

THE MEDICAL NEWS

วงการแพทย์

ปีที่ 16 ฉบับ 401 ประจำวันที่ 1-15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556



ทุกฉบับออนไลน์ในอินเทอร์เน็ต
www.wongkarnpat.com



'ตาบอด' ในเด็กไทย

ปัญหาอนาคตของชาติ

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

Talk of
the Town

อย่าเป็นหมอม...



Get Up

- วัดคลื่นมาลาเรียไล่ไวรัสตาบอด
- นักวิจัยสหรัฐสร้างสวนสัตว์แบคทีเรีย
- ใช้เนยถั่วตรวจอัลไซเมอร์



จุฬาปริทัศน์

Nebulization therapy



SPEEDA™

Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

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

Intradermal (ID), administration; 0.1 ml dose of vaccine (per site) shall be injected intradermally in deltoid.

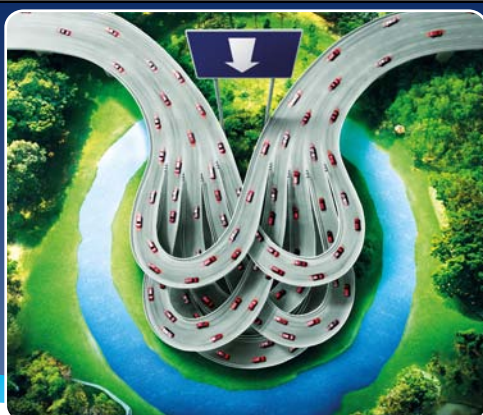
Intramuscular (IM); administration; 0.5 ml dose of vaccine shall be injected intramuscularly in the deltoid in adults or in the antero-lateral region of the thigh in young children



SPEEDA
Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

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

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ รศ. 371/2555



MADIPILOT®

Hypertension Effective

LESS ANKLE OEDEMA¹

The global safety of manipidine was significantly better than amlodipine: the relative risk (RR) for adverse event was 0.69 (0.56 – 0.85), and particularly for ankle oedema RR was 0.35 (0.22 – 0.54)¹.

The aim of this meta-analysis was to compare the efficacy and safety profile of manipidine 20 mg with that of amlodipine 10 mg. A systematic research of quantitative data produced or published between 1995 and 2009 was performed. Head-to-head randomized controlled trials (RCTs) of 12 months minimum duration reporting comparative efficacy (changes in systolic and diastolic blood pressure) and safety (total adverse events and ankle oedema), were included. Four high-quality RCTs, accounting for 838 patients (436 received manipidine and 402 received amlodipine) were included. The efficacy of manipidine and amlodipine was statistically equivalent effect size for SBP 0.06 (p = 0.23) and DBP 0.03 (p = 0.83). The global safety of manipidine was significantly better than amlodipine: the relative risk (RR) for adverse event was 0.69 (95% CI 0.56-0.85), and particularly for ankle oedema RR was 0.35 (95% CI 0.22-0.54). Publication bias was not significant and the robustness of the analysis was good. These data suggest a better efficacy/safety ratio of manipidine over amlodipine.

DISCLAIMER: Manipidine is a registered trademark of Takeda Pharmaceutical Company Limited, Japan. Amlodipine is a registered trademark of Novartis Pharmaceuticals Corporation, USA. The efficacy and safety of manipidine and amlodipine were compared in this meta-analysis. The results of this meta-analysis should not be used to guide clinical practice. The efficacy and safety of manipidine and amlodipine were compared in this meta-analysis. The results of this meta-analysis should not be used to guide clinical practice. The efficacy and safety of manipidine and amlodipine were compared in this meta-analysis. The results of this meta-analysis should not be used to guide clinical practice.



Further information available on request.
Takeda (Thailand) LTD.
183 Rajanakin Building, 10 Floor South Sathorn Road, Klongkarn, Khet Sathorn, Bangkok 10120

บริษัทฯ เป็นตัวแทนจำหน่ายเครื่องมือแพทย์ชั้นนำจากต่างประเทศ มียอดขายประมาณ 400,000,000 บาทต่อปี กำลังขยายงาน ต้องการรับสมัครพนักงานเพิ่มเติมหลายอัตรา ดังต่อไปนี้

1. ผู้จัดการฝ่ายขายต่างจังหวัด

5 อัตรา

- มีประสบการณ์งานขายเครื่องมือแพทย์ไม่น้อยกว่า 5 ปี
- วุฒิปริญญาตรี-โท ทุกสาขา
- หากมีประสบการณ์การขายเครื่อง Patient Monitor, Defibrillator, Ventilator, Ultrasound, Pendant, โคมไฟ, เตียงผ่าตัด ใดๆ อย่างหนึ่งจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- หากสามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาอังกฤษได้จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- สามารถเดินทางไปต่างประเทศได้เป็นครั้งคราว
- อัตราเงินเดือนมากกว่าเงินเดือนสุดท้าย 20 เปอร์เซ็นต์

2. พนักงานขาย

14 อัตรา

- วุฒิ ปวส.-ปริญญาตรี ทางด้านเครื่องมือแพทย์ ไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ หรือสาขาใกล้เคียง

- อายุไม่เกิน 35 ปี

- มีรถยนต์หรือมอเตอร์ไซด์เป็นของตนเอง

- ไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์

3. Product Manager/ Product Specialist

10 อัตรา

- วุฒิปริญญาตรี-โท ทุกสาขา
- หากมีประสบการณ์การขายเครื่อง Patient Monitor, Defibrillator, Ventilator, Ultrasound, Pendant, โคมไฟ, เตียงผ่าตัด ใดๆ อย่างหนึ่งจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- หากสามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาอังกฤษได้จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- สามารถเดินทางไปต่างประเทศได้เป็นครั้งคราว
- อัตราเงินเดือนมากกว่าเงินเดือนสุดท้าย 20 เปอร์เซ็นต์

สนใจสมัครงานให้ส่งเอกสารถึง ผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ วงเล็บมุมซองว่า สมัครงาน (ไม่รับผิดชอบทางโทรศัพท์)

บริษัท เซนต์ เมติกอล (ครีติกอล แกร์) จำกัด

36/153-154 หมู่ 8 ซ.พินุลสงคราม 22 ถ.พินุลสงคราม ต.บางเขน อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

TEL. 0-2527-8075-8 FAX 0-2966-6471 www.saintmedical.com E-mail: viroje@saintmedical.com



กลุ่มโรงแรมและศูนย์ประชุมสัมมนาในอุดมคติ ท่ามกลางธรรมชาติอันงดงามแห่งแรกในเอเชียแปซิฟิก
เติมเต็มทุกความต้องการในการจัดงานทุกรูปแบบ มาตรฐานระดับนานาชาติ

ห้องโถงปราสาท | แผนกระบบแควอคลิก | ห้องครัวทันสมัยภายในศูนย์ประชุม | บริการแปลภาษาในการประชุม | ลานจอดรถสำหรับรถรับส่ง | 352 จุดจ่ายสารอาหาร | 448 บูธแสดงสินค้า | 4 ห้องรับรองพิเศษ | สำนักงานผู้จัดงาน | 4 ห้องควบคุม | 18 ห้องประชุมย่อย | แผนกสูง 9.5 เมตร | อินเทอร์เน็ตไร้สาย | ศูนย์บริการการธุรกิจ | ทางเข้าขบวนสินค้าอุปกรณ์การงาน | ลานจอดรถภายในอาคาร 506 คัน | พื้นที่รองรับน้ำหนัก 1 - 2.5 ตัน



กลุ่มธุรกิจโรงแรมรอยัล คลิฟ และศูนย์ประชุมพีช 353 ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10150, ประเทศไทย
โทร. 038-250421 | โทรสาร. 038-250511 | mice@royalcliff.com | www.peachthailand.com

PEACH
PATTAYA EXHIBITION AND CONVENTION HALL

ROYAL CLIFF HOTELS GROUP
THE STATE OF EXCLUSIVITY & FASCINATION

Impacting Outcomes Link by Link



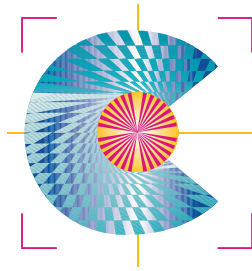
ZOLL® Strengthens the Hospital Chain of Survival by providing superior technology while remaining a trusted, dependable partner in the treatment and care of cardiac arrest. ZOLL's products provide you with the quality and reliability you expect. Our innovative products and solutions comprise a fully integrated resuscitation system with all the tools you need to impact outcomes.

SAINTMED

ZOLL®

©2011 ZOLL Medical Corporation, Chelmsford, MA, USA. "Advancing Resuscitation. Today.," and ZOLL are registered trademarks of ZOLL Medical Corporation in the United States and/or other countries.

A D V A N C I N G R E S U S C I T A T I O N . T O D A Y . ®



CONTROLOC[®] ORAL

PANTOPRAZOLE

- Reliable efficacy^{1, 2}
- Convenient for physicians and patients^{3, 4}



References :

1. Bosseker H et al. Tolerability and efficacy of intravenous administration of pantoprazole in routine clinical practice. Clinical Drug Investigation 2000; 19 (2): 103-109
2. Wurzer H et al. Intravenous administration of pantoprazole. An Austrian multicentre study. Clin Drug Invest 2002; 22 (8): 507-511
3. Hartmann M et al. Equipotent inhibition of gastric acid secretion by equal doses of oral or intravenous Pantoprazole. Aliment Pharmacol Ther 1998; 12: 1027-1032
4. Metz DC et al. Oral and intravenous dosage forms of pantoprazole are equivalent in their ability to suppress gastric acid secretion in patients with gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2000; 95: 626-633

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.

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิชาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
 ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์
 ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
 นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรจันทร์
 ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรย์วนิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
 ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุนนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
 รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออันตกุล
 รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริโพธิ์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส
 พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วามัน วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สถานี ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรยุษะวณิช

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนชาติ สุกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธาพิสุทธ์กุล

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

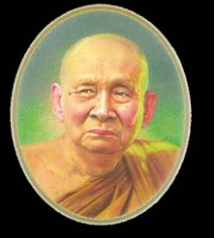
แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

ขอถวายอภิสิทธิ์มาลาการะแด่

สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก

ด้วยเดียรเกล้า

เกล้ากระหม่อม คณะผู้จัดทำวารสารวงการแพทย์



คนเรามีชีวิตอยู่เพื่ออะไร

เด็กที่เพิ่งคลอดออกมา สิ่งแรกที่เด็กทำคือร้องไห้เสียงดัง ขณะที่ผู้คนที่อยู่รอบข้างแสดงความดีใจที่เด็กเกิดมาปลอดภัย บางคนคิดเปรียบเทียบต่อไปว่าเด็กร้องเพราะรู้ว่าชีวิตที่เกิดมาจะต้องฟันฝ่าอุปสรรคมากมาย ไม่มีเด็กคนไหนเกิดมาแล้วยิ้มทันที พ่อแม่เมื่อเห็นลูกเกิดมาสมบูรณ์ก็มีความสุข โดยเฉพาะแม่ที่ต้องอุ้มท้องมาถึง 9 เดือน ต้องเสี่ยงกับอันตรายจากการคลอดบุตรหลังจากลูกเกิดแล้วพ่อแม่จะมีภาระเพิ่มขึ้นในการเลี้ยงดู อุปสรรคส่งจนจนกว่าลูกจะเป็นผู้ใหญ่ บางครั้งเมื่อลูกโตแล้วพ่อแม่ยังต้องคอยดูแลช่วยเหลือด้วยความเต็มใจและเป็นห่วง ส่วนคนที่ตายส่วนใหญ่ไม่มีใครร้องไห้ เขาจะหลับไป บางคนก็สังคนรอบข้างถึงสิ่งที่ตนเป็นห่วง แต่คนที่มีชีวิตอยู่กลับกลายเป็นคนที่เสียใจร้องไห้แทนจากการจากไป แสดงว่าคนรอบข้างอยากให้เขาเกิดและไม่อยากให้เขาจากไป การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นสัจธรรมที่พระพุทธเจ้าสอนไว้เมื่อ 2,600 ปีมาแล้ว ความจริงสิ่งที่แน่นอนที่สุดคือการเกิดและความตาย บางคนตายตั้งแต่เด็กโดยที่ยังไม่แก่ บางคนตายโดยที่ยังไม่เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ มีคนจำนวนไม่น้อยที่ไม่อยากแก่และไม่อยากตาย โดยเฉพาะคนที่มีอำนาจหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจดี คนเหล่านี้พยายามหาอายุวัฒนะ ไปจัดสารต่าง ๆ โดยหวังว่าจะชะลอความแก่ลงได้ บางคนก็ทำการผ่าตัดให้ดูสาวขึ้น แต่ความจริงเซลล์ในร่างกายยังแก่เหมือนเดิม ความเป็นหนุ่มสาวนั้นเป็นเฉพาะภายนอก ส่วนคนที่มีความเครียด ซึมเศร้า ผิดหวังก็ไม่อยากมีชีวิตอยู่ให้ทรมานใจ คนส่วนใหญ่ไม่ได้คิดเรื่องความตาย เพราะคิดว่าคงยังไม่เกิดกับตนในเร็ว ๆ นี้ ทำให้ประมาท ไม่ได้เตรียมตัววางแผนไว้ล่วงหน้า

ในทางวิทยาศาสตร์ สิ่งมีชีวิตเกิดมาเพื่อสืบสายพันธุ์ให้คงอยู่ไม่ให้สูญพันธุ์ เมื่อหมดหน้าที่แล้วก็ตายไปให้ลูกหลานสืบต่อ แมลงหลายชนิดที่ตัวผู้ผสมพันธุ์กับนางพญาแล้วก็ตายไปเพราะหมดหน้าที่เมื่อเร็ว ๆ นี้มีคำถามว่าเรามีชีวิตอยู่เพื่ออะไร ถ้าเขาไม่คิดจะแต่งงานกับคนต่างเพศและไม่คิดจะมีลูก เขาควรหาความสุขจากการไปเที่ยว ไปกินอาหารอร่อย ๆ ไปเล่นหาความสุขดูหนัง ฟังเพลงหรือไม่ ผมคิดว่าความสุขมี 2 แบบจากภายนอกหรือจากภายใน การไปเที่ยวต่างประเทศ การดูหนัง ฟังเพลงเป็นความสุขที่ได้จากสิ่งภายนอก ไม่ยั่งยืน มีความสุขในช่วงเวลาสั้น ๆ แต่ถ้าเป็นความสุขจากภายในจิตใจเรา สิ่งนั้นจะยั่งยืนกว่าเพราะติดอยู่กับตัว ผมคิดเปรียบเทียบกับตนเองเมื่ออายุ 40 ปีเศษ ผมได้ใส่เครื่องวัดความดันโลหิตตลอด 24 ชั่วโมง ปรากฏว่าตอนเช้าตื่นขึ้นมาความดันโลหิตขึ้นสูงที่สุดทั้งที่ได้นอนมาแล้วเต็มที่ เป็นเพราะเรามีความเครียดคิดถึงงานที่ต้องทำตลอดวัน พอสาย ๆ ความดันโลหิตเริ่มลดลง เพราะเราอยู่กับงานไม่มีเวลาเครียด ตอนบ่ายมีการประชุมกรรมการ ผมไม่ได้รู้สึกเครียดและไม่มีเรื่องที่ต้องวิตกกังวล ปรากฏว่าความดันโลหิตสูงขึ้นอีก อาจเป็นเพราะเราเครียดโดยไม่รู้ตัว ตกเย็นผมทำคลินิกที่บ้าน ปรากฏว่าความดันโลหิตลดลงเป็นปกติทั้ง ๆ ที่ต้องทำงานดูคนไข้มา เวลานอนหลับสนิท ความดันโลหิตก็ลงมากต่ำอีกเพราะไม่ได้คิด ร่างกายพักผ่อนเต็มที่ แต่ที่ผมสนใจคือ เวลาเราทำคลินิกส่วนตัวที่บ้าน ถึงแม้ว่าเราไม่ได้พักผ่อนแต่เรามีความสุขจากการที่เราได้ช่วยเหลือผู้ป่วย ได้คุยให้คำแนะนำกับคนที่มีความวิตกกังวล ยิ่งถ้าเรารักษาแล้วเขามีอาการดีขึ้น เรายิ่งมีความสุข ชีวิตเรามีคุณค่า ไม่ใช่เพราะทำคลินิกแล้วทำให้เรามีรายได้เพิ่มขึ้น บางครั้งเราไม่ได้คิดเงินเลย ให้ยาฟรีด้วย คิดค่าตรวจ 20 บาท ก่อนที่จะเลิกทำคลินิกเพราะไม่มีเวลา ผมได้คิดค่าตรวจสูงสุด 100 บาท ผู้ป่วยมารักษาที่คลินิกถูกกว่าไปโรงพยาบาลของรัฐด้วยซ้ำ เพราะผมใช้น้ำน้อยกว่าและให้เท่าที่จำเป็น ผมกลับมาคิดย้อนดูจะพบว่าเรามีความสุขเมื่อเราได้ทำตนให้เป็นประโยชน์ ได้ช่วยเหลือผู้อื่นให้พ้นทุกข์ การถ่ายทอดความรู้ด้วยความจริงใจ การบริจาคช่วยเหลือสังคมก็มีความสุข การให้โดยไม่หวังผลตอบแทนทำให้เรามีความสุขภายในจิตใจ ทำให้เห็นว่าชีวิตเรานั้นมีคุณค่า การตรวจรักษาผู้ป่วยโดยหวังผลทางการเงินนั้นเป็นเรื่องของธุรกิจ ไม่ใช่การให้ที่ทำให้เรามีความสุขจริง โดยสรุปมนุษย์เกิดมาเพื่อดำรงเผ่าพันธุ์ เราจะต้องทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น สังคม และสิ่งแวดล้อมจึงจะไม่เสียชาติเกิด เราไม่ได้เกิดมาเพื่อใช้ทรัพยากรของโลกและทั้งสิ่งปฏิกูลไว้บนโลกแล้วก็ตายไป เราต้องช่วยกันทำให้โลกนี้น่าอยู่สำหรับลูกหลานของเราต่อไป

สมเด็จฯ ญาณสังวร
 ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 401 วันที่ 1 - 15 พฤศจิกายน 2556



3 โลกกว้างทางแพทย์

- เคมีบำบัดเสริมด้วย Gemcitabine และผลระยะยาวในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งตับอ่อน
- อาการหลังลิ้มระยะยาวหลังป่วยหนัก
- ความเสี่ยงโรคไตในผู้ป่วยโรคสะกดเงิน
- การใช้ Metoclopramide ระหว่างตั้งครรภ์ และความเสี่ยงผิดปกติและการตายของทารกในครรภ์

7 ข่าวสารการแพทย์

- อย. ปรับลดราคายาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ยาสามัญลับและยานอนหลับ
- ภารกิจใหม่ สธ. จัดตั้งเขตบริการสุขภาพและศูนย์การจัดการข้อมูลหลักประกันสุขภาพเป็นองค์กรมหาชน

8 Movement

9 In Focus

‘ตาบอด’ ในเด็กไทย
ปัญหาอนาคตของชาติ

12 Talk of the Town

อยากเป็นหมอ...

13 Special

ดร.พ.วัชรพล อเล็กซองดร์ กำเนิดศิริ
จิตแพทย์เวชศาสตร์การสงคราม 1 ใน 5 ของโลก
กับประสบการณ์จริงที่ยิ่งกว่านิยายใน “ชีวิตพลัดถิ่น”

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

คนดี...ใครมีส่วนสร้าง ?

17 Get Up

- วัดชีนมาลาเรียใกล้วังตลาด
- นักวิจัยสหรัฐสร้างสวนสัตว์แบคทีเรีย
- ใช้นายกั้วตรวจจออัลตราซาวด์

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

สิ่งละอันพันละน้อยที่...ปรากฏ

21 เสียงแพทย์

การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข (ตอนที่ 3)

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

วัสดุการแพทย์แบบฉีดช่วยรักษากล้ามเนื้อหัวใจตาย (ตอนที่ 3)

25 จุฬาปริทัศน์

Nebulization therapy

28 Systematic Review

การผ่าตัดเยื่อโพรงจมูกในผู้ป่วยโรคภูมิแพ้

29 เฉพาะโรค

การนำส่งผู้ป่วยบาดเจ็บไปยังศูนย์อุบัติเหตุ
(How to Transfer Patients to Trauma Center)

33 มุมนิติเวช

การทำงานด้านนิติเวชศาสตร์ต้องยึดหลักเกณฑ์แห่งหน้าที่
สิ่งที่ญาติบอกกับแพทย์เชื่อถืออยาก : รายงานผู้ตาย 1 ราย

37 R2R

อุปกรณ์ช่วยขยับข้อเท้าช่วยผู้ป่วยภาวะข้อเท้าตก ม.มหิดล
ฟื้นฟูกล้ามเนื้อข้อเท้า ใช้งานได้ดีที่บ้าน

38 รายงานพิเศษ

สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ดำเนินงานเชิงรุก
สร้างความเข้าใจ Palliative Care ในสังคมไทย

40 รายงานพิเศษ

ร.พ.มนารมย์ ดูแลรอบด้านทางจิตเวช
มุ่งพัฒนาและสร้างประโยชน์สู่สังคม

42 เกาะติดงานประชุม

เอเชียและแปซิฟิก ฝึกกำลังจัดประชุมใหญ่ ICAAP11
ร่วมรณรงค์ ป้องกัน แก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ของภูมิภาค

43 ข่าวบริการ

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

ก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 2
ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Virus)

ยารักษาโรคจิตและความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่น

JAMA Psychiatry. 2013;70(10):1067-1075.

บทความเรื่อง Antipsychotics and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Children and Youth รายงานว่า อัตราการจ่ายยารักษาโรคจิตแก่เด็กและคนวัยหนุ่มสาวที่สูงขึ้นเป็นผลให้เกิดความวิตกว่าอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นักวิจัยจึงได้เปรียบเทียบความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและคนวัยหนุ่มสาวอายุตั้งแต่ 6-24 ปีที่ได้รับยารักษาโรคจิตและกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาทางจิตเวช รวมผู้ได้รับยารักษาโรคจิต 28,858 ราย และกลุ่มควบคุม 14,429 ราย โดยไม่รวมผู้ป่วยที่มีประวัติโรคเบาหวานจิตเภท หรือภาวะอื่นซึ่งมีสาเหตุอาการจิตเภทเป็นการรักษามาตรฐาน มาตราวัดผลลัพธ์ ได้แก่ การตรวจพบโรคเบาหวานระหว่างการติดตาม โดยระบุจากการวินิจฉัยและการจ่ายยาโรคเบาหวาน

ผู้ที่ได้รับยารักษาโรคจิตมีความเสี่ยงสูงขึ้น 3 เท่าต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (HR = 3.03 [95% CI = 1.73-5.32]) โดยพบได้ในปีแรกของการติดตาม (HR = 2.49 [95% CI = 1.27-4.88]) และความเสี่ยงสูงขึ้นตามขนาด



ยาสะสมระหว่างการติดตามโดยมี HRs เท่ากับ 2.13 (95% CI = 1.06-4.27), 3.42 (95% CI = 1.88-6.24) และ 5.43 (95% CI = 2.34-12.61) สำหรับขนาดยาสะสม (gram equivalents ของ chlorpromazine) ที่มากกว่า 5 g, 5-99 g และ 100 g หรือมากกว่า ($p < 0.04$) โดยความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังคงสูงขึ้นจนถึง 1 ปีหลังหยุดยารักษาโรคจิต (HR = 2.57 [95% CI = 1.34-4.91]) เมื่อจำกัดเฉพาะกลุ่มเด็กอายุ 6-17 ปี พบว่าผู้ที่ได้รับยารักษาโรคจิตมีความเสี่ยงสูงขึ้น 3 เท่าต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (HR = 3.14 [95% CI = 1.50-6.56]) และความเสี่ยงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตามขนาดยาสะสม ($p < 0.03$) โดยความเสี่ยงสูงขึ้นจากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (HR = 2.89 [95% CI = 1.64-5.10]) หรือ risperidone (HR = 2.20 [95% CI = 1.14-4.26])

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า เด็กและคนหนุ่มสาวที่ได้รับยารักษาโรคจิตมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความเสี่ยงโรคเบาหวานสูงขึ้นตามขนาดยาสะสม

ผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติแนลหลัง Neoadjuvant Chemotherapy ในผู้ป่วย Node-Positive Breast Cancer

JAMA. 2013;310(14):1455-1461.

บทความเรื่อง Sentinel Lymph Node Surgery after Neoadjuvant Chemotherapy in Patients with Node-Positive Breast Cancer: The ACOSOG Z1071 (Alliance) Clinical Trial รายงานว่า การตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติแนลให้ผลการระบุระยะที่เชื่อถือได้และมีผลกระทบน้อยกว่าการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแบบ clinically node-negative (cN0) อย่างไรก็ตาม การใช้วิธีผ่าตัด SLN สำหรับระยะหลังทำเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่เป็น node-positive cN1 breast cancer ยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัด เนื่องจากมีอัตราการลบหลอกที่สูงจากหลายการศึกษาก่อนหน้านี้

การศึกษา American College of Surgeons Oncology Group (ACOSOG) Z1071 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน false-negative rate (FNR) สำหรับการตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติแนล ภายหลังทำเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผลตรวจยืนยันว่าเป็น cN1 โดยศึกษาจากผู้ป่วยในโรงพยาบาล 136 แห่ง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2009 ถึงมิถุนายน ค.ศ. 2011 ซึ่งเป็นมะเร็งเต้านมระยะ TO ถึง T4, N1 ถึง N2 และ M0 และได้รับ neoadjuvant chemotherapy หลังจากทำเคมีบำบัดแล้ว ผู้ป่วยได้ตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติแนลและเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด โดยฉีดสารสีน้ำเงิน (isosulfan blue หรือ methylene blue) และ radiolabeled colloid mapping agent

นักวิจัยกำหนดให้ primary endpoint ได้แก่ FNR ของการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติแนลหลังเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านม



แบบ cN1 และประเมินแนวโน้มที่ FNR ในผู้ป่วยซึ่งตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติแนลสองจุดหรือมากกว่าสูงเกิน 10% อันเป็นอัตราที่คาดหวังสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติแนลและเป็นมะเร็งเต้านมแบบ cN0

มีผู้ป่วยเข้าร่วมในการศึกษา 756 ราย ซึ่งจากผู้ป่วยมะเร็ง cN1 ที่ศึกษาได้ 663 ราย มีผู้ป่วย 649 ราย ได้ทำเคมีบำบัดหลังตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติแนลและเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด ขณะที่ไม่

สามารถระบุต่อมน้ำเหลืองเซนติแนลในผู้ป่วย 46 ราย (7.1%) และผู้ป่วย 78 ราย (12.0%) ตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติแนลออกเพียงจุดเดียว จากการศึกษาไม่พบมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในผู้ป่วย 215 ราย จาก 525 รายที่เหลือซึ่งตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติแนลออกสองจุดหรือมากกว่า โดยมีค่า pathological complete nodal response เท่ากับ 41.0% (95% CI, 36.7-45.3%) ในผู้ป่วย 39 รายไม่พบมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองเซนติแนล แต่พบจากต่อมน้ำเหลืองจากการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ โดยมีค่า FNR เท่ากับ 12.6% (90% Bayesian credible interval, 9.85-16.05%)

ข้อมูลจากผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมแบบ cN1 ซึ่งได้รับ neoadjuvant chemotherapy และตรวจต่อมน้ำเหลืองเซนติแนลสองจุดหรือมากกว่าพบว่า FNR ไม่ถึง 10% หรือต่ำกว่า ซึ่งจากผลลัพธ์นี้ทำให้การปรับปรุงแนวทางการเลือกผู้ป่วยมีความจำเป็นสำหรับสนับสนุนการตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติแนลในฐานะทางเลือกแทนการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด

เคมีบำบัดเสริมด้วย Gemcitabine และผลระยะยาวในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งตับอ่อน

JAMA. 2013;310(14):1473-1481.

บทความวิจัยเรื่อง Adjuvant Chemotherapy with Gemcitabine and Long-term Outcomes Among Patients with Resected Pancreatic Cancer: The CONKO-001 Randomized Trial รายงานว่า ผู้ป่วยโรค มะเร็งตับอ่อนมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดีแม้หลังการผ่าตัด และยาเคมีบำบัด สูตร gemcitabine-based เป็นการรักษามาตรฐาน สำหรับมะเร็งตับอ่อนระยะลุกลาม อย่างไรก็ตาม ยัง ไม่มีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของยาเคมีบำบัดสูตร gemcitabine-based ต่อการรอดชีพในแบบการรักษา เสริม

นักวิจัยศึกษาประโยชน์ด้านการอยู่รอด โดยโรคสงบจากการรักษาด้วย adjuvant gemcitabine ต่อการรอดชีพโดยรวมจากการศึกษา CONKO-001 (Charité Onkologie 001) ซึ่งประเมินประสิทธิภาพ และการเป็นพิษของ gemcitabine ในผู้ป่วยมะเร็ง ตับอ่อนหลังการผ่าตัดแบบสมบูรณ์ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็ง ตับอ่อนแบบสมบูรณ์เข้าร่วมในการศึกษาระหว่าง เดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1998 และธันวาคม ค.ศ. 2004 ยังโรงพยาบาล 88 แห่งในเยอรมนีและออสเตรีย และการติดตามสิ้นสุดลงในเดือนกันยายน ค.ศ. 2012

การแทรกแซงทำโดยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับ adjuvant gemcitabine ($1 \text{ g/m}^2 \text{ d } 1, 8, 15, \text{ q } 4 \text{ weeks}$) เป็นระยะเวลา 6 เดือน หรือสังเกต อาการอย่างเดียวยหลังแบ่งผู้ป่วยตาม tumor stage, nodal status และ resection status นักวิจัยกำหนดให้การอยู่รอดโดยโรคสงบเป็น primary

endpoint และ secondary endpoints ได้แก่ ความปลอดภัยในการรักษา และการรอดชีพโดยรวม ซึ่งประเมินจากระยะเวลานับตั้งแต่การสุ่มจนถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต และตัดผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้

มีผู้ป่วยได้รับการสุ่ม 368 ราย และมีข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ intention-to-treat-analysis 354 ราย เมื่อถึงเดือนกันยายน ค.ศ. 2012 พบว่าผู้ป่วย 308 ราย (87.0% [95% CI, 83.1-90.1%]) กลับเป็นอีก และ 316 ราย (89.3% [95% CI, 85.6-92.1%]) เสียชีวิต มีฐานการติดตาม เท่ากับ 136 เดือน และมีฐานการรอดชีพโดยโรค สงบเท่ากับ 13.4 (95% CI, 11.6-15.3) เดือนในกลุ่ม รักษาเทียบกับ 6.7 (95% CI, 6.0-7.5) เดือนในกลุ่ม สังเกตอาการ (hazard ratio, 0.55 [95% CI, 0.44-0.69]; $p < 0.001$) ผู้ป่วยที่ได้รับ adjuvant gemcitabine มีการรอดชีพโดยรวมที่นานกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ สังเกตอาการอย่างเดียว (hazard ratio, 0.76 [95% CI, 0.61-0.95]; $p = 0.01$) โดยมีการรอดชีพโดย รวมที่ 5 ปีเท่ากับ 20.7% (95% CI, 14.7-26.6%) vs 10.4% (95% CI, 5.9-15.0%) และที่ 10 ปีเท่ากับ 12.2% (95% CI, 7.3-17.2%) vs 7.7% (95% CI, 3.6-11.8%)

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนอย่างสมบูรณ์ ชี้ว่า การรักษาด้วย adjuvant gemcitabine เป็นเวลา 6 เดือน มีผลดีด้าน การรอดชีพโดยรวมและการรอดชีพโดยโรคสงบเทียบกับการสังเกตอาการ อย่างเดียว ซึ่งข้อมูลนี้สนับสนุนการรักษาด้วย gemcitabine สำหรับผู้ป่วย กลุ่มนี้



อาการหลงลืมระยะยาวหลังป่วยหนัก

N Engl J Med 2013;369:1306-1316.

บทความเรื่อง Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness รายงานว่า ผู้ที่ รอดชีวิตหลังการเจ็บป่วยรุนแรงมักประสบปัญหา หลงลืมที่มีอาการในระยะยาว นักวิจัยจึงศึกษาผู้ใหญ่ ที่เกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลวหรือช็อกระหว่างการ รักษาในไอซียูเพื่อประเมินการสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาล และประเมินการรับรู้โดยรวมและการบริหารจัดการที่ 3 เดือนและ 12 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาลโดยใช้ Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (คะแนนเฉลี่ยปรับตามอายุประชากร $\pm$ SD) เท่ากับ 100 ± 15 โดยคะแนนที่ต่ำลงชี้ว่ามีกรรับรู้โดยรวมที่แย่ลง) และ Trail Making Test, Part B (คะแนนเฉลี่ยปรับตามอายุ, เพศ และการศึกษา ของประชากรเท่ากับ 50 ± 10 โดยคะแนนที่ต่ำลงชี้ว่ามีการบริหารจัดการที่ แย่ลง) ความสัมพันธ์ระหว่างระยะของอาการสับสนเฉียบพลันและการใช้ยา ระบุประสาทหรือยาระงับปวดกับผลลัพธ์ประเมินด้วย linear regression ปรับตามตัวแปรรบกวนที่มีศักยภาพ

จากผู้ป่วย 821 ราย พบว่า 6% มีอาการหลงลืมที่พื้นฐาน และ พบอาการสับสนเฉียบพลันใน 74% ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ที่ 3 เดือนพบว่า 40% ของผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้โดยรวมต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 1.5 SD (คล้ายกับคะแนนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับปานกลาง) และ 26% มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 2 SD (คล้ายกับคะแนนในผู้ป่วยอัลไซเมอร์อย่าง อ่อน) ภาวะบกพร่องเกิดขึ้นทั้งในผู้ป่วยอายุมากและอายุน้อย และมีอาการ คงที่ โดยมีสัดส่วน 34% และ 24% จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้ประเมินที่ 12 เดือน ซึ่งมีคะแนนใกล้เคียงกับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับปานกลาง และ ผู้ป่วยอัลไซเมอร์อย่างอ่อน ระยะของอาการสับสนเฉียบพลันที่นานขึ้น สัมพันธ์อิทธิพลกับการรับรู้โดยรวมที่แย่งที่ 3 และ 12 เดือน ($p = 0.001$ และ $p = 0.04$, respectively) และการบริหารจัดการที่แย่งที่ 3 และ 12 เดือน ($p = 0.004$ และ $p = 0.007$, respectively) ขณะที่ไม่พบว่าการใช้ยา ระบุประสาทหรือยาระงับปวดสัมพันธ์กับอาการหลงลืมที่ 3 และ 12 เดือน ผู้ป่วยในไอซียูมีความเสี่ยงสูงต่ออาการหลงลืมระยะยาว ซึ่งระยะ ของอาการสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาลที่นานขึ้นสัมพันธ์กับคะแนนการ รับรู้โดยรวม และการบริหารจัดการที่แย่งที่ 3 และ 12 เดือน

โรคเบาหวานและความเสี่ยงพิการทางกายในผู้ใหญ่

Lancet Diabetes Endocrinol. 2013;1(2):106-114.

บทความเรื่อง Diabetes and Risk of Physical Disability in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis รายงานว่า โรคเบาหวานอาจทำให้ความเสี่ยงต่อความพิการสูงขึ้น 2 เท่า โดยที่ความพิการมีความสำคัญในฐานะมาตรวัดสุขภาพ ขณะที่การประมาณความเสี่ยงต่อความพิการจากโรคเบาหวานก็มีความจำเป็นท่ามกลางสถานการณ์การขยายตัวของโรคเบาหวานทั่วโลก

นักวิจัยดำเนินการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis เพื่อประมาณความเสี่ยงต่อความพิการจากโรคเบาหวานโดยสืบค้นจากฐานข้อมูล Ovid, Medline, Embase, Cochrane Library และ Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature จนถึงวันที่ 8 สิงหาคม ค.ศ. 2012 และศึกษาจากงานวิจัยในผู้ใหญ่ซึ่งเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อความพิการประเมินจากกิจวัตรประจำวัน, กิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง หรือการเคลื่อนไหวในผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและไม่เป็นโรคเบาหวาน และตั้งงานวิจัยที่ศึกษาจากกลุ่มย่อยที่เป็นโรคเฉพาะ หรือศึกษาจากผู้ที่พักอยู่ในสถานสงเคราะห์ นักวิจัยได้บันทึกข้อมูลด้านลักษณะประชากร, การตรวจพบโรคเบาหวาน (โดยแพทย์หรือรายงานโดยผู้ป่วย), องค์ประกอบและนิยามของความพิการ และค่าประมาณความเสี่ยงต่อความพิการ โดยคำนวณค่าประมาณรวมตามประเภทของความพิการและการประมาณความเสี่ยง (odds ratio [OR] หรือ risk ratio [RR])

ผลลัพธ์จาก systematic review และ meta-analysis ชี้ว่า โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อความพิการทั้งด้านการเคลื่อนไหว (15 studies; OR 1.71, 95% CI 1.53-1.91; RR 1.51, 95% CI 1.38-1.64), กิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (ten studies; OR 1.65, 95% CI 1.55-1.74) และกิจวัตรประจำวัน (16 studies; OR 1.82, 95% CI 1.63-2.04; RR 1.82, 95% CI 1.40-2.36)

โรคเบาหวานสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนของความเสี่ยงความพิการทางกาย แนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพโดยมีสุขภาพดี จึงควรรับมือกับความเสี่ยงนี้ด้วยการป้องกันและการจัดการโรคเบาหวาน



ยาช่วยเลิกบุหรี่และความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต

BMJ 2013;347:f5704.

บทความเรื่อง Smoking Cessation Treatment and Risk of Depression, Suicide, and Self Harm in the Clinical Practice Research Datalink: Prospective Cohort Study รายงานผลจากการศึกษาจากฐานข้อมูล Clinical Practice Research Datalink เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง และซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับ varenicline หรือ bupropion เทียบกับผู้ที่ได้รับนิโคตินทดแทน

กลุ่มประชากรในการศึกษาเป็นชายและหญิงอายุ 18 ปีหรือมากกว่าจำนวน 119,546 ราย ซึ่งได้ใช้ผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ค.ศ. 2006 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม ค.ศ. 2011 โดย 81,545 ราย ได้รับนิโคตินทดแทน (68.2% จากผู้ช่วยเลิกบุหรี่), 6,741 รายได้รับ bupropion (5.6%) และ 31,260 รายได้รับ varenicline (26.2%)

ผลลัพธ์ได้แก่ การรักษาโรคซึมเศร้า และการทำร้ายตัวเองทั้งถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิตภายใน 3 เดือนนับจากได้รับยาช่วยเลิกบุหรี่ โดยประเมินตามความเชื่อมโยงกับข้อมูลการตายของ Office for National Statistics (สำหรับการฆ่าตัวตาย) และ Hospital Episode Statistics (สำหรับการพักรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากการทำร้ายตัวเองที่ไม่ถึงแก่ชีวิต) นักวิจัยประมาณ hazard ratios หรือ risk differences ด้วย Cox

multivariable regression models จับคู่ค่าคะแนนความโน้มเอียงและวิเคราะห์ตัวแปรเครื่องมือโดยให้ความโน้มเอียงในการจ่ายยาของแพทย์เป็นเครื่องมือ และได้วิเคราะห์ความไวสำหรับผลลัพธ์ที่ 6 เดือน และ 9 เดือน

นักวิจัยพบประวัติทำร้ายตัวเองทั้งถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิตรวม 92 ราย (326.5 events per 100,000 person years) และประวัติการรักษาโรคซึมเศร้าจากบริการปฐมภูมิ 1,094 ราย (6,963.3 per 100,000 person years) ข้อมูลจากการวิเคราะห์ Cox regression analyses ไม่พบหลักฐานว่าผู้ป่วยที่ได้รับ varenicline มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการทำร้ายตัวเองทั้งถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิต (HR 0.88, 95% CI 0.52-1.49) หรือได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า (0.75, 0.65-0.87) เทียบกับผู้ที่ได้รับนิโคตินทดแทน จากการศึกษานี้ไม่พบหลักฐานว่าผู้ป่วยที่ได้รับ bupropion มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการทำร้ายตัวเองทั้งถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิต (0.83, 0.30-2.31) หรือได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า (0.63, 0.46-0.87) เทียบกับผู้ที่ได้รับนิโคตินทดแทน โดยมีผลลัพธ์ที่สอดคล้องกันกับการจับคู่ค่าคะแนนความโน้มเอียงและการวิเคราะห์ตัวแปรเครื่องมือ

จากการศึกษานี้ไม่พบหลักฐานว่ามีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ได้รับ varenicline หรือ bupropion เทียบกับผู้ที่ได้รับนิโคตินทดแทน และเป็นข้อมูลช่วยสนับสนุนความมั่นใจทั้งต่อผู้ใช้และแพทย์ว่ายาช่วยเลิกบุหรี่มีความปลอดภัย



ความเสี่ยงโรคไตในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

BMJ 2013;347:f5961.

บทความวิจัยเรื่อง Risk of Moderate to Advanced Kidney Disease in Patients with Psoriasis: Population Based Cohort Study รายงานผลลัพธ์จากการศึกษาแบบ population based cohort study และ nested cross sectional study เพื่อประเมินความเสี่ยงโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โดยการศึกษาแบบ cohort study จากผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน อายุ 18-90 ปี เทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคสะเก็ดเงินตามอายุ เวชปฏิบัติ และจำนวนครั้งการพบแพทย์ และ nested study จากผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน อายุ 25-64 ปี ซึ่งมีข้อมูลความรุนแรงของอาการโรคสะเก็ดเงินเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคสะเก็ดเงินตามอายุและเวชปฏิบัติ

มาตรวัดผลลัพธ์ของ cohort study ได้แก่ การเกิดไตวายเรื้อรัง ระดับปานกลาง-รุนแรง (ระยะที่ 3-5) และ nested study ได้แก่ ความชุกที่เส้นฐานของไตวายเรื้อรัง

นักวิจัยเทียบผู้ป่วยสะเก็ดเงินอาการไม่รุนแรง 136,529 ราย และผู้ป่วยสะเก็ดเงินอาการรุนแรง 7,354 ราย กับผู้ป่วย 689,702 รายที่ไม่เป็นโรคสะเก็ดเงิน ค่า hazard ratios (95% confidence intervals) ที่ปรับแล้ว สำหรับการเกิดไตวายเรื้อรังเท่ากับ 1.05 (1.02-1.07), 0.99 (0.97-1.02) และ 1.93 (1.79-2.08) ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินโดยรวม ผู้ป่วยกลุ่มไม่รุนแรง และกลุ่มรุนแรง อายุเป็นตัวแปรผลที่มีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยสะเก็ดเงินระดับรุนแรง โดยมี hazard ratios ที่ปรับแล้วเฉพาะตามอายุ (95% confidence intervals) เท่ากับ 3.82 (3.15-4.64) และ 2.00 (1.86-2.17) สำหรับผู้ป่วยอายุ 30 ปี และ 60 ปี จากการวิเคราะห์ nested analysis ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินโดยวัดจากพื้นที่ผิวกาย 8,731 ราย เทียบกับผู้ป่วย 87,310 รายที่ไม่เป็นโรคสะเก็ดเงิน พบว่า odds ratios ที่ปรับแล้ว (95% confidence intervals) สำหรับไตวายเรื้อรังเท่ากับ 0.89 (0.72-1.10), 1.36 (1.06-1.74) และ 1.58 (1.07-2.34) ในกลุ่มที่เป็นระดับไม่รุนแรง ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง

โรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อไตวายเรื้อรัง โดยไม่เป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงที่ทราบกันดี

การใช้ Metoclopramide ระหว่างตั้งครรภ์และความเสี่ยงผิดปกติและการตายของทารกในครรภ์

JAMA. 2013;310(15):1601-1611.

บทความเรื่อง Metoclopramide in Pregnancy and Risk of Major Congenital Malformations and Fetal Death รายงานว่า ยา metoclopramide มักใช้รักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียนระหว่างตั้งครรภ์ และเชื่อกันว่ามีความปลอดภัย แต่ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อความผิดปกติและการตายของทารกในครรภ์

นักวิจัยได้ศึกษาความปลอดภัยของการใช้ยา metoclopramide ระหว่างตั้งครรภ์จากทะเบียนการตั้งครรภ์ 1,222,503 รายในเดนมาร์ก ระหว่างปี ค.ศ. 1997-2011 และเปรียบเทียบผู้หญิงที่ได้รับ metoclopramide และไม่ได้รับ metoclopramide ตามอายุ ปีปฏิทิน และคะแนนความโน้มเอียง โดย primary outcomes ประกอบด้วย ความผิดปกติอย่างรุนแรงแต่กำเนิดโดยรวม, ประเภทความผิดปกติ, แท้งโดยธรรมชาติ และการตายคลอด โดยใช้ logistic regression ประเมิน prevalence odds ratios ของการผิดปกติ และ Cox regression ประเมิน hazard ratios (HRs) ของการแท้งโดยธรรมชาติ

จากผู้หญิง 28,486 รายที่ได้รับ metoclopramide ในช่วง 3 เดือนแรกพบว่า 721 รายมีทารกที่เกิดความผิดปกติรุนแรงแต่กำเนิด (25.3 [95% CI, 23.5-27.1] cases per 1,000 births) เทียบกับ 3,024 รายจาก 113,698 รายที่ไม่ได้รับยา (26.6 [95% CI, 25.7-27.5] per 1,000 births) จากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างการใช้ยา metoclopramide และความผิดปกติโดยรวม (prevalence odds ratio, 0.93 [95% CI, 0.86-1.02]) หรือความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งจากเกณฑ์ความผิดปกติ 20 ประเภท เช่น ภาวะหลอดประสาทเปิด,



หลอดเลือดใหญ่สลับซ้าย, ผังก้นหัวใจห้องล่างรั่ว, ผังก้นหัวใจห้องบนรั่ว, หัวใจผิดปกติแบบ tetralogy of Fallot, หลอดเลือดแดงเออร์ตาตีบ, ปากแหว่ง, เพดานโหว่, ส่วนปลายลำไส้ตรงตีบ/แคบ และการขาดหายไปของแขนขา (upper limit of 95% CI below 2.0 for 17 of 20 categories) ยา metoclopramide ไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นของการแท้งโดยธรรมชาติ (757 ราย [20.0 [95% CI, 18.5-21.4] per 1,000] จากผู้หญิงที่ได้รับ metoclopramide 37,946 ราย และ 9,414 ราย [62.1 [95% CI, 60.9-63.3] per 1,000] จากผู้หญิงที่ไม่ได้รับ metoclopramide 151,661 ราย; HR, 0.35 [95% CI, 0.33-0.38]) และการตายคลอด (142 ราย [3.5 [95% CI, 2.9-4.1] per 1,000] จากผู้หญิงที่ได้รับ metoclopramide 40,306 ราย และ 634 ราย [3.9 [95% CI, 3.6-4.2] per 1,000] จากผู้หญิงที่ไม่ได้รับ metoclopramide 161,098 ราย; HR, 0.90 [95% CI, 0.74-1.08])

การใช้ยา metoclopramide ระหว่างตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อความผิดปกติรุนแรงแต่กำเนิดโดยรวม ความผิดปกติตามเกณฑ์ความผิดปกติ 20 ประเภท การแท้ง หรือตายคลอด ซึ่งข้อมูลนี้อาจช่วยในการตัดสินใจสำหรับพิจารณาการรักษาด้วย metoclopramide ในหญิงตั้งครรภ์

อย. ปรับลดราคายาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ยาสมาธิสัน และยานอนหลับ



นพ.บุญชัย สมบูรณ์สุข เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กล่าวว่า สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้สนับสนุนให้มีการใช้ยาสามัญ (Generic drug) ที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับยาต้นแบบ (Original Drug) เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยในราคาที่ถูกลงและเพิ่มการเข้าถึงยาของประชาชน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 นี้ อย. ได้ปรับลดราคายากลุ่มจำเป็นต่อคุณภาพชีวิตตามต้นทุนการจัดหาที่ลดลง จำนวน 7 รายการ เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลและผู้บริโภคที่ต้องใช้ยา โดยเริ่มปรับลดราคาใหม่ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไป ดังนี้

- เฟนทานิล ชนิดฉีด (0.1 มิลลิกรัม/2 มิลลิลิตร/หลอด) 10 หลอด/กล่อง
ราคาเดิมกล่องละ 220 บาท ราคาใหม่กล่องละ 180 บาท ลดลง 18%
- เฟนทานิล ชนิดแผ่นแปะผิวหนัง (12 ไมโครกรัม/ชั่วโมง) 5 แผ่น/กล่อง
ราคาเดิมกล่องละ 500 บาท ราคาใหม่กล่องละ 400 บาท ลดลง 20%
- เฟนทานิล ชนิดแผ่นแปะผิวหนัง (25 ไมโครกรัม/ชั่วโมง) 5 แผ่น/กล่อง
ราคาเดิมกล่องละ 900 บาท ราคาใหม่กล่องละ 600 บาท ลดลง 33%
- เฟนทานิล ชนิดแผ่นแปะผิวหนัง (50 ไมโครกรัม/ชั่วโมง) 5 แผ่น/กล่อง
ราคาเดิมกล่องละ 1,500 บาท ราคาใหม่กล่องละ 900 บาท ลดลง 40%
- ยาเมทิลเฟนิเดต ชนิดเม็ด (10 มิลลิกรัม/เม็ด) 100 เม็ด/กล่อง
ราคาเดิมกล่องละ 350 บาท ราคาใหม่กล่องละ 300 บาท ลดลง 14%
- ยาเมทิลเฟนิเดต ชนิดเม็ด (10 มิลลิกรัม/เม็ด) 200 เม็ด/กล่อง
ราคาเดิมกล่องละ 700 บาท ราคาใหม่กล่องละ 600 บาท ลดลง 14%
- ไซลพิเดม ทาร์เทรต ชนิดเม็ด (10 มิลลิกรัม/เม็ด) 20 เม็ด/กล่อง
ราคาเดิมกล่องละ 180 บาท ราคาใหม่กล่องละ 160 บาท ลดลง 11%

ภารกิจใหม่ สร. จัดตั้งเขตบริการสุขภาพ

และศูนย์การจัดการข้อมูลหลักประกันสุขภาพเป็นองค์กรมหาชน

พญ.พรรณพิมล วิปุลากร โฆษกกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทภารกิจใหม่ 12 บทบาท เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ได้แก่ 1. กำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ของประเทศบนข้อมูลและฐานความรู้ 2. การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ 3. การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ 4. การกำหนดมาตรฐานบริการต่าง ๆ 5. การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 6. การพัฒนากลไกด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน 7. การพัฒนางานสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ 8. การกำกับดูแล ติดตามและประเมินผลของภาครัฐ ทั้งถิ่นและเอกชน 9. การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงิน การคลัง ด้านสุขภาพของประเทศ 10. การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพใช้งานได้ 11. การกำหนดนโยบายและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และ 12. การพัฒนาเขตสุขภาพ โดยตั้งเขตบริการสุขภาพ 1-12 และเขต กทม. ให้เกิดการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุด คุ่มค่า บริการกำลังคนให้สอดคล้องกับภาระงาน รวมทั้งขอจัดตั้งศูนย์การจัดการข้อมูลหลักประกันสุขภาพ (National Data Clearing House) เป็นองค์กรมหาชนด้วย



อย. ประกาศแต่งตั้งโฆษกสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีคำสั่งแต่งตั้งโฆษกสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จำนวน 2 นาย เพื่อให้การบริการข่าวสารของ อย. เป็นไปด้วยความเรียบร้อยเหมาะสม โดยโฆษก อย. มีรายชื่อดังต่อไปนี้

โฆษกคนที่ 1 ภก.ประพนธ์ อางตระกูล รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

โฆษกคนที่ 2 ภก.วีระชัย นลวชัย ผู้อำนวยการกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค

ทั้งนี้ มีผลตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2556



Siriraj Palliative Care Day 2013

“การดูแลระยะท้าย: คุณค่าเหนือความคาดหวัง”

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยคณะกรรมการดำเนินการ

Palliative Care กำหนดจัดการประชุมวิชาการ Siriraj Palliative Care Day 2013

ขึ้น ภายใต้ชื่องานว่า “Achieving universal coverage of palliative care: dispelling

the myths.” “การดูแลระยะท้าย: คุณค่าเหนือความคาดหวัง” ในระหว่างวันที่ 27-29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ณ ห้องประชุมราชบัณฑิตยสถาน อาคารศิริราชวิทยาคาร ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้สนใจเข้าร่วมประชุมสามารถสมัครเข้าร่วมประชุมได้ผ่านทางเว็บไซต์ของศูนย์บริการศิริราช (<http://www.si.mahidol.ac.th/palliative>) สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์บริการศิริราช โทรศัพท์ 0-2419-9679 ถึง 80

“ปัญหาเท้าในผู้เป็นเบาหวาน: การป้องกันและการดูแล” ครั้งที่ 8 (Update in Diabetic Foot Problems: Prevention and Treatment)

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับศูนย์เบาหวานศิริราช และโรงเรียนกายอุปกรณ์สิรินธร จัดโครงการการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “ปัญหาเท้าในผู้เป็นเบาหวาน: การป้องกันและการดูแล” ครั้งที่ 8 (Update in Diabetic Foot Problems: Prevention and Treatment) ในระหว่างวันที่ 2-4 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ณ ห้องประชุมตรีเพชร อาคาร 100 ปีสมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15 ผู้สนใจสามารถสมัครและชำระค่าลงทะเบียนแบบออนไลน์ และชำระเงินผ่านระบบ bill payment ณ จุดบริการรับชำระเงินที่ธนาคาร

ไทยพาณิชย์ หรือกรอกแบบฟอร์มใบสมัคร พร้อมโอนเงินเข้าบัญชี “โครงการฝึกอบรมภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล” เลขที่บัญชี 016-435976-5 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช บัญชีออมทรัพย์ พร้อมทั้งส่งใบสมัครลงทะเบียนและหลักฐานการโอนเงินมาที่ โทรสาร 0-2411-4813 สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ตึกศรีสังวาลย์ ชั้น 9 หรือที่คุณกานดา สังฆรักษ์ โทรศัพท์ 0-2419-7508-9 ต่อ 103



สภาวะตาบอดและสายตาเลือนรางรวมทั้งโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขเป็นข้อมูลที่สำคัญและมีความสำคัญยิ่งต่อการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพตา เพื่อนำไปกำหนดนโยบายและจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในการที่จะแก้ปัญหาตาบอดและสายตาพิการให้ตรงกับข้อเท็จจริงตามสภาวะสาธารณสุขในปัจจุบัน ตลอดจนการจัดบริการทางตาให้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลและส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี



‘ตาบอด’ ในเด็กไทย ปัญหาอนาคตของชาติ

ที่ผ่านมา คณะทำงานโครงการส่งเสริมสุขภาพตา กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำโครงการสำรวจศึกษา วิเคราะห์ วิจัยระดับวิทยาของโรคตา โดยเฉพาะในเรื่องของตาบอด สายตาเลือนราง และโรคตาที่เป็นสาเหตุสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติมาแล้ว 4 ครั้ง ซึ่งจากการสำรวจสภาวะตาบอด ครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่า ประชากรไทยมีความชุกของตาบอดร้อยละ 0.59 และสายตาเลือนรางร้อยละ 1.57 และโรคที่เป็นสาเหตุของตาบอดในประเทศไทยที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่

1. โรคต้อกระจก เป็นสาเหตุของตาบอดสูงถึงร้อยละ 51
2. โรคต้อหิน เป็นสาเหตุของตาบอดร้อยละ 9.8
3. โรคของจอตา เป็นสาเหตุของตาบอดร้อยละ 9
4. โรคที่ทำให้ตาบอดในเด็ก เป็นสาเหตุของตาบอดร้อยละ 5.7
5. โรคของกระจกตา เป็นสาเหตุของตาบอดร้อยละ 5

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากการสำรวจสภาวะตาบอด สายตาเลือนราง และโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทย ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2549-2550



พญ.ขวัญใจ วงศ์กิตติธรรักษ์



นายทฤษฎี ตูลยอนุกิจ

พบว่าประชากรไทยมีความชุกของตาบอดร้อยละ 0.59 และสายตาเลือนรางร้อยละ 1.57 และโรคที่เป็นสาเหตุของตาบอดในประเทศไทยที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคของจอตา โรคที่ทำให้ตาบอดในเด็ก และโรคของกระจกตา



กรมการแพทย์ในฐานะที่กำกับดูแลศูนย์ความเป็นเลิศสาขาจักษุวิทยา ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาระดับชาติดังกล่าว ได้จัดทำแผนพัฒนาเขตบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาจักษุวิทยา ภายใต้นโยบาย “การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข เพื่อคุณภาพชีวิตประชาชนไทย” ของ นพ.ประดิษฐ์ สิ้นธวรรณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสภาวะตาบอดและสายตาเลือนรางของประชากร ตามกรอบแนวคิด VISION 2020 ขององค์การอนามัยโลก โดยมีแผนพัฒนาต่อเนื่องไปอีก 5 ปี

นพ.สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์ รองผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กล่าวเสริมว่า ข้อมูลจากรายงานวิจัยเรื่องการสำรวจสภาวะตาบอด ตาเลือนราง และโรคตา ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในเด็กอายุ 1-14 ปี พ.ศ. 2549-2550 ของประเทศไทยพบว่า อัตราความชุกของสภาวะตาบอดในเด็กไทยเท่ากับร้อยละ 0.11 เป็นอัตราที่สูงกว่าการประมาณการขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 0.07 องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2563 อัตราตาบอดของเด็กในทุกประเทศไม่ควรเกินร้อยละ 0.04 (ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก VISION 2020 action plan 2006-2010) โดยพบว่า สาเหตุของสภาวะตาบอดในเด็กไทยเกิดจากโรคที่จอตาในทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 66.66 และเกิดจากภาวะต้ามัวที่เกิดจากภาวะสายตาสั้นผิดปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไขร้อยละ 33.33 ดังนั้น การที่จะลดอัตราความชุกของสภาวะตาบอดในเด็กไทยได้ต้องมุ่งเน้นการควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญคือ โรคจอตาในทารกคลอดก่อนกำหนด และภาวะสายตาสั้นผิดปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไข

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลสุขภาพเด็กไทยทั่วประเทศ ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาตาบอดในเด็ก เพราะเมื่อเด็กตาบอดจะเกิดผลกระทบต่อพัฒนาการและคุณภาพชีวิต ทำให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถพัฒนาได้เต็มศักยภาพในอนาคต ดังนั้น การป้องกันและแก้ไขเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องรีบดำเนินการเพื่อลดจำนวนประชากรเด็กที่ตาบอดในอนาคต

ด้วยเหตุนี้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์ **“โครงการลดอัตราการเกิดตาบอดในเด็กไทย: Better Sight for Child”** ซึ่งเป็นสาเหตุของตาบอดในประเทศไทยอันดับ 4 ขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกและ International Agency for Prevention of Blindness ได้กำหนดให้วันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 2 ของเดือนตุลาคมของทุกปีเป็นวัน World Sight Day หรือวันสายตาโลก ซึ่งในปีนี้ตรงกับวันที่ 10 ตุลาคมที่ผ่านมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทุกคนตระหนักถึงปัญหาตาบอด สายตาสั้น และการฟื้นฟูสภาพสายตา

“กิจกรรมในวันนี้เป็นหนึ่งในกิจกรรมสำคัญของโครงการลดอัตราการเกิดตาบอดในเด็กไทย โดยกลุ่มเป้าหมายคือ เด็กที่มีปัญหาสภาวะสายตาสั้นผิดปกติ ให้ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ และได้รับการแก้ไขให้ได้รับแว่นตาอันแรกที่เหมาะสมกับเด็ก ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากบริษัท เอสซิลอร์วิชั่น (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ในการช่วยเหลือสังคมโดยบริษัทฯ เองมีมูลนิธิเอสซิลอร์วิชั่นฟาวด์เดชั่น (Essilor Vision Foundation) ที่ให้ความช่วยเหลือผู้พิการทางสายตาโดยตลอด”

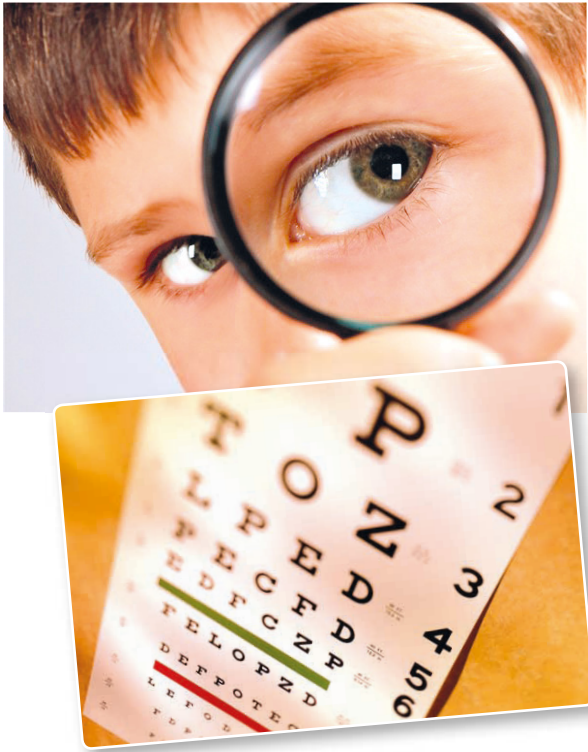
พญ.ขวัญใจ วงศ์กิตติรักษ์ หัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยา ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติในเด็กว่า การวินิจฉัยและรักษาภาวะสายตาสั้นผิดปกติไม่ยุ่งยาก แต่การเข้าถึงกลุ่มเด็กยังเป็นปัญหาเนื่องจากขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่จะทำหน้าที่คัดกรองหาเด็กที่มีปัญหา และส่งต่อสถานพยาบาลเพื่อรับการตรวจวัดสายตาและประกอบแว่นที่ได้มาตรฐาน



“ในขณะที่การวัดสายตาในเด็กแตกต่างจากการวัดสายตาในผู้ใหญ่ จำเป็นต้องใช้การหยอดยาเพื่อลดการเพ่งของตาเด็กและการประกอบแว่นตาให้เด็กต้องการความถูกต้อง แม่นยำ เพราะเด็กจะไม่สามารถบอกได้ว่าแว่นตาดีหรือไม่ดี การใส่แว่นที่ไม่ถูกต้องตรงตามสายตาเด็ก หรือระยะต่าง ๆ ในการประกอบแว่นไม่ถูกต้องจะส่งผลเสียต่อสายตาเด็ก”

จากเหตุผลดังกล่าวจึงต้องมี **การพัฒนาระบบบริการร่วมกันระหว่างโรงเรียนและสถานพยาบาล** เพื่อให้มีการตรวจคัดกรองเด็กเบื้องต้นโดยครูที่ได้รับการฝึกอบรม และส่งต่อเด็กที่คัดกรองพบความผิดปกติไปยังสถานพยาบาล และพัฒนาให้มีการบริการตรวจวัดสายตาและประกอบแว่นในหน่วยบริการ ซึ่งกลุ่มงานจักษุวิทยาสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีหลักสูตร **“การวัดแว่นตาในเด็ก”** เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับจักษุแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ และนักทัศนมาตร





ที่สนใจเข้ารับการอบรม ระยะเวลา 3 สัปดาห์ เพื่อเพิ่มบริการตรวจวัดสายตาในเด็กให้กระจายไปทั่วประเทศ

“กรณีตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาด้านสายตาได้อย่างทันกาลก่อนจะสายตาดำบอดในที่สุด ด.ช.กันต่อนเนก บุตรคำ ถูกส่งตัวเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเด็กตั้งแต่อายุ 4 ปี ผู้ปกครองพามาตรวจที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีครั้งแรกเมื่ออายุ 4 ปี 11 เดือน โดยให้ประวัติว่าเด็กชอบดูโทรทัศน์ใกล้ ๆ ตั้งแต่อายุ 2 ปี แต่ไม่ได้พาไปตรวจ แต่เพราะครูสังเกตว่าเวลาเรียนน้องต้องเพ่งมองใกล้ ครูให้พ่อแม่พาไปตรวจ หมอทำการตรวจพบว่าสายตาสั้นมาก ข้างขวา 5.50 Diopter ในขณะที่ข้างซ้ายสั้นถึง 12 Diopter (หน่วยการวัดสายตา) ยิ่งไปกว่านั้นเด็กมีภาวะตาขี้เกียจแล้ว การมองเห็นได้เพียง 30 เปอร์เซนต์ของที่ควรจะเป็น เพราะไม่ได้รับการรักษาประกอบแว่น ปัจจุบันน้องอายุ 7 ปี ระดับการมองเห็นได้มาถึง 90 เปอร์เซนต์ หลังจากการรักษาด้วยแว่นตาและการกระตุ้นสายตาที่สถาบันฯ

นอกจากนี้ยังมีกรณีของ ด.ญ.ชุตติมา คงสถาน เป็นเด็กคลอดก่อนกำหนด มารับการรักษาสายตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่อายุ 1 เดือน ได้รับการรักษาเรื่องจอตาในทารกคลอดก่อนกำหนดจนหายดี เมื่ออายุ 1 ขวบ หลังจากนั้นมีการตรวจติดตามสายตาพบว่า ตอนอายุ 4 ขวบมีภาวะสายตาสั้นมาก ข้างขวา 8.00 Diopter ข้างซ้าย 7.50 Diopter การมองเห็นเพียง 20 เปอร์เซนต์ หลังจากนั้นมีการ

รักษาด้วยการวัดสายตาประกอบแว่น และกระตุ้นสายตา ปัจจุบันน้องอายุ 7 ปี ระดับการมองเห็นถึง 90 เปอร์เซนต์”

ในแง่การสนับสนุนของภาคเอกชน นายทฤษฎี ตูลยอนุกิจ กรรมการผู้จัดการประจำประเทศไทย และภาคพื้นอินโดจีน บริษัท เอสซิลอร์ดิสทริบิวชั่น (ประเทศไทย) จำกัด กล่าวว่า “ด้วยตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กตาบอดเนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ ดังที่คุ้นเคยได้กล่าวไปข้างต้น บริษัท เอสซิลอร์ดิสทริบิวชั่น (ประเทศไทย) จำกัด จึงได้ให้การสนับสนุนกิจกรรม Better Sight for Child ในปีนี้ ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ในการช่วยเหลือสังคม โดยทางบริษัทฯ เองก็มีมูลนิธิเอสซิลอร์วิชั่นฟาวด์เดชั่น (Essilor Vision Foundation) ที่ให้ความช่วยเหลือผู้พิการทางสายตาโดยตลอด และในการสนับสนุนกิจกรรมครั้งนี้ เราได้มอบเลนส์แว่นตาจำนวน 4,000 คู่ รวมมูลค่ากว่า 4 ล้านบาท เพื่อร่วมรณรงค์ลดอัตราการตาบอดในเด็กไทย

พร้อมกันนี้ยังได้มีการจัดทำเสื้อยืดคอดเลคชั่น

พิเศษ ออกแบบโดยนักวาดภาพประกอบ

ไผ่แก้ว อินสว่าง เพื่อจำหน่าย

และนำรายได้ทั้งหมดมอบให้แก่

โครงการฯ นำไปช่วยเหลือ

เด็ก ๆ หาซื้อได้ที่โรงพยาบาล

เด็ก หรือร่วมสมทบทุนโดย

การบริจาคผ่าน 3 ช่องทาง ดังนี้

ช่องทางที่ 1 โอนเข้าบัญชี มูลนิธิ

โรงพยาบาลเด็ก อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ

ธนาคารออมสิน สาขาอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ

เลขที่ 02-8888-99999-3 ช่องทางที่ 2 บริจาค

ผ่านทางเคาน์เตอร์เซอร์วิสทุกสาขาทั่วประเทศ โดยการแจ้งรหัสบริจาค มูลนิธิโรงพยาบาลเด็ก หรือผ่านตู้เอทีเอ็ม ธนาคารไทยพาณิชย์ และธนาคารกรุงเทพ ทุกสาขา ทั้งนี้เราต้องการความช่วยเหลือและกำลังใจจากคนไทยทุกคนมาช่วยกันป้องกันเด็กให้รอดจากการตาบอด”

การมองเห็นชัดเจนขึ้นย่อมทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะในเด็กควรได้รับการตรวจสายตาอย่างสม่ำเสมอ เพราะร้อยละ 80 ของสิ่งที่เด็กได้เรียนรู้จนอายุ 12 ปีจะต้องอาศัยสายตา ทั้งนี้พบว่าจำนวน 7 ใน 10 ของเด็กวัยเรียนมีปัญหาการอ่าน มีความบกพร่องทางสายตา ซึ่งถ้าหากเด็กที่มีภาวะสายตาผิดปกติและไม่ได้รับการแก้ไขจะมีผลกระทบในเชิงลบต่อการศึกษาและโอกาสในการทำงานในอนาคต อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว และคนในสังคมด้วยเช่นกัน ถึงเวลาแล้วที่ทุกคนจะมาร่วมกันรณรงค์ร่วมลดอัตราการเกิดตาบอดในเด็กไทย ด้วยการคัดกรองสังเกตพฤติกรรมของเด็กเล็ก ซึ่งครู ผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครองสามารถทำได้เอง เบื้องต้นได้อย่างง่าย ก่อนที่อนาคตของเด็กน้อยที่เป็นกำลังของชาติจะดับมิดลง



อยากเป็นหมอ...

อาชีพ “แพทย์” หรือ “หมอ” เป็นอาชีพที่ทุกคนรู้จักกันดี และอาจเป็นอาชีพที่ใครหลายคนใฝ่ฝัน แต่กว่าที่จะเป็นหมอได้นั้นไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะไม่ได้อาศัยความเก่งเพียงอย่างเดียว แต่ต้องทุ่มเทเพื่อผู้อื่น ทั้งทางร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้เมื่อเป็นหมอแล้ว ทำอย่างไรจึงจะเป็นหมอที่ดีได้ ก็ถือเป็นคำถามสำคัญ ที่แต่ละคนนั้นมีแนวคิดที่แตกต่างกันออกไป

Talk of the Town ฉบับนี้พามาคุ่มมองของนักศึกษาแพทย์ส่วนหนึ่งที่มีต่อการเรียนแพทย์ มาดูกันว่าความสนใจของแต่ละคนนั้นมีที่มาที่ไปอย่างไร และจะดำเนินชีวิตไปสู่การเป็นหมอที่ดีได้อย่างไรบ้าง เพื่อเป็นแนวทางให้แก่้อง ๆ ที่กำลังสนใจเรียนทางด้านนี้ ให้ได้พบคำตอบว่าการเป็นหมอนั้นยากหรือง่ายกว่าที่คิดไว้

นศพ.ทิพภา นนทวงศ์



“ส่วนตัวแล้วคิดว่าเรียนหมอยากนะ ที่มาเรียนก็เพราะเป็นความต้องการของที่บ้าน แต่พอมาเรียนแล้วรู้สึกดีกับอาชีพนี้มาก รู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคมมากขึ้น มีความรับผิดชอบมากขึ้น ส่วนในอนาคตก็สนใจทางด้านสัตวศาสตร์ เพราะรู้สึกว่าต้องใช้ทักษะเฉพาะตัวและใช้ศิลปะมาผนวกด้วย และถ้าถามว่าหมอที่ดีจะต้องเป็นอย่างไร เคยได้ยินมาว่า

คนที่ดีจะเป็นหมอที่ดีได้ เพราะฉะนั้นอย่างแรกคือต้องคิดก่อนว่าอยากจะเป็นคนที่ดี และก็เป็นจุดเริ่มต้นของความ เป็นหมอที่ดีแล้ว สำหรับน้อง ๆ ที่อยากเป็นหมอก็คงอยากฝากว่าต้อง ค้นหาตัวเองก่อนว่าชอบจริง ๆ หรือเปล่า ไม่อยากให้เรียนตาม กระแส เพราะมันจะลำบากตัวเอง ลำบากผู้อื่นภายหลัง ซึ่งถ้าค้นหาตัวเองเจอแล้ว ก็มุ่งมั่น ชยัน และทำให้ดีที่สุด”

นศพ.ภากร กรลักขณ์



“พ่อและแม่ผมเป็นหมอทั้งคู่ เลยได้รับการปลูกฝังมา แต่ท่านก็ไม่ได้บอกว่าการเป็นหมอจะต้องดำเนินไปอย่างไร เพราะฉะนั้นจึงต้องมาเรียนรู้เอาเอง ซึ่งพอมาเรียนแล้วไม่่ง่ายเลย ต้องอาศัยความพยายามเพื่อที่จะผ่านไปได้ ตอนนี้เลยยังไม่คิดไว้ว่าจะต่อเฉพาะทางด้านไหน เหมือนกำลังอยู่ในช่วงค้นหาตัวเอง เดินหน้าต่อไปเพื่อตนเองและพ่อแม่ สำหรับผมการจะเป็นหมอที่ดีไม่ใช่แค่ว่าต้องเรียนให้เก่งเป็นที่หนึ่ง หรือยึดถือตามตำราอย่างเดียว ยังต้องมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นด้วย ในส่วนน้อง ๆ ที่สนใจอยากเป็นหมอ อย่างแรกก็ต้องมั่นใจว่าเราใช่สำหรับอาชีพนี้ เพราะถ้าคำตอบคือใช่ ก็จะทำให้เรียนได้ดี ผ่านเรื่องยาก ๆ ไปได้ แต่ถ้าคำตอบคือไม่ใช่ บางทีก็อาจจะ มีทางเดินที่ดีกว่านี้ เพราะว่าเส้นทางนี้ไม่ใช่เส้นทางที่ดีที่สุดสำหรับทุกคน”

นศพ.ภากร อรัญเชาว์ชัย



“เนื่องจากที่บ้านมีแต่ผู้สูงอายุ ทั้งคุณตา คุณยาย คุณพ่อ คุณแม่ ซึ่งพวกท่านก็มีอายุมากแล้ว เลยคิดว่าอยาก จะเรียนหมอ เพราะนอกจากจะได้นำวิชาความรู้ที่มีไปดูแลผู้อื่นแล้ว ยังสามารถที่จะดูแลคนในครอบครัวได้ด้วย โดยส่วนตัวแล้วจึงให้ความสนใจทางด้านอายุรกรรมมากเป็นพิเศษ และถึงแม้การเรียนทางด้านนี้จะยาก ต้องอาศัยความทุ่มเทและความรับผิดชอบสูง แต่เมื่อเลือกทางเดินของตนเองแล้วก็ต้องทำให้ดีที่สุด เพราะเชื่อว่าการทำหน้าที่ให้ดีที่สุดโดยไม่หวังผลตอบแทน ไม่เห็นแก่ตัว คิดถึงผู้อื่นเป็นอันดับแรก เป็นคำตอบของการเป็นหมอที่ดี ผมเชื่อแบบนั้น สุดท้ายก็อยากฝากไว้ว่าในการรักษาต้องใส่ใจคนไข้ ทุ่มเทใจลงไปในการทำงาน เพราะคนไข้ไม่ใช่สิ่งของ แต่เป็นสิ่งมีชีวิต เพราะฉะนั้นจึงต้องดูแลเขาอย่างดีที่สุด”

นศพ.วกันยา ตั้งบุญพันธ์



“สนใจอยากเป็นหมอ เพราะเป็นอาชีพที่ต้องเจอผู้คนมากมาย เจอคนใหม่ ๆ ทุกวัน ต้องปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น และช่วยเหลือผู้อื่นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดเวลา เหมือนกับได้ทำบุญอยู่ทุกวัน และในอนาคตคิดว่าจะต่อยอดทางด้านสัตวศาสตร์ เพราะชอบการผ่าตัดและการทำหัตถการ ส่วนตัวมองว่าการจะเป็นหมอที่ดีต้องมีหลายปัจจัยร่วมกันหลัก ๆ ก็คือความรับผิดชอบ ความตรงต่อเวลา และความซื่อสัตย์ สำหรับน้อง ๆ ที่อยากเป็นหมอ อยากฝากไว้ว่าตอนนี้กระตือรือร้นค่อนข้างรุนแรงเกี่ยวกับอาชีพแพทย์ และมีเรื่องการฟ้องร้อง เลยอยากให้คิด ๆ ว่าชอบจริง ๆ หรือเปล่า เพราะอาชีพนี้ไม่ได้ทำเพื่อรวย แต่ต้องทำด้วยใจและทุ่มเท เพราะภาระงานที่ต้องรับผิดชอบนั้นหนักมาก แม้เรียนเก่งจะเป็นส่วนหนึ่ง แต่สุดท้ายแล้วถ้าเรียนแล้วไม่ใช่ว่าอาจจะล้มเหลวในจุดนี้ได้”



ดร.นพ.วัชรพล อเล็กซองดร์ กำเนิดศิริ

จิตแพทย์เวชศาสตร์การสงคราม 1 ใน 5 ของโลก

กับประสบการณ์จริงที่ยิ่งกว่านิยายใน “ชีวิตพลัดถิ่น”



ส่วนหนึ่งของความรู้สึกจากประสบการณ์ที่ถูกถ่ายทอดออกมาเป็นตัวอักษร จนมาสู่การรวบรวมจัดทำเป็นหนังสือ “ชีวิตพลัดถิ่น” ของ ดร.นพ.วัชรพล อเล็กซองดร์ กำเนิดศิริ จิตแพทย์เวชศาสตร์การสงคราม 1 ใน 5 ของโลก และคุณหมอไทยเพียงคนเดียว ที่ได้มาบอกเล่าเรื่องราวของชีวิตจริงที่ยิ่งกว่านิยายของคนไทย คนหนึ่งที่ได้ประสบกับเรื่องราวอันเกินคาดเดากว่าที่

หลาย ๆ คนจะนึกถึง และก็เป็นบทพิสูจน์ให้เห็นว่า ในชีวิตของคนคนหนึ่งกว่าที่จะหล่อหลอมเป็นตัวตนดังเช่นในปัจจุบันได้ แต่ละคนต่างต้องผ่านประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งมีทั้งสุข และทุกข์ เพียงแต่ว่าใครจะประสบกับสิ่งใดมากกว่ากัน และใครที่จะแข็งแกร่งพอที่จะก้าวผ่านไปสู่ความสำเร็จได้

“

จอยักษ์ยันคะยอให้ลูกของคุณเรียน
เพื่อทำความฝันของคุณให้เป็นจริง
ให้โอกาสเขาได้มีทางเลือกด้วยตัวเขาเอง
ให้เขาได้ใช้เวลาในโลกตามวัยของเขาเอง
อย่างเต็มที่ ให้เขาได้กระโดดโลดเต้น
ลองทุกอย่างที่เขาอยากลอง ให้เขาได้รู้ ให้เขาได้เห็น
เป้าหมายของเขาอยู่ห่าง ๆ ดุเขากำพิด ดุเขาเจ็บ
ดุเขาร้องไห้ ดุวิธีหาทางออกของเขา
เข้าไปช่วยเมื่อเขาร้องขอ ชื่นชมเมื่อเขากำพิด
ปลอบโยนและให้กำลังใจเมื่อเขากำพิด
แล้วลูกของคุณจะกลายเป็นผู้ใหญ่
ที่มีความรับผิดชอบต่อชีวิต
และน่าทึ่งมากกว่าที่คุณคาดไว้

”



ดร.นพ.วัชรพล เป็นจิตแพทย์เวชศาสตร์การสงคราม (War Psychiatrist) สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอริสโตเติล แห่งเธสซาโลนิกิ (Aristotle University of Thessaloniki) และจากภาควิชาแพทยศาสตร์การทหาร วิทยาลัยนายทหารสัญญาบัตรแห่งสาธารณรัฐเฮลเลนิก (Hellenic Corps Officers Military Academy) ประเทศกรีซ

คุณหมอเริ่มทำงานเป็นแพทย์ทหาร ก่อนไปศึกษาต่อหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางสาขจิตเวชศาสตร์ (Psychiatry) สาขาย่อยนิติจิตเวชศาสตร์ (Forensic Psychiatry) หลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาจิตเวชศาสตร์การสงคราม (War Psychiatry) เฉพาะทางย่อยวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และนโยบายความมั่นคง (Science, Technology, and Security Policy) หลักสูตรการสะกดจิตและการทำบำบัด (Clinical Hypnosis and Hypnotherapy) และหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางย่อยสาขาเวชศาสตร์การสืบพันธุ์ (Sexual Medicine) ของ European School of Sexual Medicine ณ มหาวิทยาลัยออกซฟอร์ด สหราชอาณาจักร

ดร.นพ.วัชรพล เป็นนักสกีระดับ 3 ดาว (3e etoile) ของ Ecole du ski Francais (ESF) เป็นนักดำน้ำสมัครเล่นที่สำเร็จหลักสูตรการ

ดำน้ำลึกขั้นสูง (Advance Open Water) ของสมาคม PADI (Professional Association of Diving Instructors) ประเทศสหรัฐอเมริกา และยังเป็นนักบินร่มร่อน (Paragliding) ระดับกลางของฝรั่งเศส (Club de Parapente) อีกด้วย

ปัจจุบัน **ดร.นพ.วัชรพล** ใช้ชีวิตและทำงานอยู่ที่กรุงปารีส สาธารณรัฐฝรั่งเศส แต่ยังรับเป็นแพทย์ที่ปรึกษา (Consultations sur Rendez-vous) ดูแลผู้ป่วยชาวไทยในสหภาพยุโรปอยู่ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงบรัสเซลส์ ราชอาณาจักรเบลเยียม ทั้งนี้คุณหมอกำลังศึกษาต่อในระดับปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (PhD.) สาขาจิตวิทยาการแพทย์และจิตพยาธิวิทยา (Medical Psychology and Psychopathology) ณ คณะแพทยศาสตร์แห่งที่ 1 มหาวิทยาลัยชาร์ลส์แห่งกรุงปราก สาธารณรัฐเช็ก

สำหรับหนังสือ“ชีวิตพลัดถิ่น” เป็นผลงานการเขียนบอกเล่าเรื่องราวผ่านประสบการณ์ของ **ดร.นพ.วัชรพล** จิตแพทย์เวชศาสตร์การสงครามอาชีพที่มีคนทำอยู่เพียง 5 คนในโลก และคุณหมอเป็นคนไทยเพียงคนเดียวโดยเนื้อหาในหนังสือกล่าวถึงเรื่องราวชีวิตจริงที่ยิ่งกว่านิยาย

ของคนไทยในต่างแดนที่ประสบพบเจอเหตุการณ์ไม่คาดฝัน โดยคุณหมอเป็นผู้ร่วมในเหตุการณ์และได้ช่วยเหลือคนไทยเหล่านั้น เนื้อหาในเล่มแบ่งเป็น 3 บท บทแรกและบทที่สองนำเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับคนไทยมาเปิดเผย ได้แก่ เรื่อง “เมื่อผมเจอคนไข้ที่ (เชื่อว่า) ถูกควายธนูขวิด (ในฝรั่งเศส) และเรื่อง โศกนาฏกรรมรัก (ของ 2 นักเรียนไทย) ณ กรุงปารีส...ในฤดูใบไม้ผลิ” ทั้งนี้คุณหมอได้นำเนื้อหาบางส่วนของทั้ง 2 เรื่องไปถ่ายทอดลงในเว็บไซต์พันทิป ซึ่งได้รับเสียงตอบรับดีมากจนสร้างปรากฏการณ์ มียอดวิวกว่า 500,000 ภายในระยะเวลา 1 เดือน และมีผู้เข้ามา Comment มากกว่า 3,000 ความคิดเห็นภายในระยะเวลาแค่ 3 สัปดาห์ รวมทั้งทำให้มีแฟน ๆ นักอ่านนับแสนในหลากหลาย



Διασπορά

ชีวิตพลัดถิ่น



ประเทศอีกด้วย ส่วนบทที่สามคือ ชีวิตพลัดถิ่น ซึ่งกล่าวถึงเรื่องราวชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก ครอบครัว การเรียน การต่อสู้ที่ทำให้คุณหมอได้เป็นจิตแพทย์ เวชศาสตร์การสงคราม และใช้ชีวิตในต่างประเทศจนถึงปัจจุบัน

“ชีวิตพลัดถิ่น” เป็นหนังสือที่แสดงให้เห็นว่าผลกระทบของสถาบันครอบครัวที่มีต่อความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจของคนในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งที่พ่อแม่ทำลงไป ไม่ว่าจะโดยตั้งใจหรือไม่ ล้วนถูกฝังลงไปในชีวิตได้นานึกของลูก แน่แน่นอนว่าทุกครอบครัวไม่ได้สมบูรณ์ แต่หากมีความมุ่งมั่นตั้งใจ รู้จักวางแผน คิดวิเคราะห์ และแก้ปัญหาให้ดีย่อมสามารถนำชีวิตให้กลับมาตั้งหลักให้ดีได้

ทั้งนี้ **ดร.นพ.วัชรพล** ได้กล่าวถึงการเขียนหนังสือเล่มนี้ไว้ในคำนำว่า “ผมเขียนหนังสือเล่มนี้ด้วยความไม่ตั้งใจที่จะเขียน แต่เป็นความสงสัยที่อยากพิสูจน์ว่าสิ่งที่ผมเชื่อนั้นเป็นจริงดังที่มีใครเคยพูดให้ผมฟังหรือไม่ สิ่งที่ผมอยากพิสูจน์นั้นก็คือ เรื่องเล่าที่ผมอยากถ่ายทอดให้คนที่สนใจได้รับรู้ถึงชีวิตที่หลากหลายของคนไทยในต่างแดน ซึ่งไม่ได้มีแต่ด้านดี ทว่าคนที่เคยอยู่ประสบ พบเห็น พยายามที่จะไม่พูดถึง ยกเว้นว่าเรื่อง ๆ นั้นจะไม่ใช่ว่าเรื่องที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อตัวเอง เรื่องทุกเรื่องที่ผมยกมาเป็นอุทาหรณ์ล้วนเป็นเรื่องจริง ซึ่งผมได้ตัดทอนส่วนที่อาจสร้างความเสียหายให้ผู้ที่ถูกกล่าวถึงออกไป เหลือเอาไว้เพียงหัวใจของเรื่อง แก่นที่ผมต้องการจะสื่อ เพราะนี่คือชีวิตของคนที่มีชีวิตและเคยมีชีวิตอยู่บนโลกใบนี้ร่วมกับพวกเราทุกคน ถึงแม้เราอาจจะไม่เคยได้พบกันเลยก็ตาม ผมคิดว่าความรักเป็นปัจจัยห้าที่สำคัญของมนุษย์ มนุษย์ที่ไร้ซึ่งความรักมีพื้นฐานนั้นคือความกตัญญูจะทำให้อยู่ร่วมกับผู้คนในสังคมลำบาก เพราะความกตัญญูเป็นสิ่งจำเป็นในชีวิต ทำให้เรามีความเป็นมนุษย์หลงเหลืออยู่



เป็นผู้คน จะกตัญญูกับอะไร กับใคร ที่ไหน เมื่อไหร่ ไม่ใช่เรื่องที่ต้องทำตามกันเป็นแพะชัน ทั้งนี้ ความกตัญญูที่ประเสริฐสุดก็คือ ความกตัญญูต่อคุณพ่อ คุณแม่ และบุคคลที่เลี้ยงดูคุณมา เพราะถ้าไม่มีพวกเขาเหล่านี้ ก็คงไม่มีตัวคุณในวันนี้เช่นเดียวกัน”

“ความรักเป็นสิ่งสำคัญ แต่ความกตัญญูนั้นมีความสำคัญมากกว่า ถ้าจะให้ดีที่สุดก็ควรจะมี ความกตัญญูในความรักที่ได้รับ แล้วโลกใบนี้คงจะเป็นสังคมที่น่าอยู่ พร้อมผู้คนน้ำใจงามเพิ่มมากขึ้น ผมเชื่อเช่นนั้น”

ผมเรียนหนังสือมาก็มากพอสมควร ถึงแม้จะเป็นแพทย์ อายุรแพทย์ แพทย์ระบบทางเดินอาหาร แต่ก็เป็นครูแพทย์ด้วย ตั้งแต่ พ.ศ. 2514 รวม 42 ปีแล้ว อยู่ในทั้งวงการแพทย์ และวงการการศึกษา เป็นทั้งนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ประธานกรรมการสอบ 'board med' (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางสาขาวิชาอายุรศาสตร์) ของไทย เลขานุการแพทยสภา สมาชิกวุฒิสภา และยังเรียนหลักสูตรต่าง ๆ นานา อีกมากมายคือ สถาบันจิตวิทยา

ไปรุ่งใส ยอมให้ตรวจสอบ รับผิดชอบ ไม่ฟุ้งเฟ้อ การมีส่วนร่วม ไม่ใช่เรื่องใครเรื่องมันทำงานเป็นทีม อ่อนน้อมถ่อมตน ไม่ดูถูกคนอื่น มีเหตุผล เดินสายกลางในชีวิต เห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้อื่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา รักและเป็นห่วงผู้ป่วย (ในกรณีของหมอ) มีเวลาให้ผู้ป่วย ไม่ดูผู้ป่วย เอาผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง รักและเป็นห่วงประชาชน รักประเทศ (ในกรณีของนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรี ส.ส. สว. คณะรัฐบาล ข้าราชการ ฯลฯ) ไม่เอาเปรียบคนอื่น ไม่โกง ไม่มีคอร์รัปชัน ไม่ขโมย ไม่ทิ้งขยะบนถนน

รุนแรง เอาเปรียบคนอื่น มีแต่การโกง การคอร์รัปชัน ทำตัวไม่ดีเป็นตัวอย่าง เด็ก ๆ ถึงแม้จะได้รับการอบรมที่ดีจากบิดา มารดา ครูบาอาจารย์ ก็จะเป็นคนดีไม่ (ค่อย) ได้ ฉะนั้นถ้าอยากให้เด็ก เยาวชน ซึ่งต่อไปจะเป็นผู้ใหญ่ เป็นประชาชน เป็นนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรี ส.ส. สว. ข้าราชการ ฯลฯ ที่ดีได้เราต้องเปลี่ยนสังคม วัฒนธรรม ให้ทุก ๆ อย่างที่เป็นไปในชีวิตจริง มีภาพที่บ่งบอกถึงความดีจริง ๆ ไม่ใช่

คนดี... ใครมีส่วนสร้าง



วปอ. สถาบันพระปกเกล้า (ปปร.) วปอ.อีกครั้ง (หลักสูตร สวปอ.มส. รุ่นที่ 3) และล่าสุดที่เรียนจบคือ ปพพ. หรือหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ รุ่นที่ 2 ฯลฯ ซึ่งเรียนเรื่องธรรมาภิบาลอย่างเดียวหลายเดือน ทั้งวันศุกร์และวันเสาร์เต็มวัน "ธรรมาภิบาล" คืออะไร โดยสรุปก็คือ การบริหารจัดการที่ดี (ทั้งในภาครัฐและเอกชน) ซึ่งมีหลักอยู่ 6 ประการ (บางสถาบันให้มากกว่านั้น) คือ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความรับผิดชอบ หลักความโปร่งใส (ตรวจสอบได้) หลักการมีส่วนร่วม หลักความคุ้มค่า ฯลฯ ซึ่งเท่าที่ผมเรียนมาผมคิดว่าหลักธรรมาภิบาลทั้ง 6 ข้อ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของความเป็นคนดี เช่น หลักนิติธรรม ก็คือการเคารพกติกา กฎหมายของบ้านเมือง สังคม ซึ่งคนดีก็จะทำตามกฎอยู่แล้ว ความโปร่งใส รับผิดชอบ ตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วม ก็คือความเป็นคนดีนั่นเอง หรือหลักความคุ้มค่า - cost effective ก็การเป็นคนดีอีกนั่นแหละ รู้จักค่าของเงิน สรุปแล้วธรรมาภิบาลคือ การเป็นคนดีนั่นเอง การเป็นคนดีมีความหมายกว้างขวางกว่าธรรมาภิบาลมากมาย เช่น เคารพกติกา กฎหมายบ้านเมือง

เห็นแก่ส่วนรวม เคารพ ยอมรับเหตุผลผู้อื่น ยอมรับว่าตัวเองมีความสามารถแค่ไหน ปรึกษาต่อ ส่งต่อ (แพทย์) ฟังผู้อื่น อยากมีความก้าวหน้า อยากทันสมัยเรื่องความรู้ จะได้ช่วยประชาชนได้ ฉะนั้นจะต้องมี life long learning ฯลฯ

แต่ที่ตกลงคือ เราต้องสมัครมาเข้าเรียนหลักสูตร "ธรรมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์" เมื่ออายุ 40-75 ปี! ทั้ง ๆ ที่ทุก ๆ คนควรรู้เรื่องหมดแล้ว เรื่องความเป็นคนดี นี่หมายความว่าคนอีก 60 กว่าล้านคนที่ไม่สามารถเข้ามาเรียนหลักสูตรนี้ไม่เป็นคนดีหรืออย่างไร? ผมมีความเห็นว่าเรื่องความเป็นคนดีนั้น เราต้องสอนตั้งแต่เกิด แต่ไม่ใช่บิดา มารดา ครอบครัว หรือแม้แต่โรงเรียนเท่านั้นที่มีส่วนในการสอน บ่ม อบรมเรา แต่ทุก ๆ คน ชุมชน สังคม ภาครัฐ ภาคเอกชน สื่อ ต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับการสอนเรื่องความดีด้วย ต้องพูดและทำด้วย ไม่ใช่เอาแต่พูด ถ้าบิดา มารดา ครู สอนให้เป็นคนดี แต่สังคม เช่น ทีวี หนังสือพิมพ์ วิทยุ นักการเมือง เอาแต่เรื่องที่ไม่ดีมาออกหรือแสดงให้เห็นเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี มีแต่ความฟุ้งเฟ้อ มีแต่ความ

พูดอย่าง ทำอย่าง

แต่อย่างน้อยผมก็พยายามทำหน้าที่ให้แก่ลูกศิษย์ที่ต้องการมาเรียนกับผมทุกเข้า นอกเวลา นอกเหนือหน้าที่ โดยขอร้องให้เขามีความดีเป็นอันดับที่ 1 เหนือความเก่ง ผมจะใช้เวลา 3-4 ชั่วโมงพูดเรื่องนี้ โดยยกตัวอย่างต่าง ๆ ให้เขาเห็นจากประสบการณ์มากมายที่ผมมี แล้วจึงจะลงเรื่องการเรียนรู้ วิธีเรียน career path การสอน การไปนอก การลงทุน การดูแลสุขภาพ รวมทั้งหัวข้อทางโรระบบทางเดินอาหาร 6-7 เรื่อง ความจริงโรคต่าง ๆ ถึงแม้ผมไม่สอน เขาก็จะสอบผ่านอยู่แล้ว เพราะหาอ่านได้ แต่วิธีการที่จะนำไปสู่ความเป็นคนดีที่เก่ง ที่รอบรู้ และมีสุขภาพดี หรือเรื่องอื่น ๆ เขาจะหาที่อ่านไม่ได้

ถ้าทุก ๆ คนเป็นคนดี หรือประชาชนส่วนใหญ่เป็นคนดี ท่านลองคิดว่าประเทศไทยจะน่าอยู่ยิ่งกว่านี้เพียงใด ตอนนี้ ขณะนี้ ก็ยังน่าอยู่ อยู่แล้ว! ถ้าทุก ๆ คนเป็นคนดี ประเทศไทยก็คือ "สวรรค์บนดิน" นั่นเอง ยิ่งกว่าหางโจว (Hangzhou) เมืองที่ประเทศจีนอ้างว่าเป็น "สวรรค์บนดิน" เสียอีกหลายร้อยเท่า

วัคซีนมาลาเรียใกล้วางตลาด

บีบีซี – บริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์ เตรียมวางตลาดวัคซีนมาลาเรียตัวแรกของโลก หลังผลการ
ศึกษาในเด็กแอฟริกาซึ่งสามารถลดจำนวนผู้ป่วย

ผู้เชี่ยวชาญหลายฝ่ายเชื่อว่า วัคซีน RTS,S ซึ่งบริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์ พัฒนาร่วมกับองค์กรไม่หวังผลกำไรจะผ่านการ
อนุมัติและเป็นวัคซีนมาลาเรียตัวแรกของโลกด้วยผลลัพธ์ที่ดีจากการศึกษาหลายครั้งที่ผ่านมา โดยพบว่าวัคซีนนี้สามารถลดจำนวน
ผู้ป่วยในวัยเด็กเล็กได้เกือบครึ่งหนึ่ง และลดได้ราวร้อยละ 25 ของอัตราการติดเชื้อมาลาเรียในทารก

ด้านตัวแทนของบริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์ เปิดเผยว่าจะยื่นขออนุมัติวัคซีนต่อองค์การยาแห่งสหภาพยุโรป (อีเอ็มเอ) ในปีหน้า
โดยจะยื่นผ่านช่องทางที่สนับสนุนการเข้าถึงยาใหม่สำหรับประเทศยากจน ขณะเดียวกันก็มีการคาดการณ์ว่าองค์การอนามัยโลก
อาจแนะนำให้ใช้วัคซีน RTS,S ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2558 หากอีเอ็มเอมีมติอนุมัติการใช้วัคซีน

โรคมาลาเรียซึ่งเกิดจากปรสิตในยุงได้คร่าชีวิตผู้ป่วยทั่วโลกปีละหลายแสนราย วัคซีนที่สามารถป้องกันมาลาเรียได้จึงนับเป็น
เครื่องมือสำคัญในความพยายามกวาดล้างมาลาเรีย



นักวิจัยสหรัฐฯ สร้างสวนสัตว์แบคทีเรีย

บีบีซี – นักวิจัยสหรัฐฯ สร้างสวนสัตว์แบคทีเรียโดยใช้กรงทำจากเยลลี

นักวิจัยของมหาวิทยาลัยเท็กซัสใช้เทคโนโลยีการพิมพ์สามมิติสร้างโคลนนิ่งของ
แบคทีเรีย และผสมแบคทีเรียด้วยเจลลาตินพิเศษ จากนั้นจึงใช้แสงเลเซอร์ตัดขอบเจลลาติน
เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างของเจลลาตินให้ทำหน้าที่เป็นกรงกักแบคทีเรียไว้ภายใน ซึ่งด้วยวิธีนี้ทำให้นักวิจัยสามารถสร้างกรงกักแบคทีเรีย
หลายกลุ่มไว้รวมกันคล้ายสวนสัตว์

นักวิจัยคาดว่า การสร้างสวนสัตว์แบคทีเรียจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาพฤติกรรมของแบคทีเรียเมื่ออยู่รวมกันเป็นกลุ่ม และ
อาจนำไปสู่การทำความเข้าใจกระบวนการพัฒนาตัวเองให้ทนทานต่อยาปฏิชีวนะด้วยการจับกับแบคทีเรียตัวอื่น ซึ่งการศึกษาด้วยวิธีนี้
จะส่งผลดีต่อการปรับปรุงแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

ด้านผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า ปัจจุบันเราแทบไม่รู้อะไรเกี่ยวกับการรวมกลุ่มของแบคทีเรียเลย รวมถึงเรื่องที่แบคทีเรีย
ทำงานหรือสัมพันธ์กันอย่างไร แต่จากที่เราทราบกันแล้วว่าการติดเชื้อมักเกิดจากเชื้อโรคมากกว่าหนึ่งตัวทำให้การศึกษานับเป็นโอกาสดี
ในการติดตามพฤติกรรมของแบคทีเรียที่มีผลต่อการติดเชื้อ



ฟ้องยูเอ็นชดเชยอหิวาต์ในเฮติ

รอยเตอร์ส – กลุ่มทนายความเพื่อสิทธิมนุษยชนยื่นฟ้องสหประชาชาติ (ยูเอ็น) เรียกร้อง
ค่าชดเชยแก่ชาวเฮติจากเหตุอหิวาต์ระบาด

การยื่นฟ้องครั้งนี้มีขึ้นหลังจากที่ยูเอ็นประกาศจะไม่จ่ายค่าชดเชย 2,200 ล้านดอลลาร์
ต่อการระบาดของอหิวาต์ในเฮติ ตามที่เชื่อกันว่ามีสาเหตุมาจากเจ้าหน้าที่รักษาสันติภาพของยูเอ็น โดยเหตุอหิวาต์ระบาดได้คร่าชีวิต
ผู้ติดเชื้อกว่า 8,300 ราย และทำให้มีผู้ติดเชื้อแล้วกว่า 650,000 คนนับตั้งแต่พบการระบาดเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553

ตัวแทนทนายความแถลงว่า ปัจจุบันเฮติมีการระบาดของอหิวาต์รุนแรงที่สุดของโลกทั้งที่ไม่เคยพบอหิวาต์มาก่อนเลย ในช่วง
หนึ่งศตวรรษที่ผ่านมา และว่าเงินชดเชยที่เรียกร้องดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อให้ทางการเฮตินำไปใช้กำจัดอหิวาต์ และจ่ายค่าเสียหายแก่
ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากอหิวาต์ พร้อมกันนี้ยังได้ดำเนินยูเอ็นที่ละเลยการดูแลสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่จนทำให้เกิดโรคแพร่ระบาด

อนึ่ง เชื่อกันว่าเหตุอหิวาต์ระบาดในเฮติมีต้นตอมาจากเจ้าหน้าที่รักษาสันติภาพที่เดินทางมาจากเนปาล เนื่องจากเป็นประเทศ
ที่มีการระบาดของอหิวาต์ และเพิ่มมีตัวเลขผู้ติดเชื้อสูงขึ้นในช่วงเวลาไล่เลี่ยกัน

ใช้เนยถั่วตรวจอัลไซเมอร์

ซีบีเอสนิวส์ - เนยถั่วอาจเป็นเครื่องมือใหม่สำหรับตรวจภาวะบกพร่องในการรับกลิ่นอันเป็นสัญญาณของอัลไซเมอร์ระยะแรก

นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยฟลอริดาของสหรัฐอเมริกาใช้เนยถั่วตรวจสัญญาณของอัลไซเมอร์ระยะแรกจากความสามารถในการรับกลิ่น โดยให้ผู้ทดสอบปิดตาและปิดจมูกไว้ทีละข้าง จากนั้นจึงค่อยเลื่อนด้วยเนยถั่วเข้าไปใกล้จมูกทีละน้อย และวัดระยะที่ผู้ทดสอบสามารถรับกลิ่นเนยถั่วด้วยจมูกข้างซ้ายและขวา

นักวิจัยเปิดเผยว่า ผู้ทดสอบที่เป็นอัลไซเมอร์ทั้งหมดล้วนมีความบกพร่องของการรับกลิ่นด้วยจมูกข้างซ้าย โดยมีระยะการรับกลิ่นเฉลี่ยเพียง 10 เซนติเมตร เทียบกับจมูกด้านขวาซึ่งรับกลิ่นได้ที่ระยะ 20 เซนติเมตร อันเป็นระยะปกติของคนทั่วไป และว่าการตรวจด้วยเนยถั่วนี้เป็นวิธีที่ทำได้เร็วและประหยัดกว่าสำหรับช่วยแพทย์ยืนยันโรคอัลไซเมอร์เทียบกับหลายวิธีที่ใช้กันในปัจจุบัน

อนึ่ง ผู้ป่วยอัลไซเมอร์อาจเกิดปัญหาการรับกลิ่นก่อนภาวะบกพร่องด้านการจำ ซึ่งการตรวจพบอัลไซเมอร์ได้ตั้งแต่ระยะแรกจะเป็นส่วนสำคัญในการรักษาเพื่อชะลอไม่ให้โรคลุกลามไปอย่างรวดเร็ว

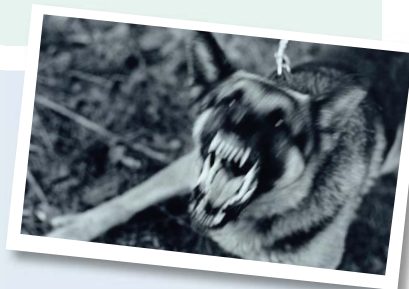


จีแก้ปัญหาลิงสุนัขบ้าแอฟริกา

รอยเตอร์ส - ผู้เชี่ยวชาญชี้ปัญหาการเข้าถึงวัคซีนทำให้มีผู้เสียชีวิตจากพิษสุนัขบ้าถึงปีละราว 24,000 รายในแอฟริกา และผู้เคราะห์ร้ายส่วนใหญ่เป็นเด็ก

การประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านโรคพิษสุนัขบ้าซึ่งมีขึ้นที่กรุงดakarของประเทศเซเนกัล ระบุว่าปัจจุบันแอฟริกามีอัตราการตายของผู้ติดเชื้อพิษสุนัขบ้าราวครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อทั่วโลก และสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการถูกสุนัขกัด และว่าปัญหาความยากจนอันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงวัคซีนเป็นสาเหตุสำคัญของการตายจากพิษสุนัขบ้า ทั้งที่การฉีดวัคซีนแก่คน รวมถึงสุนัขและสัตว์เลี้ยงเป็นเพียงวิธีเดียวที่จะป้องกันได้

ราคาวัคซีนพิษสุนัขบ้าในแอฟริกาอยู่ที่ราวเข็มละ 10 ยูโร และต้องฉีดประมาณ 4-5 เข็มจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้ อย่างไรก็ตาม ราคาวัดขึ้นยังถือว่าสูงลิบลับสำหรับผู้ยากไร้ในเขตชนบทของแอฟริกา ด้วยเหตุนี้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจึงมีแนวคิดแก้ปัญหาการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าแบบเฉพาะหน้าไปก่อนด้วยการล่าสุนัขให้อยู่กับที่



ความเสี่ยงซึมเศร้าเริ่มตั้งแต่ในครรภ์

บีบีซี - ผลการศึกษาโดยนักวิจัยอังกฤษชี้ ทารกที่แม่ป่วยซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าสูงขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

ผลการศึกษาโดยนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยบริสตอลเสนอแนะให้รักษาโรคซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์อย่างจริงจังในฐานะการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นกับลูก

ในระยะยาว ตามที่พบว่าเด็กที่แม่มีอาการซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าสูงขึ้น 1.38 เท่า เมื่ออายุได้ 18 ปี

นักวิจัยกล่าวว่า การที่สามารถรักษาโรคซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์จึงนับว่าเป็นการลดความทุกข์ทรมานได้ทั้งแม่และลูก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษาบอกเพียงว่าภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นของลูก แต่ไม่ได้บ่งบอกว่าเป็นสาเหตุให้ลูกมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าสูงขึ้น และประเด็นนี้ควรที่จะมีการศึกษาต่อไป

อีกด้านหนึ่งผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะว่า ผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าควรได้รับการรักษาก่อนตั้งครรภ์เนื่องจากฮอร์โมนความเครียดอาจไปส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์



สิ่งละอันพันละน้อยที่...ปราก

การเดินทางไปปรากใช้เวลาหลาย ชั่วโมง ซึ่งการเดินทางด้วยเครื่องบินก็ควร เลือกที่นั่งติดทางเดินที่เรียกว่า aisle seat เพื่อจะได้เข้าห้องน้ำได้สะดวก หรือเลือกที่นั่ง ซึ่งมีที่เหยียดขาด้านหน้าได้กว้างที่เรียกว่า bulkhead seats ซึ่งมักติดกับห้องเตรียม อาหารของพนักงานบนเครื่อง

ปรากเป็นเมืองหลวงของสาธารณรัฐ เช็ก ซึ่งมีปราสาทมากมายและสามารถเดิน เทียวได้ทั่วเมือง อย่างไรก็ดี การเดินทาง ท่องเที่ยวด้วยรถไฟใต้ดินก็สะดวกเช่น กัน วัฒนธรรมส่วนใหญ่ยังคงเหมือนประเทศ ในยุโรปทั่วไป นั่นคือผู้คนชอบเดินเล่น กลางแจ้ง หรือนั่งรับประทานอาหาร กลางแจ้ง

ร้านอาหารกลางแจ้งมักมีผ้าห่ม สีแดงผืนใหญ่อยู่ตามเก้าอี้ที่นั่ง เพื่อเอาไว้ ห่มตัวกันหนาวในขณะที่นั่งรับประทานอาหาร กลางแจ้ง



อาหารของเช็กมักมีรสเค็มมาก อาหารประจำชาติเป็นขาหมูที่กินกับแป้ง นุ่ม ๆ และผักกาดดอง แม้แต่ไส้กรอกที่มี ขายอยู่ดาษดื่นก็มีรสเค็มน้อยไปจนถึงเค็ม มาก บางครั้งก็เอาแผ่นแป้งโรตีสมาพันไส้กรอก ให้เดินกิน



มันฝรั่งทอดก็หันเป็นแว่นบาง ๆ มาทอด ซึ่งรสเค็มมากเช่นกัน ทั้งที่หลังทอด เสร็จแล้วก็ไม่เห็นว่าเขาจะโรยเกลือเลย ก็ ไม่รู้ว่าแอบใส่เกลือเข้าไปในตอนทอดหรือ เปล่า



อัตราการบริโภคเบียร์ของชาวเช็ก ต่อคนถือว่าสูงที่สุดในโลก โดยเฉลี่ยการ บริโภคอยู่ที่ 150 ลิตร/คน/ปี ราคาของเบียร์ ในร้านอาหารส่วนใหญ่ถูกกว่าราคาของ เครื่องดื่มที่ไม่ใช่แอลกอฮอล์

สาธารณรัฐเช็กไม่เพียงแต่ขึ้นชื่อ ในเรื่องการเป็นนักดื่มเบียร์ แต่ยังได้รับการ ยอมรับเรื่องการเป็นผู้ส่งออกเบียร์ติดอันดับ 10 ของโลกอีก สำหรับตลาดเบียร์ใน สาธารณรัฐเช็ก ประชาชนส่วนใหญ่ดื่มเบียร์ สด (Draught Beer) ที่ผลิตภายในประเทศ มากกว่า สำหรับเบียร์กลั่น (Lager Beer) ส่วนใหญ่ผลิตเพื่อการส่งออกไปขายนอก ประเทศ

รสนิยมการบริโภคเบียร์ของ ชาวเช็ก ส่วนใหญ่ค่อนข้างจะเป็นกลุ่ม อนุรักษ์ **ประการแรก** คือ ชอบการดื่มเบียร์ ท้องถิ่นมากกว่าเบียร์ที่นำเข้าจากต่างประเทศ ส่วนแบ่งการตลาดในเช็กของเบียร์นำเข้า มีเพียงเล็กน้อย คืออยู่ที่ประมาณน้อยกว่า ร้อยละ 5

ประการที่สอง ชาวเช็กนิยมเบียร์ ที่มีรสชาติขม ซึ่งไม่เหมือนชนชาติอื่น ๆ **และประการที่สาม** ชาวเช็กไม่นิยมดื่ม เบียร์ที่มีการปรุงรสชาติ (Favoured Beer)

ซึ่งเป็นที่นิยมในประเทศยุโรปที่ผู้บริโภคนิยมเบียร์ที่มีรสชาตินุ่มละมุน แต่ชาวเช็กกลับชอบรสชาติที่เป็นแบบดั้งเดิมมากกว่า ร้านสะดวกซื้อในปรากที่นิยมกันคือ albert supermarket ซึ่งก็ขายของใช้ประจำวันคล้ายร้าน 7-eleven ที่เราเห็นแพร่หลายในเมืองไทย แต่หลายครั้งร้านกลับสร้างอยู่ใต้ดินตามทางเดิน



ส่วนร้านที่เรียกว่า hypermarket จะเป็นห้างสรรพสินค้าที่ใหญ่มากกว่า supermarket และมีของใช้หลากหลายทั้งที่ใช้ในชีวิตประจำวันไปจนถึงเฟอร์นิเจอร์ชิ้นใหญ่ ๆ

เวลาใช้บันไดเลื่อนขาขึ้น ผู้คนมักพากันยืนชิดซ้าย และบันไดเลื่อนขาลงก็พบว่าผู้คนพากันยืนชิดขวา ทั้งนี้เพื่อเหลือช่องทางอีกด้านหนึ่งให้คนที่รีบสามารถวิ่งผ่านไปได้ พบว่าผู้คนที่อยู่ในช่องทางเร่งรีบนี้มักไปถึงเป้าหมายได้เร็วกว่ายืนคอยให้บันไดเลื่อนไปถึงเป้าหมายเอง

หลังจากเดินเที่ยวไปทั่วเมือง ก็มักพบร้านขายรองเท้ายี่ห้อบาจา กระจ่ายอยู่ในหลายแห่ง จนก็เพิ่งรู้ว่ารองเท้าบาจา (Bata - ภาษาเช็ก) มีต้นกำเนิดมาจากสาธารณรัฐเช็กนี้เอง โดยครอบครัวของ Tomas Bata ช่างซ่อมรองเท้าได้รับออเดอร์สั่งตัดรองเท้าจำนวนมากจากกองทัพทหารในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 และจากนั้นก็พัฒนาเรื่อย ๆ จนกลายเป็นธุรกิจรองเท้าบาจาที่โด่งดังไปทั่วโลก

แหมหลงคิดว่าเป็นของไทยมาตลอดนะเนี่ย



เมืองปรากเต็มไปด้วยเสียงเพลงเวลาเดินไปที่ใดก็ตามมักมีเสียงเพลงล่องลอยมาให้ได้ยินอยู่เสมอ ๆ บางครั้งก็แอบเห็นคนเล่นดนตรีอยู่ตามมุมต่าง ๆ บนทางเดิน เช่น เห็นหญิงสาวยืนสีไวโอลินอยู่ข้างโบสถ์พร้อมกับมีกล่องรับเงินอยู่ด้านหน้า บางครั้งก็เห็นวงดนตรีที่เพื่อน ๆ มารวมตัวกันเล่นอยู่ที่จัตุรัสเมืองเก่าหรือบนสะพานชาร์ลส์



ความนิยมของยุโรปทั่วไปอีกแบบหนึ่งคือ การนั่งแข็งเป็นหุ่นในลักษณะต่าง ๆ ตามที่สาธารณะพร้อมกับมีกล่องรับเงินอยู่ด้วย เช่น ข้างสะพานชาร์ลส์ก็มีหญิงสาวทาหน้าขาวมานั่งห่มผ้าขาว แล้วทำท่าแข็งเป็นหุ่นอยู่ข้างสะพาน ซึ่งบางครั้งคนเดินผ่านไปมาแล้วไม่ทันสังเกตก็อาจเผลอเดินไปเหยียบได้



ป้ายบอกทิศทางในปรากมักเป็นภาษาเช็ก ดังนั้น ต้องจำให้ขึ้นใจว่าสะพาน

ชาร์ลส์มีชื่อในภาษาเช็กว่า Karlův most ไม่งั้นจะหาป้าย Charles Bridge ให้ตายก็ไม่เจอ



บนสะพานชาร์ลส์จะมีแผ่นหลักรูปนักบุญซึ่งมีคนมาอุจัจจนขึ้นเงา สังเกตว่าด้านล่างมีลูกกุญแจคล้องอยู่ ซึ่งก็ดูคล้ายวัฒนธรรมการคล้องกุญแจคู่รักที่เซนต์ทาวเวอร์ในประเทศเกาหลี



สำหรับสุขอนามัยและสถานพยาบาลในปรากนั้น ไม่มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนใด ๆ ก่อนเดินทางไปยังปราก แต่ควรแน่ใจว่ามีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักแล้ว ปรากมีระบบการดูแลสุขภาพที่ดีเยี่ยม พลเมืองของสหภาพยุโรปสามารถเข้ารับการรักษาและดูแลโดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพียงแสดงบัตรประกันสุขภาพกลุ่มสหภาพยุโรปที่ยังไม่หมดอายุ

ส่วนผู้ที่เดินทางมาจากประเทศอื่น ๆ นอกสหภาพยุโรปควรแน่ใจว่ามีประกันสุขภาพที่สามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายการรักษาทางแพทย์ที่อาจเกิดขึ้น แม้สาธารณรัฐเช็กจะมีบริการรักษาฉุกเฉินฟรีสำหรับทุกคน แต่ค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากนี้ ผู้ใช้บริการต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ภายในเมืองก็มีร้านขายยาซึ่งให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงตั้งอยู่ทั่วไป



การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

(ตอนที่ 3)

<<< (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

2. Goal/outcomes การจัดการระบบสาธารณสุข โดยให้เกิดผลบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่สำคัญ คือ ครอบคลุมของการบริการ ทั้งนี้เพื่อให้มีคุณภาพและความปลอดภัยในระบบสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

- Improved health (level and equity) มีสุขภาพดีขึ้นทั้งระดับของการพัฒนาสุขภาพ และประชาชนได้รับความเป็นธรรม (level and equity)
- Responsiveness การจัดการเพื่อให้บริการทางการแพทย์สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นในการเจ็บป่วยของประชาชน
- Financial Risk Protection การบริหารจัดการด้านการเงินให้เหมาะสม (ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงิน)
- Improved efficiency มีการพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้แนะนำการพัฒนาโครงการที่เกี่ยวข้องและกิจกรรมที่สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุข (Related programmes and activities) ได้แก่

- Health sector development การพัฒนาระบบสาธารณสุข
- Health services development การพัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์
- Healthcare financing การจัดสรรงบประมาณ
- Health information systems การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข
- Human resources for health การจัดสรรทรัพยากรบุคคลในการทำงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- Essential medicines and technology การจัดสรรเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์

ทั้งนี้รูปแบบการดำเนินการในการบริหารระบบสาธารณสุขตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกนั้น ได้กำหนดกรอบตามแนวทางทั้ง 6 รูปแบบที่เป็นกรอบการจัดตั้งองค์กรในระบบสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งจำเป็นในการจัดระบบสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในด้านการพัฒนาสุขภาพประชาชนให้ดีขึ้นตามที่ต้องการดังนี้คือ

1. Good health services การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีควรประกอบด้วยองค์การด้านสาธารณสุขทั้งหมด ประชาชน บุคลากร และการดำเนินการที่จะส่งเสริมสุขภาพ รักษาและดำรงสถานะสุขภาพที่ดี การบริการสุขภาพที่ดีจะนำไปสู่การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ทั้งในระบบและส่วนบุคคล จัดสรรให้แก่ผู้ที่จำเป็นที่จะได้รับการบริการในเวลาและสถานที่ที่จำเป็นนั้น

2. Health workforce การจัดทรัพยากรบุคคลด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยการจัดให้มีบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพจะสามารถให้การบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นในการให้บริการสาธารณสุขต่อประชาชนให้ได้ผลดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ในสถานการณ์ที่มีทรัพยากรที่เหมาะสมเพียงพอ

ทั้งนี้รูปแบบการดำเนินการในการบริหารระบบสาธารณสุขตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกนั้น ได้กำหนดกรอบตามแนวทางทั้ง 6 รูปแบบที่เป็นกรอบการจัดตั้งองค์กรในระบบสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งจำเป็นในการจัดระบบสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในด้านการพัฒนาสุขภาพประชาชนให้ดีขึ้นตามที่ต้องการ

3. Health information system การจัดการด้านข้อมูลข่าวสารและสถิติสาธารณสุขจะช่วยให้การวางแผนดำเนินการแก้ปัญหาในระบบสาธารณสุขและความเจ็บป่วยของประชาชนเพื่อช่วยให้การบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ (cost-effectiveness) มีความเหมาะสมทางวิชาการแพทย์ และแก้ปัญหาสาธารณสุขได้อย่างทันการณ์ และมีประสิทธิผล (cost-effective)

4. Health financing system การจัดให้มีงบประมาณเพียงพอในการทำให้ประชาชนได้รับความเป็นธรรมในการได้รับยาที่จำเป็น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่จำเป็นโดยไม่ต้องรับภาระจ่ายเงินจนล้มละลายหรือยากจนจากการจ่ายค่าการบริการสาธารณสุข

5. Leader-Leadership and governance ต้องมีองค์กรนำในการวางแผนในการจัดกรอบนโยบายในการดำเนินการด้านสาธารณสุข โดยมีการผสมผสานกับวิสัยทัศน์ที่กว้างขวาง มีความร่วมมือกันในระหว่างหน่วยงาน กำหนดการควบคุมการดำเนินการที่เหมาะสม มีแรงจูงใจในการดำเนินการ ให้ความสนใจต่อการวางระบบ และก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุข โดยที่รัฐบาลจะต้องดำเนินการเพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น ในขณะที่ต้องทำให้เกิดความเป็นธรรมแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ คุณภาพของการบริการ สิทธิของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ประชาชนและองค์กรเอกชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เพื่อช่วยกันทำให้ทุกส่วนของสังคมมีส่วนร่วมในการทำให้ระบบสาธารณสุขประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของการสาธารณสุขระดับชาติร่วมกัน

ข้อเสนอการปฏิรูปสาธารณสุขของปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อ้าง “ผลการสังเคราะห์ของ สวรส.” ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น

แนวทางการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขที่ สวรส. เสนอมานี้ แม้จะอ้างอิงจากแนวทางการจัดองค์กรในระบบสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก แต่ข้อเสนอของ สวรส. ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็นตามที่องค์การอนามัยโลกวางกรอบแนวทางไว้ และยังไม่เห็นว่าจะเกิดผลตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกได้อย่างไร

เนื่องจากแนวทางการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขตามที่ปลัดกระทรวงกำลังพยายามผลักดันอยู่ในขณะนี้ เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ และแยกส่วน ไม่ครอบคลุมทุกมิติของระบบสาธารณสุข และเสนอให้แก้ไขโดยการเสนอบทบาทของคณะกรรมการสุขภาพระดับชาติ National Health Authority เพียง 4 ระบบเท่านั้นคือ^(1,2)

1. ระบบบริการสุขภาพ (Health Services)
2. ระบบส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)
3. ระบบควบคุมและป้องกันโรค (Diseases Prevention and Control)
4. ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Health Consumer Protection)

ถ้าทำตามข้อเสนอของ สวรส. ที่ปลัดกระทรวงเสนอ จะเห็นว่าเป็นการเสนอการปฏิรูปเพียงใน Services Delivery เท่านั้น ไม่ครอบคลุมในอีก 5 ด้านสำคัญตามความครอบคลุมทั้งหมดเพื่อที่จะสามารถเข้าถึงเป้าหมายของ WHO Health System Framework อย่างที่ สวรส. นำมาอ้างแต่อย่างใด เป็นการเอามาอ้างเพื่อให้ดูดีมีหลักการ แต่แผนการที่เสนอจริงมิได้ครอบคลุมองค์ประกอบตามหลักการนั้น และยังไม่มีการเสนอแนวทางในการประเมินผลที่ชัดเจนว่าจะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ของการจัดระบบสาธารณสุขได้อย่างไร

แนวทางการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขที่ สวรส. เสนอมานี้ แม้จะอ้างอิงจากแนวทางการจัดองค์กรในระบบสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก แต่ข้อเสนอของ สวรส. ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็นตามที่องค์การอนามัยโลกวางกรอบแนวทางไว้ และยังไม่เห็นว่าจะเกิดผลตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกได้อย่างไร

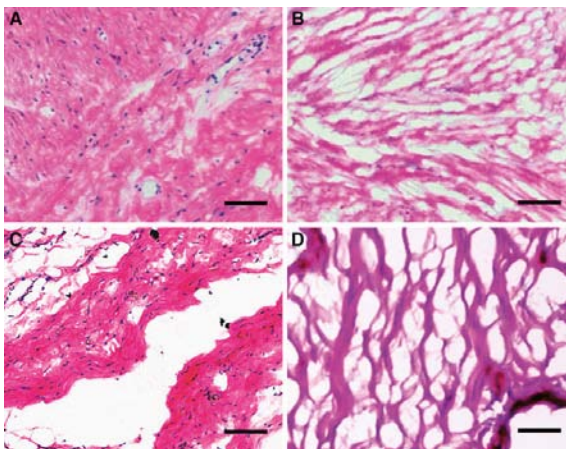
แนวทางการปฏิรูปสาธารณสุขตามข้อเสนอของ สวรส. เป็นการลดอำนาจการบริหารสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข

จะเห็นได้ว่าถ้าทำการปฏิรูปสาธารณสุขแบบที่ สวรส. เสนอผ่านปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่กล่าวมานี้ กระทรวงสาธารณสุขก็จะไม่สามารถกำหนดนโยบายหรือกำหนดแผนการทำงานได้เอง แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีบุคลากรที่เป็นนักวิชาการที่เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพราะอำนาจในการบริหารจัดการจะตกไปอยู่ในคณะกรรมการ ซึ่งบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุขจะมีเสียงเพียงหนึ่งในสามของคณะกรรมการทั้งหมด และทำให้ระบบสาธารณสุขมีการผิดเพี้ยนมากขึ้นไปจากปัจจุบันนี้

วัสดุการแพทย์แบบฉีด

ช่วยรักษากล้ามเนื้อหัวใจตาย (ตอนที่ 3)

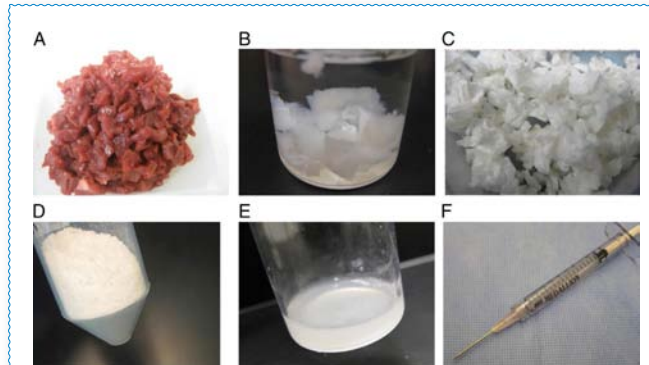
บทความตอนที่แล้วได้นำเสนอการใช้เทคนิคการฉีดวัสดุแบบฉีดที่สามารถถูกฉีดเข้าไปในบริเวณหัวใจที่ต้องการรักษาด้วยเทคนิคการผ่าตัดแบบเปิดแผลเล็ก เพื่อสร้างกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อทดแทนกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียหายหรือตายไปจากอาการหัวใจล้มเหลวหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยวัสดุที่ใช้เป็นวัสดุฉีดนี้อาจเป็นวัสดุสังเคราะห์หรือวัสดุธรรมชาติซึ่งจะมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป ปัจจุบันเริ่มมีความสนใจในการศึกษาการประยุกต์ใช้เนื้อเยื่อหัวใจธรรมชาติที่ผ่านการชะล้างเซลล์ (decellularized tissue) เพื่อประยุกต์ใช้งานเป็นวัสดุแบบฉีดด้วย เนื่องจากเนื้อเยื่อดังกล่าวจะประกอบด้วยสารองค์ประกอบนอกเซลล์ที่เหมาะสมต่อการรองรับการเจริญของเซลล์คล้ายคลึงกับในธรรมชาติมากกว่าวัสดุสังเคราะห์หรือแม้แต่วัสดุธรรมชาติอื่น ๆ นอกจากนี้ด้วยการที่กระบวนการชะล้างเซลล์นี้ยังกำจัดแอนติเจนของเซลล์ออกไปด้วย ทำให้ลดโอกาสที่จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอม การอักเสบ หรือการปฏิเสธจากร่างกาย ซึ่งยังส่งผลให้เปิดโอกาสที่จะนำเอาเนื้อเยื่อที่ผ่านการชะล้างเซลล์จากสัตว์มาใช้งานในมนุษย์ได้ด้วย ซึ่งปัจจุบันเนื้อเยื่อลำไส้ ผิวหนัง และลิ้นหัวใจจากทั้งวัวและหมูที่ผ่านการชะล้างเซลล์นั้นได้รับอนุญาตให้นำมาใช้งานทางคลินิกโดยองค์การอาหารและยาแล้ว แต่ปัญหาคือ จะทำอย่างไรที่จะทำให้เนื้อเยื่อที่ผ่านการชะล้างเซลล์นี้เปลี่ยนไปเป็นของเหลวที่เหมาะสมต่อการฉีดและเปลี่ยนสภาพเป็นของแข็งได้เมื่ออยู่ในร่างกาย



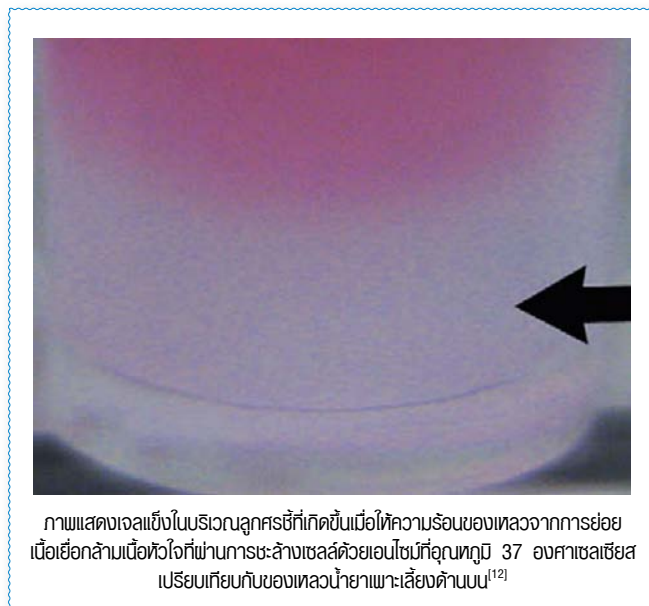
ภาพแสดงเนื้อเยื่อของเยื่อหุ้มหัวใจของมนุษย์ (A, B) และหมู (C, D) ที่ก่อน (A, C) และภายหลัง (B, D) ผ่านกระบวนการชะล้างเซลล์ออก จะเห็นได้ว่าภายหลังการชะล้างนั้นสามารถที่จะรักษาโครงสร้างของเนื้อเยื่อเอาไว้ได้ ในขณะที่เซลล์ถูกขจัดออกไป^[3]

ทีมวิจัยแห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมืองซานดิเอโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาเทคนิคในการทำให้น้ำเนื้อเยื่อที่ผ่านการชะล้างเซลล์เป็นของเหลวที่เปลี่ยนเป็นเจลแข็งที่สภาวะในร่างกายขึ้นมาได้ ถึงแม้ว่าในทางทฤษฎีแล้ว เนื้อเยื่อประเภทต่าง ๆ สามารถนำมาทำการชะล้างเซลล์และนำมาใช้เป็นวัสดุแบบฉีดได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาในแผ่นแปะกล้ามเนื้อหัวใจพบว่า หากใช้น้ำเนื้อเยื่ออื่นที่ไม่ใช่เนื้อเยื่อหัวใจแล้วจะเกิดการสร้างเนื้อเยื่ออื่น เช่น เนื้อเยื่อกระดูกอ่อนขึ้นมาในบริเวณดังกล่าวได้ ดังนั้น การใช้น้ำเนื้อเยื่อหัวใจสำหรับการผลิตเป็นวัสดุแบบฉีดจึงเป็นสิ่งที่เหมาะสมมากกว่า เนื้อเยื่อกล้ามเนื้อหัวใจ เนื้อเยื่อหลอดเลือด และเยื่อหุ้มหัวใจถือได้ว่าเป็นทางเลือกที่น่าสนใจสำหรับการใช้เป็นวัสดุแบบฉีดสำหรับการสร้างกล้ามเนื้อหัวใจทดแทน โดยเนื้อเยื่อทุกประเภทนี้จะถูกนำไปผ่านกระบวนการชะล้างเซลล์ออกด้วยการใช้สารเคมีทำความสะอาดจนหมด จากนั้นจะถูกทำให้แห้งและบดให้เป็นผงขนาดเล็ก จากนั้นนำไปย่อยด้วยสารละลายเอนไซม์จะทำให้ผงเนื้อเยื่อดังกล่าวเป็นของเหลวที่เหมาะสมต่อการฉีดผ่านทางสายสวนได้ โดยพบว่าของเหลวจากการย่อยเนื้อเยื่อทั้งที่ได้ทั้งจากหมูและมนุษย์สามารถเปลี่ยนเป็นเจลโดยกระบวนการประกอบด้วยตนเอง (self-assembly) ของสารประกอบที่ค่าความเป็นกรดและด่างและอุณหภูมิในร่างกายสิ่งมีชีวิตทั้งในการทดลองในห้องปฏิบัติการและในสิ่งมีชีวิตภายหลังฉีดเข้าไปในบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ เจลที่ได้มีลักษณะเป็นเส้นใยนาโนขนาด 40-100 นาโนเมตร และยังคงมีลักษณะโครงสร้างรูพรุนที่ใกล้เคียงกับโครงสร้างของเนื้อเยื่อที่ผ่านการชะล้างเซลล์ออกก่อนที่จะเปลี่ยนสภาพให้กลายเป็นของเหลวสำหรับฉีด โดยมีขนาดของรูพรุนประมาณ 30 ไมครอน นอกจากนี้ยังพบว่าองค์ประกอบทางชีวเคมี เช่น โปรตีน เปปไทด์ และไกลโคซามิโนไกลแคน ยังคงไม่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการดังกล่าวนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างวัสดุรองรับการเจริญของเซลล์ที่ได้ อีกทั้งยังพบว่าโครงสร้างดังกล่าวสามารถรองรับการเจริญของเซลล์ได้อีกด้วย จากผลการ

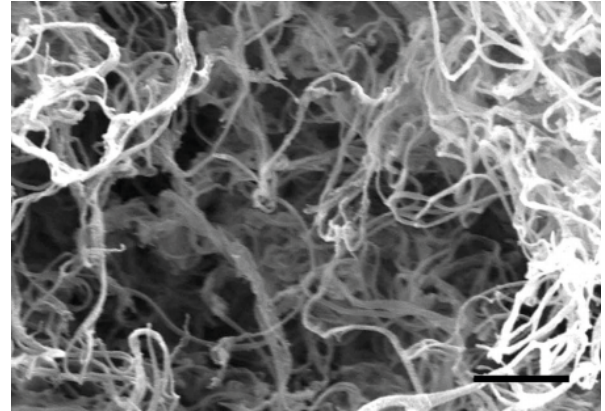
ศึกษานี้ทำให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการใช้เนื้อเยื่อหัวใจผ่านการชะล้างเซลล์มาผลิตเป็นวัสดุแบบฉีดสำหรับการฉีดเข้ากล้ามเนื้อหัวใจและมีแนวโน้มที่จะใช้ได้



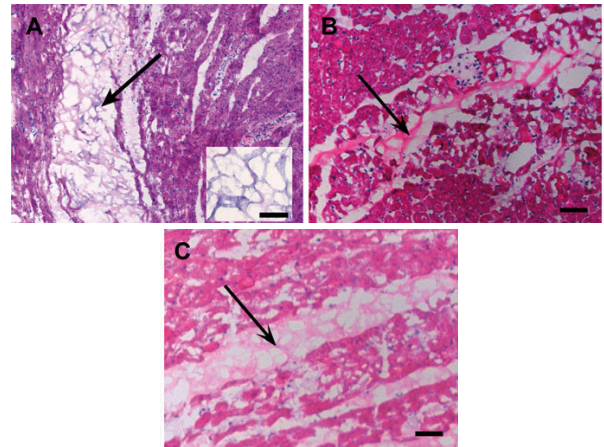
ภาพแสดงขั้นตอนการเตรียมวัสดุแบบฉีดจากเนื้อเยื่อหัวใจธรรมชาติที่ผ่านการชะล้างเซลล์ (A) เนื้อเยื่อหัวใจของหนูที่ถูกตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ (B) ทำการชะล้างเซลล์ด้วยสารเคมี (C) ชิ้นเนื้อเยื่อหัวใจหลังจากการชะล้างเซลล์ที่ถูกทำให้แห้ง (D) เนื้อเยื่อถูกบดให้เป็นผงขนาดเล็ก (E) ย่อยให้เป็นของเหลวด้วยเอนไซม์เพื่อเป็นของเหลวสำหรับฉีด (F) พร้อมสำหรับฉีดด้วยกระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยาเบอร์ 27^[3,5]



ภาพแสดงเจลแข็งในบริเวณลูกศรชี้ที่เกิดขึ้นเมื่อให้ความร้อนของเหลวจากการย่อยเนื้อเยื่อหัวใจที่ผ่านการชะล้างเซลล์ด้วยเอนไซม์ที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียสเปรียบเทียบกับของเหลวน้ำยาเพาะเลี้ยงด้านบน^[12]



ภาพแสดงโครงสร้างของเจลที่เปลี่ยนจากของเหลวของเนื้อเยื่อหัวใจที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ซึ่งประกอบไปด้วยเส้นใยนาโนขนาดประมาณ 40-100 นาโนเมตร (สเกลบาร์เท่ากับ 1 ไมครอน)^[12]



ภาพแสดงวัสดุแบบฉีดจากเนื้อเยื่อที่ถูกชะล้างเซลล์ภายหลังการฉีดเข้าในกล้ามเนื้อหัวใจของหนู (บริเวณลูกศรชี้) จะเห็นว่าสามารถเกิดเป็นเจลที่มีโครงสร้างพรุนคล้ายคลึงกับโครงสร้างของเนื้อเยื่อหัวใจก่อนที่จะทำให้เปลี่ยนเป็นของเหลวได้ (A) วัสดุแบบฉีดจากเนื้อเยื่อหัวใจ (B) วัสดุแบบฉีดจากเยื่อหุ้มหัวใจของมนุษย์ (C) วัสดุแบบฉีดจากเยื่อหุ้มหัวใจของหนู^[3]

ฉบับหน้า เราจะมาดูกันต่อว่าเมื่อนำเอาวัสดุแบบฉีดที่ได้จากเนื้อเยื่อหัวใจในธรรมชาติที่ผ่านการชะล้างเซลล์เป็นไปทดลองเพื่อสร้างกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อทดแทนกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียหายหรือตายไปนั้นได้ผลอย่างไร และประสบความสำเร็จหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.sussexheartcharity.org/heart-attack-symptoms-action.php>
2. Robert Passier, Linda W. van Laake and Christine L. Mummery (2008) Nature 453, 322-329.
3. Jennifer M. Singelyn and Karen L. Christman (2010) J. of Cardiovasc. Trans. Res. 3, pp. 478.
4. Aboli A. Rane and Karen L. Christman (2011) J. Am. Coll. Cardiol., 58(25), pp. 2615.
5. Jennifer M. Singelyn, Priya Sundaramurthy, Todd D. Johnson, Pamela J. Schup-Magoffin, Diane P. Hu, Denver M. Faulk, Jean Wang, Kristine M. Mayle, Kendra Bartels, Michael Salvatore, Adam M. Kinsey, Anthony N. DeMaria, Nabil Dib and Karen L. Christman (2012) J. Am. Coll. Cardiol., 59(8), pp. 751.
6. S. B. Seif-Naraghi, J. M. Singelyn, M. A. Salvatore, K. G. Osborn, J. J. Wang, U. Sampat, O. L. Kwan, G. M. Strachan, J. Wong, P. J. Schup-Magoffin, R. L. Braden, K. Bartels, J. A. DeQuach, M. Preul, A. M. Kinsey, A. N. DeMaria, N. Dib and K. L. Christman (2013) Sci. Transl. Med., 5, pp. 173.
7. http://ucsdnews.ucsd.edu/pressrelease/new_injectable_hydrogel_encourages_regeneration_and_improves_functionality
8. <http://www.sciencedaily.com/releases/2012/02/120221165757.htm>
9. K. L. Fujimoto, Z. Ma, D. M. Nelson, R. Hashizume, J. Guan, K. Tobita, W. R. Wagner (2009) Biomaterials, 30(26), pp. 4357.
10. R. Mukherjee, J. A. Zavadzkas, S. M. Saunders, J. E. McLean, L. B. Jeffords, C. Beck, R. E. Stroud, A. M. Leone, C. N. Koval, W. T. Rivers, S. Basu, A. Sheehy, G. Michal, F. G. Spinale (2008) Ann. Thorac. Surg., 86(4), pp. 1268.
11. J. Leor, S. Tuvia, V. Guetta, F. Manczur, D. Castel, U. Willenz, O. Petnehazy, N. Landa, M. S. Feinberg, E. Konen, O. Goitein, O. Tsur-Gang, M. Shaul, L. Klapper, S. Cohen (2009) J. Am. Coll. Cardiol., 54(11), pp. 1014.
12. J. M. Singelyn, J. A. DeQuacha, S. B. Seif-Naraghi, R. B. Littlefield, P. J. Schup-Magoffin, K. L. Christman (2009) Biomaterials, 30, pp. 5409.



...going one step further

Realistic Training with 3B Scientific® Products



P50



F13



C05



A59/8

A58/1



P30



AB0/1



AB1/1



AB2/1



AB3/1



P10, P11



L50

4/12 หมู่ 7 ซอยสำนักงานเขตบางแค ถนนกาญจนาภิเษก
แขวง/เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160
โทร. 02 487 0500-2 แฟกซ์ 02 487 0503
อีเมล: thai3bs@3bscientific.com
เว็บไซต์ www.3bscientific.co.th

บริษัท ไทย 3บี ไชออนทิฟิค จำกัด
www.3bscientific.co.th





Siriraj International Conference in Medicine and Public Health

SICMPH 2014

21-25 JULY

@ Faculty of Medicine Siriraj Hospital,
Mahidol University, Thailand

Healthcare for the AEC



Register online for the early bird rates at

<http://www.sirirajconference.com>

February 15 - June 15, 2014

Contact : siriraj.conference@gmail.com





Nebulization therapy

Indication

1. ให้ความชื้นร่วมกับอากาศ หรือ O_2 ที่หายใจเข้าไปในทางเดินหายใจ
2. ให้ยาเข้าไปในทางเดินหายใจเพื่อรักษาโรคในปอดและหลอดลมโดยตรง
3. ให้น้ำเข้าไปในปอดและทางเดินหายใจ เพื่อช่วยในการทำกายภาพบำบัดของทรวงอก (Chest Physical therapy)

Contraindication

- ห้ามใช้น้ำกลั่น (Distilled water) เป็นตัวผสมกับยาที่จะใช้พ่น



อุปกรณ์

- Medicated nebulizer
- สาย O_2
- mask
- drug, NSS
- syringe

Method



ดูดยาใส่ในกระเปาะ (medicated nebulizer)



ผสมกับน้ำเกลือ ให้ได้ปริมาตรรวมประมาณ 2.5-4 มล.
แล้วหมุนกระเปาะบิดตามเกลียวให้แน่น



ต่อท่อแก๊สออกซิเจนที่กั้นกระเปาะ และต่อท่อกับเครื่อง
air compressor ที่สามารถอัดอากาศได้อย่างอัตโนมัติ



โดยไม่ต้องผ่านน้ำในเครื่อง Humidifier



เปิดอัตราไหลของแก๊ส 6-8 ลิตร/นาที



ต่อกระเปาะยากับ aerosol face mask ที่มีรูกลมเปิดที่ข้างจมูก
ทั้ง 2 ข้าง



นำไปครอบที่ปากและจมูกของเด็ก



ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกปกติในท่านั่ง



เคาะกระเปาะยาเป็นระยะๆ เพื่อเคาะให้ยาที่ติดค้าง
ข้างกระเปาะตกลงมาที่ก้นกระเปาะ



พ่นยาต่อจนกระทั่งยาหมดกระเปาะ หรือไม่เห็นละอองยา
โดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

การให้ aerosol ด้วยวิธีนี้ แม้แต่ในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่จำนวนยาเพียง 9-12 เปอร์เซ็นต์ของยาที่ใส่ในกระเปาะเท่านั้นที่เข้าสู่ปอด ส่วนใหญ่จะค้างอยู่ในกระเปาะ หรือฟุ้งออกสู่บรรยากาศภายนอก การให้โดย face mask ควรจับหรือยึดให้ face mask อยู่ชิดกับหน้ามากที่สุด เพราะถ้า face mask ห่างจากใบหน้าเพียง 2 ซม. จำนวน aerosol ของยาที่จะเข้าสู่ปอดจะลดลงไปถึง 85 เปอร์เซ็นต์

อนึ่ง การใช้อุปกรณ์ nebulizer ควรสังเกตลักษณะ aerosol ที่เกิดขึ้นทุกครั้ง บางครั้งกระเปาะยาที่ใช้หลายครั้ง อาจมีการรั่วซึม หรือละอองยาดูขนาดไม่ละเอียดเท่าที่ควร หรืออัตราการพ่นเป็น aerosol ลดลง ต้องเปลี่ยนกระเปาะยาใหม่ นอกจากการตรวจกระเปาะยาแล้ว ควรตรวจสอบสภาพของเครื่องพ่นยา หรือ flowmeter เพราะเครื่องมือที่ใช้เป็นเวลานานอาจชำรุด แรงอัดอากาศลดลง หรืออัตราไหลของแก๊สลดลง ทั้ง ๆ ที่หมุนตั้งไว้ที่ตำแหน่งเดิม ข้อผิดพลาดเหล่านี้ อาจเป็นผลให้การรักษาไม่ดีเท่าที่ควร แม้ว่าจะให้ยาที่ถูกต้องแล้วก็ตาม

ข้อดีของการรักษาโดยใช้สูดพวยละอองยาโดยผ่าน nebulizer ได้แก่

1. วิธีใช้ง่าย สะดวก ไม่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย สามารถใช้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุตั้งแต่เด็กทารกจนถึงผู้ใหญ่ ใช้ได้ทั้งผู้ป่วยอาการรุนแรงในไอซียู จนกระทั่งถึงการรักษาที่บ้าน
2. สามารถให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ตลอดขณะพ่นยา
3. ส่วนผสมที่เป็นน้ำเกลือจะมีส่วนช่วยให้ความชุ่มชื้นแก่ทางเดินหายใจ ซึ่งจะทำให้ความเหนียวของเสมหะน้อยลงได้
4. สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีท่อหลอดลมคอและหายใจเองโดยต่อกับ resuscitation bag หรือเครื่องช่วยหายใจ
5. สามารถผสมยา 2 ชนิดพร้อมกันได้ในขณะที่เดียวกัน เช่น salbutamol กับ sodium cromoglycate เป็นต้น

ข้อเสีย ได้แก่

1. เครื่องมือมีราคาแพง
2. เครื่องพ่นยาหรือแท็งก์แก๊สมีขนาดใหญ่ขนย้าย

ไม่สะดวก พกติดตัวไม่ได้

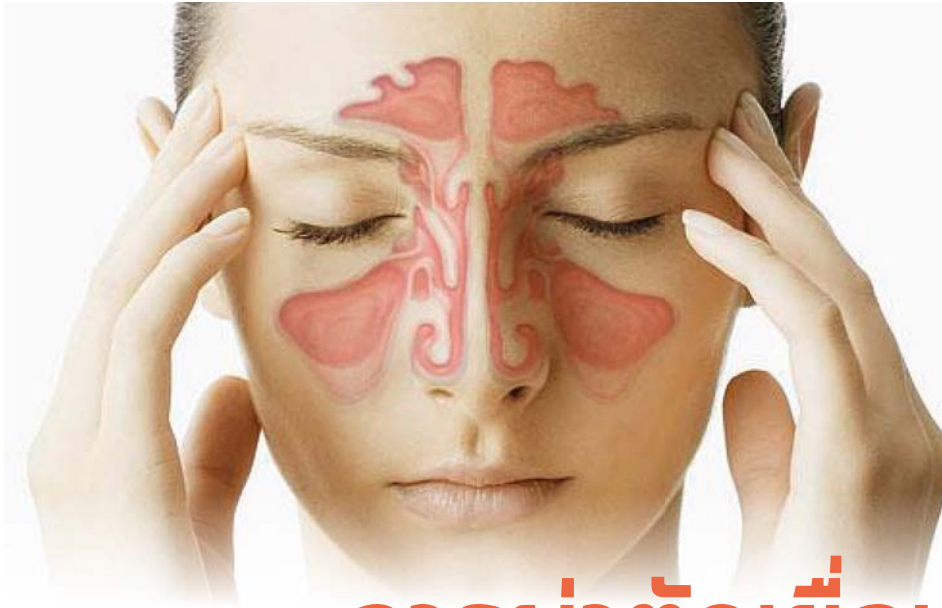
3. ใช้เวลาในการพ่นยาแต่ละครั้งค่อนข้างนานประมาณ 5-15 นาที
4. มีโอกาสเกิด contamination มากกว่าวิธีอื่น โดยเฉพาะถ้าต้องล้างกระเปาะเพื่อนำมาใช้ใหม่ หรือต้องผสมน้ำเกลือกับยาก่อนพ่นทุกครั้ง
5. ขนาดยาที่ใช้แต่ละครั้งสูงกว่าและราคาแพงกว่าที่ให้โดยวิธีอื่น

ยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาด้วยพวยละออง

1. Decongestant
2. Bronchodilators
3. Mucolytics
4. Anti-inflammatory drug
5. Antimicrobial agents

Complication

- Preservative ในยาที่ใช้
- ยาละลายเสมหะและยาต้านจุลชีพอาจทำให้เกิด bronchospasm ได้
- ยาขยายหลอดลมในบางราย
- Anticholinergic aerosol ถ้าใช้นาน ๆ อาจทำให้เกิด glaucoma ในผู้ป่วยที่มี anterior chamber ตื้นอยู่แล้วได้
- การใช้ยา β -agonists ขนาดสูง ๆ อาจทำให้มี cardiac arrhythmia ได้
- ควรใช้ O_2 ในการพ่นยาขยายหลอดลมในเด็กที่มีอาการหอบมาก ๆ เพื่อป้องกันภาวะ hypoxia เพราะขณะพ่นยาอาจทำให้เกิด ventilation-perfusion mismatch มากขึ้น



การผ่าตัดเยื่อบุโพรงจมูก ในผู้ป่วยโรคภูมิแพ้

โรคเยื่อบุโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้เกิดจากเยื่อจมูกไวต่อสิ่งกระตุ้นมากเกินไป เช่น ฝุ่น ไรฝุ่น ควั่น กลิ่นผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการคัน จาม คัดจมูก น้ำมูกไหล และเสมหะลงคอ การรักษาโรคเยื่อบุโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ได้แก่ หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นร่วมกับการใช้ยา รับประทานและยาพ่นจมูกจะสามารถบรรเทาอาการต่าง ๆ ดังกล่าวได้ แต่ในผู้ป่วยบางรายแม้จะหลีกเลี่ยงและใช้ยาอย่างเต็มที่แล้ว แต่อาการต่าง ๆ ดังกล่าวไม่ดีขึ้น หรือไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นดังกล่าวได้ หรือไม่ต้องการใช้ยา การผ่าตัดเยื่อบุโพรงจมูกในผู้ป่วยโรคภูมิแพ้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาให้อาการต่าง ๆ ดังกล่าวดีขึ้นได้

การผ่าตัดเยื่อบุโพรงจมูกจากภูมิแพ้ช่วยการรักษาอาการคัดจมูกเป็นหลัก ลดอาการคัน จาม คัดจมูก น้ำมูกไหล และเสมหะลงคอ เนื่องจากโรคจมูกอักเสบเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การผ่าตัดดังกล่าวอาจทำได้หลายวิธี เช่น การใช้คลื่นวิทยุ ความถี่สูง เลเซอร์ พลาสมา ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวสามารถเปลี่ยนเป็นพลังงานความร้อนให้แก่เนื้อเยื่อรอบ ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดการสูญเสียสภาพและการตายของเนื้อเยื่อ (coagulation necrosis) ขึ้นภายใน 1-2 เดือน หลังจากนั้นจะเกิดเนื้อเยื่อพังผืด เกิดการหดและลดปริมาตร (volume contraction) ของเยื่อจมูกที่อุดกั้นโพรงจมูก ทำให้โพรงจมูกโล่งขึ้น หายใจได้สะดวกขึ้น นอกจากนี้ ความร้อนดังกล่าวยังไปทำลายเส้นประสาทและต่อมสร้าง

น้ำมูก ทำให้อาการคัน จาม น้ำมูกไหล และเสมหะลงคอลดลง ด้วยปริมาณความร้อนที่เยื่อจมูกได้รับจะต่ำ ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อรอบ ๆ น้อยกว่า ดังนั้น ทำให้อาการปวดหรือเจ็บแผลหลังผ่าตัดน้อย และในรายที่มีอาการคัดจมูกเรื้อรังสามารถใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาน้ำมูกคั่งค้างจมูกคด ร่วมกับเยื่อบุโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ได้

จากการรวบรวมข้อมูลในฐานข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า การผ่าตัดเยื่อบุโพรงจมูกช่วยให้เยื่อบุโพรงจมูกมีขนาดเล็กลง สามารถหายใจได้ดีขึ้น การผ่าตัดเยื่อบุโพรงจมูกมีหลากหลาย ได้แก่ คลื่นวิทยุความถี่สูง เลเซอร์ พลาสมา หรือการตัดบางส่วนออก แต่ละวิธีมีศักยภาพและภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันออกไป การผ่าตัดเยื่อบุโพรงจมูกสามารถลดอาการของผู้ป่วยได้จริง อาการของผู้ป่วยดีขึ้นจริง แต่ขาดการศึกษาถึงผลข้างเคียง และขาดการศึกษาเปรียบเทียบที่น่าเชื่อถือ ยังต้องรอผลการศึกษาที่มากขึ้นถึงผลการรักษาในระยะยาว และผลข้างเคียงในระยะยาว

กล่าวโดยสรุป การรักษาเยื่อบุโพรงจมูกจากโรคภูมิแพ้โดยการผ่าตัดมีประโยชน์ในการช่วยลดอาการของภูมิแพ้ ให้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการคัดจมูกเป็นหลัก และสามารถช่วยลดอาการคัน จาม น้ำมูกได้ การรักษาได้ผลดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ยังต้องการข้อมูลการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลการรักษาในระยะยาวต่อไป

การนำส่งผู้ป่วยบาดเจ็บไปยังศูนย์อุบัติเหตุ

(How to Transfer Patients to Trauma Center)

การนำส่งผู้ป่วยบาดเจ็บไปยังศูนย์อุบัติเหตุเพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บได้รับการรักษาจำเพาะต่ออาการบาดเจ็บนั้น ๆ ดังนั้น จึงควรส่งผู้ป่วยบาดเจ็บไปยังโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางที่มีศักยภาพให้การรักษาได้เหมาะสมต่ออาการบาดเจ็บ

ตารางที่ 1 ลักษณะอาการบาดเจ็บที่ควรส่งไปยังศูนย์อุบัติเหตุ

ระบบประสาท	1. สมองได้รับบาดเจ็บ • แผลที่ม่านตาหรือกะโหลกยุบ • แผลเปิดที่กะโหลกศีรษะที่มีหรือไม่มีน้ำไขสันหลังไหลออกมา • GCS < 15 หรือมีความผิดปกติของระบบประสาท 2. บาดเจ็บที่ไขสันหลังหรือกระดูกสันหลัง
ทรวงอก	Widened mediastinum หรือบาดเจ็บที่หลอดเลือดแดงใหญ่ปอดซ้ำ บาดเจ็บที่หัวใจ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่นาน
กระดูกเชิงกราน/ช่องท้อง	Unstable pelvic-ring disruption กระดูกเชิงกรานหักและมีความดันเลือดตกหรือยังคงมีเลือดไหลต่อเนื่อง Open pelvic injury บาดเจ็บของอวัยวะภายใน (solid organ injury)
แขนขา	กระดูกหักและแผลเปิด แขนขาขาดที่มีโอกาสเย็บซ่อมคืนได้ Complex articular fracture บาดเจ็บแบบบดขยี้ ขาดเลือด
บาดเจ็บหลายระบบ	บาดเจ็บที่ศีรษะและใบหน้า (หรือร่วมกับทรวงอก หน้าท้อง หรือกระดูกเชิงกราน) อวัยวะบาดเจ็บ > 2 แห่ง แผลไหม้ขนาดใหญ่ กระดูกหักหลายแห่ง (multiple, proximal long bone fracture)
ปัจจัยเกี่ยวข้อง	อายุ > 55 ปี อายุ < 5 ปี มีโรคหัวใจหรือโรคปอดอยู่เดิม เบาหวาน โรคอ้วน หญิงตั้งครรภ์ ภูมิคุ้มกันต่ำ
ผลแทรกซ้อนที่ตามมา	ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะเนื้อตาย การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว

ดัดแปลงจาก ACS Committee on Trauma. The Optimal Care of the Injured Patient 2006. Chicago: ACS; 2006.

ที่จุดเกิดเหตุ บุคลากรต้องทำการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ ให้การรักษาเบื้องต้นและนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาที่เหมาะสม ดังแผนผังที่ 1

ส่วนศูนย์อุบัติเหตุมีการเตรียมอุปกรณ์และบุคลากรในการดูแลที่ให้บริการได้ตลอด 24 ชม. ประกอบด้วยห้องฉุกเฉิน ช่องทางติดต่อกับศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ตลอดจนแพทย์เฉพาะทางทุกสาขาเพื่อทำการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บได้

ศูนย์อุบัติเหตุแบ่งเป็น 4 ระดับ (ดังตารางที่ 2) พบว่าการนำส่งผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงไปยังศูนย์อุบัติเหตุระดับ I จะสามารถลดอัตราการตายลง 25% สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไม่รุนแรงก็ควรนำส่งศูนย์อุบัติเหตุที่ใกล้ที่สุดมากกว่าการนำส่งศูนย์อุบัติเหตุระดับ I เพียงอย่างเดียว เพราะอาจเพิ่มภาระให้แก่ศูนย์มากเกินไปจนความจำเป็นอันทำให้ส่งผลเสียต่อการรักษา และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายได้

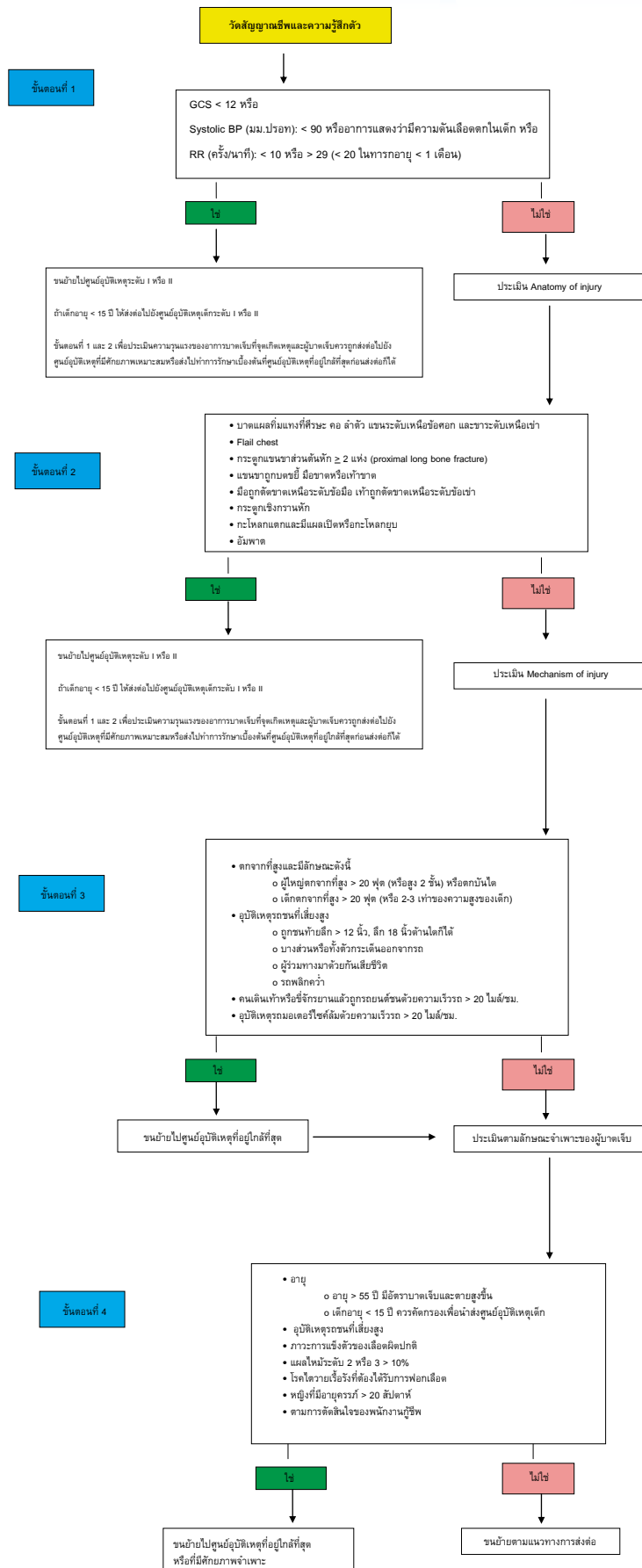
แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย

1. ข้อมูลจากแพทย์ผู้ส่ง
 - ชื่อ อายุ ที่อยู่ของผู้บาดเจ็บ
 - ประวัติและกลไกการบาดเจ็บ
 - อาการแสดงแรกพบ
 - ผลของการรักษา
2. ข้อมูลระหว่างการขนย้าย
 - ลักษณะทางเดินหายใจ
 - ปริมาณสารน้ำที่ให้ไป
 - หัตถการที่จำเป็น
 - อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างทาง
3. การรักษาระหว่างนำส่ง

บุคลากรที่นำส่งควรมีความรู้พอเพียงที่จะปรับการรักษาได้ตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้บาดเจ็บ

- ประเมินสัญญาณชีพและ pulse oximetry
- ประคับประคองระบบไหลเวียนเลือด
- พิจารณาให้เลือดทดแทน
- ให้ยารักษาตามอาการ
- ติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลต้นทาง

แผนผังที่ 1 การคัดแยกผู้บาดเจ็บเพื่อการส่งต่อ⁽¹⁾



สมำเสมอ

- จัดบันทึกตลอดการนำส่ง

4. การรักษาขณะขนย้าย ควรรักษาเบื้องต้นให้ปลอดภัยก่อนนำส่ง

5. เอกสารบันทึก บันทึกทั้งปัญหา การรักษา สภาพของผู้บาดเจ็บ และสัญญาณชีพ

ระยะเวลาในการนำส่งขึ้นกับระยะห่างของโรงพยาบาล ความชำนาญในการขนย้าย สภาพอากาศแวดล้อม และท้องถิ่น ตลอดจนการรักษาเบื้องต้นก่อนนำส่ง ถ้าผู้บาดเจ็บมีอันตรายถึงแก่ชีวิตก็ควรทำการรักษาหรือผ่าตัดเบื้องต้นก่อนนำส่ง แต่ไม่ควรเสียเวลาไปกับการรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือผลเอกซเรย์

แต่ถ้าอาการของผู้บาดเจ็บไม่คงที่ทั้งที่ทำการรักษาเบื้องต้นแล้ว ก็อาจต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางว่าควรนำส่งเมื่อไรจึงจะเหมาะสม

การสื่อสารที่ดีตั้งแต่ที่จุดเกิดเหตุจะทำให้มีการเตรียมพร้อมแพทย์เฉพาะทางที่ห้องฉุกเฉินเมื่อรถพยาบาลมาถึง

แนวทางการขนย้ายผู้บาดเจ็บ

ผู้บาดเจ็บในหลายระบบควรส่งต่อไปยังศูนย์อุบัติเหตุระดับ I หรือ II สำหรับการขนย้ายไปยังศูนย์อุบัติเหตุที่อยู่ใกล้ที่สุดควรขึ้นกับอาการบาดเจ็บที่ต้องการการรักษาจำเพาะ

ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อดังนี้ (≥ 1 ข้อ)

1. บาดเจ็บหลายระบบ (≥ 2 ระบบ) บาดเจ็บรุนแรงที่อวัยวะเดียว บาดเจ็บระบบประสาทหรือสมอง

2. บาดเจ็บที่หัวใจหรือเส้นเลือดแดงใหญ่

3. บาดเจ็บที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันเลือดตก ติดเชื้อเข้ากระแสเลือด ภาวะหายใจล้มเหลวภาวะหัวใจวาย

4. บาดเจ็บอย่างรุนแรงที่ใบหน้า

5. บาดเจ็บกระดูกที่รุนแรง เช่น กระดูกเชิงกรานหักและมีความดันเลือดตก (unstable pelvic ring disruption) กระดูกขาหักและมีแผลเปิด (Open long-bone fractures) กระดูกหักและคล้ำชีพจรส่วนปลายไม่ได้

6. มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคปอดเบาหวาน ภาวะอ้วน อายุ > 55 ปี

7. อาการบาดเจ็บที่รุนแรงเกินศักยภาพของโรงพยาบาลตนเอง

ตารางที่ 2 ระดับต่าง ๆ ของศูนย์อุบัติเหตุ

ระดับต่าง ๆ ของศูนย์อุบัติเหตุ	
ระดับ I	- เป็นศูนย์กลางรับผู้บาดเจ็บ - ให้การดูแลผู้บาดเจ็บทุกอย่างตั้งแต่การป้องกันจนถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย - มีบุคลากรและทรัพยากรในการดูแลผู้บาดเจ็บ การศึกษาและการทำวิจัย (มักอยู่ตามมหาวิทยาลัย) - เป็นผู้มีทั้งด้านการศึกษา งานวิจัย และการวางระบบดูแลผู้บาดเจ็บในชุมชนนั้น
ระดับ II	- ดูแลผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ในชุมชนนั้น และอาจมีกิจกรรมบางอย่างของศูนย์ระดับ 1 - สามารถเป็นผู้นำด้านการศึกษาและการดูแลให้แก่ชุมชนได้ในกรณีที่ไม่มีศูนย์ระดับ 1 อยู่
ระดับ III	- ทำการประเมิน กู้ชีพ ผ่าตัดจนอาการคงที่ก่อนนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในกรณีจำเป็นได้ - มีคลังแพทย์ตลอด 24 ชม. - มีข้อตกลงในการส่งต่อและแผนการรักษาที่เป็นมาตรฐาน
ระดับ IV	- ทำการประเมินและรักษาเบื้องต้น - มีห้องฉุกเฉินเปิดทำการตลอด 24 ชม. - มีข้อตกลงในการส่งต่อเป็นอย่างดีกับศูนย์ระดับที่สูงกว่า

ดัดแปลงจาก the American College of Surgeons. The Optimal Care of the Injured Patient. Chicago, IL : American College of Surgeons; 2006.

f. บาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะ

- (1) GCS ≤ 12 (ผู้บาดเจ็บไม่สามารถพูดคุยหรือเปิดตาได้)
- (2) GCS ลดลงจากเดิม
- (3) บาดแผลถูกแทง
- (4) กระโหลกศีรษะยุบ หรือบาดแผลเปิดที่ศีรษะ (Depressed skull fracture or open head injury)
- (5) น้ำไขสันหลังไหลออกมา เช่น ทางหูหรือจมูก
- (6) มีอาการทางระบบประสาทเฉพาะที่ผิดปกติ (Focal or lateralizing signs)
- (7) เลือดออกในสมอง

g. บาดเจ็บที่ระบบเดียวแต่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน

2. บาดแผลไฟไหม้ : (ติดต่อศูนย์บาดแผลไฟไหม้)

- a. แผลไฟไหม้ระดับ second- และ third-degree burns $\geq 10\%$ ของพื้นผิวร่างกาย
- b. แผลไฟไหม้ที่หน้า มือ เท้า หรืออวัยวะเพศ
- c. แผลไฟไหม้จากกระแสไฟฟ้า (Electrical burns)

8. แผลไฟไหม้ระดับ second หรือ third degree ที่มีพื้นที่กว้าง $> 10\%$ ของพื้นผิวกาย

d. แผลไฟไหม้จากสารเคมี

e. สงสัยว่ามีอันตรายจากการสำลักควัน (Suspected inhalation injury)

f. แผลไฟไหม้รอบตัว (Circumferential burns)

แนวทางการขนย้ายผู้บาดเจ็บเด็กไปยังศูนย์อุบัติเหตุเด็ก

ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อ

1. บาดเจ็บตามข้อใดข้อหนึ่ง

- a. บาดเจ็บหลายระบบ (≥ 2 ระบบ)
- b. บาดแผลถูกแทง
- (1) ศีรษะ
- (2) หน้าอก
- (3) ท้อง

c. หัวใจหรือหลอดเลือดแดงใหญ่

d. บาดเจ็บรุนแรงต่อกระดูกหน้า (Massive maxillofacial trauma)

e. บาดเจ็บไขสันหลังโดยที่มีหรือไม่มี ความผิดปกติของระบบประสาท

3. มีภาวะความดันเลือดตก (shock)

a. ความดันต่ำ

b. มือเท้าเย็น

c. ชีพจรเบาและเร็ว

d. หายใจเร็ว

e. ความรู้สึกตัวลดลง

f. ปัสสาวะ < 0.5 มล./กก./ชม.

g. ภาวะกรดในร่างกายน (metabolic acidosis, pH < 7.2)

4. บาดเจ็บที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน

หมายเหตุ: เด็กที่เกิดพิษจากคาร์บอนมอนอกไซด์และไม่มีแผลไฟไหม้ ควรรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง (hyperbaric oxygen therapy)

แนวทางการขนย้ายผู้บาดเจ็บเด็ก

1. เด็กควรได้รับออกซิเจน 100% ขณะขนย้าย

2. เด็กที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมก็ควรใส่สายผ่านรูจมูกไปถึงกระเพาะอาหาร (NG tube) ด้วยเพื่อช่วยระบายลมไม่ให้ท้องอืด
3. ควรเปิดเส้นเลือดและวัดปริมาณน้ำเข้า-ออก
4. ควรให้สารน้ำหยดเข้าเส้นเลือดผ่านเครื่องควบคุมการให้สารน้ำ (infusion pump)
5. เด็กหนัก < 5 กก. จะขนย้ายด้วยตู้ควบคุมอุณหภูมิเพื่อป้องกันการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำ รวมทั้งในบางกรณีต้องมีพยาบาลชำนาญการด้านทารกไปด้วย
6. ในกรณีเด็กโตก็ควบคุมอุณหภูมิร่างกายด้วยผ้าห่มหรือเครื่องทำความร้อน (heater)
7. เผื่อระวังเป็นพิเศษในกรณีขนย้ายเด็กที่มีภาวะติดเชื

แนวทางการขนย้ายผู้ได้รับบาดเจ็บทางระบบประสาท (สมองหรือไขสันหลัง)

จุดประสงค์เพื่อต้องการส่งไปยังศูนย์อุบัติเหตุระดับ 1 หรือ 2 ซึ่งมี ศัลยแพทย์ระบบประสาทปฏิบัติงานอยู่ ถ้าเด็กอายุ < 15 ปี ก็ควรส่งไปยังศูนย์อุบัติเหตุที่มีศัลยแพทย์เด็ก

ข้อบ่งชี้ในการขนย้ายผู้บาดเจ็บที่สมอง
มีอาการดังข้อหนึ่งข้อใดดังนี้

1. ความรู้สึกตัวลดลง
2. บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (GCS < 12)
3. มีความผิดปกติเฉพาะที่ของระบบประสาท เช่น อ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกาย
4. แผลที่ศีรษะ รวมทั้งถูกยิงที่ศีรษะหรือกะโหลกยุบ
5. มีน้ำไขสันหลังไหลออกมาทางหูหรือจมูก
6. ชักภายใน 48 ชม. หลังเกิดอุบัติเหตุ
7. ไม่สามารถทำการผ่าตัดสมองในกรณีฉุกเฉินได้ หรือเฝ้าติดตาม

ความดันในสมอง

8. Moderate head injury patients (GCS < 12) ที่ต้องวางยาสลบเพื่อผ่าตัด

ข้อบ่งชี้ในการขนย้ายผู้บาดเจ็บที่ไขสันหลัง
มีอาการดังข้อหนึ่งข้อใดดังนี้

1. บาดเจ็บที่ไขสันหลัง
2. สงสัยว่าอาจเกิดบาดเจ็บที่ไขสันหลังและความรู้สึกตัวลดลง
3. กระดูกสันหลังหักหรือเคลื่อนที่ต้องได้รับการผ่าตัด
4. มีความผิดปกติของระบบประสาท
5. แผลที่มแทงไขสันหลังหรือถูกยิง
6. ไม่สามารถทำการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

หักได้

สรุป

ทีมรักษาควรประเมินอาการและให้การ รักษาเบื้องต้นแก่ผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ รวมทั้ง พิจารณานำส่งโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม

โรงพยาบาลต้นทางและปลายทางควรมี การติดต่อสื่อสารกันโดยตรง ตลอดจนทีมขนย้าย ควรประกอบด้วยบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการตัดสินใจได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health and Human Services. Guidelines for Field Triage of Injured Patients. Recommendations of the National Expert Panel on Field Triage. JEMS 2009 July:1-40. Available from: <http://www.cdc.gov/FieldTriage>.
2. Utah Department of Health Bureau of Emergency Medical Services. Resources and Guidelines for the Triage and Transfer of Trauma Patients. 2009:1-31.
3. American College of Surgeons Committee on Trauma. Chapter 13. Transfer to Definitive Care. In: John Fildes, MD, FACS, Chair of Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support for Doctors: ATLS student course manual. 8th edition. United States of America; 2008:269-78.

การทำงานด้านนิติเวชศาสตร์ต้องยึดหลักเกณฑ์แห่งหน้าที่ สิ่งที่ญาติบอกกับแพทย์เชื่อดื้อยาก : รายงานผู้ตาย 1 ราย

Forensic Medicine Tasks Must Be Done Within The Framework Of Law

Detail From Relative Is Not Reliable : A Case Report

แพทย์ด้านนิติเวชศาสตร์หรือแพทย์ทั่วไปที่ “ต้อง” ทำงานด้านนิติเวชศาสตร์ด้วยความจำเป็นเนื่องจาก ในหน่วยงานที่ตนปฏิบัติงานอยู่นั้น ไม่มีแพทย์ทางด้านนิติเวชศาสตร์ประจำอยู่ ย่อมประสบกับเหตุการณ์ที่ถือว่าเป็นการเฉพาะหน้าในหลายรูปแบบที่แพทย์อาจไม่เคยพบไม่เคยประสบ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการที่ถูกขอร้องขอให้ต้องดำเนินการด้านนิติเวชศาสตร์ประการหนึ่งประการใด หรือกระทำการเพื่อให้เกิดผลในทางคดีในทางเอื้อประโยชน์แก่ฝ่ายตน ถึงขนาดที่แพทย์อาจถูกขัดขวาง “มิให้แพทย์สามารถกระทำการตามหน้าที่ซึ่งถูกบัญญัติไว้ในกฎหมายในระดับต่าง ๆ ได้สำเร็จ” เช่น กรณีที่เกี่ยวข้องกับการตายผิดธรรมชาติ¹

1. ในรายที่ยังไม่ทราบสาเหตุแห่งการตาย ญาติจะขอให้ต้องมีมีการตรวจศพ (ผ่าศพ) เพื่อหาสาเหตุ แต่ให้ระบุสาเหตุอะไรก็ได้

2. ในรายที่ยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับวัตถุที่กระทำต่อ (ให้ถึงแก่ความตาย) หรือจากสารพิษ โดยญาติจะขอให้ดำเนินการผ่าตรวจหรือเก็บตัวอย่างเพื่อแยกธาตุวิเคราะห์ (อาจอ้างถึงศาสนา เป็นต้น)

3. ให้แพทย์ระบุสาเหตุการตายเป็นชราภาพ หรือหัวใจล้มเหลว (รู้จักแนะนำแพทย์ด้วย) ทั้ง ๆ ที่ยังไม่ได้ตรวจว่าสาเหตุอื่นจะเป็นเหตุการณ์ตายได้หรือไม่

4. ให้แพทย์ระบุว่าพฤติการณ์แห่งการตายเป็น “อุบัติเหตุ” เพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องสิทธิ

สิ่งที่แพทย์ประสบอยู่เป็นประจำก็คือ ญาติหรือหมู่ญาติ รุมเร้า รุมล้อม หว้านล้อม กรูกันมา ฯลฯ (ราวกับนักข่าวที่มาสัมภาษณ์ผู้ที่มีชื่อเสียง) เพื่อมิให้แพทย์ต้องดำเนินการตามหน้าที่ตามกฎหมาย ณ ที่ที่เกิดเหตุ อีกทั้งยังพยายามให้แพทย์ดำเนินการกับศพตามที่ตนเองต้องการ โดยเฉพาะในประเด็นที่ไม่ต้องการให้นำศพไปทำการตรวจต่อ ณ สถานพยาบาลของรัฐบาล (ตามมาตรา 152)¹ ซึ่งประเด็นนี้ต้องถือว่ามีความสำคัญ และแพทย์จะต้องใช้ดุลยพินิจอย่างละเอียดเพื่อการตัดสินใจ ทั้งนี้เพราะอาจกระทบต่อแพทย์ในภายหลังได้ โดยเฉพาะแพทย์ผู้ทำหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย¹ นั้นต้องถือว่าเป็น “เจ้าพนักงาน” จึงอาจเข้าข่ายความผิดตามมาตรา 157 แห่งประมวลกฎหมายอาญาได้²

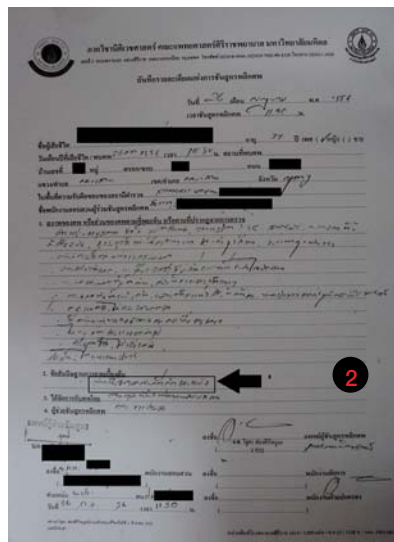
..... เมื่อญาติขอผู้ตายรายนี้ถูกถามเกี่ยวกับ **“การรับประกันหรือความจำเป็นต้องดำเนินการเกี่ยวกับประกันภัย”** ก็ได้รับแจ้งอย่างรวดเร็วในทันทีทันใดว่า **“ไม่มีประกันและไม่ต้องการให้แพทย์ดำเนินการประการหนึ่งประการใดอีกเลย”** ทำให้แพทย์เชื่อมั่นว่า **“จะไม่มีปัญหาการประกันภัยอย่างแน่นอน”**

..... ต่อมากลับพบว่า ญาติได้ส่งเอกสารมาให้กับทางสถานพยาบาล (โรงพยาบาล) เพื่อที่จะต้องให้กรอกเอกสารเพื่อดำเนินการประกันภัย

อุทาหรณ์กรณีอ้างว่าไม่มีประกันภัย (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

กรณีข้อเท็จจริง:

ผู้ตายเป็นหญิงอายุ 77 ปี รูปร่างผอม นอนเสียชีวิตอยู่ที่บ้าน ญาติได้แจ้งต่อพนักงานสอบสวนหลังพบว่าผู้ตายถึงแก่ความตายแล้ว พนักงานสอบสวนเมื่อได้รับแจ้งความแล้วจึงได้แจ้งต่อแพทย์ที่มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพให้เข้าร่วมชันสูตรพลิกศพด้วยกัน



การชันสูตรพลิกศพตาม

กฎหมาย:

แพทย์และพนักงานสอบสวนได้ร่วมกันทำการชันสูตรพลิกศพผู้ตาย ณ บ้านที่พบศพ (ภาพที่ 1) และเมื่อเห็นว่าไม่มีเหตุที่น่าสงสัย (แม้ที่จริงการเสียชีวิตนอกสถานพยาบาลจะต้องถือว่าน่าสงสัยทั้งสิ้น เพราะเป็นไปได้ที่อาจมีสาเหตุแห่งการตายจากการตายผิดธรรมชาติอันเป็นความผิดในทางคดีอาญา เช่น การฆาตกรรมได้เสมอ) แพทย์จึงได้ทำการชันสูตรพลิกศพตามหน้าที่ตามมาตราแห่งความรู้อยู่^{3,4} โดยก่อนที่แพทย์จะทำการสรุปผลการชันสูตรพลิกศพนั้น แพทย์ได้ถามญาติของผู้เสียชีวิตว่า **“มีประกันหรือไม่”** เนื่องจากทางบริษัทประกันภัยอาจต้องการให้แพทย์กรอกเอกสารซึ่งหากมิได้ทำการตรวจอย่างละเอียดแล้วอาจจะเกิดความผิดพลาดได้ซึ่ง ณ เวลาที่ทำการชันสูตรพลิกศพอยู่นั้น ซึ่งญาติได้ให้รายละเอียด

กับแพทย์และพนักงานสอบสวนว่า “**ไม่มีประกันใด ๆ ทั้งสิ้น**” ไม่จำเป็นต้องให้แพทย์กรอกเอกสารเกี่ยวกับประกันภัยอย่างแน่นอน ดังนั้น แพทย์จึงได้ออกเอกสาร “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” ให้แก่พนักงานสอบสวน (ภาพที่ 2) ในขณะเดียวกันได้ออก “ใบรับแจ้งการตาย (ทร.4 ตอนหน้า)” ให้แก่พนักงานสอบสวนด้วย (ภาพที่ 3) **นับว่าเป็นอันเสร็จสิ้นกระบวนการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายของแพทย์ผู้มีหน้าที่แล้ว**¹ ขั้นตอนต่อไปก็จะเป็นการดำเนินการของพนักงานสอบสวนกับญาติของผู้ตาย โดยพนักงานสอบสวนจะทำการสอบสวนญาติผู้ตายที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดที่สุดแล้วก็สรุปสำนวนการตายเป็น “**การตายตามธรรมชาติ**” (ในที่นี้คือ “ติดเชื้จากแผลกดทับ”) นั่นเอง จากนั้นพนักงานสอบสวนจะมอบ “ใบรับแจ้งการตาย (ทร.4 9 ตอนหน้า)” ที่ได้รับการกรอกอย่างสมบูรณ์แล้ว

แก่ญาติของผู้ตายเพื่อที่ญาติจะไปออก “มรณบัตร (ทร.4) ณ อำเภอ/เขตที่เกี่ยวข้อง” (ภาพที่ 4) นั่นเอง ซึ่งเป็นการเสร็จสิ้นกระบวนการในเรื่องการตายโดยทั่วไปจากเหตุการณ์ฆาตกรรมอย่างครบถ้วน ที่เหลือเป็นเรื่องของทนายในการจัดการตามประเพณีกับศพ

สิ่งที่อาจตามมา: (นอกเหนือกระบวนการแต่ถือว่าอยู่ในวิสัยได้เสมอที่แพทย์ย่อมต้องระลึกไว้)

จากนั้นญาติมาติดต่อเพื่อขอให้แพทย์กรอกประกัน (ทั้ง ๆ ที่ญาติแจ้งว่า “ไม่มีประกัน” โดยญาติของผู้ตายได้มายื่นเรื่องกับทางโรงพยาบาลที่แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ผู้ที่ได้ทำการชันสูตรพลิกศพพร้อมกับพนักงานสอบสวนผู้ตายรายดังกล่าวเพื่อให้กรอกรายละเอียด (ภาพที่ 5) ใน “แบบฟอร์มประกัน” เพื่อต้องการเรียกร้องสิทธิจากบริษัทประกันภัย (ไม่เกินวิสัยที่คาดคิดไว้)

วิเคราะห์และวิจารณ์

แพทย์ผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพต้องระลึกไว้เสมอว่า

ประการที่ 1: แพทย์ต้องมีหน้าที่ตามกฎหมาย

1. ในการชันสูตรพลิกศพ (มาตรา 150)¹
2. ตรวจศพ หรือแยกธาตุศพ (มาตรา 152)¹

แพทย์ดังกล่าวต้องถือว่า “**เป็นเจ้าพนักงาน**” แม้ว่าจะเป็นแพทย์เอกชนก็ตาม (ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติของกฎหมาย)¹ นั่นเอง

ประการที่ 2: การตรวจผู้ป่วยแพทย์ก็ถือว่าทำหน้าที่ตรวจผู้ป่วย

2.1 ณ สถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ยังคงต้องถือว่าเป็น “เจ้าพนักงาน” เช่นเดียวกัน และต้องมีจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย^{5,6}

2.2 ณ สถานพยาบาลเอกชน แพทย์มิได้ถือว่าเป็นเจ้าพนักงานของรัฐ แต่ต้องถือว่าทำหน้าที่ตาม “จริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม”^{5,6}

ดังนั้น การที่แพทย์ไม่ปฏิบัติหน้าที่ หรือบกพร่องในหน้าที่แห่งตนจึงอาจเข้าข่ายดังนี้

ก. หากแพทย์อยู่ในฐานะเจ้าพนักงาน

แพทย์ย่อมมีความผิด 1) ฐานละเว้นปฏิบัติหน้าที่ มาตรา 157 แห่งประมวลกฎหมายอาญา และ 2) ฐานเข้าข่ายความผิดทางจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม^{5,6}

ข. แพทย์มิได้อยู่ในฐานะเจ้าพนักงานแต่อยู่ในฐานะแพทย์ผู้ตรวจ (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม)

แพทย์อาจเข้าข่ายความผิดด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น^{5,6}

ประการที่ 3: การตายนอกสถานพยาบาลต้องถือว่า “เป็นการตายผิดธรรมชาติที่มีเหตุน่าสงสัยทั้งสิ้น”

การที่พบศพที่ตายนอกสถานพยาบาลที่มีได้อยู่ในความดูแลของแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ที่มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพด้วยแล้วย่อมต้องถือว่า “**เป็นการตายผิดธรรมชาติที่น่าสงสัยด้วยกันทั้งสิ้น**” ทั้งนี้เพราะแม้จะเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังผู้ป่วยที่มีร่างกายชราภาพ ฯลฯ ก็ตาม แต่ก็มิได้หมายความว่า โรคเรื้อรังหรือความ

ชราจะต้องเป็นสาเหตุแห่งการตายเสมอไป

หมายความว่า ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือคนชรา ก็อาจเข้ากรณี “ถูกฆาตกรรม” หรือ “ตายจากอุบัติเหตุ” หรือประการหนึ่งประการใดหรือประการอื่นก็ได้ซึ่งไม่มีใครทราบได้ ดังนั้น การที่แพทย์ทำการชันสูตรพลิกศพ และเห็นว่าผู้ป่วยเข้าข่ายโรคเรื้อรังหรือชราภาพ จึงเป็นการใช้ดุลยพินิจว่า “ไม่น่าจะมีสาเหตุการตายเป็นอย่างอื่นไปได้ นอกจากโรคเรื้อรังหรือชราภาพ” เป็นต้น ซึ่งเป็นการ “ช่วยเหลือทายาทของผู้ป่วยมิให้ต้องรับกับกระบวนการยุ่งยากในการจัดการกับศพ (ผู้ตาย) เท่านั้น เพราะโดยทั่วไปการให้สาเหตุแห่งการตายเช่นที่ว่านั้น แท้ที่จริงแล้ว เมื่อไม่ได้ตรวจอย่างละเอียด แพทย์ก็ย่อมไม่อาจทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงแห่งการตายเช่นเดียวกัน

การที่แพทย์ตัดสินใจโดยอาศัยดุลยพินิจหรือความรู้หรือประสบการณ์แห่งตน มาดำเนินการกับศพ (การตาย) โดยมิได้กระทำให้ครบขั้นตอนแห่งกฎหมาย (นำศพมาทำการตรวจต่อ) นี้เพราะดุลยพินิจแล้วนั้น จึงต้องถือว่า **“เป็นความรับผิดชอบของแพทย์ท่านนั้น ๆ อย่างเต็มที่เช่นเดียวกัน”** หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ หากเกิดกรณีผิดพลาดในการทำตามหน้าที่ เช่น พบต่อมาว่าผู้ตายแท้ที่จริงแล้วมิได้ตายดังที่ได้คาดหมายไว้ หรือต่อมามีผู้ร้องเนื่องจากสงสัยว่า “การตายของผู้ตายจะมีสาเหตุเนื่องจากโรคเรื้อรังหรือชราภาพ” แล้ว แพทย์ผู้ที่ยกเอกสารที่เกี่ยวข้อง “ต้องรับผิดชอบ” โดยตรง (ทั้งทางด้านกฎหมายหลักทั่วไป เช่น กฎหมายอาญา และยังต้องรับผิดชอบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพอีกด้วย (ตามกฎหมายเกณฑ์แห่งมาตรฐานและจริยธรรมขององค์กรวิชาชีพ)⁵

เมื่อญาติที่มารุมล้อม รบเร้า ให้แพทย์ “ไม่ต้องปฏิบัติตามเกณฑ์ที่สงสัย” เช่น ขอให้ไม่ต้องนำศพมาเพื่อการรับตรวจต่อ (อาจมีการผ่าศพหรือไม่ก็ได้) แล้ว แพทย์ดังกล่าวก็ต้องรับผิดชอบเต็มที่หากข้อเท็จจริงในเวลาต่อมาพบว่าเป็นประการอื่น

ประการที่ 4: จุดประสงค์อันแท้จริงของญาติ

ณ สถานที่ที่พบศพหรือมีการชันสูตรพลิกศพที่แพทย์ต้องดำเนินการร่วมกับเจ้าพนักงานอื่น เช่น พนักงานสอบสวน (และพนักงานอัยการกับพนักงานฝ่ายปกครองแล้วแต่กรณี) ญาติที่เข้ามาหาแพทย์นั้นมักจุดประสงค์เดียวคือ ต้องการให้ดำเนินการตามที่ตนเองต้องการ อันประกอบด้วย

- ก. ไม่ต้องการให้มีการเคลื่อนย้ายศพไปดำเนินการต่อ
- ข. ไม่ต้องการให้มีการผ่าศพตรวจ
- ค. ต้องการเอกสารเพื่อดำเนินการอันเกี่ยวกับการตายเพื่อให้ได้มาซึ่งมรณบัตร

ง. ต้องการเอกสารเพื่อสิทธิอื่น เช่น ฌาปนกิจสงเคราะห์ ประกันชีวิต ฯลฯ ซึ่งโดยสรุปแล้วต้องการแต่ “จะให้ได้ตามที่ตนเองต้องการเท่านั้น” (อาจมีเหตุที่ลึกซึ้งไปกว่านั้นอีก เช่น ปกปิดข้อเท็จจริงแห่งการตายในคดีอาญา เป็นต้น) แต่ไม่ต้องการให้แพทย์ได้ทำหน้าที่ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ และแท้ที่จริงแล้วการที่จะได้มาซึ่งสิ่งที่ญาติต้องการจะต้องอยู่ภายใต้การตรวจสอบ การตรวจ การดำเนินการ การสืบค้น ฯลฯ จาก “ศพ” เสียก่อนนั่นเอง จึงจะได้คำตอบและได้มาซึ่งรายละเอียดแห่งการทำเอกสารต่าง ๆ แต่ญาติกลับต้องการเอกสารโดยไม่ต้องการให้มีการชันสูตรพลิกศพที่จะได้มาซึ่งรายละเอียด แต่จะขอให้เอกสารต้องมีการ “ระบุรายละเอียดตามที่ตนเองต้องการ” ซึ่งในบางครั้ง **“เป็นไปได้”** เพราะแพทย์มิใช่ผู้วิเศษที่จะทราบหรือหยั่งรู้พยาธิสภาพของผู้ป่วยจากการดูด้วยตาเปล่า หรือ “ดู คลำ เคาะ ฟัง” เท่านั้น

ประการที่ 5: กรณีตามอุทาหรณ์

เป็นกรณีที่ญาติให้ความมั่นใจกับแพทย์ถึง “การไม่เรียกร้องสิทธิทางประกัน แต่กลับมาขอให้แพทย์ดำเนินการในเวลาต่อมา” ต้องถือว่า **“เป็นเรื่องธรรมดา”** และสะท้อนให้แพทย์ได้รับทราบ **“สิ่งที่แพทย์ได้รับข้อเท็จจริง ณ หรือในขณะที่ปฏิบัติ**

งานอาจไม่ตรงตามที่ได้รับจริงได้” แพทย์จึงต้องคิดถึงกรณีดังกล่าวไว้ในใจเสมอว่า หากมิได้เป็นไปตามที่เป็น/ที่คิดในขณะนั้นแล้วจะดำเนินการอย่างไรหากมีสถานการณ์ที่ต้องให้แพทย์ดำเนินการ ซึ่งประการสำคัญที่สุดที่แพทย์ต้องระลึกก็คือ อย่างน้อยจะต้องไม่ทำให้แพทย์ (ตนเอง) เข้าข่ายดังต่อไปนี้

ก. ความผิดในด้านจริยธรรมในเรื่องมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรม พ.ศ. 2549⁶ ตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555⁷ และเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555⁸

ข. ความผิดในฐาน “เจ้าพนักงานละเว้นการปฏิบัติหน้าที่” ตามมาตรา 157 แห่งประมวลกฎหมายอาญา⁹



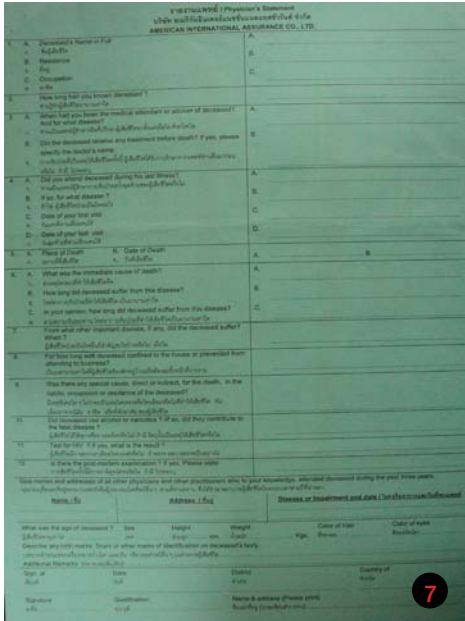
จากข้อเท็จจริงตามอุทาหรณ์

1. ผู้ตายอายุ 77 ปี รูปร่างผอม และยังตรวจพบว่า มี **“แผลกดทับที่หลังและเชิงกราน มีสภาพของแผลที่เรื้อรังและค่อนข้างลึก” (ภาพที่ 6)** ประกอบกับสีและกลิ่นที่พบ (อาศัยความชำนาญ) ทำให้ทราบได้ว่าผู้ตายรายนี้ต้องได้รับเชื้อที่แผลมามากและต่อเนื่องจนถึงขั้นติดเชื้อในร่างกาย (ในกระแสเลือด) จนเป็นสาเหตุแห่งการตายนั่นเอง

2. เมื่อญาติของผู้ตายรายนี้ถูกถามเกี่ยวกับ **“การทำประกันหรือความจำเป็นต้องดำเนินการเกี่ยวกับประกันภัย”** ก็ได้รับแจ้งอย่างรวดเร็วในทันทีทันใดว่า **“ไม่มีประกันและไม่ต้องการให้แพทย์ดำเนินการประการหนึ่งประการใดอีกเลย”** ทำให้แพทย์เชื่อมั่นว่า **“จะไม่มีปัญหาทางประกันภัยอย่างแน่นอน”**

3. ต่อมากลับพบว่า ญาติได้ส่งเอกสารมาให้กับทางสถานพยาบาล (โรงพยาบาล) เพื่อที่จะต้องใช้กรอกเอกสารเพื่อดำเนินการทางประกันภัยตามแบบฟอร์ม (ภาพที่ 7) ซึ่งขัดแย้งกับเจตนารมณ์ในเบื้องต้นที่แจ้งต่อแพทย์ว่า **“ไม่มีประกันภัย และไม่ประสงค์ที่จะให้แพทย์ดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับทางประกันเลย”**

4. สิ่งทีกล่าวนมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า “สิ่งที่



ทนายทนายให้แพทย์ทราบ ณ วัน เวลาที่ตาย ณ สถานที่ที่ถูกพบว่าเป็นชีวิต (ตาย) นั้น “ไม่อาจเชื่อถือได้” ทั้งนี้เพราะ ก. สิ่งที่ถูกมานั้นพิสูจน์ไม่ได้เพราะ เป็นเพียงการกล่าวด้วยวาจาเท่านั้น ไม่มีหลักฐานในเมื่อ ภายหลังมีเหตุที่ต้องใช้กระบวนการดำเนินการ “ที่ขาดหายไป” ซึ่งกระบวนการนี้เองอยู่ในหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องรับผิดชอบ

ข. ณ เวลาที่แพทย์ต้องทำตามหน้าที่ (ขั้นสุตรพหคพหรือตรวจศพ) ญาติมีความต้องการอย่าง เดียวคือ “ไม่ต้องการให้แพทย์ยุ่งเกี่ยวกับศพ” จึงแสดง ทุกวิถีทางที่จะไม่ให้แพทย์ดำเนินการใด ๆ กับศพ รวมถึง หน้าที่ของแพทย์ที่ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ด้วย การตัดสินใจของแพทย์ที่จะไม่กระทำตามหน้าที่บางอย่าง อาจส่งผลถึง “มาตรฐาน” ของแพทย์ที่จะเกิดผลในภาย หน้าที่ต่อแพทย์ท่านนั้นได้⁶ ซึ่งหากแพทย์ตัดสินใจประการ หนึ่งประการใดไป แพทย์ท่านนั้นต้องพร้อมที่จะรับผล นั้น ๆ ด้วย

5. ในผู้ตายรายนี้ (ถือว่าเป็นการโชคดีของ แพทย์) ที่แพทย์สามารถประเมินได้ว่า “สาเหตุแห่งการ ตายนั้นน่าเชื่อถือได้จากการติดเชื้อ” จากบาดแผลที่ ปรากฏ (แพทย์ต้องระลึกไว้เสมอว่า “ต้องทำการถ่าย ภาพในขณะขั้นสุตรพหคพไว้เสมอเพื่อเป็นหลักฐาน ประกอบในภายหลังที่อาจเกิดขึ้นหรืออาจมีได้”) หาก รายดังกล่าวเป็นเรื่องทางคดีความ เช่น ญาติให้แพทย์ ลงว่าชราภาพ และต่อมาญาติอีกฝ่ายหนึ่งแจ้งความ ใหม่ว่า “ถูกฆาตกรรม” (โดยผู้มีส่วนได้เสียกับผู้ตาย) แพทย์ ที่ทำการขั้นสุตรพหคพย่อมมีปัญหาได้

หมายเหตุ:

1. แพทย์ต้องไม่เชื่อในสิ่งที่ญาติพูด แต่ต้อง ใช้ความรู้ของแพทย์และบทบัญญัติกฎหมายตามหน้าที่ ที่แพทย์ได้รับมอบหมายมาเป็นเครื่องตัดสินใจ

2. หากท้ายที่สุดแล้วแพทย์ไม่อาจทำตามที่ญาติต้องการ (เช่น ญาติไม่ให้ นำศพมาเพื่อการตรวจ แต่แพทย์เห็นว่าต้องตรวจเพราะไม่อาจระบุสาเหตุตายได้ โดย ญาติต้องการเพียงให้ระบุเพียงว่า “ชราภาพ” เช่นนี้ แพทย์จะต้องระบุไว้ใน “บันทึก รายละเอียดแห่งการขั้นสุตรพหคพว่าไม่ทราบสาเหตุการตาย” และแจ้งให้พนักงาน สอบสวนส่งศพมาเพื่อการตรวจต่อ โดยแพทย์ต้องไม่ทำตามญาติหากเห็นว่าเป็นการ เสี่ยงที่อาจทำให้ตนเองต้องมีความผิดได้ (ทางจริยธรรมและทางอาญา)

3. แพทย์มีหน้าที่หรือมีความจำเป็นหรือไม่ในการกรอกเอกสาร (ประกัน) ให้กับผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ในประการนี้หากพิจารณาให้ดีแล้วไม่มี กรอบแห่งหน้าที่ประการนี้อยู่ในข้อบังคับหรือเกณฑ์ของแพทยสภาโดยตรง แต่อาจ ปรับกับข้อความใกล้เคียงได้ เช่น

“๑. พฤตินิสัย เจตคติ คุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (Professional habits, attitudes, moral, and ethics) ได้แก่

๑.๑ การรักษาเกียรติและธำรงคุณค่าแห่งวิชาชีพ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพึงมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

๑.๑.๑ มีคุณธรรมและจริยธรรมที่เหมาะสม

ต่อวิชาชีพแพทย์”³

“1.6. สามารถตรวจและให้ความเห็นหรือทำหนังสือรับรอง เกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้พิการและทุพพลภาพ ผู้เสียหาย ผู้ต้องหา หรือจำเลย ตามความ ที่กฎหมายกำหนดให้พนักงานสอบสวน องค์กร หรือศาลในกิจการต่าง ๆ ได้ เช่น หนังสือรับรองสุขภาพ หนังสือรับรองความพิการและทุพพลภาพ หนังสือ รับรองการตาย การเป็นพยานต่อพนักงานสอบสวนและศาล”⁴

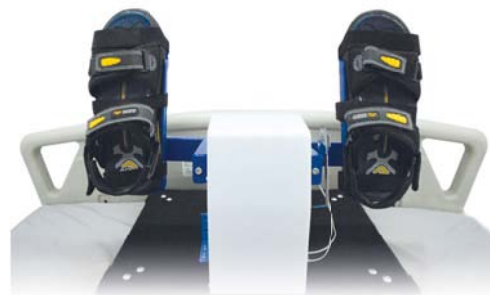
สรุปและข้อเสนอแนะ

แพทย์ที่ทำงานด้านนิติเวชศาสตร์ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ทางด้านนิติเวชศาสตร์ โดยตรง หรือแพทย์ที่เป็นแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ สาขาหนึ่ง สาขาใด แต่ต้องถูกสั่งให้มาทำหน้าที่แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์แล้ว (ตามหน้าที่/ตาม เวิร์กที่ถูกจัดไว้) แพทย์ดังกล่าวนี้ “จะต้องทราบถึงงานในหน้าที่ของตน” และ “กรอบ แห่งกฎหมายที่แพทย์ดังกล่าวต้องเกี่ยวข้อง” ทั้งนี้เพราะหากแพทย์บกพร่องในหน้าที่ และเกิดความเสียหายหรือมีความผิดตามกฎหมายแล้ว แพทย์จะอ้างว่าตนเองไม่ทราบ ว่าต้องทำอะไรหรืออ้างว่าที่ต้องกระทำไปเพราะความเห็นอกเห็นใจญาติหรือผู้ที่ เกี่ยวข้องในช่วงเวลาที่กระทำความผิดที่จึงย่อหย่อนในงานบางสิ่งบางอย่างไปเช่นนี้ แล้ว “ย่อมไม่อาจนำมาอ้างได้ว่าทั้งสิ้น” ทั้งนี้เพราะหลักกฎหมายมีอยู่ว่า “ความ ไม่รู้กฎหมายไม่อาจนำมาอ้างในเหตุที่ตนกระทำผิดได้” แพทย์ผู้ทำหน้าที่ในงาน ด้านนิติเวชศาสตร์จึงสมควรที่จะต้องศึกษาและปฏิบัติตามหน้าที่ในกรอบแห่ง กฎหมายเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>
3. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความ ในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้ บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม พ.ศ. 2555)”
4. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.
5. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. http://www.tmc.or.th/service_law02_17.php
6. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.

ภาวะข้อเท้าตกเป็นอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกระดูกข้อเท้าขึ้นจากความผิดปกติของระบบประสาท ทำให้ไม่สามารถสั่งการให้กระดูกข้อเท้าขึ้นตามต้องการได้ สามารถเกิดได้ทั้งจากความผิดปกติของทั้งระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ซึ่งโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเนื้องอกบริเวณสมอง และไขสันหลัง และโรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาทไขสันหลัง และโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral Nervous System) ได้แก่ โรคปลายประสาทอักเสบ และการบาดเจ็บของเส้นประสาท เช่น โรคเบาหวาน กระดูกเข้าหักกดทับเส้นประสาทที่ควบคุมการสั่งการบริเวณข้อเท้า ทำให้เกิดภาวะข้อเท้าตกตามมา



อุปกรณ์ช่วยขยับข้อเท้าช่วยผู้ป่วยภาวะข้อเท้าตก ม.มหิดล ฟื้นฟูกล้ามเนื้อข้อเท้า ใช้งาน ติดตั้งได้ที่บ้าน

ภาวะข้อเท้าตกจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกต้อง ได้แก่ การช่วยขยับข้อเท้า และการออกกำลังกายที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะข้อเท้าติด และภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งได้ โดยในปัจจุบันเริ่มมีผู้ให้ความสนใจใช้เครื่องช่วยขยับข้อเท้าแบบต่อเนื่อง (Continuous passive movement) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเท้าตกมากขึ้น จึงมีนักวิจัยสนใจประดิษฐ์เครื่องช่วยขยับข้อเท้าเพื่อช่วยในการขยับข้อเท้าในหลากหลายรูปแบบ ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดภาระของผู้ดูแลในการช่วยขยับข้อเท้าแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเท้าตก



นางสาวนิดา วงศ์สวัสดิ์ นักกายภาพบำบัด ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก, นายกิตติชัย ทราวดีพิมุข, นายสิทธิชัย เอี่ยมเพชร และ นางสาวลลิตา เตียวงษ์สุวรรณ นักศึกษาภาควิชาวิศวกรรมชีวการแพทย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ ผู้ประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยขยับข้อเท้าสำหรับผู้ที่มีภาวะข้อเท้าตก ผลงานสิทธิบัตรทุนสนับสนุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการประดิษฐ์เพื่อการฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากมีภาวะข้อเท้าตก เช่น ภาวะข้อเท้าติด และภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง เป็นอุปกรณ์ที่ใช้หลักการ Passive movement ซึ่งอุปกรณ์ช่วยขยับข้อเท้านี้ใช้ข้อเท้าข้างที่แข็งแรงเป็นตัวช่วยขยับข้อเท้าข้างที่อ่อนแรง ทำให้ผู้ที่มีภาวะข้อเท้าตกสามารถช่วยขยับข้อเท้าด้วยตัวเองได้โดยไม่ต้องอาศัยการช่วยขยับข้อเท้าให้จากผู้อื่น อุปกรณ์ได้ออกแบบให้สามารถใช้ได้ง่าย ผู้ที่มีภาวะข้อเท้าตกสามารถนำอุปกรณ์ไปช่วยขยับข้อเท้าที่บ้านได้ เพื่อการฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องและสามารถทำได้ทุกวัน

อุปกรณ์ช่วยขยับข้อเท้าสำหรับผู้ที่มีภาวะข้อเท้าตกสามารถปรับมุมการเคลื่อนไหวได้ตามความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ที่มีภาวะข้อเท้าตกจริงในทุก ๆ 1 องศา

ใช้ได้ทั้งในท่านั่งและท่านอน ในทุกสภาพแวดล้อม โดยสามารถเลือกการตอบสนองกลับในกรณีที่ช่วยขยับข้อเท้าถึงมุมที่กำหนดได้ 2 รูปแบบ ทั้งเสียงและแสง นอกจากนี้อุปกรณ์สามารถเชื่อมต่อกับเกมคอมพิวเตอร์ Virtual-Reality ซึ่งเป็นเกมเสมือนจริง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการใช้อุปกรณ์ช่วยขยับข้อเท้าและสามารถควบคุมในเรื่องความเร็วในการช่วยขยับข้อเท้าได้โดยได้มีการทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าได้ผลดี ซึ่งหลังจากใช้อุปกรณ์ช่วยขยับข้อเท้า ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อข้อเท้าหดเกร็งลดลงตามลำดับ

นางสาวนิดา กล่าวเพิ่มเติมว่า ในประเทศไทยพบว่าอุปกรณ์ช่วยขยับข้อเท้าที่ใช้ส่วนมากเป็นอุปกรณ์ที่นำเข้าจากต่างประเทศ มีขนาดใหญ่ มีน้ำหนักมาก และวิธีการใช้ซับซ้อน ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเท้าตกไม่สามารถติดตั้งอุปกรณ์และใช้ได้เองตามลำพัง การดูแลรักษาอุปกรณ์ค่อนข้างยาก และมีราคาแพงมาก ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยตามบ้านได้ ส่วนใหญ่มีใช้เฉพาะตามคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูขนาดใหญ่เท่านั้น อุปกรณ์ที่ประดิษฐ์ขึ้นนี้นอกจากช่วยลดการนำเข้าจากต่างประเทศแล้ว ผู้ป่วยยังสามารถติดตั้งใช้เองที่บ้าน สามารถฟื้นฟูกล้ามเนื้อข้อเท้าให้มีอาการหดเกร็งลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

Palliative Care เป็นศาสตร์ในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่คุกคามต่อชีวิต เป็นโรคที่รักษาไม่หาย รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย การดูแลแบบองค์รวมคือ การดูแลทุกมิติของสุขภาพ ตั้งแต่กาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเวลาที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้จนกระทั่งถึงจุดสุดท้ายของชีวิต ไม่ต้องทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตอย่างสงบ หรือตายดี รวมไปถึงการดูแลญาติและครอบครัวในการปรับตัวดำเนินชีวิตต่อไปหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต สำหรับในประเทศไทยมีพัฒนาการการดูแลด้าน Palliative Care ขึ้นมาไม่นาน เมื่อเทียบกับต่างประเทศที่มีมาประมาณกว่า 50 ปีแล้ว นอกจากนี้ในหลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ต่าง ๆ ยังมีการนำเอาเรื่อง Palliative Care เข้ามาบรรจุอยู่ในหลักสูตรค่อนข้างน้อย หรือบางแห่งอาจไม่มีเลย ดังนั้นสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายจึงเกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความรู้ สร้างเครือข่าย พัฒนาคน และพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตที่บูรณาการศาสตร์ของ Palliative Medicine ในบริบทของสังคมไทย



“วัตถุประสงค์ของการก่อตั้งสมาคมคือ ต้องการให้ Palliative Care สามารถบรรจุเข้าไปอยู่ในระบบบริการสุขภาพให้ได้ และเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับ Palliative Care ให้แก่ประชาชนได้รับรู้ ให้ประชาชนทราบถึงการมีสิทธิเลือกเมื่อถึงระยะท้ายของชีวิตว่าต้องการจะได้รับการดูแลแบบไหน รวมทั้งให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ให้เข้าใจถึงระบบและการดูแลด้าน Palliative Care”

แม้ทางสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายจะก่อตั้งได้ไม่นาน แต่ก็ได้ดำเนินกิจกรรมมากมายตั้งแต่เมื่อครั้งยังเป็นชมรมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทยอยู่ อาทิ การจัด

สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ดำเนินงานเชิงรุก สร้างความเข้าใจ Palliative Care ในสังคมไทย



รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

กล่าวว่า เดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2552 ได้มีการก่อตั้ง “เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ (Medical Schools Palliative Care Network, MS-PCARE)” เพื่อผลักดัน Palliative Medicine เข้าไปใน

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในบริบทของสังคมไทย ได้มีการดำเนินการจนในปี พ.ศ. 2553 ได้คำนึงถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลทุกระดับ บุคลากรสุขภาพทุกสาขาอาชีพ รวมถึงจิตอาสา และองค์กรภาคประชาชน จึงได้เชิญแกนนำในภาคส่วนต่าง ๆ ก่อตั้งเป็น “ชมรมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย” มีการทำงานเพื่อรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนมากมาย ต่อมาเพื่อให้ชมรมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทยได้สามารถขยายบทบาทมากขึ้น ทั้งด้านการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว สนับสนุนการทำงานของบุคลากรทั้งการให้ความรู้ การฝึกอบรม การนำเสนอผลงานวิจัย อีกทั้งประสานงานกับองค์กรเพื่อสนับสนุนการทำงานอย่างเป็นองค์รวม เชื่อมโยงประสานงานระหว่างองค์กรด้านความรู้ วิชาการ ภาคประชาสังคม และองค์กรจากภาคนโยบายของรัฐ จึงได้เปลี่ยนจากชมรมจัดตั้งขึ้นเป็น “สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (Thai Palliative Care Society, THAPS) ตอนปลายปี พ.ศ. 2555

ฝึกอบรมแพทย์ พยาบาล การจัดประชุมวิชาการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ และการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ภาคประชาชนเกี่ยวกับ Palliative Care อย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อก้าวผ่านจากชมรมกลายเป็นสมาคม บทบาทหน้าที่จึงต้องแข็งแกร่งขึ้น ทำงานกว้างขึ้น และเป็นระบบมากขึ้น

“เราทำงานมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เป็นชมรมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย แต่เมื่อกลายเป็นสมาคมแล้วเมื่อปลายปี พ.ศ. 2555 จึงต้องมีบทบาทหน้าที่ที่แข็งแกร่งขึ้น ทำงานกว้างขึ้น และเป็นระบบมากขึ้น โดยงานของสมาคมฯ อันดับแรกคือ การได้รับเกียรติจาก Asia Pacific Hospice Palliative Care Network (APHN) ซึ่งเป็นองค์กรนานาชาติที่มีสมาชิกจากประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ไว้วางใจให้สมาคมฯ รับเป็นตัวแทนประเทศเจ้าภาพในการจัดงานประชุมวิชาการ 10th Asia Pacific Hospice Conference 2013 เมื่อวันที่ 11-13 ตุลาคมที่ผ่านมา นอกจากนี้สมาคมฯ ยังได้จัดงานประชุมวิชาการครั้งที่ 1 ของสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย เมื่อวันที่ 9 ตุลาคมที่ผ่านมาด้วย มีผู้สนใจเข้าร่วมงานกว่า 500 คน ซึ่งถือเป็นก้าวกระโดดในการร่วมกันทำงานให้สมาคมแข็งแกร่งขึ้น”

รศ.พญ.ศรีเวียง กล่าวเพิ่มเติมว่า “ประเทศไทยถือว่ามีการพัฒนาด้าน Palliative Care ค่อนข้างล่าช้า เนื่องจากการแพทย์ที่มุ่งเน้นทางด้านเทคโนโลยีมากเกินไป ต้องการยื้อชีวิตของคนไข้ให้ได้นานที่สุด ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว เมื่อถึงจุดหนึ่งการรักษาด้วยเทคโนโลยีต่าง ๆ จะทำให้คนไข้ไม่สบาย ทุกข์ทรมาน และทำให้เกิดภาระกับทั้งตัวคนไข้และครอบครัวเป็นอย่างมาก แต่ Palliative Care จะเป็นแนวทางที่ทำให้คนไข้เมื่อทราบว่าตนเองถึงระยะท้าย สามารถเลือกวิธีการดูแลที่จะไม่ทำให้ตนเองเจ็บปวด ไม่ต้องรักษาอย่างยื้อเยื้อและเสียชีวิตอยู่ในโรงพยาบาล แต่เลือกที่จะกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวที่รัก โดยมีทีมแพทย์ พยาบาล รวมทั้งทีมสุขภาพชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจะทำให้คนไข้สามารถใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายได้ตามความปรารถนา และเสียชีวิตที่บ้านได้

ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกมีการแบ่งระดับ Palliative Care เป็นหลายกลุ่ม ตั้งแต่กลุ่มที่ดีที่สุดคือ มี Palliative Care อยู่ในระบบสุขภาพชัดเจน มีการบริการอย่างทั่วถึง กลุ่มที่มีการให้บริการ Palliative Care อยู่เป็นจุด ๆ เช่นเดียวกับประเทศไทย คือมีบริการอยู่

ในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์เท่านั้น กลุ่มที่มี Palliative Care ประปรายถึงน้อยมาก และกลุ่มสุดท้ายคือ ไม่มี Palliative Care เลย เช่น ในประเทศที่กำลังพัฒนาหลาย ๆ ประเทศ เป็นต้น ระดับบริการ Palliative Care ไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาประเทศเสมอไป ประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศกลับมีการพัฒนาเรื่อง Palliative Care มากพอสมควร เช่น ประเทศไนจีเรียแอฟริกา เนื่องจากมีคนไข้เอชไอวีเป็นจำนวนมาก ซึ่งคนไข้กลุ่มนี้ในระยะท้าย จะมีความเจ็บปวดทั้งทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณอย่างมาก ดังนั้น องค์การอนามัยโลก จึงเข้าไปมีส่วนช่วยทางด้าน Palliative Care ทำให้ประเทศเหล่านั้นพัฒนาทางด้านนี้ไปมาก ถึงขั้นดีกว่าประเทศไทย เช่น ประเทศอูกันดา เป็นต้น

โดยประเทศที่อยู่อันดับต้น ๆ ทางด้าน Palliative Care นั้น ได้มีการใช้ตัววัดในการจัดอันดับที่เรียกว่า Quality of Death Index ประเทศที่มีค่าตัวชี้วัดคุณภาพการตายของประชากรเป็นอันดับหนึ่งคือ ประเทศอังกฤษ รองลงมาคือประเทศออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ ตามลำดับ ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศในยุโรปตะวันตกส่วนใหญ่จะมีระบบ Palliative Care อยู่ในระบบบริการสุขภาพ คือเมื่อแพทย์ วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาคคนไข้ให้หายได้ โดยคนไข้จะมีชีวิตเหลืออยู่ไม่เกิน 6 เดือน คนไข้สามารถไปขึ้นทะเบียนรับบริการ Hospice Care โดยรัฐบาลจะมีทีม Hospice Care ซึ่งมีทั้ง แพทย์ พยาบาล ไปเยี่ยมคนไข้ที่บ้าน มีสถานบริการ Palliative Care แยกออกจากโรงพยาบาล ทั้งไปในกรณีที่ไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ แต่สำหรับประเทศไทยทางด้าน Palliative Care ถือว่า อยู่ระดับกลางค่อนข้างต่ำทางด้านที่ยังต้องมีการพัฒนาอีกมาก



จะเห็นได้ว่าคนไข้และครอบครัว รวมทั้งชาวไทยทั้งหมดจะสามารถได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างมาก ถ้าหากประเทศไทยมีการพัฒนาทางด้าน Palliative Care และบูรณาการปรัชญาและศาสตร์การดูแลแบบนี้เข้ากับระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งถือเป็นภารกิจสำคัญของสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย โดยในขณะนี้สมาคมฯ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ หรือ สสส. ในหลายโครงการ ได้แก่ โครงการภาคประชาชน เพื่อทำให้ประชาชนตระหนักและรู้จัก Palliative Care มากขึ้น โครงการฝึกอบรมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งต้องเริ่มจากการปรับทัศนคติหรือความคิดที่มองว่าการเสียชีวิตของคนไข้หมายถึงความล้มเหลว จึงพยายามยืดชีวิตของคนไข้ทุกวิถีทาง เมื่อถึงระยะหนึ่งการใช้เครื่องมือทางการแพทย์กลับจะทำให้คนไข้เจ็บปวด ไม่สบาย มีแต่จะเพิ่มความทุกข์ทรมาน และที่สำคัญคือ ค่าใช้จ่ายทางระบบสุขภาพนั้นมหาศาล เป็นหน้าที่ของสมาคมฯ ที่จะต้องรณรงค์ให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจทางด้าน Palliative Care มากขึ้น สมาคมฯ มีโครงการการทำร่างหลักสูตรการเรียนการสอนบูรณาการหลักการพื้นฐานของ Palliative Care ให้แก่นักศึกษาแพทย์ เพื่อให้แพทย์ทุกคนที่จบออกมามีทักษะเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ในต่างประเทศนั้น Palliative Medicine ได้กลายเป็นสาขาวิชาเฉพาะทาง มีผู้เชี่ยวชาญที่ต้องศึกษาต่อยอด ในประเทศไทยยังมีผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมด้านนี้โดยตรงน้อยมาก ณ ปัจจุบันยังมีไม่ถึง 10 คน

“จริง ๆ แล้ว การดูแลทางด้าน Palliative Care ไม่ได้ต้องการผู้เชี่ยวชาญ เพียงให้แพทย์ทุกคนมีความตระหนักและมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หากมีผู้ป่วยรายไหนที่ซับซ้อนเกินกว่าที่จะจัดการได้ จึงค่อยส่งมาให้ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเชื่อว่าแพทย์ทั่วไปน่าจะให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ถ้าเข้าใจหลักการ”



อีกภารกิจที่สำคัญมากอย่างหนึ่งของทางสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายคือ จะต้องศึกษาว่า Palliative Care ระบบใดเหมาะกับประเทศไทย ซึ่งแต่ละประเทศมีระบบ Palliative Care ไม่เหมือนกัน บางประเทศใช้ระบบเยี่ยมบ้าน บางประเทศใช้ระบบสร้างโรงพยาบาลขนาดเล็ก 20-30 เตียง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายไปอยู่ แล้วแต่บริบทและทรัพยากรของแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยทางสมาคมฯ มองว่า ประเทศไทยมีต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมของการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ การพัฒนาระบบการดูแลที่บ้าน และมีการช่วยเหลือจากรัฐไปถึงที่อยู่อาจจะเป็นวิธีที่เหมาะสม สมาคมฯ มีหน้าที่ต้องศึกษาว่าระบบแบบใดมีความคุ้มค่า มีประสิทธิภาพดีที่สุด แล้วทำให้ระบบนี้เกิดขึ้นให้ได้ โดยประชาชนคนไทยทุกคนต้องมีสิทธิเข้าถึงระบบบริการนี้

“เชื่อว่าใน 3 ปีข้างหน้า ภายใต้การสนับสนุนของ สสส. Palliative Care จะมีคนรู้จักมากขึ้น และเลือกที่จะใช้บริการ Palliative Care เองได้ ประชาชนรับรู้ได้ว่า Palliative Care ไม่ใช่การที่แพทย์ทอดทิ้ง แต่เปลี่ยนแนวทางการดูแล ไม่ใช่รักษาให้คนไข้ทรมาน แต่รักษาให้คนไข้อยู่อย่างสุขสบาย”

ความสำเร็จของทางสมาคมฯ มีตัวชี้วัดหลายอย่าง อย่างแรกคือ Palliative Care จะต้องเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย อย่างที่สองคือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ที่ให้การดูแลทางการแพทย์ จะต้องรู้จัก Palliative Care และสามารถให้บริการทางด้านนี้ได้ และอย่างสุดท้ายคือ ภาคประชาชนจะต้องรู้จักการตายดี รู้จักการดูแลแบบ Palliative Care และร้องขอแพทย์ให้ได้รับการดูแลแบบ Palliative Care ได้

รศ.พญ.ศรีเวียง กล่าวทิ้งท้ายว่า “ในประเทศไทย Palliative Care ถือว่ายังพัฒนาช้า โดยเฉพาะในหลักสูตรแพทย์ ซึ่งควรจะถูกรวมลงในหลักสูตรการเรียนการสอนในทุกโรงเรียนแพทย์ หรือแม้แต่มหาวิทยาลัยระดับแพทย์ประจำบ้านด้วย อยากให้มองเห็นว่าการรักษาคคนไข้ไม่ใช่ดูแลแต่กายอย่างเดียว ต้องดูแลทั้งจิตใจและจิตวิญญาณด้วย โดย Palliative Care ถือเป็นศาสตร์ที่สอนให้แพทย์มีความเป็นมนุษย์มากขึ้น เพราะครอบคลุมทุกมิติ ทั้งกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ แพทย์จะมีทักษะและความรู้ที่สามารถจัดการอาการที่ไม่สุขสบายของคนไข้ และมีความสามารถสื่อสารกับคนไข้ได้เป็นอย่างดี โดยทางสมาคมฯ มองว่าในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า จะพัฒนาให้มีการฝึกอบรม Palliative Care อย่างเต็มรูปแบบ และทุกโรงเรียนแพทย์จะต้องมีศาสตราจารย์ทางด้านนี้บรรจุเข้าไปในหลักสูตร”



uw.โรสลิธ นฤชิตพิชัย

ร.พ.มนารมย์ ดูแลรอบด้านทางจิตเวช มุ่งพัฒนาและสร้างประโยชน์สู่สังคม

วารสารวงการแพทย์ได้มีโอกาสเยี่ยมชมโรงพยาบาลมนารมย์ โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง อันแสนร่มรื่นบนเนื้อที่ 7 ไร่ ใกล้สี่แยกบางนาที่เปิดให้บริการด้านสุขภาพจิตทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน การรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิต และปัญหาจิตเวช ให้แก่ผู้ป่วยทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา กว่า 40 ท่าน ไม่ว่าจะเป็นจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักศิลปะบำบัด และนักบำบัด อีกหลายสาขา

นพ.โรสลิธ นฤชิตพิชัย กรรมการผู้จัดการโรงพยาบาลมนารมย์ กล่าวถึงจุดเริ่มต้นของโรงพยาบาลว่า ด้วยความต้องการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสังคมไทย ในขณะที่ความสามารถในการให้บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานต่อความต้องการดังกล่าวยังไม่เพียงพอ คณะจิตแพทย์อาวุโสหลายท่านได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้ก่อตั้งโรงพยาบาลมนารมย์ขึ้นเพื่อเป็นทางเลือกที่เพิ่มขึ้นแก่ผู้รับบริการ

โดยเปิดให้บริการดูแลรักษาเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เพียบพร้อมไปด้วยบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม แบบโปรแกรมกลางวัน อาคารสถานที่ทางโรงพยาบาลมนารมย์ได้รับการออกแบบให้มีความปลอดภัย ความสะอาดสบาย และความเป็นส่วนตัว นอกจากห้องพักผู้ป่วยแล้วยังมีห้องกลุ่มกิจกรรมบำบัด ห้องสนทนาการ ห้องกายภาพบำบัด สวนพักผ่อน สนามกลางแจ้ง ห้องสำหรับฝึกผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น ซึ่งจุดเด่นของโรงพยาบาลคือ การดูแลรอบด้าน ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ บุคลิกภาพ และปัจจัยแวดล้อม โดยการรักษามีทั้งการใช้ยาเพื่อรักษาทางด้านชีวภาพของสมอง และการใช้จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด กิจกรรมบำบัด ศิลปะบำบัด การพูดคุยสื่อสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง วิธีคิด ทำให้สามารถแก้ปัญหาหรือรับมือกับปัญหาในชีวิตได้ดีขึ้น สามารถปรับตัวกับสังคมได้ดีขึ้น

ตลอดระยะเวลา 7 ปีที่เปิดให้บริการมา โรงพยาบาลได้รับการยอมรับจากประชาชนและมีความก้าวหน้าขึ้นเป็นลำดับ โดยเห็นได้จาก

“สุขภาพของคนเราประกอบด้วยสองส่วนคือ กายกับใจ การที่จะมีความสุขที่แท้จริงได้นั้นต้องสุขทั้งกายและใจ แต่ที่ผ่านมาความเจริญก้าวหน้าที่เกิดขึ้นในสังคม รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นตอบสนองเฉพาะทางด้านกายมากกว่า คือเครื่องผ่อนแรง อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ทำให้ปัจจุบันแม้คนจะสุขทางกายมากขึ้น แต่ความสุขทางใจกลับน้อยลง ระดับความเครียดของคนในสังคมมีมากขึ้น ทั้งจากปัญหาเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ทำให้รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ความแข็งแรงทางด้านจิตใจน้อยลงกว่าแต่ก่อน เนื่องจากสถาบันหลักในสังคมอ่อนแอลง ไม่ว่าจะเป็นสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา ศาสนา ทำให้คนขาดที่พึ่งมากขึ้น เมื่อแรงกดดันมากขึ้น ขณะที่ปัจจัยด้านจิตใจข้างในอ่อนแอลง โอกาสที่จะเจ็บป่วยทางด้านจิตใจก็มีมากขึ้น”



จำนวนผู้รับบริการในแต่ละวันที่เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามทางโรงพยาบาลยังคงเป้าหมายให้บริการแก่ผู้ป่วยทางด้านจิตเวชให้ครอบคลุมยิ่งขึ้นในทุก ๆ ด้านและทุกช่วงวัย ไม่ว่าจะเป็นวัยเด็กเล็ก เด็กโต เด็กวัยรุ่น ผู้ใหญ่ วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ในแต่ละช่วงวัยก็จะมีปัญหาที่พบบ่อย อาทิเช่น ในวัยเด็กเล็ก ได้แก่ ปัญหาพัฒนาการล่าช้า สมาธิสั้น การเรียนรู้บกพร่อง ในเด็กโตและเด็กวัยรุ่น ได้แก่ ปัญหาการปรับตัวกับเพื่อนและสังคม ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาความรับผิดชอบ ปัญหาการใช้สารเสพติด ในวัยผู้ใหญ่ วัยทำงาน ได้แก่ ปัญหาวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ปัญหาชีวิตคู่ ปัญหาติดสุรา โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ ในวัยผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาโรคซึมเศร้า และสมองเสื่อม เป็นต้น

การบริหารงานโรงพยาบาลเอกชนนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะโรงพยาบาลมนารมย์ซึ่งพยายามสร้างความสมดุลระหว่างการทำประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยและสังคม กับผลตอบแทนแก่ผู้ถือหุ้นและพนักงาน

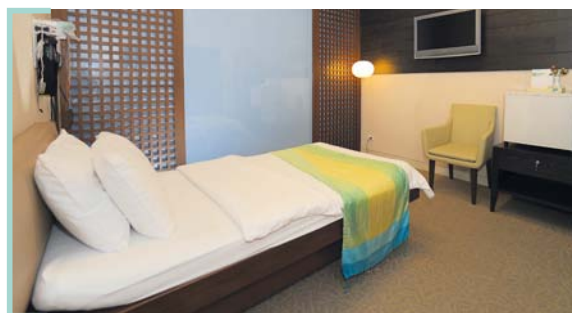


การทำประโยชน์นี้ให้แก่สังคมคือ เป้าหมายลำดับต้น ๆ ของการดำเนินงานของโรงพยาบาลมหารมย์ จึงไม่แปลกเลยที่ทางโรงพยาบาลพยายามทำกิจกรรมส่งเสริมความรู้อย่างต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง “ทางโรงพยาบาลมองว่าการให้ความรู้แก่ประชาชนก็เป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งเช่นกัน เนื่องจากสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปัญหาทางด้านจิตเวชรุนแรงกว่าที่ควรจะเป็นเกิดจากทัศนคติของประชาชนที่ยังไม่ค่อยเข้าใจโรคทางด้านจิตเวช ทำให้การป้องกันหรือการขอรับความช่วยเหลือช้ากว่าที่ควรจะเป็น จากปัญหาที่แก้ไขง่ายก็เป็นแก้ไขได้ยาก ที่ผ่านมาทางโรงพยาบาลจึงมีการจัดบรรยายให้ความรู้ทางด้านจิตเวช ทั้งด้านการป้องกัน การรักษา และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยแก่ประชาชนโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเกือบทุกเดือน มีการบรรยายความรู้ให้แก่องค์กรต่าง ๆ เช่น โรงเรียน ให้พ่อแม่ ผู้ปกครองเข้าใจเด็กในวัยต่าง ๆ และสำหรับในปีนี้ซึ่งครบรอบ 7 ปีของทางโรงพยาบาล ได้ร่วมกับศาลเยาวชนและครอบครัวกลางในการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยาเด็ก แนวทางการช่วยเหลือในกรณีต่าง ๆ แก่ผู้เกี่ยวข้อง อาทิ ผู้พิพากษา ผู้พิพากษาศมทบ นักจิตวิทยาของศาล เป็นต้น”



ในฐานะที่เป็นทั้งผู้บริหารและแพทย์ **นพ.ไกรสิทธิ์** มองว่าเป็น ‘โอกาส’ ที่จะช่วยเหลือส่วนรวมได้มากขึ้น โดยได้กล่าวฝากถึงท้ายถึงแพทย์ท่านอื่น ๆ ว่า “อาชีพแพทย์ถือเป็นอาชีพที่มีเกียรติ และมีโอกาสที่ดีที่จะได้ทำกุศลโดยการช่วยเหลือผู้คนให้พ้นจากความทุกข์ การที่เราได้รับเกียรตินี้จากผู้คนในสังคม แพทย์จะต้องรักษาเกียรตินี้ให้คงอยู่ด้วยการดำรงตนให้สมกับการที่จะได้รับการเคารพนับถือจากผู้คน โดยการปฏิบัติตนให้อยู่ในกรอบจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ และมุ่งที่ประโยชน์ของผู้ป่วย ญาติ และส่วนรวมเป็นที่ตั้งอันดับแรก ถ้าส่วนรวมดี ผมเชื่อว่าส่วนตัวก็จะดีตามไปด้วย แพทย์ควรต้องดูแลผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยให้เหมือนกับคนในครอบครัว เพราะจริง ๆ แล้ว ทุกวันนี้เราก็คืออยู่ในสังคมที่เหมือนกับเป็นครอบครัวใหญ่ หากทุกคนในครอบครัวนี้เอาใจใส่กัน ห่วงใยกัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน สังคมก็จะน่าอยู่ และจะสามารถผ่านพ้นทุกปัญหาไปได้”

“การบริหารงานโรงพยาบาลต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายกลุ่ม คือ ผู้รับบริการ หรือผู้ป่วย จะต้องได้รับการบริการที่ดีมีคุณภาพได้รับการดูแลรักษาให้มีอาการดีขึ้น เร็วขึ้นเท่าที่จะทำได้ เพราะผู้ป่วยทาง จิตเวชหนึ่งคนไม่ได้มีผลกระทบต่อดังผู้ป่วยเองเท่านั้น ยังส่งผลไปถึงครอบครัวด้วย หากช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้นได้เร็วขึ้นก็เหมือนกับช่วยคนในครอบครัวนั้นให้พ้นจากความทุกข์ได้เร็วขึ้นด้วย ผู้เกี่ยวข้องส่วนที่สองคือ พนักงานโรงพยาบาล ผู้ที่จะทำงานทางด้านนี้จะต้องมีความชัดเจนต่างจากผู้ทำงานด้านอื่นคือ เรื่องความอดทน ความมั่นคงทางอารมณ์ และจิตใจ ผมพูดกับพนักงานอยู่เสมอว่าเราทำงานด้านนี้เหมือนได้ทำบุญทุกวัน คือช่วยเหลือคนให้พ้นจากความทุกข์ใจ และส่วนที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งก็คือ ผู้ถือหุ้น ปฏิเสธไม่ได้ว่าเราทำธุรกิจ ผู้ถือหุ้นก็คาดหวังเรื่องผลตอบแทนจากการลงทุนด้วย แม้โรงพยาบาลมหารมย์จะเป็นโรงพยาบาลเอกชน เราก็ไม่ได้มองเป็นการค้าหรือมุ่งหวังกำไรเป็นหลัก แต่มุ่งหวังที่จะทำประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยและสังคมมากกว่า”





นายมิชัย วีระไวทยะ

เอเชียและแปซิฟิก พณีกกำลังจัดประชุมใหญ่ ICAAP11 ร่วมรณรงค์ ป้องกัน แก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ของภูมิภาค

การประชุมสมัชชานานาชาติเรื่องเอดส์ในเอเชียและแปซิฟิก ครั้งที่ 11 (11th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific: ICAAP11) มีกำหนดจัดขึ้นในประเทศไทยระหว่างวันที่ 18-22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ โดยมีบุคคลสำคัญระดับผู้นำทั่วเอเชียและแปซิฟิกทั่วโลกพร้อมผู้แทนจากชุมชนกลุ่มต่าง ๆ และผู้เชี่ยวชาญหลายพันคนเข้าร่วมประชุม วัตถุประสงค์หลักเพื่อเป็นการรวมพลังของทุกภาคส่วนในการคิดค้นนวัตกรรมสร้างสรรค์ มุ่งมั่นขับเคลื่อนตอบสนองต่อเป้าหมายในการป้องกันและแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในภูมิภาคอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

แนวความคิดของการประชุมครั้งนี้คือ ‘เอเชียและแปซิฟิก: เอดส์ ลดให้เหลือศูนย์ได้ ด้วยการลงทุนในนวัตกรรม’ (Theme: Asia/Pacific Reaching Triple Zero: Investing in Innovation) มุ่งมั่นที่จะทำให้เกิด 3 ศูนย์ คือ 1. ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2. ไม่มีผู้ที่เสียชีวิตจากเอดส์ 3. ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยองค์กรเจ้าภาพของการประชุม ICAAP11 คือ สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน และเจ้าภาพร่วมคือ กระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งองค์การสหประชาชาติด้านเอดส์ (UNAIDS) และสมาคมเอดส์แห่งเอเชียและแปซิฟิก

นายมิชัย วีระไวทยะ ที่ปรึกษาคณะกรรมการดำเนินการจัดประชุมฯ กล่าวว่า การประชุม ICAAP เป็นการประชุมเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่ใหญ่ที่สุดในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก และเป็นอันดับสองของโลกรองจากการประชุมโรคเอดส์นานาชาติ (International AIDS Conference) เป็นความภาคภูมิใจของประเทศไทยที่ได้รับเกียรติคัดเลือกให้เป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม ICAAP ครั้งที่ 11 นี้ โดยมีผู้นำองค์กรและชุมชนระดับชาติ ภูมิภาค และระดับโลก ด้านเอชไอวี/เอดส์ให้การสนับสนุนและเข้าร่วมงาน รวมทั้งนักวิชาการ นักวิจัย แพทย์ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้นำทั้งภาคการเมืองและระดับรากหญ้า พนักงานภาครัฐ นักปกครอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และที่สำคัญที่สุดคือเยาวชนของชาติ เวทีการประชุมนี้จึงเป็นโอกาสดีในการแลกเปลี่ยนแนวความคิดสร้างสรรค์ในการรณรงค์ที่ได้ผลจากแต่ละประเทศในเอเชียแปซิฟิกและทั่วโลก ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับประโยชน์คุ้มทุนมากมายหลายเท่า

การประชุม ICAAP11 กำหนดจัดขึ้นเป็นระยะเวลา 5 วัน ระหว่างวันที่ 18-22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กรุงเทพฯ โดยจะมีนวัตกรรม 11 ด้านที่สามารถเป็นแบบอย่าง เป็นแรงบันดาลใจในการจัดงานครั้งต่อไปได้ ตัวอย่างนวัตกรรมของการจัดประชุม อาทิ กิจกรรมสื่อประชาสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างประเทศ กิจกรรมนักข่าวอาสาสมัคร เป็นต้น สำหรับเนื้อหาของการประชุมครั้งใหญ่นี้ประกอบด้วย 4 โปรแกรมหลัก ได้แก่ โปรแกรมด้านภาวะผู้นำ (Leadership Program), ด้านวิชาการ (Scientific Program), ด้านชุมชน (Community Program) และด้านเยาวชน (Youth Program) ในการประชุมจะมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และบทเรียนประสบการณ์ของชุมชน เสนอวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ นโยบาย โครงการและผลงานวิจัย นวัตกรรมทางเทคโนโลยีบวกความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงวิธีการในการรณรงค์ป้องกันและแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งการรวบรวมหลักปฏิบัติที่ดี การถอดบทเรียนและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อประโยชน์ของทั้งภูมิภาคและชาวโลก

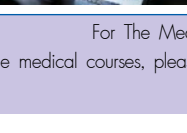
“เมื่อ 20 ปีที่แล้ว ประเทศไทยประสบภาวะการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีอย่างรุนแรงในวงกว้าง เราโชคดีที่สามารถรณรงค์ได้ทันเหตุการณ์ และล้าหน้าชาวโลกด้วยความคิดสร้างสรรค์ในการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพ ด้วยความร่วมมือจากภาครัฐทุกหน่วยเหล่าทั้งทหารพลเรือน รวมทั้งภาคประชาสังคม บริษัทเอกชน อย่างเข้มข้นและต่อเนื่องทั้งเชิงลึกและเชิงกว้าง จนในที่สุดประสบความสำเร็จในการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ถึง 90% ตามข้อมูลของ UNAIDS ในขณะเดียวกันธนาคารโลกก็ได้บันทึกสถิติไว้ว่าในรอบนั้นสามารถช่วยชีวิตประชากรไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวีได้ถึง 7.7 ล้านคน ดังนั้น การรณรงค์ยังต้องมีอยู่ต่อไปอย่างต่อเนื่อง และต้องสามารถพิชิตภารกิจอันยิ่งใหญ่ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ให้ได้เร็วที่สุด เพื่ออนาคตของประเทศชาติและชาวโลก” นายมิชัย กล่าวทิ้งท้าย

สำหรับผู้สนใจสามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ www.icaap11.org หรือโทรศัพท์ 0-2229-4825 E-mail: Secretariat@icaap11.org

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
2-4 ธันวาคม 2556 	ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ร่วมกับศูนย์เบาหวานศิริราช และโรงเรียนกายอุปกรณ์ สิรินคร	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ “ปัญหาเท้าในผู้เป็นเบาหวาน: การป้องกันและการดูแล” ครั้งที่ 8 ณ ห้องประชุมตรีเพชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15	โทรศัพท์ 0-2419-7508-9 ต่อ 103 โทรสาร 0-2411-4813 www.sirirajconference.com
7-9 ธันวาคม 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี 2556 เรื่อง “Women & Children Issue” และในวันที่ 6 ธันวาคม 2556 จะจัดเป็น pre-congress เรื่อง “Neurogenic bladder day” ณ โรงแรมฮอลิเดย์อินน์ จ.เชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-2716-6808, 08-1301-7400 โทรสาร 0-2716-6809 E-mail: thairehab@gmail.com
8-10 ธันวาคม 2556 	โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต ร่วมกับวิทยาลัยนานาชาติ ด้านศัลยกรรม และสมาคม ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการนานาชาติ The first Phuket International Symposium in Colorectal disease ณ โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต	โทรศัพท์ 0-7625-4425 โทรสาร 0-7625-4430 E-mail: art.hi@bgh.co.th, samran.sr@bgh.co.th, maneewan.ka@bgh.co.th www.phukethospital.com
26-28 ธันวาคม 2556 	สมาคมเวชบำบัดวิกฤต แห่งประเทศไทย	The 2013 TSCCM Annual Congress Critical Care Medicine 2013: From Global Standards to Everyday Practices ณ เซ็นทารา แกรนด์ เซ็นทรัล พลาซ่า ลาดพร้าว กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-2255, 08-3713-4043 E-mail: tsccmconference@gmail.com www.criticalcarethai.org
22-24 มกราคม 2557 	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ อุบลราชธานี	การประชุมวิชาการ 18 th Operative Spine Course 2014 ณ โรงแรมสุโขทัยแกรนด์ แอนด์ คอนเวนชันเซนเตอร์ จ.อุบลราชธานี	โทรศัพท์ 0-4524-0074-90 ต่อ 1503, 08-9582-6162 โทรสาร 0-4531-9283 E-mail: orthopedicesan@gmail.com
23-24 มกราคม 2557 	ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	การประชุมวิชาการ Musculoskeletal Imaging: Basic to Advance ณ ห้องประชุมอาคาร เอ็ม อาร์ ไอ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	โทรศัพท์ 0-4336-3178, 0-4334-8389 E-mail: srichaipad@yahoo.com www.md.kku.ac.th
6-7 กุมภาพันธ์ 2557 	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	การประชุมฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา ประจำปี พ.ศ. 2557 Best Anesthesia Practice in Critical Events ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติ เชียงใหม่แกรนด์วิว อ.เมือง จ.เชียงใหม่	www.med.cmu.ac.th
17-28 กุมภาพันธ์ 2557 	สมาคมแพทย์ผิวหนัง แห่งประเทศไทย	อบรมระยะสั้น 2 สัปดาห์ วิชาตจวิทยา ครั้งที่ 34 “Short Course in Practical Dermatology” ณ ห้องประชุมมรุสุวรณ์ ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๖ รอบ พระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2716-6857, 0-2716-5256, 0-2716-6661-3 ต่อ 9012 โทรสาร 0-2716-6857 www.dst.or.th
23-26 เมษายน 2557 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 30 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย From Bench to Bedside and Beyond ณ ศูนย์ประชุมพีช รอยัล คลิฟ พัทยา	www.rcpt.org/conference/2014/

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สสวสาร จำกัด 71/17 ถนนราชดำเนิน แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
16-19 January 2014 	3 rd Annual Building the Heart Team: Valve and Structural Heart Disease	Ft. Lauderdale	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2014R190
20-21 January 2014 	IACD-2014 (Dubai) International Academic Conference	Dubai	United Arab Emirates	www.abrmr.com/conference_detail.php?id=96
20-21 January 2014 	Pharmaceutical Microbiology	London	United Kingdom	www.smi-online.co.uk/goto/2014pharmamicrobiology2.asp
22-23 January 2014 	Social Media in the Pharmaceutical Industry	London	United Kingdom	http://atnd.it/17lZrQL
27-29 January 2014 	Work, Health, and Well-being: Strategic Solutions for Integrating Wellness and Occupational Safety and Health in the Workplace	Boston, Massachusetts	United States of America	https://ecpe.sph.harvard.edu/Workplace-Health
27-28 January 2014 	National Symposium on Innovation in TB Diagnostics, Drug Targets and Biomarkers & CME on 'Innovation in Molecular and Immunodiagnostics for PTB & EPTB in India'	Sevagram, Wardha, Maharashtra	India	www.jbtdrc.org/TB_Symposium.html
2-7 February 2014 	Leadership Strategies for Information Technology in Health Care	Boston, Massachusetts	United States of America	https://ecpe.sph.harvard.edu/HealthIT
3-7 February 2014 	Mayo Clinic Presents, Hawaii Heart: Case-Based Clinical Decision Making Using Echocardiography and Multimodality Imaging	Poipu Beach, Kauai	United States of America	www.mayo.edu/cme/hawaiiheart2014
4-6 February 2014 	Summit for Clinical Ops Executives (SCOPE) 2014	Miami, Florida	United States of America	www.scopesummit.com

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong Kam Pat Editorial Team at E-mail: hp_14_dna@hotmail.com or send your information to our company, Sapphasan Co., Ltd. 71/17 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 #110 Fax 0-2884-7299



Chiang Mai Cardiology Conference 2013 (CMCC 15th)
and
Abbott Laboratories Limited

Prescription Omega-3 Fatty Acids Ethyl Ester for the Residual Risk Reduction in CVD



Moderator :

Assist.Prof.Surapun Sitthisook, MD.
King Chulalongkorn Memorial Hospital



Speaker :

Gp.Capt.Krisada Sastravaha, MD.
Bhumibol Adulyadej Hospital



September 13th, 2013 Shangri-La Hotel, Chiang Mai



Chiang Mai Cardiology Conference (CMCC 15th)
and
Thai Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd.

How Can We Avoid Small Bowel and Gastric Ulcer from ASA/NSAIDs



Moderator :
Dr.Narawudt Prasertwitayakij



Speaker :
Assoc.Prof.Sarana Boonbaichaiyapruk



Speaker :
Dr.Pises Pisespongsa



September 12th, 2013 Shangri-La Hotel, Chiang Mai





วongkar phay
สัญจรทั่วไทย
2556

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน และโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
เพื่อรวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณนาย

☐ ธนาคาร บัตร ส้างจ่าย ปณ.ตลิ่งชัน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

☐ เช็คบัตรเครดิต A/C PAYEE ONLY ส้างจ่ายในนาม 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





U50

Pioneer the Popularization

Pioneer the Popularization



Color Doppler Imaging of Vertebral Artery



Color Doppler Imaging of Hepatic Vessels



Color Doppler Imaging of Kidney



High Sensitivity Color Doppler of Small Part



Transvaginal 2B Scan of Ovary



Transvaginal Scan of Fetus



Harmonic Imaging Shows Near Field details



Abundant peripheral ports: VGA, USB, DICOM, etc.

Quick save simplifies the operation

Color doppler flow imaging

Pulse wave doppler



12.1" high resolution LED display

Built-in lithium battery for 2 hours' continuous work

Light-weight design for excellent mobility

Unique gel holder design



Power doppler imaging

Backlit control panel



บริษัท เอเอ็มซี เมดิคอล ซัพพลาย จำกัด

TEL : 02-980-1881, 02-980-0261 Fax : 02-573-1108

Hotline contact : 081-771-8822, 081-847-1938, 081-809-5072

สอบถามรายละเอียด : 081-847-1938, 081-737-9298

Minimize detrimental effect of the sun!!

Maximize fresh and **silky smooth feel.**



SpectraBAN™

SpectraBAN gives ultimate protection against skin darkening and photo-aging thanks to its photostable broad-spectrum UVA/UVB protection SPF40 PA+++ . Unique silicone gel and sebum control formula guarantees no greasy looks. Hypoallergenic and non-comedogenic.