



ISSN 1513-590X
9 771513 590012



MADILOT

Hypertension Effective



LESS ANKLE OEDEMA

The global safety of manidipine was significantly better than amlodipine: the relative risk (RR) for adverse event was 0.69 (0.56 – 0.85), and particularly for ankle oedema RR was 0.35 (0.22 – 0.54)¹.

The aim of this meta-analysis was to compare the efficacy and safety profile of mandiprole 20 mg with that of amlopidine 10 mg. A systematic review of quantitative data produced or published between 1992 and 2009 was performed. Head-to-head randomized controlled trials (RCTs) of 12 months minimum duration reporting comparative efficacy (changes in systolic and diastolic blood pressure) and safety (total adverse events and ankle oedema), were included. Four high-quality RCTs, accounting for 838 patients (436 received mandiprole and 402 received amlopidine) were included. The efficacy of mandiprole and amlopidine was statistically equivalent: effect size for DBP 0.08 ($p < 0.22$) and SBP 0.01 ($p < 0.83$). The global safety of mandiprole was significantly better than amlopidine: the relative risk (RR) for adverse event was 0.69 ($95\% \text{ CI } 0.55\text{--}0.85$), and particularly for ankle oedema RR was 0.35 ($0.22\text{--}0.54$). Publication bias was not significant and the robustness of the analyses was good. These data suggest a better efficacy/safety ratio of mandiprole over amlopidine.

References

1. Rene R. Weirad. Racial Protection in Hypertensive Patients: Selection of Antihypertensive Therapy. *Drugs* 2005; 65 Suppl. 2: 29-38 "since evaluation of BUN and creatinine may infrequently occur, close observation is required. If any abnormality is found appropriate measures, eg. discontinue this drug should be taken"

MAFIOFOL® TABLET is an oral preparation containing hydrochloride, a long acting calcium antagonist antihypertensive agent. **MAFIOFOL® TABLET** provides a satisfactory long-acting antihypertensive effect by dilating blood vessels, mainly by calcium channel blockade. Clinically, it has been proven that **MAFIOFOL® TABLET** made possible good control of blood pressure in a single dose once a day, and it is useful for treatment of essential hypertension (mild or moderate), hypertension with renal impairment and severe hypertension. **COMPOSITION:** **MAFIOFOL® TABLET** 10 is a pale yellow, scored tablet containing 10 mg nifedipine hydrochloride. **MAFIOFOL® TABLET** 20 is a light orange-yellow, scored tablet containing 20 mg nifedipine hydrochloride. **INDICATION:** Mild or moderate essential hypertension, hypertension with renal impairment, Severe hypertension **DOSEAGE AND ADMINISTRATION:** Usually, for adults, a dose of 10-20 mg once a day.

MALADISE hydrochloride once a day is administered after breakfast, starting with an initial daily dose of 5 mg. The dosage can be increased gradually, if necessary. **PRECAUTIONS:** **MALADISE™** may rarely cause an excessive drop of blood pressure, so that certain appropriate measures, such as dosage reduction and exercise, should be taken. **CONTRAINDICATION:** The administration of this drug to pregnant women or women suspected of having pregnancy or nursing mother is advised to **AVOID IN THE ELDERLY.** It is generally acknowledged that excessive fall of blood pressure should be avoided in the elderly. Therefore, when **MALADISE™** is given in the elderly, it should be adjusted to suit a slow dose and rise from bed attention and under close observation. **ADVERSE REACTIONS:** Head and gastric pain, backaches, headache, nausea, vomiting may infrequently occur. The dizziness of eye and tinnitus function may also occasionally appear. **INTERACTIONS:** In combination with other drugs, especially those which depress the central nervous system, there may be additive effects. **DRUG INTERACTIONS:** Drugs which depress the central nervous system, such as alcohol, barbiturates, tranquilizers, sedatives, hypnotics, narcotics, anesthetics, antipsychotics, antidepressants, antiemetics, anticholinergics, antihistamines, antidiarrheals, antispasmodics, antitussives, antacids, antibiotics, antifungals, antivirals, cardiovascular agents, diuretics, electrolyte supplements, hormones, insulin, local anesthetics, oral contraceptives, skeletal muscle relaxants, sympathomimetics, vitamins, and others, should be used with caution. **DRUG ABUSE:** There are no reports of abuse or dependence. **STORAGE:** Store at room temperature. Protect from moisture. **EXPIRATION 2 years.** **PACKAGING:** Tablets, 30 mg. Containers of 100 Tablets (Tablets) and 30 mg. Containers of 30 Tablets (Tablets).

พินัยกรรมชีวิต:
แนวทางปฏิบัติที่ต้องรู้

** Intanza 9 µg: 18-59 yrs, *** Intanza 15 µg: ≥60 yrs

A MINIMALLY INVASIVE SOLUTION^{5,6}

Further information is available on request from sanofi pasteur Ltd.
Tel: 02-264-9999 Fax: 02-264-8800 www.sanofipasteurthailand.com

 เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

ใบขนยาเลขที่ 1099

sanofi pasteur
The vaccines division of sanofi-aventis Group



มาตรฐานและคุณธรรมเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นของหญิงไทย
Standard and Ethics to Improve Women's Health

EARLY BIRD
BOOKING DEADLINE

Fri 11
APRIL
2014

การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2557 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

AD/escence

วันพุธที่ 23 – วันศุกร์ที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2557

ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310

ห้องประชุม ชั้น 8
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

Pre-congress workshop

วันอังคารที่ 22 เม.ย. 57 เวลา 13.00 - 16.00 น.

Manual Vacuum Aspiration (MVA)

(ส่วนหนึ่งของการศึกษาต่อเนื่อง)

พิธีมุทิตาจิต แด่บรรพคณาจารย์

วันพุธที่ 23 เม.ย. 57 เวลา 10.30-11.00 น.

ณ ห้องสัมมนา 4-5-6

จัดโดย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

ห้องสยามมกุฎราชกุมาร
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

Hi-Light Topics

วันพุธที่ 23 - วันศุกร์ที่ 25 เม.ย. 57

- Cosmetic Concern in Young Women
- Teenage Pregnancy : Obstetric Problems
- Abnormal Puberty: Precocious & Delayed Puberty
- Teenage Pregnancy : Psychosocial Impact
- Gynecologic Tumor in the Young
- Abnormal Menstruation in Adolescence
- Contraception in Adolescence
- Gender Identity Disorder

Interhospital Conference

วันศุกร์ที่ 25 เม.ย. 57 เวลา 14.30 - 16.30 น.

ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร

นำเสนอโดย ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่, ม.สงขลานครินทร์

สวย แสบ เวอร์...
รับลงทะเบียนด่วน!!!
พร้อมรับ...กระเป๋าพกพา
สไตล์เรียบหรู



ลุ้นโชค...รับรางวัล iPad mini X 3



ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

สำนักงานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์: 0-2716-5721-22, 090-669-5722

โทรสาร: 0-2716-5720

E-mail: congressrtcog@hotmail.com

www.rtcog.or.th

NUTRICIA
RESEARCH

DANONE
NUTRICIA
RESEARCH

The 30th Anniversary Meeting



The Royal College of
Physicians of Thailand

From Bench to Bedside and Beyond

23rd - 26th April 2014, PEACH, Royal Cliff Beach Resort, Pattaya

Wednesday 23rd April 2014

08.00 - 12.00 SYMPOSIUM

- A problematic case approach of irritable bowel syndrome (IBS)
- How to approach memory problems
- Salt and the kidneys: from bench to bedside
- Holistic asthma management to reduce exacerbation

09.30 - 12.00 WORKSHOP

- Spot diagnosis in neurology
- Critical ultrasound for ICU practitioners
 - Echocardiography
 - Abdomen and lung
 - Vascular structures
 - Volume responsive tests
- Electrolyte interpretation and spot diagnosis in nephrology
- Hematomorphology
- Step by step chest radiographic interpretation: made it incredibly easy
- All about HIV: challenging with photoquiz

12.00 - 13.30 LUNCHEON SYMPOSIUM

- Symposium by Siam Pharmaceutical Co.Ltd
- Symposium by Reckitt Benckiser (Thailand)
- Symposium by GlaxoSmithKline (Thailand) Ltd.

13.30 - 15.00 MINI WORKSHOP

- Practical nutrition assessment
- EKG workshop
- Spot diagnosis in rheumatology

13.30 - 15.00 LANDMARK CLINICAL STUDY

- Landmark studies in infectious diseases
- Acute stroke
- Fluid resuscitations and acute kidney injury
- The use of vaptans in clinical nephrology
- Fever control in critically ill patients?
- Are we ready yet for the era of NOACs in VTEs treatment and prophylaxis?
- Gastroenterology and hepatology
- Early diagnosis and treatment of lung cancer 2014

15.30 - 16.30 GUIDELINES

- Sarcopenia: update asian sarcopenia working consensus
- Vitamin D for internist
- แนวเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วย มาลาเรียในประเทศไทย พ.ศ. 2557

16.30 - 18.00 MEDICINE TOURNAMENT (round 1)

Thursday 24th April 2014

07.30 - 08.30 MEET THE EXPERTS

- Does *H.pylori* or NSAIDs causes more problems to gastroduodenal tract?
- How do I treat my septic shock patients?
- Update on ANCA associated GN
- Should've known better
- How to interpret laboratory test in infectious diseases?
- How to improve efficiency of stroke fast tract?
- Management of pregnant lupus

08.30 - 10.00 SYMPOSIUM

- Bedside approach to patients with arthritis
- Enteral and parenteral nutrition in cancer cachexia and hepatobiliary diseases
- Updates in ARDS management
- Lymphoma: the great masquerader
- How to appropriately manage hospitalized demented patients?
- Dengue: form theory to treatment

10.30 - 10.45 OPENING CEREMONY

10.45 - 11.30 VIKIT VIRANUVATTI PLENARY LECTURE

11.30 - 12.00 ANNUAL GENERAL BUSINESS MEETING

12.00 - 13.30 LUNCHEON SYMPOSIUM

- Symposium by A.Menarini (Thailand) Ltd.
- Symposium by AstraZeneca (Thailand) Ltd.
- Symposium by MSD (Thailand) Ltd.
- Symposium by Roche Diagnostics (Thailand) Ltd.

13.30 - 15.00 Best abstract for resident/Best abstract for fellow/Best abstract of the year award (member)

14.00 - 15.00 GUIDELINES

- 1 Stable ischemic heart disease
- 2 Arterial hypertension
- Idiopathic thrombocytopenic purpura

15.30 - 18.00 Convocation ceremony and honorific distinguished internist awards

18.30 - 20.00 DINNER SYMPOSIUM

- Symposium by Berlin Pharmaceutical Industry Co.Ltd
- Symposium by Roche Diagnostics (Thailand) Ltd.

Friday 25th April 2014

07.30 - 08.30 MEET THE EXPERTS

- Multiple sclerosis
- Controlling ICU acquired infection
- Hypothermia (practical point)
- What's new in diabetic kidney disease?
- Bedside evaluation in hypotensive critically ill patients
- Cognitive assessment for internists: make it easy
- How to counsel the familial cancer syndrome?

08.30 - 10.00 SYMPOSIUM

- How to manage first seizure?
- Adrenal incidentaloma: how to approach?
- What's new in ACS?
- Cardio-renal syndrome
- Genomic translation and it's clinical impact

08.30 - 10.00 LANDMARK CLINICAL STUDY

- Anticoagulation prior to minor surgery
- Individualized therapy in the future of lupus treatment

10.30 - 12.00 CLINICAL CASE SEMINAR

- Biological toxins in neurology
- Movement disorder emergency
- Case 1: Is this patient in shock state?
- Case 2: Management of difficult ARDS
- PFT: from technical error recognition to practical ways of interpretation
- Proper uses of resuscitating fluid, inotropes, and hemodynamic assessment in critically-ill septic patient

10.30 - 11.30 GUIDELINE

- New Thai guideline for rheumatoid arthritis
- Evidence in enteral and parenteral nutrition practice

12.00 - 13.30 LUNCHEON SYMPOSIUM

- Symposium by A.Menarini (Thailand) Ltd.
- Symposium by AstraZeneca (Thailand) Ltd.
- Symposium by MSD (Thailand) Ltd.
- Symposium by Rottapharm (Thailand) Co.,Ltd.

13.30 - 15.00 FREE PAPER / THAILAND & ASIA RESEARCH HIGHLIGHTS

15.30 - 16.30 GUIDELINES

- Management of pain, agitation, and delirium in ICU patients
- The first Thai guidelines : sleep breathing disorders
- Appropriate cancer screening for older adults
- Update guidelines of HIV treatment and post exposure prophylaxis

16.30 - 18.00 MEDICINE TOURNAMENT (final round)

18.30 - 22.00 GALA DINNER

Saturday 26th April 2014

07.30 - 08.30 MEET THE EXPERTS

- CNS infection
- Roles of allergen immunotherapy and anti-IgE therapy in the management of asthma and other allergic diseases
- Anemia with renal insufficiency: multiple myeloma VS anemia of renal disease
- Imaging interpretation in ICU
- Calcium and vitamin D supplement in older adults
- Better ventilator management guided by graphic display

08.30 - 10.00 SYMPOSIUM

- Management of chronic hepatitis B in special conditions that internists must know
- Triple links between allergic rhinitis, sleep apnea, and reflux disorders
- Oncology pathways and molecular-targeted therapies in non small cell lung cancer
- Point of care test: roles in diagnosis and treatment of drug-resistant tuberculosis
- New concept in hypertension management

08.30 - 10.00 NON MEDICAL TOPICS

- จริยธรรม
- การลงทุน
- เค็ดในไม้หนึ่งใบ สะเทือนถึงดวงดาว

10.30 - 12.00 CLINICAL CASE SEMINAR

- Management of complicated gout: from bench to bedside
- How to manage allergic reactions to antituberculosis drugs: allergist and pulmonologist perspectives
- Clinical clues in nutrients deficiency
- Pulmonary hypertension
- Difficult case of lupus nephritis (LN)
 - Resistant LN
 - LN with acute kidney injury
- Competency in medication management in older adults
- What internist should know in erythrocytosis and thrombocytosis?
- How to escape from VRE and CRE outbreak: a true story
- Difficult case in diabetes mellitus
- Clinical case seminar in toxicology

12.00 - 13.30 LUNCHEON SYMPOSIUM

- Symposium by Boehringer Ingelheim (Thai) Ltd.
- Symposium by Novartis (Thailand) Ltd.
- Symposium by Biopharm Chemicals Co.,Ltd.

13.30 - 15.00 BREAKTHROUGHS IN INTERNAL MEDICINE 2013



รายละเอียดเพิ่มเติมที่

www.rcpt.org/conference/2014

งานวิจัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย The Royal College of Physicians of Thailand

อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๕๐ ปี วันที่ 2 พฤษภาคม ๒๕๕๗ ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10320

7th Floor, Royal Golden Jubilee Building, Soi Soonvijai, New Petchburi Road, Bangkok, Huaykwang, Bangkok 10320

Tel: 0-2716-6744 Mobile: 08-1450-4719, 08-9139-4555 E-mail rcpt.annual@rcpt.org

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



ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
The Royal College of Physicians of Thailand (RCPT)



MENARINI

The Royal College of Physicians of Thailand

*In conjugation with
A.Menarini (Thailand) Ltd.
Luncheon symposium*

**อย่าให้หลังเร็ว
เป็นปัญหาชีวิตรัก (ใคร่) อีกต่อไป**

24 April 2014,
12.00-13.30
Hall A1+A2
Royal Cliff, Pattaya



Moderator :
Prof Anichat Kongkanand



Speaker :
Dr Kavirach Tantiwongse



Speaker :
Asst Prof Pansak Sugkaroek



Thai Urological Association under the Royal Patronage

สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์



MENARINI

Thai Urological Association under the Royal Patronage

*In conjugation with
A.Menarini (Thailand) Ltd.
Luncheon symposium*

อย่าให้หลังเร็ว เป็นปัญหาชีวิตรัก (ใคร่) อีกต่อไป

25 April 2014,
12.50-13.30

Fidella room
The Zign, Pattaya



Moderator :

Prof. Apichat Kongkanand



Speaker :

Prof. Somboon Leungwattanakij



Speaker :

Asst. Prof. Pansak Sugkraroek

โครงการส่งเสริมสังคม โดย บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด

ภาพกิจกรรมการจัดทำโครงการคืนสู่สังคม ซึ่งตัวแทนของบริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด ได้ร่วมจัดกิจกรรมเป็นประจำทุกปี เช่น โครงการร่วมมือกับมูลนิธิขาเทียม โครงการช่วยเหลือโรงเรียนที่มีนักเรียนยากจน

โดยในปี พ.ศ. 2557 นี้ ทีม Takeda-ism ได้นำสิ่งของ เช่น ข้าวสาร อาหารแห้ง และทุนสนับสนุนบริจาคให้แก่เด็กนักเรียนยากจน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวเขาจากเผ่าต่าง ๆ ทางภาคเหนือของประเทศไทย โดยได้ทำการมอบให้ ณ โรงเรียนสามัคคีวิทยา ต.บ้านน้ำตาล อ.อินทร์บุรี จ.สิงห์บุรี เมื่อวันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา เป็นมูลค่ากว่า 50,000 บาท



welcome

โครงการส่งเสริมสังคม โดย
บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด
เพื่อมูลนิธิขาเทียม
ในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์
ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรจันทร์
ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาถ ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอมนันตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรญาณะลิต

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนชาติ ชุตินวงศ์

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสิฐกุล

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

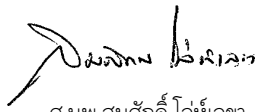
สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

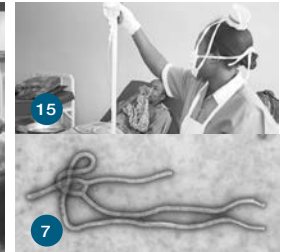
ความคาดหวังกับความเป็นจริง

เมื่อเร็ว ๆ นี้เราจะได้ข่าวเรื่องแพทย์วินิจฉัยความพิการของเด็กในครรภ์ไม่ได้ก่อนที่เด็กจะคลอดออกมา ผู้ป่วยกล่าวหาว่าเป็นความผิดของแพทย์เพราะไปฝากท้องเป็นประจำ และแพทย์ได้ทำการตรวจโดยอัลตราซาวด์แล้ว สิ่งนี้เกิดจากความคาดหวังที่เกินความจริง เพราะคิดว่าปัจจุบันแพทย์วินิจฉัยหรือรักษาได้ทุกอย่างอย่างแน่นอน ความจริงเครื่องมือต่าง ๆ ไม่ได้วิเศษอย่างที่ชาวบ้านคิด ยังต้องมีการวิจัยและพัฒนาอีกมาก แพทย์อาจบอกได้ถูกต้องมากกว่าหมอหลายเท่า หมอพูดทำนายผิดทั้งที่เสียเงินจำนวนมาก ไม่มีใครเอาเรื่องไปฟ้องร้องเพราะถือว่าโง่งมที่ไปเชื่อ ส่วนแพทย์นั้นบางครั้งรักษาโดยไม่คิดเงิน แต่ถูกเรียกร้องให้จ่ายค่าเสียหายที่วินิจฉัยไม่ได้แม่นยำอย่างที่ผู้ป่วยต้องการ ความจริงความพิการของทารกในครรภ์อาจเกิดจากพันธุกรรมของเด็กหรือจากสิ่งแวดล้อมในครรภ์โดยแพทย์ไม่ได้เป็นผู้ทำให้เกิด การที่เด็กตัวติดกันก็เกิดจากการแบ่งตัวของเซลล์ที่ผสมแล้วจาก 1 เป็น 2 และจาก 2 เป็น 4 เซลล์ที่แบ่งตัวนี้ควรจะติดอยู่ด้วยกัน แต่ถ้าแบ่งขาดจากกันก็จะกลายเป็นเด็ก 2 คนที่มีพันธุกรรมเหมือนกัน เพราะเซลล์ในช่วงแรกมีศักยภาพที่กลายเป็นคนได้ แต่ถ้าการแบ่งตัวนั้นไม่ขาดจากกันทั้งหมดก็จะมีส่วนที่ติดกัน อาจติดกันเล็กน้อย เช่น แผลติดกับจันหรือจะติดกันมากจนไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ เรื่องนี้เกิดโดยธรรมชาติ แพทย์ไม่ได้ทำให้เกิด เด็กที่คลอดมาพิการถ้าเราส่งสารอยากจะช่วยก็ให้รัฐบาลช่วยเหลือคนพิการเหล่านี้ แต่ไม่ใช่แพทย์ที่รับฝากครรภ์หรือทำคลอด การดูแลอัลตราซาวด์เป็นการดูเงาที่เกิดจากการสะท้อนของเสียง ไม่ได้เห็นชัดเหมือนกับที่เราเห็นเด็กที่คลอดออกมาแล้ว เราดูเงาจากการใช้ไฟส่องที่อยู่นอกมดลูกแล้วยังขัดกว่า เครื่องมือที่ใช้ในชนบทก็ไม่ได้มีคุณภาพดีเยี่ยม ผู้ทำก็ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้น ถ้าจะให้ตรวจแม่นยำขึ้นกว่าเดิมก็ต้องเสียเงินมากขึ้น ถึงแม้จะใช้เครื่องมือที่ทันสมัยที่สุดและผู้เชี่ยวชาญที่สุดในประเทศไทยก็ไม่มีทางถูกต้อง 100% การที่วินิจฉัยไม่ได้แล้วผู้ป่วยเรียกร้องค่าเสียหายเป็นผลให้แพทย์หลายท่านไม่ยอมทำอัลตราซาวด์ เพราะถ้าวินิจฉัยผิดอาจถูกฟ้องร้อง ถึงวินิจฉัยถูกก็มักทำอะไรไม่ได้ โรคหลายอย่างแพทย์วินิจฉัยไม่ได้ถ้าผู้ป่วยมาในระยะแรกเพราะอาการยังไม่ชัด เราจะแก้ปัญหานี้ได้ต้องให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นหรือมีลูกหลานเป็นแพทย์ เขาจะเข้าใจมากขึ้น เพราะเวลาแพทย์อธิบาย เขาคิดว่าแพทย์แกล้ง แต่ถ้าลูกหลานเขาอธิบาย เขามีแนวโน้มว่าจะเชื่อมากกว่า ถ้าทุกคนคาดหวังสูง อนาคตคำรักษาพยาบาลจะแพงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลเอกชน แพทย์จะต้องตรวจทุกอย่างเพื่อความถูกต้อง ผู้ป่วยบางรายมาบ่นว่าทำไมไปผ่าตัดได้ตั้งอีกเสียเงินเป็นแสน แพทย์ตรวจร่างกายแล้วยังบอกไม่ได้ชัดว่าเป็นโรคได้ตั้งอีกเสียหรือไม่ ตำแหน่งที่เจ็บอาจเกิดจากลำไส้อักเสบ ปีกมดลูกอักเสบ โรคของรังไข่ ในระยะแรก ๆ แพทย์เอกซเรย์ก็บอกไม่ได้ ถ้าจะตรวจโดยอัลตราซาวด์ก็อาจไม่เห็นเพราะบางที่ไส้ติ่งมีลำไส้ใหญ่บังอยู่ การใช้ CT scan ก็อาจบอกไม่ได้ ลงท้ายแพทย์ต้องใช้ MRI ตรวจ ที่ต้องตรวจหลายอย่างเพราะถ้าผ่าไปแล้วไม่ได้เป็นไส้ติ่งอักเสบ ผู้ป่วยก็จะเอาเรื่องเรียกร้องค่าเสียหายที่มีผลผ่าตัดหน้าท้องและต้องนอนโรงพยาบาลหลายวัน ในสหรัฐอเมริกาแม้เป็นโรงเรียนแพทย์ยังพบว่าประมาณ 20% ผ่าออกมาแล้วพบว่าไส้ติ่งปกติ แต่คนของเขายอมรับว่าผ่าแล้วไม่ใช่ดีกว่าใช้แล้วไม่ได้ผ่า เพราะอาจตายได้ถ้าไม่ผ่า แต่ผู้ป่วยในประเทศไทยผ่าแล้วไม่ใช่กลับเอาเรื่องแพทย์แพทย์เลยต้องป้องกันตัวโดยตรวจให้แน่นอนโดยใช้เทคโนโลยีทุกอย่างที่มีอยู่ ขณะที่โรงพยาบาลของรัฐในชนบททำไม่ได้ เพราะไม่มีเครื่องมือและไม่มีเงินที่จะตรวจโดยใช้เครื่องมือแพง ๆ เนื่องจากรัฐบาลให้เงินน้อยมาก ถ้ารอให้อาการชัดผู้ป่วยก็อาจเสียชีวิตได้ แพทย์เลยใช้วิธีส่งต่อไปโรงพยาบาลใหญ่กว่า ทำให้การรักษาช้า ผู้ป่วยมีอันตรายมากขึ้น ส่วนหนึ่งของปัญหาคือสื่อไม่เข้าใจ ขอบประโคมข่าวในเรื่องไม่ควรเป็นข่าว ผมเคยทำงานในสหรัฐอเมริกาหลายปี ไม่เคยเห็นสื่อลงข่าวเรื่องเหลวไหลเช่นนี้ เพราะสื่อเขาเข้าใจถึงข้อจำกัดต่าง ๆ น่าจะมีการอบรมสื่อให้ทราบความจริงมากขึ้น ไม่ใช่ทำข่าวให้ตื่นตื่นเพื่อขายข่าว และเอาความลับส่วนบุคคลของผู้ป่วยมาเผยแพร่


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 412 วันที่ 16 - 30 เมษายน 2557



3 โลกกว้างทางแพทย์

- วารัฟาริน ไตเสื่อม และผลลัพธ์หลังกลืนเนื้อหัวใจตายฉับพลันในผู้ป่วย AF
- ประสิทธิภาพด้านซึมเศร้าของยา agomelatine
- Anastrozole สำหรับป้องกันมะเร็งเต้านมในหญิงวัยทอง ความเสี่ยงสูง

7 ข่าวสารการแพทย์

- กรมสุขภาพจิต ชวนคนไทยเปลี่ยนอดีตจาก “ภาระ” ให้เป็น “พลัง”
- สธ. ชี้ไทยเสี่ยงต่อ “ไวรัสอีโบล่า” ต่ำ พร้อมจัด 3 ระบบเฝ้าระวังและป้องกัน
- กรมอนามัย ตั้งเป้าปี 2560 ลดเด็กอ้วนเหลือร้อยละ 15

9 In Focus

มูลนิธิทาเคดา มอบทุนต่อเนื่องเป็นปีที่ 49
เปิดโอกาสแพทย์ไทยทุกสาขา
คว้าทุนศึกษาวิจัยและดูงานที่ประเทศญี่ปุ่น

12 Movement

13 รายงานพิเศษ

สมาคมศิษย์แพทย์ดกเต่งฯ ร่วมกับ WPATH
จัดงานประชุม 23rd WPATH 2014
ยกระดับสิทธิเสรีภาพของผู้มีปัญหาดัชนีทางเพศ

15 Get Up

- อีโบลาระบาดหนักในกินี
- กลืนอุจจาระเผยโรคได้
- สหรัฐฯ เปิดสอนออกกำลังกายหลักสูตรซีล

17 Special

ผศ.(พิเศษ) นพ.สุรินทร์ อัสวาทูรทิพย์

ความสุขของชีวิตคือการเป็นแพทย์ควบคู่กับศิลปะและศาสนา



20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

21 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

ชื่อสัตย์

23 เสี่ยงแพทย์

30 บาทรักษาทุกโรคเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ (ต่อ)

25 จุฬาปริทัศน์

การบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

28 Systematic Review

การรักษาหัวใจในระบบทางเดินปัสสาวะด้วยยา Alpha blockers

29 เฉพาะโรค

การรักษาระดับประคองในภาวะติดเชื้อเข้ากระแสเลือด

33 มุมนิติเวช

พินัยกรรมชีวิต: แนวทางปฏิบัติที่ต้องรู้

37 Radar

แนวทางการรักษาโรค CML-มะเร็งจีสต์

10 ปี โครงการจีแพประเทศไทย

สานต่อความหวังผู้ป่วยโรคมะเร็ง

39 เกาะติดงานประชุม

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
จัดประชุมวิชาการนานาชาติด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
'Healthcare for the AEC'

41 ข่าวบริการ

44 IT News/Book Shop

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

ก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะ IV (Human immunodeficiency virus : HIV)

วาร์ฟาริน ไตเสื่อม และผลลัพธ์หลังกลืนเนื้อหัวใจตายฉับพลัน ในผู้ป่วย AF

JAMA. 2014;311(9):919-928.

บทความเรื่อง Warfarin, Kidney Dysfunction, and Outcomes Following Acute Myocardial Infarction in Patients with Atrial Fibrillation รายงานว่า ปัจจุบันมีหลักฐานขัดแย้งกันเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาด้วยวาร์ฟาริน การตาย และอุบัติการณ์ของ ischemic stroke ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นมาก และเป็น atrial fibrillation

นักวิจัยได้ศึกษาผลลัพธ์ที่สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวาร์ฟารินซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานของไตในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และ atrial fibrillation การศึกษามีรูปแบบเป็น observational, prospective, multicenter cohort study จากทะเบียน

Web-System for Enhancement and Development of Evidence-Based Care in Heart Disease Evaluated According to Recommended Therapies (SWEDEHEART) (2003-2010) ซึ่งรวบรวมจากโรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศสวีเดนที่ให้การรักษาโรคหัวใจฉับพลัน ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ที่รอดชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็น atrial fibrillation และมีข้อมูล serum creatinine (n = 24,317) โดย 21.8% รับประทานวาร์ฟารินเมื่อออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ระยะของโรคไตเรื้อรังประเมินตามอัตรา estimated glomerular filtration rate (eGFR) ผลลัพธ์หลักได้แก่ 1. composite endpoint analysis ของการตาย รับประทานวาร์ฟารินเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือ ischemic stroke 2. เลือดออก (ผลรวมของการรับประทานวาร์ฟารินเนื่องจาก hemorrhagic stroke เลือดออกในทางเดินกระเพาะอาหารและลำไส้ เลือดออกที่เป็นสาเหตุให้เกิดเลือดจาง และอื่น ๆ) หรือ 3. เกิดผลลัพธ์ทั้งสองข้อภายใน 1 ปีนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล

มีผู้เข้าร่วมวิจัย 5,292 ราย (21.8%) ได้รับการรักษาด้วยวาร์ฟารินเมื่อออกจากโรงพยาบาล และ 51.7% เป็นโรคไตเรื้อรัง (eGFR < 60 mL/min/1.73 m² [eGFR < 60]) เมื่อเทียบกับการไม่ใช้วาร์ฟารินพบว่า การรักษาด้วยวาร์ฟารินสัมพันธ์กับความเสียหายที่ต่ำลงต่อผลลัพธ์รวม (n = 9,002 events) ในแต่ละชั้นของโรคไตเรื้อรังสำหรับ event rates ต่อ 100 person-years โดย eGFR > 60 มี event rate เท่ากับ 28.0 สำหรับใช้วาร์ฟาริน vs 36.1 สำหรับไม่ใช้วาร์ฟาริน; adjusted hazard ratio (HR) 0.73 (95% CI 0.65-0.81), eGFR > 30-60 มี event rate เท่ากับ 48.5 สำหรับใช้วาร์ฟาริน vs 63.8 สำหรับไม่ใช้วาร์ฟาริน; HR 0.73 (95% CI 0.66-0.80), eGFR > 15-30 มี event rate เท่ากับ 84.3 สำหรับใช้วาร์ฟาริน vs 110.1 สำหรับไม่ใช้วาร์ฟาริน; HR 0.84 (95% CI 0.70-1.02), eGFR ≤ 15 มี event rate เท่ากับ 83.2 สำหรับใช้วาร์ฟาริน vs 128.3 สำหรับไม่ใช้วาร์ฟาริน; HR 0.57 (95% CI 0.37-0.86) ความเสี่ยงเลือดออก (n = 1,202 events) ไม่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่รักษาด้วยวาร์ฟารินในแต่ละชั้นของโรคไตเรื้อรังสำหรับ event rates ต่อ 100 person-years โดย eGFR > 60 มี event rate เท่ากับ 5.0 สำหรับใช้วาร์ฟาริน vs 4.8 สำหรับไม่ใช้วาร์ฟาริน; HR 1.10 (95% CI 0.86-1.41), eGFR > 30-60 event rate เท่ากับ 6.8 สำหรับใช้วาร์ฟาริน vs 6.3 สำหรับไม่ใช้วาร์ฟาริน; HR 1.04 (95% CI 0.81-1.33), eGFR > 15-30 มี event rate เท่ากับ 9.3 สำหรับใช้วาร์ฟาริน vs 10.4 สำหรับไม่ใช้วาร์ฟาริน; HR 0.82 (95% CI 0.48-1.39), eGFR ≤ 15 มี event rate เท่ากับ 9.1 สำหรับใช้วาร์ฟาริน vs 13.5 สำหรับไม่ใช้วาร์ฟาริน; HR 0.52 (95% CI 0.16-1.65) การใช้วาร์ฟารินในแต่ละชั้นของโรคไตเรื้อรังสัมพันธ์กับ hazards ที่ต่ำลงของผลลัพธ์รวม (n = 9,592 events) สำหรับ event rates ต่อ 100 person-years โดย eGFR > 60 มี event rate เท่ากับ 32.1 สำหรับใช้วาร์ฟาริน vs 40.0 สำหรับไม่ใช้วาร์ฟาริน; HR 0.76 (95% CI 0.69-0.84), eGFR > 30-60 มี event rate เท่ากับ 53.6 สำหรับใช้วาร์ฟาริน vs 69.0 สำหรับไม่ใช้วาร์ฟาริน; HR 0.75 (95% CI 0.68-0.82), eGFR > 15-30 event rate เท่ากับ 90.2 สำหรับใช้วาร์ฟาริน vs 117.7 สำหรับไม่ใช้วาร์ฟาริน; HR 0.82 (95% CI 0.68-0.99), eGFR ≤ 15 มี event rate เท่ากับ 86.2 สำหรับใช้วาร์ฟาริน vs 138.2 สำหรับไม่ใช้วาร์ฟาริน; HR 0.55 (95% CI 0.37-0.83)

การรักษาด้วยวาร์ฟารินสัมพันธ์กับความเสียหายที่ต่ำลงสำหรับการตาย กล้ามเนื้อหัวใจตาย และ ischemic stroke โดยไม่มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อเลือดออกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็น atrial fibrillation ซึ่งความสัมพันธ์นี้ไม่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังที่เป็นอยู่

การเสริมกรดไขมันโอเมก้า-3 และ Lutein+Zeaxanthin ต่อผลลัพธ์ด้านหัวใจและหลอดเลือด

JAMA Intern Med. Published online March 17, 2014.

บทความเรื่อง Effect of Long-Chain ω -3 Fatty Acids and Lutein + Zeaxanthin Supplements on Cardiovascular Outcomes: Results of the Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) Randomized Clinical Trial รายงานว่า ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้รับการแนะนำในฐานะกลไกสำหรับช่วยเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค นักวิจัยจึงศึกษาว่าการเสริมอาหารด้วยกรดไขมัน long-chain ω -3 polyunsaturated fatty acids หรือ macular xanthophylls ลดอัตราของโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) หรือไม่

บทความนี้รายงานผลจากการศึกษา Cardiovascular Outcome Study (COS) ซึ่งเป็นการศึกษาย่อยในการศึกษา Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) จากผู้เข้าร่วมวิจัย 4,203 รายในคลินิกโรคตา 82 แห่งทั่วสหรัฐอเมริกา และมีมีฐานการติดตาม 4.8 ปี เกณฑ์เข้ารวมการศึกษาประกอบด้วยมีอายุระหว่าง 50-85 ปี เป็นจอตาเสื่อมตามวัยปานกลางหรือเป็นมากที่ตา 1 ข้าง และพร้อมเข้ารวมการศึกษารวมถึงมีโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอาการคงที่ (> 12 เดือนนับตั้งแต่เหตุการณ์เริ่มต้น)

การรักษาทำโดยเสริมกรดไขมัน long-chain ω -3 polyunsaturated fatty acids (docosahexaenoic acid [DHA] 350 mg + eicosapentaenoic acid [EPA] 650 mg), macular xanthophylls (lutein 10 mg + zeaxanthin 2 mg), combination ของทั้ง 2 อย่าง หรือยาหลอก โดยให้ร่วมกับสูตวิตามินและธาตุอาหารสำหรับจอตาเสื่อม

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ผลรวมของกล้ามเนื้อหัวใจตาย สโตรค และการตายเนื่องจาก CVD ร่วมกับ secondary combinations ของผลลัพธ์หลักกับหัวใจล้มเหลว สมองหลอดเลือด หรือ unstable angina

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีเชื้อสายยุโรป แต่งานแล้ว และมีการศึกษาสูง โดยมีมีฐานอายุที่พื้นฐานเท่ากับ 74 ปี จากการศึกษาพบเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด 602 เหตุการณ์โดย 459 เหตุการณ์สอดคล้องกับนิยามของผลลัพธ์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ศึกษาจาก intention-to-treat analysis ไม่พบการลดลงของความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ด้าน CVD หรือ secondary CVD สำหรับกลุ่ม DHA + EPA (primary outcome: hazard ratio [HR] 0.95; 95% CI 0.78-1.17) หรือกลุ่ม lutein + zeaxanthin (primary outcome: HR 0.94; 95% CI 0.77-1.15) และไม่พบความแตกต่างด้านเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงระหว่างแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้จากขนาดกลุ่มตัวอย่างพบการลดลง 25% ของเหตุการณ์ CVD โดยมีกำลังการทดสอบ 80%

การเสริมอาหารด้วย long-chain ω -3 polyunsaturated fatty acids หรือ macular xanthophylls ร่วมกับธาตุอาหารและวิตามินทุกวัน ไม่ได้ลดความเสี่ยงต่อ CVD ในผู้สูงอายุที่เป็นจอตาเสื่อมตามวัย



JAMA. 2014;311(12):1225-1233.

บทความเรื่อง Glycated Hemoglobin Measurement and Prediction of Cardiovascular Disease มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าการประเมินค่า HbA1c ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD สามารถปรับปรุงการพยากรณ์ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) ได้หรือไม่ โดยศึกษาจากงานวิจัยแบบ prospective study รวม 73 การศึกษา รวมผู้เข้าร่วมวิจัย 294,998 ราย ซึ่งไม่มีประวัติโรคเบาหวาน หรือ CVD ที่พื้นฐาน

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ มาตรฐานวัด risk discrimination สำหรับผลลัพธ์ CVD (เช่น C-index) และ reclassification (เช่น net reclassification improvement) ของผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มที่พยากรณ์ความเสี่ยง 10 ปีระดับต่ำ (< 5%), ปานกลาง (5% ถึง < 7.5%) และสูง (≥ 7.5%)

ระดับ Glycated Hemoglobin และการพยากรณ์ CVD

ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 9.9 ปี (interquartile range 7.6-13.2) พบการเกิด CVD ที่ถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิต 20,840 ราย (โรคหลอดเลือดหัวใจ 13,237 ราย และสโตรค 7,603 ราย) จากการวิเคราะห์ที่ปรับตามปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ทราบกันดีพบความสัมพันธ์แบบ J-shaped association ระหว่างค่า HbA1c และความเสี่ยง CVD ความสัมพันธ์ระหว่างค่า HbA1c และความเสี่ยง CVD เปลี่ยนแปลงเล็กน้อยหลังปรับตามคอเลสเตอรอลโดยรวมและไตกรลึซเซอไรด์ หรืออัตรา estimated glomerular filtration rate แต่ความสัมพันธ์นี้อ่อนลงหลังปรับตามระดับ high-density lipoprotein cholesterol และ C-reactive protein ค่า C-index ของตัวแบบพยากรณ์ความเสี่ยง CVD ซึ่งประเมินเฉพาะปัจจัยเสี่ยงมาตรฐานเท่ากับ 0.7434 (95% CI 0.7350-0.7517) และการเพิ่มข้อมูล HbA1c สัมพันธ์กับค่า C-index ที่เปลี่ยนแปลงเท่ากับ 0.0018 (0.0003-0.0033) และ net reclassification improvement เท่ากับ 0.42 (-0.63 ถึง 1.48) ในแต่ละกลุ่มความเสี่ยง ซึ่งผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจากการประเมินค่า HbA1c ในการพยากรณ์ความเสี่ยง CVD นี้เทียบเท่าหรือดีกว่าการวัดระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร สุ่มวัดระดับน้ำตาล และวัดหลังกินน้ำตาล

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้ที่ไม่มีประวัติ CVD หรือเบาหวานพบว่า การประเมินค่า HbA1c ร่วมกับความเสี่ยง CVD มีประโยชน์เพิ่มขึ้นเล็กน้อยต่อการพยากรณ์ความเสี่ยง CVD

ความเสี่ยงทางพันธุกรรมจากการรับประทานของทอด

BMJ 2014;348:g1610.

บทความเรื่อง Fried Food Consumption, Genetic Risk, and Body Mass Index: Gene-Diet Interaction Analysis in Three US Cohort Studies ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงทางพันธุกรรมและการรับประทานของทอดตามดัชนีมวลกาย (BMI) และโรคอ้วน นักวิจัยศึกษาจากผู้หญิง 9,623 รายในการศึกษา Nurses' Health Study ผู้ชาย 6,379 รายในการศึกษา Health Professionals Follow-up Study และผู้หญิง 21,421 รายในการศึกษา Women's Genome Health Study โดยให้การวัด BMI ระหว่างการติดตามเป็นมาตรฐานวัดผลลัพธ์หลัก

ข้อมูลจากการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานของทอดและคะแนนความเสี่ยงทางพันธุกรรมตาม BMI ในทั้งการศึกษา Nurses' Health Study และ Health Professionals Follow-up Study ($p \leq 0.001$ for interaction) ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคะแนนความเสี่ยงทางพันธุกรรมในกลุ่ม highest third พบว่า ความแตกต่างของ BMI ระหว่างผู้ที่รับประทานของทอดสัปดาห์ละ 4 ครั้งหรือมากกว่า และผู้ที่รับประทานของทอดน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้งเท่ากับ 1.0 (SE 0.2) ในผู้หญิง และ 0.7 (SE 0.2) ในผู้ชาย ขณะที่ความแตกต่างเท่ากับ 0.5 (SE 0.2) และ 0.4 (SE 0.2) ในกลุ่ม lowest third ความสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมและอาหารยังพบในการศึกษา Women's Genome Health Study ($p < 0.001$ for interaction) และความสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมและการสะสมไขมันเพิ่มขึ้นตามการรับประทานของทอดที่มากขึ้น จากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่มพบว่า ความแตกต่างใน BMI ต่อ 10 risk alleles เท่ากับ 1.1 (SE 0.2), 1.6 (SE 0.3) และ 2.2 (SE 0.6) สำหรับการรับประทานของทอดน้อยกว่า



สัปดาห์ละ 1 ครั้ง, สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง และสัปดาห์ละ 4 ครั้งหรือมากกว่า ($p < 0.001$ for interaction) โดยค่า odds ratios (95% confidence intervals) สำหรับโรคอ้วนต่อ 10 risk alleles เท่ากับ 1.61 (1.40-1.87), 2.12 (1.73-2.59) และ 2.72 (2.12-3.48) ตามระดับการรับประทานทั้ง 3 ระดับ ($p = 0.002$ for interaction) นอกจากนี้ความแปรปรวนในหรือโลสิยีนที่มีการแสดงออกมาหรือมีผลในระบบประสาทส่วนกลางก็มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับการรับประทานของทอด โดยเห็นผลชัดที่สุดในยีน FTO ($p < 0.001$ for interaction)

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า การรับประทานของทอดอาจสัมพันธ์กับพันธุกรรมโรคอ้วน และชี้ให้เห็นความสำคัญของการลดรับประทานของทอดในผู้ที่มีความเสี่ยงพันธุกรรมต่อโรคอ้วน



ประสิทธิภาพต้านซึมเศร้าของยา agomelatine

BMJ 2014;348:g1888.

บทความเรื่อง Antidepressant Efficacy of Agomelatine: Meta-Analysis of Published and Unpublished Studies รายงานข้อมูลการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis ของยา agomelatine ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากการศึกษาเปรียบเทียบกับยาหลอกและยาด้านซึมเศร้าอื่นทั้งที่มีการตีพิมพ์และไม่ตีพิมพ์ โดยสืบค้นข้อมูลจาก PubMed, Embase, Medline และ Cochrane Central Register of Controlled Trials และประสานข้อมูลจาก European Medicines Agency (EMA) และผู้ผลิต

การศึกษารวมข้อมูลงานวิจัยด้วยตัวแบบ random effects model ตามน้ำหนัก DerSimonian and Laird สำหรับการเปรียบเทียบกับยาหลอกและยาด้านซึมเศร้า มาตราวัดผลลัพธ์หลัก (การเปลี่ยนแปลงของคะแนน rating scale score) ประเมินจาก standardised mean difference (SMD วัดจาก effect size) และผลลัพธ์รองประเมินจาก relative risks และแสดงผลลัพธ์ทั้งหมดร่วมกับ 95% confidence intervals ความแตกต่างทางสถิติดูจาก funnel plots และ I^2 statistic และตัวแปรกำกับดูจาก meta-regression

มีงานวิจัยที่สอดคล้องตามเกณฑ์การศึกษารวม 20 การศึกษา รวมผู้เข้าร่วมวิจัย 7,460 ราย (งานวิจัยที่ตีพิมพ์ 11 การศึกษา ข้อมูลจาก European Medicines Agency 4 การศึกษา และข้อมูลจากผู้ผลิต 5 การศึกษา) ซึ่งงานวิจัยเกือบทั้งหมดใช้ 17 item Hamilton depression rating scale (score 0-50) ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า agomelatine มีประสิทธิภาพดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับยาหลอก โดยมี effect size (SMD) เท่ากับ 0.24 (95% CI 0.12-0.35) และ relative risk ของการตอบสนองเท่ากับ 1.25 (1.11-1.4) เมื่อเทียบกับยาด้านซึมเศร้าตัวอื่นพบว่า agomelatine มีประสิทธิภาพไม่ต่างกัน (SMD 0.00, -0.09 ถึง 0.10) นอกจากนี้พบว่ามีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญในการวิเคราะห์ส่วนใหญ่แม้ว่ามีความเสี่ยงต่ออคติในระดับต่ำ และงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์มักมีผลลัพธ์ที่สนับสนุนประโยชน์ของ agomelatine เทียบกับงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์ ยา agomelatine เป็นยาด้านซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพดีเทียบเท่ากับยาด้านซึมเศร้าที่ใช้เป็นมาตรฐาน และงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์มักมีผลลัพธ์ที่สนับสนุนยา agomelatine เทียบกับงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์

Chlorhexidine Gluconate สำหรับผู้ป่วยช่วยหายใจ

JAMA Intern Med. Published online March 24, 2014.

บทความเรื่อง Reappraisal of Routine Oral Care with Chlorhexidine Gluconate for Patients Receiving Mechanical Ventilation: Systematic Review and Meta-Analysis รายงานว่า การทำความสะอาดช่องปากด้วย chlorhexidine gluconate เป็นมาตรฐานการดูแลสำหรับผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ แม้มาตรฐานนี้เป็นผลจากข้อมูล meta-analyses ที่เสนอว่ามีความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ข้อมูลดังกล่าวก็อาจผิดพลาดเนื่องจากปัญหาการจำแนกระหว่าง cardiac surgery study และ non-cardiac surgery study การผสมปนประหว่างการศึกษาแบบ open-label และ double-blind รวมถึงขาดความสนใจในผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย เช่น ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาในโรงพยาบาล และอัตราตาย

นักวิจัยประเมินผลของการดูแลช่องปากด้วย chlorhexidine ต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยสืบค้นข้อมูลงานวิจัย chlorhexidine เปรียบเทียบกับยาหลอกในผู้ใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากฐานข้อมูล PubMed, Embase, CINAHL และ Web of Science from inception นับตั้งแต่ก่อตั้งจนถึงเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2013 รวมงานวิจัยที่สอดคล้องกับเกณฑ์การศึกษา 16 การศึกษา รวมผู้ป่วย 3,630 ราย ทั้งนี้ได้จำแนกงานวิจัยเป็น cardiac surgery study และ non-cardiac surgery study และงานวิจัยที่ศึกษาแบบ open-label และ double-blind และนำมาวิเคราะห์ด้วย random-effects meta-analysis ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราตาย ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาพักรักษาในหน่วยวิกฤติและโรงพยาบาล และการจ่ายยาปฏิชีวนะ

ข้อมูลจากการศึกษาพบการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างต่ำกว่าในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่ได้ chlorhexidine (relative risk [RR] 0.56 [95% CI 0.41-0.77]) แต่ไม่มีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้านความเสี่ยงปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจใน double-blind study จากผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัดหัวใจ (RR 0.88



[95% CI 0.66-1.16]) และไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้านอัตราตายระหว่าง chlorhexidine และยาหลอกจากงานวิจัยที่ศึกษาในการผ่าตัดหัวใจ (RR 0.88 [95% CI 0.25-2.14]) ขณะที่พบอัตราตายสูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญใน non-cardiac surgery study (RR 1.13 [95% CI 0.99-1.29]) และไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้านมาตรฐานระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจหรือการรักษาในหน่วยวิกฤติ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านข้อมูลระยะการพักรักษาในโรงพยาบาลและการจ่ายยาปฏิชีวนะ

การดูแลช่องปากด้วย chlorhexidine ป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแต่อาจไม่ลดความเสี่ยงปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัดหัวใจ และการใช้ chlorhexidine ไม่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งจากผลลัพธ์นี้ควรที่จะมีการทบทวนมาตรฐานการดูแลทำความสะอาดช่องปากด้วย chlorhexidine ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัดหัวใจ

เบาหวานวัยกลางคนและปัญหาคุณน้ำตาล ในฐานะปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาการรับรู้ในวัยชรา

Lancet Diabetes Endocrinol. 2014;2(3):228-235.

บทความเรื่อง Midlife Type 2 Diabetes and Poor Glycaemic Control as Risk Factors for Cognitive Decline in Early Old Age: A Post-Hoc Analysis of The Whitehall II Cohort Study รายงานว่า โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มความเสี่ยงต่อสมองเสื่อม แต่ยังไม่มีความชัดเจนถึงผลกระทบต่อการรับรู้ก่อนวัยชรา

นักวิจัยศึกษาว่าระยะของโรคเบาหวานในช่วงปลายวัยกลางคนและปัญหาการควบคุมน้ำตาลในเลือดสัมพันธ์กับการรับรู้ที่เสื่อมลงเร็วขึ้นหรือไม่ โดยได้จำแนกผู้เข้าร่วมวิจัย 5,653 รายในงานวิจัย Whitehall II (มีฐานอายุ 54.4 ปี [IQR 50.3-60.3] ที่การประเมินการรับรู้ครั้งแรก) เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มระดับน้ำตาลปกติ กลุ่มภาวะก่อนเบาหวาน กลุ่มเพิ่งตรวจพบเบาหวาน และกลุ่มมีประวัติเบาหวาน การทดสอบความจำ การใช้เหตุผล ความคล่องด้านการออกเสียงและภาษาพูด และคะแนนรวมจากการทดสอบทั้งหมดมีการประเมินรวม 3 ครั้งในช่วงระยะเวลา 10 ปี (1997-1999, 2002-2004 และ 2007-2009) นักวิจัยใช้ค่ามัธยฐาน HbA1c ประเมินการควบคุมน้ำตาลระหว่างการติดตาม และการวิเคราะห์ปรับตามลักษณะด้านสังคมประชากร พฤติกรรมด้านสุขภาพ และโรคเรื้อรัง

เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลปกติพบว่า กลุ่มที่มีประวัติโรคเบาหวานมีความจำเสื่อมเร็วขึ้น 45% (10 year difference in decline -0.13 SD, 95% CI -0.26 ถึง -0.00; $p = 0.046$), การใช้เหตุผลเสื่อมเร็วขึ้น 29% (-0.10 SD, -0.19 ถึง -0.01; $p = 0.026$) และคะแนนการรับรู้โดยรวมที่เสื่อมลงเร็วขึ้น 24% (-0.11 SD, -0.21 ถึง -0.02; $p = 0.014$)



โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีภาวะก่อนเบาหวานหรือเพิ่งตรวจพบเบาหวานมีอัตราการเสื่อมลงใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลเป็นปกติ ปัญหาการควบคุมน้ำตาลในผู้ที่มีประวัติเบาหวานสัมพันธ์กับการเสื่อมลงที่เร็วกว่าอย่างมีนัยสำคัญของความจำ (-0.12 [-0.22 ถึง -0.01]; $p = 0.034$) และการใช้เหตุผล (-0.07 [-0.15 ถึง 0.00]; $p = 0.052$)

ข้อมูลจากการศึกษานี้ชี้ว่า ความเสี่ยงต่อการเสื่อมลงเร็วขึ้นของการรับรู้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยกลางคนขึ้นอยู่กับระยะการเป็นโรคเบาหวานและการควบคุมน้ำตาลในเลือด



Anastrozole สำหรับป้องกันมะเร็งเต้านม ในหญิงวัยทองความเสี่ยงสูง

Lancet. 2014;383(9922):1041-1048.

บทความเรื่อง Anastrozole for Prevention of Breast Cancer in High-Risk Postmenopausal Women (IBIS-II): An International, Double-Blind, Randomised Placebo-Controlled Trial รายงานว่า aromatase inhibitors ให้ผลดีในการป้องกันมะเร็งเต้านมกลับเป็นซ้ำและมะเร็งเต้านมที่หน้าอกด้านตรงข้าม นักวิจัยได้ประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ anastrozole ซึ่งเป็น aromatase inhibitor ตัวหนึ่งสำหรับป้องกันมะเร็งเต้านมในหญิงวัยทองที่มีความเสี่ยงสูง

นักวิจัยรวบรวมผู้หญิงวัยทองอายุระหว่าง 40-70 ปีจาก 18 ประเทศเข้าร่วมการวิจัยระหว่างวันที่ 2 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2003 ถึงวันที่ 31 มกราคม ค.ศ. 2012 โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อมะเร็งเต้านม และสุ่มเป็นกลุ่มที่ได้รับ anastrozole 1 มก. วันละครั้งหรือยาหลอกเป็นเวลา 5 ปี จุดยุติหลัก ได้แก่ ผลตรวจยืนยันว่าเป็นมะเร็งเต้านม (invasive cancers or non-invasive ductal carcinoma in situ) โดยวิเคราะห์แบบ intention to treat

กลุ่มที่ได้รับ anastrozole มีจำนวน 1,920 ราย และกลุ่มที่ได้รับยาหลอกมีจำนวน 1,944 ราย หลังจากมีฐานการติดตาม 5.0 ปี (IQR 3.0-7.1) พบว่า ผู้หญิง 40 รายในกลุ่มที่ได้รับ anastrozole (2%) และ 85 รายในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (4%) เกิดมะเร็งเต้านม (hazard ratio 0.47, 95% CI 0.32-0.68, $p < 0.0001$) โดยทำนายอุบัติการณ์สะสมของมะเร็งเต้านมทั้งหมดหลัง 7 ปี เท่ากับ 5.6% ในกลุ่มยาหลอก และ 2.8% ในกลุ่ม anastrozole อนึ่ง มีผู้เข้าร่วมวิจัยเสียชีวิต 18 รายในกลุ่ม anastrozole และ 17 รายในกลุ่มยาหลอก โดยไม่พบความแตกต่างด้านสาเหตุการตาย ($p = 0.836$)

ยา anastrozole ให้ผลดีในการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในหญิงวัยทองที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งข้อมูลนี้สนับสนุนการใช้ anastrozole ในหญิงวัยทองที่มีความเสี่ยงสูงต่อมะเร็งเต้านม

กรมสุขภาพจิต ชวนคนไทยเปลี่ยนอวกาศจาก “ภาระ” ให้เป็น “พลัง”

นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 33 ได้กำหนดให้นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องรับผู้พิการเข้าทำงาน ในลักษณะงานและในอัตราที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้พิการมีความมั่นใจในตนเองและได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น การมีงานทำของผู้พิการหรือผู้ป่วยออทิสติกเหล่านี้จึงย่อมนำไปสู่การพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน เปลี่ยนจาก “ภาระ” เป็น “พลัง” ของครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้ ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้พิการออทิสติกมีงานทำ ประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่

1. Choose เลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วยออทิสติกเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคม
2. Get ผลักดันส่งเสริมให้สามารถทำงาน โดยมีขั้นตอนของการประเมินความสามารถและความสนใจในการทำงาน การหางานให้ตรงกับความสามารถ (Job match) และการฝึกทักษะการทำงาน และ
3. Keep ติดตามผลและสนับสนุนให้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการติดตามโรคออทิสติกในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นอย่างมาก เห็นได้จากรายงานการสำรวจอุบัติการณ์กลุ่มอาการออทิสติกของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2553 ที่พบความชุก 1 : 88 ขณะที่การสำรวจอย่างเป็นทางการของไทยในเด็กอายุ 0-5 ปี เมื่อปี พ.ศ. 2547 พบ 1:1,000 (ร้อยละ 0.1) โดยคาดว่าปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยออทิสติกประมาณ 370,000 คน ซึ่งปัญหาที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนยังเข้าใจเรื่องนี้น้อย ทำให้การเข้าถึงบริการน้อยมากเพียงประมาณร้อยละ 15 โดยจากรายงานจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศที่กระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยออทิสติกเข้าถึงบริการจำนวน 25,537 ราย คิดเป็นอัตรา 39.74 รายต่อประชากรแสนคน



สธ. ชี้ไทยเสี่ยงต่อ “ไวรัสอีโบลา” ต่ำ พร้อมจัด 3 ระบบเฝ้าระวังและป้องกัน



นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์ว่า ที่ผ่านมาไทยยังไม่เคยมีรายงานผู้ป่วยจากเชื้อไวรัสอีโบลา (Ebola) และแม้ว่าไทยจะมีความเสี่ยงต่อโรคนี้ต่ำก็ตาม แต่ก็ไม่ประมาท กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบเฝ้าระวังและป้องกันโรคนี้ 3 มาตรการหลัก ได้แก่

1. ให้สำนักโรคติดต่ออันตราย กรมควบคุมโรค ติดตามสถานการณ์ความคืบหน้าจากองค์การอนามัยโลก ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติหรือคนไทยที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค เนื่องจากโรคนี้ยังไม่มียาป้องกันและไม่มีวัคซีนรักษาโรคเฉพาะ จึงต้องอาศัยระบบการเฝ้าระวังและการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ซึ่งไทยมีความเข้มแข็งในเรื่องนี้เป็นอย่างดี หากพบผู้ป่วยมีอาการอยู่ในข่ายสงสัยให้รายงานทันที
2. ให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เตรียมความพร้อมในการตรวจหาเชื้อทางห้องปฏิบัติการ และ
3. มาตรการดูแลรักษาหากมีผู้ป่วยที่มีอาการในข่ายสงสัย โดยใช้มาตรฐานเดียวกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อที่มีอันตรายสูง เช่น ไข้หวัดนก โรคซาร์ส ซึ่งโรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศมีความพร้อมอยู่แล้ว



“นิ้วล็อก” ภัยใกล้ตัวผู้หญิงที่ไม่ควรมองข้าม

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่า โรคนิ้วล็อกเป็นความผิดปกติของนิ้วมือที่มีการสะสมหรือล็อก ไม่สามารถกำหรือเหยียดนิ้วมือได้ เป็นปกติ พบในเพศหญิงร้อยละ 80 และพบในเพศชายร้อยละ 20 โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป อาจเป็นเพราะผู้หญิงใช้มือทำงานซ้ำ ๆ มากกว่าผู้ชาย เช่น หิ้วถุงหนัก ๆ บิดผ้า ซักผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน สับหมู สับไก่ และมีพฤติกรรมเหล่านี้เป็นระยะเวลานาน ๆ รวมถึงผู้ที่เป็โรคเบาหวาน หรือผู้ที่เป็โรครูมาตอยด์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น

โรคนี้น่าขึ้น โดยอาการของโรคนิ้วล็อกคือ ในระยะแรกจะมีอาการปวดบริเวณโคนนิ้วมือ กำมือไม่ถนัด หรือกำได้ไม่เต็มที่ โดยเฉพาะตอนเช้าหลังตื่นนอน เวลาอที่จะเหยียดนิ้วมือมักจะได้ยินเสียงดังกึก ต่อมาจะมีอาการนิ้วล็อกคือ เวลาองนิ้วจะเหยียดขึ้นเองไม่ได้ มักเกิดกับมือข้างถนัดที่ใช้งาน อาจเป็นเพียงนิ้วเดียว หรือเป็นพร้อมกันหลายนิ้วก็ได้ บางรายอาจรุนแรงถึงนิ้วบวมชา ติดแข็งจนไม่สามารถใช้งานได้ ซึ่งวิธีการรักษาจะขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค การรักษาในระยะแรกคือ การพักการใช้งานของมือ ไม่ใช้งานรุนแรง การรับประทานยาต้านการอักเสบ การทำกายภาพบำบัด แต่ในกรณีที่เป็รุนแรงขึ้นอาจจะรักษาด้วยการใช้ยาต้านการอักเสบร่วมกับการฉีดสเตียรอยด์เข้าไปบริเวณปลอกเอ็น ซึ่งทำให้อาการดีขึ้นได้เพียงระยะเวลานั้น ๆ เป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน และจะสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก โดยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะหายจากอาการนิ้วล็อกหลังจากการฉีดยาเข็มที่ 1 ส่วนอีกร้อยละ 25 จะหายหลังจากการฉีดยาเข็มที่ 2 ซึ่งไม่ควรฉีดยาเกิน 2 ครั้ง ในกรณีที่นิ้วล็อกติดรุนแรงหรือพังผืดหนามาก การฉีดยาจะไม่ได้ผล แพทย์จะพิจารณาใช้วิธีการผ่าตัด

กรมอนามัย ตั้งเป้าปี 2560 ลดเด็กอ้วนเหลือร้อยละ 15

นพ.ณรงค์ สายวงศ์ รองอธิบดีกรมอนามัย กล่าวว่า จากข้อมูลการเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนของกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2555 พบว่า เด็กวัยเรียนเป็นโรคอ้วนร้อยละ 17 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2546 ที่พบเด็กวัยเรียนเป็นโรคอ้วนร้อยละ 13.6 โรคอ้วนจะส่งผลให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดตีบแข็ง โรคหัวใจสูง และยังพบว่าเด็กอ้วนจะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ โดยเฉพาะเวลานอนหลับ ปอดจะขยายตัวได้น้อย ร่างกายจึงได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้ง่วงนอนช่วงกลางวัน และส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ รวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับกระดูก ทำให้ปวดหัวเข่า ข้อเท้า กระดูกงอ ขาโก่ง เดินไม่คล่องตัว เหนื่อยง่าย อีกทั้งยังพบว่าเด็กวัยเรียนกินผักเพียงวันละ 1.5 ช้อนกินข้าวต่อคน ซึ่งน้อยกว่าปริมาณที่แนะนำคือ ควรกินผักวันละ 12 ช้อนกินข้าว และกินผลไม้ทุกวันเพียงร้อยละ 26.8 สำหรับการออกกำลังกายพบว่า เด็กที่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำคือ 60 นาทีต่อวัน และสัปดาห์ละ 3 วัน มีเพียงร้อยละ 24.3 ในขณะที่ส่วนใหญ่จะใช้เวลาไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกมและคอมพิวเตอร์ ซึ่งเกินกว่าวันละ 2 ชั่วโมง ด้วยเหตุนี้กรมอนามัยจึงร่วมกับกรมสุขภาพจิต และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ และเทคนิคการจดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และเทคนิคการจดอาหารสำหรับเด็กวัยเรียนตามมาตรฐานโภชนาการ เพื่อให้ครูโภชนาการและครูผู้รับผิดชอบโครงการลดภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนจากโรงเรียนระดับประถมศึกษาที่มีเด็กอ้วนในโรงเรียนร้อยละ 10 ขึ้นไปเข้าร่วมโครงการ ตั้งเป้าหมายลดภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนของประเทศให้เหลือไม่เกินร้อยละ 15 ภายในปี พ.ศ. 2560





มูลนิธิทาเคดา มอบทุนต่อเนื่องเป็นปีที่ 49 เปิดโอกาสแพทย์ไทยทุกสาขา คว้าทุนศึกษาวิจัยและดูงานที่ประเทศญี่ปุ่น



มูลนิธิทาเคดาจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกที่ประเทศญี่ปุ่นเมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2506 ต่อมาในปี พ.ศ. 2509 คุณโซเบ ทาเคดา อดีตประธานกรรมการบริหารบริษัท ทาเคดา ประเทศญี่ปุ่น ได้มีโอกาสเดินทางมาเยือนประเทศไทย และได้พบปะพูดคุยกับ นพ.สัจด์ เปล่งวานิช ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ทำให้ทราบว่าแพทย์ไทยยังขาดแคลนทุนสำหรับการไปศึกษาดูงานในต่างประเทศ จึงได้พิจารณาทุนสำหรับแพทย์ที่สนใจไปศึกษาดูงานที่ประเทศญี่ปุ่น โดยเริ่มมอบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2509 และได้มอบหมายให้แพทย์สมาคมฯ เป็นผู้คัดเลือกแพทย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการรับทุนแก่แพทย์ทุกสาขาวิชาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันอย่างเข้าสู่ปีที่ 49

ก็สามารถเลือกที่จะไปศึกษาดูงานหรือทำการวิจัยในด้านนั้นได้ แต่อยากให้เตรียมความพร้อมในด้านภาษาญี่ปุ่นเพิ่มเติม เพราะจะช่วยให้การสื่อสารระหว่างศึกษาดูงานและทำการวิจัยเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น

“จากประสบการณ์ของผู้ที่เคยได้รับทุนและกลับมาเล่าให้แพทย์รุ่นหลังฟังเกี่ยวกับประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้าและมีความโดดเด่นทางการแพทย์ในหลายด้าน อีกทั้งผู้คนอริยาศยดี ให้การดูแลเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาดูงานที่ประเทศญี่ปุ่น จึงทำให้ทุนมูลนิธิทาเคดาได้รับความนิยมอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งต้องขอขอบคุณมูลนิธิทาเคดาที่ได้ให้การสนับสนุนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2509 เปิดโอกาสให้แพทย์ไทยมีโอกาสได้เพิ่มพูนทักษะในสาขาที่เชี่ยวชาญ ทำให้แพทย์ไทยมีศักยภาพมากยิ่งขึ้น และในวาระครบรอบ 50 ปี ที่มูลนิธิทาเคดามอบทุนสนับสนุนแพทย์ไทย ได้มีการเตรียมจัดงานเฉลิมฉลองครั้งยิ่งใหญ่ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 โดยจะเชิญ คุณโซเบ ทาเคดา อดีตประธานกรรมการบริหารบริษัท ทาเคดา ประเทศญี่ปุ่น มาร่วมงานที่ประเทศไทยด้วย”



ศ.พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ อดีตนายกแพทย์สมาคมฯ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์สมาคมฯ และประธานฝ่ายพิจารณาทุนต่าง ๆ กล่าวว่า อาจารย์สัจด์เป็นผู้มีวิสัยทัศน์กว้างไกล ให้ทุนมูลนิธิทาเคดาได้ขยายสู่แพทย์อย่างกว้างขวาง ไม่เฉพาะแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขเพียงเท่านั้น จึงได้มอบให้เป็นหน้าที่ของแพทย์สมาคมฯ ดำเนินการรับสมัครขอคัดเลือก

แพทย์ที่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนด โดยทุนมูลนิธิทาเคดาที่มอบให้ในช่วงแรกมีปีละ 1 ทุน ต่อมาได้มีการเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยมาจนปัจจุบันที่มีถึงปีละ 6 ทุน

ปัจจุบันมีแพทย์สมัครขอรับทุนจำนวนมาก ทำให้มีการแข่งขันกันสูง เนื่องจากทุนที่มอบให้มีความหลากหลาย เปิดกว้างให้แก่แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขา ซึ่งในทุกสาขาล้วนแล้วแต่มีความโดดเด่น แพทย์ที่เชี่ยวชาญหรือสนใจด้านไหน





คุณประภาพรพรหมมาตร (ผู้จัดการฝ่ายรัฐกิจสัมพันธ์) Government Affairs Manager ผู้ดูแลโครงการทุนมูลนิธิทาเคดะ ประเทศไทย ได้เผยถึงรายละเอียด สำหรับทุนมูลนิธิทาเคดะประจำปี พ.ศ. 2557 ซึ่งได้มีพิธีมอบทุนในงานการประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2556 แพทยสมาคมฯ เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี โดยปีนี้ได้มีแพทย์ที่ผ่านการคัดเลือกได้รับทุนทั้งสิ้นจำนวน 6 ทุน ดังนี้

ทุนศึกษาวิจัยทาเคดะสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์ Young Basic Medical Research Scholarship (ทุน 1 ปี) ดังนี้

1. นพ.ปรีดี นิมนานินิตย์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- ฝึกอบรมด้าน SKULL BASE SURGERY ที่ OSAKA CITY UNIVERSITY ณ OSAKA CITY UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE, JAPAN

ทุนศึกษาดูงานระยะยาว 6 เดือน มีผู้ได้รับทุน 2 ท่าน ดังนี้

1. ร.ต.ท.(หญิง) พญ.ธัญพร จันทโรจน์ศิริ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ

- ฝึกอบรมด้าน DEVELOPMENT OF NEW TECHNIQUE FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY AND ENDOSCOPIC ULTRASOUND ณ NAGOYA UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF MEDICINE

2. พญ.ธีรพันธ์ เลหาหะวียะกมล

ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- ไปดูงานเรื่อง DIAGNOSTIC RADIOLOGY, SUBSPECIALTY IN MUSCULOSKELETAL IMAGING IWATE MEDICAL UNIVERSITY, DEPARTMENT OF RADIOLOGY

ทุนศึกษาดูงานระยะสั้น 3 เดือน มีผู้ได้รับทุน 3 ท่าน ดังนี้

1. พญ.ฐิติรัตน์ คุมพสาโน

กลุ่มงานสูติศาสตร์และนรีเวชกรรม โรงพยาบาลปัตตานี

- ไปดูงานเรื่อง THE GYNECOLOGICAL ONCOLOGY: THE SURGICAL TECHNIQUE IN ONCOLOGIC OPERATION โดยจะไปศึกษาต่อที่ THE NATIONAL CANCER CENTER HOSPITAL (NCCH), JAPAN (TOKYO CAMPUS)

2. นพ.ณัฐพงศ์ สัตโยภาส

กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

- ไปดูงานเรื่อง THE DEVELOPMENT OF DIAGNOSIS, TREATMENTS AND PREVENTIONS OF DISEASES INJURIES OF THE HAND AND NERVES IN PROVINCIAL HOSPITAL ณ DEPARTMENT OF ORTHOPEDIC SURGERY NARA MEDICAL UNIVERSITY, JAPAN

3. นพ.สุทธิภาส พงศ์มณี

กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

- ไปดูงานเรื่อง TO LEARN AND SHARE THE KNOWLEDGES, TECHNOLOGIES AND SURGICAL TECHNIQUES OF SPINAL SURGERY IN JAPAN ณ HOKKAIDO ORTHOPEDIC MEMORIAL HOSPITAL, HOKKAIDO UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF MEDICINE

แพทย์ไทยเผยความรู้สึกที่ได้รับทุนมูลนิธิทาเคดะ



นพ.ปรีดี นิมนานินิตย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้ได้รับทุนฝึกอบรมการวิจัย (Young Basic Medical Research Scholarship) 1 ปี

“รู้สึกดีใจที่ได้รับทุนฝึกอบรมการวิจัย 1 ปี งานวิจัยที่สนใจจะไปฝึกอบรมคือ ด้าน SKULL BASE SURGERY ที่ OSAKA CITY UNIVERSITY ณ OSAKA CITY UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE โดยงานวิจัยถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากการแพทย์มีการ

พัฒนาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยคือการทำอะไร คิดอะไร ในสิ่งที่เราอยากรู้ อยากได้อะไรใหม่ ๆ ไม่ว่าผลจะออกมาเป็นบวก ลบ หรือเป็นกลาง ก็ถือว่าเป็นประโยชน์ในตัวเอง คือจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาคนไข้เสมอ จึงอยากจะให้แพทย์ที่มีความสนใจในการไปศึกษาต่อยอดเพิ่มพูนความรู้หลังจากเรียนจบเฉพาะทางแล้ว โดยเฉพาะในประเทศญี่ปุ่น ทุนทาเคดะถือเป็นทุนที่ดีมาก ใจกว้าง ไม่มีข้อผูกพันในเชิงธุรกิจ แต่เป็นในลักษณะให้ประโยชน์ทางด้านการแพทย์ สำหรับผู้ที่มีหัวข้องานวิจัยอยู่แล้ว มีความต้องการอยากจะศึกษาต่อ ผมคิดว่าไม่ยากจนเกินไปที่จะได้ หากมีความตั้งใจ และเป็นโครงการดี ๆ ที่ผมอยากจะบอกต่อ”



ทุนศึกษาดูงานระยะยาว 6 เดือน



ร.ต.ท.(หญิง) พญ.ธัญพร จันทโรจน์ศิริ
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ

“รู้สึกดีใจที่ได้รับทุนทาเคดะ เพราะได้มีโอกาสไปศึกษาต่ออย่างเต็มที่ตนเองฝันไว้ หัวข้อที่สนใจไปฝึกอบรมคือด้าน DEVELOPMENT OF NEW TECHNIQUE FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY AND ENDOSCOPIC ULTRASOUND ณ NAGOYA UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF MEDICINE ซึ่งประเทศญี่ปุ่น

ถือเป็นแนวหน้าในเรื่องของการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร มีซอฟต์แวร์และเทคโนโลยีใหม่ ๆ เกิดขึ้นตลอดเวลา โดยตนเองจะนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยถูกต้องแม่นยำมากขึ้น ตัดสินใจในการรักษาได้เร็วขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีกับคนไข้มากขึ้น ขอขอบพระคุณทางทุนทาเคดะที่ให้โอกาสและเปิดกว้างให้กับแพทย์ทุก ๆ ท่านที่สนใจจะไปศึกษาดูงานเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และกลับมาทำประโยชน์ให้กับประเทศชาติ ซึ่งประโยชน์ที่ได้ไม่ใช่เฉพาะแพทย์เท่านั้น แต่เป็นประโยชน์กับทั้งคนไข้และแพทย์รุ่นน้องอื่น ๆ ที่ จะได้รับการถ่ายทอดข้อมูลความรู้ ถือเป็นการทำประโยชน์ครั้งเดียว แต่ส่งผลดีกับคนอีกจำนวนมาก”



สำหรับแพทย์ที่สนใจจะต้องมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดของแพทยสมาคมฯ คือ เป็นสมาชิกของแพทยสมาคมฯ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี อายุไม่เกิน 55 ปี และไม่มีโอกาสไปต่างประเทศ ผู้สมัครขอรับทุนไม่จำเป็นต้องอยู่ต่างจังหวัด แต่ถ้าปฏิบัติงานอยู่ต่างจังหวัดจะได้รับการพิจารณา ก่อน โดยการฝึกอบรมนั้นต้องให้ประโยชน์แก่ประชาชนส่วนรวม อีกทั้งเป็นงานที่มีประโยชน์กระจายไปทั่วประเทศ ซึ่งผู้สมัครจะต้องติดต่อสถาบันที่จะไปฝึกอบรม และดูงาน ตลอดจนรายละเอียดต่าง ๆ ด้วยตนเอง และได้รับจดหมายรับรองจากสถาบันในประเทศญี่ปุ่น ระบุระยะเวลาที่จะฝึกอบรมและดูงานในสถาบันนั้นเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนสมัครขอรับทุน หลังจากเดินทางกลับมาแพทยสมาคมฯ จะเรียนเชิญผู้รับทุนนำผลความก้าวหน้าที่ได้รับมาจากการฝึกอบรมมาเสนอในการประชุมวิชาการประจำปีของแพทยสมาคมฯ ในปีถัดไป



พญ.ธีรนนท์ เลาหะวิริยะกมล
ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

“ทุนทาเคดาเป็นทุนที่ดี สนับสนุนเงินทุนค่อนข้างมาก ไม่มีข้อผูกมัด เป็นทุนที่เปิดโอกาสให้แพทย์ไทยได้ไปศึกษาหาความรู้ที่ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่มีเทคโนโลยีที่ดีและเครื่องมือที่ทันสมัย โดยจะเดินทางไปดูงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางด้านกระดูกและข้อซึ่งต้องอาศัยภาพการตรวจทางรังสีที่ในปัจจุบันมีการส่งตรวจทางด้านนี้ค่อนข้างมาก ทำให้แพทย์ต้องเจอกับโรคต่าง ๆ ที่ไม่คุ้นเคยหรือไม่เคยได้เจอมาก่อน การไปดูงานด้านนี้จะทำให้ได้เห็นเครื่องมือที่ใช้ในประเทศญี่ปุ่น เพื่อนำมาพัฒนาเครื่องมือการตรวจทางรังสีของประเทศไทย รวมถึงเรียนรู้เทคนิคต่าง ๆ เพิ่มเติม ซึ่งจะทำให้สามารถช่วยเหลือคนไข้ได้ค่อนข้างมาก และต้องขอขอบคุณมูลนิธิทาเคดาที่ให้โอกาสแพทย์ไทยโดยมอบทุนให้หลายทุนในแต่ละปี ยายากจะให้มีการมอบทุนเช่นนี้ตลอดไป”



ทุนศึกษาดูงานระยะสั้น 3 เดือน



พญ.วิจิตรรัตน์ คุมพสาโน
กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลปัตตานี

“ในฐานะของแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ต้องเจอกับปัญหาหลาย ๆ เรื่อง ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ความไม่สงบ การใช้ชีวิตในต่างจังหวัด รู้สึกดีใจมากและขอขอบคุณที่มองเห็นในจุดนี้ให้ได้รับการพิจารณาในอันดับต้น ๆ ซึ่งครั้งนี้ได้รับทุน 3 เดือนไปดูงานเรื่องเทคนิคการผ่าตัด

มะเร็งที่ THE NATIONAL CANCER CENTER HOSPITAL (NCCH) เพื่อนำเทคนิคการผ่าตัดมาประยุกต์ใช้ในคนไข้เคลซยากและซับซ้อนซึ่งพบบ่อยใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และอยากให้มูลนิธิทาเคดามอบทุนให้แก่แพทย์ไทยแบบนี้ต่อไปเรื่อย ๆ เพราะคิดว่ามีแพทย์ไทยอีกจำนวนมากที่ยายากจะมีโอกาสนำความรู้มาดูแลสุขภาพประชาชน”



พ.ณัฐวงศ์ สัตโยภาส
กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

“รู้สึกดีใจมากที่ได้รับทุน ถือเป็นโอกาสที่ดีที่ทำให้แพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ที่อยู่ต่างจังหวัดซึ่งหาโอกาสจะไปศึกษาดูงานต่างประเทศได้ค่อนข้างยาก โดยตนเองสนใจทางด้าน THE DEVELOPMENT OF DIAGNOSIS, TREATMENTS AND PREVENTIONS OF DISEASES INJURIES OF THE HAND AND NERVES IN PROVINCIAL HOSPITAL ณ NARA MEDICAL UNIVERSITY โดยคิดว่าจะนำความรู้และวิสัยทัศน์ต่าง ๆ ในทิศทางของคนเอเชียด้วยกันมาประยุกต์ใช้ที่โรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งงานบริการงานสอนนักศึกษาแพทย์ รวมถึงการพัฒนางานวิจัยต่าง ๆ ต่อไป ต้องขอขอบคุณทางทุนทาเคดาที่ให้โอกาสและสนับสนุนทางการแพทย์ในประเทศไทยมาอย่างยาวนานและต่อเนื่อง สำหรับแพทย์ผู้สนใจอยากจะสมัครขอรับทุนทาเคดา ขอเพียงมีความตั้งใจ มีโครงการที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์และสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดในอนาคตได้ไม่ว่าจะเป็นสาขาใดก็ตาม ซึ่งทางทุนทาเคดาเปิดกว้าง ผมคิดว่าจะได้รับโอกาสได้ไม่ยาก”



น.พ.สุทธิภาส พงศ์มณี
กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

“ขอขอบคุณแพทย์สมาคมฯ และมูลนิธิทาเคดาที่ให้โอกาสแพทย์จากต่างจังหวัดอย่างผมได้ไปศึกษาต่อที่ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งประเทศญี่ปุ่นถือว่าเป็นประเทศที่มีชื่อเสียงอันดับต้น ๆ ของโลกทางด้านการผ่าตัดกระดูกสันหลัง การได้เดินทางไปในครั้งนี้จะได้ไปเรียนรู้การใช้ชีวิตและระบบโรงพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งผมจะนำความรู้มาประยุกต์ใช้กับคนไข้ให้ได้มากที่สุด

สำหรับแพทย์ที่สนใจอยากจะไปศึกษาต่อที่ประเทศญี่ปุ่น ทุนทาเคดาถือว่าแตกต่างจากทุนอื่นคือ ในการคัดเลือกจะพิจารณาจากแพทย์ที่อยู่ต่างจังหวัดก่อน ไม่มีพันธสัญญาผูกพันทางด้านธุรกิจ ขอเพียงกลับมาทำงานให้สังคม ผมสนับสนุนให้ทุกคนที่สนใจสมัครในปีต่อ ๆ ไป”

นพ.วีระพล พงศ์ภักดิ์ เป็นผู้รับแทน



ผู้ที่สนใจสามารถติดต่อขอใบสมัครและส่งใบสมัครพร้อมรูปถ่ายหน้าตรงเต็มใบหน้า ไม่สวมหมวก พื้นรูปสีขาว ขนาด 40x30 ซม. 2 รูป (อายุของรูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) และเอกสารประกอบการสมัครขอรับทุนได้ที่ แพทย์สมาคมฯ เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10320 โทรศัพท์ 0-2314-4333, 0-2318-8170 โทรสาร 0-2314-8305

นอกจากมูลนิธิทาเคดาที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาทางการแพทย์แล้ว บริษัททาเคดาใน 56 ประเทศทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย ยังได้มีการจัดทำโครงการคืนสู่สังคมโดยมีตัวแทนของบริษัททาเคดาในนามของทีม Takeda-ism เป็นประจำทุกปี เช่น โครงการร่วมมือกับมูลนิธิซาเท็ม โครงการช่วยเหลือโรงเรียนที่มีนักเรียนยากจน โดยในปี พ.ศ. 2557 นี้ ได้นำสิ่งของ เช่น ข้าวสาร อาหารแห้ง

และทุนสนับสนุนบริจาคแก่เด็กนักเรียนยากจน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวเขาจากเผ่าต่าง ๆ ทางภาคเหนือของประเทศไทย ณ โรงเรียนสามัคคีวิทยา ตำบลบ้านน้ำตาล อ.อินทรีบุรี จ.สิงห์บุรี เมื่อวันที่อาทิตย์ที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมามีมูลค่ากว่า 50,000 บาท

ทั้งนี้โครงการคืนสู่สังคมในรูปแบบต่าง ๆ เป็นพันธกิจที่บริษัททาเคดามุ่งมั่นทำอย่างต่อเนื่องด้วยความเชื่อว่า การดำเนินธุรกิจที่ดีต้องเติบโตคู่ไปกับสังคม ดังนั้น ความซื่อสัตย์ เป็นธรรม และความขยันหมั่นเพียร จึงเป็นคุณค่าหลักที่พนักงานบริษัททาเคดาทุกคนยึดถือปฏิบัติตลอดไป

12 | **ဘုရားရှင်** 16 - 30 မတ် 2557

สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย ร่วมกับ The World Professional Association for Transgender Health เป็นเจ้าภาพจัดงานประชุม The 23rd World Professional Association for Transgender Health (23rd WPATH 2014) เมื่อวันที่ 14-18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมาน ณ โรงแรมอนันตราเวโรไซด์ เจริญนคร กรุงเทพฯ เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ที่มีปัญหาอัตลักษณ์ทางเพศให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีปัญหาอัตลักษณ์ทางเพศทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณภาพ



สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งฯ ร่วมกับ WPATH จัดงานประชุม 23rd WPATH 2014

ยกระดับสิทธิเสรีภาพของผู้มีปัญหาอัตลักษณ์ทางเพศ



รศ.นพ.ปรีชา เดียวตรานนท์



รศ.นพ.อภิชัย อังสพาร์

รศ.นพ.ปรีชา เดียวตรานนท์ อดีตนายกสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสวยแห่งประเทศไทย กล่าวว่า The World Professional Association for Transgender Health หรือ WPATH ก่อตั้งขึ้นโดย Dr. Harry Benjamin แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์กรที่รวบรวมแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในหลากหลายสาขา ไม่ว่าจะเป็น ศัลยแพทย์ จิตแพทย์ สุนทรียแพทย์ อายุรแพทย์เฉพาะทางต่อมไร้ท่อ พยาบาล นักกฎหมาย องค์กรเอกชน นักสิทธิมนุษยชน จากนานาประเทศ เพื่อดูแลผู้ที่มีปัญหาอัตลักษณ์ทางเพศ ช่างอยากเป็นหญิง หญิงอยากเป็นชาย (transgender) ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก โดยจะให้การดูแลในทุกเรื่องตั้งแต่สภาพกาย สภาพจิตใจ การใช้ฮอร์โมน และทางด้านกฎหมาย เป็นต้น

WPATH มีการจัดงานประชุมเป็นประจำทุก 2 ปี ที่ผ่านมามีจัดงานประชุมในประเทศแถบอเมริกาและยุโรป สำหรับงานประชุมครั้งล่าสุด 23rd WPATH 2014 จัดขึ้นในเอเชีย ซึ่งจากชื่อเสียงในด้านการผ่าตัดแปลงเพศที่โด่งดังไปทั่วโลก ทำให้ประเทศไทยได้รับคัดเลือกให้เป็นเจ้าภาพครั้งแรก โดยไฮไลท์ของงานประชุมครั้งนี้ครอบคลุมตั้งแต่การผ่าตัดแปลงเพศ การให้ฮอร์โมน การประเมินทางจิตวิทยา และทางด้านกฎหมาย เป็นต้น ไม่เพียงเท่านั้นยังพูดถึงงานวิจัยอันใหม่ ความคิดเห็นที่ยังเป็นข้อถกเถียงกันอยู่



“การประชุมจะมีการหมุนเวียนกันจัดทุก 2 ปี เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างศัลยแพทย์ จิตแพทย์ สุนทรียแพทย์ อายุรแพทย์ เฉพาะทางต่อมไร้ท่อ พยาบาล นักกฎหมาย องค์กรเอกชน นักสิทธิมนุษยชน จากนานาประเทศ ถึงแนวทางการรักษาเมื่อ 2 ปีที่แล้วเป็นอย่างไร และควรจะมีการปรับเปลี่ยนอะไรบ้าง โดยงานประชุมครั้งนี้มีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับ Standard of Care ที่มีการปรับปรุงจนมาถึงฉบับที่ 7 ในปัจจุบัน ซึ่งผู้เข้าร่วมงานประชุมจะได้ทราบถึงแนวทางการรักษาผู้ที่มีปัญหาอัตลักษณ์ทางเพศว่าควรจะเป็นไปในทางใด เพื่อยกระดับให้รัฐบาลได้เข้าใจว่าผู้ที่มีปัญหาอัตลักษณ์ทางเพศเหล่านี้ไม่ได้ป่วยเป็นโรค แต่ต้องยกระดับของเขาให้มีสิทธิเสรีภาพให้เท่าเทียมกับคนทั่วไปในสังคม”

นอกจากจะเป็นครั้งแรกที่มีการประชุมที่ประเทศไทยแล้ว ยังเป็นครั้งแรกที่โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) หน่วยงานที่มีบทบาทกระตุ้นให้มีการดำเนินการทั่วโลกเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ สร้างความเข้มแข็ง และสนับสนุนการตอบสนองต่อการระบาดของโรคในวงกว้าง ได้เข้าร่วมการประชุมเพื่อสร้างมาตรฐานให้ผู้ที่มีปัญหาอัตลักษณ์ทางเพศซึ่งป่วยด้วยเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมกันอีกด้วย

ทั้งนี้ในการยกระดับความเป็นอยู่ของผู้ที่มีปัญหาอัตลักษณ์ทางเพศให้ดีขึ้น มีตัวอย่างให้เห็นบ้างแล้วในต่างประเทศ เช่น



เมื่อเข้าไปอยู่ในเรือนจำจะแยกให้ไม่เข้าไปปะปนกับผู้ชาย เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหา
อัตลักษณ์ทางเพศเหล่านี้ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวมถึงการแยกห้องน้ำ
พิเศษสำหรับบุคคลเหล่านี้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความเข้าใจว่าควรได้รับสิทธิ
เสรีภาพเหมือนคนทั่วไปนั่นเอง

รศ.นพ.ปรีชา กล่าวอีกว่า ขณะนี้ในประเทศไทยได้ทำการศึกษาใน
โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาว่ามีเด็กที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศจำนวน
เท่าไร ประมาณการตัวเลขพบ 1:400 คน และ 1:600 คน แต่ตัวเลขนี้อาจ
จะยังไม่ถูกต้องนัก เพราะเป็นการทำการศึกษาในเด็กที่แสดงอาการต้งตั้ง
อย่างเห็นได้ชัด ไม่รวมเด็กที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศแต่ไม่แสดงอาการ
ล่าสุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้ให้ทุนศึกษาวิจัยเพื่อที่จะได้ทราบว่าเด็กที่
มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศซึ่งคาดว่าจะมีอยู่จำนวนมากนี้ มีจำนวนตัวเลขที่
ชัดเจนอยู่ที่เท่าไร

“ในทางการแพทย์ได้แยกย่อยลงไปว่าอาการเบี่ยงเบนทางเพศประเภทนี้
ควรจะวินิจฉัยอย่างไร ดูแลอย่างไร ในแง่ของศัลยแพทย์มีหน้าที่ผ่าตัดแก้ไข
ให้ เพื่อให้เขาครบถ้วนทั้งกายและใจ ซึ่งกว่าจะมาถึงเรา เขาต้องผ่านการ
ประเมินมาจนถึงขั้นตอนสุดท้าย ไม่ใช่ว่าอยู่ดี ๆ อย่างจะผ่าตัดแปลงเพศ
ก็มาหาเรา หรือไปคิดทำเอาเอง เหมือนเมื่อก่อนที่มีชาวตัดอวัยวะ ซึ่งไม่ใช่
วิธีที่ถูกต้องในทางการแพทย์ ต้องผ่านหลายขั้นตอน และต้องปฏิบัติตาม
แนวทางการรักษาที่ถูกต้อง”

รศ.นพ.ปรีชา กล่าวเพิ่มเติมว่า ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแปลงเพศ
ของโลก จึงเป็นเหตุผลให้ทาง WPATH เลือกรมาจัดงานประชุมที่ประเทศไทย
ครั้งนี้ประสบความสำเร็จอย่างมาก เพราะการจัดงานประชุมในครั้งนี้ผ่านมามี
จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 300-400 คน แต่ครั้งนี้มีจำนวนผู้เข้าร่วม
ประชุมสูงถึง 550 คน อย่างไรก็ตาม เป้าหมายสำคัญไม่ได้อยู่ที่จำนวนผู้ร่วม
ประชุม แต่อยู่ที่การยกระดับสิทธิเสรีภาพของผู้ที่มีปัญหาอัตลักษณ์ทางเพศ

ด้าน **รศ.นพ.อภิชัย อังสพัทธ์ เลขาธิการสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่ง
แห่งประเทศไทย** กล่าวว่า ขั้นตอนการแปลงเพศตามที่กฎหมายกำหนดไว้
คือ ต้องมีอายุ 20 ปีขึ้นไป ถ้าอายุอยู่ระหว่าง 18-20 ปี ต้องมีผู้ปกครอง
ยินยอม และต้องได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ 2 ท่าน มีคำแนะนำ
ตามแนวทางการรักษาของ WPATH เช่น ควรจะรับประทานฮอร์โมนเพศหญิง
มาก่อน ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบรับประทานหรือยาฉีด ดำรงชีวิตแบบหญิงติดต่
กันถึงจุดหนึ่งที่มั่นใจ ซึ่งถ้าไม่ผ่านขั้นตอนเหล่านี้จะไม่ได้รับอนุญาตให้ผ่าตัด
ที่สำคัญที่สุดคือ เรื่องอายุและการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ก่อน 2 ท่าน
ซึ่งจริง ๆ แล้วขั้นตอนเหล่านี้ผู้ที่ต้องการผ่าตัดแปลงเพศจะทราบดี บางที

ดีกว่าศัลยแพทย์เสียด้วยซ้ำ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาผ่าน
กระบวนการเหล่านี้มาเป็น 10 ปี

ปัจจุบันการผ่าตัดแปลงเพศชายเป็นหญิงมีวิวัฒนาการ
ไปถึงขั้นที่ได้ผลดีเลิศ แต่หญิงเป็นชายอาจจะอยู่ในระยะ
เริ่มต้น ซึ่งมีการพัฒนาและรายละเอียดมากมาย ซึ่งถ้าพูดถึง
ความโดดเด่นของการผ่าตัดแปลงเพศของประเทศไทย ต้อง
บอกว่ามีชื่อเสียงมาก ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโลกในด้านการ
ผ่าตัดแปลงเพศ หลายองค์กรมีการแนะนำผ่านทางหนังสือ
เว็บไซต์ โดยไม่มีเรื่องทางการค้าหรือผลประโยชน์ร่วมด้วย
รวมถึงไม่มีการเขียนสนับสนุนแพทย์หรือองค์กรใดเป็นพิเศษ

สำหรับปัญหาการยอมรับในสังคมเป็นเรื่องที่พูดยาก
ถ้ามองในประเทศไทยถือว่าให้การยอมรับค่อนข้างดี ยอมรับ
ในความแตกต่างในลักษณะนี้ได้ ต่างจากในบางประเทศที่มี
การต่อต้านที่รุนแรง ขึ้นอยู่กับแต่ละสังคม อย่างไรก็ตาม
ขณะนี้ได้พยายามผลักดันเพื่อยกระดับสิทธิเสรีภาพของ
ผู้ที่มีปัญหาอัตลักษณ์ทางเพศให้เกิดความเท่าเทียมในสังคม

“ไม่อยากจะเรียกคนกลุ่มนี้ว่าคนไข้ เพราะเขาไม่ได้
เจ็บป่วย ในปัจจุบันมีประชากรในลักษณะนี้เพิ่มมากขึ้นทั่วโลก
การทำความเข้าใจที่ลึกซึ้งน่าจะมีประโยชน์ทั้งในลักษณะของ
แพทย์และลักษณะของการดูแลคนกลุ่มนี้ เพื่อจะได้เข้าใจวิธี
คิดและความต้องการของเขา สำหรับศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัด
แปลงเพศจะต้องได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดี เพราะการผ่าตัด
แปลงเพศเป็นเรื่องที่ยากและซับซ้อน ไม่ใช่ที่ศัลยแพทย์
ตกแต่งทุกคนจะสามารถทำได้ การเลือกศัลยแพทย์ที่จะมา
ผ่าตัดให้จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ไม่อย่างนั้นอาจเกิดปัญหา
ตามมาในภายหลังได้” **รศ.นพ.อภิชัย** กล่าวทิ้งท้าย

อนามัยโลกประกาศ เอเชียอาคเนย์ปลอดโปลิโอ

บีบีซี - องค์การอนามัยโลกประกาศให้ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นพื้นที่ปลอดโปลิโอ นับเป็นหลักไมล์สำคัญของการกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปจากโลก

การประกาศครั้งนี้มีขึ้นหลังอินเดียประกาศเป็นประเทศปลอดโปลิโออย่างเป็นทางการมาแล้ว 3 ปี นับเป็นภูมิภาคปลอดโปลิโอลำดับที่ 4 ต่อจากอเมริกา แอฟริกาตะวันตก และยุโรป และความสำเร็จของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ครั้งนี้ทำให้โลก



มีพื้นที่ปลอดโปลิโอเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80 ขณะที่ประชากรโลกปลอดโปลิโอเพิ่มขึ้นเป็นครึ่งหนึ่ง

ปัจจุบันยังคงพบโปลิโอระบาดเฉพาะในอัฟกานิสถาน ในจีเรีย และปากีสถาน รวมถึงในซีเรียซึ่งกำลังอยู่ในภาวะสงคราม อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกยอมรับว่ายังคงมีอุปสรรคสำคัญหลายประการที่ขวางอยู่บนเส้นทางกวาดล้างโปลิโอให้หมดสิ้นภายในปี พ.ศ. 2562 และในขณะนี้ยังคงถือว่าเด็กทุกคนยังไม่พ้นจากภัยคุกคามของโปลิโอไม่ว่าจะอยู่ในภูมิภาคใดก็ตาม

ด้านเจ้าหน้าที่ให้ความเห็นว่า การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันเป็นมาตรการป้องกันโปลิโอที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งหากเด็กทุกคนได้รับวัคซีนก็จะเป็นการตัดวงจรการระบาดของโปลิโอไปโดยอัตโนมัติ โดยยกตัวอย่างอินเดียที่ฝ่าฟันจนสำเร็จได้แม้ต้องเผชิญกับอุปสรรคสำคัญทั้งจำนวนประชากรและความเสื่อมโทรมของระบบสุขภาพ

เตือนมลพิษอากาศเป็นตัวการผจญชีวิต

บีบีซี - องค์การอนามัยโลกเผย มลพิษทางอากาศเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตราว 7 ล้านรายเมื่อปี 2545

รายงานขององค์การอนามัยโลกยังชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างมลพิษทางอากาศกับโรคหัวใจ ปัญหาระบบทางเดินหายใจ และมะเร็ง และระบุว่ามีการเสียชีวิตทุก 1 ใน 8 รายของประชากรโลกสัมพันธ์กับมลพิษทางอากาศ ทำให้ปัญหามลพิษทางอากาศถือเป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมที่น่าวิตกที่สุด

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกชี้ว่า ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแอฟริกาตะวันตก โดยประเมินว่า 3.3 ล้านรายเสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศในอาคาร และ 2.6 ล้านรายเสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศนอกอาคาร และผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นประชากรในประเทศยากจนหรือประเทศ

เศรษฐกิจระดับปานกลาง

ด้านเจ้าหน้าที่ระดับสูงขององค์การอนามัยโลกให้ความเห็นว่า มลพิษทางอากาศส่งผลกระทบต่อแรงกดดันที่เรารู้หรือเข้าใจกัน โดยเฉพาะผลกระทบต่อโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และหลักฐานนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องประสานความร่วมมือแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศเพื่อป้องกันผลกระทบต่อกลุ่มเสี่ยง รวมถึงผู้หญิง เด็ก และคนชรา



อีโบลาระบาดหนักในกินี

รอยเตอร์ส - สถานการณ์การระบาดของไวรัสอีโบล่าในกินี กำลังเข้าสู่ระดับรุนแรงอย่างไม่เคยพบมาก่อน โดยมีผู้ติดเชื้อเสียชีวิตแล้วอย่างน้อย 80 ราย

เจ้าหน้าที่กล่าวว่า ล่าสุดพบการแพร่ระบาดของไวรัสอีโบล่าในหลายพื้นที่ซึ่งอยู่ห่างไกลกันหลายร้อยกิโลเมตร และปัญหานี้จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อมาตรการควบคุมการแพร่ระบาด และระบุว่า ความล่าช้าในการระบุโรคหลังจากเกิดการระบาดทางภาคตะวันออกเฉียงใต้มาแล้วถึง 6 สัปดาห์ยังเป็นสาเหตุให้ไวรัสแพร่ไปตามแนวพรมแดน และเข้าสู่พื้นที่ซึ่งมีชุมชนตั้งอยู่หนาแน่น



ด้านองค์การอนามัยโลกคาดว่าจะมีผู้ต้องสงสัยว่าติดเชื้ออีโบล่าแล้วราว 400 คนในกินี เซียร์ราลีโอน และไลบีเรีย และจำเป็นต้องติดตามผู้ต้องสงสัยติดเชื้อทั้งหมด ขณะที่รัฐบาลกินีออกมาเรียกร้องให้ประชาชนอย่าตื่นตระหนก และยืนยันว่ากำลังหาทางควบคุมโรคอย่างเต็มที่

ปีปีซี – นักวิจัยอังกฤษพบวิธีวินิจฉัยโรคลำไส้ด้วยการจำแนกกลิ่นอุจจาระของผู้ป่วย

การตรวจกลิ่นอุจจาระใช้การวิเคราะห์สารประกอบทางเคมีในกลิ่นที่สอดคล้องกับโรคลำไส้แต่ละชนิด ซึ่งจากการทดสอบกับผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบและโรคลำไส้แปรปรวนพบว่า การพิสูจน์กลิ่นหาโรคลำไส้มีความแม่นยำถึงร้อยละ 76 และยังสามารถ



กลิ่นอุจจาระเผยโรคลำไส้

ปรับปรุงให้แม่นยำยิ่งขึ้นไปอีกหากเพิ่มข้อมูลตัวอย่างกลิ่นให้มากขึ้น นักวิจัยเชื่อว่า การตรวจโรคลำไส้จากกลิ่นอุจจาระจะเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยจำแนกโรคที่คล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะโรคลำไส้แปรปรวนและลำไส้อักเสบ ซึ่งเป็นโรคที่ต่างกันแต่มีอาการแสดงใกล้เคียงกัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการตรวจวิธีนี้สามารถจำแนกผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบจากผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง โดยมีความแม่นยำถึงร้อยละ 79

ด้านผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า การตรวจโรคลำไส้จากกลิ่นอุจจาระน่าจะเป็นความหวังสำหรับผู้ที่กำลังประสบปัญหาโรคลำไส้อักเสบ นอกจากนี้หากแพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องตั้งแต่เนิ่น ๆ โดยไม่ต้องใช้กระบวนการตรวจที่ซับซ้อน ก็จะเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันก็ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว

เปลี่ยนพฤติกรรมพื้นร่างกายหลังพบเบาหวาน

รอยเตอร์สเฮลธ์ – การเปลี่ยนพฤติกรรมหันมาดูแลสุขภาพหลังตรวจพบเบาหวานอาจช่วยป้องกันโรคหัวใจโดยให้ผลดีเทียบเท่าการใช้ยา

นักวิจัยอังกฤษเสนอแนะให้ผู้ป่วยที่เพิ่งตรวจพบโรคเบาหวานหันมาปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยอ้างถึงผลการศึกษากการปรับพฤติกรรมประกอบด้วย เพิ่มการออกกำลังกาย ลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มการรับประทานใยอาหารและวิตามินซี และลดการรับประทานของมันและอาหารให้พลังงานสูง โดยชี้ว่าการปรับพฤติกรรมดังกล่าวสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง การสว่นหัวใจ และการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และความเสี่ยงยิ่งลดลงตามจำนวนพฤติกรรมที่สามารถปรับได้ในช่วงปีแรกหลังตรวจพบโรค

นักวิจัยกล่าวด้วยว่า การปรับวิถีชีวิตมีประโยชน์ทั้งใน

คนหนุ่มสาวและคนสูงอายุ โดยไม่มีข้อจำกัดด้านเพศ

กลุ่มสังคม หรือจำนวนยาที่ได้รับอยู่

ซึ่งหากแพทย์สามารถ

สนับสนุนให้ผู้ป่วยที่

เพิ่งตรวจพบเบาหวาน

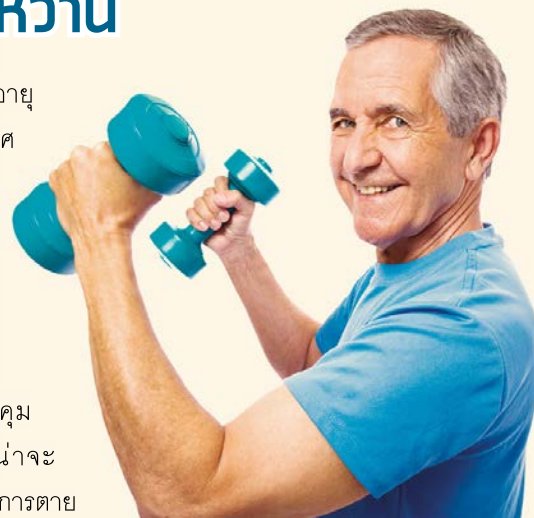
ตั้งเป้าหมายและควบคุม

การปรับพฤติกรรมก็น่าจะ

ช่วยลดการเจ็บป่วยและการตาย

อันเป็นผลพวงจากโรคเบาหวาน

ได้อีกทางหนึ่ง โดยเน้นไปที่การลดหรือเลิกแอลกอฮอล์ และเพิ่มการออกกำลังกาย



สหรัฐฯ เปิดสอนออกกำลังกายหลักสูตรซิล

รอยเตอร์ส – ครูฝึกหน่วยซิลสหรัฐฯ ดึงหลักสูตรซิลจัดโปรแกรมออกกำลังกายสำหรับบุคคลทั่วไป ชูเสริมสร้างความแข็งแกร่งทั้งร่างกายและจิตใจ

หลักสูตรหน่วยซิลสำหรับบุคคลทั่วไปซึ่งเปิดสอนกันที่รัฐแคลิฟอร์เนียของสหรัฐอเมริกาได้รับความนิยมล้นหลามจากบุคคลหลากหลายสาขาอาชีพ ทั้งนักกฎหมาย นักธุรกิจ และนักกีฬา รวมไปถึงลูกค้าที่เป็นผู้หญิง โดยครูฝึกเปิดเผยว่า หลักสูตรที่นำมาสอนเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรจริง ซึ่งมีทั้งการฝึกความแข็งแรง

ของร่างกาย ความยืดหยุ่นร่างกาย สมาธิ โยคะ ตลอดจนศิลปะการต่อสู้ และใช้รูปแบบการฝึกสอนทั้งทหารซึ่งเข้มงวดกว่าโรงยิมทั่วไป

แน่นอนว่าการใช้วิธีฝึกทหารมาฝึกสอนบุคคลทั่วไปย่อมได้รับเสียงวิจารณ์ในทางลบ โดยบางส่วนมองว่า การฝึกร่างกายวิธีนี้สามารถสร้างแรงจูงใจได้ดี แต่ในอีกทางหนึ่งก็อาจเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการที่ร่างกายต้องรับภาระหนักเกินไป คล้ายกับการที่จู่ ๆ ให้คนที่ไม่ใช่คนกีฬาออกกำลังกายแบบเดียวกับนักกีฬา และการออกกำลังกายแบบอื่นน่าจะตอบใจได้ดีกว่า



ผศ.(พิเศษ) นพ.สุรินทร์ อัสววิฑูรทิพย์

ความสุขของชีวิตคือการเป็นแพทย์ ควบคู่กับศิลปะและศาสนา

คติธรรมคำสอนที่เป็นเสมือน “ธรรมโอสธ” ของพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต ที่แสดงให้เห็นถึงสังขารมกัณฑ์แห่งชีวิตที่เตือนสติให้ยึดมั่นในความดีและการทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุดถือเป็นคติธรรมประจำใจที่ ผศ.(พิเศษ) นพ.สุรินทร์ อัสววิฑูรทิพย์ ผู้ทรงคุณวุฒิฝ่ายแพทย์ระดับ 10 อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป และเวชศาสตร์ครอบครัว ฝ่ายผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ยึดถือเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิตให้แก่ตัวเองเสมอมาดังจะเห็นได้จากการปฏิบัติงานตลอดระยะเวลา 22 ปีของการทำหน้าที่แพทย์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาจารย์ได้ทุ่มเทให้แก่โรงพยาบาลและผู้ป่วยโดยไม่เคยรับงานที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกส่วนตัวเพื่อให้งานในหน้าที่แพทย์ออกมาดีที่สุด นอกจากนี้อาจารย์ยังแบ่งเวลาร่วมกับภรรยาหลังจากการทำงานด้วยการเติมเต็มความสุขของชีวิตให้กับงานศิลปะและการศึกษารธรรมะ

อาจารย์คิดว่าศิลปะสำคัญอย่างไร

“ศิลปะเป็นวิธีหนึ่งของการให้ความสุขกับชีวิต ศิลปะไม่ว่าจะเป็นอะไรก็ตาม คือความสุขงาม ความบันเทิงใจ เป็นการพักผ่อนหย่อนใจ เป็นสันตนาการ ศิลปะจะเติมเต็มชีวิตและทำให้เราเป็นคนมีจิตใจดี ศิลปะเป็นทางออกทางหนึ่งให้แก่ชีวิตเมื่อพบความเครียด”

คนที่ทำงานศิลปะเป็นจริงจะได้เปรียบกว่าคนที่ทำไม่เป็น

“ผมเป็นคนชอบงานศิลปะ แม้ว่าจะไม่ได้เป็นคนเก่งทางศิลปะ เพราะไม่ได้เป็นคนที่มีพรสวรรค์ด้านนี้เนื่องจากบางอย่างธรรมชาติไม่ได้มอบให้เรามา ต้องใช้พรแสวง คือต้องใช้ความพยายามมากกว่าคนทั่วไป โดยตลอดเวลาที่ผ่านมาผมเรียนเพิ่มเติมทางด้านดนตรี กีฬา ภาษา เพราะผมคิดว่าดนตรี กีฬา ภาษา คือศิลปะ เป็นสิ่งที่อยู่ในชีวิตของคนทุกคนมากกว่าความรู้ทางวิชาการ บางอย่างที่ทำไมเป็นจริง ๆ ขอให้ได้ชม ได้ยิน ได้ฟัง ก็มีความสุขแล้ว”



**“ความยิ่งใหญ่คือความไม่ยั่งยืน
ความไม่ยั่งยืนเป็นสิ่งที่ยิ่งใหญ่และแน่นอน
ชีวิตที่ยิ่งใหญ่....**

**คือชีวิตที่อยู่ด้วยทาน ศีล เมตตา และกตัญญู
ชีวิตที่ดีอาจมิใช่ชีวิตที่ยิ่งใหญ่
แต่ชีวิตที่ยิ่งใหญ่ต้องอาศัยคุณธรรมความดี
เท่านั้น...”**

พระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต

สำหรับดนตรี กีฬา ภาษา อาจารย์ให้ความสำคัญอย่างไรคะ

“ปิงปองเป็นกีฬานิดหนึ่งที่ผมชอบ เริ่มเล่นตอน ป.4 เล่นตอนเลิกเรียนจนไม่ยอมกลับบ้าน จนสุดท้ายคุณพ่อต้องซื้อโต๊ะปิงปองไว้ที่บ้าน ด้วยเหตุที่ทานก็ชอบเล่นเหมือนกัน ที่ชอบเพราะเป็นกีฬาที่มีการโต้ตอบเร็วที่สุดทำให้เราต้องฝึกสมาธิตลอด ฝึกความว่องไว ฝึกความคิด การตัดสินใจ และมันสนุกมากครับ

สำหรับภาษาทุกวันนี้ผมศึกษาการพูดภาษาอังกฤษเพิ่มเติม เพราะอยากเป็นคนพูดภาษาอังกฤษได้ดี เนื่องจากเวลาไปต่างประเทศหรือเวลาสนทนากับชาวต่างชาติจะรู้สึกไม่พอใจตัวเองที่สื่อสารได้ไม่ดี

ส่วนในเรื่องของดนตรี ผมเรียนดนตรีมาตั้งแต่เด็ก ทั้งอเล็กซานเดอร์ เปียโน กีตาร์ ซอด้วง แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จ เลยคิดว่าตัวเองคงจะไม่มีพรสวรรค์ด้านดนตรี จึงหันเหไปเรียนร้องเพลงอยู่ 6 ปี เพราะคิดว่าการร้องเพลงไม่ต้องใช้ทักษะด้านดนตรีมากนัก ต่อมาครูที่สอนร้องเพลงลาออก แต่ผมยังมีคอร์สที่ลงเรียนไว้เหลืออยู่ ทางโรงเรียนจึงแนะนำให้เรียนเครื่องดนตรีชนิดอื่น ๆ แทน ก็ได้แจ้งทางโรงเรียนไปว่าเรียนมาเกือบหมดแล้วแต่ไม่ถนัด ทางโรงเรียนจึงเสนอให้เรียนไวโอลินเนื่องจากมีครูเพิ่งมาสมัครใหม่และยังไม่มีนักเรียน เราก็รีบลงสาร แต่ก็รู้สึกลังเล เพราะไม่เคยเรียนดนตรีคลาสสิกมาก่อน อีกทั้งไวโอลินก็เป็นเครื่องดนตรีที่ยากที่สุด แต่ตอนนั้นก็ตัดสินใจลงเรียนไวโอลินดู โดยตั้งใจว่าถ้าเล่นไวโอลินแล้วไม่ชอบอีก ชีวิตนี้จะไม่เล่นดนตรีอีกเลย แต่ปรากฏว่าเมื่อได้มาสัมผัสกับไวโอลินแล้ว เกิดความรู้สึกหลงใหลในเครื่องดนตรีชนิดนี้ เพราะนอกจากจะเสียงดีแล้ว การผลิตไวโอลินแต่ละตัวยังมีประวัติความเป็นมา การผลิตต้องใช้ศิลปะล้วน ๆ ชวนให้ศึกษาและสะสม ได้แจ้งครูผู้สอนว่าอยากดัดแปลงไปเรื่อย ๆ สบาย ๆ ปัจจุบันก็เรียนมา 6 ปีกว่าแล้ว ถือเป็นคนตรีที่สนใจเรียนนานที่สุด แม้จะยังไม่ค่อยดีก็ตาม เนื่องจากการเรียนดนตรีจะต้องมีเวลาซ้อมแต่ผมไม่ค่อยมีเวลาซ้อมเท่าไรนัก แต่ก็ชอบไวโอลินมาก ตอนนั้นผมมีไวโอลินยุโรปสะสมทั้งหมด 12 ตัวแล้วครับ เพราะชอบในงานศิลปะของมัน กลายเป็นของรักของหวง”

ศิลปะเกี่ยวข้องกับการเป็นแพทย์อย่างไรคะ

“การเป็นแพทย์ถือเป็นงานศิลปะอย่างหนึ่ง เราถึงได้ใบประกอบโรคศิลป์ภายหลังสำเร็จการศึกษา



ซึ่งสำหรับผมการเป็นแพทย์ไม่ใช่แค่การรักษาโรคเพียงอย่างเดียว จริง ๆ แล้วแพทย์ที่ดีต้องเป็นคนที่มีกลยุทธ์จัดการกับปัญหาของผู้ป่วย มีวิธีการสนทนา มีความเห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหาทุกอย่างทุกเรื่องเสร็จสรรพ ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วย (case manager) มีวิธีการแนะนำผู้ป่วยซึ่งมากกว่าการสั่งยา หรือการผ่าตัด ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นศิลปะในการดูแลคนโดยแท้ ทั้งนี้คำว่าดูแลก็ไม่ได้หมายความว่าเพียงแค่การรักษา แต่คือการดูแลองค์รวมทั้งหมด ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม เริ่มตั้งแต่สังคมของครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่บ้านและที่ทำงาน เพราะเราไม่ได้เยียวยาแค่เฉพาะตัวโรค โดยการดูแลที่ยากที่สุดในความคิดของผมคือ การดูแลด้านจิตใจ เนื่องจากการดูแลด้านร่างกายผมคิดว่าหมอทุกคนที่เรียนจบมารู้และรักษาได้ แต่การเยียวยาทางด้านจิตใจ ทุกคนมักจะมองว่าเป็นหน้าที่ของจิตแพทย์ ซึ่งผมคิดว่าหมอทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยก็ควรจะต้องมีหน้าที่ในการดูแลจิตใจไปพร้อมกันด้วย และสิ่งนี้เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เปรียบเสมือนกับการปรุงอาหารรับประทาน จำเป็นต้องผสมกลมกลืนส่วนผสมหลักกับเครื่องปรุงหรือเครื่องเทศเข้าด้วยกัน อาหารจึงจะอร่อย การแพทย์จึงเป็นศิลปะอย่างหนึ่งเช่นกัน ไม่ต่างจากการปรุงอาหาร”

อาจารย์มีความคิดเห็นอย่างไรกับการศึกษาต่อแพทยเฉพาะทางในปัจจุบัน

“ผมคิดว่าโรคภัยไข้เจ็บของมนุษย์กว่า 80% สามารถรักษาได้ด้วยความรู้ทั่วไป โดยไม่ต้องใช้ความรู้เฉพาะทางมากนัก จะมีคนไข้แค่เพียง 20% เท่านั้นที่เป็นเคสที่ยาก ซับซ้อน และต้องการการดูแลในระดับ Specialist หรือ Subspecialist แต่คนไทยส่วนใหญ่มักจะคิดว่าเมื่อเจ็บป่วยก็ต้องไปพบแพทย์เฉพาะทาง เช่น เมื่อเป็นโรคตาแดงก็ต้องไปพบจักษุแพทย์ หรือเป็นโรคกรดไหลย้อนก็ต้องไปพบแพทย์ทางด้านลำไส้ใหญ่โดยตรง อันนี้จะต่างจากในต่างประเทศที่จะมีแพทย์ประจำครอบครัว หรือ Family Doctor ที่ทุกคนที่จะไปใช้สิทธิรักษาพยาบาลจะต้องผ่านการตรวจจากแพทย์ประจำครอบครัวเสียก่อน เพื่อเป็นการสกรีนนิ่งและให้การรักษาในเบื้องต้น และถ้าแพทย์ประจำครอบครัวเห็นว่า เป็นเคสยาก ซับซ้อน จึงส่งต่อไปให้กับ Specialist อีกที ด้วยเหตุนี้ผมจึงไม่ได้สนใจศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง เพราะคิดว่าการเรียนจบแพทย์มา 6 ปี และไปศึกษาต่อเป็นผู้เชี่ยวชาญทั่วไปอีก 3 ปี รวมเป็น 9 ปี ก็เพียงพอสำหรับตัวเองแล้ว เนื่องจากยังมีอีกหลายอย่างในโลกนี้ที่ชีวิตเราต้องเรียนรู้ ผมจึงอยากใช้เวลาในชีวิตศึกษาเรียนรู้อย่างอื่นด้วย โดยเฉพาะเรื่องของศิลปะ ผมชอบศึกษาศิลปะ”

อาจารย์มีการจัดสรรเวลาในชีวิตอย่างไรคะ เพราะทราบว่ามิกิจกรรมในชีวิตหลายอย่าง

“สมัยเป็นนักเรียนต้องจัดสรรเวลาเพื่อให้สอบผ่าน โดยจะต้องแบ่งเวลาให้สมดุลระหว่างการเรียน การอ่านหนังสือ รวมถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสะสมประสบการณ์ และที่สำคัญคือ ดูแลตัวเองด้วยการออกกำลังกาย แต่เมื่อจบการศึกษามาก็หันมาแบ่งเวลาศึกษาและทำกิจกรรมที่ยังทำไม่เป็น และอยากทำเป็น ไม่อยากใช้เวลาที่เหลือจาก

การทำงานไปทำงานอีก ซึ่งจริง ๆ แล้วผมเห็นว่าหลังจากเวลาทำงานปกติแล้ว เราควรใช้เวลาส่วนตัวเหมือนกันกับคนอื่น ๆ เพื่อพักผ่อนทำกิจกรรมสังคม หรือสันทนาการส่วนตัว เช่น เล่นดนตรี ออกกำลังกาย ศึกษาศาสตร์ มากกว่าการที่เราทุ่มเทให้กับการทำงานตลอดเพียงอย่างเดียว เพราะถึงแม้ว่าการทำงานจะทำให้เราได้ทรัพย์สินเงินทองมากก็ตาม แต่เมื่อแก่ตัวลงก็อาจจะยังไม่ทันได้ใช้เงินที่หามา เนื่องจากสุขภาพหรือสุขภาพไม่อำนวยจากการใช้ร่างกายหักโหมไปกับการทำงานมากจนเกินไป และอาจไม่ทันจะได้ทำลาย ๆ อย่างที่อยากจะทำให้ครบ”

อาจารย์พูดถึงธรรมะ: อยากให้กล่าวถึงความสำคัญตรงส่วนนี้:

“ผมอาจจะเป็นคนโชคดีที่เกิดมาในครอบครัวที่คุ้นพ่อคุณแม่เป็นคนชอบทำบุญ จึงได้มีโอกาสได้ทำบุญกับพระผู้ใหญ่มากมายมาตั้งแต่เด็ก พอโตมาก็โชคดีที่น้องชาย ดร.สุจินต์ ที่ศิริราชก็เป็นผู้ที่ชอบทำบุญและปฏิบัติธรรม มีโอกาสได้อุปฐากครูบาอาจารย์ผู้ใหญ่มากมาย ผมจึงได้มีโอกาสมากในการร่วมบุญตรงส่วนนั้นไปด้วย ว่่างจากการทำงานผมก็จะปฏิบัติธรรม สวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ เพราะเคยอ่านบทคำสอนของหลวงปู่สี ท่านกล่าวไว้ว่า “คนที่ทำบุญ แต่ไม่ได้ทำหลักของใจไว้ ก็เปรียบเหมือนกับคนที่มียืนแต่ไม่มีใจ” หลักของใจท่านคงหมายถึงการปฏิบัติธรรม อาชีพของเราที่เจอแต่ความทุกข์ หากไม่ฝึกจิตใจให้จิตใจตัวเองบ้างก็ลำบากเหมือนกันครับ”

อาจารย์มีความฝันในชีวิตการก้าวนอย่างไร:

“ผมเกิดมาบนโลกนี้ เมื่อจากโลกนี้ไปก็อยากที่จะทิ้งผลงานเอาไว้ให้แก่นคนรุ่นหลังบ้าง สมัยเรียนประถมวิชาวรรณคดี ได้อ่านบทกวีของสุนทรภู่ ก็เลยคิดแบบเด็ก ๆ ว่า ท่านจากโลกนี้ไปแล้ว ทำไมยังมีคนกล่าวขวัญถึง และยังนำบทกวีที่ท่านแต่งไว้มาอ่านมาศึกษา ซึ่งทำให้ตั้งตั้งแต่นั้นว่าคนเราจากโลกไปควรที่จะเหลือผลงานทิ้งไว้บนโลกนี้บ้าง มากกว่าเหลือไว้แต่ชีวิตประวัติ หรืออีกตัวอย่างหนึ่งคือ คนที่สร้างการ์ตูนโดราเอมอน แม้ว่าจะเสียชีวิตไปนานแล้ว แต่ทุกวันนี้เวลาที่เราดูโดราเอมอน เราก็มีความสุข สนุก รู้สึกว่าโดราเอมอนเป็นผลงานศิลปะที่ดี มีความเป็นอมตะ ผมจึงมีความฝันที่อยากจะทำผลงานทิ้งไว้เช่นเดียวกัน”

ทราบว่าอาจารย์กำลังผลิตการ์ตูนแอนิเมชันเช่นเดียวกับ:

“ใช่ครับ เป็นโครงการผลิตการ์ตูนแอนิเมชันที่สอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ในการป้องกันโรค ชื่อโครงการเทิดให้พระภัทรมหาราช สรรสร้างสุขภาพไทยทั่วหล้า หรือโครงการสุข 24 ชม. เนื่องจากผมเห็นว่าทุกวันนี้ตามโรงพยาบาลใหญ่ ๆ จะมุ่งเน้นในเรื่องของการสร้างตึก หรือคิดค้นศึกษาวิจัยวิธีการรักษาใหม่ ๆ เพื่อที่จะรองรับผู้ป่วยที่หลังไหลเข้ามาเรื่อย ๆ มากขึ้นทุก ๆ วัน แต่ยังไม่มีการสอนในการป้องกันโรคที่ได้ผลแบบจริง ๆ จัง ๆ ซึ่งการป้องกันปัญหาที่ดีที่สุดคือ การให้ความรู้กับประชาชนโดยการสอนให้ประชาชนดูแลตัวเองให้ตั้งแต่ต้นจะได้ไม่เจ็บป่วย เพราะโรคบางอย่างสามารถป้องกันได้ตั้งแต่เด็ก เช่น ที่เห็นชัด ๆ คือโรคอ้วนที่จะนำไปสู่โรคภัยเรื้อรังมากมายในอนาคต ถ้าเรารู้จักสอนประชาชนให้มีการดูแลสุขภาพที่ดีตั้งแต่ต้น เราไม่ต้องเสียงบประมาณไปนั่งทำวิจัย สร้างตึก ซื้อเครื่องมือแพทย์ที่เท่าไรก็ไม่เพียงพอ ผมเห็นว่าการที่แพทย์จะสอนให้ประชาชนรู้จักวิธีการป้องกันโรคโดยการให้ความรู้หรือการศึกษาแก่ประชาชนด้วยการไปพูดออกบรรยายต่าง ๆ เด็กก็ไม่สนใจ ฟัง หรือฟังแล้วอาจจะจำไม่ได้สินัก เราจึงควรใช้วิธีการสื่อในรูปแบบที่คนทุกเพศทุกวัยสามารถดูได้ นั่นคือการ์ตูน ลองคิดดูว่าเราดูโดราเอมอนรอบหนึ่ง ให้เราดูอีกที่เรา

จะจำได้หมดว่าเรื่องจะดำเนินไปอย่างไร ผมจึงอยากทำการ์ตูนแอนิเมชันขึ้นมา โดยตั้งใจว่าในชีวิตนี้ถ้าสักวันหนึ่งเมื่อเราต้องจากโลกนี้ไปก็จะมีสิ่งนี้เป็นอมตะเหมือนกับโดราเอมอน หวังไว้ว่าอย่างนั้น”

“ขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยจะทำทั้งหมด 84 ตอน 84 โรค ตอนละ 11 นาที เนื่องจากโครงการนี้ผมตั้งใจทำเพื่อเฉลิมฉลองเนื่องในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวจะมีพระชนมพรรษาครบ 7 รอบ 84 พรรษา และสมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายกฉลองพระชันษาครบ 8 รอบ 96 ปี งานนี้คือสิ่งที่ภูมิใจที่สุดในชีวิตนอกเหนือจากการเป็นแพทย์ เพราะเป็นเหมือนกับสิ่งที่สามารถให้ความรู้กับประชาชนได้ทั้งประเทศ และยังเป็นนวัตกรรมทางด้านสาธารณสุขซึ่งยังไม่มีใครเคยมีใครทำมาก่อน เป็น New Innovation ที่ผมเรียกว่า Health Edutainment ซึ่งมาจากคำว่า Education คือการศึกษา และ Entertainment คือความสนุกสนาน โชคดีที่ทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เห็นความสำคัญและให้โอกาสผมทำงานนี้”

งานนี้มีความยากและมีอุปสรรคอย่างไรบ้าง:

“ความยากของงานนี้ก็คือ ทำอย่างไรที่จะทำการ์ตูนตอนหนึ่งสนุกสนาน พร้อมทั้งสามารถสอดแทรกเนื้อหาวิชาการด้วย สำหรับผลมันคืองานศิลปะดี ๆ นี่เอง เพราะถ้ามีเนื้อหาวิชาการมากเกินไปก็จะไม่สนุก ไม่น่าดู แต่ถ้าสนุกสนานมากเกินไป ประโยชน์ในเชิงให้ความรู้ก็ให้แก่ประชาชนก็ได้น้อยลงไป เพราะฉะนั้นงานนี้ที่ยากคือการทั้งสองเรื่องนี้ให้สมดุลกลมกลืนกันและชวนติดตาม”

ทราบว่าอาจารย์ได้รับรางวัลจากการทำโครงการนี้มาแล้วด้วย:

“โครงการการ์ตูนที่ผมทำและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อพระพุทธศาสนาในกิจกรรมต่าง ๆ มาโดยตลอดทำให้ผมได้รับการพิจารณาให้ได้รับโล่รางวัลผู้ทำคุณประโยชน์ต่อพระพุทธศาสนาประจำปี พ.ศ. 2554 จากสมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายกเป็นรางวัลที่ผมภูมิใจที่สุดในชีวิต เพราะเป็นรางวัลที่ไม่ได้เกี่ยวกับวิชาชีพของเรา ไม่ใช่เพราะเราเป็นหมอ แต่เป็นเพราะเราได้ทำประโยชน์ให้แก่สังคมและศาสนาครับ”

ยังมีศิลปะอะไรที่อาจารย์ยังทำไม่เป็นและยังอยากศึกษาต่ออีก:

“คงจะเป็นการทำอาหาร ทำขนม การถ่ายภาพ และการซ่อมรถครับ ที่สนใจมากและกำลังหาโอกาสไปศึกษาจริงจังกครับ”





ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

คำนิยามของสังคมผู้สูงอายุคือ มีจำนวนประชากรที่สูงอายุมากกว่า 10% ของประชากรทั้งหมด เกณฑ์ของการเป็นผู้สูงอายุในประเทศไทยคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรที่สูงวัยถึง 12.2% จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2554 อัตรานี้จะเพิ่มเป็น 25% ภายใน 20 ปีข้างหน้า!

ทั้งนี้เนื่องมาจากในอดีตก่อน พ.ศ. 2513 ประชาชนชาวไทยมีลูกหลายคน ในอดีตอาจถึง 11 คน ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2513 ประเทศไทยจึงได้ประกาศใช้นโยบายการวางแผนครอบครัวโดยระบบสมัครใจเพื่อชะลอการเกิด เพราะการมีบุตรมากอาจทำให้สุขภาพของทั้งมารดาและบุตรไม่ดี รวมทั้งอาจมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การศึกษา การพัฒนาประเทศ ฯลฯ นโยบายนี้ทำให้สามารถลดภาวะเจริญพันธุ์ได้ดีมาก จนนำไปสู่ระดับที่ต่ำกว่าระดับทดแทนคือ จากที่เคยมีบุตร 6 คนต่อครอบครัว กลายเป็น 1.2 คนในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการนำไปสู่การเปลี่ยนโครงสร้างทางอายุของประชากรเป็นประชากรสูงอายุ

คำนิยามของวัยเด็กคือ อายุ 0-14 ปี วัยทำงาน 15-59 ปี และวัยสูงอายุคือ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งวัยสูงอายุยังถูกแบ่งออกเป็นวัยต้น 60-69 ปี วัยกลาง 70-79 ปี และวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป ซึ่งวัยปลายนั้นเพิ่มขึ้นมากกว่าวัยต้นและวัยกลาง ทั้งนี้มีผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ที่มีอายุเกิน 100 ปี ประมาณ 13,692 คน

อัตราส่วนผู้สูงอายุของประเทศไทยสูงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ 6.8% ในปี พ.ศ. 2537, 9.4% ในปี พ.ศ. 2545, 10.7% ในปี พ.ศ. 2550 และ 12.2% ในปี พ.ศ. 2554 โดยในปี พ.ศ. 2554 มีผู้สูงอายุถึง 8,266,304 คน เป็นชาย 44.1% หรือ 3,641,589 คน เป็นหญิง 4,624,715 คน หรือ 55.9%

สำหรับประชากรในวัยเด็ก วัยแรงงาน และวัยสูงอายุ มีดังต่อไปนี้ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2513 มี 15,506,200 คน, 17,196,600 คน, 1,680,900 คน ในปี พ.ศ. 2533 มี 15,946,900 คน, 34,548,600 คน และ 4,014,000 คน ในปี พ.ศ. 2543 มี 15,349,000 คน, 41,026,000 คน, 5,867,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 มี 13,202,900 คน, 42,926,600 คน และ 7,522,800 คน

คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมี 11,172,200 คน, 43,011,900 คน, 11,888,000 คน และในปี พ.ศ. 2573 จะมี 9,770,200 คน, 40,107,800 คน และ 14,452,400 คน ซึ่งจะเห็นได้ว่าประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 ส่วนประชากรวัยเด็กได้เริ่มลดลงหลังปี พ.ศ. 2533 และประชากรวัยทำงานได้ลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553

ถ้าเป็นเช่นนี้เรื่อย ๆ ประเทศไทยจะไม่มีประชากรในวัยเด็กและวัยแรงงานมาทดแทนอย่างเพียงพอ อาจจะทำให้มีความต้องการแรงงานจากต่างประเทศถึง 10 ล้านคนภายในไม่กี่ปีข้างหน้า การวางแผนครอบครัวไม่ได้หมายความว่าห้ามมีบุตร แต่ควรมีบุตรตามเวลาที่เหมาะสมทั้งทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ และไม่ควรมีบุตรก่อนวัยอันควร ปัจจุบันนี้ประเทศไทยมีแม่ที่มีบุตรก่อนวัยอันควร (teenage pregnancy) มากที่สุดในโลก จากการสำรวจล่าสุดเด็กชายอายุ 9 ปีเป็นบิดาไปแล้ว และมารดามีอายุเพียง 10 ปี! การวางแผนครอบครัวควรมีการวางแผนตั้งแต่ระดับชาติลงมาถึงครอบครัว จะได้มีบุตรในกาลเวลาที่เหมาะสม ประเทศจะได้มีประชากรในวัยเด็กและวัยทำงานอย่างเพียงพอ

ดัชนีผู้สูงอายุ หมายถึง อัตราส่วนของจำนวนประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 100 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513, 2533, 2543, 2553, 2563 และ 2573 คือ 10.8 คน (ผู้สูงอายุต่อวัยเด็ก 100 คน), 25.2 คน, 38.2 คน, 57 คน, 106.4 คน และ 147.9 คน ตามลำดับ

อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ คือ จำนวนผู้สูงอายุต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน 100 คน ในปี พ.ศ. 2537, 2545, 2550 และ 2554 คือ 10.7 คน, 14.3 คน, 16 คน และ 18.1 คน ตามลำดับ

และอัตราส่วนเกือหนุน คือ จำนวนคนในวัยทำงานเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ คือในปี พ.ศ. 2537, 2545, 2550 และ 2554 คือ 9.3 คน, 7 คน, 6.3 คน และ 5.5 คน ตามลำดับ

จากนี้จะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2554 มีผู้สูงอายุ 1 คนต่อคนทำงาน 5.5 คน ซึ่งจำนวน 5.5 คนนี้จะลดลงเรื่อย ๆ จนจะมีผู้อยู่ในวัยทำงาน 2 คนเท่านั้นต่อผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งถ้าไม่รีบแก้ปัญหาจะเป็นภาระหนักต่อผู้ที่ทำหน้าที่ทำงานมาดูแลบิดามารดาที่สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาให้ผู้สูงอายุด้วย

ข้อสัตย

ยายหวนตอบอย่างไม่ยี่หระว่า “อ้อ จันกินยาไม่ครบหรอก”

“อ้าว แล้วพอเอายาไปให้พยาบาลนับ เขาก็รู้ว่าแกกินยามา
ไม่ครบ แล้วแกไม่โดนว่าหรือ”

“เอ๊ะ แกไม่น่าโง่เลย แกก็แอบเอายาไปทิ้งสิ แล้วให้เหลือจำนวนถุง
พอดีกับวันนัดสิ นี่แกต้องทำอย่างที่ว่าจันทำนะจะได้ไม่โดน
คุณพยาบาลว่า”

ยายสั้มยังคงยืนยันว่า “ไม่เอาหรอกแก คนเราต้องข้อสัตยสิ
เรากินไปที่ถุงก็ต้องให้เขารู้ไปตามนั้นสิ
ไม่งั้นเขาจะรักษาเราได้อย่างไรล่ะ”

โรงพยาบาลทั้งหลายมักพัฒนามาตรฐานการรักษา
พยาบาลกันขึ้นมากมาย

มีอยู่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งต้องการปรับปรุงคุณภาพ
การรักษาโรคเบาหวานด้วยการสร้างมาตรการแบ่งยากิน
เบาหวานเป็นถุง ๆ ตามจำนวนวัน ทั้งนี้เพื่อช่วยเตือน
ผู้ป่วยให้เคร่งครัดกับการกินยาเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ

ดังนั้น เมื่อมาพบแพทย์ตามนัดอีกครั้ง พยาบาล
ก็จะทำการนับจำนวนถุงยาที่เหลือก็จะทราบได้ทันทีว่า
ผู้ป่วยกินยามาครบหรือไม่

มีอยู่วันหนึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน...
ยายหวนและยายสั้มก็เริ่มปรึกษากัน

ยายหวนถามว่า “เป็นยังไง ยายสั้มรักษาเบาหวาน
แล้วดีขึ้นไหม”

“ฉันไม่ค่อยดีขึ้นเลย ยังฉีดย่อยอยู่เลย แป็บ ๆ ก็
ต้องไปหาหมออีกแล้ว” ยายสั้มเริ่มบ่นเกี่ยวกับโรคของ
ตนเอง

ยายหวนยังคงอยากรู้อยากเห็นอีกจึงถามต่อว่า
“ไปหาหมอแล้วเขาวางใจยังล่ะ”

“แกก็ชอบว่าฉันทุกทีว่า คุณน้ำตาลในเลือดไม่ดี” ยายสั้ม
ตอบกลับมาด้วยสีหน้าเศร้า ๆ

“แล้วทำไมแกไม่อดข้าวสัก 1 วันก่อนไปหาหมอให้เขา
เจาะเลือดล่ะ”

“ไม่เอาหรอก ไปหลอกลวงหมอเขาแบบนั้นไม่ดี คนเราต้อง
มีความข้อสัตยสิ”

“ไม่ดียังไงกัน ของฉันนะ ก่อนไปเจาะเลือดตรวจ ฉันเตรียม
อดข้าวไปก่อน 1 วันเลย พอเจาะเลือดตรวจแล้วผลน้ำตาลในเลือด
ออกมาดีทุกครั้ง พยาบาลกับหมอยังชมฉันออกบ่อย ๆ ไป”

“ก็แกโกหกเขาล่ะสิ แล้วโรคมันจะรักษาหายได้ยังไงกัน”
ยายสั้มเตือนด้วยความหวังดี

ยายหวนเถียงทันทีว่า “แหม...ก็พอเจาะพบน้ำตาลในเลือด
ไม่ดีทีไร ฉันถูกหมอแกว่ายาวจนหูชา ฉันก็ขี้เกียจเถียงเขา เลยอดข้าว
ก่อนไปตรวจให้มันจบ ๆ ไป”

ยายสั้มถามอย่างสงสัยว่า “เอ๊ะ แล้วตอนนี้เขาเพิ่มมาตรการ
ใหม่นี้มา ให้คนไข้เอายาเบาหวานไปเป็นถุง ๆ ตามจำนวนวันที่
ต้องกิน นี่ฉันนัดอีก 1 เดือนยังได้มา 30 ถุงเลย แล้วแกล่ะ...
ยายหวนกินครบไหมวะ”

กันที่ที่หมอทราบ ก็เริ่มอบรมชุดใหญ่แก่ยายสั่มว่า
“ยายสั่มนะ...บอกที่ที่แล้วให้กินยาให้ครบ อย่างนี้จะรักษา
เบาหวานให้หายได้ไง มีน้ำตาลขึ้นทุกเดือนเลย”
ยายสั่มก้มหน้าพูดด้วยสีหน้าจ้อย ๆ ว่า “เออ...ฉันสั่มนะจะ”
“เอ๊ะ ยายสั่มได้ไง ไม่รักตัวเองหรือไง เดี่ยวน้ำตาลสูงจนเข้าตาทำให้
ตาบอดได้นะ หรือเส้นเลือดตีบในสมองจนเป็นอัมพาตไม่รู้ด้วยนะ”
“คราวหลังฉันจะพยายามกินยามาให้ครบจะ”



ยายหวิ่นตอบอย่างไม่ยี่หระว่า “อ้อ
ฉันกินยาไม่ครบหรอก”

“อ้าว แล้วพอเอายาไปให้พยาบาลนับ
เขาก็รู้สิว่าแกกินยามาไม่ครบ แล้วแกไม่โดนว่า
หรือ”

“เอ๊ะ แกไม่น่าโง่เลย แกก็แอบเอายาไป
ทิ้งสิ แล้วให้เหลือจำนวนลงพอดีกับวันนัดสิ
นี่แกต้องทำอย่างที่ผมทำนะจะได้ไม่โดน
คุณพยาบาลว่า”

ยายสั่มยังคงยืนยันว่า “ไม่เอาหรอกแก
คนเราต้องซื่อสัตย์สิ เรากินไปก็ถูกต้องให้เขา
รู้ไปตามนั้นสิ ไม่งั้นเขาจะรักษาเราได้อย่างไรล่ะ”

ยายหวิ่นชี้หน้าพร้อมกับพูดว่า “ดีแล้ว
แก...ไม่เชื่อฉัน คอยดูสิ เดี่ยวพอพยาบาลนับยา
แล้วพบว่าแกกินไม่ครบ แกต้องโดนด่าแน่เลย”
พอพูดจบยายหวิ่นก็สะบัดหน้าเดินจากไปด้วย
ความองุ่นที่เดือนแล้วยายสั่มก็ไม่ยอมทำตาม

ต่อมาถึงวันนัดตรวจเบาหวานที่โรงพยาบาล บังเอิญ
ยายหวิ่นและยายสั่มต้องมาตรวจที่คลินิกเบาหวานในวันเดียวกัน
เมื่อถึงคิวยายสั่มเข้าตรวจ ปรากฏว่าถุงยาเหลือ
เยอะเยอะ อันแสดงว่ายายสั่มกินยาเบาหวานไม่ครบ ดังนั้น
พยาบาลจึงแจ้งให้หมอทราบ

ทันทีที่หมอทราบ ก็เริ่มอบรมชุดใหญ่แก่ยายสั่มว่า
“ยายสั่มนะ...บอกที่ที่แล้วให้กินยาให้ครบ อย่างนี้จะ
รักษาเบาหวานให้หายได้ไง มีน้ำตาลขึ้นทุกเดือนเลย”
ยายสั่มก้มหน้าพูดด้วยสีหน้าจ้อย ๆ ว่า “เออ...ฉันสั่ม
นะจะ”

“เอ๊ะ ยายสั่มได้ไง ไม่รักตัวเองหรือไง เดี่ยวน้ำตาลสูง
จนเข้าตาทำให้ตาบอดได้นะ หรือเส้นเลือดตีบในสมองจนเป็น
อัมพาตไม่รู้ด้วยนะ”

“คราวหลังฉันจะพยายามกินยามาให้ครบจะ”

“ยายสั่มน่าจะเอาอย่างยายหวิ่นนะ อยู่หมู่บ้านเดียวกัน
ไม่ใช่หรือ ดูยายหวิ่นสิเขากินยามาครบทุกครั้ง เห็นไหมน้ำตาล
ในเลือดผลออกมาดีทุกครั้งเลย หัดเอาอย่างยายหวิ่นบ้างสิ”
หมอพูดพร้อมกับพยักพยัดไปทางยายหวิ่นอย่างชื่นชม

ยายสั่มเหลียวไปดูหน้ายายหวิ่นด้วยตาละห้อย

ยายหวิ่นทำปากพะเยิบพะยานชนิดไม่มีเสียงออกมา
ว่า “เห็นไหม ฉันบอกแกแล้วให้เอาอย่างฉันก็ไม่เชื่อ”

“โถ...ความซื่อสัตย์...” ยายสั่มรำพึงขึ้นเบา ๆ

30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายประชานิยมที่ตึงริงหรือ (ต่อ)

<<< (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

ตอนที่แล้วผู้เขียนได้กล่าวว่าการบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขของไทยกำลังเผชิญกับความเสี่ยงต่อการขาดคุณภาพมาตรฐานที่ดี และความเสี่ยงนี้จะเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากความขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดแคลนบุคลากรในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน

ในตอนนี้จะกล่าวถึงความเสี่ยงต่อการขาดมาตรฐานทางการแพทย์ในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดจากระบบ 30 บาท เนื่องจากการขาดงบประมาณที่เหมาะสมและเพียงพอในการดำเนินงาน

2. ระบบ 30 บาทมีการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอในการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน และก่อให้เกิดความเสียหายแก่ประชาชนผู้ไปรับบริการ

เนื่องจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นสถานที่ให้การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนไทยเป็นจำนวนมากที่สุด เนื่องจากเป็นภารกิจ/หน้าที่โดยตรงของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องดำเนินการในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทั่วไปจึงจะกล่าวถึงโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่

ก่อนที่จะมีการดำเนินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณในการดำเนินการมาจาก 3 ทางคือ

1. งบประมาณแผ่นดิน (จากภาษีของประชาชน)
 2. จากการเก็บค่ารักษาพยาบาลจากประชาชน (โดยตั้งราคาค่าตรวจรักษาและค่ายาในราคาถูกลง ๆ เพราะถือว่าเป็นสวัสดิการสำหรับประชาชนทั่วไป)
 3. จากเงินบริจาคของประชาชนและมูลนิธิต่าง ๆ
- งบประมาณทั้งหมดดังกล่าวแล้ว จะครอบคลุมในการก่อสร้างและซ่อมแซมปรับปรุงอาคารสถานที่ การจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ วัสดุ ครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการดำเนินงานของโรงพยาบาลในการให้บริการสาธารณสุขอย่างครบวงจร ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจร่างกาย ตรวจวินิจฉัยโรค

ส่วนประชาชนที่ยากจนและไม่มีเงินจ่ายค่ายา ค่าตรวจรักษาต่าง ๆ รัฐบาลยังได้จัดให้มีงบประมาณสำหรับช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เรียกว่า “งบประมาณช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย”

การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยไม่รวมถึงเงินเดือนบุคลากร เนื่องจากข้าราชการและลูกจ้างประจำจะได้รับเงินเดือนตามพระราชบัญญัติเงินเดือนข้าราชการและลูกจ้างประจำ ที่ได้จัดสรรมาต่างหากตามตำแหน่งและอัตราเงินเดือนเหมือนในกระทรวง ทบวง กรม อื่น ๆ

อย่างไรก็ดี โรงพยาบาลยังสามารถเก็บเงินค่าบริการตรวจรักษา ผู้ป่วยรวมทั้งค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าเครื่องมือแพทย์ และค่าผ่าตัดรักษาต่าง ๆ ในราคาถูกลง (ไม่แสวงหากำไรเกินควร) ถือเป็นสวัสดิการแก่ประชาชนทั่วไป

เงินที่เก็บได้จากการให้บริการประชาชนนี้เรียกว่า “เงินบำรุงโรงพยาบาล” ซึ่งมีระเบียบในการให้ผู้อำนวยการและกรรมการบริหารโรงพยาบาลนำเงินจำนวนนี้ไปใช้จ่ายในการดำเนินงานของโรงพยาบาลได้ตามระเบียบการใช้เงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการจ้างบุคลากรเป็นลูกจ้างชั่วคราวเพื่อมาช่วยทำงานในกรณีที่โรงพยาบาลมีภาระงานมากเกินกว่าที่ข้าราชการและลูกจ้างประจำที่มีอยู่จะสามารถรองรับภาระงานให้มีคุณภาพได้

ส่วนประชาชนที่ยากจนและไม่มีเงินจ่ายค่ายา ค่าตรวจรักษาต่าง ๆ รัฐบาลยังได้จัดให้มีงบประมาณสำหรับช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เรียกว่า “งบประมาณช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย”

และโรงพยาบาลหลายแห่งยังมีการจัดตั้งมูลนิธิเพื่อจะได้มีเงินจากมูลนิธิมาให้การช่วยเหลือในการให้การรักษามารักษาประชาชนที่ยากจนรวมทั้งช่วยเหลือค่ารถเดินทางกลับบ้านอีกด้วย

ภายหลังจากระบบ 30 บาทรักษาทุกโรค

เมื่อเริ่มระบบ 30 บาท รัฐบาลได้จ่ายงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวสำหรับการบริการสาธารณสุขสำหรับประชาชน 47 ล้านคนเศษ คนละ 1,200 บาท โดยจ่ายเงินให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นสำนักงานที่จะจ่ายเงิน “ค่าบริการตรวจรักษาประชาชน” ให้แก่โรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ต้องรับรักษาผู้ป่วย (จ่ายค่าบริการแทนประชาชน) โดยกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รับงบประมาณค่าใช้จ่ายใด ๆ จากสำนักงานงบประมาณอีก แม้แต่เงินเดือนของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขก็รวมอยู่ในเงินเหมาจ่ายรายหัวนี้ด้วย

นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นคือ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ได้รู้อยู่แก่ใจว่า เงินรายหัวที่ให้แกโรงพยาบาลนั้นไม่พอใช้ในการทำงานแน่นอน แต่เขารู้ว่าในขณะนั้นโรงพยาบาลต่าง ๆ ยังมีเงิน “บำรุง” เหลืออยู่หลายพันล้านบาท เขาตั้งใจที่จะให้โรงพยาบาลเอาเงินเหล่านั้นมาใช้จ่ายในการให้บริการประชาชนแทนเงินเหมาจ่ายรายหัวที่ไม่เพียงพอ

อย่างไรก็ตาม ขอสรุปโดยย่อว่า งบประมาณในระบบ 30 บาทนี้ ทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุขขาดทุนในการดำเนินงานให้บริการรักษาประชาชนอย่างถ่วงหน้า และโรงพยาบาลต่าง ๆ ยิ่งขาดเงินในการทำงานรักษาประชาชนมากขึ้น เนื่องจากในปี พ.ศ. 2549 ในยุครัฐบาลปฏิบัติที่มี นพ.มงคล ณ สงขลา เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศเลิกเก็บเงินค่ารักษาครั้งละ 30 บาทจากผู้ป่วย โดยอ้างว่ารายได้ของโรงพยาบาลที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยครั้งละ 30 บาทนี้ไม่สำคัญอะไร และทำให้ทางโรงพยาบาลเสียเวลาลงบัญชี

แต่การเลิกเก็บเงินครั้งละ 30 บาทในการมารักษาที่โรงพยาบาลนี้ ได้ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยมารับการตรวจรักษามากขึ้น และโรงพยาบาลต้องจ่ายยามากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลต่างก็คาดหวังหรือเรียกร้องให้แพทย์จ่ายยาให้สำหรับการเจ็บป่วยของตน เมื่อได้ยาไปแล้วก็กินบ้าง ไม่กินบ้าง เหลือทิ้งโดยไม่ได้ใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก

ทั้งนี้ในยุคของนายวิทยา บุรณศิริ ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีโครงการให้ประชาชนเอายาที่เหลือจากการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และกินหรือใช้ไม่หมดเอามาคืนให้แก่โรงพยาบาล และตั้งรางวัลให้ด้วย เรียกว่าโครงการยามาแลกไข่สด เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ประชาชนเอายามาคืนโรงพยาบาล ปรากฏว่ามีประชาชนเอายามาคืนโรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นจำนวนหลายล้านเม็ด ยาที่ประชาชนเอามาคืนโรงพยาบาลโดยไม่ได้นกินเลยจนหมดอายุ บางทีก็ยังไม่ได้นกินเลยออกจากแผงยาเลย ที่มากที่สุดเรียงตามลำดับ 5 ชนิดคือ 1. ยารักษาเบาหวาน 7,615,789 เม็ด 2. ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 7,038,068 เม็ด 3. วิตามิน 3,207,215 เม็ด 4. ยาลดไขมันในเลือด 2,901,603 เม็ด และ 5. ยารักษาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 1,521,030 เม็ด

นอกจากนั้นเป็นยาปฏิชีวนะ แคลเซียม พาราเซตามอล อย่างละกว่า 1 ล้านเม็ด และยาอื่น ๆ อีก 11 ล้านเม็ด

และคงจะมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้เอายามาแลกไข่ จึงยัง

นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นคือ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ได้รู้อยู่แก่ใจว่า เงินรายหัวที่ให้แกโรงพยาบาลนั้นไม่พอใช้ในการทำงานแน่นอน แต่เขารู้ว่าในขณะนั้นโรงพยาบาลต่าง ๆ ยังมีเงิน “บำรุง” เหลืออยู่หลายพันล้านบาท เขาตั้งใจที่จะให้โรงพยาบาลเอาเงินเหล่านั้นมาใช้จ่ายในการให้บริการประชาชนแทนเงินเหมาจ่ายรายหัวที่ไม่เพียงพอ

คงไม่ทราบข้อเท็จจริงว่า ยาที่แพทย์สั่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วยนั้นไม่ได้เอาไปใช้จริงอีกกี่ล้านเม็ด

จึงเห็นได้ว่าการให้ยาผู้ป่วยในระบบ 30 บาทไปฟรี ๆ นี่น่าจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นคุณค่าของยา เพราะไม่ได้จ่ายเงินจากกระเป๋าของตัวเอง ทำให้ใช้อย่างทิ้ง ๆ ขว้าง ๆ เป็นการสูญเสียงบประมาณในการซื้อยาโดยเปล่าประโยชน์ ทั้ง ๆ ที่โรงพยาบาลก็มีงบประมาณจำกัดในการจัดซื้อยามาเพื่อรักษาผู้ป่วย

เนื่องจากรัฐบาลให้เงินงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยแบบจำกัดดังกล่าวแล้ว และทางโรงพยาบาลก็ต้องจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยตามการเรียกร้องต้องการของผู้ป่วยที่จะร้องขอในปริมาณมาก เพราะไม่มีภาระการจ่ายเงิน ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาการขาดเงินทุนหมุนเวียนในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์อื่น ๆ มาไว้รักษาผู้ป่วย แต่ไม่สามารถจะของบประมาณเพิ่มขึ้นให้เหมาะสมได้

รัฐบาลจึงได้หาวิธีการ “จำกัด” รายการยาให้มีจำนวนน้อย ๆ รายการ เพื่อประหยัดเงินงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดจำเขี่ยให้พอใช้ โดยการตั้งคณะกรรมการยาแห่งชาติขึ้นมา เพื่อพิจารณาว่าจะนำยาไหนบ้างไปเข้าอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และกำหนดให้แพทย์สั่งยารักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาทได้เฉพาะยาที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น เพื่อ “ประหยัดเงิน” ในการรักษาผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยลดปัญหาการขาดแคลนเงินทุนและงบประมาณของโรงพยาบาล

การ “จำกัดรายการยา” ที่จะใช้ในการรักษาผู้ป่วยนี้เองเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่มีสิทธิ์ที่จะได้รับยาที่มีมาตรฐานที่ดีที่สุดสำหรับรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยของตน

ประชาชนบางคนก็รู้ว่าการรักษาในระบบ 30 บาท เป็นการรักษาด้วยยา “พารา” แทบทุกโรค ไม่ว่าจะมีอาการเจ็บป่วยอย่างไร แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น มะเร็ง แพทย์ก็ไม่สามารถจะส่งยานอกบัญชียาหลักให้แก่ผู้ป่วย ทำให้เสื่อมแรงดื้อยา รักษาไม่หาย หรือผู้ป่วยตายโดยยังไม่สมควรตาย

แต่ยังมีประชาชนอีกมากมายหลายล้านคนที่อาจจะยังไม่ทราบว่าเมื่อเจ็บป่วยและไปใช้บริการในระบบ 30 บาท อาจจะไม่ได้รับยาที่ “เหมาะสมที่สุด” สำหรับรักษาอาการเจ็บป่วยของตน เนื่องจากยาเหล่านั้นเป็นยาที่ต้องห้ามไม่ให้จ่าย เนื่องจากคณะกรรมการยาแห่งชาติไม่ยอมรับยานั้นเข้าไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ฉะนั้นประชาชนอีกหลายล้านคนจึงไม่ทราบเลยว่า ตนเองไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่ดีที่สุดสำหรับอาการป่วยของตน เนื่องจากไม่ทราบว่าข้อจำกัดในการใช้ยาดังกล่าวข้างต้น



ศูนย์โรคหัวใจ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย

...ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นศูนย์การแพทย์ตติยภูมิให้บริการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบครบวงจร โดยคณาจารย์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงในสาขาต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย สาขาวิชาอายุรศาสตร์หัวใจและหลอดเลือด สาขาวิชาศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์หัวใจ สาขาวิชาวิสัญญีวิทยาหัวใจและทรวงอก สาขาวิชาวิทยาการตรวจภาพหัวใจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ ศูนย์โรคหัวใจมุ่งเน้นการเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วย การวิจัย และเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนและสังคม...

การบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

การบรรเทาความเจ็บปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจต้องประสบกับความปวดด้วยกันทุกคน แต่ความปวดนั้นสามารถบรรเทาได้โดยวิธีการให้ยาระงับปวดซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับภายหลังการผ่าตัดร่วมกับวิธีการไม่ใช้ยา คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อประกอบการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยเนื้อหาประกอบด้วยสาเหตุ ชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลา และตำแหน่งของความปวด กิจกรรมการรักษายาบาลที่อาจมีผลต่อความปวด การประเมินความปวด การบรรเทาความปวดด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมทั้งประโยชน์ของการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และมีกำลังใจในการร่วมมือในการรักษาและจัดการกับความปวดหลังการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบรรเทาความปวดหลังการผ่าตัดหัวใจมี 2 วิธีคือ โดยวิธีการใช้ยาบรรเทาปวด ซึ่งท่านจะได้รับตามความเหมาะสมทุกคน และวิธีที่ไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่ท่านสามารถเลือกปฏิบัติได้ตามความคุ้นเคย ความชอบ และความเหมาะสมของแต่ละคน ดังนั้น เมื่อมีการประเมินความปวด สิ่งสำคัญคือ ท่านควรบอกความรู้สึกปวดตามความเป็นจริง และไม่ต้องกลัวหรือเกรงใจที่จะบอกความปวดกับแพทย์และพยาบาล เพื่อที่ท่านจะได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง

เมื่อท่านได้เรียนรู้ เข้าใจ และสามารถฝึกปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีต่าง ๆ ได้แล้วก็จะช่วยให้ท่านสามารถฟื้นหายได้โดยเร็ว และกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

ความหมาย ความปวดเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย
สาเหตุ เกิดจากแผลและการเจ็บของเนื้อเยื่อขณะผ่าตัด



ความปวดหลังการผ่าตัดหัวใจ

- o การผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่จะใช้วิธีผ่าตัดเปิดทรวงอก
- o เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้น แพทย์จะใส่สายระบายทรวงอกไว้

ลักษณะของความปวด

ความปวดหลังผ่าตัดหัวใจจะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาไม่นาน โดยในช่วงหลังการผ่าตัดวันที่ 1-3 ท่านอาจมีความรู้สึกปวดค่อนข้างมาก ซึ่งลักษณะความปวดอาจเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ปวดตึง ๆ เจ็บจี๊ด ๆ ปวดตื้อ ๆ แน่น ๆ หรือปวดเมื่อย ปกติความปวดจะค่อยลดลงหลังการผ่าตัดวันที่ 3 โดยค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลา ซึ่งส่วนใหญ่ความปวดจะลดลงอย่างมากประมาณช่วงหลังผ่าตัดได้ 1-2 สัปดาห์ และความปวดจะหมดไปภายใน 1-2 เดือนหลังการผ่าตัด



ตำแหน่งของความปวด

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจด้วยวิธีผ่ากลางกระดูกสันอกมักจะรู้สึกปวดหรือไม่สุขสบายในบริเวณตำแหน่งที่ 1-5 ส่วนในรายที่ทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะปวดในบริเวณตำแหน่งที่ 6 และ 7 เพิ่มขึ้นได้

กิจกรรมการรักษายาบาลที่มีผลต่อความปวด

กิจกรรมเพื่อการรักษายาบาลมีความจำเป็นที่ต้องกระทำเพื่อความปลอดภัยและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของท่าน แต่อย่างไรก็ตาม อาจจะทำให้ท่านรู้สึกไม่สุขสบาย หรือปวดแผลได้บ้าง

กิจกรรมการรักษายาบาลดังกล่าว ได้แก่

- o การดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ
- o การถอดท่อระบายทรวงอกออก
- o การกระตุ้นหัวใจ

o การบริหารการหายใจ โดยการหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ หรือการใช้อุปกรณ์

- o การเริ่มให้เคลื่อนไหว พลิกตัวบนเตียง

การบริหารร่างกายบนเตียง

- o การให้ลุกลงจากเตียงเพื่อนั่งเก้าอี้
- o การให้เริ่มเดิน เป็นต้น

ดังนั้น พยาบาลจะประเมินความปวดก่อนทำกิจกรรม และจะช่วยบรรเทาความปวดด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ท่านมีความพร้อมในการเริ่มกิจกรรม และมีความปวดขณะทำกิจกรรมน้อยที่สุด

การประเมินความปวด

เพื่อการสื่อสารที่ตรงกันถึงระดับความปวด จึงมีการประเมินความปวดเป็นคะแนน โดยท่านจะเป็นผู้เลือกระดับคะแนนความรุนแรงของความปวดตามความรู้สึกของตนเอง

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ปวดเลย					ปวดมากที่สุด					

ระดับความปวดที่ประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย

คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง

คะแนน 7-10 หมายถึง ปวดรุนแรงมาก

© ในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ท่านจะได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นถ้าความปวดของท่านอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือสามารถควบคุมความปวดได้ ท่านจะได้รับการประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง พร้อมสัญญาณชีพ หรือก่อนเริ่มกิจกรรมการรักษายาบาลที่มีผลต่อความปวด

© การประเมินความปวดจะทำให้แนวทางการรักษายาบาลเพื่อบรรเทาความปวดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การบรรเทาความปวดโดยวิธีการใช้ยา

หลังผ่าตัดท่านจะได้รับยาบรรเทาความปวดทันทีที่ท่านเริ่มรู้สึกตัว ดังนี้

หลังการผ่าตัดวันแรก

ท่านต้องพักรักษาในไอซียู พยาบาลจะประเมินความปวดของท่านทันทีที่ท่านเริ่มรู้สึกตัว และท่านจะได้รับยาบรรเทาความปวดโดยการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง

หลังการผ่าตัดวันที่หนึ่งเป็นต้นไป

เมื่อท่านสามารถรับประทานได้แล้วจะเปลี่ยนเป็นยาบรรเทาความปวดชนิดรับประทาน เช่น พาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง อาจรวมกับการรับประทานยาบรรเทาความปวดชนิดอื่น และหากไม่สามารถบรรเทาความปวดด้วยยาชนิดรับประทานได้จะพิจารณาให้ยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำได้เป็นครั้งคราวตามความเหมาะสม

ดังนั้น การรับประทานยาบรรเทาความปวดอย่างสม่ำเสมอตามเวลา จะช่วยให้ท่านควบคุมความปวดได้ดีกว่าการรอให้มีความปวดมากแล้วจึงค่อยรับประทานยา และถ้าหากรับประทานยาตามเวลาแล้วยังรู้สึกปวดมากให้แจ้งพยาบาลทราบ

การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยา

เป็นวิธีการพยาบาลที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาความปวดด้วยยา เช่น

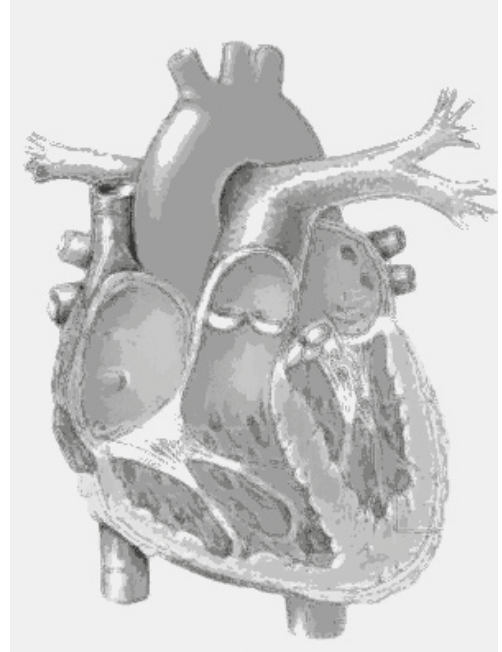
1. การนวดคลึงเบา ๆ บริเวณที่ไม่มีแผลหรือสายน้ำเกลือ เช่น มือ เท้า หลัง หรือสะโพก เป็นต้น จะช่วยยับยั้งการส่งกระแสประสาทของความปวด ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ คลายความเครียด ลดความกังวล ผู้ป่วยจึงรู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้หลับสบาย

2. การผ่อนคลายโดยใช้การฝึกการหายใจลึก ๆ ยาว ๆ หรือทำสมาธิ ช่วยให้จิตใจสงบ ไม่เครียดหรือกังวลมากเกินไป ทำให้จิตใจและอารมณ์สงบ กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ทำให้ลดความปวดลงได้

3. การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด เช่น การฟังดนตรี ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น

4. การใช้หมอนประคองบริเวณแผลผ่าตัดหรือระหว่างขา การเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการบริหารการหายใจ เช่น การหายใจลึก ๆ การไอหรือดูดเสมหะ จะช่วยบรรเทาความปวดแผลได้

5. การเปลี่ยนท่าที่ถูกต้อง เช่น ใช้วิธีการตะแคงตัว ในการเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นนอนจะช่วยลดการเกร็งกล้ามเนื้อและการดึงของแผลผ่าตัดจากการเปลี่ยนท่านั่งหรือนอนได้ เป็นต้น



ประโยชน์ของการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพ

การบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งช่วยให้ท่านฟื้นหายเร็วขึ้นได้ ดังนี้

1. ช่วยป้องกันไม่ให้หัวใจทำงานหนักจากการตอบสนองต่อความปวด
2. ช่วยให้ท่านไอได้มีประสิทธิภาพ จึงไม่มีเสมหะคั่งค้างในปอด สามารถบริหารการหายใจ โดยหายใจเข้า-ออกลึก ๆ หรือใช้อุปกรณ์ได้ดีทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ จึงไม่เกิดภาวะปอดแฟบหรือปอดอักเสบ
3. ทำให้ท่านสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น
4. ทำให้ท่านสามารถออกกำลังกายตามความเหมาะสม และลุกออกจากเตียงเพื่อนั่งข้างเตียง ยืน เดิน รวมทั้งการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เร็วขึ้น
5. ช่วยลดอาการนอนไม่หลับอันเนื่องมาจากความปวด
6. ลดการเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ลดความกลัว ความวิตกกังวล เครียด หงุดหงิด กระวนกระวาย เป็นต้น



การรักษา นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยยา Alpha blockers

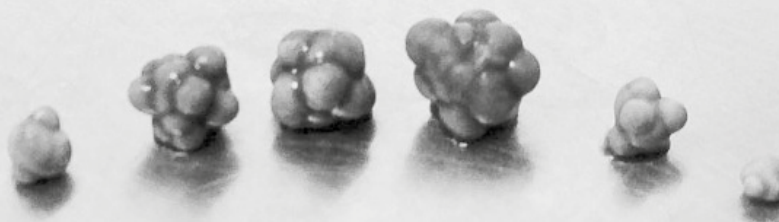


นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นหินแข็งที่สร้างขึ้นภายในไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ซึ่งทำให้เกิดอาการปวดอย่างรุนแรงได้ นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะที่พบบ่อยที่สุดคือ นิ่วไต ในช่วงหลังพบนิ่วในท่อไตสูงขึ้น นิ่วในท่อไตเกิดขึ้นจากความไม่สมดุลของปริมาณเกลือแร่และแร่ธาตุในปัสสาวะ แร่ธาตุเหล่านี้จะก่อตัวขึ้นเป็นผลึกซึ่งมักจะมีขนาดเล็ก และถูกปล่อยผ่านออกไปทางปัสสาวะโดยไม่สร้างอันตรายใด ๆ อย่างไรก็ตาม มันสามารถที่จะสร้างขึ้นภายในท่อไตได้เช่นกัน นิ่วในท่อไตส่วนใหญ่เกิดจากเกลือแคลเซียม แต่อาจมีส่วนประกอบอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ กรดยูริก, ซิสเตอีน เป็นต้น โดยขนาดและรูปร่างจะแตกต่างกันไป นิ่วในท่อไตสามารถหลุดออกไปกับปัสสาวะ ไหลจากท่อไตไปยังกระเพาะปัสสาวะได้ แต่ขณะที่นิ่วไหลผ่านจะทำให้เกิดอาการปวดอย่างมากได้

วิธีการรักษานิ่วท่อไตขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด และสาเหตุของการเกิดนิ่ว แต่โดยส่วนใหญ่สามารถหายได้โดยไม่ต้องได้รับการผ่าตัด โดยการรักษาแบ่งออกเป็น 2 แบบหลัก ๆ ดังนี้ 1. การรักษาแบบประคับประคอง ทำในกรณีที่ขนาดนิ่วน้อยกว่า 5 มิลลิเมตร เพราะนิ่วสามารถไหลผ่านออกมาทางปัสสาวะได้เอง โดยแพทย์จะจ่ายยาแก้การปวด ร่วมกับแนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อช่วยขจัดนิ่วออก แต่หากนิ่วไม่ถูกกำจัดออกภายใน 6 สัปดาห์ 2. การรักษาแบบเฉพาะเจาะจง กรณีตรวจพบว่ามีการติดเชื่อในทางเดินปัสสาวะ แพทย์จะพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ และถ้ากรณีที่ไม่ต้องการกำจัดนิ่วออกทันที อาจพิจารณาให้ยา Alpha blockers ซึ่งจะช่วยให้นิ่วไหลออกมาได้ดีขึ้น แต่หากนิ่วมีขนาดใหญ่ แพทย์จะพิจารณาการรักษาด้วยวิธีอื่นต่อไป เช่น ESWL เป็นการสลายนิ่วโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง โดยมักจะต้องทำหลายครั้งกว่าที่จะสลายนิ่วได้หมด แต่เป็นวิธีที่ไม่รุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนน้อย

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการให้ยา Alpha blockers เพื่อรักษานิ่วท่อไตพบรายงานการวิจัย 32 การศึกษา รวบรวมผู้ถูกศึกษาจำนวน 5,864 คน พบว่ากลุ่มที่ปลอดจากอาการหลังได้ยา Alpha blockers มีอัตราสูงมาก (RR 1.48, 95% CI 1.33-1.64) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่รักษามาตรฐาน อัตราการหลุดออกของนิ่วเร็วขึ้นเป็น 2.91 วัน (MD -2.91, 95% CI -4.00 ถึง -1.81) ยา Alpha blockers ช่วยลดอาการปวดได้ดีกว่าการรักษามาตรฐาน (MD -0.48, 95% CI -0.94 ถึง -0.01) ยา Alpha blockers ช่วยลดอัตราการการใช้ยาแก้ปวด diclofenac (MD -38.17 mg, 95% CI -74.93 ถึง -1.41) ยา Alpha blockers ช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล (RR 0.35, 95% CI 0.13-0.97) อัตราการเกิดผลข้างเคียงจากยา Alpha blockers น้อยมาก

กล่าวโดยสรุป ยากลุ่ม Alpha blockers เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษานิ่วในท่อไต ช่วยให้นิ่วท่อไตหลุดจากระบบทางเดินปัสสาวะได้ดี



การรักษาประคับประคองในภาวะติดเชื้อเข้ากระแสเลือด

ภาวะติดเชื้อในเลือด (sepsis) เกิดจากร่างกายได้รับเชื้อเข้าไปจนไม่สามารถควบคุมการอักเสบได้ และเกิดการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว

การรักษาภาวะติดเชื้อเข้ากระแสเลือด แบ่งเป็น

1. การเริ่มให้สารน้ำและรักษาเชื้อโรค (Initial Resuscitation and Infection Issues)

2. การรักษาประคับประคองให้สัญญาณชีพคงที่ (Hemodynamic Support and Adjunctive Therapy)

3. การรักษาประคับประคองอื่น ๆ

ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงการรักษาประคับประคองสัญญาณชีพให้คงที่ และการรักษาประคับประคองอื่น ๆ เท่านั้น

การรักษาประคับประคองให้สัญญาณชีพคงที่

A. การให้สารน้ำในภาวะติดเชื้อเข้ากระแสเลือดอย่างรุนแรง

1. แนะนำให้สารน้ำ *crystalloids* ให้แก่ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อรุนแรงหรือติดเชื้อที่ร่วมกับภาวะช็อก (grade 1B)

2. ไม่แนะนำให้ใช้ *hydroxyethyl starches (HES)* ในการรักษาภาวะติดเชื้อรุนแรงหรือติดเชื้อที่ร่วมกับภาวะช็อก (grade 1B)

3. สามารถให้อัลบูมินเสริมร่วมกับการให้สารน้ำ *crystalloids* (grade 2C)

4. อัตราการให้สารน้ำ *crystalloids* อย่างน้อย 30 มล./กก. (grade 1C)

5. ควรทำ *fluid challenge technique* จนกระทั่งสัญญาณชีพดีขึ้นทั้ง *dynamic* (เช่น *pulse pressure, stroke volume*) หรือ *static* (เช่น *arterial pressure, heart rate*) (UG)

B. ยากกระตุ้นความดันเลือด (Vasopressors)

1. ประคับประคองให้ความดันเลือดเฉลี่ย (MAP ≥ 65 มม.ปรอท) (grade 1C)

เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญได้เพียงพอ อย่างไรก็ตาม ในบางรายที่เป็นความดันเลือดสูงอยู่ก่อนก็ต้องรักษาให้ความดันเลือดสูงกว่านี้

ควรประเมินว่ามีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะได้เพียงพอโดยดูจากระดับแลคเตทในเลือด ความรู้สึกตัว และปริมาณปัสสาวะด้วย

2. แนะนำให้ใช้ *norepinephrine* เป็นสำคัญ (grade 1B)

3. อาจเลือกให้ *epinephrine* เสริมฤทธิ์ของ *norepinephrine* ได้เพื่อคงความดันเลือดให้คงที่ (grade 2B)

4. *Vasopressin* (ใช้ได้สูงถึง 0.03-0.04 U/min) ก็สามารถเสริมฤทธิ์ของ *norepinephrine* (UG) แต่ไม่แนะนำให้ใช้ยาขนาดสูงกว่านี้รวมทั้งไม่แนะนำให้ใช้ยานี้เพียงตัวเดียวในการคงความดันเลือด (UG)

5. ให้ใช้ *dopamine* เสริมฤทธิ์ของ *norepinephrine* ได้ในกรณีผู้ป่วยมีหัวใจเต้นช้า (grade 2C)

6. ไม่แนะนำให้ใช้ *phenylephrine* ในผู้ป่วยที่มีภาวะ *septic shock* (grade 1C) ยกเว้นในกรณีที่

a. *norepinephrine* ทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดปกติ

b. cardiac output สูงและความดันเลือดต่ำ

c. เมื่อให้ทั้งยาชนิด *inotrope/vasopressor drug* ร่วมกับ *vasopressin* ก็ยังคง MAP ≥ 65 มม.ปรอทไม่ได้

Dopamine เพิ่มความดันเลือดและ cardiac output โดยการเพิ่มทั้ง stroke volume และอัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) ซึ่งอาจทำให้หัวใจเต้นเร็วมากจนผิดปกติได้

Norepinephrine เพิ่มความดันเลือดโดยกลไกการหดตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยไม่ค่อยมีผลกระทบต่อ stroke volume และอัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate)

ในภาวะ *septic shock* นั้นแนะนำให้ใช้ *norepinephrine* มักได้ผลมากกว่า *dopamine* ในการคงความดันเลือดให้คงที่

Epinephrine ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะภายใน (splanchnic circulation) หดตัวและมีการสร้างแลคเตทมากขึ้น (hyperlactatemia) จากการกระตุ้นต่อ β_2 -adrenergic receptors ที่กล้ามเนื้อให้สร้างสารแลคเตทออกมามากขึ้น และยับยั้งการสลายสารแลคเตทด้วย *epinephrine* ไม่ก่อผลเสียอื่น ดังนั้น แนะนำให้ใช้เสริมฤทธิ์ *norepinephrine* ได้

Phenylephrine ออกฤทธิ์ α -adrenergic effects ซึ่งไม่ค่อยทำให้หัวใจเต้นเร็ว แนะนำให้ใช้เสริมฤทธิ์ *norepinephrine* ในกรณี a. ผู้ป่วยมีหัวใจเต้นผิดปกติที่อันตราย หรือ b. cardiac output สูง

7. การให้ *dopamine* ขนาดต่ำ ๆ ไม่ช่วยเพิ่มเลือดไปเลี้ยงใดแต่อย่างใด (grade 1A)

8. ถ้าให้ *vasopressor* ก็ควรวัดความดันเลือดทาง arterial catheter (UG)

C. Inotropic Therapy

1. สามารถให้ *dopamine* ได้สูงถึง 20 มก./กก./นาที่ (grade 1C) ในกรณี a. หัวใจทำงานผิดปกติ เช่น cardiac filling pressures สูง และ low cardiac output หรือ b. ทั้งที่ได้รับสารน้ำเพียงพอและคง MAP ได้ดีแต่ยังมีการแสดงของภาวะขาดปริมาณน้ำ

2. ไม่แนะนำให้กระตุ้นให้มี cardiac index เพิ่มขึ้นมาก ๆ (grade 1B)

D. Corticosteroids

1. ภายหลังการให้สารน้ำและยากระตุ้นความดันเลือดแล้ว ยังคงความดันเลือดให้ไม่ได้ก็สามารถหยุด hydrocortisone เข้าเส้นเลือด 200 มก./วัน (grade 2C)

2. ไม่แนะนำให้ทำ ACTH stimulation test เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยที่มี septic shock รายใดจะตอบสนองต่อการให้ hydrocortisone (grade 2B) ผู้ป่วยที่มี septic shock มักมี relative adrenal insufficiency ดังนั้น ก็มักพบระดับ cortisol ต่ำในเลือด ดังนั้น การสุ่มตรวจหา ระดับ cortisol ในเลือดเพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะ adrenal insufficiency จึงทำได้ยาก

ถ้าใช้ etomidate เพื่อช่วยใส่ท่อหลอดลมกลับพบว่ายานี้กดการทำงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal axis การตรวจพบระดับคอร์ติซอลในเลือด < 18 มก./ดล. ในขณะที่มีภาวะช็อกถือเป็นข้อบ่งชี้ของการให้สเตียรอยด์เพื่อรักษา

3. ถ้าหยุดยากระตุ้นความดันเลือดได้ก็ค่อย ๆ ลดขนาดสเตียรอยด์ที่ใช้รักษาจนกระทั่งหยุดได้ (grade 2D)

มีรายงานว่า การให้ hydrocortisone ขนาดต่ำ ๆ แก่ผู้ป่วยที่เป็น septic shock ไม่พบความแตกต่างต่อพยากรณ์โรคของผู้ป่วยชัดเจนนัก⁽⁴⁾

4. ไม่แนะนำให้ให้สเตียรอยด์ในผู้ป่วยที่เป็น sepsis โดยไม่มีภาวะช็อก (grade 1D)

5. แนะนำให้ hydrocortisone ขนาดต่ำหยุดเข้าในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่องมากกว่าการฉีดเข้าอย่างเร็วเป็นครั้ง ๆ (bolus injections) (grade 2D)

อาจมีผลข้างเคียงเกิดระดับน้ำตาลและโซเดียมสูงในเลือด ซึ่งการฉีดเข้าอย่างเร็วเป็นครั้ง ๆ ทำให้อัตราน้ำตาลในเลือดสูงได้มากกว่าการหยุดยาอย่างต่อเนื่องเข้ากระแสเลือด

การรักษาประคับประคองอื่น ๆ

E. การให้เลือด (Blood Product Administration)

1. แนะนำให้เลือดเพื่อคงระดับ hemoglobin 7-9 ก./ดล. (grade 1B) เพื่อเพิ่มการขนถ่ายออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกาย

2. ไม่แนะนำให้ฉีด erythropoietin ในการรักษาภาวะช็อกของผู้ป่วยที่เป็น sepsis ที่รุนแรง (grade 1B)

3. ถ้าไม่มีอาการเลือดออกหรือต้องทำการตัดการใดแล้ว ก็ไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้ fresh frozen plasma เพื่อแก้ไขความแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (grade 2D)

4. ไม่แนะนำให้ antithrombin เพื่อรักษา severe sepsis และ septic shock (grade 1B)

5. แนะนำให้เกล็ดเลือดทดแทนเมื่อ

- ปริมาณเกล็ดเลือด $\leq 10,000/\text{mm}^3$ แม้ไม่มีอาการเลือดออกก็ตาม
- ปริมาณเกล็ดเลือด $\leq 20,000/\text{mm}^3$ และมีโอกาสเสี่ยงต่อเลือดไหลสูง (ได้แก่ ใช้สูง > 38 องศาเซลเซียส เพิ่งมีเลือดออกปริมาณน้อย ๆ มาไม่นาน ปริมาณเกล็ดเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว

และมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย)

- ปริมาณเกล็ดเลือด $\geq 50,000/\text{mm}^3$ ที่กำลังมีเลือดออกหรือต้องเข้ารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (grade 2D)

F. Immunoglobulins

1. ไม่แนะนำให้ใช้ intravenous immunoglobulins ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อรุนแรงในเลือดหรือมีภาวะช็อกร่วมด้วย (grade 2B)

G. Selenium

1. ให้สารซีลีเนียมฉีดเข้าหลอดเลือดเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อรุนแรงในเลือด (grade 2C)

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อรุนแรงในเลือดมักมีสารซีลีเนียมในร่างกายต่ำ จึงทำให้กลไก antioxidant ทำงานได้ไม่ดี หลักฐานในคนยังไม่ชัดเจน

H. การให้ Recombinant Activated Protein C (rhAPC)

ไม่มีหลักฐานว่ามีประโยชน์และไม่มีการใช้ยานี้อีกแล้ว

I. การตั้งเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มี sepsis ร่วมกับ Acute Respiratory Distress Syndrome

1. แนะนำให้ใช้ tidal volume 6 มล./กก. (grade 1A)

2. ควรตั้งความดันในปอด ≤ 30 ซม.น้ำ (grade 1B)

นิยามของ mild, moderate และ severe ARDS คือ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300, \leq 200$ และ ≤ 100 มม.ปรอท ตามลำดับ

ถ้าตั้งด้วย tidal volume 6 มล./กก. และพบว่าความดันในปอด > 30 ซม.น้ำ ก็สามารถลดไปใช้ tidal volume 4 มล./กก. แทนได้

3. ควรใช้ positive end-expiratory pressure (PEEP) เพื่อป้องกันปอดแฟบ (alveolar collapse) (grade 1B)

4. แนะนำให้ใช้ recruitment maneuvers ในผู้ป่วยติดเชื้อในเลือดที่มี ARDS และ hypoxemia อย่างมาก (grade 2C)

5. ในกรณีที่ผู้ป่วยมี $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100$ มม.ปรอท ก็อาจให้ช่วยหายใจในท่านนอนคว่ำ (grade 2B) ไม่พบว่าช่วยลดอัตราการตายเลย การนอนคว่ำอาจทำให้ท่อหลอดลมหลุดหรือเคลื่อนตำแหน่งไป

นอกจากนี้ในกรณี refractory hypoxemia อาจใช้ high-frequency oscillatory ventilation, airway pressure release ventilation, and extracorporeal membrane oxygenation

ปัจจุบันไม่แนะนำให้สูดดมแก๊ส nitric oxide แล้ว และพบว่าไม่ช่วยลดอัตราการตายใน ARDS เลย

6. นอนหัวสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการสูดสำลักจนเกิด VAP (grade 1B)

การ feed อาหารในท่านอนจะมีโอกาสเกิด VAP 50% แต่ถ้าให้ในท่านอนหัวสูงจะเกิดเพียง 9%⁽⁵⁾

7. แนะนำให้ใช้น้ำกากช่วยหายใจ (non-invasive mask ventilation, NIV) ได้ในผู้ป่วยที่เป็น sepsis และ ARDS ร่วมกัน แต่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด (grade 2B)

ข้อดีคือ ผู้ป่วยยังคงพูดได้ ไม่ค่อยเกิดการติดเชื้อ และไม่ต้องใช้ยานอนหลับให้แก่ผู้ป่วย

8. ถ้าผู้ป่วยอาการดีขึ้นและหายใจได้เอง ควรรีบถอด

เครื่องช่วยหายใจออกให้เร็ว (grade 1A)

9. ไม่แนะนำให้สวนสาย pulmonary artery catheter (PA) ในผู้ป่วยที่เป็น sepsis และ ARDS ร่วมกัน (grade 1A)

แม้ว่าการใส่สาย PA จะทำให้ทราบปริมาณน้ำในร่างกายของผู้ป่วยและการทำงานของหัวใจ แต่การแปลผลมีความหลากหลายมาก ค่าที่วัดได้ไม่สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย เป็นต้น

10. แนะนำให้พยายามจำกัดการให้สารน้ำในผู้ป่วยที่มี sepsis และ ARDS ร่วมกันในกรณีที่ร่างกายมีปริมาณสารน้ำที่เพียงพอแล้ว (grade 1C)

กลไกเกิด ARDS ในผู้ป่วย sepsis เกิดจากสารน้ำรั่วออกจากหลอดเลือด (increased capillary permeability), มีแรงดัน hydrostatic pressure ในหลอดเลือดมากขึ้น จึงผลักสารน้ำออกจากหลอดเลือดและแรงดัน oncotic pressure ในหลอดเลือดลดลง

11. แนะนำให้ใช้ β_2 -agonists เพื่อขยายหลอดลมในผู้ป่วยที่เป็น sepsis และ ARDS ร่วมกัน (grade 1B)

ซึ่งอาจช่วยดูดกลับสารน้ำคั่งในหลอดเลือดในปอดได้เร็วขึ้น รักษาภาวะหลอดลมตีบ ภาวะระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ถึงแม้ไม่มีอาการเหล่านี้ก็สามารถพ่นยาหรือฉีดยา β_2 -agonists เพื่อให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่เป็น sepsis และ ARDS ร่วมกัน

J. ยานอนหลับ ยาแก้ปวด และยาคลายกล้ามเนื้อ (Neuromuscular Blockade, NMBA)

1. พยายามลดการให้ยานอนหลับแก่ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ ทั้งการหยดเข้ากระแสเลือดอย่างต่อเนื่องหรือฉีดให้เป็นครั้งคราวเพื่อลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (grade 1B)

2. หลีกเลี่ยงการให้ยา NMBA ในผู้ป่วยที่เป็น sepsis และไม่มี ARDS ร่วมด้วยเพื่อไม่ให้เสี่ยงต่อกล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นระยะเวลานานภายหลังหยุดยาแล้ว (grade 1C)

3. แนะนำให้ใช้ยา NMBA ในระยะเวลาสั้นได้ (≤ 48 ชั่วโมง) ในผู้ป่วยที่มี sepsis และ ARDS ร่วมกันและ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$ มม.ปรอท (grade 2C)

K. การคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose Control)

1. แนะนำให้ยาฉีดอินซูลินเมื่อตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือด > 180 มก./ดล. มากกว่า 2 ครั้ง ควรคุมระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 180 มก./ดล. (grade 1A)

2. ฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1-2 ชั่วโมง จนกระทั่งระดับน้ำตาลในเลือดคงที่แล้วจึงค่อยเปลี่ยนไปเจาะตรวจทุก 4 ชั่วโมง (grade 1C)

3. การเจาะตรวจปลายนิ้วต้องระมัดระวังในการแปลผล (UG) แนะนำให้คุมระดับน้ำตาลในช่วง 140-180 มก./ดล. ซึ่งไม่พบว่ามีผลลัพธ์แตกต่างจากการคุมน้ำตาลให้อยู่ในระดับ 110-140 มก./ดล. มีรายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและมีการสวิงของระดับน้ำตาลในเลือดบ่อยมักเพิ่มอัตราการตายได้มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน

L. Renal Replacement Therapy

1. ฟอกเลือดเป็นครั้งคราวในกรณีที่ไตวายเฉียบพลัน (grade 2B)

2. ฟอกเลือดด้วยวิธีต่อเนื่องอย่างช้า ๆ ในกรณีที่มียาเกินในเลือดที่ไม่คงที่ (grade 2D)

M. การให้สารไบคาร์บอเนต (Bicarbonate Therapy)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกและระดับแลคเตทในเลือดสูง (lactic acidemia) จนกระทั่งมีค่า $\text{pH} \geq 7.15$ ก็ยังไม่แนะนำให้ sodium bicarbonate ฉีดเข้าหลอดเลือด เพราะให้ผลดีได้ไม่แน่นอน แต่ sodium bicarbonate อาจก่อผลเสียทำให้เกิดน้ำเกินในร่างกายเพิ่มแลคเตท และ pCO_2 ในเลือด ลดระดับแคลเซียมในเลือดโดยที่ให้ผลดีได้ไม่แน่นอน (grade 2B)

N. การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ขา (Deep Vein Thrombosis Prophylaxis)

1. ควรให้ยาป้องกันลิ่มเลือดอุดตันที่ขา (grade 1B)

โดยฉีดยาเข้า low-molecular weight heparin (LMWH) ได้ผิวหนึ่งวันละครั้ง หรือให้ unfractionated heparin [UFH] ฉีดเข้าเส้นเลือดวันละ 2 ครั้ง (grade 1B) หรือให้ unfractionated heparin [UFH] ฉีดเข้าเส้นเลือดวันละ 3 ครั้ง (grade 2C)

ถ้า creatinine clearance is < 30 มล./นาที่ ควรให้ dalteparin (grade 1A) หรือ LMWH ชนิดอื่นที่ไม่ขับออกทางไต (grade 2C) หรือให้ UFH (grade 1A)

2. ป้องกันด้วยการให้ทั้งยาตัวกดและใช้อุปกรณ์รัดขา (intermittent pneumatic compression devices) (grade 2C)

3. ถ้ามีข้อห้ามของการให้เฮปาริน (ได้แก่ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติอย่างรุนแรง กำลังมีเลือดไหลออกเพ่งเป็นเลือดออกในสมองได้ไม่นาน) ก็ไม่ควรให้ยาเฮปาริน (grade 1B) แต่ให้ใช้อุปกรณ์รัดขา (intermittent pneumatic compression devices) แทน (grade 2C) เมื่อไม่มีข้อห้ามก็ค่อยกลับมาให้ยาได้ (grade 2C)

The Canadian Critical Care Trials Group ทำการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยวิกฤตินั้น การให้ dalteparin 5,000 IU/วัน ลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอดได้มากกว่าการให้ UFH (5,000 IU วันละ 2 ครั้ง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังสามารถให้ยา dalteparin ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันได้ อย่างไรก็ดี UFH ไม่ได้ขับออกทางไตเช่นกัน ก็สามารถใช้ได้ (grade 1A)

O. Stress Ulcer Prophylaxis

1. แนะนำให้ยา H_2 blocker หรือ proton pump inhibitor ในผู้ป่วยที่มี severe sepsis/septic shock ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อเลือดออก ได้แก่ มีระบบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ใช้เครื่องช่วยหายใจนาน > 48 ชั่วโมง เป็นต้น (grade 1B)

2. แนะนำให้ใช้ proton pump inhibitors มากกว่า H_2 receptor antagonists (grade 2C)

3. แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยงก็ไม่จำเป็นต้องให้ยาป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะ (grade 2B)

P. อาหาร (Nutrition)

1. ภายใน 48 ชั่วโมงแรก ควรพยายามให้ผู้ป่วยกินอาหารทางปากดีกว่าการให้สารน้ำกลูโคสทางเส้นเลือดหรือให้อาหารทาง (grade 2C)

2. ในสัปดาห์แรกควรหลีกเลี่ยงการให้อาหารเต็มที่ แต่ค่อยให้ทีละน้อย ๆ เช่น เริ่ม 500 กิโลแคลอรี/วัน ไปจนกระทั่งให้อาหารเต็มที่ (grade 2B)

3. ในสัปดาห์แรกแนะนำให้สารน้ำกลูโคสทางเส้นเลือดร่วมกับให้อาหารทางปากมากกว่าการให้ total parenteral nutrition (TPN) เพียงอย่างเดียว (grade 2B)

การเริ่มให้อาหารทางปากแต่เนิ่น ๆ ทำให้เยื่อของทางเดินอาหารแข็งแรงขึ้น และทำหน้าที่ป้องกันไม่ให้เชื้อแพร่กระจายมาทางเยื่อได้ มีรายงานว่าลดการติดเชื้อเข้าร่างกายได้ และลดระยะเวลาพักรักษาตัวในหออภิบาลวิกฤติหรือในโรงพยาบาลได้ แต่ต้องระวังว่าผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกอาจมีเยื่อขาดเลือดและดูดซึมอาหารไม่ได้

อาร์จินีน (Arginine)

ในภาวะ sepsis มีระดับอาร์จินีนในร่างกายลดลง ซึ่งทำให้ลดการสร้างไนตริกออกไซด์ ทำให้ระบบไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลายไม่ดี และสร้าง superoxide และ peroxynitrite มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การให้สารอาร์จินีนเข้าไปอาจทำให้หลอดเลือดขยายตัวจนกระทั่งความดันเลือดตกได้ ประโยชน์ยังไม่ชัดเจน

กลูตามีน (Glutamine)

ในภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยจะมีระดับกลูตามีนในร่างกายลดลง การเสริมสารกลูตามีนเข้าไปช่วยซ่อมแซมและทำให้เยื่อของทางเดินอาหารเจริญได้ดีจึงป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเข้าทางเยื่อนั้นได้

รวมทั้งยังเสริมสร้างเซลล์ภูมิคุ้มกัน ลดการหลั่งสาร cytokine และเพิ่มระดับกลูตาไธโอนเพื่อต้านอนุมูลอิสระได้ดีขึ้น แต่หลักฐานยืนยันยังไม่ชัดเจน

Q. ตั้งเป้าหมายของการรักษา (Setting Goals of Care)

1. แจ้งพยากรณ์โรคและปรึกษาการรักษากับญาติของผู้ป่วยสม่ำเสมอ หรืออาจต้องเตรียมการดูแล palliative care ด้วย (grade 1B)

2. ภายใน 72 ชั่วโมงที่รักษาในหออภิบาลวิกฤติควรได้ติดต่อสื่อสารและทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย พยากรณ์โรคร่วมกับญาติบ่อย ๆ เพื่อร่วมปรึกษาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

สรุป

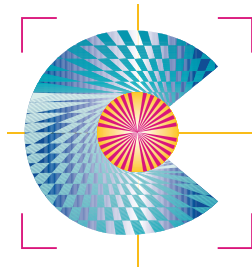
การรักษาภาวะติดเชื้อเข้ากระแสเลือด ประกอบด้วย

1. การเริ่มให้สารน้ำและรักษาเชื้อโรค (Initial Resuscitation and Infection Issues)
2. การรักษาประคับประคองให้สัญญาณชีพคงที่ (Hemodynamic Support and Adjunctive Therapy)
3. การรักษาประคับประคองอื่น ๆ

The Surviving Sepsis Campaign แนะนำให้รักษาจนกระทั่ง central venous pressure (CVP) 8-12 มม.ปรอท, superior vena cava oxygen saturation (ScvO₂) > 70% (หรือ mixed venous oxygen saturation [SvO₂] > 65%) และระดับแลคเตทในเลือดเป็นปกติ ดังนั้น การรักษาประคับประคองให้สัญญาณชีพคงที่และได้รับสารน้ำที่เพียงพอก็มีส่วนสำคัญในการรักษาภาวะนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Dellinger R.P, Levy MM., Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM., et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012. Crit Care Med 2003 Feb;41(2):580-637.
2. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al. Early Goal-Directed Therapy Collaborative Group: Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med 2001;345:1368-77.
3. Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR, Linde-Zwirble WT, Marshall JC, Bion J, et al. Surviving Sepsis Campaign: The Surviving Sepsis Campaign: Results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. Crit Care Med 2010;38:367-74.
4. Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, Nicolas JM, Nogue S, Ferrer M. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomised trial. Lancet 1999;354:1851-8.
5. Peberdy MA, Callaway CW, Neumar RW, Geocadin RG, Zimmerman JL, Donnino M, et al. Part 9: post-cardiac arrest care: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122(18 Suppl 3):S768-S786.
6. Qaseem A, Humphrey LL, Chou R, Snow V, Shekelle P. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians: Use of intensive insulin therapy for the management of glycemic control in hospitalized patients: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2011;154:260-7.
7. Moghissi ES, Korytkowski MT, DiNardo M, Einhorn D, Hellman R, Hirsch Irl B, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association Consensus Statement on Inpatient Glycemic Control. Diabetes Care 2009;32:1119-31.
8. Krinsley JS. Glycemic variability and mortality in critically ill patients: The impact of diabetes. J Diabetes Sci Technol 2009;3:1292-301.
9. Marik PE, Zaloga GP: Early enteral nutrition in acutely ill patients: A systematic review. Crit Care Med 2001;29:2264-70.
10. Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW, Gramlich L, Dodek P. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. J Parenter Enteral Nutr 2003;27:355-73.
11. Doig GS, Heighes PT, Simpson F, Sweetman F, Sweetman EA. Early enteral nutrition, provided within 24 h of injury or intensive care unit admission, significantly reduces mortality in critically ill patients: A meta-analysis of randomised controlled trials. Intensive Care Med 2009;35:2018-27.



CONTROLOC® ORAL

PANTOPRAZOLE

- **Reliable efficacy^{1, 2}**
- **Convenient for physicians and patients^{3, 4}**



References :

1. Bosseker H et al. Tolerability and efficacy of intravenous administration of pantoprazole in routine clinical practice. *Clinical Drug Investigation* 2000; 19 (2): 103-109
2. Wurzer H et al. Intravenous administration of pantoprazole. An Austrian multicentre study. *Clin Drug Invest* 2002; 22 (8): 507-511
3. Hartmann M et al. Equipotent inhibition of gastric acid secretion by equal doses of oral or intravenous Pantoprazole. *Aliment Pharmacol Ther* 1998; 12: 1027-1032
4. Metz DC et al. Oral and intravenous dosage forms of pantoprazole are equivalent in their ability to suppress gastric acid secretion in patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 626-633

CONTROLOC®

Composition: One gastro-resistant tablet contains Pantoprazole sodium sesquihydrate 22.6 mg (equivalent to pantoprazole 20 mg), Pantoprazole sodium sesquihydrate 45.1 mg (equivalent to pantoprazole 40 mg)

Indications & Recommended dosage:

- Treatment of moderate and severe reflux oesophagitis 40 mg per day
- Treatment of gastric ulcer 40 mg per day
- Treatment of duodenal ulcer 40 mg per day
- Treatment of mild reflux disease and associated symptoms 20 mg per day
- For long-term management and prevention of relapse in reflux oesophagitis 20-40 mg per day
- Prevention of gastroduodenal ulcers induced by NSAIDs in patients at risk with a need for continuous NSAIDs treatment 20 mg per day
- Zollinger-Ellison-Syndrome and other pathological hypersecretory conditions start with 80 mg per day
- Eradication of *H.pylori* in combination with two appropriate antibiotics 80 mg per day

Contraindications: Controloc should not be used in cases of known hypersensitivity to pantoprazole or any of the constituents in product and co-administered with atazanavir. Controloc® 40 mg of *H. pylori* in patients with moderate to severe hepatic or renal dysfunction since currently no data are available on the efficacy and safety of Controloc in combination treatment of these patients.

Precaution and Warning:

- In patients with severe liver impairment the liver enzymes should be monitored regularly. In the case of a rise of the liver enzymes, Controloc 20 mg should be discontinued.
- Controloc® 20 mg reduced body stores or risk factors for reduced vitamin B12 absorption on long-term therapy.
- Controloc® 40 mg is not indicated for mild gastrointestinal complaints such as nervous dyspepsia.

Controloc® 20 mg prior to treatment the possibility of malignancy of gastric ulcer or a malignant disease of the esophagus should be excluded as the treatment with pantoprazole may alleviate the symptoms of malignant diseases and can thus delay diagnosis.

Side effect: The most common side effect is upper abdominal pain, diarrhoea, constipation, flatulence and headache. The other is nausea, vomiting, dizziness, blurred vision and allergic reaction etc.

Drug interaction: Pantoprazole may reduce the absorption of drugs whose bioavailability is pH-dependent.

Pregnancy and lactation: Clinical experience in pregnant women is limited. In animal reproduction studies, signs of slight fetotoxicity were observed at doses above 5 mg/kg. There is no information on the excretion of pantoprazole into human breast milk. Pantoprazole tablets should only be used when the benefit to the mother is considered greater than the potential risk to the foetus/baby.

The royal college of Pediatricians of Thailand and



We cordially invite you to attend privileged symposium

“A challenge in management of cough in children”

Friday, 25th April, 2014, 12:30 hrs. - 13:30 hrs.

Room Napalai E, Dusit Thani, Pattaya

Speaker : Assoc. Prof. Pantipa Chatchatee, M.D.

*Department of Pediatric, Faculty of medicine
Chulalongkorn university*

Speaker : Haruthai Kalamapon, M.D.

*Department of Pediatric, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol university*

พินัยกรรมชีวิต: แนวทางปฏิบัติที่ต้องรู้

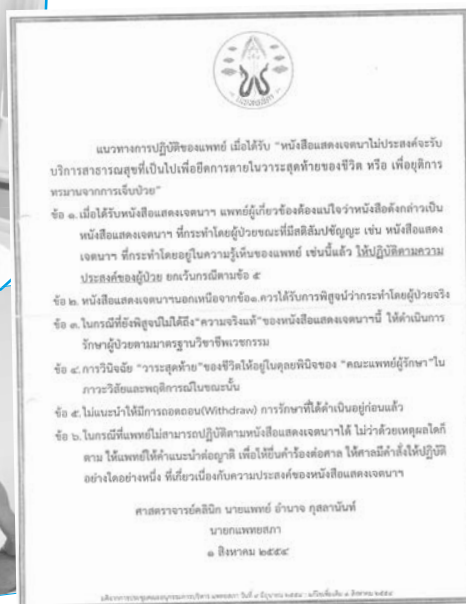
Living Will: Practical Point for Doing

มีหลายท่านที่รับทราบถึงมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550¹ ในเรื่อง “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน” หรือที่เรียกกันอย่างย่อ ๆ ง่าย ๆ ว่า “พินัยกรรมชีวิต” หรือ “Living Will” แล้วจะเกิดความยินดีปรีดา ยิ่ง ประกอบกับ “ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (5 เมษายน พ.ศ. 2554) เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553”² ซึ่งออกตาม “กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553”³ ได้มีการชะลอการให้ออกไปโดยมีการตั้งคณะกรรมการขึ้นชุดหนึ่งเพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสม⁴ ตาม “ต้นแบบ” ในประกาศฯ จึงเสมือนกับว่า “เปิดกว้างให้มีการทำพินัยกรรมแห่งชีวิตได้อย่างอิสระและไม่มีรูปแบบที่แน่นอน” ประหนึ่งว่า “กฎหมายให้ทำอะไรก็ได้” หลายฝ่ายจึงเกิดการทำพินัยกรรมดังกล่าวในรูปแบบต่าง ๆ มากมาย

ตัวอย่าง:

นาย ก. ได้ทำพินัยกรรมแห่งชีวิตขึ้น โดยกล่าวว่า “ผมได้ทำพินัยกรรมแห่งชีวิตแล้ว” ตอนนั้นสบายแล้ว โดยมั่นใจว่าในบั้นปลายชีวิตจะไม่ทรมานอีกต่อไป โดยให้ทนายความประจำตัวเป็นผู้จัดทำขึ้นให้โดยผู้ป่วยลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ เมื่อนาย ก. ให้ทนายทำพินัยกรรมแห่งชีวิตขึ้นมาแล้ว บุคคลภายนอก (อันประกอบด้วยแพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์) จะทราบได้อย่างไรว่า “นาย ก. ได้ทำพินัยกรรมแห่งชีวิตฉบับนั้นจริง” และมีเจตนารมณ์เช่นนั้นจริงหรือไม่

ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงหาได้อยู่ที่ “มีการทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will) หรือไม่เท่านั้น” แต่อยู่ที่ผลแห่งพินัยกรรมดังกล่าว “จะมีหรือเป็นไปตามนั้นหรือไม่” เมื่อถึงคราวที่ต้องการให้ “พินัยกรรมชีวิตมีผล” หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ เมื่อถึงคราวที่มีผู้ยื่นเอกสารดังกล่าวในฐานะพินัยกรรมแห่งชีวิตให้แก่ “แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้นั้น (ขณะนั้นถือว่าเป็น “ผู้ป่วยแล้ว” และไม่สามารถแสดงเจตนาได้แล้ว)” แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์จะปฏิบัติตามเนื้อหาหรือรายละเอียดที่มีอยู่ในพินัยกรรมแห่ง



ชีวิตหรือไม่ และหากบุคลากรเหล่านั้นไม่ปฏิบัติตาม สิ่งที่ได้กระทำมาตั้งแต่ต้นก็ย่อมปราศจากประโยชน์หรือ “คุณค่า” ขึ้นมาทันที นั่นคือ “ทำไปแล้วก็ไม่ได้ประโยชน์อะไร” หรือ “การทำหรือไม่ทำก็ไม่มีความต่างกัน”

.....การที่แพทย์ซึ่งกำลังต้องตัดสินใจทำการดำเนินการกับผู้ป่วย (หนัก) ได้เห็นพินัยกรรมแห่งชีวิตซึ่งเป็นเอกสาร “หนึ่งฉบับ” ที่ยื่นเข้ามาระบุว่า “ไม่ให้แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ ต้องกระทำการเพื่อการช่วยชีวิต” (เพราะผู้ป่วยประสงค์เช่นนั้น) จึงเท่ากับแพทย์มีเวลาเพียงน้อยนิดในการพิจารณาว่าเอกสารนั้นถูกต้องและชอบด้วยกฎหมาย.....

มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550¹

มาตรา 12

บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

มาตรา 12 นี้เป็นบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ 2 กรณีที่สำคัญที่สามารถทำพินัยกรรมแห่งชีวิตได้ คือ

1. เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต
2. เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

พินัยกรรมแห่งชีวิต

ความสำคัญของพินัยกรรมแห่งชีวิตอยู่ที่ “การที่จะให้เกิดผลต่อผู้ทำเมื่อถึงคราวที่ผู้ทำอยู่ในสภาวะที่ถูกระงับไว้ และไม่ต้องการให้ดำเนินการประการหนึ่งประการใดทางการแพทย์อันเป็นการยืดการตายแห่งชีวิตของผู้ที่ทำพินัยกรรมนั้น” องค์ประกอบที่สำคัญคือ

1. **มีผู้ที่ต้องการทำ** ในขณะที่ทำคือ “บุคคลทั่วไป” ซึ่งในขณะที่ทำนั้น “ยังไม่มีอยู่ในฐานะของผู้ป่วยแต่ประการใด” และพินัยกรรมชีวิตนั้นก็ยังไม่มีผลแต่ประการใดกับผู้ที่ทำนั้น แต่ผลจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อผู้นั้นเป็น “ผู้ป่วย” ตามองค์ประกอบของกฎหมายเสียก่อน และเพราะเหตุที่ผลมีได้บังเกิดขึ้นทันที แต่จะบังเกิดผลในภายหลัง (ในอนาคต) ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายกับ “**การทำพินัยกรรม (Will)**” ที่ว่าพินัยกรรม (จัดการทรัพย์สิน) จะมีผลก็ต่อเมื่อผู้ทำพินัยกรรมถึงแก่ความตายเสียก่อน (กำหนดการเผื่อตาย) จึงทำให้ความล้มละลายคล้ายคลึงนี้นำมาปรับใช้โดยเรียกเป็น “พินัยกรรมแห่งชีวิต” นั่นเอง เพราะจะมีผลก็ต่อเมื่อเป็น “ผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่บทบัญญัติแห่งกฎหมายบัญญัติไว้เสียก่อน”

พินัยกรรม	เกี่ยวข้องกับการจัดการทรัพย์สิน
พินัยกรรมชีวิต	เกี่ยวข้องกับการจัดการเพื่อให้มีการดำเนินการทางการแพทย์แก่ร่างกาย
พินัยกรรม	มีผลเมื่อผู้กระทำถึงแก่ความตาย (เป็นการกำหนดการเผื่อตาย)
พินัยกรรมแห่งชีวิต	มีผลเมื่อผู้กระทำมีสภาพเป็นผู้ป่วยตามบทบัญญัติของมาตรา 12 (เป็นการกำหนดการดำเนินการทางการแพทย์)

2. **วัตถุประสงค์ที่ทำ** เพื่อให้เกิดผลเมื่อผู้ที่ทำนั้นเป็น “**ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของโรค**” หรือ “**ผู้ป่วยที่ได้รับความสะดวกทราบจากการเจ็บป่วย**” กล่าวคือ เป็นผู้ป่วยตามคุณสมบัติฯ ที่กฎหมายบัญญัติไว้ (มาตรา 12) จึงเท่ากับเป็นการกำหนดการให้การดูแลรักษาพยาบาลทางการแพทย์ (advance medical directive) ไว้นั่นเอง

3. **ให้มี “สภาพบังคับหรือกึ่งบังคับ”** หรือ “ให้มีผลต่อการดำเนินการหรือการกระทำต่อผู้ใด” ในที่นี้คือ “แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์” ที่ดูแลผู้ทำพินัยกรรมแห่งชีวิตในขณะที่ผู้นั้นเป็น “ผู้ป่วยตามคุณสมบัติฯ (มาตรา 12)” แล้ว

พินัยกรรมแห่งชีวิตเป็นหมัน

หมายถึง พินัยกรรมแห่งชีวิตที่ได้ทำไปแล้วนั้น “ไม่เกิดผลตามเจตนารมณ์ของผู้กระทำ” กล่าวคือ เมื่อผู้กระทำอยู่ในสภาพของผู้ป่วยตามคุณสมบัติฯ (มาตรา 12)¹ แล้ว แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ปฏิบัติตามพินัยกรรมแห่งชีวิตนั้น

อธิบายความ:

1. แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ปฏิบัติตามพินัยกรรมแห่งชีวิตนั้น ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพของผู้ป่วยตามคุณสมบัติฯ ยังคงได้รับการปฏิบัติต่อเยี่ยง “ผู้ป่วยปกติ”

ตัวอย่าง เช่น

- เมื่อมีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ก็ได้รับการใส่ท่อ
- เมื่อมีความจำเป็นต้องทำการกู้ชีพ ก็ได้รับการกู้ชีพ

- เมื่อจำเป็นต้องทำการล้างไต ก็ได้รับการล้างไต
 - เมื่อจำเป็นต้องถูกย้ายไป ณ หออภิบาล ก็ถูกย้ายไปหออภิบาล
 - เมื่อจำเป็นต้องเจาะคอ ก็ได้รับการเจาะคอ
- ทั้ง ๆ ที่สิ่งที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้แล้วว่า “ไม่ต้องการให้กระทำต่อตนเองผู้ซึ่งทำพินัยกรรมแห่งชีวิตนั้น”

หมายเหตุ:

ต้องไม่ลืมว่า ในขณะที่ผู้ป่วย (คือผู้ทำพินัยกรรมฯ) ไม่อยู่ในสภาพที่จะแสดงเจตนาได้อีกแล้ว

2. เหตุผลที่แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ปฏิบัติตามพินัยกรรมแห่งชีวิตนั้น

หมายความว่า แม้ว่าจะมีผู้หนึ่งผู้ใดแสดงว่าผู้ป่วยได้ทำพินัยกรรมแห่งชีวิตไว้ในขณะที่ยังมีสุขภาพดี และมีสติสัมปชัญญะดีพร้อมก็ตาม แต่แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ในขณะที่ได้ดูแล “ผู้ป่วย” ท่านนี้ “ไม่เชื่อว่ามีพินัยกรรมอยู่จริง”

3. แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์เห็นว่า “ตนเองต้องทำตามหน้าที่” เป็นหน้าที่ที่ “ต้องกระทำ” อันเป็นผลจาก

ประการแรก: เป็นผลจากมิกฎหมายบัญญัติไว้ซึ่งประกอบด้วย

- ก. คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย (16 เมษายน พ.ศ. 2541)⁵
- ข. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา⁶
- ค. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 28⁷
- ง. มาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายอาญา⁸
- จ. คำวินิจฉัยของคณะกรรมการกฤษฎีกา ชุดที่ 10 “เรื่องเสร็จที่ 250/2546”⁹

ประการที่ 2: เป็นผลจากสภาพจิตใจและความเชื่อของแพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ว่า

- ก. แพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ “มีหน้าที่” ตามวิชาชีพฯ ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วย
- ข. ไม่สมควรยิ่งที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตไปต่อหน้าต่อตา เพราะ “การที่ไม่ได้ทำอะไรเลย” แม้จะเป็นผู้ป่วยในระยะท้ายของโรคก็ตาม
- ค. การปล่อยให้ผู้อื่นตายไปต่อหน้าต่อตาโดยไม่ได้ช่วยเหลือเลยแม้ว่าจะเป็นผู้ป่วยหนักก็ตาม ก็อาจถือได้ว่า “เป็นบาป” ได้เช่นเดียวกัน

การที่แพทย์ไม่ดำเนินการตามข้อกำหนดที่เขียนไว้ในพินัยกรรมแห่งชีวิตจึงเท่ากับเป็นการที่พินัยกรรมแห่งชีวิตนั้น “**เป็นหมันไปโดยปริยาย**”

การที่แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่เชื่อว่า “มีพินัยกรรมฯ” อยู่จริงนั้น

ผู้ที่อ้างถึง “พินัยกรรมฯ” และคงยืนยันว่า “มีพินัยกรรมฯ” จริง ๆ เป็นพินัยกรรมที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนารมณ์ไว้ตั้งแต่แรก ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ แต่ในขณะที่ผู้ป่วยไม่ทราบไม่รับรู้ไม่รู้สึก ไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์จะเชื่อได้อย่างไรว่า “เอกสาร คือ พินัยกรรมฯ” นั้นเป็นพินัยกรรมจริง

ในเรื่องพินัยกรรมนี้ หากเป็นพินัยกรรมปกติ (กำหนดในเรื่องทรัพย์สิน)¹⁰ เมื่อผู้ทำพินัยกรรมถึงแก่ความตาย ทายาทหรือผู้รับพินัยกรรมต้องการให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในพินัยกรรมโดยประสงค์จะให้ “บุคคลภายนอกหรือบุคคลที่ 3” ดำเนินการ (ปฏิบัติ) ตามพินัยกรรมนั้น จะไม่มีบุคคลที่ 3 ไດ ๆ กล่าวที่จะปฏิบัติตาม ทั้งนี้เพราะบุคคลที่ 3 จะทราบหรือมั่นใจได้อย่างไรว่า “พินัยกรรมนั้นเป็นพินัยกรรมที่แท้จริงหรือไม่” หรือแม้จะเป็นพินัยกรรมที่แท้จริง แต่อาจถูกยกเลิกในเวลาต่อมาแล้วก็ได้ ทางที่ดีที่สุดก็คือ ขอให้ทายาทหรือผู้มีส่วนได้เสีย “ไปร้องขอต่อศาลเพื่อให้ศาลมีคำสั่งหรือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก” เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เพราะบุคคลภายนอกที่จะต้องปฏิบัติตามสิ่งที่ระบุไว้ในพินัยกรรมหาทราบได้ว่า “พินัยกรรมนั้น ๆ เป็นพินัยกรรมจริงหรือไม่” และหากตนเองต้องกระทำประการหนึ่งประการใดเกี่ยวกับทรัพย์สินซึ่งไม่ถูกต้องเพราะเหตุแห่งพินัยกรรมแล้ว บุคคลที่ 3 นั้นย่อมต้องรับผิดชอบในทางแพ่งด้วย กล่าวคือ

ก. พินัยกรรมนั้นเป็นพินัยกรรมปลอมทั้งฉบับมาตั้งแต่ต้น หมายความว่ามิได้มีพินัยกรรมเลย มีแต่การปลอมหรือทำพินัยกรรมปลอมเพื่อแสดงว่ามีพินัยกรรมอยู่จริงเพื่อต้องการให้มีผลในการบังคับ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการที่จะได้รับทรัพย์สินหรือสิทธิที่ระบุไว้ในพินัยกรรม

ข. มีการทำพินัยกรรมจริงแต่พินัยกรรมฉบับดังกล่าวถูก “ยกเลิก” โดยพินัยกรรมฉบับหลังแล้ว หรือไม่ผู้ทำพินัยกรรมก็ยกเลิกด้วยเจตนาประการหนึ่งประการใดไปแล้ว เช่นนี้ การที่บุคคลภายนอกจะปฏิบัติตามย่อมเป็นการเสี่ยงต่อตนเอง

ตัวอย่าง:

พินัยกรรมฉบับหนึ่งระบุว่า ให้เงินในบัญชีเลขที่ 123 ของธนาคาร X เป็นของนาย ก. เช่นนี้ธนาคารจะทราบได้อย่างไรว่าเป็นเช่นนั้น และหากมิได้เป็นเช่นนั้นหรือพินัยกรรมมิได้ระบุหรือมิได้มีพินัยกรรมอยู่จริง แล้วธนาคารไปดำเนินการตามที่พินัยกรรม (อ้างว่ามีอยู่) และมีการโอนเงินหรือยอมให้นาย ก. ถอนเงินออกจากบัญชีเลขที่ 123 ย่อมทำให้ทายาทโดยธรรม (อันแท้จริง) เกิดความเสียหายได้ เพราะแท้จริงแล้วเงินในบัญชีเลขที่ 123 ของธนาคาร X ต้องถือว่าเป็น “กองมรดกของผู้ตาย” และธนาคาร X ย่อมต้องถูกฟ้องร้องในสิ่งที่ธนาคาร X ได้กระทำไป และแน่นอนที่สุดก็คือ ธนาคารต้องรับผิดชอบต่อเงินในบัญชีเลขที่ 123 ที่ธนาคาร X จ่ายให้แก่ นาย ก. ไปแล้ว

ในเรื่องพินัยกรรมแห่งชีวิตก็เช่นเดียวกัน ซึ่งหากลองคิดถึงหลักความจริงดูก็จะพบว่า พินัยกรรมแห่งชีวิตจะถูกนำมาใช้ (มาแสดง) ก็ต่อเมื่อ

1. ผู้นั้นเป็นผู้ป่วย (ในสถานพยาบาล)
2. ผู้ป่วยนั้นเป็นผู้ป่วยที่หนัก (อาการรุนแรง) และมักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังหรืออยู่ในระยะท้ายของโรค
3. ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะที่จะแสดงเจตนาได้อีกต่อไป
4. เหตุแห่งการใช้พินัยกรรมแห่งชีวิตอาจเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลอื่นที่ถูกส่งตัวมา หรืออาจเป็นผู้ป่วยที่ป่วยอยู่ก่อนในโรงพยาบาลนั้น ๆ แล้วเกิดสภาพที่เลวลง (complication, sequelae) ในโรงพยาบาลแห่งนั้น
5. เหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเกิดขึ้นต่อหน้าแพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้อง “ดำเนินการทางการแพทย์ประการหนึ่งประการใดหรือหลายประการเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ถึงแก่ความตาย” เช่น การกู้ชีพ เป็นต้น

6. การเกิดเหตุขึ้นนั้นจำเป็นต้องรีบ “ตัดสินใจเพื่อการรักษา” หมายถึง ต้องรีบดำเนินการทางการแพทย์ประการหนึ่งประการใด (มักเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการกู้ชีพ เช่น การเจาะคอ การใส่ท่อช่วยหายใจ การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า เป็นต้น) ไม่อาจรือได้

ผลแห่งการแสดงพินัยกรรมแห่งชีวิตต่อหน้าแพทย์และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์

การที่แพทย์ซึ่งกำลังต้องตัดสินใจทำการดำเนินการกับผู้ป่วย (หนัก) ได้เห็นพินัยกรรมแห่งชีวิตซึ่งเป็นเอกสาร “หนึ่งฉบับ” ที่ยื่นเข้ามาระบุว่า “ไม่ให้แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ต้องกระทำการเพื่อการช่วยชีวิต” (เพราะผู้ป่วยประสงค์เช่นนั้น) จึงเท่ากับแพทย์มีเวลาเพียงน้อยนิดในการพิจารณาว่าเอกสารนั้นถูกต้องและชอบด้วยกฎหมาย และตัดสินใจว่า “จะไม่ทำการใด ๆ กับผู้ป่วยตามที่ต้องการ” ซึ่งการพิจารณาประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- ก. ผู้ป่วยมีเจตนาที่จะกระทำพินัยกรรมแห่งชีวิตนั้น
- ข. ผู้ป่วยทำพินัยกรรมแห่งชีวิตในขณะที่รู้สติและมีสติสัมปชัญญะ
- ค. ผู้ป่วยมิได้กระทำไปในขณะที่ถูกข่มขู่ สำนัดผิด หรือกลั่นแกล้ง
- ง. ผู้ป่วยมิได้ยกเลิกพินัยกรรมแห่งชีวิต อีกทั้งยังคงมีความประสงค์ให้เป็นไปเช่นนั้นอยู่ตลอดจนถึงขณะที่มาพบแพทย์ขณะนี้

เวลาที่แพทย์ต้องตัดสินใจมีเพียงเล็กน้อย (น้อยนิด) เมื่อเทียบกับ “พินัยกรรม” เมื่อเกิดข้อสงสัย บุคคลที่ 3 (ผู้ที่ถูกขอให้ปฏิบัติตามพินัยกรรม) ยังให้ศาลเป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจว่า “พินัยกรรมนั้นแท้จริงหรือไม่” ดังนั้น ในทางปฏิบัติจึงไม่มีแพทย์ท่านใดกล้าตัดสินใจว่า “พินัยกรรมแห่งชีวิตนั้นมีอยู่จริง” แต่แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์จะต้องรีบทำการกู้ชีพให้แก่ผู้ป่วยตามหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพเสียก่อนและโดยทันทีเสียด้วย จึงเท่ากับว่า “พินัยกรรมแห่งชีวิตนั้นไม่มีผลบังคับ (เป็นหมัน)” นั่นเอง

แนวทางการแก้ไขปัญหาที่จะทำให้พินัยกรรมแห่งชีวิตมีผล (ไม่เป็นหมัน)

แนวทางการแก้ไข หมายถึง การที่ทำให้พินัยกรรมเป็นพินัยกรรมแห่งชีวิตมีผลเมื่อถึงคราวที่ต้องการให้มันมีผล อาศัยหลักในการกระทำดังนี้ คือ

1. ต้องทำในรูปแบบที่น่าเชื่อถือ (เนื่องจากขณะนี้ยังไม่มีรูปแบบที่แน่นอนเพราะรูปแบบที่สำนักงานสุขภาพแห่งชาติเสนอออกมานั้น ในขณะนี้มิได้ถูกนำมาใช้)

เนื่องจาก “แบบของพินัยกรรมแห่งชีวิต” มิได้มีกำหนดไว้เป็นกฎหมายเช่นเดียวกับ “พินัยกรรม” ที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์¹⁰ ซึ่งมีถึง 7 แบบ และหากทำตามแบบหนึ่งแบบใดก็ย่อมถือว่า “สมบูรณ์” แล้ว แต่แม้กระนั้นก็ยังเกิดปัญหาขึ้นได้ ตัวอย่างในแบบที่ทำกันอยู่เป็นประจำ เช่น การทำแบบ “เขียนเองทั้งฉบับ” หรือ การทำแบบ “วันเดือนปี (แบบปกติ)”

ก็ยังเกิดปัญหาขึ้นถึง “ความน่าเชื่อถือ” ได้ เพราะไม่เชื่อว่ามีกรเขียนหรือทำพินัยกรรมไว้จริงนั่นเอง

ดังนั้น “พินัยกรรมแห่งชีวิต” ที่มีได้กำหนดรูปแบบไว้ จึงทำให้ผู้ที่จะต้องปฏิบัติตาม “เกิดความไม่แน่ใจ” หรือ “เกิดความลังเล” ว่า จะปฏิบัติตามนี้ดีหรือไม่ เพราะการปฏิบัติตามที่ระบุไว้ในเนื้อแห่งพินัยกรรมแห่งชีวิตคือ “สิ่งที่ตนต้องการที่จะต้องกระทำเพื่อการช่วยชีวิต” แท้ที่จริงจึงเข้าข่ายความผิดตามบทบัญญัติต่าง ๆ แห่งกฎหมาย และที่ชัดเจนคือ มาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายอาญานั้นเอง ผลที่ตามมาก็คือ “โทษตามกฎหมายเหล่านั้น” แม้ว่าโทษทั่วไปจะไม่รุนแรงอย่างในมาตรา 374 จะเป็นเพียง “ลหุโทษ” คือ จำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ⁸ แต่ก็ทำให้ผู้ใดที่ต้องโทษหรือถูกฟ้องร้องในบทบัญญัติแห่งกฎหมายนี้ “ไม่สบายใจเป็นแน่แท้”

แล้วรูปแบบที่น่าเชื่อถือเป็นอย่างไร และมีหรือไม่ สำหรับคำตอบนี้จะเห็นได้ว่า “ไม่มีความชัดเจน” ดังนั้น การที่จะใช้ “รูปแบบ” เป็นตัวชี้วัดว่าจะเกิดความสมบูรณ์ และ/หรือ “ความสมหวัง” แก่ผู้กระทำนั้นคงไม่อาจคาดหวังได้ จึงจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยที่ตามมาเป็นสำคัญ

2. ต้องทำโดยบุคคลที่น่าเชื่อถือ

หมายความว่า พินัยกรรมแห่งชีวิตนั้นสมควรกระทำโดยผู้ที่รู้จักโดย “ผู้ที่จะให้มีผลใช้บังคับต่อ” นั่นคือ แพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ที่จะปฏิบัติตามพินัยกรรมแห่งชีวิต เพราะเชื่อว่าเป็นพินัยกรรมแห่งชีวิตฉบับแท้จริง เช่น กระทำโดยแพทย์ที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักหรือเป็นอาจารย์แพทย์ในโรงเรียนแพทย์ เป็นต้น หรืออย่างน้อยที่สุดต้องกระทำโดยแพทย์ในสถานพยาบาล และมีสิ่งที่ยืนยันว่าได้กระทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลด้วย เช่น การที่มีการประทับตราของสถานพยาบาลเป็นสำคัญ

3. ต้องทำในสถานที่ที่น่าเชื่อถือ

สถานที่ที่น่าเชื่อถือ หมายความว่า สถานที่ที่ทำการแล้วจะทำให้ผู้ที่จะต้องปฏิบัติตามเชื่อถือว่า “มีการทำจริง” ซึ่งจะทำให้เขาปฏิบัติตาม เนื่องจากผลที่ผู้กระทำต้องการนั้นคือ ให้แพทย์ และ/หรือ บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติ (หรือปฏิบัติตาม) ดังนั้น สถานที่ที่สมควรทำพินัยกรรมแห่งชีวิตก็คือ “โรงพยาบาล” นั่นเอง และหากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีชื่อเสียงย่อมทำให้เป็นที่น่าเชื่อถือไปด้วย

เหตุผลที่การทำพินัยกรรมแห่งชีวิต ณ สถานพยาบาล (โรงพยาบาล) ขนาดใหญ่และมีชื่อเสียงจะทำให้เกิดผลได้มากกว่าก็คือ

ก. โรงพยาบาลขนาดใหญ่และมีชื่อเสียงย่อมเป็นที่รู้จักกันในวงการแพทย์ และยิ่งหากเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน เช่น HA หรือ JCIA ด้วยแล้ว ย่อมเป็นการเสริมความน่าเชื่อถือขึ้นไปอีกด้วย ทั้งนี้หากเปรียบเทียบการทำพินัยกรรมแห่งชีวิตในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลหรือคลินิกขนาดเล็ก ย่อมทำให้ไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ

ข. หากเกิดข้อสงสัยย่อมสามารถสอบถามได้จากผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมในการทำพินัยกรรมนั้นได้โดยง่าย เนื่องจากในวงการแพทย์ สำหรับแพทย์เองแม้ว่าจะมีแพทย์ (ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม) อยู่กว่า 50,000 คน แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำ “พินัยกรรมแห่งชีวิต” มักมีอยู่ในวงจำกัดและมักเป็นที่รู้จักกัน ยิ่งเป็นสถานพยาบาลใหญ่หรือโรงเรียนแพทย์ด้วยแล้ว ยิ่งทำให้ทราบถึงผู้ที่ทำพินัยกรรมได้เป็นอย่างดี และเมื่อเกิดข้อสงสัยขึ้น ย่อมสามารถสอบถามผู้ที่มีส่วนร่วมในการกระทำพินัยกรรมฉบับนั้น ๆ ได้ง่าย และทำให้ผู้ที่ได้รับทราบเข้าใจ และในที่สุดก็จะเป็นไปตามสิ่งที่ระบุไว้ใน “พินัยกรรมแห่งชีวิต”

สรุป

การทำพินัยกรรมแห่งชีวิตมิได้หมายความว่า “ได้มีการทำพินัยกรรมแห่งชีวิตไว้แล้ว” ก็เป็นการอุ่นใจได้ว่าจะต้องเป็นไปตามสิ่งที่ตนเองต้องการ (ในบั้นปลายแห่งชีวิต) เพราะพินัยกรรมแห่งชีวิตที่สร้างขึ้นนั้นก็เพื่อ “ให้มีผลต่อผู้อื่นให้กระทำต่อตน (ในที่นี้คือไม่ต้องมากระทำการใด ๆ กับตน) โดยให้มีผลต่อแพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ให้ทำตามเนื้อหาที่ระบุไว้ในพินัยกรรมฯ” และจะมีผลอะไร หากได้ทำพินัยกรรมแห่งชีวิตที่สร้างขึ้นแล้วแต่กลับไม่มีผลบังคับเมื่อถึงคราวที่ต้องการให้มีผลบังคับ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ “ไม่ทำเสียดีกว่านั่นเอง” ดังนั้น การทำพินัยกรรมแห่งชีวิตจึงต้องพิถีพิถันเป็นอย่างยิ่งไม่น้อยไปกว่าการทำพินัยกรรมตามปกติ

เอกสารอ้างอิง

- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124/ตอนที่ 16 ก/หน้า 1/19 มีนาคม พ.ศ. 2550.
- ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ลงวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2554. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 ตอนพิเศษ 56 ง วันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 หน้า 13-15.
- กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 127 ตอนที่ 65 ก วันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2553 หน้า 18-22.
- คำสั่งกรมการแพทย์ที่ 28/2555 ลงวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2555. เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานศึกษาผลกระทบตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553
- คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และ คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2542.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124/ตอนที่ 16 ก/หน้า 1/19 มีนาคม พ.ศ. 2550.
- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125 ตอนที่ 44 ก. วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2551.
- ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>
- เรื่องเสรีจที่ 250/2546. บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. เรื่อง การปฏิเสธการถ่ายเลือดของกลุ่มศาสนาคริสต์นิกายพระเยซู. มีนาคม พ.ศ. 2546.
- ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB03/%BB03-20-9999-update.pdf>



แนวทางการรักษาโรค CML-มะเร็งจีสต์

10 ปี โครงการจีแพปประเทศไทย สานต่อความหวังผู้ป่วยโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ (CML) และโรคมะเร็งจีสต์ (GIST) ถือเป็นโรคมะเร็งที่พบได้ในประเทศไทย แม้ปัจจุบันจะยังไม่มีสถิติผู้ป่วยที่แน่ชัด แต่อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์คาดว่าจะมีผู้ป่วยราว 1-2 รายต่อประชากรแสนคน โดยผู้ป่วยจะมีอายุเฉลี่ยประมาณ 36-45 ปี และพบมากในเพศชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย ส่วนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งจีสต์ซึ่งเป็นมะเร็งเนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหาร ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก แต่พบได้ไม่บ่อยในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันสำหรับ 2 โรคดังกล่าวได้มีวิวัฒนาการในการรักษาใหม่ ๆ เกิดขึ้น ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรค เพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

ศ.เกียรติคุณ พญ.แสงสุรีย์ จูฑา นายกสมาคมโลหิตวิทยานานาชาติ และประธานชมรมโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ (CML) เกิดจากความผิดปกติในการสลับที่ของโครโมโซมคู่ที่ 22 และคู่ที่ 9 ซึ่งเรียกว่า ฟิลาเดลเฟีย

โครโมโซม ทำหน้าที่สร้างโปรตีนชื่อ BCR-ABL กระตุ้นไขกระดูกให้ผลิตเม็ดเลือดขาวมากกว่าปกติ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดที่ก่อให้เกิดความผิดปกตินี้ พบเพียงปัจจัยเสี่ยงเท่านั้นคือ สารกัมมันตรังสี โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากการได้รับรังสีนิวเคลียร์ในสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่ญี่ปุ่นนั้นมีอัตราการเกิดโรค CML สูงกว่าคนปกติ 4-5 เท่า สำหรับอุบัติการณ์ของโรคที่แท้จริงในประเทศไทยนั้นยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน แต่คาดว่าจะมีผู้ป่วยราว 1-2 รายต่อประชากรแสนคน อายุเฉลี่ยประมาณ 36-45 ปี และพบมากในเพศชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย

อาการของโรคนี้เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง น้ำหนักลด อึดอัดแน่นท้อง คลำพบก้อนที่ชายโครงซ้าย บางรายอาจไม่มีอาการเลย แต่ตรวจพบเม็ดเลือดขาวสูงจากการตรวจสุขภาพทั่วไปคือ ในคนปกติเม็ดเลือดขาวมีค่าประมาณ 5,000-10,000 แต่ในคนป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์อาจจะสูงถึง 5-8 แสนได้

สำหรับแนวทางการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังมีหลายวิธี การให้ยาต้านมะเร็งซึ่งปัจจุบันมีหลายตัว เช่น ยา Imatinib ซึ่งถือเป็นยามาตรฐานตัวแรกที่ได้รับการบรรจุอยู่ในแนวทางการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ทั้งของเมืองไทยและนานาชาติที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่รับประทานยา Imatinib มีอัตราการรอดชีวิตประมาณ 85% นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดการดื้อยาหรือไม่สามารถทนต่อการรักษาด้วยยา Imatinib จะมีการเปลี่ยนการรักษาจากยา Imatinib เป็นยา Nilotinib ซึ่งมีประสิทธิภาพที่สูงขึ้นและเจาะจงกับโรคมากขึ้น และในปัจจุบันยา Nilotinib ได้รับการแนะนำให้ใช้สำหรับการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังเป็นตัวเลือกแรกเทียบเท่ากับยา Imatinib แล้ว สำหรับการปลูกถ่ายไขกระดูก ซึ่งมีข้อจำกัดค่อนข้างมากนั้น ปัจจุบันนี้ไม่ใช่การรักษาเบื้องต้นแล้ว แต่จะใช้เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาด้วยการรับประทานยาในกลุ่มข้างต้นแล้วไม่ได้ผลเท่านั้น

“จากวิวัฒนาการคิดค้นการรักษาที่ต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุดนั้น ทำให้เป้าหมายการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์เปลี่ยนไป ในอดีตเป้าหมายการรักษาคือ ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด ซึ่งปัจจุบันประสบความสำเร็จแล้วด้วยนวัตกรรมยาใหม่ที่กล่าวข้างต้น ผู้ป่วยหลายคนมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 20-30 ปี และเป้าหมายใหม่ของการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์คือ ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยโรคมะเร็ง



ศ.เกียรติคุณ พญ.แสงสุรีย์ จูฑา

พศ.บว.วิชัย ศรีบุญบรักษ์

นายธีรภัทร อาภา

เม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์มีชีวิตอยู่โดยสามารถหยุดยาได้ หรือที่เรียกว่า “Treatment Free Remission” (TFR) ซึ่งถือเป็นแนวความคิดใหม่ของการรักษาที่ยังอยู่ระหว่างการศึกษาระหว่างการศึกษาและเฝ้าติดตามผล ซึ่งก็ถือว่าเป็นอีกก้าวใหญ่ก้าวหนึ่งของการพัฒนาการรักษาที่มีความหมายและสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์และญาติ และนั่นก็หมายรวมถึงแพทย์ที่ทำการรักษาด้วย”

ศ.เกียรติคุณ พญ.แสงสุรีย์ กล่าว

ผศ.นพ.วิเชียร ศรีมนินทรนิมิต หัวหน้าสาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวว่า โรคมะเร็งจีสต์ (GIST) เป็นมะเร็งเนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก จีสต์จัดเป็นมะเร็งที่พบได้ไม่บ่อย ในประเทศไทยยังไม่มีสถิติผู้ป่วยที่แน่ชัด อาการของผู้ป่วยมะเร็งจีสต์คือ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน คลำพบบก้อนในท้อง อุจจาระมีสีดำ หรือถ่ายเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด รวมทั้งอาจมีอาการซีดและอ่อนเพลีย

โรคมะเร็งจีสต์ระยะเริ่มแรกที่ยังออกยังอยู่เฉพาะที่สามารถรักษาได้โดยการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสที่จะหายขาดได้ แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เกิดเนื้องอกขึ้นซ้ำอีก หรือเกิดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งภายหลังการผ่าตัด ในปัจจุบันมีการศึกษาการใช้ยา Imatinib เป็นการรักษาเสริมให้แก่ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งจีสต์ออกทั้งหมด แต่มีความเสี่ยงที่จะกลับเป็นซ้ำได้สูง ซึ่งผลการวิจัยล่าสุดพบว่าการรักษาเสริมด้วยยา Imatinib สามารถลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรค และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นวิวัฒนาการในการรักษาโรคมะเร็งจีสต์

ในกรณีของผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือโรคอยู่ในระยะแพร่กระจาย การรักษามาตรฐานคือ การให้ยา Imatinib เพื่อควบคุมการเติบโตของเซลล์มะเร็ง จากการศึกษานี้ผู้ป่วยมะเร็งจีสต์ระยะแพร่กระจายที่ได้รับยา Imatinib ซึ่งติดตามผู้ป่วยมาเป็นเวลาประมาณ 9 ปี พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 3 ยังคงมีชีวิตอยู่

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังมีผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนมากไม่น้อยที่มีปัญหาทางการเงิน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงยาได้ ด้วยเหตุนี้ทางบริษัทโนวาร์ตีส จึงได้ก่อตั้งโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยนานาชาติจีแพป™ (GIPAP™) โครงการแรกที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ (CML) ที่มีผลฟีลาเดลเฟียโครโมโซมเป็นบวก (Ph+) และผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ (GIST) ซึ่งจะมอบยาให้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงินโดยไม่คิดมูลค่า ขณะนี้มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการมากกว่า 50,000 ราย ใน 81 ประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยได้ดำเนินโครงการจีแพป™ ดำเนินโครงการเป็นปีที่ 10 แล้ว ปัจจุบันได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในประเทศไทยไปแล้วกว่า 3,500 ราย และยังคงมีผู้ป่วยที่ยังได้รับยาอยู่กว่า 1,800 ราย พร้อมดำเนินโครงการเพื่อสานต่อความหวังผู้ป่วยต่อไป

นายฟรานซิส บูชาร์ด หัวหน้าฝ่ายธุรกิจยามะเร็งประจำภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกและแอฟริกาใต้ บริษัทโนวาร์ตีส กล่าวว่า โนวาร์ตีสมุ่งมั่นที่จะนำเสนอการวิจัยตามเป้าหมาย เพื่อเร่งให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงเวชภัณฑ์ที่เป็นนวัตกรรมและมีประสิทธิภาพในการรักษา โดยนอกเหนือจากการให้บริการด้านเวชภัณฑ์แล้ว โนวาร์ตีสยังได้ดำเนินโครงการการเข้าถึงยาที่ได้รับการยอมรับในแวดวงอุตสาหกรรม และได้สร้างคุณสมบัติให้แก่ผู้ป่วยนับพันรายผ่านทางพันธมิตรเชิงกลยุทธ์ของบริษัทฯ ทั้งทั้งภูมิภาค โดยจัดโครงการให้ความช่วยเหลือและการเข้าถึงการรักษาสำหรับผู้ป่วย โดยในปี พ.ศ. 2555 โนวาร์ตีสยังคงสานต่อในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยผ่านโครงการที่มีมูลค่าประมาณ 2 พันล้านดอลลาร์สหรัฐฯ และเข้าถึงผู้ป่วยทั่วโลกมากกว่า 100 ล้านราย ซึ่งสามารถเข้าถึงยาผ่านโครงการต่าง ๆ มากมาย

ทั้งนี้ โนวาร์ตีสได้เปิดตัวโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยนานาชาติจีแพป™ ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นหนึ่งในโครงการระดับโลกที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งให้



นายฟรานซิส บูชาร์ด

เข้าถึงการรักษาได้อย่างกว้างขวางและครอบคลุมมากที่สุดเท่าที่เคยมีมา โดยโครงการดังกล่าวได้มอบยารักษาโรคมะเร็งโดยไม่คิดมูลค่าให้แก่ผู้ป่วยไปแล้วกว่า 50,000 ราย ใน 81 ประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทย โนวาร์ตีสยังคงดำเนินโครงการเรื่อยมาเป็นเวลา 10 ปีแล้วนับตั้งแต่เปิดตัวโครงการเมื่อปี พ.ศ. 2546 โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับยา Imatinib โดยไม่คิดมูลค่าไปแล้วกว่า 3,500 ราย และยังคงมีผู้ป่วยที่ยังได้รับยาอยู่ 1,800 ราย ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 61 แห่ง และมีแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ 163 ท่านทั่วประเทศ

นายริชาร์ด อาเบล ประธานบริหาร บริษัทโนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด กล่าวว่า “โนวาร์ตีสให้ความสำคัญกับผู้ป่วยรวมถึงการเข้าถึงยาของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ด้วยเหตุนี้ทางบริษัทฯ จึงได้จัดโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยนานาชาติจีแพป™ ขึ้นในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2546 เป็นระยะเวลา 10 ปี นับจากวันที่เริ่มเปิดตัวโครงการ ได้ให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยคนไทย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ และที่สำคัญเหนืออื่นใดคือ ได้มอบความหวังให้แก่ผู้ป่วยเหล่านั้น

นอกเหนือจากโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยนานาชาติจีแพป™ แล้ว โนวาร์ตีสยังมีโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยนานาชาติทีแพป™ (TIPAP™) ซึ่งเป็นโครงการเข้าถึงยาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ที่มีฟีลาเดลเฟียโครโมโซมเป็นบวก (Ph+ CML) ที่ไม่ตอบสนอง หรือไม่สามารถทนต่อการรักษาด้วยยา Imatinib และมีปัญหาทางการเงิน โดยโครงการนี้ได้ถูกจัดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 และได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยไปแล้วกว่า 260 รายจนถึงปัจจุบัน และจะสานต่อโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งโครงการจีแพป™ และทีแพป™ ในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องต่อไป



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
จัดประชุมวิชาการนานาชาติด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

'Healthcare for the AEC'



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ
กระทรวงสาธารณสุข จัดการประชุมวิชาการนานาชาติด้านการแพทย์และ
การสาธารณสุข พ.ศ. 2557 หรือ Siriraj International Conference in
Medicine and Public Health (SICMPH) 2014 ในหัวข้อ Healthcare for
the AEC ระหว่างวันที่ 21-25 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ณ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อส่งเสริมและพัฒนาด้านวิชาการ
ให้เกิดการบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ ด้านสุขภาพให้เกิดความเชื่อมโยงเพื่อ
นำไปสู่การพัฒนาด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในภูมิภาคอาเซียน

ศ.พญ.มณีรัตน์ ไชยานนท์ รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า เดิมคณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาลมีการจัดประชุมวิชาการประจำปีเพื่อฟื้นฟูวิชาการทางการแพทย์ใน
ระดับชาติ แต่ต่อมาได้ปรับเปลี่ยนนโยบายการจัดประชุมวิชาการประจำปีให้
ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลด้านประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN
Economic Community : AEC) ที่ต้องการให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการ
แพทย์ของอาเซียน ดังนั้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา การประชุมวิชาการ
ประจำปีของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงได้เปลี่ยนรูปแบบให้เป็น
การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ซึ่งใช้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษในการ
ดำเนินงาน โดยใช้ชื่อว่า การประชุมวิชาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
หรือ International Conference in Medicine and Public Health (ICMPH)
และเพื่อความเป็นเอกลักษณ์มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2557 จึงได้เปลี่ยนชื่อการประชุม
วิชาการประจำปีเป็น Siriraj International Conference in Medicine and Public
Health (SICMPH) ในหัวข้อ Healthcare for the AEC จัดขึ้นระหว่างวันที่ 21-25
กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย

มหิดล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเผยแพร่
ผลงานของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และ
ยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรทาง
การแพทย์เกี่ยวกับเรื่องของ AEC โดยคาดหวังว่า
SICMPH จะกลายเป็นการประชุมวิชาการในระดับ
ภูมิภาคซึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์ในแถบอาเซียน
ทั้งหมดเข้าร่วมต่อไปในอนาคต

เนื้อหาของการประชุมวิชาการแบ่งออก
เป็นหัวข้อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยหัวข้อ
ภาษาไทยมีจุดเด่นคือ เป็นการประชุมวิชาการใน
ลักษณะสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) ไม่ใช่
เรื่องที่จำเพาะเจาะจงสำหรับสาขาวิชาใด ๆ สาขา
วิชาหนึ่ง เนื่องจากในปัจจุบันด้วยเทคโนโลยีที่
ซับซ้อนมากขึ้น ความรู้ที่มีมากขึ้น โรคมีความซับซ้อน
ขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลแบบสหสาขา
วิชาชีพ ซึ่งไม่ใช่แค่ความร่วมมือระหว่างแพทย์ใน
สาขาวิชาต่าง ๆ เท่านั้น แต่ยังหมายถึงความร่วมมือ
ระหว่างแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใน
สาขาต่าง ๆ เช่น พยาบาล

เภสัชกร หรือแม้แต่นัก
สังคมสงเคราะห์ที่จะต้อง
มีบทบาทร่วมกันในการ
ดูแลผู้ป่วย และช่วยยก
ระดับคุณภาพในการดูแล
ผู้ป่วย ในส่วนของหัวข้อ
ที่เป็นภาษาอังกฤษมี
จุดเด่นคือ เนื้อหา



ศ.พญ.มณีรัตน์ ไชยานนท์



จะเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางงานวิจัย เทคโนโลยีทางการแพทย์ และการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานระหว่างประเทศ ซึ่งปีนี้จะเน้นเรื่องแพทยศาสตรศึกษา แม้ว่าแต่ละประเทศจะมีลักษณะเฉพาะของตนเอง แต่เมื่อเข้าสู่ AEC จะมีการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์ จึงจำเป็นจะต้องมีการพิจารณาถึงข้อตกลงพื้นฐานต่าง ๆ ว่าควรเป็นอย่างไร

รูปแบบการประชุมวิชาการแบ่งออกเป็นทางด้านวิชาการ มีการสัมมนาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากทั้งในประเทศและต่างประเทศมาเป็นวิทยากรร่วมกันถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข มีการนำเสนอผลงานวิจัยจากผู้เข้าร่วมประชุม นักศึกษาปริญญาโท-เอก หรือแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งมีทั้งงานวิจัยที่เป็นระดับ Advance และแบบ Routine to Research โดยจะมีการนำเสนอทั้งแบบ oral presentation และแบบโปสเตอร์ และมอบรางวัลการประกวดผลงานวิจัยในส่วนของภาคประชาชนมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพฟรี และกิจกรรมออกวิ่งต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังมีการจัดนิทรรศการเพื่อรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ พระองค์เจ้ารังสิตประยูรศักดิ์ กรมพระยาชัยนาท



นเรนทร ที่มีต่อวงการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากในปี พ.ศ. 2557 เป็นปีครบรอบ 100 ปีที่พระองค์ท่านดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการโรงเรียนราชแพทยาลัย ซึ่งพระองค์ทรงมีพระกรณียกิจในการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทยให้มีมาตรฐานในระดับสากล และทรงปลูกฝังความนิยมในการเรียนแพทย์ให้เป็นที่แพร่หลาย โดยทรงเป็นผู้โน้มน้าวสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช ให้ทรงสนพระทัยในวิชาการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งนี้คณะกรรมการอำนวยการจัดประชุมวิชาการได้กราบบังคมทูลเชิญสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงบรรยายปาฐกถาเกียรติยศในพิธีเปิดการประชุมวิชาการครั้งนี้

สำหรับกลุ่มเป้าหมายของการประชุมวิชาการในครั้งนี้คือ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกสาขาวิชา และประชาชนทั่วไป โดยผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักเทคนิคการแพทย์

“การเตรียมความพร้อมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยในการก้าวเข้าสู่ AEC แม้ว่าจะมีหลายหน่วยงานในประเทศไทยให้ข้อมูลดังกล่าว ทั้งเรื่องผลกระทบต่าง ๆ แต่สิ่งที่เราต้องการทำคือเรื่องของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นในภูมิภาคอาเซียน ซึ่งบางโรคหมดไปจากประเทศไทยแล้ว แต่ยังพบได้ในประเทศอื่นในแถบอาเซียน บุคลากรทางการแพทย์ของไทยจำเป็นต้องเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสิ่งเหล่านี้ จึงอยากจะเชิญชวนบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา รวมทั้งประชาชนทั่วไป สมัครและร่วมประชุมวิชาการครั้งนี้ ซึ่งเชื่อว่าตลอดระยะเวลา 5 วัน ด้วยหัวข้อที่หลากหลาย ทุกคนจะได้รับประโยชน์และสามารถนำไปใช้โดยเฉพาะในการดูแลสุขภาพได้” ศ.พญ.มณี กล่าวทิ้งท้าย

ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนแบบออนไลน์ได้ที่ www.sirirajconference.com หรือ www.sicmph.com ผู้สนใจเข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัยสามารถส่งผลงานได้ตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 นอกจากนี้ผู้ที่ลงทะเบียนล่วงหน้าก่อนวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2557 จะได้รับสิทธิพิเศษ ได้แก่ คุปองสำหรับลุ้นรับรางวัลต่าง ๆ (เช่น Smart Phone และ Tablet) และการยกเว้นค่าลงทะเบียน (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จากจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ที่มีหนังสือส่งตัวจากต้นสังกัด, แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี, แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนิสิต/นักศึกษาจากสถาบันต่าง ๆ)

สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ หน่วยบริหารจัดการประชุมวิชาการ งานวิชาการ สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 0-2419-2673 และ www.sirirajconference.com หรือ www.sicmph.com

วันที่

30 เมษายน -
2 พฤษภาคม 2557

หน่วยงาน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รายละเอียด

การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557
เรื่อง "Integrative Medicine (การแพทย์แบบบูรณาการ)"
ณ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาล
รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ติดต่อสอบถาม

โทรศัพท์ 0-2201-1542, 0-2201-2193,
0-2201-2258
โทรสาร 0-2201-2607
<http://academic.ra.mahidol.ac.th>

14-16 พฤษภาคม 2557

ชมรมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่น
แห่งประเทศไทยการจัดอบรมระยะสั้น Pediatric Endocrinology: Bridging Theory to
Clinical Practice ณ ห้องประชุมพิธีการ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ
6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโทรศัพท์/โทรสาร 0-2419-5676
E-mail: tspe.th@hotmail.co.th
www.thaipediatrics.org

14-16 พฤษภาคม 2557

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ
รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ และ
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒการประชุมวิชาการ The 2nd SWU Palliative Care Conference 2014
เรื่อง All about Palliative Care ณ ภูเขางาม รีสอร์ท จ.นครนายกโทรศัพท์ 0-3739-5085-6, 08-6057-7149
www.medicine.swu.ac.th/msmc

19-20 พฤษภาคม 2557

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์
แห่งประเทศไทย

การประชุมวิชาการสูตินรีเวชส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 7 จ.อุดรธานี

www.rtcog.or.th

21-23 พฤษภาคม 2557

ภาควิชาชีวเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์การอบรมเชิงปฏิบัติการ "Basic molecular techniques: Immunohistochemistry
and Western blotting" ณ ภาควิชาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์โทรศัพท์ 0-7445-1180-1
โทรสาร 0-7442-9584
E-mail: bmayuree@mmedicine.psu.ac.th
<http://medinfo.psu.ac.th>

21-23 พฤษภาคม 2557

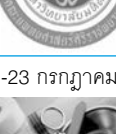
สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัยการประชุมวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 4
"อนามัยการเจริญพันธุ์: ประชากรคุณภาพ" ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์
สุขุมวิท 11 กรุงเทพฯโทรศัพท์ 0-2590-4167, 0-2590-4166
โทรสาร 0-2590-4167
www.rhanamai.com/register/index.php

2-4 มิถุนายน 2557

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลการอบรมระยะสั้นหลักสูตรนิติเวชศาสตร์และกฎหมายทางการแพทย์
สำหรับภูมิภาค ประจำปี พ.ศ. 2557 ณ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวม
ด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดีโทรศัพท์ 0-2201-1542, 0-2201-2193
www.acnmrama.com9 มิถุนายน -
7 สิงหาคม 2557คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพาการอบรมหลักสูตร "อาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานสำหรับแพทย์" รุ่นที่ 3
ประจำปี พ.ศ. 2557 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาโทรศัพท์ 0-3838-6554 ต่อ 2305, 2306
E-mail: kanungnit@buu.ac.th,
bookaew@buu.ac.th

16-20 มิถุนายน 2557

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 53 "King Chulalongkorn Memorial
Hospital: 100-Year Experiences Towards Excellence" หรือ 100 ปี
แห่งประสบการณ์ สู่ศตวรรษแห่งความเป็นเลิศ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โทรศัพท์ 0-2256-4193, 0-2256-4566
โทรสาร 0-2652-4203
www.cumedconference.com

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
19-20 มิถุนายน 2557 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โครงการฝึกอบรมวิชาการ "Rehabilitation in Neurogenic Bladder and Bowel" ณ ห้องเกษม ลิมวงศ์ อาคารเรียนรวมฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1147 โทรสาร 0-7445-1127 E-mail: meeting@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th/
25-27 มิถุนายน 2557 	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	การประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ "สุขภาพเด็กแห่งชาติ" ครั้งที่ 15 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข The 15 th Annual Pediatric Meeting of National Child Health 2014 "From National Health Authority (NHA) to Asean Economic Community (AEC)" ณ โรงแรมแลนด์มาร์ค กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2354-8927, 08-8874-4674 โทรสาร 0-2354-8088 E-mail: qsnich.training@gmail.com www.childrenhospital-training.com
11-12 กรกฎาคม 2557 	อนุสาข Sports Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย 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
16-18 กรกฎาคม 2557 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	การประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ ประจำปี พ.ศ. 2557 Knowledge on the run for Smart physicians ณ ตึกคุณากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	โทรศัพท์ 0-2926-9487 E-mail: na_leoqueen@hotmail.com www.med.tu.ac.th
21-25 กรกฎาคม 2557 	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการนานาชาติทางการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. 2557 Siriraj International Conference in Medicine and Public Health 2014 "Healthcare for the AEC" ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2419-2673 www.sirirajconference.com
22-23 กรกฎาคม 2557 	ราชวิทยาลัยประสาทศัลยศาสตร์ แห่งประเทศไทย และ ราชวิทยาลัยโสต คอ นสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย	Practical Course in Minimally Invasive Pituitary Surgery Endoscopic vs. Keyhole Hands-on Dissection ณ ตึกเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 11 โรงพยาบาลราชวิถี และอาคารแพทย์พัฒนา ชั้น 4 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โทรศัพท์ 08-0275-5905, 0-2354-8108 ต่อ 2303 E-mail: dessertilly@gmail.com
4-8 สิงหาคม 2557 	ศูนย์เบาหวานศิริราช โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนความรู้และสร้างเสริมทักษะการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน Practical skills for diabetes self management education ณ ห้องประชุม 101 ชั้น 1 อาคารศูนย์วิจัยการแพทย์ศิริราช (SIMR)	โทรศัพท์ 0-2419-9568-9 โทรสาร 0-2419-9569 E-mail: sidmcenter@gmail.com 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 	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย 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 โรงแรมรอยัล คลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5436 โทรสาร 0-2716-5440 E-mail: apoa2014@rcost.or.th www.apoa2014.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อของบรรณธิการกลุ่มงานแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สสวส จำกัด 71/17 ถนนบรมชนกนที แขวงจตุจักร อ.จตุจักร เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2014

Date	Title	City	Country	Contact
27-30 May 2014 	The Second International Conference on Radiation and Dosimetry in Various Fields of Research (RAD 2014)	Nis	Serbia	www.rad2014.elfak.rs/news.php
2-3 June 2014 	Refocus on Recovery 2014 (RoR 2014)	London	United Kingdom	www.researchintorecovery.com/conference2014
16-20 June 2014 	Dermatology for Primary Care	Sarasota, Florida	United States of America	www.ams4cme.com/www/LiveSeminars/SEMLA-2820140616.aspx
12-14 June 2014 	3 rd International Symposium on Controversies in Psychiatry	Mexico City	Mexico	www.controversiasmexico.org
10-14 August 2014 	The 6 th International Symposium on Nano and Supramolecular Chemistry	Denpasar, Bali	Indonesia	http://pdm-mipa.ugm.ac.id/isnsc6_2014/node
12-13 August 2014 	2014 Global Conference on Good Quality of Life Through Physical Therapy (GQLPT 2014)	-	Singapore	http://academy.edu.sg/gqlpt/
14-16 August 2014 	International Conference on Recent Advances in Health Sciences	Kuala Lumpur	Malaysia	www.conference.lincoln.edu.my
15-20 August 2014 	Mayo Cardiovascular Review Course for Cardiology Boards and Recertification	Rochester	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2014r221
10-12 September 2014 	3 rd European Conference on Mental Health	Tallinn	Estonia	www.evipro.fi/joomla/index.php/3rd-european-conference-on-mental-health

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, Sapphasan Co., Ltd. 71/17 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 #110 Fax 0-2884-7299



Jawbone® เปิดตัวสายรัดข้อมืออัจฉริยะ UP24™

Jawbone® เปิดตัวสายรัดข้อมืออัจฉริยะ UP24™ เชื่อมต่อแบบไร้สายกับอุปกรณ์ระบบ iOS หรือ Android ผ่าน Bluetooth® Smart มีแอปพลิเคชัน และการบริการเก็บและประมวลผลข้อมูล ช่วยให้ผู้ใช้เข้าใจพฤติกรรมของตัวเองมากขึ้น ทั้งด้านการนอนหลับ การเคลื่อนไหว และการกิน เพื่อให้ผู้ใช้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ โดย UP24™ มี 3 ขนาดให้เลือก คือ เล็ก กลาง และใหญ่ มีทั้งสีดำและสีส้ม ราคาอยู่ที่ประมาณ 6,290 บาท แบตเตอรี่ใช้งานได้นานต่อเนื่อง 7 วัน และสามารถชาร์จผ่านคอมพิวเตอร์ หรือฮับเตอร์ USB

Flyfit อุปกรณ์สำหรับคนชอบออกกำลังกาย

Flyfit อุปกรณ์ติดตามกิจกรรมต่าง ๆ ที่แตกต่างจากอุปกรณ์ประเภทเดียวกันในท้องตลาด เพราะจะสวมไว้ที่หน้าแข้งแทน เหมาะสำหรับผู้ที่ทำกิจกรรมโดยใช้ขาเป็นหลัก โดยถูกออกแบบให้ดูดี มีสไตล์ น้ำหนักเบา และสวมใส่สบาย สามารถสวมไว้ติดกับขาหรือใส่ทับกับถุงเท้าหรือกางเกงได้เพื่อติดตามกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตลอดทั้งวัน โดยจะทำการ syncs กับแอปพลิเคชันบน iOS ผ่านบลูทูธเพื่อให้ผู้ใช้สามารถเช็คข้อมูลได้ในแบบ real time เช่น ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย ปริมาณแคลอรีที่เผาผลาญไป เป็นต้น



Smarty Ring แหวนอัจฉริยะควบคุมสมาร์ทโฟน

Smarty Ring แหวนอัจฉริยะควบคุมสมาร์ทโฟน โดยแหวนทำจากสแตนเลส ทำงานร่วมกับสมาร์ทโฟนทั้งในระบบ iOS และ Android ผ่านสัญญาณบลูทูธ บนแหวนจะมีหน้าจอ LED แสดงผลข้อมูล โทรเข้า-ออก แจ้งเตือนอีเมล ข้อความ เพชฌฆัย และการแจ้งเตือนอื่น ๆ โดยผู้ใช้สามารถกดโทรศัพท์ ควบคุมการเล่นเพลง รวมถึงกดถ่ายรูปได้ นอกจากนี้ยังมีระบบป้องกันการสูญหาย หากแหวนอยู่ห่างจากสมาร์ทโฟนที่เชื่อมต่อการทำงานร่วมกันเกิน 30 ฟุต จะมีเสียงสัญญาณแจ้งเตือนทันที สามารถใช้งานได้ประมาณ 24 ชั่วโมงต่อการชาร์จ 1 ครั้ง ราคาอยู่ที่ประมาณ 8,500 บาท

[Book Shop]

บริหารนิ้ว บริหารสมอง

ต้านภัยอัลไซเมอร์

ผู้เขียน : ศ.นพ.ทศศิ ชีระชนะ

ผู้แปล : จวิรงค์ อัสวเสนา

สำนักพิมพ์อมรินทร์สุขภาพ, ราคา 150 บาท

แนะนำการบริหารนิ้วมือแบบต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นสมอง และป้องกันภาวะสูญเสียความทรงจำ หรือโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งกำลังเป็นประเด็นสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากกลไกสมองที่ควบคุมความเคลื่อนไหวของนิ้วมือมีขอบเขตการทำงานกว้างขวางที่สุด ดังนั้นการบริหารนิ้วมือที่แนะนำในหนังสือเล่มนี้จึงเป็นการใช้กลไกการทำงานของสมองในขอบเขตที่กว้างยิ่งขึ้น โดยเฉพาะสมองกลีบหน้าและสมองกลีบท้ายทอย ซึ่งได้รับการยืนยันแล้วว่าเป็นบริเวณที่เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมากตั้งแต่ช่วงที่โรคอัลไซเมอร์เริ่มแสดงอาการ ในเมื่อเรามีโอกาสที่จะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ด้วยวิธีที่ไม่ต้องเสียเงินเลย และวิธีนั้นคือ การบริหารนิ้วแบบต่าง ๆ ซึ่งจากการทดสอบพบว่า สามารถให้ผลในการกระตุ้นการทำงานของสมองและสร้างเซลล์ประสาทในสมองได้อย่างน่าทึ่ง

ภายในเล่มได้รวบรวมการบริหารนิ้วมือ การฝึกทักษะนิ้วมือ เกมบริหารนิ้วมือ เป็น 47 กระบวนนิ้วแสนสนุกและปัญญาดี 10 ประการป้องกันอาการหลงลืมที่จะช่วยกระตุ้นระบบการทำงานของสมองให้มีชีวิตชีวาอยู่เสมอ อันเป็นหัวใจสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคอัลไซเมอร์



เจอวิฤต จิตไม่วิต

ผู้แต่ง : พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตฺโต)

สำนักพิมพ์อมรินทร์ธรรมะ, ราคา 145 บาท

ในท่ามกลางความพรัมพรึงของสังคมไทยที่กระจัดกระจาย สับสน ไม่มีอะไรชัดเจน ไม่มีจุดรวมใจ ไม่มีเป้าหมายสูงสุด อย่างที่เป็นอยู่นี้ เราจะทำอย่างไร จะปล่อยสังคมไทยให้โหมและทรมานอยู่อย่างนี้ จะอยู่กันไปวัน ๆ ต่างคนต่างหาผลประโยชน์ของตัวเองไปคนละทิศละทาง ปล่อยให้ปัญหาภัยร้าย ๆ ทั้งหลายโหมกระพือรุมล้อมเข้ามามีชีวิตชีวา ไม่มีเป้าหมายสูงสุด อย่างที่เป็นอยู่นี้ เราจะทำอย่างไร จะปล่อยสังคมไทยให้โหมและทรมานอยู่อย่างนี้ จะอยู่กันไปวัน ๆ ต่างคนต่างหาผลประโยชน์ของตัวเองไปคนละทิศละทาง ปล่อยให้ปัญหาภัยร้าย ๆ ทั้งหลายโหมกระพือรุมล้อมเข้ามามีชีวิตชีวา

หนังสือเล่มนี้ประกอบไปด้วยธรรมบรรยาย 2 เรื่อง ได้แก่ เจอวิฤต จะเลือกวิวัฒนาการหรือจะเอาวิบัติ และเจาะหาความจริง เรื่องศาสนาประจำชาติ หรืออุดมการณ์นำจิตสำนึกของสังคมไทย ซึ่งเป็นธรรมบรรยายที่เกิดขึ้นต่างกรรมต่างวาระกัน แต่มีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ ให้พุทธศาสนิกชนได้มีหลักธรรมนำทางในการใช้ชีวิตท่ามกลางวิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน



พระพรหมคุณาภรณ์ กล่าวว่า “ขอให้วิฤตการณ์ทั้งหลายเป็นบทเรียนให้ทุกฝ่ายได้เรียนรู้ที่จะไม่ “มองแคบ คิดใกล้ ใฝ่ต่ำ” แต่จะ “มองกว้าง คิดไกล ใฝ่สูง” ด้วยการพัฒนาตนเองตามหลักธรรมและหลักปฏิบัติทางพุทธศาสนา เมื่อบุคลากรในชาติพัฒนาไปในทางที่ถูกที่ควรแล้ว ย่อมเข้าใจจากเหตุที่มาของวิกฤตต่าง ๆ ข้ามผ่านปัญหาวัยวิถีการที่ถูกต้อง ประกอบด้วยปัญญาและนำพาชาติให้รุ่งเรืองได้ในที่สุด”



เฉลิมฉลอง 100 ปี ร.พ.จุฬาฯ

พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชทินนิตตามาตุเสด็จทรงเป็นประธาน งานกาลาดินเนอร์การกุศล “ศิลปินร่วมบุญ เกื้อหนุน 100 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” การประมุขงานศิลปะ ฉลอง 100 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กิจกรรมพิเศษร่วมเฉลิมฉลอง 100 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยนำ “ผลงานส่วนพระองค์/ผลงานฝีพระหัตถ์” ซึ่งได้รับ พระราชทาน/ประทาน ร่วมกับ “ผลงานศิลป์” ที่ได้รับบริจาคจาก ศิลปินแห่งชาติ, ผู้มีชื่อเสียง,

ศิลปินรุ่นใหม่, ผู้สะสมงานศิลป์ มาประมุขนำรายได้สมทบการก่อสร้างและซื้อเครื่องมือแพทย์สำหรับอาคารใหม่ อาคาร “ภูมิสิริมังคลานุสรณ์” อาคารรักษายาบาลร่วมเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เมื่อไม่นานมานี้

เปิดงานสัมมนา

ดร.สุเมธ ตันติเวชกุล เลขาธิการมูลนิธิชัยพัฒนา (ที่ 5 จากซ้าย) เป็นประธานในพิธีเปิดสัมมนาวิชาการ Advance in Diabetes Education for Self-Management และกิจกรรมสำหรับประชาชน มีการมอบรางวัลและมอบเกียรติบัตรให้ผู้ได้รับรางวัลในโครงการ “๘๔ พรรษามหาราชนันท์” รวมพลังบริหารผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๗ รอบ ๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๔” ภายในงานมี ศ.เกียรติคุณ พญ.วรรณิ นิธิยานันท์ นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ (ที่ 3 จากขวา) และ รศ.พญ.สุภาวดี ลิขิตมาศกุล เลขาธิการโครงการ “๘๔ พรรษามหาราชนันท์” (ที่ 2 จากซ้าย) ร่วมให้เกียรติต้อนรับ ณ ห้องบอลรูม 1 โรงแรมเอส 31 ซอยสุขุมวิท 31 เมื่อไม่นานมานี้



ประชุมวิชาการ

ดร.อภิสิทธิ์ จักรทนานนท์ กรรมการมูลนิธิเซเรบอสเพื่อการวิจัยสุขภาพของคนไทย (ที่ 3 จากขวา) ร่วมกับ รศ.นพ.ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (กลาง) ร่วมเป็นประธานเปิดงานประชุมวิชาการเรื่อง “ก้าวทันการดูแลและส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม” เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการดูแลและส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม และนำความรู้ไปพัฒนาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมด้วย ผศ.ดร.ชนิดา ปิณฑิตการ, ผศ.ดร.เอกราช บำรุงพืชน์ เป็นต้น โดยมีพยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ เข้าร่วมประชุมครั้งนี้กว่า 500 คน ณ ห้องปาล์มหลวง โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อไม่นานมานี้

มอบรางวัลประกาศเกียรติคุณ

โรงแรมรอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป ได้มีการจัดมอบรางวัลพิเศษเพื่อเป็นการขอบคุณตัวแทนธุรกิจนำเที่ยวตลาดรัสเซียที่มียอดขายสูงสุดในปี พ.ศ. 2556 เพื่อเป็นการประกาศเกียรติคุณที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของพันธมิตรทางธุรกิจ และมีส่วนทำให้ รอยัล คลิฟ ประสบความสำเร็จ โดยพิธีการมอบประกาศนียบัตรและงานเลี้ยงฉลองจัดขึ้นที่ Promenade Lounge and Terrace โรงแรมรอยัล คลิฟ แกรนด์ ไฮเต็ล เมื่อไม่นานมานี้



ให้ความรู้การวางแผนดูแลสุขภาพ

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวทัลไลฟ์ (Vitalife Wellness Center) นำคณะแพทย์และทีมงานให้ความรู้เรื่องการวางแผนดูแลสุขภาพและสาริตการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง เพื่อสุขภาพกายและใจที่แข็งแรงในงาน “สุขภาพดีมีความสุขกับบำรุงราษฎร์” ภายในงานมี ผศ.นพ.พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์ ผู้อำนวยการด้านการแพทย์ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวทัลไลฟ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมุทัยเวชศาสตร์ ฮอโมนและสุขภาพทางเพศ สูตินรีเวชวิทยา เวทย์ และเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ร่วมบรรยายหัวข้อสุขภาพเรื่อง “สมดุลฮอร์โมนจำเป็นต่อการมีสุขภาพดีและชีวิตที่มีคุณภาพ” ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เมื่อไม่นานมานี้

วงการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2557 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



กองสอ สอ นาสึกกรม



กองกุมารเวชกรรม



กองวิสัญญี และห้องผ่าตัด



กองจักษุกรรม



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
ได้ข้อมูลดูใจกันถ้วน

Website Adviser
Medical Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคาร สังกัด ปณ.คลังเงิน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

☐ เช็คขีดคร่อม A/C PAYEE ONLY สังกัดในนาม บ.สรรพสาร จก.
 เชื่อกธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.
☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาถือปัส ปันเกล้า เลขที่ 264-205319-4
☐ ธนาคารกรุงเทพ สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

☐ จ่ายผ่านบัตร
☐ 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

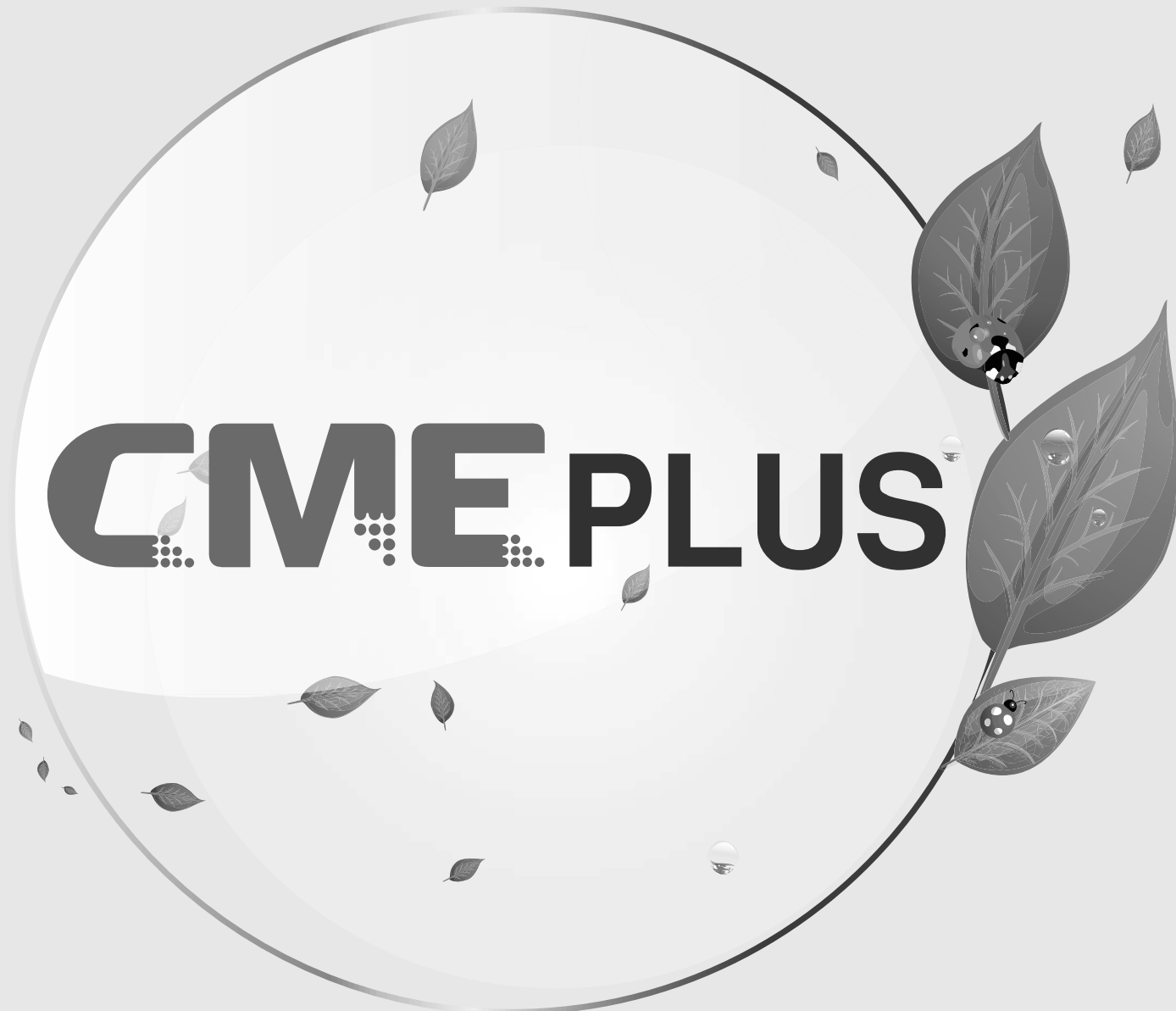
แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education



CME PLUS



Rheumatology Workshop for the Non-Rheumatologist

ครั้งที่ 9 ประจำปี 2557

โดยสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

วันจันทร์ที่ 5 พฤษภาคม 2557

ณ ห้องพิธีการ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 10 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



08.00-12.00 น. Case Demonstration โดยผู้ป่วยจริงและอาจารย์แพทย์

จุดประสงค์เพื่อ

- แสดงการตรวจร่างกายที่ถูกต้องตามขั้นตอนภายในเวลาที่จำกัดแต่ได้ข้อมูลครบถ้วน

12.00-13.00 น. Luncheon Symposium

13.00-15.00 น. Radiologic Reading โดย Rheumatologists

จุดประสงค์เพื่อ

- แสดงลำดับการอ่านภาพรังสีข้อและกระดูกที่ถูกต้อง
- แสดงภาพรังสีข้อและกระดูกของโรครูมาติกต่าง ๆ ที่สำคัญและพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป
- แสดง radiographic signs ต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรครูมาติก
- แสดงวิธีการประมวลผลข้อมูลและการแปลผลการอ่านภาพรังสีเพื่อไปสู่การวินิจฉัยโรคที่ต้องการ



ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ. 2545

ติดต่อลงทะเบียน : สำนักงานสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย
โทรศัพท์ 0-2716-6524, 08-1658-1524 โทรสาร 0-2716-6525

Website : www.thairheumatology.org

E-mail : toojaisai@yahoo.co.uk



ห้ามพลาด
ครั้งเดียวในรอบปี
เท่านั้น !!!!

สนับสนุนการพิมพ์โดย



โอกาสเดียวในรอบปีที่จะได้

ฝึกทำกับมือและเห็นของจริงกับตา

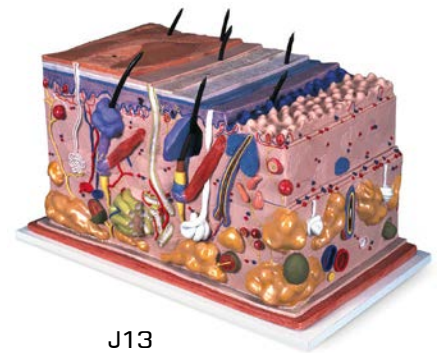
Realistic Training with 3B Scientific® Products



A10



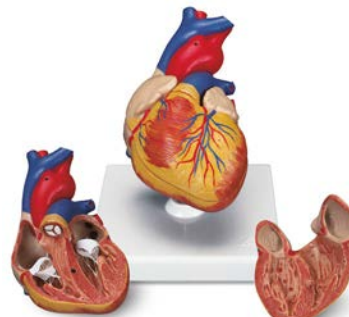
F10



J13



P60



G08



A300



P72



P10