางกลุ่มรังสีวิทยากำลังพัฒนาบุคลากรให้สามารถรองรับการรักษาผู้ป่วยทางด้านนี้

“ด้วยข้อจำกัดของเราคือ บุคลากรทางการแพทย์น้อย เพราะฉะนั้นเราอยากได้เครื่องที่ช่วยให้บุคลากรของเราสามารถ Fast Track ได้เร็วขึ้น ใช้เวลาในการตั้งค่าน้อยลง และใช้เวลาในการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ซึ่งเครื่องนี้มีความน่าสนใจที่มี Option และคุณสมบัติที่ตอบโจทย์ ด้วยรูปลักษณะที่ทันสมัย ใช้งานง่าย และมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ซึ่งทำให้กระบวนการฉายรังสีรวดเร็วมากยิ่งขึ้น คาดว่าเครื่องฉายรังสีใหม่นี้จะให้บริการผู้ป่วยได้ 60-70 คนต่อวัน และเมื่อรวมกับเครื่องเดิมที่มีอยู่ โรงพยาบาลก็จะให้บริการผู้ป่วยได้ราว 100-120 รายต่อวัน” **พญ.สุภาพรณ** กล่าว

ข้อดีของเครื่องฉายรังสี Harmony Pro คือ มี Option ที่ทำให้กระบวนการใช้งานรวดเร็วขึ้น 50% มีความแม่นยำและ

ความสามารถรอบด้านที่จะช่วยให้แพทย์สามารถใช้เทคนิคล้ำสมัยที่หลากหลายนี้เพื่อรักษาโรคมะเร็ง โดยอาการบ่งชี้ส่วนใหญ่ที่พบ เช่น เต้านม ปอด อุ้งเชิงกราน ศีรษะ และคอได้ ที่สำคัญเครื่องฉายรังสีรุ่นใหม่สามารถลดผลข้างเคียงของการฉายรังสี เช่น สามารถฉายตรงตำแหน่งก้อนเนื้ออก ทำให้รังสีไปโดนตำแหน่งของเนื้อเยื่อปกติน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสุขภาพดีขึ้น และโอกาสในการรักษาโรคมะเร็งให้หายขาดมีมากขึ้น นับเป็นการยกระดับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งอย่างแท้จริง

พญ.สุภาพรณ กล่าวว่า นับตั้งแต่โรงพยาบาลสุรินทร์ได้นำเครื่องฉายรังสี Harmony Pro มาให้บริการผู้ป่วยในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแล้วทั้งสิ้น 15 คน จากประสบการณ์ในการใช้เครื่องฉายรังสี Harmony Pro พบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลัก ๆ คือ ลดผลข้างเคียงในการรักษาลง ทำให้ผู้ป่วยไม่หยุดพัก (Break out) ในระหว่างคอร์สการรักษา และสามารถรับการรักษาจนครบคอร์สได้

ขณะนี้คือผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องเข้ารับบริการเครื่องฉายรังสีคือ 2 เดือน หากโรงพยาบาลเปิดเครื่องฉายรังสีอัตราเต็มกำลังทั้ง 2 เครื่อง ก็จะลดระยะเวลาการรอคอยคิวฉายแสงลงได้เหลือเพียง 4-5 สัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขคือ 6 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังสามารถลดการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษายังโรงพยาบาลอื่น ๆ ลงอีกด้วย

ราเนียล ชาร์เมียนโต้ ผู้อำนวยการฝ่ายธุรกิจด้านมะเร็งวิทยา ประจำภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก บริษัท Elekta ผู้ผลิตเครื่องฉายรังสี Harmony Pro สวีเดนกล่าวว่า นอกจากประเทศไทยแล้ว ยังมีการใช้เครื่องฉายรังสี Harmony Pro ในประเทศเยอรมนี ฝรั่งเศส เบลเยียม และตุรกี ซึ่งฉายรังสีผู้ป่วยโดยเฉลี่ยวันละ 75 คน ทั้งที่เป็นเทคนิคทั่วไป และเทคนิคขั้นสูง เช่น IMRT, VMAT และ Hypofractionated Treatments โดยออกแบบกระบวนการที่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องแบบอัตโนมัติและขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วยแบบ Fast Track ทำให้ประสิทธิภาพการใช้งานรวดเร็วเพิ่มขึ้นถึง 50%

เครื่องฉายรังสีรุ่น Harmony Pro ยังถูกออกแบบมาโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ ด้วยรูปลักษณะและตัวเครื่องที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และผ่อนคลายขณะรับบริการ นอกจากนี้ยังมีระบบจดจำใบหน้าอีกด้วย การที่โรงพยาบาลสุรินทร์มีเครื่อง Harmony Pro จึงสอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาลที่ต้องการมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพและยกระดับการบริการให้แก่ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาโรคมะเร็ง



พฤติกรรมเสพติดหน้าจอในเด็กและวัยรุ่น

ในปัจจุบันนี้อินเทอร์เน็ต แท็บเล็ต และโทรศัพท์มือถือได้กลายมาเป็นส่วนสำคัญในชีวิตของเรา ซึ่งต่างจากสมัยก่อนที่เราสามารถจำกัดการดูทีวีได้ง่ายกว่าเนื่องจากแต่ละรายการมีเวลาจำกัด มีโฆษณาที่จำเป็นต้องรอดูให้จบก่อนถึงจะได้ดูรายการต่อ สถานที่ที่สามารถดูได้ก็มีจำกัดเช่นกัน แต่สมัยปัจจุบันตั้งแต่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่แบบสมาร์ทโฟน วิถีชีวิตของเราเปลี่ยนแปลงไป เราสามารถจะดูรายการทีวีที่ชอบได้อย่างไม่จำกัดดูเวลาไหน ที่ไหนก็ได้ บางครั้งพ่อแม่ให้เด็กเล็กดูสื่อการเรียนการสอนโดยหวังผลจะให้ช่วยกระตุ้นพัฒนาการ หรือให้เด็กดูมือถือในร้านอาหารเพื่อที่จะทำให้เด็กไม่ส่งเสียงดัง เด็กวัยเรียนส่งข้อความหากันในกรุ๊ปไลน์แทนการใช้โทรศัพท์ เด็กวัยรุ่นได้เตียงหรือร้องแก๊กกันผ่านทางโซเชียลมีเดีย หรือพ่อแม่ก็มีความคาดหวังที่เปลี่ยนไปโดยอยากจะให้ลูกหลานมีความถนัดทางดิจิทัลที่มากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็มีความวิตกกังวลที่เด็กหรือวัยรุ่นหมกมุ่นอยู่กับหน้าจอ โดยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมหรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ลดลง ส่วนชีวิตพ่อแม่เองก็เปลี่ยนไปเช่นกันในยุคดิจิทัลที่เราสามารถสื่อสารหรือทำงานได้ทุกที่ทุกเวลา พ่อแม่บางคนก็นำงานกลับมาทำที่บ้านต่อ บางคนก็ทำงานขณะที่รับประทานอาหารกับครอบครัว บางคนก็ทำงานบนเตียงนอนด้วย ตัวอย่างเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงวิถีการดำเนินชีวิตของเด็กและครอบครัวที่เปลี่ยนไปจากสมัยก่อน รวมถึงประสบการณ์ที่เด็กโตขึ้นมาก็ไม่เหมือนกับยุคสมัยก่อนด้วยสาเหตุนี้พ่อแม่ผู้ปกครองจึงจำเป็นต้องรู้เท่าทันผลของสื่อออนไลน์ที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กและตัวผู้ปกครองเอง

เด็กและวัยรุ่นนั้นจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียจากการใช้สื่อออนไลน์มากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากสมองของเด็กกำลังเติบโต โดยเฉพาะสมองที่ทำหน้าที่คิดวิเคราะห์ยับยั้งชั่งใจ คาดคะเนผลในอนาคต ซึ่งการใช้สื่อออนไลน์จะส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ดังกล่าว ปัญหาที่เกิดขึ้นของการใช้สื่อออนไลน์มักเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อย โดยที่ผู้ปกครองมักจะพาเด็กมาปรึกษาเมื่อเห็นปัญหาอย่างชัดเจนแล้ว โดยปัญหาที่เกิดขึ้นมักจะเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือครอบครัว ปัญหาการเรียน ปัญหาอารมณ์และปัญหาการเรียน ซึ่งหลายครั้งส่งผลกระทบต่อการทำงานชีวิตประจำวันของเด็กและวัยรุ่นอย่างชัดเจนและลดศักยภาพในการบรรลุเป้าหมายตามวัยและความคิดสร้างสรรค์ในช่วงวัยรุ่น

จากการสำรวจในต่างประเทศ เด็กวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ใช้เวลาออนไลน์ 9 ชั่วโมงต่อวัน และ 1/3 ใช้ 2 เครื่องหรือมากกว่าในเวลาเดียวกัน (Common Sense Media, 2016) เด็กวัยรุ่นอายุ 8-12 ปี ใช้เวลาออนไลน์ 6 ชั่วโมงต่อวัน (Common Sense Media, 2016) 9 ใน 10 คนของเด็กอายุ 5-8 ปี และมากกว่าครึ่งของเด็กอายุ 2-4 ปี ใช้สื่อออนไลน์ (Rideout, 2011) และ 97% ของเด็กอายุ 0-4 ปี มีปฏิสัมพันธ์ผ่านโทรศัพท์มือถือ ส่วนใหญ่เริ่มตอนอายุน้อยกว่า 1 ปี (Kabali et al., 2015) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะมีการรณรงค์การใช้สื่อออนไลน์และแนวทางการใช้ในเด็กและวัยรุ่นมากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติแล้วความรู้ดังกล่าวยังถูกนำไปใช้ปฏิบัติได้น้อย



การประเมินปัญหาจากสื่อออนไลน์

1. ประเมินพฤติกรรมที่โรงเรียน ความรับผิดชอบในการเรียน พฤติกรรมในห้องเรียน การเข้าสังคมที่โรงเรียน
2. ประเมินสิ่งแวดล้อม การถูกลั่นแกล้งรังแกกัน ความสัมพันธ์แบบเพื่อนและแบบโรแมนติก การส่งข้อความคุยกัน เรื่องเพศ หรือส่งภาพวาบหวามผ่านทางสื่อออนไลน์
3. ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ปัญหาสมาธิ ปัญหาซึมเศร้าและวิตกกังวล ปัญหาการควบคุมอารมณ์

พฤติกรรมเสพติด Smartphone

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา การใช้ Smartphone นั้นได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจในประเทศไทย ปี ค.ศ. 2019 ได้แก่ เด็กที่มี Smartphone เป็นของตัวเอง ได้แก่ 5% ของเด็กอายุ 5-7 ปี 37% ของเด็กอายุ 8-11 ปี และ 83% ของเด็กอายุ 12-15 ปี

ผลกระทบจากการเสพติด Smartphone

1. อุบัติเหตุบนท้องถนน จากการศึกษาพบว่า 75% ของนักศึกษามหาวิทยาลัยใช้ Smartphone ในระหว่างขับรถ (Cook & Jones, 2011) หลักฐานจากงานวิจัยบอกว่าพฤติกรรมเสี่ยงขณะขับรถส่วนมากเป็นผลมาจากการใช้ Smartphone ในระหว่างที่ขับรถ (Atchley & Warden, 2012; O'Connor et al., 2013)
2. Upper crossed syndrome จากการศึกษาในท่าก้มหน้าเป็นเวลานานทำให้เกิดแรงกดทับที่กระดูกต้นคอ ความโค้งของกระดูกคอดลดลงจนทำให้ปวดไหล่ได้
3. ปัญหาสายตา ตาแห้ง ปวดตา ปวดศีรษะ
4. ปัญหาการนอน เนื่องจากแสงจาก Smartphone ทำให้การหลั่ง Melatonin ช้าออกไป และทำให้ระบบประสาทตื่นตัวจนรบกวนการนอนได้
5. ปัญหาความสัมพันธ์ เกิดจากการใช้ Smartphone จนทำให้ลดปฏิสัมพันธ์ต่อหน้า

การดูแลรักษา

1. รักษาปัญหาสุขภาพจิตที่มี ได้แก่ ปัญหาสมาธิ ปัญหาอารมณ์ หรือความสัมพันธ์
2. สร้างความตระหนักถึงผลดีและผลเสียของสื่อออนไลน์กับตนเองและครอบครัว
3. ส่งเสริมความรู้เรื่องการใช้สื่อออนไลน์ รวมทั้งผลต่อเด็กและวัยรุ่นเพื่อไม่ให้เป็นปัญหาในอนาคต



บัวบกกับการบำรุงสมอง

ในปัจจุบันภาวะสมองเสื่อม หรือโรคอัลไซเมอร์ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุและมีแนวโน้มสูงขึ้น ปัญหาที่พบ เช่น มีปัญหาด้านการใช้ภาษา เลิกใช้คำพูด ไม่ค่อยถูก สับสนเรื่องทิศทาง ไม่สามารถตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้าน พฤติกรรมและอารมณ์ได้ สมุนไพรที่มีประโยชน์ต่อการป้องกัน โรคคือ บัวบก เป็นสมุนไพรที่มีอยู่ทุกที่ทั่วประเทศไทย หาง่าย ใช้คล่อง ปลอดภัย ใช้ได้ทั้งต้นและใบ มีรสขม สามารถนำมารับประทานเป็นอาหาร ทำเป็นเครื่องดื่ม จากการศึกษาวิจัยพบว่าบัวบกมีฤทธิ์รักษาแผลที่ผิวหนัง รักษาแผลในทางเดินอาหาร รักษาความผิดปกติของ หลอดเลือดดำ รักษาแผลในปาก และที่สำคัญคือ บำรุงสมอง ป้องกันอัลไซเมอร์ ช่วยฟื้นฟูความจำ และมีผลกับความจำ และการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ⁽¹⁾

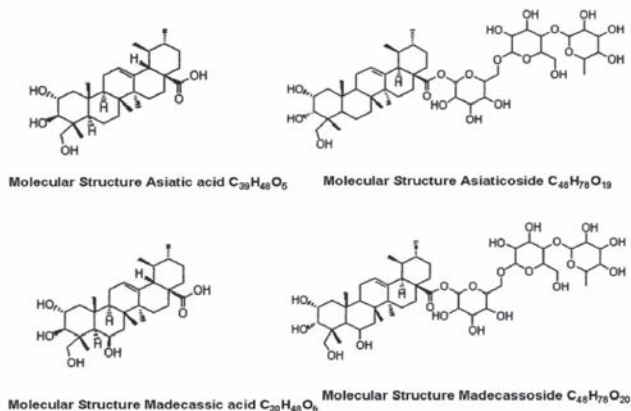
บัวบก มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Centella asiatica* (L.) Urb. จัดอยู่ในวงศ์ผักชี (APIACEAE หรือ UMBELLIFERAE)⁽²⁾ สารออกฤทธิ์ที่สำคัญในบัวบก ได้แก่ กลุ่มสารประกอบ เทอร์พีนอยด์ (Terpenoids Compound) ซึ่งประกอบด้วย สารประกอบ 2 กลุ่ม คือ 1. สารประกอบโมโนและ เซสควิเทอร์พีน (Mono and Sesquiterpene Compounds) และ 2. สารประกอบไตรเทอร์พีน (Triterpene Compound) และ จากการศึกษาวิจัยสารออกฤทธิ์สำคัญจากใบบัวบกในกลุ่ม ไตรเทอร์พีนเป็นสารประกอบที่พบมากที่สุดใบบัวบก

4 ชนิด คือ มาเดคาสโซไซด์ (Madecassoside) อะเซียติโคไซด์ (Asiaticoside) กรดมาเดคาสสิก (Madecassic acid) และ กรดอะเซียติก (Asiatic acid)^(2,3)

สารในกลุ่มไตรเทอร์พีนอยด์ไกลโคไซด์ (Triterpenoid glycoside) หลายชนิด เช่น กรดอะเซียติก (Asiatic acid) สารอะเซียติโคไซด์ (Asiaticoside) และกรดมาเดคาสสิก (Madecassic acid) หรือสารมาเดคาสซอล (Madecassol) ให้ผลต้านการเกิดปฏิกิริยาออกซิเดชัน (Antioxidation) ซึ่งส่งผล ในการลดความเสื่อมของเซลล์อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ และยังพบว่าสารไกลโคไซด์เหล่านี้ยังช่วยเร่งการสร้างสาร คอลลาเจน (Collagen) ที่เป็นโครงสร้างของผิวหนัง จึงถูก นำมาใช้ประโยชน์ในการกระตุ้นให้แผลสมานตัวได้เร็ว อีกทั้ง มีรายงานว่าใบบัวบกมีประโยชน์ทางการแพทย์มากมาย ได้แก่ ช่วยบำรุงประสาทและความจำ บำรุงหัวใจ บำรุงตับ ไต และ สมอง ช่วยขับปัสสาวะ รักษาบาดแผล แผลเปื่อย แก้วโรคเรื้อรัง แก้ก้นบูด แก้อาการปวดศีรษะและเป็นไข้ นอกจากนี้บัวบกยังมี คุณค่าทางอาหารเป็นอย่างมากเนื่องจากมีวิตามินหลายชนิด ได้แก่ วิตามินเอ ไทอะมิน (วิตามินบี 1) ไรโบฟลาวิน (วิตามินบี 2) ไนอะซิน (วิตามินบี3) วิตามินซี กรดอะมิโนต่าง ๆ ได้แก่ แอสพาทเรต กลูตาเมต เซอรีน ทรีโอนีน อะลานีน ไลซีน ฮีสทีดีน และมีธาตุแคลเซียม ฟอสฟอรัส เหล็ก ในปริมาณสูง⁽⁴⁻⁶⁾



รูปที่ 1 บัวบก⁽²⁾



รูปที่ 2 โครงสร้างของสารกลุ่มไตรเทอร์พีนอยด์ไกลโคไซด์ ที่พบในบัวบก⁽⁴⁾

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้และความจำของบัวบก^(4,5)

งานวิจัยจากนักวิจัยอินเดียซึ่งศึกษาฤทธิ์ของสารสกัดต่าง ๆ ของบัวบกต่อกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ การรับรู้ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจของหนู พบว่าเมื่อให้สารสกัดด้วยน้ำขนาด 200 mg/kg นาน 14 วัน ทำให้การเรียนรู้และความจำของหนูดีขึ้น และการให้สารสกัดขนาด 200 และ 300 mg/kg ทำให้ระดับของ malondialdehyde (MDA) ลดลง และเพิ่มระดับของ glutathione ในสมองหนูอย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาผลของสารสกัดด้วยน้ำของบัวบกในหนูที่ได้รับสาร pentylenetetrazole (PTZ) เพื่อกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของสมองแบบโรคลมชักซึ่งมีผลรบกวนการเรียนรู้ของหนู พบว่าสารสกัดด้วยน้ำของบัวบกขนาด 300 mg/kg เมื่อให้ทางปากสามารถลดอาการชัก และช่วยทำให้การเรียนรู้ของหนูที่ได้รับ PTZ ดีขึ้น

จากการศึกษาผลของสารสกัดด้วยน้ำของบัวบกต่อการเรียนรู้ของหนูที่ได้รับ streptozotocin (STZ) เข้าทางเส้นเลือดในสมองเพื่อทำให้มีอาการคล้ายโรคอัลไซเมอร์ และมีความผิดปกติของการเรียนรู้ พบว่าสารสกัดด้วยน้ำของบัวบกขนาด 100, 200 และ 300 mg/kg ทำให้ระดับ MDA ในสมองลดลง และระดับ glutathione และ catalase เพิ่มขึ้น สารสกัดมาตรฐานของบัวบกด้วยน้ำขนาด 150 และ 300 mg/kg ยังช่วยลดความบกพร่องของการเรียนรู้และความจำ ลด oxidation stress ในหนู rat ที่ถูกฉีด colchicine 15 mcg/ml เข้าในโพรงสมองส่วน lateral ventricle

เมื่อป้อนสารสกัดบัวบกขนาด 1110-30 mg/kg แก่หนูถีบจักรที่ถูกเหนี่ยวให้เกิดภาวะบกพร่องของการเรียนรู้และความจำโดยการทำให้สมองขาดเลือดชั่วคราว พบว่าสารสกัดมีฤทธิ์แก้ไขภาวะบกพร่องของการเรียนรู้และความจำได้

การศึกษาในเซลล์เพาะเลี้ยงพบว่าสารสกัดด้วยเอทานอลของบัวบกที่ขนาด 100 mcg/ml สามารถเพิ่มการเจริญงอกงามของเซลล์ประสาทในสภาวะที่มี nerve growth factor ขณะที่สารสกัดด้วยน้ำไม่มีฤทธิ์ เมื่อให้สารสกัดด้วยเอทานอลในน้ำดื่มแก่หนูในขนาด 300-330 mg/kg/day พบว่าเพิ่ม axon regeneration ทั้งการเพิ่มขนาดของ axon และการเพิ่มจำนวนของ myelinated axon เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และทำให้การฟื้นตัวของการทำงานเร็วขึ้น

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและฤทธิ์ป้องกันภาวะสมองเสื่อมของบัวบก ของธनिया ทวีเศษ ในปี พ.ศ. 2549 โดยทดลองให้สารสกัดน้ำบัวบกแก่หนูตั้งแต่ 100, 300 และ 600 mg ต่อน้ำหนักตัว (kg) เป็นเวลา 3 สัปดาห์ พบว่าสารสกัดบัวบกขนาด 100 mg ต่อน้ำหนักตัว (kg) มีฤทธิ์คลายความกังวล นอกจากนี้ยังพบว่าสารสกัดขนาด 600 mg ต่อน้ำหนักตัว (kg) มีผลเพิ่มการเรียนรู้และความจำของหนูที่ใช้ทดลอง

จากการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยให้ผลสอดคล้องกับข้อมูลของการแพทย์แผนไทย ที่กล่าวถึงสรรพคุณและประโยชน์ โดยช่วยบำรุงประสาทและสมองเหมือนใบแปะก๊วย ทำให้ความจำดีขึ้น ทำให้มีปฏิภาณไหวพริบเพิ่มมากขึ้น และช่วยเพิ่มความจำในผู้สูงอายุ⁽²⁾



เอกสารอ้างอิง

1. บำรุงสมอง ป้องกันอัลไซเมอร์ด้วย "ใบบัวบก". <https://www.hfocus.org/content/2017/09/14610>
2. บัวบก สรรพคุณและประโยชน์ของใบบัวบก 86 ข้อ. <https://medthai.com/ใบบัวบก/>
3. รู้คุณค่าสาระสำคัญจากใบบัวบก. <https://www.3rdi.ku.ac.th/?p=29445>
4. จันทพร ทองเอกแก้ว. บัวบก: สมุนไพรมหากุศลประโยชน์. https://iio1.tci-thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/view/87239/68992
5. อัญชลี จุฑาทุทธิ. บัวบก สมุนไพรแห่งปี. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. <https://tpd.dtam.moph.go.th/images/ak/journal/paper/journal-9-2-Full.pdf>
6. แก้วความจำเสื่อมด้วยใบบัวบก. <http://roiet.nfe.go.th/4619/index.php?name=knowledge&file=readknowledge&id=33>



รุ้หรือไม่

คุณอาจเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด แม้ไม่เคยสูบบุหรี่ หรือหยุดสูบบุหรี่มานานแล้ว

วันงดสูบบุหรี่โลก ตรวจไวจ์ รุ้เร็ว มะเร็งปอดรักษาได้

ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กำหนดให้วันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปีเป็นวันงดสูบบุหรี่โลก บริษัท **โรช ไทยแลนด์ จำกัด** จึงจัดงานแถลงข่าวในหัวข้อ “**รุ้หรือไม่ คุณอาจเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด แม้ไม่เคยสูบบุหรี่ หรือหยุดสูบบุหรี่มานานแล้ว**” เพื่อกระตุ้นเตือนให้ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงอันตรายและความสูญเสียทางสุขภาพที่เกิดจากควันบุหรี่ และเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการป้องกันการคัดกรอง และการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งปอดระยะเริ่มต้นด้วยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกแบบใช้รังสีต่ำ (Low Dose Computerized Tomography Scan) ภายในงานได้รับเกียรติจาก **นพ.มณูญ สีเขวงวงศ์** แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง การหายใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ และ **นพ.นรินทร์ สุรสินธน์** แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ชะลอวัยและป้องกัน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ รวมถึงผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะเริ่มต้น

ที่เคยมีประวัติสูบบุหรี่จัดต่อเนื่องเป็นเวลานาน และผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดซึ่งไม่เคยมีประวัติสัมผัสกับบุหรี่ปาก่อน มาร่วมแบ่งปันประสบการณ์การตรวจคัดกรองและการรักษามะเร็งปอดในระยะเริ่มต้น

สถิติ¹ เผยว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคมะเร็งปอดมีอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตสูงสุดเป็นอันดับ 2 เมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น ๆ ในประเทศไทย โดยพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่สูงถึง 23,717 ราย หรือคิดเป็น 65 รายต่อวันโดยเฉลี่ย นอกจากนี้ประชาชนไทยอีกกว่า 20,395 ราย หรือคิดเป็น 56 รายต่อวันโดยเฉลี่ยยังเสียชีวิตลงด้วยโรคมะเร็งปอด สถานการณ์ความรุนแรงของโรคมะเร็งปอดในประเทศไทยถือว่าอยู่อันดับที่ 18 ของโลก เนื่องจากระยะของมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาไม่มีผลโดยตรงต่อโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วย อนึ่ง สัดส่วนการตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะเริ่มต้นในประเทศไทยยังคงต่ำอยู่ โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส สเปน อิตาลี ญี่ปุ่น เป็นต้น² ซึ่งกำหนดให้การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกแบบใช้รังสีต่ำ (Low dose CT Scan) เป็นแนวทางมาตรฐานในการคัดกรองมะเร็งปอด ดังนั้น ความท้าทายในการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศไทย จึงอยู่ที่การคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด โดยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยที่ได้มาตรฐาน เพื่อที่ผู้ป่วย จะได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมากยิ่งขึ้น และมีแนวโน้มที่ผลลัพธ์การรักษาจะออกมาเป็นที่น่าพึงพอใจ



ประชาชนไทยจำนวนมากยังคงขาดความตระหนักรู้ด้านการคัดกรองโรคมะเร็งปอด ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดในระยะสุดท้ายซึ่งมักมีอัตราการรอดชีวิตต่ำ **นพ.มนูญ ลีเชวงวงศ์ หัวหน้าโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ** ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “หากเจอมะเร็งปอดในระยะที่ 4 หรือระยะแพร่กระจาย ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เพียง 0-10% เท่านั้น ระยะที่ 3 หรือระยะลุกลามเฉพาะที่ ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี อยู่ที่ 13-36% แต่ถ้าเจอมะเร็งปอดระยะ 1 หรือ 2 ซึ่งก็คือ ‘ระยะเริ่มต้น’ ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตประมาณ 5 ปี สูงถึง 53-92% แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยตรวจพบมะเร็งปอดระยะเริ่มต้นเพียงแค่ 15% เท่านั้น ดังนั้น ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด ได้แก่ สัมผัสกับควันบุหรี่หรือสารเคมีก่อมะเร็ง มีคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งปอด เคยมีประวัติเป็นมะเร็งชนิดอื่นหรือเป็นโรคที่เกี่ยวกับปอดมาก่อน จึงควรรีไ้ใจสังเกตเตือนด้านสุขภาพ หากสังเกตว่าตนเองหรือคนใกล้ชิดมีอาการต่อไปนี้ ควรรีบปรึกษาแพทย์เพื่อเข้ารับตรวจคัดกรองมะเร็งปอด เช่น เสียงแหบ เสียงเปลี่ยน ไอเรื้อรัง ไอมีเสมหะปนเลือด หายใจมีเสียงหวีด เจ็บหน้าอกตลอดเวลา รู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปอดติดเชื้อบ่อย เป็นต้น”

ในผู้ที่มีสุขภาพดีก็อาจมีแนวโน้มจะเกิดโรคมะเร็งปอดได้ เนื่องจากสาเหตุที่นำไปสู่โรคนี้อาจมีหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทาง

พันธุกรรม เช่น ผู้ที่มีประวัติโรคปอดเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพองเรื้อรัง มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งซึ่งอาจมีการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรม นอกจากนี้การกลายพันธุ์ที่ผิดปกติของยีน (gene) ในร่างกายของแต่ละคนก็ส่งผลให้เกิดมะเร็งปอดได้เช่นกัน โดยปัจจัยทางพันธุกรรมที่กล่าวมานี้มีส่วนให้เกิดมะเร็งปอดราว 20% เท่านั้น แต่ปัจจัยหลักอีก 80% กลับมาจาก**ปัจจัยด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม** เช่น การสูบบุหรี่จัดเกินกว่า 20 packs-year การประกอบอาชีพที่ต้องสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นอุตสาหกรรมเหมืองแร่ อุตสาหกรรมพลาสติก อุตสาหกรรมผลิตฉนวนกันความร้อน ย่อมมีโอกาสที่จะสูดดมแร่ใยหินหรือสารแอสเบสตอส (Asbestos) นิเกิล โครเมียม เข้าไปในปริมาณมาก รวมไปถึงการใช้ชีวิตประจำวันที่ต้องสัมผัสกับฝุ่นละออง PM 2.5 ควันจุ่มเตาหรือใช้เตาแก๊ส จุดธูปไหว้พระ เป็นต้น ดังนั้น หากพบว่าตนเองหรือคนใกล้ชิดกำลังเผชิญความเสี่ยงอยู่ควรหมั่นตรวจเช็คสุขภาพเป็นประจำ และปรึกษาแพทย์เพื่อหาแนวทางการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ

ภายในงานยังมีผู้ป่วยมาร่วมแบ่งปันประสบการณ์การตรวจคัดกรองและการรักษา มะเร็งปอดระยะเริ่มต้นถึง 2 ท่าน ได้แก่ **คุณอรุณ เทพแก้ว** ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 2 เพศชาย อายุ 68 ปี ซึ่งมีประวัติเสี่ยงสูงที่จะเกิดมะเร็งปอดจากการสูบบุหรี่ต่อเนื่อง 2 ของต่อวัน เป็นเวลา 13 ปี และดื่มเหล้าตั้งแต่สมัยวัยรุ่น แต่ก็เลิกมาแล้วถึง 35 ปี จนกระทั่งทราบว่าเป็นมะเร็งปอดเมื่อปีที่แล้ว “ผมไปพบแพทย์ด้วยอาการไอเรื้อรัง ต่อมาจึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดในระยะเริ่มต้นทำให้มีโอกาสเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที และผลการรักษาก็ออกมาเป็นที่น่าพึงพอใจ ทุกวันนี้สามารถกลับมาใช้ชีวิตและช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ผมตั้งใจว่าต่อจากนี้ไปจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด รวมถึงลดพฤติกรรมเสี่ยงและหลีกเลี่ยงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่อาจนำไปสู่การลุกลามของโรค”



ภาพของคุณอรุณ เทพแก้ว สมัยยังเป็นวัยรุ่นจนถึงปัจจุบัน

ส่วนอีกท่านหนึ่งคือ **คุณยศ กุศลมนโสมสุข** ซึ่งเป็นผู้ดูแลคุณแม่ **คุณคิมเตียง กุศลมนโสมสุข** ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 1 เพศหญิง อายุ 72 ปี ซึ่งไม่เคยมีประวัติสูบบุหรี่หรือสัมผัสกับควันบุหรี่มือสองมาก่อน แต่มีโอกาสตรวจพบโรคดังกล่าวตั้งแต่วัยเริ่มต้น “แม้จะไม่เคยสูบบุหรี่และไม่มีสัญญาณอันตรายใด ๆ มาก่อนเลย แต่สมัยสาว ๆ คุณแม่ของผมชอบไปไหว้พระสวดมนต์เป็นประจำ นอกจากนี้เมื่อสิบกว่าปีที่แล้ว ท่านยังเคยป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ระยะลุกลาม จนกระทั่งเมื่อปี พ.ศ. 2564 ท่านก็ไปตรวจสุขภาพประจำปีตามปกติ สิ่งที่ต่างจากทุกครั้งก็คือคราวนี้แพทย์แนะนำให้ลองตรวจคัดกรองด้วยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกแบบใช้รังสีต่ำ หรือที่เรียกว่า Low dose CT Scan ด้วย เพราะท่านมีปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่บ่งชี้ว่าท่านอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด จากนั้นเมื่อได้รับคำวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นมะเร็งปอด ท่านก็เข้าสู่กระบวนการรักษาทันที พอมองย้อนกลับไปผมรู้สึกว้าวใจมาก ๆ ที่ไม่นั่งนอนใจและแนะนำให้คุณแม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพราะเมื่อเทียบกับตอนที่รักษามะเร็งลำไส้ระยะลุกลามเมื่อสิบกว่าปีก่อน คราวนี้ทั้งผมและท่านรู้สึกเบาใจมากกับการรับมือมะเร็งปอดในระยะเริ่มต้น เนื่องจากมีโอกาสรักษาหายขาดสูง”



ในปัจจุบันมีวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปอดแบบต่าง ๆ อยู่ 3 วิธี ได้แก่ 1. การเอกซเรย์ทรวงอก หรือ Chest x-ray 2. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือ CT Scan และ 3. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกแบบใช้รังสีต่ำ หรือ Low dose CT Scan ทั้งนี้ **นพ.นรินทร์ สุรสินธน์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ชะลอวัยและป้องกัน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์** ได้เปรียบเทียบข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละวิธี “การเอกซเรย์ทรวงอก หรือ Chest x-ray ซึ่งมักรวมอยู่ในรายการตรวจสุขภาพประจำปี ทำได้ง่ายและรวดเร็ว เสียค่าใช้จ่ายต่ำ แต่ยังไม่มีความมีประสิทธิภาพมากพอที่จะคัดกรองเซลล์มะเร็งปอดในระยะเริ่มต้นที่มีขนาดเล็ก ส่วนการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือ CT Scan

จะมีความแม่นยำสูงกว่ามาก แต่เป็นวิธีที่ต้องรอคิวนาน ในบางโรงพยาบาล บุคลากรด้านรังสีแพทย์และเครื่องมือยังมีอยู่จำกัด นอกจากนี้ผู้เข้าตรวจได้รับรังสีในปริมาณสูงและอาจรู้สึกร้อนวูบวาบไปทั่วร่างกายจากการฉีดสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำ ส่วนวิธีการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกแบบใช้รังสีต่ำ หรือ Low dose CT Scan นั้นมีความแม่นยำกว่าการเอกซเรย์ทรวงอกถึง 6 เท่า ส่งผลให้พบมะเร็งปอดได้รวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดลงได้ 20%³ ดังนั้นการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกแบบใช้รังสีต่ำจึงเป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปอดที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ”



แนวปฏิบัติของ National Comprehensive Cancer Network (NCCN)⁴ ระบุว่ากลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเกิดมะเร็งปอด ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และมีประวัติการสูบบุหรี่มากกว่า 20 packs-year ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปอดประจำปีด้วยการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกแบบใช้รังสีต่ำ ในขณะที่ผู้ที่อาจมีปัจจัยเสี่ยงหรือผู้ที่ใส่ใจสุขภาพก็สามารถปรึกษาแพทย์เพื่อขอเข้ารับตรวจคัดกรองด้วยวิธีดังกล่าวได้เช่นกัน เพราะมะเร็งปอดถือเป็นภัยสุขภาพที่คุกคามร่างกายอย่างเงียบ ๆ และอาจพรากคนที่คุณรักไปอย่างไม่มีวันกลับ ดังนั้น การตรวจพบมะเร็งปอดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจึงถือเป็นเรื่องที่น่ายินดี เพราะผู้ป่วยมีโอกาสสูงที่ผลลัพธ์การรักษาจะเป็นไปในทางที่น่าพึงพอใจ และลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำได้

เอกสารอ้างอิง

1. The Global Cancer Observatory, International Agency for Research on Cancer, WHO (March, 2021) <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>
2. EpiCast report: NSCLC Epidemiology Forecast to 2025. GlobalData. 2016
3. The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011;365(5): 395-409.
4. NCCN VERSION1. 2022



จมน้ำจริงหรือ? ตอนที่ 2

ยังมีการศึกษาอื่นอีกมากมายที่น่าสนใจเกี่ยวกับการเสียชีวิตจากการจมน้ำ

1. การศึกษาศพที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ 21 ราย ในประเทศอินเดีย ตีพิมพ์ในวารสาร Journal of Forensic Medicine and Toxicology ปี 2005 พบว่า

- ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุมากกว่าการฆ่าตัวตาย ในผู้ที่ฆ่าตัวตายมักจะมีประวัติป่วยทางจิตเวช หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรัง
- ที่สำคัญที่การศึกษานี้กล่าวต่างออกไปจากตำรามาตรฐานทางนิติเวชและการศึกษาอื่น คือ การศึกษานี้สรุปว่าการพบเศษดินโคลน เศษทราย ในทางเดินหายใจส่วนล่างเป็นสิ่งตรวจพบที่สำคัญของการจมน้ำ

นอกจากที่เคยกล่าวไปในตอนที่แล้วว่า “Such deep penetration is not evidence of live aspiration” ตามตำรามาตรฐานทางนิติเวชยังกล่าวต่ออีกว่า “ Foreign material can enter the bronchi by passive percolation after death”

ในทัศนะของผู้เขียนเห็นว่า น่าจะยึดถือตามตำรามาตรฐานทางนิติเวชซึ่งบรรยายไว้ในหัวข้อ The autopsy signs of drowning สิ่งตรวจพบในกรณีจมน้ำซึ่งระบุไว้เพียง 2 ประการ คือ Froth in air passages และ Overinflation of the lungs ไม่ได้มีระบุถึงเรื่องของเศษดินทรายในหลอดลมซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยและการศึกษาอีกหลายงาน

2. การทบทวนเกี่ยวกับวิธีการในการวินิจฉัยการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ตีพิมพ์ในวารสาร Forensic Science International ปี 2006 ให้ข้อสรุปว่า

- การผ่าตรวจศพร่วมกับการตรวจไตอะตอมเป็นวิธีการที่ดีในการวินิจฉัยการเสียชีวิตจากการจมน้ำ
- การตรวจทางชีวเคมีนั้นมีส่วนช่วยเสริมในการวินิจฉัย

สำหรับไดอะตอม คือ สาหร่ายหรือพืช หรือสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กที่มีซิลิกาเป็นส่วนประกอบซึ่งอาศัยอยู่ในแหล่งน้ำ มีการศึกษาที่เชื่อว่าในศพที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ ขณะที่จมน้ำอยู่นั้นจะมีการหายใจเอาไดอะตอมในน้ำเข้าไปในทางเดินหายใจ ไดอะตอมที่หายใจเข้าไปจะผ่านผนังถุงลมเข้าสู่กระแสเลือดไปติดอยู่ตามอวัยวะต่างๆ เมื่อทำการเก็บเนื้อเยื่อต่างๆ เหล่านี้มาผ่านกระบวนการย่อยสลายด้วยกรด เนื้อเยื่ออวัยวะของร่างกายจะถูกสลายไป แต่หากเนื้อเยื่อดังกล่าวมีไดอะตอมจากการสำลักน้ำอยู่ ไดอะตอมที่มีซิลิกาเป็นส่วนประกอบจะไม่ถูกสลายด้วยกรดและตรวจพบได้ด้วยการส่องกล้องจุลทรรศน์ จึงนำไปสู่การวินิจฉัยว่าเสียชีวิตจากการจมน้ำ

แต่ศพลอยน้ำอื่นที่มีได้เสียชีวิตจากการจมน้ำ ไดอะตอมจะสามารถเข้าไปในร่างกายได้เฉพาะส่วนทางเดินหายใจ ไม่เข้าไปติดอยู่กับอวัยวะอื่น เนื่องจากไม่มีการไหลเวียนของเลือดที่จะนำไดอะตอมไปสู่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

ข้างต้นเป็นทฤษฎีและความเชื่อที่เชื่อว่าสามารถใช้ประโยชน์จากไดอะตอมได้ อย่างไรก็ตาม มีทฤษฎีและความเชื่อที่ปฏิเสธโดยให้เหตุผลดังนี้

- ไดอะตอมสามารถพบได้ทั่วไปทั้งในน้ำ ในดิน ในอากาศ ข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ เช่น ยาสีฟัน ซอล์คเขียนกระดาน รวมถึงอาหารโดยเฉพาะอาหารทะเล ซึ่งไดอะตอมอาจเข้าสู่ร่างกายผ่านทางเดินอาหารได้
- สามารถตรวจพบไดอะตอมได้ในเนื้อเยื่อของผู้ที่ไม่ได้จมน้ำ นำไปสู่ข้อสรุปของการศึกษามากมายว่าไม่สามารถใช้ไดอะตอมในการวินิจฉัยได้

ตำรามาตรฐานทางนิติเวชจึงมีข้อสรุปว่า การตรวจหาไดอะตอมใช้เป็นเพียงเครื่องมือช่วยวินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้เดียวในการยืนยันการวินิจฉัย

3. สิ่งตรวจพบจากการตรวจ CT เปรียบเทียบกับการผ่าศพ กรณีจมน้ำ ตีพิมพ์ในวารสาร Radiology ปี 2007 ให้ข้อมูลดังนี้

- ทำการตรวจ CT ก่อนผ่าศพ ในศพเพศชายที่เสียชีวิตจากการจมน้ำจำนวน 28 ศพ และศพเพศชายที่เสียชีวิตกะทันหันจากโรคเส้นเลือดหัวใจจำนวน 12 ศพ เปรียบเทียบผลการตรวจ CT กับการผ่าศพ
- จากการศึกษพบว่า ศพที่เสียชีวิตจากการจมน้ำทั้งหมดจะพบ ของเหลวใน paranasal sinus, mastoid air cell และ พบลักษณะ ground-glass opacity ในปอด
- ร้อยละ 93 ของศพที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ พบของเหลวใน trachea และ main bronchi
- ร้อยละ 21 ของศพที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ พบ frothy fluid ในทางเดินหายใจ
- ร้อยละ 25 ของศพที่เสียชีวิตกะทันหันจากโรคเส้นเลือดหัวใจ พบของเหลวใน mastoid air cell
- ร้อยละ 83 ของศพที่เสียชีวิตกะทันหันจากโรคเส้นเลือดหัวใจ พบของเหลวใน paranasal sinus
- ร้อยละ 92 ของศพที่เสียชีวิตกะทันหันจากโรคเส้นเลือดหัวใจ พบของเหลวใน trachea และ main bronchi
- ศพที่เสียชีวิตกะทันหันจากโรคเส้นเลือดหัวใจทั้งหมด พบลักษณะ ground-glass opacity ในปอด แต่ไม่พบ frothy fluid ในทางเดินหายใจ

- ข้อสรุปของการศึกษาดังกล่าว คือ การตรวจพบ frothy fluid ในทางเดินหายใจจากการตรวจ CT เป็นสิ่งตรวจพบที่บ่งชี้ว่าศพน่าจะเสียชีวิตจากการจมน้ำ

สิ่งตรวจพบแต่ละอย่างไม่ว่าจะเป็นของเหลวในช่องไซนัส ของเหลวในทางเดินหายใจ เศษดินทราย ในทางเดินหายใจ หรือไตอะตอม เป็นสิ่งตรวจพบที่มีได้เจาะเฉพาะในศพที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ ศพที่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นก็สามารถพบได้ แต่สิ่งตรวจพบมีความจำเพาะกับการเสียชีวิตจากการจมน้ำ แตกต่างกันไป ดังนั้นการวินิจฉัยและให้ความเห็นเกี่ยวกับการเสียชีวิตจากการจมน้ำ จึงเป็นการรวบรวม สิ่งตรวจพบจากศพประกอบกับพยานหลักฐานต่าง ๆ นำไปสู่อธิบายสรุปในลักษณะของโอกาสความน่าจะเป็น ว่ามีความน่าจะเป็นในการจมน้ำมากน้อยเท่าใด มีข้อสรุปที่สมบูรณ์แน่นอนร้อยละ



วงการแพทย์ 530
www.wongkampat.com





วงการแพทย์
THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา
THE MEDICINE JOURNAL

นิตยสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
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 ตัวเลขเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

โอนเงินเข้าบัญชีชื่อบริษัทในนาม **บจก. วงการแพทย์ พลัส มีเดีย**

ธนาคารทหารไทย สาขาเซ็นทรัล ปิ่นเกล้า เลขที่บัญชี 209-2-47722-9

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

หมายเหตุ

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

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



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

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

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

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



THE MEDICAL NEWS นิตยสาร
วงการแพทย์
THE MEDICINE JOURNAL นิตยสาร
วงการยา **2565**
สัญจรทั่วประเทศ

