

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

ปีที่ 17 ฉบับ 438 ประจำวันที่ 16-31 พฤษภาคม พ.ศ. 2558



ISSN 1513-590X
9 771513 590012



ควันบุหรี่มือสองในบ้าน ละเมิดสิทธิสุขภาพเด็ก

สำหรับผู้อ่านฉบับนี้ทางบรรณาธิการ

16-31/05/15

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

gsk

Takeda

SJMC

Get Up

- ตรวจเคมีสลายหัวใจ
- วินิจฉัยมะเร็งกระเพาะอาหาร
- อนามัยโลกยอมรับล้มเหลวสูติไบล่า

เกาะติด
งานประชุม

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
จัดประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์
"สุขภาพเด็กแห่งชาติ" ครั้งที่ 16

Radar

ร.พ.ตำรวจจัดตั้ง
ศูนย์ความเป็นเลิศด้าน
การผ่าตัดผ่านกล้องสามมิติ

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสาร ทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

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



กด Like ได้ที่
www.facebook.com/วงการแพทย์



The vaccine of choice for Rabies prophylaxis

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

VERORAB™

References:
1. World Health Organization. Rabies vaccines WHO position paper. Weekly epidemiological record. 2010; 65, 309-320 2. Suntharatham P, Warrell MJ, Warrell DA, et al. New purified vero cell vaccine prevents rabies in patient bitten by rabid animals. The Lancet. 1986;2:129-31. 3. Chutvongse S, Supich C, Wilde H. Acceptability and efficacy of purified vero-cell rabies vaccine in Thai children exposed to rabies. Asia Pac J Public Health. 1988;2(3):179-84. 4. Chutvongse S, Wilde H, Supich C, Baer GM, Fishbein DB. Postexposure prophylaxis for rabies with antiserum and intradermal vaccination. The Lancet. 1990;335:896-8. 5. Wang XJ, Lang J, Tao XR, et al. Immunogenicity and safety of purified vero-cell rabies vaccine in severely rabies-exposed patients in China. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2000;31(2):387-94. Health. Vol 31 No. 2 June 2000: 387-94. 6. Saverimont K, Wilde H, Singsongkulchai M, et al. Survival of neutralizing antibody in previously rabies vaccinated subjects: a prospective study showing long lasting immunity. Vaccine. 2006;24(18):3678-80. 7. Stephen Toovey Preventing rabies with the Verorab vaccine: 1985-2006 Twenty years of clinical experience. Travel Medicine and Infectious Disease (2007) 5, 327-348 8. WHO prequalified vaccines. The World Health Organization page. Available from: URL: http://www.who.int/immunization/standards/vaccine_quality/PQ_vaccine_list/en/index.html Accessed 03/2013

บริษัท ซันofi ปาสเตอร์ จำกัด
107/1 อาคารซีอีโอ ซาวนด์ ชั้น 20 ถนนสุขุมวิท
กรุงเทพฯ 10110 โทร. 0 2264 9999 โทรสาร 0 2264 8800

อก. เพยพการดำเนินงานในรอบ 6 เดือน ประหยัดให้รัฐไปแล่ว 1,623 ล้านบาท พร้อมเร่งเดินหน้าเปิดโรงงานผลิตยาแห่งใหม่ในมิถุนายนนี้

องค์การเภสัชกรรมเผยผลการดำเนินงานในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ช่วยประหยัดให้รัฐไปแล่ว 1,623 ล้านบาท ผลิตรักษาโรคความดันโลหิต ยาลดไขมัน ยารักษาจิตเวชได้เอง และเตรียมผลิตรักษาโรคลำไส้ในเร็ว ๆ นี้

น.พ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม เปิดเผยถึงผลการดำเนินงานขององค์การเภสัชกรรมในรอบ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2557 – เมษายน พ.ศ. 2558 ว่า การดำเนินการแก้ปัญหาเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงยาอย่างเพียงพอ นั้น องค์การเภสัชกรรมได้ปรับแนวทางการบริหารงาน ระบบงานต่าง ๆ มีการติดตามงานอย่างใกล้ชิดทั้งระบบในทุกส่วนงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ปัจจุบันมียาและเวชภัณฑ์สำรองอยู่ในระบบเฉลี่ยรายการละ 3-4 เดือน โดยมุ่งเน้น ยาจำเป็น ยานโยบาย ยาที่มีมูลค่าการใช้สูง อาทิ ยาต้านไวรัสเอดส์ ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ น้ำเกลือและน้ำยาล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวาย และจากการที่องค์การเภสัชกรรมได้ดำเนินการผลิตจัดหาและเวชภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ 6 เดือนที่ผ่านมา องค์การเภสัชกรรมสามารถช่วยรัฐประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาไปแล่ว 1,623 ล้านบาท

พร้อมกันนี้องค์การเภสัชกรรมได้ออก

ผลิตภัณฑ์ใหม่จำนวน 4 รายการ ประกอบด้วย 1. ยาเม็ดลดความดัน Irbesartan ขนาด 300 mg 2. ยาเม็ดลดไขมันในเส้นเลือด Fenofibrate ขนาด 160 mg 3. ยาเม็ดรักษาจิตเวช Fluoxetine 20 mg 4. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรบำรุงความจำ “พรมมิ” ชนิดเม็ด เป็นการต่อยอดงานวิจัยจากคณะอาจารย์ของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ และมหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม กล่าวถึงแผนการดำเนินงานในอีก 6 เดือนข้างหน้าด้วยว่า องค์การเภสัชกรรมจะเร่งดำเนินงานโรงงานผลิตยาแห่งใหม่ตามมาตรฐาน GMP PIC/s ที่รังสิตให้แล้วเสร็จในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 และสามารถผลิตออกสู่ตลาดได้ประมาณ

เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 โดยดำเนินการผลิตยาเม็ดและแคปซูล กลุ่มยาต้านไวรัสเอดส์และยาจำเป็นอื่น ๆ เพิ่มได้อีกกว่า 3,000 ล้านเม็ดต่อปี ส่วนการดำเนินการก่อสร้างโรงงานผลิตวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และไข้หวัดนกตามมาตรฐาน WHO-GMP ที่ จ.สระบุรีนั้น ขณะนี้ได้ให้บริษัทผู้รับจ้างดำเนินการก่อสร้างต่อแล้ว ส่วนการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดเชื้อตาย (Inactivated influenza vaccine) ที่ดำเนินการผลิตโดยโรงงานต้นแบบ (Pilot plant) ที่มหาวิทยาลัยศิลปากร จะเริ่มดำเนินการศึกษาวิจัยทางคลินิกในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาความปลอดภัยของวัคซีน และในระยะที่ 2 เพื่อศึกษา

ประสิทธิภาพในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันในกลางปี พ.ศ. 2558 และจากนั้นจะดำเนินการศึกษาวิจัยทางคลินิกระยะที่ 3 ต่อในต้นปี พ.ศ. 2559 เพื่อยืนยันและติดตามประสิทธิภาพและความปลอดภัยในกลุ่มทดลองจำนวนมากขึ้น

พร้อมกันนั้นองค์การเภสัชกรรมยังได้เตรียมออกผลิตภัณฑ์ใหม่อีก 5 รายการ ประกอบด้วย ยาต้านไวรัสเอดส์ Efavirenz ขนาด 50 และ 200 mg ซึ่งเป็นยาตามประกาศใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตร หรือ CL, ยาจิตเวช Fluoxetine dispersible ขนาด 20 mg มีคุณสมบัติแตกตัวและออกฤทธิ์ได้เร็ว, ยาเม็ดรักษาผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตชนิดปกติ GPO-Finax-5 ขนาด 5 mg, ยาเม็ดรักษาอาการศีรษะล้าน GPO-Finax-1 ขนาด 1 mg ด้านการกระจายยาสู่ประชาชนในถิ่นทุรกันดารนั้น องค์การเภสัชกรรมจะเพิ่มช่องทางกระจายยาสู่ร้านขายยาต่าง ๆ ในระดับอำเภอให้มากขึ้น พร้อมทั้งคลังยาเพิ่มอีก 1 สาขา ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และเร่งเดินหน้าเปิดตลาดสู่กลุ่มประเทศ AEC

“องค์การเภสัชกรรมพร้อมจะพัฒนาองค์กรในทุกด้านเพื่อให้ประชาชนคนไทยได้เข้าถึงยาที่มีคุณภาพระดับสากล ยาที่จำเป็น ยาที่มีมูลค่าการใช้สูง อย่างพอเพียงในทุก ๆ ท้องถิ่นของประเทศ และสร้างความมั่นคงในระบบยาของประเทศอย่างยั่งยืน” ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม กล่าว



องค์การเภสัชกรรม มอบยาและเวชภัณฑ์ พร้อมเงินช่วยเหลือผู้ป่วยประสบภัยแผ่นดินไหวที่ประเทศเนปาล

จากเหตุการณ์ภัยพิบัติแผ่นดินไหวครั้งร้ายแรงที่สุดในรอบ 80 ปีที่เกิดขึ้นทางตอนกลางของประเทศเนปาล สร้างความเสียหายให้แก่ประเทศแห่งนี้เป็นอย่างยิ่ง ทำให้ชาวเนปาลจำนวนมากตกอยู่ในภาวะวิกฤติทั้งขาดแคลนอาหาร ยารักษาโรค น้ำดื่ม ที่พักอาศัย ของใช้ประจำวัน และเสี่ยงต่อการเผชิญกับโรคระบาดจากการติดเชื้อจากศพ ผู้เสียชีวิตจากสถานการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้นทุกภาคส่วนต่างระดมความช่วยเหลือพี่น้องชาวเนปาลและผู้ประสบภัยอย่างเร่งด่วน

องค์การเภสัชกรรมเป็นหน่วยงานรัฐวิสาหกิจสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักในการผลิตยาและเวชภัณฑ์ สนับสนุนงานสาธารณสุขของประเทศ และความมั่นคงด้านยาในระบบสาธารณสุขของประเทศ องค์การเภสัชกรรมภายใต้การนำของ พล.ท.ศุภกร สงวนชาติศรไกร ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม, น.พ.นพพร ชื่นกลิ่น

ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม และคณะผู้บริหาร องค์การเภสัชกรรม ได้เล็งเห็นถึงความเดือดร้อนของพี่น้องชาวเนปาลและผู้ประสบภัย จึงได้อนุมัติเงินสนับสนุนจำนวน 300,000 บาท พร้อมทั้งยา



และเวชภัณฑ์ อาทิ ยาพาราเซตามอล ยาปฏิชีวนะ ยาใส่แผลสด สาลี ผ้าพันแผล และน้ำเกลือ เป็นต้น รวม 15 รายการ มูลค่า 8,389,829 บาท โดยได้มอบให้แก่ หม่อมหลวงปนัดดา ดิศกุล รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีและปลัด



สำนักนายกรัฐมนตรี ภายใต้โครงการ “หัวใจไทยส่งไปเนปาล” ณ ทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2558 ซึ่งยาและเวชภัณฑ์ พร้อมน้ำเกลือ องค์การเภสัชกรรมได้นำไปส่งมอบที่อาคารขนส่งทางอากาศ ท่าอากาศยาน 2 กองบิน 6 (บน.6) กองทัพอากาศ และยาเหล่านี้ได้ถูกลำเลียงนำไปช่วยเหลือชาวเนปาลแล้วเมื่อวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2558 โดยเครื่องบินของกองทัพอากาศ

จากสถานการณ์ดังกล่าว องค์การเภสัชกรรมมุ่งหวังที่จะให้พี่น้องชาวเนปาลและผู้ประสบภัยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และองค์การเภสัชกรรมพร้อมให้การสนับสนุนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤติต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ตามภารกิจขององค์การเภสัชกรรม “รับผิดชอบชีวิต ผลิตยาคุณภาพ”

ในช่วงนี้มีข่าวเรื่องค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนบ่อย คงไม่ต้องแปลกใจเพราะเป็นไปตามแผนของคณกรกลุ่มหนึ่งตามที่เราคาดเดาไว้ก่อนหน้านี้ ตอนที่ประกาศสิทธิผู้ป่วยก็มีคนเอาคดีจากแพทยสภาที่แพทย์ทำผิดมากที่สุดมาเผยแพร่ให้เห็นว่าแพทย์เลว เพราะฉะนั้นต้องมีสิทธิผู้ป่วย แพทย์ที่ดีมีมากกว่าหลายเท่าไม่พูดถึง เวลาเขาจะผลักดันกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายก็เอาผู้ป่วยพิการและปัญญาอ่อนมาเดินขบวน ขณะนี้มีผู้ผลักดันร่างรัฐธรรมนูญ มาตรา ๒๙๔(๔) ให้มีการกำกับควบคุมราคายาและค่าบริการทางการแพทย์ ด้วยเหตุนี้เขาต้องการสร้างกระแสให้ประชาชนเห็นด้วยกับร่างของเขา โดยการออกมาโจมตีค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนซึ่งไม่ได้มีอะไรใหม่

โรงพยาบาลของรัฐผู้ป่วยต้องรอนาน แพทย์ใช้เวลาผู้ป่วยสั้น ให้อาหารราคาถูกที่ไม่แน่ใจในคุณภาพ มารยาทของบุคลากรดีน้อยกว่าความคาดหวังเพราะเขาต้องทำงานหนักโดยได้ค่าตอบแทนน้อย แพทย์บางท่านเพิ่งจบใหม่ยังมีประสบการณ์น้อย คิดค่ารักษาพยาบาลถูกได้เพราะได้เงินงบประมาณมาสนับสนุน ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า ค่าเจ้าหน้าที่ ค่าลงทุนในการก่อสร้าง การซื้อเครื่องมือแพทย์ รัฐออกให้หมด ไม่ต้องเสียดอกเบี้ยในการกู้เงินมาลงทุน นอกจากนี้ยังมีเงินบริจาค โรงพยาบาลของรัฐไม่ต้องเสียภาษี

โรงพยาบาลเอกชนช่วยแบ่งเบาภาระให้รัฐบาล ทำให้รัฐไม่ต้องลงทุนสร้างโรงพยาบาล เอกชนต้องกู้เงิน เสียดอกเบี้ย ต้องจ้างพนักงาน แพทย์ พยาบาล ซึ่งต้องให้เงินเดือนสูงกว่ารัฐเพื่อจูงใจให้มาทำงาน ต้องให้บริการที่รวดเร็ว มีผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างความแตกต่างจากของรัฐ ทำทุกอย่างให้ผู้ป่วยพอใจ มิฉะนั้นเขาไม่มา มีเวลาอธิบายให้ผู้ป่วยรู้แก่ผู้ป่วยซึ่งโรงพยาบาลของรัฐไม่มีเวลาที่จะทำได้ โรงพยาบาลเอกชนถ้ามีกำไรก็ต้องจ่ายภาษีให้รัฐ 30% ผู้ป่วยพอใจ

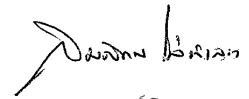
ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน

ที่จะไปรับการรักษ ผู้ป่วยบางรายซื้อประกันสุขภาพเพื่อแบ่งเบาความเสี่ยง โรงพยาบาลเอกชนเป็นทางเลือกสำหรับคนบางคน และไม่ได้บังคับให้ต้องมา เพราะถ้าต้องการฟรีก็ไปใช้โครงการหลักประกันสุขภาพหรือประกันสังคมได้ โรงพยาบาลเอกชนช่วยแบ่งเบาภาระของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐและช่วยให้ผู้ป่วยมีรายได้ไม่น้อยไม่ต้องมาแย่งกันรับการรักษา เพราะคนกลุ่มหนึ่งไปรับการรักษในโรงพยาบาลเอกชน

ถ้าผู้ป่วยรู้ว่างบประมาณของตนมีจำกัด ก็ไม่ควรไปโรงพยาบาลเอกชน เหมือนเราซื้อน้ำมันขวดในห้างพักของโรงแรมจะต้องจ่ายแพงกว่าข้างถนนกว่า 10 เท่า เราก็ไม่ซื้อ อาหารในภัตตาคารหรือโรงแรมก็แพงกว่าร้านอาหารข้างถนนหลายเท่า ถ้าเราไม่มีเงินก็ไม่ควรไปกิน ปัญหาเมื่ออยู่อย่างยากไปกินอาหารที่โรงแรมแต่อยากบังคับให้ได้ราคาเหมือนข้างถนน ซึ่งบริการต่างกันถึงแม้ว่ากินอิ่มเหมือนกัน ถ้าจะให้ราคาเหมือนกัน รัฐต้องไม่เก็บภาษี รัฐต้องจ้างบุคลากรให้ออกค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า และซื้อเครื่องมือต่าง ๆ ใดในช่วง 1 ปีหลัง ผู้ป่วยจากตะวันออกกลางลดลงเพราะเรามีการปฏิวัติประกาศกฎอัยการศึก คนต่างชาติไม่กล้าเข้ามาประเทศไทย แถมนั่งมีโรงพยาบาลเอกชนที่ดูไบมาแย่งผู้ป่วยไปส่วนหนึ่ง แพทยสภาได้ออกแนวทางการเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ฉบับสุดท้ายเมื่อปีพ.ศ. 2549 หรือ 9 ปีมาแล้ว มีการกำหนดค่าเฉลี่ยและที่ระดับ 90 percentile ถ้าจะเก็บสูงกว่านั้นจะต้องมีเหตุผล ค่าธรรมเนียมแพทย์ควรมีการปรับทุก 2 ปีตามที่ตกลงไว้แต่ไม่ได้ทำ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขยังทำรหัสตัดการตาม ICD 10 (International Classification of Diseases) ไม่เสร็จ ทำให้ใส่รหัสไม่ได้ แพทย์ที่ได้

ค่ารักษาพยาบาลต้องจ่ายส่วนหนึ่งให้โรงพยาบาลเป็นค่าใช้จ่ายสถานพยาบาล อีกส่วนต้องจ่ายเป็นภาษีรายได้ซึ่งกรมสรรพากรตามเก็บอย่างเข้มงวด ผู้ป่วยมาหาแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนแต่ละครั้งต้องจ่ายภาษีให้รัฐบาลด้วย มีหลายคนบ่นว่าค่ายาของโรงพยาบาลเอกชนแพงมาก ความจริงโรงพยาบาลเอกชนมีหลายระดับ ราคาไม่เท่ากัน บางครั้งต้องคิดค่าบริการจัดการด้วย เช่น ยาแอสไพรินเม็ดละ 10 สตางค์ ถ้าผู้ป่วยต้องการ 10 เม็ด ราคา 1 บาท แต่โรงพยาบาลขายไม่ได้เพราะค่าของยา ค่าเภสัชกร ค่าเก็บรักษาเงิน 1 บาทแล้ว แม้ค่าแพทย์ก็ไม่สามารถเก็บราคาเดียวกันได้ เพราะคนไม่ใช่เครื่องจักรที่เหมือนกัน ผู้ป่วยมาด้วยอาการไอ อาจเป็นโรคหลอดลมอักเสบ โรคหอบหืดปอดอักเสบ หรือโรคอื่นได้ ภาพวาดรูปเดียวกันแต่คนวาดมีชื่อเสียงต่างกัน ราคาก็ไม่เท่ากัน

อย่างไรก็ตาม เราอาจวางแผนทางการเงินเก็บค่ารักษาพยาบาลบางส่วนได้ ซึ่งไม่ใช่หน้าที่หรืออำนาจของแพทยสภา การวางแผนการใด ๆ จะต้องคิดถึงผลกระทบระยะยาวด้วย ค่ารักษาพยาบาลประเทศทางตะวันตกยังแพงกว่าเรามาก หวังว่ารัฐบาลคงไม่คิดทุบหม้อข้าวตนเอง ผลเสียหายจะเกิดแก่ผู้ป่วยและประเทศชาติ เราไม่อยากเห็นคนไทยต้องบินไปรักษานอกประเทศ เพราะเราทำลายระบบในประเทศจนโรงพยาบาลเอกชนในประเทศอยู่ไม่ได้


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตูจิตินดา ศ.กิตติคุณ นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรย์วานิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาถ ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอนันตกุล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริโพธิ์ รศ.นพ.วรัท วรรณวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวาทพงษ์

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วณิด วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มกองการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

ลาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิลัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกพร ขจรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสุทธิกุล

โทรศัพท์ติดต่อ

0-2435-2345

แฟกซ์

0-2435-2345 ต่อ 181

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

เจ้าของ

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

Contents

The Medical News ฉบับที่ 438 วันที่ 16 - 31 พฤษภาคม 2558



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ความสัมพันธ์ HLA-DRB1 Haplotypes ต่อความรุนแรง การตาย และการตอบสนองในรูมาตอยด์
- Prednisolone หรือ Pentoxifylline สำหรับตับอักเสบจากสุรา
- ความเสี่ยงเลือดออกทางเดินอาหารจาก Dabigatran, Rivaroxaban และ Warfarin
- Daclatasvir, Asunaprevir และ Beclabuvir สำหรับรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ HCV Genotype 1

7 Get Up

- หย่าร้างเพิ่มความเสี่ยงหัวใจวาย
- ตรวจเคมีลมหายใจวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะอาหาร
- อนามัยโลกยอมรับล้มเหลวสู้อิโบลา

9 Movement

10 เกาะติดงานประชุม

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
จัดประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ “สุขภาพเด็กแห่งชาติ”
ครั้งที่ 16 ‘Step Forward to Better Child Health’

12 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. จับมือ สปสช. ตั้งคณะทำงานแก้ไขปัญหาร.พ. ขาดสภาพคล่องทุกแห่ง วางระบบแก้ไขป้องกันเบ็ดเสร็จ
- กรมควบคุมโรค ให้รพ.ยาบาลใช้ความเร็วไม่เกิน 80 กม./ชม. ขณะนำส่งผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

14 ปกึณกะข่าว

โรงพยาบาลเด็กสมิติเวช อินเตอร์เนชั่นแนล
สร้างมิติใหม่ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

16 ปกึณกะข่าว

เนสท์เล่ เปิดตัว ไมโล สูตรแอดคิฟ-โก
เติมความพร้อมเด็กไทย มุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ

17 รายงานพิเศษ

มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย
จัดงาน “รู้-เพราะ-รัก Pink Alert: Check & Share Project 2015”
รณรงค์หญิงไทยตระหนักภัยมะเร็งเต้านม

18 In Focus

ควั่นนูหรือมือสองในบ้าน
ละเมิดสิทธิสุขภาพเด็ก

21 Special

ศ.พญ.บุญมี สถาปัตยวงศ์

อาจารย์แพทย์ผู้เป็นแบบอย่างของลูกศิษย์

24 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

ผมกับกีฬา

25 หากสับสน

คุณค่าของงาน

27 เสียงแพทย์

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวัง
(ตอนที่ 9)

29 จุฬาปริทัศน์

นวัตกรรมรักษามะเร็งเต้านมชนิด “เฮอรัท”
ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้นานขึ้น

32 Systematic Review

การผ่าตัดกระดูกงูหัก

33 เฉพาะโรค

การรักษาผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ
(Management of Trauma in the Elderly)

37 มุมนิติเวช

แพทย์มีส่วนในการประเมินค่าเสียหายให้แก่ผู้ป่วย
(รายงานผู้ป่วย 1 ราย)

41 Radar

ร.พ.ตำรวจจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านการผ่าตัดผ่านกล้องสามมิติ
ความละเอียดสูง ผ่าตัดเกือบทุกอวัยวะและทุกโรค

42 ข่าวบริการ

44 IT News/Book Shop

45 ภาพข่าว

CME PLUS โรคติดเชื้อขณะตั้งครรภ์



ความสัมพันธ์ HLA-DRB1 Haplotypes ต่อความรุนแรง การตาย และการตอบสนองในรูมาตอยด์

JAMA. 2015;313(16):1645-1656.

บทความเรื่อง Association of HLA-DRB1 Haplotypes with Rheumatoid Arthritis Severity, Mortality, and Treatment Response รายงานว่า การระบุ genetic susceptibility loci สำหรับกลุ่มโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองปัจจุบันได้ก้าวหน้าไปมาก แต่ยังคงขาดหลักฐานที่ระบุความสัมพันธ์กับพยากรณ์โรคและการตอบสนองต่อการรักษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง HLA-DRB1 haplotypes ที่เชื่อมโยงกับความเสียหายของข้ออักเสบรูมาตอยด์ (RA) ต่อความรุนแรง การตาย และการตอบสนองต่อยา tumor necrosis factor (TNF) inhibitor โดยให้การศึกษา Norfolk Arthritis Register (NOAR; ผู้ป่วย 1,691 ราย และภาพเอกซเรย์ 2,811 ภาพ รวบรวมระหว่างปี ค.ศ. 1989-2008 และติดตามถึงปี ค.ศ. 2008) เป็น discovery cohort และการศึกษา Early Rheumatoid Arthritis Study (421 ราย และภาพเอกซเรย์ 3,758 ภาพ รวบรวมระหว่างปี ค.ศ. 1986-1999 และติดตามถึงปี ค.ศ. 2005) เป็น independent replication cohort สำหรับการศึกษาผลลัพธ์จากการเอกซเรย์ การศึกษาอัตราตายทำใน NOAR cohort (2,432 ราย รวบรวมระหว่างปี ค.ศ. 1990-2007 และติดตามถึงปี ค.ศ. 2011) และศึกษาการตอบสนองต่อการรักษาใน Biologics in Rheumatoid Arthritis Genetics and Genomics Study Syndicate cohort (1,846 รายที่ได้รับ TNF inhibitor รวบรวมระหว่างปี ค.ศ. 2006-2010 และติดตามถึงปี ค.ศ. 2011) การรวบรวมข้อมูลภาพเอกซเรย์ใช้วิธี longitudinal statistical modeling ผู้ป่วยทั้งหมดมีเชื้อสายยุโรปและอาศัยอยู่ในสหราชอาณาจักร โดยตรวจ HLA-DRB1 haplotypes ที่ตำแหน่ง 11, 71 และ 74

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ผลลัพธ์จากการเอกซเรย์โดยใช้คะแนน Larsen score (range: 0 [ไม่มี] ถึง 200 [ข้อเสื่อมรุนแรง]) และความเสียหายของกระดูกมือและเท้าจากภาพเอกซเรย์ การตายทุกสาเหตุ และการ

ตอบสนองต่อการรักษาประเมินจากคะแนนการเปลี่ยนแปลงในคะแนน Disease Activity Score จาก 28 ข้อ และ European League Against Rheumatism (EULAR)

ผู้ป่วยที่มี RA และ valine ที่ตำแหน่ง 11 ของ HLA-DRB1 มีความสัมพันธ์ชัดเจนที่สุดต่อความเสียหายที่พบจากภาพเอกซเรย์ (OR 1.75 [95% CI 1.51-2.05], $p = 4.6 \times 10^{-13}$) ภายใน 5 ปีพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการเสื่อมของมือและเท้าเท่ากับ 48% สำหรับ noncarriers (150/314) ของ valine ที่ตำแหน่ง 11, 61% สำหรับ heterozygote carriers (130/213) และ 74% สำหรับ homozygote carriers (43/58) นอกจากนี้ valine ที่ตำแหน่ง 11 ยังสัมพันธ์กับการตายทุกสาเหตุที่สูงขึ้นในผู้ป่วย inflammatory polyarthritis (hazard ratio 1.16 [95% CI 1.03-1.31], $p = 0.01$) (noncarriers: ตาย 319 ราย จากผู้ป่วย 1,398 ราย ระหว่าง 17,196 person-years, อัตราตายเท่ากับ 1.9% ต่อปี; carriers: 324 ราย 1,116 ราย ระหว่าง 13,208 person-years, อัตราตายเท่ากับ 2.5% ต่อปี) และ EULAR response ที่ดีขึ้นต่อการรักษาด้วย TNF inhibitor (OR 1.14 [95% CI 1.01-1.30], $p = 0.04$) (noncarriers: 78% [439/561 ราย] ที่มี EULAR response ระดับปานกลางหรือดี; heterozygote carriers: 81% [698/866] และ homozygote carriers: 86% [277/322]) ทั้งนี้ risk hierarchy ตาม HLA-DRB1 haplotypes สอดคล้องกันระหว่างความเสียหายต่อโรค ความรุนแรง และการตาย แต่มีความสัมพันธ์แบบกลับกับการตอบสนองต่อการรักษาด้วย TNF inhibitor

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า HLA-DRB1 locus ซึ่งสัมพันธ์กับความเสียหาย RA ยังสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคประเมินจากภาพเอกซเรย์ การตาย และการตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งการศึกษาเพิ่มเติมใน cohort อื่นจะช่วยในการประเมินบทบาทของการวิเคราะห์ HLA-DRB1 haplotype ในการดูแลรักษา RA

Prednisolone หรือ Pentoxifylline สำหรับตับอักเสบจากสุรา

N Engl J Med 2015;372:1619-1628.

บทความเรื่อง Prednisolone or Pentoxifylline for Alcoholic Hepatitis รายงานว่า โรคตับอักเสบจากสุราเห็นได้จากอาการตัวเหลือง และการเสื่อมหน้าที่ของตับ ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มเหล้าจัดเป็นเวลานาน โดยมีอัตราตายระยะสั้นในผู้ป่วยรุนแรงสูงกว่า 30% และแม้การรักษาด้วย prednisolone และ pentoxifylline ต่างได้รับการแนะนำสำหรับรักษาตับอักเสบจากสุราที่มีอาการรุนแรงแต่ก็ยังคงมีข้อกังขาถึงประโยชน์จากการรักษาดังกล่าว

การศึกษานี้ได้ประเมินผลการรักษาด้วย prednisolone หรือ pentoxifylline โดยให้อัตราตาย 28 วันเป็นจุดยุติปฐมภูมิ และการเสียชีวิตหรือปลูกถ่ายตับที่ 90 วัน และ 1 ปีเป็นจุดยุติทุติยภูมิ การศึกษาได้สุ่มผู้ป่วยตับอักเสบจากสุราและผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับ pentoxifylline-matched placebo และ prednisolone-matched placebo กลุ่มที่ได้รับ prednisolone และ pentoxifylline-matched placebo หรือกลุ่มที่ได้รับ pentoxifylline และ prednisolone-matched placebo หรือกลุ่มที่ได้ทั้ง prednisolone และ pentoxifylline

มีผู้ป่วยเข้าร่วมการสุ่ม 1,103 ราย และมีข้อมูลสำหรับวิเคราะห์จุดยุติปฐมภูมิ 1,053 ราย อัตราตาย 28 วัน เท่ากับ 17% (45 รายจาก 269 ราย) ในกลุ่ม placebo-placebo, 14% (38 รายจาก 266 ราย) ในกลุ่ม prednisolone-placebo, 19% (50 รายจาก 258 ราย) ในกลุ่ม pentoxifylline-placebo และ 13% (35 รายจาก 260 ราย) ในกลุ่ม prednisolone-pentoxifylline ค่า odds ratio สำหรับอัตราตาย 28 วัน เท่ากับ 1.07 (95% confidence interval [CI] 0.77-1.49; $p = 0.69$) จาก pentoxifylline และ 0.72 (95% CI 0.52-1.01; $p = 0.06$) จาก prednisolone โดยไม่พบความต่างที่มีนัยสำคัญที่ 90 วัน และ 1 ปีภาวะติดเชื้อที่ร้ายแรงพบใน 13% ของผู้ป่วยที่ได้รับ prednisolone เทียบกับ 7% ที่ไม่ได้รับ prednisolone ($p = 0.002$)

การรักษาด้วย pentoxifylline ไม่ได้เพิ่มการรอดชีวิตในผู้ป่วยตับอักเสบจากสุรา ขณะที่การรักษาด้วย prednisolone สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราตาย 28 วัน ซึ่งไม่ถึงจุดที่มีนัยสำคัญและไม่ทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นที่ 90 วัน หรือ 1 ปี



Oseltamivir สำหรับไข้หวัดใหญ่ในผู้ใหญ่



Lancet. 2015;385(9979):1729-1737.

บทความเรื่อง Oseltamivir Treatment for Influenza in Adults: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials รายงานว่า ปัจจุบันยังคงมีข้อกังขาถึงประสิทธิภาพของ oseltamivir ในการรักษาไข้หวัดใหญ่ จึงได้มีการศึกษา meta-analysis จากงานวิจัยทั้งหมดที่เปรียบเทียบ oseltamivir กับยาหลอกสำหรับรักษาโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในผู้ใหญ่ โดยประเมินจากการบรรเทาอาการ ภาวะแทรกซ้อน และความปลอดภัย

การศึกษาได้รวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดซึ่งศึกษาผลการรักษาด้วย oseltamivir 75 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้งในผู้ใหญ่ โดยรวมถึงการศึกษาของ oseltamivir สำหรับรักษาอาการป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่ในผู้ใหญ่ซึ่งรายงานผลลัพธ์ที่ศึกษาอย่างน้อยหนึ่งข้อ นอกจากนี้ยังได้รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากฐานข้อมูล Medline, PubMed, Embase, the Cochrane Central Register of Controlled Trials และ ClinicalTrials.gov ซึ่งตีพิมพ์ก่อนวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2014 โดยวิเคราะห์จากกลุ่ม intention-to-treat infected, intention-to-treat และ safety populations ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ระยะเวลาที่อาการดีขึ้นวิเคราะห์ด้วยวิธี accelerated failure time methods และประเมินผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อน การรับเข้าโรงพยาบาล และความปลอดภัยด้วย risk ratios และ Mantel-Haenszel methods

การศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูลจาก 9 การศึกษา รวมผู้ป่วย 4,328 ราย ในกลุ่ม intention-to-treat infected population พบว่าระยะเวลาจนกว่าที่อาการดีขึ้นสั้นลง 21% สำหรับกลุ่มที่ได้รับ oseltamivir เทียบกับ

กลุ่มที่ได้รับยาหลอก (time ratio 0.79, 95% CI 0.74-0.85; $p < 0.0001$) มัชยฐานเวลาที่อาการดีขึ้นเท่ากับ 97.5 ชั่วโมงสำหรับกลุ่มที่ได้รับ oseltamivir และ 122.7 ชั่วโมงสำหรับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (difference -25.2 h, 95% CI -36.2 to -16.0) สำหรับกลุ่ม intention-to-treat population พบว่า ผลการรักษาลดลง (time ratio 0.85) แต่ยังคงมีนัยสำคัญ (median difference -17.8 h) และในกลุ่ม intention-to-treat infected population พบอัตราที่ต่ำลงของภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะนานกว่า 48 ชั่วโมงหลังการล้ม (risk ratio [RR] 0.56, 95% CI 0.42-0.75; $p = 0.0001$; 4.9% oseltamivir vs 8.7% placebo, risk difference -3.8%, 95% CI -5.0 to -2.2) รวมถึงการรับเข้าโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (RR 0.37, 95% CI 0.17-0.81; $p = 0.013$; 0.6% oseltamivir, 1.7% placebo, risk difference -1.1%, 95% CI -1.4 to -0.3) ในแง่ความปลอดภัยพบว่า oseltamivir มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่ออาการคลื่นไส้ (RR 1.60, 95% CI 1.29-1.99; $p < 0.0001$; 9.9% oseltamivir vs 6.2% placebo, risk difference 3.7%, 95% CI 1.8-6.1) และอาเจียน (RR 2.43, 95% CI 1.83-3.23; $p < 0.0001$; 8.0% oseltamivir vs 3.3% placebo, risk difference 4.7%, 95% CI 2.7-7.3) แต่ไม่พบผลต่อระบบประสาทหรือภาวะทางจิตหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง

จากการศึกษานี้ชี้ว่า oseltamivir ในผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่สามารถลดระยะเวลาที่อาการดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจส่วนล่างและการรับเข้าโรงพยาบาล แต่ขณะเดียวกันก็เพิ่มอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ส่วนสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ

N Engl J Med 2015;372:1608-1618.

บทความเรื่อง Genetically Determined Height and Coronary Artery Disease รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดเกี่ยวกับกลไกและความสัมพันธ์แบบกลับระหว่างส่วนสูงวัยผู้ใหญ่ และความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD)

การศึกษานี้ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงและ CAD โดยใช้ genetic variants ที่สัมพันธ์กับส่วนสูง 180 ตัว โดยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของส่วนสูงตามกรรมพันธุ์ที่เท่ากับ 1 SD (6.5 เซนติเมตร) กับความเสี่ยง CAD ในผู้ป่วย 65,066 ราย และกลุ่มควบคุม 128,383 ราย การศึกษาได้ประเมินความเสี่ยง CAD ที่สัมพันธ์กับจำนวน alleles ที่เกี่ยวข้องกับส่วนสูงโดยใช้ข้อมูล genotype ระดับบุคคลจากกลุ่มตัวอย่าง 18,249 ราย ทั้งนี้ในการระบุกลไกที่เกี่ยวข้องได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงตามกรรมพันธุ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และวิเคราะห์ pathway ของยีนที่มีบทบาทต่อส่วนสูง

จากการศึกษาพบการเพิ่มขึ้น 13.5% (95% confidence interval [CI], 5.4-22.1; $p < 0.001$) ในความเสี่ยง CAD ต่อ 1-SD ที่ลดลงของส่วนสูงตามกรรมพันธุ์ และพบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรเพิ่มส่วนสูงที่มากขึ้นและความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อ CAD (odds ratio for height quartile 4 versus quartile 1, 0.74; 95% CI 0.68-0.84; $p < 0.001$) และจากปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษาทั้ง 12 ตัวพบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญเฉพาะระดับ low-density lipoprotein cholesterol และ triglycerides (มีผลประมาณ 30% ของความสัมพันธ์) นอกจากนี้ยังพบ pathway ที่เกี่ยวข้องกับยีนซึ่งมีบทบาททั้งด้านพัฒนาการและโรคหลอดเลือดแดงแข็งทับซ้อนกัน

จากการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงตามกรรมพันธุ์ที่น้อยกว่าและความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อ CAD ซึ่งส่วนนี้อาจเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงที่น้อยกว่าและระดับไขมันที่ไม่ดี และกระบวนการทางชีววิทยาที่กำหนดส่วนสูงและการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ดังกล่าว



ความเสี่ยงเลือดออกทางเดินอาหาร จาก Dabigatran, Rivaroxaban และ Warfarin



BMJ 2015;350:h1857.

บทความเรื่อง Comparative Risk of Gastrointestinal Bleeding with Dabigatran, Rivaroxaban, and Warfarin: Population Based Cohort Study รายงานผลจากการศึกษาความเสี่ยงเลือดออกในทางเดินอาหารจากการใช้ dabigatran และ rivaroxaban เทียบกับ warfarin จากฐานข้อมูล Optum Labs Data Warehouse ในผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับ dabigatran, rivaroxaban และ warfarin ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน ค.ศ. 2010 ถึงวันที่ 30 กันยายน ค.ศ. 2013

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อัตราอุบัติการณ์ (events/100 patient years) และใช้ตัวแบบ Cox proportional hazards models จับคู่คะแนนความโน้มเอียงสำหรับประมาณอัตราของเลือดออกในทางเดินอาหารทั้งหมด เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน และเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง สำหรับยาต้านลิ่มเลือดตัวใหม่เทียบกับ warfarin ในผู้ป่วยที่มี atrial fibrillation และไม่มี atrial fibrillation และประเมินความต่างของผลการรักษาตามอายุด้วยตัวแบบ marginal effects model

อุบัติการณ์ของเลือดออกในทางเดินอาหารจาก dabigatran เท่ากับ 2.29 (95% confidence interval 1.88-2.79) ต่อ 100 patient years และอุบัติการณ์จาก warfarin เท่ากับ 2.87 (2.41-3.41) ต่อ 100 patient years ในผู้ป่วยที่มี atrial fibrillation ในผู้ป่วยที่ไม่มี atrial fibrillation พบว่าอุบัติการณ์ของเลือดออกในทางเดินอาหารเท่ากับ 4.10 (2.47-6.80)

ต่อ 100 patient years จาก dabigatran และ 3.71 (2.16-6.40) ต่อ 100 patient years จาก warfarin สำหรับการรักษาด้วย rivaroxaban พบอุบัติการณ์ของเลือดออกในทางเดินอาหาร 2.84 เหตุการณ์ (2.30-3.52) ต่อ 100 patient years ในผู้ป่วยที่มี atrial fibrillation (warfarin 3.06 [2.49-3.77]/100 patient years) และ 1.66 (1.23-2.24) ต่อ 100 patient years ในผู้ป่วยที่ไม่มี atrial fibrillation (warfarin 1.57 [1.25-1.99]/100 patient years) จากตัวแบบจับคู่ความโน้มเอียงพบว่า ความเสี่ยงเลือดออกในทางเดินอาหารจากยาต้านลิ่มเลือดตัวใหม่ใกล้เคียงกับความเสี่ยงจาก warfarin ในผู้ป่วยที่มี atrial fibrillation (dabigatran vs warfarin, hazard ratio 0.79 [0.61-1.03]; rivaroxaban vs warfarin, 0.93 [0.69-1.25]) และผู้ป่วยที่ไม่มี atrial fibrillation (dabigatran vs warfarin, hazard ratio 1.14 [0.54-2.39]; rivaroxaban vs warfarin, 0.89 [0.60-1.32]) ความเสี่ยงเลือดออกในทางเดินอาหารเพิ่มขึ้นหลังอายุ 65 ปี ซึ่งหลังจากอายุ 76 ปีพบว่า ความเสี่ยงในผู้ป่วย atrial fibrillation ที่ได้รับ dabigatran สูงกว่าความเสี่ยงจาก warfarin (hazard ratio 2.49 [1.61-3.83]) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มี atrial fibrillation และไม่มี atrial fibrillation ซึ่งได้รับ rivaroxaban (2.91 [1.65-4.81] และ 4.58 [2.40-8.72])

ความเสี่ยงเลือดออกในทางเดินอาหารจากยาต้านลิ่มเลือดตัวใหม่ใกล้เคียงกับความเสี่ยงจาก warfarin และควรระมัดระวังเมื่อจ่ายยาต้านลิ่มเลือดตัวใหม่ในผู้ป่วยอายุมาก โดยเฉพาะผู้ที่อายุเกิน 75 ปี

ผลการรักษาอย่างเข้มงวดต่อการผ่าตัดตาในเบาหวานชนิดที่ 1

N Engl J Med 2015;372:1722-1733.

บทความเรื่อง Intensive Diabetes Therapy and Ocular Surgery in Type 1 Diabetes อ้างถึงผลการศึกษา Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) โดยชี้ว่าพบประโยชน์ของการควบคุมน้ำตาลอย่างเข้มงวดเป็นระยะเวลา 6.5 ปี ต่อภาวะเบาหวานขึ้นจอตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1

ระหว่างปี ค.ศ. 1983-1989 มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 รวม 1,441 รายในการศึกษา DCCT ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มควบคุมน้ำตาลอย่างเข้มงวดหรือกลุ่มรักษามาตรฐานซึ่งมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอาการจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยได้รับการรักษาและติดตามจนถึงปี ค.ศ. 1993 จากนั้นได้ติดตามผู้ป่วย 1,375 รายต่อในการศึกษา Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC) โดยประเมินประวัติการผ่าตัดตาเป็นรายปี นอกจากนี้ยังได้ประเมินผลของการรักษาอย่างเข้มงวดเทียบกับการรักษามาตรฐานต่ออุบัติการณ์และค่าใช้จ่ายด้านการผ่าตัดตาในทั้ง 2 การศึกษา

ตลอดมัธยฐานการติดตาม 23 ปี พบการผ่าตัด 130 ครั้งในผู้ป่วย 63 รายจาก 711 ราย

ในกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลอย่างเข้มงวด (8.9%) และ 189 ครั้งใน 98 รายจาก 730 รายในกลุ่มรักษามาตรฐาน (13.4%) ($p < 0.001$) ภายหลังปรับตามปัจจัยพื้นฐานของการศึกษา DCCT พบว่า การควบคุมน้ำตาลอย่างเข้มงวดสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการผ่าตัดตาเนื่องจากเบาหวานที่ลดลง 48% (95% confidence interval [CI] 29-63; $p < 0.001$) และความเสี่ยงต่อการผ่าตัดตาทั้งหมดที่ลดลง 37% (95% CI 12-55; $p = 0.01$) ผู้ป่วย 42 รายซึ่งได้รับการรักษาอย่างเข้มงวดและ 61 รายซึ่งได้รับการรักษามาตรฐานได้ลดต้อกระจก (adjusted risk reduction จากการรักษาอย่างเข้มงวด 48%; 95% CI 23-65; $p = 0.002$) โดยผู้ป่วย 29 รายซึ่งได้รับการรักษาอย่างเข้มงวดและ 50 รายซึ่งได้รับการรักษามาตรฐานได้ทำ vitrectomy หรือ retinal-detachment surgery หรือทั้ง 2 อย่าง (adjusted risk reduction 45%; 95% CI 12-66; $p = 0.01$) กลุ่มที่รักษาอย่างเข้มงวดมีค่าใช้จ่ายการผ่าตัดที่ต่ำกว่า 32% และพบด้วยว่า ประโยชน์ของการควบคุมน้ำตาลอย่างเข้มงวดอ่อนลงภายหลังการปรับค่าเฉลี่ย glycated hemoglobin ตลอดการติดตามทั้งหมด

การควบคุมน้ำตาลอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการผ่าตัดตาในระยะยาวที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ



Daclatasvir, Asunaprevir และ Beclabuvir สำหรับรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ HCV Genotype 1



JAMA. 2015;313(17):1728-1735.

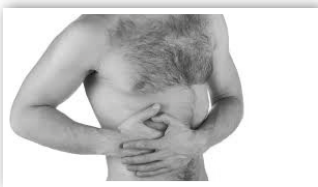
บทความเรื่อง Fixed-Dose Combination Therapy with Daclatasvir, Asunaprevir, and Beclabuvir for Noncirrhotic Patients with HCV Genotype 1 Infection รายงานข้อมูลจากการศึกษา (UNITY-1) ซึ่งประเมินอัตรา sustained virologic response (SVR) ในผู้ป่วย HCV Genotype 1 ที่ได้รับ 3-drug combination ของ daclatasvir (pan-genotypic NS5A inhibitor), asunaprevir (NS3 protease inhibitor) และ beclabuvir (nonnucleoside NS5B inhibitor) การศึกษามีขึ้นในสหรัฐอเมริกา แคนาดา ฝรั่งเศส และออสเตรเลีย ระหว่างเดือนธันวาคม ค.ศ. 2013 ถึงเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2014 โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะตับแข็งซึ่งไม่เคยได้รับการรักษา (n = 312) หรือเคยได้รับการรักษา (n = 103) และติดเชื้อ HCV genotype 1 เรื้อรัง

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย fixed-dose combination ของ daclatasvir (30 มิลลิกรัม); asunaprevir (200 มิลลิกรัม) และ beclabuvir (75 มิลลิกรัม) วันละ 2 ครั้ง ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ SVR12 (HCV-RNA < 25 IU/mL ที่ 12 สัปดาห์หลังการรักษา) ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษา และผลลัพธ์รอง ได้แก่ SVR12 ในผู้ป่วยที่เคยรักษามากแล้ว

ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาและผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อนมี

ลักษณะที่พื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยผู้ป่วย 58% เป็นชาย, 26% มี IL28B (rs12979860) CC genotype, 73% ติดเชื้อ genotype 1a และ 27% ติดเชื้อ genotype 1b โดยรวมพบ SVR12 ในผู้ป่วย 379 รายจาก 415 ราย (91.3%; 95% CI 88.6%-94.0%) โดยแบ่งเป็น 287 รายจาก 312 รายในกลุ่มที่ไม่เคยรักษา (92.0%; 95% CI 89.0%-95.0%) และ 92 รายจาก 103 รายในผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน (89.3%; 95% CI 83.4%-95.3%) โดยพบ virologic failure ในผู้ป่วย 34 ราย (8%) จากการศึกษานี้พบผู้ป่วย 1 รายเสียชีวิตที่ 3 สัปดาห์หลังการรักษาซึ่งไม่เป็นผลจากยาที่ศึกษา ขณะที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง 7 เหตุการณ์ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 3 เหตุการณ์ (< 1%) รวมถึง alanine aminotransferase elevation ระดับ grade 4 รวม 2 เหตุการณ์ที่ทำให้ต้องหยุดการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุด (ใน ≥ 10% ของผู้ป่วย) ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ท้องร่วง และคลื่นไส้

การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ HCV genotype 1 ซึ่งไม่เป็นตับแข็ง ทั้งกลุ่มที่ไม่เคยรักษาและเคยรักษามาก่อนด้วย oral fixed-dose regimen ของ daclatasvir, asunaprevir และ beclabuvir ระยะ 12 สัปดาห์มีอัตรา SVR12 ที่สูง



Capecitabine และ Bevacizumab ใน Metastatic Colorectal Cancer

Lancet. 2015;385(9980):1843-1852.

บทความเรื่อง Maintenance Treatment with Capecitabine and Bevacizumab in Metastatic Colorectal Cancer (CAIRO3): A Phase 3 Randomised Controlled Trial of the Dutch Colorectal Cancer Group รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับระยะที่เหมาะสมของการรักษา first line ด้วยเคมีบำบัดร่วมกับ bevacizumab ในผู้ป่วย metastatic colorectal cancer จึงนำมาสู่การศึกษา CAIRO3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของ maintenance treatment ด้วย capecitabine ร่วมกับ bevacizumab เทียบกับการสังเกตอาการ

การศึกษาทำในผู้ป่วยชาวฮอลแลนด์ซึ่งอายุมากกว่า 18 ปี และไม่เคยได้รับการรักษา ผู้ป่วยมี stable disease หรือดีขึ้นหลังการรักษาด้วย capecitabine, oxaliplatin และ bevacizumab (CAPOX-B) รวม 6 cycles มี performance status ตามองค์การอนามัยโลกเท่ากับ 0 หรือ 1 และมีการทำงานของไขกระดูก ตับ และไตในเกณฑ์ดี ผู้ป่วยได้รับ maintenance treatment ด้วย capecitabine และ bevacizumab (maintenance group) หรือสังเกตอาการ (observation group) โดยสุ่มด้วยวิธี minimization และแบ่งชั้นตามประวัติ adjuvant chemotherapy, การตอบสนองต่อ induction treatment, WHO performance status, serum lactate dehydrogenase concentration และโรงพยาบาลที่รักษา การประเมินสถานะของโรคได้ทำ

ทุก 9 สัปดาห์ และผู้ป่วยในทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับ induction regimen ของ CAPOX-B เมื่อพบการลุกลามครั้งแรก (PFS1) จนกว่าจะพบการลุกลามครั้งที่ 2 (PFS2) อันเป็นจุดยุติปฐมภูมิของการศึกษา จุดยุติทั้งหมดคำนวณจากเวลาที่สุ่ม และวิเคราะห์แบบ intention-to-treat

ระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม ค.ศ. 2007 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม ค.ศ. 2012 มีผู้ป่วย 558 คนที่สุ่มเป็นกลุ่ม maintenance group (n = 279) หรือ observation group (n = 279) มีฐานการติดตามเท่ากับ 48 เดือน (IQR 36-57) จุดยุติปฐมภูมิของมัธยฐาน PFS2 ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับ maintenance treatment โดยมีผลลัพธ์เท่ากับ 8.5 เดือนในกลุ่ม observation group และ 11.7 เดือนในกลุ่ม maintenance group (HR 0.67, 95% CI 0.56-0.81, p < 0.0001) ความต่างดังกล่าวยังคงมีนัยสำคัญเมื่อพิจารณาการรักษาใดก็ตามที่ได้รับหลัง PFS1 ทั้งนี้ maintenance treatment มีความทนต่อยาที่ดี แต่พบอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นของโรคมือเท้า (64 ราย [23%] มีอาการที่มือและเท้าระหว่าง maintenance) อนึ่ง คุณภาพชีวิตโดยรวมไม่เสื่อมลงระหว่าง maintenance treatment และไม่พบความแตกต่างทางคลินิกระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม

การรักษาด้วย capecitabine ร่วมกับ bevacizumab หลังรักษาด้วย CAPOX-B มาแล้ว 6 cycles ในผู้ป่วย metastatic colorectal cancer มีประสิทธิภาพดีและไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

หย่าร้างเพิ่มความเสี่ยงหัวใจวาย

บีบีซี - ผลการศึกษาใหม่ชี้ผู้ที่หย่าร้างอาจมีความเสี่ยงต่อหัวใจวายสูงกว่าผู้ที่ยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่สมรส

ผลการศึกษาซึ่ง

รายงานไว้ในวารสาร Circulation ระบุว่า ความเสี่ยงหัวใจวายจากการหย่าร้างนั้นเห็นได้ชัดในกลุ่มผู้หญิง และความเสี่ยงดังกล่าวแทบไม่ลดลงเลยแม้จะแต่งงานใหม่แล้วก็ตาม โดยสันนิษฐานว่าน่าจะเป็นผลกระทบระยะยาวจากภาวะเครียดเรื้อรังอันเนื่องมาจากชีวิตสมรสที่ล้มเหลว

จากการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงต่อหัวใจวายสูงขึ้นถึงร้อยละ 24 ในผู้หญิงที่เคยหย่าร้างมาแล้วหนึ่งครั้ง และกระโดดขึ้นไปถึงร้อยละ 77 ในผู้หญิงที่ชีวิตสมรสล้มเหลวมาแล้วหลายครั้ง ขณะที่ในผู้ชายนั้นความเสี่ยงสูงขึ้นเพียงร้อยละ 10 และร้อยละ 30 ตามลำดับ โดยนักวิจัยให้ความเห็นว่าความเสี่ยงที่สูงขึ้นนั้นเทียบได้กับความเสี่ยงจากภาวะความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานเลยทีเดียว

ด้านมูลนิธิโรคหัวใจแห่งอังกฤษกล่าวว่า ผลกระทบจากสุขภาพจิตต่อสุขภาพของหัวใจนั้นเป็นเรื่องที่ทราบกันมากระยะหนึ่งแล้ว อย่างไรก็ตาม ยังคงเห็นว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมก่อนที่จะประกาศว่าการหย่าร้างเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดหัวใจวาย

ออสเตรเลียระงับสวัสดิการผู้ปกครองต้านโครงการวัคซีน

บีบีซี - ทางการออสเตรเลียประกาศจะระงับสวัสดิการสำหรับผู้ปกครองที่ปฏิเสธนำบุตรไปรับวัคซีน

ข่าวระบุว่า นโยบาย “ไม่ฉีด-ไม่จ่าย” นี้ อาจทำให้ผู้ปกครองที่เพิกเฉยนำบุตรไปฉีดวัคซีนต้องสูญเสียเงินสวัสดิการกว่าปีละ 11,000 ดอลลาร์ออสเตรเลีย โดยนายกรัฐมนตรีโทนี แอบบอตต์ กล่าวว่า กฎหมายใหม่ที่จะมีผลบังคับใช้ในปีหน้าจะตีกรอบให้การปฏิเสธเข้ารับวัคซีนจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้มีข้อห้ามตามหลักศาสนาหรือผู้ที่มีความจำเป็นด้านการแพทย์เท่านั้น

ผู้นำออสเตรเลียย้ำด้วยว่า นโยบายนี้มีเป้าประสงค์เพื่อปกป้องสุขภาพของเด็กและครอบครัว และทางการ “วิตกกังวลอย่างยิ่ง”



ต่อจุดยืนของครอบครัวที่ปฏิเสธนำเด็กไปรับวัคซีนซึ่งอาจทำให้ประชาชนส่วนใหญ่พลอยเสี่ยงติดโรคไปด้วย จึงนับว่าเป็นธรรมแล้วที่จะไม่นำเงินภาษีจากประชาชนไปสนับสนุนสวัสดิการแก่ครอบครัวที่ต่อต้านการฉีดวัคซีน

ปัจจุบันคาดว่ามีเด็กชาวออสเตรเลียอายุต่ำกว่า 7 ปีราว 39,000 คนที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน เนื่องจากผู้ปกครองคัดค้านสอดคล้องกับกระแสการต่อต้านวัคซีนในหมู่ชาวออสเตรเลียซึ่งมองว่าวัคซีนบางตัวอาจเป็นอันตราย และเรียกร้องให้ผู้ปกครองมีสิทธิในการปฏิเสธนำเด็กเข้ารับการฉีดวัคซีนโดยไม่ได้รับผลกระทบ

ตรวจเคเบิลลมหายใจวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะอาหาร

บีบีซี - ผลการศึกษาในวารสาร Gut ชี้ การตรวจสอบประกอบในลมหายใจอาจช่วยทำนายความเสี่ยงโรคมะเร็งกระเพาะอาหารในผู้ที่ปัญหาสุขภาพระบบทางเดินอาหาร

การทดสอบชุดตรวจมะเร็งกระเพาะอาหารจากลมหายใจของนักวิจัยอิสราเอล ลัตเวีย และจีน สามารถระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร และยังสามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างตัวอย่างขึ้นเนื้อที่เป็นมะเร็งและตัวอย่างที่ไม่มีมะเร็งได้ดี อย่างไรก็ตาม ชุดตรวจลมหายใจดังกล่าวยังคงต้องพัฒนาให้แม่นยำมากขึ้นก่อนที่จะนำมาใช้งานจริง

ด้านผู้เชี่ยวชาญจากโครงการวิจัยโรคมะเร็งแห่งสหราชอาณาจักรให้ความเห็นว่า การวินิจฉัยมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสสำเร็จในการรักษาสูงสุด ซึ่งเครื่องมือตรวจวินิจฉัยโรคที่มีความไวและแม่นยำดีพอจะมีนัยสำคัญต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วย อนึ่ง โรคมะเร็งกระเพาะอาหารในกลุ่มประเทศตะวันตกมักตรวจพบในระยะลุกลามซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตต่ำ โดยสาเหตุหลักมาจากอาการของโรคที่คาบเกี่ยวกับโรคอื่นและทำให้วินิจฉัยผิดพลาด



บรอกโคลีมีสรรพคุณยับยั้งมะเร็ง

เอ็มเอสเอ็น - นักวิจัยสหรัฐฯ เผย สารเคมีในบรอกโคลีช่วยลดการก่อตัวของโรคมะเร็ง และอาจนำไปสู่การพัฒนาสารสกัดจากธรรมชาติเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง

นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนียของสหรัฐฯ รายงานผลการศึกษานี้ในหนูทดลองที่เหนียวทำให้เกิดมะเร็งช่องปาก โดยระบุว่าสารสกัดจากหน่ออ่อนของบรอกโคลีสามารถลดจำนวนมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ชี้ว่า sulforaphane ที่มากพบในบรอกโคลี กะหล่ำ และเหียนแดงมีฤทธิ์ในการลดความรุนแรงของสารก่อมะเร็ง

นักวิจัยคาดหวังว่า ข้อมูลนี้จะสามารถต่อยอดไปสู่แนวทางการพัฒนาสารประกอบที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพป้องกันมะเร็งช่องปากในคน ซึ่งจากการทดสอบเบื้องต้นในคนพบว่า สารสกัดจากบรอกโคลีสามารถซึมซับเข้าสู่เนื้อเยื่อเป้าหมายโดยไม่ก่อให้เกิดอันตราย และในลำดับต่อไปได้เตรียมขยายผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ศีรษะและคอ



อนามัยโลกยอมรับล้มเหลวสู้อีโบลา

รอยเตอร์ส - องค์การอนามัยโลกแถลงยอมรับความล้มเหลวของมาตรการรับมืออีโบลา แต่ยืนยันจะปฏิรูป

เพื่อให้พร้อมรับมือการระบาดครั้งใหม่

ดร.มากาเรต เจน ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ออกมายอมรับความผิดพลาดขององค์การตามที่ถูกวิจารณ์ถึงความล่าช้าและหย่อนยานในการรับมือกับวิกฤติการระบาดของไวรัสอีโบลา รวมถึงความบกพร่องด้านการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การชี้แจงความเสี่ยง ตลอดจนปัญหาความสับสน

ด้านบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบ

แถลงการณ์ครั้งนี้ระบุว่า องค์การอนามัยโลกจะมุ่งปฏิรูปมาตรการรับมือไวรัสอีโบลา โดยเฉพาะการยกเครื่องแผนการสื่อสารและแบ่งปันข้อมูล รวมไปถึงการยกระดับการประสานงานทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศในกรณีเกิดการระบาดครั้งใหญ่ในอนาคต ซึ่งเป้าหมายการปฏิรูปนั้นจะแจ้งไปกับการจัดตั้งบุคลากรหน่วยฉุกเฉิน กองทุนฉุกเฉิน ปรับปรุงระบบโครงสร้างการถ่ายทอดคำสั่งภายในองค์การอนามัยโลก และเพิ่มความเข้มงวดข้อบังคับด้านสุขภาพเพื่อยกระดับมาตรฐานการรับมือโรคระบาดของแต่ละประเทศ

เปิดแฟรนไชส์น้ำปลอดสารหนู

รอยเตอร์ส - บริษัท Drinkwell Systems ของสหรัฐฯ ขวนแมบ้านในประเทศยากจนตั้งกิจการน้ำปลอดสารหนู โดยออกทุนให้ในลักษณะสินเชื่อขนาดเล็ก

นายมินฮาส เซาดูรี ซีอีโอของบริษัทเปิดเผยว่า ได้จำหน่ายเครื่องแยกสารหนูออกจากน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภคแล้ว 208 เครื่องในอินเดีย บังกลาเทศ เนปาล และกัมพูชา นับตั้งแต่ก่อตั้งโครงการเมื่อปี พ.ศ. 2556 และได้จำหน่ายแก่ผู้บริโภคแล้วกว่า 250,000 คน และยืนยันว่าการสนับสนุนให้คนในท้องถิ่นกันดารก่อตั้งกิจการน้ำปลอดภัยเพื่อใช้ในชุมชนของตนเองนั้นมีประสิทธิภาพกว่าการหวังพึ่งกลไกรัฐที่ฟิสิกการ

นายเซาดูรี ซึ่งมีเชื้อสายผู้อพยพจากบังกลาเทศและสูญเสียไปเนื่องจากพิษสารหนูเผยว่า โครงการของเขามุ่งสนับสนุนให้ผู้หญิงเป็นผู้นำธุรกิจน้ำ เพราะผู้หญิงในกลุ่มประเทศดังกล่าว

มักเป็นผู้แบกรับภาระออกไปหาน้ำมาใช้ในครอบครัว นอกจากนี้ผู้หญิงยังมีวินัยการเงินที่ดีจากผู้ขายซึ่งจะเสี่ยงกว่าหากให้รับผิดชอบเรื่องการเงิน

อนึ่ง สารหนูพบมากในอาร์เจนตินา บังกลาเทศ ชิลี จีน อินเดีย เม็กซิโก สหรัฐฯ รวมถึงประเทศไทย ซึ่งแม้ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากสารหนู แต่องค์การอนามัยโลกชี้ว่า การปนเปื้อนของสารหนูในแหล่งน้ำเป็นภัยใกล้ตัว และวารสาร Lancet ระบุเมื่อปี พ.ศ. 2543 ว่า การเสียชีวิต 1 ใน 5 รายในบังกลาเทศเป็นผลจากพิษสารหนู



ม.มหิดล ติด 1 ใน 100 มหาวิทยาลัยโลก ในสาขาวิชาการแพทย์

บริษัท QS (Quacquarelli Symonds) ประกาศผลการจัดอันดับมหาวิทยาลัยโลก QS World University Rankings by Subject 2015 **มหาวิทยาลัยมหิดล ติด 1 ใน 100 ของมหาวิทยาลัยโลก** และเป็นอันดับที่ 1 ของประเทศไทย ในสาขาการแพทย์ (Medicine) ซึ่งเป็นจุดแข็งของมหาวิทยาลัยมหิดลสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการแข่งขันในระดับโลกของมหาวิทยาลัยไทย และมหาวิทยาลัยมหิดลยังเป็นอันดับที่ 1 ของประเทศไทยในสาขา Biological Science (วิทยาศาสตร์ชีวภาพ) และ Law (กฎหมาย) โดยเฉพาะในสาขา Law (กฎหมาย) นั้นมหาวิทยาลัยมหิดลมีความโดดเด่นในสาขาอาชีววิทยา การบริหารงานยุติธรรม และสังคม มีงานวิจัยมากมายที่ทําร่วมกับกระทรวงยุติธรรม อาทิ ความรุนแรงในสังคม ปัญหาผู้ต้องขังหญิง และปัญหาความเหลื่อมล้ำของกระบวนการยุติธรรม ซึ่งมี



ความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อสังคมไทย นอกจากนี้มหาวิทยาลัยมหิดลยังได้รับการจัดอันดับเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทยในสาขา Chemistry, Modern Language และ Pharmacy & Pharmacology

Advanced Skills for Clinical Teachers



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ “สำหรับอาจารย์แพทย์คลินิก” **Advanced Skills for Clinical Teachers** รับเฉพาะผู้ที่ผ่านการอบรม Essential skills for clinical teachers หรือ Clinical teaching ที่ทางคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลจัดให้เท่านั้น ผู้สนใจสมัครตั้งแต่วันนี้จนถึงวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ค่าลงทะเบียน 3,500 บาท สมัครตั้งแต่วันที่ 15-28 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ค่าลงทะเบียน 4,400 บาท ลงทะเบียนหน่วยงาน ค่าลงทะเบียน 5,300 บาท ติดต่อสอบถามได้ที่ ดิโกดูลยเดชวิกรม ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รายละเอียดโครงการ คุณน้ำ, คุณพร โทรศัพท์ 0-2419-6454 การกรอกข้อมูลสมัครเข้าร่วมอบรม โทรศัพท์ 0-2419-6637 คุณศิริวัฒน์



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จัดประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ “สุขภาพเด็กแห่งชาติ” ครั้งที่ 16 ‘Step Forward to Better Child Health’

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จัดประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ “สุขภาพเด็กแห่งชาติ” ครั้งที่ 16 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือ The 16th Annual Pediatric Meeting of National Child Health ระหว่างวันที่ 24-26 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมเซ็นจูรี พาร์ค กรุงเทพฯ ภายใต้แนวคิด ก้าวไปข้างหน้าสู่สุขภาพดีของเด็ก “Step Forward to Better Child Health” เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพทางวิชาการเฉพาะทางด้านโรคเด็ก

รศ.คลินิก นพ.สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กล่าวว่า การประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ “สุขภาพเด็กแห่งชาติ” ครั้งที่ 16 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จัดขึ้นระหว่างวันที่ 24-26 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมเซ็นจูรี พาร์ค กรุงเทพฯ โดยทีมวิทยากรจากอาเซียนและประเทศไทย เป็นเวทีสำคัญในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพทางวิชาการเฉพาะด้านโรคเด็กแก่กุมารแพทย์ แพทย์ทั่วไปทุกสาขา ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการเพิ่มศักยภาพ ความรู้ ความสามารถในการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ตลอดจนการแก้ไขฟื้นฟูผู้ป่วยเด็กได้ถูกต้องรวดเร็ว เป็นไปตามนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ

ภายในงานได้รับเกียรติจาก ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวเปิดการประชุมพร้อมแสดงปาฐกถาพหุยา มั่นสุวรรณ์ เรื่อง “Step forward to better child health” จากนั้นทีมวิทยากรจากอาเซียน ได้แก่



รศ.คลินิก นพ.สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์

พม่า เวียดนาม ฟิลิปปินส์ ลาว อินโดนีเซีย กัมพูชา และประเทศไทย จะมาบรรยายในหัวข้อ Vaccine Preventable Diseases: Success and Challenge, Lessons Learned on Dengue Management, Current Status and Management in Children with Heart Diseases: ASEAN Experience และ Child Development in Practice: Lessons Learned and Experience Sharing โดยจัดขึ้นในวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นวันแรกของการประชุม

ส่วนในวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ได้มีการจัด Workshops 6 หัวข้อ เป็นการเพิ่มพูนทักษะความรู้ให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุม เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในเวชปฏิบัติได้อย่างถูกต้องดังนี้

1. All for the Babies: Secret of Success แบ่งออกเป็น Stations • Body Massage • Breastfeeding Sick Babies • Sucking Stimulation
2. Advance in Pediatric Respiratory Care
3. What Do You Need in Your Toolbox? : Essential

Tools for Behavioral and Developmental Evaluation

4. Love Life Balance by Maneevej

5. Music & Medicine II: How Music Transforms Children's Health and Wellbeing (Chorus and Piano)

6. Determining Quality of Movement in Cerebral Palsy: A Step Toward Effective Rehabilitation

รศ.คลินิก นพ.สรศักดิ์ กล่าวอีกว่า หัวข้อในการประชุมวิชาการครั้งนี้ ล้วนแล้วแต่มีความน่าสนใจและครอบคลุมเฉพาะด้านโรคเด็ก ซึ่งทางคณะผู้จัดงานได้พิจารณาและคัดสรรมาแล้ว อีกทั้งวิทยากรที่มาบรรยายต่างก็เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเฉพาะด้านโรคเด็กทั้งสิ้น

โดยหัวข้อการบรรยายประกอบไปด้วย IT & Child Development: Parenting in the Digital Era, The Importance & Impact of National Birth Defect Registry, Integration of Palliative Approach for the End of Life Care: Principle and Practice, Health status study from annual checkup results of QSNICH Staffs in 2011-2014, Role of ward pharmacists for drug information service to healthcare team, ผลของโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตโดยใช้หนังสือการ์ตูนเป็นสื่อต่อทักษะชีวิตในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3, Clinical outcome of intravenous immunoglobulins (IVIG) used in pediatrics over universal coverage program, ประสิทธิภาพของ tropicamide ร่วมกับ phenylephrine ในการขยายรูม่านตาก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยเด็ก, ผลของการใช้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและความพึงพอใจของผู้ดูแลสถาบันสุขภาพเด็กฯ, Obstructive Sleep Apnea: ENT's Perspectives, Facilitating Children's Moral Development: From Theory to Practice, Seizure vs Non-seizure: How Many Do You Recognize?, The Application of a Modified Tooth Protector in Anesthesiology, The Tearing Patients: Update on Diagnosis and Management of Lacrimal Duct Problem, Central Lines: Recognizing Preventing and Troubleshooting Complications, Surgical Aspects of CNS Infections เป็นต้น

ไม่เพียงเท่านั้นยังมีการนำเสนอผลงาน Poster Presentation ได้แก่ ผลการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่

บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการสร้างความรักใคร่ผูกพันต่อระดับความรู้สึกใคร่ผูกพันของมารดาที่มีต่อทารกที่คลอดก่อนกำหนด, ผลการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองของโอเริ่มต่อการรับรู้ความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรวัยทารกที่ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน, The Relationship Between Perceived Importance of Information, Understanding of Information, and Anxiety of Parents of Children in Recovery Phase after Cardiac Surgery, A Study of nursing outcome indicators for pediatric respiratory care และ The effect of cryotherapy and mouth care on oral mucositis induced by chemotherapy in children with cancer อีกด้วย

นอกจากนี้แล้วยังมีการจัดงานแสดงมุขิตาจิตแด่ อ.พญ.เพทาย แม้นสุวรรณ อายุครบ 90 ปี และ อ.พญ.สุจิตรา นิมนานนิตย์ อายุครบ 84 ปี ในวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2558 เวลา 15.00 น.

“สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีขอเชิญแพทย์กุมารแพทย์ แพทย์ทั่วไปทุกสาขา ทันตแพทย์ เกษตรกร พยาบาล วิชาชีพ นักวิชาการ และผู้ที่สนใจเข้าร่วมการประชุมวิชาการในครั้งนี้ โดยทุกหัวข้อการประชุมถือเป็นไฮไลท์สำคัญที่พลาดไม่ได้ เพราะนอกจากจะได้อัปเดตองค์ความรู้ที่น่าสนใจแล้ว ยังเป็นโอกาสที่จะได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพทางวิชาการเฉพาะทางด้านโรคเด็ก เพื่อก้าวไปข้างหน้าสู่สุขภาพดีของเด็ก “Step Forward to Better Child Health” ดังแนวคิดของการจัดประชุม ทั้งนี้คาดว่าจะมีผู้สนใจเข้าร่วมการประชุมไม่ต่ำกว่า 250 คน โดยมีอัตราค่าลงทะเบียนคนละ 1,500 บาท และยังสามารถรับคะแนน CME สำหรับแพทย์ และ CNEU สำหรับพยาบาลอีกด้วย” **รศ.คลินิก นพ.สรศักดิ์** กล่าวทิ้งท้าย

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้ และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5122, 5113 หรือ 08-8874-4674 โทรสาร 0-2354-8088 E-mail: qsnich.training@gmail.com หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมทาง www.childrenhospital-training.com



สร. จับมือ สปสช. ตั้งคณะทำงานแก้ไขปัญหา ร.พ.ขาดสภาพคล่องทุกแห่ง วางระบบแก้ไขป้องกันเบ็ดเสร็จ



นพ.อานวย กาจិនะ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับระบบการแก้ปัญหาโรงพยาบาลในสังกัดที่ขาดสภาพคล่องทางการเงินว่า กระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการระยะเร่งด่วนที่จะดำเนินการในเรื่องดังกล่าว โดยขณะนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้โอนเงินเหมาจ่ายรายหัวไปยังหน่วยบริการครบทุกเขตสุขภาพแล้วกว่า 39,700 ล้านบาท ซึ่งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังได้อนุมัติเงินในการปรับเปลี่ยนในระบบของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 599 ล้านบาท ไปยังเขตสุขภาพ 3 เขต ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 12 ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตภาคเหนือ

และภาคใต้ที่เป็นโรงพยาบาลตามชายแดนและแบกรับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาประชาชนที่มาจากประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งนี้ในการแก้ไขปัญหาโรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งคณะกรรมการร่วมกัน 1 ชุด โดยมีอาจารย์นพพร เรืองสกุล เป็นประธานคณะกรรมการ เพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่มาของปัญหาการขาดสภาพคล่อง และจัดกลุ่มให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัย ทูรกันดาร จำนวน 137 แห่งที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเป็นการเฉพาะ และโรงพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่เหล่านี้แต่เกิดปัญหาขาดสภาพคล่อง เพื่อให้ผู้ทำงานในพื้นที่คลายความกังวล สามารถจัดบริการประชาชนทุกคนได้อย่างเต็มศักยภาพและมีคุณภาพ

สร. ตั้งเป้าประเทศไทยปลอดจากไข้มาลาเรียภายในปี 2567

นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้ดำเนินการในปี พ.ศ. 2558 เพื่อเร่งกำจัดเชื้อมาลาเรียให้หมดไป โดยจัดโครงการกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย และจัดทำข้อตกลงความร่วมมือเพื่อการกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียกับหน่วยเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้ประเทศไทยปลอดจากไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2024) โดยใช้ 6 กลยุทธ์ที่สำคัญในการกำจัดเชื้อมาลาเรีย ดังนี้ 1. การบริหารจัดการโครงการการรับรองพื้นที่กำจัดเชื้อมาลาเรีย และการติดตามประเมินผล มีการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่าง ๆ ให้มีความรู้และร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในทุกด้าน ขยายไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเครือข่ายในพื้นที่เสี่ยง 2. การกำจัดเชื้อมาลาเรียดื้อต่อยา รักษาด้วยยาที่มีการวิจัยที่มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น 3. การเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง พื้นที่เสี่ยง และคุณภาพการตรวจวินิจฉัยที่ได้ผลดีและรวดเร็ว 4. การเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและการสอบสวนโรค กรณีมีการระบาดใหม่ หรือมีผู้ป่วยที่เดินทางมาจากที่ใดที่หนึ่ง 5. การเฝ้าระวังเพื่อการตอบโต้และควบคุมโรคและการควบคุมยุงพาหะอย่างเหมาะสม การประสานงานกับ



ประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเพื่อร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการลดการแพร่เชื้อมาลาเรียที่อาจมาพร้อมกับประชากรเคลื่อนย้ายหรือตามแนวชายแดน มีการประเมินอำเภอที่ไม่มี การแพร่เชื้อมาลาเรียและมอบใบประกาศนียบัตร และ 6. การสื่อสารความเสี่ยง การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการบริหารจัดการชุมชน โดยสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเสี่ยง พื้นที่เสี่ยง และผู้เดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยงได้ทราบวิธีการป้องกัน และการรับประทายยาให้ครบเมื่อต้องรักษา

สร. ชูผลงาน 6 เดือน “ทีมหมอครอบครัว” ฉลุลย มอบบริการลงถึงบ้านผู้พิการ สูงอายุ ป่วยติดเตียง

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แถลงข่าวผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือนของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2557 – วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2558 ว่า ผลงานมีความก้าวหน้าเป็นที่พอใจ เป็นไปตามนโยบายรัฐบาลและนโยบายในการยกระดับคุณภาพบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน เข้าถึงบริการใกล้บ้านโดยงานนโยบายที่คาดหวังและประสบความสำเร็จแล้วคือ การสร้างทีมหมอครอบครัว ซึ่งเป็นการนำบริการทุกมิติของโรงพยาบาลทุกระดับ และความร่วมมือจากองค์กรในพื้นที่ชุมชน ลงไปถึงครอบครัวของประชาชนโดยตรง ในปีแรกตั้งเป้าหมายดูแล 3 กลุ่มที่ต้องพึ่งพิงคือ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมี 2 ล้านคน โดยรอบ 6 เดือนแรกสามารถตั้งทีมหมอครอบครัวได้ 50,000 ทีมในทุกจังหวัด ทะลุเป้าที่กำหนดไว้ 30,000 ทีม ผลการให้บริการคืบหน้าเป็นอย่างมาก สามารถให้การดูแลได้กว่า 1.2 ล้านคน หรือ 2 ใน 3 ของเป้าหมาย เป็นการลดความเหลื่อมล้ำในสังคมลงได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ทีมหมอครอบครัวเป็นบริการประชาชนรูปแบบใหม่ ญาติสามารถปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผลจากการดูแลประชาชน 3 กลุ่มดังกล่าวจะเกิดผลดีใน 4 เรื่อง ได้แก่



1. ลดความแออัดของโรงพยาบาลในอนาคตได้อย่างชัดเจน
 2. คุณภาพชีวิตและสุขอนามัยของผู้ป่วยดีขึ้น
 3. การไปโรงพยาบาลน้อยลง และ
 4. แบ่งเบาภาระญาติที่ดูแล ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น
- มั่นใจว่าระบบของทีมหมอครอบครัวนี้จะรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยได้เป็นอย่างดี

กรมควบคุมโรค ให้รพ.ใช้ความเร็วไม่เกิน 80 กม./ชม. ขณะนำส่งผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวถึงกรณีมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ในข้อที่ ให้รพ.ของกระทรวงสาธารณสุข ใช้ความเร็วไม่เกิน 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมงในขณะนำส่งผู้ป่วย แต่ขณะเดินทางไปรับผู้ป่วยสามารถใช้ความเร็วได้ตามที่กฎหมายกำหนด เมื่อรับผู้ป่วยแล้วหรือส่งต่อผู้ป่วย (refer) ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ให้การ

ดูแลรักษาพยาบาลในระหว่างนำส่งอยู่บนรถแล้ว จึงไม่ต้องเร่งรีบให้ใช้ความเร็วไม่เกิน 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง และปฏิบัติตามกฎจราจรอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย รวมถึงเพื่อความสะดวกในการให้การรักษายาบาลบนรถด้วย ซึ่งสาเหตุของการจำกัดความเร็วของรถพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น จากสถิติในปี พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมามีพบว่า รถพยาบาลฉุกเฉินเกิดอุบัติเหตุ 61 ครั้ง มีเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยบาดเจ็บ 130 ราย เสียชีวิตถึง 19 ราย ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุช่วงเดินทางกลับจากส่งผู้ป่วยแล้วกว่าร้อยละ 45 จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่ารถพยาบาลที่ออกไปรับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยวิกฤติอันตรายเพียงร้อยละ 10-15 ปัจจัยสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุคือ การใช้ความเร็ว หากเพิ่มความเร็วเท่ากับเพิ่มความเสี่ยง เพราะเมื่อความเร็วเพิ่มขึ้นระยะหยุดที่ปลอดภัยจะลดลง อาจจะไปถึงจุดหมายเร็วขึ้น 5-10 นาที แต่อัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ 25-50



โรงพยาบาลเด็กสมิติเวช อินเตอร์เนชั่นแนล สร้างมิติใหม่ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก



เปิดตัวอย่างเป็นทางการ โรงพยาบาลเด็กสมิติเวช อินเตอร์เนชั่นแนล กับมิติใหม่ในการดูแลสุขภาพเด็ก

โรงพยาบาลเด็กสมิติเวช อินเตอร์เนชั่นแนล สร้างมิติใหม่ในการดูแลสุขภาพเด็ก ด้วยทีมแพทย์มากที่สุดในประเทศไทยกว่า 150 คน นำความเชี่ยวชาญของแพทย์เด็กในทุกสาขา รักษาโรคขั้นตติยภูมิ เพิ่มศักยภาพ เช่นสัญญาความร่วมมือกับพันธมิตร Doernbecher Children's Hospital ประเทศสหรัฐอเมริกา พัฒนาศักยภาพด้านการแพทย์ พร้อมเดินทางสานต่อปณิธานดูแลสุขภาพสังคม กับโครงการ New Life Fund ช่วยเหลือเด็กที่ด้อยโอกาส

นพ.ชัยรัตน์ ปันทุรอำพร กรรมการผู้จัดการและประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัท สมิติเวช จำกัด (มหาชน) เปิดเผยว่า สมิติเวชมีชื่อเสียงด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กมากกว่า 36 ปี และเปิดให้บริการโรงพยาบาลเด็กมานานถึง 12 ปี และเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและนานาชาติ โดยมีคนไข้ต่างชาติ ทั้งจากญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส อาหรับ และพม่า เข้ามารักษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในปีนีด้วยจุดเด่นที่แตกต่างจากที่อื่นกับคอนเซ็ปต์ Hospital in hospital (โรงพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลทั่วไป) ทั้งที่สุขุมวิทและศรีนครินทร์ ซึ่งการรวมกันนี้ทำให้สมิติเวชมีแพทย์เฉพาะทางกว่า 150 คน สามารถรักษาโรคเฉพาะทางของเด็กในขั้นตติยภูมิ มีการผ่าตัดเฉพาะทาง ดูแลฉุกเฉินรวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเด็กทางอากาศที่เดียวในประเทศไทย (Pediatric Aeromedical Transportation) ซึ่งให้บริการดังกล่าวมาตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2550 ให้บริการมาแล้วกว่า 150 ราย และได้ขยายขอบเขตการบริการไปสู่ประเทศเพื่อนบ้านใกล้เคียงและเมืองใหญ่ในเอเชีย อาทิ ภูมิภาคอาเซียน รวมทั้งจีน เช่น ปักกิ่ง เซี่ยงไฮ้ นอกจากนี้ยังได้ให้บริการส่งกลับผู้ป่วยไปยังประเทศอื่น เช่น สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย

อีกสิ่งทีการันตีศักยภาพและความพร้อมของโรงพยาบาลคือ ได้เซ็นสัญญาร่วมกับพันธมิตรร่วมกับโรงพยาบาลเด็กที่มีชื่อเสียง "Doernbecher Children's Hospital" ไโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รางวัลชนะเลิศในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลเด็ก ประจำปี พ.ศ. 2557 จาก University Health system

Consortium hospitals for pediatric quality สมิติเวชได้นำจุดแข็งในเรื่องนี้มาประชุมวางแผนกำหนดทิศทางเป้าหมายงานด้านบริหารจัดการโรงพยาบาลเด็กสมิติเวช อินเตอร์เนชั่นแนล เพื่อก้าวสู่มาตรฐานการบริการชั้นยอดระดับสากลอย่างเต็มรูปแบบ พาทีมแพทย์ผู้บริหารเยี่ยมชมทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาปรับปรุงเพิ่มศักยภาพต่อไป โดยมุ่งเน้นเรื่อง ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยเด็กวิกฤติ การผ่าตัดรักษาโรคร้ายต่าง ๆ การปลูกถ่ายไขกระดูกรักษาโรคมะเร็งในเม็ดเลือด รวมถึงวางแผนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเชื่อมโยงพัฒนารูปแบบกิจกรรมช่วยเหลือสังคม



SAMITIVEJ INTERNATIONAL
Children's HOSPITAL

“โรงพยาบาลเด็กสมิติเวช อินเตอร์เนชั่นแนล เป็นการผสานจุดแข็งด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กของทั้งสุขุมวิทและศรีนครินทร์เข้าด้วยกัน และพัฒนาให้เป็น Excellent Center ยิ่งไปกว่านั้นโรงพยาบาลเด็กสมิติเวช อินเตอร์เนชั่นแนล จะเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนนโยบายและทิศทางของประเทศไทยที่จะก้าวสู่การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย (Medical Hub) รวมทั้งช่วยสร้างรายได้เข้าประเทศ และสนับสนุนการพัฒนาความสามารถแพทย์ไทยผ่านทางความร่วมมือกับต่างประเทศในการวิจัยทางการแพทย์ด้วย” นพ.ชัยรัตน์ กล่าว

พญ.สุรางคณา เตชะไพฑูรย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเด็ก สมิติเวช อินเตอร์เนชั่นแนล กล่าวว่า โรงพยาบาลเด็กสมิติเวช อินเตอร์เนชั่นแนล มีความพร้อมในการรักษาเด็กพร้อมเครื่องมือที่ทันสมัย เหมาะกับเด็กโดยเฉพาะ อาทิ หอทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) สำหรับเด็กแรกเกิด-1 เดือน หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (PICU) สำหรับเด็กอายุ 1 เดือน เป็นต้นไป แผนกศัลยกรรมเด็กที่สามารถผ่าตัดสมอง ทางเดินปัสสาวะ ผ่าตัดหัวใจ และรักษาโรคยากในเด็กได้ และศูนย์ฟื้นฟูที่ครบวงจรที่ต้องใช้ ทีมแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางหลาย ๆ ด้านช่วยกันมาดูแล นอกจากนี้ยังถือว่าเป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งแรกที่มีศูนย์เด็กพิเศษ และศูนย์วิจัยรุ่น เพื่อเตรียมความพร้อมให้เด็กอยู่ร่วมกับสังคมปกติได้ และในการยกระดับเป็นโรงพยาบาลเด็กนานาชาติดังกล่าว สมิติเวช มีความพร้อม โดยได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI จากสหรัฐอเมริกา รวมทั้งยังได้รับการรับรองมาตรฐานการรักษาโรคหืดในเด็ก (Clinical Care Program Certification-CCPC for Childhood Asthma Care) เป็นแห่งแรกนอกสหรัฐอเมริกาอีกด้วย

การที่โรงพยาบาลเด็กสมิติเวช อินเตอร์เนชั่นแนล เป็นโรงพยาบาลเด็กแนวหน้าของประเทศ ต้องมีการพัฒนาบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลอยู่ตลอดเวลา โดยได้จัดให้มีการอบรม สัมมนา ประชุมวิชาการ การส่งเสริมด้านวิชาการการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงอบรมด้านภาษาให้แก่เจ้าหน้าที่และส่งไปต่างประเทศ เพื่อดูแลผู้รับบริการทั้งชาวไทยและต่างชาติ ไม่เพียงแต่เรื่องการรักษาเท่านั้น ทางสมิติเวชยังเน้นการดูแลเด็กแบบองค์รวม (Child Life Specialist) ดูแลทางจิตใจไปพร้อม ๆ กับการรักษาทางด้านร่างกาย เพื่อให้เด็กทุกคนที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมีความสุข

ศ.เกียรติคุณ พญ.ชนิกา ตู้จินดา ที่ปรึกษาโรงพยาบาลเด็ก สมิติเวช อินเตอร์เนชั่นแนล กล่าวถึงกิจกรรมการกุศลเพื่อสังคมภายใต้โครงการ “Samitivej New Life Fund” ซึ่งเริ่มให้บริการผ่าตัดหัวใจเด็กพิการแต่กำเนิดโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และได้ดำเนินการไปแล้วจนครบ 102 ราย สำหรับโครงการที่ 2ที่กำลังดำเนินการอยู่ในปีนี้จะจัดทำขึ้นภายใต้โครงการ “ชีวิตใหม่ ไขกระดูกเด็ก” โดยอาศัยความพร้อมด้านทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในด้านการปลูกถ่ายไขกระดูกและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย จึงมุ่งเน้นการรักษาโรคทางพันธุกรรมในเด็ก เช่น โรคเลือด และโรคมะเร็งที่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการปลูกถ่ายไขกระดูก โครงการ Samitivej New Life Fund จะให้บริการปลูกถ่ายไขกระดูกแก่เด็กจำนวน 5 รายภายในปี พ.ศ. 2558 เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลเนื่องในวันพระราชสมภพ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเจริญพระชนมายุครบ 60 พรรษา ในปี พ.ศ. 2558 นอกจากนี้สมิติเวชยังมีโครงการผ่าตัดกระดูกสันหลังคดในเด็กซึ่งเป็นภาวะที่กระดูกสันหลังผิดรูปเอียงไปทางซ้ายหรือขวาเป็นได้ตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยรุ่น

“โครงการ CSR นี้ เรารับทำทั้งเด็กไทยและเด็กต่างชาติ โดยโครงการ Samitivej New Life Fund เกิดจากแรงบันดาลใจของผู้ก่อตั้ง ทีมแพทย์ และพยาบาลซึ่งพร้อมด้วยศักยภาพที่เต็มเปี่ยม ซึ่งถือว่าเป็นกองทุนที่เกิดจากแรงบันดาลใจ ไปจนถึงความภาคภูมิใจที่สามารถช่วยเหลือเด็กที่ขาดโอกาส” **ศ.เกียรติคุณ พญ.ชนิกา** กล่าว

บพ.ชัยรัตน์ ปันทุรอุบพร

“จากประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กที่สั่งสมมากกว่า 36 ปี จนเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและนานาชาติ ด้วยศักยภาพทีมกุมารแพทย์กว่า 150 ท่าน พร้อมอุปกรณ์การแพทย์สำหรับเด็กโดยเฉพาะและบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเด็กทางอากาศแห่งเดียวในประเทศไทย รวมถึงการเซ็นสัญญาเป็นพันธมิตรร่วมกับ Doernbecher Children's Hospital โอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นเครื่องการันตีศักยภาพและความพร้อมสู่การเป็น Excellent Center”



พญ.สุรางคณา เตชะไพฑูรย์

“ถึงแม้เด็กจะมาเพราะอาการเจ็บป่วย แต่เราก็พยายามทำให้พวกเขามีความสุข เกิดเสียงหัวเราะอยู่เสมอ เพราะเราเน้นการดูแลเด็กแบบองค์รวม คือดูแลทั้งทางจิตใจและอารมณ์ไปพร้อม ๆ กับการรักษาทางด้านร่างกาย เราพยายามอย่างเต็มที่เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาเด็กให้ดียิ่งขึ้น เราเชื่อว่าหากมีศรัทธาและมีความพยายามทุ่มเท ความปรารถนานี้ จะสำเร็จเป็นจริง”

ศ.เกียรติคุณ พญ.ชนิกา ตู้จินดา

“ที่ผ่านมา Samitivej New Life Fund ให้บริการผ่าตัดหัวใจเด็กพิการแต่กำเนิดโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายกว่า 100 ราย และในปี พ.ศ. 2558 กำลังดำเนินโครงการปลูกถ่ายไขกระดูกแก่เด็กจำนวน 5 ราย เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลเนื่องในวันพระราชสมภพ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเจริญพระชนมายุครบ 60 พรรษา ในปี พ.ศ. 2558 รวมทั้งโครงการผ่าตัดกระดูกสันหลังคดในเด็ก สมิติเวชเชื่อมั่นในความรับผิดชอบต่อสังคม เราจึงภาคภูมิใจที่สามารถนำความเชี่ยวชาญและความก้าวหน้าด้านการแพทย์ช่วยเหลือสังคมได้เช่นนี้”



เนสท์เล่ เปิดตัว ไมโล สูตรแอคทีฟ-โก เติมความพร้อมเด็กไทย มุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ

บริษัท เนสท์เล่ (ไทย) จำกัด จัดงานเปิดตัว ‘ไมโล สูตรใหม่ แอคทีฟ-โก’ เติมความพร้อมเด็กไทย มุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ ผสมนมผงแท้ที่ผสมคุณประโยชน์ที่ลงตัวจากโปรโตมอลต์ วิตามิน และแร่ธาตุสำคัญ พร้อมจัดกิจกรรมเสวนา ‘เติมความพร้อมเด็กไทยสู่ความสำเร็จ’ เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ พร้อมเรียนรู้และทำกิจกรรมได้อย่างเต็มที่

คุณไชยงค์ สกุลบริรักษ์ ผู้อำนวยการบริหารธุรกิจผลิตภัณฑ์นมและโภชนาการสำหรับผู้ใหญ่ บริษัท เนสท์เล่ (ไทย) จำกัด กล่าวว่า “ไมโล เป็นเครื่องดื่มช็อกโกแลตมอลต์ที่ผู้บริโภคทั่วโลกให้การยอมรับมายาวนานกว่า 80 ปี โดยเรามีความมุ่งมั่นจริงจังในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ นำเสนอนวัตกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสม เพื่อสุขภาพที่ดีของผู้บริโภคมาโดยตลอด รวมทั้งเจตนารมณ์ในการสนับสนุนให้เด็กไทยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงด้วยการส่งเสริมการเล่นกีฬา และการออกกำลังกาย ดังนั้น ไมโล สูตรใหม่ แอคทีฟ-โก จึงเป็นพัฒนาการก้าวสำคัญของเรา เพื่อช่วยส่งเสริมให้เด็กไทยได้ดื่มเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสม ผสมคุณประโยชน์ที่ลงตัวจากโปรโตมอลต์ วิตามิน และแร่ธาตุ ผสมนมผงแท้ เพื่อให้เด็กพร้อมเรียนรู้และทำกิจกรรมได้อย่างเต็มที่”

สำหรับ ‘ไมโล สูตรใหม่ แอคทีฟ-โก’ เครื่องดื่มช็อกโกแลตมอลต์ผสมนมผงแท้ รสชาติอร่อยเข้มข้น ถูกพัฒนาขึ้นจากคุณประโยชน์ที่ผสมอย่างลงตัวของโปรโตมอลต์ วิตามิน และแร่ธาตุสำคัญ ที่มีส่วนสำคัญในกระบวนการเผาผลาญพลังงาน เพื่อช่วยให้ร่างกายได้รับพลังงานที่เหมาะสม เสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก และกล้ามเนื้อ

ทั้งนี้ ภายในงานได้รับเกียรติจาก ผศ.ดร.มนัสนันท์ หัตถศักดิ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและพัฒนาการเด็ก ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ร่วมบรรยายให้ความรู้เรื่อง “การอบรมเลี้ยงดูเด็กให้พร้อมเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์” พร้อมพูดคุยกับครอบครัวดาราสุดแอคทีฟ ‘เจ-เจตริน ปิ่น-เก็จมณี และน้องเจ้าสมุทร-จักร วรรณะสิน’ ร่วมเผยเคล็ดลับการพัฒนาลูกรอบด้านผ่านการออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม เพื่อให้เด็กมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ พร้อมออกไป



เรียนรู้และทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เต็มที่

ผศ.ดร.มนัสนันท์ หัตถศักดิ์ กล่าวว่า เด็กช่วงวัย 6-12 ปี เป็นวัยแห่งการเรียนรู้เติบโต พ่อแม่ควรส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม อย่างสมดุลทุกด้าน อันจะเป็นพื้นฐานสำคัญให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์แบบ โดยพ่อแม่ควรสนับสนุนให้ลูกออกกำลังกาย อาทิ การเล่นกีฬาต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับวัย ฝึกว่ายน้ำ หัดขี่จักรยาน กระโดด เต้นรำ วิ่งเล่น เพื่อให้เด็กได้บริหารร่างกายทุกส่วน ทำให้เด็กมีร่างกายแข็งแรง อารมณ์แจ่มใส สดชื่น มีความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งให้เด็กได้รับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ดื่มเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของนม เป็นแหล่งโปรตีนสำคัญ ซึ่งจำเป็นต่อการเจริญเติบโต นอกจากนี้การเล่นกีฬายังเป็นการฝึกทักษะด้านสังคมให้เด็กเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ มีน้ำใจ รู้แพ้ รู้ชนะ มีทัศนคติในการใช้ชีวิตที่ดี จนเกิดเป็นพลังความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จได้ในอนาคต

เจ-เจตริน วรรณะสิน กล่าวว่า “ครอบครัวของเราให้ความสำคัญอย่างมากกับการเล่นกีฬาและกิจกรรมแอคทีฟต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการวิ่ง ปั่นจักรยาน หรือกีฬาทางน้ำ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง พัฒนาทักษะร่างกายด้านต่าง ๆ และใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเจจะร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับลูก ๆ ด้วย เพื่อเป็นตัวอย่างและสร้างแรงบันดาลใจที่ดี ทั้งยังสร้างความใกล้ชิดกันภายในครอบครัวอีกด้วย”

ปิ่น-เก็จมณี วรรณะสิน กล่าวว่า “เพื่อให้เด็ก ๆ แข็งแรง สดใส มีพลังงาน พร้อมเต็มที่กับกิจกรรมต่าง ๆ ปิ่นดูแลใส่ใจเรื่องโภชนาการที่เหมาะสมเสมอ ลูก ๆ ต้องได้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ดื่มเครื่องดื่มที่อร่อยและมีประโยชน์เป็นประจำ เช่น เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของนมผงแท้ วิตามิน และแร่ธาตุ”



ครอบครัววรรณะสิน



มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย

จัดงาน “รู้-เพราะ-รัก Pink Alert: Check & Share Project 2015” รณรงค์หญิงไทยตระหนักภัยมะเร็งเต้านม

สถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก (Globocan) พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงไทยและผู้หญิงทั่วโลก จากสถิติดังกล่าวในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทั่วโลกทั้งสิ้นราว 6,255,000 ราย ซึ่งในทุก ๆ 1 นาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม 1 ราย สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกว่า 54,000 ราย ซึ่งยังไม่นับรวมผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ยังตรวจไม่พบหรือยังไม่ได้เข้ารับการรักษานี้ ผู้หญิงไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมถึงวันละ 14 ราย

รศ.นพ.วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์ นายกมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย กล่าวว่า จากสถิติของอุบัติการณ์ดังกล่าว ทางสมาคมฯ เล็งเห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องโรคมะเร็งเต้านมแก่ผู้หญิงไทย จึงได้จัดงาน “รู้-เพราะ-รัก Pink Alert: Check & Share Project 2015” ขึ้น เพื่อเป็นการรณรงค์ให้ผู้หญิงตระหนักว่า “โรคมะเร็งเต้านม” เป็นเรื่องใกล้ตัวสำหรับผู้หญิง และทุกคนก็มีความเสี่ยงโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้หญิงไทยสนใจดูแลตัวเองโดยไปตรวจคัดกรองเมื่อถึงวัยที่เหมาะสม



โดยในงานได้มีช่วงเสวนาโดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่อง “รู้ทันมะเร็งเต้านม แนวทางในการรักษา และการเข้าถึงในปัจจุบัน” ซึ่งการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความแตกต่างของมะเร็งเต้านมชนิดต่าง ๆ ระยะของมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องเพื่อจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้โอกาสในการรักษาหายมีสูงขึ้น

นอกจากให้ความรู้ด้านวิชาการแล้ว ยังจัดให้มีกิจกรรม “Check & Share” แนะนำการตรวจเต้านมด้วยตนเองแบบง่าย ๆ ได้ที่บ้าน และร่วมรณรงค์ให้ดูแลคนใกล้ชิดหรือคนที่รักด้วยการชักชวนกันมาตรวจเต้านม

ภายในงานยังมีกิจกรรมส่งเสริมกำลังใจมากมาย ฟังประสบการณ์การต่อสู้กับโรคมะเร็งเต้านมในช่วง “Case & Share: ระยะสุดท้าย..จะหายให้ดู” โดย แม่noon และพ่อตุลย์ ช่วง “Beauty Alert: ถึงจะป่วย..ก็สวยได้” โดย คุณมา-อรณา กฤษฏี บิวตี้กูรูชื่อดังของเมืองไทย และพบดาราดัง คุณแต้ว-ณฐพร เตมีรักษ์ ควงคู่พี่สาว ทพญ.ณัฐวดี เตมีรักษ์ มาร่วมพูดคุย

แบบใกล้ชิดภายในงาน พร้อมด้วย คุณกัลยาณณ์-พัชรศรี เบญจมาศ รับหน้าที่ผู้ดำเนินรายการ

ผู้เข้าร่วมงานยังได้ร่วมกิจกรรมอื่น ๆ อาทิเช่น ร่วมประดิษฐ์หมวก แต่งหน้าคัพเค้ก เย็บเต้านมเทียม และร่วมเป็นส่วนหนึ่ง

ในการมอบเต้านมเทียมและหมวกให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมต่อไป





ควันบุหรี่มือสองในบ้าน ละเมิดสิทธิสุขภาพเด็ก

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่มีผู้เสพติดมากที่สุดของโลก โลกนี้มีผู้เสพติดบุหรี่ 1,300 ล้านคน ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 5.4 ล้านคน วันละ 14,794 ล้านคน ชั่วโมงละ 616 คน นาทีละ 10 คน ในแต่ละปีคนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 50,710 คน วันละ 139 คน ชั่วโมงละ 5.7 คน โดยอายุเฉลี่ยของคนไทยที่เริ่มเสพติดบุหรี่คือ 18 ปี และการสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของไทยอีกด้วย

ปัจจุบันกฎหมายได้กำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ครอบคลุมพื้นที่สาธารณะทั้งหมด ทั้งพื้นที่ภายในอาคาร สิ่งปลูกสร้างที่มีหลังคา ร้านค้า และร้านอาหาร สถานที่โล่งที่ประชาชนใช้ประโยชน์ร่วมกัน เพื่อปกป้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ต้องมารับควันบุหรี่ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากการสำรวจพบว่าปี พ.ศ. 2557 ยังพบสถานที่สาธารณะกว่า 2 ใน 3 มีการฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ทำให้เป็นการละเมิดสิทธิสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ต้องมารับควันบุหรี่มือสอง

ในควันบุหรี่มีสารก่อมะเร็ง 70 ชนิด และมีสารพิษ 250 ชนิด จากงานวิจัยที่ทำการตรวจปัสสาวะเด็กอายุ 1 ขวบ 531 คน ใน 5 จังหวัดภาคใต้ที่มีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ พบว่าเด็ก 1 ขวบ 295 คน หรือร้อยละ 55 สามารถตรวจพบสารพิษจากควันบุหรี่ในปัสสาวะ และการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ 2.28 ล้านคนที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน ในขณะที่ทั่วโลกมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน 165,000 คนในปี พ.ศ. 2547 และการสำรวจในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีคนไทยอายุมากกว่า 15 ปี 13 ล้านคนที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน การสูบบุหรี่ในบ้านจึงเปรียบเสมือนการทำร้ายร่างกายด้วยสารพิษซึ่งขัดต่อรัฐธรรมนูญมาตรา 85(5) พ.ศ. 2550 ที่รัฐต้องควบคุมและกำจัดการผลิตที่มีต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ยังไม่มียกเว้นออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในบ้านที่มีเด็กอยู่ ทุกฝ่ายที่

เกี่ยวข้องจึงต้องรณรงค์ให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สูบในบ้าน เพื่อไม่เป็นการทำร้ายร่างกายและละเมิดสิทธิของเด็ก ๆ ที่ไม่มีทางปกป้องตัวเอง

รศ.ดร.พรณวดี พุฒธนะ รองคณบดีฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพและวัฒนธรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า โรงพยาบาลรามาธิบดีรับรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคซับซ้อน รักษายาก ได้พบเห็นผู้ป่วยที่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ผู้ที่เจ็บป่วยและต้องทุกข์ทรมานและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก บ่อยครั้ง



ที่โรคเหล่านี้รักษาไม่ได้หรือไม่หายขาด เป็นโรคเรื้อรังและควบคุมได้ยาก เนื่องจากมีสาเหตุหลักจากการสูดเอาสิ่งเป็นพิษจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งได้รับควันบุหรี่ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้เป็นผู้สูบบุหรี่ จึงใส่ใจและหาวิธีดำเนินการเรื่องนี้มาโดยตลอด เริ่มตั้งแต่การประกาศให้โรงพยาบาลเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ 100% ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ได้มีการดำเนินการจนเป็นนโยบายระดับชาติและนานาชาติ มีกฎหมายและนำมาใช้ในโรงพยาบาลรามาธิบดีอย่างต่อเนื่อง มีคลินิกที่พร้อมจะช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ และสามารถช่วยอย่างได้ผลดี

“เราทราบถึงพิษภัยของบุหรี่เป็นอย่างดี และพบผู้ป่วยด้วยโรคจากบุหรี่เป็นจำนวนมาก รวมถึงเด็ก ๆ ที่ต้องเจ็บป่วยจากพิษภัยของบุหรี่ ทั้งที่ตัวเองไม่ได้เป็นผู้สูบ แม้โรงพยาบาลรามาธิบดี

จะดำเนินการให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่มาเป็นระยะเวลานาน แต่ก็พบว่ายังมีปัญหาเกิดขึ้นมากมาย จึงคิดว่าจะต้องดำเนินการในเรื่องนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม เพราะพิษภัยของบุหรี่สามารถแทรกซึมเข้ามาอยู่ในบ้าน ซึ่งไม่ได้เป็นที่ที่มีกฎหมายคุ้มครอง ดังนั้น จึงถึงเวลาแล้วที่จะต้องเข้าไปดูแลเรื่องนี้กันถึงในบ้านอย่างจริงจัง”

รศ.ดร.พรพนวดี กล่าว

ศ.นพ.ประกิต วาทีสากรกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ขณะนี้ทั่วโลกนอกจากจะร่วมรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะแล้ว ยังมีการรณรงค์ไม่ให้สูบบุหรี่ในบ้านและรถ ในบางประเทศ เช่น ฝรั่งเศส ได้ออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในรถที่มีเด็กนั่งอยู่ด้วย รวมถึงแคนาดาและสหรัฐอเมริกา เพื่อคุ้มครองเด็กไม่ให้ได้รับสารพิษจากบุหรี่ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย



“รัฐธรรมนูญกำหนดให้บ้านเป็นเอกสิทธิ์ของครอบครัว เพราะฉะนั้นจึงไม่มีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในบ้าน ทั้งที่เป็นการทำร้ายทั้งจากสารก่อมะเร็งและสารพิษ ดังนั้น จึงต้องสร้างค่านิยมใหม่ให้เกิดขึ้นในสังคมไทย รณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน บ้านจะต้องเป็นบ้านปลอดบุหรี่ เพราะไม่อยากให้คนในบ้านโดยเฉพาะเด็ก ๆ ถูกละเมิดสิทธิโดยผู้ปกครอง”

ศ.นพ.ประกิต กล่าว

ศ.นพ.ประกิต กล่าวเพิ่มเติมว่า ในวันที่ 30 กันยายนนี้ จะมีการเปลี่ยนข้อความคำเตือนพิษภัย และอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบด้านข้างของบุหรี่ 10 ข้อความใหม่ ได้แก่ 1. ควันบุหรืมีสารยาเบื่อหนู 2. นิโคตินในบุหรืใช้ทำยาฆ่าแมลง 3. มีสารพิษ 250 ชนิดในควันบุหรื 4. ควันบุหรืมีสารยาตองตพ 5. อยากเลิกต้องไม่สูบในบ้าน 6. เป็นวัดโรคง่ายถ้าสูบบุหรื 7. สูบบุหรืในบ้านทำร้าย

ครอบครัว 8. สูบบุหรืทำให้เป็นมะเร็งตับ 9. 140 คนต่อวันคนไทยเสียชีวิตจากบุหรื และ 10. พ่อแม่สูบ ลูกเลียนแบบ เนื่องจากต้นแบบฉลาดชุดปัจจุบันบังคับใช้มาแล้วกว่า 3 ปี ซึ่งการบังคับใช้มานานก่อให้เกิดความคุ้นชิน ส่งผลให้ประสิทธิภาพของต้นแบบฉลาดแสดงข้อความคำเตือนต่อการเลิกสูบบุหรืลดลง

ด้าน ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ เลขาธิการสมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ กล่าวว่า ภารกิจสำคัญหนึ่งของสมาพันธ์ฯ คือการรณรงค์ให้สถานที่ปลอดบุหรี่ เพื่อทวงสิทธิให้แก่คนที่ไม่สูบบุหรื ด้วยการตั้งเป้าหมายให้อัตราการสูบบุหรืลดลงให้เหลือร้อยละ 15 ภายในปี พ.ศ. 2568 เพื่อให้ทั่วประเทศไทยมีอากาศบริสุทธิ์ คีนสิทธิตุลาภาพดีแก่ประชาชนคนไทย โดยขณะนี้สมาพันธ์ฯ ได้ดำเนินการให้ความรู้และจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในกลุ่มสถานที่ปลอดบุหรี่ประเภทที่ 1 ซึ่งตามกฎหมายจัดเป็นสถานที่ที่ต้องปลอดบุหรี่ทั้งหมด คือ 1. สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพทุกประเภท 2. สถานศึกษาระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา 3. สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โรงงาน สำนักงาน ตลาด เป็นต้น 4. ยานพาหนะ และสถานที่ขนส่งสาธารณะ 5. ศาสนสถาน

ทั้งนี้ จากการศึกษาของประเทศอังกฤษในปี พ.ศ. 2546 ระบุว่า ในจำนวนผู้เสียชีวิต 12,200 คน ร้อยละ 95 เกิดจากการได้รับควันบุหรืมือสองในบ้าน ดังนั้น หากสามารถลดการได้รับควันบุหรืมือสองในบ้านได้จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชนอย่างมาก เพราะถือเป็นปัญหาใหญ่ ขณะนี้มีสถานที่ที่ห้ามสูบบุหรืมากมาย มีกฎหมายห้ามสูบบุหรืในที่สาธารณะ ฝ่าฝืนถูกจับปรับ 2,000 บาท แต่ปัญหาคือ เด็กที่มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกทำร้ายจากควันบุหรืนั้นเกิดขึ้นที่บ้านซึ่งเป็นสถานที่ที่เด็กใช้เวลาอยู่นานที่สุด โดยจากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์เมื่อปี พ.ศ. 2547 ซึ่งทำการสำรวจในเด็ก ป.2-ป.4 ที่มีพ่อสูบบุหรื 1,000 คน พบว่าร้อยละ 64.3 พ่อสูบบุหรืขณะพาออกไปเที่ยว, ร้อยละ 46.5 พ่อสูบบุหรืในบ้าน, ร้อยละ 37 พ่อสูบบุหรืในรถยนต์ขณะที่ลูกนั่งอยู่ด้วย และร้อยละ 25 พ่อสูบบุหรืขณะนั่งดูโทรทัศน์กับลูก

“ข้อมูลจากการศึกษาและการสำรวจทั้งหมดน่าจะเป็นตัวบ่งชี้ได้ดีว่าถึงเวลาแล้วที่จะต้องหาทางออกเรื่องนี้กันอย่างจริงจัง ทุกวันนี้มีสถานที่ห้ามสูบบุหรืมากมายที่ป้องกันเฉพาะคนแปลกหน้า และแทบทุกคนก็รู้ว่าบุหรืเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งและโรคต่าง ๆ มากมาย แต่สำหรับคนใกล้ชิดภายในครอบครัวกลับละเลยและสูบบุหรืในบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบ้านที่มีเด็กพักอาศัยอยู่ด้วย จึงมีข้อเสนอเพื่อเพิ่มความเป็นธรรมต่อสุขภาพเด็กคือ กฎหมาย



ห้ามสูบบุหรี่ต้องมีการเพิ่มในส่วนของผู้คนที่มีเด็กหรือเยาวชนอยู่ด้วย โดยกำหนดเขตปลอดบุหรี่ในบ้าน รถที่มีเด็กหรือเยาวชนอยู่ด้วยให้เป็นการห้ามสูบบุหรี่ ซึ่งถ้าหากไม่ปฏิบัติตามจะต้องมีแนวทางการลงโทษตามกฎหมาย เพื่อปรับพฤติกรรมให้พ่อ แม่ หรือคนในบ้านที่สูบบุหรี่รู้ว่าการสูบบุหรี่ต่อเด็กนั้นเป็นการละเมิดสิทธิสุขภาพเด็ก” ศ.นพ.รณชัย กล่าว

รศ.นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ หัวหน้าศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก โรงพยาบาลรามาธิบดี กล่าวว่า บุหรี่มือสองหมายถึงการได้รับพิษจากควันบุหรี่จากผู้สูบที่อยู่ใกล้ชิด เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กที่เกิดจากผู้ใหญ่ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็ก งานวิจัยพบว่า เด็กทารกที่ได้รับควันบุหรี่มือสองมีความเสี่ยงต่อการตายเฉียบพลันโดยไม่ทราบสาเหตุ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นโรคหุ้ชั้นกลางอักเสบ ภูมิแพ้ หอบหืด ในระยะยาวมีผลต่อโรคปอดเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปอดในอนาคต และมีผลต่อการทำงานของสมองในระดับสติปัญญา

ส่วนบุหรี่มือสามหมายถึงสารนิโคติน และสารพิษอื่นเกาะติดตามพื้นผิวผ้า เพดาน เฟอร์นิเจอร์ เสื้อผ้า ผ้าห่ม หมอน ผืนอื่น ๆ ในบ้าน ที่อยู่อาศัย และจะคงอยู่ในสิ่งแวดล้อมอีกนาน สารเหล่านี้จะเป็นอันตราย เมื่อถูกดูดซึมเข้าทางผิวหนังจากการสัมผัส รวมทั้งจะปนเปื้อนกับอากาศในบ้าน หรือจะทำปฏิกิริยากับก๊าซต่าง ๆ ในอากาศในบ้าน ทำให้เกิดอากาศภายในบ้านที่อยู่อาศัยที่เป็นพิษเป็นอันตรายต่อผู้หายใจสูดดมเข้าไปโดยเฉพาะเด็ก เพราะมีความไวต่อสารในจำนวนน้อย

จากการที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ศึกษาครอบครัวที่มีเด็กเล็กแรกเกิด 6 ปีที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่จำนวน 75 ครอบครัว ได้ทำการตรวจหาสารพิษ



จากบุหรี่ที่เรียกว่าสารโคตินินในปัสสาวะของเด็กซึ่งบ่งบอกการได้รับควันบุหรี่มา 48 ชั่วโมงก่อนมารับการตรวจพบว่า ร้อยละ 76 หรือ 57 รายตรวจพบสารพิษโดยร้อยละ 42.7 หรือ 32 รายตรวจพบในระดับที่มากกว่า 2 ng/ml ซึ่งบ่งบอกถึงปริมาณที่มาจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของเด็ก ทั้งที่ได้รับมาในลักษณะเป็นบุหรี่มือสองและมือสาม

ในการศึกษานี้พบว่า เด็กที่อยู่อาศัยกับผู้สูบบุหรี่ในคอนโดมิเนียม แฟลต อพาร์ทเมนต์ และการอยู่อาศัยกับผู้สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน ไม่ว่าผู้สูบนั่นจะสูบในบ้านหรือนอกบ้านก็ตาม เป็นความเสี่ยงต่อการตรวจพบสารพิษในปัสสาวะของเด็ก พบว่าเด็กในคอนโดมิเนียม แฟลต และอพาร์ทเมนต์ที่มีคนสูบบุหรี่มีสารโคตินินสูงกว่าเด็กในบ้านเดี่ยวหรือทาวน์เฮาส์ที่มีคนสูบบุหรี่ถึง 2 เท่าตัว

โรงพยาบาลรามาธิบดีจึงได้ประสานงานกับครอบครัว พุดคุยให้ความรู้ให้เครื่องมือตกแต่งบ้านเพื่อสร้างความตระหนักต่อสุขภาพเด็กจากพิษควันบุหรี่ ให้คำแนะนำและบริการคลินิกอดบุหรี่ ผลที่ได้คือ สามารถลดการสูบบุหรี่ในครัวเรือนลง โดยพบว่าเด็กที่ตรวจพบสารโคตินินมากกว่า 2 ng/ml ลดลงจากร้อยละ 42.7 เหลือร้อยละ 30.7

รศ.นพ.อดิศักดิ์ กล่าวอีกว่า โดยความเป็นธรรมชาติทางสุขภาพแล้วเด็กเหล่านี้ไม่ควรมีสารพิษจากบุหรี่ในร่างกาย และส่งผลต่อสติปัญญาและสุขภาพของพวกเขาหากผู้ใหญ่รอบตัวไม่สูบบุหรี่ใกล้ตัวเขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่ในพื้นที่แคบ เช่น ในรถ ในบ้านที่อยู่อาศัย แม้สถานที่เหล่านี้จะเป็นสถานที่ส่วนบุคคล การสร้างสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กให้เป็นพิษต่อเด็กเป็นความไม่เป็นธรรมต่อสุขภาพเด็กที่สังคมควรให้ความสนใจ ถึงเวลาที่สังคมไทยควรจะให้การคุ้มครองเด็กจากพิษควันบุหรี่ในพื้นที่ส่วนบุคคล ทั้งพื้นที่ในรถ ในบ้านที่อยู่ร่วมกันหลายยูนิต เช่น คอนโดมิเนียม แฟลต อพาร์ทเมนต์ ซึ่งต้องใช้อากาศร่วมกันระหว่างผู้อยู่อาศัยแต่ละครัวเรือน

“กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาการประกาศให้ห้องพักภายในคอนโดมิเนียม แฟลต อพาร์ทเมนต์ และในรถยนต์เป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือมีฉะนั้นสำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคควรกำกับให้อาการชุดต่าง ๆ มีป้ายประกาศแจ้งแก่ผู้บริโภคให้ชัดเจนว่าจะเป็นที่อยู่สำหรับผู้สูบบุหรี่ได้ หรือเป็นที่อยู่ที่ไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ภายในห้อง เพื่อให้ผู้บริโภคที่เป็นครอบครัวที่มีเด็กเล็กได้ตัดสินใจในการซื้อหรือเช่าอยู่อย่างเป็นธรรมต่อไป” **รศ.นพ.อดิศักดิ์** กล่าวทิ้งท้าย





ศ.พญ.บุญมี สถาปัตยวงศ์

อาจารย์แพทย์ผู้เป็นแบบอย่างของลูกศิษย์

“จากการทำงานด้วยความมุ่งมั่น ตั้งใจให้ได้ผลงานที่ดีที่สุด รวมถึงการเป็นอาจารย์แพทย์ที่ทุ่มเทและเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ลูกศิษย์ รับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง คิดให้รอบคอบและลงมือปฏิบัติ ให้ถือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นบทเรียน เพื่อให้เราเรียนรู้แก้ไข และทำงานได้ดีขึ้น เป็นสิ่งที่ ศ.พญ.บุญมี สถาปัตยวงศ์ แพทย์ดีเด่นแพทยสภา ประจำปี พ.ศ. 2557 สาขาอาจารย์ มักจะสอนนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านอยู่เสมอให้อย่ากลัวที่จะทำอะไรผิด คนที่ไม่เคยทำอะไรผิดคือคนที่ไม่เคยทำอะไรเลย คนที่เก่งที่สุดคือคนที่ไม่เคยทำผิดแบบเดิมเป็นครั้งที่ 2”

ศ.พญ.บุญมี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาจากโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา สอบได้คะแนนเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย ในสายวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2515 จบการศึกษาวิทยาศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 1 จากคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สำเร็จการศึกษาวิทยาศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง เจริญทองเมื่อปี พ.ศ. 2517 จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี แล้วศึกษาอบรมต่อจนจบเป็นผู้เชี่ยวชาญทางอายุรศาสตร์และโรคติดเชื้อ จากนั้นก็ได้เริ่มการเป็นอาจารย์แพทย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 ปัจจุบันเป็นผู้อำนวยการศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมแพทยสภา



ด้านการครองตน **ศ.พญ.บุญมี** เป็นคนขยันสม่ำเสมอ ใช้ชีวิตสมถะเรียบง่าย ออกกำลังกายดูแลสุขภาพสมวัย เป็นคนมีคุณธรรมสูง ซื่อสัตย์ มีความเที่ยงตรง ยุติธรรมเป็นที่ตั้ง ไม่มีผลประโยชน์แอบแฝงโดยเฉพาะกับบริษัทฯ ซึ่งเป็นที่ชื่นชมของผู้ร่วมงานและลูกศิษย์ เป็นคนที่เฝ้าหาความรู้ตลอดเวลา มุ่งมั่นและทุ่มเทต่อการแก้ปัญหาบนพื้นฐานของการแสวงหาข้อมูลและความรู้จนแก้ปัญหาหรือข้อสงสัยจนสำเร็จ ซึ่งถือเป็นแบบอย่างที่ดี **ศ.พญ.บุญมี** ท่านอยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ดูแลพี่สาว และอุปการะหลาน ๆ จนทุกคนจบการศึกษาและมีครอบครัวแล้ว ท่านเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยดูแลพี่สาวในช่วงอุทกภัยปี พ.ศ. 2554

สำหรับการครองคน **ศ.พญ.บุญมี** ท่านเป็นคนที่มีน้ำใจ เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ ไม่ปฏิเสธที่จะช่วยเหลือผู้อื่นบนพื้นฐานความถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ ลูกศิษย์ หรือผู้ได้บังคับบัญชา ทั้งเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว โดยเฉพาะผู้ร่วมงาน เมื่อยามเจ็บป่วย ท่านจะช่วยเหลือและเป็นธุระประสานให้ทั้งในภาควิชาและต่างภาควิชา เพื่อได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจนเป็นที่กล่าวถึงอย่างภาคภูมิใจของผู้ร่วมงาน ในความเมตตาที่อาจารย์มีต่อผู้ร่วมงาน และเป็นอาจารย์คนแรกของภาควิชาที่มีของขวัญปีใหม่ให้ผู้บังคับบัญชาอย่างทั่วถึงเป็นประจำทุกปี ความซื่อสัตย์ และความยุติธรรมถือเป็นจุดเด่นของท่าน ดังนั้น เมื่อมีปัญหาความเห็นที่ขัดแย้งจึงเป็นสิ่งที่คนในภาควิชาขอให้ท่านมาช่วยบริหารจัดการในตำแหน่งผู้บริหาร และท่านสามารถทำได้สำเร็จด้วยดีเพราะความเชื่อถือและความไว้วางใจที่ผู้ร่วมงานมีต่อตัวท่าน



ในส่วนของการครองงาน ในด้านการสอน ท่านตั้งใจทุ่มเทสอนให้ลูกศิษย์คิดเป็น โดยการตั้งคำถามเป็นระบบ แล้วให้แสวงหาข้อมูลความรู้มาอธิบาย บ่อยครั้งที่ลูกศิษย์มีข้อมูลไม่เพียงพอและไม่ได้ใช้ความพยายาม

เท่าที่ควร อาจารย์จะแสดงให้เห็นเป็นตัวอย่างในการค้นหาข้อมูลความรู้มาอ้างอิงด้วยความตั้งใจ และแสดงให้เห็นถึงความพยายามเพื่อสอนลูกศิษย์ให้เห็นถึงความเพียรที่จะนำมาสู่ความสำเร็จ



ท่านมีความปรารถนาดีต่อศิษย์ และได้ทุ่มเทเวลาในการสอนจนถึงเวลาค่ำหนึ่งถึงสองทุ่มเป็นประจำจนกว่าจะแก้ปัญหาผู้ป่วยได้สำเร็จ จึงเป็นการเรียนที่ลูกศิษย์ได้ทั้งความรู้ จริยธรรม ความคิด และความเพียร และยังมีความเมตตา เอื้ออาทรต่อนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาในการเรียน โดยการพูดคุยให้คำแนะนำ หรือเชิญผู้ปกครองมาช่วยแก้ปัญหา และเป็นผู้ที่อยู่เบื้องหลังในการจัดหาหนังสือตำราให้ห้องสมุดของคณะแพทยศาสตร์ เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัย

ด้วยเหตุนี้ เมื่อท่านรับงานบริหาร ด้านการศึกษาหลายตำแหน่ง ตั้งแต่การเป็นกรรมการในและนอกคณะแพทยศาสตร์ เป็นผู้ช่วยคณบดี รองคณบดีฝ่ายการศึกษา ท่านจึงทุ่มเทการจัดระบบการเรียนการสอน พัฒนาหลักสูตร การสอบ การประเมินมาตลอด



ทั้งในระดับคณะแพทยศาสตร์และระดับประเทศ เพื่อรักษามาตรฐานของการศึกษาของแพทย์ไทย

ด้านการบริการ **ศ.พญ.บุญมี** ได้ทุ่มเทเวลาให้กับการดูแลผู้ป่วย และมีความเมตตา แก่ปัญหาผู้ป่วยแต่ละคนอย่างเต็มที่ จนเป็นที่รับรู้กันทั่วไปว่าท่านติดตามผู้ป่วยทุกรายทั้งในภาควิชาและเป็นที่ปรึกษาปรึกษาต่อในภาควิชาอื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ที่ถือเป็นแบบอย่างที่ดีไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยในการทุ่มเทการทำงานทั้งการสอน การดูแลผู้ป่วยโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน จนพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วย การคิด การแก้ปัญหา ความขยันทุ่มเท ความยุติธรรม การไม่แสวงหาผลประโยชน์ใส่ตน เป็นแบบอย่างให้ลูกศิษย์ได้เห็น ได้สัมผัส และซึมซับสิ่งเหล่านี้ จนส่งผลต่อความคิดที่ดีแก่นักศึกษาแพทย์ที่จบจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



การวิจัยและวิชาการ **ศ.พญ.บุญมี** ท่านให้ความสนใจและทำงานด้านวิจัยเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยเฉพาะในเชื้อกลุ่ม *Mycobacterium avium* complex และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วย มีผลงานการตีพิมพ์ในวารสารในประเทศและต่างประเทศเป็นจำนวนมากกว่า 60 บทความ และที่น่าสนใจมากที่สุดคือ การเป็นแพทย์คนแรกของโลกที่รายงานการติดเชื้อ *Invasive*

Pythiosis ในผู้ป่วย *Thalassemia* การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างองค์ความรู้ทางโรคติดเชื้อ ซึ่งนอกจากจะมีประโยชน์ทางวิชาการแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอน และการให้บริการแก่ประชาชน ตลอดจนสังคมด้วย

ศ.พญ.บุญมี จึงได้รับการยกย่องให้เป็นอาจารย์ดีเด่นของคณะแพทยศาสตร์ และอาจารย์ดีเด่นแห่งชาติจากที่ประชุมสมาคมมหาวิทยาลัย รวมทั้งอาจารย์ดีเด่นด้านจริยธรรมด้วย

ในปัจจุบันแม้หลังเกษียณจากราชการแล้ว อาจารย์ยังบรรยายให้นักศึกษาแพทย์ รวมทั้งการ Conference; Journal club ของแพทย์ประจำบ้านเป็นประจำอีกด้วย





ผมกับกีฬา

ผมใช้ชีวิตของผมอย่างสมบุกสมบันมากพอสมควร ผมไม่ได้หมายถึงการออกไปรบทัพจับศึกกับใคร ไม่ได้เคยเป็นทหาร เพราะกว่าจะเรียนจบก็อายุมากแล้ว กลับมาเป็นอาจารย์จุฬาฯ แต่ผมหมายถึงว่าผมใช้ร่างกายทางด้านกีฬาหรือออกกำลังกายอย่างมากมาย คือเล่นกีฬาทุกชนิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งรักบี้ (อยู่โรงเรียนประจำที่ North Wales ซึ่งประเทศ Wales บ้ารักบี้มาก ประเทศที่บ้ารักบี้มากกว่าฟุตบอล หรือที่ชาวอังกฤษเรียกว่า Soccer ก็คือ Wales, Scotland, Ireland, Australia, New Zealand (All Black) South Africa, Fiji ฯลฯ แต่ก็เล่นฟุตบอล, เทนนิส, แบดมินตัน, สควอช (squash), คริกเก็ต (cricket), ปิงปอง, ฮอกกี้ (hockey) รวมทั้งกรีฑาด้วย (กระโดดไกลสมัยเด็กได้ที 1) โรงเรียนที่ North Wales ถ้าวันไหนไม่เล่นรักบี้ ฯลฯ ก็ต้องไปวิ่งรอบโรงเรียน เป็นระยะทางหลายกิโลเมตร วันไหนอากาศดีโรงเรียนก็จะหยุดเรียนไปปีนภูเขา และนิสัยผมก็ชอบทำอะไรให้ดีที่สุด ถึงที่สุด เร็วที่สุด จำได้ว่าสมัยอายุกลางคนแล้วไปเที่ยวหมู่เกาะอ่างทอง ผมคนเดียวที่ปีนขึ้นไปจนถึงสุดยอดเขาที่ปีนได้ เพื่อน ๆ เลิกกันหมดแล้ว พอไปถึงยอดเขาก็ชักมืด ตอนกลางวันกลับมาก เพราะทางลงเป็นก้อนหินเล็ก ๆ ที่ลื่นไถลลงมาได้ง่าย ๆ ตอนนั้นบอกตัวเองว่าเช็ดแล้ว อายุมากแล้ว ต่อไปจะไม่ทำอะไรเกินตัวที่ต้องขึ้นไปถึงยอดเขา ฯลฯ ให้ได้อีกแล้ว แต่หลังจากนั้นก็ยังทำทุกที ไปกำแพงเมืองจีนกับสมาชิกวุฒิสภา (ตอนเป็นกรรมการการกีฬาของวุฒิสภา และไปดูการแข่งขันกีฬาโอลิมปิกที่ประเทศจีน) ก็เป็น 1 ในไม่กี่คนที่ขึ้นไปถึงยอดสูงสุด ไปเที่ยว Cardiff castle เร็ว ๆ นี่ก็ขึ้นไปข้างบนสุดของส่วนหนึ่งของปราสาทที่มีบันไดแคบ ๆ มีด ๆ ที่แม้แต่คนอังกฤษ (Welsh) เองก็ยังไม่ขึ้น ผมก็ยังปีนขึ้นไป

ขนาดผมเล่นรักบี้ให้ทีมโรงเรียนที่ North Wales ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 14 ปี ผมตัวเล็กนิดเดียว ไม่สูง ผมอม (ขนาดกลับมาเป็นอาจารย์จุฬาในปี พ.ศ. 2514 ผมยังมีน้ำหนักเพียง 62 กิโลกรัม สูง 1.78 เมตร เดี่ยวนี้ 80 กิโลกรัม!! ซึ่งตอนนั้นผมอมมาก) ตอนนั้นเล่นเป็น full back เพราะผม tackle เตะเก่ง วิ่งเร็ว หรือบางโอกาสก็เล่นเป็น three quarters จำได้ว่าวันหนึ่งเล่นกับโรงเรียนใหญ่โตที่มีชื่อเสียง มีนักเรียนเป็นพัน (ของเรา 100 กว่าคน) ข้างเราทุก ๆ คนตัวเล็กนิดเดียว แต่ของเขาอายุต่ำกว่า 14 ปี แต่ตัวสูง 6 ฟุตหรือเกือบ 7 ฟุต ตัวใหญ่มาก มีหนวดแล้วด้วย! เราเล่นแพ้ 30 หรือ 40-0 ผมเป็น full back ทำงานหนักมาก ทีมเขา

หลุดผ่านผู้เล่นฝ่ายเราหมด ยกมาเป็นโหล่ง! มีแต่ผมเป็น full back คนเดียว มันอวดดี เห็นกะเหรี่ยงผมมกรอด ตัวเล็ก วิ่งมา 3-4 คนแทนที่จะส่งลูกต่อให้เพื่อน ก็ไม่ส่ง อวดดี กะจะวิ่งผ่านกระบอกตัวนี้ โดยใช้มือผลักผม แต่ผมได้รับการสอนว่าให้ tackle เขาให้อยู่ ผมก็กัดฟันทำอย่างนั้น ใหญ่แค่ไหนก็ล้ม แต่ผมเจ็บมาก ทั้งหัว ทั้งตัว น่วมไปหมด โดนมันทั้งผลัก ทั้งกระแทก ทีมเขาวิ่งมาเหมือนคลื่นยักษ์ มาเป็นฝูง ผมทำหน้าที่อย่างเต็มที่ tackled ได้บ้าง ไม่ได้บ้าง สมองคงกระเทียม (concussed) เพราะมันงงไปหมด blurred ไปหมด ขนาดเล่นดีมาก (ในสายตาคนอื่น) ยังแพ้ 40-0 รู้คร่าว ๆ ว่าหลังเกม นักกีฬาข้างนั้นรวมทั้งโค้ชเข้ามาจับมือชมผมใหญ่ และมีแววมองของทีมชาติเด็ก Wales มาดูตัวด้วย และบอกครูใหญ่ว่าเด็กคนนี้อีกหน่อยจะได้เล่นให้ทีมชาติ Wales (เด็ก) แน่ (แต่พอดีผมย้ายโรงเรียนตอนอายุ 16 ปี ชีวิตการเล่นรักบี้จึงจบแค่นั้น) คือนั่นในห้อง Assembly ใน Chapel (โบสถ์) ครูใหญ่พูดชมผมต่อทั้งโรงเรียนและปรบมือให้ผม แต่ผมยังงงอยู่จึงปรบมือกับเขาไปด้วย เพื่อน ๆ ยังถามว่าปรบมือให้ตัวเองทำไม ก็เพราะผมไม่ค่อยรู้เรื่องนั่นเอง เป็นสมัยนี้หมอมองเขาไปตรวจทำ MRI สมองแล้วที่เล่ามานี้ก็เพียงอยากจะบอกว่าขนาดเล่นกีฬามากมาย อย่างนี้ผมยังไม่ค่อยเจ็บป่วยอะไร นอกจากกระทบกระเทือนสมองอย่างทีบอก

ผมเล่นกีฬามากมายตอนที่อยู่โรงเรียนประจำ พอไปอยู่คณะแพทยศาสตร์ที่ Leeds ก็เล่นเฉพาะเทนนิส และฟุตบอล แต่ก็ไม่เคยได้รับบาดเจ็บอะไรมาก ถึงจะชกต่อยกับเพื่อนบ้างก็ไม่เป็นอะไรมาก แต่มาเลือดตกยางออกตอนมีอายุมากแล้ว ครั้งแรกคือตอนอายุประมาณ 45 ปี เอ็นร้อยหวายข้างขวาขาด และเมื่อเร็ว ๆ นี้ตอนอายุ 72 ปีเศษ เอ็นของกล้ามเนื้อ 3 มัดที่เป็นส่วนของกล้ามเนื้อ quadriceps ขาด ซึ่ง 4 กล้ามเนื้อของ quadriceps คือ Rectus femoris, Vastus lateralis, Vastus medialis และ Vastus Intermedius 3 อันแรกขาด อันที่ 4 ไม่ขาด กล้ามเนื้อ 4 มัดนี้ตอนปลายจะมีเอ็นซึ่งไปยึดติดกับ patella (กระดูกสะบ้า) กล้ามเนื้อ quadriceps มีหน้าที่ดึงให้เข่าตึงคือ knee extensor

ซึ่งผมจะเล่าในโอกาสต่อไป

เมื่อไม่นานมานี้ เพื่อนแพทย์สมัยจบชั้นปีที่ 6 ด้วยกัน...สมชาย ได้คุยกันทางไลน์เกี่ยวกับเรื่องจะให้ลูกเรียนอะไรดี

สมชายเล่าว่า “สมัยเรียนผมเกเรมาก เพราะผมไม่ชอบเรียนแพทย์ แต่ที่บ้านบังคับให้เรียน เวลาเรียนถ้ามีโอกาสครั้งใดก็จะโดดเรียนเป็นประจำ แต่เนื่องจากหัวสมองดี ดังนั้น ผมจึงเรียนจนจบมาได้”

“หลังจากนั้นผมก็ทำงานเป็นแพทย์ทั่วไปมาตลอดโดยไม่ได้เรียนต่อเฉพาะทางด้านใดอีกเลย ปรากฏว่าผมก็ทำงานเป็นแพทย์มานานหลายปีจนถึงปัจจุบันโดยไม่ได้เปลี่ยนไปทำอาชีพอื่นเลย เพราะพบว่าอาชีพแพทย์นี้ก็มั่นคงและสร้างฐานะให้เลี้ยงครอบครัวได้เป็นอย่างดี หลายครั้งผมยังนึกขอบคุณที่ครอบครัวบังคับให้ผมเรียนแพทย์ เพราะจนถึงปัจจุบันผมก็นึกไม่ออกว่าถ้าครอบครัวเปิดโอกาสให้ผมเลือกจริง ๆ แล้วผมจะอยากไปทำงานอะไรกันแน่”

สมชายสรุปในตอนท้ายว่า...เป็นหมอก็คดีแล้ว

สมชายเล่าต่อว่า “สำหรับลูก ผมก็คิดว่าการเรียนแพทย์เป็นอาชีพที่มั่นคงและมีเกียรติ ผมจึงบังคับให้ลูกเรียน แต่ลูกไม่ยอม ลูกยืนยันว่าเขาชอบนิเทศ ผมจึงเริ่มทะเลาะกับลูกบ่อยครั้งเพื่อบังคับให้เขาเอนทรานซ์สาขาแพทย์ ซึ่งผมวางแผนให้ลูกหมดเลยว่าจะถึงแม้จะเอนทรานซ์ไม่ติดแพทย์ก็จะส่งไปเรียนในมหาวิทยาลัยแพทย์เอกชนอยู่ดี”

“วันหนึ่งขณะนั่งดูทีวีกับลูก ลูกก็เล่าให้ฟังเกี่ยวกับมุมมองของภาพต่าง ๆ ที่ถ่ายทอดในทีวี ซึ่งทำให้ผมรู้สึกที่ลูกรู้เรื่องเหล่านี้เยอะ ลูกบอกว่าเขาศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับมุมมองและการถ่ายภาพต่าง ๆ ทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง ก็เพราะเขาชอบด้านนี้จริง ๆ ผมรู้สึกตัวขึ้นมาว่าไม่น่าจะบังคับลูกแบบที่ผมเคยถูกทำมา ผมจึงตัดสินใจปล่อยให้ลูกเลือกเดินไปตามทางที่เขาฝันเอาไว้ ด้วยการอนุญาตให้เอนทรานซ์ในสาขานิเทศศาสตร์



คุณค่าของงาน

ได้โดยผมจะช่วยระดับประเทศและเป็นกำลังใจให้เขาก้าวไปตามฝันของเขาต่อไป”

สมชายสรุปว่า...เขามีความสุขมากกับการตัดสินใจแบบนี้ ในอดีตพ่อแม่มักสอนคนรุ่น generation X ให้อดทนขยันทำงานและฝันท้อเรียนอะไรก็ได้ที่จะออกมามีวิชาชีพที่มั่นคงและหาเลี้ยงชีพได้ เพราะเชื่อว่าการเงินที่ดีก็ย่อมทำให้ชีวิตมีความสุข

แต่ในปัจจุบันเด็ก generation Y ต้องการมีความสุขในชีวิตไปพร้อมกับการทำงาน ดังนั้น เราควรปล่อยให้เขาทำตามสิ่งที่เขาฝัน แล้วเขาจะมีความสุขในชีวิต

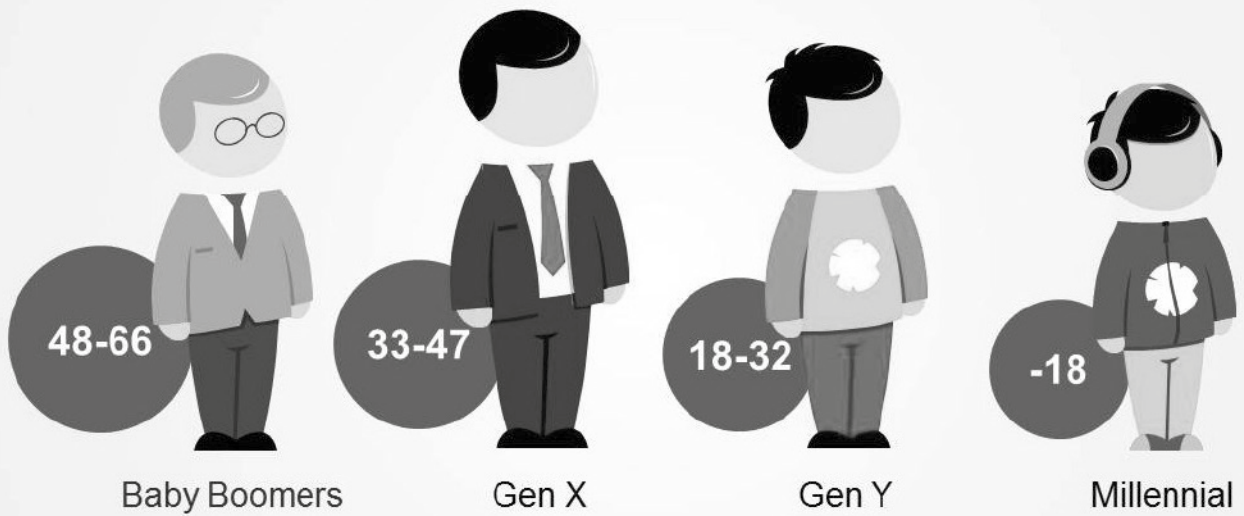
หลายครั้งฉัน...คนใน generation X...ก็สงสัยว่าตนเองชอบเรียนแพทย์หรือไม่ จนถึงปัจจุบันฉันก็ไปเรียนต่อแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ เพื่อมาพัฒนาต่อยอดงานของตนเองมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งจบหลายปริญญา และไม่เคยมองออกไปประกอบอาชีพอื่นอีกเลย

เมื่อฉันเกิดความเบื่อหน่ายในการทำงานแพทย์ครั้งใด ฉันก็มักบอกกับตนเองว่า...แค่พยายามรักงานที่ทำก็พอ เพราะมีน้อยคนที่จะได้ทำงานที่รัก

แต่หลายครั้ง ฉันไม่มีความสุขและทำงานแบบขอไปที ซึ่งทำให้ทั้งฉันและผู้ป่วยที่มารับบริการเองก็ไม่มีความสุข และงานก็ไม่มีคุณภาพ

แต่ฉันฝึกฝนตนเองอยู่ในกรอบวิชาชีพแพทย์นี้มานานมากแล้ว จนวันนี้ฉันปรับตัวให้อยู่ในกรอบได้เป็นอย่างดี และไปเรียนสาขา

Generations Comparison Infographics Presentation



แพทย์เฉพาะทางเพื่อต่อยอดการทำงานของตนเองให้สูงขึ้น ๆ ขึ้นไปได้ โดยไม่ต้องใช้ความชอบแต่อย่างใด

เชื่อว่าในสังคมไทยมีหลายคนที่ถูกฝึกมาแบบฉันทน์ โดยเชื่อว่าต้องอดทนเพื่อให้ได้งานที่ดี ไม่ใช่งานที่ชอบ

เนื่องจากคนกลุ่มนี้ถูกฝึกมาให้รับผิดชอบกับงานโดยไม่ชอบ งานที่ทำมาตลอด ดังนั้น การที่จะไปให้เขาเพิ่มศักยภาพให้ทำงานมากขึ้น จึงต้องใช้วิธีทำให้เขาเห็นคุณค่าของงานที่ทำ ซึ่งจะทำให้เขาพยายามทำงานให้ดีขึ้น

ในฟาร์มโชคชัย คุณโชค บูลกุล ได้เล่าว่า หญิงรัตนมวต้องตื่นแต่เช้ามีดตอติ 5 เพื่อมารีดนมวัว เขามักถูกจากที่นอนอย่างขี้เกียจและจำใจมารีดทั้ง ๆ ยังไม่ได้อาบน้ำ เพราะพอรีดนมวัวแล้วจะได้กลับไปนอนต่อ

แต่เมื่อคุณโชคเปิดฟาร์มให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีคนเข้ามาพักค้างคืนเพื่อได้ลองทำกิจกรรมแบบคนเลี้ยงวัวจริง ๆ โดยกิจกรรมมีตั้งแต่ให้ตื่นเช้ามีดมารีดนมวัว สาย ๆ ก็โยกหญ้าให้วัวกิน และตอนเย็นขี่ม้าต้อนวัวกลับเข้าคอก

คุณโชคพบว่า พฤติกรรมของหญิงรัตนมวเปลี่ยนไป เธอยินดีที่จะตื่นตี 4 เพื่อมาอาบน้ำแต่งหน้าทำผม แล้วมารีดนมวัวตอติ 5 ทั้งที่ต้องตื่นก่อนเวลารีดจริงนานมากกว่าแต่ก่อน แต่เธอกลับดูสดชื่นและเต็มใจทำงาน ทั้งนี้เพราะพอมีคนมาชื่นชมเธอ จึงทำให้เธอเห็นคุณค่าของงานรีดนมวัว จึงทำให้ตั้งใจรีดนมวัวเป็นอย่างดี อันทำให้คุณภาพงานดีขึ้นตามลำดับ

คนในยุค generation X ขยันอดทนทำมาหากินเพื่อสร้างตัวจนไม่มีเวลาเลี้ยงดูลูกใน generation Y และปล่อยให้ลูกอยู่กับเทคโนโลยี โทรศัพท์ และคอมพิวเตอร์ต่าง ๆ จนทำให้คนใน generation Y ไม่ต้องดิ้นรนทำมาหากินเพราะพ่อแม่หาเอาไว้ให้เพียงพอแล้ว คนใน generation Y จึงมักเลือกทำงานตามที่ตนเองชอบมากกว่าต้องฝืนใจตนเองเพื่อทำมาหากิน

ปัจจุบันนี้คงต้องให้คนใน generation Y ได้เรียนสิ่งที่ชอบ ความรู้สึกชอบในสิ่งนั้นจะทำให้เขาอยากทำงานให้ดีขึ้นไปเรื่อย ๆ เวลาเขาชอบสิ่งใดและเฝ้าทำไปเรื่อย ๆ ในที่สุดเขามักไม่อดตาย แต่จะพบความสำเร็จร่ำรวยหรือไม่เป็นสิ่งที่คาดเดาได้ยากเพราะขึ้นกับปัจจัยภายนอกแต่อย่างน้อยเขาก็มีความสุขเพราะได้อยู่กับสิ่งที่เขาเลือกและรัก

แต่ในคน generation X ที่ผ่านการฝึกอยู่ในกรอบของงานโดยไม่ต้องมีความชอบมาก่อนคนเหล่านี้มักมีความรับผิดชอบต่องานดีอยู่แล้ว แต่ถ้าจะให้เขาเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้มากยิ่งขึ้น ก็ควรทำให้เขาตระหนักถึงคุณค่าของงาน ดังเช่นหญิงรัตนมว...ที่เมื่อมีคนมาเห็นคุณค่าของงานก็ขยันตื่นเช้ามากกว่าเดิมอย่างเต็มใจและมีความสุข

COMMON CHARACTERISTICS OF ALL GENERATIONS WORKING TOGETHER

Generation	Common Characteristics
Gen Y	Optimistic; Confident; Comfortably self-reliant; Success Driven
Gen X	Self-Reliant; Diversity-Minded; Focused on today
Baby Boomers	Optimistic; Driven to achieve goals

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความห่วงใย (ตอนที่ 9)



หลังจาก นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ได้ถูกคำสั่งนายกรัฐมนตรีให้ไปปฏิบัติงานที่สำนักนายกรัฐมนตรีแล้ว ทาง ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ก็ได้มีคำสั่งแต่งตั้ง นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย ให้มารักษาการปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเป็นที่น่าสังเกตว่า นพ.สุรเชษฐ์ รักษาการปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งโยกย้ายข้าราชการหลายคน ที่สำคัญคือได้ย้าย นพ.บัญชา ค้าของ ออกจากตำแหน่งผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และแต่งตั้ง นพ.เกษม ตั้งเกษมสำราญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชาติตระการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพอีกหน้าที่หนึ่ง มีผลทำให้ นพ.บัญชา เหลือตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักบริหารกลางเพียงตำแหน่งเดียว⁽¹⁾

ทั้งนี้ มีข้อสังเกตจากข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิดว่า เหตุที่ต้องย้าย นพ.บัญชา ออกจากกลุ่มประกันสุขภาพ ก็อาจเป็นเพราะว่า นพ.บัญชา เป็นผู้ที่ได้รับรู้ข้อมูลการเบิกจ่ายเงินของหน่วยงานทั้งหมดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อันเป็นที่มาของการรายงานผลการขาดทุนของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่ยอมแก้ไขวิธีการเบิกจ่ายเงินตามที่ นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เคยเสนอให้มีการแก้ไขวิธีการจ่ายเงินของ สปสช. เป็นแบบเขตสุขภาพ แต่ สปสช. และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ยินยอมที่จะทำตามข้อเสนอของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นต้นเหตุแห่งความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. จนนำไปสู่การโยกย้ายปลัดกระทรวง และตามมาด้วยการโยกย้ายผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว

การโยกย้ายปลัดกระทรวงและผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ จึงเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกันอย่างแน่นนอน เนื่องจากกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานแรกที่ได้ออกหนังสือแสดงสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีสภาพการ

ขาดทุนหลายร้อยแห่ง และอีกน้อยกว่าหนึ่งที่ขาดสภาพคล่องและขาดเงินทุนหมุนเวียน แต่ สปสช. ก็ได้ปฏิเสธตลอดมาว่าการที่โรงพยาบาลขาดทุนนั้น ไม่เกี่ยวกับงบประมาณ⁽²⁾ ในขณะที่ ศ.นพ.ดร.อภิวัฒน์ มุทิรางกูร ได้เขียนบทความเรื่อง ๓๐ บาทรักษาได้ทุกโรค กำลังเป็นยาเสพติดเกินขนาดของสังคมไทย และทางแก้ไข⁽³⁾ และได้กล่าวถึงสาเหตุของปัญหาว่า ค่าใช้จ่ายต่อหัวที่เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด ค่าใช้จ่ายจากการบริหารงาน และค่าใช้จ่ายที่รั่วไหลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในระบบหลักประกันสุขภาพ และในขณะเดียวกันได้สำรวจพบว่า ในปี พ.ศ. 2551-2556 นั้น โรงพยาบาลได้รับงบประมาณจาก สปสช. น้อยกว่าที่เรียกเก็บถึง 1.3 แสนล้านบาท⁽⁴⁾ และได้เสนอแนะวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้แนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อแก้ปัญหาโครงการ 30 บาท โดยการเพิ่มรายได้ ลดค่าใช้จ่าย และให้ใช้สิทธิอย่างพอประมาณ

และมีข่าวว่า พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เป็นผู้สั่งการให้มีการตั้งกรรมการตรวจสอบว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “ใช้จ่ายฟุ่มเฟือยหรือไม่”⁽⁵⁾

แต่อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่ายังไม่มีการกล่าวถึงรากเหง้าของสาเหตุแห่งปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพว่ามีต้นตอมาจากอะไรกันแน่ ซึ่งผู้เขียนอยากจะกล่าวถึงต้นตอแห่งปัญหาของความล้มเหลวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขของไทย ว่าเกิดจากกลุ่มบุคคลกลุ่มหนึ่งที่มี ศ.นพ.ประเวศ วะสี เป็นผู้นำ มีแกนนำคนสำคัญมาจากกลุ่มผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท และได้อาศัยการจัดตั้งมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มูลนิธิชมรมแพทย์ชนบท และมูลนิธิอื่น ๆ อีกมากมาย เพื่อเป็นแหล่งทุนในการทำงานตามแนวคิดของกลุ่มตน และยังเข้าหาผู้มีอำนาจบริหารบ้านเมือง ได้แก่ รัฐบาลทุกยุคทุกสมัย เพื่อให้มีการออกกฎหมายจัดตั้งองค์กรนอกระบบการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณแผ่นดินเป็นประจำทุกปี และกำหนดให้พวกของตนเข้ามาเป็นกรรมการและเป็นผู้บริหารสำนักงาน ทำให้สามารถออกระเบียบการใช้เงินงบประมาณแผ่นดินได้เอง ทั้งใน

รูปแบบที่ถูกต้องตามกฎหมาย หรือออกระเบียบที่ขัดกับกฎหมายหลักขององค์กร หรือกฎหมายอื่นที่มีอยู่แล้ว ถ้ามีการตรวจสอบหรือท้วงติงใด ๆ ก็จะไม่แก้ตัวไปเรื่อย ๆ ว่ามีคนเข้าใจผิดบ้าง หรือพวกตนเข้าใจผิดบ้าง แต่มีเจตนาดีเป็นประโยชน์แก่ประชาชน และสามารถจัดตั้งองค์กรอิสระตามพระราชบัญญัติเฉพาะนี้มากมายหลายองค์กร เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.), สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และยังมีองค์กรอื่น ๆ ที่ตั้งขึ้นตามมาอีกหลายแห่ง

โดยผู้บริหารกองทุนนั้น ๆ มักจะเป็นกลุ่มคนของชมรมแพทย์ชนบทที่หลากหลาย ๆ คนได้ถูกส่งไปเรียนต่อต่างประเทศด้วยเงินงบประมาณแผ่นดินหรือได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้บริหารในองค์กรหนึ่งจนครบวาระที่นานที่สุดที่จะดำรงตำแหน่งได้ตามกฎหมาย แล้วก็จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในองค์กรอื่นต่อไป เช่น นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข เมื่อต้องออกจากตำแหน่งผู้อำนวยการ สวรส. ก็ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเป็นที่ปรึกษา สปสช. โดยทันที หรือ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ผู้เป็นเลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติมาอย่างยาวนาน ก็เคยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ สวรส. และได้รับงบประมาณในด้านการวิจัยจาก สวรส. เป็นจำนวนหลายร้อยล้านบาท และในขณะนี้ก็ได้รับตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

จะเห็นได้ว่า ถ้าเราไม่รู้เบื้องหลังของการตั้ง สปสช. หรือองค์กรสารพัด ส. เหล่านี้แล้ว เราอาจจะมองวิธีแก้ปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพอย่าง “ตรงไปตรงมา” เพราะเราไม่ตระหนักถึงกระบวนการและกลุ่มคนที่อยู่เบื้องหลังการจัดตั้งและการบริหารองค์กรเหล่านี้ ที่ดูเหมือนว่าจะมีความฉลาดในการโอนงบประมาณแผ่นดินออกมาสู่มูลนิธิ และใช้เงินเหล่านี้ในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ ทำให้สามารถสร้างภาพลักษณ์ตบตาสาธารณชนว่าเป็นคนดี ทำประโยชน์แก่ชาติบ้านเมืองหรือแก่ประชาชน แต่ในขณะเดียวกันก็ได้รับผลประโยชน์ทับซ้อนมากมายจากเงินงบประมาณแผ่นดินมาเป็นเวลายาวนาน

แต่ความจริงนั้น พวกเขามีวิธีการอันแยบยล ลึกซึ้ง และยาวนานในการที่จะแสวงหาเงินงบประมาณแผ่นดินมาใช้จ่ายตามระบบที่เขาจัดระเบียบขึ้นมาเอง ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณจากกองทุน สสส., สปสช., สวรส., สช. และอื่น ๆ จนทำให้ระบบเหล่านี้เสียหาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขใกล้จะล้มละลาย และระบบบริการสาธารณสุขด้านการแพทย์ก็ตกอยู่ในสภาพที่ขาดแคลนงบประมาณในการจัดหาเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ในการที่จะให้บริการรักษาสุขภาพประชาชนให้ได้มาตรฐานที่ทันสมัยและมีความปลอดภัยต่อประชาชน

ฉะนั้น ถ้ารัฐบาลยังไม่เข้าใจสาเหตุและรากเหง้าแห่งปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริการสาธารณสุขด้านการแพทย์ และไม่ล้มล้างระบบที่ทุจริตและเป็นอันตรายต่อสังคมแล้ว มาตรฐานการแพทย์ไทยก็คงจะถอยหลังลงคลองอย่างแน่นอนในไม่ช้า

การจะตรวจสอบว่าใครร้ายวร้ายผิดปกติดังนี้ ใครไม่สามารถอธิบายที่มาที่ไปของทรัพย์สินของตนเองและคู่สมรสหรือลูกหลานหรือญาติบ้าง ก็คงจะช่วยให้ความจริงกระจ่างขึ้น และสามารถนำเงินงบประมาณแผ่นดินกลับคืนมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยแน่นอน

และก็ดูเหมือนว่า นายกรัฐมนตรี พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา จะยังไม่เข้าใจว่า ในคณะรัฐมนตรีของท่านก็มีสมาชิกและผู้เลื่อมใส “ลัทธิประเวศ” อยู่หลายคน ในฐานะรองนายก 1 คน ในฐานะรัฐมนตรีอีก 2 คน

การจะแก้ปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุข จะต้องแก้ในสิ่งที่สำคัญดังนี้

1. การแก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทั้งนี้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เกิดขึ้นจากการนำเสนอของ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่ได้นำเสนอแนวคิดต่อ พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นที่มองเห็นลู่ทางที่จะเป็นนโยบายประชานิยมอย่างแน่นอน แต่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการตามระบบให้เหมาะสม ก่อปัญหาความวุ่นวายและสับสนอลหม่านทั้งในหมู่ประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องให้การดูแลรักษาประชาชน จนมีคำกล่าวว่า “30 บาทตายทุกคน” ทำให้เกิดภาวะ “Over demand” เนื่องจากประชาชนมาเรียกร้องสิทธิการรักษามากขึ้น แต่งบประมาณ บุคลากร และอาคารสถานที่ไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยที่มาใช้บริการแม้ยังไม่จำกัดจำนวนครั้งที่ประชาชนจะมาใช้บริการ และมีการ “ตามใจประชาชน” อย่างสุดโต่งไม่ต้องทำตามระเบียบขั้นตอนจากการไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลระดับต้นก่อน หลังจากแพทย์เห็นว่าควรส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับสูง มีใบนัดหรือใบส่งตัวไปจึงจะไปรับบริการได้ แต่มีการโฆษณาให้ประชาชนไปรับบริการได้ทุกโรคทุกเวลา ซึ่งเป็นการโฆษณาที่ไม่เป็นความจริง เนื่องจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ “กำหนดไว้ว่าจะรักษาโรคใด หรือใช้ยาอะไรได้เท่านั้น”

■ อ่านต่อฉบับหน้า

นวัตกรรมรักษามะเร็งเต้านม ชนิด “เฮอร์ทู” ช่วยยืดชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้นานขึ้น



โรคมะเร็งเต้านมนับเป็นมหันตภัยร้ายแรงสำหรับผู้หญิงทั่วโลก โดยสถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลกพบว่า ทุก 1 ใน 8 คนมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้ จากสถิติทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประมาณ 6,255,000 คน และทุก 1 นาทีมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 คน ดังนั้น ถ้า 1 ชั่วโมงก็เสียชีวิตถึง 60 คน สำหรับสถิติในประเทศไทยใน 1 วันพบผู้ป่วย 37 คน และเสียชีวิตวันละ 14 คน เฉลี่ยประมาณ 2 ชั่วโมงเสียชีวิต 1 คน จึงถือเป็นภัยเงียบของผู้หญิงที่น่ากลัวมาก

สาเหตุของโรคมะเร็งนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่คาดว่าพันธุกรรมมีส่วนสำคัญ พบว่าคนที่มีความผิดปกติตรงเป็นโรคมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าคนทั่วไป และควรได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมทุกปี ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการใช้ฮอร์โมนเสริม เป็นต้น

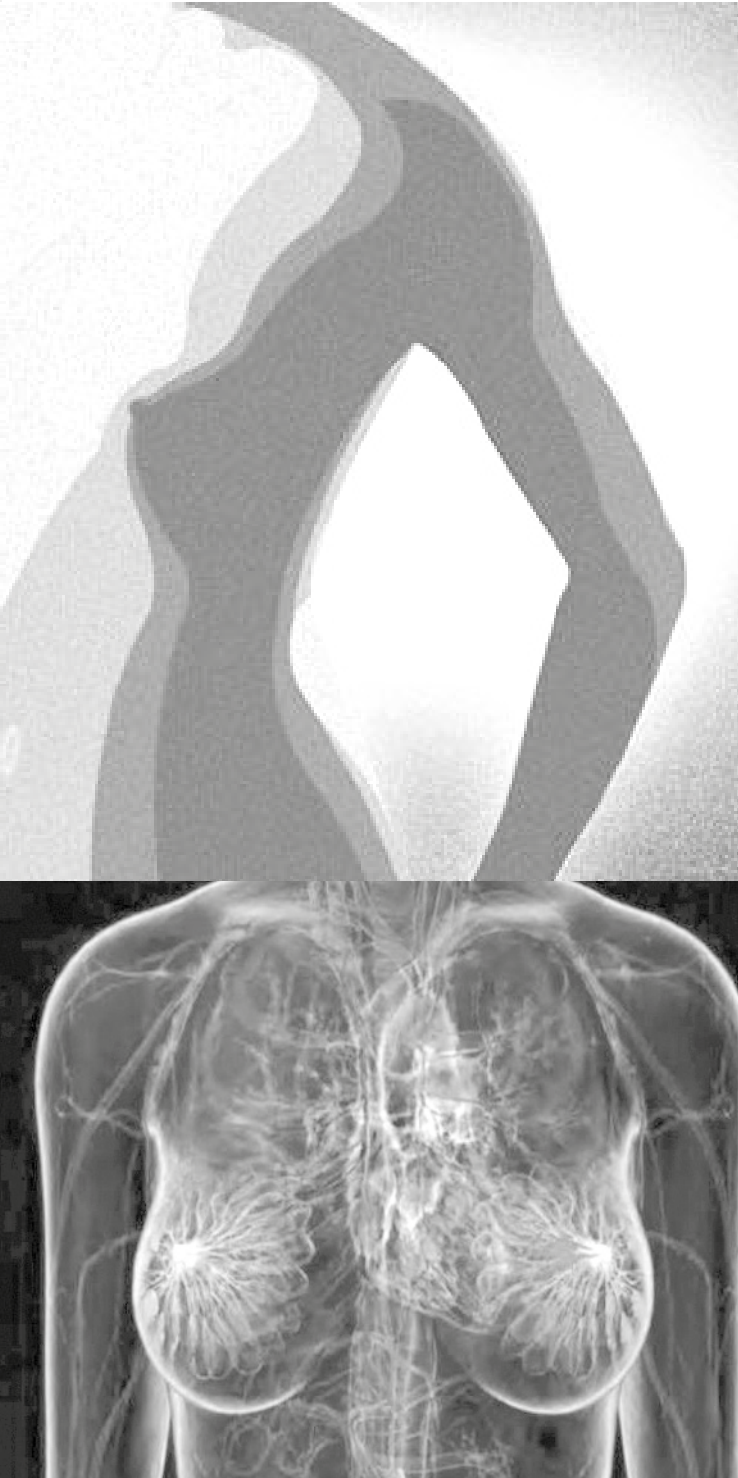
มะเร็งเต้านมที่ตรวจพบโดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 3 สายพันธุ์ใหญ่ ๆ คือ สายพันธุ์ตอบสนองต่อฮอร์โมนเพศหญิง ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากที่สุด สายพันธุ์เฮอร์ทู (HER2) พบได้ประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด และชนิดไตรโบลปะที่ยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจนพบได้ประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ของมะเร็งทั้งหมด อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติแล้ว ยังคงมีโอกาสกลับมาเป็นมะเร็งเต้านมได้อีก



จากหลักฐานที่มีพบว่า การกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมเกี่ยวข้องกับยีนบางอย่างในร่างกาย หรือสาเหตุบางประการ เช่น การหลงเหลือของเซลล์มะเร็งต้นกำเนิด หรือสเต็มเซลล์ในร่างกาย รวมถึงการดื้อยาที่แพทย์สั่ง การได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง ล่าช้า และภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ โดยการกลับมาเป็นมะเร็งเต้านมซ้ำหลังการรักษา มีระยะเวลาเฝ้าระวังประมาณ 12 ปี

มี 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ การเป็นซ้ำในบริเวณเดิมและบริเวณใกล้เคียง ซึ่งเป็นการกำเริบเฉพาะที่ ส่วนการกำเริบในต่อมน้ำเหลืองใกล้ ๆ เรียกว่า การกำเริบบริเวณใกล้เคียง และถ้ามีการกำเริบในบริเวณอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกายจะเรียกว่า การกำเริบแบบมีการแพร่กระจาย การรักษามะเร็งกำเริบเฉพาะที่แม้ว่าจะทำได้ยากกว่าการรักษาครั้งแรก แต่ก็ไม่ได้เป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย ซึ่งการรักษาระยะนี้มักหวังผลเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย รักษาคุณภาพชีวิตและบำบัดอาการของโรคเป็นหลัก ปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจายให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องตรวจคัดเลือกรายละเอียดผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งยาที่ได้รับจะสามารถต่อต้านเซลล์มะเร็งได้อย่างเจาะจงที่เรียกว่ารักษาตามเป้าหมายที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพให้การรักษาลดผลข้างเคียงต่อเนื่องปกติของร่างกาย

มะเร็งเต้านมสายพันธุ์เฮอร์ทูเป็นมะเร็งที่เกิดจากการกลายพันธุ์เพิ่มปริมาณของยีนก่อมะเร็งเฮอร์ทู และมีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว หากรักษาไม่ถูกต้องตรงตามกลไกการเกิดโรคอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันสั้น สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสายพันธุ์เฮอร์ทูในระยะแพร่กระจายนั้น การรักษามาตรฐานทั่วไปอันดับแรกนั้นมักใช้ยาฉีดกลุ่มยาต้านเฮอร์ทูควบคู่ยาเคมีบำบัด ซึ่งพบว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยที่รักษามาตรฐานนี้ยังคงมีการพัฒนาของโรครุนแรงมากขึ้นในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งสาเหตุเกิดจากการดื้อยา



สาเหตุของโรคมะเร็งนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด
แต่คาดว่าพันธุกรรมมีส่วนสำคัญ
พบว่าคนที่มีญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งเต้านม
หรือมะเร็งรังไข่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูง

ล่าสุดนักวิจัยได้คิดค้นนวัตกรรมใหม่เป็นยาชนิดเพื่อรักษาโรคมะเร็งเต้านมสายพันธุ์เฮอร์ทูที่นำมาใช้ร่วมกับยาต้านเฮอร์ทูตัวเดิม และยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันการดื้อยา โดยยาตัวใหม่นี้มีประสิทธิภาพยับยั้งและขัดขวางการรวมตัวกันของโปรตีนเฮอร์ทูกับโปรตีนเฮอร์ทูชนิดอื่น ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุของการดื้อยาตัวเดิม ช่วยลดการลุกลามของโรคและช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วย

ปัจจุบันยาด้านเฮอร์ทูรุ่นใหม่นี้ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในสหภาพยุโรป สหรัฐอเมริกา สวิตเซอร์แลนด์ และประเทศอื่น ๆ รวมกว่า 40 ประเทศ สำหรับประเทศไทยได้รับการอนุมัติให้ใช้รักษาผู้ป่วยได้เมื่อต้นปีที่ผ่านมา จึงนับเป็นก้าวสำคัญของวงการแพทย์ที่นำนวัตกรรมล่าสุดในการรักษามะเร็งเต้านมเข้ามาใช้เพื่อความหวังใหม่และกำลังใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายหรือระยะสุดท้ายให้มีชีวิตอยู่เพื่อครอบครัวและคนที่รักได้ยาวนานยิ่งขึ้น

ถึงแม้ว่าเทคโนโลยีจะมีความก้าวหน้าช่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้มีชีวิตยืนยาวมากขึ้นก็ตาม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเองตลอดจนกำลังใจจากคนใกล้ชิดก็ยังมีส่วนสำคัญในการต่อสู้กับโรคมะเร็ง ควรมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง รักษาสุขภาพกายและใจให้แข็งแรง เพื่อการได้อยู่กับคนที่รักให้นานที่สุด



การผ่าตัดกระดูกจมูกหัก



ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์การบาดเจ็บบริเวณใบหน้ามากเป็นอันดับ 2 รองจากการบาดเจ็บบริเวณแขนและขา ความรุนแรงของการบาดเจ็บส่งผลถึงชีวิตได้ และยังส่งผลต่อภาพลักษณ์ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะที่สำคัญในร่างกาย เช่น การหายใจลำบาก การหลับตา ลืมตา การมองเห็น การเคลื่อนไหว ขากรรไกร การสบฟัน การเคี้ยวอาหาร การดมกลิ่น ดังนั้น การได้รับการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะกระดูกจมูกและกระดูกใบหน้าหักจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะส่งผลให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากโรคและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ทำให้ไม่เกิดภาวะพิการ หรือติดเชื้อตามมา และหายเป็นปกติได้ในที่สุด

กระดูกจมูกหักพบได้บ่อยที่สุดเนื่องจากเป็นกระดูกที่บาง และจมูกเป็นอวัยวะที่อยู่บนเด่นที่สุด จึงได้รับบาดเจ็บก่อน โดยอาจจะไม่หักเฉพาะกระดูกจมูก แต่ยังรวมถึง nasal septum ซึ่งมีทั้งกระดูกและกระดูกอ่อน

การรักษากระดูกจมูกหักต้องคำนึงถึงความสวยงามและปัญหาเรื่องทางเดินหายใจ ความสำเร็จในการจัดกระดูกจมูกให้เหมือนเดิมขึ้นกับความรุนแรงของการบาดเจ็บและฝีมือของแพทย์ การได้ดูรูปผู้ป่วยก่อนการบาดเจ็บมีส่วนช่วยแพทย์ในการรักษา การผ่าตัดสามารถทำได้ทั้งขณะใช้ยาสลบและให้ยาชาเฉพาะที่ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษากระดูกจมูกหัก โดยการให้ยาสลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ให้ยาชาเฉพาะที่ขณะผ่าตัด พบว่าผลการรักษาเรื่องรูปร่างไม่แตกต่างกันมาก แต่ผู้ป่วยมักพึงพอใจการให้ยาสลบมากกว่า ค่าใช้จ่ายในการให้ยาสลบมักสูงกว่า ส่วนมากการทำการผ่าตัดจัดกระดูกจมูกนิยมใช้การให้ยาสลบ ผู้ป่วยมักให้ความพึงพอใจสูงกว่าการให้ยาชาเฉพาะที่ เนื่องจากการใช้ยาชาเฉพาะที่ไม่สามารถป้องกันความเจ็บปวดได้เพียงพอ

กล่าวโดยสรุป การทำการผ่าตัดจัดกระดูกจมูกในผู้ป่วยกระดูกจมูกหักสามารถทำได้ทั้งขณะดมยาสลบและให้ยาชาเฉพาะที่ การให้ยาสลบพบความพึงพอใจที่มากกว่าการใช้ยาชาเฉพาะที่ แต่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงกว่า



การรักษาผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ

(Management of Trauma in the Elderly)

ผู้สูงอายุมีสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุ จึงทำให้แสดงอาการบาดเจ็บแตกต่างไปจากผู้ป่วยอายุน้อย รวมทั้งมักมีอัตราพิการหรือตายสูงมากกว่าอีกด้วย

นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและยาที่ใช้ประจำก็ทำให้การประเมินและการรักษาแตกต่างจากผู้ป่วยอายุน้อย

ระบาดวิทยา

กลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วในสหรัฐอเมริกา คาดว่าประมาณปี ค.ศ. 2035 จะมีจำนวนประชากรอายุ > 85 ปี ในสหรัฐอเมริกามากกว่า 14 ล้านคน การบาดเจ็บเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ของประชากรในสหรัฐอเมริกา และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 ของประชากรอายุ > 65 ปี การบาดเจ็บที่พบบ่อยมักเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมักเกิดภาวะแทรกซ้อนบ่อยกว่าผู้ป่วยอายุน้อย (54% เทียบกับ 34%) และตายได้บ่อยกว่าผู้ป่วยอายุน้อย (17% เทียบกับ 4.7%) รวมทั้งพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บมักต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าอีกด้วย⁽²⁾

สาเหตุบาดเจ็บในผู้สูงอายุมักเกิดจากเดินแล้วพลัดตกหกล้ม แต่ในระยะหลังพบว่าเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือตกจากที่สูงบ่อยขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุเริ่มใช้ชีวิตนอกบ้านมากขึ้นกว่าในอดีต

กลไกการบาดเจ็บ

1. การพลัดตกหกล้ม

ประชากรอายุ > 65 ปี มีอุบัติการณ์หกล้มประมาณ 30% ต่อปี และเพิ่มไปสู่ 40% ในอายุ > 85 ปี^(3,4) การหกล้มเป็นสาเหตุการบาดเจ็บที่พบบ่อยและเกิดภาวะแทรกซ้อนจนเสียชีวิตได้บ่อย

ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มคือ เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน เพศหญิง การเดินผิดปกติ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้ออักเสบ ไข้ยานอนหลับหรือยารักษาโรคจิตประสาทเหตุอื่น ๆ ได้แก่ สายตาผิดปกติ การรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (cognitive impairment) โรคประจำตัว เช่น ซีด มีภาวะ orthostatic hypotension หรือมีสภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัย

ปัจจัยเสี่ยงยิ่งมากก็เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ในการศึกษาของ Tinetti et al.⁽⁴⁾ พบว่า ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ≥ 4 ข้อ จะมีโอกาสพลัดตกหกล้มถึง 78% เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มียปัจจัยเสี่ยงเลยซึ่งพบเพียง 27%

ในกลไกการบาดเจ็บคล้ายกันพบว่า ผู้สูงอายุเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ กระดูกเชิงกราน และขาได้มากกว่าคนที่มีอายุน้อย

ที่ห้องฉุกเฉินพบว่า ภาวะเจ็บป่วยบางอย่างทำให้เกิดหกล้มได้ง่าย เช่น เป็นลม, transient ischemic attacks, ระบบเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ, มีภาวะติดเชื้อร่วมด้วย

2. อุบัติเหตุทางรถยนต์

พยาธิสรีรวิทยาของอายุที่มากขึ้น และการมีโรคประจำตัว ทำให้ผู้สูงอายุมีการมองเห็น การได้ยิน การรักษาสสมดุลของร่างกาย และการรู้สึกตัวแย่ง ซึ่งก็มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมักประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ได้ง่าย ส่วนใหญ่อุบัติเหตุทางรถยนต์มักเกิดในขณะเลี้ยวรถ สภาพอากาศที่ไม่ดี และการขับรถในตอนกลางคืนก็เสี่ยงต่อการขับขีของผู้สูงอายุ

3. การถูกรถชนในขณะที่เดินบนทางเท้า

การถูกรถชนในขณะที่เดินบนทางเท้ามักทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตเนื่องจากบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือหลอดเลือดแดงใหญ่ได้รับบาดเจ็บ ผู้สูงวัยมักเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุหรือในห้องฉุกเฉิน ตลอดจนถ้าผู้สูงวัยไม่เสียชีวิตก็มักได้รับบาดเจ็บที่รุนแรง

Richards and Carroll พบว่าผู้สูงวัยที่มีอายุ > 70 ปี ซึ่งถูกรถชนในขณะที่เดินมักได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่าคนอายุน้อย⁽⁶⁾ รวมทั้งมีอาการบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลัง ทรวงอก และกระดูกหัก ซึ่งทั้งหมดพบได้บ่อยกว่าการบาดเจ็บที่ท้อง^(6,7)

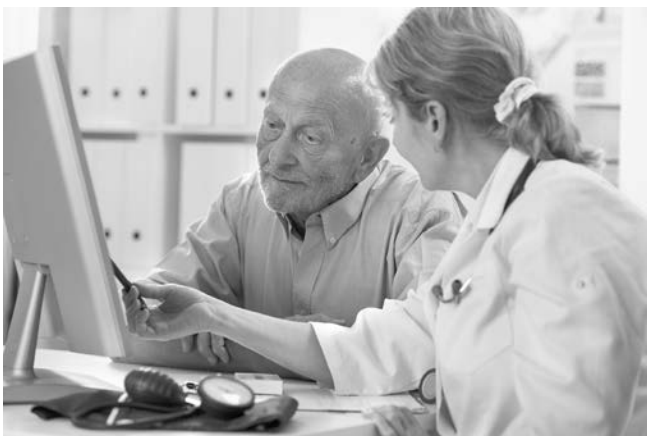
ผู้สูงวัยประเมินความเร็วของรถที่วิ่งมาได้ไม่ดี รวมทั้งไม่สามารถเร่งตัวเองให้หลบพ้นได้ทัน จึงมักได้รับบาดเจ็บจากการถูกรถชนได้บ่อย โดยเฉพาะในฤดูหนาวซึ่งมีดเค้นข้างเร็วและตามองเห็นได้ไม่ดี

4. แผลไฟไหม้

สรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงตามอายุที่มากขึ้น รวมทั้งการมีโรคประจำตัวและการอยู่ตามลำพังของผู้สูงวัยทำให้เสี่ยงต่อการตายจากเพลิงไหม้ ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 60 ปี ซึ่งมีแผลไหม้ $\geq 50\%$ ของพื้นผิวร่างกายทั้งหมดมักเสียชีวิตเกือบ 100%

5. การทารุณกรรมต่อผู้สูงวัย (Elder abuse and Neglect)

การทารุณกรรมต่อผู้สูงวัยก็พบบ่อย มักพบในเพศหญิง, ผู้มีอายุ > 80 ปี และกลุ่มชนผิวขาว



รอยข่วนหลายลักษณะตามร่างกาย กระตุกหักที่อธิบายสาเหตุไม่ได้ การบาดเจ็บที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ อาการแสดงของการถูกทอดทิ้ง เช่น การขาดสารน้ำ ร่างกายขาดสารอาหาร และแผลกดทับ เหล่านี้ก็ช่วยในการวินิจฉัยว่าเป็นการทารุณกรรมต่อผู้สูงวัย (Elder abuse)

สรีรวิทยาของอายุที่มีผลต่ออาการบาดเจ็บ

ส่วนใหญ่เกิดจากร่างกายทำงานได้ไม่ดี พลังงานสะสมในร่างกายน้อย ไม่สามารถปรับร่างกายให้ต้านทานต่อความเครียดหรือบาดเจ็บที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งการมีโรคประจำตัวก็เพิ่มอัตราการพิการและอัตราการตายในผู้สูงวัย

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

อายุยิ่งมากขึ้นก็ลดกำลังสำรอง (cardiac reserve) เพราะกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมลง รวมทั้งเนื้อเยื่อคอลลาเจนและไขมันเข้ามาแทนที่กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจบีบตัวได้ไม่ดี พบว่าเมื่ออายุ 80 ปี จะมีปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจ (cardiac output) ลดลงถึง 50% ผู้สูงวัยมักมี cardiac outflow tract แข็งและยืดหยุ่นลดลงตามอายุที่มากขึ้นจึงทำให้บีบเลือดออกจากหัวใจได้น้อยลง และมี afterload ลดลงตามมา อายุที่มากขึ้นทำให้หัวใจบีบตัวเร็วขึ้น (chronotropic response) เพื่อตอบสนองต่อสาร catecholamine ลดลง รวมทั้งอาจเป็นผลมาจากยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว เช่น ยา beta-blocker หรือ calcium channel blocker อยู่ก็กีดการทำงานของหัวใจได้

ผู้สูงวัยมีการปรับตัวของหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular response) ตอบสนองต่อภาวะเครียดได้ไม่ดี เวลาเกิดภาวะขาดสารน้ำหรือช็อกก็มักเร่งหัวใจให้เต้นเร็วได้ไม่ดีเท่าคนอายุน้อย ในการศึกษาหนึ่งพบว่า ผู้ป่วยสูงวัยที่ได้รับบาดเจ็บที่รุนแรง พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งยังคงมีความดันโลหิตเป็นปกติทั้งที่เสียเลือดไปอย่างมากแล้วก็ตาม ซึ่งแพทย์ควรพิจารณาให้สารน้ำปริมาณมาก, ให้ยากระตุ้นหัวใจ และลด afterload อย่างเร่งด่วนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

ผู้สูงวัยอาจเกิดภาวะหัวใจวาย, heart block หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขึ้นในระหว่างการบาดเจ็บได้ ดังนั้น จึงควรตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography: ECG) ในผู้สูงวัยที่ได้รับบาดเจ็บทุกราย

2. ระบบหายใจ

ระบบหายใจทำงานเสื่อมลงตามอายุที่มากขึ้น ผ่นทรวงอกและปอดมีความยืดหยุ่นลดลงจึงทำให้ compliance แย่ลง และเพิ่มการทำงานของระบบหายใจ



โดยเฉพาะจะเห็นการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ชัดมากขึ้นในขณะป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ อายุที่มากขึ้นทำให้จำนวนถุงลมลดน้อยลงและการแลกเปลี่ยนก๊าซทำได้ไม่ดี

พบว่าอายุประมาณ 80 ปี จะมี $\text{PaO}_2 = 78-92$ มม.ปรอท แต่ PaCO_2 จะปกติ ดังนั้น ถ้าพบมีระดับคาร์บอนไดออกไซด์สูงในเลือดมักแสดงว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติเกิดขึ้น

ระบบ mucociliary clearance ทำงานแย่งทำให้ขับเสมหะและเมือกในหลอดลมได้ไม่ดี จึงทำให้ง่ายต่อการเกิดปอดติดเชื้อ นอกจากนี้ vital capacity, forced expiratory volume และ functional reserve ก็เสื่อมลงตามอายุที่มากขึ้นด้วย ดังนั้น แพทย์จึงควรประเมินระบบหายใจอย่างใกล้ชิด

3. ระบบทางเดินอาหาร

ผู้สูงอายุที่มีโรคตับอยู่เดิมก็เพิ่มอัตราตายสูงขึ้น ทั้งนี้ เพราะเมื่อได้รับบาดเจ็บจะมีโอกาสเสี่ยงต่อเลือดไหลไม่หยุดได้

4. ระบบไต

ผู้สูงอายุจะมีไตทำงานเสื่อมลง และปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง ทำให้ไตขับครีเอตินีนออกจากร่างกายได้ไม่ดี แต่เนื่องจากครีเอตินีนถูกสร้างขึ้นมาจากกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้สูงอายุมักมีปริมาณกล้ามเนื้อน้อย ดังนั้น ปริมาณครีเอตินีนจึงถูกสร้างขึ้นไม่มาก จึงมักพบว่าผู้สูงอายุมีระดับครีเอตินีนเป็นปกติ ทั้งที่การทำงานของไตเสื่อมลงแล้ว

ในกรณีเอกซเรย์ที่ต้องฉีดสารทึบรังสีเข้าสู่ร่างกาย แพทย์จึงควรระวังว่าผู้สูงอายุอาจมีการทำงานของไตแย่งอยู่ก่อน จึงควรพิจารณาให้ปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกายให้เพียงพอ ก่อนฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด

5. ระบบประสาท

ผู้สูงอายุมักมีสมองฝ่อ โดยทั่วไปพบว่าน้ำหนักของสมองจะลดลงไปประมาณ 200 กรัม ทำให้เส้นเลือดที่อยู่บนผิวของสมองถูกดึงรั้งและเวลาถูกกระทบก็เกิดช็อกขาดได้ง่าย จึงเกิด subdural hematoma ได้บ่อย ระบบ cerebrovascular autoregulation ในสมองก็เสื่อมลงตามอายุอันทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะได้ ดังนั้น เวลาสมองได้รับบาดเจ็บจึงเกิดความดันสูงในกะโหลกศีรษะได้ง่าย

6. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

ผู้สูงอายุมีมวลของกล้ามเนื้อต่อน้ำหนักตัวลดลง

ประมาณอายุ 60 ปี ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงไปประมาณ 1/3 จึงทำให้เคลื่อนไหวและทรงตัวได้ไม่ดี ผู้หญิงมักมีอัตรามวลกระดูกลดลงมากกว่าผู้ชาย แต่พออายุประมาณ 60 ปีขึ้นไปก็พบอัตราการลดลงของมวลกระดูกพอ ๆ กันทั้ง 2 เพศ ดังนั้น ในผู้สูงอายุจึงมักมีกระดูกหักได้ง่ายกว่าคนอายุน้อย

ผู้สูงอายุหกล้มมักเกิดกระดูกสะโพกหัก (hip fracture) ได้ง่าย เมื่อเดินหกล้มผู้สูงอายุอาจบ่นปวดสะโพกโดยที่เอกซเรย์แล้วปกติได้ ซึ่งพบว่าการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Image: MRI) สามารถตรวจพบได้ดีกว่า โดยมี sensitivity และ specificity เกือบ 100% แต่ถ้าไม่มี MRI ก็อาจใช้การตรวจด้วยคอมพิวเตอร์ก็ได้ (computer scan) รวมทั้งกระดูก acetabulum หักก็ตรวจพบด้วยเอกซเรย์ธรรมดาได้ยาก จึงแนะนำให้ใช้ CT หรือ MRI ที่กระดูก pelvis

สาเหตุบาดเจ็บเล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดกระดูกสันหลังหักในผู้สูงอายุได้ ซึ่งถ้าเอกซเรย์พบว่าปกติแต่ผู้ป่วยยังมีอาการปวดอยู่ก็ควรทำ bone scan หรือ MRI ในลำดับต่อไป

กระดูกเชิงกรานหักก็พบบ่อย นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของกระดูก pubic rami หัก, กระดูก acetabulum หัก และกระดูก ischium หัก ซึ่งพบอุบัติการณ์ตามลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ 56%, 19% และ 11%

7. ระบบผิวหนัง

ผิวหนังเสื่อมลงตามอายุ จำนวนเซลล์ Langerhans และ melanocyte ลดลง บริเวณรอยต่อของ dermo-epidermal junction ก็ราบเรียบมากขึ้น การเพิ่มจำนวน keratinocyte

ลดลง รวมทั้งเซลล์จะเคลื่อนจากชั้น basal layer เพื่อขึ้นมาชดเชยเซลล์บริเวณผิวด้านบนก็เคลื่อนตัวช้าลง 2 เท่า รวมทั้งปริมาณเลือดมาเลี้ยงชั้น dermis ลดลงอีกด้วย

ดังนั้น ผิวหนังของผู้สูงอายุจึงมักบาดเจ็บได้ง่าย ปลายประสาทที่อยู่ตามผิวหนังก็ลดลง ผู้สูงอายุจึงไม่ค่อยรับรู้ความเจ็บปวด ทำให้ง่ายต่อการเกิดแผลไหม้หรือผิวหนังถลอก ชักขาด การซ่อมแซมแผลของผู้สูงอายุก็ช้าลงในทุกขั้นตอนตั้งแต่เลือดหยุดไหล (hemostasis), การอักเสบ, การเพิ่มจำนวนเซลล์ (proliferation) และการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ

8. ต่อมไร้ท่อ

ผู้สูงอายุจะปรับลดระดับน้ำตาลที่สูงได้ไม่ดี จึงทำให้เมื่อได้รับบาดเจ็บจะเกิด stress induced hyperglycemia ได้ง่าย





ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายตำแหน่งมีอัตราตายสูงขึ้นเป็น 2 เท่า และทำให้ผู้ซึ่งได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีอัตราตายสูงมากขึ้นด้วย การปรับระดับอินซูลินอย่างเข้มงวดพบว่าช่วยลดอัตราตายลงได้บ้าง

ยาที่ใช้รักษาประจำ

การรักษาทางจิต ยาลดความดันโลหิต ยาแก้ชัก และยารักษาต่อหินสัณฐานกับการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงวัย พบว่า > 80% ของผู้สูงวัยที่หกล้มมักรับประทานยาเหล่านี้เป็นประจำ การรับประทานยาเหล่านี้ > 4 ชนิดมีความสัมพันธ์ต่ออัตราการหกล้มเพิ่มขึ้น

ยาละลายลิ้มเลือดและยาต้านเกล็ดเลือด

การรับประทานยา warfarin หรือยาละลายลิ้มเลือดกลุ่มใหม่ ๆ เช่น dabigatran etexilate (Pradaxa) และ rivaroxaban (Xarelto), แอสไพริน, clopidogrel ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเลือดไหลในผู้สูงวัย โดยเฉพาะ warfarin ที่นิยมใช้ในกรณีลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ, atrial fibrillation, โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน หรือกรณีที่เปลี่ยนลิ้นหัวใจ มักพบมีระดับ International Normalized Ratio (INR) สูงและเลือดไหลตามร่างกายได้บ่อย

พยากรณ์โรค

หลังจากผู้สูงวัยได้รับบาดเจ็บ ส่วนใหญ่อัตราตายจะสูงใน 24 ชั่วโมงแรก และแพทย์ควรรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้สูงวัยมักนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานเพื่อทำกายภาพบำบัดด้วย

ผู้สูงวัยที่ได้รับบาดเจ็บหลายตำแหน่งควรรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล แพทย์ควรมองหาสาเหตุทางอายุรกรรมที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น เป็นลม กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ชักหรือภาวะติดเชื้อ

ถ้าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเพียงตำแหน่งเดียวก็อาจให้กลับบ้านได้ แต่ถ้าผู้ป่วยที่มีประวัติหกล้มบ่อย มีสภาพจิตใจผิดปกติ หรือทำเดินที่ไม่มั่นคงก็ควรรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล

สรุป

1. มองหาสาเหตุทางอายุรกรรมที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น เป็นลม กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ชัก หรือภาวะติดเชื้อ
2. ควรช่วยเหลือเปิดทางเดินหายใจ และช่วยหายใจที่เพียงพอเพราะอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือดได้ง่ายและเสียชีวิตตามมาได้ง่าย
3. แพทย์ให้ปริมาณสารน้ำในการรักษาภาวะช็อกในผู้สูงวัยน้อยเกินไป เพราะกลัวว่าจะเกิดภาวะน้ำท่วมปอด (congestive heart failure) ตามมาได้
4. ผู้สูงวัยแม้ได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยก็เสี่ยงต่อการเกิดความพิการและเสียชีวิตได้สูง

เอกสารอ้างอิง

1. Wong DR., Rothenhaus TC. Management of trauma in the elderly. In: Kahn J H., Magauran BG., Olshaker JS., editors. Geriatric emergency medicine: principles and practice. New York: Cambridge University Press;2014:59-73.
2. Newell MA, Rotondo MF, Toschlog EA, et al. The elderly trauma patient: an investment for the future? J. Trauma. 2009;67(2):337-40.
3. Steven S JA, Ryan G, Kresnow MS. Fatalities and Injuries from falls among older adults- United States,1993-2002 and 2001-2005. MMWR. 2006;55(45):1221-4.
4. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for fall among elderly persons living in the community. N Engl J Med. 1998;319:1701-7.
5. Richards D, Carroll J. Relationship between type of head injury and age of pedestrian. Accid Anal Prev. 2012;47:16-23.
6. Demetriades D, Murray J, Martin M, et al. Pedestrians Injured by automobiles: relationship of age to injury type and severity. J Am Coll Surg. 2004;199:382-7.
7. Sklar DP, Dermarest GB, Mc Feeley P. Increased pedestrian mortality among the elderly. Am J Emerg Med. 1989;7(4):387-90.

แพทย์มีส่วนในการประเมินค่าเสียหายให้แก่ผู้ป่วย (รายงานผู้ป่วย 1 ราย)

Physician: The Key Person for Evaluation of Patient's Damage (A Case Report)

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือได้รับอันตรายไม่ว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้หนึ่งผู้ใด หรือเพราะเหตุแห่งความประมาทของผู้หนึ่งผู้ใด การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นนั้นอาจจำแนกได้อย่างคร่าว ๆ ดังนี้

ก) ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกายเพราะมุ่งต่อการทำร้ายร่างกายโดยตรง

ข) ผู้ป่วยถูกทำร้ายเพราะมุ่งต่อทรัพย์สิน เช่น ทำร้ายร่างกายเพื่อนำทรัพย์สินของผู้ป่วยไปเป็นของตนหรือเพื่อประโยชน์ประการหนึ่งประการใด

ค) ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเพราะความประมาท เช่น การที่ผู้ขับรถไม่ระมัดระวังชนผู้ป่วยทำให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น กระดูกหัก

หน้าที่ของแพทย์ไม่ว่าจะเป็นด้านจริยธรรม^{1,2,3} หรือด้านกฎหมาย เช่น ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 374⁴ หรือพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน⁵ เป็นต้น ทำให้แพทย์จำเป็นต้องให้การรักษายาบาล บำบัด พ้นฟู ฯลฯ ตามแนวทางแห่งวิชาชีพเวชกรรม³ เสมอหรือเรียกได้ว่า “อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้” นั่นเอง และเมื่อสิ้นสุดการรักษา (อาจไม่สิ้นสุดการรักษาแต่มีความจำเป็นต้องทำการเรียกร่องลึงธิ เช่น การฟ้องร้องเพราะเหตุจำเป็น เช่น การที่เกรงว่าจะขาดอายุความแล้ว) หรือเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลจนกระทั่งหายหรือไม่หายแต่สภาพแห่งร่างกายคงที่แล้ว (stable) สิ่งตามมา (อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้) ในสังคมก็คือ “การฟ้องร้อง” หรือ “การเรียกร่องลึงธิ” ในความเสียหายที่เกิดขึ้น (ในทำนองที่ว่า “ผู้ทำผิดต้องรับผิดชอบ”) นั่นเอง

การบาดเจ็บของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บนั้น ภายหลังจากการได้รับการรักษายาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern-Western Medicine) แล้ว สภาพของผู้ป่วยอาจมีอยู่ประการหนึ่งประการใดดังนี้

1. หายสนิท (completely healed)

หมายถึง การที่สภาพของผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับการรักษา บำบัด พ้นฟู ฯลฯ แล้ว มีสภาพกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติทั้งในด้าน รูปร่าง (shape or structure) และ/หรือการทำงาน (functions) และ/หรือสภาพของจิตใจ

2. ไม่หายแต่อยู่ในสภาพคงที่แล้ว (stable conditions)

หมายถึง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา บำบัด พ้นฟู ฯลฯ แล้ว สภาพของผู้ป่วย

2.1 จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง (continuing management)

2.2 สูญเสียความสามารถของร่างกายอย่างถาวร (permanent impairment)

2.3 มีความผิดปกติ (บกพร่อง) ทางจิตใจประการหนึ่งประการใด

ระยะเวลาที่เริ่มการฟ้องร้อง

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยทำการฟ้องร้องหรือเรียกร่องลึงธิในความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้น อาจเป็นในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา บำบัด พ้นฟู ฯลฯ จนถึงที่สุดแล้ว หรืออาจเป็นระยะเวลาหนึ่งเวลาใดในขณะที่ยังอยู่ในช่วงการได้รับการรักษา บำบัด พ้นฟู ฯลฯ อยู่ก็ได้ ทั้งนี้เพราะเหตุแห่งความจำเป็นโดยเฉพาะเหตุในทางกฎหมาย เช่น

ก. กฎหมายกำหนดอายุความแห่งการฟ้องร้องไว้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องทำการฟ้องร้องในเวลาที่ถูกกำหนดไว้

ข. ผู้ป่วย (ผู้เสียหาย) ต้องการให้มีการดำเนินการทางคดีคู่ขนานไปกับการรักษา เพื่อมิให้เป็นการเสียเวลา

ค. อื่น ๆ

การฟ้องร้องในความเสียหายที่เกิดขึ้น

ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นอาจจำแนกออกได้อย่างคร่าว ๆ เป็น 2 ด้าน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ผู้ป่วยสามารถฟ้องร้องได้ 2 ด้านที่สำคัญ คือ

1. การฟ้องร้องทางแพ่ง⁶

การฟ้องร้องทางแพ่งอาจเรียกได้อย่างสั้น ๆ ว่า “การฟ้องร้องเพื่อความรับผิดชอบในความเสียหายทางละเมิด” หรือเพื่อเรียกร่องค่าเสียหายที่อาจเข้าได้กับ “จำนวนเงิน” เป็นต้น

2. การฟ้องร้องทางอาญา⁴

การฟ้องร้องทางอาญา หมายถึง การฟ้องร้องเพื่อให้ผู้กระทำความผิด (ทั้งเจตนาหรือประมาทแล้วแต่กรณี) ต้องได้รับโทษประการหนึ่งประการใดในทางอาญา เช่น ประหารชีวิต จำคุก กักขัง ปรับ ริบทรัพย์สิน นั่นเอง

ทั้งนี้นอกจาก 2 ด้านที่กล่าวถึงข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยอาจฟ้องร้องในด้านอื่น ๆ ได้อีกหากผู้ที่เป็นคู่กรณีของผู้ป่วยมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์แห่งการที่จะถูกฟ้องร้องได้ เช่น การฟ้องร้องทางจริยธรรม การฟ้องร้องทางวินัย การฟ้องร้องทางแรงงาน เป็นต้น

การฟ้องร้องทางแพ่ง⁶

ความรับผิดชอบทางแพ่งทั้งที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุหรือเกิดขึ้นอันเนื่องจากการกระทำโดยเจตนาที่จะต้องรับผิดชอบซึ่งค่อนข้างใกล้เคียงกัน ปัญหาความเสียหายที่เกิดขึ้นในทางคดีแพ่งกรณีที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุที่มีคู่กรณี เช่น อุบัติเหตุจราจรมักจะมีผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 ฝ่ายคือ ฝ่าย

ที่ได้รับความเสียหายอันเนื่องจากการเกิดอุบัติเหตุ (ผู้ป่วย) และฝ่ายที่เป็นผู้ทำให้เกิดอุบัติเหตุ (ผู้กระทำ) แต่มีอยู่บ้างที่ทั้ง 2 ฝ่ายมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น ประมาททั้งสองฝ่าย โดยทั่วไปฝ่ายที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุก็พยายามทำทุกวิถีทางที่จะให้ตนเองรับผิดชอบน้อยที่สุด ในขณะที่เดียวกันฝ่ายที่ได้รับความเสียหายก็จะพยายามให้เห็นว่าความเสียหายกับตนเองนั้นมากที่สุด ทั้งนี้เป็นไปตามหลักกรรมดานั่นเอง

สำหรับความเสียหายที่ผู้เสียหายได้รับโดยทั่วไปแล้วจะเห็นได้ว่ามีอยู่หลายส่วนด้วยกัน เช่น การเสียค่ารักษาพยาบาล การเสียรายได้เพราะการขาดงาน การเสียอวัยวะบางส่วนไป การเสียหายของทรัพย์สิน การเสียค่าใช้จ่ายในพาหนะที่ต้องไป ๆ มา ๆ เพื่อการรักษา เป็นต้น และผู้กระทำให้เกิดอุบัติเหตุนั้นก็มักจะปฏิเสธความรับผิดชอบโดยมักให้ไปเรียกร้องเอา กับ “บริษัทประกันภัย” เช่น ประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ดังนั้น ผู้เอาประกันจึงมักปิดให้ไปเรียกร้องเอา กับบริษัทประกันภัยทั้งหมดตามความเข้าใจของตน แต่แท้จริงแล้วผู้ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุดังกล่าวจึงยังคงต้องรับผิดชอบในความเสียหายทางแพ่งในส่วนต่าง ๆ ที่เกินกว่าที่เอาประกันไว้ด้วย

หากมีการฟ้องร้องต่อศาลแล้วค่าเสียหายเท่าใดนั้น คงเป็นเรื่องที่ศาลจะเป็นผู้พิจารณาให้ ทั้งนี้เป็นไปตามกฎหมายมาตรา 438 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์⁶ ดังนี้

มาตรา 438

“ค่าสินไหมทดแทนจะพึงใช้โดยสถานใดเพียงใดนั้น ให้ศาลวินิจฉัยตามควรแก่พฤติการณ์และความร้ายแรงแห่งละเมิด
อนึ่ง ค่าสินไหมทดแทนนั้น ได้แก่ การคืนทรัพย์สินอันผู้เสียหายต้องเสียไปเพราะละเมิดหรือใช้ราคาทรัพย์สินนั้น รวมทั้งค่าเสียหายอันจะพึงบังคับให้ใช้เพื่อความเสียหายอย่างใด ๆ อันได้เกิดขึ้นนั้นด้วย”

การเรียกร้องค่าเสียหายทางแพ่ง

การเรียกร้องค่าเสียหายทางแพ่งนั้นเป็นสิทธิอย่างหนึ่งที่ผู้เสียหายสามารถกระทำได้

1. สิทธิทางแพ่ง

เป็นสิทธิเรียกร้องความเสียหายที่คนไข้ (ผู้ป่วย) ต้องเสียไปอันเนื่องมาจากการกระทำละเมิดของผู้หนึ่งผู้ใด เป็นการเรียกร้องสิ่งที่เสียประโยชน์ไปเพื่อรับกลับคืนมา และสิ่งที่เรียกร้องมักเป็นรูปของ “ตัวเงิน” หรือแม้จะเป็นค่าเสียหายอย่างอื่นก็จะฟ้องขอให้มีการชดเชยในรูปของตัวเงินเช่นเดียวกัน ทำให้มีการใช้สิทธิทางแพ่งมาก และเนื่องจากสิทธิทางแพ่งเป็นเรื่องของเอกชนโดยตรงจึงไม่เกี่ยวข้องกับพนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการ เว้นเสียแต่จะเป็นเรื่องทางแพ่งที่เกี่ยวข้องกับทางอาญาร่วมด้วยเท่านั้น

2. หลักในการรับผิดชอบทางแพ่ง

หลักในการรับผิดชอบทางแพ่งนี้มีบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420⁶ ดังนี้

มาตรา 420

“ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้น

ทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

ในกฎหมายไทยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ปัจจุบันมิได้มีบัญญัติของความหมายคำว่า “อุบัติเหตุไว้” แต่น่าจะใกล้เคียงกับคำว่า “ประมาทเลินเล่อ” ในมาตรา 420 เพราะความประมาทจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น และก็ไม่น่าจะเหมือนกับคำว่า “การกระทำโดยประมาท” ในมาตรา 59 แห่งประมวลกฎหมายอาญา² ที่ว่า

“การกระทำโดยประมาท ได้แก่ กระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่”

คำว่า “ประมาทเลินเล่อ” ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์นั้น หมายถึง ไม่จงใจแต่ไม่ใช้ความระมัดระวังตามสมควรที่จะใช้รวมถึงในลักษณะที่บุคคลมีความระมัดระวังจะไม่กระทำด้วย⁷

3. บทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับการละเมิดต่อร่างกายและอนามัยทางแพ่ง

การที่บุคคลใด ๆ ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บย่อมจะต้องมาทำการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล และบางส่วนอาจต้องถูกรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลด้วย โดยการบาดเจ็บของเขาเหล่านั้นอาจเกิดจากการกระทำของบุคคลอื่น เช่น การทำร้ายร่างกาย การได้รับอุบัติเหตุจากการจราจรหรือการกระทำโดยประมาทประเภทต่าง ๆ เช่น การทำของหล่นโดยอุบัติเหตุใส่ศีรษะผู้อื่นทำให้เกิดการบาดเจ็บ เป็นต้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวเหล่านั้นถือว่าได้รับความเสียหายต่อร่างกาย เรียกว่าบุคคลนั้นถูกกระทำละเมิด และเมื่อผู้ป่วยถูกกระทำละเมิดก็ย่อมมีสิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับผู้กระทำละเมิดได้ ซึ่งมีบัญญัติไว้ในกฎหมายแพ่งและพาณิชย์เช่นเดียวกัน ดังนี้⁸

มาตรา 444

“ในกรณีทำให้เสียหายแก่ร่างกายหรืออนามัยนั้น ผู้ต้องเสียหายชอบที่จะได้ชดเชยค่าใช้จ่ายอันตนต้องเสียไป และค่าเสียหายเพื่อการที่เสียความสามารถประกอบการทำงานสิ้นเชิงหรือแต่บางส่วน ทั้งในเวลาปัจจุบันและในเวลาอนาคตด้วย

ถ้าในเวลาที่พักพิวาคคีเป็นพันวิสัยจะหยั่งรู้ได้แน่ว่าความเสียหายนั้นได้มีแท้จริงเพียงใด ศาลจะกล่าวในคำพิพากษาว่ายังสงวนไว้ซึ่งสิทธิที่จะแก้ไขคำพิพากษานั้นอีกภายในระยะเวลาไม่เกินสองปีก็ได้”

มาตรา 446

“ในกรณีทำให้เขาเสียหายแก่ร่างกายหรืออนามัยก็ดี ในกรณีทำให้เขาเสียเสรีภาพก็ดี ผู้ต้องเสียหายจะเรียกร้องเอาค่าสินไหมทดแทนเพื่อความที่เสียหายอย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงินด้วยอีกก็ได้ สิทธิเรียกร้องอันนี้ไม่โอนกันได้ และไม่ตกสืบไปถึงทายาท เว้นแต่สิทธินั้นจะได้รับสภาพกันไว้โดยสัญญาหรือได้เริ่มฟ้องคดีตามสิทธินั้นแล้ว

อนึ่ง หญิงที่ต้องเสียหาย เพราะผู้ใดทำผิดอาญาเป็นทุจริตกรรมแก่ตนก็ย่อมมีสิทธิเรียกร้องทำนองเดียวกัน”

ค่าเสียหายทางแพ่งต่อร่างกายและอนามัย

เรื่องค่าสินไหมทดแทน (ค่าเสียหาย) เพื่อการละเมิดต่อร่างกายและอนามัยนั้นจะเกี่ยวข้องกับคำว่า “ละเมิด” ตามพจนานุกรมฉบับ

ราชบัณฑิตยสถานบัญญัติไว้⁵ ซึ่งมีความหมายดังนี้ **(ก) ล่วงเกิน ฝ่ายิน**
ล่วงล้ำโดยพลการ

ค่าเสียหายในทางแพ่งอาจจำแนกได้เป็น

1. **ค่าความเสียหายที่เป็นตัวเงิน** ซึ่งประกอบด้วยค่าเสียหายดังต่อไปนี้

1.1 **ค่ารักษาพยาบาล** รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าดมยาสลบ ค่าเผือก ค่ากายภาพบำบัด ค่าห้องพัก ฯลฯ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 829/2509) ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ถ้าผู้เสียหายมีสิทธิได้รับสวัสดิการจากหน่วยงานของผู้ป่วยเอง เช่น เป็นข้าราชการ ผู้เสียหายยังมีสิทธิเรียกร้องเอาจากผู้กระทำละเมิดต่อตนได้อีก (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2455/2519)

1.2 **ค่าใช้จ่ายอันจำเป็นที่ต้องใช้ระหว่างรักษาพยาบาล** อาจเรียกว่า “ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล” หมายถึงค่าใช้จ่ายอันจำเป็นในระหว่างรักษาพยาบาล เช่น ค่ารถไปโรงพยาบาล ค่าจ้างคนเฝ้าไข้ ค่าพาหนะในการไปเยี่ยมไข้ของเจ้าของไข้ ค่าพักโรงแรมของคนเฝ้าไข้ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 450/2516, 1794/2517, 1182/2526)

1.3 **ค่าเสียหายเพื่อการที่เสียความสามารถประกอบกิจการงานสิ้นเชิงหรือบางส่วนในปัจจุบัน** (ตามมาตรา 444) คือ ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้ระหว่างเจ็บป่วย หรือค่าสินไหมทดแทนในการที่ขาดการทำงานในช่วงการรักษาพยาบาล

1.4 **ค่าเสียหายเพื่อการที่เสียความสามารถประกอบกิจการงานสิ้นเชิงหรือบางส่วนในเวลานาคต** (ตามมาตรา 444) คือค่าการสูญเสียอวัยวะ (ค่าสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจการงาน) เป็นค่า “ที่ต้องสูญเสียความสามารถในการทำงาน” เป็นความเสียหายเพราะเสียความสามารถประกอบกิจการงาน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 444 (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 247/2538) ส่วนการที่ต้องสูญเสียอวัยวะแล้วทำให้ผู้นั้นต้องตกใจและกระทบกระเทือนจิตใจเพราะสูญเสียอวัยวะไม่มีบทบัญญัติกฎหมายให้เรียกร้องได้ แต่เป็นเรื่องของการเสียหายเพราะร่างกายพิการไปเป็นความเสียหายแก่ร่างกาย (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1447/2523)

- ค่าเสียไตไปหนึ่งข้าง ศาลกำหนดค่าเสียหาย 100,000 บาท (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2960/2524)

- ขาซ้ายหักและพิการไปตลอดชีวิต ศาลกำหนดค่าเสียหาย 40,000 บาท (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 3452/2524)

- นิ้วมือขวา (มือข้างถนัด) ขาดไป 4 นิ้ว ศาลกำหนดค่าเสียหาย 120,000 บาท (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1376/2526)

- เข้าขาสสูญเสียการทำงาน ไม่สามารถนั่งพับเพียบได้ นั่งยอง ๆ ไม่ได้ ไม่สามารถวิ่งออกกำลังกายได้ กำหนดค่าเสียหายให้ 10,000 บาท (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2480/2532)

2. ค่าความเสียหายอันมิใช่เป็นตัวเงิน

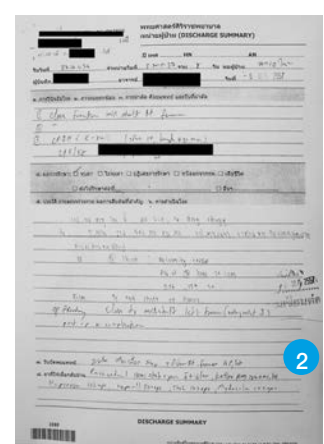
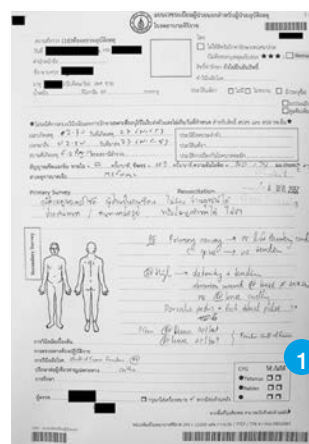
ความเสียหายที่มิใช่ตัวเงินมีบัญญัติไว้ในมาตรา 446 หมายถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ร่างกายและอนามัยแต่ไม่อาจคำนวณให้เห็นเป็นตัวเงินอย่างชัดเจน เช่นเดียวกับค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินดังกล่าวมาแล้ว ดังเช่น “ค่าเสียหายทางจิตใจ” ที่ไม่มีบทบัญญัติของกฎหมายบัญญัติไว้ชัดเจนแต่ก็เรียกร้องได้ในฐานะ “ความเสียหายอย่างอื่นอันมิใช่เป็นตัวเงินตามมาตรา 446 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์”⁶

อาจหมายถึงความเจ็บปวดทรมานทุกขุทรมานระหว่างรักษาพยาบาล หรือเพราะต้องทุพพลภาพพิการต่อไปและความชอกช้ำระกำใจเพราะถูกทำละเมิด โดยศาลจะกำหนดให้ตามพฤติการณ์และความร้ายแรงแห่งละเมิด⁷ ซึ่งเคยกำหนดให้สูง 100,000 บาท (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1859/2518) แต่การที่บิดาโศกเศร้าเสียใจต่อการถึงแก่กรรมของบุตรเรียกค่าสินไหมทดแทนไม่ได้ เพราะไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 477/2514)

ดังนั้น จึงสามารถแยกความเสียหายในส่วนนี้ออกได้เป็น 2 กรณีด้วยกัน ซึ่งทั้งสองกรณีนี้นั้นผู้ถูกกระทำละเมิดสามารถเรียกร้องได้ร่วมกัน มีชื่อว่าเรียกกรณีหนึ่งแล้วจะตัดสิทธิในการเรียกร้องอีกกรณีหนึ่งคือ

2.1 ค่า “**ขาดความสุขสำราญ**” เพราะร่างกายพิการทำให้สังขมรังเกียจ อับอายขายหน้า ไม่ได้เล่นกีฬา ไม่ได้สมรส ขาดความสุขสำราญ เป็นค่าเสียหายเกี่ยวกับความรู้สึกทางจิตใจอันมิใช่เป็นตัวเงิน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 446 ค่า “**ขาดความสุขสำราญ**” เป็นเรื่องการขาดหรือสูญเสียความสุขสำราญจากความรู้สึกที่ดี (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 247/2538)

2.2 ค่า “**ทนทุกข์ทรมาน**” เป็นเรื่องของการต้องทนยอมรับความเจ็บปวดหรือทรมาน เป็นค่าเสียหายอันมิใช่ตัวเงินชนิดหนึ่ง แต่ก็มีค่าเสียหายเดียวกับค่า “**ขาดความสุขสำราญ**” จึงไม่ซ้ำซ้อนกัน (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 247/2538) ซึ่งก็คือ “ค่าทรมานที่ได้รับความเจ็บปวดและตกใจ” เป็นเรื่องค่าเสียหายในการที่ได้รับความตกใจและทุกข์ทรมานจากเหตุที่เกิด (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2488/2523) เช่น โจทก์ได้รับบาดเจ็บสาหัสขาขวาแตก ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล 15 วัน ทั้งยังต้องไปรักษาตัวต่อที่บ้านอีกหลายเดือนจึงค่อยเคลื่อนไหวได้สะดวกแต่ก็ยังไม่ปกติ สมควรกำหนดค่าป่วยเจ็บที่ต้องทนทุกข์ทรมาน 10,000 บาท (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2480/2532)



กรณีอุทธรณ์ (ผู้ป่วย 1 ราย) (ภาพที่ 1)

ประวัติ:

ผู้ป่วยชาย อายุ 14 ปี นั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ ซึ่งถูกชนโดยรถจักรยานยนต์อีกคันหนึ่ง ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ขาขวา

การตรวจร่างกาย:

ผู้ป่วยรายนี้มีต้นขาขวาช้ำและเจ็บมาก และตำแหน่งดังกล่าวเห็นสภาพของการอัมพาต ซึ่งผลการตรวจเพิ่มเติมโดยการเอกซเรย์พบว่า “กระดูกต้นขาขวาหัก”

การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล: (ภาพที่ 2)

ผู้ป่วยถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้รับการผ่าตัดเพื่อจัดและยึดกระดูกที่หักด้วยโลหะ

การติดตามการรักษา:

ผู้ป่วยจำเป็นต้องมาติดตามการรักษาตามที่แพทย์ได้นัดไว้อย่างสม่ำเสมอ

การฟ้องร้อง:

ผู้ป่วย (โดยผู้มีส่วนจําในนี้คือทนายความ) ขอทราบรายละเอียดในการบาดเจ็บ รวมถึงการรักษา และระยะเวลาแห่งการรักษา

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ซื้อรถจักรยานยนต์ซึ่งถูกชนโดยรถจักรยานยนต์คันหนึ่ง ทำให้ได้รับบาดเจ็บจนถึงมีกระดูกต้นขาขวาหัก และได้รับการผ่าตัดจัดและยึดกระดูกที่หักให้เข้าที่

ประการที่ 2: การบาดเจ็บของผู้ป่วยรายนี้เป็นบาดเจ็บที่มีใช้ความผิดของผู้ป่วยเป็นแน่แท้ ทั้งนี้เนื่องจาก “ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ซื้อรถจักรยานยนต์” หรือ “ผู้ป่วยคือผู้โดยสาร” จึงมีใช้ผู้ที่ขับยานพาหนะ

ประการที่ 3: การบาดเจ็บของผู้ป่วยนั้นเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการกระทำของฝ่ายอื่นอันมิใช่ตัวผู้ป่วยเอง เท่ากับเป็นการที่ผู้ป่วยถูกกระทำละเมิดแล้ว จึงมีสิทธิในการเรียกค่าเสียหายในมูลละเมิด

ประการที่ 4: ค่าเสียหายที่ผู้ป่วยสามารถเรียกได้นั้นจะประกอบด้วยค่าเสียหายที่เป็นตัวเงิน 4 มูลสำคัญคือ 1. ค่ารักษาพยาบาล 2. ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในระหว่างการรักษาพยาบาลอันเกี่ยวเนื่องจากการบาดเจ็บนั้น 3. ค่าเสียหายที่ต้องเสียไปในขณะบาดเจ็บอันไม่สามารถจะประกอบการทำงานได้ และ 4. ค่าเสียหายที่อาจเกิดขึ้นอันเป็นผลตามมาในอนาคตด้วย อีกทั้งยังประกอบด้วยค่าเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงินอีก 2 มูลสำคัญ คือ 1. ค่าความทรมานทุกขเวทนา และ 2. ค่าขาดความสุขสำราญ

ประการที่ 5: การดำเนินการฟ้องร้องนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ทางการแพทย์ประกอบการฟ้องร้อง เพื่อให้เห็นถึงสภาพแห่งการบาดเจ็บ ระยะเวลาแห่งการรักษา รวมถึงสภาพของผู้ป่วยในขณะที่ยังอยู่ในช่วงการรักษาด้วย

ประการที่ 6: สิ่งสำคัญหรือจำเป็นที่ฝ่ายผู้ป่วยจะต้องรับทราบเพื่อการฟ้องร้อง (ภาพที่ 3) ก็คือ

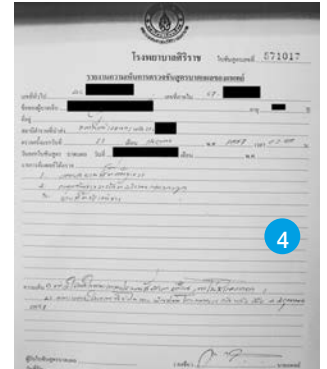
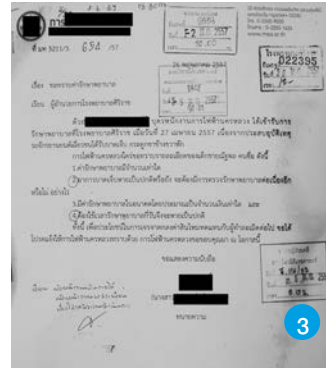
ก. ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตามจริง ณ ขณะที่ฟ้อง

ข. ระยะเวลาที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายและสามารถปรับให้เป็นตัวเงินได้

ค. สภาพของร่างกายผู้ป่วยที่สามารถกลับคืนดังเดิมได้มากน้อยเพียงใด เพื่อปรับเข้ากับการเรียกร้องในกรณีที่ทำกรบพร่องในร่างกายย่อมส่งผลถึงการเรียกร้องค่าเสียหายในอนาคตได้

ง. สภาพที่เจ็บปวดและทรมานที่อาจแสดงถึงค่าเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงินได้

จ. การป่วยเจ็บที่ไม้อาจประกอบภารกิจตามปกติได้ เป็นการแสดงให้เห็นถึงค่าเสียหายในส่วนที่ไม่เป็นตัวเงินได้เช่นเดียวกัน



ประการที่ 7: เอกสารทางการแพทย์ (ภาพที่ 4)

แพทย์จำเป็นต้องออกเอกสารเพื่อให้ครอบคลุมถึงความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งนี้แพทย์อาจจะระบุในการบรรยายอย่างรัดกุมแพทย์ทั่วไป ซึ่งแน่นอนที่สุดว่า “แพทย์จะต้องถูกนำสืบในชั้นศาลต่อไป”

สรุป

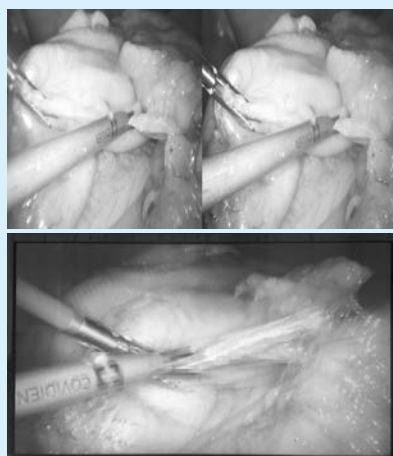
ค่าเสียหายในทางแพ่งที่ผู้ป่วยจะเรียกร้องกรณีที่ได้รับบาดเจ็บจากอันตรายต่อร่างกายและอนามัยนั้นอาจจำแนกได้เป็น 6 ส่วน คือ ค่าเสียหายที่เป็นตัวเงินประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอันจำเป็นที่ต้องใช้ระหว่างรักษาพยาบาล ค่าเสียหายเพื่อการที่เสียความสามารถประกอบการทำงานสิ้นเชิงหรือแต่บางส่วนในเวลาปัจจุบัน และค่าเสียหายเพื่อการที่เสียความสามารถประกอบการทำงานสิ้นเชิงหรือแต่บางส่วนในอนาคต กับค่าเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงินประกอบด้วย ค่าขาดความสุขสำราญ และค่าทรมานทุกขเวทนา ซึ่งการฟ้องร้องนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยเอกสารทางการแพทย์ประกอบเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. http://www.tmc.or.th/service_law02_17.php
2. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนการพิจารณาเกี่ยวกับคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2548. ราชกิจจานุเบกษา, 2548: 122 (ตอนพิเศษ 50ง) ลงวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2548: 18-38. <http://law.longdo.com/law/532/sub39995>.
3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
4. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>
5. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125 ตอนที่ 44ก. วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2551.
6. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB03/%BB03-20-9999-update.pdf>
7. ดำรงดี บุญยืน. กระทรวงสาธารณสุขกับปัญหาอุบัติเหตุและพลวเหตุ. ในการประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2531. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์, 2531: 71-5.
8. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. <http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-6-search.asp>
9. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. นิติเวชศาสตร์ ฉบับกฎหมายกับเวชปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2530: 169.

ร.พ.ตำรวจจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องสามมิติ

ความละเอียดสูง ผ่าตัดเกือบทุกอวัยวะและทุกโรค



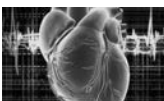
หน่วยผ่าตัดผ่านกล้องศัลยกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ จัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยได้รับมอบและเปิดใช้งานชุดผ่าตัดผ่านกล้องแบบสามมิติ ความละเอียดสูงรุ่นใหม่ล่าสุด นับเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งแรกในประเทศไทยที่ใช้ระบบผ่าตัดผ่านกล้องแบบสามมิติแทนที่การผ่าตัดผ่านกล้องสองมิติแบบทั่วไป โดยไม่มีการคิดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกับผู้ป่วยแต่อย่างใด ซึ่งสามารถนำมาใช้ตรวจได้เกือบทุกอวัยวะและทุกโรค ทั้งโรคพื้นฐานและโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนสูง ทั้งมะเร็งและการผ่าตัดในอวัยวะภายในต่าง ๆ ตลอดจนการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคอ้วนน้ำหนักเกิน การผ่าตัดเพื่อลดภาวะเหงื่อออกมาก หรือแม้กระทั่งการผ่าตัดหลอดเลือดพอกได้

ว่าที่ ร.ต.อ.นพ.อังกูร อนุวงศ์ แพทย์ประจำหน่วยผ่าตัดผ่านกล้องศัลยกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ เปิดเผยว่า “กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ได้จัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง (Minimally Invasive Surgery Excellent Center) ขึ้น โดยได้รับมอบและเปิดใช้งานชุดผ่าตัดผ่านกล้องแบบสามมิติความละเอียดสูงรุ่นใหม่ล่าสุด (3D Hi Definition Laparoscopic Surgery) โดยโรงพยาบาลตำรวจเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งแรกในประเทศไทย (รวมถึงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงเรียนแพทย์) ที่นำเทคโนโลยีดังกล่าวมาเริ่มใช้ในการผ่าตัดจริงตั้งแต่เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมานี้” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดขนาดแผลผ่าตัดให้เล็กลงและทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วกว่าการผ่าตัดแบบเปิด ซึ่งจะเห็นถึงข้อดี



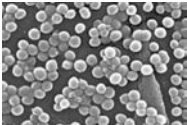
อย่างชัดเจนโดยเฉพาะในการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ซึ่งการผ่าตัดแบบเดิม ผู้ป่วยจะต้องถูกเปิดช่องแผลขนาดราว 30 ซม. แต่ในการผ่าตัดแบบส่องกล้องจะเปิดช่องแผลขนาดเพียง 0.5-1 ซม. จำนวน 3-4 แผลเท่านั้น และสอดกล้องที่มีเลนส์รูปแท่งซึ่งมีกำลังขยายถึง 20 เท่า พร้อมอุปกรณ์คีบจับและอุปกรณ์ตัดชิ้นเนื้อเข้าไปในร่างกายผู้ป่วย ร่างกายของผู้ป่วยจึงบอบช้ำน้อยกว่า เจ็บบริเวณแผลน้อยมาก ลดระยะเวลาการนอนพักฟื้นที่โรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง ซึ่งการผ่าตัดผ่านกล้องสามมิติจะมีทั้งความกว้าง ความยาว และความลึก ทำให้การหยิบจับหรือตัดอวัยวะมีความแม่นยำเกือบ 100% เสมือนตาของศัลยแพทย์เข้าไปอยู่ในช่องท้องของผู้ป่วยจริง โดยผู้ช่วยและพยาบาลต้องสวมแว่นตาสามมิติขณะทำการผ่าตัดด้วย

ประโยชน์จากเทคโนโลยีการผ่าตัดผ่านกล้องสามมิติ ความละเอียดสูง ทำให้ศัลยแพทย์สามารถมองและแยกอวัยวะในช่องท้องได้ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะอวัยวะเล็ก ๆ เช่น เส้นเลือดหรือเส้นประสาท จึงช่วยลดอัตราการบาดเจ็บต่ออวัยวะลดเวลาในการผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
18 มิถุนายน 2558 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	การประชุมวิชาการสัญจร ครั้งที่ 4 ณ ห้องประชุมราไพพรรณี โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี จ.จันทบุรี	โทรศัพท์ 0-3932-4648 โทรสาร 0-3932-4648 E-mail: wilailuk_jib@hotmail.com www.thaiheart.org
19 มิถุนายน 2558 	ชมรมหัวใจล้มเหลว แห่งประเทศไทย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจ)	การประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2558 ชมรมหัวใจล้มเหลว แห่งประเทศไทย ณ VIE Function 1-2 โรงแรมวี กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-0064 โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: thaiheart@hotmail.com www.thaiheart.org
24-26 มิถุนายน 2558 	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ	การประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ “สุขภาพเด็กแห่งชาติ” ครั้งที่ 16 “Step Forward to Better Child Health” ณ โรงแรมเซนจูร์พาร์ค กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 08-8874-4674 โทรสาร 0-2345-8088 E-mail: qsnich.training@gmail.com www.childrenhospital-training.com
25-27 มิถุนายน 2558 	สมาคมเวชบำบัดวิกฤต แห่งประเทศไทย ร่วมกับ Japanese Society of Intensive Care Medicine (JSICM) และ Thai Society of Critical Care Medicine (TSCCM)	The 6 th Critical Care Conference in Thailand & The 1 st Jointed JSICM & TSCCM Critical Care Conference “All about best practice” ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาซ่า ลาดพร้าว กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-2255, 08-3713-4043 โทรสาร 0-2718-2255 E-mail: tscmconference@gmail.com www.tscm.com
26 มิถุนายน 2558 	ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการ “Update management in thyroid nodule” ณ ห้องอดิเรก ณ ถลาง และห้องกิตติ ล้อมภิชาติ อาคารเรียนรวม และหอสมุดวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์/โทรสาร 0-7445-1390, 0-7442-9620 E-mail: en@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
2-3 กรกฎาคม 2558 	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ	การอบรมเชิงปฏิบัติการ “Update on Well Child care: Investment for the future 2015” (การลงทุนเพื่ออนาคต เริ่มต้นที่คลินิกสุขภาพเด็กดี) ณ ห้องประชุม 1-2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนิ	โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 08-8874-4674 โทรสาร 0-2345-8088 E-mail: qsnich.training@gmail.com www.childrenhospital-training.com
8-10 กรกฎาคม 2558 	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 35 วาระครบรอบ 20 ปีของ ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย 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 ภาควิชา อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	การประชุมวิชาการ “10+ โรคผิวหนังต้องรู้สำหรับแพทย์ทั่วไป ครั้งที่ 4” ณ ห้องประชุม 910A-C ชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาล 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
13 กรกฎาคม 2558 	ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	การอบรมวิชาการ “การอบรมวิชาการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ประจำปี พ.ศ. 2558” ณ ห้องประชุม 910A-C ชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาล 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

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 188 โทรสาร 0-2435-2345 ต่อ 181
บริษัท สสพสาร จำกัด 71/17 ถนนสุขุมวิท แขวงจตุจักร 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
12-17 July 2015 	Gordon Research Conference-Drug Metabolism 2015	Holderness	United States of America	www.grc.org/programs.aspx?id=11186
17-18 July 2015 	4 th International Conference on Healthcare and Life Science Research (ICHLSR)	Kuala Lumpur	Malaysia	http://ichlsr4.weebly.com
18-21 July 2015 	IAHCP 26 th Annual Scientific Meetings and Conference	St Anne' On Sea	United Kingdom	www.iahcp.org.uk
18-25 July 2015 	Alaskan Cruise July 2015 - Infectious Diseases	Vancouver	Canada	www.continuingeducation.net/coursedescription.php?topic=Infectious_Diseases_CME_Cruise_Alaska_July_2015
19 July 2015 	ISER - International Conference on Recent Advances in Medical Science (ICRAMS-2015)	-	Singapore	http://iser.co/conference/Singapore/ICRAMS/index.php
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.ipharm.sp.ru/Phyto15/Introduction.html

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



แฟลชเสริม Smartphone

iBlazr แฟลชเสริมพกพาสำหรับ Smartphone และ Tablet ประกอบด้วยไฟ LED 4 ดวง มีแบตเตอรี่ในตัว สามารถปรับความสว่างของแสงได้ผ่านแอปพลิเคชันเฉพาะของ iBlazr รองรับทั้งระบบ Android และ iOS เพียงแค่เสียบ iBlazr เข้ากับแจ็คหูฟังบนโทรศัพท์ก็ใช้งานได้ทันที ใช้ได้ทั้งกล้องหน้า กล้องหลัง รวมไปถึงการถ่ายวิดีโอ ซึ่งให้ความสว่างได้มากกว่าการถ่ายวิดีโอด้วย iPhone ปกติถึง 10 เท่า หมดปัญหาการถ่ายรูปออกมาแล้วมืดหรือตาแดงไปได้เลย

แก้วเก็บอุณหภูมิ

WIRELESS HEATED MUG แก้วดีไซน์สวยหรูที่ใช้เก็บอุณหภูมิ เพื่อให้เครื่องดื่มสามารถอุ่นร้อนไปได้นานขึ้น โดยไม่ต้องคอยเสียบปลั๊ก เพียงแค่ชาร์จไฟเอาไว้ เมื่อเวลาใช้งานก็กดปุ่ม เปิด-ปิดที่แก้วได้ทันที ซึ่งแก้วนี้จะสามารถคงอุณหภูมิให้อยู่ที่ประมาณ 63-68 องศาเซลเซียส พร้อมกับมีฉนวนช่วยชะลอการสูญเสียความร้อนได้ด้วย



นาฬิกาขจัดเครียด

Envio นาฬิกาตรวจวัดระดับความเครียดได้ถึง 10 ระดับ ดูอัตราการเต้นของหัวใจ วัดการเคลื่อนไหวของร่างกายในแต่ละวัน พร้อมบอกวิธีการจัดการกับความเครียด ซึ่งถ้าหากพบว่า ผู้ใช้งานมีระดับความเครียดเพิ่มขึ้น เครื่องจะสั่น ถ้าเริ่มเครียดตั้งแต่ระดับ 6 ขึ้นไป เครื่องจะร้องเตือน จนกว่าผู้ใช้งานจะสงบและผ่อนคลาย และยังสามารถเก็บสถิติความเครียดของผู้ใช้งานไว้ได้

[Book Shop]

พระพุทธเจ้าไม่ได้มีแค่หนึ่ง

ผู้เขียน: ณัฐพรธรรม

สำนักพิมพ์อมรินทร์ธรรมะ, ราคา 195 บาท

เมื่อพูดถึงหนังสือเกี่ยวกับพระพุทธเจ้า หลายคนจะนึกถึงพุทธประวัติของพระพุทธเจ้าโคตม ผู้ซึ่งเป็นพระพุทธเจ้าองค์ปัจจุบันที่กล่าวถึงความเป็นไปตั้งแต่ประสูติ ตรัสรู้ เหยียดพระธรรมะ ไปจนถึงปรินิพพาน

แน่นอนว่าเมื่อมองในมิติความกว้างของเนื้อหา ถ้าให้อ่านเรื่องราวเกี่ยวกับพระพุทธเจ้าอีก ก็อาจไม่เป็นที่สนใจมากนัก เพราะคนส่วนใหญ่ต่างก็รู้จักพระพุทธเจ้าในระดับหนึ่งแล้ว แต่ถ้ามองในมุมที่ลึกซึ้งไปจะพบว่า ยังมีความจริงเกี่ยวกับพระพุทธเจ้าทั้งองค์ปัจจุบันและองค์อื่นที่ควรรู้

แต่คนส่วนใหญ่ยังไม่รู้ โดยเฉพาะเรื่องราวที่

นำองค์จริงของพระพุทธเจ้าหลาย ๆ พระองค์

“พระพุทธเจ้าไม่ได้มีแค่หนึ่ง” บอกเล่า

เรื่องราวสำคัญซึ่งเป็นเหตุการณ์อัศจรรย์ของพระพุทธเจ้าทุก ๆ พระองค์ ตั้งแต่เป็นพระโพธิสัตว์ ตั้งความปรารถนาอยากเป็นพระพุทธเจ้าในอนาคต การสร้างบารมีในชาติต่าง ๆ บุคคลสำคัญแวดล้อมที่เป็นคู่บุญบารมีทั้งบิดา มารดา ซาया ไอรส พระอุปัชฌาย์ พระสาวก จนถึงชาติสุดท้ายที่ได้ตรัสรู้และปรินิพพาน มีภาพประกอบอินโฟกราฟิกสวยงาม และแผนภูมิตารางเรื่องราวสำคัญทุกช่วงชีวิต

หลายคนที่ได้ศึกษาประวัติของพระพุทธเจ้าองค์ปัจจุบัน ในมุมที่พระองค์ทรงเป็นมนุษย์ธรรมดา มีความรู้และปราศจากกิเลสตัณหา ผู้ศึกษาอาจจะ

ไม่คุ้นชินกับความจริง

ในเชิงลึกเกี่ยวกับ

พระพุทธเจ้ามากนัก และ

อาจรู้สึกว่าเป็นสิ่งเกินจริง

หรือเหนือธรรมดา

อย่างไรก็ตาม หากเราพิจารณาเรื่องเหนือธรรมดาดังกล่าวด้วยมุมมองที่แตกต่างก็จะเกิดคำถามที่น่าสนใจมาช่วยสะกิดความสงสัยในตัวเราว่า ถ้าหากสิ่งอัศจรรย์ที่เกี่ยวกับพระพุทธเจ้าซึ่งปรากฏในหนังสือเล่มนี้เป็นจริงแล้ว ทศนคติ ความเชื่อ ความศรัทธาของเราที่มีต่อพระพุทธเจ้าจะเปลี่ยนไปอย่างไร และเราควรจะทำในชีวิตอย่างไรให้เป็นไปตามคำสอนของพระองค์



ฝึกใจไม่เพ้อ

ผู้เขียน: พระวิริโนสุเถระ โคะอิเกะ

ผู้แปล: นิชากร อุปพงษ์

สำนักพิมพ์อมรินทร์ธรรมะ, ราคา 225 บาท

คนเรามักเผลอไปกับกิเลส คือความโลภ ความโกรธ และความหลง ที่ไล่ล่า หลอกหลอ ขูดหลุมพรางจนเราพลาดตกลงไป และเมื่อเราพลาดทำตกหลุมที่กิเลสขูดไว้เมื่อไหร่ กิเลสทั้งหลายก็เข้ายึดครอง เหยียบย่ำจิตใจเราซ้ำแล้วซ้ำเล่า เราจึงต้องฝึกใจไม่เผลอ

หนังสือฝึกใจให้ไม่เผลอเล่มนี้

พระวิริโนสุเถระ โคะอิเกะ จะพาให้เราเข้าใจความคิด คำพูด การกระทำ ที่แสดงถึงจิตใจที่พ่ายแพ้ต่อกิเลสว่าจะมีลักษณะบิดเบี้ยว ไม่เป็นปกติ นั่นคือ เราจะอยากได้อะไรก็มีเกินพอดี ไม่เคยพอใจกับสิ่งใด โกรธเกลียดผู้คนไปทั่ว เบียดเบียนทั้งตนเองและผู้อื่น หลบหนี ไม่ยอมรับความจริง หลอกหลอนทั้งตนเองและผู้อื่น หนีทุกข์ หลบเลี่ยงปัญหา ฯลฯ นอกจากนี้ พระวิริโนสุเถระ โคะอิเกะ ยังได้แทรกวิธีการลด ละกิเลสที่ทำให้จิตใจเบียดเบียนไว้เพื่อให้ทุกคนได้หมั่นฝึกฝนตนเองด้วย

ด้วยวิธีการอธิบาย ชี้ปม รวมทั้งคลี่คลาย

ปมกิเลส ที่พระวิริโนสุเถระ

โคะอิเกะ ใช้ในหนังสือ

เล่มนี้ ตรงไปตรงมา

เฉียบขาด หลีกแหลม

เจ็บแสบ ดักทางกิเลสได้หมด

ทำให้เราเข้าใจกลไกอันแยบ

ยลของกิเลสได้อย่างชัดเจน หากผู้อ่านพิจารณา

ตาม ยอมรับข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น และนำไปปรับปรุง

ตนเองแล้ว ย่อมจะได้รับประโยชน์สูงสุดในชีวิต

แน่นอน



GSK ร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ส่งเสริมสุขภาพดีของชาวสมุทรปราการ

โครงการ “จีเอสเค ธนาคารยาเพื่อบรรเทาทุกข์” บริษัท แก๊สลิโซสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด หรือ GSK ร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เรือพระราชทานเวชพาหน์ “60 ปี เวชพาหน์ 60 พรรษา องค์อุปนายิกา” ซึ่งจัดโดย สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อุปนายิกาผู้อำนวยการสภากาชาดไทย ทรงเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา ณ วัดบางน้ำผึ้งนอก อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ

โดยแพทย์และเภสัชกร พร้อมด้วยพนักงานอาสาสมัคร GSK ได้ร่วมออกหน่วยแพทย์กับสำนักงานบรรเทาทุกข์ฯ ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป การรักษาโดยวิธีฝังเข็มประยุกต์ บริการทันตกรรม จัดแสดงนิทรรศการให้ความรู้ด้านสุขศึกษา พร้อมมอบเครื่องอุปโภค-บริโภค ให้แก่ประชาชนที่อาศัยอยู่ตามริมสองฝั่งแม่น้ำลำคลองในเขต จ.สมุทรปราการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพดีของชาวสมุทรปราการ เข้าถึงยา ห่วงไกลโรค ภายใต้โครงการ “จีเอสเค ธนาคารยาเพื่อบรรเทาทุกข์” ที่มุ่งเน้น “การเข้าถึงยา เข้าถึงใจ” ของประชาชน ให้สามารถเข้าถึงยา การรักษา และองค์ความรู้ในการป้องกันโรค เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตัวเองเบื้องต้น ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน



ร.พ.ปิยะเวทจัดสัมมนา “ดูแลผู้สูงวัย ให้ใจเกินร้อย”

นพ.ดำรงศักดิ์ สุกิจปัญญาโรจน์ อายุรแพทย์โรคหัวใจและหลอดเลือด สถาบันหัวใจเพชรเพคฮาร์ท โรงพยาบาลปิยะเวท ให้ความรู้ในงานสัมมนาสุขภาพ “ดูแลผู้สูงวัย ให้ใจเกินร้อย” อัปเดตนวัตกรรมในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ และการดูแลสุขภาพหัวใจในผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีการสาธิตการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โดยมีประชาชนให้ความสนใจเข้าร่วมฟังเป็นจำนวนมาก ณ ลานกิจกรรมชั้น 2 โรงพยาบาลปิยะเวท เมื่อไม่นานมานี้

พีเจ้นจัดเวิร์คช็อป สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



นางสาวจิตรนาถ บัวเจริญ ผู้จัดการฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ บริษัท มุ่งพัฒนา อินเทอร์เน็ตแซชั่นแนล จำกัด (มหาชน) ผู้ผลิตและจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สำหรับแม่และเด็ก “พีเจ้น” จัดกิจกรรมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ “Pigeon Proud to be Breastfeeding Mom Workshop” กับครอบครัวสมาชิก ได้ร่วมแชร์ประสบการณ์และแบ่งปันความรู้จากประสบการณ์จริงของแต่ละครอบครัว ตลอดระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยงานนี้ยังได้ต้อนรับสมาชิกคลับคนใหม่ คุณเปิ้ล-จริยดี สเปนเซอร์ และครอบครัว ที่มาร่วมแบ่งปันประสบการณ์ และร่วมสร้างแรงบันดาลใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครั้งนี้ด้วย พร้อมพันธมิตรพีเจ้นผ้าคลุมให้นม Double Monkeys และ Elvira ร่วมงาน ซึ่งงานนี้บรรยากาศเต็มไปด้วยความรักและความอบอุ่นที่แต่ละครอบครัวนำมาแบ่งปันความสุขซึ่งกันและกัน ณ โรงแรมเรดิสันบลู สุขุมวิท 27 เมื่อไม่นานมานี้

วาระการแพทย์ 2558

สัญจรทั่วไทย

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



ส.พ.ปรางค์กู่ จ.ศรีสะเกษ



ส.พ.สิรินธร จ.อุบลราชธานี



ส.พ.กู่สิงห์ จ.ศรีสะเกษ





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
การแพทย์ 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 โดยไม่ขาดตกบกพร่อง

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

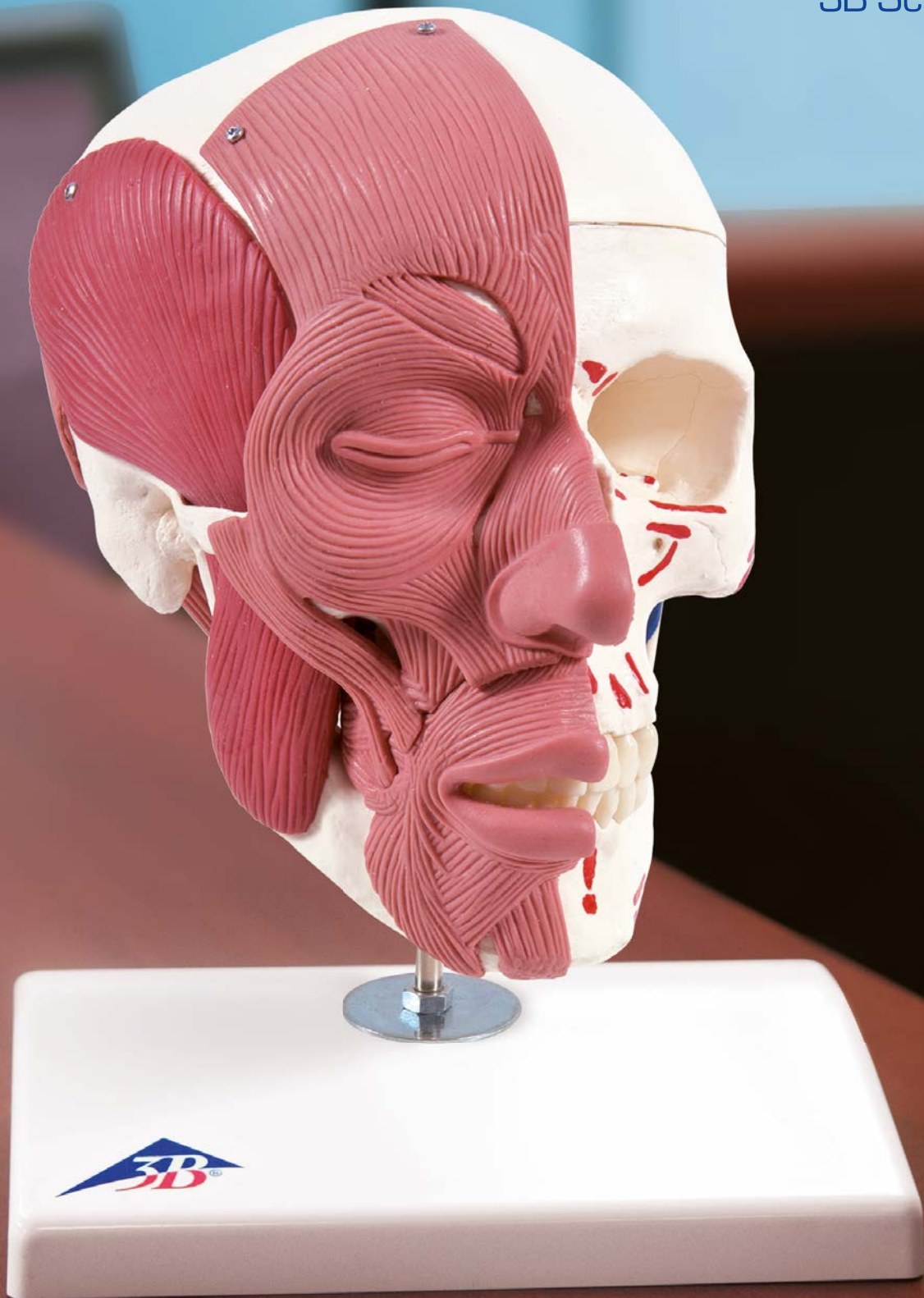
ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS





SKULL MODEL

with face musculature

Which muscles work when we smile, chew, or close our eyes?
Easily and precisely demonstrate facial muscle movements
with this two-colored model with movable jaw.

 **Reliable efficacy^{1, 2 *#}**

 **No clinically significant drug-drug interaction^{3, 4}**

with carbamazepine, caffeine, diazepam, diclofenac, digoxin, ethanol, glibenclamide, metoprolol, naproxen, nifedipine, phenytoin, piroxicam, theophylline, oral contraceptive, phenprocoumon, warfarin and antacids



Duodenal ulcer, Gastric ulcer¹
Relapse in reflux oesophagitis²
NSAIDs-induced gastroduodenal ulcers³
Moderate and severe reflux oesophagitis⁴
H. Pylori eradication with two appropriate antibiotics⁴
Zollinger-Ellison-Syndrome and other pathological hypersecretory conditions⁴
Mild reflux disease and associated symptoms e.g. heartburn, acid regurgitation, pain on swallowing

* Reference 1: Following healing of acute upper gastrointestinal lesions during 4-12 weeks treatment with pantoprazole, 142 patients received open-label maintenance treatment with pantoprazole for up to 15 years in a single centre combined study conducted in Germany.

Reference 2: Review article of the short-term (8-10 weeks) initial treatment of gastro-oesophageal reflux disease and long-term (6-24 months) maintenance therapy with oral pantoprazole 20 or 40 mg/day.

References

1. Aliment Pharmacol Ther 2012; 36: 37-47.
2. Clin Drug Investing 2009; 29 (Suppl 2): 3-12.
3. Prescription information of Controloc 20 mg
4. Prescription information of Controloc 40 mg



บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด
57 อาคารปาร์คเวเนซีย 57 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์ : 0-2697-9300-97 แฟกซ์ : 0-2697-9399

Further information is available on request

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ศส. 288/2557

CC-FPA-042014-013

CONTROLOC®

Composition:

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

Indications & Recommended dosage:

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

Contraindications:

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

Precaution and Warning:

- In patients with severe liver impairment the liver enzymes should be monitored regularly. In the case of a rise of the liver enzymes, Controloc 20 mg should be discontinued.
- Controloc® 20 mg reduced body stores or risk factors for reduced vitamin B12 absorption on long-term therapy.
- Controloc® 40 mg is not indicated for mild gastrointestinal complaints such as nervous dyspepsia. Controloc® 20 mg prior to treatment the possibility of malignancy of gastric ulcer or a malignant disease of the esophagus should be excluded as the treatment with pantoprazole may alleviate the symptoms of malignant diseases and can thus delay diagnosis.

Side effect:

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

Drug interaction:

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

Pregnancy and lactation:

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