



จดหมายข่าว ส.ส.ธ.

ปีที่ 32 มกราคม - มีนาคม 2561

เอกสารเผยแพร่สมาคมสุโขทัยธรรมมาธิราช

สารจากนายกสมาคมสุโขทัยธรรมมาธิราช



ศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ศรีสวัณ
นายกสมาคมสุโขทัยธรรมมาธิราช

คนไทยให้ฉันทามติว่าคนไทยสมควรเปลี่ยนแปลงกล
เม็ทของงมก มีกรทชุดงน เลกมคดอง ฐีหริง
ภพเพนลภค ไหว่นฐีฮีไท่ 1 มคคอง ๓๓๒๒
ไทยลภคไหว่นลภคทท 13 เพนงน และ ๓๓๒๒
จ้ทไหว่นลภคท ๓๓๓๐ 14-16 กุมภภท ๓๓๓๓
ร่วมเลกมคดองฐีหริงทง 3 ทรน โดยสือกนไหว่นท
ส้ง ตามลภคทอง ส.ด.ส. ๓๓๓๓ ๓๓๓๓
ของจ้อท ๓๓๓๓ ๓๓๓๓ Happy New Year
วันลภคทท และ ๓๓๓๓ ๓๓๓๓ ๓๓๓๓
เสบวทลลลลลล



2-6

วัณโรคปอด

7

ทุกข์ของคนดับ

8-11

เล่าเรื่องมหาวิทยาลัยและสมาคม และชมรมบัณฑิต มลธ.



ก้าวทันโรค

นายแพทย์ไพรัช ศรีไสว

วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)

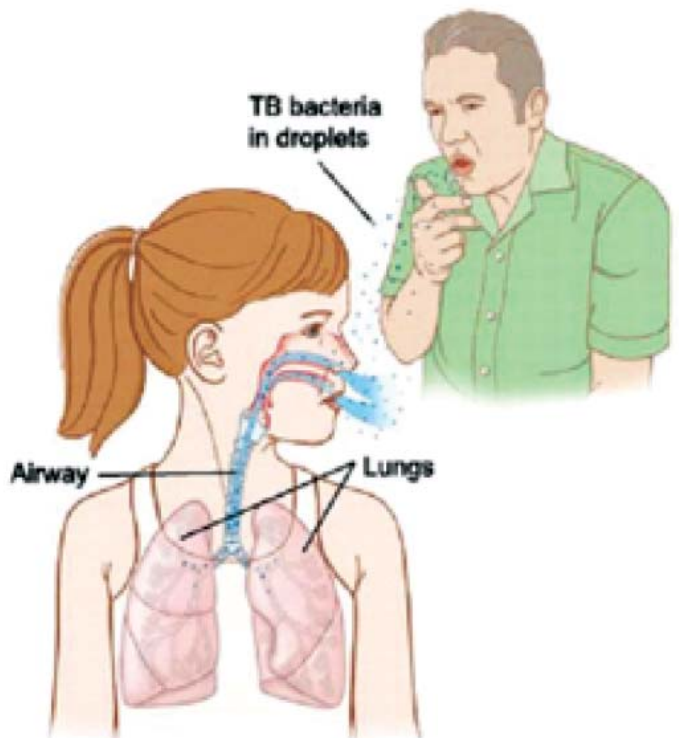
วัณโรค เป็นโรคที่เกิดขึ้นมานานหลายพันปี โดยเฉพาะ

วัณโรคปอด โรคนี้เคยมีการระบาดใหญ่ในทวีปยุโรปช่วงศตวรรษที่ 18-19 ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตมากถึงหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งทวีป เดิมเข้าใจกันว่าโรคนี้เป็นโรคทางพันธุกรรม ต่อมาจึงทราบว่า เป็นโรคติดต่อ จนกระทั่งในปี 1882 Robert Koch แพทย์ชาวเยอรมัน ได้ค้นพบว่าเชื้อแบคทีเรีย Koch bacillus หรือ Tuberculosis bacillus เป็นสาเหตุของวัณโรค วัณโรคยังจัดอยู่ใน 10 อันดับแรกของโรคที่มีอัตราตายสูงสุด ปี 2016 WHO ประมาณว่ามีผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลก 10.4 ล้านคน ในจำนวนนี้ 1.7 ล้านคนเสียชีวิต (0.4 ล้านคนมีติดเชื้อเอ็ดส์ร่วมด้วย) ส่วนผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคที่อยู่ในระยะแฝง ยังไม่แสดงอาการ มีมากถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั้งโลก หรือราว 2,000 ล้านคน นอกจากนี้ WHO ประมาณว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ถึง 600,000 คน ที่มีเชื้อดื้อยา Rifampicin จำนวนนี้ 490,000 คนเป็นวัณโรค มีเชื้อที่ดื้อยาหลายขนาน อย่างไรก็ตามในภาพรวมทั่วโลก หลังจาก WHO ได้มีการรณรงค์ให้ทุกประเทศตระหนักถึงอันตรายจากวัณโรค ให้มีการค้นหา ให้การรักษาผู้ป่วยเพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อ ผู้ป่วยวัณโรคเริ่มลดลงปีละประมาณ 2% WHO ต้องการให้ลดลงเป็นปีละ 4-5% ในปี 2020 และมีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ในกรอบองค์การสหประชาชาติ ซึ่งมียุทธศาสตร์ในการยุติวัณโรค (End of TB Strategy) โดยในปี 2030 จะต้องลดอุบัติการณ์การเกิดวัณโรคให้เหลือ 20 ต่อ 100,000 คน และในปี 2035 ให้เหลือเพียง 10 ต่อ 100,000 คนให้ได้

สำหรับประเทศไทยปัจจุบัน WHO ยังคงจัดให้อยู่ในกลุ่ม 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคที่เกิดร่วมกับโรคเอดส์ และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณปีละ 120,000 คน หรือ 171 คนต่อประชากร 100,000 เกือบร้อยละ 10 จะเสียชีวิต และเกิดวัณโรคดื้อยาประมาณปีละ 2,200 ราย การที่ประเทศไทยเราจะบรรลุเป้าหมายของ WHO จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างยิ่ง เพราะแม้จะทำตามแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ ปี 2017-2031 ของประเทศ ได้ถึง 100% คำนวณดูแล้วก็ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่ WHO ได้ตั้งเป้าไว้

วัณโรค (Tuberculosis) หรือที่ผู้คนทั่วไปเรียกย่อๆ ว่า ทีบี (TB) เป็นโรคที่ติดต่อทางอากาศ (Air-borne disease) ส่วนใหญ่จะเป็นที่ปอด เรียกว่าวัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis) แต่อวัยวะอื่นๆ ก็เป็นโรคนี้ได้ เช่นที่ เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง ไต ลำไส้ กระดูก เยื่อหุ้มสมอง การเรียกชื่อเรียกชื่อตามอวัยวะนั้น ๆ แต่ทั้งหมดเรียกว่าเป็นวัณโรคนอกปอด (Extra-pulmonary tuberculosis) ถ้าเชื้อแพร่กระจายทั้งในปอดและอวัยวะต่าง ๆ เรียกว่าเป็นวัณโรคแพร่กระจาย (Disseminated tuberculosis) หรือ Miliary tuberculosis

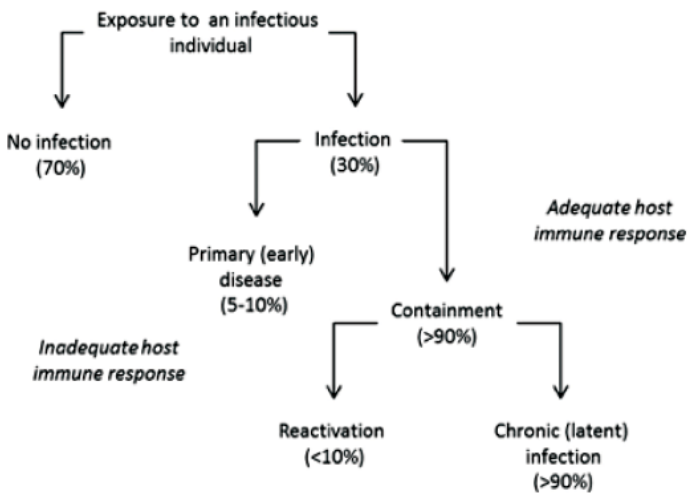
เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ เช่น M.tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M. microti, M. caprae เป็นต้น รวมเรียกว่า M. tuberculosis complex แต่เกือบ 100% วัณโรคเกิดจากสายพันธุ์ M. tuberculosis (MTB) เชื้อวัณโรค (Tubercle bacilli) เป็นเชื้อที่เติบโตช้าและมีผนังเซลล์หนาถึงสี่ชั้น ย้อมติดสียาก ทนต่อการทำลายด้วยสารเคมี ยาปฏิชีวนะ และกรด จึงเรียกว่าเชื้อทนกรด (Acid fast bacilli หรือเรียกย่อว่า AFB) แต่จะตายภายใน 1-2 ชั่วโมงถ้าถูกแสงแดด ในกรณี que ผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอด เมื่อมีการจาม ไอ หัวเราะหรือร้องเพลง เชื้อจะติดมากับละอองเสมหะซึ่งมีขนาดเล็ก (Droplet nuclei) ล่องลอยอยู่ในอากาศ (ขนาด 1-5 ไมครอน) ผู้ที่อยู่ในบริเวณที่มีละอองเสมหะเหล่านั้น เมื่อสูดหายใจ ละอองเสมหะที่มีเชื้อจะถูกสูดเข้าไปด้วย (ภาพที่ 1) เมื่อละอองเสมหะดังกล่าวลงไปตามหลอดลมจนถึงถุงลมปอด จากนั้น เชื้อจะมีการแบ่งตัว บางส่วนจะกระจายออกไปทางกระแสเลือดไปสู่ อวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับ ไต เยื่อหุ้มสมอง ต่อม้ำเหลือง ฯ ในภาวะปกติ ร่างกายจะส่งเซลล์ภูมิคุ้มกันที่เรียกว่า Macrophage มากินเชื้อโดยเก็บเข้าไปในเซลล์และโอบล้อมเชื้อที่เหลือเอาไว้เหมือนเป็นเปลือกหุ้มเรียกว่า Granuloma ถ้าร่างกายแข็งแรงภูมิคุ้มกันดี เชื้อจะไม่สามารถแบ่งตัว และแพร่กระจายออกไปได้ ผู้ที่มีเชื้อในร่างกายในลักษณะนี้เรียกว่าเป็นผู้ติดเชื้อ (Infected case) เนื่องจากยังไม่ได้ทำให้เกิดโรคจึงเรียกว่าเป็นวัณโรค ระยะแฝง (Latent Tuberculosis Infection หรือ LTBI)



ภาพที่ 1 แสดงการติดเชื้อวัณโรค

เมื่อใดก็ตามที่ร่างกายอ่อนแอลงหรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง Granuloma จะแตกออกทำให้เชื้อสามารถแบ่งตัวและแพร่กระจายไปเป็นวงกว้าง เกิดเป็นวัณโรคระยะมีอาการหรือระยะแพร่เชื้อ (Active TB)

ในความเป็นจริงวัณโรคไม่ได้ติดต่อกันง่ายๆนัก ไม่ใช่ว่าเดินผ่านหน้าผู้ป่วยที่กำลังไอครั้งเดียวแล้วจะติดโรคเลย เพราะการจะติดเชื้อเกิดขึ้นกับหลายปัจจัย เช่นปริมาณเชื้อที่ลอยอยู่ในอากาศ ระยะเวลาที่สัมผัส สภาพแวดล้อมในขณะนั้นเช่นอยู่ในที่คับแคบหรือโล่งแจ้ง และสุดท้ายขึ้นอยู่กับผู้สัมผัสว่าแข็งแรงและมีภูมิคุ้มกันดีหรือไม่ จากการศึกษาพบว่าผู้สัมผัสโรคมีโอกาสติดเชื้อเพียง 30% เท่านั้น และ 5-10% ของผู้ติดเชื้อหากเป็นเด็กเล็กหรือเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ร่างกายไม่สามารถควบคุมเชื้อไว้ได้ ก็จะแสดงอาการของโรคในเวลาไม่นานหลังได้รับเชื้อเรียกว่าเป็นวัณโรคปฐมภูมิ (Primary tuberculosis) ส่วนที่เหลือ > 90% ที่ติดเชื้อร่างกายสามารถควบคุมไว้ได้จึงยังไม่เกิดโรคหลังรับเชื้อ แต่จะเกิดเป็นโรควัณโรคระยะมีอาการหรือแพร่เชื้อในภายหลังประมาณ 10% โดย 5% จะเกิดโรครายในระยะเวลา 2 ปี ส่วนอีก 5% จะเกิดโรคหลังจากนั้น (Reactivation) เช่นเมื่อร่างกายเกิดอ่อนแอ เป็นโรคเบาหวานหรือภูมิคุ้มกันบกพร่องจากการติดเชื้อ HIV หรือได้รับยาที่กดภูมิคุ้มกันเป็นต้น ส่วนที่เหลือ 90% จะไม่มีอาการใด ๆ และไม่แพร่เชื้อ ที่เรียกว่าเป็นวัณโรคระยะแฝง (LTBI) (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 แสดงโอกาสการติดเชื้อวัณโรคหลังการสัมผัสผู้ป่วย

ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค

1. เด็กเล็กหรือผู้สูงอายุที่ร่างกายมักอ่อนแอ
2. ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำเช่น ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็ง หรือผู้ที่กำลังรับการรักษาด้วยยาประเภทกดภูมิคุ้มกัน
3. ผู้ที่พักอาศัยหรือทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นวัณโรคชนิดพบเชื้อเป็นเวลานาน
4. ผู้ที่พำนักในค่ายผู้อพยพ เรือนจำ หรือแคมป์ก่อสร้าง ที่มีผู้คนแออัด คับแคบ การระบายอากาศไม่ดี แสงแดดส่องไม่ถึง
5. เป็นผู้ที่ย้ายมาจากประเทศที่มีอัตราการเกิดวัณโรคสูง

6. เป็นผู้มีปัญหาทางโภชนาการ เช่น คนเร่ร่อน ดิยาเสพติด ดิตสุราหรือเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง
7. ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับวัณโรค เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรค เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

อาการ ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ อาจมีเจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือด หรือมีเลือดปนเสมหะเป็นบางราย ร่วมกับอาการหนาวๆ ร้อนๆ หรือมีไข้ตอนบ่ายและเย็น เหงื่อออกมากตอนกลางคืน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด

อาการแสดง อาจไม่มีเลยหรือมีเพียงไข้ต่ำๆ ฟังเสียงหายใจ อาจผิดปกติ ร่างกายซูบผอม

การวินิจฉัย

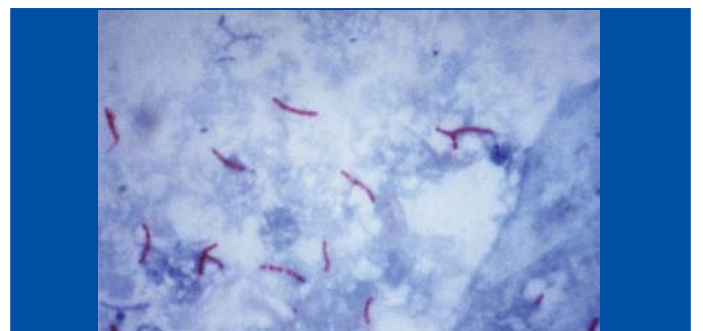
ก. ประวัติ และอาการ ต้องซักประวัติเพื่อดูความเสี่ยง ตั้งแต่ประวัติคิดว่าเคยสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคหรือเคยรับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือไม่ ประวัติการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด มีโรคประจำตัวอะไรบ้างโดยเฉพาะเบาหวานและโรคเอดส์ ฯ จากนั้นซักอาการว่าเริ่มมีตั้งแต่เมื่อใด เข้ากันได้กับวัณโรคหรือไม่

ข. การตรวจเอ็กซเรย์ปอด (Chest X-ray หรือ CXR) เป็นการตรวจลำดับแรกที่ทำกันทั่วไป แม้ลักษณะเงาที่พบของวัณโรคปอดอาจคล้ายกับโรคของปอดอย่างอื่น แต่ลักษณะเงาที่จำเพาะบางอย่างเมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับอาการ รังสีแพทย์ก็สามารถให้ความเห็นว่าน่าจะเกิดจากวัณโรคได้

ค. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

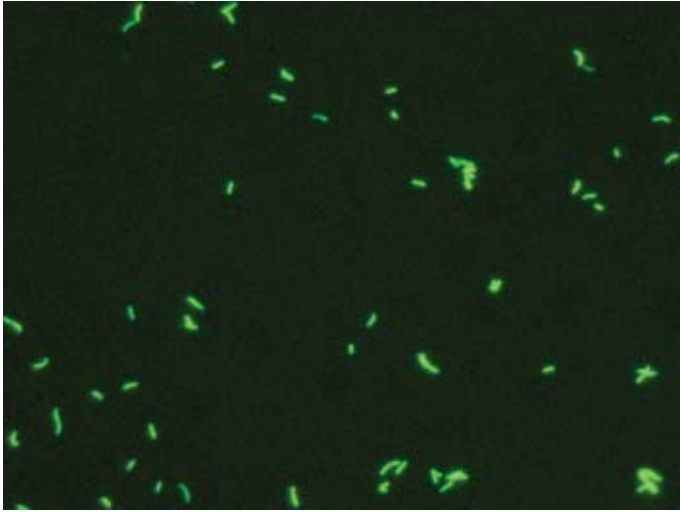
1. การตรวจหาเชื้อในเสมหะโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ (Direct Smear หรือD/S) ตรวจเสมหะ 3 ครั้ง โดย 2 ใน 3 ครั้ง ต้องเป็นเสมหะที่เก็บในตอนตื่นนอนเช้า (Collect) อีกหนึ่งครั้งอาจมาเก็บที่จุดตรวจ (Spot)

1.1 AFB smear staining หรือ Ziehl Neelsen stain ย้อมตรวจหาเชื้อโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ธรรมดา(Light Microscope) แต่จะตรวจพบได้ต้องมีปริมาณเชื้อในเสมหะมาก ข้อเสียคือเชื้อที่ตายแล้ว (dead bacilli) และ เชื้อที่คล้ายวัณโรค (Nontuberculous Mycobacteria หรือ NTM) ก็ย้อมติดสีนี้ได้เช่นกัน (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 Ziehl Neelsen stain for tubercle bacilli

1.2 ย้อมเสมหะด้วยสารเรืองแสงแล้วส่องตรวจด้วย LED Fluorescence Microscope มีความไวและความจำเพาะดีกว่าวิธีแรก และ WHO แนะนำให้ใช้ในการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 Fluorescent stain for tubercle bacilli

2. การเพาะเชื้อและตรวจหาความไวของยาต่อเชื้อ (Culture and Drugs susceptibility Testing หรือเรียกย่อว่า C/S) ที่ใช้อยู่ปัจจุบันนี้มี 2 วิธี

2.1 ใช้อาหารเลี้ยงเชื้อ Solid media (Lowenstein-jensen) ความไวและความจำเพาะดีมากแต่ต้องใช้เวลานาน 4-6 สัปดาห์กว่าจะรู้ผล ถ้าจะตรวจหาความไวของยาต่อเชื้อ (Drugs Susceptibility Testing หรือ DST) ก็ต้องใช้เวลามากขึ้นรวมแล้วอาจนานถึง 6-8 สัปดาห์

2.2 ใช้อาหารเลี้ยงเชื้อ Liquid media (MGIT 960) ความไวและความจำเพาะดีมากเช่นกัน และรู้ผลเร็วใน 1-2 สัปดาห์ ถ้าจะตรวจหาความไวของยาต่อเชื้อ (DST) จะได้ผลเร็วกว่าการใช้ Solid media แต่ราคาค่อนข้างแพง

3. การตรวจโดยใช้เทคนิคทางอณูวิทยา (Molecular testing) ตรวจหา Nucleic Acid ทั้งที่ อยู่ใน DNA และ RNA ของ M. tuberculosis ด้วยการขยายจำนวน (Amplification) โดยใช้เทคนิค Polymerase Chain Reaction (PCR) เป็นการตรวจที่สามารถทราบผลได้รวดเร็ว (Rapid test) มี 2 วิธีคือ

3.1 Gene Xpert MTB/RIF assay ใช้เทคนิค real time PCR ตรวจหา MTB complex ได้ทั้งเสมหะที่ตรวจ D/S เป็นบวกและลบ มีความไวและความจำเพาะสูงมาก สามารถตรวจ gene ที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของเชื้อที่ดื้อต่อยา Rifampicin ได้ จึงสามารถบอกสถานะการดื้อต่อยา Rifampicin ได้ด้วย การตรวจง่ายเพราะเป็นระบบอัตโนมัติทั้งหมด บอกผลการตรวจได้รวดเร็ว ใช้เวลาเพียงสองชั่วโมง WHO แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเช่น ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย

3.2 Line Probe Assay หรือ LPA ใช้เทคนิค PCR และ Hybridization เพื่อตรวจจับชิ้นส่วนของเชื้อวัณโรคในสิ่งส่งตรวจ และในเวลาเดียวกันจะจับส่วนของ Nucleotide ใน gene ที่สัมพันธ์

กับการดื้อยาได้ด้วย ที่ใช้ในประเทศไทยคือ GenoType MTBDRplus ชื่อการค้า HAIN test สามารถตรวจหา MTB complex และการดื้อต่อยา Rifampicin และ INH ได้ แต่ทำได้เฉพาะเสมหะที่ส่งตรวจ D/S ให้ผลบวกเท่านั้น มีความไวและความจำเพาะสูงมาก WHO จึงแนะนำให้ใช้เป็นวิธีมาตรฐานสำหรับการตรวจหาการดื้อยาของยารักษาวัณโรคกลุ่มที่หนึ่งเพราะจะได้ผลเร็วกว่าการรอผลจากการทดสอบโดยวิธีเพาะเชื้อ (ปัจจุบันสถาบันบางแห่งมี GenoType MTBDRplus Version 2 ซึ่งสามารถใช้เสมหะที่ D/S ให้ผลลบ เพื่อตรวจได้)

4. การตรวจหาการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อวัณโรค (Immune Reactivity Testing) มี 2 วิธี

4.1 Tuberculin Skin Test (TST) หรือเรียกเต็มว่า Mantoux tuberculin skin test โดยการฉีดสารสกัดจากเชื้อวัณโรค (Purified protein derivative) เข้าใต้ผิวหนัง (Intradermal) ที่ท้องแขน แล้วดูปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายใน 48-72 ชั่วโมงซึ่งจะเป็นตุ่มนูน แผลผลได้ด้วยการวัดเส้นผ่าศูนย์กลางของรอยนูน แต่การทดสอบวิธีนี้อาจให้ผลบวกปลอมได้ เช่นผู้ที่เคยได้รับวัคซีน BCG มาก่อน และผู้ที่ป่วยจากการติดเชื้อที่คล้ายวัณโรค (NTM) และแม้ผลจะเป็นบวกจริงก็ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นวัณโรคแบบ Active หรือ LTBI

4.2 Interferon Gamma Release Assay (IGRA) เป็น T-Cell Based Assay ตรวจหา Interferon Gamma (IFN- γ) ซึ่งพบมากใน Lymphocyte ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ M.tuberculosis โดยนำเลือดผู้ป่วยมาทำปฏิกิริยากับ M.tuberculosis specific protein antigen จะทำให้ Lymphocyte ที่เคยถูกกระตุ้นด้วย M.tuberculosis หลั่ง IFN- γ ออกมา ผลบวกจะแน่นอนกว่าการทำ TST เพราะไม่มีผลบวกปลอมหากผู้ป่วยเคยได้รับวัคซีน BCG มาก่อน แต่ก็เหมือนกับการทำ TST ที่ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคระยะ Active หรือ LTBI การตรวจวิธีนี้แม้จะแม่นยำ แต่ราคาค่อนข้างแพง จึงยังไม่มีมีการใช้แพร่หลาย ที่ใช้ในประเทศไทย คือ QuantiFERON TB gold test

การวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคแบ่งเป็น 2 นิยาม

- 1) Bacteriologically confirmed TB หมายถึงมีผลการตรวจเสมหะทางชีววิทยายืนยัน เช่น D/S และ/หรือ Culture และ/หรือ WRD (WHO approved rapid diagnosis) เช่น XpertMTB/RIF ให้ผลบวก
- 2) Clinically diagnosed TB หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่มีผลการตรวจเสมหะทางชีววิทยายืนยันแต่แพทย์ตัดสินใจให้การรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการ และ CXR ให้ผลบวก

การรักษา

1. ผู้ป่วยใหม่ (New Patient) หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อนหรือเคยได้รับยารักษาวัณโรคมาไม่เกินหนึ่งเดือน ยาที่ให้เป็นยาหลักอันดับแรก (First Line Drug หรือ FLD) ที่มียาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือ RIFAMPICIN ร่วมด้วยเรียกว่า Standard 6-month Treatment Regimen หรือ New Patient Regimen ประกอบด้วยยา 4 ชนิดคือ

ISONIAZID (H)	ขนาดรับประทาน 300 mg/วัน
RIFAMPICIN (R)	ขนาดรับประทาน 450-600 mg/วัน
ETHAMBUTOL (E)	ขนาดรับประทาน 800-1200 mg/วัน
PYRAZINAMIDE (Z)	ขนาดรับประทาน 1000-2000 mg/วัน

(เนื่องจาก H ทำให้มีการขับถ่าย Vitamin B6 เพิ่มขึ้น ร่างกายจึงขาด Vitamin B6 เกิด Isoniazid-induced Neuropathy มีอาการชาปลายมือปลายเท้า จึงให้ Vitamin B6 10-50 mg/day ร่วมกับยารักษาวัณโรคด้วย) โดย 2 เดือนแรกเรียกว่าระยะเข้มข้น (Intensive Phase) ให้ยาทั้ง 4 ชนิด คือ H R E และ Z ส่วน 4 เดือนหลังเรียกว่าระยะต่อเนื่อง (Continuation Phase) ให้ยาเพียง 2 ชนิดคือ H และ R รวมเวลาให้ยา 6 เดือน เขียนเป็นสูตรคือ 2HREZ/4HR โดยให้กินยาเวลาเดียวกันทุกวัน ดีที่สุดคือก่อนนอน ในประเทศที่มีการเกิด H Resistance ค่อนข้างสูง แนะนำให้ใช้ HRE ในระยะต่อเนื่องแทน HR เขียนเป็นสูตรคือ 2HREZ/4HRE

2. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาแล้ว (Treatment of previously treated patient) คือผู้ป่วยที่เคยได้รับยารักษาวัณโรคมาแล้วเกิน 1 เดือนในอดีต ให้ส่งเสมหะเพาะเชื้อและหาความไวของยาต่อเชื้อ (Culture and Drug Susceptibility Test หรือ C/S) ก่อนทุกรายอย่างน้อยควรมีของยา H และ R ถ้าเป็นไปได้ให้ทดสอบด้วย Rapid molecular-based drug-susceptibility testing เพราะจะได้ผลเร็วสามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดสูตรยาที่เหมาะสมได้

ในกรณีที่ไม่มี Rapid test ผู้ป่วยที่ยุติการให้ยาเพราะการรักษาล้มเหลว (Treatment Failure) หรือมีแนวโน้มว่าจะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multi-drug resistant TB หรือ MDR-TB) ให้รักษาด้วยสูตรยาวัณโรคดื้อยา (Empirical MDR Regimen) ซึ่งจะกล่าวในบทความต่อไปเรื่อง วัณโรคดื้อยา ส่วนผู้ป่วยที่ยุติการรักษาเพราะขาดยาไปเองหรือรักษาหายแล้วกลับมาเป็นใหม่ (After defaulting and Relapsing) ไม่ว่าจะ เป็น True Relapse หรือ Reinfection และอยู่ในพื้นที่ที่พบ MDR-TB ค่อนข้างน้อย ซึ่งเดิมให้ใช้สูตร 2HREZS/1HREZ/5HRE ในการรักษา ปัจจุบันให้เลิกใช้และเปลี่ยนมาใช้สูตรยาที่พิจารณาจาก Drug Susceptibility(DST) แทน

การรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงกำกับดูแล

(Directly observed Treatment หรือ DOT)

ปัญหาในการรักษาวัณโรคคือการที่ผู้ป่วยกินยาไม่ครบและไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากต้องกินยาหลายตัวหรือหลายขนานในปริมาณมากในแต่ละมื้อ เป็นเวลายาวนาน และยาแต่ละตัวยังทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้มาก สูตรยาบางสูตรยังมีการฉีดยาอีก ทำให้ผู้ป่วยท้อใจ บางรายกินยาได้เพียง 2-3 เดือนรู้สึกว่าการดีขึ้นก็จะไม่มาติดต่อบริยาอีก นอกจากจะทำให้โรคไม่หายแล้ว โอกาสที่เชื้อจะดื้อยาก็มีสูง ซึ่งการรักษา ก็ยังจะยุ่งยากขึ้นไปอีก ผู้ป่วยที่เชื่อยังถูกกำจัดไม่หมดก็จะแพร่เชื้อไปสู่ผู้ใกล้ชิดได้เรื่อย ๆ เพราะผู้ป่วยมักจะปกปิดตัวเองไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบ ไม่มีการป้องกันการแพร่เชื้อเมื่อไอหรือจามและไม่ยอมแยก

ตัวเอง ปัญหาเหล่านี้ WHO ทราบดี จึงได้มีมาตรการต่างๆ เพื่อแก้ไข เช่นแนะนำให้กินยาเม็ดรูปแบบผสมที่มีตัวยาหลักอันดับแรก 3-4 ตัวรวมอยู่ในเม็ดเดียวกัน (Fixed dose combination หรือ FDC) ซึ่งนอกจากจะทำให้ไม่สามารถเลือกกินยาเฉพาะบางตัวแล้วยังลดปริมาณยาที่ผู้ป่วยต้องกินในแต่ละมื้อให้น้อยลงได้อีกด้วย และแนะนำให้ใช้วิธี DOT (Directly Observed Treatment) คือการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง มีผู้กำกับดูแล (DOT provider) โดยผู้ป่วยต้องกินยาต่อหน้าผู้ดูแลทุกครั้ง ซึ่งในความเป็นจริงเป็นไปได้ยากที่จะให้ผู้ป่วยเดินทางไปกินยาที่โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขทุกวันโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ เพราะจะต้องเสียทั้งเวลา เสียทั้งเงินค่ารถ ส่วนจะให้อาสาสมัครเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยก็ไม่ชอบ หรือไม่ยอมรับ WHO จึงได้เปลี่ยนแปลงการทำ DOT จากวิธีเดิม (in-person DOT) เปลี่ยนมาใช้ Smart phone Technology โดยให้ผู้ป่วยถ่าย Clip VDO ขณะกินยาแล้วส่งไปให้ผู้กำกับดูแล (DOT Provider) ดูแทน เรียกว่า Video Observed Treatment for TB (VOT) เป็นทางเลือกอีกทาง แต่ผู้ป่วยบางรายอาจส่ง Clip VDO เก่ามาให้ WHO จึงได้เริ่มทำโครงการใหม่ซึ่งวิธีการนี้ แม้จะเป็น asynchronous VOT เหมือนกับวิธีแรก แต่มีข้อดีกว่าเพราะผู้ป่วยสามารถกินยาที่ไหน เวลาใดก็ได้ เพียงแค่ download VOT app ซึ่งได้รับความร่วมมือจากมหาวิทยาลัย California พัฒนาให้ไว้ใน Smart phone ใส่รหัสผู้ป่วยไว้ เมื่อจะกินยาให้เปิด app แล้วถ่าย clip VDO ขณะกลืนยาไว้ app จะบันทึก วัน เวลา ที่กินยาแล้วเก็บไว้ในเครื่อง เมื่อเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ดูแลมาทำงาน เพียงเปิดเครื่องคอมพิวเตอร์ ใส่รหัสผู้ป่วย Clip VDO ของผู้ป่วยคนนั้นๆ ก็จะถูก upload เข้ามาแสดงให้เห็น เมื่อเสร็จเรียบร้อยจะบันทึกโดยอัตโนมัติ จะเห็นได้ว่าทางฝ่ายผู้กำกับดูแลหรือเจ้าหน้าที่ก็จะสะดวกเช่นกันเพราะจะเปิดเครื่องดูเมื่อใดก็ได้ และเจ้าหน้าที่เพียงคนเดียวสามารถตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วยได้เป็นจำนวนมาก WHO เรียกวิธีการนี้ว่า Video Supported Treatment (VOT) ส่วนในประเทศที่ยังไม่สามารถ download app นี้ เช่นประเทศไทย สามารถใช้วิธี VIDEO CALL แทน โดยต้องนัดเวลากันว่าผู้ป่วยจะกินยาเวลาใดแล้วทำ real time VIDEO ขณะกลืนยามาให้ดูสดๆ เรียกว่าเป็นการทำ synchronous VOT แต่วิธีนี้สัญญาณ internet ต้องดี และฝ่ายเจ้าหน้าที่ต้องเป็นผู้เสียสละเวลา โดยเฉพาะถ้ามีผู้ป่วยที่ต้องดูแลหลายคน

การป้องกันวัณโรค

วัณโรคถือว่าเป็นโรคติดต่อร้ายแรง แต่ก็เป็นโรคที่เราสามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ ซึ่งการป้องกันแบ่งเป็น 3 แบบ

ก) ป้องกันก่อนเป็นโรค

1. รักษาสุขภาพให้แข็งแรง เพื่อจะได้มีภูมิคุ้มกันที่ดี รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงสุรา บุหรี่ ออกกำลังกายกลางแจ้งเป็นประจำ ท้องนอนควรมีหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้รวมทั้งแสงแดดส่องถึง
2. หลีกเลี่ยงเข้าไปในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด คับแคบ แสงแดดส่องไม่ถึง เช่น สถานบันเทิง สถานที่กักกันผู้ต้องขัง หรือค่ายผู้อพยพ

3. ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อควรหลีกเลี่ยงการไปเยี่ยมเยียนผู้เจ็บป่วยที่เป็นหรือสงสัยว่าจะเป็นวัณโรคปอด หากไม่มีความจำเป็น

4. ทารกแรกเกิด ควรได้รับการฉีดวัคซีน BCG แม้ว่าไม่สามารถป้องกันวัณโรคปอดได้ แต่สามารถป้องกันการเกิดวัณโรคชนิดร้ายแรงในเด็กเช่นวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง (TB meningitis) วัณโรคชนิดแพร่กระจาย (Disseminated tuberculosis)

5. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมสัมผัสทางเพศที่จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV เพราะผู้ที่ติดเชื้อ HIV นอกจากจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย เชื้อวัณโรคที่สงบอยู่ในตัวเรา เมื่อร่างกายอ่อนแอภูมิคุ้มกันลดลงจะออกฤทธิ์ (Reactivation) ทำให้เกิดวัณโรคระยะมีอาการ (Active TB) ได้

6. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง โรคที่ต้องกินยากภูมิคุ้มกันเป็นระยะเวลานาน โรคเบาหวาน ติดเชื้อ HIV ติดยาเสพติด บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับการตรวจร่างกายและ CXR เป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง

ข) การป้องกันเมื่อสัมผัสผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ

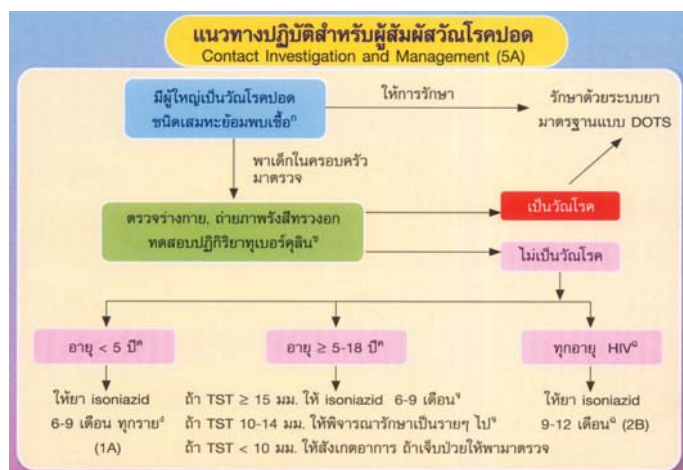
สัมผัสในที่นี้หมายถึงต้องอยู่ใกล้ชิดกันทุกวันเป็นเวลานาน เช่น อยู่บ้านหรือที่ทำงานเดียวกัน นอนห้องนอนหรือทำงานห้องทำงานเดียวกัน

1. ในเด็กอายุ 18 ปีลงมา จะติดเชื้อง่ายและโอกาสที่จะป่วยเป็นวัณโรคในระยะ 2 ปีแรกค่อนข้างสูงโดยเฉพาะเด็กที่อายุน้อยกว่า 1 ปี และถ้าเด็กติดเชื้อ HIV ด้วยโอกาสติดเชื้อมากขึ้นอีกหลายเท่า ถ้าชักประวัติ ตรวจร่างกาย CXR และทำ TST แล้วไม่ปรากฏว่าเป็น Active TB พิจารณาให้ INH Preventive Treatment หรือ IPT ดังนี้

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ให้ IPT เป็นเวลา 6-9 เดือนทุกราย
เด็กอายุตั้งแต่ 5 ขวบขึ้นไป ถึง 18 ปี

ถ้า TST ตั้งแต่ 15 mm. ขึ้นไป ให้ IPT 6 - 9 เดือน

ถ้า TST 10 -14 mm. ให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป
เด็กทุกอายุที่ติดเชื้อ HIV ให้ IPT 9-12 เดือนทุกราย (แผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 2 แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้สัมผัสวัณโรคปอด

2. ในผู้ใหญ่ ให้ผู้สัมผัสโรคมารพบแพทย์ทุกรายเพื่อซักประวัติ CXR ถ้าสงสัยว่าเป็น Active TB ให้ส่ง Sputum exam. ถ้าเป็นให้การรักษา ถ้าไม่เป็นแนะนำมา CXR และ Sputum exam. ซ้ำเมื่อมีอาการ เว้นผู้สัมผัสเป็นผู้ติดเชื้อ HIV และยังไม่เคยได้รับยาป้องกันมาก่อน ควรได้รับ IPT เป็นเวลา 6-9 เดือน ขนาดยาที่ใช้ ผู้ใหญ่ 5 mg/kg เด็ก 10 mg/kg แต่ไม่เกิน 300 mg/day

ค) การป้องกันเมื่อมีผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อในบ้านหรือที่ทำงาน ควรแยกผู้ป่วย (Isolate) ไม่ให้ปะปนกับผู้อื่น อย่างน้อย 2 สัปดาห์ นับตั้งแต่เริ่มกินยารักษาหรือจนกว่าตรวจเสมหะ D/S ไม่พบเชื้อ ถ้าอยู่ที่บ้านควรแยกห้องถ้าทำได้ หรืออยู่ในห้องที่มีการระบายอากาศที่ดีและแสงแดดส่องถึง ถ้าอยู่โรงพยาบาลควรอยู่ห้องที่มีความดันเป็นลบ (Negative pressure) เมื่อออกมานอกห้องหรือมาพบปะบุคคลข้างนอก ให้สวมหน้ากากอนามัย (Surgical Mask) (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 หน้ากากอนามัย

ซึ่งสามารถป้องกันเสมหะไม่ให้กระเด็นออกมาภายนอกได้ ส่วนผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนในครอบครัว ให้สวมหน้ากาก N 95 (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 หน้ากาก N 95

ซึ่งสามารถกรองฝอยละอองขนาดเล็กไม่ให้เข้าสู่ทางเดินหายใจของผู้สวมใส่ได้ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วม เช่น เบาหวาน หรือติดเชื้อ HIV ให้ได้รับการรักษาไปพร้อมๆ กัน ส่วนการกินยารักษาวัณโรคต้องมีวินัยกินยาทุกวันให้ครบทุกตัวจนสิ้นสุดการรักษามิฉะนั้นจะทำให้เชื้อดื้อต่อยาได้



ทุกข์ของคนดี

ใน โลกยุคปัจจุบัน การสื่อสารคมนาคมเป็นไปอย่างรวดเร็วกว้างขวาง จากผลของการพัฒนาด้านโทรคมนาคมยุคใหม่ อย่างเช่น สื่อสังคมตั้งที่ทราบกันอยู่ ผลคือเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมเป็นที่รับรู้ของคนทั่วไป โดยเฉพาะเรื่องราวของคนที่สังคมให้ความสนใจ ไม่ว่าจะเป็นผู้ดำรงตำแหน่งระดับสูงในภาครัฐและเอกชน ผู้มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมสูง ดารา นักแสดง ศิลปิน คนสวยรวยหล่อ หรือผู้ประสบความสำเร็จด้านต่าง ๆ หากเป็นคนดี ความใส่ใจอยากรู้และเผยแพร่เรื่องราวทั้งชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงานของคนที่เหล่านี้ยังเป็นเรื่องปกติธรรมดาในสังคมทุกวันนี้

การเป็นคนดีไม่จำเป็นต้องจำกัดในระดับชาติหรือระหว่างประเทศ แต่รวมไปถึงการเป็นคนที่ดีคนดีแวดล้อมให้มีความสุข ไม่ว่าจะเป็นคนดีในระดับหน่วยงาน ชุมชน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน หรือเขตพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งก็ได้ ขึ้นกับลักษณะเด่นที่ทำให้คนอื่นรู้จัก โดยสิ่งที่ทำให้คนอื่นรู้จักอาจเป็นได้ทั้งในแง่ดีหรือร้าย ที่สำคัญคือเมื่อใดใครคนหนึ่งกลายเป็นคนดี ผู้นั้นก็กลายเป็นจุดดึงดูดความสนใจของผู้อื่นทั้งคนรู้จักและคนไม่รู้จักอย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น เมื่อสนใจก็พยายามขุดคุ้ยหาข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับคนดี และนำข้อมูลต่าง ๆ ทุกเรื่องที่ได้ ทั้งที่เป็นเรื่องจริงหรือไม่จริงมาเผยแพร่ต่อเนื่อง มากกว่านั้นก็คือนำเรื่องที่รับรู้ได้ยิบยิบมาต่อเติมขยายความและบอกต่อออกไปอย่างกว้างขวาง ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่อสังคมที่เรียกว่า โซเชียลมีเดีย ซึ่งทำให้คนนอกวงการซึ่งไม่เคยรับรู้ได้รับรู้เกิดความสนใจขยายวงต่อไปอีกโดยแทบไม่มีข้อจำกัด จากนั้นก็มีคนสนใจเพิ่มเข้ามาร่วมวงในการเจาะหาข้อมูลอื่น ๆ ของคนดี เพื่อนำมาต่อเติมและเผยแพร่ไปอีกตามเจตนาดีหรือไม่ดีของผู้นั้น ซึ่งทำให้คนดียิ่งเพิ่มระดับความดังหนักขึ้นไปอีก

ตรงนี้แหละที่ความดังหรือความสนุกที่เป็นคนดีเริ่มจะกลายเป็นความทุกข์ เป็นทุกข์ของคนดี

ที่เป็นทุกข์สำคัญคือความเป็นส่วนตัวหายไป เพราะผู้อื่นเกิดความอยากรู้เรื่องราวส่วนตัวของคนดี

ความอยากรู้อาจมีได้ทั้งสองภาค คือภาคดีและภาคชั่ว

ความอยากรู้ภาคชั่วคือการหาความรู้เกี่ยวกับคนดังในแง่มุกตลก ๆ เพื่อไปบอกต่อ

ส่วนความอยากรู้ภาคดีคือการหาความรู้ในแง่มุขที่ไม่สมควรนำมาเล่าขาน เช่น เรื่องส่วนตัวที่ไม่สมควรเผยแพร่ต่อสาธารณะ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมส่วนตัว ความผิดพลาดในอดีต การคบหาคนอื่น เป็นต้น ที่น่ากลัวกว่านั้นคือการนำเรื่องราวของคนดีมาแต่งเป็นเรื่องราวชวนเชื่อทั้งที่ไม่เป็นความจริง แต่เป็นเรื่องที่คนมีจิตตวิจฉาหรือไม่ขึ้นชอบคนดีพร้อมจะเชื่อ และส่งต่อให้คนอื่นรับรู้ หรือช่วยแต่งเสริมเติมสื่อออกไปอีกตามจริตของผู้อื่นที่ไม่ได้อยู่ฝ่ายเดียวกับคนดี

ในสังคมที่นิยมความจริงซึ่งประชากรได้รับการอบรมให้ใช้ดุลยพินิจด้วยหลักเหตุผลและหลักความจริง คนดีย่อมดังต่อไป หากสามารถอยู่กับความจริงได้ แต่ในสังคมที่นิยมการเสียดสี ค่อนแคะ และพอใจกับการปล่อยข่าวเสียหายของผู้อื่นโดยไม่ได้รับการลงโทษ การเป็นคนดีเป็นเรื่องยากกว่า เพราะทำให้คนดีต้องระมัดระวังตัวแทบทุกฝีก้าว และอาจต้องตามแก้ข่าว ฟ้องร้อง กลับคืน หรือคนที่เคยดังกลายเป็นดาวดับแสงไป

ได้รับรู้แบบนี้แล้ว คนไม่ดังอาจมีความสุขขึ้น แต่ถ้าใครยังอยากเป็นคนดังอยู่ ก็ต้องพยายามระมัดระวังตนแทบทุกฝีก้าว โดยต้องทำใจว่าความดังอาจส่งผลย้อนมาในเชิงลบ ก็ต้องทำใจไม่ให้เป็นทุกข์ จึงจะเป็นคนดีได้อย่างมีความสุข





เลาะรั้ว ส.ส.ธ.

สวัสดิ์ศ๊ะ สมาชิก ส.ส.ธ. พบกันอีกเช่นเคยกับคอลัมน์ เลาะรั้ว ส.ส.ธ. ปีนี้สมาชิกทุกท่านอย่าพลาดกันเขียนวนะคะ เชิญชวนไปงานสัมมนา และประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2561 ที่จังหวัดเชียงใหม่ เพราะปีนี้สำคัญมากเป็นปีเลือกตั้งกรรมการบริหารสมาคมชุดใหม่ เตรียมวางแผนไปท่องเที่ยวและเข้าสัมมนา กันตั้งแต่ต้นปีเลยนะคะ สำหรับสมาชิกท่านใดที่ยังไม่มีโอกาสเข้าร่วมสัมมนา กับสมาคม ขอเชิญชวนนะคะ เพื่อพบปะสังสรรค์ และทำกิจกรรมร่วมกัน เลือดเขียวทองคล่องใจ ผูกพันสายใยรวมใจชาว มสธ.

เลาะรั้วมหาวิทยาลัย และสมาคม



งานวันขึ้นปีใหม่ขอมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ศรีสอ้าน อธิการบดีผู้ก่อตั้งมหาวิทยาลัย และนายกสมาคมสุโขทัยธรรมมาธิราช พร้อมด้วยคณะผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากร มสธ. และสมาคม ร่วมพิธีทำบุญตักบาตรพระสงฆ์ 62 รูป เนื่องในโอกาสวันขึ้นปีใหม่ เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2561 ณ บริเวณลานปาริชาติ และร่วมกิจกรรม “สวัสดิ์วันปีใหม่ ร้อยรวมใจฉันน้องพี่ ขอขอบคุณด้วยไมตรี ให้โชคดีตลอดไป” โดยนายกสมาคมเป็นประธานกล่าวอวยพร และกล่าวเปิดงาน ณ ห้องพระปกเกล้า อาคารอเนกนันทน์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช



อุทยานแห่งการเรียนรู้เกิดพระเกียรติราชวงศ์จักรี “เย็นศิระไ้ร่มพระบารมี”

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จัดงานอุทยานแห่งการเรียนรู้ เกิดพระเกียรติราชวงศ์จักรี เย็นศิระไ้ร่มพระบารมี ระหว่างวันที่ 25 - 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ณ อุทยานการศึกษารัชมิ่งคลาภิเษก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ภายในงานมีการจัดแสดงนิทรรศการ “เย็นศิระไ้ร่มพระบารมีบูรพกษัตริยาธิราชเจ้า” นิทรรศการและพิพิธภัณฑ์เสมือน การแสดงดนตรีเพลงพระราชนิพนธ์ โดยวงดุริยางค์ตำรวจ ภายในศาลาฟุ่มข้าวบิณฑ์ การแสดงโขน นิทรรศการ “ศาสตร์พระราชา” และกิจกรรม “ถ่ายภาพประทับใจ ไ้ร่มพระบารมี ๔๐ ปี มสธ.” ภายในอาคารตรีศร ตลาดสินค้าเกษตรและตลาดย้อนยุค การเสวนาเรื่อง “ฟ้าไหมยกดอก พลิกฟื้นภูมิปัญญาด้วยพระบารมี” ชมการแสดงของศิลปินในเพลงพระราชนิพนธ์ และเพลงร่วมสมัย การบรรเลงดนตรีกุ้เจิง เสวนาเบื้องหลังการทำภาพยนตร์เฉลิมพระเกียรติเรื่อง “ไหมของแม่” แพชั่นโชว์ “พัสดรรากณ์ร่วมสมัย เกิดไ้ราชวงศ์จักรี” และได้รับเกียรติจาก ศ.ดร.วิจิตร ศรีสอ้าน อธิการบดีผู้ก่อตั้งมหาวิทยาลัย และนายกสมาคมสุโขทัยธรรมมาธิราช ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง “ไ้ร่มพระบารมีราชวงศ์จักรี ๔๐ ปี มสธ.” และร่วมขับร้องเพลง สามศร เพลงพระราชนิพนธ์สายฝนกับวงดุริยางค์ตำรวจ





ทำบุญเนื่องในวันมาฆบูชา

สมาคมสุโขทัยธรรมาธิราช ร่วมพิธีทำบุญตักบาตร ฟังธรรมเทศนา และเวียนเทียน ถวายเป็นพุทธบูชา เนื่องในโอกาสวันมาฆบูชา เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ณ อาคารตรีศร และบริเวณหอดพระพุทธ-มิ่งมงคลธรรมสถาน อุทยานการศึกษาวิชามังคลาภิเษก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



ราตรีเที่ยวทองสัมฤทธิ์ “ราตรีสีทอง” (Gold Theme)

สมาคมสุโขทัยธรรมาธิราช ร่วมงานราตรีเที่ยวทองสัมฤทธิ์ “ราตรีสีทอง” (Gold Theme) โดยได้รับเกียรติจากศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ศรีสอาน อธิการบดีผู้ก่อตั้งมหาวิทยาลัย และนายกสมาคม ปาฐกถา หัวข้อ “ไทยแลนด์ 4.0 กับการศึกษาทางไกลของ มสธ.” เมื่อวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2561 ณ ห้องกิตติมศักดิ์ ชั้น 2 โรงแรมลีการ์เดนส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

เลาะริ้วชมรมบัณฑิต มสธ.



ทำบุญตักบาตร เนื่องในโอกาสวันขึ้นปีใหม่ 2561

ชมรมบัณฑิต มสธ.กาญจนบุรี ร่วมทำบุญตักบาตร เนื่องในโอกาสวันขึ้นปีใหม่ 2561 เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ณ เทศบาลเมืองกาญจนบุรี ตำบลบ้านเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

เลาะรั้วชมรมบัณฑิต มสธ.



วันเด็กแห่งชาติ ประจำปี 2561

ชมรมบัณฑิต มสธ.กาญจนบุรี

ร่วมกิจกรรมวันเด็กแห่งชาติ ประจำปี 2561 กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2561 ณ สนามกีฬาจังหวัดกาญจนบุรี ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

ชมรมบัณฑิต มสธ.นนทบุรี

ร่วมกับชมรมนักศึกษา มสธ. จังหวัดนนทบุรี และปทุมธานี ร่วมกิจกรรมแจกของขวัญและจัดชุดอาหาร ให้กับเด็ก ๆ ที่มาร่วมงานวันเด็กแห่งชาติ ประจำปี 2561 เมื่อวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2561 ณ โรงเรียนวัดเวฬุวัน ตำบลบางพูด อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

ชมรมบัณฑิต มสธ.ราชบุรี

ร่วมกิจกรรมวันเด็กแห่งชาติ ประจำปี 2561 แจกอุปกรณ์กีฬา เครื่องเขียน ข้าวสาร น้ำมันพืช ให้กับคณะครูและนักเรียนที่มาร่วมกิจกรรมวันเด็ก เมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2561 ณ โรงเรียนบ้านทุ่งแจง ตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี

ชมรมบัณฑิต มสธ.อุดรธานี

มอบเงินสนับสนุนในการพัฒนาโรงเรียน ซ่อมแซมและปรับปรุงห้องพยาบาล ห้องเด็กเล็ก และมอบทุนการศึกษาเด็ก รวมเป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท พร้อมนำนมและขนมแจกเด็กนักเรียนเนื่องในวันเด็กแห่งชาติ 2561 เมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2561 ณ โรงเรียนบ้านดอนอุดม (เนยอุปถัมภ์) ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

เลาะรั้วชมรมบัณฑิตฯ มสธ.



เพื่อมบุญ น้อมอ้อมท้อง

ชมรมบัณฑิต และชมรมนักศึกษา มสธ. จังหวัดนครปฐม ร่วมกับกลุ่มพี่น้องจิตอาสา จัดกิจกรรม “เพื่อมบุญ น้อมอ้อมท้อง” เลี้ยงอาหารกลางวันเด็ก ๆ ด้อยโอกาส เมื่อวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2561 ณ หมู่บ้านเด็กมูลนิธิสงเคราะห์เด็ก สภากาชาดไทย อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม



ล้อมรั้ว ล้อมรัก

ชมรมบัณฑิต และชมรมนักศึกษา มสธ. จังหวัดลำพูน จัดกิจกรรม “มสธ.ลำพูน รวมใจ ล้อมรั้ว ล้อมรัก” สร้างกำแพงโรงเรียน มอบอุปกรณ์การเรียน เครื่องอุปโภคบริโภค ระหว่างวันที่ 10 - 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ณ โรงเรียนปงแม่ลอบ ตำบลทาแม่ลอบ อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน



เครือข่ายปฏิบัติการ มสธ. ศูนย์วิทยพัฒนา มสธ. เพชรบุรี

ศูนย์วิทยพัฒนา มสธ. เพชรบุรี ร่วมกับชมรมบัณฑิต ชมรมนักศึกษา มสธ. ภายใต้พื้นที่บริการ 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี จัดกิจกรรมเครือข่ายปฏิบัติการ มสธ. ประจำปี 2561 “การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ” ระหว่างวันที่ 17 - 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ณ ค่ายบูรณัฎร กองพลทหารช่าง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี



รอมเก้าอี้ใหม่ จากใจพี่เพื่อน้อง

ชมรมบัณฑิต มสธ.สมุทรปราการ จัดกิจกรรม “รอมเก้าอี้ใหม่ จากใจพี่เพื่อน้อง” มอบรองเท้า ถุงเท้า จำนวน 108 คู่ ให้แก่เด็กนักเรียน เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ณ โรงเรียนบ้านดงเค็ง ตำบลหนองขमार อำเภอดุสิต จังหวัดบุรีรัมย์



ปิดท้าย



สงกรานต์ปีนี้ ขอให้เพื่อนสมาชิก ส.ส.อ. ทุกท่าน จอมมีความสุขและเดินทางปลอดภัยนะคะ



สมาคมสุโขทัยธรรมมาธิราช

ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

โทร. 0-2503-3619, 0-2503-3708, 0-2504-7796-7 โทรสาร 0-2503-3708

E-mail: s-t-a@stou.ac.th www.stastou.org

เจ้าของ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

สมาคมสุโขทัยธรรมมาธิราช ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร

ศ.ดร.วิจิตร ศรีสอาด

สมักรสมร กักดีเทวา

สมนึก ทรัพย์แสนดี จวีวรรณ กัดทาน ญานิศา อินทรพรหม มาโนช แซ่ไช้