



จุลสารชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย

Bulletin of The Thalassemia Club of Thailand

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 ISSN 1513 Vol. 33 No.2 July - December 2024

พิธีทำบุญตักบาตร

วันที่ 4 ธันวาคม 2567 อ. นพ.ชนินทร์ ลิมวงศ์ และ รศ. พญ.กฤษสไบ สรรพกิจ พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่ศูนย์ธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลศิริราชและเจ้าหน้าที่มูลนิธิธาลัสซีเมียฯ ร่วมพิธีทำบุญตักบาตรถวายพระราชกุศล เนื่องในวันคล้าย บรมราชสมภพ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร วันชาติ และวันพ่อแห่งชาติ 5 ธันวาคม 2567 ณ บริเวณพระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก โรงพยาบาลศิริราช



บริจาคเงินเข้ากองทุนศิริราชมูลนิธิ

วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 คุณสายพิน พหลโยธิน ศ.คลินิก นพ.ธัญชัย สุระ และ รศ. พญ.กัลป์สไบ สรรพกิจ เป็นผู้แทนกรรมการมูลนิธิธาลัสซีเมียฯ บริจาคเงินจำนวน 100,000.00 บาท เข้าศิริราชมูลนิธิ เพื่อกองทุนโรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมียในเด็ก D000997 และคุณสายพิน พหลโยธิน ร่วมบริจาคเงินส่วนตัว จำนวน 300,000.00 บาท เพิ่มเติม เข้ากองทุนนี้ด้วย



งานสวดพระอภิธรรม ศ.เกียรติคุณ พญ. ท่านผู้หญิงเพ็ญศรี ภูตระกูล

วันที่ 16 ธันวาคม 2567 มูลนิธิธาลัสซีเมียฯ ร่วมเป็นเจ้าภาพงานสวดพระอภิธรรม ศ.เกียรติคุณ พญ. ท่านผู้หญิงเพ็ญศรี ภูตระกูล ณ ศาลา 100 ปี วัดชลประทานรังสฤษฎ์ พระอารามหลวง อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยมี ศ.เกียรติคุณ นพ.สุทัศน์ ฟูเจริญ คุณสายพิน พหลโยธิน รศ. พอ. นพ.กิตติ ต่อจรัส รศ. พญ.กัลป์สไบ สรรพกิจ และ ดร. นพ.กิตติพงศ์ ไพบูลย์สุขวงศ์ เป็นผู้แทนมูลนิธิฯ โดยมีกำหนดงานพระราชทานเพลิงศพ ในวันที่ 18 ธันวาคม 2567



พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว			
สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ			
พระราชทานเพลิงศพ พระราชทานเพลิงศพ			
ท่านผู้หญิงเพ็ญศรี ภูตระกูล อายุ 86 ปี			
พิธีในพระเมรุมาศราชวราวุธ 3 วัน วันที่ 13-15 ธ.ค. 2567			
เช้า	เวลา 08.00 น.	เวลา 10.00 น.	เวลา 12.00 น.
วันที่ 16 ธ.ค. 67	เวลา 08.00 น.	เวลา 10.00 น.	เวลา 12.00 น.
วันที่ 17 ธ.ค. 67	เวลา 08.00 น.	เวลา 10.00 น.	เวลา 12.00 น.
วันที่ 18 ธ.ค. 67	เวลา 08.00 น.	เวลา 10.00 น.	เวลา 12.00 น.
เวลา 13.00 น.	เวลา 14.15 น.	เวลา 15.00 น.	เวลา 16.00 น.
สถานที่จัดงาน: วัดชลประทานรังสฤษฎ์ พระอารามหลวง อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี			
ติดต่อ: โทร. 083-358534 (นีน)			





เนื้อหาภายในจุลสารฯ ฉบับนี้ ล้วนแล้วแต่มีบทความเน้นความรู้คัดสรรมาให้ท่านสมาชิกธาลัสซีเมียอ่านกันเช่นเดิม เริ่มต้นด้วยบทความ “สรุปความรู้เกี่ยวกับสเต็มเซลล์ทางการแพทย์ที่ประชาชนทั่วไปควรรู้” โดย ดร. นายแพทย์ศุภชัย เอกวัฒนกิจ, “ภาวะโลหิตจาง” โดย อาจารย์ ดร. นายแพทย์อาจรบ คูหาภินันท์, “การตรวจวินิจฉัยพันธุกรรมของตัวอ่อนระยะก่อนฝังตัว (Preimplantation genetic diagnosis, PGD)” โดย อาจารย์ นายแพทย์ชนินทร์ ลิ้มวงศ์, “มารู้จักไวรัสตับอักเสบบีและซีกัน” โดย รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิวะพร ไชยนุวัติ และบทความ “ข้อควรรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ” โดย รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรพรรณ กุ้มานะชัย เห็นไหมครับ!!! แค่อ่านเกริ่นนำก็น่าสนใจแล้วใช่มั้ยครับ

สุดท้ายนี้ ผมอยากขอให้ชาวราศีชีเมีย ท่านสมาชิกและคุณผู้อ่าน รักษาสุขภาพให้แข็งแรงปลอดภัย ดูแลเรื่องสุขอนามัย อาหารการกิน การเป็นอยู่ พยายามหลีกเลี่ยงและห่างไกลจากภัยอันตรายนะครับ สวัสดีครับ

W. M.

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิพร วิประกษิต

บรรณาธิการ





สารบัญ

1

บรรณาธิการแถลง

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิพร วิประกษิต

3

สรุปความรู้เกี่ยวกับสเต็มเซลล์ทางการแพทย์ที่ประชาชนทั่วไปควรรู้

ดร. นายแพทย์ศุภชัย เอกวัฒนกิจ

10

ภาวะโลหิตจาง

อาจารย์ นายแพทย์ชนินทร์ ลิ้มวงศ์

13

การตรวจวินิจฉัยพันธุกรรมของตัวอ่อนระยะก่อนฝังตัว (Preimplantation genetic diagnosis, PGD)

อาจารย์ นายแพทย์ชนินทร์ ลิ้มวงศ์

17

มารู้จักไวรัสตับอักเสบบีและซีกัน

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิวะพร ไชยน์วดี

23

ข้อควรรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรพรรณ กุ้มานะชัย





..สรุปความรู้เกี่ยวกับ..

สเต็มเซลล์ทางการแพทย์ ที่ประชาชนทั่วไปควรรู้

ดร. นพ.ศุภชัย เอกวัฒนกิจ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ภาพ: freepik

ในปัจจุบันการตื่นตัวของกระแสสังคมเรื่องสเต็มเซลล์ทางการแพทย์กำลังเป็นเรื่องฮอตฮิตที่หลาย ๆ คนให้ความสนใจ ปัญหาคือ มีข้อมูลและการโฆษณามากมายในอินเทอร์เน็ต ในคลิบ ในสื่อข่าวต่างๆ แต่ข้อมูลเหล่านี้จะบางที่บางที่เป็นข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้อง วันนี้มาหาคำตอบด้วยกันครับ โดยผมจะสรุปเป็นข้อย่อย ๆ ให้อ่านเข้าใจง่ายเพื่อให้ผู้อ่านบทความนี้ทุกท่านจะได้มีความรู้ความเข้าใจติดตัวไปใช้ตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิดครับ เพราะทุกวันนี้ผลิตภัณฑ์และการรักษาด้วยสเต็มเซลล์เป็นสิ่งที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายมากขึ้นชนิดที่หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องนั้นตรวจสอบติดตามไม่ทันกันเลยทีเดียว ประชาชนในฐานะผู้บริโภคจึงควรมีความรู้ที่ถูกต้องไว้เป็นเกราะป้องกันตนเองครับ

1 สเต็มเซลล์หรือเซลล์ต้นกำเนิดคือ เซลล์ที่มีชีวิตที่มีคุณสมบัติสำคัญ 3 ประการ คือ ไม่มีหน้าที่ที่จำเพาะในร่างกาย (หมายถึงไม่ได้ทำหน้าที่เฉพาะทางเหมือนเซลล์ในอวัยวะต่าง ๆ) มีความสามารถเพิ่มจำนวนตัวเองได้เรื่อยๆโดยไม่เปลี่ยนคุณสมบัติดั้งเดิมของตัวเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองให้กลายเป็นเซลล์ปลายทางที่มีหน้าที่จำเพาะได้

คำถามชวนให้คิด: แล้วผลิตภัณฑ์ที่โฆษณาว่าเป็นครีมสเต็มเซลล์เป็นสเต็มเซลล์จริงหรือไม่
ข้อเท็จจริง: เนื่องจากสเต็มเซลล์เป็นเซลล์มีชีวิตจึงไม่สามารถนำมาแบ่งใส่กล่องแล้วตั้งไว้ที่แผงขายสินค้าได้ เพราะสเต็มเซลล์จะตายก่อน ไม่เหลือฤทธิ์ที่จะใช้รักษาอะไรได้ ดังนั้นเมื่อทราบข้อเท็จจริงนี้แล้วประชาชนผู้บริโภคจะได้ไม่ถูกผู้ขายสินค้าเอาเปรียบจากข้อมูลที่ไม่เป็นจริง

2 สเต็มเซลล์สามารถจำแนกออกตามความสามารถในการเปลี่ยนแปลงตัวเองไปเป็นเซลล์หรือเนื้อเยื่อปลายทางที่แตกต่างกันได้ 2 กลุ่มหลัก กลุ่มแรกคือสเต็มเซลล์ที่มีความสามารถสูงสุดสามารถเปลี่ยนแปลงไปเป็นสิ่งมีชีวิต (เป็น คน) ได้ (pluripotent stem cell) นั่นคือสเต็มเซลล์ที่เกิดจากการผสมระหว่างเซลล์อสุจิกับเซลล์ไข่ อันเป็นจุดกำเนิดของชีวิตนั่นเอง ศัพท์เฉพาะเรียกว่าเอ็มบริโอนิคสเต็มเซลล์ (embryonic stem cell) หรือชื่อย่อคือ ES cell (อีเอสเซลล์) เซลล์ชนิดนี้แม้จะมีศักยภาพสูงมากน่าจะเหมาะกับการนำมาใช้ทางการแพทย์ แต่ในอดีตเมื่อนำมาใช้ศึกษาทดลองพบว่า มันก่อให้เกิดเนื้องอกชนิด teratoma (เทอราโทมา) ที่เคยมีข่าวว่าเนื้องอกชนิดนี้เป็นก้อนเนื้องอกที่มีส่วนประกอบของ

อวัยวะหลายอย่างอยู่ภายใน ทั้งเส้นผม เล็บ ฟัน กระดูก เพราะร่างกายไม่สามารถหยุดยั้งการทำงานของ ES cells ได้ นั่นเอง นอกจากนี้ยังถือว่าการใช้ ES cells เป็นการผิดจริยธรรมอย่างรุนแรงเพราะเป็นการทำลายชีวิตใหม่ที่เกิดขึ้นมา จึงผิดกฎหมายที่จะนำมาใช้นั่นเอง กลับมาที่สเต็มเซลล์กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการเปลี่ยนเป็นเนื้อเยื่อ ปลายทางที่จำกัด ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งมีชีวิตทั้งชีวิตได้ (multipotent stem cell) เป็นเซลล์ที่ปัจจุบันนำมาใช้ในการแพทย์ โดยชนิดที่สำคัญและมีการศึกษาวิจัยจำนวนมาก 2 ชนิด คือ เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (hematopoietic stem cell หรือ HSC) และสเต็มเซลล์ชนิดมีเซนไคม์ (mesenchymal stem cell หรือ MSC) นอกจากสเต็มเซลล์ทั้งสองชนิดนี้แล้วยังมีสเต็มเซลล์ชนิดย่อยอีกมากมายที่มีการศึกษาวิจัยและมีชื่อเรียกที่จำเพาะแยกย่อยลงไปอีกแต่ผู้เขียนจะขอไม่กล่าวถึงในที่นี้

คำถามชวนให้คิด: โฆษณาที่พูดถึงผลิตภัณฑ์ที่ใช้ ES cells ก็เป็นสิ่งที่ผิดใช่หรือไม่

ข้อเท็จจริง: หากพบโฆษณาผลิตภัณฑ์ใดที่อ้างว่าเป็นผลิตภัณฑ์ ES cells แสดงว่าเป็นของที่ผิดกฎหมาย และผู้ขายผลิตภัณฑ์ไม่มีจรรยาบรรณทางการแพทย์เพราะนำสิ่งที่เกิดโทษร้ายแรงกับผู้ใช้มาโฆษณาในการรักษา

3 สำหรับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดนั้น ผู้อ่านทุกท่าน ที่รู้จักโรคธาลัสซีเมียคงเคยได้ยินได้ฟังมาก่อนแล้ว สเต็มเซลล์ชนิดนี้ใช้ในการรักษาโรคเลือดเป็นหลัก ซึ่งได้แก่กลุ่มโรคเม็ดเลือด มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งชนิดก้อน (solid tumor) บางชนิด โรคไขกระดูกเสื่อม โรคไขกระดูกฝ่อ รวมถึงโรคทางพันธุกรรมที่สำคัญในประเทศไทยคือโรคธาลัสซีเมีย ทั้งนี้ผลการศึกษาวิจัยในอดีตทำให้ทราบว่าในกลุ่มโรคที่แตกต่างกันการเลือกแหล่งที่มาของเซลล์ต้นกำเนิดให้ผลการรักษาที่แตกต่างกันออกไป โดยหลักการคร่าวๆแล้วกลุ่มโรคเม็ดเลือดหรือโรคที่มีความผิดปกติของไขกระดูก หรือการสร้างเม็ดเลือด (เช่นธาลัสซีเมีย) นั้นจะใช้เซลล์ต้นกำเนิดจากผู้บริจาคที่มีความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ (HLA matched) แต่ก็มีข้อยกเว้นในบางโรค เช่นโรคเม็ดเลือดขาวชนิดมัยอีโลมา ที่ข้อมูลการศึกษาพบว่าการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้สเต็มเซลล์ของผู้ป่วยเองนั้นให้ผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีกว่า เช่นเดียวกับในโรคเม็ดเลือดต่อมน้ำเหลือง นอกจากนี้การศึกษาระยะหลังพบว่าการเลือกใช้เซลล์ต้นกำเนิดที่มีความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อไม่สมบูรณ์ (partially HLA matched) อาจมีประโยชน์ในการควบคุมโรคเม็ดเลือดดีขึ้น แต่ก็ต้องแลกมากับภาวะแทรกซ้อนที่อาจรุนแรงได้มากเช่นกัน

คำถามชวนให้คิด: แล้วทำไมถึงไม่ทำการปลูกถ่ายไขกระดูกในคนไข้ธาลัสซีเมียทุกราย

ข้อเท็จจริง: การปลูกถ่ายไขกระดูกในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียนั้น แม้จะทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคได้ก็จริง แต่ก็มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงระหว่างและหลังกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูกซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ และอาจมีผลข้างเคียงระยะยาวภายหลังการได้รับเคมีบำบัดในกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูก รวมทั้งกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูกนั้นอาจล้มเหลว คือเซลล์ผู้บริจาคไม่สามารถเข้าไปแทนที่ของเซลล์ต้นกำเนิดเดิมได้ ดังนั้นในปัจจุบันข้อบ่งชี้ที่ใช้ในการเลือกผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูกจึงมีเพียงผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการรุนแรงเท่านั้น และเป็นผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 20 ปีลงไป เพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการรับเลือดผู้อื่นมาเป็นเวลานานอันส่งผลให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อทำให้อัตราความสำเร็จของการรักษาลดลงได้



4 แหล่งที่มาของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่ใช้ในการปลูกถ่ายไขกระดูกนั้นแบ่งได้เป็น 3 แหล่งคือจากเลือดสายสะดือของเด็กทารกแรกเกิด (สายสะดือมั้งที่ติดกับรก) จากไขกระดูกโดยตรง และจากหลอดเลือดใหญ่ (เช่น เส้นเลือดใหญ่ที่บริเวณเหนือไหปลาร้า) โดยวิธีจัดเก็บจากหลอดเลือดใหญ่นั้นต้องใช้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาวร่วมด้วยเพื่อกระตุ้นให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดออกมาจากไขกระดูก ทั้งนี้ปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดแหล่งที่มาของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในการรักษาโรคต่างๆ คือ ข้อมูลผลการรักษาจากการศึกษาวิจัยว่าแหล่งใดให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ปริมาณของเซลล์ต้นกำเนิดที่จัดเก็บได้เพียงพอต่อการทำกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูก

คำถามชวนให้คิด:

ข้อเท็จจริง:

การจัดเก็บเซลล์ต้นกำเนิดจากเลือดสายสะดือของทารกแรกเกิดยังมีประโยชน์จริงหรือไม่ เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่จัดเก็บได้จากเลือดสายสะดือของทารกแรกเกิดนั้นมีข้อจำกัดที่สำคัญคือปริมาณของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่จัดเก็บได้มีจำนวนน้อยมักจะไม่เพียงพอต่อการนำมาใช้ในกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูก (ปริมาณที่ใช้ขึ้นกับน้ำหนักตัวของผู้ป่วย) และข้อมูลผลการศึกษาวิจัยในช่วงหลังพบว่าปริมาณที่น้อยนั้นส่งผลให้ผลลัพธ์ของการรักษาดีกว่าแหล่งอื่น ความนิยมในการนำมาใช้รักษาของโลหิตแพทย์ทั่วโลกจึงมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ อย่างไรก็ตามในยุคสมัยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยขั้นวิกฤตในอนาคตอันใกล้ก็อาจทำให้จำนวนผู้บริจาคสเต็มเซลล์มีปริมาณลดลง โอกาสที่จะหาเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจากผู้บริจาคที่มีเนื้อเยื่อเข้ากันได้ก็จะน้อยลงตาม โดยโอกาสที่จะพบผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่มีเนื้อเยื่อเข้ากันได้จากสภากาชาดไทยปัจจุบันอยู่ที่ 1 ใน 50,000 ถึง 1 ใน 100,000 (แถมว่าตัวเลขจะเปลี่ยนไปพอสมควรในอนาคต) ผู้เขียนเห็นว่าหากมีการสนับสนุนให้เกิดธนาคารสเต็มเซลล์จากเลือดสายสะดือก็อาจจะแก้ไขปัญหาในอนาคตอันใกล้นี้ได้ (แต่ก็แลกมาด้วยค่าใช้จ่ายเล็กน้อยในการดูแลระบบ) ดังนั้นการตัดสินใจว่าการเก็บสเต็มเซลล์จากเลือดสายสะดือมีประโยชน์หรือไม่ก็ขึ้นกับมุมมองของแต่ละฝ่าย

5 สำหรับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในอนาคตอันใกล้ อาจมีวิธีรักษามาตรฐานใหม่ให้ใช้ คือการรักษาด้วยยีนบำบัด เป็นวิธีการรักษาใหม่ที่มีมีการนำมาใช้ทางคลินิกในต่างประเทศแล้ว หลักการคือจัดเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดของตนเองนำมาแก้ไขตัดต่อหรือเพิ่มเติมยีน (โกลบินยีน) แล้วนำกลับมาให้ตนเองภายหลังการให้ยาเคมีบำบัด ทั้งนี้การใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดของตนเองทำให้อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาลงไปได้มาก โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการติดเชื้อรุนแรงจากการใช้ยากดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน สำหรับในประเทศไทยนั้นการรักษาด้วยวิธียีนบำบัดยังอยู่ในระหว่างขั้นตอนกระบวนการวิจัย เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่ได้และภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

คำถามชวนให้คิด:

ข้อเท็จจริง:

การรักษาด้วยยีนบำบัด หากผ่านขั้นตอนการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว เหมาะสำหรับผู้ป่วยทุกคนหรือไม่ ในกระบวนการดัดแปลงยีนนั้น โดยเทคโนโลยีปัจจุบันพบว่ายังมีโอกาสเกิดการแก้ไขพันธุกรรมในตำแหน่งที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจส่งผลเสียได้ ซึ่งยังต้องมีการติดตามผลการรักษาระยะยาว รวมทั้งการพัฒนาเทคนิคในการดัดแปลงพันธุกรรมให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงขึ้น นอกจากนี้ในปัจจุบัน ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของไขกระดูกก่อนให้สเต็มเซลล์ที่ปรับพันธุกรรมแล้วยังจำเป็นที่จะต้องมีการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจส่งผลเสียเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้ การพิจารณาตัดสินใจรับการรักษาจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงประโยชน์และความเสี่ยงของการรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องอีกด้วย การรักษาด้วยยีนบำบัดจึงอาจไม่ใช่คำตอบสำหรับผู้ป่วยทุกราย



6 สเต็มเซลล์ชนิดมีเซนไคม์ (ขอเรียกว่า MSC) เป็นเซลล์ต้นกำเนิดที่ค้นพบในยุค 1980s แต่เพิ่งถูกนำมาใช้ศึกษาวิจัยในมนุษย์อย่างแพร่หลายทั่วโลกช่วง 20 ปีหลังจากนั้น จึงถือเป็นเรื่องใหม่มากในวงการแพทย์ของประเทศไทย ความรู้เกี่ยวกับ MSC นั้นไม่ได้ถูกบรรจุอยู่ในหลักสูตรการแพทย์พื้นฐานหรือหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางใดๆ เลย จึงไม่น่าแปลกใจที่ในปัจจุบันแพทย์ไม่ทราบถึงข้อมูลเชิงลึกของเซลล์ต้นกำเนิดชนิดนี้ สำหรับประชาชนทั่วไปยิ่งยากต่อการค้นหาข้อมูลหรือตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยตนเอง เนื่องจากข้อมูลงานวิจัยนั้นอยู่ในฐานข้อมูลนานาชาติและรายงานเป็นภาษาอังกฤษเป็นหลัก ผู้ที่สนใจต้องเข้าค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำค้นเฉพาะทางและชื่อโรคที่ต้องการค้นหา ทั้งนี้การรับรู้เรื่อง MSC ในสังคมไทยอาจจะคุ้นเคยกับโฆษณาทางด้านความงามหรือบางกลุ่มโรคเป็นหลัก เพราะเป็นสิ่งที่มีการนำมาใช้โฆษณาให้เห็นได้หลายช่องทางในปัจจุบัน การขาดกระบวนการตรวจสอบข้อมูลทางคลินิกในการโฆษณาที่ถูกต้องยิ่งทำให้สังคมเกิดการรับรู้เกี่ยวกับ MSC ที่คลาดเคลื่อนและเกิดกระแสต่อต้านในหมู่นักวิชาการที่ไม่ได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตัวเองได้

หากเข้าไปค้นหาข้อมูลในฐานข้อมูล Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) และใช้คำค้นว่า Mesenchymal stem cell ร่วมกับใช้ตัวกรองค้นหาเฉพาะรายงานวิจัยการแพทย์ที่เป็นการศึกษาวิจัยในมนุษย์ (Clinical trial) จะพบข้อมูลรายงานผลงานวิจัยมากกว่า 1100 รายการ ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงความตื่นตัวของการศึกษาวิจัย MSC อย่างไรก็ดีตามการศึกษาส่วนใหญ่ยังอยู่ในระยะต้น คือระยะที่ 1 และ 2 เป็นหลัก มีผลการศึกษาระยะที่ 3 เป็นส่วนน้อย นั้นหมายความว่าข้อมูลผลการรักษาหรือผลข้างเคียงในระยะยาวยังมีข้อมูลที่จำกัด การพิจารณาเลือกใช้ MSC หรือไม่ จำเป็นที่จะต้องชั่งน้ำหนักถึงประโยชน์ที่ได้กับความเสี่ยงจากการรักษานั้นเอง อย่างไรก็ตามในอดีตกระบวนการขึ้นทะเบียนยาใหม่ของหลายประเทศรวมถึงประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในกลุ่มโรคที่ไม่มีการรักษาที่ได้ผลหรือเป็นโรคที่หายาก องค์การอาหารและยาที่เกี่ยวข้องมักอนุโลมให้ใช้ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 นำมาใช้ขึ้นทะเบียนยาได้แบบมีเงื่อนไข เช่น การอนุมัติการใช้ยา Imatinib สำหรับผู้ป่วยโรคเม็ดเลือดขาวเรื้อรัง CML (หมายเหตุ การศึกษาวิจัยในมนุษย์แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 คือการศึกษาวิจัยในอาสาสมัครสุขภาพดีจำนวนคือการการศึกษาวิจัยในอาสาสมัครสุขภาพดีจำนวนน้อย เพื่อทดสอบด้านความปลอดภัยเป็นหลัก ระยะที่ 2 คือการศึกษาวิจัยในอาสาสมัครที่เป็นโรคที่ต้องการศึกษาจำนวนที่มากขึ้น (หลักสิบถึงหลายร้อยราย) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพการรักษา ระยะที่ 3 ศึกษาในผู้ที่ เป็นโรคจำนวนมากขึ้น เพื่อยืนยันผลการรักษาและติดตามข้อมูลด้านความปลอดภัยในช่วงเวลาและจำนวนอาสาสมัครที่มากขึ้น และระยะที่ 4 คือการติดตามข้อมูลภายหลังการขึ้นทะเบียนยาแล้ว)

คำถามชวนให้คิด: ประชาชนจะตรวจสอบข้อมูลได้อย่างไรว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง

ข้อเท็จจริง: เนื่องจากการตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของ MSC อาจทำได้ยากโดยประชาชนทั่วไป สำหรับข้อมูลงานวิจัยในแต่ละโรคนั้น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่สามารถค้นหารายงานฉบับเต็ม (full paper) ได้ โดยเฉพาะในวารสารทางการแพทย์ที่ไม่ต้องเสียค่าสมาชิก ดังนั้นหากประชาชนสนใจการใช้ MSC รักษาโรคใดๆ จึงควรสอบถามถึงข้อมูลจากผลงานวิจัยฉบับเต็มในโรคดังกล่าวจากแพทย์ที่สามารถให้คำแนะนำในการรักษาได้ ซึ่งจะช่วยให้ทราบข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในโรคดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นจำนวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร วิธีการรักษาที่ใช้ ปริมาณที่ใช้ ผลการรักษาและผลข้างเคียง รวมไปถึงระยะเวลาการติดตามผลแต่หากเป็นสื่ออื่นใดที่มีผู้ให้ความรู้ฝ่ายเดียว (แม้จะเป็นแพทย์/นักวิชาการ) โดยไม่เปิดเผยหรืออ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ชัดเจน ข้อมูลเหล่านั้นก็อาจจะไม่ใช่ข้อเท็จจริง และอาจมีข้อคิดเห็นผสมปนเปเข้ามา จึงควรพิจารณาไตร่ตรองให้ถี่ถ้วนว่าข้อมูลเหล่านั้นสามารถเชื่อถือได้หรือไม่

7 การให้การรักษาด้วย MSC ไม่ได้แตกต่างจากการรักษาด้วยเซลล์หรืออวัยวะอื่นใด กล่าวคือ จะต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ ให้รอบคอบถึงประโยชน์ที่ได้กับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ในที่นี้จะกล่าวถึงการลดความเสี่ยงของการรักษา อันเนื่องมาจากการได้รับเซลล์ มีเรื่องที่ต้องคำนึงถึงดังต่อไปนี้

1) แหล่งที่มา จากตนเองหรือจากผู้อื่น

การรับสเต็มเซลล์ MSC ไม่ต่างจากการรักษาโดยการปลูกถ่ายอวัยวะ หมายความว่าหากมีเซลล์ใดเมื่อเข้าสู่ร่างกาย เซลล์ภูมิคุ้มกันในร่างกายจะมีหน้าที่ตรวจสอบ (เหมือนทหารหรือตำรวจลาดตระเวน) ว่าเซลล์ที่ตรวจพบนั้นเป็นเซลล์ของตนเองหรือเป็นเซลล์อื่นๆ ในกระบวนการนี้ร่างกายอาศัยโปรตีนที่อยู่บนผิวเซลล์ที่เรียกว่า HLA (Human Leukocyte Antigen) ที่สร้างมาจากกลุ่มยีนชื่อ MHC molecules (Major histocompatibility complex) ถึงแม้ชื่อจะแปลตรงตัวว่าโปรตีนของเม็ดเลือดขาว แต่จริงๆ แล้วมันสื่อถึงโปรตีนที่เม็ดเลือดขาวใช้ในการตรวจสอบคุณสมบัติของเซลล์

การแสดงออกของ HLA ที่ผิวเซลล์นั้นมีความหลากหลายมาก เพราะเกิดจากการผสมผสานระหว่างชนิดย่อยหลายชนิดเข้าด้วยกัน เปรียบเสมือนการเลือกเครื่องแต่งกายหลายอย่างให้เข้าชุดกัน ทำให้ร่างกายสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นเซลล์ของตนเองหรือไม่ กล่าวโดยง่าย HLA มีกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม (HLA class I, II และ III) โดย HLA class I เป็นโปรตีนที่สำคัญที่แสดงออกที่ผิวเซลล์เกือบทุกเซลล์ที่มีนิวเคลียส (เม็ดเลือดแดงไม่มีนิวเคลียส การตรวจความเข้ากันได้จึงตรวจแค่ “หมู่เลือด” ไม่ต้องตรวจ HLA) สำหรับ MSC นั้นก็พบว่า HLA class I ในปริมาณที่สูงเช่นกัน (Le Blanc K, et al. Exp Hematol. 2003;31(10):890-6.) แต่มักมีคนเข้าใจผิดว่าไม่มี อาจจะเป็นเพราะการกำหนดนิยามคุณสมบัติของ MSC ที่ระบุว่า ไม่มีการแสดงออกของ HLA-DR ซึ่งเป็นชนิดย่อยของ HLA class II และคุณสมบัติที่พบว่า MSC เมื่อให้ในสัตว์ทดลองไม่พบมีปฏิกิริยาต่อต้านอวัยวะชนิด GVHD (Graft Versus Host Disease) จึงมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนอันนำไปสู่การสอนความรู้ที่ผิดมหันต์ในวงการแพทย์(ทางเลือก)ไทย หากร่างกายได้รับเซลล์จากผู้อื่น โดยเป็นเซลล์ที่ร่างกายยังไม่เคยพบชนิดย่อยของ HLA ชนิดนั้นมาก่อน เมื่อเซลล์ใดๆ ในร่างกายหมดอายุ (ตาย) ซากเซลล์จะถูกจับกินโดยเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (เหมือนรถเก็บขยะจัดเก็บขยะไปกำจัดทิ้ง) ในกระบวนการจับกินนั้น โปรตีนต่างๆ จะถูกย่อยเป็นชิ้นเล็กๆ และนำเสนอให้เซลล์ภูมิคุ้มกันตรวจสอบ เรียกว่า antigen presentation หากพบโปรตีนที่ไม่ได้มาจากเซลล์ของตนเองจะเกิดการกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกัน ในกรณีนี้จะเกิดภูมิคุ้มกันชนิด anti-HLA antibody และภูมิคุ้มกันชนิดที่เซลล์ (cytotoxic T cell) ภูมิคุ้มกันทั้งสองชนิดนี้เองที่ทำให้ร่างกายเราสามารถป้องกันตนเองจากสิ่งแปลกปลอมที่ได้รับเข้าสู่ร่างกายซ้ำในภายหลังได้ สำหรับในกระบวนการรักษาการปลูกถ่ายอวัยวะนั้นปฏิกิริยาต่อต้านดังกล่าวเป็นสิ่งที่แพทย์ไม่ยากให้เกิดขึ้น เพราะจะทำให้เกิดการต่อต้านหรือปฏิกิริยาการทำลายที่รุนแรง และอาจเสียชีวิตได้นอกจากเรื่องความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อแล้ว ยังมีประเด็นในเรื่องโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อจากคนสู่คนหากได้รับเซลล์จากคนอื่น เพราะกระบวนการคัดกรองเชื้อโรคที่ทำการตรวจคัดกรองในประเทศไทยนั้นมักจะตรวจหาเฉพาะเชื้อสำคัญที่พบบ่อย เช่น เชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี เชื้อไวรัสเอชไอวี ซิฟิลิส เป็นต้น

2) แหล่งที่มา มาจากมนุษย์หรือสัตว์อื่น

MSC ที่มาจากสิ่งมีชีวิตอื่นนั้น มีอันตรายซ่อนเร้นที่รุนแรงมากที่เราอาจคาดไม่ถึง นอกเหนือไปจากเรื่อง anti-HLA ที่พบได้ไม่ต่างจากในคนยังรวมไปถึงปัญหาการปนเปื้อนเชื้อโรค เช่นเป็นพาหะนำเชื้อโรคจากสัตว์สู่คน ยกตัวอย่างเช่นเชื้อวัณโรค เป็นต้น



3) กระบวนการเพาะเลี้ยงสเต็มเซลล์

ทำในสถานที่ปลอดเชื้อมีความสะอาดเพียงพอหรือไม่ กระบวนการเหมาะสมลดโอกาสปนเปื้อนหรือไม่ สิ่งเหล่านี้สามารถดำเนินการให้เป็นมาตรฐานสากลได้ผ่านทางมาตรฐานการผลิตยา ที่เรียกว่า มาตรฐาน GMP (Good Manufacturing Practice) ซึ่งควบคุมโดยองค์การอาหารและยา นอกจากนี้สารหรือน้ำยาที่ใช้ในการเพาะเลี้ยง ควรปราศจากสิ่งที่มีจากสัตว์ (Xeno free) เพื่อลดการปนเปื้อน

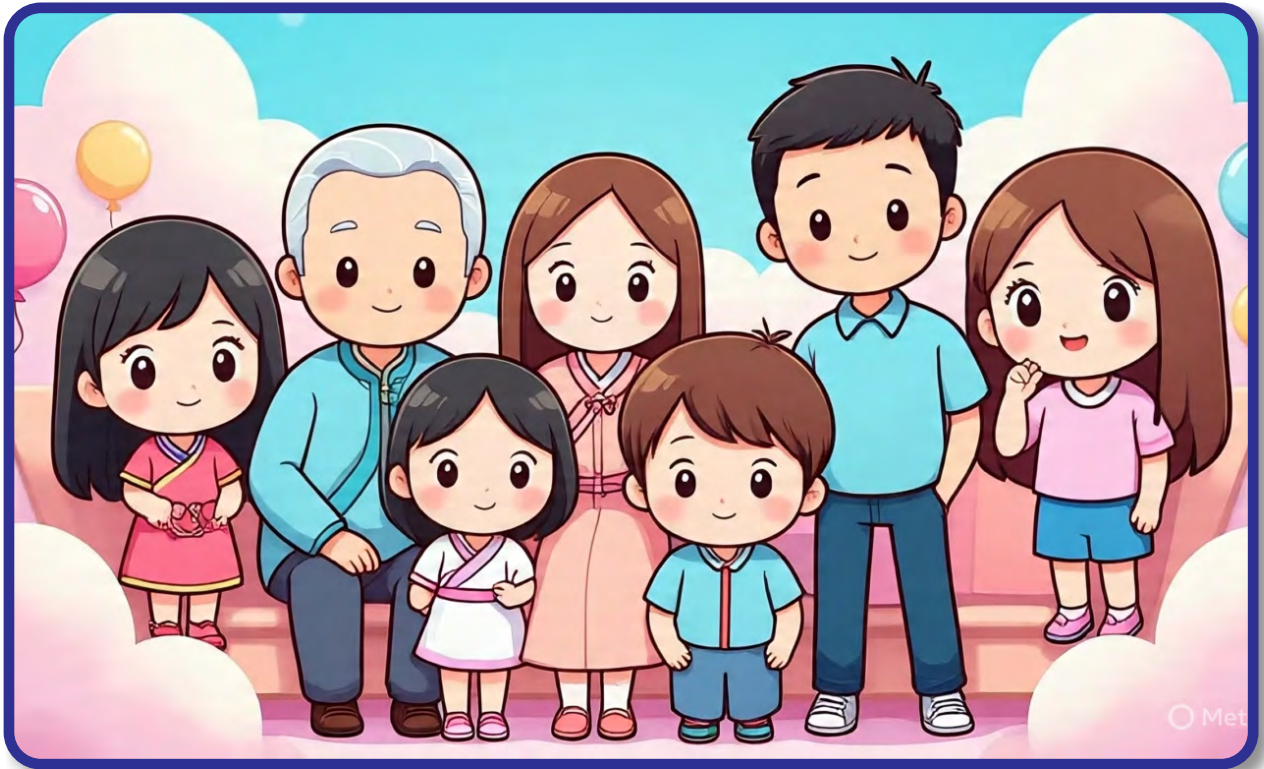
4) คุณสมบัติของสเต็มเซลล์ที่เพาะเลี้ยงได้

มีการตรวจสอบด้านคุณภาพของ MSC ก่อนการใช้งาน ได้แก่ คุณสมบัติทางกายภาพของเซลล์ โดยดูรูปร่างของเซลล์ การตรวจวัดโปรตีนที่ผิวเซลล์ว่าเป็นไปตามข้อกำหนดโดยการตรวจวัดโปรตีนที่ผิวเซลล์ว่าเป็นไปตามข้อกำหนดของ MSC ด้วยเทคนิค flow cytometry คุณสมบัติความเป็นสเต็มเซลล์ในหลอดทดลอง การตรวจด้านความปลอดภัยทั้งการตรวจหาเชื้อปนเปื้อนและตรวจพันธุกรรมของสเต็มเซลล์ โดยการตรวจพันธุกรรมนั้นเป็นการตรวจที่สำคัญในกระบวนการเพิ่มจำนวนเซลล์ เนื่องจากเซลล์ที่แบ่งตัวเพิ่มจำนวนมีโอกาสเกิดความผิดพลาดระดับพันธุกรรมขึ้น ไม่สามารถระบุได้จากรูปร่างหน้าตาของเซลล์

คำถามชวนให้คิด: การใช้สเต็มเซลล์ MSC จากผู้อื่นมีผลเสียอย่างไรบ้าง
ข้อเท็จจริง: ผลเสียในการได้รับ MSC จากผู้อื่น อาจแบ่งได้เป็นระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นอาจเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อโรคที่ไม่ได้ผ่านการตรวจคัดกรอง ผลเสียในระยะยาวที่สำคัญ คือการเกิดภูมิคุ้มกันต่อต้าน HLA ซึ่งจะเห็นผลได้ในภายหลังอาจจะหลาย 10 ปี เมื่อผู้รับการรักษาไปเป็นผู้บริจาคเลือด หรือรับบริจาคส่วนประกอบของเลือด ซึ่งในกรณีนี้ผู้รับและผู้ให้จะมี HLA - anti-HLA antibody/cytotoxic T cell ที่ตรงกันจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันที่รุนแรงเกิดการรวมตัวกันของเม็ดเลือดขาวในเส้นเลือดฝอยขนาดเล็กที่เนื้อเยื่อต่างๆ จนอาจเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังอาจมีผลเสียระยะยาวที่ยังไม่มีข้อมูลในปัจจุบัน เช่น ความเสี่ยงทางด้านพันธุกรรมจากเซลล์ที่ได้รับ เป็นต้น

คำถามชวนให้คิด: ในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถเลือกใช้ MSC ในการรักษาโรคได้หรือไม่
ข้อเท็จจริง: เนื่องจากการรักษา MSC ยังไม่ถูกนับเป็นการรักษามาตรฐานในประเทศไทย ในปัจจุบันทางกฎหมายยังไม่อนุญาตให้ดำเนินการรักษาด้วยสเต็มเซลล์นอกเหนือจากชนิดที่ประกาศแพทยสภาที่อนุญาตให้ใช้ คือเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด และเซลล์ต้นกำเนิดและเซลล์ต้นกำเนิดโรคทางกระดูกและผิวหนัง ส่วนการรักษาด้วยสเต็มเซลล์ชนิดอื่นจะต้องทำเป็นโครงการวิจัย หรืออาจทำได้ภายใต้ข้อตกลงระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเฉพาะบุคคล (compassionate use) ทั้งนี้กระบวนการผลิตสเต็มเซลล์ จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดโดยกฎหมายควบคุมการผลิต ซึ่งรายละเอียดทางกฎหมายของประเทศไทยยังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการพัฒนาวិธีการที่เหมาะสมในการนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดของประเทศไทยต่อไป





ภาพ: Meta AI

”

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่ากระแสสังคมเรื่องสเต็มเซลล์ จะไม่ได้เป็นเพียงกระแสลมที่พัดมาแล้วก็ผ่านไป แต่จะนำไปให้ทุกฝ่ายหันมาให้ความสนใจพัฒนาการใช้สเต็มเซลล์อย่างจริงจัง เพื่อต่อยอดพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลรักษาประชาชนหรือคนในภูมิภาค โดยที่ประชาชนเองก็สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยอาศัยความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องรอบด้าน เพื่อให้สามารถตัดสินใจร่วมกันในการเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองและครอบครัวต่อไป

“

ภาวะโลหิตจาง

อาจารย์ ดร. นายแพทย์อาจรบ คูหาภินันท์
จากหนังสือเรื่องหมอย คิษย์พ่อเล่า หน้า 150-153

ภาพ: Meta AI

โลหิตจางคืออะไร

ภาวะโลหิตจางหรือภาวะเลือดจาง เป็นคำพูดที่หลายๆ ท่านคงเคยได้ยินมาบ้าง โดยเฉพาะท่านสุภาพสตรีที่ได้มีโอกาสไปรับการตรวจสุขภาพตามโรงพยาบาลต่างๆ เมื่อได้รับฟังจากแพทย์แล้วหลายท่านคงกังวล ที่สำคัญคือไม่ทราบว่าภาวะนี้หมายความว่าอะไร ในที่นี้จะขออธิบายแบบง่ายๆ ให้ทุกท่านทราบกัน อันที่จริงนั้น เลือดของมนุษย์เราจะมียอดประกอบง่ายๆ ที่สำคัญอยู่ 2 อย่าง ก็คือ เม็ดเลือดกับน้ำเลือด เม็ดเลือดเองก็มีการแบ่งเป็น 3 แบบ คือ แบบแรกเม็ดเลือดแดงซึ่งทำให้เลือดเรามีสีแดง มีหน้าที่จับออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย แบบที่สองคือเม็ดเลือดขาว มีหน้าที่ไปกำจัดเชื้อโรคต่างๆ ที่เข้ามาในร่างกายเรา และแบบสุดท้ายคือ เกล็ดเลือด ซึ่งเอาไว้ช่วยทำให้เลือดของเราหยุดไหลไม่ออกจากร่างกายเวลามีบาดแผล เวลาพูดถึงโลหิตจางหรือเลือดจาง แพทย์ก็จะหมายความว่าเม็ดเลือดแดงซึ่งในเม็ดเลือดนี้ก็จะมีส่วนที่ทำให้เกิดสีแดง เรียกว่า ฮีโมโกลบิน เจ้าตัวนี้แหละที่เมื่อปริมาณลดลงก็จะทำให้เกิดภาวะโลหิตจางหรือเลือดจางนั่นเอง

โลหิตจางเกิดได้จากสาเหตุใดบ้าง

เจ้าสารฮีโมโกลบินที่กล่าวถึงนี่เอง ประกอบด้วยโปรตีนที่เรียกว่า โกลบิน และธาตุเหล็ก ความผิดปกติใดๆ กับปัจจัยทั้งสองอย่างนี้อาจทำให้ปริมาณหรือคุณภาพของสารฮีโมโกลบินนั้นผิดปกติหรือลดลงได้ ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดเลือดจางก็คือการสูญเสียเลือดออกจากร่างกายอย่างเรื้อรังนั่นเอง การเสียเลือดก็เท่ากับการสูญเสียธาตุเหล็ก ทำให้เรียกโลหิตจางชนิดนี้ว่า โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สาเหตุของการเสียเลือดเรื้อรังมักขึ้นกับปัจจัยหลายๆ อย่าง เช่น อายุ และเพศ ที่พบบ่อยมากที่สุดก็พบในสตรีวัยที่ยังมีประจำเดือนออกทุกเดือน บางครั้งก็จะมีเลือดออกจำนวนมากอย่างเรื้อรังนานๆ เข้าก็เท่าทันกับเกิดโลหิตจางชนิดนี้ได้ สำหรับบุรุษและสตรีวัยหมดประจำเดือนแล้ว มักพบเหตุเลือดออกเรื้อรังจากทางเดินอาหารเป็นส่วนใหญ่ สาเหตุก็มีหลายอย่าง เช่น การมีแผลเรื้อรังในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้ หรือการเกิดพเนื้องอกหรือมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร แล้วก้อนมะเร็งนั้นมีแผล หรือเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงมะเร็งมีการฉีกขาดก็มีเลือดออกเรื้อรังได้ นอกจากนี้ในท่านที่มีภาวะท้องผูกเรื้อรัง ต้องเบ่งอุจจาระบ่อยครั้ง ก็อาจเกิดภาวะเส้นเลือดที่ทวารหนักโป่งพอง และเกิดแผลมีเลือดออกเวลาถ่ายอุจจาระได้ ที่เรียกกันว่า รีดสีดวงทวารนั่นเอง



อย่างไรก็ตาม เหตุของเลือดจางก็มีเรื่องอื่นๆ อีกมาก กรณีที่ไม่พบว่าเป็นจากการเสียเลือดเรื้อรัง ก็ต้องคิดถึงเหตุอื่นๆ เช่น เป็นโรคไตเรื้อรัง ทำให้การสร้างเม็ดเลือดน้อยลง มีภาวะเม็ดเลือดแดงแตก มีการทำงานของโรงงานสร้างเลือดที่เรียกว่าไขกระดูกผิดปกติไป เช่น การเกิดโรคไขกระดูกฝ่อ เลือดหรือเกิดเป็นมะเร็งเม็ดเลือด ซึ่งจำเป็นต้องรับการตรวจพิเศษอื่นๆ โดยต้องอาศัยความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคเลือดหรือโลหิตแพทย์ต่อไป

ทำอย่างไรถ้าตรวจพบว่าโลหิตจาง

เมื่อแพทย์ตรวจพบภาวะโลหิตจางจะทำการถามประวัติของท่านอย่างละเอียด ตรวจร่างกาย และตรวจดูลักษณะของเม็ดเลือดแดงเพื่อแยกสาเหตุของโลหิตจาง ถ้าสงสัยว่าเป็นโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ก็มักจะซักถามประวัติต่าง ๆ ที่อาจบ่งชี้ถึงการเสียเลือดเรื้อรังเหล่านี้ ถ้าพบหรือสงสัยก็อาจดำเนินการตรวจต่างๆ เช่น การส่งอุจจาระไปตรวจ การส่องกล้องเข้าไปในระบบทางเดินอาหาร หรือตรวจหาไรต์สตีว หรือแม้แต่ส่งไปตรวจภายในทางสูภาพสตรีในกรณีที่สงสัยภาวะประจำเดือนออกมากผิดปกติ เมื่อพบสาเหตุก็จะดำเนินการแก้ไขให้ตรงจุด ตรงประเด็น และระหว่างที่มีการตรวจเหล่านั้น ก็จะต้องดำเนินการรักษาไปด้วยพร้อมๆ กันโดยการให้รับประทานยาที่มีธาตุเหล็กเป็นองค์ประกอบ จะสังเกตได้ว่ายาเหล่านี้มักมีสีน้ำตาลหรือน้ำตาลเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ก็มักจะแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์ที่มีสีแดงจากเลือด ตับ เลือดสัตว์ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายสามารถเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็กได้มากขึ้น และให้หลีกเลี่ยงอาหารที่อาจทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กลดลง เช่น ชา กาแฟ

ถ้าแพทย์สงสัยว่าโลหิตจางเกิดจากสาเหตุอื่น ก็จะส่งตรวจพิเศษต่อไป เช่น การตรวจดูว่าเม็ดเลือดแดงมีการแตกมากกว่าปกติหรือไม่ การตรวจหาชนิดของฮีโมโกลบิน การตรวจระดับวิตามินในเลือด การเจาะตรวจไขกระดูก เป็นต้น การตรวจเหล่านี้มีทั้งที่เจ็บตัวมากกว่าการเจาะเลือดปกติ ดังนั้นโลหิตแพทย์จะเป็นผู้แนะนำว่าการตรวจใดเหมาะสม มักจะไม่ทำการตรวจรวดเดียวทั้งหมด เพราะสิ้นเปลืองโดยใช้เหตุ

โลหิตจางรักษาหายขาดไหม

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กรักษาหายขาดด้วยยาแน่นอน โดยเฉพาะถ้าสาเหตุของการขาดธาตุเหล็กได้รับการแก้ไข โลหิตจางจากความผิดปกติของไขกระดูกมักจะเป็นเรื้อรัง เช่น โรคไขกระดูกฝ่อ และถ้าเป็นมากอาจต้องได้รับเลือดเพื่อทดแทน โลหิตจางที่เกิดจากมะเร็งมักจะหายขาด แต่จะเยียวยาได้หรือไม่ขึ้นกับชนิดของมะเร็งนั้นๆ โลหิตจางจากโรคธาลัสซีเมียอาจรักษาให้หายได้ในบางราย โดยการปลูกถ่ายไขกระดูก ปัจจุบันมียาที่ใช้กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดชนิดใหม่ที่เพิ่มระดับเม็ดเลือดแดงให้ผู้ป่วยได้ แม้โลหิตจางจากบางสาเหตุไม่หายขาด แต่การรักษาจะลดอาการเหนื่อย เพลีย ที่เกิดจากโลหิตจางเรื้อรังได้

จะเห็นว่าแค่การตรวจสุขภาพแล้วพบภาวะเลือดจาง ก็มีเรื่องที่ต้องคิดถึงหลายประการ จำเป็นที่จะต้องปรึกษาแพทย์เพื่อหาสาเหตุและแก้ไข อย่าปล่อยให้เป็นปัญหาเรื้อรังไปเรื่อยๆ เลย





องค์การเภสัชกรรม

เพราะเรารู้ว่าการออกเดินทางครั้งนี้

"จะช่วยเปลี่ยนแปลงชีวิตผู้คนให้ดีขึ้น"

เราจึงมุ่งมั่นเป็นมากกว่าผู้ผลิตและให้บริการยาและเวชภัณฑ์ของประเทศ

เราพร้อมเชื่อมต่อโซลูชันการดูแลสุขภาพในทุกมิติเพื่อชีวิต



INNOVATIVE CARE FOR LIFE

สรรสร้างนวัตกรรมด้วยความใส่ใจเพื่อชีวิต



: www.gpo.or.th



: องค์การเภสัชกรรม



: contact center 1648





การตรวจวินิจฉัยพันธุกรรม ของตัวอ่อนระยะก่อนฝังตัว (Preimplantation genetic diagnosis, PGD)

อาจารย์ นายแพทย์ชนินทร์ ลิ้มวงศ์
จากหนังสือเรื่องหมอย ศิษย์พ่อเล่า หน้า 394-400

ภาพ: Meta AI

ในปัจจุบันเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ทำให้คู่สมรสโดยเฉพาะคู่ที่มีบุตรยากสามารถตั้งครรภ์ได้ โดยอาศัยการปฏิสนธินอกร่างกายของหญิง และถ่ายตัวอ่อนกลับเข้าสู่มดลูกในระยะที่เหมาะสม ทำให้ตัวอ่อนฝังตัว เจริญเติบโตต่อไปจนถึงระยะคลอดได้ เทคนิคนี้เปิดโอกาสให้สามารถตรวจพันธุกรรมของตัวอ่อนในระยะต่างๆ ได้ ก่อนที่จะถ่ายกลับเข้าสู่มารดา ทำให้สามารถเลือกตัวอ่อนที่ปราศจากความผิดปกติทางพันธุกรรมอันจะก่อโรคต่างๆ ได้ บทความนี้จะทบทวนหลักการเทคนิควิธีการ ข้อจำกัดของเทคนิคการตรวจพันธุกรรมของตัวอ่อนระยะก่อนฝังตัวโดยสังเขป

หลักทั่วไปของการตรวจพันธุกรรมของตัวอ่อนระยะก่อนฝังตัว

▶ การตรวจพันธุกรรมของตัวอ่อนระยะก่อนฝังตัว ในปัจจุบันใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการมีบุตรเป็นโรคพันธุกรรมชนิดจำเพาะในกรณีที่ทราบว่าคุณสมรสมีความเสี่ยงสูง การตรวจนี้มิได้ใช้ในคู่สมรสทั่วๆ ไปที่ไม่มีประวัติครอบครัวของโรคพันธุกรรม หรือไม่พบว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีพันธุกรรมก่อโรคที่อาจถ่ายทอดไปสู่บุตรได้ ดังนั้นเทคนิควิธีการนี้จึงเป็นเทคโนโลยีที่อาศัยการพิจารณาถึงข้อบ่งชี้อย่างถี่ถ้วน รวมไปถึงข้อจำกัดต่างๆ การบริการนี้จึงควรให้ร่วมไปกับการให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ที่เหมาะสมเสมอ

▶ การตรวจดำเนินการโดยสูติแพทย์ ทำให้เกิดการปฏิสนธิในหลอดทดลองหรือจานเลี้ยง โดยมักจะกระตุ้นให้มีการตกไข่พร้อมกันจำนวนมาก เจาะดูดไข่จากหญิงมาผสมกับน้ำเชื้อของคู่สมรสโดยวิธี ICSI หลังจากนั้นเพาะเลี้ยงตัวอ่อนในสภาวะที่เหมาะสมจนได้ระยะที่ตัวอ่อนแบ่งตัว มีจำนวนเซลล์เพิ่มขึ้นเพียงพอ มักจะเป็นระยะวันที่ 3 ถึง 5 หลังปฏิสนธิ แล้วจึงทำการดูดเซลล์เพียงเซลล์เดียวของตัวอ่อนแต่ละตัวส่งมาตรวจทางพันธุศาสตร์ เพื่อให้ระบุสถานะของตัวอ่อนว่าปกติหรือไม่ จากนั้นจึงเลือกแต่ตัวอ่อนที่ไม่เป็นโรค ถ่ายกลับเข้าสู่มารดาเพื่อให้เกิดการฝังตัวและตั้งครรภ์ ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าทารกที่คลอดด้วยวิธีการนี้ไม่มีความแตกต่างจากทารกที่ตั้งครรภ์ปกติ ความเสี่ยงต่อการเกิดทารกที่มีปัญหาจากการทำเทคนิคนี้ต่ำมาก

▶ ดังนั้นการตรวจดังกล่าวจึงเป็นการตรวจพันธุกรรมของเซลล์เพียงเซลล์เดียวที่เป็นเสมือนตัวแทนของเซลล์ทั้งหมดของตัวอ่อน การตรวจนี้จึงมีความละเอียดอ่อนและยุ่งยากกว่าการตรวจพันธุกรรมจากเลือดหรือเนื้อเยื่ออื่นๆ เพราะปริมาณสารพันธุกรรมมีจำนวนเท่าที่มีอยู่ใน 1 เซลล์เท่านั้น (จำนวนโครโมโซมเท่ากับ 46 หรือจำนวนจีโนมในนิวเคลียสเท่ากับ 2 ชุด คือ ชุดที่บิดาและมารดาถ่ายทอดมาให้ฝ่ายละชุด) การตรวจจึงต้องอาศัยเทคนิคที่สามารถตรวจสอบสารพันธุกรรมปริมาณน้อยมากได้ หรืออาศัยการเพิ่มปริมาณของสารพันธุกรรมขึ้นจนเพียงพอก่อน



ข้อบ่งชี้ของการตรวจพันธุกรรมของตัวอ่อนระยะก่อนฝังตัว

1

การตรวจสำหรับโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากยีนเดี่ยว ใช้เมื่อมีประวัติของโรคยีนเดี่ยวในครอบครัว ทั้งชนิดที่ถ่ายทอดบน autosome และ sex chromosome หรือตรวจพบว่าสามีหรือภรรยาคนใดคนหนึ่ง หรือทั้งคู่มียืนก่อโรคที่สามารถถ่ายทอดไปสู่บุตร ทำให้เกิดโรคพันธุกรรมเดียวกันได้ สำหรับข้อบ่งชี้นี้แพทย์ พึงระวังในการให้บริการแก่คู่สมรสที่มีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคที่จะมีอาการแสดงในวัยผู้ใหญ่และยังมีทางบำบัดรักษา เช่น มะเร็งในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นกรรมพันธุ์ เป็นต้น โรคกลุ่มนี้ยังมีประเด็นพิจารณาทาง จริยธรรมที่ยังไม่เป็นที่ตกลงอย่างชัดเจน นอกเหนือไปจากข้อพิจารณาของการใช้เทคนิคนี้ในโรคพันธุกรรม ทั่วไป ที่มีอาการแสดงตั้งแต่เด็ก หรือมีความรุนแรงและไม่อาจรักษาได้

2

การตรวจสำหรับโรคพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซม ใช้เมื่อมีความเสี่ยงสูงต่อการ มีบุตรที่มีความผิดปกติของโครโมโซม โดยทำการตรวจโครโมโซมของตัวอ่อนโดยเทคนิค Fluorescence in situ hybridization (FISH) ใน interphase nuclei เพื่อยืนยันว่าไม่มีความผิดปกติ ทั้งนี้รวมถึงการตรวจ ในคู่สมรสที่มีบุตรยาก ที่รับบริการช่วยการเจริญพันธุ์โดยเทคนิค IVF คู่สมรสเหล่านี้มีอัตราของน้ำเชื้อหรือไข่ที่มีความผิดปกติสูงกว่าคู่สมรสทั่วไปมาก ดังนั้นการทำการปฏิสนธิด้วย IVF จึงทำร่วมไปกับการตรวจ โครโมโซมของตัวอ่อนระยะก่อนฝังตัว เพื่อหวังเพิ่มความสำเร็จของการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามการทบทวน ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยยังไม่พบว่าการใช้การตรวจพันธุกรรมตัวอ่อนร่วมกับการปฏิสนธินอกร่างกายช่วย เพิ่มอัตราการตั้งครรภ์จริง เมื่อเทียบกับการปฏิสนธินอกร่างกายโดยไม่ทำการตรวจพันธุกรรมตัวอ่อน

3

การตรวจเพื่อเลือกเพศของตัวอ่อน ใช้เมื่อมีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นเพศที่ทำให้เสี่ยงต่อ การเป็นโรคพันธุกรรม โดยเฉพาะใช้ในการเลือกบุตรเพศหญิง เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคยีนเดี่ยวที่ถ่ายทอด แบบ X-linked recessive เมื่อฝ่ายหญิงเป็นพาหะของยืนก่อโรค หรือเลือกบุตรเป็นเพศหญิงเพื่อหลีกเลี่ยง Y-linked disorder เมื่อฝ่ายชายเป็นโรค

4

การตรวจเพื่อเลือกตัวอ่อนที่สามารถเป็นผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ใช้การตรวจดีเอ็นเอ เพื่อเปรียบเทียบ HLA haplotype ของตัวอ่อนกับบุตรที่เป็นโรคแล้ว เพื่อคัดกรองตัวอ่อนเฉพาะตัวอ่อน ที่ไม่เป็นโรค และมี HLA เข้ากันได้ สามารถเป็นผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจากสายสะดือเมื่อคลอด เพื่อใช้ในการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดให้แก่บุตรคนที่เป็นโรค



ขั้นตอนการให้บริการตรวจพันธุกรรมของตัวอ่อนระยะก่อนฝังตัว

เมื่อว่าการตรวจจะไม่ยุ่งยากเนื่องจากมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติแพทย์จำเป็นที่จะต้องให้ข้อมูลแก่คู่สมรสอย่างพอเพียง เพื่อการตัดสินใจใช้เทคนิควิธีการนี้ นอกเหนือจากข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิสนธินอกร่างกายแล้ว ข้อมูลเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ของโรคก็มีความสำคัญมากในการพิจารณาถึงความเหมาะสมกับการใช้เทคนิคการตรวจพันธุกรรมของตัวอ่อนระยะก่อนฝังตัว ขั้นตอนที่จะแนะนำให้ปฏิบัติมีดังนี้

1

ตรวจวินิจฉัยโรคหรือความเสี่ยงต่อโรคพันธุกรรมดังกล่าวให้มั่นใจ ควรทราบว่าเป็นโรคอะไร มีความผิดปกติของยีนหรือโครโมโซม ถ้าเป็นโรคยีนเดี่ยวมีแบบแผนการถ่ายทอดเป็นแบบใด เพื่อจะได้ทราบว่าถ้าจะตรวจจะใช้เทคนิคการตรวจแบบใดในกรณีที่เป็นโรคยีนเดี่ยว โดยทั่วไปต้องทราบว่าคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายมียืนก่อโรคโดยการตรวจทางพันธุศาสตร์ก่อน แม้ในปัจจุบันจะมีผู้ให้ทางเลือกของการดำเนินการตรวจตัวอ่อนโดยที่บิดามารดาไม่ทราบสถานะของตนเองอย่างแน่นอน (ทราบเพียงแต่ว่าเสี่ยงต่อโรค) แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปให้ดำเนินการตรวจในสถานการณ์ดังกล่าว

2

ให้ข้อมูลแก่คู่สมรสอย่างชัดเจน ทางเลือกต่างๆ ทั้งการตรวจในระยะก่อนฝังตัว การตรวจก่อนคลอด รวมทั้งการเสี่ยงมีบุตร และภาระในการดูแลรักษาทารกที่เป็นโรค แพทย์ต้องให้ทางเลือกแก่คู่สมรสที่จะเลือกว่าจะเลือกตัวอ่อนที่มีพันธุกรรมแบบใดเพื่อฝังตัว คู่สมรสเป็นผู้ตัดสินใจโดยทำความเข้าใจในเรื่องอัตราการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคตามความจริงทางการแพทย์ และในบริบทที่เหมาะสมกับประวัติก่อนคลอดและสังคมของคู่สมรสแต่ละคู่

3

อธิบายเทคนิควิธีการตรวจ ข้อจำกัด ความแม่นยำในการแปลผล อัตราความสำเร็จของการตรวจ และอัตราความสำเร็จของการฝากตัวอ่อน รวมทั้งค่าใช้จ่าย

4

เมื่อมีการตัดสินใจตรวจ ต้องมีการเตรียมชุดตรวจ โดยเฉพาะถ้าเป็นการตรวจโดย linkage marker ไม่ใช่การตรวจยีนโดยตรง เพื่อให้ทราบว่าสามารถแยกแยะยีนแต่ละยีนที่ถ่ายทอดมาจากฝ่ายสามีและฝ่ายภรรยาได้ชัดเจน เมื่อพร้อมจะดำเนินการตรวจจึงเริ่มการกระตุ้นการตกไข่

5

ดำเนินการตรวจพันธุกรรมตัวอ่อน และรายงานผลให้ทันต่อการเลือกตัวอ่อนเพื่อถ่ายคืนสู่ฝ่ายหญิง ในระยะที่มีการถ่ายคืนตัวอ่อนและในระยะหลังจนทราบผลตั้งครรภ์ ต้องไม่มีเพศสัมพันธ์ปกติ เพราะอาจรบกวนการปฏิสนธิหรืออาจทำให้เกิดการตั้งครรภ์ตามธรรมชาติที่ไม่ได้คัดเลือกตัวอ่อน

6

ในกรณีที่มีการตั้งครรภ์ ควรพิจารณาตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดถ้าสามารถทำได้ เพื่อยืนยันผลการตรวจวิเคราะห์ตัวอ่อน ถ้าทำไม่ได้ก็ควรตรวจหลังคลอดทันที



ข้อจำกัดของการตรวจพันธุกรรมของตัวอ่อนระยะก่อนฝัง

การตรวจพันธุกรรมของตัวอ่อนระยะก่อนฝังตัว มีข้อได้เปรียบเมื่อเทียบกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด เพราะคู่สมรสไม่ต้องเผชิญกับการตัดสินใจเรื่องการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคพันธุกรรม แต่เทคนิคนี้ก็มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่

1

อาศัยเทคโนโลยีเฉพาะยังไม่แพร่หลาย ต้องการห้องปฏิบัติการเฉพาะที่มีความชำนาญ

2

ต้องทำควบคู่กับการปฏิสนธิอกร่างกาย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการตั้งครรภ์ปกติ และมีความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยากระตุ้นไข่ตก และมีอัตราการตั้งครรภ์ไม่สูงนัก

3

การตรวจอาจไม่สามารถได้ผลที่สรุปได้ชัด ทำให้เลือกตัวอ่อนนั้นไปใช้ไม่ได้

4

ยังมีข้อจำกัดในการแปลผลในบางกรณี และสำหรับการตรวจโครโมโซมอาจจะ มีอัตราการวินิจฉัยตัวอ่อนที่ผิดปกติสูง ทำให้โอกาสที่จะถ่ายโอนตัวอ่อนมีน้อยลง

5

การปนเปื้อนของดีเอ็นเอเกิดขึ้นได้จากเซลล์ในไข่ หรือน้ำเชื้อที่ไม่ได้ปฏิสนธิ ดังนั้นผู้ทำการดูดเซลล์ ต้องให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ

6

เทคนิคการตรวจวินิจฉัยเป็นไปเพื่อตรวจโรคที่ดำเนินการตรวจเท่านั้น ไม่สามารถตรวจความผิดปกติอื่นๆ ได้ ทารกอาจมีความผิดปกติที่รุนแรงอื่นที่ไม่ได้ดำเนินการตรวจ





..มารู้จัก.. ไวรัสตับอักเสบบีและซีกัน

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิวะพร ไชยสวัสดิ์
จากหนังสือเรื่องหมอยุ่ ศิษย์พ่อเล่า หน้า 201-210

ภาพ: freepik / Meta AI

ไวรัสตับอักเสบบีถูกรายงานไว้ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2428 แต่ในขณะนั้นยังไม่มี การค้นพบตัวไวรัสตับอักเสบบี จนปี พ.ศ. 2509 ได้มีการรายงานถึง Australia antigen ซึ่งต่อมาเป็นที่รู้จักคือไวรัสตับอักเสบบี แอนติเจน ในประเทศ แถบเอเชียและแอฟริกาเป็นภูมิภาคที่มีความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสูงถึงร้อยละ 5-10 คาดว่ามีผู้ป่วย ติดเชื้อไวรัสชนิดนี้มากกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ 500,000 คนทุกปี ในประเทศไทยจากการ สํารวจโดยคัดกรองจากผู้บริจาคเลือดมีผู้ติดเชื้อนี้ประมาณร้อยละ 5 ของประชากรหรือประมาณ 3 ล้านคน บุคคลที่ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีควรได้รับการตรวจอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตับแข็งและเฝ้าระวังมะเร็งตับที่อาจ เกิดแทรกซ้อนได้ ในปีพ.ศ. 2535 นโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยได้กำหนดให้ทารกแรกเกิดทุกรายต้องได้รับ การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งจากการสำรวจประชากรล่าสุดพบว่าความชุกของการติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบีลดลง ซึ่งเชื่อว่าในอนาคตอุบัติการณ์ของภาวะตับแข็งและมะเร็งตับที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบีลดลงได้

การติดต่อของไวรัสตับอักเสบบี

มีการติดเชื้อได้หลายทาง แต่ในประเทศไทยทางติดต่อที่สำคัญคือ การติดต่อผ่านจากแม่สู่ลูก

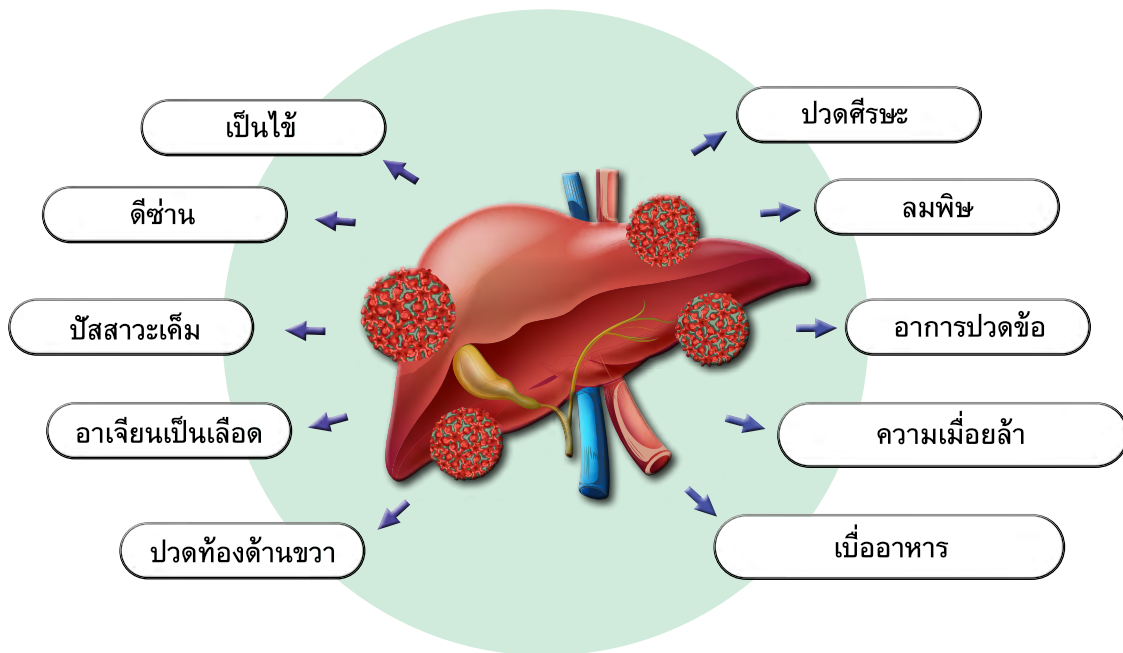
- 1 การติดต่อจากแม่สู่ลูก เป็นทางติดต่อที่สำคัญและพบได้บ่อย แต่ปัจจุบันพบการติดเชื้อในรูปแบบนี้น้อยลงมาก เนื่องจากการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีอย่างแพร่หลาย การติดเชื้อไวรัสสามารถติดต่อจากแม่สู่ลูก ในขณะที่คลอด หลังจากคลอดบุตรแล้วมารดาที่เป็นพาหะของเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถให้นมบุตรได้ตามปกติ
- 2 การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นการติดต่อที่สำคัญในผู้ใหญ่ กรณีคู่อุปถัมภ์หรือภรรยาที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่าอัตราการติดไปยังคู่สมรสเกิดได้ร้อยละ 20-30 ถ้าไม่มีการป้องกันที่ถูกต้อง ดังนั้นถ้าสามีหรือ ภรรยาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ควรแนะนำให้อีกฝ่ายไปตรวจเลือด ถ้าพบว่าไม่มีภูมิคุ้มกันต้านทานต่อไวรัสตับอักเสบบี ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน
- 3 การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับบุคคลที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี สามารถทำให้เกิด การติดเชื้อในผู้ใหญ่ได้ รวมทั้งเกิดการติดเชื้อไวรัสชนิดอื่นๆ ด้วย เช่น ไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อเอชไอวี เป็นต้น



- 4 การติดต่อโดยทางเลือด การติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ผ่านการรับเลือดจากผู้อื่นพบได้ไม่บ่อย เนื่องจากปัจจุบันมีการตรวจคัดกรองหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอย่างละเอียด
- 5 การใช้ของมีคมร่วมกัน เช่น กรรไกรตัดเล็บหรือเครื่องมือโกนหนวด อาจทำให้มีการสัมผัสเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสเข้าสู่บาดแผลโดยตรงเกิดการติดเชื้อไวรัสได้ แต่การจับมือสัมผัส รับประทานอาหาร หรือใช้ห้องน้ำร่วมกัน ไม่ได้เป็นสาเหตุของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

อาการของไวรัสตับอักเสบบี

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถทำให้เกิดตับอักเสบบอย่างเฉียบพลัน และบางรายมีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะตับอักเสบรวมรั้ง โดยถ้าการติดเชื้อไวรัสเกิดขึ้นภายในขวบปีแรก ผู้ติดเชื้อร้อยละ 90 มักเกิดการติดเชื้อแบบเรื้อรัง ในขณะที่การติดเชื้อไวรัสในผู้ใหญ่มักเกิดภาวะตับอักเสบบเฉียบพลันและโรคมักหายมีภูมิคุ้มกันการติดเชื้อไปตลอด โดยผู้ป่วยเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่จะดำเนินโรคเกิดภาวะตับอักเสบรวมรั้ง ผู้ป่วยตับอักเสบรวมรั้งกลุ่มนี้มักไม่มีอาการใดๆ แต่อาจมีเพียงอ่อนเพลียเล็กน้อยเท่านั้น บางรายอาจเกิดผลแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาถ้ามีตับอักเสบรวมรั้งแฝงมานานจนเข้าสู่ภาวะตับแข็ง ได้แก่ ท้องมาน ตีชาน อาเจียนเป็นเลือด และมะเร็งตับ



การตรวจเลือดเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี

การตรวจมีการตรวจหลายแบบมากกว่าไวรัสตัวอื่นๆ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

HBsAg ถ้าเป็นผลบวกแสดงว่ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในร่างกาย **Anti-HBs** ถ้าเป็นผลบวกแสดงว่ามีภูมิคุ้มกันต้านเชื้อไวรัสตับอักเสบบี **Anti-HBc** ถ้าเป็นผลบวกแสดงว่าเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาก่อน แต่โปรตีนชนิดนี้ไม่ได้ป้องกันการติดเชื้อ **HBeAg** ถ้าเป็นผลบวกบ่งชี้ว่ามีปริมาณไวรัสตับอักเสบบีในร่างกายมาก โดยมักพบในผู้ป่วยอายุน้อย **HBV DNA viral load** เป็นการตรวจเพื่อวัดปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด ซึ่งมักตรวจติดตามระหว่างการรักษา

การรักษาผู้ป่วยตับอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีประกอบด้วย การรักษาทั่วไปแก่ผู้ป่วยทุกราย เพื่อให้สุขภาพทั่วไปแข็งแรง และการรักษาด้วยการใช้ยาต้านไวรัส ซึ่งผู้ป่วยเพียงร้อยละ 30-40 เท่านั้นที่ต้องใช้ยาต้านไวรัสเพื่อให้โรคตับอักเสบบีสงบ ปัจจุบันมียาใช้รักษาไวรัสตับอักเสบบีอยู่ 2 กลุ่ม คือ ยาอินเตอร์เฟอรอน (Interferon) และยาต้านทานซึ่งเป็นยาต้านไวรัสโดยกีดการแบ่งตัวของเชื้อไวรัส

การรักษาทั่วไปนี้เพื่อให้การทำงานของร่างกายโดยทั่วไปแข็งแรง และลดปัจจัยส่งเสริมให้เกิดตับอักเสbrisรุนแรงขึ้น ได้แก่

- 1 ควรรับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย สะอาด และครบ 5 หมู่ ไม่แนะนำให้ดื่มน้ำหวานปริมาณมาก เนื่องจากการดื่มน้ำหวานติดต่อกันในปริมาณมาก น้ำตาลจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันแล้วไปสะสมภายในตับและหลอดเลือด
- 2 งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ หรือไวน์ เนื่องจากแอลกอฮอล์สามารถทำให้ตับอักเสบมากขึ้น แม้ว่าจะดื่มในปริมาณที่ไม่มากก็ตาม
- 3 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีภาวะตับอักเสบเรื้อรังแฝงอยู่ เนื่องจากการออกกำลังกายสามารถช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง ผู้ป่วยที่เกิดตับอักเสบเฉียบพลันมักมีอาการอ่อนเพลีย ควรพักผ่อนตามสมควรจนกว่าภาวะตับอักเสบจะดีขึ้น จึงจะสามารถออกกำลังกายตามสมควร
- 4 หลีกเลี่ยงการรับประทานยาที่ไม่จำเป็นและอาหารเสริม รวมทั้งยาสมุนไพรและยาลูกกลอน แม้ว่าวัตถุดิบจะมาจากธรรมชาติ แต่อาจมีสารที่เป็นอันตรายต่อดับได้ ผู้ป่วยที่เป็นไข้ ปวดข้อ ยังสามารถรับประทานยาพาราเซตามอลได้อย่างปลอดภัย แต่ไม่ควรรับประทานมากกว่า 4 เม็ดต่อวัน
- 5 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่อาจมีสารอะฟลาทอกซิน (aflatoxin) ปนเปื้อน ซึ่งเป็นสารที่เชื้อราดําผลิตออกมา โดยมักพบในธัญพืช เช่น ถั่วลิสง เป็นต้น
- 6 การฉีดวัคซีน ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทุกราย ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันกาเกิดตับอักเสbrisจากไวรัสเอ ถ้าการตรวจเลือดพบว่าผู้ป่วยไม่มีภูมิป้องกันเชื้อไวรัสดังกล่าวมาก่อน

ไวรัสตับอักเสbrisซี (Hepatitis C Virus) เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคตับอักเสbrisเรื้อรังและมะเร็งตับ ประมาณการว่าประชากรทั่วโลก 250 ล้านคนติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสbrisซีนั้นมักไม่ทำให้เกิดอาการเฉียบพลัน แต่มักพบว่ามากกว่าร้อยละ 85 ของผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสชนิดนี้มักจะเกิดภาวะติดเชื้อเรื้อรังก่อให้เกิดตับอักเสbrisเรื้อรัง และนำไปสู่ภาวะตับแข็งได้ เชื้อไวรัสตับอักเสbrisซีถูกค้นพบโดยนักวิทยาศาสตร์ชาวอเมริกันในปี พ.ศ. 2532 แต่สามารถตรวจคัดกรองเชื้อเป็นผลสำเร็จครั้งแรกในปี พ.ศ. 2535 ไวรัสตับอักเสbrisซีที่ตรวจพบถูกจำแนกออกเป็น 6 สายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์ที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 การสำรวจประชากรทั่วไปในประเทศไทยพบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสbrisซีร้อยละ 1.5 แต่ในประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มอาชีพขายบริการทางเพศ กลุ่มประชากรที่ถูกคุมขังอาจพบการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ได้สูงถึงร้อยละ 10 โดยพบว่าการติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ที่ 2 และ 3 ประมาณร้อยละ 60-70 พบสายพันธุ์ที่ 1 ร้อยละ 20 ที่เหลือเป็นสายพันธุ์ที่ 4 และอื่นๆ



การติดต่อที่สำคัญของไวรัสตับอักเสบซีคือ การติดต่อทางเลือด โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีประวัติเคยได้รับเลือด หรือส่วนประกอบของเลือดที่มีการปนเปื้อนเชื้อไวรัสตับอักเสบซีมาก่อน ผู้ป่วยบางรายอาจติดเชื้อไวรัสจากการใช้ เข็มฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือดร่วมกับผู้อื่น นอกจากนี้การสักผิวหนัง การฝังเข็ม การเจาะหูที่ใช้อุปกรณ์ที่ไม่สะอาด มีการปนเปื้อนเชื้อไวรัส การติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกพบได้ไม่ถึงร้อยละ 3 ของผู้ติดเชื้อ

ได้แก่ ผู้ที่ได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดและผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะก่อนปี พ.ศ. 2535 ผู้ที่มีประวัติใช้ยาเสพติดฉีดเข้าเส้น ผู้ที่มีประวัติใช้เข็มฉีดยาซ้ำ เช่น ได้รับการฉีดยาวัคซีนโดยไม่เปลี่ยนเข็ม ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดล้างไตเป็นประจำ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีโอกาสสัมผัสเข็ม ของมีคม เลือด และสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี บุคคลที่มีการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยและมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและกลุ่มบุคคลที่ร่วมเพศที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ผู้ที่ได้รับการเจาะหู เจาะส่วนของร่างกาย หรือสักตามตัว การใช้ของมีคม เช่น ใบบิดโกนหรือแปรงสีฟันร่วมกับผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ทารกที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี โดยเฉพาะในกรณีที่มารดามีภาวะติดเชื้อไวรัสเอชไอวีร่วมด้วย

- 1 ตรวจเลือดประเมินการทำงานของตับ ได้แก่ AST และ ALT ซึ่งจะบ่งชี้ถึงการอักเสบของตับ โดยปกติค่าจะไม่เกิน 30-40 IU/L ถ้ามีระดับสูงกว่าปกติต่อเนื่องเกิน 6 เดือน จะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะตับอักเสบเรื้อรัง
- 2 การตรวจวัดโปรตีนต่อเชื้อไวรัสซี คือ AntiHCV ซึ่งให้ผลบวกแปลว่าเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีมาก่อน โดยไม่ได้หมายความว่าท่านมีภูมิคุ้มกันต้านทานการติดเชื้อ
- 3 การตรวจวัดปริมาณเชื้อไวรัสตับอักเสบซีในเลือด (HCV viral load) สามารถช่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีในร่างกาย

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีอย่างเฉียบพลัน

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีอย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยบางรายอาจมีเพียงอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามร่างกายคล้ายเป็นไข้หวัด ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีสามารถตรวจพบเชื้อไวรัสได้ภายใน 1-3 สัปดาห์แรกของการติดเชื้อ และสามารถตรวจพบโปรตีนตอบสนองต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี หรือ anti HCV ภายหลังได้รับเชื้อแล้วนานประมาณ 15 สัปดาห์ ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีร้อยละ 20 สามารถกำจัดเชื้อและโรคหายเอง การรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีในระยะเฉียบพลันด้วยการฉีดยาต้านไวรัสนั้นมีโอกาสหายขาดสูงถึงร้อยละ 90

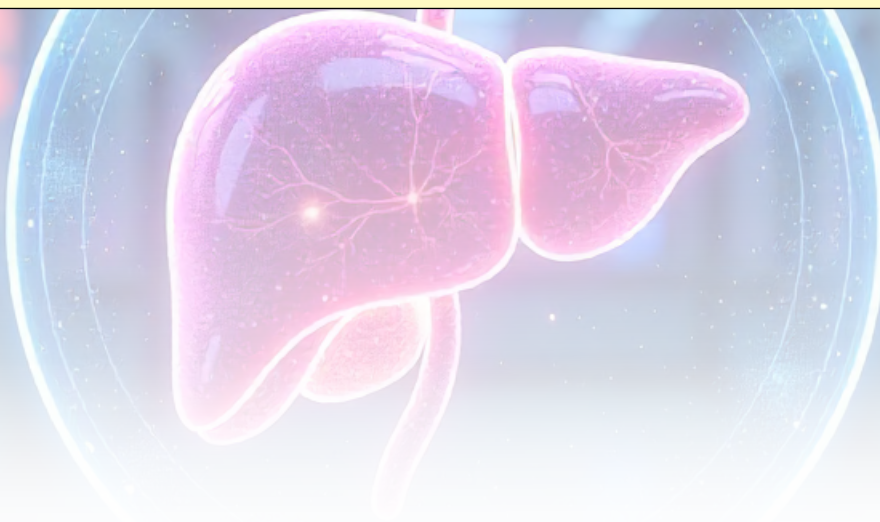


การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอย่างเรื้อรัง

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอย่างเรื้อรัง หมายถึง การมีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในร่างกายนานเกินกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดงและมักตรวจพบเมื่อตรวจสุขภาพประจำปี โดยพบผลเลือดแสดงการทำงานของตับผิดปกติ หรือตรวจพบการติดเชื้อไวรัสเมื่อไปบริจาคเลือด ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 20 จะมีตับอักเสบบีอย่างต่อเนื่องและโรคดำเนินเข้าสู่ภาวะตับแข็งในเวลาเฉลี่ย 20 ปี และอีกประมาณร้อยละ 30 มีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะตับแข็งใช้เวลาเฉลี่ย 30 ปี ในขณะที่ผู้ติดเชื้ออีกร้อยละ 50 มีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ และมีโอกาสเกิดตับแข็งน้อยมากตลอดชีวิต การตรวจอัลตราซาวด์ดูลักษณะของตับจะช่วยในการประเมินว่าผู้ป่วยเกิดตับแข็งแล้วหรือยัง แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าภาวะตับอักเสบบีมีความรุนแรงเพียงใด การประเมินปริมาณพังผืดภายในเนื้อตับด้วยการตรวจวัดระดับสารบางอย่างในเลือด หรือการตรวจวัดความแน่นของเนื้อตับด้วยเครื่อง Fibroscan สามารถช่วยประเมินพังผืดที่เกิดขึ้นได้

การรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอย่างเรื้อรัง

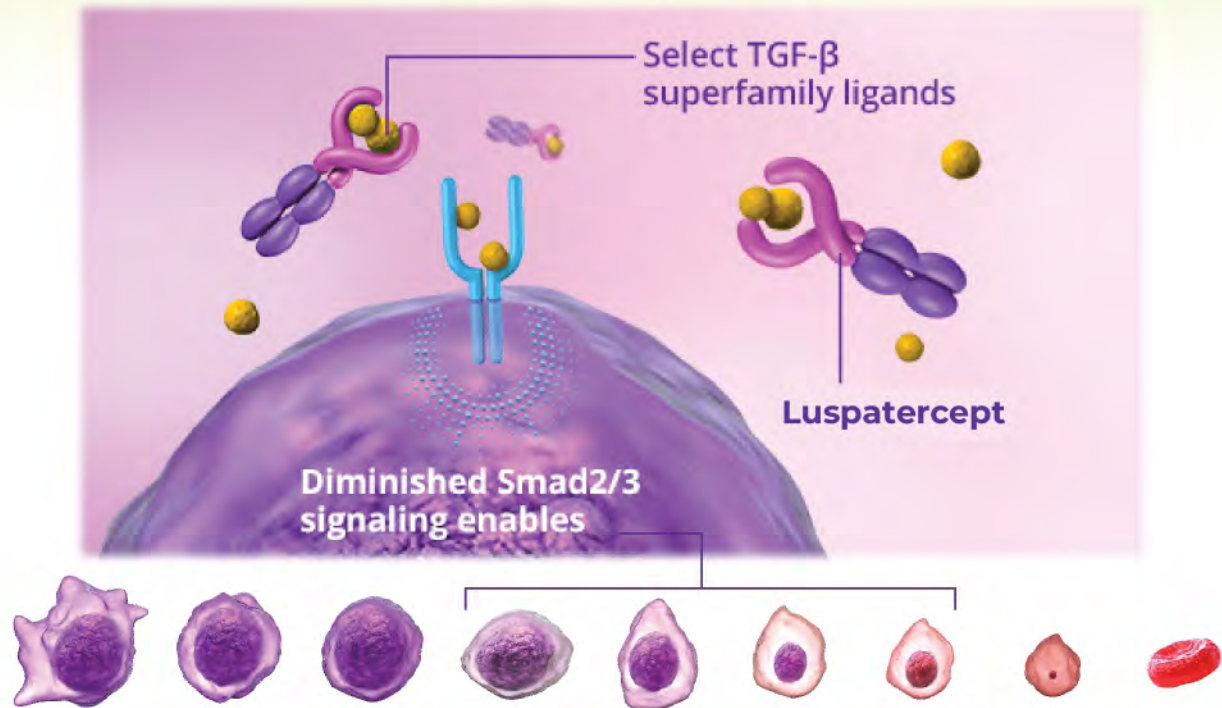
ขณะนี้ประเทศไทยการรักษามาตรฐานสำหรับไวรัสตับอักเสบบี คือ การฉีดยาเพกกีเลต อินเตอร์เฟียร์อน (Pegylated Interferon) เข้าใต้ผิวหนังสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร่วมกับการรับประทานยาต้านไวรัสชนิดไรบาวิริน (ribavirin) ทุกวันเป็นเวลานาน 24-48 สัปดาห์ขึ้นกับสายพันธุ์ไวรัส ผลการตอบสนองต่อการรักษาไวรัสตับอักเสบบีด้วยยาดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสรักษาหายขาดประมาณร้อยละ 50-60 ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีสายพันธุ์ที่ 1 เมื่อให้การรักษา 48 สัปดาห์ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีสายพันธุ์ที่ 2 หรือ 3 มีโอกาสหายขาดสูงถึงร้อยละ 85 เมื่อรักษานานเพียง 24 สัปดาห์ ในอีก 2-5 ปีข้างหน้าจะมีการพัฒนาการรักษาไวรัสตับอักเสบบี โดยสามารถใช้ยาต้านไวรัสชนิดกิน 2-3 ชนิดร่วมกัน หรืออาจจะใช้ยาเพกกีเลต อินเตอร์เฟียร์อน ร่วมไปกับยาต้านไวรัสชนิดกิน ผลการรักษาไวรัสตับอักเสบบีด้วยยาชนิดใหม่ มีโอกาสหายขาดสูงถึงร้อยละ 90 และเชื่อว่าในอนาคตยาต้านไวรัสรุ่นใหม่ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีมีโอกาสหายขาดถึง 100 เปอร์เซ็นต์



ความก้าวหน้าในวงการธาลัสซีเมีย

LUSPATERCEPT

ยาใหม่สำหรับการรักษาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) ในคนไข้ธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดเป็นประจำ¹



Luspatercept-promoted erythroid maturation through differentiation

เป็นเวลามากกว่า 15 ปีมาแล้วที่ไม่มียาใหม่ให้ใช้สำหรับคนไข้โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

ยาใหม่นี้ชื่อสามัญว่า **Luspatercept** (ลุสปาทเอร์เซป) ได้รับการลงทะเบียนโดยองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (USFDA) เป็นที่แรกในโลกในเดือนพฤศจิกายน ปี 2562¹

มาทำความรู้จักยาใหม่นี้กัน

กลไกการออกฤทธิ์ของยา คือ เมื่อให้ยาเข้าสู่ร่างกาย ยาจะออกฤทธิ์โดยจับกับ transforming growth factor-beta ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการสร้างเม็ดเลือดแดง ผ่านการส่งสัญญาณของโปรตีนส่งสัญญาณในเซลล์ที่ชื่อ SMAD 2/3 โดยการที่ยาไปจับกับ transforming growth factor-beta จะลดการส่งสัญญาณของ SMAD 2/3 ทำให้เม็ดเลือดแดงสามารถพัฒนาเป็นเซลล์เต็มวัยได้ดีขึ้นในกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดงระยะหลัง ดังนั้น luspatercept จึงเป็นยาที่ช่วยป้องกันกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดงที่ไม่มีประสิทธิภาพได้²

ซึ่งในประเทศไทย **Luspatercept** มีข้อบ่งใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคโลหิตจางที่ต้องให้เลือด ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคธาลัสซีเมียชนิดเบต้า³

Reference: 1. ศุภชัย เอกวัฒนกิจ. ความก้าวหน้าในวงการธาลัสซีเมีย. จุลสารชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย. 2563;45(6):10-2.

2. Thai Journal of Hospital Pharmacy Vol 32 No 3 Sep - Dec 2022:294-302. 3. Luspatercept Package Insert (Thailand). Revision: Dec 2022.

ข้อควรรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาปฏิชีวนะ

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรพรรณ ภูมิวนิชย์
จากหนังสือเรื่องหมอๆ ศิษย์พ่อเล่า หน้า 94-98

ภาพ: Meta AI



ยาปฏิชีวนะ หรือ แอนติไบโอติก (Antibiotic) คือ ยารักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ โดยทั่วไปแล้ว หมายถึงเชื้อแบคทีเรีย ปัจจุบันมีการใช้คำอื่นทดแทน คือ ยาต้านจุลชีพ หรือ ยาต้านจุลินทรีย์ (Antimicrobial) โดยยาในกลุ่มนี้จะใช้เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัย หรือ คาดว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น ในสังคมไทยประชาชนทั่วไปมักเรียกยาในกลุ่มนี้เป็นยาแก้อักเสบ ทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าการใช้ยานี้จะทำให้โรคที่เป็นอยู่หายเร็วขึ้น เพราะยาจะไปรักษาหรือแก้อักเสบ ซึ่งเป็นความเข้าใจผิด ยาปฏิชีวนะที่เป็นที่คุ้นเคยและผู้ป่วยมักซื้อใช้เอง ได้แก่ อะม็อกซิซิลลิน (amoxicillin) อ็อกเมนติน (augmentin) นอร์ฟล็อกซาซิน (norfloxacin) เตตราไซคลิน (tetracycline) อะซิโทรมัยซิน (azithromycin) เป็นต้น

ทำไมจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ

ยาทุกชนิดมีทั้งประโยชน์ในการรักษาโรคและมีโทษจากผลข้างเคียงของยา นอกจากนี้ยังเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการแพ้ยา ทั้งๆ ที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ และเมื่อใช้ไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดโทษต่อผู้ป่วยได้แก่

- 1 ต้องได้รับผลข้างเคียงจากยา ไม่ว่าจะเป็นอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน เวียนศีรษะ
- 2 โรคไม่หาย
- 3 อาจเกิดการแพ้ยาที่ไม่จำเป็นต้องใช้
- 4 เชื้อแบคทีเรียประจำถิ่น ซึ่งมีอยู่ได้ในร่างกายเป็นปกติติดต่อยาที่ใช้
- 5 ข้อสำคัญ ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินค่ายาสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยานี้

เมื่อไรที่ต้องใช้หรือไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ

เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัย หรือคาดว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น หมายความว่าก่อนใช้ยาปฏิชีวนะต้องพบแพทย์ และต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยละเอียด พบว่า กลุ่มโรค 3 กลุ่ม ที่ไม่จำเป็นต้องและไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะ แต่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะสูงมาก ได้แก่

- 1 ไข้หวัด เจ็บคอ
- 2 ท้องเสีย
- 3 แผลเลือดออก

โดยกลุ่มโรคเหล่านี้มากกว่าร้อยละ 80 ไม่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อแบคทีเรีย การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการ ประคับประคอง และการให้คำแนะนำผู้ป่วย เช่น ดื่มน้ำมากๆ พักผ่อนให้เพียงพอ ยาลดน้ำมูก ยาลดไข้ ยาแก้ไอในกรณีเป็นไข้หวัด เจ็บคอ การใช้ยาลดอาการท้องอืด และการดื่มน้ำเกลือแร่กรณีท้องเสีย และในกรณีแผลเลือดออก การดูแลรักษาแผลตามที่แพทย์นัด และป้องกันไม่ให้แผลโดนน้ำเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด เป็นต้น แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักร้องขอยาปฏิชีวนะเมื่ออาการเป็นนานกว่า 3 ถึง 7 วัน เมื่อเสมหะหรือน้ำมูกเป็นสีเขียวข้น หรือถ้าเป็นกลุ่มท้องเสียก็จะขอยาปฏิชีวนะ เมื่อยังมีการถ่ายเหลวหลายครั้งเกิน 2 วัน หรือเบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตัว หรืออาการไข้ที่ยังไม่หาย ยิ่งไปกว่านั้น การซื้อยาเองตามร้านขายยาก็คงง่ายมาก อีกทั้งผู้ขายยาที่ไม่ใช่แพทย์ก็จะจ่ายยาให้ตามที่ผู้ป่วยต้องการ จึงทำให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นกันเป็นวงกว้าง

ควรปฏิบัติอย่างไรเมื่อต้องใช้ยาปฏิชีวนะ

เมื่อแพทย์ได้ทำการตรวจโดยละเอียด และให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียแล้ว และผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยควรแจ้งแก่แพทย์ทุกครั้ง หากเคยมีประวัติแพ้ยา ยาปฏิชีวนะมีทั้งในแบบรับประทานและแบบฉีด ผู้ป่วยควรซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ต้องใช้ ได้แก่

- 1 ต้องได้รับยานานเท่าไร
- 2 ต้องรับประทานยาอย่างไร ก่อนหรือหลังอาหาร
- 3 มีข้อห้ามอย่างไรระหว่างใช้นี้ เช่น ห้ามใช้ยาใดร่วม ห้ามรับประทานนม หรืออาหารชนิดใด เป็นต้น
- 4 ยาที่จะได้รับมีผลข้างเคียงอย่างไร หากเกิดอาการขึ้นที่ใด ควรต้องรีบมาพบแพทย์ เป็นต้น

เมื่อผู้ป่วยใช้ยาปฏิชีวนะแล้วต้องใช้ต่อเนื่องจนครบตามที่แพทย์พิจารณา บ่อยครั้งพบว่าผู้ป่วยหยุดใช้ยาเมื่ออาการดีขึ้น ซึ่งจะมีผลเสีย อาจทำให้โรคกลับเป็นซ้ำ หรือเกิดผลแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่ยังรักษาไม่หายดี

ข้อควรระวังที่สำคัญ

คือ อาการแพ้ยา หากผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา ได้แก่ ผื่นทุกชนิด ปากบวม ตาบวม แขนงหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด ควรรีบหยุดยา และมาพบแพทย์ทันที โดยไม่จำเป็นต้องรอนาน เพียงเพื่อกลับไปพบแพทย์คนเดิมหากฉุกเฉิน และไม่ควรปรับยาเอง ข้อสำคัญผู้ป่วยต้องนำยาที่รับประทานอยู่ทั้งหมดพร้อมของ หรือชื่อยาไปให้แพทย์ด้วย ไม่ควรนำไปแต่เม็ดยา หากเป็นยาฉีดก็ให้นำใบนัดฉีดยา ซึ่งจะมีชื่อยาไปให้แพทย์ด้วย

ปัจจุบันมีความพยายามให้ความรู้ประชาชนและแพทย์ทั่วไป เพื่อให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล เพื่อลดผลเสียและความสิ้นเปลืองจากการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น



หายใจโล่ง

ทำความสะอาด

โพรงจมูก

ด้วย

ฮาชิชิ พลัส

เกลือและอุปกรณ์ล้างจมูก

ฝุ่นเยอะ!
เพราะขนาดนี้
โพรงจมูกจะขนาดไหน



คำเตือน : อ่านคำเตือนในฉลากและเอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์ก่อนใช้

เลขที่ใบรับจดแจ้ง 64-1-3-2-0000333

ผลิตโดย : บริษัท โมลอค้า แลบบอราทอรีส์ จำกัด

84/55 หมู่ 11 ซ.ธนสิทธิ์ ถ.เทพารักษ์ ต.บางปลา อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

จัดจำหน่ายโดย : บริษัท ที.ซี.ฟาร์มาเคอ จำกัด

488 ซ.เฉลิมสุข ถ.พหลโยธิน แขวงจันทริก เขตจตุจักร กทม. 10900 โทร 02-939-0431-2



มีจำหน่ายในโรงพยาบาลและร้านขายยาทั่วไป

วันมหิดล ประจำปี 2567

วันที่ 24 กันยายน 2567 อ. นพ.ชนินทร์ ลีม่วงส์ และ ศ. ดร. นพ.วิปร วิประกษิต เป็นผู้แทนมูลนิธิธาลัสซีเมียฯ ร่วมพิธีถวายสักการะพระราชนิพนธ์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก เนื่องใน “วันมหิดล ประจำปี 2567” ร่วมกับผู้แทนสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทยและมูลนิธิโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียแห่งประเทศไทย ณ ลานทางเดินบริเวณพระราชนิพนธ์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก โรงพยาบาลศิริราช



เข้าพบท่านอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 16 ตุลาคม 2567 ผู้แทนมูลนิธิธาลัสซีเมียฯ นำโดย ศ.เกียรติคุณ นพ.สุทัศน์ ฟูเจริญ คุณสายพิน พหลโยธิน และ ศ. ดร. นพ.วิปร วิประกษิต เข้าพบ นพ.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน เพื่อแสดงความยินดีที่ท่านได้รับตำแหน่งอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และได้หารือเรื่องการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย Clinical Practice Guidelines (CPG) และการจัดงานประชุมวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ประจำปี 2568 ณ ห้องรับรอง ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



สนับสนุนการพิมพ์โดยมูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย

ตึกอานันท์มหิตล ชั้น 9 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

โทรศัพท์ : 02-419-8329, 02 412-9758

โทรสาร : 02-412-9758

Website : www.thalassemia.or.th

e-mail address : thalassemia.tft@gmail.com

