สรรพสาร

ผู้นำวารสารทางการแพทย์ที่มีผู้อ่านมากที่สุด

CME PLUS Inside

THE MEDICAL NEWS

วงการแพทย์

ISSN 1513-590X

ปีที่ 16 ฉบับ 408 ประจำวันที่ 16-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

'การแพทย์แผนไทยประยุกต์' ภูมิปัญญาไทยสู่สากล

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์

www.wongkarnpat.com

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

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

กด Like ได้ที่

www.facebook.com/วงการแพทย์

ARTICLE IN THIS ISSUE

AstraZeneca Takeda

Get Up
- จอร์แดนดันกฎหมายห้ามสูบบุหรี่
- จีนพบผู้ติดเชื้อใช้หวัดนกสายพันธุ์ใหม่เพิ่ม
- จับตาทารกปลูกถ่ายมดลูก

เฉพาะโรค การตรวจรังสีวินิจฉัยในภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Radiology in Pneumothorax)

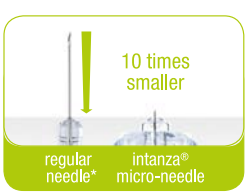
Radar ครั้งแรกในประเทศไทย ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากปัสสาวะ

สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น

16-28/02/14

intanza®, innovative MICRO-NEEDLE vaccine against influenza

EFFECTIVE FLU PROTECTION with a SIMPLE TOUCH



A MINIMALLY INVASIVE SOLUTION[5,6]

*IM 16 to 32 mm

intanza®
Influenza vaccine (split virion, inactivated)
intradermal touch™

- targets the immune potential of the skin[1]
- offers a tailored protection to year 18-59 years old** and 60+ years old patients***
- benefits from a favourable safety profile[2,3]
- allows successful ID injection with a simple touch

** Intanza 9 µg: 18-59 yrs, *** Intanza 15 µg: ≥60 yrs

Product information

Intanza®, suspension for injection, Influenza vaccine (split virion, inactivated). **NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT.** Intanza® 9 µg/strain (Intanza® 9 µg) and Intanza® 15 µg/strain (Intanza® 15 µg), suspension for injection. Influenza vaccine (split virion, inactivated). **QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION.** Split influenza virus propagated in fertilised hens' eggs from healthy chicken flocks, inactivated. For Intanza® 9 µg, each 0.1 mL dose contains 9 µg of haemagglutinin (HA) of each of the three recommended strains. For Intanza® 15µg, each 0.1 mL dose contains 15µg of haemagglutinin (HA) of each of the three recommended strains. This vaccine complies with the WHO recommendations (Northern or Southern hemisphere) and the EU decision (Northern hemisphere). For a full list of excipients, see section List of excipients. Intanza® contains residuals of eggs such as ovalbumin. **PHARMACEUTICAL FORM.** Suspension for injection. Colourless and opalescent suspension. **CLINICAL PARTICULARS. Therapeutic indications.** Prophylaxis of influenza in adults up to 59 years of age (for Intanza® 9 µg) and in individuals 60 years of age and over (for Intanza® 15 µg), especially in those who run an increased risk of associated complications for both populations. The use of Intanza® should be based on official recommendations. **Posology and method of administration.** Posology: Adults up to 59 years of age: 0.1 mL of Intanza® 9 µg. Individuals 60 years of age and over: 0.1 mL of Intanza® 15 µg. Paediatric population: Intanza® is not recommended for use in children and adolescents below 18 years due to insufficient data on safety and efficacy. Method of administration: Immunisation should be carried out by intradermal route. The recommended site of administration is the region of the deltoid. Precaution to be taken before manipulating or administering the product: For instructions for preparation of the medicinal product before administration, see section Special precautions for disposal and other handling. **Contraindications.** Hypersensitivity to the active substances, to any of the excipients, to residues of eggs, such as ovalbumin, and to chicken proteins. The vaccine may also contain residues of the following substances: neomycin, formaldehyde and octoxinol 9. Immunisation shall be postponed in subjects with febrile illness or acute infection. **Special warnings and precautions for use.** As with all injectable vaccines, appropriate Shelf-life. 1 year. Storage. Store in a refrigerator (2°-8°C).

Reference

1. Lambert PH, Laurent PE Intradermal vaccine delivery: Will new delivery systems transform vaccine administration, Vaccine 2008;26:3197-208 2. Intanza 9 µg product information 3. Intanza 15 µg product information
4. Laurent A, et al. Echographic measurement of skin thickness in adults by high frequency ultrasound to assess the appropriate micro needle length for intradermal delivery of vaccines. Vaccine 2007;25:6423-30
5. Laurent PE, et al. Evaluation of the clinical performance of new intradermal vaccine administration technique and associated delivery system. Vaccine 2007;25:8833-42 6. MMWR recommendation and reports, August 6,2010

Further information is available on request from sanofi pasteur Ltd.
Tel: 02-264-9999 Fax: 02-264-8800 www.sanofipasteurthailand.com

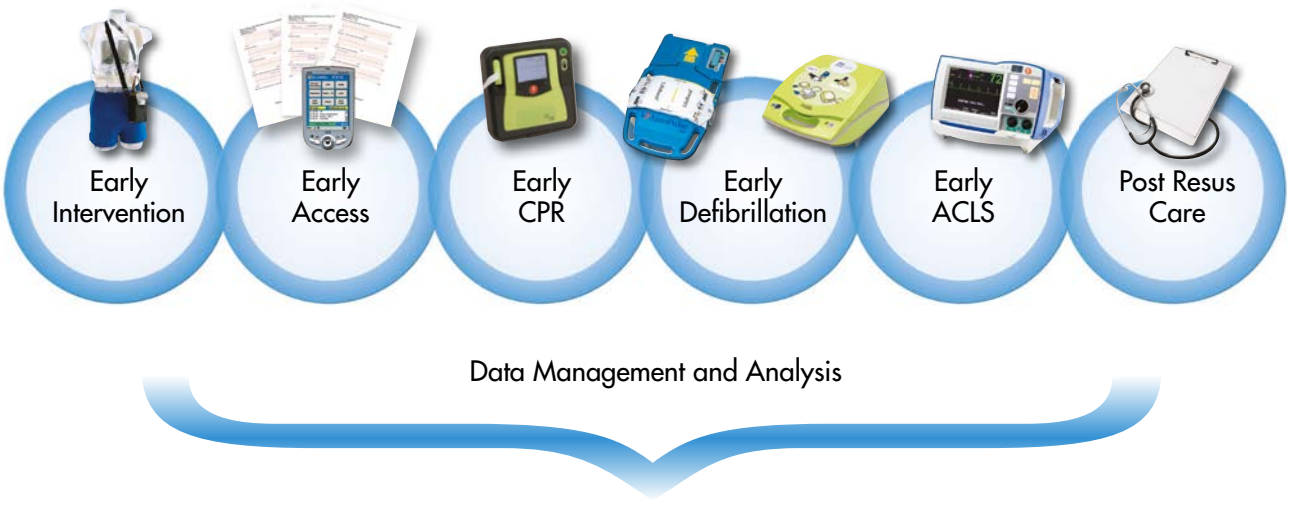
เป็นยาใหม่ที่ต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ แพทย์ควรพิจารณาเลือกใช้ยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ธพ. 1090/2554

sanofi pasteur
The vaccines division of sanofi-aventis Group

ADVANCING RESUSCITATION. TODAY.®

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.

ZOLL®

SAINTMED

pendant

การบริหารจัดการพื้นที่ในโรงพยาบาลแนวใหม่

SAINTMED

mindray

The 9th Annual Meeting of
Thai Association for the Study of the Liver
and
Novartis (Thailand) Limited

Cordially invite you to attend **Morning Symposium**

Role of Nucleot(s)ide Analogues in management of HBV infection in Special Patient groups

Draft Agenda:

07.45-08.00 **Welcome and Opening Remarks**
Dr.Satawat Thongsawat, *Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*

08.00-08.25 **Prevention of HBV perinatal transmission**
Dr.Teerha Piratvisuth, *Songklanagarind Hospital*

08.25-08.50 **Pre-emptive treatment of HBV reactivation during chemotherapy**
Dr.Tawesak Tanwandee, *Siriraj Hospital*

08.50-09.00 **Q&A and Closing Remarks**
Dr.Satawat Thongsawat, *Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*

Saturday, March 1st, 2014

Rayong Marriott Resort & Spa

NOVARTIS
PHARMACEUTICALS

ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

และ สมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

ร่วมกับ

บริษัท อเมริกัน ไต้หวัน ไบโอฟาร์ม จำกัด

ขอเรียนเชิญแพทย์ผู้สนใจเข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง

New Era of Pain Management

Speaker :

Gp.Capt.Wanchai Sirisereewan, M.D.
Department of Orthopedics, Bhumibol Adulyadej Hospital

Speaker :

Assoc.Prof.Nattapol Tammachote, M.D.
Department of Orthopedics, Thammasat Hospital

วันพฤหัสบดีที่ 6 มีนาคม 2557
เวลา 12.00-13.00 น.
ณ ห้อง Falcon 1 โรงแรมกรีนเนอรี่ รีสอร์ท เขาใหญ่

atb always beside you.

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

ร่วมกับ

บริษัท อเมริกัน ไต้หวัน ไบโอฟาร์ม จำกัด

ขอเรียนเชิญแพทย์ผู้สนใจเข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง

GtoG
"Gout to Go"

Moderator :

พญ.ทัศนีย์ กิตอำนวยพงษ์

โรงพยาบาลราชวิถี

Speaker :

พศ. นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ

โรงพยาบาลรามาธิบดี

วันศุกร์ที่ 14 มีนาคม 2557

เวลา 14.30-15.05 น.

ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน

atb
always beside you.

สรรพสาร THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

คณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์
ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิชาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ชุติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวุฒิ จรรยาวนิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุนนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพินิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออนันตกูล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรรศนะวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อาวเจนพงษ์

กรรมการบริหาร
วาณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์
สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ
สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ
ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช
เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์
สุกัญญา หิรัญยะวะสิต

แพนกดีไซน์
อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร
สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมพลิต
นิพนธ์ สอนส่งกลิ่น

งานสารสนเทศ
มนัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์
รัตนา ชาติสกุลทอง

งานโฆษณา
ภิญญาพัชร์ ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ กายหอม
ปิยะวรรณ หาปัญนะ, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์
ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ
เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ขัตติยโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา อิศรานนท์ สิทธาพิสุทธิ์กุล

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

การปฏิรูปประเทศไทย

คนที่มีการศึกษาส่วนใหญ่เห็นว่าประเทศไทยควรได้รับการปฏิรูป ทำอย่างไรจะได้คนดีมาปกครองประเทศ จะลดการคอร์รัปชันได้อย่างไร รัฐธรรมนูญที่ออกมาแล้วหลายฉบับแก้ปัญหาอย่างหนึ่ง แต่กลับมีปัญหาเพิ่มขึ้น เพราะเรายึดตัวหนังสือเป็นหลัก ไม่เอาจริยธรรมมาใช้ด้วย ทำให้คนโกงได้โดยถูกกฎหมาย ไม่มีกฎหมายใดที่ครอบคลุมได้ทุกอย่าง ถ้าเขาคิดจะโกงก็หาทางทำได้ แต่เดิมผู้แทนราษฎรไม่จำเป็นต้องสังกัดพรรค ปรากฏว่าเวลาจะลงคะแนนต้องจ่ายเงินให้ผู้แทนออกเสียงสนับสนุน แต่เมื่อบังคับให้สังกัดพรรคแล้ว ถ้าไม่ออกเสียงตามมติพรรคจะถูกไล่ออกจากพรรค ทำให้หลุดจากการเป็นผู้แทนราษฎรด้วย ผลปรากฏผู้แทนไม่ต้องใช้สมอง ไม่ต้องฟังประชุม เพราะอย่างไรก็ต้องลงคะแนนตามที่พรรคกำหนด หัวหน้าพรรคมีอำนาจมาก พรรคการเมืองเป็นเหมือนบริษัท เจ้าของบริษัทมีเงินมากจะมีอำนาจมาก สามารถใช้เงินซื้อสื่อและคนที่สำคัญเข้ามาเป็นพวก ความขัดแย้งในประเทศไทยถึงทางตัน เอาเพียงรัฐบาลออกก็ไม่แก้ปัญหา เพราะยังเป็นคนกลุ่มเก่าขึ้นมา การยุบสภาก็ไม่แก้ปัญหา เพราะเลือกใหม่ก็ได้คนกลุ่มเก่า ต่างประเทศเขาเคยเขียนบทความไว้เมื่อสิบปีก่อนว่าประเทศไทยปกครองโดยคนไม่มีความรู้ เพราะประชากรส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เป็นผู้เลือก วิธีที่ใช้ในปัจจุบันยังใช้ไม่ได้จนกว่าประชาชนทั้งประเทศจะมีการศึกษาดีขึ้นและฉลาดขึ้น

เท่าที่คิดได้ในอดีต การให้รัฐบาลลาออกก่อนเวลาโดยไม่สมัครใจมีอยู่ 3 วิธี 1. ถูกออกโดยอำนาจปืน เช่น ทหารมาทำรัฐประหาร ปัจจุบันทำยาก นอกจากเกิดการนองเลือดแล้วให้ทหารเข้ามาแก้ไข 2. ออกโดยอำนาจตุลาการ ใช้กฎหมายบังคับ 3. ถูกกดดันจากสื่อทุกชนิด ไม่มีใครยอมลาออกหากประชาชนกดดันฝ่ายเดียวไม่ว่าจะมีมากน้อยเพียงใด

โดยส่วนตัวแล้ว ใครจะเป็นรัฐบาลก็ได้ แต่ขอเพิ่มหลักเกณฑ์ 8 ข้อคือ

1. เน้นเรื่องจริยธรรม ถ้าทำผิดจริยธรรมถึงแม้ไม่ผิดกฎหมายก็ไม่ได้ รัฐบาลต้องเป็นตัวอย่างที่ดีของประชาชน การชู้สาวถือว่าผิดจริยธรรม การรับสินบนก็ผิดจริยธรรม การพูดปดก็ผิดจริยธรรม คนไทยชอบใช้วิธีศรีธนญชัย คดโกงโดยไม่ผิดกฎหมายที่เขียนตามตัวอักษร เช่น ออกจากตำแหน่งรัฐมนตรีเพราะทำผิดระเบียบ วันรุ่งขึ้นตั้งกลับมาเป็นรัฐมนตรีใหม่ได้เพราะไม่ได้เขียนห้ามไว้ โดยจริยธรรมไม่ควรทำ แต่เขาทำได้เพราะกฎหมายไม่ได้เขียนห้ามไว้ เป็นต้น

2. ต้องมีวิธีการขับรัฐมนตรีออก เมื่อคดโกงหรือทำผิดจริยธรรม ประธานาธิบดีนิกสันของสหรัฐอเมริกาถูกขับออกเพราะลูกน้องไปแอบดักฟังโทรศัพท์ฝ่ายตรงข้าม รองประธานาธิบดีแอกนิวของสหรัฐอเมริกาถูกขับออกเพราะไม่ได้แจ้งรายได้หนึ่งหมื่นเหรียญเมื่อหลายปีก่อน ขณะที่เป็นผู้ว่าการรัฐ ในรัฐธรรมนูญของไทยเราเอารัฐมนตรีออกได้ถ้าตาย หรือลาออกหรือติดคุก หรือมีหุ้นในธุรกิจที่หวังกำไร หรือผู้แทนราษฎรลงมติไม่ไว้วางใจ จริยธรรมของนักการเมืองยังไม่มีรายละเอียด ขั้นตอนในการขับออกยังไม่ชัดเจน ทำได้ยาก

3. รัฐมนตรีทุกคนต้องผ่านการตรวจสอบโดยกรรมาธิการของวุฒิสภาถึงประวัติอดีตและนโยบายที่จะทำ ต่างประเทศเยาะเย้ยประเทศไทยบ่อยว่าทำไมเอาคนที่ไม่มีประสบการณ์และไม่มีความรู้ในกระทรวงนั้น ๆ มาเป็นรัฐมนตรี แล้วจะมีนโยบายชี้นำประเทศได้อย่างไร การเป็นรัฐมนตรีเพื่อมาลองผิดลองถูกทำไม่ได้

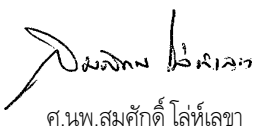
4. ต้องมีการตรวจสอบภาษีรายได้ของรัฐมนตรีย้อนหลังไป 5 ปีก่อนเข้ามาทำงาน บางคนไม่มีเงินมาก่อน แต่ตอนแจ้งทรัพย์สินก่อนเป็นรัฐมนตรีมีเงินเป็นร้อยล้าน น่าจะมีการตรวจสอบว่าได้เงินมาจากที่ใด เคยเสียภาษีหรือไม่

5. การงานทุกอย่างต้องโปร่งใสและตรวจสอบได้ ถ้าคดโกงต้องเอาเรื่องอย่างจริงจัง

6. ต้องมีกฎหมายดูแลเรื่องคอร์รัปชันอย่างจริงจัง ไม่มีอายุความ ต้องยึดทรัพย์ จับติดคุก และป้องกันการฟอกเงินหรือซุกเงินไว้ที่อื่นต้องเอาคืนมาทั้งหมด มีกฎหมายคุ้มครองผู้แจ้งเบาะแส กฎหมายคุ้มครองพยาน

7. ผู้แทนราษฎรไม่จำเป็นต้องสังกัดพรรค ปัจจุบันผู้แทนราษฎรต้องออกเสียงตามหัวหน้าพรรคสั่ง มิฉะนั้นจะถูกปลดออกจากพรรค หมดสภาพการเป็นผู้แทนราษฎร กลายเป็นผู้แทนราษฎรไม่ต้องใช้สมอง ไม่ต้องฟังประชุม เพราะอย่างไรต้องลงคะแนนตามที่หัวหน้าพรรคสั่งไม่ได้ออกเสียงตามความถูกต้อง

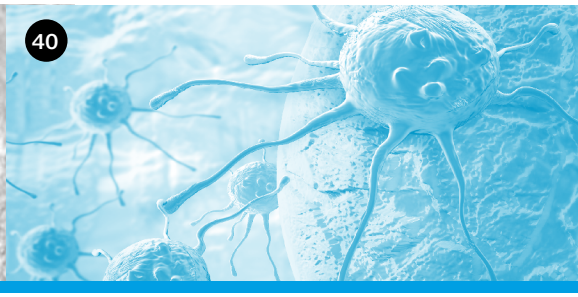
8. ตำรวจต้องเป็นของประชาชน เพราะกินเงินภาษี กระจายอำนาจ เช่น ในกรุงเทพฯ ขึ้นกับผู้ว่า กทม. ถ้าทำไม่ดีเราเปลี่ยนผู้ว่าโดยการเลือกตั้ง แล้วตำรวจก็ต้องถูกเปลี่ยนด้วย



ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ **408 วันที่ 16 - 28 กุมภาพันธ์ 2557**



3 โลกกว้างทางแพทย์
- ติดตามมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นซ้ำด้วย CEA และ CT
- ตัวอ่อนโตช้าตั้งครรภ์สามเดือนแรกเพิ่มความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเด็กวัยเรียน
- Fructosamine และ Glycated Albumin ชี้ความเสี่ยงเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดใหญ่

7 ข่าวสารการแพทย์
- กรมอนามัย หนุนเด็กไทยกินอาหารแคลเซียมสูง ลดภาวะเตี้ย อ้วน
- สธ. เตือนภัย “โรคพิษสุนัขบ้า” เป็นโรคร้ายแรงพบได้ตลอดปี

8 Get Up
- จอร์แดนดันกฎหมายห้ามสูบบุหรี่
- จีนพบผู้ติดเชื้อไข้หวัดนกสายพันธุ์ใหม่เพิ่ม
- จับตาทารกปลูกถ่ายมดลูก

10 รายงานพิเศษ
ทาเคดา ‘ส่งเสริมความรู้คู่จริยธรรม นำธุรกิจยั่งยืน’ ทุนมูลนิธิทาเคดาย่างเข้าสู่ปีที่ 49 และ Takeda Annual Certification 2013 สอบวัดระดับผู้แทนฝ่ายขายและการตลาด

12 Movement

13 In Focus
‘การแพทย์แผนไทยประยุกต์’ ภูมิปัญญาไทยสู่สากล

16 เกาะติดงานประชุม
สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) จัดประชุมวิชาการ Contemporary management of complicated pregnancy

17 Special
ดร.นพ.ฉัตรชัย สวัสดิไชย
คุณหมอผู้บุกเบิกด้านการแพทย์แผนไทยมาสู่งานวิจัยที่พิสูจน์ได้จริง

20 เสี้ยวหนึ่งของชีวิต
การใช้เครื่องหมายกาชาด

21 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน
ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

23 เสียงแพทย์
30 บาทรักษาทุกโรคเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ ? (ตอนที่ 2)

25 จุฬาปริทัศน์
ทางเลือกในการรักษาภาวะกระดูกสันหลังหักบริเวณช่วงอกและเอว (Alternative treatments of thoracic and lumbar spine fracture)

28 Systematic Review
เครื่องช่วยฟังรักษาโรคเสียงดังในหู

29 เฉพาะโรค
การตรวจรังสีวินิจฉัยในภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Radiology in Pneumothorax)

33 มุมนิติเวช
ไม่มีประวัติโรคหัวใจก็ตายจากโรคหัวใจได้ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

37 ปกิณกะข่าว
ญี่ปุ่นชื่นชมไทยด้านการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมชูเป็นต้นแบบอาเซียน

38 Radar
ครั้งแรกในประเทศไทย ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากปัสสาวะ

40 ปกิณกะข่าว
“มะเร็ง” ปัญหาสาธารณสุขรุนแรงระดับโลก คร่าชีวิตคนไทยปีละกว่า 6 หมื่นคน

41 ข่าวบริการ

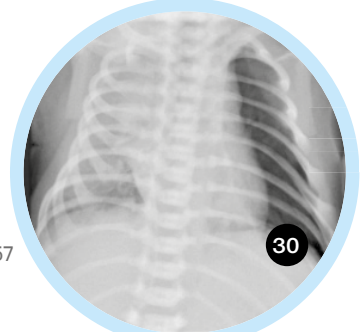
44 IT News/Book Shop

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

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



กองบรรณาธิการ •

ติดตามมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นซ้ำด้วย CEA และ CT

JAMA. 2014;311(3):263-270.

บทความวิจัยเรื่อง Effect of 3 to 5 Years of Scheduled CEA and CT Follow-up to Detect Recurrence of Colorectal Cancer: The FACS Randomized Clinical Trial รายงานว่า การติดตามอย่างเคร่งครัดภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นแนวทางปฏิบัติทั่วไป แต่เนื่องจากหลักฐานที่สนับสนุนยังคงมีจำกัด นักวิจัยจึงศึกษาผลของการกำหนดตารางตรวจ carcinoembryonic antigen (CEA) และ computed tomography (CT) ในการติดตามเพื่อตรวจการเป็นซ้ำของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

นักวิจัยดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลรัฐ 39 แห่งในสหราชอาณาจักร และรวบรวมผู้ป่วย 1,202 ราย ระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2003 ถึงเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2009 โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการศึกษาเสริมหากมีข้อบ่งชี้ และไม่มีเซลล์มะเร็งเหลืออยู่

นักวิจัยสุ่มผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตรวจ CEA อย่างเดียว (n = 300), ตรวจ CT อย่างเดียว (n = 299), ตรวจ CEA + CT (n = 302) หรือติดตามแบบ minimum follow-up (n = 301) นักวิจัยตรวจค่า CEA ในเลือดทุก 3 เดือน ติดต่อกัน 2 ปี จากนั้นจึงตรวจทุก 6 เดือน ติดต่อกัน 3 ปี การตรวจ CT บริเวณหน้าอก ท้อง และเชิงกรานทำทุก 6 เดือน ติดต่อกัน 2 ปี จากนั้นจึงตรวจปีละครั้ง ติดต่อกัน 3 ปี และติดตามกลุ่ม minimum follow-up เมื่อพบอาการ

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การผ่าตัดรักษามะเร็งเป็นซ้ำ และผลลัพธ์รอง ได้แก่ อัตราตาย (อัตราตายรวม และอัตราตายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก) ระยะเวลาจนถึงตรวจพบการเป็นซ้ำ และการรอดชีพหลังการรักษามะเร็งเป็นซ้ำ

จากค่าเฉลี่ยการติดตาม 4.4 ปี (SD 0.8) พบมะเร็งเป็นซ้ำในผู้ป่วย 199 ราย (16.6%; 95% CI 14.5-18.7%) โดยผู้ป่วย 71 รายจาก 1,202 ราย (5.9%; 95% CI 4.6-7.2%) ได้รับการรักษามะเร็งเป็นซ้ำซึ่งมีความแตกต่างกันเล็กน้อยตาม Dukes staging (stage A 5.1% [13/254]; stage B 6.1% [34/553]; stage C 6.2% [22/354]) การผ่าตัดรักษามะเร็งเป็นซ้ำเท่ากับ 2.3% (7/301) ในกลุ่ม minimum follow-up group, 6.7% (20/300) ในกลุ่ม CEA, 8% (24/299) ในกลุ่ม CT และ 6.6% (20/302) ในกลุ่ม CEA + CT เมื่อเทียบกับกลุ่ม minimum follow-up พบว่า absolute difference ด้านอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษาในกลุ่ม CEA เท่ากับ 4.4% (95% CI 1.0-7.9%; adjusted odds ratio [OR], 3.00; 95% CI 1.23-7.33) ในกลุ่ม CT group เท่ากับ 5.7% (95% CI 2.2-9.5%; adjusted OR, 3.63; 95% CI 1.51-8.69) และในกลุ่ม CEA + CT เท่ากับ 4.3% (95% CI 1.0-7.9%; adjusted OR, 3.10; 95% CI 1.10-8.71) โดยพบว่าจำนวนการตายไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ติดตามอย่างเคร่งครัด (กลุ่ม CEA, CT และ CEA + CT; 18.2% [164/901]) vs กลุ่ม minimum follow-up (15.9% [48/301]; difference 2.3%; 95% CI -2.6 ถึง 7.1%)

ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษามะเร็งที่เป็น primary colorectal cancer พบว่า การตรวจ CT หรือ CEA ทำให้อัตราการผ่าตัดรักษาการเป็นซ้ำสูงขึ้นเมื่อเทียบกับ minimal follow-up ขณะที่ไม่พบประโยชน์จากการทำ CEA และ CT ร่วมกัน และหากแต่ละแนวทางมีประโยชน์ด้านการรอดชีพก็คาดว่าจะมีประโยชน์ไม่มากนัก

โครงการให้ความรู้คุมปัจจัยเสี่ยงหลังเกิด Acute Coronary Syndrome

JAMA Intern Med. 2014;174(1):40-48.

บทความเรื่อง An Education Program for Risk Factor Management after An Acute Coronary Syndrome: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหลังเกิด acute coronary syndrome สามารถลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้แต่ก็ยังปฏิบัติได้ยาก นักวิจัยจึงศึกษาว่าการจัดโครงการให้ความรู้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยพยาบาลหรือโภชนากรให้ผลดีต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในระยะยาวภายหลังเกิด acute coronary syndrome หรือไม่

บทความนี้รายงานข้อมูลจากการศึกษา Réseau Insuffisance Cardiaque (RESICARD) PREVENTION study ซึ่งมีขึ้นยังโรงพยาบาลตติยภูมิ 6 แห่งในฝรั่งเศส โดยสุ่มให้ผู้ป่วยที่รักษาในหน่วยไอซียูโรคหัวใจหลังเกิด an acute coronary syndrome และมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ตัว (สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย และอ้วนหรือน้ำหนักเกิน) เข้าร่วมโครงการให้ความรู้นอกโรงพยาบาล (โครงการ House of Education) หรือรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ผลรวมของการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ เลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง น้ำหนักลดลงอย่างน้อย 5% และรอบเอวลดลงอย่างน้อย 4% นักวิจัยติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปี และวิเคราะห์ intent-to-treat analysis

มีผู้ป่วย 251 ที่เข้าโครงการ House of Education และ 251 รายที่รักษาตามแนวทางมาตรฐานระหว่างวันที่ 21 มิถุนายน ค.ศ. 2006 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม ค.ศ. 2008 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีผลต่างที่มีนัยสำคัญที่ 12 เดือนในด้านผลลัพธ์หลัก (51.8% vs 49.8% success rate; adjusted relative risk [aRR] 1.11; 95% CI 0.90-1.37) หรือการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด (aRR 1.22; 95% CI 0.89-1.66) นอกจากนี้ยังไม่พบความแตกต่างด้านการออกกำลังกาย (aRR 1.05; 95% CI 0.92-1.21) การสูบบุหรี่ (aRR 0.99; 95% CI 0.87-1.13) และการลดน้ำหนักหรือรอบเอว (aRR 1.07; 95% CI 0.84-1.36)

การให้ความรู้ในโครงการ House of Education ไม่ได้ส่งผลให้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิตดีขึ้นหลังเกิด acute coronary syndrome เทียบกับการรักษามาตรฐาน

ตัวอ่อนโตช้าตั้งครรภ์สามเดือนแรกเพิ่มความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเด็กวัยเรียน

BMJ 2014;348:g14

บทความเรื่อง First Trimester Fetal Growth Restriction and Cardiovascular Risk Factors in School Age Children: Population Based Cohort Study รายงานผลลัพธ์จากงานวิจัย population based prospective cohort study ซึ่งประเมินผลลัพธ์จากปัญหาการโตช้าของตัวอ่อนในสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ต่อผลลัพธ์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยเด็ก

นักวิจัยศึกษาจากเด็ก 1,184 ราย ซึ่งมีข้อมูลความยาวทารก และแม่มีข้อมูลวันแรกที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายและมีรอบเดือนเป็นปกติ มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การกระจายตัวของไขมันโดยรวมและช่องท้อง ความดันเลือด รวมถึงระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ อินซูลิน และซีเปปไทด์ในเลือดที่มัธยฐานอายุ 6.0 ปี (90% range 5.7-6.8) การรวมกลุ่มปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดประเมินจากมีปัจจัยเสี่ยง 3 ตัวหรือมากกว่า ได้แก่ มีมวลไขมันที่ส่วนล่างของร่างกายในปริมาณมาก มีความดันเลือดซิสโตลิคและไดแอสโตลิคสูง มีคอเลสเตอรอล high density lipoprotein ต่ำ หรือมีไตรกลีเซอไรด์สูง และมีระดับอินซูลินสูง

คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความยาวตัวอ่อนในช่วงตั้งครรภ์สามเดือนแรกที่เพิ่มขึ้นหนึ่งคะแนนสัมพันธ์กับการลดลงของมวลไขมันร่างกาย (-0.30%, 95% confidence interval -0.57 ถึง -0.03%), มวลไขมันส่วนล่าง (-0.07%, -0.12 ถึง -0.02%), อัตราส่วนมวลไขมันส่วนล่าง/หน้าท้อง (-0.53, -0.89 ถึง -0.17), ความดันเลือดไดแอสโตลิค (-0.43, -0.84 ถึง -0.01 mmHg), คอเลสเตอรอลรวม (-0.05, -0.10 ถึง 0 mmol/L), คอเลสเตอรอลชนิด low density lipoprotein (-0.04, -0.09 ถึง 0 mmol/L) และความเสี่ยงการรวมกลุ่มของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (relative risk 0.81, 0.66-1.00) ในวัยเด็กโดยที่การปรับตามอายุครรภ์และน้ำหนักแรกคลอดทำให้ค่าประมาณเปลี่ยนไปเพียงเล็กน้อย ดัชนีมวลกายในวัยเด็กแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของความยาวทารกในการตั้งครรภ์สามเดือนแรกและมวลไขมันร่างกายในวัยเด็ก แต่การเติบโตในช่วงสามเดือนแรกไม่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น การวิเคราะห์การเติบโตระยะยาวชี้ว่า เด็กที่มีการรวมกลุ่มปัจจัยเสี่ยงมีความยาวในช่วงสามเดือนแรกต่ำกว่าและมีน้ำหนักประมาณในช่วงสามเดือนกลางและสามเดือนปลายต่ำกว่าขณะที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าหลังอายุ 6 เดือนเมื่อเทียบกับเด็กวัยเรียนที่ไม่มีการรวมกลุ่มของปัจจัยเสี่ยง

ปัญหาการเติบโตของตัวอ่อนในช่วงตั้งครรภ์สามเดือนแรกสัมพันธ์กับความเสี่ยงผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ด้านหัวใจและหลอดเลือดในเด็กวัยเรียน ซึ่งช่วงชีวิตของตัวอ่อนในขณะเริ่มตั้งครรภ์อาจถือเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในภายหลัง

มลพิษอากาศในบรรยากาศและอุบัติการณ์ของ Acute Coronary Event

BMJ 2014;348:f7412

บทความเรื่อง Long Term Exposure to Ambient Air Pollution and Incidence of Acute Coronary Events: Prospective Cohort Study and Meta-Analysis in 11 European Cohorts from The ESCAPE Project รายงานข้อมูลจากงานวิจัย European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการได้รับมลพิษอากาศในระยะยาวต่ออุบัติการณ์ของ acute coronary event ในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย 11 กลุ่มในฟินแลนด์ สวีเดน เดนมาร์ก เยอรมนี และอิตาลี

นักวิจัยรวบรวมผู้เข้าร่วมวิจัย 100,166 รายจากปี ค.ศ. 1997-2007 และติดตามเฉลี่ย 11.5 ปี โดยผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดไม่เคยเกิด coronary event ที่พื้นฐาน มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ค่า modelled concentrations ของฝุ่นละอองขนาด < 2.5 μm ($PM_{2.5}$), 2.5-10 μm (PM_{coarse}) และ < 10 μm (PM_{10}), เขม่า ($PM_{2.5}$ absorbance), nitrogen oxides และการจราจรบริเวณบ้านพักอาศัยจากการวัดระดับมลพิษอากาศระหว่างปี ค.ศ. 2008-2012 ค่า hazard ratios จำเพาะตามกลุ่มประชากรสำหรับอุบัติการณ์ของ acute coronary events (กล้ามเนื้อหัวใจตาย และ unstable angina) ต่อสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของมลพิษอากาศโดยปรับตามปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมประชากรและวิถีชีวิต และค่า pooled random effects meta-analytic hazard ratios

มีผู้เข้าร่วมวิจัย 5,157 รายที่เกิดเหตุการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ การเพิ่มขึ้นทุก 5 $\mu g/m^3$ increase ของค่าเฉลี่ยฝุ่น $PM_{2.5}$ ในแต่ละปีสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น 13% ต่อ coronary events (hazard ratio 1.13, 95% confidence interval 0.98-1.30) และการเพิ่มขึ้นทุก 10 $\mu g/m^3$ ของค่าเฉลี่ยฝุ่น PM_{10} ในแต่ละปีสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้น 12% ต่อ coronary events (1.12, 1.01-1.25) โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับมลพิษอากาศและการเกิดเหตุการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ยังพบที่ระดับต่ำกว่ามาตรฐานปัจจุบันของยุโรปซึ่งกำหนดไว้ที่ 25 $\mu g/m^3$ สำหรับฝุ่น $PM_{2.5}$ (1.18, 1.01-1.39 สำหรับการเพิ่มขึ้น 5 $\mu g/m^3$ ของฝุ่น $PM_{2.5}$) และต่ำกว่า 40 $\mu g/m^3$ สำหรับฝุ่น PM_{10} (1.12, 1.00-1.27 สำหรับการเพิ่มขึ้น10 $\mu g/m^3$ ของฝุ่น PM_{10}) โดยพบความสัมพันธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญจากมลพิษตัวอื่นด้วย

การได้รับฝุ่นละอองในระยะยาวสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของ coronary event โดยพบความสัมพันธ์นี้จากระดับการได้รับฝุ่นซึ่งต่ำกว่าค่ามาตรฐานปัจจุบันของยุโรป

การเสริมวิตามินดีต่อผลลัพธ์ด้านกระดูก หลอดเลือด และมะเร็ง

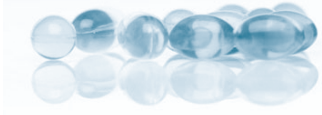
The Lancet Diabetes & Endocrinology, Early Online Publication, 24 January 2014.

บทความเรื่อง The Effect of Vitamin D Supplementation on Skeletal, Vascular, or Cancer Outcomes: A Trial Sequential Meta-Analysis รายงานว่า ภาวะพร่องวิตามินดีเป็นสาเหตุของความผิดปกติหลายประการ และเป็นที่มาของเสียงเรียกร้องให้มีมาตรการเสริมวิตามินดีอย่างทั่วถึง ขณะที่นักวิจัยบางส่วนเห็นว่าจำเป็นจะต้องศึกษาประสิทธิภาพของการเสริมวิตามินดีต่อความผิดปกติต่าง ๆ

นักวิจัยดำเนินการศึกษาแบบ trial sequential meta-analysis จากงานวิจัยเปรียบเทียบผลลัพธ์การเสริมวิตามินดีอย่างเดียว หรือเสริมวิตามินดีร่วมกับแคลเซียมเพื่อศึกษาค่าอิทธิพลของการศึกษาในอนาคตด้วยองค์ความรู้ในปัจจุบัน นอกจากนี้นักวิจัยได้ประมาณผลของการเสริมวิตามินดีต่อกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือหัวใจขาดเลือด สโตรคหรือโรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง กระดูกหักทั้งหมด กระดูกสะโพกหัก และอัตราตายจากการวิเคราะห์ซึ่งใช้ risk reduction threshold ที่ 5% สำหรับอัตราตาย และ 15% สำหรับ endpoint อื่น

การประมาณค่าอิทธิพลของการเสริมวิตามินดีอย่างเดียวหรือเสริมวิตามินดีร่วมกับแคลเซียมสำหรับกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือหัวใจขาดเลือด (9 การศึกษา รวมผู้ป่วย 48,647 ราย), สโตรคหรือโรคหลอดเลือดสมอง (8 การศึกษา รวมผู้ป่วย 46,431 ราย), มะเร็ง (7 การศึกษา รวมผู้ป่วย 48,167 ราย) และกระดูกหักทั้งหมด (22 การศึกษา รวมผู้ป่วย 76,497 ราย) อยู่ในขอบเขตของการไม่มีประโยชน์ตามที่พบว่า การเสริมวิตามินดีไม่มีผลทำให้ relative risk ของ endpoint แต่ละด้านเปลี่ยนไป 15% หรือมากกว่า การเสริมวิตามินดีอย่างเดียวไม่ทำให้กระดูกสะโพกหักลดลง 15% หรือมากกว่า (12 การศึกษา รวมผู้ป่วย 27,834 ราย) การเสริมวิตามินดีร่วมกับแคลเซียมลดสะโพกหักในผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (2 การศึกษา รวมผู้ป่วย 3,853 ราย) แต่ไม่ลด relative risk ของสะโพกหักลง 15% หรือมากกว่าในผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชน (7 การศึกษา รวมผู้ป่วย 46,237 ราย) แต่ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่าการเสริมวิตามินดีอย่างเดียว หรือวิตามินดีร่วมกับแคลเซียมลดความเสี่ยงการตายหรือไม่ (38 การศึกษา รวมผู้ป่วย 81,173 ราย)

ข้อมูลจากการศึกษานี้ชี้ว่า การเสริมวิตามินดีอย่างเดียวหรือเสริมวิตามินดีร่วมกับแคลเซียมไม่ได้ลดผลลัพธ์ด้านโครงกระดูกหรือผลลัพธ์อื่นได้มาก 15% ในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยคาดว่างานวิจัยในอนาคตที่มีรูปแบบเดียวกันก็น่าจะได้ข้อสรุปสอดคล้องกัน



Lancet. 2014 Jan; 383(9914):333-341.

บทความเรื่อง Aggressive Medical Treatment with or without Stenting in High-Risk Patients with Intracranial Artery Stenosis (SAMMPRIS): The Final Results of a Randomised Trial อ้างถึงผลลัพธ์เบื้องต้นจากงานวิจัย Stenting and Aggressive Medical Management for Preventing Recurrent Stroke in Intracranial Stenosis ชี้ว่า ภายในวันที่ 30 ผู้ป่วย 33 ราย (14.7%) จาก 224 รายในกลุ่มรักษาด้วยขดลวด และ 13 ราย (5.8%) จาก 227 รายในกลุ่มที่รักษาด้วยยาเสียชีวิตหรือเกิดสโตรค (ร้อยละเป็นค่า product limit estimates) แต่ยังไม่ได้ข้อสรุปว่าการรักษาด้วยขดลวดมีประโยชน์ระยะยาวหรือไม่ โดยในบทความนี้ได้รายงานผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยในการศึกษาดังกล่าว

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยซึ่งเพิ่งเกิด transient ischaemic attack หรือสโตรคที่สัมพันธ์กับการตีบตัน 70-99% ของ major intracranial artery ได้รับการรักษาด้วยยาแบบเข้มข้น (ยาต้านเกล็ดเลือด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดอย่างเคร่งครัด และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต) หรือการรักษาด้วยยาแบบเข้มข้นร่วมกับขดลวด โดย primary endpoint ได้แก่ สโตรคหรือการตายภายใน 30 วันหลังเข้าร่วมวิจัย หรือ ischaemic stroke ในบริเวณหลอดเลือดแดงที่ศึกษาภายหลัง 30 วันนับจากเข้าร่วมวิจัย หรือสโตรคหรือการตายภายใน 30 วันหลังการสวนหลอดเลือดระหว่างการติดตาม การวิเคราะห์ primary endpoint ด้านความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย log-rank test วิเคราะห์แบบ intention-to-treat

ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 32.4 เดือน พบผู้ป่วย 34 ราย (15%) จาก 227 รายในกลุ่มรักษาด้วยยา และ 52 ราย (23%) จาก 224 รายในกลุ่มรักษาด้วยขดลวดเกิดเหตุการณ์ของ primary endpoint ค่าความน่าจะเป็นสะสมของ primary endpoints มีระดับต่ำกว่าในกลุ่มรักษาด้วยยาเทียบกับกลุ่มทำ percutaneous transluminal angioplasty and stenting (PTAS) (p = 0.0252) หลังจาก 30 วัน พบว่าผู้ป่วย 21 ราย (10%) จาก 210 รายในกลุ่มที่รักษาด้วยยา และ 19 ราย (10%) จาก 191 รายในกลุ่มรักษาด้วยขดลวดเกิด primary endpoint ค่า absolute differences ของอัตราการเกิด primary endpoint ระหว่างทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 7.1% ที่ 1 ปี (95% CI 0.2-13.8%; p = 0.0428), 6.5% ที่ 2 ปี (-0.5 ถึง 13.5%; p = 0.07) และ 9.0% ที่ 3 ปี (1.5-16.5%; p = 0.0193) โดยพบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ สโตรค (59 ราย [26%] จาก 224 ราย vs 42 ราย [19%] จาก 227 ราย; p = 0.0468) และ major haemorrhage (29 ราย [13%] จาก 224 ราย vs 10 [4%] จาก 227 ราย; p = 0.0009) พบมากกว่าในกลุ่ม PTAS เทียบกับกลุ่มรักษาด้วยยา

ประโยชน์ของการรักษาด้วยยาแบบเข้มข้นที่เห็นผลดีเร็วกว่าขดลวดสำหรับผู้ป่วยความเสี่ยงสูงที่เป็น intracranial stenosis ยังคงเห็นได้จากการติดตาม ดังนั้น ผลลัพธ์นี้จึงสนับสนุนการรักษาด้วยยาแบบเข้มข้นแทน PTAS ในผู้ป่วยความเสี่ยงสูงที่เป็น atherosclerotic intracranial arterial stenosis

การรักษาด้วยยาแบบเข้มข้นหรือร่วมกับขดลวดในผู้ป่วยความเสี่ยงสูงที่เป็น Intracranial Artery Stenosis

Fructosamine และ Glycated Albumin ชี้ความเสี่ยงเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดใหญ่

The Lancet Diabetes & Endocrinology, Early Online Publication, 15 January 2014.

บทความเรื่อง Fructosamine and Glycated Albumin for Risk Stratification and Prediction of Incident Diabetes and Microvascular Complications: A Prospective Cohort Analysis of the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study รายงานว่า ค่า HbA1c เป็นเกณฑ์มาตรฐานการควบคุมน้ำตาลระยะยาว (2-3 เดือน) ในผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ขณะที่ fructosamine และ glycated albumin เป็นตัวบ่งชี้ของการควบคุมน้ำตาลระยะสั้น (2-4 สัปดาห์) ซึ่งอาจเป็นข้อมูลเสริมการทำนายของ HbA1c นักวิจัยจึงศึกษาประสิทธิภาพของการตรวจ fructosamine และ glycated albumin สำหรับการบ่งชี้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

นักวิจัยตรวจ fructosamine และ glycated albumin จากตัวอย่างเลือดของผู้ใหญ่ 11,348 รายซึ่งไม่เป็นเบาหวาน และผู้ใหญ่ 958 รายซึ่งตรวจพบโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 และได้รับการตรวจซ้ำในการศึกษา Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) ระหว่างปี ค.ศ. 1990-1992 (พื้นฐาน) นักวิจัยได้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง fructosamine และ glycated albumin กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจอตาเสื่อมจากเบาหวาน และความเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรังระหว่างการติดตามระยะ 20 ปี โดยได้เปรียบเทียบความสัมพันธ์นี้กับความสัมพันธ์ระหว่างค่า HbA1c และการเกิดโรคเบาหวาน จอตาเสื่อมจากเบาหวาน และความเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดย Cox proportional hazards models ประมาณค่า hazard ratios (HRs) ที่ปรับแล้ว และ 95% CIs ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ทั้งนี้นักวิจัยจำแนกตัวแบบด้วย Harrell's *C* statistic

ค่า HRs สำหรับการเกิดโรคเบาหวานเท่ากับ 4.96 (4.36-5.64) สำหรับ fructosamine ที่สูงกว่า 95th percentile และ 6.17 (5.45-6.99) สำหรับ glycated albumin ที่สูงกว่า 95th percentile ซึ่งความสัมพันธ์อ่อนลงแต่ยังคงมีอยู่หลังการปรับตาม HbA1c โดยที่ fructosamine และ glycated albumin สัมพันธ์อย่างชัดเจนกับจอตาเสื่อมจากเบาหวาน ($p < 0.0001$ for trend) ค่า HRs ปรับพหุตัวแปรสำหรับโรคไตเรื้อรังในผู้ที่มี fructosamine และ glycated albumin สูงกว่า 95th percentile เท่ากับ 1.50 (95% CI 1.22-1.85) และ 1.48 (1.20-1.83) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานและมี fructosamine หรือ glycated albumin ต่ำกว่า 75th percentile การทำนายอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังจาก fructosamine (*C* statistic 0.717) และ glycated albumin (0.717) ใกล้เคียงกับ HbA1c (0.726) แต่ HbA1c ให้ผลดีกว่า fructosamine และ glycated albumin สำหรับการทำนายการเกิดโรคเบาหวานโดยมี *C* statistics เท่ากับ 0.760, 0.706 และ 0.703

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า fructosamine และ glycated albumin มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับการเกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก โดยมีค่าการทำนายเทียบเท่ากับ HbA1c

ผลลัพธ์คาเฟอีนต่อ Intermittent Hypoxia ในทารกคลอดก่อนกำหนด

JAMA Pediatr. Published Online January 20, 2014.

บทความเรื่อง Effects of Caffeine on Intermittent Hypoxia in Infants Born Prematurely: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดมีระบบทางเดินหายใจที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ อันเป็นสาเหตุของภาวะ intermittent hypoxia (IH) ขณะที่ยังคงไม่มีข้อมูลของ IH ภายหลังหยุดการรักษาด้วยคาเฟอีนและประสิทธิภาพการลด IH จากการรักษาต่อเนื่องด้วยคาเฟอีน

นักวิจัยศึกษาความถี่การเกิด IH ในทารกคลอดก่อนกำหนดหลังหยุดคาเฟอีน และศึกษาว่าการยืดระยะการรักษาด้วยคาเฟอีนจนถึง 40 สัปดาห์ของอายุ postmenstrual age (PMA) ลด IH ได้หรือไม่

นักวิจัยศึกษาจากหน่วยไอซียูเด็กแรกเกิด 16 แห่งในสหรัฐอเมริกา โดยมีระยะการรวบรวมข้อมูล 18 เดือน นักวิจัยสุ่มทารกคลอดก่อนกำหนด (< 32 weeks' gestation) ซึ่งเคยได้รับการรักษาด้วยคาเฟอีน กลุ่มรักษาด้วยคาเฟอีนต่อเนื่อง หรือกลุ่มรักษามาตรฐาน (กลุ่มควบคุม) ที่อายุ PMA อย่างน้อย 34 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 37 สัปดาห์ และบันทึกค่าออกซิเจนจนถึงอายุ PMA 40 สัปดาห์

การแทรกแซงทำโดยให้การรักษาด้วยคาเฟอีนต่อเนื่อง และมาตรวัดผลลัพธ์ได้แก่ จำนวนเหตุการณ์ของ IH และระยะเวลาเป็นวินาทีที่ hemoglobin oxygen saturation (SaO_2) ต่อชั่วโมงของการบันทึกต่ำกว่า 90%

นักวิจัยวิเคราะห์จากทารกคลอดก่อนกำหนด 95 ราย โดยในกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ย (SD) เวลาที่ SaO_2 ต่ำกว่า 90% ที่อายุ PMA 35 และ 36 สัปดาห์เท่ากับ 106.3 (89.0) และ 100.1 (114.6) วินาที/ชั่วโมง จำนวนเหตุการณ์ของ IH ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากอายุ PMA 35-39 สัปดาห์ ($p = 0.01$) การรักษาต่อเนื่องด้วยคาเฟอีนลดค่าเฉลี่ยของเวลาที่ SaO_2 ต่ำกว่า 90% ได้ 47% (95% CI -65 ถึง -20%) ถึง 50.9 (48.1) วินาที/ชั่วโมงที่ 35 สัปดาห์ และ 45% (95% CI -74 ถึง -17%) ถึง 49.5 (52.1) วินาที/ชั่วโมงที่ 36 สัปดาห์

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า IH ยังคงเกิดขึ้นหลังหยุดคาเฟอีน โดยเริ่มลดลงตามอายุ PMA ที่มากขึ้น และการรักษาต่อเนื่องด้วยคาเฟอีนสามารถลด IH ในทารกคลอดก่อนกำหนด

กรมอนามัย หนุนเด็กไทย
กินอาหารแคลเซียมสูง ลดภาวะเตี้ย อ้วน

ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย เปิดเผยว่า เด็กไทยกำลังเผชิญปัญหาด้านสุขภาพหลายอย่าง โดยเฉพาะด้านการเจริญเติบโตของร่างกาย จากข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามการเจริญเติบโตในเด็กนักเรียนอายุ 6-12 ปี ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า นักเรียนมีภาวะอ้วนจำนวน 187,000 คน เตี้ยจำนวน 254,620 คน และผอมจำนวน 99,112 คน ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพราะเด็กนักเรียนที่เตี้ยและผอมจะมีสติปัญญาด้อย เรียนรู้ช้า ภูมิต้านทานโรคต่ำ ติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่าการบริโภคอาหารที่มีส่วนช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกายอย่างแคลเซียมยังน้อยอีกด้วย โดยเฉพาะการดื่มนมซึ่งคนไทยดื่มนมเฉลี่ยคนละ 14 ลิตรต่อปี ในขณะที่อัตราการดื่มนมในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เฉลี่ยคนละ 60 ลิตรต่อปี และทั่วโลกเฉลี่ยคนละ 103.9 ลิตรต่อปี ซึ่งต่ำกว่าประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และโลก 4-7 เท่า ส่งผลให้เด็กไทยเมื่อมีอายุ 18 ปี มีความสูงเฉลี่ยค่อนข้างเตี้ย โดยผู้ชายสูงเฉลี่ย 167.1 เซนติเมตร ผู้หญิงสูงเฉลี่ย 157.4 เซนติเมตร ซึ่งปริมาณแคลเซียมที่แนะนำให้บริโภคในแต่ละวันตามช่วงอายุคือ เด็กอายุ 1-3 ปี ควรได้รับปริมาณแคลเซียม 500 มิลลิกรัม อายุ 4-8 ปี ควรได้รับปริมาณแคลเซียม 800 มิลลิกรัม อายุ 9-18 ปี ควรได้รับปริมาณแคลเซียม 1,000 มิลลิกรัม นอกจากนี้ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เล่นกีฬาประเภทที่สามารถช่วยเพิ่มความสูงและความแข็งแรงของกระดูก หรือออกกำลังกายรูปแบบต่าง ๆ เป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที นอนหลับให้เพียงพออย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และออกกำลังกายอย่างเพียงพอจะส่งผลให้ร่างกายสุขภาพดีและมีส่วนช่วยให้สูงด้วย

สธ. เตือนภัย **"โรคพิษสุนัขบ้า"** เป็นโรคร้ายแรงพบได้ตลอดปี

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) เป็นโรคร้ายแรงที่พบได้ตลอดปี โรคนี้มีความพิเศษต่างจากโรคอื่น ๆ คือ หากติดเชื้อจนมีอาการป่วยจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ ต้องเสียชีวิตทุกราย แต่โรคนี้ป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีนในสัตว์เลี้ยงและในคนหลังถูกสุนัขหรือแมวกัด แต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้กว่า 50,000 คน ในประเทศไทยสัตว์ที่แพร่เชื้อมากที่สุดคือ สุนัข พบผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าทุกปี ในปี พ.ศ. 2556 มี 6 ราย ทุกรายถูกสุนัขกัด และไม่ได้ฉีดวัคซีนหลังถูกกัด จึงนับว่าโรคนี้ยังเป็นปัญหาอยู่ เนื่องจากอัตราการฉีดวัคซีนป้องกันในสุนัขบางพื้นที่ครอบคลุมไม่ถึงร้อยละ 80 ของสุนัขในพื้นที่ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ซึ่งคาดว่าทั่วประเทศมีประชากรสุนัขประมาณ 7 ล้านตัว ในแต่ละปีคนไทยถูกสุนัขกัดไม่ต่ำกว่า 1 ล้านคน ในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ 50 เท่านั้นที่มารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ซึ่งขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เร่งสร้างพื้นที่ในชนบทและเขตเมืองทั่วประเทศให้ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยกระทรวงสาธารณสุขจับมือกับกรมปศุสัตว์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าทั่วประเทศ ตั้งเป้าครบ100 เปอร์เซ็นต์ภายในปี พ.ศ. 2558 เพื่อกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศภายในปี พ.ศ. 2563 ตามเป้าที่องค์การอนามัยโลกและองค์การควบคุมโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศกำหนด

• กองบรรณาธิการ

ชูมะเขือเทศม่วงเพิ่มคุณค่าโภชนาการ

บีบีซี – มะเขือเทศสีม่วงจากกระบวนการตัดแต่งพันธุกรรมใกล้ออกสู่ตลาด ให้คุณค่าโภชนาการเหมือนผลไม้ตระกูลเบอร์รี

มะเขือเทศม่วงนี้พัฒนาขึ้นในอังกฤษและปลูกในแคนาดา แรกสุดจะวางจำหน่ายในรูปผลิตภัณฑ์น้ำมะเขือเทศม่วง โดยนักวิจัยกล่าวว่า มะเขือเทศพันธุ์ใหม่นี้จะช่วยยกระดับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่ใช้ผลิตภัณฑ์จากมะเขือเทศเป็นส่วนประกอบ และว่า แอนโธไซยานินอันเป็นสารที่ทำให้มะเขือมีสีม่วงยังมีสรรพคุณเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งจากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าช่วยต่อต้านมะเร็ง

เนื่องจากข้อบังคับว่าด้วยพืชตัดแต่งพันธุกรรมที่เข้มงวดของสหภาพยุโรปทำให้นักวิจัยต้องหันไปพัฒนามะเขือเทศม่วงในเรือนกระจกขนาด 465 ตารางเมตรที่ประเทศแคนาดาตามเป้าหมายผลิตน้ำมะเขือเทศม่วงปริมาณ 2,000 ลิตร โดยนักวิจัยกล่าวว่า แคนาดามีนโยบายที่เปิดกว้างต่อพืชตัดแต่งพันธุกรรมจากการที่ไม่ได้ตั้งแง่กับตัวเทคโนโลยี หากแต่มองที่ประสิทธิภาพการควบคุมกระบวนการเพาะปลูกและการปนเปื้อนสู่ภายนอกเป็นหลัก

จอร์แดนดันกฎหมายห้ามสูบบุหรี่

เอพี – ทางการจอร์แดนเตรียมบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะท่ามกลางกระแสต่อต้านจากประชาชนและเจ้าของกิจการ

กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ร้านกาแฟ และที่สาธารณะ รวมถึงเพิกถอนใบอนุญาตให้บริการสูบชิชาในร้านกาแฟของจอร์แดนจะมีผลบังคับใช้ในปลายปีนี้นับตั้งแต่ผ่านการอนุมัติโดยไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจังมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โดยนายอาลี ไฮอาซัต รมว.สาธารณสุขจอร์แดนออกมายืนยันด้วยน้ำเสียงแข็งกร้าวว่ามาตรการนี้มีขึ้นเพื่อปกป้องชีวิตประชาชน และไม่มีเป้าหมายเพื่อผลประโยชน์ของผู้ประกอบการ

กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ยังห้ามการขายยาสูบแก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยผู้ฝ่าฝืนจะได้รับโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกิน 35 ดอลลาร์ (ราว 1,085 บาท) อย่างไรก็ดี บรรดาคอยาสูบและเจ้าของแหล่งบริการชิชาต่างออกมาโจมตีมาตรการนี้โดยอ้างว่าเป็นการทำลายวัฒนธรรมของจอร์แดนซึ่งมองว่าการสูบยาสูบและบุหรี่เป็นการแสดงออกถึงความเป็นลูกผู้ชาย

อีกด้านหนึ่ง องค์การอนามัยโลกเปิดเผยข้อมูลจากการสำรวจเมื่อปีก่อนพบว่า ผู้ชายจอร์แดนราวครึ่งหนึ่งสูบยาสูบเป็นประจำทุกวัน และพบกิจกรรมนี้ในวัยรุ่นชายราวหนึ่งในสาม ขณะที่ในผู้หญิงยังคงพบน้อยกว่ามาก ซึ่งจากตัวเลขดังกล่าวทำให้จอร์แดนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคภัยจากการสูบบุหรี่ปีละกว่าพันล้านดอลลาร์ (กว่า 31,000 ล้านบาท)

งานกะดึกก่อปัญหาสุขภาพ

บีบีซี – นักวิจัยชี้ การทำงานกะดึกส่งผลให้กระบวนการในร่างกายปั่นป่วน และอาจสร้างความเสียหายต่อสุขภาพระยะยาว

ผลการศึกษารายงานในวารสาร Proceedings of the National Academy of Sciences พบว่า การทำงานกะดึกเป็นตัวขัดขวางนาฬิกาชีวิตซึ่งกำหนดให้เราตื่นตัวในช่วงกลางวัน และนอนหลับในช่วงกลางคืน ซึ่งผลเสียที่เกิดขึ้นนั้นมีมากมายเหลือคณาตั้งแต่ผลกระทบต่อฮอร์โมน อุณหภูมิร่างกาย พละกำลัง อารมณ์ ไปจนถึงการทำงานของสมอง

นักวิจัยกล่าวว่า นาฬิกาชีวิตที่ผิดเพี้ยนไปจะส่งผลให้เนื้อเยื่อและอวัยวะแต่ละส่วนในร่างกายไม่สามารถทำงานโดยสอดประสานกัน และเตือนด้วยว่า ผลเสียต่อสุขภาพนั้นมักจะปรากฏให้เห็นหลังจากตรากตรำทำงานกะดึกติดต่อกันมาหลายปี โดยข้อมูลจากการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาบางชิ้นก่อนหน้าที่ชี้ว่า การทำงานกลางคืนเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หัวใจวาย และมะเร็ง

ด้านผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า งานวิจัยชิ้นนี้ชี้ให้เห็นผลกระทบฉับพลันจากการทำงานกะดึกซึ่งค่อนข้างรุนแรงต่างจากที่เคยคาดการณ์ไว้ และแม้ข้อมูลในระยะยาวยังคงไม่ชัดเจนเนื่องจากเป็นการศึกษาระยะสั้น แต่ก็น่าเชื่อว่าความเสียหายที่พบจากการทำงานกลางคืนจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพนานาประการในระยะยาว

ดีดีทีเพิ่มความเสี่ยงอัลไซเมอร์

บีบีซี – นักวิจัยสหรัฐอเมริกาเตือน การได้รับยาฆ่าแมลงดีดีทีอาจเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์

ผลการศึกษาตีพิมพ์ในวารสาร JAMA Neurology พบว่า ผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีปริมาณดีดีทีอันเป็นยาฆ่าแมลงที่เคยใช้กันแพร่หลายในสหรัฐอเมริกาสูงกว่าคนปกติถึง 4 เท่า โดยนักวิจัยเชื่อว่าดีดีทีทำให้ความเสี่ยงอัลไซเมอร์เพิ่มสูงขึ้น และอาจมีบทบาทต่อการก่อตัวของแผ่นอะมิลอยด์ในสมองอันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย

ด้านผู้เชี่ยวชาญจากโครงการวิจัยโรคอัลไซเมอร์แห่งสหราชอาณาจักรให้ความเห็นว่า จำเป็นต้องมีหลักฐานมากกว่านี้เพื่อพิสูจน์ว่าดีดีทีซึ่งเป็นสารต้องห้ามในสหราชอาณาจักรมาตั้งแต่คริสต์ทศวรรษที่ 80 มีบทบาทในโรคอัลไซเมอร์ และจนถึงขณะนี้ก็ยังไม่เป็นที่ทราบชัดเจนว่ามีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างดีดีทีและโรคอัลไซเมอร์หรือไม่

อนึ่ง ดีดีทีเป็นสารฆ่าแมลงที่มีประสิทธิภาพสูงมาก โดยนำมาใช้ครั้งแรกเพื่อควบคุมมาลาเรียในช่วงสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่สองก่อนจะเปลี่ยนมาเป็นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการเกษตรเชิงพาณิชย์ อย่างไรก็ดี ความวิตกด้านอันตรายต่อสุขภาพและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทำให้หลายประเทศตัดสินใจห้ามใช้ดีดีที รวมถึงสหรัฐอเมริกาซึ่งประกาศห้ามเมื่อปี พ.ศ. 2515

จีนพบผู้ติดเชื้อไข้หวัดนกสายพันธุ์ใหม่เพิ่ม

รอยเตอร์ส – สำนักข่าวซินหัวของทางการจีนเผย พบผู้ป่วยติดไวรัส H10N8 รายใหม่ทางภาคตะวันออก

ซินหัวรายงานว่า ผู้ติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H10N8 เป็นหญิงวัย 55 ปี ซึ่งรักษาตัวอยู่ที่เมืองหนานฉาง เมืองเอกของมณฑลเจียงซี โดยคาดว่าผู้ติดเชื้อรายนี้ได้รับเชื้อดังกล่าวจากตลาดค้าสัตว์ปีก และว่า เมื่อธันวาคมปีก่อนทางการจีนเพิ่งยืนยันผู้ป่วยเสียชีวิตรายแรกจากการติดเชื้อไวรัส H10N8 โดยพบที่เมืองหนานฉางเช่นเดียวกัน

อีกด้านหนึ่งมีรายงานพบผู้ติดเชื้อไวรัส H7N9 อันเป็นเชื้อไวรัสไข้หวัดนกอีกสายพันธุ์หนึ่งแล้วกว่า 200 รายในจีนไต้หวัน และฮ่องกง และมีผู้ติดเชื้อเสียชีวิตแล้วอย่างน้อย 52 รายนับตั้งแต่พบการระบาดในจีนเมื่อปีก่อน ขณะเดียวกันก็เป็นที่วิตกว่าความต้องการบริโภคสัตว์ปีกในช่วงเทศกาลตรุษจีนจะเป็นปัจจัยทำให้ไวรัส H7N9 ระบาดในวงกว้าง

จับตาทารกปลูกถ่ายมดลูก

นิวเซอร์ – แพทย์สวีเดนประสบความสำเร็จฝังตัวอ่อนในมดลูกที่ได้รับการปลูกถ่ายเป็นครั้งแรก

นพ.แมตส์ บรานสตรอม หัวหน้าคณะวิจัยกล่าวว่า หากการตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จในอีก 9 เดือนข้างหน้าก็จะได้ทารกคนแรกของโลกจากแม่ที่ได้รับการปลูกถ่ายมดลูก และจะเป็นหลักฐานรับรองว่าการปลูกถ่ายมดลูกสามารถใช้รักษาภาวะบกพร่องของมดลูก อย่างไรก็ดี เขายอมรับว่าการฝังตัวอ่อนในมดลูกปลูกถ่ายยังคงมีโอกาสสำเร็จราวร้อยละ 25 และผู้ได้รับการปลูกถ่ายบางส่วนก็พอใจมากแล้วกับการมีประจำเดือน และไม่ได้คาดหวังไปถึงการตั้งครรภ์

เป็นที่น่าสนใจว่าผู้หญิงที่ประสบความสำเร็จในการฝังตัวอ่อนหลังได้รับการปลูกถ่ายมดลูกได้รับบริจาคมดลูกจากแม่ของเธอเอง ดังนั้น หากการตั้งครรภ์นี้ประสบความสำเร็จก็จะถือเป็นครั้งแรกของโลกที่ผู้หญิงคนหนึ่งให้กำเนิดทารกจากมดลูกเดียวกันกับที่ตนเองถือกำเนิด

ทาเคดา 'ส่งเสริมความรู้ คู่จริยธรรม นำธุรกิจยั่งยืน'

ทุนมูลนิธิทาเคดาย่างเข้าสู่ปีที่ 49 และ Takeda Annual Certification 2013 สอบวัดระดับผู้แทนฝ่ายขายและการตลาด

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา ผู้นำองค์กรแพทยสภาที่มุ่งเน้นการส่งเสริมจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พัฒนามาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นประธานเปิดงาน 'Takeda Annual Certification 2013' ซึ่งจัดขึ้น ณ โรงแรม The Okura Prestige เพลินจิต พร้อมทั้งได้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อทุนมูลนิธิทาเคดา เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา

มร.ปีเตอร์ หวง กรรมการผู้จัดการ คุณอิสรีย์ จันทร์ฉายฉัตร ผู้อำนวยการฝ่ายขายและทีมบริหารทาเคดา ให้การต้อนรับนายกแพทยสภา

บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด มีนโยบายมุ่งเน้นให้ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดมีมาตรฐานสูงทั้งด้านความรู้ทางวิชาการ ทักษะ และจริยธรรมในการทำงาน จึงได้จัดให้มีการสอบวัดระดับความรู้ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี โดยจะทำการวัดผลทั้งการสอบข้อเขียน และ Role Play ครอบคลุมเรื่องโรค ความรู้ ผลิตภัณฑ์ และทักษะการขาย เพื่อให้ได้ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดที่มีคุณภาพและจริยธรรมในการนำเสนอ และให้บริการทางด้านข้อมูลนวัตกรรมยาแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

ศ.นพ.สมศักดิ์ กล่าวว่า "รู้สึกดีใจที่ได้มาเป็นประธานเปิดงาน 'Takeda Annual Certification 2013' ในครั้งนี้ ถือเป็นโอกาสอันดีที่จะสื่อสารให้เกิดความเข้าใจระหว่างแพทย์และผู้แทนฝ่ายขายและการตลาด หรือที่เรียกกันว่าผู้แทนยา ถึงความต้องการและกฎเกณฑ์ในการปฏิบัติงานร่วมกัน เพราะถ้าหากรู้เขารู้เราแล้ว เชื่อว่าจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาตามมาในภายหลัง"

"ในปัจจุบันนี้ปฏิเสธไม่ได้ว่าผู้แทนยามีความสำคัญต่อวงการแพทย์เป็นอย่างมาก ด้วยบทบาทการทำงานที่ต้องเชื่อมโยงกันในการนำเสนอข้อมูลนวัตกรรมยาใหม่ๆ ซึ่งถือเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของแพทย์ได้ทางหนึ่ง เนื่องด้วยภาระงานของแพทย์อาจทำให้ไม่มีเวลาในการค้นคว้าหาข้อมูลความก้าวหน้าทางด้านนวัตกรรมยาใหม่ๆ ในส่วนนี้ผู้แทนยาจึงมีส่วนช่วยได้มากที่จะชี้ถึงจุดเด่นและจุดด้อยของนวัตกรรมยานั้นๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจของแพทย์ในการเลือกนำยามาใช้กับผู้ป่วย โดยคุณสมบัติที่ดีของผู้แทนยาที่สำคัญที่สุดคือ จะต้องเป็นผู้มีความรู้ทางวิชาการ นำเสนอข้อมูลจริงที่มีความเป็นกลาง โปร่งใส และน่าเชื่อถือแก่แพทย์ รวมทั้งต้องมีความรับผิดชอบ มีจริยธรรม และปฏิบัติตามกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ยังต้องรู้จักกาลเทศะ และแต่งกายสุภาพเรียบร้อย"

"ผู้แทนยาช่วยสร้างความตระหนักรู้ให้แพทย์เกิดความสนใจในนวัตกรรมยาใหม่ๆ นำเสนอข้อมูลเพื่อให้แพทย์ได้ไปต่อยอดเพิ่มเติม แต่ข้อมูลที่ผู้แทนยาให้แก่แพทย์นั้นจะต้องเป็นข้อมูลจริง ไม่ใช่ข้อมูลที่ถูกบิดเบือน หรือเลือกประชาสัมพันธ์แต่ในด้านดีของยาของบริษัทตน แต่ยังต้องอธิบายถึงผลข้างเคียงด้วย เพราะถ้าอธิบายแต่ในด้านดีเพียงอย่างเดียว เมื่อแพทย์นำยาไปใช้และผลที่ได้ไม่เป็นไปตามที่ได้บอกไว้ บริษัทยาแห่งนั้นก็จะไม่ได้รับความศรัทธา และขาดความน่าเชื่อถือไปเลย"

โดยคุณสมบัติที่ดีของผู้แทนยาที่สำคัญที่สุดคือ จะต้องเป็นผู้มีความรู้ทางวิชาการ นำเสนอข้อมูลจริงที่มีความเป็นกลาง โปร่งใส และน่าเชื่อถือแก่แพทย์ รวมทั้งต้องมีความรับผิดชอบ มีจริยธรรม และปฏิบัติตามกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ยังต้องรู้จักกาลเทศะ และแต่งกายสุภาพเรียบร้อย

ศ.นพ.สมศักดิ์ กล่าวเพิ่มเติมว่า ในขณะนี้บริษัทยาขนาดใหญ่ต่างเคร่งครัดและให้ความสำคัญในกฎเกณฑ์การควบคุมจริยธรรมของผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดมากขึ้น เนื่องจากกำลังถูกเพ่งเล็งว่า

ภาพบรรยากาศกล่าวเปิดงาน และให้กำลังใจในการสอบวัดระดับผู้แทนฝ่ายขายและการตลาด

บริษัทยาเข้ามามีส่วนให้แพทย์ใช้ยาแพง ซึ่งเชื่อว่าแพทย์ทุกคนย่อมมีจริยธรรม ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การเลือกใช้ยาจึงต้องเลือกใช้ยาที่ดีที่สุด ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ยาที่ดีที่สุดอาจจะไม่ถูกที่สุด เมื่อถูกมองเช่นนี้ทั้งแพทย์และบริษัทยาจึงต้องหันกลับมามองย้อนดูตัวเองว่าทำอะไรไม่ดี ไม่ถูกตามกฎเกณฑ์หรือไม่ และแสดงให้สังคมประจักษ์ว่าไม่ได้ทำเช่นนั้นและมีจริยธรรมที่ดีพอ ซึ่งถือเป็นจุดที่ดีที่ได้เห็นบริษัทยาได้ให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าว และอยากให้ทุกบริษัทดำเนินธุรกิจไปในลักษณะเดียวกันนี้ เพราะถือเป็นตัวอย่างอันดีในการพัฒนาบุคลากรให้ได้มาตรฐาน

ไม่เฉพาะการมุ่งเน้นให้ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดจะต้องมีมาตรฐานสูงทั้งความรู้ทางวิชาการ ทักษะ และจริยธรรมในการทำงานเท่านั้น ทาเคดายังมีพันธกิจสำคัญที่มุ่งสนับสนุนความก้าวหน้าทางการแพทย์ **โดยมอบทุนมูลนิธิทาเคดา (Takeda Science Foundation Scholarship) ให้แก่แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ เพื่อสนับสนุนการศึกษาดูงานและวิจัยทางการแพทย์ในประเทศญี่ปุ่นมานานกว่า 48 ปี**

ศ.นพ.สมศักดิ์ กล่าวอีกว่า การที่ทาเคดาได้มอบทุนมูลนิธิทาเคดาให้แก่แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เพื่อสนับสนุนการศึกษาดูงานและวิจัยทางการแพทย์ที่ประเทศญี่ปุ่นแก่แพทย์ที่สนใจนั้น ถือเป็นประโยชน์เป็นอย่างมาก เพราะแพทย์ไทยจะได้รับโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ใหม่ ๆ ยังประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่มีขีดความสามารถด้านการพัฒนาสูง โดยเฉพาะเทคโนโลยี และแน่นอนว่าประโยชน์ที่ได้จะบังเกิดแก่ผู้รับทุน โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับงานของตน รวมทั้งเกิดประโยชน์แก่องค์กรและประเทศชาติต่อไป ขณะเดียวกันประเทศญี่ปุ่นยังได้ถือโอกาสนี้เผยแพร่ความก้าวหน้าในด้านวิชาการความรู้ เครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงนวัตกรรมยา ถือเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในส่วนที่ประเทศไทยยังขาดอยู่ โดยทุนดังกล่าวได้มีแพทย์ให้ความสนใจเป็นจำนวนมาก

"ทาเคดามีความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างมาก แม้จะประกอบธุรกิจแต่ก็ไม่ได้หวังเพียงผลกำไร ยังให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทุนศึกษาดูงานและวิจัยทางการแพทย์ที่ประเทศญี่ปุ่นแก่แพทย์ไทย รวมทั้งยังมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพของพนักงานให้มีความรู้ทางวิชาการ ทักษะ จริยธรรมในการทำงาน มีความโปร่งใส ซื่อสัตย์ สุจริต และปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ในการนำเสนอข้อมูลนวัตกรรมยาใหม่ ๆ แก่แพทย์ ถือเป็นการพัฒนาความรู้คู่จริยธรรมเพื่อความยั่งยืนของธุรกิจอย่างแท้จริง ซึ่งการสื่อสารกันวันนี้จะเป็นข้อมูลเพื่อการพัฒนางานที่เชื่อมโยงกัน เนื่องจากการทำงานใด ๆ ให้ประสบความสำเร็จนั้น ต้องทำเป็นทีม พึ่งพาอาศัยกัน และในอนาคตคงต้องมีการสื่อสารกันให้มากขึ้น เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยและวงการแพทย์ในท้ายที่สุด" **ศ.นพ.สมศักดิ์** กล่าวทิ้งท้าย

ภาพบรรยากาศผู้ที่ได้รับรางวัลทุนมูลนิธิทาเคดา ประจำปี 2557 ในการประชุมใหญ่สามัญ ประจำปี 2556 และพิธีมอบรางวัลและทุนต่างๆ ของแพทยสมาคม วันเสาร์ที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี

[illegible]

เป็นผู้อำนวยการสถาบันวิจัยการแพทย์ใหม่

[illegible]

นพดล คว้ารางวัล Silver Award

จากโครงการ Thailand Research Expo 2013

[illegible]

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

จัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 25 จ.ขอนแก่น

[illegible]

ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน โดยทางด้านสาธารณสุขเรื่องของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยทั้งเรื่องการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย เพื่อใช้แก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยและบำรุงส่งเสริมให้มีสุขภาพดีคาดว่าจะมีแนวโน้มเป็นที่ต้องการมากขึ้น จึงจำเป็นต้องวางแผนรองรับในด้านการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนาศักยภาพสมุนไพรหรือยาไทย การพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทย รวมถึงสถานที่ที่พร้อมให้บริการ เพื่อให้มีศักยภาพการแข่งขันในระดับนานาชาติ

'การแพทย์แผนไทยประยุกต์' ภูมิปัญญาไทยสู่สากล

สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งตั้งอยู่ที่ชั้น 7 อาคารปิยมหาราชการุณย์ โรงพยาบาลศิริราช ได้เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับประชาชนที่หันมานิยมดูแลสุขภาพและรักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในระยะเวลาอันใกล้นี้ โดยได้เปิดให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การรักษาด้วยยาสมุนไพรและหัตถการ ไม่ว่าจะเป็นการนวดไทยแบบราชสำนัก การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การดูแลหญิงหลังคลอด ฯลฯ รวมทั้งการผสมผสานศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับกิจกรรมสร้างเสริมคุณภาพเพื่อป้องกันโรคให้กับผู้รับบริการได้มีความรู้ในการดูแลตนเองให้ห่างไกลโรค

รศ.นพ.ทวี เลาหพันธุ์ หัวหน้าสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีจุดเริ่มต้นมาจาก **ศ.นพ.อวย เกตุสิงห์** ปูชนียบุคคลของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้ซึ่งมีวิสัยทัศน์กว้างไกล และเห็นความสำคัญของการแพทย์แผนไทย อาจารย์ได้อุทิศตนด้วยความมุ่งมั่นและเสียสละเพื่ออนุรักษ์การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาของชาติให้ยั่งยืน โดยมีแนวคิดว่าการแพทย์แผนไทยจะบูรณาการอยู่ในระบบสุขภาพของประเทศได้อย่างยั่งยืน บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยต้องมีศักยภาพในการพัฒนา และศักยภาพนั้นเกิดจากการที่แพทย์แผนไทยมีความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ด้วย โดยอาจารย์ได้เปิดโรงเรียนสอนการแพทย์แผนไทยตามปรัชญาใหม่นี้เมื่อปี พ.ศ. 2525 ต่อมาเรียกปรัชญาในการศึกษานี้ว่า **'การแพทย์แผนไทยประยุกต์'** เพื่อให้แตกต่างจากการแพทย์แผนไทยแบบดั้งเดิม อาจารย์ได้เปิดคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์เพื่อเป็นสถานที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยและเป็นแหล่งศึกษาฝึกปฏิบัติของนักศึกษา นอกจากนี้ยังจัดให้มีการผลิตยาสมุนไพรตามตำรับของโรงเรียนเพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอีกด้วย

ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2546 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้รับโอนโรงเรียนรวมทั้งคลินิกให้บริการและหน่วยผลิตยา และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร เข้ามาเป็นหน่วยงานในสังกัดคณะ และจัดตั้งหน่วยงานเทียบเท่าภาควิชา คือสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทำหน้าที่รับผิดชอบและกำกับดูแลการดำเนินกิจการของโรงเรียนที่รับโอนมา โดยให้วางหลักการและแนวทางในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้มีความยั่งยืน และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพของประเทศอย่างกว้างขวาง ต่อมาสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้พระราชทานนามใหม่ให้โรงเรียนว่า "โรงเรียนอายุรเวทธำรง" งานที่เร่งพัฒนาในช่วงแรกและทำไปพร้อม ๆ กันสองด้านคือ พัฒนาจัดการศึกษาให้มีมาตรฐาน เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษามีความรู้ ความสามารถในการทำเวชปฏิบัติในการทำการแพทย์แผนไทย พัฒนาการให้บริการทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งรวมถึงการผลิตยาจากสมุนไพรให้มีคุณภาพน่าเชื่อถือ ปลอดภัย และเป็นที่นิยมของประชาชน และการวิจัยพัฒนาศาสตร์ทางด้านการแพทย์แผนไทยให้มีความชัดเจนเป็นที่ประจักษ์

สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ได้พัฒนาคลินิกให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ให้มีรูปแบบที่ชัดเจน มีคุณภาพและมาตรฐานที่น่าเชื่อถือ และที่สำคัญคือ เป็นแหล่งศึกษาและฝึกปฏิบัติสำหรับนักศึกษา อีกทั้งได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศิริราช เช่น หอผู้ป่วยของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู และร่วมให้บริการที่งานบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราชอีกด้วย โดยงานบริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. คลินิกอายุรเวท แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือ อโรคยาสถาน เป็นงานบริการตรวจ วินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยตลอดจนการให้คำแนะนำต่าง ๆ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ซึ่งล้วนเป็นรูปแบบการรักษาที่มีความชัดเจน มีคุณภาพและมาตรฐาน เป็นที่น่าเชื่อถือ มีความเป็นเอกลักษณ์ และเป็นการธำรงภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้คงอยู่ ซึ่งประกอบด้วยการใช้ยาสมุนไพรในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ ยาลูกกลอน ยาตอกเม็ด ยาแคปซูล และยาต้มดื่ม การนวดไทยแบบราชสำนัก การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร รวมถึงการดูแลมารดาหลังคลอด โดยทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้มีใบประกอบวิชาชีพ

2. ศิริราชสัปปายสถาน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สัปปายสถาน เป็นงานบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่สนใจดูแลสุขภาพของตนเอง ด้วยการบริการที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีลักษณะเป็นองค์รวม ให้ความสำคัญกับทั้งกาย จิต และพฤติกรรม สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพและกระแสโลกาภิวัตน์ที่เน้นหลักการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ อาทิเช่น การให้คำปรึกษาและแนวทางการดูแลสุขภาพตามหลักธาตุเจ้าเรือน การขัดพอกผิวกายด้วยสมุนไพร การนวดไทยแบบราชสำนัก การบริการร่างกายแบบฤาษีดัดตน เป็นต้น

ยาสมุนไพรในรูปแบบต่าง ๆ

รศ.นพ.ทวี กล่าวอีกว่า การจะทำให้งานการแพทย์แผนไทยจะยั่งยืนอยู่ได้ จำเป็นต้องเร่งพัฒนางานหลายด้านไปพร้อม ๆ กัน ทั้งการผลิตบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยให้มีความรู้ความสามารถในการทำเวชปฏิบัติ มีระบบบริการตรวจรักษาโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย และการผลิตยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และมีประสิทธิผล มีการรวบรวมองค์ความรู้แพทย์แผนไทยให้เป็นปึกแผ่น มีการวิจัยพัฒนาเพื่อให้มีความชัดเจน ทั้งหมดมีความเชื่อมโยงกัน งานเหล่านี้จะทำอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้ บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยที่มีความรู้ความสามารถจะเป็นรากฐานสำคัญของระบบบริการ และวิจัยพัฒนา ส่วนการวิจัยพัฒนาก็จะช่วยทำให้การจัดการศึกษาและการบริการมีคุณภาพมากขึ้น

โดยในด้านการผลิตบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยนั้น นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จะเรียนรู้รายวิชาต่าง ๆ เช่นเดียวกับหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ ชั้นปีที่ 2 และ 3 จะศึกษารายวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประเด็นสำคัญคือ จะทำอย่างไรให้แพทย์แผนปัจจุบันในวงกว้างซึ่งทำหน้าที่กำกับดูแลระบบสุขภาพของประเทศในขณะนี้เห็นคุณค่าและเข้าใจหลักการสำคัญของการแพทย์แผนไทย จะได้ช่วยผลักดันการพัฒนาการแพทย์แผนไทย แต่ประเด็นสำคัญอีกอย่างคือ งานการแพทย์แผนไทยเองจะต้องเร่งพัฒนาให้เป็นระบบ มีคุณภาพมาตรฐานที่ชัดเจน รวมทั้งเร่งตรวจสอบและพัฒนาให้องค์ความรู้มีความชัดเจนและนำมาใช้ประโยชน์ หากสามารถทำงานทั้งสองด้านไปพร้อม ๆ กัน เชื่อว่าการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นภูมิปัญญาของชาติจะยั่งยืนอยู่ในระบบสุขภาพได้

ด้านงานการบริการตรวจรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ได้ให้ความสำคัญกับงานเวชกรรมแผนไทยเนื่องจากเห็นว่าเป็นแกนหลักเวชปฏิบัติของการแพทย์แผนไทย เพื่อให้การตรวจวินิจฉัยโรคมีหลักการ มีความชัดเจน ตรวจสอบได้ แพทย์แผนไทยผู้รักษาจะต้องกำหนดหลักการรักษาว่าจะใช้ยาสมุนไพรอะไร เพราะเหตุใด จำเป็นจะต้องใช้หัตถการร่วมด้วยหรือไม่ เท่าที่ผ่านมาคนทั่วไปจะรู้จักหรือเข้าใจว่าการนวดไทยคือการแพทย์แผนไทย เนื่องจากมีการส่งเสริมการเรียนและการให้บริการนวดไทยเป็นอย่างมาก รวมทั้งการผลักดันให้นำการนวดไทยมาใช้สร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น ในทางปฏิบัติจึงมักไม่ให้ความสำคัญกับการตรวจวินิจฉัยโรค ละเลยการติดตามผลการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยมักจะ

ห้องนวดไทย

ไม่พอใจที่จะต้องมีการตรวจวินิจฉัย เห็นว่าเป็นการเสียเวลา ทั้งที่กระบวนการเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการแพทย์แผนไทย

ด้านการผลิตยาสมุนไพร ขณะนี้ศิริราชมีโรงงานผลิตยาสมุนไพรที่ทันสมัยได้รับเกียรติบัตรรับรองมาตรฐานการผลิตตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดี การผลิตยาจากสมุนไพร หรือ GMP มีการควบคุมคุณภาพตั้งแต่ขั้นตอนของวัตถุดิบจนเสร็จสิ้นกระบวนการผลิตยา รวมทั้งมุ่งเน้นพัฒนางานวิจัยซึ่งเป็นส่วนของการพัฒนางานพื้นฐาน เช่น วิจัยและพัฒนาตำรับยาแผนไทย ซึ่งมีสมุนไพรเป็นองค์ประกอบหลายตัวให้มีคุณภาพสม่ำเสมอ และมีการวิจัยลงลึกไปถึงสารประกอบ ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสมุนไพร ฯลฯ การดำเนินการทั้งหมด เพื่อเป็นตัวอย่างให้สังคมมั่นใจในคุณภาพของยาสมุนไพร นอกจากนี้ยังสนับสนุนการปรุงยาให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเป็นองค์ความรู้แบบดั้งเดิมด้วย

ด้านการพัฒนานวัตกรรม ได้มีการสร้างนวัตกรรมจากการทำงานประจำให้มีคุณภาพ ตัวอย่างเช่น ในการสอบภาคปฏิบัติการนวดไทยแบบราชสำนักนั้น ปัญหาที่พบคือ การฝึกแต่งรสมือของนักศึกษา บางคนอาจกดนวดด้วยแรงมากจนเกิดการระบมภายหลัง หรือกดนวดด้วยแรงไม่มากพอก็ไม่สามารถบรรเทาอาการได้ สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์จึงร่วมกับสถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ พัฒนาหุ่นนวดไทยขึ้น โดยหุ่นมีลักษณะเหมือนจริง ติดตั้งระบบเซ็นเซอร์ไว้เพื่อรับแรงกด แล้วแสดงผลลัพธ์เป็นกราฟที่หน้าจอ นักศึกษาจะได้เรียนรู้ว่ากดนวดถูกตำแหน่งหรือไม่ น้ำหนักและลักษณะของแรงที่กดนวดเป็นอย่างไร ถูกต้องหรือไม่ หรือการสอนให้รู้จักสมุนไพร มักพบปัญหาว่าตัวอย่างสมุนไพรที่จัดเตรียมไว้เสียหาย ได้ศึกษาเฉพาะนักศึกษาคนแรก ๆ เท่านั้น สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์จึงพัฒนาตัวอย่างสมุนไพรในเรซิ่น ซึ่งทำให้นักศึกษาใช้เรียนรู้ได้สะดวกขึ้น ไม่เกิดความเสียหายแม้จะดูซ้ำหลาย ๆ ครั้ง หรือการจ่ายยาสมุนไพรให้ผู้ป่วยนำกลับไปต้มที่บ้าน โดยนิยมใส่วัตถุดิบสมุนไพรในภาชนะขนาดใหญ่ เช่น ขวดโหล หรือกระป๋อง เมื่อต้องการใช้ก็หยิบด้วยมือแล้วห่อให้ผู้ป่วย สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ได้พัฒนาให้บรรจุภัณฑ์วัตถุดิบสมุนไพรใหม่ เมื่อทำความสะอาดและอบแห้งแล้ว บรรจุในถุงพลาสติกแบบสุญญากาศ ทำให้หยิบได้สะดวก สะอาด ไม่ชื้น และไม่ปนเปื้อน โดยนวัตกรรมทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น

สวนสมุนไพร

ทั้งนี้ในการรองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์จึงได้เตรียมความพร้อมด้านบุคลากร โดยให้การฝึกอบรมบุคลากรฝ่ายต้อนรับ และแพทย์แผนไทยประยุกต์ให้พูดภาษาอังกฤษ เพื่อให้บริการและสื่อสารให้ชาวต่างชาติที่มาใช้บริการได้รู้จักศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่ไม่ได้มีเฉพาะเรื่องของการนวดเพียงเท่านั้น เพราะโดยส่วนใหญ่ชาวต่างชาติจะรู้จักเรื่องของนวดไทยอยู่แล้ว แต่ในขณะเดียวกันก็อยากให้รู้จักเรื่องทฤษฎี เรื่องของหลักการด้วยเช่นกัน โดยพยายามชูเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะหลักของแพทย์แผนไทยจะมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมเป็นสำคัญ

ไม่เพียงเท่านั้น ปัจจุบันยังผสานความร่วมมือระหว่างแพทย์แผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยขณะนี้แพทย์แผนปัจจุบันรู้จักแพทย์แผนไทยมากขึ้น เพราะฉะนั้นความร่วมมือกันในการศึกษาวิจัยจึงมีมากขึ้น ทุกโครงการจะมีการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์แผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ได้ทำเดี่ยว ๆ เพราะนำเอาความรู้ที่มีทั้งหมดมาตอบคำถามร่วมกัน

“แพทย์แผนไทยจะต้องอยู่อย่างมั่นคง ความมั่นคงที่ว่านี้คือความมั่นคงทางวิชาการ โดยแพทย์แผนไทยจะต้องอยู่บนพื้นฐานวิชาการ ไม่เช่นนั้นความรู้ก็จะตายไป ไม่สามารถพัฒนาต่อได้ แต่จะพัฒนาต่อไปอย่างไรนั้น จากนี้คงเป็นเรื่องของอาจารย์รุ่นใหม่ ๆ น้อง ๆ รุ่นใหม่ที่มีความรู้ ความสามารถที่เราได้สร้างขึ้น ที่ต้องช่วยกันพัฒนาต่ออย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อให้การแพทย์แผนไทยประยุกต์เติบโตอย่างยั่งยืน” **รศ.นพ.ทวี** กล่าวทิ้งท้าย

• กองบรรณาธิการ

สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) จัดประชุมวิชาการ

Contemporary management of complicated pregnancy

สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) จัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 Contemporary management of complicated pregnancy การดูแลภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์แบบร่วมสมัย ระหว่างวันที่ 7-9 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุม Grand A-B โรงแรมเดอะเฮอริเทจ พัทยา บีช รีสอร์ท จ.ชลบุรี หวังให้แพทย์ พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานด้านสูติศาสตร์ และผู้สนใจสามารถนำความรู้กลับไปใช้ได้จริง

พล.อ.ต.ผศ.นพ.วิบูลย์ เรืองชัยนิคม ประธานฝ่ายจัดประชุมวิชาการ กล่าวว่า สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) จัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นศูนย์กลางที่จะเผยแพร่ความรู้ วิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าเกี่ยวกับการดูแลมารดาและทารกในครรภ์ และเป็นที่พบปะสังสรรค์ในหมู่สมาชิก ซึ่งต้องยอมรับว่าในประเทศไทยยังมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์สูง และเป็นปัญหาหลักของการฟ้องร้อง โดยเฉพาะแพทย์ในต่างจังหวัดซึ่งน่าเห็นใจมาก เนื่องจากภาระงานค่อนข้างหนัก ทำให้แพทย์มีข้อจำกัดในการค้นคว้าและวิจัยเพื่อให้ได้แนวทางใหม่ ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทางสมาคมฯ ได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงเข้ามาช่วยเหลือตรงจุดนี้ ในการช่วยเหลือแพทย์พยาบาลตามภูมิภาคต่าง ๆ ให้ได้รับความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการดูแลมารดาตั้งครรภ์ ซึ่งจะเกิดประโยชน์ทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

สำหรับการประชุมวิชาการในครั้งนี้ถือเป็นการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ ซึ่งจัดขึ้นปีละครั้ง โดยหัวข้อการประชุมได้คัดเลือกจากปัญหาที่มีผู้เข้าร่วมประชุมในปีที่ผ่าน ๆ มา เสนอขึ้นมา ในปีนี้ได้หยิบยกปัญหาหลักของการดูแลมารดาตั้งครรภ์ในปัจจุบันคือ จะทำอย่างไรที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่มีปัญหาให้ได้มากที่สุด เพื่อให้ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ปลอดภัย จึงเป็นที่มาของหัวข้อการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 Contemporary management of complicated pregnancy การดูแลภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์แบบร่วมสมัย ซึ่งจะจัดขึ้นในวันที่ 7-9 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุม Grand A-B โรงแรมเดอะเฮอริเทจ พัทยาบีช รีสอร์ท จ.ชลบุรี

โดยเนื้อหาของการประชุมวิชาการจะครอบคลุมการดูแลภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด จนถึงหลังคลอด ซึ่งทุกหัวข้อที่คัดเลือกมาจะมีความสำคัญทั้งหมด โดยจะแบ่งเป็น Symposium 9 หัวข้อ และมี Workshops 4 หัวข้อ ได้แก่ Neonatal resuscitation, Counseling for thalassemia, Counseling for Down syndrome, Common pitfalls in labor room นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมส่งผลงานทางวิชาการเข้าประกวดร่วมชิงรางวัลในรูปแบบ Poster presentation เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีการพัฒนางานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ส่วนวิทยากรที่มาร่วมบรรยายในการประชุมวิชาการในครั้งนี้จะสรรหามาจากผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี เป็นต้น ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นวิทยากรผู้มีความชำนาญในแต่ละด้านที่พร้อมจะถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมได้มากที่สุด ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายของการประชุมวิชาการครั้งนี้คือ แพทย์ พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานด้านสูติศาสตร์ ตั้งเป้าว่าจะมีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 800 คน ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับหน่วยคะแนน CME และ CNEU ด้วย

พล.อ.ต.ผศ.นพ.วิบูลย์ กล่าวเพิ่มเติมว่า "ในปัจจุบันต้องยอมรับว่าตามภูมิภาคหรือโรงพยาบาลขนาดเล็กในต่างจังหวัดยังมีปัญหาทางด้านการดูแลภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ค่อนข้างมาก แม้ว่าภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในประเทศไทยจะคงที่ แต่เนื่องจากผู้ป่วยและญาติเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่ายขึ้น ทำให้เกิดความคาดหวังค่อนข้างสูง จึงจำเป็นต้องติดอาวุธให้ผู้ที่ทำงานทางด้านสูติศาสตร์ให้มีความรู้และประสบการณ์มากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ให้ได้มากที่สุด แม้ว่าในทางการแพทย์จะไม่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ให้กลายเป็นศูนย์ได้ แต่เราก็จะพยายามทำให้ดีที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ และไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้นทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ"

"จุดแข็งอย่างหนึ่งของการประชุมวิชาการของทางสมาคมฯ คือ ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับข้อมูลอย่างเต็มที่และสามารถนำข้อมูลเหล่านั้นกลับไปใช้ปฏิบัติได้จริง จึงทำให้มีผู้เข้าร่วมงานประชุมของทางสมาคมฯ มากขึ้นทุก ๆ ปี ซึ่งในปีที่ผ่าน ๆ มามักจะมีผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมงานมากเกินกว่าที่ทางสมาคมฯ จะสามารถรับได้ ดังนั้นผู้สนใจควรรีบสมัครเข้ามาก่อน นอกจากอัตราค่าลงทะเบียนจะถูกกว่าแล้ว ยังมั่นใจด้วยว่าจะเข้าร่วมงานประชุมได้" **พล.อ.ต.ผศ.นพ.วิบูลย์** กล่าวทิ้งท้าย

ผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูล และสมัครลงทะเบียนได้ที่ คุณพรธวัล บุญชนะทองเลิศ สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2718-1489, 08-7695-7659 โทรสาร 0-2718-1488 E-mail: por.boon@hotmail.com, mfm_th@yahoo.com Website: www.thai-smfm.com

ดร.นพ.ฉัตรชัย สวัสดิไชย

คุณหมอผู้บุกเบิกด้านการแพทย์แผนไทย มาสู่งานวิจัยที่พิสูจน์ได้จริง

การแพทย์แผนไทย วิถีการดูแลสุขภาพสมัยดั้งเดิมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีวิถีการปฏิบัติของคนไทย เพื่อการดูแลสุขภาพ การบำบัดรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุต่าง ๆ ในร่างกายเข้ามาอธิบาย วิถีทางการแพทย์แผนไทยถือเป็นภูมิปัญญาแห่งชาติ ภูมิปัญญาของท้องถิ่นที่มีการถ่ายทอดองค์ความรู้สืบต่อกันมายาวนานกว่าหลายพันปี เป็นมรดกทางวัฒนธรรมของประเทศที่ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น ซึ่งอาจจะมีการกระจัดกระจายหรือสูญหายไป แต่ทว่าในปัจจุบันได้มีการสนับสนุนฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยกันอย่างกว้างขวาง ดังจะเห็นได้จากการที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนให้นำการแพทย์แผนไทยมาเปิดรักษาในโรงพยาบาลจนเป็นที่ยอมรับ โดยหนึ่งในโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จจนเป็นที่รู้จักในมาตรฐานการรักษาด้วยวิถีทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ **คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จ.จันทบุรี ซึ่ง ดร.นพ.ฉัตรชัย สวัสดิไชย นายแพทย์เชี่ยวชาญ คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เจ้าของรางวัลบุคคลดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. 2556** คุณหมอผู้ซึ่งบุกเบิกคลินิกการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จ.จันทบุรี ได้เล่าให้ฟังถึงจุดเริ่มต้นของการเปิดคลินิกให้ฟังว่า

สมัยที่ผมดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2548 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบูรณาการเสริมไปกับสถานบริการแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่ต้องสั่งซื้อจากต่างประเทศเพิ่มขึ้นทุกปี รวมถึงทางโรงพยาบาลได้จัดตั้งคลินิก

เวชปฏิบัติทั่วไปดูแลในส่วนของ primary care เพื่อลดภาระงานของแผนกอายุรกรรม ทำให้เราต้องเสาะแสวงหาองค์ความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนไทยว่ามีอะไรบ้าง และจากการที่เราได้ไปศึกษาดูงานจากการจัดงานมหกรรมสมุนไพรในขณะนั้น เราได้พบกับแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะเปิดคลินิกในจังหวัดจันทบุรี จึงชักชวนให้อาจารย์มาเปิดคลินิกแพทย์แผนไทยรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยเราทำหน้าที่ในการดูแลติดตามประเมินผลการรักษา พบว่ามีหลาย ๆ โรคที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยสมุนไพรได้ผลดี โดยในผู้ป่วยบางรายเราอาจใช้บูรณาการทางการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาร่วมด้วยตามความเหมาะสมของคนไข้แต่ละคน

"จากการติดตามผลการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยของคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่าได้ผลน่าพอใจ ประชาชนมีแนวโน้มใช้บริการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคตับแข็งและโรคสะเก็ดเงิน ผลการศึกษาวิจัยการใช้ยาหม้อตำรับ "พัทธะปิตตะ" ซึ่งมีสมุนไพร 8 ชนิด รักษาโรคตับแข็ง และการใช้ยาหม้อตำรับ "วรรณฉวี-เทพรังษี" รักษาโรคสะเก็ดเงิน ระหว่างการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันพบว่าได้ผลดี เป็นข้อพิสูจน์ยืนยันถึงประสิทธิภาพของยาสมุนไพรไทยในการรักษาโรคเรื้อรัง"

ดร.นพ.ฉัตรชัย กล่าวเพิ่มเติมว่า โรคตับแข็งเป็นโรคเรื้อรัง เกิดจากเนื้อตับมีการอักเสบ เกิดเนื้อเยื่อพังผืดรัดแข็ง มีคนไทยเสียชีวิตประมาณ 21,833 รายต่อปี มักพบในเพศชายและอยู่ในวัยแรงงาน ส่วนใหญ่มักมีประวัติเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา มักมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องโต แน่นท้อง ขาบวม กินไม่ได้ จากการศึกษาใช้ยาสมุนไพรตำรับ "พัทธะปิตตะ" รักษาโรคนี้ ซึ่งมีสมุนไพร 8 ชนิดเป็นหลัก เช่น หัวเต่ารั้ง หัวเต่าเกียด กำแพง 7 ชั้น หัวข้าวเย็นเหนือ หัวข้าวเย็นใต้ เป็นต้น แต่อาจเปลี่ยนสมุนไพรบางตัวให้เหมาะสมกับผู้ป่วยบางคน โดยต้มยา 1 ห่อต่อ 1 สัปดาห์ กินติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการรักษาปรากฏว่าท้องและขายุบบวม ผลตรวจเลือดพบการทำงานของตับดีขึ้น และดีขึ้นจนเข้าสู่ระดับปกติในเดือนที่ 5 และต้องกินยาสมุนไพรต่อเนื่องจนครบ 8 เดือนจึงหยุดยาต้ม และยังคงให้รับประทานยาบำรุงตับต่อ ซึ่งเป็นยาสมุนไพรตำรับต่อไป ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยโรคตับแข็งมารับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าจำนวน 3,171 ราย รับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย 456 ราย หรือร้อยละ 14 จากการติดตามผลการรักษาเกือบทั้งหมดอาการดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาตามหลักการแพทย์แผนไทยจำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 1,424 บาท ตลอดการรักษารายละประมาณ 17,088 บาท หากรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบันจะตกประมาณ 24,000 บาท สำหรับโรคสะเก็ดเงินซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเช่นกัน เกิดจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมการสร้างผิวหนัง ทำให้ผิวหนังอัดแน่นและหนา ตกสะเก็ดเร็วประมาณ 3-4 วัน โรคนี้รักษาไม่หายขาด แต่ช่วยให้อาการดีขึ้นทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย หากผู้ป่วยมีอาการเครียด ดื่มสุราเป็นประจำ หรือรับประทานของดองของคาว ก็อาจทำให้โรคกำเริบขึ้นได้ ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยที่รักษากับแพทย์แผนปัจจุบันประมาณ 3,000 ราย มีผู้ป่วยรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทยจำนวน 422 ราย โดยใช้ยาสมุนไพรตำรับชื่อว่า "วรรณฉวี-เทพรังษี" ซึ่งมีสมุนไพร 7-14 ชนิด เช่น โกฐหัวบัว โกฐกระดูก เทียนดำ เทียนข้าวเปลือก หัวตะเพียด หัวหนอนตายหยาก หัวข้าวเย็นเหนือ หัวข้าวเย็นใต้ เป็นต้น ผลการรักษาส่วนใหญ่ร้อยละ 72 อาการดีขึ้น และอาการดีมาก รอยโรคสะเก็ดที่ผิวหนังทั่วตัวหายไปทั้งหมดประมาณร้อยละ 20 สร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วยมาก ค่ารักษาตกรายละประมาณ 1,000 บาทต่อเดือน ใช้เวลา 6-8 เดือน หากใช้ยาแผนปัจจุบันรักษาจะตกรายละ 10,000-16,800 บาทต่อปี

ดร.นพ.ฉัตรชัย ยังกล่าวถึงจุดเด่นของการรักษาด้วยวิถีทางการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกว่า ลักษณะเด่นของการรักษาแบบแพทย์แผนไทยคือ การรักษาแบบองค์รวม กาย จิตวิญญาณ ครอบครัว ชุมชน ดูในภาพรวมทั้งหมด โดยดูว่าเขาจะมีปัญหาอะไรที่เข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง เราต้องจับให้หมด และหาทางในการที่จะทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเขาทั้งหมดให้คลี่คลาย โดยเราจะให้เวลาในการดูแลรักษาผู้ป่วยค่อนข้างนาน และให้ความสำคัญในเรื่องของอาหาร

สภาพแวดล้อม รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยอย่างละเอียดทำให้การรักษาของแพทย์แผนไทยมีความใกล้ชิด ผู้ป่วยไว้วางใจ นอกจากนี้เราก็มีการให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย โดยการหาต้นแบบผู้ป่วยที่เคยรักษาแล้วดีขึ้นเพื่อมาเป็นโมเดลให้แก่ผู้ป่วยคนอื่น ๆ เพื่อที่เขาจะได้มีกำลังใจในการรักษา ซึ่งผลตอบรับจากคนไข้ตั้งแต่เริ่มต้น เราไม่เคยโฆษณา แต่คนไข้ที่มารักษาจะมาด้วยการบอกปากต่อปาก

สำหรับภาพรวมของแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในปัจจุบัน **ดร.นพ.ฉัตรชัย** กล่าวว่า ทางกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้พยายามที่จะค้นหาแพทย์แผนไทยหรือแพทย์พื้นบ้านที่มีความสามารถจริง ๆ มายกย่องเชิดชู รวมทั้งอนุรักษ์องค์ความรู้และเก็บองค์ความรู้นั้นเพื่อนำมาใช้และถ่ายทอดให้กับเยาวชนรุ่นหลัง โดยเรามีการกระจายไปตามจังหวัดต่าง ๆ ให้ช่วยกันค้นหา ประเมินผลติดตามการรักษาพยาบาลเพื่อนำมาขึ้นทะเบียนรับใบประกอบโรคศิลปะเพื่อให้แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเป็นที่ยอมรับในมาตรฐานเดียวกัน และจากการที่ผมได้มีโอกาสไปจัดทำการสนทนากลุ่มแพทย์แผนไทยที่ผ่านการประเมินประมาณ 20 คน โดยใช้โรคสะเก็ดเงินเป็นเกณฑ์ พบว่าแพทย์แต่ละคนที่มาจากแต่ละภูมิภาคมียาสมุนไพรตำรับที่ใช้ในการรักษาโรคสะเก็ดเงินหลากหลายมาก เฉพาะในที่ประชุมกลุ่มวันนั้นได้ยารักษาโรคสะเก็ดเงินประมาณ 22 ตำรับ แต่ทุกตำรับก็เป็นกลุ่มยาประเภทเดียวกัน ใช้การวินิจฉัยในแนวทางเดียวกัน ซึ่งทุกตำรับที่เสนอมาล้วนถูกต้องตามตำรา สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าองค์ความรู้ต่าง ๆ ทางการแพทย์แผนไทยเป็นองค์ความรู้ที่มาจากต้นตอเดียวกัน แต่ได้กระจายออกไปตามภูมิภาคต่าง ๆ และมีการปรับใช้ยาตามที่มีอยู่ในภูมิภาคของตนเองโดยมีการรวบรวม บันทึก และจารึกไว้จริง และมีผู้เล่าเรียนสืบต่อกันมาจนแพร่หลายไป แต่ทั้งที่จริงแล้วก็มาจากต้นตอเดียวกัน

นอกจากนี้ **ดร.นพ.ฉัตรชัย** ยังกล่าวถึงจุดอ่อนของแพทย์แผนไทยด้วยว่า จุดอ่อนของการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกคือ องค์ความรู้ทางแพทย์แผนไทยยังขาดการบันทึกผลการรักษาในทำนองของการเก็บข้อมูลแล้วรวบรวมเป็นผลงานวิจัย เพราะฉะนั้นผู้ที่สนใจจะเข้าไปช่วยอนุรักษ์ความรู้ทางแพทย์แผนไทยจะต้องติดตามหาข้อมูลและรวบรวมจดบันทึกเอง ซึ่งขณะนี้สิ่งที่ผมทำได้คือพยายามเก็บรวบรวมองค์ความรู้ที่ยังขาดโดยรวบรวมจากที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า เขียนเป็นรูปแบบของงานวิจัย และนำไปเผยแพร่ตามที่ต่าง ๆ ทุกทาง โดยเฉพาะการวิจัยเรื่องโรคสะเก็ดเงินซึ่งเป็นงานวิจัยที่ใช้รูปแบบการวิจัยแบบแผนปัจจุบัน เพื่อให้งานวิจัยออกมาได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ เพื่อให้ผู้อื่นที่สนใจสามารถใช้เป็นเอกสารอ้างอิงได้

สุดท้ายนี้ **ดร.นพ.ฉัตรชัย** ได้กล่าวถึงเป้าหมายที่ตั้งใจให้ฟังว่า เป้าหมายสูงสุดที่ผมตั้งความหวังไว้คือ ผมอยากให้แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

เป็นแพทย์ที่ให้บริการด้านสุขภาพเคียงคู่กับแพทย์แผนปัจจุบันทุกระดับ ซึ่งจากประสบการณ์ที่ผมทุ่มเททำงานทางด้านนี้มากว่า 8 ปี ผมเห็นว่าแพทย์แผนไทยเป็นองค์ความรู้ที่ได้ถ่ายทอดกันมายาวนานและปลอดภัย มีสรรพคุณที่ดีจริง ๆ และสามารถใช้ในหลาย ๆ โรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาได้ จึงอยากขอให้ทุกคนเชื่อมั่น ช่วยกันประคับประคองและเป็นกำลังใจ เห็นในความดีงามของศาสตร์แผนนี้ และช่วยให้ศาสตร์แผนนี้เจริญควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นสมบัติของประเทศชาติสืบต่อไป

• นพ.พินิจ กุลละวณิชย์

สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

การใช้เครื่องหมายกาชาด

ขณะนี้มีการใช้เครื่องหมายกาชาดอย่างไม่ถูกต้อง ทั้งจากแพทย์เอง วงการแพทย์ และบุคลากรอื่น ๆ คงเนื่องมาจากทั้งแพทย์ วงการแพทย์ และบุคลากรทั่ว ๆ ไปไม่ทราบข้อมูลในการใช้เครื่องหมายกาชาดที่ถูกต้อง แม้แต่แพทย์เอง หลายท่านยังคิดว่าเครื่องหมายกาชาดนั้น แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ทั่ว ๆ ไปที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของสภากาชาดสามารถใช้ได้ ทางสภากาชาดไทยได้พยายามประชาสัมพันธ์เรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง แต่ต่อไปนี้คงต้องทำมากยิ่งขึ้น บ่อยขึ้นตลอดเวลา เช่น อาจขอให้มีการสอนเกี่ยวกับเรื่องนี้ในทุกโรงเรียน กฎเกณฑ์ดังต่อไปนี้สภากาชาดไทยไม่ได้เป็นผู้ตั้งหรือวางกฎ แต่เป็นกฎของกาชาดสากลที่ทุกประเทศที่มีกาชาดจะต้องปฏิบัติดังที่จะกล่าวต่อไปนี้

เครื่องหมายกาชาดเป็นเครื่องหมายที่ได้การรับรองตามความแห่งอนุสัญญาเจนีวา ลงวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2492 ซึ่งกำหนดการใช้เครื่องหมายกาชาดอย่างถูกต้อง มีดังนี้

1. ใช้เพื่อการบ่งชี้ (ในยามสงบ)

- จะต้องมีเครื่องหมายและชื่อองค์กรที่เกี่ยวข้องปรากฏอยู่ด้วยกัน
- ไม่สามารถใช้เครื่องหมายกากบาทอย่างเดียวที่ปลอกแขน ต้องใช้ตราสัญลักษณ์สภากาชาดไทย
- ใช้เพื่อบ่งชี้ว่าบุคคลหรือสิ่งของต่าง ๆ เป็นของหน่วยงานองค์กรกาชาดและเสี้ยววงเดือนแดง
- เครื่องหมายจะต้องมีขนาดเล็ก

2. ใช้เพื่อการคุ้มครอง (ในยามสงคราม)

- เจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ของหน่วยงานกาชาด
- บุคลากรทางการแพทย์ของกองทัพ
- หน่วยบริการทางการแพทย์ บุคลากรด้านศาสนา และองค์กรมนุษยธรรมอื่น ๆ อาจสามารถใช้เครื่องหมายกาชาดได้ แต่ต้องได้รับการยินยอมจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- ขนาดของเครื่องหมายจะมีขนาดใหญ่ เห็นเด่นชัด
- ต้องเป็นเครื่องหมายกาชาดเท่านั้น ไม่ต้องมีชื่อองค์กรหรือตัวอักษรอื่นใด

ประเทศไทยได้ลงนามรับรองอนุสัญญาเจนีวาฉบับนี้ และได้ตราพระราชบัญญัติสภากาชาดไทย พ.ศ. 2499 กำหนดผู้มีสิทธิการใช้ การคุ้มครอง และบทลงโทษเกี่ยวกับการใช้เครื่องหมายกาชาด ในมาตรา 9 , 10 และมาตรา 11 ดังนี้

"มาตรา 9 ผู้ใดใช้เครื่องหมายกาชาดหรือนามกาชาดโดยไม่มีสิทธิตามอนุสัญญา หรือตามพระราชบัญญัตินี้ มีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ"

"มาตรา 10 ผู้ใดใช้เครื่องหมายกาชาดหรือถ้อยคำใด ๆ เลียนแบบเครื่องหมายกาชาด หรือนามกาชาด หรือคล้ายคลึงเครื่องหมายหรือนาม เช่นว่านั้น จนอนุมานได้ว่าทำเพื่อหลอกลวงประชาชน มีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ"

"มาตรา 11 ผู้ใดกระทำความผิดตามที่ระบุไว้ในมาตรา 9 หรือมาตรา 10 ด้วยความมุ่งหมายทางการเงิน หรือทางการพาณิชย์ใด ๆ ประทับเครื่องหมายกาชาด หรือนามกาชาดลงบนสินค้าเพื่อขาย เป็นต้นว่า ฉลาก หรือเครื่องหมายการค้า มีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินสองพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ"

จึงขอเรียนให้ท่านผู้อ่านทุกท่าน โดยเฉพาะบุคลากรในวงการแพทย์โปรดกรุณารับทราบ และกระจายข้อมูลนี้ให้กว้างที่สุดเท่าที่จะทำได้

ผศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง •
ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

เมื่อไม่นานมานี้ ฉันมีโอกาสไปประชุมที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ทันทีที่ฉันเดินเข้าไปก็รู้สึกตื่นตาตื่นใจกับการตกแต่งภายในของอาคาร ซึ่งสื่อถึง healing environment ได้อย่างชัดเจน เพราะทั้งเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และสร้างแรงบันดาลใจได้ไปพร้อมกัน

ภายในอาคารมีการตกแต่งรูปปั้นนกและต้นไม้อยู่ทั่วไป ทำให้บรรยากาศเย็นตาเย็นใจ บันไดทางขึ้นก็ทำให้เป็นกระจกอยู่ในที่โล่ง ทำให้เห็นภายในอาคารได้อย่างโปร่งโล่งตา... ไม่ใช่บันไดที่แอบซ่อนอยู่ในซอกแคบ ๆ อีกต่อไป... จนทำให้รู้สึกอยากเดินขึ้นลงบันไดอย่างไม่รู้จบเพราะมีสิ่งเพลินตาเพลินใจตลอดการเดิน

ลิฟต์ก็เป็นลิฟต์แก้วที่เมื่อยิ่งขึ้นไปสูงก็จะเห็นบรรยากาศของสวนและตึกในมุมสูงโดยรอบ

มีมุมกระตุ้นให้คิด เช่น ภาพพระพุทธรูปที่นั่งสมาธิอยู่ 3 องค์ โดยที่องค์แรกจะเห็นรูปลักษณ์ใบหน้าแขนขาชัดเจน องค์ที่ 2 แขนขาเริ่มแนบไปกับลำตัวเป็นเนื้อเดียวกัน ส่วนองค์สุดท้ายไร้รูปหน้า และแขนขาแนบกับลำตัว

จนเป็นสิ่งเดียวกัน ทำให้ฉันคิดได้ว่าการเข้าถึงสมาธิที่แท้จริงก็ทำให้เราไร้ตัวตนและรูปร่างในที่สุด... จนเกิดเป็นความนิ่งสงบในใจของฉันอยู่ชั่วครู่หนึ่ง

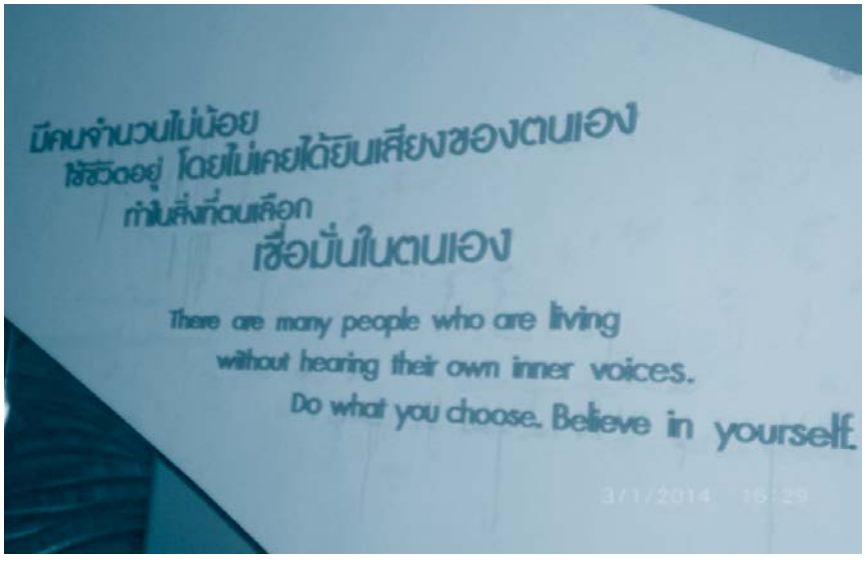
ห้องประชุมก็ตกแต่งเป็นผนังไม้ที่มีกระจกล้อมรอบ ทำให้สามารถปล่อยสายตาให้ทอดมองออกไปยังสวนและท้องฟ้าไกล ๆ ได้ อันทำให้รู้สึกผ่อนคลายในขณะกำลังประชุมอย่างเคร่งเครียดได้เป็นอย่างดี

ห้องสมุดก็ออกแบบให้มีผนังสีขาวดูสว่างตาและมีกระจกล้อมอยู่หลายแห่งเพื่อให้นักอ่านทั้งหลายได้พักผ่อนสายตามองออกไปยังสวนสวยท้องฟ้าใส ๆ หรือบ้านเรือนของผู้คนที่อยู่รายรอบ

หิ้งหนังสือต่าง ๆ ถูกวางกระจายตามจุดต่าง ๆ ของห้องสมุดอย่างไม่เป็นระเบียบ ช่างดูแตกต่างจากห้องสมุดในอดีตที่มีตู้หรือหิ้งหนังสือวางเรียงกันอยู่แถบหนึ่งเป็นทิวแถวจนดูน่าอึดอัด นอกจากนี้ยังมีที่นั่งเอนให้นอนอ่านหนังสือตามมุมห้อง

รวมทั้งมีห้องส่วนตัวที่ภายในมีทีวีและเบาะนอนเอน เพื่อศึกษาหรือดูทีวีผ่อนคลายตามลำพัง

ฉันเข้าไปดูนิทรรศการที่จัดอยู่ชั้น 1 เป็นนิทรรศการที่จัดเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ ลักษณะเป็นห้องที่มีการสร้างอุโมงค์หวายไว้ภายใน ผู้เข้าชมนิทรรศการต้องเดินเข้าไปในอุโมงค์หวายนั้น ซึ่งภายในจะตกแต่งคำคมเพื่อเตือนใจบางอย่าง ดังนี้



ภายในอุโมงค์หวายนั้นจะมีจุดพักกลางทางเพื่อดูวิดีโอ วิดีโอที่ฉันได้ดูเป็นเรื่อง “เก็บยิ้ม” ซึ่งเป็นหนังสั้นที่ได้รับรางวัลจากงาน Disability Film Award 2008 เป็นหนังของคุณโสภณ ฉิมจินดา ซึ่งเป็นผู้พิการขาทั้ง 2 ข้าง คุณโสภณเล่าว่า ในสมัยก่อนเขาชอบเดินทางท่องเที่ยวเพื่อถ่ายรูป จนต่อมาประสบอุบัติเหตุพิการขาทั้ง 2 ข้าง ทำให้เดินไม่ได้ แต่จนถึงปัจจุบันเขาก็ไม่เคยให้ข้อจำกัดของความพิการมาทำลายโอกาสในการเดินทางท่องเที่ยวที่เขารักได้เลย ปัจจุบันเขายังคงเดินทางไปตามที่ต่าง ๆ เพื่อเก็บภาพรอยยิ้มของผู้คนที่หลากหลายเอาไว้ มีคำพูดหลายคำที่ทำให้เราเกิดแรงบันดาลใจได้ไม่ยาก

“รอยยิ้มเป็นความสุขพื้นฐานของคน”

“เราไม่ควรปล่อยให้เสียงของข้อจำกัดดังเกินกว่าเสียงภายในใจของเรา”

ใกล้ปลายทางออกของอุโมงค์หวายแห่งนั้น จะมีภาพลูกโลกใบหนึ่งอยู่ที่ผนัง ด้านหน้าของลูกโลกมีกล้องถ่ายรูปติดอยู่บนเพดาน เมื่อเราเงยหน้าไปยังกล้องที่เพดานพร้อมกับกดปุ่มถ่ายภาพ ก็จะปรากฏภาพของเรายืนยิ้มอยู่บนโลกใบนี้

หลังจากเดินออกจากอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะแล้ว ฉันรู้สึกชุ่มชื่นใจและสุขใจเป็นอย่างมาก ฉันเริ่มค้นหา website ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะที่ http://resource.thaihealth.or.th/media/knowledge/13865 และพบว่ามีหนังสือดี ๆ ที่เป็น e-book แจกให้อ่านฟรีทางอินเตอร์เน็ตมากมาย

ฉันจึงอยากเชิญชวนให้ผู้สนใจลองแวะเวียนไปดูอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ และ website เพื่อคุณ ๆ จะได้รู้สึกสุขใจ และเกิดแรงบันดาลใจขึ้นบ้าง... เหมือนฉัน

พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา •
ประธานสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ ?

(ตอนที่ 2)

วิวัฒนาการของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค จากเริ่มต้นจนปัจจุบัน

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินการตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยการเริ่มต้นจากแนวคิดของกลุ่มสมาชิกชมรมแพทย์ชนบท ซึ่ง นพ.วิชัย โชควิวัฒน อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็น “พี่ใหญ่ของชมรมแพทย์ชนบท” ได้เขียนเล่าไว้ในนิตยสาร “แพทยสภาสาร” ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน พ.ศ. 2551 ใจความว่า นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งในขณะนั้นดำรงตำแหน่งรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ไปนำเสนอโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น และใช้เวลาเพียง 45 นาทีในการอธิบายแนวทางในการดำเนินการของโครงการนี้ ซึ่ง พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ได้ตกลงให้เดินหน้าโครงการนี้ทันที โดยการเสนอ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้รับตำแหน่งเป็นเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นคนแรก ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จะต้องนำไปจ่ายให้แก่สถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ได้รักษาผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การดำเนินการในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่เริ่มต้นก็คือ ในจำนวนประชาชนไทยทั้งประเทศ 63 ล้านคนนั้น มีประชาชนที่ได้รับสิทธิ์ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียง 47 ล้านคนเศษดังกล่าวแล้ว (ประมาณการเฉพาะตัวเลขกลม ๆ) ประชาชนที่มีสิทธิ์ในระบบนี้ได้รับการตรวจรักษาสุขภาพโดยเสียค่าใช้จ่ายเพียงครั้งละ 30 บาท โดยยกเว้นสำหรับผู้มีรายได้น้อยประมาณ 20 ล้านคนที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ต่อมาภายหลังจากที่รัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ถูกรัฐประหารจากทหารในวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2549 รัฐบาลที่ตั้งขึ้นภายหลังการปฏิวัติได้ยกเลิกการจ่ายเงิน 30 บาท ทำให้ประชาชนที่มีสิทธิ์ทั้งหมดประมาณ 47 ล้านคนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดในการไปรับการตรวจรักษา (หรือใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เขียนว่า ไปรับบริการสาธารณสุข) ทำให้ประชาชนมีความนิยมชมชอบโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาก เป็นที่กล่าวขวัญว่า โครงการนี้ทำให้ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ได้ชัยชนะอย่างถล่มทลายในการเลือกตั้งสมัยที่ 2

แต่มีการกล่าวหาเรื่องทุจริตคอร์รัปชันอย่างมากมายในรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ทำให้ประชาชนออกมาชุมนุมคัดค้านและขับไล่รัฐบาลอย่างต่อเนื่องหลายเดือน จนทำให้คณะทหารออกมายึดอำนาจ และพ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ต้องหนีออกนอกประเทศ และถูกตัดสินจำคุก 2 ปี ในคดีซื้อที่ดินรัชดา และถูกยึดทรัพย์สินคืนแผ่นดิน 46,000 ล้านบาทในคดีทุจริตอื่น

แต่อย่างไรก็ตาม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ ไม่ว่าจะมีรัฐบาลใหม่หลังจากการเลือกตั้งในปี พ.ศ. 2551 ที่ได้นายสมัคร สุนทรเวช เป็นนายกรัฐมนตรี หรือต่อมาคือรัฐบาลนายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ รวมทั้งรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ต่างก็ยังคงมีการดำเนินการตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายใด ๆ อยู่เหมือนเดิม เนื่องจากทุกรัฐบาลต่างก็กลัวจะเสียคะแนนเสียงและไม่ได้รับความนิยมจากประชาชนเหมือนเดิม

ต่อมาในยุคของรัฐบาลชุดปัจจุบันคือ รัฐบาลของ น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้มีความพยายามที่จะกลับมาเก็บเงินครั้งละ 30 บาทอีกครั้ง แต่ก็ได้รับการต่อต้านจากกลุ่มคนที่เรียกว่า “กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งถ้าดูรายชื่อแล้วก็คือ กลุ่มของ NGO สาธารณสุข ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในกลุ่มของชมรมแพทย์ชนบท และคนเหล่านี้ต่างก็เคยเป็นหรือกำลังเป็นกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย

ถึงแม้นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะพยายามที่จะหาทางออกโดยประกาศให้เก็บเงิน 30 บาทอีกครั้ง ก็จะถูกโจมตีจากคนรักหลักประกันสุขภาพจนในที่สุดก็ประกาศยกเว้นที่จะไม่เก็บเงินอีก 21 กลุ่ม ซึ่งรวมกลุ่มคนที่ไม่ต้องการจะจ่ายเงินก็ได้ !

ผลกระทบของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

1. เป็นโครงการประชานิยมที่ช่วยลดปัญหาความยากจนของประชาชนได้ นโยบาย 30 บาททำให้ประชาชนชอบใจเพราะประหยัดเงินในการไปรับการรักษา โดยประชาชนที่มีสิทธิ์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ต้องจ่ายเงินของตนเองในการรักษาสุขภาพ และ TDRI ได้สำรวจพบว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนี้ เป็นโครงการที่ช่วยลดความยากจนของประชาชนได้ทั้ง ๆ ที่ไม่ใช่โครงการที่มีเป้าหมายที่จะลดความยากจนเลย

2. ประชาชนเรียกร้อง "สิทธิ์ในการได้รับการตรวจรักษา" เนื่องจากว่า ประชาชนที่มีสิทธิ์ในโครงการ 30 บาทนี้มีทั้งประชาชนที่ยากจนและไม่ยากจน แต่ไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายเงินในการไปรับการรักษาในสถานพยาบาลเลย ทำให้ประชาชนบางคนไปเรียกร้องให้แพทย์สั่งยา สั่งการตรวจรักษาที่แพทย์ยังไม่เห็นว่าจำเป็นจะต้องตรวจรักษาหรือให้ยา ทำให้เกิด "ความต้องการการรักษาเทียมหรือยังไม่จำเป็น" โดยที่แพทย์อาจไม่อยากจะโต้แย้งหรือไม่อาจอธิบายให้ผู้ป่วยฟังจนเข้าใจได้ เนื่องจากอาจจะเสียเวลานาน และผู้ป่วยอาจเกิดความเข้าใจผิดว่าแพทย์ไม่ยอมให้การรักษา ซึ่งอาจจะนำไปสู่ความขัดแย้งและอาจทำให้แพทย์ถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องได้ แพทย์จึงยอมทำตามที่ผู้ป่วยเรียกร้องต้องการ อันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นมากเกินความจำเป็น

3. ประชาชนอาจจะไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน จนอาจจะมีผลเสียหายต่อผู้ป่วย อาจจะทำให้มีอาการเรื้อรัง อาการของโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากโรงพยาบาลได้รับงบประมาณในการตรวจรักษาผู้ป่วยจาก สปสช. ไม่เพียงพอสำหรับการรักษาตามมาตรฐานการแพทย์ที่ดีที่สุด และโรงพยาบาลไม่สามารถ "กำหนดราคาการรักษาได้ตามต้นทุนที่ใช้ไปจริง" แต่ สปสช. เองเป็นผู้กำหนดราคากลางของการรักษาที่ต่ำกว่าราคาต้นทุนของโรงพยาบาล (ผู้ซื้อเป็นผู้กำหนดราคาซื้อที่ต่ำกว่าราคาที่จะขายไม่ขาดทุน) แต่เมื่อถึงเวลาจ่ายเงินจริง ผู้ซื้อก็ไม่ได้จ่ายเงินตามราคาที่ผู้ซื้อเองได้ตั้งไว้ กลับจ่ายเงินน้อยลงไปกว่าราคากลางที่กำหนดอีก ทำให้โรงพยาบาลส่วนมากประสบภาวะขาดทุนต่อเนื่องตั้งแต่ปีแรกของการดำเนินโครงการ 30 บาท

เมื่อ สปสช. ไม่สามารถหาเงินงบประมาณมาจ่ายเพิ่มให้แก่โรงพยาบาลได้ สปสช. ก็กล่าวหาว่าแพทย์และโรงพยาบาลใช้เงินฟุ่มเฟือย ไม่ประหยัด สปสช. ก็จะทำงานประสานกับ สวรส. (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) ในการเสนอให้คณะรัฐมนตรีจัดตั้งองค์กรเพื่อพิจารณารายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นคณะกรรมการยาระดับชาติ รวมทั้งตั้งคณะกรรมการไปตรวจสอบการใช้ยาในระบบสวัสดิการข้าราชการ โดยเป็นองค์กรสังกัดกับ สวรส.

คณะกรรมการยาแห่งชาติก็จะพิจารณาจัดรายการยาตามที่คณะกรรมการเห็นสมควรว่าจำเป็นสำหรับการรักษา แต่ไม่ได้เหมาะสมและทันสมัย หรือมีประสิทธิผลสูงสุดในการรักษาอาการป่วยที่ยุ่งยาก ซับซ้อนในโรงพยาบาลระดับสูง และกำหนดให้แพทย์สั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้เฉพาะยาที่มีอยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น จึงทำให้ผู้ป่วยในระบบ 30 บาท ไม่ได้รับยาที่เหมาะสมและทันสมัยที่สุดถ้าเป็นโรคที่ยุ่งยาก ซับซ้อน หรือมีอาการหนัก แต่แพทย์บางคนอาจจะตัดสินใจรักษาผู้ป่วยตามความเชี่ยวชาญเฉพาะ โดยเลือกใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่เมื่อไปเบิกเงินค่ายาจาก สปสช. ไม่ได้ก็ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายนี้เอง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลมีภาระขาดทุนมากขึ้น จนเป็นภาระที่ทำให้ผู้บริหารเกิดความหนักอกหนักใจต่อภาระหนี้สิน และเลิกสั่งยานั้น ๆ เข้ามาไว้สำรองจ่ายในห้องยาของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยในระบบอื่น เช่น สวัสดิการข้าราชการ หรือผู้จ่ายเงินเองไม่ได้รับยานั้นไปด้วย

นอกจากการจำกัดการใช้ยาแล้ว สปสช. ยังมีระเบียบในการจำกัดการใช้เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ หรืออวัยวะเทียมที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วย เนื่องจากงบประมาณที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วย ทำให้หลาย ๆ โรงพยาบาลต้องประสบปัญหาการขาดเงินทุนหมุนเวียนในการจัดซื้อยา เครื่องมือแพทย์ และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ในการรักษาผู้ป่วย

4. ประชาชนบางกลุ่มไม่ได้รับการรักษาในโครงการ 30 บาท เช่น กรณีประชาชนที่ได้รับสารพิษจากบ่อขยะที่สระบุรี หรือประชาชนที่ต้องการตรวจโรคเพื่อไปทำงานต่างประเทศ ทั้งนี้เนื่องจาก สปสช. ปฏิเสธที่จะให้ "บริการสาธารณสุข" แก่ผู้ป่วยเหล่านี้ ทั้ง ๆ ที่ สปสช. โฆษณาเสมอว่า "รักษาทุกโรค"

อ่านต่อฉบับหน้า >>>

รศ.นพ.วิชาญ ยิ่งศักดิ์มงคล
หน่วยศัลยกรรมกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
และภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทางเลือกในการรักษาภาวะกระดูกสันหลังหัก บริเวณช่วงอกและเอว

(Alternative treatments of thoracic and lumbar spine fracture)

ต่อจากฉบับที่แล้ว

ระบบการยึดเกาะกระดูกสันหลังทางด้านหลัง (Posterior spinal systems)

1. Pedicle-Screw-based spinal constructs

Pedicle screw system ทำให้การแก้ไขการผิดรูปของกระดูกสันหลังได้รับการพัฒนาให้การแก้ไขทำได้ผลดีมากยิ่งขึ้น เป็นผลมาจากความแข็งแรงของการยึดเกาะของ pedicle screw ลดอัตราการเข้าไปรบกวนเส้นประสาทภายในช่องไขสันหลัง เมื่อเทียบกับการใช้ lamina hook ที่ต้องเกี่ยวปลายของ hook ผ่าน lamina เข้าไปภายใน spinal canal นอกจากนี้ยังช่วยให้ความจำเป็นในการใส่ instrument ในลักษณะขอบ long fusion ลดลง อีกทั้งโอกาสที่จะมีปัญหา loss of correction ลดลงด้วย[4,21,22-28]

2. Hook-and/or-wire spinal constructs

ระบบนี้แม้จะมีความแข็งแรงในการยึดเกาะด้อยกว่าระบบ pedicle screws[28,29] ในการยึดเกาะทางด้านหลังแต่ก็เป็นที่ยอมรับว่าได้ผลดีใช้ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยรายที่พบว่ามี pedicle ขนาดเล็ก หรือแพทย์ผู้ผ่าตัดไม่มั่นใจหรือไม่คุ้นเคยในการใส่ pedicle screw อย่างไรก็ตาม การใช้ระบบ Hook และ rod segmental instrumentation จำเป็นต้องยึดเกาะกระดูกสันหลังให้ยาวขึ้นคือ เป็นชนิด long segment fixation เนื่องจากความแข็งแรงของการยึดเกาะน้อยกว่า pedicle screw จึงต้องเพิ่มจุดยึดเกาะให้มากขึ้นนั่นเอง ในระบบ rod นั้น หากใช้ transverse connector ร่วมด้วย จะพบว่าเพิ่มความมั่นคงแข็งแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[30,31] ปัจจุบันนี้มีการใช้ sublaminar wiring น้อยลงแม้ว่าจะมีประสิทธิภาพในการยึดเกาะ เนื่องจากความจำเป็นที่ต้องทำ long fusion และ wire นั้นจำเป็นต้องสอดผ่านเข้าไปใน spinal canal ทำให้มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บต่อไขสันหลังหรือเส้นประสาทได้

3. Anterior Spinal Systems

ในกรณีกระดูกหัก fracture ชนิดที่กระดูก body แตกละเอียดมาก (highly comminution) บริเวณ thoracolumbar junction การทำผ่าตัดทางช่องด้านหน้าของกระดูกสันหลัง โดยใช้เทคนิคการวาง strut graft ร่วมกับ instrumentation ทางด้านหน้า พบว่าให้ความแข็งแรงกว่าการผ่าตัดชนิด posterior fixation โดยใช้ pedicle screw[19,20,32,33] และยังพบว่าค่าเฉลี่ยของการ loss of correction กรณีที่ kyphosis นั้นอยู่ระหว่าง 3°-12° รายงานการศึกษารักษาด้วย pedicle screws ในขณะที่ค่านี้อยู่ที่ระหว่าง 1°[34] ถึง 4°[4]

นอกจากนี้อัตราการล้มเหลวของ posterior instrumentation นั้น มีรายงานเฉลี่ยตั้งแต่ 9-54% ในกรณี pedicle screw series ในขณะที่พบแค่ 6% ตามรายงานของ Kaneda anterior spinal system การผ่าตัดทางด้านหน้า (Anterior Approach) นั้นค่อนข้างจะปลอดภัย[35,36] และใช้ได้ผลดีในกรณีที่จำเป็นต้องเลือกวิธีนี้ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด anterior approach เองพบได้ 11.5% นอกจากนี้ยังพบว่ามีอัตราการตาย 0.3%, เป็นอัมพาต (paraplegia) 0.2% และ deep wound infection 0.6%[37]

Kaneda anterior spinal system ถือเป็น prototype ของอุปกรณ์ผ่าตัดทางด้านหน้าของกระดูกสันหลังด้วยวัตถุประสงค์เพื่อให้การ fixation กระทำด้วยความยาวที่สั้นที่สุด เพื่อจะคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนที่เหลือ

ความสำเร็จของการรักษาโดย anterior instrumentation ในภาวะกระดูกหักนี้ขึ้นกับปัจจัยสำคัญคือ สามารถจัดเรียง vertebral body ที่หักได้เพียงพอที่จะรับน้ำหนักได้ดีหรือไม่ หากจะใช้ allograft แทน vertebral body ก็ควรใช้ graft ที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่ขนาดใกล้เคียงกับ vertebral body เพื่อจะได้อัดแน่นในช่องว่าง vertebrectomy gap อาจจะใช้เป็น graft ชนิด Autologous bone strut ได้แก่ Tricortical iliac crest graft หรือใช้กระดูก fibula ของผู้ป่วยเองก็มีรายงานว่าได้ผลดี[31] แต่ไม่ควรใช้ ribs มาทำหน้าที่เป็น strut graft เนื่องจากความสามารถในการรับน้ำหนักไม่เพียงพอ[37] นอกจากนี้มีรายงานการใช้ allograft เช่น femoral ring หรือ fibula strut ก็ได้ผลดีเช่นกัน หากจำเป็นต้องรีบทำผ่าตัดและไม่มี autograft เผื่อไว้ ข้อเสียของ allograft คือ เกิดการเชื่อมติดกับ host bone ช้ามากเมื่อเทียบกับ autograft[38] นอกจาก graft ที่กล่าวมาแล้วยังมีรายงานการใช้วัสดุอื่นมาแทน bone graft เพื่อมาทำหน้าที่เป็น strut graft ได้แก่ Titanium cage, Bioceramics, Carbon cage[39]

ปัจจัยที่มีผลต่อการล้มเหลวของโลหะยึดเกาะทางด้านหน้าได้แก่ การใช้ strut graft ขนาดไม่เหมาะสม (ไม่แน่นพอดีกับ resection gap) และการยึดของ implant ไม่แน่นหนาพอ อย่างไรก็ตาม failure ของ implant ทางด้าน anterior นั้น พบว่าไม่มีความจำเป็นใด ๆ ที่จะต้องไปผ่าตัดเอาโลหะนั้นออก แต่ให้แก้ไขได้โดยการทำ posterior instrumentation และ fusion โดยทำเป็น short fixation คือ one above/one below ก็เพียงพอแล้ว[31,40]

การประเมินการหายของกระดูกหัก (Bone or fracture healing)

การประเมิน fusion mass ที่น่าเชื่อถือที่สุดคือ การผ่าตัดเข้าไปดู (Surgical exploration) แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ไม่มีความจำเป็นต้องไปทำการผ่าตัดดังกล่าว เราสามารถประเมินการหายของกระดูกหักได้โดยดูจากการตรวจร่างกายทางคลินิก เช่น กดไม่เจ็บ, ก้มเงยหรือเคลื่อนไหวได้ดี ไม่มีอาการเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหว, ภาพรังสีวิทยา ภาพรังสี Tomograms, ภาพรังสี flexion-extension หรือ CT-scan มีการศึกษายืนยันว่าการสูบบุหรี่ทำให้ลดอัตราการหายของกระดูกหัก หรือทำให้กระดูกติดช้าลง[41]

ปัจจุบันนี้มีการศึกษาวิจัยพบวิธีการบางอย่างที่ทำให้กระดูกติดเร็วขึ้นได้ ได้แก่ การพัฒนา design ของ instrumentation system, local gene therapy[42], กระตุ้นด้วยคลื่นรังสีแม่เหล็ก magnetic electrical stimulation, hydroxyapatite[43] หรือ calcium phosphate[54]

การเฝ้าระวังไขสันหลัง (spinal cord) ขณะทำการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่เกิดจากการผ่าตัด

ควรหลีกเลี่ยงภาวะ inadequate reduction และการทำให้ fracture displacement ขณะทำการใส่ plate หรือ rods เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้อาการทางระบบประสาทแย่ลง การใช้ Intra-operative X-ray ประเมินหลังจากการทำ decompression และ stabilization แล้วเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อประเมินว่ากระดูกที่หักหรือเคลื่อนนั้นเข้าที่ดีหรือยัง และ instrument ที่ใส่เสร็จแล้วนั้นอยู่ในสภาพที่เหมาะสมหรือยัง มีรายงานการศึกษาพบว่า Intra-operative somatosensory evoked potentials (SSEPs) monitoring[44-47], wake-up test[48-50], ankle clonus test[51] มีประโยชน์ในการช่วยประเมิน spinal cord function ขณะผ่าตัดได้ อย่างไรก็ตาม ไม่มี test ใด ๆ ที่ให้ผลน่าเชื่อถืออย่างแน่นอนในการประเมินความผิดปกติของ spinal cord[52,53,55-57]

การเฝ้าระวัง spinal cord โดยใช้ intra-operative cortical และ subcortical SSEPs นั้น มีรายงานว่าพบ false-negative rate 9% ระหว่างการทำ anterior vertebrectomy เนื่องจาก SSEPs นั้นบ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ของ spinal cord เพียงในส่วนของ posterior column เท่านั้น[57] และยังขึ้นกับระดับของ Neuromuscular Blockade[58] ด้วย ส่วนการทำ wake up test นั้นเป็นการประเมิน motor function แบบคร่าว ๆ เท่านั้น

ไม่มีวิธีการ monitoring ใดที่จะมีความสำคัญเท่ากับความรู้ทาง spinal anatomy ของแพทย์ผู้ผ่าตัดและการทำผ่าตัดด้วยความระมัดระวังต่อ spinal cord, cauda equine และ nerve roots ประสบการณ์ของแพทย์ผู้ผ่าตัดมีส่วนสำคัญในการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทอันเกิดจากแพทย์ผู้รักษามีรายงานอุบัติการณ์ของ iatrogenic injuries ที่เกิดจาก posterior spinal system ค่อนข้างต่ำคือ รายงานหลากหลายจาก 1% (Total of 4,790 pedicle screw) จนถึง 4.7% (3,949 pedicle screw)[62] และ 1% จาก hooks rod construct[59,60] ส่วนในการบาดเจ็บที่เกิดจาก anterior spinal system ประกอบด้วย การบาดเจ็บต่อ stellate ganglion ซึ่งมีผลทำให้เกิด Horner Bernard syndrome ในการผ่าตัดที่ระดับเหนือ T1-T12 (7%)[37], genitofemoral nerve (2%)[61], nerve root irritation จาก screw ทะลุเข้าไปใน neural foramen ในด้านตรงข้าม, unstable construct, screw malposition เข้าไปใน spinal canal, มีชิ้น bone graft หลุดเข้าไปใน spinal canal หลังการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บต่อเส้นเลือด (Vascular complications)

Vascular complication พบได้น้อยมาก และส่วนใหญ่จะพบจากการผ่าตัดทางด้านหน้า มีรายงานพบ Vena Cava rupture 0.9%[34] นอกจากนี้การบาดเจ็บอาจเกิดจาก trauma หรือมี late erosion ของผนังเส้นเลือดบริเวณที่ใกล้กันกับ instrument ในกรณีที่สงสัยภาวะดังกล่าวอาจตรวจเพิ่มเติมโดยใช้ arteriograms, venograms หรือ CT-scan เพื่อประเมินภาวะดังกล่าว

การเจ็บปวดหลังการผ่าตัด

จากการศึกษาพบอุบัติการณ์ pain syndrome ที่เกิดจาก thoracotomy และ thoracolumbotomy ที่เกิดนานเกินว่า 6 เดือนได้ 9.2% พบอาการเจ็บปวดรอบ ๆ implant 1.1% การเจ็บปวดบริเวณ donor site จาก iliac crest bone graft อาจจะเป็นผลมาจากการบาดเจ็บต่อ cluneal nerve[37]

สรุป

Posterior และ Anterior Spinal instrumentation Systems นั้นมีประโยชน์และมีประสิทธิภาพเป็นอย่างยิ่งในการเสริมสร้างภาวะกระดูกสันหลังหักชนิดรุนแรงบริเวณ thoracic และ lumbar spine ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดอาจเกิดขึ้นได้ตามที่กล่าวมาแล้ว แม้จะพบได้น้อยมาก การวางแผนที่ดีก่อนผ่าตัด ความรู้และความชำนาญของแพทย์ผู้รักษา ตลอดจนการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีผลทำให้ผลการรักษาดียิ่งขึ้น

สิ่งสำคัญที่สุดในการรักษา fracture spine คือ การเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม การเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสม และความรู้และประสบการณ์ของแพทย์ผู้ผ่าตัด

แพทย์ผู้รักษาไม่ควรตัดสินใจว่าจะผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัดผู้ป่วยรายนั้น ๆ โดยอาศัย factor อย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ควรประเมินให้ครอบคลุมทั้งหมด ตั้งแต่การตรวจร่างกาย อาการทางระบบประสาท การประเมิน อาชีพ กิจกรรมทางสังคม การศึกษาของผู้ป่วย การวางแผนการทำงานต่อไปในอนาคตของผู้ป่วยเอง การประเมินภาพรังสีวิทยา, CT-scan เพื่อจะได้ประเมินข้อดีข้อเสีย และอัตราเสี่ยง ในการเลือกว่าควรจะใช้วิธีผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด และถ้าจะเลือกการผ่าตัด ผู้ป่วยรายใดเหมาะสมที่จะให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด และพิจารณาต่อว่าควรจะผ่าตัดทางด้านหน้าหรือด้านหลัง หากเป็นด้านหลังควรพิจารณาให้รอบคอบว่าเมื่อใดควรทำ long หรือ short fusion ทั้งนี้ต้องไม่ลืมหลักสำคัญว่า fracture spine ทุกชนิดสามารถติดเองได้ และสามารถรักษาได้โดยไม่ต้องผ่าตัด หากแต่ว่าผลของการหายนั้นก่อให้เกิด morbidity ตามมาหรือไม่ อย่างไรเท่านั้น หากแพทย์ผู้รักษาไม่มีความรู้และประสบการณ์เพียงพอ ควรส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ หรืออาจจะเลือกที่จะรักษาโดยวิธีการผ่าตัดอาจจะให้ผลดีกว่าและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. Mosekilde L: Age-related changes in bone mass, structure, and strength effects of loading. Zeitschrift fur Rheumatologie 2000;59S1:1-9.

2. Wittenberg RH, Shea M, Swartz DE, et al.: Important of bone mineral density in instrumented spine fusion. Spine 1991;16:647-652.

3. McCormic T, Karaikovic EE, Gaines RW: The Load-sharing classification of spine fractures. Spine 1994;19:1741-1744.

4. Parker JW, Lane Jr, Karaikovic EE, et al. : Successful short-segment instrumentation and fusion for thoracolumbar spine fractures: a consecutive 4 ½ -year series. Spine 2000;25:1157-1170.

5. Weinstein JN, Spratt KF, Spengler D, et al.: Spinal pedicle fixation reliability and validity of roentgenogram-based assessment and surgical factors on successful screw placement. Spine 1998;13:1012-1018.

6. Denis F: The three column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spine injuries. Spine 1983;1741-831.

7. Gertzbein SD: Neurologic deterioration in patients with thoracic and lumbar spine fractures after admission to the hospital. Spine 1994;19:1723-1725.

8. Bohlman HH, Kirkpatrick JS, Delamater RB, et al.: Anterior decompression for late pain and paralysis after fracture of the thoracolumbar spine. CORR 1994;300:24-29.

9. Maiman DJ, Larson SJ , Bonzel EC: Neurologic improvement associated with late decompression of the thoracolumbar spinal cord. Neurosurgery 1984;14:302.

10. McAfee PC, Bohlman HH , Yuan HA .: Anterior decompression of traumatic thoracolumbar fractures with incomplete neurologic deficit using retroperitoneal approach. J Bone Joint Surg 1985;67A:8-104.

11. Malcolm BW, Bradford DS, Winter RB, et al.: Post-traumatic kyphosis. J Bone Joint Surg 1981;63(A):891-899.

12. Boeger TO, Limb D, Dickson RA: Does canal clearance affect neurological outcome after thoracolumbar burst fracture? J Bone Joint Surg 2000;82B:629-635.

13. Kim NH, Lee HM, Chun IM: Neurologic injury and recovery in patients with burst bracture of thoracolumbar spine. Spine 1999;24:290-294.

14. Bradford DS, McBride GG: Surgical management of thoracolumbar spine fractures with incomplete neurologic deficits. Clin Orthop 1987;218:201-216.

15. Burk DK, Murray DD: The management of thoracic and thoracolumbar injuries of the spine with neurological involvement. J Bone Joint Surg 1976;58B;72-78.

16. Morgan TH, Wharton GW, Austin GN: The results of laminectomy in patients with incomplete spinal cord injuries. Paraplegia 1971;9:14.

17. Tencer AF, Allen BL Jr., Ferguson RL: A biomechanical study of thoracolumbar spinal fractures with bone in the canal. Part I. The effect of laminectomy. Spine 1985;10:580-585.

18. Tencer AF, Allen BL Jr., Ferguson RL: A biomechanical study of thoracolumbar spinal fractures with bone in the canal. Part II. The effect of flexion angulation, distraction, and shortening of the motion segment. Spine 1985;10:586-589.

19. McLain RF, Sparling E , Benson DR: Early failure of short-segment pedicle instrumentation for thoracolumbar fractures. A preliminary report. J Bone Joint Surg 1993;75(2)A:16-17.

20. Holt BT, McCormic T, Gaines RW: Short segment fusion anterior or posterior approach? The load-sharing classification of spine fractures. Spine State of Art Reviews 1993;7:277-285.

21. Myllynen P, Bostman O, Riska E: Recurrence of deformity after removal of Harrington's fixation of spine fracture. Seventy-six cases followed for 2 years. Acta Orthop Scand 1988;59:497-502.

22. Krag MH, Beynnon BD, Pope MH, et al.: Depth of insertion of transpedicular vertebral screws into human vertebrae. Effect upon screw-vertebra interface strength. J Spinal Disord 1989;1:287-294.

23. Roy Camille R, Saillant G, Berteaux D, et al.: Osteosynthesis of thoracolumbar spine fractures with metal plates screwed through the vertebral pedicles. Reconstru Surg Traumatol 1976;15:2-16.

24. Sasso RC, Cotler HB: Posterior instrumentation and fusion for unstable fractures and fracture-dislocations of the thoracic and lumbar spine. A comparative study of three fixation devicee in 70 patients. Spine 1993;18:450-460.

25. Sell P, Collins M, Dove J: Pedicle screws: axial pullout strength in the lumbar spine. Spine 1988;13:1075-1076.

26. Skinner R, Maybee J, Transfelt E, et al.: Experimental pullout testing and comparison of variables in transpedicular screw fixation- a biomechanical study. Spine 1990;15:195-201.

27. Steffee AD, Biscup RS, Sitkowski DJ: Segmental spine plates with pedicle screw fixation. A new internal fixation device for disorders of the lumbar and thoracolumbar spine. Clin Orthop 1986;203:45-53.

28. Van Brussel K, Vander Sloten J, Van Audekercke R, et al.: Internal fixation of spine in traumatic and scoliosis cases. The potential of pedicle screws. Tchnology & Health Care 1996;4:365-384.

29. Cheung KMC, Luk KDK, Leong JCY: Radiographic Assessment of Pedicle hook placement. Spine 1997;22:2106-2111.

30. Zindrick MR, Wiltse LL, Doornik A, et al.: Analysis of the morphometric characteristics of the thoracic and lumbar pedicles. Spine 1987;12:160-166.

31. Karaikovic EE, Kaneda K, Akbarnia BA, et al.: Kaneda instrumentation for spinal fractures. In The Textbook of spinal surgery(Eds: KH Bridwell and RL DeWald) Second Ed, Lippincott-Raven; 1997;1889-1924.

32. Devito DP, Tsahakis PJ: Cotrel-Dubousset instrumentation in traumatic spine injuries. Proceeding of the Sixth international congress on CD instrumentation, Montpellier, Sauramps Medical, 1989;41-46.

33. Gillet P, Meyer R, Fatemi F, et al.: Short segment internal fixation using CD instrumentation with pedicle screws: biomechanical testing. Proceeding of the Sixth international congress on CD instrumentation, Montpellier, Sauramps Medical, 1989;19-24.

34. Kaneda K, Taneichi H, Abumi K, et al.: Anterior decompression and stabilization with the Kaneda device thoracolumbar burst fractures associated with neurological deficits. J Bone Joint Surg, 1997;79A.

35. Mann KA, Found EM, Yuan HA, et al.: Biomechanical evaluation of the effectiveness of anterior spinal fixation systems. Orthop Trans 1987;11:378.

36. McDonnell MF, Glassman SD, Dimar JR, et al: Perioperative complications of anterior procedures on the spine. J Bone Joint Surg 1996;78A;839-847.

37. Faciszewski T, Winter RB, Lonstein J et al. The surgical and medical perioperative complications of anterior spinal fusion in thoracic and lumbar spine in adult. A review of 1223 procedures. Spine 1995;20:1592-1599.

38. Akbarnia BA, Mardjetko SM, Kostial PN: Results of anterior spinal fusion and Kaneda instrumentation using tricorticate iliac graft, a two year follow-up. Orthop Transactions 1993;17:123.

39. Kaneda K, Asano S, Hashimoto T, et al. The treatment of osteoporotic posttraumatic vertebral collapse using the Kaneda deivce and a bioactive ceramic vertebral prosthesis. Spine 1992;17:S295-303.

40. Karasikovic EE, Holt B, Gaines RW : Clinical and radiographic follow-up of Kaneda device reconstruction of thoracolumbar burst fractures, Orthop Transactions, 1993-94;17:885.

41. Glassman SD, Anagnost SC, Parker A, et al. The effect of cigarette smoking and smoking cessation on spinal fusion. Spine 2000;25:2608-2615.

42. Zlotolow DA, Vaccaro AR, Salamon ML, et al. The role of human bone morphogenic proteins in spinal fusion. J of AAOS 2000;8:39.

43. Wendsche P, Kocis J, Visna P, et al. : Interbody fusion using hydroxyapatite granules in thoracolumbar fractures (T11-L2), Scirpta Medica (Brno) 1999;72:345-360.

44. Ben-David B: Spine cord monitoring. Orthop Clin North America, 1988;19:427-448.

45. Engler GL, Spielholz NI, Bernhard WN, et al. : Somatosensory evoked potentials during Harrington instrumentation for scoliosis. J Bone and Joint Surg 1978;60A:528-532.

46. Nash CL Jr, Lorig RA, Schatzinger LA, et al: Spinal cord monitoring during operative treatment of the spine. Clin Orthop 1977;126:100-105.

47. Papastefanous SL, Henderson LM, Smith NJ et al. : Surface electrode somatosensory-evoked potentials in spinal surgery: Implications for indications and practice. Spine 2000;25:2467-2687.

48. Hall JE, Levine CR, Sudhir KG : Intraoperative awakening to monitor spinal cord function during Harrington instrumentation and spine fusion. Description of procedure and report of three cases. J Bone Joint Surg 1978;60A:533-536.

49. Jones ET, Matthews LS, Hensinger RN: The wake-up technique as a dual protector of spinal cord function during spine fusion. Clin Orthop 1982;168:113-118.

50. Vauzelle C, Stagnara P, Jouvinroux P : Functional monitoring of spinal cord activity during spinal surgery. Clin Orthop 1973;93:173-178.

51. Hoppenfeld S, Gross A, Andrews C, et al. : The ankle clonus test for assessment of the integrity of the spinal cord during operations for scoliosis, J Bone Joint Surg 1997;79(A):208-212.

52. Ben-David B, Haller G, Taylar P : Anterior spinal fusion complicated with paraplegia, A case report of a false-negative somatosensory evoked potential. Spine 1987;12:536-539.

53. Ginsburg HH, Shetter AG, Raudzens PA : Postoperative paraplegia with preserved intraoperative somatosensory evoked potentials. Case report. J Neurosurg 1985;63:296-300.

54. Leutenegger A: Integration and resorption of calcium phosphate ceramics in defect filling of fractures of the tibial head. Radiologic long-term results. Helvetica Chirurgica Acta 1994;60:1061-1066.

55. Wiberg RG, Thompson GH, Shaffer JW, et al. : Postoperative neurological deficits in semental spinal instrumentation. A study using spinal cord monitoring. J Bone Joint Surg 1984;66A:1178-1187.

56. Machida M, Weinstein SL, Yamada T, et al. : Compound muscle action potentials and spinal evoked potentials in experimental spine maneuver. Spine 1989;14:687-691.

57. Deutsch H, Arginteau M, Manhart K , et al : Somatosensory evoked potential monitoring in anterior thoracic vertebrectomy. J Neurosurg 2000;92S2:155-161.

58. Minahan RE, Riley LH, Lukaczyk T, et al. : The effect of neuromuscular block ade on pedicle screw stimulation thresholds. Spine 2000;25:2526-2530.

59. Edwards CC, Levine AM : Complcations associated with posterior instrumentation in the treatment of thoracic and lumbar injuries. In : Garfin SR(ed.): Complication of Spine Surgery. Baltimore. Williams & Wikins, 1989;164-199.

60. McAfee PC, Bohlman HH : Complications following Harrington instrumentation in the treatment of thoracolumbar spine. J Bone Joint Surg 1985;67A:672-686.

61. Leque ER, Cassis N, Ramirez-Wiella G: Segmental spinal instrumentation in the treatment of fractures of the thoracolumbar spine. Spine 1982;7:312-317.

62. Essess SI, Sachs BL, Dreyzin V: Complications associated with the technique of pedicle screw fixation : A selected survey of ABS members. Spine 1993;18:2231-2239.

63. Karaikovi EE, Gaines RW,: Short segment fixation using VSP plates and pedicle screws for trauma. Spinal instrumentation Techniques. Edited by Brown CV. Scoliosis Research Society, 1994.

64. McNamara MJ, Stephens GC, Spengler DM: Transpedicular short-segment fusions for treatment of lumbar burst fractures. J Spinal Disord 1992;5:183-187.

65. Nagata H, Schendel MJ, Transfeldt EE, et al.: The effect of immobilization of long segment of spine on the adjacent and distal facet force and lumbosacral motion. Spine 1993;18:2471-2479.

66. Chen WJ, Niu CC, Chen LH, et al.: Back pain after thoracolumbar fracture treated with long instrumentation and short fusion. J Spinal Disord 1995;8:474-478.

รศ.นพ.วิชาญ ยิ่งศักดิ์มงคล
หน่วยศัลยกรรมกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
และภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทางเลือกในการรักษาภาวะกระดูกสันหลังหัก บริเวณช่วงอกและเอว

(Alternative treatments of thoracic and lumbar spine fracture)

ต่อจากฉบับที่แล้ว

ระบบการยึดเกาะกระดูกสันหลังทางด้านหลัง (Posterior spinal systems)

1. Pedicle-Screw-based spinal constructs

Pedicle screw system ทำให้การแก้ไขการผิดรูปของกระดูกสันหลังได้รับการพัฒนาให้การแก้ไขทำได้ผลดีมากยิ่งขึ้น เป็นผลมาจากความแข็งแรงของการยึดเกาะของ pedicle screw ลดอัตราการเข้าไปรบกวนเส้นประสาทภายในช่องไขสันหลัง เมื่อเทียบกับการใช้ lamina hook ที่ต้องเกี่ยวปลายของ hook ผ่าน lamina เข้าไปภายใน spinal canal นอกจากนี้ยังช่วยให้ความจำเป็นในการใส่ instrument ในลักษณะขอบ long fusion ลดลง อีกทั้งโอกาสที่จะมีปัญหา loss of correction ลดลงด้วย[4,21,22-28]

2. Hook-and/or-wire spinal constructs

ระบบนี้แม้จะมีความแข็งแรงในการยึดเกาะด้อยกว่าระบบ pedicle screws[28,29] ในการยึดเกาะทางด้านหลังแต่ก็เป็นที่ยอมรับว่าได้ผลดีใช้ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยรายที่พบว่ามี pedicle ขนาดเล็ก หรือแพทย์ผู้ผ่าตัดไม่มั่นใจหรือไม่คุ้นเคยในการใส่ pedicle screw อย่างไรก็ตาม การใช้ระบบ Hook และ rod segmental instrumentation จำเป็นต้องยึดเกาะกระดูกสันหลังให้ยาวขึ้นคือ เป็นชนิด long segment fixation เนื่องจากความแข็งแรงของการยึดเกาะน้อยกว่า pedicle screw จึงต้องเพิ่มจุดยึดเกาะให้มากขึ้นนั่นเอง ในระบบ rod นั้น หากใช้ transverse connector ร่วมด้วย จะพบว่าเพิ่มความมั่นคงแข็งแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[30,31] ปัจจุบันนี้มีการใช้ sublaminar wiring น้อยลงแม้ว่าจะมีประสิทธิภาพในการยึดเกาะ เนื่องจากความจำเป็นที่ต้องทำ long fusion และ wire นั้นจำเป็นต้องสอดผ่านเข้าไปใน spinal canal ทำให้มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บต่อไขสันหลังหรือเส้นประสาทได้

3. Anterior Spinal Systems

ในกรณีกระดูกหัก fracture ชนิดที่กระดูก body แตกละเอียดมาก (highly comminution) บริเวณ thoracolumbar junction การทำผ่าตัดทางช่องด้านหน้าของกระดูกสันหลัง โดยใช้เทคนิคการวาง strut graft ร่วมกับ instrumentation ทางด้านหน้า พบว่าให้ความแข็งแรงกว่าการผ่าตัดชนิด posterior fixation โดยใช้ pedicle screw[19,20,32,33] และยังพบว่าค่าเฉลี่ยของการ loss of correction กรณีที่ kyphosis นั้นอยู่ระหว่าง 3°-12° รายงานการศึกษารักษาด้วย pedicle screws ในขณะที่ค่านี้อยู่ที่ระหว่าง 1°[34] ถึง 4°[4]

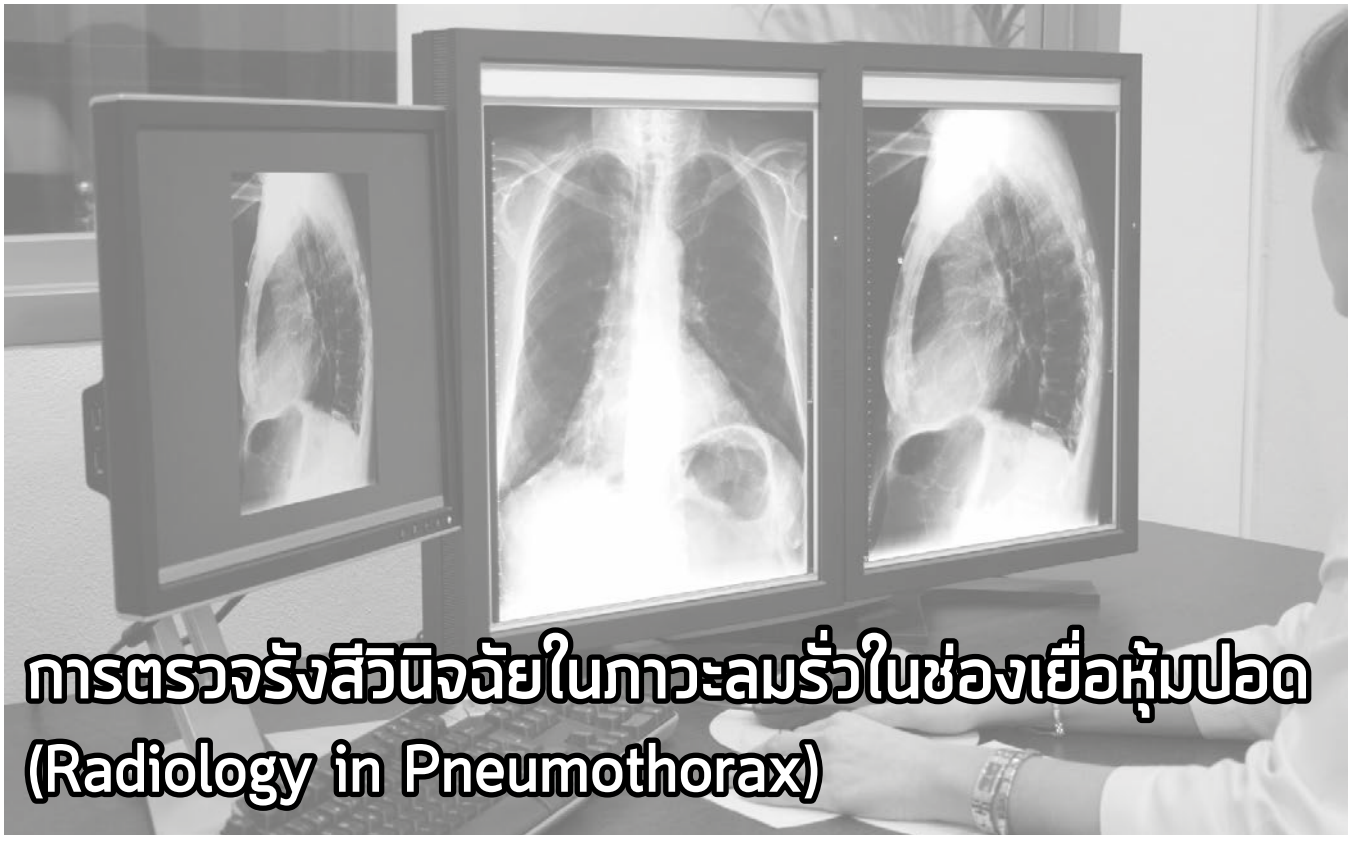
นอกจากนี้อัตราการล้มเหลวของ posterior instrumentation นั้น มีรายงานเฉลี่ยตั้งแต่ 9-54% ในกรณี pedicle screw series ในขณะที่พบแค่ 6% ตามรายงานของ Kaneda anterior spinal system การผ่าตัดทางด้านหน้า (Anterior Approach) นั้นค่อนข้างจะปลอดภัย[35,36] และใช้ได้ผลดีในกรณีที่จำเป็นต้องเลือกวิธีนี้ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด anterior approach เองพบได้ 11.5% นอกจากนี้ยังพบว่ามีอัตราการตาย 0.3%, เป็นอัมพาต (paraplegia) 0.2% และ deep wound infection 0.6%[37]

Kaneda anterior spinal system ถือเป็น prototype ของอุปกรณ์ผ่าตัดทางด้านหน้าของกระดูกสันหลังด้วยวัตถุประสงค์เพื่อให้การ fixation กระทำด้วยความยาวที่สั้นที่สุด เพื่อจะคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนที่เหลือ

ความสำเร็จของการรักษาโดย anterior instrumentation ในภาวะกระดูกหักนี้ขึ้นกับปัจจัยสำคัญคือ สามารถจัดเรียง vertebral body ที่หักได้เพียงพอที่จะรับน้ำหนักได้ดีหรือไม่ หากจะใช้ allograft แทน vertebral body ก็ควรใช้ graft ที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่ขนาดใกล้เคียงกับ vertebral body เพื่อจะได้อัดแน่นในช่องว่าง vertebrectomy gap อาจจะใช้เป็น graft ชนิด Autologous bone strut ได้แก่ Tricortical iliac crest graft หรือใช้กระดูก fibula ของผู้ป่วยเองก็มีรายงานว่าได้ผลดี[31] แต่ไม่ควรใช้ ribs มาทำหน้าที่เป็น strut graft เนื่องจากความสามารถในการรับน้ำหนักไม่เพียงพอ[37] นอกจากนี้มีรายงานการใช้ allograft เช่น femoral ring หรือ fibula strut ก็ได้ผลดีเช่นกัน หากจำเป็นต้องรีบทำผ่าตัดและไม่มี autograft เผื่อไว้ ข้อเสียของ allograft คือ เกิดการเชื่อมติดกับ host bone ช้ามากเมื่อเทียบกับ autograft[38] นอกจาก graft ที่กล่าวมาแล้วยังมีรายงานการใช้วัสดุอื่นมาแทน bone graft เพื่อมาทำหน้าที่เป็น strut graft ได้แก่ Titanium cage, Bioceramics, Carbon cage[39]

ปัจจัยที่มีผลต่อการล้มเหลวของโลหะยึดเกาะทางด้านหน้าได้แก่ การใช้ strut graft ขนาดไม่เหมาะสม (ไม่แน่นพอดีกับ resection gap) และการยึดของ implant ไม่แน่นหนาพอ อย่างไรก็ตาม failure ของ implant ทางด้าน anterior นั้น พบว่าไม่มีความจำเป็นใด ๆ ที่จะต้องไปผ่าตัดเอาโลหะนั้นออก แต่ให้แก้ไขได้โดยการทำ posterior instrumentation และ fusion โดยทำเป็น short fixation คือ one above/one below ก็เพียงพอแล้ว[31,40]

นพ.กิตติ ตันตระวิวัฒน์, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 •
อ.นพ.สรวิศ สวัสดิ์มงคลกุล, อาจารย์แพทย์
ผศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง, อาจารย์แพทย์
ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



การตรวจรังสีวินิจฉัยในภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Radiology in Pneumothorax)

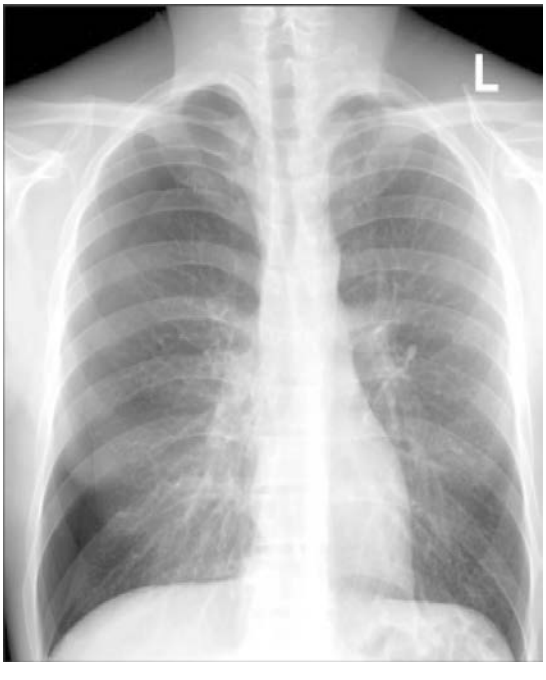
การวินิจฉัยว่ามีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดนั้น นอกจากอาการและการตรวจร่างกายแล้ว ก็สามารถทำการตรวจรังสีวินิจฉัยได้หลายอย่างเพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะนี้ ได้แก่

1. การตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก

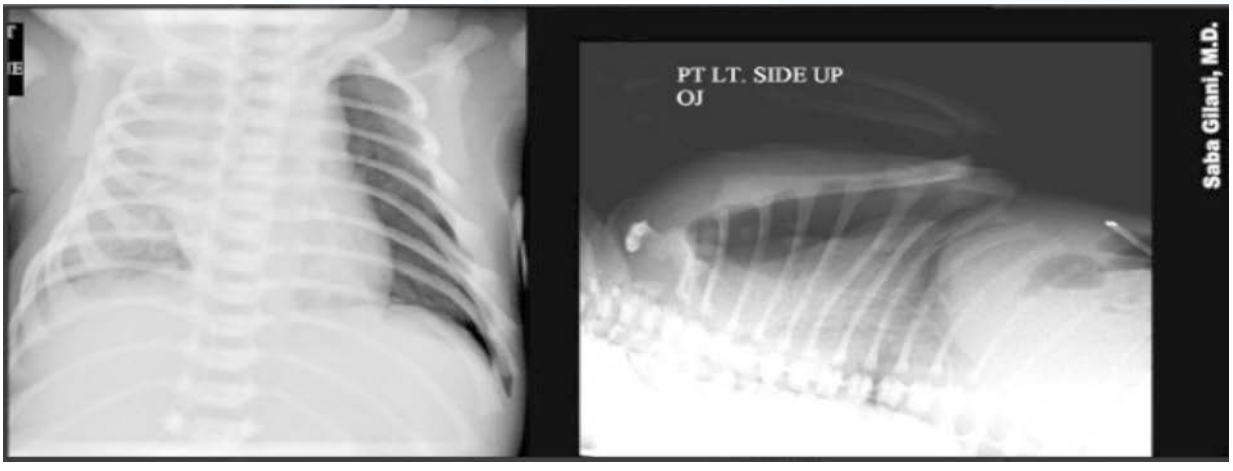
การตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกถือว่าเป็นการตรวจที่สามารถทำได้ง่าย และมีประโยชน์ในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา

การถ่ายภาพรังสีในท่าตัวตรงโดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่ (standard erect chest x-ray; CXR) ยังคงเป็นการตรวจหลักที่ช่วยในการวินิจฉัยได้ ซึ่งจะพบความผิดปกติในภาพคือ การตรวจพบเส้นเยื่อหุ้มปอด (visceral pleural line) ดังภาพที่ 1

อย่างไรก็ตาม ภาพถ่ายรังสีในท่าดังกล่าวสามารถตรวจพบภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดได้เมื่อมีปริมาณลมประมาณ 50 มิลลิลิตรในช่องเยื่อหุ้มปอด



ภาพที่ 1 แสดงภาพถ่ายรังสีผู้ป่วยที่มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา จากภาพจะเห็นเส้นเยื่อหุ้มปอด (visceral pleural line)



ภาพที่ 2 แสดงภาพถ่ายรังสีผู้ป่วยที่มีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านซ้าย เมื่อถ่ายภาพในท่านอนตะแคงทับขวา

นอกจากนั้นยังอาจมีการถ่ายภาพรังสีในท่าอื่นซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยได้ เช่น ท่านอนตะแคง (lateral decubitus) ซึ่งสามารถตรวจพบภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดได้เมื่อมีปริมาณลมประมาณ 5 มิลลิลิตรในช่องเยื่อหุ้มปอด ดังภาพที่ 2

ในบางครั้งแพทย์อาจไม่สามารถจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสมข้างต้นได้ เช่น ในผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถยืนหรือนั่งได้ หรือในผู้ป่วยอุบัติเหตุ การถ่ายภาพรังสีในท่านอนก็สามารถช่วยวินิจฉัยภาวะนี้ได้เช่นกัน โดยอาจพบความผิดปกติซึ่งเรียกว่า deep sulcus sign ได้

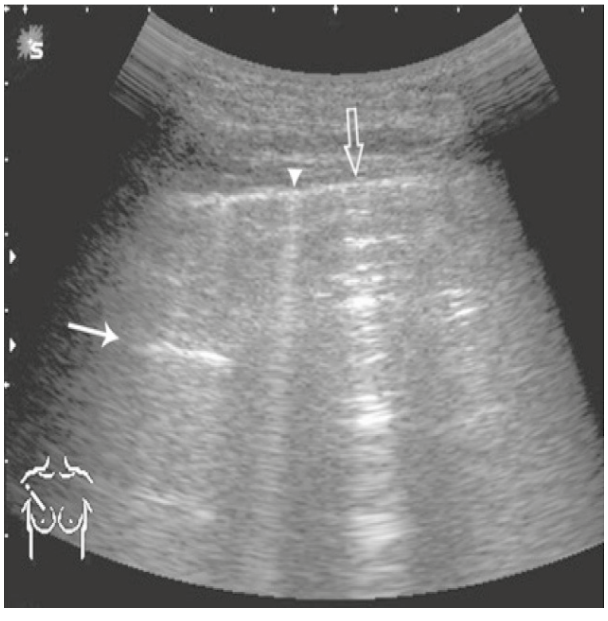
ภาพที่ 3 แสดงภาพถ่ายรังสีผู้ป่วยที่มีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านซ้าย ซึ่งถ่ายในท่านอนพบ deep sulcus sign

2. การตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ (Ultrasonography)

มีความพยายามในการนำอัลตราซาวนด์มาช่วยในการตรวจวินิจฉัยภาวะผิดปกติของปอดได้หลายอย่าง เช่น การตรวจภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax), การตรวจภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นต้น ในปัจจุบันพบว่ามีการนำอัลตราซาวนด์มาเพื่อช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดมากขึ้น โดยเฉพาะ

ในห้องฉุกเฉิน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถยืนหรือนั่งได้ และในผู้ป่วยอุบัติเหตุ เป็นต้น

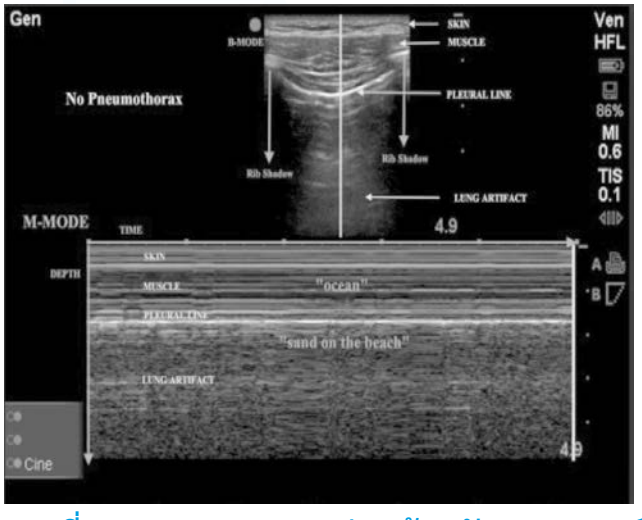
ในภาวะปกติการตรวจปอดด้วยอัลตราซาวนด์จะพบว่า เยื่อหุ้มปอดจะมีการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการหายใจเข้าและออกของผู้ป่วย (lung sliding sign) และจะพบเส้น artifact ซึ่งวิ่งตั้งฉากกับเยื่อหุ้มปอดที่เรียกว่า B-line (comet sign) ดังภาพที่ 4



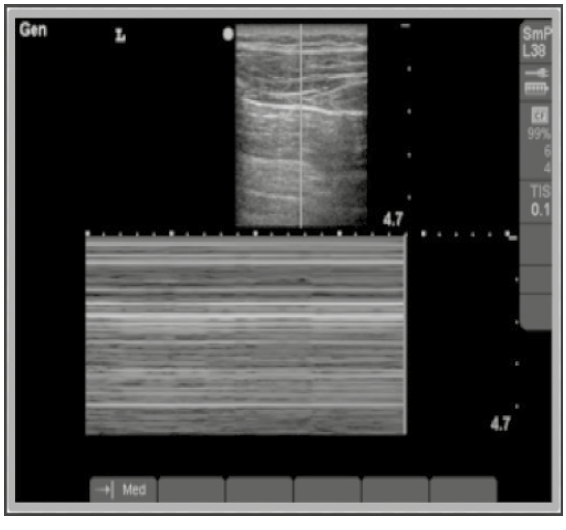
ภาพที่ 4 แสดงการตรวจปอดด้วยอัลตราซาวนด์พบเยื่อหุ้มปอด (pleural line) ดังลูกศรใหญ่ และ B-line ดังลูกศรเล็ก

หากเปิดใช้อัลตราซาวนด์ในโหมด M-mode จะพบการเคลื่อนไหวของเยื่อหุ้มปอดและภายในเนื้อปอด ซึ่งแตกต่างกับผนังทรวงอกซึ่งเปรียบเสมือนไม่มีการเคลื่อนไหวเมื่อเทียบกับหัวตรวจ ทำให้เห็นเป็นลักษณะคล้ายชายหาดริมทะเล (seashore sign) ดังภาพที่ 5

หากมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดจะทำให้ตรวจไม่พบการเคลื่อนไหวของเยื่อหุ้มปอดเวลาผู้ป่วยหายใจเข้าและออก (absence of lung sliding) และไม่พบ B-line รวมทั้งเมื่อเปิด M-mode จะเห็นเป็นลักษณะซึ่งเรียกว่า barcode or stratospheres sign ดังภาพที่ 6

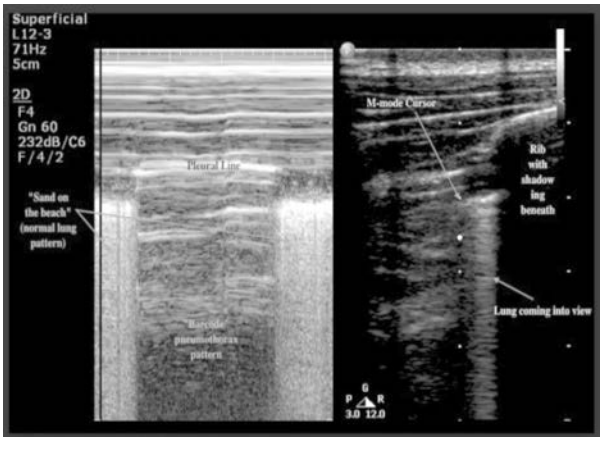


ภาพที่ 5 แสดงการตรวจปอดด้วยอัลตราซาวนด์ใน M-mode



ภาพที่ 6 แสดงการตรวจปอดด้วยอัลตราซาวนด์ในผู้ป่วยที่มีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด พบ barcode sign

หากระหว่างการตรวจพบบริเวณที่ปอดปกติต่อกับส่วนที่มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (lung point) ก็ช่วยยืนยันการวินิจฉัยได้เช่นเดียวกัน ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 แสดง lung point

3. การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computerized tomography; CT scan)

การตรวจ CT scan ถือว่าเป็นการตรวจวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน (gold standard) สามารถให้การวินิจฉัยและคำนวณปริมาณลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดได้โดยมีความแม่นยำสูงที่สุด นอกจากนั้นยังสามารถตรวจพบพยาธิสภาพในปอดอื่น ๆ ได้ เช่น small pneumothorax, loculated pneumothorax เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Roger L. Humphries, J.W. Young. Chapter 71 Spontaneous and Iatrogenic Pneumothorax. In J.E. Tintinalli, J.S. Stapezynski, D.M. Cline, et al. editors. Tintinalli's Emergency Medicine : A Comprehensive Study Guide, 7th ed. New York: Mc Graw Hill Medical; 2010:471-4.
- Kosowsky Joshua M. Chapter 75: Pleural Disease. In: Marx John A. editors. Rosen's Emergency Medicine : concepts and clinical practice, 7th ed. Philadelphia: Mobsy Elsevier; 2010:939-46.
- Stark Paul, MD. Imaging of pneumothorax. UpToDate 2013 Oct 2. Available from: http://www.uptodate.com/contents/imaging-of-pneumothorax?detectedLanguage=en&source=search_result&search=Imaging+of+pneumothorax&selectedTitle=1%7E150& provider=noProvider

นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ พ.บ., น.ม., น.บ.ท., ว.ว.นิติเวชศาสตร์* •
*รองศาสตราจารย์ภาควิชานิติเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ไม่มีประวัติโรคหัวใจก็ตายจากโรคหัวใจได้ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

Without History Of MI Could Die From The First Attacked Acute MI (A Case Report)

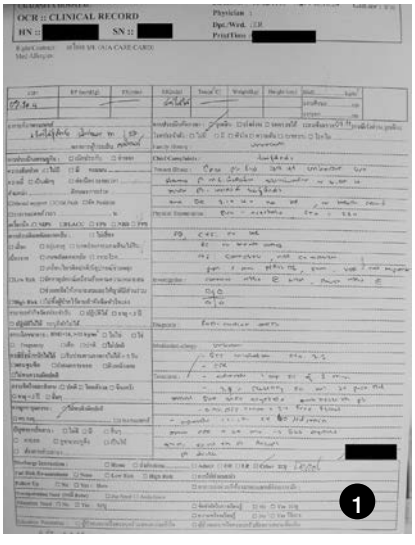
เมื่อแพทย์ต้องไปทำการชันสูตรพลิกศพร่วมกับพนักงานสอบสวน และพบว่าศพที่ต้องทำการชันสูตรนั้นนอนตายในลักษณะที่ไม่พบว่ามีร่องรอยประการหนึ่งประการใดอันน่าเชื่อว่าอาจเกิดจากการ **"ถูกประทุษร้าย"** ต่อร่างกายก็จริง แต่ผู้ตายที่แพทย์ไปชันสูตรพลิกศพนั้นมีอายุน้อยหรือ "ปานกลาง" (วัยกลางคน) ซึ่งโดยปกติแล้วหากไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างชัดเจนแล้ว จะต้องไม่ถึงแก่ชีวิตเพราะไม่มีสาเหตุที่จะทำให้ถึงแก่ความตาย แต่อย่างใด ในกรณีเช่นนี้ *"แนวทางที่ปลอดภัยไว้ก่อนในการดำเนินการเกี่ยวกับการชันสูตรพลิกศพ"* ก็คือ *"การให้สาเหตุการตายในบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ ว่า* ***"ตายโดยมิปรากฏเหตุ"*** โดยให้สอดคล้องกับ "คำ" ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 148(5)[1] ไว้ก่อน แล้วดำเนินการจัดให้มีการ *"นำศพเข้ามารับการตรวจต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีแพทย์ (พยาธิแพทย์หรือนิติพยาธิแพทย์) ที่สามารถทำการตรวจศพอย่างละเอียดได้อีกครั้งหนึ่งเสมอ"* แพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพจำเป็นอย่างยิ่งต้องดำเนินการดังที่กล่าวไว้ข้างต้นเสมอโดยห้ามนิ่งนอนใจว่า "น่าจะเป็นเหตุตายตามธรรมชาติเสมอไป" เพราะอาจเป็นการตายอันเนื่องจากเหตุอื่นก็ได้โดยเฉพาะการถูกฆาตกรรมได้ อย่างไรก็ตาม หากมีการนำศพเข้ามารับการตรวจในที่สุดก็อาจได้ข้อเท็จจริงว่า "เป็นการตายผิดธรรมชาติ" ก็มิได้หมายความว่าจะเป็นการดำเนินการทางการแพทย์อย่างสิ้นเปลือง แต่ต้องถือว่าเป็นการทำตามมาตรฐานทางการแพทย์

การที่แพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพพบว่าศพที่ตนชันสูตรพลิกศพนั้นมิได้มีบาดแผลหรือร่องรอยใด ๆ อันจะเป็นการถูกประทุษร้ายก็ตาม และแม้ว่าจะเสียชีวิตต่อหน้าบุคคลจำนวนมากก็ตาม หากมิได้มีเหตุมีพยาธิสภาพที่เห็นอย่างประจักษ์หรือทราบจากการตรวจ (โดยแพทย์) ว่ามีสาเหตุจากโรคธรรมชาติแล้ว การที่แพทย์จะออกหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) หรือข้อสันนิษฐานสาเหตุการตายโดยแพทย์ (ทร.4 ตอนหน้า) นั้น ย่อมเป็นการ "เสี่ยงต่อ" การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์อย่างมาก เพราะอาจเข้าข่ายการที่แพทย์ประกอบวิชาชีพไม่ได้มาตรฐาน (ทางนิติเวชศาสตร์) .....ฯลฯ

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ผู้ตายอายุ 49 ปี ไม่เคยมีประวัติเจ็บหรือแน่นหน้าอก ไม่มีประวัติโรคเรื้อรังใด ๆ ไม่ต้องไปโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรคประจำตัวใด ๆ ไม่มียาที่กินประจำทั้งยาแผนโบราณหรือยาแผนปัจจุบัน (ซื้อยากินเอง)

ผู้ป่วยไปกินข้าวที่ร้านขายข้าวแกงข้างบ้าน ต่อมาผู้ขายพบว่าผู้ตาย "ฟุบอยู่กับโต๊ะกินข้าว" ทางร้านรีบพามาที่โรงพยาบาล (เอกชน) ที่ใกล้ที่สุด แพทย์ได้ทำการกู้ชีพ (CPR) แล้วแต่ไม่สำเร็จ **(ภาพที่ 1)** และให้เป็นการตายโดยมิปรากฏสาเหตุอย่างเฉียบพลัน (sudden unexpected death)



1

การชันสูตรพลิกศพ

เมื่อผู้ตายถึงแก่ความตายแล้ว ทางสถานพยาบาลได้แจ้งให้พนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่เพื่อมาทำการชันสูตรพลิกศพ โดยแพทย์ที่เข้าร่วมเป็นแพทย์ที่มีหน้าที่ตามกฎหมายเป็นการให้เข้าร่วม **(ภาพที่ 2)** โดยพนักงานสอบสวนถือว่าเป็น "หัวหน้าทีม (คณะ) ในการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายนั่นเอง"

การส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ:

เมื่อทำการชันสูตรพลิกศพเรียบร้อยแล้ว โดยมากยังไม่อาจหาหรือพบสาเหตุการตายได้ แพทย์จึงต้องขอให้พนักงานสอบสวนทำการส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ และพนักงานสอบสวนจะมีหนังสือนำส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ **(ภาพที่ 3)**

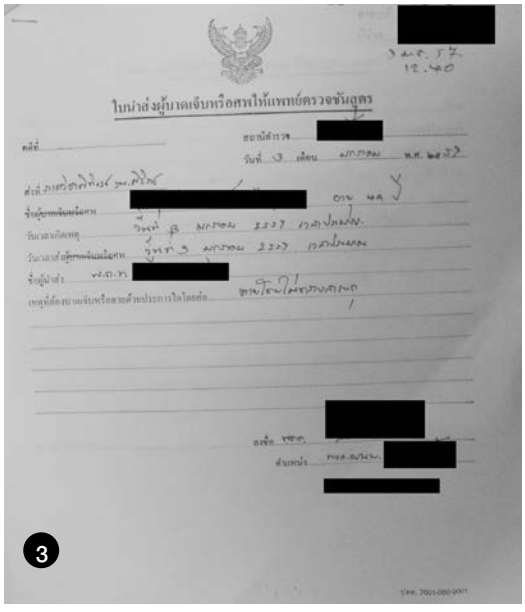
2

การตรวจศพอย่างละเอียด:

ได้มีการตรวจศพอย่างละเอียดโดยการ **"ผ่าศพตรวจ"** ตามแนวทางของงานด้านนิติเวชศาสตร์ได้ผลดังนี้

การตรวจศพภายนอก: (ภาพที่ 4)

- ศพชายอายุประมาณ 49 ปี รูปร่างสันทัด ผิวเนื้ออย่างชาวเอเชีย ตัวยาวประมาณ 170 เซนติเมตร
- ศพมีผมสีดำแต่มีสีขาวแซม ไม่ไว้หนวดและเครา



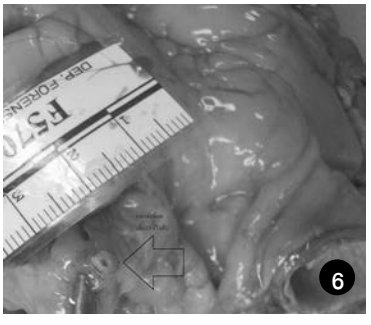
3

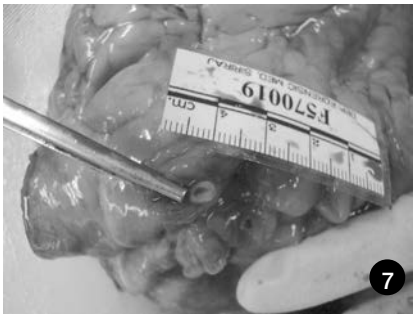
5

- หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจเส้นหน้า (anterior descending branch of left coronary artery) มีลักษณะตีบเป็นห้วง ๆ (segmental stenosis) บางหย่อมตีบกว่าร้อยละ 80 **(ภาพที่ 6)**

- หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจด้านขวา (right coronary artery) **(ภาพที่ 7)**

4


6


7

- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกลงสู่เบื้องต่ำภายหลังตายที่หลังได้ชัดเจน

- ปลายมือ เท้า ริมฝีปาก ไม่พบลักษณะเขียวคล้ำ

- ไม่พบจุดเลือดออกที่เยื่อบุตา ผิวหนังตามแขน ขา และลำตัว

- คอ รอบคอ ไม่พบบาดแผลหรือรอยกดรัด

- ไม่พบคราบ สี กลิ่น ผิดปกติที่บริเวณรอบทวาร ปาก หู จมูก ตา

- ไม่พบบาดแผลรุนแรงตามร่างกายและแขน ขา

- แขนและขาไม่งอผิดรูป

การตรวจศพภายในโดยการผ่าศพตรวจ:

- หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะปกติ

- เนื้อสมองทั้งสมองใหญ่ แกนสมอง และสมองน้อยอยู่ในเกณฑ์ปกติ **(ภาพที่ 5)**

- ไขสันหลังและกระดูกสันหลังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

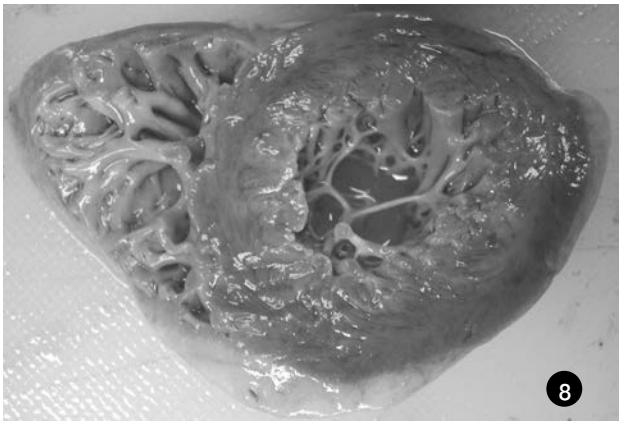
- ปอดและอวัยวะในช่องอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อฝานหน้าตัดของปอดดูไม่พบลักษณะการติดเชื้อหรือพยาธิสภาพใดที่ผิดปกติ ยกเว้นการคั่งเลือดในปอด (lung parenchyma) เท่านั้น

- หัวใจมีขนาดใหญ่และแข็งกว่าปกติ

- ตัดหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตรวจไล่ตามเส้นพบว่า

และหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจเส้นซ้ายวกกลับ (left circumflex artery) มีลักษณะตีบเป็นห้วง ๆ เช่นเดียวกัน (segmental stenosis)

- เมื่อตัดกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อตรวจพบว่า หัวใจห้องล่างซ้ายมีผนังผิดปกติเพราะเห็นพยาธิสภาพเป็นหย่อมสีซีด (หย่อมขาว) **(ภาพที่ 8)** ลักษณะเข้าได้กับการขาดเลือดและเป็นเนื้อตาย (scar formation) อีกทั้งยังพบจุดแดงเป็นหย่อมเล็กกระจายตัวในกล้ามเนื้อหัวใจ เข้าได้กับการเกิด "สภาวะขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน" (acute myocardial ischemia)


8

- อวัยวะอื่น ๆ ในช่องอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ตับ ม้าม ไต ลำไส้ และอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ไม่ได้กลิ่นฉุน หรือแอลกอฮอล์ในของเหลวในกระเพาะอาหาร
- อวัยวะต่าง ๆ ในอุ้งเชิงกรานอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

- หมู่เลือดโอ
- ตรวจไม่พบเอทานอลในเลือด
- ตรวจไม่พบยานอนหลับในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนในเลือด และของเหลวจากกระเพาะอาหาร
- ตรวจไม่พบยาฆ่าแมลงในกลุ่มคาร์บาเมท และกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟตจากของเหลวในกระเพาะอาหาร
- ตรวจไม่พบสารไซยาไนด์จากของเหลวในกระเพาะอาหาร
- ตรวจไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในเลือดและปัสสาวะ
- ตรวจไม่พบสารอนุพันธ์ของมอร์ฟีนในเลือด

สาเหตุตาย: กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ

พฤติการณ์ที่ตาย: เข้าได้กับการตายตามธรรมชาติ

วิเคราะห์และวิจารณ์

การที่ผู้ตายถูกส่งมาให้ตรวจต่อตามกฎหมาย (โดยแนวทางที่กฎหมายกำหนดไว้) อาจวิเคราะห์ได้ดังต่อไปนี้

ประการที่ 1: การตายผิดธรรมชาติ

ผู้ตายรายนี้เป็นชายอายุเพียง 40 ปีเศษ ไม่มีประวัติโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงโรคเนื้อร้าย (มะเร็ง) โดยกิจวัตรประจำวันไม่มีอะไรผิดไปจากปกติ

ในวันเกิดเหตุได้ไปกินข้าวที่ร้านขายข้าวแกงข้างบ้านที่กินอยู่เป็นประจำ แล้วในขณะที่นั่งอยู่ (ยังไม่ได้กินเลย) ผู้ขายพบผู้ตายนั่งฟุบกับโต๊ะจึงรีบนำส่งที่โรงพยาบาลเอกชนที่ใกล้ โดยแจ้งประวัติกับทางแพทย์ ณ สถานพยาบาลว่า ***"ไม่ทราบเหตุโดยผู้ตายนั่งฟุบอยู่ที่โต๊ะกินข้าวในร้านขายข้าวแกง"***

แพทย์ได้ทำการกู้ชีพตามเกณฑ์แห่งการกู้ชีพ (cardiopulmonary resuscitation) แล้วปรากฏว่าไม่สำเร็จ (failure) จึงได้แจ้งให้ผู้นำส่งและญาติทราบว่า "ถึงแก่ความตายแล้ว" และเป็นการตายโดย ***"มิปรากฏเหตุ"*** จึงจำเป็นต้องแจ้งไปยัง "พนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่" ทั้งนี้เป็นไปตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 148(5)[1] นั่นเอง

ประการที่ 2: การตายโดยมิปรากฏเหตุกับการชันสูตรพลิกศพ

เมื่อพนักงานสอบสวนได้รับแจ้งว่ามีการตายเกิดขึ้นและเป็นการตายโดยมิปรากฏเหตุด้วยแล้ว จำเป็นที่จะต้องรีบมาทำการชันสูตรพลิกศพ โดยแจ้งให้แพทย์ที่มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพมาร่วมทำการชันสูตรพลิกศพด้วย (มาตรา 150)[1]

แพทย์ผู้มีหน้าที่ได้มาร่วมทำการชันสูตรพลิกศพหากตรวจพบว่า ***"ผู้ตายมีสภาพโดยทั่วไปปกติ"*** ไม่มีร่องรอยของบาดแผลหรือการบาดเจ็บเลย อีกทั้งยังไม่มีประวัติโรคประจำตัวใด ๆ การที่แพทย์เพียงแต่ "ดูศพ" และ "พลิกศพดู" เท่านั้น ณ ที่ที่ศพอยู่ (คือที่สถานพยาบาลเอกชน) นั้น จึงไม่อาจที่จะบอกได้ว่า "สาเหตุแห่งการตายในผู้ตายรายนี้คืออะไร" อีกทั้งผู้ตายยังมีอายุเพียง 40 ปีเศษเท่านั้น ซึ่งคนในวัยนี้ไม่น่าจะเสียชีวิตอย่างแน่นอน จึงจำเป็นต้องทำการส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อและหาสาเหตุที่ทำให้ถึงแก่ความตายอย่างแท้จริง ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา 151 และ 152[1] นั่นเอง **(ภาพที่ 3)**

ประการที่ 3: สิ่งที่อาจเป็นข้อสงสัยในสาเหตุการตายในผู้ตายที่อายุไม่มาก

การที่แพทย์ซึ่งทำการชันสูตรพลิกศพในรายที่อายุ 40 ปีเศษที่ถือว่ายังไม่มาก (อาจถือว่าอยู่ในวัยกลางคน) นั้น ต้องถือว่าการตายนั้นเป็นการตายที่ ***"ไม่สมควรตาย"*** (ยังไม่ถึงเวลาตาย) การตายจึงต้องมีเหตุที่ทำให้เกิดขึ้นอย่างแน่นอน ซึ่งแพทย์อาจตั้งข้อสงสัยในเรื่องต่าง ๆ เช่น

1. เป็นความผิดทางอาญาด้วยเจตนา[2]

คือ อาจเกิดจากการกระทำต่อผู้ตายให้ถึงแก่ความตายได้ ซึ่งการถูกฆ่าตาย (฿าตกรรม) ซึ่งอาจเกิดจาก

ก. การถูกยาหรือสารเคมีทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย เช่น อาจถูกสารพิษในอาหารหรือเครื่องดื่ม

ข. ใช้อาวุธทำร้ายในตำแหน่งที่ยากต่อการตรวจ เช่น ที่ก้น เป็นต้น

ทั้งนี้เป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 หรือ 289[2]

"มาตรา ๒๘๘ ผู้ใดฆ่าผู้อื่นต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี"

"มาตรา ๒๘๙ ผู้ใด

.....ฯลฯ

(๔) ฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน

.....ฯลฯ

ต้องระวางโทษประหารชีวิต"

2. เป็นความผิดอาญาเพราะเป็นความประมาทจากบุคคลอื่นได้ เช่น

ก. การที่บุคคลอื่นผสมยาให้กับผู้ตายกินผิดไป (ผิดสัดส่วนหรือผิดชนิด)

ข. ความประมาทในการวางสารพิษไว้แล้วผู้ตายมาหยิบไปกิน (รู้เท่าไม่ถึงการณ์)

ค. การที่ประมาทในการเดินสายไฟฟ้าทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ตายจนถึงแก่ความตาย

ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา 291 แห่งประมวลกฎหมายอาญา[2]

"มาตรา ๒๙๑ ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกินสองหมื่นบาท"

3. การที่ถูกสัตว์กระทำ เช่น งูพิษกัดในขณะที่นั่งอยู่ เป็นต้น หากเป็นการที่สัตว์ทำร้ายโดยธรรมชาติย่อมไม่เป็นความผิด แต่หากเป็นการกระทำโดยมนุษย์ เช่น การที่มีผู้เอางูพิษมาปล่อยเพื่อให้กัดผู้อื่นแล้วอาจเข้าข่ายการใช้สัตว์เป็นเครื่องมือในการฆ่าได้

4. ไม่เป็นความผิดเพราะเป็น "การฆ่าตัวตาย" หรือ "ประมาทแห่งตนเอง"

กฎหมายไทยไม่ได้บัญญัติให้เป็นความผิดสำหรับการฆ่าตัวตายหรือเป็นเพราะความประมาทของผู้ตายเอง เช่น ผู้ตายเดินสายไฟฟ้าเอง แต่ด้วยความประมาทจึงถูกกระแสไฟฟ้าดูดตาย (physical agents) เป็นต้น อาจถือได้ว่าเป็น "อุบัติเหตุ" ได้

5. ไม่เป็นความผิดใด เพราะเป็น "การตายจากเหตุธรรมชาติ" หรือ "ด้วยเหตุธรรมชาติ"

หมายถึง การที่ผู้ตายมีสาเหตุอันเป็นเหตุตามธรรมชาติในร่างกายของผู้ตายเอง แต่ผู้ตายรวมถึงญาติไม่เคยได้รับทราบมาก่อน เพราะผู้ตายไม่เคยมารับการตรวจ ณ สถานพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใดมาก่อน (การตรวจโดย

แพทย์และวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือ Modern-Western Medicine) จนกระทั่งเกิดความรุนแรงแห่งเหตุที่ผู้ตายมีอยู่ก่อน และเป็นเหตุจนทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตายขึ้นมาโดยทันที

ประการที่ 4: การตรวจศพโดยการผ่าศพอย่างละเอียด

จากการผ่าศพผู้ที่เสียชีวิตรายดังกล่าวตามอุทาหรณ์นี้ พบสาเหตุแห่งการตายอย่างชัดเจน กล่าวคือ

ก. ตรวจพบว่าเส้นเลือดที่เลี้ยงหัวใจมีพยาธิสภาพอย่างชัดเจน

1. anterior descending branch of left coronary artery มีการตีบเป็นช่วง ๆ (segmental stenosis) และมีบางตำแหน่งที่มีการตีบถึงราวร้อยละ 80 หรือมากกว่า **(ภาพที่ 6)**

2. right coronary artery มีการตีบอยู่ราวร้อยละ 40-50 **(ภาพที่ 7)**

3. left circumflex artery มีการตีบอยู่ราวร้อยละ 40-50

แม้ว่าหลอดเลือดในข้อ 2 และ 3 จะมิได้ตีบมากถึงขนาด (กว่าร้อยละ 70) แต่ก็เป็นเหตุและปัจจัยเสริม การที่เมื่อหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจเส้นหน้า (anterior descending branch of left coronary artery) มีเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอในระยะหนึ่งระยะใด ย่อมขาดการช่วยเหลือจากหลอดเลือดใกล้เคียงได้

ข. ตรวจพบว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจที่เป็นแผลเป็น (scar formation) มีลักษณะซีดขาวเป็นหย่อม ๆ โดยเฉพาะที่บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายตอนหน้าและข้าง (anterolateral wall of left ventricle) **(ภาพที่ 8)**

ค. ตรวจพบว่าใกล้เคียงกับแผลเป็น (ลักษณะซีดขาว) กลับมีลักษณะสีแดงเป็นหย่อม เข้าได้กับเป็นการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน (acute myocardial ischemia)

ประการที่ 5: การตรวจไม่พบว่าเป็นการตายผิดธรรมชาติ

ในรายนี้เมื่อแพทย์ได้ทำการตรวจศพโดยการผ่าศพตรวจแล้วก็ไม่พบว่าเป็นการตายผิดธรรมชาติ แต่กลับพบว่าเป็นการตายตามธรรมชาติ อันเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบอย่างมากนั่นเอง การที่แพทย์ดำเนินการดังกล่าวมิได้หมายความว่าแพทย์กระทำการอย่างผิดพลาดในประการต่าง ๆ

ก. นำศพเข้ามาตรวจโดยในที่สุดไม่พบว่ามีการตายผิดธรรมชาติ

ข. ทำให้เสียเวลาของทั้งแพทย์ พนักงานสอบสวน และญาติของผู้ตาย

แต่การที่แพทย์ดำเนินการนำศพดังกล่าวกลับเข้ามารับการตรวจต่อกลับถือว่าเป็นการกระทำตาม "มาตรฐานทางการแพทย์ (ทางนิติเวชศาสตร์)"[3,4,5] แล้ว เพราะหากมิได้ทำการตรวจศพอย่างละเอียดย่อมไม่อาจทราบได้ว่า "สาเหตุที่ทำให้ผู้ตายตายอย่างแท้จริงคืออะไร" และหากมีผู้ที่สงสัยในสาเหตุการตายในเวลาต่อมาโดยที่แพทย์มิได้มีการตรวจเพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว ย่อมเกิดข้อสันนิษฐานต่าง ๆ นานาได้ และทำให้แพทย์อาจเข้าข่ายกระทำการโดยไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ได้ เช่น หากมีญาติของผู้ตายผู้หนึ่งสงสัยว่าผู้ตายจะตายเนื่องจากการถูก "วางยา" หรือเป็นการ "ฆาตกรรม" การไม่ตรวจเพิ่มเติมย่อมไม่อาจตอบคำถามนี้ได้

ประการที่ 6: การที่แพทย์รีบออกหนังสือรับรองการตาย

การที่แพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพพบว่าศพที่ตนชันสูตรพลิกศพนั้นมิได้มีบาดแผลหรือร่องรอยใด ๆ อันจะเป็นการถูกประทุษร้ายก็ตาม และแม้ว่าจะเสียชีวิตต่อหน้าบุคคลจำนวนมากก็ตาม หากมิได้มีเหตุมีพยาธิสภาพที่เห็นอย่างประจักษ์ หรือทราบจากการตรวจ (โดยแพทย์) ว่ามีสาเหตุจากโรคธรรมชาติแล้ว การที่แพทย์จะออกหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) หรือข้อสันนิษฐานสาเหตุการตายโดยแพทย์ (ทร.4 ตอนหน้า)[6] นั้น ย่อมเป็นการ "เสี่ยงต่อ" การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์อย่างมาก เพราะอาจเข้าข่ายการที่แพทย์ประกอบวิชาชีพไม่ได้มาตรฐาน (ทางนิติเวชศาสตร์)[3,4,5] ได้

สรุป

การที่แพทย์จำต้องเข้าร่วมในการชันสูตรพลิกศพกับเจ้าพนักงานอื่น และพบว่าศพนั้นไม่มีพยาธิสภาพร้ายแรงใด ๆ ที่จะทำให้เสียชีวิตได้ อีกทั้งอายุก็ยังไม่มากหรือไม่น้อย เช่น ราว 40-50 ปี เป็นต้น การที่จะให้เกิดความปลอดภัยต่อการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ทางนิติเวชศาสตร์) ก็คือ ให้ทำบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพก่อนและระบุให้นำศพเพื่อการตรวจต่อ ถึงแม้ว่าต่อมาการตรวจศพจะได้สาเหตุแห่งการตายเป็นการตายตามธรรมชาติก็ตาม ก็ไม่ทำให้แพทย์ต้องถือว่าเป็นการทำผิดแนวทางหรือไม่ถูกต้องแต่อย่างใด

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf

2. ประมวลกฎหมายอาญา. http://legal-informatics.org/file/3.pdf

3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.

4. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา 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)".

5. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.

6. พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 108/ตอนที่ 203/ฉบับพิเศษ หน้า 97/22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534.

ญี่ปุ่นชื่นชมไทยด้านการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมชูเป็นต้นแบบอาเซียน

ญี่ปุ่นชื่นชมโครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของไทยว่าเป็นระบบที่ดี ดูแลได้ครบถ้วนทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม พร้อมร่วมมือกับไทยศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มอื่นที่ต้องพึ่งพิงในระยะยาวให้มีความยั่งยืนในพื้นที่ 6 จังหวัดต้นแบบ ตั้งแต่ พ.ศ. 2556-2560 เพื่อนำไปขยายผลในประเทศอาเซียน เชื่อว่าจะลดค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้มาก เผยขณะนี้ไทยมีผู้สูงวัยใกล้ 10 ล้านคน ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัว

นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ขณะนี้ได้จัดทำโครงการความร่วมมือกับรัฐบาลญี่ปุ่นหรือไจก้า (JICA) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการระยะยาวที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่อยู่ในชุมชนและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ซึ่งมีอาการคงที่ แต่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น หรือที่เรียกว่ากลุ่มติดเตียง ติดบ้าน ซึ่งคาดว่าขณะนี้จะมีประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วประเทศ

สำหรับโครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแล รักษา และพัฒนาการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ระงับและป้องกันอาการเจ็บป่วยไม่ให้แย่ลงกว่าเดิม และให้คำแนะนำเทคนิคการดูแลพยาบาล เพิ่มขวัญกำลังใจแก่ญาติหรือครอบครัว ในการร่วมกันดูแลผู้สูงอายุร่วมกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐใช้เวลาดำเนินการ 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2556-2560 ในพื้นที่ชุมชน 6 จังหวัดที่มีความหลากหลาย ทั้งชุมชนเมืองหนาแน่น ชุมชนเมืองทั่วไป และชนบท ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงราย นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี นนทบุรี และขอนแก่น โดยญี่ปุ่นมีแนวคิดจะนำรูปแบบของไทยไปขยายผลในประเทศอาเซียนซึ่งมีวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน เพื่อดูแลประชาชนที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน

ในการดำเนินโครงการดังกล่าว ได้บูรณาการกับกระทรวง หน่วยงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญจากญี่ปุ่น เป็นต้น เพื่อจัดทำแผนการให้บริการหลายรูปแบบ เช่น การช่วยเหลือที่บ้าน บริการแบบเช้าไป-เย็นกลับ เพื่อรักษาการเข้าสังคมของผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน นวดแผนไทย การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย โดยจะมีการจัดอาสาสมัครดูแลร่วมกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐในท้องถิ่น และหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงกะทันหันจะมีระบบการประสานงานแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทราบ และส่งรถพยาบาลและทีมกู้ชีพฉุกเฉินไปรับถึงบ้าน โดยทีมกู้ชีพจะรู้ประวัติผู้ป่วยและโรคหลัก ๆ ก่อนล่วงหน้า สามารถให้การดูแลอย่างถูกวิธี เนื่องจากการดูแลรักษาผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ เพราะอวัยวะหลายส่วนอยู่ในสภาวะที่เสื่อมถอย

นพ.ชาญวิทย์ กล่าวต่ออีกว่า จากการเดินทางไปร่วมประชุมความร่วมมือ อาเซียน-ญี่ปุ่น เพื่อพัฒนาระบบการบริการดูแลสังคมผู้สูงอายุในภูมิภาค (ASEAN-Japan Seminar on the Regional Cooperative for the Aging Society) ที่ประเทศญี่ปุ่นเมื่อไม่นานมานี้ รัฐบาลญี่ปุ่นให้ความสนใจเรื่องระบบการดูแลผู้สูงอายุมาก เนื่องจากจะเป็นปัญหาใหญ่ในทุกประเทศทั่วโลก และญี่ปุ่นเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุมาก่อนประเทศอื่น ๆ และเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลไม่สามารถบริการได้ครบด้าน และเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงมาก จึงสนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะสามารถให้บริการครบถ้วนทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยญี่ปุ่นให้การชื่นชมประเทศไทยซึ่งได้ทำการศึกษาเพื่อจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุไทยในชุมชนในช่วง 5 ปีก่อน ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลญี่ปุ่นหรือไจก้าใน 4 จังหวัด คือ เชียงราย สุราษฎร์ธานี นนทบุรี และขอนแก่น พบว่าได้ผลดี และเชื่อว่าไทยเดินมาถูกทาง ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกรายงานในช่วงปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2593 สัดส่วนของประชากรโลกที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าตัว จากประมาณร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 22 คือมีจำนวนเพิ่มจาก 605 ล้านคน เป็น 2,000 ล้านคน ส่วนประเทศไทยขณะนี้มีผู้สูงอายุจำนวน 9.5 ล้านคน ประมาณร้อยละ 15 ของประชากรทั้งประเทศ และประมาณร้อยละ 50 มีโรคประจำตัว มีผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมต้องการคนดูแลประมาณ 265,000 คน

ครั้งแรกในประเทศไทย ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากปัสสาวะ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 2 ในผู้หญิงไทย รองจากมะเร็งเต้านม แต่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในผู้หญิงไทยมากเป็นอันดับ 1 พบในผู้หญิงช่วงอายุ 30-60 ปี จากข้อมูลล่าสุดของสถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก (GLOBOCAN 2008) พบว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 10,000 คนต่อปี และในแต่ละปีมีผู้หญิงไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5,200 คน หรือเฉลี่ยวันละ 14 คน ทั้ง ๆ ที่มะเร็งปากมดลูกนั้นเป็นมะเร็งที่ป้องกันได้ สาเหตุหนึ่งมาจากความอายและความกลัว

ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลสมิติเวช สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงได้ร่วมมือกันวิจัยการตรวจเชื้อไวรัส HPV จากปัสสาวะเป็นครั้งแรกในประเทศไทย หวังเป็นวิธีการใหม่ช่วยลดผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว

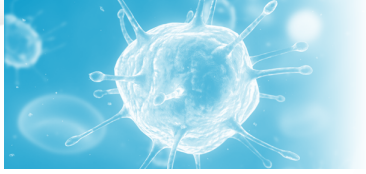
นพ.ธีรวุฒิ คูหะเปรมะ อดีตผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กล่าวถึงสถานการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันว่า มะเร็งปากมดลูกถือเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 3 ทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 4 ทั่วโลก ซึ่งเป็นปัญหาในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะ 60% เกิดขึ้นในประเทศแถบเอเชีย เนื่องจากขาดระบบการคัดกรองที่ดี ไม่ว่าจะเป็นอินเดีย จีน และลาว เป็นต้น

สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเกิดและเสียชีวิตของมะเร็งปากมดลูกปานกลาง ไม่สูงเท่าประเทศในแถบแอฟริกา หรือลาว ถ้าเปรียบเทียบในแถบเอเชีย ประเทศไทยอยู่อันดับ 8 แต่หากเปรียบเทียบในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยอยู่อันดับ 3 โดยองค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ หรือ IARC ซึ่งเป็นหน่วยงานขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 17 คน/วัน และมีอัตราเสียชีวิตประมาณ 2,620 คน/ปี หรือประมาณ 7 คน/วัน ซึ่งหากไม่มีมาตรการใด ๆ รองรับในปี พ.ศ. 2553 จะมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 10,000 คน และมีอัตราผู้เสียชีวิต 14 คน/วัน

ทางสถาบันมะเร็งแห่งชาติจึงได้ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินโครงการระบบคัดกรองปากมดลูกในประเทศไทย ที่ถือเป็นอินเตอร์เนชั่นแนลโปรแกรมทั้งระบบเป็นประเทศแรกในเอเชีย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 มีระยะเวลาของโครงการ 5 ปี ตรวจคัดกรองหญิงไทยที่มีอายุ 35-60 ปี โดยมีเป้าหมายที่ 4 ล้านคน จากทั้งหมด 10 ล้านคน ด้วยวิธีการ Pap smear และบางแห่งด้วยวิธี visual inspection with acetic acid หรือ VIA

จากโครงการตลอดระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2552 ตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะก่อนเป็นมะเร็งระยะ 1-2 สูงขึ้นมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลการคัดกรองดีขึ้น จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยจากอันดับ 1 ลดลงมาเป็นอันดับ 2 และในปี พ.ศ. 2549 ลดมาอยู่อันดับ 3 แม้ว่าปี พ.ศ. 2552 จะกลับมาอยู่อันดับ 2 เพราะมะเร็งตับในหญิงไทยมีอัตราลดลง ส่วนอัตราการเสียชีวิตจำเป็นจะต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะสามารถวัดผลได้ ทั้งนี้อัตราการคัดกรองในประเทศไทยมีสูงขึ้น จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2550 หญิงไทยมีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากถึง 72% จากในอดีตที่มีเพียง 20-25% ในขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างเฟสสอง โดยลดอายุกลุ่มเป้าหมายเป็น 30-60 ปี ให้คัดกรองทุก 5 ปี ด้วยวิธีการทำ Pap smear และ VIA (ประมาณ 200,000 ราย) เพื่อครอบคลุมหญิงไทยกว่า 80% ให้ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

"การคัดกรองถือเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการรักษามะเร็งปากมดลูกที่นำไปสู่การรักษาได้ดี แตกต่างจากมะเร็งตับและมะเร็งปอดที่การคัดกรองไม่ค่อยได้ผล เนื่องจากเสียค่าใช้จ่ายสูง และการรักษาไม่ได้ผลดีแม้จะพบมะเร็งในระยะแรกเริ่ม และถือเป็นมะเร็งชนิดเดียวที่การคัดกรองสามารถลดได้ทั้งอัตราการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิต เพราะการคัดกรองสามารถค้นหาระยะก่อนที่จะเป็นมะเร็งได้ เมื่อทำการรักษาก็จะเป็นการฆ่าตัดตอนก่อนเป็นมะเร็ง เมื่อสามารถรักษา



ได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งได้ จำนวนผู้ป่วยที่จะเป็นมะเร็งก็จะลดลง อัตราการเสียชีวิตก็จะลดลง แตกต่างจากมะเร็งชนิดอื่นที่ไม่สามารถทำเช่นนี้ได้ เช่น มะเร็งเต้านม เนื่องจากยังไม่ทราบว่าระยะก่อนเป็นมะเร็งเป็นอย่างไร ทำให้อัตราการเกิดไม่น้อยลง ต้องมุ่งเป้าไปที่การรักษาเพื่อทำให้อัตราการเสียชีวิตน้อยลงแทน" **นพ.ธีรวุฒิ** กล่าว

พญ.สมสิริ สกลสัตยาทร กรรมการผู้จัดการและประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัท สมิติเวช จำกัด (มหาชน) กล่าวว่า เชื้อไวรัสฮิวแมนแปปิโลมา หรือ HPV ถือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของผู้หญิงในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แม้ว่ามะเร็งชนิดนี้ถ้าตรวจพบในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลามสามารถรักษาได้ง่าย และหายขาดเกือบ 100% แต่ผู้หญิงไทยส่วนใหญ่พลาดโอกาสนั้น กว่าจะมาพบว่าตัวเองป่วย มะเร็งก็ลุกลามไปแล้ว สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความอาย และความกลัว ทางโรงพยาบาลสมิติเวชจึงได้ร่วมมือกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งถือเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน เป็นอีกหนึ่งความก้าวหน้าครั้งสำคัญในวงการแพทย์ไทย ในงานวิจัยตรวจหาเชื้อไวรัส HPV จากปัสสาวะ ซึ่งจะเป็นความหวังใหม่ของผู้หญิงไทยและในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงที่ยังอายและกลัวที่จะเข้ารับการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV มีโอกาสป้องกันและรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งความร่วมมือในครั้งนี้จะเป็นก้าวอันยิ่งใหญ่ และเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติอย่างแท้จริง

ทั้งนี้นวัตกรรมการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV จากปัสสาวะมีขั้นตอนการตรวจคือ ทำการเก็บปัสสาวะโดยเก็บปัสสาวะในบรรจุภัณฑ์ที่ปลอดเชื้อให้มีปริมาตรอย่างน้อย 15-30 มิลลิลิตร ที่เหมาะสมที่สุดคือ ปัสสาวะในช่วงแรก หลังจากส่งตัวอย่างให้เจ้าหน้าที่แล้ว จะใช้ระยะเวลาในการตรวจทางห้องปฏิบัติการประมาณ 4 ชั่วโมง และสามารถแจ้งผลการตรวจได้ภายใน 3 วัน ในกรณีที่ผลการตรวจเป็น positive คือพบเชื้อ HPV จากปัสสาวะต้องเข้ารับการตรวจเพื่อยืนยันผล โดยการทำ Pap smear โดยสูตินรีแพทย์ต่อไป ส่วนในกรณีที่ผลการตรวจเป็น negative คือตรวจไม่พบเชื้อ HPV ก็ควรทำการตรวจคัดกรองเป็นประจำทุกปี

ข้อดีของการตรวจหาเชื้อ HPV จากปัสสาวะคือ เป็นอีกหนึ่งทางเลือกของผู้หญิงในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเบื้องต้น (Pre-screening program) ในผู้หญิงที่กลัวและไม่ยอมเข้ารับการตรวจภายในเพื่อเก็บตัวอย่างส่งตรวจ มีความสะดวกมากในการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง และลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากมีผู้รับการตรวจคัดกรองมากขึ้น

ส่วนข้อด้อยของวิธีนี้คือ การตรวจหา DNA ในปัสสาวะนั้นทำได้ยาก เนื่องจากตัวอย่างที่ได้อาจมีความเจือจาง และมีการปนเปื้อนของ urea และ nitrites และสารอื่น ๆ ที่สามารถยับยั้งปฏิกิริยา polymerase chain reaction ได้ อาจมีการปนเปื้อนของแบคทีเรียอื่น ๆ ด้วย และอาจทำให้ตรวจไม่พบ HPV DNA หรือให้ผลการทดลองที่คลาดเคลื่อน และความแม่นยำของผลการตรวจไม่เทียบเท่าการตรวจ Pap smear

กลุ่มที่เหมาะกับการตรวจหาเชื้อ HPV จากปัสสาวะคือ วัยรุ่น หรือเด็กหญิงที่ต้องการตรวจก่อน หรือหลังรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกในการตรวจ Pap smear และกลุ่มผู้หญิงที่เขินอาย กลัวเจ็บ และปฏิเสธการตรวจ Pap smear อย่างสิ้นเชิง

ศ.นพ.ยง ภู่วรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า การตรวจเชื้อ HPV ในปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างมาก และมีความไวมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ข้อเสียของเชื้อ HPV คือมีความหลากหลาย มีหลายร้อยจีโนไทป์ โดยมีเพียง 15 ชนิดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก และอีก 4-5 ชนิดมีส่วนที่มีความน่าจะเป็นที่จะทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก และส่วนน้อยที่แม้ไม่ได้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง แต่ก็ทำให้เกิดโรคอื่นขึ้นได้ เช่น หูดหงอนไก่ เป็นต้น

จากการตรวจ Pap smear ของหญิงไทยประมาณ 3,000 คน ตรวจพบเชื้อ HPV ประมาณ 9-11% หรือประมาณ 1 ใน 10 และในกลุ่มนี้จะมีเพียง 5-6 คนเท่านั้นที่เป็น high risk หรือประมาณ 1 ใน 13-14 แม้ว่ามะเร็งปากมดลูกจะพบได้สูง แต่ก็มีผู้หญิงอีกหลายคนที่ไม่อยากตรวจ จึงมีแนวคิดมานานแล้วที่จะตรวจด้วยปัสสาวะ แต่อย่างไรก็ตาม การตรวจคัดกรองที่ได้มาตรฐานที่สุดคือ Pap smear แต่การตรวจคัดกรองเชื้อ HPV จากปัสสาวะเป็นการตรวจทางอ้อม แน่นอนว่าไม่สามารถให้ผล 100% ได้ไม่เหมือนกับการตรวจจากรอยโรค แต่สำหรับผู้หญิงที่เขินอายไม่กล้าตรวจก็ถือเป็นอีกหนึ่งทางออกที่จะตรวจคัดกรอง และข้อดีอีกอย่างหนึ่งในการตรวจคัดกรองเชื้อ HPV จากปัสสาวะคือ การตรวจในผู้ชาย และในกลุ่มรักร่วมเพศ

"แม้ว่าผลการวิจัยจะยืนยันว่าเราสามารถตรวจหาเชื้อไวรัส HPV จากปัสสาวะได้ แต่วิธีนี้ไม่ใช่วิธีที่มาทดแทนการตรวจ Pap smear เพียงแต่เป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประโยชน์มากสำหรับกลุ่มผู้หญิงที่กลัวหรืออาย และไม่ยอมเข้ารับการตรวจภายใน ขณะนี้ยังอยู่ระหว่างการวิจัยและพัฒนา แต่จะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในอนาคตที่ทำให้ผู้หญิงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น และสามารถลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกลง" ศ.นพ.ยง กล่าวทิ้งท้าย

"มะเร็ง" ปัญหาสาธารณสุขรุนแรงระดับโลก คร่าชีวิตคนไทยปีละกว่า 6 หมื่นคน

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์

นพ.วชิระ เพ็งจันทร์

กระทรวงสาธารณสุข เผย ขณะนี้ภัยจากโรคมะเร็งรุนแรงขึ้น ต่อปีมีคนไทยเสียชีวิตกว่า 60,000 คน มากเป็นอันดับ 1 ในประเทศ ส่วนทั่วโลกมีรายงานเสียชีวิตปีละเกือบ 8 ล้านคน ย้ำเตือนผู้ที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งสูง ได้แก่ คนอ้วน คอทองแดง สิงห์อมควัน คนที่กินผักและผลไม้สดน้อย และไม่ออกกำลังกาย พร้อมแนะให้ประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป ตรวจร่างกายประจำปี โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ชี้หากพบแต่เริ่มแรก โอกาสรักษาหายมีสูง โดยกระทรวงสาธารณสุขเร่งกระจายโรงพยาบาลรักษามะเร็งทั่วประเทศ ทั้งผ่าตัด เคมีบำบัด ฉายแสง และดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังถึงบ้าน

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ของทุกปี องค์การอนามัยโลกและสมาคมต่อต้านมะเร็งสากล กำหนดให้เป็นวันมะเร็งโลก (World Cancer Day) เพื่อให้ประเทศต่าง ๆ รณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งและตระหนักถึงความรุนแรงของโรคนี้ เนื่องจากขณะนี้โรคมะเร็งกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงระดับโลก เป็นภัยเงียบคุกคามชีวิตประชาชนวัยแรงงานและผู้สูงอายุมากที่สุด องค์การอนามัยโลกรายงานพบผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลกปีละประมาณ 13 ล้านคน เสียชีวิตปีละ 7.6 ล้านคน มากที่สุดคือมะเร็งปอดจำนวน 1.37 ล้านคน แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกประเทศ คาดว่าในอีก 16 ปี คือในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มเป็น 13 ล้านกว่าคน ถือว่าเป็นตัวเลขที่สูงมาก

นพ.ณรงค์ กล่าวอีกว่า สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายสูงอันดับ 1 ของคนไทยต่อเนื่องมานานกว่า 13 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ล่าสุดในปี พ.ศ. 2554 มีคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทุกชนิด 61,082 คน คิดเป็นร้อยละ 15 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดที่มีปีละ 414,670 คน โดยจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 3,000 คน ในการจัดบริการทั้งการป้องกัน การดูแลรักษาผู้ป่วย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้จัดบริการในรูปแบบของเขตบริการสุขภาพ มีทั้งหมด 12 เขต เขตละ 5-8 จังหวัด ดูแลประชาชนเฉลี่ยประมาณ 5 ล้านคน ให้แต่ละเขตบริการใช้หลักการบริหารร่วมทั้งงบประมาณ กำลังคน และเครื่องมือแพทย์ร่วมกัน โดยใช้แผนบริการสุขภาพหรือเซอร์วิส แพลน (service plan) เป็นเครื่องมือหลักของการพัฒนา ซึ่งได้กำหนดให้บริการของโรคมะเร็งเป็น 1 ใน 10 สาขาบริการหลักที่ต้องดำเนินการทุกเขตบริการสุขภาพ เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มาพบแพทย์ป่วยในระยะลุกลามมากกว่าระยะเริ่มต้น โอกาสหายขาดจึงมีน้อย

ทั้งนี้มาตรการพัฒนาบริการกำหนดให้ทุกเขตบริการสามารถผ่าตัดมะเร็ง รักษาด้วยเคมีบำบัด และขยายการรักษาด้วยรังสี เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมะเร็งเร็วขึ้น ได้รักษาใกล้บ้าน โดยได้รับการผ่าตัดใน 4 สัปดาห์ ได้รับยาเคมีบำบัดใน 4 สัปดาห์ และได้รับการฉายแสงระงับเซลล์มะเร็งแพร่กระจายใน 6 สัปดาห์ นอกจากนี้ได้ขยายบริการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่จะดูแลที่บ้าน โดยให้ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน และ อสม. ออกไปให้การดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องด้วย เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

ทางด้าน **นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข** กล่าวเพิ่มเติมว่า ปัจจัยเสี่ยงเกิดโรคมะเร็งที่สำคัญมี 5 ประการ ได้แก่ ความอ้วน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย และไม่กินผักและผลไม้สด โดยโรคมะเร็งจะค่อย ๆ ก่อตัว ค่อยเป็นค่อยไป ไม่รู้ตัว จึงขอแนะนำผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ควรตรวจสุขภาพ ค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หากตรวจพบเร็วโอกาสรักษาหายจะมีสูง

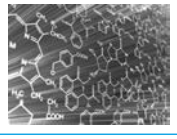
ขณะเดียวกันได้จัดระบบการป้องกันและการค้นหาผู้ที่เริ่มมีความผิดปกติแต่ยังไม่รู้ตัว เช่น ผู้หญิงที่อายุ 30 ปีขึ้นไป จะรณรงค์ให้ตรวจหามะเร็งปากมดลูกให้ได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ตรวจมะเร็งเต้านมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 หากพบความผิดปกติจะได้รับการผ่าตัดภายใน 1 เดือน ซึ่งมีโอกาสหายเป็นปกติสูงมาก หากเซลล์มะเร็งยังไม่ลุกลามไปที่อื่น ส่วนในบางเขตบริการฯ เช่น ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบโรคมะเร็งตับสูง จะตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ หากพบจะให้ยาฆ่าพยาธิ และปรับพฤติกรรมเลิกกินปลาน้ำจืดดิบ ๆ สุก ๆ ด้วย

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
13-14 มีนาคม 2557	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	การประชุมวิชาการทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 1 Essential Knowledge in Emergency Care ณ ห้องประชุมมิตรภาพ อาคารเรียนรวม ชั้น 3 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	โทรศัพท์ 0-4336-6869 โทรสาร 0-4336-6870 E-mail: md221@kku.ac.th www.md.kku.ac.th/emergency
15-16 มีนาคม 2557	แผนกห้องผ่าตัดศัลยกรรม ฝ่ายบริการพยาบาล และชมรมศัลย์เสวนา 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
17-19 มีนาคม 2557	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	โครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (รุ่นที่ 1) เรื่อง “Learning & Intervention in Special Child” ณ ห้องจักรพันธุ์ ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	โทรศัพท์ 0-2354-8333-43 ต่อ 5117, 5122, 0-2354-8927 โทรสาร 0-2354-8088 E-mail: QSNICH.Training@gmail.com www.childrenhospital-training.com
18-20, 21-22 มีนาคม 2557	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย รังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย และ American Institute for Radiologic Pathology	งานประชุมวิชาการ AIRP 2014 และการประชุมใหญ่ทางวิชาการ ครั้งที่ 51/2557 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
18-21 มีนาคม 2557	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปี พ.ศ. 2557 THEME: OB-GYN in Practice 2014: DRAMA ณ อาคารศรีสวรินทิรา โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-4638, 08-4375-9490 โทรสาร 0-2419-4780 E-mail: si.obgyn@hotmail.com, sianm@hotmail.com www.sirirajconference.com
20-21 มีนาคม 2557	สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	การประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2556 (ครั้งที่ 46) ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์	โทรศัพท์ 0-2718-0060-4 www.thaiheart.org
20-21 มีนาคม 2557	สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	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
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

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
23-25 เมษายน 2557	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่กุมารเวชศาสตร์ ครั้งที่ 77 Theme: New Horizon in Pediatric Care ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี	E-mail: admin@thaipediatrics.org www.thaipediatrics.org
23-25 เมษายน 2557	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2557 "วัยว้าวุ่น" ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซ.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 โรงแรมเดอะเฮอริเทจ พัทยาบีช 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.thaipediatrics.org
9 มิถุนายน - 7 สิงหาคม 2557	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	การอบรมหลักสูตร "อาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานสำหรับแพทย์" 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
19-20 มิถุนายน 2557	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โครงการฝึกอบรมวิชาการ "Rehabilitation in Neurogenic Bladder and Bowel" ณ ห้องเกษม ลิ่มวงศ์ อาคารเรียนรวมฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1147 โทรสาร 0-7445-1127 E-mail: meeting@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th/
11-12 กรกฎาคม 2557	อนุสาขา Sports Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย และ Thai Orthopedic Society for Sports Medicine (TOSSM)	การประชุม The 4th 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
21-25 กรกฎาคม 2557	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการนานาชาติทางการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. 2557 Siriraj International Conference in Medicine and Public Health 2014 (SICMPH 2014) ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2419-2673 www.sirirajconference.com

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

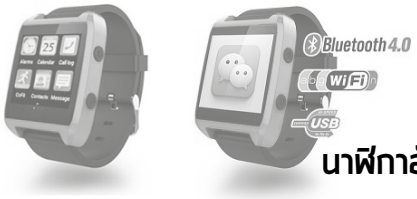
Highlight International Congress 2014

Date	Title	City	Country	Contact
26-28 March 2014	19th Congress of the European Association of Hospital Pharmacists (EAHP)	Barcelona	Spain	www.eahp.eu/congresses
27-29 March 2014	Singapore Rehabilitation Conference 2014	-	Singapore	www.singaporerehab.com.sg
27-30 March 2014	ACP2014-The Fourth Asian Conference on Psychology and the Behavioral Sciences	Osaka	Japan	http://acp.iafor.org
3-4 April 2014	Medicine for Psychiatrists Conference	Auckland	New Zealand	www.medicineforpsychiatrists.com
10-12 April 2014	Case Studies from the Heart of Manhattan	New York	United States of America	www.mayo.edu/cme/Manhattan2014
14-18 April 2014	Radiation Safety Officer Training for Laboratory Professionals	Boston, Massachusetts	United States of America	https://ecpe.sph.harvard.edu/RSO
23-25 April 2014 	Drug Discovery Chemistry 2014	San Diego, California	United States of America	www.drugdiscoverychemistry.com
28-29 April 2014	Medical Informatics World 2014	Boston, Massachusetts	United States of America	www.medicalinformaticsworld.com
30 April - 4 May 2014	X. Turkish German Gynecology Congress	Antalya	Turkey	www.tajev2014.org/eng/

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

Nikon COOLPIX S3600
กล้องดิจิตอลคอมแพ็คขนาดเล็ก

Nikon เปิดตัว **COOLPIX S3600** กล้องดิจิตอลคอมแพ็ครุ่นใหม่ โดยตัวกล้องมีขนาด 97.1 x 57.9 x 19.9 มิลลิเมตร น้ำหนักรวมแบตเตอรี่ 125 กรัมที่มีความหนาเพียง 19.9 มิลลิเมตร พร้อมเลนส์ขนาด 25-200 mm ความละเอียด 20.05 ล้านพิกเซล มีเอฟเฟ็คในหมวด make-up กว่า 12 แบบให้เลือกใช้ และมีหน้าจอแสดงผล TFT LCD กว้าง 2.7 ล้านพิกเซล มี 3 สี คือ Azalea pink, Crystal silver, Cobalt blue สามารถจับจองเป็นเจ้าของได้ในราคาประมาณ 5,300 บาท



นาฬิกาอัจฉริยะ SmartQ
กับฟีเจอร์การใช้งานที่ไม่ธรรมดา

SmartQ นาฬิกาอัจฉริยะที่มาพร้อมระบบปฏิบัติการ Android 4.3 Jelly Bean หน้าจอ 1.54 นิ้ว TFT LCD ซีพียูความเร็ว 1 GHz, แรม 1 GB และความจำตัวเครื่อง 4 GB สามารถรับการแจ้งเตือนจากมือถือไม่ว่าจะเป็นสายเรียกเข้า แสดงปฏิทิน เล่นเพลง อ่านข้อความ SMS บันทึกเสียงได้ ตัวเครื่องยังกันน้ำได้ลึก 1 เมตร นาน 30 นาที และกันฝุ่นได้อีกด้วย พร้อมแบตเตอรี่ขนาด 300 mAh สแตนด์บายได้ยาวนาน 18,000 นาที นอกจากนี้ยังสามารถรองรับ Wi-Fi, Bluetooth 4.0 มีจำหน่าย 3 สี คือ สีดำ สีแดง และสีฟ้า ราคาประมาณ 2,900 บาท

Smart Contact Lens นวัตกรรมเพื่อผู้ป่วยเบาหวาน

Google ได้พัฒนา **Smart Contact Lens** ขึ้นมาเพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลหรือกลูโคสสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งมีผลวิจัยจากนักวิทยาศาสตร์แล้วว่า สามารถตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดได้จากน้ำตาของผู้ใส่ โดยเซ็นเซอร์การวัดค่าและวงจรต่าง ๆ ถูกวางลงระหว่างคอนแทคเลนส์ 2 ชิ้น สามารถอ่านค่าน้ำตาลได้ภายใน 1 วินาที และมีชุดอุปกรณ์ไร้สายในการส่งข้อมูลออกมาด้วย นอกจากนี้ยังใส่ไฟ LED ขนาดเล็กเข้าไปเพื่อช่วยเตือนผู้ใส่ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดมากน้อยแค่ไหน ขณะนี้อยู่ระหว่างเจรจากับทางองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาในการจะนำมาผลิตใช้จริงกับผู้ป่วยเบาหวาน

[Book Shop]

• กองบรรณาธิการ

วันพุทธ

ผู้เขียน : **ผศ.ดนัย ปรีชาเพิ่มประสิทธิ์**
สำนักพิมพ์อมรินทร์ธรรมะ,
ราคา 199 บาท

หนังสือเล่มนี้กล่าวถึงวันสำคัญในพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับพระพุทธเจ้าและเหล่าพระสาวก เท่าที่ปรากฏในคัมภีร์พระไตรปิฎกและอรรถกถาไว้ถึง 297 วัน จาก 354 วันตามปฏิทินจันทรคติ และได้สรุปธรรมะน่ารู้ รวมถึงกุศลที่ควรทำให้สอดคล้องกับธรรมะและเรื่องราวที่สำคัญของวันนั้น ๆ

หากทุกคนรอวันสำคัญในพระพุทธศาสนาตามปฏิทิน ซึ่งปีหนึ่งมีเพียงไม่กี่วัน ก็จะทำกุศลได้น้อยมาก แต่หากทุกคนรู้ว่าวันสำคัญในพระพุทธศาสนายังมีอีกมาก โอกาสที่จะทำบุญกุศลเพื่อขัดเกลาและพัฒนาจิตใจให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไปนั้นย่อมเป็นเรื่องที่ไม่ยากและมีโอกาสทำได้ปีละหลาย ๆ วัน หรือเกือบทุกวัน เมื่อได้ทำกุศลตามที่ได้รวบรวมไว้เป็นแนวทาง เชื่อได้ว่าวิถีชีวิตแบบพุทธของคนไทยก็คงจะกลับมามีสีสัน และมีชีวิตชีวามากยิ่งขึ้นไปอีก

ตื่น รู้ เบิกบาน

ผู้เขียน : **ส.เขมรังสี**
สำนักพิมพ์อมรินทร์ธรรมะ,
ราคา 125 บาท

"ตื่น รู้ เบิกบาน" เป็นหนังสือที่รวบรวมคำบรรยายธรรมของพระครูเกษมธรรมทัต (หลวงพ่อสุรศักดิ์ เขมรังสี) วัดมเหยงคณ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พระวิปัสนาจารย์ที่มีชื่อเสียงรูปหนึ่งของบ้านเรา เนื้อหาการสอนธรรมและการนำปฏิบัติของท่านจะเน้นความเรียบง่ายในการเข้าถึงธรรม โดยให้ฝึก ขัด เกลา จิตใจ ด้วยการเฝ้าสังเกต พิจารณาตัวสภาวะหรือปรมัตถธรรม โดยเฉพาะตัวขันธ์ 5 คือ รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ ที่มาประกอบกันเป็นตัวตนแต่ละคน เพราะถ้าหากเราสามารถพิจารณาจนเข้าถึงตัวสภาวะที่แท้จริงได้ โดยมองแบบแยกส่วนออกจากกัน ก็จะพบว่าไม่มีตัวเราอยู่เลยทุกอย่าง สักแต่ว่าเป็นเท่านั้น และสิ่งที่จะทำให้รู้ ให้เห็น ให้เกิดปัญญาได้ก็มีอยู่แล้ว คือกาย คือใจของเราเอง ขึ้นอยู่กับว่าจะพากเพียรประพฤติปฏิบัติกันหรือไม่

หนังสือเล่มนี้ หลวงพ่อได้บอกเล่าถึงข้อธรรมต่าง ๆ พร้อมยกตัวอย่างเรื่องในครั้งพุทธกาลถึงอานิสงส์ของการประพฤติปฏิบัติตามคำสอนขององค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้า เช่น เรื่องของการฟังธรรม เรื่องของการศรัทธาและความเชื่อมั่น กรรมดี บุญบาป เป็นต้น เพราะหากเรามีความตั้งใจ มีจิตที่เลื่อมใสศรัทธาในธรรมของพระพุทธองค์ แล้วน้อมนำมาปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะทำให้เกิดปัญญาตื่น รู้ ตามความเป็นจริงอย่างเท่าทัน จิตใจจะเบิกบานผ่องใส เกิดเป็นบุญ เป็นประโยชน์สูงสุดของชีวิตได้

ศิริราชจัดงานบางกอกน้อยเฟสติวัล ครั้งที่ 2

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นประธานการแถลงข่าว **"งานบางกอกน้อยเฟสติวัล ครั้งที่ 2"** ร่วมกับ **พล.ร.ต.สมประสงค์ นิลสมัย เจ้ากรมการขนส่งทหารเรือ, คุณอภิรัฐ ตราดุษฎี ผู้อำนวยการเขตบางกอกน้อย** และ **ผศ.นพ.ปรัญญา สากิยลักษณ์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายกิจกรรมเพื่อสังคม** โดยมี **รศ.นพ.ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร รองคณบดีฝ่ายสื่อสารองค์กร** เป็นผู้ดำเนินการแถลงข่าว ณ ห้องสถานพิมุขมงคลเขต พิพิธภัณฑ์ศิริราชพิมุขสถาน เมื่อไม่นานมานี้

"ฟ.ฟันสวย ยิ้มใส" ส่งเสริมเด็กไทยสุขภาพฟันดี

พ.ต.อ.สนิท ศรีวงษ์ทอง (ที่ 3 จากซ้าย) **ผู้กำกับการฝ่ายอำนวยการ 7 กองบังคับการกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน** และ **นายกิติศักดิ์ สังข์แก้ว** (ที่ 3 จากขวา) **กรรมการบริหาร บริษัท คอลเกต-ปาล์มโอลีฟ (ประเทศไทย) จำกัด** ร่วมทำสัญญาความร่วมมือใน **โครงการ "ฟ.ฟันสวย ยิ้มใส"** ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2562 เพื่อส่งเสริมให้เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน มีความรู้ทางด้านทันตสุขศึกษาและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี โดยมี **ทพ.สมพงษ์ จารุวิจิตรรัตนา** (ที่ 2 จากขวา) **ผู้จัดการฝ่ายส่งเสริมทันตแพทย์สัมพันธ์ บริษัท คอลเกต-ปาล์มโอลีฟ (ประเทศไทย) จำกัด** และ **พ.ต.ต.อะหลี เอียดไหน** (ที่ 2 จากซ้าย) **สารวัตร ฝ่ายอำนวยการ 7 กองบังคับการกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน** ร่วมเป็นสักขีพยาน เมื่อไม่นานมานี้

พิธีเปิดโรงพยาบาลกรุงเทพพิษณุโลก

นพ.ปราเสริฐ ปราสาททองโอสถ ประธานคณะผู้บริหารกลุ่มและกรรมการผู้อำนวยการใหญ่ บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) เป็นประธานเปิด **"โรงพยาบาลกรุงเทพพิษณุโลก"** เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยในเขตจังหวัดพิษณุโลกและจังหวัดใกล้เคียงอย่างเป็นทางการ โดยมี **นพ.เกษม เวชคุปต์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพพิษณุโลก** ให้การต้อนรับพร้อมทีมผู้บริหารร่วมเปิดงานอย่างคับคั่ง ณ โรงพยาบาลกรุงเทพพิษณุโลก เมื่อไม่นานมานี้

"เลือก หลีก ล้าง" ป้องกันโรคไข้หวัดนก

นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค พร้อมด้วย **นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค, พญ.วรยา เหลืองอ่อน ผอ.สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ ผอ.สำนักโรคติดต่อทั่วไป, นพ.สัญชัย ชาสมบัติ ผอ.สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, ดร.นพ.อนุพงศ์ สุจริยากุล ผอ.สคร.4 ราชบุรี** และ **นายบรรลือ ส่งาจิตร นายอำเภอนครชัยศรี จ.นครปฐม** ร่วมรณรงค์ **"เลือก หลีก ล้าง" ป้องกันโรคไข้หวัดนก** ในเทศกาลตรุษจีน ณ ตลาดสดไฟฟ้า อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม เมื่อไม่นานมานี้

วงการแพทย์ สัญจรทั่วไทย 2557

โรงพยาบาลรามาธิบดี

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2557 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ใน โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป

งานทันตกรรม

ภาควิชารังสีวิทยา

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

แนะนำหนังสือ/Introduction

วงการแพทย์
THE MEDICAL NEWS

วารสารที่นำเสนอเนื้อหาสาระความรู้ในเรื่องของแพทย์ ข่าวสารความคืบหน้าวิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ บทความผลงานวิจัย ตารางงานสัมมนา และบทความทางวิชาการ symposium
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านเวชกรรม

วงการยา
THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่นำเสนอเนื้อหาสาระข้อมูลที่เกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านเภสัชกรรม

ใบสมัครสมาชิก/Subscription Form

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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา .....

☐ เภสัชกร กลุ่ม .....

☐ อื่น ๆ .....

สถานที่ทำงาน ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการแพทย์**

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการยา**

○ 1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม **620** บาท ○ 2 ปี (24 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม **1,200** บาท (แถม 2 เดือน)

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

WEB SITE สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา เพียงคลิกเข้ามาที่

www.wongkarnpat.com

ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

การชำระค่าสมาชิก (Membership Fee)

☐ ธนาณัติ สั่งจ่าย ปณ.ตลิ่งชัน 10170 ☐ ตั๋วแลกเงิน

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

เช็คธนาคาร .....สาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

○ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาท็อปส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตร

○ วีซ่า ○ มาสเตอร์ ○ ไทยพาณิชย์ ○ JCB

เลขที่บัตร ☐☐☐☐–☐☐☐☐–☐☐☐☐–☐☐☐☐–☐☐☐

บัตรหมดอายุ ...../..... ลายเซ็นตามบัตร

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

หมายเหตุ

1. ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข **0-2884-7299** **0-2423-2286**

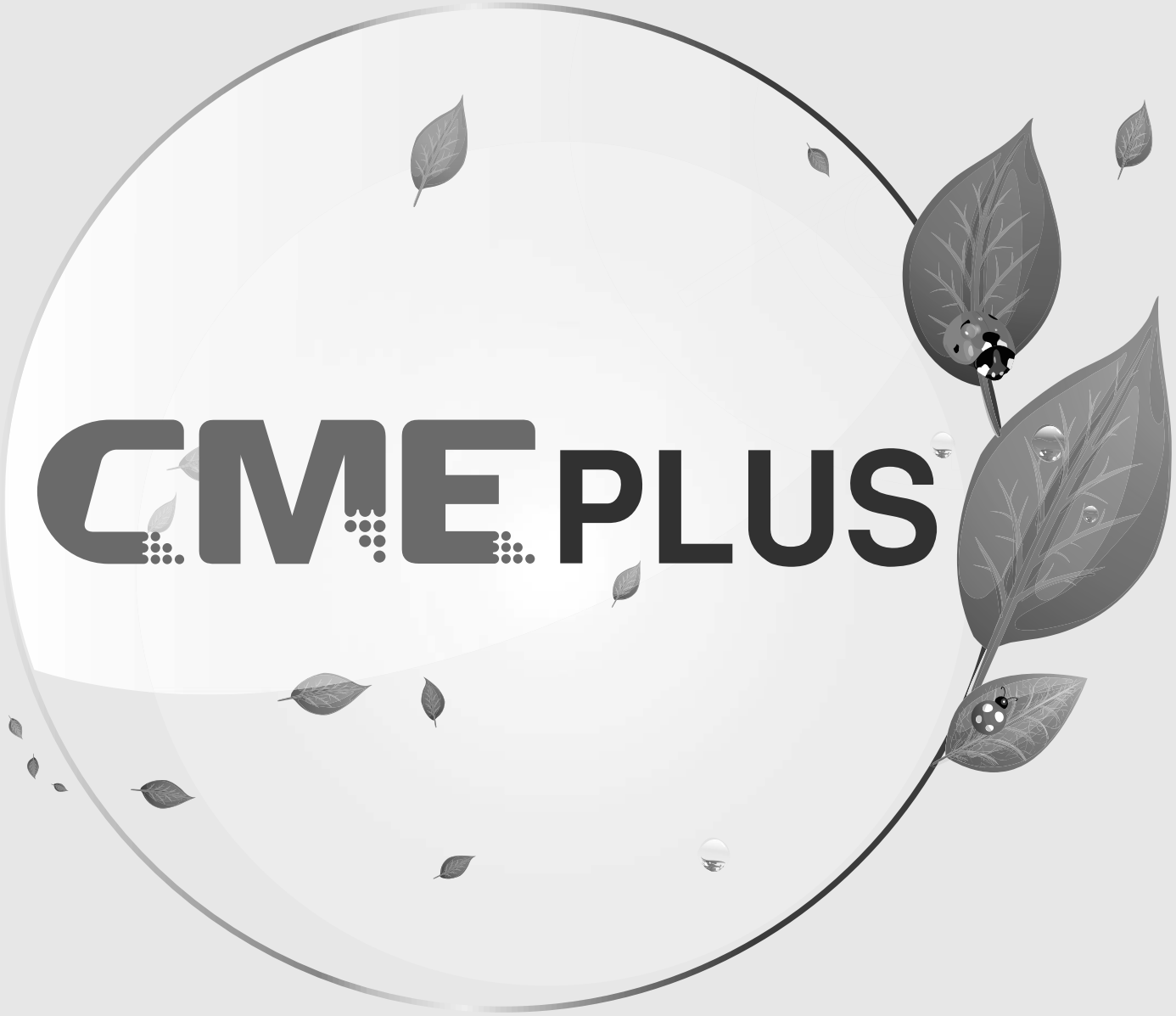
ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

แฟกซ์ 0-2884-7299

Continuing Medical Education



สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

การประชุมวิชาการประจำปี 2557

Rheumatology Plus

ระหว่างวันที่ 14-16 มีนาคม 2557 ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

วันที่ 14 มีนาคม 2557

12.00-17.00 น.	Registration
10:00-10:30 น.	***Poster tour and Break***
10.30-11.15 น.	Sponsor symposium 1
11.15-12.00 น.	Sponsor symposium 2
12.00-13.00 น.	Lunch
	Chairman : นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ
	Co-chairman : พญ.ทัศนีย์ กิตอำนวยพงษ์
13.00-13.35 น.	Scientific session 1
	Rheumatic Problems in Common Variable Immunodeficiency Syndrome
	พญ.พันธุ์จง หาญวิวัฒนกุล
13.35-13.40 น.	พัก
13.40-14.15 น.	Scientific session 2
	Novel Antibodies in the Evolution of SLE
	พญ.อรรจนี มหรรฆมานุเคราะห์
14.15-14.30 น.	**Poster tour and Break**
14.30-15.05 น.	Sponsor symposium 3
15.05-15.40 น.	Scientific session 3
	Vaccination 2014
	นพ.ธีระพงษ์ ตัณฑวิเชียร
15.40-16.15 น.	Sponsor symposium 4
16:15-17.15 น.	***Workshop in Regional Pain Syndrome***
	(รับจำนวนจำกัด 30 ท่าน)
	Dr.David Yu, นพ.สิทธิชัย อุกฤษฎชน, พญ.ปวีณา เชี่ยวชาญวิศวกิจ
17.15-18.45 น.	***Rheumatology Tournament : First round***
	นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ, พญ.ไพจิตต์ อัศวธนบดี
	พญ.อัจฉรา กุลวิสุทธิ์, พญ.มนาธิป โอศิริ
	นพ.พงศ์ธร ณรงค์ฤกษ์นาวิน
19.15 น.	Eat-out Dinner

วันที่ 15 มีนาคม 2557

08.00-15.00 น.	Registration
08.00-08.10 น.	***Opening Ceremony***
	นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ นายกสมาคมฯ
08.10-08.30 น.	พิธีมอบวุฒิบัตรฯ อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม
	นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ นายกสมาคมฯ
	Chairman : นพ.มงคล วัฒนสุข
	Co-chairman : พญ.อรรจนี มหรรฆมานุเคราะห์
08.30-08.50 น.	ปาฐกถาพิเศษ ***Scleroderma from Basic to Bedside***
	พญ.กนกรัตน์ นันทิรุจ
08.50-09.00 น.	พัก
09.00-09.35 น.	Sponsor symposium 5
09.35-09.40 น.	พัก
09.40-10.25 น.	Scientific session 4
	Hypercoagulable State in rheumatic Diseases
	นพ.วิชัย ประยูรวิวัฒน์, พญ.สุมากา ชัยอำนวย
10.25-11.00 น.	**Poster tour and Break**
11.00-11.45 น.	Clinical case discussion 1
	Neurological Vasculitis Syndrome
	นพ.ศรัทธาวุฒิ วงษ์เวียงจันทร์
	พญ.ปริฉัตร เอื้ออารีวงศา
11.45-12.30 น.	Luncheon symposium 1
12.30-14.00 น.	การประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2557 (เฉพาะสมาชิกสมาคมฯ)
	พัก
14.00-14.35 น.	Sponsor symposium 6
14.35-14.50 น.	**Poster tour and Break**
	Chairman : นพ.สุรวุฒิ ปรีชานนท์
	Co-chairman : พญ.บุญจริง ศิริไพฑูรย์
14.50-15.35 น.	Scientific session 5
	Dermatological Problems in Rheumatic Diseases
	พญ.กอบกุล อุณหโชค
15.35-15.40 น.	พัก
15.40-16.40 น.	Scientific session 6
	TRA Recommendation for Management of Rheumatoid Arthritis
	พญ.วันรัชดา คัชมาตย์
18.30-21.30 น.	Gala dinner

วันที่ 16 มีนาคม 2557

08.30-09.05 น.	Sponsor symposium 7
09.05-09.10 น.	พัก
	Chairman : พญ.เล็ก ปริวิสุทธิ์
	Co-chairman : นพ.สิทธิชัย อุกฤษฎชน
09.10-09.50 น.	Scientific session 7
	Future Trend in SLE Therapy : R & D Guided
	พญ.ประภาพร พิสิษฐ์กุล
09.50-10.15 น.	**Poster tour and Break**
10.15-11.00 น.	Clinical case discussion 2
	How to Approach and Manage the Difficult Scleroderma Patients
	นพ.เดโช จักราพานิชกุล, นพ.ชยวี เมืองจันทร์
11.00-11.05 น.	พัก
11.05-11.50 น.	Luncheon symposium 2
11.50-12.20 น.	***Rheumatology Tournament***
	นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ, พญ.ไพจิตต์ อัศวธนบดี
	พญ.อัจฉรา กุลวิสุทธิ์, พญ.มนาธิป โอศิริ
	นพ.พงศ์ธร ณรงค์ฤกษ์นาวิน
12.25 น.	Closing Ceremony
	Lunch

ลงทะเบียนล่วงหน้าได้ที่

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่

เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 0-2716-6524, 08-1658-1524 โทรสาร 0-2716-6525

e-mail: toojaisai@yahoo.co.uk

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย บริษัท โรช ไทยแลนด์ จำกัด

MAB-ACT-B-03-JAN-2014

Loceryl®

5% amorolfine

NAIL LACQUER

Topical Treatment Onychomycosis

caused by dermatophytes, yeasts and moulds

- **Efficacious in treating onychomycosis**[1,2,3,4]
- **Broad spectrum of activity: Dermatophytes, Yeasts and Moulds**[1,3,4]
- **Dual fungistatic and fungicidal activity**[3,4]
- **Once or twice weekly application**[1,2,3,4]

Presentation: Loceryl Nail Lacquer contains 5%w/v amorolfine. ***Indication:*** Onychomycosis caused by dermatophytes, yeasts and moulds. ***Dosage and Administration:*** Adults only—Apply to the affected finger or toe nails once or twice weekly. Treatment duration depends on intensity and localization of infection. ***Contraindication:*** Hypersensitivity. ***Precaution and Warnings:*** Avoid contact with eye, ears and mucous membranes. ***Side Effects:*** In exceptional cases, a slight, transient periungual burning sensation in the area of the nails. Rarely, nail discoloration, brittle or broken nails, but these could be linked to the onychomycosis itself. ***Interaction:*** Avoid nail varnish or artificial nails. ***Pregnancy and Lactation:*** Avoid during pregnancy and lactation.

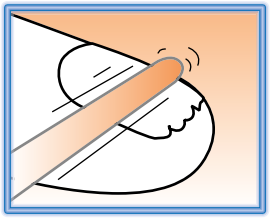
References:
(1). Zaug M. and Bergstraesser M., Amorolfine in the Treatment of Onychomycoses and Dermatomycoses (an overview), Clinical and Experimental Dermatology 1992; 17 (suppl.1): 61-70.
(2). Jean-Paul LM., Amorolfine nail lacquer: a novel formulation, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 4 (suppl.1) (1995): S17-21.
(3). Haria M. and Bryson HM., Amorolfine, Drugs1995; 49 (1): p.103-120.
(4). เอกสารกำกับยาฉบับสมบูรณ์

ต้องติดตาม

เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์
และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ. 820/2554

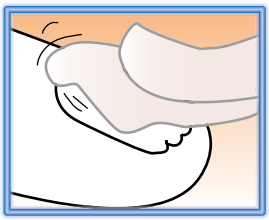
LOCERYL®: *EASE-TO-USE*



1). PREPARE THE NAIL

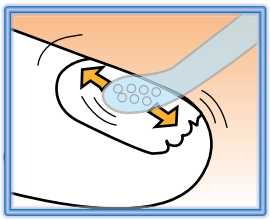
Using a new file, gently file down the infected areas of nail, including the nail surface. Protect healthy nails while you are doing this so that you don't spread the infection.

CAUTION: Do not use the same nail file for infected nails and healthy nails as this could spread the infection as well. To prevent the spread of infection, take care that no one else uses the files from your kit.



2. CLEAN THE NAIL

Use one of the swabs provided to clean the nail surface. Do not throw the swab away as you will need it later to clean the applicator.



3). TREAT THE NAIL

Dip one of the re-usable applicators into the bottle of nail lacquer. The lacquer must not be wiped off on the edge of the bottle before it is applied. Apply the nail lacquer evenly over the entire surface of the nail. Let the treated nail(s) dry for approximately 3-5 minutes.

Apply nail lacquer to the affected nails 1 or 2 times a week. Treatment should be continued without interruption until the nail is regenerated and the affected areas are cured. In general, treatment duration is 6 months for fingernails and 9 to 12 months for toenails.

For more information please contact
GALDERMA Tel. 0-2734-4777 ext. 4901, direct line : 0-2735-4985
US Summit Corporation (Overseas)
52/184 Ramkamhaeng Rd., Hua-Mark, Bangkapi, Bangkok 10240

GALDERMA
Committed to the future of dermatology