

ปีที่ 16 ฉบับ 407 ประจำวันที่ 1-15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557



เผยผลการวิจัย
พิสูจน์วัคซีนเอชพีวีคุ้มค่า

SYMPOSIUM IN THIS ISSUE

Special

10 ศิษย์เก่าดีเด่น

รางวัล “มหิดลทยากร”
ประจำปี 2556



วัสดุและอุปกรณ์
การแพทย์



มีดผ่าตัดอัจฉริยะ



เฉพาะโรค



ความรุนแรงนอกโรงพยาบาล
(EMS Violence)

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

SPEEDA™

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

Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

Intradermal (ID): administration; 0.1 ml dose of vaccine (per site) shall be injected intradermally in upper arm.

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



BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life

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

SPEEDA
Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

[illegible]

Reference:

[1] Cha Li et al. Preparation of rabies vaccine for human use by cell culture in bioreactor. *Chin J Biologicals* May, 2006; Vol. 29 No.3.

[2] Xiaowei Zhang et al. Persistence of Rabies Antibody 5 Years after Postexposure Prophylaxis with Vero Cell Intralesional Vaccine and Single Booster Dose. *Clinical and Vaccine Immunology*. Sept. 2012. p. 1477-147.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ มศ. 371/2555

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ สค. 371/2555



ໂບດນາດໂຍນາດ 497/2555

MADILOT®

Hypertension Effective

LESS ANKLE OEDEMA¹

The global safety of manidipine 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 mandiprog 20 mg with that of amiloride 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 (430 receiving mandiprog and 402 received amiloride) were included. The efficacy of mandiprog and amiloride was statistically similar in terms of blood pressure reduction. The safety of mandiprog was significantly better than amiloride: the relative risk (RR) for adverse events was 0.66 (95% CI 0.46–0.96) and for ankle oedema 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 safety profile of mandiprog over amiloride.

MAINTAINING DATA INTEGRITY is a key task for any data manager. The following table lists the various data integrity checks that can be performed on a database. The table is divided into two main sections: **MAINTAINING DATA INTEGRITY** and **MAINTAINING DATA SECURITY**. The first section lists the checks that can be performed on a database, and the second section lists the checks that can be performed on a database's security. The table is divided into two main sections: **MAINTAINING DATA INTEGRITY** and **MAINTAINING DATA SECURITY**. The first section lists the checks that can be performed on a database, and the second section lists the checks that can be performed on a database's security. The table is divided into two main sections: **MAINTAINING DATA INTEGRITY** and **MAINTAINING DATA SECURITY**. The first section lists the checks that can be performed on a database, and the second section lists the checks that can be performed on a database's security.

Further information available on request
Takeda (Thailand) LTD.

Takeda (Thailand) LTD.
183 Rajanakra building, 10 Floor South Sathorn Road, Klong Toey Nua, Khet Sathorn, Bangkok 10120

183 Rajanakran building, 10 Floor South Sathorn Road, Kwaeng Yannava, Khet Sathorn, Bangkok 10120



Further information available on request
Takeda (Thailand) LTD.
 183 Rajacekran building, 10 Floor, South

183 Rajanakran building, 10 Floor, South Sathorn Road, Klong Toey Yanna, Khet Sathorn, Bangkok 10120

183 Rajanakran building, 10 Floor South Sathorn Road, Kwaeng Yannava, Khet Sathorn, Bangkok 10120



Impacting Outcomes Link by Link



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

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



pendant

การบริหารจัดการพื้นที่ในโรงพยาบาลแนวใหม่



SAINTMED

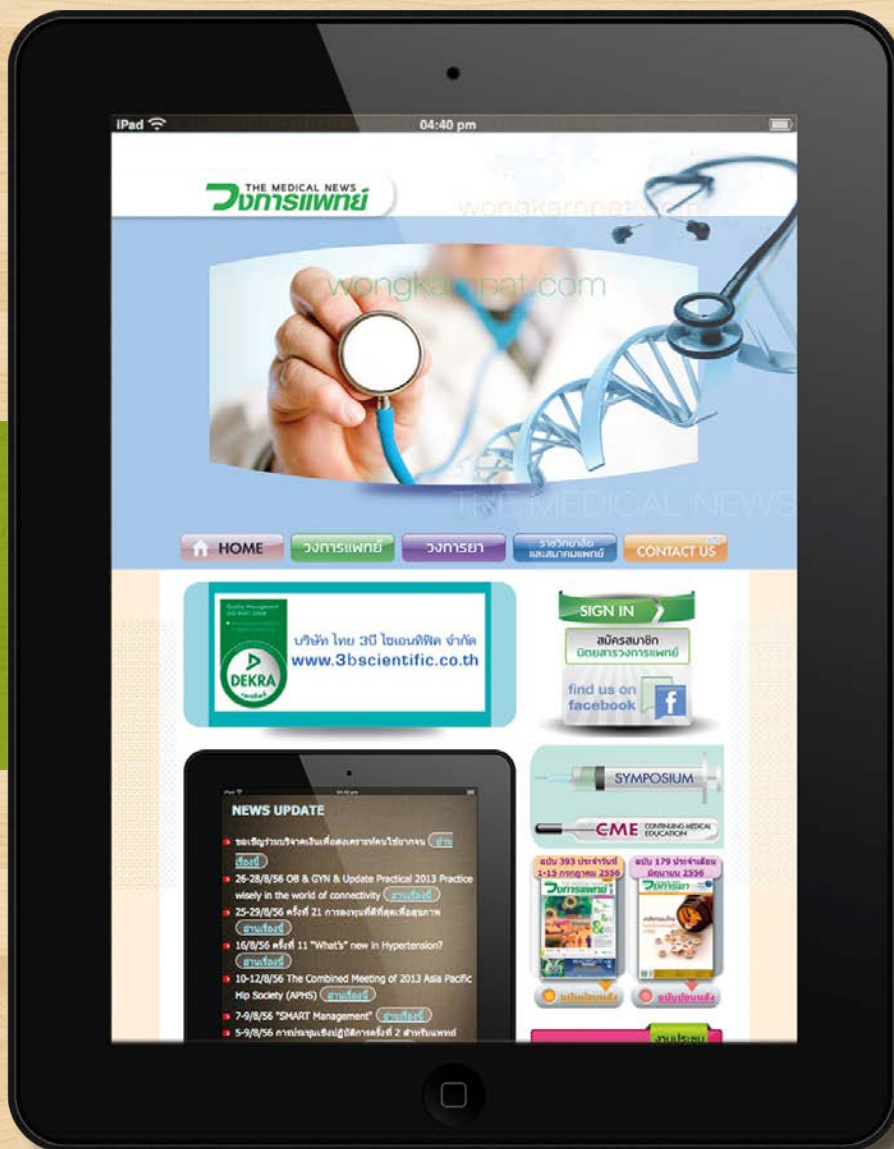
mindray

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน



www.wongkarnpat.com



กด



Like

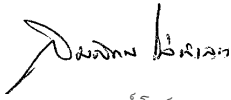
ได้ที่ www.facebook.com/วงการแพทย์

ความเชื่อกับจริยธรรมและหน้าที่ของแพทย์

ปัจจุบันคนไทยมีความแตกแยกในความคิดและความเชื่อ ความจริงไม่ใช่เรื่องแปลก เพราะแต่ละคนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ได้รับการอบรมในวัยเด็กแตกต่างกัน การได้ข้อมูลก็ไม่เหมือนกันและไม่เท่ากัน เราไม่จำเป็นต้องให้ทุกคนคิดและเชื่อเหมือนเรา ความเชื่อนั้นไม่มีใครถูก ไม่มีใครผิด เราไม่ควรไปยุ่งกับความคิดเขา เพราะพิสูจน์ไม่ได้ ถ้าเป็นเรื่องทางวิทยาศาสตร์เราอาจจะบอกได้ว่าใครผิด ใครถูก เพราะเราสามารถทำการทดลองและพิสูจน์ได้ เรื่องบางอย่างในอดีตเรามีความเชื่ออย่างหนึ่ง แต่ต่อมาเราพิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์ว่าความเชื่อนั้นไม่ถูกต้อง เช่น แต่ก่อนคนส่วนใหญ่เชื่อว่าโลกแบน คนที่มีความเห็นต่างถูกทำโทษ ปัจจุบันเราพิสูจน์ได้ว่าโลกกลม ความเชื่อที่ผิดนั้นก็เปลี่ยนไปโดยไม่ต้องไปบังคับเขา เพราะเขาจะเรียนรู้เอง ความเชื่อทางศาสนา เรื่องพระเจ้า เรื่องเทวดา มีคนเชื่อมานานแล้ว ไม่มีใครยืนยันได้ แต่อย่างน้อยก็มีคุณค่าเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ในทางการแพทย์เราจะต้องแยกแยะความเชื่อส่วนตัวของเรากับเรื่องจริยธรรมและหน้าที่ออกจากกัน ตัวอย่างเช่น เรื่องการขอยุติการตั้งครรภ์ของหญิงบางคน แพทย์บางคนมี

ความเชื่อทางศาสนาว่าเป็นบาป เพราะเป็นการฆ่าสิ่งมีชีวิต เขาจะปฏิเสธไม่ทำโดยไม่ฟังเหตุผลใด ๆ ทั้งสิ้น ความจริงแพทย์ผู้นั้นสับสนระหว่างความเชื่อกับจริยธรรมทางการแพทย์และหน้าที่ ความรับผิดชอบของการเป็นแพทย์ ตัวอย่าง มีชายผู้หนึ่งพาภรรยาไปหาแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ขอให้ยุติการตั้งครรภ์ให้แก่บุตรสาวซึ่งยังเป็นนักเรียนอยู่ แพทย์ปฏิเสธทันที โดยอ้างว่าการกระทำดังกล่าวเป็นบาป ขนาดที่บิดาของเด็กนั้นก้มลงกราบเท้าแพทย์ขอให้ช่วย แต่แพทย์ก็ปฏิเสธเสียงแข็งอย่างเดิม แถมนิ่งดื้อว่าเด็กที่ไม่รู้จักสงวนตัวปล่อยให้ท้องอีกหนึ่งสัปดาห์ต่อมาเด็กผู้หญิงคนนั้นถูกรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการตกเลือดและมีการติดเชื้อในกระแสเลือด วันต่อมาผู้ป่วยเด็กคนนั้นถึงแก่กรรม แพทย์ช่วยชีวิตผู้ป่วยไม่ได้ เมื่อย้อนกลับไปดู ถ้าแพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่วัยแรก เด็กคนนี้จะคงไม่ตายและอาจเป็นคนที่มีคุณค่าทางสังคม เราพูดเสมอว่าเราเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์มา เราต้องช่วยให้เขาพ้นทุกข์เท่าที่เราทำได้ ถ้าเราทำไม่ได้ก็ควรแนะนำส่งต่อไปยังที่ทำได้ แพทย์บางคนตัดสินใจโดยเอาความเชื่อของคนเป็นหลัก ไม่ได้คำนึงถึงความเดือดร้อนของผู้ป่วย แพทย์สภาได้ออกข้อบังคับเพื่อให้แพทย์ยุติการตั้งครรภ์

ได้โดยไม่ผิดกฎหมาย แต่เรายังพบผู้หญิงที่เสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์โดยไม่ปลอดภัยอยู่ เนื่องจากแพทย์ปฏิเสธให้การช่วยเหลือโดยอ้างความเชื่อของตนเป็นหลัก ในต่างประเทศเขาแบ่งความคิดของคนเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์เป็นสองกลุ่มคือ Pro life เห็นความสำคัญของชีวิต อีกพวกคือ Pro choice เห็นสิทธิในการเลือกของผู้หญิงเป็นหลัก ความจริงแล้วแพทย์ทุกคน Pro life เห็นความสำคัญของชีวิต แต่แพทย์ที่ช่วยยุติการตั้งครรภ์นั้นคำนึงถึงความต้องการและความเดือดร้อนของผู้ป่วยด้วย แต่แพทย์ที่ไม่ยอมทำการยุติการตั้งครรภ์นั้นเป็นพวก Anti choice ไม่สนใจปัญหาและความคิดของผู้ป่วย ในปัจจุบันความขัดแย้งในความคิดทางการเมืองรุนแรง แต่แพทย์จะต้องแยกสองเรื่องนี้ออกจากกัน ถึงแม้ว่าเรามีความคิดเห็นไม่ตรงกับผู้ป่วย แต่หน้าที่และความรับผิดชอบของเรจะต้องให้การดูแลรักษาอย่างดีที่สุด


ศ. นพ. สมศักดิ์ โลหฺเลขา

คณะที่ปรึกษาเกียรติยศ

ศ.นพ.มนตรี ตูจิตินดา ศ.กิตติคุณ นพ.พิณ ภูละวงษ์ ศ.กิตติคุณ นพ.สุวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตูจิตินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิมล จรรย์วานิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอหนันตกุล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วาทินี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แบบดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ซาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุรินทร์ ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสุทธิกุล

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

Contents

The Medical News ฉบับที่ 407 วันที่ 1 - 15 กุมภาพันธ์ 2557



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ผลวิตามินอีและ Memantine ต่อ Functional Decline ในอัลไซเมอร์
- ผลลัพธ์เสริมวิตามินดีต่อความหนาแน่นกระดูก
- ความชุกการสูบบุหรี่และการบริโภคบุหรี่ใน 187 ประเทศ
- อุบัติการณ์ อาการ และปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดแดงสมองตีบตันในเด็ก

7 ข่าวสารทางแพทย์

- 9 โรคใหม่ที่เกิดจากการสูบบุหรี่
- ออฟฟิศซินโดรม โรคฮิตหนุ่มสาวยุคใหม่

9 In Focus

เผยผลการวิจัย
พิสูจน์วัคซีนเข็มเข็มที่คุ้มค่า

12 Movement

13 Special

10 ศิษย์เก่าดีเด่น
รางวัล “มหิดลพยากร” ประจำปี 2556

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

เป้าหมายในปี พ.ศ. 2557 ของผม

17 Get Up

- กินผัก ผลไม้ช่วยลดหอบหืด
- เริ่มไต่สวนแพทย์เงินคำทากร
- เลี้ยงนมแม่ลดเสี่ยงรูมาตอยด์

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

21 เสียงแพทย์

30 บาทรักษาทุกโรคเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ ?
(ตอนที่ 1)

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

มีดผ่าตัดอัจฉริยะ

25 จูฬปฏิบัติ

ทางเลือกในการรักษาภาวะกระดูกสันหลังหักบริเวณช่วงอกและเอว (Alternative treatments of thoracic and lumbar spine fracture)

29 เฉพาะโรค

ความรุนแรงนอกโรงพยาบาล (EMS Violence)

33 มุมนิติเวช

บาดแผลกระสุนปืน: ฆ่าตัวตายหรือถูกฆ่า

37 Systematic Review

วิตามินดี ช่วยชีวิต

38 R2R

Antibiotics Smart Use (ASU) ร.พ.ศิริราช
ส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล

40 รายงานพิเศษ

“Mahidol Channel”
สถานีโทรทัศน์รวมสาระและความบันเทิง

41 เกาะติดงานประชุม

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศิริราช
จัดประชุมวิชาการ OB-GYN in Practice 2014: DRAMA

42 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

ก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาค II (Human immunodeficiency virus: HIV)

พลิวตามินอีและ Memantine ต่อ Functional Decline ในอัลไซเมอร์

JAMA. 2014;311(1):33-44.

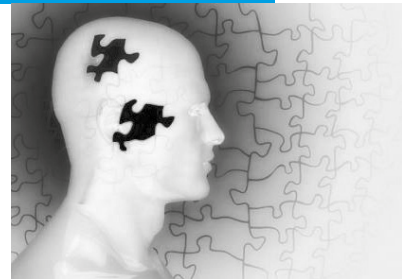
บทความวิจัยเรื่อง Effect of Vitamin E and Memantine on Functional Decline in Alzheimer Disease: The TEAM-AD VA Cooperative Randomized Trial รายงานว่า วิตามินอีและ memantine มีข้อมูลชี้ว่ามีประโยชน์ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง ขณะที่ข้อมูลจำกัดในอัลไซเมอร์ที่มีอาการระดับไม่รุนแรงถึงปานกลาง

นักวิจัยศึกษาว่าวิตามินอี (alpha tocopherol), memantine หรือทั้งสองอย่างสามารถชะลอการลุกลามของอัลไซเมอร์ที่อาการไม่รุนแรงไปสู่อาการปานกลางในผู้ป่วยที่ได้รับ acetylcholinesterase inhibitor ได้หรือไม่ โดยศึกษาจากผู้ป่วยอัลไซเมอร์ 613 รายที่มีอาการไม่รุนแรงถึงปานกลางในเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2007 และสิ้นสุดในเดือนกันยายน ค.ศ. 2012 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับ alpha tocopherol ขนาด 2,000 IU/d หรือ memantine 20 mg/d (n = 155) หรือทั้งสองอย่าง (n = 154) หรือยาหลอก (n = 152) ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ คะแนน Alzheimer's Disease Cooperative Study/Activities of Daily Living (ADCS-ADL) Inventory (range 0-78) และผลลัพธ์รอง ได้แก่ การรู้คิด อาการทางจิตประสาท การทำกิจกรรม และผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล

นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยรวม 561 ราย (alpha tocopherol = 140, memantine = 142, combination = 139, placebo = 140) โดยตัดออก 52 รายเนื่องจากไม่มีข้อมูลการติดตาม จาก mean (SD) follow-up 2.27 (1.22) ปี พบว่าคะแนน ADCS-ADL Inventory ลดลงน้อยกว่า 3.15 หน่วย (95% CI 0.92-5.39; adjusted p = 0.03) ในกลุ่มที่ได้รับ

alpha tocopherol เทียบกับกลุ่มที่ได้รับ ยาหลอก ในกลุ่มที่ได้รับ memantine พบว่า คะแนนลดลงน้อยกว่า 1.98 หน่วย (95% CI -0.24 ถึง 4.20; adjusted p = 0.40) เทียบกับกลุ่มยาหลอก การเปลี่ยนแปลงที่พบในกลุ่ม alpha tocopherol ส่งผลต่อการลุกลามที่ช้าลง 19% ต่อปีเทียบกับกลุ่มยาหลอก หรือช้าลงประมาณ 6.2 เดือนในช่วงการติดตาม ระยะการดูแลเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดในกลุ่มที่ได้รับ alpha tocopherol การวิเคราะห์การตายทุกสาเหตุและการวิเคราะห์ความปลอดภัยพบความแตกต่างเฉพาะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงด้านการติดเชื้อโรคหรือเชื้อปรสิต โดยมีความถี่สูงกว่าในกลุ่ม memantine (31 เหตุการณ์ใน 23 ราย) และกลุ่มที่ได้รับทั้งสองอย่าง (44 เหตุการณ์ใน 31 ราย) เทียบกับกลุ่มยาหลอก (13 เหตุการณ์ใน 11 ราย)

การให้ alpha tocopherol ขนาด 2,000 IU/d มีผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมเสื่อมลงช้ากว่าเมื่อเทียบกับยาหลอกในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่อาการไม่รุนแรงถึงปานกลาง โดยไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญในกลุ่มที่ได้รับ memantine อย่างเดียวหรือได้รับ memantine ร่วมกับ alpha tocopherol ผลลัพธ์นี้เสนอว่า alpha tocopherol มีประโยชน์ในโรคอัลไซเมอร์ที่อาการไม่รุนแรงถึงปานกลางในด้านการชะลอการเสื่อมลงของความสามารถในการทำกิจกรรมและลดภาระของผู้ดูแล



Cardiovascular Events จากการใช้ยาเลิกบุหรี่

Circulation. 2014;129:28-41.

บทความเรื่อง Cardiovascular Events Associated with Smoking Cessation Pharmacotherapies รายงานว่า การเลิกสูบบุหรี่ส่งผลดีนานต่อการต่อสูชีพและคุณภาพชีวิต และแม้การใช้ยาเลิกบุหรี่เป็นที่แนะนำกันเพื่อเพิ่มแนวโน้มของการเลิกบุหรี่ แต่ก็มีความวิตกว่าการเลิกบุหรี่ด้วยยาอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในช่วงการถอนบุหรี่ นักวิจัยจึงศึกษาว่าการรักษาอาการติดบุหรี่ด้วยนิโคตินทดแทน, bupropion และ varenicline สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือไม่

นักวิจัยศึกษาแบบ network meta-analysis โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ติดต่อกับผู้สนับสนุนของการศึกษาเปรียบเทียบซึ่งรายงานผลลัพธ์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด และรายงานของสำนักงานอาหารและยาสหรัฐอเมริกา งานวิจัยเปรียบเทียบที่นำมาศึกษาทั้ง 63 ชิ้น ประกอบด้วยการศึกษาผลของนิโคตินทดแทน 21 ชิ้น ศึกษาผลของ bupropion 28 ชิ้น และศึกษาผลของ varenicline 18 ชิ้น ไม่พบความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมดจาก bupropion

(relative risk [RR] 0.98; 95% confidence interval [CI] 0.54-1.73) หรือ varenicline (RR 1.30; 95% CI 0.79-2.23) ขณะที่พบความเสี่ยงสูงขึ้นโดยสัมพันธ์กับนิโคตินทดแทนอันเป็นผลจากเหตุการณ์ของโรคที่ไม่ร้ายแรง (RR 2.29; 95% CI 1.39-3.82) และเมื่อประเมิน major adverse cardiovascular events ก็ไม่พบผลลัพธ์ด้านการป้องกันจาก bupropion (RR 0.45; 95% CI 0.21-0.85) และไม่พบหลักฐานชัดเจนซึ่งบ่งชี้อันตรายจาก varenicline (RR 1.34; 95% CI 0.66-2.66) หรือนิโคตินทดแทน (RR 1.95; 95% CI 0.26-4.30)

ข้อมูลจากการศึกษาสรุปว่า การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ไม่น่าจะส่งผลให้ความเสี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น





ผลลัพธ์เสริมวิตามินดีต่อความหนาแน่นกระดูก



Lancet. 2014 Jan;383(9912):146-155.

บทความเรื่อง Effects of Vitamin D Supplements on Bone Mineral Density: A Systematic Review and Meta-Analysis อ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัย meta-analysis หลายชิ้นชี้ว่า การเสริมวิตามินดีโดยไม่ได้ให้

ร่วมกับแคลเซียมไม่มีผลในการป้องกันกระดูกหัก ซึ่งอาจเป็นผลจากข้อจำกัดของการศึกษา หรือขนาดที่ไม่เหมาะสม หรือการแทรกแซงไม่ได้มุ่งไปที่กลุ่มเป้าหมาย แต่กระนั้นพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ใหญ่สูงอายุมาก (อายุมากกว่า 50 ปี) ยังคงใช้ผลิตภัณฑ์เสริมวิตามิน

นักวิจัยได้ศึกษาผลการเสริมวิตามินดีต่อความหนาแน่นกระดูก โดยรวบรวมข้อมูลงานวิจัยประเมินผลของวิตามินดี (D3 หรือ D2 แต่ไม่รวม vitamin D metabolites) ต่อความหนาแน่นกระดูกจาก Web of Science, Embase และ Cochrane Database นับตั้งแต่ก่อตั้งจนถึงวันที่ 8 กรกฎาคม ค.ศ. 2012 นักวิจัยรวบรวมงานวิจัยทั้งหมดที่เปรียบเทียบการแทรกแซงซึ่งมีความแตกต่างกันเฉพาะปริมาณวิตามินดี และศึกษาจากผู้ใหญ่ (อายุเฉลี่ย > 20 ปี) ซึ่งไม่เป็นโรคกระดูกเมตาบอลิกอื่น นักวิจัยรวมข้อมูลด้วย random effects meta-analysis ซึ่งรายงานค่า weighted mean differences และ 95% CIs โดยใช้ Cochran's Q statistic และ I^2 statistic ประเมินความแตกต่างกันในผลลัพธ์ของแต่ละการศึกษา ทั้งนี้ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ percentage change ของความหนาแน่นกระดูกจากเส้นฐาน

มีงานวิจัยที่สอดคล้องกับเกณฑ์การศึกษารวม 23 ชิ้น (mean duration 23.5 เดือน รวมผู้เข้าร่วมวิจัย 4,082 ราย, 92% เป็นผู้หญิง, อายุเฉลี่ย 59 ปี) โดยงานวิจัย 19 ชิ้นศึกษาจากกลุ่มเชื้อสายยุโรปเป็นส่วนใหญ่ ค่า mean baseline serum 25-hydroxyvitamin D concentration ต่ำกว่า 50 nmol/L ในงานวิจัย 8 ชิ้น ($n = 1,791$) และในงานวิจัย 10 ชิ้น ($n = 2,294$) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับวิตามินดีต่ำกว่า 800 IU/d ความหนาแน่นกระดูกวัดจากหนึ่งถึงห้าจุด (กระดูกสันหลังเอว คอกระดูกสะโพก สะโพก ปุ่มกระดูก กระดูกทั้งตัว หรือกระดูกต้นแขน) โดยมีการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติรวมทั้งหมด 70 ครั้ง มีข้อมูล 6 ชิ้นที่ชี้ว่ามีประโยชน์ที่มีนัยสำคัญ และ 2 ชิ้นชี้ว่ามีอันตราย และข้อมูลที่เหลือไม่พบผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญ มีการศึกษาเพียงชิ้นเดียวที่พบว่าไม่มีประโยชน์ต่อกระดูกมากกว่าหนึ่งจุด ผลลัพธ์จาก meta-analysis พบว่ามีประโยชน์เล็กน้อยต่อกระดูกคอสะโพก (weighted mean difference 0.8%, 95% CI 0.2-1.4) โดยมีความแตกต่างกันระหว่างการศึกษา ($I^2 = 67\%$, $p < 0.00027$) จากการศึกษาไม่พบผลลัพธ์ต่อกระดูกบริเวณอื่น รวมถึงสะโพก ขณะที่พบอคติต่อผลบวกสำหรับกระดูกคอสะโพกและสะโพก

นักวิจัยสรุปว่า การใช้วิตามินดีอย่างแพร่หลายเพื่อป้องกันกระดูกพรุนสำหรับผู้ใหญ่ในชุมชนซึ่งไม่มีปัจจัยเสี่ยงจำเพาะต่อภาวะพร่องวิตามินดีอาจไม่มีความจำเป็น



การดื่มนมช่วงวัยรุ่นและความเสี่ยงสะโพกหักวัยชรา

JAMA Pediatr. 2014;168(1):54-60.

บทความเรื่อง Milk Consumption During Teenage Years and Risk of Hip Fractures in Older Adults รายงานว่า การดื่มนมในช่วงวัยรุ่นได้รับการแนะนำเพื่อเพิ่มมวลกระดูกและลดความเสี่ยงกระดูกหักในวัยชรา อย่างไรก็ตาม บทบาทของการดื่มนมในการป้องกันสะโพกหักยังไม่มีข้อมูลชัดเจน และการดื่มนมในปริมาณมากอาจมีผลต่อความเสี่ยงจากการเพิ่มส่วนสูง

นักวิจัยศึกษาว่าการดื่มนมระหว่างช่วงวัยรุ่นมีผลต่อความเสี่ยงกระดูกหักในช่วงผู้ใหญ่สูงอายุมากหรือไม่ และศึกษาบทบาทของความสูงที่เพิ่มขึ้นในความสัมพันธ์ดังกล่าว

นักวิจัยศึกษาแบบ prospective cohort study และติดตามนานกว่า 22 ปีในผู้หญิงวัยทองกว่า 96,000 รายจากการศึกษา Nurses' Health Study และผู้ชายอายุ 50 ปีหรือมากกว่าจากการศึกษา Health Professionals Follow-up Study ในสหรัฐอเมริกา

ความถี่การดื่มนมและอาหารอื่นระหว่างอายุ 13-18 ปี และส่วนสูงที่เพิ่มขึ้นมีรายงานที่เส้นฐาน ขณะที่ชนิดอาหารที่รับประทานในปัจจุบัน น้ำหนัก การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเข้ายาล และปัจจัยเสี่ยง

อื่นต่อกระดูกสะโพกหักมีรายงานจากแบบสอบถามที่สำรวจทุกสองปี นักวิจัยใช้ตัวแบบ Cox proportional hazards models คำนวณค่า calculate relative risks (RRs) ของอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักครั้งแรกจากความแปรปรวนต่อการดื่มนมวันละหนึ่งแก้ว (8 fl oz หรือ 240 mL) ระหว่างช่วงวัยรุ่น

ระหว่างการติดตามมีรายงานกระดูกสะโพกหัก 1,226 รายในผู้หญิง และ 490 รายในผู้ชาย หลังจากควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการดื่มนมในปัจจุบันพบว่า การดื่มนมเพิ่มขึ้นทุกหนึ่งแก้วต่อวันระหว่างช่วงวัยรุ่นสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 9% ในผู้ชาย (RR = 1.09; 95% CI 1.01-1.17) แต่ความสัมพันธ์นี้ถูกกดลงเมื่อเพิ่มปัจจัยด้านความสูงเข้ามาในตัวแบบ (RR = 1.06; 95% CI 0.98-1.14) ขณะที่การดื่มนมในช่วงวัยรุ่นไม่สัมพันธ์กับกระดูกสะโพกหักในผู้หญิง (RR = 1.00 per glass per day; 95% CI 0.95-1.05)

การดื่มนมเพิ่มขึ้นในช่วงวัยรุ่นไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อกระดูกสะโพกหักในผู้ใหญ่สูงอายุ และความสัมพันธ์เชิงบวกของการดื่มนมและกระดูกสะโพกหักซึ่งพบในผู้ชายส่วนหนึ่งเป็นผลจากส่วนสูงที่เพิ่มขึ้น



ความชุกการสูบบุหรี่และการบริโภคบุหรี่ใน 187 ประเทศ

JAMA. 2014;311(2):183-192.

บทความเรื่อง Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012 รายงานว่า ยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคในทั่วโลก การศึกษาแนวโน้มของประเทศในด้านความชุกและการบริโภคจึงมีนัยสำคัญต่อการกำหนดการปฏิบัติและประเมินความคืบหน้าการควบคุมยาสูบ

นักวิจัยประเมินความชุกการสูบบุหรี่ต่อวันตามอายุและเพศ และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันจาก 187 ประเทศระหว่างปี ค.ศ. 1980-2012 โดยรวบรวมข้อมูลจากสถิติการไต่ถามทั่วประเทศ (n = 2,102 country-years of data) ข้อมูลอายุ-เพศ-ประเทศ-ปี (n = 38,315) สังเคราะห์ด้วย spatial-temporal gaussian process regression เพื่อหาค่าประมาณความชุกตามอายุ เพศ ประเทศ และปี และหาค่าประมาณจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันจากข้อมูลการบริโภคบุหรี่ มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ความชุกปรับมาตรฐานอายุของการสูบบุหรี่ต่อวันตามอายุ เพศ ประเทศ และปี และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันตามประเทศและปี

ความชุกปรับมาตรฐานอายุของการสูบบุหรี่ต่อวันในประชากรอายุมากกว่า 15 ปีทั่วโลกลดลงจาก 41.2% (95% uncertainty interval [UI], 40.0-42.6%) ในปี ค.ศ. 1980 มาที่ 31.1% (95% UI, 30.2-32.0%; p < 0.001)

ในปี ค.ศ. 2012 สำหรับผู้ชาย และจาก 10.6% (95% UI, 10.2-11.1%) มาที่ 6.2% (95% UI, 6.0-6.4%; p < 0.001) สำหรับผู้หญิง ความชุกลดลงมาในอัตราที่เร็วขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 1996-2006 (mean annualized rate of decline 1.7%; 95% UI 1.5-1.9%) เทียบกับช่วงหลัง (mean annualized rate of decline 0.9%; 95% UI 0.5-1.3%; p = 0.003) แม้พบว่าความชุกลดลงแต่จำนวนผู้สูบบุหรี่ต่อวันเพิ่มขึ้นจาก 721 ล้านคน (95% UI 700-742 million) ในปี ค.ศ. 1980 มาที่ 967 ล้านคน (95% UI 944-989 million; p < 0.001) ในปี ค.ศ. 2012 อัตราความชุกชี้ให้เห็นความแปรปรวนด้านอายุ เพศ และประเทศ โดยมีอัตราต่ำกว่า 5% สำหรับผู้หญิงในชาติแอฟริกันบางประเทศ และสูงกว่า 55% สำหรับผู้ชายในติมอร์-เลสเตและอินโดนีเซีย และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันยังแตกต่างกันมากตามประเทศและไม่สอดคล้องกับความชุก

นับจากปี ค.ศ. 1980 พบการลดลงอย่างชัดเจนของค่าประมาณความชุกการสูบบุหรี่ต่อวันทั้งในผู้ชายและผู้หญิงทั่วโลก แต่เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรโลกทำให้จำนวนผู้สูบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และจากการที่ยาสูบยังคงเป็นภัยคุกคามสุขภาพของประชากรโลก จึงมีความจำเป็นต้องยกระดับมาตรการเพื่อควบคุมยาสูบ

ใช้ Ibrutinib เป็น Initial Therapy ในผู้ป่วยสูงอายุ เป็น Chronic Lymphocytic Leukaemia หรือ Small Lymphocytic Lymphoma

Lancet Oncol. 2014 Jan;15(1):48-58.

บทความเรื่อง Ibrutinib as Initial Therapy for Elderly Patients with Chronic Lymphocytic Leukaemia or Small Lymphocytic Lymphoma: An Open-Label, Multicentre, Phase 1b/2 Trial รายงานว่า การรักษาด้วย chemioimmunotherapy ช่วยเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ตอบสนองการรักษาและการรอดชีพโดยรวมที่นานขึ้นในผู้ป่วย chronic lymphocytic leukaemia ที่อายุน้อย อย่างไรก็ตาม การให้ผู้ป่วยสูงอายุยังคงถูกจำกัดด้วยเรื่อง myelosuppression และการติดเชื้อ นักวิจัยจึงศึกษาประสิทธิภาพและการออกฤทธิ์ของ ibrutinib ซึ่งเป็น covalent inhibitor ของ Bruton tyrosine kinase (BTK) ในการรักษาผู้ป่วย chronic lymphocytic leukaemia ซึ่งมีอายุ 65 ปีหรือมากกว่า และไม่เคยได้รับการรักษาใดมาก่อน

นักวิจัยได้ศึกษาจากผู้ป่วยอายุอย่างน้อย 65 ปี และมีอาการของ chronic lymphocytic leukaemia หรือ small lymphocytic lymphoma ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษา ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย ibrutinib 420 mg วันละครั้ง หรือ ibrutinib 840 mg วันละครั้ง โดยแต่ละ cycle มีระยะ 28 วัน ทั้งนี้ นักวิจัยได้ศึกษาผลการรักษาด้วยขนาด 840 mg เนื่องจากการพบว่าการออกฤทธิ์ไม่ต่างกัน ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ความปลอดภัยของ dose-fixed regimen ประเมินจากความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษา

นักวิจัยรวบรวมผู้ป่วย 29 รายที่เป็น chronic lymphocytic

leukaemia และ 2 รายที่เป็น small lymphocytic lymphoma ระหว่างวันที่ 20 พฤษภาคม ค.ศ. 2010 ถึงวันที่ 18 ธันวาคม ค.ศ. 2012 อายุมัธยฐานเท่ากับ 71 ปี (range 65-84) และผู้ป่วย 23 ราย (74%) มีอายุ 70 ปีขึ้นไป อาการพิษส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่รุนแรงถึงปานกลาง (grade 1-2) โดยพบผู้ป่วย 21 ราย (68%) มีอาการท้องเสีย (grade 1 ใน 14 ราย [45%], grade 2 ใน 3 ราย [10%] และ grade 3 ใน 4 ราย [13%]) ผู้ป่วย 15 ราย (48%) มีอาการคลื่นไส้ (grade 1 ใน 12 ราย [39%] และ grade 2 ใน 3 ราย [10%])

นอกจากนี้พบผู้ป่วย 10 ราย (32%) มีอาการอ่อนเพลีย (grade 1 ใน 5 ราย [16%], grade 2 ใน 4 ราย [13%] และ grade 3 ใน 1 ราย [3%]) ผู้ป่วย 3 ราย (10%) เกิดการติดเชื้อระดับ grade 3 แต่ไม่พบการติดเชื้อระดับ grade 4 หรือ 5 และผู้ป่วย 1 รายเกิด grade 3 neutropenia และ 1 รายเกิด grade 4 thrombocytopenia หลังมัธยฐานการติดตาม 22.1 months (IQR 18.4-23.2), 22 (71%) จากผู้ป่วย 31 รายที่มี objective response (95% CI 52.0-85.8) พบว่า ผู้ป่วย 4 ราย (13%) มี complete response, 1 ราย (3%) มี nodular partial response และ 17 ราย (55%) มี partial response

ยา ibrutinib มีความปลอดภัยและการออกฤทธิ์ที่ดีในผู้ป่วย chronic lymphocytic leukaemia, or small lymphocytic lymphoma ซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุและไม่เคยได้รับการรักษา และควรที่จะมีการศึกษายานี้ต่อไปในการศึกษา phase 3

อุบัติการณ์ อาการ และปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดแดงสมองตีบตันในเด็ก

Lancet Neurol. 2014;13(1):35-43.

บทความเรื่อง Childhood Arterial Ischaemic Stroke Incidence, Presenting Features, and Risk Factors: A Prospective Population-Based Study รายงานว่า โรคหลอดเลือดแดงสมองตีบตันเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บทางสมองในเด็ก แต่ที่ผ่านมามีข้อมูลโรคหลอดเลือดแดงสมองตีบตันในเด็กก็ยังมีการศึกษาอยู่น้อย

นักวิจัยศึกษาประชากรวัยเด็กและอาการทางคลินิกของโรคหลอดเลือดแดงสมองตีบตันในเด็กจาก population-based cohort โดยศึกษาจากเด็กอายุ 29 วันถึงไม่เกิน 16 ปี ซึ่งตรวจพบหลอดเลือดแดงสมองตีบตันในระยะ 1 ปี (1 กรกฎาคม ค.ศ. 2008 ถึง 30 มิถุนายน ค.ศ. 2009) และอาศัยอยู่ทางภาคใต้ของอังกฤษ (สัดส่วนประชากรเด็ก 5.99 ล้านคน) การระบุผู้ป่วยอาศัยจากแหล่งข้อมูลหลายแห่ง (กุมารแพทย์ประสาทวิทยาและแพทย์ฝึกหัด, British Paediatric Neurology Surveillance Unit, กุมารแพทย์, รังสีแพทย์, นักกายภาพบำบัด, ประสาทศัลยแพทย์, พ่อแม่และเครือข่าย Paediatric Intensive Care Audit Network) นักวิจัยยืนยันผู้ป่วยจากการตรวจร่างกายและบันทึก รายละเอียดอาการ ปัจจัยเสี่ยง และการศึกษาปัจจัยเสี่ยงได้บันทึกโดยการวิเคราะห์บันทึกผู้ป่วย และวิเคราะห์ capture-recapture analysis เพื่อประเมินความครบถ้วนของการรายงาน

นักวิจัยพบผู้ป่วยหลอดเลือดแดงสมองตีบตัน 96 ราย อุบัติการณ์อย่างหายาของโรคหลอดเลือดแดงสมองตีบตันในเด็กเท่ากับ 1.60/100,000/year (95% CI 1.30-1.96) ข้อมูลจาก capture-recapture analysis ชี้ว่าการ

รายงานผู้ป่วยมีความครบถ้วน

89% (95% CI 77-97)

อุบัติการณ์ของโรค

หลอดเลือดแดง

สมองตีบตันมี

ระดับสูงสุดในเด็กอายุ

ต่ำกว่า 1 ปี (4.14/100,000/

year, 95% CI 2.36-6.72) โดยไม่พบ

ความแตกต่างด้านความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดแดงสมองตีบตันระหว่างเพศ (อุบัติการณ์อย่างหายาเท่ากับ 1.60/100,000/year [95% CI 1.18-2.12] สำหรับเด็กผู้ชาย และ 1.61/100,000/year [1.18-2.14] สำหรับเด็กผู้หญิง) เด็กเชื้อสายเอเชีย (relative risk 2.14, 95% CI 1.11-3.85; $p = 0.017$) และแอฟริกัน (2.28, 1.00-4.60; $p = 0.034$) มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแดงสมองตีบตันสูงกว่าเด็กเชื้อสายยุโรป และเด็ก 82 ราย (85%) มี focal features (ส่วนใหญ่เป็น hemiparesis) โดยพบอาการชักบ่อยกว่าในเด็กเล็ก (≤ 1 ปี) ขณะที่พบอาการปวดหัวบ่อยกว่าในเด็กโต (> 5 ปี; $p < 0.0001$) ทั้งนี้ นักวิจัยระบุปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแดงสมองตีบตันอย่างน้อยหนึ่งตัวได้จากผู้ป่วย 80 ราย (83%)

อายุและเชื้อชาติเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงโรคหลอดเลือดแดงสมองตีบตันในเด็ก แต่ไม่รวมถึงปัจจัยด้านเพศ ซึ่งการศึกษาความแตกต่างดังกล่าวอาจช่วยให้ทราบสาเหตุที่ชัดเจน

ความเสี่ยงสูงขึ้นต่อ Acute MI และสโตรคระหว่าง Hemorrhagic Fever ร่วมกับ Renal Syndrome

CIRCULATIONAHA.113.001870

บทความเรื่อง Increased Risk of Acute Myocardial Infarction and Stroke During Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome: A Self-Controlled Case Series Study รายงานว่า การเสียชีวิตเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดพบได้บ่อยในผู้ป่วย hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS) อันเป็นผลจาก hantavirus อย่างไรก็ดี ยังไม่มีข้อมูลว่า HFRS เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสโตรค

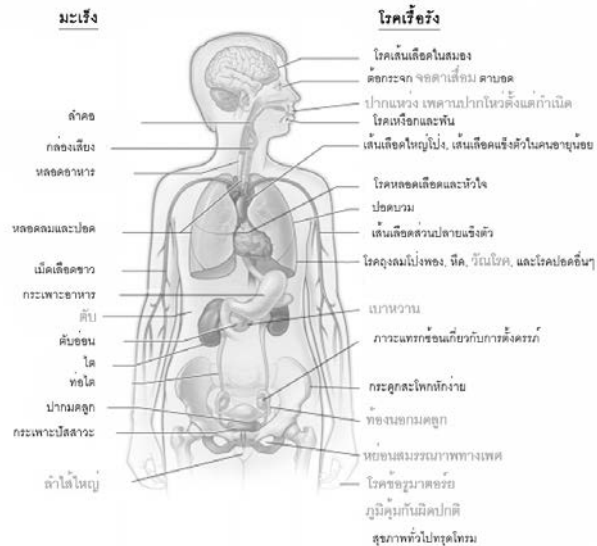
นักวิจัยเชื่อมโยงจำนวนผู้ป่วยจากฐานข้อมูลผู้ป่วย HFRS ของสวีเดน (ค.ศ. 1997-2012; $n = 6,643$) กับทะเบียน National Patient Register ระหว่างปี ค.ศ. 1987-2011 นักวิจัยใช้วิธี self-controlled case series method เปรียบ incidence rate ratio (IRR) ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน/สโตรคใน 21 วันหลังจาก HFRS กับระยะควบคุมซึ่งตัด fatal AMI/stroke (analysis 1)

หรือรวม fatal AMI/stroke (analysis 2) ค่า IRRs (95% confidence intervals) สำหรับ analysis 1 และ 2 สำหรับ AMI events ทั้งหมดเท่ากับ 5.53 (2.6-11.8) และ 6.02 (2.95-12.3) และสำหรับ AMI events ครั้งแรกเท่ากับ 3.53 (1.25-9.96) และ 4.64 (1.83-11.77) ค่า IRRs สำหรับ analysis 1 และ 2 สำหรับ stroke events ทั้งหมดเท่ากับ 12.93 (5.62-29.74) และ 15.16 (7.21-31.87) และสำหรับสโตรคทั้งหมดเท่ากับ 14.54 (5.87-36.04) และ 17.09 (7.49-38.96) โดย stroke events ส่วนใหญ่เกิดในช่วงสัปดาห์แรกหลัง HFRS จากการศึกษานี้ไม่พบผลกระทบของฤดูกาล และส่วนใหญ่ไม่พบว่าเพศหรืออายุมีผลต่อความสัมพันธ์ที่พบ

ความเสี่ยงกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายในระยะสั้นหลังจาก HFRS ดังนั้น จึงควรติดตามผู้ป่วย HFRS อย่างใกล้ชิดในช่วงระยะเฉียบพลันเพื่อดูอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือสโตรคได้อย่างทันที่

9 โรคใหม่ที่เกิดจากการสูบบุหรี่

โรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่



*หมายเหตุ: สีแดงคือโรคที่รับรองในว่าเกิดจากการสูบบุหรี่

รายงานกระทรวงสาธารณสุข อเมริกา มกราคม 2014

ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อ

การไม่สูบบุหรี่เปิดเผยรายงานของนายแพทย์ใหญ่สหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2557 ที่รับรอง 9 โรคใหม่ในโอกาสครบรอบ 50 ปี หลังจากที่นายแพทย์ใหญ่กระทรวงสาธารณสุขเคยประกาศว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของมะเร็งปอดและโรคเรื้อรังอื่น ๆ เป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2507 โดยรายงานฉบับล่าสุดระบุโรคใหม่ ๆ ที่มีหลักฐานชัดเจนว่าเกิดจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งตับและมะเร็งลำไส้ มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคเพิ่มขึ้น และทำให้วัณโรคกลับเป็นใหม่มากขึ้น การสูบบุหรี่ยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเบาหวานในผู้ใหญ่ 30-40% เทียบกับในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังมีโรคอื่น ๆ เช่น จอตาเสื่อมที่สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น เพดานปากแห้งตั้งแต่เกิดในมารดาที่สูบบุหรี่ การตั้งครรภ์นอกมดลูก โรคข้อรูมาตอยด์ และภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องลดลง และโรคเส้นเลือดสมองตีบหรือแตกจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ทำให้โดยรวมแล้วการสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งถึง 12 อวัยวะ และโรคอื่น ๆ อีก 17 โรค ในขณะที่การได้รับควันบุหรี่ในคนที่ไม่สูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคได้ 10 โรค ซึ่งรายงานของนายแพทย์ใหญ่สหรัฐอเมริกามีความสำคัญโดยการเป็นที่ยอมรับของทั่วโลกในการยืนยันถึงโรคแต่ละชนิดที่เกิดจาก

การสูบบุหรี่ หรือการได้รับควันบุหรี่ในคนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ รายงานฉบับปัจจุบันมีความสำคัญมากต่อประเทศไทยที่วามะเร็งตับ และมะเร็งลำไส้เป็นมะเร็งลำดับที่ 1 และที่ 3 ในชายไทย ในขณะที่วัณโรคและเบาหวานเป็นโรคที่คนไทยเป็นกันมากขึ้น สภาพการณ์ของโรคที่เป็นอยู่เป็นผลมาจากการใช้ยาสูบที่มีอัตราสูงมากของชายไทยในอดีตที่สูงถึง 60% เมื่อ 20 ปีก่อน และแม้ปัจจุบันอัตราก็ยังสูงถึง 40% งานควบคุมยาสูบของประเทศไทยจึงยังต้องการความร่วมมือของทุกภาคส่วน ภายใต้การนำของรัฐบาลและทุกภาคส่วนอย่างจริงจังต่อไป

สารอันตรายจากควันธูป สูดดมสะสมเสี่ยงมะเร็ง

ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย เปิดเผยว่าการเผาไหม้จะปล่อยฝุ่นละอองและสารมลพิษออกมามากมาย ซึ่งมีสารบางชนิดที่อาจเป็นสารก่อมะเร็ง โดยเฉพาะสารเบนซีน (Benzene), 1,3 บิวทาไดอิน (1,3-Butadiene) และเบนโซ(a)ไพรีน (Benzo(a)pyrene) เป็นสารก่อมะเร็งที่เกิดจากการเผาไหม้ของถ่าน ไม้ และน้ำมันในรูป สารดังกล่าวสามารถก่อมะเร็งได้หลายชนิด เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งเม็ดเลือด มะเร็งปอด และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ นอกจากนี้ในควันธูปยังมีสารมลพิษอีกหลายชนิดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เป็นต้น ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการระคายเคืองตาและระบบทางเดินหายใจ เช่น ตาแห้ง แสบตา น้ำตาไหล ระคายเคืองจมูก จาม ไอ ระคายคอ หายใจลำบาก และยังทำให้ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า ง่วงนอน และหมดสติได้หากสูดดมเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งการป้องกันควรหลีกเลี่ยงการจุดธูปในบริเวณที่อากาศไม่ถ่ายเทหรืออากาศถ่ายเทไม่สะดวก ใช้ธูปขนาดเล็กแทนธูปขนาดใหญ่เพื่อให้เกิดควันในระยะเวลาที่สั้นกว่า และควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันธูปเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง อีกทั้งหลังการสัมผัสควันธูปควรล้างมือ ล้างหน้า ล้างตาให้บ่อยขึ้น



สร. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและเครือข่ายโรคใช้หวัดใหญ่ทางห้องปฏิบัติการ

นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้งหน่วยงานส่วนกลางและศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังโรคใช้หวัดใหญ่และติดตามการเปลี่ยนแปลงตัวเชื้อไวรัสใช้หวัดใหญ่มาโดยตลอด เห็นได้จากเหตุการณ์ใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ระบาดในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2552 และไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2012 (MERS CoV) โดยในปี พ.ศ. 2556 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการบริหารจัดการห้องปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคได้เป็นอย่างดี ทั้งการสนับสนุนการตรวจวิเคราะห์เชื้อและยืนยันสายพันธุ์ของเชื้อ การนำเสนอข้อมูลและติดตามสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วทันการณ์ ซึ่งห้องปฏิบัติการใช้หวัดใหญ่ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้แต่งตั้งให้เป็นศูนย์ใช้หวัดใหญ่แห่งชาติและห้องปฏิบัติการอ้างอิงในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลกด้านใช้หวัดใหญ่ และจากการสนับสนุนและร่วมมือกับศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา และกรมควบคุมโรคในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและเครือข่ายโรคใช้หวัดใหญ่ทางห้องปฏิบัติการ จึงเป็นการเพิ่มศักยภาพในการเฝ้าระวังเชื้อใช้หวัดใหญ่ของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทั่วประเทศมากยิ่งขึ้น



ออฟฟิศซินโดรม โรคฮิตหนุ่มสาวยุคใหม่

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์เปิดเผยว่า การดำเนินชีวิตของคนในสังคมเมืองมีการแข่งขันกันสูงมากขึ้น ทำให้คนเราต้องข้มสุขภาพร่างกายของตัวเองไปพบว่า 10 เปอร์เซ็นต์ของคนเมืองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคออฟฟิศซินโดรมเพิ่มขึ้น ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมการทำงานคือ มีอิริยาบถในการทำงานไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน อาทิ การนั่งหลังค่อม การทำงานหน้าจคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่ได้เปลี่ยนอิริยาบถ และยังส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออักเสบและปวดเมื่อยตามอวัยวะต่าง ๆ อาทิ หลัง ไหล่ บ่า แขนหรือข้อมือ และส่ายตา นอกจากนี้

ยังเป็นสาเหตุของโรคต่าง ๆ ตามมาอีกมากมาย เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะ เบาหวาน และความดัน เป็นต้น ส่วนอาการในด้านอารมณ์คือ หงุดหงิดง่าย เกรี้ยวกราดกับเพื่อนร่วมงาน ให้ความสนใจแต่เฉพาะเรื่องของการทำงานจนส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในที่ทำงานและครอบครัว ดังนั้น หากมีอาการดังกล่าวเบื้องต้นสามารถเริ่มรักษาได้ด้วยตนเอง โดยปรับพฤติกรรมลดความเครียดจากการทำงานให้มีความพอดีด้วยการใช้เวลาทำงานกับเวลาพักผ่อนให้สมดุลกัน และควรมีการผ่อนคลายในระหว่างการทำงาน เพื่อลดระยะเวลาในการรับคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า และถ้ามีความจำเป็นต้องใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลานานจะต้องเงยหน้าขึ้นมองออกไปไกล ๆ ทุก 20 นาที เพื่อบรรเทาความเมื่อยล้าของส่ายตา และควรหาต้นไม้ในร่มมาปลูกเพื่อช่วยดูดซับสารพิษและเป็นที่พักสายตาที่อ่อนล้า ห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงานโดยเด็ดขาด เพราะจะทำให้เกิดมลภาวะทางอากาศและส่งผลเสียต่อสุขภาพของตนเองและผู้ร่วมงาน หมั่นทำความสะอาดโต๊ะทำงานด้วยแอลกอฮอล์เพื่อฆ่าเชื้อโรค ปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในการทำงาน โดยเปิดหน้าต่างสำนักงานให้อากาศได้ระบายอย่างน้อยในตอนเช้าที่อากาศยังไม่ร้อนมาก และตอนพักกลางวันควรปิดเครื่องคอมพิวเตอร์ทุกครั้งที่ไม่ได้ใช้งาน

เผยแพร่ผลการวิจัย พิสูจน์วัคซีนเอชพีวีคุ้มค่า

ทีมนักวิจัยจากภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เผยผลการศึกษาใหม่ วัคซีนเอชพีวีมีประสิทธิภาพสูงในการลดการติดเชื้อจากไวรัสเอชพีวีและมะเร็งปากมดลูก มีคุณค่าและประโยชน์ในการนำวัคซีนเอชพีวีเข้าในโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย

รศ.นพ.ธีรพงศ์ เจริญวิทย์ หัวหน้าภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำหรับผู้หญิงไทย เพราะถือเป็นหนึ่งในโรคร้ายที่คร่าชีวิตผู้หญิงไทยสูงถึง 14 คนต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นในอนาคต ขณะเดียวกันยังพบความเสียหายในผู้หญิงที่เป็นโรคมะเร็งในช่วงอายุที่ลดลง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตสมัยใหม่ในปัจจุบันที่มีเพศสัมพันธ์กันตั้งแต่อายุยังน้อย ทำให้ประเทศไทยติดอันดับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นอันดับ 2 ของโลก อันดับ 1 ของเอเชีย และกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ประเทศไทยต้องรับมือ

“การที่วัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นหรือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นสาเหตุหนึ่งให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ แม้โรคนี้จะสามารถป้องกันรักษาได้ แต่ปัญหาส่วนหนึ่งที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการมีคู่นอนหลายคน มาพบแพทย์เมื่อมีอาการอยู่ในระยะที่ลุกลาม โดยอาการส่วนใหญ่ที่พบคือ ตกขาวและมีเลือดออก ซึ่งผู้หญิงมักจะคิดว่าเป็นเรื่องปกติจึงนิ่งนอนใจ และไม่ได้มาพบแพทย์ตั้งแต่นั้น”

อย่างไรก็ตาม ด้วยวิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการนำวัคซีนเอชพีวีมาใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และช่วยลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ โดยในปัจจุบันมีการใช้วัคซีนเอชพีวีใน 128 ประเทศทั่วโลก ในจำนวนนี้มี 58 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยเพื่อนบ้าน อาทิ ประเทศมาเลเซีย ประเทศภูฏาน ประเทศลาว ที่รัฐบาลได้บรรจุวัคซีนเอชพีวีเป็นวัคซีนพื้นฐาน เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ประชาชนทุกคนใน

ประเทศว่ามีสิทธิเข้าถึงวัคซีนนี้ได้ แต่การจะนำวัคซีนมาใช้เป็นวัคซีนพื้นฐานจะต้องอาศัยข้อมูลการศึกษา มาใช้ประกอบการตัดสินใจ การศึกษาที่สำคัญที่สุดคือ การใช้ข้อมูลในประเทศเพื่อดูความคุ้มค่าของวัคซีน

นพ.นิพนธ์ เขมะเพชร อาจารย์สาขา มะเร็งนรีเวชวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทย พบค่อนข้างสูง ที่พบมากที่สุดในปัจจุบันคือ มะเร็งเต้านม รองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูก จากในอดีตจะพบมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับ 1 แต่เนื่องจากการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์อย่างจริงจังให้ผู้หญิงไทยมีการตรวจคัดกรอง และฉีดวัคซีนป้องกันจึงทำให้อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกลดลงเป็นอันดับ 2 และในอนาคตได้มีความพยายามให้อุบัติการณ์ลดลงเทียบเท่าประเทศที่พัฒนาแล้ว

“มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวี ซึ่งสามารถป้องกันได้ เพราะโดยส่วนใหญ่ร่างกายจะสามารถกำจัดเชื้อออกไปได้เอง หากร่างกายแข็งแรง และมีภูมิคุ้มกันที่ดี แต่มีบางส่วนซึ่งเชื้อไม่ถูกกำจัด ยังคงอยู่ในตัวเรา และพัฒนาเซลล์ให้ผิดปกติจนกระทั่งเป็นมะเร็ง ซึ่งการตรวจคัดกรองจะช่วยให้เซลล์เกิดการพัฒนาเป็นมะเร็ง เพราะเมื่อพบและรักษา ก็สามารถหายขาดได้ แต่สำหรับวัคซีนเอชพีวี

มีความสามารถที่จะป้องกันได้ตั้งแต่แรก เพราะจะไม่เกิดการติดเชื้อ ดังนั้น จึงไม่มีการพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็ง”

ทั้งนี้หลังจากมีการใช้วัคซีนเอชพีวี อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกได้ลดลง ในปีนี้เป็นปีแรกที่มีข้อมูลแสดงว่ามะเร็งปากมดลูกลดลงอย่างเห็นได้ชัดในประเทศสหรัฐอเมริกา นับตั้งแต่มีการนำวัคซีนเข้ามาใช้ในปี พ.ศ. 2549 โดยกลุ่มที่มีการลดลงของจำนวนผู้ป่วยอย่างเห็นได้ชัดคือ ผู้หญิงในช่วงอายุ 21-24 ปี ที่อุบัติการณ์ลดลงจาก 834 ราย เป็น 688 รายต่อประชากร 100,000 คน เช่นเดียวกับที่พบในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งมีการลดลงของโรคหูดหงอนไก่ในผู้หญิงอายุต่ำกว่า 21 ปี ถึง 60% ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 และยังพบการลดลงของความผิดปกติของปากมดลูกชนิด high grade ในผู้หญิงอายุต่ำกว่า 18 ปี ถึง 47.5% (อุบัติการณ์ลดลงจาก 0.80% เป็น 0.42%) ภายในระยะเวลา 3 ปี

ด้าน **อาจารย์ปิยลัมพร หะวานนท์ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสถิติสาธารณสุข วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** เผยว่า ผลจากการศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แสดงให้เห็นว่า การบรรจุวัคซีนเอชพีวีเข้าในโปรแกรมการตรวจคัดกรองและป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่มีในปัจจุบันมีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับระดับความคุ้มค่าภายใต้บริบทของประเทศไทย วัคซีนเอชพีวีสามารถลดทั้งภาระโรคและค่าใช้จ่ายจากโรคที่เกิดจากเชื้อเอชพีวี โดยข้อมูลที่ได้นี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบายในการนำวัคซีนเอชพีวีบรรจุเข้าในโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย

รศ.นพ.วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ หัวหน้าสาขามะเร็งนรีเวชวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวเสริมว่า นวัตกรรมใหม่ใดก็ตามที่จะนำเข้ามาใช้กับคนไทยต้องทำการประเมินดูก่อน ซึ่งแน่นอนว่าเมื่อเป็นนวัตกรรมใหม่ย่อมจะมีราคาสูง ดังนั้น ถ้าประเทศลงทุนกับนวัตกรรมนั้น ๆ จะมีความคุ้มค่าหรือไม่จึงเป็นสิ่งที่ต้องนำมาพิจารณา เนื่องจากไม่สามารถใช้ตัวเลขของต่างประเทศที่บอกว่าคุ้มหรือไม่คุ้มมาใช้กับประเทศไทยได้

จากผลการวิจัยเมื่อประมาณ 3 ปีที่ผ่านมา ซึ่งวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข และภาควิชา



สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำการประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการใช้วัคซีนเอชพีวี (prophylactic HPV vaccine) โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ การวิเคราะห์ต้นทุนทางการเงินในบริบทของประเทศไทย เพื่อประเมินความคุ้มค่าในการใช้วัคซีนเอชพีวีเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ซึ่งการประเมินความคุ้มค่าและประสิทธิภาพในการใช้วัคซีนเอชพีวีเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกในครั้งนั้นได้นำการคำนวณ “แบบจำลองมาร์คอฟ” (Markov Model) มาประยุกต์ใช้ เพื่อประเมินความคุ้มค่าของการใช้วัคซีนเอชพีวีในประเทศไทย โดยจะประเมินจากปัจจัยและข้อมูลของประเทศไทยเองที่หลากหลายทั้งด้านคลินิก เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อหาผลลัพธ์ความคุ้มค่าของการใช้วัคซีนเอชพีวี

การประเมินความคุ้มค่านี้นำแบ่งกลุ่มการประเมินออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มอายุ 12 ปี ซึ่งยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยจะได้รับการฉีดวัคซีนเอชพีวีเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มที่แต่งงานมีเพศสัมพันธ์แล้ว และไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนเอชพีวี เข้ารับการตรวจคัดกรองบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มที่ได้รับวัคซีนนั้น ในเบื้องต้นจะต้องลงทุนเรื่องค่าใช้จ่ายวัคซีน แต่อีกกลุ่มนั้นแม้ไม่ได้ลงทุนไปในเบื้องต้น แต่กลับพบว่ามีความคุ้มค่าตามมามากมายจากการรักษามะเร็งปากมดลูกที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ผลการวิจัยพบว่า ถ้าให้วัคซีนเอชพีวีแก่เด็กหญิงอายุ 12 ปีทุกคน ถึงแม้ค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้น แต่สามารถลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ภาวะปากมดลูกมีเซลล์ผิดปกติก่อนเป็นมะเร็งได้ประมาณครึ่งหนึ่ง และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกลงได้ประมาณ 55% นอกจากนี้หากใช้หลักเกณฑ์ซึ่งแนะนำโดย The Commission on Macro-Economic and Health ซึ่งเป็นหน่วยงานขององค์การอนามัยโลกที่ว่าด้วยเกณฑ์การตัดสินใจเรื่องค่าเพดานความคุ้มค่าสำหรับประเทศกำลังพัฒนานั้น พบว่าหากต้นทุนต่อความคุ้มคามีผลลัพธ์อยู่ที่ไม่เกิน 3 เท่าของรายได้ต่อหัวประชาชาติ (GDP) แสดงว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายได้ต่อหัวประชาชาติของไทยประมาณ 130,000 บาท พบว่าการใช้วัคซีนเอชพีวีมีต้นทุนต่อความคุ้มค่าอยู่ที่ 1 เท่ากว่า ๆ ของรายได้ต่อหัวประชาชาติ ดังนั้น ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ก็มีความสอดคล้องกับค่าเพดานความคุ้มค่าขั้นต่ำที่ใช้ในปัจจุบัน จึงสรุปได้ว่าวัคซีนเอชพีวีมีแนวโน้มถึงความคุ้มค่าในการนำมาป้องกันมะเร็งปากมดลูก

รศ.นพ.วิชัย กล่าวเพิ่มเติมว่า ล่าสุดถือเป็นโอกาสอันดีที่ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นำเสนอข้อมูลงานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อพิจารณาถึงความคุ้มค่าในการนำวัคซีนเอชพีวีมาใช้ในประเทศไทย โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบในระยะยาวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพและค่าใช้จ่าย

ที่เกี่ยวข้องจากการบรรจุวัคซีนเอชพีวีในโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยร่วมกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเริ่มฉีดวัคซีนในกลุ่มเด็กหญิงที่เรียนอยู่ชั้น ป.5 (อายุ 11-12 ปี) และเพื่อประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ (cost-effectiveness evaluation) ของการฉีดวัคซีนเอชพีวีเปรียบเทียบกับ current practice ในมุมมองของผู้จ่ายเงิน (payer perspective) โดยสรุป พบว่าการฉีดวัคซีนเอชพีวีสามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ ไม่เพียงเท่านั้นยังสามารถป้องกันการสูญเสียงบประมาณในการรักษาโรคอีกด้วย

ผศ.ดร.กนกวรรณ ธราวรรณ ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า “การลดมะเร็งปากมดลูกทำได้ด้วยการตรวจคัดกรองร่วมกับการฉีดวัคซีน สำหรับการตรวจคัดกรองนั้นเป็นเรื่องที่ต้องทำอยู่แล้ว เจอเชื้อเร็วเท่าไรก็รักษาให้หายขาดได้เร็วเท่านั้น แต่ประเด็นคือ ปัจจุบันโลกเรามีวิทยาการที่ก้าวหน้าแล้ว เรามีวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีแล้ว ไม่ต้องรอให้



ติดเชื้อก่อน แล้วไปพยายามรักษาเอาตอนที่คัดกรองเจอ ทำไมไม่ป้องกันก่อน วัคซีนนี้ทำมาจากเปลือกไวรัส ไม่มีอันตราย แต่ช่วยป้องกันการติดเชื้อที่ทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ แท้จริงแล้วเป็นสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ขั้นพื้นฐานตามข้อตกลง ICPD (International Conference on Population and Development Programme of Action) ด้วยซ้ำ หมายถึงว่า หากมีเทคโนโลยีใหม่ที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้หญิงดีขึ้น รัฐบาลก็ต้องจัดสรรให้ ไม่เช่นนั้นประเทศไทยจะช้ากว่าประเทศอื่น ๆ ในอาเซียน เพราะทราบมาว่าประเทศภูฏาน มาเลเซีย และเร็ว ๆ นี้คือประเทศลาว ได้มีวัคซีนเอชพีวีใช้ในโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไปหมดแล้ว”

สำหรับมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย โดยมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีเป็น 24.7 คนต่อผู้หญิง 100,000 คน และเสียชีวิตเฉลี่ยถึง 14 คนต่อวัน มีข้อมูลแสดงให้เห็นว่า การเกิดมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงไทยมีสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อเอชพีวี ไวรัสเอชพีวีบางสายพันธุ์ทำให้ผู้หญิงที่ติดเชื้อมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากตัวโรค และต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ฉายแสง หรือให้เคมีบำบัด ตลอดจนประเทศต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี นอกจากนี้ไวรัสเอชพีวียังเป็นสาเหตุของโรคของอวัยวะสืบพันธุ์อื่น ๆ เช่น มะเร็งปากช่องคลอด มะเร็งช่องคลอด และมะเร็งทวารหนัก รวมทั้งโรคหนองนอก การฉีดวัคซีนเอชพีวีจะสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีและโรคต่าง ๆ ที่มีสาเหตุมาจากไวรัสดังกล่าวได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาความคุ้มค่าเป็นเพียงข้อมูลหนึ่งในการช่วยตัดสินใจว่าจะใช้มาตรการอย่างไรที่เหมาะสมในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ แต่สำหรับประชาชนยังต้องเน้นย้ำว่าการป้องกันยังมีหลายวิธี โดยวัคซีนเป็นอีกหนึ่งมาตรการที่มีผลต่อการตัดสินใจ ส่วนการตัดสินใจนั้นคงจะต้องเป็นเรื่องของนโยบายต่อไป

ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ ศิษย์เก่าแพทย์ศิริราชดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2556

ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ รองคณบดีฝ่ายการพัสดุ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับการคัดเลือกเป็นศิษย์เก่าแพทย์
ศิริราชดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2556 ในสาขาศิษย์เก่าผู้ทำประโยชน์แก่สังคมของสมาคม
ศิษย์เก่าแพทย์ศิริราช ในพระบรมราชูปถัมภ์



Oncologic Imaging

ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย
มหิดล ขอเชิญรังสีแพทย์ แพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางทุกสาขาที่สนใจ
เข้าร่วมประชุมวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2557 เรื่อง “Oncologic Imaging”
ระหว่างวันที่ 1-2 มีนาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมอวย เกตุสิงห์
ตึกศิริสวรินทร์ ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช สนใจสอบถามรายละเอียด
เพิ่มเติมที่ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทรศัพท์
0-2419-7074, 0-2419-9821 โทรสาร 0-2411-3341 หรือ www.sirirajconference.com



Dealing with colorectal diseases 2014

ชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ประเทศไทย) จัดการประชุม
เพื่อติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการรอบ 2 ปี เรื่อง “Dealing with
colorectal diseases 2014” ระหว่างวันที่ 12-14 มีนาคม พ.ศ. 2557
ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ศ.คุณยวีจัย กรุงเทพฯ ดูรายละเอียดและ
ดาวน์โหลดแบบฟอร์มลงทะเบียนได้ที่ www.surgeons.or.th หรือสอบถาม
ข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณธนาศิริ รัตนวิศิษฐ์กุล ชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนัก (ประเทศไทย) ชั้น 6 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ศ.คุณยวีจัย
ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2716-6141-3 มือถือ 081-
459-1119 โทรสาร 0-2716-6144 หรือที่ thaicolorectal@gmail.com



10 ศิษย์เก่าดีเด่น รางวัล “มหิดลทยากร” ประจำปี 2556

เป็นประจำต่อเนื่องตลอดทุกปีที่สมาคมศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยมหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดให้มีการประกาศเชิดชูเกียรติบุคคลผู้เป็นศิษย์เก่าของมหาวิทยาลัยมหิดลที่มีความรู้ ความสามารถ มีจริยธรรม คุณธรรม บำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวม และประสบผลสำเร็จทางด้านวิชาการและการดำรงชีวิต เป็นที่ยอมรับทั้งในระดับชาติ และนานาชาติ เพื่อเป็นแบบอย่างแก่ชาวมหาวิทยาลัยมหิดลและสาธารณชนทั่วไป ซึ่งในปี พ.ศ. 2556 ทางสมาคมฯ ได้มีมติมอบรางวัล “มหิดลทยากร” ให้แก่ศิษย์เก่าดีเด่นมหาวิทยาลัยมหิดลจำนวน 10 ท่าน โดยจะเข้ารับรางวัลในงาน “๔๕ ปีวันพระราชทานนามมหาวิทยาลัยมหิดล” วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ณ ห้องบรรยาย ศาสตราจารย์นายแพทย์ชัชวาล ไอสถาณนท์ สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา

สำหรับศิษย์เก่าดีเด่นผู้ที่ได้รับรางวัล “มหิดลทยากร” ทั้งหมดจำนวน 10 ท่านในปีนี้ได้แก่ **ศ.เกียรติคุณ ดร.ภญ.นันทวัน บุญยะประกศ, นพ.ประดิษฐ์ รัตนพานิช, ศ.เกียรติคุณพิชิต สกุลพราหมณ์, พระครูพิศาลสมุทรกิจ (ไพศาล แสงทอง), รศ.ดร.ภิญโญ พานิชพันธ์, ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.วรารุณ สุมาวงศ์, นพ.วัฒนา เทียมปฐม, ศ.คลินิกเกียรติคุณ ทพญ.สมพร เรืองผกา, ศ.ดร.สมศักดิ์ รุจิวัฒน์ และ พล.อ.เอกชัย ศรีวิลาศ**



ศ.เกียรติคุณ ดร.ภญ.นันทวัน บุญยะประกศ สำเร็จการศึกษา

เภสัชศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล, Ph.D. (Phytochemistry) จาก Massachusetts College of Pharmacy, Boston, USA เป็นผู้ก่อตั้งสำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งถือได้ว่าเป็นสำนักงานข้อมูลสมุนไพรแห่งแรกของประเทศไทย เคยได้รับรางวัลผลงานวิจัยดีเด่นประจำปี พ.ศ. 2550 เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาพริกและผลิตภัณฑ์” จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) นอกจากนี้ยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสังคายนาศัพท์การแพทย์ไทย ทำงานวิจัยที่สร้างมูลค่าให้แก่ผลไม้ไทย ตลอดจนงานวิจัยสมุนไพรที่ใช้ผลิตสตัฟฟ์

นพ.ประดิษฐ์ รัตนพานิช สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะ

แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (รุ่น 57) ได้รับอนุมัติบัตรทางรังสีวินิจฉัย จากแพทยสภาเมื่อปี พ.ศ. 2515 พร้อม ๆ กับรับปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารโรงพยาบาล) จากมหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครราชสีมา ได้พัฒนาจนกระทั่งทรงสาธารณสุขพิจารณาจัดตั้งเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีการเปลี่ยนแปลงจนก้าวสู่การเป็นโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา ตามลำดับ





ศ.เกียรติคุณพิชิต สุกพราหมณ์ สำเร็จการศึกษาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขาภิบาล) จากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (มหาวิทยาลัยมหิดล), M.P.H. (Env. H.) จาก University of Minnesota ในสมัยที่ ศ.ดร.นพ.ณัฐ ภมรประวัติ เป็นอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล เคยดำรงตำแหน่งรองอธิการบดีฝ่ายพื้นที่และกิจกรรม ทำหน้าที่ดูแลงานก่อสร้างและการดำเนินงานเกี่ยวกับเครื่องบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลศิริราชจนเสร็จสมบูรณ์ใช้งานได้ถึงปัจจุบัน เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมสร้างบัณฑิตด้านการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมออกไปรับใช้สังคมอย่างต่อเนื่อง พัฒนางานวิชาการและการเผยแพร่ความรู้สู่สังคมอย่างต่อเนื่องเป็นที่ประจักษ์และขยายวงกว้างทั้งในและต่างประเทศ

พระครูพิศาลสมุทรกิจ (ไพศาล แสงทอง) สำเร็จการศึกษาศิลปศาสตร

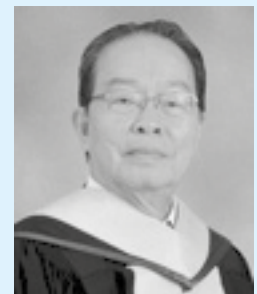
มหาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล อุปสมบทเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2527 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งเจ้าอาวาสวัดลาดเป้ง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม เจ้าคณะตำบลลาดใหญ่ เขต 2 อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม และเจ้าสำนักปฏิบัติธรรมประจำจังหวัดแห่งที่ 7 เป็นผู้พัฒนาวัดลาดเป้งจนได้รับเลือกให้เป็น “วัดส่งเสริมสุขภาพ” จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากเกณฑ์ประเมิน 5 ด้าน คือ 1) สะอาด ร่มรื่น 2) สงบ ร่มเย็น 3) สุขภาพร่วมสร้าง 4) ศิลปะร่วมจิต (วิญญาน) และ 5) ชาวประชาร่วมพัฒนา โดยในวัดลาดเป้งนอกจากจะมีศูนย์สุขภาพแล้ว ยังเป็นที่รับบริจาคหีบศพไร้ญาติ เป็นที่ตั้งของชมรมแอโรบิก ชมรมผู้สูงอายุ โรงฝึกงาน และหอส่งน้ำประปาหมู่บ้าน



รศ.ดร.กัญญ์ ปาณิชพันธ์ เข้าศึกษาในคณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2503 จากนั้นได้ทุนไปศึกษาจนสำเร็จปริญญาตรีชีวเคมี (เกียรตินิยม) จากมหาวิทยาลัยควีนส์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย และปริญญาเอกชีวฟิสิกส์ระดับโมเลกุล มหาวิทยาลัยลอนดอน ประเทศอังกฤษ มีผลงานทางด้านวิทยาศาสตร์ศึกษา ซึ่งจัดอยู่ในสาขาสังคมศาสตร์ โดยได้รับการประกาศให้เป็นผู้มีผลงานดีพิมพ์ในสาขานี้เป็นจำนวนมากที่สุดของประเทศ นอกจากนี้ยังได้รับสิทธิบัตรจากชุดตรวจสอบไอโอดีนในเกลือ ซึ่งได้รับรางวัลสิ่งประดิษฐ์จากสถาบันวิจัยแห่งชาติ ตลอดจนเป็นผู้ค้นพบปลากัดป่าสายพันธุ์ใหม่ และได้จัดทำแผนภูมิวิวัฒนาการของปลากัดป่าไทยขึ้นไว้เพื่อเป็นมรดกของประเทศด้วย

ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.วราวุธ สุมาวงศ์ สำเร็จการศึกษา

แพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, Master of Sciences in Medicine, University of Pennsylvania, USA และปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2552 เป็นผู้ร่างตนเป็นแบบอย่างของสายวิชาชีพแพทย์ที่ทรงคุณค่า เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและนานาชาติ เป็นบุคคลตัวอย่างที่สร้างชื่อเสียงด้านดนตรี เป็นผู้แต่งทำนองเพลงเทิดพระนามมหิดลให้แก่มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับรางวัลแผ่นเสียงทองคำพระราชทาน พ.ศ. 2525 มีผลงานเพลงในชื่อของ “วราห์ วรเวช” เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ



นพ.วัฒนา เกี่ยมปฐม สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต, วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วิทยาศาสตร์การแพทย์) และสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล เคยทำงานเป็นแพทย์อาสาของสโมสโรลออนส์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ออกให้บริการประชาชนยากไร้ในพื้นที่ชนบทจนได้รับรางวัล Humanitarian Service Award นอกจากนี้ ได้มีโอกาสเป็นแพทย์หน่วยเคลื่อนที่ตามโครงการพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ให้บริการในพื้นที่จังหวัดภาคใต้ ที่ผ่านมามีดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม



ศ.คลินิกเกียรติกุล นพญ.สมพร เรืองผกา สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล เคยดำรงตำแหน่งรองอธิการบดีฝ่ายนโยบายแผน และงบประมาณ และรองอธิการบดีฝ่ายการคลังและงบประมาณ มหาวิทยาลัยมหิดล ประธานชมรมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย และประธานอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบวุฒิบัตร/อนุมัติบัตร ทันตแพทยสภา สาขาทันตกรรมจัดฟัน นอกจากนี้เป็นหัวหน้าโครงการ “Mahidol University Orthodontic Database” ซึ่งใช้เป็นคลังฐานข้อมูลผู้ป่วยด้านทันตกรรมจัดฟันมากกว่า 10,000 ราย ซึ่งต่อมาได้รับการเผยแพร่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ และได้รับรางวัลผลงานประดิษฐ์คิดค้นจากสภามหาวิทยาลัยแห่งชาติ

ศ.ดร.สมศักดิ์ รุจิรวัฒน์ เข้าศึกษาเตรียมแพทยศาสตร คณะวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ซึ่งปัจจุบันคือ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยสอบเข้าได้เป็นที่ 1 สำเร็จการศึกษาวิทยาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเคมี (เกียรตินิยม) และปริญญาเอกทาง Organic Chemistry จากมหาวิทยาลัยลิเวอร์พูล ประเทศอังกฤษ เคยดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับรางวัลเมธีวิจัยอาวุโส จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และรางวัลนักวิจัยดีเด่นแห่งชาติ สาขาวิทยาศาสตร์เคมีและเภสัช จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ



พล.อ.เอกชัย ศรีวิลาศ สำเร็จการศึกษาปริญญาโทการจัดการทรัพยากรมนุษย์ (หลักสูตรนานาชาติ) วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้เสนอทิศทางการปฏิรูปโครงสร้างกองทัพไทย และร่วมจัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันประเทศให้แก่กระทรวงกลาโหม เป็นผู้วางแผนยุทธศาสตร์ที่อยู่อาศัยแห่งชาติให้แก่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ วางยุทธศาสตร์การนิคมอุตสาหกรรมแห่งชาติให้แก่กระทรวงอุตสาหกรรม และจัดทำแผนแม่บทให้สำนักเสริมสร้างเอกลักษณ์ของชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ตลอดจนเป็นแกนนำในการเสนอทางออกของปัญหาความขัดแย้งระหว่างรัฐบาลและคนเสื้อสีต่างๆ โดยใช้สันติวิธีผ่านสื่อต่าง ๆ

เป้าหมายในปี พ.ศ. 2557 ของผม

สำหรับปี พ.ศ. 2557 ผมมีเป้าหมายไว้ว่าผมอยากลดน้ำหนักตัวให้น้อยกว่านี้ ปัจจุบันผมมีน้ำหนักตัว 80 กิโลกรัม สูง 1.78 เมตร ฉะนั้นดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index (BMI คือน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง) จึงอยู่ที่ 25.25 ซึ่งสูงไปหน่อยสำหรับคนเอเชีย ค่าปกติควรอยู่ระหว่าง 18.5-23 ตั้งแต่ 23.1-24.9 จะถือว่าน้ำหนักเกิน 25 ขึ้นไปจึงจะถือว่าอ้วน BMI ของผมเองจึงอยู่ในเกณฑ์อ้วน พุงขยาย, หุ่ย ควรเล็กกว่า 90, 80 เซนติเมตร ตามลำดับ พุงผมอยู่ที่ 96 เซนติเมตร จึงถือได้ว่าเกินไปทั้ง 2 เกณฑ์

ถ้าประชาชนชาวไทยเพียงแต่ดูแล BMI และพุงให้อยู่ในเกณฑ์ด้วยการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (คือ เดินเร็ว ๆ วิ่ง ว่ายน้ำ ว่ายน้ำ ว่ายน้ำ อยู่กับที่ เดินแอโรบิก ครั้งละ 30 นาที ทุกวัน หรืออย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์) และควบคุมอาหารด้วยการรับประทานอาหารหนักไปทางพืช ผัก ผลไม้ ปลา เป็นหลัก หลีกเลี่ยงน้ำหวาน ของหวาน น้ำตาล ความเค็ม มันสัตว์ หนัสดั้ว หรือเนื้อสัตว์ (ยกเว้นปลา) เครื่องใน แป้ง เช่น ข้าว ขนมปัง มันฝรั่ง ก็จะเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ มากมาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ สมอง (หรือทั่วร่างกาย) ตีบและอุดตัน โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคอื่น ๆ ที่ตามมา โรคไขมันในเลือดสูง โรคกระดูกของ 7 อวัยวะ เช่น เต้านม ลำไส้ใหญ่ ตับ ฯลฯ ที่เกิดจากความอ้วน

แต่ถ้าจะให้ BMI และพุงผมอยู่ในเกณฑ์ ผมจะต้องลดน้ำหนักผมลงให้ถึง 72.8732

กิโลกรัม! จาก 80 กิโลกรัม ซึ่งผมคิดว่ามันเป็นไปไม่ได้ ความจริงค่า BMI ที่ปกติของชาวตะวันตกอยู่ที่ 18.5-24.9 ระหว่าง 25-29.9 จึงจะเรียกว่าน้ำหนักเกิน 30 ขึ้นไปจึงจะเรียกว่าอ้วน ผมอาจ (มองแบบเข้าข้างตัวเอง) มีรูปร่างสูงใหญ่แบบฝรั่งก็ได้ ถ้าคิดตามแบบฝรั่งผมจะมีน้ำหนักเกินเพียงเล็กน้อย ยังไม่อ้วนตามเกณฑ์ฝรั่ง ด้วยเหตุนี้เองผมจึงตั้งเป้าหมายว่าปีนี้ผมจะลดน้ำหนักตัวลงเพียง 3 กิโลกรัม ซึ่งฟังดูไม่มาก ไม่น่ายาก แต่ผมเชื่อว่ามันเป็นสิ่งที่ทำได้ยากมาก เพราะขนาดผมเดินวันละ 1 ชั่วโมงเกือบทุกวัน ไม่ดื่มน้ำหวาน ไม่ชอบของหวาน (แต่หมูหัน เป็ดปักกิ่ง ก็ชอบครับ) ผมยังลดน้ำหนักให้ต่ำกว่า 80 กิโลกรัมไม่ได้มาหลายปีแล้ว

นอกจากจะพยายามลดน้ำหนักตัวเองแล้ว ผมอยากพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นกว่านี้ กล่าวคือผมเป็นคนทำอะไรเร็ว ใจร้อน ใครถามอะไรจะตอบเร็วมาก จนบางครั้งเสียงดังมาก ห้วน คล้าย ๆ ผมเป็นคนดู (กรรยาบออกอย่างนั้น ถ้าไม่เชื่อ (ฟัง) กรรยาบแล้วจะเชื่อใคร) ทั้ง ๆ ที่ปกติไม่ได้เป็นคนอย่างนั้นเลย ปีนี้ผมจะพยายามทำให้ใจเย็นมากขึ้น อดทนต่อการช้า (ทำงาน) ของผู้อื่น จะพูดเสียงค่อยลง ฯลฯ และอีกอย่างหนึ่งคือ ผมเป็นคนชอบเอาใจคน พยายามคิดทำทุก ๆ อย่างให้กรรยา ลูก หลาน ๆ รวมทั้งลูกศิษย์ ลูกน้อง ทั้งในเรื่องเล็กน้อย รวมทั้ง

ผมเป็นนักวางแผน ตลอดจนบางครั้งดูว่าจู้จี้จุกจิกมากไป เพราะย่ำแล้วย่ำอีก ทั้ง ๆ ที่มีความปรารถนาดี (มากเกินไป) แต่การที่ผมพูดเร็ว ตอบเร็ว ดัง ห้วน ทำให้ความปรารถนาดีของผมหรือการกระทำความดีของผมเสียหรือลดลงไปอย่างมาก ฉะนั้นต้องปรับปรุงรวมทั้งผมเป็นคนแคร์ความรู้สึกของคนอื่นมากไป อยากให้ทุก ๆ คนที่ผมรู้จัก รัก มีความสุข และได้รับความสะดวกสบาย รวมทั้งไม่ชอบคนที่ชี้แจงที่มาทำงานสาย ไม่ชอบคนที่ไม่ตรงเวลาเป็นอย่างมาก ซึ่งผมคงต้องลดมาตรฐานลงบ้าง

จากการที่ผมเป็นแพทย์ ผมเห็นคนเสียชีวิต เจ็บป่วยอย่างง่ายดาย ทั้ง ๆ ที่ไม่มีอาการมาก่อน และพบว่าญาติ เพื่อนคนที่อยู่ข้างหลังเสียใจมาก และมักบ่นว่ายังไม่ได้อบแทนความรัก ความดีของบุคคลคนนั้นเลย ทำให้ผมคิดว่าถ้าเรารักใคร ปรารถนาดีต่อใคร อย่าเก็บไว้ในใจจนสายไป จนผู้ที่เรารัก เห็นคุณค่า ตายไปแล้ว โดยที่เราไม่ได้แสดงออกให้เขาเห็นว่าเรารัก เห็นคุณค่าเขาอย่างแท้จริง ตอนที่เขายังอยู่ ผมจึงอยากให้พวกเราทุก ๆ คนพยายามทำตัวดีต่อคนที่เรารักจริง ๆ ตลอดเวลา ทั้งทางใจ ทางกาย วาจา และการแสดงออกทุก ๆ ทาง เช่น ต่อสามี กรรยา ลูกหลาน พ่อแม่ หรือแม้แต่ปู่ ย่า ตา ยาย ฯลฯ

และผมต้องพยายามจัดลำดับความสำคัญของชีวิตให้ถูกต้อง ทำอะไรที่สำคัญก่อน ไม่ไปเสียเวลามากกับสิ่งที่ไร้สาระ เช่น การเล่นไลน์ ฯลฯ ผมอยากอ่านหนังสืออ่านเล่นที่ดี ๆ ให้มากยิ่งขึ้น เขียนหนังสือหรือรวบรวมให้เป็นเล่ม เพราะปัจจุบันนี้ผมเขียนในหนังสือพิมพ์ แนวหน้าและวารสารวงการแพทย์ (สำหรับวารสารวงการแพทย์เขียนมานานมากเป็นสิบ ๆ ปี) ถ้าจะรวบรวมเป็นเล่มได้ก็ก็ดี อยากจะเขียนหนังสือการดูแลสุขภาพป้องกันโรค (เล่มใหม่) ให้ทันสมัย และรวมหัวข้อที่สำคัญเพิ่มเข้าไป รวมทั้ง Art of Living (เปลี่ยนจากเดิม Art of Learning) เพื่อเป็นความรู้แก่ประชาชนที่ไม่ใช่ลูกศิษย์ผม เพราะคิดว่าจะมีประโยชน์มาก

ที่ยากที่สุดคงจะเป็นการลดน้ำหนักตัว!



กินผัก ผลไม้ช่วยลดหอบหืด

บีบีซี – การปรับอาหารโดยเน้นรับประทานผัก ผลไม้ และธัญพืชขัดสีน้อยอาจเป็นทางเลือกใหม่ช่วยบรรเทาอาการหอบหืด

ผลการศึกษาในสัตว์ทดลองตีพิมพ์ในวารสาร Nature Medicine รายงานว่า อาหารที่มีใยอาหารสูงสามารถลดการอักเสบภายในปอด นอกจากนี้การรับประทานใยอาหารเพิ่มขึ้นยังทำให้ร่างกายผลิตกรดไขมันสายสั้นเพิ่มขึ้น ซึ่งกรดตัวนี้จะกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันทำให้ปอดมีความต้านทานต่ออาการระคายเคืองดีขึ้น

นักวิจัยยังตั้งข้อสังเกตว่า ค่านิยมการรับประทานอาหารผ่านกระบวนการอาจเป็นคำตอบว่าเหตุใดจึงมีผู้ป่วยโรคหอบหืดมากขึ้น โดยอ้างถึงข้อมูลตลอดหลายสิบปีที่ผ่านมาซึ่งพบอุบัติการณ์ของโรคหอบหืดสูงขึ้นในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งพ้องกันกับความนิยมการรับประทานอาหารผ่านกระบวนการ รวมถึงลดการบริโภคใยอาหาร

นักวิจัยกล่าวด้วยว่า การบรรเทาอาการหอบหืดด้วยวิธีเปลี่ยนอาหารเป็นทางเลือกที่มีความเป็นไปได้สูงมาก แต่ในขณะนี้ยังไม่สามารถระบุได้ว่าจะต้องรับประทานใยอาหารในปริมาณเท่าใด และเป็นไปได้ว่าความเข้มข้นของกรดไขมันสายสั้นที่ร่างกายต้องการอาจแตกต่างกันด้วย

ประชากรญี่ปุ่นลดลงกว่าสองแสน

บีบีซี – กระทรวงสาธารณสุขญี่ปุ่นเผย ตัวเลขประชากรเมื่อปี พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมาลดลงอีกราว 244,000 คน นับเป็นตัวเลขติดลบเป็นประวัติการณ์

กระทรวงสาธารณสุขญี่ปุ่นเปิดเผยว่า เมื่อปี พ.ศ. 2556 มีทารกเกิดราว 1,031,000 คน ซึ่งลดลงราว 6,000 คนจากปี พ.ศ. 2555 สวนทางกับตัวเลขผู้เสียชีวิต 1,275,000 ราย ซึ่งสูงขึ้นราว 19,000 รายจากปีก่อนหน้า และปัจจุบันญี่ปุ่นมีประชากรอยู่ราว 126,393,679 คน นับถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2555 หรือลดลงร้อยละ 0.2

การหดตัวของจำนวนประชากรญี่ปุ่นที่เกิดขึ้นต่อเนื่องมาหลายปีทำให้คาดการณ์ว่าญี่ปุ่นอาจมีประชากรลดลงถึงหนึ่งในสามภายใน 50 ปีข้างหน้า ขณะที่ปัจจุบันประชากรราวหนึ่งในสี่ของญี่ปุ่นมีอายุเกิน 65 ปี และคาดว่าตัวเลขนี้จะแตะใกล้ร้อยละ 40 ภายในปี พ.ศ. 2603 อีกด้านหนึ่งทางการญี่ปุ่นพยายามผลักดันการฟื้นฟูเศรษฐกิจในช่วงหลายเดือนที่ผ่านมาหลังจากที่เศรษฐกิจอันดับสามของโลกเข้าสู่ช่วงซบเซามาหลายปี โดยอาศัยกลไกหลายด้านทั้งการอัดฉีดเม็ดเงิน ชื่นอัตรภาษี เพิ่มการลงทุนของภาครัฐ และปฏิรูปโครงสร้างเศรษฐกิจในระยะยาว



เริ่มไต่สวนแพทย์จีนค้าทารก

บีบีซี – ศาลจีนกำลังไต่สวนคดีสูติแพทย์ขโมยทารกแรกเกิดและขายต่อให้แก๊งค์ค้าทารก

เจ้าหน้าที่เปิดเผยว่า แพทย์หญิงจาง สู่เซี่ยะ ยอมรับผิดในข้อกล่าวหาขายทารก 7 ราย โดยให้ข้อมูลบอกพ่อแม่เด็กว่าทารกป่วยหนักและขอรับอุปการะทารก และได้ขายทารกทั้ง 7 รายแก่แก๊งค์ค้าทารกกระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2556 ขณะที่ทางทนายยื่นยันว่าพ่อแม่เด็กยกลูกให้โดยสมัครใจ

สูติแพทย์ที่ผันตัวมาเป็นนายหน้าค้าเด็กรายนี้ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลแม่และเด็กเมืองฝูปิงในมณฑลส่านซี ก่อนมาโดนจับได้เมื่อสามปีกรยาคุหนึ่งสงสัยว่าแพทย์หญิงจางอาจลักพาตัวลูกของตนเมื่อเดือนกรกฎาคมปีก่อน ซึ่งนอกจากแพทย์หญิงจางแล้ว เจ้าหน้าที่ก็ยังสามารถจับกุมผู้ต้องสงสัยได้อีกจำนวนมาก ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สามารถตามตัวทารกคืนมาได้ทั้งหมด 6 คน ขณะที่ทารกเพศหญิงอีกหนึ่งคนเสียชีวิต

นั่งสมาธิควบคุมซึมเศร้า

รอยเตอร์เฮลธ์ – การนั่งสมาธิอาจมีประโยชน์ในการควบคุมอาการหวาดวิตก ซึมเศร้า และอาการปวด

ผลการวิเคราะห์จากงานวิจัย 47 ชิ้นพบหลักฐานที่สนับสนุนว่าการฝึกทำสมาธิโดยมีเป้าหมายเพื่อให้สามารถจดจ่ออยู่กับสิ่งใดก็ตามที่ผ่านเข้ามาในความคิดให้ผลดีในการควบคุมอาการหวาดวิตกและซึมเศร้า โดยให้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า นอกจากนี้พบว่ายังช่วยลดอาการปวดลงได้ระดับหนึ่ง แต่ยังไม่รู้แน่ชัดว่าการทำสมาธิจะลดอาการปวดประเภทใดได้ดีที่สุด

นักวิจัยเปิดเผยด้วยว่า การทำสมาธิไม่ได้มีผลการรักษาอาการหวาดวิตกและซึมเศร้าเหนือกว่าการรักษาอื่น เช่น การรักษาด้วยยาและออกกำลังกาย และหลักฐานยืนยันประโยชน์ของการทำสมาธิต่ออาการหวาดวิตก ซึมเศร้า และอาการปวดยังคงมีความน่าเชื่อถือในระดับปานกลาง แต่ก็แนะนำว่าแพทย์ควรหารือกับผู้ป่วยถึงบทบาทของการฝึกทำสมาธิซึ่งอาจช่วยบรรเทาภาวะเครียดทางจิต โดยเฉพาะกรณีมีอาการไม่รุนแรง

อนึ่ง มีงานวิจัยบางชิ้นเสนอว่า การฝึกสมาธิอาจช่วยลดความเครียดและฟื้นฟูสุขภาพจิตโดยรวม แต่หลักฐานยังมีความน่าเชื่อถือในระดับต่ำ และปัจจุบันยังคงเป็นที่ถกเถียงกันเกี่ยวกับประโยชน์ของการทำสมาธิในด้านอารมณ์ สมาธิ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการกิน การนอน หรือน้ำหนักตัว

เลี้ยงนมแม่ลดเสี่ยงรุมตอยด์

เฮลธ์เดย์นิวส์ – การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจช่วยผู้หญิงลดความเสี่ยงโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในวัยชรา

ผลสำรวจจากผู้หญิงชาวจีนกว่า 7,300 คน ซึ่งมีอายุ 50 ปีขึ้นไปชี้ว่า ผู้หญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เลยราวครึ่งหนึ่ง และระยะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อายุสัมพันธ์กับความเสี่ยงข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ต่ำลงเช่นกัน

ด้านนักวิจัยเปิดเผยว่า ผู้หญิงที่เข้าร่วมในการศึกษานี้เกิดในช่วงคริสต์ทศวรรษที่ 40 และ 50 อันเป็นช่วงที่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มักยังคงเป็นที่แพร่หลายก่อนจะเริ่มลดลงภายหลังการประกาศนโยบายลูกคนเดียวเมื่อปลายคริสต์ทศวรรษที่ 70 และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ต่ำลงทำให้จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อติดตามว่าอุบัติการณ์ของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในอนาคตจะสูงขึ้นหรือไม่

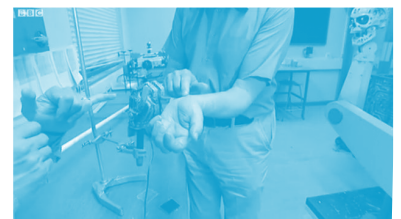
โครงการไซบอร์กช่วยผู้พิการ

Yahoo! – นักวิทยาศาสตร์อังกฤษประสบความสำเร็จฝังไมโครชิปในร่างกายเพื่อใช้ควบคุมหุ่นยนต์ หวังต่อยอดพัฒนาอวัยวะเทียมสำหรับผู้พิการ

ศาสตราจารย์เควิน วอริค หัวหน้าโครงการ “Project Cyborg” กลายเป็นมนุษย์ไซบอร์กคนแรกของโลกหลังจากลงทุนฝังไมโครชิปเชื่อมต่อระบบประสาทในข้อมือข้างซ้ายเพื่อใช้เป็นอุปกรณ์ถ่ายทอดสัญญาณจากสมองสำหรับควบคุมมือกล โดยสามารถเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์ได้ทั้งแบบต่อสายสัญญาณเข้ากับข้อมือโดยตรงหรือผ่านสัญญาณไร้สาย

ศาสตราจารย์วอริคกล่าวว่า เขาได้ทดลองติดตั้งเซอรับแรงกดไว้ที่ปลายนิ้วของมือกลและทดลองฝึกซ้อมขยับมือกล หลังจากฝึกซ้อมไปเพียง 6 สัปดาห์ก็พบผลลัพธ์อันน่าตื่นตะลึงจากการที่เขาสามารถรับรู้แรงกดที่มือกลได้รับจากสัญญาณที่ถ่ายทอดกลับมา ซึ่งในอีกทางหนึ่งก็ชี้ให้เห็นศักยภาพของสมองมนุษย์ที่พร้อมสำหรับการเรียนรู้สิ่งใหม่

ศาสตราจารย์วอริคคาดหวังว่า โครงการนี้จะเป็ประโยชน์สำหรับผู้พิการและผู้เป็นอัมพาตในการที่จะช่วยให้พวกเขาควบคุมอวัยวะเทียม โดยอาศัยการจินตนาการการเคลื่อนไหวเพื่อส่งสัญญาณจากสมองไปยังตัวรับสัญญาณในอวัยวะเทียมและทำให้อวัยวะเทียมเคลื่อนไหวได้ตามต้องการ





การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การสร้างงานคุณภาพในโรงพยาบาลถือเป็นมาตรฐานหนึ่งที่ทุกโรงพยาบาลควรพยายามสร้างให้เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการของเรา

เมื่อไม่นานมานี้ ฉันได้ติดตามผู้ตรวจงานคุณภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ในการตรวจเยี่ยมห้องคลอดของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ห้องคลอดของโรงพยาบาลแห่งนั้นค่อนข้างกว้างขวาง มีอุปกรณ์ครบครัน เต็มไปด้วยผู้ดูแลและพยาบาล

แต่กลับมีจุดหนึ่งที่ผู้ตรวจรายนี้ตรวจพบและน่าสนใจคือ ไม่มีห้องสำหรับให้สามีมาเฝ้าภรรยาหลังคลอด ซึ่งน่าสนใจว่าความต้องการของสามีที่ต้องการดูแลและให้กำลังใจแก่ภรรยาซึ่งผ่านความทรมานจากการคลอดบุตรมา ย่อมทำให้คุณแม่หมด ๗ ชุ่มชื้นใจได้ไม่น้อย

เพียงแค่...เอาใจของคนไข้...มาใส่ใจของเรา ก็ย่อมทำให้เกิดความคิดเห็นมากมายในการพัฒนางานบริการรักษาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย อันสามารถพัฒนาต่อยอดจนสร้างความประทับใจให้แก่ผู้ป่วยได้ จนในที่สุดก็สร้างความโดดเด่นที่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้

การพยายามสร้างงานคุณภาพจนได้รับการยอมรับ หรือที่เรียกกันว่า Hospital Accreditation นั้นมักเพิ่มภาระมากขึ้นต่องานประจำที่มีล้นมืออยู่แล้ว

จนบางครั้ง...เราเกิดท้อใจ

ถ้าเรามีความสุขที่จะทำสิ่งใด ย่อมทำให้เรามุ่งมั่นทำสิ่งนั้นต่อไปอย่างไม่รู้เบื่อ จนเกิดเป็นงานที่ดีไปพร้อมกับความสุขใจของผู้ทำ

เปรียบเหมือนงานคุณภาพของโรงพยาบาลนั่นเอง ถ้าเรามีความสุขที่จะทำงานคุณภาพ ย่อมทำให้เกิดความคิดพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยไม่รู้สีกว่าถูกบังคับให้กระทำ

HA คือ Hospital Accreditation....งานคุณภาพของโรงพยาบาล

SHA คือ Sustainable Healthcare & Health promotion by Appreciation & Accreditation...



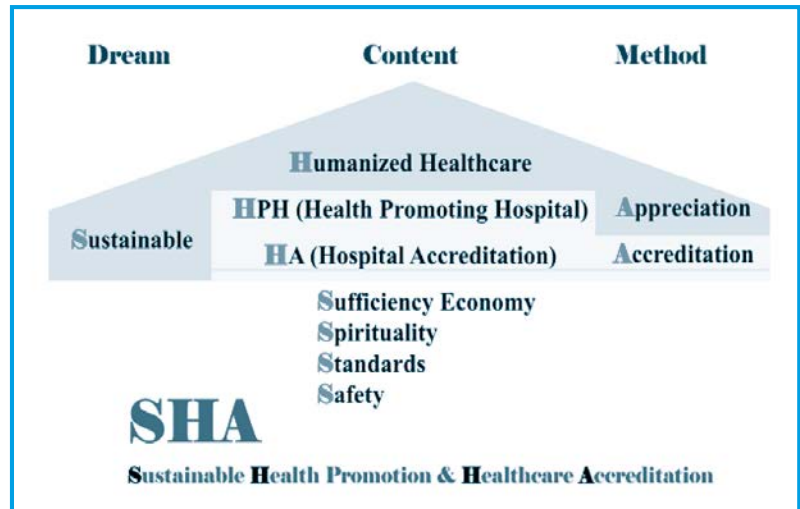
การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนด้วยการสร้างความประทับใจและเป็นที่ยอมรับจากผู้รับบริการ HA และ SHA จึงเปรียบเหมือนหยินและหยางที่ช่วยเหลือเกื้อกูลและเติมเต็มกัน เพราะถ้าเราสามารถสร้างทั้งความประทับใจให้เกิดในงานรักษาพยาบาลไปพร้อมกับมีมาตรฐานจนเป็นที่ยอมรับ ก็ย่อมทำให้งานคุณภาพนั้น ๆ เกิดการพัฒนาต่อเนื่องไปได้อย่างยั่งยืน และเราจะพยายามสร้างสิ่งต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นไปตามฝันนั้น และฝันนี้เรื่อย ๆ ไปได้อย่างไม่รู้จักเบื่อ... ไม่ใช่แค่การสร้างขึ้นเพียงชั่วครั้งชั่วคราวต่อเมื่อถูกตรวจเยี่ยมจากทีม สรพ. แค่นั้น



Spirituality เป็นวิธีการหนึ่งในการสร้างงานคุณภาพ

การเติม spirituality เข้าไปในงานรักษาพยาบาลนั้นเหมาะกับวัฒนธรรมไทยเป็นอย่างมาก

เพราะวัฒนธรรมไทยชอบการช่วยเหลือเกื้อกูลกันอยู่แล้ว ยิ่งสำหรับผู้ป่วยซึ่งอ่อนแอทั้งกายและใจก็ย่อมไม่ใช่เรื่องยากที่เราจะช่วยกันเติม spirituality เข้าไปเพื่อเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยทั้งหลาย



ยังมีงานรักษาพยาบาลอีกมากมายที่เราในฐานะบุคลากรทางการแพทย์สามารถเติมเต็มให้การรักษานั้นสมบูรณ์ได้โดยไม่ยาก

โดยทั่วไปเมื่อมีผู้ป่วยเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน บุคลากรก็มักจะสกดญาติให้ออกห่างจากผู้ตายเพื่อเช็ดตัวทำความสะอาดก่อนส่งไปยังห้องดับจิต แต่มีห้องฉุกเฉินแห่งหนึ่งได้คิดเติม spirituality ลงไปในการรักษาพยาบาลด้วยการสร้างห้องอโหสิกรรมขึ้น

เมื่อผู้ป่วยรายใดตายลงในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งนั้นก็จะมีคนนำศพเข้าไปยังห้องที่เจียบสงบห้องหนึ่งซึ่งอยู่ด้านข้าง พร้อมกับเชิญญาติ แพทย์ และพยาบาล รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเข้ามารวมกันในห้องแห่งนี้ เพื่อร่วมกันยืนยันไว้อาลัยไปพร้อมกับขออโหสิกรรมซึ่งกันและกัน

ช่วงเวลาที่เย็นสงบ... เพื่อไว้อาลัยต่อผู้ตายนับเป็นช่วงเวลาสำคัญที่พวกเราได้เจริญมรณานุสติ เตือนตนถึงความตายที่อาจมาถึงทุกคนได้ทุกเมื่อ จนเกิดความรู้สึกลอยๆ แรงสร้างความคิดให้เกิดขึ้นภายในช่วงเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ไม่มากนักในแต่ละคน

แล้วคุณผู้อ่านล่ะคะ จะเติม spirituality อย่างไรเข้าไปในการรักษาพยาบาลกันบ้าง

30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายประชานิยมที่จริงจังหรือ ?

(ตอนที่ 1)

นโยบายประชานิยม คือนโยบายแบบไหน คำตอบก็คือ เป็นนโยบายที่ใช้เงินงบประมาณแผ่นดินสร้างความพึงพอใจและนิยมชมชอบให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อผลตอบแทนทางการเมืองให้ประชาชนเลือกพรรคนั้น ๆ เข้ามาเป็น ส.ส. และเป็นรัฐบาลบริหารประเทศ ถ้าประชาชนกลุ่มเป้าหมายไม่พอใจแล้วก็คงไม่เรียกว่าเป็นนโยบายประชานิยม

แต่จะมุ่งหวังเพียงความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ ต้องไปถามถึงประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบด้วย เช่น นโยบายจำนำข้าว ชาวนาซึ่งเป็นกลุ่มได้รับผลประโยชน์ก็คงจะมีความพึงพอใจ โรงสีและพ่อค้าข้าวก็ได้กำไรทั้งทางตรง (สุจริต) และทางอ้อม (ทุจริต) อย่างที่เป็นข่าวให้เห็นกันอยู่ แต่ในส่วนของผู้บริโภคอาจจะได้รับผลกระทบในทางตรงกันข้าม กล่าวคือ ต้องซื้อข้าวกินในราคาแพงเกินราคาที่แท้จริง (หรือแพงกว่าราคาข้าวของเพื่อนบ้าน) เนื่องจากโรงสีถือโอกาสใช้ราคาจำนำ (หรือที่จริงคือราคารับซื้อ) ของรัฐบาลมากำหนดราคาขายข้าวอีกด้วย

แถมผู้ซื้อข้าวมาบริโภคอาจจะขาดความมั่นใจว่าข้าวสารที่ซื้อมานั้นจะเป็นข้าวเน่า ข้าวปนเปื้อนเชื้อรา และยากำจัดมอดแมลงหรือไม่

รวมทั้งการฉ้อฉลและการตั้งราคาจำหน่ายแพงเกินจริง ทำให้รัฐบาลขายข้าวไม่ได้ และรัฐบาลมีปัญหาล้นพ้นพันตัว ทำให้เศรษฐกิจของประเทศชาติเสียหาย จนในระยะหลังของโครงการชาวนาไม่ได้รับเงินค่าจำนำข้าวภายในเวลาอันสมควร ต้องผิดวันประกันพรุ่งว่าจะจ่ายเงินให้ชาวนาในวันนั้นวันนี้ แต่พอถึงวันที่กำหนดก็ต้องเลื่อนการจ่ายเงินออกไปอีก จนทำให้ชาวนาต้องออกมาชุมนุมเรียกร้องให้รัฐบาลรีบจ่ายเงิน ในขณะที่เขียนบทความนี้เลยกำหนดที่รัฐบาลสัญญา

ว่าจะจ่ายเงินไปแล้ว แต่ก็ต้องเลื่อนกำหนดวันที่จะจ่ายเงินออกไปอีก

ฉะนั้นแทนที่รัฐบาลจะได้รับความนิยมชมชอบ กลับกลายเป็นว่ารัฐบาลถูกตำหนิติเตียน ทั้งจากชาวนาเอง จากชาวบ้านผู้ต้องซื้อข้าวกิน และจาก ส.ส. พรรคฝ่ายค้านที่มีหน้าที่ดูแลควบคุมการทำงานของรัฐบาลและรักษาผลประโยชน์ของประเทศชาติ รวมทั้งประชาชนทั่วไปที่เข้าใจว่าโครงการรับจำนำข้าวก่อให้เกิดภาระหนี้สินแก่รัฐบาลที่ประชาชนต้องร่วมแบกรับภาระหนี้ไปด้วย เนื่องจากรัฐบาลไม่สามารถขายข้าวที่รับจำนำไว้ได้ และข้าวก็เสียหายจากการเก็บไว้นานเกินไป เนื่องจากรัฐบาลไม่สามารถส่งออกข้าวต่างประเทศได้เนื่องจากราคาแพงเกินไปจนทำให้ประเทศไทยสูญเสียตำแหน่งผู้ส่งออกข้าวอันดับหนึ่งของโลกให้แก่ประเทศเวียดนามไปแล้ว

นับได้ว่ารัฐบาลได้ทำลายระบบค้าข้าวของไทยไปจากโครงการประชานิยมนี้เป็นอย่างมาก จนถึงกับมีผู้ไปฟ้องร้อง ป.ป.ช. ให้มาสอบสวนหรือตรวจสอบการทุจริตในโครงการจำนำข้าว ซึ่งในขณะที่เขียนบทความนี้ไม่ทราบว่ามี ป.ป.ช. ชี้มูลความผิดของรัฐมนตรีที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการจำนำข้าว หรือชี้มูลความผิดไปถึงนายกรัฐมนตรีด้วยหรือไม่

นโยบายประชานิยม 30 บาท รักษาทุกโรค

ยังมีนโยบายประชานิยมที่เป็นที่กล่าวถึง ซึ่งเป็นที่กล่าวถึงมากกว่าเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีที่สุดที่หลายคนเสนอว่าไม่ควรยกเลิกนโยบายนี้ ได้แก่ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค หรือนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งบางคนชอบเรียกนโยบายนี้เป็น “นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือ “universal (healthcare) coverage” หรือ

“uc” ซึ่งไม่ใช่การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจริง เพราะถ้าให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ทั่วถึงทุกคน) จริง ประชาชนไทยทั้งหมด 63 ล้านคน ย่อมต้องได้รับผลประโยชน์จากนโยบายนี้แน่นอน

แต่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือ 30 บาทนี้ให้ผลประโยชน์แก่ประชาชนเพียง 48 ล้านคนเท่านั้น โดยประชาชนจำนวนนี้จะได้รับสิทธิในการไปรักษาความเจ็บป่วยโดยจ่ายเงินค่าตรวจรักษา ค่ายาทั้งหมดทั้งปวงในราคาครั้งละ 30 บาท และต่อมาได้มีการแก้ไขให้ประชาชนไม่ต้องจ่ายเงินเลยในการไปตรวจรักษาผ่าตัด และค่ายาทุกชนิด (แต่ก็ยังเรียกกันว่า 30 บาทอยู่เหมือนเดิม)

ส่วนประชาชนที่เหลืออีก 15 ล้านคนนั้น 10 ล้านคนต้องจ่ายเงินตนเองสมทบทุกเดือน จึงจะได้รับสิทธิไปรักษาในระบบประกันสังคม และประชาชนอีก 5 ล้านคนได้รับสิทธิรักษาจากระบบสวัสดิการข้าราชการ

นโยบาย 30 บาทนี้เป็นที่นิยมชมชอบของประชาชนมาก ทำให้พรรคไทยรักไทยซึ่งเป็นเจ้าของนโยบายนี้ได้รับความนิยมสูงสุดอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ทำให้พรรคไทยรักไทยได้กลับมาเป็นรัฐบาลอีกเป็นสมัยที่ 2 แต่รัฐบาลชุดนี้ก็อยู่ได้ไม่นานเนื่องจากประชาชนได้มองเห็นการทุจริตคอร์รัปชันและเผด็จการเสียงข้างมากในรัฐสภา ทำให้ประชาชนออกมาชุมนุมต่อต้านรัฐบาลอย่างยืดเยื้อยาวนาน จนนำไปสู่การปฏิวัติรัฐประหารในวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2549 เพื่อยึดอำนาจการปกครองจากรัฐบาลพรรคไทยรักไทยที่มี พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี

แต่อย่างไรก็ตาม รัฐบาลต่อ ๆ มาไม่ว่าจะเป็นรัฐบาลจากการปฏิบัติ หรือรัฐบาลพลเรือนทุกรัฐบาลหลังจากการปฏิวัติครั้งนี้ ก็ไม่กล้าที่จะล้มเลิกนโยบาย 30 บาทรักษาทุกคน เพราะเกรงกลัวว่าการเลิกนโยบายที่เป็นที่นิยมชมชอบของประชาชนนี้จะทำให้รัฐบาลนั่นเองไม่ได้รับความนิยมหรือเสื่อมความนิยมในเวลาอันรวดเร็ว จึงมีผลให้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกคนที่มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นสำนักงานบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังสามารถยืนยงคงกระพันในการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีเงินงบประมาณแผ่นดินในโครงการนี้จากเริ่มต้น 1,200 บาทต่อประชาชน 1 คน มาเป็น 2,895.09 บาทต่อคน มาได้เป็นปีที่ 13 แล้ว โดยที่ไม่มีการตรวจสอบเรื่องความสุจริต โปร่งใสใด ๆ ในการบริหารงานของสำนักงานแห่งนี้แต่อย่างใด

แม้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) จะได้ตรวจสอบและรายงานการบริหารจัดการของ สปสช. ว่าไม่เหมาะสม/ถูกต้องถึง 7 อย่าง แต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น คือนายวิทยา บุรณศิริ ก็ไม่ได้ทำการสอบสวนและลงโทษแต่อย่างใด แต่กลับปกปิดการตรวจสอบอีกครั้งจากอัยการที่ตนตั้งขึ้นมา เพื่อให้ผ่านพ้นการตัดสินใจในการเลือกตั้งเลขาธิการ สปสช. คนใหม่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จนทำให้เลขาธิการคนเดิมที่ สตง. ชี้ประเด็นความผิดแล้วได้รับคะแนนเสียงเลือกตั้งกลับมาเป็นเลขาธิการอีกเป็นสมัยที่ 2

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายของโครงการ 30 บาท

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายของโครงการ 30 บาทรักษาทุกคน ก็คือประชาชน 48 ล้านคนที่ไม่ใช่ผู้ประกันตน (ในระบบประกันสังคม) และไม่ใช่กลุ่มข้าราชการและครอบครัว

สปสช. จะรายงานทุก ๆ ปีว่า โครงการ 30 บาทฯ เป็นโครงการที่ประชาชนชื่นชอบหรือนิยมมากกว่า 90% ทุกปี ทั้งนี้เพราะว่าประชาชนไม่ต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าของตนเองเลยในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จ่ายเฉพาะค่าเดินทางเท่านั้น และถ้าอาการหนักจนถึงกับต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผ่าตัด ทำคลอด ใส่เฝือก และทำการรักษาทุกชนิด ผู้ป่วยก็ได้รับการรักษา มีเตียงนอน มีอาหารฟรี 3 มื้อ และการรักษาพยาบาล (เช็ดตัว ทำแผล ฉีดยา ฯลฯ) ได้ทุกชนิด จนกว่าจะฟื้นไข้หรือหายจากความเจ็บป่วย เพียงจ่ายเงินจากกระเป๋าตัวเองแค่ 30 บาทเท่านั้น

ในยุคแรกมีประชาชนที่ยากจนประมาณ 20 ล้านคนได้รับการยกเว้น ไม่ต้องจ่ายเงิน 30 บาท มีประชาชนเพียง 27 ล้านคนเศษที่ต้องจ่ายเงินครั้งละ 30 บาท

ภายหลังจากการไปรับการรักษาแล้ว ถ้าผู้ป่วยหรือญาติไม่พอใจผลการรักษาใด ๆ ก็ตาม ก็ยังอาจจะไปฟ้องร้องเพื่อขอเงินช่วยเหลือ (ตามมาตรา 41) ได้อีกด้วย และถ้าพบว่ามีความผิดพลาดในกระบวนการรักษา หลังจาก สปสช. จ่ายเงินช่วยเหลือไปแล้ว ยังสามารถไป “ไล่เบี้ย” เอาเงินคืนจากผู้กระทำผิดได้อีกตามมาตรา 42

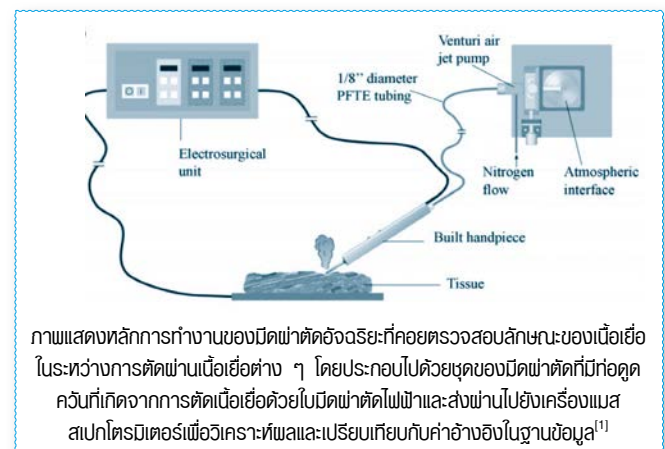
บทบัญญัติในสองมาตรานี้เองที่ทำให้ผู้ป่วยร้องเรียนแพทย์ (ผู้เป็นหัวหน้าทีมงานรักษา) และโรงพยาบาลมากขึ้นอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน และมีทนายไปคอยอยู่ได้ดูแลโรงพยาบาล เพื่อชักจูงให้ญาติผู้ป่วยที่ตายหรือไม่พอใจผลการรักษายื่นฟ้องหมอต่อศาลทั้งคดีแพ่งและคดีอาญาอีกมากมาย

มีดผ่าตัดอัจฉริยะ

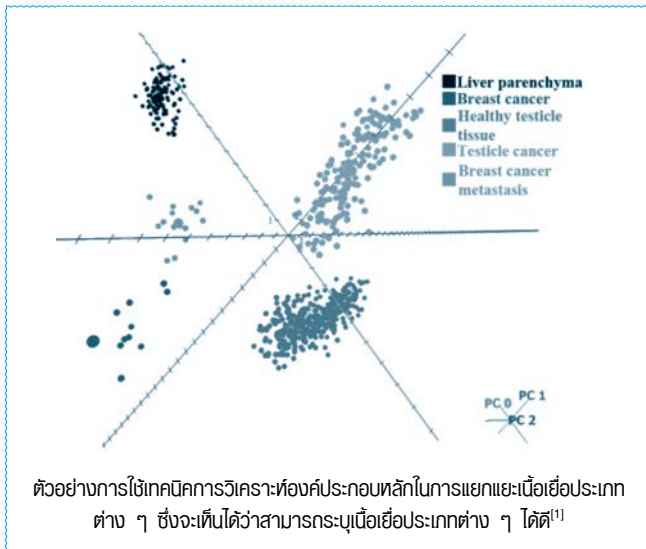
ในการผ่าตัดเพื่อนำเนื้องอกออกจากอวัยวะต่าง ๆ นั้น โดยทั่วไปแล้วแพทย์ผู้ผ่าตัดจะเป็นผู้กำหนดขอบเขตของเนื้องอกที่ต้องการนำออกจากส่วนของเนื้อเยื่อปกติด้วยตนเองจากการประเมินด้วยการมองเห็นเนื้อเยื่อหรือการประเมินจากภาพถ่ายรังสี ซึ่งในบางครั้งอาจจะยากต่อการประเมินขอบเขตได้อย่างถูกต้อง การตัดเนื้องอกด้วยขนาดที่มากไปทำให้ต้องเสียเนื้อเยื่อปกติไปมากและอาจส่งผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วยได้ ในขณะที่การตัดส่วนของเนื้องอกที่น้อยไปอาจทำให้เนื้องอกนั้นหลงเหลืออยู่และสามารถกลับมาเจริญได้ใหม่ ด้วยเหตุนี้เองทำให้แพทย์ต้องมีการส่งชิ้นเนื้อเยื่อในบริเวณที่ต้องการแยกแยะไปตรวจสอบทางจุลกายวิภาคศาสตร์เพื่อตรวจสอบประเภทของเนื้อเยื่อให้ชัดเจน ซึ่งหากดำเนินการในระหว่างการผ่าตัดนั้นทำให้ต้องเสียเวลาในการวิเคราะห์ประมาณ 30 นาทีหรือมากกว่า ส่งผลถึงเวลาในการผ่าตัดและมีผลต่อจำนวนของชิ้นงานที่ต้องการตรวจสอบได้ ดังนั้น จึงมีการพัฒนาเทคนิคต่าง ๆ ที่จะช่วยให้แพทย์สามารถแยกแยะส่วนของเนื้องอกและเนื้อเยื่อปกติในระหว่างการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ตัวอย่างเช่น เทคนิคการติดฉลากด้วยสารฟลูออเรสเซนต์ ซึ่งยังคงไม่สามารถใช้งานได้กับทุกประเภทของเนื้องอก หรือการใช้เครื่องสเปกโตรสโกปี เช่น รามานสเปกโตรสโกปี อินฟราเรดสเปกโตรสโกปี การกระเจิงของรังสีเอกซ์ หรือแมสสเปกโตรเมทรี เป็นต้น ซึ่งโดยทั่วไปจะต้องเป็นการนำชิ้นเนื้อออกมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องมือในลักษณะคนละขั้นตอนกัน

เมื่อเร็ว ๆ นี้ทีมนักวิจัยจากสหราชอาณาจักรได้พัฒนา มีดผ่าตัดอัจฉริยะขึ้นโดยเพิ่มส่วนประกอบเสริมที่ทำหน้าที่ในการวิเคราะห์เนื้อเยื่อเข้าไปกับเครื่องตัดจี้ไฟฟ้าซึ่งมีการใช้งานทั่วไปในห้องผ่าตัดอยู่แล้ว ทำให้แพทย์สามารถใช้มีดผ่าตัดอัจฉริยะนี้ในการตัดเนื้อเยื่อและตรวจสอบประเภทของเนื้อเยื่อในบริเวณดังกล่าวได้ในเวลาเดียวกัน โดยในการทำงานนั้น เมื่อเครื่องตัดจี้ไฟฟ้าตัดผ่านเนื้อเยื่อจะเกิดความร้อนขึ้นทำให้เนื้อเยื่อถูกตัดขาดและถูกไอออนไนซ์เกิดเป็นควันทัน ซึ่งส่วนประกอบเสริมของเครื่องตัดจี้ไฟฟ้าที่ทีมวิจัยติดตั้งเพิ่มนี้จะทำหน้าที่ในการดูดควันทันดังกล่าวและส่งต่อไปยังเครื่องแมสสเปกโตรมิเตอร์ ซึ่งทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ผลลึกลับในควันทันดังกล่าว โดยอาศัยการแยกแยะประเภทของเนื้อเยื่อจากความแตกต่างของสัดส่วน

ของไขมันฟอสโฟไลปิดประเภทต่าง ๆ ในเนื้อเยื่อแต่ละประเภท ร่วมกับการใช้อัลกอริทึมในการจดจำ เช่น ทฤษฎีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) และทฤษฎีวิเคราะห์การแยกแยะเชิงเส้น (Linear Discriminant Analysis: LDA) เนื่องจากความแตกต่างของสัดส่วนของไขมันฟอสโฟไลปิดในเนื้อเยื่อแต่ละประเภทนั้นค่อนข้างซับซ้อนและไม่ชัดเจน ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าเทคนิคแมสสเปกโตรเมทรีนี้ให้ความถูกต้องในการระบุประเภทของเนื้อเยื่อจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้



ควันทันจากการตัดเนื้อเยื่อด้วยเครื่องตัดจี้ไฟฟ้าที่จะถูกดูดเพื่อนำไปวิเคราะห์ประเภทของเนื้อเยื่อ⁽³⁾



จากการทดสอบการใช้มีดผ่าตัดอัจฉริยะทั้งในห้องปฏิบัติการกับชิ้นเนื้อเยื่อและการผ่าตัดในสัตว์ทดลองพบว่า เทคนิคนี้สามารถแยกแยะเนื้อเยื่อประเภทต่าง ๆ ทั้งเนื้อเยื่อปกติและเนื้อเยื่อผิดปกติ และแสดงผลออกมาภายในเวลาไม่กี่วินาที โดยในการทำงานนั้นสามารถทำได้สองวิธีคือ โหมดการทำงานแบบเตือน ซึ่งจะเก็บตัวอย่างในระหว่างการตัดเพื่อวิเคราะห์โดยตลอด และจะมีการส่งเสียงเตือนให้แพทย์ได้ยินเมื่อพบบริเวณที่มีลักษณะเป็นเนื้อเยื่อผิดปกติ และโหมดการทำงานแบบจุลวิเคราะห์ที่แพทย์สามารถค้างมีดอัจฉริยะในบริเวณเนื้อเยื่อที่ต้องการตรวจสอบเพื่อให้เครื่องมือใช้เวลาในการวิเคราะห์มากขึ้นและมีความละเอียดมากขึ้น ซึ่งความแตกต่างของสองวิธีทำงานนี้คือ ระยะเวลาในการเก็บตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ที่ต่างกัน ปัจจุบันทีมวิจัยได้เริ่มนำอุปกรณ์ดังกล่าวนี้ไปศึกษาทางคลินิก โดยทำการเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อประเภทต่าง ๆ จากผู้ป่วยอาสาสมัครจำนวน 302 คน และทำการวิเคราะห์ด้วยเครื่องมือแมสสเปกโตรมิเตอร์เพื่อสร้างฐานข้อมูลสำหรับการอ้างอิงเปรียบเทียบกับผลการวิเคราะห์ในระหว่างการผ่าตัดขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลของเนื้อเยื่อจำนวน 1,624 ชุด และเนื้อเยื่อปกติจำนวน 1,309 ชุด จากการศึกษาทางคลินิกเบื้องต้นในการผ่าตัดผู้ป่วยอาสาสมัคร 81 ราย พบว่าสามารถแยกแยะประเภทของเนื้อเยื่อได้ถูกต้อง 100% ตรงกับผลการวิเคราะห์ทางจุลกายวิภาคศาสตร์ที่ดำเนินการภายหลังการผ่าตัด

อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องมีการประเมินผลความถูกต้องของมีดผ่าตัดอัจฉริยะเพิ่มเติมก่อนที่จะนำเอาเทคนิคนี้มาใช้งานจริงในการผ่าตัด ซึ่งทีมวิจัยวางแผนที่จะศึกษาในอาสาสมัครจำนวนหลายพันรายในอนาคตเพื่อยืนยันถึงความแม่นยำของเทคนิคดังกล่าว เนื่องจากความซับซ้อนของเนื้อเยื่อและเนื้อเยื่อประเภทต่าง ๆ ที่อาจจะทำให้การตรวจสอบผิดพลาดได้ แต่ถึงแม้ว่าในอนาคตมีดอัจฉริยะจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการทำงานที่เหมาะสม เทคนิคดังกล่าวนี้คงไม่ได้นำมาใช้ทดแทนเทคนิคการผ่าตัดทั่วไป แต่น่าจะนำมาใช้งานเสริมในกรณีของการผ่าตัดที่จำเป็นและเหมาะสมมากกว่า



ต้นแบบมีดผ่าตัดอัจฉริยะที่ประกอบไปด้วยส่วนประกอบเสริมที่ทำหน้าที่ในการดูดควันจากการตัดที่ติดค้างกับมีดตัดจึงไม่เผาทั่ว^[4]



ภาพแสดงการใช้งานมีดผ่าตัดอัจฉริยะในการผ่าตัดซึ่งการทำงานจะไม่ต่างไปจากปกติ^[5]

เอกสารอ้างอิง

1. J. Balog, T. Szaniszló, K-C. Schaefer, J. Denes, A. Lopata, L. Godorhazy, D. Szalay, L. Balogh, L. Sasi-Szabo, M. Toth and Z. Takats (2010) Anal. Chem., 82, pp. 7343.
2. J. Balog, L. Sasi-Szabo, J. Kinross, M. R. Lewis, L. J. Muirhead, K. Veselkov, R. Mirnezami, B. Dezso, L. Damjanovich, A. Darzi, J. K. Nicholson and Z. Takats (2013) Sci. Transl. Med., 5(194), pp. 194.
3. <http://www.stuff.co.nz/science/8934140/Cutting-edge-iKnife-sniffs-out-cancer>
4. <http://www.smh.com.au/technology/sci-tech/doctors-praise-new-surgical-knife-that-diagnoses-as-it-cuts-20130718-2q72c.html>
5. <http://phenomena.nationalgeographic.com/2013/07/17/smart-knife-helps-surgeons-cut-cancer/>
6. <http://news.sciencemag.org/2013/07/smart-knife-sniffs-out-cancer-cells?ref=hp>
7. <http://eandt.theiet.org/news/2013/jul/intelligent-knife.cfm>



**ACTONEL IS
NOW MONTHLY**

ACTONEL: COMPELLING FRACTURE PROTECTION

- **WHERE** – at all key skeletal sites – vertebral, nonvertebral and hip^{1,2,3}
- **WHEN** – as early as 6 months^{*1,2,4} and in the long-term⁵
- **HOW** – with the convenience of a once-a-month tablet, to simplify patients' lives

Abbreviated Prescribing Information

ACTONEL® 5 mg, 35 mg

1. **NAME AND PRESENTATION:** ACTONEL® is available as tablets of 5 mg, and 35 mg risedronate sodium. 2. **THERAPEUTIC INDICATIONS:** ACTONEL® 5 mg: Treatment of postmenopausal osteoporosis, to reduce the risk of vertebral fractures. Treatment of established postmenopausal osteoporosis, to reduce the risk of hip fractures. Prevention of osteoporosis in postmenopausal women with increased risk of osteoporosis. Prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis in men and women who are either initiating or continuing systemic glucocorticoid treatment (daily dosage equivalent to 7.5 mg or greater of prednisone). 3. **POSOLGY AND METHOD OF ADMINISTRATION:** The recommended daily dose in adults is one 5 mg tablet orally. The absorption is affected by food and it must be taken at least 30 minutes before the first food, other medicinal product or drink (other than plain water) of the day. 5 mg dosages can be taken between meals or in the evening at the same time everyday, on an empty stomach: at least 2 hours after any food and at least 30 minutes before going to bed. Calcium and vitamin D should be considered if the dietary intake is inadequate. 4. **CONTRA-INDICATIONS:** Known hypersensitivity to risedronate sodium or to any of the excipients. Hypocalcaemia. Pregnancy and lactation. Severe renal impairment. 5. **SPECIAL WARNINGS AND PRECAUTIONS FOR USE:** Foods, drinks and medicinal products containing polyvalent cations interfere with the absorption of bisphosphonates: see full SmPC. In order to achieve the intended efficacy, strict adherence to dosing recommendations is necessary. Efficacy of bisphosphonates in the treatment of PMO is related to the presence of low bone mineral density (BMD T-score at hip or lumbar spine <-2.5 SD) and/or prevalent fracture. High age or clinical risk factors for fracture alone are not reasons to initiate treatment of osteoporosis with a bisphosphonate. The efficacy in very elderly women (>80 years) is limited. See full SmPC. 6. **DRUG INTERACTIONS:** Calcium, magnesium, iron and aluminium interfere with the absorption: see full SmPC. 7. **PREGNANCY AND LACTATION:** Actonel® must not be used during pregnancy or by breast-feeding women. 8. **UNDESIRABLE EFFECTS:** The majority of undesirable effects observed in clinical trials were mild to moderate in severity and usually did not require cessation of therapy. In PMW treated for up to 36 months with risedronate 5mg/day (n=5020), placebo (n=5048) was reported (%): headache 1.8 /1.4; constipation 5.0/ 4.8; dyspepsia 4.5 /4.1; nausea 4.3/4.0; abdominal pain 3.5/3.3; diarrhoea 3.0/2.7; musculoskeletal pain 2.1/1.9. for uncommon and rare effects see full SmPC. 9. **OVERDOSAGE:** No specific information is available. Hypocalcaemia may occur. 10. **PHARMACODYNAMIC PROPERTIES:** ATC Code: M05 BA07mon

ACTONEL® Once-A-Month (OAM) 150 mg

1. **NAME AND PRESENTATION:** Risedronate sodium 150 mg, film-coated tablet, pack size of 1 tablet. 2. **THERAPEUTIC INDICATIONS:** ACTONEL® OAM 150 mg: Actonel 150 mg Once-a-Month tablet is indicated for the treatment of osteoporosis in postmenopausal women and for the prevention of osteoporosis in postmenopausal women. 3. **POSOLGY AND METHOD OF ADMINISTRATION:** For osteoporosis, the usual dose is one 150 mg tablet once a month. Take your Actonel tablet in the morning, at least 30 minutes before your first meal, drink or medication of the day. Actonel is most effective when your stomach is empty. Take your Actonel tablet while sitting or standing upright. Do not lie down immediately after swallowing it. Take your Actonel 150 mg Once-a-Month tablet on the same day each month. If you have forgotten to take your 150 mg tablet, and your next monthly dose is more than 7 days ahead just take one tablet the next morning. For the next monthly dose, take one tablet as originally scheduled. If you have forgotten to take your 150 mg tablet, and your next monthly dose is within 7 days do not take it. Return to taking one tablet once a month, as originally scheduled on your chosen day. 4. **CONTRA-INDICATIONS:** An allergy to Actonel or any of the ingredients. Inability to stand or sit upright for at least 30 minutes. A condition called hypocalcaemia (a low level of calcium in the blood). Severe renal impairment. Pregnancy and lactation. 5. **SPECIAL WARNINGS AND PRECAUTIONS FOR USE:** Food and liquids, other than plain water, can interfere with the absorption of risedronate: See full SmPC. Since some bisphosphonate have been associated with esophageal ulcerations, patients should take risedronate with sufficient plain water [≥ 4 oz. (120 mL)] to facilitate delivery to the stomach and should not lie down for 30 minutes after taking the drug. Hypocalcaemia should be treated before starting risedronate therapy. Do not give Actonel to children or adolescents under 18 years of age: See full SmPC. 6. **DRUG INTERACTIONS:** Antacids and medicines containing: Calcium, Magnesium, Aluminum (for example some indigestion mixtures), Iron: See full SmPC. 7. **PREGNANCY AND LACTATION:** Actonel is not recommended for use during pregnancy. Do not take Actonel if you are pregnant or if you are breastfeeding. 8. **UNDESIRABLE EFFECTS:** The majority of undesirable effects observed in clinical trials were mild to moderate in severity and usually did not require cessation of therapy. In PMW treated for up to 36 months with risedronate 5mg/day (n=5,020), placebo (n=5,048) was reported (%): headache 1.8 /1.4; constipation 5.0/ 4.8; dyspepsia 4.5 /4.1; nausea 4.3/4.0; abdominal pain 3.5/3.3; diarrhoea 3.0/2.7; musculoskeletal pain 2.1/1.9. for uncommon and rare effects see full SmPC. 9. **OVERDOSAGE:** No specific information is available. Hypocalcaemia may occur. 10. **PHARMACODYNAMIC PROPERTIES:** ATC Code: M05 BA07

*Patients should have continuous treatment.



หมายเหตุ:
เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา

References:

1. Roux C, et al. Efficacy of risedronate on clinical vertebral fractures within six months. *Curr Med Res Opin.* 2004;20(4):433-9. (funded by research grant from P&G Pharmaceuticals, Cincinnati, OH USA & Aventis, Bridgewater, NJ, USA)
2. Harrington JT, et al. Risedronate rapidly reduces the risk for nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis. *Calcif Tissue Int.* 2004; 74(2):129-35. (funded by research grant from P&G Pharmaceuticals, Cincinnati, OH USA & Aventis, Bridgewater, NJ, USA)
3. McClung M et al. Effect of risedronate on the risk of Hip fracture in elderly women. *NEJM* 2001;344(5):333-40. (funded by research grant from P&G Pharmaceuticals, Cincinnati, OH USA & Aventis, Bridgewater, NJ, USA)
4. Silverman S et al. "Effectiveness of bisphosphonates on non-vertebral and hip fractures in the first year of therapy: The risedronate and alendronate (REAL) cohort study". *Osteoporos Int* 2007;18:25-34. (funded by research grant from the Alliance for Better Bone Health (Procter & Gamble Pharmaceuticals and sanofi-aventis)
5. Mellstrom et al. Seven Years of Treatment with Risedronate in Women with Postmenopausal Osteoporosis. *Calcif Tissue Int* 2004;75:462-8. (funded by research grant from P&G Pharmaceuticals, Cincinnati, OH USA & Aventis, Bridgewater, NJ, USA)

Further information is available on request

sanofi-aventis (Thailand) Ltd.

87/2 CRC Tower, 24th Floor, All Seasons Place, Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330
Tel : 666 (0) 2264-9999 Fax : 66 (0) 2264-9996

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตนานาเขตฯ พ.ศ. 1297/2554



TH.RIS.11.09.(02)

ทางเลือกในการรักษาภาวะกระดูกสันหลังหัก บริเวณช่วงอกและเอว (Alternative treatments of thoracic and lumbar spine fracture)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หนังสือเกิดความเข้าใจ และมีแนวทางในการตรวจประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและเกิดภาวะกระดูกสันหลังหักหรือเคลื่อนบริเวณช่วงอกและเอว ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ
2. เพื่อให้หนังสือได้ทราบแนวทางและมีความรู้เบื้องต้นในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยกระดูกสันหลังหัก โดยสามารถตัดสินใจได้ว่าควรรักษาโดยการผ่าตัดหรือไม่ และมีหลักการในการรักษาอย่างไร
3. เพื่อให้หนังสือได้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนและวิธีการเฝ้าระวังการบาดเจ็บต่อระบบประสาทในผู้ป่วยภาวะกระดูกสันหลังหัก

ทางเลือกในการรักษาภาวะกระดูกสันหลังหัก

แพทย์ผู้รักษาจำเป็นต้องตอบคำถามหลัก 3 ข้อ อันเป็นปัจจัยพื้นฐานในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วย คือ

1. ควรจะรักษาภาวะนี้โดยวิธีการผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด (operative vs non-operative treatment)
2. หากเลือกวิธีการผ่าตัด จำเป็นต้องยึดตรึงกระดูกจำนวนกี่ข้อเพื่อให้เกิดความมั่นคงแข็งแรงเพียงพอ (short vs long segment fixation and fusion)
3. ควรจะทำการผ่าตัดผ่านทางด้านหน้า หรือทางด้านหลัง หรือทั้ง 2 ทางร่วมกัน (Anterior vs Posterior approach or combined approach)

การเลือกผู้ป่วย (Patient Selection)

แพทย์ผู้รักษาไม่ควรใช้ลักษณะกระดูกที่หักเป็นปัจจัยเพียงอย่างเดียวในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา เพราะว่าโดยทั่วไปแล้วนั้น ภาวะกระดูกสันหลังหักทุกประเภทสามารถที่จะรักษาได้ทั้ง 2 วิธีหลักเสมอคือ ผ่าตัดและไม่ผ่าตัดก็ได้ เพียงแต่ผลการรักษามีความแตกต่างกัน และมีข้อเสียที่ต้องพิจารณาด้วยเสมอ ได้แก่ รายละเอียดเกี่ยวกับอายุของผู้ป่วย⁽¹⁾ สุขภาพทั่วไปและความแข็งแรงของผู้ป่วย⁽²⁾ แนวโน้มในการปฏิบัติตามตามที่แพทย์สั่งหลังผ่าตัดไปแล้วมีมากน้อยเพียงใด (patient's compliance) ตลอดจนความชำนาญของแพทย์ผู้รักษาเอง และอุปสรรคในการผ่าตัดในแต่ละโรงพยาบาลมีความพร้อมมากน้อยเพียงใดสำหรับแต่ละวิธีการที่จะเลือก ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นปัจจัยจำเป็นที่ต้องนำมาพิจารณาด้วยเสมอในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

ทั้งแพทย์และผู้ป่วยเองควรมีข้อมูลและความเห็นตรงกันในการเลือกวิธีการรักษา หากจะผ่าตัด ผู้ป่วยต้องรู้จักจำกัดของการใช้โลหะที่จะใช้ตามกระดูกด้วย โดยเฉพาะแพทย์เองต้องมีความเข้าใจในลักษณะพื้นฐานของโลหะแต่ละชนิดที่จะใช้และต้องประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้วยว่ามีโอกาสที่จะละเลยไม่ปฏิบัติตามหลังการผ่าตัดมากน้อยเพียงใด มีการให้ความรู้และเตือนผู้ป่วยให้ทราบถึงผลเสียหากไม่ปฏิบัติตามตามที่แพทย์แนะนำหลังผ่าตัด เช่น หากจำเป็นต้องใส่เสื้อเกราะ (Brace) ต่อไปหลังผ่าตัดแล้ว หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามอาจทำให้เกิดการหักหรือถอนของโลหะยึดตามกระดูกได้ ซึ่งจะเป็นเหตุจำเป็นให้ต้องมารับการผ่าตัดซ่อมแซมอีกในภายหลังได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในด้าน

การรับรู้หรือการยอมรับข้อแนะนำ เช่น แนวโน้มจะต้อตึง เป็นผู้พิการที่รับรู้ไม่ได้ เช่น สมองเสื่อม (dementia) หรือพวกที่แสดงอาการให้เห็นชัดเจนว่ายังไม่ยอมใส่เสื้อเกราะ (Brace) หลังผ่าตัดแล้ว 7 กลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้สูง ควรจะเลือกวิธีที่แน่นอนกว่าและไม่ต้องพึ่งพาการปฏิบัติตามหลังผ่าตัด เช่น เลือกที่จะรักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัด หรือหากจะผ่าตัดก็ให้เลือกที่จะทำผ่าตัดโดยยึดข้อในระดับยาว (long fusion) แทนที่จะทำเพียงระดับสั้น (short fusion) เพื่อลดโอกาสหักหรือถอนหลังผ่าตัด

การประเมินภาวะกระดูกสันหลังหักจากภาพรังสี (Radiographic fracture assessment)

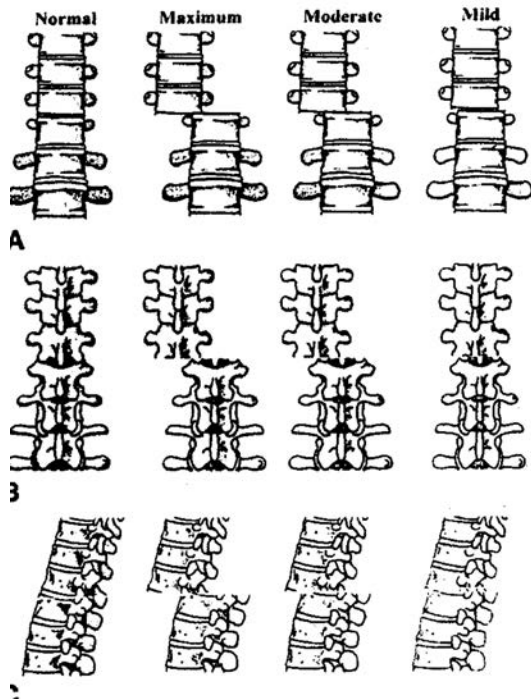
ภาวะกระดูกสันหลังเคลื่อนตัวชนิด Translation displacement

ในการประเมินทางรังสีวิทยาของภาวะกระดูกสันหลังหักชนิดใดก็ตาม ที่สำคัญที่สุดคือ ต้องดูว่ามีหรือไม่มีภาวะเคลื่อนตัวชนิด translation (ภาพที่ 1) เนื่องจากหากพบว่ามีภาวะ translation นั้นหมายความว่ามีการบาดเจ็บหรือฉีกขาดจากกัน (disruption) ของเอ็นที่เกาะบริเวณโครงกระดูกสันหลังหลายจุดด้วยกัน ภาวะนี้บางทีเรียกว่าเป็นชนิด “กระดูกหักและข้อเคลื่อนร่วม” (Fracture-dislocation)

ในบางกรณีภาวะ translation อาจดูเหมือนเล็กน้อยเท่านั้นจากการเคลื่อนกลับเข้าที่เองบางส่วนแล้ว อย่างไรก็ตาม ภาวะที่บ่งถึงความไม่มั่นคงอย่างมากของกระดูกสันหลัง และจำเป็นต้องที่จะรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเสมอ การตรวจร่างกายอย่างละเอียดและมองหาภาวะต่อไปนี้เป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้แพทย์ผู้รักษาไม่เกิดความผิดพลาดในการตรวจภาวะดังกล่าว ได้แก่

1. การบวมเฉพาะจุด
 2. คลำได้ร่อง defect บริเวณตำแหน่งของ supra- และ inter-spinous ligament
 3. ตำแหน่งและระยะระหว่าง pedicle ในภาพรังสีท่าตรงเปลี่ยนแปลงไป
 4. การเรียงตัวของ spinous process ผิดรูปไปจากแนวปกติ
- อย่าลืมเสมอว่าภาพที่เห็นใน X-ray เป็นภาพที่แสดงถึงกระดูกสันหลังในขณะที่ผู้ป่วยกำลังนอนราบอยู่บนเตียง ภาวะ fracture ที่เคลื่อนมักจะเกิดการเคลื่อนกลับเข้าที่ได้อบบางส่วนหรือเกือบทั้งหมดแล้วเสมอ เมื่อผู้ป่วยสามารถนอนราบได้ ดังนั้น ภาพการยุบตัวในแนวด้านข้าง (Sagittal

Translational Displacement



ภาพที่ 1 แสดงภาวะกระดูกสันหลังเคลื่อนตัวชนิด translation ในระดับที่ต่างกันเล็กน้อยแตกต่างกันไป

view) ที่เห็นเป็น Kyphosis จึงมักจะน้อยกว่าขณะเกิดเหตุเสมอ การที่ยังคงเห็นลักษณะ Kyphotic angulation อยู่ในภาพ X-ray มักจะเป็นกรณีที่เป็น การหักยุบตัวชนิดรุนแรงและมีการล็อกตัวของชิ้นกระดูกที่ยุบตัวลง ดังนั้น ผู้เขียนเชื่อว่า Kyphotic angulation ที่เห็นในภาพ X-ray ขณะคนไข้ นอนราบจะน้อยกว่าในความเป็นจริงเสมอ อันนี้เป็นข้อสำคัญที่ผู้รักษา จะต้องคำนึงถึง เพราะบ่อยครั้งที่พบว่า Kyphosis น้อย ๆ แต่เมื่อติดตาม การรักษาในเดือนต่อมาจะพบการยุบตัว Kyphosis เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทขึ้นตามมาภายหลัง จากการรักษาแบบอนุรักษ์นิยม กฎที่ควรยึดถือคือ over-estimate severity of fracture ทำให้เกิดการ over treatment บ้างจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่า กรณี underestimate และ undertreatment เสมอ

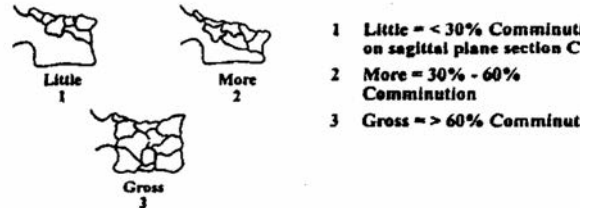
การจัดแบ่งชนิดของกระดูกสันหลังหัก (Classifications of fracture)

การจัดแบ่งชนิดของ TL Spine fracture ที่มีการใช้ในปัจจุบันนี้นั้น^(6,8-14) เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่า เป็นการแบ่งตามภาพรังสี X-ray ซึ่งเป็นเพียง static view ของ spinal displacement กล่าวคือ การแบ่งเฉพาะกระดูกที่หักหรือเคลื่อนเท่านั้น ไม่ได้รวมถึงภาวะ ligamentous disruptions ซึ่งไม่อาจมองเห็นได้ในภาพ X-ray การกลับเข้าที่เองของ fracture-subluxation หรือ dislocation รวมทั้งการที่เราไม่สามารถแสดงให้เห็น หรือมีการทดสอบใด แสดงถึงการเคลื่อนที่ที่อาจเกิดขึ้นได้มากที่สุด ในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ เช่น dynamic view of X-ray ได้ จึงกล่าวได้ว่ายังไม่มี classification ใด ๆ เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายทั่วไป

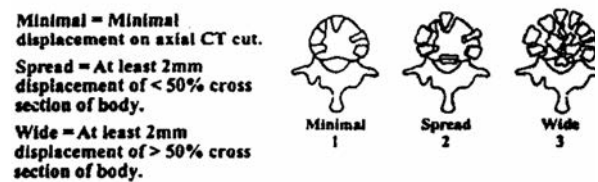
TL-spine fracture classification ที่สมบูรณ์ในอุดมคติ ควรจะให้รายละเอียดลักษณะแบบแผนของกระดูกหักชนิดต่าง ๆ ได้ มีความผิดพลาดจากการอ่านในผู้อ่านแตกต่างกันแต่จะรายน้อย ต้องบ่งบอกถึง ภาวะการบาดเจ็บซ่อนเร้นโดยเฉพาะ ligamentous injuries ได้ รวมทั้งควรชี้แนะถึงวิธีการรักษาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพสูงสุดได้

Load-sharing classification (ภาพที่ 2)⁽³⁾ เป็นอีก classification ที่สามารถขึ้นถึงการรักษาโดยการผ่าตัดได้ดี โดยมีรายงานผู้ป่วยสนับสนุน ผลการรักษาหากใช้ปัจจัยตาม criteria ดังกล่าว ดังต่อไปนี้

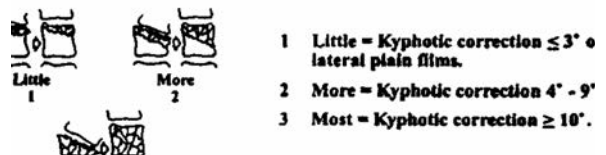
Comminution/Involvement



Apposition of Fragments



Deformity Correction



ภาพที่ 2 Load-sharing classification

A. Comminution/Involvement

ปริมาณ comminution ของกระดูกสันหลังข้อที่บาดเจ็บมากที่สุด (โดยไม่ต้องคำนึงถึงกลไกการบาดเจ็บ) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. Little < 30% comminution on sagittal plane CT
2. More 30-60% comminution
3. Gross > 60% comminution

B. Apposition of fragment

ดูลักษณะการเคลื่อนตัวห่างจากกันของ fragment ในภาพ CT scan เป็นการแสดงถึงความสามารถในการรักษา load ผ่านบริเวณ fracture และการหาย (healing) จาก apposition แบ่งเป็น 3 grade

1. Minimal
2. Spread (> 2 mm of spread fragment < 50% of total body)
3. Wide (> 2 mm of spread fragment > 50% of total body จาก X-section)

C. Deformity Correction (angular deformity)

ดูความจำเป็นจากปริมาณ degree ที่จะต้องแก้ไข Kyphosis ให้กลับสู่ภาวะ physiologic sagittal plane แบ่งเป็น 3 ระดับ

1. Little คือ มุม K < 3° วัดจากภาพรังสีด้านข้าง
2. More คือ มุม K อยู่ระหว่าง 4°-9°
3. Most คือ มุม K ≥ 10°

Load-Sharing Classification

ผู้รายงาน classification นี้ได้จากการรวบรวม วิเคราะห์ภาพ X-ray ก่อนผ่าตัด, Sagittal และ axial CT scan ซึ่งจะให้ข้อมูลตามลักษณะของ fracture แบ่งออกได้เป็น 3 ประการ โดยหลัก ๆ คือ เป็นการประเมินปริมาณ vertebral body comminution ที่เกิดขึ้นในขณะบาดเจ็บ โดยแต่ละ factor จะแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ เริ่มจาก 1, 2 และ 3 ตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดยที่พบว่า fracture ทุกชนิดสามารถนำมาประเมินตามระดับทั้ง 3 factor ได้โดยไม่ต้องคำนึงถึง mechanism of injury เลย ผู้เขียนเองพบว่าการใช้ classification นี้ทำให้สามารถตัดสินใจได้ชัดเจนว่า ภาวะ fracture ชนิดไหนควรจะรักษาโดยการผ่าตัดโดยวิธี short segment (one-above-one-below) instrumentation and fusion หรือโดยวิธี long segment (Two above-Two below) โดยมีผลการศึกษาในผู้ป่วยสนับสนุนแนวทางการใช้ classification นี้⁽⁴⁾

อย่างไรก็ตาม Load-sharing classification นี้ไม่ได้ใช้เป็นข้อกำหนดในการตัดสินใจว่าจะรักษาโดยการผ่าตัดหรือไม่ แต่ช่วยให้แพทย์ผู้รักษามีแนวทางที่จะเข้าใจถึงคุณภาพของความสามารถในการช่วยรับน้ำหนัก เมื่อมีแรงผ่านบริเวณ fracture และ spinal implant เอง ภายหลังการทำการผ่าตัด และ classification นี้ ก็ได้กล่าวถึงการบาดเจ็บต่อ ligaments อีก เช่นเดียวกันกับอีกหลาย ๆ classification ที่มีในปัจจุบัน

ดังนั้น การตัดสินใจว่าจะผ่าตัดหรือไม่ คงต้องอาศัยองค์ประกอบร่วมที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ligament disruption ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้พื้นฐานที่สำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดหากมีภาวะนี้เกิดขึ้น

เป้าหมายในการรักษาโดยการผ่าตัด (Goal of surgical reconstruction)

ได้แก่ การเสริมสร้างกระดูกสันหลังให้อยู่ในสภาวะสมดุลทั้ง 3 ระนาบ โดยการใช้ spinal implant fixation และ fusion ในจำนวนข้อที่น้อยที่สุดเพื่อที่จะคงไว้ซึ่งข้อที่เหลือให้มากที่สุด เพื่อให้การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยหลังการรักษาใกล้เคียงปกติมากที่สุด

การแก้ไขการกดทับเส้นประสาท (Spinal canal decompression)

พิจารณาแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. การทำ Decompression ในผู้ป่วยที่ไม่มี neurologic deficit

โดยทั่วไปไม่มีความจำเป็นแต่อย่างใดในการทำ decompression ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังการบาดเจ็บ มีการศึกษารายงาน⁽⁵⁾ พบว่าสามารถเกิด spontaneous resorption ของ bone fragment ที่เลยออกไปเองได้ในภายหลังและเกิดภาวะ remodeling ของ spinal canal ขึ้นในเวลาต่อมา พบว่าแม้กระทั่งในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดตามโลหะ การ remodel และ resorption นี้เกิดขึ้นได้แทบเท่าที่มีภาวะ healing ของกระดูก fracture เกิดขึ้น และไม่มีภาวะ post-traumatic deformity หลงเหลืออยู่

ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่ามีความเสี่ยงทางระบบประสาทแย่ลง หรือ neurologic deterioration ในผู้ป่วยที่มี neurologically intact จากการที่มีการผิดรูปเพิ่มมากขึ้นตามหลังการรักษา spine fracture ชนิด unstable ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขในช่วงแรกหลังการบาดเจ็บ^(6,7)

อย่างไรก็ตาม รายงานยังพบมีการฟื้นตัวของระบบประสาทในผู้ป่วยเหล่านี้ว่ายังคงเกิดขึ้นได้แม้ว่าจะมีการทำ direct decompression หลายปีต่อมาหลังเกิดอาการแล้วก็ตาม⁽⁸⁻¹¹⁾

2. การทำ Decompression ในผู้ป่วยที่มี neurologic deficit

ในผู้ป่วยที่มีภาวะ spinal cord injury มักจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด decompression ร่วมกับการยึดกระดูกด้วยโลหะทันที ขึ้นกระดูกที่เข้ามาใน spinal canal ทางด้านหน้าสามารถหยิบออกได้จากทางด้านหลังผ่านทางเพดิเคิล ที่เรียกว่า transpedicular approach หรือ posterolateral costotransversectomy approach ก็ได้ หากเลือกการผ่าตัดรักษา fracture นั้น โดยการผ่าตัดทางด้านหลังแล้ว หากพบว่ายังคงมีภาวะ canal compromise อยู่จากเศษกระดูก และผู้ป่วยยังคงมีอาการของ incomplete spinal cord syndrome เราสามารถกลับไปทำผ่าตัดทางด้านหน้าต่อโดยการทำให้เป็น second-stage anterior decompression ได้ ก่อนเข้าไปทำการผ่าตัดแก้ไข แพทย์ผู้รักษาควรประเมินก่อนว่า อาการทางระบบประสาทที่ยังคงมีอยู่ในผู้ป่วยรายนั้น สามารถอธิบายได้จากตำแหน่งที่เกิดทับจากชิ้นส่วนกระดูกนั้นหรือไม่ เนื่องจากการศึกษาพบว่า การบาดเจ็บต่อไขสันหลังหรือเส้นประสาทชนิดที่เกิดขึ้นไปแล้วในขณะที่เกิดอุบัติเหตุมักจะไม่สัมพันธ์กับตำแหน่งที่เกิดทับจากชิ้นส่วนกระดูกดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ไม่พบความแตกต่างกันในแง่ของการดีขึ้นของระบบประสาทระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด^(12,13) อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดดังกล่าวนั้นมักจะจำเป็นต้องทำแต่ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อเข้าไปแก้ไข หรือป้องกันการเกิด post-traumatic deformity ตามมา การทำ laminectomy โดยไม่ได้ทำการผ่าตัด stabilization ถือเป็นข้อห้าม เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เรียกว่า iatrogenic post-laminectomy kyphosis ตามมาได้ค่อนข้างสูง ซึ่งภาวะนี้ท้ายที่สุดแล้วมักจะต้องมารักษาโดยการผ่าตัดยึดตามโลหะในภายหลัง^(11,14,15-18)

สาเหตุของการหลงเหลืออยู่ของอาการผิดปกติทางระบบประสาทภายหลังการผ่าตัดแล้วอาจเกิดได้จากปัจจัยต่อไปนี้ ได้แก่

1. inadequate decompression of spinal canal
 2. arachnoiditis
 3. cystic degenerative => Syringomyelia
 4. late-onset vascular compromise
- การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกสันหลังนั้นควรจะทำมาน้อยเพียงใด

(Length of fusion : short- vs long-segment)

โดยทั่วไปคำถามที่แพทย์ผู้รักษามองถามตนเอง คือ

1. จะรักษาผู้ป่วยโดยวิธีการผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด
2. หากจะรักษาโดยการผ่าตัด จะเลือก approach ทางไหน

ได้แก่

- 2.1 posterior approach
- 2.2 anterior approach
- 2.3 combined anterior/posterior approach

3. จะรักษาโดยใช้ fixation ชนิด short segment fixation (one above/one below) หรือ long segment fusion (2 above/2 below)

ข้อดีและข้อด้อยของการเลือกจำนวนของระดับ fusion คือ หากเลือก short segment fusion ข้อดีคือ การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะดีกว่า ประหยัดเวลาในการผ่าตัด สูญเสียเลือดและเกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อยกว่า ประหยัดค่าโลหะมากกว่า แต่ข้อเสียคือ มีโอกาสหักหรือหลุดตัวของระบบดังกล่าวมากกว่าเมื่อเทียบกับ long fusion (2 above/2 below) ซึ่งหากพิจารณาในแง่ของการรักษาตัว fracture เองแล้วให้ความแข็งแรงได้ดีกว่า แต่ในแง่ของตัวผู้ป่วยเองจะเกิดภาวะ stiffness หลังผ่าตัดมากกว่า ดังนั้น การตัดสินใจเลือกวิธีการ และจำนวนระดับที่จะเชื่อมคงขึ้นอยู่กับอาชีพ นักนักตัวของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ นอกเหนือจากลักษณะ configuration ของตัว fracture เอง

การเลือกจำนวนข้อที่ควรยึดตรึงและเชื่อม (Length of fusion)

ตำแหน่งของกระดูกสันหลังที่หัก (ช่วงอก Thoracic, ช่วงอกต่อกับเอว Thoracolumbar, หรือช่วงเอว lumbar) ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกความยาวของ fixation

ในบริเวณ upper หรือ middle thoracic การเลือก fixation เป็น short หรือ long ไม่ค่อยมีผลต่อการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมากนัก เนื่องจากบริเวณดังกล่าวโดยปกติธรรมชาติแล้วมีการเคลื่อนไหวน้อยอยู่แล้ว จากการที่มีซีโครงมาเกาะทั้ง 2 ข้าง แต่หากเป็นบริเวณ lower thoracic spine, thoracolumbar junction หรือบริเวณ lumbar spine ควรทำ fixation และ fusion เท่าที่จำเป็น เนื่องจากลักษณะ long fusion จะทำให้การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยในระยะแรกและในระยะยาวหลังผ่าตัดลดลงตามจำนวนข้อที่ถูกเชื่อม⁽⁶³⁻⁶⁶⁾

ในสมัยก่อน การใช้ Harrington rod fixation จำเป็นต้องทำเป็น long fusion เสมอ เนื่องจากความแข็งแรง และจุดเกาะของโลหะไม่ใช่ลักษณะของ segmental fixation ไม่เหมือนในปัจจุบันนี้ซึ่งใช้เป็น pedicle screw system หรือการผ่าตัดยึดด้วยโลหะทางด้านหน้า (Anterior spinal fixation) มีความมั่นคงแข็งแรงกว่ามาก ทำให้ความจำเป็นในการทำ long fusion ลดลง นอกจากนี้ในบางกรณีแพทย์ผู้รักษาสามารถจะหลีกเลี่ยงการทำ long fusion ได้โดยการเลือกที่จะมาทำผ่าตัดทางด้านหน้าของกระดูกสันหลังแทน (Anterior Spinal Surgery) เพื่อที่จะพยายามคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวของข้อหลังผ่าตัดให้มากที่สุด

ผู้เขียนมีความเห็นว่าการทำ long fixation และ fusion นั้นมีความจำเป็นในกรณีผู้ป่วยรายนั้นมีลักษณะ fracture ที่เกิดจากการบาดเจ็บที่รุนแรง มีการเคลื่อนของชิ้นกระดูกเป็นจำนวนมาก และโดยเฉพาะ fracture dislocation แต่ก็มีหลายกรณีที่เราสามารถเลือกที่จะทำเป็น short segment fixation ร่วมกับการใส่เสื้อเกราะ (Brace) หลังผ่าตัดช่วงระยะเวลาหนึ่ง พบว่าสามารถทำให้ผลการรักษายังคงได้ผลดี และยังสามารถหลีกเลี่ยงการทำ long segment fusion ได้ Long segment fusion ควรทำในผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์ผู้รักษาคาดว่าจะไม่ยอมร่วมมือในการปฏิบัติตนในระยะหลังผ่าตัด เช่น ไม่อยากหรือไม่เต็มใจที่จะใส่ Brace หลังผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรีบกลับไปทำงานหนัก ผู้ป่วยที่อ้วนมาก ๆ โดยไม่สามารถทำตามข้อห้ามหลังผ่าตัดได้ ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น screw หัก หรือถอนจากการยึดเกาะที่ไม่เพียงพอในกรณี short segment fusion

การตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัด (Surgical Approach: Posterior vs Anterior)

หลักการขั้นพื้นฐานของการรักษา Fracture คือ ต้องป้องกันไม่ให้มีแรงผ่านบริเวณกระดูกที่หักมากเกินไประหว่างที่กระดูกกำลังจะติด กล่าวคือ แรงดังกล่าวจะต้องถูกส่งผ่านไปยังโลหะยึดตรึงกระดูกสันหลัง (spinal implant) ผลของแรงที่ผ่านบริเวณกระดูกสันหลังที่หักที่ไม่มากเกินไป จะทำให้ชิ้นส่วนของกระดูกที่หักคงอยู่หนึ่ง และเกิดการเชื่อมติดเองตามธรรมชาติได้ในที่สุด หากแรงยึดเกาะของโลหะที่ถ่ายแรงออกไปจากกระดูกสันหลังไม่เพียงพออาจส่งผลให้เกิดการหลุดตัว แยกตัวของตัวชิ้นกระดูกที่แตก ร่วมกับการหักหรือหลวมของโลหะยึดเกาะได้ หลักการนี้ใช้ได้ทั้งกรณีจะรักษาโดย posterior approach และ anterior approach กล่าวคือ ต้องไม่เกิดช่องว่างมากเกินไปจนทำให้แรงผ่านบริเวณ spinal column ขาดหายไป คือต้องมีบางส่วนของกระดูกบริเวณที่แตกอยู่ติดกันพอที่จะรับน้ำหนักได้บ้าง (load-sharing by fracture itself)

มีการศึกษายืนยันว่า หากไม่มี load-sharing เกิดขึ้น ณ บริเวณ

กระดูกที่หัก แม้จะยึดเกาะด้วยโลหะแล้วก็ตาม หลังผ่าตัดพบว่ามีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาตามมาได้คือ implant failure หรือกระดูกไม่ติดเพิ่มขึ้น⁽¹⁹⁾

การพิจารณาปัจจัยก่อนผ่าตัด ได้แก่ ลักษณะกายวิภาคของ fracture, ลักษณะงาน, อาชีพ, กิจวัตรของผู้ป่วยแต่ละรายไป จะช่วยให้การตัดสินใจเลือกจะทำผ่าตัด anterior หรือ posterior instrumentation ได้ดียิ่งขึ้น และหากเลือกทำทางด้าน posterior ยังช่วยในการเลือกอีกว่าควรทำเป็น short หรือ long segment instrumentation + fusion^(3,4,20)

ในการพิจารณาการผ่าตัดรักษา fracture spine หลักการสำคัญคือ ต้องพยายามทำเสริมสร้างให้ sagittal plane alignment กลับสู่ปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด ไม่จำเป็นต้องไปเน้นที่การ restore ระดับความสูงของ vertebral body ที่ยุบลงไป เนื่องจากหากพยายามไป restore ความสูงของ vertebral body ให้กลับสู่ปกติอาจจะทำให้ load sharing บริเวณกระดูกบริเวณที่หักลดน้อยลงจาก over-distraction อันจะทำให้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาเพิ่มมากขึ้น

หากพยายาม restore sagittal plane alignment จนปกติแล้วพบว่า มีช่องว่างเกิดมากขึ้นบริเวณกระดูกที่หัก ควรจะแก้ไขด้วยการทำผ่าตัดทางด้านหน้าเพื่อไปวางแท่งกระดูก (strut graft) เพื่อเพิ่ม load-sharing function หรือให้ได้ anterior column support ที่เพียงพอ กรณีดังกล่าวนี้มักจะจำเป็นต้องกระทำเมื่อลักษณะ fracture เป็นชนิด comminution มาก ๆ และมี kyphotic deformity มาก หลังจากพยายามแก้ไข deformity จะพบว่าด้านหน้าของ spine กลายเป็นช่องว่างโดยมีเศษกระดูกปน ๆ ลอยอยู่ ไม่สามารถรับน้ำหนักได้ แม้จะยึดตรึงด้วยโลหะแล้วก็ตาม การได้ load sharing ที่ดีหรือมี anterior column support เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติได้เร็วยิ่งขึ้น

อีกทางเลือกหนึ่งหากแพทย์ผู้รักษาไม่ต้องการจะทำการผ่าตัดแบบ posterior fixation ร่วมกับ anterior strut graft ในกรณีที่กล่าวมาแล้ว เช่น ผู้ป่วยมี co-morbidities อยู่หลายโรค, เสี่ยงต่อการผ่าตัด นั่นคือการเลือกทำผ่าตัดเฉพาะทางด้านหลังและเลือกทำเป็น long fusion แทน ร่วมกับการให้ผู้ป่วยนอนราบต่อไปหลังผ่าตัดประมาณ 4-6 สัปดาห์ เพื่อรอให้กระดูกที่หักเริ่มหายและแข็งแรงขึ้นบ้างเพื่อหวังผลให้เพิ่ม load-sharing ได้มากขึ้นจึงจะเริ่มลุกนั่งหรือเดิน

Fracture บางบริเวณ เช่น บริเวณช่วงอกตอนบน มักจะมีความยุ่งยากที่จะทำการผ่าตัดผ่านทางด้านหน้าเพื่อไปจัดกระดูกให้เข้าที่ และยึดตามด้วยโลหะ เนื่องจากอยู่ในตำแหน่งที่ใกล้ชิดกับเส้นเลือดใหญ่ Aorta มาก จึงเป็นการปลอดภัยและง่ายกว่า หากจะรักษาโดยการผ่าตัดยึดตามโลหะทางด้านหลังร่วมกับการทำ decompression ผ่านทางด้านข้างที่เรียกว่า posterolateral decompression หรือ costotransversectomy approach

อ่านต่อฉบับหน้า



ความรุนแรงนอกโรงพยาบาล (EMS Violence)

แพทย์อำนวยการด้านการรักษาพยาบาลต้องพัฒนาแผนป้องกันเหตุและบริหารจัดการหลังเกิดเหตุ

ความรุนแรงอาจเป็นการเผชิญหน้า ทำร้ายโดยวาจา หรือทำร้ายร่างกาย การประสบความรุนแรงซ้ำ ๆ หรือยาวนานพอก็อาจก่อผลเสียสะสมอย่างช้า ๆ โดยรวมความรุนแรงมักทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่าย

ผลกระทบจากความรุนแรงนอกโรงพยาบาล

- ต่อผู้ป่วย - ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า
- ทำร้ายตนเอง
 - โรคกำเริบ
- ต่อบุคลากร - บาดเจ็บทั้งร่างกายและจิตใจ
- เสียเวลา
 - อ่อนล้าและเหน็ดเหนื่อย
 - การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ

การป้องกันไม่ให้เกิดบาดเจ็บเพิ่มเติมเป็นหลักการสำคัญของการป้องกันความรุนแรงนอกโรงพยาบาล

บางสถานที่อนุญาตให้บุคลากรพกอาวุธได้ แต่จากสถิติพบว่ายิ่งทำให้เกิดเหตุบาดเจ็บจากอาวุธมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความรุนแรงต่อบุคลากร ได้แก่ การมีตำรวจมาเกี่ยวข้อง (OR = 2.8, 95% CI = 1.8-4.4) การมีสมาชิกกลุ่มอันธพาลมาเกี่ยวข้อง (OR = 2.9, 95% CI = 1.6-5.3) ผู้ป่วยโรคจิตเภท (OR = 5.9, 95% CI = 3.5-9.9) ผู้ป่วยกินเหล้าหรือกินยาบางชนิด (OR = 7, 95% CI = 4.4-11.2) บางครั้งบุคลากรควรประเมินว่าอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บนั้นเป็นเหตุหรือผลจากความรุนแรง เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดเป็นเหตุก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ หรือความจำเสื่อมจากโรคบางอย่างอาจทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้จนกระทั่งบาดเจ็บที่ศีรษะได้ เป็นต้น

เมื่อพบเหตุรุนแรงนั้น บุคลากรมักไม่ค่อยรายงานเพื่อเก็บข้อมูล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรไม่ยอมรับรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น ๆ ทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง บุคลากรไม่ยอมรับรายงานความเครียด ความเครียด หรือภาวะทางจิตที่เปลี่ยนแปลงไป แต่ข้อมูลเหล่านี้อาจทำให้แพทย์อำนวยการสามารถนำไปพัฒนาแผนป้องกันความเสี่ยงหรือฝึกอบรมแก่ทีมได้ นอกจากนี้ การจดบันทึกเหตุการณ์ยังมีความสำคัญและนำไปใช้เป็นหลักฐานในกรณีฟ้องร้องได้

บุคลากรควรตระหนักว่าการรายงานความรุนแรงที่ประสบจะช่วยนำไปสู่การพัฒนาแก้ไขระบบและให้การช่วยเหลือแก่บุคลากรเอง

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ไม่มีข้อมูลเหล่านี้ แพทย์อำนวยการยังคงต้องวางแผนป้องกันความเสี่ยงในกรณีทั่วไป รวมทั้งการสืบค้นและการแก้ปัญหา

กลไกลดความเสี่ยงจากความรุนแรง

1. ความปลอดภัยของสถานการณ์ (scene safety)

ผู้รับเรื่องสามารถประเมินความรุนแรงของสถานการณ์ได้ง่าย ๆ ด้วยการถามว่า ปัญหาเร่งด่วนของคุณคืออะไร มีอันตรายที่จุดเกิดเหตุหรือไม่ คุณอยู่ในจุดปลอดภัยหรือไม่ ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ปลอดภัยหรือไม่ ยังคงมีการทำร้ายกันอยู่ในที่เกิดเหตุหรือไม่ มีการใช้อาวุธชนิดใดในที่เกิดเหตุ ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถประเมินความรุนแรงในพื้นที่เกิดเหตุได้

ข้อมูลที่ศูนย์ประสานงาน (dispatch center)

ควรซักถาม

- เป็นเหตุทะเลาะ ทำร้ายร่างกาย
- กรณีฆ่าตัวตาย
- มีการบาดเจ็บ
- เป็นเหตุรุนแรง
- ผู้ป่วยโรคจิตเภท

สำหรับลำดับการคำนึงถึงความปลอดภัยนั้น ลำดับแรกคือ บุคลากรต้องปลอดภัย รองลงมาคือ สถานการณ์ปลอดภัย และความปลอดภัยของผู้ป่วยตามลำดับ

ถ้าทีมรับเรื่องประเมินว่ามีความรุนแรงในจุดเกิดเหตุ ก็ควรแจ้งตำรวจเพื่อไปควบคุมให้สถานการณ์สงบก่อน บุคลากรชุดปฏิบัติการควรรอให้สถานการณ์สงบก่อนจึงค่อยเข้าไปทำการรักษาพยาบาลในจุดเกิดเหตุ

2. ชุดป้องกันตนเอง (Personal Protective Equipment)

ได้แก่ ถุงมือ ผ้าปิดปากและจมูก หน้ากาก และเสื้อกาวน์เพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากสารคัดหลั่งของผู้ป่วย แต่ชุดเหล่านี้ทำให้ไม่คล่องตัวในการเคลื่อนไหว ตามองได้ไม่ชัด คล้ายพิภพของผู้ป่วยได้ไม่ถนัด หรือแทงเข็มน้ำเกลือขนาดเล็กได้ไม่ถนัด

ในขณะปฏิบัติงานอาจสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อ เช่น เลือด ส่วนประกอบของเลือด น้ำลาย น้ำไขสันหลัง น้ำจากโพรงเยื่อหุ้มปอด หรือจากท้อง เป็นต้น อาจสัมผัสทางผิวหนัง ตา กินหรือสูดดม ส่วนทางผิวหนังก็อาจถูกกัด ต้มแทง หรือเลอะสารคัดหลั่งต่าง ๆ ทั้งนี้ความเสี่ยงต่อการสัมผัสสาร

คัดค้านั้นขึ้นกับวิธีการได้รับสาร ปริมาณแบคทีเรียหรือไวรัส และความสามารถในการก่อโรคของเชื้อโรคในสารคัดหลั่ง

วิธีป้องกันทำโดยล้างมือหลังสัมผัสผู้ป่วย สวมชุดอุปกรณ์ ป้องกันตนเอง การทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ติดเชื้อต่าง ๆ รวมทั้งการทิ้งเข็มหรืออาวุธมีคมให้เป็นที่เป็นทาง

ถ้าสัมผัสสารคัดหลั่งต้องทำการประเมินโดยทันที เพราะการให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีควรเริ่มให้ภายใน 1-2 ชม. หรืออย่างน้อยภายใน 24 ชม. หรือการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีก็ควรให้ฉีด hepatitis B immune globulin ภายใน 24 ชม. หลังสัมผัสพร้อมกับฉีด hepatitis B vaccine ครบ 3 เข็ม

3. การปฏิบัติงานที่จุดเกิดเหตุ ในกรณีเป็นเหตุรุนแรงนั้นควรให้ตำรวจเข้าควบคุมสถานการณ์ให้สงบก่อน

1. ถ้ามีอาวุธมาเกี่ยวข้องต้องปรึกษาตำรวจก่อนเสมอ และให้ตำรวจทำการปลดอาวุธทุกอย่างจากผู้อาละวาดก่อนให้บุคลากรเข้าไปในจุดเกิดเหตุ อย่าให้ผู้ทีอาละวาดขวางทางออก เพื่อเตรียมในกรณีบุคลากรต้องหนี พร้อมทั้งให้ผู้ทีอาละวาดอยู่ในวงสายตาตลอดเวลา

2. ค้นหาอาวุธและยาเพื่อนำออกไปห่าง ๆ

3. ตรวจสอบภาวะขาดออกซิเจน น้ำตาลในเลือดต่ำ ไข้ หรือสาเหตุที่รักษาได้อย่างรวดเร็ว

4. ระวังผู้ป่วยเกิดเหตุสุดสัลัก และเตรียมเครื่องดูดเสมหะให้พร้อม

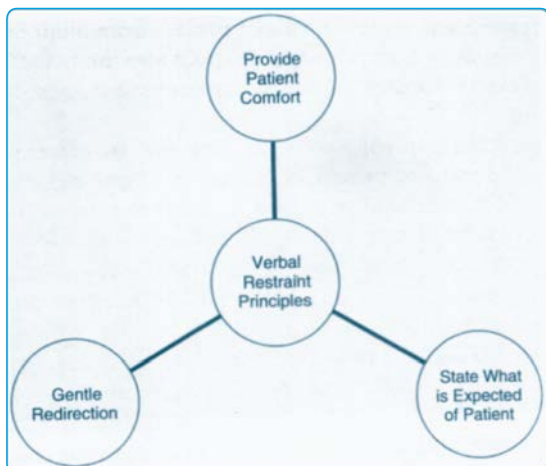
5. ให้ยกเปลของผู้ป่วยให้ต่ำ ๆ เรียบพื้นดิน

6. ต้องมีบุคลากร > 1 คนเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ขนย้าย

การทำให้ผู้ป่วยสงบ

1. พูดคุยทางวาจา (verbal restraint)

ลำดับแรกควรพูดคุยให้ผู้ป่วยสงบลง โดยควรอยู่ห่างจากผู้ป่วยพอประมาณจนกว่าผู้ป่วยจะยอมรับให้บุคลากรเข้าไปใกล้ได้

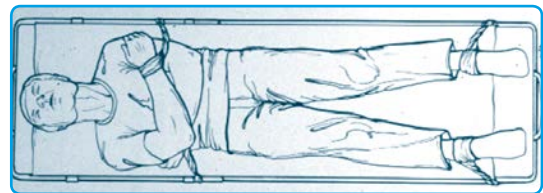


แผนผังที่ 1 การใช้วิธีเจรจาเพื่อให้อผู้ป่วยสงบ (verbal restraint)

ถ้าเจรจาให้อผู้ป่วยสงบลงไม่สำเร็จก็อาจใช้การยึดตรึงหรือให้ยาแก้อผู้ป่วย

2. การมัดตรึงกับเปล (physical restraint)

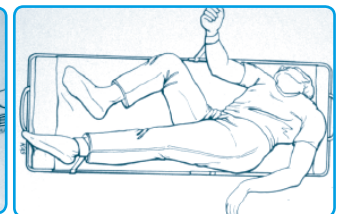
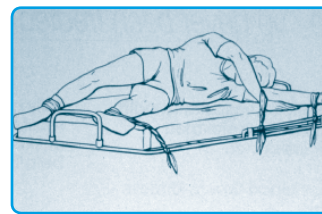
- ใส่ปลอกคอถ้าสงสัยว่าอาจมีบาดเจ็บที่คอ
- ไม่ควรมัดไขว้ขา
- ใช้สายรัดที่พาดลำตัวช่วงบนโดยสอดใต้รักแร้ พาดเข้า และรัดพาดกระดูกเชิงกราน
- ให้เอาหน้ากากออกซิเจนครอบหน้าในกรณีที่ผู้ป่วยพ่นน้ำลายใส่
- ถ้าขนย้ายเป็นเวลานานควรมีเบาะรองหนุนในตำแหน่งกอดทับ
- ตรวจสอบความแน่นหนาของสายรัดทุก 10 นาที



ภาพที่ 1 การมัดไขว้แขน



ภาพที่ 2 การมัดในท่าคว่ำ



ภาพที่ 3-4 การมัดให้อนอนตะแคงเพื่อป้องกันการสูดสำลัก



ภาพที่ 5 วิธีมัดข้อมือให้แน่นหนา

3. ให้ยาควบคุม (chemical restraint)

- 3.1 benzodiazepine มีฤทธิ์กระตุ้น GABA receptor ทำให้
ง่วง คลายเครียด เช่น midazolam และ diazepam
- 3.2 ยากลุ่มมอร์ฟีน มีฤทธิ์ง่วงนอน กดการหายใจ ความดัน
เลือดต่ำ แก้ปวด คลื่นไส้ อาเจียน เช่น morphine,
fentanyl

- 3.3 ยากลุ่มจิตเภท ออกฤทธิ์กดการทำงานของสารโดปามีน
ในสมอง เช่น haloperidol, olanzapine (zyprexa)
- 3.4 etomidate
- 3.5 ketamine
- 3.6 propofol

ตารางที่ 1 ยาที่ใช้อยู่ในการทำให้ผู้ป่วยสงบ

ชื่อยา	วิธีการให้ยา	เริ่มออกฤทธิ์	ฤทธิ์อยู่นาน	ขนาดยา	หมายเหตุ
Midazolam	IV	1.5-5 นาที	30-120 นาที	0.05-0.1 มก./กก.	
	IM	5-10 นาที	30-120 นาที	0.1 มก./กก.	
	Oral	20-30 นาที	30-120 นาที	0.5 มก./กก.	
Fentanyl	IV	1 นาที	30-60 นาที	1 มคก./กก.	
	IM	7-8 นาที	60-120 นาที	1 มคก./กก.	
Alfentanil	IV	30 วินาที			ฤทธิ์แรงมากกว่า fentanyl 5-7 เท่า
Haloperidol	IV	5-10 นาที	3-6 ชั่วโมง	2-10 มก.	มักมีผลข้างเคียง ของ dystonia
	IM	10-30 นาที	3-6 ชั่วโมง	2-10 มก.	มักมีผลข้างเคียง ของ dystonia
Olanzapine (zyprexa)	IM	10-30 นาที	3-6 ชั่วโมง	5-10 มก.	ไม่ค่อยมีผลข้างเคียง ของ dystonia
	Oral	10-15 นาที	3-6 ชั่วโมง	5-10 มก.	ไม่ค่อยมีผลข้างเคียง ของ dystonia
Etomidate	IV	30-60 วินาที	3-5 นาที	0.1-0.15 มก./กก.	
Ketamine	IV	30 วินาที	5-10 นาที	1-2 มก./กก.	- ห้ามฉีดเข้าหลอดเลือดเร็ว เพราะทำให้หยุดหายใจได้ - มีฤทธิ์ระงับปวดและจำ เหตุการณ์ไม่ได้ (dissociative anesthesia)
	IM	3-5 นาที	5-10 นาที	3-5 มก./กก.	มีฤทธิ์ระงับปวดและจำ เหตุการณ์ไม่ได้
Propofol	IV	30-45 วินาที	3-5 นาที	1-2.5 มก./กก.	ฤทธิ์กดการหายใจและทำให้ ความดันเลือดต่ำได้

ข้อบ่งชี้ในการปรึกษาแพทย์อำนาจการเพื่อทำการรักษาผู้ป่วยอาละวาด

1. ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาแต่อยู่ในสภาพไม่มีสติในการตัดสินใจ
 2. ต้องการความช่วยเหลือจากตำรวจ
 3. ไม่ทราบว่าควรนำส่งที่ใด
 4. ต้องการใช้จ่ายหรือสารบางอย่างเพื่อทำให้ผู้ป่วยสงบ
- เมื่อประสบกับความรุนแรงของครอบครัวของผู้ป่วย (domestic violence)**

บุคลากรควรพยายามรวบรวมหลักฐานให้มากที่สุด และไม่เคลื่อนย้ายหลักฐาน รวมทั้งแจ้งตำรวจด้วย

ข้อสงสัยว่ามีการทำร้ายในครอบครัว ได้แก่

- กลไกที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายอาการบาดเจ็บได้
- มีอาการบาดเจ็บหลายระยะตามร่างกาย
- มาพบแพทย์ภายหลังเกิดเหตุไปหลายวันแล้ว
- ผู้ป่วยบ่นแต่อาการเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับแต่ไม่อธิบายอาการบาดเจ็บใหญ่ ๆ ที่พบตามตัว
- ญาติตอบคำถามแทนผู้ป่วย
- ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตาย

แนวทางการป้องกันและจัดการเหตุรุนแรง

ถ้าผู้ป่วยทำร้ายร่างกายของบุคลากรต้องมีมาตรการในการบริหารจัดการเหตุโดยทันที

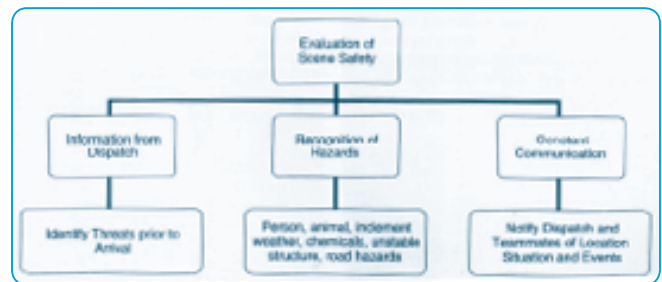
ขั้นแรก : ต้องแจ้งแพทย์อำนาจการ เพื่อให้บุคลากรได้รับการรักษาจนปลอดภัย

ขั้นที่ 2 : ทำการทบทวนเหตุเพื่อนำไปพัฒนาให้เกิดแนวทางในการป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ

ขั้นที่ 3 : สอบถามบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุ โดยต้องวิเคราะห์เหตุ ทบทวนแนวทางปฏิบัติ ทบทวนรายงานที่บันทึกเหตุไว้เพื่อเตรียมความพร้อมในกรณีที่ต้องป้องกันในชั้นศาล ควรมุ่งไปสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และเพื่อการฝึกอบรมมากกว่ามองหาคนผิด

การบันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดมีความสำคัญมากทั้งต่อการทบทวนเหตุ และในกรณีเป็นหลักฐานในชั้นศาล

บุคลากรมักไม่รายงานอาการซึมเศร้าหรือเครียดที่เกิดจากการได้รับความรุนแรง เช่น อาการเบื่อหน่าย นอนไม่หลับ กินอาหารไม่ได้ ไม่อยากทำงาน เป็นต้น แต่แพทย์อำนาจการควรสังเกตเห็นได้เพื่อช่วยเหลือทีม การพูดคุยกันเพื่อระบายความเครียดหลังประสบเหตุรุนแรงหรือภัยพิบัติเป็นเทคนิคสำคัญในการช่วยเหลือ



แผนผังที่ 2 แนวทางการปฏิบัติในกรณีประสบกับความรุนแรงนอกโรงพยาบาล

สรุป

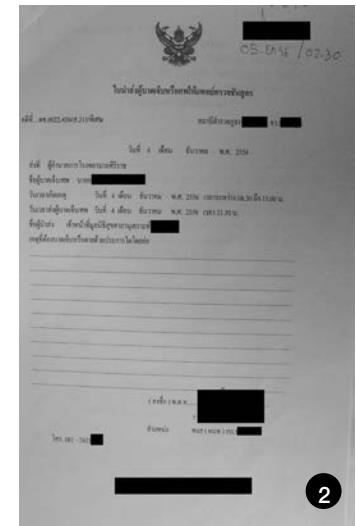
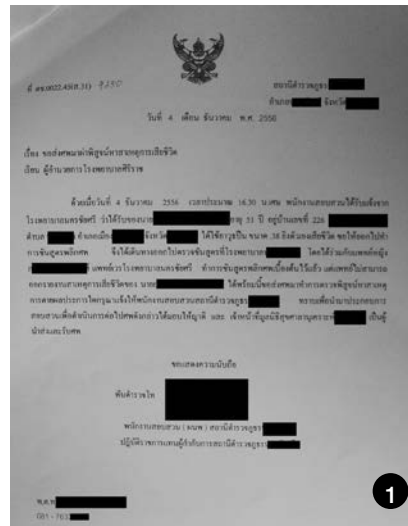
การดูแลผู้ป่วยอาละวาดก่อนถึงโรงพยาบาล

1. ศูนย์ประสานงานควรสอบถามข้อมูลให้ละเอียดและแจ้งทีมปฏิบัติการทราบ
2. บุคลากรต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทีมก่อนเป็นสำคัญ
3. กำลังคนต้องพอก่อนเข้าไปดูแลผู้ป่วยที่อาละวาด
4. เมื่อทำให้ผู้ป่วยสงบได้แล้ว ควรรีบประเมินหาสาเหตุที่รักษาได้โดยเร็ว

เอกสารอ้างอิง

1. Suter Robert E., Kirk A.J., Salazar Gilberto. EMS Violence. In Tintinalli Judith E., Cameron Peter, Holliman C. James editors. EMS A Practical Global Guidebook. USA: People's Medical Publishing House; 2010:567-74.
2. Kim Michael, MD, Hennes Halim, MD, MS. Prehospital Evaluation and Management of Violent or Agitated Children. Clin Ped Emerg Med 2007;8:248-52.
3. Jim Holliman, MD, FACEP. Managing the Violent Patient in the Transition from Prehospital Care to the Emergency Department. [cited 2013 Oct 17]. Available from: http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CCoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ifem.cc%2Fsite%2FDefaultSite%2Ffilesystem%2Fdocuments%2FWeb_Resources%2Fambviolpt.PRE.PPT&ei=34JiUsHhNsmNrQe914HoDg&usq=AFQjCNGAcS-RF6DrQYi51OPWut_QLq-Leg&sig2=d16e_pLgGo12gQ9N4n6lQ&bvm=bv.54934254,d.bmk
4. Tennessee Coalition Domestic and Sexual Violence. EMS RESPONSE TO DOMESTIC VIOLENCE.2001 June 27: 1-49.
5. Craig Bates, MD, MS, FACEP. Anger Management 101: Safely Managing Violent Patients in the Prehospital and ED Environments. MetroHealth. [cited 2013 Oct 17]. Available from: <http://www.metrohealth.org/documents/lifeflight/ManagingtheViolentPatient.pdf>.
6. Holroyd Bran R., MD; Napors Michael D., BPA. Dealing with Violence in the Prehospital Setting. WJM, November 1993;159:5:597.

การตายจากบาดแผลกระสุนปืนลูกโดด (pistol) ในประเทศไทยนับว่าเป็นการตายที่ถือว่าพบได้ไม่บ่อยนัก แต่ก็ยังพบได้อยู่เนื่อง ๆ ทั้งนี้เพราะอาวุธปืนในประเทศไทยนั้นหาได้ง่ายและมีราคาถูก อีกทั้งรอบประเทศไทยยังมีการสู้รบทั้งจากกลุ่มต่าง ๆ เช่น ในภาคใต้ของประเทศไทยและชนกลุ่มน้อยในประเทศพม่า เป็นต้น ทำให้อาวุธต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นอาวุธธรรมดาหรืออาวุธสงครามถูกนำเข้ามาในประเทศไทยอย่างมาก และจำหน่ายในราคาที่ย่อมเยา และเมื่อเป็นเช่นนั้นอาวุธดังกล่าวจึงอาจถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด (ฆ่าคน)¹ และ/หรืออาจเกิดเหตุร้ายต่าง ๆ โดยอาวุธปืนอย่างง่ายตายและเป็นปัญหาทางสังคมในปัจจุบันนี้ (ฆ่าตัวตาย) เพราะเหตุแห่งภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น ดังนั้น การแพทย์ต้องเกี่ยวข้องกับการชันสูตรพลิกศพรวมถึงบาดแผลกระสุนปืนจึงต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก



บาดแผลกระสุนปืน: ฆ่าตัวตายหรือถูกฆ่า Gun Shot Wound: Suicide Or Murder

.....แพทย์จำต้องระลึกไว้เสมอว่า “การตายเนื่องจากบาดแผลอาวุธปืนอาจเป็นการตายจากพฤติกรรมที่ตายได้ทั้ง “ฆ่าตัวตาย” “ถูกผู้อื่นฆ่าตาย” หรือ “อุบัติเหตุ” ได้เสมอ ดังนั้น เมื่อแพทย์ทำการชันสูตรพลิกศพจึงต้องตระหนักถึงเรื่องดังกล่าว และ “จำเป็น” ดำเนินการ..... ส่งศพมาเพื่อรับการตรวจอย่างละเอียด

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตายที่ถูกส่งมาให้ตรวจ 1 ราย)

1. มูลกรณีที่เกิดขึ้นคือ ผู้ตายถูกบาดแผลอาวุธปืนที่ศีรษะและถูกส่งมาที่โรงพยาบาล น. แพทย์ได้ทำการตรวจแล้วพบว่าผู้ตายถึงแก่ความตายแล้ว จึงได้แจ้งไปยังสถานีตำรวจภูธร น. ภายหลังจากการชันสูตรพลิกศพร่วมกับแพทย์โรงพยาบาล น. แล้ว แต่ยังไม่สามารถออกรายงานสาเหตุแห่งการเสียชีวิตได้ จึงส่งตัวมารับการตรวจต่อที่โรงพยาบาลศิริราช ดังนี้ (ภาพที่ 1 และภาพที่ 2)

“วันที่ 4 ธันวาคม เวลาประมาณ 16.30 น.เศษ พนักงานสอบสวนได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล น. ว่า นาย ย. อายุ 51 ปี อยู่บ้านเลขที่ 226 จังหวัดนครปฐม ได้ใช้อาวุธปืนขนาด .38 ยังตัวเองเสียชีวิต ขอให้ออกไปทำการชันสูตรพลิกศพ จึงได้เดินทางไปตรวจชันสูตรที่โรงพยาบาล

น. โดยทำการชันสูตรพลิกศพร่วมกับแพทย์หญิง ก. แพทย์เวรโรงพยาบาล น. แล้ว แต่ไม่สามารถออกรายงานสาเหตุการเสียชีวิตของ นาย ย. ได้ จึงส่งศพมารับการตรวจพิสูจน์หาสาเหตุการตาย ฯลฯ”

2. ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (โรงพยาบาลศิริราช) ได้รับศพดังกล่าวจากการส่งมาโดยพนักงานสอบสวนเพื่อการตรวจต่อตามอำนาจและหน้าที่ตามกฎหมายตามมาตรา 151²

3. ณ ภาควิชานิติเวชศาสตร์โดยแพทย์ผู้มียอำนาจและหน้าที่ได้ทำการตรวจศพที่ถูกส่งมดังกล่าว ทั้งนี้เป็นไปตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 152²

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: เมื่อแพทย์พบผู้ตาย แพทย์ต้องแยกเสียก่อนว่าเป็นการตายประเภทใด

ประการสำคัญที่สุดสำหรับแพทย์เมื่อพบว่ามี การตายเกิดขึ้นในการปฏิบัติหน้าที่ในเวชปฏิบัติก็คือ แพทย์จะต้องระลึกถึง “ประเภทของการตายเป็นอันดับแรก” ในที่นี้คือ “เป็นการตายตามธรรมชาติหรือการตายผิดธรรมชาติ” เพราะการจัดการเกี่ยวกับศพทั้ง 2 ประเภทนี้ไม่เหมือนกัน กล่าวโดยย่อคือ

1. การตายตามธรรมชาติ แพทย์สามารถออกหนังสือรับรองการตายให้กับญาติของผู้ตายหรือผู้มีอำนาจเพื่อดำเนินการทำมรณบัตร พร้อมทั้งมอบศพให้แก่ญาติหรือผู้มีอำนาจดังกล่าวได้ทันที อีกทั้งหากจะมีการดำเนินการประการหนึ่งประการใดกับศพแล้ว เช่น การขอตรวจหรือผ่าศพตรวจ แพทย์จำต้องขออนุญาตจากทายาทหรือผู้มีอำนาจนั้น ๆ เสียก่อนเสมอ

2. การตายผิดธรรมชาติ แพทย์จำเป็นจะต้อง “รีบแจ้งไปยังพนักงานสอบสวนที่มีอำนาจรับผิดชอบในเขตสถานพยาบาลดังกล่าวตั้งอยู่” เพื่อจัดให้มีการดำเนินการตามกฎหมายต่อไป (มาตรา 148 และมาตรา 150)² คือการชันสูตรพลิกศพ

ประการที่ 2: การตายจากบาดแผลกระสุนปืน

การตายจากบาดแผลกระสุนปืนทุกกรณี แพทย์จะต้องถือว่า “เป็นการตายผิดธรรมชาติทั้งหมด” หมายถึง จำเป็นต้องทำการชันสูตรพลิกศพ ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา 148 นั้นเอง²

“มาตรา 148 เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาตินั้น คือ

(๑)ฆ่าตัวตาย

(๒) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย

(๓) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย

(๔) ตายโดยอุบัติเหตุ

(๕) ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ”

ประการที่ 3: แพทย์ไม่อาจลงความเห็นถึงสาเหตุและพฤติการณ์ที่ตายได้

จากอุทาหรณ์ดังกล่าวข้างต้น นับว่าเป็นความ “เฉลี่ยฉลาดของแพทย์ที่เข้าร่วมทำการชันสูตรพลิกศพ” เป็นอย่างมากที่ให้รายละเอียดกับพนักงานสอบสวนในการชันสูตรพลิกศพว่า “**ไม่สามารถออกรายงานสาเหตุการเสียชีวิตของนาย ได้ ขอส่งศพมาทำการตรวจพิสูจน์หาสาเหตุการตาย**” จึงนับว่าแพทย์ดังกล่าวมีความรอบรู้ถึง “การประกอบวิชาชีพเวชกรรมทางนิติเวชศาสตร์” อย่างมาก ทั้งนี้เพราะ

1. การที่แพทย์ได้ออกไปร่วมชันสูตรพลิกศพ ได้พบเห็นสภาพศพ ตำแหน่ง ลักษณะการนอนของศพ อาวุธ ร่องรอยอื่น ๆ รวมถึงสภาพแวดล้อม ฯลฯ แล้ว จึงได้ทำการชันสูตรพลิกศพ และแน่นอนที่สุดได้ทำ “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” พร้อมกับพนักงานสอบสวนแล้ว

2. แพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพได้แจ้งกับพนักงานสอบสวนว่า “ยังไม่สามารถหาสาเหตุการตายได้” จำเป็นต้องนำศพมารับการตรวจต่อ (มาตรา 151 และ 152)² **(ภาพที่ 1 และภาพที่ 2)**

3. ณ ที่ชันสูตรพลิกศพ ขณะที่แพทย์ท่านนี้ ได้ทำการชันสูตรพลิกศพย่อมต้องเผชิญกับ

ก. พนักงานสอบสวน

ข. ญาติของผู้ตาย

ค. ผู้อื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หัวหน้าชุมชน นายก อบต. ฯลฯ

โดยบุคคลเหล่านั้น (อาจ) มีการบอก (เสนอแนะ) กับแพทย์ (รุมล้อม แจ้ง คะยั่นคะยอ บีบบังคับ ฯลฯ) เพื่อให้แพทย์ได้ออกหนังสือรับรองการตายหรือ

ใบรับแจ้งการตาย {ทร.4/1 หรือ ทร.4 ตอนหน้า “หน้าหลัง” (ข้อสันนิษฐานสาเหตุการตายโดยแพทย์)} ให้แก่พนักงานสอบสวน เพื่อพนักงานสอบสวนจะได้ดำเนินการให้กับญาติเพื่อทำมรณบัตร (ทร.4)³ ต่อไป โดยสถานการณ์ของแพทย์ ณ ที่นั้นนับว่าแพทย์ท่านนี้มี “วิจารณ์ญาณ” หรือ “ความสามารถ” ซึ่งน่าจะเป็นความรอบรู้หรือประสบการณ์ในการชันสูตรพลิกศพ “บาดแผลจากอาวุธปืน” มาบ้างแล้ว และเล็งเห็นหรือเข้าใจถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการชันสูตรพลิกศพในรายที่ถูกบาดแผลอาวุธปืนดังกล่าว (น่าชื่นชมแพทย์) จึงทำให้แจ้งกับพนักงานสอบสวนให้ “นำส่งศพมาเพื่อทำการตรวจศพต่ออย่างละเอียด” ต่อไป และพนักงานสอบสวนได้ทำการส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อที่โรงพยาบาลศิริราช **(ภาพที่ 1 และภาพที่ 2)**

ประการที่ 4: ข้อสันนิษฐานหรือวิจารณ์ญาณของแพทย์มีมูล

จากวิจารณ์ญาณหรืออาจเป็นประสบการณ์ในการชันสูตรพลิกศพ หรืออาจเป็น “ลางสังหรณ์” ของแพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพประการใดก็ตามให้เห็นถึงความจำเป็นในการต้อง “**ส่งศพมาเพื่อการตรวจต่อ**” และอาจถือได้ว่า “**เป็นความจริง**” หรือ “**เกิดประโยชน์ต่อแพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ**” อย่างแท้จริงด้วย ทั้งนี้เพราะเมื่อทำการตรวจศพดูแล้ว



1. การตรวจสภาพศพภายนอก **(ภาพที่ 3 และภาพที่ 4)**

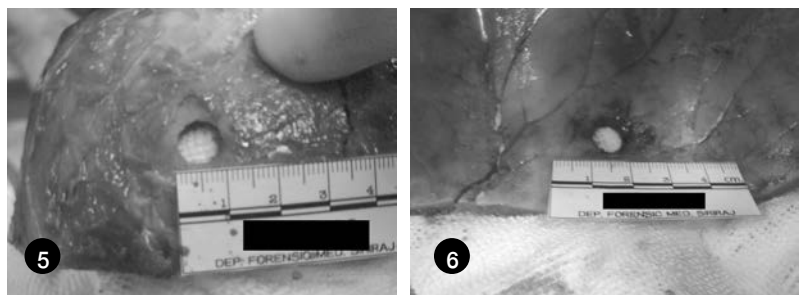
1.1 เห็นเช่นเดียวกับแพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ แต่แพทย์ผู้ทำการผ่าศพตรวจ (มาตรา 152) จะมีพยานหลักฐานประกอบน้อยกว่าแพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพมาก โดยเฉพาะในประการที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของศพ เช่น ตำแหน่งของปืน การกระเด็น (กระเซ็นชาน) ของเลือดหรือเนื้อเยื่อ สภาพของสิ่งของ และการกระจายของสิ่งของต่าง ๆ อันอาจแสดงถึงการต่อสู้ อาหารและน้ำดื่มที่อาจเป็นที่น่าสงสัย

1.2 ต้องเป็นบาดแผลจากกระสุนปืนลูกโดดเท่านั้น จากสภาพแห่งรูที่เข้า และบาดแผลที่หนังศีรษะที่อยู่รอบ ๆ รูที่เข้า

2. การตรวจสภาพศพภายใน

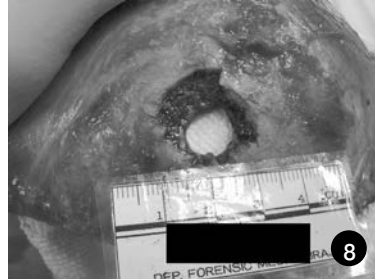
2.1 เมื่อได้ทำการตรวจศพอย่างละเอียด เห็นได้ชัดว่า

ก. บาดแผลทางเข้าย่อมต้องเป็นที่ขมับขวา ทั้งนี้จากสภาพของบาดแผลที่กะโหลกด้านขวามีลักษณะกลม และแตกเข้าหรือ “เบะเข้า” (beaving inwards) **(ภาพที่ 5 และภาพที่ 6)**



ข. ต้องเป็นบาดแผลใกล้ (near, close) มิใช่ประชิดหรือติด (contact)

ค. บาดแผลที่ขมับขวาต้องเป็นบาดแผลทางออกของกระสุนปืนอย่างแน่นอน ตามหลักการแตกออก หรือ “เบาะออก” (bevealing outwards) (ภาพที่ 7 และภาพที่ 8)



2.2 ทิศทางของบาดแผลกระสุนปืนจะต้องมีทิศทางจากขมับขวาผ่านในโพรงกะโหลก (เนื้อสมอง) มาออกทางด้านขมับซ้าย

2.3 ด้วยแรงดันของกระสุนปืน (temporary cavity)⁴ ทำให้เกิดแรงอัดต่อโพรงกะโหลกศีรษะ เป็นเหตุให้เกิดการแตกของกะโหลกศีรษะ (ภาพที่ 9)

หมายเหตุ:

ก. บาดแผลกระสุนปืนที่เกิดขึ้นแม้ว่าจะไม่พบว่ามีบาดแผลอย่างประชิดเป็นรูปดาว (star-shaped wound) ก็ตาม แต่อาจเกิดเนื่องจากการที่ผ่านตัวกลางได้ เช่น หมอนหรือผ้ารอง



ประการที่ 5: ประเด็นวิเคราะห์บาดแผลฟกช้ำที่ได้หนึ่งศีรษะด้านขวาเกิดจากอะไร (ภาพที่ 9)

เมื่อประมวลสภาพแห่งการตรวจพบจากศพแล้วจะพบว่า มีบาดแผลดังนี้

1. บาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบรูปค่อนข้างกลมที่ขมับขวา (ภาพที่ 3) และเมื่อคลำต่อไปถึงกระดูกพบว่า มีกะโหลกศีรษะด้านขวาแตกเป็นรูปกลม (เกือบกลมอย่างสมบูรณ์) (ภาพที่ 5) เมื่อตรวจดูจากรูปกลมดังกล่าวพบว่า มีการแตกเบาะเข้า (bevealing inwards) อย่างชัดเจน แสดงถึงเป็นบาดแผลทางเข้าของกระสุนปืนแน่นอน

2. บาดแผลฉีกขาดที่ขมับซ้ายมีลักษณะฉีกขาดขอบไม่เรียบและมีเนื้อเยื่อปลิ้นออกมา (ภาพที่ 6 และ 7) อีกทั้งเมื่อตรวจคลำถึงกะโหลกศีรษะพบว่า มีการแตกปลิ้นออก (bevealing outwards) อย่างชัดเจน แสดงว่าต้องเป็นแผลทางออก

ประเด็นที่เกิดปัญหา คือ มีรอยช้ำที่หนึ่งศีรษะบริเวณกระหม่อมและหนึ่งศีรษะส่วนบนด้านขวา เป็นบริเวณกว้างประมาณเส้นผ่าศูนย์กลาง 10 เซนติเมตร เป็นลักษณะของบาดแผลเกิดก่อนตายอย่างชัดเจนนี้ “เกิดขึ้นได้อย่างไร”

ก. เกิดจากการที่ศีรษะกระแทกกับของแข็ง หลังถูกกระสุนปืน

วิเคราะห์: เมื่อยังตัวตายแล้วล้มลง ทำให้ศีรษะบริเวณดังกล่าวฟาดกับพื้นในขณะที่ยังไม่ตายอย่างสมบูรณ์จึงเกิดปฏิกิริยา (anti-mortem wound) ได้

ข. เป็นแผลที่เกิดขึ้นก่อนตาย (anti-mortem wound)

วิเคราะห์: เกิดจากมีแรงมากระทำที่ศีรษะ เช่น การที่ถูกตีที่ศีรษะก่อนแล้วบาดแผลกระสุนปืนเกิดขึ้นตามมา (ต่อมา)

วิเคราะห์ (ต่อ): หากเป็นเช่นนั้นจริง แสดงว่าผู้ตายรายนี้ “ถูกฆาตกรรม” กรณีเช่นเดียวกับในคดีนี้การเมืองชื่อดัง (ห้างทอง) ซึ่งในระยะแรกที่มีหลักฐานว่ามีบาดแผลฟกช้ำที่ศีรษะส่วนบนและกะโหลกส่วนบนแตกจากถูกกระทำ (ทำร้าย) ก่อนที่จะเกิดบาดแผลกระสุนปืนที่ขมับขวา ลักษณะอาจคล้ายกับผู้ตายรายนี้

ค. เกิดจากแรงอัดหรือแรงดันของแก๊สส่วนนำหัวกระสุนปืน (temporary cavity)

วิเคราะห์: หากเป็นเช่นนั้นจริง แผลดังกล่าวน่าจะมีย่อยช้ำต่อเนื่องจากบาดแผลกระสุนปืน เพราะแรงดันดังกล่าวเป็นแรงดันที่เกิดจากปากกระบอกปืนจึงต้องต่อเนื่องจากบาดแผลทางเข้าของกระสุนปืนที่ขมับขวา แต่ในกรณีตามอุทธรณ์กลับไม่พบถึงความต่อเนื่องของรอยช้ำหรือเลือดออก (discontinuation) จึงไม่น่าเชื่อว่าจะเกิดจากการยิงจากบาดแผลกระสุนปืนโดยตรง หากจะเป็นไปได้ อาจเกิดจากการที่แรงดันภายในดันออกมาแล้วทำให้เกิดสภาพแห่งเลือดออกดังกล่าว

หมายเหตุ:

ประเด็นน่าสงสัยเกิดขึ้นคล้ายกับในคดีดัง “คดีห้างทอง” อย่างแท้จริง ในคดีดังตามที่กล่าว คือ “คดีห้างทอง” เกิดกรณีแห่งความสงสัยขึ้นว่า เป็นการตายที่เกิดขึ้นจาก “การฆ่าตัวตายหรือถูกผู้อื่นฆ่าตาย” ทั้งนี้พิจารณาจาก 1. พยานแวดล้อม ณ ที่เกิดเหตุ 2. พยานหลักฐานในที่นี้คือ “พยานวัตถุ” เท่านั้น เพราะไม่อาจฟังพยานบุคคลและพยานเอกสารได้ และพยานวัตถุในความหมายของคำว่า “พยานหลักฐาน” ที่สำคัญ (ในที่นี้คือ พยานหลักฐานที่เป็นวัตถุพยานเฉพาะที่ได้จากศพเท่านั้น) ก็คือ “บาดแผลที่พบบนตัวศพ” และวัตถุพยานข้างตัวศพหรือที่ติดมากับศพ ว่าน่าจะเป็น ก. ทางเข้าของกระสุนปืน ข. ทางออกของกระสุนปืน ค. รอยช้ำที่หนึ่งศีรษะ (บริเวณ vertex) ง. รอยช้ำที่ต้นขาส่วนหลังทั้งสองข้าง จ. รอยแตกแนวหน้าหลังของกะโหลก

ศีรษะส่วนบน (parietal bone) ฉ. รอยแตกร้าวของกะโหลก จากขมับขวา (เชื่อว่าจากกระสุนปืน) ร่วงไปชนกะโหลกที่แตกอยู่แล้วที่ส่วนบน (stoped sign หรือ mirror sign phenomenon)

ประการที่ 6: การตระหนักของแพทย์ในเรื่องการตายกับบาดแผลกระสุนปืน

เมื่อแพทย์ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้ทำการชันสูตรพลิกศพร่วมกับเจ้าพนักงานอื่น (2 หรือ 4 ฝ่ายแล้วแต่กรณี) แพทย์ย่อมต้องตระหนักถึงบาดแผลจากอาวุธปืนไว้อย่างมาก และจำต้องคิดอยู่ในใจเสมอว่าการตายนั้นอาจ :-

1. มีไข้ตายจากบาดแผลกระสุนปืน คืออาจถูกทำให้ตายก่อนแล้วมาจึงเป็นการจัดฉากว่าเป็นการตายจากบาดแผลกระสุนปืน เช่น ถูกวางยาให้ตายแล้วมาจึงฆ่าหรือถูกวางยาไม่ตายแล้วมาจึงฆ่า (จับมือผู้ตายยิง)
2. เป็นการตายจากบาดแผลกระสุนปืน แต่
 - ก. อาจเป็นการยิงตัวเอง
 - ข. อาจเป็นการถูกผู้อื่นยิง ซึ่งการถูกผู้อื่นยิงอาจแบ่งได้เป็น
 - 1) ถูกผู้อื่นยิงโดยตรง
 - 2) ถูกผู้อื่นจับมือผู้ตายให้

เหนี่ยวไกโดยผู้ตายไม่อาจขัดขืนได้ เพราะความเป็นผู้อ่อนแอ อ่อนเยาว์ หรืออยู่ในสภาวะที่ไม่อาจขัดขืนได้ (เช่น ถูกวางยานอนหลับ)

ประการที่ 7: การตายจากบาดแผลอาวุธปืนทุกกรณีต้องส่งศพมารับการตรวจต่อ

แพทย์จำต้องระลึกไว้เสมอว่า “การตายเนื่องจากบาดแผลอาวุธปืนอาจเป็นการตายจากพฤติการณ์ที่ตายได้ทั้ง “**ฆ่าตัวตาย**” “**ถูกผู้อื่นฆ่าตาย**” หรือ “**อุบัติเหตุ**” ดังนั้น เมื่อแพทย์ทำการชันสูตรพลิกศพจึงต้องตระหนักถึงเรื่องดังกล่าวและ “จำเป็นต้อง” ดำเนินการ (ตามมาตรฐานทางนิติเวชศาสตร์)^{6,6,7} โดยปฏิบัติดังนี้

1. ส่งศพมาเพื่อรับการตรวจอย่างละเอียด
2. การตรวจศพ “ต้อง” ส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ (อาจมีน้ำหลัง) และของเหลวในกระเพาะอาหาร
3. จำเป็นต้องตรวจหาเมาท์ที่
 - ก. มือทั้งสองข้าง โดยอย่างน้อยต้องแยกเป็น หลังมือและอุ้งมือทั้งด้านซ้ายและขวา (รวม 4 ตำแหน่ง หรือมากกว่า)
 - ข. ที่ตำแหน่งบาดแผล (รอบ ๆ) ทั้งที่สงสัยว่าจะเป็นทางเข้าหรือทางออก และ/หรือบาดแผลที่ต้องสงสัยว่าจะเกี่ยวข้องกับอาวุธปืนนั้น
4. ก่อนการผ่าศพ (หากทำได้) แพทย์ต้องส่งตรวจทางรังสี (X Rays) ที่ตำแหน่งบาดแผลและทิศทางที่คาดว่าจะเป็นที่ทางที่บาดแผลกระสุนปืนผ่าน หากไม่ทราบอาจจำเป็นต้องทำการตรวจทั้งร่างกาย
5. หากพบวัตถุแปลกปลอม เช่น โลหะ จำต้องเก็บ ทำการระบุ (labels) และอาจถ่ายภาพไว้ เพื่อส่งเป็นวัตถุพยานให้เจ้าพนักงานผู้ทำหน้าที่ดำเนินการต่อไป

หมายเหตุ:

การที่แพทย์จะให้มีการส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อนั้น แพทย์เองไม่มีอำนาจอย่างแท้จริงในการ “สั่ง” ให้มีการจัดส่ง ทั้งนี้เพราะ “**แพทย์เป็นเพียงเจ้าพนักงานผู้ร่วมในการชันสูตรพลิกศพ**” เท่านั้น มีใช้หัวหน้าคณะในการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย แพทย์จึงจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ที่มีอำนาจในการชันสูตรพลิกศพอย่างแท้จริง ซึ่งก็คือ พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการ (แล้วแต่กรณี) ให้ส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่ออย่างละเอียดตามกฎหมายด้วย

สรุป

การที่แพทย์ต้องมีส่วนร่วมในการชันสูตรพลิกศพในฐานะ “**เจ้าพนักงาน**” ตามกฎหมายนั้น หากเป็นการชันสูตรพลิกศพที่แจ้งว่าเป็นการตายจาก “**บาดแผลอาวุธปืน ระเบิด หรือวัตถุสงคราม**” หรือแพทย์เห็นเองหรือสงสัยว่าจะเป็นการตายจากบาดแผลกระสุนปืน แพทย์จำต้องตระหนักถึง “**ความละเอียดอ่อน**” ในเรื่องการตายไว้อย่างมาก และสิ่งที่แพทย์ “**จะต้องทำ**” (ยึดเป็นหลัก) ก็คือ ภายหลังจากการชันสูตรพลิกศพแล้ว แพทย์จำเป็นอย่างยิ่งต้องแจ้งให้พนักงานผู้ที่มีอำนาจโดยตรงอย่างเต็มที่ (พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการแล้วแต่กรณี) ส่งศพมาทำการตรวจต่ออย่างละเอียด (ทุกราย) ดังจะเห็นได้จากอุทธรณ์ที่กล่าวถึง แม้จะมีการตรวจศพอย่างละเอียดโดยแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ที่ถือว่ามีความเชี่ยวชาญด้านการตรวจศพแล้ว ก็ยังเกิดกรณีสงสัยถึงพฤติการณ์ที่ตายได้

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>
2. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
3. พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 108/ตอนที่ 203/ฉบับพิเศษ หน้า 97/22 พศก. 2534.
4. Vincent J. M. Di Maio. Gunshot Wounds: How a high-speed bullet damages an organ. CRC Press, Boca Raton, FL, 1985.
5. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
6. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม พ.ศ. 2555)”.
7. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.

วิตามินดี (vitamin D) เป็นสารอาหารที่ช่วยเสริมสร้างกระดูก ป้องกันอาการของโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุน วิตามินดีที่สำคัญในร่างกายมี 2 รูปแบบคือ วิตามิน D2 และ D3 ร่างกายของเราสามารถรับวิตามินดีได้ 2 ทางคือ จากอาหารและจากการสังเคราะห์ขึ้นเองที่ผิวหนังเมื่อได้รับแสงแดด ส่วนใหญ่คนจะได้รับจากแสงแดดมากกว่าจากอาหาร แสงแดดเป็นแหล่งสำคัญของวิตามินดี พบว่าร้อยละ 90 ของวิตามินดีในร่างกายนั้นได้มาจากการสังเคราะห์ที่ผิวหนัง เนื่องจากอาหารตามธรรมชาติที่คนส่วนใหญ่

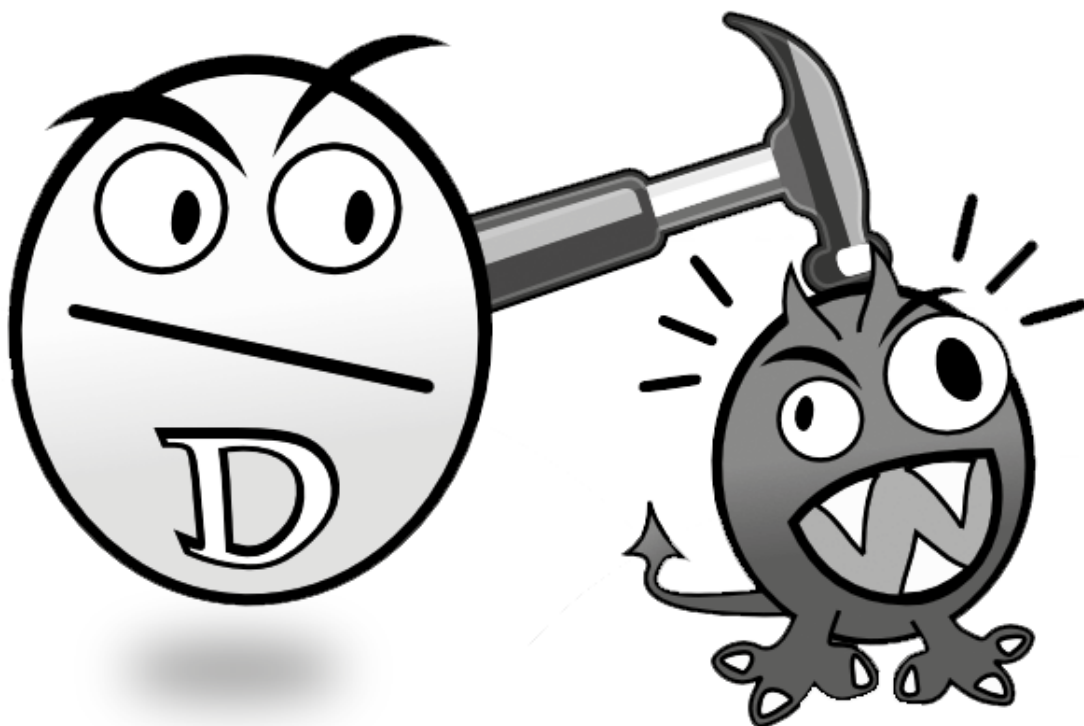
รับประทานมีวิตามินดีน้อย วิตามิน D3 พบมากในน้ำมันตับปลา ไข่แดง นม เนย ตัสดัตว์ ปลาที่มีไขมันมากบางชนิด พบข้อมูลมากมายถึงประโยชน์ของวิตามินดี จึงเป็นที่มาของการรวบรวมข้อมูลในวันนี้

จากการรวบรวมข้อมูลในฐานข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับวิตามินดี พบข้อมูลจำนวน 56 งานวิจัย มีผู้ได้รับการศึกษาจำนวน 95,286 คน ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับวิตามิน D3 เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ยาหลอก โดยพบว่าอายุของผู้เข้าร่วมเป็นช่วงที่กว้างมาก ตั้งแต่ 18-107 ปี ผู้ได้รับการศึกษาเป็นเพศหญิงจำนวน 77% ได้รับวิตามิน D3

เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 4.4 ปี ผลการศึกษาพบว่า วิตามิน D3 ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดสมอง หากได้รับวิตามินดีเป็นระยะเวลานานกว่า 5 ปี วิตามินดียังช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคกระดูกพรุนในอัตรา 4 ต่อ 1,000 หากได้รับวิตามินเป็นเวลา 5-7 ปี พบผลข้างเคียงของวิตามินดีได้แก่เกิดนิ่วในไต (หากได้รับวิตามิน D3 และแคลเซียมมากเกินไป) พบระดับสูงของแคลเซียมในเลือด (เห็นทั้ง alfacalcidol และ calcitriol)

กล่าวโดยสรุป วิตามิน D3 ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ หากได้รับอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี

วิตามินดี ช่วยชีวิต





การดื้อยาต้านจุลชีพหรือยาปฏิชีวนะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และเป็นปัญหาระดับโลกที่องค์การอนามัยโลกให้ความสนใจมากเป็นพิเศษ ปัจจัยสำคัญที่ชักนำให้เชือดื้อยา คือ การใช้ยาต้านจุลชีพมากเกินไป ความจำเป็นอย่างไม่เหมาะสม ทั้งการใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในคลินิก และร้านยา

จากผลการวิจัยล่าสุดระบุว่า การติดเชือดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทยส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ โดยในแต่ละปีพบคนไทยติดเชือดื้อยามากกว่า 100,000 คน เสียชีวิตเนื่องด้วยสาเหตุแห่งการดื้อยามากกว่า 30,000 คน เฉลี่ย 100 คนต่อวัน ถือเป็นวิกฤติทางสุขภาพที่ต้องเร่งควบคุมและป้องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลถึงร้อยละ 30-90 ไม่เพียงเท่านั้น เชื้อดื้อยายังส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจ ทำให้ประเทศต้องสูญเสียมูลค่าทางด้านจุลชีพรักษาเชือดื้อยามากถึง 6,000 ล้านบาท



Antibiotics Smart Use (ASU) ร.พ.ศิริราช ส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการจัดทำโครงการ Antibiotics Smart Use (ASU) โดยได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) องค์การอนามัยโลก และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีแนวคิดสำคัญ คือ “No antibiotics for non-bacterial infection” ซึ่งเน้นการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยนอก 3 โรค ได้แก่ โรคหวัด อูจจาระร่วงเฉียบพลัน และแผลสดจากอุบัติเหตุ โดยดำเนินการร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และร้านยาในเครือข่าย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงได้นำแนวคิดในการทำโครงการ ASU มาใช้ในโรงเรียนแพทย์เป็นครั้งแรกของประเทศไทย โดย **นพ.อิสรุ บุญญาศิริ จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะ** ได้ทำการวิจัย R2R เรื่อง “Antibiotics Smart Use (ASU) ที่โรงพยาบาลศิริราช” เพื่อส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลในโรงเรียนแพทย์

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ข้อมูลการใช้ยาต้านจุลชีพของโรคหวัด อูจจาระร่วง และแผลสด เดือนมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2554 คือร้อยละ 69-74, ร้อยละ 51-85 และร้อยละ 87 ซึ่งสูงกว่าอัตราการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลที่ควร < ร้อยละ 10

2. นำเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหารโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งอนุมัติให้ทำโครงการ ASU

3. ประชุมผู้เกี่ยวข้อง วางแผนการดำเนินงาน และพิจารณาสื่อที่จะใช้ในการดำเนินงาน โดยความเห็นชอบสื่อของโรคหวัดและอูจจาระร่วง ส่วนสื่อของโรคแผลสดต้องมีการวิจัย

4. อบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องและการรักษาโรคหวัดและอูจจาระร่วงระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2555 โดยติดตามผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายวันที่ 3 หลังรักษา และแจ้งผลผู้เกี่ยวข้องทุก 1 เดือน

5. วิจัยผู้ป่วยแผลสดที่ไอพีดีอุบัติเหตุโดยตรวจหาเชื้อจากแผลผู้ป่วยทุกราย และติดตามผลการรักษาผู้ป่วยวันที่ 3 และ 7 หลังรักษา

ผลการศึกษา

1. โรคหวัดและอูจจาระร่วง 1.1) อัตราการได้รับยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยโรคหวัดและอูจจาระร่วงจำนวน 1,451 คน ลดลงเหลือร้อยละ 13.0 และ 19.1 ตามลำดับ 1.2) พบเชื้อ group A streptococci ในผู้ป่วยโรคหวัดร้อยละ 3.8 และเชื้อ non-typhoidal *Salmonella* spp. ในผู้ป่วยอูจจาระร่วงร้อยละ 14.7 1.3) ผลการรักษาวันที่ 3 หลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษา

คือ อัตราการตอบสนองต่อการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านจุลชีพ 2. โรคแผลสด 2.1) ผู้ป่วยแผลสดจำนวน 330 ราย มีผู้ป่วย 300 ราย ได้รับยาต้านจุลชีพร้อยละ 90.9 2.2) ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อที่อาจก่อโรคได้เพียง 23 ราย ร้อยละ 7 2.3) ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่แผลเพียง 4 ราย ร้อยละ 12 โดยทุกรายได้รับยาต้านจุลชีพป้องกันการติดเชื้อแล้ว

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

1. ขยายการดำเนินงานไปยังผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาลศิริราช 2. นำผลงานไปใช้กำหนดนโยบายระดับชาติ เป็นเกณฑ์จัดสรรเงิน P4P จำนวน 47 ล้านบาท ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2555 โดยสถานการณ์ที่มีอัตราการใช้ยา < ร้อยละ 20 จะได้รับเงินเต็มจำนวน อัตราการใช้ยาร้อยละ 21-40 จะได้รับเงินบางส่วน และหาก > ร้อยละ 40 จะไม่ได้รับเงิน
3. นำผลการวิจัยแผลสดมากำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรที่หน่วยตรวจอุบัติเหตุ

บทเรียนที่ได้รับ

1. การขับเคลื่อนระบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลต้องอาศัย multifaceted Interventions ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมทั้งระบบ reminder และ feedback ด้วย
2. หลักฐานที่ได้จากการวิจัยของหน่วยงานมีความสำคัญต่อการทำให้บุคลากรของหน่วยงานมีความมั่นใจในแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลที่จะนำมาใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ทั้งนี้ด้วยความโดดเด่นของงานวิจัย ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีในการนำแนวทางการปฏิบัติใหม่ไปใช้ในหน่วยงาน และได้กลายเป็นต้นแบบที่สำคัญในการปลูกฝังแนวคิดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผลในโรงเรียนแพทย์ ทำให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่รักษาผู้ป่วยโรคหัด อูจจะระวังเขียนพด้น และแผลสดจากอุบัติเหตุ และผู้บริหาร นำผลการวิจัยไปกำหนดนโยบายสุขภาพ จึงทำให้ผลงาน “Antibiotics Smart Use (ASU) ที่โรงพยาบาลศิริราช” ได้รับ รางวัลผลงาน R2R ดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2556 ระดับการบริการระดับตติยภูมิ จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

“ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนโครงการนี้ อันดับแรกคือ การสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงขององค์กรคือ คณบดีและผู้อำนวยการโรงพยาบาล อันดับที่สองคือ ต้องให้ผู้ที่มิใช่แพทย์ ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในโรงพยาบาลเป็นผู้ขับเคลื่อนโครงการ ซึ่งทางโรงพยาบาลศิริราชได้ให้ อาจารย์วิษณุ ธรรมลิขิตกุล หัวหน้าหน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ขับเคลื่อนหลักในเรื่องนี้ เพราะทุกคนจะไม่กังขาในองค์ความรู้ของอาจารย์ และถ้าหากโรงพยาบาลอื่นจะนำแนวคิดนี้ไปใช้ก็สามารถให้แพทย์ที่โรงพยาบาล หรือใครก็ได้ที่ทุกคนให้การยอมรับและเชื่อถือในองค์ความรู้ทำหน้าที่เป็นผู้ขับเคลื่อน ส่วนเรื่องข้อมูลที่ใช้ในการอ้างอิงนั้น สามารถนำข้อมูลของโรงพยาบาลศิริราชไปใช้ได้เลย” นพ.อิทธิรัฐ กล่าวทิ้งท้าย



“Mahidol Channel”

สถานีโทรทัศน์รวมสาระและความบันเทิง

มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินการจัดตั้งสถานีโทรทัศน์ “Mahidol Channel” ซึ่งเป็นสื่อรูปแบบใหม่ที่มีแนวคิดในการนำ Education (การศึกษา) มาผสมผสานกับ Entertainment (ความบันเทิง) รวมความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ของคณะ/สถาบันต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยมหิดล มาถ่ายทอดเพื่อประโยชน์ต่อผู้ชมและสังคม

โดยเนื้อหาหลักของรายการจะมาจาก 17 คณะ ได้แก่ คณะทันตแพทยศาสตร์, คณะวิศวกรรมศาสตร์, คณะเทคนิคการแพทย์, คณะเวชศาสตร์เขตร้อน, คณะพยาบาลศาสตร์, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, คณะสัตวแพทยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, คณะสาธารณสุขศาสตร์, คณะเภสัชศาสตร์, คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์, คณะวิทยาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, คณะศิลปศาสตร์, คณะกายภาพบำบัด และคณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร 6 วิทยาลัย ได้แก่ วิทยาลัยการจัดการ, วิทยาลัยราชสุดา, วิทยาลัยดุริยางคศิลป์, วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา, วิทยาลัยนานาชาติ และวิทยาลัยศาสนศึกษา 7 สถาบัน ได้แก่ สถาบันนวัตกรรมการเรียนรู้, สถาบันโภชนาการ, สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน, สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว และสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเซีย

ในส่วนของรูปแบบรายการมีความหลากหลาย น่าสนใจสร้างสรรค์ได้สาระและความบันเทิง อาทิ “Dream Catcher” รายการติดตามชีวิตนักศึกษาในขณะเรียนภาคปฏิบัติ อาทิ แพทย์ฝึกหัด นักศึกษาการโรงแรม “ฉายแวว” เวทีทอล์คโชว์ นำเสนอผลงานของนักศึกษาคณะต่าง ๆ และพูดคุยกับเจ้าของผลงาน เช่น หนังสือของนักศึกษาวิทยาลัยนานาชาติ, ผลงานประดิษฐ์ของนักศึกษาศาสตร์ “Change” รายการสารคดีที่น่าสนใจเรื่องราวของคนคนหนึ่งหรือกลุ่มคนที่ชีวิตเปลี่ยนไป เพราะ



นวัตกรรมหรืองานวิจัยของมหาวิทยาลัยมหิดล “เล็ก ๆ เปลี่ยนโลก” รายการที่ถ่ายทอดการอบรมต่าง ๆ เสวนา เว็รค์ช็อป และกิจกรรมที่มหิดลจัดขึ้นซึ่งเป็นการนำองค์ความรู้ของมหิดลไปสู่สังคม “DeScience” รายการสำหรับคนช่างคิดและช่างคุย ค้นหาแรงบันดาลใจจากผลงานสร้างสรรค์ที่ผสมผสานวิทยาศาสตร์กับศิลปะ พร้อมต่อยอดความคิดไปกับหนุ่มนักวิทยาศาสตร์และสาวหัวศิลป์ “Click” เปิดเคล็ดลับวิชา 10 หัวข้อในตำราเรียนที่ต้องรู้ แต่เข้าใจยาก มาทำให้เข้าใจได้ง่าย ๆ ภายในเวลา 20 นาที “ศิริราช 360 องศา” ทุกเรื่องราวที่เกิดขึ้นที่ศิริราชทั้งในรั้วและนอกรั้ว ทั้งเรื่องลับและเรื่องไม่ลับที่คุณอาจไม่รู้

โดยนักเรียน นิสิต นักศึกษา และประชาชนทั่วไปที่สนใจสามารถรับชมรายการได้ทางเคเบิลท้องถิ่น CTH ช่อง 107, www.mahidolchannel.com, www.facebook.com/mahidolchannel, www.youtube.com/mahidolchannel และเนื่องจากแนวโน้มและพฤติกรรมของผู้ใช้งาน Smart Phone ในปัจจุบันมีจำนวนตัวเลขของผู้ใช้งานสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว Mahidol Channel จึงได้พัฒนา Application ทาง Smart Phone และ Tablet เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร และรับชมรายการของ Mahidol Channel ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และสอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้บริโภค โดยสามารถโหลด Application ของ Mahidol Channel ได้ทั้ง iOS และ Android



ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศิริราช

จัดประชุมวิชาการ OB-GYN in Practice 2014: DRAMA

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จัดการประชุมวิชาการ
ประจำปี พ.ศ. 2557 ในหัวข้อเรื่อง OB-GYN in Practice
2014: DRAMA ระหว่างวันที่ 18-21 มีนาคม พ.ศ. 2557
ณ อาคารศรีสวรินทิรา ห้องประชุมราชปนัดดาสิรินธร
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อนำเสนอ
ข้อมูลล่าสุดทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ที่ทันยุค ทันสมัย ชัดเจน
ครบถ้วน และครอบคลุมถึงสุขภาพของสตรีไทยเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ใน
เวชปฏิบัติได้



รศ.นพ.ประเสริฐ คันสนียวิทย์กุล ประธาน
คณะกรรมการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ
และงานประชุมวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2557
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะ
แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย
มหิดล กล่าวว่า ในปีนี้ทางคณะกรรมการจัดงาน
จะจัดหัวข้อเรื่อง OB-GYN in Practice 2014: DRAMA

โดยกำหนดให้วันอังคารที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2557 เป็น

Pre-congress Workshops จำนวน 6 Workshops และวันพุธที่ 19-วันศุกร์ที่ 21
มีนาคม พ.ศ. 2557 เป็น Main congress ณ อาคารศรีสวรินทิรา ห้องประชุม
ราชปนัดดาสิรินธร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สามารถ
จุผู้เข้าร่วมประชุมได้ถึง 600 คน และห้องประชุมอวย เกตุสิงห์ สามารถจุผู้เข้าร่วม
ประชุมได้ถึง 400 คน ซึ่งเป็นการจัดการประชุม 2 ห้องคู่ขนานกัน และหัวข้อใน
การประชุมในครั้งนี้มีหลากหลาย มีการจัดกิจกรรมภาคประชาชน ณ โถงชั้น 1
อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์เหมือนเช่นทุกปีที่ผ่านมา โดยมีเป้าหมาย
หลักของการจัดประชุมคือ การนำเสนอข้อมูลล่าสุดทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
ให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านได้รับสาระความรู้ที่ทันยุค ทันสมัย ชัดเจน ครบถ้วน
และครอบคลุมถึงสุขภาพของสตรีไทยเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติได้

ในปีนี้มีทั้งหัวข้อทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาทั่วไป หัวข้อทางด้าน
สังคม เช่น เรื่อง Teenage pregnancy: Doctors, Patients, Society's Dimension
โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญและเป็นผู้มากประสบการณ์ในด้านการดูแลเด็กเร่ร่อนของ
ประเทศไทย **คุณทองพูล บัวศรี (ครูจิว) “ฉายาครูข้างถนน”** นอกจากนี้ยังมี
ทอล์คโชว์ การใช้ภาษาอังกฤษสำหรับแพทย์ พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อรองรับ
AEC ในอนาคตอีกด้วย โดยได้รับเกียรติจาก **คุณสุพจน์ กลิ่นสุวรรณ พิธีกร**
รายการ English Breakfast มาร่วมเป็นวิทยากรให้ความรู้เรื่อง English Breakfast
@ Siriraj กันสด ๆ บนเวทีอีกด้วย รวมถึงวิทยากรรับเชิญจากต่างประเทศ **Prof.**
Mahesh Choolani มาให้ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยก่อนคลอดโดยไม่จำเป็นต้อง
ใช้วิธีการเจาะน้ำคร่ำ และยังมีหัวข้อที่น่าสนใจอีกมากมาย เช่น Management of
abnormal uterine bleeding in Oncologic view, Cryopreservation in ART เป็นต้น
ไฮไลท์สำคัญในครั้งนี้จะมีการ Live Demonstration การผ่าตัดผ่านกล้อง ซึ่งเป็นการ
ถ่ายทอดสดจากห้องผ่าตัดและถ่ายทอดสัญญาณมายังห้องประชุม ในหัวข้อ
Laparoscopic surgery in Reproductive Medicine สำหรับ Pre-congress Workshops



ในปีนี้มีจำนวน 6 Workshops ซึ่งผู้ที่เข้ารับการอบรม
ในครั้งนี้จะได้รับความรู้ และเทคนิคใหม่ ๆ มากมาย
เพื่อนำกลับไปใช้ได้จริง

“ทางคณะกรรมการจัดการประชุมใคร่ขอ
เชิญชวนสูตินรีแพทย์ แพทย์ต่อยอด แพทย์ประจำบ้าน
พยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุขจากทั่ว
ประเทศเข้าร่วมในการประชุมครั้งนี้ ซึ่งตลอดระยะ
เวลาการจัดประชุมอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลา
8 ปีในปีนี้อาจจะมีผู้สมัครเข้าร่วมประชุมไม่ต่ำกว่า
1,000 คน และบูธนิทรรศการทางการแพทย์กว่า 40
บูธ เหมือนเช่นทุกปีที่ผ่านมา แล้วพบกันในวันประชุม
นะครับ” **รศ.นพ.ประเสริฐ** กล่าวทิ้งท้าย

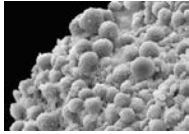
สามารถสอบถามรายละเอียดงานประชุม
ได้ที่ **คุณอังสุมาลี ปุณรัตน์รังษี** ผู้ประสานงานการ
ประชุม สำนักงานประชุมวิชาการภาควิชาสูติศาสตร์-
นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ชั้น 3 ห้อง 312 อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์
โทรศัพท์ 0-2419-4779, 08-5318-8865 โทรสาร
0-2419-4780 และสอบถามข้อมูลการลงทะเบียน
ได้ที่ **คุณอนันตพร นมรักษ์** โทรศัพท์ 0-2419-4638,
08-4375-9490 E-mail: si.obgyn@hotmail.com
หรือสมัครออนไลน์ผ่านทาง www.sirirajconference.com ได้ตั้งแต่นี้เป็นต้นไป

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
26-28 กุมภาพันธ์ 2557 	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการ จิตเวชปฏิบัติ 2014: ความหลากหลายในการรักษาทางจิตเวช ณ ห้องประชุมตรีเพชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 14 โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์/โทรสาร 0-2419-4298 E-mail: themindbysiriraj@gmail.com www.sirirajcme.org
27 กุมภาพันธ์ 2557 	หน่วยจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับ คลินิกจิตเวช งานการพยาบาล ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครั้งที่ 4 “การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า” ณ ห้องประชุมชั้น 15 อาคารสุจินต์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-5394-5755, 0-5394-5422 www.med.cmu.ac.th
1-2 มีนาคม 2557 	Facial Plastic and Reconstructive Surgery Association of Thailand and Thai Society of Oculoplastic and Reconstructive Surgery	International Course of Masterclass Blepharoplasty 2014 at Millennium Hotel and Thai Eye Center	โทรศัพท์ 08-1868-8179 www.beauty-masterclass.com
1-2 มีนาคม 2557 	ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 เรื่อง Oncologic Imaging ณ ห้องประชุมออร์ เกดลิงก์ ดิเกสรีสวีรินทร์ ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-7074, 0-2419-9821 โทรสาร 0-2411-3341 www.sirirajconference.com
12-14 มีนาคม 2557 	ชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก (ประเทศไทย)	การประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการรอบ 2 ปี “Dealing with colorectal diseases 2014” ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ข.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6141-3, 08-1459-1119 โทรสาร 0-2716-6144 E-mail: thaicolorectal@gmail.com www.surgeons.or.th
15-16 มีนาคม 2557 	แผนกห้องผ่าตัดศัลยกรรม ฝ่ายบริการพยาบาล และชมรมศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการ Surgical and Perioperative Nursing Update in surgery for nurses ณ โรงแรม Mercure Krabi Deevana จ.กระบี่	โทรศัพท์ 0-7445-1147 โทรสาร 0-7445-1127 E-mail: meeting@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
18-20, 21-22 มีนาคม 2557 	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์ แห่งประเทศไทย รังสีวิทยา สมาคมแห่งประเทศไทย และ American Institute for Radiologic Pathology	งานประชุมวิชาการ AIRP 2014 และการประชุมใหญ่ทางวิชาการ ครั้งที่ 51/2557 2014 ณ เซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาซ่า ลาดพร้าว	โทรศัพท์ 0-2716-5963 โทรสาร 0-2716-5964 E-mail: airp.rcrt.2014@gmail.com www.rcrt.or.th
20-21 มีนาคม 2557 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	การประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2556 (ครั้งที่ 46) ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์	โทรศัพท์ 0-2718-0060-4 www.thaiheart.org
20-21 มีนาคม 2557 	สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 26 “Pro and Con in Transplantation” ณ ห้องประชุมจตุรทิศ โรงแรมโกลเด้นทิวลิป กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6181-4 โทรสาร 0-2716-6183 E-mail: webmaster@transplantthai.org www.transplantthai.org

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
26-28 มีนาคม 2557 	สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2557 ครั้งที่ 39 ณ ชั้น 22 โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์	โทรศัพท์ 0-2716-6857, 0-2716-5256 โทรสาร 0-2716-6857 E-mail: contact@dst.or.th http://dst.or.th
28-29 มีนาคม 2557 	สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการ Nephrology Meeting เรื่อง "Basic and Translational Concepts, New Insights into Pathogenesis of Glomerular Diseases" ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2716-6091, 0-2716-7450 โทรสาร 0-2718-1900 E-mail: kidney@loxinfo.co.th www.nephrothai.org
23-25 เมษายน 2557 	ราชวิทยาลัยรูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2557 "วัยว้าวุ่น" ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5721-22 โทรสาร 0-2716-5720 E-mail: congressrtcog@hotmail.com www.rtcog.or.th
23-26 เมษายน 2557 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 30 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย From Bench to Bedside and Beyond ณ ศูนย์ประชุมพีช รอยัล คลิฟ พัทยา	www.rcpt.org/conference/2014/
7-9 พฤษภาคม 2557 	สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 Contemporary management of complicated pregnancy ณ ห้องประชุม Grand A-B โรงแรมเดอะเอเชียรียท พัทธยาภิขี รีสอร์ท จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2718-1489, 08-7695-7659 โทรสาร 0-2718-1488 E-mail: mfm_th@yahoo.com, por.boon@hotmail.com http://thai-smfm.com
14-16 พฤษภาคม 2557 	ชมรมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย	การจัดอบรมระยะสั้น Pediatric Endocrinology: Bridging Theory to Clinical Practice ณ ห้องประชุมพิธีการ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์/โทรสาร 0-2419-5676 E-mail: tspe.th@hotmail.co.th www.thaipediatics.org
9 มิถุนายน-7 สิงหาคม 2557 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	การอบรมหลักสูตร "อาชีพเวชศาสตร์พื้นฐานสำหรับแพทย์" รุ่นที่ 3 ประจำปี พ.ศ. 2557 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	โทรศัพท์ 0-3838-6554 ต่อ 2305, 2306 E-mail: kanungnit@buu.ac.th, bookaew@buu.ac.th
11-12 กรกฎาคม 2557 	อนุสาขา Sports Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย และ Thai Orthopaedic Society for Sports Medicine (TOSSM)	การประชุม The 4 th Annual Meeting of Thai Orthopaedic Society for Sports Medicine ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน รีสอร์ท จ.เพชรบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5436-7 www.rcost.or.th, www.thaisportsmed.org
12 กันยายน 2557 	สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย	DST Mid-Year Meeting 2014	http://dst.or.th/

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

Highlight International Congress 2014

Date	Title	City	Country	Contact
5-7 March 2014 	Diabetes UK Professional Conference 2014	Liverpool	United Kingdom	www.diabetes.org.uk/Diabetes-UK-Professional-Conference/
9-10 March 2014 	The MacroJournals Conference on Medicine, Science, and Technology	Monte Carlo	Monaco	www.macrojournals.com/monaco
9-15 March 2014 	1-Week Hands-on Workshop on Human/Cancer Cell Culture Techniques & MTT Assay	Pune, Maharashtra	India	www.icscb.org/workshops/cellcultureworkshop
10-13 March 2014 	21 st Annual Echocardiographic Workshop on 2-D and Doppler Echocardiography	Vail	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2014R192
3-5 April 2014 	The 5 th Annual Meeting of the Cervical Spine Research Society-Asia Pacific Section	Ho Chi Minh City	Viet Nam	www.csrsap2014.org/organizing.php
12-13 April 2014 	Singapore Trauma Conference 2014: Challenges of Trauma Care in the Modern World	-	Singapore	E-mail: trauma@ttsh.com.sg
25-29 August 2014 	7 th World Congress for Psychotherapy	Durban	South Africa	http://wcp2014.com
4-7 September 2014 	XXII International Pigment Cell Conference	-	Singapore	www.ipcc2014.org
24-28 September 2014 	The 51 st Asian Oceanian Congress of Radiology AOCR 2014	Kobe	Japan	E-mail: aocr2014@convention.co.jp www2.convention.co.jp/aocr2014/

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

Cetaphil ร่วมกิจกรรมดูแลคุณภาพผิวกับ ร.พ.ศิริราช

ภก.กมล ศรีวิริยกุล ผู้อำนวยการหน่วยธุรกิจ แผนกกัลเดอรัมา ในฐานะผู้ดูแลการนำเข้าผลิตภัณฑ์ Cetaphil พร้อมทีมงาน เข้าร่วมกิจกรรม “ผิวหนังศิริราช 20 ปี คิดดี สร้างคุณค่า นำพาสังคม” ในโอกาสครบรอบ 20 ปี ภาควิชาตจวิทยา (แพทยศาสตร์เกี่ยวกับผิวหนัง) โดยมีดาราสาว ออย-มिरา โกมลวณิช เข้าร่วมพูดคุยเรื่องการดูแลสุขภาพผิวหน้าและการแก้ไขปัญหาเรื่องสิว ณ อาคาร 100 ปี โรงพยาบาลศิริราช เมื่อไม่นานมานี้



GSK - ร.พ.พญาไท 3 รณรงค์ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

บริษัท แกแล็กโซสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด หรือ GSK ร่วมกับ โรงพยาบาลพญาไท 3 รณรงค์ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และสันทนาการแก่นักเรียนโรงเรียนเศรษฐเสถียร ในพระราชูปถัมภ์ ซึ่งเป็นโรงเรียนในความดูแลของมูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวก ในพระบรมราชินูปถัมภ์ ให้มีสุขภาพที่ดีห่างไกลจากไข้หวัดใหญ่ โดยมี นพ.องอาจ เลิศจรสสิน (ที่ 2 จากซ้าย) ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ โรงพยาบาลพญาไท 3 พร้อมด้วย นายศุภกร พะวันนา (ซ้ายสุด) ผู้อำนวยการฝ่ายการตลาด โรงพยาบาลพญาไท 3, นายอิทธิพล ลลิตธรรมศิริ (ที่ 3 จากซ้าย) ผู้จัดการผลิตภัณฑ์ GSK, นางสาวใจ สังขพันธ์ (ที่ 3 จากขวา) รองผู้อำนวยการโรงเรียนเศรษฐเสถียร ในพระราชูปถัมภ์ และ ดร.มลิวัลย์ ธรรมแสง (ที่ 2 จากขวา) ประธานฝ่ายวิชาการ มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวก ในพระบรมราชินูปถัมภ์ ร่วมในงาน เมื่อไม่นานมานี้



“Breast Cancer Fundraising เพื่อผู้ป่วยยากไร้มะเร็งเต้านม”

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับ บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด จัดกิจกรรม “Breast Cancer Fundraising เพื่อผู้ป่วยยากไร้มะเร็งเต้านม” โดยเชิญชวนร่วมบริจาคและสนับสนุนเสื้อยืดที่ออกแบบโดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากผู้มีจิตศรัทธาทั้งภายในบริเวณโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และสถานที่ต่าง ๆ รอบบริเวณมหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อร่วมสมทบทุนช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้มะเร็งเต้านม ทั้งนี้รายได้โดยไม่หักค่าใช้จ่ายจากกิจกรรมทั้งหมดได้บริจาคให้แก่กองทุนวันศรีนครินทร์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 170,000 บาท เมื่อไม่นานมานี้



Open House 2014 “Rajanukul” Think beyond

นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมสุขภาพจิต พร้อมด้วย พล.อ.วันชัย เรืองตระกูล ประธานมูลนิธิเพื่อสถาบันราชานุกูลในพระอุปถัมภ์ฯ เป็นประธานเปิดงาน Open House 2014 “Rajanukul” Think beyond องค์การแห่งการเรียนรู้ สู่ต้นแบบการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย โดยมี ศ. (เกียรติคุณ) พญ.ชนิกา ตู้จินดา, พญ.พรรณพิมล วิปุลากร รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต และ พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล ร่วมงาน ณ สถาบันราชานุกูล ดินแดง กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



วงการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย



ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว



ภาควิชาจักษุวิทยา



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์



ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2557 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อ ๆ เพื่อสังคมต่อไป



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เกษตรกร 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 ไม่เล่ม **620** บาท ☐ 2 ปี (24 ฉบับ) + CPE PLUS ไม่เล่ม **1,200** บาท (แถม 2 เดือน)

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

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคาร สังกัด ปณ.ตลิ่งชัน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

เขื่อนธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาถือปัส ปันเกล้า 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

- ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
- บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบสมัครรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
- เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

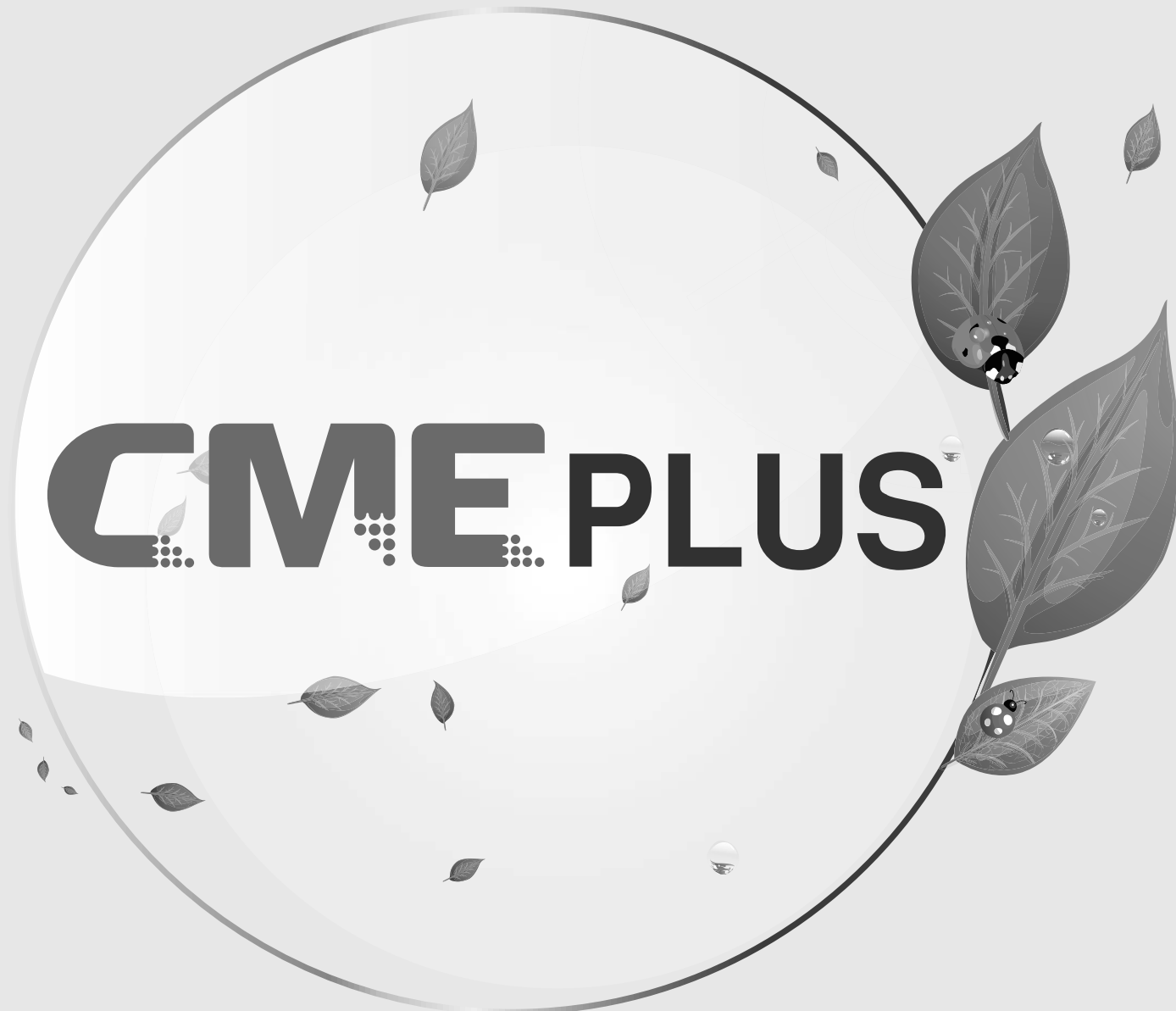
แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

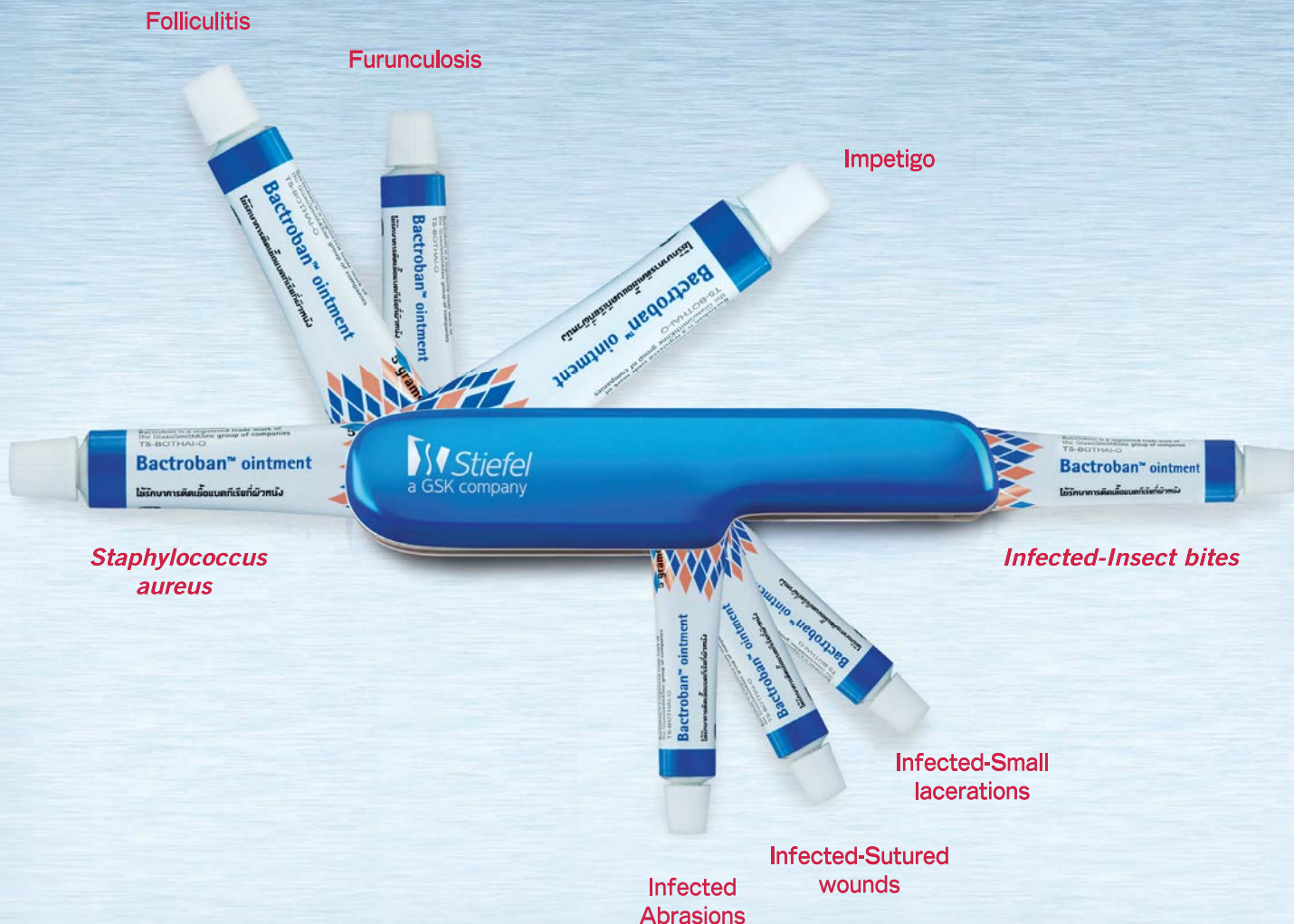


CME PLUS

Bactroban®

Ointment (mupirocin, 2% w/w)

A broad spectrum topical antibiotic you can rely on



Bactroban Ointment (mupirocin, 2% w/w)¹ is a topical antibacterial agent, active against the organisms responsible for the majority of skin infections, e.g. *Staphylococcus aureus*, including methicillin-resistant strains, other staphylococci and streptococci. It is also active against Gram-negative organisms such as *Escherichia coli* and *Haemophilus influenzae*.

Presentation : Bactroban® is a novel topical broad spectrum antibiotic for the treatment of bacterial skin infections. It is formulated as mupirocin 2% weight/weight in a white, translucent, water soluble, polyethylene glycol base. **Introduction :** Bactroban® is a topical antibacterial agent, active against those organisms responsible for the majority of skin infections, e.g. *Staphylococcus aureus*, including methicillin-resistant strains, other staphylococci and streptococci. It is also active against Gram-negative pathogens, such as *Escherichia coli* and *Haemophilus influenzae*. **Absorption and Excretion :** Bactroban® penetrates intact human skin but the rate of systematic absorption appears to be low. Systemically absorbed Bactroban® is rapidly metabolised to the inactive metabolite monic acid and quickly excreted by the kidneys. **Indications :** Primary and secondary skin infections due to susceptible pathogens : primary pyoderma such as impetigo, folliculitis, furunculosis, ecthyma ; secondary infected dermatoses such as eczema, psoriasis, atopic dermatitis, herpes, epidermolysis bullosa, ichthyosis, and infected traumatic lesions such as ulcers, minor burns, cuts, abrasions, lacerations, wounds, biopsy sites, surgical incisions, and insect bites. **Dosage and Administration :** Adults and children : Bactroban® should be applied to the affected area up to three times daily, for up to 10 days. The area may be covered with a dressing or occluded if desired. There is no long term experience of Bactroban® in humans. **Contraindications :** Hypersensitivity to Bactroban® or other ointments containing polyethylene glycols and any of its constituents. **Precautions :** This Bactroban® formulation is not suitable for ophthalmic or intra-nasal use. When Bactroban® is used on the face care should be taken to avoid the eyes. Polyethylene glycol can be absorbed from open wounds and damaged skin and is secreted by the kidneys. In common with other polyethylene glycol based ointments, Bactroban® should be used with caution if there is evidence of moderate or severe renal impairment. **Use in Pregnancy :** Studies in experimental animals have shown mupirocin to be without teratogenic effects. However, there is inadequate evidence of safety to recommend the use of Bactroban® during pregnancy. Adequate human and animal data on use during lactation are not available. **Side-Effects :** During clinical trials some minor adverse effects, localised to the area of application, were seen, such as burning sensation, stinging and itching. Cutaneous sensitisation reactions have been reported rarely. Systemic allergic reactions have been reported with Bactroban® ointment. **Availability :** Bactroban® is available in 5 and 15 g tubes. **Storage :** Store below 25 °C. Any ointment remaining at the end of the treatment should be discarded.

1 March 2014 (Millennium Hilton Hotel)

- 07.00 – 07.45 Registration and Ceremony of Respect to the Mentors
 07.45 – 08.00 พิธีเคารพ บูชาคุณครู อาจารย์และวิทยากร
 08.00 – 08.15 Opening Ceremony
 พิธีเปิดงานและ พิธีตัดริบบิ้น (อภิมหา)

The Oriental Eye & Upper Blepharoplasty

Chairman: โยชิโกะ สอนิชิมิ Moderator: โยชิโกะ สอนิชิมิ

- 08.15 – 08.30 Anatomy and Function of the Oriental Eyelid
 08.30 – 08.45 Anatomical and Cultural Difference in Asian Eye
 08.45 – 09.00 Preoperative Evaluation and Assessment
 09.00 – 09.15 Instruments for Blepharoplasty
 09.15 – 09.30 Preoperative Evaluation and Assessment
 09.30 – 09.45 Anatomical and Cultural Difference in Asian Eye
 09.45 – 10.00 Preoperative Evaluation and Assessment
 10.00 – 10.15 Upper Blepharoplasty in Ophthalmologist Perspective
 10.15 – 10.30 Upper Blepharoplasty in Oculoplastic Surgeon Perspective
 10.30 – 10.45 Coffee Break

Surgical Techniques of Upper Blepharoplasty

Chairman: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ Moderator: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ

- 09.15 – 09.30 Anti-aging Approach for Upper Blepharoplasty
 09.30 – 09.45 Transconjunctival Upper Blepharoplasty
 09.45 – 10.00 Upper Blepharoplasty in Plastic Surgeon Perspective
 10.00 – 10.15 Upper Blepharoplasty in Ophthalmologist Perspective
 10.15 – 10.30 Upper Blepharoplasty in Oculoplastic Surgeon Perspective
 10.30 – 10.45 Coffee Break

Versatile Applications of the Upper Blepharoplasty

Chairman: ศาสตราจารย์ ดร. รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ Moderator: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ

- 10.45 – 11.00 Occidental Upper Blepharoplasty
 11.00 – 11.15 Sunken Eyes
 11.15 – 11.30 Median Epicanthic Fold
 11.30 – 11.45 Dermatochalasis
 11.45 – 12.00 Entropion
 12.00 – 12.15 Prosis
 12.15 – 13.00 Lunch

Lower Blepharoplasty

Chairman: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ Moderator: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ

- 13.00 – 13.15 Pre-operative Evaluation and Assessment
 13.15 – 13.30 Transcutaneous Technique
 13.30 – 13.45 Transconjunctival Technique
 13.45 – 14.00 Complications of Blepharoplasty
 14.00 – 14.15 Postoperative Management
 14.15 – 14.30 Anti-aging Approaches
 14.30 – 14.45 Mizuno Hiroshi Juntendo Univ, Japan

Anti-Aging Blepharoplasty

Chairman: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ Moderator: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ

- 14.00 – 14.15 Baggy Eyelid
 14.15 – 14.30 Short Incision Upper Blepharoplasty
 14.30 – 14.45 Surgical Peri-orbital Rejuvenation
 14.45 – 15.15 Therapeutic Perspective for Ophthalmic
 15.15 – 15.30 Anti-aging Approaches
 15.30 – 15.45 Mizuno Hiroshi Juntendo Univ, Japan

Brow Surgery

Chairman: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ Moderator: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ

- 15.15 – 15.30 Direct Brow Lift
 15.30 – 15.45 Endoscopic Brow Lift
 15.45 – 16.00 Brow Transplantation
 16.00 – 16.15 Coffee Break

Periorbital Dermatological Conditions

Chairman: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ Moderator: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ

- 16.15 – 16.30 Common Aesthetic Concerns of Peri-orbital Area
 16.30 – 16.45 Lasers and Energy Devices for Treatment of Peri-orbital Area
 16.45 – 17.00 Injectable for Peri-orbital Area
 17.00 – 17.15 Common Aesthetic Concerns of Peri-orbital Area
 17.15 – 17.30 Lasers and Energy Devices for Treatment of Peri-orbital Area
 17.30 – 17.45 Injectable for Peri-orbital Area
 17.45 – 18.00 Common Aesthetic Concerns of Peri-orbital Area
 18.00 – 18.15 Lasers and Energy Devices for Treatment of Peri-orbital Area
 18.15 – 18.30 Injectable for Peri-orbital Area
 18.30 – 18.45 Common Aesthetic Concerns of Peri-orbital Area
 18.45 – 19.00 Lasers and Energy Devices for Treatment of Peri-orbital Area
 19.00 – 19.15 Injectable for Peri-orbital Area
 19.15 – 19.30 Common Aesthetic Concerns of Peri-orbital Area
 19.30 – 19.45 Lasers and Energy Devices for Treatment of Peri-orbital Area
 19.45 – 20.00 Injectable for Peri-orbital Area

Other Essential knowledge

- 17.00 – 17.15 Orbital Fracture & Orbital Reconstruction
 17.15 – 17.30 Philosophy of the Ethnic Eyes
 17.30 – 17.45 Face Reading & Photography
 17.45 – 18.00 Suture Technique for Vietnamese Eye
 18.00 – 18.15 Lasik Related to Upper Blepharoplasty
 18.15 – 18.30 Medical Suture in Blepharoplasty
 18.30 – 18.45 How to Avoid
 18.45 – 19.00 How to Avoid
 19.00 – 19.15 How to Avoid
 19.15 – 19.30 How to Avoid
 19.30 – 19.45 How to Avoid
 19.45 – 20.00 How to Avoid

2 March 2014

(Thai Eye Center, Rama 3 road)

Chairman: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ Moderator: รุ่งโรจน์ ชื่นชูเกียรติ

- 08.00-09.00 Medical Ethic
 09.00-12.00 Anatomical Dissection Demonstration
 Live Surgery (4 cases)
 Transconjunctival Method
 VDO and show all the participants
 Mizuno Hiroshi Juntendo Univ, Japan
 Standard
 Conventional Method
 Suture Method
 12.00-13.00 Lunch
 13.00-14.00 Live Surgery (2 cases)
 15.00 Certification and Closing Ceremony

Meet the Eye Experts
(Oculoplastic Surgeons)
of South East Asia

- Live Surgery
- Live Anatomy Dissection of the eye

VENUE

1 March 2014
Millennium Hilton Hotel

2 March 2014
Thai Eye Center

CONTACT US

Technical Inquiry
Dr. Suwannee - 081 8688179
suansin@gmail.com

Sale Representative
Weerawat - 080 2070220
beauty.masterclass@live.com

Exhibition
Thamanoon - 089 0994915
tsainapha@gmail.com

Facial Plastic and Reconstructive Surgery Association of Thailand
under the auspices of The Royal College of Otolaryngologists
Head and Neck Surgeons of Thailand
and
Thai Society of Oculoplastic and Reconstructive Surgery

International Course of Masterclass Blepharoplasty

Bangkok, 2014



REGISTRATION RATE

DOCTOR RATE

2 days registration (Lecture and Workshop)

- Early rate (until Feb 15, 2014)
- THB 32,000 (USD 1,100)
- Regular rate (from Feb 15, 2014)
- THB 35,000 (USD 1,200)

1 day registration (Lecture only)

- Early rate (until Feb 15, 2014)
- THB 13,000 (USD 450)
- Regular rate (from Feb 15, 2014)
- THB 15,000 (USD 500)

RESIDENCE / FELLOW / NURSE

2 days registration (Lecture and Workshop)

- Early rate (until Feb 15, 2014)
- THB 29,000 (USD 960)
- Regular rate (from Feb 15, 2014)
- THB 32,000 (USD 1,050)

1 day registration (Lecture only)

- Early rate (until Feb 15, 2014)
- THB 10,000 (USD 340)
- Regular rate (from Feb 15, 2014)
- THB 12,000 (USD 400)

Expand your knowledge, build your expertise, learn from the masters



CHULADHIS
SINRACHTANANT, MD.



SUMALEE
VANGVEERAWONG, MD.



KANOGRAT
PORNPANICH, MD.



www.beauty-masterclass.com