

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

ปีที่ 17 ฉบับ 427 ประจำวันที่ 1-15 ธันวาคม พ.ศ. 2557



ISSN 1513-590X
9 771513 590012



ไทยประกาศความสำเร็จ
คัดสรรคนตกแต่งเสริมสวย
ก้าวไกลสู่เวทีระดับนานาชาติ

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE



Get Up

- กลไกสมองโยงโรคจิตเภท
- เตือนวิกฤติวันโรคติดต่อ
- สิวพุ่ม 200 ล้านรูโร พัฒนาวัคซีนอีโบลา

วัสดุและอุปกรณ์
การแพทย์

อนุภาคพอลิเมอร์ขนาดนาโน
ด้านเชื้อแบคทีเรียก่อโรค

เฉพาะโรค

การดูแลผู้หญิงตั้งครรภ์
ที่ได้รับอุบัติเหตุ

(Trauma in Pregnancy)

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

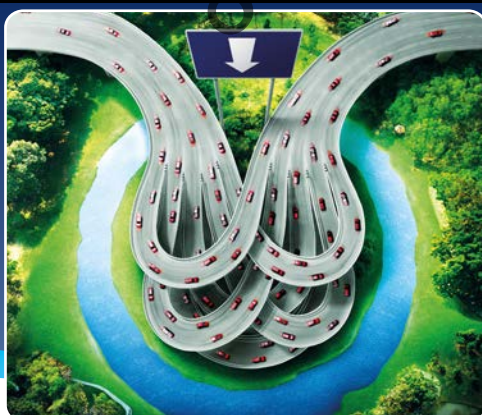
www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์
โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน



กด Like ได้ที่
www.facebook.com/วงการแพทย์



MADIPILOT®

Hypertension effective

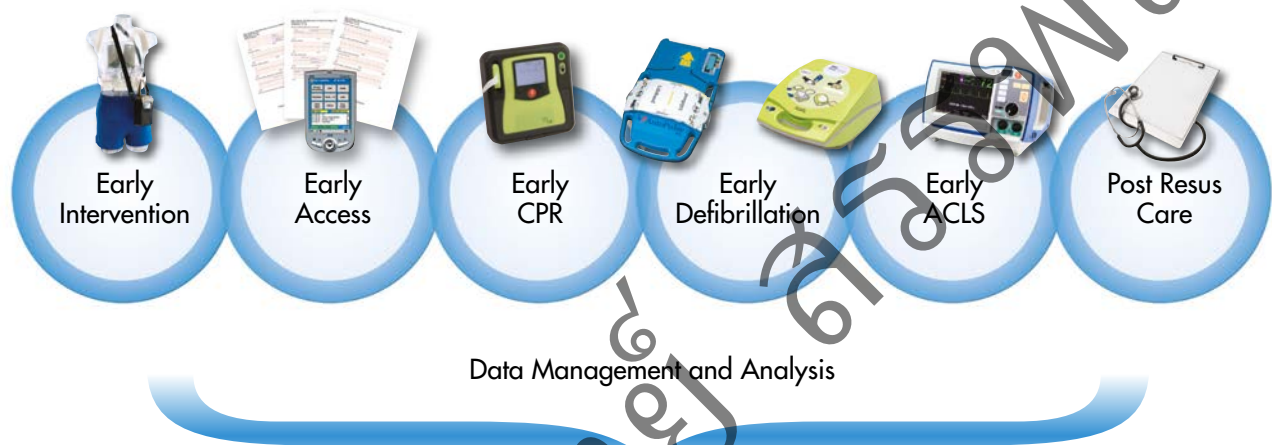
Hypertension with Renal impairment

MADIPILOT® TABLET (Manidipine hydrochloride Tablets)

MADIPILOT® TABLET is an oral preparation of manidipine hydrochloride, a long-acting calcium antagonist antihypertensive agent. MADIPILOT® TABLET produces a satisfactory long-acting antihypertensive effect by dilating blood vessels, mainly by calcium channel blockade. Clinically, it has been proven that MADIPILOT® TABLET made possible good control of blood pressure in a single dose once a day, and it is useful for treatment of essential hypertension (mild or moderate), hypertension with renal impairment and severe hypertension. **INDICATION:** Mild or moderate Essential Hypertension, Hypertension with renal impairment, Severe Hypertension. **DOSAGE AND ADMINISTRATION:** Usually, for adults, a dose of 10-20 mg as manidipine hydrochloride once a day is orally administered after breakfast, starting with the initial daily dose of 5 mg. The dosage can be increased gradually, if necessary. **PRECAUTION:** MADIPILOT® TABLET may rarely cause an excessive drop of blood pressure. In such a case appropriate measures, such as dosage reduction and cessation, should be taken. **CONTRAINDICATION:** The administration of this drug to pregnant women or women suspected of being pregnant or nursing mother should be avoided. **USAGE IN THE ELDERLY:** Start with a low dose. **ADVERSE REACTION:** Rash and pruritus, facial hot flushes, dizziness, headache, nausea, vomiting may infrequently occur. If any abnormality is found, appropriate measures, e.g. discontinuation of this drug, should be taken. **DRUG INTERACTIONS:** (1) may intensify the action of other antihypertensive drugs, any combination with other drugs should be made with caution. (2) Other calcium antagonists (nifedipine) reportedly increase the blood digoxin concentration. (3) The action of other calcium antagonists (nifedipine, etc.) is reported to be intensified in combination with cimetidine. **STORAGE:** Store below 25°C. **EXPIRATION:** 3 years. **PACKAGING:** Tablets 10 mg : Cartons of 10 sheets (10 Tabs/sheet) Tablets 20 mg : Cartons of 10 sheets (10 Tabs/sheet).



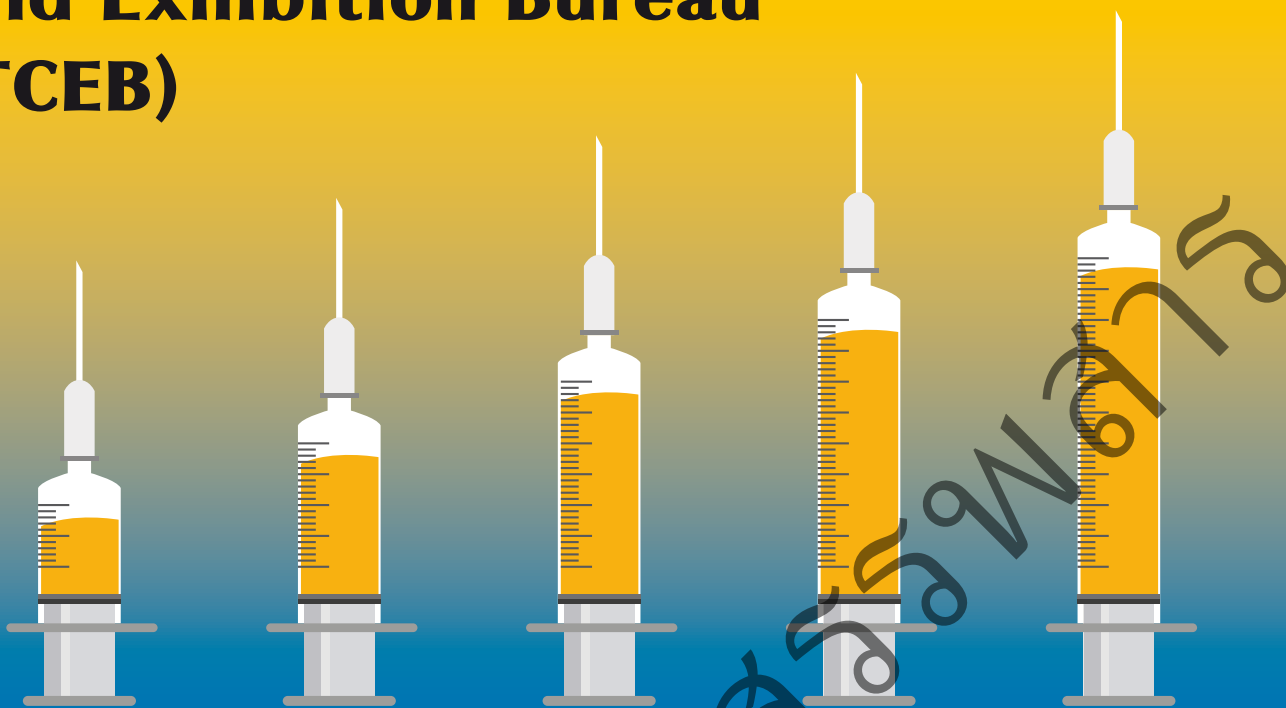
Impacting Outcomes Link by Link



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.

Thailand Convention and Exhibition Bureau (TCEB)



PARTNER FOR HIGHER SUCCESS OF INTERNATIONAL MEDICAL AND HEALTH CONFERENCES

TCEB-Supported Conferences:



74th FIP World Congress
of Pharmacy and
Pharmaceutical Sciences
2014



The 23rd Asian and Oceanic
Congress of Obstetrics
and Gynaecology
(AOCOG 2013)



The 21st IUHPE World
Conference on Health
Promotion 2013

TCEB Support: Bidding Support, Marketing Support,
Consultation for Conference Planning and Organizing and more...

A Cool Way to Remove Common Warts



I Love It.



คำแนะนำการใช้งาน

Histofreezer Portable Cryosurgical System ประกอบด้วย
Dimethyl ether, Propane, Isobutane

ข้อบ่งชี้

ควรจ่ายและใช้งานโดยเจ้าหน้าที่วิชาชีพแพทย์ผู้ดูแลสภาพที่ได้รับการฝึกอบรมเท่านั้น การใช้งานโดยไม่ระมัดระวัง อาจทำให้เกิดความเสียหายต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อภายใน ห้ามจำหน่ายหรือแจกจ่ายแก่ผู้ป่วยเด็กขาด ใช้กระป๋องร่วมกับก้านป้ายของ histofreezer เท่านั้น

ข้อบ่งชี้

ใช้สำหรับรอยโรคของหูดโดยใช้ความเย็น

การจัดเก็บ

กระป๋องมีแรงดันสูงโปรดอย่าให้ถูกแสงแดดโดยตรง และอย่าให้มีอุณหภูมิสูงกว่า 50°C หลังใช้เสร็จแล้วอย่าเจาะหรือเผาทำลาย ห้ามพ่นไปทิศทางของวัตถุมีไฟ

ข้อห้ามใช้

การรักษา Cryotherapy นั้นห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีเลือดผิดปกติชนิด Cryoglobulinaemia

ข้อควรระวัง

- กรณีไม่แน่ใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยความผิดปกติ (อาจเป็นมะเร็งผิวหนัง)
 - ความผิดปกติของเม็ดสี ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ อาจเกิดรอยด่างดำในผิวที่มีเม็ดสีมาก สำหรับผิวสีอ่อนความผิดปกติของเม็ดสีอาจไม่พบเห็นได้ชัด แต่อาจมีสีที่เปลี่ยนไปเมื่อได้รับแสงแดด
 - การแช่แข็ง ที่ลึกมากเกินไป ในพื้นที่ที่ทำการรักษา
- ในทางทฤษฎีอาจทำให้เกิดเซลล์ตายกับบริเวณรอยโรคที่แช่แข็ง แต่กรณีเหล่านี้ยังไม่มีการรายงานร่วมกับการใช้ Histofreezer Portable Cryosurgical System

นำเข้าและจัดจำหน่ายโดย

บริษัท ไทยแคร์ จำกัด

เลขที่ 296 อาคาร KSP ชั้น 4

ห้อง 4B ถนนพระรามเก้า แขวงห้วยขวาง

กรุงเทพฯ 10310

Tel: +66 246 1174

Fax: +66 246 1175

www.thaicare.co.th Email : info@thaicare.co.th

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พพ.612/2556

Histofreezer®

Portable Cryosurgical System

อ่านคำเตือนในฉลากและเอกสารกำกับของเครื่องมือแพทย์ก่อนใช้

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

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

กรรมการบริหาร

วาทน์ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะระสิต

แบบกิตติชัย

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนชาติ สุกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกพร ขจรศักดิ์

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์โฆษณา

อิตราชนันท์ สิทธาพิสุทธ์กุล

โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 แฟกซ์ 0-2435-2345 ต่อ 181

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

เจ้าของ บริษัท สารภาพ จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี
แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700



เกิดพระเกษรดี “ภูมิพล ภัทรมหาราช” ๕ ธันวาคม ๒๕๕๓

เฉลิมพระชนมพรรษา พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ

ภูมิพลองค์ร่มเกล้า

ธ สู่เหนือใจไทย

ธ สร้างสิ่งพัฒนาไกล

ธ เหนือเหน็ดเมื่อยล้า

อภิวินาทีพระผ่านฟ้า

ขออุทิศจริยพระชนม์

ทุกสรรพสิ่งบนดินแดน

ทรงมีขวัญแก้วเกล้า

จอมโไพ

หัวหน้า

เกินกล่าว

ยังล้นน้ำพระทัย

ภูวดล

เท่าเหล่า

ดำรงอยู่

เพื่อเจ้าชวงยาม

(สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร ประพันธ์)

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ

ข้าพระพุทธเจ้าขอถวายพรแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ
ในกรณีบริษัท สรรพสาร จำกัด

ผลที่ยกกับความคาดหวังในสิ่งที่กระทำ

ปัจจุบันเรามีสิ่งอำนวยความสะดวก
สะดวกให้ทำงานหลายอย่างได้เร็วขึ้นมาก
แต่เรากลับไม่มีเวลา เรามีบ้านใหญ่ขึ้นแต่
ครอบครัวกลับเล็กลง คนในบ้านก็น้อยลง
เราเดินทางข้ามทะเลไปต่างประเทศไกล ๆ
แต่เรากลับไม่ได้ข้ามถนนไปคุยกับ
เพื่อนบ้านที่อยู่ตรงข้าม คนมีการศึกษาสูง
แต่การใช้ความรู้ก็มักติดกับดักน้อยลง เรามี
ผู้เชี่ยวชาญมากแต่เรากลับมีปัญหามากขึ้น
เราผลิตครูมากขึ้นแต่การศึกษาของเรากลับ
แย่ลง เรามีเครื่องมือและยาใหม่ ๆ มากมาย
แต่สุขภาพของคนกลับไม่ดีขึ้น เราพยายาม
ผลักดันให้แพทย์ไปอยู่ในชนบทแต่
ชุมชนเมืองกลับขยายใหญ่ขึ้นและ
ประชาชนย้ายเข้ามาอยู่ในเมืองมากขึ้น
เราต้องการให้แพทย์เป็นแพทย์ทั่วไปรักษา
ทุกโรคแต่ผู้ป่วยกลับต้องการแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะระบบ เรามีโครงการ
หลักประกันสุขภาพให้การรักษาโดยไม่คิดเงิน
แต่ผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล
เอกชนที่ต้องเสียเงินมากขึ้น เรามี
คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ และสื่อทาง
สังคมมากขึ้น แต่เรากลับมีปัญหาในการ
พูดจาสื่อสารกับคนใกล้ชิดและผู้ป่วย

เมืองที่มีแพทย์มากแต่การรักษาพยาบาล
กลับแพงขึ้นเพราะแพทย์แบ่งกันดูแลคนละส่วน
และแพทย์สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความ
ต้องการในการทำหัตถการและตรวจ
สุขภาพมากขึ้น เราเรียกคนจนมาเรียนแพทย์
เพราะคิดว่าเขาจะเสียสละและเห็นใจ
คนจนมากขึ้น แต่เมื่อติดตามไปปรากฏว่า
แพทย์กลุ่มนี้ทำงานหาเงินมากกว่าคนอื่น
เพราะต้องการหลุดพ้นจากความยากจน
ส่วนลูกคนรวยกลับทำงานวิชาการและเสีย
สละมากกว่าเพราะเขาไม่มีความจำเป็น
ต้องหาเงินในต่างประเทศจึงให้มีการช่วย
เหลือผู้ป่วยเพื่อลดการฟ้องร้อง ปรากฏว่า
การร้องเรียนเพื่อเอาเงินกลับเพิ่มมากขึ้น
คนในเมืองมีรถยนต์ส่วนตัวกันมากขึ้น
แต่การเดินทางกลับช้าลงเพราะรถติด
การมีเงินมากก็ไม่ได้ทำให้เรามีความสุข
มากขึ้น ทุกอย่างอยู่ที่ความพอดี อย่า
แกว่งไปในทางใดทางหนึ่งมากเกินไป

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 427 วันที่ 1 - 15 ธันวาคม 2557

3 โลกกว้างทางแพทย์

- Dalteparin vs Unfractionated Heparin ป้องกันลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำผู้ป่วยวิกฤติ
- ลด Etanercept ในผู้ป่วยรูมาตอยด์ระยะแรกที่โรคสงบ
- เทียบวิธีให้อาหารอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยวิกฤติ
- ยาเม็ดคุมกำเนิดและการเสียชีวิตหลังติดตาม 36 ปี

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. เร่งสร้าง ร.พ.ส่งเสริมสุขภาพ และ ร.พ.ลดโลกร้อน สร้างสุขภาพดี ลดป่วยประชาชน
- ไทยเตรียมเสนอ “ร่างกฎหมายยาสูบ” ฉบับใหม่เข้า ครม. เพิ่มความเข้มแข็งระดับจังหวัด

9 In Focus

ไทยประกาศความสำเร็จ 14th OSAPS 2014
ศัลยกรรมตกแต่งเสริมสวย ก้าวไกลสู่เวทีระดับนานาชาติ

13 รายงานพิเศษ

มูลนิธิชิน ใสมณพนิช มอบเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) แก่ สพฉ. ปลุกกระแสตื่นตัวรับมือผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

16 Movement

17 Special

4 นักวิจัยไทย คว่ำทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2014 เพื่อพัฒนางานวิจัยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

Atrial Fibrillation

21 Get Up

- กลไกสมองโยงโรคติดพนัน
- เตือนวิกฤติวันโรคติดต่อ
- อียูทุ่ม 200 ล้านยูโร พัฒนาวัดชี้นิวโอโบล่า

23 หากสี่สิบ

คุณค่าของงาน

25 เสียงแพทย์

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวัง (ตอนที่ 2)
ระบบหลักประกันสุขภาพกำลังนำมาตราฐานการแพทย์ไทยไปสู่ความเสื่อม

27 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

อนุภาคพอลิเมอร์ขนาดนาโนด้านเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

29 จูฬปฏิบัติ

Self-Tolerance/Autoimmunity
การไม่ตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อแอนติเจนของตนเอง

32 Systematic Review

การผ่าตัดต่อมทอนซิล

33 เฉพาะโรค

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับอุบัติเหตุ (Trauma in Pregnancy)

37 มุมนิติเวช

ชันรอนท่ายารถใหญ่ตาย: สาเหตุจากโรคธรรมชาติหรืออุบัติเหตุ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

41 R2R

งานวิจัย “นวัตกรรมกำจัดลูกน้ำยุงลาย” ฝีมือคนไทย
แก้ไขปัญหายุงเหี้ยเลือดออก

42 เกาะติดงานประชุม

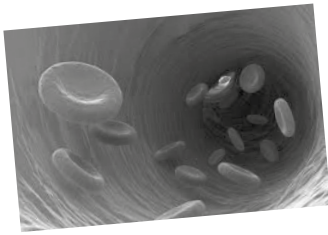
ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
จัด The 12th Siriraj Annual Update in Dermatology
“Many Faces in Dermatology”

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษาก่อนสมรส
(Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะ IX (Human immunodeficiency virus : HIV)





Dalteparin vs Unfractionated Heparin ป้องกันลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำผู้ป่วยวิกฤติ

JAMA. Published online November 1, 2014.

บทความเรื่อง Cost-effectiveness of Dalteparin vs Unfractionated Heparin for the Prevention of Venous Thromboembolism in Critically Ill Patients รายงานว่า ภาวะ venous thromboembolism (VTE) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของการเจ็บป่วยฉับพลัน ทำให้การป้องกัน VTE เป็นหนึ่งในภารกิจการดูแลรักษาผู้ป่วยใน ข้อมูลจากการศึกษาแบบ multicenter blinded, randomized trial ซึ่งเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการป้องกันด้วย unfractionated heparin (UFH) และ dalteparin ซึ่งเป็น low-molecular-weight heparin (LMWH) ไม่พบความแตกต่างด้านจุดยุติปฐมภูมิของลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก แต่พบอัตราที่ลดลงของ pulmonary embolus และ thrombocytopenia จาก heparin ในผู้ป่วยผ่าตัดในภาวะวิกฤติซึ่งได้รับ dalteparin

นักวิจัยเปรียบเทียบความคุ้มค่าของ LMWH และ UFH สำหรับป้องกัน VTE ในผู้ป่วยวิกฤติในการศึกษา Prophylaxis for Thromboembolism in Critical Care Randomized Trial (พฤษภาคม ค.ศ. 2006 ถึงมิถุนายน ค.ศ. 2010) โดยประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจจากมุมมองของผู้จ่ายเงินและระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะที่พื้นฐานและความความน่าจะเป็นของการเกิดเหตุการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤติและในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในผู้ป่วย 2,344 คนจากโรงพยาบาล 23 แห่งใน 5 ประเทศ และประยุกต์

ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเพื่อประเมินการใช้ทรัพยากรและผลลัพธ์ของผู้ป่วยทั้งหมด ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ผลลัพธ์ ความคุ้มค่าที่เพิ่มขึ้นของ LMWH เทียบกับ UFH ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล และ sensitivity analyses ในแต่ละผลลัพธ์ของค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อผู้ป่วยเท่ากับ 39,508 ดอลลาร์ (interquartile range [IQR] 24,676-71,431 ดอลลาร์) สำหรับผู้ป่วย 1,862 คนที่ได้รับ LMWH เทียบกับ 40,805 ดอลลาร์ (IQR 24,393-76,139 ดอลลาร์) สำหรับ 1,862 คนที่ได้รับ UFH (incremental cost -1,297 ดอลลาร์ [IQR -4,398 ถึง 1,404 ดอลลาร์]; $p = 0.41$) จาก 78% ของการจำลองสถานการณ์พบว่า การป้องกันด้วย LMWH มีประสิทธิภาพสูงสุดและมีค่าใช้จ่ายต่ำสุด และจาก sensitivity analyses พบว่า การป้องกันด้วย LMWH ยังคงมีค่าใช้จ่ายต่ำสุดทั้งในระบบบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าและค่าใช้จ่ายต่ำกว่า ทั้งนี้ไม่พบ threshold ที่การลดราคา UFH จะสนับสนุนการป้องกันด้วย UFH ผลลัพธ์จากมุมมองของผู้จ่ายเงินชี้ว่า การใช้ LMWH dalteparin สำหรับป้องกัน VTE สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดในภาวะวิกฤติมีประสิทธิภาพดีกว่า และมีค่าใช้จ่ายใกล้เคียงหรือต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการใช้ UFH โดยเป็นผลจากอัตราที่ต่ำกว่าของ pulmonary embolus และ thrombocytopenia จาก heparin ตลอดจนการใช้ทรัพยากรโดยรวมที่ต่ำกว่า

Etanercept ในผู้ป่วยรูมาตอยด์ระยะแรกที่โรคสงบ

N Engl J Med 2014;371:1781-1792.

บทความเรื่อง Sustained Remission with Etanercept Tapering in Early Rheumatoid Arthritis รายงานผลการศึกษาการลดและหยุดยาในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ซึ่งมีโรคสงบจากการรักษาด้วย etanercept ร่วมกับ methotrexate

ผู้ป่วยซึ่งมีโรคระยะแรกและไม่เคยได้รับ methotrexate หรือ biologic therapy ได้รับ 50 กรัมของ etanercept ร่วมกับ methotrexate สัปดาห์ละครั้งเป็นระยะ 52 สัปดาห์ (open-label phase) และสุ่มให้ผู้ป่วยที่มีการตอบสนองที่ 39 และ 52 สัปดาห์ได้รับ 25 กรัมของ etanercept ร่วมกับ methotrexate (combination-therapy group) หรือได้รับ methotrexate อย่างเดียว หรือได้รับยาหลอกเป็นระยะเวลา 39 สัปดาห์ (double-blind phase) ผู้ป่วยที่มีการตอบสนองที่ 39 สัปดาห์ของ double-blind phase ได้หยุดการรักษาทั้งหมดและติดตามถึง 65 สัปดาห์ (treatment-withdrawal phase) จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีโรคสงบต่อเนื่องในช่วง double-blind phase

จากผู้ป่วยที่รวบรวม 306 คน มีผู้ป่วย 193 คนได้รับการสุ่มในช่วง double-blind phase และมีผู้ป่วย 131 คนที่สามารถเข้าสู่ treatment-withdrawal phase ผู้ป่วยในกลุ่ม combination-therapy group มีสัดส่วน

ผู้ที่ได้จุดยุติปฐมภูมิมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ methotrexate อย่างเดียวหรือกลุ่มที่ได้ยาหลอก (40 คนจาก 63 คน [63%] vs. 26 คนจาก 65 คน [40%] และ 15 คนจาก 65 คน [23%]; $p = 0.009$ สำหรับ combination therapy vs. methotrexate อย่างเดียว; $p < 0.001$ สำหรับ combination therapy vs. ยาหลอก) ที่ 65 สัปดาห์พบว่า ผู้ป่วย 28 คน (44%) ซึ่งได้รับ combination therapy, 19 คน (29%) ซึ่งได้รับ methotrexate อย่างเดียว และ 15 คน (23%) ซึ่งได้รับยาหลอกมีโรคสงบ ($p = 0.10$ สำหรับ combination therapy vs. methotrexate อย่างเดียว; $p = 0.02$ สำหรับ combination therapy vs. ยาหลอก; $p = 0.55$ สำหรับ methotrexate อย่างเดียว vs. ยาหลอก) จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้าน radiographic progression ของข้อโรค เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงมีรายงานในผู้ป่วย 3 คน (5%) ในกลุ่ม combination-therapy group, 2 คน (3%) ในกลุ่มที่ได้รับ methotrexate อย่างเดียว และ 2 คน (3%) ในกลุ่มยาหลอก

ผลการศึกษาในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ระยะแรกที่มีโรคสงบจากการรักษาด้วย etanercept ร่วมกับ methotrexate ขนาดสูงสุดพบว่าการรักษาด้วยยาทั้ง 2 ตัวโดยลดขนาดยาลงช่วยควบคุมโรคได้ดีกว่าการเปลี่ยนมารักษาด้วย methotrexate อย่างเดียวหรือยาหลอก อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้าน radiographic progression



การแปรผันทางพันธุกรรมจาก LDL-C กับ Aortic Valve Calcium และ Incident Aortic Stenosis

JAMA. 2014;312(17):1764-1771.

บทความเรื่อง Association of Low-Density Lipoprotein Cholesterol-Related Genetic Variants with Aortic Valve Calcium and Incident Aortic Stenosis รายงานว่า ระดับ low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) ในพลาสมาสัมพันธ์กับ aortic stenosis จากการศึกษาระบบ observational studies ขณะที่การศึกษาแบบ randomized trials ด้วยยาลดคอเลสเตอรอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่พบว่าสามารถลดการลุกลามของโรคได้

นักวิจัยประเมินความสอดคล้องของข้อมูลด้านพันธุกรรมกับความสัมพันธ์ระหว่าง LDL-C, high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) หรือ triglycerides (TG) และโรคหลอดเลือดเอออร์ติก โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน genetic risk scores (GRSs) ถ่วงน้ำหนักจาก single-nucleotide polymorphisms ในงานวิจัยที่ศึกษา plasma lipids กับโรคหลอดเลือดเอออร์ติก นักวิจัยรวบรวม cohorts ที่เข้าร่วมใน CHARGE consortium (n = 6,942) ได้แก่ Framingham Heart Study (cohort inception to last follow-up: 1971-2013; n = 1,295), Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (2000-2012; n = 2,527), Age Gene/Environment Study-Reykjavik (2000-2012; n = 3,120) และ Malmö Diet and Cancer Study (MDCS 1991-2010; n = 28,461) ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ aortic valve calcium ประเมินจาก CT ใน CHARGE และ incident aortic stenosis ใน MDCS

ความชุกของ aortic valve calcium ในทั้ง 3 cohorts เท่ากับ 32% (n = 2,245) ในงานวิจัย MDCS พบว่า aortic stenosis เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง

17 คนต่อ 1,000 คน (n = 473) และการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเนื่องจาก aortic stenosis เกิดขึ้นใน 7 คนต่อ 1,000 คน (n = 205) จากมัธยฐานการติดตาม 16.1 ปี และ plasma LDL-C สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ aortic stenosis (hazard ratio [HR] per mmol/L 1.28; 95% CI 1.04-1.57; p = 0.02; aortic stenosis incidence: 1.3% และ 2.4% ใน LDL-C quartiles ต่ำสุดและสูงสุด)

แต่ไม่รวมถึง HDL-C หรือ TG คะแนน LDL-C GRS สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิด aortic valve calcium ใน CHARGE (odds ratio [OR] per GRS increment 1.38; 95% CI 1.09-1.74; p = 0.007) และ incident aortic stenosis ใน MDCS (HR per GRS increment 2.78; 95% CI 1.22-6.37; p = 0.02; aortic stenosis incidence: 1.9% และ 2.6% ใน GRS quartiles ต่ำสุดและสูงสุด) แต่ไม่รวมถึงคะแนน HDL-C

หรือ TG GRS จาก sensitivity analyses ที่ตัดความแปรผันที่สัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญกับ HDL-C หรือ TG พบว่า คะแนน LDL-C GRS ยังคงสัมพันธ์กับ aortic valve calcium (p = 0.03) และ aortic stenosis (p = 0.009) และใน instrumental variable analysis พบว่า LDL-C สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อ incident aortic stenosis (HR per mmol/L 1.51; 95% CI 1.07-2.14; p = 0.02)

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า ความเสี่ยงทางพันธุกรรมต่อ LDL-C ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการเกิด aortic valve calcium และ incidence of aortic stenosis โดยมีหลักฐานสนับสนุนความสัมพันธ์เชิงเหตุระหว่าง LDL-C และโรคหลอดเลือดเอออร์ติก และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมว่าการแทรกแซงเพื่อลด LDL-C โดยเร็วจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดเอออร์ติกได้หรือไม่



Simvastatin ใน Acute Respiratory Distress Syndrome

N Engl J Med 2014;371:1695-1703.

บทความเรื่อง Simvastatin in the Acute Respiratory Distress Syndrome รายงานว่า ผลการศึกษาในสัตว์ทดลองและจากการศึกษา phase 2 ในคนเสนอแนะว่า statins อาจมีประโยชน์ในการรักษา acute respiratory distress syndrome (ARDS) โดยการศึกษานี้ได้ทดสอบสมมติฐานว่าการรักษาด้วย simvastatin อาจช่วยให้ผู้ป่วย ARDS มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

นักวิจัยศึกษาแบบ multicenter, double-blind clinical trial โดยสุ่มให้ผู้ป่วยที่มีอาการของ ARDS ภายใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมาได้รับ simvastatin 80 มิลลิกรัมทางสายยางหรือยาหลอกวันละครั้ง สูงสุด 28 วัน ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ จำนวนวันที่ไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจนถึง 28 วัน และผลลัพธ์รอง ได้แก่ จำนวนวันที่ไม่เกิด non-pulmonary organ failure จนถึง 28 วัน การเสียชีวิตที่ 28 วัน และความปลอดภัย

การศึกษารวบรวมผู้ป่วย 540 คน โดย 259 คนได้รับ simvastatin และ 281 คนได้รับยาหลอก ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีความเทียบเคียงกันด้านตัวแปรทางประชากรศาสตร์และตัวแปรทางสรีรวิทยา จากการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างทั้ง 2 กลุ่มในด้านค่าเฉลี่ย ($\pm$ SD) ของวันที่ไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (12.6 ± 9.9 จาก simvastatin และ 11.5 ± 10.4

จากยาหลอก; p = 0.21) หรือวันที่ไม่เกิด non-pulmonary organ failure (19.4 ± 11.1 และ 17.8 ± 11.7 ตามลำดับ; p = 0.11) หรือการเสียชีวิตที่ 28 วัน (22.0% และ 26.8% ตามลำดับ; p = 0.23) และไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้านอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงอันมีสาเหตุมาจากยาที่ศึกษา

การรักษาด้วย simvastatin มีความปลอดภัยและสัมพันธ์กับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ต่ำ อย่างไรก็ดี การรักษานี้ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วย ARDS มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น



เทียบวิธีให้อาหารอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยวิกฤติ

N Engl J Med 2014;371:1673-1684.

บทความเรื่อง Trial of the Route of Early Nutritional Support in Critically Ill Adults รายงานว่า ปัจจุบันยังคงไม่มีข้อสรุปว่าการให้อาหารอย่างรวดเร็ววิธีใดได้ผลดีที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติ โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าการให้อาหารผ่าน parenteral route ได้ผลดีกว่า enteral route

การศึกษามีขึ้นในผู้ใหญ่ที่รับเข้ารักษาในหน่วยวิกฤติ 33 แห่งในประเทศอังกฤษ โดยสุ่มให้ผู้ป่วยซึ่งสามารถรับอาหารได้ทั้ง parenteral route หรือ enteral route ได้รับอาหารทางใดทางหนึ่งภายใน 36 ชั่วโมงหลังรับเข้ารักษา และให้ต่อเนื่องเป็นเวลา 5 วัน ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุที่ 30 วัน

นักวิจัยรวบรวมผู้ป่วย 2,400 คน และวิเคราะห์จากผู้ป่วย 2,388 คน (99.5%) (1,191 คนใน parenteral group และ 1,197 คนใน enteral group) ที่ 30 วันพบว่า ผู้ป่วย 393 คนจาก 1,188 คน (33.1%) ในกลุ่ม parenteral group และ 409 คนจาก 1,195 คน (34.2%) ในกลุ่ม enteral group เสียชีวิต



(relative risk ในกลุ่ม parenteral group 0.97; 95% confidence interval 0.86-1.08; $p = 0.57$) โดยพบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่ม parenteral group เทียบกับกลุ่ม enteral group ด้านอัตราของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (44 คน [3.7%] vs. 74 คน [6.2%]; $p = 0.006$) และการอาเจียน (100 คน

[8.4%] vs. 194 คน [16.2%]; $p < 0.001$) แต่ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม parenteral group และกลุ่ม enteral group ด้านค่าเฉลี่ยการรักษาระยะติดเชื้อ (0.22 vs. 0.21; $p = 0.72$), การเสียชีวิตที่ 90 วัน (442 คนจาก 1,184 คน [37.3%] vs. 464 คนจาก 1,188 คน [39.1%]; $p = 0.40$), อัตราของผลลัพธ์รอง 14 ประการ หรืออัตราของเหตุการณ์

ไม่พึงประสงค์ การได้รับพลังงานมีผลใกล้เคียงกันในทุกกลุ่ม โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับพลังงานไม่ถึงระดับเป้าหมาย

จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้านอัตราการเสียชีวิตที่ 30 วันจากการเริ่มให้อาหารอย่างรวดเร็วทาง parenteral route และ enteral route ในผู้ป่วยวิกฤติ

ยาต้านลิ่มเลือดระหว่าง PCI สำหรับกลืนเนื้อหัวใจตายฉับพลัน

BMJ 2014;349:g6419.

บทความเรื่อง Anticoagulant Therapy during Primary Percutaneous Coronary Intervention for Acute Myocardial Infarction: A Meta-Analysis of Randomized Trials in the Era of Stents and P2Y₁₂ Inhibitors รายงานผลการศึกษาประโยชน์ของ unfractionated heparin, low molecular weight heparin (LMWH), fondaparinux และ bivalirudin สำหรับเป็นทางเลือกการรักษาในผู้ป่วย ST segment elevation myocardial infarction ซึ่งรักษาด้วย percutaneous coronary intervention (PCI)

นักวิจัยศึกษาแบบ meta-analysis ด้วยวิธี mixed treatment comparison และ direct comparison จากการศึกษาเปรียบเทียบในช่วงที่มีการใช้ stents และ P2Y₁₂ inhibitors โดยสืบค้นข้อมูลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง unfractionated heparin ร่วมกับ glycoprotein IIb/IIIa inhibitor (GpIIb/IIIa inhibitor), unfractionated heparin, bivalirudin, fondaparinux หรือ LMWH ร่วมกับ GpIIb/IIIa inhibitor สำหรับผู้ป่วยทำ primary PCI จาก Medline, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) ผลลัพธ์หลักด้านประสิทธิภาพ ได้แก่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรงในระยะสั้น (ในโรงพยาบาลหรือภายใน 30 วัน) และผลลัพธ์หลักด้านความปลอดภัย ได้แก่ การเกิดเลือดออกรุนแรงในระยะสั้น

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเปรียบเทียบ 22 โครงการรวมผู้ป่วย 22,434 คน จากตัวแบบ mixed treatment comparison models พบว่า unfractionated heparin สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงกว่าต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรง (relative risk 1.49 [95%



confidence interval 1.21-1.84] เช่นเดียวกับ bivalirudin [relative risk 1.34 (1.01-1.78)] และ fondaparinux [1.78 (1.01-3.14)] เทียบกับ unfractionated heparin ร่วมกับ GpIIb/IIIa inhibitor การรักษาดด้วย LMWH ร่วมกับ GpIIb/IIIa inhibitor มีประสิทธิภาพการรักษาสองสุด รองลงมาได้แก่ unfractionated heparin ร่วมกับ GpIIb/IIIa inhibitor, bivalirudin, unfractionated heparin และ fondaparinux การรักษาดด้วย bivalirudin สัมพันธ์กับความเสี่ยงเลือดออกที่ต่ำกว่าเทียบกับ unfractionated heparin ร่วมกับ GpIIb/IIIa

inhibitor (relative risk 0.47 [0.30-0.74]) หรือ unfractionated heparin (0.58 [0.37-0.90]) โดย bivalirudin เป็นการรักษาที่มีความปลอดภัยสูงสุด รองลงมาได้แก่ unfractionated heparin, LMWH ร่วมกับ GpIIb/IIIa inhibitor, unfractionated heparin ร่วมกับ GpIIb/IIIa inhibitor และ fondaparinux ผลลัพธ์สอดคล้องกันกับ direct comparison meta-analyses ซึ่งพบว่า bivalirudin สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้น

39%, 44% และ 65% ต่อกลืนเนื้อหัวใจตาย การทำ urgent revascularization และ stent thrombosis เมื่อเทียบกับ unfractionated heparin ร่วมกับ GpIIb/IIIa inhibitor หรือ unfractionated heparin อย่างเดียว

ในผู้ป่วยที่ทำ primary PCI พบว่า การรักษาด้วย unfractionated heparin ร่วมกับ GpIIb/IIIa inhibitor และ LMWH ร่วมกับ GpIIb/IIIa inhibitor เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และมีอัตราต่ำสุดต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรง ขณะที่ bivalirudin มีความปลอดภัยสูงสุดจากอัตราการเกิดเลือดออกต่ำที่สุด จึงควรพิจารณาความสัมพันธ์ในการเลือกยาด้านลิ่มเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ทำ primary PCI

ยาเม็ดคุมกำเนิดและการเสียชีวิตหลังติดตาม 36 ปี

BMJ 2014;349:g6356.

บทความเรื่อง Oral Contraceptive Use and Mortality after 36 Years of Follow-Up in the Nurses' Health Study: Prospective Cohort Study รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ prospective cohort study เพื่อศึกษาว่าการใช้ยาคุมกำเนิดแบบยารับประทานสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุหรือการเสียชีวิตจำเพาะโรคหรือไม่ โดยติดตามจากการศึกษา Nurses' Health Study ระหว่างปี ค.ศ. 1976-2012 จากกลุ่มตัวอย่าง 121,701 คน ซึ่งติดตามเป็นระยะเวลา 36 ปี และการติดตามการใช้ยาคุมกำเนิดทำทุก 2 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 1976-1982

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเสียชีวิตโดยรวมและการเสียชีวิตจำเพาะสาเหตุประเมินจากการติดตามจนถึงปี ค.ศ. 2012 ค่า relative risks ของการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและการเสียชีวิตจำเพาะสาเหตุจากการใช้ยาคุมกำเนิดคำนวณจากตัวแบบ Cox proportional hazards models

จากผู้หญิง 121,577 คน ซึ่งมีข้อมูลการใช้ยาคุมกำเนิดพบว่า 63,626 คนไม่เคยใช้ยา (52%) และ 57,951 คนเคยใช้ยา (48%) และพบการเสียชีวิต 31,286 รายหลังจาก 3.6 million person years จากการศึกษ



ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาคุมกำเนิดและการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ แต่พบว่าการเสียชีวิตจากเหตุรุนแรงและอุบัติเหตุพบมากกว่าในกลุ่มที่เคยใช้ยา (hazard ratio 1.20, 95% confidence interval 1.04-1.37) ระยะการใช้ยานานกว่าสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากสาเหตุบางประการรวมถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคมะเร็งเต้านม (test for trend $p < 0.0001$) และ

อัตราที่ต่ำลงของมะเร็งรังไข่ ($p = 0.002$) ระยะเวลาที่นานกว่านับตั้งแต่การใช้ยาครั้งสุดท้ายสัมพันธ์กับผลลัพธ์บางประการ รวมถึงการเสียชีวิตจากเหตุรุนแรงหรืออุบัติเหตุ ($p = 0.005$)

การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้หญิงที่เคยใช้ยาคุมกำเนิดและผู้หญิงที่ไม่เคยใช้ ยาคุมกำเนิดแบบยารับประทานสัมพันธ์กับสาเหตุบางประการของการเสียชีวิต รวมถึง

อัตราที่สูงขึ้นของการเสียชีวิตจากเหตุรุนแรงหรืออุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม ขณะที่การเสียชีวิตจากโรคมะเร็งรังไข่พบได้น้อยกว่าในผู้หญิงที่ใช้ยาคุมกำเนิด ผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นผลจากยาคุมกำเนิดรุ่นเก่าซึ่งมีขนาดฮอร์โมนที่สูงเทียบกับยารุ่นที่ 3 และ 4 ซึ่งมีขนาดเอสโตรเจนต่ำกว่าและใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน

อัตราการน้ำหนักต่อการควบคุมน้ำหนักระยะยาว

The Lancet Diabetes & Endocrinology, Early Online Publication, October 16, 2014.

บทความเรื่อง The Effect of Rate of Weight Loss on Long-Term Weight Management: A Randomised Controlled Trial รายงานว่า แนวปฏิบัติได้แนะนำการรักษาโรคอ้วนด้วยการลดน้ำหนักอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามที่เชื่อว่าน้ำหนักที่ลดลงอย่างรวดเร็วจะทำให้น้ำหนักกลับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

นักวิจัยศึกษาผลของอัตราการลดน้ำหนักต่ออัตราการน้ำหนักขึ้นในคนอ้วนจากกลุ่มตัวอย่าง 204 คน (ชาย 51 คน และหญิง 153 คน) อายุระหว่าง 18-70 ปี ซึ่งมี BMI ระหว่าง 30-45 กิโลกรัม/ตารางเมตร ระหว่างช่วง phase 1 ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเพศ อายุ และ BMI เป็นกลุ่มลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วใน 12 สัปดาห์ หรือกลุ่มลดน้ำหนักอย่างค่อยเป็นค่อยไปใน 36 สัปดาห์ โดยทั้ง 2 กลุ่มมีเป้าหมายลดน้ำหนักให้ได้ 15% จากนั้นได้ให้กลุ่มตัวอย่างที่ลดน้ำหนักได้ 12.5% หรือมากกว่าระหว่าง phase 1 ได้รับอาหารควบคุมน้ำหนักอีก 144 สัปดาห์ (phase 2) ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่ลดได้ที่ 144 สัปดาห์ของ phase 2 โดยศึกษาผลลัพธ์หลักทั้งจาก completers และ intention-to-treat analyses

กลุ่มตัวอย่าง 200 คนได้รับการสุ่มให้ลดน้ำหนักอย่างค่อยเป็นค่อยไป ($n = 103$) หรือลดน้ำหนักอย่างรวดเร็ว ($n = 97$) ระหว่างวันที่ 8 สิงหาคม



ค.ศ. 2008 ถึงวันที่ 9 มีนาคม ค.ศ. 2010 หลังจาก phase 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 51 คน (50%) ในกลุ่มลดน้ำหนักอย่างค่อยเป็นค่อยไป และ 76 คน (81%) ในกลุ่มลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วสามารถลดน้ำหนักได้ 12.5% หรือมากกว่าตามกรอบเวลาและเข้าสู่การศึกษาช่วง phase 2 เมื่อสิ้นสุดการศึกษา phase 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 2 กลุ่ม ($n = 43$ ในกลุ่มลดน้ำหนักอย่างค่อยเป็นค่อยไป และ $n = 61$ ในกลุ่มลดน้ำหนักอย่างรวดเร็ว) กลับมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอีกครั้ง และเป็นส่วนใหญ่น้ำหนักที่เคยลดได้ (กลุ่มลดน้ำหนักอย่างค่อยเป็นค่อยไปเพิ่มขึ้น 71.2%, 95% CI 58.1-84.3 vs. กลุ่มลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วเพิ่มขึ้น 70.5%, 57.8-83.2) สอดคล้องกับผลจาก intention-to-treat analysis (กลุ่มลดน้ำหนักอย่างค่อยเป็นค่อยไปเพิ่มขึ้น 76.3%, 95% CI 65.2-87.4 vs. กลุ่มลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วเพิ่มขึ้น 76.3%, 65.8-86.8) ในช่วง phase 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 1 คนในกลุ่มที่ลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วเกิด cholecystitis และ

ต้องทำ cholecystectomy และพบกลุ่มตัวอย่าง 2 คนในกลุ่มลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วเป็นมะเร็งใน phase 2

อัตราของน้ำหนักที่ลดได้ไม่มีผลต่อสัดส่วนของน้ำหนักที่กลับมาเพิ่มขึ้นอีกภายใน 144 สัปดาห์ ผลลัพธ์นี้ไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติด้านอาหารในปัจจุบันซึ่งแนะนำให้ลดน้ำหนักอย่างค่อยเป็นค่อยไปแทนการลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วตามความเชื่อว่าการลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วทำให้น้ำหนักกลับมาเพิ่มขึ้นเร็ว

สธ. เร่งสร้าง ร.พ.ส่งเสริมสุขภาพ และ ร.พ.ลดโลกร้อน สร้างสุขภาพดี ลดป่วยประชาชน

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การจัดระบบบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ นอกจากจะเน้นด้านดูแลการรักษาพยาบาล ผู้เจ็บป่วยแล้ว ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ถือเป็นความสำเร็จที่ได้รับการชื่นชมจากทั่วโลก ก้าวต่อไปที่กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการ คือ เร่งผลักดันการปรับระบบบริการของโรงพยาบาลให้เคลื่อนไปในทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน ผสมผสานการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อลดการเจ็บป่วยของประชาชน โดยมีนโยบายส่งเสริมให้โรงพยาบาลภาครัฐทั้งในและนอกสังกัดรวมทั้งภาคเอกชนก้าวสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลลดโลกร้อนที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม สร้างกระแสความตื่นตัวต่อการดำเนินกิจกรรมลดภาวะโลกร้อนให้แก่ประชาชน และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขจนนำไปสู่การเป็นต้นแบบลดโลกร้อนและขยายผลสู่สังคมไทยต่อไป โดยจะเพิ่มกลไกการทำงานเชิงรุกใน 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1. กลุ่มบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ให้บริการ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้บุคลากรมีสุขภาพดีเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ 2. กลุ่มผู้รับบริการ ครอบครัว



และญาติ จะได้รับความรู้และการเสริมพลังในการดูแลตนเอง 3. สิ่งแวดล้อม ปรับสภาพภายในโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และ 4. ชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความเข้มแข็ง มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพ ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้เทียบเคียงมาตรฐานสากลและเป็นเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ขณะนี้มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติแล้ว 103 แห่ง

สธ. ดีเดย์ ส่ง “ทีมหมอครอบครัว” ดูแลคนไทย เริ่ม 1 ม.ค. 2558 นี้



ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า เพื่อเป็นของขวัญปีใหม่ให้แก่ประชาชนไทยให้เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจะส่งทีมหมอครอบครัวซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ประกอบด้วย แพทย์ประจำครอบครัว ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขอื่น ๆ เข้าไปให้การดูแลสุขภาพประชาชนทุกครอบครัวในชุมชนทั้งในชนบทและในเขตเมือง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 เป็นต้นไป ทีมหมอครอบครัวดังกล่าวจะให้การดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้น เป็นที่ปรึกษาปัญหาสุขภาพต่าง ๆ มีการออกเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยที่พักพิ้นที่บ้านด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลก็จะทำหน้าที่ประสานงานกับโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น เพื่อส่งตัวผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งหายป่วย ซึ่งเป็นการสร้างความมั่นคงและมั่นใจในระบบบริการสุขภาพของไทย อย่างไรก็ตาม เพื่อให้นโยบายดังกล่าวบรรลุผลและวางฐานของระบบการสร้างสุขภาพของประเทศให้เข้มแข็งขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจะเร่งผลิตแพทย์เวชศาสตร์ประจำครอบครัว ซึ่งเป็นแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอีก ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง เพื่อเป็นหัวหน้าที่มีสุขภาพทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถดูแลครอบครัวในชุมชนได้ ทั้งหมดนี้จะทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพมากขึ้น



**ให้คำปรึกษาด้านบัญชี และภาษี
พร้อมวางระบบบัญชี
ติดต่อบริษัท ในนิวยอร์ก จำกัด
092-710-4466**

9N

ไทยเตรียมเสนอ “ร่างกฎหมายยาสูบ” ฉบับใหม่ เข้า ครม. เพิ่มความเข้มแข็งระดับจังหวัด

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า หลังจากที่ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคยาสูบของประเทศไทยได้ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบเมื่อปี พ.ศ. 2551 และ 2553 พบว่าประเทศไทยมีความคืบหน้า ทำให้อัตราการบริโภคยาสูบของคนไทยลดลงเหลือร้อยละ 20 ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา พบคนไทยสูบบุหรี่ประมาณ 11 ล้านคน ผู้ชายยังสูบบุหรี่ในอัตราสูงร้อยละ 40 ของผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด โดยอัตราการสูบบุหรี่ในเขตเมืองลดลง แต่ยังมีพบมากในชนบท ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอให้ประเทศไทยเพิ่มการดำเนินการ 3 เรื่อง ได้แก่ 1. การเสริมความเข้มแข็งกลไกการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับจังหวัด ซึ่งที่ผ่านมาไทยมีการสร้างจังหวัดปลอดบุหรี่จำนวนทั้งสิ้น 32 จังหวัด โดยมีการจัดตั้งทีมบังคับใช้กฎหมายระดับจังหวัดและอำเภอ 2. การเพิ่มราคายาสูบและเพิ่มภาษีสรรพสามิตบุหรี่มีตนเอง เนื่องจากประชากรไทยกว่าร้อยละ 50 บริโภคบุหรี่มีตนเองหรือบุหรี่เถื่อน และ 3. จัดงบประมาณรณรงค์สร้างความเข้าใจให้ประชาชนเรื่องพิษภัยยาสูบ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ประการสำคัญคือ การแก้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบที่เข้ามาเกือบ 25 ปี ทั้ง 2 ฉบับคือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เพื่อให้สอดคล้องกับพันธกรณี



ตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบของโลก เช่น การอนุญาตนผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญในการช่วยลดผู้บริโภทยาสูบควบคู่กับการขึ้นภาษี จะครอบคลุมถึงสินค้าที่ทันสมัยขึ้น เช่น บุหรี่ไฟฟ้า บารากู การจำกัดอายุผู้ซื้อบุหรี่จากเดิม 18 ปี เป็น 20 ปี เป็นต้น เพื่อป้องกันการเข้าถึงของเยาวชน

กรมอนามัยสร้างทีม Smart Kids Coacher คอยเข้มเด็กอ้วน



นพ.ณรงค์ สายวงศ์ รองอธิบดีกรมอนามัยเปิดเผยว่า กรมอนามัยในฐานะหน่วยงานหลักในการดูแลกลุ่มเด็กวัยเรียน ได้ดำเนินงานตามแนวทางการบูรณาการยุทธศาสตร์สุขภาพผ่านตัวชี้วัดหลักระดับกระทรวง เน้น 2 เรื่อง คือ การลดภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2556 พบภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 8.8 และในปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 9.5 สูงสุดพบใน 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพ 3, 4, 6 และ 12 คิดเป็นร้อยละ 11.3, 12.3, 12.4 และ 11.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบในเขตเมืองสูงถึงร้อยละ 20 สาเหตุของการเกิดภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มาจาก

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบให้ปัญหาดังกล่าวขยายวงกว้างครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งสาเหตุดังกล่าวเป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง รวมถึงการควบคุมอาหารเพื่อสกัดความอยากบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ภายใต้แผนงาน Flagship Project ซึ่งเป็นนโยบายหลักสำคัญของรัฐบาลและรัฐมนตรีที่ต้องเร่งดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ภายในระยะเวลา 4-6 เดือน จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในกระทรวงภายใต้การดำเนินงานแบบบูรณาการประกอบด้วย กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อสร้างความเข้าใจในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นเอกภาพและทิศทางเดียวกัน รวมไปถึงการแก้ไขปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน โดยกรมอนามัยได้กำหนดรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นนวัตกรรมแบบบูรณาการในการใช้ทรัพยากรบุคคลในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้สร้างนักจัดการลดน้ำหนักเด็กวัยเรียน Smart Kids Coacher ซึ่งเป็นทีมงานที่จะลงพื้นที่ในการจัดการลดน้ำหนักเด็กวัยเรียนไม่ให้เสี่ยงต่อภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนอีกต่อไป และคาดว่าจะลดภาวะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของประเทศชาติได้ 5,500 ล้านบาทต่อปี

ไทยประกาศความสำเร็จ 14th OSAPS 2014 กิจกรรมตกแต่งเสริมสวย ก้าวไกลสู่เวทีระดับนานาชาติ



เปิดฉากอย่างยิ่งใหญ่... การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ International Congress of The Oriental Society of Aesthetic Plastic Surgery (14th OSAPS 2014) ซึ่งประเทศไทยได้รับเกียรติเป็นเจ้าภาพ จัดขึ้นภายใต้ Themes: Achieving Excellence in Aesthetic Surgery ระหว่างวันที่ 27-29 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา ณ ศูนย์ประชุมพีช โรงแรมรอยัล คลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา

14th OSAPS 2014 เป็นการประชุมของสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสวยของประเทศในแถบตะวันออกหรือในเอเชีย มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะให้แก่ศัลยแพทย์ตกแต่งได้นำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด ภายในงานมีการบรรยายและสาธิตวิธีการผ่าตัดจากศัลยแพทย์ตกแต่งชื่อดังจากต่างประเทศและประเทศไทยในหลากหลายเรื่อง อาทิเช่น การผ่าตัดตกแต่งจมูก การเสริมเต้านม การผ่าตัดตกแต่งเปลือกตา การปลูกผม ตลอดจนจนถึงเรื่องการฉีดโบทูลินัมท็อกซิน (โบท็อกซ์, ดิสพอร์ท) และฟิลเลอร์ รวมถึงการปลูกถ่ายไขมันที่มีการพัฒนาเทคนิคอย่างมากในหลายปีที่ผ่านมา

ผศ.พล.อ.ต.นพ.กมล วัฒนไกร ประธานคณะกรรมการจัดการประชุม กล่าวว่า การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ OSAPS มีการจัดขึ้นเป็นประจำทุก 2 ปี หมุนเวียนกันในประเทศสมาชิก ประเทศที่เป็นสมาชิกของสมาคมปัจจุบัน ได้แก่ ไทย ญี่ปุ่น ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย สิงคโปร์ฮ่องกง ไต้หวัน จีน เกาหลี และกำลังเชิญประเทศในกลุ่มอาเซียน ไม่ว่าจะเป็นพม่า เวียดนาม ลาว และกัมพูชา เข้าร่วมเป็นสมาชิก

สำหรับการประชุม 14th OSAPS 2014 ที่ประเทศไทยได้รับเกียรติเป็นเจ้าภาพ ถือว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม 460 คน ถือว่าสูงที่สุดของการประชุมทางด้านศัลยแพทย์ตกแต่งในประเทศไทยเท่าที่เคยมีการจัดมา

การประชุมครั้งนี้มีความแตกต่างจากครั้งที่ผ่านาคือได้ร่วมกับ International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) ซึ่งเป็นสมาคมที่รวบรวมศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสวยทั่วโลก จัดการประชุมวิชาการ ISAPS Symposium ในหัวข้อ Augmentation Mammoplasty-How I do it, Clinical Tips for



ผศ.พล.อ.ต.นพ.กมล วัฒนไกร



Dr.Susumu Takayanagi



นพ.สงวน คุณภาพ

fat Grafting to the Breast in Asians, Hair Transplantation with FUE Method, Achieving Aesthetic Result in Blepharoptosis Surgery for the Elderly, Rhinoplasty, Facial Transplantation: From Experimental Setting to the Clinical Reality, The Importance of Reconstructing Nasal Valves During Primary Rhinoplasty และ Video Rhinoplasty by Dr.Nazim Cerkas ควบคู่ไปกับการประชุมของ OSAPS ซึ่งมีหัวข้อเกี่ยวกับ Botulinum Toxin & Filler และ Emerging Technologies in Plastic Surgery

ด้านวิทยากรที่บรรยายได้รับเกียรติจากศัลยแพทย์ที่มีชื่อเสียงระดับโลกซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น การผ่าตัดตกแต่งเปลือกตา มีวิทยากรที่มีชื่อเสียงหลายท่าน เช่น Dr.David Dae Hwan Park จากเกาหลี และ Dr.Keizo Fukuta จากญี่ปุ่น ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นผู้ที่รู้จักกันดีในวงการศัลยกรรมตกแต่งเสริมสวย การผ่าตัดเสริมจมูกโดยใช้ซิลิโคนร่วมกับกระดูกอ่อนของคนไข้ ได้เชิญ Dr.Man Koon Suh จากเกาหลี ผู้เขียนตำราเรื่อง Asian Rhinoplasty มาบรรยายและสาธิตการผ่าตัด Live Surgery การเสริมจมูกแบบเกาหลี รวมทั้ง Dr.Moo Hyun Piak จากเกาหลี President of Korean Academic Association of Rhinoplastic Surgeons มาบรรยายถึงเทคนิคการผ่าตัดทั้งหมด การผ่าตัดเสริมทรวงอก ได้เชิญ Dr.Dennis C.Hammond จากสหรัฐอเมริกา ผู้เขียนตำรา Text book of Mammoplasty มาบรรยายและสาธิตการผ่าตัด Live Surgery เสริมหน้าอกให้ศัลยแพทย์ชาวไทยได้รับชม นอกจากนี้แล้วยังมี Dr.Gordon H.Sasaki จากสหรัฐอเมริกา ซึ่งเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ Minimal invasive surgery ที่มีชื่อเสียงระดับโลกมาบรรยายเกี่ยวกับการฉีดไขมันและสเต็มเซลล์ที่ใบหน้า รวมทั้งเทคนิคการ

ใช้เครื่อง Microfocus Ultrasound ซึ่งมีชื่อเสียงมากในประเทศสหรัฐอเมริกา และแสดงปาฐกถาพิเศษ Ohmori Memorial Lecture เพื่อรำลึกถึง Prof.Seichi Ohmori ผู้รวบรวมสมาชิกศัลยแพทย์ตกแต่งจากประเทศไทยและในหลายประเทศก่อตั้งสมาคม OSAPS และบุคคลสำคัญอีกหนึ่งท่านคือ Dr.Susumu Takayanagi จากญี่ปุ่น ซึ่งเป็นนายกสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสวยนานาชาติ (President of ISAPS) มาบรรยายเรื่องการเสริมหน้าอก ใน ISAPS Symposium อีกด้วย

“ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่เป็นจริงที่กลั่นกรองมาแล้วจากศัลยแพทย์ที่มีชื่อเสียง ได้สัมผัสการผ่าตัดจริง ๆ จากผู้ที่มีประสบการณ์และได้รับการยอมรับในวงการศัลยกรรม เรียกได้ว่าครบถ้วนทุกด้านของศัลยกรรมตกแต่งเสริมสวย และในฐานะที่ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพการประชุม จึงได้ถือโอกาสนี้เปิดเวทีให้ประเทศสมาชิกได้นำเสนอองค์ความรู้ทางด้านศัลยกรรมตกแต่งเพื่อแบ่งปันความรู้ระหว่างกัน ซึ่งการที่ประเทศไทยได้รับเกียรติให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีความโดดเด่นทางศัลยกรรม มีความสัมพันธ์อันดีระหว่างประเทศสมาชิก และมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ไม่เช่นนั้นจะไม่สามารถเชิญวิทยากรที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับในระดับโลกหลาย ๆ ท่านมาบรรยายได้ ซึ่งนอกจากความร่วมมือทางวิชาการในการจัดการประชุมแล้วยังมีความร่วมมือกันทางด้านวิชาการอื่น ๆ เช่น การเยี่ยมเยียน การศึกษาดูงานระยะสั้น และในอนาคตจะมีโปรแกรมแลกเปลี่ยนการศึกษาของแพทย์ประจำบ้านทางด้านศัลยแพทย์ตกแต่งต่อไปอีกด้วย” ผศ.พล.อ.ต.นพ.กมล กล่าว

ผศ.พล.อ.ต.นพ.กมล ยังกล่าวอีกว่า การได้มาเรียนรู้วิชาการร่วมกันถือเป็นโอกาสอันดี โดยได้เปิดกว้างให้แพทย์



นพ.ประกอบ ทองผิว กล่าวเปิด และทำพิธีเปิดงานอย่างเป็นทางการ



Dr.Gordon H.Sasaki แสดงปาฐกถาพิเศษ
Ohmori Memorial Lecture

หลากหลายสมาคม ไม่ว่าจะเป็นสมาคมแพทยผิวหนังแห่งประเทศไทย หรือสมาคมอื่นหรือแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในสมาคม แต่ทำงานด้านศัลยกรรมตกแต่ง เสริมสวย ทำตา ทำจมูก หรือ การฉีดเพื่อการเสริมสวย ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาจากการได้



Dr.Susumu Takayanagi
บรรยายใน ISAPS Symposium

เรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้องจากวิทยากรที่ได้เลือกสรรมาแล้ว เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้มารับบริการ และการจัดงานประชุมวิชาการครั้งนี้ยังแสดงถึงศักยภาพของศัลยแพทย์ตกแต่งไทยในการจัดงานประชุมวิชาการในระดับนานาชาติ ซึ่งได้รับความสนใจจากวิทยากรและผู้เข้าประชุมทั้งหมด เป็นจุดเริ่มต้นให้ศัลยแพทย์ตกแต่งของไทยก้าวทัดเทียมนานาชาติ

“จากจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมที่มาจากหลาย ๆ ประเทศสมาชิก หากมองถึงความโดดเด่นทางด้านศัลยกรรมของแต่ละประเทศมีความโดดเด่นแตกต่างกันออกไป มีศัลยแพทย์ที่มีความสามารถไม่แพ้กัน ประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน เราไม่ได้บอกว่าเราเหนือกว่าประเทศอื่น แต่เรามีความโดดเด่นทางด้านศัลยกรรมตกแต่งในทุกสาขาต่อสหายชาวโลกมานาน ด้วยคุณภาพมาตรฐาน รวมถึงราคาที่สมเหตุสมผล โดยที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดคือ การทำตา เสริมจมูก เสริมเต้านม ดูดไขมัน และผ่าตัดเปลี่ยนเพศ” ผศ.พล.อ.ต.นพ.กมล กล่าว

การประชุมครั้งนี้ได้ต้อนรับ Dr.Susumu Takayanagi, President of ISAPS ที่เดินทางมาบรรยายเรื่องการเสริมหน้าอก ซึ่งแนวโน้มในการผ่าตัดเสริมหน้าอกในปัจจุบันจะมีอยู่ 4 วิธีคือ 1. การผ่าตัดที่ยังใช้เต้านมเทียมหรือถุงเต้านมเทียมซึ่งส่วนใหญ่เป็นซิลิโคน 2. การฉีดไขมันตัวเอง โดยนำไขมันบริเวณต้นขา สะโพก หรือหน้าท้อง ไปฉีดที่เต้านมโดยไม่ต้องใช้เต้านมเทียม 3. การใช้เครื่องมือพิเศษที่เรียกว่า Brava เป็นเครื่องมือที่ใช้ความดันอากาศแบบลบดูดครอบลงไปใต้เต้านม เพื่อดูดให้เต้านม

ใหญ่ขึ้นมา ทำให้ผิวหนังของเต้านมขยายออกเพื่อเตรียมรับการฉีดไขมันตัวเองเข้าไป และ 4. ใช้ทั้งการผ่าตัดฝังเต้านมเทียมบวกกับการฉีดไขมันตัวเองเข้าไป ซึ่งเป็นโอกาสอันดีที่ศัลยแพทย์ชาวไทยจะได้เรียนรู้และรับรู้ข้อมูลที่ครบถ้วนจากการบรรยาย

ไม่เพียงเท่านั้น Dr.Susumu ยังได้กล่าวชื่นชมถึง ศัลยกรรมตกแต่งในประเทศไทยว่า นอกจากการศัลยกรรมตกแต่งทั่วไปแล้ว ประเทศไทยมีชื่อเสียงด้านการศัลยกรรมเปลี่ยนเพศ ไม่ว่าจะเป็นจากผู้ชายเป็นผู้หญิง หรือผู้หญิงเป็นผู้ชาย ซึ่งประเทศไทยเป็นสถานที่ที่คนทั่วโลกเลือกที่จะมา นอกจากนั้นเรื่องศัลยกรรมตกแต่งเสริมสวยด้านอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นเสริมเต้านม ดูดไขมัน หรือเกี่ยวกับใบหน้ายังมีความโดดเด่น เนื่องจากมีศัลยแพทย์ที่มีมาตรฐานวิชาชีพสูง ประกอบกับค่าใช้จ่ายเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นแล้วถือว่าประหยัดคุ้มค่ามากกว่า และยังเป็นโอกาสในการได้มาเที่ยวประเทศไทยไปในตัวอีกด้วย

ปัจจุบัน ISAPS มีจำนวนสมาชิกทั้งหมดประมาณ 3,000 คน จาก 82 ประเทศ บทบาทสำคัญของ ISAPS คือพัฒนาทางด้านวิชาการและความรู้แก่ศัลยแพทย์ เช่น การจัด Symposium เพื่อให้ศัลยแพทย์สามารถนำความรู้ที่ถูกต้องไปใช้ให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุด และเนื่องจากการเป็นสมาชิกของ ISAPS จะต้องผ่านการพิจารณาครั้งก่อน เพราะฉะนั้นการได้เป็นสมาชิกของ ISAPS จึงการันตีได้ถึงคุณภาพมาตรฐานของศัลยแพทย์ท่านนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดี



“อยากเชิญชวนศัลยแพทย์ที่มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานของ ISAPS ทุกท่านที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิก ให้มาสมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิก เพราะสมาคมจะมีการจัดกิจกรรมทางวิชาการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ให้เกิดการเรียนรู้และแบ่งปันความรู้สู่เพื่อนสมาชิกเป็นประจำ โดยเฉพาะศัลยแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น การปลูกผม การผ่าตัดเสริมสวยตา เพื่อจะได้ถ่ายทอดองค์ความรู้เหล่านี้สู่ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านอื่น ๆ ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน และสามารถนำความรู้เหล่านั้นไปใช้โดยไม่เกิดความผิดพลาด นอกจากนี้แล้ว ISAPS ยังมีวารสารวิชาการ Aesthetic Plastic Surgery Journal เปิดโอกาสให้ผู้สนใจส่งบทความของตนเองเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่อีกด้วย” **Dr.Susumu** กล่าว

ด้าน **นพ.สงวน คุณาพร คณะกรรมการบริหารสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย** กล่าวว่า เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำศัลยกรรมเสริมสวย ศัลยแพทย์ต้องคำนึงถึงหลักการทำศัลยกรรมที่ปลอดภัย (The Patient Safety Diamond) 4 ประการ ประกอบด้วยผู้รับบริการ ศัลยแพทย์ ชนิดของการทำศัลยกรรม และสถานที่การทำศัลยกรรม กล่าวคือ ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมควรเป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง ศัลยแพทย์ต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมมาอย่างเหมาะสมและได้รับวุฒิบัตรรับรองจากสถาบันฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ ชนิดของศัลยกรรมต้องปลอดภัยกับผู้รับบริการและเหมาะสมกับระยะเวลาที่ศัลยแพทย์จะให้การดูแลได้ สถานที่ทำศัลยกรรมต้องได้รับการรับรองว่ามีความปลอดภัยจากหน่วยงานที่ดูแลมาตรฐาน และมีความพร้อมของเครื่องมือและเจ้าหน้าที่ที่จะดูแลในกรณีฉุกเฉินและส่งต่อไปยังโรงพยาบาล

“การทำศัลยกรรมตกแต่งเสริมสวยนับวันจะมีผู้ที่ต้องการรับบริการมากขึ้น ดังนั้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึงที่สุดคือ ความปลอดภัยของผู้มาใช้บริการ ทั้งที่อยู่ในประเทศและจากต่างประเทศที่

เดินทางเข้ามาประเทศไทย แพทย์ผู้ทำหัตถการต้องมีความรู้ความสามารถเพียงพอ และสถานที่ให้บริการต้องได้มาตรฐาน”

นพ.สงวน ยังกล่าวอีกว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการศัลยกรรมเป็นปัญหาทั่วโลก อยู่ที่ว่าจะสามารถควบคุมดูแลปัญหานี้ได้อย่างไร สำหรับศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสวยที่เป็นสมาชิกของ ISAPS ก่อนเป็นสมาชิกจะต้องผ่านการรับรองจากผู้แทนของ ISAPS ประเทศนั้น ๆ และจบการฝึกอบรมเป็นศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสร้างที่เรียกว่า Plastic Reconstructive Surgeon มาก่อน ซึ่งโดยพื้นฐานจะต้องเรียนรู้การผ่าตัดรักษาโรคและความพิการ เช่น การรักษาการบาดเจ็บที่ใบหน้าจากอุบัติเหตุ การเสริมสร้างเต้านมใหม่ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องตัดเต้านมทิ้ง หรือการปลูกผิวหนังให้แก่ผู้ป่วยที่ถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นต้น เมื่อมีความเชี่ยวชาญทางด้านการศัลยกรรมตกแต่งเสริมสร้างแล้วจึงจะฝึกฝนต่อยอดมาเป็นศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสวยได้

งานประชุมวิชาการ 14th OSAPS 2014 ถือเป็นอีกเวทีหนึ่งที่ศัลยแพทย์จากทั่วโลกได้มารวมตัวเพื่อเพิ่มพูนความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อพัฒนางานด้านศัลยกรรมตกแต่งเสริมสวยให้ก้าวหน้าไปอย่างไม่หยุดยั้ง





มูลนิธิชิน ไลภณพนิช

มอบเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) แก่ สพด.
ปลุกกระแสตื่นตัวรับมือผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันก่อนนำส่งโรงพยาบาลจำนวนมากขึ้นทุกปี ซึ่งจากข้อเท็จจริงทางการแพทย์พบว่า ประชากรที่เสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจะมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้นหากได้รับการช่วยชีวิตอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ ถูกวิธีตามหลักขั้นตอน Chain of survival (ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต) ร่วมกับการใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ซึ่งเป็นอุปกรณ์สำคัญที่ช่วยเพิ่มศักยภาพ เพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ซึ่งในต่างประเทศจะมีการติดตั้งเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ไว้ในที่สาธารณะและในสถานที่ที่มีประชาชนอยู่เป็นจำนวนมาก อาทิเช่น สวนสาธารณะ สนามกีฬา สนามบิน สถานที่ตามภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทย เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ที่ติดตั้งในที่สาธารณะยังมีจำนวนน้อย ด้วยข้อจำกัดทางด้านงบประมาณและการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่อง ดังนั้น ในโอกาสนี้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จึงได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วนองค์กรที่เล็งเห็นถึงความสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันตามหลักกระบวนการ Chain of survival (ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต) เข้าร่วมในการส่งมอบเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ให้แก่ทาง สพด. เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

โดยในวันพฤหัสบดีที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 84 พรรษา สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ภายในกระทรวงสาธารณสุข ทางมูลนิธิชิน ไลภณพนิช, นายเสนอ แสงสุวรรณ และบริษัท เซนต์เมดิคอล (คริติคอล แคร่) จำกัด ได้มอบเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) เพื่อสนับสนุนการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันตามหลัก “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต” เพื่อให้ทาง สพด. ได้นำไปใช้ประโยชน์มอบให้แก่องค์กรอื่น ๆ อีกต่อไป โดยบรรยากาศในงานดังกล่าว



นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์การรับมอบเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติว่า จากหลายภาคส่วนที่เล็งเห็นถึงความสำคัญและมีความห่วงใยต่อชีวิตของประชาชน และได้มอบเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ให้แก่ สพด. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำไปมอบให้แก่สังคมนั้น ในโอกาสนี้ สพฉ. ขอส่งต่อความห่วงใยนี้ด้วยการมอบเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) แก่หน่วยจักรยานกู้ชีพจำนวน 1 เครื่อง และชุมชนจักรยาน “กลุ่มรวมมิตร” จำนวน 1 เครื่อง

“อยากกระตุ้นให้สังคมไทยเห็นถึงความสำคัญของเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED)

ว่ามีความเหมาะสม และถึงเวลาแล้วที่สถานที่สาธารณะต่าง ๆ ในประเทศไทยควรมีเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ติดตั้งไว้เช่นเดียวกับต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศญี่ปุ่นที่เห็นความสำคัญและมีการติดตั้งเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ไว้ตามสถานที่สาธารณะ ทั้งห้างสรรพสินค้า โรงเรียน บริษัทต่าง ๆ อาคารขนาดใหญ่ สนามกีฬา เป็นต้น เพื่อที่เวลาเกิดเหตุฉุกเฉินในกลุ่มผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจะได้รับความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของสังคมไทยในปัจจุบันที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอายุที่สูงขึ้น โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจากการที่มีคอเลสเตอรอลสูงหรือความดันโลหิตสูงก็พบมากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น การเตรียมพร้อมรับมือหากเกิดกรณีฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งจำเป็น” **นพ.อนุชา** กล่าว

ทั้งนี้ อุปสรรคสำคัญในการปลุกกระแสให้สังคมเห็นความสำคัญของเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) นั่นคือ แต่เดิมเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) จะอยู่ในมือแพทย์ แต่งานวิจัยทั้งของสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่นพยายามจะสื่อให้สังคมรับรู้ว่ามีเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) นี้เป็น Public Access AED หมายความว่าไม่ได้เป็นเครื่องมือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นของสาธารณะ เพราะปัจจุบันเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ถูกออกแบบมาให้เป็นเวอร์ชันภาษาไทย

สามารถใช้งานได้ง่าย เป็นการสร้างการรับรู้ใหม่ให้แกสังคมว่า เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ไม่ได้เป็นเครื่องมือทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ แต่หากจะเป็นเครื่องมือที่สาธารณชนและประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้นั่นเอง

อย่างไรก็ตาม แม้จะใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ในการฟื้นคืนคลื่นหัวใจของผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันให้กลับมาเป็นปกติแล้ว แต่นั่นยังไม่จบขั้นตอนของห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต ยังต้องส่งต่อผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาดูแลต่อเนื่องต่อไป โดยบุคคลหรือหน่วยงานที่รับมอบเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) จะต้องผ่านการฝึกอบรมการใช้งานตามห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต ดังนี้ 1. โทรศัพท์ขอความช่วยเหลือหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน โทร. 1669 2. กดน้าอกกู้ชีพพื้นฐาน (CPR) 3. ใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) อย่างทันท่วงทีเพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต มีการศึกษาวิจัยทางการแพทย์พบว่า การรักษาด้วยเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ที่ช้าลงจะทำให้ผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันสูญเสียอัตราการรอดชีวิตไป 10% ทุก ๆ 1 นาทีที่ผ่านไป 4. ปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงอย่างรวดเร็วโดยบุคลากรทางการแพทย์ก่อนจะนำส่งต่อไปโรงพยาบาล และ 5. รักษาต่อเนื่องและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

“ต้องขอขอบคุณ คุณหญิงชดช้อย โสภณพนิช, นายเสนอ แสงสุวรรณ และบริษัท เซนต์เมดิคอล (คริตีคอล แคร่) จำกัด ที่ได้บริจาคเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) โดยทาง สพท. พร้อมจะเป็นสื่อกลางในการนำมอบให้แก่สังคมต่อไป และคาดหวังว่าในอนาคตจะมีการกระจายเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ให้ครอบคลุมทั่วทั้งภูมิภาคของประเทศไทย พร้อมกันนี้ สพท. จะมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ติดตั้งเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) พร้อมฝึกความพร้อมให้แก่เจ้าหน้าที่เพื่อปลุกกระแสตื่นตัวรับมือกับผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันต่อไป” **นพ.อนุชา** กล่าว



ด้าน **คุณหญิงชดช้อย โสภณพนิช กรรมการผู้อำนวยการ มูลนิธิชิน โสภณพนิช** กล่าวแสดงเจตนารมณ์ในการบริจาคเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติจำนวน 10 เครื่องแก่ สพท. ว่า มูลนิธิชิน โสภณพนิช มีเป้าหมายหลักคือ ให้การสนับสนุนทางด้านการศึกษา โดยได้มอบทุนการศึกษามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 ปัจจุบันมีผู้รับทุนไปแล้วกว่า 10,000 ทุน นับเป็นความภาคภูมิใจอย่างยิ่งที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการร่วมสร้างบุคลากรอันทรงคุณค่าให้แก่สังคมและประเทศชาติอย่างต่อเนื่องมาถึง 36 ปี พร้อมทั้งยังได้ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดใกล้เคียงกับมหาวิทยาลัย ด้วยความหวังว่าจะลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในต่างจังหวัดลงได้ เพราะเมื่อนักศึกษาแพทย์และพยาบาลเหล่านี้จบการศึกษาจะได้เลือก

ทำงานในภูมิลำเนาของตนเอง โดยเป็นทุนการศึกษาประเภทต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ปีการศึกษา 2549-2559

นอกเหนือจากการสนับสนุนการศึกษาแก่บุคลากรทางการแพทย์แล้ว มูลนิธิชิน โสภณพนิช ยังเล็งเห็นความสำคัญและประโยชน์ของเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) โดยเสนอว่าควรมีการส่งเสริมและเผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปได้มีโอกาสเรียนรู้ถึงกระบวนการตามหลักขั้นตอน “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต” เพราะในปัจจุบันในสังคมโดยส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นน้อยมาก และนอกจากนี้ต้องสร้างความรับผิดชอบต่อสาธารณชนโดยคำนึงถึงเรื่องของความปลอดภัยเป็นสำคัญ ผลักดันให้ทุกหน่วยงาน ทุกอาคาร ตระหนักว่าเป็นหน้าที่ เป็นนโยบายที่จะต้องมีการติดตั้งเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ไว้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้สามารถกู้ชีพได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที ก่อนส่งผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันไปดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดที่โรงพยาบาลต่อไป

“ก่อนหน้านี้มีความกังวลว่าเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) จะมีใครกล้าใช้หรือไม่ และถ้าใช้จะใช้อย่างไร แต่จากที่ได้ชมการสาธิตวิธีการช่วยชีวิตผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ประกอบกับการใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ร่วมด้วยแล้ว ต้องบอกว่าเครื่องนี้ฉลาดมาก เพราะอุปกรณ์ชิ้นนี้จะบอกขั้นตอนการทำงานเป็นภาษาไทยในขณะที่ทำการปั๊มหัวใจช่วยชีวิตผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เพราะฉะนั้นทุกคนสามารถทำได้ตามขั้นตอนที่เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) บอก และสบายใจได้ว่ามีเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ติดตั้งไว้แล้วจะปลอดภัย

แต่ทั้งนี้ผู้ที่ดูแลและรับผิดชอบเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ควรจะต้องได้รับการฝึกฝนเพื่อให้สามารถใช้เครื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในอนาคตหวังว่าเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) จะมีแพร่หลายมากขึ้น ซึ่งต้องขอชื่นชมทาง สพท. ที่พยายามกระตุ้นให้เห็นความสำคัญ” **คุณหญิงชดช้อย** กล่าว





นายวิโรจน์ วสุสุทธิกุลกานต์ กรรมการผู้จัดการ บริษัท เซนต์เมดิคอล (ครีดิคอล แคร่) จำกัด ในฐานะผู้นำเข้าและตัวแทนจำหน่ายเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ในประเทศไทยกล่าวว่า บริษัทเล็งเห็นถึงความสำคัญของการช่วยชีวิตผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และมองเห็นประโยชน์ของการมีเครื่องมือที่มีศักยภาพที่สามารถจะเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเหล่านี้ ซึ่งมีความสำคัญของความสำเร็จในการช่วยชีวิต

ด้วยเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ให้เห็นแล้วในต่างประเทศ จึงอยากจะสร้างการรับรู้ในเรื่องของการช่วยชีวิตด้วยเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ในประเทศไทยให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น โดยที่ผ่านมาบริษัทได้มอบเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) จำนวน 10 เครื่อง เพื่อสนับสนุนการทำงานของ สพจ. ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดความตระหนักในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานตามหลักห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำไปมอบต่อแก่หน่วยงานหรือองค์กรที่มีความเหมาะสมและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการช่วยชีวิตต่อไป

ทั้งนี้ ในโอกาสที่ทางมูลนิธิชิน โสภณพนิช โดยคุณหญิงชดช้อย โสภณพนิช ได้เห็นถึงความสำคัญของการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยมองถึงความปลอดภัยของประชาชนเป็นสำคัญ และได้บริจาคเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) จำนวน 10 เครื่อง เพื่อสนับสนุนการทำงานของ สพจ. ซึ่งจะเป็นการปลูกกระแสให้สังคมไทยตื่นตัวรับมือผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนั้น บริษัทมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งเพราะถือเป็นแบบอย่างที่น่ายกย่อง แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณชนได้เป็นอย่างดี ทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ทุกหน่วยงานหรือองค์กร รวมถึงตามสถานที่สาธารณะต่าง ๆ เกิดความตระหนักว่าเป็นหน้าที่และเห็นถึงความเหมาะสมในการติดตั้งเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีก่อนนำตัวผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยเหลือเพิ่มโอกาสให้ผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมีโอกาสรอดชีวิต และคาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นส่วนสำคัญให้องค์กรหรือหน่วยงานอื่นเห็นความสำคัญของเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) และมีการติดตั้งอุปกรณ์ชิ้นนี้ไว้ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมรับมือหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน

นายกิตติพงษ์ กองแก้ว อาสาสมัครหน่วยจักรยานกู้ชีพ

“เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้ผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้มีโอกาสฟื้นคืนคลื่นหัวใจกลับมาอีกครั้ง โดยเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ที่ได้รับมอบนี้จะนำไปติดตั้งไว้ที่บ้าน และจะทำป้ายติดหน้าบ้านไว้เลยว่าบ้านนี้มี



เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) หากเกิดเหตุฉุกเฉินสามารถโทรศัพท์ติดต่อขอความช่วยเหลือได้โดยตรง หรือติดต่อหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน โทร. 1669 พร้อมทั้งจะนำเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ติดตัวไปขณะออกปฏิบัติงาน เมื่อพบเหตุฉุกเฉินจะได้ช่วยเหลือได้ทันที หรือถ้ามีผู้พบเห็นเหตุฉุกเฉินก็สามารถติดต่อได้โดยตรงและเราจะรีบไปทันที โดยจักรยานสามารถทำรัศมีประมาณ 5 กิโลเมตร ภายใน 5 นาที โดยเฉพาะในช่วงเวลาเร่งด่วน 6.00-8.00 น. และ 15.00-18.00 น. ซึ่งการจราจรติดมาก

จักรยานจะคล่องตัวกว่ารถมอเตอร์ไซด์ เพราะสามารถยกขึ้นลงฟุตบาท เข้าตรอกซอยเล็ก ๆ ยกขึ้นสะพาน หรือเกาะรถสาธารณะไปได้”



นพ.อุกฤษฏ์ มลิณทางกูร ชุมชนจักรยาน “กลุ่มรวมมิตร”

“ชุมชนจักรยานกลุ่มรวมมิตร มีสมาชิกนักปั่นประมาณ 60 คน ร่วมออกทริปปั่นจักรยานทางไกล ซึ่งระหว่างการออกทริป นอกจากอุบัติเหตุเล็ก ๆ น้อย ๆ แล้ว บางครั้งก็มีเหตุฉุกเฉิน หน้ามืด เป็นลมหมดสติได้ เพราะนักปั่นแต่ละท่านอายุรวม 60 ปี และบางท่านก็มีโรคประจำตัวอย่างโรคหัวใจ แต่เนื่องจากการออกทริปของกลุ่มของเราจะเป็นในลักษณะของการพักผ่อน ไม่ได้เร่งรีบ แต่ถ้าในกรณีที่เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ เร่งรีบมีการแข่งขันก็ต้องเตรียมรับมือที่คาดไม่ถึงได้ด้วย ในประเทศที่พัฒนาแล้วการจัดการแข่งขันหรือกิจกรรมที่มีผู้เข้าร่วมจำนวนมากจะต้องมีเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ติดตั้งไปด้วย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และในอนาคตเชื่อว่าเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) จะมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะด้วยวิถีการดำเนินชีวิตและอาหารการกินส่งผลให้คนไทยมีโอกาสเป็นโรคหัวใจมากขึ้น”



ศิริราชจัดงานมอบรางวัลปาฐกถาสุด แสงวิเชียร ประจำปี 2557



ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นประธานมอบรางวัลปาฐกถาสุด แสงวิเชียร ประจำปี พ.ศ. 2557 แก่ ศ.เกียรติคุณ พญ.จินตนา ศิรินาวัน อดีตอาจารย์ประจำสาขาวิชาเวชพันธุศาสตร์

ภาควิชาอายุรศาสตร์ ณ ห้องประชุมตรีเพ็ชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15 โรงพยาบาลศิริราช จากนั้น ศ.เกียรติคุณ พญ.จินตนา จะแสดงปาฐกถาสุด แสงวิเชียร เรื่อง เรียนรู้...รู้ทัน... พันธุศาสตร์ “เวชพันธุศาสตร์กับปัญหาโรคพันธุกรรมในประเทศไทย” ซึ่งเป็นปาฐกถาทางวิชาการที่ขนานนามขึ้นเพื่อเป็นเกียรติแก่ ศ.นพ.สุด แสงวิเชียร ศาสตราจารย์เกียรติคุณของมหาวิทยาลัยมหิดล อดีตคณบดี และอดีตหัวหน้าภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และในฐานะที่เป็น “ครูแพทย์” สำคัญผู้หนึ่งซึ่งเป็นที่ยกย่อง เคารพเทิดทูนของบรรดาศิษย์ตลอดระยะเวลาอันยาวนาน

ร.พ.รามฯ ปรับโฉมอาคาร 1 รองรับบริการให้บริการในปี 2558



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการปิดปรับปรุงอาคารและตกแต่งภายในอาคาร 1 ชั้น 1 และ 2 เพื่อการปรับปรุงรูปแบบสำหรับรองรับการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยพร้อมเปิดให้บริการรูปแบบใหม่ อันทันสมัย สวยงาม และยังคงคุณภาพการรักษาพยาบาลดังเดิม ภายในปี พ.ศ. 2558

ในระหว่างนี้ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินการย้ายหน่วยบริการผู้ป่วยต่าง ๆ ไปยังอาคาร 4 เป็นการชั่วคราว เพื่อรองรับบริการผู้ป่วย ดังนี้

อาคาร 4 ชั้น 1

- หน่วยตรวจเวชศาสตร์ครอบครัว
- หน่วยตรวจสูติกรรม
- หน่วยตรวจนรีเวช
- หน่วยตรวจอัลตราซาวด์
- หน่วยหัตถการ
- หน่วยให้คำปรึกษาและสร้างเสริมสุขภาพ

สุภาพ

- เจาะเลือด
- งานเวชระเบียน
- งานเวชภัณฑ์ทางการแพทย์

อาคาร 4 ชั้น 2

- ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
- หน่วยตรวจจิตเวช

อาคาร 4 ชั้น 3

- หน่วยตรวจทันตกรรม
- หอผู้ป่วยระยะสั้น

อาคาร 4 ชั้น 4

- ภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมายและความผิดปกติของการสื่อความหมาย

- หน่วยตรวจการได้ยินสำหรับผู้ป่วยเด็กและแก้ไขการพูด

อาคาร 4 ชั้นใต้ดิน

- งานเวชภัณฑ์ทางการแพทย์
- งานผู้ป่วยสัมพันธ์
- งานสังคมสงเคราะห์



โครงการ “ทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด” เป็นโครงการสนับสนุนให้นักวิจัยไทยร่วมส่งผลงานเพื่อขอรับทุนที่เกี่ยวข้องกับด้านโภชนาการ วิทยาศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการยกระดับความสามารถในการแข่งขันทางวิชาการของไทย และส่งเสริมด้านโภชนาการและสุขภาพให้แก่คนไทย ซึ่งได้จัดต่อเนื่องมาตลอดเป็นประจำทุกปี โดยในปีนี้เป็นบริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ร่วมกับ มูลนิธิเซเรบอส เพื่อการวิจัยสุขภาพของคนไทย เปิดงานประชุมวิชาการด้านโภชนาการ เซเรบอส อวอร์ด คอนเฟอเรนซ์ ประจำปี ค.ศ. 2014 และการมอบทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2014 ทุนวิจัยด้านโภชนาการและสุขภาพ เป็นปีที่ 14 หวังกระตุ้นให้เกิดการต่อยอดองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขสนับสนุนนักวิจัยไทยเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน ภายใต้หัวข้อ “Future Trends of Health Promotion: a Holistic Approach” หรือ “แนวโน้มใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม” โดยมีแพทย์ นักวิชาการ และผู้ทรงคุณวุฒิเข้าร่วมเสวนาเป็นจำนวนมาก และได้จัดให้มีการมอบทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2014 แก่ 4 นักวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกในปีนี้ได้รับพระกรุณาธิคุณจาก พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ เสด็จเปิดงานประชุมวิชาการ เซเรบอส อวอร์ด คอนเฟอเรนซ์ 2014 และประทานรางวัลทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2014

4 นักวิจัยไทยคว้าทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2014

เพื่อพัฒนางานวิจัยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม



รศ.นพ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ

น.ส.สุชาดา จาปะเกษตร์

อ.ดร.สรัญญา แก้วประเสริฐ

รศ.ดร.นพ.กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์



ศ.เกียรติคุณ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภาแห่งประเทศไทย เปิดเผยในการเสวนาในหัวข้อ “แนวโน้มใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของไทยในยุคประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน” ที่จัดขึ้นภายในการประชุมวิชาการด้านโภชนาการเซเรบอส อวอร์ด คอนเฟอเรนซ์ ประจำปี ค.ศ. 2014 ว่า ปัจจุบันความรู้ทางการแพทย์ และความสามารถด้านสาธารณสุขของไทยมีศักยภาพทัดเทียมกับนานาประเทศ แต่สิ่งสำคัญที่เรายังขาดคือการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความรู้ความเข้าใจทางด้านภาษา เนื่องจากความรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในโลกตอนนี้ล้วนแล้วแต่ตีพิมพ์และเผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ และเมื่อเข้าใจภาษาอังกฤษแล้ว บุคลากรทางการแพทย์จะสามารถเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจใหม่ ๆ ตลอดจนนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม ในขณะที่เดียวกันทางภาครัฐและเอกชนควรร่วมมือกันสนับสนุนด้านทุนวิจัยให้แก่ นักวิจัยไทย เพื่อให้เกิดการวิจัยและค้นคว้าองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อคนไทยในระยะยาว นอกจากนี้องค์กรภาครัฐก็ควรเร่งสร้างพันธมิตรเพื่อให้ความรู้และแรงจูงใจให้ประชาชนคนไทยและชุมชนดูแลสุขภาพของตนเองควบคู่กันไปด้วย เพราะปัจจุบันคนไทยให้ความสำคัญกับความสวยงามภายนอก แต่สิ่งที่จะดูแลสุขภาพองค์รวมของร่างกาย หากการแพทย์ไทยต้องการแข่งขันในยุคประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เราจึงต้องพัฒนาปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นควบคู่กันไป

ศ.นพ.จอมจักร จันทรสกุล ประธานกรรมการบริหาร มูลนิธิเซเรบอสเพื่อการวิจัยสุขภาพของคนไทย และประธานคณะกรรมการพิจารณาทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด เปิดเผยว่า โครงการทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด (Cerebos Awards) ได้ก่อตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมและเปิดโอกาสให้นักวิจัยไทย ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ เกษตรกร นักโภชนาการ พยาบาล นักวิทยาศาสตร์ และนักวิชาการทั่วไป ได้ร่วมส่งผลงานวิจัยเพื่อขอรับทุนทางด้านการแพทย์ โภชนาการ เกษตรศาสตร์ วิทยาศาสตร์ ตลอดจนสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง อันเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม โดยโครงการทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด จะมอบทุนวิจัยประเภทเงินไม่เกิน 500,000 บาทต่อปี ซึ่งสามารถแบ่งให้โครงการวิจัยได้ไม่เกิน 5 โครงการต่อปี ในปีนี้

นักวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกให้ได้รับทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2014 จำนวน 4 ท่าน ดังนี้

รศ.ดร.นพ.กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ได้รับทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2014 กับผลงานวิจัยเรื่อง “การหาวิธีการเตรียมและหาสัดส่วนที่เหมาะสมของแก๊นตะวันเพื่อนำมาผสมกับอาหารที่ให้ผ่านสายยางและศึกษานำร่องการให้ในผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมที่มีปัญหาถ่ายท้องเสีย” กล่าวว่า ผมรู้สึกเป็นเกียรติมากที่ได้รับทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด ในปีนี้ ต้องขอขอบคุณทุนวิจัยดี ๆ ที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย สำหรับงานวิจัยศึกษาเกี่ยวกับภาวะท้องเสียเป็นสาเหตุที่สำคัญของการให้อาหารทางสายยาง โดยเฉพาะผู้ป่วยหนักในไอซียูโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการย้ายปฏิชีวนะ ผู้วิจัยได้เคยนำสูตรอาหารที่มีส่วนผสมของใยอาหารทดลองใช้กับผู้ป่วยไอซียูที่มีการให้อาหารทางสายยางพบว่าถึงแม้จะไม่มีผลแตกต่างในจำนวนคนที่เกิดอาการท้องเสียเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนน้อย แต่พบว่าสามารถลดระดับของภาวะท้องเสียจากอาหารได้ในช่วงสังเกตการณ์เวลา 14 วันอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับผู้ป่วยไอซียู ส่วนผสมใยอาหารที่มีประโยชน์คือ ใยอาหารที่สามารถละลายน้ำได้ ซึ่งวัตถุดิบในประเทศไทยที่เป็นส่วนผสมของอาหารเพื่อเพิ่มระดับของใยอาหารที่ละลายในน้ำได้ในอาหารที่ให้ทางสายยางโดยเฉพาะที่มีส่วนผสมของ Inulin และ FOS ที่มีปริมาณสูง ได้แก่ กระเทียมและแก๊นตะวัน

ในประสบการณ์ส่วนตัวที่ได้ทดลองนำมาใช้กับผู้ป่วยโดยใช้แก๊นตะวันผสมในอาหารทางสายยางสูตรปกติหรือสูตรที่ง่ายขึ้น แล้วให้ผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียจากอาหารทางสายยาง พบว่าสามารถลดปริมาณการเกิดท้องเสียได้ทางคลินิกเนื่องจากแก๊นตะวันเป็นพืชหัวที่ปลูกได้ง่าย ระยะเวลาการปลูกสั้นเพียง 5 เดือนได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น และมีการปลูกในเกษตรกรหลายกลุ่ม มีการแปรรูปเพื่อสามารถนำมาใช้ในรูปแบบที่เป็นผงละลายน้ำสำหรับนำมาเป็นส่วนหนึ่งในอาหารที่ใช้ในโรงพยาบาล และเป็นการเพิ่มมูลค่าของแก๊นตะวันเอง จึงมีประโยชน์ทั้งต่อเกษตรกร ผู้ป่วย และคนทั่วไป อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาถึงสัดส่วนที่เหมาะสมและคุณสมบัติของแก๊นตะวันที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้วยการเตรียมด้วยวิธีที่แตกต่างกัน คาดว่างานวิจัยนี้จะช่วยลดอาการท้องเสียในผู้ป่วยไอซียูที่ได้รับอาหารทางสายยางได้อย่างเป็นรูปธรรมในวงกว้าง

รศ.นพ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ได้รับทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2014 กับผลงานวิจัยเรื่อง “การเปรียบเทียบการเคลื่อนไหวขณะนอนของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสันที่มีอายุใกล้เคียงกัน โดยอุปกรณ์วัดการเคลื่อนไหวที่ติดกับผู้ป่วย” (The measurement of nocturnal hypokinesia in Thai Parkinson's disease patient compared with spouse by quantitative wearable sensor) กล่าวว่า ก่อนอื่นก็ต้องขอขอบคุณทางเซเรบอสที่มีโครงการดี ๆ แบบนี้ขึ้น เพราะว่าเป็นการสนับสนุนให้นักวิจัยไทยได้มีโอกาสศึกษาในแง่ของสิ่งที่แพทย์มองเห็นปัญหาที่เราเห็นกันอยู่ทุกวันเป็นประจำ ทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด จึงเป็นการสนับสนุนที่มีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและสังคมโดยรวม ส่วนในงานวิจัยของผมมุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาทที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวต่าง ๆ แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในช่วงกลางคืน คนส่วนใหญ่จะไม่ค่อยพูดถึง เพราะคนนึกว่าเรานอนแล้วจะไม่มีปัญหาอะไร แต่จริง ๆ แล้วที่เราศึกษาในเบื้องต้นพบว่า 90 กว่าเปอร์เซ็นต์มีปัญหาในเรื่องของตอนกลางคืนซึ่งปัญหาค่อนข้างหลากหลาย ที่พบบ่อยก็คือเรื่องปัสสาวะถี่ตอนกลางคืน ภาวะนอนแล้วตื่นจากนั้นนอนไม่หลับ และการเคลื่อนไหวที่ช้าลุกออกจากเตียงยาก นอนละเมอ เป็นต้น ซึ่งการศึกษาของผมพยายามตรวจให้ลึกขึ้นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นตอนกลางคืนกับผู้ป่วยพาร์กินสันทั้งหมดมีอะไรบ้าง เรามีอุปกรณ์ที่เราพัฒนาในเรื่องของการวัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ทำให้ช่วงแรกเห็นผู้ป่วย 10 ราย

มีการเคลื่อนไหวช้า พลิกตัวน้อย ตัวเกร็ง ลูกจากเตียงยาก หลาย ๆ รายนอนละเมอ ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจจะเป็นปัญหาที่ส่งผลทั้งต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยเอง ในเรือนนอนไม่หลับ ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ หรือบางคนเคลื่อนไหวไม่สะดวก แต่จะต้องลุกเข้าห้องน้ำบ่อยก็อาจจะหงุดหงิดได้ เป็นต้น

นอกจากนี้เรายังต้องการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันเกิดปัญหาในตอนกลางคืนว่าคืออะไร และยิ่งดูว่าอุปกรณ์ที่เราพัฒนาขึ้นจะเป็นตัวที่ช่วยจับและวัดปัญหาจากเงินที่เกิดขึ้นในตอนกลางคืนได้หรือไม่ อย่างเช่น ผู้ป่วยบางรายหยุดหายใจตอนกลางคืน เพราะฉะนั้นโครงการวิจัยนี้นอกจากจะช่วยในการวิเคราะห์หาปัญหาดังกล่าวได้เร็วขึ้นแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยพาร์กินสันอีกด้วย

อ.ดร.สรณัญญา แก้วประเสริฐ ภาควิชาโภชนาการศาสตร์เขตร้อนและวิทยาศาสตร์อาหาร คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ได้รับทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2014 กับผลงานวิจัยเรื่อง “ภาวะโภชนาการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดโฟเลตและวิตามินบีสิบสอง และปัจจัยทางพันธุกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวานในผู้สูงอายุไทย” (Nutritional status particularly folate and vitamin B12 deficiencies and genetic factors in relation to cardiovascular disease and diabetes in Thai elderly) กล่าวว่า ดิฉันรู้สึกภูมิใจมากที่โครงการวิจัยของดิฉันที่ตั้งใจและมุ่งมั่นทำขึ้น ได้รับคัดเลือกให้ได้รับทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด ทั้งนี้เพื่อลดภาวะความเจ็บป่วยและขาดสารอาหารที่จำเป็นของผู้สูงอายุในประเทศไทย สำหรับโครงการวิจัยเราจะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคปัจจัยทางชีวเคมี และปัจจัยทางพันธุกรรมที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่องค์กรด้านสาธารณสุขและการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและบรรเทาปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือเอ็นซีดี ที่กระทรวงสาธารณสุขพยายามที่จะลดปัญหาอยู่ในขณะนี้ ซึ่งความยากในการทำวิจัยคือ จำนวนอาสาสมัครผู้สูงอายุค่อนข้างจำกัด เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยค่อนข้างที่จะบอบบางจะทำอะไรก็จะยากลำบากในการดำเนินชีวิต อย่างไรก็ตาม เท่าที่ดำเนินการมา พบว่าร้อยละ 95 ขึ้นไป ผู้สูงอายุเหล่านั้นก็ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ ซึ่งจากข้อมูลที่ผู้วิจัยบันทึกจะสามารถนำไปกำหนดปริมาณอาหารว่าผู้สูงอายุแต่ละท่านมีภาวะพร่องการรับประทานอาหารที่มีวิตามินบี 12 และโฟเลต และ/หรือมีภาวะขาดแคลนวิตามินมากน้อยเพียงใด เพื่อที่นักโภชนาการหรือแพทย์สามารถไปกำหนดได้ว่าผู้สูงอายุรับประทานอะไรได้ใน 1 วัน การได้รับรางวัลครั้งนี้ก็เป็นการต่อยอดสิ่งที่กำลังทำอยู่ให้สามารถมีโอกาสเผยแพร่ไปยังสังคมและใช้ประโยชน์ได้จริงมากขึ้น



น.ส.สุชาดา จาปะเกษตร์ โรงพยาบาลพุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา ผู้ได้รับทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2014 กับผลงานวิจัยเรื่อง “การดูแลด้านโภชนาการในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล: โปรแกรม PIN” (Post-discharge Nutrition Intervention for Breast-fed Preterm Infants: The PIN Program) กล่าวว่า ปัจจุบันพบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดประมาณ 80,000 รายต่อปี ซึ่งภาวะทารกเกิดก่อนกำหนดอาจจะเกิดจากแม่ตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุน้อย หรือคุณแม่ตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก รวมทั้งอาจจะเกิดจากความผิดปกติของตัวแม่เอง ซึ่งทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดขาดสารอาหารที่ควรจะได้รับในช่วงก่อนครบกำหนดคลอด และเกิดความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ตลอดจนความเสี่ยงของการเกิดโรคต่าง ๆ ดังนั้น การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้ได้รับสารอาหารต่าง ๆ ที่จำเป็นหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ด้วยสาเหตุดังกล่าวงานวิจัยนี้จึงเกิดขึ้นเนื่องจากพบว่าน้ำหนักแม่หรือนมผสมสูตรสำหรับทารกแรกเกิดอาจมีพลังงานและสารอาหารดังกล่าวไม่เพียงพอสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดบางราย โดยจากการศึกษานำร่องในโรงพยาบาลพุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 1,800 กรัม หลังออกจากโรงพยาบาลมีอัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียวต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน เพียงร้อยละ 3 และมีอัตราการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 33

จากงานวิจัยนี้ผู้วิจัยคาดหวังให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการได้รับนมแม่อย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์ และมีพัฒนาการสมวัย โดยมารดาและผู้ดูแลทารกมีความรู้ ทักษะดี และทักษะที่ดีในการดูแลทารก ในส่วนของโรงพยาบาลเกิดการพัฒนาระบบบริการดูแลด้านโภชนาการในทารกเกิดก่อนกำหนด รวมทั้งเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลและชุมชนอื่นในประเทศไทยต่อไป



Atrial Fibrillation

ผมเคยแนะนำวิธีการจับและวัดชีพจร และความสำคัญของการจับชีพจรแล้วในคอลัมน์นี้ โดยสรุปก็คือ หายมือซ้ายแล้วใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางของมือขวาวางลงไปบน

บริเวณที่อยู่ต่ำกว่านิ้วโป่งบนข้อมือ จะรู้สึกมีอะไร (คลื่นหรือชีพจร) เดินมาถูกนิ้วทั้ง 2 นิ้ว ควรวัดว่าชีพจรเต้นกี่ครั้งต่อนาที และสังเกตด้วยว่าชีพจรเต้นสม่ำเสมอหรือไม่ ปกติหลังจากที่เราได้นั่งพักแล้ว 10 นาที ชีพจรจะเต้นประมาณ 60-70 ครั้งต่อนาที จำนวนชีพจรที่เต้นกี่ครั้งต่อนาทีขึ้นอยู่กับความฟิต ความแข็งแรงของแต่ละคน เช่น นักกีฬาที่วิ่งทน หรือเป็นนักปั่นจักรยาน Tour De France อาจมีชีพจรที่เต้นเพียง 40 ครั้งต่อนาที นักกีฬาที่ฟิตสมบูรณ์มักมีชีพจรที่เต้นระหว่าง 40-60 ครั้งต่อนาที สมัยผมอายุ 40-50 ปี ชีพจรยังเต้นเพียง 48 ครั้งต่อนาทีเท่านั้นเอง แต่คนที่ไม่ใช่นักกีฬา ถ้าชีพจรเต้น 40 ครั้งต่อนาทีควรไปปรึกษาแพทย์

สำหรับประชาชน ผมแนะนำให้วัดชีพจร 1 นาทีเต็ม เพราะถ้าหัวใจเต้นผิดปกติแต่นาน ๆ ครั้ง ถ้าจับชีพจรเพียง 10 วินาที อาจตรวจไม่พบการเต้นผิดปกติของหัวใจ

การเต้นผิดปกติของหัวใจอาจแบ่งง่าย ๆ ออกเป็น เต้นปกติแต่มีผิดปกติบ้าง และหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะเลย ถ้าเป็นแบบหลังเราเรียกว่า atrial fibrillation หรือ AF ซึ่งเป็นการเต้นผิดปกติของหัวใจที่มีความสำคัญมาก แต่ไม่ถึงกับมีอันตรายทันที ควรรีบไปพบแพทย์ อาจเป็นหรือไม่เป็น AF ก็ได้ ถ้าหัวใจเต้นปกติแต่นาน ๆ มีผิดปกติเป็นครั้งคราวจะเรียกว่า premature atrial contraction หรือ PAC หรือ supraventricular atrial contraction หรือ SAC ซึ่งอาจไม่มีความสำคัญ ถ้ามีการเต้นผิดปกติไม่บ่อยนักอาจเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมาก เช่น กาแฟ ชา หรือแม้แต่ชาอัดลม บางคน “แพ” กาแฟ พอดื่มแล้วจะรู้สึกว่าหัวใจเต้นผิดปกติ หรือที่ภาษาฝรั่งเรียกว่ามี palpitation คือรู้สึกตัวหัวใจเต้นแรง หรือไม่สม่ำเสมอ

แต่ถ้าคลำได้ว่าชีพจรหรือหัวใจเต้นไม่ปกติไม่ว่าจะเป็นชนิดไหน ควรไปปรึกษาแพทย์

สำหรับ AF เป็นการเต้นผิดปกติของหัวใจที่พบได้บ่อยที่สุด ชีพจรอาจเต้น 120-160 ครั้งต่อนาที หรืออาจเต้นช้ากว่า 100 ครั้งต่อนาทีก็ได้ AF พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น พบได้มากกว่า 5% ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ยิ่งสูงอายุน้อยพบน้อย บางคนที่มี AF อาจไม่มีอาการเลย ฉะนั้นอาจมี AF เกิดขึ้นได้มากกว่านี้ โรคที่ทำให้เกิด AF ได้นอกจากโรคหัวใจโดยตรงแล้วยังมีโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ หรือจากพิษสุราเฉียบพลัน โรคความดันโลหิต ฯลฯ ผู้ที่มี SAC ที่บ่อยมาก ๆ อาจจะกลายเป็น AF ก็ได้ ผู้ป่วยที่มี AF อาจไม่มีอาการอะไรเลย บางคนอาจเพียงรู้สึกว่าหัวใจเต้นแรง หรือไม่สม่ำเสมอ แต่บางคนอาจรู้สึกว่าหัวใจเต้นผิดปกติมาก อาจมีความดันโลหิตต่ำ เจ็บอก

หายใจไม่ออก เนื่องจากหัวใจทำงานไม่ดี มีน้ำคั่งในปอด อาจรู้สึกเหนื่อยง่ายเวลาเดินธรรมดา หรือระหว่างการออกกำลังกาย หรือมีเวียนศีรษะ จะเป็นลม หรือเป็นลมไปเลย หรือบางคนมีอาการแทรกซ้อนของ AF โดยที่ยังไม่รู้ว่าเป็น AF ด้วยซ้ำไป เช่น เป็นอัมพาตขึ้นมาทันที

ถ้ามีอาการต่าง ๆ เหล่านี้ (หรือถ้าจับชีพจรเต้นผิดปกติ) ควรไปพบแพทย์ แพทย์จะซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจหัวใจด้วยเครื่องตรวจไฟฟ้า หรือ electrocardiogram, ECG (หรือ EKG) การตรวจ ECG จะสามารถบอกได้เลยว่าเป็น AF หรือไม่ ถ้ามีการเต้นผิดปกติของหัวใจเป็นครั้งคราวยาวนาน ๆ ที่ควรทำ ECG โดยเปิดให้เครื่องทำงานนาน ๆ จะจับ “ผู้ร้าย” หรือการเต้นที่ไม่ปกติได้



ถ้าเป็น AF แพทย์จะพยายามหาสาเหตุที่รักษาได้ เช่น โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ฯลฯ

AF มีความสำคัญมากเนื่องจากเมื่อ atrium (atrium คือ หัวใจห้องบนที่มีทั้งซ้ายและขวา ส่วน ventricle คือหัวใจห้องล่างที่มีทั้งซ้ายและขวาเช่นกัน) เต้นไม่เป็นจังหวะจะทำให้มีลิ่มเลือดเกิดขึ้น และลิ่มเลือดนี้อาจหลุดและไหลไปตามหลอดเลือด ไปอุดตันหลอดเลือดของสมองทำให้เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ได้ แพทย์อาจมีวิธีการรักษา AF ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ทำให้ AF หายไปได้ด้วยการจี้ด้วยไฟฟ้าให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อป้องกันไม่ให้มีลิ่มเลือดที่จะไปอุดตันหลอดเลือดที่สมอง ให้ยาเพื่อควบคุมการเต้นของ ventricle ของหัวใจให้ช้าลงและมีคุณภาพ

ประเด็นที่อยากจะย้ำคือ ถ้าจับได้ว่าชีพจรเต้นผิดปกติต้องรีบไปพบแพทย์โดยด่วน

ไนจีเรียประกาศปลอดอีโบลา

ปีปีซี - องค์การอนามัยโลกชี้ ไนจีเรียปลอดอีโบลาลแล้วอย่างเป็นทางการ หลังไม่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

องค์การอนามัยโลกประกาศให้ไนจีเรียเป็นประเทศปลอดเชื้ออีโบลาล หลังพบผู้ติดเชื้อรายล่าสุดเมื่อวันที่ 5 กันยายน ที่ผ่านมา ซึ่งพ้นจากระยะฟักตัวของไวรัส โดยผู้แทนองค์การอนามัยโลกกล่าวว่า ความสำเร็จครั้งใหญ่ของไนจีเรียจะเป็นตัวอย่างให้ประชาคมโลกรับรู้ว่าเชื้ออีโบลาลสามารถควบคุมได้ แต่การทำสงครามกับอีโบลาลจะจบลงก็ต่อเมื่อภูมิภาคแอฟริกาตะวันตกปลอดจากอีโบลาลแล้วเท่านั้น

ด้านผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า ความสำเร็จของไนจีเรียมาจากการประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขหลังตรวจพบผู้ติดเชื้ออีโบลารายแรก และการรับมือกับอีโบลาลอย่างทันทั่วทั้งที่และติดตามผู้ที่ต้องสงสัยทั้งหมดที่อาจได้รับเชื้อจากผู้ป่วยรายแรกทำให้สามารถจำกัดจำนวนผู้เสียชีวิตเพียงแค่ 8 รายเท่านั้น



อีกด้านหนึ่งกรรมาธิการสหภาพแอฟริกาเปิดเผยว่า ประเทศที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของไวรัสอีโบลาลอาจต้องเผชิญกับผลกระทบจากการระบาดที่จะยืดเยื้อไปอีกหลายปี เนื่องจากหลายภาคส่วนรวมถึงอุตสาหกรรมอาหารก็แทบจะอยู่ในสภาพหยุดนิ่ง ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องใช้จ่ายงบประมาณไปกับการควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัสขณะนี้



กลไกสมองของโรคติดพนัน

ผลการศึกษาการตอบสนองทางสมองต่อสิ่งเร้าการหลังสารสุข รายงานในงานประชุม European College of Neuropsychopharmacology ที่ประเทศเยอรมนีระบุว่า สมองของผู้ป่วยโรคติดพนันมีรูปแบบการตอบสนองต่อสารเคมีกระตุ้นการหลั่งเอนโดรฟิน แตกต่างจากคนปกติ และระดับความสุขที่ได้รับก็ยังต่ำกว่า และอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ที่ติดพนันต้องเล่นพนันหนักขึ้นเพื่อที่จะรู้สึกมีความสุขในระดับเดียวกับคนทั่วไป

ด้านผู้วิจัยกล่าวว่า ผลลัพธ์นี้ได้ชี้ให้เห็นบทบาทของกลไกการหลังสารสุขต่อพฤติกรรมการพนัน และแม้รูปแบบการหลังสารสุขในผู้ที่ติดพนันอาจแตกต่างจากผู้ที่ติดเหล้าหรือโคเคน แต่ก็น่าเชื่อว่าข้อมูลที่พบจะนำไปสู่การรักษาใหม่สำหรับบำบัดโรคติดพนัน นอกเหนือจากการรักษาด้วยยา เช่น naltrexone และ nalmefene ซึ่งได้ผลดีที่สุดในกลุ่มนักพนันที่มีประวัติครอบครัติดเหล้า

ปีปีซี - กลไกการหลังสารสุขในสมองที่ผิดปกติ ในหมู่นักพนันอาจนำไปสู่การเล่นพนันที่หนักขึ้น และอาจเป็นคำตอบว่าเหตุใดการพนันจึงกลายเป็นการเสพติด

ป้ายเตือนแคลอรีได้ผล ชวนวัยรุ่นเลี้ยงดื่มน้ำหวาน

ปีปีซี - ป้ายเตือนการออกกำลังกายเพื่อเผาผลาญแคลอรีจากเครื่องดื่มผสมน้ำตาลกระตุ้นวัยรุ่นอเมริกันหันมาดื่มน้ำเปล่ามากขึ้น

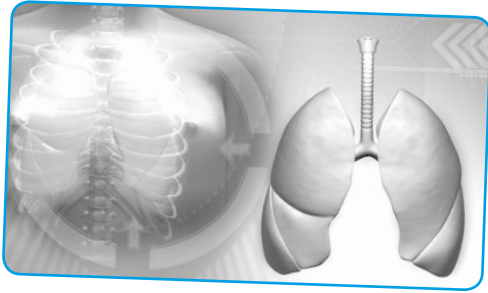
ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการจับจ่ายในหมู่วัยรุ่นอเมริกันต่อสินค้าที่ติดป้ายระบุระดับการออกกำลังกายตามแคลอรีที่ได้รับรายงานว่า ข้อมูลการออกกำลังกายช่วยลดการจับจ่ายเครื่องดื่มผสมน้ำตาล และเห็นผลชัดที่สุดสำหรับสินค้าในหมวดที่ป้ายระบุว่าต้องเดินเป็นระยะทางราว 8 กิโลเมตรเพื่อเผาผลาญพลังงาน 250 แคลอรี

ด้านนักวิจัยเปิดเผยว่า เนื่องจากประชาชนทั่วไปไม่เข้าใจเรื่องปริมาณแคลอรีบนฉลากอาหาร

จึงเปลี่ยนวิธีการแจ้งข้อมูลในรูปแบบใหม่ด้วยการติดป้ายบอกระยะทางในการเดินเพื่อเผาผลาญแคลอรี และเป็นที่น่าประทับใจว่า การบอกข้อมูลด้วยป้ายระยะทางช่วยลดการซื้อเครื่องดื่มผสมน้ำตาลลงอย่างเห็นได้ชัด และกลุ่มลูกค้าวัยรุ่นก็ยังคงมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มผสมน้ำตาลต่อเนื่องไปอีกหลายสัปดาห์หลังปลดป้ายออก

จากผลลัพธ์ดังกล่าวทำให้นักวิจัยเชื่อมั่นว่าแนวคิดป้ายค่าเตือนจะเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการต่อสู้กับปัญหาโรคอ้วน โดยชี้ว่าเป็นมาตรการราคาประหยัดที่จะช่วยให้เด็กที่โตพอใช้เงินเป็นดื่มน้ำหวานน้อยลง และป้ายที่เข้าใจง่ายและติดตั้งได้สะดวกน่าจะส่งผลดีไปถึงการป้องกันโรคอ้วนและส่งเสริมการลดน้ำหนักด้วย





รอยเตอร์ส – องค์การอนามัยโลกเตือน สถานการณ์ วัณโรคดื้อยาหลายชนิดยังคงอยู่ในขั้นวิกฤติ ตามที่พบผู้ป่วยรายใหม่ในปีนี้อาจ 480,000 คน
องค์การอนามัยโลกแถลงว่า วัณโรคดื้อยาหลายชนิดมีการระบาดรุนแรงในหลายภูมิภาค

เตือนวิกฤติวัณโรคดื้อยา

โดยเฉพาะในยุโรปตะวันออกและเอเชียกลาง ขณะที่อัตราการรักษาลำบากกลับอยู่ในระดับต่ำอย่างน่าตกใจ นอกจากนี้คาดว่าผู้ติดเชื้อวัณโรคดื้อยาที่เข้ารับการรักษามีสัดส่วนเพียง 1 ใน 5 ส่วนที่เหลือต้องรอความตายไปตามยถากรรม ซึ่งก็ยิ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อสมาชิกในครอบครัวและชุมชน และท้ายที่สุดก็จะยิ่งโหมการระบาดในวงกว้าง

อนึ่ง วัณโรคดื้อยาหลายชนิดถือเป็นภัยคุกคามจากความคิดฟุ้งซ่านที่มนุษย์สร้างขึ้น โดยเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยวัณโรคได้รับยาไม่ตรงกับโรค ได้รับยาผิดขนาด หรือรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตจากไวรัสวัณโรคเมื่อเทียบกับโรคติดเชื้อทั้งหมดแล้วพบว่ายังคงเป็นรองเพียงไวรัสเอชไอวีเท่านั้น

อียูกุ่ม 200 ล้านยูโร พัฒนาวัคซีนอีโบล่า

รอยเตอร์ส – สหภาพยุโรปจะสนับสนุนงบประมาณ 200 ล้านยูโร สำหรับการ พัฒนาวัคซีนต่อต้านไวรัสอีโบล่า รวมถึงยาและชุดตรวจโรค

งบประมาณดังกล่าวจะจัดสรรผ่านรัฐวิสาหกิจโดยความร่วมมือระหว่างภาคธุรกิจเอกชนในภาคพื้นยุโรปและกรรมการบริหารยุโรป โดยกรรมการบริหารยุโรปเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ 100 ล้านยูโร และกลุ่มธุรกิจสนับสนุนงบประมาณจำนวนเท่ากันในรูปแบบของบุคลากร สินค้า และการบริการ และงบประมาณส่วนนี้จะใช้ในการสนับสนุนโครงการวิจัยวัคซีนอีโบล่า 3 ตัวซึ่งยังอยู่ในขั้นทดลอง

อีกด้านหนึ่งองค์การยาแห่งสหภาพยุโรปแถลงยืนยันว่าพร้อมตรวจสอบวัคซีนและยารักษาโรคให้เล็ดลอดออกอีโบล่าทันทีที่ได้รับข้อมูล โดยเป็นที่คาดว่าจำเป็นต้องมีการวิจัยทางคลินิกอย่างต่อเนื่องไปถึงปี พ.ศ. 2558 เพื่อติดตามว่าวัคซีนที่พัฒนาขึ้นนั้นมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสำหรับใช้ในประชากรกลุ่มเสี่ยงซึ่งยังคงมีสุขภาพ



แข็งแรงหรือไม่ นอกจากนี้การดำเนินโครงการวิจัยยังต้องใช้งบประมาณมหาศาล และหากวัคซีนประสบความสำเร็จก็ต้องใช้งบประมาณอีกก้อนใหญ่สำหรับกระบวนการผลิตและการกระจายวัคซีน



ชวนวิ่งออกกำลังกาย

ลดเสี่ยงตายด้วยโรคหัวใจ

ซีเอ็นเอ็น – ผลการศึกษาโดยนักวิจัยอเมริกันชี้ การวิ่งออกกำลังกายเพียงวันละไม่กี่นาทีก็สามารถช่วยลดความเสี่ยงการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ

ผลการศึกษารายงานในวารสาร Journal of the American College of Cardiology ชี้ว่า ผู้ที่ออกกำลังกายมีอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้วิ่ง

อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้กลุ่มนักวิ่งยังมีอายุขัยยาวนานกว่าราว 3 ปี และประโยชน์ของการวิ่งสามารถเห็นได้ในทุกกลุ่มอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย แม้กระทั่งในผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มเหล้า

ข้อมูลจากการศึกษาระบุด้วยว่า การออกกำลังกายด้วยการวิ่งเหยาะหรือวิ่งเต็มฝีเท้าต่างก็เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม พบว่าการวิ่งเป็นระยะทางมากกว่าอาจไม่ได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าตามที่พบว่าอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มที่วิ่งเพียงสัปดาห์ละไม่ถึงชั่วโมงอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มที่วิ่งสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป ขณะที่การวิ่งเป็นกิจวัตรในระยะยาวกลับเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยให้ได้ประโยชน์สูงสุด

คุณค่า ของงาน

บางคนมีโชคที่ดีได้ทำงานที่รัก อันจะทำให้มีความสุขไปเกือบ 2/3 ของเวลาทั้งวัน แต่บางคนก็จำต้องทำงานที่เลือกไม่ได้ ทั้งนี้อาจจำต้องทำงานไปเรื่อย ๆ เพื่อหาเลี้ยงชีพหรือถูกบังคับให้ทำซึ่งก็ย่อมไม่มีความสุข ดังเช่นชายคนที่ 1 และ 2 ซึ่งมาก่อสร้างวัด ทั้งหมดล้วนส่งผลให้คุณภาพของงานที่ผลิตออกมาแตกต่างกันไปด้วย

มนุษย์มีพลังได้...เพราะมีอารมณ์...ส่วนเหตุผลเป็นเพียงองค์ประกอบ

มีเพียงความรู้แต่ขาดสุนทริยารมณ์...ก็ไม่เกิดความสุขสมบูรณ์

ในการก่ออิฐสร้างวัดแห่งหนึ่ง ได้มีการสัมภาษณ์ชายก่อสร้าง 3 คนว่ารู้สึกอย่างไรกับการทำงานครั้งนี้

คนที่ 1 ตอบอย่างหงุดหงิดว่า “ร้อนก็ร้อนต้องมาก่ออิฐแบบนี้ เงินก็ได้นิดเดียวเอง”

คนที่ 2 ตอบด้วยสีหน้าเฉย ๆ ว่า “ก็มาก่ออิฐสร้างกำแพงวัดเพื่อหาเลี้ยงชีพนะ”

คนที่ 3 ตอบพร้อมก้มบิหมันโบกปูนไปด้วยอย่างประณีตว่า “ผมกำลังสร้างวัดเพื่อให้ชนรุ่นหลังได้เคารพบูชาอันเป็นการต่ออายุให้แก่พุทธศาสนาได้ยั่งยืนสืบไป”

ความหมายของงานที่คิดไม่เหมือนกันก็ย่อมทำให้คุณภาพของงานที่เกิดขึ้นนั้นแตกต่างกันไป

ผู้อ่านคงจะได้ไม่ยากว่า...งานของชายคนใดจะออกมาสวยงามกว่ากัน

ความหมายหรือคุณค่าของงานจะช่วยย้อมใจของเราให้ทำเต็มความสามารถได้อย่างดีที่สุด

ถ้าคิดว่าคนเรานอนวันละ 8 ชั่วโมง ก็พบว่าเราใช้เวลาถึง 16 ชั่วโมง กับการทำงาน

บางคนมีโชคที่ดีได้ทำงานที่รัก อันจะทำให้มีความสุขไปเกือบ 2/3 ของเวลาทั้งวัน แต่บางคนก็จำต้องทำงานที่เลือกไม่ได้ ทั้งนี้อาจจำต้องทำงานไปเรื่อย ๆ เพื่อหาเลี้ยงชีพหรือถูกบังคับให้ทำซึ่งก็ย่อมไม่มีความสุข ดังเช่นชายคนที่ 1 และ 2 ซึ่งมาก่อสร้างวัด ทั้งหมดล้วนส่งผลให้คุณภาพของงานที่ผลิตออกมาแตกต่างกันไปด้วย

ดังนั้น ถ้าเราตระหนักในคุณค่าหรือความหมายของงานก็จะช่วยให้เรามีความสุขไปในขณะทำงาน อันเป็นยอดปรารถนาของคนส่วนใหญ่

เมื่อแรกที่เราเริ่มทำงานนั้นในตอนแรกทุกอย่างเป็นสิ่งใหม่กับเรา เราจึงทำงานด้วยความตั้งใจ เมื่อเวลาผ่านไปเราก็เริ่มรู้สึกว่าทุกอย่างไม่ตื่นเต้นแล้ว จนกระทั่งเกิดความเฉยชาในงานที่ทำ

การคิดว่าเรากำลังสร้างคุณธรรมที่ดีให้อยู่รวมไปกับการรักษาพยาบาลเพื่อให่วงการสุขภาพไทยดีขึ้นเรื่อยๆ ก็จะไม่พบความเสื่อมในวงการสุขภาพ ดังที่เป็นข่าวร้องเรียนตามแพทยสภา อันเกิดจากการไม่เชื่อใจกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งในอดีตไม่ค่อยมีเรื่องแบบนี้ปรากฏให้เห็นบ่อยนัก



ในอาชีพแพทย์ก็เช่นกัน ทั้งที่เป็นการทำบุญไปพร้อมกับการทำงาน แต่พองานหนักขึ้นก็ทำให้เราเครียดและเริ่มมองผู้ป่วยเป็นงาน จึงเริ่มมีกระแทกกระทั้นกับผู้ป่วยไปตามความรู้สึกเครียดที่อยู่ในใจ จนทำให้การกระทำนั้นไม่เป็นกุศล

แต่พอครบปี เราก็รวมตัวกันไปทอดกฐินตามวัด ทั้งที่เราสามารถทำบุญได้ทุกวันทั้งที่โรงพยาบาล แต่เรากลับมองการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยว่า...เป็นงาน...คุณค่าจึงเริ่มลดลง

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลมักมีใจที่เปิดรับรู้อารมณ์ความรู้สึกในใจของแพทย์ผู้ทำการรักษาได้ จึงทำให้ผู้ป่วยตระหนักในความแตกต่างของคุณค่าแห่งการรักษาระหว่างแพทย์หลากหลายที่มาทำการรักษาให้แก่ตนเองได้

ดังเช่นที่ข้อพบุดกันว่า...คนไข้จะเชื่อแต่คุณหมอท่านนี้เท่านั้น ไม่เชื่อหมอท่านอื่นที่มาแนะนำเลย

ในห้องฉุกเฉินที่แออัด ยายคนหนึ่งที่มาขอการรักษาเบื้องต้นกับแพทย์ท่านหนึ่ง ในระหว่างรอผลการตรวจเลือดต่าง ๆ นั้น ยายมักเฝ้าเวียนมาตามถามผลเลือดจากแพทย์อีกท่านหนึ่งอยู่เสมอ จนกระทั่งแพทย์คนที่ 2 ซึ่งไม่ใช่เจ้าของไข้ที่ตรวจยายในเบื้องต้นเกิดสงสัยว่า...เพราะอะไร

ยายตอบว่า “ยายเกรงใจหมอคนแรกที่มาตรวจ แต่ยายรู้สึกว่าคุณหมอท่านนี้ใจดีจึงกล้ามาถามผลเลือดแม้ว่าจะไม่ได้ตรวจรักษายายก็ตาม เพราะถ้ามีผลออกแล้ว ยายจะได้ไปแจ้งกับหมอคนแรกที่ตรวจอีกที เพราะเกรงใจไม่อยากไปกวนคุณหมอท่านแรก”

น่าแปลกที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงอารมณ์ความรู้สึกที่อยู่ในใจอันแตกต่างกันระหว่างแพทย์ 2 คนได้

ถ้าเราคิดว่าเราไม่ได้แคร์รักษาคนเท่านั้น แต่มาทำความดีก็ยอมทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความตั้งใจในการรักษาพยาบาลของเรา...อันทำให้คุณค่าของงานเกิดขึ้น...ส่งผลให้เกิดคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ดีตามมาด้วย

การคิดว่าเรากำลังสร้างคุณธรรมที่ดีให้อยู่รวมไปกับการรักษาพยาบาลเพื่อให่วงการสุขภาพไทยดีขึ้นเรื่อยๆ ก็จะไม่พบความเสื่อมในวงการสุขภาพดังที่เป็นข่าวร้องเรียนตามแพทยสภา อันเกิดจากการไม่เชื่อใจกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งในอดีตไม่ค่อยมีเรื่องแบบนี้ปรากฏให้เห็นบ่อยนัก

แต่เนื่องจากสังคมไทยกำลังเลียนแบบการแพทย์จากประเทศสหรัฐอเมริกาที่เริ่มทำประกันความเสียหายจากการฟ้องร้อง โดยผู้ป่วยก็สร้างสมาคมประกันความเสียหายของผู้ป่วยจากการรักษา จึงยิ่งกลายเป็นว่าระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ต่างก็ถือดาบคนละเล่มเอาไว้ป้องกันตนเอง แล้วคุณภาพการรักษาที่ดีจะเกิดขึ้นได้อย่างไร

ทั้งหมดอาจต้องเริ่มที่ใจของเราให้ตระหนักในคุณค่าของงานรักษาพยาบาล...แพทย์...ผู้ให้ก่อน... จนในที่สุดความสัมพันธ์อันดีและความไว้นื้อเชื่อใจระหว่างผู้ป่วยและแพทย์จะกลับมาเป็นเหมือนอดีตที่เคยเป็นมา



A NEW HIGH OF LIVING

ชีวิตติดหาด สูงที่สุดในศรีราชา
คอนโด 39 ชั้น ตั้งอยู่บนถนนสุขุมวิท
ด้านหน้าติดทะเล ด้านหลังโอบล้อมด้วยทิวเขา

Computer Generated Image.

เหนือระดับแห่งการอยู่อาศัย สูงสุดแห่งการใช้ชีวิต... ที่นี้
เชิญชมห้องตัวอย่างที่สำนักงานนาย



091-736-9999, 038-324-333
www.thezeacondo.com



**RABIES KILLS
1 PERSON
EVERY
10 MINUTES⁽¹⁾**

RABIES: NO COMPROMISE!

The **vaccine of choice** for Rabies prophylaxis

-  **Widely documented efficacy** after confirmed exposure to rabid animals. ^(2,3,4,5,7)
-  **Approved for**
 - IM & ID regimen ^(2,4,6,7)
 - Infants, children, adults and pregnant women ^(1,2,3,7)
-  **WHO prequalified vaccine** ⁽⁸⁾
-  **Administered in over 100 countries** since its launch in 1985. ⁽⁷⁾

VERORAB™

VERORAB, INACTIVATED RABIES VACCINE PREPARED ON VERO CELLS : INDICATIONS : Pre-exposure and post-exposure immunization. **DOSAGE AND ADMINISTRATION :** a) Pre-exposure immunization: Primary vaccination : According to the W.H.O. recommendations : 3 x 0.5 mL injections by IM route on days 0, 7, 21 or 28, followed by a booster dose 1 year later. Boosters: Thereafter, one injection every 5 years. b) Post-exposure immunization: Intramuscular schedule: Treatment consists of 5 x 0.5 mL injections. IM injections to be given on days 0, 3, 7, 14 and 28. Intradermal schedule : This vaccine is of sufficient potency to allow its safe use in the WHO recommended intradermal post-exposure regimen in countries where relevant national authorities have approved the intradermal route for rabies post-exposure treatment. Non-immunized individuals: The 2-site Intradermal regimen - 222011 known as original Thai Red Cross Regimen prescribes 1 injection of 0.1 mL at different sites on D0, D3, D7 and 1 injection at one site on D28 (or D30) and D90 - 22202 known as updated Thai Red Cross regimen prescribes 1 injection of 0.1 mL at 2 sites on D0, D3, D7, and D28. Fully immunized individuals: 2 injections on D0, D3. This schedule should not apply to immunocompromised patients. **UNDESIRABLE EFFECTS:** Minor local reactions: injection site pain, injection-site erythema, injection-site oedema, injection-site pruritus and injection-site induration. General reactions: moderate fever, shivering, malaise, asthenia, headaches, dizziness, arthralgia, myalgia, gastro-intestinal disorders. (nausea, abdominal pain). Exceptional cases of anaphylactoid reaction, urticaria, rash.

References:
1. World Health Organization. Rabies vaccines WHO position paper. Weekly epidemiological record. 2010; 85, 309-320 2. Suntharasamal P, Warrell MJ, Warrell DA, et al. New purified vero cell vaccine prevents rabies in patient bitten by rabid animals. The Lancet. 1986;2:129-31. 3. Chutivongse S, Supich C, Wilde H. Acceptability and efficacy of purified vero-cell rabies vaccine in Thai children exposed to rabies. Asia Pac J Public Health. 1988;2(3):179-84. 4. Chutivongse S, Wilde H, Supich C, Baer GM, Fishbein DB. Postexposure prophylaxis for rabies with antiserum and intradermal vaccination. The Lancet. 1990;335:896-8. 5. Wang XJ, Lang J, Tao XR, et al. Immunogenicity and safety of purified vero-cell rabies vaccine in severely rabies-exposed patients in China. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2000;31(2): 287-94 Health. Vol 31 No. 2 June 2000: 287-94 6. Suwansrinon K, Wilde H, Benjavongkulchai M, et al. Survival of neutralizing antibody in previously rabies vaccinated subjects: a prospective study showing long lasting immunity. Vaccine. 2006;24(18):3878-80 7. Stephen Toovey Preventing rabies with the Verorab vaccine: 1985-2005 Twenty years of clinical experience. Travel Medicine and Infectious Disease (2007) 5, 327-348 8. WHO prequalified vaccines. The World Health Organization page. Available from: URL: http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/PQ_vaccine_list/en/en/index.html Accessed 03/2013

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ 416/2556

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

บริษัท ซาโนฟี่ ปาสเตอร์ จำกัด

87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ชั้น 23 ออลซีเอ็นเอสเพลส

ถนนวิทย์ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. : 0 2264 9999 โทรสาร : 0 2264 8800

SANOFI PASTEUR 

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวัง (ตอนที่ 2) ระบบหลักประกันสุขภาพกำลังนำมาตรฐานการแพทย์ไทยไปสู่ความเสื่อม

จากกระทู้ใน social media 2 แห่งข้างล่างนี้ ผู้เขียนขอแสดงความคิดเห็นว่า “ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยกำลังนำพามาตรฐานการแพทย์ไทยไปสู่ความเสื่อม

1. <http://pantip.com/topic/32872118/desktop>

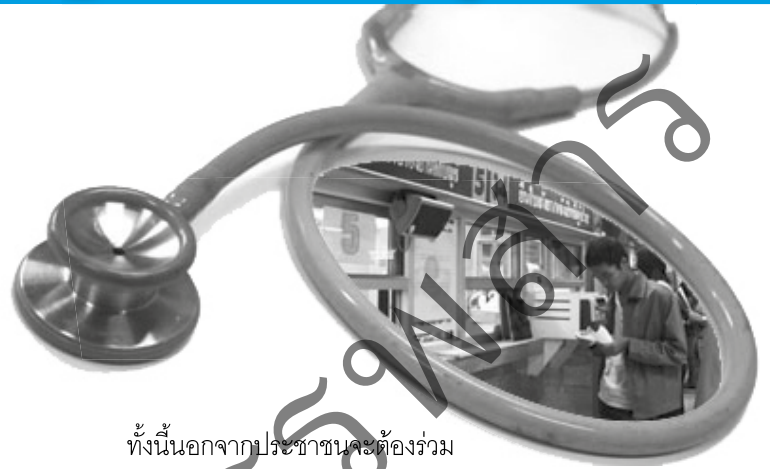
2. https://www.facebook.com/chanesd/posts/10152900925915844?comment_id=10152902771520844&ref=notif¬if_t=like

ความเสื่อมของมาตรฐานการแพทย์ไทยมีสาเหตุมาจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้ข้อจำกัดจากงบประมาณมา “จำกัด” การรักษาความเจ็บป่วยของประชาชนโดยไม่บอกความจริงให้ประชาชนทราบ แต่โฆษณาชวนเชื่อว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน^(*) ทั้ง ๆ ที่ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น

3. *<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000132637&Html=1&#Opinion>

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยนั้น ๆ ก็จะทำให้ประชาชนร่วมจ่าย ถ้าไม่จ่ายตอนไปรับการรักษาพยาบาล ก็ต้องจ่ายล่วงหน้าในรูปแบบของการถูกเรียกเก็บภาษีในอัตราที่สูงมาก ๆ เพื่อให้รัฐบาลมีเงินงบประมาณพอที่จะมาจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยแทนประชาชน ซึ่งถือว่าเป็นรัฐสวัสดิการเต็มรูปแบบ เช่น ในประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย อัตราการเก็บภาษีจะสูงมาก บางแห่งประมาณ 40-60% ของรายได้ของประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอในการที่จะจัดให้มีการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานทันสมัยมีประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลรักษาสุขภาพประชาชน

แต่ไม่ว่าจะเป็นระบบใดให้ประชาชนร่วมจ่ายในเวลาที่ไม่ไปรับการรักษาพยาบาล ร่วมจ่ายล่วงหน้าเข้าสู่กองทุน (เหมือนระบบประกันสังคมในประเทศไทย) หรือจ่ายในรูปแบบของการถูกเก็บภาษีในอัตราสูง ๆ ในระบบที่รัฐบาลจ่ายแทนผู้ป่วยเต็มจำนวนค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมด แต่รัฐบาลของประเทศนั้น ๆ ก็จะไม่ได้อำนาจในการรักษาผู้ป่วย เหมือนที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ทั้งนี้ประเทศต่าง ๆ เหล่านั้นก็ต้องมีการ “จัดระเบียบในการไปรับการรักษาสุขภาพ” เพื่อที่จะให้มีการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขได้ตามคุณภาพมาตรฐานการแพทย์ที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับประชาชนทุกคน



ทั้งนี้นอกจากประชาชนจะต้องร่วมรับผิดชอบหรือมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสำหรับการรักษาสุขภาพแล้ว รัฐบาลหรือผู้ดูแลระบบการแพทย์และสาธารณสุขก็จะกำหนด “ระเบียบในการไปรับการรักษาพยาบาล” เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและครอบครัวด้วย ได้แก่ การกำหนดให้ประชาชนไปรับการรักษาพยาบาลตามระบบนัด ยกเว้นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (อย่างในกรณีของญี่ปุ่นที่กล่าวในบทความ 1 และ 2) ไม่ว่าจะเป็นสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย แคนาดา เยอรมนี ทั้งนี้การที่ต้องมีระบบนัดหมายในการไปรับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลก็เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีเวลาอย่างเพียงพอในการที่จะให้การดูแลรักษาประชาชนตามมาตรฐานทางการแพทย์อย่างละเอียดรอบคอบ เพื่อความปลอดภัยและสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยประชาชนก็ต้องเอาใจใส่ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับตัวเองและครอบครัว รวมทั้งสามารถพึ่งตนเองในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยเล็กน้อยในเบื้องต้นได้เองโดยไม่ต้องรีบร้อนไปโรงพยาบาล เมื่อเริ่มป่วยก็อาจจะมีการให้คำปรึกษาแนะนำก่อนที่จะให้เวลานัดหมายไปพบแพทย์ได้ ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยรุนแรงฉุกเฉินที่ผู้ป่วยสามารถไปรับการรักษาได้ทันที

ประเทศต่าง ๆ เหล่านี้ต่างก็กำหนดให้ประชาชนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลของตนตามวิธีการและอัตราแตกต่างกันออกไป ตัวอย่างเช่น ในสหรัฐอเมริกาที่เราได้ยืมการประกันสุขภาพที่เรียกว่า Obama Care นั้น เขาก็ไม่ได้ให้การประกันสุขภาพฟรีแก่ประชาชนทุกคน เขาออกกฎหมายบังคับให้ประชาชน “ซื้อประกันสุขภาพเอกชน” ทุกคน ยกเว้นผู้ยากจน (เขาจะกำหนดเส้นความยากจนแล้วแต่ค่าครองชีพในแต่ละมลรัฐ) ซึ่งรัฐจะให้การ

ประกันสุขภาพแบบให้เปล่าเรียกว่า Medicaid และคนแก่อายุเกิน 65 ปีเรียกว่า Medicare แต่สำหรับคนแก่ที่ได้บำนาญจากระบบประกันสังคมของรัฐก็จะถูกหักภาษีสมทบกับโครงการประกันสุขภาพ Medicare นี้ด้วย และเวลาไปรับการรักษาก็อาจจะต้องร่วมจ่ายในบางรายการด้วย

ฉะนั้นประชาชนในประเทศเหล่านี้ก็ต้องมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบในการรักษาพยาบาลตนเองและครอบครัว (ลูก ๆ) ด้วย

ซึ่งการประกันสุขภาพในประเทศต่าง ๆ เหล่านี้แตกต่างจากระบบหลักประกันสุขภาพของไทยอย่างชัดเจน ประเทศไทยนั้นมียุทธศาสตร์กลุ่มหนึ่งคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพที่มี “อำนาจในการบริหารเงินหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” (หมายเหตุ กรุณาอย่าเรียกว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะมันประกันสุขภาพให้ประชาชนแค่ 48 ล้านคนเท่านั้น ในขณะที่ประชาชนอีก 10 ล้านคนต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสังคมทุกเดือนจึงจะได้รับการรักษาพยาบาล และประชาชนอีก 5 ล้านคนที่เป็นข้าราชการต้องยอมทำงานภายใต้ระเบียบวินัยตามคำสั่งผู้บังคับบัญชา ยอมรับเงินเดือนน้อย ยอมถูกโยกย้ายไปทั่วประเทศจึงจะได้รับเงินค่ารักษาที่กำลังถูกลดทอนสิทธิลงไปเรื่อย ๆ จากรัฐบาลเอง) โดยไม่ได้บอกข้อจำกัดในการรักษาพยาบาลแก่ประชาชน

ทั้งนี้ข้อจำกัดในการรักษาพยาบาลของประชาชนนั้นเกิดจากการมีเงินงบประมาณที่ไม่เพียงพอที่จะทำให้การดูแลรักษาประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานการแพทย์ที่ดี เนื่องจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนด “ขอบเขตของการบริการและยาที่จะให้ใช้ในการรักษา” หรือแม้กระทั่งบังคับให้แพทย์รักษาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ไม่ให้แพทย์เลือกวิธีการรักษาตามดุลพินิจของแพทย์ (เช่น บังคับให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายต้องล้างไตทางหน้าท้องก่อนทุกคน ไม่เช่นนั้นจะไม่ได้รับสิทธิในการรักษา) แต่ประชาชนไม่สามารถรับทราบความจริงข้อนี้ว่า เป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมตามมาตรฐานที่ดีและทันสมัย เพื่อความปลอดภัยของประชาชนเองหรือไม่

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเลขาธิการ สปสช. เองก็เคยไว้อำนาจแก่ประชาชนเกินจริงว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” แต่ในความเป็นจริงแล้ว กลับ “ห้าม” แพทย์ไม่ให้รักษาหลายโรค และไม่ให้อายุยาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยอีกหลายชนิด อนุญาตให้หมอใช้แต่ยาเก่า ๆ เดิม ๆ ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น โฆษณาให้ประชาชนไปรักษาได้ทุกที่ทุกเวลาโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ทำให้แพทย์/พยาบาลไม่มีเวลาที่จะให้การรักษายาบาลได้ตามมาตรฐานเพราะต้องรีบเร่งตรวจรักษาผู้ป่วย ทำให้

ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย มีโรคแทรกซ้อน หรือไม่พอใจผลการรักษา มีการฟ้องร้องและร้องเรียนแพทย์มากขึ้น

บุคลากรแพทย์/พยาบาลที่ตั้งใจทำงานให้มีมาตรฐานการแพทย์ที่ดีทนอยู่กับระบบเหล่านี้ไม่ได้ ลาออกไปอยู่โรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ประชาชนที่พอมีเงินอยู่บ้างก็หันไปซื้อประกันสุขภาพเอกชน โรงพยาบาลรัฐก็ต้องรับรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาท ต้องเอางบประมาณจากระบบสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมมาจ่ายในการรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาท (ชุดเซาการขาดเงินงบประมาณในระบบ 30 บาท)

ปัญหาในระบบ 30 บาท ทำให้ระบบการแพทย์ไทยถดถอยไปสู่ความเสื่อมและด้อยมาตรฐาน จากการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่บอกความจริงกับประชาชน และยังมีการจัดตั้ง “ประชาชนบางกลุ่ม” ออกมาเรียกร้องหา “ความเสมอภาค ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างแต่ละกองทุน” แต่ถ้าไม่เปลี่ยนการบริหารจัดการกองทุนโดยหันมายุติหลัก “คุณภาพมาตรฐานการแพทย์ที่ทันสมัย” แล้ว ระบบการแพทย์ไทยก็จะมี ความเสมอภาคโดยมีคุณภาพเลวเท่าเทียมกัน

ซึ่งส่วนหนึ่งทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ที่ใช้ “อำนาจที่ไม่ชอบธรรมและไม่ถูกกฎหมาย” ในการแบ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นกองทุนย่อย ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุให้โรงพยาบาลไม่สามารถจะ “เกลี้ยบบประมาณในกองทุนย่อย ๆ นั้นไปรักษาผู้ป่วยทั่วไป” ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคที่กำหนดในกองทุนย่อยตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามคุณภาพมาตรฐานเนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีเงินไปใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเหล่านั้น

ยังมีรายละเอียดอีกมากที่เป็นปัญหาในการรักษาระดับคุณภาพมาตรฐานการแพทย์ แต่ขอจบก่อนในตอนี้ และจะเขียนต่อไปถ้าบทความเหล่านี้จะช่วยให้ประชาชนและคณะรัฐมนตรีให้ความสนใจปัญหาและลงมือแก้ปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาสุขภาพได้ตามมาตรฐานการแพทย์ที่ดีต่อไป ไม่เสี่ยงต่อความเสียหายจากการได้รับการรักษาอย่างจำกัดตามงบประมาณที่ขาดแคลนจากการบริหารจัดการงบประมาณที่ไม่ถูกต้องของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรละอายแก่ใจที่ปกปิดความจริง และควรออกมาขอโทษและบอกความจริงแก่ประชาชนเสียที

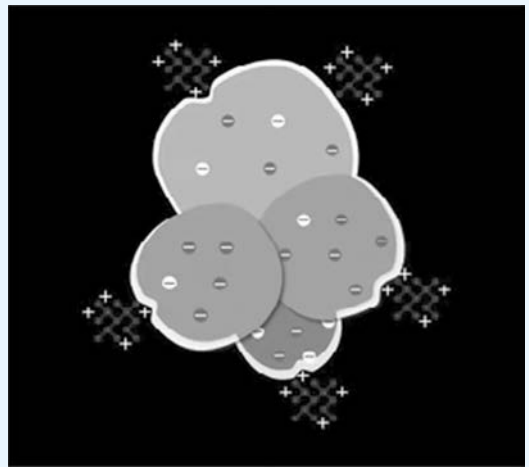
อนุภาคพอลิเมอร์ขนาดนาโน

ต้านเชื้อแบคทีเรียดี้อย่า

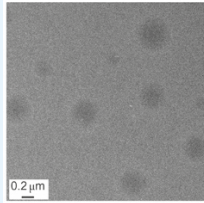
การดื้อยาเกิดขึ้นเมื่อเชื้อแบคทีเรียมีการพัฒนาตนเองให้สามารถทนต่อการทำลายด้วยยาปฏิชีวนะ ซึ่งเชื้อแบคทีเรียดื้อยานั้นถือได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน เพราะเชื้อแบคทีเรียดื้อยาจะสามารถทนทานต่อการทำลายมากขึ้น มีความรุนแรงในการทำให้เกิดโรคมมากขึ้น รักษาหายยาก และเมื่อเกิดการดื้อของเชื้อต่อยาชนิดหนึ่งมักจะมี การดื้อต่อยาหลาย ๆ กลุ่มตามมา ทำให้มียาปฏิชีวนะที่จะให้ เลือกลดน้อยลงหรืออาจไม่มียาใดรักษาได้ ส่งผลให้อัตราป่วยและ เสียชีวิตสูงขึ้น ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และอาจจะ ไม่หายจากโรค เป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของผู้ป่วย และโรงพยาบาล และหากไม่มีการแก้ไขปัญหาก็จะทำให้เกิด โรคติดเชื้อมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยส่วนใหญ่แล้ว สาเหตุ ของการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียมักเกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ไม่ว่าจะเนื่องจากการที่ยาปฏิชีวนะทำลายส่วนที่ไม่ดื้อยา ให้หมดไป แต่กลับเหลือส่วนที่ดื้อต่อยาไว้ หรือ เกิดจากการเหนียวแน่น ให้เกิดโดยการที่ใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดและระยะเวลาในการให้ ที่ไม่เหมาะสมที่จะทำลายเชื้อได้หมด เชื้อก็จะพัฒนาการ เปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมในตัวเองให้มีความสามารถทนทาน ต่อการทำลายของยาได้มากขึ้น

ก่อนหน้านี้มีความพยายามที่จะพัฒนายาปฏิชีวนะ รุ่นใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาคือการดื้อยาดังกล่าว แต่ดูเหมือนว่าการ พัฒนายาใหม่นี้จะไม่ทันต่อการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียที่เพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว แต่เมื่อเร็ว ๆ นี้ทีมวิจัยจากบริษัทไอบีเอ็มได้ประยุกต์ ใช้องค์ความรู้ในการผลิตสารกึ่งตัวนำในการพัฒนาอนุภาค พอลิเมอร์ขนาดนาโนที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียโดยไม่กระตุ้น ให้เกิดการดื้อยา โดยอนุภาคพอลิเมอร์ขนาดนาโนนี้เมื่อสัมผัส กับน้ำหรือของเหลวในร่างกายจะสามารถประกอบรวมตัวกัน ได้เองเพื่อเกิดเป็นไฮโดรเจลที่มีโครงสร้างระดับนาโนใหม่ขึ้นที่มี ประจุบริเวณพื้นผิวเป็นบวกซึ่งสามารถยึดเกาะเข้ากับผนังเซลล์ ของเชื้อแบคทีเรียที่มีประจุไฟฟ้าเป็นลบได้โดยอาศัยหลักการของ อันตรกิริยาทางไฟฟ้าสถิต จากนั้นจะเริ่มทำลายผนังเซลล์และ เนื้อเยื่อของเชื้อแบคทีเรียเมื่อมีการประกอบรวมตัวของ

พอลิเมอร์เพิ่มเติม ทำให้สารภายในเชื้อแบคทีเรียกระจายออกมา ภายนอก ซึ่งนำไปสู่การตายของเชื้อแบคทีเรียในที่สุด ซึ่งด้วย หลักการออกฤทธิ์ทางกายภาพเช่นนี้ที่ต่างจากกลไกการออกฤทธิ์ ของยาปฏิชีวนะทั่วไปซึ่งเป็นการรบกวนการทำงานด้านในของ เชื้อแบคทีเรียที่เกี่ยวข้องกับการเจริญหรือการแบ่งตัวของ เชื้อแบคทีเรีย เช่น ยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย ยับยั้ง การทำงานของเอนไซม์ของแบคทีเรีย ยับยั้งการสร้างโปรตีนของ แบคทีเรีย และยับยั้งกระบวนการสร้างสารอาหารและพลังงาน ของแบคทีเรีย ทำให้โอกาสที่จะเกิดการดื้อยาจากการใช้พอลิเมอร์ ขนาดนาโนนี้เป็นไปได้น้อย ข้อดีของพอลิเมอร์ชนิดนี้อีกข้อคือ การทำงานของพอลิเมอร์นี้จะมีลักษณะเฉพาะเจาะจงกับ เชื้อแบคทีเรียเท่านั้นโดยไม่กระทบต่อเซลล์อื่น ๆ โดยรอบ เช่น เซลล์เม็ดเลือดแดงซึ่งจำเป็นต่อการขนส่งออกซิเจนไปทั่วร่างกาย เพื่อต่อสู้กับเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งต่างจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่หาก ใช้งานในปริมาณสูงอาจจะไปทำลายเซลล์อื่น ๆ ในร่างกายได้

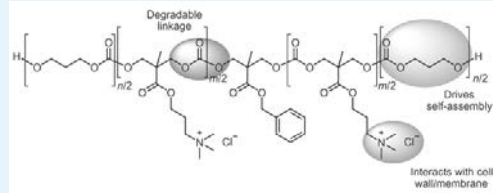


ภาพแสดงหลักการทำงานของพอลิเมอร์ขนาดนาโนซึ่งจะมี ประจุไฟฟ้าพื้นผิวเป็นบวกที่จะถูกดึงดูดให้เข้าไปยึดเกาะกับ พื้นผิวของเชื้อแบคทีเรียที่มีประจุไฟฟ้าเป็นลบตรงข้าม ซึ่งเมื่อ ยึดเกาะแล้วพอลิเมอร์ดังกล่าวจะทำลายผนังเซลล์ของ เชื้อแบคทีเรียทำให้สารภายในกระจายออกมาและนำไปสู่ การตายของเชื้อแบคทีเรียในที่สุด⁽¹⁾



ภาพจากกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องผ่านแสดงขนาดของอนุภาคพอลิเมอร์ที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย^[2]

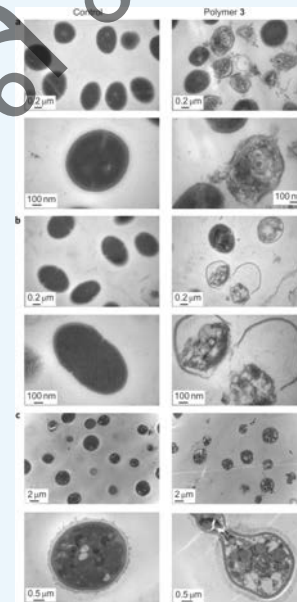
พอลิเมอร์ที่พัฒนาขึ้นนี้อยู่ในกลุ่มพอลิคาร์บอเนต ซึ่งสังเคราะห์ขึ้นจากปฏิกิริยาเปิดวงด้วยสารเร่งปฏิกิริยาอินทรีย์ที่ปราศจากโลหะ โดยมีสมบัติที่สามารถละลายตัวและสามารถถูกขับออกจากร่างกาย จึงไม่เกิดการสะสมภายหลังการใช้งานจากการทดสอบพบว่าพอลิเมอร์นี้สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้อย่างหลากหลาย ตัวอย่างเช่น *Bacillus subtilis*, *Staphylococcus aureus*, MRSA, *Enterococcus faecalis* และ *Cryptococcus neoformans* และจะมีระดับความเข้มข้นสำหรับการฆ่าเชื้อที่ต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับประเภทของเชื้อแบคทีเรียโดยมีค่าอยู่ในช่วง 4.3-10.8 ไมโครโมลาร์ เมื่อศึกษาถึงสมบัติด้านการดูดซับพบว่า เชื้อ *C. albicans* เกิดการดูดซับด้านเชื้อราภายหลังการใช้งานเพียง 6 ครั้ง แต่เมื่อใช้พอลิเมอร์ขนาดนาโนนี้ไปถึง 11 ครั้งแล้ว ก็ยังไม่พบว่าเกิดการดูดซับแต่อย่างใด จากการศึกษานี้ในหลอดลองไม่พบความผิดปกติของการทำงานของตับและไตทั้งในระยะสั้นและระยะยาวภายหลังจากการใช้งานพอลิเมอร์ขนาดนาโนดังกล่าว ในอนาคตหากมีการผลิตใช้งานในเชิงพาณิชย์แล้ว พอลิเมอร์นี้สามารถถูกฉีดเข้าไปในร่างกายเพื่อรักษาการติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย หรือสามารถใช้ทาลงบนผิวหนังเพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรียผ่านทางผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น สบู่ น้ำยาทำความสะอาด หรือผ้าเช็ดต่าง ๆ เป็นต้น อนุภาคพอลิเมอร์ขนาดนาโนนี้ถือได้ว่าเป็นทางเลือกใหม่นอกจากการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาอาการหรือโรคติดเชื้อต่าง ๆ และน่าจะช่วยลดปัญหาของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในอนาคตได้



ภาพแสดงโครงสร้างทางเคมีของพอลิเมอร์ที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียด้วย^[2]

Treatment	ALT (U l ⁻¹)	AST (U l ⁻¹)	Creatinine (μmol l ⁻¹)	Urea nitrogen (mmol l ⁻¹)	Potassium ion (mmol l ⁻¹)	Sodium ion (mmol l ⁻¹)
Without treatment	48.9 ± 16.0 (n = 10)	75.4 ± 18.2 (n = 10)	15.6 ± 1.0 (n = 10)	7.6 ± 0.8 (n = 10)	4.5 ± 0.3 (n = 10)	149.9 ± 1.1 (n = 10)
48 h post-treatment	42.6 ± 4.0 (n = 10)	67.9 ± 12.2 (n = 10)	20.1 ± 3.3 (n = 10)	8.0 ± 1.1 (n = 10)	4.9 ± 0.5 (n = 10)	148.9 ± 1.9 (n = 10)
	P = 0.1 (>0.05)	P = 0.2 (>0.05)	P = 0.1 (>0.05)	P = 0.2 (>0.05)	P = 0.4 (>0.05)	P = 0.1 (>0.05)
14 days post-treatment	40.6 ± 9.5 (n = 10)	75 ± 20.5 (n = 10)	19.3 ± 4.5 (n = 10)	7.4 ± 1.3 (n = 10)	4.8 ± 0.4 (n = 10)	150.0 ± 0.9 (n = 10)
	P = 0.1 (>0.05)	P = 0.5 (>0.05)	P = 0.3 (>0.05)	P = 0.1 (>0.05)	P = 0.2 (>0.05)	P = 0.1 (>0.05)

ตารางแสดงผลการตรวจเลือดของหนูทดลองเพื่อแสดงถึงการทำงานของตับและไตก่อนและหลังการใช้พอลิเมอร์ขนาดนาโนที่ระดับความเข้มข้นในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่ 48 ชั่วโมง และ 14 วัน ซึ่งไม่พบความแตกต่าง^[2]



ภาพแสดงเชื้อแบคทีเรียก่อน (ซ้าย) และภายหลัง (ขวา) สัมผัสกับพอลิเมอร์ขนาดนาโนที่ระดับความเข้มข้นในการฆ่าเชื้อ a. MRSA, b. *Enterococcus faecalis* และ c. *Cryptococcus neoformans* ที่ระยะเวลา 8 ชั่วโมง จะพบว่าผนังเซลล์ของเชื้อแบคทีเรียเกิดความเสียหายภายหลังสัมผัสกับพอลิเมอร์ ซึ่งนำไปสู่การตายของเชื้อแบคทีเรีย^[2]

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.research.ibm.com/articles/nanomedicine.shtml#fbid=EACJdn1hw1a>
2. Fredrik Nederberg, Ying Zhang, Jeremy P. K. Tan, Kaijin Xu, Huaying Wang, Chuan Yang, Shujun Gao, Xin Dong Guo, Kazuki Fukushima, Lanjuan Li, James L. Hedrick and Yi-Yan Yang (2011) Nature Chemistry. 3, pp. 409-414.
3. <http://www.research.ibm.com/featured/ninjas/#fbid=ldtSH-kYW8H>
4. <http://www.qmed.com/mpmn/medtechpulse/ninja-polymers-create-superantibiotic-squash-superbugs>

Self-Tolerance/Autoimmunity

การไม่ตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน ต่อแอนติเจนของตนเอง

3. กลไกการเกิดโรคภูมิคุ้มกันเนื้อเยื่อของตนเอง

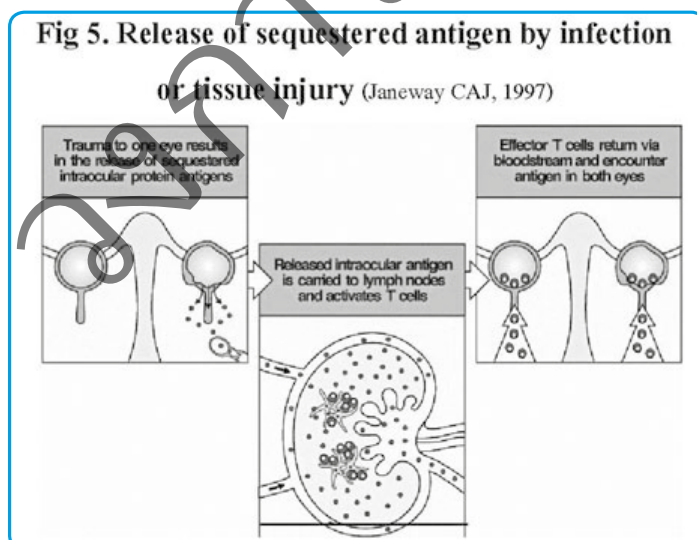
จะเห็นได้ว่าถ้ากระบวนการที่ควบคุมระบบภูมิคุ้มกันต่อแอนติเจนของตนเองในภาวะปกติดังกล่าวข้างต้นมีความผิดปกติไปในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งก็จะนำไปสู่การเกิดโรคได้ ในปัจจุบันมีทฤษฎีที่ใช้อธิบายกลไกการเกิดโรคภูมิคุ้มกันเนื้อเยื่อของตนเอง ดังนี้

3.1 ความไม่สมบูรณ์ของกระบวนการคัดเลือกลิ้มโฟไซตในบุคคลที่มี MHC บางชนิด

MHC บางชนิดอาจมีความสามารถในการกระบวนการ Negative selection ภายในต่อมไทมัสได้ไม่ค่อยดี ทำให้มี Self-reactive T lymphocytes หลุดรอดออกมาจำนวนมาก หรืออาจมีความผิดปกติในขั้นตอนของ Positive selection แล้วทำให้เกิดการคัดเลือก Immunoregulatory cells ที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระบบภูมิคุ้มกันต่อแอนติเจนของตนเองได้ตามปกติ

3.2 การปล่อย Sequestered antigen

การที่แอนติเจนถูกปลดปล่อยออกมาจาก Immune Privileged site เป็นกลไกหนึ่งที่ทำให้ Self-Tolerance เสียไปได้ ภาวะเช่นนี้สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อมีการอักเสบหรือการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อในบริเวณเหล่านั้น (รูปที่ 5)



3.3 การมีสัญญาณเสริม (co-stimulatory signal)

ให้แก่ T cell

ถ้า Self antigen ถูกนำเสนอให้แก่ T cell โดยมี co-stimulatory signal ที่ครบถ้วน ภาวะ Self-Tolerance จะสามารถถูกทำลายไปได้ และอาจก่อให้เกิดการกระตุ้น Autoreactive T cells ให้มีการแบ่งตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่พยาธิสภาพต่าง ๆ ได้ตามลำดับ ภาวะเช่นนี้เกิดขึ้นได้จาก

3.3.1 การพบกับ Cross-reacting antigen หรือ Molecular Mimicry เกิดขึ้นเมื่อ T cell ถูกกระตุ้นด้วยแอนติเจนที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับ Self antigen บางชนิด ซึ่งถูกนำเสนอโดย professional APC ที่มีการแสดงออกของ co-stimulatory signal ครบถ้วน ก็จะทำให้ T cell นั้นรับรู้ Self antigen และก่อให้เกิดโรคได้ต่อไป ในปัจจุบันเราพบส่วนของแอนติเจนจากจุลชีพหลายชนิดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ Self antigen บางชนิด (Molecular Mimicry) เช่น ความคล้ายคลึงระหว่าง Peptide ของ Myelin basic protein กับ Viral peptides หลายชนิด ได้แก่ measles, influenza, polyoma, adenovirus, poliomyelitis เป็นต้น

3.3.2 ความผิดปกติในการแสดงออกของ MHC molecule บนเนื้อเยื่อในร่างกายจากสภาวะบางอย่าง เช่น ผลจากการกระตุ้นด้วย IFN- γ อาจทำให้ภาวะ Self-Tolerance ต่อแอนติเจนของเนื้อเยื่อนั้น ๆ สูญเสียไปได้

3.4 ความล้มเหลวของระบบการควบคุมภูมิคุ้มกันอื่น ๆ

ภาวะที่ทำให้ระบบที่ควบคุมภาวะภูมิคุ้มกันในร่างกายเสียสมดุลไปไม่ว่าจะด้วยกลไกใดก็ตาม ก็อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันเนื้อเยื่อของตนเองได้ ตัวอย่างเช่น

- การไม่มี suppressor activity
- ความผิดปกติใน idiotype/anti-idiotype network
- Polyclonal activation of T and B cells
- การรบกวนการสร้างไซโตไคน์

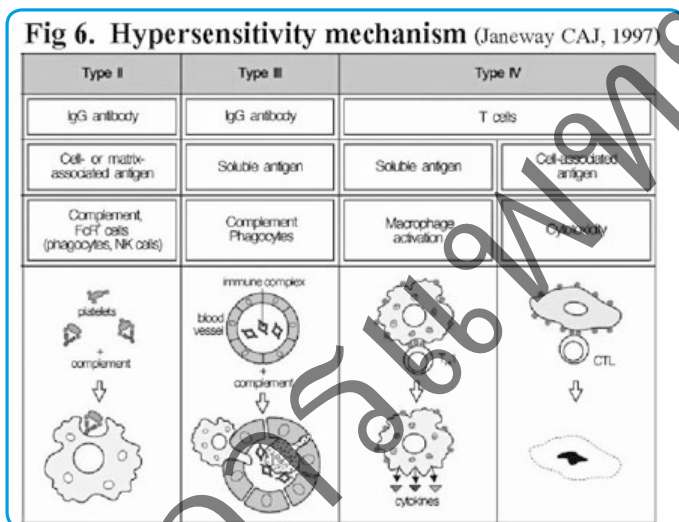
Disease	HLA allele	Relative risk	Sex ratio (♀:♂)
Ankylosing spondylitis	B27	87.4	0.3
Acute anterior uveitis	B27	10.04	<0.5
Goodpastures syndrome	DR2	15.9	~1
Multiple sclerosis	DR2	4.8	10
Graves' disease	DR3	3.7	4-5
Myasthenia gravis	DR3	2.5	~1
Systemic lupus erythematosus	DR3	5.8	10-20
Insulin-dependent diabetes mellitus	DR3 and DR4	3.2	~1
Rheumatoid arthritis	DR4	4.2	3
Pemphigus vulgaris	DR4	14.4	~1
Hashimoto's thyroiditis	DR5	3.2	4-5

เชื่อว่าความสัมพันธ์นี้ เกี่ยวข้องกับความสำคัญของ HLA โมเลกุล ต่อกระบวนการคัดเลือก ในช่วงพัฒนาการของ สิมโฟไซท์ และ คุณสมบัติการจับกับ peptide ของ HLA โมเลกุล โดยเชื่อว่า HLA บางชนิด มีความสามารถในการจับ และนำเสนอ Autoantigenic peptides และรักษาให้โรคได้มากกว่าปกติ ส่วนปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อจากจุลินทรีย์ต่างๆ (ตารางที่ 2) หรือการใช้ยาบางชนิด นอกจากนี้ ยังยืนยันกันมาตั้งแต่ทศวรรษที่ 1960 ว่า โรคนี้พบได้บ่อยที่สุดในเพศหญิง ผลจากการศึกษาพบว่า แอนติเจน ซึ่งพบในเนื้อเยื่อของอวัยวะ มีฤทธิ์ช่วยส่งเสริมการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน ในขณะที่ แอนติเจน ซึ่งพบในอวัยวะเฉพาะ สามารถลดการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน

Infection	HLA association	Consequence
Group A <i>Streptococcus</i>	?	Rheumatic fever (carditis, polyarthritis)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	HLA-B27	Reiter's syndrome (arthritis)
<i>Shigella flexneri</i> , <i>Salmonella typhimurium</i> , <i>Salmonella enteritidis</i> , <i>Yersinia enterocolitica</i> , <i>Campylobacter jejuni</i>	HLA-B27	Reactive arthritis
<i>Borrelia burgdorferi</i>	HLA-DR2, DR4	Chronic arthritis in Lyme disease

4. องค์ประกอบและกลไกทางภูมิคุ้มกันที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพในโรคภูมิคุ้มกันเนื้อเยื่อของตนเอง

สามารถแบ่งอย่างง่าย ๆ ได้เป็น 3 แบบ (รูปที่ 6) นั่นคือ



4.1 Hypersensitivity type II

เกิดเมื่อมี Autoantibody ทำปฏิกิริยากับแอนติเจนของตนเองบนผิวเซลล์ Autoantibody นี้ อาจก่อให้เกิดการทำลายของเซลล์นั้น ๆ โดยตรง (Direct tissue damage) จากการกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ ซึ่งทำให้เซลล์ถูกสลายไปโดยตรง ขึ้นส่วนของคอมพลีเมนต์ยังสามารถชักนำนิวโทรฟิลและแมคโครฟาจมายังบริเวณนั้น เพื่อจับกินเซลล์เป้าหมายด้วยวิธี Phagocytosis หรือจากการปล่อยเอนไซม์ที่มีฤทธิ์ทำลายเซลล์ออกมาจาก Activated phagocytes ต่าง ๆ นั้น Autoantibody ซึ่งมักจะเป็น IgG ยังเป็น Opsonization

factor และบางกรณีอาจทำลายเซลล์โดยวิธี ADCC นอกจากนี้ Autoantibody อาจกระตุ้นหรือยับยั้งการทำงานของเซลล์ในร่างกาย (โดยมากเป็นการจับกับ receptor) โดยไม่ได้เกิดจากการทำลายของเซลล์เลยก็ได้

4.2 Hypersensitivity type III

เกิดเมื่อ Autoantibody ทำปฏิกิริยากับ Soluble antigen ที่อยู่ภายในกระแสเลือด หรือใน Intercellular fluid เกิดเป็น Immune Complex ขึ้น โดย Immune Complex ที่มีขนาดพอเหมาะจะไปสะสมตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะบริเวณที่มีกระแสเลือดไหลวน (turbulence) หรือบริเวณที่เป็นที่กรองสารต่าง ๆ เช่น บริเวณไต, ข้อ, Choroid plexus เป็นต้น Immune Complex ที่สะสมในเนื้อเยื่อเหล่านี้สามารถก่อให้เกิดพยาธิสภาพได้จากการกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ และก่อให้เกิดการทำลายของเซลล์ด้วยกลไกเช่นเดียวกับที่อธิบายไว้ในข้อ 1.

4.3 Hypersensitivity type IV (Delayed type hypersensitivity: DTH)

อาจเรียกได้ว่าเป็น Cell-mediated responses โดยมากมักเป็นการทำงานของ CD4+ T lymphocyte ที่จะแบ่งตัวเพิ่มมากขึ้น ภายหลังจากการรับรู้ Autoantigenic epitope ที่นำเสนออยู่บน HLA class II โมเลกุล CD4+ T lymphocyte เหล่านี้จะหลั่งสารไซโตไคน์หลายชนิด ซึ่งบางชนิดจะสามารถชักนำแมคโครฟาจให้มายังบริเวณที่มีปฏิกิริยารวมทั้งกระตุ้นแมคโครฟาจให้สามารถทำลายแอนติเจนได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ CD4+ T lymphocyte ยังสามารถส่งสัญญาณเพื่อช่วยเหลือการทำงานของ Cytotoxic CD8+ T lymphocyte ที่ทำงานโดยการทำลายเซลล์เป้าหมายได้โดยตรง โดยการรับรู้ Autoantigenic epitope ที่นำเสนอบน HLA class I โมเลกุล

นอกจากนี้เราอาจตรวจพบ Autoantibodies และ Autoreactive lymphocytes ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดโรคบางชนิด เนื่องจากการทำลายเนื้อเยื่อและมีการปลดปล่อยของ Self antigen ออกมามากขึ้นได้ เช่น การตรวจพบแอนติบอดีต่อแอนติเจนของหัวใจภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) การพิสูจน์ว่า Autoantibodies และ Autoreactive lymphocytes เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหรือไม่ จึงมีความสำคัญมากต่อการวินิจฉัย วิธีสำคัญที่ใช้คือ การพิสูจน์ว่าเซลล์ หรือ Autoantibodies จากผู้ที่เป็นโรคสามารถก่อให้เกิดโรคในสัตว์ทดลองได้หรือไม่ (Adoptive transfer method)

5. Animal models ของโรคภูมิคุ้มกันเนื้อเยื่อของตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดโรค กลไกทางภูมิคุ้มกัน ที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพของโรค และการค้นหา Autoantigen ที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคภูมิคุ้มกันตนเอง อาศัย การศึกษาจากสัตว์ทดลองเป็นส่วนใหญ่ เราสามารถแบ่ง Animal models เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

5.1 Autoimmunity ที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous autoimmunity)

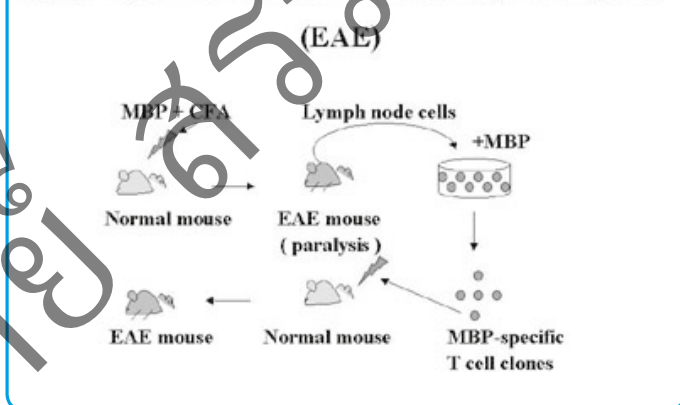
สัตว์ทดลองบางชนิดมีอาการแสดงที่คล้ายคลึงกับ โรคภูมิคุ้มกันเนื้อเยื่อของตนเองในคน ตัวอย่างเช่น ไก่พันธุ์ Obese strain พบว่ามีการสร้าง Thyroid autoantibodies หลายชนิด และมีการทำลายของต่อม Thyroid ในลักษณะ ที่คล้ายกับโรค Hashimoto's thyroiditis ในคน การทดลอง โดยการกำจัด B cell (ตัด Bursa of Fabricius ออก) หรือการกำจัด T cell (ตัดต่อมไทมัสออก) พบว่าไม่มีการ น้อยลง เป็นการพิสูจน์วิธีหนึ่งว่าทั้ง T และ B cells มีความ สำคัญต่อการเกิดโรคนี้

5.2 Autoimmunity ที่ถูกชักนำให้เกิด (Experimentally Induced autoimmunity)

นักวิทยาศาสตร์สามารถชักนำให้เกิดโรคในสัตว์ทดลอง บางชนิดได้จากการฉีด Autoantigen พร้อมกับ Adjuvant เช่น Complete Freund's Adjuvant (CFA) เช่น การฉีด Thyroglobulin antigen กับ CFA จะสามารถทำให้เกิดโรค

Experimental autoimmune thyroiditis (EAT) ได้ โดยพบว่ามีการ สร้าง Autoantibodies ต่อ Thyroid antigens รวมทั้งมีการสะสมของ ลิ้มโฟไซต์ในต่อมไทรอยด์จำนวนมาก คล้ายกับพยาธิสภาพในโรค Hashimoto's thyroiditis Model ที่สำคัญของการศึกษาโรค Multiple Sclerosis ในคนคือ Experimental autoimmune encephalomyelitis (EAE) โดยถูกชักนำให้เกิดได้จากการฉีด Myelin basic protein (MBP) กับ CFA เข้าไปในหนูบางประเภท โปรดสังเกตว่า EAE ไม่สามารถ ถูกชักนำให้เกิดขึ้นได้ในหนูทุกชนิด โดยพบว่าปัจจัยทางพันธุกรรม ที่กำหนดการเกิดโรคในหนูคือ MHC class II molecules เช่นเดียวกับ ที่สังเกตพบในคน การทดลองด้วยวิธี Adoptive transfer พบว่า การถ่ายทอด CD4+ T lymphocytes จากสัตว์ที่เป็นโรค EAE ไปยัง สัตว์ที่ไม่ได้เป็นโรคสามารถก่อให้เกิดโรค EAE ขึ้นได้ (รูปที่ 7)

Fig 7. Experimental autoimmune encephalomyelitis (EAE)



เอกสารอ้างอิง

- Anderton S, Burkhardt C, Metzler B, Wraith D (1999) Mechanisms of central and peripheral T-cell tolerance: lessons from experimental models of multiple sclerosis. *Immunol. Rev.* 169:123-137.
- Di Rosa F, Barnaba V (1998) Persisting viruses and chronic inflammation: understanding their relation to autoimmunity. *Immunol. Rev.* 164:17-27.
- Dilts SM, Solvason N, Lafferty KJ (1999) The role of CD4 and CD8 T cells in the development of autoimmune diabetes. *J. Autoimmun.* 13:285-290.
- Griffith TS, Brunner T, Fletcher SM, Green DR, Ferguson TA (1995) Fas ligand-induced apoptosis as a mechanism of immune privilege. *Science* 270:1189-1192.
- Horwitz MS, Sarvetnick N (1999) Viruses, host responses, and autoimmunity. *Immunol. Rev.* 169:241-253.
- Janeway, C.A.J. and P. Traver. (1997) *Immunobiology: The Immune System in Health and Disease*. Garland Publishing Inc. New York and London.
- Janeway, C.A.J. (1996) Autoimmunity. In *The Lymphoid system Volume III*. Herzenberg L.A., Weir D.M., Blackwell C, editors. Braun-Brumfield, Inc. USA.
- Kronenberg M (1991) Self-tolerance and autoimmunity. *Cell.* 65:537.
- Kuby, J. (1994) *Immunology*. W. H. Freeman and Company, New York.
- Letterio JJ, Roberts AB (1998) Regulation of immune responses by TGF-beta. *Annu. Rev. Immunol.* 16:137-161.
- Nepom, G.T. (1995) Class II antigens and disease susceptibility. *Annu. Rev. Med.* 46:17.
- Nepom GT (1991) MHC class-II molecules and autoimmunity. *Annu. Rev. Immunol.* 9:493-525.
- Roitt I, Brostoff J, Male D. (1998) *Immunology*. Mosby, London.
- Taniguchi M. (1996) Suppression, Cytotoxicity, and Anergy. In *The Lymphoid system Volume III*. Herzenberg L.A., Weir D.M., Blackwell C, editors. Braun-Brumfield, Inc. USA.
- Theofilopoulos AN (1995) The basis of autoimmunity, Part I: Mechanisms of aberrant self-recognition. *Immunol. Today.* 16:90.
- Theofilopoulos AN (1995) The basis of autoimmunity, Part II: Genetic predisposition. *Immunol. Today.* 16:150.



การผ่าตัดต่อมทอนซิล

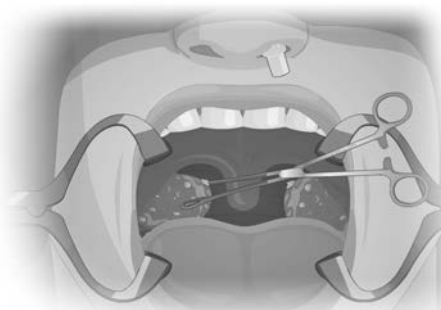
ต่อมทอนซิลเป็นเนื้อเยื่อของระบบทางเดินน้ำเหลือง ทำหน้าที่จับและทำลายเชื้อโรคที่จะเข้าสู่ร่างกายในระบบทางเดินอาหาร สร้างภูมิคุ้มกัน ทำลายเชื้อโรคในช่องปาก ในภาวะที่ร่างกายอ่อนแอหรือติดเชื้อจากผู้อื่นที่เจ็บป่วย เชื้อโรคในช่องปาก จะมีปริมาณมากขึ้น ต่อมทอนซิลจะทำงานมากขึ้นเพื่อกำจัดเชื้อโรคเหล่านี้ ทำให้ทอนซิลมีอาการแดง บวม และโตขึ้น ซึ่งเรียกว่า ต่อมทอนซิลอักเสบ

การผ่าตัดต่อมอะดีนอยด์และต่อมทอนซิลเป็นการผ่าตัดที่ทำบ่อยทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ มีการศึกษาอย่างกว้างขวางถึงข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดดังกล่าวทั้ง 2 ชนิด กล่าวคือ ภาวะต่อมอะดีนอยด์และต่อมทอนซิลโต (hypertrophy of adenoid and tonsils), เกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้น (obstructive sleep apnea syndrome), ผู้ป่วยเด็กที่มีความล่าช้าผิดปกติของการเจริญเติบโต (failure to thrive), ผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติของโครงกระดูกใบหน้า (craniofacial anomaly), เนื้องอกต่อมอะดีนอยด์และต่อมทอนซิล (tumor of adenoid and tonsils), การอักเสบเรื้อรังของต่อมอะดีนอยด์และต่อมทอนซิล (chronic adenotonsillitis), ภาวะมีกลิ่นปาก (halitosis) ข้อบ่งชี้สำหรับการผ่าตัดต่อมอะดีนอยด์เพียงอย่างเดียว ได้แก่ ไซนัสอักเสบเรื้อรัง (chronic sinusitis), โรคหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง (chronic or recurrent otitis media) และข้อบ่งชี้สำหรับการผ่าตัดต่อมทอนซิลอย่างเดียว ได้แก่ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (chronic

tonsillitis), ฝีรอบต่อมทอนซิล (peritonsillar abscess) และภาวะพาหะเชื้อแบคทีเรียชนิดสเตรปโตคอคคัส (Streptococcal carrier)

การรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต่อมทอนซิล พบว่าผู้ป่วยเด็กได้ประโยชน์บ้างจากการผ่าตัดกรณีที่มีการอักเสบซ้ำซ้อน พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเจ็บคอหลังการผ่าตัด การทำการศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่พบว่า การผ่าตัดให้ผลดีมากขึ้นในผู้ป่วยผู้ใหญ่ พบโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อมทอนซิลคือ เลือดออกหลังผ่าตัด ซึ่งต้องเฝ้าระวังภายใน 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

กล่าวโดยสรุป การทำการผ่าตัดต่อมทอนซิลเป็นการผ่าตัดที่ปลอดภัย ควรทำการผ่าตัดต่อมทอนซิลในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจนเท่านั้น



การดูแลผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับอุบัติเหตุ (Trauma in Pregnancy)

ผู้หญิงอายุระหว่าง 10-50 ปี เมื่อได้รับอุบัติเหตุ แพทย์ควรตรวจหาว่ามีภาวะตั้งครรภ์หรือไม่อยู่เสมอ การตั้งครรภ์ทำให้สรีรวิทยาในร่างกายและกายวิภาคเปลี่ยนแปลงไป การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับอุบัติเหตุจึงแตกต่างจากคนปกติ

การดูแลต้องคิดถึง 2 ชีวิต การดูแลทารกในครรภ์ที่ดีคือ ในเบื้องต้นให้การรักษาแก่มารดาก่อนและรีบทำการช่วยเหลือทารกในครรภ์เป็นลำดับต่อไป ถ้าจำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีก็ยังคงกระทำได้ในหญิงตั้งครรภ์

ลักษณะการบาดเจ็บ

1. บาดเจ็บจากการกระแทก

พนักพิงหลัง มดลูก และน้ำคร่ำจะช่วยลดแรงกระแทกไปสู่ทารกในครรภ์ แต่ทารกอาจได้รับผลกระทบจากการเกิดรกหลุดตัวจากอุ้งครรภ์ได้ (abruption of placenta)

การคาดเข็มขัดนิรภัยในรถช่วยป้องกันมารดาไม่ให้พุ่งออกนอกรถจนเป็นอันตราย การคาดเข็มขัดนิรภัยทั้งไหล่และสะโพกจะลดการเกิดอันตรายต่อทารกได้ แต่การคาดเข็มขัดในตำแหน่งสะโพกที่สูงเกินไปนี้อาจกดรัดจนมดลูกฉีกขาดได้ การคาดเฉพาะเอวก็กดรัดมดลูกโดยตรงจนทำให้มดลูกฉีกขาดหรือรกลอกตัวได้

2. บาดเจ็บจากการถูกแทง

หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสแทงถูกมดลูกที่โตมากในช่องท้องได้มากขึ้น การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บนั้นพบว่า 80% ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะช็อกมักพบมีทารกเสียชีวิตตั้งแต่ในครรภ์บ่อย การได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดรกลอกตัว จนกระทั่งทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้

การประเมินเบื้องต้น

มารดา

แพทย์ควรประเมิน Airway-Breathing-Circulation-Disability (A-B-C-D) ตามลำดับ ถ้ากระดูกสันหลังไม่ได้รับบาดเจ็บควรให้มารดานอนตะแคงซ้ายเพื่อไม่ให้มดลูกกดทับหลอดเลือดดำ inferior vena cava เพื่อป้องกันภาวะช็อก นอกจากนี้พบว่ามารดามีปริมาณสสารน้ำเพิ่มขึ้นในร่างกาย ดังนั้น มารดาต้องเสียเลือดไปในปริมาณมากก่อนจะเกิดภาวะช็อกหรืออัตรารับหัวใจเต้นเร็ว แต่ทารกจะแสดงภาวะหัวใจเต้นเร็วเนื่องจากขาดเลือดก่อนมารดาเสมอ การรักษาภาวะช็อกจึงควรเลือกให้สารน้ำเข้าสู่หลอดเลือดอย่างรวดเร็วก่อนการให้ยากระตุ้นหัวใจหรือยาทำให้หลอดเลือดหดตัว เพราะจะทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงมดลูกหดตัวได้ง่ายและทารกขาดเลือดไปเลี้ยงได้



ทารก

มดลูกฉีกขาดจะมีอาการปวดท้อง ท้องแข็ง (guarding and rigidity) และ rebound tenderness ร่วมกับภาวะช็อกได้ นอกจากนี้อาจคลำได้อวัยวะต่าง ๆ ของทารกทางหน้าท้องของมารดาหรือคลำขอบบนของมดลูกไม่ได้ เป็นต้น ภาพถ่ายรังสีอาจพบว่าทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติหรือพบลมรั่วในช่องท้อง การรักษาต้องผ่าเปิดช่องท้องโดยทันที

รกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placentae) จะมาด้วยอาการเลือดออกทางช่องคลอด (พบได้ 70% ของผู้ป่วย) มีอาการปวดท้อง มดลูกบีบตัวถี่ขึ้นหรือเมื่อแตะหน้าท้องจะพบว่ามดลูกหดตัวทุกครั้งที่เราเรียกว่า uterine irritability ในอายุครรภ์ท้าย ๆ แม้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยก็อาจเสี่ยงต่อการเกิดรกลอกตัวมากขึ้น ซึ่งการตรวจอัลตราซาวด์อาจช่วยในการวินิจฉัยโรคได้

การตรวจอัตราการเต้นของหัวใจในทารกในครรภ์เป็นการตรวจที่ไวต่อการวินิจฉัยอาการผิดปกติเบื้องต้นในมารดาและทารกในครรภ์ สำหรับ doppler ultrasound ใช้ฟังเสียงหัวใจเต้นในทารกตั้งแต่อายุครรภ์ > 10 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจในทารกปกติ 120-160 ครั้ง/นาที

อัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ที่ผิดปกติ หรือมดลูกบีบตัวบ่อย อาจแสดงว่าแม่และทารกมีภาวะขาดออกซิเจน และ/หรือมีภาวะกรดคั่งในเลือด ซึ่งควรปรึกษาสูติแพทย์ทันที

Secondary Assessment

อาการบาดเจ็บที่รุนแรงของแม่จะมีผลต่อพยากรณ์โรคของทั้งแม่และลูก หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบาดเจ็บมาต้องประเมินภาวะช็อกเป็นสำคัญ อาการแสดงของ peritoneal sign ตรวจพบได้ยากในหญิงที่มีครรภ์แก่เพราะกล้ามเนื้อหน้าท้องยืดตัวออก

ในกรณีรกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placentae) และมดลูกฉีกขาด (uterine rupture) จะมาด้วยอาการปวดท้องและมีภาวะช็อก

Doppler ultrasound สามารถฟังเสียงหัวใจของทารกได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบาดเจ็บชนิดที่ไม่มีความเสี่ยงต่อทารกก็อาจเฝ้าดูอาการนาน 6 ชั่วโมง แต่ถ้าเสี่ยงต่อการสูญเสียทารกหรือรกลอกตัวก่อนกำหนดควรเฝ้าดูอาการนาน 24 ชั่วโมง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดบาดเจ็บต่อทารกในครรภ์

1. อัตราการเต้นของหัวใจของหญิงตั้งครรภ์ > 110 ครั้ง/นาที
2. Injury Severity Score (ISS) > 9
3. มีอาการแสดงของรกลอกตัวก่อนกำหนด
4. อัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ > 160 ครั้ง/นาที หรือ < 120 ครั้ง/นาที
5. กระเด็นออกจากรถที่ถูกชน
6. อุบัติเหตุจากการขี่มอเตอร์ไซด์
7. ถูกชนในขณะที่เดินเท้า

แพทย์สามารถทำการส่งตรวจคอมพิวเตอร์ หรือ ultrasound FAST (focused assessment sonography in trauma) นอกจากนี้ยังอาจเจาะท้องเพื่อใส่สำลัตรวจ (diagnostic peritoneal lavage: DPL) ได้ การทำ DPL ก็ควรเจาะท้องในตำแหน่งที่สูงกว่าสะดือ



ถ้ามดลูกบีบตัวบ่อยควรสงสัยว่าอาจใกล้คลอดหรือมีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด หากตรวจภายในพบมีน้ำคร่ำในปากช่องคลอดที่มี pH 7-7.5 ก็ควรสงสัยว่ามีถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว นอกจากนี้ควรตรวจภายในเพื่อดูท่าของทารกในครรภ์ว่าใกล้คลอดหรือไม่

ข้อบ่งชี้ในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

1. มีเลือดออกทางช่องคลอด
2. มดลูกหดตัวบ่อย
3. ปวดท้องมาก
4. ภาวะชัก
5. อัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ผิดปกติ
6. มีลักษณะถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว

การรักษา

ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดหรือน้ำคร่ำรั่วไปอุดตัน หลอดเลือดสามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะลิ่มเลือดกระจายใน หลอดเลือด (disseminated intravascular coagulation: DIC) แพทย์จะตรวจพบระดับ fibrinogen ในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ < 250 มก./ดล. และปริมาณเกล็ดเลือดต่ำ การรักษาควรรีบ ทำแท้งและให้ส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือดทดแทน

นอกจากนี้ถ้ามารดามีเลือดกรุ๊ป Rh-negative เมื่อมีลูกเลือดกรุ๊ป Rh-positive ก็อาจเกิดภาวะเลือดไม่เข้ากัน ของแม่กับลูก เนื่องจากเลือดกรุ๊ป Rh-positive เพียง 0.01 มล. อาจปนเปื้อนในร่างกายนางมารดา ซึ่งพบว่า 70% ของ มารดาจะเกิดอาการจากการที่เลือดไม่เข้ากันระหว่างแม่และลูกได้ ซึ่งต้องให้การรักษาด้วยการฉีด Rh immunoglobulin เข้าหลอดเลือด ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีเลือดกรุ๊ป Rh-negative เมื่อได้รับบาดเจ็บบริเวณมดลูกก็ควรรับให้ Rh immunoglobulin เข้าหลอดเลือดภายใน 72 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะนี้

การมีหลอดเลือดมาเลี้ยงมดลูกมากขึ้นทำให้เมื่อเกิดกระตุกเชิงกรานหักก็อาจมีเลือดไหลเซาะใน retroperitoneum ในปริมาณมากได้



การผ่าท้องคลอดฉุกเฉิน (Perimortem Cesarean Section)

ถ้าอาการของมารดาไม่คงที่จะทำให้ทารกในครรภ์มีอันตรายสูง หากมารดาอยู่ในภาวะหัวใจหยุดเต้นอาจต้องตัดสินใจผ่าท้องคลอดฉุกเฉินภายใน 4-5 นาที หลังมารดามีหัวใจหยุดเต้นจึงอาจพอจะช่วยทารกในครรภ์ได้

ความรุนแรงในครอบครัว (Domestic Violence)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่า 17% ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายร่างกาย โดยพบว่า 60% ของจำนวนนั้นถูกทำร้ายจากคู่สมรส⁽¹⁾

ลักษณะที่บ่งว่าอาจเกิดจากความรุนแรงในครอบครัว ได้แก่

1. ประวัติได้รับบาดเจ็บไม่เข้ากับอาการ
2. พยายามฆ่าตัวตายหรือมีอาการซึมเศร้า
3. ไม่ใส่ใจดูแลตนเอง
4. มารับการรักษาด้วยอาการฉุกเฉินบ่อย ๆ
5. มีการใช้สารเสพติด
6. ตีเตือนตนเองตลอดเวลาที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บ
7. สามียืนกรานที่จะอยู่ด้วยตลอดเวลาที่ผู้ป่วยถูกชักประวัติหรือสามีพูดเล่าเรื่องแต่เพียงผู้เดียว

มีคำถาม 3 ข้อที่ควรถามในกรณีที่คู่สมรสไม่ได้ยินอยู่ด้วยกัน ซึ่งสามารถช่วยวินิจฉัยได้ถึง 65-70%⁽²⁾

1. คุณเคยถูกเตะ ต่อย หรือถูกทำร้ายร่างกายภายใน 1 ปีก่อนไหม และโดยใคร
2. คุณรู้สึกปลอดภัยในครอบครัวไหม
3. มีปัญหากับแฟนเก่าที่ทำให้คุณไม่สบายใจไหม

เอกสารอ้างอิง

1. Advanced Trauma Life Support Committee. American College of Surgeons. Trauma in Pregnancy and Intimate Partner Violence. In : Rotondo MF., Bell RM., editors. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. 9th ed. USA; 2012:275-82.
2. Feldhaus KM, KoziolMJ, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. JAMA 1997;277:1357-61.

ขับรถชนท้ายรถใหญ่ตาย: สาเหตุจากโรครรรมชาติหรืออุบัติเหตุ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

Driving Hit To A Big Vehicle: Natural Death Or Accident (A Case Report)

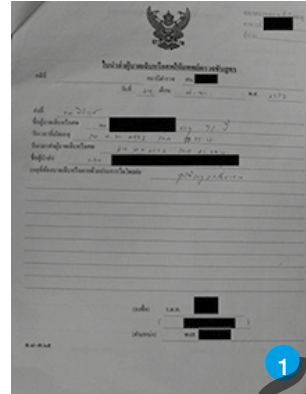
การที่ผู้ป่วยที่ถูกส่งมาให้การตรวจศพ โดยพบผู้ตายอยู่ในรถที่เกิดการเฉี่ยวชนกันอย่างรุนแรงจนทำให้เสียชีวิต หรือแม้ไม่เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุแต่มีการถูกนำส่งมายังสถานพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใดก็ตาม และได้ผ่านกระบวนการชันสูตรศพจนชันสูตรแล้ว แต่ไม่สามารถที่จะกู้ชีพผู้ตายได้ ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตายในที่สุดแล้วก็ตาม ก็อาจเกิดปัญหาขึ้นได้ โดยเฉพาะผู้ตายที่มีประวัติโรคหัวใจมาก่อนแล้วว่า “สาเหตุที่ทำให้ตายคืออะไร” หมายความว่า “ผู้ป่วยเกิดโรคหัวใจเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุจราจร” หรือ “เกิดอุบัติเหตุจราจรแล้วทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย” ทั้ง 2 ประการที่กล่าวถึงนี้หากดูไปก็อาจไม่เห็นถึงความแตกต่างหรือ “ผลที่จะมีต่อ” แต่ประการใด แต่หากพิจารณาให้ถ่องแท้ถึงสภาพแห่งสังคมปัจจุบันแล้วจะเกิดผลกระทบอย่างมาก หากผู้ที่เสียชีวิตนั้นมีการทำประกันไว้กับบริษัทประกันในเรื่อง “อุบัติเหตุ” เพราะจะเกิดกรณีพิพาทระหว่างทายาทของผู้ตายกับบริษัทประกันว่า “สาเหตุที่ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตายคืออะไร” เป็นการตายตามธรรมชาติ (จากโรคหัวใจ) หรือตายจากอุบัติเหตุ (จราจร) เพราะการตายทั้ง 2 ประเภทนี้จะส่งผลถึงการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นวงเงินจำนวนมาก เช่น หลายล้านบาทเลยทีเดียว

การที่ผู้ตายรายนี้มีพยาธิสภาพคือ การโป่งพองของผนังหลอดเลือดใหญ่และแยกตัวออก (aortic dissecting aneurysm) อาจเป็นสาเหตุของการตายได้ และหากเป็นเช่นนั้นจริงเพราะการเกิดอุบัติเหตุอย่างเฉี่ยวชน ย่อมทำให้พฤติการณ์ของการตายของผู้ตายรายนี้เข้าได้กับ “การตายตามธรรมชาติ” ไม่ได้ด้วย ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้ และตามด้วยการที่ผู้ตายได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บเนื่องจากหน้าอกกระแทกกับรถใหญ่และมีกระบวนการกู้ชีพตามมาโดยลำดับ

อุทธรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ประวัติ: ผู้ป่วยเป็นชาย 71 ปี มีผู้พบว่าขับรถชนท้ายรถบรรทุกจึงถูกนำตัวส่งมายังโรงพยาบาลในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว แพทย์ได้ทำการช่วยเหลือนชีวิตผู้ป่วยโดยกระบวนการกู้ชีพแต่ไม่สำเร็จ ผู้ป่วยดังกล่าวเสียชีวิตในเวลาต่อมา

เนื่องจากผู้ตายถูกพบในสภาพที่ขับรถชนกับรถบรรทุก จึงได้แจ้งไปยังพนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ (ที่ที่ศพอยู่) และพนักงานสอบสวนได้ร่วมกับแพทย์ผู้ที่มีหน้าที่ทำการชันสูตรพลิกศพ และส่งศพมาเพื่อรับการตรวจศพเนื่อง



ที่โรงพยาบาลศิริราช (ภาพที่ 1)

ต่อมาแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ได้ทำการตรวจศพ และทำการผ่าศพตรวจศพเพื่อหาสาเหตุแห่งการตายอย่างแท้จริงพบว่า ผู้ตายรายนี้มีหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนโค้งบน (aortic arch) แตกทะลุจากพยาธิสภาพที่มีอยู่เดิม เป็นหลอดเลือดแดงใหญ่ผนังแยกจากกัน (dissecting aneurysm) เป็นเหตุให้มีเลือดออกจำนวนมากและรวดเร็วที่ช่องอกด้านซ้าย และเป็นเหตุแห่งการเสียชีวิต



สภาพภายนอกของศพ: (ภาพที่ 2)

- ศพชายอายุประมาณ 70 ปี รูปร่างสันทนต์ ตัวยาว 169 เซนติเมตร หนัก 68 กิโลกรัม นอนอยู่บนเตียงผ่าศพ
- ศพมีผมสีดำ แต่มีสีขาวพอให้เห็นแทรกเป็นจำนวนมาก เส้นผมยาวประมาณ 10 เซนติเมตร
- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกลงสู่เบื้องต่ำภายหลังเสียชีวิตที่หลังได้ชัดเจน
- คอ รอบคอ ไม่พบบาดแผล หรือรอยกดหรือรัดที่ผิดปกติ
- ไม่พบเลือดออกที่เยื่อตาทั้งสองข้าง และไม่พบที่ร่างกายและแขนขาด้วยเช่นกัน
- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียดตรง ไม่มีงอผิดปกติ
- ตรวจพบบาดแผลดังต่อไปนี้
 - บาดแผลซ้ำที่หน้าอกขนาดไม่ใหญ่หลายตำแหน่ง
 - บาดแผลซ้ำที่ต้นแขนขวาหลายรอย
 - หน้าอกด้านซ้ายซ้ำ
 - บาดแผลรูปคล้ายสี่เหลี่ยมที่หน้าอกด้านขวายาวด้านละประมาณ 7-8 เซนติเมตร เข้าได้กับบาดแผลในกระบวนการกู้ชีพ (ภาพที่ 3)



- ไม่พบคราบ สี กลิ่น ผิดปกติที่บริเวณทวารต่าง ๆ ทั้ง ปาก จมูก หู ท่อปัสสาวะ และทวารหนัก

สภาพภายในของ

ศพ:

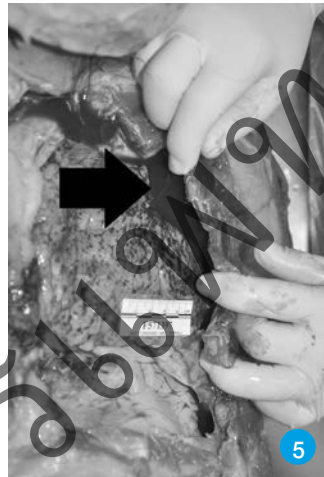
- ผนังศีรษะและใต้ชั้น ผนังศีรษะปกติ ไม่พบบาดแผล
- กระโหลกศีรษะปกติ
- เนื้อสมองซีดอย่าง มาก แต่ไม่พบพยาธิสภาพอื่น ทั้งสมองใหญ่ สมองน้อย และ

แกนสมอง

- กระดูกสันหลัง กระดูกคอ และเนื้อเยื่อส่วนบริเวณคอ ปกติ

- ได้หน้าอกบริเวณรอยคล้ายรูปสี่เหลี่ยมเป็นแนวเข้าได้กับ กระบวนการกู้ชีพมีลักษณะซ้ำ

- กล้ามเนื้อหน้าอกด้านซ้ายมีรอยซ้ำชัดเจนเป็นหย่อม ๆ (ภาพที่ 4)



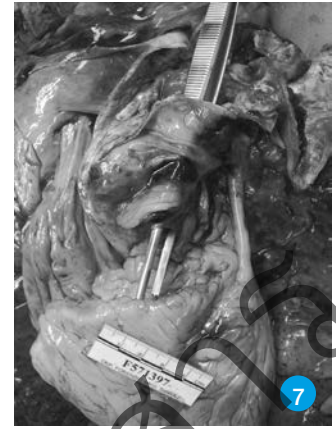
- กระดูกซี่โครงด้านซ้ายที่ 4, 5 และ 6 หัก และด้านขวา ที่ 5 และ 6 หัก (ภาพที่ 4)

- พบเลือดออกในช่องอกซ้าย 1,700 ลบ.ซม. (ภาพที่ 5)

- ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial sac) มีรอยฉีกขาดขนาด ประมาณ 5 เซนติเมตร มีเลือดค้างอยู่ 100 ลบ.ซม. มีลักษณะเป็น ก้อนลิ่มเลือด (ภาพที่ 6)

- หลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (aorta) แตกทะลุ ออกไปสู่ด้านหลัง ติดต่อกับช่องอกซ้าย (ภาพที่ 7) ตรวจพบว่า ตำแหน่งที่หลอดเลือดแตกนั้นตรงกับตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพ การแยกของผนังของหลอดเลือดแดงใหญ่ (dissecting aneurysm) (ภาพที่ 8)

- หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจเส้นหน้า (anterior descending



branch of left coronary artery) ตีบประมาณร้อยละ 50 ส่วนเส้นขวา (right coronary artery) และเส้นวงหลังซ้าย (left circumflex artery) มีการตีบวร้อยละ 20

- เมื่อนำอวัยวะในช่องอก (pleural content) ออกหมด จะเห็นรอยหักของกระดูกซี่โครงได้อย่างชัดเจน (ภาพที่ 9)

- กระเพาะอาหารมีของเหลวสีน้ำตาล ไม่มีก้อนอาหาร หรือพืชผัก

- ตับ ม้าม ไต และอวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ ปกติ

- ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

- กระเพาะปัสสาวะและอุ้งเชิงกรานอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

- การตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ในเลือด: ตรวจไม่พบ

- การตรวจสารเสพติด (เบนโซไดอะซีปีน, บาร์บิทูเรท, โคเคน, กัญชา, สารจำพวกฝิ่นและอนุพันธ์, เมทแอมเฟตามีน): ตรวจไม่พบ

สาเหตุการตาย:

เลือดออกในช่องอกจำนวนมากเนื่องจากหลอดเลือดแดง ใหญ่ (เออร์ต้า) ฉีกขาดจากพยาธิสภาพผนังแยกโป่งพองออก

พฤติการณ์แห่งการตาย:

เข้าได้กับการที่หน้าอกได้รับการกระทบกระเทือนอย่าง รุนแรงอันเป็นพฤติการณ์แห่งการตายจากอุบัติเหตุจราจรมากที่สุด

วิเคราะห์และวิจารณ์

ผลการตรวจศพในผู้ตายรายนี้ นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นกรณีแห่งการศึกษาและเรียนรู้เพื่อการทำงานในเวชปฏิบัติ (ชั้นสูตรพลิกศพและการตรวจศพ) อย่างมากมาย ประการ ดังนี้

ประการที่ 1: การชันสูตรพลิกศพ

กรณีผู้ตายรายนี้ถูกพบว่าอยู่ในรถที่ขับไปชนท้ายรถใหญ่ (รถบรรทุก) และต่อมาถูกนำตัวส่งที่โรงพยาบาลเพื่อการรักษาตัว และเสียชีวิตในเวลาต่อมา ย่อมเข้าข่ายกรณีการตายผิดธรรมชาติ

การตายผิดธรรมชาตินั้น กฎหมายบัญญัติให้ต้องมีกระบวนการ “ชันสูตรพลิกศพ” ดังนี้¹

มาตรา 148¹ เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาตินั้น คือ

- (1) ฆ่าตัวตาย
- (2) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย
- (3) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย
- (4) ตายโดยอุบัติเหตุ
- (5) ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ

ประการที่ 2: การตรวจศพ¹

แพทย์ที่เข้าร่วมในการชันสูตรพลิกศพในผู้ตายรายนี้ (ศพอยู่ที่โรงพยาบาลมิได้อยู่ที่เกิดเหตุบนทางจราจร) ย่อมเป็นพนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่สถานพยาบาลแห่งนั้นตั้งอยู่ ซึ่งต้องชันสูตรพลิกศพร่วมกับแพทย์ซึ่งมีหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดและตามที่ได้ระบุไว้ในกรอบแห่งอำนาจหน้าที่ (ในที่นี้ แพทย์จากโรงพยาบาลศิริราชได้ทำการชันสูตรพลิกศพร่วมกับพนักงานสอบสวน) โดยการชันสูตรพลิกศพนี้กระทำเพียง 2 ฝ่าย คือ แพทย์กับพนักงานสอบสวนเท่านั้น เพราะไม่เข้าเหตุแห่งการชันสูตรพลิกศพ 4 ฝ่าย

ประการที่ 3: การผ่าศพตรวจเพื่อหาสาเหตุที่ตายอย่างชัดเจน

กระบวนการชันสูตรพลิกศพแม้ว่าอาจสันนิษฐานว่าผู้ตายได้รับอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บที่หน้าอก (fracture of rib and/or sternum) และมีเลือดออกในช่องอก (hemothorax) ซึ่งอาจมีการสนับสนุนโดยผลการตรวจจากเอกซเรย์ (Chest X Ray) ก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในกรอบมาตรฐานทางวิชาการแห่งการประกอบวิชาชีพเวชกรรม^{2,3,4} แพทย์ที่เข้าร่วมในการชันสูตรพลิกศพสมควรอย่างยิ่ง (ต้อง) ส่งศพดังกล่าวมาเพื่อรับการตรวจเพิ่มเติมตามกฎหมายตามมาตรา 151 และ 152 นั่นเอง¹

ประการที่ 4: การประมวลพยานิสภาพที่เกิดขึ้นเพื่อนำสู่ “พฤติการณ์แห่งการตาย”

พฤติการณ์แห่งการตาย:

พฤติการณ์แห่งการตายนั้นประกอบด้วย 3 สาเหตุสำคัญ คือ

1. การกระทำตนเอง (ฆ่าตัวตาย)
2. การถูกผู้อื่นกระทำ (ถูกฆาตกรรม)
3. จากอุบัติเหตุ

หากไม่เข้ากับ 3 กรณีดังกล่าวข้างต้นแล้ว ย่อมเป็นเหตุ “ตามธรรมชาติ” นั่นเอง

จากพยานิสภาพของผู้ตายที่ตรวจพบจะเห็นได้ว่า คำถามที่จะเกิดขึ้นก็คือ “พฤติการณ์แห่งการตายในผู้ตายรายนี้น่าจะเกิดจากอะไร”

ก. เกิดขึ้นจากเหตุธรรมชาติจาก

(1) พยานิสภาพหลอดเลือดแดงใหญ่ (เอออร์ตา) แตกเอง

(2) หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ

ข. เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุจาก

(1) อุบัติเหตุจากรถชนกันเนื่องจากรถชนกันแล้วทำให้หน้าอกไปกระแทกพวงมาลัยหรือวัตถุอื่น

(2) อุบัติเหตุจากกระบวนการกู้ชีพที่ได้รับแรงกดในขณะที่กู้ชีพอย่างรุนแรง

ปัญหาที่อาจเกิดจากพฤติการณ์แห่งการตาย:

ปัญหาที่อาจเกิดในด้านของพฤติการณ์แห่งการตายได้ อย่างง่ายที่สุดก็คือ “**ความเกี่ยวข้องกับการเรียกร่องสิทธิในทางประกัน**” ทั้งนี้เพราะแม้ว่าจะพบสาเหตุหรือสถานที่เกิดเหตุจะเป็นบนถนนก็ตาม แต่อาจมีการโต้แย้งว่า “ผู้ตายมีประวัติหรือการตรวจพบว่ามีเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบอยู่เดิมแล้ว ย่อมเกิดสภาพการณ์ที่หัวใจขาดเลือดและทำให้เกิดการเสียชีวิตขึ้นมาได้ โดยเหตุจากสภาพที่เห็นในการชันของรถเป็นเพียงผลที่ตามมาอันเกิดจากหัวใจขาดเลือด ย่อมเป็นการเสียชีวิตเนื่องจากเหตุธรรมชาติมิใช่ อุบัติเหตุจากรถ” ซึ่งประเด็นที่กล่าวถึงนี้เคยปรากฏมาแล้วจากการตรวจศพไม่พบสภาพแห่งการบาดเจ็บภายในช่องอก ช่องท้อง และสมองแต่อย่างใด มีเพียงการที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ/ตัน และมีพยานิสภาพในกล้ามเนื้อหัวใจอันเกิดขึ้นจากการขาดเลือดมาเลี้ยงหลายระยะมาแล้ว

ในกรณีตามอุทาหรณ์ ผู้ตายรายนี้ได้รับการส่งตัวมาเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลย่อมต้องมีการตรวจรักษา บำบัด ไปส่วนหนึ่ง รวมถึงการที่ได้รับการตรวจสืบค้นมาด้วย โดยเฉพาะการเอกซเรย์ซึ่งอาจพบว่ามีเลือดออกในช่องอกซ้ายเท่านั้น (ไม่พบว่ามีกระดูกหักเพราะกระดูกหักเกิดขึ้นในเวลาต่อมาจากกระบวนการกู้ชีพ) เป็นต้น อาจยิ่งทำให้เกิดข้อสงสัยอันเป็นเงื่อนไขตามกรรมธรรม์ประกันภัยได้

นอกจากนี้พฤติการณ์แห่งการตายยังอาจเป็นประเด็นในความผิดทางอาญา⁵ ของคู่กรณีกับผู้ตายได้ เช่น กรณีดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับผู้ขับรถบรรทุก เป็นต้น

ประมวลสภาพแห่งการตรวจพบจากการตรวจศพและผ่าศพตรวจ:

ข้อที่ 1: จากการตรวจสภาพศพภายนอกพบว่า บริเวณหน้าอกด้านขวามีรอยแห่งการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้าเป็นรูปคล้ายสี่เหลี่ยมค่อนข้างชัดและหลายครั้ง (เป็นรอยซ้อนกัน) แสดงว่ามีกระบวนการกู้ชีพแน่นอน

ข้อที่ 2: การพบว่ามีการหักหรือแตกของกระดูกซี่โครง “ด้านซ้ายที่ 4, 5 และ 6 หัก และด้านขวาที่ 5 และ 6” อาจเกิดจากการที่หน้าอกได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงจากแรงภายนอก (อุบัติเหตุจราจร) หรือเกิดจากกระบวนการกู้ชีพได้ ทั้งนี้เพราะในกระบวนการกู้ชีพจะพบการหักของกระดูกดังกล่าวเป็นประจำ

ข้อที่ 3: มีการตรวจพบว่าการฉีกขาดของเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardium) เป็นรอยขนาดยาวประมาณ 4-5 เซนติเมตร แสดงว่า จะต้องมีการฉีกกระแทกที่หน้าอกอย่างรุนแรง และความรุนแรงนี้ ย่อมมากกว่าการที่จะเกิดจากเพียงการได้รับการกดหน้าอกในกระบวนการกู้ชีพ แม้ว่าในกระบวนการกดหน้าอกเพื่อการกู้ชีพจะทำให้เกิดการแตกหรือหักของกระดูกซี่โครง (fracture of ribs) และกระดูกอก (fracture of sternum) ด้วยก็ตาม แต่จะไม่ทำให้เกิดการฉีกขาดในลักษณะนี้ได้ (ภาพที่ 6)

ข้อ 4: การพบเส้นเลือดที่เลี้ยงหัวใจมีสภาพที่ตีบมากที่สุดในเพียงราวร้อยละ 50 ย่อมไม่สามารถที่จะเชื่อได้ว่า หรือเป็นเหตุได้ว่าเกิดขึ้นเพราะขาดเลือดเลี้ยงหัวใจเป็นเหตุให้หัวใจหยุดทำงาน และเกิดเหตุต่อเนื่องตามมา (อุบัติเหตุจราจร) ได้ ซึ่งหากเป็นเช่นนั้น พฤติการณ์แห่งการตายจะย่อมเข้าได้กับ “โรคตามธรรมชาติ” ได้

ข้อ 5: การตรวจไม่พบแอลกอฮอล์ในเลือดและไม่พบสารเสพติดหรือสารกล่อมประสาทในปัสสาวะของผู้ตายย่อมแสดงว่า “ผู้ตายมิได้ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาหรือสารดังกล่าวข้างต้น”

อันเป็นเหตุให้ครองสติไม่ได้ และเกิดเหตุ (อุบัติเหตุ) ขึ้น

ข้อ 6: การที่ผู้ตายรายนี้มีพยาธิสภาพคือ การโป่งพองของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่และแยกตัวออก (aortic dissecting aneurysm) อาจเป็นสาเหตุแห่งการตายได้ และหากเป็นเช่นนั้นจริง เพราะการเกิดขึ้นเองอย่างเฉียบพลันย่อมทำให้พฤติการณ์แห่งการตายในผู้ตายรายนี้เข้าได้กับ “การตายตามธรรมชาติ” ไปด้วย ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้ และตามด้วยการที่ผู้ตายได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บอันเนื่องมาจากหน้าอกกระแทกกับวัตถุใหญ่ และมีกระบวนการกู้ชีพตามมาโดยลำดับ

สรุปการประมวลผลในผู้ตายรายนี้:

พยาธิสภาพที่ตรวจพบหลายประการในผู้ตายรายนี้เมื่อนำมาประมวลด้วยเหตุและผลที่น่าจะเป็นพร้อมทั้งความเป็นไปได้ ในโอกาสที่จะเกิดขึ้นแล้วน่าจะประมวลได้ว่า ผู้ตายรายนี้มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) อยู่แล้ว แต่มีไข้เป็นสาเหตุที่ทำให้ตาย และน่าจะมีการกระแทกที่หน้าอกอย่างรุนแรงจนทำให้หลอดเลือดแตกและเยื่อหุ้มหัวใจฉีกขาดมีเลือดออกในช่องอก (massive hemothorax) จำนวนมาก และน่าจะเชื่อว่าจะมีความรุนแรงจนทำให้กระดูกซี่โครงทั้งสองข้างหัก และเป็นสาเหตุแห่งการตาย ส่วนกระบวนการกู้ชีพแม้ว่าอาจมีข้อสันนิษฐานได้ว่าสามารถทำให้กระดูกซี่โครงหักได้ดังที่ตรวจพบ แต่ก็มีน้ำหนักน้อยลงเมื่อพบว่าการฉีกขาดของเยื่อหุ้มหัวใจประกอบด้วย

สรุป

การเสียชีวิตอย่างกะทันหันอันเนื่องจากประวัติที่เข้าได้กับอุบัติเหตุจราจร แพทย์ที่ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องนำศพที่ชันสูตรพลิกศพแล้วมารับการตรวจต่อทางกฎหมาย เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อตัวแพทย์ในกรณีลดความเสี่ยงแห่งการดำเนินการทางการแพทย์ไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน (ทางนิติเวชศาสตร์) อันเป็นผลเนื่องจากการเรียกร้องสิทธิทางประกันและไม่รับสิทธิดังที่เรียกร้องนั้น

เอกสารอ้างอิง

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

ไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขสำหรับประเทศไทยมาโดยตลอด และยังเป็นปัญหาของประเทศไทยบ้านแถบภูมิภาคอาเซียน ในทุก ๆ ปี แต่ละประเทศต้องมีการรณรงค์แก้ไขปัญหาล้างเลือดออก ซึ่งวิธีหนึ่งที่ยังคงการอนามัยโลกได้แนะนำให้ประชาชนนำไปใช้คือ การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายหรือทรายอะเบท โดยนำไปใส่ในแหล่งน้ำบริเวณบ้านเรือน ที่ผ่านมามีความสามารถกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ แต่ปัญหาคือมีกลิ่นเหม็นไม่อาจจะยี้ห้อได้ก็ตาม นอกจากนี้เมื่อใส่ลงไปใต้น้ำยังทำให้น้ำขุ่นและไม่สามารถนำมาบริโภคได้ ประชาชนจึงไม่นิยมนำมาใช้ ซึ่งเรื่องนี้ถือว่าเป็นปัญหามาโดยตลอด

ทีมวิจัยของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ และบริษัท อีคาร์ เทคดิง (ประเทศไทย) จำกัด จึงได้ร่วมมือกันคิดค้นหาวัสดุ

ทำให้น้ำใส เนื่องจากที่มีฟอสจะแทรกเข้าไปอยู่ตามรูพรุนของทรายภูเขาไฟ รูพรุนนี้จะช่วยชะลอการละลายตัวของที่มีฟอสจึงมีระยะเวลาในการกำจัดลูกน้ำยุงลายได้นาน 3-6 เดือน ซึ่งนานกว่าผลิตภัณฑ์กำจัดลูกน้ำชนิดเดิมทำให้ไม่ต้องใช้บ่อยและประหยัดค่าใช้จ่าย ที่สำคัญคือ มีราคาถูก

นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า ที่ผ่านมามีได้นำสารกำจัดลูกน้ำยุงลายนี้ไปทดลองใช้ในหมู่บ้านต่าง ๆ ทั่วประเทศ ซึ่งได้รับการตอบรับจากชาวบ้านในประสิทธิภาพที่สามารถกำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นอย่างดี อีกทั้งยังไม่ทำให้น้ำมีกลิ่นเหม็น น้ำยังคงใสเป็นปกติ สามารถนำมาใช้ดื่มกินหรือประพรมได้ ล่าสุดได้มีการนำไปทดลองใช้กำจัดลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ อบต.หอมเกร็ด จ.นครปฐม พบว่าได้ผลตอบรับดีมาก ทาง อบต.หอมเกร็ด มีความมั่นใจในคุณภาพว่าสามารถกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างได้ผลและยืนยันว่าจะใช้ผลิตภัณฑ์นี้เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลหอมเกร็ดต่อไป พร้อมทั้งได้แนะนำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นได้ใช้ด้วย



งานวิจัย “นวัตกรรมกำจัดลูกน้ำยุงลาย”

ฝีมือคนไทย แก้ไขปัญหาไข้เลือดออก

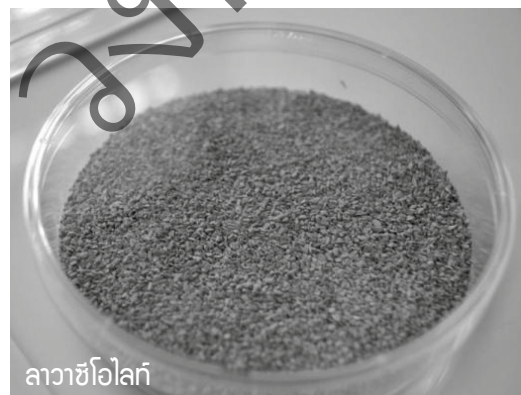
ชนิดอื่นมาใช้แทนทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายแบบเดิม จนสามารถค้นพบ “เกล็ดซีโอไลท์จากทรายภูเขาไฟ” ซึ่งมีประสิทธิภาพดีเป็นอย่างมากยิ่งใกล้เคียงกับผลิตภัณฑ์ที่นำเข้าจากต่างประเทศ เป็นนวัตกรรมกำจัดลูกน้ำยุงลายและเป็นผลงานชิ้นแรกของโลกที่คิดค้นและพัฒนาโดยนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ไทย เป็นสารกำจัดลูกน้ำยุงลายชนิดเม็ดเกิดสูตรซีโอไลท์เคลือบสารที่มีฟอส ผลิตภัณฑ์สูตรผสมและเทคโนโลยีพิเศษที่ผ่านการตรวจสอบจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้วนำไปใช้ในการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นสารออกฤทธิ์ชนิดเดียวกับทรายอะเบทที่ยังคงการอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ซึ่งซีโอไลท์ที่นำมาใช้คือ Hydrous aluminium silicates ที่พบในหินภูเขาไฟ ปกติใช้บำบัดน้ำเสียเช่นเดียวกับถ่าน มีลักษณะเป็นรูพรุน เมื่อนำที่มีฟอสมาเคลือบแล้วจะไม่มีการกลืนและ



ร่วมมือกับภาคเอกชน

ทั้งนี้ นวัตกรรมดังกล่าวได้รับการยกย่องจากกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีว่าเป็นสุดยอดนวัตกรรมไทย ซึ่งได้มีการวิจัยและพัฒนาปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบันสามารถพัฒนาจนมีความสมบูรณ์มากที่สุด และเพื่อให้สามารถกระจายถึงประชาชนเพื่อการใช้ประโยชน์ในการทำกำจัดลูกน้ำยุงลายได้อย่างทั่วถึงทุกพื้นที่

ล่าสุด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ลงนามข้อตกลงร่วมกับ บริษัท อีคาร์ เทคดิง (ประเทศไทย) จำกัด และบริษัท 9801 กรุป (ไทยแลนด์) จำกัด ในการนำนวัตกรรมกำจัดลูกน้ำยุงลายกระจายสู่ตลาดในชื่อของ “ลาวาซีโอไลท์” นับเป็นความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนในการพัฒนาผลิตภัณฑ์โดยบริษัท 9801 กรุป (ไทยแลนด์) จำกัด จะเป็นผู้นำไปวางจำหน่ายในร้านค้าชั้นนำทั่วประเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถหาซื้อผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้ง่าย ซึ่งจะส่งผลดีต่อการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกได้อีกทางหนึ่ง โดยการใช้ในปริมาณที่เหมาะสมนั้น ให้ใส่ซีโอไลท์ในอัตราส่วน 20 กรัม ต่อน้ำ 1 โถงมังกร หรือประมาณ 200 ลิตร



ลาวาซีโอไลท์



ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

จัด The 12th Siriraj Annual Update in Dermatology

“Many Faces in Dermatology”

โรคผิวหนังที่บริเวณใบหน้าพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่แพทย์ควรมีความรู้และความเข้าใจ เพื่อสามารถให้การวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงได้จัดการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 The 12th Siriraj Annual Update in Dermatology เรื่อง “Many Faces in Dermatology” และ Siriraj-Prince of Songkla University-Khon Kaen University Interhospital Conference ขึ้น ในวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2558 เวลา 08.25-15.30 น. ณ ห้องประชุมตรีเพชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15 โรงพยาบาลศิริราช เพื่อให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับตจแพทย์และแพทย์ผู้สนใจเกี่ยวกับโรคผิวหนัง



อ.พญ.จรัสศรี พียาพรณ

อ.พญ.จรัสศรี พียาพรณ ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวว่า การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 The 12th Siriraj Annual Update in Dermatology เรื่อง “Many Faces in Dermatology” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุม อาทิ ตจแพทย์ แพทย์ประจำบ้านสาขาทจวิทยา และแพทย์ทั่วไปที่มีความสนใจได้เข้าใจถึงพยาธิวิทยาและพยาธิกำเนิดของโรคผิวหนังที่พบบ่อยบริเวณใบหน้า ทราบแนวทางในการวินิจฉัยโรคผิวหนังที่พบบ่อยบริเวณใบหน้า และทราบแนวทางการรักษาและดูแลป้องกันโรคผิวหนังที่พบบ่อยบริเวณใบหน้า

“การคัดเลือกหัวข้อเรื่องในการประชุมวิชาการแต่ละปีจะมีความแตกต่างกันออกไป สำหรับปี พ.ศ. 2558 ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคผิวหนังที่พบบ่อยบริเวณใบหน้า เนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยปัญหาผิวหนังเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลพื้นฐานที่ได้มีการเก็บรวบรวมพบว่าผู้ป่วย 80% มาด้วยปัญหาผื่นที่หน้าที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นผื่นจากการแพ้แดด จากการแพ้เครื่องสำอาง จากโรคแพ้ภูมิตนเอง จากฝ้า เป็นต้น อีกทั้งยังพบปัญหาในเรื่องการฉีดสารถ่าง ๆ ที่ใบหน้าและเกิดข้อผิดพลาดจนเกิดปัญหาฟ้องร้อง ดังนั้น จึงเป็นหัวข้อที่น่าสนใจสำหรับตจแพทย์และแพทย์ทั่วไปที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลต่าง ๆ รวมทั้งที่คลินิกที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้”

อ.พญ.จรัสศรี กล่าว

สำหรับเนื้อหาการประชุมของ Many Faces in Dermatology จะเป็นการบรรยายภาคทฤษฎี ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคผิวหนังที่พบบ่อยบริเวณใบหน้า รวมถึงแนวทางในการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกัน จากคณาจารย์ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อาทิ รศ.พญ.วรัญญา บุญชัย, ศ.นพ.วรพงษ์ มนัสเกียรติ, รศ.พญ.ชนิษฐา วงษ์ประภารัตน์, รศ.พญ.รังสิมา วณิชภักดีเดชา, ผศ.นพ.สมนัส บุญยะรัตนเวช, ผศ.พญ.ปภาพิต ตู้จินดา, อ.พญ.สุเพ็ญญา วโรทัย, ผศ.พญ.ลีนา จุฬาโรจน์มนตรี, อ.พญ.ศศิมา เอี่ยมพันธุ์ และ อ.พญ.ปราณี เกษมศานต์

โดยในช่วงเช้าจะเป็นการบรรยายในหัวข้อหลักประกอบด้วย Red faced ได้แก่ Management of facial photosensitivity, A clue to the diagnosis of autoimmune diseases, Cosmetic allergy, Facial demodicidosis: A diagnostic challenge Black face ได้แก่ Facial pigmentary disorders, Update whitening agents และ Facial wrinkle and laxity ได้แก่ Light and energy-based therapy, Top 5 indications for injectables ซึ่งทั้ง 3 หัวข้อหลักถือเป็นไฮไลท์ที่ไม่ควรพลาด จากนั้นในช่วงบ่ายจะเป็น Siriraj-Prince of Songkla University-Khon Kaen University Interhospital Conference ร่วมกันพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยในโรคต่าง ๆ ที่พบได้ยากโดยการจัดประชุมวิชาการร่วมกันระหว่างมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และศิริราชพยาบาลในครั้งนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นของความร่วมมือในการสร้างเครือข่าย การดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

“คาดหวังว่าผู้เข้าร่วมประชุมจะสามารถเพิ่มพูนความรู้ และนำความรู้ที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ จึงขอเชิญชวนผู้ที่สนใจร่วมประชุม พบปะแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคผิวหนังที่พบบ่อยบริเวณใบหน้า เพื่อจะได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังเป็นโอกาสอันดีที่จะได้ทำความรู้จักกัน สร้างเครือข่ายระหว่าง 3 คณะแพทยศาสตร์ เพื่อขึ้นนำสังคมถึงแนวทางการรักษาที่ถูกต้องต่อไป” อ.พญ.จรัสศรี กล่าวทั้งท้าย

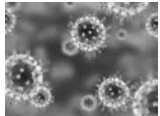
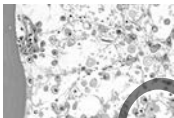
ทั้งนี้อัตราค่าลงทะเบียนก่อนวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2557 สำหรับแพทย์ทั่วไป 2,000 บาท ศิษย์เก่าตจแพทย์ศิริราช 1,500 บาท และแพทย์ประจำบ้าน 1,000 บาท หลังวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2557 สำหรับแพทย์ทั่วไป 2,500 บาท ศิษย์เก่าตจแพทย์ศิริราช 2,000 บาท และแพทย์ประจำบ้าน 1,500 บาท

ผู้สนใจสามารถสมัครลงทะเบียนได้ที่ www.sirirajconference.com หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2419-4337 หรือ E-mail: dermatologyconference@gmail.com

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
6-9 มกราคม 2558 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิด	การประชุมวิชาการภูมิภาค ครั้งที่ 12 เรื่อง Update and Practical points in Preterm Care และอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดแนวใหม่ และเรื่อง การเตรียมทารกแรกเกิดสำหรับการเคลื่อนย้าย ณ โรงแรมहरषा เจบี อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	โทรศัพท์ 0-7442-9618, 0-7445-1250-1 โทรสาร 0-7442-9618 http://medinfo.psu.ac.th
9 มกราคม 2558 	ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 The 12 th Siriraj Annual Update in Dermatology เรื่อง Many faces in Dermatology และ Siriraj-Prince of Songkla University-Khon Kaen University Interhospital Conference ณ ห้องประชุมตรีเพชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15 โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-4337 E-mail: dermatologyconference@gmail.com www.sirirajconference.com
12-16 มกราคม 2558 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	การประชุมวิชาการ 10 th Khon Kaen Basic FESS Course และ 3 rd Khon Kaen International Course in Advance Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery: Hands-on Dissection in Fresh Cadavers ณ ห้องประชุมมิตรภาพ ชั้น 3 อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	โทรศัพท์ 0-4386-3586 โทรสาร 0-4320-2490 http://kkufess.kku.ac.th
13-16 มกราคม 2558 	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวแห่งประเทศไทย และภาคีเครือข่าย	การประชุมเชิงปฏิบัติการสุขภาพจิตของครอบครัว ครั้งที่ 2 เรื่อง "ประยุกต์จิตวิทยาบุคคลในเวชปฏิบัติ" ณ โรงแรมกานต์มณี พาเลซ ถ.ประดิพัทธ์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6651-2, 08-7754-4527 โทรสาร 0-2716-6653 www.thaifammed.org
14-16 มกราคม 2558 	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	The 2 nd Bangkok International Fetal Echocardiography ณ โรงแรมแชงกรีลา กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2201-2211 ต่อ 229 โทรสาร 0-2201-2698 E-mail: mcpc.thailand@hotmail.com http://bkkfetalecho.com
15-16 มกราคม 2558 	สาขาวิชาโรคไต ภาควิชา อายุรศาสตร์และงานโชนาการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การอบรมเชิงปฏิบัติการทางวิชาการเรื่อง การวางแผนจัดการโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ ห้องอดิเรก ณ ถลาง อาคารเรียนรวมฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1740-41 E-mail: kt_psu@hotmail.com http://medinfo.psu.ac.th
22-23 มกราคม 2558 	ชมรมโรคระบบหายใจ และเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก แห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี	การประชุมสังฤจ ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5 ณ ห้องประชุมชั้น 7 ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี	โทรศัพท์ 0-4224-5555 ต่อ 1130, 08-1452-1172 โทรสาร 0-4224-7711 E-mail: kor_malineee@hotmail.com www.thaipedlung.org
26-30 มกราคม 2558 	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	2015 Bangkok CHOP Seminar in Medical Education ณ ห้องประชุมชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์ และโรงเรียนพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2201-2211 ต่อ 229 โทรสาร 0-2201-2698 E-mail: mcpc.thailand@hotmail.com www.bkkchop.com
4-6 กุมภาพันธ์ 2558 	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	Bangkok International Neonatology Symposium: 2015 ณ โรงแรมแชงกรีลา กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2201-2211 ต่อ 229 โทรสาร 0-2201-2698 E-mail: mcpc.thailand@hotmail.com www.bkkneonatology.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกองบรรณาธิการ โทรศัพท 0-2435-2345 ต่อ 188 โทรสาร 0-2435-2345 ต่อ 181
บริษัท สสวสาร จำกัด 71/17 ถนนบรมชนกนที แขวงจตุจักร อ.จตุจักร เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2015

Date	Title	City	Country	Contact
5-8 February 2015 	The Inaugural Asia-Australia Congress on Controversies Ophthalmology (COPHy AA 2015)	Ho Chi Minh City	Vietnam	www.comtecmed.com/cophy/aa/2015
3-6 March 2015 	5 th World Congress of Asian Psychiatry (WCAP 2015)	Fukuoka	Japan	www.wcap2015.org
10-14 March 2015 	2015 AAP Annual Meeting	San Antonio	United States of America	http://www.physiatry.org/?am2015
11-13 March 2015 	CFIDC 2015 - Courage Fund Infectious Disease Conference 2015	-	Singapore	www.couragefundconference.com
12-14 March 2015 	CORA 2015 - Third International Congress on Controversies in Rheumatology & Autoimmunity	Sorrento	Italy	www.cora.kenes.com
14-17 March 2015 	Human Genome Meeting	Kuala Lumpur	Malaysia	www.hugo-international.org
15-20 March 2015 	Gordon Research Conference-Lysosomal Diseases: Defining Pathogenesis and Therapeutic Strategies for Lysosomal Diseases 2015	Galveston	United States of America	www.grc.org/programs.aspx?id=14946
17-20 March 2015 	ISICEM - 35 th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine	Brussels	Belgium	www.intensive.org
19-22 March 2015 	13 th Asia-Oceania ORL-HNS Congress & 5 th Asian Paediatric ORL Congress	Taipei	Taiwan	www.13asiaoceania.com

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 # 188 FAX 0-2435-2345 # 181

ร่วมบริจาคเครื่องสลายต้อกระจก แก่ พอ.สว.

นพ.ยุทธ โพธารามิก เลขาธิการมูลนิธิแพथยาอาสสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) เป็นประธานในพิธีรับมอบเครื่องสลายต้อกระจกจำนวน 1 ชุด รวมมูลค่าประมาณ 2 ล้านบาท ซึ่งบริจาคโดยมูลนิธิศาสนจักรของพระเยซูคริสต์แห่งวิสุทธิชนยุคสุดท้าย และบริษัท เพิร์สท อาย เซอร์จิคัล จำกัด เพื่อร่วมสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้ในถิ่นทุรกันดารที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพสายตา ภายใต้โครงการรณรงค์ผ่าตัดต้อกระจกมูลนิธิ พอ.สว. โดยมี นายวิชาล วิชาลบรรณวิทย์ ประธานมูลนิธิศาสนจักรของพระเยซูคริสต์แห่งวิสุทธิชนยุคสุดท้าย และนายธงชัย ถวิลแก้ว กรรมการผู้จัดการบริษัท เพิร์สท อาย เซอร์จิคัล จำกัด เป็นตัวแทนมอบ พร้อมด้วย นพ.สมนึก ชาญด้วยกิจ ผู้อำนวยการสำนักงานมูลนิธิ พอ.สว., นพ.พิษณุ มณีโชติ รองเลขาธิการมูลนิธิ พอ.สว., นพ.สมชาย เชื้อเพชรโสภณ ผู้ช่วยเลขาธิการมูลนิธิ พอ.สว. และ เอ็ดเดอร์พอล ซี. ยัวร์ หัวหน้างานสวัสดิการเพื่อมนุษยธรรม ร่วมเป็นสักขีพยาน ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 10 อาคารสำนักงานมูลนิธิ พอ.สว. เมื่อไม่นานมานี้



สัมมนา กำจัด “ตัวเรือด” ผลกระทบต่อธุรกิจโรงแรม



คุณสุชาติ สิละยุทธโยธิน ประธานกรรมการ บริษัท คิงส์ เซอร์วิส เซ็นเตอร์ จำกัด พร้อมด้วย คุณปิยะ พิศาลนเรศ ผู้จัดการประจำประเทศไทย ฝ่ายวิทยาการเพื่อสิ่งแวดล้อม บริษัท ไบเออร์ไทย จำกัด เรียนเชิญ ดร.อนุชาติ ถาวระ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านกีฏวิทยา และ ดร.อภิวัฏ ธวัชสิน นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญพิเศษ จากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นกกำลังจัดงานสัมมนาให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกัน กำจัด “ตัวเรือด” ภัยเงียบที่ไม่ควรมองข้าม ที่สร้างปัญหาและความเสียหายอย่างมากต่อธุรกิจการท่องเที่ยวและโรงแรมแบบไม่รู้จัก โดยเฉพาะในประเทศไทยที่การท่องเที่ยวเป็นหนึ่งในรายได้หลัก เพื่อรองรับ AEC ณ โรงแรมแกรนด์ ไฮแอท เอราวัณ เมื่อไม่นานมานี้

“แบรนด์” รับรางวัล The Most Powerful Brand 2014

นายตุลย์ วงศ์ศุภสวัสดิ์ ผู้จัดการทั่วไป บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด โดยผลิตภัณฑ์ “แบรนด์” ได้รับรางวัล The Most Powerful Brand 2014 หรือตราผลิตภัณฑ์ที่แข็งแกร่งและมีพลังที่สุดในประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2557 ในกลุ่มสินค้าประเภทอาหารเสริมสุขภาพ ซึ่งจัดโดยภาควิชาการตลาด คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมี ศ.นพ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล อธิการบดี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นประธานในพิธีมอบรางวัล พร้อมด้วย รศ.ม.ล.สวีกา อุณหนันท์ และ ภก.ดร.อภิสิทธิ์ จัทรทนานนท์ ร่วมแสดงความยินดี ณ ห้องประชุม อาคารมหิตลธิเบศร คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อไม่นานมานี้



“พีเจ็น” ฉลองครบรอบ 3 ปี



น.ส.สุวรรณา โชคดีอนันต์ รองประธานเจ้าหน้าที่บริหารอาวุโส บริษัท มุ่งพัฒนาอินเตอร์แนชชั่นแนล จำกัด (มหาชน) ผู้ผลิตและจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สำหรับแม่และเด็ก “พีเจ็น” ร่วมงาน ฉลองครบรอบ 3 ปี Pigeon Little Moments Club โดยปีนี้มีคอนเซ็ปต์ว่า “3 Years of Memories: Deeper Love under the sea” ยิ่งรัก ยิ่งลึกซึ้ง ยิ่งผูกพัน กับ 3 ปีที่มีความทรงจำดีเกิดขึ้นมากมาย เพื่อแสดงถึงความผูกพันที่ลึกซึ้ง ด้วยความรัก ความใส่ใจ ที่จะนำเสนอสั่งดี ๆ ให้แก่คุณแม่และลูกน้อย เพื่อให้ทุกช่วงเวลาเล็ก ๆ ลึกซึ้งยิ่งกว่ารัก โดยมีเหล่าเซเลบคนดัง อาทิ แอน-ชัชนิษฐ์ มุสิกไชย, ลูกแก้ว-เบญจรัตน์ เนติโพธิ์ อัดดาทกุล, โมนาวิกาวี คอมนันต์ และคุณภักทิรา หลายปัญญา เป็นต้น พร้อมครอบครัวสมาชิกคลับฯ ร่วมฉลองและสนุกกับกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย ณ สยามไอเซ็นเวิร์ล ศูนย์การค้าสยามพารากอน เมื่อไม่นานมานี้

วงการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจร
ทั่วไทย 2557 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ
ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์
ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ
เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ร.พ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา



ร.พ.จุฬารัตน์
จ.นครศรีธรรมราช



ร.พ.ควนกาหลง จ.สตูล



ร.พ.ควนโดน จ.สตูล



ร.พ.ร่อนพิบูลย์
จ.นครศรีธรรมราช





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร 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 ในเล่ม 620 บาท ☐ 2 ปี (24 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม 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 สั่งจ่าย ปณ.คลังเงิน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

.....ธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาทีโอปัส ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก.

71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงจตุรรมิตรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

หมายเหตุ

1. ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขที่สมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2435-2345 ต่อ 181

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ 134, 123

แฟกซ์ **0-2435-2345**

ต่อ 181

Continuing Medical Education

CME PLUS





Bio-Oil® เป็นผลิตภัณฑ์ดูแลผิวในรูปแบบบอยล์ เพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวจึงช่วยในการลดเลือนผิวแตกลาย สิวฝ้าไม่สม่ำเสมอ และรอยแผลเป็นให้ดูจางลง ประกอบไปด้วยน้ำมันธรรมชาติ, วิตามินเอ, วิตามินอี และ สารประกอบล้ำยุค PurCellin Oil™ หากต้องการทราบข้อมูลของผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม และผลการทดสอบประสิทธิภาพ สามารถเข้าไปดูที่ bio-oil.com ผลิตภัณฑ์ Bio-Oil® มียอดขายอันดับ 1 ในประเทศอังกฤษและอีก 10 ประเทศทั่วโลก* ขนาดบรรจุ 60 มล. ราคา 375 บาท

Bio-Oil® เป็นผลิตภัณฑ์ดูแลผิวที่พัฒนาขึ้นมาอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ความชุ่มชื้นช่วยในการลดเลือนรอยแผลเป็น ผิวแตกลาย ฝ้าดูจางลงด้วยสูตรอันเป็นเอกลักษณ์ของ Bio-Oil® ที่มีส่วนผสมของ PurCellin Oil™ หากต้องการทราบข้อมูลของผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม สามารถเข้าไปดูที่ www.bio-oil.com ผลิตภัณฑ์มีวางจำหน่ายแล้วที่ร้านค้าชั้นนำและร้านขายยา ขนาดบรรจุ 60 มล. ราคา 375 บาท นำเข้าและจัดจำหน่ายโดย บริษัท แพน ราชเทวี กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) Call Center 0-2793-9999

* ยอดขายอันดับ 1 ในกลุ่มผลิตภัณฑ์ลดรอยแผลเป็นและรอยผิวแตกลาย อังกฤษ (IRI Infoscan ปี 2011) ออสเตรเลีย (Synovate ปี 2011) เนเธอร์แลนด์ (Nielsen ปี 2010) แคนาดา (Nielsen ปี 2010) เม็กซิโก (Nielsen ปี 2010) บราซิล (Nielsen ปี 2010) อินเดีย (Nielsen ปี 2010) สเปน (Nielsen ปี 2010) อิตาลี (Nielsen ปี 2010) ฝรั่งเศส (Nielsen ปี 2010) เยอรมนี (Nielsen ปี 2010) สวิตเซอร์แลนด์ (PharmIndustry ปี 2009) นาอูรู (Nampharm Pharmaceuticals ปี 2009)

** ผลิตภัณฑ์ที่ถูกรับรองจากแพน ราชเทวี กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) สำหรับลดรอยแผลเป็นและรอยผิวแตกลาย จากการสำรวจจาก แพน ราชเทวี กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) อังกฤษ (The Thinking Shop, Strategic Research Consultancy ปี 2008) ออสเตรเลีย (Colmar Brunton ปี 2010) อิตาลี (Colmar Brunton ปี 2010) ฝรั่งเศส (Synovate ปี 2010)

Introducing Sanofi Pasteur's
New Hexavalent Vaccine



COMING
SOON

The ready-to-use
— fully liquid —
6-in-1 vaccine



Healthy children, happy children