

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

ปีที่ 17 ฉบับ 439 ประจำวันที่ 1-15 มิถุนายน พ.ศ. 2558



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

50 ปี มูลนิธิโรคตา
สานฝันแพทย์ไทย
คุณเพื่อแพทย์ คุณเพื่อสังคมไทย

ทุกฉบับเคลือบโพลีเอทิลีน
www.wongkarnpat.com

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 above 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 reaction: Some individuals may feel dizziness, 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 doctor. **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** Liaoning Cheng Da Biotechnology Co., Ltd., Shenyang, China. **Distributor** Biovalys Co., Ltd., Bangkok, Thailand

สำหรับผู้อ่านฉบับนี้ทางวารสารมอบให้เป็น

1-15/06/15

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

MENARINI

Takeda

BIOPHARM

SVC

รายงานพิเศษ เติมน้ำมาตรการแก้ไขปัญหาค่ารักษาโรงพยาบาลเอกชนแพง

Get Up

- ชุดตรวจเชื้อไวรัสที่บ้านวางตลาดแล้ว
- ผอมเกินไปอาจเพิ่มความเสี่ยงสมองเสื่อม
- เป๊ปซี่จะเลิกใช้แอลกอฮอล์

เฉพาะโรค

แนวทางการให้วัคซีนเสริมภูมิคุ้มกันผู้ใหญ่

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลที่มีคุณภาพ ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจทันที

กด

Like

ได้ที่

www.facebook.com/วงการแพทย์

ประชุมวิชาการอายุรศาสตร์ ประจำปี 2558

หัวข้อ "Multidisciplinary Update in Critical Care Medicine"

วันที่ 22 - 24 กรกฎาคม 2558

ณ ห้องประชุมสโมสร ชั้น 4 อาคารคุณากร คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ปทุมธานี

วันพุธที่ 22 กรกฎาคม 2558

08.30 - 09.00	ลงทะเบียน
09.00 - 11.00	Neuromuscular weakness in ICU ศ.นพ.ก้องเกียรติ กูณฑ์กันทราร Recanalization therapy in acute ischemic stroke ศ.พญ.พรภัทร ธรรมสโรช Update of therapeutic hypothermia in critical care รศ.นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา Refractory status epilepticus in ICU ผศ.นพ.ประวีณ โสเลขา
11.00 - 11.10	Break
11.10 - 12.00	Critical points for parenteral nutrition in the ICU อ.นพ.พรพจน์ เปรมโยธิน ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
12.00 - 13.00	Lunch
13.00 - 14.30	Plasmapheresis รศ.พญ.นงลักษณ์ คณิตทรัพย์ Management of anemia and red cell transfusion in adult critically ill patients อ.พญ.ปิยนุช คงทิพย์ Thrombocytopenia in intensive care settings: Solving the mysteries อ.นพ.วศิเทพ ลิ้มวรพิทักษ์
14.30 - 14.40	Break
14.40 - 15.40	Cancer-associated acute venous thromboembolism อ.พญ.หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล



วันพฤหัสบดีที่ 23 กรกฎาคม 2558

09.00 - 09.30	Common skin problems in ICU อ.นพ.พัลลภ จักรวิทย์อำรง
09.30 - 10.30	Desensitization of medication in ICU ผศ.พญ.รัชฎา เลิศนพพันธุ์ Scleroderma renal crisis ผศ.พญ.พันธุ์จาง หาญวิวัฒน์กุล
10.30 - 10.40	Break
10.40 - 12.10	Dealing with GI bleeding in ICU อ.พญ.บุปผา พริธสาร Emergencies in GI cancer patients รศ.นพ.รัฐกร วิไลชนม์ Common liver problems in critical care setting ผศ.นพ.สุนทร ชลประเสริฐสุข Acute and acute-on-chronic liver failure อ.นพ.ศิษฐ์ ศิริมลพิวัฒน์
12.10 - 13.10	Lunch
13.10 - 14.40	Critical care in nephrology Moderator: รศ.นพ.อดิศักดิ์ หัตถณรงค์ Drug-induced acute kidney injury อ.นพ.เอนก อยู่สบาย Intravenous chloride; Does it matter? รศ.นพ. ศุภชัย ฐิติอาชากุล Continuous renal replacement therapy : Fundamental and application อ.นพ.ภัทรวิณ ภัทรนิธิมา Peritoneal dialysis in critical patients อ.นพ.พิชญ์ ดันติยวงศ์
14.40 - 14.50	Break
14.50 - 15.40	Update glycemic control in critical illness ผศ.นพ.สุธน พริธสาร

วันศุกร์ที่ 24 กรกฎาคม 2558

08.30 - 10.00	Approach to the patient with severe pneumonia with septic shock and ARDS ผศ.นพ.อภิชาติ คณิตทรัพย์ อ.นพ.ฐิติ ศรีเจริญชัย อ.นพ.ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง อ.พญ.พิชญาภา รุจิวิชัย อ.พญ.ภัทริน ภิรมย์พานิช
10.00 - 10.10	Break
10.10 - 11.30	Diagnosis of acute myocardial infarction: Are you confident? อ.พญ.คิด ภูมิเมือง Premature ventricular contractions in ICU patients : Friend or Foe? อ.นพ.โรจน์ รชเรชอำไพ Cardiogenic shock: How to manage this difficult situation ผศ.พญ.อิงอร อรุณากร
11.40 - 12.30	คืนสู่เหย้าและศิษย์เก่าดีเด่น -ถ่ายทอดประสบการณ์: ศิษย์เก่าดีเด่น -ทิศทางอายุรศาสตร์ธรรมศาสตร์และการเขียนต่อ : หัวหน้าภาควิชาและหัวหน้าหน่วย -เสวนาแลกเปลี่ยนแนวคิดการเรียนรู้การทำงาน : อาจารย์ ศิษย์เก่าและศิษย์ปัจจุบัน
12.30 - 13.30	Lunch
13.30 - 15.30	Proper use of antibiotics in critically ill patients อ.พญ.ศศิณัฐ รุจนเวช Update in sepsis อ.พญ.พรรณศิริ คำรงค์เลิศ

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

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

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะระลิต

แชนแนลโฮสต์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมพลัด

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกพร ขจรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ ลิขิตพิสุทธิกุล

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 199

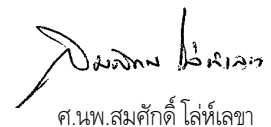
เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

แพทย์เป็นผู้ให้บริบาลหรือให้บริการ

ถ้าดูศัพท์ตามพจนานุกรมจะพบว่า การบริบาลคือการดูแลรักษา แต่การบริการคือการปฏิบัติรับใช้ แพทย์เป็นผู้ให้การรักษาสู้ป่วยแต่ไม่ได้เป็นผู้รับใช้ผู้ป่วย แพทย์ไม่ได้ขายบริการและผู้ป่วยก็ไม่ใช่ผู้บริโภค แต่เดิมเราพูดถึงแพทย์กับผู้ป่วยมาตลอดจนมีกลุ่มหนึ่งมาเปลี่ยนเป็นผู้ให้บริการและผู้รับบริการตอนที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ต่อมาก็จัดการรักษาพยาบาลอยู่ในพระราชบัญญัติพิจารณาผู้บริโภค นักวิชาการต่างประเทศไม่เข้าใจว่าการรักษาพยาบาลของไทยกลายเป็นคดีผู้บริโภคได้อย่างไร คำตอบคือกฎหมายออกตอนปฏิวัติ มีสภาเดียวไม่มีฝ่ายค้าน ใครเสนออะไรไปผ่านหมด ออกกฎหมายวันละหลายฉบับ ไม่มีความรอบคอบ คนบางคนคิดว่าการรักษาพยาบาลเหมือนกับการซ่อมรถ ถ้าซ่อมไม่ได้ก็ไม่ควรคิดเงิน (ความจริงช่างคิดเงินทุกครั้งทั้งที่ซ่อมไม่หาย) ถ้าซ่อมแล้วเสียหายต้องจ่ายค่าชดเชย ถ้าเสียหายมากช่างบอกว่าซ่อมไม่ได้ ไม่รับซ่อม แต่การรักษาพยาบาลแตกต่างกันมาก รถยนต์เราเปลี่ยนอะไหล่ได้ แต่ร่างกายมนุษย์เปลี่ยนอะไหล่ไม่ได้ ถ้าผู้ป่วยอาการหนัก แพทย์ดูแลมีโอกาสตายสูง แพทย์ปฏิเสธไม่ทำการรักษาไม่ได้ แพทย์มีจริยธรรมบังคับต้องให้การรักษากับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการไอเหมือนกันอาจเป็นวัณโรค มะเร็งในปอด หรือหลอดลมอักเสบก็ได้ ผู้ป่วยเป็นโรคเดียวกันอาการไม่เหมือนกัน แม้เป็นโรคชนิดเดียวกัน ให้ยาอย่างเดียวกัน บางคนหาย บางคนไม่หาย บางคนหายเร็ว บางคนหายช้า การวินิจฉัยป้องกันโรคก็ไม่ได้ผล 100% บางคนได้วัคซีนแล้วยังเป็นโรค ทั้งที่คนอื่นที่ได้วัคซีนพร้อมกันไม่ป่วย ในการรักษาบางครั้งก็เกิดผลตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ไวรัสขึ้นสมองจนชักแล้วโอกาสที่จะหายเป็นปกติอย่างเดิมนั้นยากเพราะสมองบางส่วนถูกทำลายไปแล้ว ถ้าจะให้แพทย์ชดเชยเพราะรักษาแล้วไม่หายเป็นปกติต่อไปก็ไม่สมควรรับรักษา ในการผ่าตัดบางครั้งมีพังผืดเต็มท้องจะเลาะออกโดยไม่ให้กระทบอวัยวะอื่นเลยเป็นไปได้ยาก แม้ว่าจะระมัดระวังอย่างเต็มที่แล้ว บางครั้งก็มีมิดไปสะกิดถูกลำไส้หรือท่อไตเข้า ถ้าจะบังคับให้ชดเชยหรือลงโทษ ต่อไปก็ไม่สมควรรับรักษา ผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน พันธุกรรมต่างกัน เอนไซม์ ฮอริโมน ภูมิคุ้มกันของแต่ละคนไม่เท่ากัน ผิดจากเครื่องจักรที่ผลิตของออกมาเหมือนกันหมด ในต่างประเทศเข้าใจถึงความแตกต่าง เขาจึงไม่จัดการรักษาพยาบาลเป็นคดีผู้บริโภค สิ่งมีชีวิตและสิ่งไม่มีชีวิตแตกต่างกัน พระราชบัญญัติพิจารณาผู้บริโภคนำมาใช้สำหรับเรื่องการขายรถ ขายบ้าน แต่ของไทยเอาการรักษาพยาบาลไปเทียบเหมือนขายรถหรือซ่อมรถ

ในช่วงนี้ไม่มีข่าวว่าถ้าผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าไปรักษาโรงพยาบาลใดก็ได้ทุกที่โดยไม่ต้องจ่ายเงิน น่าสนใจว่าเมื่อ 10 กว่าปีก่อนในสหรัฐอเมริกาออกระเบียบว่า ในกรณีฉุกเฉินแพทย์ห้ามปฏิเสธการรักษาถึงแม้ว่าไม่มีเงิน ปรากฏว่าห้องฉุกเฉินในเมืองปิดไปถึงร้อยละ 30 ทำให้คนที่ต้องการจ่ายยังไม่มีโรงพยาบาลที่จะเข้าไปรักษา ตามด้วยแพทย์มาจากบ้านทำการผ่าตัดโดยไม่ได้อำนาจตอบแทน ไม่มีใครมา เพราะนอกจากไม่ได้เงินแล้วยังเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้องถ้าผลไม่เป็นที่พอใจ บริษัทประกันดีใจเพราะได้เงินประกันไปแล้วรัฐบาลบอกไม่ต้องเก็บเงินค่ารักษา ก่อนจะประกาศอะไรออกไปควรถามคนที่ให้บริการก่อนว่าเขาพร้อมหรือไม่ รัฐบาลมีเงินจ่ายหรือไม่ ถ้าเป็นภาวะฉุกเฉินจริงที่ถ้าไม่ช่วยแล้วจะตายภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง แพทย์และโรงพยาบาลทุกแห่งยินดีช่วยโดยไม่หวังค่าตอบแทน แต่ที่เป็นปัญหาคือ ภาวะฉุกเฉินไม่จริง ผู้ป่วยเข้าใจว่าฉุกเฉินแต่แพทย์รู้ว่าจะไม่ฉุกเฉิน รออีกวันก็ยังไม่ตาย มีเวลาไปโรงพยาบาลที่เป็นต้นสังกัดได้ รัฐบาลต้องให้คำจำกัดความเรื่องฉุกเฉินให้เคร่งครัดจะได้ไม่เกิดความขัดแย้ง


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 439 วันที่ 1 - 15 มิถุนายน 2558



10



13

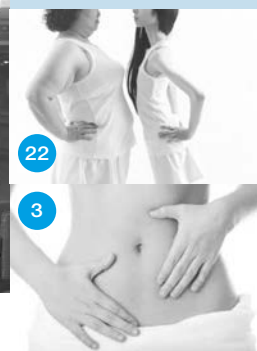
41



CME



17



22

3

3 โลกกว้างทางแพทย์

- TAS-102 สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ดื้อยา
- ซิมเคร้าทุติยภูมิในโรคกังวลที่รุนแรง
- Fluorouracil และเคมีบำบัดเข้มข้นในการรักษาเสริมสำหรับมะเร็งเต้านมระยะแรก

7 ข่าวสารการแพทย์

- กรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งอนุกรรมการพัฒนาระบบร่วม 3 กองทุน
- สธ. เร่งหาหรือ 3 หน่วยงาน ให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเข้าถึงยารักษามากขึ้น

9 Movement

10 เกาะติดงานประชุม

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย จัดประชุมวิชาการครั้งที่ 35 วาระครบรอบ 20 ปี ของราชวิทยาลัยฯ ชู theme "Re-Framing Inter-specialty Consultation for the 21st Century"

12 รายงานพิเศษ

PHAR-MED 2015

เจาะตลาดยาและเครื่องมือแพทย์เมียนมาร์และกัมพูชา

13 รายงานพิเศษ

เดินหน้ามาตรการแก้ไขปัญหา

ค่ารักษาโรงพยาบาลเอกชนแพง

17 Special

นพ.อดิศักดิ์ กิตติรัตนไพบูลย์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช ธนบุรี

นำโรงพยาบาลก้าวไกลสู่เป้าหมาย Digital Hospital

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

คณะกรรมการดูแลปริมาณแพทย์แห่งชาติ

21 Get Up

- ชุดตรวจเอชไอวีที่บ้านวางตลาดแล้ว
- ผอมเกินไปอาจเพิ่มความเสี่ยงสมองเสื่อม
- เป๊ปซี่จะเลิกใช้แอสปาร์แตม

23 หลากสีสัน

ครั้งแรก

25 เสียงแพทย์

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวังโย (ตอนที่ 10)

27 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ปลดปล่อยยาจากพอลิเมอร์ด้วยแสงอินฟราเรด

29 จุฬาปริทัศน์

การบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

32 Systematic Review

การผ่าตัดเสริมจมูก

33 เฉพาะโรค

แนวทางการให้วัคซีนเสริมภูมิคุ้มกันในผู้ใหญ่

37 มุมนี้เวช

อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มีความสำคัญ

41 R2R

สวรศ.-วช. หนุนทุนวิจัย

มุ่งเป้า "โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง" ปี 58

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS โรคติดเชื้อขณะตั้งครรภ์

(Infectious Disease During Pregnancy)

สถานการณ์วัณโรคในปัจจุบัน

TAS-102 สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ดื้อยา

N Engl J Med 2015;372:1909-1919.

บทความเรื่อง Randomized Trial of TAS-102 for Refractory Metastatic Colorectal Cancer อ้างถึงผลการศึกษาเบื้องต้นในญี่ปุ่นชี้ว่า TAS-102 ซึ่งเป็น oral agent ที่รวม trifluridine และ tipiracil hydrochloride มีประสิทธิภาพในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ดื้อยา จึงนำมาสู่การศึกษา phase 3 เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ TAS-102 ในผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ โดยสุ่มให้ผู้ป่วย 800 คน ได้รับ TAS-102 หรือยาหลอก และกำหนดให้การรอดชีวิตโดยรวมเป็นจุดยุติปฐมภูมิ

มัธยฐานการรอดชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 5.3 เดือนจากยาหลอก เป็น 7.1 เดือนจาก TAS-102 และ hazard ratio ในกลุ่ม TAS-102 เทียบกับกลุ่มยาหลอกเท่ากับ 0.68 (95% confidence interval [CI] 0.58-0.81; $p < 0.001$)



เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีนัยสำคัญทางคลินิกซึ่งพบบ่อยที่สุดจาก TAS-102 ได้แก่ neutropenia โดยพบใน 38% ของผู้ป่วยที่ได้รับยา และ leucopenia โดยพบใน 21% ทั้งนี้ 4% ของผู้ป่วยที่ได้รับ TAS-102 เกิด febrile neutropenia และพบการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับ TAS-102 1 ราย มัธยฐานของเวลาที่ performance status แย่ลง (การเปลี่ยนแปลงใน Eastern Cooperative Oncology Group performance status [จาก 0-5 โดย 0 หมายถึงไม่มีอาการ และคะแนนที่มากขึ้นชี้ว่ามีระดับความบกพร่องที่มากขึ้น] จาก 0 หรือ 1-2 หรือมากกว่า) เท่ากับ 5.7 เดือนจาก TAS-102 เทียบกับ 4.0 เดือนจากยาหลอก (hazard ratio 0.66; 95% CI 0.56-0.78; $p < 0.001$)

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า TAS-102 สัมพันธ์กับการรอดชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาหลอกในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ดื้อยา

สรรพคุณอาหารมังสวริตลดเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

JAMA Intern Med. 2015;175(5):767-776.

บทความเรื่อง Vegetarian Dietary Patterns and the Risk of Colorectal Cancers รายงานว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง อาหารที่มีประโยชน์ด้านการต้านมะเร็งจึงมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันมะเร็งดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างอาหารมังสวริตและความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงยังไม่มีการศึกษาไว้อย่างชัดเจน

บทความรายงานข้อมูลจากการศึกษา Adventist Health Study 2 (AHS-2) ซึ่งประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานอาหารมังสวริตและการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจากกลุ่มตัวอย่างชายและหญิงชาวอเมริกันจำนวน 96,354 คน ซึ่งรวบรวมระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2002 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2007 โดยมีระยะการติดตามแตกต่างกันไปตามแต่ละรัฐโดยระบุตามวันที่จากทะเบียนโรคมะเร็ง ภายหลังการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างแล้วคงเหลือกลุ่มตัวอย่างเชิงวิเคราะห 77,659 ราย และข้อมูลวิเคราะห์ด้วย Cox proportional hazards regression โดยควบคุมตัวแปรรบกวนด้านประชากรและวิถีชีวิต ทั้งนี้การวิเคราะห์มีขึ้นระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 20 ตุลาคม ค.ศ. 2014

อาหารประเภทที่พื้นฐานด้วยแบบสอบถามและจำแนกเป็นอาหารมังสวริต 4 กลุ่ม (รับประทานผักอย่างเดียว, สามารถรับประทานไข่และนม, สามารถรับประทานสัตว์ปีกหรือปลา, และทั้งมังสวริต) และอาหารที่ไม่ใช่มังสวริต

ผลลัพธ์หลักประเมินจากความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบอาหารและการเกิดมะเร็งของลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยระบุผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจากทะเบียนโรคมะเร็งของแต่ละรัฐ

ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 7.3 ปี พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 380 ราย และมะเร็งไส้ตรง 110 ราย ค่า hazard ratios (HRs) ที่ปรับแล้วสำหรับอาหารมังสวริตทุกกลุ่มรวมกันเทียบกับอาหารที่ไม่ใช่

มังสวริตเท่ากับ 0.78 (95% CI 0.64-0.95) สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทั้งหมด, 0.81 (95% CI 0.65-1.00) สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ 0.71 (95% CI 0.47-1.06) สำหรับมะเร็งไส้ตรง ค่า HR ที่ปรับแล้วสำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในผู้ที่รับประทานอาหารมังสวริตซึ่งรับประทานผักอย่างเดียวเท่ากับ 0.84 (95% CI 0.59-1.19); ในผู้ที่สามารถรับประทานไข่และนมเท่ากับ 0.82 (95% CI 0.65-1.02); ในผู้ที่สามารถรับประทานสัตว์ปีกหรือปลาเท่ากับ 0.57 (95% CI 0.40-0.82) และในผู้ที่รับประทานอาหารทั้งมังสวริตเท่ากับ 0.92 (95% CI 0.62-1.37) เทียบกับผู้ที่ไม่รับประทานอาหารมังสวริต โดยมีค่า effect estimates ใกล้เคียงกันในระหว่างชายและหญิง และระหว่างผู้ที่ไม่มีเชื้อสายแอฟริกันและเชื้อสายอื่น

อาหารมังสวริตสัมพันธ์กับอุบัติการณ์โดยรวมที่ต่ำลงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยเฉพาะอาหารมังสวริตกลุ่มที่รับประทานสัตว์ปีกและปลาซึ่งมีความเสี่ยงต่ำกว่ามากเมื่อเทียบกับอาหารที่ไม่ใช่มังสวริต ซึ่งหากความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุก็น่าจะมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง



ซึมเศร้าทุติยภูมิในโรคกังวลที่รุนแรง

The Lancet. Published Online: 14 May 2015.

บทความเรื่อง Secondary Depression in Severe Anxiety

Disorders: A Population-Based Cohort Study in Denmark รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ retrospective study ในประเทศเดนมาร์กเพื่อประเมินผลของโรควิตกกังวลต่อความเสี่ยงและการดำเนินโรคของโรคซึมเศร้า การศึกษาใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล The Danish Civil Registration System, Danish Psychiatric Central Register และ Danish National Hospital Registry การรวบรวม cohort คัดเลือกจากผู้ที่เกิดในเดนมาร์กระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1955 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2002 และติดตามระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1994 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ.

2012 โดยจำกัดเฉพาะในผู้ที่มีข้อมูลของพ่อแม่ การศึกษาได้ประเมินผลของการตรวจพบโรคกังวลต่อความเสี่ยงการเกิดอาการซึมเศร้าและอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น จากนั้นจึงศึกษาผลของโรคกังวลในฐานะโรคร่วมต่อความเสี่ยงการเข้ารับรักษาเนื่องจากโรคซึมเศร้า โดยปรับสำหรับเพศ



อายุ ปฏิทิน อายุของบิดามารดา ที่อยู่แรกเกิด และปฏิสัมพันธ์ระหว่างอายุและเพศ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีจำนวน 3,380,059 คน โดยมี incidence rate ratio (IRR) ที่ปรับแล้วสำหรับการเกิดอาการซึมเศร้าเท่ากับ 3.0 (95% CI 2.8-3.1; $p < 0.0001$) และสำหรับการเกิดอาการซึมเศร้าที่เป็นซ้ำเท่ากับ 5.0 (4.8-5.2) ในผู้ป่วยโรคกังวลอาการรุนแรงเทียบกับประชากรทั่วไป เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า เด็กที่พ่อแม่เป็นโรคกังวลมีแนวโน้มสูงกว่าต่อการตรวจพบอาการของโรคซึมเศร้า (1.9, 1.8-2.0) หรือโรคซึมเศร้าที่เป็นซ้ำ (2.1, 1.9-2.2) โดยโรคกังวลในฐานะโรคร่วมมีผลให้อัตราการเข้ารับรักษาสูงขึ้นทั้งในผู้ป่วยที่มีอาการ

ของโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นซ้ำ

โรคกังวลที่มีอาการรุนแรงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีบทบาทสำคัญต่อโรคซึมเศร้า การเน้นไปที่โรคกังวลบางโรคอาจช่วยระบุผู้ที่เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า และอาจส่งผลดีต่อแนวทางการป้องกันและการรักษา

ประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและไต

Lancet. 2015;385(9982):2047-2056.

บทความเรื่อง Comparative Efficacy and Safety of Blood Pressure-Lowering Agents in Adults with Diabetes and Kidney Disease: A Network Meta-Analysis รายงานว่า การเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและไตยังคงไม่มีข้อมูลที่แน่ชัด การศึกษานี้จึงได้ประเมินประโยชน์และผลกระทบของยาลดความดันโลหิต โดยศึกษาแบบ meta-analysis จากการศึกษาเปรียบเทียบซึ่งเปรียบเทียบยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตและเบาหวาน

ข้อมูลในการศึกษารวบรวมจากฐานข้อมูล Cochrane Collaboration, Medline และ Embase จนถึงเดือนมกราคม ค.ศ. 2014 ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตายจากทุกสาเหตุและไตวายระยะสุดท้าย และประเมินผลลัพธ์รองด้านความปลอดภัยและโรคหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาหาค่าประมาณสำหรับผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รองด้วย random-effects network meta-analysis โดยได้รายงานค่าประมาณเป็น odds ratios หรือ standardised mean differences ร่วมกับ 95% CIs ทั้งนี้ได้เทียบผลลัพธ์ของยาทั้งหมดกับยาหลอกด้วย surface under the cumulative ranking (SUCRA) probabilities

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องใน network meta-analysis นำมาจาก 157 การศึกษา รวมผู้ป่วย 43,256 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นไตวายเรื้อรังและ

เบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษาไม่พบว่ามียาสูตรใดที่มีประสิทธิภาพดีกว่ายาหลอกในด้านลดอัตราตายทุกสาเหตุ อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับยาหลอกพบว่า ไตวายระยะสุดท้ายต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญหลังการรักษาด้วย angiotensin-receptor blocker (ARB) ร่วมกับ angiotensin-converting-enzyme (ACE) inhibitor (odds ratio 0.62, 95% CI 0.43-0.90) และหลังจากการรักษาด้วย ARB อย่างเดียว (0.77, 0.65-0.92) นอกจากนี้ไม่พบว่ายาสสูตรใดมีผลทำให้เกิด hyperkalaemia หรือไตวายฉับพลันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่การรักษาด้วย ACE inhibitor ร่วมกับ ARB มี borderline increases ของความเสี่ยงต่อ hyperkalaemia หรือไตวายฉับพลัน (odds ratio 2.69, 95% CI 0.97-7.47 สำหรับ hyperkalaemia; 2.69, 0.98-7.38 สำหรับไตวายฉับพลัน)

จากการศึกษาไม่พบว่าแนวทางการลดความดันโลหิตใดสามารถยืดการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและไต ขณะที่การรักษาด้วย ACE inhibitors และ ARBs ทั้งการรักษาด้วยยาตัวเดียวหรือใช้ร่วมกันเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับป้องกันไตวายระยะสุดท้าย ทั้งนี้ประโยชน์ด้านอื่นจากการรักษาด้วย ACE inhibitor ร่วมกับ ARB จำเป็นต้องพิจารณาควบคู่ไปกับความเสี่ยงต่อ hyperkalaemia และไตวายฉับพลัน



การป้องกันปฐมภูมิด้วยยาลดไขมัน และความเสี่ยงโรคหลอดเลือดระยะยาว

BMJ 2015;350:h2335.

บทความเรื่อง Primary Prevention with Lipid Lowering Drugs and Long Term Risk of Vascular Events in Older People: Population Based Cohort Study รายงานข้อมูลจากการศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างยาลดไขมัน (statin หรือ fibrate) ในผู้สูงอายุซึ่งไม่มีประวัติเหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดและความเสี่ยงระยะยาวต่อโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและสโตรค



การศึกษาเป็น prospective population based cohort study ศึกษาจากผู้มีอายุ 65 ปีหรือมากกว่า ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน 3 แห่งในฝรั่งเศส ประกอบด้วยชายและหญิง 7,484 คน (63%) ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 73.9 ปี และไม่มีประวัติเหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดเมื่อเข้าร่วมการศึกษา การติดตามมีระยะเฉลี่ย 9.1 ปี

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ hazard ratios ที่ปรับแล้วของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและสโตรคในผู้ที่ใช้ยาลดไขมันที่พื้นฐานเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้ยา คำนวณจากตัวแบบ multivariable Cox proportional hazard models

ซึ่งปรับสำหรับตัวแปรอื่น การประมาณค่า hazard ratios จำแนกเป็นค่าประมาณสำหรับการใช้ยาลดไขมันใด ๆ และสำหรับ statin และ fibrate

ผู้ที่ใช้ยาลดไขมันมีความเสี่ยงต่ำลงต่อสโตรคเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ยา (hazard ratio 0.66, 95% confidence interval 0.49-0.90); hazard ratios สำหรับสโตรคใกล้เคียงกันระหว่าง statin (0.68, 0.45-1.01) และ fibrate (0.66, 0.44-0.98) จากการศึกษาไม่พบ

ความเชื่อมโยงระหว่างการใช้ยาลดไขมันและโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (hazard ratio 1.12, 0.90-1.40) และจากการวิเคราะห์แบ่งชั้นตามอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ ระดับไตรกลีเซอไรด์ และคะแนนความโน้มเอียงก็ไม่พบว่ามีนัยต่อผลลัพธ์ทั้งในแง่สโตรคหรือโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้สูงอายุซึ่งไม่มีประวัติเหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดชี้ว่า การใช้ statin หรือ fibrate สัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของสโตรคที่ต่ำลง 30%

Fluorouracil และเคมีบำบัดเข้มข้น ในการรักษาเสริมสำหรับมะเร็งเต้านมระยะแรก

The Lancet Published Online: 1 March 2015.

บทความเรื่อง Fluorouracil and Dose-Dense Chemotherapy in Adjuvant Treatment of Patients with Early-Stage Breast Cancer: An Open-Label, 2 x 2 Factorial, Randomised Phase 3 Trial รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปถึงผลของการให้ fluorouracil ร่วมกับ epirubicin, cyclophosphamide และ paclitaxel (EC-P) ในการรักษาเสริมสำหรับผู้ป่วย node-positive breast cancer รวมถึงประโยชน์ของการเพิ่มความเข้มข้นของขนาดยา การศึกษานี้จึงได้ศึกษาผลลัพธ์ดังกล่าวโดยประเมินจากผลลัพธ์ที่ขึ้นของการอยู่รอดโดยไม่พบโรค

การศึกษารวบรวมผู้ป่วยอายุ 18-70 ปีซึ่งเป็น node positive, early-stage breast cancer ที่สามารถผ่าตัดจากโรงพยาบาล 81 แห่งในประเทศอิตาลี โดยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดเพิ่มความเข้มข้น (ให้ทางหลอดเลือดดำทุก 2 สัปดาห์ ร่วมกับ pegfilgrastim) ด้วย fluorouracil ร่วมกับ EC-P (FEC-P) หรือ EC-P หรือได้รับเคมีบำบัดมาตรฐาน (ให้ทางหลอดเลือดดำทุก 3 สัปดาห์) ด้วย FEC-P หรือ EC-P จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ การอยู่รอดโดยไม่พบโรคประเมินด้วย Kaplan-Meier ใน intention-to-treat population และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่าง dose schedule (ทุก 2 สัปดาห์ เทียบกับทุก 3 สัปดาห์) และ dose type (FEC-P vs EC-P)

การศึกษาได้รวบรวมผู้ป่วย 2,091 คน ระหว่างวันที่ 24 เมษายน ค.ศ. 2003 ถึงวันที่ 3 กรกฎาคม ค.ศ. 2006 โดย 88 รายได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่ให้เคมีบำบัดขนาดมาตรฐานเท่านั้น ภายหลังมัธยฐานการติดตาม 7.0 ปี (interquartile range [IQR] 4.5-6.3) พบว่าผู้ป่วย 140 ราย (26%) จาก 545 รายได้รับ EC-P ทุก 3 สัปดาห์, 157 ราย (29%) จาก 544 รายได้รับ FEC-P ทุก 3 สัปดาห์, 111 ราย (22%) จาก 502 รายได้รับ EC-P

ทุก 2 สัปดาห์ และ 113 ราย (23%) จาก 500 รายได้รับ FEC-P ทุก 2 สัปดาห์ อยู่รอดโดยไม่พบโรค สำหรับการเปรียบเทียบจากขนาดยาพบว่า การอยู่รอดโดยไม่พบโรคที่ 5 ปี เท่ากับ 81% (95% CI 79-84) ในผู้ป่วยที่รักษาทุก 2 สัปดาห์ และ 76% (74-79) ในผู้ป่วยที่รักษาทุก 3 สัปดาห์ (HR 0.77, 95% CI 0.65-0.92; p = 0.004) ซึ่งอัตราการอยู่รอดโดยรวมที่ 5 ปี เท่ากับ 94% (93-96) และ 89% (87-91; HR 0.65, 0.51-0.84; p = 0.001) และสำหรับการเปรียบเทียบชนิดของเคมีบำบัดพบว่า การอยู่รอดโดยไม่พบโรคที่ 5 ปี เท่ากับ 78% (75-81) ในกลุ่ม FEC-P และ 79% (76-82) ในกลุ่ม EC-P (HR 1.06, 0.89-1.25; p = 0.561) โดยมีอัตราการอยู่รอดโดยรวมที่ 5 ปี เท่ากับ 91% (89-93) และ 92% (90-94; 1.16, 0.91-1.46; p = 0.234) เมื่อเทียบกับการให้เคมีบำบัดทุก 3 สัปดาห์พบว่า การให้เคมีบำบัดทุก 2 สัปดาห์ สัมพันธ์กับอัตราที่สูงขึ้นของ grade 3-4 ของ anaemia (14 ราย [1.4%] จาก 988 ราย vs 2 ราย [0.2%] จาก 984 ราย; p = 0.002); transaminitis (19 ราย [1.9%] vs 4 ราย [0.4%]; p = 0.001) และ myalgias (31 ราย [3.1%] vs 16 ราย [1.6%]; p = 0.019) และอัตราที่ต่ำลงของ grade 3-4 neutropenia (147 ราย [14.9%] vs 433 ราย [44.0%]; p < 0.0001) การเพิ่ม fluorouracil นำไปสู่อัตราที่สูงขึ้นของ grade 3-4 neutropenia (354 ราย [34.5%] จาก 1,025 รายที่ได้รับ FEC-P vs 250 ราย [24.2%] จาก 1,032 รายที่ได้รับ EC-P; p < 0.0001), ไข้ (9 ราย [0.9%] vs 2 ราย [0.2%]), คลื่นไส้ (47 ราย [4.6%] vs 28 ราย [2.7%]) และอาเจียน (32 ราย [3.1%] vs 15 ราย [1.4%])

จากการศึกษาในผู้ป่วย node-positive early breast cancer พบว่าเคมีบำบัดเสริมที่เพิ่มความเข้มข้นช่วยให้การอยู่รอดโดยไม่พบโรคดีขึ้นเมื่อเทียบกับการให้เคมีบำบัดตามมาตรฐาน ขณะที่การเพิ่ม fluorouracil ในเคมีบำบัดสูตร EC-P ไม่ทำให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นด้านการอยู่รอดโดยไม่พบโรค

ออกกำลังกายสำหรับเลิบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์

BMJ 2015;350:h2145.

บทความเรื่อง Physical Activity for Smoking Cessation in Pregnancy: Randomised Controlled Trial รายงานผลจากการศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายสำหรับเลิกสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์โดยศึกษาจากโรงพยาบาล 13 แห่งในอังกฤษระหว่างเดือนเมษายน ค.ศ. 2009 ถึงเดือนมกราคม ค.ศ. 2014 ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่อย่างน้อยวันละ 1 มวน และเตรียมเลิกสูบบุหรี่รวม 789 ราย ซึ่งมีอายุ 16-50 ปี และตั้งครรภ์ 10-24 สัปดาห์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่รวมอยู่ในการวิเคราะห์ intention-to-treat analyses 785 ราย และกลุ่มออกกำลังกายมีจำนวน 392 ราย

การรักษาเริ่มขึ้น 1 สัปดาห์ก่อนวันที่ตั้งใจจะเลิกบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มบำบัดพฤติกรรมสำหรับเลิกสูบบุหรี่ 1 สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ (กลุ่มควบคุม) หรือกลุ่มบำบัดพฤติกรรมร่วมกับการเดินสายพานและให้คำปรึกษาการออกกำลังกาย 14 ครั้ง

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การหยุดบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันที่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการตั้งครรภ์ประเมินจากคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจและโคตินินในน้ำลาย และประเมินการเกาะติดการรักษาจากระดับการออกกำลังกายที่กลุ่มตัวอย่างรายงาน และผลลัพธ์จาก accelerometer

ใน 11.5% (n = 90) ของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาไม่พบความต่างที่มีนัยสำคัญด้านอัตราการเลิกสูบบุหรี่เมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มออกกำลังกายและกลุ่มควบคุม (8% vs 6%; odds ratio 1.21, 95% CI 0.70-2.10) สำหรับกลุ่มออกกำลังกายเทียบกับกลุ่มควบคุมพบอัตราที่เพิ่มขึ้น 40% (95% CI 13%-73%), 34% (6%-69%) และ (12%-91%) ด้านระยะเวลาวัดเป็นนาทีของการออกกำลังกายต่อสัปดาห์จากพื้นฐานถึง 1 สัปดาห์, 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ หลังวันเลิกสูบบุหรี่ ผลลัพธ์จาก accelerometer ชี้ว่าไม่มีความต่างที่มีนัยสำคัญด้านระดับการออกกำลังกายระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการบำบัดเฉลี่ย 4 ครั้งในกลุ่มออกกำลังกาย และ 3 ครั้งในกลุ่มควบคุม เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และผลลัพธ์ด้านการคลอดมีผลพหุคูณใกล้เคียงกันระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม ยกเว้นสำหรับการผ่าคลอดที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มควบคุมเมื่อเทียบกับกลุ่มออกกำลังกาย (29% vs 21%; p = 0.023)

การเพิ่มการออกกำลังกายไว้ในโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมสำหรับเลิกสูบบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้เพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่เมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์ การออกกำลังกายระหว่างตั้งครรภ์จึงไม่แนะนำสำหรับการเลิกสูบบุหรี่ แต่ยังคงมีประโยชน์ในแง่สุขภาพโดยรวม

Ticagrelor ระยะยาวในผู้ป่วย MI

N Engl J Med 2015;372:1791-1800.

บทความเรื่อง Long-Term Use of Ticagrelor in Patients with Prior Myocardial Infarction รายงานว่า ประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด 2 ตัวหลัง 1 ปีภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายยังไม่มีข้อมูลชัดเจน การศึกษานี้จึงได้ประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ ticagrelor ซึ่งเป็น P2Y12 receptor antagonist หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การศึกษาได้สุ่มให้ผู้ป่วย 21,162 รายซึ่งเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในช่วง 1-3 ปีได้รับการรักษาด้วย ticagrelor 90 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง, ticagrelor 60 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง หรือยาหลอก ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับ aspirin ขนาดต่ำและมีมาตรฐานการติดตาม 33 เดือน จุดยุติปฐมภูมิด้านประสิทธิภาพ ได้แก่ ผลรวมของการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือสโตรค และจุดยุติปฐมภูมิด้านความปลอดภัย ได้แก่ การเกิดเลือดออกรุนแรงตาม Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI)

เมื่อเทียบกับยาหลอกพบว่า การรักษาด้วย ticagrelor ทั้ง 2 ขนาดลดอัตราของจุดยุติปฐมภูมิด้านประสิทธิภาพ โดยมี Kaplan-Meier rates ที่ 3 ปี เท่ากับ 7.85% ในกลุ่มที่ได้รับ 90 มิลลิกรัมของ ticagrelor วันละ 2 ครั้ง และ 7.77% ในกลุ่มที่ได้รับ 60 มิลลิกรัมของ ticagrelor วันละ 2 ครั้ง และ 9.04% ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (hazard ratio สำหรับ 90 มิลลิกรัมของ ticagrelor vs ยาหลอก เท่ากับ 0.85; 95% confidence interval [CI] 0.75-0.96; p = 0.008; hazard ratio

สำหรับ 60 มิลลิกรัมของ ticagrelor เทียบกับยาหลอกเท่ากับ 0.84; 95% CI 0.74-0.95; p = 0.004) อัตราของเลือดออกรุนแรงตาม TIMI สูงกว่าในกลุ่มที่ได้รับ ticagrelor (2.60% จาก 90 มิลลิกรัม และ 2.30% จาก 60 มิลลิกรัม) เทียบกับยาหลอก (1.06%) (p < 0.001 สำหรับแต่ละขนาดเทียบกับยาหลอก) โดยอัตราของเลือดออกในกะโหลกศีรษะหรือเลือดออกที่ถึงแก่ชีวิตในทั้ง 3 กลุ่มเท่ากับ 0.63%, 0.71% และ 0.60%

การรักษาด้วย ticagrelor ในผู้ป่วยที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกว่า 1 ปีก่อนสามารถลดความเสี่ยงการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือสโตรคได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อเลือดออกรุนแรง



นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่ได้รับมอบหมายจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการเรียกเก็บเงินค่ารักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนว่า ขณะนี้มีความคืบหน้าขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งคณะกรรมการได้ตั้งคณะอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1 ชุด เป็นคณะทำงานในเรื่องการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อพัฒนาระบบร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 3 กองทุน รวมทั้งภาคเอกชนและโรงพยาบาลรัฐ เพื่อให้เกิดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน โดยการ

กรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งอนุกรรมการพัฒนาระบบร่วม 3 กองทุน

ดำเนินการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายป่วยฉุกเฉินรักษาได้ทุกที่ ดีทุกสิทธิ์ ได้กำหนดกรอบดำเนินการ 3 ส่วน ได้แก่ 1. การแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน กิ่งฉุกเฉินออกจากผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งจะเริ่มทำพร้อมกันทั่วประเทศ และจัดระบบให้มีความพร้อมตามความเหมาะสม หากพื้นที่ใดมีความพร้อมพัฒนาเข้าสู่ระบบได้เร็วจะให้เป็นแบบอย่างและช่วยเหลือพื้นที่อื่น ๆ ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน 2. การจัดการเรื่องเงิน จะต้องมิกติกาที่ชัดเจนและมีความพร้อมทุกสถานการณ์ 3. การกำหนดขอบเขตการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมง และการสร้างระบบดูแลต่อเนื่องหลัง 72 ชั่วโมงแรก จะพยายามปรับให้เข้าสู่ระบบให้ได้แม้จะมีความยุ่งยากก็ตาม และจะเสนอเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีโดยเร็วที่สุด จากนั้นจะเริ่มลงมือปฏิบัติการและพัฒนาระบบไปเรื่อย ๆ รวมทั้งจะหารือกับกระทรวงพาณิชย์ในส่วนของมติคณะรัฐมนตรีให้ราคาบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่อยู่ในรายการที่ต้องควบคุมราคา และมีมาตรการตามรูปแบบระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จะพัฒนาขึ้นโดยคณะอนุกรรมการด้วย



สร. เร่งหารือ 3 หน่วยงาน ให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเข้าถึงยารักษามากขึ้น

นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รักษาการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ ผู้ช่วยเลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบเปิดผนึกจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มูลนิธิไอโซน มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ และชมรมเกย์ชนบท เพื่อมอบให้ ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ขอให้พิจารณาหาแนวทางแก้ปัญหาการขาดการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี ที่ชื่อว่า “โซฟอสบูเวียร์ (Sofosbuvir)” ว่า ในการพิจารณาเรื่องนี้จะต้องดูที่ระบบยาอย่างถี่ถ้วนเนื่องจากเป็นยาใหม่ โดยได้ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเร่งดำเนินการ ส่วนในเรื่องกฎหมายจะต้องให้ความเป็นธรรมและเกิดสมดุลทั้งฝ่ายประชาชนในสังคมและบริษัทผู้คิดค้นยา ซึ่งจะต้องหารือร่วมกัน 3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา องค์การเภสัชกรรม และกระทรวงพาณิชย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ

เข้าถึงยารักษาได้มากขึ้นและได้ในราคาที่ยุติธรรมเหมาะสมกับสถานะสุขภาพของคนไทย โดยจะเร่งดำเนินการและช่วยเหลือให้ได้มากที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะคุกคามทางด้านสุขภาพทุกรูปแบบ



สร. เร่งจัดระบบเครือข่ายสุขภาพอำเภอ กระจายทีมหมอครอบครัวลดทุกข์เพิ่มสุขประชาชน

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า นโยบายหมอครอบครัว เป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบสุขภาพไทย ปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพในสถานบริการทุกระดับเป็นทีมงาน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชาวบ้าน เพื่อสร้างความมั่นใจให้ชาวบ้านมีที่พึ่งเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหา และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในสถานบริการทุกระดับเพื่อสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นด่านหน้าสำคัญในการขับเคลื่อนงาน ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้วาง 4 ยุทธศาสตร์เพื่อให้การดำเนินงานทีมหมอครอบครัวบรรลุผลสำเร็จ ได้แก่ 1. การบริหารนโยบายอย่างมีส่วนร่วมเน้นการสื่อสารนโยบายแนวคิด สร้างความเข้าใจบุคลากรแกนนำหมอครอบครัวสถานบริการทุกระดับแทนการสั่งการ เป็นการสร้างผู้นำสุขภาพแนวใหม่ให้ทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการจัดกลไกบริหารในระดับอำเภอ ประสานการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จัดระบบการให้คำปรึกษา ระหว่างทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล จัดเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพกับทีมหมอครอบครัว และระหว่างหน่วยบริการ 2. พัฒนาคือความรู้เทคโนโลยีที่เหมาะสมรวมทั้งกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมในพื้นที่โดยจัดสรรงบประมาณอบรมเขตละ 1 ล้านบาท 3. พัฒนาคือศักยภาพสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่และสื่อสารให้ประชาชน



มีความเข้าใจเกี่ยวกับทีมหมอครอบครัว และจัดให้มีช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างประชาชนและทีมหมอครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม และ 4. มีการติดตามประเมินผลเน้นการเรียนรู้ไม่เน้นรายงาน ใช้การสำรวจประเมินทั้งภายในและภายนอกให้ผู้บริหารแต่ละระดับทราบ

รมต.สาธารณสุข 7 ประเทศกลุ่มเอฟพีจีเอ ร่วมแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาและปัญหาสุขภาพโลก

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์จากนครเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ว่า ในการร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 68 ประจำปี พ.ศ. 2558 ได้ประชุมกับรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขจากกลุ่มประเทศ



เอฟพีจีเอ (Foreign Policy and Global Health: FPGH) ซึ่งประกอบด้วย 7 ประเทศ ได้แก่ บราซิล อินโดนีเซีย ฝรั่งเศส นอร์เวย์ เซเนกัล แอฟริกาใต้ และไทย ซึ่งได้มีการรวมกลุ่มกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เพื่อผลักดันวาระสุขภาพโลกผ่านช่องทางนโยบายการต่างประเทศ โดยประเด็นหารือสำคัญในวันนี้มี 4 เรื่อง ได้แก่ การสร้างระบบสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อโรคระบาดและภัยคุกคามด้านสุขภาพ (Building resilient health system), การจัดการวิกฤติการณ์สุขภาพระหว่างประเทศ (International health crisis management) และวาระสุขภาพหลังปี พ.ศ. 2558 ให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Health in the post 2015 Sustainable Development Goals) ซึ่งเป็นประเด็นที่หารือในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 68 ด้วย นอกจากนี้ยังได้ร่วมกันจัดประชุมคู่ขนานเรื่องการใช้จ่ายปฏิชีวนะสมเหตุสมผล เพื่อลดปัญหาและป้องกันเชื้อดื้อยาอย่างจริงจังในอนาคต เนื่องจากรายงานขององค์การอนามัยโลกล่าสุดในปี พ.ศ. 2556 พบเชื้อหลายชนิดดื้อยา เช่น เชื้อวัณโรค พบในผู้ป่วยรายเก่าประมาณร้อยละ 20 ส่วนรายใหม่พบได้ร้อยละ 3.5 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ติดวัณโรคที่ดื้อยาหลายขนานปีละ 480,000 ราย ใน 100 ประเทศ และยังพบเชื้อแบคทีเรียที่เป็นต้นเหตุของโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดบวม ดื้อยาปฏิชีวนะด้วย หากทุกประเทศไม่ร่วมมือกันแก้ไขและป้องกันจะทำให้เกิดการสูญเสียค่ารักษามากขึ้น และอาจทำให้ประชาชนเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตเนื่องจากไม่มียารักษาที่ได้ผล



Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University

โครงการพัฒนาแพทยศาสตรศึกษาและงานวิจัยการศึกษา ขอเชิญอาจารย์และบุคลากรทางการศึกษา เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาข้อสอบปรนัยเพื่อประเมินความรู้ทางการแพทย์

MCQ
Multiple Choice Question

ออกข้อสอบกับทุกปี คิดว่า ดี แล้วหรือยัง ?

วันที่ 25-26 มิถุนายน 2558 ณ ห้องบรรยาย 3A01 อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 3A
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

   si-merd.com

กำหนดการ ลงทะเบียน ที่พักใกล้ศิริราช ตรวจสอบรายชื่อผู้เข้าอบรม ติดต่อ

การพัฒนาข้อสอบปรนัยเพื่อประเมินความรู้ทางการแพทย์

โครงการพัฒนาแพทยศาสตรศึกษาและงานวิจัยการศึกษา ขอเชิญอาจารย์และบุคลากรทางการศึกษา เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การพัฒนาข้อสอบปรนัยเพื่อประเมินความรู้ทางการแพทย์” ระหว่างวันที่ 25-26 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ณ ห้องบรรยาย 3A01 อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 3A คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้สนใจติดต่อสอบถามรายละเอียดโครงการเพิ่มเติมได้ที่ ทีมกลยุทธ์และวิกรม ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทรศัพท์ 0-2419-9978 โทรสาร 0-2412-3901 คุณเดียร์, คุณเอ๊ะ

การจัดการฐานข้อมูลวิจัยด้วย Microsoft Excel และ Microsoft Access

หน่วยชีวสารสนเทศและจัดการข้อมูลวิจัย สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การจัดการฐานข้อมูลวิจัยด้วย Microsoft Excel และ Microsoft Access” ระหว่างวันที่ 2-3 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 เวลา 8.30-16.00 น. ณ ห้องคอมพิวเตอร์ 5 (623) อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 6 ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ หน่วยชีวสารสนเทศและจัดการข้อมูลวิจัย สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทรศัพท์ 0-2419-2685-6 VPN 090-990-5814 E-mail: pompen.nuc@mahidol.ac.th



2015
EXCEL ACCESS

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง “การจัดการฐานข้อมูลวิจัย ด้วย
Microsoft Excel และ Microsoft Access”

FREE APPLY!

 2-3 ก.ค.
2558
08.30-16.00 น.

ณ ห้องคอมพิวเตอร์ 5 (623)
อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 6


สำรองที่นั่ง!
goo.gl/ECy1xW

จัดโดย | หน่วยชีวสารสนเทศและจัดการข้อมูลวิจัย
สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
โทร. 02 419 2685-6

 BDM



อาจให้ข้อมูลที่เป็ประโยชน์มากกว่าที่เราคิด ผู้ชำนาญทาง anterior segment lesion จากชมรมกระจกตาและ ผู้ชำนาญทาง retina lesion จากชมรมจอตา จะมาร่วมกันแก้ไขปริศนาของสิ่งที่เกี่ยวกับโรคตาต่าง ๆ ร่วมกับวิทยากรพิเศษ รศ.พญ.รังสิมา วณิชภักดีเดชา อายุรแพทย์ด้านจิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

• **Learning Disability** ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาการมองเห็นมักมีปัญหาการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วย เพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ในองค์รวม ขอเชิญฟัง

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยจัดประชุมวิชาการ ครั้งที่ 35

วาระครบรอบ 20 ปี ของราชวิทยาลัยฯ

yu theme “Re-Framing Inter-specialty Consultation for the 21st Century”

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 35 วาระครบรอบ 20 ปี ของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ระหว่างวันที่ 8-10 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ สาขาจักษุวิทยา ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเพิ่มพูนความรู้ทางการแพทย์

นพ.ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข ประธานราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า เนื่องในโอกาสที่ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ก่อตั้งมาครบ 20 ปี คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการวิชาการจึงได้จัดการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 35 RCOPT's 20th Anniversary Meeting ขึ้นในวันที่ 8-10 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ ใน theme “Re-Framing Inter-specialty Consultation for the 21st Century” โดยทีมวิชาการได้จัดหัวข้อที่หลากหลาย มีความร่วมมือระหว่างราชวิทยาลัยฯ กับแพทย์จาก ราชวิทยาลัยอื่นมาบรรยายร่วมกัน เช่น

• **Ocular imaging: Back to the Front** การอภิปรายหมู่ของจักษุแพทย์ สาขาต่าง ๆ ผู้จะมาวิเคราะห์ภาพทางจักษุวิทยาในทุกแง่มุม ไม่ว่าจะเป็นภาพจาก ส่วนหน้าของตา เช่น ภาพจาก UBM, OCT for glaucoma diseases หรือภาพจาก ส่วนหลังของตา เช่น OCT for retina diseases

• **Eye and Systemic Diseases** อภิปรายโดยวิทยากรที่รู้จักกันดี ศ.พญ.ละอองศรี อัชชนีเยสกุล ภาควิชาจักษุวิทยา และวิทยากรรับเชิญ ผศ.นพ.นิธิวัชร วัฒนวิจารณ์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

• **Headache and the Eye** อาการปวดหัวของผู้ป่วยที่มาหาจักษุแพทย์ อาจไม่ได้เกิดจากปัญหาทางสายตา และอาจนำมาซึ่งการปวดหัวของจักษุแพทย์ ผู้รักษา ขอเชิญเข้าฟังการอภิปรายเรื่องการปวดหัวที่สัมพันธ์กับดวงตา โดยจักษุแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญและวิทยากรพิเศษ ศ.นพ.อนันต์ ศรีเกียรติขจร อายุรแพทย์ด้านประสาทวิทยา รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

• **Colors of the Eye** สีต่าง ๆ ของพยาธิตัวตืดที่เปลือกตาหรือดวงตา



นพ.ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข

การอภิปรายเรื่อง Learning Disability โดยจักษุแพทย์ ชมรม Ped-oph และวิทยากรพิเศษ รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล จิตแพทย์สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

• **MRI and CT of orbit and brain** การอ่านภาพ CT และ MRI ของผู้ป่วยทางจักษุวิทยา จะไม่ใช่เรื่องที่จักษุแพทย์ต้องเดากันอีกต่อไป ขอเชิญ มาเรียนรู้การอ่านภาพเหล่านั้นให้ถูกต้องจากวิทยากร พิเศษ รศ.พญ.จิรพร เหล่าธรรมทัศน์ ประธาน ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย หัวหน้า ศูนย์รังสีวินิจฉัยก้าวหน้า คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

“การประชุมวิชาการครั้งนี้มีความแตกต่าง จากการประชุมวิชาการในครั้งที่ผ่าน ๆ มา จากเดิมที่ จะเน้นหนักในการให้ความรู้ทางด้านวิชาการของ

จักษุแพทย์ มาเป็นการเชื่อมโยงระหว่างจักษุแพทย์กับแพทย์ในสาขาอื่น ๆ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพราะต้องการที่จะสร้างคอนเซ็ปต์ใหม่ให้แก่จักษุแพทย์ โดยในการรักษาไม่ยอมให้มองเฉพาะเรื่องของตาเพียงอย่างเดียว นางครึ่งผู้ป่วยอาจมีโรคอื่นร่วมด้วย ดังนั้น จึงต้องอาศัยแพทย์สาขาอื่นเข้ามาช่วย ซึ่งเป็นภาพใหญ่ที่กำลังพยายามเชื่อมโยง” นพ.ไพศาล กล่าว

นอกจากนี้ยังมีการ **Update in General Medicine** เพราะการมีความรู้ทางจักษุวิทยาเพียงด้านเดียวไม่เพียงพอสำหรับเวชปฏิบัติในยุคปัจจุบัน ยุคที่ผู้ป่วยสามารถค้นหาข้อมูลของทุกโรคได้ด้วยตนเอง และแนวทางการรักษาโรคต่างเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ขอเชิญฟังแนวคิดใหม่ของโรคที่อาจเกี่ยวข้องกับจักษุวิทยาทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยวิทยากรรับเชิญหลากหลายในหัวข้อดังต่อไปนี้



- **Vitamin D: Hot Topic in Medicine** โดย ศ.นพ.บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- **Prevention and Management in Ocular Stroke** โดย รศ.นพ.สรณ บุญใบชัยพฤกษ์ อายุรแพทย์โรคหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- **Rheumatologic Disease-related Uveitis** โดย อ.พญ.ปารวี สุวรรณาลัย อายุรแพทย์โรคข้อ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- **Peri-Operative Evaluation and Anesthesia Concerns in Ophthalmic Surgery** โดย อ.นพ.ปริญ วาทีสาธกิจ อายุรแพทย์ด้านโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์ และ ผศ.นพ.สมชาย เวียงธีรวัฒน์ วิทยาลัยแพทย์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

นพ.ไพศาล กล่าวอีกว่า เพื่อเป็นการฉลองครบรอบ 20 ปี RCOPT's 20th Anniversary Celebratory Dinner ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย คณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยฯ ขอเชิญสมาชิกทุกท่าน

เข้าร่วมงาน **RCOPT's 20th Anniversary Celebratory Dinner** ในวันพฤหัสบดีที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 เวลา 17.30-20.30 น. ภายในงานมีการเชิดชูเกียรติมอบรางวัล “RCOPT Awards” กับจักษุแพทย์ในหลายมิติ เช่น Ophthalmic teaching and training Awards, Young researcher Award, Best teacher Award, Outstanding Service in Prevention of Blindness Awards, Distinguished Service Awards etc. รวมทั้งจะมีการแสดงจากอาจารย์และแพทย์ประจำบ้านจากทุกสถาบัน การบรรเลงเปียโน โดยหัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผศ.นพ.จักรพงศ์ นະมาตร์ Live music จาก อ.เอกเทศ ชันชื้อ และ อ.ดวงเนตร ใจนาภรณ์ อีกด้วย

ทั้งนี้ ราชวิทยาลัยฯ ได้จัดทำหนังสือที่ระลึกเนื่องในวาระ 20 ปี ราชวิทยาลัยฯ จำนวน 3 เล่ม ได้แก่ “RCOPT 20/20” หนังสืออนุสรณ์ 20 ปี ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย พิมพ์สีสวยงามทั้งเล่ม ภายในมีเรื่องราวความเป็นมาของวงการจักษุแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ ประวัติของสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่าง ๆ รูปกิจกรรมในอดีตที่หาดูได้ยาก “RCOPT Eye Manual” หนังสือรวบรวมแนวทางวินิจฉัยและรักษาโรคทางจักษุวิทยาที่พบบ่อย และ “All Eyes on English” คู่มือสื่อสารภาษาอังกฤษกับผู้ป่วย เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับยุค AEC และการก่อตั้ง AOS โดยหนังสือทั้ง 3 เล่มจะแจกให้ฟรีสำหรับผู้ที่ลงทะเบียนเข้าร่วมการประชุมวิชาการครั้งนี้

ไม่เพียงเท่านั้น ตลอดทั้งปี ราชวิทยาลัยฯ ได้จัดทำโครงการข่าวสารสัมพันธ์เพื่อประชาชนบนสื่อออนไลน์ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้รับความรู้ทางจักษุวิทยาที่ถูกต้อง ทั้งทาง Facebook สุขภาพตา รวมทั้งที่ RCOPT YouTube Channel โดยเรื่องวิธีหยอดยาหยอดตาที่ถูกต้อง มีผู้ชมแล้วมากกว่า 67,000 ราย และมีวิดีโอที่กำลังจะเผยแพร่ต่อไป ได้แก่ วิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานเข้าตา

“ราชวิทยาลัยฯ ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ได้ร่วมประชุมวิชาการ ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยมาตลอด และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้พบกับสมาชิกทุกท่านในงานนี้ ซึ่งได้รวบรวมหัวข้อวิชาการที่น่าสนใจเป็นประโยชน์ ซึ่งนอกจากจะได้รับความรู้และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์แล้ว ยังจะได้มาพบปะสังสรรค์ ได้รู้จักกันมากขึ้นระหว่างรุ่นพี่และรุ่นน้องจักษุแพทย์ เรียกได้ว่านอกจากจะเป็นการเชื่อมโยงทางวิชาการแล้ว ยังเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างจักษุแพทย์ด้วยกันเองอีกด้วย” นพ.ไพศาล กล่าวทิ้งท้าย

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2718-0715-6 โทรสาร 0-2718-0717 หรือทาง www.rcopt.org



PHAR-MED 2015

เจาะตลาดยาและเครื่องมือแพทย์เมียนมาร์และกัมพูชา



บริษัท มิง วี นิทรรศการและการโฆษณา จำกัด (Minh Vi Exhibition & Advertising Service Co., Ltd. หรือ VEAS) และสมาคมผู้ประกอบการด้านเภสัชกรรมและอุปกรณ์การแพทย์แห่งเมียนมาร์ ประสานความร่วมมือจัด นิทรรศการและการประชุมนานาชาติด้านอุตสาหกรรมเภสัชกรรมและการแพทย์ในประเทศเมียนมาร์ ครั้งที่ 3 หรือ เมียนมาร์ ฟาร์-เมด เอ็กซ์โป 2015 ที่จะขึ้นระหว่างวันที่ 9-11 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ณ ศูนย์ประชุมเมียนมาร์ (Myanmar Convention Center หรือ MCC) กรุงย่างกุ้ง ประเทศเมียนมาร์ โดยคาดการณ์ว่านิทรรศการครั้งนี้จะยิ่งใหญ่กว่าครั้งที่ผ่านมา ด้วยพื้นที่จัดแสดงงาน 2,000 ตารางเมตร พร้อมรองรับผู้เข้าร่วมแสดงสินค้าจากทั่วโลกกว่า 120 บริษัทและผู้เข้าชมทั่วไปกว่า 2,500 คน

นิทรรศการครั้งนี้จะเปิดเวทีให้กับผลิตภัณฑ์จากนานาประเทศได้เข้าสู่ตลาดเภสัชกรรมและการแพทย์เมียนมาร์ได้อย่างสมบูรณ์แบบ เนื่องจากเป็นประเทศที่มีขนาดใหญ่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เมียนมาร์จึงเป็นที่ยอมรับถึงศักยภาพในการเติบโต โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสาธารณสุข ตลาดด้านการแพทย์ของเมียนมาร์เติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วและสม่ำเสมอคู่ขนานไปกับกระบวนการพัฒนาอุตสาหกรรมที่จะตามมาในอนาคตอันใกล้

เมื่อไม่นานมานี้ การตั้งโรงพยาบาลและคลินิกระดับมาตรฐานสากลแห่งใหม่หลายแห่งที่เมียนมาร์ส่งผลให้อุปสงค์ของผลิตภัณฑ์คุณภาพด้านเภสัชกรรม อุปกรณ์การแพทย์



และวัตถุดิบทางธรรมชาติเพิ่มสูงขึ้น (และคาดว่า จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-15 ต่อปี ในอีก 5 ปี ข้างหน้า) ประกอบกับจำนวนโรงงานเวชภัณฑ์ที่รัฐเป็นเจ้าของนั้นมีเพียง 5 แห่ง ทำหน้าที่กระจายยาและผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ร่วมกับบริษัทจดทะเบียนที่นำเข้าและกระจายสินค้าด้านเภสัชกรรมอีก 350 ราย (ข้อมูลจากสมาคมผู้ประกอบการด้านเภสัชกรรมและอุปกรณ์การแพทย์แห่งเมียนมาร์) อย่างไรก็ตามการทางธุรกิจได้เปลี่ยนไปหลังจากบริษัทเอกชน 10 รายได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการลงทุนของเมียนมาร์ (Myanmar Investment Commission หรือ MIC) ให้ตั้งโรงงานผลิตด้านเภสัชกรรมตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2552 ซึ่งอาจถือเป็นสัญญาณที่ดีในการเติบโตของขีดความสามารถในการผลิตสินค้าด้านสุขภาพของเมียนมาร์ในระดับท้องถิ่น อันจะส่งผลดีต่อธุรกิจระดับนานาชาติด้านเภสัชกรรม และอุตสาหกรรมอุปกรณ์การแพทย์อีกด้วย

สืบเนื่องจากความสำเร็จของการจัดในทั้ง 2 ครั้งที่ผ่านมา Myanmar Phar-Med Expo 2015 จึงกลับมาอีกครั้งในปี นี้ เพื่อสืบสานภารกิจในการเป็นหลักหมุดที่จะรวบรวมธุรกิจจากทั้งในและต่างประเทศด้านสาธารณสุข มาไว้ ณ ที่เดียวกัน เพื่อสร้างความร่วมมือทาง

ธุรกิจ แลกเปลี่ยนข้อมูล รวมถึงการติดตามกระแสความเคลื่อนไหวด้านเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ จากประเทศรอบโลก เช่น เยอรมนี อิตาลี สวิตเซอร์แลนด์ ฝรั่งเศส โรมาเนีย เกาหลี สิงคโปร์ มาเลเซีย เวียดนาม ไทย จีน ไต้หวัน อินโดนีเซีย อินเดีย ญี่ปุ่น ปากีสถาน เมียนมาร์ และอื่น ๆ Myanmar Phar-Med Expo 2015 คือโอกาสทองของผู้ประกอบการทั้งในและต่างประเทศที่จะสร้างเครือข่ายธุรกิจร่วมกับเจ้าของธุรกิจและมืออาชีพในแวดวงสาธารณสุข

นอกจากนี้บริษัท มิง วี นิทรรศการและการโฆษณา จำกัด (VEAS) ยังได้อำนวยความสะดวกด้านนิทรรศการและการประชุมนานาชาติด้านอุตสาหกรรมเภสัชกรรมและการแพทย์ไทยในประเทศกัมพูชา หรือ Cambodia Phar-Med 2015 ระหว่างวันที่ 14-15 กันยายน พ.ศ. 2558 ด้วยเล็งเห็นถึงความสำคัญด้านสุขภาพและธุรกิจที่เกี่ยวข้องในกัมพูชา นิทรรศการพิเศษที่กัมพูชาคือ การต่อยอดนิทรรศการชุด ฟาร์-เมด เอ็กซ์โป อื่น ๆ ที่จัดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อีกด้วย

ในวันงานแถลงข่าวเปิดตัว ผู้จัดงานจะได้กล่าวถึงโอกาสทางธุรกิจที่งานครั้งนี้จะมอบให้สำหรับผู้จัดแสดงสินค้าและผู้เยี่ยมชมงาน มีการบรรยายที่น่าสนใจโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญจากหลายประเทศเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของอุตสาหกรรมสาธารณสุข การสนับสนุนของรัฐด้านนโยบายสำหรับนักลงทุนต่างชาติ นโยบายการนำเข้า-ส่งออกแบบพิเศษสำหรับอุปกรณ์ด้านการแพทย์และเภสัชกรรม และข้อมูลที่สำคัญที่ต้องรู้หากต้องการเริ่มธุรกิจที่เมียนมาร์และกัมพูชา นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสอันดีสำหรับบริษัทรับจัดงานและกลุ่มธุรกิจในการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับนิทรรศการ พบปะพูดคุยสร้างสายสัมพันธ์กับผู้ที่สนใจภายในงาน Myanmar Phar-Med Expo 2015 และ Cambodia Phar-Med 2015



เดินหน้ามาตรการแก้ไขปัญหาค่ารักษาโรงพยาบาลเอกชนแพง



จากที่ประธานเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ เปิดเผยถึงกรณีที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแพง โดยระหว่างปี พ.ศ. 2556-2557 มีประชาชนร้องเรียนเรื่องดังกล่าวเข้ามาถึงเครือข่ายฯ ประมาณ 10 ราย ซึ่งพบว่าต้องเสียค่ารักษาพยาบาลถึงวันละ 400,000 บาท รายที่ต้องจ่ายมากที่สุดอยู่ที่ 1.3 ล้านบาท ขณะที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก็มีประชาชนจำนวนมากเข้าไปร้องเรียนเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีการร้องเรียนไปยังมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.), สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) อีกจำนวนไม่น้อย แต่ยังไม่เห็นหน่วยงานไหนออกมาแก้ปัญหาเรื่องนี้อย่างจริงจัง ทางเครือข่ายฯ จึงได้ล่ารายชื่อประชาชน 33,000 รายชื่อ ยื่นถึง พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ผ่านทาง ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวง

สาธารณสุข เพื่อขอให้มีการตรวจสอบเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการเก็บค่ารักษาพยาบาลอย่างไม่เป็นธรรม พร้อมจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมเรื่องค่ารักษาของโรงพยาบาลเอกชน และออกเป็นกฎหมายควบคุมอย่างจริงจังภายใน 1 เดือน



สร. หรือค่ารักษาโรงพยาบาลเอกชนแพง ตัวคณะทำงานกำหนดแนวทางแก้ไข

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยว่า ได้รับหนังสือร้องเรียนจากเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ พร้อมรายชื่อ 33,000 รายชื่อ เพื่อขอให้ตั้งคณะกรรมการควบคุมราคาค่ารักษาของ



โรงพยาบาลเอกชน และตรวจสอบการเก็บเงินที่ไม่ถูกต้อง การเรียกเก็บเงินซ้ำซ้อน ซึ่งเรื่องนี้นายกรัฐมนตรีได้ปรารภและให้ความสำคัญเป็นเรื่องเร่งด่วน ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขจะเร่งดูแลเรื่องนี้เพื่อคลี่คลายความเดือดร้อนของประชาชน โดยจะต้องพิจารณาที่มาที่ทำให้อัตราค่ารักษาแพง เพราะต้นทุนของโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีความแตกต่างกัน ทั้งขนาดของโรงพยาบาล และต้นทุนในเรื่องแพทย์ เครื่องมือแพทย์ ค่าห้อง ค่ายา ค่าตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ จึงต้องตรวจสอบและวิเคราะห์ให้ชัดเจน

ในเบื้องต้นได้ประชุมหารือกับ **นพ.สมศักดิ์ ชุนทรสัมภ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข** และผู้บริหารหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับมาตรการเรื่องค่ารักษาโรงพยาบาลเอกชนแพง ประกอบด้วย **นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย รักษาราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข**, **นพ.อำนาจ กาจิ่น รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข**, **เลขาธิการแพทยสภา**, **เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)**, **เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)**, **อธิบดีกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์**, **นายประพันธ์ อางตระกูล รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา**, **นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**, **ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ**, **นายกสภาเภสัชกรรม**, **หัวหน้าสำนักวิชาการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** เพื่อวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาให้ชัดเจน ตั้งเป้าหมายการดำเนินงานโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้การร้องเรียนจากประชาชนมีด้วยกัน 3 ประเด็นคือ ค่ารักษาพยาบาลแพง คิดค่ารักษาเกินจากความเป็นจริง และการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง

ในการหารือครั้งนี้ได้ให้หน่วยงานทบทวนพร้อมทั้งรวบรวมกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและอยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด คือ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 รวมทั้งประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541, พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และประกาศอัตราค่ารักษาพยาบาลโรงพยาบาลรัฐ อัตราค่ารักษากรรมบัญญัติกลางของโรงพยาบาลรัฐ แนวทางการคิดค่าบริการของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา, พระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542 และประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ของกระทรวงพาณิชย์ด้วย รวมทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับราคายาของสถานพยาบาลเอกชน เพื่อเป็นข้อมูลหารือ

กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพาณิชย์ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลเอกชนในการดูแลผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และแพทยสภา เพื่อเลือกวิธีคลี่คลายปัญหาให้ดีที่สุดและเร็วที่สุด

“ที่ประชุมได้มีการทบทวนกฎหมายที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับราคาสินค้าและบริการของโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งประสบการณ์ของหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ สปสช. ที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบบบริการผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน เข้ารักษาได้ทุกแห่งโดยไม่ต้องสำรองจ่าย ตามนโยบายรัฐบาล พ.ศ. 2555 ผลการดำเนินงานในรอบ 3 ปี มีผู้ใช้บริการฉุกเฉินประมาณ 60,000 ราย เฉลี่ย 2,000 รายต่อเดือน โดยมีประชาชนร้องเรียนถูกเรียกเก็บ 5 ราย ส่วนสายด่วนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2558 ได้รับ 187 เรื่อง เป็นเรื่องค่ารักษาพยาบาลสูง 19 ราย ส่วนของสคบ. ได้รับการร้องเรียนเรื่องค่ารักษาโรงพยาบาลเอกชนแพงปีละ 100 กว่าราย โดยได้มีการเจรจาไกล่เกลี่ย เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายควบคุมชัดเจน” **ศ.นพ.รัชตะ** กล่าว

ทั้งนี้ จากการหารือประเด็นรายละเอียดทั้งหมด ที่ประชุมได้แยกการวิเคราะห์ที่มาของค่ารักษาของโรงพยาบาลเอกชนแพง ซึ่งมีหลายปัจจัยเกี่ยวข้อง ได้แก่ ค่ายา ค่าบริการอื่น ๆ เช่น เวชภัณฑ์ ค่าหัตถการ ค่าตรวจวินิจฉัยที่ใช้เครื่องมือราคาแพง รวมทั้งค่าห้อง ค่าอาหาร สถานที่ ในแนวทางการแก้ไขระยะเร่งด่วน ได้ตั้งคณะทำงาน 1 ชุด ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดทั้งภาครัฐและเอกชน ดำเนินการใน 3 เรื่อง ให้แล้วเสร็จภายใน 1 เดือน ได้แก่ 1. รวบรวมข้อมูลค่ายา ค่าบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลต่าง ๆ ประกาศใน



เว็บไซต์กลางกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ามาตรวจสอบก่อนเลือกตัดสินใจเข้ารับบริการ และให้หน่วยงานอื่น ๆ สามารถเชื่อมต่อไปได้ เช่น สปสช. สคบ. เป็นต้น 2. เปิดสายด่วนรับเรื่องจากประชาชน เพื่อให้ข้อมูลประชาชน และรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชน 3 หมายเลข คือ สายด่วนคุ้มครองผู้บริโภค 1166 ในเวลาราชการ, สายด่วนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 0-2193-7999 และสายด่วน สปสช. 1330 ตลอด 24 ชั่วโมง โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพจะเป็นศูนย์กลางดำเนินการแก้ไขตรวจสอบเรื่องร้องเรียนโดยเร็วที่สุด และ 3. เรื่องบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ฟรีทุกสิทธิ์ ไม่เรียกเก็บเงินจากประชาชน โดยจะจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิตให้ชัดเจน และระบบการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลจากกองทุนกลาง โดยจะมีการตกลงราคาที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลทั้งหมดทั้งของรัฐและเอกชน เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้



“ได้มีการพิจารณาแนวทางการทำงานหลายองค์ประกอบ ทั้งการติดประกาศอัตราค่ารักษาให้ชัดเจน เพื่อให้ประชาชนรับรู้ประกอบการตัดสินใจใช้บริการ การควบคุมราคาที่ใช้ในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้ราคาเหมาะสมเหตุผลและเป็นไปชอบเขตตามกฎหมายที่มีอยู่แล้ว รวมทั้งเรื่องอื่น ๆ เช่น อัตราค่าตรวจวินิจฉัยโรคด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยจะพิจารณาด้วยความรอบคอบ เนื่องจากเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายให้ความสนใจและมีผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ซึ่งอาจจะยังไม่จบในขั้นตอนเดียว อย่างไรก็ตาม ในระหว่างนี้หากมีการร้องเรียนจากประชาชน ได้จัดช่องทางด่วนในการร้องเรียนและกำลังพิจารณาจัดตั้งคณะกรรมการหลายฝ่ายมาร่วมแก้ไขร่วมกันเพื่อความเป็นธรรมทุกฝ่าย”

ศ.นพ.รัชตะ กล่าว

อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้จะต้องใช้เวลาแก้ไขพอสมควร เนื่องจากมีรายละเอียดปลีกย่อยจำนวนมากและเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน โดยจะดำเนินการคู่ขนานกันไปในเรื่องราคา เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายตามขอบเขตอำนาจที่มีใช้อยู่คือ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ของกระทรวงสาธารณสุข และพระราชบัญญัติว่าด้วยสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542 ของกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ จะบังคับใช้ให้เข้มข้นขึ้น รวมทั้งเรื่องค่ารักษาพยาบาลด้านอื่น ๆ เช่น ค่าหัตถการจะพิจารณาให้เกิดความเหมาะสม โดยมีการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ส่วนเรื่องการบริหารการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อสนองนโยบายรัฐบาลเจ็บป่วยฉุกเฉิน เข้ารักษาได้ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์ รักษาความปลอดภัยชีวิตของประชาชน อาจจะออกเป็นประกาศควบคุมราคาค่าบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อนำเสนอคณะรัฐมนตรีประกาศใช้โดยเร็ว

แพทยสภา ค่ายาทำค่ารักษาผู้ป่วย หากจะควบคุมต้องแยกแต่ละหมวดให้ชัดเจน



ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา

กล่าวว่า การบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนเป็นเพียงทางเลือกหนึ่งให้แก่ประชาชนเท่านั้น ซึ่งต้องเข้าใจว่าการดำเนินกิจการของโรงพยาบาลเอกชนเป็นไปโดยไม่มีงบประมาณสนับสนุนภาษีจากรัฐบาลมาสนับสนุนเช่นเดียวกับโรงพยาบาลรัฐ ทั้งหมดเป็นการลงทุนเอง ไม่ว่าจะเป็นการก่อสร้างอาคารสถานที่ ค่าเครื่องมือ

แพทย์และเวชภัณฑ์ ค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ประจำส่วนต่าง ๆ อีกทั้งในการลงทุนยังต้องแบกรับภาระหนี้ ดังนั้น จึงมีต้นทุนที่มากที่ต้องรวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาล โดยส่วนใหญ่จะบวกรวมในค่ายา ซึ่งประเด็นนี้กระทรวงพาณิชย์เป็นผู้ดูแล ดังนั้น จึงเป็นสิทธิ์ของประชาชนว่าจะเลือกรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนหรือไม่ หรือจะรับบริการในโรงพยาบาลรัฐแทน

ในส่วนของแพทยสภา มีหน้าที่เพียงแค่การคุมค่าตรวจวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งปัจจุบันในกรณีที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะอยู่ที่ประมาณ 500 บาท แต่ในกรณีที่เป็นการตรวจวินิจฉัยทั่วไปจะอยู่ที่ 300 บาท โดยเป็นหลักเกณฑ์ที่จัดทำไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 และอยู่ระหว่างการปรับปรุง นอกจากนี้ยังอยู่ระหว่างการรอการจัดทำรหัสหัตถการการรักษาต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขอยู่ระหว่างดำเนินการ ซึ่งจะนำมาใช้ในการจัดทำราคาเพื่อเบิกจ่าย ซึ่งจะทำให้มีมาตรฐานการคำนวณค่ารักษามากขึ้น ในส่วนของการควบคุมราคาพยาบาลไม่มีอำนาจ เป็นหน้าที่ของกระทรวงพาณิชย์ในการทำหน้าที่นี้ ซึ่งในกรณีนี้ยอมรับว่าควรทำให้มีมาตรฐานการคำนวณที่ต้องไม่ค้ำกำไรจนเกินควร แต่ต้องบวกส่วนต้นทุนที่กล่าวมาข้างต้นเพื่อให้โรงพยาบาลเอกชนดำเนินอยู่ได้ด้วย โดยกรณีนี้ในอนาคตอาจแยกเป็นการคิดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ออกจากค่ายาให้ชัดเจน เพื่อให้ประชาชนเห็นรายจ่ายที่โรงพยาบาลเอกชนเองต้องแบกรับ

“การควบคุมราคาค่ารักษาโรงพยาบาลเอกชนต้องเป็นการควบคุมที่

เหมาะสมตามต้นทุน เพราะไม่เช่นนั้นโรงพยาบาลเอกชนก็จะอยู่ไม่ได้ ในที่สุดก็จะกระทบต่อระบบรักษาพยาบาลของประเทศ ซึ่งต้องยอมรับว่าจากการดำเนินกิจการของโรงพยาบาลเอกชน เป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนระบบรักษาพยาบาลของประเทศ ช่วยลดความแออัด เป็นทางเลือกให้คนที่มั่งคั่งและจ่ายได้ ไม่ต้องแย่งบริการในโรงพยาบาลของรัฐ ขณะเดียวกันรัฐบาลก็ได้จัดเก็บภาษี ดังนั้น จึงควรมีการตกลงในราคากลางที่เหมาะสม ซึ่งต้องไม่ใช่เป็นอัตราเดียวกับโรงพยาบาลรัฐที่มีรัฐบาลสนับสนุน” ศ.นพ.สมศักดิ์ กล่าว



พล.อ.ต.นพ.อิทธพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา

กล่าวว่า โรงพยาบาลเอกชนจะมีค่ารักษาพยาบาลอยู่หลายหมวด แต่หลัก ๆ แบ่งออกเป็น 3 หมวด คือ 1. ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งไม่เพียงแต่วิชาชีพแพทย์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น 2. ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ ค่ายาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น สายสวนหัวใจ ข้อเข่าเทียม เป็นต้น และ 3. ค่าบริการต่าง ๆ ของสถานพยาบาล ซึ่งแต่ละแห่งจะมีการบริการหรือเซอร์วิสที่ต่างกันไป ดังนั้น หากจะคุมค่ารักษาพยาบาลก็ต้องแยกแต่ละหมวดให้ชัดเจน

สำหรับประชาชนบางส่วนที่มองว่าแพทย์สั่งจ่ายยามากเกินความจำเป็นจนส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลสูงนั้น สามารถร้องเรียนมาที่แพทยสภา เพื่อให้มีการตรวจสอบว่าเข้าข่ายผิดข้อบังคับในการทำให้ผู้รับบริการเกิดความสิ้นเปลืองหรือไม่

ด้าน นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤษ

กรรมการแพทยสภา ประธานคณะกรรมการแก้ไขปัญหาค่ารักษาโรงพยาบาลเอกชนแพ่ง

กล่าวว่า ในเรื่องค่ารักษาของโรงพยาบาลเอกชน ในลำดับแรกได้หยิบเรื่องค่ายาขึ้นมาพิจารณาก่อน ซึ่งการควบคุมราคายานั้นทุกฝ่ายก็ไม่มีอะไรขัดข้อง แต่ต้องมีการสะท้อนต้นทุนอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ในการกำหนดเปอร์เซ็นต์ที่โรงพยาบาลสามารถบวกกำไรเพิ่มจากต้นทุนราคาขายเป็นแนวทางที่จะเดินไปอยู่แล้ว เพราะทุกคนมีความปรารถนาที่ดีในการพัฒนาวิชาชีพ



นพ.ศุภชัย กล่าวอีกว่า สำหรับคณะกรรมการที่ตั้งขึ้นประกอบด้วย ผู้แทนจากมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.) ผู้แทนจากสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ผู้แทนสภาวิชาชีพต่าง ๆ ผู้แทนกองทุนกลาง ผู้แทนจากสมาคมประกันภัยโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งจะมีการหารือกัน ขณะเดียวกันก็จะมีการรับฟังความเห็น ข้อเสนอแนะจากนักวิชาการและประชาชนมาประกอบการพิจารณาด้วย เบื้องต้นจะมีเจ้าหน้าที่คอยตรวจสอบเรื่องเสนอแนะในการแก้ปัญหาเรื่องนี้ผ่านช่องทางทางสื่อต่าง ๆ รวมถึงโซเชียลมีเดีย คาดว่าจะแล้วเสร็จภายใน 1 เดือนตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าไว้

**กระทรวงพาณิชย์คุมเข้ม
ออกตรวจสอบโรงพยาบาลเอกชน**



นายบุญยฤทธิ์ กัลยาณมิตร อธิบดีกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ กล่าวภายหลังออกตรวจโรงพยาบาลเอกชน กรณีประชาชนร้องเรียนเรื่องค่าบริการแพงว่า จะมีการตรวจสอบราคาและค่ารักษาพยาบาลอย่างเข้มงวด โดยได้เริ่มส่งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการแสดงราคาบริการโรคและค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลไปบ้างแล้ว และเพื่อให้ประชาชนเข้าใจและรับรู้ในราคาและค่าบริการ ได้กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศดำเนินการภายใต้กฎหมายว่าด้วยสินค้าและบริการคือ ต้องติดป้ายแสดงราคาสินค้าและบริการ รวมทั้งค่ายาให้ชัดเจน ซึ่งจะผ่านจอมอนิเตอร์ของโรงพยาบาลหรือติดประกาศภายในโรงพยาบาล เพื่อให้ประชาชนสามารถตรวจสอบและรับทราบราคาและบริการก่อนตัดสินใจรับบริการ หากโรงพยาบาลไม่ดำเนินการก็จะมีโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท

ส่วนการควบคุมราคาและค่าบริการจะต้องประชุมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหารือแก้ไขปัญหาค่าและค่ารักษาพยาบาลต่อไป โดยจะมีการพิจารณาถึงโครงสร้างยาทั้งระบบ ซึ่งจะดึงมาอยู่ในบัญชีสินค้าควบคุมและบริการ แต่จะต้องรอความชัดเจนด้านข้อมูลอีกครั้ง ก่อนนำผลสรุปเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พร้อมกันนี้กรมการค้าภายในจะส่งทีมออกตรวจสอบสถานพยาบาลทั้งส่วนกลางและภูมิภาคควบคู่กันไปด้วยเช่นกัน



นพ.อดิบันท์ กิตติรัตนไพบูลย์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช ธนบุรี
นำโรงพยาบาลก้าวไกลสู่เป้าหมาย Digital Hospital

โรงพยาบาลสมิติเวช ธนบุรี เกิดขึ้นจากเจตนารมณ์ของผู้บริหารเครือโรงพยาบาลสมิติเวชที่ต้องการสร้างโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานรองรับการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ย่านฝั่งธนบุรี เพื่อรองรับการขยายตัวของประชากร โดยนอกเหนือจากการให้บริการด้านสุขภาพทั่วไปแล้ว ปัจจุบันโรงพยาบาลสมิติเวช ธนบุรี ยังเป็นโรงพยาบาลที่มุ่งพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็น สถาบันด้านสมิติเวช ให้การดูแลด้านมะเร็งครบวงจร, ศูนย์กล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ให้การรักษาโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ, ศูนย์จักษุกรรมและเลสิก ให้การรักษาโรคทางตา และการแก้ไขปัญหาสายตาด้วย Femto LASIK ที่แม่นยำ รวมถึงมีการจัดตั้งสถาบันโรคภูมิแพ้สมิติเวช ให้การวินิจฉัย ค้นหาสาเหตุ และรักษาโรคภูมิแพ้ต่าง ๆ

นพ.อดิบันท์ กิตติรัตนไพบูลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช ธนบุรี เปิดเผยถึงวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล และการดำเนินการรักษาผู้ป่วยทางการแพทย์ หลังจากที่เขาเข้ามาบริหารและจัดการพัฒนาโรงพยาบาลสมิติเวช ธนบุรี ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ที่เริ่มจากการปรับปรุงโครงสร้างอาคาร ห้องการแพทย์ พื้นที่เพื่อการบริหารรักษาให้สอดคล้องกับเป้าหมายของการก้าวสู่สถานะ Digital Hospital ที่ได้มาตรฐานสามารถรองรับผู้เข้ามาใช้บริการย่านฝั่งธนบุรีได้อย่างเต็มรูปแบบที่คาดว่าจะครบถ้วนทั้งหมดภายในเดือนกรกฎาคมนี้



ด้วยวิสัยทัศน์ 3 ส่วนหลัก เพื่อก้าวสู่โรงพยาบาลดิจิทัล ครบถ้วน ด้วยการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในทุกส่วนงานบริการ ดังนั้น เป้าหมายในการปรับเปลี่ยนรูปแบบ (Transformation) ที่รับตรงจากเครือข่ายโรงพยาบาลแม่ต้นแบบคือ โรงพยาบาลกรุงเทพส่วนหนึ่งแล้ว การดำเนินการใน 3 หลักการปรับเปลี่ยนรูปแบบยังคงเดินหน้าอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1. Fiscal Transformation ที่เป็นส่วนงานของอาคารสถานที่ ห้องบริการการแพทย์ ส่วนโครงสร้างหลักของตัวอาคารและพื้นที่ใช้งานภายในบริเวณโรงพยาบาล

2. Medical Transformation ที่เกี่ยวเนื่องโดยตรงกับการให้การรักษาทันทีทางการแพทย์ การนำเทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุนการรักษาพยาบาล การนำเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยเข้ามาใช้สนับสนุนการรักษาและการทำงานของคณะแพทย์ให้แก่ผู้ป่วย การเพิ่มผู้เชี่ยวชาญที่จะเข้ามาทำงานด้านการวิจัย วิเคราะห์ และแก้ไขโรคเฉพาะทางต่าง ๆ

3. Service Transformation การเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการไม่จำเป็นต้องใช้เวลาในการกรอกเอกสารและประวัติเพื่อรับบริการอีกต่อไป เพียงยื่นบัตรประชาชนและเอกสารทั้งหมดจะประมวลนำเข้าสู่ระบบดิจิทัล เป็นการบริหารจัดการข้อมูลแบบไร้กระดาษ (Paperless) ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาในการพบแพทย์ได้มากขึ้น เพราะไม่ต้องเสียเวลาไปกับการกรอกเอกสาร การเจ็บป่วยที่ส่วนงานทะเบียนเหมือนเช่นในอดีต

โรงพยาบาลสมิติเวช ธนบุรี ตั้งเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลดิจิทัล หรืออินโนเวชัน เฮลท์แคร์ ที่ทันสมัยสอดคล้องกับไลฟ์สไตล์ของคนในปัจจุบัน มีการลงทุนใหม่ในส่วนของระบบไอทีเพื่อให้สร้างโครงข่ายที่จะเข้ามาสนับสนุนการทำงานทั้งด้านการบริการและการจัดการทางการแพทย์

และเครื่องมือในการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ดังนั้น การลงทุนด้านไอทีช่วงแรกใช้เงินลงทุนประมาณ 30 ล้านบาท เพื่อพัฒนาและนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาติดตั้งและกำหนดใช้ได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ด้วยความร่วมมือกับหลากหลายบริษัทไอทีเพื่อทำการติดตั้งระบบฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ เครือข่ายต่าง ๆ และหนึ่งในระบบไอทีได้มอบหมายให้บริษัท ฟูจิตตี้ ซีเอสเอ็ม ปีเอสเนส (ประเทศไทย) จำกัด เข้ามาติดตั้งและวางระบบเซิร์ฟเวอร์ อุปกรณ์สแกนนิ้วมือ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของนวัตกรรมไอทีที่จะเข้ามาสนับสนุนการเป็นโรงพยาบาลดิจิทัลเช่นกัน

นพ.อดิศักดิ์ กล่าวถึงประโยชน์ของการนำเทคโนโลยีการรักษามาใช้ทันสมัยและระบบไอทีที่มีประสิทธิภาพมาประยุกต์ใช้งานว่า ช่วยยกระดับการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลสมิติเวช ธนบุรี ได้อย่างมาก ทั้งประโยชน์ต่อผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และบุคลากร รวมถึงโรงพยาบาลเอง ซึ่งในแง่ของผู้ป่วยและผู้เข้าใช้บริการจะได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น เพราะข้อมูลเวชระเบียน พิล์มเอกซเรย์ และข้อมูลการตรวจ



จากอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ เป็นข้อมูลดิจิทัลทั้งหมด ซึ่งแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเรียกดูได้อย่างรวดเร็ว ขณะที่ผู้ป่วยก็ไม่จำเป็นต้องมีเวชระเบียนในรูปแบบกระดาษอีกต่อไป ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้อย่างรวดเร็ว

ซึ่งผู้ป่วยของโรงพยาบาลจะมี

username และ password เพื่อ

ให้สามารถล็อกอินเข้ามาดู

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นของ

ตนเองผ่านเว็บไซต์ของ

โรงพยาบาลได้แพทย์เจ้าของไข้เอง

ก็ได้รับประโยชน์จากระบบไอทีที่

ทันสมัยภายในโรงพยาบาล เซิร์ฟเวอร์รุ่นใหม่

ประสิทธิภาพสูง ช่วยให้การใช้งานแอปพลิเคชัน

ทางการแพทย์และการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์

สามารถทำได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ทำให้แพทย์

สามารถวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

ถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็วขึ้น เมื่อโรงพยาบาล

มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีเครื่องมือทางการแพทย์

ที่ทันสมัย มีข้อมูลการรักษาผู้ป่วยที่ทันสมัย

และสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว ทำให้

โรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลเหล่านั้นมาประมวล

และต่อยอดไปสู่โรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ

เฉพาะทางได้ง่ายยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น การจัดตั้ง

สถาบันโรคมะเร็งสมิติเวช สถาบันด้านสมิติเวช



ศูนย์กล้ามเนื้อกระดูกและข้อ และศูนย์จักษุกรรมและเลสิก หากปราศจากระบบไอทีที่มีประสิทธิภาพ การรวบรวมและประมวลผลข้อมูลการรักษาและงานวิจัยทางการแพทย์จำนวนมากคงเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา

“การนำระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรมไอทีมาใช้ปรับเปลี่ยนและสนับสนุนการรักษาพยาบาลทางการแพทย์นั้น มีส่วนช่วยในเรื่องลดทอน

ระยะเวลาในการรับการรักษาให้สั้นลง มีความถูกต้องแม่นยำ

รวมทั้งช่วยให้บุคลากร คณะแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการรักษาโรคต่าง ๆ สามารถได้รับข้อมูลผู้ป่วย

ความคืบหน้าของการรักษา ความรวดเร็วในการอ่านผล

การรักษา ซึ่งในปัจจุบันคุณหมอสามารถอ่านฟิล์ม

เอกซเรย์ของผู้ป่วยได้ในทุกเวลา ทุกสถานที่ด้วยระบบ

Teleradiology ทำให้สะดวกในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ได้อย่างดี ทั้งนี้สำหรับผู้ป่วยเองยังสามารถเช็คประวัติข้อมูล

การรักษาของตนเองผ่านรหัสส่วนตัว (passcode) ที่ได้รับจากทางโรงพยาบาลได้อีกด้วย”

นพ.อดิฉันท์ ยังกล่าวต่อถึงสิ่งที่ได้ทำตั้งแต่เริ่มปรับปรุงและ

เพิ่มเติมสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดในรูปแบบของการ Transformation ตามที่กล่าวมา

ข้างต้นนั้น เพื่อดึงดูดการให้บริการรักษาประชาชนย่านฝั่งธนบุรีทำได้อย่างดี

และมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเมื่อถึงโรงพยาบาลสมิติเวช ธนบุรี จะนึกถึง

ความโดดเด่นในเรื่องของการรักษาพยาบาล การเป็นสถาบันการแพทย์

ประกอบด้วย 1. สถาบันด้านสมิติเวช 2. ศูนย์จักษุกรรมและเลสิก

ให้บริการแก้ไขสายตาด้วยนวัตกรรมเลสิก (LASIK) การผ่าตัดไร้ใบมีดหรือ

เทคโนโลยี Femto LASIK ปลอดภัยต่อดวงตาด้วยเลเซอร์ทุกขั้นตอน

3. ศูนย์กล้ามเนื้อกระดูกและข้อ เป็นศูนย์ข้อเทียมครบวงจร 4. สถาบัน

โรคมะเร็งสมิติเวช

ปัจจุบันโรงพยาบาลสมิติเวช ธนบุรี สามารถรองรับผู้ป่วยในได้สูงถึง

150 เตียง มีห้องตรวจผู้ป่วยนอกสูงถึง 62 ห้อง แบ่งแยกเป็นศูนย์คลินิก

ทางการแพทย์ต่าง ๆ มากมายครบวงจร 17 ศูนย์ และมีแพทย์คอยดูแล

ผู้ป่วยทั้งสิ้น 250 ท่าน ซึ่งทางโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนา

1. มาตรฐานการรักษา 2. ปรับปรุงอาคารสถานที่เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดี

3. ปรับปรุงดูแลเรื่องของการแพทย์ 4. ปรับปรุงในเรื่องการให้บริการ

เพื่อยกระดับคุณภาพของการบริการ เพื่อก้าวไปสู่ความเป็นโรงพยาบาล

เอกชนชั้นนำในย่านฝั่งธนบุรี นอกจากนี้ยังมีเทคโนโลยีเพื่อการรักษาอื่น

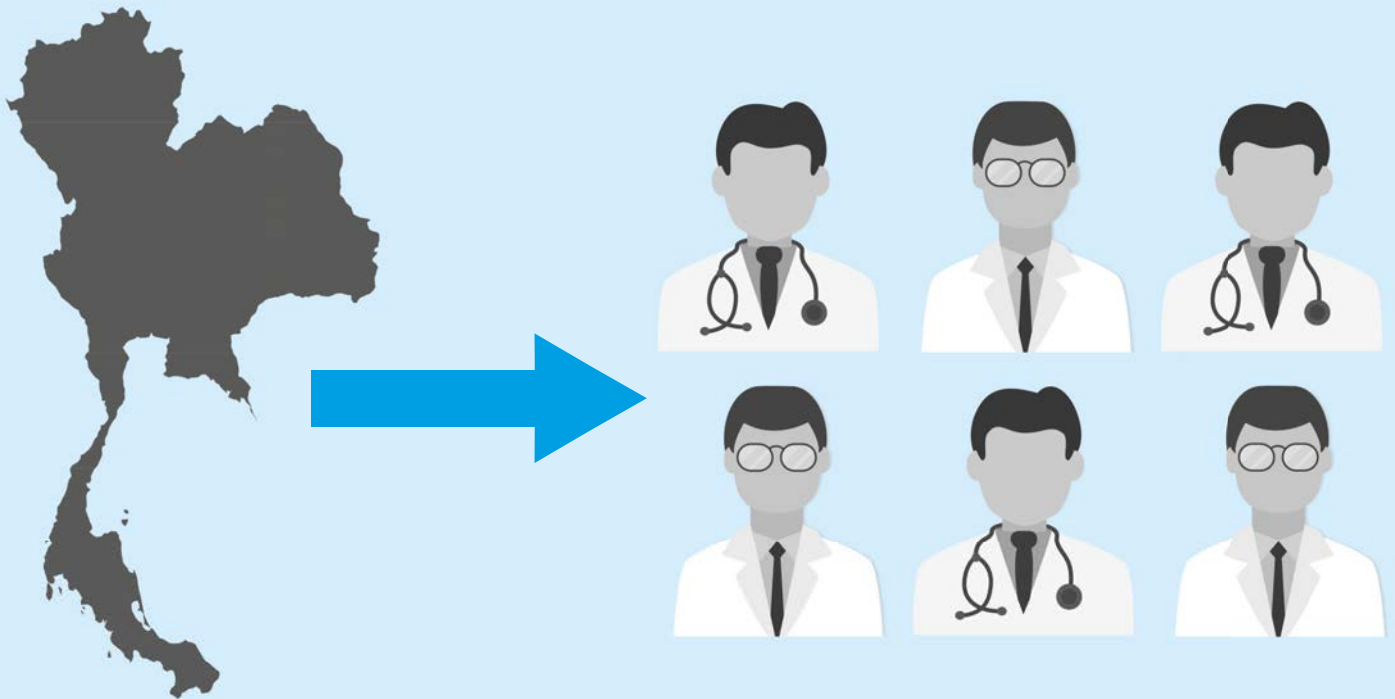
พร้อมให้บริการด้วย อาทิ MRI, CT Scan, เครื่อง Digital Mammogram

(เครื่องตรวจหามะเร็งเต้านม) เครื่อง X-ray ชนิด Fluoroscope รวม

ไปถึงศูนย์หัวใจที่มีเครื่อง Echocardiogram และเครื่อง Exercise

Street Test





คณะกรรมการดูแลปริมาณแพทย์แห่งชาติ

ถึงแม้เรามีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 1,413 คน ผมก็ยังมีความเห็นว่าเรามีแพทย์น้อยเกินไป เพราะทุก ๆ คนก็รู้โดยเฉพาะเมื่อเร็ว ๆ นี้ที่มีข่าวว่าโรงพยาบาลเอกชนคิดค่าบริการสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน (และอื่น ๆ) แพงมาก จนมีข่าวลงในหน้าหนังสือพิมพ์ จนเรื่องถึงนายกรัฐมนตรี ซึ่งก็เป็นข้อมูลหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าอย่างน้อยภาครัฐยังขาดแพทย์อีกเป็นจำนวนมาก ทำให้การบริการทางภาครัฐยังไม่ดีพอ ไม่รวดเร็ว ประชาชนจึงจำเป็นต้องไปโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะในยามฉุกเฉิน

ถ้ารัฐและฝ่ายแพทย์มาคุยกัน ตกลงกันด้วยเหตุผล รวมทั้งการมองไปข้างหน้าด้วย คือต้องมีการปรับข้อมูลตลอดเวลา ซึ่งข้างหน้าก็จะมีผู้สูงอายุมากขึ้น การเพิ่มของประชากรจะค่อย ๆ ลดลงจนเหลือศูนย์หรือต่ำกว่า (ขณะนี้อัตราการเกิดน้อยมากคือ 1 คนเศษต่อครอบครัว แต่ผู้เสียชีวิตยังสูงเท่าเดิม ในแต่ละปีจะมีประชากรเพิ่มเพียงประมาณ 3 แสนกว่าคนต่อปี) ผมคิดว่าเรายังขาดแพทย์ แต่เราต้องผลิตแพทย์เพิ่มอย่างมีเหตุผล และสามารถที่จะปรับเพิ่มหรือลดการผลิตได้ตามความเหมาะสม ผมแนะนำตลอดว่าไม่ควรก่อตั้งโรงเรียนแพทย์แห่งใหม่ถ้าไม่จำเป็นจริง ๆ ควรใช้โรงเรียนแพทย์ที่อยู่ตัวแล้วที่มีศักยภาพในการผลิตแพทย์ ให้ผลิตเพิ่มเป็นหลัก เช่น สมัยหนึ่งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีคณาจารย์เป็นร้อย แต่ผลิตแพทย์เพียง 34 คนต่อปี ตอนนั้นทำไมไม่มีใครคิดที่จะให้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าผลิตแพทย์เพิ่มให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (ตอนหลังทำ) โดยให้งบประมาณ ตำแหน่งแพทย์ สร้างตึก ซื้ออุปกรณ์ให้เขาอย่างเพียงพอ

การทำแบบนี้จะถูกกว่าตั้งโรงเรียนแพทย์แห่งใหม่ ควรใช้ทรัพยากรที่มีอยู่คือ โรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่ให้เต็มที่เสียก่อน ซึ่งตอนนั้นก็คือศิริราช จุฬา รามา เชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลา พระมงกุฎเกล้า ฯลฯ

การผลิตแพทย์เพิ่มด้วยวิธีนี้ดีกว่าตั้งโรงเรียนแพทย์แห่งใหม่ เพราะเมื่อมีแพทย์เพียงพอแล้วจะอย่างไรกับโรงเรียนแพทย์ที่ตั้งใหม่ การสร้างโรงเรียนแพทย์แห่งใหม่ก็ต้องใช้งบประมาณมาก ถ้าใช้โรงเรียนแพทย์เดิมผลิตเพิ่ม เราก็เพียงแต่ลดกำลังผลิตลงเมื่อเรามีแพทย์เพียงพอ

ฉะนั้น ผมจึงเสนอว่าเราควรที่จะมีคณะกรรมการแห่งชาติสำหรับพิจารณาปริมาณบุคลากรทางการแพทย์ (และสาขาอื่น ๆ) ตลอดเวลาว่าเราควรมีแพทย์ พยาบาล ฯลฯ เท่าไหร่ และต้องคิดไปข้างหน้าและปรับตัวเลขตลอดเวลา กรรมการชุดนี้อาจมีสำหรับอาชีพหรือวิชาชีพอื่น ๆ ด้วย เช่น วิศวกร สถาปนิก วิศวกร นิติศาสตร์ อาชีว ฯลฯ ถ้าเป็นอย่างนี้แพทยสภา สภาการพยาบาล มหาวิทยาลัย ฯลฯ จะได้ไม่ต้องมาเหนื่อย ขอผลิต ขอตำแหน่งแพทย์ พยาบาลเพิ่มตลอดเวลา และมักไม่ค่อยได้เสียด้วย แต่ถ้า “ประเทศ” มีมติออกมาดังกล่าว แต่ละหน่วยงาน เช่น แพทยสภา สภาการพยาบาล ก็ทำการผลิตตามมตินั้น ๆ ซึ่งจำนวนจะต้องเปลี่ยนไปตามกาลเวลา

สรุปก็คือ ควรที่จะมีคณะกรรมการระดับชาติพิจารณาความต้องการของแพทย์ สาขาและอนุสาขาต่าง ๆ ตลอดเวลา รวมทั้งมีคณะกรรมการแบบนี้ในสาขาวิชาชีพ อาชีพต่าง ๆ ด้วย

บีบีซี - จิตแพทย์บราซิลริเริ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเภทด้วยบทละครเชดสเปียร์ เชื้อการสุมบทบาทในละครช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมในการเข้าสังคม

นายแพทย์วิตอร์ พอร์เดอุส เชื่อว่า แนวทางการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยปัญหาทางจิตเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยแสดงละครนั้นมีประสิทธิภาพการรักษาคือดีกว่าการรักษามาตรฐานด้วยยา โดยนายแพทย์พอร์เดอุส ซึ่งรับบทเป็นแฮมเลตในคณะละครของผู้ป่วย เชื่อว่า การตีความบทบาท ร้องเพลง และกล่าวบทละครนั้นเป็นหนทางหนึ่งในการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความคิดด้านลบและสามารถเข้าสังคมได้ดีขึ้น

นายแพทย์พอร์เดอุส เผยว่า เขามัก

ละครบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

นำละครเรื่องแฮมเลตมาให้ผู้ป่วยแสดงอยู่บ่อย ๆ เนื่องจากตัวละครและการตีความภาวะอารมณ์ในละครเรื่องนี้เปิดกว้างให้ผู้ป่วยได้ศึกษาบทบาทในสังคม ขณะเดียวกันก็เปิดกว้างให้แสดงตัวตนได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับ



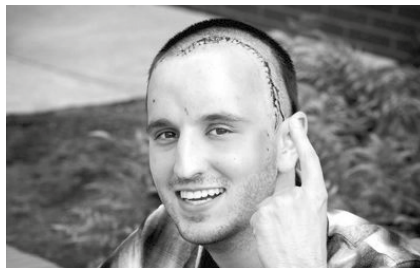
ความเห็นของผู้ป่วยหลายคนซึ่งกล่าวว่า การแสดงละครช่วยให้พวกเขาสนุกและสามารถมองโลกในแง่ดีได้อีกครั้ง

อย่างไรก็ดี มีเสียงทักท้วงถึงการที่นายแพทย์พอร์เดอุส ลงไปคลุกคลีกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดว่าอาจทำให้เส้นแบ่งระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้การรักษาหายไปจนอาจส่งผลต่อการประเมินผลการรักษาตามที่เป็นจริง ขณะที่บางส่วนไม่เห็นด้วยกับแนวทางลดการใช้ยาของเขา และค้านว่าการรักษาด้วยยายังคงต้องเป็นแกนหลักของการรักษา

นักศึกษาอเมริกันชวนแบ่งปันข้อมูลมะเร็ง

วีกซ์ - นักศึกษาปริญญาเอกชาวอเมริกันรวบรวมข้อมูลการรักษา มะเร็งสมองของตนอย่างละเอียดและนำมาแบ่งปันผ่านอินเทอร์เน็ต หวังเป็นแบบอย่างต่อยอดการรักษา

สตีเฟน คิตติง นักศึกษาปริญญาเอกมหาวิทยาลัยเอ็มไอทีของสหรัฐอเมริกาตัดสินใจบันทึกข้อมูลการรักษาและผลตรวจทั้งหมดหลังตรวจพบว่าเป็นมะเร็งสมองชนิดแอสโตรไซโตมาเมื่อปีก่อน โดยข้อมูลขนาด 75 กิกะไบต์ดังกล่าวได้นำมาแบ่งปันผ่าน



เครือข่ายโซเชียลมีเดียและเว็บไซต์ และกำลังอยู่ระหว่างขั้นตอนการตีพิมพ์ ซึ่งเขาหวังจะเป็นแบบอย่างให้ผู้ป่วยรายอื่นเพื่อที่จะขยายฐานข้อมูลการรักษาโรคมะเร็งอันจะเป็น

ประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการรักษาในภายหน้า

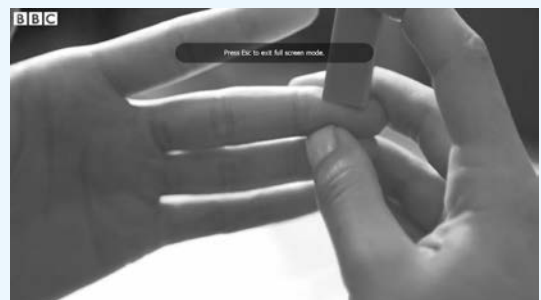
ผู้ป่วยหนุ่มยังร้องขอให้คณะแพทย์และพยาบาลใช้โทรศัพท์มือถือวิดีโอระหว่างการทำตัดสมองที่ยาวนานถึง 10 ชั่วโมง โดยเขายอมรับว่าการดูวิดีโอการผ่าตัดของตัวเองเป็นเรื่องทำได้ยาก แต่ในอีกทางหนึ่งก็ทำให้เขารู้ว่ากระบวนการผ่าตัดเป็นอย่างไร แต่เชื่อว่าผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะรับรู้ขั้นตอนการรักษา โดยเฉพาะการรักษาสมองอันเป็นอวัยวะที่ละเอียดอ่อนมาก

ชุดตรวจเอชไอวีที่บ้านวางตลาดแล้ว

บีบีซี - ชุดตรวจเอชไอวีที่บ้านวางตลาดแล้วในสหราชอาณาจักร หวังลดจำนวนผู้ติดเชื้อโดยไม่รู้ตัว และเพิ่มการเข้าถึงการรักษา

ชุดตรวจเอชไอวีที่บ้านซึ่งวางจำหน่ายทางอินเทอร์เน็ตในสหราชอาณาจักรนี้ออกแบบให้มีรูปลักษณะคล้ายชุดตรวจการตั้งครรภ์ตามเป้าหมายหลักเพื่ออำนวยความสะดวกในการตรวจเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ซึ่งชุดตรวจจะใช้เวลาวิเคราะห์เอชไอวีแอนติบอดีจากตัวอย่างเลือดเพียง 15 นาทีก็ทราบผล โดยมีข้อแนะนำให้ตรวจซ้ำที่คลินิกอีกครั้งในกรณีที่ผลตรวจเป็นบวก

ด้านผู้เชี่ยวชาญและองค์กรเพื่อผู้ป่วยเอชไอวีมองว่า ชุดตรวจนี้น่าจะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะสนับสนุนการตรวจพบเอชไอวีตั้งแต่เริ่มติดเชื้อ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาและยืดอายุขัยผู้ป่วย อนึ่ง ปัจจุบันคาดว่าอังกฤษมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่รู้ตัวประมาณ 26,000 คน และจากสถิติล่าสุดพบว่า กว่าร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อตรวจพบเอชไอวีเมื่อโรคลุกลามไปมากแล้ว ทำให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นถึง 10 เท่าต่อการเสียชีวิตภายในปีแรกหลังตรวจพบ



พอมเกินไปอาจเพิ่มความเสี่ยงสมองเสื่อม

รอยเตอร์เฮลธ์ – ดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่า 20 อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงของสมองเสื่อม โดยความเสี่ยงอาจสูงขึ้นถึงร้อยละ 34

ผลการศึกษามาจากชาวอังกฤษร่วม 2 ล้านคน รายงานในวารสาร Lancet Diabetes and Endocrinology พบผู้ที่พอมเกินไปเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อสมองเสื่อมเมื่ออายุมาก และความเสี่ยงนั้นลดลงตามระดับดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น

นำไปสู่ความหวังการพัฒนาแนวทางใหม่สำหรับรักษาโรคสมองเสื่อม

ด้านนักวิจัยเผยว่า ถึงเวลาแล้วที่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขจะต้องทบทวนแนวทางการระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะผู้ที่น้ำหนักน้อยเกินไปซึ่งอาจต้องติดตามอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ย้ำว่าข้อมูลจากการ

ศึกษานี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปลี่ยนแนวปฏิบัติในปัจจุบันในการรักษาน้ำหนักตัวในเกณฑ์ที่เหมาะสม เนื่องจากพบด้วยว่าการมีน้ำหนักเกินหรืออ้วนนั้นก็ทำให้มีความเสี่ยงการเสียชีวิตสูงขึ้นเช่นกัน



ตับอ่อนเทียมช่วยแม่เบาหวานคลอดธรรมชาติคนแรกของโลก

บีบีซี – การใช้ตับอ่อนเทียมระหว่างตั้งครรภ์ช่วยให้คุณแม่ชาวอังกฤษเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายแรกของโลกที่สามารถคลอดธรรมชาติ

คาทรีนา ฟินเลย์สัน-วิลกินส์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 วัย 41 ปี ให้กำเนิดหนูน้อยยูนิที่โรงพยาบาลนอร์ฟอล์ก ด้วยอายุ

ความช่วยเหลือจากตับอ่อนเทียมที่สวมไว้เพื่อชดเชยอินซูลินและป้องกันอาการของโรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งคุณแม่คนใหม่เปิดเผยว่าดีใจอย่างยิ่งที่ถูกขายคลอดอย่างปลอดภัย และหวังว่าในอนาคตตับอ่อนเทียมจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2

ด้านแพทย์หัวหน้าคณะวิจัยกล่าวว่า

การคลอดธรรมชาติอย่างปลอดภัยครั้งนี้ นับเป็นก้าวสำคัญของการรักษาเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ตามที่ทราบดีว่าเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการแต่กำเนิด และผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์นานัปการ และเชื่อว่าข้อมูลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนาเทคโนโลยีใหม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

เป๊ปซี่จะเลิกใช้แอสปาร์แตม

บีบีซี – เป๊ปซี่จะเลิกใช้แอสปาร์แตมเป็นสารให้ความหวานใน “ไดเอ็ตเป๊ปซี่” จำหน่ายในสหรัฐอเมริกาหลังผู้บริโภควิตกกังวลความปลอดภัย

แม้หน่วยงานความปลอดภัยด้านอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา ยืนยันว่าแอสปาร์แตมปลอดภัยสำหรับใช้เป็นสารให้ความหวานในเครื่องดื่ม แต่ความกังวลถึงผลกระทบด้านความปลอดภัยก็ทำให้อุตสาหกรรมของไดเอ็ตเป๊ปซี่ต้องลงกว่าร้อยละ 5 เมื่อปีก่อน ร้อนถึงเป๊ปซี่ต้องปรับกลยุทธ์ด้วยการประกาศเลิกใช้แอสปาร์แตม โดยจะวางตลาดเครื่องดื่มปลอดแอสปาร์แตมในเดือนสิงหาคมนี้

ด้านผู้บริหารของเป๊ปซี่ยืนยันว่า การปรับสูตรเครื่องดื่มดังกล่าวเป็นผลจากความต้องการของผู้บริโภค ซึ่งไดเอ็ตเป๊ปซี่สูตรใหม่จะมีรสสัมผัสในปากที่แตกต่างไปเล็กน้อย แต่ด้านรสชาตินั้นยังคงเดิม และการปรับสูตรสารให้ความหวานนี้จะจำกัดเฉพาะในตลาดสหรัฐอเมริกาเท่านั้น

อนึ่ง แอสปาร์แตมมีความหวานมากกว่าน้ำตาลประมาณ 200 เท่า ขณะที่ให้แคลอรีน้อยมาก จึงนิยมใช้ในอาหารหลากหลายประเภท แม้มีการศึกษาหลายฉบับยืนยันในความปลอดภัยของแอสปาร์แตม แต่บางการศึกษาได้ตั้งข้อสังเกตถึงผลข้างเคียง รวมถึงความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง จึงมีข้อเสนอแนะให้จำกัดการบริโภค โดยแนะนำให้ดื่มเครื่องดื่มผสมแอสปาร์แตมได้ไม่เกินวันละ 14 กระป๋อง และงดบริโภคในผู้ป่วยฟีนิลคีโตนูเรีย



ฉันเกิดและเรียนอยู่ในกรุงเทพฯ มาตั้งแต่ต้นจนกระทั่งจบแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยไม่เคยไปใช้ชีวิตอยู่ต่างจังหวัดมาก่อน เพียงแต่เคยไปฝึกงานตามโรงพยาบาลต่างจังหวัดบ้างเล็กน้อยในระหว่างเรียนเท่านั้น

หลังจากเรียนจบ 6 ปีในสาขาแพทยศาสตรก็ถึงเวลาที่ทุกคนต้องไปจับสลากเพื่อเลือกโรงพยาบาลที่จะไปใช้ทุน ครั้งแรกฉันเข้าลงแข่งจับสลากไปทำงานที่โรงพยาบาลบางละมุง ณ จังหวัดชลบุรี ซึ่งอยู่ติดกรุงเทพฯ แต่ก็ต้องพ่ายคู่แข่งจำนวนมาก ฉันจับสลากอยู่ถึง 3 รอบ จนในที่สุดก็ได้ไปทำงานที่จังหวัดศรีสะเกษ ในยุคนั้น เพลงคาราบาวดังมาก และมีอยู่เพลงหนึ่งกล่าวถึงจังหวัดศรีสะเกษว่า อยู่ติดชายแดนเขมรและมีระเบิดดังตูม ๆ อยู่บ่อย

ฉันร้องให้ด้วยความเสียใจเป็นอย่างมากและเฝ้าแต่ปลอบใจว่า ฉันจะใช้ทุนเพียง 1-2 ปี แล้วจะรีบกลับมาเรียนต่อในกรุงเทพฯ ให้ได้

แต่แพทย์รุ่นพี่คนหนึ่งให้ข้อคิดแก่ฉันว่า

“ช่วงเวลาทำงานเป็นแพทย์ใช้ทุนเป็นช่วงชีวิตหนึ่งที่ต้องใช้ให้คุ้ม และมันจะกลายเป็นความทรงจำที่เราไม่เคยลืมไปอีกตลอดชีวิต และเมื่อเราเติบโตขึ้นเราอาจไม่ได้กลับไปใช้ชีวิตอิสระในต่างจังหวัดอีกเลยก็ได้”

ฉันไม่เชื่อสิ่งที่รุ่นพี่แนะนำหรอก และยังคงเฝ้าคิดว่าจะไปอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษเพียงปีเดียวเท่านั้น แล้วจะหาทางรีบย้ายกลับมากรุงเทพฯ ให้ได้

วันแรกที่ต้องเดินทางไปทำงานที่จังหวัดศรีสะเกษ ปรากฏว่ามีหมอรุ่นพี่ที่ทำงานในจังหวัดนั้นนั่งมากระบดตู้เพื่อมารับพวกเรา...หมอรุ่นน้องที่จบใหม่ 5 คน...ที่กรุงเทพฯ เพื่อพาไปทำงานที่จังหวัดศรีสะเกษ

ระหว่างทางพวกเราพยายามสอบถามว่าจังหวัดเป็นอย่างไร โรงพยาบาลชุมชนที่ไปอยู่กันดารมากไหม ปรากฏว่าหมอรุ่นพี่ที่พูดตอบสั้น ๆ โดยไม่พยายามสร้างฝันที่เลิศจุอะไร จนทำให้เราต่างพากันคิดไปว่าที่โรงพยาบาลนั้นน่าจะกันดารมากจนพี่ไม่กล้าพูดความจริงออกมา

หมอรุ่นน้องที่ต้องไปใช้ทุนที่จังหวัดศรีสะเกษต่างพากันคิดกลัวไปต่าง ๆ นานา

ทันทีที่เข้าไปถึงโรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษ พี่ก็พาพวกเราเข้าไปพบกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและแพทย์รุ่นพี่จำนวนมากมายี่ทำงานทั้งในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนที่พากันมาต้อนรับ พร้อมทั้งทำพิธีบายศรีสู่ขวัญกันแบบพี่ ๆ น้อง ๆ อย่างอบอุ่น

จากนั้นก็เริ่มพาแพทย์ใช้ทุนไปส่งยังโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ต้องไปทำงานใช้ทุน ทุกคนตกลงใจว่าพวกเราจะไปส่งเพื่อนร่วมชะตากรรมกันตาม

ครั้งแรก



โรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้กำลังใจกัน

ปรากฏว่า เมื่อเพื่อน ๆ ไปเห็นโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องไปใช้ทุน ต่างพากันพูดว่า โรงพยาบาลแม้จะมีขนาดเล็กแต่ก็มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน...ไม่ใช่อะไรที่วิตกกังวลมาในรถ

แพทย์รุ่นพี่จึงเล่าให้ฟังว่า ที่ไม่ได้ตอบข้อวิตกกังวลเกี่ยวกับโรงพยาบาลต่าง ๆ ระหว่างเดินทางเข้าจังหวัดมาก็เพราะไม่อยากให้น้องคาดหวังไว้มาก อันจะทำให้เกิดผิดหวังได้ถ้าไม่เห็นโรงพยาบาลเป็นไปอย่างที่ฝันไว้

ถ้าไม่คาดหวัง...ก็ไม่ผิดหวัง

หลังจากนั้นพวกเราซึ่งเป็นแพทย์จบมาจากต่างสถาบันฝึกอบรมก็ต้องมาฝึกงานร่วมกันในโรงพยาบาลจังหวัดนาน 1 เดือน เพื่อให้เข้าใจการรักษาพยาบาลและระบบการส่งต่อผู้ป่วยกันภายในจังหวัด จนทำให้เกิดความสนิทสนมกันมากขึ้น เมื่อถึงเวลาต้องแยกย้ายกันไปทำงานในโรงพยาบาลต่าง ๆ ภายในจังหวัดก็รู้สึกอาลัยอาวรณ์กัน และสัญญาว่าจะไปมาหาสู่กันบ่อย ๆ

ครั้งแรกก็ใช้ชีวิตในต่างจังหวัด

เนื่องจากฉันใช้ชีวิตตั้งแต่เด็กจนกระทั่งบรรลุนิติภาวะอยู่ที่กรุงเทพฯ มาตลอด พอมาใช้ชีวิตในจังหวัดศรีสะเกษซึ่งเมื่อ 20 ปีก่อนเป็นเมืองที่เงียบมากพอเวลา 18.00น. ตลาดในตัวเมืองก็จะดับไฟเข้านอนกันหมด ในสมัยนั้นไม่มีร้าน 7-eleven แม้แต่ห้างสรรพสินค้าก็เป็นเรือนไม้ 2 ชั้นที่ติดพัดลม

มีอยู่คืนหนึ่งเวลาประมาณ 19.00 น. ฉันเกิดอยากดื่มนมร้อน ฉันจึงขี่มอเตอร์ไซด์ซึ่งก็เป็นครั้งแรกที่จังหวัดศรีสะเกษนี้ไปซื้อนมที่ตลาดสด ซึ่งแผงขายของต่างพากันทยอยปิดไปเกือบหมดตลาดแล้ว ตลาดสดในยามดึกจึงดูเงียบวังเวงมาก

อย่างไรก็ดี ฉันก็หาแผงขายชา กาแฟร้อนได้ร้านหนึ่ง เมื่อฉันแจ้งว่าขอซื้อนมสด ปรากฏว่าแม่ค้าเองไปเล็กน้อย ก่อนจะเริ่มเข็นนมขึ้นหวนมาละลายน้ำแล้วส่งให้ฉันพร้อมกับบอกว่า “นมสดค่ะ”

เป็นครั้งแรกที่ได้กินนมสดร้อน ๆ แบบนี้...ถึงกับอึ้ง

ทุกคืนเวลา 19.00-20.00 น. พวกเด็กกรุงเทพฯ อย่างพวกเรามักไปนั่งมองดูรถไฟเที่ยวสุดท้ายที่กลับเข้ากรุงเทพฯ อย่างอาลัยอาวรณ์

เมื่อเวลาผ่านไป ฉันก็เริ่มปรับตัวเข้ากับความสะดวกสบายของจังหวัดได้ ฉันเริ่ม

เข้านอนแต่หัวค่ำจนเป็นนิสัย

เนื่องจากจังหวัดศรีสะเกษค่อนข้างเจียบและไม่มีแหล่งท่องเที่ยวยามราตรี มีแต่สวนสาธารณะขนาดใหญ่หรือแหล่งท่องเที่ยวตามธรรมชาติที่อยู่ไกลจากตัวเมืองมาก จนทำให้พวกเรามักรวมแพทย์ที่จบรุ่นเดียวกันทั้งจังหวัดหาวันหยุดพักผ่อนชักรดไปเที่ยวไกล ๆ กันเป็นประจำ จนทำให้เกิดความสนิทสนมอันเป็นประโยชน์ในการร่วมงานกันเป็นอย่างดี

ครั้งแรกที่ทำงานในโรงพยาบาล

ฉันเริ่มทำงานในฐานะอายุรแพทย์ของโรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษ ทั้งนี้เพราะไม่มีอายุรแพทย์ประจำที่โรงพยาบาลเลย แต่ลวันต้องออกตรวจผู้ป่วยนอกวันละ 80-100 คน หลายครั้งก็เพียงแต่มองหน้าของผู้ป่วยแล้วก็สั่งยาได้เลย ตอนนั้นฉันก็เพียรมุ่งมั่นทำงานโดยไม่ได้อิดอะไร เพราะทุกอย่างยังใหม่และดูน่าตื่นเต้นอยู่ ผู้ป่วยชาวอีสานค่อนข้างใจดีและเชื่อฟังหมอทุกอย่าง แม้ว่าหมอจะดูไปบ้างก็ไม่ถือสาต่างพากันยิ้มแย้มให้หมอและพยาบาลอยู่เสมอ

เวลาฉันไปทำการดูแลรักษาให้แก่ผู้ป่วยตามหอผู้ป่วย ฉันมักจะหงุดหงิดเพราะจำนวนผู้ป่วยที่ล้นหลามออกมาเรียงแถวจนล้นออกมาหน้าหอผู้ป่วย แม้แต่เตียงเสริมก็ยังไมพองจนกระทั่งต้องมีเตียงเสริมแทรกอีก หลายครั้งก็ต้องให้ญาตินอนเฝ้าข้างเตียงเพื่อช่วยสังเกตอาการของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะจำนวนพยาบาลที่มาทำการดูแลก็ไม่เพียงพอด้วยเช่นกัน

การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเช่นนี้ทุกวันทำให้ฉันได้พบเห็นกรณีผู้ป่วยที่แปลกมากมาย และจำต้องฟังตำราที่พกไปด้วยเป็นส่วนใหญ่ หรือก็ไม่ก็ปรึกษากันเองระหว่างเพื่อนแพทย์รุ่นเดียวกัน

ในห้องฉุกเฉินก็มักให้พยาบาลทำการรักษาทั้งเย็บแผลและสั่งยาถ่าย ๆ ไปก่อน แต่ถ้าพยาบาลสงสัยก็คอยตามแพทย์ใช้ทุนอย่างพวกฉันที่เวียนกันมาอยู่เป็นประจำ

หลายครั้งฉันก็ไม่แน่ใจว่าจะทำการรักษาอย่างไร จนต้องเปิดตำราขึ้นมาอ่านต่อหน้าผู้ป่วย

ก็ไม่ทราบว่ ผู้ป่วยจะยิ่งไว้วางใจไหม เพราะมั่นใจได้ว่าฉันรักษาได้ตรงตามตำราเป๊ะ ๆ

ฉันมักเห็นผู้ป่วยพากันมาปูเสื่อนอนอยู่หน้าห้องฉุกเฉินกันตอนเช้ามืดเพื่อทำการเจาะเลือด และนอนรอให้แพทย์ตรวจตามนัด

เวลาติ๊ก ๆ พวกแพทย์และพยาบาลที่อยู่เฝ้าในห้องฉุกเฉินมักหิว ต่างก็ชวนกันเดินข้ามถนนไปสั่งส้มตำ ไก่ย่าง หน้าโรงพยาบาลมาากัน

ฉันฝึกกินส้มตำปลาร้าครั้งแรกที่จังหวัดศรีสะเกษนี้เอง

คืนหนึ่งฉันอยู่เฝ้าที่ห้องฉุกเฉิน พยาบาลตามให้มาตรวจลุงชราคนหนึ่ง

“ลุงเป็นอะไรมาคะ”

ลุงตอบกลับมอย่างเกรงใจว่า “เอ่อ ลุงฉีไม่ค่อยออกน่ะครับ”

ฉันถามต่อไปว่า “แล้วลุงเป็นมานานเท่าไรแล้วคะ”

“2 ปีนะครับ”

ฉันหงุดหงิดมาก จนตอนหลังจึงเพิ่งรู้ว่าบ้านของลุงอยู่นอกเมืองไกลมาก การเดินทางมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งก็ลำบากเพราะไม่มีรถ ทำให้ลุงต้องรอจนมีอาการมากแทบทนไม่ไหวแล้วค่อยมารักษา และครั้งนี้กว่าจะจ้งรถเข้าเมืองมาได้ก็ตกเวลาติ๊กแล้ว

“นี่คือนะที่หมอรักษาเลย เพราะถ้าบอกให้ลุงรอตรวจกับหมอดอนเช้าอีก รถก็จะไม่มารับลุงกลับเลย ลุงต้องจ้งรถคันใหม่และเสียค่ารถอีกเที่ยว แต่นี่หมอรักษาเลย เสียขลุไปบอกให้รถสองแถวที่พามาให้รอก่อน ถ้ารอไม่นานเขาก็มักช่วยเหลือให้กลับด้วยกันได้โดยไม่ต้องเสียเงินเพิ่ม”

ฉันได้คิดว่า อย่าตัดสินคนโดยใช้ประสบการณ์ของตนเอง

ในที่สุดฉันก็เลิกหงุดหงิดและเข้าใจแล้วว่าทำไมลุงมีอาการมาตั้ง 2 ปี แต่เพิ่งมารักษาตอนเที่ยงคืนที่ห้องฉุกเฉิน

ปีใหม่ครั้งแรกที่ศรีสะเกษ

โชคดีหรือร้ายก็ไม่รู้ ฉันได้อยู่เฝ้าห้องฉุกเฉินในคืนวันที่ 31 ธันวาคม พร้อมกับแพทย์รุ่นเดียวกันที่อยู่เฝ้าประจำแผนกคลัสศสตร์และอายุรศาสตร์ พวกเราทั้ง 3 คนจึงรวมหัวกันคิดแผนสนุก ๆ ขึ้น โดยเรารวมตัวกันโทรศัพท์ไปสวัสดีปีใหม่ตอนเที่ยงคืนตามบ้านของแพทย์รุ่นพี่ที่ทำงานในโรงพยาบาลจังหวัดแห่งนั้น

แพทย์รุ่นพี่บางคนยังไม่นอนก็ทักทายตอบรับด้วยดี แต่แพทย์บางคนก็ตอบกลับมด้วยเสียงจ้งเจียเพราะคิดว่าถูกเฝ้าโทรศัพท์มาปรึกษา

น่าแปลกที่แม้พี่ ๆ จะหงุดหงิดแต่ก็ไม่มีพี่คนใดดูว่าเราเลย ทั้งนี้าจเพราะเข้าใจความเหงาและความคึกคะนองของพวกเรา จนในที่สุดพวกเราเริ่มคิดได้ในเวลาต่อมาว่า เป็นความคึกคะนองของพวกเราในขณะที่แพทย์รุ่นพี่อาจไม่ได้รู้สึกสนุกสนานไปด้วยเลย

จนตอนเช้าพวกเราจึงต้องพากันถือขนมเค้กเดินไปขอโทษพี่ ๆ ตามบ้าน

ในวันลอยกระทงก็เช่นกัน ด้วยความคึกคะนองก็ทำให้คิดชวนเพื่อนไปร่วมลอยกระทงกันทั้งจังหวัด ด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์จึงเห็นว่าทุกที่เราดติดต่อเรื่องงานส่งต่อผู้ป่วยกันทางวิทยุมือถือ อีกทั้งบางโรงพยาบาลก็ไม่มีโทรศัพท์ให้ติดต่อสื่อสารกันได้ ดังนั้นพวกเราที่อยู่ในโรงพยาบาลจังหวัดจึงใช้วิทยุมือถือติดต่อไปตามศูนย์รพพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดเพื่อตามเพื่อนแพทย์มาร่วมกันลอยกระทงที่ตัวเมือง

เรื่องในครั้งนั้นก็ดังไปทั้งจังหวัด และเป็นที่ยุกันว่าหมอ ๆ ทั้งจังหวัดมารวมตัวลอยกระทงกันที่ตัวเมือง เมื่อหวนคิดถึงความคึกคะนองในครั้งนั้นก็สร้างความทรงจำที่ไม่รู้ลืมเสมอมา

และรู้สึกดีใจที่ฉันเลือกใช้ทุนในโรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษจนครบเวลาที่ต้องกลับมาเรียนต่อสาขาแพทย์เฉพาะทาง

ในที่สุดฉันก็ไม่ได้กลับไปใช้ชีวิตในต่างจังหวัดอีกเลย

ครั้งแรก...ไม่มีอะไรผิด มีแต่ความทรงจำที่ไม่รู้ลืม

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทย ด้วยความห่วงใย (ตอนที่ 10)

การการเงินของประเทศในด้านการแพทย์และ สาธารณสุขภายหลังจากมีระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

จะเห็นได้ว่าหลังจากที่ได้เริ่มระบบหลักประกันสุขภาพในปี พ.ศ. 2545 มาถึงปัจจุบันเป็นปีที่ 14 งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมงบบุคลากร) เพิ่มขึ้นจาก 27,612 ล้านบาท ไปเป็น 114,964 ล้านบาท เพิ่มขึ้น 416% และได้ใช้งบประมาณแผ่นดินไปแล้ว 1,049,446 ล้านบาท ในขณะที่ใช้งบบริหารสำนักงานไป 15,065 ล้านบาท

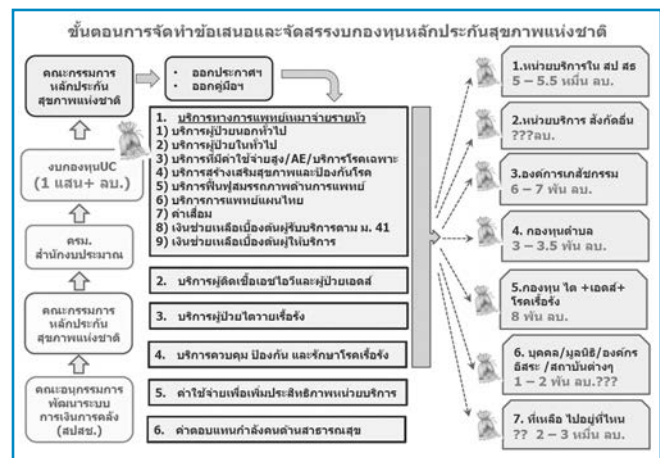


รูปที่ 1 งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ
งบบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

งบประมาณขาขึ้นที่ สปสช. ขอไปยังสำนักงบประมาณและงบประมาณขาลงที่ สปสช. จัดสรรให้แก่ “สถานบริการ” นั้นไม่ตรงกัน กล่าวคือในเวลาที่ สปสช. จะเขียนคำขอของงบประมาณไปยังสำนักงบประมาณนั้น สปสช. คำนวณจากต้นทุนของหน่วยบริการ (เพื่อให้ดูน่าเชื่อถือ สมเหตุสมผล) ทั้งนี้การคำนวณต้นทุนของหน่วยบริการและการทำคำขอของงบประมาณนั้น ดำเนินการโดยคณะกรรมการพัฒนาการเงินการคลัง สปสช. แล้วเสนอไปยังคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเสนอไปยังสำนักงบประมาณและรัฐบาลเพื่อขออนุมัติ

เมื่อได้รับอนุมัติงบประมาณมาแล้ว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะออกประกาศและออกคู่มือให้แก่หน่วยบริการว่าจะจัดสรรงบประมาณเหมาะสมอย่างไรและสถานบริการจะเบิกเงินอย่างไร และระเบียบที่ สปสช. ประกาศและคู่มือให้หน่วยบริการนี้ สปสช. จะเปลี่ยนแปลงทุกปี ซึ่งทำให้หน่วยบริการสับสนในวิธีการ ทำให้เจ้าหน้าที่การเงินของโรงพยาบาลมีปัญหาในการเบิกจ่ายเนื่องจากระเบียบเปลี่ยนไปทุกปี

ปัญหาสำคัญก็คือ ถ้าเจ้าหน้าที่การเงินทำการบันทึกรายละเอียดของข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วนตามคู่มือของ สปสช. สปสช. ก็จะจ่ายเงินไม่เท่ากับค่าใช้จ่ายจริงของโรงพยาบาล นี่จึงเป็นที่มาของคำกล่าวที่ว่า คี๋ย (ลงบันทึก) ข้อมูลแลกเงิน ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และเป็นวิธีการที่ สปสช. นำมาใช้เพื่อที่จะไม่ “จ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการตามที่เป็นจริง” เนื่องจากรายละเอียดของข้อมูลนั้น “หยุ่มหยุ่มเกินไป”



รูปที่ 2 การจัดทำคำขอของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ และการจัดสรรกองทุนให้แก่หน่วยบริการ

ในขณะเดียวกัน ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 38 กำหนดไว้ว่าให้จัดตั้งกองทุนหนึ่งใน สปสช. เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการของหน่วยบริการ และมาตรา 3 วรรค 3 กำหนดไว้ว่า “หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้

แต่ปรากฏว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เอาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปจ่ายให้แก่หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ “หน่วยบริการ” (ตามรูปที่ 2) ตามความหมายในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น มูลนิธิต่าง ๆ สมาคม องค์กร และสถาบันต่าง ๆ “ที่ไม่ใช่หน่วยบริการ” ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้หน่วยบริการของรัฐที่ต้องรักษาผู้ป่วยที่มี “สิทธิในการรับบริการสาธารณสุข” ที่กำหนดไว้ตาม มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

จึงเห็นได้ว่า งบประมาณขาขึ้นที่ สปสช. ขอไป กับงบประมาณขาลงที่ สปสช. จัดสรรให้แก่หน่วยบริการต่าง ๆ นั้นไม่เท่ากับเหตุผลที่อธิบายประกอบการจัดทำงบประมาณ ตามรูปที่ 3

จึงสามารถสรุปได้ว่า สปสช. โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำผิดกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการทำผิดกฎหมายนี้ไม่ใช่ความประมาทเลินเล่อแต่เป็นการจงใจทำเพื่ออะไร?

**งบขาขึ้น - ขาลง
ต่างกันอย่างไร**

- การคำนวณงบประมาณขาขึ้น คัดจาก ต้นทุนของหน่วยบริการ
- แต่เมื่อนำมาจัดสรรจริง สปสช. กลับนำไปใช้จ่ายในกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพต่อประชาชน
- และที่สำคัญต้นทุนกิจกรรมต่างๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ ไม่ได้ถูกนำมาคำนวณในขาขึ้น จึงทำให้หน่วยบริการได้รับเงินจัดสรรเพื่อดูแลประชาชน น้อยกว่าที่ควรได้รับ ทั้งนี้ ยังไม่รวมวิธีการจัดสรรที่แยกย่อยกิจกรรม แยกย่อยเงินตามไปด้วย และบางกิจกรรมนำไปบริหารที่ส่วนกลาง

รูปที่ 3

จะเห็นได้ว่าเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ สปสช. จัดสรรให้แก่หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ “หน่วยบริการ” นั้น สปสช. ส่งให้หน่วยงานใดบ้าง พบว่ามีหน่วยงานที่ สปสช. ส่งเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ที่ต้องใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยของประชาชนที่มีสิทธิในระบบ 30 บาท) นั้นไปให้องค์กรหรือมูลนิธิที่มีผู้บริหารหรือกรรมการเป็นคนที่ “ตำแหน่งเป็นกรรมการหรืออนุกรรมการ (บอร์ด) หลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งสิ้น”

รูปที่ 4 จากรายงานของกรมสอบสวนคดีพิเศษ



และ สปสช. ยังนำเอาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์เอง ซึ่งส่วนมากซื้อจากองค์การเภสัชกรรม โดยส่วนมากยาหรือเวชภัณฑ์นั้น ไม่ใช่ยาหรือเวชภัณฑ์ที่องค์การเภสัชกรรมผลิตขึ้นเอง แต่ต้ององค์การเภสัชกรรมไป “ซื้อ” มาจากผู้ผลิตอื่น (ทั้งจากต่างประเทศหรือจากในประเทศอีกต่อหนึ่ง) โดยการกระทำเช่นนี้ทำให้องค์การเภสัชกรรมเป็น “โบรกเกอร์” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกต่อหนึ่ง และองค์การเภสัชกรรมก็ต้องได้ผลประโยชน์จากการนำงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ฉะนั้นเพื่อการมีผลประโยชน์ต่างตอบแทน จึงเห็นได้ว่าองค์การเภสัชกรรมได้จ่ายเงินกลับคืนให้แก่ สปสช. ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2556 เป็นจำนวนถึง 231.65 ล้านบาท (ตามรูปที่ 4)

รายงานของกรมสอบสวนคดีพิเศษระบุว่า การใช้เงินดังกล่าว

ของ สปสช. น่าจะเป็นการดำเนินการที่ไม่ถูกต้องและใช้จ่ายไม่เหมาะสม เนื่องจากการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของ สปสช. เป็นเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือเงินเหมาจ่ายรายหัวของประชาชน 48 ล้านคน ซึ่งเป็นเงินงบประมาณแผ่นดินที่จะต้องจ่ายให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และ สปสช. ก็ไม่ใช่หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกับประชาชน (เป็นเพียงตัวแทนผู้ซื้อบริการแทนประชาชน 48 ล้านคน) แต่ สปสช. ได้นำเงินดังกล่าวไปเป็นค่าใช้จ่ายในกองทุนสวัสดิการสำนักงาน ทั้ง ๆ ที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้คณะกรรมการเสนอขอรับเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานอยู่แล้ว (เงินค่าบริหารได้ 1% ของเงินงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว อาทิ ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 114,963.64 ล้านบาท เป็นเงินค่าบริหารของสำนักงาน สปสช. 1,149.63 ล้านบาท)

อีกประการหนึ่งคือ สปสช. ได้นำเงินส่วนดังกล่าวไปใช้อย่างไม่เหมาะสม เช่น โครงการจัดการรถยนต์เพื่อสนับสนุนภารกิจสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, โครงการศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประเทศออสเตรเลีย เป็นต้น (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมว่าเงินส่วนลดแต่ละปี สปสช. ใช้ทำอะไรบ้าง ปี พ.ศ. 2553-2556)

อย่างไรก็ตาม ทางกรมสอบสวนคดีพิเศษได้เสนอว่า เงินจำนวน 75 ล้านบาทที่เป็นเงินส่วนลดจากองค์การเภสัชกรรมนั้น สปสช. ต้องคืนให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เงินเหมาจ่ายรายหัวของประชาชน)

ความเกี่ยวข้องระหว่างบอร์ดองค์การเภสัชกรรมกับบอร์ดหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ถ้ามาพิจารณาถึงความเกี่ยวข้องระหว่างองค์การเภสัชกรรมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะพบว่ากรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคนหนึ่งคือ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ยังมีตำแหน่งเป็นประธานอนุกรรมการประสานยุทธศาสตร์ของ สปสช. และมีตำแหน่งเป็นประธานบอร์ดองค์การเภสัชกรรมอีกด้วย

เมื่อมาดูตำแหน่งหน้าที่ของคณะอนุกรรมการประสานยุทธศาสตร์แล้ว พบว่ามีหน้าที่สำคัญข้อหนึ่งคือ “พัฒนาและจัดทำข้อเสนอในภาพรวมของการพัฒนายุทธศาสตร์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และข้อสองคือ “ประสานยุทธศาสตร์ที่กำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ให้เป็นไปตามทิศทางที่สอดคล้องกัน เพื่อนำเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบ”

จึงเห็นได้ว่า นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นผู้มีความสำคัญในการ “ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์” ในการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช.

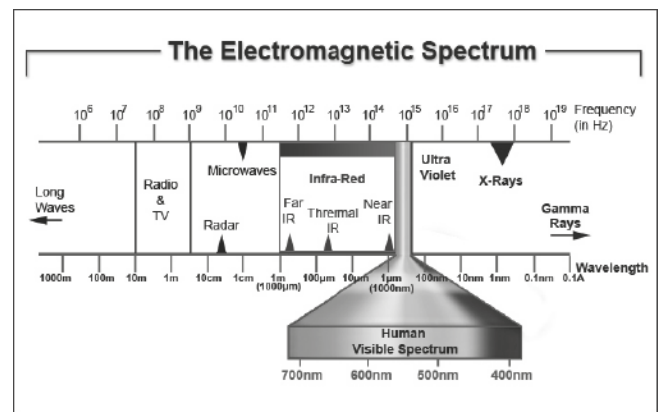
จึงไม่ต้องสงสัยเลยว่า ทั้งองค์การเภสัชกรรม และ สปสช. ต่างก็เอาเงินงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนโดยมิชอบ ซึ่งทั้งสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินและกรมสอบสวนคดีพิเศษ ได้สรุปความเห็นแล้วว่า ทั้ง สปสช. และองค์การเภสัชกรรม ไม่มีหน้าที่ที่จะทำเช่นนั้นได้

ปลดปล่อยยาจากพอลิเมอร์ ด้วยแสงอินฟราเรด

ปัจจุบันการประยุกต์ใช้ระบบนำส่งสารออกฤทธิ์ เช่น ยา ไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการรักษาเฉพาะที่นั้น ได้รับความสนใจและพัฒนาเพิ่มมากขึ้น โดยมีจุดประสงค์ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาในบริเวณมุ่งเป้าโดยไม่กระทบหรือสร้างอาการข้างเคียงต่อเนื้อเยื่อหรืออวัยวะอื่น ๆ ซึ่งการปลดปล่อยสารออกฤทธิ์นี้สามารถถูกกระตุ้นได้โดยหลากหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น ความเป็นกรดต่าง หรือการกระตุ้นจากภายนอก เช่น การให้ความร้อน การให้สนามแม่เหล็ก หรือการให้กระแสไฟฟ้า อย่างไรก็ตาม ปัญหาของการกระตุ้นดังกล่าวนี้ยังคงมีความสามารถในการควบคุมการกระตุ้นเพื่อปลดปล่อยสารออกฤทธิ์ได้อย่างจำกัดทั้งในด้านของระยะเวลาและตำแหน่งที่ต้องการ

การกระตุ้นด้วยคลื่นแสงถือได้ว่าเป็นอีกหนึ่งเทคนิคที่สามารถประยุกต์ใช้ในการกระตุ้นเพื่อปลดปล่อยสารออกฤทธิ์ โดยที่สารออกฤทธิ์ดังกล่าวจะถูกบรรจุอยู่ในวัสดุตัวพาที่ไวต่อคลื่นแสงในรูปแบบต่าง ๆ เช่น แคปซูลขนาดเล็ก อนุภาคนาโน หรือไฮโดรเจล ข้อดีของการกระตุ้นด้วยคลื่นแสงนี้คือ สามารถที่จะควบคุมความแม่นยำ ความเข้ม และระยะเวลาได้ ซึ่งจะทำให้สามารถควบคุมการกระตุ้นเพื่อปลดปล่อยสารออกฤทธิ์ทั้งในด้านของความเข้มข้น ระยะเวลาและตำแหน่งที่ต้องการได้ดี นอกจากนี้ข้อดีของการใช้คลื่นแสงนี้คือ จะมีผลต่อส่วนของโมเลกุลที่ต้องการกระตุ้นเท่านั้นและมีผลกระทบต่อส่วนอื่นของโมเลกุลต่ำ ซึ่งได้มีการพัฒนาการใช้คลื่นแสงประเภทต่าง ๆ ในการนำมารกระตุ้นให้เกิดการสลายตัวของวัสดุที่ตัวพาที่ผลิตจากพอลิเมอร์ประเภทต่าง ๆ โดยคลื่นแสงนั้นมีอยู่ด้วยกันหลายประเภท แต่ละประเภทก็จะมีคุณสมบัติและความยาวคลื่นที่แตกต่างกัน คลื่นแสงที่ตามองเห็นนั้นมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถที่จะทะลุผ่านชั้นของผิวหนังได้ ทำให้ไม่เหมาะต่อการนำมาใช้งานในทางตรงข้ามรังสีเอกซ์และรังสีแกมมานั้นสามารถทะลุผ่านร่างกายของมนุษย์ได้ดี แต่จะส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อต่าง ๆ จากกระบวนการไอออไนซ์ได้ การใช้คลื่นแสงอัลตราไวโอเล็ตถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการกระตุ้นและ

ได้รับความสนใจในการพัฒนา แต่ยังมีข้อด้อยคือ ความลึกของการทะลุผ่านชั้นผิวหนังนั้นยังคงต่ำ

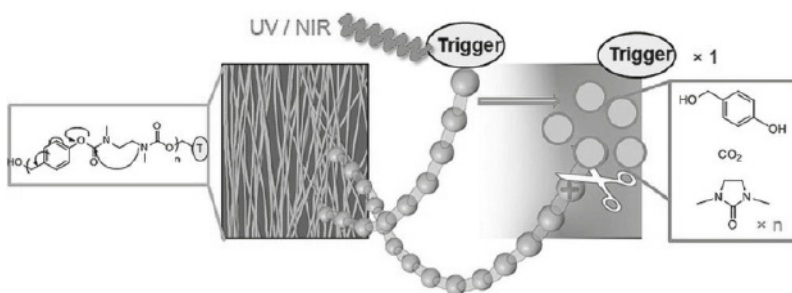


ภาพแสดงความถี่และความยาวคลื่นของคลื่นไฟฟ้าแม่เหล็กประเภทต่าง ๆ

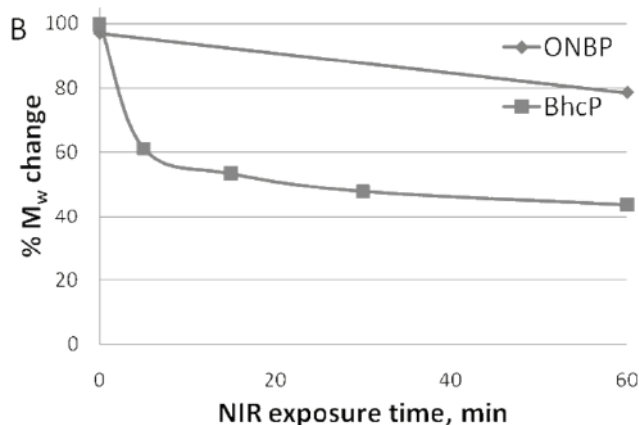
เมื่อเร็ว ๆ นี้ ทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ที่ซานดิเอโก ได้พัฒนาพอลิเมอร์ที่ไวต่อคลื่นแสงอินฟราเรดในกลุ่มเนียร์อินฟราเรดขึ้นมาสำหรับการใช้งานเป็นตัวพาสำหรับการกักเก็บและปลดปล่อยสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพ ซึ่งคลื่นแสงในกลุ่มนี้มีความยาวคลื่นประมาณ 0.7 ไมโครเมตรจนถึง 1.5 ไมโครเมตร และมีการใช้งานทางการแพทย์อยู่แล้วในการถ่ายภาพความร้อนและการวิเคราะห์ทางสเปกโตรสโกปีต่าง ๆ ข้อดีของคลื่นแสงในกลุ่มนี้คือ ไม่มีสมบัติในการไอออไนซ์ ทำให้มีผลกระทบต่อเนื้อเยื่อต่ำ และยังสามารถใช้ในการทะลุผ่านชั้นผิวหนังได้มากถึง 10 เซนติเมตรอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ข้อด้อยของการใช้คลื่นแสงในกลุ่มนี้คือ การที่มีพลังงานต่ำ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการกระตุ้นนานในการที่จะทำให้เกิดการสลายของพันธะของพอลิเมอร์ที่ใช้เป็นวัสดุตัวพาได้ตามต้องการ ทีมวิจัยได้พัฒนาพอลิเมอร์ประเภทใหม่ประกอบไปด้วยหมู่โครงสร้างในกลุ่ม o-nitrobenzyl alcohol (ONB) และ bromocoumarin (Bhc) ซึ่งมีความไวต่อคลื่นแสงอัลตราไวโอเล็ตและเนียร์อินฟราเรดขึ้นมา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า พอลิเมอร์ที่พัฒนาขึ้นดังกล่าวสามารถที่จะเกิดการสลายตัวได้เมื่อได้รับการ

ฉายด้วยคลื่นแสงอัลตราไวโอเล็ตหรือคลื่นแสงเนียร์อินฟราเรด ที่ระยะเวลาไม่นาน โดยจะเปลี่ยนจากพอลิเมอร์สายโซ่ยาวเป็น มอนอเมอร์ที่มีสายโซ่สั้นซึ่งสามารถถูกกำจัดออกจากร่างกาย ได้อย่างสะดวก เมื่อนำไปทดลองผลิตเป็นอนุภาคนาโน และกักเก็บสียภายใน พบว่าอนุภาคนาโนดังกล่าวสามารถที่จะเกิดการ สลายตัวและปลดปล่อยสีที่กักเก็บอยู่ออกมาภายหลังจากการ ฉายด้วยคลื่นแสงเนียร์อินฟราเรดเพียงระยะเวลา 1 นาที ซึ่ง แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการที่จะประยุกต์ในพอลิเมอร์ ดังกล่าวในการเป็นตัวพาสารออกฤทธิ์ไปในอวัยวะที่ต้องการ และกระตุ้นให้เกิดการปลดปล่อยออกมาตามระยะเวลาที่ กำหนดได้ นอกจากสมบัติทางด้าน การปลดปล่อยแล้ว

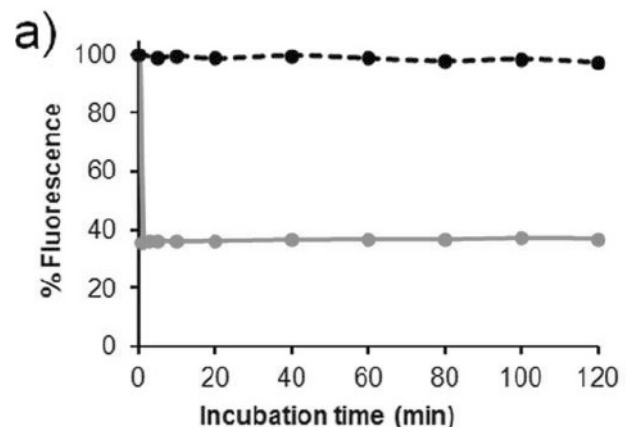
ความเข้ากันได้ทางชีวภาพของวัสดุตัวพาที่จะนำไปใช้งานก็มี ความสำคัญเช่นกัน จากการศึกษาความเป็นพิษของพอลิเมอร์ และสารที่ได้จากการสลายตัวพบว่ามีความเป็นพิษใกล้เคียงกับ โคพอลิเมอร์ของแลกไทด์และไกลโคไลด์ซึ่งเป็นพอลิเมอร์ สลายตัวได้ทางการแพทย์ที่มีการใช้งานอยู่ในปัจจุบัน นอกจาก การปลดปล่อยยาแล้ว พอลิเมอร์นี้ยังสามารถนำไปใช้ในการ ปลดปล่อยสารช่วยเพิ่มความเปรียบต่างของภาพ (contrasting agents) สำหรับการถ่ายภาพทางการแพทย์ในบริเวณที่ต้องการ ได้อีกด้วย และคาดว่าจะยังมีการนำไปประยุกต์ใช้ในงานทาง ด้านอื่น ๆ ได้อีกมากมายในอนาคต



▶ ภาพแสดงหลักการและโครงสร้างทางเคมี ของพอลิเมอร์ที่ไวต่อคลื่นแสงเนียร์อินฟราเรด ในการทำให้เกิดการสลายตัว^[3]



ภาพแสดงการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักโมเลกุลของ พอลิเมอร์ที่พัฒนาขึ้นเมื่อฉายด้วยคลื่นแสงเนียร์อินฟราเรด ที่ระยะเวลาต่าง ๆ^[2]



ภาพแสดงการปลดปล่อยสีออกจากอนุภาคพอลิเมอร์ขนาดนาโน ภายหลังการฉายด้วยคลื่นแสงเนียร์อินฟราเรดเป็นเวลา 1 นาที (เส้นทึบ) เมื่อเทียบกับอนุภาคพอลิเมอร์ที่ไม่ถูกฉายด้วย คลื่นแสง (เส้นประ) ซึ่งจะสังเกตได้จากการลดลงของระดับ ฟลูออเรสเซนส์^[3]

เอกสารอ้างอิง

1. <http://contemporarymedicine.net/intergrative-therapies/>
2. N Fomina, CL McFearin, M Semsakdi, JM Morachis and A Almutairi (2011) *Macromolecules*, 44 (21), pp. 8590.
3. Caroline de Gracia Lux, Cathryn L McFearin, Shivanjali Joshi-Barr, Jagadis Sankaranarayanan, Nadezda Fomina and Adah Almutairi (2012) *ACS Macro Lett*, 9;1(7), pp. 922.
4. <http://www.gizmag.com/polymer--medical-use-of-low-power-near-infrared-light/21057/>
5. <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/10/111003132445.htm>
6. <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/11/111116143049.htm>



ศูนย์โรคหัวใจ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย

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

การบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

การบรรเทาความเจ็บปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

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

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

เมื่อท่านได้เรียนรู้ เข้าใจ และสามารถฝึกปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีต่าง ๆ ได้แล้วก็จะช่วยให้ท่านสามารถฟื้นหายได้โดยเร็ว และกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

ความหมาย ความปวดเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย

สาเหตุ เกิดจากแผลและการเจ็บของเนื้อเยื่อขณะผ่าตัด



ความปวดหลังการผ่าตัดหัวใจ

- o การผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่จะใช้วิธีผ่าตัดเปิดทรวงอก
- o เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้น แพทย์จะใส่สายระบายทรวงอกไว้

ลักษณะของความปวด

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



ตำแหน่งของความปวด

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจด้วยวิธีผ่ากลางกระดูกสันอกมักจะรู้สึกปวดหรือไม่สุขสบายในบริเวณตำแหน่งที่ 1-5 ส่วนในรายที่ทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะปวดในบริเวณตำแหน่งที่ 6 และ 7 เพิ่มขึ้นได้

กิจกรรมการรักษายาบาลที่มีผลต่อความปวด

กิจกรรมเพื่อการรักษายาบาลมีความจำเป็นที่ต้องกระทำเพื่อความปลอดภัยและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของท่าน แต่อย่างไรก็ตาม อาจจะทำให้ท่านรู้สึกไม่สุขสบาย หรือปวดแผลได้บ้าง

กิจกรรมการรักษายาบาลดังกล่าว ได้แก่

- o การดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ
- o การถอดท่อระบายทรวงอกออก
- o การกระตุ้นหัวใจ

o การบริหารการหายใจ โดยการหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ หรือการใช้อุปกรณ์

- o การเริ่มให้เคลื่อนไหว พลิกตัวบนเตียง

การบริหารร่างกายบนเตียง

- o การให้ลุกลงจากเตียงเพื่อนั่งเก้าอี้
- o การให้เริ่มเดิน เป็นต้น

ดังนั้น พยาบาลจะประเมินความปวดก่อนทำกิจกรรม และจะช่วยบรรเทาความปวดด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ท่านมีความพร้อมในการเริ่มกิจกรรม และมีความปวดขณะทำกิจกรรมน้อยที่สุด

การประเมินความปวด

เพื่อการสื่อสารที่ตรงกันถึงระดับความปวด จึงมีการประเมินความปวดเป็นคะแนน โดยท่านจะเป็นผู้เลือกระดับคะแนนความรุนแรงของความปวดตามความรู้สึกของตนเอง

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

ระดับความปวดที่ประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย

คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง

คะแนน 7-10 หมายถึง ปวดรุนแรงมาก

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

© การประเมินความปวดจะทำให้แนวทางการรักษายาบาลเพื่อบรรเทาความปวดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การบรรเทาความปวดโดยวิธีการใช้ยา

หลังผ่าตัดท่านจะได้รับยาบรรเทาความปวดทันทีที่ท่านเริ่มรู้สึกตัว ดังนี้

หลังการผ่าตัดวันแรก

ท่านต้องพักรักษาในไอซียู พยาบาลจะประเมินความปวดของท่านทันทีที่ท่านเริ่มรู้สึกตัว และท่านจะได้รับยาบรรเทาความปวดโดยการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง

หลังการผ่าตัดวันที่หนึ่งเป็นต้นไป

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

ดังนั้น การรับประทานยาบรรเทาความปวดอย่างสม่ำเสมอตามเวลา จะช่วยให้ท่านควบคุมความปวดได้ดีกว่าการรอให้มีความปวดมากแล้วจึงค่อยรับประทานยา และถ้าหากรับประทานยาตามเวลาแล้วยังรู้สึกปวดมากให้แจ้งพยาบาลทราบ

การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยา

เป็นวิธีการพยาบาลที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาความปวดด้วยยา เช่น

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

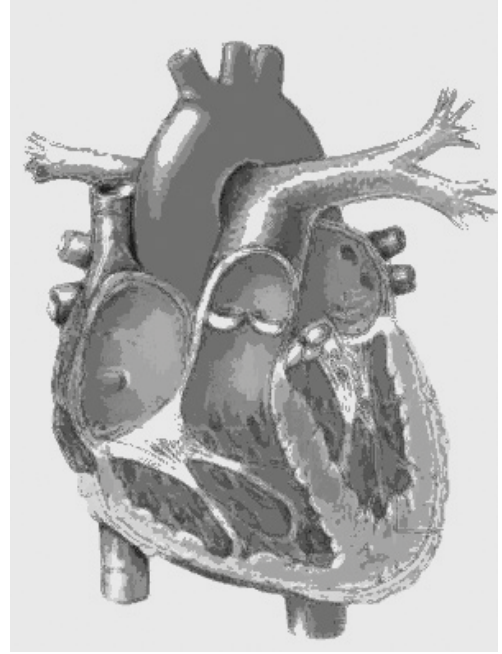
2. การผ่อนคลายโดยใช้การฝึกการหายใจลึก ๆ ยาว ๆ หรือทำสมาธิ ช่วยให้จิตใจสงบ ไม่เครียดหรือกังวลมากเกินไป ทำให้จิตใจและอารมณ์สงบ กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ทำให้ลดความปวดลงได้

3. การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด เช่น การฟังดนตรี ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น

4. การใช้หมอนประคองบริเวณแผลผ่าตัดหรือระหว่างขา การเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการบริหารการหายใจ เช่น การหายใจลึก ๆ การไอหรือดูดเสมหะ

จะช่วยบรรเทาความปวดแผลได้

5. การเปลี่ยนท่าที่ถูกต้อง เช่น ใช้วิธีการตะแคงตัว ในการเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นนอนจะช่วยลดการเกร็งกล้ามเนื้อและการดึงของแผลผ่าตัดจากการเปลี่ยนท่านั่งหรือนอนได้ เป็นต้น



ประโยชน์ของการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพ

การบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งช่วยให้ท่านฟื้นหายเร็วขึ้นได้ ดังนี้

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



การผ่าตัดเสริมจมูก

การผ่าตัดเสริมจมูกเป็นการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนรูปทรงของจมูกเพื่อให้เข้ากับใบหน้า เป็นการศัลยกรรมความงามยอดนิยมอันดับ 1 ในประเทศไทย ซึ่งสามารถทำได้ง่าย มีความปลอดภัยสูง สามารถปรับแต่งทรงได้ค่อนข้างมาก ขึ้นกับข้อจำกัดทางโครงสร้างใบหน้าและจมูกของคนไข้ รูปทรงจมูกในคนไทยที่มักมาทำผ่าตัดเสริมจมูกคือ สันจมูกเตี้ย จมูกสั้น ปลายเซิด และปีกจมูกบาน ส่วนใหญ่การแก้ไขปัญหาดังกล่าว แพทย์นิยมเสริมจมูกด้วยการใช้วัสดุซิลิโคนที่เหลาอย่างเหมาะสมกับโครงสร้างใบหน้า เพื่อปรับรูปทรงจมูกให้สวยงามมากขึ้น

เทคนิคการผ่าตัด แพทย์จะสร้างแผลที่ขอบโพรงจมูก (Rim Incision) เพื่อสร้างช่องว่างในการสอดใส่ซิลิโคนที่เหลาให้พอดีกับโครงสร้างของผู้รับการเสริมจมูก ซิลิโคนถูกใส่เข้าไปใต้เยื่อหุ้มกระดูก จากนั้นจะตรวจสอบตำแหน่งของซิลิโคนว่าอยู่ตรงกลางหรือไม่ ซึ่งระยะเวลาในการผ่าตัดคือ 30 นาที - 1 ชั่วโมง และระยะพักฟื้นหลังจากผ่าตัดเสร็จ คนไข้สามารถกลับบ้านได้ การใช้ยาระงับความเจ็บปวดก่อนการผ่าตัดนั้น คนไข้สามารถเลือกใช้ทั้งยาชาเฉพาะที่ หรือการวางยาสลบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของแพทย์

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า ภาวะจมูกสั้นในคนเอเชียส่วนใหญ่มักเป็นแต่กำเนิด รองลงมาพบว่า การเสริมจมูกก่อนหน้านี้ทำให้จมูกสั้นลง การทำให้จมูกยาวขึ้นสามารถ

ทำได้โดยการใช้ซิลิโคนเสริมอย่างเหมาะสม บางกรณีใช้กระดูกอ่อนจากใบหู การใช้กระดูกอ่อนจากผนังกันจมูกต่อความยาวของจมูก การใช้กระดูกอ่อนรองบริเวณผิวหนังส่วนปลายจมูกกันทะเลช่วยให้อายุยืนยาวขึ้นได้แบบปลอดภัย

การใช้ซิลิโคนเสริมจมูกเพียงอย่างเดียวบางครั้งไม่อาจแก้ปัญหาได้ทั้งหมด การเสริมจมูกด้วยแท่งซิลิโคนเพื่อดันจมูกให้ยาวอาจเสี่ยงต่อการทะลุได้ในผู้ที่มีจมูกสั้น, ปลายเซิดและผิวหนังบาง การใช้กระดูกอ่อนหลังใบหูมาช่วยเสริมที่ปลายจมูกเพื่อเพิ่มความแข็งแรงด้านใน นอกจากจะป้องกันปลายบางหรือทะลุได้แล้ว ยังทำให้ปลายจมูกมนคล้ายหยดน้ำดูเป็นธรรมชาติมากกว่า บางกรณีต้องใช้กระดูกอ่อนจากผนังกันใบโพรงจมูกร่วมกับกระดูกใบหู เพื่อยึดปลายจมูกให้ยาวขึ้น (Septal extension graft) ปลายจมูกที่ยาวขึ้นนอกจากจะดูสวยงามกว่าจมูกสั้นแล้ว ยังช่วยในการปิดรูจมูกให้ดูแคบลง ต้องตามหลักของโหวงเฮ้งอีกด้วย การผ่าตัดวิธีนี้เป็นที่นิยมมากในปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุป การเสริมจมูกให้สวยและปลอดภัยทำได้หลากหลายวิธี ส่วนใหญ่มักเสริมด้วยซิลิโคนที่เหลาให้เข้ากับโครงสร้างใบหน้าของผู้รับการเสริมจมูก บางกรณีอาจใช้กระดูกอ่อนใบหู กระดูกอ่อนจากผนังกันจมูก เพื่อเพิ่มความยาวของจมูก ทำให้จมูกยาวขึ้น สวยขึ้น และปลอดภัยมากขึ้น





แนวทางการให้ วัคซีนเสริมภูมิคุ้มกัน ในผู้ใหญ่

บทนำ

การให้วัคซีน (Vaccination) เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อ ในปัจจุบันการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของการติดเชื้อและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้แนวทางในการพิจารณาเลือกให้วัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อนั้นเปลี่ยนแปลงไปด้วย และในบางครั้งอาจสร้างความสับสนให้แก่แพทย์ว่าควรเลือกให้วัคซีนอย่างไร

การให้วัคซีนสำหรับผู้ใหญ่นั้น โดยทั่วไปจะมีความแตกต่างจากการให้วัคซีนในเด็กค่อนข้างมากและมีความซับซ้อนมากกว่า ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่อาจมีโรคร่วมหลายอย่างที่มีผลต่อการพิจารณาการให้วัคซีน เช่น การป่วยด้วยโรคปอดโรคไต เบาหวาน หรือการตัดม้าม เป็นต้น อีกทั้งคำแนะนำการให้วัคซีนในผู้ใหญ่มักไม่ได้มีการกำหนดอายุที่เหมาะสมเอาไว้ชัดเจน จึงทำให้แพทย์ผู้ดูแลอาจพิจารณาตัดสินใจได้ยากว่าควรให้หรือไม่เมื่อใด ดังนั้น การมีแนวทางในการพิจารณาให้วัคซีนสำหรับผู้ใหญ่อตัวอย่างเช่น แนวทางจาก The Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP) จึงอาจมีส่วนช่วยให้แพทย์ให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (Influenza)

ไข้หวัดใหญ่สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกวัย แต่โดยมากแล้วกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมาก โดยเฉพาะที่มากกว่า 65 ปีจะเสี่ยงต่อ

การเจ็บป่วยที่รุนแรงและเสียชีวิตได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า โดยอาจมีโอกาสเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว (acute respiratory failure) ได้มากกว่าถึง 10-30 เท่าเลยทีเดียว ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จึงควรได้รับวัคซีนชนิดนี้

ในปัจจุบันวัคซีนไข้หวัดใหญ่มีอยู่ 3 แบบ แบ่งตามวิธีการผลิตคือ inactivated influenza vaccine (IIV), attenuated influenza vaccine และ recombinant influenza vaccine แต่ชนิดที่แนะนำให้ใช้กับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีเพียงชนิดเดียวคือ IIV แต่สำหรับในกลุ่มของ IIV เองนั้น ก็มีชนิดแยกย่อยลงไปอีกได้แก่

1. Trivalent influenza vaccine (IIV3) ผลิตขึ้นจากไวรัส influenza รวม 3 สายพันธุ์คือ influenza A2 สายพันธุ์ (เช่น H1N1 กับ H3N2 เป็นต้น) กับ influenza B1 สายพันธุ์
2. Quadrivalent influenza vaccine (IIV4) ผลิตขึ้นจากไวรัส influenza 4 สายพันธุ์คือ influenza A และ influenza B ชนิดละ 2 สายพันธุ์ ซึ่งทำให้การครอบคลุมเชื้อ influenza B เพิ่มขึ้นได้มากกว่าแบบ IIV3
3. High dose formulation IIV3 วัคซีนชนิดนี้จะเป็นชนิดเดียวกันกับ IIV3 แต่มีปริมาณแอนติเจน hemagglutinin สำหรับสร้างภูมิคุ้มกันในขนาดที่สูงกว่าคือ 4 เท่าของ IIV มาตรฐาน ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการสร้างภูมิคุ้มกันในอาสาสมัคร 30,000 ราย พบว่าวัคซีนในขนาดสูงมีประสิทธิภาพในการสร้างภูมิคุ้มกันได้ดีกว่าแบบมาตรฐานอยู่ร้อยละ 24 แต่ก็อาจจะทำให้มีอาการจากปฏิกิริยาข้างเคียงเพิ่มมากขึ้นด้วยเล็กน้อย

4. Cell culture trivalent vaccine (ccIIV3) เป็นวัคซีนที่ผลิตด้วยวิธีเดียวกันกับ IIV3 แต่ในขั้นตอนของการเพิ่มจำนวนจะทำการเพาะเลี้ยงแทนการเพิ่มจำนวนในไข่ ซึ่งช่วยให้โอกาสในการเกิดอาการแพ้วัคซีนในผู้ป่วยที่มีประวัติอาการแพ้ไขลดลงได้อย่างก็ตาม สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติอาการแพ้ไขอย่างรุนแรง ชนิด anaphylaxis ยังคงไม่สามารถใช้วัคซีนนี้ได้

คำแนะนำจาก ACIP เกี่ยวกับการให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในปัจจุบัน ระบุว่าผู้ที่มียายุมากกว่า 65 ปีทุกคนได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ โดยสามารถเลือกให้วัคซีนชนิดใดชนิดหนึ่งใน 4 ชนิดข้างต้นก็ได้

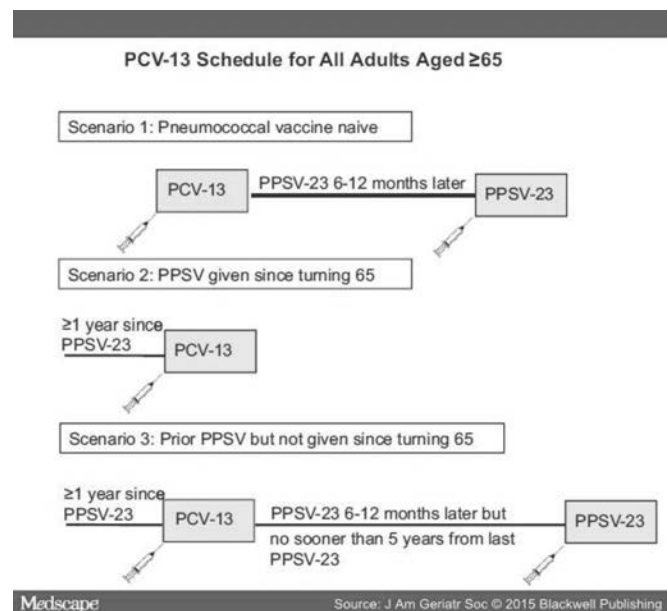
วัคซีนป้องกันเชื้อนิวโมคอคคัส (Pneumococcus)

เชื้อแบคทีเรีย *Streptococcus pneumoniae* เป็นเชื้อสาเหตุที่สำคัญและพบมากที่สุดของการติดเชื้อในปอด ทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงและเสียชีวิตได้ นอกเหนือจากการติดเชื้อในปอดแล้ว เชื้อนี้ยังสามารถทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ที่สำคัญอีกหลายชนิด เช่น การติดเชื้อที่เยื่อหุ้มสมอง (pneumococcal meningitis) หรือการติดเชื้อในกระแสเลือด (bacteremia) รวมเรียกว่า invasive pneumococcal disease (IPD) อีกด้วย ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยโรคกลุ่ม IPD อยู่ราว 43,500 รายทุกปี และมีผู้เสียชีวิตราว 5,000 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงมีคำแนะนำเกี่ยวกับการให้วัคซีนป้องกัน IPD แก่ผู้ที่มียายุมากกว่า 65 ปีทุกราย

ปัจจุบันวัคซีนสำหรับการป้องกันการติดเชื้อ *S. pneumoniae* มีอยู่ 2 ชนิดคือ pneumococcal polysaccharide vaccine (PPSV) และ pneumococcal conjugate vaccine (PCV) ตามวิธีการผลิต ซึ่งสองชนิดนี้มีความแตกต่างกันเล็กน้อยคือ ชนิด PCV จะนำเอาส่วนที่เป็น polysaccharide ของเชื้อมาจับติดกับโปรตีน (conjugated protein) แต่ไม่มีผลต่อประสิทธิภาพการสร้างภูมิคุ้มกัน ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกันคือ จำนวนชนิดย่อย (subtypes) ของ polysaccharide ที่อยู่ในวัคซีน ซึ่งระบุไว้ท้ายชื่อวัคซีน เช่น PCV-13 หรือ PPSV-23 หมายความว่ามียาจำนวน polysaccharide อยู่ 13 และ 23 ชนิด ตามลำดับ

จากการศึกษาด้านความครอบคลุมเชื้อของวัคซีน สำหรับผู้ที่มียายุมากกว่า 65 ปีนั้น พบว่าวัคซีนชนิด PCV-7 สามารถครอบคลุมเชื้อได้ราวร้อยละ 40 ในขณะที่ชนิด PPSV-23 สามารถครอบคลุมเชื้อได้ร้อยละ 66 และจากการศึกษาด้านประสิทธิภาพของการป้องกันโรค IPD พบว่าภายหลังการให้วัคซีน อุบัติการณ์ของโรค IPD ลดลงได้ราวร้อยละ 37 นอกจากนี้จากการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์เกี่ยวกับการให้วัคซีน PCV1-13 เพื่อป้องกัน

IPD และโรคปอดอักเสบจากเชื้อ *S. pneumoniae* ก็พบว่าสามารถทำให้อุบัติการณ์ของการเกิด IPD ลดลงร้อยละ 75 และการเกิดปอดอักเสบลดลงร้อยละ 45 ข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ ACIP เปลี่ยนแปลงคำแนะนำในการให้วัคซีนใหม่ จากเดิมที่แนะนำการให้วัคซีนกับผู้ที่มียายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การติดม้าม ภาวะ cerebrospinal fluid leakage หรือผู้ที่ใส่แก้วหูเทียม มาเป็นการให้วัคซีนในผู้ที่มียายุ 65 ปีขึ้นไปทุกราย โดยเน้นที่การให้วัคซีนชนิด PCV-13 และมีแนวทางในการพิจารณาเลือกให้วัคซีนดังนี้



1. สำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน (vaccine-naive) แนะนำการให้วัคซีนชนิด PCV1-13 ก่อน ตามด้วยวัคซีน PPSV-23 ห่างจากชนิดแรก 6-12 เดือน
2. สำหรับผู้ที่ได้รับวัคซีน PPSV-23 เมื่ออายุ 65 ปีไปแล้ว ให้ฉีดวัคซีน PCV-13 ห่างจากชนิดแรกอย่างน้อย 1 ปี
3. สำหรับผู้ที่ได้รับวัคซีน PPSV-23 ก่อนอายุครบ 65 ปี ให้ฉีดวัคซีน PCV-13 ห่างจากชนิดแรกอย่างน้อย 1 ปี แล้วจึงให้ PPSV-23 ซ้ำอีกครั้ง ห่างจากวัคซีน PCV-13 อย่างน้อย 6-12 เดือน และห่างจาก PPSV-23 ครั้งแรกไม่น้อยกว่า 5 ปี

วัคซีนป้องกันโรคสุวัด (Shingles)

โรคสุวัดเกิดจากเชื้อไวรัส Varicella Zoster Virus (VZV) ที่อยู่ในรากประสาท (nerve roots) ซึ่งอาจปรากฏอาการของโรคได้ในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดเป็นผื่นและตุ่มน้ำ ร่วมกับอาการปวดแสบปวดร้อน ในบางรายอาจมีอาการปวดแสบปวดร้อนต่อไปแม้ผื่นจะหายไปแล้ว เรียกว่า postherpetic neuralgia ซึ่งสร้างผลกระทบ

ต่อคุณภาพชีวิตได้

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้วัคซีนป้องกันการเกิดโรคภูมิต้านทานลดลงในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่าสามารถทำให้อุบัติการณ์ของโรคลดลงได้ราวร้อยละ 50 โดยประสิทธิภาพของวัคซีนจะลดลงเมื่ออายุขณะได้รับวัคซีนมากขึ้นสำหรับในรายที่เกิดโรค การให้วัคซีนก็สามารถลดการเกิดภาวะ postherpetic neuralgia ได้ราวร้อยละ 60 ส่วนในด้านความปลอดภัยนั้น พบว่าการให้วัคซีนชนิดนี้มีความปลอดภัย โดยอาจเกิดอาการข้างเคียงที่บริเวณผิวหนังได้เพียงเล็กน้อย

ACIP ได้มีคำแนะนำเกี่ยวกับการให้วัคซีนป้องกันโรคภูมิต้านทานลดลงไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 โดยแนะนำให้วัคซีนในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงประวัติการติดเชื้อหรือการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคสุกใสก่อนหน้านี้ และควรให้แม้ในรายที่เคยมีประวัติเป็นโรคภูมิต้านทานลดลงเนื่องจากอาจเกิดโรคซ้ำได้ ข้อห้ามและควรระวังสำหรับการให้วัคซีนนี้ก็คือ ภาวะภูมิคุ้มกันถูกกด (immunosuppressed status) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีประวัติเป็นโรคมะเร็งของเลือด (hematologic malignancy) การใช้ยาสเตียรอยด์ขนาดสูง (มากกว่า 20 มก./วัน เป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์) และในรายที่ได้รับยาในกลุ่ม tumor necrotic factor alpha (TNF-alpha) inhibitors เนื่องจากวัคซีนชนิดนี้เป็นชนิด live attenuated vaccine

วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน และบาดทะยัก (Diphtheria, Pertussis and Tetanus)

ในอดีตการให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ (Diphtheria), ไอกรน (Pertussis) และบาดทะยัก (Tetanus) รวมเรียกว่า DTaP ในเด็ก มีผลช่วยทำให้อุบัติการณ์ของโรคเหล่านี้ลดลงอย่างมากในช่วงทศวรรษ 1990s แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาอุบัติการณ์โรคไอกรนกลับเพิ่มสูงขึ้นอีก ทั้งนี้เนื่องจากเนื่องมาจากการเปลี่ยนจากวัคซีน

ชนิดที่เป็น whole-cell pertussis ที่ทำให้เกิดอาการไข้สูงเป็นอาการข้างเคียงที่มาก มาเป็นแบบ acellular pertussis ซึ่งมีอาการข้างเคียงน้อยกว่า แต่ก็ทำให้ภูมิคุ้มกันคงอยู่เป็นระยะสั้นกว่าด้วย ทำให้การเสริมภูมิคุ้มกันด้วยการฉีดวัคซีนกระตุ้นเป็นสิ่งจำเป็น โดยการฉีดวัคซีนกระตุ้นในผู้ใหญ่จะใช้ตัวกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันที่น้อยกว่า คือเป็นวัคซีน Tdap (d และ p อักษรตัวเล็ก หมายถึงขนาดลดลง)

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2012 เป็นต้นมา ACIP แนะนำการให้วัคซีน Tdap กับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีเป็นต้นไป ดังนั้น ในกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจึงควรได้รับทุกรายเช่นเดียวกัน และมีการฉีดวัคซีน Td กระตุ้นเสริมทุก 10 ปี

วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบจากไวรัสชนิด A และ B (Hepatitis A and B)

สำหรับการให้วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบจากไวรัสชนิด A และ B ในผู้ใหญ่ นั้น ยังไม่ได้มีการกำหนดช่วงอายุที่เหมาะสมเอาไว้ แต่ระบุโรคหรือภาวะที่สมควรได้รับการพิจารณาให้วัคซีน ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคตับเรื้อรัง โรคไต และกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบ เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด เป็นต้น

ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ B จะมีโอกาสเกิดภาวะตับอักเสบที่รุนแรงได้มาก จึงควรได้รับวัคซีนทุกราย โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ซึ่งยังมีโอกาสได้รับเชื้อค่อนข้างสูง ส่วนผู้ป่วยไตเสื่อมควรพิจารณาให้ทุกรายที่เริ่มการรักษาด้วยการล้างไต

สำหรับผู้วางแผนจะเดินทางไปยังประเทศที่มีอุบัติการณ์ของโรคตับอักเสบจากไวรัสชนิด A สูง ควรทำการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อนี้ก่อนการเดินทาง เนื่องจากโดยมากมักจะภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นจากการติดเชื้อตามธรรมชาติอยู่แล้วราวร้อยละ 60 ผู้ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันควรได้รับวัคซีนก่อนการเดินทางอย่างน้อย 2 ครั้ง ซึ่งจะช่วยให้เกิดภูมิคุ้มกันได้ถึง 100% ส่วนวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบจากไวรัสชนิด B นั้น พิจารณาให้เฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงดังกล่าวแล้วข้างต้น

วัคซีนป้องกันโรคหัด (Measles)

ในปัจจุบันการให้วัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน (measles, mumps, and rubella: MMR) กับเด็กทุกคน ซึ่งมีผลทำให้อุบัติการณ์ของโรคเหล่านี้ลดลงอย่างมาก กลุ่มผู้ที่ยังอาจจะมีติดเชื้อได้ ได้แก่ กลุ่มคนที่ไม่ได้รับวัคซีนในช่วงที่



แนะนำ หรือกลุ่มคนที่มีการย้ายถิ่นฐานมาจากประเทศที่ไม่ได้มีการให้วัคซีนชนิดนี้ ซึ่งในทั้งสองกรณีสามารถให้วัคซีนได้หากไม่มีข้อห้ามของการให้วัคซีนชนิด live attenuated vaccine โดยให้เป็นวัคซีน MMR 2 ครั้ง ห่างกัน 28 วัน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเหล่านี้ได้มาก อย่างไรก็ตาม ควรมีการเลือกชนิดและระยะเวลาของการให้วัคซีนที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคสูงสุด คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกให้วัคซีนในผู้ใหญ่ สรุปได้ดังตารางที่ 1

สรุป

การให้วัคซีนในผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุ มีส่วนช่วยป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อที่สำคัญหลายชนิด และลดโอกาสในการเกิด

วัคซีน	คำแนะนำ	หมายเหตุ
วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (Influenza)	ให้ทุกราย	สำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ใช้การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และใช้ขนาดมาตรฐานหรือขนาดสูงก็ได้
วัคซีนป้องกันเชื้อนิวโมคอคคัส (Pneumococcus)	ผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป	ให้ PCV-13 และ PCCV-23 โดยฉีดห่างกันอย่างน้อย 6-12 เดือน
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ	ผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	หลีกเลี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันผิดปกติหรือถูกกด
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (Diphtheria, Pertussis, Tetanus)	ให้ทุกราย (ครั้งเดียว)	
วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบจากไวรัสชนิด A (Hepatitis A)	พิจารณาตามความเสี่ยงของการได้รับเชื้อ	
วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบจากไวรัสชนิด B (Hepatitis B)	พิจารณาตามความเสี่ยงของการได้รับเชื้อ	
โรคหัด (Measles)	พิจารณาให้หากไม่เคยมีประวัติได้รับวัคซีน	หลีกเลี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันผิดปกติหรือถูกกด

References

1. Roush SW, Murphy TV, Vaccine-Preventable Disease Table Working Group. Historical comparisons of morbidity and mortality for vaccine-preventable diseases in the United States. JAMA 2007;298:2155-2163.
2. CDC. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommended immunization schedules for persons aged 0 through 18 years and adults aged 19 years and older-United States, 2013. MMWR Surveill Summ 2013;62(Suppl 1):1.
3. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, et al. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. JAMA 2003;289:179-186.
4. CDC. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines. Recommendations of the advisory committee on immunization practices-United States, 2013-2014. MMWR Recomm Rep 2013;62:1-43.
5. Keitel WA, Atmar RL, Cate TR, et al. Safety of high doses of influenza vaccine and effect on antibody responses in elderly persons. Arch Intern Med 2006;166:1121-1127.
6. Falsey AR, Treanor JJ, Tornieporth N, et al. Randomized, double-blind controlled phase 3 trial comparing the immunogenicity of high-dose and standard-dose influenza vaccine in adults 65 years of age and older. J Infect Dis 2009;200:172-180.
7. CDC. Updated recommendations for prevention of invasive pneumococcal disease among adults using the 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine (PPSV23). MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2010;59:1102-1106.
8. Moberley S, Holden J, Tatham DP, et al. Vaccines for preventing pneumococcal infection in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;1:CD000422.
9. Tomczyk S, Bennett NM, Stoecker C, et al. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged ≥65 years: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2014;63:822-825.

10. CDC. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine for adults with immunocompromising conditions: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2012;61:816-819.
11. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, et al. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. N Engl J Med 2005;352:2271-2284.
12. Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF, Advisory Committee on Immunization Practices, Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of herpes zoster: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 2008;57:1-30 quiz CE32-34.
13. CDC. Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis (Tdap) vaccine in adults aged 65 years and older-Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2012. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2012;61:468-470.
14. Smallridge WE, Rolin OY, Jacobs NT, et al. Different effects of whole-cell and acellular vaccines on Bordetella transmission. J Infect Dis 2014;209:1981-1988.
15. Advisory Committee on Immunization Practices, Fiore AE, Wasley A, Bell BP. Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 2006;55:1-23.
16. Mast EE, Weinbaum CM, Fiore AE, et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Part II: Immunization of adults. MMWR Recomm Rep 2006;55:1-33 quiz CE31-34.
17. CDC. Measles – United States, January 1-August 24, 2013. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2013;62:741-743.

อุบัติเหตุจราจร: รอยดอกยางยานพาหนะมีความสำคัญ

Traffic Accident: Tyre Mark As Important Evidence

อุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุแห่งการตายที่สูง และในขณะนี้นับว่าเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย ดังที่เห็นได้ชัด เช่น ในช่วงปี พ.ศ. 2541-2551 มีคนไทยเสียชีวิตรวม 138,158 คน และบาดเจ็บ 9,135,787 คน และนับปีก็จะมากขึ้นตามลำดับ¹ ทั้งนี้ น่าจะเกิดจากการขาดความระมัดระวัง ขาดความรู้และประสบการณ์²

สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญในอุบัติเหตุจราจรก็คือ **“ร่องรอยของดอกยาง”** เพราะร่องรอยของดอกยางย่อมเป็นพยานหลักฐานประการหนึ่งที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะหากไปพบว่ามียานพาหนะที่ทำให้เกิดการตายอยู่ในที่เกิดเหตุ (ชนแล้วหนี) การตรวจร่องรอยดังกล่าวจะสามารถบอกถึงขนาด ชนิด ประเภท รุ่น ปีที่ผลิต ของยางพาหนะ และสามารถจะย้อนไปถึง **“ชนิดของยานพาหนะที่ใช้ยางดังกล่าว”** นั่นเอง

สาเหตุของอุบัติเหตุ

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจราจรมีหลายประการ บ้างก็ว่ามี 3 องค์ประกอบหลักคือ คน ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม² ซึ่งแท้ที่จริงอาจมีสาเหตุอื่น ๆ อีกบ้าง ทั้งนี้ อาจจำแนกได้เป็น

1. คน

อาจจำแนกได้เป็น 2 ส่วนคือ

1.1 ผู้ขับขี่

หมายถึง สภาพแห่ง “บุคคล” ที่ทำหน้าที่ในการขับขี่ยานพาหนะ (รถ) มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ซึ่งขึ้นอยู่กับ

ก. ความไม่สนใจในการขับขี่ในเส้นทางนั้น ๆ เช่น เส้นทางที่มีโค้งอันตรายหลายโค้ง

ข. ความสนใจในยานยนต์คันที่ขับดังกล่าว เช่น เป็นรถที่ตนเองยังขับไม่ชำนาญ

ค. สภาพแห่งการ

บังคับยานพาหนะ ความมีเมตตา การอดหลับอดนอน การขับที่ต่อเนื่องกันมานานกว่า 4 ชั่วโมง การป่วยเจ็บ (ป่วยจากโรค) เช่น เพิ่งหายจากไข้หวัด สภาพแห่งร่างกายจากอายุ เช่น คนสูงอายุ มีพลังกำลังน้อย สายตาในคนสูงอายุไม่ดีนัก

ง. ความเร่งร้อนใน

การขับขี่ เช่น การที่ต้องการรีบไปให้ถึงที่หมายปลายทางให้เร็วที่สุดเพราะมีภารกิจ (การนัด)

จ. สิ่งรบกวนในรถ

เช่น เปิดฟังวิทยุ ดูโทรศัพท์ขณะขับรถ มีคนชวนคุยเรื่องให้ไขว้เขว เล่าเรื่องชวนให้ตกใจ ชวนให้คิด

ทั้งหมดนี้เข้าได้กับ

การที่ผู้ขับขี่ “มีความประมาท” นั่นเอง

และอาจสรุปได้อย่างสั้น ๆ ว่าไม่รักษากฎหมายหรือกฎจราจร ซึ่งคือ “กฎแห่งความปลอดภัยในการใช้ถนน” นั่นเอง

1.2 ผู้เดินถนน (หากกรณีเป็นการเสียชีวิตของผู้ที่เดินถนนหรือมีได้ขับขี่)

หมายถึงผู้ที่ประสบอุบัติเหตุจากยานพาหนะ เช่น

ก. ผู้ที่ถูกรถชนจนเสียชีวิตโดยที่ตนเองมีส่วนทำให้เกิดด้วย เช่น การที่ตนเองเมาสุรา หรือเมายาเสพติด ทำให้เห็นภาพหลอนจนวิ่งมาหายานพาหนะชน เป็นต้น

ข. การที่ผู้ถูกชนเดินหรือวิ่งตัดหน้ารถเพราะความประมาทหรือขาดความดูแล เช่น เป็นเด็กเล็ก เป็นต้น

2. ยานพาหนะ

จำต้องพิจารณาจากตัวยานพาหนะเอง เช่น

ก. องค์ประกอบของยานพาหนะโดยตรง หมายถึง องค์ประกอบหลัก เช่น ระบบเครื่องยนต์ ระบบเบรก ระบบไฟฟ้า ระบบล้อและยาง

ข. องค์ประกอบของเครื่องช่วยอื่น ๆ เช่น กระจกส่องข้าง หรือหลัง



3. ถนนและสภาพแวดล้อม

ในที่นี้ต้องหมายถึงสภาพแวดล้อมรวมทั้งหมด เช่น

3.1 ถนน

หมายถึง ทางที่ยานพาหนะต้องใช้เคลื่อนที่ เช่น

ก. พื้นผิวของถนนไม่ราบเรียบจนเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนของยานพาหนะ

ข. สิ่งที่ยูบ่นผิวถนนเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนของยานพาหนะ เช่น ทราฟ น้ำมัน โคลน น้ำ เป็นต้น

ค. ชนิดของถนนกับความเร็วของยานพาหนะ เช่น ถนนหลวงที่มีความเร็วสูงอาจจำเป็นต้องลาดด้วยยางที่ให้ล้อรถเกาะถนน การใช้พื้นคอนกรีตอาจมีผลต่อการเกาะถนนน้อยกว่า เป็นต้น

3.2 สภาพแวดล้อมอื่น ๆ

หมายถึง สภาพแวดล้อมโดยทั่วไป เช่น 1) ไฟฟ้าส่องสว่าง 2) คว้นหรือหมอกที่อยู่ข้างทางหรือบนทางที่ยานพาหนะเคลื่อน 3) ความไม่ชัดเจนของสัญญาณบอกทาง 4) เสียงที่อึกทึกที่อาจรบกวนสมาธิของผู้ขับขี่ยานพาหนะ 5) การสะท้อนของวัสดุข้างทางต่อผู้ขับขี่ยานพาหนะ 6) ยานพาหนะด้านหน้าหรือด้านหลังพาหนะที่กำลังขับขึ้น เช่น การที่เปิดไฟสูง กำลังแรง ส่องมาเข้าตาผู้ขับขี่ 7) ทิศทางที่ขับ เช่น การขับย้อนกับแสงอาทิตย์ที่กำลังขึ้น 8) สัตว์ที่อาจเดินเล่นผ่าน เช่น มีสุนัขวิ่งตัดหน้าอย่างฉับพลัน เป็นต้น

รอยดอกยาง (Tyre Mark) กับการชันสูตรพลิกศพและการตรวจศพ

ในการชันสูตรพลิกศพและการตรวจศพผู้ที่เสียชีวิตบนท้องถนน ซึ่งถือว่าเป็นการตายผิดธรรมชาติประเภทหนึ่งด้วย³ แพทย์ผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพร่วมกับเจ้าพนักงานอื่นนั้น โดยทั่วไปจะดำเนินการ **“ชันสูตรพลิกศพ”** ตามระบบหรือตามอวัยวะแล้วแต่จะพิจารณาตามความเหมาะสม เช่น

ก. ตามระบบ จะดำเนินการตามระบบต่าง ๆ เช่น ระบบสมองและประสาท ระบบไหลเวียนของเลือด ระบบหายใจ เป็นต้น

ข. ตามอวัยวะ (หรือตำแหน่งของอวัยวะ) โดยอาจจะดำเนินการจากอวัยวะบนลงล่าง (หรือกลับกัน) หรือจากด้านหน้าไปด้านหลัง (หรือกลับกัน) เป็นต้น

สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่แพทย์ต้องให้ความสำคัญในอุบัติเหตุจราจรก็คือ **“ร่องรอยของดอกยาง”** เพราะร่องรอยของดอกยางย่อมเป็นพยานหลักฐานประการหนึ่งที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะหากไม่พบว่ามียานพาหนะที่ทำให้เกิดการตายอยู่ในที่เกิดเหตุ (ชนแล้วหนี) การตรวจร่องรอยดังกล่าวจะสามารถบอกถึงขนาด ชนิด ประเภท รุ่น ปีที่ผลิต ของยางพาหนะ และสามารถจะย้อนไปถึง “ชนิดของยานพาหนะที่ใช้ยางดังกล่าว” นั่นเอง

ประเด็นที่ต้องพิจารณาเรื่องรอยดอกยางบนเนื้อตัวร่างกายของผู้ตาย

การพิจารณาร่องรอยที่ปรากฏบนเนื้อตัวร่างกายของผู้ตายย่อมอาศัย

หลักพื้นฐานในทางนิติเวชศาสตร์ ซึ่งพิจารณาเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. เป็นรอยดอกยางจริงหรือไม่

หมายถึง ร่องรอยที่ปรากฏเป็นแนวขนานบนเนื้อตัวร่างกายนั้น อาจมีลักษณะที่เพียงแต่คล้ายคลึงกันกับ “รอยดอกยางของรถ” เท่านั้น ในทำนองเดียวกัน “รอยที่ไม่เหมือนกับเป็นรอยดอกยาง” เช่น มิได้มีรอยเป็นรอยคู่ขนานก็อาจเป็นรอยจากยางรถได้ เช่น รถที่ใช้ยางประเภทไม่มีดอกยาง หรือดอกยางที่สึกหรอไปจนเกือบเกลี้ยง เป็นต้น

2. รอยดอกยางดังกล่าวเป็นของยางอะไร

ในประการนี้จากรอยดอกยางที่ปรากฏบนเนื้อตัวร่างกายของผู้เสียชีวิต “เหื่อจากการจราจร” อาจบ่งบอกถึง

ก. ประเภทของยาง

ข. ขนาดของยางเป็นเท่าใด

ค. รุ่นของยาง

จ. ปีที่ผลิตยาง

ฉ. ความเก่าใหม่ของยาง (ดูขอบของแผล)

3. รอยดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อใด

กรณีเกิดก่อนตาย

ก. เป็นรอย (ยาง) ที่ทำให้ถึงแก่ความตาย (กดทับ)

ข. เป็นรอย (ยาง) ที่เป็นต้นเหตุแห่งการตาย (ชน และทับ อันเป็นเหตุทำให้ศีรษะกระแทกพื้นและถึงแก่ความตาย เป็นต้น)

ค. เป็นรอยดอกยางที่เกิดขึ้นล่วงหน้าแล้ว เช่น อาจเกิดอุบัติเหตุเมื่อวานนี้มาแล้ว

รอยที่ปรากฏทั้งหมดนี้จะเห็นเป็นรอยของดอกยาง ซึ่งหากทำการตรวจชิ้นเนื้อของรอยดังกล่าวจะพบปฏิกิริยาแห่งชีวิต (vital reaction) ด้วย เช่น การที่มีเลือดออกนอกเส้นเลือด (extravasation), การที่มีการแทรกตัวของเม็ดเลือดขาว (penetrating of white blood cell) รวมถึงการที่อาจมีสารที่อาจตรวจพบได้ เช่น ฮิสตามีน เป็นต้น

กรณีเกิดหลังตาย

หมายถึงบาดแผลที่ปรากฏนั้นมิใช่เป็น

สาเหตุหรือเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต แต่อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้นั้นเสียชีวิตแล้ว (เป็นศพแล้ว) เช่น

ก. ถูกรถอื่นชนและทับซ้ำ

ข. เสียชีวิตจากโรคธรรมชาติอย่างเฉียบพลันบนท้องถนนหรือทางที่ยานพาหนะแล่นผ่าน เช่น หัวใจวายกลางถนน แล้วมีรถอื่น ๆ วิ่งมาทับจนทำให้เกิดเป็นร่องรอย เป็นต้น

4. รอยดอกยางนี้สัมพันธ์โดยตรงกับสาเหตุแห่งการตายใช่หรือไม่

เป็นกรณีที่ต้องเนื่องมาจากข้อ 3 ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งหมายถึงการที่รอยดอกยางที่ปรากฏเป็นรอยอาจแสดงถึง

ก. แรงที่กระทำต่อเนื้อตัวร่างกายจนทำให้ผู้ตายนั้นถึงแก่ความตายโดยตรง (ทับที่เนื้อตัวร่างกายจนเป็นสาเหตุแห่งการตาย) เช่น การที่ทับที่หน้าอกจนทำให้หัวใจและปอดฉีกขาด หรือการทับที่ขาทำให้เส้นเลือดแดงใหญ่ที่ขาฉีกขาด เป็นต้น

ข. แรงที่กระทำต่อเนื้อตัวร่างกายมิได้ทำให้ผู้ตายนั้นถึงแก่ความตายโดยตรง แต่เป็นรอยที่แสดงถึงแรงที่สัมพันธ์โดยตรงกับการทำให้เกิดสาเหตุแห่งการตายนั่น เช่น ชนให้ล้มและทับที่แขน แต่การชนนั้นทำให้ศีรษะกระแทกพื้นจนถึงแก่ความตาย

ค. เป็นเพียงแต่ยานพาหนะที่ทับหรือทำให้เกิดรอยนั้น ทับไปยังคนที่ตายแล้ว ก็อาจทำให้เกิดรอยได้หากเป็นการตายใหม่ ๆ

ทั้งหมดนี้การตรวจทางนิติเวชศาสตร์อย่างละเอียดย่อมสามารถที่จะให้คำตอบได้

การเก็บพยานหลักฐานดอกยางบนร่างกาย

แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ (ตามมาตรา ๑๕๐) หรือแพทย์ที่ทำการตรวจศพ (ตามมาตรา ๑๕๒)³ สมควรที่จะต้องดำเนินการเกี่ยวกับสภาพแห่ง “ดอกยางที่ปรากฏ” ได้อย่างถูกต้อง เช่น

ก. การถ่ายภาพดอกยางที่ปรากฏ

ข. การบรรยายลักษณะของดอกยางที่พบ

ค. ลักษณะอื่น ๆ ของดอกยาง เช่น สีที่พบ จำนวนที่พบ ตำแหน่งที่พบ คราบที่ติดมา

เช่น มีคราบโคลนติดมาด้วย เป็นต้น

หมายเหตุ:

อาจมีรอยของดอกยางที่ปรากฏให้เห็นมากกว่า 1 ชนิด ซึ่งอาจเกิดจากการที่มีล้อของยานพาหนะมาทับหลายคัน หรืออาจเป็นคันเดียวกันแต่มีการใช้ยางมากกว่า 1 ชนิด เช่น ทับด้วยยางล้อหน้าและยางล้อหลัง เป็นต้น

ง. การวัดรอยดอกยาง ซึ่งต้องทำการวัดทั้งความกว้าง ยาว ลึกของรอยกด

จ. การวัดความห่างระหว่างรอยดอกยาง (เช่น กรณีดังกล่าวเป็น 3.5 เซนติเมตร)

ฉ. การตัดชิ้นเนื้อบริเวณรอยดอกยางปรากฏ (เพื่อการตรวจปฏิกิริยาแห่งชีวิต เป็นต้น)



ร่องรอยดอกยางบอกอะไรในกระบวนการชันสูตรพลิกศพ

เราได้ทราบมาอย่างดีแล้วว่า วัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพหลักคือ ต้องการทราบว่าผู้ตายคือใคร ตายมานานแล้วเท่าใด ตายที่ใด สาเหตุแห่งการตายคืออะไร พฤติการณ์ที่ตายคืออะไร ผู้ที่ทำให้ตายหากสามารถระบุได้ และหลักในการพิจารณาทางการแพทย์โดยอาศัยหลักของ “Mechanism of Death” ย้อนหลังจากสาเหตุแห่งการตาย หากการตายนั่นเป็นการตายที่เกิดจากรอยนั้นโดยตรง เช่น การที่ถูกรถบรรทุกทับที่หน้าอก อาจย้อนกลับในการให้รายละเอียด ดังนี้

ก. สาเหตุแห่งการตายหรือ Cause of Death (พิจารณาตามแนวทางการเขียนหนังสือรับรองการตายหรือ ทร.4/1) ดังแบบที่ต้องระบุ (แสดง) ในแบบ “หนังสือรับรองการตาย”



ข้อ 1: เลือดออกในช่องอกจำนวนมากและรวดเร็ว

ข้อ 2: หัวใจและปอดฉีกขาด

ข้อ 3: การกดทับอย่างแรงที่หน้าอก (blunt force chest injury)

ข้อ 4: รถทับที่หน้าอก

ข้อ 5: อุบัติเหตุจากรถ

ข. วิเคราะห์กระบวนการที่ทำให้เกิดการตาย (Mechanism of Death)

ในข้อที่ 1 และ 2 เป็นสาเหตุแห่งการตาย “ตามพยาธิสภาพ” หรือ “พยาธิวิทยา” ในส่วนที่สัมพันธ์กับอวัยวะที่เป็นสาเหตุแห่งการตาย (Mode of Death)

ในข้อที่ 3 เป็นการแสดงกระบวนการที่ทำให้ตาย (Mechanism) แสดงถึงแรงที่มากกระทำที่หน้าอกอย่างรุนแรง

กระบวนการที่ทำให้ตายนั้นเกิดจากแรงกระทำบริเวณที่พบว่ามีรอยดอกยาง (Tire Mark) ย่อมแสดงว่า

- รอยยางของยานพาหนะที่เกิดขึ้นก็คือ ยานพาหนะที่ทำให้เกิดการตาย

- ยานพาหนะที่ใช้ยางยี่ห้อดังกล่าวเป็นวัตถุที่ทำให้ตาย

- ผู้ขับขี่ยานพาหนะ ณ เวลานั้น ๆ เป็นผู้ทำให้ตาย (มีความผิด เช่น ขับรถโดยประมาทเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย)⁴

ในข้อที่ 4 เป็นการแสดงถึงยานพาหนะ (รถ) ที่มาทับทำให้เกิดแรง ในข้อ 3 โดยสรุปได้จากรอยยางพาหนะที่เป็นเหตุให้เกิดรอยกด (น้ำหนัก) ที่หน้าอกจนเกิดการบาดเจ็บที่อวัยวะภายใน

ในข้อที่ 5 เป็นหัวข้อ “**พฤติการณ์แห่งการตาย**” ซึ่งเป็นการสันนิษฐานตามหลักเกณฑ์ (หลักการ) ที่มีหลักฐานอยู่ เช่น กรณีที่มีเอกสารนำส่งมาจากพนักงานสอบสวนว่า “**อุบัติเหตุจากรถ**” เราอาจถือว่าเป็นไปตามที่พนักงานสอบสวนได้สันนิษฐานไว้ก่อนได้ ยกเว้นเสียแต่จากการชันสูตรพลิกศพ และ/หรือตรวจศพจะมีพยานหลักฐานอื่นที่ต่างออกไปมาสนับสนุนเท่านั้น

หมายเหตุ

ในทางนิติเวชศาสตร์โดยทั่วไปนั้นมักไม่ระบุใน ส่วน “พฤติการณ์แห่งการตาย” ไว้ ทั้งนี้เพราะพฤติการณ์แห่งการตายจะมีความสัมพันธ์กับ “การกระทำโดยตรง” หรือ “กิริยาอาการที่มีการกระทำ” ซึ่งจะต้องสรุปจาก

ก. พยานหลักฐานที่มากกว่าการตรวจพบได้จากศพ เช่น ต้องได้พยานหลักฐานจาก “พยานบุคคล” ซึ่งเป็นประจักษ์พยาน ทั้งนี้เพราะแพทย์ที่ชันสูตรพลิกศพหรือตรวจศพมิได้อยู่ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การสันนิษฐานถึงพฤติการณ์แห่งการตาย อันประกอบด้วย กระทำตนเอง ผู้อื่นกระทำ หรือ อุบัติเหตุ จึงไม่อาจทราบได้อย่างชัดเจน

ข. พยานหลักฐานทางการแพทย์จากการชันสูตร และ/หรือตรวจศพโดยตรง เช่น การที่ตรวจพบบาดแผลหลายชนิดในคนเดียวกัน หรือหลายตำแหน่งในคนเดียวกันที่ไม่อาจเป็นไปได้โดยแน่แท้ว่า จะกระทำต่อตนเอง เช่น

- การที่ถูกกระสุนปืนที่ตำแหน่งส่วนกะโหลกศีรษะส่วนหลัง

- การถูกกระสุนปืนที่ศีรษะหลายนัดโดยที่แต่ละนัดเป็นบาดแผลรุนแรง (จรรยา) เพราะเป็นตำแหน่งที่ถึงแก่ความตายได้แล้ว

- การเกิดบาดแผลในการใช้มือข้างที่ไม่ถนัด

- การมีบาดแผลหลายชนิด หลายประเภท ที่รุนแรงตามเนื้อตัวร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นบาดแผลกระสุนปืน บาดแผลถูกแทงที่หน้าอก บาดแผลถูกเชือดที่คอถึงถึงหลอดลม ฯลฯ ที่ยากที่จะทนทานต่อบาดแผลทั้งหมดได้ แม้ว่าจะมีเพียงแผลเดียวก็ตาม แสดงถึงการถูก “ประทุษร้าย” นั้นเอง

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าการตรวจทางนิติเวชศาสตร์ ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการตายทางการแพทย์นั้น การตรวจบาดแผลจากรอยยานพาหนะจึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการหาสาเหตุแห่งการตายเช่นเดียวกัน

สรุป

การที่แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพหรือทำการตรวจศพผู้ตายที่ได้รับแจ้งว่า “น่าจะเสียชีวิตจากการจากรถ” นั้น ร่องรอยของดอกยางบนเนื้อตัวร่างกายของผู้ที่เสียชีวิตนั้นย่อมมีความสำคัญ แพทย์จำเป็นต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องการเก็บพยานหลักฐานเพื่อการตรวจต่อ ทั้งนี้เพราะพยานหลักฐานดังกล่าวจะมีส่วนสำคัญในทางคดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถานการณ์อุบัติเหตุในประเทศไทย.

http://www.roadsafetythai.org/document/media/media_189_100122021629.pdf

2. อุบัติเหตุจากรถ. <http://dpc9.ddc.moph.go.th/group/ncd/INJURY/traffic%20injury.htm>

3. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>

4. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>

สวรส.-วช. หนุนทุนวิจัย มุ่งเป้า “โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ปี 58

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) จัดประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการวิจัยมุ่งเป้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข ชุดโครงการการป้องกัน รักษา และการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ครั้งที่ 3/2558 เพื่อพิจารณาคัดเลือกโครงการวิจัย ประจำปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเปิดรับข้อเสนอโครงการตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน ถึงวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา



ทุนวิจัยปีงบประมาณ 2558 จาก วช. มาทั้งสิ้น 72 ล้านบาท ซึ่งวงเงินที่เหลือประมาณ 38 ล้านบาทนั้น จะนำไปใช้สนับสนุนทุนวิจัยต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2556-2557 ต่อไป

สำหรับจำนวน 9 โครงการที่เข้ารอบโจทย์วิจัย NCD ประจำปีงบประมาณ 2558 ประกอบด้วย

1. โครงการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย โดย รศ.ดร.พญ.อดิพร อิงค์สาธิต สังกัดกลุ่มสาขาวิชาโรคไต วิทยาลัยคลินิกและชีวสถิติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผลที่คาดว่าจะได้รับ จะช่วยพัฒนาองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการพยากรณ์โรคไตเรื้อรังที่จะนำไปสู่การวางแผนปรับปรุงวิธีการรักษาเกี่ยวกับโรคไต รวมทั้งการพัฒนาอุปกรณ์เพื่อสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำไปประยุกต์

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมวลไขมัน อาหาร และการออกกำลังกายในหญิงให้นมบุตรและเด็กวัยเรียน เพื่อการป้องกันภาวะอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดย รศ.ดร.พัทธนี วินิจจะกุล สังกัดสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ผลที่คาดว่าจะได้รับ จะได้ข้อแนะนำและรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิตที่สอดคล้องและปฏิบัติจริงได้ในระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในระบบสาธารณสุขของประเทศ

3. การรักษาโรคเมะเร็งปอดแบบมุ่งเป้าและการค้นหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพเชิงเมตาบอลิซึมในคนไทย จากการวิจัยเบื้องต้นสู่การศึกษาวินิจฉัยทางคลินิก ระยะที่ 2 โดย พญ.ธัญนันท์ เรืองเวทย์วัฒนา สังกัดภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผลที่คาดว่าจะได้รับ จะช่วยทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการใช้ยา Metformin และ Aspirin ว่าสามารถใช้ป้องกันหรือลดอัตราการเกิดโรคเมะเร็งปอดได้หรือไม่ และหากการวิจัยสำเร็จตามวัตถุประสงค์จะนำไปสู่การพัฒนาการศึกษาวิจัยทางคลินิกระยะที่ 2 ในการพัฒนาชุดตรวจการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมในโรคเมะเร็งปอดในอนาคตที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเมะเร็งปอดแบบมุ่งเป้าในประเทศไทยได้ เป็นต้น

4. ประโยชน์ของการตรวจเพพไทด์ด้วย F-18 florbetapir (F-18-AV-45) เพื่อประเมินการสะสมของ amyloid ในสมองในผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์, ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเล็กน้อยของความสามารถของสมองและผู้สูงอายุปกติ



การประชุมครั้งนี้มี นพ.ภูษิต ประคองสาย รักษาการผู้อำนวยการ สวรส. เป็นประธาน พร้อมด้วยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย รศ.ดร.นัยพินิจ ศษภักดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ดร.นพ.วิรัช เกษมทรัพย์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และ นพ.ประวิช ตัญญูสิทธิสุนทร เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ร่วมประชุม โดยผลการพิจารณาคัดเลือกโครงการวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุน จำนวน 9 โครงการที่เข้ารอบโจทย์วิจัย NCD จากโครงการที่เสนอมาทั้งหมด 87 โครงการ เป็นงบประมาณที่เสนอขอการสนับสนุน รวมจำนวน 34 ล้านบาท ทั้งนี้ สวรส. ได้รับอนุมัติวงเงินเพื่อสนับสนุน





โดย พญ.ธัญญลักษณ์ เรียงธัญญกิจ สังกัดภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผลที่คาดว่าจะได้รับ จะทำให้ทราบถึงการสะสมของ Beta-amyloid ในสมอง เพื่อเป็นการเปรียบเทียบกับผลการตรวจวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจากอาการทางคลินิก รวมทั้งผลการตรวจรังสีอื่น ๆ ในกลุ่มตัวอย่างประชากร เพื่อพิจารณาถึงความไวและความจำเพาะของการใช้เครื่องตรวจนี้ หากพบว่าการตรวจด้วย F-18 florbetapir มีประโยชน์ต่อการวินิจฉัยผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มหรือระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้จะสามารถใช้ในการประเมินผลก่อนและหลังการใช้การรักษาเพื่อพัฒนาหรือวิธีการป้องกันต่อไป

5. การทำนายการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี โดยการตรวจดอปเพลอร์หลอดเลือดแดงยูเทอรินร่วมกับการวัดระดับการทำนายการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี โดยการตรวจดอปเพลอร์หลอดเลือดแดงยูเทอรินร่วมกับการวัดระดับของ fms-like tyrosine kinase (sflt-1), placental growth factor (PIGF) และ pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A) โดย รศ.นพ.ชำนาญ แทนประเสริฐกุล สังกัดโครงการจัดตั้งภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผลที่คาดว่าจะได้รับ หากการทำนายในกลุ่มเสี่ยงได้แม่นยำจะช่วยลดการเกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ เพื่อจะช่วยให้วางแผนการรักษาดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วัยแรกเริ่มของโรค ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาด้านคุณภาพชีวิตของประชากรของประเทศ

6. การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ โดย นพ.สมัย ศิริทองถาวร สังกัดสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผลที่คาดว่าจะได้รับ จากการศึกษาตัวอย่างเด็กก่อนวัยเรียนและ

วัยเรียนที่ได้รับการคัดกรอง ถ้าพบโรคสมาธิสั้นจะได้รับการรักษาพยาบาลและการปรับพฤติกรรม ช่วยลดความล่าช้าในการรับบริการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง ทำให้เด็กมีโอกาสนประสบความสำเร็จในการเรียนและพัฒนาการเชิงสังคม ซึ่งจะเกิดระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในแบบบูรณาการที่ต่อเนื่องในระดับโรงเรียน สถานพยาบาล และบ้าน

7. การดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง: การรักษา การเฝ้าระวัง และการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการลำไส้ทางช่องท้องโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ และการสร้างฐานข้อมูล โดย ดร.ภญ.ชิดชนก เรือนก้อน สังกัดภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อให้อายุรแพทย์โรคไตและบุคลากรทางสาธารณสุขทราบแนวทางประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย และป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการลำไส้ทางช่องท้อง อีกทั้งจะช่วยให้ทราบความเข้ากันได้ของยาต้านจุลชีพกับน้ำยาล้างไต เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

8. อัตราการพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานและการศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยการนอนหลับและระดับกรดยูริกในเลือดต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานในผู้ที่มีภาวะ pre-diabetes โดย พญ.ธัญญรัตน์ อนันทสินทวี สังกัดภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผลที่คาดว่าจะได้รับ จะทำให้ทราบถึงปัจจัยจากการนอนหลับและภาวะกรดยูริกในเลือดสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งถ้าพบถึงความสัมพันธ์จะมีประโยชน์ในการกำหนดมาตรการป้องกันเบาหวานในอนาคต

9. ช่องว่างในการเข้าถึงบริการจิตเวชและภาระทางเศรษฐศาสตร์: การศึกษาระยะยาวในชุมชน โดย ผศ.นพ.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผลที่คาดว่าจะได้รับ ทำให้ทราบถึงข้อมูลด้านภาระทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อช่วยให้หน่วยงานด้านนโยบายวางแผนการลงทุนเรื่องระบบบริการสาธารณสุข เช่น สปสช. ตัดสินใจว่าควรให้สิทธิในการรักษาโรคทางจิตเวชมากน้อยเพียงใด และลงทุนอย่างไรจึงจะคุ้มค่า

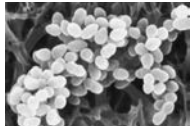
ทั้งนี้ ระยะเวลาการดำเนินโครงการวิจัย ปี พ.ศ. 2558 เฉลี่ยการศึกษาอยู่ระหว่าง 2-3 ปี โดย สวรส. และ วช. จะเร่งดำเนินการประสานการสนับสนุนทุนและเริ่มดำเนินโครงการวิจัยให้แล้วเสร็จภายในเดือนมิถุนายนนี้



วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
2-3 กรกฎาคม 2558 	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	การอบรมเชิงปฏิบัติการ “Update on Well Child care: Investment for the future 2015” (การลงทุนเพื่ออนาคต เริ่มต้นที่คลินิกสุขภาพเด็กดี) ณ ห้องประชุม 1-2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 08-8874-4674 โทรสาร 0-2345-8088 E-mail: qsnich.training@gmail.com www.childrenhospital-training.com
2-4 กรกฎาคม 2558 	สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2558 : Practice Approach of GI and Liver Problems in General Practice ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2419-7282 ต่อ 118 โทรสาร 0-2411-5013 E-mail: porntip.jinpat@gmail.com www.gastrothai.net
8-10 กรกฎาคม 2558 	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 35 วาระครบรอบ 20 ปีของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-0715-6 โทรสาร 0-2718-0717 E-mail: admin@rcopt.org www.rcopt.org
9-10 กรกฎาคม 2558 	สาขาโรคผิวหนัง ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	การประชุมวิชาการ “10+ โรคผิวหนังต้องรู้สำหรับแพทย์ทั่วไป ครั้งที่ 4” ณ ห้องประชุม 910A-C ชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542 โทรสาร 0-2201-2607 E-mail: academic.rama@gmail.com http://academic.ra.mahidol.ac.th
9-10 กรกฎาคม 2558 	ชมรมพยาบาลและบุคลากรด้านจักษุไทย ร่วมกับ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	การประชุมวิชาการพยาบาลจักษุประจำปี พ.ศ. 2558 “Deep Insights for Future in Patients with Chronic Eye Diseases” ณ ห้องประชุมราชเทวีแกรนด์ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-3438-8711 ต่อ 1305, 09-7014-7195, 08-1989-4042 โทรสาร 0-3422-5151 E-mail: tonssthaiand2011@gmail.com www.tonss.org, www.metta.go.th
9-10 กรกฎาคม 2558 	ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	การประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ “ฟื้นฟูวิชาการ ทนสมัยก้าวไกล รวมใจเวชศาสตร์ฟื้นฟู” รุ่นที่ 1 ณ ห้องประชุม ดิگสมาคศิษย์เก่าแพทย์ศิริราช ชั้น 2 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	โทรศัพท์ 0-2419-7508-9 ต่อ 103, 105 โทรสาร 0-2411-4813 http://rehabmed.or.th/main
11 กรกฎาคม 2558 	ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ร่วมกับ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล	การประชุมวิชาการ Rehabilitation Medicine & Physiotherapy Annual Meeting 2015 “Updates in Multidisciplinary Rehabilitation Treatment” ณ ศูนย์ประชุมชั้น 21 อาคาร BI Clinic โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล	โทรศัพท์ 0-2667-1883-5 โทรสาร 0-2262-5022 E-mail: medical.education@bumrungrad.com http://rehabmed.or.th/main
25-27 พฤศจิกายน 2558 	สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย	4 th Annual Conference for Thai Emergency Physicians: ACTEP 2015 ณ เดอะ รีเจนท์ ซะอำบีช รีสอร์ทท หัวหิน	โทรศัพท์ 0-2354-8223-4 โทรสาร 0-2354-8224 E-mail: contact@taem.or.th www.taem.or.th www.facebook.com/actep
5-7 ธันวาคม 2558 	โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต	การประชุมวิชาการนานาชาติ The Second Colorectal Disease Symposium ณ โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต และโรงแรม Hilton Phuket Arcadia Resort and Spa	โทรศัพท์ 0-7625-4425 ต่อ 1640 โทรสาร 0-7635-4062 E-mail: info@phuketohospital.com www.phuketohospital.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 188 โทรสาร 0-2435-2345 ต่อ 181
บริษัท สสวสสาร จำกัด 71/17 ถนนบรมชนกนที แขวงจตุจักร อภิบาล เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2015

Date	Title	City	Country	Contact
12-17 July 2015 	Gordon Research Conference- Tuberculosis Drug Discovery & Development 2015	Girona	Spain	www.grc.org/programs.aspx?id=13037
12-17 July 2015 	Gordon Research Conference- Staphylococcal Diseases 2015	Lucca	Italy	www.grc.org/programs.aspx?id=12153
20-24 July 2015 	Advanced Course in Applied Hospital Epidemiology	Palm Cove	United States of America	www.asid.net.au/meetings/2015-advanced-course-in-applied-hospital-epidemiology
21-24 July 2015 	XIX th International Congress "Phytopharm 2015"	Bonn	Germany	www.ipharma.sp.ru/Phyto15/Introduction.html
24-26 July 2015 	14 th Annual Primary Care Focus Symposium	Naples	United States of America	http://PrimaryCareFocus.BaptistHealth.net
26-31 July 2015 	Gordon Research Conference-Malaria 2015	Girona	Spain	www.grc.org/programs.aspx?id=12779
6-8 August 2015 	The Second Asian Symposium on Healthcare Without Borders	Hiroshima	Japan	http://esdfocus.org/healthcare-without-borders-symposium
7-9 August 2015 	MiTA Myanmar Medical & Health Care Exhibition and Conference	Yangon	Myanmar	http://medical-healthcare.mitamyanmar.com
10-13 August 2015 	Translational Medicine 2015	Cairns	Australia	www.zingconferences.com/conferences/translational-medicine-2015

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

กิจกรรมบรรยายโดยคัลยแพทย์บราซิล

สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย ร่วมกับ สาขาวิชาตจวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ บริษัท แอลเลอร์แกน (ประเทศไทย) จำกัด จัดการบรรยายและสาธิตในหัวข้อ “My beauty plan: Achieve my beauty through elegant eyes” โดย Dr.Mauricio De Maio คัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพลาสติกจากประเทศบราซิล โดยมี ผศ.พญ.สุวิรากร โอภาสวงศ์ ประธานประชาสัมพันธ์สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย ร่วมกับ พญ.มาริษา พงศ์พฤตพันธ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคผิวหนัง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้ช่วยประธานวิชาการสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย ร่วมกันเป็นตัวแทนของสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย ในการให้เกียรติต้อนรับ ณ ห้องประชุมเฉลิมพระพรหมมาศ อาคาร อปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อไม่นานมานี้



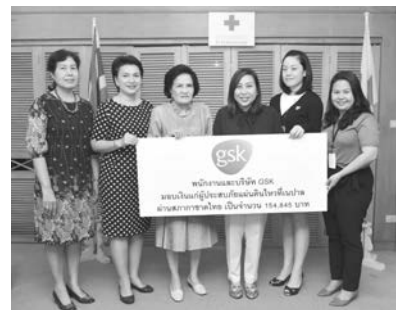
การเดินทางของจิตในชีวิตหลังความตาย

โรงพยาบาลนครธน ร่วมกับ มูลนิธิพันดารา จัดการบรรยาย “การเดินทางของจิตในชีวิตหลังความตาย” โดย ดร.กฤษดาภรณ์ เมธาวิกุล นักจิตวิทยาและผู้เชี่ยวชาญด้านพุทธวัชรยาน พร้อมด้วย นพ.วิโรจน์ ตระการวิจิตร ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ และคณะผู้บริหาร โรงพยาบาลนครธน ให้เกียรติต้อนรับ ซึ่งภายในงานได้จัดให้มีการจัดจำหน่ายสินค้าที่ระลึกจากทิเบตเพื่อนำเงินรายได้และเงินบริจาคเพิ่มเติมในงานไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยแผ่นดินไหวที่ประเทศเนปาล ณ ห้องประชุมทองลิมา เมื่อไม่นานมานี้



GSK ช่วยเนปาลผ่านสภากาชาดไทย

บริษัท แกแล็กโซสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด หรือ GSK และพนักงาน พร้อมด้วยครอบครัว บริจาคเงินจำนวน 154,845 บาท เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยแผ่นดินไหวที่ประเทศเนปาล โดย นางโสมรสา พงษ์เพิ่มพฤษ์ ผู้จัดการใหญ่แผนกองค์กรสัมพันธ์ เป็นตัวแทนมอบเงินผ่าน สภากาชาดไทย โดยมี ม.ร.ว.ปรียงค์ศรี วัฒนคุณ ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย ฝ่ายการจัดหารายได้ เป็นผู้รับมอบ เมื่อไม่นานมานี้



อย. เยี่ยมชมกระบวนการผลิตแบรนด์

ดร.ลักขณา ลีละยุทธโยธิน กรรมการบริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ให้เกียรติต้อนรับ นพ.บุญชัย สมบูรณ์สุข เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) นำคณะนักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ เกษตรกรปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เข้าเยี่ยมชมกระบวนการผลิตแบรนด์ซูปเปอร์แบรนด์รังนกแท้ที่มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการควบคุมการผลิต ได้รับใบประกาศนียบัตรรับรองมาตรฐานสากลระดับโลกต่าง ๆ มากมาย อาทิ ISO/IEC 17025:2005, GMP, HACCP, ISO 9001:2008 ฯลฯ ณ นิคมอุตสาหกรรมปิ่นทอง 2 อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี เมื่อไม่นานมานี้



สนุกลดพ้อทำเที่ยวญี่ปุ่น กับคาลพิส แลคโตะ

นางสาวพรพิศ ดันมธุสรชัย ผู้จัดการฝ่ายการตลาด บริษัท คาลพิสโฮสเทล จำกัด ผู้ผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่ม “คาลพิส แลคโตะ” นมเปรี้ยวแนวใหม่ ไม่เหมือนใคร ต้มเพื่อความสดชื่น ดับกระหาย และยังได้ประโยชน์จากนมเปรี้ยวที่หมักด้วยจุลินทรีย์แลคโตบาซิลลัสเฉพาะของคาลพิส มีประโยชน์ ต้มอร่อยไม่ซ้ำใคร พาผู้โชคดีในแคมเปญ “สนุกลดพ้อทำเที่ยวญี่ปุ่น กับคาลพิส แลคโตะ” จำนวน 20 ท่าน ร่วมทริปเจาะลึกเจแปน 6 วัน 4 คืน พร้อมท่องเที่ยวในย่านสำคัญของประเทศญี่ปุ่น โดยบรรยากาศเต็มไปด้วยความอบอุ่น และสนุกสนาน ณ ประเทศญี่ปุ่น เมื่อไม่นานมานี้



วงการแพทย์ 2558

สัญจรทั่วไทย

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจร
ทั่วไทย 2558 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ
ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์
ในโรงพยาบาลสายไหมและโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์
และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ร.พ.สายไหม



ร.พ.แพทย์รังสิต



ร.พ.ลำลูกกา



สถาบันราชภัฏรำไพพรรณี





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ความรู้ในเรื่องของแพทย์
ข่าวสารความคืบหน้า
วิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ บทความ
ผลงานวิจัย ตารางงานสัมมนา
และบทความทางวิชาการ
symposium
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพ
ทางด้านเวชกรรม



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.medicthai.net
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณนาย

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก. ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร



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

หมายเหตุ

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS





Menopause Academic Conference 2015 (MAC 2015)

Management of osteoporosis after long-term bisphosphonates



Speaker

ศ.นพ.ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Moderator

ศ.นพ.นิมิตร เตชไกรชนะ
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



วันที่ 6 พฤษภาคม 2558

โรงแรมอโนมา แกรนด์ กรุงเทพฯ

Actavis



การประชุมใหญ่ประจำปี 2558 ครั้งที่ 19

สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

ร่วมกับ

บริษัท ไบโอวาเลียส จำกัด

ประมวลภาพบรรยากาศงาน

Inactivated Vero cell derived-JE vaccine, The Next Generation



Moderator:

ศ.พญ.อุษา ทิสยากร
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Speakers:

ศ.พิเศษ ดร.ภญ.สุมนา ขมวิลัย
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร สถาบันเสวกาศ สภาวิชาชีพไทย



รศ.นพ.พรเทพ จันทวานิช
ภาควิชาภูมิคุ้มกันศาสตร์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน
มหาวิทยาลัยมหิดล



วันที่ 2 พฤษภาคม 2558

โรงแรมรอยัล คลิฟ แกรนด์ พัทยา จ.ชลบุรี



BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life

งานสัมมนาเพื่อให้คนอัมรู้แก่ประชาชน

หลับสบาย ดีแต่มีได้ ไร้โรค



วันเสาร์ที่ 15 สิงหาคม 2558 เวลา 08.30-16.00 น.

ณ ห้องประชุม “สดศรี วงศ์ถ้อยทอง” อาคาร ภปร. ชั้น 18

ค่าลงทะเบียน
300 บาท

ในวันงานรับสื่อ กระเป๋าพร้อมหนังสือ
ชุดอาหารว่างและอาหารกลางวัน

รายได้ทั้งหมดโดยไม่หักค่าใช้จ่าย
นำเข้ามูลนิธิคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์
เพื่อสนับสนุนกองทุนศูนย์นิทรรศการ

เลขที่บัญชี 406-111044-4

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาธนาคารไทย

ติดต่อสำรองที่นั่งด่วน

รับเพียง 300 ที่นั่งเท่านั้น!

ตั้งแต่วันนี้ - 29 กรกฎาคม 2558

ศูนย์นิทรรศการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

 02-649-4037 หรือ 02-649-4038

ในวันและเวลาราชการเท่านั้น

- | | |
|---------------|--|
| 08.30 - 09.00 | ลงทะเบียน |
| 09.00 - 09.10 | กล่าวเปิดการสัมมนาเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน
“หลับสบาย จิตแจ่มใส ไร้โรค” รศ.นพ.ฉันทชัย ลิขิตพันธ์ |
| 09.10 - 10.00 | เทศน์เปิดจิต พระเทพญาณวิศิษฐ์ |
| 10.00 - 10.20 | รับประทานอาหารว่าง |
| 10.20 - 10.50 | Hot Topic อ.ทนายท “ละเมอเพื่อพัก กระตุกตุกตุก” |
| 10.50 - 11.00 | แบ่งกลุ่มย่อย พร้อม Ice Breaking (เดินทำซึกกระตุก)
อธิบายวิธีการทำ Work Group “เรื่องจริงหรือไม่จริง”
เกี่ยวกับการนอน เทคนิค พิชิตการนอน (ไม่หลับ) |
| 12.30 - 13.00 | รับประทานอาหารกลางวัน และชมบุท Music Therapy |
| 13.00 - 13.10 | ช่วง หัวเราะบำบัด (Laughter Therapy) ดู clip สนุกๆ |
| 13.10 - 13.30 | เฉลย “เรื่องจริงหรือไม่จริง” เกี่ยวกับการนอน |
| 13.30 - 14.20 | สัมภาษณ์ “ใส่ใจการนอนสักนิด...ชีวิตจะเปลี่ยน” |
| 14.20 - 14.30 | รับประทานอาหารว่าง |
| 14.30 - 15.20 | Hot Topic “กรน...ขาดกร(ไม่)เจียม!!!” |
| 15.20 - 15.40 | ช่วงถาม - ตอบ |
| 15.40 - 16.00 | คำถามชิงโชค จับรางวัล และปิดงาน |

