



ปีที่ 16 ฉบับที่ 413 ประจำวันที่ 1-15 พฤษภาคม พ.ศ. 2557

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

SPEEDA™

- ✓ **High Purity¹**
- ✓ **High Immunogenicity²**
- ✓ **ID and IM administration**

Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

Intradermal (ID): administration; 0.1 ml dose of vaccine (per site) shall be injected intradermally in upper arm.

Intramuscular (IM): administration; 0.5 ml dose of vaccine shall be injected intramuscularly in the deltoid in adults or in the anterolateral region of the thigh in young children



BIOVALYS

Tel: (66) 2361 8110 Fax: (66) 2361 8106 www.biovalys.com

SPEEDA Tel: (66) 2361 8110 Fax: (66) 2361 8106 www.biovalys.com
Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

[illegible]

Leisheng Cheng Da Biotechnology Co., Ltd., Shenghai, China.

References:

- [1] Chu Y et al. Preparation of ribases vaccine for human use by cell culture in bioengineering. *Chin J Biotechnology* May, 2006, Vol. 20 No.3.
- [2] Xianwen Zhang et al. Persistence of Rabies Antibody 5 Years after the Postexposure Prophylaxis with Vero Cell Antirabies Vaccine and Antibody Response to a Single Booster. *AMERICAN JOURNAL OF IMMUNOLOGY* 2009; Sept. 2011; No. 3: 2497-2497.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่: ผ.ศ. 371/2555

SYMPOSIUM 
IN THIS ISSUE



do more
feel better
live longer



atb
always beside you.

- Get Up**
- อังกฤษอนุมัติชุดตรวจเชื้อไวรัสที่บ้าน
 - สวีเดนทดลองลดชั่วโมงทำงาน
 - เปรูถ่ายเชลยโควิดออกจากเชลยび่ไป

เฉพาะโรค อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ
(Geriatric Trauma)

เกาะติด
งานประชุม

จุฬาราชมนตรี ประมุขของอิสลามในประเทศไทย
'๑๐๐ ปีแห่งประสพการณ์
ศตวรรษแห่งความเป็นเลิศ'

MADILOT®

Hypertension Effective

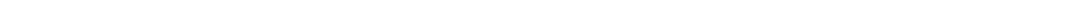
LESS ANKLE OEDEMA

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).

The aim of this meta-analysis was to compare the efficacy and safety profile of mandipride 20 mg with that of amiloride 10 mg. A systematic review of quantitative data produced or published between 1993 and 2009 was performed. Head-to-head randomized controlled trials (RCTs) of 12 months minimum duration reporting efficacy (change in systolic and diastolic blood pressure) and safety (adverse events and mortality) were included. Four trials (1436 recruited patients) were included. The efficacy of mandipride and amiloride was statistically equivalent: effect size DFB 0.06 ($p < 0.02$) and SFR 0.01 ($p < 0.83$). The global safety of mandipride was significantly better than amiloride: the relative risk (RR) for adverse event was 0.69 (95% CI 0.48–1.00), and particularly for ankle oedema RR was 0.31 (0.12–0.54). Publication bias was not significant and the robustness of the analyses was good. These data suggest better efficacy and safety profile of mandipride over amiloride.

Further information available on request

Takeda (Thailand) LTD.
 57 Park View Asia Ecopark Building, 15th Floor Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330
 Tel. : +66-2087-2000, Fax : +66-2097-8398-8



สำหรับปัญหาคอขวดที่เราพบเจอกรณีทำนั้น

1-15/05/14

បែបបទស្នាមដៃមហាសេនា ២៣ ៤៩៧/២៥៥៥

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.

การบริหารจัดการพื้นที่
ในโรงพยาบาลแนวใหม่



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย



งานประชุมวิชาการ ประจำปี ๒๕๕๗

จัดโดยคณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย



๑๐๐ ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
The Centenary of King Chulalongkorn Memorial Hospital

CU MED2014 CONFERENCE 16 - 20 JUNE 2014

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

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

www.cumedconference.com

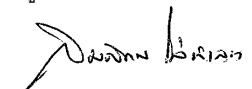


การดูแลเด็กวัยรุ่น

ในปัจจุบันผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 18 ปี เมื่อมาโรงพยาบาลหรือพบแพทย์ต้องมีพ่อแม่หรือผู้ปกครองมาด้วย ทำให้เป็นอุปสรรคกับการดูแลผู้ป่วยอย่างยิ่ง เด็กวัยรุ่นอายุ 15-17 ปีก็มีความลับส่วนตัวที่ไม่ต้องการบอกพ่อแม่ กลัวว่าพ่อแม่จะเสียใจหรือทำโทษ ทำให้ขาดโอกาสที่จะให้แพทย์ดูแลรักษา เช่น เด็กอายุ 16 ปีมีเพศสัมพันธ์มา กลัวว่าจะติดเชื้อเอชไอวีหรือกามโรคอื่น ๆ จะมาขอตรวจเลือดเพื่อได้รับการรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ ซึ่งในปัจจุบันสามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มรับเชื้อมาไม่นาน เมื่อบอกว่าต้องพาผู้ปกครองมาด้วย เด็กก็จะไม่กลับมา ทำให้เสียโอกาสที่จะได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะกลับมาเมื่อมีอาการหนักแล้วโดยที่พ่อแม่พามา ทำให้ผลการรักษาไม่ดี เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีโอกาสไปประเทศอังกฤษเพื่อดูงานด้านอื่น แต่ได้มีโอกาสคุยกับแพทย์ที่ดูแลปัญหาท้องไม่พร้อมของเด็กวัยรุ่น ได้รับเอกสารหลายฉบับเกี่ยวกับวิธีการดูแลเด็กวัยรุ่น ในประเทศอังกฤษเขาถือว่าคนที่อายุต่ำกว่า 18 ปียังเป็นเด็กเหมือนในประเทศไทย จากการศึกษา

ทั่วโลก เด็กปกติที่อายุมากกว่า 16 ปีขึ้นไป มีความสามารถในการตัดสินใจไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่ กฎหมายของเขาจึงอนุญาตให้เด็กอายุมากกว่า 16 ปีเซ็นใบยินยอมในเรื่องที่เกี่ยวกับตนเองได้ เขายอมรับในสิทธิเด็กและมองผลประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นหลัก ผู้ที่ให้การดูแลเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปีจะต้องได้รับการอบรมเฉพาะ และเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีต้องมีโอกาสพบแพทย์หรือพยาบาลเป็นการส่วนตัวอย่างน้อยหนึ่งครั้ง เพื่อมีโอกาสได้ปรึกษาเรื่องส่วนตัวโดยไม่มีคนอื่นร่วมฟังอยู่ด้วย ถ้าผู้ป่วยพูดภาษาไทยไม่ได้ก็ต้องมีล่ามมืออาชีพแต่ไม่ควรใช้ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ต้องรักษาความลับของผู้ป่วยโดยเคร่งครัด ถ้าเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปีที่ไม่มีพ่อแม่หรือผู้ปกครองมาด้วยและไม่ได้บอกให้ผู้ปกครองทราบจะต้องเอาผู้ใหญ่ที่อายุเกิน 18 ปีที่เขาสนิทและไว้วางใจมาด้วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ถ้าเด็กไม่สามารถหาคนที่เหมาะสมมาด้วยได้ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยงานจะหาคนมาช่วยทำแทน เด็กที่อายุต่ำกว่า 16 ปี จะต้องมีการทดสอบว่าเขาพร้อมและเข้าใจสิ่งที่

จะทำหรือไม่ เขาเข้าใจเรื่องการตรวจรักษา มากน้อยเพียงใด เข้าใจข้อดีและข้อเสียของหัตถการหรือไม่ สามารถรับข่าวร้ายได้มากน้อยเพียงใด สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ถึงสิ่งที่เขาตัดสินใจหรือไม่ เขาเข้าใจคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์มากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยเด็กอาจต้องมาหาบุคลากรทางการแพทย์ซ้ำที่จะคุยให้เข้าใจ การอธิบายให้เด็กเข้าใจต้องใช้ภาษาง่าย ๆ อาจต้องมีรูปภาพประกอบ ถ้าพิจารณาแล้วคิดว่าเด็กยังไม่พร้อมและเด็กยังไม่ต้องการบอกผู้ปกครอง จะต้องแจ้งให้ผู้บริหารทราบและต้องมีการพูดคุยกับเด็กว่าจะทำอย่างไรให้เป็นประโยชน์สูงสุดต่อเด็ก ถ้าเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี จะต้องมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมพิเศษมาช่วยดูแล ในประเทศไทยเราคงต้องมาพิจารณาหาทางช่วยเหลือเด็กเหล่านี้โดยคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดแก่เด็กเป็นหลัก ไม่ใช่ดูแต่ตัวเลข 18 ปีอย่างเดียวโดยไม่ดูปัจจัยอื่นด้วย


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษาภคิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตูจันดา ศ.กิตติคุณ นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตูจันดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิมล จรรย์วานิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพินิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออ่อนตูล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวาทพงษ์

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วาทินี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แบบดิสไซม์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ซาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาญณะ, สุรินทร์ ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสุทธิกุล

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

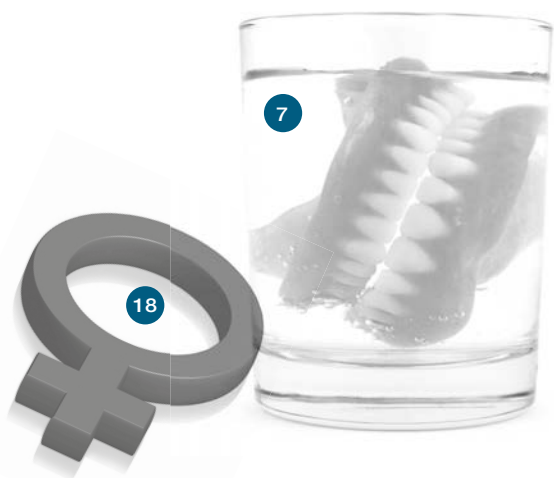
เจ้าของ

บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Contents

The Medical News ฉบับที่ 413 วันที่ 1 - 15 พฤษภาคม 2557



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ดัชนีมวลกายแม่และความเสี่ยงลูกตาย
- Metformin ในผู้ป่วย STEMI ที่ไม่เป็นเบาหวาน
- ให้ Albumin ในผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรง
- นับลเซลล์มะเร็งในเลือดพยากรณ์การรอดชีพในมะเร็งเต้านม

7 ข่าวสารการแพทย์

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แนะวิธีป้องกันอันตรายจากดวงกันกระดก
- ผู้สูงอายุไทยกว่าครึ่งมีฟันเหลือไม่เพียงพอต่อการบดเคี้ยวอาหาร
- สธ. จับตาไวรัสเมอร์สใกล้ขีด ยืนยันไม่พบผู้ติดเชื้อในไทย

9 In Focus

‘อาจารย์ใหญ่แบบนุ่ม’
หน้าใหม่การเรียนรู้แพทย์

12 Movement

13 Special

พ.อ.นพ.เสริมพงษ์ จารุเลิศวุฒิ

ผู้นำที่ดีต้องปฏิบัติตัวให้เป็นแบบอย่างแก่ทุกคน

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

ข้อมูลผู้สูงอายุ 2554

17 Get Up

- อังกฤษอนุมัติชุดตรวจเชื้อเอชไอวีที่บ้าน
- สวีเดนทดลองลดชั่วโมงทำงาน
- ปลุกถ่ายช่องคลอดจากเซลล์ผู้ป่วย

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

เรื่องเล็กน้อย

21 เสียงแพทย์

30 บาทรักษาทุกโรคเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ (ต่อ)

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ปลดปล่อยยารักษาโรคตาจากเลนส์สัมผัส (ตอนที่ 3)

25 จุฬาปริทัศน์

การแก้ไขสายตาผิดปกติ (สั้น-ยาว) ด้วยเลเซอร์แบบ “Bladeless Laser” ด้วยเครื่อง “Femtosecond Laser” (เครื่องแยกชั้นกระจกตาด้วยเลเซอร์ โดยไม่ใช้ใบมีด)

28 Systematic Review

การรักษาภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในการฟอกไตทางช่องท้อง

29 เฉพาะโรค

อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ (Geriatric Trauma)

33 มุมนิติเวช

การชันสูตรพลิกศพและตรวจศพผู้ตายที่ไม่ทราบชื่อ :
ประการง่าย ๆ ในนิติเวชศาสตร์ปฏิบัติ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

37 R2R

ศึกษาพิษและสารก่อภูมิแพ้จาก “ต่อหัวเสือ”
พัฒนาการวินิจฉัย-วัคซีนรักษาที่มีประสิทธิภาพ

38 ปกป้องข่าว

สธ. ให้ทุกจังหวัดเฝ้าระวัง
โคโรนาไวรัส 2012 และไข้หวัดใหญ่ 2009

39 ปกป้องข่าว

GSK สานต่อโครงการ Allergy Expert
สนับสนุนคนไทยห่างไกลโรคภูมิแพ้

40 ปกป้องข่าว

ภาครัฐประกาศโครงการนำร่อง
วัคซีนเอชพีวีเพื่อเด็กหญิงไทย

41 เกาะติดงานประชุม

จุฬาฯ จัดประชุมวิชาการประจำปี 57
‘๑๐๐ ปีแห่งประสบการณ์ สู่วิทยาศาสตร์แห่งความเป็นเลิศ’

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

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

ดัชนีมวลกายแม่และความเสี่ยงลูกตาย

JAMA. 2014;311(15):1536-1546.

บทความเรื่อง Maternal Body Mass Index and the Risk of Fetal Death, Stillbirth, and Infant Death: A Systematic Review and Meta-analysis รายงานว่า โรคอ้วนของแม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการตายของทารกในครรภ์ การคลอดตาย และการตายของทารก แต่ยังไม่มีข้อมูลระดับดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เหมาะสมสำหรับป้องกันผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว นักวิจัยได้ศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis จากการศึกษาแบบ cohort study ของระดับดัชนีมวลกายแม่และความเสี่ยงการตายของทารกในครรภ์ การคลอดตาย และการตายของทารก โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed และ Embase จนถึงวันที่ 23 มกราคม ค.ศ. 2014 และคัดเลือกงานวิจัยที่รายงานค่า relative risk (RR) ที่ปรับแล้วสำหรับการตายของทารกในครรภ์ การคลอดตาย และการตายของทารกจาก BMI แม่อย่างน้อย 3 ระดับ การประมาณค่า RRs ทำด้วยตัวแบบ random-effects model โดยผลลัพธ์หลักได้แก่ การตายของทารกในครรภ์ การคลอดตาย การตายแรกเกิดและปริกำเนิด และการตายของทารก

นักวิจัยศึกษาจากงานวิจัย 38 ชิ้นที่รายงานการตายของทารกในครรภ์กว่า 10,147 ราย การคลอดตายกว่า 16,274 ราย การตายปริกำเนิดกว่า 4,311 ราย การตายแรกเกิด 11,294 ราย และการตายของทารก 4,983 ราย ค่า RR ต่อ 5 หน่วยที่เพิ่มขึ้นของ BMI แม่สำหรับการตายของทารกในครรภ์เท่ากับ 1.21 (95% CI 1.09-1.35; $I^2 = 77.6\%$; $n = 7$ studies) สำหรับ

การคลอดตายเท่ากับ 1.24 (95% CI

1.18-1.30; $I^2 = 80\%$; $n = 18$ studies)

สำหรับการตายปริกำเนิดเท่ากับ 1.16 (95% CI

1.00-1.35; $I^2 = 93.7\%$; $n = 11$ studies) สำหรับการตายแรกเกิดเท่ากับ 1.15 (95% CI 1.07-1.23; $I^2 = 78.5\%$; $n = 12$ studies) และสำหรับการตายของทารกเท่ากับ 1.18 (95% CI 1.09-1.28; $I^2 = 79\%$; $n = 4$ studies) การทดสอบ non-linearity มีผลที่มีนัยสำคัญในทุกการวิเคราะห์ แต่เห็นชัดเจนที่สุดสำหรับการตายของทารกในครรภ์ สำหรับผู้หญิงที่มี BMI เท่ากับ 20 (มาตรฐานอ้างอิงสำหรับทุกผลลัพธ์), 25 และ 30 พบว่า absolute risks per 10,000 pregnancies สำหรับการตายของทารกในครรภ์เท่ากับ 76, 82 (95% CI 76-88) และ 102 (95% CI 93-112) สำหรับการคลอดตายเท่ากับ 40, 48 (95% CI 46-51) และ 59 (95% CI 55-63) สำหรับการตายปริกำเนิดเท่ากับ 66, 73 (95% CI 67-81) และ 86 (95% CI 76-98) สำหรับการตายแรกเกิดเท่ากับ 20, 21 (95% CI 19-23) และ 24 (95% CI 22-27) และสำหรับการตายของทารกเท่ากับ 33, 37 (95% CI 34-39) และ 43 (95% CI 40-47)

การเพิ่มขึ้นของ BMI แม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการตายของตัวอ่อน การคลอดตาย รวมถึงการตายแรกเกิด การตายปริกำเนิด และการตายของทารก จึงควรพิจารณาข้อมูลนี้ร่วมกับการวางแผนปฏิบัติควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้หญิงที่มีแผนจะตั้งครรภ์เพื่อที่จะลดผลกระทบจากการตายของตัวอ่อน การคลอดตาย และการตายของทารก

Collaborative Care ลดซึมเศร้าและกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ

JAMA Intern Med. Published online April 14, 2014.

บทความเรื่อง Collaborative Care for Depression and Anxiety Disorders in Patients with Recent Cardiac Events: The Management of Sadness and Anxiety in Cardiology (MOSAIC) Randomized Clinical Trial รายงานว่า ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสัมพันธ์กับผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ของหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดอาการทางหัวใจเฉียบพลัน โดยที่ยังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับผลของ collaborative care สำหรับภาวะผิดปกติของสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคหัวใจซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และยังไม่มีการนำ collaborative care มาใช้สำหรับโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล

นักวิจัยศึกษาผลของ collaborative care แบบไม่เข้มข้นสำหรับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และตื่นตระหนกในผู้ป่วยที่รับเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหัวใจเฉียบพลัน โดยศึกษาระหว่างเดือนกันยายน ค.ศ. 2010 ถึงกรกฎาคม ค.ศ. 2013 จากผู้ป่วย 183 รายที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยในยังหน่วยโรคหัวใจเนื่องจากหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจล้มเหลว และตรวจพบว่ามีความซึมเศร้า วิตกกังวล หรือตื่นตระหนก

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ collaborative care ทางโทรศัพท์สำหรับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลระยะ 24 สัปดาห์ ร่วมกับประเมินภาวะทางจิตแบบเป็นขั้นตอนเพื่อให้การสนับสนุนและการรักษาที่เหมาะสม

($n = 92$) หรือเสริมการดูแลมาตรฐาน (แจ้งแพทย์เจ้าของไข้; $n = 91$) ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การฟื้นฟูของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Short Form-12 Mental Component Score [SF-12 MCS]) ที่ 24 สัปดาห์ระหว่างทั้งสองกลุ่มจากตัวแบบ random-effects model ใน intent-to-treat analysis

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ collaborative care มี estimated mean improvements ของคะแนน SF-12 MCS ที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

ที่ 24 สัปดาห์ (11.21 points [จาก 34.21 มาที่ 45.42] ในกลุ่ม collaborative care vs 5.53 points [จาก 36.30 มาที่ 41.83]

ในกลุ่มควบคุม; estimated mean difference 5.68 points

[95% CI 2.14-9.22]; $p = 0.002$; effect size 0.61) ผู้ป่วย

ที่ได้รับการดูแลแบบ collaborative care ยังมีการฟื้นฟูที่ดี

อย่างมีนัยสำคัญด้านอาการซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทั่วไป

และมีอัตราที่สูงกว่าด้านการรักษาปัญหาสุขภาพจิต ขณะที่

คะแนนอาการวิตกกังวล อัตรา disorder response และการเกาะติด

การรักษาไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม

การดูแลแบบ collaborative care สำหรับผู้ป่วยหัวใจที่มีภาวะซึมเศร้า และ/หรือวิตกกังวลมีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตจากการศึกษาในระยะ 24 สัปดาห์





Metformin ในผู้ป่วย STEMI ที่ไม่เป็นเบาหวาน

JAMA. 2014;311(15):1526-1535.

บทความเรื่อง Effect of Metformin on Left Ventricular Function after Acute Myocardial Infarction in Patients without Diabetes: The GLIPS-III Randomized Clinical Trial รายงานว่า การรักษาด้วย metformin สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีการศึกษาในสัตว์ทดลองชี้ว่า metformin รักษาการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย

นักวิจัยศึกษาผลของการรักษาด้วย metformin ต่อการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายในผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวานและมาด้วย with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) ในผู้ป่วย 380 รายที่ทำ percutaneous coronary intervention (PCI) เนื่องจาก STEMI ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 2011 ถึงวันที่ 26 พฤษภาคม ค.ศ. 2013

การแทรกแซงประกอบด้วย metformin hydrochloride (500 mg) (n=191) หรือยาหลอก (n=189) วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 4 เดือน โดย primary efficacy measure ได้แก่ left ventricular ejection fraction (LVEF) หลัง 4 เดือนประเมินจาก MRI และ secondary efficacy measure ได้แก่ ระดับ N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP)

หลัง 4 เดือน อุบัติการณ์ของ major adverse cardiac events (MACE หรือ combined endpoint ของการตาย การตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ หรือ target-lesion revascularization) ได้ติดตามจนถึง 4 เดือนในฐานะ secondary efficacy measure

ที่ 4 เดือนพบว่าผู้ป่วยทุกรายยังคงมีชีวิตอยู่และสามารถติดตามได้ ค่า LVEF เท่ากับ 53.1% (95% CI 51.6-54.6%) ในกลุ่ม metformin (n=135) เทียบกับ 54.8% (95% CI 53.5-56.1%) (p=0.10) ในกลุ่มยาหลอก (n=136) ระดับ NT-proBNP เท่ากับ 167 ng/L ในกลุ่ม metformin (interquartile range [IQR] 65-393 ng/L) และ 167 ng/L ในกลุ่มยาหลอก (IQR 74-383 ng/L) (p=0.66) โดยพบ MACE ในผู้ป่วย 6 ราย (3.1%) ในกลุ่ม metformin และใน 2 ราย (1.1%) ในกลุ่มยาหลอก (p=0.16) ระดับ creatinine (79 $\mu\text{mol/L}$ [IQR 70-87 $\mu\text{mol/L}$] vs 79 $\mu\text{mol/L}$ [IQR 72-89 $\mu\text{mol/L}$], p=0.61) และ glycated hemoglobin (5.9% [IQR 5.6-6.1%] vs 5.9% [IQR 5.7-6.1%], p=0.15) ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม และไม่พบการเกิด lactic acidosis

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวานและมาด้วย STEMI และทำ PCI พบว่า การใช้ยา metformin ไม่ส่งผลให้ LVEF ดีขึ้นหลัง 4 เดือนเทียบกับยาหลอก ซึ่งข้อมูลนี้ไม่สนับสนุนการใช้ยา metformin ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ให้ Albumin ในผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรง

N Engl J Med 2014;370:1412-1421.

บทความเรื่อง Albumin Replacement in Patients with Severe Sepsis or Septic Shock รายงานว่า ประสิทธิภาพการให้ albumin ในผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงยังไม่มีข้อมูลชัดเจน แม้มีหลายการศึกษาเสนอว่าอาจมีประโยชน์

นักวิจัยดำเนินการศึกษาแบบ multicenter, open-label trial โดยสุ่มให้ผู้ป่วย 1,818 รายที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงในหน่วยวิกฤติ 100 แห่ง ได้รับ 20% albumin และ crystalloid solution หรือ crystalloid solution อย่างเดียว กลุ่มที่ได้รับ albumin มีเป้าระดับ albumin เท่ากับ 30 g/liter หรือมากกว่าจนกระทั่งออกจากหน่วยวิกฤติ หรือ 28 วันหลังการสุ่ม ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตายจากทุกสาเหตุที่ 28 วัน ผลลัพธ์รอง ได้แก่ การตายจากทุกสาเหตุที่ 90 วัน จำนวนผู้ป่วยที่มีการทำงานของอวัยวะผิดปกติและระดับความผิดปกติ และระยะการรักษาในหน่วยวิกฤติและในโรงพยาบาล

ระหว่างช่วง 7 วันแรกพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ albumin มีความดันเลือดแดงเฉลี่ยสูงกว่า (p=0.03) และมี net fluid balance ต่ำกว่า (p<0.001) เทียบกับผู้ป่วยในกลุ่ม crystalloid ปริมาณของเหลวที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม (p=0.10) ที่ 28 วันพบว่า ผู้ป่วย 285 รายจาก 895 ราย (31.8%) ในกลุ่ม albumin

และ 288 รายจาก 900 ราย (32.0%) ในกลุ่ม crystalloid เสียชีวิต (relative risk ในกลุ่ม albumin เท่ากับ 1.00; 95% CI 0.87-1.14; p=0.94) ที่ 90 วันพบว่า ผู้ป่วย 365 รายจาก 888 ราย (41.1%) ในกลุ่ม albumin และ 389 รายจาก 893 ราย (43.6%) ในกลุ่ม crystalloid เสียชีวิต (relative risk 0.94; 95% CI 0.85-1.05; p=0.29) ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้านผลลัพธ์รองระหว่างทั้งสองกลุ่ม

การให้ albumin ในผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงร่วมกับ crystalloid ไม่ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีพที่ 28 และ 90 วันเทียบกับการให้ crystalloid อย่างเดียว





ยาปฏิชีวนะและผลต่อการเติบโต ในเด็กกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง

BMJ 2014;348:g2267.

บทความเรื่อง The Impact of Antibiotics on Growth in Children in Low and Middle Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis เพื่อศึกษาผลของยาปฏิชีวนะต่อการกระตุ้นการเติบโตในเด็กก่อนวัยรุ่นในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง รวมถึงระดับของการกระตุ้นการเติบโต และตัวแปรกำกับของการกระตุ้นการเติบโต

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล Medline, Embase, Scopus, Cochrane central register of controlled trials และ Web of Science โดยคัดเลือกจากงานวิจัยในประเทศรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลางซึ่งศึกษาการให้ยาปฏิชีวนะและประเมินการเติบโตเป็นผลลัพธ์ และศึกษาจากเด็กอายุ 1 เดือนถึง 12 ปี โดยกลุ่มควบคุมได้รับยาหลอกหรือยาอื่นนอกเหนือจากยาปฏิชีวนะ

นักวิจัยรวมข้อมูลจาก 10 การศึกษาครอบคลุมเด็ก 4,316 ราย โดยมีความหลากหลายของยาปฏิชีวนะ ข้อบ่งชี้ของการรักษา สูตรยา และประเทศ ผลจากตัวแบบ random effects models พบว่า การใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มความสูงได้ 0.04 cm/month (95% CI 0.00-0.07) และเพิ่มน้ำหนักได้ 23.8 g/month (95% CI 4.3-43.3) ภายหลังปรับตามอายุพบว่า ผลต่อส่วนสูงเห็นได้ชัดกว่าในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่า และผลต่อน้ำหนักเห็นได้ชัดกว่าจากการศึกษาในภูมิภาคแอฟริกาเทียบกับภูมิภาคอื่น

ยาปฏิชีวนะมีผลกระตุ้นการเติบโตในเด็กวัยก่อนหนุ่มสาวในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง และเห็นได้ชัดกว่าในเด็กที่ผอม ผลการกระตุ้นการเติบโตของยาปฏิชีวนะอาจเป็นผลจากการรักษาการติดเชื้อทั้งที่มีอาการหรือไม่มีอาการ หรืออาจเป็นผลจากการปรับสมดุลของแบคทีเรียในลำไส้ การระบุกลไกของผลลัพธ์นี้จะมีความสำคัญต่อการกำหนดแนวทางที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับส่งเสริมการเจริญเติบโตอย่างมีสุขภาพดีในประชากรกลุ่มเสี่ยง

วิตามินดีและความเสี่ยงการตายสาเหตุ

BMJ 2014;348:g1903.

บทความเรื่อง Vitamin D and Risk of Cause Specific Death: Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Cohort and Randomised Intervention Studies รายงานผลจากการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis จากงานวิจัยแบบ observational studies และ randomised controlled trials เพื่อประเมินผลของ biomarker และการเสริมวิตามินดีต่อการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง หรือโรคอื่น ๆ

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลจาก Medline, Embase, Cochrane Library และบรรณานุกรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจนถึงเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2013 รวมถึงติดต่อกับผู้พิมพ์ งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็น observational cohort studies และ randomised controlled trials ซึ่งศึกษาในผู้ใหญ่และรายงานความสัมพันธ์ระหว่างวิตามินดี (วัดจากระดับ 25-hydroxyvitamin D ในเลือดหรือการเสริมวิตามินดี) และการตายสาเหตุ ค่า specific relative risks จากงานวิจัย cohort studies 73 การศึกษา (ผู้เข้าร่วมวิจัย 849,412 ราย) และงานวิจัยแบบ randomised controlled trials 22 การศึกษา (เสริมวิตามินดีอย่างเดียวเทียบกับยาหลอกหรือไม่ให้การรักษา รวมผู้เข้าร่วมวิจัย 30,716 ราย) ได้นำมาวิเคราะห์ใน meta-analysis ด้วยตัวแบบ random effects models และจัดกลุ่มตามลักษณะของงานวิจัยและประชากร

จากงานวิจัยแบบ observational studies ซึ่งเปรียบเทียบ 25-hydroxyvitamin D ระหว่างระดับต่ำสุดและสูงสุดพบว่า relative risks รวมเท่ากับ 1.35 (95% CI 1.13-1.61) สำหรับการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด, 1.14 (1.01-1.29) สำหรับการตายจากโรคมะเร็ง, 1.30 (1.07-1.59) สำหรับการตายที่ไม่เป็นผลจากโรคหลอดเลือดหรือมะเร็ง และ 1.35 (1.22-1.49) สำหรับการตายจากทุกสาเหตุ การวิเคราะห์กลุ่มย่อยในงานวิจัยแบบ

observational studies ชี้ว่า ความเสี่ยงการตายสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในงานวิจัยที่เสริมวิตามินดีที่พื้นฐานในระดับต่ำกว่า จากงานวิจัยแบบ randomised controlled trials พบว่า ค่า relative สำหรับการตายทุกสาเหตุเท่ากับ 0.89 (0.80-0.99) สำหรับการเสริมวิตามินดี 3 และ 1.04 (0.97-1.11) สำหรับการเสริมวิตามินดี 2 โดยผลจากการเสริมวิตามินดี 3 ยังคงเดิมภายหลังการจัดกลุ่ม อย่างไรก็ดี สำหรับการเสริมวิตามินดี 2 พบว่า มีความเสี่ยงการตายสูงขึ้นในงานวิจัยแบบ observed in studies ซึ่งเสริมด้วยขนาดที่ต่ำกว่าและในระยะเวลาที่สั้นกว่า

หลักฐานจากงานวิจัยแบบ observational studies ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์แบบกลับระหว่างระดับ 25-hydroxyvitamin D และความเสี่ยงการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และสาเหตุอื่น และการเสริมวิตามินดี 3 ลดอัตราตายรวมได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อกำหนดขนาดและระยะที่เหมาะสม และศึกษาว่าวิตามินดี 3 และวิตามินดี 2 มีผลต่อความเสี่ยงการตายต่างกันหรือไม่



ออกกำลังกายลดการตายและเบาหวาน ในผู้ที่ความทนต่อน้ำตาลบกพร่อง

The Lancet Diabetes & Endocrinology, Early Online Publication, 3 April 2014.

บทความเรื่อง Cardiovascular Mortality, All-Cause Mortality, and Diabetes Incidence after Lifestyle Intervention for People with Impaired Glucose Tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: A 23-Year Follow-Up Study รายงานว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในผู้ที่ความทนทานต่อน้ำตาลบกพร่องสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน แต่ยังไม่มียารักษาที่แน่ชัดถึงผลต่อการตายจากทุกสาเหตุและการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด นักวิจัยจึงได้ประเมินผลระยะยาวของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่อผลลัพธ์ระยะยาวในผู้ใหญ่ที่มีความทนทานต่อน้ำตาลบกพร่องซึ่งเข้าร่วมในงานวิจัย Da Qing Diabetes Prevention Study

ผู้ใหญ่ 577 รายได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (ปรับอาหาร หรือออกกำลังกาย หรือทั้ง 2 อย่าง) ผู้ป่วยเข้าร่วมในงานวิจัยเมื่อปี ค.ศ. 1986 และการแทรกแซงมีระยะเวลา 6 ปี และนักวิจัยได้ติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยเมื่อปี ค.ศ. 2009 เพื่อประเมินผลลัพธ์หลักของการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด การตายจากทุกสาเหตุ และอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในกลุ่ม intention-to-treat

จากผู้ป่วย 577 ราย มีผู้ป่วยที่สุ่มเป็นกลุ่มแทรกแซง 439 ราย

และกลุ่มควบคุม 138 ราย (ปฏิเสธการตรวจที่พื้นฐาน 1 ราย) โดยมีข้อมูลการตายของผู้ป่วย 542 ราย (94%) จาก 576 ราย และได้รับข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์จากผู้ป่วย 568 ราย (99%) ผู้ป่วย 174 ราย เสียชีวิตระหว่าง 23 ปีของการติดตาม (121 รายในกลุ่มแทรกแซงเทียบกับ 53 รายในกลุ่มควบคุม) อุบัติการณ์สะสมของการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ 11.9% (95% CI 8.8-15.0) ในกลุ่มแทรกแซงเทียบกับ 19.6% (12.9-26.3) ในกลุ่มควบคุม (hazard ratio [HR] 0.59, 95% CI 0.36-0.96; $p = 0.033$) โดยอัตราการตายจากทุกสาเหตุเท่ากับ 28.1% (95% CI 23.9-32.4) เทียบกับ 38.4% (30.3-46.5; HR 0.71, 95% CI 0.51-0.99; $p = 0.049$) และอุบัติการณ์สะสมของเบาหวานเท่ากับ 72.6% (68.4-76.8) เทียบกับ 89.9% (84.9-94.9; HR 0.55, 95% CI 0.40-0.76; $p = 0.001$)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นระยะเวลา 6 ปีสำหรับชาวจีนที่มีภาวะความทนทานต่อน้ำตาลบกพร่องสามารถลดอุบัติการณ์ของการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด การตายจากทุกสาเหตุ และโรคเบาหวาน ข้อมูลนี้ยังชี้ให้เห็นประโยชน์ทางคลินิกระยะยาวของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสำหรับผู้ที่มีความทนทานต่อน้ำตาลบกพร่อง และสนับสนุนการบรรจุแผนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการสาธารณสุขเพื่อลดผลกระทบของโรคเบาหวาน



นับเซลล์มะเร็งในเลือดพยากรณ์การรอดชีพในมะเร็งเต้านม

Lancet Oncol. 2014;15(4):406-414.

บทความเรื่อง Clinical Validity of Circulating Tumour Cells in Patients with Metastatic Breast Cancer: A Pooled Analysis of Individual Patient Data รายงานผลจากการศึกษาเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือทางคลินิกของการนับ circulating tumour cell (CTC) ต่อการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย โดยศึกษาแบบ pooled analysis

นักวิจัยประสานขอข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายซึ่งเข้าร่วมในการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2003 ถึงเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2012 จากศูนย์การแพทย์ 51 แห่งในยุโรป โดยคัดเลือกงานวิจัยซึ่งผู้ป่วยเปลี่ยนการรักษาด้วยยาใหม่ รายงานข้อมูลการอยู่รอดโดยโรคสงบหรือการอยู่รอดโดยรวม หรือทั้ง 2 อย่าง และนับ CTC ด้วยวิธี CellSearch ที่พื้นฐาน (ก่อนเริ่มยาใหม่) นักวิจัยใช้ตัวแบบ Cox regression model ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการนับ CTC และการอยู่รอดโดยโรคสงบและการอยู่รอดโดยรวม และประเมินค่าการพยากรณ์ของ CTC และการเปลี่ยนแปลงของ serum marker ระหว่างการรักษา นอกจากนี้ยังได้ประเมินค่าที่เพิ่มขึ้นจาก CTC หรือ serum markers ต่อตัวแบบ clinicopathological models ในการสุ่มซ้ำด้วย likelihood ratio (LR) χ^2 statistics

ศูนย์การแพทย์ 17 แห่งให้ข้อมูลผู้ป่วย 1,944 รายจาก 20 การศึกษา โดย 911 ราย (46.9%) มีจำนวน CTC เท่ากับ 5 ต่อ 7.5 mL หรือสูงกว่าที่พื้นฐาน ซึ่งสัมพันธ์กับการลดลงของการอยู่รอดโดยโรคสงบ (hazard ratio [HR] 1.92, 95% CI 1.73-2.14, $p < 0.0001$) และการอยู่รอดโดยรวม



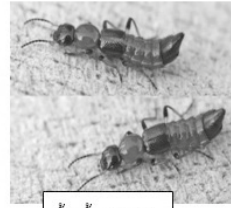
(HR 2.78, 95% CI 2.42-3.19, $p < 0.0001$) เทียบกับผู้ป่วยที่มีจำนวน CTC ต่ำกว่า 5 ต่อ 7.5 mL ที่พื้นฐาน จำนวน CTC ที่เพิ่มขึ้นใน 3-5 สัปดาห์หลังเริ่มการรักษาสัมพันธ์กับการลดลงของการอยู่รอดโดยโรคสงบ (HR 1.85, 95% CI 1.48-2.32, $p < 0.0001$) และการอยู่รอดโดยรวม (HR 2.26, 95% CI 1.68-3.03) หลังปรับตามจำนวน CTC ที่พื้นฐาน เช่นเดียวกับการเพิ่มขึ้นของ CTC หลัง 6-8 สัปดาห์ (progression-free survival HR 2.20, 95% CI 1.66-2.90, $p < 0.0001$; overall survival HR 2.91, 95% CI 2.01-4.23, $p < 0.0001$) การพยากรณ์การอยู่รอดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อรวมการนับ CTC ที่พื้นฐานกับตัวแบบ clinicopathological models (progression-free survival LR 38.4, 95% CI 21.9-60.3, $p < 0.0001$; overall survival LR 64.9, 95% CI 41.3-93.4, $p < 0.0001$) และยังคงดีขึ้นอีกจากการรวมการเปลี่ยนแปลงของ CTC ที่ 3-5 สัปดาห์ (progression-free survival LR 8.2, 95% CI 0.78-20.4, $p = 0.004$; overall survival LR 11.5, 95% CI 2.6-25.1, $p = 0.0007$) และที่ 6-8 สัปดาห์ (progression-free survival LR 15.3, 95% CI 5.2-28.3; overall survival LR 14.6, 95% CI 4.0-30.6, both $p < 0.0001$) ทั้งนี้ระดับของ carcinoembryonic antigen และ cancer antigen 15-3 ที่พื้นฐานและระหว่างการรักษาไม่ได้เพิ่มข้อมูลที่มีนัยสำคัญแก่ตัวแบบที่พื้นฐาน

ข้อมูลนี้ยืนยันผลการพยากรณ์โรคโดยอิสระของการนับ CTC ต่อการอยู่รอดโดยโรคสงบและการอยู่รอดโดยรวม การนับ CTC ยังเพิ่มการพยากรณ์ระยะเริ่มต้นมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายเมื่อนำไปรวมกับตัวแบบพยากรณ์พยาธิสภาพและคลินิก ขณะที่ serum tumour markers ไม่มีผล

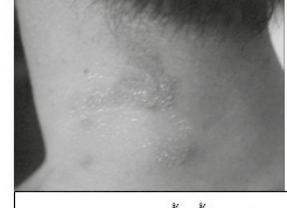
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แนะวิธีป้องกันอันตรายจาก ด้วงกันกระดก

นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เปิดเผยว่า ด้วงกันกระดก หรือบางครั้งเรียกว่าแมลงเพรชชี่ เนื่องจากพบมากเมื่อเริ่มเปิดเทอม เป็นแมลงที่มีขนาดเล็ก ความยาวประมาณ 4-7 มิลลิเมตร ชนิดที่พบบ่อยในบ้านเราคือ *Paederus fuscipes* ซึ่งมีลำตัวสีส้มสลับดำ ปีกคู่แรกแข็งสันสีดำเป็นมัน ส่วนท้องยาวออกมานอกปีก สังเกตเห็นได้ง่าย ปลายท้องสีดำ อาศัยอยู่ตามกองมูลสัตว์ ดินใต้หิน และกองไม้หรือต้นพืชที่มีลักษณะเป็นเถาปกคลุม ไม่ได้กัดกินเลือดคนเป็นอาหาร แต่จะชอบบินเข้ามาเล่นไฟในบ้านเรือนในเวลากลางคืน จึงทำให้มีโอกาสที่คนจะได้สัมผัสกับแมลงชนิดนี้ พิษของด้วงกันกระดกเกิดจากสารพิษพีเดอร์ลิน (Pederin) ที่อยู่ภายในลำตัวของแมลง เมื่อแมลงไต่ขึ้นมาตามร่างกายแล้วไปตบตีหรือทำให้ลำตัวแตกหัก สารพิษจะซึมเข้าสู่ผิวหนังและร่างกาย ทำให้เกิดเป็นแผลพุพอง บวมแดง และปวดแสบปวดร้อน ถ้าเราถูกที่บาดเจ็บ พิษจะกระจาย เป็นผื่นพุพองเป็นวงกว้างมากขึ้นและเป็นนานหลายวัน เมื่อแผลทุเลาแล้วจะยังเป็นรอยดำอีกระยะหนึ่ง และต้องระวังไม่ให้สารพิษเข้าตา เพราะจะทำให้ตาอักเสบจนถึงกับตาบอดได้ ดังนั้น



ด้วงกันกระดก



อาการแผลพุพองจากด้วงกันกระดก

จึงควรหลีกเลี่ยงไม่ไปสัมผัสกับแมลงชนิดนี้ ถ้าพบแมลงไต่ขึ้นมาตามร่างกาย ห้ามตีหรือบีบ แต่ควรใช้กระดาษทิชชูหนา ๆ ค่อย ๆ หยิบแมลงออกจากร่างกาย ส่วนนักเรียน นักศึกษาที่อ่านหนังสือเวลาค่ำคืนควรใช้ไฟตั้งโต๊ะให้แสงสว่างในบริเวณที่ต้องการ อยู่ในห้องที่มีมุ้งลวด และหมั่นดูแลซ่อมแซม อย่าให้มุ้งลวดมีรอยฉีกขาด แต่ถ้าผิวหนังถูกน้ำพิษของด้วงกันกระดกแล้วห้ามแกะเกา เพราะจะทำให้น้ำพิษกระจายเป็นวงกว้างมากขึ้น ให้รีบล้างแผลให้สะอาดด้วยสบู่และน้ำ แล้วใช้ยาปฏิชีวนะประเภทครีมทาบริเวณที่ถูกพิษ ถ้ามีอาการคันหรือปวดแสบปวดร้อนให้ทาด้วยน้ำยาคาลาไมน์ กรณีที่ตุ่มแผลแตกแล้วเป็นหนองจากการติดเชื้อหรือมีอาการรุนแรงควรไปพบแพทย์

ผู้สูงอายุไทยกว่าครึ่งมีฟันเหลือไม่เพียงพอ ต่อการบดเคี้ยวอาหาร



ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย

เปิดเผยว่า จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติในกลุ่มผู้สูงอายุโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าคนไทยอายุ 60-80 ปี ร้อยละ 57 มีฟันแท้ 20 ซี่ขึ้นไป เพียงพอต่อการใช้งาน แต่ยังมีร้อยละ 7.2 ที่สูญเสียฟันทั้งปาก และร้อยละ 2.5 จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปาก ซึ่งมีจำนวนสูงถึง 245,000 คน โดยผลจากการสูญเสียฟันส่งผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบทั้ง 5 หมู่ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยได้ง่าย และการปล่อยให้ช่องปากไม่สะอาดจะส่งผลให้เกิดโรคในช่องปาก เช่น รากฟันผุและโรคเหงือกเรื้อรังขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยโรคปริทันต์รุนแรง

จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจถึง 2 เท่า และเชื้อโรคในช่องปากสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ทำให้เกิดการติดเชื้อ เช่น ลิ้นหัวใจอักเสบ เป็นต้น การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เหมาะสมคือ ทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการแปรงฟันตามสูตร 222 ของกรมอนามัยคือ แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์นานครั้งละ 2 นาที วันละ 2 ครั้ง หลังแปรงฟันควรดมน้ำอุ่น 2 ชั่วโมง รวมทั้งยังต้องทำความสะอาดบริเวณซอกฟันด้วยไหมขัดฟัน ถ้ามีช่องว่างระหว่างซี่ฟันควรใช้แปรงซอกฟันทำความสะอาดเสริมด้วย ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ควรมีผู้ดูแลทำความสะอาดช่องปากให้เป็นประจำ เช่นเดียวกัน

สร. สร้างธรรมาภิบาล

การซื้อยา เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ 5 กลุ่ม



นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ในการสร้างธรรมาภิบาลระบบการบริหารจัดการ กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชัน (ศปท.) และตั้งคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบของกระทรวงสาธารณสุข 1 ชุด โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีอธิบดี ผู้ตรวจราชการทุกเขต สาธารณสุขนิเทศ ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ชมรมโรงพยาบาลชุมชน ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ร่วมเป็นกรรมการ เพื่อกำหนดกรอบแนวทาง และนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและการปราบปรามการทุจริต และประพฤติมิชอบของส่วนราชการในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข โดยขณะนี้ได้จัดทำเป็นแผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2557-2560 และมีคณะกรรมการดำเนินการขับเคลื่อนแผนให้นำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้มุมมองของ สปช. ต่อกระทรวงสาธารณสุขเรื่องของการประพฤติมิชอบ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการจัดซื้อจัดจ้าง บางแห่งดำเนินการจริง บางแห่งทำโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ โดยเฉพาะเรื่องยา โดยในแผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2557-

2560 นี้จะเริ่มพัฒนาธรรมาภิบาล ใน 3 เรื่อง ประกอบด้วย 1. การจัดซื้อจัดหาวัสดุการแพทย์ที่ใช้ทั้งกระทรวง ทั้งส่วนกลาง และภูมิภาคใน 5 กลุ่ม ได้แก่ ยา วัสดุทันตกรรม วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุสำนักงาน โดยจะให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทุกกรมมาร่วมวางระบบให้แล้วเสร็จภายใน 3 เดือน เพื่อจะเริ่มใช้โดยเร็วที่สุด ทั้งนี้ในการจัดซื้อดังกล่าวบางรายการอาจใช้ระบบการจัดซื้อร่วมระดับเขตและระดับกรม เช่น ยา บางรายการที่ใช้บ่อยจะสามารถซื้อได้ในราคาที่ถูกลงกว่าเดิม 2. การออกประกาศเกณฑ์จริยธรรมเกี่ยวกับเรื่องการส่งเสริมการขาย การจัดซื้อจัดหายา โดยจะให้โรงพยาบาลทุกระดับตั้งคณะกรรมการในการพิจารณาคัดเลือกยาและจัดหายาเข้าสู่สถานพยาบาลมีการเปิดเผยข้อมูลราคาของแต่ละจังหวัดที่ซื้อได้ และการติดตามกำกับ และ 3. การวางแผนทางปฏิบัติในเรื่องสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงินที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดหา รวมถึงเงินบริจาคที่ถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน เช่น การศึกษาสูง การให้ทุน เพื่อไม่ให้ถูกธุรกิจครอบงำ

สร. จับตาไวรัสเมอร์สใกล้ชิด ยันยังไม่พบผู้ติดเชื้อในไทย



นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงผลการเฝ้าระวังเกี่ยวกับไวรัสเมอร์สว่า ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเมอร์สในกลุ่มประชาชนที่เดินทางไปประกอบศาสนกิจที่ประเทศในตะวันออกกลาง กระทรวงสาธารณสุขจะประสานกับคณะกรรมการศาสนาอิสลามแห่งประเทศไทย และผู้นำพี่น้องไทย-มุสลิมไปประกอบพิธีฮัจญ์ ใต้แก่ บริษัททัวร์ โดยจะมีช่วงที่สำคัญ 2 ช่วงคือ ช่วงเดือนเมษายน-พฤษภาคม ซึ่งตลอดเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 มีผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ประมาณ 5,000 คน และช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายนของทุกปี เพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวทั้งก่อนไป ระหว่างอยู่ในประเทศนั้น ๆ และภายหลังกลับมาแล้ว ซึ่งเป็นมาตรการเชิงรุกเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งเป็นรูปแบบเดียวกันกับที่ชี้ดูแลผู้ที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ซึ่งที่ผ่านมาไม่พบผู้ติดเชื้อแต่อย่างใด โดยในสัปดาห์หน้าจะประชุมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 53 จังหวัด โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ผ่านระบบวิดีโอ เพื่อชี้แจงมาตรการการป้องกันเฝ้าระวังไวรัสเมอร์ส ทั้งนี้ไวรัสเมอร์สเป็นเชื้อที่พบเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมาในประเทศแถบตะวันออกกลาง พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกเพียง 200 กว่าคนเท่านั้น เมื่อเทียบกับไข้หวัดใหญ่ 2009 ซึ่งในการระบาดปีแรกพบทั่วโลกติดเชื้อกว่า 100 ล้านคน ซึ่งความสามารถในการแพร่ระบาดของไวรัสเมอร์สจะน้อยกว่าไข้หวัดใหญ่ 2009 แต่อัตราการป่วยตายสูงกว่าอยู่ที่ร้อยละ 32

‘อาจารย์ใหญ่แบบนุ่ม’ หน้าใหม่การเรียนรู้แพทย์



เปิดศูนย์ SITEC อย่างเป็นทางการ



ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร กล่าวเปิดศูนย์ SITEC

‘อาจารย์ใหญ่’ ร่างกายอันไร้วิญญาณของผู้บริจาค ร่างกายที่อุทิศเพื่อให้นักศึกษาแพทย์ได้ใช้ศึกษาเล่าเรียนและค้นคว้าวิจัยทางกายวิภาคศาสตร์ ถือเป็นสื่อการเรียนการสอนที่ดีที่สุดที่ไม่สามารถจะหาสื่อการสอนใด ๆ มาทดแทนได้ เนื่องจากการศึกษาจากของจริงซึ่งนักศึกษาแพทย์สามารถเรียนรู้จากการปฏิบัติและประสบการณ์จริงจากร่างกายของอาจารย์ใหญ่โดยตรง ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ลึกซึ้ง เพราะนอกจากการเรียนรู้ในภาคทฤษฎีโดยการอ่านตำราและเข้าฟังการบรรยายของอาจารย์ในห้องเรียนแล้ว ยังจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้ภาคปฏิบัติจากร่างกายมนุษย์จริงผ่านการชำแหละ และศึกษาโครงสร้างที่สลับซับซ้อนอย่างละเอียดลออทุกส่วน ซึ่งจะทำให้นักศึกษาแพทย์เติบโตเป็นแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถในการรักษาคอนไขต่อไปในอนาคต

ในอดีตก่อนที่แพทย์จะทำการผ่าตัดหรือทำหัตถการกับคนไข้จะต้องผ่านการฝึกอบรมการผ่าตัดก่อน ซึ่งมีทั้งการอบรมผ่านหุ่นจำลองและการผ่าตัดอาจารย์ใหญ่ แต่เดิมนั้นการผ่าตัดอาจารย์ใหญ่จะต้องมีการแช่ฟอร์มาลิน ทำให้สภาพร่างกายไม่เหมือนร่างกายคนจริง ๆ มีสภาพแข็ง และมีกลิ่นค่อนข้างแรง ดังนั้น เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวและเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ที่มากขึ้น โรงพยาบาลศิริราชจึงได้จัดตั้ง ศูนย์ฝึกอบรมทักษะ

หัตถการทางการแพทย์ศิริราช (Siriraj Training and Education Center for Clinical Skills) หรือ ศูนย์ SITEC ขึ้น เพื่อให้แพทย์ประจำบ้าน แพทย์เฟลโลว์ และ

นักศึกษาแพทย์ได้ฝึกหัดทำหัตถการ หรือการผ่าตัดที่สำคัญจนเกิดทักษะและประสบการณ์เชิงปฏิบัติในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ปลอดภัยพอก่อนให้การรักษาคอนไขจริงต่อไป เพื่อให้แพทย์เฉพาะทางได้ฝึกอบรมทักษะหัตถการหรือการผ่าตัดด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย และเพื่อให้บริการวิชาการแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในด้านการฝึกทักษะหัตถการหรือการผ่าตัดทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า ศูนย์ SITEC ประกอบด้วย ห้องฝึกผ่าตัดขนาด 8 เตียง จำนวน 2 ห้อง ห้องฝึกผ่าตัดขนาด 2 เตียง จำนวน 2 ห้อง รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 เตียง มีห้องบรรยายขนาด 50 ที่นั่ง พร้อมระบบโสตทัศนูปกรณ์เพื่อถ่ายทอดการสาธิตผ่าตัด และสามารถถ่ายทอด Video Tele-conference ระหว่างประเทศได้ รวมถึงมีห้องฝึกผ่าตัดจำลองศัลยกรรมขนาด 10 โต๊ะ มีอุปกรณ์ฝึกผ่าตัดครบครัน รวมทั้งเครื่องฝึกผ่าตัดเสมือนจริง (Simulators) ที่ทันสมัย เช่น ชุดฝึกใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง อุปกรณ์ฝึกการผ่าตัดเสมือนจริงด้วยวิธีการส่องกล้อง เป็นต้น ซึ่งเชื่อว่าจะเป็นการยกระดับคุณภาพบริการและมาตรฐานความปลอดภัยให้แก่คนไข้ เพราะเมื่อแพทย์มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดก็น้อยลง อีกทั้งยังจัดให้มีตู้แช่เพื่อเก็บร่างอาจารย์ใหญ่ได้สูงสุดถึง 24 ร่าง

นอกจากนี้ยังมีความพิเศษคือ มีการพัฒนาการทำหัตถการแบบใหม่ที่เรียกว่าอาจารย์ใหญ่แบบนุ่ม ซึ่งจะไม่มีการแช่ด้วยฟอร์มาลินเพียงอย่างเดียวเหมือนเดิม แต่จะมีการใช้สารเคมีบางชนิดที่สามารถทำให้สภาพร่างกายของผู้บริจาคมีสภาพเหมือน





สาธิตการผ่าตัดบนร่างอาจารย์ใหญ่แบบนุ่ม



ห้องบรรยายขนาด 50 ที่นั่ง
สามารถถ่ายทอด Video Tele-conference

คนนอนหลับปกติ ผิวเนื้อนุ่มคล้ายคนไข้จริง ๆ ซึ่งจะแตกต่างจากอาจารย์ใหญ่แบบเดิมที่มีลักษณะร่างกายที่ค่อนข้างแข็ง ทำให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้การผ่าตัดเสมือนผ่าตัดคนไข้จริง ๆ โดยปัจจุบันหลายประเทศหันมาฝึกอบรมการผ่าตัดอาจารย์ใหญ่แบบนุ่มกันมากขึ้น ทั้งอังกฤษ สวิตเซอร์แลนด์ หรือแม้แต่เอเชียก็มีจีน มาเลเซีย สิงคโปร์ รวมทั้งประเทศไทย

โดยได้ฤกษ์เปิดตัวศูนย์ SITEC อย่างเป็นทางการในโอกาสครบรอบ 126 ปีของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลหลวงแห่งแรกของแผ่นดินที่ใหญ่และเก่าแก่ที่สุดของประเทศไทย ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวพระราชทานโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 นามว่าโรงศิริราชพยาบาล หรือโรงพยาบาลศิริราชในปัจจุบัน ตลอดระยะเวลา 126 ปี โรงพยาบาลศิริราชได้ทำการรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ล้ำหน้าทันสมัยมาใช้ ควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเชี่ยวชาญในการรักษา ทำให้โรงพยาบาลศิริราชได้รับการยอมรับ เชื้อถือ และไว้วางใจจากผู้ป่วยทุกสารทิศที่มารับบริการปีละกว่า 3 ล้านคน

ศ.พญ.สุวรรณี สุระเสรีวงศ์ รองคณบดีฝ่ายการศึกษา หลังปริญญา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในฐานะประธานศูนย์ SITEC กล่าวว่า ศูนย์ SITEC เปิดดำเนินการมาได้ 2 ปี เพื่อเป็นศูนย์ฝึกผ่าตัดและหัตถการทางการแพทย์บนร่างอาจารย์ใหญ่ ทั้งแบบแข็งและแบบนุ่ม ซึ่งได้ปรับปรุงพื้นที่ขนาด 1,000 ตารางเมตร ที่ชั้น 4 อาคารศรีสวรินทิรา ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2556 - เมษายน พ.ศ. 2557 โดยได้รับงบประมาณจากเงินศิริราชมูลนิธิจำนวน 24.5 ล้านบาท

ในส่วนของอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดินกว่า 60 ล้านบาท และศิริราชมูลนิธิ 36 ล้านบาท เช่น เครื่องผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องชุด Training box และเครื่อง Simulators สำหรับฝึกผ่าตัดทางศัลยศาสตร์สาขาต่าง ๆ ชุดหุ่นจำลองฝึกทักษะ

ไม่เพียงเท่านั้น ยังได้รับความร่วมมือจากภาควิชา

กายวิภาคศาสตร์ที่พัฒนาอาจารย์ใหญ่แบบนุ่ม ซึ่งได้ศึกษาดูงานจากประเทศอังกฤษและสวิตเซอร์แลนด์ โดยได้ปรับสูตรน้ำยาและกระบวนการเตรียมร่างให้เหมาะสมกับสภาพประเทศไทยที่มีอากาศร้อน จนมีความสมบูรณ์เสมือนจริงมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ตั้งแต่เริ่มโครงการมาสามารถทำร่างอาจารย์ใหญ่แบบนุ่มได้แล้ว 25 ร่าง โดยวางแผนไว้ว่าในปี พ.ศ. 2558 จะทำได้ 40 ร่าง และในอนาคตได้มีการตั้งเป้าที่จะใช้ฝึกกับนักศึกษาแพทย์ในระดับปริญญาตรีด้วย เนื่องจากขณะนี้การฝึกผ่าตัดในร่างอาจารย์ใหญ่แบบนุ่มยังใช้ฝึกแค่เฉพาะกลุ่มของแพทย์ประจำบ้านแพทย์ต่อยอด รวมถึงอาจารย์เท่านั้น เพราะต้องฝึกผ่าตัดเฉพาะทาง เช่น ข้อกระดูก ประกอบกับค่าใช้จ่ายของการทำร่างอาจารย์ใหญ่แบบดั้งเดิมหรือแบบแข็งนั้นถูกกว่าแบบนุ่มถึง 3 เท่า

ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ศิริราช กล่าวว่า ขณะนี้ทั่วโลกกำลังปรับหลักสูตรแพทยศาสตร์ โดยหลักการใหม่คือ ไม่อยากให้นักศึกษาแพทย์ไปทำหัตถการครั้งแรกในตัวคนไข้ ซึ่งภายในศูนย์ SITEC นักศึกษาแพทย์ที่กำลังจะเป็นแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะได้ทำหัตถการครั้งแรกในร่างที่ไม่ใช่ตัวคนไข้ เช่น อาจารย์ใหญ่ และหุ่น เป็นต้น โดยจะเป็นอาจารย์ใหญ่แบบใหม่ที่มีลักษณะเป็นแบบนุ่มคือเหมือนคนนอนหลับปกติ ผิวเนื้อนุ่มคล้ายคนไข้จริง ๆ ซึ่งแตกต่างจากแบบเดิมที่มีลักษณะร่างกายที่ค่อนข้างแข็ง ผิวหนังแข็งให้นักศึกษาได้เรียนรู้เรื่องกายวิภาคศาสตร์

ในการทำอาจารย์ใหญ่แบบนุ่มจะต้องใช้สารเคมีบางอย่างฉีดเข้าไปในร่างกาย แล้วไม่ทำให้โปรตีนเกิดการแตกตัว ซึ่งต่างจากอาจารย์ใหญ่แบบเดิมที่ใช้ฟอร์มาลีน เพราะฉะนั้นทุกอย่างจะคล้ายของจริงหมด โดยสารตัวนี้ไม่สามารถเปิดเผยได้ เนื่องจากแต่ละแห่งก็มีการพัฒนาสารลักษณะนี้เช่นกัน ซึ่งสูตรเคมีก็คล้ายกันเพราะไม่ได้ซับซ้อนจนเกินไป แต่ละแห่งก็มีการพัฒนาให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับศิริราชได้ส่งอาจารย์ไปดูงานที่สวีเดนแล้วกลับมาพัฒนา โดยเริ่มมีการทดลองผ่าตัดอาจารย์ใหญ่แบบใหม่หรือแบบนุ่มแล้วตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556



อุปกรณ์การฝึกผ่าตัดครบครัน พร้อมเครื่องฝึกผ่าตัดเสมือนจริงที่ทันสมัย

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการผ่าตัดอาจารย์ใหญ่แบบใหม่ หรือแบบนุ่ม แต่ก็ไม่ได้ละทิ้งอาจารย์ใหญ่แบบเก่า เนื่องจาก อาจารย์ใหญ่แบบใหม่ค่าใช้จ่ายจะสูงเกินไป สำหรับนักศึกษา แพทย์จะยังใช้อาจารย์ใหญ่แบบเดิมซึ่งมีการพัฒนาให้ดีขึ้น ในระดับหนึ่ง แต่ผู้ที่จะทำหัตถการผ่าที่ตัวคนไข้ อยากให้ใช้อาจารย์ใหญ่คล้ายตัวคนไข้จริง ๆ อย่างการส่องกล้องก็คล้ายคนจริง ๆ จึงให้อาจารย์ใหญ่แบบนุ่ม นอกจากนี้ในศูนย์ SITEC ยังมีหุ่นยนต์ซึ่งจำลองเหมือนคนไข้จริง ๆ ด้วย โดยหุ่นจะแสดงอาการหน้าแดง ไข้ขึ้น ร้องคราง ตัวสั่นได้ หรือพอให้ยาอาจมีอาการหัวใจเต้นผิดปกติเหมือนคนจริง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้นักศึกษา แพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ฝึกทักษะเหล่านี้โดยไม่ได้ไปเริ่มที่ตัวคนไข้ และไม่เพียงแต่อบรมแก่แพทย์ในประเทศเท่านั้น ศูนย์ SITEC ยังจะช่วยฝึกอบรมให้แก่แพทย์ในอาเซียน โดยจะเป็นศูนย์ฝึกอบรมที่ดีที่สุดนี้อาเซียนอีกด้วย

นพ.ณกรณ์ แสงฉาย อาจารย์ประจำภาควิชา กายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า ภาควิชาสามารถพัฒนาร่างอาจารย์ใหญ่ ได้ครั้งแรกเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน สามารถผลิตได้จำนวน 25 ร่าง ซึ่งมีการนำออกมาใช้แล้วจำนวน 4 ร่าง ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 จะผลิตเพิ่มให้ได้อีก 40 ร่าง โดยวางแผนการผลิตจากผู้แสดงความจำนงขอบริจาคร่างเป็นอาจารย์ใหญ่ ซึ่งมีประมาณ 2,000 รายต่อปี แต่สามารถผลิตได้เพียงปีละ 300 ร่าง โดย 120 ร่างจะนำมาใช้ในการเรียนการสอนกายวิภาคศาสตร์ อีก 100 ร่างจะผลิตแล้วส่งออกไปยังสถาบันการแพทย์อื่นหรือโรงเรียนแพทย์ที่ผลิตอาจารย์ใหญ่เองไม่ได้ ส่วนอีกประมาณ 80 ร่าง จะนำมาผลิตอาจารย์ใหญ่แบบแช่แข็งและแบบนุ่มอย่างละครึ่งคือ ประมาณ 40 ร่าง สาเหตุที่หันมาผลิตอาจารย์ใหญ่แบบแช่แข็ง และแบบนุ่มคือ ต้องการลดการใช้ฟอร์มาลินที่อาจเป็นสารก่อมะเร็งและทำให้ผู้ใช้ร่างอาจารย์ใหญ่เกิดการระคายเคืองจมูก ซึ่งอาจารย์ใหญ่แบบแช่แข็งจะไม่มีการใช้ฟอร์มาลินเลย โดยนำร่างอาจารย์ใหญ่ไปแช่แข็งในตู้แช่แข็งที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส ส่วนอาจารย์ใหญ่แบบนุ่มใช้ฟอร์มาลินเพียง 2% ต่างจากแบบเดิม

ที่ใช้ฟอร์มาลินถึง 10%

ข้อดีของอาจารย์ใหญ่แบบเดิมที่ฉีดน้ำยาที่มีส่วนผสมของฟอร์มาลินประมาณ 10% และนำไปลงบ่อดองประมาณ 2 ปี จึงนำมาใช้ได้นั้นคือ ค่าใช้จ่ายต่อร่างต่ำสุด เก็บไว้ได้นานตลอดปีการศึกษา หรือ 1 ปีกว่า แต่ข้อเสียคือ ร่างแข็ง ผิวหนัง ข้อต่อ เส้นเอ็น กล้ามเนื้อไม่ยืดหยุ่น จึงคิดผลิตอาจารย์ใหญ่แบบแช่แข็ง และแบบนุ่มตามมา โดยอาจารย์ใหญ่แบบแช่แข็งเมื่อผู้บริจาคตเสียชีวิตแล้วจะต้องตรวจเลือดก่อน 3 อย่างคือ เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และซี หากเป็นผลลบก็จะนำไปแช่แข็งทันที เมื่อแช่แข็งเลือดก็จะแข็งตัวหมด ก่อนนำมาใช้ต้องนำมาละลายก่อน 3 วัน เลือดก็จะละลายเป็นของเหลวเหมือนเดิม ทำให้ศพเหมือนมนุษย์มากที่สุด แต่การเก็บรักษาไม่นานคือ ประมาณ 3 เดือนหลังจากนำมาใช้ครั้งแรก และแบบศพนุ่มหลังฉีดน้ำยาเข้าร่างที่มีฟอร์มาลิน 2% จะนำไปแช่แข็งในแท็งก์ประมาณ 3 เดือนจึงจะใช้ได้ แต่ข้อดีคือ สามารถเก็บรักษาได้นานกว่า 2 ปี หลังจากนำออกมาใช้ในครั้งแรก

ด้วยเล็งเห็นถึงความสำคัญในการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีคุณลักษณะและศักยภาพในการบริการด้วยหัวใจ คำนึงถึงความปลอดภัยของคนไข้เป็นหลัก การจัดระบบการเรียนการสอนด้านแพทยศาสตร์ซึ่งเกี่ยวเนื่องด้วยชีวิตและความเจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องให้แพทย์ที่จบไปปฏิบัติงานจริงมีโอกาสได้ฝึกซ้อมด้านหัตถการทางการแพทย์ ภายใต้การกำกับดูแลจากอาจารย์แพทย์อย่างใกล้ชิด จนเกิดความชำนาญในการผ่าตัดอย่างเพียงพอจึงจะสามารถปฏิบัติงานจริงกับคนไข้ในห้องผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย



ฝึกผ่าตัดจุลศัลยกรรม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จัดงานประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 53 เนื่องในโอกาสที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จะมีอายุครบ 100 ปีแห่งการก่อตั้งในปี พ.ศ. 2557 ทางคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการจึงได้กำหนดจัดการประชุมวิชาการประจำปีโดยมีแนวทางการจัดภายใต้หัวข้อการประชุม **“King Chulalongkorn Memorial Hospital: 100 Year - Experiences towards Excellence”** หรือ **“๑๐๐ ปีแห่งประสบการณ์สู่ศตวรรษแห่งความเป็นเลิศ”** โดยมีเป้าหมายเพื่อนำเสนอความรู้ ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย เทคโนโลยี รวมถึงนวัตกรรมต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นต้องมีการเผยแพร่ทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ เพื่อชั้นนำสังคม อันเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและประกันคุณภาพในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนของประเทศ โดยงานประชุมจะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 16-20 มิถุนายน

พ.ศ. 2557 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนใจดูรายละเอียด
หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 1 อาคาร อปร. ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ
10330 โทรศัพท์ 0-2256-4193, 0-2256-4566 โทรสาร 0-2652-4203 Website:
www.cumedconference.com E-mail: cumedconference@gmail.com

[illegible]

Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital

3rd Siriraj Anesthesia Academic Meeting

Perioperative Medicine 2014

PRACTICAL SOLUTIONS

April 20, 2014 (Friday)

Update in cardiac medication for noncardiac surgery
 1. Anticoagulant: aspirin and Thrombolytic
 2. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 3. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic

1. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 2. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 3. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 4. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 5. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 6. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 7. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 8. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 9. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 10. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic

How we deal with stroke patient preoperatively

Preoperative pulmonary evaluation: Clinical
 considerations and evidence
 1. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 2. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 3. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 4. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 5. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 6. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 7. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 8. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 9. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 10. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic

April 20, 2014 (Friday)

Practical points in interpretation for the anesthesiologist
 Common anesthetic problems: Case-based discussion
 1. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 2. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 3. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 4. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 5. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 6. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 7. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 8. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 9. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 10. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic

1. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 2. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 3. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 4. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 5. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 6. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 7. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 8. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 9. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 10. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic

1. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 2. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 3. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 4. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 5. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 6. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 7. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 8. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 9. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic
 10. Antiplatelet: Aspirin and Thrombolytic

Abstracts

	10:00 AM - 11:00 AM	11:00 AM - 12:00 PM
Abstracts	10:00 AM - 11:00 AM	11:00 AM - 12:00 PM
Abstracts	10:00 AM - 11:00 AM	11:00 AM - 12:00 PM
Abstracts	10:00 AM - 11:00 AM	11:00 AM - 12:00 PM
Abstracts	10:00 AM - 11:00 AM	11:00 AM - 12:00 PM
Abstracts	10:00 AM - 11:00 AM	11:00 AM - 12:00 PM

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

Abstracts

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล ขอเรียนเชิญทุกท่านเข้าร่วมการประชุมวิชาการ
“ฉลองก้าวอย่างถึงศตวรรษวิสัญญีศิริราช” 3rd Siriraj
Anesthesia Academic Meeting ใน Theme: Perioperative
Medicine 2014 : Practical Solutions ระหว่างวันที่
25-26 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมอติตยาภักติกุล
ตึกสยามินทร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช สนใจสอบถาม
รายละเอียดข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรานี/คุณพรประภา
โทรศัพท์ 0-2419-7992 โทรสาร 0-2411-3256 หรือ E-mail:
sianes2014@gmail.com หรือสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์ม
ลงทะเบียนได้ที่ www.si.mahidol.ac.th/anesth

พ.อ.นพ.เสริมพงษ์ จารุเลิศวุฒิ

ผู้นำที่ดีต้องปฏิบัติตัวให้เป็นแบบอย่างแก่ทุกคน



“องค์กรของเรา
ผลงานที่ดีเยี่ยม โดยมี
บุคลากรธรรมดามาปฏิบัติงาน
ในระบบที่ยอดเยี่ยม และจะเป็นองค์กร
ที่ดีเยี่ยมอย่างยั่งยืนด้วยการพัฒนา
บุคลากรธรรมดาให้เป็นบุคลากร
ที่ยอดเยี่ยม”

จากโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกขนาด 60 เตียง โรงพยาบาลค่ายวชิรปราการ จ.ตาก ซึ่งแต่เดิมเป็นเพียงโรงพยาบาลทหารที่มีสภาพทรุดโทรม อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ทันสมัย มีผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 20-30 ราย มีแพทย์ประจำเพียง 2 นาย พยาบาล 8 นาย ถือเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในลำดับเกือบท้ายสุดของโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกที่ไม่เคยได้รับการดูแลพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเลย จนกระทั่ง พ.อ.นพ.เสริมพงษ์ จารุเลิศวุฒิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายกาวิละ จ.เชียงใหม่ (ปัจจุบัน) ได้รับความไว้วางใจจากกรมแพทย์ทหารบกให้มาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายวชิรปราการในปี พ.ศ. 2551 ด้วยความเสียสละทุ่มเททั้งกำลังกาย และกำลังใจ มุ่งมั่นพัฒนาโรงพยาบาล โดย พ.อ.นพ.เสริมพงษ์ ได้นำความรู้ด้านการบริหารแนวใหม่มาบูรณาการทำให้โรงพยาบาลสามารถผ่านพ้นปัญหาต่าง ๆ ด้วยวิสัยทัศน์ “เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการที่ดี เหนือความคาดหมาย และรักษาพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ”

สำหรับการเริ่มต้นในการพัฒนาโรงพยาบาลค่ายวชิรปราการนั้น พ.อ.นพ.เสริมพงษ์ เริ่มพัฒนาโรงพยาบาลโดยจัดให้มีการประชุมและปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานราชการ โดยกำหนดให้หน่วยงาน ทบหนวกระบวนงาน ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน พิจารณาการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำมาปรับปรุงปฏิบัติงาน เพื่อส่งมอบงานระหว่างหน่วยงานให้สมบูรณ์และเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด จัดทำ





แผนคุณภาพ (Quality Planning) ทุกหน่วยงาน ทำให้บุคลากรสามารถเข้าใจขั้นตอนการทำงานในหน่วยงานของตนเอง กระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมและกิจกรรมต่าง ๆ ในหน่วยงาน เช่น นวัตกรรม Easy OPD Card แยกปก OPD Card ตามสิทธิการรักษาโดยใช้สีในการจำแนก ทำให้ง่ายต่อการค้นหาข้อมูล นวัตกรรมฮัลโหลยาลิมนัด โดยการโทรศัพท์แจ้งเตือนผู้ใช้บริการก่อนวันนัด 1 วันทุกราย เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้มารับการบริการที่ต่อเนื่อง นวัตกรรมบัตรนัดตามใจคุณ โดยผู้ใช้บริการเลือกวัน เวลาที่จะสะดวกในการที่จะมาพบแพทย์ได้เอง โครงการใจดีนับให้ เพื่อตรวจสอบการรับประทานยา ลดการได้รับยาซ้ำซ้อน ลดระยะเวลาในการตรวจสอบยาในห้องแพทย์ ส่งผลให้สามารถช่วยลดงบประมาณรายจ่ายด้านยาของรัฐบาลได้ จัดการอบรมพฤติกรรมกรรมการบริการสู่ความเป็นเลิศ ทำให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดี ผู้มาใช้บริการประทับใจ ดำเนินการปรับปรุงอาคาร สถานที่ และบรรยากาศทั้งในและรอบนอกโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลน่ามาใช้บริการ ออกแบบและจัดสถานที่ทำงานให้น่าทำงาน จัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานที่พร้อมใช้และเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน จัดหาเครื่องมือแพทย์ให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ปรับปรุงห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยาให้ได้มาตรฐาน มีผลต่อการตรวจที่แม่นยำ เพิ่มการดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรให้มีความปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงจากการทำงานและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน เปิดให้บริการไตเทียม เปิดแผนกกายภาพบำบัด เปิดแผนกนวดแผนไทย ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้มีผู้มาใช้บริการมากขึ้นและลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย สามารถประกันเวลาในการให้บริการอยู่ในเกณฑ์ 30 นาที สร้างความพึงพอใจต่อผู้ใช้บริการ และบุคลากรมี

ความพึงพอใจในบรรยากาศการทำงาน

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลค่ายวชิรปราการได้รับรางวัลคุณภาพการให้บริการประชาชน ประเภทรายกระบวนการให้การรักษ่าผู้ป่วยนอก จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้รับรางวัลจากนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น และในปี พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลค่ายวชิรปราการผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA & HPH จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล นับเป็นโรงพยาบาลกองทัพบกแห่งที่ 8 และเป็นโรงพยาบาลกองทัพบกแห่งแรกที่มีขนาดเล็กกว่า 150 เตียงที่ผ่านการรับรองดังกล่าว และเป็นตัวอย่างที่ดีของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภายใต้ความขาดแคลนทั้งทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ เป็นต้นแบบให้โรงพยาบาลอื่นในกองทัพบกมุ่งมั่นพัฒนาจนผ่านการรับรองดังกล่าวเป็นจำนวน 17 แห่งในปัจจุบัน

นอกจากนี้จากการที่จังหวัดตากเป็นจังหวัดที่ติดชายแดนไทย-พม่า ซึ่งยาวถึง 542 กิโลเมตร การเข้าถึงภูมิประเทศเป็นไปด้วยความยากลำบาก การเดินทางไม่สะดวก ประชาชนที่อยู่บนพื้นที่ป่าเขา ชนกลุ่มน้อย ยังขาดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ได้ยาก รวมทั้งทหารที่ขึ้นประจำการตามแนวชายแดนไทย-พม่าที่ปฏิบัติภารกิจเพื่อรักษาความมั่นคงของประเทศ การป้องกันการลักลอบตัดไม้ทำลายป่า การลักลอบนำยาเสพติดเข้าประเทศ ปัญหาสำคัญที่พบคือ การดูแลสุขภาพเบื้องต้นทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร ขาดความรู้เรื่องโรคติดต่อตามชายแดน กำลังพลทหารมีโรคประจำตัว บางส่วนขาดยาที่ต้องรับประทานประจำจากการติดภารกิจปฏิบัติหน้าที่ขึ้นประจำการตามแนวชายแดน 6 เดือน-1 ปี ประชาชนที่อยู่พื้นที่ป่าเขา ชนกลุ่มน้อย ยังขาดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและการดูแลตนเอง **พ.อ.นพ.เสริมพงษ์** จึงได้จัดตั้งโครงการหน่วยแพทย์ทหารเคลื่อนที่ตามแนวชายแดน เพื่อให้การบริการทางการแพทย์แก่ชนกลุ่มน้อยที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ และให้การดูแลสุขภาพที่ขึ้นประจำการตามแนวชายแดนไทย-พม่า โดยจัดทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรให้การตรวจรักษาให้ความรู้เรื่องโรคตามแนวชายแดน สอนฝึกปฏิบัติการกู้ฟื้นคืนชีพเบื้องต้น การให้สุศึกษา การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังกับโรงพยาบาลในพื้นที่

จากการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้โรงพยาบาลค่ายวชิรปราการได้รับรางวัลคุณภาพการให้บริการประชาชน ประเภทรายกระบวนการรักษาตามแนวชายแดนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ โดยได้รับรางวัล



จากนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ในปี พ.ศ. 2553 นับเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกและแห่งเดียวของกองทัพที่ได้รับรางวัลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ 2 ปี ติดต่อกัน และเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกอื่น จนทำให้ในปี พ.ศ. 2556 มีโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกได้รับรางวัลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการจำนวน 3 แห่ง



ด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ชุมชนและเวชกรรมป้องกัน **พ.อ.นพ. เสริมพงษ์** ได้จัดทำโครงการสำรวจและคัดกรองภาวะสุขภาพในชุมชนค่ายวชิรปราการ ให้ความรู้และฝึกทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ชุมชนและทหารในค่ายวชิรปราการ ฝึกทักษะและให้ความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้นแก่นำสุขภาพในชุมชน การติดตามการดูแลทารกแรกเกิดและหญิงหลังคลอด การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลบุตรพิการของกำลังพลทหาร การรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออกในชุมชนค่ายวชิรปราการ โครงการ “กำลังพลร่วมใจ ด้านภัยยาเสพติด” เพื่อให้ค่ายวชิรปราการเป็นค่ายทหารสีขาว โครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ 100% สนับสนุนให้โรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ ส่งผลให้โรงพยาบาลผ่านการประเมินการจัดโรงพยาบาลให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ในปี พ.ศ. 2552

จากผลการดำเนินงานทั้งหมดนี้จึงส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2555 โรงพยาบาลค่ายวชิรปราการ และ **พ.อ.นพ.เสริมพงษ์** ได้รับโล่รางวัลโรงพยาบาลทหารบกดีเด่น และผู้บริหารโรงพยาบาลทหารบกดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2554 โดยได้รับโล่รางวัลจาก พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ผู้บัญชาการทหารบก

อย่างไรก็ตาม **พ.อ.นพ.เสริมพงษ์** ไม่เพียงแต่ใส่ใจเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพของทหารและประชาชนเท่านั้น ในด้านการศึกษา **พ.อ.นพ.เสริมพงษ์** ได้สนับสนุนให้พลทหารเรียนต่อจนจบมัธยมศึกษาปีที่ 6 ระดับนายสิบสนับสนุนให้เรียนจบปริญญาตรี ระดับนายทหารสัญญาบัตรสนับสนุนให้เรียนจบปริญญาโท และ **พ.อ.นพ.เสริมพงษ์** ยังประพฤติตนเป็นแบบอย่าง มีความเพียรพยายามศึกษาต่อในระดับปริญญาโทด้านการบริหาร ซึ่งจะต้องเดินทางจากจังหวัดตากเข้ามาเรียน MBA ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกสัปดาห์ สามารถเรียนจบด้วยผลการเรียนระดับยอดเยี่ยม และนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการบริหารงาน

ในด้านการดำรงตนนั้น **พ.อ.นพ.เสริมพงษ์** ยังได้ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ทุกคน ด้วยการเริ่มปฏิบัติงานแต่เช้าทุกวัน เติมนตรวจเยี่ยมในหน่วยงานเพื่อสอบถามความเป็นอยู่ของบุคลากร รับฟังปัญหาและข้อขัดข้องในการทำงาน และช่วยแก้ไขปัญหในการทำงาน **พ.อ.นพ.เสริมพงษ์** กล่าวว่า

การเป็นผู้นำที่ดีต้องบริหารตัวเองให้ดีด้วยโดยเฉพาะสุขภาพของตนเอง ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ สนับสนุนโครงการออกกำลังกายทุกโครงการ นอกจากนี้

พ.อ.นพ.เสริมพงษ์ ยังมีการบริหารงานอย่างโปร่งใส ซื่อสัตย์สุจริต สามารถตรวจ

สอบได้ โดยมีการตรวจสอบจากกรมบัญชีกลาง สำนักงานตรวจสอบภายในกองทัพบก ซึ่งมีการตรวจสอบทุกปี ผลการตรวจสอบอยู่ในเกณฑ์ดีมาก และจากการประเมินผู้อำนวยการในการบริหารงานด้านต่าง ๆ โดยบุคลากรในโรงพยาบาลพบว่ามีการประเมินอยู่ในระดับสูง อันแสดงถึงความเชื่อมั่นในการบริหารงานและได้รับใบประกาศชมเชย ผลการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยมจากการตรวจสอบภายในของสำนักงานตรวจสอบภายในทหารบก ได้รับใบประกาศจาก พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ผู้บัญชาการทหารบกในปี พ.ศ. 2556

ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ **พ.อ.นพ.เสริมพงษ์** ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายวชิรปราการ ได้ประพฤติตนเป็นตัวอย่างที่ดีของแพทย์ในการบริหารงานด้วยความซื่อสัตย์สุจริต และมีธรรมาภิบาล โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการปฏิบัติราชการทั่วทั้งองค์กรภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งยังเป็นแพทย์ที่มีความเสียสละ ความมานะพยายามทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจ ปฏิบัติหน้าที่ตามแนวชายแดน มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ ได้รับการยอมรับในระดับกองทัพบกและระดับประเทศ **พ.อ.นพ.เสริมพงษ์** จึงได้รับการพิจารณาคัดเลือกให้ได้รับรางวัลแพทย์ดีเด่นประจำปี พ.ศ. 2556 จากแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งเป็นแพทย์ทหารคนแรกที่ได้รับรางวัลดังกล่าว

ข้อมูลผู้สูงอายุ 2554

ในปี พ.ศ. 2553 และในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรในวัยเด็ก 20.5%, 18.3% ในวัยทำงาน 67.6%, 66.9% และในวัยผู้สูงอายุ 11.9%, 14.8% ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าประชากรในวัยเด็กในวัยทำงานจะลดลง แต่ประชากรในวัยผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก 3.6% ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 6.3% ในปี พ.ศ. 2545 เป็น 7.7% ในปี พ.ศ. 2550 และ 8.6% ในปี พ.ศ. 2554 และจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคก็เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เช่นกัน คือจาก 2.2% ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 2.7% ในปี พ.ศ. 2545 และ 3.9% ในปี พ.ศ. 2554 และผู้สูงอายุที่เป็นม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่มีถึง 31.4% ในปี พ.ศ. 2554 มีผู้สูงอายุที่อ่านออกเขียนได้เพียง 82.2% ในปี พ.ศ. 2554 มีผู้สูงอายุที่ต้องการที่จะทำงานถึง 26.2% ในปี พ.ศ. 2554 และผู้สูงอายุที่มีการออม ในปี พ.ศ. 2554 เพียง 35.8%

จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพในระหว่าง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ 56.7% เพิ่มขึ้นจาก 35.2% ในปี พ.ศ. 2545 และ 48.1% ในปี พ.ศ. 2550 ส่วนภาวะสุขภาพร่างกายในระหว่าง 7 วันก่อนที่สัมภาษณ์มี ดีมาก 6.9% (2537), 5.8% (2545), 3.8% (2550) และ 4.3% (2554) ดี 31.4% (2537), 39.9% (2545), 43% (2550), 38.4% (2554) ปานกลาง 35.8% (2537), 30% (2545), 43% (2550) และ 38.4% (2554) ไม่ดี 23% (2537), 22.1% (2545), 21.5% (2550), 14.4% (2554) และไม่ดีมาก ๆ 2.9% (2537), 2.2% (2545), 2.8% (2550) และ 1.5% (2554) ตามลำดับ สรุปก็คือ มีสุขภาพดีถึงดีมากในปี พ.ศ. 2554 43.7% ส่วนสุขภาพปานกลาง ไม่ดี ไม่ดีมากถึง 54.3% ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังคือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง 25% (2537), 20% (2545), 31.7% (2550) และ 33.7% (2554) โรคเบาหวาน 5% (2537), 8.3% (2545), 13.3% (2550) และ 15% (2554) โรคหัวใจ 9.2% (2537), 7.2% (2545), 7% (2550) และ 4.8% (2554) โรคกระดูก 0.5% (2537), 0.5% (2545), 0.5% (2550) และ 0.9% (2554) โรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ 3.8% (2537), 2.4% (2545), 2.5% (2550) และ 1.7% (2554) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ในปี พ.ศ. 2550 12.6% ในปี พ.ศ. 2554 8.4% ดื่มแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2550 3% ในปี พ.ศ. 2554 3.3% สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2550 1.8% ในปี พ.ศ. 2554 2% ออกกำลังกายเป็นประจำ ในปี พ.ศ. 2550 41.2% ในปี พ.ศ. 2554 37.8% รับประทานผักสดและผลไม้สดเป็นประจำ ในปี พ.ศ. 2550 63.1% ในปี พ.ศ. 2554 58.7% ตามลำดับ



ผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา ในปี พ.ศ. 2554 ไม่มีการศึกษา 11.8% ต่ำกว่าประถมศึกษา 4.47% ประถมศึกษา 72.5% มัธยมศึกษาตอนต้น 3% มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./สูงกว่าม.ปลาย แต่ต่ำกว่าอนุปริญญา 2.8% ปวส./ปวท./อนุปริญญา 1% ปริญญาตรี 3.2%!!! สูงกว่าปริญญาตรี 0.8% การศึกษาทางศาสนา 0.1% การศึกษาอื่น ๆ 0.1%

จำนวนเด็กประถมศึกษาจาก 5.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 จะลดลงเป็น 3.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 และจำนวนนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย จาก 7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 จะลดลงเป็นเพียง 4.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573

รายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่

- ร้อยละ 33.2 มีรายได้เฉลี่ย/ปี ต่ำกว่า 20,000 บาท
- ร้อยละ 24.8 มีรายได้เฉลี่ย/ปี ต่ำกว่า 20,000-39,000 บาท
- ร้อยละ 16.5 มีรายได้เฉลี่ย/ปี ต่ำกว่า 40,000-59,999 บาท
- ร้อยละ 10.7 มีรายได้เฉลี่ย/ปี ต่ำกว่า 60,000-79,999 บาท
- ร้อยละ 3.9 มีรายได้เฉลี่ย/ปี ต่ำกว่า 80,000-99,999 บาท
- ร้อยละ 8.9 มีรายได้เฉลี่ย/ปี ต่ำกว่า 100,000-299,999 บาท

เมื่อพิจารณาจำนวนรายได้เฉลี่ยต่อปีของผู้สูงอายุได้รับตามกลุ่มช่วงวัย พบว่าเมื่อสูงวัยขึ้นจะมีรายได้น้อยลงเพราะไม่ได้ทำงาน ผู้ที่มีรายได้สูงส่วนใหญ่คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-64 ปี) ทั้งนี้เพราะยังพอมีแรงพอที่จะทำงานมีรายได้

ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามแหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิต พ.ศ. 2554 จากบุตร 40.1, การทำงาน 35.1, เบี้ยเลี้ยงชีพ 11.4, บำเหน็จ/บำนาญ 6, คู่สมรส 3.1, ดอกเบี้ย 2.6, อื่น ๆ 1.7

และพบว่าร้อยละผู้สูงอายุที่หกล้มใน 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์จำแนกตามกลุ่มช่วงวัย พ.ศ. 2554 วัยต้น 7.4, วัยกลาง 9.7 และวัยปลาย 11.8 การหกล้มของผู้สูงอายุเกิดขึ้นในบ้าน 40% นอกบ้าน 32.1% บริเวณบ้าน 27.9% ซึ่งทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาล 6.3% เป็นผู้ป่วยนอก 17.5% ไม่ต้องรักษา 59.3% ซึ่ยอมรับประทุษณ์เอง 16.9%

ออกกำลังกายแอโรบิกป้องกันสมองเสื่อม

ปีปีซี - การออกกำลังกายแบบแอโรบิกในช่วงวัย 20 ปี อาจช่วยป้องกันสมองเสื่อมในช่วงวัยกลางคน

ผลการศึกษาโดยนักวิจัยสหรัฐอเมริกาตีพิมพ์ในวารสาร Neurology รายงานว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพหัวใจ เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ และปั่นจักรยานช่วยปกป้องการทำงานของสมองในช่วงวัยกลางคน โดยเฉพาะทักษะการคิดและความจำ และนับเป็นอีกหลักฐานหนึ่งที่สนับสนุนว่าสุขภาพหัวใจที่ดีมีผลต่อสุขภาพสมองเช่นกัน

ในการศึกษานี้ นักวิจัยได้ทดสอบจากอาสาสมัครที่มีสุขภาพแข็งแรงราว 3,000 คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 25 ปี โดยทดสอบสมรรถภาพระบบไหลเวียนเลือดด้วยการวิ่งสายพานในโปรแกรมเปรียบเทียบกับ 20 ปีให้หลัง ร่วมกับทดสอบความจำและทักษะการคิดในปีที่ 25 โดยพบว่าอาสาสมัครที่วิ่งได้ระยะไกลกว่ามีผลการทดสอบความจำและทักษะการคิดที่ดีกว่าแม้หลังปรับตามปัจจัยต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ เบาหวาน และคอเลสเตอรอลสูง

ด้านนักวิจัยกล่าวว่า ผลการศึกษานี้เป็นหลักฐานที่สนับสนุนให้ผู้ใหญ่น้อยรักษาสุขภาพสมองในช่วงวัยกลางคนด้วยการรักษาสุขภาพกายให้แข็งแรงเสียตั้งแต่ยังเป็นหนุ่มสาว และชี้ว่าการดูแลสุขภาพที่ดีควรยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพกาย จิต และการเข้าสังคม



อังกฤษอนุมัติชุดตรวจเอชไอวีที่บ้าน

ปีปีซี - อังกฤษอนุมัติการจำหน่ายชุดตรวจเอชไอวีที่บ้าน แม้ยังไม่มีผลิตภัณฑ์ออกวางจำหน่ายจริง

โฆษกกระทรวงสาธารณสุขอังกฤษแถลงว่า ภาพลักษณ์เชิงลบของเอชไอวีอาจเป็นสาเหตุให้ประชาชนบางส่วนกลัวและปายเปี่ยงที่จะเดินเข้าคลินิกเพื่อตรวจการติดเชื้อ ซึ่งการกักกฎหมายชุดตรวจเอชไอวีทำให้ชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเองเป็นผลิตภัณฑ์ถูกต้องตามกฎหมาย ทำให้การตรวจเอชไอวีที่บ้านสามารถทำได้สะดวกและเปิดเผย

โฆษกกล่าวด้วยว่า ปัจจุบันยังไม่มีชุดตรวจเอชไอวีที่ผ่านมาตรฐานยุโรปออกวางจำหน่ายในสหราชอาณาจักร แต่เชื่อว่าจะมีผลิตภัณฑ์วางจำหน่ายในปีหน้า และปัจจุบันสาธารณสุขอังกฤษยังคงให้บริการตรวจเอชไอวีโดยไม่คิดค่าบริการ และประชาชน

ที่กังวลการติดเชื้อสามารถขอรับการตรวจได้ที่คลินิกของทางราชการหรือจากองค์กรเอกชนที่ให้บริการโดยเฉพาะ

ด้านผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า ชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเองที่บ้านจะช่วยลดความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ขณะเดียวกันก็เป็นการเพิ่มทางเลือกให้แก่กลุ่มเสี่ยงซึ่งไม่ต้องการรับบริการตรวจการติดเชื้อจากบุคลากรของหน่วยงานที่มีอยู่ในปัจจุบัน พร้อมกันนี้ยังได้เสนอแนะว่า เมื่อชุดตรวจออกวางจำหน่ายแล้วควรซื้อชุดตรวจจากแหล่งที่เชื่อถือได้เพื่อเป็นการรับประกันคุณภาพและความปลอดภัย โดยชี้ว่าประสิทธิภาพของชุดตรวจที่จำหน่ายกันทางอินเทอร์เน็ตนั้นเชื่อถือไม่ได้



สวีเดนทดลองลดชั่วโมงทำงาน

ซีเอ็นบีซี - รัฐบาลท้องถิ่นในสวีเดนกำลังทดลองลดชั่วโมงทำงานเหลือ 6 ชั่วโมง อันเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการลดการลาป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

สภาเทศบาลเมืองโกเทนเบิร์กเริ่มการทดสอบผลลัพธ์การปรับชั่วโมงทำงาน โดยให้พนักงานแผนกหนึ่งทำงานเพียงวันละ 6 ชั่วโมง (จ่ายค่าจ้างเต็มจำนวน) เทียบกับพนักงานแผนกอื่นที่ทำงาน 7 ชั่วโมงตามปกติ โดยคาดหวังว่ากลุ่มที่ทำงานน้อยลงจะเย็นใจลาป่วยน้อยลง แต่จะมีประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้นจากสุขภาพกายและจิตที่แจ่มใส

ด้านผู้สนับสนุนการนี้ชี้ว่า แนวคิดนี้คงใช้ไม่ได้กับบริษัทเอกชนในเอเชียอันเป็นที่ทราบกันดีถึงชั่วโมงทำงานสุดหนุ่ย และมีวันหยุดพักผ่อนเพียงน้อยนิด โดยเปรียบเทียบว่าลูกจ้างในฝรั่งเศสทำงานราวปีละ 1,480 ชั่วโมง ขณะที่ลูกจ้างชาวสิงคโปร์ทำงานถึงปีละ 2,300 ชั่วโมง และกลุ่มแรกมีวันหยุดถึงปีละ 30 วัน ต่างจากกลุ่มหลังซึ่งมีวันหยุดให้เพียง 14 วันเท่านั้น



ปลูกถ่ายช่องคลอดจากเซลล์ผู้ป่วย

รอยเตอร์ส - แพทย์สหรัฐอเมริกาประสบความสำเร็จปลูกถ่ายช่องคลอดที่เพาะขึ้นจากเซลล์ของหญิงสาวที่มีภาวะผิดปกติหรือไม่มีช่องคลอด

ทีมแพทย์สหรัฐอเมริกาและเม็กซิโกเปิดเผยผลลัพธ์จากการติดตามผู้ป่วย 4 คนที่ได้รับการปลูกถ่ายช่องคลอดเนื่องจากภาวะ Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser ขณะเป็นวัยรุ่นพบว่าช่องคลอดที่ได้รับการปลูกถ่ายสามารถเข้ากับร่างกายผู้ป่วยได้อย่างดี และไม่พบภาวะผิดปกติแต่อย่างใด และ 2 ใน 4 รายสามารถมีประจำเดือนเป็นปกติ

หนึ่งในทีมศัลยแพทย์เปิดเผยว่า ช่องคลอดที่เพาะขึ้นในห้องปฏิบัติการใช้เวลาราว 6 เดือน ในการปรับตัวเข้ากับร่างกาย

อย่างสมบูรณ์ชนิดที่ไม่สามารถจำแนกความแตกต่างกับอวัยวะปกติ อย่างไรก็ตาม ยังไม่อาจฟันธงว่าผู้ป่วยจะสามารถตั้งครรภ์ได้หรือไม่ แต่เชื่อว่าการตั้งครรภ์อาจเป็นไปได้เนื่องจากการมีประจำเดือนสะท้อนให้เห็นว่ารังไข่ทำงานเป็นปกติ

อนึ่ง แพทย์ทีมเดียวกันนี้เคยประสบความสำเร็จในการเพาะกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะสำหรับปลูกถ่ายแก่ผู้ป่วยเด็กชายโดยใช้เซลล์ผู้ป่วย โดยแพทย์เชื่อว่าเทคนิคการสร้างอวัยวะทดแทนด้วยเซลล์ของผู้ป่วยนี้จะเส้นทางเลือกใหม่แก่ผู้หญิงที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยศัลยกรรมเสริมสร้าง



เตือนภัยสุขภาพผู้หญิงจากเฟซบุ๊ก



บีบีซี - แพทย์เตือนสาวโซเชี่ยล คอยติดตาม ‘เซลฟี’ ของเพื่อนสาวทางเฟซบุ๊กอาจกระทบต่อสุขภาพจิต และเสียความมั่นใจในรูปร่างของตนเอง

ผลสำรวจโดยนักวิจัยสหรัฐอเมริกาพบว่า ยิ่งผู้หญิงใช้เวลาไปกับการติดตามภาพเพื่อนสาวทางเฟซบุ๊กมากเท่าใด ก็ยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเปรียบเทียบตนเองกับเพื่อน ซึ่งจะส่งผลสืบเนื่องไปถึงทัศนคติการมองตนเองในแง่ลบ นอกจากนี้การเปรียบเทียบภาพลักษณ์ของตนเองกับเพื่อนซึ่งเป็นคนใกล้เคียงอาจก่อผลเสียได้มากกว่าการเปรียบเทียบภาพของเหล่าดาราและคนดังเสียด้วยซ้ำ

ด้านโฆษกองค์กรรณรงค์ต่อต้านการคลั่งผอมเปิดเผยว่า รูปร่างและน้ำหนักตัวเป็นองค์ประกอบสำคัญของวัฒนธรรมป๊อปที่กำลังแพร่ไปทั่วโลก และการคลั่งไคล้รูปร่างหน้าตาและการแต่งตัวของดาราเป็นตัวการสร้างความกดดันต่อเหล่าวัยรุ่นซึ่งอยู่ในช่วงเวลาที่กำลังสร้างอัตลักษณ์ของตนเอง และทำให้เด็กรู้สึกผิดที่มีรูปร่างไม่สวยงามเหมือนเหล่าดารา

เตือนโรคซึมเศร้าพ่อป้ายแดง

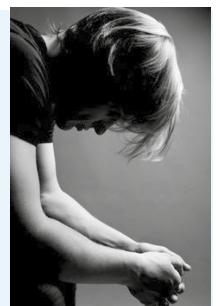
รอยเตอร์สเฮลท์ - ผลการศึกษาใหม่ชี้ การเป็นคุณพ่อคนใหม่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า และการป้องกันตั้งแต่เนิ่นจะช่วยฟื้นฟูสุขภาพของทั้งครอบครัว

นักวิจัยเปิดเผยว่า โรคซึมเศร้าในคนที่เพิ่งเป็นพ่อสามารถพบได้ระหว่างร้อยละ 5-10 และโรคซึมเศร้าของพ่อจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กในวัยทารกอันเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของชีวิต จึงจำเป็นที่จะต้องติดตามคุณพ่อป้ายแดงที่ประสบปัญหาโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและให้การรักษาที่เหมาะสม

นักวิจัยกล่าวว่า พ่อที่อยู่ในช่วงวัยหนุ่มและเป็นโรคซึมเศร้าน่าจะหันตัวเองออกจากการเลี้ยงดูและใกล้ชิดกับลูก ขณะเดียวกันก็มักเลี้ยงลูกด้วยความเกรี้ยวกราด ซึ่งนอกจาก

จะไม่เป็นประโยชน์ต่อพัฒนาการของเด็กแล้ว ในหลายสถานการณ์ยังอาจเป็นอันตรายต่อเด็กด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าพ่อที่เป็นโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาความสัมพันธ์กับภรรยา ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาความร้ายแรงในภายหลังได้

อนึ่ง งานวิจัยซึ่งทำในชายอเมริกันชี้ว่า ผู้ชายเริ่มมีบทบาทในการเลี้ยงดูลูกมากขึ้น โดยให้เวลากับลูกเพิ่มเป็นเกือบเท่าตัวนับจากปี พ.ศ. 2508-2554 และใช้เวลากับลูกมากกว่าผู้ชายในสหราชอาณาจักรและออสเตรเลีย โดยส่วนหนึ่งคาดว่าเป็นผลจากการที่ผู้หญิงเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้น และการปรับทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทของพ่อที่ดี





เรื่องเล็กน้อย

ในบางครั้ง...บางเรื่องเล็กน้อยก็อาจสื่อถึงบางสิ่งที่สำคัญได้

ครั้งหนึ่งมีแพทย์ท่านหนึ่งมาสมัครเรียนแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เขาต้องการทราบว่าวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินนี้เป็นอย่างไร ดังนั้นฉันจึงแนะนำให้เขาเดินไปท้ายโรงพยาบาลกับฉันเพื่อดูห้องปฏิบัติการ ซึ่งในวันนั้นมีการจัดสอนทำหัตถการขึ้นพอดี

ปกติฉันมักชนกระเป๋าและอุปกรณ์ติดตัวไปมากมาย ในขณะที่เขาเดินไปกับฉันนั้น เขาหิ้วกระเป๋าใบเล็ก ๆ เพียงใบเดียว แต่ฉันซึ่งเป็นผู้หญิงทั้งแบกเป้และหิ้วกระเป๋าคอมพิวเตอร์ใบใหญ่ไปด้วยจนเต็มทั้งสองมือ

ระหว่างทางเขาเฝ้าแต่ชวนฉันคุยเพื่อซักถามเกี่ยวกับสาขาวิชานี้ด้วยความสนใจเป็นอย่างมาก

ในช่วงเวลาสั้น ๆ ที่ได้พูดคุยกับเขา ทำให้ฉันเข้าใจเขาได้ดีว่าการเปิดห้องสัมภาษณ์เพื่อรับสมัครเรียนเสียอีก

ฉันตัดสินใจไม่รับเขาเพื่อเข้าเรียนแพทย์ประจำบ้านสาขา

ทั้งนี้เพราะช่วงเวลาเดินไปด้วยกันนั้นสั้นมาก ถ้าเพียงแต่เขาแสดงน้ำใจในการช่วยเหลือก็จะทำให้ฉันเห็นความดีในตัวของเขา มันเป็นการทดสอบเล็ก ๆ ให้เห็นบางอย่างในตัวเขา ซึ่งยืนยันได้มากกว่าคำพูดของเขาที่ว่า...เขาเป็นคนดี

การทำงานในสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินนั้นต้องร่วมงานกับผู้คนหลากหลายทั้งพยาบาล แพทย์เฉพาะทาง บุคลากรประจำศูนย์รถพยาบาล ตลอดจนอาสาสมัครกู้ชีพต่าง ๆ ซึ่งการมีน้ำใจช่วยเหลือกันเป็นเสน่ห์หนึ่งที่ช่วยให้เรา

ร่วมงานกันได้ง่ายขึ้น

บางครั้งเรื่องเล็ก ๆ ก็พิสูจน์ให้เห็นอะไรบางอย่างที่ลึกซึ้งได้

ในการทำงานร่วมกับอาจารย์แพทย์ท่านหนึ่ง เนื่องจากเขาทำงานเร็วมาก ทำให้หลายครั้งเกิดความผิดพลาดขึ้นบ่อยครั้งจนทำให้ฉันรู้สึกไม่โออยู่บ่อย ๆ

แต่มีคนบอกว่าในกันปั้งแล้วเขาเป็นคนดีพอสมควร

ฉันถามด้วยความสงสัยว่า “อะไรที่บอกว่าเขาดี”

หลังกิจกรรมวิชาการของแต่ละวัน หลายครั้งมีอาหารกลางวันหรืออาหารว่างที่ถูกส่งมามากเกินจำนวนคนเข้าประชุม

“ถ้าเป็นหมอแล้ว หมอจะอย่างไร?”

“อ้อ ก็ให้แพทย์ประจำบ้านเก็บไปกินกันตอนเย็นอีกทีสิคะ จะได้ไม่เสียของ” ฉันตอบอย่างเคยชิน

“แต่แพทย์ประจำบ้านก็มีกินเหลือเฟือแล้ว หลายครั้งพวกเขามักทิ้งอาหารไว้อย่างนั้น ซึ่งล้วน

แต่เป็นอาหารชั้นดี บางทีก็มาจากภัตตาคารอาหารญี่ปุ่นที่มีชื่อดัง ๆ”

“ปรากฏว่าอาจารย์แพทย์ท่านนี้เก็บอาหารเหล่านั้นแล้วนำไปให้แม่บ้านที่มาทำความสะอาดห้อง.....อาจารย์คิดว่าเขาให้เพื่อหวังผลอะไรไหมคะ”

ฉันเริ่มอึ้ง “เอ้อ ก็คงไม่หวังผลอะไรหรอกค่ะ”

“ใช่ค่ะ แล้วอาจารย์คิดว่าเขาให้แม่บ้านเพราะอะไร มันนับเป็นการให้ที่ไม่หวังผลได้ไหมคะ”

ฉันได้แต่อึ้งและต้องยอมรับไปโดยสยดุดีว่า...กันบึงเขาก็คงเป็นคนดีคนหนึ่ง เพราะได้กระทำดีโดยไม่หวังผลตอบแทน

ครั้งหนึ่งฉันมีโอกาสดำเนินการในการอบรมจิตตปัญญาศึกษา ซึ่งเป็นการรวบรวมผู้บริหารจากโรงพยาบาลในประเทศไทยจำนวนหนึ่งมาประชุมร่วมกัน...มีทั้งแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ๆ แพทย์อาวุโส และพยาบาลที่อยู่ในตำแหน่งบริหารต่าง ๆ

มีแพทย์รายหนึ่งที่มาประชุมมักชอบพูดจาโอ้อวดและชอบกินเหล้า ทำให้ฉันไม่ค่อยชอบขึ้นหน้าของเขาเลย

อยู่มาวันหนึ่งอาจารย์ได้นำพานดอกไม้มาวางไว้กลางวงล้อมของพวกเราที่นั่งพับเพียบกับพื้นห้อง จากนั้นก็แจ้งให้แต่ละคนคลานเข้าเข้าไปหยิบดอกไม้ออกจากถาดแล้วนำมาถือไว้คนละดอกเพื่อพิจารณาพิจารณาดอกไม้ของตนเอง

ระหว่างที่คลานไปหยิบดอกไม้ฉันนั้น ปรากฏว่ามีอยู่คนหนึ่งเกิดคิดว่าดอกไม้ออกมาแล้วทำให้ดอกไม้อื่น ๆ ที่พันกันอยู่ในถาดหล่นออกมานอกถาดกระเกระกะอยู่ทีพื้นประมาณ 4-5 ดอก

หลังจากนั้นพบว่าคนถัดไปยังคงทยอยเข้าไปหยิบดอกไม้ออกมาทีละคน แต่ไม่มีใครสนใจหยิบดอกไม้ที่ตกออกมานอกถาดคืนกลับเข้าไปในถาดเลย

ในเวลาต่อมาก็ถึงคิวของแพทย์คนที่ฉันไม่ชอบหน้าได้คลานออกไปเพื่อหยิบดอกไม้ ปรากฏว่าเขาค่อย ๆ บรรจงเก็บดอกไม้ที่หล่นตามพื้นคืนกลับใส่ถาดทีละดอกทีละดอกจนหมด จากนั้นจึงค่อยเลือกหยิบดอกไม้ของตนออกมาถือไว้เพียงดอกเดียวพร้อมกับคลานกลับออกมา

ทำให้ฉันรู้สึกประหลาดใจและทั้งในความละเอียดอ่อนในจิตใจของเขา

มาก

การเลือกหยิบดอกไม้คืนใส่ถาดแสดงถึงการใส่ใจในการทำเพื่อส่วนรวม ทำให้ฉันรู้สึกดีกับเขาขึ้นมาโดยทันที

ท้ายชั่วโมง อาจารย์ผู้สอนก็ให้ทุกคนเฝ้าพิจารณาดอกไม้ในมือของตนสักพัก แล้วอาจารย์ก็แจ้งให้ทุกคนทำการขยี้ดอกไม้ในมือของตนเองทิ้งเสีย

หลายคนทำใจไม่ได้ ถึงกับบ่นออกมาดัง ๆ ว่า

“เราทำไม่ลง เราคิดว่าดอกไม้เป็นของเราและรู้สึกผูกพันกับมันแล้ว”

หลังการอบรมครั้งนี้ อาจารย์ให้ทุกคนช่วยกันสรุปแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน ซึ่งต่างก็สรุปออกมาเป็นเสียงเดียวกันว่า...ทุกสิ่งไม่จริงมีมาแล้วก็มีไปอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น จึงไม่ควรยึดติดกับสิ่งใด

ทันใดนั้นก็ก็มีผู้ร่วมประชุมรายหนึ่งพูดถึงเหตุการณ์ที่แพทย์ท่านนั้นเก็บดอกไม้ที่หล่นออกมาคืนกลับสู่ถาด

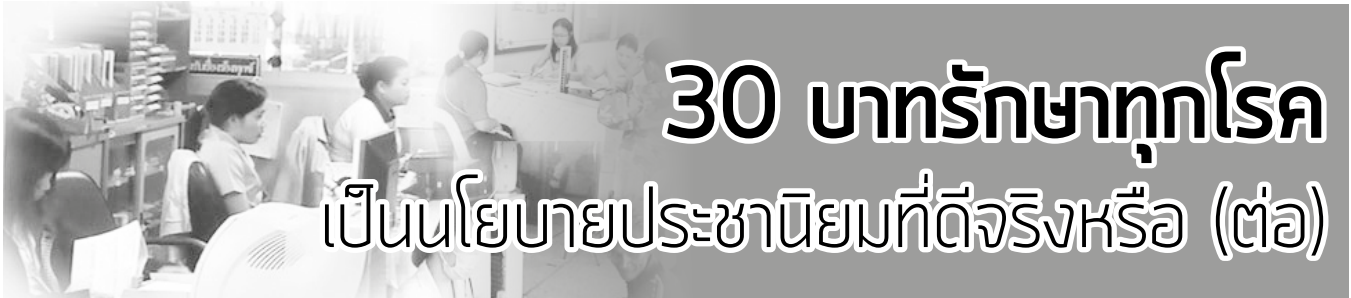
“ดอกไม้ที่หล่นออกมาสกปรกอยู่นานมาก จนกระทั่งถึงคิวของคุณธวัชซึ่งเขาค่อย ๆ บรรจงเก็บดอกไม้คืนกลับบนถาดอย่างเบามือ ทำให้รู้สึกประทับใจในการรู้จักให้และกระทำเพื่อส่วนรวม”

ฉันรู้สึกประหลาดใจมาก...นึกว่าเรื่องเล็กน้อยแบบนี้จะมีฉันเห็นอยู่ผู้เดียว แต่ปรากฏว่ามีอีกหลายคนในกลุ่มพากันพยักหน้าอย่างเห็นพ้องขึ้นมาพร้อมกัน อันแสดงว่ายังมีอีกหลายคนก็แอบเห็นการกระทำเล็ก ๆ นี้อยู่ จนเกิดเป็นความประทับใจขึ้นมาเช่นกัน

ในคนแต่ละคนมีหลายแง่มุม...ทั้งดีและไม่ดีปะปนกัน...เราเพียงมองหาแง่มุมด้านดีของเขาก็จะทำให้เราอยู่ร่วมกันได้ด้วยดี

ซึ่งบางครั้งแง่มุมด้านดี...อาจซ่อนอยู่ในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ





การที่โรงพยาบาลมีเงินไม่พอใช้จ่ายในการให้บริการรักษาประชาชน ทำให้รัฐบาลต้องเพิ่มงบประมาณรายหัวในการรักษาประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมากมาทุก ๆ ปี โดยที่เงินงบประมาณก็ยังไม่พอกับค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลหลายร้อยแห่งถึงกับขาดสภาพคล่อง กล่าวคือขาดเงินทุนหมุนเวียนในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์มาใช้ในการรักษาผู้ป่วย

เงินเหมาจ่ายรายหัวที่รัฐบาลจ่ายในปีแรกคือ 1,200 บาทต่อจำนวนประชาชน 1 คน ซึ่งในปีงบประมาณ 2557 (ตุลาคม พ.ศ. 2556 - กันยายน พ.ศ. 2557)⁽²⁾ เงินเหมาจ่ายรายหัวคือ 2,895.09 บาท เพิ่มขึ้นจากปีแรกไป 142% แต่ก็ยังนับว่าเป็นงบประมาณขาดดุล โดยมีจำนวนประชาชนทั้งสิ้นในระบบ 48 ล้านคน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 141,430.924 ล้านบาท

นอกจากนี้ยังมีงบประมาณสำหรับการรักษาในกลุ่มการเจ็บป่วยพิเศษแยกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ได้แก่ งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2,946.997 ล้านบาท งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 5,178.804 ล้านบาท งบบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 801.240 ล้านบาท งบค่าบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ 900 ล้านบาท และงบค่าตอบแทนบุคลากรอีก 3,000 ล้านบาท

โดยสรุปก็คืองบประมาณที่จ่ายผ่าน สปสช. ให้แก่หน่วยบริการรวมทั้งสิ้นเป็นเงิน 154,257.965 ล้านบาท ซึ่งในปีแรกงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวมีเพียง 56,400 ล้านบาท นับว่างบประมาณในโครงการ 30 บาทเพิ่มขึ้นถึง 97,857.965 ล้านบาท เพิ่มขึ้น 173.51% แต่ถึงแม้งบประมาณจะเพิ่มขึ้นมากมายเพียงใดก็ตาม โรงพยาบาลก็ได้รับงบประมาณไม่สมดุลอยู่ดี มีรายจ่ายมากกว่ารายรับและไม่สามารถจะขอจาก สปสช. เพิ่มได้

โรงพยาบาลจึงต้อง “ปรับขึ้นราคาค่ายาและค่าบริการทุกชนิด” เพื่อที่จะสามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ตามต้นทุนที่เป็นจริง

ทั้งนี้เมื่อก่อนนั้น โรงพยาบาลคิดราคาค่ายาและค่าบริการราคาถูกเพราะไม่ได้คิดเอาราคาค่าตึก ค่าเตียง ค่าเงินเดือน ฯลฯ มารวมเป็นต้นทุนในการดำเนินงาน เนื่องจากโรงพยาบาลได้รับงบประมาณเหล่านั้นจากงบประมาณแผ่นดินอยู่แล้ว โรงพยาบาลจึงสามารถคิดราคาค่าบริการในราคาต่ำ ๆ ได้ แต่เมื่อเกิดระบบ 30 บาทแล้ว โรงพยาบาลไม่ได้รับงบประมาณค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ขยายเตียง ซื้อเตียง จ่ายเงินเดือน ฯลฯ) จากรัฐบาลเลย และค่าเหมาจ่าย

รายหัวนั้นก็ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงที่โรงพยาบาลต้องใช้ในการรักษาผู้ป่วย

เมื่อโรงพยาบาลขึ้นราคาค่าบริการตามที่จริง สปสช. ก็ไม่มีเงินจ่ายตามราคาที่เรียกเก็บ สปสช. จึงคิดราคา “กลาง” สำหรับการรักษาแต่ละโรค ซึ่งราคากลางที่ สปสช. กำหนดนี้ก็ต่ำกว่าราคาค่าใช้จ่ายจริงของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนี้มีส่วนมาจากค่าเงินตกต่ำ ทำให้ราคายาและเวชภัณฑ์ทุกชนิดมีราคาสูงขึ้น

ถึงแม้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขจะคิดต้นทุนค่าบริการเพิ่มขึ้นตามราคาที่เป็นต้นทุนที่แท้จริง แต่ สปสช. ก็จ่ายเงินให้โรงพยาบาลไม่เท่ากับราคากลางที่ สปสช. กำหนดไว้เสียเอง โดยอ้างว่า “ไม่มีเงิน”

นอกจาก สปสช. จะจ่ายเงินค่าบริการให้ไม่ตรงกับต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและต่ำกว่าราคากลางที่ สปสช. กำหนดเองแล้ว สปสช. ยังจ่ายเงินล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น ในกรณีที่โรงพยาบาลส่งรายงานช้า ไม่ทันตามกำหนด สปสช. ก็ถือโอกาสไม่จ่ายเงินเลยก็มี

ฉะนั้น โรงพยาบาลต่าง ๆ ก็ยังประสบปัญหาการขาดทุนอยู่ต่อไป และผู้ป่วยก็ได้รับการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานอยู่ต่อไป

อย่างไรก็ตาม การที่ระบบ 30 บาทจ่ายเงินให้โรงพยาบาลไม่คุ้มทุน ทำให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หาวิธีที่จะ “ทำการบริหารจัดการการเงิน” เสียเอง โดยไม่ได้ทำตามกฎหมายของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น ไม่จ่ายเงินตามจำนวนประชาชน แต่ สปสช. เองงบประมาณมาแบ่งเป็นแต่ละโครงการ แต่ละกลุ่มโรคเสียเอง โดยไม่ได้รับฟังและแก้ปัญหาให้โรงพยาบาลแม้แต่น้อย ทำให้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขมีปัญหาการขาดสภาพคล่องเป็นจำนวนมาก ซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้บริหารสูงสุดในภาคราชการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเองยังมีตำแหน่งเป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่สามารถจะบอกกล่าวให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก้ปัญหาการขาดเงินในการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในระบบ 30 บาท จนในปีนี้มีข่าวว่าปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนปัจจุบันคือ นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ได้เปิดเผยกับหนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์⁽³⁾ ว่า กลไกการบริหารเงินของ สปสช. สร้างความทุกข์ให้เจ้าหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติงาน กล่าวคือ สปสช. แยกเงินเป็นหลากหลายกองทุน จำนวนรายการของโรงพยาบาลที่ต้องจัดส่งรายงานเพื่อแลกกับเงินมีมาก และงบค่าบริการถูกนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ ฯลฯ และยังมีการจ่ายเงินผ่าน สปสช. จังหวัดแทนที่จะจ่ายให้แก่หน่วยบริการโดยตรง ซึ่งไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ได้ทักท้วงและเรียกเงินคืนงบประมาณที่นำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์

นอกจากนี้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินได้ตรวจสอบพบว่า เลขาธิการ สปสช. ได้บริหารสำนักงานและบริหารกองทุนผิดถึง 7 ประเด็น เป็นการใช้จ่ายโดยไม่ถูกต้อง แต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในฐานะผู้กำกับการทำงานของเลขาธิการ สปสช. ก็ยังไม่ได้นำผลการสอบสวนลงโทษแต่อย่างใด

ในขณะที่หน่วยบริการสาธารณสุขขาดงบประมาณในการดำเนินการตลอดเวลานี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. กลับได้รับงบประมาณในการบริหารสำนักงานอย่างฟุ่มเฟือย ขยายสำนักงานสาขาไปทั่วประเทศ ทั้ง ๆ ที่เป็นสำนักงาน “จ่ายเงิน” เหมือนกรมบัญชีกลางเท่านั้น สำนักงานและสำนักงานสาขาของ สปสช. จึงต้องจ้างบุคลากรเพิ่มขึ้นมาก และบุคลากรเหล่านี้จะได้รับเงินเดือน/ค่าตอบแทนในอัตราสูงกว่าข้าราชการ โดยส่วนมากก็จะเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ลาออก

จากการทำงานด้านบริการสาธารณสุขไปทำหน้าที่บริหารจัดการด้านกองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งมีผลให้บุคลากรสาธารณสุขขาดแคลนอีกด้วย

นอกจากนั้นงบประมาณรายหัวที่รัฐบาลจ่ายให้ สปสช. เพื่อจ่ายเป็นค่ารักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่าง ๆ นั้น ยังรวมถึงงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งเงินค่าตอบแทนแก่บุคลากรที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยด้วย สปสช. ยังใช้เงินเหล่านี้ตามอำเภอใจ ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย เช่น การแบ่งงบประมาณเป็นโครงการย่อย ๆ แล้วหักค่าบริหารจากงบประมาณของโครงการอื่น ทั้ง ๆ ที่ สปสช. ก็ได้รับงบประมาณในการบริหารอยู่แล้วเป็นจำนวนมาก และ สปสช. ยังมีการเอางบประมาณไปซื้อยาและเวชภัณฑ์เอง (ทั้ง ๆ ที่ไม่ใช่หน้าที่ของ สปสช. ตามกฎหมาย) เช่น วัคซีน น้ำยาล้างไต ฯลฯ และได้ผลประโยชน์ตอบแทนหรือบางคนเรียกว่าเงินทอนหลายร้อยล้านบาท โดย สปสช. เอาเงินนี้ไปใช้จ่ายในการให้สวัสดิการเจ้าหน้าที่ของ สปสช. รวมทั้งเป็นค่าใช้จ่ายในการไปท่องเที่ยวต่างประเทศด้วย

ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวของ สปสช. นี้ได้ถูกสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินทักท้วงว่า ไม่ถูกต้องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 แต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ยังไม่ได้นำมาดำเนินการสอบสวนและลงโทษเลขาธิการ สปสช. ซึ่งรับผิดชอบในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพภายใต้การกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแต่อย่างใด

คณะกรรมการการสาธารณสุข ภูมิสภา ได้ดำเนินการศึกษาเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและปัญหาเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้สรุปว่า โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีปัญหาวิกฤติทางการเงินในระดับที่ต้องดำเนินการแก้ไขโดยเร่งด่วน พร้อมได้เสนอแนวทางแก้ไขแล้ว แต่ยังไม่มีการดำเนินการแก้ไขใด ๆ จากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁴⁾

และประธานวุฒิสภาได้ทำหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 เพื่อขอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาปัญหาของกระทรวงสาธารณสุข 3 ประการคือ⁽⁵⁾

1. งบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีจำกัด ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการประชาชน
2. อัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ไม่ได้เพิ่มขึ้น แต่อัตราผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น
3. อัตราการฟ้องร้องแพทย์เพิ่มมากขึ้น ทำให้แพทย์ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน การจะออกพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายควรให้การดูแลทั้งประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

ทั้งนี้ได้ขอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาแก้ไขปัญหาทั้ง 3 นี้ทั้งในเรื่องงบประมาณ อัตราบุคลากร และการคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์

แต่ดูเหมือนว่ากระทรวงสาธารณสุขเองก็ยังไม่ได้นำมาดำเนินการอย่างใดทั้งสิ้น ปัญหาทั้ง 3 ก็ยังดำรงอยู่ต่อไป มาตรฐานการแพทย์ก็ยังคงต่ำต่อไป

นอกจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะมีปัญหาเรื่องการขาดเงินงบประมาณแล้ว โรงพยาบาลระดับสูงที่รักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขก็ประสบปัญหาการขาดแคลนงบประมาณเช่นเดียวกัน

จะเห็นได้จากการโฆษณาทางทีวีของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ที่บอกกล่าวว่าการไปใช้บริการของโรงพยาบาลแห่งนี้ นอกจากผู้ป่วยจะได้รับการบริการแล้ว ผู้ป่วยเองก็จะมีส่วนเป็นผู้ให้ เพราะโรงพยาบาลนี้จะนำรายได้ไปช่วยผู้ด้อยโอกาสต่อไป

ฉะนั้น โดยสรุปก็คือ ระบบ 30 บาทรักษาทุกโรค จัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ ร่วมกับการบริหารการเงินผิดพลาด มีการใช้เงินผิดหมวดหมู่ ผิดวัตถุประสงค์ ไม่เป็นไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการเบียดบังงบประมาณไปใช้ใน สปสช. แทนที่จะใช้สำหรับหน่วยบริการ และมีการกำหนดรายการยาและการรักษาที่จำกัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่ดีที่สุด คุณภาพการรักษาตกต่ำ การแพทย์ในระบบ 30 บาทไม่มีโอกาสใช้ยาใหม่ที่มีคุณภาพดีขึ้น มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่มีมาตรฐานดีที่ดีที่สุด

มีแพทย์บางคนบอกว่า ผู้ป่วยในระบบ 30 บาท จะได้รับการรักษาตามมาตรฐานแล้วเท่าเทียมกัน

30 บาทรักษาทุกโรคจริงหรือ? คำตอบก็คือ “ไม่จริง”

ประชาชนทั่วไปจะได้ยินการโฆษณาชวนเชื่อจาก สปสช. เสมอว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” แต่ในความเป็นจริงแล้วมีหลายโรคที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. ไม่ยอมรักษา ได้แก่ โรคจากสารพิษที่ประชาชนในจังหวัดสระบุรีมีการเจ็บป่วยจากสารพิษจากโรงงานกำจัดขยะอุตสาหกรรม ทาง สปสช. ก็ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่ารักษา รวมทั้งการจำกัดสิทธิผู้ป่วยไตวายเรื้อรังให้เริ่มใช้การล้างไตทางหน้าท้องก่อนทุกคน หรือการไม่จ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติบางชนิด ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสที่จะหายจากอาการป่วย

และการที่ประชาชนใช้จ่ายอย่างทั้ง ๆ ขว้าง ๆ คงต้องหามาตรการที่เหมาะสมในการที่จะให้ประชาชนตระหนักว่า ถ้าช่วยกันใช้จ่ายเท่าที่จำเป็น ไม่เรียกร้องขอยาไปมาก ๆ แล้ว อาจจะมียาประมาณเหลือพอที่จะซื้อยาที่มีคุณภาพสูงและทันสมัยมาใช้รักษาประชาชนได้ดีขึ้น

ที่สำคัญก็คือ สปสช. ถูกตรวจสอบว่าใช้เงินผิดวัตถุประสงค์ ใช้เงินผิดกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เอาเงินที่ควรจะใช้ในหน่วยบริการประชาชนไปใช้ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งน่าจะเป็นการทุจริตหรือปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ แต่ยังได้รับการประเมินจากกระทรวงการคลังว่าเป็นหน่วยงานที่บริหารกองทุนดีเด่นถึง 3 ปีซ้อน (อาจจะเป็นไปได้ว่าผู้พิจารณาประกวดการบริหารกองทุนอาจจะได้ข้อมูลการบริหารที่ไม่ครบถ้วน)

ผู้เขียนจึงคิดว่า ถึงเวลาที่จะต้องทบทวนและแก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างแท้จริง คือได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน โรคที่ไม่สมควรตาย/พิการ ก็ไม่ต้องตาย/พิการ โรคที่ควรจะหายขาดก็จะหาย ไม่กลายเป็นโรคเรื้อรังเพราะดื้อยา (ไม่ตอบสนองต่อการรักษา) เนื่องจากได้รับยาที่มีคุณภาพต่ำ ทั้ง ๆ ที่ควรจะได้รับยาที่มีประสิทธิภาพสูง เนื่องจากข้อจำกัดของงบประมาณ และการได้รับยาไปแล้วใช้ไม่หมด ซึ่งนับเป็นการสูญเสียของเงินงบประมาณที่ต้องซื้อยาไปทิ้ง (เพราะประชาชนไม่เห็นคุณค่าของยาที่ได้มาฟรี ๆ)

เอกสารอ้างอิง

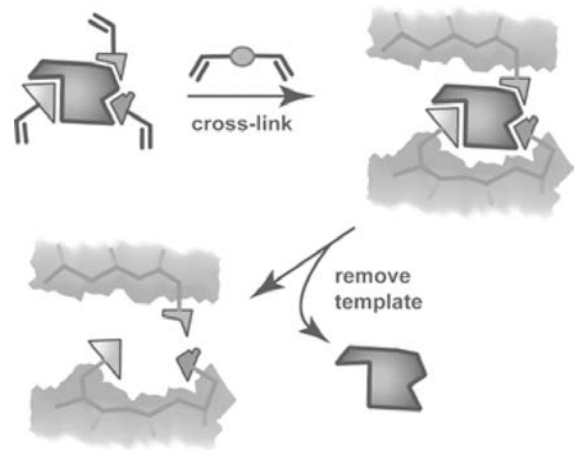
1. หนังสือมหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา
2. <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Nzlx>
3. <http://www.posttoday.com>
4. รายงานการพิจารณาการศึกษาเรื่อง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและปัญหาเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการการสาธารณสุข ภูมิสภา
5. หนังสือจากประธานวุฒิสภา ถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่ สว ๐๐๐๑/๐๗๒๕ ลงวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕

ปลดปล่อยยารักษาโรคตา จากเลนส์สัมผัส (ตอนที่ 3)

ระยะเวลาการปลดปล่อยยาจากเลนส์สัมผัสนั้นถือได้ว่าเป็นหัวข้อวิจัยสำคัญที่ได้รับความสนใจอย่างมากในปัจจุบัน เนื่องจากหากระยะเวลาการปลดปล่อยยาที่สั้นเกินไปจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการใช้งาน ทำให้ผู้ใช้ต้องมีการเปลี่ยนเลนส์สัมผัสบ่อยครั้ง ซึ่งจะลดความสะดวกและเพิ่มค่าใช้จ่าย ดังนั้น งานวิจัยส่วนใหญ่จึงเป็นการมุ่งเน้นการเพิ่มระยะเวลาการปลดปล่อยยาสำหรับทุกประเภทของยา โดยทั่วไปแล้ววิธีการใส่ยาในเลนส์สัมผัสที่ง่ายและสะดวกที่สุดคือ การแช่เลนส์สัมผัสในสารละลายของยาเพื่อให้เกิดการดูดซับเข้าไปในเลนส์ ซึ่งถึงแม้จะพบว่าปริมาณยาที่ปลดปล่อยออกมามีปริมาณสูงกว่าการหยอดยาตา แต่วิธีนี้มีข้อด้อยคือ ปริมาณการดูดซับนั้นยังคงค่อนข้างต่ำ โดยปริมาณการดูดซับนั้นจะขึ้นกับความเข้มข้นของสารละลายยาที่ใช้ ความหนาของเลนส์สัมผัส น้ำหนักโมเลกุลของยา ความสามารถในการละลายของยาในเจล นอกจากนี้อัตราการปลดปล่อยยาออกจากเลนส์สัมผัสที่ใส่ยาด้วยการแช่ในสารละลายยานั้นจะค่อนข้างรวดเร็วมาก โดยจะปลดปล่อยยาออกมาหมดภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้นมากเกินไป

แทนที่จะแช่ในสารละลายยาตามปกติ มีการศึกษาการใช้เทคนิคการประทับโมเลกุล (molecular imprint) ซึ่งทำโดยการสร้างช่องว่างในเนื้อเลนส์สัมผัสที่มีความสามารถในการยึดเกาะกับโมเลกุลของยาที่ต้องการใช้งานได้สูง ทำโดยการผสมยาที่ต้องการใช้งานเข้ากับมอนอเมอร์หรือสารตั้งต้นในการเตรียมพอลิเมอร์สำหรับผลิตเป็นเลนส์สัมผัส จากนั้นทำการบ่มให้แข็งตัวในระหว่างที่เกิดปฏิกิริยาพอลิเมอร์เซชันนั้น มอนอเมอร์ที่ใช้งานจะเข้าล้อมรอบยาและเกิดการแข็งตัวในลักษณะการจัดเรียงดังกล่าว เนื่องจากการเชื่อมขวางในระหว่างที่เกิดปฏิกิริยาเมื่อทำการสกัดยาและมอนอเมอร์ที่ไม่เกิดปฏิกิริยาออกก็ทำให้เกิดช่องว่างในเลนส์สัมผัสที่มีลักษณะที่รับรู้ลักษณะของโมเลกุลยาดังกล่าว เมื่อทำการใส่ยาเข้าไปอีกครั้งในเลนส์สัมผัสด้วยการแช่ในสารละลายยาจะทำให้โมเลกุลยาสามารถเข้าไปยึดเกาะได้ดีในรูปแบบที่เหมาะสมกับการยึดเกาะสูงสุดที่สร้างไว้ก่อนหน้านี้ ส่งผลให้มีประสิทธิภาพในการใส่ยาและช่วยชะลอการปลดปล่อยยาออกจากเลนส์สัมผัสได้โดยเทคนิคดังกล่าวได้นำไปทดลองการปลดปล่อยยาประเภทต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น ทีโมลอล (timolol), นอร์ฟล็อกซาซิน (norfloxacin), คีโททิเฟน ฟูมาเรต (ketotifen fumarate) และกรดไฮยาลูโรนิก เป็นต้น จากการศึกษาในกระต่าย

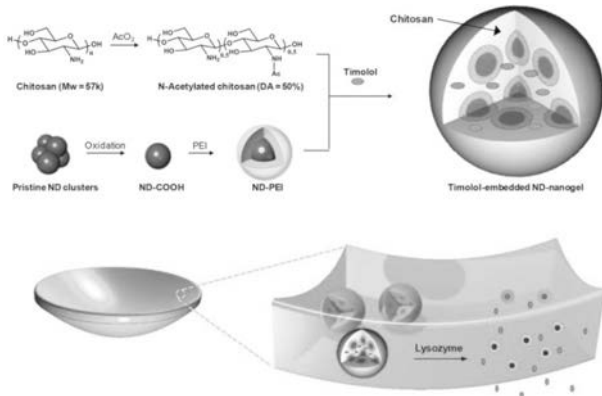
ทดลองพบว่า เลนส์สัมผัสแบบนิ่มที่ใส่ยาทีโมลอลด้วยวิธีประทับโมเลกุลนี้สามารถคงความเข้มข้นของยาในน้ำตาได้นานกว่าสองเท่าเมื่อเทียบกับการแช่เลนส์สัมผัสในสารละลายยาโดยตรงเท่านั้น หรือนานกว่าสามเท่าเมื่อเทียบกับการหยอดยาตา



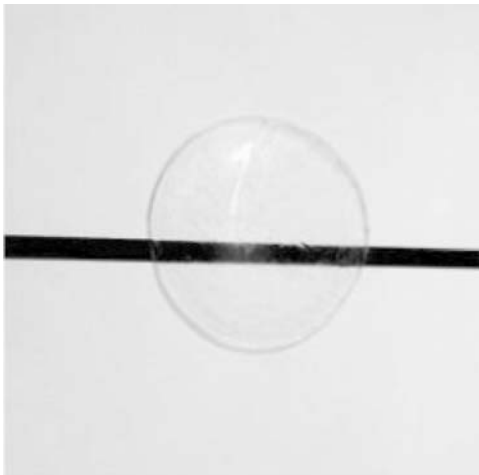
ภาพแสดงหลักการการประทับโมเลกุลยาสำหรับการใส่ยาในเลนส์สัมผัส^[10]

เทคนิคการห่อหุ้ม (encapsulation) ถือได้ว่าเป็นเทคนิคที่ได้รับความนิยมในการควบคุมและเพิ่มระยะเวลาการปลดปล่อยยา โดยเป็นการห่อหุ้มยาโดยสารอื่นเพื่อป้องกันหรือชะลอการสัมผัสกับของเหลวโดยตรงที่จะทำให้เกิดการละลายของยา ซึ่งเทคนิคนี้ก็ได้รับความสนใจที่นำมาประยุกต์ใช้สำหรับการปลดปล่อยยาจากเลนส์สัมผัสเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างที่สำคัญเมื่อเทียบกับการใช้งานประเภทอื่นคือ การใช้เทคนิคการห่อหุ้มนี้จะต้องไม่ส่งผลต่อความใสหรือสมบัติทางด้านแสงของเลนส์สัมผัส ได้มีการใช้ออนุภาคนาโนในการห่อหุ้มโมเลกุลของยาไว้เพื่อผสมลงไปในเลนส์สัมผัส ด้วยขนาดที่เล็กของอนุภากดังกล่าวจึงทำให้มีผลกระทบต่อภาระเงาของแสงน้อยมาก ทำให้สมบัติทางทอมองเห็นของเลนส์สัมผัสไม่เปลี่ยนแปลงไป โดยอนุภาคนาโนนี้จะได้รับการออกแบบให้สามารถยึดเกาะกับโมเลกุลยาได้ดีโดยปรับแต่งสมบัติความชอบน้ำหรือความเป็นขั้วให้ตรงกับลักษณะของโมเลกุลยา ทำให้มีความเสถียรและลดความสามารถในการแพร่ออกมาได้ง่าย จึงสามารถเพิ่มระยะเวลาในการปลดปล่อยยาได้มาก โดยอนุภาคนาโนนี้สามารถเตรียมขึ้นได้จากวัสดุหลายประเภท เช่น ไลโปโซม ไฮโดรเจล และพอลิเมอร์ ทั้งนี้ระยะเวลาในการปลดปล่อยยานั้นสามารถที่จะปรับแต่ง

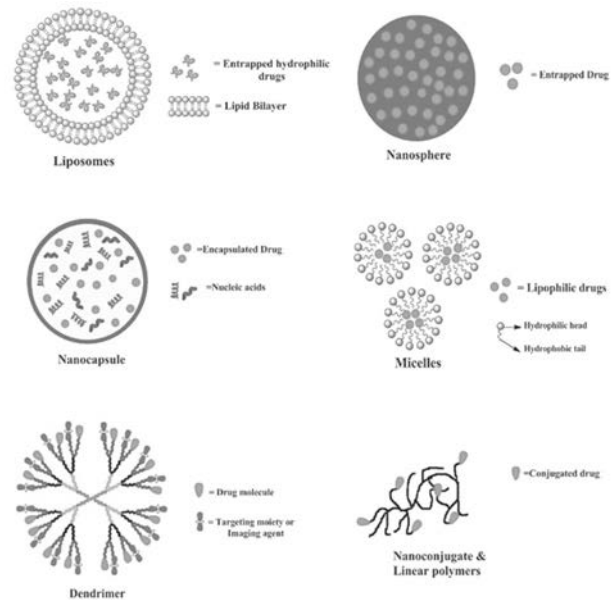
ได้ตั้งแต่ในเวลาไม่กี่ชั่วโมงไปจนถึงหลายสัปดาห์ ขึ้นอยู่กับประเภทของยาและอนุภาคนาโนที่เลือกใช้งาน โดยได้มีการทดลองใส่ยาทีโมลอล (timolol), ไซโคลสปอริน (cyclosporine) และ ไดโคลฟีแนค (diclofenac) เป็นต้น



ภาพแสดงตัวอย่างการใช้อนุภาคนาโนในการใส่ยาทีโมลอลเพื่อการปลดปล่อยยาจากเลนส์สัมผัส^[11]



ภาพตัวอย่างแสดงความใสของเลนส์สัมผัสที่ผลิตขึ้นที่ภายในบรรจุอนุภาคนาโนสำหรับการปลดปล่อยยาทีโมลอล^[11]



ภาพแสดงตัวอย่างของอนุภาคนาโนจากวัสดุประเภทต่าง ๆ ที่พัฒนาสำหรับการปลดปล่อยยา^[12]

นี่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของเทคนิคในการเพิ่มระยะเวลาการปลดปล่อยยาจากเลนส์สัมผัส ในบทความตอนหน้า เรามาดูกันเพิ่มเติมว่าพัฒนาการทางด้านการเพิ่มระยะเวลาการปลดปล่อยยาจากการใช้เลนส์สัมผัสจะมีเทคนิคใดอีกบ้าง



เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.verticalpharmacy.net/eyecare/timolol-eye-drops-430.html>
2. <http://journal.frontiersin.org/Journal/10.3389/fphar.2012.00188/full>
3. <http://www.dryeye.org/inserts.htm>
4. <http://www.intechopen.com/books/biomedical-engineering-frontiers-and-challenges/photocrosslinkable-polymers-for-biomedical-applications>
5. <http://www.clspectrum.com/articleviewer.aspx?articleID=107608>
6. http://www.eurekalert.org/pub_releases/2010-03/acs-cll030910.php
7. http://www.masseyandear.org/news/press_releases/archived/2013/2013_Drug_Dispensing_Contacts/
8. <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/03/100324121002.htm>
9. A. Guzman-Aranguel, B. Colligris, J.J. Pintor (2013) Ocul. Pharmacol. Ther., 29(2), pp. 189-99.
10. S. C. Zimmerman and N. G. Lemcoff (2004) Chem. Commun. pp. 5-14.
11. Ho-Joong Kim, Kangyi Zhang, Laura Moore and Dean Ho (2014) ACS Nano, 8(3), pp. 2998-3005.
12. <http://www.meajo.org/article.asp?issn=09749233;year=2013;volume=20;issue=1;page=26;epage=37;aulast=Xu>

CELEBRATE
The
60th
PRIDE
CHILDREN'S
HOSPITAL



การประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ “สุขภาพเด็กแห่งชาติ” ครั้งที่ 15

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

The 15th Annual Pediatric Meeting of
National Child Health

**‘From National Health Authority (NHA) to
ASEAN Community (AC)’**



25 - 27 June 2014

Landmark Bangkok Hotel (Sukhumvit)



Download ใบสมัครเข้าร่วมประชุม ได้ที่ www.childrenhospital-training.com

หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณนงรัตน์ จันท์ / คุณวไลพร บุญเดี้ยว

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

www.childrenhospital-training.com





Siriraj International Conference in Medicine and Public Health

SICMPH 2014 | 21-25 JULY

@ Faculty of Medicine Siriraj Hospital,
Mahidol University, Thailand

Healthcare for the AEC



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

February 15 - June 15, 2014

Contact : siriraj.conference@gmail.com



การแก้ไขสายตาผิดปกติ (สั้น-ยาว) ด้วยเลเซอร์แบบ “Bladeless Laser” ด้วยเครื่อง “Femtosecond Laser” (เครื่องแยกชั้นกระจกตาด้วยเลเซอร์ โดยไม่ใช้ใบมีด)

ฝ่ายจักษุวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกันศึกษาวิจัย ค้นคว้า และฝึกฝน โดยการนำเอาเทคโนโลยีที่ล้ำหน้า ทันสมัย มาใช้ในการบริการแก่ประชาชน อาทิ การนำเครื่อง “Femtosecond Laser” มาใช้ในการผ่าตัดแก้ไขสายตาผิดปกติด้วยวิธี LASIK ซึ่งเป็นการผ่าตัดโดย “ไม่ใช่ใบมีด” นับเป็นการนำมาตราฐานการรักษาที่เทียบเคียงกับต่างประเทศ ทั้งยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้มารับบริการ อีกทั้งยังเป็นการขยายฐานบริการทางการแพทย์ รองรับบริการก้าวสู่ประชาคมอาเซียนในอนาคตอันใกล้ได้อีกด้วย

ฝ่ายจักษุวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีพันธกิจสำคัญในการจัดการเรียนการสอนทางด้านจักษุวิทยา ทั้งในระดับปริญญาบัณฑิต และระดับบัณฑิตศึกษา โดยมุ่งเน้นที่จะผลิต “จักษุแพทย์” ที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการด้านจักษุวิทยา ที่ถึงพร้อมด้วยคุณธรรมและจริยธรรม สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคมได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นที่จะพัฒนางานด้านการรักษาและงานวิจัยทางจักษุวิทยาควบคู่กันไป

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ภาควิชาจักษุวิทยา/ฝ่ายจักษุวิทยา ได้พัฒนาเติบโตมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีผลงานที่โดดเด่นและน่าเชื่อถือมาสู่สถาบัน อาทิ...

1. ด้าน “การบริการ”

ฝ่ายจักษุวิทยานับเป็น “สถาบันแรกในประเทศไทย” ที่ได้ทำ “การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา” ทั้งยังได้ริเริ่มจัดตั้ง “โครงการผ่าตัดตาแบบผู้ป่วยนอก Day Surgery” ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ฝ่ายจักษุวิทยายังเป็นทีมนำร่องโครงการพัฒนาคุณภาพโดยแนวคิด “Lean” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงานบริการ ซึ่งทำให้ได้รับรางวัลในงาน Quality Market และเป็นตัวอย่างให้สถาบันอื่นนำไปปฏิบัติตาม นอกจากนี้ฝ่ายจักษุวิทยายังมีนวัตกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมด้านงานบริการ เช่น “หมอนคว่ำหน้า” สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตา ซึ่งได้รับรางวัลด้านนวัตกรรมจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สำหรับหน่วยกระจกตา ฝ่ายจักษุวิทยา นับเป็น “ทีมงานแรกในประเทศไทย” ที่ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาได้สำเร็จ และยังได้จัดตั้ง “ศูนย์ดวงตา” และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ “แก้วตาใจ” โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชาฯ นี้ได้ทำการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาให้แก่ผู้ป่วยยากไร้ไปแล้วจำนวน 80 ดวง นอกจากนี้ยังได้จัดตั้ง “ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการบริการกระจกตาและฝังดวงตา” โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (CU Stem Cell Transplantation) เพื่อรักษาผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ นับเป็น “แห่งแรกในประเทศไทย” ที่ผลิตและเตรียมเยื่อหุ้มรกไว้ใช้ในการรักษาโรคผิวหนังกระจกตาของผู้ป่วยด้วย

ในด้านอื่นนั้น หน่วยโรคต้อหิน ภาควิชาจักษุวิทยา/ฝ่ายจักษุวิทยา ยังเป็นผู้นำเอา “เครื่องตรวจลานสายตาอัตโนมัติ” มาใช้เป็น “แห่งแรกของประเทศไทย” และยังได้จัดตั้ง “ศูนย์วิเคราะห์ข้อผิดพลาด” เพื่อวินิจฉัยโรคต้อหิน ซึ่งมีผลงานวิจัยต้อหิน

ในคนไทยที่ได้รับการตีพิมพ์ไปทั่วโลก

2. ด้าน “วิชาการ”

ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นสถาบันแห่งแรกที่เริ่มการใช้หลักสูตร “ประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก สาขาจักษุวิทยา” และเป็นหลักสูตรที่สถาบันต่าง ๆ ได้นำไปใช้เป็น “ต้นแบบ” ในการจัดการเรียนการสอนโดยเฉพาะ นอกจากนี้ยังมีระบบการบริหารจัดการแพทย์ประจำบ้านอย่างดีเยี่ยม

นอกจากนี้ภาควิชาจักษุวิทยายังได้ดำเนินการเชื่อมโยงด้านวิชาการไปสู่ประเทศในภูมิภาคอาเซียน โดยได้ลงนามบันทึกความเข้าใจ (MOU) กับ Ho Chi Minh City Eye Hospital ประเทศเวียดนาม โดยเฉพาะ Danang Eye Hospital ได้ส่งแพทย์มาศึกษาอบรมที่ภาควิชา 8 คน ทั้งยังได้ให้ความร่วมมือในการฝึกอบรมจักษุแพทย์จากประเทศลาว และประเทศกัมพูชา เพื่อแลกเปลี่ยนกิจกรรมด้านวิชาการ งานวิจัย รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างอาจารย์ แพทย์ประจำบ้านต้อยอด และแพทย์ประจำบ้าน อันจะนำไปสู่ความร่วมมืออื่น ๆ ต่อไปในอนาคต

3. ด้าน “การวิจัย”

ภาควิชาจักษุวิทยามีผลงานตีพิมพ์ในระดับ “นานาชาติ” มากมาย รวมถึงการที่คณาจารย์ของภาควิชาได้รับเชิญให้ไปบรรยายทางวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นประจำ

ภาวะสายตาสั้นผิดปกติ

ภาวะสายตาสั้นผิดปกติ คือ ภาวะที่แสงเข้าสู่ลูกตา เกิดการหักเห แล้วไม่ตกลงพอดีที่จุดรับภาพ (ไมโฟกัสที่จอประสาทตาพอดี) ส่งผลให้มองเห็นภาพไม่ชัดเจน ภาวะสายตาสั้นผิดปกติ ได้แก่

1. สายตาสั้น เกิดจากที่กระจกตามีความโค้งมากขึ้น หรือการที่ลูกตาใหญ่กว่าปกติ แสงโฟกัสก่อนถึงจอประสาทตา เกิดภาพหน้าจอประสาทตา แก้ไขได้โดยการใส่ “เลนส์เว้า”

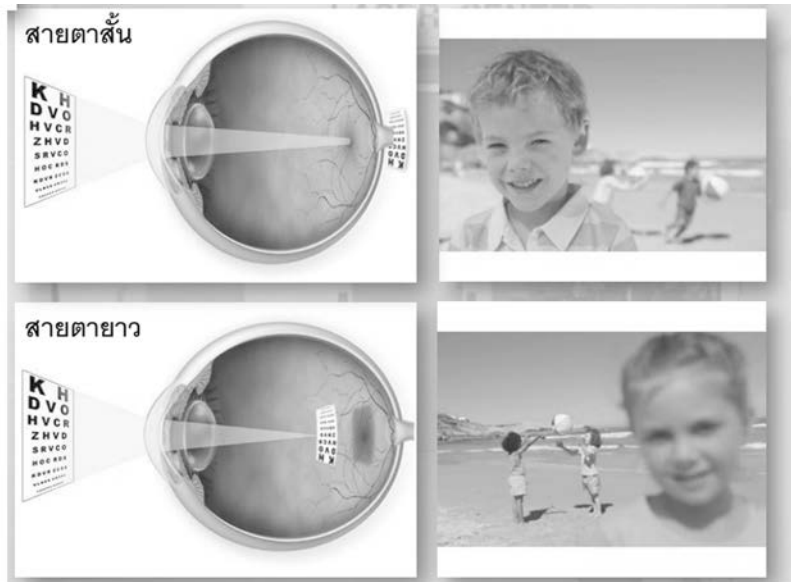
2. สายตาเอียง เกิดจากการที่กระจกตามีความโค้งในแต่ละแนวไม่เท่ากัน แสงในแต่ละแนวแกน

โฟกัสคนละจุด แก้ไขโดยการใส่ “เลนส์ถากล้วย”

3. สายตายาว เกิดจากการที่กระจกตาแบน หรือลูกตาสั้นกว่าปกติ แสงโฟกัสหลังจอประสาทตา แก้ไขโดยการใส่ “เลนส์นูน”

สายตายาวตามวัย

สายตายาวตามวัย หรือสายตาสั้นตามวัย เกิดจากการที่กล้ามเนื้อตาที่มีหน้าที่หดตัวเพื่อเพ่งเวลามองใกล้เกิดการเสียความยืดหยุ่นตามอายุ จึงทำให้มองไม่เห็นสิ่งที่อยู่ใกล้ หรือมองใกล้ได้ไม่ชัดเจน เช่น เวลาอ่านหนังสือ หรือมองหน้าจอโทรศัพท์ ภาวะเช่นนี้เกิดขึ้นในคนที่สายตาสั้นทุกคน เมื่อมีอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป แก้ไขโดย “การใส่เลนส์นูน” เพื่อช่วยโฟกัสเวลามองใกล้



การแก้ไขภาวะสายตาสั้นผิดปกติด้วยเลเซอร์

ในรายที่ไม่ต้องการแก้ไขภาวะสายตาสั้นผิดปกติโดยการใส่แว่น สามารถใช้ “เลเซอร์ยิง” เพื่อปรับรูปกระจกตาให้มีลักษณะคล้ายเลนส์เว้า เลนส์นูน เลนส์ถากล้วย สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

1. LASIK : Laser-Assisted In Situ Keratomileusis (เลสิก)

เป็น “การแยกชั้นกระจกตาออกเป็นฝา” ก่อนทำการยิงเลเซอร์ หลังจากที่ทำการศึกษาปรับรูปกระจกตาด้วยเลเซอร์แล้ว จักษุแพทย์ก็จะปิดฝากระจกตา

กลับเข้าไป วิธีนี้จะทำให้การมองเห็นกลับมาปกติรวดเร็ว และไม่เจ็บปวด มีเพียงแต่อาการระคายเคืองเล็กน้อยเท่านั้น การแยกชั้นกระจกตาสามารถทำได้ 2 วิธี คือ

1.1 แยกชั้นด้วยใบมีด (Blade LASIK) ใช้ใบมีด ที่เรียกว่า “ไมโครเคอราโตม” (Microkeratome) ในการแยกชั้นกระจกตา

1.2 แยกชั้นด้วยเฟมโตเซคอนด์เลเซอร์ (Femtosecond laser or Bladeless LASIK) ศูนย์เลเซอร์สายตาสายตาจุฬาฯ ใช้เครื่อง “เฟมโตเซคอนด์เลเซอร์ LDV” ซึ่งมีความแม่นยำสูง ในการแยกชั้นกระจกตา ฝาที่กระจกตาแยกโดยเลเซอร์จะบาง เรียบ และสม่ำเสมอมากกว่าการแยกโดยใบมีด

2. SBK : Sub-Bowman Keratomileusis (เลสิกฝาบาง โดยใช้ใบมีดเฉพาะ)

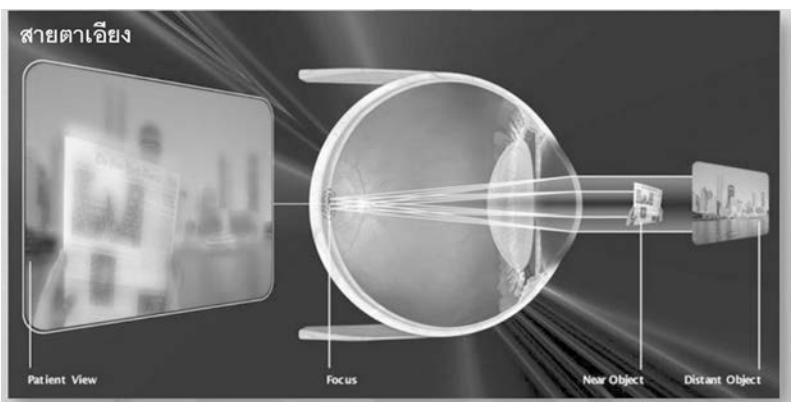
เป็น “การใช้ใบมีดชนิดพิเศษในการแยกชั้นกระจกตา” ทำให้ได้ฝากระจกตาทันที และมีความหนาสม่ำเสมอ วิธีนี้ทำให้เหลือพื้นที่กระจกตาสำหรับการใช้เลเซอร์รักษามากขึ้น ทำให้สามารถแก้สายตาสั้นระดับมากได้ และช่วยลดภาวะตาแห้งหลังผ่าตัด

3. PRK : Photorefractive Keratectomy (พีอาร์เค)

เป็น “การใช้ใบมีดชนิดพิเศษในการแยกชั้นกระจกตา” ก่อนยิงเลเซอร์ ไม่มีการแยกชั้นกระจกตาเหมือนการทำ LASIK หรือ SBK หลังทำแผลจึงหายสนิท ไม่มีรอยแยกชั้น หรือฝา แต่วิธีนี้จะมีอาการเจ็บปวดในช่วง 3-5 วันแรกมากกว่า เหมาะสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงตาผิดปกติไม่มาก ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง หรือผู้ที่ต้องการให้เห็นผลผ่าตัด เช่น นักบิน ทหาร เป็นต้น

4. Epi LASIK (อีพีเลสิก)

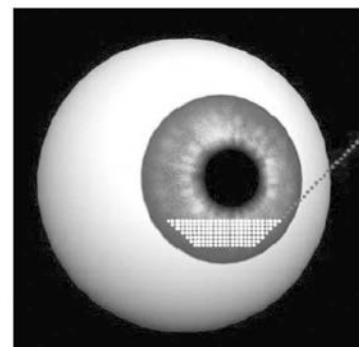
พัฒนามาจากข้อดีของเลสิก และ PRK โดยการใช้เครื่องมือ (Separator)



ในการแยกชั้นกระจกตา ทำให้เหลือความหนาของกระจกตามากขึ้น สามารถแก้ไขสายตาของผู้ป่วยที่มีกระจกตาบาง และลดความเจ็บปวด พื่นตัวได้เร็ว โดยยังคงความปลอดภัยและช่วยลดภาวะตาแห้ง

เลเซอร์เทคโนโลยีใหม่! “เฟมโตเซคอนด์เลเซอร์” (Femtosecond Laser)

เฟมโตเซคอนด์เลเซอร์ (Femtosecond Laser) เป็นเทคโนโลยีใหม่ที่ใช้เลเซอร์ในการตัดแยกชั้น



ภาพจำลองแสดงลักษณะของเฟมโตเซคอนด์เลเซอร์ ขณะทำการแยกชั้นกระจกตา

กระจกตา มีความแม่นยำสูงมาก และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในด้านประสิทธิภาพการรักษา

หน่วยกระจกตา ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้นำ “เฟมโตเซคอนด์เลเซอร์” (Femtosecond Laser) มาใช้ตัดแยกชั้นผิวกระจกตา เพื่อทำเลเซอร์แก้ไขสายตา ด้วยวิธีเปิดผ่ากระจกตา (เฟมโตเลสิก) การใช้เฟมโตเซคอนด์เลเซอร์ทำให้สามารถกำหนดชั้นความหนาของฝาได้บาง แม่นยำ ขอบแผลเรียบ ทำให้ผิวกระจกตาสมานได้เร็ว เมื่อเทียบกับวิธีเดิมคือ ใช้ใบมีด (Microkeratome)

เครื่อง Femto LDV Z6 นี้เป็นเครื่องเฟมโตเซคอนด์เลเซอร์ “รุ่นใหม่ ! ล้ำสุด !” จากประเทศสวีเดนซึ่งมีข้อดีกว่าเครื่องอื่น ๆ ทั่วไปคือ ใช้พลังงานต่ำ มีความเร็วในการยิงสูง และสามารถปรับมุมของขอบการแยกชั้นกระจกตาได้

- สามารถกำหนดขนาดของผ่ากระจกตาได้ตั้งแต่ 6.5-10.0 มิลลิเมตร

- สามารถกำหนดความหนาของฝา

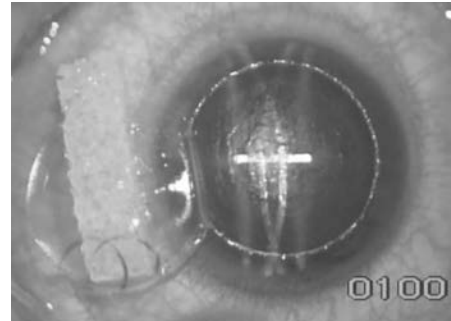
กระจกตาได้ตั้งแต่ 90-180 ไมครอน

- สามารถกำหนดมุมที่ขอบของการ

ตัดได้ตั้งแต่ 30° - 150°

นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมที่สามารถ

ปรับเปลี่ยนใช้งานได้หลากหลาย



ภาพแสดงลักษณะผ่ากระจกตาที่แยก
โดยเครื่องเฟมโตเซคอนด์เลเซอร์

การเปรียบเทียบ

ตารางเปรียบเทียบการแยกชั้นกระจกตาด้วยใบมีดและเฟมโตเซคอนด์เลเซอร์

	Microkeratome (Blade LASIK)	Femtosecond laser (Bladeless LASIK)
ความแม่นยำ	✓	✓✓✓
ความเรียบและความสม่ำเสมอของผ่ากระจกตา	✓	✓✓✓
ความหนาของผ่ากระจกตา	130 ไมครอน	90-180 ไมครอน
ขนาดของผ่ากระจกตา	ขึ้นกับขนาดของวงกรอบใบมีด	สามารถกำหนดขนาดของผ่ากระจกตาได้ตั้งแต่ 6.5-10.0 มิลลิเมตร
โอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการแยกชั้น		
- การแยกชั้นไม่สมบูรณ์	✓	✓✓
- ผ่ากระจกตาสึกขาด	✓✓	✓
- ผ่ากระจกตาทุดุดออกทั้งแผ่น	✓✓	✓
- เลือดออกใต้ผ่ากระจกตา	✓✓✓	✓
- กระจกตาลอก	✓✓✓	✓
- ความดันตาสูง	✓✓	✓
- การเกิดฟองอากาศบ่งแสงเลเซอร์	-	✓
การติดกลับของแผ่นผ่ากระจกตา		รวดเร็วและติดแน่นกว่า เห็นรอยแผลเป็นน้อยกว่า
การเปิดผ่ากระจกตาซ้ำในกรณีที่ต้องทำการรักษาเพิ่ม	ทำได้ง่าย	ทำได้ยากกว่า
การมองเห็นและความคมชัดของภาพ	✓✓	✓✓✓



ผลการรักษา

จากการใช้งานเครื่อง “เฟมโตเซคอนด์เลเซอร์ LDV” ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 79 ดวงตา พบว่าผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ หลังทำการรักษาด้วยเลเซอร์แก้ไขค่าสายตาด้วยเฟมโตเลสิกด้วยเครื่อง Femto LDV Z6 พบว่าการมองเห็นของคนไข้ดีขึ้น มองเห็นได้ไม่น้อยกว่า 20/20 ถึง 86.67% และไม่น้อยกว่า 20/25 สูงถึง 98.33% ที่ 1 เดือน โดยไม่ต้องใช้แว่นสายตา และมีความปลอดภัยสูง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ทำให้การมองเห็นแย่ลง นอกจากนี้ยังพบว่าการมองเห็นดีขึ้นเร็วกว่าการทำเลสิกที่เปิดผ่าโดยใช้ใบมีด

ความสามารถอื่น ๆ (เครื่อง Femto LDV Z6)

นอกจากนำไปใช้ตัดแยกชั้นผิวกระจกตาเพื่อทำ LASIK แล้ว เครื่อง Femto LDV Z6 ยังมีโปรแกรมที่สามารถนำมาใช้รักษาโรคอื่น ๆ ทางกระจกตาได้อีกด้วย อาทิ

- ตัดเขาะร่องกระจกตา เพื่อใส่ท่อรักษาโรคกระจกตาโป่ง (corneal track for intracorneal rings)
- ตัดสร้างช่องในกระจกตา เพื่อใส่เลนส์แก้วสายตายาวตามอายุ (corneal pocket for ICO lens)
- ตัดกระจกตา สำหรับผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายกระจกตา (donor and recipient corneal preparation for keratoplasty)

ในอนาคต เครื่อง Femto LDV Z6 ยังสามารถที่จะพัฒนาติดตั้งกับเครื่อง optical coherence tomography (OCT) ซึ่งสามารถถ่ายภาพกระจกตา 3 มิติแบบ real time ขณะทำผ่าตัดได้ ทำให้การผ่าตัดมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถพัฒนานำไปใช้ในการผ่าตัดต้อกระจกได้ในอนาคตอีกด้วย



การรักษาภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ในการฟอกไตทางช่องท้อง

การฟอกไตทางช่องท้อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) เป็นการรักษาทดแทนไตวิธีหนึ่ง ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตทางช่องท้องเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกรายสามารถรับการรักษาทดแทนไตด้วยวิธีฟอกไตทางช่องท้องเป็นวิธีแรกโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยเน้นให้ผู้ป่วยทำด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือ อุปกรณ์ และทรัพยากรต่าง ๆ มากเหมือนวิธีฟอกเลือด ส่งผลให้ในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นมาก แม้การฟอกไตทางช่องท้องเป็นวิธีรักษา



ทดแทนไตที่เพิ่มอัตราการรอดชีพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบบ่อยคือภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและการสิ้นสุดการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตทางช่องท้อง

สาเหตุของภาวะเยื่อในช่องท้อง

อักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตทางหน้าท้องมักเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียบริเวณสายที่ใส่เข้าไปในช่องท้อง การรักษาภาวะนี้สามารถทำได้หลายวิธี จากการรวบรวมข้อมูลในฐานข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า การให้ยาปฏิชีวนะทางช่องท้องให้ผลดีกว่าการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด และพบว่ายากลุ่ม glycopeptides ให้ผลการรักษาดีกว่าการให้ยา first generation cephalosporins นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีความจำเป็นที่ต้องทำการล้างข้อต่อโรค อาจจำเป็นต้องใช้ยาละลายไฟบรินในบางครั้ง

กล่าวโดยสรุป การรักษาภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการฟอกไตทางหน้าท้องพบว่า การให้ยาปฏิชีวนะใส่เข้าไปในช่องท้องให้ผลการรักษาดีกว่าการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด



อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ (Geriatric Trauma)

แม้ผู้สูงอายุจะประสบอุบัติเหตุได้น้อยกว่าคนอายุน้อย แต่มักเสียชีวิตได้ง่ายกว่าเพราะความเสื่อมของร่างกายตามวัย มีโรคประจำตัว และการที่แพทย์ไม่มีความรู้เรื่องพยาธิสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ถ้าได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและรีบด่วนมักทำให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติได้เป็นอย่างดี

โดยทั่วไปพบว่า > 80% ของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บก็สามารถฟื้นตัวเป็นปกติได้ภายหลังการรักษาที่เหมาะสม

ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุจะได้รับบาดเจ็บจนถึงเสียชีวิตได้ 3 ทางคือ สิ้นหกล้ม (พบบากที่สุด) อุบัติเหตุรถชน และ แผลไฟไหม้ เรียงตามลำดับของอุบัติการณ์ที่พบบากไปสู่น้อย

ผู้สูงวัยมักหกล้มง่ายเนื่องจากมีระบบประสาทและกล้ามเนื้อทำงานประสานกันไม่ดี ผู้สูงวัยมักเดินช้า ตามองไม่ชัด การได้ยินเสียงและความจำไม่ดี รวมทั้งมักมีอาการเวียนศีรษะจึงพลัดตกหกล้มได้ง่าย

นอกจากนี้บางรายรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด เช่น warfarin (coumadin), clopidogrel (plavix) ซึ่งทำให้เลือดออกไม่หยุดเมื่อเกิดบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย บางรายเมื่ออยู่ในภาวะช็อกก็ไม่มีหัวใจเต้นเร็วเพื่อชดเชย ทั้งนี้เพราะรับประทานยา beta-blocker อยู่

Airway

ผู้ป่วยสูงอายุควรให้ดมออกซิเจนในเบื้องต้นเพราะผู้สูงอายุมักมีสภาวะการทำงานของปอดและหัวใจที่ไม่ดีอยู่ก่อนแล้ว ถ้ากรณีความดันเลือดต่ำ บาดเจ็บที่หน้าอก หรือไม่รู้สึกรับตัวก็ควร

พิจารณาใส่ท่อทางเดินหายใจ (endotracheal tube) โดยทันที

การช่วยหายใจต้องประเมินสภาพช่องปาก ความเปราะบางของคอหอยส่วนจมูก (nasopharynx) ลิ้นโตคับปาก ช่องปากแคบ และกระดูกต้นคออักเสบหรือไม่ ถ้าไม่มีฟันจะทำให้ครอบหน้ากากออกซิเจนได้ไม่กระชับกับหน้า ในกรณีมีการอักเสบที่ temporomandibular joints หรือกระดูกต้นคอจะทำให้ใส่ท่อทางเดินหายใจได้ยาก เวลาได้รับบาดเจ็บที่คอเล็กน้อยก็อาจกลายเป็นรุนแรงมากได้จากการที่ laryngeal cartilage เสื่อมและมีหินปูนมาเกาะอยู่แล้ว

Breathing

ในผู้สูงอายุมักมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมด้วย ดังนั้น ควรระวังการให้ดมออกซิเจนมากเกินไปจนเกิดคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดจนทำให้ซึมหลับได้ ซึ่งต้องพิจารณาช่วยเหลือนด้วยการใส่ท่อทางเดินหายใจโดยทันที ดังนั้น ควรให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง

การที่มีการบาดเจ็บที่หน้าอกจนกระดูกซี่โครงหักหรือปอดซีกทำให้อัตราตายสูงกว่าคนอายุน้อยได้ ดังนั้น ควรได้รับยาแก้ปวดอย่างเพียงพอและมีการไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้เกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ปอดแฟบ (atelectasis) หรือน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ตามมา

Circulation

เมื่ออายุมากขึ้น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะลดจำนวนลง และเซลล์ตอบสนองต่อสาร catecholamine ได้น้อยลง รวมทั้งผู้ป่วย

สูงอายุส่วนมากมักมีโรคเส้นเลือดตีบที่หัวใจร่วมด้วยอยู่ก่อนแล้ว ทำให้เมื่อได้รับบาดเจ็บรุนแรงจะพบว่า หัวใจของคนสูงอายุจะปรับตัวได้น้อยกว่าคนอายุน้อย อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปจะเริ่มมีภาวะไตเสื่อม โดยจะลดลงทั้งปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไตและการคัดกรองของเสียที่ไตลดลงด้วย ไตของคนสูงอายุจึงเสี่ยงต่อการขาดเลือดและไตเสื่อมลงจากยาต่าง ๆ ที่ใช้กับได้ได้ง่าย

ผู้ป่วยสูงอายุมักมีความดันเลือดสูงอยู่ก่อนแล้ว เช่น ปกติมีความดันเลือด 170-180/90 มม.ปรอท แต่ขณะมีภาวะช็อกอาจเป็นแค่ 120/90 มม.ปรอท ซึ่งยังคงเป็นระดับความดันเลือดที่สูงกว่าภาวะช็อกในคนอายุน้อยอยู่ดี ทำให้ประเมินภาวะช็อกได้ยากในผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้แม้จะเสียเลือดมากก็อาจไม่พบหัวใจเต้นเร็วเพื่อชดเชยเลยก็ได้

การเลือกให้สารน้ำเบื้องต้นควรเลือก isotonic solution



ที่นิยมกันมากคือ Ringer's lactate solution เริ่มแรกอาจให้ 1-2 ลิตร ก่อน และประเมินการตอบสนองเป็นระยะ ๆ ไป ควรรักษาให้ผู้ป่วยมีระดับฮีโมโกลบินในเลือดมากกว่า 10 กรัม/ดล. ผู้ป่วยสูงอายุมักทนต่อการเสียเลือดได้น้อย ดังนั้น การใช้ ultrasound FAST (focused assessment sonography in trauma) หรือ diagnostic peritoneal lavage เพื่อรับทราบว่ามีการสูญเสียเลือดในช่องท้องหลังได้รับอุบัติเหตุ จึงมีประโยชน์อย่างมาก

ในกรณีบาดเจ็บที่กระดูกเชิงกราน กระดูกสันหลังส่วน lumbar หรือกระดูกสะโพก (hip) เพียงเล็กน้อย ก็อาจพบมีเลือดออกใน retroperitoneum ซึ่งวินิจฉัยได้ยากมาก ดังนั้น ในบางรายแม้จะทำ ultrasound FAST หรือ diagnostic peritoneal lavage แล้วพบว่าปกติแต่ยังสงสัยว่ามีเลือดออกอีกก็ควรทำการฉีดสีเข้าหลอดเลือดเพื่อหาตำแหน่งที่เลือดออก ซึ่งบางรายอาจต้องใช้การฉีดสารไปอุดหลอดเลือด (embolization) เพื่อหยุดยั้งการสูญเสียเลือด

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีโรคหัวใจขาดเลือดร่วมด้วย ดังนั้น ในภาวะช็อกอาจพบว่าเป็นจากทั้งปริมาณเลือดน้อย (hypovolemic shock) และหัวใจทำงานผิดปกติ (cardiogenic shock) ร่วมอยู่ด้วยกัน ดังนั้น การพิจารณาใส่สายสวนหัวใจเพื่อประเมินปริมาณน้ำใน

ร่างกายและการทำงานของหัวใจในเบื้องต้นก็มีความจำเป็นมากกว่าการบาดเจ็บในคนอายุน้อย

Disability

เมื่ออายุมากกว่า 70 ปี จะพบว่าน้ำหนักของสมองลดลงประมาณ 10% โดยมีการลดจำนวนเซลล์สมองและเพิ่มปริมาณน้ำหล่อเลี้ยงสมองขึ้นมาแทน อันเป็นที่มาของสมองฝ่อบางส่วนในคนสูงอายุ การที่มีพื้นที่มากขึ้นระหว่างกะโหลกและเนื้อสมองทำให้ต้องมีปริมาณเลือดออกในสมองมากถึงระดับหนึ่งจึงจะมีอาการได้นอกจากนี้เยื่อหุ้มสมอง dura มักยึดติดกับกะโหลกทำให้เส้นเลือดดำ parasagittal bridging vein ถูกดึงรั้งและฉีกขาดง่ายทำให้มีเลือดออกในโพรงสมองได้ง่าย

ผู้สูงอายุมักมีปริมาณเลือดไหลเวียนในร่างกายและจำนวน



mast cells ลดลง ทำให้ระบบการรักษาดูแลภูมิคุ้มกันให้คงที่ทำได้ไม่ดี และง่ายต่อการติดเชื้อ ตลอดจนแผลหายช้าอีกด้วย ผู้ป่วยอาจมาด้วยอุณหภูมิร่างกายต่ำซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรคต่อมไทรอยด์บางอย่างหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิดก็ได้

เมื่ออายุมากกว่า 70 ปี จะมีปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงถึง 20% ร่วมกับเนื้อสมองฝ่อลงด้วย นอกจากนี้ยังมี demyelination ของระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการกระตุ้นต่าง ๆ ลดลง อีกทั้งระบบการทรงตัว การมองเห็น และการได้ยินลดลง ทำให้ง่ายต่อการได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ นอกจากนี้ยาต่าง ๆ ที่ใช้ก็อาจทำให้ผู้ป่วยสับสนซึมลงจนเกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บต่อร่างกายได้ง่าย

การสูญเสียน้ำและโปรตีนบางอย่างในหมอนรองกระดูกสันหลังจะทำให้ความยืดหยุ่นในการรับน้ำหนักของหมอนรองกระดูกสันหลังเสียไปที่เรียกว่า ภาวะ spinal stenosis จึงทำให้เยื่อพังผืดรอบข้อ กล้ามเนื้อรอบกระดูกสันหลังและข้อต่อของกระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักแทนหมอนรองกระดูกทำให้กระดูกสันหลังคดงอและเคลื่อนไหวได้ยาก จึงง่ายต่อการเกิดบาดเจ็บของไขสันหลัง

จากอุบัติการณ์มักพบบาดเจ็บที่กระดูกต้นคอ บ่อย การดูฟิล์มเอกซเรย์ เพื่อวินิจฉัยว่ากระดูกสันหลังแตกหักก็ยาก เพราะมีกระดูกเสื่อมและกระดูกงอกยื่นจากหมอนรองกระดูกทำให้วินิจฉัยยาก การเลือกตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI) บริเวณไขสันหลังจะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้ง่ายขึ้น

Subdural hematoma พบในผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าคนอายุน้อยถึง 3 เท่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยสูงอายุมักมีโรคหัวใจบางอย่างหรือโรคหลอดเลือดในสมองตีบตัน ซึ่งต้องกินยาละลายลิ่มเลือดอยู่แล้ว จึงง่ายต่อการมีเลือดออกในสมอง (พบบ่อยกว่า epidural hematoma)

สำหรับ chronic subdural hematoma พบว่าอาจเป็นผลจากการหกล้มบ่อยจนมีเลือดออกในสมอง หรือ chronic subdural hematoma เองก็อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหกล้มจนต้องมาพบแพทย์



ได้ พบว่าการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีประโยชน์มากในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง

เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจนมีความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป ควรแยกว่าเป็นการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ ก็เรียกว่าภาวะสมองเสื่อม (dementia) ส่วนการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วก็เรียกว่าอาการเพ้อ (delirium) ซึ่งถ้าเกิดภาวะความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป ควรสงสัยว่าอาจเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้ ได้แก่ blunt head trauma ภาวะติดเชื้อเข้ากระแสเลือด ผลข้างเคียงจากยา หรือภาวะเลือดมีออกซิเจนน้อย (hypoxemia) เป็นต้น

Exposure and Environment

ผิวหนังของคนสูงอายุจะเปลี่ยนแปลงตามอายุ โดย dermis จะบางลงประมาณ 20% ทำให้ช่วยควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ไม่ดี เลือดมาเลี้ยงผิวหนังน้อยลงทำให้ผิวหนังง่ายต่อการถลอกเป็นแผลและแผลหายช้าลง ถ้ามีอุณหภูมิของร่างกายต่ำในผู้ป่วยสูงอายุต้องคิดว่าอาจเกิดจากการติดเชื้อเข้ากระแสเลือด ตับอ่อนอักเสบ ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย หรือได้รับยา phenothiazine เกินขนาด

ระบบการกำบังอื่น ๆ ในร่างกาย

1. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

ข้อต่อ เยื่อหุ้มข้อ และกระดูกที่เสื่อมตามอายุจะทำให้การทรงตัวของร่างกายไม่ดีและเกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บได้ง่าย อายุมากกว่า 25 ปี จะพบมีปริมาณกล้ามเนื้อลดลง 4% ทุก 10 ปี และถ้าอายุมากกว่า 50 ปี จะมีปริมาณกล้ามเนื้อลดลงถึง 10% ทุก 10 ปี ทำให้กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง

กระดูกเสื่อมลงตามวัยทำให้พบกระดูกหักได้บ่อย การที่มีกระดูกเสื่อมอาจเป็นเพราะคนสูงอายุจะขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนไม่ค่อยออกกำลังกาย รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักตัวลดลง และร่างกายมีสารแคลเซียมไม่เพียงพอ

ตำแหน่งที่พบกระดูกหักได้บ่อยคือ กระดูกต้นขา (femur), สะโพก กระดูกต้นแขน (humerus) และข้อมือ สำหรับกระดูกสะโพกหัก



เพียงอย่างเดียวไม่ทำให้เกิดภาวะข้ออักเสบ ดังนั้น ควรหาสาเหตุอื่นร่วมด้วย

หลักการรักษากระดูกหักในผู้ป่วยสูงอายุควรพยายามให้ผ่าตัดน้อยที่สุดและให้กลับมาขยับเคลื่อนไหวให้เร็วที่สุดเพื่อไม่ให้เกิดข้อยึดติดได้

2. ภาวะโภชนาการ

เมื่อได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับสารอาหารให้เพียงพอเพื่อช่วยฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว

3. การติดเชื้อ

อายุที่มากขึ้นจะมีภูมิคุ้มกันต่ำลง เมื่ออายุมากกว่า 50 ปี พบว่าอวัยวะที่สร้างภูมิคุ้มกันที่สำคัญ ได้แก่ ต่อมไทมัส (thymus) จะลดปริมาณเนื้อเยื่อลง 15% ตับและม้ามก็ลดขนาดเล็กลงในคนสูงอายุด้วย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง โรคบางอย่าง เช่น เบาหวาน ก็ทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรคลดลง ดังนั้น ผู้ป่วยสูงอายุมักง่ายต่อการติดเชื้อและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายล้มเหลวได้ง่าย เมื่อได้รับการติดเชื้อแล้วผู้ป่วยสูงอายุเองก็มักไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเชื้อ กล่าวคือแม้จะติดเชื้อเข้ากระแสเลือดก็อาจไม่มีไข้หรือยังคงมีจำนวนเม็ดเลือดขาวปกติได้



4. ภาวะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ผู้ป่วยสูงอายุมักมีโรคประจำตัวอื่นอยู่ก่อน ดังนั้นควรระวังการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันอาจทำให้มีผลข้างเคียงได้ง่าย ยา calcium channel blocker จะทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวจนเกิดภาวะช็อกได้ สำหรับผู้ป่วยบางกลุ่มที่ใช้ยากลุ่ม NSAID หรือยาลดกรดลิ้มเลือดออกก็อาจทำให้มีภาวะเลือดออกได้ง่าย การให้ยาระงับปวดมีความสำคัญมากในผู้ป่วยสูงอายุ ยาที่นิยมใช้กันแพร่หลายในต่างประเทศคือ morphine โดยฉีดเข้ากระแสเลือดครั้งละ 0.5-1 มก. จนกระทั่งหายปวด แพทย์ไม่นิยมฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อเพราะผู้สูงอายุจะมีปริมาณกล้ามเนื้อน้อยอยู่แล้ว การดูดซึมยาจึงมักไม่ดีพอ

การทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุ (elder abuse หรือ elder maltreatment)

ในผู้ป่วยสูงอายุบางรายที่ได้รับบาดเจ็บอาจเกิดจากถูกฉุดหรือผู้ดูแลทำร้ายร่างกายโดยตั้งใจ ดังนั้น แพทย์ควรระวังประวัติอย่างละเอียด ในบางรายอาจมีอาการน้อยมากจนไม่คิดว่าเกิดจากการทารุณกรรม เช่น มีเพียงภาวะขาดน้ำหรือขาดสารอาหารเท่านั้น

การทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 6 ชนิด

1. การทำร้ายร่างกาย
2. การล่อลวงละเมิดทางเพศ
3. การถูกละเลยทอดทิ้ง
4. การทารุณทางจิตใจ
5. แสวงหาประโยชน์ทางการเงินหรือสิ่งของ
6. ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

การตรวจร่างกายที่บ่งถึงภาวะนี้

1. รอยฟกช้ำตามแขน ต้นขา หน้าศีรษะ ก้น หรือมีรอยฟกช้ำจำนวนมากตามร่างกาย รอยถลอกที่รักแร้ รอยเชือกมัดตามข้อมือและข้อเท้า
2. รอยฟกช้ำรอบตาหรือบาดเจ็บที่จมูก
3. ปากเป็นแผล
4. ผมรั้งที่ผิดปกติ
5. แผลกดทับในตำแหน่งที่ไม่ใช่ก้นหรือไม่ใช่ตำแหน่ง

กดทับปกติ รวมทั้งไม่ได้รับการรักษาแต่อย่างใด

6. กระดูกหักที่ไม่ได้รับการรักษา
7. กระดูกหักในตำแหน่งอื่น ๆ ที่ไม่ใช่สะโพก กระดูกต้นแขน กระดูกสันหลัง
8. บาดเจ็บหลายระยะทั่วร่างกาย
9. ฟกช้ำที่หนังศีรษะ หรือหัวโน
10. แผลไหม้ตามร่างกาย

กรณีที่ต้องคิดถึงว่าอาจเป็นการทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุได้

ได้แก่

1. ใช้ระยะเวลานานมากกว่าจะนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล
2. ให้ประวัติไม่แน่นอน
3. ผู้ดูแลพยายามจะให้ประวัติเองโดยไม่ยอมให้ซักประวัติ

จากผู้ป่วยโดยตรง

4. ผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลด้วยอาการบาดเจ็บบ่อย ๆ
- ดังนั้น แพทย์ควรซักประวัติจากผู้ป่วยเอง ตรวจหาร่องรอยฟกช้ำ แผลกดทับ รอยแผลไหม้หรือจี้ตามตัว รอยเชือกมัดต่าง ๆ และแผลไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวกตามร่างกายของผู้ป่วย

เมื่อผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุมีโอกาสที่จะเกิดอาการรุนแรงได้ ทั้งนี้เพราะพยาธิสรีรวิทยาของร่างกายที่เสื่อมลงไป และมีโรคหรือยาประจำตัวบางอย่างที่ใช้เป็นประจำ อย่างไรก็ตาม การรักษาอย่างครอบคลุมก็ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสหายเป็นปกติได้ ทั้งนี้อย่าลืมนำร่องรอยการบาดเจ็บตามร่างกายของผู้สูงอายุอาจเกิดจากการทารุณกรรมจากคนในครอบครัวได้อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Advanced Trauma Life Support Committee, American College of Surgeons. Geriatric Trauma. In : Rotondo MF, Bell RM, editors. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. 9th ed. USA; 2012:272-85.
2. Jacobs DG, Plaiser BR, Philip SB, Hammond JS, Holeyar MR, Sinclair KE, et al. Practice Management Guidelines for Geriatric Trauma. The East Practice Management Guidelines Work Group; 2001:1-20.
3. Milzman DP, Boulanger BR, Rodriguez A, Soderstrom CA, Mitchell KA, Magnan CM. Preexisting disease in trauma patients: a predictor of fate independent of age and injury severity score. J Trauma 1992;31:236-44.

การชันสูตรพลิกศพและตรวจศพผู้ตายที่ไม่ทราบชื่อ : ประการง่าย ๆ ในนิติเวชศาสตร์ปฏิบัติ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

Post-Mortem Inquest and Post-Mortem Examination for Unknown Body : Easy Basic Management in Medico-Legal Practicing (A Case Report)

นิติเวชศาสตร์ปฏิบัติ หมายถึง การที่แพทย์ต้องทำหน้าที่ในทางนิติเวชศาสตร์ในขณะที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้อาจเป็นหน้าที่ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ถูกกำหนดไว้ตามแนวทางการบังคับบัญชาตามหน้าที่ที่แพทย์เหล่านั้นดำรงอยู่ หรือเป็นหน้าที่ที่ถูกบัญญัติไว้โดยกฎหมายเป็นการเฉพาะให้ทำหน้าที่แต่อาศัยความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

วิชาชีพเวชกรรม แม้ว่าจะเป็นการกระทำต่อมนุษย์ก็ตาม แต่การที่ต้องดำเนินการกับส่วนประกอบของมนุษย์หรือ “ศพ” ยังเข้าข่ายการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525¹

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้

“วิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การดูแลครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย

งานด้านนิติเวชศาสตร์ซึ่งอาจเรียกว่า “นิติเวชศาสตร์ปฏิบัติ” หรือ “นิติเวชปฏิบัติ” นั้น หากจำแนกแล้วอาจจำแนกได้ดังนี้

กรณีที่ 1: การจำแนกตามภาระงาน (การบังคับบัญชา) เพื่อมอบหมายให้ปฏิบัติ

หมายถึงการที่แพทย์ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่ (ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ซึ่งแพทย์ที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตามเนื่องจาก

ก. แพทย์ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามแนวทางการบังคับบัญชา

หมายถึง การที่แพทย์ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เช่น การที่แพทย์ต้องออกตรวจผู้ป่วย

(ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ตาม วัน เวลา สถานที่ แผนก สาขา ฯลฯ ตามที่ผู้บังคับบัญชาในสถาบัน องค์การ หน่วยงาน (ส่วนงาน) ที่แพทย์ท่านนั้น ๆ ปฏิบัติงานในฐานะเจ้าหน้าที่ และ/หรือบุคลากรของสถาบัน องค์การ หน่วยงาน ฯลฯ นั้น ๆ

ข. แพทย์ถูกบัญญัติไว้ตามกฎหมายที่เป็นการเฉพาะให้ทำหน้าที่ “ประกอบวิชาชีพเวชกรรม”

หมายถึง การที่แพทย์ (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ผู้ซึ่งกฎหมายได้บัญญัติไว้ให้ต้องทำหน้าที่ในทางกฎหมาย ซึ่งมีกฎหมายระบุไว้เป็นการเฉพาะ เช่น การชันสูตรพลิกศพ เป็นต้น

กรณีที่ 2: การต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขงาน

หมายถึงแพทย์ (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ที่ต้องปฏิบัติงานโดยพิจารณาตามเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง อาจแบ่งได้ดังนี้

ก. งานด้านนิติพยาธิ เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับ “ศพ” และ/หรือ “ชิ้นส่วนของศพ” เป็นการตรวจ วิเคราะห์ วินิจฉัย ถึงพยาธิสภาพของสิ่งที่ตรวจนั้น โดยอาศัยความรู้ทางการแพทย์โดยตรง แต่อาจมีการใช้หลักทางวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์สาขาอื่น ๆ ประกอบด้วย

ข. งานด้านนิติเวชคลินิก เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับ “ผู้ป่วย” (ไม่ตาย/ไม่เป็นศพ) เกี่ยวกับการเกิดพยาธิสภาพของร่างกายเนื่องจากเหตุประการหนึ่งประการใด เช่น ทางกายภาพ ทางเคมี ทางฟิสิกส์ ทางชีววิทยา ทางอนุชีววิทยา ฯลฯ อันเกี่ยวข้องกับบทบัญญัติของกฎหมายในเรื่อง “ความผิด ความรับผิดชอบ สิทธิ หน้าที่ ฯลฯ” มักจะเกี่ยวข้องกับทางคดีความในแนวทางหนึ่งแนวทางใด หรือประการหนึ่งประการใด

ค. งานด้านห้องปฏิบัติการทางนิติเวชศาสตร์ เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการที่แพทย์อาจต้องใช้ความรู้ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมกับความรู้ทางห้องปฏิบัติการประกอบการตรวจ แท้ที่จริงแพทย์มักเพียงตรวจสอบย้าผลตรวจเท่านั้น (confirmed) มิใช่ทำหน้าที่โดยตรง

นอกจากแพทย์จะต้องคำนึงถึงเช่นเดียวกับขั้นตอน “การชันสูตรพลิกศพ” แล้ว แพทย์ยังจำเป็นต้องคำนึงถึง “กรณีในอนาคต่อไปด้วย” หมายถึงการที่แพทย์ต้องคำนึงถึงว่าหากจำเป็นต้องมีการพิสูจน์อย่างถ่องแท้ถึง “บุคคลเป็นการเฉพาะ” (specific) แพทย์จะต้องสามารถเสนอพยานหลักฐานในความน่าเชื่อถือได้อีกด้วย

แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์หรือทำหน้าที่ทางนิติเวชศาสตร์กับการชันสูตรและตรวจศพที่ไม่ทราบชื่อ

แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์หรือแพทย์ที่ทำหน้าที่ทางนิติเวชศาสตร์ในเรื่อง

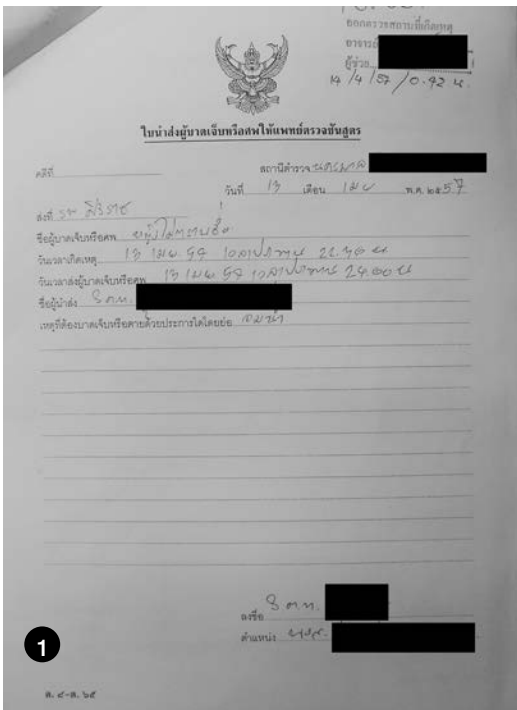
“การชันสูตรพลิกศพ” และ/หรือ “การตรวจศพ” นั้น จะต้องกระทำการหรือคำนึงถึงเรื่องต่อไปในการดำเนินการเสมอ

1. ในเรื่องหน้าที่ตามวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ

หมายถึง ต้องกระทำการให้บรรลุวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพที่ปรากฏในมาตรา 154² นั้นเอง
มาตรา 154 ให้ผู้ชันสูตรพลิกศพทำความเห็นเป็นหนังสือแสดงเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย ผู้ตายคือใคร ตายที่ไหน เมื่อใด ถ้าตายโดยคนทำร้าย ให้กล่าวหาว่าใคร หรือสงสัยว่าใครเป็นผู้กระทำความผิดเท่าที่จะทราบได้

2. ในวัตถุประสงค์ข้อที่ “ให้ทราบว่ามีผู้ตายคือใคร” นั้นจะต้องดำเนินการอย่างไรรอบคอบ

หมายถึง เฉพาะในวัตถุประสงค์ประการนี้ ต้องการให้ทราบว่ามี “ผู้ตายคือใคร” นั้น แพทย์จะต้องดำเนินการเป็นกรณีพิเศษ หรือมีการดำเนินการที่มากกว่ากรณีทั่วๆ ไปแล้วว่าเป็นใครนั่นเอง

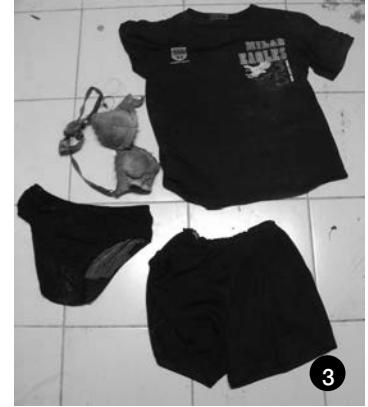
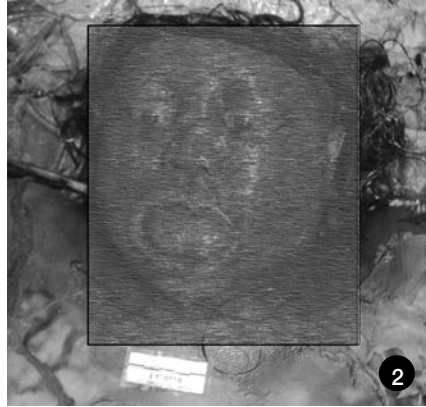


กรณีอุทหาหรือ (รายงานผู้ตาย 1 ราย ที่ศพถูกส่งมาเพื่อรับการตรวจต่อ) (ภาพที่ 1)

ศพได้ถูกส่งตัวมาเพื่อรับการตรวจโดยพนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่พบศพ โดยแจ้งมาใน “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” เพียงสั้น ๆ ว่า “จมน้ำ” และแพทย์ได้ทำการตรวจศพใน 10 ชั่วโมงต่อมา

สภาพศพภายนอก: (ภาพที่ 2)

ศพหญิงอายุประมาณ 20-25 ปี รูปร่างสันทนต์ค่อนข้างสมบูรณ์ตามสภาพ ตัวยาวประมาณ 155



เซนติเมตร ผมสีดำยาวประมาณ 20 เซนติเมตร ผู้ตายสวมเสื้อแขนสั้นสีดำ มีตัวหนังสือว่า “MILAN EAGLES” ที่หน้าอกด้านซ้ายของเสื้อ และสวมกางเกงขาสั้นสีดำ กางเกงขอบีบ กางเกงในสีดำ ยกทรงสีเนื้อ (ภาพที่ 3)

ศพมีสภาพที่เน่ามากแล้ว น่าจะเสียชีวิตมากกว่า 48 ชั่วโมงแล้ว ผมของศพเริ่มหลุดออก ผิวหนังตามแขน ขา ลำตัวเริ่มมีการโป่งพอง (bleb formation) (ภาพที่ 4) และผิวหนังส่วนหน้าอก หน้าท้อง แขน ขา เห็นรอยเส้นของเส้นเลือดดำเป็นทางอย่างชัดเจน (marbling)

- ตรวจสภาพศพยังพบร่องรอยและวัตถุพยานพิเศษดังนี้

ก. รอยสักรูปดอกไม้ที่บริเวณต้นแขนซ้าย (ภาพที่ 5)



ข. นิ้วนางซ้ายสวม

แหวนโดยเนื้อแหวนเป็นโลหะ มีหัวแหวนคล้ายแก้ว (ภาพที่ 6)

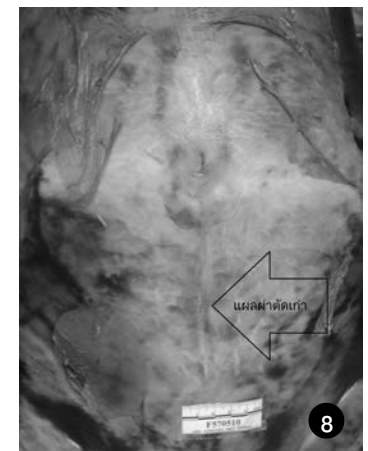
ค. แผลเป็นที่ท้องแขน

ทั้งสองข้าง โดยข้างซ้ายมีราว 10 แผล ข้างขวามีราว 20 แผล (ภาพที่ 7)

ง. แผลเป็นที่บริเวณ

ท้องน้อยตั้งแต่ส่วนต่ำกว่าสะดือยาวประมาณ 20 เซนติเมตร (ภาพที่ 8)

- แขนและขาไม่พบการหักหรืองอผิดปกติ



สภาพศพภายใน:

- ผนังศีรษะและใต้ชั้นหนังศีรษะเริ่มสลาย (เน่า) แต่ไม่พบร่องรอยแห่งการบาดเจ็บ

- กระโหลกศีรษะไม่พบรอยแตกหรือร้าว
- เนื้อสมองเหลวจากการสลายตัว แต่ไม่พบร่องรอยการมีเลือดออก
- กระดูกคอ กระดูกสันหลัง และกระดูกซี่โครงไม่พบร่องรอยแตกหรือหัก
- หัวใจมีขนาดและรูปร่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อตรวจหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ (ยังสามารถตรวจได้) ไม่พบว่าเส้นเลือดหลักทั้ง 3 เส้นมีสภาพตีบหรือตัน

- ปอดทั้งสองข้างไม่พบพยาธิสภาพหรือร่องรอยการบาดเจ็บ

- พบเศษวัตถุเล็ก ๆ ในทางเดินหายใจทั้งส่วนต้น (trachea) และส่วนแขนง (bronchi)

- อวัยวะอื่น ๆ ในช่องอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีสภาพที่เน่าแล้วปานกลาง
- ตับ ม้าม ไต ลำไส้ และอวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบพยาธิสภาพการบาดเจ็บ

- มดลูกมีขนาดและรูปร่างปกติ

- กระเพาะอาหารพบของเหลวสีน้ำตาลอ่อน บางส่วนมีสภาพเป็นก้อนเล็ก ๆ คล้ายแป้งหรือเต้าหู้

การเก็บตัวอย่างเพื่อการส่งตรวจ:

- เก็บตับประมาณ 100-200 กรัม เพื่อการตรวจวิเคราะห์ทางพิษวิทยา
- การเก็บของเหลวในช่องคลอดเพื่อตรวจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์
- การเก็บกระดูกอ่อนซี่โครงเพื่อการตรวจทางพันธุกรรม (DNA)

สาเหตุตาย:

ขาดอากาศจากการจมน้ำ

พฤติการณ์ที่ตาย:

(ยังไม่สามารถระบุได้)

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: ศพรายนี้เป็นศพที่ถูกส่งมาโดยพนักงานสอบสวนและเป็นศพที่ไม่ทราบชื่อ (ภาพที่ 2)

เมื่อแพทย์ (เจ้าหน้าที่ของรัฐ) ได้รับศพประเภทนี้ไว้ แพทย์จำต้องระงับเป็นอยู่อย่าง เพราะนอกจากจะต้องทำการตรวจศพ (มาตรา 152)² ให้ได้ถึงวัตถุประสงค์แล้ว ที่สำคัญคือ จะต้องคำนึงถึงเรื่อง “การที่ผู้ตายเป็นใครด้วย”

ประการที่ 2: การตรวจศพและการชันสูตรพลิกศพ

คำว่า “การตรวจศพ” และ “การชันสูตรพลิกศพ” แพทย์หลายท่านหรือ “คนทั่วไปทั้งหลาย” ยังอาจไม่เข้าใจคำ 2 คำนี้ อันเกี่ยวกับการตายและการที่ต้องทำการตรวจศพประกอบด้วยว่า หมายความว่าอะไร ต่างกันอย่างไร จึงอาจมีการใช้คำเหล่านี้สับสนไปได้

การชันสูตรพลิกศพ หมายถึง การดำเนินการตรวจศพประการหนึ่งแต่ต้องกระทำร่วมกันระหว่างเจ้าพนักงานมากกว่า 1 ฝ่าย ซึ่งอาจเป็น 2 ฝ่าย หรือ 4 ฝ่าย ก็ได้แต่กรณีที่ต้องตามบทบัญญัติของกฎหมายนั่นเอง (ในขณะนี้คือ มาตรา 150 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา)

การตรวจศพ หมายถึง การดำเนินการตรวจศพตามลำพังของแพทย์ (เจ้าพนักงานของรัฐหรือรัฐบาล) ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา 152 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

หมายเหตุ:

1. การดำเนินการตรวจศพมิได้หมายความว่า จะต้องมีการผ่าศพ แต่การตรวจศพจะมีกระบวนการและ/หรือขั้นตอนของตัวมันเช่นเดียวกัน

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการชันสูตรพลิกศพ และการตรวจศพยังมีอีกมาก แต่จะไม่ขอลำถึง ณ ที่นี้

ประการที่ 3: แนวทางในการดำเนินการเมื่อผู้ตายไม่ทราบชื่อ

สิ่งง่าย ๆ ในการดำเนินการกรณีเมื่อแพทย์ต้องทำการชันสูตรพลิกศพ และ/หรือต้องตรวจศพนั้น อาจยึดหลักได้ดังนี้

1. กรณีการชันสูตรพลิกศพ

หากแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์หรือแพทย์ที่ต้องทำหน้าที่ทางนิติเวชศาสตร์ต้องประสบกับหน้าที่ในการทำการชันสูตรพลิกศพแล้วขอให้แพทย์ “**ส่งศพที่ชันสูตรพลิกศพแล้วนั้นมารับการตรวจต่อเสมอ**” แพทย์ไม่สมควรอย่างยิ่งที่จะมอบศพให้กับฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดนอกกระบวนการชันสูตรพลิกศพและตรวจศพ (มาตรา 148-156) โดยเด็ดขาด อีกทั้งไม่สมควรยิ่งที่แพทย์จะออก “หนังสือรับรองการตาย ทร.4/1”³ หรือ “ใบรับแจ้งการตาย ทร.4 ตอนหน้า” (ข้อสันนิษฐานสาเหตุการตายโดยแพทย์) ให้กับทายาทของผู้ตายเด็ดขาด เพราะหากได้มีการออกเอกสารเกี่ยวกับการตายดังกล่าว จะทำให้กระบวนการในการสืบค้นหรือดำเนินการเกี่ยวกับการตายจะ “หยุดลง” ทันที เพราะถือว่า “ทราบเหตุที่ตายแล้ว” และสามารถออก “มรณบัตร ทร.4”⁴ ได้แล้ว

2. ในกรณีการตรวจศพ

หมายถึง เป็นศพที่ไม่ทราบชื่อและถูกส่งมายังแพทย์เพื่อทำการตรวจศพต่อเนื่องภายหลังจากมีการชันสูตรพลิกศพแล้ว ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา 151 และ 152 ตามลำดับนั้น “แพทย์ (เจ้าพนักงานของรัฐหรือรัฐบาล) ผู้มีหน้าที่” จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วนโดยเฉพาะเรื่องที่สำคัญคือ “**วัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ**” ด้วย

หมายเหตุ: กรณีการที่เป็นหญิงนั้นจำเป็นต้องเก็บหลักฐานจากช่องคลอด (ตรวจหาตัวอสุจิ) ด้วยเพื่อประกอบกรณีอาจสงสัยในเรื่องทางเพศ (sexual assault)

ประการที่ 4: วัตถุประสงค์กรณี “ผู้ตายเป็นใคร” กับ การชันสูตรพลิกศพและการตรวจศพ

ประการสำคัญที่สุดก็คือ “การเก็บพยานหลักฐาน” โดยเฉพาะในเรื่องการระบุตัวบุคคล (identification)

สำหรับแพทย์เมื่อต้องทำการชันสูตรพลิกศพและตรวจศพ

1. ขั้นตอนการชันสูตรพลิกศพ

1.1 การเก็บพยานหลักฐานที่ติดตัวมากับศพ อันประกอบด้วย

ก. เครื่องแต่งกาย เช่น เสื้อผ้าที่สวมใส่อยู่ทั้งตัวนอกและตัวใน โดยทั่วไปมักจะมีการผูกมัดหรือมัดเข็มขัด หรือเข็มขัดเข็มขัด ซึ่งสามารถที่จะนำไปสู่ “การทราบว่ามีผู้ตายคือใคร” (ภาพที่ 3)

ข. เครื่องประดับ เช่น แหวน ต่างหู นาฬิกา สร้อยคอ สร้อยข้อมือ เป็นต้น (ภาพที่ 6)

1.2 การเก็บพยานหลักฐานจากศพ หมายถึงที่ติดมากับตัวศพและเป็นสำคัญ เช่น รอยแผลเป็น รอยผ่าตัด รอยสัก ตำหนิ รูปลักษณะต่าง ๆ (ภาพที่ 7, ภาพที่ 8)

2. ขั้นตอนการตรวจศพ

ในขั้นตอนนี้นอกจากแพทย์จะต้องคำนึงถึงเช่นเดียวกับขั้นตอน “การชันสูตรพลิกศพ” แล้ว แพทย์ยังจำเป็นต้องคำนึงถึง “กรณีในอนาคตได้ด้วย” หมายถึง การที่แพทย์ต้องคำนึงถึงว่าหากจำเป็นต้องมีการพิสูจน์อย่างถ่องแท้ถึง “บุคคลเป็นการเฉพาะ” (specific) แพทย์จะต้องสามารถเสนอพยานหลักฐานในความน่าเชื่อถือนั้นได้ด้วย

การเก็บพยานหลักฐานในกรณีนี้หมายถึงพยานหลักฐานเพื่อใช้ในการพิสูจน์อย่างชัดเจน (definite confirmation) ก็คือ รหัสพันธุกรรม หรือ DNA นั่นเอง ในกรณีนี้จึงแนะนำให้แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์หรือแพทย์ที่ทำหน้าที่ในการตรวจศพเยี่ยงแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ทำการเก็บพยานหลักฐานเพื่อการส่งตรวจ DNA ไว้ด้วยตัวอย่างที่สมควรเก็บง่ายที่สุดก็คือ การเก็บ “กระดูกอ่อนของซี่โครง” (cartilaginous part of rib) ความยาวประมาณ 3-5 เซนติเมตร เพื่อการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ “นิติเซโรโลยี” และเป็นไปตามเกณฑ์ความรู้ทางการแพทย์สำหรับแพทย์ทั่วไป

ประการที่ 5: สาเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย

ในการตรวจศพผู้ตายรายนี้พบว่ามีเศษวัตถุแปลกปลอม (foreign bodies) ในทางเดินหายใจ (trachea and main bronchi) ย่อมแสดงถึงสถานะของผู้ตายในขณะที่อยู่ในน้ำยังคงมีการหายใจอยู่ (vital reaction) และ

ได้ทำการหายใจเอาวัตถุแปลกปลอมเข้าไปในทางเดินหายใจ จนทำให้เป็นสาเหตุแห่งการขาดอากาศ (asphyxia) นั่นเอง

ส่วนพฤติการณ์ที่ตายนั่นเป็นการยากที่จะระบุอย่างชัดเจนว่าเป็นการที่ผู้ตายต้องการฆ่าตัวตาย ถูกประทุษร้าย (ผู้อื่นฆ่า) หรือเกิดจากอุบัติเหตุ ทั้งนี้เนื่องจาก

ก. **ฆ่าตัวตาย** อาจเป็นไปได้เนื่องจากผู้ตายรายนี้มีแผลที่ท้องแขน (forearms) ทั้งสองข้าง ลักษณะที่ปรากฏในทางนิติเวชศาสตร์เรียกว่า “บาดแผลพลตลง” (hesitating marks) มักพบในรายที่มีประวัติโรคทางจิตเวชศาสตร์และเป็นพฤติกรรมที่อาจตามมาด้วยการฆ่าตัวตายได้

ข. **การถูกประทุษร้าย** (ถูกผู้อื่นฆ่าตาย) อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การถูกผลักหรือจับโยนลงในน้ำเนื่องจากเป็นหญิงที่อาจขัดขืนได้ยาก หรืออาจอยู่ในสถานะที่ไม่อาจช่วยตนเองได้ เช่น สภาพการเมา เป็นต้น

ค. **อุบัติเหตุ** อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การที่พลัดตกลงในน้ำเอง หรือลงไปเล่นน้ำในขณะที่ตนเองยังไม่พร้อม เช่น อยู่ในภาวะเมาหรือได้รับยาหรือสารจำพวกทำให้ง่วงหรือซึมได้

โดยทั่วไปแล้วพฤติการณ์แห่งการตายนั่นแพทย์จะไม่ระบุ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์มิได้อยู่ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจึงอาจเกิดความผิดพลาดได้ง่าย ยิ่งพฤติการณ์ที่อาจเป็นไปได้หลายประการ เช่น ผู้ตายรายนี้แพทย์ยังไม่สมควรระบุอย่างเด็ดขาด แม้จะเป็นความเห็นก็ตาม

สรุป

การที่แพทย์ได้รับศพที่มีการชันสูตรพลิกศพมาแล้วหรือยังไม่ได้มีการชันสูตรพลิกศพ แต่ถูกส่งมาให้ทำการตรวจ หรือชันสูตรพลิกศพและตรวจ หากเป็นศพที่ยังไม่ทราบชื่อ นอกจากแพทย์จะต้องคำนึงถึง “สาเหตุและพฤติการณ์ที่ตายเป็นสำคัญแล้ว” สิ่งทีแพทย์จะต้องเตรียมพร้อมโดยขาดเสียมิได้คือ การเก็บพยานหลักฐานในเรื่อง “การพิสูจน์บุคคล” ไว้ อย่างน้อยที่สุดต้องมีการถ่ายภาพไว้ และในยุคนี้จำเป็นต้องเก็บส่วนของศพเพื่อการตรวจดีเอ็นเอพิสูจน์บุคคลในภายหลังด้วย

เอกสารอ้างอิง

- พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
- ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
- วิสูตร พงศรีโพธิ์. หนังสือรับรองการตาย. สารคดีราช 2542;51:130-40.
- พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 108/ตอนที่ 203/ฉบับพิเศษ หน้า 97/22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534.
- ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.



ศึกษาพิษและสารก่อภูมิแพ้จาก “ต่อหัวเสือ” พัฒนาการวินิจฉัย-วัคซีนรักษาที่มีประสิทธิภาพ



ผศ.ดร.นิทัศน์ สุขรุ่ง สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดเผยถึงการวิจัยโครงการ “การศึกษาพิษและสารก่อภูมิแพ้ทั้งหมดของตัวต่อที่คนไทยแพ้” ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากฝ่ายวิชาการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ว่า ตัวต่อจัดเป็นแมลงมีพิษที่เป็นอันตรายมากเพราะอาจทำให้ผู้ที่ถูกต่อยมีอาการตั้งแต่เจ็บและบวมบริเวณที่ถูกต่อยไปจนถึงขั้นช็อก ไตวาย และเสียชีวิตได้ โดยเหล็กในซึ่งเป็นส่วนที่อยู่ปลายสุดของลำตัวของแมลงชนิดนี้มีลักษณะเป็นทรงตรงคล้ายเข็มฉีดยา ซึ่งแมลงจะฉีดพิษเข้าร่างกายของผู้ที่ถูกต่อยทางเหล็กในโดยที่เหล็กในไม่หลุดออกจากลำตัวหลังจากต่อยแล้ว ดังนั้น เมื่อต่อยครั้งหนึ่งแล้วตัวต่อจะถอนเหล็กในออกอย่างรวดเร็วและต่อยซ้ำ ๆ ติดต่อกันได้อีกหลายครั้ง ซึ่งแตกต่างจากผึ้งที่ต่อยได้เพียงครั้งเดียวและผึ้งเหล็กในไว้บนผิวหนังแล้วตัวมันเองก็จะตายไป นอกจากนี้ตัวต่อยังสามารถส่งสัญญาณเรียกพรรคพวกให้มาช่วยกันรุมต่อยได้อีกด้วย สภาวะเป็นพิษที่เกิดขึ้นจากการถูกตัวต่อต่อยจึงขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งที่ถูกต่อย และปริมาณพิษที่ได้รับ

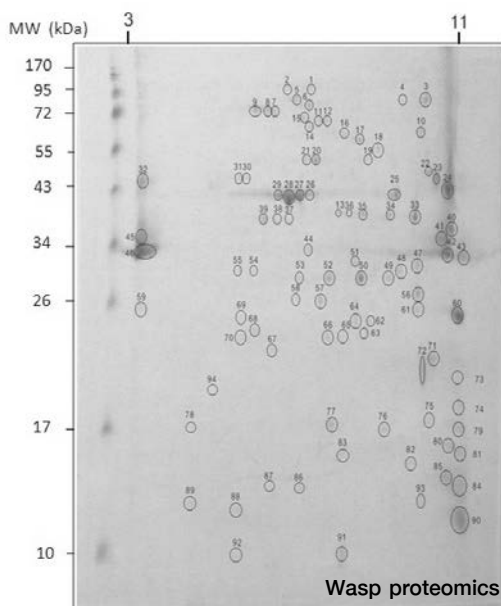
โรคภูมิแพ้พิษตัวต่อจัดเป็นภาวะภูมิไวเกินชนิดที่ 1 ที่เกิดโดยสารก่อภูมิแพ้จากต่อมพิษเข้าไปกระตุ้นร่างกายของผู้ที่ถูกต่อยให้เกิดสภาวะภูมิแพ้ ซึ่งสายพันธุ์ของตัวต่อที่พบมาก

ในประเทศไทยคือ ต่อหัวเสือ เมื่อถูกตัวต่อหัวเสือดื่ยบางคนอาจรู้สึกเจ็บและบวมเพียงเล็กน้อยและหายได้เองในวันต่อมา บางรายมีอาการปานกลาง ในขณะที่อาการของบางคนรุนแรงมากกว่า เช่น นอกจากจะปวดมากตรงบริเวณที่ถูกต่อยและคันแล้ว อาจมีอาการหน้ามืดเป็นลม มีเหงื่อออกมาก ตัวสั่น หาวบ่อยครั้ง มีลมพิษทั่วตัว และมีไข้ ในรายที่เกิดปฏิกิริยาอย่างรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะหายใจลำบาก ตัวเขียวคล้ำ ความดันโลหิตต่ำจนช็อก เกิดภาวะการไหลเวียนของโลหิตล้มเหลว และจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา

โดยปกติการวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยว่าแพ้พิษของแมลง เช่น ตัวต่อจะทำได้โดยการทดสอบทางผิวหนัง ส่วนการรักษาผู้ป่วยจะทำได้โดยการฉีดวัคซีนที่เตรียมจากพิษของตัวต่อเข้าทางผิวหนังทีละน้อยต่อเนื่องไประยะหนึ่ง เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาอย่างรุนแรงเมื่อถูกต่อยอีกในอนาคต แต่เนื่องจากน้ำยาวินิจฉัยและวัคซีนที่ใช้ในการรักษาในปัจจุบันเป็นน้ำยาที่ได้นำเข้าจากต่างประเทศซึ่งนอกจากจะมีราคาสูงและหายากแล้ว น้ำยานำเข้าดังกล่าวยังสกัดมาจากตัวต่อต่างสายพันธุ์กับที่พบในประเทศไทยและคนไทยแพ้ จึงทำให้การวินิจฉัยและการรักษาไม่ตรงกับพิษของตัวต่อซึ่งเป็นสาเหตุการแพ้ของคนไทย ดังนั้น การศึกษาถึงสารก่อภูมิแพ้ชนิดต่าง ๆ จากพิษของตัวต่อหัวเสือ การเตรียมน้ำยาวินิจฉัยและวัคซีนจากตัวต่อหัวเสือดื่ยตรงกับสารที่คนไทยแพ้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัย การคัดกรองผู้ป่วย การประเมินสภาวะการแพ้ของผู้ป่วยว่ามากน้อยเพียงใด รวมทั้งช่วยให้สามารถบริหารจัดการด้านการรักษาและการป้องกันผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดอาการรุนแรงเฉียบพลันและเสียชีวิตได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการประหยัดเพราะไม่ต้องซื้อน้ำยาจากต่างประเทศอีกด้วย

ในการศึกษาวิจัยนี้ได้ทำการเก็บต่อมพิษจากตัวต่อหัวเสือและทำการศึกษาโปรตีนทั้งหมดที่มีในต่อมพิษของตัวต่อหัวเสือดื่ยด้วยวิธีทางโปรตีโอมิกส์ โดยการแยกโปรตีนในต่อมพิษแบบสองมิติตามค่าพีเอและมวลโมเลกุลของโปรตีน พบว่าสามารถแยกโปรตีนในต่อมพิษของตัวต่อหัวเสือได้มากถึง 93 จุด ซึ่งเมื่อนำโปรตีนในจุดเหล่านี้ไปศึกษาด้วยวิธีแมสสเปกโตรเมตรี เพื่อวิเคราะห์ชนิดของโปรตีนด้วยการเทียบมวลของโปรตีนกับฐานข้อมูลที่มีอยู่ในระบบสารสนเทศ พบว่าสามารถบอกชนิดของโปรตีนใน 51 จุดได้ ส่วนอีก 42 จุดยังไม่สามารถบอกชนิดได้ เนื่องจากข้อมูลโปรตีนในฐานข้อมูลยังมีจำกัด เมื่อทำการศึกษาสารก่อภูมิแพ้ที่อยู่ในพิษของตัวต่อหัวเสือดื่ยด้วยวิธีทางวิทยาภูมิคุ้มกัน พบว่ามีการก่อภูมิแพ้ของตัวต่อหัวเสือดื่ยชนิดใหม่ที่ยังไม่เคยมีรายงานมาก่อนหลายชนิดที่ผู้ป่วยไทยมากกว่าร้อยละ 50 แพ้ เช่น ฟอสโฟไลเปสเอหนึ่ง (คนไทยแพ้สารนี้ร้อยละร้อย) อาร์จินีนไคเนส โปรตีนฮีทช็อกที่มีมวล 70 กิโลดาลตัน สารพิษก่อภูมิแพ้หมายเลขห้า ฟอสโฟไลเปสเอหนึ่งแมกนีฟีน เอนไซม์อีโนเลส กลีเซอรอลดีไฮด์-3-ฟอสเฟต-ดีไฮโดรจีเนส ไฮยาลูโรนิเนส และฟรุกโตสไบฟอสเฟตอัลโดเลส

“ข้อมูลที่ค้นพบเหล่านี้ นอกจากจะเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับส่วนประกอบของสารพิษและสารก่อภูมิแพ้ในพิษของตัวต่อที่พบในประเทศไทยและคนไทยแพ้แล้ว ยังนำไปสู่การพัฒนาวัคซีนรักษาการแพ้พิษของตัวต่อหัวเสือดื่ยอย่างเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยต่อไป” ผศ.ดร.นิทัศน์ กล่าวสรุป



สธ. ให้ทุกจังหวัดเฝ้าระวัง โคโรนาไวรัส 2012 และไข้หวัดใหญ่ 2009

กระทรวงสาธารณสุขติดตามสถานการณ์โรคโคโรนาไวรัสและโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 เน้นให้ทุกจังหวัดเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ขณะนี้ไทยยังไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส แต่เชื่อมีโอกาสเข้ามาในไทยตลอดเวลา ส่วนไข้หวัดใหญ่จะดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกัน 3.4 ล้านโดสให้แก่กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่มพร้อมกันตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป



นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ รองปลัด

กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ติดตามเฝ้าระวังเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ทุกสัปดาห์ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 มีแนวโน้มลดลงทั้งจำนวนป่วยและตาย ได้รับรายงานผู้เสียชีวิต 2 ราย แต่การระบาดกระจายไปทุกพื้นที่ ได้กำชับให้โรงพยาบาลในสังกัดทุกแห่งทั่วประเทศเพิ่มความเข้มข้นในการตรวจวินิจฉัยและรักษา

ผู้ป่วยที่เป็นไข้ ไอ มีน้ำมูก ได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ เพื่อลดการเสียชีวิต รวมทั้งให้มีมาตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามมาตรฐานสากลไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยต่อผู้ป่วยหรือบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย

ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กระจายยาต้านไวรัสโอเซลทามิเวียร์ให้โรงพยาบาลทุกแห่งเพื่อใช้รักษาโรคไข้หวัดใหญ่แล้ว และจะฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ประจำปี พ.ศ. 2557 นี้จำนวน 3.4 ล้านโดส เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 เป้าหมาย 2 กลุ่มคือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย และประชาชนกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่ม ได้แก่ 1. ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป 2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคปอด 3. เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และ 4. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ โดยจะฉีดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ทั่วประเทศ



นพ.วชิระ กล่าวต่อไปว่า สำหรับโรคโคโรนาไวรัสหรือ เมิร์ส-โควี (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus : MERS-CoV) ซึ่งเชื่อนี้อยู่ในตระกูลเดียวกับโรคซาร์ส มีแหล่งแพร่มาจากสัตว์เลี้ยง เช่น อูฐ พื้นที่ที่เกิดโรคอยู่ในประเทศตะวันออกกลาง แนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยพบชาวมาเลเซียติดเชื้อและเสียชีวิตหลังเดินทางกลับจากพิจูมเราะห์ที่ประเทศซาอุดีอาระเบีย รวมทั้งมีพยาบาลประเทศฟิลิปปินส์ที่ติดเชื้อจากการทำงานที่ตะวันออกกลาง ขณะนี้ไทยยังไม่พบผู้ป่วยโรคนี้ แต่เชื่อมีโอกาสแพร่มาไทยได้ตลอดเวลาจากการเดินทาง โดยเฉพาะการไปแสวงบุญที่ตะวันออกกลาง จึงจำเป็นต้องกระตุ้นเตือนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนให้ตระหนักและติดตามเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีไข้ ปวดบวม และมีประวัติเดินทางไปตะวันออกกลางจะต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โรคนี้หากรู้เร็วก็จะสามารถควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดได้เร็ว ในปีที่ผ่านมาไทยมีระบบการติดตามในกลุ่มคนไทยที่ไปร่วมพิธีฮัจญ์ โดยตั้งมิสเตอร์ฮัจญ์ติดตามประชาชนหลังเดินทางกลับจากพิธีฮัจญ์ ซึ่งมีประมาณหมื่นคน สามารถติดตามได้ทุกรายและไม่พบมีผู้ติดเชื้อแต่อย่างใด และปีนี้จะใช้ระบบเดียวกัน

GSK สนับสนุนโครงการ Allergy Expert สนับสนุนคนไทยห่างไกลโรคภูมิแพ้

บริษัท แกล็กโซสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด หรือ GSK บริษัทผู้ค้นคว้าวิจัยพัฒนายาและวัคซีนนวัตกรรม และผู้นำในกลุ่มผลิตภัณฑ์ด้านการรักษาโรคภูมิแพ้และระบบทางเดินหายใจ เดินหน้าโครงการ Allergy Expert เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคภูมิแพ้อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้คนไทยห่างไกลโรคภูมิแพ้ หนึ่งในกิจกรรมฉลอง 50 ปี ของ GSK ในประเทศไทย

นายวิริยะ จงไพศาล กรรมการผู้จัดการใหญ่ GSK กล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2557 GSK มุ่งมั่นในการเป็นผู้สนับสนุนด้านโรคภูมิแพ้และระบบทางเดินหายใจ ภายใต้โครงการ Allergy Expert ผ่านกลยุทธ์สำคัญ 3 ด้านคือ ผลิตภัณฑ์ดูแลรักษาโรคภูมิแพ้อย่างครบวงจร การยกระดับคุณภาพช่องทางการจำหน่าย และการสื่อสาร และการจัดทำกิจกรรมเพื่อสังคม

1. ด้านผลิตภัณฑ์ดูแลรักษาโรคภูมิแพ้อย่างครบวงจร โดยนำเสนอยาและเวชสำอางที่มีคุณภาพ ซึ่ง GSK มีทั้งยารับประทาน ยาพ่นสูด และผลิตภัณฑ์เวชสำอาง เช่น ครีมทาผิว สำหรับผู้ที่แพ้ง่าย

2. ยกระดับคุณภาพช่องทางการจำหน่ายและการสื่อสาร การมุ่งเน้นช่องทางการกระจายและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่เข้าถึงผู้ป่วยและมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคภูมิแพ้ ผื่นแพ้ทางผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจที่สามารถสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย GSK ร่วมมือกับคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดอบรมแก่เภสัชกรชุมชนและร้านยาคุณภาพ เพื่อส่งเสริมให้มีทักษะและความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ การให้ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งการส่งต่อกรณีผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นับเป็นการอบรมแบบ Total Care Innovation ซึ่งเป็นการอบรมแบบครบองค์ประกอบของการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

3. ด้านกิจกรรมเพื่อสังคม การร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการทำกิจกรรมสนับสนุนการเข้าถึงยาและการมีสุขภาพดีของผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ อาทิ การจัดประชุมวิชาการร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเพิ่มพูนความรู้และ



ทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมให้ความรู้ด้านโรคภูมิแพ้ภายในร้านยาที่เข้าร่วมโครงการตลอดปี พ.ศ. 2557 ทั้งยังสนับสนุนสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทยในการจัดทำเว็บไซต์ www.allergyexpert.org เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปในเรื่องของโรคภูมิแพ้อีกด้วย

ในปัจจุบันโรคภูมิแพ้เป็นโรคที่ก่อปัญหาเพิ่มขึ้นทำให้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่มีแนวโน้มการเป็นโรคนี้สูงขึ้น GSK เล็งเห็นความสำคัญโดยมีการสนับสนุนแนวทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้าถึงยาดีมีคุณภาพได้ง่ายขึ้น และสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้วยการถ่ายทอดความรู้ที่เป็นมาตรฐานสากลผ่านการบริหารงานที่มีคุณภาพ รวมทั้งเทคโนโลยีต่าง ๆ และเรายังร่วมเป็นพันธมิตรเพื่อยกระดับคุณภาพการเรียนรู้ ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้ประเทศไทยเป็น “สังคมแห่งการเรียนรู้” โดยแท้จริง และพร้อมสนับสนุนการสร้างศักยภาพคนไทยให้มีความแข็งแกร่งในด้านสุขภาพ

“GSK เข้ามาดำเนินธุรกิจในประเทศไทยเป็นระยะเวลากว่า 50 ปี โดยมีพันธกิจที่มุ่งส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของมวลมนุษยชาติเพื่อให้มีสุขภาพดีและอายุยืนยาวขึ้น ผ่านนโยบาย “ยาดีเข้าถึงได้” ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเราได้ร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อการขับเคลื่อนอย่างบูรณาการ และเราเชื่อว่าการพัฒนาความรู้ให้แก่เภสัชกรจะเป็นส่วนหนึ่งในการผลักดันเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีของคนไทย และเกิดการพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทยอย่างยั่งยืน”

นายวิริยะ กล่าวทิ้งท้าย





ภาครัฐประกาศโครงการนำร่อง วัคซีนเอชพีวีเพื่อเด็กหญิงไทย

ทีมนักวิจัยจากภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เผยผลการศึกษาว่า วัคซีนเอชพีวีมีประสิทธิภาพสูง ในการป้องกันการติดเชื้อจากไวรัสเอชพีวีและมะเร็งปากมดลูก มีคุณค่าและประโยชน์ในการนำวัคซีนเอชพีวีเข้าในโครงการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย



รศ.นพ.วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ หัวหน้าสาขามะเร็งนรีเวชวิทยา ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เผยว่า มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับต้น ๆ ของ ประเทศไทย โดยมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วย รายใหม่ในแต่ละปีเป็น 24.7 คนต่อผู้หญิง

100,000 คน และเสียชีวิตเฉลี่ยถึง 14 คนต่อวัน

จากผลการศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขซึ่งได้นำเสนอ ในการประชุมวิชาการนานาชาติแสดงให้เห็นว่า การบรรจุวัคซีนเอชพีวีเข้า ในโปรแกรมการตรวจคัดกรองและป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่มีในปัจจุบัน มีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับระดับความคุ้มค่าภายใต้บริบทของประเทศไทย โดยวัคซีนเอชพีวีสามารถลดทั้งภาระโรคและค่าใช้จ่ายจากโรคที่เกิดจาก เชื้อเอชพีวี ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้จะประโยชน์สำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย ในการนำวัคซีนเอชพีวีบรรจุเข้าในโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของ ประเทศไทย นอกจากนี้ข้อมูลจากประเทศอังกฤษและไอร์แลนด์ยังพบว่า การลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศในการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกและ หูดหงอนไก่ด้วยการใช้วัคซีนเอชพีวีที่สามารถป้องกันได้ทั้งสองโรคจะช่วย เพิ่มความคุ้มค่าได้เกือบ 1 ใน 3 เมื่อเทียบกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก เพียงอย่างเดียว

ปัจจุบันวัคซีนเอชพีวีมีข้อมูลแสดงประสิทธิภาพในการป้องกันโรค ที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชพีวี เช่น มะเร็งปากมดลูก และโรคหูดหงอนไก่ และ ในหลาย ๆ ประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย อังกฤษ มาเลเซีย ได้มีการนำวัคซีนดังกล่าวมาใช้เป็นวัคซีนภาคบังคับโดยบางประเทศ เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550

สำหรับประเทศไทย ภาครัฐกำลังจะมีการเริ่มโครงการนำร่องให้ เด็กหญิงไทยในเร็ว ๆ นี้เช่นกัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นวิสัยทัศน์และนโยบายที่ นำายกย่องในการปกป้องหญิงไทยให้ห่างไกลจากโรคมะเร็งปากมดลูกและ โรคอื่น ๆ จากไวรัสเอชพีวี

ทั้งนี้ยังมีข้อมูลแสดงให้เห็นว่าการเกิดมะเร็ง ปากมดลูกในสตรีไทยมีสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อ เอชพีวี ไวรัสเอชพีวีบางสายพันธุ์ทำให้ผู้หญิงที่ติดเชื้อ มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก ทำให้ผู้ป่วย ทุกข์ทรมานจากตัวโรค และต้องได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัด ฉายแสง หรือให้เคมีบำบัด ตลอดจนประเทศ ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี



ด้าน นพ.นิพนธ์ เขมะเพชร อาจารย์สาขา มะเร็งนรีเวชวิทยา ภาควิชา สถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณณะ แพทย ศาส ตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่ หลังจากมีการใช้ วัคซีนเอชพีวี อุตการณ์ของ

มะเร็งปากมดลูกทั่วโลกได้ลดลง ในปีนี้เป็นปีแรกที่มีข้อมูล แสดงว่ามะเร็งปากมดลูกลดลงอย่างเห็นได้ชัดในประเทศ สหรัฐอเมริกานับตั้งแต่มีการนำวัคซีนเข้ามาใช้ในปี พ.ศ. 2549 โดยกลุ่มที่มีการลดลงของจำนวนผู้ป่วยอย่างเห็นได้ ชัดคือ ผู้หญิงในช่วงอายุ 21-24 ปีที่อุบัติการณ์ลดลงจาก 834 ราย เป็น 688 รายต่อประชากร 100,000 คน เช่น เดียวกับที่พบในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งมีการลดลงของโรค หูดหงอนไก่ในผู้หญิงอายุต่ำกว่า 21 ปี ถึง 60% ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 และยังพบการลดลงของความผิดปกติ ของปากมดลูกชนิด high grade ในผู้หญิงอายุต่ำกว่า 18 ปี ถึง 47.5% (อุบัติการณ์ลดลงจาก 0.80% เป็น 0.42%) ภายในระยะเวลา 3 ปี



จุฬาฯ จัดประชุมวิชาการประจำปี 57

'๑๐๐ ปีแห่งประสบการณ์ สู่ศตวรรษแห่งความเป็นเลิศ'

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จัดประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 ในหัวข้อ "King Chulalongkorn Memorial Hospital: 100-Year Experiences Towards Excellence" หรือ "๑๐๐ ปีแห่งประสบการณ์ สู่ศตวรรษแห่งความเป็นเลิศ" เพื่อเฉลิมฉลองในวาระที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีอายุครบ 100 ปีแห่งการก่อตั้ง และเพื่อนำเสนอองค์ความรู้ ความก้าวหน้าทางวิชาการของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป

ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ ประธานคณะกรรมการประชุมวิชาการประจำปี 2557 กล่าวว่า คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีการจัดประชุมวิชาการเป็นประจำทุกปี เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่ทันสมัย และความก้าวหน้าทางวิชาการต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สำหรับในปีนี้เป็นวาระพิเศษ เนื่องจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จะมีอายุครบ 100 ปีแห่งการก่อตั้ง จึงเป็นที่มาของหัวข้อการประชุมวิชาการในปีนี้เป็น 'King Chulalongkorn Memorial Hospital: 100 Year-Experiences towards Excellence' หรือ '๑๐๐ ปีแห่งประสบการณ์ สู่ศตวรรษแห่งความเป็นเลิศ' เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ถึงความก้าวหน้าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตลอด 100 ปีที่ผ่านมา ว่าได้ดำเนินการมาอย่างไรบ้าง และในศตวรรษหน้าจะมุ่งเป้าไปสู่การเป็น Excellent ในแต่ละสาขาวิชาทางการแพทย์อย่างไร โดยการประชุมจะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 16-20 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ณ อาคาร อปร., อาคารแพทย์พัฒนา, อาคารอานันท์มหิตล และอาคารอบรมวิชาการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ

ส่วนสำคัญของงานประชุมวิชาการในปีนี้เป็นคือ ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเป็นประธานในพิธีเปิดการประชุมวิชาการประจำปีของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2557 และสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ทรงบรรยายพิเศษเรื่อง 'Multi-disciplinary Approaches for Prevention and Treatment of Cancer' ในวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2557

ทั้งนี้การประชุมวิชาการจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ๆ คือ การให้ความรู้บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และการให้ความรู้แก่ประชาชน โดยในส่วนของการให้ความรู้บุคลากรทางการแพทย์ มีหัวข้อที่น่าสนใจมากมาย อาทิ ด้านอายุรศาสตร์มีหัวข้อที่น่าสนใจในเรื่องมะเร็ง ได้แก่ Recent Advanced in Gynecological

Malignancies, Current Trend in Surgical Management of Colorectal Cancer เรื่องการส่องกล้องในผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหาร Toward the Excellence in GI Endoscopy and Motility เรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะ From Past to Present Transplantation in KCMH เป็นต้น ด้านกุมารเวชศาสตร์มีหัวข้อที่น่าสนใจ ได้แก่ Food Allergy Excellence: From Experience & Research to Application, Pediatric Liver Transplantation, Endocrine Disruptors in Child Health ด้านศัลยศาสตร์มีหัวข้อที่น่าสนใจ ได้แก่ ผ่าตัดด้วยกล้องส่อง (Laparoscopic Surgery), การผ่าตัดเปลี่ยนเพศ: เรื่องใกล้ตัวกว่าที่คุณคิด ด้านสูติรีเวชวิทยา มีหัวข้อที่น่าสนใจคือ Assisted Reproductive Technology (Embryonic stem cell) ในด้านจักษุมีหัวข้อที่น่าสนใจ ได้แก่ Past, Present and Future for Corneal Transplantation at KCMU รวมทั้งหัวข้อที่น่าสนใจจากด้านอื่น ๆ เช่น Common Psychiatric Disorders in Elderly

ในส่วนของการให้ความรู้แก่ประชาชน เนื้อหาจะครอบคลุมตั้งแต่วัยเด็กจนถึงผู้สูงอายุ วัยเด็ก ได้แก่ เมื่อลูกน้อยน้ำมูกไหล, เลี้ยงลูกอย่างไรให้มีความสุข, อยู่อย่างไรกับวัยว้าวุ่น ส่วนผู้ใหญ่ ได้แก่ การออกกำลังกายชะลอความเสี่ยงและวัยสูงอายุ ได้แก่ วัยทอง ต้องรู้

นอกจากนี้ยังมีการแบ่ง Section หนึ่งสำหรับการให้ความรู้พื้นฐานแก่นิสิต/นักศึกษาแพทย์ในหัวข้อ Spot Diagnosis for Medical Student, Medical Training in USA, Essential Guideline for Medical Student รวมถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับครูแพทย์ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาเพื่อนำไปสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ทั้งนี้วิทยากรส่วนใหญ่จะมาจากคณะแพทยศาสตร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย นอกจากนี้ยังมีแพทย์ไทยในประเทศสหรัฐอเมริกา รวมทั้งวิทยากรจากต่างประเทศอย่าง KI HO PARK, MD, PhD, Professor of Ophthalmology, Department of Ophthalmology, Seoul National University Hospital Seoul, Korea มาบรรยายในหัวข้อ Glaucoma Diagnostics Evolution และ MADAN M. REHANI, PhD, Radiation Protection of Patients Unit, International Atomic Energy Agency, Vienna International Centre, Vienna, Austria มาบรรยายในหัวข้อ Challenging in Medical Radiation Protection: An IAEA Perspective

กลุ่มเป้าหมายหลักจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกระดับ นิสิต/นักศึกษาแพทย์ นิสิต/นักศึกษาพยาบาล โดยแพทย์ทุกสถาบันที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จาก 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ สามารถเข้าร่วมงานประชุมวิชาการได้โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน

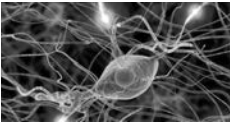
“เนื่องในโอกาสครบรอบ 100 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผมในนามของประธานคณะกรรมการการประชุมวิชาการ อยากจะขอเชิญชวนให้บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกระดับ นิสิต/นักศึกษาแพทย์ นิสิต/นักศึกษาพยาบาล และประชาชนทั่วไป เข้าร่วมงานประชุมวิชาการในครั้งนี้ เพื่อรับรู้ถึงวิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปัจจุบัน และที่เราจะนำไปสู่ความเป็นเลิศในอนาคต” ศ.นพ.สุทธิพงศ์ กล่าวทิ้งท้าย

สำหรับผู้สนใจสามารถลงทะเบียนล่วงหน้าได้ที่ www.cumedconference.com ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 หรือลงทะเบียนหน้างาน สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่สำนักงานเลขานุการ ศูนย์ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 0-2256-4193 โทรสาร 0-2652-4203 E-mail: cumedconference@gmail.com



วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
2-4 มิถุนายน 2557 	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	การอบรมระยะสั้นหลักสูตรนิติเวชศาสตร์และกฎหมายทางการแพทย์ สำหรับภูมิภาค ประจำปี พ.ศ. 2557 ณ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวม ด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	โทรศัพท์ 0-2201-1542, 0-2201-2193 www.acmrrama.com
9 มิถุนายน - 7 สิงหาคม 2557 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	การอบรมหลักสูตร “อาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานสำหรับแพทย์” รุ่นที่ 3 ประจำปี พ.ศ. 2557 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	โทรศัพท์ 0-3838-6554 ต่อ 2305, 2306 E-mail: kanungnit@buu.ac.th, bookaew@buu.ac.th
16-20 มิถุนายน 2557 	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 53 “King Chulalongkorn Memorial Hospital: 100 Year - Experiences towards Excellence” หรือ 100 ปีแห่งประสบการณ์ สู่ศตวรรษแห่งความเป็นเลิศ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โทรศัพท์ 0-2256-4193, 0-2256-4566 โทรสาร 0-2652-4203 www.cumedconference.com
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
26-28 มิถุนายน 2557 	สมาคมเวชบำบัดวิกฤต แห่งประเทศไทย	The 5 th International Critical Care Conference in Thailand TSCCM 2014 ‘All About Organ Support’ ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน จ.เพชรบุรี	โทรศัพท์/โทรสาร 0-2718-2255 E-mail: tsccmconference@gmail.com www.tsccm.com
2-5 กรกฎาคม 2557 	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	การอบรมอายุรศาสตร์ระยะสั้น ครั้งที่ 33 เรื่อง “Pearls, Pitfalls, and Practicals in Medicine” ณ ห้องประชุม 203/1 อาคารแพทย์พัฒนา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โทรศัพท์ 0-2256-4575, 0-2256-4563 ต่อ 12, 14 โทรสาร 0-2252-7858 E-mail: mdcu_pr@yahoo.com
9-13 กรกฎาคม 2557 	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ แห่งประเทศไทย	39 th Annual Scientific Congress of the Royal College of Surgeons of Thailand Theme: Optimization of Surgical Practice ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน พัทยา จ.ชลบุรี	www.surgeons.or.th
11-12 กรกฎาคม 2557 	อนุสาขา 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 จ.เพชรบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5436-7 www.rcost.or.th, www.thaisportsmed.org

Highlight International Congress 2014

Date	Title	City	Country	Contact
8-12 June 2014 	The 2014 Clute Institute International Academic Conference	Munich	Germany	http://cluteinstitute.com/conferences/2014MUconf.html
9-12 June 2014 	Ethical Issues in Global Health Research: Blending Cultures, Building Capacity, and Bolstering Collaboration	Boston, Massachusetts	United States of America	https://ecpe.sph.harvard.edu/Ethics
10-12 June 2014 	The Clinical Genome Conference	San Francisco, California	United States of America	www.clinicalgenomeconference.com
16-18 June 2014 	Precision Diagnostics Summit	Boston, Massachusetts	United States of America	www.precisiondiagnosticsummit.com
19-20 June 2014 	Advancing Excellence in Healthcare 2014	Glasgow	United Kingdom	http://aeh2014.rcp.sg
23-27 June 2014 	Comprehensive Industrial Hygiene: The Application of Basic Principles	Boston, Massachusetts	United States of America	https://ecpe.sph.harvard.edu/Industrial-Hygiene
27-28 June 2014 	4 th International Conference Advances in Clinical Neuroimmunology ACN 2014	Cracow	Poland	www.acn2014.eu
4-5 August 2014 	The MacroJournals Conference on Medicine, Science, and Technology-Dubrovnik 2014	Dubrovnik	Croatia	http://macrojournals.com/dubrovnik
4-7 September 2014 	IPCC 2014 XXII International Pigment Cell Conference	-	Singapore	www.ipcc2014.org

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

ประกาศความสำเร็จ

ผศ.นพ.สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ ประธานเครือข่ายลดบริโภคเค็ม ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ พญ.แสงโสม สีนะวัฒน์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโภชนาการจากกรมอนามัย, ผศ.ดร.อุไรพร จิตต์แจ้ง นักวิจัยเชี่ยวชาญจากสถาบันโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล, อ.ดร.กิตติ สรณเจริญพงศ์ นักวิจัยเชี่ยวชาญจากสถาบันโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล และ น.ต.พญ.วรวรรณ ชัยลิ้มปมนตรี เลขาธิการเครือข่ายลดบริโภคเค็ม จัดงานแถลงข่าว ประกาศความสำเร็จในการรณรงค์ให้คนไทยลดการบริโภคเค็ม ในโครงการขับเคลื่อนรณรงค์เพื่อลดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ในประเทศไทย ณ ห้องสัมมนา 1 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เมื่อไม่นานมานี้



สมัชชาสุขภาพระดับโลก

ดร.ศิรินา ปาวโรพารวิทยา ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 เป็นประธานเวทีเสวนาพิเศษ “Different Roads to Well-being Society” โดยมีวิทยากรระดับโลกเข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการกระจายอำนาจในประเทศต่าง ๆ รวมถึงบทบาทขององค์กรระหว่างประเทศในการสนับสนุนการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ อาทิ ดร.เท็ดซูโร อิโรฮิระ จากโรงพยาบาลซากุ เซ็นทรัล เมืองนาగాโน ประเทศญี่ปุ่น, ดร.ไมเคิล

สปาร์กส์ ประธาน International Union of Health Promotion and Education (IUHPE), ดร.โซรียา มาเรีย วาร์กาส คอร์เตส President of the Brazilian Sociological Society, ดร.แพทริก กาดามา Director for Policy and Strategy of African Centre for Global Health and Social Transformation (ACHEST) ประเทศยูกันดา และ รศ.ดร.ชินนุทัย กาญจนะจิตรา กรรมการสุขภาพแห่งชาติ พร้อมด้วย นพ.มงคล ณ สงขลา อธิบดีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พร้อมด้วย โดยมี นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ปรึกษาคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้ดำเนินรายการ ณ โรงแรมรอยัล ปริ้นเซส เมื่อไม่นานมานี้

สานต่อ ‘ผ่าตัดเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด’ ปีที่ 5

นพ.อดิรัชต์ จรุงศรี กรรมการผู้จัดการใหญ่ บริษัท ศิครินทร์ จำกัด (มหาชน) ร่วมกับ ศ.เกียรติคุณ นพ.บุญชอบ พงษ์พานิชย์ ประธานคณะกรรมการมูลนิธิเด็กโรคหัวใจฯ และ คุณเคาร์พ วงศ์ประเสริฐ ในนามมูลนิธิโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ สานต่อ โครงการผ่าตัดเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ปีที่ 5 เพื่อช่วยเหลือเด็กด้อยโอกาสที่ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และเป็นสื่อกลางจัดหาเด็กกลุ่มเสี่ยงจากปีแรกจนถึงปัจจุบันมีเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรอง 225 คน และได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาจำนวน 117 คน



จินตลีลาการกุศล

มูลนิธิโรงพยาบาลเด็ก กองทุนอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โรงพยาบาลเด็ก) ร่วมกับ มูลนิธิศาสนจักรของพระเยซูคริสต์แห่งวิสุทธิชนยุคสุดท้าย แดลงข่าว จินตลีลาการกุศล “เพลงจากดวงใจ ท่วงทำนองแห่งรัก” (Heartsongs - Melodies of Love) ละครบรอดเวย์การกุศล โดยคณะนักแสดงระดับโลก The Young Ambassadors มหาวิทยาลัยบรักแฮมยัง (Brigham Young University : BYU) ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อหารายได้ในการจัดหาครุภัณฑ์การแพทย์ให้เพียงพอ และพัฒนาบุคลากรให้พร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก

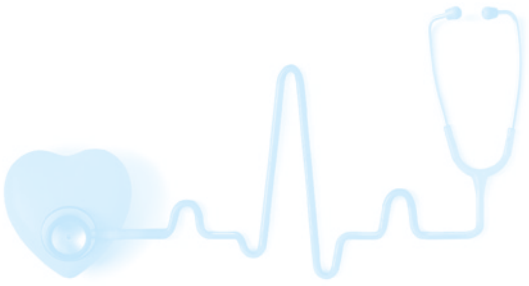
โดยได้รับเกียรติจาก ม.ร.ว.เบญจมาภรา ไกรฤกษ์ ประธานคณะกรรมการจัดแสดงจินตลีลาการกุศล, พญ.ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, คุณสมพร กิตติพรเจริญ, มร.ไมเคิล แมนนิงก์ มูลนิธิศาสนจักรของพระเยซูคริสต์แห่งวิสุทธิชนยุคสุดท้าย, คุณโสภภาพิมพ์ (เศรษฐบุตร) สิมะกุลธร และ คุณสุรวุฒิ สภาวสุ เข้าร่วมแถลงข่าว ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลเด็ก เมื่อไม่นานมานี้

วงการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย



วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจร ทั่วไทย 2557 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



กองคลังกรม



กองสุติบริหารกรม



กองออร์โธปิดิกส์



กองอายุรกรรม



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เกษตรกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการแพทย์**

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการยา**

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคาร บัตร ส้างจ่าย ปณ.ตลิ่งชัน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาถือปัส บินเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก. 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

หมายเหตุ

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

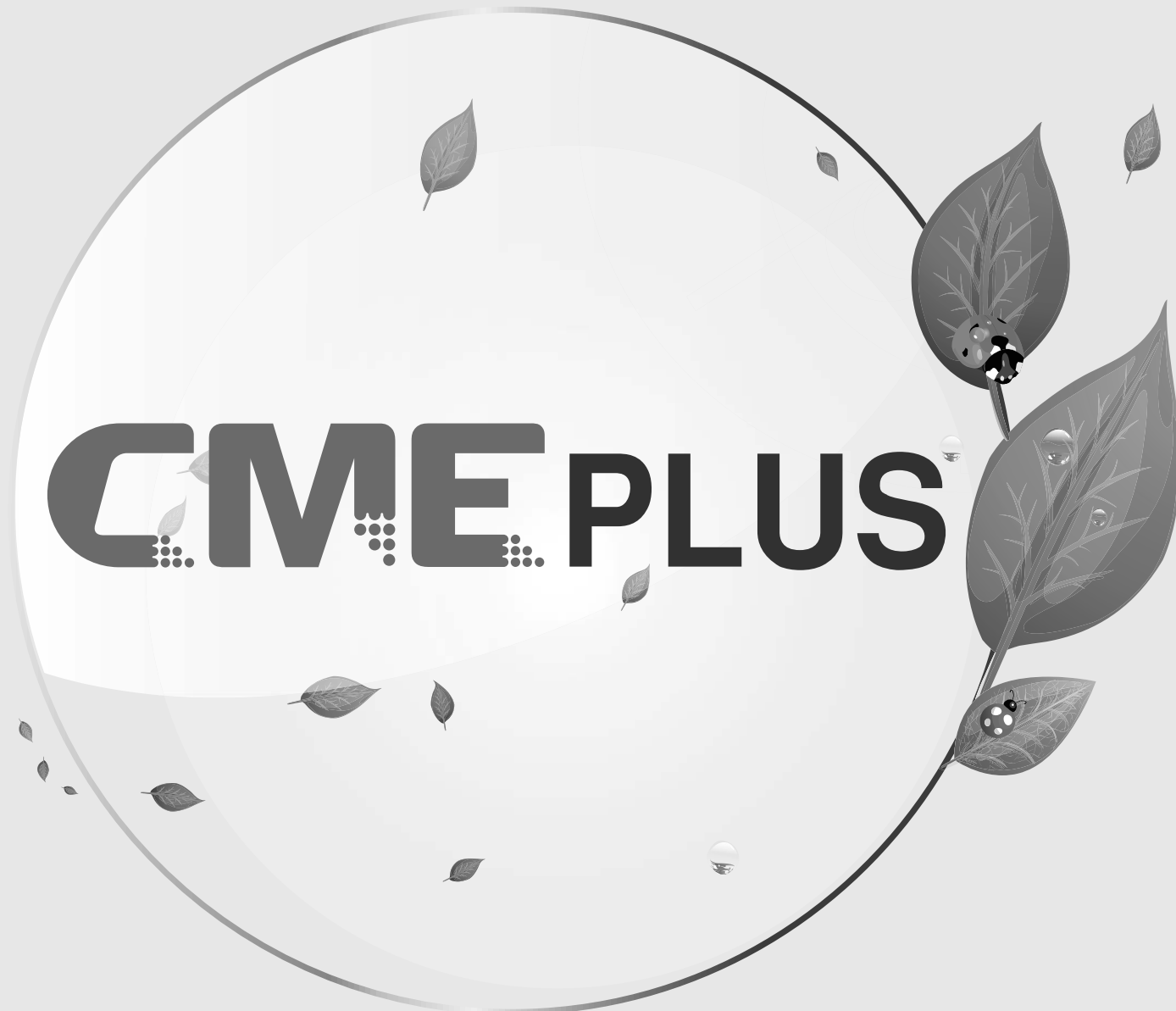
แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education



CME PLUS

สูตรเฉพาะที่ออกแบบมา...
สำหรับผิวมัน หรือผิวเป็นสิวง่าย

Cetaphil®

DERMACONTROL



The new regimen that balances control of both
acne symptoms and acne treatment effects

CONTROL. PROTECT. BALANCE.

เพื่อผิวมันหรือผิวที่เป็นสิวง่าย

ควบคุมความมันบนใบหน้า

ปกป้องผิวจากแสงแดด

รักษาสมดุลค่า pH ของผิว

ใช้เป็นประจำทุกวัน

และสามารถใช้ควบคู่กับการรักษาสิวได้



ผลิตกับที่ควบคุมความมันและกันแดด

Cetaphil Dermacontrol Oil-Control
Facial Moisturizer SPF30

ผลิตกับที่ล้างทำความสะอาดใบหน้า

Cetaphil Dermacontrol
Oil-Control Foam Wash

Epiduo® Gel

adapalene 0.1% / benzoyl peroxide 2.5%

Epiduo® Gel is fixed-dose combination with Adapalene and Benzoyl peroxide (BPO)

once daily gel



Presentation: EPIDUO® 0.1%/2.5% Gel (Adapalene 0.1% Benzoyl peroxide 2.5%) Gel. **Indication:** Cutaneous treatment of Acne vulgaris when comedones, papules and pustules are present. **Dosage and Administration:** Applied to the entire acne affected areas once a day in the evening. **Contraindication:** Hypersensitivity. **Precaution and Warnings:** Do not apply to cuts, abrasions or eczematous skin. Avoid contact with the eyes, mouth, nostrils or mucous membranes. **Side Effects:** dry skin, contact dermatitis, burning and skin irritation. **Pregnancy and Lactation:** Avoid during pregnancy and lactation.



ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ศค.1329/2555

For more information please contact
GALDERMA Tel. 0-2734-4777 ext. 4901, direct line : 0-2735-4985
US Summit Corporation (Overseas)
52/184 Ramkamhaeng Rd., Hua-Mark, Bangkapi, Bangkok 10240

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology