

Impacting Outcomes Link by Link



ZOLL® Strengthens the Hospital Chain of Survival by providing superior technology while remaining a trusted, dependable partner in the treatment and care of cardiac arrest. ZOLL's products provide you with the quality and reliability you expect. Our innovative products and solutions comprise a fully integrated resuscitation system with all the tools you need to impact outcomes.

©2011 ZOLL Medical Corporation, Chelmsford, MA, USA. "Advancing Resuscitation. Today.," and ZOLL are registered trademarks of ZOLL Medical Corporation in the United States and/or other countries.



pendant

การบริหารจัดการพื้นที่ในโรงพยาบาลแนวใหม่



SAINTMED

mindray

CELEBRATE
The
60
PRIDE
CHILDREN'S
HOSPITAL



การประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ “สุขภาพเด็กแห่งชาติ” ครั้งที่ 15

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

The 15th Annual Pediatric Meeting of
National Child Health

‘From National Health Authority (NHA) to
Asean Economic Community (AEC)’



25 - 27 June 2014

Landmark Bangkok Hotel (Sukhumvit)



Download ใบสมัครเข้าร่วมประชุม ได้ที่ www.childrenhospital-training.com

หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณนงรัตน์ จันทิ / คุณวไลพร บุญเตี้ย

เบอร์โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5122, 088-874-4674 โทรสาร 02-354-8088 E-mail: qsnich.training@gmail.com

www.childrenhospital-training.com





โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย



งานประชุมวิชาการ ประจำปี ๒๕๕๗

จัดโดยคณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย



๒๔๕๗-๒๕๕๗

๑๐๐ ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
The Centenary of King Chulalongkorn Memorial Hospital

CU MED2014 CONFERENCE 16 - 20 JUNE 2014

'100 Year - Experiences towards Excellence'
'๑๐๐ ปีแห่งประสบการณ์ สู่วรรษแห่งความเป็นเลิศ'

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

www.cumedconference.com



CELVISTA®

raloxifene HCl 60 mg/day

Acts as Selective Estrogen Receptor Modulator (SERM)

- Agonist on Bone
- Antagonist on Breast and Uterine

For Postmenopause Women :

- Prevention and Treatment of Osteoporosis
- Reduce Invasive Breast Cancer Risk

Raloxifene decreases resorption of bone and returns bone turnover to the premenopausal range.

Effects on bone quality :

- Histologically normal
- No evidence of mineralization defects
- No woven bone or marrow fibrosis

The MORE trial was a prospective, randomized, double-blind, placebo controlled (7,705 postmenopausal women, mean age 67 years) with osteoporosis

Reduced the risk
of first vertebral
fracture by¹

50%

(RR 0.5, 95%CI 0.3-0.7)

*(3 yrs trial)

Reduced the risk
of invasive breast
cancer by²

72%

(RR 0.28, 95% CI 0.17-0.46)

*(4 yrs trial)

Although the reduction in the incidence of non-vertebral fractures is not significant, the risk of a non-vertebral fracture decreases with increasing exposure to CELVISTA

One Tablet Daily

Any time of the day without regard to meals

No special requirements

Intended for long term use

CELVISTA Brief Product Information

CELVISTA 60 mg film coated tablet. Each film coated tablet contains 60 mg raloxifene hydrochloride, equivalent to 56 mg raloxifene free base. **Indications:** For the treatment and prevention of osteoporosis in postmenopausal women. For the reduction in risk of invasive breast cancer in postmenopausal women with osteoporosis. For the reduction in risk of invasive breast cancer in postmenopausal women at high risk of breast cancer. **Dosage:** One tablet daily by oral administration. **Contraindications:** Most not be used in women with child bearing potential. Active or past history of venous thromboembolic events (VTE), including deep vein thrombosis, pulmonary embolism and retinal vein thrombosis. Hypersensitivity to raloxifene or to any of the excipients in the tablet. Hepatic impairment including cholestasis. Severe renal impairment. Unexplained uterine bleeding. CELVISTA should not be used in patients with signs or symptoms of endometrial or breast cancer as safety in these patient groups has not been adequately studied. **Special warnings and special precautions for use:** Postmenopausal women with a history of stroke or other significant stroke risk factors, such as transient ischemic attack or atrial fibrillation. Raloxifene is associated with an increased risk for venous thromboembolic events (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) that is similar to the reported risk associated with current use of hormone replacement therapy. Any uterine bleeding during CELVISTA therapy is unexpected and should be fully investigated by a specialist. Efficacy of raloxifene has not been studied in patients with impaired liver function. In patients with a history of oral estrogen-induced hypertriglyceridemia (> 5.6 mmol/L), raloxifene may be associated with a marked increase in serum triglycerides. The safety of CELVISTA in patients with breast cancer has not been adequately studied. No data are available on the concomitant use of CELVISTA and agents used in the treatment of early or advanced breast cancer. Therefore, CELVISTA should be used for osteoporosis treatment and prevention only after the treatment of breast cancer, including adjuvant therapy, has been completed. **Concurrent Use of Systemic Hormone Therapy:** Safety information regarding the concurrent use of raloxifene and systemic hormone therapy (estrogen with or without progestin) is limited and therefore concomitant use of raloxifene with systemic estrogen is not recommended. CELVISTA is not effective in reducing vasodilation (hot flashes), or other symptoms of the menopause associated with estrogen deficiency. Patients with rare hereditary problems of galactose intolerance, the Lapp lactase deficiency or glucose/galactose malabsorption should not take this medicine. There is no indication for use of raloxifene in males. **Drug Interactions:** If raloxifene is given concurrently with warfarin or other coumarin derivatives, the prothrombin time should be monitored. Raloxifene should not be co-administered with cholestyramine (or other anion exchange resins), which significantly reduces the absorption and enterohepatic cycling of raloxifene. **Use during pregnancy and lactation:** CELVISTA is only for use in postmenopausal women. CELVISTA must not be taken by women of child bearing potential. Raloxifene may cause foetal harm when administered to a pregnant woman. **Effects on ability to drive and use machines:** Raloxifene has no known effect on driving or the ability to use machinery. **Undesirable effects:** Vascular Disorders (Very common (> 10%): Vasodilation (Hot flashes) (Uncommon (0.1-1%): Venous thromboembolic events including deep vein thrombosis, pulmonary embolism, retinal vein thrombosis. Superficial vein thrombophlebitis) Musculoskeletal and Connective Tissue Disorders (Common (1-10%): Leg cramps) General Disorders and Administration Site Conditions (Very common (> 10%): Flu syndrome Common (1-10%): Peripheral oedema) Gastrointestinal Disorders (Very rare (< 0.01%): Gastrointestinal symptoms such as nausea, vomiting, abdominal pain, dyspepsia) Investigations (Very rare (< 0.01%): Increase blood pressure) Nervous System Disorders (Very rare (< 0.01%): Headache, including migraine) Skin and Subcutaneous Tissue Disorders (Very rare (< 0.01%): Rash) Reproductive System and Breast Disorders (Very rare (< 0.01%): Mild breast symptoms such as pain, enlargement and tenderness)

References : 1. Ettinger B, et al. Reduction of Vertebral Fracture Risk in Postmenopausal Women with Osteoporosis Treated with Raloxifene. JAMA 1999;282:637-45. 2. Cauley JA, et al. Continue breast cancer risk reduction in postmenopausal women treated with Raloxifene: 4 year results from the MORE trial. Breast Cancer Research and Treatment 2001;65:125-34.



บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด

183 อาคารรัชนาการ ชั้น 10 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

โทร. 0-2676-6770-9 แฟกซ์ 0-2676-6780

Further information is available on request, Product information is available on package insert

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พ.ศ. 131/2555

วงการแพทย์กับความขัดแย้งทางการเมือง

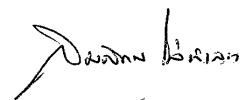
ประชาชนหลายฝ่ายแปลกใจว่าทำไมแพทย์จึงออกมาแสดงความคิดเห็นทางการเมือง ในระยะนี้มากกว่าอาชีพอื่น ความจริงไม่ใช่เฉพาะแพทย์ แต่บุคลากรทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขทุกสาขามีความรู้สึกนึกคิดคล้ายกัน เพราะถูกปลูกฝังจิตสำนึกให้มิจริยธรรม เราไม่สามารถยอมรับคนโกงหรือคนที่ทุจริตได้ จริยธรรมนั้นสูงกว่ากฎหมาย คนที่ทุจริตโดยไม่มีใครเห็นหรือใช้วิธีเลี่ยงกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ถือว่าทำได้โดยไม่ผิดกฎหมาย แต่ในทางจริยธรรมแล้วทำไม่ได้ ลูกน้องของประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกาแอบดักฟังโทรศัพท์ของฝ่ายตรงข้ามอาจไม่ผิดกฎหมายเพราะกฎหมายไม่ได้เขียนไว้ แต่การแอบดักฟังนั้นผิดจริยธรรม ประชาชนได้ขับประธานาธิบดีออกทั้ง ๆ ที่เขาได้รับคะแนนเลือกตั้งเข้ามาสูงมาก อาชีพอื่นอาจเห็นเรื่องการคดโกงเป็นเรื่องธรรมดาพอยอมรับได้ แต่วงการแพทย์ถือว่าเป็นเรื่องเลวร้ายที่ยอมรับไม่ได้ ลองคิดดูว่า ถ้าบุคลากรทางการแพทย์คดโกง หลอกลวงผู้ป่วย ไม่มีจริยธรรม ประชาชนจะเดือดร้อนเพียงใด

แพทย์เราเป็นกลางในเรื่องที่เกี่ยวกับวิชาชีพ เราดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างดีที่สุดโดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา และความเชื่อ ถึงแม้ว่าผู้นั้นเป็นศัตรูเราก็ยังดูแลเขาอย่างดี มีผู้บริหารที่แพทย์เกลียดมากป่วยได้เข้ามาในโรงพยาบาลเราก็ยังช่วยอย่างดีที่สุดเพื่อให้เขารอดชีวิต

ส่วนเรื่องความเชื่อของบุคลากรทางการแพทย์เราถือเป็นสิทธิส่วนบุคคล ใครจะนับถือศาสนาพุทธ หรือคริสต์ หรืออิสลาม ก็เป็นสิทธิของเขา เราจะไม่ไปยุ่งและจะไม่ไปบังคับให้เขาต้องคิดเหมือนกับเรา ทุกคนมีสิทธิที่จะแสดงความคิดเห็นของตนเอง ไม่ใช่ว่าเป็นแพทย์แล้วต้องเป็นกลาง แสดงความคิดเห็นไม่ได้ เราต้องการเห็นแพทย์เป็นผู้นำในสังคม กล้าทำในสิ่งที่ถูกต้องเรื่องผิดถูกไม่มีการเป็นกลาง เราเห็นคนทำร้ายกันแล้วเรายืนดูเฉย ๆ โดยอ้างว่าเราเป็นกลางไม่ได้ เราเห็นคนโกงแต่เรายืนดูเฉยโดยไม่ทำอะไรโดยการอ้างว่าเราเป็นกลางไม่ได้ เราเห็นประเทศกำลังแย่ในทุกด้าน เราจะต้องออกมาช่วยกันแก้ไข ไม่ใช่อ้างว่าเป็นกลางแล้วปล่อยให้ประเทศของเราพินาศโดยไม่ทำอะไร แพทย์ทั่วไปไม่ฝักใฝ่การเมืองเราไม่ได้เข้าข้างพรรคใด แต่เรายืนอยู่บนความถูกต้องโดยไม่คำนึงถึงพรรคการเมือง

มีแพทย์บางท่านอ้างกฎหมายว่าพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ มาตรา ๒๒ เขียนว่านายกแพทยสมาคมมีอำนาจหน้าที่ ๓ อย่างคือ ๑. ดำเนินกิจการของแพทยสภาให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติหรือตามมติของคณะกรรมการแพทยสภา ๒. เป็นผู้แทนแพทยสภาในกิจการต่าง ๆ ๓. เป็นประธานในที่ประชุมคณะกรรมการ ส่วนเลขาธิการมีหน้าที่ ๕ ข้อคือ ๑. ควบคุมบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่แพทยสภา

๒. ควบคุมรับผิดชอบในงานธุรการทั่วไปของแพทยสภา ๓. รับผิดชอบในการดูแลรักษาทะเบียนสมาชิกผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและทะเบียนอื่น ๆ ๔. ควบคุมดูแลทรัพย์สินของแพทยสภา ๕. เป็นเลขานุการคณะกรรมการ หน้าที่ที่เขียนในพระราชบัญญัติคือหน้าที่เฉพาะที่ต้องทำ ส่วนเรื่องอื่นสามารถทำได้ถ้าไม่ผิดกฎหมายและไม่มีข้อห้าม ตัวอย่างเช่น สมาคมห้ามยุ่งการเมืองอยู่ในข้อบังคับ เพราะฉะนั้นไปเกี่ยวข้องกับการเมืองไม่ได้ ถ้านายกและเลขาธิการทำได้เฉพาะที่เขียนในพระราชบัญญัติเท่านั้น แสดงว่านายกไปบรรยายทางวิชาการหรือไปเปิดการประชุมนานาชาติไม่ได้เพราะไม่ได้เขียนไว้ จะไปรับประทานอาหารก็ไม่ได้ต้องขออนุญาตกรรมการและต้องรอรับรองรายงานการประชุมในเดือนถัดไปจึงจะทำอะไรได้ บางคนตีความตามตัวหนังสือจนขาดสามัญสำนึก ถ้าไม่ได้มีข้อห้ามทุกคนควรทำได้ แต่ที่เขียนในพระราชบัญญัติคือหน้าที่เฉพาะเท่านั้น ถ้าเลขาธิการทำได้เฉพาะดูแลสำนักงาน ทำอย่างอื่นไม่ได้ เราเอาใครมาทำก็ได้ ไม่จำเป็นต้องใช้แพทย์ จ้างคนมาดูแลสำนักงานก็พอ



ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษาภคิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตูจิตินดา ศ.กิตาน นพ.พินิจ กุลละวณชัย ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตูจิตินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิมล จรรย์วานิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพินิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอหนันตกุล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วาทินี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, พัทย์ทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แบบดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนาชาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาญณะ, สุรินทร์ ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสุทธิกุล

โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 แฟกซ์ 0-2884-7299

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ

บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

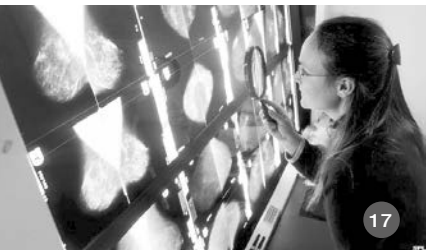
แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

CONTENTS

The Medical News ฉบับที่ 409 วันที่ 1 - 15 มีนาคม 2557



37



17



8



40



4

3 โลกกว้างทางแพทย์

- ลดความดันเลือดต่อการตายและพิการรุนแรงในผู้ป่วย Acute Ischemic Stroke
- บริโภคน้ำตาลมากเพิ่มความเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือด
- ผลติดตามอุบัติการณ์และการตายจากมะเร็งเต้านมระยะยาวในการศึกษา Canadian National Breast Screening Study

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. พัฒนาเทคนิคการตรวจพิสูจน์ยาเสพติด “สีคุณร้อย”
- ร.พ.ชุมชน มุ่งสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพ

9 In Focus

‘ศาลสาธารณะสุข’
ทางออกฟ้องร้องแพทย์

12 Movement

13 เกาะติดงานประชุม

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
จัดประชุมวิชาการ From Bench to Bedside and Beyond

14 Special

3 อาจารย์ตัวอย่างของสมาคมอาจารย์ ม.มหิดล ประจำปี 2556

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

ต้องไม่เป็นโรคอะไรที่ป้องกันได้

17 Get Up

- เผยผลสำเร็จลดอัตราการตายโรคหัด
- อนามัยโลกเตือนคลื่นผู้ป่วยมะเร็ง
- แอปใหม่ฝึกแพทย์อ่านฟิล์มเอกซเรย์

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

ใจเขา...ใจเรา

21 เสียงแพทย์

30 บาทรักษาทุกโรคเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ ?
(ตอนที่ 3)

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ปลดปล่อยยารักษาโรคตาจากเลนส์สัมผัส (ตอนที่ 1)

25 จุฬาปริทัศน์

ภาวะโลหิตจางกับการตั้งครรภ์

28 Systematic Review

การรักษาโรคไตเรื้อรังด้วยยาขับปัสสาวะบริเวณข้างแก้ม
ด้วยยาปฏิชีวนะ

29 เฉพาะโรค

ภาวะที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax)

33 มุมนิติเวช

บาดแผลถูกแทง: การประเมินขนาดของอาวุธ
(รายงานผู้ตาย 1 ราย)

37 ปกป้องข้าว

กรมควบคุมโรคเตือนหน้า
โครงการกวาดล้างโรคมาลาเรียในพื้นที่สูง

38 R2R

ลดระยะเวลารอรับการรักษาด้วยเลเซอร์
ในผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอตาที่เสี่ยงต่อตาบอดในเขตชนบท
โดยการส่งปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต

40 ปกป้องข้าว

กรมอนามัย หนุนครอบครัว “กอด”
เพิ่มอีคิว - ลดภาวะซึมเศร้าให้ลูกน้อย

41 ปกป้องข้าว

สธ. สร้างศูนย์หัวใจ ศูนย์มะเร็ง ร.พ.ราชบุรี
เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วย

42 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

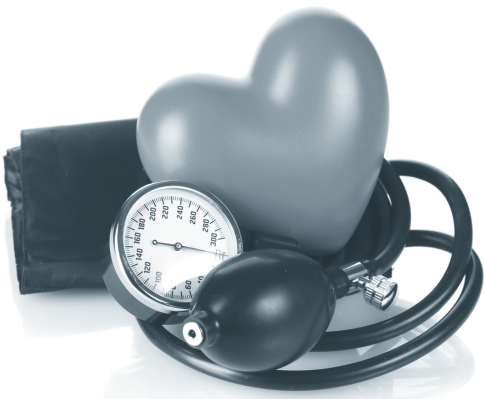
46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS การสูดสำลักควัน (Inhalation Injury)



10



ลดความดันเลือดต่อการตายและพิการรุนแรง ในผู้ป่วย Acute Ischemic Stroke

JAMA. 2014;311(5):479-489.

บทความเรื่อง Effects of Immediate Blood Pressure Reduction on Death and Major Disability in Patients with Acute Ischemic Stroke: The CATIS Randomized Clinical Trial รายงานว่า แม้ประโยชน์ของการลดความดันเลือดสำหรับการป้องกันสโตรกทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเป็นที่ทราบกันดีแล้ว แต่ผลของการรักษาด้วยยาลดความดันเลือดในผู้ป่วย acute ischemic stroke ยังไม่มีความชัดเจน จึงมีการศึกษาเพื่อประเมินว่าการลดความดันเลือดโดยเร็วในผู้ป่วย acute ischemic stroke สามารถลดการตายและพิการรุนแรงที่ 14 วัน หรือออกจากโรงพยาบาลหรือไม่

บทความนี้รายงานผลลัพธ์จากการศึกษา China Antihypertensive Trial in Acute Ischemic Stroke ซึ่งทำในผู้ป่วย 4,071 รายที่เป็น non-thrombolysed ischemic stroke ภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และมีความดันเลือดซิสโตลิกสูง และนักวิจัยรวบรวมผู้ป่วยจากโรงพยาบาล 26 แห่งทั่วประเทศจีนระหว่างเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2009 ถึงเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2013

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วย (n = 2,038) รับประทานยาลดความดันเลือด (ตามเป้าหมายลดความดันเลือดซิสโตลิก 10-25% ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการสุ่ม และลดความดันเลือดให้ต่ำกว่า 140/90 mmHg ภายใน 7 วัน

โดยควบคุมให้อยู่ในระดับนี้ระหว่างการพักรักษาในโรงพยาบาล) หรือหยุดยาลดความดันเลือดทั้งหมด (กลุ่มควบคุม) ระหว่างการพักรักษาในโรงพยาบาล (n = 2,033) โดยผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตายและพิการรุนแรง (modified Rankin Scale score ≥ 3) ที่ 14 วัน หรือออกจากโรงพยาบาล

ค่าเฉลี่ยความดันเลือดซิสโตลิกลดลงจาก 166.7 mmHg เหลือ 144.7 mmHg (-12.7%) ภายใน 24 ชั่วโมงในกลุ่มที่ได้รับยาลดความดันเลือด และลดลงจาก 165.6 mmHg เหลือ 152.9 mmHg (-7.2%) ในกลุ่มควบคุมภายใน 24 ชั่วโมงหลังการสุ่ม (difference -5.5% [95% CI -4.9 ถึง -6.1%]; absolute difference -9.1 mmHg [95% CI -10.2 ถึง -8.1]; $p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยความดันเลือดซิสโตลิกเท่ากับ 137.3 mmHg ในกลุ่มที่ได้รับยาลดความดันเลือด และ 146.5 mmHg ในกลุ่มควบคุมที่ 7 วันหลังการสุ่ม (difference -9.3 mmHg [95% CI -10.1 ถึง -8.4]; $p < 0.001$) ผลลัพธ์หลักไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม (683 events [antihypertensive treatment] vs 681 events [control]; odds ratio 1.00 [95% CI 0.88-1.14]; $p = 0.98$) ที่ 14 วัน หรือออกจากโรงพยาบาลเช่นเดียวกับผลรวมของการตายและพิการรุนแรงจากการติดตามที่ 3 เดือนหลังการรักษา (500 events [antihypertensive treatment] vs 502 events [control]; odds ratio 0.99 [95% CI 0.86-1.15]; $p = 0.93$)

การลดความดันเลือดด้วยยาลดความดันเลือดในผู้ป่วย acute ischemic stroke ไม่ช่วยลดแนวโน้มการเสียชีวิตหรือพิการรุนแรงที่ 14 วัน หรือเมื่อออกจากโรงพยาบาลเทียบกับการไม่ได้รับยาลดความดันเลือด

ตัวพยากรณ์โรคหลอดเลือดเป็นซ้ำภายหลัง Ischemic Stroke ที่เกิดเมื่ออายุน้อย

CIRCULATIONAHA.113.005663

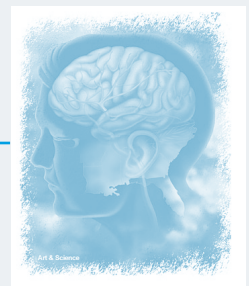
บทความเรื่อง Predictors of Long-Term Recurrent Vascular Events after Ischemic Stroke at Young Age: The Italian Project on Stroke in Young Adults รายงานว่า ปัจจุบันยังคงมีข้อมูลจำกัดด้านความเสี่ยงระยะยาวและตัวพยากรณ์การเป็นซ้ำของ thrombotic events ภายหลัง ischemic stroke (IS) เมื่ออายุน้อย

นักวิจัยติดตามผู้ป่วย 1,867 รายที่เกิด IS ครั้งแรกขณะอายุ 18-45 ปี (อายุเฉลี่ย 36.8 ± 7.1 ปี และ 49.0% เป็นผู้หญิง) ในฐานะส่วนหนึ่งของการศึกษา Italian Project on Stroke in Young Adults (IPSYS) มาตรฐานการติดตามเท่ากับ 40 เดือน (25th-75th percentile = 53) และผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ผลรวมของ ischemic stroke, transient ischemic attack (TIA), myocardial infarction (MI) หรือ arterial events อื่น

ผู้ป่วย 163 ราย เกิด thrombotic events เป็นซ้ำ (average rate 2.26 ต่อ 100 person-years at risk) ที่ 10 ปีพบว่า ความเสี่ยงสะสมเท่ากับ 14.7% (95% CI 12.2-17.9%) สำหรับผลลัพธ์หลัก และ 14.0% (95% CI 11.4-17.1%) สำหรับหลอดเลือดสมองตีบ และ 0.7% (95% CI

0.4-1.3%) สำหรับ MI หรือ arterial events อื่น ประวัติ stroke ในครอบครัว, ไมเกรนที่มีอาการนำ, anti-phospholipid antibodies ในเลือด, การหยุดยาด้านเกล็ดเลือดและยาลดความดันเลือด และปัจจัยเสี่ยงมาตรฐานที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ตัวเป็นตัวพยากรณ์อิสระของ composite endpoint จากการวิเคราะห์ multivariable Cox proportional hazard analysis ระบบคะแนนสำหรับตัวแปรแต่ละตัวคิดจาก β -coefficients และ predictive score (IPSYS score) ซึ่งคำนวณเป็นผลรวมของคะแนนถ่วงน้ำหนัก พื้นที่ใต้เส้นโค้ง receiver operating characteristic curve (AUC) ของคะแนนปีที่ 0-5 เท่ากับ 0.66 (95% CI 0.61-0.71; mean 10-fold internally cross-validated AUC 0.65)

จากผู้ป่วยที่เป็น IS ระหว่างอายุ 18-45 ปี พบว่าความเสี่ยงระยะยาวของ thrombotic events เป็นซ้ำสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงจำเพาะตามอายุที่สามารถปรับได้ และคะแนน IPSYS score อาจเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ประมาณความเสี่ยงได้ง่าย





บริโภคน้ำตาลมากเพิ่มความเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือด

JAMA Intern Med. Published online February 3, 2014.

บทความเรื่อง Added Sugar Intake and Cardiovascular Diseases Mortality Among US Adults อ้างถึงข้อมูลจากการศึกษาทางระบาดวิทยา ซึ่งว่า การบริโภคน้ำตาลที่เติมลงในอาหารมากขึ้นสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด นักวิจัยจึงศึกษา time trends ของการบริโภคน้ำตาลที่เติมลงในอาหารในลักษณะร้อยละของพลังงานที่ได้รับต่อวันในสหรัฐอเมริกา และศึกษาความสัมพันธ์ของการบริโภคน้ำตาลดังกล่าวกับการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

นักวิจัยใช้ข้อมูลจาก National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES, 1988-1994 [III], 1999-2004 และ 2005-2010 [n = 31,147]) สำหรับ time trend analysis และ NHANES III Linked Mortality cohort (1988-2006 [n = 11,733]) จากกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกา สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ โดยให้การตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นผลลัพธ์หลัก

ข้อมูลจากผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกาชี้ว่า ค่าเฉลี่ยที่ปรับแล้วของร้อยละของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันจากน้ำตาลที่เติมลงในอาหารเพิ่มขึ้นจาก 15.7% (95% CI 15.0-16.4%) ในปี ค.ศ. 1988-1994 เป็น 16.8% (16.0-17.7%; p = 0.02) ในปี ค.ศ. 1999-2004 และลดลงเหลือ 14.9% (14.2-15.5%; p < 0.001) ในปี ค.ศ. 2005-2010 ผู้ใหญ่ส่วนมากได้รับพลังงาน 10% หรือมากกว่าจากน้ำตาลที่เติมลงในอาหาร (71.4%) และประมาณ 10% ได้รับถึง 25% หรือมากกว่าระหว่างปี ค.ศ. 2005-2010 ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 14.6 ปี มีรายงานการเสียชีวิตเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

831 รายระหว่าง 163,039

person-years โดย hazard ratios (HRs) ของการตาย

เนื่องจากโรคหัวใจและ

หลอดเลือดปรับตามอายุ เพศ เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ในทุกช่วงชั้นของร้อยละของพลังงานที่ได้รับต่อวันจากน้ำตาลที่เติมลงในอาหารเท่ากับ 1.00 (อ้างอิง), 1.09 (95% CI 1.05-1.13), 1.23 (1.12-1.34), 1.49 (1.24-1.78) และ 2.43 (1.63-3.62; p < 0.001) ภายหลังการปรับเพิ่มตามลักษณะทางสังคมประชากร พฤติกรรม และคลินิกพบว่า ค่า HRs เท่ากับ 1.00 (อ้างอิง), 1.07 (1.02-1.12), 1.18 (1.06-1.31), 1.38 (1.11-1.70) และ 2.03 (1.26-3.27; p = 0.004) ค่า HRs ที่ปรับแล้วเท่ากับ 1.30 (95% CI 1.09-1.55) และ 2.75 (1.40-5.42; p = 0.004) จากการเปรียบเทียบผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับพลังงาน 10.0-24.9% หรือ 25.0% หรือมากกว่าจากน้ำตาลที่เติมลงในอาหารเทียบกับผู้ที่ได้รับพลังงานน้อยกว่า 10% จากน้ำตาลที่เติมลงในอาหาร ผลลัพธ์นี้ส่วนใหญ่คงที่ในทุกกลุ่มอายุ เพศ เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ (ยกเว้นกลุ่มผู้มีเชื้อสายแอฟริกันและไม่มีเชื้อสายฮิสแปนิก) การศึกษา การออกกำลังกาย โภชนาการ และดัชนีมวลกาย

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า ผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ได้รับน้ำตาลที่เติมลงในอาหารมากกว่าปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งการบริโภคน้ำตาลดังกล่าวมีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการเสียชีวิตเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด



ขนาดวัคซีนมะเร็งปากมดลูกชนิดสี่สายพันธุ์และหูด

JAMA. 2014;311(6):597-603.

บทความเรื่อง Association of Varying Number of Doses of Quadrivalent Human

Papillomavirus Vaccine with Incidence of Condyloma รายงานว่าการคำนวณขนาดวัคซีนที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มการเข้าถึงวัคซีน ซึ่งปัจจุบันการฉีดวัคซีน 3 เข็มยังคงเป็นที่แนะนำทั้งสำหรับวัคซีนป้องกัน human papillomavirus (HPV) ทั้งชนิด 2 สายพันธุ์และ 4 สายพันธุ์ และแม้การฉีดวัคซีน HPV มีเป้าหมายหลักเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก แต่วัคซีนชนิด 4 สายพันธุ์ก็สามารถป้องกันหูดซึ่งสัมพันธ์กับ HPV สายพันธุ์ 6 และ 11 และนับเป็นผลลัพธ์ด้านการป้องกันโรคสำหรับวัคซีน HPV ที่เห็นผลเร็วที่สุด

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการฉีดวัคซีน HPV ชนิด 4 สายพันธุ์และการเกิดหูดครั้งแรกประเมินตามขนาดของวัคซีน นักวิจัยติดตามการฉีดวัคซีน HPV และการเกิดหูดครั้งแรกจากผู้หญิงอายุ 10-24 ปีในสวีเดน (n = 1,045,165) ระหว่างปี ค.ศ. 2006-2010 โดยอาศัยทะเบียนข้อมูลสุขภาพจากประชากรทั่วประเทศ นักวิจัยคำนวณ incidence rate ratios (IRRs) และ incidence rate differences (IRDs) ของหูดด้วย Poisson regression โดยให้

ขนาดของวัคซีนเป็น exposure ที่เปลี่ยนแปลงตามเวลา โดยปรับตามอายุ ปัจจุบันและการศึกษาของพ่อแม่ และจำแนกตามอายุขณะได้รับวัคซีนครั้งแรก

มีรายงานการเกิดหูด 20,383 รายระหว่างการติดตาม รวมถึง 322 รายภายหลังได้รับวัคซีนอย่างน้อย 1 เข็ม สำหรับผู้ที่มีอายุระหว่าง 10-16 ปี ขณะได้รับวัคซีนเข็มแรกพบว่า การได้รับวัคซีน 3 เข็มสัมพันธ์กับค่า IRR ที่เท่ากับ 0.18 (95% CI 0.15-0.22) สำหรับหูด ขณะที่การได้รับวัคซีน 2 เข็มสัมพันธ์กับ IRR เท่ากับ 0.29 (95% CI 0.21-0.40) การได้รับวัคซีน 1 เข็มสัมพันธ์กับ IRR ที่เท่ากับ 0.31 (95% CI 0.20-0.49) โดยมี IRD เท่ากับ 384 ราย (95% CI 305-464) ต่อ 100,000 person-years เทียบกับการไม่ฉีดวัคซีน และ IRD สำหรับวัคซีน 2 เข็มเท่ากับ 40 ราย (95% CI 346-454) และสำหรับ 3 เข็มเท่ากับ 459 ราย (95% CI 437-482) จำนวนผู้ที่ป้องกันโรคได้ระหว่างการฉีดวัคซีน 3 และ 2 เข็มเท่ากับ 59 ราย (95% CI 2-117) ต่อ 100,000 person-years

แม้การลดความเสี่ยงต่อหูดได้มากที่สุดสามารถเห็นได้หลังการฉีดวัคซีน HPV ชนิด 4 สายพันธุ์เข็มที่ 3 แต่การฉีดวัคซีน 2 เข็มก็สัมพันธ์กับการลดลงอย่างเห็นได้ชัดของความเสี่ยงต่อหูด อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ข้อมูลที่ทับกับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งการฉีดวัคซีนและความเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูกยังคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

ประโยชน์ต่อสุขภาพจิตหลังเลิกสูบบุหรี่

BMJ 2014;348:g1151.

บทความเรื่อง Change in Mental Health after Smoking Cessation: Systematic Review and Meta-Analysis รายงานผลจากการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตหลังจากเลิกสูบบุหรี่เทียบกับยังคงสูบบุหรี่ โดยรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจาก Web of Science, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Medline, Embase และ PsycINFO นับตั้งแต่เริ่มจัดทำจนถึงเดือนเมษายน ค.ศ. 2012 และติดต่อกับผู้ให้พจนานุกรมที่มีข้อมูลไม่เพียงพอ

งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยระยะยาวที่ศึกษาในผู้ใหญ่ โดยประเมินสุขภาพจิตก่อนเลิกสูบบุหรี่และสุขภาพจิตที่อย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังเลิกสูบบุหรี่ หรือที่พื้นฐานในกลุ่มประชากรสุขภาพดีและกลุ่มประชากรทางคลินิก

มีงานวิจัย 26 ชิ้นที่ศึกษาสุขภาพจิตด้วยแบบสอบถามวัดความหวาดวิตก ซึมเศร้า และหวาดวิตกร่วมกับซึมเศร้า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ความรู้สึกลังเล และความเครียด คะแนนสุขภาพจิตจากการติดตามประเมินที่ระหว่าง 7 สัปดาห์ และ 9 ปีหลังจากการประเมินที่พื้นฐาน โดย

พบว่าภาวะหวาดวิตก ซึมเศร้า หวาดวิตกร่วมกับซึมเศร้า และความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นฐานและการติดตามในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ เทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ โดยค่า standardised mean differences (95% confidence intervals) ของภาวะหวาดวิตกเท่ากับ -0.37 (95% confidence interval -0.70 ถึง -0.03) ซึมเศร้าเท่ากับ -0.25 (-0.37 ถึง -0.12) หวาดวิตกร่วมกับซึมเศร้าเท่ากับ -0.31 (-0.47 ถึง -0.14) และความเครียดเท่ากับ -0.27 (-0.40 ถึง -0.13) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตและความคิดเชิงบวกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นฐานและการติดตามในผู้เลิกสูบบุหรี่ เทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ โดยเท่ากับ 0.22 (0.09-0.36) และ 0.40 (0.09-0.71) แต่ไม่มีหลักฐานว่าขนาดอิทธิพลแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มประชากรที่มีความบกพร่องทางกายหรือทางจิต

การเลิกสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการลดลงของภาวะซึมเศร้า หวาดวิตก และความเครียด และอารมณ์เชิงบวกและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเทียบกับการที่ยังคงสูบบุหรี่ ขนาดอิทธิพลดูเหมือนไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ที่มีความบกพร่องทางจิตและผู้ที่สุขภาพจิตเป็นปกติ ขณะที่ขนาดอิทธิพลเท่ากันหรือใหญ่กว่าเทียบกับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าสำหรับภาวะบกพร่องด้านอารมณ์หรือหวาดวิตก

ความเสี่ยงไตวายระยะสุดท้ายหลังบริจาคไต

JAMA. 2014;311(6):579-586.

บทความเรื่อง Risk of End-Stage Renal Disease Following Live Kidney Donation รายงานว่า การศึกษาความเสี่ยงไตวายระยะสุดท้ายในผู้บริจาคไตที่ผ่านมาใช้วิธีเปรียบเทียบกับความเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไป อันเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ตรวจคัดกรองและเป็นตัวเปรียบเทียบที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งการเปรียบเทียบกับผู้บริจาคที่มีสุขภาพแข็งแรงและได้รับการตรวจคัดกรอง น่าจะประมาณผลกระทบจากการบริจาคไตได้ดีกว่า นักวิจัยจึงเปรียบเทียบความเสี่ยงไตวายระยะสุดท้ายในผู้บริจาคไตกับความเสี่ยงในผู้ที่ไม่ได้บริจาคซึ่งมีสุขภาพแข็งแรงและมีความเสี่ยงต่อโรคไตและไม่มีข้อห้ามบริจาคไต โดยจำแนกผลการเปรียบเทียบตามข้อมูลด้านประชากรของผู้ป่วย

นักวิจัยเชื่อมโยงข้อมูลจากกลุ่มผู้บริจาคไต 96,217 ราย ในสหรัฐอเมริกา ระหว่างเดือนเมษายน ค.ศ. 1994 ถึงเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2011 และกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย 20,024 รายในการศึกษา Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) กับข้อมูลของ Centers for Medicare & Medicaid Services เพื่อติดตามการเกิดไตวายระยะสุดท้ายประเมินจากการฟอกไต มีรายชื่อเป็นผู้รับบริจาคไต หรือได้รับการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว การติดตามมีระยะเวลาสูงสุด 15 ปี โดยมีฐานการติดตามเท่ากับ 7.6 ปี (interquartile range [IQR] 3.9-11.5 years) สำหรับผู้บริจาคไต และ 15.0 ปี (IQR 13.7-15.0 years) สำหรับผู้ที่ไม่ได้บริจาคไต และผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อุบัติการณ์สะสมและความเสี่ยงตลอดชีวิตของไตวายระยะสุดท้าย

ข้อมูลจากผู้บริจาคไตซึ่งมีฐานการติดตาม 7.6 ปี (สูงสุด 15 ปี)

พบการเกิดไตวายระยะสุดท้ายใน 99 รายโดยเฉลี่ย (SD) 8.6 (3.6) ปีหลังการบริจาค ในผู้ที่ไม่ได้บริจาคไตที่มีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งมีมาตรฐานการติดตาม 15.0 ปี (สูงสุด 15.0 ปี) พบไตวายระยะ

สุดท้ายใน 36 รายใน 10.7 (3.2) ปี โดยมีเหตุการณ์ของไตวายระยะสุดท้าย 17 เหตุการณ์ในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้บริจาคไตที่ไม่ได้จับคู่จำนวน 9,364 ราย ความเสี่ยงต่อไตวายระยะสุดท้ายที่ 15 ปีหลังการบริจาคเท่ากับ 30.8 ต่อ 10,000 (95% CI 24.3-38.5) ในผู้บริจาคไต และ 3.9 ต่อ 10,000 (95% CI 0.8-8.9) ในผู้ที่ไม่ได้บริจาคไต ($p < 0.001$) ความแตกต่างด้านความเสี่ยงพบทั้งในผู้ที่มีเชื้อสายแอฟริกันและยุโรป โดยมีค่าความเสี่ยงเท่ากับ 74.7 ต่อ 10,000 ในผู้บริจาคไตที่มีเชื้อสายแอฟริกัน (95% CI 47.8-105.8) vs 23.9 ต่อ 10,000 ในผู้ที่ไม่ได้บริจาคไตที่มีเชื้อสายแอฟริกัน (95% CI 1.6-62.4; $p < 0.001$) และ 22.7 ต่อ 10,000 ในผู้บริจาคไตที่มีเชื้อสายยุโรป (95% CI 15.6-30.1) vs 0.0 ในผู้ที่ไม่ได้บริจาคไตที่มีเชื้อสายยุโรป ($p < 0.001$) ความเสี่ยงตลอดชีวิตของไตวายเรื้อรังเท่ากับ 90 ต่อ 10,000 ในผู้บริจาคไต, 326 ต่อ 10,000 ในผู้ที่ไม่ได้บริจาคไตและไม่ได้คัดกรอง (กลุ่มประชากรทั่วไป) และ 14 ต่อ 10,000 ในผู้ที่ไม่ได้บริจาคไตซึ่งมีสุขภาพแข็งแรง

ข้อมูลจากการเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้บริจาคไตและมีสุขภาพแข็งแรงชี้ว่า ผู้ที่บริจาคไตมีความเสี่ยงต่อไตวายระยะสุดท้ายสูงขึ้นระหว่างมาตรฐาน 7.6 ปี แต่ความเสี่ยงสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย ข้อมูลนี้จึงน่าจะส่งผลต่อการปรึกษาหารือกับผู้ที่กำลังพิจารณาการบริจาคไต

ผลติดตามอุบัติการณ์และการตายจากมะเร็งเต้านมระยะยาว ในการศึกษา Canadian National Breast Screening Study



BMJ 2014;348:g366.

บทความเรื่อง Twenty Five Year Follow-Up for Breast Cancer Incidence and Mortality of the Canadian National Breast Screening Study: Randomised Screening Trial รายงานข้อมูลการติดตามเพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมในระยะยาว 25 ปีในผู้หญิง

อายุระหว่าง 40-59 ปี ซึ่งได้รับการตรวจเอกซเรย์เต้านมและไม่ได้รับการตรวจ โดยการตรวจคัดกรองมีขึ้นที่ศูนย์ตรวจมะเร็งเต้านม 15 แห่งในแคนาดา ระหว่างปี ค.ศ. 1980-1985 และผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้หญิง 89,835 ราย ซึ่งสุ่มเป็นกลุ่มที่ตรวจเอกซเรย์เต้านม (ตรวจประจำปีรวม 5 ครั้ง) หรือกลุ่มควบคุม (ไม่ได้ตรวจเอกซเรย์เต้านม)

การแทรกแซงทำโดยให้ผู้หญิงอายุ 40-49 ปีในกลุ่มที่ตรวจเอกซเรย์เต้านมและผู้หญิงทั้งหมดที่อายุ 50-59 ปีในทั้งสองกลุ่มได้รับการตรวจเต้านมประจำปี และผู้หญิงอายุ 40-49 ปีในกลุ่มควบคุมได้รับการตรวจหนึ่งครั้งและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มาตราวัดผลลัพธ์ ได้แก่ การตายจากโรคมะเร็งเต้านม

ระหว่างระยะการตรวจคัดกรอง 5 ปี มีการตรวจพบมะเร็งเต้านม

666 รายในกลุ่มที่ตรวจเอกซเรย์เต้านม ($n = 44,925$) และ 524 รายในกลุ่มควบคุม ($n = 44,910$) และจากจำนวนนี้มีผู้หญิง 180 รายในกลุ่มตรวจเอกซเรย์เต้านม และ 171 รายในกลุ่มควบคุมที่เสียชีวิตระหว่างการติดตามเป็นระยะเวลา 25 ปี ค่า hazard ratio โดยรวมสำหรับการตายเนื่องจากมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบระหว่างระยะการตรวจคัดกรองที่สัมพันธ์กับการเอกซเรย์เต้านมเท่ากับ 1.05 (95% confidence interval 0.85-1.30) โดยผลลัพธ์สำหรับผู้หญิงอายุ 40-49 ปี และ 50-59 ปีแทบไม่แตกต่างกันระหว่างระยะการศึกษาทั้งหมดมีผู้หญิง 3,250 รายในกลุ่มเอกซเรย์เต้านม และ 3,133 รายในกลุ่มควบคุมที่ตรวจพบมะเร็งเต้านม โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมจึงไม่ต่างกันระหว่างผู้หญิงในกลุ่มเอกซเรย์เต้านมและกลุ่มควบคุม (hazard ratio 0.99, 95% confidence interval 0.88-1.12) ภายหลังการติดตาม 15 ปี พบมะเร็งอีก 160 รายในกลุ่มตรวจเอกซเรย์เต้านม อันเป็นผลจากการวินิจฉัยเกิน

การตรวจเอกซเรย์เต้านมประจำปีในผู้หญิงอายุ 40-59 ปี ไม่ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมได้มากกว่าการตรวจเต้านมหรือการดูแลมาตรฐาน โดยรวมพบว่า 22% (106/484) ของมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบเป็นการวินิจฉัยเกิน หรือมีการตรวจพบมะเร็งเต้านมจากการวินิจฉัยเกินหนึ่งรายในผู้หญิงทุก 424 รายที่ตรวจเอกซเรย์เต้านมในการศึกษานี้

ความเสี่ยงระยะยาวในผู้ป่วยตับอักเสบซีเรื้อรัง

JAMA Intern Med. 2014;174(2):204-212.

บทความเรื่อง The Risk of Long-term Morbidity and Mortality in Patients with Chronic Hepatitis C: Results from an Analysis of Data from a Department of Veterans Affairs Clinical Registry รายงานว่า ผลของการลดปริมาณเชื้อไวรัส จีโนไทป์ เชื้อชาติ และปัจจัยอื่นต่อความเสี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากโรคตับระยะท้ายในผู้ป่วยโรคตับอักเสบซีที่มีรายงานก่อนหน้าเป็นการศึกษาด้วยข้อมูลจากการศึกษาขนาดเล็ก ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์จากการศึกษาขนาดใหญ่เพื่อปรับปรุงการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากโรคตับระยะท้ายและการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคตับอักเสบซี

นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วยที่มีปริมาณเชื้อไวรัสที่ตรวจพบได้ (> 25 IU/mL) และมีข้อมูลจีโนไทป์ที่พื้นฐานจากทะเบียนโรคตับอักเสบซีของกรมการทหารผ่านศึกสหรัฐอเมริกา ซึ่งรวบรวมประวัติการรักษาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 ถึงปัจจุบัน ปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วยจีโนไทป์ เชื้อชาติ อายุ เพศ และระยะเวลาจนถึงการมีปริมาณเชื้อไวรัสในระดับที่ตรวจพบ ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ระยะเวลารอจนถึงเสียชีวิตและระยะเวลาจนถึงการเกิดผลรวมของอาการไม่พึงประสงค์จากโรคตับ ผลลัพธ์รอง ได้แก่ องค์ประกอบของผลลัพธ์ทางคลินิก โดยประเมินผลลัพธ์ประเมิน time-to-event และวิเคราะห์ด้วยตัวแบบ Cox proportional hazards models

มีผู้ป่วยตับอักเสบซีที่สอดคล้องตามเกณฑ์การศึกษา 28,769 ราย

จาก 360,857 ราย โดยมีผู้ป่วยเพียง 24.3% ที่ได้รับการรักษา และ 16.4% ของผู้ที่ได้รับการรักษา (4.0% ของผู้ป่วยทั้งหมด) มีปริมาณเชื้อไวรัสลดลงถึงระดับที่ตรวจไม่พบ อัตราตายที่ยังไม่ได้

ปรับเท่ากับ 6.8 (95% CI 6.0-7.7) ต่อ 1,000 person-years สำหรับผู้ป่วยที่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสตามเป้าหมาย vs 21.8 (95% CI 21.5-22.2) deaths ต่อ 1,000 person-years ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถลดได้ตามเป้าหมาย ผลลัพธ์จากตัวแบบ Cox พบว่า การลดปริมาณเชื้อไวรัสได้ตามเป้าหมายลดความเสี่ยงผลรวมของ clinical endpoint ได้ถึง 27% (hazard ratio [HR] 0.73 [95% CI 0.66-0.82]) และลดความเสี่ยงการตายได้ถึง 45% (HR 0.55 [95% CI 0.47-0.64]) ผู้ป่วยที่เป็นจีโนไทป์ 2 มีความเสี่ยงต่ำกว่าอย่างน้อยสำคัญ ขณะที่ผู้ป่วยจีโนไทป์ 3 มีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ทั้งหมดสูงกว่าเทียบกับจีโนไทป์ 1 และผู้ป่วยที่มีเชื้อสายแอฟริกันมีความเสี่ยงต่อการไม่พึงประสงค์ของตับทั้งหมดต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีเชื้อสายยุโรป

การลดปริมาณเชื้อไวรัสให้ต่ำลงจนตรวจไม่พบสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและการตายจากโรคตับที่ต่ำลง และจำเป็นต้องมีการศึกษาว่าสูตรยาใหม่จะช่วยเพิ่มอัตราการตอบสนองให้สูงขึ้นโดยที่มิอาจการไม่พึงประสงค์น้อยลงหรือไม่



สร. พัฒนาเทคนิคการตรวจพิสูจน์ยาเสพติด “สีคูณร้อย”

นางสาวธาริยา เสาวรัญ ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์
ที่ 12 สงขลา กล่าวถึงการพัฒนาเทคนิคการพิสูจน์ยาเสพติด “สีคูณร้อย” ของ
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 สงขลา ว่า ช่วยทำให้ได้ผลการตรวจพิสูจน์ที่ถูกต้อง
และรวดเร็ว เป็นประโยชน์โดยตรงต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจผู้ดำเนินคดี สนับสนุนให้
กระบวนการพิจารณาคดีรวดเร็วขึ้น โดยวิธีการตรวจพิสูจน์ที่พัฒนาขึ้นนี้ใช้เทคนิค
HPLC ใช้เวลาในการดำเนินการ 23 นาที สามารถตรวจพิสูจน์ตัวยาได้ 10 ชนิด



พร้อมกันคือ มิตรายันีน โคเคอีน คาเฟอีน ทรามาโดล คลอร์เฟนิรามีน เดกโตรเมทอร์แฟน ไดเฟนไฮโดรามีน โปรเมทาซีน
อัลปราโซแลม และไดอาซีแพม และสามารถตรวจวิเคราะห์ได้ละเอียดและรวดเร็วกว่าเทคนิค TLC ซึ่งการเพิ่มศักยภาพ
ห้องปฏิบัติการตรวจพิสูจน์ของกลางสีคูณร้อยให้สามารถตรวจพิสูจน์ได้รวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ มีส่วนช่วยสนับสนุนกระบวนการ
ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถใช้เป็นข้อมูลในการแก้ไขปัญหาในระดับประเทศได้
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 สงขลา จึงพัฒนาเทคนิคใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่ม
ศักยภาพห้องปฏิบัติการตรวจพิสูจน์ของกลางยาเสพติดให้เป็นกำลังสำคัญของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการสนับสนุน
การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของประเทศไทย



ท้องว่างเลียงกินลูกพลับ-มะละกอ-สับปะรด หวั่นกระทบกระเพาะอาหาร



ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย เปิดเผยว่า มีประเด็นกล่าวว่า การกิน
ผลไม้ก่อนอาหารจะช่วยให้ร่างกายดูดซึมสารต่าง ๆ ในผลไม้ที่ได้คุณค่าอย่างเต็มที่ ซึ่งขณะนี้ยังไม่มี
งานวิจัยที่เป็นหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจนว่า การกินผลไม้ตอนท้องว่างจะช่วยให้การดูดซึมได้ดีขึ้น มีเพียง
ข้อแนะนำในการเลือกกินผลไม้ให้เหมาะสม เพราะผลไม้บางชนิดก็ไม่ควรกินตอนท้องว่าง เช่น ลูกพลับ

เพราะกระเพาะอาหารจะหลั่งกรดออกมามาก หากไปรวมตัวกับยางและสารแขวนลอยในลูกพลับแล้วจะทำให้คลื่นไส้ และระคายเคือง
ในกระเพาะอาหาร มะละกอ ไม่ควรกินตอนท้องว่างเพราะเป็นผลไม้ที่มีเอนไซม์มาก สับปะรด ส้ม และมะนาว มีรสชาติเปรี้ยวทำให้
เกิดการระคายเคืองในกระเพาะอาหารได้ แต่ถ้าจะกินก่อนกินอาหารควรกินแค่ 2-3 ชิ้นเล็ก ๆ ก็พอ แต่ควรล้างให้สะอาดก่อนทุกครั้ง
เพื่อเป็นการลดสารเคมีตกค้าง ซึ่งการกินผลไม้ไม่ได้คุณค่าแต่ละครั้งควรคำนึงถึงปริมาณที่เพียงพอมากกว่า
ช่วงเวลา โดยในหนึ่งวันควรกินผลไม้ให้ได้มีผลละ 1-2 ส่วน ตามแต่ละประเภท ทั้งนี้จากรายงานทางคลินิกและ
ระบาดวิทยาพบว่า การกินผลไม้เป็นประจำสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ
และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และป้องกันมะเร็งบางชนิด รวมทั้งทำให้ระบบขับถ่ายปกติ และ
ช่วยควบคุมน้ำหนักด้วย



สร. แะฝึกทำสมาธิเป็นยาอายุวัฒนะใกล้ตัว

พญ.พรรณพิมล วิบุลากร โฆษกกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การฝึกทำสมาธิเป็นการดูแลสุขภาพวิธีหนึ่ง เป็นเทคนิคของการผ่อนคลาย ความเครียดที่ให้ผลดี กล่าวคือ การทำสมาธิช่วยให้คลื่นสมองไม่ยุ่งเหยิง สมองจะหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข ช่วยให้อารมณ์ดี มีภูมิคุ้มกันโรคที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยในต่างประเทศระบุว่า การทำสมาธิจัดเป็นยาอายุวัฒนะที่อยู่ใกล้ตัวของแต่ละบุคคล เนื่องจากจะส่งผล

ให้สุขภาพกายและสุขภาพใจดี ทำให้ใจอยู่ในอารมณ์สงบ ร่างกายจะได้รับการพักผ่อนไปด้วย และจะทำให้บุคคลนั้นใจเย็นขึ้น

มีความมั่นคงทางใจ จิตใจเข้มแข็ง ไม่ถูกกระทบได้ง่าย เผชิญกับปัญหาโดยใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์ สามารถ

นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ ประการสำคัญผลการวิจัยยังพบว่า การทำสมาธิยังทำให้อัตราการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญพลังงานในร่างกายลดลงร้อยละ 17 อัตราการเต้นของหัวใจลดลงนาทีละ 3 ครั้ง แสดงว่าหัวใจจะแข็งแรง ลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ช่วยให้อายุยืนยาว ไม่ต้องพึ่งพิงยาหรือการผ่าตัดช่วยแต่อย่างใด



ร.พ.ชุมชน มุ่งสู่การพัฒนาแบบบริการสุขภาพ



นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า เขตบริการสุขภาพที่ 11 ซึ่งประกอบไปด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ ภูเก็ต พังงา กระบี่ นครศรีธรรมราช ชุมพร สุราษฎร์ธานี และระนอง มีประชากรจำนวน 4 ล้านกว่าคน มีโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์แม่ข่าย จะมีแผนการพัฒนาบริการสาขาต่าง ๆ เช่น สาขาโรคหัวใจ โดยการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาขาอุบัติเหตุจะเพิ่มการเข้าถึงบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ สาขาโรคมะเร็งจะรณรงค์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฝักระวังและค้นหาความผิดปกติในเบื้องต้นด้วยตนเองได้

และการตรวจคัดกรอง สามารถวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สาขาโรคไตจัดทำแนวทางการค้นหา วินิจฉัย รักษาโรคไตเรื้อรัง และสนับสนุนให้มีหน่วยฟอกไตในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไป สาขาโรคตาเน้นการลดสาเหตุของตาบอดจากต้อกระจกและเบาหวานขึ้นจอตา ส่วนสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมุ่งเน้นการจัดคลินิกบริการ มีระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ ทูตสุขภาพ และสุขภาพองค์กร เน้นการกระจายบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นต้น



ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์เป็นประเด็นที่สร้างความหวาดหวั่นใจให้แก่แพทย์ผู้ปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก อีกทั้งในปัจจุบันมีกฎหมายหลายฉบับที่เสมือนทำหน้าที่ในการตรวจสอบการทำงานของวิชาชีพแพทย์ ทำให้การประกอบวิชานั้นมีความยากลำบากขึ้น ทั้งในแง่ของอิสระในการตัดสินใจ หรือในแง่ของความไม่เข้าใจกันระหว่างแพทย์และคนไข้ รวมถึงญาติของคนไข้ ซึ่งอาจนำไปสู่การฟ้องร้องได้ในท้ายที่สุด แนวคิดหนึ่งซึ่งเป็นทางออกในการแก้ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ที่มีการพูดถึงกันขณะนี้คือ การจัดตั้งศาลสาธารณะสุข เพื่อให้ความยุติธรรมทั้งแก่แพทย์และคนไข้

‘ศาลสาธารณะสุข’ ทางออกฟ้องร้องแพทย์



นพ.วันชาติ สุกจัตรัส



ศ.นพ.วิรัตน์ พานิชพงษ์



พญ.เอกรังมย์ เวชกุล



ร.ต.อ.จิรสวัสดิ์ สุรกุลธีธำรง



ดร.สมบัติ พกตพงษ์ศักดิ์

นพ.วันชาติ สุกจัตรัส อธิบดีนายกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กล่าวว่า การฟ้องร้องแพทย์เป็นปัญหาที่สร้างความหนักอกหนักใจแก่แพทย์มาโดยตลอด เพราะเมื่อมีคำตัดสินออกมาย่อมสร้างความวิตกกังวลแก่แพทย์ให้เกิดความไม่มั่นใจในวิชาชีพ แพทยสมาคมฯ ในฐานะที่มีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลสวัสดิภาพของสมาชิกแพทย์ จึงต้องเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพราะหากแพทย์เกิดความไม่มั่นใจในการทำงานจะส่งผลเสียตามมามากมาย เช่น ส่งต่อคนไข้เพราะไม่กล้ารับผิดชอบงาน กลัวถูกฟ้องร้อง เป็นต้น

สาเหตุสำคัญที่ทำให้การฟ้องร้องแพทย์ทวีความรุนแรงมาจากการให้คำจำกัดความของแพทย์ว่าเป็นผู้ขาย (provider) และประชาชนว่าเป็นผู้ซื้อ (consumer) ซึ่งแปลมาจากภาษาอังกฤษและนำมาบรรจุไว้ในกฎหมายของไทย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ในปัจจุบันเป็นไปในลักษณะผู้ซื้อและผู้ขาย เหมือนกับซื้อเสื้อผ้า ตู้เย็น โทรทัศน์ พัดลม ถ้าผิดสเปกเมื่อไหร่ก็สามารถจะร้องเรียนหรือฟ้องร้องได้ ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว แพทย์ไม่ใช่ผู้ขาย แพทย์เป็นผู้ให้เมื่อมีผู้มาขอความช่วยเหลือ ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มที่และเต็มใจ เพราะฉะนั้น คำจำกัดความนี้จึงใช้ไม่ได้ในทางกฎหมาย แต่คำจำกัดความนี้กลับถูกนำมาบรรจุไว้ในกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Law) ในท้ายที่สุด

“ถึงเวลาแล้วหรือยังที่จะมีการเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่างในกระบวนการเพื่อให้แพทย์มีความมั่นใจในวิชาชีพ ทำงานด้วยความสุข ไม่ใช่ทำงานด้วยความอึดอัดหรือวิตกกังวล เพราะถ้าเป็นเช่นนั้น ผลงานก็คงออกมาไม่ดี

ผู้การทำงานด้วยความสบายใจไม่ได้ รวมถึงเรื่องของการจัดตั้งศาลทางด้านการแพทย์หรือทางด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าคิด เพราะเวลานี้แพทย์ถูกอิงด้วยกฎหมายกว่า 20 ฉบับในการตัดสินใจแล้วค่อยไปว่าคดีกันในศาล ฝายโจทก์ก็พยายามให้แพทย์แพ้ ในขณะที่แพทย์ก็ต้องป้องกันตัว แต่ในระหว่างที่ป้องกันตัว ชื่อเสียงของแพทย์ได้หายไปแล้วครึ่งหนึ่ง สภาพจิตใจก็แย่ เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในวิชาชีพ”

ศ.นพ.วิรัตน์ พานิชพงษ์ สมาชิกวุฒิสภาสรรหา กล่าวว่า จากข้อมูลปัญหาการปฏิบัติงานของแพทย์ทั่วประเทศพบว่า แพทย์ทำงานหนักเกินประสิทธิภาพที่กรมแรงงานกำหนด ขาดงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการบริหารให้แพทย์ได้มีความเจริญก้าวหน้า แต่ปัญหาที่สำคัญคือ ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ ทั้งทางแพ่งและอาญา จนแพทย์ต้องลด เลี่ยง เลิก การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งแนวโน้มการฟ้องร้องแพทย์ของผู้ใช้บริการทางการแพทย์นับวันจะขยายมากขึ้นทุกปี ทั้ง ๆ ที่แพทย์ก็รักษาไปตามอาการ แต่กลับถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทั้ง ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากความผิดของแพทย์ทั้งหมด ประกอบกับแพทย์ที่ถูกฟ้องร้องส่วนใหญ่ไม่รู้เรื่องกฎหมาย ไม่มีใครเป็นที่พึ่งพิง ส่งผลต่อสุขภาพจิต ทำให้



ต้องหยุดงาน ส่งผลไปถึงแพทย์คนอื่น ๆ ที่ต้องทำงานหนักเป็นเท่าตัว เมื่อมีแพทย์คนหนึ่งต้องหยุดงาน เมื่อแพทย์เห็นว่าเพื่อนร่วมงานถูกฟ้องจะขอย้ายไปทำงานในสถานบริการอื่น ทำให้แพทย์ขาดแคลนอีก ซึ่งตรงนี้เป็นผลกระทบลูกโซ่ที่ตามกันมา

อีกปัญหาหนึ่งคือ คดีฟ้องร้องแพทย์นั้นถือว่าเป็นเรื่องเฉพาะจะต้องมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชกรรม เพื่อเสนอให้เป็นข้อมูลในการพิจารณาวินิจฉัยคดี แต่ปัจจุบันการพิจารณาคดีนั้นพิจารณาไปตามตัวบทกฎหมายทางแพ่งและอาญา ดังนั้น ควรจะมีศาลสาธารณสุขเพื่อพิจารณาคดีที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขหรือการฟ้องร้องแพทย์ ซึ่งอยากเสนอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมพิจารณาเรื่องนี้เป็นพิเศษ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขนั้นก็ต้องการให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไปอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อเป็นคนช่วยแพทย์ที่ทำการรักษาคนไข้ให้มีความรอบคอบมากขึ้น เป็นการป้องกันการฟ้องร้องแพทย์หากมีความเสียหายจากการใช้บริการ

“ส่วนตัวแล้วได้ติดตามปัญหาการฟ้องร้องแพทย์มาโดยตลอด จากคดีจำคุกแพทย์เมื่อปี พ.ศ. 2550 ทำให้เกิดความตื่นตัวเรื่องกฎหมายกันมากขึ้น และจากการลงพื้นที่ทุกภาคเพื่อสร้างความตระหนักในวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์พบว่า แพทย์ไม่กลัวงานหนัก ไม่กลัวเงินน้อย แต่กลัวการถูกฟ้องร้อง ดังนั้น การจัดตั้งศาลสาธารณสุขจะเป็นผลดีกับแพทย์เป็นอย่างมาก โดยแนวคิดมาจากการได้ไปดูงานที่ศาลแรงงานซึ่งใช้ระบบไกล่เกลี่ยได้ส่วน หลังจากนั้นก็ได้มีการทำวิจัยเนื่องจากศาลพิเศษที่จะเกิดขึ้นได้นั้นจำเป็นต้องมีงานวิจัยเป็นแกนนำซึ่งเรามีตัวอย่างให้เห็นแล้วคือ ศาลแรงงานที่กว่าจะเกิดขึ้นได้ต้องใช้เวลา 20-30 ปี”

พญ.อภิมรณ เวชภูติ ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ประจำคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา กล่าวว่า การผลักดันให้ศาลสาธารณสุขเกิดขึ้นได้นั้น จำเป็นต้องมีการทำงานวิจัยรองรับ โดยได้เริ่มทำเมื่อปี พ.ศ. 2552 หลังจากพบปัญหาการฟ้องร้องรุนแรงเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2550-2551 จากจุดนี้เองจึงได้นำประเด็นนี้มาเป็นงานวิจัยในหัวข้อ ‘กระบวนการยุติธรรมเมื่อแพทย์ถูกฟ้อง’ ซึ่งมีปัจจัยและองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นการขาดแคลนอัตรากำลังของแพทย์ ระดับของการรักษาพยาบาลที่มีหลายระดับ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วย หลังจากมีเรื่องหลักประกันสุขภาพเกิดขึ้น มีการทำการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานสูงมาก

เพราะฉะนั้นเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งมีหลายระดับแล้วไม่เป็นไปตามที่คาดหวังว่าจะได้รับสิ่งที่ดีที่สุดในบริการ จึงทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน รวมไปถึงเรื่องศักยภาพ ไม่ใช่เฉพาะแพทย์ บุคลากร และองค์วิชาความรู้ แต่รวมถึงทรัพยากรทางด้านเครื่องมือ และปัจจัยอื่น ๆ ด้วย ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้สามารถบอกได้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

“การประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิในหลักประกันสุขภาพมาแรงมาก ผู้รับบริการมองว่าทุกคนมีสิทธิในการรักษาอย่างเท่าเทียมกัน ด้วยคำจำกัดความว่าเป็นผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความคาดหวังที่สูง ซึ่งในความเป็นจริงแล้วไม่อยากจะให้คำว่าผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ เพราะจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค เมื่อก่อนเราใช้ผู้ให้การรักษากับผู้รับการรักษาหรือแพทย์กับคนไข้ ซึ่งเป็นคำที่น่ารักและไปด้วยกันได้ดี แต่หลังจากที่ใช้คำว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการก็ทำให้เกิดความห่างเหินกันมากขึ้น”



อย่างไรก็ตาม ศาลสาธารณสุขเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของกระบวนการยุติธรรม ซึ่งกระบวนการยุติธรรมที่ดีมีหลายระดับ ตั้งแต่การเจรจา การไกล่เกลี่ย การทำความเข้าใจ จำนวนคดีที่เข้าสู่ระบบยุติธรรมจริง ๆ จึงมีน้อย เพราะมีการจัดการไปตั้งแต่ต้น ไม่รุนแรงถึงขั้นต้องฟ้องร้องกัน แต่หลังจากที่มีมาตรา 41 ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ได้กำหนดให้มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ ซึ่งหลังจากการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไปแล้ว ผู้รับบริการยังสามารถฟ้องร้องได้อีก เพราะฉะนั้น นอกจากระบบการไกล่เกลี่ยที่พยายามทำให้จบลงได้ด้วยดีแล้ว เมื่อจำเป็นต้องไปสู่ศาล ผู้พิพากษาอาจจะยังไม่เข้าใจระบบวิธีพิจารณาความในเคสที่เกิดขึ้นทางการแพทย์มากนัก เพราะฉะนั้นหากมีศาลสาธารณสุขเกิดขึ้น ผู้พิพากษาจำเป็นจะต้องลงลึกในรายละเอียดของเคสทางการแพทย์โดยเฉพาะเพียงอย่างเดียว

ทั้งนี้ได้มีการสร้างผู้เชี่ยวชาญศาลที่มาจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-ปัจจุบัน โดยเมื่อปี พ.ศ. 2552 ได้มีการนำเสนอเรื่องการจัดตั้งศาลสาธารณสุขแก่ศาล ซึ่งได้รับคำตอบว่าจำนวนคดีมีน้อยและยังไม่ได้เป็นจุดใหญ่ที่จำเป็นจะต้องจัดตั้ง แต่หากจะจัดตั้งอาจจะจัดตั้งเป็นศาลแผนกเหมือนกับศาลแผนกผู้บริโภค ซึ่งอยู่ภายใต้ศาลยุติธรรม ซึ่งเป็นที่มาที่ไปของแนวคิดในขณะนั้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2553-2555 ได้มีการประชุมร่วมกับหลายภาคส่วนหลายครั้งถึงแนวความคิดนี้ เพื่อผลักดันให้การจัดตั้งศาลสาธารณสุขเกิดขึ้นได้จริง



ร.ต.อ.จิรสวัสดิ์ สุธฤทธิธำรง อัยการจังหวัดสำนักงานอัยการสูงสุด กล่าวว่า จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2556 พบว่ามีการฟ้องร้องแพทย์ทางด้านจริยธรรมกว่า 4,000 เรื่อง ในจำนวนนี้เป็นเรื่องของการไม่รักษามาตรฐานการรักษามากที่สุด ซึ่งถ้าหากแนวคิดจัดตั้งศาลสาธารณสุข ศาลแผนกสาธารณสุข หรือศาลในชื่ออื่น ๆ ซึ่งในต่างประเทศเรียกว่า Health Court ทำหน้าที่วินิจฉัยที่เป็นธรรมแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม เป็นไปได้จริง จะถือเป็นนิมิตหมายอันดีของวงการศาลไทย และวงการสาธารณสุขไทย

“ประเด็นเรื่องศาลสาธารณสุขเป็นประเด็นที่ใหม่สำหรับประเทศไทย ที่อยากฝากไว้คือ ถ้าคดีเข้าสู่คดีผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม แน่นอนว่าเราควรจะมีศาลซึ่งมีความรู้ด้านการแพทย์ ด้านการบริการทางสาธารณสุขบ้าง ซึ่งในปัจจุบันทางศาลได้รับบุคลากรที่มีวุฒิแพทยศาสตรบัณฑิตบวคนิติศาสตรบัณฑิตที่ผ่านการสอบหลายท่าน แม้มุมมองของแพทย์บางส่วนจะถือว่าสมองโหล แต่ในมุมมองของเรามองว่าได้บุคลากรที่มีความชำนาญการเฉพาะด้านขึ้นมา”

ดร.สมบัติ พุทธิพงศ์ศักดิ์ ผู้พิพากษาชั้นต้นประจำสำนักประธานศาลฎีกา กล่าวว่า ตนค่อนข้างเห็นด้วยในหลักการและแนวคิดในการจัดตั้งศาลสาธารณสุข แต่ต้องดูต่อไปว่าแนวทางที่เดินไปข้างหน้าจะเป็นอย่างไร ในส่วนของศาลยุติธรรมมีหลายเรื่องที่ได้ประสานกับทางแพทย์และแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน เช่น จัดการประชุมร่วมกันระหว่างสำนักงานศาลยุติธรรม แพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข จัดการหารือระหว่าง

ผู้บริหารของสำนักงานศาลยุติธรรม และคณะอนุกรรมการติดตามตรวจสอบทางด้านกฎหมายในวิชาชีพเวชกรรม วุฒิสภา และจัดการอบรมเกี่ยวกับกฎหมายฟ้องคดีแพทย์ในหลักสูตรการอบรมแพทย์เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้ขึ้นทะเบียนและอบรมผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ของศาลยุติธรรม ซึ่งดำเนินการมาแล้ว 2 รุ่น จำนวน 400 คน

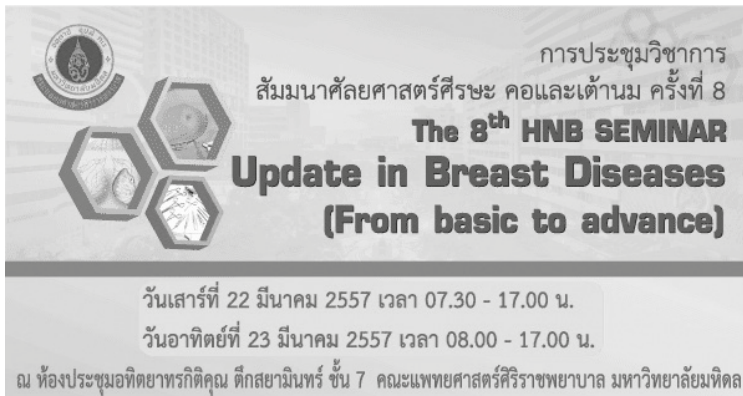
“ปัจจุบันจะเห็นว่าทั้งโจทก์และจำเลยจะมีพยานผู้เชี่ยวชาญของตนเองมาเบิกความในประเด็นเดียวกัน กล่าวคือ ทั้งสองฝ่ายจะมีพยานผู้เชี่ยวชาญที่เป็นแพทย์เหมือนกัน ให้ความเห็นในการปฏิบัติงานของแพทย์ในเรื่องเดียวกันแต่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นปัญหามาก จึงมีความพยายามสร้างระบบ โดยให้เป็นผู้เชี่ยวชาญของศาลที่ได้รับการขึ้นทะเบียนไว้มาเป็นพยาน ไม่ใช่เป็นผู้แทนของโจทก์และจำเลย ซึ่งคาดว่าจะสามารถช่วยแก้ปัญหาได้”

จากเอกสารข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาของแพทย์ซึ่งมีมากมาย ไม่ว่าจะเป็นเอกสารเกี่ยวกับประเด็นพิจารณาเรื่องข้อเสนอนในการจัดตั้งศาลสาธารณสุข เอกสารสรุปการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้านกฎหมายและคดีต่าง ๆ เกี่ยวกับความประมาททางอาญาในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เอกสารสำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมต่อการฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศด้วยบริการสาธารณสุข เอกสารเกี่ยวกับความคาดหวังของการจัดตั้งแผนกคดีสาธารณสุขในศาลยุติธรรม เพื่อพัฒนาเป็นศาลสาธารณสุข ฯลฯ ถือเป็นข้อมูลที่ดี และเป็นแนวทางในการจัดตั้งศาลสาธารณสุขในอนาคต

นอกจากนี้แล้ว ในการจัดตั้งศาลสาธารณสุขจำเป็นจะต้องมีข้อมูลสนับสนุนในด้านงานวิจัย นอกเหนือจากข้อมูลอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว งานวิจัยในขั้นตอนต่อไปจะต้องทำในเชิงปริมาณคือ มีการตอบแบบสอบถามเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากแพทย์ ศาล อัยการ ทนายความ นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องที่มีความสนใจ มีความเห็นด้วยหรือความกังวลเกี่ยวกับการฟ้องร้องในคดีแพทย์ และนำมาประมวลวิเคราะห์ว่าแนวทางการแก้ไขปัญหาคาดำเนินไปอย่างไร มีความเป็นไปได้มากน้อยแค่ไหนในการจัดตั้งศาลสาธารณสุข หากมีความเป็นไปได้จะดำเนินการอย่างไร เช่น รูปแบบหรือโครงสร้างของศาลจะจัดตั้งเป็นศาลพิจารณาพิเศษ หรือจะจัดตั้งเป็นแผนกในศาลแพ่งหรือศาลอาญา ผู้ตัดสินคดีมาจากสายอาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านกฎหมาย แพทย์ หรือจะต้องมีผู้เชี่ยวชาญพิเศษทางด้านการแพทย์ หรือต้องมีผู้พิพากษาสมทบ ซึ่งในอนาคตถ้าได้มีการทำวิจัยที่ถูกต้องชัดเจนจะเป็นแนวทางหนึ่งให้การจัดตั้งศาลสาธารณสุขมีความเป็นไปได้



The 8th HNB SEMINAR Update in Breast Diseases (From basic to advance)



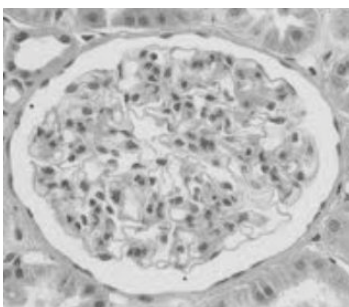
สาขาวิชา ศัลยศาสตร์ ศีรษะ คอ และ เต้านม
ภาควิชา ศัลยศาสตร์ ศีรษะ คอ และ เต้านม
จัดการประชุมวิชาการ สัมนา ศัลยศาสตร์ ศีรษะ คอ และ
เต้านม ครั้งที่ 8 “The 8th HNB SEMINAR Update
in Breast Diseases (From basic to advance)”
ระหว่างวันที่ 22-23 มีนาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุม
อติยาทรกิตติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7 คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้สนใจสอบถาม
รายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สาขาวิชา ศัลยศาสตร์ ศีรษะ คอ
และ เต้านม ภาควิชา ศัลยศาสตร์ ศีรษะ คอ และ เต้านม
ภาควิชา ศัลยศาสตร์ ศีรษะ คอ และ เต้านม ตึกสยามินทร์ ชั้น 13 โทรศัพท์ 0-2419-8016,
0-2419-8073 E-mail: sisuhnb@gmail.com

39th DST Annual Meeting 2014



สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย จัดการประชุมใหญ่
สามัญประจำปี พ.ศ. 2557 ครั้งที่ 39 “39th DST Annual Meeting
2014” ระหว่างวันที่ 26-28 มีนาคม พ.ศ. 2557 ณ ชั้น 22
โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอก คอนเวนชัน เซ็นเตอร์ แอท
เซ็นทรัลเวิลด์ สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สมาคม
แพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 9
เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง
กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2716-6857, 0-2716-5256
โทรสาร 0-2716-6857 E-mail: contact@dst.or.th

Basic and Translational Concepts, New Insights into Pathogenesis of Glomerular Diseases



สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย จัดงานประชุมวิชาการ Nephrology Meeting
เรื่อง “Basic and Translational Concepts, New Insights into Pathogenesis
of Glomerular Diseases” ระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุม
อายุรกรรม ๓ ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2716-6091, 0-2716-7450 โทรสาร
0-2718-1900 หรือส่งรายชื่อมาที่ E-mail: kidney@loxinfo.co.th

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

จัดประชุมวิชาการ From Bench to Bedside and Beyond

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นองค์กรที่มีหน้าที่ควบคุมดูแลระบบการฝึกอบรมอายุรแพทย์ของประเทศให้ได้มาตรฐานสากล และส่งเสริมกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อผดุงไว้ซึ่งความเป็นนักวิชาการของอายุรแพทย์ที่จบเป็นผู้เชี่ยวชาญแล้วให้อำรงไว้ซึ่ง Professionalism แห่งวิชาชีพ

ศ.นพ.ธำนิษฐ อินทรกำธรชัย ประธานคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า การประชุมวิชาการของราชวิทยาลัยฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้อายุรแพทย์ซึ่งทำงานในที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศได้กลับมาเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย เพราะวิชาการทางการแพทย์เปลี่ยนแปลงเร็วมาก ในแต่ละปีจะมีแนวทางการรักษาใหม่ ๆ ยาใหม่ ๆ เสมอ หากอายุรแพทย์ได้รับความรู้เหล่านั้น และนำไปใช้ปฏิบัติอย่างเหมาะสมก็จะเกิดประโยชน์ต่อการดูแลรักษาคนไข้โรคทางอายุรกรรมอย่างมาก โดยทางราชวิทยาลัยฯ ได้จัดงานประชุมวิชาการเช่นนี้เป็นประจำทุกปี คราวนี้ถือเป็นวาระครบรอบ 30 ปีของการก่อตั้งราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย วันที่ 23-26 เมษายน พ.ศ. 2557 ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี ในหัวข้อการประชุม “From Bench to Bedside and Beyond” “การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติ” เพื่อประยุกต์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์แขนงต่าง ๆ ให้สามารถนำมาใช้กับคนไข้ที่อายุรแพทย์ดูแลได้จริง

รูปแบบของงานประชุมวิชาการในวันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นวันแรก จะประกอบด้วย Workshop ในหลายหัวข้อ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลโรคเลือดชนิดต่าง ๆ เป็นต้น ส่วนในวันที่ 24-26 เมษายน พ.ศ. 2557 จะมี Lecture, Symposium, Interactive case discussion, Meet the experts ในแต่ละวันจะมีประมาณ 6-7 หัวข้อ ซึ่งทางราชวิทยาลัยฯ ได้เชิญอาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในโรคต่าง ๆ มาให้ความรู้ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของแต่ละท่าน ซึ่งสมาชิกจะมีโอกาสซักถาม experts เหล่านั้นอย่างใกล้ชิดในกิจกรรมดังกล่าว

สำหรับไฮไลท์ของงานประชุมวิชาการในครั้งนี้ อาทิ Breakthroughs in internal medicine ซึ่งทางคณะกรรมการจัดงานประชุมคัดเลือกหัวข้อที่เป็นเรื่องใหม่ในสาขาวิชาต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมานี้ ซึ่งมีผลกระทบต่อเวชปฏิบัติ และอายุรแพทย์ทุกคนควรจะรู้ นำเสนอโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ Guidelines การรักษาต่าง ๆ ที่แพทย์สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับบริบทการสาธารณสุขของประเทศไทยได้ อาทิ นโยบาย 30 บาท สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ การเบิกจ่ายยา เป็นต้น ไฮไลท์อีกอย่างในงานคือ ปาฐกถา ‘ศ.นพ.วิกิจ วีรานุกูลดี’ ซึ่งในแต่ละปีจะมีการเชิญแพทย์ที่มีชื่อเสียงระดับโลกมาเป็นวิทยากร ซึ่งในปีนี้ได้รับเกียรติจาก Professor Jeffrey Saver อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสมองจาก UCLA ประเทศ

ศ.นพ.ธำนิษฐ อินทรกำธรชัย



สหรัฐอเมริกา มาบรรยายเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วย stroke แบบครบวงจร นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่สำคัญในวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2557 ได้แก่ พิธีมอบวุฒิปดและบัตรสมาชิกภาพของราชวิทยาลัย (fellowship, FRCPT) แก่อายุรแพทย์ที่สอบได้วุฒิปดผู้เชี่ยวชาญ ทั้งสาขาอายุรศาสตร์ทั่วไปและสาขาต่อยอดต่าง ๆ ประจำปี พ.ศ. 2556 พร้อมกันนั้นก็ยังมีพิธีมอบรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่นประจำปีประเภทต่าง ๆ เพื่อเป็นการประกาศเกียรติคุณความดีงามของท่านเหล่านั้น และจะได้เป็นแรงบันดาลใจ เป็นต้นแบบอายุรแพทย์ที่ดีที่สมาชิกควรนำไปเป็นแบบอย่าง

ในโอกาสวาระครบรอบ 30 ปีของราชวิทยาลัยฯ คราวนี้ ราชวิทยาลัยฯ ได้จัดให้มีโครงการพิเศษประกวดภาพถ่าย “ชีวิตและงานของอายุรแพทย์” ซึ่งจะเป็นภาพถ่ายเกี่ยวกับผู้ป่วย หรือแพทย์ขณะกำลังดูแลผู้ป่วยที่น่าประทับใจ สื่อถึงความเป็นอายุรแพทย์ที่ดี โดยภาพที่ได้รับรางวัลจะถูกประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ในสื่อต่าง ๆ ต่อไป

สำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าประชุมในการประชุมวิชาการครั้งนี้คือ อายุรแพทย์จากทั่วประเทศ และผู้ที่อยู่ในระหว่างการฝึกอบรมที่จะเตรียมตัวเป็นอายุรแพทย์ต่อไป ถือเป็นโอกาสอันดีที่แพทย์เหล่านั้นจะได้รับความรู้ใหม่ ๆ จากอาจารย์แพทย์ทุกสถาบันพร้อมกัน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านมาร่วมแบ่งปันประสบการณ์ โดยผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับ CME จำนวน 25 หน่วยกิต

“ทางราชวิทยาลัยฯ คาดหวังว่าจะมีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 2,000-2,500 คน ซึ่งการเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการถือเป็นเรื่องสำคัญต่อการประกอบวิชาชีพของแพทย์ เพื่อนำไปสู่ความมั่นใจในการดูแลคนไข้ของเราให้ดีขึ้น เชื่อว่าผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนจะได้รับความรู้ไปใช้ดูแลคนไข้ในชีวิตประจำวัน ไปพัฒนาการดูแลคนไข้ให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นจุดประสงค์ที่สำคัญที่สุดของการจัดงาน นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสดีที่สมาชิกจะได้กลับมาพบปะสังสรรค์ครูบาอาจารย์ และเพื่อน ๆ ด้วย”

ศ.นพ.ธำนิษฐ กล่าวทิ้งท้าย

ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนได้ทางเว็บไซต์ www.rcpt.org หากลงทะเบียนก่อนวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2557 สำหรับสมาชิก ค่าลงทะเบียน 5,000 บาท หากลงทะเบียนหลังวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2557 ค่าลงทะเบียน 5,500 บาท หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ โทรศัพท์ 0-2716-6744, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: rcpt.annual@rcpt.org, rcptmail@gmail.com

ครู หรืออาจารย์ คือผู้สั่งสอนและถ่ายทอดวิชาความรู้ให้แก่ศิษย์ อีกทั้งยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประเทศให้เจริญมั่นคง เนื่องจากเป็นผู้พัฒนาเยาวชนของชาติให้มีความรู้และจริยธรรม เดิบทเเป็นผูัใหญ่ที่มีคุณค่าในการสร้างความเจริญให้แก่ประเทศชาติต่อไป นอกจากนี้ครูหรืออาจารย์ยังเป็นแบบอย่างแก่เยาวชนและบุคคลทั่วไปทั้งด้านความรู้และพฤติกรรม เป็นแบบอย่างที่ดีด้านความซื่อสัตย์ เป็นแบบอย่างที่ดีด้านการดำรงตน เป็นแบบอย่างที่ดีด้านการพัฒนาตนเอง รวมถึงการสั่งสอนและน้าให้ศิษย์ใช้ความรู้ความสามารถให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง สังคม และประเทศชาติต่อไป

ได้จริง, ถ่ายทอดวิชาความรู้ให้เข้าใจได้ง่ายและชัดเจน, ถ่ายทอดอย่างเป็นระบบเพื่อให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์ได้อย่างสมบูรณ์ และถ่ายทอดความรู้อย่างเต็มความสามารถด้วยจิตวิญญาณของ “ความเป็นครู”

ประการที่ 3 คือ การอุทิศตนเพื่อส่วนรวม ได้แก่ มีจิตสำนึกในการเสียสละให้แก่ส่วนรวมและสังคม, มีความรับผิดชอบ และอุทิศตนให้กับการเรียนการสอน การวิจัยและการบริการวิชาการ มีความสามัคคีกับผู้ร่วมงาน และผลักดันให้หน่วยงานมีความเจริญก้าวหน้า

ประการที่ 4 คือ ด้านความรู้ความสามารถในเชิงวิชาการ ได้แก่ หนักันศึกษา ค้นคว้า ติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอ ปฏิบัติงานวิจัยตามข้อกำหนดของคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และมี

3 อาจารย์ตัวอย่าง ของสภาคณาจารย์ ม.มหิดล ประจำปี 2556

จากความสำเร็จในบทบาทหน้าที่ของอาจารย์ที่เป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ศิษย์ ทุกปีสภาคณาจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล จะมีการประกาศเชิดชูเกียรติอาจารย์ผู้มีความสามารถในเชิงวิชาการ มีจริยธรรม และอุทิศตนในด้านต่าง ๆ เพื่อเข้ารับรางวัลอาจารย์ตัวอย่างของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีการประเมินการเป็นอาจารย์ตัวอย่างตามแนวทาง “จรรยาบรรณอาจารย์” ของสภาคณาจารย์ ซึ่งคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 คือ ด้านคุณธรรม ได้แก่ มีคุณธรรม จริยธรรม และการครองตน ถือเป็นแบบอย่างที่ดีได้, มีผลงานชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมของนักศึกษา และไม่เป็นผู้อยู่ระหว่างที่ถูกร้องเรียน ถูกสอบสวน วินัยด้านจริยธรรมในขณะที่มีการพิจารณา

ประการที่ 2 คือ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ ได้แก่ การถ่ายทอดด้วยความรู้จริง สามารถนำไปปฏิบัติ

เสริมภาพในการปฏิบัติงานทางวิชาการโดยไม่ถูกครอบงำด้วยอิทธิพลหรือผลประโยชน์ใด

สำหรับในปีนี้ สภาคณาจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ประกาศเชิดชูเกียรติอาจารย์ผู้มีความสามารถในเชิงวิชาการ มีจริยธรรม และอุทิศตนในด้านต่าง ๆ เพื่อเข้ารับรางวัลอาจารย์ตัวอย่างของมหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปี พ.ศ. 2556 จำนวน 3 ท่าน และได้เข้ารับรางวัลในงาน “45 ปี วันพระราชทานนามมหาวิทยาลัยมหิดล” เมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา ณ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา ซึ่งอาจารย์ทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ ศ.นพ.พิภพ จิรภิญโญ สาขาวิชาโภชนาการ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ศ.นพ.วรชัย ศิริกุลชยานนท์ ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และ ศ.คลินิก ทพ.สุรชัย เดชคุณากร ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

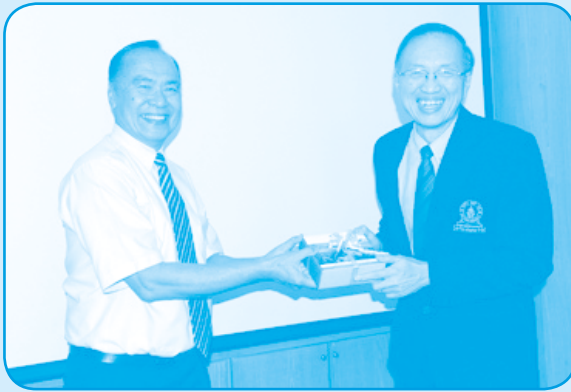


ศ.นพ.พิภพ จิรภิญโญ สาขาวิชาโภชนาการ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำงานวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาของทารกและเด็กไทยในด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง โดยมีผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติมากกว่า 80 เรื่อง เป็นบุคคลแรกในประเทศไทยที่ผลิตอาหารเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคจำเพาะ เช่น Chyllothorax, Refractory Epilepsy และ Cow Milk Protein Allergy โดยเฉพาะการผลิตนมจากเนื้อไก่และนมข้าวอะมิโนซึ่งใช้รักษาทารกที่แพ้โปรตีนนมวัวมากกว่า 1,000 ราย ให้การสอนนักศึกษาทุกระดับอย่างหลากหลาย สอดแทรกคุณธรรมและจริยธรรมในการสอนนักศึกษาตลอดเวลา





ศ.นพ.วรชัย ศิริกุลชยานนท์ ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนางานทางด้านการตรวจชิ้นเนื้อของกระดูก โดยการประยุกต์ใช้เลเซอร์ไฟฟ้ามาใช้ในการตัดชิ้นเนื้อกระดูก โดยใช้ชื่อว่า “Rama Bone Saw” ที่ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการนำเข้า สามารถตัดเนื้อกระดูกได้บางมากกว่าเครื่องมือที่ซื้อจากต่างประเทศ และย่นระยะเวลาในการตรวจวินิจฉัยชิ้นเนื้อกระดูกให้สั้นลงมาก เป็นบุคคลแรกในประเทศไทยที่ได้รายงานผู้ป่วยโรค Paget's disease ของกระดูก ซึ่งแต่เดิมเชื่อว่าไม่เกิดในคนไทย ปัจจุบันพบมากขึ้นในหลายสถาบัน มีผลงานดีเด่นด้านการสอน มีความเชี่ยวชาญทางด้านการสอนวิชาพยาธิวิทยาของโรคกระดูกและข้อให้แก่นักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านของหลายสถาบัน



ศ.คลินิก ทพ.สุรชัย เดชคุณากร ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สำเร็จการศึกษาวิทยาสตรบัณฑิต (วิทยาศาสตร์การแพทย์) จากมหาวิทยาลัยมหิดล และทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้คิดค้นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ “CephSmile” ที่ใช้ในการวิเคราะห์ความผิดปกติของโครงสร้างกะโหลก ศีรษะ ใบหน้า และฟัน ซึ่งใช้ในการวางแผนการรักษาการสบฟันผิดปกติ ในทางทันตกรรมจัดฟัน โดยเป็นผลงานที่ทำให้ได้รับรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการประดิษฐ์ และรางวัลผลงานประดิษฐ์คิดค้น ประเภทรางวัลประกาศเกียรติคุณจากสภาวิจัยแห่งชาติ เป็นต้นแบบให้แก่ลูกศิษย์ในเรื่องการเรียนรู้ที่ไม่หยุดนิ่ง มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงานและการสร้างสรรค์งานวิจัยใหม่





ต้องไม่เป็นโรคมะเร็งที่ป้องกันได้

โรคมะเร็งที่พบบ่อยทั่วโลกคือ มะเร็งปอด เต้านม ลำไส้ใหญ่ และปากมดลูก และโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดตามลำดับ คือ มะเร็งปอด ตับ กระเพาะอาหาร ปากมดลูก ซึ่งส่วนใหญ่ (ยกเว้นกระเพาะอาหาร) สามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงได้ เช่น มะเร็งปอด เพียงงดสูบบุหรี่ รวมทั้งไม่ไปอยู่ใกล้ ๆ ผู้คนที่สูบบุหรี่ด้วย ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งของปอด (และโรคอื่น ๆ) จะลดลงไปมาก ส่วนมะเร็งของเต้านม ลำไส้ใหญ่ ตับ มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน ฉะนั้นจึงสามารถลดความเสี่ยงได้ด้วยการทำตัวไม่ให้อ้วน รวมทั้งไม่รับประทานเนื้อสัตว์โดยเฉพาะมันสัตว์มาก ด้วยการรับประทานผักและผลไม้ให้มาก ๆ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดูแลตนเองไม่ให้อ้วนด้วยการออกกำลังกายและคุมอาหารที่ถูกต้องเพื่อให้ดัชนีมวลกาย หรือ body mass index (BMI) อยู่ต่ำกว่า 23 (BMI คือ น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยความสูงเป็นเมตร ยกกำลังสอง) และพุงชายหญิงเล็กกว่า 90 และ 80 ซม. ตามลำดับ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง คือ การเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน เต้นแอโรบิก ฯลฯ ทุกวัน วันละ 30 นาที หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ส่วนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมคือ การรับประทานอาหารหนักไปทางพืช ผัก ผลไม้ ปลา เป็นหลัก พยายามหลีกเลี่ยงมันสัตว์ หนังสัตว์ เครื่องในของทอด น้ำหวาน ของหวาน ข้าว แป้ง ฯลฯ ส่วนมะเร็งตับยังมีสาเหตุอื่น ๆ เช่น การ

ดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป (ไม่ควรดื่มมากกว่า 3 และ 2 หน่วยต่อวันสำหรับผู้ชาย และผู้หญิงตามลำดับ โดย 1 หน่วยคือ 30 ซีซีของวิสกี้หรือเบียร์ 1 กระป๋อง หรือ 85 ซีซีของไวน์) จากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี (ทำให้เกิดมะเร็งของเนื้อตับ) และจากการรับประทานปลาร้าที่ดิบ (เนื่องจากปลาร้าที่ดิบจะมีพยาธิใบไม้ของตับที่จะทำให้เกิดมะเร็งของท่อน้ำดีในตับได้) หลักการของการติดต่อไวรัสตับอักเสบบีและซีคือ จากเลือด และผลิตภัณฑ์เลือด (คือน้ำคัดหลั่ง เช่น น้ำในช่องคลอด) ส่วนวิธีการติดต่อคือ ตอนเด็กเกิดจากแม่ที่มีเชื้อไวรัสบีหรือซี ซึ่งปัจจุบันนี้รัฐบาลฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสบีให้แล้วตอนแรกเกิด ส่วนเชื้อไวรัสซียังไม่มีวัคซีน แต่โรคนี้ที่โรคนี้แม่ส่งเชื้อมาให้ลูกได้ไม่มากคือ ไม่เกิน 8% ฉะนั้นโดยสรุป ถ้าไม่มีเชื้อไวรัสบีและซีจากแม่ตอนเกิด เราจะติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อโดยไม่ใช้อย่างอนามัย หรือการใช้เข็มฉีดยาที่สกปรกที่มีเชื้อ เช่น ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดที่ใช้เข็มสกปรกร่วมกัน ฉะนั้นการได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแล้วจึงสามารถป้องกันได้ ถ้ามีความรู้ และมีวินัย

นอกจากพฤติกรรมที่กล่าวแล้ว ผู้เชี่ยวชาญยังแนะนำอีกว่าผู้หญิงที่อายุ 40 ปีขึ้นไปควรตรวจเต้านมตนเองทุกเดือนและโดยแพทย์ทุกปี สำหรับลำไส้ใหญ่ทุก ๆ คนควรไปตรวจคัดกรองหาว่าที่มะเร็งหรือมะเร็งในระยะเริ่มแรกเมื่อมีอายุ 50 ปี หรือถ้ามีญาติ

เป็นโรคนี้ควรไปปรึกษาแพทย์ทันทีที่ทราบ เพราะมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่ได้ยู่ดี ๆ เกิดเป็นมะเร็งขึ้นมา แต่ตอนเริ่มแรกจะมีติ่งเนื้อธรรมดา ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง หลังจากนั้น 10-20 ปี จึงจะกลายเป็นมะเร็ง การตรวจคัดกรองถ้าเห็นติ่งแล้วตัดออกก็จะหายขาด

ส่วนมะเร็งปากมดลูกนั้นป้องกันได้มากอยู่แล้วด้วยการฉีดวัคซีนป้องกัน 2 เข็ม ตั้งแต่ก่อนมีเพศสัมพันธ์ เช่น ตั้งแต่อายุ 11-12 ปี แต่ถึงแม้ฉีด (หรือไม่ฉีด) เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ผู้เชี่ยวชาญยังแนะนำให้ไปตรวจภายในทุกปี เพราะมะเร็งชนิดนี้เป็น “ว่าที่” มะเร็งอยู่เนานก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง ซึ่งถ้าตรวจพบ “ว่าที่” มะเร็ง ก็สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยง่าย

ส่วนมะเร็งกระเพาะอาหารเป็นโรคเดียวที่ป้องกันได้น้อยมาก เพียงแต่ถ้ามีแผลในกระเพาะอาหาร ควรตรวจหาเชื้อโรค *Helicobacter pylori* ซึ่งทราบตั้งแต่ ค.ศ. 1982 ว่าทำให้กระเพาะอาหารอักเสบ เป็นแผล เป็นมะเร็งได้ ฉะนั้นผู้ที่มีแผลควรตรวจหาเชื้อโรค *Helicobacter pylori* และกำจัดเสียถ้ามี รวมทั้งรับประทานผักและผลไม้ให้มาก ๆ ลดการรับประทานเค็ม ของหมักดอง ฯลฯ

จึงอยากย้ำว่าท่านผู้อ่านสามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งได้หลายชนิด ถึงแม้ยังมีมะเร็งอีกหลายชนิดที่เรา ยังไม่สามารถป้องกันได้ แต่ปรัชญาของผมคือต้องป้องกันโรคที่ป้องกันได้



เผยผลสำเร็จลดอัตราการตายโรคหัด

บีบีซี - องค์การอนามัยโลกประเมิน อัตราตายจากโรคหัดทั่วโลกระหว่างปี พ.ศ. 2543-2555 ลดลงร้อยละ 77

ตัวเลขใหม่ขององค์การอนามัยโลกชี้ว่า ความสำเร็จในโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแก่เด็กทำให้สามารถลดอัตราการตายจากระดับสูงกว่า 562,000 รายเมื่อปี พ.ศ. 2543 ลงมาที่ราว 122,000 รายเมื่อปี พ.ศ. 2555 ขณะที่ตัวเลขผู้ป่วยก็ลดลงเหลือราว 226,722 ราย หรือลดลงถึงร้อยละ 77 ขณะเดียวกันคาดว่าสัดส่วนเด็กที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดก่อนอายุครบขวบได้เพิ่มขึ้นมาเป็นร้อยละ 84

ด้านองค์การอนามัยโลกย้ำว่า โรคหัดยังคงเป็นภัยคุกคามในระดับโลก และยังคงมีประชากรบางส่วนที่ยังไม่ได้รับการปกป้องจากโรคหัด โดยยกกรณีการระบาดของโรคหัดที่เกิดขึ้นทั้งในภูมิภาคแอฟริกา เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และยุโรป เมื่อปี พ.ศ. 2555 ขณะที่ภูมิภาคอเมริกาก็ยังคงวุ่นวายกับการรับมือปัญหาการระบาดของโรคหัดจากผู้อพยพ

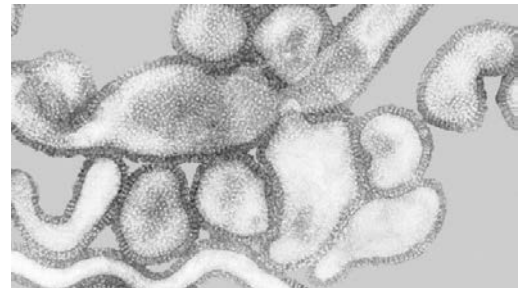
ด้านเจ้าหน้าที่โครงการป้องกันโรคหัดและหัดเยอรมันซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) เปิดเผยว่า ทุกวันนี้ยังคงมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัดราววันละกว่า 330 ราย และส่วนใหญ่เป็นเด็ก จึงมีความจำเป็นจะต้องส่งเสริมการสร้างภูมิคุ้มกันโรคหัดให้ทั่วถึงยิ่งขึ้น รวมถึงต้องส่งเสริมให้พ่อแม่ตระหนักถึงประโยชน์จากวัคซีนและความเสี่ยงจากการไม่นำเด็กมารับวัคซีน

เตือนภัยไข้หวัดนกมรณะ

บีบีซี - นักวิจัยเตือนภัยไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ใหม่ หลังคร่าชีวิตผู้ติดเชื้อแล้วอย่างน้อยหนึ่งรายในประเทศจีน

รายงานระบุว่า ผู้เสียชีวิตรายแรกจากไวรัส H10N8 อันเป็นไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ใหม่เป็นหญิงชราจากเมืองหนานจาง ขณะที่พบผู้ติดเชื้อรายที่สองแล้วในมณฑลเจียงซีของจีน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าไวรัส H10N8 นี้มีวิวัฒนาการลักษณะเฉพาะทางพันธุกรรมของตัวเองทำให้สามารถเพิ่มจำนวนภายในร่างกายคนได้อย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มว่าอาจกลายพันธุ์จนสามารถระบาดจากคนสู่คนได้

ด้านนักวิจัยเปิดเผยว่า การปรากฏตัวของไวรัส H10N8 ถือเป็นภัยใหม่ที่สมควรประมาท เนื่องจากเป็นสายพันธุ์ที่ไม่เคยพบมาก่อนและยังไม่มีข้อมูลชัดเจน โดยเปรียบเทียบกับกรณีไวรัสไข้หวัดนก H7N9 ก่อนหน้านี้ซึ่งมีความรุนแรงอย่างคาดไม่ถึงจากการที่สามารถระบาดจากสัตว์สู่คน และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกวัน

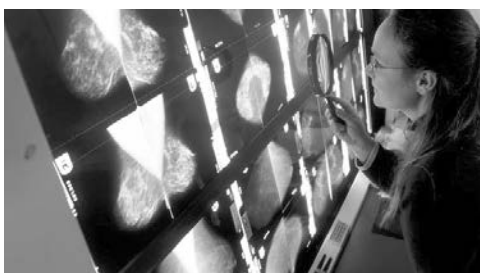


อนามัยโลกเตือนคลื่นผู้ป่วยมะเร็ง

บีบีซี - องค์การอนามัยโลกเตือนรับกระแสคลื่นผู้ป่วยมะเร็ง พร้อมแนะเร่งหามาตรการจำกัดการบริโภคแอลกอฮอล์และน้ำตาล

องค์การอนามัยโลกประเมินว่า ตัวเลขผู้ป่วยมะเร็งจะพุ่งขึ้นถึง 24 ล้านรายภายในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งครึ่งหนึ่งเป็นมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ โดยยังได้เรียกร้องให้นานาประเทศหันมาให้ความสนใจอย่างจริงจังกับมาตรการป้องกันโรคมะเร็งด้วยการควบคุมบุหรี่ ไร้อ้วน และการดื่มสุรา รวมถึงการส่งเสริมความตระหนักถึงบทบาทของอาหารต่อกระบวนการของโรคมะเร็ง

องค์การอนามัยโลกชี้ว่า ภาระการรักษาโรคมะเร็งกำลังถีบตัวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และกำลังเป็นปัญหาใหญ่แม้ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว โดยได้แจกแจงปัจจัยของโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ไร้อ้วน



และขาดการออกกำลังกาย รังสีจากแสงอาทิตย์และการตรวจร่างกาย มลพิษอากาศและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการมีลูกช้า มีลูกน้อย และไม่ได้เลี้ยงด้วยนมแม่

ด้านหนึ่งในเจ้าหน้าที่โครงการสำรวจขององค์การอนามัยโลกกล่าวว่า จากปัจจัยข้างต้นเห็นได้ว่าแอลกอฮอล์และน้ำตาลเป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญ โดยแอลกอฮอล์ยังสามารถนำไปสู่อุบัติเหตุหรือโรคภัยอื่น ขณะที่น้ำตาลก็เป็นสิ่งที่ทราบกันดีว่าเป็นตัวก่อโรคอ้วน ซึ่งในอีกทางหนึ่งก็ทำให้ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งสูงขึ้น

เอฟดีเอชไซษณากัยแฝงกันเด็กวัยร่นห่างไกลควนบุหรื

วอลสตรีทซีตซีท – สำนักงานอาหารและยาสหรัฐอเมริกา (เอฟดีเอ) จัดทำโฆษณาเปิดโปงกัยแฝงเร้นของบุหรื อันเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามกันวัยร่น 10 ล้านคนจากการเป็นสิงห้อมควน

โฆษณาในชุด “The Real Cost” ของเอฟดีเอ ซึ่งออกอากาศในทุกสื่อพร้อมกันทั่วสหรัฐอเมริกาไปเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ที่ผ่านมา ใช้วิธีการเตือนอย่างตรงไปตรงมาให้วัยร่นเห็นพิษภัยที่ซ่อนอยู่หลังม่านควน รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่พวกเขาจะต้องแบกรับจากการที่โดนล่อลวงให้กลายเป็นคนติดบุหรื หรือเป็นโรคจากการสูบบุหรื

เนื่องจากเห็นข้อบกพร่องของประกาศเตือนผลร้ายจากบุหรืด้วยรูปแบบที่ซ้ำซากและไม่เป็นที่สนใจของวัยร่น เอฟดีเอจึงวางแผนโฆษณาชุดนี้โดยรอบคอบด้วยการระดมสมองนักโฆษณารุ่นขึ้นหวัะกัเพื่อที่จะส่งสารออกไปตรงใจวัยร่นที่สุด ทำให้เนื้อหาในโฆษณาเป็นเรื่องใกล้ตัวที่วัยร่นให้ความสนใจ ทั้งเรื่องการชู้กรรโชกเงิน ครอบพ้นเหลียง และรอยตีนกา ตลอดจนจนถึงการเสพติดอันเป็นผลจากพฤติกรรมอยากรลอง ทั้งนี้เอฟดีเอจะติดตามผลเป็นระยะเวลา 3 ปี เพื่อประเมินความคืบหน้าตามเป้าหมายลดจำนวนผู้ติดบุหรืในกลุ่มวัยร่นอายุ 12-17 ปี ให้ได้อย่างน้อย 300,000 คน



แอปใหม่ฝึกแพทย์อ่านฟิล์มเอกซเรย์

บีบีซี – ที่ปรึกษาทางการแพทย์ไอร์แลนด์เหนือจับมือนักไอทีพัฒนาแอป Exporior ช่วยแพทย์ฝึกฝนทักษะอ่านฟิล์มเอกซเรย์

นพ.ทอม ลินซ์ หนึ่งในผู้ก่อตั้งเปิดเผยว่า แอป Exporior ซึ่งสามารถใช้งานบนโทรศัพท์มือถือจะเป็นเครื่องมือใหม่ช่วยให้แพทย์ปรับจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเอง อันจะเป็นก้าวสำคัญของการรักษาชีวิตผู้ป่วย โดยแอปนี้มีคุณสมบัติเด่นที่สามารถเฉลยคำตอบการอ่านฟิล์มได้ทันที และยังแพทย์ฝึกใช้แอปมากเป็นประจำก็จะได้คำตอบที่จำเพาะตรงตามความสนใจมากขึ้น

เบื้องต้นผู้พัฒนาได้ออกแบบแอป Exporior สำหรับแพทย์แผนกอุบัติเหตุและเหตุฉุกเฉิน และโรคกระดูก แต่เนื่องจากภาพเอกซเรย์ที่บรรจุในแอปนี้ล้วนเป็นภาพที่ทั้งแพทย์มือใหม่และแพทย์ผู้คร่ำหวอดจะต้องพบในสถานการณ์จริง จึงทำให้แอป Exporior สามารถปรับใช้กับแพทย์สาขาอื่น รวมถึงการเรียนการสอนและการบริการที่เกี่ยวข้องได้ด้วย ซึ่งจนถึงขณะนี้แพทย์ดาวนโหลดแอปนี้ไปใช้แล้วราว 10,000 คน

เรียกร้องอัยกัข้อบ้งคับยามะเร้งในเด็ก



รอยเตอร์ส – กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเรียกร้องกรรมาธิการสหภาพยุโรป (อียู) ปิดช่องโหว่ข้อบ้งคับยามะเร้ง ซึ่งบริษัทยาใช้เป็นข้ออ้างเพื่อเว้นการศึกษาในผู้ป่วยเด็ก

กลุ่มนักวิจัยและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร้งในเด็ก นำโดยสถาบันวิจัยโรคกระดูกแห่งอังกฤษกล่าวว่า การแก้ข้อบ้งคับที่อนุโลมให้บริษัทยาไม่ต้องทดสอบยามะเร้งที่พัฒนาขึ้นใหม่ในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี จะเปิดทางไปสู่การนำยารักษาโรคกระดูกในผู้ใหญ่มาศึกษาในผู้ป่วยเด็ก และเชื่อว่าส่งผลดีต่อการยืดอายุขัยหรือช่วยชีวิตเด็กจำนวนมากตามที่มีการศึกษาเบื้องต้นชี้ว่า ยามะเร้งหลายตัวน่าจะมประโยชน์ในผู้ป่วยเด็กด้วย

กลุ่มแพทย์และนักวิจัยชี้ว่า กลไกนี้เป็นการกีดกันผู้ป่วยเด็กจากการรักษา และโจมตีข้อบ้งคับดังกล่าวว่าล้าสมัยเนื่องจากอ้างอิงตามแนวคิดเก่าที่มองว่ามะเร้งเป็นโรคของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น ทั้งที่ในปัจจุบันทราบกันดีแล้วว่า มะเร้งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่สามารถเกิดได้ทั่วร่างกาย อีกทั้งยังมีหลายชนิด และสามารถพบได้ในคนทุกวัย

จเขา....ใจเรา

คำขวัญของมหาวิทยาลัยมหิดลคือ อดทน อดปม อด.....พึงปฏิบัติต่อผู้อื่นเหมือนดังปฏิบัติต่อตนเอง หรือพูดง่าย ๆ คือ...เอาใจเขามาใส่ใจเรา

ในการเรียนแพทย์นั้น นักศึกษาแพทย์มักมุ่งเน้นศึกษาแต่ตำราที่หนาหนัก เพื่อให้เข้าใจความรู้ที่มีอยู่มากมายและถูกเก็บสะสมมาหลายร้อยปี ด้วยความที่นักศึกษาแพทย์ต้องอยู่กับตำราตลอดจึงทำให้อาจลืมเลือนการปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้คนไปบ้าง

วัฒนธรรมไทยที่ดีนั้น เมื่อเราพบผู้เฒ่าผู้แก่ก็ควรยกมือไหว้ทำความเคารพท่านก่อน แต่เมื่อมีผู้ป่วยชรา มาหาเราในฐานะแพทย์ เราก็กลับลืมเลือนมารยาทการยกมือไหว้ไป

เมื่อเราทำการรักษาพระภิกษุที่เจ็บป่วย เราก็มักมุ่งเน้นไปที่ตัวโรคมาก จนลืมเลือนการให้ความเคารพแก่ท่านไปได้

จำได้ว่า เมื่อฉันเป็นนักศึกษาแพทย์ที่ออกตรวจหน่วยโรคข้อ วันนั้นมีพระภิกษุรูปหนึ่งมาด้วยอาการปวดข้อเข่าทั้ง 2 ข้าง อาจารย์แพทย์ให้ฉันเริ่มทำการตรวจร่างกายก่อน เพื่อรวบรวมอาการเจ็บป่วยทั้งหมดมาฝึกวิเคราะห์ให้อาจารย์ฟัง

ทันทีที่ฉันเข้าไปในห้องตรวจ ฉันก็เฝ้าแต่ซักประวัติและเปิดจิวรเพื่อตรวจร่างกายอย่างรวดเร็วด้วยหวังจะรวบรวมอาการเจ็บป่วยให้ได้มากที่สุด จากนั้นก็รีบนำข้อมูลทั้งหมดมาเล่าให้อาจารย์แพทย์ฟัง

ในเวลาต่อมา อาจารย์แพทย์ก็เดินนำฉันเข้าไปในห้องตรวจ ทันทีที่พบพระภิกษุ อาจารย์ก็รีบยกมือไหว้ขอขมาพระภิกษุก่อนเริ่มทำการตรวจร่างกายของท่าน

ดูช่างเป็นภาพที่งดงามยิ่งนัก !

ทั้งที่อาจารย์เป็นผู้ชายแท้ ๆ ยังแสดงความนุ่มนวลและใส่ใจต่อผู้ป่วยได้มากเพียงนี้

ระหว่างที่อาจารย์ทำการพูดคุยซักประวัติและตรวจร่างกายอยู่นั้น ฉันได้วางมือและเฝ้าไว้ที่เข่าของพระภิกษุ ท่านนั้นอยู่ตลอดเวลาโดยไม่ตั้งใจ ซึ่งเมื่ออาจารย์แพทย์

เห็นก็รีบตีมือของฉันพร้อมกับจับเอามือออกมาจากเข่าของพระภิกษุโดยทันที

เพราะความเผลอในวิชา จึงทำให้ฉันลืมเลือนวัฒนธรรมไทยที่ดีหรือปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมไป

จนหลายครั้ง...ฉันก็กลายเป็นผู้คุมกฎที่ทำทุกอย่างถูกต้องตามทฤษฎี โดยไม่เข้าใจจิตใจและความต้องการของผู้ป่วยเลย

เราจะเข้าใจใคร...ก็ต่อเมื่อ...เราเคยเป็นแบบเขามาก่อน หรือเอาใจเขามาใส่ใจเรา

เมื่อครั้งที่ฉันได้ร่วมในการประชุมบูรณาการแนวคิดจิตตปัญญากับระบบบริการสุขภาพ (Spirituality Healthcare Program) ฉันได้รับมอบหมายให้สร้างละครเวทีที่มีความหมายเกี่ยวกับการรักษาอย่างมีจิตวิญญาณขึ้น

จนทำให้ฉันเข้าใจคำว่า...ใจเขาใจเรา...ได้อย่างลึกซึ้ง

ในการแสดงละครเวทีซึ่งสร้างจากเรื่องจริงครั้งนั้น ฉันแสดงเป็นคนแก่ที่มาห้องฉุกเฉินบ่อย ๆ เกือบทุกวันในตอนเช้ามืด

เรื่องมีอยู่ว่า หญิงชรารายหนึ่งมักมาห้องฉุกเฉินเกือบทุกวันในตอนตี 3 ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เธอต้องถูกเจาะเลือดและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุกครั้ง ซึ่งผลก็ยืนยันว่า การทำงานของหัวใจเป็นปกติทุกครั้งไป แม้ว่าจะมีแพทย์และพยาบาลผลัดเปลี่ยนหน้ากันมาอธิบายทุกคืนเพื่อยืนยันว่า หัวใจของหญิงชรารายนี้เป็นปกติก็ไม่ใช่ผล หญิงชรารายนี้ยังคงเฝ้าแต่มาที่ห้องฉุกเฉินในเวลาตี 3 เกือบทุกวัน และมักอยู่รอจนถึงเช้าก็จะขอตัวกลับบ้านไป หลายครั้งก็กลับก่อนที่จะถูกเจาะเลือดครั้งที่ 2 เพื่อเฝ้าติดตามการทำงานของหัวใจเสียอีก



ช่วงหลัง ๆ พอฉันเริ่มชินกับเธอ ก็มักให้เจาะเลือดครั้งเดียวแล้วพพบว่า ผลเป็นปกติ ฉันก็จะมาเร่งให้หญิงชรากลับบ้านไปโดยทันที เธอมักตอรองขอกลับบ้านตอนสาย ๆ แทน แต่ฉันก็ไม่ยอมตามใจเธอ ทั้งนี้เพราะต้องการลดความแออัดของห้องฉุกเฉิน

ทั้งนี้เพราะฉันไม่รู้ถึงเบื้องลึกในใจของหญิงชราว่า สามีของเธอเพิ่งเสียชีวิตไปได้ไม่นาน หญิงชราต้องอยู่คนเดียวเพราะไม่มีลูกหลาน ทุกคืนหญิงชราไม่หลับและสะดุ้งตื่นกลางดึกเสมอ ๆ เนื่องจากหญิงชรามีโรคประจำตัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังนั้น เวลาเธอสะดุ้งตื่นแล้วเครียดก็มักคิดเสมอว่าเจ็บหน้าอก และคิดว่าเกิดหัวใจขาดเลือดขึ้นซึ่งอาจตายได้ทุกเมื่อ

เมื่ออายุมากขึ้นนอนน้อยลงทุกวัน...จึงมักสะดุ้งตื่นกลางดึกเสมอ ๆ

ตอนสามีของหญิงชราอยู่ด้วยกัน เมื่อเธอสะดุ้งตื่นกลางดึกก็มักมีสามีตื่นมาพูดคุยปลอบโยน แต่เมื่อเธออยู่คนเดียวแล้ว การตื่นกลางดึกจึงเป็นเหมือนฝันร้ายที่เธอกลัวว่าจะตายไปโดยไม่มีใครรู้

เธอจึงมักมานั่งรอที่ห้องฉุกเฉินจนถึงเช้าอยู่เป็นประจำ ระยะเวลาหลังเธอหายไปโดยไม่ทราบว่าเป็นตายร้ายดีประการใดบ้าง

อย่างไรก็ดี...ในเวลานั้น ฉันก็ไม่ค่อยเข้าใจความรู้สึกของเธอมากนัก

แต่เมื่อฉันนำเรื่องของเธอมาร้อยเรียงแสดงเป็นละครเพื่อเป็นสื่อในการสอนการนำจิตวิญญาณเข้ามาร่วมในการรักษาพยาบาล

ฉันแสดงเป็นเธอ...หญิงชราที่ต้องตื่นมาห้องฉุกเฉินกลางดึกเกือบทุกคืน

ฉันลองนั่งจินตนาการว่า...เป็นหญิงชราที่เกษียณและต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง...ได้พร่ำรำพันถึงความทุกข์ใจและกลัวตาย...ในที่สุดฉันก็ร้องให้ออกมาอย่างไม่ตั้งใจ



เมื่อฉันแสดงเป็นเธอบนเวทีที่ต้องถูกห้อมล้อมพยายามเร่งให้กลับบ้านทันทีที่ผลเลือดออกมาพบว่าปกติ โดยไม่ฟังความทุกข์หรือปัญหาของฉัน ก็ทำให้ฉันน้ำตาไหลพรากออกมาได้อย่างง่ายดายต่อการถูกทำร้ายจิตใจเยี่ยงนี้



ฉันหวนคิดไปถึงกรณีของผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มาห้องฉุกเฉินด้วยอาการเครียดในหลากหลายรูปแบบ เช่น ปวดศีรษะ หอบเกร็ง ร้องไห้ตลอดเวลา นอนหลับตานิ่ง หรือไม่ยอมพูดกับใคร เป็นต้น ก็ทำให้ฉันคิดว่าผู้บาดเจ็บทางใจเหล่านี้...เขาคงพ่ายแพ้ต่อสังคมไปเพียงชั่วขณะ รอให้เขาพักในห้องฉุกเฉินสักพักจนเขาพร้อม เขาก็จะลุกออกไปต่อสู้กับสังคมภายนอกได้อีกครั้ง

เพียงแค่ให้เวลาแก่เขาในการนอนรออยู่ในห้องฉุกเฉินเพื่อฟื้นฟูจิตใจตนเองให้กลับมาเข้มแข็งอีกครั้งไม่ได้เชียวหรือ... เขาคงไม่นานนานหลายวันหรือเป็นสัปดาห์หรอก แล้วในที่สุดเขาก็ต้องจากห้องฉุกเฉินไปอยู่ดี

เพียงรออยู่ในห้องฉุกเฉินสักพัก...ให้ใจของเขาเข้มแข็งขึ้น

การใช้ละครที่แสดงถึงการบูรณาการจิตวิญญาณเข้าไปในการรักษาพยาบาลมาเป็นสื่อเพื่อถ่ายทอดให้เข้าใจในการทำดีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ฟังเข้าใจได้อย่างลึกซึ้ง

หลายครั้งเราบอกให้คนทำดี แต่ถ้าเราทำให้คนซาบซึ้งกับการทำดีก็จะกระตุ้นให้เขาอยากทำดีได้มากกว่า

ประเทศสหรัฐอเมริกาและยุโรปกำลังมีความสนใจกันมากในการบูรณาการจิตวิญญาณเข้ามาในการรักษาพยาบาล แต่ที่จริงแล้วความรู้สึกเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และการรู้จักให้เป็นวัฒนธรรมที่โดดเด่นและฝังรากลึกในจิตใจของคนทางทวีปเอเชียและประเทศไทยมาอย่างยาวนาน

การนำละครมาเป็นสื่อเพื่อถ่ายทอดให้เข้าใจการบูรณาการจิตวิญญาณเข้ามาในการรักษาพยาบาล นอกจากจะทำให้ผู้ฟังเข้าใจได้อย่างลึกซึ้งแล้ว ยังทำให้ฉัน...ที่เป็นผู้แสดงเป็นผู้ป่วยรายนั้นเองก็เข้าใจหัวใจของผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้งเช่นกัน

...ใจเขา...ใจเรา

30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายประชานิยมที่จริงหรือ ?

<<< (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

(ตอนที่ 3)

5. การขาดแคลนงบประมาณ นำไปสู่การเพิ่มอัตราค่าบริการผู้ป่วย ภายหลังจากการดำเนินการตามโครงการ 30 บาทมาเพียง 2 ปี ในปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีโรงพยาบาลในสังกัดที่ต้องรับภาระในการรักษาผู้ป่วยทุกระบบมากที่สุดในประเทศไทย ต้องประสบปัญหาการขาดเงินหมุนเวียนจากระบบ 30 บาทมาก จึงได้มีการพิจารณาเพิ่มอัตราค่าตรวจรักษา ค่าบริการต่าง ๆ เช่น ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เช่น ตรวจเลือด สารคัดหลั่งต่าง ๆ จากร่างกาย ฯลฯ) ค่าตรวจพิเศษ เช่น การตรวจทางรังสี เอกซเรย์ รวมทั้งค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าผ่าตัดและการรักษา (หัตถการต่าง ๆ เช่น การผ่าตัด การคลอด การใส่เฝือก ฯลฯ) เพื่อให้โรงพยาบาลจะเรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบสวัสดิการข้าราชการ สำนักงานประกันสังคม และผู้ที่จ่ายเงินเอง (ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ) เพื่อให้โรงพยาบาลต่าง ๆ มีรายได้จากการรักษาผู้ป่วยให้คุ้มทุนที่โรงพยาบาลต้องรับภาระในการดำเนินงาน

แต่ปรากฏว่า เงินค่าบริการต่าง ๆ และค่ารักษาผู้ป่วยนี้ โรงพยาบาลเรียกเก็บได้จากผู้ป่วยในระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการเท่านั้น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะปฏิเสธไม่ยอมจ่ายค่าบริการตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ จะตั้งราคากลางสำหรับการรักษาไว้ดังที่กล่าวมาแล้ว

ฉะนั้นโรงพยาบาลจะมีรายรับจากการรักษาผู้ป่วยประกันสังคม และผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการที่จ่ายเงินให้โรงพยาบาลตามที่เรียกเก็บจริง ประกอบกับผู้ป่วยเหล่านี้มีสิทธิที่จะเบิกค่าห้องพิเศษได้ ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการรักษาผู้ป่วยใน 2 ระบบนี้

ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากการรักษาผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคมไปช่วยพยุงฐานะการขาดทุนในการรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาท

6. โรงพยาบาลได้ใช้เงินจากระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคมมาช่วยทดแทนการขาดทุนในระบบ 30 บาท การที่โรงพยาบาลขึ้นราคาค่ารักษาและราคาค่าห้องพิเศษนี้เอง ทำให้ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการข้าราชการเพิ่มมากขึ้นตามอัตราที่โรงพยาบาลเรียกเก็บใหม่นี้ จาก 20,000 ล้านบาทเศษ ไปเป็น 60,000 ล้านบาทเศษ ซึ่งเมื่อรัฐบาล

เอาไปเปรียบเทียบกับงบประมาณในระบบ 30 บาทที่เพิ่มขึ้นจาก 56,400,000 บาท ไปเป็น 144,000 ล้านบาท และเอาไปเปรียบเทียบกับจำนวนประชาชนที่ใช้บริการแล้ว รัฐบาลก็สรุปว่าข้าราชการและครอบครัวใช้จ่ายเงินในการรักษามากเกินไปสิ้นเปลืองมากกว่าระบบ 30 บาท

การที่ระบบสวัสดิการข้าราชการถูกมองว่าใช้เงินมากเกินไป ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสิทธิในระบบสวัสดิการข้าราชการ โดยรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้แก้ไขพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลใหม่ในปี พ.ศ. 2553 เปลี่ยนจากการมีสิทธิเบิกค่ารักษาได้ตามที่จ่ายจริงเป็นให้เบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

จึงเป็นการเริ่มต้นของการลดสิทธิข้าราชการโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง โดยการออกระเบียบกระทรวงการคลัง ในการ “ห้าม” ข้าราชการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติหลายชนิด และออกคำสั่งให้แพทย์สั่งจ่ายยาให้ข้าราชการด้วยยาที่ราคาถูกที่สุด และต้องรอว่ามีอาการข้างเคียง ไม่ตอบสนองต่อยา หรือมีโรคแทรกซ้อนก่อน จึงจะเปลี่ยนยาเป็นยาที่แพทย์คิดว่าผู้ป่วยที่เหมาะสมที่สุดในการรักษาผู้ป่วยนั้นได้

โดยการออกคำสั่งให้เลือกยา A, B, C, D, E และยา F ซึ่งมักจะเป็นยานอกบัญชียาหลัก และเป็นยาที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพดีที่สุดในการรักษาผู้ป่วย

ยกเว้นว่าผู้ป่วยจะยอมสละสิทธิในการรักษาในระบบสวัสดิการข้าราชการและยอมจ่ายเงินค่ายาเอง แพทย์ก็จะสั่งยาที่เหมาะสมที่สุด (first line drug or drug of choice) ให้แก่ผู้ป่วยได้

คำสั่งของกรมบัญชีกลางนี้ นับได้ว่าเป็นการละเมิดสิทธิข้าราชการ และละเมิดสิทธิแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ต้องตกอยู่ภายใต้การบงการของนักบัญชีในกรณีผู้ป่วยไม่มีเงินพอซื้อยาเอง

7. ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมที่สุด การบังคับแพทย์ไม่ให้ยาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพดีที่สุดและทันสมัยที่สุดในการรักษาผู้ป่วยครั้งแรก (drug of choice) นี้จะทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสที่จะหายขาดจากอาการป่วย ถึงแม้จะมาสั่งยาเหล่านี้หลังจากให้ยา

อื่นมาก่อน ก็อาจจะไม่ได้รับผลดีที่สุดเนื่องจากเกิดการดื้อยา หรือโรคลุกลามมากเกินไป

การบังคับไม่ให้แพทย์จ่ายยานอกบัญชียาหลัก ไม่ว่าจะในระบบสวัสดิการข้าราชการ หรือหลักประกันสุขภาพ หรือประกันสังคม ยังส่งผลให้ผู้บริหารโรงพยาบาล (ที่ไม่เต็มใจจะจ่ายเงินแทนผู้ป่วย เพราะกองทุนไม่ยอมจ่ายเงินคืนมาให้โรงพยาบาล เนื่องจากเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ) ยุติการสั่งยานั้น ๆ เข้ามาใช้ในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้ประชาชนทั่วไปเสียโอกาสที่จะได้รับยาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพสูงสุด เสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่ดีตามมาตรฐานการแพทย์ที่มีความเจริญก้าวหน้าไปทุก ๆ วัน

ซึ่งผู้ป่วยบางครั้งอาจจะไม่ทราบว่า ตัวเองไม่ได้รับยาที่เหมาะสมหรือดีที่สุดในการรักษา มีแต่แพทย์ผู้รักษาเท่านั้นที่รู้ข้อจำกัดในระเบียบการใช้ยาหรือเครื่องมือแพทย์หรืออวัยวะเทียมที่ใช้กับผู้ป่วยตามระเบียบของกองทุนต่าง ๆ ที่ทำให้แพทย์เกิดความไม่สบายใจที่ไม่สามารถให้ความรู้ ความเชี่ยวชาญของตนในการรักษาผู้ป่วยที่ตนดูแลได้รับการรักษาตามมาตรฐานการแพทย์ที่ดีที่สุดในยุคสมัยนี้

นี่จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์ส่วนมากไม่ “นิยม” ชุมชนกับนโยบายประชานิยม (ยอดนิยม) 30 บาทรักษาทุกโรคนี้ เพราะนอกจากจะไม่สามารถสั่งการรักษาที่เหมาะสมที่สุดให้แก่ผู้ป่วยแล้ว ยังรู้สึก “เศร้าใจ” ที่ไม่สามารถจะช่วยผู้ป่วยให้หายได้โดยเร็วที่สุดอีกด้วย

8. ประชาชนคาดหวังผลการรักษาที่สูงเกินจริง จากการประชาสัมพันธ์ที่เกินจริงของรัฐบาล และ สปสช. ที่อ้างว่า 30 บาทรักษาทุกโรค ในขณะที่ สปสช. ออกข้อบังคับมากมายที่จะไม่ให้โรงพยาบาลรักษาทุกโรคตามมาตรฐาน ทำให้ประชาชนหลงว่าจะได้รับการรักษาทุกโรคอย่างดีที่สุด ทำให้ประชาชนเกิดความคาดหวังสูงเกินจริง เมื่อประชาชนไปรับการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือมีโรคแทรกซ้อน ไม่หายขาด ประชาชนก็จะกล่าวโทษแพทย์และโรงพยาบาลที่ให้การรักษา

ในขณะที่ประชาชนจะมองว่า สปสช. คือ “ผู้ให้สิทธิการรักษาทุกโรค” แต่แพทย์และโรงพยาบาล คือ “ผู้ทำให้เกิดความเสียหาย” นโยบาย 30 บาท จึงทำให้แพทย์และโรงพยาบาลตกเป็นจำเลยสังคมโดยไม่มีมูลความจริง และทำให้แพทย์ถูกฟ้องร้องและร้องเรียนมากขึ้นอีกด้วย

โดยรัฐบาล และ สปสช. ก็ได้รับความชื่นชมยินยินดี ทั้ง ๆ ที่เงินงบประมาณที่เอามาจ่ายนั้นก็เป็นเงินจากภาษีอากรของประชาชน และ สปสช. เองก็ทำผิดพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีหน้าที่ “จ่ายเงินแทนผู้ป่วยเท่านั้น” แต่กลับกลายเป็นว่า สปสช. ไม่จ่ายเงินไปตามเงิน “เหมาจ่ายรายหัว” แต่กลับมาเป็นผู้กำหนดว่าจะให้การรักษาหรือไม่รักษาโรคอะไร จะไม่ให้ยาอะไร อันเป็นการทำให้ประชาชนไม่ได้รับการรักษาที่ดีที่สุดดังกล่าวแล้ว

9. การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เกิดการ

ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากระบบ 30 บาท ทำให้ประชาชนมาโรงพยาบาลได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มายังโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นมากกว่า 3 เท่าตัวในเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ทำให้บุคลากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นมากมายมหาศาลได้ ประกอบกับมีการขยายโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ลาออกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีรายได้ดีกว่าและภาระงานน้อยกว่า และเลือกเวลาการทำงานและภาระงานได้ตามความพอใจ ประกอบกับมีการแสวงหาฟองร้องและร้องเรียนแพทย์มากขึ้น และการต้องทำงานมาก ๆ ในการตรวจรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลอาจทำให้เสื่อมเสียต่อความผิดพลาดและการถูกฟ้องร้องได้ง่ายกว่า ทำให้แพทย์ลาออกไปอยู่โรงพยาบาลเอกชน หรือเลิกอาชีพแพทย์ไปเลยก็มาก

จึงทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ มีจำนวนไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยที่มาขอรับการรักษา ทำให้เพิ่มภาระงานกับผู้ที่ยังมีใจรักที่จะทำงานในโรงพยาบาลรัฐบาลมากขึ้น

แต่ทั้ง ๆ ที่ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ แต่กระทรวงสาธารณสุขก็ไม่มี “ตำแหน่งข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ” ที่จะบรรจุบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ ได้ ต้องจ้างบุคลากรเหล่านั้นเป็น “ลูกจ้างชั่วคราวชนิดถาวรหลายสิบปี” ซึ่งทำให้บุคลากรเหล่านี้เลือกที่จะลาออกไปทำงานกับโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น

และการขาดแคลนตำแหน่งบรรจุบุคลากรจะทำให้โรงพยาบาลขาดเงินทุนหมุนเวียนในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น เพราะต้องใช้เงินมาจ้างลูกจ้างชั่วคราวมากขึ้น

การขาดแคลนบุคลากรจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการไปรอคอยรับการรักษาเป็นเวลานานขึ้น

10. ขาดเตียงและสถานที่ในการให้การดูแลรักษา

ประชาชน ระบบ 30 บาท ทำให้ประชาชนมาโรงพยาบาลมากขึ้น ประกอบกับประชากรไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราป่วยสูงขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยมากขึ้นจากการเสื่อมของอวัยวะร่างกายตามวัย รวมทั้งผู้สูงอายุก็มีภูมิต้านทานต่อเชื้อโรคน้อยลง มีโรคเรื้อรังมากขึ้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ประกอบกับโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย อุบัติเหตุทางถนน และการเจ็บป่วยที่มากขึ้นจากสาเหตุของสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนสารพิษในสิ่งแวดล้อม ทั้งในอากาศ น้ำ และอาหาร ทำให้อาคารสถานที่ เตียงของโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนตามเตียงเสริม เตียงแทรก ตามระเบียบงาบ้านใด หน้าลิฟต์ หน้าห้องน้ำ หรือไม่มีเตียงต้องนอนบนรถเข็น ปูเสื่อนอน หรือต้องถูกส่งตระเวนไปหลายสิบโรงพยาบาล จึงจะได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล **อ่านต่อฉบับหน้า >>>**

ปลดปล่อยยารักษาโรคตาจากเลนส์สัมผัส (ตอนที่ 1)

การรักษาโรคทางตา โดยเฉพาะในบริเวณด้านหน้าของลูกนัยน์ตาโดยการให้ยาหยอดตานั้นถือได้ว่าเป็นวิธีที่ได้รับความนิยม และถือเป็นเกือบ 90 เปอร์เซ็นต์ของการใช้ยาทั้งหมด แต่วิธีการหยอดยาดังกล่าวนี้อาจมีประสิทธิภาพที่ค่อนข้างต่ำ เนื่องจากพบว่าประมาณ 1-5 เปอร์เซ็นต์ของยาที่หยอดนั้นสามารถแทรกซึมผ่านกระจกตาเข้าไปถึงเนื้อเยื่อตาที่ต้องการรักษา ส่วนยาอีก 95-99 เปอร์เซ็นต์ที่เหลือนั้นกลับสูญเสียไปด้วยสาเหตุต่าง ๆ เช่น การระเหย การเกิดเมตาบอลิซึมของยา การยึดเกาะกับโปรตีน การสูญเสียไปกับ



หยอดยาตา วิธีปกติที่ใช้ในการรักษาโรคตาบริเวณลูกนัยน์ตาด้านหน้า^[1]

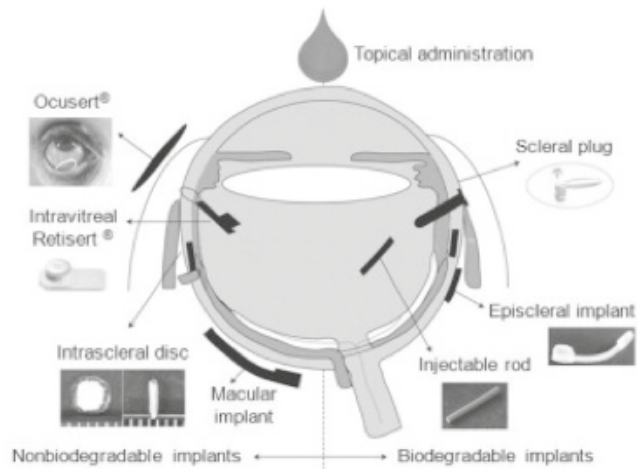
การกระพริบตา การดูดซึมผ่านเยื่อบุตาซึ่งมีพื้นที่ใหญ่กว่า หรือไหลไปยังท่อน้ำตาและถูกดูดซับเข้ากระแสเลือด ทำให้ยาที่หยอดนั้นมีระยะเวลาอยู่ที่บริเวณลูกนัยน์ตาเพื่อการแทรกซึมผ่านทางกระจกตาเพียงแค่ประมาณ 2-5 นาที ซึ่งยาที่สูญเสียไปนั้นถือได้ว่าเป็นการเสียค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลือง และปริมาณยาส่วนใหญ่มักถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดอย่างส่งผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ไม่สามารถให้ปริมาณยาจำนวนมากในการรักษาได้ นอกจากนี้ด้วยประสิทธิภาพที่ต่ำนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการหยอดยาหลายครั้งต่อวัน ซึ่งผู้ป่วยอาจจะหลงลืมและส่งผลกระทบต่อความตรงเวลาต่อแผนการรักษาของการใช้ยาดังกล่าวได้

ด้วยเหตุนี้จึงมีความพยายามในการเพิ่มประสิทธิภาพของการนำส่งยาผ่านทางตาอย่างมากรวมในปัจจุบัน โดยอาจแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มหลักคือ การเพิ่มชีวปริมาณออกฤทธิ์ หรือชีวประสิทธิภาพของยา (bioavailability) และการพัฒนาระบบควบคุมการนำส่งยา ในกรณีของการเพิ่มชีวปริมาณออกฤทธิ์ของยานั้น มักจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูดซึมของยาผ่านทางเนื้อเยื่อให้เพิ่มมากขึ้น และการเพิ่มระยะเวลาการคงอยู่ของยาในบริเวณที่ใช้งานและลดการสูญเสียของยาจากบริเวณที่หยอดยา ตัวอย่างเช่น การใช้สารปรับค่าความหนืดของยาหยอด การใช้สารช่วยเพิ่มการแทรกซึมผ่านกระจกตา การเพิ่มความชอบน้ำหรือไขมัน การใช้เจล การใช้สารแขวนลอย และการใช้อนุภาคระดับนาโน เป็นต้น



ภาพไดอะแกรมแสดงการเดินทางในลูกนัยน์ตาภายหลังการหยอดยา^[2]

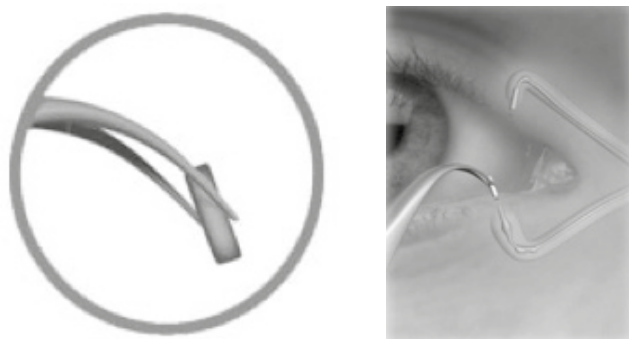
ในส่วนของการพัฒนาระบบควบคุมการนำส่งยานั้น เป็นการกักเก็บยาในวัสดุประเภทต่าง ๆ เพื่อที่จะควบคุมการปลดปล่อยยาออกมาอย่างช้า ๆ และควบคุม เช่น การใช้อนุภาคระดับจุลภาคของพอลิเมอร์และยากระจายตัวในของเหลว ซึ่งเมื่อหยอดยาที่นัยน์ตาแล้ว อนุภาคนั้นจะค้างอยู่ในบริเวณนัยน์ตาและปลดปล่อยยาออกมาอย่างช้า ๆ หรือการใช้ยาสอดฝั (ocular insert) ซึ่งเป็นของแข็งที่เป็นยาหรือพอลิเมอร์ผสมยาที่จะถูกสอดเข้าไปในบริเวณนัยน์ตาเพื่อการปลดปล่อยยา และการใช้วัสดุฝังใน (implant) ที่จะต้องถูกผ่าตัดเพื่อฝังเข้าไปด้านในของลูกนัยน์ตา เป็นต้น ซึ่งแต่ละประเภทนั้นก็จะมีประสิทธิภาพ ข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป เช่น การใช้อนุภาคระดับจุลภาคนั้นจะง่ายในการใช้งาน เนื่องจากเป็นการหยอดยาตามปกติ แต่จะมีประสิทธิภาพในการส่งยาค่อนข้างต่ำกว่า ในขณะที่การใช้ยาสอดฝันั้นจะมีประสิทธิภาพในการส่งยาสูงกว่า ทำให้ลดจำนวนครั้งของการใช้ยาได้ แต่ก็ใช้งานลำบากกว่าเนื่องจากจะต้องสอดฝัในลูกนัยน์ตา และอาจก่อให้เกิดการระคายเคืองหรือหลุดออกมาได้ ส่วนการใช้วัสดุฝังในนั้นถือได้ว่ามีประสิทธิภาพและ



ภาพแสดงเทคนิคการให้ยาแบบหยอดยาตามปกติเมื่อเทียบกับเทคนิคการส่งยาที่มีการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการนำส่งยามากขึ้น^[4]

ระยะเวลาในการนำส่งยาที่นานที่สุด แต่มีข้อด้อยคือ จะต้องมีการผ่าตัดเพื่อฝังวัสดุเข้าไปในด้านในลูกนัยน์ตา โดยวัสดุที่ใช้จะมีทั้งที่เป็นวัสดุที่สลายตัวได้และไม่สลายตัว

นอกจากเทคนิคที่ได้กล่าวไปข้างต้นแล้ว การนำส่งยาผ่านทางเลนส์สัมผัสถือได้ว่าเป็นอีกหนึ่งเทคนิคที่ได้รับความสนใจจากนักวิทยาศาสตร์ในการนำส่งยาแบบไม่ต้องผ่าตัดรุกล้ำและสะดวกต่อการใช้งาน เนื่องจากเลนส์สัมผัสเป็นเครื่องมือแพทย์ที่มีการใช้งานปกติและพบเห็นทั่วไปในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว ในบทความตอนหน้า เรามาดูกันว่าพัฒนาการทางด้านการใช้เลนส์สัมผัสในการนำส่งยารักษาโรคตานั้นมีความก้าวหน้าอย่างไรบ้าง



ภาพแสดงยาสอดฝัในสำหรับการใส่เพื่อการปลดปล่อยยาในบริเวณลูกนัยน์ตา^[3]

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.verticalpharmacy.net/eyecare/timolol-eye-drops-430.html>
2. <http://journal.frontiersin.org/Journal/10.3389/fphar.2012.00188/full>
3. <http://www.dryeye.org/inserts.htm>
4. <http://www.intechopen.com/books/biomedical-engineering-frontiers-and-challenges/photocrosslinkable-polymers-for-biomedical-applications>
5. <http://www.clspectrum.com/articleviewer.aspx?articleID=107608>
6. http://www.eurekalert.org/pub_releases/2010-03/acs-cll030910.php
7. http://www.masseyeandear.org/news/press_releases/archived/2013/2013_Drug_Dispensing_Contacts/
8. <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/03/100324121002.htm>



การประชุมวิชาการประจำปี 2557
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Better than Chocolate (Cyst) The Reality

นำเสนอโดย

รศ.นพ.อัมพัน เฉลิมโชคเจริญกิจ

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กำกับแสดงโดย

นพ.พิสุทธิ์ ศรีชัยกุล

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ฉายรอบปฐมทัศน์

19 มีนาคม 2557 • 13.00-14.00 น.

ในโรงภาพยนตร์ อวย เกตุสิงห์ ชั้น 3 อาคารศรีสวรินทิรา





การประชุมวิชาการประจำปี 2557

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ร่วมกับ

บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด

ขอเรียนเชิญแพทย์ผู้สนใจเข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง

Dramatically Approach for Healthy Menopause

วิทยากร :

รศ.นพ.สุรศักดิ์ อังสุวัฒนา

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วิทยากร :

รศ.นพ.ประสพค์ ตันมหาสมุทร

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผู้ดำเนินการบรรยาย :

ศ.พญ.มณี รัตนไชยานนท์

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วันพฤหัสบดีที่ 20 มีนาคม 2557

เวลา 11.00-12.00 น.

ณ ห้องประชุมอวย เกตุสิงห์ ชั้น 3

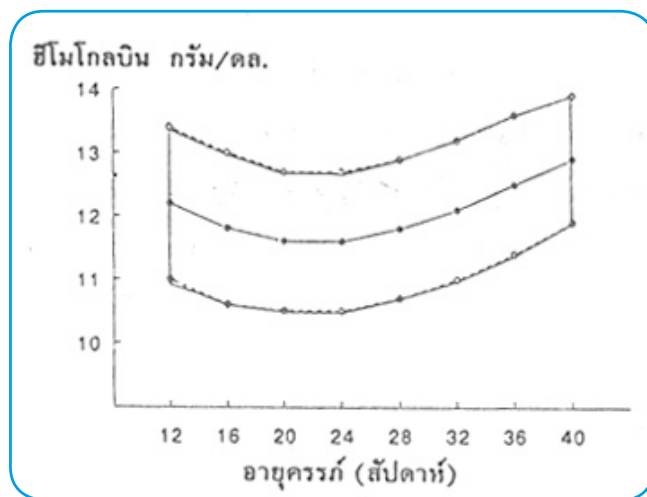
อาคารศรีสวรินทิรา โรงพยาบาลศิริราช



ภาวะโลหิตจางกับการตั้งครรภ์

นิยาม

สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร หรือสตรีไม่ตั้งครรภ์ที่มีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินน้อยกว่า 12 กรัมต่อเดซิลิตร ถือว่ามีภาวะโลหิตจาง ในปี พ.ศ. 2533 Centers for Disease Control ให้นิยามว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11.0 กรัมต่อเดซิลิตร ในไตรมาสแรก และไตรมาสที่สาม หรือน้อยกว่า 10.5 กรัมต่อเดซิลิตร ในไตรมาสที่สอง ถือว่ามีภาวะโลหิตจาง



รูปที่ 1 ค่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในอายุครรภ์ต่าง ๆ (แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 5 และ 95)

อุบัติการณ์

ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น เศรษฐฐานะ อายุ จำนวนและระยะห่างระหว่างการมีบุตร และการให้ธาตุเหล็กเสริมในขณะตั้งครรภ์ ในสตรีไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางร้อยละ 23-30 เมื่อใช้นิยามของ CDC

อาการ

เมื่อภาวะโลหิตจางไม่รุนแรงมักไม่มีอาการ เมื่อรุนแรงขึ้นอาจพบลักษณะซีด อ่อนเพลีย วิงเวียน ใจสั่น เหนื่อยง่ายเมื่อทำงานเพียงเล็กน้อย ในรายที่รุนแรงมากจะพบลักษณะของหัวใจวายได้

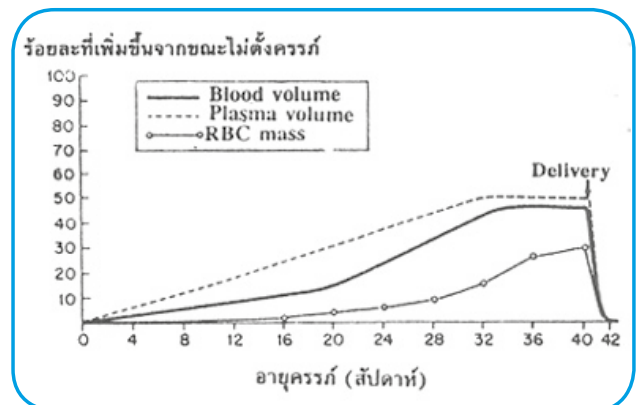
เม็ดเลือดแดง

การเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดที่สุดคือ การเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือด (Blood volume) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 45 (เมื่อเทียบกับสตรีไม่ตั้งครรภ์) โดยจะเริ่มเพิ่มขึ้นในช่วงปลายของไตรมาสแรก และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในไตรมาสที่สอง และช้าลงในช่วงไตรมาสที่สาม

ปริมาณเม็ดเลือดแดง (Red blood cell mass) เพิ่มขึ้นตลอดการ

ตั้งครรภ์ประมาณ 450 มิลลิลิตร หรือประมาณร้อยละ 33 การเพิ่มปริมาณของเม็ดเลือดแดงนี้ต้องใช้ธาตุเหล็กประมาณ 500 มิลลิกรัม (เม็ดเลือดแดง 1 มิลลิลิตรมีธาตุเหล็กประมาณ 1.1 มิลลิกรัม)

จะเห็นได้ว่าปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นไม่ได้สัดส่วนกับการเพิ่มขึ้นของปริมาณเม็ดเลือดแดง ทำให้ความเข้มข้นของฮีโมโกลบินและค่าฮีมาโตคริตในสตรีตั้งครรภ์มีค่าต่ำลง โดยจะมีค่าต่ำสุดในช่วงปลายของไตรมาสที่สอง



รูปที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดและเม็ดเลือดแดงในขณะตั้งครรภ์

ในช่วงตลอดระยะการตั้งครรภ์ ร่างกายต้องการธาตุเหล็กทั้งสิ้นประมาณ 1 กรัม โดยใช้การสร้างเม็ดเลือดแดงของมารดาประมาณ 500 มิลลิกรัม สำหรับเด็กในครรภ์และรกประมาณ 300 มิลลิกรัม และอีก 200 มิลลิกรัม เป็นการสูญเสียตามปกติของร่างกาย ความต้องการธาตุเหล็กที่เพิ่มขึ้นนี้เกือบทั้งหมดเกิดในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ โดยร่างกายต้องการธาตุเหล็กเฉลี่ยวันละ 6-7 มิลลิกรัม ปริมาณธาตุเหล็กที่ได้จากอาหารมีเพียง 1-2 มิลลิกรัมต่อวัน จึงไม่พอเพียงการให้ธาตุเหล็กเสริมในสตรีตั้งครรภ์จึงมีความจำเป็นในการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์

ระดับ Serum iron และ Serum ferritin จะมีค่าลดลง โดยเฉพาะในไตรมาสที่สองและสาม Serum transferrin (Total iron binding capacity) จะมีค่าเพิ่มขึ้น

เม็ดเลือดขาว

จำนวนเม็ดเลือดขาวในการตั้งครรภ์ปกติอยู่ระหว่าง 5,000-12,000 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ในระยะเจ็บครรภ์จะมีค่าสูงขึ้นโดยเฉลี่ย 14,000-16,000 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

ระบบการแข็งตัวของเลือด มีการเพิ่มขึ้นของ Fibrinogen (Factor I) ประมาณร้อยละ 50 (ค่าปกติในสตรีตั้งครรภ์ 300-600 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งมีผลให้มีการเพิ่มขึ้นของ Erythrocyte sedimentation rate (ESR) อย่างมาก และใช้แปลผลในสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้) ปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ Factor VII, VIII, IX, X โดย Factor II (Prothrombin) มีค่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ส่วน Factor XI, XIII มีค่าลดลง ค่าปกติของ Prothrombin time และ Partial thromboplastin time มีค่าสั้นลงเล็กน้อย

สาเหตุที่ทำให้เกิดโลหิตจาง

- ขาดธาตุเหล็ก
- เสียเลือด
- Megaloblastic anemia
- เนื่องจากการอักเสบและการเป็นมะเร็ง
- Acquired hemolytic anemia
- Aplastic anemia

สาเหตุทางกรรมพันธุ์

- ธาลัสซีเมีย
- มีความผิดปกติของฮีโมโกลบิน
- Hereditary hemolytic anemia

โลหิตจางจากภาวะขาดธาตุเหล็ก

เป็นสาเหตุร้อยละ 75 ของภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์ ในสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์ที่แข็งแรงมีธาตุเหล็กสะสมโดยเฉลี่ยเพียง 300 มิลลิกรัม จึงมักไม่เพียงพอต่อความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ เมื่อร่างกายขาดธาตุเหล็กจะมีการเปลี่ยนแปลงคือ ธาตุเหล็กที่เก็บสำรองไว้ในไขกระดูก ตับ ม้ามจะหมดไป ปริมาณ Serum ferritin และ Serum iron ลดลง แต่ Serum transferrin เพิ่มขึ้น เม็ดเลือดแดงจะมีขนาดเล็ก และติดสีจาง จำนวน Reticulocyte ลดน้อยลง

การวินิจฉัยที่แน่นอนทำได้จาก

1. ตรวจไม่พบธาตุเหล็กสะสมในไขกระดูก เป็นวิธีที่เชื่อถือได้มากที่สุด แต่ Invasive และมักไม่มีความจำเป็น ยกเว้นในรายที่มีปัญหาในการวินิจฉัย
2. Serum ferritin เป็นวิธีการตรวจชนิด Non-invasive ที่เชื่อถือได้มากที่สุด ในภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะมีค่าต่ำกว่า 12 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร
3. Serum iron ต่ำกว่า 60 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร
4. Transferrin saturation น้อยกว่าร้อยละ 15
5. การตรวจเม็ดเลือดแดงพบว่า มีลักษณะเล็กและติดสีจาง อย่างไรก็ตาม การตรวจพบลักษณะเม็ดเลือดแดงดังกล่าวอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ด้วย จากลักษณะดังกล่าวเมื่อตรวจค่า RBC index จะพบว่าค่า MCV และ MCH ต่ำกว่าปกติ

สาเหตุของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่พบได้บ่อยได้แก่

1. โรคกรดสีกดขวาง ซึ่งพบมากขึ้นในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากการหย่อนขยายของหลอดเลือดดำจากอิทธิพลของโปรเจสเตอโรน

การที่ผู้ป่วยท้องผูกเพราะลำไส้มีการบีบรัดตัวน้อยลงจากอิทธิพลของโปรเจสเตอโรน และการที่ผู้ป่วยท้องผูกจากยาที่มีธาตุเหล็กเป็นองค์ประกอบ เหล่านี้ทำให้กรดสีกดขวางเพิ่มขึ้น และมีอาการมากขึ้น มีเลือดออกอยู่เป็นประจำ นำไปสู่ภาวะโลหิตจาง

สำหรับการรักษานั้น ควรพยายามให้ผู้ป่วยได้อาหารที่มีกากมาก ดื่มน้ำมาก ๆ และอาจใช้ยาระบายอ่อน ๆ เช่น Sennosides ครั้งละ 1-2 เม็ดก่อนนอนเพื่อป้องกันท้องผูก ยาบำรุงเลือดบางอย่างอาจจะทำให้ผู้ป่วยท้องผูกมาก ซึ่งต้องพิจารณาเปลี่ยน นอกจากนี้อาจรักษากรดสีกดขวางด้วยยาเหน็บเข้า-เย็น และหลังอุจจาระประมาณ 2 สัปดาห์ ในกรณีที่เป็นมาก การเข้ายาก็จะช่วยบรรเทาอาการอักเสบของริดสีดวง และทำให้เลือดออกน้อยลง

2. โรคพยาธิในลำไส้ ที่พบบ่อยและทำให้เกิดภาวะโลหิตจางคือ พยาธิปากขอ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการคันตามบริเวณทวารหนัก แต่จะเสียเลือดทีละน้อยในช่วงระยะเวลายาวนานจนระบบต่าง ๆ ในร่างกายเคยชินต่อภาวะโลหิตจาง และผู้ป่วยสามารถมีชีวิตได้เกือบเป็นปกติ ถึงแม้ฮีโมโกลบินจะลดลงเหลือน้อยกว่า 5 กรัมต่อเดซิลิตร

ในกรณีที่การติดเชื้อพยาธิไม่รุนแรง ผู้ป่วยไม่มีโลหิตจางหรือมีโลหิตจางเพียงเล็กน้อย รักษาโดยให้ธาตุเหล็กในขนาดการรักษาภาวะขาดธาตุเหล็ก และติดตามอาการจนคลอด แล้วจึงให้ยาฆ่าพยาธิภายหลังคลอด แต่ถ้าพิจารณาเห็นว่าผู้ป่วยได้ย้ายออกจากพื้นที่ที่จะติดเชื้อพยาธิแล้ว อาจไม่ต้องให้ยาฆ่าพยาธิ เพราะในที่สุดพยาธิในร่างกายจะตายไปเอง ในกรณีที่การติดเชื้อรุนแรง ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางอย่างมาก ควรให้ยาฆ่าพยาธิ ได้แก่ Pyrantel pamoate 10 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ครั้งเดียว ร่วมกับการให้ธาตุเหล็ก อาจพิจารณาให้ Packed red cell อย่างระมัดระวัง

การรักษา

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก รักษาโดยใช้ธาตุเหล็กวันละประมาณ 200 มิลลิกรัม ยา Ferrous sulfate ขนาดเม็ดละ 300 มิลลิกรัม มีธาตุเหล็กผสมอยู่เม็ดละ 60 มิลลิกรัม ในการให้ยาเพื่อรักษาภาวะโลหิตจางควรให้ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง

ในสตรีตั้งครรภ์ปกติที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง และมาฝากครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์ การให้ธาตุเหล็กเสริมที่มีปริมาณของธาตุเหล็กวันละ 30-60 มิลลิกรัมก็เพียงพอในการป้องกันภาวะโลหิตจาง (ร่างกายจะดูดซึมไปใช้ประมาณร้อยละ 10) โดยอาจให้ Ferrous sulfate ขนาดเม็ดละ 300 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด

เนื่องจากสตรีไทยโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และภายหลังคลอดบุตรแล้ว ยังได้รับคำแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง การได้รับประทานธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมลูกจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และเพื่อให้มารดามีสุขภาพแข็งแรงยิ่งขึ้น ควรให้เพิ่มวิตามินรวมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ด้วย

ธาลัสซีเมีย

เป็นสาเหตุของภาวะโลหิตจางที่พบมากเป็นอันดับสอง

รองจากการขาดธาตุเหล็ก เกิดจากความผิดปกติของ Gene ทำให้มีการสร้าง Globin chain ลดน้อยลง ในฮีโมโกลบิน 1 ตัวประกอบด้วย Heme และ 4 Globin chains ได้แก่ 2 alpha-globin และ 2 beta-globin ภาวะธาลัสซีเมียสามารถวินิจฉัยได้ชัดเจนจากการทำ Hemoglobin electrophoresis

ธาลัสซีเมียแบ่งออกเป็น 2 ชนิดที่สำคัญ คือ

1. Alpha-thalassemias
2. Beta-thalassemias

Alpha-thalassemias

ยีนที่ควบคุมการสร้าง Alpha-globin อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 16 โดยมียีนที่ควบคุมการสร้าง Alpha-globin 4 ตำแหน่ง (Loci) อยู่บนแต่ละข้างของโครโมโซม ข้างละ 2 ตำแหน่ง (XX/XX) กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง 4 ระดับ คือ

1. Bart's hydrops fetalis (ดังภาพ)



เกิดขึ้นจากการขาด Alpha-globin genes ทั้ง 4 ตำแหน่ง (--/--) ทำให้ไม่สามารถสร้าง Alpha-globin chain ได้ และมีการสร้าง Hemoglobin Bart (Gamma 4) และ Hemoglobin H (Beta 4) ขึ้นมาแทน ทารกมักเสียชีวิตในครรภ์หรือภายหลังคลอด การตรวจเลือดจากสายสะดือจะพบ Hemoglobin Bart มากถึงร้อยละ 65-98 ทารกมักมีลักษณะบวม น้ำ รกมีขนาดใหญ่ ปริมาณน้ำคร่ำน้อย ภาวะนี้เป็นสาเหตุที่สำคัญของ Hydrops fetalis ในประเทศไทย

2. Hemoglobin H disease เกิดจากการขาด Alpha-globin genes 3 ตำแหน่ง (--/-X) ในขณะแรกเกิดจะมี Hemoglobin Bart, Hemoglobin H และ Hemoglobin A ภายหลังคลอดทารกมักมีอาการของ Hemolytic anemia เมื่อเป็นผู้ใหญ่จะมี Hemoglobin H ร้อยละ 5-30 ของฮีโมโกลบินทั้งหมด เมื่อดำรงครรภ์ภาวะโลหิตจางอาจเลวลงกว่าเดิม

3. Alpha-thalassemia minor เกิดจากการขาด Alpha-globin genes 2 ตำแหน่ง (--/XX หรือ -X/-X) ผู้ป่วยมักไม่มีอาการ การตรวจเม็ดเลือดแดงพบว่า มี Microcytic, Hypochromic anemia ระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบินปกติหรือต่ำเพียงเล็กน้อย ในประชากรไทยมักเป็นชนิด (--/XX)

4. Silent carrier state เกิดจากการขาด Alpha-globin genes 1 ตำแหน่ง (-X/XX) ไม่พบความผิดปกติจากการตรวจเลือดตามปกติ

Beta-thalassemias

ยีนที่ควบคุมการสร้าง Beta-globin chain อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 11 ความผิดปกติมักเป็นลักษณะ Point mutation อาการทางคลินิกแบ่งออกได้เป็น

1. Beta-thalassemia major เกิดจาก Homozygous beta-thalassemia ทารกมักเกิดมาอย่างปกติ (เนื่องจาก Beta-globin มีการสร้างไม่มากในครรภ์) ต่อมาจะซีดลง และมีตับ ม้ามโต ตั้งแต่ 2-3 เดือนหลังคลอด และจำเป็นต้องรักษาโดยการให้เลือดเป็นประจำ สตรีซึ่งมีภาวะดังกล่าวนี้มักจะไม่สามารถมีบุตรได้ การตรวจเลือดจะพบว่าซีดมาก เม็ดเลือดแดงมี Marked anisopoikilocytosis, Hypochromia และมี Target cell การตรวจ Hemoglobin electrophoresis พบมี Fetal hemoglobin (HbF) ตั้งแต่ร้อยละ 10-90 HbA พบน้อย หรือไม่มีเลย

2. Beta-thalassemia minor เกิดจาก Heterozygous beta-thalassemia มักไม่มีอาการทางคลินิก ยกเว้นในภาวะ Stress เช่น การตั้งครรภ์ การติดเชื้ออย่างรุนแรง ซึ่งอาจพบภาวะโลหิตจางอย่างอ่อน ในไตรมาสที่สองมักพบค่า Hemoglobin ระหว่าง 8-10 กรัมต่อเดซิลิตร และเพิ่มเป็น 9-11 กรัมต่อเดซิลิตรเมื่อครรภ์ครบกำหนด

การตรวจเลือดจะมีลักษณะ Microcytosis, Hypochromia และอาจพบ Target cell ได้ RBC indices จะมี MCV ระหว่าง 50-70 fl และ MCH ระหว่าง 20-22 pg สามารถยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจ Hemoglobin electrophoresis พบว่า HbA2 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.5-7 และในบางราย HbF เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1-3

การรักษา

ไม่มีการรักษานิดเฉพาะเจาะจงสำหรับธาลัสซีเมีย ควรให้ Folic acid เสริมในขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีความต้องการ Folic acid มากกว่าปกติ การให้ธาตุเหล็กเสริมควรเลือกใช้เฉพาะในรายที่มีภาวะขาดธาตุเหล็กร่วมด้วย โดยพิจารณาจากอาการทางคลินิกและค่า Serum ferritin

การให้ Blood transfusion อาจมีความจำเป็นใน HbH disease และ Beta-thalassemia major โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง การให้เลือดเฉพาะเม็ดเลือดแดงเพื่อรักษา ระดับฮีโมโกลบินที่ค่าใดค่าหนึ่งยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน

เมื่อพบสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น Thalassemia หรือ Thalassemia trait การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ และการวินิจฉัยทารกในครรภ์มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยขั้นตอนแรกคือ การตรวจเลือดของสามี หากตรวจพบว่าสามีมีภาวะดังกล่าวด้วยควรพิจารณาการตรวจทารกในครรภ์ด้วย

อ่านต่อบทหน้า >>>



การรักษาโรคไซนัสอักเสบเฉียบพลัน บริเวณข้างแก้มด้วยยาปฏิชีวนะ

โรคไซนัสอักเสบ (rhinosinusitis) เป็นโรคที่มีการอักเสบของเยื่อบุโพรงอากาศข้างจมูก พบได้บ่อยในประชากรทั่วไป ประเมินกันว่าโรคไซนัสอักเสบที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย (acute bacterial rhinosinusitis: ABRS) มักเกิดตามหลังการเป็นหวัดซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่เป็นหวัดมักจะมีการอักเสบที่เยื่อบุไซนัสร่วมด้วย โดยไซนัสอักเสบบริเวณข้างแก้มเป็นตำแหน่งที่พบได้บ่อย โดยส่วนมากจะหายได้เองภายใน 10 วัน ในเด็กมีโอกาสเกิด ABRS ตามหลังการเป็นหวัดประมาณร้อยละ 5-10 และในผู้ใหญ่พบประมาณร้อยละ 0.5-2 มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โรคไซนัสอักเสบเป็นโรคที่มีการจ่ายยาต้านจุลชีพมากเป็นอันดับที่ 5 และคิดเป็นร้อยละ 21 ของการจ่ายยาต้านจุลชีพในผู้ใหญ่ในปี พ.ศ. 2543 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโรคนี้จะถูกรบกวน และอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นตามมาได้ เช่น

น้ำในหูชั้นกลาง ริดสีดวงจมูก ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดมีอาการกำเริบ แต่ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง (ภาวะแทรกซ้อนทางตา และทางสมอง) ที่เกิดจากโรคนี้มักจะเกิดขึ้นได้ไม่มาก

การรักษาโรคไซนัสอักเสบในเวชปฏิบัติเพื่อให้การรักษามีประสิทธิผล ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การสืบค้นสาเหตุ และการให้การรักษาที่เหมาะสม ทั้งการรักษาด้วยยา และในบางรายต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่เหมาะสมด้วย กรณีที่เป็นมานานจะมีโอกาสรักษาให้หายโดยการให้ยามากกว่าผู้ที่ไม่นาน ในการเลือกให้ยาต้านจุลชีพส่วนมากจะให้การรักษาแบบ empirical ดังนั้น การประเมินผลช่วงแรกจึงมีความจำเป็น แนะนำให้ประเมินผลของยาต้านจุลชีพที่ให้ภายใน 3-7 วัน

การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม จำเป็นอย่างยิ่งต่อการรักษาผู้ป่วย จึงเป็น

ที่มาของการรวบรวมข้อมูลในวันนี้ จากการสืบค้นข้อมูลในฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ รวบรวมข้อมูลเปรียบเทียบกลุ่มที่เป็นไซนัสอักเสบแบบเฉียบพลันบริเวณข้างแก้ม โดยรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะมีอาการดีขึ้นในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอกที่มีอาการดีขึ้นเพียงเล็กน้อย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไซนัสอักเสบเฉียบพลันบริเวณข้างแก้มในกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะพบน้อยมาก

กล่าวโดยสรุป การให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยไซนัสอักเสบเฉียบพลันบริเวณข้างแก้มให้ผลการรักษาที่ดี การพิจารณาให้ยาเป็นไปตามความเหมาะสมตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

โดยมักจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่สูงมาก รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มโรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ เช่น Marfan's syndrome เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบว่าภาวะนี้มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ โดยพบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะนี้ถึงร้อยละ 12 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งมีความเสี่ยงเพียงร้อยละ 0.1

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันเชื่อว่าอาจมีความผิดปกติในเชิงโครงสร้างของปอดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งอาจไม่ได้ตรวจพบ หรือไม่มีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติมาก่อน ดังที่มีการศึกษา

ภาวะที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax)

Pneumothorax หมายถึง ภาวะที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดสามารถแบ่งออกได้เป็น

1. Spontaneous Pneumothorax

หมายถึง ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งเกิดขึ้นเองในผู้ป่วยที่ไม่มีพยาธิสภาพที่ปอดมาก่อน (primary spontaneous pneumothorax; PSP) หรือในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในปอดอยู่เดิม (secondary spontaneous pneumothorax)

2. Iatrogenic Pneumothorax

หมายถึง ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งเกิดภายหลังการกระทำหัตถการทางการแพทย์ เช่น การเจาะดูดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด การตัดชิ้นเนื้อปอด เป็นต้น

3. Traumatic Pneumothorax

หมายถึง ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะ spontaneous และ iatrogenic pneumothorax เท่านั้น

Primary Spontaneous Pneumothorax

คือภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งเกิดขึ้นเองในผู้ป่วยที่ไม่มีพยาธิสภาพที่ปอดมาก่อน มักพบในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วน 15 รายต่อผู้ป่วยหนึ่งแสนรายต่อปี และ 5 รายต่อผู้ป่วยหนึ่งแสนรายต่อปี ตามลำดับ

พบว่า มีการตรวจพบความผิดปกติที่เรียกว่า subpleural bleb ที่บริเวณส่วนยอดของปอดได้มากถึงร้อยละ 90 ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะนี้ ภายหลังจากที่ได้นำผู้ป่วยตรวจเพิ่มเติมด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือการตรวจดูช่องเยื่อหุ้มปอดด้วยกล้อง (thoracoscopy)

ข้อสันนิษฐานเบื้องต้นของการเกิดพยาธิสภาพดังกล่าว เชื่อว่าอาจเกิดจากการอุดตันของทางเดินหายใจขนาดเล็ก (small airway obstruction) ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่มีเซลล์อักเสบ (inflammatory cell) ภายในทางเดินหายใจขนาดเล็กมากกว่าปกติ เป็นผลให้ถุงลมมีการโป่งขยาย (emphysema-like changes; ELC) คล้ายภาวะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary diseases; COPD) นอกจากนั้นอาจเป็นเพราะความแตกต่างของความดันในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งมีค่าเป็นลบเมื่อเทียบกับความดันบรรยากาศ (negative pleural pressure gradient) เพิ่มขึ้นของบริเวณยอดปอดเมื่อเทียบกับส่วนฐานทำให้เกิด subpleural bleb ขึ้นบริเวณยอดปอดได้

Secondary Spontaneous Pneumothorax

ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งเกิดในปอดที่มีพยาธิสภาพอยู่เดิมพบในผู้ป่วยชายมากกว่าผู้หญิง คิดเป็นอัตราส่วนประมาณ 3 ต่อ 1 โดยพบมากที่สุด ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ประมาณ 50-70% นอกจากนั้นยังพบได้ในผู้ป่วยมะเร็ง

ปอด และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของปอด รวมถึงผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น cystic fibrosis เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น ปริมาณของลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด อัตราเร็วในการสะสมของลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด และความผิดปกติของปอดเดิมของผู้ป่วย เป็นต้น โดยอาการที่อาจพบ ได้แก่ เจ็บหน้าอกข้างเดียวกับที่มีลมรั่ว เหนื่อย หายใจไม่สะดวก แน่นหน้าอก อาการแสดงที่สามารถตรวจพบได้ เช่น การขยายตัวของทรวงอกลดลงในข้างที่มีลมรั่ว (decrease lung expansion) การได้ยินเสียงหายใจเบาลง และเคาะทรวงอกได้เสียงโปร่งมากกว่าปกติ (hyperresonance) เป็นต้น

หากผู้ป่วยที่สงสัยภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดและมีความผิดปกติของสัญญาณชีพ ให้คิดถึงภาวะ tension pneumothorax ด้วย เนื่องจากต้องการการรักษาอย่างรีบด่วนเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย

การตรวจวินิจฉัย

นอกจากอาการและอาการแสดงแล้ว การตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ได้แก่

1. การตรวจภาพถ่ายรังสีของปอด

การตรวจภาพถ่ายรังสีของปอดถือว่าการตรวจที่สามารถทำได้ง่าย และมีประโยชน์ในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา

2. การตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ (Ultrasonography)

ในปัจจุบันพบว่าการนำอัลตราซาวนด์มาเพื่อช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดมากขึ้น โดยเฉพาะในห้องฉุกเฉิน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถยืนหรือนั่งได้ และในผู้ป่วยอัมพาต เป็นต้น

3. การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized tomography; CT scan)

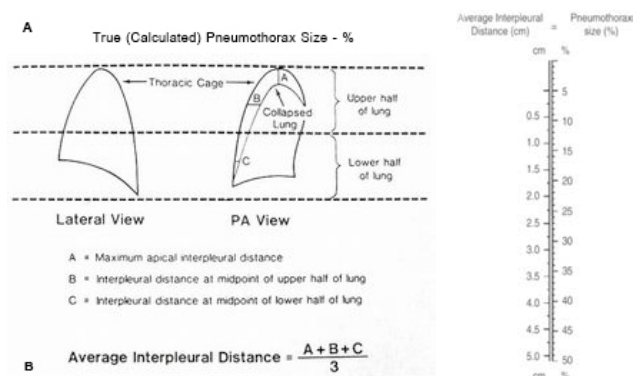
การตรวจ CT scan ถือว่าการตรวจวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน (gold standard) สามารถให้การวินิจฉัยและคำนวณปริมาณลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดได้โดยมีความแม่นยำสูงที่สุด นอกจากนั้นยังสามารถตรวจพบพยาธิสภาพในปอดอื่น ๆ ได้ เช่น small pneumothorax, loculated pneumothorax เป็นต้น

การคำนวณปริมาณลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax Size Estimation)

ปริมาณลมในช่องเยื่อหุ้มปอดสามารถคำนวณได้คร่าว ๆ โดยภาพถ่ายรังสีในท่าตัวตรง (upright PA CXR) แต่พบว่าความแม่นยำต่ำเมื่อเทียบกับการคำนวณปริมาณด้วย CT scan อย่างไรก็ตาม ได้มีความพยายามในการคำนวณปริมาณลมจากภาพถ่ายรังสี เนื่องจากการทำ CT scan ยังไม่สามารถทำได้ในทุกโรงพยาบาล

สูตรที่ใช้ในการคำนวณปริมาณลม เช่น

ก. Rhea method วัดโดยใช้ค่าเฉลี่ยของ interpleural distance ในหน่วยเซนติเมตร ที่จุด apex, midpoint ของ upper half และ midpoint ของ lower half ในท่า upright และมา plot ใน nomogram ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การคำนวณด้วย Rhea method

ข. Light index

$$PTX\% = 100\% \times [1 - (\text{diameter of the lung} / \text{diameter of the hemithorax})^3]$$

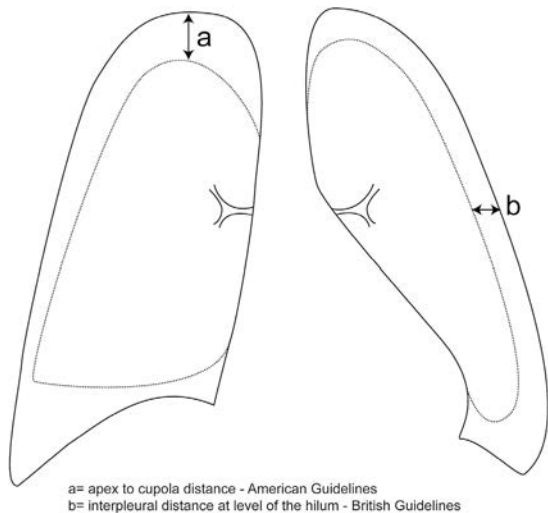
ปัจจุบันมีการแบ่งขนาดของลมในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็น large และ small pneumothorax โดยไม่ได้คำนึงถึงปริมาณของลมรั่วที่ได้จากการคำนวณ ซึ่งมีเกณฑ์ในการกำหนดแตกต่างกันออกไปตามแต่ละสถาบัน ที่นิยมใช้ได้แก่

a. British Thoracic Society Guideline (BTS) 2010

วัดระยะห่างจากเส้นเยื่อหุ้มปอดถึงผนังทรวงอกในตำแหน่งซัฟปอด หากพบวาระยะห่างดังกล่าวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร จัดอยู่ในกลุ่ม large pneumothorax และหากระยะห่างน้อยกว่า 2 เซนติเมตร จัดอยู่ในกลุ่ม small pneumothorax

b. American College of Chest Physicians (ACCP)
2001

วัดระยะห่างจากเส้นเยื่อหุ้มปอดถึงผนังทรวงอกในตำแหน่งยอดปอด หากพบว่าระยะห่างดังกล่าวมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร จัดอยู่ในกลุ่ม large pneumothorax และหากระยะดังกล่าวน้อยกว่า 3 เซนติเมตร จัดอยู่ในกลุ่ม small pneumothorax



ภาพที่ 2 แสดงตำแหน่งการวัดขนาดลมในช่องเยื่อหุ้มปอดระหว่าง BTS และ ACCP

การรักษา

เป้าหมายของการรักษาคือ การกำจัดลมที่รั่วอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งวิธีการรักษาจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยพิจารณาร่วมกับขนาดของลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม

ในภาวะปกติ ลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดสามารถถูกดูดซับไปเองในอัตราเร็วประมาณ 1.25-2.2% ต่อวันหากไม่ได้รับการรักษาใด การให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยจะสามารถช่วยลดระยะเวลาในการดูดซับลมในช่องเยื่อหุ้มปอด 3-4 เท่า

นอกจากนี้ยังมีวิธีในการช่วยกำจัดลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดด้วยวิธีอื่น ได้แก่ การเจาะดูดลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (needle aspiration) และการใส่สายระบายทรวงอก (intercostal drainage) จากการศึกษาพบว่า หากเลือกผู้ป่วยได้เหมาะสมแล้ว อัตราความสำเร็จในการระบายลมในช่องเยื่อหุ้มปอดมักไม่ต่างกันในแต่ละวิธี โดยการเจาะดูดลมจะช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล (hospital admission) ได้

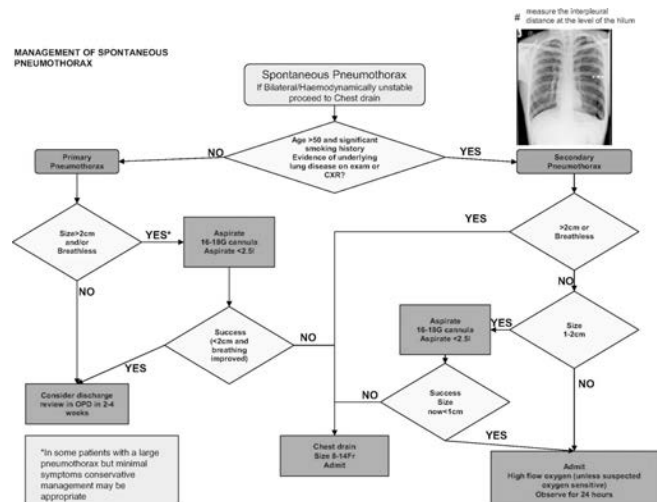
การเจาะดูดลมในช่องเยื่อหุ้มปอดสามารถทำได้โดยจัดทำผู้ป่วยในท่านอนหงาย และยกหัวสูงท่ามุมประมาณ 45 องศากับพื้นราบ ระหว่างการเจาะให้ผู้ป่วยดมออกซิเจน และมีการตรวจวัดสัญญาณชีพและปริมาณออกซิเจนในเลือด ตำแหน่งที่จะทำการเจาะ ได้แก่ ช่องระหว่างกระดูกซี่โครงที่ 2 และ 3 บริเวณกึ่งกลางของกระดูกไหปลาร้า (mid clavicular line)

การใส่สายระบายทรวงอกนั้น นิยมทำในตำแหน่งช่องระหว่างซี่โครงที่ 5 และ 6 บริเวณ anterior to mid axillary line ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีกล้ามเนื้อทรวงอกน้อยที่สุด เพื่อลดอาการเจ็บปวด นอกจากนั้นขนาดของสายระบายทรวงอกซึ่งมีขนาดเล็กกว่า (น้อยกว่า 14Fr) มีอัตราความสำเร็จในการระบายลมเทียบได้กับสายที่มีขนาดใหญ่ แต่ลดอาการเจ็บของผู้ป่วยได้เช่นกัน

ในการระบายลมทั่ว ๆ ไป ไม่แนะนำให้ทำการต่อเครื่องดูดลม (suction) ในช่วงแรก ทั้งนี้เพื่อป้องกันการระบายลมเร็วเกินไป ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้แก่ re-expansion pulmonary edema โดยแนะนำให้ใช้ในกรณีที่ปอดขยายตัวไม่เต็มที่หลังใส่สายระบายลมแล้วเป็นเวลา 48 ชั่วโมงขึ้นไป โดยเลือกใช้เครื่องดูดชนิด high-volume และ low-pressure suction แนะนำให้ดูดด้วยความแรง -10 ถึง -20 เซนติเมตรน้ำ

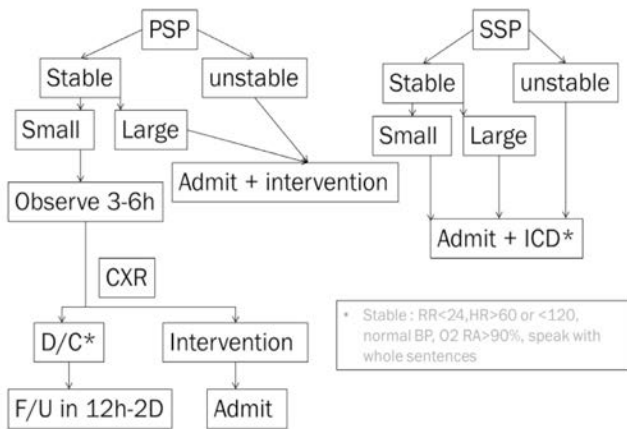
เนื่องจากมีวิธีการหลากหลายในการระบายลมออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด ดังนั้น แพทย์จึงต้องพิจารณาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาที่นิยมใช้ ได้แก่

1. British Thoracic Society Guideline (BTS) 2010



แผนผังที่ 1 แสดงแนวทางการรักษาตาม BTS 2010

2. American College of Chest Physicians (ACCP) 2001



แผนผังที่ 2 แสดงแนวทางการรักษา ดัดแปลงจาก ACCP 2001

Iatrogenic Pneumothorax

ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดภายหลังการทำหัตถการทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น การเจาะดูดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (thoracentesis), การเจาะเส้นเลือดดำใหญ่ (subclavian or internal jugular vessel puncture), การตัดชิ้นเนื้อเยื่อหุ้มปอด (pleural biopsy) รวมถึงผู้ป่วยซึ่งใช้เครื่องช่วยหายใจก็สามารถเกิดภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดได้เช่นกัน โดยภาวะลมรั่วภายหลังการทำหัตถการทางการแพทย์นั้นส่วนใหญ่ประมาณ 89% จะสามารถดูดซึมและหายได้เองโดยไม่ต้องทำการระบายลมจากช่องทรวงอก ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แนะนำให้ทำการระบายลมในช่องทรวงอกด้วย

สายระบายลมขนาดใหญ่ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ tension pneumothorax

ข้อบ่งชี้การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพิจารณาผ่าตัดรักษา

- second ipsilateral pneumothorax
- first contralateral pneumothorax
- มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดทั้ง 2 ข้าง
- persistent air leak or failure of lung to re-expand

in 5-7 days

- spontaneous hemothorax
- อาชีพเสี่ยง (นักบิน นักดำน้ำ)
- หญิงตั้งครรภ์

คำแนะนำหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและการติดตามการรักษา

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลควรได้รับคำแนะนำในการสังเกตอาการ หากมีอาการเหนื่อยหรือแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวกมากขึ้น ให้รีบติดต่อเพื่อทำการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล รวมทั้งหลีกเลี่ยงการเดินทางทางอากาศยานจนกว่าภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดจะหายโดยสมบูรณ์ พิจารณาจากภาพถ่ายรังสีว่าไม่มีภาวะลมรั่วอีก และแนะนำให้งดกิจกรรมการดำน้ำอย่างเด็ดขาด เนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะลมรั่วขึ้นอีก และอาจอันตรายถึงชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

- Roger L. Humphries, J.W. Young. Chapter 71 Spontaneous and Iatrogenic Pneumothorax. In J.E. Tintinalli, J.S. Stapezynski, D.M. Cline, et al. editors. Tintinalli's Emergency Medicine : A Comprehensive Study Guide, 7th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2010:471-4.
- Kosowsky Joshua M. Chapter 75 : Pleural Disease. In: Marx John A. editors. Rosen's Emergency Medicine : concepts and clinical practice, 7th ed. Philadelphia: Mobsy Elsevier; 2010:939-46.
- Eric F. Reichman, Robert R. Simon. Tube thoracostomy. Emergency medicine prodedures. New York: McGraw-Hill; 2004:226-35.
- MacDuff Andrew, Arnold Anthony, Harvey John. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. Thorax 2010;65 (Suppl 2):ii18-ii31.
- Baumann MH, Strange C, Heffner JE, Light R, Kirby TJ, Klein J, et al. Management of spontaneous pneumothorax: an American College of Chest Physicians Delphi consensus statement. Chest 2001

Feb;119(2):590-602.

- Light Richard W, MD. Secondary spontaneous pneumothorax in adults. UpToDate 2013 Oct 2. Available from: http://www.uptodate.com/contents/secondary-spontaneous-pneumothorax-in-adults?detectedLanguage=en&source=search_result&search=Secondary+spontaneous+pneumothorax+in+adults&selectedTitle=1%7E20&provider=noProvider
- Stark Paul, MD. Imaging of pneumothorax. UpToDate 2013 Oct 2. Available from: http://www.uptodate.com/contents/imaging-of-pneumothorax?detectedLanguage=en&source=search_result&search=Imaging+of+pneumothorax&selectedTitle=1%7E150&provider=noProvider
- Doelken Peter, MD, FCCP. Placement and management of thoracostomy tubes. UpToDate 2013 Oct 2. Available from: http://www.uptodate.com/contents/placement-and-management-of-thoracostomy-tubes?detectedLanguage=en&source=search_result&search=Placement+and+management+of+thoracostomy+tubes&selectedTitle=1%7E150&provider=noProvider

บาดแผลถูกแทง: การประเมินขนาดของอาวุธ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

Stab Wound: Estimation of Weapon (A Case Report)

การถูกแทงจนเสียชีวิตนั้นถือว่าเป็น “การตายผิดธรรมชาติ” อย่างชัดเจน และย่อมถือได้ว่าเป็นการตายจากเหตุอุกฉกรรจ์เพราะเป็นการกระทำโดยใช้อาวุธซึ่งโดยทั่วไปคือ “มีด” แต่หากเป็นสิ่งอื่นก็ยิ่งถือว่าเป็นอาวุธได้เช่นกัน¹ ทั้งนี้เป็นไปตาม มาตรา 1(5) “อาวุธ” หมายความว่าสิ่งซึ่งไม่เป็นอาวุธโดยสภาพ แต่ซึ่งได้ใช้หรือเจตนาจะใช้ประทุษร้ายร่างกายถึงอันตรายสาหัสอย่างอาวุธ ซึ่งในบางครั้งการถูกทำร้ายด้วยอาวุธจำพวกมีด แม้ว่าจะถูกกระทำเพียงครั้งเดียว (แทงทีเดียว) อาจเพื่อการทำร้ายโดยมิได้มีเจตนาที่จะทำให้ถึงแก่ความตายก็ตาม แต่หากถูก ณ ตำแหน่งสำคัญของร่างกายแล้วก็อาจถึงแก่ชีวิตได้โดยทันที เช่น การถูกแทงเข้าตำแหน่งหัวใจ หรือหลอดเลือดแดงใหญ่ของร่างกาย เป็นต้น ยิ่งกว่านั้นในบางครั้งบาดแผลที่ถูกกระทำ (ถูกแทง) ยังอาจมีขนาดเล็ก เช่น ถูกแทงด้วยมีดบาง (มีความหนาประมาณ 1-2 มิลลิเมตร) และกว้างเพียง 1 หรือน้อยกว่า 1 เซนติเมตร แต่กลับทำให้ผู้ถูกแทงถึงแก่ความตายได้ และเมื่อมองบาดแผลจากภายนอกก็อาจไม่เห็นว่าจะเป็นอันตรายร้ายแรงได้เลย อีกทั้งยังอาจแทบไม่พบว่ามีเลือดไหลออกจากบาดแผลดังกล่าวเสียด้วย

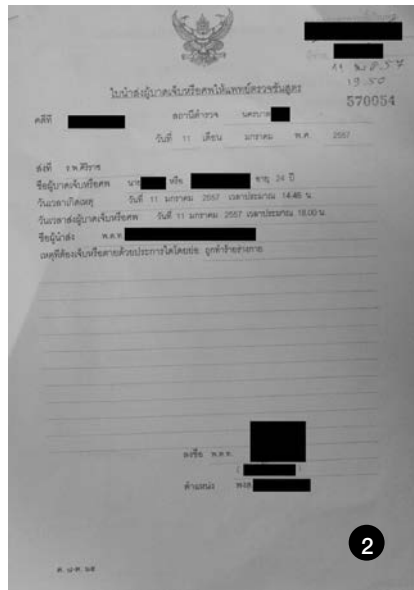


อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย) (ภาพที่ 1)

ผู้ตายเป็นชาย อายุ 24 ปี ถูกแทงตาย ทราบว่ามีเรื่องกับวัยรุ่นในซอย จากนั้นถูกรุมทำร้ายและแทงด้วยมีดไม่ทราบขนาดเพียงครั้งเดียว และผู้ตายจึงหนีต่อมาพบว่าเป็นศพนอนคว่ำ โดยที่ใบหน้าคว่ำอยู่ในน้ำคร่ำในซอย มีแผลอยู่เล็กน้อยที่ลำตัว ใบหน้า แขน

และขา เหตุเกิดในท้องที่สถานีตำรวจนครบาลทุ่งครุ

ต่อมาผู้ตายได้รับการชันสูตรพลิกศพโดยพนักงานสอบสวนท้องที่ที่พบศพ ร่วมกับแพทย์ผู้มึหน้าที่ เวลาประมาณ 19.50 น. แล้วทำการส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อที่โรงพยาบาลศิริราช (ภาพที่ 2)



ผู้ตายได้รับการตรวจศพในวันรุ่งขึ้น ได้ผลการตรวจดังนี้

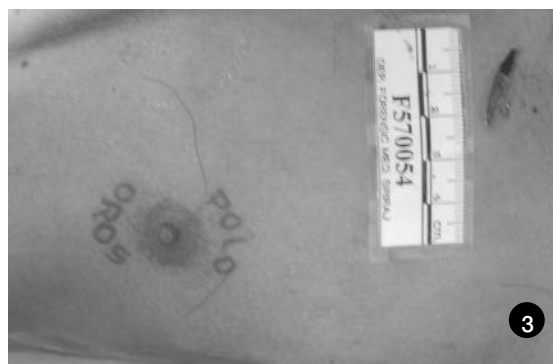
การตรวจศพภายนอก:
(โดยย่อ)

- ศพชายอายุประมาณ 20-25 ปี รูปร่างสันทนต์ ผิวอย่างชาวเอเชีย ตัวยาว 170 เซนติเมตร หนัก 64 กิโลกรัม มีผมสีดำยาวประมาณ 10-15 เซนติเมตร ไม่ไว้หนวดและเครา
- ผู้ตายสวมเสื้อตัวนอกเป็นเสื้อแขนยาวคล้ายผ้าฝ้ายสีเข้ม และเสื้อตัวในแขนสั้นสีแดง มีลายคล้ายสีดำเป็นแถบคล้าย “หมายเลข 9” อยู่ด้านหน้าเสื้อ และมีคำว่า “PUNK BERRY” และ “Stroll day” พร้อมอักษรตัว “R” อยู่หน้าอกด้านซ้ายของเสื้อ และสวม

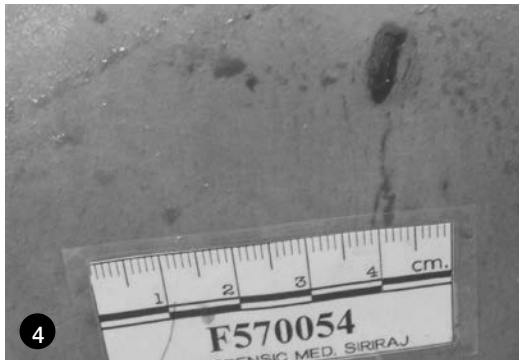
กางเกงยีนส์สีน้ำเงินมีรอยเก่า ๆ ที่ด้านหน้าของกางเกงและบริเวณเข้าของกางเกง และสวมรองเท้าผ้าใบสีขาว มีถุงเท้าสีเข้ม

- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกกลงสู่เบื้องต่ำหลังเสียชีวิตได้ไม่ชั้่นัก (เนื่องจากสภาพของศพค่อนข้างชืด)
- สภาพศพค่อนข้างชืดมาก ไม่เหลือง ไม่พบจุดเลือดออกที่เยื่อปุนตา แขนและขา
- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียดตรง
- ตรวจพบบาดแผลดังต่อไปนี้ (ที่สำคัญ)

บาดแผลที่ 1: บาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ ที่บริเวณใต้หัวกระดูกไหปลาร้าด้านซ้ายใกล้ชิดกับช่องซี่โครงที่ 1 ด้านซ้าย เป็นแผลยาว 2.4 เซนติเมตร กว้าง 0.2-0.3 เซนติเมตร เมื่อกดที่หน้าอกมีเลือดไหลออกจากบาดแผลดังกล่าว (ภาพที่ 3)



บาดแผลที่ 2: บาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ ที่บริเวณหลังด้านซ้ายห่างจากขอบด้านในของกระดูกสะบักซ้ายเล็กน้อยในตำแหน่งช่องซี่โครงที่ 1 (**ภาพที่ 4**)



บาดแผลที่ 3: บาดแผลถลอกที่หน้าผาก ด้านซ้ายขนาดเล็ก (**ภาพที่ 1**)

- ไม่พบคราบหรือกลิ่นฉุนของสารเคมีหรือ แอลกอฮอล์ที่รอบทวารต่าง ๆ เช่น รอบปาก จมูก

- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียด

การตรวจสอบเสื้อผ้า:

ในรายที่ถูกกระทำ (ทำร้าย) ด้วยอาวุธ แพทย์ จำเป็นต้องตรวจ “รู” ที่ทะลุผ่านเสื้อผ้าด้วย โดยต้อง ตรวจเสื้อผ้าที่ผู้ตายสวมใส่และระบุบริเวณตำแหน่งที่บาดแผล ตรงกับเสื้อผ้างดังกล่าว (ต้องตรวจทุกชั้นของเสื้อผ้า) (ดูในประการที่ 4)

การผ่าศพตรวจภายใน: (ที่สำคัญ)

- ผนังศีรษะด้านซ้ายตอนหน้าซ้ายเล็กน้อย

- กะโหลกศีรษะ ฐานกะโหลกศีรษะ และเนื้อสมองใหญ่และเนื้อสมองน้อยอยู่ในเกณฑ์ปกติ

- กระดูกสันหลังและไขสันหลังปกติ

- กระดูกซี่โครงที่ 1 ด้านซ้ายมีบาดแผลฉีกขาด ถูกของมีคมตัดผ่านเป็นรอยลึกเข้าไปราว 1 เซนติเมตร ต่อเนื่องจากบาดแผลที่ 1 ข้างต้น ทะลุผ่านในเนื้อเยื่อ ได้กระดูก

- พบเลือดออกในช่องอกซ้ายประมาณ 500 ลบ.ซม. (**ภาพที่ 5**) และมีเลือดเป็นก้อน ซึ่งได้หนัก ประมาณ 500 กรัม และยังมีเลือดออกในช่องอกขวา ประมาณ 900 ลบ.ซม. และก้อนเลือดหนักประมาณ 300 กรัม



- หลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจบริเวณโค้ง (aortic arch) เส้นขวา (brachiocephalic artery) ถูกตัดเกือบขาด (**ภาพที่ 6**)

- พบเลือดออกรอบ ๆ หัวใจ และโดยเฉพาะที่ด้านหลังและส่วนบนของ หัวใจ (superior and posterior mediastinum)



- กล้ามเนื้อด้านหลังช่อง ซี่โครงที่ 1 ด้านซ้ายมีรอยฉีกขาดยาว ประมาณ 2.4 เซนติเมตร

- ตับ ม้าม ไต และอวัยวะ อื่น ๆ ในช่องท้องอยู่ในสภาพปกติ

- ในกระเพาะอาหารพบ อาหารจำพวกข้าวและผักที่ยังไม่ได้ย่อย อยู่เต็มกระเพาะประมาณ 350 กรัม

ประมวลทิศทางของบาดแผล: (ภาพที่ 7**)**

ผ่านเสื้อที่สวมบริเวณหน้าอก ซ้ายส่วนบน เป็นบาดแผลที่ 1 ทะลุเข้าสู่ช่องซี่โครงที่ 1 ด้านซ้าย ตัดบางส่วน ของกระดูกซี่โครงซ้ายบริเวณกระดูกอ่อน ทะลุเข้าไปในเนื้อเยื่อด้านใน ตัด เส้นเลือดแดงใหญ่ที่เป็นแขนงของ เส้นเลือดใหญ่เออร์ตา (brachiocephalic trunk) บริเวณโค้งบน (aortic arch) ทะลุ เข้าสู่ช่องอกด้านซ้าย ทะลุผ่านช่องอก มาสู่กล้ามเนื้อหลังด้านซ้ายบริเวณช่อง ซี่โครงที่ 1 และทะลุออกจากร่างกาย บริเวณหลัง ผ่านเสื้อที่สวมใส่

สาเหตุการตาย:

ในรายนี้เมื่อผ่าศพตรวจแล้ว พบสาเหตุการตายอย่างชัดเจน เนื่องจากบาดแผลที่ตัดผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ (brachiocephalic trunk) ทำให้มีเลือดออกจำนวนมาก (massive hemothorax)

พฤติการณ์ที่ตาย:

เป็นการถูกฆ่าตาย (ฆาตกรรม)

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: การตายผิดธรรมชาติ

ผู้ตายถูกพบในสภาพที่ใบหน้าคว่ำอยู่ในน้ำคร่ำในชอย มีเลือดเปื้อนที่เสื้อ โดยทั่วไป เมื่อศพถูกพบต้องถูกสันนิษฐานว่าเป็นการตาย “ผิดธรรมชาติ” ประเภท หนึ่ง ตามมาตรา 148² อย่างแน่แท้แล้ว และจำเป็นต้องทำการชันสูตรพลิกศพ

“มาตรา 148 เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตาย โดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มี การชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาตินั้น คือ

(๑) ฆ่าตัวตาย

(๒) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย

(๓) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย

(๔) ตายโดยอุบัติเหตุ

(๕) ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ”

ประการที่ 2: การชันสูตรพลิกศพ

เมื่อเป็นการตายผิดธรรมชาติและต้องทำการชันสูตรพลิกศพ ย่อมต้องเป็นหน้าที่ของ “เจ้าพนักงานที่มีหน้าที่” ซึ่งโดยทั่วไปย่อมประกอบด้วยพนักงานสอบสวนเป็นหลักและมีแพทย์ (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้ช่วย) เมื่อทำการชันสูตรพลิกศพเสร็จจำเป็นต้องทำ “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา 150² นั้นเอง

ประการที่ 3: การดำเนินการหลังการชันสูตรพลิกศพ

ผู้ตายรายนี้ “จำเป็นต้องนำศพมาเพื่อรับการตรวจต่อตามกฎหมาย” อย่างแน่นอน เนื่องจากเป็นการตายจากการถูกฆ่าตาย (homicide) จากการถูกแทงด้วยอาวุธ (เห็นได้ชัดว่าเป็นอาวุธแหลมแบนและคม) ทั้งนี้เป็นไปตามกฎหมายมาตรา 151 และมาตรา 152 นั้นเอง การดำเนินการตามมาตรา 152 ย่อมต้องประกอบด้วย

ข้อ 1: การตรวจสภาพของศพจากภายนอกอย่างละเอียด

หมายถึง การที่ต้องตรวจศพอย่างละเอียด เช่น หากศพมีสภาพเปื้อนคราบหรือโคลน ย่อมต้องล้างให้สะอาด การตรวจจะต้องตรวจ “ตลอดทั้งศพ” และการตรวจนี้ยังอาจประกอบด้วยกระทำการย่อย ๆ เพิ่มเติมอีก เช่น การถ่ายภาพ การส่งตรวจทางรังสี (เอกซเรย์) เป็นต้น

ข้อ 2: การผ่าศพตรวจ

เป็นกระบวนการที่สำคัญและมักจะต้องกระทำเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ ตามมาตรา 154² นั้นเอง สำหรับในการผ่าศพตรวจในรายที่ตายจากการถูกแทงด้วยอาวุธนั้น สิ่งสำคัญที่แพทย์ผู้ทำการผ่าศพตรวจสมควรตรวจและบันทึกไว้คือ “บาดแผล” ซึ่งประกอบด้วย

1. จำนวน
2. ตำแหน่ง
3. ทิศทาง
4. ชนิด (ขอบเรียบ ขอบไม่เรียบ ขอบเรียบหรือไม่เรียบด้านใด เป็นต้น)
5. ขนาด (ทั้ง ยาว กว้าง ลึก)

แพทย์ต้องรำลึกไว้ว่า

ก. ความยาวของบาดแผลคือ ความกว้างของอาวุธ

ข. ความกว้างของบาดแผลคือ ความหนาของอาวุธ

ค. ความลึกของบาดแผลคือ ความยาวของอาวุธที่ไม่น้อยกว่าความลึกของบาดแผล

ประการที่ 4: อาวุธที่ใช้ในการทำร้ายตามอุทาหรณ์

แพทย์จำเป็นต้องรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจศพที่ตายเนื่องจากอาวุธ และถือว่าเป็นเกณฑ์มาตรฐานและเกณฑ์ความรู้ของแพทย์ด้วย^{3,4,5} ทั้งนี้เพราะอาวุธคือวัตถุที่ใช้ในการทำร้ายและเป็นหัวใจแห่งคดีซึ่งจะใช้ในการตรวจพิสูจน์ต่อไป

1. ชนิดของอาวุธ

ในกรณีนี้เมื่อดูจากบาดแผลแล้ว น่าจะเข้าได้กับอาวุธมีคมเดียว กว้างประมาณ 2.4 เซนติเมตร (2.4-2.5 เซนติเมตร) และความยาวของเลื้อที่ขาดจากมิดทะลุผ่านก้นวัดความยาวได้ 2.4 เซนติเมตร หนา 0.2-0.3 เซนติเมตร ซึ่งสรุปว่า “เข้าได้กับมีดคมเดียว กว้างประมาณ 2.4 เซนติเมตร”

2. ความยาวของอาวุธ

พิจารณาในเรื่องความยาวของอาวุธนั้น อาจต้องให้ความสำคัญกับระยะต่าง ๆ ดังนี้

ข้อ 1: ความหนาของเลื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ณ ตำแหน่งที่อาวุธผ่านก่อนถึงเนื้อตัวร่างกาย

หมายถึง ความหนาหรือระยะทางจากผิวนอกสุดของเลื้อผ้าเครื่องแต่งกาย มาจรดผิวหนังของผู้ถูกแทง ซึ่งระยะทางนี้อาจมากหรือน้อยขึ้นกับชนิดของเลื้อผ้า ความโปร่งหรือแน่นของเลื้อผ้า จำนวนชั้นของเลื้อผ้าที่สวมใส่

ข้อ 2: ระยะที่อาวุธผ่านเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งอาจทะลุร่างกายหรือไม่ทะลุ

หมายถึง ระยะทางตั้งแต่ผิวหนังตำแหน่งที่อาวุธจรดผ่านเข้าไปในร่างกาย

2.1 กรณีไม่ทะลุด้านตรงข้าม

2.2 กรณีทะลุ

ก. ทะลุในแนวจาก

ข. ทะลุในแนวเฉียง

ข้อ 3: การยุบตัวของเลื้อผ้าและร่างกาย อันเกิดจากแรงที่ส่งผ่านอาวุธ (แทง)

หมายถึง การที่ผู้กระทำความรุนแรงพร้อมอาวุธมายังเป้าหมายนั้น เมื่ออาวุธกระทบกับเลื้อผ้า ร่างกายแล้ว ย่อมทำให้ทั้งเลื้อผ้าและร่างกาย “ยุบตัวลง” ทั้งนี้เนื่องจากแรงอัดหรือกระแทกกับเลื้อผ้าและร่างกายนั่นเอง ซึ่งอาจจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับทั้ง

3.1 ชนิดของอาวุธ และความคมของอาวุธ หากอาวุธมีความคมมาก การยุบตัวย่อมมีน้อย เป็นต้น

3.2 แรงที่ใช้ส่งอาวุธหรือที่กระทำต่อผู้อื่น หากกระทำโดยแรงย่อมทำให้เกิดการยุบตัวได้มาก แต่ก็ทำให้อาวุธทะลุทะลวงได้ลึกด้วยเช่นเดียวกัน

3.3 สภาพแห่งผู้ถูกกระทำ เช่น กล้ามเนื้อแข็งหรือนิ่ม บริเวณหรือตำแหน่งที่ตีมาจากมีไขมัน บริเวณที่มีกระดูกเป็นฐานรองเนื้อเยื่อ เช่น ซีโครงรองทรวงอก (หน้าท้องไม่มีสิ่งรองรับหรือโครง)

3.4 การผ่อนแรงกระทำ เช่น การถอยร่นหรือเคลื่อนไปตามแรงที่กระทำ

ข้อ 4: เลื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่อาวุธผ่านหลังจากที่ออกจากร่างกายแล้ว **เช่นเดียวกับข้อ 1** แต่เป็นในทางตรงข้าม แต่ประการสำคัญก็คือ ตามข้อนี้จะไม่มีแรงต้าน**เช่นในข้อ 1** อาจทำให้รอยขาดถูกดันไปมากกว่าจะเป็นตำแหน่งบนอาวุธจริง เช่น ดูเหมือนรอยฉีกจะมีเพียงไม่กี่มิลลิเมตร ซึ่งน่าจะเป็นส่วนปลายของอาวุธ แต่แท้ที่จริงแล้ว อาวุธจะดันให้เลื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มแอ่อก (เผยอ) ไปจากร่างกาย ทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่า อาวุธสั้น แต่แท้ที่จริงยาวกว่ามาก

ข้อ 5: ประมาณการความยาวของอาวุธ หลังจากพ้นจากเครื่องนุ่งห่มแล้ว ใช้หลักในเรื่อง “การเรียงเล็งของอาวุธ”

วิเคราะห์กรณีอุทาหรณ์:

ข้อ 1: ชั้นของเลื้อผ้าที่มีด้วยกัน 2 ชั้น ซึ่งประมาณความหนาได้ 1-2 เซนติเมตร

ข้อ 2: ความลึกของบาดแผลที่เกิดขึ้นในร่างกายในผู้ตายรายนี้วัดความลึกตั้งแต่บาดแผลที่หน้าอกด้านซ้าย (ช่องซี่โครงที่ 1) มาจรดที่ด้านหลังได้ 28 เซนติเมตร และวัดความยาวของบาดแผลที่ผิวหนังด้านหลังวัดได้ 2.4 เซนติเมตร

ข้อ 3: การยุบตัวน่าจะมีส่วน (อาจต้องประมาณ) ซึ่งหากเป็นขนาดและรูปร่างอย่างผู้ตายแล้ว น่าจะไม่เกิน 2 เซนติเมตรเท่านั้น

ข้อ 4: ชั้นของเสื้อผ้าที่มีด้วยกัน 2 ชั้น ประเมินความหนาของเสื้อ (รวมความโป่งระหว่างผิวหนังกับเสื้อ) น่าจะประมาณ 1 เซนติเมตร และตรวจความยาวของการฉีกขาดของเสื้อตัวในด้านหลังพบว่ายังได้ขนาด 2.4 เซนติเมตร ความยาวรอยฉีกขาดของเสื้อตัวนอกด้านหลังวัดได้ 1.8 เซนติเมตร

อธิบาย:

แสดงถึงเมื่อมีเลือดออกจากร่างกาย (ที่หลัง) ยังไม่อยู่ในส่วนของปลายมิด หรือส่วนที่เริ่มเรียวเล็กลง ทั้งนี้ยังสนับสนุนโดยรอยฉีกขาดของเสื้อตัวในด้านหลังที่วัดได้ยาว 2.4 เซนติเมตร แต่เสื้อตัวนอกกลับวัดความยาวที่ฉีกขาดได้ 1.8 เซนติเมตร แสดงถึงการที่เริ่มถึงส่วนที่เรียวเล็กของมิดแล้ว และยาวเลยต่อไปสู่ภายนอกเสื้อ (อากาศ) ซึ่งหากความหลวมของเสื้อระหว่างเสื้อตัวในและตัวนอก รวมถึงความยืดหยุ่น (space) อาจมีความเปลี่ยนแปลงได้ถึงประมาณ 2-3 เซนติเมตร (โป่ง ๆ)

ข้อ 5: ประมาณความยาวของอาวุธที่เหลือที่พ้นจากเสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย

เป็นการประเมินความยาวเลยด้านหลังของเสื้อตัวนอกออกไปเริ่มส่วนเรียวเล็กแล้ว (ทะลุเสื้อเป็นรอยขาดยาว 1.8 เซนติเมตร) จึงน่าจะประมาณ 2-3 เซนติเมตร

ความยาวอาวุธ:

ก. เมื่อคำนวณความยาวของอาวุธแล้ว ประมาณได้เท่ากับ **1+2-3+4+5** คิดเป็น 1+28-3+3 = **29-30 เซนติเมตร**

ข. หากบาดแผลดังกล่าวไม่ทะลุที่หลัง เราย่อมได้ความยาวของอาวุธเป็น “ไม่น้อยกว่าระยะทางจากหน้าอก”

ค. หากมิดเมื่อทะลุด้านหลังของร่างกายและเสื้อผ้า ยังวัดความยาวได้เท่ากับทางเข้าแล้ว แสดงว่ายังไม่ถึงตำแหน่งเริ่มการเรียวเล็กของอาวุธ จึงไม่อาจประเมินความยาวของอาวุธได้เลย

3. สรุปลักษณะของอาวุธ

เป็นอาวุธปลายแหลมแบน มีความหนาประมาณ 0.2-0.3 เซนติเมตร กว้าง 2.4-2.5 เซนติเมตร และยาวไม่น้อยกว่า 33 เซนติเมตร

ประการที่ 5: สาเหตุแห่งการตายตามอุทธรณ์

ในผู้ตายรายนี้ให้สาเหตุแห่งการตายซึ่งตรวจพบจากการผ่าศพตรวจว่า สาเหตุแห่งการตายคือ การที่เส้นเลือดแดง (brachiocephalic trunk) (ภาพที่ 6) ถูกตัดฉีกขาด (ราวครึ่งหนึ่ง) แต่เนื่องจากเส้นเลือดดังกล่าวเป็นเส้นเลือดที่ถือว่าเป็นแขนงสำคัญที่ออกจากหลอดเลือดแดงใหญ่ (aortic arch) ซึ่งมีแรงบีบ (pressure) อยู่ในระดับเทียบเคียงกับแรงดันของการบีบตัวของหัวใจทีเดียว จึงทำให้ปริมาณเลือดที่ออกมานั้นมากมายดังที่ตรวจพบ (ในช่องอกซ้าย 500 ลบ.ซม. และมีก้อนเลือดถึง 500 กรัม อีกทั้งในช่องอกขวามีเลือดออก 900 ลบ.ซม. และก้อนเลือด 300 กรัม) หากคิดเป็นปริมาตรของเลือดที่ออกก็น่าจะมีปริมาณราวร้อยละ 50 ของเลือดที่มีอยู่ในร่างกายทีเดียว

สาเหตุการตายในรายนี้คือ “การเสียเลือดจากร่างกายอย่างมากและรวดเร็ว (acute massive hemorrhage: estimated blood loss = 2,300 ลบ.ซม.) เนื่องจากหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากโค้งหลอดเลือดเอออร์ตาฉีกขาด (cut wound at brachiocephalic trunk)”

ประการที่ 6: การพบโคลนและเหนในทางเดินหายใจ

แม้ว่าในรายนี้จะพบเหนและโคลนในทางเดินหายใจส่วนต้น (trachea and main bronchus) แต่แท้ที่จริงแล้วมิได้เป็นสาเหตุแห่งการตายอย่างชัดเจน เพราะมีปริมาณน้อยมาก อีกทั้งสภาพแห่งการตายที่พบเป็นศพแสดงถึงการนอนคว่ำหน้ากับน้ำที่มีพิษไม่ได้อยู่ด้วย จึงสามารถที่จะไหลเข้าไปในทางเดินหายใจได้บางส่วนด้วย

อย่างไรก็ตาม แสดงว่าเมื่อผู้ตายล้มลงอันเนื่องจากสาเหตุแห่งการตายนั้น ผู้ตายยังคงมีปฏิกิริยาของชีวิต (คือยังไม่ได้ตายทันที) อาจมีการหายใจและสูดเอา น้ำ โคลน และพิษไม้เท้า (เหน) เข้าไปได้บ้าง ซึ่งอาจเป็นการหายใจครั้งสุดท้าย (เอือกสุดท้าย) นั่นเอง

สรุป

ผู้ตายรายนี้ถูกทำร้าย (ถูกแทง) ด้วยอาวุธที่บริเวณหน้าอกด้านซ้ายใกล้กับช่องซี่โครงที่ 1 ทะลุเข้าในช่องอก ผ่านเนื้อเยื่อและตัดเส้นเลือดแดง (brachiocephalic trunk) เกือบขาด และทะลุผ่านช่องอกด้านซ้าย ทำให้เลือดออกในช่องอกจำนวนมาก ออกจากร่างกายในระดับช่องซี่โครงที่ 1 ด้านซ้ายและมีเลือดออกในช่องอกทั้งซ้ายและขวารวมกันไม่น้อยกว่า 2,300 มิลลิลิตร โดยอาวุธที่ใช้ น่าจะเป็นอาวุธแหลมคมแบนหนาประมาณ 0.2-0.3 เซนติเมตร กว้าง 2.4-2.5 เซนติเมตร และยาวไม่น้อยกว่า 33 เซนติเมตร

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>
2. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
4. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม พ.ศ. 2555)”.
5. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.

กรมควบคุมโรคเดินหน้า โครงการกวาดล้างโรคมาลาเรียในพื้นที่สูง

นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค

กล่าวว่า การกวาดล้างโรคมาลาเรียให้หมดไปจากประเทศไทยเป็นนโยบายสำคัญที่กรมควบคุมโรคต้องเร่งดำเนินการ เนื่องจากโรคนี้ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทั้งนี้ข้อมูลทางระบาดวิทยาชี้ว่า แหล่งของเชื้อมาลาเรียจะอยู่บริเวณป่าเขาชายแดนของประเทศ โดยเฉพาะบริเวณชายแดนไทย-พม่า ที่ จ.ตาก ซึ่งพบโรคนี้มากเป็นอันดับ 1 ในประเทศ เห็นได้จากในปี พ.ศ. 2556 จ.ตาก พบผู้ป่วยโรคมาลาเรียมากถึง 12,904 ราย แยกเป็นคนไทย 4,977 ราย หรือร้อยละ 38.57 และเป็นชาวต่างชาติ 7,927 ราย หรือร้อยละ 61.43 และที่ อ.ท่าสองยาง พบผู้ป่วยมาลาเรียมากเป็นอันดับหนึ่งคือ จำนวน 7,217 ราย

ในปีนี้กรมควบคุมโรคได้จัดทำโครงการกวาดล้างโรคมาลาเรียในพื้นที่สูงขึ้น โดยเริ่มที่ อ.ท่าสองยาง จ.ตาก เป็นแห่งแรก ตั้งเป้าดำเนินการรวมทั้ง 60 หมู่บ้าน 6,000 หลังคาเรือน เพื่อตรวจเจาะเลือดค้นหาประชาชนที่ติดเชื้อมาลาเรียให้ได้อย่างน้อย 15,000 คน

นพ.โสภณ กล่าวต่ออีกว่า เมื่อปลายเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมามีการลงพื้นที่ที่บ้านทีโนะโค๊ะ ซึ่งเป็นหมู่บ้านเล็ก ๆ ตั้งอยู่ที่ ต.แม่อุสุ อ.ท่าสองยาง จ.ตาก ห่างจากพม่าแค่ประมาณ 3 กิโลเมตรเท่านั้น หมู่บ้านนี้เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่พบผู้ป่วยมาลาเรียจำนวนมากและมีการป่วยซ้ำซากตลอดทั้งปี เนื่องจากพื้นที่แห่งนี้เป็นหุบเขามีป่าจำนวนมาก และตั้งอยู่บริเวณป่าเขาชายแดนของประเทศ ชาวบ้านที่นี่เกือบร้อยละแปดสิบเป็นชาวไทยภูเขา ถือบัตรที่เรียกว่าบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย และเป็นอีกหนึ่งแห่งที่ถูกละเลยพื้นที่ที่แพร่เชื้อและมีกลุ่มชนที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อมาลาเรีย การกวาดล้างโรคมาลาเรียในพื้นที่บ้านทีโนะโค๊ะจะใช้วิธีเกณฑ์ชาวบ้านมาเจาะเลือดตรวจ



หาเชื้อมาลาเรียพร้อมกันทั้งหมู่บ้าน เพื่อค้นหาผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อมาลาเรียให้เข้าสู่การรักษาให้มากที่สุด โดยจะดำเนินการควบคุมไปกับมาตรการสำคัญ 4 ข้อ ได้แก่ 1. การเจาะเลือดเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาลาเรีย หากพบจะทำการรักษาฟรีทันที เพื่อกำจัดการแพร่เชื้อโรค 2. เจ้าหน้าที่หน่วยงานด้านมาลาเรียของกรมควบคุมโรคลงพื้นที่ฉีดพ่นยาฆ่ายุง ซึ่งยาที่ใช้จะไม่เป็นอันตรายต่อประชาชน แต่จะเป็นอันตรายต่อยุง หากยุงมาเกาะตามฝาผนังบ้านก็จะร่วงหล่นลงพื้น 3. การใช้มุ้งชุบสารเคมีที่ได้นำมาแจกให้ประชาชนใช้นอนกางเพื่อไม่ให้ยุงกัด และ 4. ยาทากันยุง พยายามให้ผู้ป่วยต้องสงสัยว่าป่วยเป็นเชื้อมาลาเรียทายากันยุงเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงกัดและนำเชื้อไปแพร่สู่คนอื่น

นอกจากนี้ยังได้มีการเน้นย้ำให้ทุกฝ่าย ทั้งชาวบ้าน อาสาสมัคร ชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ให้ร่วมกันเฝ้าระวังบุคคลที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามาอยู่ใหม่ในหมู่บ้าน ซึ่งอาจจะเป็สาเหตุที่นำโรคมาลาเรียมาสู่หมู่บ้านได้ โดยให้แจ้งเจ้าหน้าที่เข้าไปเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อมาลาเรีย หากพบผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียต้องได้รับการรักษาทันที เพื่อเป็นการควบคุมโรคมาลาเรียได้อย่างยั่งยืน

“ทั้งนี้คาดหวังว่าบ้านทีโนะโค๊ะจะเป็นแหล่งที่ดีในการเก็บข้อมูล ซึ่งกรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดตั้งหน่วยทำการตรวจหาเชื้อมาลาเรียเป็นเวลา 3 วัน เพื่อบริการตรวจหาเชื้อในชาวบ้านอย่างครอบคลุม หากผลการดำเนินงานในขั้นต้นได้ผลดี บ้านทีโนะโค๊ะจะได้รับการพัฒนาเป็นต้นแบบในการตรวจหาเชื้อมาลาเรียและขยายผลไปในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป และจากการเก็บข้อมูลในการดำเนินการตรวจหาเชื้อมาลาเรียพื้นที่ อ.ท่าสองยาง ในปีที่ผ่านมาจากจำนวนประชาชนประมาณ 4,000 คนที่เข้ามาตรวจ พบเชื้อประมาณ 16 ราย เป็นต่างชาติ 9 ราย และคนไทย 7 ราย” นพ.โสภณ กล่าว

ลดระยะเวลาการรักษาด้วยเลเซอร์ ในผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอตาที่เสี่ยงต่อตาบอดในเขตชนบท โดยการส่งปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต

ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานที่พบได้ คือ ตาบอดจากเบาหวานเข้าจอตา ซึ่งจักษุแพทย์สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ด้วยการตรวจคัดกรองเบื้องต้นและรักษาเบาหวานเข้าจอตา

การคัดกรองเบาหวานเข้าจอตาใน จ.นครราชสีมา ได้ดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 จนถึงปัจจุบัน แต่ทั้งนี้กลับพบปัญหาจากระบบบริการตรวจตาผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากเป็นการบริการแบบตั้งรับ ทำให้ครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตาได้เพียงร้อยละ 2.7 อีกทั้งการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตามีความซับซ้อน ต้องหยอดยาขยายม่านตา ตรวจด้วย Indirect ophthalmoscope ใช้เวลาตรวจนาน ใช้บุคลากรทั้งจักษุแพทย์ พยาบาล ระยะเวลาการรักษาด้วยเลเซอร์ รอคิวรักษา 1-2 เดือน เครื่องเลเซอร์สมัยก่อน (argon laser) ยิ่งยากใช้เวลานาน นัดผู้ป่วยได้ไม่มาก รวมถึงความชำนาญของจักษุแพทย์ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการคัดกรองผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

พญ.อัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และทีมวิจัย จึงได้เกิดความคิดในการคิดค้นงานวิจัยเรื่อง “การลดระยะเวลาการรักษาด้วยเลเซอร์ในผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอตาที่เสี่ยงต่อตาบอดในเขตชนบท โดยการส่งปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต” ซึ่งเป็นการนำอินเทอร์เน็ตมาช่วยทำให้งานช่วยชีวิตผู้ป่วยเบาหวานเร็วขึ้น ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานไม่ให้ตาบอดนั่นเอง

พญ.อัจฉรา เล่าว่า ในปี พ.ศ. 2551 ตนและทีมงานจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้เริ่มคิดงานวิจัย R2R อย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการตั้งคำถามวิจัยว่า การพัฒนาระบบตรวจคัดกรองเบาหวานเข้าตาเชิงรุก โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สามารถลดระยะเวลาการรักษาด้วยเลเซอร์ในผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอตาที่เสี่ยงต่อตาบอดในพื้นที่เขตชนบทของจังหวัดนครราชสีมา ได้หรือไม่

ในฐานะหัวหน้าทีมวิจัย ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตาในเขตชนบททั้งในและต่างประเทศ



พญ.อัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล



รับรางวัล R2R ดีเด่นระดับตติยภูมิ จาก สวรส.

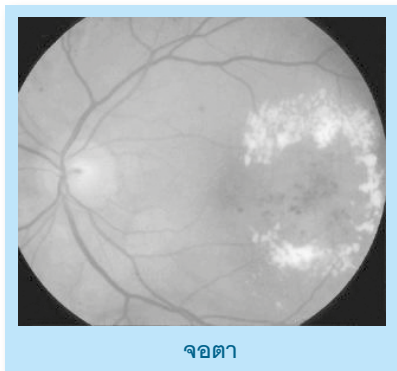


พูดคุยกับจักษุแพทย์และพยาบาล เวชปฏิบัติทางตา

หลังจากนั้นมีการพูดคุยระหว่างทีมงาน ซึ่งประกอบด้วย จักษุแพทย์ 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 4 คน จากนั้นเริ่มเขียนโครงการและ proposal โดยมีศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นที่ปรึกษา และขอสนับสนุนงบประมาณในเรื่องเครื่องมือแพทย์และงบประมาณสำหรับงานวิจัย จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่นครราชสีมา

ขั้นตอนการทำงาน เริ่มจากการพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถอ่านภาพจอตาเบื้องต้นในการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตา และการพัฒนาระบบบริหารจัดการโดยมีการใช้ระบบไอทีเพื่อให้การทำงานในชนบทง่ายขึ้น สามารถเพิ่มครอบคลุมการคัดกรอง เพิ่มคุณภาพของภาพถ่ายจอตา ลดระยะเวลาการรอรับการรักษาของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อตาบอด

จากนั้นทีมงานได้เลือกพื้นที่นำร่องในการทำวิจัย 3 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่าง 3 โรงพยาบาลชุมชนคือ ขนาด 60, 90 และ 120 เตียง เพื่อลดอคติ และคัดเลือกประชากรคือ ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายใน 3 อำเภอ จำนวน 4,650 ราย (เป็นผู้ป่วยชายร้อยละ 27 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 73 อายุเฉลี่ย 57.9 ปี) ซึ่งจะได้รับการแจ้งให้มาตรวจถ่ายภาพจอตาแล้ว พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนจะส่ง



จอตา



เจ้าหน้าที่เทคนิคถ่ายจอตาผู้ป่วย

พยาบาลส่งปรึกษาภาพจอตาแก่
จักษุแพทย์ทางอินเทอร์เน็ตจักษุแพทย์นัดหมายการรักษาผู้ป่วย
เพื่อยิงเลเซอร์

ปรึกษาจักษุแพทย์ทางอินเทอร์เน็ตที่เว็บไซต์ www.mnrh.go.th ในกรณี
ที่สงสัยว่าเป็นเบาหวานเข้าจอตาที่เสี่ยงต่อตาบอด และถ่ายภาพจอตา
ของผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการคัดกรองเบื้องต้นจะถูกส่งมายังจักษุแพทย์
อีกครั้ง โดยการบันทึก CD-ROM หลังจากนั้นจักษุแพทย์จะประเมินความ
สามารถของพยาบาล โดยศึกษาค่าความเห็นพ้อง ทั้งภาพที่ส่งทาง
อินเทอร์เน็ต และภาพที่บันทึก CD-ROM ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานเข้า
จอตาที่เสี่ยงตาบอดจะได้รับการส่งมารับการฉายแสงเลเซอร์ภายในเวลา
ไม่เกิน 2 สัปดาห์ ในระหว่างการทำวิจัยมีการเก็บข้อมูลโดยจักษุแพทย์
หัวหน้าทีม โดยเจ้าหน้าที่เทคนิคและทีมงานทั้งหมดได้มีส่วนร่วมในการ
วัดผลการพัฒนาด้วย

“ข้อดีของงานวิจัย อย่างแรกคือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย
เลเซอร์เร็วขึ้น เพราะว่าสมัยก่อนกว่าหมอจะอ่านค่าจอตาแล้วส่ง
ผลกลับต้องใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน เนื่องจากทุกคนมีภาระงานมาก
อยู่แล้ว และเห็นว่าการตรวจนี้เป็นงานที่เพิ่มเข้ามา แต่เมื่อทำสำเร็จ สิ่งแรก
ที่เปลี่ยนไปคือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้นอย่างเด่นชัด ทำให้ลดการ
รักษาการตาบอดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้คือความมั่นใจของทีมงานชุมชน
ในการทำหน้าที่เป็นคนคัดกรองมีมากขึ้น เพราะว่าเขาจะตอบคำถามกับ
ชาวบ้านได้ว่าตรวจเจอแล้วจะทำอะไรต่อให้เขา เพราะว่าสมัยก่อน
คนตรวจกว่าจะเรียกผู้ป่วยมาปรึกษา ผู้ป่วยก็อาจจะมีความกังวลระหว่าง
โรงพยาบาลชุมชนกันว่า เอ๊ะ!...ทำไมตรวจจนแล้วไม่รักษาเสียที เพราะ
ฉะนั้นด้วยระบบนี้ทำให้สัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการดีขึ้น ผู้ป่วย
ตาบอดก็ลดลง ส่วนทีมจักษุเองก็มีความสุขขึ้นในการทำงาน เพราะว่า
สามารถอยู่ในออฟฟิศแล้วทำงานทางอินเทอร์เน็ตได้”

โดยสรุป งานวิจัยชิ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอตาได้รับการ

รักษาในเวลารวดเร็ว ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยราชสีห์มาถึง 20,000 รายต่อปี เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วย
เบาหวานเข้าถึงบริการตรวจภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น และ
เพิ่มศักยภาพของทีมโรงพยาบาลชุมชนในการตรวจคัดกรอง
เบาหวานเข้าจอตาได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากงานวิจัยที่มีเป้าหมายในการช่วยผู้ป่วยเบาหวาน
ให้ไม่ต้องเผชิญกับปัญหาตาบอดเพราะเบาหวานเข้าจอตา
ส่งผลให้งานวิจัย **“การลดระยะเวลาการรักษาด้วย
เลเซอร์ในผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอตาที่เสี่ยงต่อตาบอด
ในเขตชนบท โดยการส่งปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต”** ได้รับ
รางวัล **Routine to Research (R2R)** ดีเด่นระดับตติยภูมิ
จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พญ.อัจฉรา กล่าวว่า ความสำเร็จของงานวิจัยที่เกิดขึ้น
ได้นี้มาจากเพื่อนร่วมงานที่ดี โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติ
ทางตาของกลุ่มงานจักษุที่ร่วมประชุมและระดมความคิดก่อน
ลงมือปฏิบัติจริง เนื่องจากงานนี้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง
ทีมแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางกับทีมโรงพยาบาลชุมชน
ดังนั้น การประชุมระดมความคิดต้องครอบคลุมไปถึงระดับ
ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน
และยังต้องขอความเห็นชอบต่อผู้บริหารโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยราชสีห์มา นับตั้งแต่หัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยา
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ผู้อำนวยการ ตลอดจน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ไม่เฉพาะความสำเร็จในการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน
เข้าจอตาในผู้ป่วยกลุ่มเบาหวานอย่างเดียวเท่านั้น
พญ.อัจฉรา ยังจะขยายการทำงานครอบคลุมไปถึงผู้ป่วย
เบาหวานที่เป็นต้อหินและต้อกระจกในอนาคตอีกด้วย โดย
ผู้ป่วยโรคต้อหินสามารถที่จะวินิจฉัยภาพได้จากจอนี้ได้เช่น
เดียวกัน นอกจากนี้ยังอาจจะทำให้ทีมอ่านภาพจอตาที่เป็น
พยาบาล และแพทย์โรงพยาบาลชุมชนมีความรู้ความสามารถ
อย่างมืออาชีพ ซึ่งจะต้องมีการอบรมพัฒนาทุกปีเพื่อจะเพิ่ม
ความรู้

“สำหรับน้อง ๆ คนไหนที่มุ่งมั่นอยากทำงานวิจัย
อยากบอกว่าไม่ต้องกลัว ลองนำงานประจำของเรามาตั้ง
แล้วคิดว่าสิ่งไหนที่เราอยากจะทำให้ดีขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์
กับผู้ป่วย เราก็ลงมือทำเลย อย่าไปกลัวคำว่าวิจัย ให้มองข้าม
ไปถึงผลดีที่ผู้ป่วยจะได้รับ แล้ววันหนึ่งผลสำเร็จจะเกิดขึ้นเอง
ขอให้เชื่อมั่นในความรู้ความสามารถ เพราะทุกคนมีศักยภาพ
ที่จะทำสิ่งดี ๆ ได้อีกมาก” **พญ.อัจฉรา** กล่าวทิ้งท้าย

กรมอนามัย หุ่นครอบครัว “กอด”

เพิ่มอีคิว - ลดภาวะซึมเศร้าให้ลูกน้อย



กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หุ่นครอบครัวเต็มเต็ม
ความรักด้วยการกอด แถมเพิ่มอีคิวให้แก่วัยรุ่น โดยเฉพาะ
เด็กทารกที่การอุ้มกอดขณะให้นมลูกช่วยเพิ่มความอบอุ่นและ
สานสัมพันธ์ความรัก

ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย เปิดเผย
ว่า สภาพสังคมปัจจุบันทำให้ครอบครัวมีความห่างไกลกันมากขึ้น
กรมอนามัยจึงสนับสนุนครอบครัวเต็มความรักให้แกกันด้วยการกอด

เพราะการกอดไม่ได้เป็นเพียงการแสดงความรักเท่านั้น แต่ยังมีผลดีต่อสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรคภัย เช่น โรคหัวใจและภาวะ
ซึมเศร้า เพราะการกอดจะช่วยเพิ่มปริมาณฮิโมโกลบิน ซึ่งเป็นส่วนประกอบในเม็ดเลือดแดงในเลือด ทำให้การลำเลียงของออกซิเจน
ไปยังเซลล์ต่าง ๆทั่วร่างกายดีขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจ เพราะช่วยเพิ่มระดับฮอร์โมนออกซิโทซิน (Oxytocin) ซึ่งเป็นฮอร์โมน
แห่งความรัก ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง ช่วยลดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ก่อให้เกิดความเครียด และการกอด
คนรัก สมองจะหลั่งสารโดปามีน (Dopamine) ก่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจ ความกระฉับกระเฉง รวมทั้งสารแห่งความสุข
ตัวอื่น ๆ เช่น สารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) และเซโรโทนิน (Serotonin)

ดร.นพ.พรเทพ กล่าวต่อว่า การกอดมีผลดีอย่างมากในเด็กเพราะสามารถเพิ่มอีคิวได้ โดยเฉพาะในเด็กทารกที่ได้รับการ
เลี้ยงดูด้วยนมแม่ การอุ้มกอดขณะให้นมลูกจะช่วยเพิ่มความอบอุ่นและสานสัมพันธ์ความรักมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้สถาบันวิจัยการ
สัมผัส คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยไมอามี สหรัฐอเมริกา ยังพบว่าการสัมผัสหรือการกอดมีผลต่อกระบวนการบำบัดรักษาอาการ
เจ็บป่วยของเด็ก และยังมีผลต่อการรักษาโรคต่าง ๆ เช่น โรคหิด ผิวหนังอักเสบ และความเครียดจากอาการบาดเจ็บต่าง ๆ รวมทั้ง
สามารถใช้ได้ผลกับเด็กทารกที่ได้รับเชื้อเอชไอวี ทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกผิดปกติ สำหรับในผู้สูงอายุ การกอดทำให้ผู้สูงอายุ
มีภาวะสุขภาพดีขึ้น มีความกระตือรือร้น และความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ บรรเทาความเจ็บป่วย ซึมเศร้า ความวิตกกังวล
ทำให้ผู้สูงอายุต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ และรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้น

“ทั้งนี้การกอดสามารถทำได้ทั้งครอบครัว เพราะ
ช่วยลดช่องว่างระหว่างครอบครัว เต็มเต็มความรัก สร้าง
ความไว้วางใจ ให้ความรู้สึกมั่นคง การคุ้มครอง สร้างความ
ปลอดภัยให้แกกัน และมีคุณค่ามากสำหรับการใช้ชีวิตโดย
เฉพาะในเด็กและผู้สูงอายุซึ่งต้องอาศัยความรักจากคนที่อยู่
รอบข้าง ซึ่งเวอร์จิเนียร์ ซาเทียร์ นักจิตบำบัดชาวอเมริกัน
ได้กล่าวไว้ว่า การกอดกันวันละ 4 ครั้ง เพื่อการดำรงชีวิต กอด
กันวันละ 8 ครั้ง เพื่อการดำเนินชีวิต และกอดกันวันละ 12 ครั้ง
เพื่อการเจริญเติบโต” ดร.นพ.พรเทพ กล่าวทิ้งท้าย



สร. สร้างศูนย์หัวใจ ศูนย์มะเร็ง ร.พ.ราชบุรี เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วย

กระทรวงสาธารณสุข จัดงบประมาณ 470 ล้านบาท ก่อสร้างศูนย์เชี่ยวชาญรักษาโรคหัวใจและโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลราชบุรี เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วยและญาติ คาดแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2560 เผยขณะนี้พบประชาชนใน 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ราชบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม มีอัตราการตายจากโรคมะเร็งสูงเป็นอันดับ 1 คือ อัตรา 91 รายต่อประชากร 1 แสนคน ส่วนโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับ 7 คือ พบ 16 รายต่อประชากร 1 แสนคน



นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวง

สาธารณสุข กล่าวภายหลังเป็นประธานพิธีวางศิลาฤกษ์ อาคารศูนย์โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ที่โรงพยาบาลราชบุรี ว่า ตามนโยบายการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555-2560 ได้วางแผนพัฒนาให้โรงพยาบาลราชบุรีเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญรักษาโรคหัวใจและโรคมะเร็งประจำเขตบริการสุขภาพที่ 5 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ราชบุรี

นครปฐม สุพรรณบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม เนื่องจากพบว่าประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวมีอัตราการตายจากโรคมะเร็งสูงเป็นอันดับ 1 คือ 91 รายต่อประชากร 1 แสนคน ส่วนโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับ 7 คือ พบ 16 รายต่อประชากร 1 แสนคน

ในปีงบประมาณ 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณเงิน 470 ล้านบาท ก่อสร้างอาคารศูนย์เชี่ยวชาญโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และรังสีวินิจฉัย ที่โรงพยาบาลราชบุรี เป็นอาคารสูง 10 ชั้น ภายในอาคารนี้จะมีแผนกรังสีรักษา และรังสีวินิจฉัย ห้องผ่าตัด หน่วยผ่าตัดหัวใจ ห้องไอซียู หอผู้ป่วย สำนักงาน แพทย์ คัดแล้วเสร็จและเปิดดำเนินการรักษาได้ภายในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งศูนย์ดังกล่าวจะเป็นแม่ข่ายดูแลประชาชนใน 8 จังหวัด ซึ่งมีกว่า 5 ล้านคน ให้ได้รับการดูแลรักษาใกล้บ้าน ไม่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่อยู่นอกเขต เช่น ในกรุงเทพฯ ซึ่งยุ่งยาก เสียเวลา อาจทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิต เนื่องจากความล่าช้าในการรอคอยรักษา และยังเป็นภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วยและญาติอีกด้วย

ด้าน นพ.สมชาย เทพเจริญนิรันดร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี กล่าวว่า โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 855 เตียง เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิมะดับสูง ให้บริการประชาชนที่ป่วยทางกายและผู้ที่มิปัญหาสุขภาพจิต มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 2,800 ราย ต่อวัน ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลวันละ 658 ราย มีแพทย์เฉพาะทางเชี่ยวชาญ 140 คน, ทันตแพทย์ 12 คน, พยาบาล 632 คน, เภสัชกร 28 คน และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ รวมทั้งหมด 997 คน เป็นศูนย์รักษาโรคเฉพาะทางที่ทันสมัย เช่น ศูนย์



พิธีวางศิลาฤกษ์อาคารศูนย์โรคหัวใจ โรคมะเร็ง

โรคหัวใจมีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคหัวใจ ผ่าตัดหัวใจได้ โดยขณะนี้ได้จัดการดูแลรักษาผ่าตัดผู้ป่วยโรคหัวใจของเขตบริการสุขภาพที่ 5 หากมีปัญหาหลอดเลือดหัวใจตีบจะส่งตัวไปตรวจขยายเส้นเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลมหาชัย จ.สมุทรสาคร หรือที่โรงพยาบาลสนามจันทร์ จ.นครปฐม ก่อน จากนั้นจะส่งกลับไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลราชบุรี โดยในปีงบประมาณ 2556 มีผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 298 ราย ผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 5 ราย ส่วนโรคมะเร็งเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 64 ราย ผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 10 ราย

นพ.สมชาย กล่าวต่ออีกว่า ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 นี้ โรงพยาบาลราชบุรีจะเปิดศูนย์รักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยการฉายแสงหรือรังสีรักษาเป็นกลุ่มแรก เนื่องจากที่ผ่านมาในเขตบริการสุขภาพที่ 5 มีผู้ป่วยมะเร็งปีละ 16,000 ราย ต้องส่งไปฉายแสงที่กรุงเทพฯ ปีละ 1,500 ราย และต้องรอคิวฉายแสงมากกว่า 1 เดือน



อาคารสูง 10 ชั้น

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
26-28 มีนาคม 2557 	สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2557 ครั้งที่ 39 ณ ชั้น 22 โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์	โทรศัพท์ 0-2716-6857, 0-2716-5256 โทรสาร 0-2716-6857 E-mail: contact@dst.or.th http://dst.or.th
28-29 มีนาคม 2557 	สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการ Nephrology Meeting เรื่อง "Basic and Translational Concepts, New Insights into Pathogenesis of Glomerular Diseases" ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2716-6091, 0-2716-7450 โทรสาร 0-2718-1900 E-mail: kidney@loxinfo.co.th www.nephrothai.org
3 เมษายน 2557 	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	การอบรมเรื่อง "Clinical Microbiology Laboratory and ISO 15189/ISO 15190" ณ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์ และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี	โทรศัพท์ 0-2201-1542, 0-2201-2193 โทรสาร 0-2201-2607 www.acmrrama.com
21-25 เมษายน 2557 	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	การอบรมความรู้พื้นฐานทางการวิจัย สำหรับแพทย์ประจำบ้าน ประจำปี พ.ศ. 2557 ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โทรศัพท์ 0-2716-6141-3 โทรสาร 0-2716-6144 E-mail: kamolpakj14@gmail.com www.surgeons.or.th
23-25 เมษายน 2557 	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่กุมารเวชศาสตร์ ครั้งที่ 77 Theme: New Horizon in Pediatric Care ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี	E-mail: admin@thaipediatics.org www.thaipediatics.org
23-25 เมษายน 2557 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2557 "วัยว่าน" ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซ.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5721-22 โทรสาร 0-2716-5720 E-mail: congressrtcog@hotmail.com www rtcog.or.th
23-26 เมษายน 2557 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 30 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย From Bench to Bedside and Beyond ณ ศูนย์การประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคัลฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6744, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: rcpt.annual@rcpt.org, rcptmail@gmail.com www.rcpt.org/conference/2014/
24-25 เมษายน 2557 	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	การอบรมฟื้นฟูวิชาการเรื่อง "อุบัติเหตุทางมือ" ครั้งที่ 34 ณ อาคารศูนย์การแพทย์ศิริกิติ ชั้น 5 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542 www.acmrrama.com
1-2 พฤษภาคม 2557 	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	การประชุมวิชาการ "2 nd Korat Hip Day 2014 with Prof.Hartmuth Kiefer" ณ ห้องประชุม "สุขเสถียร" อาคารออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	โทรศัพท์ 08-4438-9733 E-mail: parinyaporn.hirunarj@bbraun.com

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
7-9 พฤษภาคม 2557 	สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 Contemporary management of complicated pregnancy ณ ห้องประชุม Grand A-B โรงแรมเดอะเฮอริเทจ พัทยาบีช รีสอร์ท จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2718-1489, 08-7695-7659 โทรสาร 0-2718-1488 E-mail: mfm_th@yahoo.com, por.boon@hotmail.com http://thai-smfm.com
14-16 พฤษภาคม 2557 	ชมรมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย	การจัดอบรมระยะสั้น Pediatric Endocrinology: Bridging Theory to Clinical Practice ณ ห้องประชุมพิธีการ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์/โทรสาร 0-2419-5676 E-mail: tspe.th@hotmail.co.th www.thaipediatics.org
14-16 พฤษภาคม 2557 	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	การประชุมวิชาการ The 2 nd SWU Palliative Care Conference 2014 เรื่อง All about Palliative Care ณ ภูเขางาม รีสอร์ท จ.นครนายก	โทรศัพท์ 0-3739-5085-6, 08-6057-7149 www.medicine.swu.ac.th/msmc
9 มิถุนายน - 7 สิงหาคม 2557 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	การอบรมหลักสูตร “อาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานสำหรับแพทย์” รุ่นที่ 3 ประจำปี พ.ศ. 2557 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	โทรศัพท์ 0-3838-6554 ต่อ 2305, 2306 E-mail: kanungnit@buu.ac.th, bookaew@buu.ac.th
19-20 มิถุนายน 2557 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โครงการฝึกอบรมวิชาการ “Rehabilitation in Neurogenic Bladder and Bowel” ณ ห้องเกษม ลีมาวงศ์ อาคารเรียนรวมฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1147 โทรสาร 0-7445-1127 E-mail: meeting@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
11-12 กรกฎาคม 2557 	อนุสาขา Sports Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย และ Thai Orthopaedic Society for Sports Medicine (TOSSM)	การประชุม The 4 th Annual Meeting of Thai Orthopaedic Society for Sports Medicine ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน รีสอร์ท จ.เพชรบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5436-7 www.rcost.or.th, www.thaisportsmed.org
21-25 กรกฎาคม 2557 	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการนานาชาติทางการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. 2557 Siriraj International Conference in Medicine and Public Health 2014 (SICMPH 2014) ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2419-2673 www.sirirajconference.com
5-8 สิงหาคม 2557 	โรงเรียนกายอุปกรณ์สิรินธร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการ Stroke Conference 2014: Orthotic and Therapeutic Management of Stroke Patients 2014 ณ อาคารศรีสวรินทิรา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	โทรศัพท์ 0-2419-3452 E-mail: strokeconferences@gmail.com www.sirirajconference.com
23-25 ตุลาคม 2557 	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia Pacific Orthopaedic Association (APOA)	การประชุม The 18 th Biennial Congress of Asia Pacific Orthopaedic Association (APOA) and the 36 th Annual Meeting of the Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand (RCOST) ณ ศูนย์การประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคิลฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5436 โทรสาร 0-2716-5440 E-mail: apoa2014@rcost.or.th www.apoa2014.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สสวส จำกัด 71/17 ถนนราชมนเฑียร แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2014

Date	Title	City	Country	Contact
30 April - 2 May 2014 	Biomarkers & Diagnostics World Congress	Philadelphia, Pennsylvania	United States of America	www.biomarkerworldcongress.com
1-3 May 2014 	ICBMS ALBANIA 2014	Tirana	Albania	www.icbms-albania.com
2-3 May 2014 	International Conference on Chemical, Agricultural and Medical Sciences	Antalya	Turkey	www.iicbe.org/2014/05/05/43
11-15 May 2014 	WFH 2014 World Congress	Melbourne	Australia	www.wfh.org/congress/en/WFH-2014-World-Congress
12-16 May 2014 	University of Oxford: Human Factors, Teamwork and Communication	Oxford	United Kingdom	www.conted.ox.ac.uk/courses/details.php?id=O13C290B9Y
12-13 May 2014 	Prenatal Molecular Diagnostics Europe	Lisbon	Portugal	www.healthtech.com/prenatal-diagnostics-europe
14-15 May 2014 	Health Technology, Management, & Finance 2014 Annual Conference	Washington DC	United States of America	http://advenaworld.com/healthtech-mgmt-and-finance-conference.html
12-14 June 2014 	The 8 th Congress of Asian Society of Cardiovascular Imaging "Heartbeat for Quantum Jump in Cardiovascular Imaging"	Jeju	Korea	www.asci2014.org
24-28 September 2014 	The 15 th Asian Oceanian Congress of Radiology	Kobe	Japan	www2.convention.co.jp/aocr2014

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong Karn Pat Editorial Team at E-mail: hp_14_dna@hotmail.com or send your information to our company, Saphasan Co., Ltd. 71/17 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 #110 Fax 0-2884-7299



ต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม

ทีมผู้บริหาร รอยัล คิลฟ โฮเต็ล กรุ๊ป ต้อนรับบุคคลสำคัญผู้มาร่วม การประชุมรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2557 ณ โรงแรม รอยัล คิลฟ แกรนด์ โฮเต็ล (จากซ้ายไปขวา) คุณวิภาดา วรธนะกุล กรรมการบริหาร รอยัล คิลฟ โฮเต็ล กรุ๊ป, คุณพวง วรธนะกุล กรรมการผู้จัดการ รอยัล คิลฟ โฮเต็ล กรุ๊ป, ดร.เดวิด ดี. โฮ (Dr.David D. Ho) ผู้อำนวยการและประธาน กรรมการบริหารศูนย์วิจัยโรคเอดส์เอรอนไดอะมอน นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา, ดร.ไฮดี้ เจน ลาร์สัน (Dr.Heidi Jane Larson), ศ.ปีเตอร์ ปีอ็อต (Prof.Peter Piot) ผู้อำนวยการวิทยาลัยสุขภาพและเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยลอนดอน สหราชอาณาจักร, ดร.แอนโทนี ฟอซี (Dr.Anthony Fauci), ดร.คริสติน เกรดี้ (Dr.Christine Grady) ผู้อำนวยการสถาบันโรคมุมแพและโรคติดเชื้อแห่งชาติ สถาบันสุขภาพแห่งชาติ รัฐแมริแลนด์, ศ.นพ.สุพัฒน์ วาณิชยการ เลขาธิการมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล และ นายอันโทเนลโล พาสซ่า (Antonello Passa) ผู้จัดการทั่วไป รอยัล คิลฟ โฮเต็ล กรุ๊ป เมื่อไม่นานมานี้



ลงนามความร่วมมือทางวิชาการ

นพ.ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล รองอธิบดีกรมการแพทย์ พร้อมด้วย นพ.อุดม เชาวรินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี และ รศ.ดร.ชนศักดิ์ ป้ายเที่ยง รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ (มจพ.) ลงนามความร่วมมือทางวิชาการ เรื่อง สร้างงานวิจัยและนวัตกรรมด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 25 “2014: Vision to Asean Community” ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้

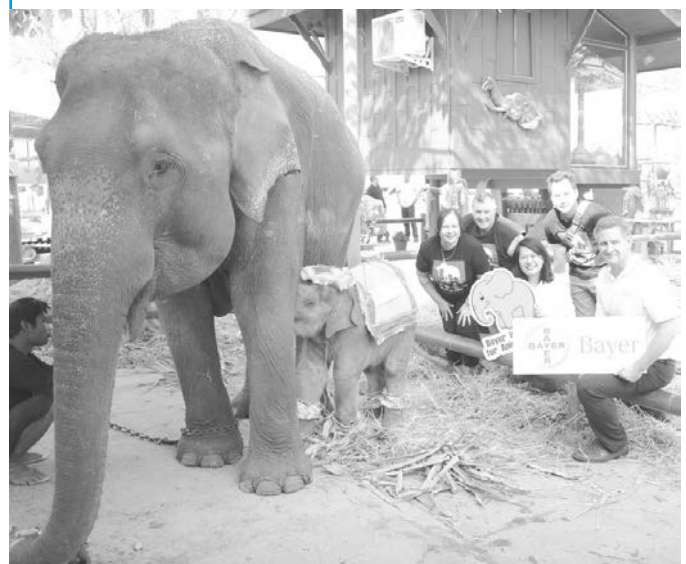
ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

ศ.พญ.ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช (ที่ 5 จากขวา) ประธาน กรรมการจัดกิจกรรมเพื่อสังคม สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย นำทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนัง ประกอบด้วย ผศ.พญ.สุวิภากร โอภาสวงศ์ (ที่ 6 จากซ้าย), นพ.สมศักดิ์ ตันรัตนการ (ที่ 5 จากซ้าย) น.อ.สิริวัฒน์ ภัทรากาญจน์ (ที่ 3 จากขวา) พญ.กฤษณา จันทร์ประภาพ (ที่ 4 จากซ้าย) และ พญ.รัชนี อัครพันธุ์ ร่วมกันจัดกิจกรรมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อให้บริการประชาชน เพื่อให้ความรู้และทำการรักษาโรคผิวหนังชนิดต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนทั่วไป และให้ความรู้ด้านโรคผิวหนังที่พบบ่อยแก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลพะเยา กระทรวงสาธารณสุข เมื่อไม่นานมานี้



อุปถัมภ์ลูกช้างแรกเกิด

บริษัท ไบเออร์ไทย จำกัด นำโดย คุณเชลิน่า ชูว์ (กลาง) กรรมการผู้จัดการไบเออร์ไทย และ คุณคริสต็อฟ ฟูโบ (ขวาสุด) ผู้จัดการทั่วไปแผนกผลิตภัณฑ์สำหรับสัตว์ บริจาคเงิน 150,000 บาท และเวชภัณฑ์สำหรับสัตว์แก่มูลนิธิพระคชบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีตัวแทนจากมูลนิธิเป็นผู้รับมอบเพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนการอนุรักษ์ช้าง ในขณะที่เดียวกันบริษัทฯ ยังรับอุปถัมภ์ลูกช้างแรกเกิดชื่อว่า “พลายชีวิตดี” โดยการสนับสนุนอาหารเป็นจำนวน 10 เดือน ในโอกาสที่ไบเออร์ดำเนินธุรกิจมากกว่า 150 ปี เมื่อไม่นานมานี้



วงการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย



โรงพยาบาลรามารินทร์

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2557

ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ใน

โรงพยาบาลรามารินทร์ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่

ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป

วงการแพทย์
สัญจรทั่วไทย



ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา



ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา



ภาควิชาออร์โธปิดิกส์



ภาควิชาอายุรศาสตร์



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ความรู้ในเรื่องของแพทย์
ข่าวสารความคืบหน้า
วิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ บทความ
ผลงานวิจัย ตารางงานสัมมนา
และบทความทางวิชาการ
symposium
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพ
ทางด้านเวชกรรม



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



ชื่อผู้สมัคร.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เกษตรกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการแพทย์**

☐ 1 ปี (24 ฉบับ) **980** บาท ☐ 2 ปี (48 ฉบับ) **1,900** บาท (แถม 2 เดือน)

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการยา**

☐ 1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ไม่เล่ม **620** บาท ☐ 2 ปี (24 ฉบับ) + CPE PLUS ไม่เล่ม **1,200** บาท (แถม 2 เดือน)

ประเภทสมาชิก ☐ ใหม่ ☐ ต่ออายุ หมายเลขสมาชิก (ถ้ามี).....

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคาร สังกัด ปณ.คลังเงิน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

☐ เช็คบัตรเครดิต A/C PAYEE ONLY สังกัดในนาม บ.สรรพสาร จก.

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาถือปัส ปันเกล้า เลขที่ 264-205319-4

☐ ธนาคารกรุงเทพ สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก. 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
โทร. 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

หมายเหตุ

- ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
- บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบสมัครรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
- เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

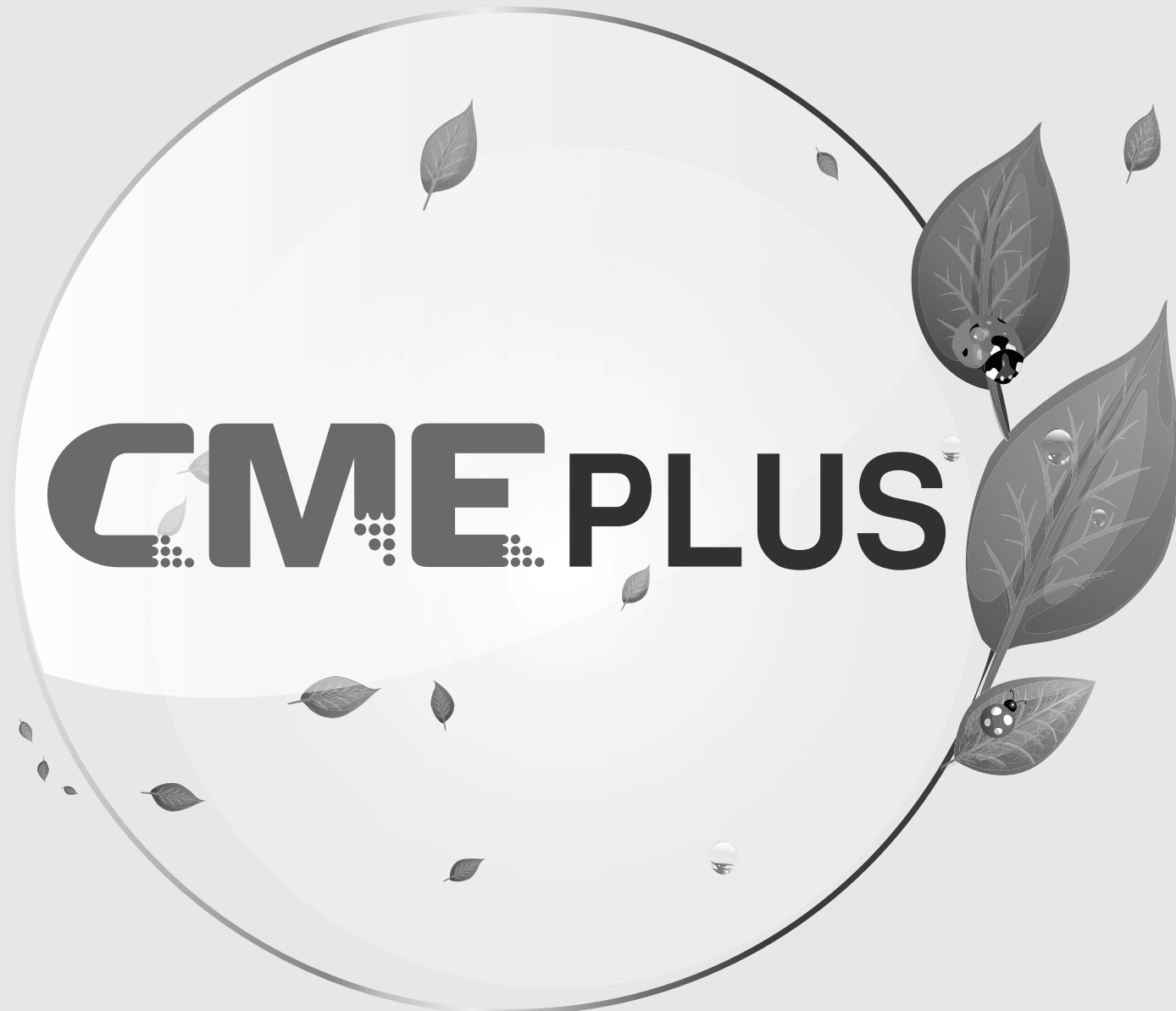
แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education



CME PLUS



Siriraj International Conference in Medicine and Public Health

SICMPH 2014 | 21-25 JULY

@ Faculty of Medicine Siriraj Hospital,
Mahidol University, Thailand

Healthcare for the AEC



Register online for the early bird rates at
<http://www.sirirajconference.com>

February 15 - June 15, 2014

Contact : siriraj.conference@gmail.com



Be confident with GSK's vaccine

FluaRIX™

(Influenza vaccine, split virion)



- ▶ **High** immunogenicity¹
- ▶ **Rapid** protection within 2-3 weeks after vaccination²
- ▶ **Good** safety profile¹

Abbreviated Prescribing Information

Based on full international product information. (Version number 19)

Fluarix™ is an inactivated influenza vaccine (split virion), each 0.5 ml vaccine dose contains 15 µg haemagglutinin of each of the 3 strains recommended by WHO (Southern Hemisphere or Northern Hemisphere). **Indications:** Fluarix™ is recommended for prophylaxis against influenza in adults and children older than 6 months of age. **Dosage and Administration:** *Adults and children over 3 years of age:* one dose of 0.5 ml. *Children from 6 to 36 months of age:* one dose of 0.25 ml or 0.5 ml. For children less than 9 years who have not previously been vaccinated, should receive a second administration of the same dosage after an interval of at least 4 weeks. Vaccination should be repeated every year with an age-appropriate dose of vaccine of updated antigen composition. Fluarix™ can be administered intramuscularly or subcutaneously. Fluarix™ should under no circumstances be administered intravenously. **Contra-indications:** Fluarix™ should not be administered to subjects with known hypersensitivity to the active substances, to any of the excipients, to egg, to chicken protein, formaldehyde, gentamicin sulphate or sodium deoxycholate. **Warnings and Precautions:** As with other vaccines, the administration of Fluarix™ should be postponed in subjects suffering from acute severe febrile illness. The presence of a minor illness with or without fever should not contra-indicate the use of Fluarix™. Fluarix™ will only prevent disease caused by influenza viruses. Infections with other agents causing flu-like symptoms are not prevented by the vaccine. As with all injectable vaccines, appropriate medical treatment and supervision should always be readily available in case of an anaphylactic event following the administration of the vaccine. Syncope (fainting) can occur following, or even before, any vaccination as a psychogenic response to the needle injection. It is important that procedures are in place to avoid injury from faints. **Interaction:** Immunisation can be affected by concomitant

immunosuppressive therapy or an existing immunodeficiency. Fluarix™ can be administered simultaneously with other vaccines. However, different injection sites must be selected. **Pregnancy and Lactation:** The safety of Fluarix™ when administered to pregnant women has not been evaluated. Animal studies do not indicate direct or indirect harmful effects with respect to reproductive and developmental toxicity. Fluarix™ should be used during pregnancy only when clearly needed, and the possible advantages outweigh the potential risks for the foetus. The safety of Fluarix™ when administered to breastfeeding women has not been evaluated. **Adverse Reactions: Clinical trials:** *Very common:* pain at the injection site, appetite loss, irritability, drowsiness, headache, fatigue, myalgia. *Common:* redness, swelling and induration at the injection site, sweating, shivering, arthralgia. *Uncommon:* dizziness, fever (reported in subjects 6 months to 5 years old, very common in subjects 6 months to 18 years of age, common in subjects 6 months to 18 years of age). **Post-marketing surveillance:** *Rare:* transient lymphadenopathy, allergic reactions (including anaphylactic reactions), neuritis, acute disseminated encephalomyelitis, Guillain-Barré syndrome, vomiting, urticaria, pruritus, erythema, rash, angioedema, influenza-like illness, malaise. (*Spontaneous reports of Guillain-Barré syndrome have been received following vaccination with Fluarix™; however, a causal association between vaccination and Guillain-Barré syndrome has not been established.)

Full Prescribing Information is available on request. Please read the full prescribing information prior to administration, available from GlaxoSmithKline (Thailand) Ltd., 12th Floor Wave Place, 55 Wireless road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330. Tel. 02-6593000 Fax. 02-6554567

"GSK is committed to the effective collection and management of human safety information relating to our products and we encourage healthcare professionals to report adverse events to us on 081 903 4499 or safety_th@gsk.com"

References: 1. R. Schmidt-Ott et al. Immunogenicity and reactogenicity of a trivalent influenza split vaccine in previously unvaccinated children aged 6-9 and 10-13 years. Vaccine 2007;26:32-40. Subjects aged 6-9 years (n=110), 10-13 years (n=114). Study supported by GlaxoSmithKline Biological, Rixensart, Belgium 2. เอกสารกำกับยา Fluarix

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

Full Prescribing Information is available on request. Please read the full prescribing information prior to administration, available from **GlaxoSmithKline (Thailand) Ltd.,** 12th Floor Wave Place, 55 Wireless road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330. Tel. 0-2659 3000 Fax. 0-2655 4567

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ.227/2556



GlaxoSmithKline