

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

ปีที่ 17 ฉบับ 435 ประจำวันที่ 1-15 เมษายน พ.ศ. 2558



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com



เดินหน้าหรือทบทวน ร่าง พ.ร.บ.กองทุนคุ้มครองผู้เสียหาย "คุ้มครอง" ต้อง "คุ้มค่า"

สำหรับผู้อ่านฉบับนี้ทางทีมงานทำขึ้น

1-15/04/15

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE



เกาะติด
งานประชุม

สภาวิชาชีพไทย-
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
จัด ASEAN Active Ageing 2015

รายงาน
พิเศษ

เปิดชั้นตอน North Sky Doctor
ช่วยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติกว่า
100 ราย

Get Up

- เตือนฟังเพลงไม่เกินวันละชั่วโมง
- พัฒนาเกมรักษาตาชั่งเกียจ
- ต้นตอเอชไอวีสาวถึงกอริลลา

JEVAC™
Chromatographically Purified Vero Cell
Inactivated Japanese Encephalitis Vaccine (Beijing P3 Strain)

BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life
Tel: +662 361 8116 Fax: +662 361 8106
www.biovalys.com

Composition	
Each vaccine vial contains:	
Inactivated Japanese Encephalitis Virus (Beijing P3 strain propagated on Vero cell)	 not less than the reference vaccine
Human Serum Albumin	 ≥ 10 mg
Dextran 40	 15 mg
Each diluent ampoule contains:	
Sterile water for injection 0.5 ml	

Indication Prophylactic immunization against Japanese Encephalitis. **Mode of Administration and Recommended Dose** The vaccine should be administered subcutaneously or intramuscularly. Primary immunization for children of 1 year of age and those including children and adults who intend to enter the endemic area, 0.5 ml dose is administered twice at an interval of 7-28 days. Booster immunization shall be administered 1 year after the primary dose. **Adverse reactions** - Local reaction: Pain, redness, swelling, and induration at the injection site. - Systemic reactions: Some individuals may feel drowsy, have transient fever reaction and skin rashes, which normally does not last longer than 48 hours, if the person who has the fever exceed 38.5 °C or longer than 48 hours, please consult the doctors. **Warning and Precaution** - Don't inject by the intravascular route. - Before use, please check whether the container, label and expiry date are qualified. - Don't use the vaccine if any turbidity or color change of content, foreign matters or leakage of container is found. - The recipients shall take a rest for a while on site following immunization. Adrenaline should be available for first aid in case of severe anaphylactic reactions. - The vaccine should be reconstituted just before use and not be frozen or stored again after reconstitution. **Pharmaceutical Interactions** Although no interactions are known with other medication, the health care provider should ask, parent or guardian on recent or current medication usage. Currently no clinical data is available of administration of JEVAC™ at the same time with any other vaccine. However it is advisable to observe a period of at least 2 to 4 weeks when given prior to or after JEVAC™. **Storage Condition** Store and ship at +2 °C to +8 °C. Do not freeze. Protect from light. **Dosage Form and Packaging Available** - Dosage Form: Freeze-dried powder for injection - Each dose contains 1 vial of vaccine and 1 ampoule of diluent (0.5 ml) - The product looks like a white crisp cake. After reconstitution, it shall turn into a clear liquid. **Manufacturer** Liong Cheng Da Biotechnology Co., Ltd., Shenyang, China. **Distributor** Biovalys Co., Ltd., Bangkok, Thailand.

โปรดอ่านข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ก่อนการใช้ยา
โดยบุคลากรทางการแพทย์ โทร. 4/2558

เป็นยาที่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์หรือเภสัชกรเท่านั้น



MADILOT®

Hypertension effective

Hypertension with Renal impairment

MADILOT® TABLET (Manidipine hydrochloride Tablets)

MADILOT® TABLET is an oral preparation of manidipine hydrochloride, a long-acting calcium antagonist antihypertensive agent. MADILOT® TABLET produces a satisfactory long-acting antihypertensive effect by dilating blood vessels, mainly by calcium channel blockade. Clinically, it has been proven that MADILOT® 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. **DOSEAGE 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:** MADILOT® 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. **DOSE 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 diguain 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).

Takeda (Thailand) LTD.





ร่วมกับ



ขอเชิญสูตินรีแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจเข้าร่วมฟังบรรยายวิชาการ

“Management of osteoporosis after long-term bisphosphonates”



Speaker:

ศ.นพ.จิตรเลิศ พงษ์ไชยกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Moderator:

ศ.นพ.นิमित เตชไกรชนะ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันพุธที่ 6 พฤษภาคม 2558

เวลา 10.30-11.15 น.

ณ ห้องประชุม โรงแรมโนมา แกรนด์ กรุงเทพฯ



คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกขาน นพ.พินิจ กุลละวณิช
ศ.กิตติคุณ นพ.สุวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์
ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์
ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนา ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออันตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรรคนะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วาทะ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีระยุษะสิติ

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมฉบับ

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนกุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกพร ขจรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ ลิขิตพิสิฐกุล

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

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

ปีใหม่นักขัตฤกษ์ตามสุริยคติ

ตุ๊กตาริเริ่มบรรจบครบตกใหม่
ต่างเร็นรีนขึ้นท้องกระเบื้องนาม
สิบสามเมษา หรือคือวันเนาเริ่ม
วันเติงตกลุ่ต้ายตามมาพลัน
เฉลิมฉลองเปี่ยมหัวใจกันไปทั่ว
เป็นวันรวมญาติบนหมู่ใหญ่สาธุการ
กตัญญูหาทวดที่สำเร็จแล้ว
สิบลูกหลานธรรมาตมิตินแบบไทย

ชนชาวไทยพร้อมมิตรมิตรแดนสยาม
ทุกเขตตามวันสงกรานต์สานสัมพันธ์
วันกลางเต็มเพิ่มมาสงกรานต์นั้น
ต่างสุขสันต์หยุดถือการและตนงาน
ทุกหนทั่วกลบภูมิสำเนาตีนถิ่นฐาน
พูนสมานสามัคคีมีน้ำใจ
เป็นยอดแก้วยอดพลังตั้งจิตใจ
สงกรานต์นี้ให้แต่ละทุกท่านทอ

ด้วยความเคารพรักและปรารถนาดีต่อท่าน
จากชาวคณะผู้ผลิตวารสารวงการแพทย์ ในเครือบริษัท สรรพสาร จำกัด

(สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร ร้อยกรอง)



ผลกระทบจากการใช้ของราคาถูกที่สุดเป็นหลัก

ของทุกอย่างถ้ามีคุณภาพเหมือนกัน เราคงเลือกเอาที่ถูกที่สุดเป็นหลัก แต่ถ้าไม่เหมือนกันจริง เราคงต้องดูปัจจัยอื่นด้วย ของที่ดีและถูกที่สุดหายาก เพราะถ้าขายแล้วไม่มีกำไรคงไม่มีใครขาย ถ้าจะให้กำไรก็ต้องทำโดยใช้วัตถุดิบที่ถูกที่สุด กดค่าแรงคนทำงานให้ต่ำที่สุด บางคนคิดสั้นโดยคิดว่าซื้อจำนวนมากทั้งประเทศ โดยต่อรองให้ได้ราคาถูกที่สุด ใครได้ขายถึงแม้ว่ากำไรน้อยแต่ถ้าจำนวนมากก็พอมีกำไรบ้าง เมื่อทั้งประเทศซื้อจากแหล่งเดียว ผู้ขายรายอื่นไม่ได้ขาย เขาก็เลิกกิจการ ในปีแรกเราจะเห็นว่าคนต่อรองเก่ง ซื้อของได้ถูกกว่าเดิมมาก แต่พอปิดไปเหลือผู้จำหน่ายแห่งเดียว ไม่มีคู่แข่ง เขาก็ขึ้นราคาหรือลดคุณภาพได้ เพราะไม่มีสิ่งเปรียบเทียบ ถ้าเราบีบให้เขาลดราคาลงอีก ถ้าเขาขายแล้วไม่มีกำไร เขาก็เลิกขาย ทำให้เกิดการขาดตลาดทั้งประเทศ หรือได้ของที่มีคุณภาพต่ำทั้งประเทศ เราเคยมีน้ำเกลือขาดตลาดทั้งประเทศ ขาดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบทั้งประเทศ ขาด Benzathine penicillin ทั้งประเทศ เกิดปัญหาชนิดที่ไม่เคยมีมาก่อน ผู้จัดซื้อยาโรงพยาบาลของรัฐหายหลายอย่างไม่ได้เพราะเขาเลิกกิจการ รัฐบาลซื้อแต่ยาจากอินเดียและจีน มีแต่เงินออกอย่างเดียว ถ้าโรงงานอยู่ในประเทศไทย ถึงแม้ว่าแพงกว่าเล็กน้อยก็ทำให้คนไทยมีงานทำ เสียภาษีให้รัฐบาล บริษัทที่มีกำไรก็เสียภาษีให้รัฐบาล ทำให้รัฐบาลมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่ที่สำคัญว่าคนไทยมีความสามารถมากขึ้น แต่ปัจจุบันรัฐบาลบีบราคายาโรงงานในประเทศไทยปิดหมด ไปอยู่เวียดนามและสิงคโปร์ คนสิงคโปร์ได้เทคโนโลยีที่ทันสมัยที่สุดในโลก แถมคนสิงคโปร์ได้เงินเดือนสูงเหมือนสหรัฐอเมริกา รัฐบาลเขาก็ได้รายได้มากขึ้น ประเทศไทยมีแต่โรงงานย้ายออก ประสิทธิภาพการทำงานของคนไทยเลยไม่มีสร้างปัญหาในอนาคตให้แก่ประเทศไทยอย่างแน่นอน

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 435 วันที่ 1 - 15 เมษายน 2558



3 โลก枉ทางแพทย

- ผลลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- เบาหวานต่อการควบคุมวินโรค
- Aprepitant สำหรับคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัดในเด็ก

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. จัดโครงการปลูกถ่ายไต เทิดพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ
- สธ. เตรียมเสนอโครงการ "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ดีทุกสิทธิ์"

9 Movement

10 เกาะติดงานประชุม

สมาคมชาดไทย ร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
จัดประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3
ASEAN Active Ageing 2015

12 ปกัณกะข่าว

"เพร็พ" (PREP) วิธีป้องกันเอชไอวีรูปแบบใหม่
ชวน "ชายรักชายไทย" ป้องกัน "ก่อน" สัมผัสเชื้อ

13 รายงานพิเศษ

เปิดขั้นตอน North Sky Doctor
สู่ความสำเร็จในการช่วยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตกว่า 100 ราย

14 In Focus

เดินหน้าหรือทบทวน
ร่าง พ.ร.บ.กองทุนคุ้มครองผู้เสียหาย
"คุ้มครอง" ต้อง "คุ้มค่า"

17 Special

ผศ.นพ.ธนรัตน์ บุญเรือง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
สร้างความสมดุลระหว่างผู้ปฏิบัติงาน
กับความต้องการของผู้รับบริการ

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

โรงเรียน Public ที่เก่าแก่ที่สุดในอังกฤษ

21 Get Up

- เตือนฟังเพลงไม่เกินวันละชั่วโมง
- พัฒนาเกมรักษาตาซีเกียจ
- ดันต่อเอชไอวีสาวถึงกอริลลา

23 หลากสีสับ

มองโลกเช่นไร...เราก็คือคนเช่นนั้น

25 เสี่ยงแพทย

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวัง
(ตอนที่ 7)

27 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

กาวยืดเนื้อเยื่อทนต์ต่อเลือดสำหรับงานศัลยกรรม (ตอนจบ)

29 จุฬาปริทัศน์

ภาวะเลือดออกง่ายในเด็ก

32 Systematic Review

วัคซีนไข้หวัดใหญ่กับโรคหุ้้นกลางอกในเด็ก

33 เฉพาะโรค

สิ่งแปลกปลอมติดค้างในทางเดินอาหาร

37 มุมนิเวศ

แนวทางเบื้องต้นในการพิจารณาเพื่อนำศพเข้ามาตรวจต่อ
และรายงานผู้ป่วย (อุทาหรณ์/ตัวอย่าง) หนึ่งราย

41 R2R

ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร
นำแนวคิด LEAN พัฒนาศักยภาพผ่าตัดแบบไปกลับ
ในแผนกศัลยกรรมทั่วไป

42 ปกัณกะข่าว

สธ. เปิดตัว 2 แอปพลิเคชัน
เตือนภัยอาหาร-ยา-เครื่องสำอางอันตราย
เช็กรู้ง่ายบนสมาร์ทโฟน

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections)
วัณโรค (Tuberculosis)

ผลลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุสมองเสื่อม

JAMA Intern Med. Published online March 2, 2015.

บทความเรื่อง Effects of Low Blood Pressure in Cognitively Impaired Elderly Patients Treated with Antihypertensive Drugs รายงานว่า บทบาทการพยากรณ์โรคของความดันโลหิตที่สูงและระดับการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสมองเสื่อมยังไม่มีการศึกษาไว้ชัดเจน การศึกษานี้จึงได้ประเมินผลของ office blood pressure, ambulatory blood pressure monitoring หรือการใช้ยาลดความดันโลหิตในการพยากรณ์การดำเนินโรคของการเสื่อมลงด้านการทำงานของสมองในผู้ป่วย overt dementia และ mild cognitive impairment (MCI)

การศึกษามีรูปแบบเป็น cohort study ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ค.ศ. 2009 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2012 โดยมีมาตรฐานการติดตาม 9 เดือนจากผู้ป่วยสมองเสื่อม และ MCI ในคลินิกผู้ป่วยนอก 2 แห่ง ผลลัพธ์หลักได้แก่ การเสื่อมลงด้านการทำงานของสมองประเมินจากผลต่างคะแนน Mini-Mental State Examination (MMSE) ระหว่างพื้นฐานและการติดตาม

การศึกษาวិเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วย 172 คน โดยมีค่าเฉลี่ย (SD) อายุเท่ากับ 79 (5) ปี และค่าเฉลี่ย (SD) คะแนน MMSE เท่ากับ 22.1 (4.4) ในจำนวนนี้ 68.0% มีสมองเสื่อม 32.0% มี MCI และ 69.8% ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความดันโลหิตลดลง (< 128 มิลลิเมตรปรอท) มีคะแนน MMSE เปลี่ยนแปลง



มากที่สุด (mean [SD], -2.8 [3.8]) เทียบกับผู้ป่วยกลุ่มความดันระดับปานกลาง (129-144 มิลลิเมตรปรอท) (mean [SD] -0.7 [2.5]; $p = 0.002$) และระดับสูงสุด (≥ 145 มิลลิเมตรปรอท) (mean [SD] -0.7 [3.7]; $p = 0.003$) และความสัมพันธ์มีนัยสำคัญในกลุ่มย่อยของผู้ป่วยสมองเสื่อม และ MCI เฉพาะในผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิต จากตัวแบบพหุตัวแปรที่รวมอายุ คะแนน MMSE ที่พื้นฐาน และคะแนน vascular comorbidity พบว่า interaction term ระหว่างความดันซิสโตลิกกลางวันที่ต่ำและการได้รับยาลดความดันโลหิตสัมพันธ์โดยอิสระกับความเสื่อมลงด้านการทำงานของสมองที่มากขึ้นในกลุ่มย่อยทั้ง 2 กลุ่ม ความสัมพันธ์ระหว่าง

ความดันซิสโตลิกวัดที่สถานพยาบาลและการเปลี่ยนแปลงของคะแนน MMSE มีระดับอ่อนกว่า และตัวแปรอื่นสำหรับ ambulatory blood pressure monitoring ไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนน MMSE

ความดันซิสโตลิกกลางวันที่ต่ำสัมพันธ์โดยอิสระกับการดำเนินโรคที่มากขึ้นของความเสื่อมลงด้านการทำงานของสมองในผู้ป่วยอายุมากที่เป็นสมองเสื่อมและ MCI ซึ่งได้รับยาลดความดันโลหิต การลดความดันซิสโตลิกมากเกินไปอาจเป็นอันตรายสำหรับผู้สูงอายุมากที่มีภาวะบกพร่องด้านการทำงานของสมอง ทั้งนี้ ambulatory blood pressure monitoring อาจมีประโยชน์สำหรับความเสี่ยงการลดความดันโลหิตมากเกินไปในผู้ป่วยกลุ่มนี้

วิจัย Atrial Fibrillation หลัง Stroke and Transient Ischaemic Attack



Lancet. Published Online: March 3, 2015

บทความเรื่อง Diagnosis of Atrial Fibrillation after Stroke and Transient Ischaemic Attack: A Systematic Review and Meta-Analysis รายงานว่า ความเสี่ยงโรคในผู้ป่วย atrial fibrillation มีระดับสูงสุดในผู้ที่มีการวินิจฉัยโรค และยา oral anticoagulants สามารถลดความเสี่ยงการเป็นซ้ำของโรคได้ถึง 2 ใน 3 อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุปว่าควรวินิจฉัย atrial fibrillation อย่างไรในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ขณะที่ความชุกของ atrial fibrillation ภายหลังโรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่มีข้อมูลชัดเจน ซึ่งจากการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis นี้ได้ประมาณสัดส่วนของผู้ป่วยที่เพิ่งตรวจพบ atrial fibrillation หลังการติดตามผลหัวใจ 4 ระยะภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหรือ transient ischaemic attack

การศึกษารวบรวมข้อมูลจาก PubMed, Embase และ Scopus จากปี ค.ศ. 1980 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน ค.ศ. 2014 จากการศึกษาที่มีข้อมูลตัวเลขผู้ป่วย ischaemic stroke หรือ transient ischaemic attack ซึ่งเพิ่งตรวจพบ atrial fibrillation นักวิจัยได้แบ่งการติดตามหัวใจตามการคัดกรองเป็น 4 ระยะ ได้แก่ phase 1 (emergency room) ตรวจ electrocardiogram (ECG); phase 2 (in hospital) ตรวจ serial ECG, continuous inpatient ECG monitoring, continuous inpatient cardiac telemetry และ in-hospital Holter monitoring; phase 3 (first ambulatory

period) ตรวจ ambulatory Holter และ phase 4 (second ambulatory period) ตรวจ mobile cardiac outpatient telemetry, external loop recording และ implantable loop recording จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่เพิ่งตรวจพบ atrial fibrillation สำหรับแต่ละกระบวนการและระยะ และระยะทั้งหมด และได้ประมาณสัดส่วนรวมของผู้ป่วยที่ตรวจพบ atrial fibrillation หลังโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย random-effects meta-analyses สำหรับแต่ละกระบวนการและระยะ

จาก systematic review พบว่ามีการศึกษา 50 ฉบับ (ผู้ป่วย 11,658 คน) ที่สอดคล้องตามเกณฑ์การศึกษา meta-analyses สัดส่วนรวมของผู้ป่วยที่ตรวจพบ atrial fibrillation หลังโรคหลอดเลือดหัวใจ 7.7% (95% CI 5.0-10.8) ใน phase 1, 5.1% (3.8-6.5) ใน phase 2, 10.7% (5.6-17.2) ใน phase 3 และ 16.9% (13.0-21.2) ใน phase 4 โดยการตรวจพบ atrial fibrillation โดยรวมหลังทุกระยะเท่ากับ 23.7% (95% CI 17.2-31.0)

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า อาจตรวจพบ atrial fibrillation ในเกือบ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือ transient ischaemic attack สัดส่วนโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งทราบว่า มี atrial fibrillation อาจสูงกว่าที่เคยประมาณกันไว้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่สามารถรักษาด้วย oral anticoagulants อาจมีจำนวนมากกว่าที่ประเมินไว้และอาจป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น

ผลของยาลดความดันโลหิตต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

Lancet. 2015;385(9971):867-874.

บทความเรื่อง Effects of Blood Pressure Lowering on Cardiovascular Risk According to Baseline Body-Mass Index: A Meta-Analysis of Randomised Trials รายงานว่า ประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดจากยาลดความดันโลหิตในคนอ้วนเทียบกับคนน้ำหนักตัวปกติอาจขึ้นอยู่กับการเลือกยาที่ใช้ ซึ่งการศึกษานี้ได้เปรียบเทียบผลของยาสูตรยาลดความดันโลหิตต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่จำแนกตามดัชนีมวลกาย (BMI) พื้นฐาน

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการศึกษาที่รวมอยู่ใน Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration เพื่อเปรียบเทียบผลของกลุ่มยาลดความดันโลหิตที่ต่างกันต่อเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรงทั้งหมด (สโตรค หลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด) อันเป็นผลลัพธ์หลัก และประเมินความเชื่อมโยงระหว่างยาและ BMI ด้วย meta-analyses และ meta-regressions โดยวิเคราะห์ทั้งในฐานระดับตัวแปรเชิงกลุ่ม (< 25

กิโลกรัม/ตารางเมตร, 25 ถึง < 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร และ ≥ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) หรือตัวแปรต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ใช้ข้อมูลผู้ป่วย 13,5715 คนจาก 22 การศึกษา ซึ่งเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดรุนแรง 14,353 เหตุการณ์ ผลจาก primary comparison ไม่พบความแตกต่างด้านผลลัพธ์การป้องกันตามกลุ่มยาใน BMI ทั้ง 3 กลุ่ม (all p for trend > 0.20) เมื่อวิเคราะห์ในฐานระดับตัวแปรต่อเนื่องพบว่า angiotensin-converting-enzyme inhibitors ให้ผลลัพธ์การป้องกันที่สูงกว่าเล็กน้อยสำหรับ BMI ที่สูงขึ้นทุก 5 กิโลกรัม/ตารางเมตร เทียบกับ calcium antagonists (hazard ratio 0.93, 95% CI 0.89-0.98; p = 0.004) หรือ diuretics (0.93, 0.89-0.98; p = 0.002) ผลจาก meta-regressions ไม่พบความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม BMI และการลดลงของความเสี่ยงสำหรับความดันซิสโตลิกที่ลดลง และไม่พบความเชื่อมโยงระหว่าง BMI และประสิทธิภาพของ calcium antagonists เมื่อเทียบกับ diuretics

จากการศึกษาพบหลักฐานเพียงเล็กน้อยที่ชี้ว่า กลุ่มยาลดความดันโลหิตที่ต่างกันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างคนอ้วนเทียบกับผู้ที่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ธัญพืชขัดสีน้อยลดความเสี่ยงการตาย

JAMA Intern Med. 2015;175(3):373-384.

บทความเรื่อง Association Between Dietary Whole Grain Intake and Risk of Mortality: Two Large Prospective Studies in US Men and Women รายงานว่า การรับประทานธัญพืชผ่านการขัดสีน้อยในปริมาณมากขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อโรคเรื้อรังรุนแรง เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ยังคงมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างธัญพืชขัดสีน้อยและการตาย

การศึกษานี้ได้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานธัญพืชขัดสีน้อยและความเสี่ยงการตาย โดยศึกษาจากผู้หญิง 74,341 คนในการศึกษา Nurses' Health Study (ค.ศ. 1984-2010) และชาย 43,744 คนในการศึกษา Health Professionals Follow-Up Study (ค.ศ. 1986-2010) ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดปลอดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและมะเร็งที่พื้นฐาน มาตราวัดผลลัพธ์ ได้แก่ hazard ratios (HRs) สำหรับการตายรวมและการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและมะเร็งตามระดับการรับประทานธัญพืชขัดสีน้อย โดยปรับปรุงข้อมูลทุก 2 หรือ 4 ปี ด้วยแบบสำรวจการรับประทานอาหาร

มีรายงานการตาย 26,920 ราย ระหว่างการติดตาม 2,727,006 person-years ภายหลังการปรับพหุตัวแปรสำหรับตัวแปรกวนรวมถึงอายุ การสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย และคะแนน Alternate Healthy Eating Index ที่ปรับปรุงแล้วพบว่า การรับประทานธัญพืชผ่านการขัดสีน้อยในปริมาณมากขึ้นสัมพันธ์กับการตายรวมและการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต่ำลง แต่ไม่รวมถึงการตายเนื่องจากโรคมะเร็ง โดยค่า pooled HRs สำหรับ quintiles 1 ถึง 5 สำหรับการรับประทานธัญพืชขัดสีน้อยเท่ากับ 1 (reference), 0.99 (95% CI 0.95-

1.02), 0.98 (95% CI 0.95-1.02), 0.97 (95% CI 0.93-1.01) และ 0.91 (95% CI 0.88-0.95) สำหรับการตายรวม (p for trend < 0.001) และ 1 (reference), 0.94 (95% CI 0.88-1.01), 0.94 (95% CI 0.87-1.01), 0.87 (95% CI 0.80-0.94) และ 0.85 (95% CI 0.78-0.92) สำหรับการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (p for trend < 0.001) และ 1 (reference), 1.02 (95% CI 0.96-1.08), 1.05 (95% CI 0.99-1.12), 1.04 (95% CI 0.98-1.11) และ 0.97 (95% CI 0.91-1.04) สำหรับการตายเนื่องจากโรคมะเร็ง (p for trend = 0.43) โดยประมาณว่าการรับประทานธัญพืชขัดสีน้อยแต่ละหน่วยบริโภค (28 กรัม/วัน) สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลง 5% (95% CI 2-7%) ต่อการตายรวม และ 9% (95% CI 4-13%) ต่อการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ขณะที่การรับประทานในปริมาณเท่ากันสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญกับการตายเนื่องจากโรคมะเร็งที่ต่ำลง (HR 0.98; 95% CI 0.94-1.02) ความสัมพันธ์แบบกลับในลักษณะเดียวกันยังพบจากการรับประทานรำและการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีค่า pooled HR เท่ากับ 0.80 (95% CI 0.73-0.87; p for trend < 0.001) ขณะที่จมูกข้าวไม่สัมพันธ์กับการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังปรับการรับประทานรำข้าว

ข้อมูลนี้ชี้ว่า การรับประทานธัญพืชขัดสีน้อยในปริมาณมากขึ้นสัมพันธ์กับการตายรวมและการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต่ำลงในชาวอเมริกันทั้งชายและหญิง โดยไม่เป็นผลจากปัจจัยด้านอาหารและรูปแบบการดำเนินชีวิตอื่น ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับคำแนะนำที่ส่งเสริมให้รับประทานธัญพืชขัดสีน้อยมากขึ้นเพื่อช่วยป้องกันโรค

การรับประทานถั่วและการตายจำเพาะสาเหตุ



JAMA Intern Med. Published online March 2, 2015.

บทความเรื่อง Prospective Evaluation of the Association of Nut/Peanut Consumption with Total and Cause-Specific Mortality รายงานว่าการรับประทานถั่วเปลือกแข็งปริมาณมากสัมพันธ์กับความเสี่ยงการตายที่ต่ำลง อย่างไรก็ดี การศึกษาหลายฉบับก่อนหน้านี้มักศึกษาในกลุ่มประชากรเชื้อสายยุโรป โดยเฉพาะกลุ่มที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูง

การศึกษาได้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานถั่วเปลือกแข็งต่อการตายรวมและการตายจำเพาะสาเหตุในกลุ่มตัวอย่างชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันและเชื้อสายยุโรปซึ่งมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับล่าง และชาวจีนในนครเซี่ยงไฮ้ของประเทศจีน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาประกอบด้วยชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันและเชื้อสายยุโรป 71,764 คน ซึ่งมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับล่างและเข้าร่วมในการศึกษา Southern Community Cohort Study (SCCS) ในแถบตะวันออกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา (มีนาคม ค.ศ. 2002 ถึงกันยายน ค.ศ. 2009) และอีกสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง 134,265 คนในการศึกษา Shanghai Women's Health Study (SWHS) (ธันวาคม ค.ศ. 1996 ถึงพฤษภาคม ค.ศ. 2000) และ Shanghai Men's Health Study (SMHS) (มกราคม ค.ศ. 2002 ถึงกันยายน ค.ศ. 2006) ในนครเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน โดยประเมินการรับประทานถั่วเปลือกแข็งที่กลุ่มตัวอย่างรายงานในการศึกษา SCCS (ประมาณ 50% เป็นถั่วลิสง) และการรับประทานถั่วลิสงอย่างเดียวในการศึกษา SMHS/SWHS จากแบบสอบถาม

การตายยืนยันจากข้อมูล National Death Index และ Social Security Administration ในการศึกษา SCCS และ Shanghai Vital Statistics Registry และการติดตามทุก 2 ปีในการศึกษา SWHS/SMHS โดยคำนวณ hazard ratios (HRs) และ 95% CIs ด้วย Cox proportional hazards regression models

มีรายงานการตาย 14,440 รายจากมรณฐานการติดตาม 5.4 ปี

ในการศึกษา SCCS, 6.5 ปีในการศึกษา

SMHS และ 12.2 ปีในการศึกษา SWHS กว่าครึ่งของผู้หญิงในการศึกษา SCCS เคยสูบบุหรี่เทียบกับ 2.8% ในการศึกษา SWHS อัตราการเคยสูบบุหรี่สำหรับผู้ชายเท่ากับ 77.1% ในการศึกษา SCCS และ 69.6% ในการศึกษา SMHS การรับประทานถั่วเปลือกแข็งสัมพันธ์แบบกลับกับความเสียชีวิตรวมในทุก cohorts (all $p < 0.001$ for trend) โดยมี HRs ปรับแล้วที่สัมพันธ์กับการรับประทานมากที่สุดเทียบกับน้อยที่สุดเท่ากับ 0.79 (95% CI 0.73-0.86) และ 0.83 (95% CI 0.77-0.88) สำหรับกลุ่มตัวอย่างในสหรัฐอเมริกาและกลุ่มตัวอย่างในจีน ความสัมพันธ์แบบกลับนี้ส่วนใหญ่เป็นผลจากการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ($p < 0.05$ สำหรับ trend ใน US cohort; $p < 0.001$ สำหรับ trend ใน Shanghai cohorts) เมื่อพิจารณาประเภทของโรคหัวใจและหลอดเลือดพบความสัมพันธ์แบบกลับที่มีนัยสำคัญสำหรับโรคหัวใจขาดเลือดในทุกกลุ่ม (HR 0.62; 95% CI 0.45-0.85 ในกลุ่มเชื้อสายแอฟริกัน; HR 0.60; 95% CI 0.39-0.92 ในกลุ่มเชื้อสายยุโรป และ HR 0.70; 95% CI 0.54-0.89 ในกลุ่มชาวเอเชียสำหรับการรับประทานถั่วมากที่สุดเทียบกับน้อยที่สุด) ความสัมพันธ์สำหรับ ischemic stroke (HR 0.77; 95% CI 0.60-1.00 สำหรับการรับประทานถั่วมากที่สุดเทียบกับน้อยที่สุด) และ hemorrhagic stroke (HR 0.77; 95% CI 0.60-0.99 สำหรับการรับประทานถั่วมากที่สุดเทียบกับน้อยที่สุด) มีนัยสำคัญเฉพาะในกลุ่มชาวเอเชีย ความสัมพันธ์ระหว่างถั่วและการตายใกล้เคียงกันสำหรับผู้ชายและผู้หญิง และสำหรับกลุ่มเชื้อสายแอฟริกัน ยุโรป และเอเชีย โดยไม่เกิดจาก metabolic conditions ที่พบเมื่อเข้าร่วมการศึกษา

การรับประทานถั่วเปลือกแข็งสัมพันธ์กับการตายรวมและการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ลดลงในทุกกลุ่มชาติพันธุ์และในกลุ่มผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมระดับล่าง การรับประทานถั่วเปลือกแข็ง โดยเฉพาะถั่วลิสงซึ่งมีราคาถูกอาจเป็นแนวทางที่คุ้มค่าสำหรับฟื้นฟูสุขภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด

เบาหวานต่อการควบคุมวัณโรค

Lancet. Published Online: March 5, 2015

บทความเรื่อง Effect of Diabetes on Tuberculosis Control in 13 Countries with High Tuberculosis: A Modelling Study รายงานว่าโรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อวัณโรคและความเสี่ยงผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยวัณโรค และเนื่องจากโรคเบาหวานมีความชุกสูงขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางซึ่งได้รับผลกระทบที่สูงจากวัณโรค การป้องกันโรคเบาหวานจึงอาจมีประโยชน์ในการปรับปรุงการควบคุมวัณโรคอีกทางหนึ่ง

การศึกษาได้วิเคราะห์ผลของโรคเบาหวานต่อระบาดวิทยาของวัณโรคใน 13 ประเทศซึ่งได้รับผลกระทบสูงจากวัณโรค การศึกษาได้ใช้ข้อมูลความชุกของโรคเบาหวานในแต่ละประเทศและจำลองความชุกของโรคเบาหวานในอนาคต โดยปรับตัวแบบจำเพาะตามประเทศตามประมาณการแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังได้ประมาณผลกระทบจาก

วัณโรคที่อาจลดลงได้จากมาตรการป้องกันโรคเบาหวานในระดับต่าง ๆ

หากความชุกของโรคเบาหวานยังคงสูงขึ้นเช่นเดียวกับในทศวรรษที่ผ่านมาในทั้ง 13 ประเทศ

(base case scenario) จะทำให้ cumulative reduction ของอุบัติการณ์ของวัณโรคจะเท่ากับ 8.8% (95% credible interval [CrI] 4.0-15.8) และอัตราการตายเท่ากับ 34.0% (30.3-39.6) ภายในปี ค.ศ. 2035 การลดความชุกของโรคเบาหวานลง 6.6-13.8% จะลดอุบัติการณ์ของวัณโรคได้ 11.5-25.2% และอัตราการตายจากวัณโรคได้ 8.7-19.4% เมื่อเทียบกับ base case scenario พบว่า การยับยั้งไม่ให้เบาหวานเพิ่มสูงขึ้นจะหลีกเลี่ยง incident cases ได้ 6.0 ล้านราย (95% CrI 5.1-6.9) และการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานได้ 1.1 ล้านราย (1.0-1.3) ใน 13 ประเทศระหว่างระยะเวลา 20 ปี และหากลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานได้ 35% ภายในปี ค.ศ. 2025 ก็จะลดผู้ป่วยวัณโรคได้ 7.8 ล้านราย (6.7-9.0) และลดการเสียชีวิตจากวัณโรคได้ 1.5 ล้านราย (1.3-1.7) ภายในปี ค.ศ. 2035

โรคเบาหวานส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อระบาดวิทยาของวัณโรคในประเทศที่ได้รับผลกระทบสูงจากวัณโรค จึงควรที่หน่วยงานป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อจะต้องร่วมมือเพื่อหาแนวทางร่วมกันในการป้องกันโรคเบาหวานและวัณโรค

ไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม และความชุกโรคเบาหวานชนิดที่ 2

JAMA. 2015;313(10):1029-1036.

บทความเรื่อง Association between Familial Hypercholesterolemia and Prevalence of Type 2 Diabetes Mellitus รายงานว่า ภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมเห็นได้จากการซึมผ่านของคอเลสเตอรอลที่บกพร่องในเนื้อเยื่อส่วนปลาย รวมถึงตับและตับอ่อน ขณะที่แสดงเพิ่มการซึมผ่านของคอเลสเตอรอลและสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษานี้จึงมีสมมติฐานว่า การนำส่งคอเลสเตอรอลผ่านเมมเบรนเชื่อมโยงกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การศึกษาได้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมโดยศึกษาแบบ cross-sectional study จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 63,320) ซึ่งตรวจดีเอ็นเอเพื่อคัดกรองภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมจากโครงการตรวจคัดกรองแห่งชาติของเนเธอร์แลนด์ระหว่างปี ค.ศ. 1994-2014

การประเมิน familial hypercholesterolemia mutations ที่เป็นอันตรายและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเมินจากเอกสารงานวิจัยหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยพิจารณาว่า low-density lipoprotein (LDL) receptor mutations มีความรุนแรงกว่า apolipoprotein B gene (APOB) mutations และ receptor-negative LDL receptor mutations รุนแรงกว่า receptor-deficient mutations และผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2



ความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 1.75% ในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม (n = 440/25,137) vs 2.93% ในผู้ที่ไม่มีไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม (n = 1,119/38,183) (p < 0.001; odds ratio [OR] 0.62 [95% CI, 0.55-0.69]) ความชุกที่ปรับแล้วของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมประเมินตามตัวแบบ multivariable regression models เท่ากับ 1.44% (difference 1.49% [95% CI 1.24-1.71%]) (OR 0.49 [95% CI 0.41-0.58]; p < 0.001)

ความชุกที่ปรับแล้วของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จาก APOB vs LDL receptor gene เท่ากับ 1.91% vs 1.33% (OR 0.65 [95% CI 0.48-0.87] vs OR 0.45 [95% CI 0.38-0.54]) และความชุกสำหรับ receptor-deficient vs receptor-negative mutation carriers เท่ากับ 1.44% vs 1.12% (OR 0.49 [95% CI 0.40-0.60] vs OR 0.38 [95% CI 0.29-0.49]) ตามลำดับ (p for trend < 0.001 in both comparisons)

ข้อมูลจาก cross-sectional analysis ในเนเธอร์แลนด์ชี้ว่า ความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคโดยมีความแปรปรวนตามประเภทของการกลายพันธุ์ หากผลลัพธ์จาก longitudinal analysis สอดคล้องกับข้อมูลนี้ก็จะเพิ่มความเป็นไปได้ของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง LDL receptor-mediated การนำส่งคอเลสเตอรอลผ่านเมมเบรนที่ควบคุมโดย LDL receptor และโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Aprepitant สำหรับคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัดในเด็ก

Lancet Oncology. Published Online: March 11, 2015

บทความเรื่อง Aprepitant for the Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Children: A Randomised, Double-Blind, Phase 3 Trial รายงานว่า oral aprepitant ซึ่งเป็น neurokinin-1 receptor antagonist ได้รับการแนะนำให้ใช้ร่วมกับ anti-emetic agents ตัวอื่นสำหรับป้องกันคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัดที่ทำให้มีอาการอาเจียนในระดับปานกลางและสูงในผู้ใหญ่ แต่ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยเด็ก ในการศึกษาระยะ phase 3 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการรักษาดังกล่าวในเด็ก

ผู้ป่วยมะเร็งอายุ 6 เดือนถึง 17 ปี ซึ่งรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ทำให้มีอาการอาเจียนในระดับปานกลางและสูงได้รับการรักษาด้วยสูตรยาตามอายุและน้ำหนักของ aprepitant (125 มิลลิกรัมสำหรับอายุ 12-17 ปี; 3.0 มิลลิกรัม/กิโลกรัมถึง 125 มิลลิกรัมสำหรับอายุ 6 เดือน < 12 ปี) ร่วมกับ ondansetron ในวันที่ 1 แล้วจึงได้รับ aprepitant (80 มิลลิกรัมสำหรับอายุ 12-17 ปี; 2.0 มิลลิกรัม/กิโลกรัมถึง 80 มิลลิกรัมสำหรับอายุ 6 เดือน < 12 ปี) ในวันที่ 2 และ 3 หรือยาหลอกร่วมกับ ondansetron ในวันที่ 1 แล้วจึงได้รับยาหลอกในวันที่ 2 และ 3 โดยผู้ป่วยสามารถรับยา dexamethasone การสุ่มได้แบ่งตามอายุของผู้ป่วย การรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มีความเสี่ยงอาเจียนสูงมากและการรักษาด้วย dexamethasone เพื่อต้านการอาเจียน โดยให้ ondansetron ตามข้อมูลสำหรับผู้ป่วยเด็กหรือตามมาตรฐานการพยาบาล จุดยุติปฐมภูมิด้านประสิทธิภาพ ได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยซึ่งได้ complete response (ประเมินจากไม่มีการอาเจียน ชัยอน หรือต้องเข้ายาเสริมเพื่อ

บรรเทาอาการ) ระหว่าง 25-120 ชั่วโมง (delayed phase) หลังเริ่มเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดการอาเจียน การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและความปลอดภัยได้วิเคราะห์ในผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งได้รับยาที่ศึกษาอย่างน้อยหนึ่งโดส

ระหว่างวันที่ 22 กันยายน ค.ศ. 2011 ถึงวันที่ 16 สิงหาคม ค.ศ. 2013 มีผู้ป่วย 307 คนใน 24 ประเทศได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มที่รักษาด้วย aprepitant (155 คน) หรือกลุ่มควบคุม (152 คน) ผู้ป่วย 3 คนในกลุ่ม aprepitant และ 2 คนในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับยาที่ศึกษาและได้ตัดออกจากการศึกษา ผู้ป่วย 77 คน (51%) จาก 152 คนในกลุ่ม aprepitant และ 39 คน (26%) จาก 150 คนในกลุ่มควบคุมได้ complete response ใน delayed phase (p < 0.0001) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ grade 3-4 ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ febrile neutropenia (23 คน [15%] จาก 152 คนในกลุ่มที่ได้รับ aprepitant vs 21 คน [14%] จาก 150 คนในกลุ่มควบคุม), anaemia (14 [9%] vs 26 [17%]) และ neutrophil count ต่ำลง (11 [7%] vs 17 [11%]) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ febrile neutropenia (23 คน [15%] ในกลุ่มที่ได้รับ aprepitant vs 22 [15%] ในกลุ่มควบคุม)

การเพิ่ม aprepitant ในการรักษาด้วย ondansetron หรือ ondansetron ร่วมกับ dexamethasone มีประสิทธิภาพในการป้องกันคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ทำให้มีอาการอาเจียนปานกลางหรือสูง



สร. จัดโครงการปลูกถ่ายไต เกิดพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2558 นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการปลูกถ่ายไต ถวายเป็นพระราชกุศล 60 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ร่วมกับสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ เพื่อปลูกถ่ายไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มอบชีวิตใหม่ให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจำนวน 600 ราย บริการฟรี โดยให้โรงพยาบาลในสังกัดที่เป็นศูนย์รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ 38 แห่งทั่วประเทศ รณรงค์ขอรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย เป้าหมายไม่น้อยกว่า 300 ราย โดยขณะนี้ โรงพยาบาลในสังกัด 9 แห่งคือ โรงพยาบาลมหาสารคาม รพ.สรีรศาสตร์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลราชวิถี สามารถผ่าตัดปลูกถ่ายไตให้ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรอรับการผ่าตัดใกล้บ้านยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ได้เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยไตวายฟรีอีก 2 เรื่องคือ เพิ่มการคัดกรองชะลอความเสื่อมของไตในกลุ่มเสี่ยง 2 โรคคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตั้งเป้าหมายไม่น้อยกว่า 150,000 ราย หากพบเริ่มผิดปกติจะเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาในคลินิกโรคไตวายเรื้อรังที่มีในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป



และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่กระจายอยู่ในทุกจังหวัด โดยให้กรมการแพทย์พัฒนาคลินิกไตวายเรื้อรังต้นแบบ นำร่องในเขตสุขภาพที่ 5 และ 6 และร่วมกับสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และเรื่องที่สองขยายการจัดบริการล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ 81 แห่ง เพิ่มจากเดิมที่มี 40 แห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการดูแลชะลอความเสื่อมไตใกล้บ้าน

ร.พ.สิรินธร พัฒนาศูนย์บริการพื้นที่แนวชายแดน ทำของบรรจยา 3 ภาษา คนป่วยกินยาถูกต้อง



นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาโรงพยาบาลสิรินธร จ.อุบลราชธานี ให้เป็นโรงพยาบาลชุมชนชายแดนชั้นนำเพื่อรองรับสุขภาพอาเซียน โดยพัฒนาศักยภาพการบริการให้มีความหลากหลาย อาทิ เพิ่มศักยภาพการผ่าตัด เช่น ใส่ลิ้นเปิดคลินิกแพทย์เฉพาะทาง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ประชาชนไม่ต้องเดินทางไปรักษาที่ตัวเมืองอุบลราชธานี ขณะเดียวกันจัดตั้งศูนย์ส่งต่อระหว่างประเทศและประสานการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลจำปาสักของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวที่อยู่ห่างกันประมาณ 30 กิโลเมตร ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ฝ่ายได้รับการดูแลอย่างดี ทุกวันนี้มีชาวลาวเดินทางเข้ามาใช้บริการเฉลี่ยวันละ 5-10 ราย และในอนาคตมีแผนร่วมมือ

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินร่วมกัน อยู่ในระหว่างการจัดทำรายละเอียด

ขณะนี้โรงพยาบาลสิรินธรได้วางแผนการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปลายปีนี้ โดยจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ที่จำเป็น 3 จุดแก่ประชาชนที่มาใช้บริการ ได้แก่ ป้ายบอกทางไปโรงพยาบาล ป้ายแนะนำจุดบริการผู้ป่วย และป้ายชื่อโรงพยาบาล 3 ภาษาคือ ไทย ลาว และอังกฤษ ขณะนี้ได้เริ่มใช้ในซองยาของผู้ป่วยแล้ว ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการรับประทานยาได้ถูกต้องตามคำแนะนำของเภสัชกร รวมทั้งพัฒนาคู่มือของโรงพยาบาลด้านการสื่อสารให้พร้อมบริการผู้ป่วยในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ดำเนินการมาแล้ว 2 เดือน ผลปรากฏว่าได้ผลดี เพิ่มความคล่องตัวการบริการผู้ป่วยต่างชาติมากขึ้น

สร. เตรียมเสนอโครงการ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ดิทุกสิทธิ์”

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ที่ประชุมคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดมาตรการในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มเติม และปรับชื่อโครงการให้เป็นโครงการ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ดิทุกสิทธิ์” โดยนำเสนอที่ประชุมคณะรัฐมนตรีภายในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 และจะเร่งให้มีผลใช้ในทางปฏิบัติมาตรฐานเดียวทั่วประเทศภายใน 3 เดือน มีข้อสรุปดังนี้

1. สร้างความชัดเจนเกี่ยวกับคำว่าป่วยฉุกเฉิน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ 3 สี ได้แก่
 1. สีแดงคือ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอันตรายถึงชีวิตจำเป็นต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน
 2. สีเหลือง
 3. สีเขียว โดยผู้ป่วยฉุกเฉินสีแดงจะได้รับการดูแลตามกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยไม่มีการถามสิทธิ์และไม่มีการปฏิเสธการรักษา มีการประเมินระดับความรุนแรงภายใน 15 นาทีหลังรับผู้ป่วย และแจ้งผลประเมินให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบ ทั้งนี้โรงพยาบาลจะดูแลรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นจนพ้นวิกฤติ กำหนดระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังป่วย หรือ 3 วันทำการ จากนั้นหากยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อ จะมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลตามสิทธิ์ที่โรงพยาบาลต้นสังกัดจนหายป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มสีเหลืองและสีเขียวซึ่งไม่ถือเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจะได้รับการแนะนำข้อมูลการรักษาต่อไป โดยประชาชนที่มีความเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถโทรศัพท์แจ้งขอความช่วยเหลือได้ที่หมายเลข 1669 ตลอด 24 ชั่วโมง
2. จะมีการจัดตั้งสำนักงานบริหารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล ในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



เพื่อเป็นกลไกทำหน้าที่บริหารจัดการระบบในทุกมิติบริหาร และตรวจสอบระบบการเบิกจ่ายค่าบริการ รับอุทธรณ์เรื่องร้องเรียน และมีอำนาจตัดสินใจแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนประชาชนและโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง 3. จะจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดราคาบริการฉุกเฉิน ประกอบด้วย ทีมวิชาการด้านระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิจากภาคเอกชน ทีมวิชาการโรงพยาบาลเอกชน โดยมีผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีผู้บริหารสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นเลขานุการ

สร. เร่งสร้าง “ภูมิคุ้มกัน” ป้องระบบธรรมาภิบาล ระบบคุณธรรม หน่วยงานในสังกัดทุกระดับ

นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศเพื่อให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพ เกิดความเสมอภาคและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ซึ่งขณะนี้สาเหตุการเจ็บป่วยของคนไทยเปลี่ยนแปลงจากอดีต ร้อยละ 70 ของการป่วยเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เหลืออีกร้อยละ 30 เกิดจากการติดเชื้อและการบาดเจ็บต่าง ๆ ค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงขึ้นเป็นร้อยละ 4.1 ของผลิตภัณฑ์รวมของประเทศหรือจีดีพี การเข้าถึงบริการยังมีความเหลื่อมล้ำกัน จำเป็นจะต้องเร่งพัฒนาแก้ไขปรับปรุงระบบบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพ ซึ่งที่ผ่านมายังมีข้อจำกัด ขาดการจัดการเชิงโครงสร้างหรือเชิงระบบ ขาดกลไกความเชื่อมโยงการบูรณาการ ทำให้มีการทบทวนบทบาท ภารกิจ การกำหนดทิศทางการพัฒนาการดำเนินงาน และสร้างกลไกการอภิบาลระบบในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปของประเทศ เรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญและต้องการให้เกิดขึ้นในช่วงที่มีการปฏิรูปประเทศขณะนี้ 2 เรื่องหลัก เรื่องแรกคือ การสร้างระบบคุณธรรมจริยธรรมควบคู่ไปกับการปรับปรุงรูปแบบและวิธีการทำงาน เพื่อ



ให้การบริหารราชการแผ่นดินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยส่งเสริมให้ผู้บริหารหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับตั้งแต่เขตสุขภาพ สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยึดการบริหารจัดการภายใต้ระบบคุณธรรม โดยเฉพาะที่เป็นปัญหาหลักของราชการ 2 เรื่องคือ การแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการเกือบทุกระดับ และการแทรกแซงการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อให้เกิดความโปร่งใส ขจัดปัญหาการทุจริต ประการที่ 2 คือ การสร้างกลไกการเฝ้าระวังตรวจสอบและถ่วงดุลการบริหารราชการ โดยส่งเสริมให้บุคลากรทุกสายวิชาชีพซึ่งมี 25 วิชาชีพ ร่วมทำหน้าที่ปกป้องเป็นเสมือนภูมิคุ้มกันระบบให้เข้มแข็ง ยั่งยืน เป็นหน่วยงานที่ทำงานพิทักษ์ผลประโยชน์เพื่อประชาชน ซึ่งจะทำให้ระบบราชการมีความโปร่งใส เข้มแข็ง เป็นที่ศรัทธาเชื่อมั่นทุกฝ่าย

ร.พ.ศิริราช ได้รับการรับรอง กระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า

ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เข้ารับประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) จาก ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานมอบประกาศนียบัตรในพิธีเปิดการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 16 ภายใต้หัวข้อ “จินตนาการสร้างสรรค์คุณภาพ (Imagination for Quality)” ซึ่งจัดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี ซึ่งการได้รับรองมาตรฐานและบริการสุขภาพโรงพยาบาล สรพ. ได้ส่งคณะผู้ตรวจประเมินเข้าเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินโรงพยาบาลศิริราช 2 ช่วงใน 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน (compliance) วันที่ 29-30 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 และขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลการดำเนินการตามระบบงานโดยผู้เยี่ยมสำรวจ โดยการตรวจเยี่ยมหน่วยงาน และการสัมภาษณ์เพื่อดูผลลัพธ์ของประสิทธิภาพของแต่ละขั้นตอนในวันที่ 4-6 มิถุนายน พ.ศ. 2557 โดยจะมีระยะเวลารับรอง 3 ปี ตั้งแต่วันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2557 – วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2560



ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย จัดฝึกอบรม ความรู้พื้นฐานทางการวิจัยสำหรับแพทย์ประจำบ้าน



ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย จัดฝึกอบรมการอบรมความรู้พื้นฐานทางการวิจัยสำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยศาสตร์ สาขาต่าง ๆ ให้มีความรู้ความสามารถด้านศัลยกรรม และจะต้องมีแนวคิดทางด้านการวิจัย ระหว่างวันที่ 25-29 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ณ ห้องประชุม อาคาร อปร. ชั้น 3 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่าลงทะเบียน 2,500 บาท (มีตำราวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้ 1 เล่ม) ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.surgeons.or.th/การอบรมความรู้พื้นฐานทางการวิจัย ปี 2558 กรอกใบสมัคร พร้อมใบโอนเงิน และส่งมาที่ E-mail: rcst.research@gmail.com (ไม่ต้องส่งเอกสารฉบับจริง) จะยืนยันการเข้าร่วมการอบรมฯ ทาง E-mail สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ นางกมลภักดิ์ เจือทอง โทรศัพท์ 0-2716-6141-3



สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

สภากาชาดไทย ร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3

ASEAN Active Ageing 2015



สยามบรมราชกุมารี ทรงเจริญพระชนมายุครบ 60 พรรษา ในปี พ.ศ. 2558 จึงขอเรียนเชิญแพทย์ นักวิชาการ นักวิจัย หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และทุกท่านที่สนใจได้เข้าร่วมนำเสนอผลงานและเข้าร่วมประชุมดังกล่าว เพื่อการพัฒนาและเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต

ศ.พญ.นิจศรี ชาญณรงค์ ประธานอนุกรรมการวิชาการด้านการแพทย์ กล่าวว่า การจัดประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3 ASEAN Active Ageing 2015 จะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 22-24 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยจะเน้นการบูรณาการศาสตร์ของผู้สูงอายุในทุกมิติ (integrative) และขยายไปสู่องค์ความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในภูมิภาคอาเซียน รวมทั้งการระดมสมองและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้เกิดแนวคิดและทิศทางที่อาจใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการและเป็นต้นแบบใหม่ของศูนย์ดูแลรักษาผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาคาร ส.ธ. (อาคารผู้สูงอายุ)

โดยการประชุมในครั้งนี้ 3 นี้จะแบ่งหัวข้อเป็น 2 ด้านคือ ด้านการแพทย์ (Bio-Medical aspects) และด้านสหสาขาบูรณาการ (Integrative aspects) เพื่อส่งเสริม

สภากาชาดไทย ร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เตรียมความพร้อมการจัดประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3 ASEAN Active Ageing 2015 เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อุปนายิกาผู้อำนวยการสภากาชาดไทย เนื่องในโอกาสทรงเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา โดยกำหนดจัดขึ้นระหว่างวันที่ 22-24 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

รศ.นพ.โสภณ นภาธร ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย **คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และประธานคณะกรรมการดำเนินงานจัดการประชุมฯ** กล่าวว่า สังคมไทยกำลังก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ การบริการทุกด้านจะเปลี่ยนไป ซึ่งจะมีผู้สูงอายุที่ต้องการบริการและการดูแลมากขึ้น พร้อมกับผู้สูงอายุจะมีบทบาทสำคัญในทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม การศึกษา สภากาชาดไทยโดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยคณะแพทยศาสตร์ได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จึงได้จัดการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2550 ครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2553 และการจัดการประชุม ครั้งที่ 3 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าของความรู้ความเข้าใจด้านการแพทย์ สังคมศาสตร์ และการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ ผลงานศึกษาวิจัยประสบการณ์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการปรับปรุงบริการและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ พร้อมทั้งส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบถ้วนในระดับนานาชาติ และเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

การประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3 ASEAN Active Ageing 2015 จัดขึ้นเพื่อเป็นการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ



ให้นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ได้แลกเปลี่ยนและเพิ่มพูนความรู้ในด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนางานและส่งเสริมให้ประชาชนหน่วยงานรัฐบาลทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค องค์กรสาธารณประโยชน์ มูลนิธิและชุมชน ได้รับความรู้ความเข้าใจในด้านผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต้นแบบบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวและการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย ประเทศในอาเซียนและประเทศอื่น ๆ อีกทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในการพัฒนาสังคมสูงวัยต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่ยังไม่สูงอายุและผู้สูงอายุเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมศักดิ์ศรี มีความสุขเต็มเปี่ยมด้วยพลัง และมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง

ในส่วนเนื้อหาของการประชุมจะประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ หัวข้อทางด้านการแพทย์ และหัวข้อทางด้านสุขภาพบูรณาการ โดยหัวข้อทางด้านการแพทย์ประกอบด้วย การบรรยายพิเศษจากนักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ หัวข้อผู้สูงอายุที่สุขภาพดี, โลกที่ไร้วัยเกษียณฯ และสภาพาชาชาติไทยกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และมีหัวข้อการประชุมอื่น ๆ ที่น่าสนใจ ได้แก่

- เวชศาสตร์ชะลอวัย (มิติใหม่ทางการแพทย์)
- การวินิจฉัยเบื้องต้นและการป้องกันโรคสมองเสื่อม
- การตรวจเช็คสุขภาพและคัดกรองโรคมะเร็งในผู้สูงอายุ (จำเป็นหรือมากเกินไป)
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (เมื่อไหร่จะหยุดใช้เทคโนโลยี)
- โรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ
- โรคหลอดเลือดแข็งที่เกิดกับหัวใจ สมอง
- โรคฟันในผู้สูงอายุ
- โรคข้อเสื่อม (จะหลีกเลี่ยงการผ่าตัดได้หรือไม่)

นอกจากนี้ยังจะมีการเสวนาและ Symposium ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆ เช่น สสส. กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และยังคงมีนิทรรศการแสดงเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุอีกด้วย



ผศ.ดร.วิรสิทธิ์ ลิทธิไตรย์ ประธานอนุกรรมการวิชาการด้านสหสาขาบูรณาการ กล่าวถึงจุดเด่นของการประชุมในครั้งนี้ว่า เป็นครั้งแรกที่มีการขยายหัวข้อด้านสหสาขาบูรณาการมากขึ้นประมาณ 40 หัวข้อ ซึ่งเป็นการมองมิติที่หลากหลายสอดคล้องกับความจริงที่ว่า ในเมื่อเรามองผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคนก็มีมิติหลากหลายคาบเกี่ยวกัน ทั้งด้านสุขภาพอนามัย จิตใจ ศรัทธา ความเชื่อ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การสื่อสาร เทคโนโลยี การดูแลการใช้ชีวิต การอยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม อีกทั้งจะมีตัวอย่างจริงจากชุมชนและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ รวมทั้งบทเรียนจากต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศในกลุ่มอาเซียนด้วย

สำหรับหัวข้อที่น่าสนใจมีหลากหลาย เช่น การสร้างความปรองดองในคนต่างวัยเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ, สมุนไพรและประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ: จริงหรือเท็จ, ผู้สูงอายุทรงพลัง, เมืองที่ไม่เร่งรีบเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ, สภาพาชาชาติไทยกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต, นวัตกรรมในการเฝ้าระวังความว้าวุ่น, สมาร์ทโฟนกับผู้สูงอายุ ช่วยได้หรือเลวร้ายลง และเทคโนโลยีใหม่สำหรับผู้สูงอายุทรงพลัง เป็นต้น

“ขอเชิญชวนผู้สูงอายุและผู้ที่ยังไม่สูงอายุจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั่วประเทศมาร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และเสนอแนะเพื่อเตรียมตนเองให้เป็นผู้สูงอายุที่ทรงพลัง และเพื่อเตรียมประเทศไทยในการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ” **รศ.นพ.โตภณ** กล่าวทิ้งท้าย

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โทรศัพท์ 0-2256-4455, 0-2256-4466 ต่อ 13-18, 09-3865-5793 โทรสาร 0-2256-4455 ต่อ 23 E-mail: ageingconference@chula.ac.th หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมทาง www.ageing.md.chula.ac.th





“เพร็พ” (PrEP) วิธีป้องกันเอชไอวีรูปแบบใหม่ ชวน “ชายรักชายไทย” ป้องกัน “ก่อน” สัมผัสเชื้อ

อดัมส์ เลิฟ

(www.adamslove.org)

โครงการรณรงค์สุขภาพ
ของชายรักชาย เปิดตัว
แคมเปญรณรงค์ล่าสุด
“เพร็พ-30” ที่ส่งเสริมให้

ชายรักชายและสาวประเภทสองซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมารับ “เพร็พ” (Pre-exposure prophylaxis) หรือวิธีการป้องกันด้วยการให้ยาต้านไวรัส “ก่อน” การสัมผัสเชื้อเอชไอวี ที่ถือเป็นการป้องกันเอชไอวีรูปแบบใหม่ล่าสุด พร้อมเปิดให้บริการแล้ววันนี้ในราคาเพียง 30 บาทต่อวัน ณ คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

จากสถิติเมื่อปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีกลุ่มชายรักชายไทยที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครอัตราเฉลี่ย 1 ใน 3 ติดเชื้อเอชไอวี และคาดว่าอีกไม่กี่ปีข้างหน้าจะมีผู้ติดเชื้อใหม่ในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น อาจทำให้อัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นสูงถึง 54% ด้วยเหตุนี้ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย จึงสานต่อปฏิบัติการเชิงรุกด้วยการเปิดตัวบริการใหม่ล่าสุด “เพร็พ-30” หรือการจ่ายยาต้านไวรัสเพื่อป้องกัน “ก่อน” การสัมผัสเชื้อเอชไอวี หรือที่เรียกว่า “เพร็พ” ให้แก่ชาวไทยและชาวต่างประเทศ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมป้องกันเอชไอวีที่ประกอบด้วยการให้คำปรึกษา การตรวจเอชไอวี ตรวจไวรัสตับอักเสบบี และตรวจการทำงานของไต ตลอดจนให้คำแนะนำด้านการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น ด้วยค่าบริการเพียง 30 บาทต่อวัน โดย “เพร็พ” ยังได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการพิสูจน์ทางคลินิกแล้วว่าสามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีได้มากถึง 90% เมื่อรับประทานอย่างต่อเนื่องทุกวัน



ศ.กิตติคุณ นพ.ประพันธ์ ภาณุภาค



ศ.กิตติคุณ นพ.ประพันธ์ ภาณุภาค ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย กล่าวว่า “เพร็พ คือวิธีการป้องกันเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ และควรใช้ควบคู่กับการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อลดอัตราความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีให้ได้มากที่สุด อย่างไรก็ตาม เพร็พก็ไม่ได้มาทดแทนการใช้ถุงยางอนามัย และไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้”

ทั้งนี้ อดัมส์เลิฟได้รับการสนับสนุนจากกองทุนแมคเอดส์ฟันด์ (M.A.C. AIDS Fund) โดยมีแผนที่จะประชาสัมพันธ์บริการ “เพร็พ-30” ไปทั่วภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก่อนช่วงเทศกาลสงกรานต์ที่กำลังจะมาถึงในเดือนเมษายนนี้ให้แก่ชายรักชายทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่วางแผนจะมาท่องเที่ยวในช่วงเทศกาลสงกรานต์และอาจมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยทางอดัมส์เลิฟได้เตรียมพร้อมให้บริการคำปรึกษาออนไลน์ และความช่วยเหลือสำหรับผู้ที่ต้องการมารับบริการเพร็พ ทางเว็บไซต์ www.adamslove.org ซึ่งเป็นเว็บไซต์ที่ได้รับความนิยมอย่างสูงจากกลุ่มชายรักชายทั่วโลก ในฐานะแหล่งข้อมูลด้านเอชไอวีที่น่าเชื่อถือมากที่สุด โดยตั้งแต่เปิดตัวมาเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2554 เว็บไซต์มียอดผู้เข้าชมกว่า 1.3 ล้านคนจากทั่วโลก มีการคลิกดูข้อมูลรวมกว่า 149 ล้านครั้ง รวมทั้งมีคนที่เปิดอ่านถึง 11 ล้านหน้า นอกจากนี้ยังได้รับทุนสนับสนุนจากองค์กรวิฟ เฮลท์แคร์ (ViV Healthcare) และมูลนิธิเพื่อการวิจัยด้านโรคเอดส์แห่งสหรัฐอเมริกา (amfAR) ในการขยายโครงการไปยังประเทศอินโดนีเซียและมาเลเซีย ภายใต้ชื่อ “TemanTeman.org” เพื่อช่วยหยุดการแพร่กระจายของเอชไอวีและโรคเอดส์ในภูมิภาคนี้ และมีเป้าหมายที่จะขยายไปยังได้วันภายในสิ้นปี พ.ศ. 2558 อีกด้วย

เปิดขั้นตอน North Sky Doctor

สู่ความสำเร็จในการช่วยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตกว่า 100 ราย



เปิดขั้นตอน “การลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทางอากาศยานในพื้นที่ภาคเหนือ (North Sky Doctor) สู่ความสำเร็จในการช่วยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตกว่า 100 ราย ระบุแนวโน้มเทคโนโลยีการสื่อสารมาประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ ลดเวลาการประสานงาน เร่งพัฒนาทีมแพทย์ให้มีความพร้อมอยู่เสมอ

ในการจัดประชุมคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) สัปดาห์ ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2558 ที่จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจัดขึ้นโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ระหว่างวันที่ 12-14 มีนาคม ที่ผ่านมากพฉ. และคณะได้เดินทางไปชมการสาธิตการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินโดยอากาศยานที่กองบิน 41 ซึ่งใช้ในการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน โดยส่วนใหญ่เป็นการลำเลียงผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร เลขาธิการ สพฉ. กล่าวว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทางอากาศยานเริ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 โดยความร่วมมือระหว่าง สพฉ. กระทรวงสาธารณสุข กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลกรุงเทพ บริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่ห่างไกล หรือพื้นที่ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยพาหนะปกติได้ โดยปัจจุบันมีอากาศยานที่ใช้ในการปฏิบัติการฉุกเฉินประมาณ 100 ลำ และมีจุดศูนย์กลางการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศยาน 6 จุด ใน 5 ภูมิภาค ภาคเหนือที่เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่นครราชสีมา ภาคกลางที่กรุงเทพมหานคร ภาคใต้ตอนบนที่สุราษฎร์ธานี และภาคใต้ตอนล่างที่ปัตตานี โดยตั้งแต่เริ่มใช้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้กว่า 190 ราย

สำหรับพื้นที่ภาคเหนือตอนบนถือเป็นพื้นที่ต้นแบบที่มีการพัฒนาการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ที่มีการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศยานมากที่สุด เนื่องด้วยลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาที่ทำให้บางครั้งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถพยาบาลฉุกเฉินปกติต้องใช้เวลาลาย

ชั่วโมง ส่งผลต่อโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุโดยเฉพาะบาดเจ็บทางศีรษะที่ต้องได้รับการผ่าตัดสมองอย่างเร่งด่วน โดยขั้นตอนของการขอใช้นั้นจะต้องได้รับการประเมินจากแพทย์อำนวยการในพื้นที่หรือแพทย์ที่รักษาว่าจำเป็นต้องลำเลียงหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยานเพื่อประโยชน์ต่อการช่วยชีวิตหรือป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ จากนั้นจะมีการประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด (ศูนย์ 1669) หรือ สพฉ. เพื่อประเมินความเหมาะสมให้คำแนะนำในการเตรียมผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนการลำเลียงทางอากาศ และขออนุมัติลำเลียงภายในเวลา 10 นาที และนอกจากการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแล้ว ยังมีการใช้อากาศยานทางการแพทย์ลำเลียงยาหรือเวชภัณฑ์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการขนย้ายอวัยวะหรือชิ้นส่วนของมนุษย์เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินด้วย

ด้าน นพ.บุญฤทธิ์ คำทิพย์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ กล่าวว่า จากสถิติการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินในเขตพื้นที่ภาคเหนือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-มีนาคม พ.ศ. 2558 สามารถช่วยเหลือลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินได้กว่า 100 ราย รอดชีวิตถึง 83 ราย ส่วนใหญ่ลำเลียงมาจากโรงพยาบาลต้นทางในจังหวัดแม่ฮ่องสอน น่าน และอำเภอรอบนอกของจังหวัดเชียงใหม่ มายังโรงพยาบาลปลายทางคือ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลประสาท มีพาหนะเป็นอากาศยานทั้งเครื่องบินและเฮลิคอปเตอร์ โดยผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

ทั้งนี้ การลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ภาคเหนือได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเรื่องของเวลาในการประสานงาน ทางจังหวัดเชียงใหม่จึงได้ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารให้เป็นประโยชน์ โดยจัดทำแอปพลิเคชัน north sky doctor เพื่อใช้ในการติดต่อประสานงานการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะ ส่งผลให้การประสานงานและการส่งการลำเลียงผู้ป่วยมีความรวดเร็วมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาทีมและอุปกรณ์ให้มีความพร้อมอยู่เสมอ



เดินหน้าหรือทบทวน ร่าง พ.ร.บ.กองทุนคุ้มครองผู้เสียหาย “คุ้มครอง” ต้อง “คุ้มค่า”

ยังคงไม่มีบทสรุปสำหรับร่าง พ.ร.บ.กองทุนคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ซึ่งมีทั้งกลุ่มที่เห็นด้วยและเห็นต่าง โดยกลุ่มที่เห็นด้วยพิจารณาแล้วว่า กองทุนดังกล่าวจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยทุกคนโดยไม่พิจาณญาณคดี ไม่ว่าจะอยู่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ขณะที่กลุ่มเห็นต่างและคัดค้าน มองว่าการยกร่าง พ.ร.บ.ใหม่ที่มีการตั้งกองทุนพิเศษขึ้นมาจะเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณ พร้อมแนะว่าควรใช้กฎหมายที่มีอยู่คือ มาตรา 41 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยขยายวงเงินช่วยเหลือและขยายให้ครอบคลุมประชาชนทุกสิทธิการรักษาพยาบาล

**สส. ดันร่าง พ.ร.บ. จัดเวทีรับฟังความเห็น
หวังความชัดเจน-เป็นธรรม ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ**



นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์



สัมมนารับฟังความคิดเห็น

นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) กระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยว่า ที่ผ่านมา ปัญหาการฟ้องร้องระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีจำนวนมาก ส่วนหนึ่งมาจากความไม่เข้าใจกันในเรื่องผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข เป็นปัญหาที่คาราคาซังมาตลอด ก่อนหน้านี้นักดประชาชนพยายามผลักดันร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เพื่อคาดหวังว่าจะเป็นกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยทุกคน ไม่ว่าจะอยู่ใน

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แต่ก็ยังมีกระแสเห็นต่างอยู่ตลอด เนื่องจากมองว่าอาจไม่มีการเอาผิดแพทย์ ทั้งที่ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้เกิดจากความผิดพลาดจากการรักษา

“เพื่อประโยชน์ทุกฝ่าย คณะทำงานร่างกฎหมายของ สบส. ได้จัดทำร่างกฎหมายดังกล่าวขึ้น แต่เปลี่ยนชื่อใหม่ว่า ร่าง พ.ร.บ.กองทุนคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข เพื่อให้ชัดเจนว่าจะเป็นกองทุนช่วยเหลือทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยกรณีได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข โดยจะไม่มี การพิสูจน์ว่าใครถูกใครผิด เน้นการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม”

นพ.ธเรศ กล่าว
ทั้งนี้ สบส. ได้จัดการสัมมนารับฟังความคิดเห็นร่าง พ.ร.บ.กองทุนคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... เพื่อดำเนินการปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.ดังกล่าว ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุร่าง พ.ร.บ.ดังกล่าวไว้ในแผนพัฒนากฎหมาย

ของกระทรวงสาธารณสุข และได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานทำหน้าที่ศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการเยียวยาผลกระทบหรือความเสียหายจากการให้หรือการรับบริการสาธารณสุข โดยการจัดเวทีสัมมนา รับฟังความคิดเห็น เน้นหลักการที่แตกต่างจากหลักการฉบับเดิมใน 10 หลักการคือ 1. หลักการเยียวยา 2. หลักการชดเชย 3. กลไกการขอรับเงินชดเชย 4. ผู้ได้รับผลกระทบ

ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติ ต้องดำเนินการได้เฉพาะตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนดไว้ 5. การยุติคดีแพ่ง 6. การฟ้องคดี ต้องฟ้องกองทุนหรือสำนักงาน 7. การคุ้มครองผู้ให้บริการสาธารณสุข 8. กรณีอาญา หากผู้ให้บริการถูกฟ้องเป็นจำเลย ศาลสามารถลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดหรือไม่ลงโทษเลยได้ เว้นแต่กรณีทำความผิดที่จงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง 9. ผู้ให้บริการสาธารณสุขไม่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน และ

10. กำหนดองค์ประกอบของคณะกรรมการจะทำหน้าที่กำหนดแนวทางในการเยียวยาผลกระทบหรือความเสียหายจากการให้หรือรับบริการสาธารณสุข

“ที่ผ่านมา สบส. ได้มีการจัดทำประชาพิจารณ์มา 4 ภาค คือ ภาคใต้ที่ จ.นครศรีธรรมราช, ภาคเหนือที่ จ.เชียงใหม่, ภาคตะวันออกที่ จ.ขอนแก่น และภาคกลางที่กรุงเทพฯ โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขทุกจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน องค์กรแพทย์ คณะอนุกรรมการมาตรา 41 ระดับจังหวัด กลุ่มงานประกันสังคม ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย เขตสุขภาพ คณะแพทย์ในพื้นที่ โรงพยาบาล พร้อมด้วยภาคผู้รับบริการ เครือข่ายภาคประชาชน เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ และภาคสมาชิกวิชาชีพและผู้ให้บริการส่วนอื่น ๆ โดยมีสภาวิชาชีพทุกวิชาชีพและหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (บุคลากรทางการแพทย์สังกัดกระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ร่วมเข้าเวทีประชาพิจารณ์เสนอความคิดเห็น ก่อนจะประมวลและเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) ต่อไป” **นพ.ธเรศ** กล่าว

แพทยสภาค้านร่าง พ.ร.บ. ชี้นำเปลี่ยนงบประมาณ ขยายมาตรา 41 ให้ครอบคลุม



คณะกรรมการแพทยสภา

ศ.นพ.สมศักดิ์ ไล่ให้เลขา นายกแพทยสภา กล่าวว่า ร่าง พ.ร.บ. กองทุนคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ซึ่งเป็นการตั้งกองทุนใหม่นั้น เป็นการเสียงบประมาณของประเทศชาติโดยไม่จำเป็น ควรใช้กองทุนที่มีอยู่เดิม กองทุนใหม่นี้ซ้ำซ้อนกับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งใน สปสช. มีอนุกรรมการรับเรื่องร้องทุกข์ (ทุกจังหวัด) ถ้าจ่ายเงินให้ทุกคนที่เดือดร้อนโดยไม่พิจารณาถูกผิดจะทราบได้อย่างไรว่าผลกระทบที่เกิดขึ้น เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรค หรือเป็นผลกระทบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากการรักษาพยาบาล อีกทั้งคนที่พิจารณาไม่ได้มีความรู้ทางการแพทย์จะพิจารณาได้อย่างไร ถ้าไม่ดูรายละเอียดแล้วจะป้องกันปัญหาในอนาคตได้อย่างไร



ถ้าแพทย์ไม่ได้มาตรฐานหรือทำผิดข้อบังคับจริยธรรมของแพทยสภา ก็ต้องส่งแพทยสภาพิจารณาอยู่แล้ว

สำหรับการจ่ายเงินง่าย ๆ จะทำให้มีการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น และการจ่ายเงินทุกรายจะทำให้แพทย์ไม่ต้องอธิบายกับผู้ป่วย ซึ่งประเด็นความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วย ต้องการให้แพทย์สื่อสาร อธิบายให้ผู้ป่วยทราบปัญหาและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นให้ชัดเจน จะได้ไม่เกิดการร้องเรียนหรือฟ้องร้อง แต่กฎหมายนี้การอธิบายและไม่อธิบายไม่มีผลแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการจ่ายเงินเหมือนกัน ถ้ามีผลกระทบเกิดขึ้น แพทย์ก็ไม่ต้องอธิบายอีกต่อไป เงินที่ใช้ในการรักษาพยาบาลจะถูกตัดไป เนื่องจากต้องไปจ่ายชดเชยให้ผู้ป่วย ทำให้คุณภาพลดลง และแพทย์จะทำการรักษาอย่างป้องกันตัวเองมากขึ้น



“สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ การจ่ายเงินโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดจะทำให้มีคนเข้ามาขอเงินมากขึ้น ทั้งที่ควรมีการพิสูจน์ว่าผลกระทบเกิดขึ้นตามธรรมชาติจากโรคของเขาเอง หรือเกิดจากการรับบริการ ซึ่งจะช่วยให้สามารถป้องกันสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในอนาคต และหากแพทย์ทำผิดมาตรฐานจริง แพทยสภาก็ดำเนินการแน่นอน ที่ผ่านมาความพยายามให้แพทย์คุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ทราบถึงกระบวนการรักษาว่ามีความเสี่ยงอะไรบ้าง แล้วผู้ป่วยยอมรับความเสี่ยงได้หรือไม่ ถ้ารับได้ก็ทำ รับไม่ได้ก็ไม่ทำ ซึ่งในการพูดคุยกันนี้ เมื่อเกิดผลกระทบขึ้นมา เขาก็จะยอมรับและลดการฟ้องร้องแพทย์ลงไป แต่การตั้งกองทุนใหม่ให้เอาเงินโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแย่ลง” **ศ.นพ.สมศักดิ์** กล่าว

ศ.นพ.สมศักดิ์ กล่าวเพิ่มเติมว่า แพทยสภาเห็นด้วยกับการช่วยเหลือผู้ป่วย หากผู้ป่วยเดือดร้อนจากการกระทำของแพทย์ จะต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ แต่ในความช่วยเหลือนั้น ต้องพิจารณาว่าเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรค หรือเป็นผลกระทบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากการรักษาพยาบาล ซึ่งในการจัดตั้ง พ.ร.บ.ใหม่ที่มีการตั้งกองทุนขึ้นมาพิเศษ มองว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงงบประมาณมาก เพราะจะต้องมีการตั้งสำนักงาน ตั้งคณะกรรมการและอนุกรรมการย่อย ๆ อีก แต่ละคนได้รับเงินเดือนเป็นแสน ๆ ซึ่งการตั้งกองทุนชนิดที่เงินเหลือไม่ต้องส่งคืนคลังแบบนี้มีจำนวนมากในวงการสาธารณสุข ขณะที่กฎหมายที่มีอยู่คือ มาตรา 41 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น ไม่จำเป็นต้องตั้งอะไรเพิ่มเติม เพราะ สปสช. ก็ดำเนินการได้ดี มาตลอด โดยมีการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้ป่วยไปประมาณปีละ 200 ล้านบาท ซึ่งสามารถนำมาพิจารณาร่วมกันและขยายวงเงินเพิ่มเติมได้ รวมทั้งขยายให้ครอบคลุมประชาชนทุกสิทธิ แต่หากยังมีการผลักดัน พ.ร.บ.ฉบับดังกล่าวอยู่ ก็อาจจะต้องมีการออกมาเคลื่อนไหว

ศ.คลินิก นพ.อำนาจ กุศลนันท์ อุปนายกแพทยสภา คนที่ 1 กล่าวว่า แพทยสภาเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาลทั้งฝ่ายผู้ป่วยและผู้รักษาพยาบาล จึงได้เสนอขอแก้ไขมาตรา 41 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ขยายครอบคลุมทั้ง 3 กองทุน ทั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และเน้นการช่วยเหลือแบบสิ้นสุดเลย โดยเมื่อรับเงินช่วยเหลือแล้วต้องยุติการฟ้องร้อง รวมทั้งได้ขยายวงเงินให้มีเพดานสูงสุดถึง 2,000,000 บาท จากปัจจุบันกำหนดอัตราการจ่ายเงินชดเชยกรณีเสียชีวิต 400,000 บาท กรณีพิการจ่าย 240,000 บาท และกรณีติดเชือรุนแรงหรือเกิดความเสียหายอื่น ๆ จ่าย 100,000 บาท ซึ่งแพทยสภาได้เสนอไปแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 และถ้าดำเนินการตามที่แพทยสภาเสนอ ประชาชนจะได้รับความคุ้มครองและได้รับเงินช่วยเหลือเยียวยาในทันที แพทย์ก็จะมีความกล้าในการช่วยชีวิตผู้ป่วยเพราะว่าเมื่อรับเงินแล้วก็ต้องยุติการฟ้องร้อง ไม่ต้องวิตกกังวลและที่สำคัญที่สุดคือ ไม่ต้องเปลี่ยนแปลงงบประมาณภาษีอากรของประชาชนในการจัดตั้งกองทุนใหม่ ซึ่งแพทยสภาได้นำร่างกฎหมายดังกล่าวเสนอกระทรวงสาธารณสุขไปแล้ว และจะเสนอร่างฯ ดังกล่าวต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ สภาปฏิรูปแห่งชาติ และรัฐบาลอีกครั้งหนึ่ง

นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์ เลขาธิการแพทยสภา กล่าวว่า เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 ปีที่มีการแสดงออกและคัดค้านร่าง พ.ร.บ.ดังกล่าว แพทยสภามีมติชัดเจนในการคัดค้านมาโดยตลอด เป็นมติของกรรมการแพทยสภา รวมถึงเป็นมติของภาคีวิชาชีพ

ทั้งแพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ ซึ่งเห็นว่าไม่มีการพิสูจน์ความจริง คงเป็นไปไม่ได้ ต้องมีการพิสูจน์

“แพทยสภานั้นยืนติดอยู่แล้ว แต่ถ้าจะคุ้มครองต้องคุ้มค่า ไม่ใช่คุ้มครองกันแบบประชานนิยมจนเกินไป ผมคิดว่าเรื่องนี้ต้องล้มโต๊ะแล้วเริ่มกันใหม่ วิถีขณะนี้ไม่เหมาะสมจะตั้งกองทุนใหม่ จะเห็นได้ว่ารัฐบาลปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นพาณิชย์บ้าน ภาษีมรดก ภาษีที่ดิน ก็มีความพยายามจะเรียกเก็บเพื่อรักษาประสิทธิภาพค่าใช้จ่ายของประเทศ อยากเรียนว่าคุ้มครองต้องคุ้มค่าจริง ๆ ร่าง พ.ร.บ.นี้ในสังคมแพทย์เท่าที่สำรวจและที่ปรากฏจริง ๆ มีการคัดค้านสูง ขอให้ระมัดระวังในการที่จะออก พ.ร.บ.ดังกล่าว” **นพ.สัมพันธ์** กล่าว

สร. ชี “เห็นต่าง” ต้อง “หารือ”



ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงการผลักดันร่าง พ.ร.บ.กองทุนคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ว่า ขณะนี้ สปสช. อยู่ระหว่างรับฟังความเห็น จากนั้นจะนำเสนอเข้าที่ประชุม ครม. อยากให้มีกฎหมายลักษณะ

คุ้มครองประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์โดยไม่มีการพิสูจน์ถูกผิด ยกเว้นกรณีที่เกิดขึ้นเพราะความประมาท ในส่วนที่แพทยสภาออกมาคัดค้านว่าไม่ควรมีความหมายตัวนี้ แต่ให้ไปแก้ที่มาตรา 41 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาภาครัฐ และขยายวงเงินให้การช่วยเหลือเพิ่มเติมแทนนั้น ความเห็นต่างตรงนี้ก็เป็นเรื่องที่ดี ก็ต้องมาหารือกัน

ไม่ว่าจะเดินหน้าหรือหยุดทบทวน คงเป็นคำถามที่ชวนขบคิด เพราะการแก้ไขปัญหามันต้องไม่เป็นการสร้างปัญหาไปในขณะเดียวกัน และที่สำคัญคือต้องสร้างความพึงพอใจให้แก่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างชัดเจน เป็นธรรมโดยไม่มีข้อโต้แย้ง...





ผศ.นพ.ธนรัตน์ บุญเรือง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สร้างความสมดุลระหว่างผู้ปฏิบัติงาน กับความต้องการของผู้รับบริการ



จากวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ตั้งใจมุ่งมั่นให้เป็นโรงพยาบาลชั้นนำที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ พัฒนาโรงพยาบาลให้มีศักยภาพระดับสูงสุดของประเทศในการดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อน มาตรฐานเทียบเท่าสหรัฐอเมริกา ตลอดระยะเวลาเกือบ 40 ปีที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้ก่อตั้งขึ้นเพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นคุณภาพที่ผู้ป่วยพึงได้รับ เพื่อเป็นต้นแบบที่ดีสำหรับการเรียนรู้ การวิจัย การฝึกอบรม และหล่อหลอมนักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านให้มีลักษณะของแพทย์ที่พึงประสงค์

เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้มีคำสั่งแต่งตั้ง ผศ.นพ.ธนรัตน์ บุญเรือง เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์คนใหม่ แทน ผศ.นพ.จิต เพชรพิเชฐเกียรติวีกุล ซึ่งการดำเนินงานของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์จะเป็นอย่างไร และจะก้าวไปสู่ทิศทางใดนั้น ผู้อำนวยการคนใหม่กล่าวว่า

“อันที่จริง ผมเป็นคนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เริ่มเรียนที่นี่ จนกระทั่งจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อปี พ.ศ. 2535 ชีวิตการทำงานก็เริ่มต้นขึ้นที่นี่เช่นกัน โดยผมทำงานเป็นแพทย์ใช้ทุนในภาควิชา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2535 หลังจากนั้นจึงเข้าสู่เส้นทางของการเป็นอาจารย์ในปี พ.ศ. 2538”



สำหรับเส้นทางสู่การทำงานบริหาร ผศ.นพ.ธนรัตน์ เล่าว่า จากบุคลิกภาพและประสบการณ์ที่ผ่านมา หลังจากทำงานในภาควิชา ทำให้ผู้ใหญ่สังเกตเห็นว่าเราสามารถจะทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ จึงได้รับการแต่งตั้งเป็นรองหัวหน้าภาควิชา ฝ่ายบริการ ดูแลเรื่องการบริการผู้ป่วยประมาณ 3-4 ปี หลังจากนั้นได้รับการคัดเลือกให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ติดต่อกัน 2 สมัย สมัยแรกคือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2551-2554 และสมัยที่ 2 คือ พ.ศ. 2555-2559 (ซึ่งยังไม่หมดวาระแต่ได้รับการคัดเลือกให้รับตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล) นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นกรรมการบริหารคณะแพทยศาสตร์ และคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ในคณะ ซึ่งนับว่าเป็นโอกาสที่ดีที่ทำให้ผมได้เรียนรู้ระบบงานต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ และจากการที่เราสนใจ ประกอบกับได้รับประสบการณ์จากการทำงานกับกรรมการหลายชุด ทำให้มีความเข้าใจเรื่องระบบงานพอสมควร

ผศ.นพ.ธนรัตน์ กล่าวต่อว่า ในส่วนของการก้าวเข้าสู่การทำหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จุดเริ่มต้นมาจากการที่ ผศ.นพ.ชิต เพชรพิเชฐเชียรเกษียณอายุราชการ และทางทีมบริหารจำเป็นต้องหาผู้อำนวยการคนใหม่ ผมได้รับการทาบทามจากท่านคณบดีให้มารับตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557

ความรู้สึกแรกคือ ยินดีที่ได้รับเกียรติ รู้สึกยินดีที่มีคนมองเห็นความสามารถและไว้วางใจให้ทำงานในตำแหน่งสำคัญ คิดว่าเป็นโอกาสที่ดีที่จะได้พัฒนาตนเองในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ในการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น พัฒนาจิตใจในการคิดว่าควรจะให้ผลประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ได้พัฒนาตนเองให้มีความสุขุมคัมภีรภาพ และเพิ่มความสามารถในการบริหารจัดการ

แต่อย่างไรก็ตาม ยังกังวลและเป็นความกดดันว่า ตนเองไม่ได้ผ่านงานของโรงพยาบาลมาก่อน และได้ทำงานร่วมกับทีมผู้บริหารปัจจุบันมาตั้งแต่แรกเริ่ม แต่คิดว่าเมื่อได้รับความไว้วางใจ เราก็น่าจะเรียนรู้ได้ เพราะมีประสบการณ์ด้านการบริหาร

จากการเป็นหัวหน้าภาควิชาส่วนหนึ่ง ซึ่งงานของภาควิชาส่วนหนึ่งต้องสัมพันธ์กับงานของโรงพยาบาล เพราะภาควิชาเป็นผู้ร่วมให้บริการในโรงพยาบาล ซึ่งจากประสบการณ์ตรงนี้ก็ทำให้เข้าใจระบบงานและปัญหาของโรงพยาบาลมากพอสมควร

อันที่จริงแนวทางการบริหารงานของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ไม่เหมือนกับโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบการบังคับบัญชาโดยตรงเป็นส่วนใหญ่ แต่เป็นแบบการบริหารร่วม เพราะหนึ่งคนทำงานหลายพันธกิจ แต่ละพันธกิจมีผู้รับผิดชอบแตกต่างกัน โรงพยาบาลไม่ได้มีกำลังเป็นของตัวเอง ทีมบริหารโรงพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติ ดังนั้น การทำหน้าที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลคือ เป็น “ผู้-อำนวยการ” หมายถึง คอยอำนวยความสะดวกให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ และสนับสนุนคนทำงานอย่างเต็มที่ ประสานงาน ทำความเข้าใจ และแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยงานต่าง ๆ คอยสร้างความเข้าใจระหว่างทีมงาน เพราะในบางครั้งทุกคนพยายามมุ่งมั่นที่จะทำงานของตนเองให้ดี แต่หลายครั้งอาจเกิดความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานบนพื้นฐานประโยชน์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นอุปสรรคการทำงานของทีมต่าง ๆ ดังนั้น เราต้องบริหารจัดการให้ระบบงานสามารถดำเนินต่อไปได้ ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ บรรลุตามพันธกิจการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นพันธกิจ



หลัก และเป็นทีมที่ชี้ทิศทางและแนวทางการทำงาน ให้ผู้ปฏิบัติได้เดินไปในทิศทางเดียวกัน

การเข้ามารับตำแหน่งในครั้งนี้ จริง ๆ แล้วไม่ได้คิดว่าจะเข้ามาเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนอะไรมากมาย เนื่องจากโครงสร้างการบริหารและแนวทางการทำงานเดิมที่กำหนดไว้มีความครบถ้วนและชัดเจนอยู่แล้ว ประกอบกับระยะเวลาที่เหลืออยู่เป็นเพียงช่วงสั้น ๆ จึงคิดว่าแนวทางการทำงานจะเป็นในรูปแบบของการรับนโยบายจากคนบติจากทีมบริหารเดิม เพื่อนำสู่การปฏิบัติและสร้างความเข้าใจ และสื่อสารปัญหา ข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติสู่การปรับปรุงการนำองค์กร และในส่วนตัว เป็นการเข้ามาเรียนรู้ระบบในเชิงลึก โดยการนำมุมมองของคนที่เคยเป็นคนวงนอกแล้วมองเห็นปัญหาเข้ามาผสมผสานกับงานบริหาร เพื่อนำไปปรับใช้และแก้ไขปัญหาดัง ๆ ที่เกิดขึ้น

ที่สำคัญการทำงานในเชิงบริหารต้องอาศัยความเข้าใจซึ่งกันและกันของคนทำงาน เพราะงานจะสำเร็จไม่ได้ด้วยคนคนเดียว แต่งานจะสำเร็จและเกิดผลได้ถ้าได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน ดังนั้น การที่เรามีโอกาสทำงานกับผู้ร่วมงานสาขาอื่น นับเป็นสิ่งที่ดี เพราะสิ่งเหล่านี้จะกลายเป็นพื้นฐานการทำงานที่ดี เมื่อไหร่ที่เราเข้าใจผู้อื่น เมื่อนั้นผู้อื่นก็จะยอมรับเราเช่นกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้น่าจะเป็นคุณสมบัติของผู้บริหาร และการเป็นผู้นำที่ดี



ผศ.นพ.ธนรัตน์ ยังกล่าวถึงหลักในการทำงานให้ฟังว่าในการทำงาน ผมมีคำหนึ่งที่ชอบใช้คือ **“สร้างความสมดุล”** เพราะทุกอย่างไม่มีอะไรที่สมบูรณ์แบบที่สุด แต่จะอย่างไรให้เกิดความสมดุลระหว่างกันมากที่สุด ซึ่งสิ่งที่ยากคือ การสร้างความสมดุลระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับความต้องการของผู้รับบริการ และความต้องการของระบบในเชิงนโยบาย รวมถึงการลดความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน ซึ่งสิ่งที่หวังไว้คือ ถ้าทุกคนทำงานได้ ผมถือว่าการดำเนินงานด้านการบริหารของผมประสบความสำเร็จ ซึ่งกลไกที่ใช้อาจจะเป็นลักษณะของการพูดคุยในหน่วยงานต่าง ๆ เนื่องจากบุคลิกของเราสามารถเข้าถึงได้ง่าย ผมจึงคิดว่าเมื่อทุกคนมีปัญหา ทุกคนสามารถบอกกล่าวปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ผมยินดีรับฟัง และจะพยายามหาวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมและสามารถสนับสนุนการทำงานของคนที่ทำงานให้ได้มากที่สุด ซึ่งแน่นอนว่าผลดีโดยรวมก็จะปรากฏกับคณะแพทยศาสตร์ ถึงแม้มันเป็นสิ่งที่ยาก แต่ก็ต้องทำ

สำหรับเป้าหมายในการเข้ามาทำงานในครั้งนี้ ผมคิดว่าถ้าเป็นผลงานเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพ สิ่งเหล่านี้จะมีตัวชี้วัด หรือรายงานการดำเนินงานที่ชัดเจนอยู่แล้ว ซึ่งสิ่งเหล่านั้นไม่ได้สื่อถึงความพึงพอใจหรือความผาสุกของบุคลากรในองค์กร แต่ผมตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะทำให้บรรยากาศในการทำงานดีขึ้น ซึ่งการวัดผลคงไม่สามารถแสดงให้เห็นได้ในรูปแบบของตัวเลข แต่เมื่อใดที่ผู้ปฏิบัติงานทราบว่าบรรยากาศการทำงานเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น แม้จะเป็นความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานดีขึ้น ผมก็พอใจแล้ว

สุดท้ายนี้ **ผศ.นพ.ธนรัตน์** ได้ฝากบอกกับบุคลากรทุกคนว่า ผมขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่ทุ่มเทแรงกายแรงใจทำงานให้กับคณะแพทยศาสตร์ ผมเชื่อว่าคณะแพทยศาสตร์เป็นหน่วยงานหนึ่งที่บุคลากรมีความผูกพันกับองค์กรสูง ผมเชื่อว่าบุคลากรทุกคนคิดว่าตนเองเป็นเจ้าของบ้านหลังนี้ ถ้าทุกคนร่วมกันสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ดี ลดความเป็นส่วนตัวและนึกถึงส่วนรวมให้มากขึ้น บรรยากาศในบ้านหรือที่ทำงานของเราจะน่าอยู่มากขึ้น ที่สำคัญคือ บ้านหลังนี้คืออนาคตที่เราจะฝากชีวิตไว้ เพราะสุดท้ายเราก็จะกลายเป็นผู้รับบริการคนหนึ่งในองค์กรแห่งนี้ ฉะนั้นถ้าเราทำหน้าที่ให้ดี ทุกคนก็จะได้รับผลประโยชน์สูงสุดของเราเอง การทำให้องค์กรดีไม่ใช่หน้าที่ของผู้บริหาร หรือหน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่ต้องหันหน้ามาร่วมมือกัน “ให้คิดว่า การให้จะทำให้เราได้มากกว่าการรับ”



โรงเรียน Public ที่เก่าแก่ที่สุดในอังกฤษ

วันอาทิตย์ที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2558 ที่ผ่านมา เป็นวันที่ Winchester College ให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่กำลังจะสอบ GCSE (General Certificate of Secondary Education) ในเทอมการศึกษาหน้าไปพบคุณครูในวิชาต่าง ๆ ที่เด็กเรียน ผมก็ได้ไปร่วมงานดังกล่าวกับลูกชายที่มีลูกชาย 2 คนที่เรียนอยู่ที่ Winchester College และคนโต Pete อยู่ในชั้นที่ว่านี้

Winchester College อยู่ในจังหวัด (county) Hampshire ห่างจากลอนดอนโดยขับรถประมาณ 1 ชั่วโมง เป็นโรงเรียนประจำที่ตั้งมานานและเก่าแก่ที่สุดในกลุ่มโรงเรียน Public School 9 แห่งของอังกฤษที่ได้มีการสอนต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มก่อตั้งจนถึงปัจจุบันตามคำนิยามของ Public Schools Act 1868 โดย Winchester College เป็น 1 ใน 4 โรงเรียน Public School ที่มีแต่เด็กนักเรียนประจำเท่านั้น อีก 3 แห่งคือ Eton College Harrow School และ Radley College

ถ้าใครสนใจชื่อของโรงเรียนเป็นภาษาละตินคือ Collegium Sanctae Mariae prope Wintoniam หรือ Collegium Beatae Mariae Wintoniensis prope Winton ถ้าแปลเป็นภาษาอังกฤษก็คือ St.Mary's College, near Winchester หรือ The College of the Blessed Mary of Winchester, near Winchester

Winchester College เป็น Public School ที่มีชื่อเสียงมาก Good Schools Guide บอกว่าโรงเรียน "has arguably the finest tradition of scholarship of any school in the country" ส่วนแมกกาซีน Tatler ตั้งให้เป็น "Public School of the Year" ในปี ค.ศ. 2010

Winchester College ได้ก่อตั้งขึ้นมาในปี ค.ศ. 1382 โดย William of Wykeham, Bishop of Winchester และ Chancellor (เทียบเท่า นายกรัฐมนตรีในสมัยปัจจุบัน) ในสมัย Edward III และ Richard II มีนักเรียนที่ได้ทุนรุ่นแรก 70 คนในปี ค.ศ. 1394 โรงเรียนนี้ได้ก่อตั้งขึ้นมาพร้อม ๆ กับ New College ของมหาวิทยาลัย Oxford เพื่อเป็นการป้อนเด็กเข้ามหาวิทยาลัย Oxford ต่อมาโรงเรียน Eton โรงเรียน Westminster ก็ทำตามอย่าง

ปัจจุบันนี้โรงเรียนมี 11 "houses" (คือบ้านที่นักเรียนพักอยู่) โดยแบ่งออกเป็น 10 บ้านสำหรับเด็กนักเรียนที่ไม่ได้ทุน และ 1 บ้านที่เรียกว่า "College" สำหรับเด็กนักเรียนที่เรียนเก่ง ได้ทุน "College" เป็นอาคารเก่าแก่ที่ตั้งมาตั้งแต่ต้นคือ 600 กว่าปี และอยู่ในโรงเรียนส่วน Houses อื่น ๆ กระจายกันอยู่ในเมือง เด็กนักเรียนที่ไม่ได้ทุน

มีชื่อเล่น ๆ ว่า Commoner ส่วนเด็กที่ได้ทุนมีชื่อว่า Scholar or College man

Winchester มีเด็กประมาณ 672 คน ครู 100 คน หรืออัตราส่วนครู 1 คนต่อเด็ก 6-7 คน ครูที่ดูแลนักเรียนในแต่ละ House คือ House master ส่วนครูที่ดูแลเด็กนักเรียนทุนใน "College" เรียกว่า Master in College นอกจาก House master แล้ว แต่ละ House ยังมี House tutor 5-6 คน เด็กนักเรียนจะเรียน กิน นอนที่ House แต่ละ House มีทั้งห้องจริงและห้องเล่น

ถ้าจะเข้า Winchester ต้องสอบข้อสอบของ Winchester ไม่ใช่ของ Common Entrance โดยสมัครโดยตรงกับ House ที่อยากเข้า (ต้องหาข้อมูลเองว่า House ไหนมีโอกาสเข้าได้ คืออย่างไร 2 ปีก่อนเข้าเรียน ถ้าเข้าเรียนตอนอายุประมาณ 13½ ปี ฉะนั้นก็คือประมาณ 11 ปีเศษ ๆ) ต้องไปสอบสัมภาษณ์โดย House master สำหรับผู้ที่จะสอบเข้าแบบ Scholar จะต้องสอบแยกซึ่งยากกว่า เรียกว่าการสอบชิงทุนว่า "Election" ถ้าสอบสัมภาษณ์ได้พออายุประมาณ 13 ปี จะต้องสอบข้อเขียนให้ผ่านด้วย แต่โดยมากถ้าสัมภาษณ์ผ่านตอนอายุ 11 ปี จะสอบข้อเขียนผ่านตอนอายุ 13 ปี

Winchester เลิกสอบ "A" level (ระดับก่อนเข้ามหาวิทยาลัย) ที่โรงเรียนอังกฤษทั่ว ๆ ไปเรียนตั้งแต่ ค.ศ. 2008 และเลือกที่จะสอบ "Cambridge Pre-U" แทนซึ่งสูงกว่า นอกจากนักเรียนจะเรียนวิชาทั่ว ๆ ไปแล้ว ยังต้องสอบวิชาที่เรียกว่า Division อีกด้วย ซึ่งก็คือวิชาที่ให้ความรู้ทั่ว ๆ ไป เช่น ประวัติศาสตร์ literature และการเมือง แต่ไม่มีการสอบ เพื่อที่จะให้เด็กรอบรู้ ผลการสอบระดับ Cambridge Pre-U ในปี ค.ศ. 2014 79.5% ของเด็กได้ grade D3 หรือสูงกว่า ซึ่งเทียบเท่า grade A หรือสูงกว่าของ "A level" (ซึ่งที่อื่นสอบ) สำหรับ GCSE ที่นี้สอบ I GCSE ซึ่งสูงกว่า GCSE ธรรมดา และผลในปี ค.ศ. 2014 คือ 92.3% ของเด็กได้ grade A star หรือ grade A วิชาที่สอบกันในระดับ I GCSE ก็มี Physics, Chemistry, Maths, Biology, English, Latin, French และอื่น ๆ อีก 3 วิชา วิชาที่นิยมเรียนมากในระดับ Pre-U คือ Physics, Chemistry, History, English literature ในปี ค.ศ. 2013 มีเด็กนักเรียน 45 คน เข้า Oxford หรือ Cambridge ได้ ส่วนใหญ่ของที่เหลือไปมหาวิทยาลัยอื่น ๆ รวมทั้งสหรัฐอเมริกา แคนาดา

คราวต่อไปจะเล่าเรื่อง Parents Day และการไปเรียนที่อังกฤษ ครบ

ปากีสถานรวบพ่อแม่ต่อต้านวัคซีนโปลิโอ

บีบีซี - เจ้าหน้าที่ปากีสถานจับกุมพ่อแม่ปฏิเสธนำลูกไปหยอดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ระบุเป็นการจับกุมขนาดใหญ่เป็นครั้งแรก

เจ้าหน้าที่เมืองเปชวาร์ทางตอนเหนือของปากีสถานควบคุมตัวผู้ฝ่าฝืนได้ถึง 471 คน พร้อมตั้งข้อหา “เป็นภัยต่อความมั่นคงด้านสาธารณสุข” โดยเจ้าหน้าที่ยืนยันว่านับจากนี้จะใช้กฎหมายจัดการกับผู้ที่ไม่นำลูกไปหยอดวัคซีน ซึ่งผู้กระทำผิดจะต้องรับโทษจำคุกและจะปล่อยตัวได้ก็ต่อเมื่อยอมลงนามในเอกสารรับรองให้ลูกหยอดวัคซีนโปลิโอเท่านั้น

ปากีสถานเป็น 1 ใน 3 ประเทศที่ยังคงประสบปัญหาการระบาดของไวรัสโปลิโอถึงขั้นต้องคัดค้านอนามัยโลก

ต้องประกาศให้ผู้เดินทางออกจากปากีสถานต้องหยอดวัคซีนโปลิโอเพื่อป้องกันการระบาด สาเหตุส่วนหนึ่งเป็นผลจากการที่กลุ่มติดอาวุธตาลิบันห้ามการฉีดวัคซีนและคอยโจมตีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยอ้างว่าโครงการหยอดวัคซีนโปลิโอเป็นแผนบ่อนทำลายศรัทธาของชาวมุสลิม



เตือนฟังเพลงไม่เกินวันละชั่วโมง

บีบีซี - องค์การอนามัยโลกเตือนให้จำกัดการฟังเพลงไม่เกินวันละชั่วโมงเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะบกพร่องด้านการได้ยิน

รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่า วัยรุ่นและผู้ใหญ่อายุน้อยราว 1.1 พันล้านคนทั่วโลกมีภาวะเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินอย่างถาวรเนื่องจากฟังดนตรีเสียงดังนานเกินไป โดยชี้ไปที่เครื่องเล่นฟลอปปีไดส์ คอนเสิร์ต และบาร์ว่าเป็นตัวการสำคัญ และยืนยันว่าการจำกัดใช้เครื่องเล่นฟลอปปีไดส์ไม่เกินวันละชั่วโมงให้ผลในการป้องกันหูเสื่อมดีกว่าการลดระดับเสียงของเครื่องเล่น

องค์การอนามัยโลกยังได้แนะนำให้นักฟังเพลงปรับความดังของเครื่องเล่นไว้ที่ราวร้อยละ 60 ของระดับสูงสุด นอกจากนี้ยังแนะนำให้ใช้หูฟังที่สามารถกันเสียงรบกวนจากภายนอกเมื่อต้องการฟังเพลงระหว่างโดยสารเครื่องบินหรือรถไฟเพื่อที่จะ



สามารถได้ยินเสียงดนตรีชัดเจนขึ้นในระดับเสียงที่เบาลง และให้สวมจุกอุดหูเมื่อต้องเข้าไปอยู่ในสถานที่อื้ออึง รวมถึงหาเวลาออกมาพักหูหรือยืนให้ห่างจากตู้ลำโพงระหว่างการแสดงดนตรี

นอกจากเตือนให้ประชาชนตระหนักสุขภาพหูของใครของมันแล้ว องค์การอนามัยโลกยังเรียกร้องให้รัฐบาลและภาคเอกชนออกมาแสดงความรับผิดชอบด้วยการจัดพื้นที่สำหรับให้พักหู แจกจุกอุดหูฟรี ผลิตรายการที่จำกัดระดับเสียง ตลอดจนบังคับใช้กฎหมายควบคุมความดังของเสียงอย่างเข้มงวดเพื่อลดความเสี่ยงปัญหาสุขภาพหูของประชาชน



พัฒนาเกมรักษาตาขี้เกียจ

บีบีซี - บริษัทเกมอูบิซอฟต์ประกาศพัฒนาเกมรักษาตาขี้เกียจ ต่อยอดจากงานวิจัยโดยมหาวิทยาลัยแม็คกิลของประเทศแคนาดา

บริษัทอูบิซอฟต์เปิดเผยว่ากำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาเกม “Dig Rush” ซึ่งเป็นเกมตอบลึกลับสำหรับเล่นบนแท็บเล็ตพีซีสำหรับผู้ป่วยโรคตาขี้เกียจ โดยคาดหวังว่าเกมนี้จะสนุกสนานและช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาได้ดีกว่าการรักษาปัจจุบัน และแพทย์สามารถปรับแต่งเกมให้สอดคล้องกับภาวะตาของผู้ป่วยได้เป็นรายบุคคล

ในการเล่นเกมนี้นักป่วยจะต้องสวมแว่นตา 3 มิติซึ่งจะ

ทำให้เห็นภาพบางส่วนเป็นสีน้ำเงินและบางส่วนเป็นสีแดง โดยมีระดับการตัดสีแบบลดหลั่นเพื่อที่จะมองเห็นได้ยากหากอาศัยการมองด้วยตาเพียงข้างเดียว ทำให้ผู้เล่นต้องประสานการมองเห็นของตาข้างที่ถนัดและข้างที่อ่อนแอไปพร้อมกัน ซึ่งเมื่อทำบ่อยเข้าก็จะกระตุ้นให้สมองเรียนรู้ที่จะปรับการทำงานของตาทั้งสองข้างและช่วยให้ตาข้างที่อ่อนแอทำงานได้ดีขึ้น

ด้านผลการศึกษาโดยมหาวิทยาลัยแม็คกิลชี้ว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่เล่นเกมนี้เป็นประจำมีการมองเห็นของตาข้างที่อ่อนแอดีขึ้น โดยเจ้าของลิขสิทธิ์คาดว่า การเล่นเกมน่าจะเป็นการรักษาทางเลือกที่ส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษาและลดผลกระทบต่อนักป่วยจากการรักษาแบบเดิมด้วยการปิดตาทั้งในแง่ความรำคาญและการเข้าสังคม

เข้าจัดหนัก-เย็นแค่พออิมช่วยคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน

รอยเตอร์สเฮลธ์ - การรับประทานอาหารเต็มทีในมื้อเช้าและอาหารเบา ๆ ในมื้อเย็นอาจช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

การศึกษานานาชาติโดยนักวิจัยอิสราเอลชี้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งรับประทานอาหารเช้าอย่างเต็มที่และรับประทานแค่พออิมในมื้อเย็นมีเหตุการณ์ของระดับน้ำตาลสูงในเลือดต่ำกว่าผู้ที่รับประทานอาหารเช้าแบบรองท้องแล้วไปรับประทานเต็มทีในมื้อเย็น และการปรับรูปแบบการรับประทานอาหารให้เหมาะสมอาจเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

ด้านนักโภชนาการให้ความเห็นว่า ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดที่ให้รับประทานอาหารเช้าอย่างราชาในมื้อเช้า ก่อนลดระดับลงมารับประทานอย่างไฟรในมื้อเที่ยง และเหลือเพียงอาหารยากในมื้อค่ำ โดยแนะนำให้พิจารณาระดับแคลอรีที่เหมาะสม รวมถึงชนิดของอาหาร รูปแบบการรับประทาน และช่วงเวลาที่ได้รับประทานเพื่อโภชนาการและสุขภาพที่ดี



ต้นตอเอชไอวีสาวถึงกอริลลา



เอเอฟพี - ไวรัสเอชไอวี 2 ใน 4 สายพันธุ์อันเป็นสาเหตุของโรคเอดส์มีต้นตอสาวไปถึงกอริลลาในประเทศแคเมอรูน

ข้อมูลจากการศึกษาล่าสุดโดยคณะนักวิจัยสถาบันการวิจัยและพัฒนาของฝรั่งเศส ร่วมกับมหาวิทยาลัยหลายชาติช่วยสงข้อสงสัยในต้นกำเนิดของเอชไอวีทุกสายพันธุ์ที่ระบาดในคน จากเดิมที่ทราบเพียงว่าเอชไอวีกลุ่มเอ็มและเอ็นระบาดมาจากชิมแปนซีในแคเมอรูน ขณะที่ต้นตอของเอชไอวีกลุ่มโอและพีเป็นปริศนามาตลอด

ข้อมูลใหม่ดังกล่าวได้มาจากการวิเคราะห์ตัวอย่างพันธุกรรมชิมแปนซีและกอริลลาจากแคเมอรูน กาบอง ยูกันดา และสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก โดยนักวิจัยเผยว่า ข้อมูลที่ได้ทำให้ทราบว่าทั้งชิมแปนซีและกอริลลาต่างเป็นพาหะของไวรัสซึ่งสามารถข้ามกำแพงสายพันธุ์มาระบาดในคน และเป็นไวรัสที่มีศักยภาพในการระบาดเป็นวงกว้าง และการทำความเข้าใจต้นตอของโรคจะเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์ความเสี่ยงการระบาดสู่คนในภายหน้า

พกใช้หวัดไปทำงานเสี่ยงแพร่เชื้อคนรอบข้าง

มาร์เกตวอर्थ - ผลสำรวจใน 15 ประเทศชี้ พนักงานในประเทศจีนรั้งหัวแถวผิยสังขารไปทำงานทั้งที่เป็นไข้หวัด

ผลสำรวจจากพนักงานบริษัทราว 15,000 คนในทวีปอเมริกา ยุโรป เอเชีย และออสเตรเลียชี้ว่า ร้อยละ 66 ของพนักงานที่ป่วยเป็นหวัดหรือไข้หวัดยังคงผิยไปทำงานทั้งที่ยังป่วย โดยมีจีนนำโด่งที่ร้อยละ 75 ตามมาด้วยยูเครนซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 71 โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากความกังวลเรื่องงาน และการขาดรายได้

อย่างไรก็ดี แพทย์ให้ความเห็นว่า การผิยไปทำงาน



ทั้งที่ยังป่วยจะเพิ่มความเสี่ยงการระบาดไปสู่คนรอบข้าง โดยมีคำแนะนำให้พักอยู่กับบ้านจนกว่าจะไม่มีไข้หรือปลอดจากสัญญาณของอาการไข้แล้วอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

มองโลกเช่นไร... เราก็คือเป็นคนเช่นนั้น



มีนิทานเรื่องหนึ่งเล่าว่า ชาย 2 คนต้องการย้ายจากเมืองของตนเพื่อไปอาศัยในเมืองอื่น

ชายคนที่ 1 ได้ขี่ม้าไปพบเมืองหนึ่งที่มีพื้นดินอุดมสมบูรณ์ บังเอิญพบกับชายชราคนหนึ่งอยู่ที่ประตูเมืองจึงถามว่า

“เมืองนี้เป็นอย่างไรครับ”

ชายชราผู้เฒ่าประจักษ์ถามด้วยความสงสัยว่า “ท่านถามทำไมล่ะ”

ชายคนที่ 1 ตอบว่า “อ้อ เราต้องการย้ายถิ่นฐานเดิมไปอยู่ในเมืองที่ดี ๆ นะครับ”

“แล้วเมืองที่ท่านจากมาเป็นอย่างไรล่ะ ลองเล่าให้ฟังหน่อย เราถึงจะบอกได้ว่าเมืองแห่งใหม่นี้เป็นอย่างไร”

“อ้อ เมืองเดิมไม่ดีเลย ผู้คนพากันแก่งแย่งไม่แบ่งปัน ผู้คนไม่มีน้ำใจและกบฏโยกผลประโยชน์เพื่อตนเอง ทุกคนพากันอิจฉาริษยาและไม่อยากเห็นคนอื่นเด่นเกินหน้า เราจึงจากมาตามหาเมืองที่ดี ๆ เพื่อหวังปักหลักตั้งถิ่นฐานใหม่”

“อ้อ” ชายชราหยุดคิดเล็กน้อยก่อนตอบว่า “เมืองแห่งนี้ก็เป็นเหมือนเมืองที่ท่านจากมา ปัญหาของผู้คนก็เป็นเช่นเดียวกับเมืองที่ท่านจากมานั่นแหละครับ”

ทันทีที่ชายคนที่ 1 ได้ฟังก็ส่ายปากแล้วกล่าวว่า “โธ่ไม่น่าเลย ดู ๆ แล้วก็มีพื้นที่อุดมสมบูรณ์ดีทีเดียว ถ้าผู้คนแย่ง ๆ เหมือนเมืองที่เราจากมา ก็ไม่รู้ว่าเราจะย้ายมาอยู่ที่ไหนทำไมกัน”

หลังจากนั้นชายคนที่ 1 ก็ได้ขอใจชายชราผู้เฒ่าประตูเมืองใหม่แห่งนั้น แล้วขี่ม้าจากไปตามหาเมืองอื่นต่อไป



ต่อมาไม่นาน ชายคนที่ 2 ก็ขี่ม้ามาหยุดอยู่ที่ประตูเมืองแห่งนี้
“ลุงครับ เราขอถามหน่อยว่า เมืองนี้ยังมีที่ว่างให้เราอพยพ
มาอยู่ไหมครับ”

ชายชราถามกลับไปในทันทีด้วยคำถามเดิมว่า “อ้าว แล้วเมือง
ที่ท่านจากมาเป็นอย่างไรละ”

“อ้อ....เมืองที่เราจากมาก็อุดมสมบูรณ์เหมือนเมืองแห่งนี้
แหละครับ ผู้คนในเมืองที่เราเคยอยู่ก็มีอัธยาศัยดี ทั้งเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่
อยู่กันแบบพี่น้องเครือญาติ”

“อ้าว แล้วท่านย้ายจากมาทำไมละ”

“อ้อ เราต้องการย้ายมาเพื่อเพิ่มทุนประสบการณ์ใหม่ ๆ ได้เรียนรู้การใช้ชีวิตในที่หลากหลาย รวมทั้งเราอยากสร้างงาน
ให้เจริญรุ่งเรืองที่เกิดจากน้ำมือของเราเองเพื่อให้ครอบครัวมีความภูมิใจในตัวของเรา และเพิ่มคุณค่าให้แก่ชีวิตของตนเองครับ”

ชายชรายิ้มกว้างพร้อมกับกุหลูกจอบเปิดประตูเมืองให้กว้างขึ้นเพื่อให้ชายคนที่ 2 ขี่ม้าเข้ามาได้สะดวก

“นี่แหละเมืองที่ท่านต้องการ ทุกอย่างตรงตามที่ท่านคิดฝันและต้องการ ยินดีต้อนรับสู่เมืองแห่งนี้ครับ”



หลังจากอ่านนิทานจบ ฉันรู้สึกได้ว่าเมื่อเรามองโลกอย่างไร...เราก็จะเห็นโลกแบบนั้น...
และเราจะเป็นคนเช่นนั้นด้วย

ชายคนที่ 1 มองโลกในแง่ร้าย ดังนั้น ไม่ว่าจะไปอยู่ที่ใดก็จะพบแต่ความทุกข์และไม่สบายใจ
ตั้งใจหวัง ทั้งนี้เพราะทุกที่ย่อมมีปัญหาเสมอ ชายคนที่ 1 มองว่าเมืองที่จากมามีปัญหา ด้วยมุมมองใน
แง่ร้ายก็ย่อมทำให้ทุก ๆ ที่ที่เขาพบย่อมเป็นปัญหาทั้งสิ้น เขาจึงอาจสร้างปัญหาและกระจายความทุกข์ใจ
ไปสู่ผู้อื่นที่อยู่ร่วมกันได้เช่นกัน

ดังนั้น ชายชราจึงไม่ยอมเปิดประตูให้เข้ามาในเมืองใหม่แห่งนี้ เพราะไม่ต้องการต้อนรับคนแบบนี้เข้าไปเพื่อ
สร้างปัญหาแก่คนอื่น

แต่ชายคนที่ 2 มองโลกในแง่ดี ดังนั้น ก็จะเห็นทุกอย่างในแง่ดี เขาย่อมสร้างสิ่งดี ๆ ให้แก่สังคมที่เขาไปอยู่ด้วย
เป็นเหตุให้เมืองแห่งใหม่ก็อยากเปิดรับคนดี ๆ แบบนี้เข้าไปอยู่ร่วมเพื่อช่วยกันสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ มาสู่ส่วนรวม

เมื่อเรามองโลกอย่างไร...เราก็จะเห็นโลกแบบนั้น...และเราก็จะเป็นคนเช่นนั้น

ถ้าเรามองโลกในแง่บวก...เราก็จะเห็นแต่แง่ดี...และเราก็จะเป็นคนมีความสุข

แต่ถ้าเรามองโลกในแง่ลบ...เราก็จะเห็นแต่แง่ร้าย...และเราก็จะกลายเป็น

คนอมทุกข์

นั่นหมายความว่า...เราเลือกได้ว่าจะอยู่ในโลกใบนี้

แบบมีความสุขหรือมีทุกข์



มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทย ด้วยความห่วงใย (ตอนที่ 7)



ในตอนที่แล้วได้กล่าวถึงว่า ครม.ยังไม่ได้ปลด ปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2558 พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้ลงนามในคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี⁽¹⁾ ที่ 75/2558 เรื่อง ให้ข้าราชการมาปฏิบัติงานที่สำนักนายกรัฐมนตรี เหตุถูกตั้งคณะกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริงตามคำสั่งที่ 70/2558 ลงวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2558 กรณีปรากฏข่าวการปฏิบัติราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประสบปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อสนองนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาล และนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

เพื่อให้การสอบสวนข้อเท็จจริงเป็นไปด้วยความเรียบร้อย นายกรัฐมนตรีจึงมีคำสั่งดังกล่าวแล้ว ให้ นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นักบริหารระดับสูง) มาปฏิบัติราชการที่สำนักนายกรัฐมนตรี โดยปฏิบัติหน้าที่เป็นที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิของนายกรัฐมนตรี เพื่อปฏิบัติงานด้านวิจัยและการพัฒนางานด้านสุขภาพแห่งชาติ

โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน ได้ให้สัมภาษณ์ว่า การที่ต้องสั่งย้ายเพราะมีปัญหาขับเคลื่อนนโยบายของรัฐบาลและกระทรวง

หลังจากคำสั่งย้ายปลัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว มีเหตุการณ์ประท้วงของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ทั้งที่มาให้กำลังใจปลัดกระทรวงที่กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ และการแต่งชุดดำหรือติดป้ายประท้วงในโรงพยาบาลต่าง ๆ หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอีกหลายแห่ง⁽³⁾ รวมทั้งมีคำสั่งจากหน่วยงานที่มีหน้าที่รักษาความมั่นคงภายในได้ไปเชิญตัวแกนนำคนสำคัญที่ร่วมประท้วงคำสั่งโยกย้ายปลัดกระทรวงในครั้งนี้⁽⁴⁾

นอกจากนั้นก็มีข่าวว่า ข้าราชการสาธารณสุขเตรียมยื่น

หนังสือถึงนายกรัฐมนตรีเพื่อให้คืนความเป็นธรรมให้ปลัดณรงค์⁽⁵⁾

ในขณะเดียวกันก็มีการแถลงข่าวของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ป.ป.ท.) เริ่มให้ความสนใจที่จะตรวจสอบการบริหารงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. 5 ข้อหาหนัก⁽⁶⁾

และยังมีข่าวว่ามีการร้องเรียนให้มีการตรวจสอบการบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในหลายประเด็นต่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) และคณะกรรมการติดตามและตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐ (คตร.) และล่าสุด พลเอกไพบูลย์ คุ้มฉายา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม เปิดเผยว่ามีผู้ร้องเรียนต่อศูนย์ต่อต้านการทุจริตแห่งชาติ (ศตช.) ว่ามีความเสียหายจากการบริหารงานของ สปสช. จึงได้มอบหมายให้นายประยงค์ ปรีชาจิตต์ เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ป.ป.ท.) ตรวจสอบว่าเรื่องดังกล่าวเกิดจากความบกพร่องในส่วนใดบ้าง

อนึ่ง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ขอให้อธิบดีกรมสอบสวนคดีพิเศษดำเนินการสอบสวนในเรื่องที่ สปสช. นำเงินที่ได้จากการซื้อเวชภัณฑ์และวัสดุวิทยาศาสตร์ให้แก่โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขผ่านองค์การเภสัชกรรม และองค์การเภสัชกรรมได้จัดสรรเงินส่วนลดจากยอดซื้อและความรวดเร็วในการจ่ายเงินให้แก่ผู้สั่งซื้อคือ สปสช. ซึ่ง สตง. ชี้ว่า สปสช. จะต้องนำเงินส่วนลดนี้ส่งมอบให้แก่หน่วยบริการ (คือโรงพยาบาล



ต่าง ๆ) แต่กลับนำไปจัดสรรให้แก่บุคคลและหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการ โดยอธิบดีกรมสอบสวนคดีพิเศษได้ตั้งคณะกรรมการสอบสวนตั้งแต่เดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2556 โดยอธิบดีกรมสอบสวนคดีพิเศษ นายวรวิทย์ เพ่งดิษฐ์ ได้ทำหนังสือลงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรายงานผลการสอบสวน

แต่น่าแปลกใจจริง ๆ ว่า เหตุใดหนังสือฉบับนี้เพิ่งส่งถึงมือปลัดกระทรวงเมื่อต้นเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 นี้เอง ทำไมจึงใช้เวลานานถึง 1 ปี 6 เดือน ?

รายงานฉบับนี้ได้กล่าวว่าการดำเนินการของ สปสช. น่าจะเป็นการไม่ถูกต้องและใช้จ่ายไม่เหมาะสม และสมควรที่จะคืนเงินให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรายละเอียดต่าง ๆ ตามเอกสารหมายเลข 7

ในขณะที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาท ได้รายงานต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและรายงานตัวเลขต่อสังคมหรือสื่อมวลชนทั่วไปว่าประสบปัญหาการขาดทุนในการดำเนินการรักษาประชาชนเนื่องจากได้รับงบประมาณค่าหัวในการรักษาผู้ป่วยน้อยกว่าเงินค่าหัวจริงที่รัฐบาลจ่ายให้แก่ สปสช. ทำให้โรงพยาบาลขาดงบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน และปลัดกระทรวงสาธารณสุขต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขการบริหารจัดการด้านการจัดสรรเงินให้

รายหัวเป็นแบบเขตสุขภาพ เพื่อจะให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตเดียวกัน “เกลี้ยบบประมาณ” เงินเหมาจ่ายรายหัวร่วมกัน เพื่อช่วยลดปัญหาการขาดเงินทุนหมุนเวียนในการดำเนินงานให้บริการผู้ป่วย แต่นอกจากข้อเสนอของปลัดกระทรวงจะไม่ได้ได้รับการตอบสนองจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขยังต้องการที่จะปลดปลัดกระทรวงให้พ้น ๆ ไปจากกระทรวง แทนที่จะรับฟังและช่วยแก้ปัญหาให้ข้าราชการได้บังคับบัญชาให้มีความสะดวกและมีงบประมาณเพียงพอในการให้บริการประชาชน

ประชาชนก็คงต้องเฝ้าติดตามต่อไปว่า ในที่สุดแล้วรัฐบาลและรัฐมนตรีที่ได้ตัดสินใจเลือกข้าง สปสช. และย้ายปลัดไปให้พ้นจากหน้าที่ โดยอ้างว่าได้มอบหมายให้ไปทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและแนะนำในการแก้ปัญหาระบบสาธารณสุขนั้น จะสามารถให้คำแนะนำแก่นายกรัฐมนตรีและ ครม. ในการแก้ปัญหาระบบสาธารณสุขได้จริง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามคุณภาพมาตรฐานหรือไม่

หรือเป็นเพียงเหยื่อที่ถูกย้ายไป “นั่งตบยุง” ที่สำนักนายกรัฐมนตรี ซึ่งคงจะช่วยให้ได้อย่างหนึ่งว่า อัตราการเกิดไข้เลือดออกของสำนักงานฯ และประเทศไทยคงจะลดลงอย่างมาก เนื่องจากปลัดตบยุงตายไปหมด เพราะไม่ได้รับมอบหมายให้ทำงานดังที่กำหนดไว้ในคำสั่งย้ายแต่อย่างใด



เอกสารอ้างอิง

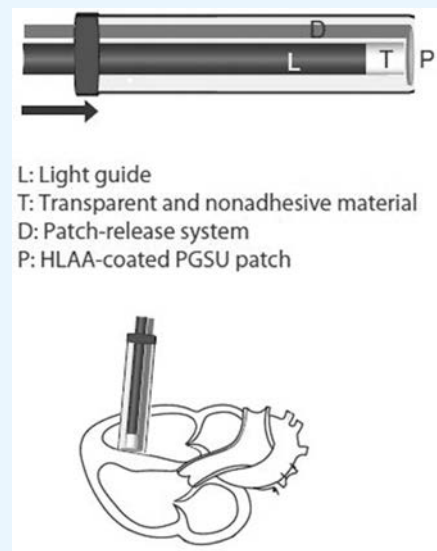
1. <http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=9580000028920>
2. <http://www.thairath.co.th/content/486637>
3. http://www.khaosod.co.th/view_news.php?newsid=TUOd01ERXdNakV6TURNMU9BPT0=
4. <http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/639536>
5. <http://morning-news.bectero.com/m/main.php?m=newsdetail&nid=34395>
6. <http://www.hooninside.com/news-detail.php?id=443660>
7. <http://thaipublica.org/2015/03/public-health-services-57/>

การติดเนื้อเยื่อทนทานต่อเลือด สำหรับงานกลายกรรรม (ตอนจบ)

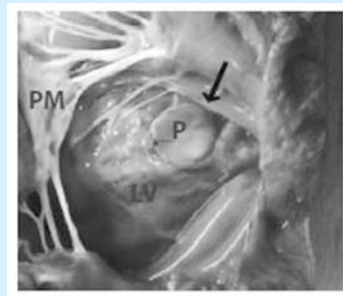
บทความตอนที่ผ่านมามีกล่าวถึงการติดเนื้อเยื่อชนิดใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้น โดยมีชื่อเรียกว่าการกระตุ้นด้วยแสงแบบไม่ชอบน้ำ หรือ hydrophobic light-activated adhesive (HLAA) ที่สามารถใช้งานได้ในบริเวณที่ต้องสัมผัสกับเลือดหรือของเหลวได้ดี เมื่อเปรียบเทียบกับการติดเนื้อเยื่อที่มีการใช้งานในการผ่าตัดในปัจจุบัน เช่น กาวไซยาโนอะคริเลตหรือกาวไฟบริน ซึ่งจากการทดสอบความเข้ากันได้ทางชีวภาพในสัตว์ทดลองเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่า กาว HLAA นี้มีความเป็นพิษต่ำและก่อให้เกิดการอักเสบต่ำกว่ากาวไซยาโนอะคริเลตซึ่งเป็นกาวติดเนื้อเยื่อสังเคราะห์ที่มีการใช้งานในปัจจุบัน

เพื่อเป็นการศึกษาถึงประสิทธิภาพของกาว HLAA ในการใช้งานจริงในสิ่งมีชีวิต จึงมีการทดลองนำเอาแผ่นปะที่เคลือบด้วยกาว HLAA ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 10 มิลลิเมตร ไปใช้ในการปิดซ่อมแซมช่องเปิดในบริเวณหัวใจของหนูทดลองในขณะที่ยังเต้นอยู่ โดยในการศึกษานั้นเป็นการใช้เทคนิคการนำส่งแผ่นปะไปยังบริเวณที่ต้องการด้วยการผ่าตัดแบบเปิดแผลเล็กด้วยการใช้ลวดนิทินอล ซึ่งพบว่าสามารถนำเข้าไปวางในบริเวณใช้งานได้สำเร็จ และทำการบ่มกาวด้วยแสงเพื่อให้กาวยึดเกาะแผ่นปะเข้ากับเนื้อเยื่อหัวใจและปิดซ่อมแซมช่องเปิด ภายหลังจากการผ่าตัด หัวใจของหนูทดลองมีอัตราการเต้นเฉลี่ยที่ 186 ครั้งต่อนาที และมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 204 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบการเคลื่อนที่ของแผ่นปะภายหลังจากการผ่าตัด และพบว่าแผ่นปะดังกล่าวสามารถยึดเกาะกับพื้นผิวของเนื้อเยื่อหัวใจได้อย่างมั่นคงในขณะที่หัวใจเต้น เมื่อผ่าตัดนำหัวใจออกมาที่ระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดยังพบว่า

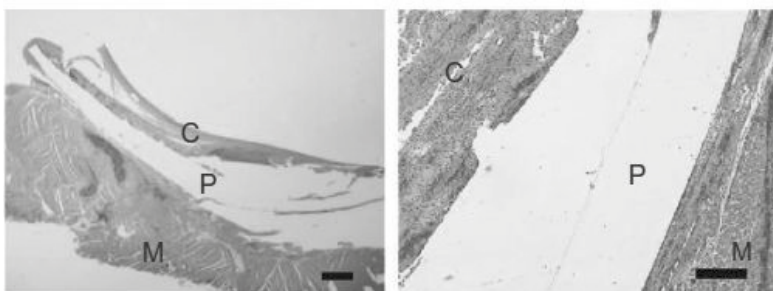
แผ่นปะดังกล่าวมีการยึดติดที่แน่นหนาอยู่ในตำแหน่งในทุกหมูทดลอง และพบว่ามีเนื้อเยื่อไฟบรินแคปซูลเจริญเข้ามาโดยรอบของแผ่นปะดังกล่าว



ภาพแสดงเทคนิคการนำส่งและการบ่มด้วยแสงอัลตราไวโอเล็ตของแผ่นปะเคลือบด้วยกาว HLAA เข้าไปปิดช่องเปิดยังด้านในของหัวใจด้วยเทคนิคการผ่าตัดแบบเปิดแผลเล็ก^[3]

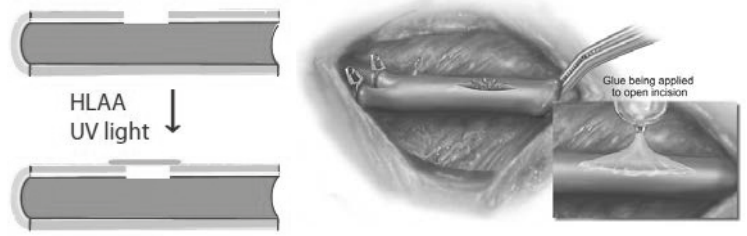


ภาพแสดงการยึดเกาะที่แน่นของแผ่นปะที่ยึดติดด้วยกาว HLAA บนเนื้อเยื่อหัวใจของหนูภายหลังจากการผ่าตัดนำหัวใจออกมาที่ระยะเวลา 24 ชั่วโมง ภายหลังจากการผ่าตัด^[3]

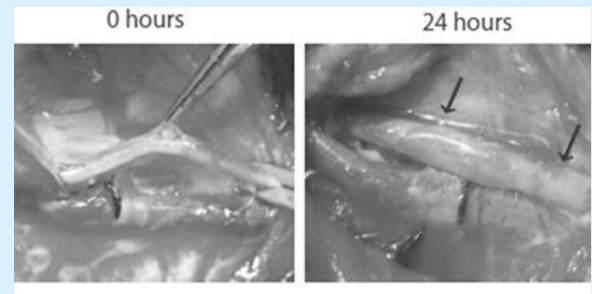


ภาพเนื้อเยื่อหัวใจโดยรอบแผ่นปะที่ย้อมด้วยสี H&E ที่ระยะเวลา 4 ชั่วโมง (ซ้าย) และ 24 ชั่วโมง (ขวา) หลังการผ่าตัด โดย M คือเยื่อหุ้มหัวใจ, P คือแผ่นปะ และ C คือเนื้อเยื่อไฟบรินแคปซูล^[3]

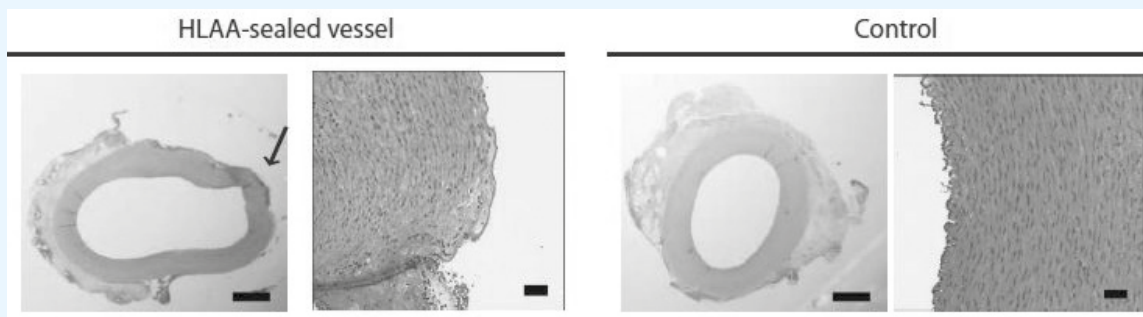
นอกจากใช้งานร่วมกับแผ่นแปะแล้ว กาวติดเนื้อเยื่อ HLAA นี้ยังสามารถใช้งานเดี่ยวได้สำหรับใช้อุดช่องเปิดต่าง ๆ ของอวัยวะ ทั้งนี้ด้วยลักษณะของกาวที่เป็นของเหลวหนืดก่อนที่จะบ่มตัวเป็นของแข็ง จากการศึกษาด้วยการใช้กาว HLAA หยดปิดลงไปบนช่องเปิดขนาด 3-4 มิลลิเมตรของหลอดเลือดแดงหลักของคอของหนูที่ผ่านออกมา และทำการบ่มด้วยแสงอัลตราไวโอเล็ตโดยไม่ใช้แรงกดร่วมด้วยแต่อย่างใด เมื่อนำไปทดสอบให้แรงดันในหลอดเลือดพบว่า หลอดเลือดแดงที่ถูกปิดช่องเปิดด้วยกาว HLAA ดังกล่าวสามารถทนทานต่อแรงดันรั่วเฉลี่ยได้สูงถึง 203.5 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งมีค่าสูงกว่าความดันโลหิตซิสโตลิกทั่วไปของมนุษย์ซึ่งมีค่าอยู่ที่ 90-130 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้เมื่อนำไปทดลองใช้งานจริงในการอุดช่องเปิดของหลอดเลือดแดงหลักของคอของหนูขนาด 2 มิลลิเมตรพบว่าสามารถหยุดการไหลของเลือดได้ดีภายใน 24 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด ไม่พบการเกิดลิ่มเลือดแต่อย่างใด



ภาพแสดงการใช้กาว HLAA ในการอุดช่องเปิดในหลอดเลือดของหนูทดลอง^[3,7]



ภาพแสดงหลอดเลือดของหนูที่ถูกทำให้เกิดช่องเปิดและหลังการอุดช่องเปิดด้วยกาว HLAA ที่ 24 ชั่วโมง^[3]



ภาพเนื้อเยื่อหลอดเลือดแดงที่ช่องเปิดถูกอุดด้วยกาว HLAA (ซ้าย) และหลอดเลือดปกติ (ขวา) ย้อมด้วยสี H&E^[3]

จากการศึกษาในห้องปฏิบัติการและในสัตว์ทดลองที่ได้ นำเสนอไปแสดงให้เห็นว่า กาวติดเนื้อเยื่อ HLAA นี้มีความทนทานต่อเลือดและของเหลวในร่างกายโดยไม่เกิดการยึดเกาะก่อนเวลาใช้งานที่ต้องการ สามารถเคลื่อนย้ายตำแหน่งการใช้งานได้อย่างสะดวก มีความปลอดภัย และสามารถนำมาประยุกต์ใช้งานทาง

คลินิกได้หลากหลาย โดยเฉพาะทางด้านการผ่าตัดรักษาหัวใจและการผ่าตัดแบบเปิดแผลเล็ก ซึ่งทำให้สามารถช่วยลดระยะเวลาการผ่าตัด และหลีกเลี่ยงการเปิดแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ มีแนวโน้มที่จะสามารถนำมาใช้ทดแทนกาวติดเนื้อเยื่อที่มีการใช้งานในปัจจุบันได้ดี

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.medline.com/special/aorn-2014/>
2. <http://www.stasiareport.com/supplements/mind-your-body/story/glue-cuts-short-hospital-stay-20121122>
3. N. Lang, M. J. Pereira, Y. Lee, I. Friehs, N. V. Vasilyev, E. N. Feins, K. Ablasser, E. D. O'Cearbhaill, C. Xu, A. Fabozzo, R. Padera, S. Wasserman, F. Freudenthal, L. S. Ferreira, R. Langer, J. M. Karp, P. J. del Nido (2014) Sci. Transl. Med., 6, 218ra6.
4. D. Bluestein and M. J. Slepian (2014) N. Engl. J. Med. 370;16:1556.
5. <http://www.sciencedaily.com/releases/2014/01/140108154458.htm>
6. <http://www.qmed.com/mpmn/medtechpulse/new-glue-may-soon-replace-sutures-%E2%80%93-even-beating-heart>
7. <http://www.the-scientist.com/?articles.view/articleNo/38811/title/Next-Generation--Strong-Surgical-Glue-on-Demand/>
8. <http://www.asge.org/assets/0/71312/71314/fb8254d9-e20d-4c2e-9790-2a866c42cf0d.pdf>
9. T. B. Bruns and J. M. Worthington (2000) Am. Fam. Physician. 61(5), pp.1383.



ภาวะเลือดออกง่ายในเด็ก

ระบบห้ามเลือด (hemostatic system) ในร่างกายจะเริ่มทำงานเมื่อเกิดมีบาดแผลหรืออันตรายต่อหลอดเลือด โดยเริ่มต้นจากผนังของหลอดเลือดมีการหดตัวเพียงชั่วคราว เพื่อป้องกันการรั่วของเลือดออกนอกหลอดเลือด กลุ่มเกล็ดเลือดประดังกันเข้ามาในบริเวณนี้ เมื่อรวมกับปัจจัยแข็งตัวของเลือดเกิดเป็น platelet-fibrin meshwork และขณะเดียวกันก็มีกระบวนการสลายลิ่มเลือด (fibrinolytic system) ทำหน้าที่ละลายลิ่มเลือดเพื่อป้องกันมิให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดำเนินไปอย่างเป็นปกติ

กลไกการห้ามเลือด^{1,2} แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะหลอดเลือด (vascular phase) คือ เมื่อเกิดบาดแผลขึ้น หลอดเลือดจะหดตัวทันที
2. ระยะปฐมภูมิเกล็ดเลือด (primary hemostatic phase) คือ ระยะที่ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มรวมกันของเกล็ดเลือด (platelet plug formation)
3. ระยะทุติยภูมิเกล็ดเลือด (secondary hemostatic phase) คือ ระยะที่เกิดการกระตุ้นทางด้าน coagulation factors จนในที่สุดเกิดการสร้าง fibrin thrombus
4. ระยะการสลายลิ่มเลือด (fibrinolytic system) เพื่อทำหน้าที่ละลายลิ่มเลือด

แนวทางการวินิจฉัยภาวะเลือดออกง่ายในเด็ก

ภาวะเลือดออกง่าย หมายถึง การมีเลือดออกง่ายเนื่องจากมีความผิดปกติในกลไกของการห้ามเลือด ได้แก่ ความผิดปกติของผนังหลอดเลือด ปริมาณ และคุณภาพของเกล็ดเลือด ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดมีลักษณะทางคลินิกต่อไปนี้ เด็กที่มีปัญหาเลือดออกมากกว่าหนึ่งแห่ง หรือหลายอวัยวะพร้อมกัน หรือมีอาการเลือดออกที่มากเกินไปกว่าความรุนแรงที่ได้รับหรือมีเลือดออกเอง

แนวทางการวินิจฉัยแยกโรคภาวะเลือดออกง่าย³⁻⁵ แสดงในแผนภูมิที่ 1

1. แยกตามสาเหตุของภาวะเลือดออกผิดปกติที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือที่เกิดขึ้นภายหลัง โดยอาศัยประวัติ ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มเป็น ตำแหน่งและความรุนแรงของภาวะเลือดออก และประวัติในครอบครัวว่ามีเลือดออกง่าย ดังแสดงแนวทางการซักประวัติผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (ตารางที่ 1)

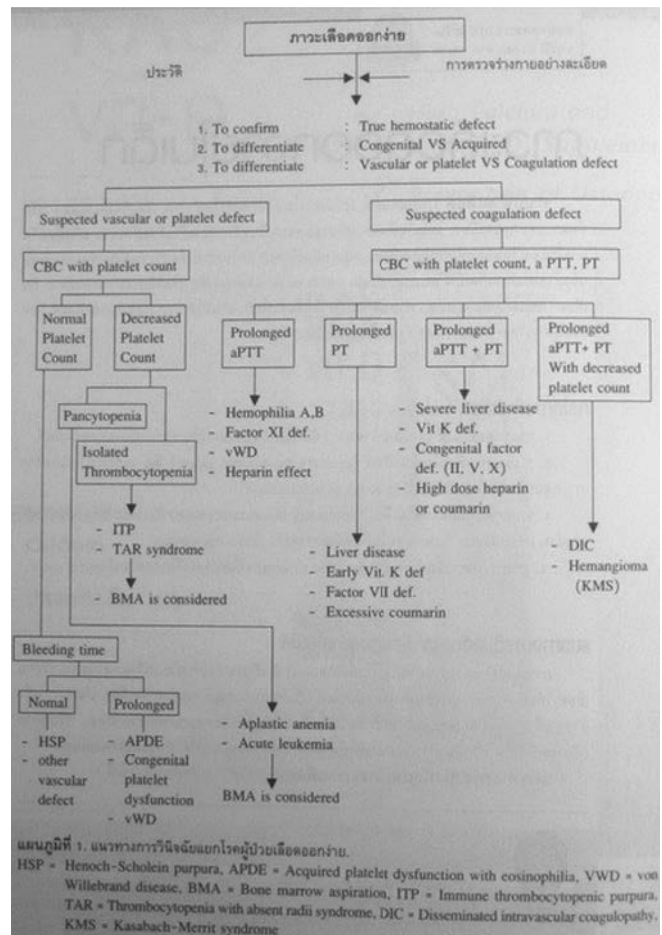
2. แยกตามความผิดปกติของกลไกของการห้ามเลือด แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ โดยมีลักษณะทางคลินิกแยกกันได้ดังตารางที่ 2

2.1 ความผิดปกติของหลอดเลือด หรือเกล็ดเลือด

2.2 ความผิดปกติของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้ได้การวินิจฉัยภาวะเลือดออกง่ายอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ complete blood

count (CBC) โดยดูจำนวนของเกล็ดเลือด, coagulogram (aPTT และ PT) และ bleeding time (BT) สำหรับการแปลผลทางห้องปฏิบัติการ



ตารางที่ 1. แนวทางการซักประวัติภาวะเลือดออกง่ายของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว.

การซักประวัติของผู้ป่วย	การซักประวัติของสมาชิกในครอบครัว
- ซักประวัติของผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกผิดปกติ - ลักษณะสำคัญของภาวะเลือดออกที่เกิดขึ้นและตำแหน่ง รวมถึงความรุนแรงของภาวะเลือดออก - ซักประวัติการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือมีประวัติการผ่าตัดหรือการบาดเจ็บที่ผิวหนัง - ซักประวัติการผ่าตัดในอวัยวะ เช่น การทำ circumcision หรือการผ่าตัดต่อมทอนซิล และการถอนฟัน ว่ามีปัญหาลิ่มเลือดอุดตันหรือไม่ - ซักประวัติการมีประจำเดือนถึงจำนวนของการใช้ผ้าอนามัย และระยะเวลาของการมีประจำเดือนในแต่ละรอบเดือน - ซักประวัติการรับประทานยาบางชนิด เช่น แอสไพริน หรือ non steroid antiinflammatory drugs (NSAIDs)	- มีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยากหรือไม่ - มีบุคคลในครอบครัวที่มีปัญหา เลือดออกมากก่อนคลอดบุตร หรือมีประจำเดือนออกมากในผู้หญิง - การซักประวัติทางพันธุกรรม หากการเลือดออกนี้เกิดขึ้นเฉพาะในผู้ชาย ให้นึกถึง X-link recessive หรือเกิดขึ้นในผู้ชายและผู้หญิงให้นึกถึงการถ่ายทอดแบบ autosomal

ตารางที่ 2. การแยกภาวะเลือดออกง่ายตามความผิดปกติของกลไกการห้ามเลือด.

	ความผิดปกติของหลอดเลือดและเกล็ดเลือด	ความผิดปกติของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด
1. ตำแหน่งที่เกิดเลือดออก	Capillary	Small vessel
2. ตำแหน่งที่เลือดออก	ผิวหนัง, mucous membrane	กล้ามเนื้อ, ในข้อ, เนื้อเยื่อชั้นลึก
3. อาการแสดง	Petechiae, purpura, small ecchymosis	Hematoma, hemarthrosis
4. เวลาที่เลือดออก	ทันที	หลังจากได้รับอันตรายหลายชั่วโมง
5. การตอบสนองต่อการกด	เลือดหยุดทันที	เลือดไม่หยุด



จำเป็นต้องอาศัยค่าปกติในแต่ละช่วงอายุของเด็กไทยในการแปลผลแสดงในตารางที่ 3 ผู้ป่วยในแต่ละรายไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประวัติและการตรวจร่างกายโดยละเอียดว่าบ่งชี้ไปในทางใด

ตารางที่ 3. ตารางแสดงเบี่ยงเบนค่าปกติทางระบบการแข็งตัวของเลือดและการสลายลิ่มเลือดของเด็กแยกตามช่วงอายุกับผู้ใหญ่

Test	Children			Adults (n = 26)
	Ages 1-5 (n = 19)	Ages 6-10 (n = 26)	Ages 11-18 (n = 26)	
Bleeding time (BT) Ivy's method (min.)	2-7			
Platelet count ($10^9/\mu\text{L}$)				
Mean	314	309	281	268
Range	(163-478)	(144-473)	(132-413)	(159-379)
PT (sec)				
Mean	12.5*	13.4**	12.8*	11.6
Range	(11.2-14.0)	(11.0-15.8)	(9.8-15.8)	(10.1-13.2)
aPTT (sec)				
Mean	34.4	36.4	35.7	34.6
Range	(28.4-40.4)	(30.0-42.7)	(29.9-41.5)	(30.3-39.0)
Fibrinogen (mg/dL)				
Mean	364.6	377.3	396.2	358.6
Range	(252.7-476.5)	(216.8-538.6)	(206.6-585.8)	(255.1-462.1)
D-dimer (mg/mL)				
Mean	0.41*	0.37*	0.23	0.21
Range	(0.1-0.85)	(0.1-0.58)	(0.1-0.54)	(0.1-0.4)

**P<0.001 and * P<0.05 compared with adults by ANOVA test with additional Dunnett-t (2-sided)

1. ผู้ป่วยที่บ่งชี้ไปในทางความผิดปกติของหลอดเลือด หรือเกล็ดเลือด การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ได้แก่ CBC โดยดูจำนวนของเกล็ดเลือด รวมทั้งดูขนาดและการย้อมติดสีของเกล็ดเลือดรวมด้วย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1.1 กลุ่มที่มีจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1.1 Isolated thrombocytopenia เช่น thrombocytopenia with absent radii (TAR) syndrome, immune thrombocytopenic purpura (ITP)

1.1.2 Pancytopenia เช่น ภาวะโรคไขกระดูกฝ่อ (aplastic anemia) หรือมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน (acute leukemia)

โดยทั้ง 2 กลุ่มนี้ เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอนต้องทำการเจาะไขกระดูก (Bone marrow aspiration; BMA)

1.2 กลุ่มที่มีจำนวนเกล็ดเลือดปกติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำคือ BT

1.2.1 ถ้าผล BT ยาว (prolonged BT) ให้นึกถึงกลุ่มที่มีเกล็ดเลือดทำงานผิดปกติ (platelet dysfunction) สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติตั้งแต่อายุน้อย ร่วมกับมีประวัติเลือดออกง่ายในครอบครัว ทำให้คิดถึงในกลุ่มโรค hereditary platelet dysfunction เช่น Bernard Soulier syndrome นอกจากหน้าที่ของเกล็ดเลือดที่ผิดปกติแล้ว พบว่าขนาดของเกล็ดเลือดจะใหญ่กว่าปกติด้วย และโรค Glanzmann's thrombasthenia เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอน ให้ส่งทำ platelet function test สำหรับผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดทำงานผิดปกติ พบร่วมกับภาวะ eosinophilia โดยเกิดขึ้นภายหลัง ให้นึกถึงโรค acquired platelet

dysfunction with eosinophilia (APDE) ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กไทย

1.2.2 ถ้าผล BT ปกติ ให้นึกถึงโรคในกลุ่มที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด เช่น โรคลักปิดลักเปิด (scurvy) ที่เกิดจากการขาดวิตามินซี และ Henoch-Schonlein purpura (HSP)

2. ผู้ป่วยที่มีประวัติ และการตรวจร่างกายเข้าได้กับการขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือด การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ ได้แก่ CBC โดยดูจำนวนของเกล็ดเลือด และ coagulogram (aPTT, PT) โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

2.1 Prolonged aPTT อย่างเดียว คิดถึงโรค hemophilia หรือ von Willebrand disease (vWD) หรือ acquired autoantibody against factor VIII หรือผลของยา heparin ที่มากเกินไป

2.2 Prolonged PT อย่างเดียว คิดถึงโรค early vitamin K deficiency, congenital factor VII deficiency หรือได้รับยา coumarin มากเกินไป

2.3 Prolonged ทั้ง aPTT และ PT คิดถึงโรค congenital factor II, V, X deficiency หากมีอาการเลือดออกง่ายตั้งแต่อายุน้อย, acquired prothombin complex deficiency (APCD) หากเกิดขึ้นภายหลังให้คิดถึงโรคตับ หรือภาวะพร่องวิตามินเค

2.4 Prolonged aPTT และ PT ร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ ได้แก่ disseminated intravascular coagulopathy (DIC)

เมื่อจัดเข้ากลุ่มแล้ว การวินิจฉัยที่แน่นอนแบ่งตามกลุ่มโรคดังนี้ เช่น

ผู้ป่วยที่สงสัย hemophilia A หรือ B ใช้การตรวจ Factor VIII หรือ IX assay ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่สงสัย vWD ใช้การตรวจ vWF antigen, Ristocetin cofactor activity, Factor VIII assay และ multimeric analysis of vWF

ผู้ป่วยที่สงสัยโรคตับใช้การตรวจ liver function test

ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ DIC ใช้การตรวจดูปริมาณของ fibrinogen, fibrin degradation products (FDP) หรือ D-dimer

ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะพร่องวิตามินเค อาจทดลองให้วิตามินเครักษาเพื่อช่วยในการวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่มีเลือดออกจริง แต่ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ให้นึกถึง Factor XIII deficiency ให้ส่งตรวจ urea clot solubility หรือในโรคกลุ่ม vWD บางชนิด หรือความผิดปกติของหลอดเลือด เช่น โรคลักปิดลักเปิด และ Henoch-Schonlein purpura (HSP)

แนวทางการรักษา

การรักษาขึ้นกับสาเหตุของผู้ป่วยแต่ละคนที่ตรวจพบ แบ่งวิธีการรักษาได้เป็น 4 วิธีใหญ่ ๆ ได้แก่

1. การรักษาเฉพาะที่ (local treatment) โดยเฉพาะเวลา มีบาดแผลให้กดตำแหน่งนั้นนาน ๆ หรือถ้ามีการฉีกขาดของหลอดเลือด ให้ผูกหลอดเลือด หรือในกรณีที่มีเลือดออกตามเยื่อเมือก หรือทำฟัน ให้ใช้ adrenalin, gel foam, fibrin glue หรือ tranexamic acid



2. การรักษาเพื่อทดแทน (replacement therapy)

ให้ส่วนประกอบของเลือดตามสาเหตุของโรค เช่น

Cryoprecipitate ใช้ใน hemophilia A, ภาวะที่มี fibrinogen ต่ำหรือผิดปกติ

Fresh frozen plasma ใช้ใน coagulopathy จาก DIC, APCD (acquired prothrombin complex deficiency, IVKDI (idiopathic vitamin K deficiency in infancy), liver disease, TTP, hemolytic uremic syndrome (HUS), hemophilia B

Cryo-removed plasma ใช้ในผู้ป่วยที่ขาด Factor II, VII, IX, X

Platelet concentrate ในกรณีที่มี thrombocytopenia จาก bone marrow failure

Factor concentrate ในปัจจุบันมี 3 ชนิด recombinant FVIIa, FVIII, prothrombin complex concentrate (PCC) หรือ activated PCC rFVIIa มีบทบาทในกรณีผู้ป่วย hemophilia ที่มีสารต้านแฟกเตอร์ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4. การรักษาระดับเลือดออกผิดปกติโดยการทดแทนด้วยส่วนประกอบของเลือด.

Products	Indication	Dosage
Cryoprecipitate (FVIII 100 u/bag, Fibrinogen 200 mg/bag) Heat-treated dry cryoprecipitate (FVIII 250-400 u/vial)	1. Hemophilia A 2. Von Willebrand's disease 3. Severe liver disease or severe fibrinogen defect	FVIII 20-50 u/kg vary to site of bleeding q 12 hr FVIII 20 u/kg q 24-72 hr 50-100 ml/kg of fibrinogen
Fresh frozen plasma	1. Coagulation factor deficiency 2. DIC 3. Liver disease 4. TTP/HUS 5. APCD 6. Hemophilia B	10-20 ml/kg/dose initial then 5-10 ml/kg q 6-12 hr maintenance in DIC or Liver disease 20-80 ml/kg q 24 hr ใน Hemophilia B vary to site of bleeding
Cryo-removed plasma	1. Factor II, VII, IX, X deficiency	10-1 ml/kg interval ตาม Half life ของ factor แต่ละตัว
Platelet concentrate	1. Non-immune thrombocytopenia with bleeding 2. In ITP only with major bleeding e.g. CNS bleeding	0.2-0.4 u/kg raise platelet 50,000-100,000/cu mm
Factor VIIa	Hemophilia with inhibitor	70-90 µg/kg/dose

3. การรักษาด้วยยา (medications) (รายละเอียดดังตาราง

ที่ 5) เช่น

ตารางที่ 5. รายละเอียดและวิธีการใช้ยา.

Drug	Indication	Dose
Tranexemic acid	1. Mucosal bleeding (avoid in patient with hematuria)	10-25 mg/kg/dose oral or intravenous(IV) q 6 hr
Desmopressin (DDAVP)	1. Mild hemophilia A, vWD 2. Uremia 3. Hereditary platelet dysfunction with bleeding except Glanzmann's thrombasthenia	0.3-0.4 µg/kg/dose in NSS 30 ml IV infusion in 20 min (maximum response in 30-60 min) และมีฤทธิ์นาน 12 hr.
Vitamin K	1. Vitamin K deficiency state 2. APCD	1.5 mg IV or IM repeat dose q 2-4 wk in severe malabsorption state
Heparin or LMWH	1. Severe DIC not response to conservative treatment 2. Venous thrombosis	Heparin 50-100 u/kg in NSS in 30 min then 12-25 u/kg/hr continuous infusion LMWH 1 mg/kg subcutaneous q 12 hr

3.1 Antifibrinolytic agents เช่น tranexamic acid ใช้ห้ามเลือดได้ระดับหนึ่งใน mucous membrane bleeding แต่มีข้อห้ามในกรณีที่มี hematuria เพราะอาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันในทางเดินปัสสาวะ

3.2 Desmopressin (DDAVP) ใช้ใน mild hemophilia, vWD, hereditary platelet dysfunction, uremia ที่มีปัญหา bleeding

3.3 Vitamin K1 ในรายที่ขาด vitamin K or APCD (acquired prothrombin complex deficiency)

3.4 Heparin or Low molecular weight heparin (LMWH) ในกรณีที่มี severe DIC ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยวิธี conservative treatment หรือมีปัญหา gangrene ตามอวัยวะต่าง ๆ

4. การรักษาทั่วไป (general care) เช่น หลีกเลี่ยงอุบัติเหตุ ดูแลรักษาตรวจฟันเป็นประจำ แนะนำการเล่นกีฬาหรืออาชีพที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย รวมทั้งให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในกรณีที่เป็นโรคทางพันธุกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Angelina C, Carvalho A. Hemostasis and Thrombosis. In : Schiffman FJ, ed. Hematologic pathophysiology. 1st ed. The United States of America : Lippincott-Raven, 1998:161-243.
2. Lanzkowsky P. Disorders of coagulation. In : Lanzkowsky P, ed. Manual of pediatric Hematology and Oncology. 4th ed. California : Elsevier Academic Press, 2005:295-362
3. Lusher JM. Clinical and Laboratory Approach to the Patient with Bleeding. In : Nathan DG, Oski SH, eds. Nathan and Oski's Hematology of Infancy and Childhood. 6th ed. Philadelphia : WB. Saunder, 2003:1515-26.
4. Grabowski EF, Corrigan JJ. Hemostasis : general considerations. In : Miller DK, Baehner RL, eds. Blood diseases of infancy and childhood. St. Louis: Mosby, 1996:849-63.
5. ปัญญา เสกสรรค์, ดารินทร์ ซอโสตถิกุล. Bleeding Tendency. ใน: วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์, วรณัฐ จงศรีสวัสดิ์, พรณทิพา จัทรชาติ, จิตลัดดา ตีโรจนวงศ์, นวลจันทร์ ปราบพาล, บรรณาธิการ. ปัญหาที่พบบ่อยในเด็ก แนวทางการดูแลรักษา. กรุงเทพฯ : บริษัท เท็กซ์ และเจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2545:69-71.
6. Sosothikul D, Seksarn P, Lusher JM. Pediatric Reference Values of Molecular Markers in Hemostasis. J Pediatr Hematol Oncol 2007;29:19-22.

วัคซีนไขหวัดใหญ่ กับโรคหูชั้นกลางอักเสบในเด็ก



โรคหูชั้นกลางอักเสบ (otitis media) เป็นโรคที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง พบได้บ่อยในเด็ก เนื่องจากภูมิคุ้มกันของเด็กยังน้อยและยังเจริญไม่เต็มที่ และเด็กมีอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจสูง เช่น ไรหวัด โรคเยื่อจมูกอักเสบเฉียบพลัน โรคไซนัสอักเสบ โรคต่อมอดิโนอยด์อักเสบ และเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งอาจจะเป็นเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย มักจะผ่านจากจมูกและโพรงหลังจมูกเข้าสู่หูชั้นกลางผ่านทางท่อยูสเตเชียน ซึ่งเป็นท่อที่เชื่อมระหว่างโพรงหลังจมูก และหูชั้นกลาง

ด้วยสภาวะอากาศที่เปลี่ยนแปลงอยู่บ่อย ๆ พบการติดเชื้อไขหวัดใหญ่มากขึ้น ภายหลังการติดเชื้อไขหวัดใหญ่ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ โรคหูชั้นกลางอักเสบ โรคไซนัสอักเสบ เป็นต้น พบว่าการฉีดวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคไขหวัดใหญ่ในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 6 ปี จำนวนทั้งสิ้น 16,707 คน แยกเป็น กลุ่มที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ และกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ติดตามประวัติการเจ็บป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบของเด็ก บางคนเคยป่วยด้วยโรคหูชั้นกลางอักเสบอยู่ก่อนแล้ว บางคนไม่เคยป่วยด้วยโรคหูชั้นกลางอักเสบเลย โดยเด็กกลุ่มที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ตรวจพบโรคหูชั้นกลางอักเสบลดลงร้อยละ 4 ในเด็กกลุ่มที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ พบการลดลงของการได้รับยาปฏิชีวนะร้อยละ 15 ในเด็กกลุ่มที่ได้รับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่

กล่าวโดยสรุป เด็กที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ช่วยลดอุบัติการณ์โรคหูชั้นกลางอักเสบในเด็ก ลดปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะ เด็กที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อควรได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคดังกล่าว



สิ่งแปลกปลอมติดค้างในทางเดินอาหาร

สิ่งแปลกปลอมติดค้างในทางเดินอาหารมักพบในเด็กได้บ่อย โดยเฉพาะพบมากสุดในช่วงอายุ 6 เดือน ถึง 6 ปี

ส่วนในผู้ใหญ่อาจมีสิ่งแปลกปลอม (มักไม่ใช่อาหาร) ติดค้างในทางเดินอาหารซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท คนปัญญาอ่อน ดื่มเหล้ามาก หรือนักโทษที่ต้องการหาสาเหตุมานอนในโรงพยาบาล คนไม่มีฟัน มักเสี่ยงต่อการมีอาหารหรือฟันปลอมติดคอ นอกจากนี้ก็อาจพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหลอดอาหาร ผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร หรือมีความผิดปกติของทางเดินอาหารแต่กำเนิดก็มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะมีสิ่งแปลกปลอมติดค้างในทางเดินอาหาร

การวินิจฉัย

เด็กโตและผู้ใหญ่อาจระบุตำแหน่งเจ็บคอได้ แต่ตำแหน่งนั้นก็อาจไม่มีสิ่งแปลกปลอมไปติดค้างอยู่เลยก็ได้ ส่วนเด็กเล็ก ผู้ป่วยโรคจิตเภท หรือคนปัญญาอ่อน มักมาด้วยอาการอาเจียน ไอบ่อย กลืนน้ำลายไม่ได้ หรือหายใจได้ยากเสียงวี๊ด มีน้ำลายปนเลือด หรือหายใจลำบากก็ได้

ถ้าวัตถุทิ่มทะลุบริเวณคอหอยส่วนปาก (oropharynx) หรือหลอดอาหารส่วนต้นทะลุก็ทำให้มีอาการลำคอบวม แดง เจ็บหรือกลืนได้ เสียงกรอกรบที่คอ นอกจากนี้การมีสิ่งแปลกปลอมติดค้างในทางเดินอาหารอาจทำให้เกิดลำไส้ทะลุหรืออุดตันได้ ซึ่งต้องส่งปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดหรือส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารต่อไป

เอกซเรย์จะช่วยบอกตำแหน่ง ขนาด และจำนวนสิ่งแปลกปลอมที่ติดค้างในทางเดินอาหารได้ แต่ถ้าเป็นสิ่งแปลกปลอมขนาดเล็กก็อาจเอกซเรย์ไม่พบได้เช่นกัน นอกจากนี้แพทย์ก็ไม่ควรส่งตรวจเอกซเรย์ชนิดที่ต้องกลืนสารทึบรังสีร่วมด้วยเพราะอาจเกิดการอุดตัน หรือสารทึบรังสีไปเคลือบสิ่งแปลกปลอมและเยื่อหลอดอาหาร จนทำให้จะมาใช้กล้องส่องตรวจทางเดินอาหารในภายหลังก็ไม่เห็นพยาธิสภาพ บางครั้งในการวินิจฉัยอาจต้องใช้คอมพิวเตอร์สแกนเพื่อตรวจหาตำแหน่งสิ่งแปลกปลอมได้

อย่างไรก็ดี แม้ว่าเอกซเรย์จะไม่พบสิ่งผิดปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการก็ควรส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร

ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องในทางเดินอาหารเพื่อหาสิ่งแปลกปลอมติดค้าง

1. ภาวะฉุกเฉินที่ควรทำการส่องกล้อง

มีอาการอุดตันของหลอดอาหาร เช่น กลืนน้ำลายไม่ได้
แบคทีเรียติดค้างในหลอดอาหาร
วัตถุแหลมคมติดค้างในหลอดอาหาร

2. ภาวะรึบตันที่ควรทำการส่องกล้อง

วัตถุไม่แหลมคมติดค้างในหลอดอาหาร
อาหารติดค้างในคอโดยไม่มีอาการ
วัตถุแหลมคมติดค้างในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ดูโอติ้นม
วัตถุยาว > 6 เซนติเมตร ติดค้างในลำไส้ดูโอติ้นมส่วนต้น
กินแม่เหล็ก

3. ภาวะไม่รึบตันในการส่องกล้อง

เหรียญติดค้างในหลอดอาหารนาน 12-24 ชั่วโมง และไม่มีอาการ
วัตถุขนาด > 2.5 เซนติเมตร ติดค้างในกระเพาะอาหาร
แบคทีเรียอยู่ในกระเพาะอาหารและเฝ้าติดตามอาการมา > 48 ชั่วโมง โดยไม่มีอาการผิดปกติ

การรักษา

1. เวลาที่เหมาะสมในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร

การตัดสินใจเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินอาหาร ขึ้นอยู่กับอายุและอาการของผู้ป่วย ขนาดของวัตถุ ความแหลมคม ตำแหน่งที่ติดค้าง และเวลาที่เริ่มกิน

การตัดสินใจถึงความเสี่ยงต่อการอุดตัน การอุดกั้น หรือทะลุ เพื่อตัดสินใจว่าควรเริ่มส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารอย่างไรบ้วนมากน้อยแค่ไหน ถ้าผู้ป่วยกลืนน้ำลายไม่ได้ก็ควรรีบส่องกล้องอย่างฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการอุดตัน ตลอดจนการกินแบคทีเรีย วัตถุแหลมคม หรือวัตถุที่มีขนาดยาวก็เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการทำให้ทางเดินอาหารทะลุได้ง่าย

ผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการของทางเดินอาหารส่วนต้นอุดตันก็ไม่จำเป็นต้องรีบทำการส่องกล้องตรวจ เพราะมีโอกาสที่วัตถุจะเคลื่อนหลุดออกจากร่างกายไปได้เอง

สิ่งแปลกปลอมหรืออาหารติดค้างในทางเดินอาหารนาน > 24 ชั่วโมง ควรทำการช่วยเหลือเอาออกเพราะยังซ้ำกึ่งนำออกได้ยากและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ลำไส้ทะลุได้ง่าย

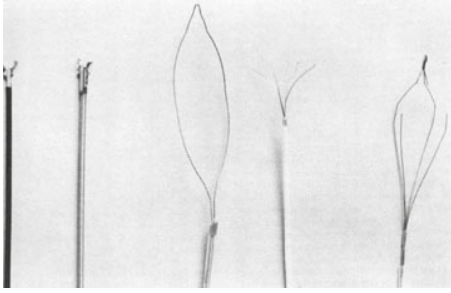
ถ้าพบมีรอยถลอกของทางเดินอาหาร รอยทะลุ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ก็ควรรีบเอาวัตถุออกจากทางเดินอาหารอย่างเร่งด่วน

อย่างไรก็ดี ถ้าวัตถุเข้าไปในกระเพาะอาหารแล้วส่วนใหญ่ มักจะถ่ายออกมาได้เองภายใน 4-6 วัน ดังนั้น ในกรณีที่กลืนวัตถุเข้ากระเพาะอาหารไปแล้วโดยไม่มีอาการนั้น แพทย์ก็ควรนัดดูอาการไปก่อน โดยให้ผู้ป่วยคอยสังเกตดูจากระบายน้อย ๆ ว่ามีสิ่งแปลกปลอมออกมาหรือไม่ รวมทั้งแพทย์ควรติดตามด้วยการเอกซเรย์ทุกสัปดาห์เพื่อเฝ้าดูการเคลื่อนที่ของวัตถุในทางเดินอาหารซึ่งอาจนานถึง 4 สัปดาห์กว่าวัตถุจะหลุดออกมาได้เอง

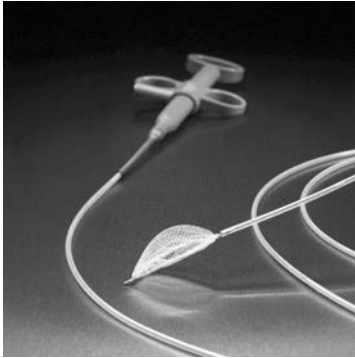
2. อุปกรณ์

การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารมักนิยมใช้ flexible endoscopes เพราะใช้ยานอนหลับเพียงเล็กน้อยให้แก่ผู้ป่วยก็ทำได้แล้ว อุปกรณ์ในการเอาวัตถุออกอาจใช้ rat-tooth, alligator forceps, polypectomy snares, polyp graspers, Dormier baskets, retrieval nets, magnetic probes, friction-fit adaptors หรือ banding caps (ดังภาพที่ 1-3)

ก่อนทำการส่องกล้องควรฝึกใช้อุปกรณ์ที่จับวัตถุที่มีลักษณะคล้ายสิ่งแปลกปลอมที่กลืนเข้าไปก็ช่วยให้อัตตสันใจเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมมากขึ้น



ภาพที่ 1 อุปกรณ์ดึงวัตถุออก เรียงจากซ้ายไปขวา: rat-tooth and alligator forceps, snare, tripod forceps, pentipod forceps.



ภาพที่ 2 retrieval nets

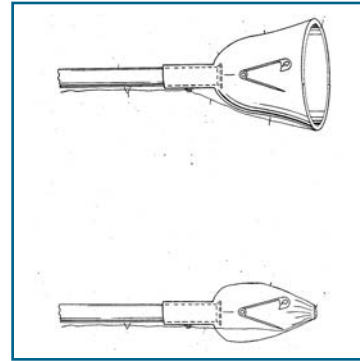
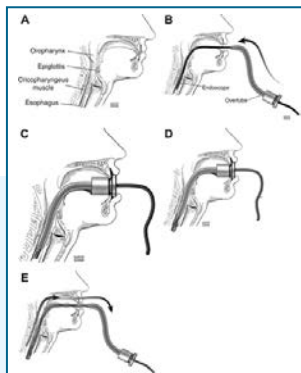


ภาพที่ 3 การใช้ basket คีบวัตถุแปลกปลอมออก

มีการใช้ overtubes เพื่อป้องกันทางเดินหายใจและทำหัตถการเอาสิ่งแปลกปลอมออกได้ง่ายขึ้น รวมทั้งป้องกันเยื่อหลอดอาหารฉีกขาดในขณะที่เอาวัตถุแหลมคมที่กลืนเข้าไปออกมา (ดังภาพที่ 4) ในกรณีที่เอาวัตถุแหลมคมที่ติดอยู่ในบริเวณต่ำกว่าหลอดอาหารออกก็ควรเลือกใช้ overtube ที่มีขนาดยาวจนถึงรอยต่อระหว่างกระเพาะอาหารและหลอดอาหาร (gastroesophageal junction)

อย่างไรก็ดี overtube ถูกใช้กันน้อยมากในเด็ก ทั้งนี้เพราะอาจเสี่ยงต่อหลอดอาหารเป็นแผลถลอกในระหว่างการใส่ท่อ overtube ได้ ในเด็กนิยมใช้ foreign body protector hood แทนเพื่อป้องกันเยื่อหลอดอาหารถลอกในระหว่างการคีบเอาวัตถุแหลมคมออกจากหลอดอาหาร (ดังภาพที่ 5)

ภาพที่ 4 แสดงวิธีใช้ overtube โดยสอดกล้องเข้าไปใน overtube แล้วใส่ทั้งหมดเข้าไปในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร



ภาพที่ 5 foreign body protector hood

3. อาหารติดคอ

การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารก็เพื่อดึงเอาก้อนอาหารที่ติดคอออกหรือผลักก้อนอาหารนั้นเข้าไปในกระเพาะอาหารแทน การเอาก้อนอาหารออกอาจทำได้โดยใช้อุปกรณ์เพื่อยึดออก ได้แก่ polypectomy snare, retrieval net, friction-fit adaptor, banding cap

การที่อาหารติดคอบ่อยเกิดจากหลอดอาหารมีพยาธิสภาพ ดังนั้น การผลักอาหารเข้าไปก็เสี่ยงต่อการเกิดหลอดอาหารทะลุได้สูง ดังนั้น แพทย์จะผลักอาหารเข้าไปในกระเพาะอาหารได้ก็ต่อเมื่อทำการส่องกล้องตรวจหลอดอาหารส่วนที่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ติดคอทั้งหมดอย่างละเอียดแล้ว อย่างไรก็ตาม จากรายงานผู้ป่วย 375 คน โดยได้ทำการผลักก้อนอาหารที่ติดค้างในหลอดอาหารเข้าไปในกระเพาะอาหารก็ไม่มีอุบัติการณ์ของหลอดอาหารทะลุแต่อย่างใด^(2,3) วิธีการผลักก้อนอาหารเข้าไปทำโดยผลักที่กลางก้อนอย่างเบา ๆ แต่ถ้าไม่สำเร็จก็อาจเปลี่ยนเป็นตัดแบ่งก้อนอาหารให้มีขนาดเล็กลง จากนั้นค่อยผลักอีกครั้ง อย่างไรก็ตาม การผลักก้อนอาหารอย่างแรงก็เสี่ยงต่อการเกิดหลอดอาหารทะลุได้ง่าย

ในกรณีที่เป็น esophageal stricture นั้น หลังจากเอาก้อนอาหารออกแล้วควรจะใช้เครื่องมือดึงหลอดอาหารให้กว้างขึ้นด้วย เพื่อป้องกันการเกิดอาหารติดคอซ้ำ แต่ก็ไม่ควรดึงหลอดอาหารในกรณีที่ก้อนอาหารติดค้างในหลอดอาหารอยู่นาน หรือพบว่าเยื่อหลอดอาหารอักเสบชนิด esophilitic esophagitis เกิดขึ้น เพราะการดึงหลอดอาหารจะทำให้เกิดทะลุได้ง่าย

ก้อนอาหารติดในหลอดอาหารอยู่นานอาจก่อให้เกิดเยื่อหลอดอาหารอักเสบชนิด esophilitic esophagitis ได้ถึง 33%⁽⁴⁾ ถ้าสงสัยภาวะนี้ก็ควรทำการตัดชิ้นเนื้อของเยื่อหลอดอาหารเพื่อส่งตรวจโดยนิยมเลือกตัดบริเวณหลอดอาหารส่วนกลางและส่วนปลาย

ยังไม่มีการศึกษาอย่างแท้จริงของการใช้เอนไซม์ย่อยโปรตีน เช่น papain เพื่อนำมาช่วยย่อยอาหารที่ติดค้างในทางเดินอาหาร อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่าเอนไซม์นี้อาจทำให้เกิด hypernatremia เยื่อของทางเดินอาหารเป็นแผลและหลอดอาหารทะลุตามมาได้

Glucagon

มีรายงานการใช้ glucagon 1 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดเพื่อให้หลอดอาหารส่วนปลายคลายตัวออก จนทำให้ง่ายต่อการส่องกล้องเพื่อเอาก้อนอาหารที่ติดค้างอยู่ออกมา แต่บางงานวิจัยก็แสดงว่ากลูคาгонไม่ได้มีประสิทธิภาพแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม กลูคาгонค่อนข้างปลอดภัย จึงยังยอมรับให้ใช้กันอยู่บ้าง แต่ก็พบว่าการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารมักได้ประโยชน์และช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากกว่าอยู่ดี

4. สิ่งแปลกปลอม

4.1 วัตถุที่อ

เหรียญอาจใช้ rat-tooth หรือ alligator คีบออก รวมทั้งอาจใช้ snare หรือ retrieval net

วัตถุที่กลมและเรียบควรใช้ retrieval net หรือ basket ดึงออกจากการศึกษาพบว่า retrieval net ใช้การได้ดีกว่า ถ้าประเมินแล้วไม่สามารถหยิบเอาวัตถุออกได้ก็ให้ดันวัตถุเข้าไปในกระเพาะอาหารแทน ซึ่งจะช่วยให้มีพื้นที่ทำหัตถการดึงออกได้ง่ายขึ้นอีกด้วย

ถ้าไม่ส่องกล้องเข้าทางเดินอาหารเพื่อคีบออกก็อาจใช้วิธีอื่นแทนได้ เช่น ในการจัดการกับวัตถุที่บดและที่อที่ติดค้างในหลอดอาหาร ก็อาจใช้วิธีดันลงไปในกระเพาะอาหาร โดยอาจใช้ forcep ดันภายใต้ fluoroscope ที่เฝ้าติดตามดู นอกจากนี้ยังมีการใช้บอลลูนของ foley catheter มาดันหรือใช้สายสวนกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) ที่ติดแม่เหล็กเอาไว้มาดูดวัตถุออกได้ การกระทำเหล่านี้มักไม่สามารถควบคุมทิศทางได้ว่าจะเอาวัตถุออกหรือดันวัตถุเข้าไปในกระเพาะอาหาร รวมทั้งไม่เห็นพยาธิสภาพหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในหลอดอาหารอีกด้วย ดังนั้น จึงแนะนำว่าการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารน่าจะมีความปลอดภัยมากกว่า

ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ใช้กล้องส่องทางเดินอาหารเพื่อเอาวัตถุที่มีขนาดใหญ่กว่า 2.5 เซนติเมตร ในกระเพาะอาหารออกเพราะวัตถุแบบนี้มีขนาดใหญ่เกินกว่าจะหลุดผ่าน pylorus ออกมาได้เอง นอกจากนี้ถ้าวัตถุไม่เคลื่อนที่ในกระเพาะอาหารนาน 3-4 สัปดาห์ ก็ควรพิจารณาส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารเพื่อคีบออก

ถ้ามีอาการแสดงของ peritonitis ก็ควรส่งปรึกษาศัลยแพทย์ อีกกรณีที่ต้องผ่าตัดคือ มีวัตถุติดอยู่ในตำแหน่งที่ผ่านเลยลำไส้ดูโอไดนิ้มไปแล้วและหยุดนิ่งไม่เคลื่อนที่นาน > 1 สัปดาห์ อีกทั้งตำแหน่งอยู่ลึกเกินกว่าจะใช้กล้องส่องไปคีบออกได้

4.2 วัตถุขนาดยาว

วัตถุขนาดยาว > 6 เซนติเมตร เช่น แปร่งสีฟัน ข้อนหรือส้อม ซึ่งมักผ่านลำไส้ดูโอไดนิ้มได้ยากก็ควรถูกคีบออก อาจใช้ overtube ขนาด 45 เซนติเมตร ที่ยาวเลย gastroesophageal junction ออกมา โดยใช้ snare หรือ basket คีบเอาวัตถุออกเข้าไปใน overtube จากนั้นดึงทั้งวัตถุแปลกปลอม overtube และกล้องส่องทางเดินอาหารออกมาพร้อมกัน

4.3 วัตถุแหลมคม

กระดูกไก่ ก้างปลา ลวดหนีบกระดาด ไม้จิ้มฟัน หรือเข็ม มักก่อให้เกิดภาวะลำไส้ทะลุได้ง่าย ดังนั้น แพทย์ต้องทำการสืบหาตำแหน่งที่วัตถุแหลมคมเหล่านี้ติดอยู่ในหลอดอาหาร ส่วนใหญ่มักเอกซเรย์ไม่พบ แต่แพทย์ก็ต้องใช้กล้องส่องดูทางเดินอาหารอยู่ดี วัตถุแหลมคมที่ติดค้างเหนือบริเวณ cricopharyngeus ก็ควรใช้ laryngoscope ส่องดูและคีบออกได้ แต่ถ้าอยู่ต่ำกว่านี้ก็ควรใช้ rigid หรือ flexible endoscope แทน แม้ว่าวัตถุแหลมคมที่อยู่ในกระเพาะอาหารส่วนใหญ่มักหลุดออกจากร่างกายได้เอง แต่ก็มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถึง 35%^(6,9) ดังนั้น วัตถุแหลมคมที่อยู่ในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ดูโอไดนิ้มส่วนต้นควรได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารเพื่อคีบวัตถุออก หรือเฝ้าติดตามด้วยการเอกซเรย์ทุกวัน และถ้าพบว่าวัตถุไม่เคลื่อนที่เลยนาน > 3 วัน ก็ควรตัดสินใจผ่าตัดเอาออก

แพทย์ควรแนะนำว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง อาเจียน ไข้สูง อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายดำ ก็ควรรีบมารับการตรวจส่องกล้องดูทางเดินอาหารเพื่อใช้ forceps, retrieval net หรือ polypectomy snare คีบวัตถุที่ติดค้างในทางเดินอาหารออก

การป้องกันเยื่ออุจจาระจากวัตถุแหลมคมควรแนะนำให้เอาออกจากหลอดอาหารโดยใช้ overtube หรือใช้กล้องส่องทางเดินอาหารที่ติด protector hood ไว้ที่ปลาย

4.4 การกินแบตเตอรี่ชนิดกระดุม

เด็กอายุ < 5 ปี มักกินแบตเตอรี่ชนิดกระดุมได้บ่อย โดยอาจดึงแบตเตอรี่ออกมาจากนาฬิกา เครื่องคิดเลขหรือเกมต่าง ๆ ถ้าแบตเตอรี่ค้างในหลอดอาหารอาจทำให้เกิดเนื้อเยื่อของทางเดินอาหารตายจนทะลุได้ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด

ดังนั้น เมื่อพบแบตเตอรี่ค้างในหลอดอาหารควรรีบเอาออกอย่างฉุกเฉิน การใช้ basket หรือ net มักได้ผลเหมือนกัน หรืออาจใช้บอลลูนสอดผ่านกล้องส่องทางเดินอาหารไปจนยาวเลยตำแหน่งวัตถุค้างอยู่ จากนั้นเป่าลมเข้าบอลลูนแล้วค่อยลากเอาแบตเตอรี่ออกมาพร้อมทั้งดึงกล้องออกมาพร้อมกันด้วย อาจใช้ overtube หรือท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตันระหว่างทำหัตถการ ถ้าเอาแบตเตอรี่ออกจากหลอดอาหารด้วยวิธีนี้ได้ก็ควรผลักแบตเตอรี่เข้าไปในกระเพาะอาหารเพื่อให้มีพื้นที่กว้างพอให้ใช้ basket หรือ net ดึงออกได้สะดวก

แบตเตอรี่ที่ผ่านเลยหลอดอาหารมาแล้วโดยไม่มีอาการอะไร ก็ไม่ต้องทำการคีบออก ถ้าแบตเตอรี่อยู่ในกระเพาะอาหารแล้วมักผ่านหลอดออกมาได้โดยไม่มีอันตราย แต่แบตเตอรี่ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง > 20 มิลลิเมตร ที่อยู่ในกระเพาะอาหารนาน > 48 ชั่วโมง ควรจะทำการคีบออก ถ้าผ่านลำไส้ดูโอไดนิ้มไปแล้วพบว่า 85% มักหลุดออกจากร่างกายได้ภายใน 72 ชั่วโมง แนะนำให้ทำการเอกซเรย์เฝ้าติดตามทุก 3-4 วัน

สำหรับการทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเพื่อเอาวัตถุที่ติดค้างในทางเดินอาหารออกมักไม่เกิดประโยชน์แต่อย่างใดและยังอาจทำให้แบตเตอรี่ถูกย่นจากกระเพาะอาหารย้อนขึ้นไปค้างที่หลอดอาหารแทนได้

การให้ยาลดกรดหรือยาถ่ายเพื่อรักษาที่ไม่มีประโยชน์ อย่างไรก็ตาม ก็ดี การสวนล้างกระเพาะอาหารอาจมีประโยชน์ได้บ้าง

การกลืนถ่านรูปกลมพบมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นน้อยมาก อย่างไรก็ตามก็ตีเท่าที่มีรายงานพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความอันตราย และพบเพียง 18% ที่มีอาการเล็กน้อยหรือปานกลาง อย่างไรก็ตาม ถ้าวัตถุค้างในกระเพาะอาหารนาน > 48 ชั่วโมง ก็ควรถูกคีบออก ถ้ามีอาการบาดเจ็บของทางเดินอาหารก็เป็นข้อบ่งชี้ให้คีบเอาวัตถุออกโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีประวัติว่าแบตเตอรี่ที่กลืนเข้าไปมีสภาพชำรุดอยู่ก่อนแล้ว ก็ยังต้องคีบเอาออกโดยด่วน

4.5 แม่เหล็ก

การกลืนแม่เหล็กอาจทำให้ทางเดินอาหารได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ แม่เหล็กอาจดูดกันและดูดเอาเนื้อเยื่อของทางเดินอาหารเข้าไปด้วย จนทำให้เนื้อเยื่อของทางเดินอาหารเกิดเนื้อตายเป็นรอยทะลุ ทำให้ลำไส้บิดพัน (volvulus) หรือลำไส้แตกทะลุจนเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ดังนั้น การกินแม่เหล็กเพียง 1 อันก็ควรถูกคีบเอาออก

4.6 เหรียญ

เด็กมักมีอุบัติการณ์กลืนเหรียญบ่อย ถ้าเหรียญติดในหลอดอาหารและไม่มีอาการก็สามารถเฝ้าติดตามได้นาน 12-24 ชั่วโมง เพราะเหรียญมักมีโอกาสหลุดออกจากร่างกายได้เองค่อนข้างสูง แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกลืนน้ำลายไม่ได้ เจ็บหน้าอก และมีเสียง stridor ก็ควรรีบทำหัตถการเพื่อเอาเหรียญออกอย่างฉุกเฉิน จากการศึกษานี้พบว่า เหรียญที่อยู่ในหลอดอาหารส่วนปลายมีโอกาสหลุดออกมาได้เองสูงกว่าเหรียญที่ค้างในหลอดอาหารส่วนต้น (56% & 27%)⁽⁷⁾ เหรียญมักผ่านกระเพาะอาหารและทางเดินอาหารส่วนอื่น ๆ ไปได้โดยไม่อุดกั้น โดยแพทย์ควร

ทำการเอกซเรย์เพื่อเฝ้าติดตามเท่านั้น อย่างไรก็ตาม มีรายงานในปี ค.ศ. 1982 พบผู้ป่วยเกิดพิษสังกะสีอันเกิดจากการกินเหรียญเพนนีจำนวนมาก

4.7 ฤงยาเสพติด

พวกค้ายาเสพติดอาจกลืนถุงพลาสติกหรือถุงยางที่บรรจุยาเสพติดเอาไว้ ที่เรียกว่า body packing ซึ่งมักเอกซเรย์เห็นได้หรืออาจใช้คอมพิวเตอร์สแกนดูก็ได้ ถ้าถุงแตกจะทำให้ผู้กลืนถึงแก๊ซวิตได้ ดังนั้น จึงไม่ควรส่องกล้องเพื่อเอาถุงออกเพราะระหว่างทำหัตถการอาจเกิดถุงแตกในทางเดินอาหารได้

ถ้าพบว่าถุงหยุดนิ่งในทางเดินอาหารหรือมีอาการแสดงของทางเดินอาหารอุดตันก็ควรผ่าตัดเอาออก ถ้าสงสัยว่าถุงแตกใน

ทางเดินอาหารก็ควรผ่าตัดโดยด่วน และปรึกษาแผนกพิษวิทยาร่วมดูแลผู้ป่วยด้วย

5. วัตถุแปลกปลอมในลำไส้เล็ก

มีการใช้กล้องส่องลำไส้เล็กที่ติดบอลูนอยู่ (balloon enteroscopy) เพื่อเอาวัตถุที่อุดตันหรือก่อให้เกิดลำไส้ทะลุออกมา นอกจากนี้ ก็มีการใช้ hoods, baskets และ forceps เข้าไปคืบร่วมกับการใช้กล้องส่องลำไส้เล็ก

อย่างไรก็ดี เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ใหม่ ดังนั้น ต้องใช้ความชำนาญ จึงควรทำในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และสามารถทนต่อหัตถการที่ยาวนานนี้ได้

สรุปข้อแนะนำ (ดูความน่าเชื่อถือของข้อแนะนำตามตารางที่ 1)

- หลีกเลี่ยงการกลืนสารรังสีเพื่อเอกซเรย์หาวัตถุแปลกปลอมที่ติดค้างในหลอดอาหาร ⊕○○○
- ถ้าวัตถุติดในบริเวณเหนือต่อ cricopharyngeus ก็ให้ปรึกษาแพทย์โรค คอ นาสิก ⊕○○○
- ถ้ามีอาการแสดงของหลอดอาหารอุดตันต้องรีบทำหัตถการคืบเอาวัตถุออกอย่างฉุกเฉิน ⊕⊕○○
- การรักษาหลอดอาหารติดค้างในหลอดอาหารอาจใช้วิธีคืบออกทั้งก่อน ย่อยให้ขนาดเล็กลงแล้วคืบออก หรือผลักเข้าไปในกระเพาะอาหารก็ได้ ⊕⊕⊕○
- ถ้าวัตถุในกระเพาะอาหารขนาด > 2.5 เซนติเมตร ควรส่องกล้องเพื่อคืบออก ⊕○○○
- ถ้าวัตถุแหลมคมหรือวัตถุที่มีขนาดยาว > 6 เซนติเมตร ติดค้างในตำแหน่งเหนือกว่าหรือในลำไส้ดูโอไดน์มส่วนต้น ก็ควรส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารเพื่อเอาออก ⊕⊕○○
- ควรรีบนำแบตเตอรี่ที่ติดค้างในหลอดอาหารออกอย่างฉุกเฉิน ⊕⊕○○
- ถ้ากลืนแม่เหล็กติดค้างในทางเดินอาหารก็ควรรีบส่องกล้องอย่างเร่งด่วนเพื่อเอาออก แต่ถ้าติดอยู่ลึกจนส่องกล้องไม่ได้ก็ให้สังเกตอาการ เฝ้าติดตาม และถ้าวัตถุไม่มีการขยับเคลื่อนที่เลยก็ควรปรึกษาศัลยแพทย์ ⊕⊕○○
- ถ้ากลืนเหรียญไปติดค้างที่หลอดอาหารโดยผู้ป่วยไม่มีอาการ ก็ให้สังเกตอาการไปก่อน แต่ถ้าไม่มีการเคลื่อนที่เลยนาน > 24 ชั่วโมง ก็ควรทำหัตถการเพื่อเอาออก ⊕⊕○○
- แนะนำว่าไม่ควรส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารเพื่อนำถุงยาเสพติดที่กลืนเข้าไปออก ⊕⊕○○

ตารางที่ 1 แสดงความน่าเชื่อถือของข้อแนะนำ

TABLE 1. GRADE system for rating the quality of evidence for guidelines		
Quality of evidence	Definition	Symbol
High quality	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect	⊕⊕⊕⊕
Moderate quality	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate	⊕⊕⊕○
Low quality	Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate	⊕⊕○○
Very low quality	Any estimate of effect is very uncertain	⊕○○○

Adapted from Guyatt et al.¹

เอกสารอ้างอิง

- The American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Management of ingested foreign bodies and food impactions. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 2011;1085-91.
- Vicari JJ, Johanson JF, Frakes JT. Outcomes of acute esophageal food impaction: success of the push technique. Gastrointest Endosc 2001;53:178-81.
- Longstreth GF, Longstreth KJ, Yao JF. Esophageal food impaction: epidemiology and therapy. A retrospective, observational study. Gastrointest Endosc 2001;53:193-8.
- Kerlin P, Jones D, Remedios M, et al. Prevalence of eosinophilic esophagitis in adults with food bolus obstruction of the esophagus. J Clin Gastroenterol 2007;41:356-61.
- Carp L. Foreign bodies in the intestine. Ann Surg 1927;85:575-91.
- Rosch W, Classen M. Fiberoendoscopic foreign body removal from the upper gastrointestinal tract. Endoscopy 1972;4:193-7.
- Waltzman ML, Baskin M, Wypij D, et al. A randomized clinical trial of the management of esophageal coins in children. Pediatrics 2005;116:614-9.

แนวทางเบื้องต้นในการพิจารณาเพื่อนำศพเข้ามาตรวจต่อ และรายงานผู้ป่วย (อุกาหรณ์/ตัวอย่าง) หนึ่งราย

Guideline For Cadaver's Transferring To Perform Full Autopsy With A Case Report

การที่แพทย์ต้องออกไปทำการตรวจศพเมื่อมีการตายผิดปกติเกิดขึ้นนั้น เป็นการที่ต้องดำเนินการร่วมกับเจ้าพนักงานอื่น ซึ่งอาจเป็นการทำงานร่วมกับ “พนักงานสอบสวน” หรือการทำงานร่วมกับ “พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ และพนักงานฝ่ายปกครอง” แล้วแต่กรณี หมายความว่า หากเป็นการตายผิดปกติโดยทั่วไปจะทำการร่วมกับ เฉพาะพนักงานสอบสวนเท่านั้น แต่หากเป็นการตายผิดปกติชนิดพิเศษแล้ว คือ การตายที่เกิดจากการกระทำของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่ หรือ การตายที่อยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานที่อ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่ จะต้องร่วมทำการถึง 4 ฝ่าย คือ แพทย์ และอีก 3 ฝ่ายดังกล่าวแล้ว การที่มีการกระทำร่วมกันนี้คือ **“การชันสูตรพลิกศพ”** หรืออาจกล่าวได้ว่า หากเป็นเรื่อง การชันสูตรพลิกศพแล้วจะต้องกระทำร่วมกันระหว่าง เจ้าพนักงานตามหน้าที่ตั้งแต่ 2 ฝ่ายขึ้นไปตามกฎหมาย คือ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา¹

.....อายุกว่า 70 ปี ย่อมถือว่า “ชราภาพ” หากได้ทำการชันสูตรพลิกศพและพบพบสาเหตุรุนแรง หรือสาเหตุใดอันอาจเป็นเหตุแห่งการตายผิดปกติแล้ว การให้สาเหตุแห่งการตายอันเนื่องจากชราภาพนั้นย่อมมีความเสี่ยงน้อย.....

การนำศพเพื่อทำการตรวจต่อเนื่องภายหลังจากการชันสูตรพลิกศพ

มีคำถามที่แพทย์ผู้ซึ่งออกทำการชันสูตรพลิกศพ ที่มักจะถามขึ้นมาเสมอก็คือ “จะพิจารณาอย่างไรกับการที่จะนำศพเพื่อเข้ามาทำการตรวจต่อหรือไม่” ซึ่งคำถามนี้อาจพิจารณาได้ดังนี้

1. การนำศพเพื่อเข้ามาตรวจต่อ

หมายถึง การที่ภายหลังที่แพทย์ได้ทำการ “ชันสูตรพลิกศพเสร็จเรียบร้อยแล้ว” และเห็นว่ายังมีความจำเป็นหรือข้อสงสัยในสาเหตุแห่งการตายที่เกิดขึ้นนั้น แพทย์ย่อมสามารถแจ้งต่อ “หัวหน้าคณะในการชันสูตรพลิกศพ” เพื่อให้ส่งศพมาเพื่อรับการตรวจศพต่อ ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา ๑๕๑ และมาตรา ๑๕๒ แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณา

ความอาญานั้นเอง¹ โดยความสงสัยนั้นเป็นไปตามกรอบแห่ง “เกณฑ์มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม”² และ “เกณฑ์ความรู้ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม”³ โดยกฎหมายวิชาชีพ⁴

2. หัวหน้าคณะในการชันสูตรพลิกศพ

แพทย์ย่อมต้องเข้าใจว่า ตัวแพทย์เองมีได้อยู่ในฐานะหัวหน้าคณะในการชันสูตรพลิกศพโดยแท้ แม้ว่าแพทย์จะมีความรู้ด้านการแพทย์และเป็นผู้ที่สามารถจะบอกถึงสาเหตุแห่งการตายได้ดีที่สุดในกลุ่มเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพก็ตาม ทั้งนี้เพราะตัวบทบัญญัติของกฎหมาย¹ มิได้ให้อำนาจแก่แพทย์ที่จะเป็นผู้สั่งการในการดำเนินการภายหลังจากการได้ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพแล้ว ซึ่งแท้ที่จริงหัวหน้าคณะในการทำการชันสูตรพลิกศพก็คือ “พนักงานสอบสวน” หรือ “พนักงานอัยการ” แล้วแต่กรณีนั่นเอง

3. มูลเหตุที่ทำให้แพทย์ต้องสงสัย

หมายถึง เหตุหรือปัจจัยใด ๆ ที่ทำให้แพทย์เกิดความสงสัยในสาเหตุแห่งการตาย ซึ่งเมื่อแพทย์ยังไม่สามารถที่จะหาสาเหตุแห่งการตายอันเป็นวัตถุประสงค์หลักของการชันสูตรพลิกศพแล้ว แพทย์ย่อมจำเป็นต้องนำศพมาเพื่อทำการตรวจต่อ

ปัจจัยที่แพทย์ใช้ในการประเมินว่าจะดำเนินการอย่างไรกับศพที่ตนเองได้ทำการชันสูตรพลิกศพแล้ว

เหตุ และ/หรือปัจจัยที่ทำให้แพทย์เกิดความสงสัยในสาเหตุแห่งการตายของผู้ตายที่แพทย์ได้ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพ อาจจำแนกได้อย่างง่าย ๆ

1. เหตุทางสังคม/ครอบครัวของผู้เสียชีวิต

หมายถึง หากยังมีข้อขัดแย้งหรือกรณีสงสัยหรือกรณีพิพาทถึงการตายของผู้ตายในกลุ่มทายาทของผู้ตายเอง เช่นนี้ ต้องถือว่าแพทย์สมควรที่จะนำศพเพื่อทำการตรวจต่ออย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม หากญาติไม่ติดใจสงสัยแล้วก็หาเชื่อว่าแพทย์จะสามารถมอบศพให้แก่ญาติเพื่อ “ดำเนินการตามประเพณี” ได้เสมอไป ทั้งนี้จะต้องพิจารณาจากเหตุแห่งตัวศพ

2. เหตุจากตัวศพ

หมายถึง สภาพแห่งตัวศพที่แพทย์ได้ทำการชันสูตรพลิกศพแล้วยังมีข้อสงสัยหรือเคลือบแคลงว่า การตายที่เกิดขึ้นอาจมิใช่เป็นการตาย “ตามธรรมชาติ” เช่น

ก. เป็นการตายที่อาจ “ถูกฆาตกรรม”

ข. การตายที่เกิดจากการ “ฆ่าตัวตาย”

ค. การตายที่เกิดจาก “อุบัติเหตุ”

ทั้งนี้เนื่องจากหากยังมีสิ่งที่น่าสงสัยว่า “อาจเกิดขึ้น” และทำให้แพทย์ต้องมีความเสี่ยงด้วยแล้ว แพทย์ “จะต้อง” ตัดสินใจดำเนินการตามมาตรา ๑๕๑ และ ๑๕๒ โดยทันที หรืออย่างน้อยการที่ดำเนินการนำศพมาตรวจต่อ ตามมาตรา ๑๕๒ นั้น แม้ในภายหลังเวลาต่อมาจะทำการตรวจแต่เพียงภายนอก หรือทำการตรวจเพิ่มเติมอีกเล็กน้อย เช่น การเอกซเรย์ หรือการเจาะเลือด น้ำเหลือง หรือน้ำหลัง หรือปัสสาวะ เพื่อการตรวจต่อเท่านั้น ถือว่าน้อยมากแล้วก็ตาม แต่สิ่งเหล่านี้อาจช่วยในการคลี่คลายสิ่งทีอาจเกิดการสงสัยขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น การที่สงสัยว่าจะมีการให้ยาหรือสารพิษที่ผิดปกติ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีสาเหตุในการพิจารณาดำเนินการตักศพ

แพทย์สมควรระลึกไว้เสมอว่า หลักในการใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจภายหลังที่ได้ทำการชันสูตรพลิกศพเรียบร้อยแล้ว “จะนำศพมาทำการตรวจต่อหรือไม่” ไม่เกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย สภาพแห่งความกดดัน บีบคั้น หรือรุมเร้า หลายอย่าง เช่น

1. การที่ญาติมารุมเร้าเพื่อให้แพทย์ปล่อยศพเพื่อทำพิธี ณ ที่เกิดเหตุ โดยมีให้น้ำศพเข้ามา

2. อาจมีการนำผู้นำหมู่บ้านหรือชุมชนมาร่วมในการบีบคั้น

3. การให้พนักงานสอบสวนเกลี้ยกล่อมเพื่อให้แพทย์ปล่อยศพ ณ ที่ชันสูตรพลิกศพ โดยยังคงให้แพทย์ต้องเป็นผู้รับผิดชอบใน “หนังสือรับรองการตาย” หรือ “ข้อสันนิษฐานสาเหตุการตายโดยแพทย์” อยู่อย่างเดิม เท่ากับแพทย์ต้องเสี่ยง โดยที่เมื่อออกหนังสือรับรองดังกล่าวแล้วหากมีสิ่งที่ไม่อาจคาดคิดได้ แพทย์ย่อมต้องเป็นผู้ต้องรับผิดชอบ

หมายเหตุ: การที่พนักงานสอบสวนขอให้แพทย์ใช้อำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับศพ ทั้ง ๆ ที่พนักงานสอบสวนเป็น “หัวหน้าคณะในการชันสูตรพลิกศพ” โดยแท้นั้นแสดงว่าพนักงานสอบสวนยังคงเจตนาจูงใจเพื่อให้แพทย์ยังเป็นผู้ต้องรับผิดชอบ “หลักโดยตรง” นั่นเอง ทั้งนี้เพราะแท้ที่จริงแล้วหากพนักงานสอบสวนจะมอบศพให้ญาติโดยที่มิได้เกี่ยวกับแพทย์ที่ต้องร่วมรับผิดชอบเลยก็ย่อมทำได้ เพราะต้องไม่ลืมว่าหัวหน้าทีมในการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายไทยคือ “พนักงานสอบสวน” (หรือพนักงานอัยการแล้วแต่กรณี) นั่นเอง

ปัจจัย และ/หรือเหตุผลบางประการที่แพทย์สมควรนำมาพิจารณาเพื่อการนำศพเข้ามารับการตรวจต่อตามกฎหมาย

ปัจจัย และ/หรือเหตุผลต่าง ๆ (รายชื่อ) ที่แพทย์สมควรนำมาพิจารณากรณีนี้ที่แพทย์จะตัดสินใจมอบศพให้แก่ญาติ ณ ที่ชันสูตรพลิกศพโดยไม่ตัดสินใจในการที่จะนำศพเพื่อรับการตรวจต่อเนื่อง (ตามมาตรา ๑๕๒ นั้น) แพทย์สมควรที่จะต้องพิจารณาจากหัวข้อดังต่อไปนี้ด้วย ทั้งนี้เพื่อช่วยให้แพทย์ตัดสินใจในการดำเนินการได้อย่างถูกต้องระหว่าง “การที่จะมอบศพให้แก่ญาติเพื่อดำเนินการตามประเพณีหรือการที่ให้นำศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ ณ สถานพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใดตามกฎหมาย”

1. ด้านอายุของศพ

อายุนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งที่แพทย์จะต้องพิจารณาเป็นลำดับต้น ๆ ทั้งนี้ด้วยหลักที่ค่อนข้างง่ายที่ว่า “ผู้ที่มีอายุไม่มากย่อมไม่ถึงเวลาที่ตาย” นั่นเอง ดังนั้น หากพบว่า มีผู้ตายที่อายุน้อยอยู่ต้องถือว่ามิใช่เหตุผลที่จะต้องหาสาเหตุแห่งการตายให้พบโดยไม่นำที่จะสวนสรุปว่าเกิดจาก “กลัมน้ำหัวใจ” หรือ “หัวใจวายจากการขาดเลือด” หรือ “หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ” หรือ “โรคชรา” เป็นต้น เพราะสิ่งที่จะนำมาคิด (ตามมาตรฐานทางการแพทย์) นั้นจะต้องมีหลักการและเหตุผลที่สอดคล้องต้องกัน ในเมื่อคนที่อายุน้อยไม่มากจะเกิดโรคหรือสาเหตุที่กล่าวถึงได้อย่างไร

สำหรับอายุที่น่าจะต้องพิจารณานั้นประกอบด้วย

ก. อายุที่ต่ำกว่า 50 ปี ต้องถือว่า “อายุน้อย” และยังไม่สมควรยิ่งที่จะเป็นโรคที่เกิดจากความชรา เช่น โรคหัวใจ (เว้นเสียแต่ว่ามีโรคประจำตัวชนิดรุนแรงที่จะเป็นสาเหตุแห่งการตายได้อย่างแน่นอน เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น) เมื่อทำการชันสูตรพลิกศพที่อายุต่ำกว่า 50 ปี ทุกรายสมควรนำศพเข้ามาเพื่อรับการตรวจต่อ

ข. อายุกว่า 50 ปี แต่ยังไม่ถึง 60 ปี ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ก้ำกึ่ง แต่โดยทั่วไปต้องถือว่า “ยังไม่ถึงอายุที่จะทำให้ตายจากโรคธรรมชาติได้ หากไม่ปรากฏให้เห็นถึงสภาวะหรือโรคดังกล่าวอย่างชัดเจน” ผู้ตายในช่วงอายุนี้นั้นแพทย์ที่ชันสูตรพลิกศพจะต้องให้ความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะประวัติของผู้ตายที่ญาติมักจะอ้างถึงโรคต่าง ๆ ที่จะให้แพทย์สรุปว่า “เป็นสาเหตุแห่งการตาย” เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคเกาต์ โรคนี้ ฯลฯ ซึ่งโรคเหล่านี้แม้จะมีผู้ตายจริง แต่ย่อมมีขึ้นเป็นสาเหตุแห่งการตายโดยตรง

ค. อายุกว่า 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 70 ปี โดยทั่วไปอาจถือว่า “ชราภาพ” ได้ เห็นได้จากการที่ทางราชการถืออายุ 60 ปีเป็นปีแห่งการเกษียณอายุงาน (ราชการ) เมื่อทำการ

ชันสูตรพลิกศพรายที่อายุกว่า 60 ปี อาจเป็นไปได้ว่าเกิดขึ้นเนื่องจากความชรา (ทั้งนี้ต้องพิจารณาจากเหตุอื่น ๆ ด้วย)

ง. อายุกว่า 70 ปี ย่อมต้องถือว่า “ชราภาพ” หากได้ทำการชันสูตรพลิกศพและไม่พบสาเหตุรุนแรงหรือสาเหตุใดอันอาจเป็นเหตุแห่งการตายผิดธรรมชาติแล้ว การให้สาเหตุแห่งการตายอันเนื่องจากชราภาพนั้นย่อมมีความเสี่ยงน้อย

จ. อายุกว่า 80 ปี แพทย์มีความเสี่ยงน้อยมากจนถึงไม่มีความเสี่ยงหากจะให้สาเหตุแห่งการตายคือ “ชราภาพ”

2. โรค สภาวะ ที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมาเกิดเหตุในครั้งนี้ไม่นาน

หมายถึง โรคหรือสภาวะที่เป็นอยู่อย่างเฉียบพลัน เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและมีสภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะจากอุบัติเหตุทางจราจร ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเสียชีวิตในเวลาต่อมา

3. ประวัติที่มีมาก่อน

หมายถึง โรคหรือสภาวะการป่วยที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนเสียชีวิต ที่ถือได้ว่า “เรื้อรัง” และสามารถเป็นสาเหตุแห่งการตายได้ เช่น การที่ผู้ป่วยมีสภาวะไตวายระยะท้ายเรื้อรัง ย่อมเป็นสาเหตุแห่งการตายได้ หรือการที่ผู้ป่วยป่วยด้วยโรคมะเร็งประเภทต่าง ๆ (ที่รุนแรง) ย่อมถึงแก่ชีวิตได้ในวันหนึ่งวันโดยแน่นอนอยู่แล้ว การให้สาเหตุแห่งการตายด้วยเหตุเหล่านี้จึงเป็นเหตุเป็นผล และสอดคล้องกับการให้สาเหตุการตายตามมาตรฐานทางการแพทย์นั่นเอง

4. โรคประจำตัว

เช่น การที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่เป็นสาเหตุแห่งการตายได้ เช่น การที่เป็นโรคปอด (pulmonary tuberculosis) ย่อมเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวได้

5. ประกันชีวิต ร่างกาย อุบัติเหตุ มีหรือไม่เพียงใด

แพทย์ต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับการให้สาเหตุการตายและการดำเนินการในการชันสูตรพลิกศพและตรวจศพ ยิ่งหากเกี่ยวข้องกับการตายที่จะมีการเรียกร้องสิทธิด้วยแล้ว ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า “ผลสืบเนื่องตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้จากการได้รับอุบัติเหตุประเภทต่าง ๆ แต่เสียชีวิตในเวลาต่อมา” (ซึ่งเวลาที่เสียชีวิตค่อนข้างห่างจากวันที่เกิดอุบัติเหตุจริง) นั้น ทางบริษัทประกันภัยยังคงถือว่าเป็น “การตายผิดธรรมชาติ (อุบัติเหตุ) อยู่” และจะต้องให้มีการทำการชันสูตรพลิกศพและการตรวจศพ (ผ่า) ด้วย บริษัทประกันภัยจึงจะยอมจ่ายเงินตามเกณฑ์การประกันภัยในเรื่อง “**ค่าสินไหม**” แพทย์จึงต้องให้คำแนะนำแก่ญาติ กรณีที่อาจเข้าเงื่อนไขของทางบริษัทประกันภัยที่ว่า “หากมิได้มีการชันสูตรพลิกศพและการผ่าศพตรวจต่อ” ซึ่งแพทย์ต้องทำความเข้าใจให้ดีกับญาติในเรื่องดังกล่าวนี้ และหากการตรวจศพ (ผ่าศพตรวจ) เป็นเงื่อนไขสำคัญของการจะได้รับเงินค่าสินไหมแล้ว

แพทย์ต้องทำความเข้าใจกับทนายของผู้ตายให้ถึงการที่ “ผ่า” หรือ “ไม่ผ่าศพ” ทั้งนี้เพื่อสิทธิของทนายจะได้ไม่ด้อยลงไป

6. สถานที่เสียชีวิต

การเสียชีวิต ณ สถานที่ต่าง ๆ

ก. สถานพยาบาล การเสียชีวิตที่สถานพยาบาลย่อมมีปัญหาไม่มากนัก เพราะถือว่าสถานพยาบาลเป็นที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ ดังนั้น หากแพทย์ ณ สถานพยาบาลเหล่านั้นที่ได้ตรวจรักษาบำบัดผู้ป่วยมานานพอควร และให้สาเหตุการตายไว้แล้ว ย่อมต้องถือว่าเชื่อถือได้

ข. การเสียชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยหรือคนในครอบครัวของผู้ป่วยนั้น จำต้องพิจารณาจากประการอื่น ๆ อีก ซึ่งประการนี้ต้องขึ้นอยู่กับสภาพและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวของผู้ที่เสียชีวิตด้วย

ค. การเสียชีวิตในท้องขัง ที่คุมขัง เรือนจำ อันเกี่ยวกับเจ้าพนักงานผู้มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมนั้น “ต้องนำพมาทำการตรวจต่อทุกราย” ไม่มีข้อยกเว้น

7. ทายาทที่ดูแลหรือใกล้ชิด

กรณีที่ทายาทที่ดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายอาจมีไ้ ทายาทชั้นใกล้ชิด เช่น แทนที่จะเป็นคู่สมรสหรือบุตร แต่อาจเป็นหลานหรือลูกพี่ลูกน้อง เป็นต้น ทำให้สิทธิอันแท้จริงที่เกิดขึ้นจากความเกี่ยวพันในทางสายโลหิต (ทางกรรมพันธุ์) นั้นอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างห่าง ในกรณีนี้หากมีประเด็นข้อสงสัยซึ่งอาจเกิดขึ้นจากทายาทชั้นใกล้ชิดขัดแย้งกันขึ้นในเวลาต่อมาแล้ว จะทำให้แพทย์ยากที่จะให้คำตอบได้ ดังนั้น หากมีข้อสงสัยที่จะต้องดำเนินการเกี่ยวกับการส่งตรวจหรือไม่แล้ว แพทย์จึงสมควรต้องดำเนินการไว้ก่อนเพื่อความปลอดภัยแก่ตัวแพทย์เอง

8. สถานะทางการเงิน (ทรัพย์สิน) ที่มีอยู่ หรือ “กองมรดก”

ในผู้ตายที่มีทรัพย์สินมาก โดยเฉพาะทรัพย์สินที่ยังมิได้แบ่ง หรือปรากฏในเรื่องพินัยกรรมที่มีการกระทำในขณะที่ผู้ตายใกล้จะสิ้นชีวิตและยังมีประเด็นในเรื่อง “ความสามารถของผู้ตาย” ในเวลาที่ทำนิติกรรมอยู่นั้นแล้ว หรือหากผู้ตายมีทรัพย์สินค่อนข้างมากและจะตกเป็นทรัพย์สินมรดกในเวลาต่อมา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพย์สินจากกองมรดกและสภาพแห่งการมีชีวิตอยู่ เช่น การตายเร็วหรือช้ากับการจัดการหรืออำนาจจัดการอยู่ก่อนแล้ว เป็นต้น กรณีที่เป็นปัญหาเหล่านี้ หากไม่มีสาเหตุแห่งการตายอย่างชัดเจนสมควรให้มีการตรวจศพภายหลังจากการชันสูตรพลิกศพจะเป็นการดีที่สุด

9. ทำที่ฝ่ายญาติที่ยังคงติดใจสาเหตุการตาย (แม้ว่าจะเป็นทางญาติส่วนน้อยก็ตาม)

ประการนี้นับว่ามีความสำคัญยิ่ง เพราะเมื่อเกิดความขัดแย้งกันระหว่างทายาทของผู้ตาย (แม้ว่าจะเป็นทายาทส่วนน้อย หรือ “เสียงส่วนน้อย” ก็ตาม) ต้องถือว่ามีความสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ เพราะแม้จะมีทายาทเพียง

คนเดียวที่เกิดความสงสัยยากก่อให้เกิดการดำเนินการ “ทางคดี” ต่อมาได้ เช่น การไปแจ้งความถึงข้อสงสัยในสาเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย ณ สถานที่ตรวจแห่งท้องที่ที่ศพอยู่ และแน่นอนที่สุด “พนักงานสอบสวน” ย่อมต้องทำคดีต่อเนื่อง และสิ่งที่ขาดเสียมิได้คือ “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” และ “รายงานการตรวจศพ” นั้นเอง

ดังนั้น ในประการที่เกิดการขัดแย้งระหว่างญาติด้วยกัน แพทย์สมควรดำเนินการนำศพมารับการตรวจต่อ ตามมาตรา ๑๕๑ และ ๑๕๒ ทุกกรณี

10. การติดใจสงสัยของพนักงานสอบสวน

กรณีที่ไม่ว่าจะเป็นประการใด หากพนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการแล้วแต่กรณี (ตามประเภทของการตายผิดธรรมชาติ) ซึ่งถือว่าเป็น “หัวหน้าเจ้าพนักงานในการชันสูตร” มีความประสงค์ที่จะให้มีการตรวจศพต่อแล้ว แพทย์จะต้องให้มีการส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อโดยทันที

หมายเหตุ:

แพทย์ต้องจำไว้ว่าเมื่อมีการตายผิดธรรมชาติตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา ๑๔๘¹ ข้อหนึ่งข้อใดแล้ว เหตุผลของ “ญาติ” ที่อ้างขึ้นไม่ว่าจะเป็น “กรณีที่เราพบสาเหตุการตายมาแล้ว” หรือ “การไม่ติดใจเอาความ” ฯลฯ ย่อมไม่สามารถที่จะนำมาอ้างเพื่อมิให้แพทย์นำศพเข้ามาเพื่อการตรวจต่อ (ตามมาตรา ๑๕๑ และ ๑๕๒ แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา) แต่ต้องขึ้นอยู่กับเหตุและผลและความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพนั่นเอง

แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ

หมายถึง ความเสี่ยงที่แพทย์ดังกล่าวอาจต้องประสบกรณีกระทำการตามหน้าที่ในการ “ชันสูตรพลิกศพในฐานะเจ้าพนักงานตามกฎหมาย” ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์ที่ออกกร่วมทำการชันสูตรพลิกศพ กับ “พนักงานสอบสวน” ต้องถือว่าแพทย์ดังกล่าวอยู่ในฐานะ “เจ้าพนักงาน” ซึ่งหมายถึงการเป็นเจ้าพนักงานตาม “ประมวลกฎหมายอาญา” และหากมีความบกพร่องในหน้าที่ย่อมหมายถึง “ความผิดตามมาตรา ๑๕๗ แห่งประมวลกฎหมายอาญา”⁵ ได้นั่นเอง

กรณีอุทธรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ผู้ตาย: ผู้ตายเป็นชายอายุ 51 ปี รูปร่างผอมบาง นอนอยู่บนเตียงรถเข็นของสถานพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง อยู่ในสภาพที่สวมเสื้อผ้าชุดของสถานดูแลผู้ป่วย และมีบาดแผลเจาะคอเพื่อการรักษา สภาพโดยทั่วไปผอมอย่างมาก (ภาพที่ 1)



ประวัติ: ทราบว่าผู้ตายเคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะมาก่อนเมื่อ 6 เดือนที่แล้ว และได้ทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้านซ้าย (craniectomy with clotted removal) จากนั้นผู้ตายไม่รู้สึกตัวมาตลอด โดยลูกของผู้ตายได้ส่งผู้ตายเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปให้แก่ “สถานดูแลผู้ป่วยทุพพลภาพ” ทำการดูแลต่อเนื่องหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาล

วันที่เสียชีวิต: ในวันเกิดเหตุ นั้น ผู้ป่วยถูกพบว่า “ไม่หายใจ” (ณ สถานดูแลผู้ป่วยทุพพลภาพ) และถูกนำส่งมารับการตรวจและกู้ชีพที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง

ซึ่งแพทย์ได้ทำการตรวจแล้วพบว่าผู้ป่วยไม่มีสภาพแห่งชีวิต (vital signs) แต่ยังคงดำเนินการในกระบวนการกู้ชีพ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ และให้การวินิจฉัยว่า **“ตายโดยมิปรากฏเหตุเสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล”**

การชันสูตรพลิกศพ: ทางโรงพยาบาลได้แจ้งไปยังพนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ และแพทย์ที่มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพได้เข้าร่วมกับพนักงานสอบสวนทำการชันสูตรพลิกศพ ณ สถานพยาบาลของรัฐแห่งนั้น โดยไม่พบสาเหตุแห่งการตายในเบื้องต้น

การดำเนินการต่อเนื่องภายหลังการชันสูตรพลิกศพ: เนื่องจากผู้ตายรายนี้แม้ว่าจะมีสภาพแห่งศพพลภาพ แต่สาเหตุแห่งการเสียชีวิตยังไม่ปรากฏอย่างชัดเจน จึงทำการส่งศพเพื่อการตรวจต่อ ณ สถานพยาบาลของรัฐบาลที่สามารถผ่าศพตรวจได้ (ได้ผลสภาวะแทรกซ้อนในทางเดินหายใจ: **ภาพที่ 2**)



วิเคราะห์และวิจารณ์ในผู้เสียชีวิตรายนี้กับการส่งศพเพื่อการตรวจต่อ: การที่ผู้ตายรายนี้เสียชีวิตโดยที่ยังมิได้ปรากฏเหตุชัดเจน อีกทั้งจากประวัติ สถานที่ และการนำส่งเพื่อการรักษาอาจยังมีข้อสงสัยในประเด็นต่าง ๆ ได้ กล่าวคือ

1. ผู้ตายได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อ 6 เดือนก่อน ได้รับการผ่าตัดมาแล้ว ซึ่งอาจเกิดประเด็นหรือกรณีเกิดขึ้นว่า **“เป็นผลกรรมดาที่อาจเกิดขึ้นได้”** (**ภาพที่ 3**)



หมายความว่า หากมีข้อสงสัยอยู่ตั้งแต่เริ่มแรก หรือมีกรณีแห่งคดีความในคดีอาญาหรือคดีอื่นใดตั้งแต่ที่ผู้ตายได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บเมื่อ 6 เดือนที่แล้วมานั้น คดีความเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับรายละเอียดในเรื่องการชันสูตรพลิกศพและผลการตรวจศพอย่างละเอียดด้วย โดยเป็นการสืบเนื่องจาก “ผลกรรมดาที่เกิดขึ้นได้” เช่น การที่ศีรษะได้รับบาดเจ็บนั้นเกิดจากอุบัติเหตุหรือถูกทำร้าย หรือหากบาดเจ็บจากอุบัติเหตุอาจเป็นอุบัติเหตุทางจราจรที่จำต้องมีรายงานการตรวจศพเพื่อประกอบการเรียกร้องสิทธิของญาติ (ซึ่งอาจมีได้อยู่ในขณะที่ผู้ตายถึงแก่ความตาย)

2. การที่ผู้ตายตายในเวลาต่อมาย่อมเข้าได้กับ “ผลกรรมดาที่เกิดขึ้นได้”

ประการที่หากเป็น “การตายผิดธรรมชาติ” และจำต้องมีการชันสูตรพลิกศพ แม้ว่าจะมิได้ตายทันทีภายหลังจากเกิดเหตุก็ตาม ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา ๖๓⁵ แห่งประมวลกฎหมายอาญา และมาตรา ๑๒๙ แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา¹

3. การดูแลผู้ป่วยทุพพลภาพของ “สถานเลี้ยงดู” อาจเป็นประเด็นแห่งคดี

หมายความว่า การที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวเพื่อการดูแลโดย “สถานดูแลหรือเลี้ยงดูผู้ป่วยทุพพลภาพ” นั้น ยังอาจเกิดกรณีแห่งความสงสัยว่าผู้ให้การดูแลได้ให้การดูแลเป็นไปตามหลักมาตรฐานแห่งการดูแลหรือไม่ และอาจมีข้อกล่าวหาถึงการที่ดูแลอย่างมิได้มาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ซึ่งจำเป็นต้องใช้รายงานการชันสูตรพลิกศพและการตรวจอย่างละเอียดด้วย

ตัวอย่าง:

เคยปรากฏว่า มีการให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่สถานเลี้ยงดูเด็กหรือผู้ทุพพลภาพ และเกิดการตายขึ้น และยังเกิดข้อสงสัยกับญาติของผู้ตายว่า “ผู้ตายน่าจะเกิดจาก”

ก. การดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือประมาทเลินเล่อในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย

ข. การที่ผู้ดูแล (โดยเจ้าหน้าที่) เจตนากระทำต่อผู้ป่วยในความดูแลจนเป็นเหตุให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย แม้ว่าจะมิได้เจตนากระทำต่อชีวิต แต่อาจเข้าข่ายกรณีทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยไม่เจตนาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๒๙๐⁵

สรุป

การที่แพทย์ที่ทำการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายนั้นถือว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีหน้าที่ และเป็น “เจ้าพนักงาน” ตามกฎหมายในประมวลกฎหมายอาญาด้วย ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานและเกณฑ์ความรู้ทางการแพทย์ด้วย โดยเฉพาะประเด็นการที่แพทย์จะนำศพมาตรวจหรือไม่นั้น แพทย์จะต้องพิจารณาให้ดี ทั้งนี้เพื่อมาตรฐานแห่งการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์นั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555 มีผลตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2555.
3. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555 (รับรองโดยคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 12/2554 วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2554).
4. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
5. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>



ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร นำแนวคิด LEAN พัฒนาระบบการผ่าตัดแบบไปกลับ ในแผนกศัลยกรรมทั่วไป



นางวิชุดา กิตติวรฤทธิ์

ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร ให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. 2553-2555 จำนวน 1,631, 1,358 และ 1,369 ราย ตามลำดับ โดยบริการผ่าตัดผู้ป่วยนอกพบปัญหาหลายอย่าง ทั้งผู้ป่วยไม่มาตามเวลานัด ผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดช้า เอกสารไม่ครบ ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินกลับไปมา ขาดระบบการติดตาม ผู้ป่วยรอผ่าตัดนาน เกิดความหงุดหงิด แสดงความไม่พอใจ ผู้ป่วยบางรายดื่มน้ำงดอาหารจนเป็นลม รวมถึงสถานที่นั่งรอในห้องผ่าตัดไม่เพียงพอและแออัด ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดไม่สามารถให้บริการที่ราบรื่นได้

จากปัญหาดังกล่าว ทีมผู้วิจัยซึ่งประกอบด้วยนางวิชุดา กิตติวรฤทธิ์, นางทิพา พรหมสาขา ณสกลนคร และ นางนิจวรรณ อ้วนในราษฎร์ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร จึงต้องการสร้างแนวทางการบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามนัดและหาแนวทางที่ใช้ในการจัดการ โดยใช้แนวทาง LEAN ในการวิเคราะห์ความสูญเสียเปล่า (Waste) เช่น การรอคอย การบริการซ้ำซ้อน การเดินทางของผู้ป่วย ขั้นตอนที่มากเกินไป

นางวิชุดา กิตติวรฤทธิ์ หนึ่งในทีมผู้วิจัยกล่าวว่า ทีมผู้วิจัยได้เริ่มสร้างแนวทางการบริการโดยใช้แนวคิด LEAN มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยนอกที่มารับการผ่าตัด เพื่อลดขั้นตอนแนวทางการบริการผ่านการผ่าตัด เพื่อลดระยะเวลาในการบริการผ่าตัด และเพื่อลดระยะเวลาในการบริการผ่าตัด ทั้งนี้ด้วยความที่โรงพยาบาลสกลนครมีนโยบายความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมาเร่ จึงได้เลือกผู้ป่วยนอกที่นัดผ่าตัดก่อนในต้นแบบไปกลับเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างเป็นแนวทางในการบริการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยนอก



ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนและหลังใช้แนวทาง โดยใช้แนวคิด LEAN ในเดือนมกราคม-สิงหาคม พ.ศ. 2556 ใช้การสุ่มแบบสะดวกกลุ่มละ 42 ราย แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะทาง เวลา ทีมผู้วิจัยทบทวนการนำแนวคิด LEAN มาใช้จัดการโดยวิเคราะห์ความสูญเสียเปล่า โดยใช้หลัก DOWNTIME จากนั้นเชิญประชุมสหสาขาซึ่งเลือกมาจากการใช้ Lay out diagram เพื่อใช้ในการตั้งกรรมการในการจัดการบริการผู้ป่วยนอกและระบุขอบเขตการที่สามารถตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงบริการได้ จากนั้นในการประชุม ทีมผู้วิจัยจัดโต๊ะแบบวงกลมและได้แลกเปลี่ยนแนวคิด LEAN กับผู้เข้าร่วมประชุม และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วม ใช้คำถาม 5W&1H (What When Why Where Who & How)

ผลการศึกษา การนำแนวคิด LEAN มาใช้สามารถสร้างแนวทางบริการผ่าตัด โดยลดขั้นตอนจากเดิม 7 ขั้นตอน เหลือ 2 ขั้นตอน ลดระยะทางเฉลี่ยจาก 441 เมตร เหลือ 80 เมตร และลดระยะเวลาเฉลี่ยจาก 261 นาที เหลือ 173 นาที

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ ผลการวิจัยโดยการนำแนวคิด LEAN มาใช้เป็นกรอบแนวคิด สามารถลดขั้นตอน ลดระยะเวลา และการเดินทาง ส่งผลให้ผู้ป่วยมาตรงตามเวลานัดผ่าตัดได้ ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถทำงานได้อย่างราบรื่น มีความภาคภูมิใจ และทำงานอย่างมีความสุขมากขึ้น ทำให้สามารถขยายไปยังการบริการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมทั่วไปทุกการผ่าตัด และขยายไปยังแผนกศัลยกรรมระบบทางเดินประสาท และศัลยกรรมตกแต่ง

นางวิชุดา กล่าวเพิ่มเติมว่า ในการทำงานร่วมสหสาขาต้องมีการทำงานเป็นทีม ทำให้ได้มุมมองและมีความต้องการที่หลากหลาย หากสามารถตอบสนองและแบ่งปันการทำงานของทีม เช่น งานบางงานไม่เคยทำแต่ต้องทำเพิ่ม หากแต่การเพิ่มภาระงานเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็ว ทีมผู้วิจัยก็ยินดีให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เพราะเป้าหมายสำคัญคือ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้งานวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์

“ความสำเร็จในครั้งนี้เกิดขึ้นได้เพราะทีมผู้วิจัยที่ประกอบด้วยสหสาขาส่วนใหญ่เป็นคนภูมิลาเนาสกลนคร ซึ่งตระหนักถึงความแออัดและการรอคอยในโรงพยาบาล จึงมีเป้าหมายเดียวกันที่ต้องการสร้างบริการที่รวดเร็ว ประกอบกับฝ่ายบริหารโรงพยาบาลสกลนครได้สนับสนุนจัดการประชุมวิชาการเรื่อง LEAN ทำให้ทีมเกิดแรงบันดาลใจในการพัฒนางาน และการทำงานเป็นทีม แบ่งปันงานตามภาระงานโดยใช้ตนเองทำงานแทนผู้ป่วย จึงทำให้งานครั้งนี้ประสบความสำเร็จ ท้ายนี้ต้องขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่สนับสนุนและสร้างแรงบันดาลใจ ขอขอบคุณหัวหน้างานห้องผ่าตัด เพื่อนร่วมงานที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย สุดท้ายขอขอบคุณทีมงาน R2R เขต 8 ที่ส่งเสริมองค์ความรู้ ทำให้ทีมผู้วิจัยมีความกล้าพัฒนางาน R2R ต่อไป” นางวิชุดา กล่าว

สร. เปิดตัว 2 แอปพลิเคชัน เตือนภัยอาหาร-ยา-เครื่องสำอางอันตราย เช็กง่ายบนสมาร์ทโฟน



Oryor Smart Application

กระทรวงสาธารณสุขจัดทำ 2 แอปพลิเคชันเตือนภัยสินค้าอันตราย ยา เครื่องสำอาง และอาหาร ผ่านบนโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ทั้งระบบปฏิบัติการ Android และ IOS เพื่อให้ข้อมูลประชาชนรู้เท่าทันพิษภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ยา สมุนไพร เครื่องสำอาง อาหาร ที่ไม่ได้มาตรฐานและมีจำหน่ายในท้องตลาด

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ผลการเฝ้าระวังสินค้าสุขภาพที่ผ่านมา พบว่ามีการลักลอบใส่สารต้องห้าม ผิดกฎหมายอย่างต่อเนื่อง เช่น ใส่สเตียรอยด์ในยาชุด ยาสมุนไพรแผนโบราณที่ขายในร้านชำ ร้านยา จนทำให้เกิดสเตียรอยด์ เกิดปัญหาโรคคushing ซินโดรม (Cushing syndrome) ใบหน้าบวมกลมเป็นรูปพระจันทร์ ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้ในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่าง ๆ มักลักลอบใส่สารไซบูทามีนผสม เนื่องจากตลาดนิยมซื้อเพื่อใช้ลดน้ำหนัก ในเครื่องสำอางพบสารห้ามใช้ที่เป็นอันตราย ได้แก่ ไฮโดรควิโนน กรดวิตามินเอ และสารปรอทแก๊สในอาหารพบสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ใส่สารบอแรกซ์กันบูด ทำให้ประชาชนเกิดการเจ็บป่วย เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวจากผลข้างเคียงอันตรายของสารต้องห้าม เฉพาะที่เกิดจากการใช้สเตียรอยด์เสียค่ารักษาพยาบาลไม่น้อยกว่าปีละ 1,900 ล้านบาท

แอปพลิเคชันที่จัดทำประกอบด้วยแอปพลิเคชัน Tumdee drug alert ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นเสมือนหน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ รู้สินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งยา เครื่องสำอาง และอาหาร และแอปพลิเคชัน Oryor Smart Application ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อให้ข้อมูลความรู้พิษภัยของสารต้องห้าม ตลอดจนสามารถใช้รับแจ้งเรื่องร้องเรียนจากพื้นที่โดยตรง เป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นช่องทางคุ้มครองสุขภาพประชาชน เนื่องจากปัจจุบันผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557 พบคนไทยใช้โทรศัพท์มือถือถึง 48 ล้านคน

ด้าน นพ.อภิชาติ มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า ข้อมูลที่นำมาใช้ในแอปพลิเคชัน Tumdee drug alert นั้น ได้มาจากการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องสำอางที่จำหน่ายในชุมชน หมู่บ้านทั่วประเทศ และเมื่อศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทั่วประเทศ 16 แห่ง ตรวจสอบยืนยันว่าพบจริงจะนำขึ้นเตือนภัยในแอปพลิเคชัน โดยแสดงทั้งรูปภาพผลิตภัณฑ์ ฉลาก สารพิษที่พบ แหล่งที่มา ขณะนี้ทำไปแล้ว 200 กว่ารายการ บางรายการพบให้เลขทะเบียน อย. ปลอม ข้อมูลบางรายการพบว่ามีคนป่วยแล้ว เช่น ขาบวม ไตวาย

ด้าน นพ.บุญชัย สมบูรณ์สุข เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กล่าวว่า อย. ได้จัดทำแอปพลิเคชันให้ข้อมูลแบบน่ารัก ๆ เหมาะกับทุกเพศ ทุกวัยในรูปแบบ "เมืองสุขภาพ" ประกอบด้วย 7 เมนู ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ 1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกซื้อเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยกว่า 100 เรื่อง 2. สถานีข่าว อย. รายงานข้อมูลข่าวสารความเคลื่อนไหว เกาะติดกับข่าวสารอัปเดตทันใจกับทุกเรื่องราวที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3. ตรวจสอบเลขที่ใบรับแจ้งเครื่องสำอาง 4. ห้องสมุด อย. เคลื่อนที่ 5. รับเรื่องร้องเรียน โดยผู้ใช้งานสามารถกรอกข้อมูลทางโทรศัพท์มือถือ พร้อมภาพ และสามารถระบุตำแหน่งได้ทันที โดย อย. จะใช้ข้อมูลที่ได้นำไปดำเนินคดีตามกฎหมายร่วมกับตำรวจ 6. แหล่งรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แอนนิเมชัน 68 เรื่อง เกม 17 เกม และสื่อต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ และ 7. ดัชนีมวลกาย ปัจจุบันมีผู้ดาวน์โหลดไปใช้งานแล้วมากกว่า 130,000 ครั้ง

ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 จะมีเวอร์ชัน 2 โดยจะเพิ่มระบบการตรวจเลขทะเบียน อย. ของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนว่าจริงหรือปลอม รวมทั้งสามารถค้นหาตำแหน่งร้านขายยาคุณภาพที่อยู่ใกล้ ระบุพิกัดบริเวณรอบ ๆ ผู้ใช้งาน สามารถโทรศัพท์ไปที่ร้านขายยาได้กรณีที่บ้านร้านแจ้งเบอร์โทรศัพท์ไว้ และสามารถให้คะแนนร้านขายยาได้ด้วย รวมทั้งสามารถค้นหาร้านขายยาโดยระบุจังหวัดก็ได้ อีกทั้งยังช่วยคำนวณสารอาหารและพลังงานที่ได้รับในแต่ละมื้อหรือแต่ละวันได้อีกด้วย

ระบบแจ้งเตือนภัยฐานข้อมูลภาพความปลอดภัยผลิตภัณฑ์ (ด้านยา)		ระบบแจ้งเตือนภัยฐานข้อมูลภาพความปลอดภัยผลิตภัณฑ์ (ด้านยา)	
แจ้งเตือนภัย(ยา)	แจ้งเตือนภัย(เครื่องสำอาง)	แจ้งเตือนภัย(ยา)	แจ้งเตือนภัย(เครื่องสำอาง)
ตรวจพบ...!! การปลอมปน "สเตียรอยด์" ในยาชุด (SI) 09-11-2555, 13:18 น. ...	Single window	พบ...สารห้ามใช้ใน 3 ผลิตภัณฑ์ (NEW) โดย ศวค.ที่7(อุบล)	พบ...สารห้ามใช้ใน 4 ผลิตภัณฑ์ (NEW) โดย ศวค.ที่7(อุบล)
ตรวจพบ...ปลอมปน สเตียรอยด์ "ยาประจักษ์" ในยาชุด (SI) 09-11-2555, 13:18 น. ...		พบ...สารห้ามใช้ใน 3 ผลิตภัณฑ์ (NEW) โดย ศวค.ที่7(อุบล)	พบ...สารห้ามใช้ใน 4 ผลิตภัณฑ์ (NEW) โดย ศวค.ที่7(อุบล)
ตรวจพบ...ปลอมปน สเตียรอยด์ "ยาประจักษ์" ในยาชุด (SI) 09-11-2555, 13:18 น. ...		พบ...สารห้ามใช้ใน 3 ผลิตภัณฑ์ (NEW) โดย ศวค.ที่7(อุบล)	พบ...สารห้ามใช้ใน 4 ผลิตภัณฑ์ (NEW) โดย ศวค.ที่7(อุบล)

Tumdee drug alert

วันที่

หน่วยงาน

รายละเอียด

ติดต่อสอบถาม

20-22 พฤษภาคม 2558



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ ร่วมกับ
ศูนย์ถันยเวชศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
สยามบรมราชกุมารี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ด้านมะเร็งเต้านม 7
หลักสูตร ณ โรงแรมเรืออัสสัมชัญ จ.ตรัง

โทรศัพท์ 0-2354-7025 ต่อ 2205
โทรสาร 0-2644-9097
E-mail: nci.academic@gmail.com
www.kmnci.com

21-22 พฤษภาคม 2558



หน่วยคลังเลือดและเวชศาสตร์
บริการโลหิต ภาควิชาพยาธิวิทยา
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การประชุมวิชาการเวชศาสตร์บริการโลหิต ประจำปี พ.ศ. 2558
"Optimizing Transfusion Therapy" ณ ห้องเกษม ลีเม้งค์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โทรศัพท์ 0-7445-5000
โทรสาร 0-7421-2900, 0-7421-2903
http://medinfo.psu.ac.th

22-24 พฤษภาคม 2558



สมาคมฯ ไทย ร่วมกับ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3rd National Conference on Ageing and Elderly "ASEAN Active
Ageing 2015" ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

โทรศัพท์ 0-2256-4455, 0-2256-4466
ต่อ 13-18
โทรสาร 0-2256-4455 ต่อ 23
E-mail: ageingconference@chula.ac.th
www.ageing.md.chula.ac.th

25-29 พฤษภาคม 2558



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามารับดี

การประชุมวิชาการโครงการการวินิจฉัยและจัดทำทะเบียนผู้ป่วย
โรคเกล็ดเลือดต่ำและมีขนาดใหญ่ ณ ห้องประชุม ม.ร.ว.จันทน์นิวัฒน์
เกษมสันต์ ชั้น 8 อาคาร 1 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 0-2201-1749
www.bkkneonatology.com
www.imcpthailand.com

25-29 พฤษภาคม 2558



ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน
และสังคม คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การอบรมเชิงปฏิบัติการ "Data Analysis and Scientific Writing
Workshop" รุ่นที่ 5 ณ ห้องประชุมภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน
และสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคาร อปร.
ชั้น 19

โทรศัพท์ 0-2252-7864 ต่อ 114
โทรสาร 0-2256-4292
E-mail : Noi250404@hotmail.com,
bee_rose19@hotmail.com
www.md.chula.ac.th/news.php

27-29 พฤษภาคม 2558



สมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย

การฝึกอบรม "คีเลชั่นบำบัด Chelation Therapy Training" ครั้งที่ 13
ณ ห้องเจ้าพระยาบอลรูม ชั้น 2 โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ

โทรศัพท์/โทรสาร 0-2931-2246,
08-6330-0309
E-mail: oil_Chelation@hotmail.com
www.cmat.or.th

4-6 มิถุนายน 2558



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามารับดี และ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

Joint Conference in Medical Sciences 2015 (JCMS 2015)
"Health equity through innovation and collaboration"
ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอกคอนเวนชัน เซ็นเตอร์
เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ

โทรศัพท์ 0-2256-4193, 0-2256-4566,
0-2256-4000 ต่อ 3507, 0-2201-2601,
0-2419-2673-5
http://sirirajconference.com

19 มิถุนายน 2558



ชมรมหัวใจล้มเหลว
แห่งประเทศไทย
(สมาคมแพทย์โรคหัวใจ)

การประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2558 ชมรมโรคหัวใจล้มเหลว
แห่งประเทศไทย ณ VIE Function 1-2 โรงแรมวี กรุงเทพฯ

โทรศัพท์ 0-2718-0064
โทรสาร 0-2718-0065
E-mail: thaiheart@hotmail.com
www.thaiheart.org

25-27 มิถุนายน 2558

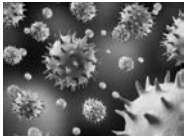
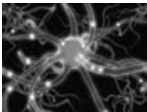


สมาคมเวชบำบัดวิกฤต
แห่งประเทศไทย ร่วมกับ
Japanese Society of Intensive
Care Medicine (JSICM) และ
Thai Society of Critical Care
Medicine (TSCCM)

The 6th Critical Care Conference in Thailand & The 1st Jointed
JSICM & TSCCM Critical Care Conference "All about best
practice" ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาซ่า
ลาดพร้าว กรุงเทพฯ

โทรศัพท์/โทรสาร 0-2718-2255,
08-3713-4043
E-mail: tscmconference@gmail.com
www.tscm.com

Highlight International Congress 2015

Date	Title	City	Country	Contact
6-11 June 2015 	8 th World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine	Berlin	Germany	www.isprm2015.org
6-13 June 2015 	1 st International Conference on Medical Ethics, Healthcare Systems & Global Business Issues At Sea	Miami	United States of America	www.continuingeducation.net/coursedescriptions.php?topic=Healthcare_Management_CME_Cruise_Meeting_Caribbean_June_2015
8-10 June 2015 	World Conference on Flu	Chicago	United States of America	http://flu.conferenceseries.net
8-11 June 2015 	Healthcare Facilities Asia	-	Singapore	www.healthcarefacilitiesasia.com
8-13 June 2015 	23 rd World Congress of Dermatology (WCD)	Vancouver	Canada	http://derm2015.org
9-12 June 2015 	ICVR-2015 International Conference on Virtual Rehabilitation	Valencia	Spain	www.virtual-rehab.org
11-14 June 2015 	UPDATE CME-Internal Medicine and Primary Care	Chicago	United States of America	http://amf-cme.org/en_US/cme/67/internal-medicine-and-primary-care-update-cme/overview
11-14 June 2015 	ASVAC 2015-The 5 th Asian Vaccine Conference	Hanoi	Vietnam	http://asvac2015.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

*** ทมวตแก้ไข : ขอแก้ไขเนื้อหาในหน้าที่ 3 ของบทความงานประชุมวิชาการเรื่อง New Perspective in the management of advanced soft tissue sarcoma ในส่วนของการความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บรรยาย เป็นดังนี้ "การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากลุ่ม TKI โดยใช้เกณฑ์ของ RECIST ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากรอยโรคมักเกิด necrosis หรือ Liquefaction มากกว่าที่จะมีขนาดที่เล็กลง ดังนั้น ควรใช้เกณฑ์หรือเทคนิคทางรังสีวิทยาอื่น ๆ ในการประเมินดังกล่าวแทน" ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารวงการแพทย์ ปีที่ 16 ฉบับที่ 424 ประจำวันที่ 16-31 ตุลาคม 2557 ***

ประชุมวิชาการ

บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด จัดงานประชุมวิชาการในหัวข้อ “ทศวรรษของการป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัสในประเทศที่พัฒนาแล้วและในประเทศที่กำลังพัฒนา” โดยได้รับเกียรติจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคติดเชื้อในเด็กและระบบหายใจจากประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทยเข้าร่วมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลวิชาการระดับโลก และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ปัจจุบันของโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัสในเด็ก และแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อหาแนวทางลดและป้องกันการติดเชื้อ กิจกรรมดังกล่าวได้รับความสนใจจากกุมารแพทย์ทั่วประเทศกว่า 200 คนเข้าร่วมงาน ณ โรงแรมอีสติน แกรนด์ สาทร กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



มอบประกาศนียบัตร-อบรมแพทย์

ผศ.นพ.สุมนัส บุญยะรัตเวช อนุกรรมการจัดการอบรมระยะสั้น วิชาตจวิทยา และวิทยาการในการอบรม ให้เกียรติเป็นประธานในพิธีมอบประกาศนียบัตรให้แก่แพทย์ทั่วไป ในกิจกรรม การอบรมระยะสั้น 2 สัปดาห์ วิชาตจวิทยา ครั้งที่ 35 (Short Course in Practical Dermatology) จัดโดยสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่แพทย์ใน 3 ส่วน ได้แก่ 1. ภาคทฤษฎี 2. การออกตรวจผู้ป่วยนอกร่วมกับอาจารย์แพทย์ในคลินิก โรคผิวหนังร่วมกับอาจารย์ที่โรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ และ 3. การศึกษาภาคปฏิบัติ ซึ่งได้จัดเป็นประจำทุกปี โดยจัดพิธีมอบประกาศนียบัตร ณ ห้องมรุสุวรรณ ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เมื่อไม่นานมานี้



เปิดตัวหนังสือ

สำนักพิมพ์ดีเอ็มจี เปิดตัวหนังสือ “ทำง่าย หายป่วย ด้วยพลังชีวิต” ผลงานของ นพ.วิโรจน์ ตระการวิจิตร ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลนครธน แพทย์ผู้นำการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการผสมผสานกับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมี ดร.วิทย์ สิทธิเวคิน, คุณล้นชาย ว่องวานิช ประธานกรรมการบริหาร จีรัง เฮลท์ วิลเลจ, คุณดนัย จันท์เจ้าฉาย ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร สำนักพิมพ์ดีเอ็มจี, ดร.จรัลรัตน์ อุณหกะ ประธานกรรมการตรวจสอบ บมจ.อีเอ็มซี กรรมการ บมจ.ธนาสิริ และ บจ.เจริญสิน พร็อพเพอร์ตี้, ดร.ณ ภัทรติสมณีโรจน์อัคร ผู้ดำเนินการสถาบันวิทยาศาสตร์พลังจิต องค์กรแห่งศาสตร์และการแพทย์ทางเลือก, ดร.เนตรปรีชา มุสิกไชย ชุมไชโย หรือครูเคท เจ้าของหลักสูตร Unleash Your True Potential Before You Die! (สำเร็จให้ได้สักครั้งก่อนตาย) และ คุณขุนเขา สินธุเสน เขจรบุตร นักจิตวิทยาผู้เชี่ยวชาญศาสตร์แห่งการพัฒนาสมองรุ่นใหม่ เจ้าของหลักสูตร Change Your Brain Change Your Life (สร้างสมองแห่งความสำเร็จ) ร่วมงาน เมื่อไม่นานมานี้



เปิดสำนักงานใหม่

บมจ.เอเชียัน ไฟฟ์โตซูติคอลส์ (APCO) ฉลองเปิดตัวสำนักงานใหม่ พร้อมจัดงานสัมมนาเชิงวิชาการ “ภูมิสมดุล” มิติใหม่ของการดูแลสุขภาพ ได้รับเกียรติจาก นายชวน หลีกภัย อดีตนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน พร้อมวาดภาพพระมวลเพื่อสาธารณกุศล โดยมี ศ.ดร.พิเชษฐ วิริยะจิตรา ประธานและกรรมการผู้จัดการ พร้อมคณะกรรมการ บมจ.เอเชียัน ไฟฟ์โตซูติคอลส์ และคณะผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิคุ้มกัน ให้เกียรติต้อนรับ ณ ชั้น 30 อาคารไอเอไอ แคปปิตอล เซ็นเตอร์ ถนนรัชดาภิเษก เมื่อไม่นานมานี้



ประชุมคณะกรรมการจัดหาทุน

ศ.ดร.สุเกียรติ์ เสถียรไทย ประธานคณะกรรมการจัดหาทุนอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชาินี มูลนิธิโรงพยาบาลเด็ก เป็นประธานในการประชุมคณะกรรมการจัดหาทุนอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาฯ (ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางโรคเด็ก) ครั้งที่ 11 โดยมี นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์, พญ.ศิราภรณ์ สวัสดิ์ทวี ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กฯ พร้อมด้วย ดร.สรจักร เกษมสุวรรณ, ดร.จรัสธาดา กรรณสูต, คุณวีระศักดิ์ ไควสุรัตน์, คุณพรณราย พหลโยธิน และคุณแพนเค้ก-เขมนิจ จามิกรณ์ ทูตใจดี โรงพยาบาลเด็ก เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุมสยามฯ 3 ชั้น 7 อาคารสยามฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชาินี เมื่อไม่นานมานี้



วงการแพทย์ 2558

สัญจรทั่วไทย



ร.พ.สรี จ.บุรีรัมย์



ร.พ.ทุ่งตะโก จ.บุรีรัมย์



ร.พ.เกาะพะงัน
จ.สุราษฎร์ธานี



ร.พ.บางสะพานน้อย จ.ประจวบคีรีขันธ์



วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2558 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคกลาง และภาคใต้ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
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
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคารตี สั่งจ่าย ปณ.ตลิ่งชัน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....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

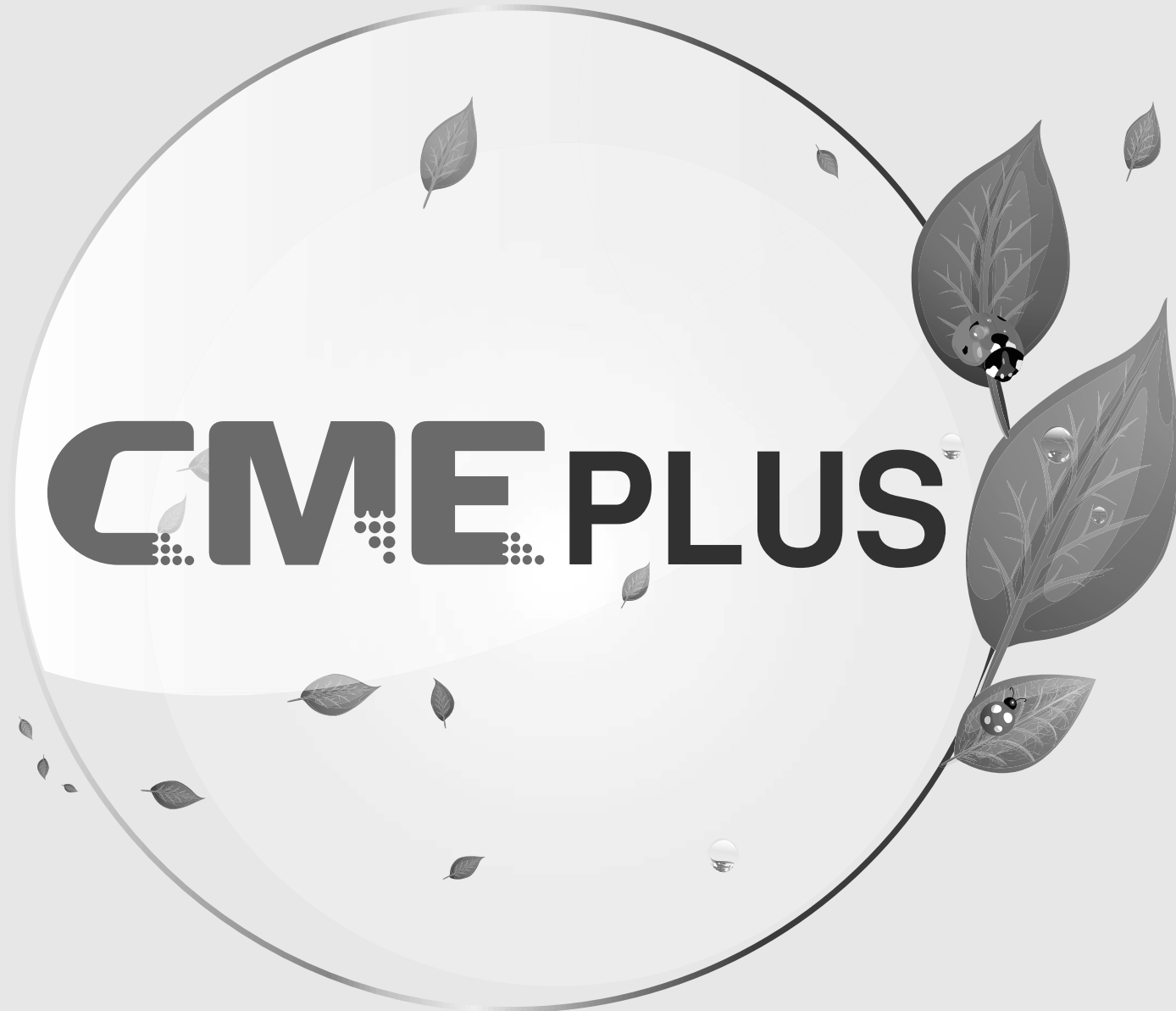
โทร. **0-2435-2345**

ต่อ 134, 123

แฟกซ์ **0-2435-2345**

ต่อ 181

Continuing Medical Education



CME PLUS



การประชุมใหญ่ประจำปี 2558 ครั้งที่ 19

สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

ร่วมกับ

บริษัท ไบโอวาเลียส จำกัด

ขอเรียนเชิญแพทย์ผู้สนใจเข้าร่วมฟังการบรรยายทางวิชาการ เรื่อง

Inactivated Vero cell derived-JE vaccine, **The Next Generation**



Moderator :

ศ.พญ.อุษา ทิสยากร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Speakers :

ศ.พิเศษ ดร.ภญ.สุมนา ชมวิสัย

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร สถานเสาวภา สภากาชาดไทย



รศ.นพ.พรเทพ จันทวานิช

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

วันเสาร์ที่ 2 พฤษภาคม 2558

เวลา 11.00-11.45 น.

**ณ ห้องประชุมออร์คิด บอลรูม ชั้น 1
โรงแรมรอยัล คลิฟ แกรนด์ พัทยา จ.ชลบุรี**



BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life



การประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติ
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
ในโอกาสฉลองพระชนมายุ ๕ รอบ ๒ เมษายน ๒๕๕๘



การประชุมวิชาการร่วมคณะแพทยศาสตร์สามสถาบัน พ.ศ. ๒๕๕๘:

จุฬาฯ-รามานุ-ศิริราช

Joint Conference in Medical Sciences 2015:

Chula - Rama - Siriraj



JCMS 2015

Health Equity through Innovation and Collaboration

วันที่ ๔ - ๖ มิถุนายน ๒๕๕๘

ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ



ลงทะเบียนออนไลน์ตั้งแต่วันนี้ถึงวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๘

รายละเอียดเพิ่มเติม www.jcms2015.com

ผู้สนับสนุนหลักการจัดประชุมวิชาการ JCMS 2015



ผู้สนับสนุนการจัดพิมพ์โปสเตอร์

