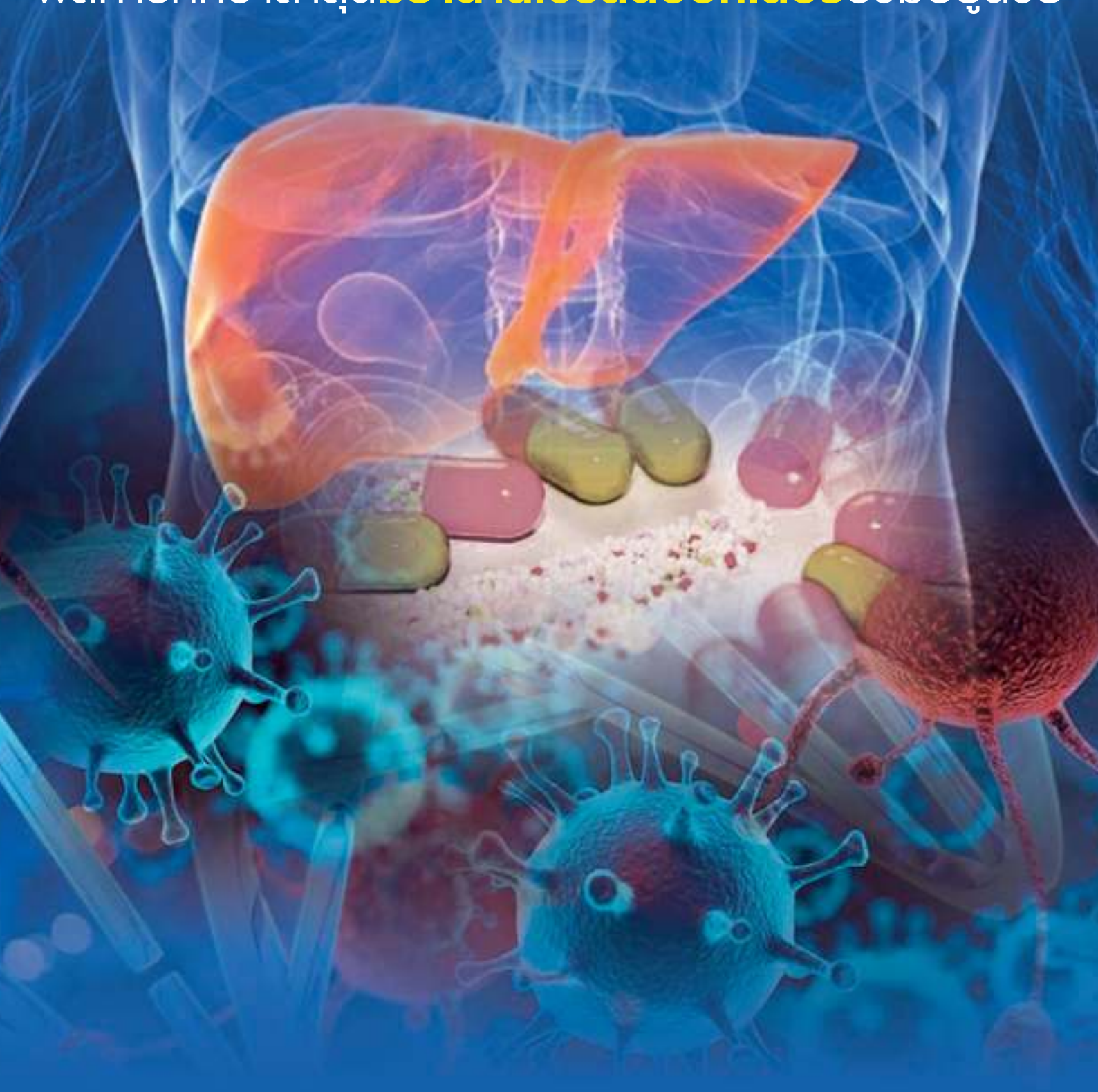


การรักษาที่เป็นความหวังของคนไข้ COVID-19 ผลการศึกษาล่าสุด**มียาต้านไวรัสตับอักเสบบี**รวมอยู่ด้วย



EBERIL 60 EBERIL 90 EBERIL 120

Etoricoxib 60, 90, 120 mg



➡ Move forward together with EBERIL ➡ Enhance movement function

ในยาเคลือบฟิล์ม 1 เม็ด ของ EBERIL 60 มีตัวยา Etoricoxib 60 mg EBERIL 90 มีตัวยา Etoricoxib 90 mg EBERIL 120 มีตัวยา Etoricoxib 120 mg **เภสัชภัณฑ์** - Etoricoxib จัดเป็นยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) มีการออกฤทธิ์ต้านการอักเสบ, แก้ปวดและลดไข้ - Etoricoxib เป็นยาที่มีฤทธิ์แรง และยับยั้ง enzyme cyclooxygenase-2 (COX-2) ได้สูงและจำเพาะในช่วงขนาดยาทางคลินิก โดย COX-2 จะมีผลต่อการสังเคราะห์ prostanoil ซึ่งเป็นสาเหตุของการปวด, อักเสบและไข้ - การที่ Etoricoxib ยับยั้ง COX-2 แบบจำเพาะจะลดอาการ และอาการแสดงทางคลินิก จากการเกิดพิษต่อทางเดินอาหาร แต่ไม่มีผลต่อเกล็ดเลือด ซึ่งบ่งชี้ให้สามารถใช้ร่วมกับยา - อาการโรคข้ออักเสบ (osteoarthritis) และข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง - อาการโรคกระดูกสันหลังอักเสบยึดติด (ankylosing spondylitis) - อาการข้ออักเสบชนิดเฉียบพลันจากโรคเกาต์ - ลดอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อชนิดเรื้อรัง - ลดอาการปวดแบบเฉียบพลันร่วมกับไข้ - ลดอาการปวดแบบเฉียบพลันร่วมกับไข้ **โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Arthritis) อาการโรคข้ออักเสบ (Osteoarthritis)** : ขนาดยาที่แนะนำ รับประทาน ครั้งละ 30 หรือ 60 mg วันละครั้ง **อาการโรคกระดูกสันหลังอักเสบยึดติด (ankylosing spondylitis)** : ขนาดยาที่แนะนำรับประทาน ครั้งละ 90 mg วันละครั้ง **ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)** : ขนาดยาที่แนะนำรับประทาน ครั้งละ 90 mg วันละครั้ง **ข้ออักเสบเฉียบพลันจากโรคเกาต์** : ขนาดยาที่แนะนำ รับประทาน ครั้งละ 120 mg วันละครั้ง โดยควรใช้เฉพาะช่วงที่เกิดอาการแบบเฉียบพลันเท่านั้น และไม่ควรรักษาต่อเนื่องเกิน 8 วัน **ลดอาการปวด** อาการปวดแบบเฉียบพลันเฉียบพลันเฉียบพลัน : ควรใช้ยาเฉพาะช่วงที่เกิดอาการแบบเฉียบพลันและไม่ควรใช้ยานานเกิน 8 วัน ส่วนอาการปวดหลังการผ่าตัดฟัน และหลังการผ่าตัดทางศัลยกรรม รับประทาน ครั้งละ 90 mg วันละครั้ง **อาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อแบบเรื้อรัง** : ขนาดยาที่แนะนำรับประทานครั้งละ 60 mg วันละครั้ง ยังไม่มีข้อมูลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยเด็ก จึงไม่ควรใช้ยานี้ในผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ, เพศ, เชื้อชาติ ไม่จำเป็นต้องมีการปรับขนาดยา ผู้ป่วยที่มีอาการทำงานบกพร่องแบบไม่รุนแรง (Child-Pugh score 5-6) ไม่ควรใช้ขนาดยาเกิน 60 mg ต่อวัน ผู้ป่วยที่มีอาการทำงานบกพร่องปานกลาง (Child-Pugh score 7-9) ไม่ควรใช้ขนาดยาเกินครั้งละ 60 mg รับประทานวันเว้นวัน ผู้ป่วยที่มีอาการทำงานบกพร่องรุนแรง (Child-Pugh score > 9) ยังไม่มีข้อมูลการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการทำงานบกพร่อง ไม่แนะนำให้ใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตขั้นรุนแรง (creatinine clearance < 30 มิลลิกรัม/นาฬิกา) ผู้ป่วยที่ไตบกพร่องเล็กน้อย (creatinine clearance ≥ 30 มิลลิกรัม/นาฬิกา) ไม่จำเป็นต้องมีการปรับขนาดยา ข้อห้ามใช้ - ผู้ที่มีอาการหรือส่วนประกอบใดๆ ในยา, มีประวัติการเกิดผื่นแพ้, ผื่นแพ้หรือปฏิกิริยาการแพ้ใดๆ หลังจากการใช้ยาแล้วหรือรับหรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ตัวอื่นๆ - ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด, โรคหลอดเลือดสมอง, coronary artery bypass graft - หัวใจวาย (NYHA II - IV), ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg เป็นเวลานานและไม่สามารถควบคุมได้ - ผู้ที่มีแผลหรือเลือดออกทางเดินอาหาร - เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี - ค่าเลือดและข้อควรระวัง - อาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดแผลในหลอดเลือด โดยเฉพาะ MI และ stroke - ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงสำหรับการเกิดแผลทางเดินอาหาร ได้แก่ ผู้ที่เคยมีประวัติแผลพุพองทางเดินอาหาร, แผลและเลือดออกทางเดินอาหาร และผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี - การใช้ Etoricoxib ในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่ไตและตับมีการทำงานบกพร่อง, เป็นโรคหัวใจ ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาให้หยุดใช้ยา - การตั้งครรภ์ของเหลว, บวม, ความดันโลหิตสูง **สตรีมีครรภ์และสตรีระหว่างให้นมบุตร** - ไม่ควรใช้ยานี้ในสตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร เนื่องจากยาทำให้หลอดเลือดดัด (ductus arteriosus) ของทารกปิดก่อนเวลาอันควร - Pregnancy risk factor C การเก็บรักษา เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 30°C



ผลิตโดย:
บริษัท ยูนิซัน จำกัด
ฉะเชิงเทรา ประเทศไทย



ผู้แทนจำหน่าย:
บริษัท เบลไลน์ จำกัด
กรุงเทพฯ ประเทศไทย

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตเลขที่ ขศ. 418/2561

4 บรรณาธิการ**5 Cover Story**

- ❑ การรักษาที่เป็นความหวังของคนไข้ COVID-19 พลการศึกษาล่าสุดมียาต้านไวรัสตัวอีกเสบี่รวมอยู่ด้วย

7 Global News

- ❑ อังกฤษเสนอขยายเวลาเก็บไข่แช่แข็งจากยึดจำกัด 10 ปีได้
- ❑ โรคปอดเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก
- ❑ คนอเมริกันจำนวนมากขาดความรู้และไม่สนใจกินอาหารที่มาจากพืช

10 News Update

- ❑ นักวิจัย ม.มหิดล คิดค้นผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์จากข้าวไทยเพื่อผู้ป่วยเบาหวาน



7



12

12 ข้อมูลสุขภาพ

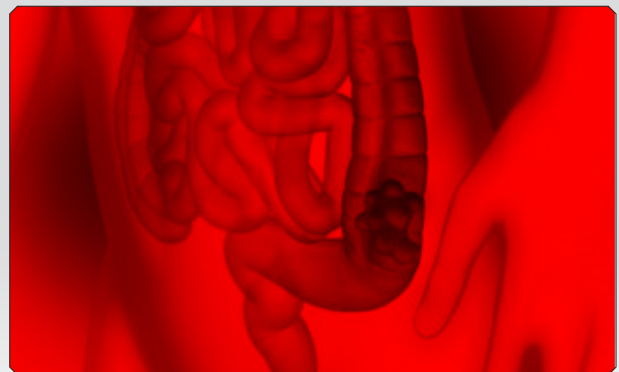
- ❑ อย. แนะนำก่อนซื้ออุปกรณ์ป้องกัน COVID-19 ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์
- ❑ แพทย์แนะวิธีดูแลผิวหนังในหน้าร้อน
- ❑ อย. ประกาศเจลล้างมือต้องมีแอลกอฮอล์มากกว่า 70%
- ❑ กรมอนามัยห่วงประชาชนใช้หน้ากากอนามัยซ้ำ อาจเป็นอันตราย

15 หนึ่งโรค หนึ่งรู้**17 Nursing Research****24 รายงานพิเศษ**

- ❑ สธ. ขอความร่วมมือประชาชนใช้หน้ากากผ้า ส่วน N 95 ให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้

25 ีพจรสุขภาพ

- ❑ อิทธิพลของตัวเลขชี้วันเกิดมีอิทธิพลต่อการรักษา
- ❑ ติดเชื้อ *E.coli* โยงใยกับมะเร็งลำไส้

28 ปกิณกะสุขภาพ**32 สารพันข่าว**

25



ฟ้าทะลายโจรฆ่าโควิด?

28

คณะที่ปรึกษา

รศ.ดร.ทัศนีย์ บุญทอง
ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ
รศ.เพ็ญศรี ระเบียบ
พล.ต.หญิง เรณู ประทุมมณี
น.ท.หญิง ดร.ธนพร แย้มสุตา
พ.ท.หญิง เพ็ญภา ภัทวงศ์
จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์
พวงรัตน์ เขาวะเจริญ
พูนพิศ บุรณะการเจริญ
กรรณิกา ปัญญาอมรวัฒน์
พ.อ.หญิง ดร.สายสมร เหลืองกิตติ

ประธานกรรมการ

ประพันธ์ บุญเกียรติ

ฝ่ายโฆษณา

จิราภรณ์ พรหมณัณต์

เจ้าของ

บริษัท เมดิ เจอร์นัล จำกัด
เลขที่ 158 ซ.บางขุนนนท์ 29
แขวงบางขุนนนท์ เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 17000
โทร. 0 2424 3434
แฟกซ์ 0 2434 3434
E-mail: thainursingtime@medi.co.th

พิมพ์ที่

บริษัท บี.เค. อินเตอร์พรีนซ์ จำกัด
เลขที่ 12/2 ซอยโชติวัฒน์ 8 ริมคลองประปา
เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร 10800
โทร. 0 2587 1609

โซเดียม ภัยเงียบจากของอร่อย แนะนำวิธีลดเค็มง่าย ๆ ห่างไกลโรคไต

กรมการแพทย์ โดยสถาบันโรคทรวงอก
เตือนการบริโภคโซเดียมในปริมาณมาก
เกินกว่า 2,400 มิลลิกรัม หรือมากกว่า 1
ช้อนชาต่อวัน จะทำให้ไตทำงานหนัก เสี่ยง
ต่อการเกิดความดันโลหิตสูงและยังมี
โอกาสพบป่วยเมื่ออายุมากขึ้น พร้อมแนะ
วิธีลดปริมาณโซเดียมเพื่อการทำงานที่ดี
ของไต

เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2563
นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์
เปิดเผยว่าโซเดียมเป็นส่วนประกอบของ
เกลือ ซึ่งเกลือ 1 กรัม จะมีโซเดียมประมาณ
400 มิลลิกรัม โดยร่างกายมีความต้องการ
โซเดียมประมาณ 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน แต่
ถ้าได้รับมากกว่าร่างกายจะขับออกทางไต จะ
ทำให้ไตทำงานหนัก ดังนั้น การที่ร่างกายได้
รับโซเดียมในปริมาณที่พอเพียงไม่มากไม่
น้อยจนเกินไปจะเกิดผลดีต่อการทำงานของ
ไต ส่วนเกลือโซเดียม หรือเกลือแกง เป็นตัว

หลักของสารที่ให้ความเค็มในเครื่องปรุงรสที่นิยมใช้ คือ น้ำปลา ซอสถั่วเหลือง ซีอิ๊วขาว
ซีอิ๊วดำ เต้าเจี้ยว ฯลฯ และยังใช้ในการถนอมอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง
ไข่เค็ม ปลาร้า ปลาเค็ม เนื้อเค็ม เป็นต้น นอกจากนี้ เกลือโซเดียมยังแฝงมากับอาหารอื่น ๆ
เช่น ขนมอบกรอบ ผงชูรส หากรับประทานอาหารที่เค็มจัดที่มีเกลือโซเดียม หรือเกลือแกงมากกว่า
6 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 1 ช้อนชาขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะ
คนที่ไม่ชอบบริโภค ผัก ผลไม้

ขณะที่ นพ.เอนก กนกศิลป์ ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กล่าวว่า
ในแต่ละวันไม่ควรบริโภคโซเดียมเกินความต้องการของร่างกาย ซึ่งวิธีที่จะช่วยลดปริมาณการบริโภค
โซเดียมมีหลายวิธี เช่น หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารรสจัด และอาหารหมักดอง ชิมอาหารทุกครั้ง
ก่อนเติมเครื่องปรุง เลือกบริโภคอาหารสด หรืออาหารที่ผ่านการแปรรูปน้อยที่สุด หลีกเลี่ยงอาหาร
สำเร็จรูป และขนมขบเคี้ยวที่มีเครื่องปรุงรสปริมาณมาก ลดความถี่ของการบริโภคอาหารที่ต้องมี
เครื่องปรุงน้ำจิ้ม และลดปริมาณน้ำจิ้มที่บริโภค ทดลองปรุงอาหารโดยใช้ปริมาณเกลือ น้ำปลา
ตลอดจนเครื่องปรุงรสอื่น ๆ เพียงครึ่งหนึ่งที่กำหนดไว้ในสูตรปรุงอาหาร ถ้ารสชาติไม่อร่อยจริง ๆ
จึงค่อยเพิ่มปริมาณของเครื่องปรุงรส ควรปลูกฝังนิสัยให้บุตรหลานรับประทานอาหารรสจัด
โดยไม่เติมเกลือ ซีอิ๊วขาว น้ำปลา ตลอดจนซอสปรุงรสในอาหารเด็กและทารก และควรบริโภค
อาหารที่มีปริมาณโพแทสเซียมสูง เช่น ผักใบเขียวและผลไม้ จะสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้

บรรณาธิการ



การรักษาที่เป็นความหวังของคนไข้ COVID-19

ผลการศึกษาล่าสุดมียาต้านไวรัสตัวอักเสบรวมอยู่ด้วย

หนึ่งในความพยายามของการค้นหาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสำหรับการรักษาคนไข้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ COVID-19 ล่าสุดผลการศึกษาเบื้องต้นของคณะนักวิจัยของ Liverpool University ในสหราชอาณาจักร พบว่า ยาสูตรผสมของ sofosbuvir/daclatasvir ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสตัวอักเสบบี 2 ตัวในยาต้านไวรัสกลุ่มใหม่เรียกว่า direct-acting antiviral agents (DAAs) มีศักยภาพที่จะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสำหรับคนไข้ติดเชื้อ COVID-19

ในระหว่างการประชุม International AIDS Conference ครั้งที่ 23 (เป็นการประชุมเสมือนจริงเนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19) ซึ่งจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 6-9 กรกฎาคม 2563 โดย International AIDS Society (IAS) ดร. นพ. Andrew Hill ในฐานะ senior visiting research fellow ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย Liverpool ในสหราชอาณาจักร ได้นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นของการใช้ยาสูตรผสมของ sofosbuvir/daclatasvir ในการรักษาคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวนหนึ่งในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 4 แห่งของอิหร่าน พบว่า การใช้ยาสูตรผสมของ sofosbuvir/daclatasvir มีผลลัพธ์ในแง่ของ recovery rate ที่ดีกว่า และ hospital stay ที่สั้นกว่าเมื่อเทียบกับการรักษามาตรฐาน (standard of care) ที่ประกอบด้วย hydroxy-chloroquine ร่วมกับหรือไม่วรร่วมด้วย lopinavir/ritonavir

ดร.นพ. Andrew Hill รายงานว่า คนไข้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 66 ราย ที่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 4 แห่ง ในอิหร่าน ถูกสุ่มให้ได้รับการรักษาด้วย standard of care เพียงอย่างเดียว จำนวน 33 ราย ขณะที่อีก 33 ราย ถูกสุ่มให้ได้รับการรักษาด้วยยาสูตรผสมของ sofosbuvir/daclatasvir ร่วมกับ standard of care เป็นเวลา 14 วัน (14-day treatment course) ผลการศึกษาเบื้องต้นว่า 14 วัน หลังการรักษา คนไข้ 29 ราย (88%) ในกลุ่มที่ได้รับ sofosbuvir/daclatasvir ร่วมกับ standard of care ประสบความสำเร็จในการมี clinical recovery เทียบกับ 22 ราย (67%) ในกลุ่มที่ได้รับ standard of care เพียงอย่างเดียว ($P = .076$) ขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการรักษาด้วย sofosbuvir/daclatasvir ร่วมกับ standard of care มีระยะเวลาของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สั้นกว่า คือ 6 วัน เทียบกับ 8 วัน ของกลุ่มคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการรักษาด้วย standard of care เพียงอย่างเดียว และกลุ่มคนไข้ที่ได้รับการรักษาด้วย sofosbuvir/daclatasvir ร่วมกับ standard of care ยังสามารถฟื้นตัวและออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่า คือโดยเฉลี่ย 6 วัน เทียบกับ 11 วัน ของกลุ่มคนไข้ที่ได้รับการรักษาด้วย standard of care เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ยังพบว่ามีคนไข้เสียชีวิต 3 ราย ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย sofosbuvir/daclatasvir ร่วมกับ standard of care เทียบกับ 5 ราย ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย standard of care เพียงอย่างเดียว โดยไม่มีรายงานเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่รุนแรงใด ๆ จากการรักษาด้วย sofosbuvir/daclatasvir ร่วมกับ standard of care

ดร. นพ. Andrew Hill กล่าวยั่วว่า ผลลัพธ์ดังกล่าวของการใช้ยาสูตรผสมของ sofosbuvir/daclatasvir ในการรักษาคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 เป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้นและจำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมด้วยการศึกษาที่มีขนาดใหญ่กว่านี้ เพื่อพิสูจน์ยืนยันถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาสูตรผสมของ sofosbuvir/daclatasvir ในการรักษาคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 โดยได้กำหนดเครือข่ายของการศึกษาทางคลินิกแบบสุ่มขึ้นมาแล้วว่าจะมีการศึกษาการใช้ยาสูตร

ผสมของ sofosbuvir/daclatasvir ในคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวนมากกว่า 2,000 ราย ในบราซิล อียิปต์ แอฟริกาใต้และอิหร่าน และคาดว่าจะได้เห็นผลลัพธ์ของการใช้ยาสูตรผสมของ sofosbuvir/daclatasvir ในการรักษาคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 จากการศึกษาทางคลินิกขนาดใหญ่ในราวเดือนตุลาคมปีนี้

อนึ่ง ก่อนหน้านั้นเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2563 คณะนักวิจัยโครงการศึกษาทางคลินิกที่มีชื่อว่า RECOVERY trial ของ Oxford University ในสหราชอาณาจักร รายงานผลการศึกษาเบื้องต้น พบว่า dexamethasone ซึ่งเป็นยาในกลุ่มสเตียรอยด์ที่มีข้อบ่งใช้สำหรับบรรเทาการแพ้หรือลดการอักเสบรุนแรง และใช้รักษาโรคบางชนิดที่เกิดจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ ที่ต้องวินิจฉัยและสั่งจ่ายโดยแพทย์ สามารถลดการเสียชีวิตของคนไข้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 หรือ COVID-19 ที่มีอาการระบบทางเดินหายใจรุนแรงจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจลงได้ถึง 1 ใน 3



แถลงการณ์ของคณะนักวิจัยโครงการศึกษาทางคลินิกที่มีชื่อว่า RECOVERY (Randomised Evaluation of COVID-19 thERapy) ระบุว่า ใน RECOVERY trial คนไข้ติดเชื้อ COVID-19 กลุ่มหนึ่งจำนวน 2,104 ราย ที่มีอาการระบบทางเดินหายใจรุนแรงจนถึงขั้นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือต้องได้รับออกซิเจนเสริม ได้รับการรักษาด้วย low-dose dexamethasone คือ 6 มิลลิกรัม เพียงวันละครั้ง ด้วยการรับประทานหรือด้วยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นเวลา 10 วัน ร่วมกับการรักษาตามอาการที่เป็น standard of care ขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งเป็นคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 4,321 ราย ที่มีอาการระบบทางเดินหายใจรุนแรงและได้รับการรักษาตามอาการแต่เพียงลำพัง

ผลการศึกษาพบว่า dexamethasone ลดการเสียชีวิตลงได้ถึง 1 ใน 3 ของคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (rate ratio 0.65 [95% confidence interval 0.48 to 0.88]; $p=0.0003$) และลดการเสียชีวิตลงได้ 1 ใน 5 ของคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนเสริมแต่ไม่ถึงกับต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (0.80 [0.67 to 0.96]; $p=0.0021$) แต่ dexamethasone ไม่มีประโยชน์ในหมู่คนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ไม่จำเป็นต้องอาศัย respiratory support (1.22 [0.86 to 1.75]; $p=0.14$)

คณะนักวิจัยของ RECOVERY trial ระบุว่า จากผลลัพธ์เบื้องต้นดังกล่าวสามารถประมาณการได้ว่า dexamethasone สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ 1 ราย จากคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 8 ราย และสามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ 1 ราย จากคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการค่อนข้างรุนแรงและจำเป็นต้องได้รับออกซิเจนเสริมแต่ไม่ถึงขั้นใช้เครื่องช่วยหายใจประมาณ 25 ราย

แถลงการณ์ของคณะนักวิจัย RECOVERY trial ระบุว่า ในกลุ่มคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการรักษาตามอาการเพียงอย่างเดียว มี 28-day mortality rate สูงถึง 41% สำหรับกลุ่มคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และ





25% สำหรับกลุ่มคนไข้ที่จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนเสริมเท่านั้นแต่ไม่ถึงขั้นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และ 13% สำหรับกลุ่มคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับ respiratory support ขณะที่ในหมู่คนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการรักษาด้วย dexamethasone ร่วมกับการรักษาตามอาการ พบว่า โดยรวมแล้ว dexamethasone สามารถลด 28-day mortality rate ลงได้ถึง 17% (0.83 [0.74 to 0.92]; $p = 0.0007$) โดยกลุ่มคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับประโยชน์มากที่สุดจาก dexamethasone ในการลด 28-day mortality rate คือ กลุ่มคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงจนถึงขั้นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ

ขณะที่ ศ.นพ. Peter Horby ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย Oxford และเป็นหนึ่งในหัวหน้าคณะนักวิจัย RECOVERY trial ให้สัมภาษณ์กับสื่อมวลชนว่า dexamethasone เป็นยาตัวแรกที่แสดงให้เห็นว่าสามารถเพิ่มการมีชีวิตรอดให้กับคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการระบบทางเดินหายใจรุนแรงจำนวนมากได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นผลการศึกษาที่น่ายินดีเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น dexamethasone ควรจะเป็นมาตรฐานการรักษาใหม่สำหรับคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจหรือจำเป็นต้องได้รับออกซิเจนเสริม โดย dexamethasone เป็นยาที่มีราคาไม่แพง มีใช้กันอยู่แล้วโดยทั่วไป และสามารถนำมาใช้ช่วยชีวิตคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงจำนวนมากในทั่วโลกได้ทันที

RECOVERY trial เป็นการศึกษาทางคลินิกขนาดใหญ่แบบ randomised controlled trial ที่ดำเนินการโดยคณะนักวิจัยแห่งมหาวิทยาลัย Oxford ในสหราชอาณาจักร ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติของสหราชอาณาจักร (National Health Service หรือ NHS) โครงการศึกษาทางคลินิกโครงการนี้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 ในคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวนมากกว่า 11,500 ราย จากโรงพยาบาลกว่า 175 แห่งทั่วสหราชอาณาจักร RECOVERY trial มุ่งศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาจำนวนหนึ่งที่มีใช้กันอยู่แล้ว และน่าจะมีศักยภาพสำหรับใช้ในการรักษาคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 เช่น lopinavir/ritonavir, azithromycin, tocilizumab และรวมถึง low-dose dexamethasone

นอกจากนี้ เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 คณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (Food and Drug Administration) หรือ FDA ได้ให้การรับรอง remdesivir ภายใต้อำนาจตามมาตรการฉุกเฉิน (Emergency Use Authorization) หรือ EUA สำหรับฉีดเข้าทางหลอดเลือดโดยบุคลากรทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาให้กับผู้ใหญ่และเด็กที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19

พญ. Janet Woodcock ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและประเมินยา (Center for Drug Evaluation and Research) ของ FDA ได้สื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ Twitter ระบุว่า เนื่องจากมีผลลัพธ์เบื้องต้นจากการศึกษาทางคลินิกของสถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health) หรือ NIH บ่งชี้ว่า ยาต้านไวรัส remdesivir อาจช่วยคนไข้ป่วยหนักที่ต้องนอนโรงพยาบาลเนื่องจากได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อ COVID-19 ดังนั้น FDA จึงอนุญาตให้สามารถกระจายยาด้านไวรัสตัวนี้ไปให้กับคนไข้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ด้วยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำโดยบุคลากรทางการแพทย์

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและประเมินยาของ FDA ย้ำว่า EUA ไม่เหมือนกับการให้การรับรองยาตามขั้นตอนปกติโดยทั่วไปของ FDA โดยบริษัทผู้ผลิตและเจ้าหน้าที่รับยา remdesivir ต้นฉบับ จะต้องให้ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และคนไข้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่าง ๆ ของยาด้านไวรัสตัวนี้ก่อนที่บุคลากรทางการแพทย์จะฉีดให้กับคนไข้ผ่านทางหลอดเลือดดำ โดย FDA ยังจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่สมบูรณ์จากการศึกษาทางคลินิกเพื่อที่จะตัดสินใจว่า remdesivir มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยหรือไม่ในการรักษาหรือป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19



การให้การรับรอง remdesivir ภายใต้อำนาจตามมาตรการฉุกเฉินของ FDA มีขึ้นหลังจากคณะกรรมการอิสระติดตามข้อมูลและความปลอดภัย (independent data and safety monitoring board) หรือ DSMB ของการศึกษาทางคลินิกที่เรียกกันว่า Adaptive COVID-19 Treatment Trial หรือ ACTT ซึ่งเป็นการศึกษาทางคลินิกแบบ randomized, double-blind, placebo-controlled trial ของการใช้ remdesivir ได้เผยแพร่ผลวิเคราะห์เฉพาะกาล (interim analysis) หรือผลลัพธ์เบื้องต้นของการศึกษานี้ที่แสดงให้เห็นว่าคนไข้ป่วยหนักจากการติดเชื้อ COVID-19 จนต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลที่ได้รับการรักษาด้วย remdesivir มีการฟื้นตัวได้เร็วกว่าถึง 31% ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเทียบกับคนไข้ที่ได้รับยาหลอก

โดยใน ACTT ซึ่งเป็นการศึกษาทางคลินิกในระยะที่ 3 การศึกษาแรกในสหรัฐอเมริกาเพื่อประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ remdesivir ในการรักษาคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 คนไข้จำนวนทั้งสิ้น 1,063 ราย ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ถูกสุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งได้รับ remdesivir (ขนาดเริ่มต้นในวันแรก 200 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และ 100 mg วันละครั้ง ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเช่นกันในวันถัด ๆ ไปอีก 9 วัน) ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งได้รับสารละลายคล้าย remdesivir แต่ไม่มีตัวออกฤทธิ์ใด ๆ ด้วยขนาดที่เท่ากับ remdesivir ด้วยวิธีการบริหารยาที่เหมือนกันและเป็นเวลาทั้งสิ้น 10 วันเช่นกัน โดยมีเป้าหมายหลักของการศึกษาอยู่ที่ระยะเวลาการฟื้นตัวของคนไข้ คือ คนไข้ไม่ต้องพึ่งพาออกซิเจนบำบัดและแข็งแรงพอที่จะออกจากโรงพยาบาลกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติที่บ้าน

ผลการศึกษาเบื้องต้น พบว่า กลุ่มคนไข้จำนวน 538 ราย ที่ได้รับ remdesivir มีการฟื้นตัวด้วยระยะเวลาโดยเฉลี่ย 11 วัน (95% confidence interval [CI], 9 to 12) เทียบกับ 15 วัน (95% CI, 13 to 19) ของกลุ่มคนไข้จำนวน 521 ราย ที่ได้รับยาหลอก (rate ratio for recovery, 1.32; 95% CI, 1.12 to 1.55; $p < 0.001$) ขณะเดียวกันพบว่า remdesivir มี survival benefit ค่อนข้างดีกว่ายาหลอก โดยกลุ่มคนไข้ที่ได้รับ remdesivir มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 8.0% เทียบกับ 11.6% ของกลุ่มคนไข้ที่ได้รับยาหลอก ($p = 0.059$)

สำหรับข้อมูลด้านความปลอดภัยของ remdesivir จาก preliminary results พบว่ามี serious adverse events เกิดขึ้นกับคนไข้ 114 ราย (21.1%) ของกลุ่มคนไข้ที่ได้รับการรักษาด้วย remdesivir และในคนไข้ 141 ราย (27.0%) ของกลุ่มคนไข้ที่ได้รับยาหลอก ซึ่งในจำนวนนี้มีแค่ 4 serious adverse events เท่านั้น (2 events ในแต่ละกลุ่ม) ที่คณะผู้ศึกษาวิจัยตัดสินว่าเป็น serious adverse events ที่สัมพันธ์กับการได้รับการรักษาด้วย remdesivir หรือยาหลอก โดยมี 28 serious respiratory failure adverse events ในกลุ่มคนไข้ที่ได้รับ remdesivir (5.2% ของคนไข้ทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วย remdesivir) เทียบกับ 42 serious respiratory failure adverse events ในกลุ่มคนไข้ที่ได้รับยาหลอก (8.0% ของคนไข้ทั้งหมดที่ได้รับยาหลอก) ขณะเดียวกันพบว่ามีอุบัติการณ์ของ acute respiratory failure, hypotension, viral pneumonia และ acute kidney injury ค่อนข้างมากกว่าในกลุ่มคนไข้ที่ได้รับยาหลอก แต่ไม่มีการเสียชีวิตของคนไข้รายใดในการศึกษานี้ที่คณะผู้ศึกษาวิจัยตัดสินว่าเป็นการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการได้รับการรักษาด้วย remdesivir หรือยาหลอก

อังกฤษเสนอขยายเวลาเก็บไข่แช่แข็ง จากยึดจำกัด 10 ปีได้

BBC News



ระยะเวลาแช่แข็งไข่ สเปิร์ม และตัวอ่อนเอ็มบริโอ สามารถขยายเวลาออกไปได้ เมื่อรัฐบาลอังกฤษเสนอขอความเห็นเกี่ยวกับเวลาแช่แข็งปัจจุบันที่จำกัดไว้ 10 ปี

การตัดสินใจของผู้หญิงในการเลือกเวลาที่มีบุตรนั้นยังมีข้อจำกัด แม้จะมีเทคโนโลยีแช่แข็งที่ก้าวหน้าก็ตาม เราสามารถเก็บเฉพาะไข่ของผู้ที่การเจริญพันธุ์อาจถูกกระทบจากโรคไว้ให้นานถึงมากถึง 55 ปี หน่วยงานที่กำกับดูแลเรื่องนี้กล่าวว่า ตอนนี้เป็นเวลาที่เหมาะสมที่จะพิจารณาขีดจำกัดเวลาในการเก็บรักษา “ที่เหมาะสมกว่า” ดังนั้น เวลานี้รัฐบาลอังกฤษจึงได้เสนอให้มีการหารือเกี่ยวกับกฎหมายในปัจจุบัน

รัฐบาลจะพิจารณาความปลอดภัยและคุณภาพของไข่ เอ็มบริโอ และสเปิร์มที่เก็บไว้นานกว่า 10 ปี และความต้องการอุปกรณ์การจัดเก็บเพิ่มเติมที่จะตามมาอีกด้วย

“แม้เรื่องนี้จะกระทบต่อเราได้ทุก ๆ คน แต่ฉันมีความกังวลเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับผลกระทบของกฎหมายในปัจจุบันต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง” Caroline Dinene รัฐมนตรีสาธารณสุข กล่าว

“ขีดจำกัดของเวลามักจะมีความหมายว่า ผู้หญิงต้องเผชิญกับการตัดสินใจที่ทำให้ใจสลายได้ คือ การตัดสินใจที่จะทำลายไข่แช่แข็งหรือมีความรู้สึกกดดันที่จะมีบุตรก่อนตนเองจะพร้อม”

จำนวนผู้หญิงที่เลือกแช่แข็งไข่ของตนเพิ่มมากกว่า 3 เท่า ในไม่กี่ปีที่ผ่านมา จาก 410 วงรอบการแช่แข็งใน 2012 เป็น 1,462 วงรอบ ในปี 2017

จากข้อมูลแสดงว่า ส่วนใหญ่คือ 4 ใน 5 คน กำลังแช่แข็งไข่ด้วยเหตุผลทางสังคม เพื่อเพิ่มโอกาสในการมีบุตรในภายหลัง

เวลาที่ดีที่สุดสำหรับผู้หญิงในการแช่แข็งไข่ของเธอ คือ ก่อนอายุ 35 ปี อันเป็นเวลาที่คุณภาพและจำนวนไข่เริ่มเสื่อมลง แต่อายุส่วนใหญ่ที่มาแช่แข็งไข่ในปัจจุบันคือ 38 ปี

Sally Cheshire ซึ่งเป็นประธานกรรมการของ Human Fertilisation and Embryology Authority กล่าวว่า หน่วยงานกำกับดูแลเรื่องนี้ได้ยื่นเสียงจากบรรดาผู้ป่วยและแพทย์แล้ว

“แม้การเปลี่ยนแปลงใด ๆ เกี่ยวกับข้อจำกัดเวลาในการเก็บไข่ 10 ปี จะเป็นเรื่องของสภาผู้แทนราษฎร เนื่องจากจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงกฎหมาย แต่เราเชื่อว่าขณะนี้เป็นเวลาเหมาะสมที่จะพิจารณาว่าจำกัดเวลาในการเก็บที่เหมาะสมกว่าคือเท่าไร โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางวิทยาศาสตร์และวิธีที่ผู้หญิงพิจารณาเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของตนเอง” เธอกล่าว

โรคปอดเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก

HealthDay News

งานวิจัยครั้งใหม่แสดงให้เห็นว่าโรคปอดได้โจมตีประชากรมากขึ้นทั่วโลกในรอบ 30 ปีที่ผ่านมา และการอยู่ในภูมิภาคที่ยากจนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดต่อปัญหาทางเดินหายใจ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล 195 ประเทศ พบว่า ภาวะชราภาพและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ มลพิษ และภาวะน้ำหนักเกินกับโรคอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคปอดเรื้อรัง

คณะผู้วิจัยซึ่งนำโดย Dr. Min Xie จาก Tongji Medical College และ Huazhong University of Science and Technology ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน พบว่า จำนวนการเสียชีวิตจากโรคปอดเรื้อรังเพิ่มขึ้นร้อยละ 18 ตลอด 30 ปีที่ผ่านมา คือ จาก 3.3 ล้านคน ในปี 1990 เป็น 3.9 ล้านคน ในปี 2017

จำนวนการเสียชีวิตได้เพิ่มขึ้นตามอายุและเพิ่มสูงมากในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป และภาระที่เกี่ยวข้องกับอายุนี้น่าจะเพิ่มขึ้นตามอายุของประชากรทั่วโลก คณะผู้วิจัยกล่าว

โรคปอดเรื้อรังที่เป็นกันทั่วไป คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) และโรคหืด แต่โรคอื่น เช่น โรคนิ่วโมโคนิโอซิส (pneumoconiosis โรคปอดที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นเล็กมาก ๆ ชนิดต่าง ๆ ที่ปะปนอยู่ในบรรยากาศเข้าไปสะสมในส่วนถุงลมปอด) กลุ่มโรค interstitial lung disease และ pulmonary

sarcoidosis (เนื่องจากมีแผลเป็นและการอักเสบที่ปอด) ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของทั่วโลก

มีการเผยแพร่การศึกษาครั้งนี้ในวารสาร *BMJ*

โดยรวมทั้งหมด อัตราการเกิดโรคปอดที่สูงสุดอยู่ในภูมิภาคยากจนที่สุดของโลก ประเทศที่มีฐานะดีกว่าจะมีอัตราการเกิดโรคน้อยลง เนื่องจากประชากรมีโอกาสดีกว่าในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการรักษาที่พัฒนา

กว่า Dr. Xie และคณะผู้ร่วมงานกล่าว

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการเนื่องจาก COPD และโรคหืด ในปี 2017 การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้มีการเสียชีวิต 1.4 ล้านคน

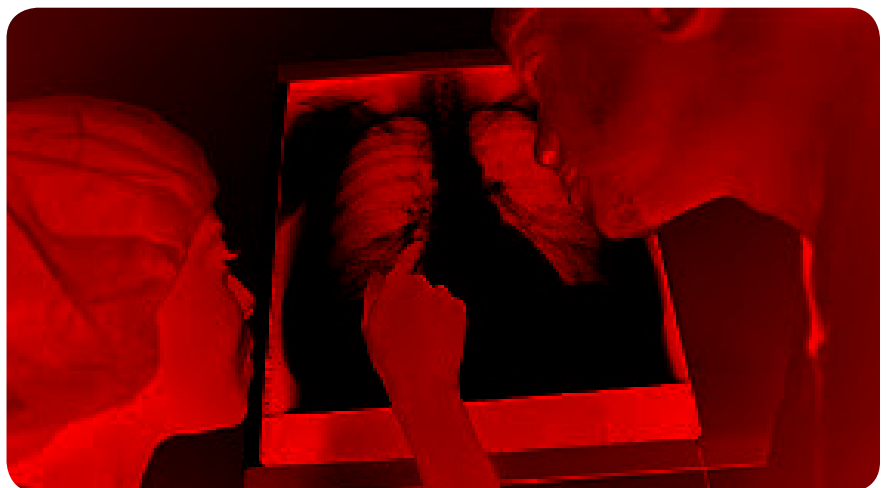
ผลกระทบของการสูบบุหรี่รุนแรงมากในพื้นที่ยากจน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องปรับปรุงการควบคุมยาสูบในประเทศกำลังพัฒนา

ผู้เขียนรายงานกล่าว

มลพิษจากฝุ่นละอองหรืออนุภาคของแข็ง (particulate matter) ในอากาศ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดตัวต่อไปสำหรับโรค COPD

โรคอ้วนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดรองจากโรคหืดตั้งแต่ปี 2013 โดยเฉพาะในผู้หญิง

คณะผู้วิจัยเขียนในข่าวของวารสารว่า “เนื่องจากภาวะโรคอ้วนปรากฏเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในอัตราที่น่าเป็นห่วงทั่วโลก จึงควรรวมการลดน้ำหนักไว้ใน การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นโรคหืดด้วย”

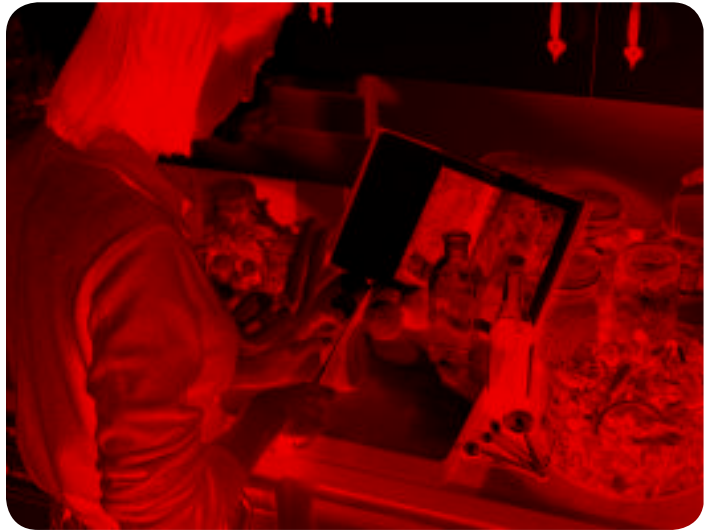


คนอเมริกันจำนวนมากขาดความรู้ และไม่สนใจกินอาหารที่มาจากพืช

HealthDay News

จากการสำรวจครั้งใหม่พบว่า ความรู้เป็นประเด็นที่ทำให้ชาวอเมริกันส่วนใหญ่หยุดการรับประทานอาหารที่มาจากพืชซึ่งเป็นสิ่งที่ดีสำหรับทั่วโลก

การสำรวจครั้งนี้ครอบคลุมผู้ใหญ่ 1,000 คนทั่วประเทศ พบว่าร้อยละ 51 ตอบว่าจะรับประทานอาหารที่มาจากพืชมากขึ้น ถ้ามีความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากอุปนิสัยการกินของตน แต่ร้อยละ 70 บอกว่า พวกเขาไม่ค่อยได้พูดหรือไม่เคยพูดประเด็นนี้กับเพื่อนหรือครอบครัวเลย



เกือบ 2 ใน 3 กล่าวว่า ไม่เคยมีใครมาแนะนำให้รับประทานอาหารที่มาจากพืชมากขึ้น และมากกว่าครึ่งหนึ่งแทบไม่ได้ยินหรือไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับเรื่องนี้จากสื่อเลย

นอกจากนั้น มากกว่าครึ่งหนึ่งบอกว่า เขาพอใจที่จะรับประทานผักและอาหารทางเลือกที่มาจากพืชมากขึ้น และ/หรือรับประทานเนื้อแดงน้อยลง

แม้จะมีเพียงร้อยละ 4 ที่ระบุว่าตนเองรับประทานมังสวิรัต แต่ร้อยละ 20 บอกว่า ได้เลือกบริโภคผลิตภัณฑ์นมจากพืช 2 ถึง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่านั้น และประมาณร้อยละ 20 เช่นกันบอกว่า ไม่ได้ซื้อผลิตภัณฑ์จากบริษัทอาหารที่ไม่ได้ใช้มาตรการเพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

พร้อม ๆ กับการขาดข้อมูลข่าวสาร อุปสรรคอื่น ๆ ต่อการรับประทานอาหารที่มาจากพืช ยังรวมไปถึงเรื่องราคา รสชาติ และความสามารถในการเข้าถึง ตามผลการค้นพบจากโครงการ Yale Program on Climate Change Communication and the Earth Day Network

ตัวอย่างเช่น ร้อยละ 49 ของผู้ตอบเชื่อว่า อาหารที่มีงานหลักมาจากพืชมีราคาแพงกว่าอาหารที่มีงานหลักมาจากเนื้อ และหลายคนบอกว่า จะรับประทานอาหารที่มาจากพืชมากขึ้น ถ้าราคาถูกกว่าผลิตภัณฑ์เนื้อ (ร้อยละ 63) และถ้ามีรสชาติดีกว่า (ร้อยละ 67)

“ผู้บริโภคชาวอเมริกันจำนวนมากสนใจการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้นและเป็นมิตรต่อสภาพบรรยากาศ” Anthony Leiserowitz ผู้อำนวยการ Yale Program on Climate Change Communication กล่าวในข่าวเผยแพร่ของ Yale

จากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ระหว่างปี 2554 – 2560 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 21 ซึ่งให้เห็นถึงแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนรัฐต้องมีการรณรงค์กันอย่างจริงจังเพื่อลดจำนวนอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานกันอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

เนื่องจาก “ข้าว” เป็นพืชอาหารที่สำคัญชนิดหนึ่งของโลกและนับเป็นพืชเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยถือเป็นหนึ่งในประเทศที่มีบทบาทมากที่สุด



นักวิจัย ม.มหิดล คิดค้นผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์จากข้าวไทยเพื่อผู้ป่วยเบาหวาน

“



ผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายในตลาดส่วนใหญ่นำเข้ามาจากต่างประเทศ และมีราคาแพง ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องบริโภคต้องแบกรับค่าใช้จ่ายสูง ด้วยเหตุนี้จึงมีการวิจัยถึงการพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์ให้สามารถผลิตเพื่อจำหน่ายได้ในประเทศ

”

ในการส่งออกข้าว จากข้อมูลของสมาคมผู้ส่งออกข้าวไทย ระบุว่า ไทยส่งออกข้าวเกือบ 4 แสนตัน ในปี 2562 ที่ผ่านมา

ผศ.ดร.สุภัทร ไชยกุล ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หัวหน้าโครงการวิจัยที่ได้รับทุนจาก สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) - สวก. ได้ริเริ่มโครงการวิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ข้าวเป็นวัตถุดิบหลักเพื่อทดแทนผลิตภัณฑ์นำเข้าจากต่างประเทศ โดยได้เล่าถึงที่มาของโครงการวิจัยว่า เนื่องจากผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย และมีความต้องการเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามจำนวนผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งผู้ที่ต้องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มมากขึ้น ผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายในตลาดส่วนใหญ่นำเข้าจากต่างประเทศและมีราคาแพง ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องบริโภคต้องแบกรับค่าใช้จ่ายสูง ดังจะเห็นได้ว่าการบริโภคผลิตภัณฑ์ 1 มื้ออาหาร ต้องมีค่าใช้จ่ายประมาณ 60 บาทขึ้นไป เฉลี่ยต่อวันที่ 5 มื้ออาหาร คือ ประมาณ 300 บาทต่อวัน

ด้วยเหตุนี้จึงมีการวิจัยถึงการพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์ให้สามารถผลิตเพื่อจำหน่ายได้ในประเทศไทย จากข้าวที่เราปลูกเองในประเทศไทยมาใช้เป็นวัตถุดิบ โดยการสนับสนุนข้อมูลจาก กรมการข้าว กระทรวงการเกษตรและสหกรณ์ เพื่อให้ได้ข้าวที่เหมาะสมต่อการนำมาทำผลิตภัณฑ์

ที่ผ่านมา อาหารทางการแพทย์ที่เป็นผลิตภัณฑ์ทดแทนคาร์โบไฮเดรตส่วนใหญ่จะใช้แป้งดัดแปลงจากข้าวโพดหรือมันสำปะหลัง และจะใช้โปรตีนจากถั่วเหลือง ยังไม่พบว่ามีการใช้ข้าวเป็นวัตถุดิบในผลิตภัณฑ์ดังกล่าว อีกทั้งเป็นความต้องการของผู้ป่วยคนไทยที่ชอบบริโภคข้าวมากกว่าอาหารทางการแพทย์ที่มีส่วนผสมของถั่วเหลือง ข้อดีจากการใช้ข้าวไทย



“
อาหารทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่คิดค้นขึ้นนี้มีสูตร
และกระบวนการผลิตที่มีความเฉพาะ เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีสารอาหารครบทุกชนิด
ในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการทางโภชนาการของผู้ป่วย โจทย์ที่น่าสนใจ
มีอยู่ว่า คาร์โบไฮเดรตที่มีอยู่ในผลิตภัณฑ์จะต้องไม่ดูดซึมอย่างรวดเร็ว
หรือทำให้น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
”

เป็นวัตถุดิบในการผลิตก็คือ นอกจากจะช่วยลดต้นทุนการผลิตแล้วยังเป็นการทำให้ข้าวไทยมีมูลค่าเพิ่มขึ้นและช่วยให้เกษตรกรขายข้าวได้มากขึ้นอีกด้วย

ผศ.ดร.สุภัทร์ ไชยกุล กล่าวต่อไปว่า อาหารทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่คิดค้นขึ้นนี้มีสูตรและกระบวนการผลิตที่มีความเฉพาะ เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีสารอาหารครบทุกชนิดในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการทางโภชนาการของผู้ป่วย โจทย์ที่น่าสนใจมีอยู่ว่า คาร์โบไฮเดรตที่มีอยู่ในผลิตภัณฑ์จะต้องไม่ดูดซึมอย่างรวดเร็ว หรือทำให้น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับผลิตภัณฑ์ต้องมีลักษณะทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับการให้ทางสายให้อาหาร อีกทั้งยังมีการใช้โปรตีนผสมจากพืชที่มีชนิดและปริมาณของกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อการสร้างโปรตีนชนิดต่าง ๆ ในร่างกาย สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีการแพ้โปรตีนนม หรือไข่ จึงได้มีการคิดค้นสูตรและกระบวนการผลิตภายใต้แนวคิด “การแยกส่วนของข้าวออก แล้วเติมกลับเข้าไปในผลิตภัณฑ์เพื่อปรับปรุงให้ได้คุณลักษณะที่ต้องการ” หรือ “remove to improve” เพื่อให้สามารถนำข้าวไทยมาใช้เป็นส่วนประกอบหลักของผลิตภัณฑ์และผลิตเพื่อจำหน่ายได้ในระดับอุตสาหกรรม

“การดำเนินโครงการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก คือ ส่วนของการพัฒนาผลิตภัณฑ์ ส่วนของการทดสอบความปลอดภัยและประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์โดยใช้สัตว์ทดลองและส่วนของการศึกษาทางคลินิกกับผู้ป่วย ที่ดำเนินงานภายใต้ทีมวิจัยจากแพทย์ เภสัชกร โภชนาการ และวิทยาศาสตร์ในสาขาต่าง ๆ เป็นความร่วมมือจากหลายคณะ และหน่วยงานภายใต้มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มีการทำงานสอดประสานกัน โดยดำเนินงานวิจัยร่วมกับบริษัทเอกชนผู้ผลิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในคุณภาพของผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีเบาหวาน โดยตั้งเป้าผลิตออกสู่ตลาดภายในต้นปี 2564 ทั้งชนิดพร้อมบริโภคและชนิดผงชงละลาย ที่มีอายุการเก็บรักษานานกว่า 1 ปี ที่ให้ความสะดวก สะอาด และสารอาหารที่ครบถ้วน ตอบโจทย์ความต้องการของผู้บริโภคและผู้ป่วยที่มีเบาหวาน ซึ่งผลงานวิจัยได้มีการจดอนุสิทธิบัตรแบบ non-exclusive เพื่อเปิดโอกาสให้มีการต่อยอดผลิตภัณฑ์ให้พัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน และส่งเสริมเศรษฐกิจไทยอีกด้วย” ผศ.ดร.สุภัทร์ ไชยกุล กล่าวทิ้งท้าย

อย. แนะนำก่อนซื้ออุปกรณ์ป้องกัน COVID-19 บริจาคบุคลากรทางการแพทย์

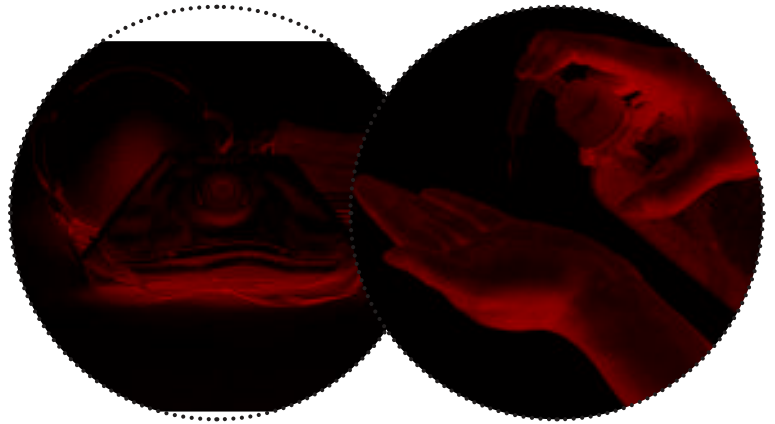
อย. แนะนำประชาชนเลือกซื้อหน้ากากอนามัย หน้ากาก N95 และชุด PPE เพื่อนำไปบริจาคให้บุคลากรทางการแพทย์ ก่อนซื้อขอคุณลากหรือเอกสารระบุมাত্রฐานต้องได้มาตรฐานทางการแพทย์ (Medical Grade) หากซื้อจากผู้ขายในประเทศให้ขอหนังสือรับรองการผลิตหรือนำเข้าจากผู้ขายด้วย กรณีนำเข้าเครื่องมือแพทย์เพื่อบริจาคให้เตรียมเอกสารชี้แจงการนำเข้าและหนังสือตอบรับจากผู้รับบริจาคยื่นที่ด่านอาหารและยา อย. พร้อมอำนวยความสะดวก จะตรวจสอบออกของให้ทันที

ภญ. สุภัทรา บุญเสริม รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เปิดเผยว่า ตามที่ขณะนี้ประชาชนที่มีน้ำใจเป็นจำนวนมากต้องการบริจาคอุปกรณ์ทางการแพทย์จำพวกหน้ากากอนามัย หน้ากาก N95 และชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment, PPE) ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยส่วนใหญ่สั่งซื้อสินค้าเหล่านี้ผ่านช่องทางออนไลน์ทั้งในและต่างประเทศ ดังนั้น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ใช้ประโยชน์ตามความตั้งใจที่จะบริจาค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จึงขอแนะนำวิธีการเลือกซื้อสินค้าเหล่านี้ ให้สังเกตข้อมูลบนฉลาก เอกสารกำกับ แคตตาล็อก หรือคู่มือการใช้ที่ออกโดยผู้ผลิตหรือเจ้าของผลิตภัณฑ์ ดังนี้

1. หน้ากากอนามัย ตัวสินค้าต้องระบุ (1) ชื่อ หน้ากากอนามัยทางการแพทย์, Surgical mask, Medical mask (2) วัตถุประสงค์การใช้ เพื่อกรองหรือฆ่าเชื้อโรค เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย กันละอองฝอยจากการไอ จาม

2. หน้ากาก N95 ตัวสินค้าต้องระบุ (1) ชื่อ หน้ากาก N95 ทางทางการแพทย์, Surgical N95, N95 respirator, Medical respirator, Surgical respirator, Healthcare respirator, Medical protective respirator (2) ประเภทและมาตรฐานของหน้ากาก N95 และหน่วยงานที่ให้การรับรอง/อนุญาต ตามแหล่งที่มา ดังนี้

สหรัฐอเมริกา: N95 และอาจแสดงร่วมกับรหัสมาตรฐานการทดสอบการป้องกันการซึมผ่านของของเหลว ASTM F1862 รับรองโดย NIOSH



จีน: KN95 อ้างอิงตามมาตรฐาน GB 19083 และอาจแสดงร่วมกับรหัสมาตรฐานการทดสอบการป้องกันการซึมผ่านของของเหลว YY/T 0691-2008 รับรองโดย NMPA

สหภาพยุโรป: FFP2, FFP3 และอาจแสดงร่วมกับรหัสมาตรฐานการทดสอบการป้องกันการซึมผ่านของของเหลว EN 14683, ISO 22609 รับรองโดย EU Notified Bodies

ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์: N95/P2 และอาจแสดงร่วมกับรหัสมาตรฐานการทดสอบการป้องกันการซึมผ่านของของเหลว AS4381 รับรองโดย TGA

3. ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

3.1 ชุด Surgical Gown ต้องได้มาตรฐานตามแหล่งที่มา ดังนี้

สหรัฐอเมริกา: ต้องได้มาตรฐาน ANSI/AAMI PB70 ที่ระดับ 3 หรือ 4 และอาจแสดงร่วมกับรหัสมาตรฐาน ASTM F1670 (ป้องกันการซึมผ่านของของเหลว) และ ASTM F1671 (ป้องกันการทะลุผ่านของไวรัส)

สหภาพยุโรป: ต้องได้มาตรฐาน EN 13795 ที่ระดับ High Performance และอาจแสดงร่วมกับรหัสมาตรฐาน EN 20811 (ป้องกันการซึมผ่านของน้ำที่มีแรงดัน), EN ISO 22610 (ป้องกันการซึมผ่านของน้ำที่มีแรงดันที่ปนเปื้อนแบคทีเรีย) และ EN ISO 22612 (ป้องกันการซึมผ่านของอนุภาคแบคทีเรีย)

3.2 ชุด Coverall ต้องได้มาตรฐานตามแหล่งที่มา ดังนี้

จีน : ต้องได้มาตรฐาน GB 19082

สหภาพยุโรป: ต้องได้มาตรฐาน EN 14126 ที่ระดับ 5 และอาจแสดงร่วมกับรหัสมาตรฐาน ISO 16604 ไม่ต่ำกว่าระดับ 2

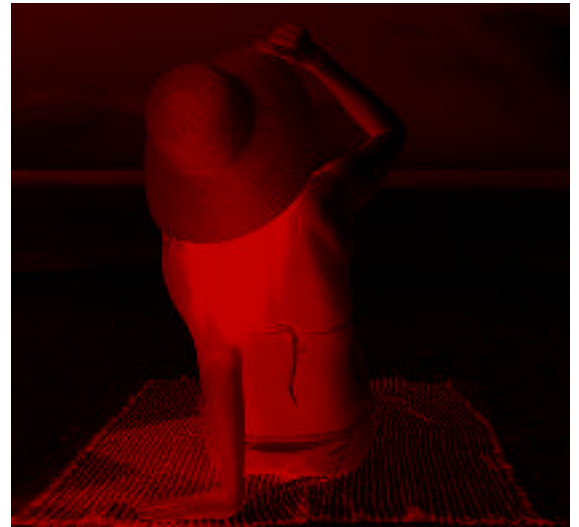
รองเลขาธิการฯ อย. กล่าวต่อไปว่า สำหรับการซื้อสินค้าดังกล่าวจากผู้ขายในประเทศให้ขอใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์ หรือหนังสือรับรองประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เพื่อให้มั่นใจว่าสินค้านั้นได้รับอนุญาตอย่างถูกต้องและบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ส่วนการนำเข้ามาเพื่อบริจาคให้หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่บำบัด รักษา สภากาชาดไทย หรือองค์กรการกุศล ขอให้เตรียมเอกสารหนังสือชี้แจงการนำเข้าที่ระบุรายละเอียดผลิตภัณฑ์ (ชื่อยี่ห้อ รุ่น) นำมาบริจาคให้แก่หน่วยงานใดจำนวนเท่าไร และบัญชีราคาสินค้า (invoice) ที่สำคัญต้องมีหนังสือตอบรับจากหน่วยงานที่รับบริจาคด้วย แล้วนำไปยื่นที่ด่านอาหารและยา โดยจะพิจารณาออกของให้ทันที ไม่ล่าช้า อย. พร้อมดำเนินการอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนและผู้ประกอบการ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาวิกฤติโควิด-19 ทั้งนี้ ประชาชนที่สนใจสามารถติดตามข่าวสารที่เกี่ยวข้องในช่วงโควิด-19 ได้ที่เว็บไซต์ อย. www.fda.moph.go.th หัวข้อ “COVID-19” แล้วคลิกไปที่ “ข่าวประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้อง” หรือกดติดตามที่ “แฟนเพจเฟซบุ๊ก Fda Thai”



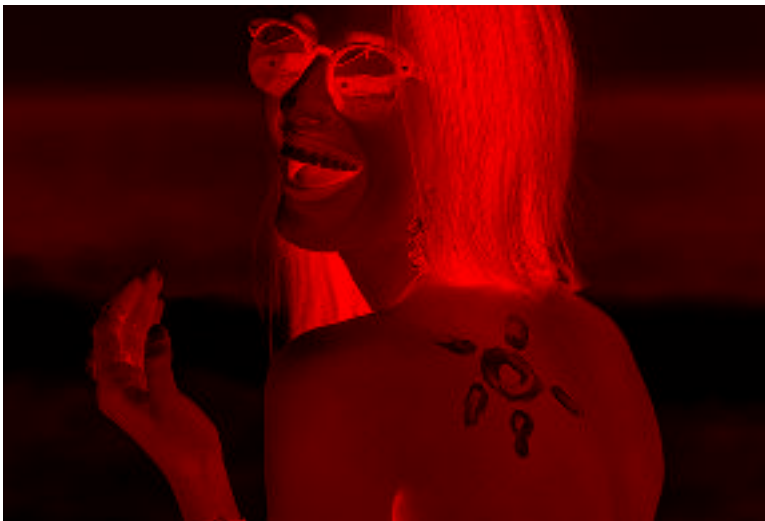
แพทย์แนะวิธีดูแลผิวหนังในหน้าร้อน

กรมการแพทย์ โดยสถาบันโรคผิวหนัง แนะนำวิธีป้องกันอันตรายจากแสงแดด เมื่อเข้าสู่หน้าร้อนอุณหภูมิที่พุ่งสูง พร้อมกับแสงแดดที่แผดเผาในทุก ๆ วัน ทำให้เกิดปัญหาผิวหนัง เช่น ผิวแดงไหม้ ผิวคล้ำ อาจจะทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ จึงจำเป็นต้องป้องกันแสงแดดด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อสุขภาพผิวที่ดี

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ และโฆษกกรมการแพทย์ กล่าวว่า แสงแดดมีทั้งประโยชน์และอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผิวหนังได้หากได้รับในปริมาณที่มากเกินไป ช่วงเวลาที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผิวหนังมากที่สุด คือ ช่วงแดดจัด ๆ ตั้งแต่เวลา 10.00-15.00 น. โดยอันตรายจากแสงแดดที่สังเกตได้ เช่น มีอาการผิวไหม้แดง แสบร้อนทุกครั้งที่ออกแดด แสงแดดประกอบด้วยแสงหลากหลายชนิด ซึ่งแสงที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผิวหนังมากที่สุด คือ แสงอัลตราไวโอเลต หรือที่เรียกว่า UV มีผลทำให้ผิวแดงไหม้ ผิวคล้ำ ผิวแห้งกร้าน เป็นฝ้า ตกรั้ว แก่ก่อนวัย และอาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งของผิวหนังได้ในระยะยาว แสง UV ที่ส่องผ่านมายังโลกและเป็นอันตรายต่อผิวมนุษย์สามารถแยกได้เป็น 2 ชนิดด้วยกัน คือ แสง UVA และแสง UVB ซึ่งแสง UVA มีช่วงคลื่นยาวกว่า UVB สามารถผ่านทะลุเข้าไปถึงชั้นหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้ ทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น ผิวคล้ำ เป็นฝ้า กระ และทำให้เป็นมะเร็งผิวหนังได้ ส่วนแสง UVB เป็นแสงช่วงคลื่นสั้นกว่า UVA ทำให้เกิดผิวไหม้แดด จะมีอาการผิวบวมแดง และอาจฟอง ปวดแสบร้อน ผิวไหม้และแห้งกร้าน ผิวเหี่ยวย่น คล้ำ เป็นฝ้า กระ



นานเป็น 15 เท่าของ 30 นาที หรือ ประมาณ 7 ชั่วโมงครึ่ง โดยไม่ก่อให้เกิดอาการแดงที่ผิวหนัง ที่สำคัญต้องเลือกครีมกันแดดที่สามารถป้องกัน UVA ได้ โดยต้องมีส่วนผสมของสารกันแดดหรือสารกันแดดที่สะท้อนแสง ซึ่งทาแล้วอาจจะทำให้หน้าขาวบ้าง แต่ข้อดีคือไม่มีอาการระคายเคืองและไม่แพ้ ทั้งนี้ การทาครีมกันแดดควรเริ่มทาอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เด็ก โดยเฉพาะเด็ก ๆ ที่เรียนว่ายน้ำ หรือเล่นกีฬากลางแจ้ง เพราะแสงอัลตราไวโอเลตจะมีผลเสียต่อผิวหนังแบบสะสม ดังนั้น การทาครีมกันแดดจึงเป็นเกราะป้องกันผิวหนังที่ดี



พญ.มิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง กล่าวเพิ่มเติมว่า ผิวหนังที่ถูกแสงแดดเป็นประจำมีความเสี่ยงอาจจะทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ ดังนั้น ควรหลีกเลี่ยงการตากแดด หากจำเป็นต้องตากแดดควรใส่เสื้อแขนยาว คอปิด กางร่มหรือใส่หมวกปีกกว้าง และทาครีมกันแดดเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ เพราะโอกาสได้รับรังสี UV แม้อยู่ในร่ม เนื่องจากพื้นคอนกรีต พื้นน้ำ พื้นทรายสามารถสะท้อนรังสี UV เข้าสู่ผิวเราได้ สำหรับการเลือกใช้ครีมกันแดดควรเลือกชนิดที่เหมาะสมกับผิวและมีประสิทธิภาพในการป้องกันแสงแดดอย่างแท้จริง ตัวเลข SPF คือ ความสามารถของครีมกันแดดที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอาการแดงไหม้ซึ่งเกิดจาก UVB โดยจะแสดงค่าความสามารถในการป้องกันแสงแดดเป็นตัวเลข เช่น SPF 15, 30 เป็นต้น ถ้า SPF 15 หมายความว่า คน ๆ หนึ่งตากแดด 30 นาที แล้วเกิดผิวแดง ไหม้แสบ แต่ถ้าทาครีมกันแดดที่มีค่า SPF 15 จะสามารถตากแดดได้

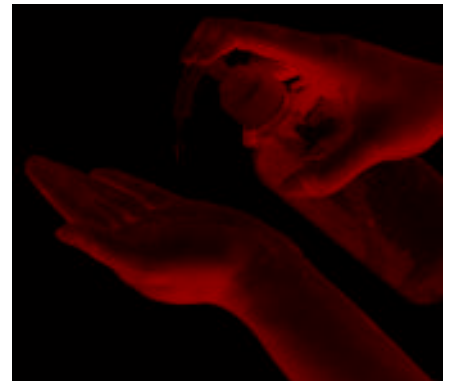


อย. ประกาศเจลล้างมือต้องมีแอลกอฮอล์มากกว่า 70%

อย. ย้ำ ประกาศฯ เจลล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ต้องมีปริมาณแอลกอฮอล์มากกว่า 70 % โดยปริมาตร เพื่อฆ่าเชื้อโรค แจงไม่ได้ห้ามผลิต นำเข้า หรือขายเจลล้างมือแอลกอฮอล์ แต่ผู้ประกอบการผลิต หรือผู้ที่ทำเจลล้างมือใช้เองต้องทำให้มีปริมาณแอลกอฮอล์มากกว่า 70% โดยปริมาตร เพื่อประสิทธิภาพ ในการฆ่าเชื้อโรค

นพ.ไพศาล ดันคุ้ม เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กล่าวถึงกรณีของเจลล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ทางเลือกหนึ่งในการใช้ทำความสะอาดมือ เพื่อสุขลักษณะที่ดีในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดลักษณะของเครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือขาย พ.ศ. 2563 ที่ได้ลงเผยแพร่ในราชกิจจานุเบกษาและมีผลบังคับใช้ในวันนี้ (10 มีนาคม 2563) กำหนดให้ผลิตภัณฑ์นี้เป็นเครื่องสำอางและต้องมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ไม่ต่ำกว่า 70% โดยปริมาตร เนื่องจากหากมีปริมาณแอลกอฮอล์น้อยกว่า 70% โดยปริมาตรจะฆ่าเชื้อโรคไม่ได้ ซึ่งแอลกอฮอล์ที่ผสมในผลิตภัณฑ์จะเป็นเอทิลแอลกอฮอล์ หรือเอธานอล (Ethyl alcohol หรือ Ethanol) ไอโซโพรพิลแอลกอฮอล์ หรือ ไอโซโพรพานอล (isopropyl alcohol หรือ isopropanol) เอ็น-โพรพิลแอลกอฮอล์ หรือ เอ็น-โพรพานอล (n-propyl alcohol หรือ n-propanol) โดยอาจเป็นเพียงสารเดียวหรือผสมรวมกันอยู่ตั้งแต่ 70% โดยปริมาตรขึ้นไป ดังนั้น ผลิตภัณฑ์เจลล้างมือแอลกอฮอล์ที่ผ่านการจดแจ้งจาก อย. แล้ว ประชาชนจะมั่นใจได้ว่ามีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่ต่ำกว่า 70% โดยปริมาตร

สำหรับประชาชนที่จะเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เจลล้างมือแอลกอฮอล์ ขอให้ตรวจสอบเลขที่จดแจ้งก่อนเพื่อสร้างความมั่นใจได้ว่าจะได้รับผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 70% โดยปริมาตรขึ้นไป ตามที่กฎหมายกำหนด และรักษาสุขอนามัยที่ดีของร่างกาย ทั้งนี้ สามารถตรวจสอบเลขรับจดแจ้งได้ที่ เว็บไซต์ www.fda.moph.go.th หัวข้อ “ตรวจสอบผลิตภัณฑ์” หรือ Oryor Smart Application หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ สายด่วน อย.1556 ส่วนกรณีที่ประชาชนผลิตเจลล้างมือแอลกอฮอล์ใช้เองก็สามารถทำได้เช่นกัน แต่ปริมาณแอลกอฮอล์ต้องมากกว่า



70% โดยปริมาตร จึงจะมีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อได้

เลขาธิการ ฯ อย. กล่าวในตอนท้ายว่า สิ่งสำคัญที่สุดในการใช้เจลล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ คือ จะต้องใช้ด้วยวิธีการที่ถูกต้อง โดยควรถูให้ทั่วฝ่ามือและนิ้วมืองั้งไว้ 20-30 วินาที จนแอลกอฮอล์แห้ง หากใช้แล้วไม่รอให้แห้งไปหยิบจับสิ่งต่าง ๆ ก็จะทำให้ประสิทธิภาพลดน้อยลง หากรู้สึกรำคาญหรือคันบริเวณที่ทาแล้ว สามารถใช้ครีมบำรุงผิวร่วมได้ และระมัดระวังการเก็บหรือการใช้ อย่าวางเจลใกล้ความร้อนหรือเปลวไฟ เพราะแอลกอฮอล์ติดไฟได้ง่าย อาจเกิดอุบัติเหตุทำให้บาดเจ็บได้

กรมอนามัยห่วงประชาชนใช้หน้ากากอนามัยซ้ำ อาจเป็นอันตราย

กระทรวงสาธารณสุขชี้หน้ากากอนามัยใช้ได้ครั้งเดียว นำมาซักใช้ซ้ำไม่ได้ อาจปนเปื้อนเชื้อโรค แนะนำประชาชนทั่วไปใช้หน้ากากผ้าเมื่อต้องเข้าไปในที่ชุมชน

พญ.พรรณพิมล วิปุลากร อธิบดีกรมอนามัย ให้สัมภาษณ์กรณีข่าวการจับกุมผู้นำหน้ากากอนามัยใช้แล้วมาจำหน่าย ว่า การกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำผิดกฎหมาย หลอกลวง และเป็นอันตรายต่อประชาชน เนื่องจากหน้ากากอนามัยออกแบบเพื่อการใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง ไม่สามารถซัก รีด และนำกลับมาใช้ใหม่ได้ และอาจมีการปนเปื้อนเชื้อโรค ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ จึงขอให้ประชาชนระมัดระวังผู้ฉวยโอกาส ควรซื้อจากแหล่งที่ได้มาตรฐาน

พญ.พรรณพิมลกล่าวต่อว่า การใช้หน้ากากป้องกันโรคควรใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น บุคลากรการแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรง ควรใช้ชนิด N95 ส่วนกลุ่มบุคลากรที่สัมผัสกับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจทุกโรค และผู้ที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ มีอาการไอ จาม ใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ เช่น บุคลากรสาธารณสุขที่ไม่คลุกคลีกับผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ป่วย แนะนำให้ใช้หน้ากากผ้า เมื่อต้องเข้าไปในที่ชุมชนที่มีผู้คนหนาแน่น หรือใช้รถขนส่งสาธารณะ ซึ่งข้อดีของหน้ากากผ้า คือ สามารถนำมาซักให้สะอาดแล้วใช้ซ้ำได้อีก และเย็บใช้ตัวเอง



ไข้หวัดแดง

กรมการแพทย์ โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (ร.พ.เด็ก) เผยในฤดูร้อน นอกจากแสงแดดที่แรงแล้ว ยังมีเชื้อโรคที่แพร่ระบาดและทำให้ลูกเจ็บป่วยได้มากกว่าในฤดูอื่น แนะนำผู้ปกครองควรดูแลบุตรหลานของท่านอย่างใกล้ชิด

นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์ เปิดเผยว่า ในช่วงฤดูร้อนของประเทศไทยที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นและอากาศร้อนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นช่วงที่เด็ก ๆ ปิดเทอม โดยเฉพาะเทศกาลสงกรานต์ที่มีวันหยุดต่อเนื่องหลายวัน ส่วนใหญ่ต่างพากันเดินทางท่องเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งหลีกเลี่ยงไม่พ้นจากการเจอแสงแดด อากาศร้อน และการรับประทานอาหารนอกบ้าน ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้มากมาย ทั้งนี้ เด็ก ๆ มีภูมิคุ้มกันไม่มากนักจึงมักเจ็บป่วยได้ง่าย ผู้ปกครองจึงควรใส่ใจสุขภาพของบุตรหลาน หมั่นสังเกตอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และหากพบความผิดปกติควรไปพบแพทย์เพื่อได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง

นพ.อดิศักดิ์ ภัตตาตั้ง ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กล่าวว่า โรคหน้าร้อนที่พบบ่อยในเด็กมีมากมาย เช่น ไข้หวัดแดง สาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในขณะนี้โลกกำลังเผชิญกับ “ภาวะโลกร้อน” ทำให้แสงแดดมีความร้อนรุนแรงมากขึ้น จึงมีโอกาสมากขึ้นที่จะเกิดอาการหวัดแดงเพราะอุณหภูมิที่สูงทำให้ร่างกายปรับตัวตามไม่ทัน ซึ่งหลายครั้งเมื่อลูกเป็นหวัดผู้ปกครองมักเกิดความสับสนระหว่างไข้หวัดแดงกับไข้หวัด เพราะอาการค่อนข้าง

คล้ายคลึงกัน แต่ในความจริงแล้ว ไข้หวัดแดงมี อาการคั่งงู มีน้ำมูก เจ็บคอ มีเสมหะ ร่วมด้วย ส่วนไข้หวัดแดงจะไม่ค่อยมีน้ำมูก หรือน้ำมูกใส ๆ เพียงเล็กน้อย และไม่มีอาการเจ็บคอ แต่จะรู้สึกขมปาก คอแห้ง แสบคอ อ่อนเพลีย และอื่น ๆ อาการหวัดแดง แม้จะไม่ใช่อาการที่รุนแรง แต่การสะสมพิษร้อนขึ้นไว้ในร่างกายเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลต่ออวัยวะภายใน โดยเฉพาะม้ามและกระเพาะอาหาร วิธีดูแลเมื่อเด็กเป็นไข้หวัดแดง ให้รับประทานยาลดไข้ หมั่นเช็ดตัวเพื่อระบายความร้อนภายใน และนอนพักผ่อนให้เพียงพอ ควรหลีกเลี่ยงการไปยังสถานที่ที่มีผู้คนแออัด เพื่อป้องกันเชื้อไวรัส และหลีกเลี่ยงการเผชิญแสงแดดโดยตรงหรือที่อากาศร้อนจัด สวมใส่เสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพียงเท่านี้ บุตรหลานของท่านก็จะห่างไกลจากไข้หวัดแดง

โรคไข้อีดำ

กรมการแพทย์ โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เผยโรคไข้อีดำ (IPD) ในเด็กป้องกันได้ พ่อแม่ไม่ควรนิ่งนอนใจ พาลูกฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้อีดำ

นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ เปิดเผยว่า โรคไข้อีดำเป็นโรคติดเชื้อชนิดรุนแรงในเด็ก สาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อว่า นิวโมคอคคัส ที่อาศัยอยู่ในโพรงจมูกและคอ ซึ่งสามารถติดต่อซึ่งกันและกันโดยผ่านการไอ จาม หรือสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง เหมือนกับการแพร่เชื้อไข้หวัดธรรมดา แต่ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงกว่าไข้หวัด ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปอดอักเสบรุนแรง โดยเฉพาะเด็กเล็กอายุ 2 ปี ยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคนี้



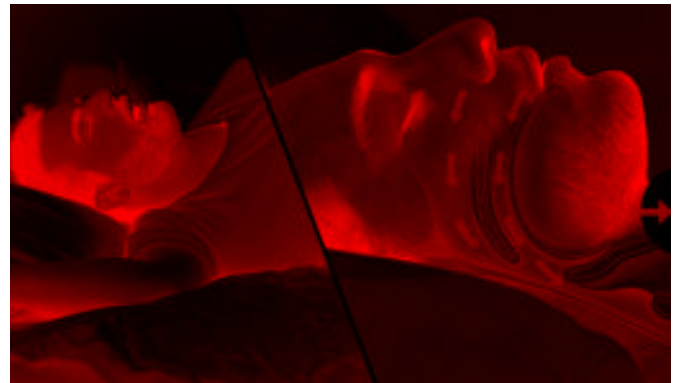
นพ.อดิศักดิ์ ภัตตาตั้ง ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กล่าวเพิ่มเติมว่า การรักษาโรคไข้อีดำ ถ้าเป็นการติดเชื้อไม่รุนแรง เช่น คออักเสบ หนองในคอ หรือไซนัสอักเสบ สามารถรักษาโดยการรับประทานยา แต่ถ้าติดเชื้อแบบลุกลามต้องให้ยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือด ระดับความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ติดเชื้อ ได้แก่ การติดเชื้อในระบบประสาท เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เด็กจะมีอาการไข้สูง ปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน คอแข็ง ส่วนในเด็กทารกจะร้องอแง ซึม ไม่กินนม และชักได้ ถ้ารักษาไม่ทันท่วงทีอาจพิการ หูหนวก ปัญญาอ่อน หรือเสียชีวิต การติดเชื้อในกระแสเลือด เด็กจะมีอาการไข้สูง ร้องกวนอแง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ช็อก เสียชีวิต นอกจากนี้ เชื้ออาจกระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ เช่น เยื่อหุ้มสมอง ปอด กระดูกและข้อ เป็นต้น การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เช่น หนองในคอ เด็กจะมีอาการไข้สูง บ่นปวดหู ออแง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาจลุกลามไปอวัยวะข้างเคียงหรือสมอง หนองในคอเรื้อรัง แก้วหูทะลุ และการได้ยินบกพร่อง ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กด้วยการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนกลาง เช่น ปอดอักเสบ เด็กจะมีไข้ ไอ หายใจเร็ว หอบ อาจรุนแรงถึงขั้นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และเสียชีวิตหากได้รับการรักษาล่าช้า อย่างไรก็ตาม โรคดังกล่าวสามารถป้องกันเบื้องต้นได้โดยสอนให้เด็กล้างมือ ปิดปาก ปิดจมูกทุกครั้งทั้งไอหรือจาม หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับคนที่เป็นหวัดหรือป่วย ควรให้ลูกกินนมแม่ เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันจากแม่ไปสู่ลูกทางอ้อม และฉีดวัคซีนซึ่งเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด

ระวัง! หากพบสัญญาณเตือนการนอนหลับผิดปกติ ควรรีบปรึกษาแพทย์

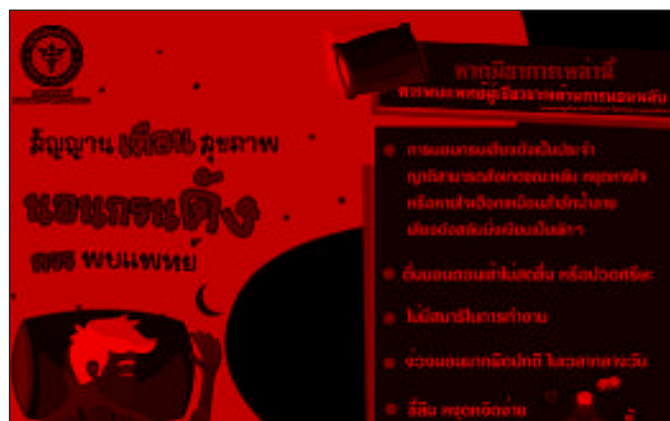
กรมการแพทย์ โดยสถาบันโรคทรวงอก เตือนให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการนอนหลับ หากพบสัญญาณเตือน อาทิ การนอนกรนเสียงดังเป็นประจำ ญาติสามารถสังเกตว่าในขณะนอนหลับ หายใจหรือหายใจเอือกเหมือนสำลักน้ำลาย เสียงดังสลับนิ่งเงียบเป็นพัก ๆ ง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน อาจเสี่ยงทำให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่า ประชากรควรตระหนักและให้ความสำคัญของการนอนหลับ หากพบปัญหาการนอนหลับ ไม่เรงรีบแก้ไขก็อาจกลายเป็นปัญหาเรื้อรังทั้งสุขภาพกาย ใจ สมอ และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนและการทำงานได้ ในปัจจุบันภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea, OSA) พบมากขึ้น ซึ่งเกิดจากการยุบตัวของทางเดินหายใจส่วนต้น ทำให้ขณะหลับร่างกายจะเกิดภาวะขาดออกซิเจนเป็นช่วง ๆ การนอนหลับจะขาดตอน ส่งผลต่อการทำงานของสมอ ทำให้เกิดอาการง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุขณะขับรถ และเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วนลงพุง โรคสมอเสื่อม เป็นต้น ภาวะนี้สามารถพบได้ในทุกวัย โดยผู้ใหญ่จะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง วัยทอง คนอ้วน และอาจพบในเด็กที่มีต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์โต มีปัญหาโครงสร้างใบหน้าหรือเด็กที่อ้วน

นพ.เอนก กนกศิลป์ ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กล่าวเพิ่มเติมว่า สัญญาณเตือนที่เสี่ยงอาจทำให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น คือ การนอนกรนเสียงดังเป็นประจำ ญาติสามารถสังเกตว่าในขณะนอนหลับ หายใจหรือหายใจเอือกเหมือนสำลักน้ำลาย เสียงดังสลับนิ่งเงียบเป็นพัก ๆ บางครั้งตื่นมาารู้สึกเหมือนหายใจไม่ออก ง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน ไม่สดชื่น



หรือปวดศีรษะหลังตื่นนอน ไม่มีสมาธิในการทำงาน ซึ่ลิ่ม หงุดหงิดง่าย วิตกกังวลหรือซึมเศร้า ผู้ที่มีอาการดังกล่าวควรไปปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับ เพื่อเข้ารับการตรวจการนอนหลับ (Polysomnography, PSG) ในการวินิจฉัยโรค แนะนำการปฏิบัติตัวพื้นฐานในผู้ป่วยโรคนี้ เช่น การคุมอาหารและลดน้ำหนักในรายที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ หลีกเลี่ยงการนอนหงาย พยายามนอนตะแคง ไม่ควรรับประทานยานอนหลับเพราะยาจะกดการหายใจ ทำให้ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นเป็นมากขึ้น ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 4 ชั่วโมง ก่อนนอน เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้รูปแบบการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง และไม่ควรรับประทานง่วงนอน เนื่องจากอาจหลับในสามารถทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ เป็นต้น สำหรับการรักษาภาวะดังกล่าว ขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค โดยแบ่งเป็น 1.การรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (CPAP) เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง ถือเป็นมาตรฐานในการรักษา 2.การใส่ทันตอุปกรณ์โดยทันตแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้เหมาะสมในแต่ละรายซึ่งจะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคเล็กน้อยถึงปานกลาง 3.การ



ผ่าตัด ในกรณีผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร่วมกับมีโครงสร้างทางเดินหายใจส่วนต้นผิดปกติ หลังการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับให้การดูแลที่เหมาะสม เพื่อสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงในระยะยาว

การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

อริยญา ยศคำลือ, พบ.
โรงพยาบาลแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ (Post stroke) จำนวน 2 ราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและเปรียบเทียบกรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลแก่งสนามนาง ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2562 ถึง เดือนมิถุนายน 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และแบบสัมภาษณ์ตามแบบประเมินสภาพแรกรับของโรงพยาบาล ผลการศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพที่มีภาวะพร้อมสุขวิทยาส่วนบุคคล Barthel ADL Index น้อยกว่า 75 คะแนน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบ ได้แก่ 1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2) มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสาร 3) มีการติดเชื้อในร่างกายจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายปัสสาวะ 4) แบบแผนโภชนาการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากบกพร่องด้านการกลืน 5) โอกาสได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุ 6) มีภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียสภาพลักษณะ 7) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน นอกจากนี้ ยังพบปัญหากรณีศึกษาที่ 1 มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษาที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย และการประเมินผลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอแนะ: ในการศึกษาครั้งนี้ทีมสุขภาพควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง และมีระบบให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ

บทนำ (Introduction)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease : stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ใน พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกรายงานสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 2 ของโลก มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน รายงานจากองค์การอนามัยโลก พบว่า โดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยใน พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year; DALY) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง¹ สำหรับประเทศไทยในภาพรวม พ.ศ. 2557 – 2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ จะเห็นว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี และยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.5 - 2 เท่าตัว²

โรงพยาบาลแก่งสนามนาง อำเภอแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลชุมชนทุติยภูมิขนาด 30 เตียง มีจำนวนประชากรในพื้นที่ 36,888 ราย (ประชากรกลางปี 2561) จากสถิติข้อมูล พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยในจำนวน 51, 58 และ 67 ราย และพบผู้ป่วยที่มี Barthel Activity of daily living index น้อยกว่า 75 จำนวน 20, 26 และ 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.21, 44.82 และ 47.76 จะเห็นว่าแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

ซึ่งการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันนั้น หลังความเจ็บป่วยแล้วผู้ป่วยจะยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีความบกพร่องสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาและได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ใน พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่อาการรุนแรงขึ้นจำนวน 3 ราย ร้อยละ 9.38 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี Barthel Activity of daily living index น้อยกว่า 75 จากการวิเคราะห์การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของทีมแพทย์และการดูแลพยาบาลจากบุคลากรทางการพยาบาลโดยทั้งหมด บุคลากรยังไม่มีเตรียมความพร้อม การจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้ครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมตัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลการดูแลในระยะเวลาที่จำกัด ทำให้สมาชิกในครอบครัวขาดทักษะความชำนาญในการ

ดูแลผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยสมาชิกครอบครัว จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ทั้งรุนแรงและไม่รุนแรง เช่น ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ ตามมา³ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย โดยการศึกษาในครั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลและหลักฐานที่แสดงถึงคุณภาพการพยาบาล สามารถสื่อสารให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ครอบคลุม สามารถวางแผนให้การพยาบาลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การวางแผนการพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบรายกรณีศึกษา

วิธีการศึกษา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบรายกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ (Post stroke) จำนวน 2 ราย ที่มารักษาที่โรงพยาบาลเกษมามานาง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วยจากเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 2) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตามแบบประเมินสภาพแรกรับของโรงพยาบาล สถานที่ใช้ในการศึกษา คือ งานผู้ป่วยนอกและงานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเกษมามานาง อำเภอเกษมามานาง จังหวัดนครราชสีมา การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม โดยการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

สรุปกรณีศึกษาและอภิปรายผล (Discussion)

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เคยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ปัจจุบันกำลังสวดคล้อยกับการศึกษาของ นลินี พสุคันธภักดิ์ และคณะ⁴ กล่าวถึงปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน คือ อายุมาก โดยเฉพาะผู้ที่มียายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจที่มีภาวะ Atrial fibrillation ซึ่งสามารถทำให้มีการหลุดของลิ่มเลือด (Emboli) จากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ผู้ป่วยรายนี้จึงมีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการปากเบี้ยว แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด อายุรแพทย์ได้ตรวจ CT Scan พบว่า Hypodense lesion with loss of gray white matter interface at left frontal suggested acute infarction an old lacunar infarction at right cerebellum จากประวัติระยะเวลาเริ่มมีอาการปวดศีรษะมา 14 วัน ประกอบกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และขาดความตระหนักในการสังเกตอาการจึงพบแพทย์ล่าช้า ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายที่ทำให้เกิดความพิการอยู่ในระดับรุนแรง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง การพยากรณ์โรคจึงไม่ค่อยดี หลังให้การรักษาความพิการจึงยังหลงเหลืออยู่มาก พบอาการปากเบี้ยว แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงระดับ 0 ประเมินระดับ PPSV 40% ประเมินกิจวัตรประจำวันตาม Barthel ADL Index แรกรับเท่ากับ 5 คะแนน และการประเมินแบบแผนสุขภาพการดำเนินชีวิตของกอร์ดอนพบความบกพร่องทั้งหมด 10 ข้อ วิเคราะห์ภาวะสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม⁵ พบว่า ผู้ป่วยรายนี้มีความบกพร่องในความสามารถดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด การพยาบาลจึงเป็นระบบทดแทนทั้งหมด เพื่อชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ช่วยระดับประคองและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น⁶ การวางแผนพยาบาลในผู้ป่วยรายนี้มีทั้งหมด 8 ข้อ คือ 1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากหลอดเลือดสมองด้านหน้าซ้ายตีบ 2) มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสารเนื่องจากหลอดเลือดแดงสมองด้านหน้าซ้ายตีบ 3) มีการติดเชื้อในร่ายกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายปัสสาวะ 4) แบบแผนโภชนาการเปลี่ยนแปลงได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากบกพร่องด้านการกลืน 5) มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 6) มีโอกาสได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 7) ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์และบทบาทเปลี่ยนแปลงต้องพึ่งพาผู้อื่น และ 8) ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ดังนั้น จึงต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ⁷ ซึ่งพบปัญหาการรับรู้ของผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่ดี มีความพิการอยู่ในระดับรุนแรง ส่วนครอบครัวหรือผู้ดูแล (Care giver) คือ บุตรสาว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยพยาบาลทำการสอนแนะนำผู้ดูแลให้สามารถประเมินการกลืนและการป้อนอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก การฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นักกายภาพบำบัดสอนแนะนำผู้ป่วยและญาติในการทำกายภาพบำบัดได้ออกกำลังแขนขาข้างอ่อนแรงอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัว หลังจากการดูแลรักษา 7 วัน คะแนนตามแบบประเมินกิจวัตรประจำวันตาม Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นเป็น 10 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงระดับ 0 คงที่ แพทย์พิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน จึงประสานส่งต่อเครือข่ายชุมชน เพื่อการติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของแขนขาซีกซ้ายเท่าเดิม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ในการปฏิบัติกิจวัตร Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นเป็น 15 คะแนน ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองน้อย ญาติต้องดูแลอย่างใกล้ชิด

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี โรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประวัติ 1 วันก่อน ตื่นนอนตอนเช้าผู้ป่วยมีอาการมึนปากซ้ายตก แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัดญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล พบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านได้เร็ว ได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อายุรแพทย์ส่งตรวจ CT Scan พบว่า หลอดเลือดสมองขาดเลือด (Hypodensity lesion at Right Parietal lobe) วินิจฉัยโรค Lacuna Ischemic Stroke at Right Parietal ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างทันที่ทั้งที่ จากการประเมินสภาพยังพบอาการปากเบี้ยว แขนขาซ้ายอ่อนแรงระดับ 2 ประเมิน PPSV 60% ประเมินกิจวัตรประจำวันตาม Barthel ADL Index แกร็บเท่ากับ 60 คะแนน และประเมินแบบแผนสุขภาพการดำเนินชีวิตพบความบกพร่องทั้งหมด 7 ข้อ เมื่อวิเคราะห์ภาวะสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁵ ผู้ป่วยรายนี้มีความบกพร่องในความสามารถดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน การวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยรายนี้ทั้งหมด 6 ข้อ ดังนี้ 1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากหลอดเลือดสมองด้านหน้าซ้ายตีบ 2) มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากการตีบของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมองด้านหน้าซ้าย 3) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง 4) มีโอกาสได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 5) ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากสูญเสียสภาพลักษณะและบทบาทเปลี่ยนแปลงต้องพึ่งพาผู้อื่น และ 6) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นสามีเพียงคนเดียว⁷ พยาบาลได้ช่วยสอนแนะผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลในเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค การฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายแบบ Active resistive exercise กับแขนขาที่ดี และออกกำลังกายแขนขาข้างที่อ่อนแรงอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างรวดเร็ว หลังให้การดูแลรักษาได้ 3 วัน ประเมินสภาพ พูดคุยได้ชัด ปากเบี้ยวเล็กน้อย แขนขาซ้ายอ่อนแรงระดับ 3 ประเมินกิจวัตรประจำวันตาม Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นเท่ากับ 75 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง การติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย 1 เดือน ผู้ป่วยสามารถเดินได้เองโดยใช้ไม้เท้า ประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นเท่ากับ 95 คะแนน ดังนั้น จะเห็นวาระดับความสามารถในการดูแลตนเองรวมทั้งความใส่ใจของครอบครัวหรือผู้ดูแล และการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่งผลต่อความพิการในระยะยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ ในการศึกษาครั้งนี้ทีมสุขภาพควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง และมีระบบให้คำปรึกษาเมื่อผู้ดูแลพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NPPH 026 วันที่รับรอง 5 เมษายน 2562

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงอมวารี ยะไทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งสนามนาง ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเผยแพร่งานวิจัย ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย และงานเวชระเบียนสารสนเทศที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Stroke Organization: (WSO). Campaign Advocacy Brochures 2017. Retrieved from [http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2017/brochures 2017/ WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf](http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2017/brochures%202017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf)
2. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2559. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
3. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแก่งสนามนาง. แบบประเมินตนเองกลุ่มการพยาบาล ปีงบประมาณ 2561. โรงพยาบาลแก่งสนามนาง; 2561.
4. นลินี พสุคันธรักษ์, สายสมร บริสุทธิ์ และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส จำกัด; 2559.
5. Orem, D.E. Nursing : Concepts of practice . 2 nd . ed ., New York : McGraw – Hill Book Company; 1980.
6. Dennis, Connie N. Self - Care Deficit Theory of Nursing : Concepts and Applications. Missouri : Mosby – Year Book, Inc; 1997.
7. วิจิตรา กุสุมภ์ และ คณะ. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยทางพยาบาล : การนำไปใช้ในคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์ จำกัด; 2554.

การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บความรู้สึก เพื่อผ่าตัดตามกระดูกสันหลังส่วนคอ ที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และประวัติการสูบบุหรี่

ประดาพร โขดินนตร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

บทนำ

ภาวะบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยพบร้อยละ 55 ของการบาดเจ็บกระดูกสันหลังทั้งหมด (Steill, I.G., 2001 อ้างใน ฐาทร เอี้ยวสกุล, 2556) ซึ่งครึ่งหนึ่งมักมีการบาดเจ็บของไขสันหลังหรือเส้นประสาทร่วมด้วย ตำแหน่งกระดูกสันหลังส่วนคอที่แตกหักมากที่สุด คือ กระดูกส่วนคอชั้นที่ 2 (axis, C2) ร้อยละ 24 ของการบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอทั้งหมด รองลงมาเป็นการบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอระดับล่าง (lower cervical spine) ระดับที่ 6, 7 และ 5 ตามลำดับ (Goldberg, W., 2001 อ้างใน ฐาทร เอี้ยวสกุล, 2556) ในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ และมีการกดทับประสาทไขสันหลังร่วมด้วย จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยรีบด่วน เนื่องจากเกิดการบวมของไขประสาทสันหลังร่วมกับการตายของเซลล์ประสาทจากการเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลของร่างกาย (homeostasis) และขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งการรักษาที่ได้รับ คือ การผ่าตัดตามกระดูกสันหลังส่วนคอ โดยมีหลายวิธีทั้ง anterior approach และ posterior approach แต่ละวิธีจะมีจุดเด่นและข้อพึงระวังที่แตกต่างกันไป แพทย์ผู้ให้การรักษาต้องพิจารณาเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมที่สุด (วีรศักดิ์ สิงหนัดกิจ, 2556) สำหรับบทบาทและหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาล คือ การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดตามกระดูกสันหลังส่วนคอ ซึ่งต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในด้านกายวิภาค กลไกการบาดเจ็บ และการดูแลในการให้ยาระงับความรู้สึกเป็นอย่างดี (จิรา ราชเดิม, 2560) ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึก ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ เทคนิคต่าง ๆ ในการใส่ท่อช่วยหายใจที่ไม่ทำให้กระดูกสันหลังส่วนคอได้รับการกระทบกระเทือนและบาดเจ็บรุนแรงมากขึ้น (ชินินธร พันไพศาล, 2559) ทั้งนี้ การผ่าตัดดังกล่าวส่วนใหญ่ใช้เวลานาน ดังนั้น ในระหว่างการระงับความรู้สึกต้องมีความละเอียดรอบคอบ ในการเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมี cardiac arrhythmia, unstable hemodynamic หรือ cardiac arrest ได้ (ญานนันท รัตนธีรวิเชียร และคณะ, 2556) การบาดเจ็บของเส้นประสาทไขสันหลังเพิ่ม รวมทั้งเส้นประสาทแขน ขา กล้ามเนื้อลูกตา การอุดกั้นทางเดินหายใจจากการจัดทำสำหรับการทำผ่าตัดโดยเฉพาะท่านอนคว่ำ (จิรา ราชเดิม, 2560) ความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายและการสูญเสียเลือด (อสมมา วาณิชตันติกุล, 2554) ในภายหลังการระงับความรู้สึก การดูแลในห้องฟักฟื้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับยังหอผู้ป่วย ต้องระมัดระวังผู้ป่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (วรรณพร ทองประมูล และ นิมนวล มั่นตราภรณ์, 2558) การเกิดก้อนเลือด (hematoma) อุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นภาวะที่มีการดำเนินไปอย่างรวดเร็วและรุนแรงเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (ชินินธร พันไพศาล, 2559) นอกจากภาวะแทรกซ้อนในการระงับความรู้สึกแล้ว การบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลังส่วนคอยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตก่อให้เกิดปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เกิดความพิการตลอดชีวิตหรือการสูญเสียชีวิต อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษาผู้ป่วย และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ (นคัมยภรณ์ ชูชาติและคณะ, 2558)

จากสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ระหว่างปี 2560-2562 พบว่า มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง จำนวน 16, 12 และ 20 ราย ตามลำดับ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ 8, 15 และ 19 ราย ตามลำดับ ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกสันหลังส่วนคอ จำนวน 2, 8 และ 1 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตามกระดูกสันหลังส่วนคอ พบว่า วิสัญญีพยาบาลยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการให้ยาระงับความรู้สึก การจัดทำเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ หากกระทำไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ไขสันหลังเกิดการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่าวิสัญญีพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลาย สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ทันสมัย และเป็นแนวทางเดียวกัน

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าการศึกษา ค้นคว้า หาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามกระดูกสันหลังส่วนคอ และนำความรู้ที่นำมาใช้ดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์โดยผ่านประสบการณ์จริง ทำให้สามารถรับรู้ปัญหา อุปสรรค จุดเด่น ของแผนการดูแลผู้ป่วย และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้การดูแลมีคุณภาพเพิ่มขึ้น สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ อีกทั้งช่วยให้ผลการผ่าตัดเป็นไปตามแผนการรักษาและฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 42 ปี รูปร่างผอม อาชีพรับจ้าง เข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 ให้ประวัติว่าก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ถูกถ่มน้ำมันหนัก 100 กิโลกรัม ตกทับตัว และมีอาการปวดคอ ขาตั้งแต่อกถึงปลายเท้า แขนขวาพอยับได้ กำมือได้ไม่เต็มที่ ขา 2 ข้างขา ขยับไม่ได้ แรกวันที่ ER มีภาวะ spinal shock และ neurogenic shock อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 52 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 mmHg ประเมินอาการทางระบบประสาท (GCS) = 15 (E4V5M6) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Motor weakness) ระดับต่ำกว่า C7 สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก (Sensory loss) ตั้งแต่ใต้ราวนมจนถึงปลายเท้า (ต่ำกว่า T4), มี Paraplegia, bulbocavernosus reflex negative ปวดต้นคอ ผล X-ray C-Spine มี C6,C7 Dislocate with complete spinal cord injury การรักษาเบื้องต้น คือ ให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Methyl prednisolone IV push และ IV drip) ยาแก้ปวด (Tramadol IV, Neurontin Oral) พิจารณาให้เข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และ set OR ทำ Closed reduction with skull traction ถ่วงน้ำหนัก 8 กิโลกรัม โดยให้ผู้ป่วยนอนบนเตียง Stryker frame และใส่ Philadelphia collar ไว้ ต่อมาอีก 7 วัน แพทย์จึงทำผ่าตัด Open reduction with posterior and ACDF with plate and Iliac bone graft โดยวิสัญญีพยาบาลได้เตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการวางแผนสำหรับการระงับความรู้สึก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม ASA class 3 (Fracture C6 C7, Paralysis, Heavy Smoking, Anemia, Hypothermia) ก่อนการผ่าตัด 1 วัน ในระหว่างการระงับความรู้สึกใช้แบบ General Anesthesia with tube การใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้อุปกรณ์ C-Mac video laryngoscope และเทคนิค Manual In-Line Stabilization ซึ่งสามารถใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จได้ในครั้งเดียว ไม่มีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอเพิ่มขึ้น ให้ความอบอุ่นร่างกายโดยผ้าห่มเป่าลมร้อน (Forced-air warming) อุ่นสารน้ำก่อนการให้ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ แต่ในระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายต่ำลงจากระดับเล็กน้อยเป็นปานกลาง จึงต้องควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้อยู่ในระหว่าง 23 – 25 องศาเซลเซียส ใช้ fresh gas flow (FGF) ที่ต่ำ อุณหภูมิกายจึงเพิ่มขึ้น ตลอดการระงับความรู้สึกไม่มีภาวะหลอดลมหดเกร็ง ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน สูญเสียเลือดขณะผ่าตัดจำนวน 300 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำทดแทนเป็น crystalloid จำนวน 3,000 มิลลิลิตร Colloid จำนวน 500 มิลลิลิตร ปัสสาวะออก 800 มิลลิลิตร ขณะผ่าตัด Hct 25% ไม่มีการให้เลือด ความดันโลหิต 90/60 – 120/70 mmHg ชีพจร 48-60 ครั้ง/นาที Spo₂ 98-100% ระยะเวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง 15 นาที

จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 4 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง พบว่า อาการทางระบบประสาทคงเดิม คือ แขน 2 ข้าง ยกขยับได้ motor power เกรด 3 ส่วนขา 2 ข้าง ยกขยับไม่ได้ motor power เกรด 0 ส่วนอาการทางระบบหายใจดีขึ้นตามลำดับ หายใจไม่เหนื่อย Spo₂ 100 % สัญญาณชีพปกติ สามารถถอดท่อช่วยหายใจออก และให้ O₂ canular 3 ลิตร/นาที แผลผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้าย คอด้านหน้าและด้านหลังแห้งดี Redivac drain มีเลือดออกเล็กน้อย ไม่ปวดแผล จึงถอดสาย Redivac drain ออก ใส่ collar พยุงคอไว้ ได้รับ PRC 1 unit (v) drip Hct หลังให้เลือด =30% เริ่มให้อาหารเหลว รับประทานได้ ไม่สับสน หยุดการให้ IV. Fluid ปัสสาวะสีเหลืองใสออกดีทาง Foley's cath ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จากการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังการเย็บหลังผ่าตัด พบว่า แขน 2 ข้าง ยกขยับได้ มี paraplegia ส่งกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพทุกวัน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง รับประทานข้าวได้ แต่ไม่สามารถนั่งได้ มีภาวะซีด Hematocrit อยู่ในช่วง 28-32% ได้รับ PRC อีกจำนวน 3 unit Hematocrit เพิ่มขึ้น =33% มีภาวะโซเดียมต่ำ (Hyponatremia) (126 mmol/L) ได้รับ 0.9% NSS (v) ระดับโซเดียมเพิ่มขึ้น =131-135 mmol/L สาส์กเศษอาหารทำให้เกิดปอดอักเสบ (Aspirate Pneumonia) ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่อีกครั้งและใช้เครื่องช่วยหายใจให้ยาต้านจุลชีพ และป้องกันการติดเชื้อซ้ำ โดยต่อมาได้รับการเจาะคอ (tracheostomy) และหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ สามารถลดปริมาณการให้ออกซิเจนจน room air แต่ภายหลังเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอีก ได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ จนอาการดีขึ้น มีแผลกดทับบริเวณระดับ 2 บริเวณก้นได้รับการดูแลบาดแผล และป้องกันการลุกลามของแผล แผลมีลักษณะแดง แคลง อาการทั่วไปคงเดิม จึงเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยมีการประสานนักกายภาพบำบัด โภชนากร เพื่อสอนญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตาม ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยแพทย์ได้อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2561 และนัดตรวจหลังจำหน่าย 1 เดือน รวมเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 91 วัน

การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลด้านวิสัญญี แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก 48 ชั่วโมง โดยแต่ละระยะมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

1.1 เตรียมความพร้อมก่อนวันผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ ปวดคอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากกลัวการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก

2. ระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

2.1 ก่อนให้นาสลบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : เสี่ยงต่อการได้รับการทำหัตถการระงับความรู้สึกผิดคน ผิดหัตถการ ผิดตำแหน่ง

2.2 ระย่นาสลบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ประสิทธิภาพการขับเสมหะออกเองลดลง มีภาวะซีด การทำงานของกล้ามเนื้อหายใจลดลง และประสิทธิภาพเม็ดเลือดแดงในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อไขสันหลังและเส้นประสาทไขสันหลังเพิ่มขึ้นเนื่องจากการจัดท่าขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

2.3 การรักษาระดับการระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากผลของ Spinal shock มีการสูญเสียความร้อนจากร่างกาย และระยะเวลาในการผ่าตัดนาน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 : เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนจากภาวะหลอดลมหดเกร็ง (Bronchospasm)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 : เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 : เสี่ยงต่อภาวะการเสียสมดุลของสารน้ำ กลืนแระในร่างกาย เนื่องจากสูญเสียน้ำและกลืนแระในระหว่างการผ่าตัด และผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 : เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการจัดท่าเพื่อการผ่าตัดกระดูกต้นคอบน Stryker frame เนื่องจากระยะเวลาการผ่าตัดนาน และมีการเปลี่ยนท่านอนในระหว่างทำผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 : เสี่ยงต่อการรู้สึกตัวขณะผ่าตัด (awareness) เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกไม่เพียงพอ

3. ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

3.1 พ้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 : เสี่ยงที่จะเกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนถูกอุดกั้น การหายใจถูกกด และภาวะขาดออกซิเจน (hypoxemia) จากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อขณะทำผ่าตัดและฤทธิ์ยาคุมสลบที่เหลืออยู่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 13 : ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจ และเจ็บปวดแผลผ่าตัดบริเวณคอทั้งด้านหน้าและด้านหลัง

3.2 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 14 : เสี่ยงเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน จากการเลื่อนหลุดหรืออุดตันของท่อช่วยหายใจ และฤทธิ์ของก๊าซไนตรัสออกไซด์ที่เหลือค้างอยู่ในร่างกาย

3.3 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 15 : มีภาวะซีดเนื่องจากร่างกายไม่สามารถผลิตเซลล์เม็ดเลือดแดงได้อย่างเพียงพอ และสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร

1. หัวหน้างานควรมีการนิเทศ ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคออย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความถูกต้องตามมาตรฐาน การจัดเตรียมอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ มีความพร้อมใช้ ถูกต้อง ครบถ้วน ตลอดจนการติดตามประเมินความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด
2. วางแผนจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ได้แก่ Video laryngoscope และเครื่องวัดอุณหภูมิต่อเนื่องแบบแสดงจอภาพให้พร้อมใช้และเพียงพอในหน่วยงาน
3. วางแผนพัฒนาบุคลากรเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะด้านเกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง การฝึกใช้อุปกรณ์ที่ได้รับการพัฒนารุ่นใหม่ ทันสมัย ที่ช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น Video laryngoscope ทักษะการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนโดยการทำให้ manual in-line stabilization

ด้านบริการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ แสดงให้เห็นว่าการวางแผนการพยาบาลในการระงับความรู้สึกมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงควรนำการปฏิบัติพยาบาลนี้ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้รายอื่น ๆ และพัฒนาสมรรถนะในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพในการสร้างแผนการจัดการดูแล (care map) เพื่อพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไป

ด้านวิชาการ

1. ควรจัดทำโปรแกรมอบอุ่นร่างกาย (Warming program) เพื่อมีวิธีการให้ความอบอุ่นร่างกายสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัด การประเมินอุณหภูมิร่างกาย รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดอุณหภูมิแกนหลักต่ำหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นขั้นตอนตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดหรือก่อนการระงับความรู้สึก ระยะผ่าตัด และระยะเสร็จสิ้นการผ่าตัด
2. จัดการเรียนการสอนให้กับวิสัญญีพยาบาลที่จบใหม่ หรือย้ายเข้ามาปฏิบัติงานใหม่ ในเรื่องขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอที่มารับการระงับความรู้สึก และการใช้เครื่องมืออุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ ในการใส่ท่อช่วยหายใจ
3. เผยแพร่ความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษาแก่วิสัญญีพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

บรรณานุกรม

- จิรา ราชเดิม. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ:กรณีศึกษา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 31(3),427-440.
- ชินินธร พันไพศาล. (2559). บทความพื้นวิขา : การดูแลทางเดินหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มาผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอ. วิสัญญีสาร, 42 (3), 206-219.
- ญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร, อุษาวดี อัครวิเศษ, นฤมล ทองคำ, และ กรรณิกา กัลยาณคุปต์. (2556). อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์, 31(4), 34-44.
- ฐาภากร เอื้อสกุล. (2556). การบาดเจ็บกระดูกสันหลัง (Spine Injury).วารสารประสาทศัลยศาสตร์, 4 (1), 2-14.
- นคัมยภรณ์ ชูชาติ, รัตนา วิเชียรศิริ, ปรีดา อารยาวิชานนท์, และ ณัฐเศรษฐ์ มนินนากร. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร, 25(1), 15-21.
- วรณพร ทองประมูล และ นิมนวล มั่นตราภรณ์. (2558). การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะกระดูกคอเคลื่อน:ความท้าทายบทบาทของวิสัญญีพยาบาล.วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 2(1), 29-44.
- วีรศักดิ์ สิงหนัดกิจ. (2556). เอกสารประกอบการสอนวิชาออร์โธปิดิกส์ “การรักษาภาวะกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทไขสันหลัง”.ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อสมมา วาณิชตันติกุล. (2554). Preoperative and Postoperative Care. สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2562, จาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?>

สร. ขอความร่วมมือประชาชนใช้หน้ากากผ้า ส่วน N 95 ให้บุคลากรการแพทย์ใช้

กระทรวงสาธารณสุข เผยความต้องการ N 95 สำหรับบุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยกับโรคโควิด-19 หรือต้องทำหัตถการ 17,000 ชิ้นต่อวัน ขอความร่วมมือประชาชนใช้หน้ากากผ้า ส่วน N 95 ขอให้บุคลากรการแพทย์ใช้ ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคได้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และกระทรวงสาธารณสุข ผลวิจัยคณะแพทยรามาธิบดีและคณะพบวิธีฉายรังสีฆ่าเชื้อโคโรนาไวรัสในหน้ากากอนามัยได้

นพ.สุขุม กาญจนพิมาย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคณะ แถลงข่าวสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ว่า วันนี้ (31 มี.ค. 63) มีผู้ป่วยกลับบ้านได้ 342 ราย ยังรักษาในโรงพยาบาล 1,299 ราย เสียชีวิต 10 ราย ผู้ป่วยสะสม 1,651 ราย สำหรับทั่วโลกมีรายงานผู้ป่วยใน 198 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 2 เรือสำราญ พบผู้ป่วย 768,466 ราย เสียชีวิต 36,914 ราย ส่งผลให้ความต้องการใช้ยา อุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะหน้ากาก N95 และชุดป้องกันร่างกาย (PPE.) ซึ่งผู้ผลิตรายใหญ่อยู่ในต่างประเทศ ไทยต้องสั่งซื้อเข้ามา เมื่อเกิดการระบาดของโรคการสั่งซื้อทำได้ยากขึ้น ต้องใช้ระยะเวลานานขึ้นกว่าเดิม

ทั้งนี้ ข้อมูล ณ วันที่ 28 มีนาคม 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้สั่งหน้ากาก N 95 ให้โรงพยาบาลทุกสังกัดแล้ว 183,910 ชิ้น ยังมีสำรองที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์การเภสัชกรรม (อก.) กว่า 200,000 ชิ้น ได้มีแผนการจัดหาเพิ่มอีกประมาณ 700,000 ชิ้น โดยสั่งซื้อจากบริษัท 3 M ประเทศอเมริกา 2 แสนชิ้น บริษัทสยามโคเค็น จำกัด เดือนละ 1 แสนชิ้น และจะนำเข้าจากประเทศจีน โดย อก. อีก 4 แสนชิ้น ทั้งนี้ จากการคาดการณ์หากมีผู้ป่วย 10,000 ราย ต้องใช้หน้ากาก N 95 ประมาณ 17,000 ชิ้นต่อวัน สำหรับบุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยกับโรคโควิด-19 หรือต้องทำหัตถการ จึงขอความร่วมมือประชาชนใช้หน้ากากผ้า ประชาชนที่มีจิตศรัทธาสามารถบริจาคได้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือกระทรวงสาธารณสุข โทร. 0 2590 2078-9

ในส่วนอุปกรณ์ป้องกันและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับจากรัฐบาลจีน ได้กระจายให้เขตสุขภาพแล้ว ประกอบด้วย หน้ากากอนามัย 100,000 ชิ้น หน้ากาก N 95 จำนวน 10,000 ชิ้น ชุด PPE. 2,000 ชิ้น และที่ได้รับบริจาคจากมูลนิธิแฉะ หม่า และมูลนิธิอาลีบาบา ประกอบด้วย หน้ากากอนามัย (protective mask, face shield) กว่า 550,000 ชิ้น และชุดป้องกันตนเอง (protective suit) จำนวน 50,000 ชุด ขณะนี้ศูนย์ปฏิบัติการกระจายเวชภัณฑ์ในภาวะโควิด-19 ได้จัดสรรให้สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนใต้แล้ว

นพ.สุขุมกล่าวต่อว่า หน้ากาก N 95 และหน้ากากอนามัย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการป้องกันการติดเชื้อที่แพร่ผ่านละอองฝอยหรืออากาศ ปกติไม่แนะนำให้ใช้ซ้ำ แต่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้เกิดการขาดแคลน จึงได้หาวิธีในการนำหน้ากาก N 95 และหน้ากากอนามัยกลับมาใช้ซ้ำ โดยผลการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี ร่วมกับ ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ ศูนย์วิจัยเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องมือแพทย์ และ BRIA LAB ได้ศึกษาวิจัยพบว่า การฉายรังสี UV-C สามารถกำจัดเชื้อโคโรนาไวรัสได้

ทั้งนี้ กรมการแพทย์ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากกรมวิชาการ สมาคมวิชาชีพ โรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ปรับแนวทางทางการรักษาผู้ติดเชื้อล่าสุดเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2563 ดังนี้ 1.ผู้ติดเชื้อทุกราย ไม่ว่ามีหรือไม่มีอาการต้องอยู่โรงพยาบาลในช่วงแรก 2-7 วัน เพื่อสังเกตอาการหรือรับการรักษา เมื่ออาการปกติแล้วอาจดูแลและสังเกตอาการต่อในโรงพยาบาล หรือสถานที่ที่จัดไว้ให้จนครบ 14 วัน 2.เมื่อหายดีแล้วและครบ 14 วัน สามารถกลับบ้านได้ และไปทำงานได้ แต่ต้องใส่หน้ากากอนามัย รักษาระยะห่างจากผู้อื่น แยกรับประทานอาหารและของใช้กับผู้อื่นจนครบ 1 เดือน



สร.ขอ ปชช.ใช้หน้ากากผ้า
ส่วน N95 ขอให้บุคลากรการแพทย์

อิทธิพลของตัวเลขชีวิตเกิด มีอิทธิพลต่อการรักษา

Amy Norton, HealthDay News

ตัวเลขอายุ 80 ปี ของผู้ป่วยอาจมีผลอะไรบางอย่างที่ทำให้แพทย์เปลี่ยนการตัดสินใจในการรักษาหัวใจวายไม่ว่าจะโดยเจตนาหรือไม่ก็ตาม งานวิจัยใหม่รายงาน

ในการศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจวายในสหรัฐอเมริกา คณะผู้วิจัยพบว่า เวลาแค่ 1 เดือน ส่งผลให้มีความแตกต่างในการตัดสินใจของแพทย์ว่าจะผ่าตัดบายพาสให้ผู้ป่วยหรือไม่ การผ่าตัดบายพาสนี้เป็นหนึ่งในวิธีการรักษาหลอดเลือดแดงอุดตันซึ่งทำให้เกิดโรคหัวใจวาย

ในบรรดาผู้ป่วยที่อายุถึง 80 ปี ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีเพียงร้อยละ 5 ได้รับการผ่าตัดบายพาส แต่ในทางตรงข้าม ผู้ป่วยที่อายุกำลังจะถึง 80 ปี ในอีก 2 – 3 สัปดาห์ข้างหน้า ได้รับการผ่าตัดร้อยละ 7

คณะผู้วิจัยกล่าวว่า การค้นพบนี้ชี้ให้เห็น “ความลำเอียงเกี่ยวกับตัวเลขหลักซ้าย” ซึ่งแพทย์อาจจะกังวลถึงภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด เพียงเพราะอายุของผู้ป่วยเริ่มด้วยเลข 8 แทนที่จะเป็นเลข 7

“ผู้ป่วยเหล่านี้จริง ๆ แล้วทุกคนมีอายุพอ ๆ กัน แค่อายุห่างกัน 2 – 3 สัปดาห์เท่านั้น ทำให้พวกเขาถูกแยกออกจากกัน” Dr. Anupam Jena รองศาสตราจารย์ที่ Harvard Medical School ผู้นำการวิจัย กล่าว

“แต่การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แพทย์กำลังมองว่าผู้ป่วยไม่เหมือนกัน”

การผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดโคโรนาจะมีการนำหลอดเลือดที่แข็งแรงจากขา แขน หรือน้ำอกของผู้ป่วยออกมา แล้วใช้เป็นเส้นทางใหม่ให้เลือดไหลเวียนแควบริเวณที่มีการอุดตันในหลอดเลือดแดงของหัวใจ

การผ่าตัดไม่ใช่แค่ทางเลือกเดียวสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจวาย แพทย์มักจะใช้ทางเลือกอื่นที่เรียกว่า การผ่าตัดขยายหลอดเลือด (angioplasty) ด้วยการส่งสายสวนเข้าไปในหลอดเลือดที่ถูกอุดตันแล้วสอดขดลวดสแตนท์ (stent) เข้าไปค้ำให้หลอดเลือดเปิดออก

โดยทั่วไปผู้ป่วยในวัย 80 มี ปัญหาสุขภาพมากกว่า และมักจะอ่อนแอกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า และมักจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดบายพาสมากกว่า เช่น ลิ้มอุดกั้นที่เกิดขึ้นใหม่ การติดเชื้อ และภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ (arrhythmias)

Dr. Jena กล่าวว่า ดังนั้น จึงมีความสมเหตุสมผลอย่างเต็มที่ที่แพทย์จะคิดถึงเรื่องนี้ไว้ในใจ เมื่อต้องตัดสินใจระหว่างการผ่าตัดหรือทางเลือกอื่นที่ผ่าตัดน้อยกว่า อย่างเช่น การผ่าตัดขยายหลอดเลือด



การค้นพบซึ่งเผยแพร่ใน *New England Journal of Medicine* มาจากข้อมูล Medicare ตั้งแต่ปี 2006 ถึงปี 2012 คณะทำงานของ Dr.Jena เน้นศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจมากกว่า 4,400 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่าง 2 สัปดาห์ ก่อนวันเกิดอายุ 80 ปี และอีกกลุ่มเป็นผู้ป่วยประมาณ 5,000 คน ซึ่งเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลภายใน 2 สัปดาห์หลังจากอายุ 80 ปี

โดยภาพรวม กลุ่มที่ “อายุมากกว่า” มีโอกาสน้อยกว่าที่จะได้รับการผ่าตัดบายพาส ถึงแม้ไม่มีอะไรแตกต่างจากกลุ่มที่ “อายุน้อยกว่า” ทั้งในเรื่องภาวะสุขภาพเรื้อรังและภาวะพิการ Dr.Jena กล่าว

“นี่คือเหตุผลที่ว่า ทำไมเวลาคุณไปร้านขายของและข้าวของต่าง ๆ ตีราคาที่ 9.99 บาท แทนที่จะเป็น 10 บาท” เขากล่าวและว่า “สมองจะมองเลข 9 ว่าถูกกว่า”

และแม้ว่าการซื้อบิโรรันขายของชำจะไม่เหมือนกับการตัดสินใจทางการแพทย์ Dr.Jena กล่าว แต่ผลการค้นพบแสดงว่า ความลำเอียงแบบเดียวกันสามารถแทรกเข้าไปอยู่ในการคิดของแพทย์ได้

Dr.Patrick Coll ผู้อำนวยการด้านการแพทย์เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุที่ UConn Health ที่ Farmington, Conn เห็นด้วยว่า ผลการค้นพบนี้จะชี้ให้เห็นความลำเอียงในมุมมองของแพทย์

แต่อายุอย่างเดียวไม่ควรกีดกันผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง Dr.Coll ซึ่งเป็นกรรมการใน American Geriatrics Society’s Board of Directors กล่าว

ตามความเห็นของ Dr.Coll อายุทำให้เกิดความแตกต่างในประเด็นที่ว่า วิธีการที่ใชัรักษานั้นเป็นทางเลือกที่ดีหรือไม่

“แต่อายุไม่ใช่ตัวกำหนดหลัก” เขากล่าวและว่า “อยู่ที่ประสบการณ์ทางการแพทย์ต่างหากที่จะไปพร้อมกันกับเรื่องอายุ”

ตามความเห็นของ Dr.Jena ความลำเอียงอาจเป็น “ทั้งโดยเจตนาและไม่ได้เจตนา” ในการที่แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างสูงกว่า แต่อาจไม่ได้รู้เลยว่าแพทย์เองกำลังใช้ “ทางลัด” ในความคิดเพื่อเสนอทางเลือกในการรักษาให้ผู้ป่วย

สำหรับผู้ป่วยเรื่องนี้มีความสำคัญ Dr.Jena บอกว่า “ผู้ป่วยควรทราบว่า ความลำเอียงที่แพทย์มีอาจมีผลกระทบต่อทางเลือกในการรักษาที่แพทย์เสนอให้ผู้ป่วย”

เป็นเวลาหลายสิบปีแล้วที่ขดลวดสเตนต์เปิดหลอดเลือดแดงช่วยป้องกันโรคหัวใจวาย และงานวิจัยครั้งใหม่แสดงให้เห็นว่า สเตนต์ที่อาจช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

ในการศึกษาครั้งใหม่ขดลวดสเตนต์สมอง Wingspan ซึ่งขยายตัวเองได้ มีประสิทธิภาพสำหรับระยะยาวในการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองอีกในภายหลังแล้วเสียชีวิต

การศึกษาค้างใหม่ได้พิจารณาข้อมูลทะเบียนการแพทย์โรคหลอดเลือดสมองที่เป็นซ้ำหรือเสียชีวิตในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 150 คน ซึ่งได้รับ Wingspan brain stent

“หลังจาก 1 ปี มีความเสี่ยงลดลงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีกหรือเสียชีวิตในผู้ป่วยเหล่านี้ เมื่อเทียบกับสิ่งที่เราคาดไว้จากประวัติที่ผ่านมา” Dr. Elkind กล่าวและว่า “ดังนั้น มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 9 เป็นโรคซ้ำอีก เมื่อเทียบกับที่เราคาดว่าจะใกล้เคียงกับประมาณร้อยละ 20

เขาได้เน้นว่า การศึกษานี้ไม่ใช่การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มที่เป็น “มาตรฐานหลัก” แต่ “วิธีการนี้มีโอกาสประสบความสำเร็จในอนาคต และแสดงให้เห็นว่า สำหรับผู้ป่วยบางคน การใส่ขดลวดสเตนต์ที่อาจให้ประโยชน์ดีกว่าที่เราคาดไว้ถ้าเรารักษาผู้ป่วย (ด้วยวิธีการแบบเดิม)” Dr.Elkind ซึ่งเป็นศาสตราจารย์สาขาประสาทวิทยาและระบาดวิทยาที่ Columbia University ในนครนิวยอร์ก กล่าว

การศึกษาก่อนหน้านี้ชิ้นหนึ่งได้พบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการเสียชีวิตใน 2 – 3 วันแรกเท่ากับร้อยละ 2.6 หลังจากผู้ป่วยได้รับขดลวด Wingspan แล้ว แต่การศึกษาค้างใหม่นี้พิจารณาผลในระยะที่ยาวกว่า

การวิจัยครั้งใหม่นำโดย Dr. Michael Alexander ได้อาศัยฐานข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาระยะสั้นก่อนหน้านี้ เขาเป็นศาสตราจารย์และ

รองประธานสาขาประสาทศัลยศาสตร์ที่ Cedars-Sinai Medical Center ในลอสแอนเจลิส

การศึกษาได้ติดตามผลของผู้ป่วย 152 คน ที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบ (atherosclerosis) รับการรักษาที่ศูนย์ในสหรัฐอเมริกา 16 แห่ง ทุกคนได้รับการรักษาด้วยขดลวด Wingspan ตามข้อแนะนำการใช้ขององค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (U.S. Food and Drug Administration: FDA

มีการนำเสนอการศึกษานี้ต่อที่ประชุม International Stroke Conference ในลอสแอนเจลิส โดยผลการศึกษานี้ที่นำเสนอต่อที่ประชุมทางการแพทย์ ยังถือว่าเป็นรายงานเบื้องต้นจนกว่าจะได้เผยแพร่ในวารสารที่ผ่านการพิจารณาทบทวนรายงานแล้ว

อย่างไรก็ตาม “นี่เป็นการทดลองขนาดใหญ่ที่สุดสำหรับขดลวดสเตนต์ภายในกะโหลกศีรษะ intracranial เพื่อรักษาโรค atherosclerotic ตาม FDA indication สำหรับขดลวด Wingspan” Alexander กล่าวในข่าวเผยแพร่ของสมาคม

ผลการศึกษา “มีความสำคัญต่อการตัดสินใจว่าการใส่ขดลวดสเตนต์ที่ปลอดภัยกว่าและมีอัตราภาวะแทรกซ้อนที่น้อยกว่าจากการรักษา ส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยดีขึ้นหรือไม่ ณ เวลา 1 ปี” เขากล่าว

“การใส่ขดลวดสเตนต์ภายในกะโหลกศีรษะจะสามารถเป็นอีกทางเลือกหนึ่งได้ เมื่อ (การรักษาด้วย) ยาและการรักษาด้วยวิธีอื่นไม่ประสบความสำเร็จ”

Elkind ประธาน AHA มีความเห็นว่า ผลการค้นพบใหม่จะ “นำไปสู่การทดลองในอนาคตที่ใช้ขดลวดสเตนต์ Wingspan หรืออาจจะเป็นขดลวดสเตนต์อื่น ๆ ด้วย เทคโนโลยีนี้มีโอกาสที่จะพัฒนาต่อไป”

เขาเน้นว่า อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยในการศึกษาค้างใหม่ “ได้รับการคัดเลือกอย่างพิถีพิถัน” ดังนั้น จึงเร็วเกินไปที่จะบอกว่า “กลุ่มผู้ป่วยที่กว้างมากขึ้น” จะได้รับผลดีเหมือนกัน

Dr.Andrew Rogove บริหารงานให้บริการโรคหลอดเลือดสมองที่ Southside Hospital ใน Bay Shore นครนิวยอร์ก เห็นด้วยว่า จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น แต่ “ถ้าปลอดภัยและได้ผล การใช้ขดลวดสเตนต์ภายในกะโหลกศีรษะจะสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) รุนแรงภายในหลอดเลือดแดงในสมองได้”



ติดเชื้อ *E.coli* โยงโยกับมะเร็งลำไส้

Michelle Roberts, BBC News

การศึกษาครั้งใหม่ที่เผยแพร่ในวารสาร *Nature* รายงานว่า แบคทีเรียที่พบมากในลำไส้อาจเพิ่มโอกาสที่จะเกิดโรคมะเร็งลำไส้ได้ นักวิทยาศาสตร์เชื่อว่า แบคทีเรียนี้เป็นชนิด *E.coli* ซึ่งมีมากถึง 1 ใน 5 ของประชากร

แบคทีเรีย *E.coli* จะปล่อยสารพิษซึ่งผู้เชี่ยวชาญบอกว่าสามารถทำอันตรายเซลล์ที่ผนังลำไส้ และมีโอกาสเปลี่ยนเซลล์บางเซลล์เป็นเซลล์มะเร็งได้เมื่อเวลาผ่านไป

ในสหราชอาณาจักรมีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้รายใหม่ประมาณ 42,000 คน ในแต่ละปี

ผู้เชี่ยวชาญยังไม่ทราบว่าผู้ป่วยเหล่านี้กี่คนมีความเกี่ยวข้องกับสายพันธุ์ *E.coli* ซึ่งผลิตสารพิษโคลิแบคติน (colibactin)

คณะผู้วิจัยสงสัยว่ามันอาจส่งผลให้มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้เพียงส่วนน้อย คือ 1 ใน 20 หรือ 5 คน ในทุก 100 คน แต่จำเป็นต้องมีงานวิจัยมากขึ้นเพื่อยืนยันการเชื่อมโยงนี้

ในเวลานี้ยังไม่มีการตรวจทดสอบรายวันสำหรับแบคทีเรียนี้ และยังไม่ชัดเจนว่าคนที่มีแบคทีเรียนี้จะมีความเสี่ยงสูง

ในบางคน แบคทีเรียอาจอาศัยอยู่ในลำไส้และไม่ทำให้เกิดปัญหาเลย

อย่างไรก็ตาม นี่ไม่ใช่การติดเชื้อชนิดแรกที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง ยังมี HPV เป็นไวรัสที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการติดเชื้อ *H. pylori* มีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

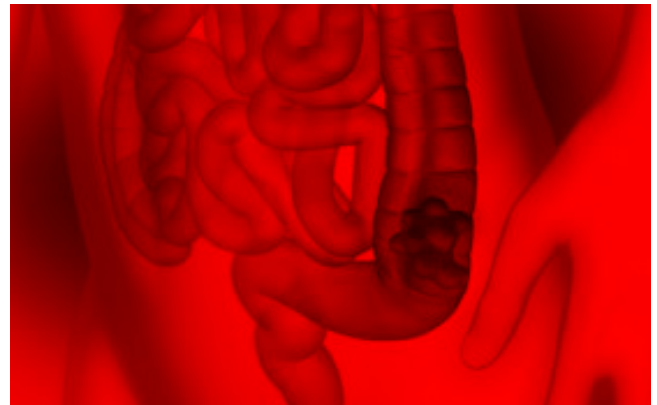
ส่วนประเด็นที่ว่า จะเหมือนกับอาหารเป็นพิษหรือไม่นั้น *E.coli* ไม่ใช่เชื้อที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการอาหารเป็นพิษ *E.coli* นั้นมีแตกต่างกันหลายชนิดมาก มีอยู่หลายชนิดเป็นส่วนหนึ่งของแบคทีเรียประจำถิ่นในลำไส้ ซึ่งมีเป็นจำนวนล้าน ๆ ที่อาศัยอยู่ตามธรรมชาติในลำไส้

คณะทำงานจากประเทศเนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา ได้ใช้แบบจำลองขนาดเล็กของลำไส้มนุษย์เพาะเลี้ยงในห้องปฏิบัติการ เพื่อทดสอบผลของพิษที่มีต่อเซลล์ต่าง ๆ

จากนั้นได้เปรียบเทียบอันตรายที่พบจากตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้มากกว่า 5,000 ตัวอย่าง ที่ได้จากผู้ป่วย และได้พบรูปแบบหรือ “ลายพิมพ์นิ้วมือ” เหมือนกันของดีเอ็นเอที่เสียหายประมาณร้อยละ 5 ของตัวอย่าง

ผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า อาจเป็นไปได้ที่จะพัฒนาการทดสอบที่ไวมากขึ้นเพื่อตรวจหาเนื้องอกลำไส้แต่เริ่มแรก โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับสารพิษนี้

การค้นพบอาจนำไปสู่วิธีที่จะป้องกันโรคมะเร็งลำไส้บางโรคได้โดยการกำจัดแบคทีเรียออกจากร่างกายก่อนที่มันจะทำอันตรายด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีอยู่ในปัจจุบัน



Prof. Hans Clevers จาก Hubrecht Institute ในเนเธอร์แลนด์ ซึ่งเป็นหนึ่งในคณะผู้วิจัย กล่าวว่า “ยาปฏิชีวนะทั่วไปจะฆ่าแบคทีเรียนี้ได้”

“นี่เป็นครั้งแรกที่เราเห็นรูปแบบที่ชัดเจนของความเสียหายในดีเอ็นเอในโรคมะเร็งลำไส้ ซึ่งมีสาเหตุจากแบคทีเรียที่อาศัยอยู่ในลำไส้ของเรา”

เขากล่าวว่า อาจจะมีแบคทีเรียอื่นที่ทำแบบเดียวกัน

การรักษาด้วยโปรไบโอติก ซึ่งมีสายพันธุ์เดียวกับ *E.coli* เรียกว่า Nissle 1917 ยังอาจมีความเสี่ยงได้ แต่แบคทีเรียนี้ไม่เหมือนกับที่พบในเครื่องดื่มโยเกิร์ตที่ขายในซูเปอร์มาร์เก็ต

“แม้ว่าจะฟังน่ากลัว แต่ยังมีอีกหลายเรื่องที่ต้องทำความเข้าใจว่าแบคทีเรียในลำไส้ของเราจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของคนเราอย่างไร เราสามารถทำอะไรได้บ้าง และมันมีผลกระทบต่อความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้มากน้อยแค่ไหน” Nicola Smith ผู้จัดการอาวุโสด้านสารสนเทศสุขภาพที่ Cancer Research UK ซึ่งสนับสนุนทุนให้กับงานวิจัยนี้ กล่าว

“ในอนาคต การมีความรู้เกี่ยวกับแบคทีเรียในลำไส้ของเรามีบทบาทอย่างไรบ้าง จะสามารถเปลี่ยนวิธีการตรวจสอบและป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ได้”

“แต่เรารู้ว่า เราสามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ได้ประมาณครึ่งหนึ่งด้วยการไม่สูบบุหรี่ รักษาน้ำหนักตัวที่ดีต่อสุขภาพ และรับประทานอาหารให้สมดุลกัน ดังนั้น จึงมีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่างที่คุณสามารถทำได้ในตอนนี้เพื่อลดความเสี่ยงลง” เธอกล่าวเพิ่มเติม

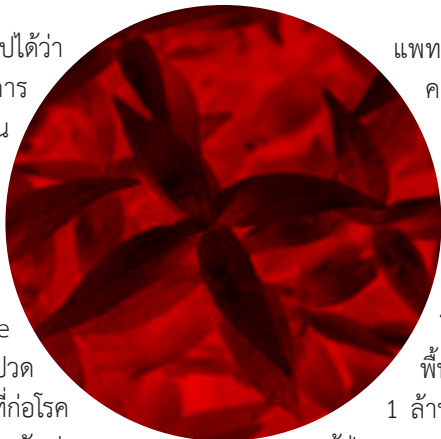
Genevieve Edwards ประธานบริหารที่ Bowel Cancer UK กล่าวว่า “แม้ว่างานวิจัยนี้จะอยู่ในขั้นเริ่มแรก แต่ได้ให้หลักฐานเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทที่แบคทีเรียและจุลินทรีย์อื่น ๆ ซึ่งอาศัยอยู่ในลำไส้ของเรา อาจมีต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ได้”

สร. เฝยฟ้าทะลายโจรยับยั้งจำนวนไวรัสในหลอดทดลอง พร้อมแนะเกษตรกรปลูกสำรอง

กระทรวงสาธารณสุขเผยผลการศึกษาประสิทธิภาพของสารสกัดฟ้าทะลายโจร และสารแอนโดรกราโฟไลด์ในฟ้าทะลายโจรในหลอดทดลอง พบมีฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสโควิด-19 ได้ และศึกษานำร่องผลของยาสารสกัดฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระดับความรุนแรงน้อย เดือนเมษายน - กรกฎาคมนี้ แนะนำให้กินทันทีเมื่อมีไข้ ไม่ควรกินเพื่อป้องกันโรค

เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2563 ที่ผ่านมา ณ ศูนย์ปฏิบัติการด้านข่าวโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี นพ.ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พร้อมด้วย ดร.สุภาพร ภูมิอมร ผู้อำนวยการสถาบันชีววัตถุ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวถึงผลการวิจัยฟ้าทะลายโจรกับไวรัสโควิด-19 ซึ่งเป็นความร่วมมือของกรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และองค์การเภสัชกรรม

นพ.ปราโมทย์กล่าวว่า ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ฟ้าทะลายโจรมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อและยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัสได้ แต่ไม่มีฤทธิ์ในการป้องกันเซลล์จากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จึงไม่แนะนำให้รับประทานเพื่อการป้องกันโรค โดยที่ยังไม่มีอาการเพราะไม่มีผลในการป้องกัน แต่ให้รับประทานทันทีเมื่อเริ่มมีอาการคล้ายอาการของโรคไข้หวัดใหญ่ (flu-like symptoms) ได้แก่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่ก่อโรคไข้หวัดใหญ่ หรือไวรัสก่อโรคทางเดินหายใจอื่น รับประทานครั้งละ 4 แคปซูล วันละ 4 ครั้ง (ครั้งละประมาณ 1,500 มิลลิกรัม) หลังอาหารและก่อนนอน ส่วนสารสกัดฟ้าทะลายโจร ครั้งละ 1 หรือ 2 แคปซูล เพื่อให้ได้รับสารสำคัญแอนโดรกราโฟไลด์ประมาณ 20 มิลลิกรัม/ครั้ง วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร การรับประทานยาทั้ง 2 แบบ ในขนาดที่แนะนำ จะให้สารแอนโดรกราโฟไลด์ประมาณ 60 มิลลิกรัม/วัน แนะนำให้มีฟ้าทะลายโจรเป็นยาประจำตัว/ประจำบ้าน อาจใช้ร่วมกับยาพาราเซตามอลได้ แต่หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 2 วัน ให้รีบพบแพทย์



สำหรับความคืบหน้าการทดลองในคน กรมการแพทย์แผนไทยฯ ร่วมกับ สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ และองค์การเภสัชกรรม ศึกษานำร่องผลของยาสารสกัดฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระดับความรุนแรงน้อย ในระหว่างเดือนเมษายน - กรกฎาคม 2563 รวมทั้งได้เตรียมความพร้อมให้เพียงพอกับความต้องการ โดยร่วมกับกรมวิชาการเกษตร ให้เกษตรกรปลูกในพื้นที่ 65 ไร่ ให้ได้วัตถุดิบ 50,000 กิโลกรัม สำรองไว้ 1 ล้านแคปซูล สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลรักษา

ผู้ป่วย และประสานภาคธุรกิจเตรียมการผลิตเพิ่ม

ทั้งนี้ ห้ามใช้ยาฟ้าทะลายโจรในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร และผู้ป่วยที่มีอาการไข้ เจ็บคอ จากการติดเชื้อแบคทีเรีย มีตุ่มหนองในคอ มีไข้สูง หนาวสั่น หากมีอาการแพ้ฟ้าทะลายโจร เช่น เกิดผื่น ลมพิษ หน้าบวม ริมฝีปากบวม หายใจลำบาก ให้หยุดใช้ยาทันทีและไม่ใช้อีก รวมทั้งควรระวังในผู้ที่ใช้อยาวารฟาริน แอสไพริน โคลิโดเกรล ยาลดความดันโลหิต และการใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้แขนขาชา หรืออ่อนแรง สอบถามรายละเอียดที่ กรมการแพทย์แผนไทยฯ โทร. 0 2149 5678 หรือเว็บไซต์ www.dtam.moph.go.th

ด้าน ดร.สุภาพร ภูมิอมร ผู้อำนวยการสถาบันชีววัตถุ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า จากการศึกษาฤทธิ์ต้านไวรัสโควิด-19 ของสมุนไพรฟ้าทะลายโจรในหลอดทดลอง โดยทำการศึกษาจากสารสกัดหยาบเทียบกับแอนโดรกราโฟไลด์ (Andrographolide) ที่เป็นสารสำคัญ พบว่ากลไกต้านไวรัสโควิด-19 สามารถทำลายไวรัสโดยตรง และต้านไม่ให้ไวรัสเพิ่มจำนวนเซลล์ได้ แต่ไม่มีฤทธิ์ในการชักนำให้เซลล์หลั่งสารที่ช่วยยับยั้งไวรัสโควิด-19 จึงไม่แนะนำให้รับประทานเพื่อการป้องกันโรค และจำเป็นต้องทำการศึกษายืนยันในคนต่อไป



สບยช. เตือนหยุดดื่มเหล้ากะทันหันเสี่ยงอันตราย

กรมการแพทย์ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) เตือนภัยนักดื่มหยุดดื่มกะทันหัน ร่างกายปรับสภาพไม่ทันเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต แนะนำใกล้ชิดสังเกต หากพบอาการเสี่ยงรีบพาไปปรึกษาแพทย์

นพ.สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กล่าวว่า สุรา คือ เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อดื่มสุราเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิดพิษต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ผลต่อสมอง ทำให้สมองเสื่อม ความคิดความจำบกพร่อง ผลต่อดับ ในระยะแรกจะเกิดไขมันสะสมในตับ ต่อมาจะเกิดภาวะตับอักเสบ และภาวะตับแข็งตามมา ผลต่อระบบทางเดินอาหาร เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ ผลต่อระบบสืบพันธุ์ ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โดยพิษแบบเฉียบพลัน ทำให้ขาดสติ ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือทะเลาะวิวาทได้ง่าย และพิษแบบเรื้อรัง ผู้ที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังจะหมกมุ่นกับการหาสุราดื่มตลอดเวลา ทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรม ขาดความรับผิดชอบ การทำหน้าที่ในชีวิตบกพร่อง ทั้งนี้ ในรายที่ดื่มจนติดจะเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตได้ เช่น ซึมเศร้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีอาการประสาทหลอน หูแว่ว หวาดระแวง ระบบความจำบกพร่อง สับสนไม่รู้วัน เวลา สถานที่ สมองเสื่อม มีปัญหาในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

นพ.มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่า ในผู้ที่มีอาการพิษสุราเรื้อรังและดื่มแบบเสี่ยงรุนแรง ซึ่งหมายถึง ผู้ที่ดื่มมากกว่าตั้งแต่ 5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป และดื่มวันละมากกว่า 5 ดั้มมาตรฐาน ซึ่งเทียบได้กับเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ เหล้าแดงครึ่งแบน เมื่อหยุดดื่มอย่างกะทันหันจะทำให้ร่างกายปรับสภาพไม่ทัน มักจะพบอาการมือสั่น เหงื่อออก เป็นไข้ สับสน กระวนกระวาย นอนไม่หลับ เห็นภาพหลอน หวาดระแวงคิดว่าจะมีใครมาทำร้าย อาจ



“

สุรา คือ เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อดื่มสุราเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิดพิษต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ผลต่อสมอง ทำให้สมองเสื่อม ความคิดความจำบกพร่อง ผลต่อดับ ในระยะแรกจะเกิดไขมันสะสมในตับ ต่อมาจะเกิดภาวะตับอักเสบ และภาวะตับแข็งตามมา

”

ทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่น ชักเกร็ง และอาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ แนะนำผู้ดื่มและครอบครัวสังเกตอาการของตนเองและคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดที่หยุดดื่มกะทันหัน หากพบมีอาการเสี่ยงให้รีบพาไปพบแพทย์เพื่อขอรับคำปรึกษาหรือเข้ารับการรักษา ซึ่งการบำบัดรักษามี 2 รูปแบบ คือ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เหมาะสำหรับผู้ติดแบบไม่รุนแรงมาก สามารถดูแลการทานยาเพื่อลดอาการถอนและควบคุมการหยุดดื่มได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย และการบำบัดแบบผู้ป่วยใน เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถ

ควบคุมการดื่มได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย โดยแพทย์จะบำบัดรักษาอาการถอนพิษสุราและภาวะแทรกซ้อน จากนั้นจะเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อฟื้นฟูกระบวนการคิด สมรรถภาพร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป หากประสบปัญหาเกี่ยวกับสุรา หรือยาและสารเสพติด สามารถขอรับคำปรึกษาได้ที่ สายด่วนยาเสพติด 1165 หรือที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ จังหวัดปทุมธานี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในส่วนภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี สงขลา และปัตตานี สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ www.pmindat.go.th



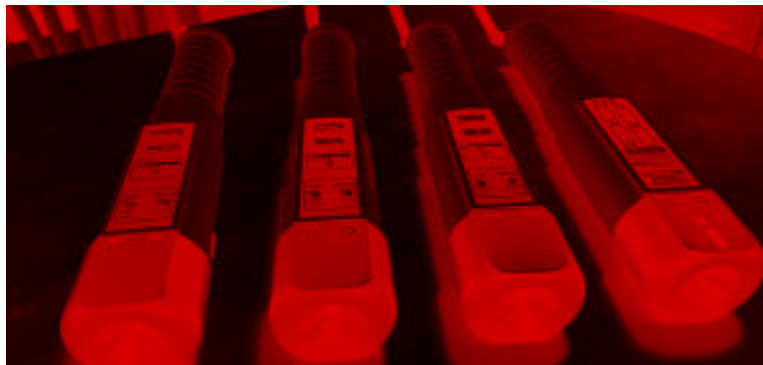
เตือน ! นักดื่ม หักดิบกะทันหัน
เสี่ยงอันตรายถึงตาย

กร. แจงการวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดด้วยวิธีเป่าลมหายใจ เจ้าหน้าที่ตำรวจเปลี่ยนหลอดใหม่ก่อนเป่าทุกครั้ง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ขอให้ประชาชนมั่นใจ การตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดโดยวิธีเป่าลมหายใจ เจ้าหน้าที่ตำรวจเปลี่ยนหลอดใหม่ก่อนเป่าทุกครั้ง ไม่มีการใช้ซ้ำแต่อย่างใด โดยผู้ถูกตรวจสามารถขอฉีกซองบรรจุหลอดเป่าเองได้ เพื่อความสบายใจก่อนเป่า และลดความกังวลในการติดเชื้อโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019

นพ.อัษฎางค์ รวยอาจิณ รองอธิบดีและโฆษกกรมควบคุมโรค กล่าวถึงกรณีในช่วงนี้ประชาชนติดตามสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั้งในประเทศและต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนเพิ่มความระมัดระวังและกังวลในเรื่องการติดเชื้อมากขึ้น จึงอาจทำให้เกิดปัญหาไม่กล้าเป่าลมหายใจผ่านเครื่องตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ที่เจ้าหน้าที่ตำรวจใช้ตรวจ หรืออาจเป็นข้ออ้างในการไม่ตรวจเพราะกลัวติดเชื้อมากขึ้น กรมควบคุมโรค ขอให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เครื่องตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดโดยวิธีเป่าลมหายใจ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ แบบตรวจคัดกรอง และแบบตรวจยืนยันผล

โดยแบบตรวจคัดกรอง (screening) เป็นเครื่องที่ใช้ในการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด โดยวางปากให้ห่างจากปลายกระบอกประมาณ 5-8 เซนติเมตร เพียงแค่มีการพูดคุยกัน แอลกอฮอล์ในลมหายใจก็ลอยเข้าปลายกระบอก ประมาณ 3-5 วินาที เครื่องก็สามารถตรวจได้แล้ว เครื่องนี้ตรวจได้รวดเร็ว ไม่ต้องลงจากรถ ผลที่แสดงจะบอกได้ว่ามีหรือไม่มีแอลกอฮอล์ ไม่แสดงเป็นตัวเลข ส่วนแบบที่สอง คือ แบบตรวจยืนยันผล(Evidential) เป็นเครื่องที่ใช้ในตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด โดยเป่าลมหายใจเข้าเครื่องตรวจ ผู้ถูกตรวจจะต้องอมหลอดเป่า เพื่อวัดปริมาณแอลกอฮอล์ ซึ่งเจ้าหน้าที่ตำรวจจะเปลี่ยนหลอดใหม่ก่อนเป่าทุกครั้ง ผลที่แสดงจะเป็นตัวเลขบอกถึงปริมาณแอลกอฮอล์



ในเลือด มีหน่วยเป็น mg/100 ml เช่น 50 mg% แสดงว่าในเลือด 100 มิลลิลิตร มีปริมาณแอลกอฮอล์อยู่ 50 มิลลิกรัม จะใช้ตรวจยืนยันผลจากกรณี ที่ตรวจคัดกรองแล้วพบว่าไม่มีแอลกอฮอล์

นพ.อัษฎางค์ กล่าวต่อไปว่า กรมควบคุมโรคขอแนะนำการใช้เครื่องตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดโดยวิธีเป่าลมหายใจ ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้ 1.เจ้าหน้าที่ตำรวจ ควรปฏิบัติ 1) สวมหน้ากากอนามัย 2) สวมถุงมือ และล้างมือบ่อย ๆ 3) ให้ผู้ถูกตรวจฉีกซองของหลอดเป่าเอง เพื่อให้ผู้ถูกตรวจมั่นใจว่าเป็นหลอดใหม่ ไม่ได้ใช้ซ้ำ 4) ทำความสะอาดภายนอกตัวเครื่องตรวจด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้งก่อนและหลังใช้ทุกครั้ง และ 5) ทิ้งหลอดเป่าที่ใช้แล้วในภาชนะที่ปิดมิดชิด และ 2.ผู้ถูกตรวจ ควรปฏิบัติ 1) ขอฉีกซองบรรจุหลอดเป่าเอง เพื่อความสบายใจ และ 2) ให้เป่าลมหายใจออกยาว ๆ นับ 1-5 ไม่สูดหายใจเข้าระหว่างเป่า

ทั้งนี้ มีการดำเนินงานดังกล่าวตลอดทั้งปี โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจจะตั้งด่านตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้คนเมาไปขับรถ เพราะอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุกับผู้บริโภคในถนนที่ร่วมทาง ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจร ช่วง 7 วันเทศกาลปีใหม่ 2563 ที่ผ่านมา ของกรมควบคุมโรค พบว่า สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุยังคงเป็นการดื่มแล้วขับคิดเป็นร้อยละ 32.68 ลดลงเมื่อเทียบกับปีใหม่ 2562 (ร้อยละ 40.39) และจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดจากการดื่มแล้วขับลดลง

ร้อยละ 19.09 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มข้น ทั้งการตั้งด่านตรวจสกัดผู้ดื่มแล้วขับ และมาตรการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดผู้ขับขี่เมื่อเกิดอุบัติเหตุ ในกรณีที่เป่าไม่ได้จะถูกส่งไปเจาะเลือดตรวจที่โรงพยาบาล ซึ่งตรวจฟรี โดยกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนสนับสนุนค่าตรวจตลอดปี 2563 นี้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยเฉพาะช่วงใกล้เทศกาลสงกรานต์ ปี 2563 นี้ เพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการดื่มแล้วขับ และขอให้ประชาชนมั่นใจในการใช้เครื่องตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดโดยวิธีเป่าลมหายใจดังกล่าว สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่สายด่วนกรมควบคุมโรค โทร.1422



อย. เตือน “นาโน สปรี” ไม่สามารถฆ่าเชื้อไวรัสได้

อย. เตือน! อย่าหลงเชื่อผลิตภัณฑ์ NANO SILVER Sanitizer Water Spray อ้างช่วยฆ่าเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย ยันยังไม่ได้รับอนุญาตจาก อย. พร้อมแนะประชาชน กินร้อน ใช้ช้อนกลาง ส่วนตัว ล้างมือ ใส่หน้ากากอนามัยเมื่อไปที่ชุมชน และซักผ้าหรือทำความสะอาดพื้นผิวด้วยน้ำยาฟอกขาวเพิ่ม สามารถช่วยป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้ พร้อมเตรียมเอาผิดกับผู้ผลิตและผู้โฆษณาไม่เป็นธรรมกับผู้บริโภค

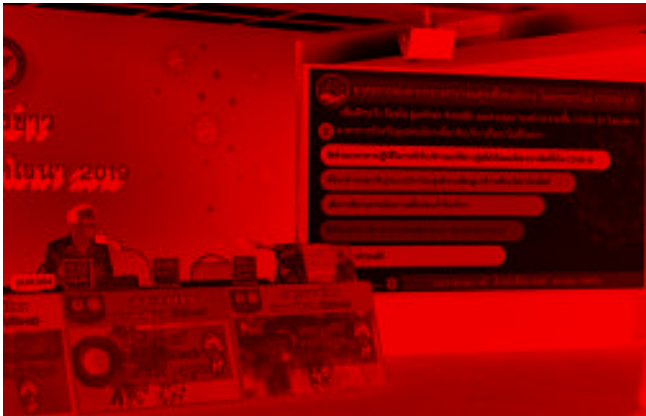
กฤษฎิ์ธรา บุญเสริม รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เผยว่า สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) พบการโฆษณาจำหน่ายผลิตภัณฑ์ NANO SILVER Sanitizer Water Spray ทางสื่อออนไลน์ว่าช่วยฆ่าเชื้อโรค เชื้อไวรัสและแบคทีเรียได้มากกว่า 3,000 ชนิด สามารถฉีดใส่มาส์กได้โดยไม่ทำลายมาส์ก แถมยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและทำลายเชื้อโรค ฆ่าเชื้อโรคต่อเนื่องนาน 8-10 ชั่วโมง อีกทั้งช่วยลดสปีด ผดผื่น อาการแพ้ตามผิวหนัง โดยได้รับการรับรองจากมหาวิทยาลัยและหน่วยงานต่าง ๆ นั้น อย. ขอเตือนว่า ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวยังไม่ได้รับอนุญาตจาก อย. จึงขอประชาชนอย่าหลงเชื่อซื้อผลิตภัณฑ์ดังกล่าวและผลิตภัณฑ์ที่มีการโฆษณาในทำนองเดียวกัน ซึ่งพบมากในช่วงสถานการณ์โควิด-19 เพราะอาจได้รับผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านการประเมินประสิทธิภาพจริงตามที่โฆษณา ขณะนี้ อย. รวบรวมหลักฐานเพื่อดำเนินคดีกับผู้ผลิตและผู้ทำการโฆษณาผลิตภัณฑ์ในลักษณะดังกล่าวแล้ว ทั้งนี้ อย. ได้อนุญาตผลิตภัณฑ์ในกลุ่มซิลเวอร์นาโนที่ขึ้นทะเบียนเป็นวัตถุอันตรายจำนวน 3 รายการ ด้วยสรรพคุณฆ่าเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น

รองเลขาธิการฯ อย. กล่าวย้ำเพิ่มเติมว่า เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 จึงขอฝากวิธีรักษาสุขอนามัยที่สามารถทำได้โดยง่าย 3 ข้อ ดังนี้

1. กินร้อน ช้อนกลาง (ส่วนตัว) ล้างมือบ่อย ๆ และการสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อไปที่ชุมชน
2. ซักผ้าด้วยผงซักฟอกหรือสบู่ในน้ำร้อนที่อุณหภูมิประมาณ 70-90 องศาเซลเซียส โดยเติมน้ำยาฟอกขาวหรือสารโซเดียมไฮโปคลอไรท์ลงไปในส่วนตามคำแนะนำบนฉลาก แล้วอบผ้าหรือนำผ้าไปตากแดดให้แห้ง
3. เช็ดทำความสะอาดพื้นผิวโดยใช้น้ำสบูหรือผงซักฟอกแล้วล้างออกด้วยน้ำ จากนั้นใช้สารเคมีฆ่าเชื้อ เช่น น้ำยาฟอกขาวหรือโซเดียมไฮโปคลอไรท์ในส่วนตามคำแนะนำบนฉลาก

ทั้งนี้ ประชาชนสามารถตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจาก อย. ได้ที่ เว็บไซต์ www.fda.moph.go.th หัวข้อ “ตรวจสอบผลิตภัณฑ์” หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและแจ้งเบาะแสผลิตภัณฑ์ที่ต้องสงสัยว่าไม่ได้รับอนุญาตหรือโฆษณาเกินจริงได้ที่ สายด่วน อย.1556

สธ.ห่วงคนพิการ จัดทำสื่อช่วยเหลือพร้อมเปิดรับปรึกษา สายด่วน 1668



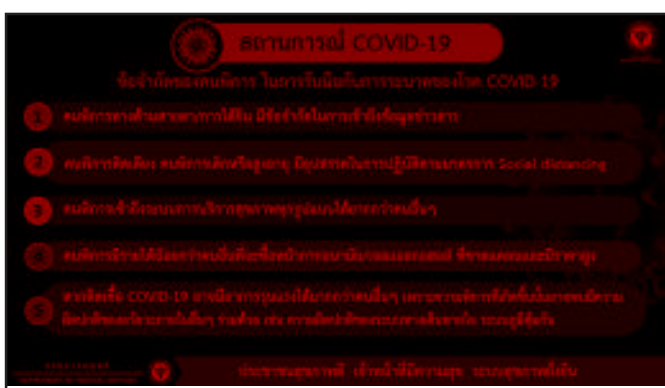
กระทรวงสาธารณสุขแนะคนพิการ/ผู้ดูแล เว้นระยะห่างทางสังคม ป้องกันโควิด-19 ทุกคนต้องรอดไปด้วยกัน จัดทำตัวอักษรวิ่ง/ภาษามือสำหรับคนพิการทางการได้ยิน จัดทำสื่ออักษร/เสียงสำหรับคนพิการทางการมองเห็น เปิดสายด่วน 1668 รับปรึกษาปัญหาช่วยเหลือผู้พิการ 2.02 ล้านคน

เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2563 ที่ผ่านมา ณ ศูนย์ปฏิบัติการด้านข่าวโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี นพ.อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ รองอธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่า นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีความห่วงใยคนพิการในสถานการณ์โควิด-19 ที่มีจำนวน 2.02 ล้านคน เป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดหลายประการ อาทิ ด้านสายตา และด้านการได้ยิน จะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรค ตลอดจนการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและการรักษา คนพิการติดเตียง คนพิการเด็กหรือสูงอายุ มีอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ทำให้ป้องกันโรคยากกว่าคนอื่น ๆ ในสังคม

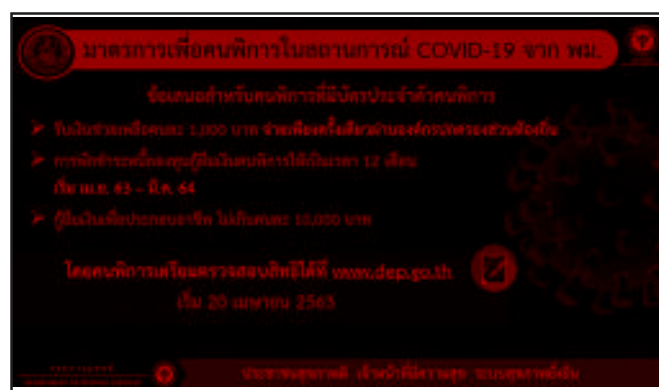
กรมการแพทย์จึงได้ร่วมกับวิทยาลัยราชสุดาจัดทำและเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลการดูแล ป้องกัน รักษาโรคโควิด-19 ให้เข้าถึงคนพิการทุกประเภทและผู้ดูแล เช่น จัดทำตัวอักษรวิ่ง/ภาษามือสำหรับคนพิการทางการได้ยิน จัดทำสื่ออักษร/เสียงสำหรับคนพิการทางการมองเห็น พร้อมเปิดช่องทางให้คำปรึกษาการดูแลคนพิการ ทางหมายเลขโทร. 0 2591 4242 ต่อ 6734 6728-9 หรือสายด่วนกรมการแพทย์ 1668 มีเครือข่าย อสม. และเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพออกเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะส่งต่อข้อมูลมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับผลกระทบ และสามารถขอความช่วยเหลือ ร้องทุกข์ได้ที่สายด่วนศูนย์ประชาชนดี โทร. 1300 ตลอด 24 ชั่วโมง

นอกจากนี้ ได้ติดตามเฝ้าระวังและสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ คนพิการสูงอายุ คนพิการสภาพติดเตียง เด็กพิการ และคนพิการที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น ที่อาจมีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นหากติดเชื้อโควิด-19 ขอแนะนำให้คนพิการและผู้ดูแลล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ให้บ่อยขึ้น โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในพื้นที่สาธารณะและก่อนรับประทานอาหาร เลี่ยงการใช้มือสัมผัสหน้า สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น รักษาสุขภาพด้วยการกินร้อน ใช้ช้อนส่วนตัว ล้างมือ ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ และดูแลรับผิชอบต่อสังคม ในกรณีที่ดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงต้องแยกและสังเกตอาการไม่น้อยกว่า 14 วัน

นพ.อรรถพรกล่าวว่า สำหรับสถานพยาบาล แม้ขณะนี้ยังไม่พบรายงานคนพิการติดเชื้อโควิด-19 สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู



ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติในสถานพยาบาลทั่วประเทศ ได้แก่ การคัดกรองประเมินความเสี่ยงก่อนเข้ารับบริการ พิจารณาเลื่อนบริการและปรับเปลี่ยนบริการในกลุ่มมีความเสี่ยงสูง ปรับเพิ่มระบบบริการสำหรับคนพิการโดยจัดบริการการดูแลฟื้นฟูตามประเภทและระดับความพิการ ได้แก่ ให้บริการเลื่อนัดทางโทรศัพท์ การให้คำแนะนำ/บริการทางการแพทย์ผ่านระบบทางไกล (Tele-Medicine) การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ รวมทั้งจัดบริการช่องทางลงทะเบียนที่สะดวกสำหรับคนพิการ เพื่อรับเงินบรรเทาความเดือดร้อนจากรัฐบาลและมาตรการเยียวยาเพิ่มเติม



กรม สบส. ยกระดับเทคโนโลยีการแพทย์สู่อุตสาหกรรมครบวงจร

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กรม สบส.) จับมือหน่วยงานด้านนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานวัตกรรมเครื่องมือแพทย์รองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อต่อยอดต้นแบบเครื่องมือแพทย์ให้กับสถานพยาบาลภาครัฐในการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค พร้อมยกระดับเทคโนโลยีทางการแพทย์ของไทยให้สามารถแข่งขันกับต่างชาติได้ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ประกอบการ ในการยกระดับผลิตภัณฑ์ให้เกิดความยอมรับในระดับสากล

นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กล่าวว่า จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์อาจจะไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ติดเชื้อ ซึ่งเครื่องมือแพทย์เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยกรม สบส.

ได้เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าว โดยร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และสถาบันการศึกษา จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานวัตกรรมเครื่องมือแพทย์รองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ประกอบการด้านเครื่องมือแพทย์ นักวิจัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถนำความรู้ไปต่อยอดต้นแบบนวัตกรรม และพัฒนาเครื่องมือแพทย์ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อรองรับผู้ป่วยและลดโอกาสการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งยังสามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้นอกจากนี้ สามารถขยายผลสู่การยกระดับเทคโนโลยีทางการแพทย์ของไทย และผลิตภัณฑ์ให้เป็นอุตสาหกรรมทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานในระดับสากลสามารถแข่งขันกับต่างประเทศและเกิดความยอมรับในสายตานานาชาติได้

นพ.ประภาส จิตตาศิรินุวัตร รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กล่าวเพิ่มเติมว่า การประชุมในครั้งนี้ เป็นการระดมสมองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ “นวัตกรรมเครื่องมือแพทย์รองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนา 2019 การรับรองมาตรฐาน และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานพยาบาล” จากหน่วยงานภาครัฐ และสถาบันการศึกษา และหัวข้อ “มุมมอง ความพร้อมและแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือแพทย์รองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนา 2019 เพื่อการผลิตในเชิงอุตสาหกรรม” โดยผู้ประกอบการด้านเครื่องมือแพทย์ และภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังเป็นการสอดรับนโยบายพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ด้านอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจรอีกด้วย



อย. แงงอันตรายกาแฟปรุงสำเร็จเสริมสมรรถภาพทางเพศ

เตือนพบผลิตภัณฑ์กาแฟปรุงสำเร็จลักลอบใส่ยาแผนปัจจุบันที่ใช้รักษาอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อย. เตือนภัยผู้บริโภคอย่าซื้อผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมารับประทาน อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพเป็นอันตรายต่อร่างกายถึงชีวิต

นพ.พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เปิดเผยว่า สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) โดยศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (HPVC) ได้ติดตามเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกิดขึ้นในต่างประเทศจากเว็บไซต์ของหน่วยงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ โดยล่าสุด Health Sciences Authority (HSA) สาธารณรัฐสิงคโปร์ ได้แจ้งเตือนพบซิลденаฟิล และ ทาดาลาฟิล ซึ่งเป็นยาอันตรายในผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 3 รายการ ได้แก่ 1. Kopi Jantan Ali Macca 2. Kopi Panggung Al-Ambiak Natural Herbs Coffee 3. Berry Jaga Chewable Candy และจากการสืบค้นข้อมูลในระบบฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. พบว่า ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารดังกล่าวไม่มีการขึ้นทะเบียนกับ อย. แต่พบมีการขายผลิตภัณฑ์ที่ใช้ชื่อว่า Kopi Panggung Al-Ambiak Natural Herbs Coffee ทางอินเทอร์เน็ต ซิลденаฟิล (Sildenafil) เป็นยาในกลุ่มที่ใช้รักษาอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ จัดเป็นยาควบคุมพิเศษ มีผลข้างเคียงทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทตาถึงขั้นตาบอดได้ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก เจ็บปวดที่อวัยวะเพศ ความดันโลหิตสูง และอาจเป็นภัยร้ายรุนแรงถึงชีวิตโดยคาดไม่ถึง และทาดาลาฟิล (tadalafil) อยู่ในกลุ่มเดียวกับซิลденаฟิล ออกฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือด มีข้อควรระวังในการใช้ในผู้ป่วยโรคตับและไต ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ โรคหัวใจล้มเหลว โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ ผลิตภัณฑ์อาหารดังกล่าวจัดเป็นอาหารที่ไม่ปลอดภัยแก่การบริโภค จึงขอเตือนภัยไปยังผู้บริโภคอย่าได้หลงเชื่อซื้อผลิตภัณฑ์กาแฟปรุงสำเร็จพร้อมบริโภคที่มีการอวดอ้างสรรพคุณ



เสริมสมรรถภาพทางเพศ โดยเฉพาะทางสื่อออนไลน์ ซึ่งการอวดอ้างในลักษณะดังกล่าว อย. ไม่เคยอนุญาตให้มีการโฆษณา เพราะอาจปลอมปนยาและส่งผลเสียต่อสุขภาพเป็นอันตรายต่อร่างกายได้

รองเลขาธิการ อย. กล่าวในตอนท้ายว่า หากผู้บริโภคพบเห็นผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย โดยเฉพาะผ่านเว็บไซต์ และ Social Media ขอให้แจ้งมาได้ที่ อย. โดยตรง ทางสายด่วน อย. 1556 หรือร้องเรียนผ่าน Oryor Smart Application หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ เพื่อดำเนินคดีกับผู้กระทำผิดอย่างเข้มงวด

ใบสมัครสมาชิก

ประเภทสมาชิก	☐ สมาชิกใหม่	☐ สมาชิกต่ออายุ หมายเลข.....
ชื่อ/นามสกุลผู้สมัคร	 อายุ..... ปี	
อาชีพ	☐ พยาบาล ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....	
ที่อยู่จัดส่ง.....		
โทรศัพท์ (บ้าน)	โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)	
มือถือ	e-mail	
ออกใบเสร็จรับเงินในนาม/ที่อยู่ในการออกใบเสร็จรับเงิน		
☐ มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิก 'ไทยเนอร์สซิงโฮม' ดังแนบกับ..... ถึงฉบับ.....		
☐ 12 ฉบับ (800 บาท)		
☐ 24 ฉบับ (1,600 บาท) พิเศษ อ่างปรี 2 ฉบับ		
☐ 36 ฉบับ (2,400 บาท) พิเศษ อ่างปรี 4 ฉบับ		

หมายเหตุ

- หากชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินผ่านธนาคารกรุงไทยแบบส่วเนาใบฝาก (PAY-IN) มาพร้อมใบสมัคร
- บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงินพร้อมหมายเลขสมาชิกให้ท่านหลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
- หากได้รับหนังสือล่าช้า มีปัญหาด้านการจัดส่ง หรือต้องการแจ้งย้ายที่อยู่ในการจัดส่ง กรุณาติดต่อ โทร. 0 2424 3434 มือถือ 08 3963 0909

วิธีการจัดส่ง

ชำระค่าจัดส่งโดย

- ☐ โอนเงินเข้าบัญชี บริษัท เมดิ เจอร์นัล จำกัด
- ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) สาขาตลิ่งชัน ประเภทออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 211-0-91473-2
- ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) สาขาบางยี่ขัน ประเภทกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 047-1-09791-8

- ☐ ธนาคารดี ส่งจ่าย บริษัท เมดิ เจอร์นัล จำกัด กรุณาส่งปท. บางขุนนนท์ 10703
- ☐ เช็ค ส่งจ่าย บริษัท เมดิ เจอร์นัล จำกัด

สนใจสมัครสมาชิกติดต่อ
บริษัท เมดิ เจอร์นัล จำกัด
ที่อยู่ 158 ซ.บางขุนนนท์ 29
ถ.บางขุนนนท์ เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพ ฯ 10700
โทร. 0 2424 3434
โทรสาร 0 2434 3434



หลักสูตรบัณฑิตศึกษา ระดับปริญญาโท และปริญญาเอก
งามทั้งกายใจ เด่นดีด้วยปัญญา เป็นผู้ร่วมพัฒนา เลิศล้ำวิทยาการ
เปิดสอนระดับบัณฑิตศึกษา จำนวน 6 หลักสูตร

1. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาตจวิทยา
ชื่อปริญญา และสาขาวิชา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ตจวิทยา) : วท.ม. (ตจวิทยา)
Master of Science (Dermatology) : M.Sc. (Dermatology)

2. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ
ชื่อปริญญา และสาขาวิชา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ)
: วท.ม. (เวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ)
Master of Science (Anti-Aging and Regenerative Medicine)
: M.Sc. (Anti-Aging and Regenerative Medicine)

3. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิทยาศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ
ชื่อปริญญา และสาขาวิชา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ)
: วท.ม. (วิทยาศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ)
Master of Science (Anti-Aging and Regenerative Science)
: M.Sc. (Anti-Aging and Regenerative Science)

4. หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาตจวิทยา
ชื่อปริญญา และสาขาวิชา

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ตจวิทยา) : ปร.ด. (ตจวิทยา)
Doctor of Philosophy Program in Dermatology (Dermatology)
: Ph.D. (Dermatology)

5. หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ
ชื่อปริญญา และสาขาวิชา

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (เวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ)
: ปร.ด. (เวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ)
Doctor of Philosophy Program (Anti-Aging and Regenerative Medicine)
: Ph.D. (Anti-Aging and Regenerative Medicine)

6. หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิทยาศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ
ชื่อปริญญา และสาขาวิชา

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (วิทยาศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ)
: ปร.ด. (วิทยาศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ)
Doctor of Philosophy Program (Anti-Aging and Regenerative Science)
: Ph.D. (Anti-Aging and Regenerative Science)

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม

36/87-88 ตึก PS tower ชั้น 25 ถ.อโศกมนตรี สุขุมวิท 21 คลองเตยเหนือ วัฒนา กทม. 10110

โทรศัพท์: 02-6644361 เว็บไซต์: www.mfu.ac.th/school/anti-aging

Facebook: [@mfu.anti.aging](https://www.facebook.com/mfu.anti.aging)



Bio-Oil ภูมิแพ้แนะนำ Bio-Oil Dry Skin Gel
เจลเพื่อการดูแลผิวแห้งกร้านโดยเฉพาะ
หาซื้อได้ที่ร้านค้าชั้นนำที่มีวางจำหน่าย Bio-Oil ทั่วประเทศ
ข้อมูลเพิ่มเติมที่ bio-oil.com