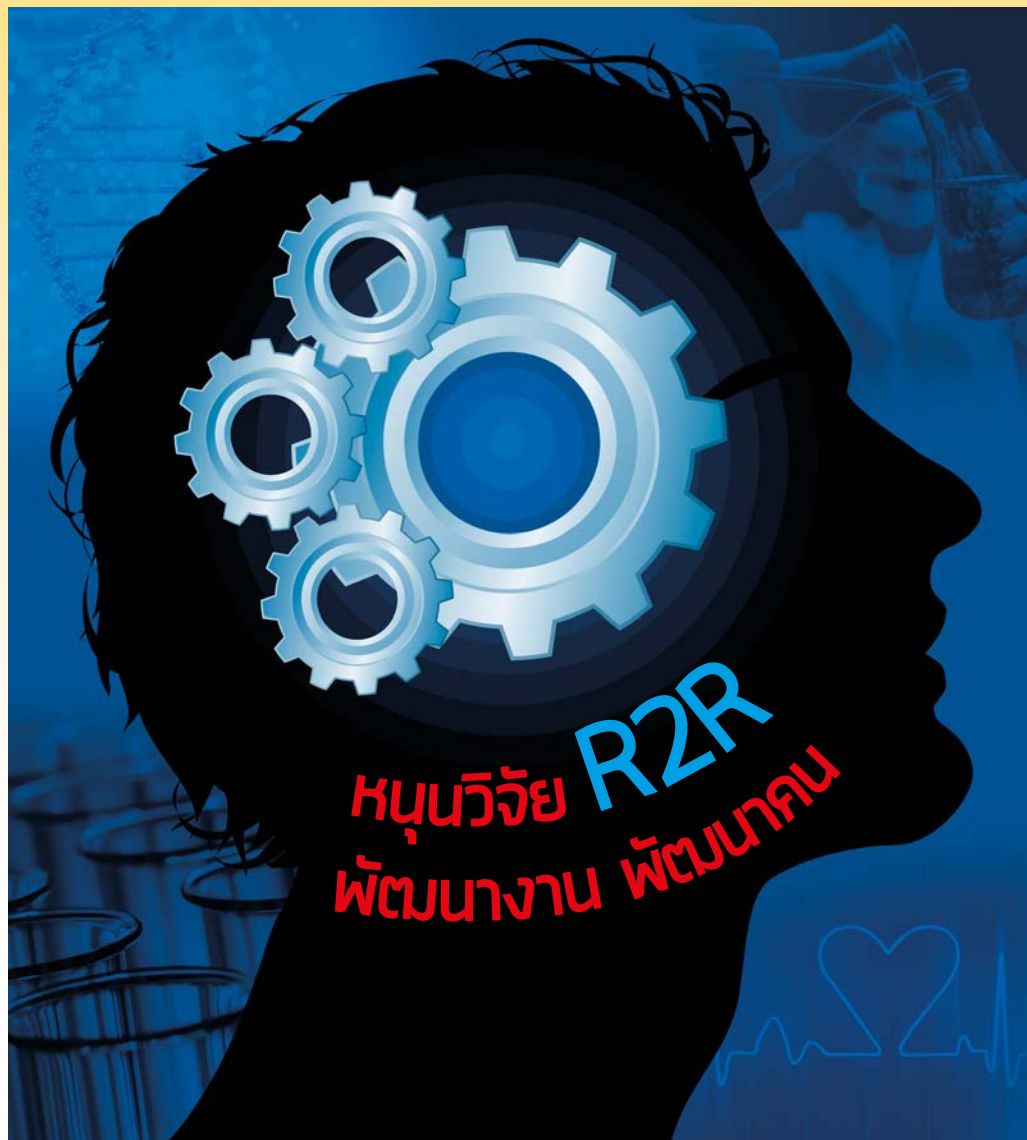




ทุนวิจัย R2R
พัฒนางาน พัฒนาคน

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

เฉพาโรค

การรักษาภาวะติดเชื้อ
เข้ากระแสเลือด
ที่ห้องฉุกเฉิน



BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life



TRB CHEMICA

รายงาน
พิเศษ

OTPP จากชาอยู่หลง
กับฤทธิ์ต้านภาวะอ้วนลงพุง

เกาะติด
งานประชุม

คณะแพทยศาสตร์ รามาฯ
จัดประชุมวิชาการประจำปี 2557
“Integrative Medicine”

SPEEDA™

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

Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

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

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



BIOVALYS

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

SPEEDA Tel: (66) 2361 8110 Fax: (66) 2361 8106 www.
Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

[illegible]

Reference:

(1) Cha Li et al. Preparation of rabies vaccine for human use by cell culture in bioreactor. *Chin J Biologicals* May, 2006; Vol. 19 No.3.

(2) Xiaowei Zhang et al. Persistence of Rabies Antibody 5 Years after Postexposure Prophylaxis with Vero Cell Antirabies Vaccine and Antibody Response to a Single Booster Dose. *CLINICAL AND VACCINE IMMUNOLOGY*, Sept. 2011, p. 1477-1487.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ สค. 371/2555

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเกษตรที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจทันที



ได้ที่ www.facebook.com/วงการแพทย์



Impacting Outcomes Link by Link



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

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



pendant

การบริหารจัดการพื้นที่ในโรงพยาบาลแนวใหม่



SAINTMED

mindray

The World's Widely Prescribed GnRH Analogue ⁽¹⁾



Enantone L.P. 11.25 mg

Dual Chamber Pre-filled Syringe (DPS) with needle (no. 23)

(Leuporelin acetate **3 month depot**, for subcutaneous or intramuscular injection

ONCE EVERY THREE MONTHS.) ⁽²⁾

For treatment of : Prostate Cancer
: Endometriosis
: Uterine Fibroids ⁽²⁾



Enantone L.P. 3.75 mg

Dual Chamber Pre-filled Syringe (DPS) with needle (no. 25)

(Leuporelin acetate **1 month depot**, for subcutaneous or intramuscular injection

ONCE EVERY MONTH.) ⁽³⁾

For treatment of : Prostate Cancer
: Endometriosis
: Uterine Fibroids
: Central Precocious Puberty (CPP) ⁽³⁾
: Premenopausal Breast Cancer



Enantone L.P. 1.88 mg

Dual Chamber Pre-filled Syringe (DPS) with needle (no. 25)

(Leuporelin acetate **1 month depot**, for subcutaneous or intramuscular injection

ONCE EVERY MONTH.) ⁽⁴⁾

For treatment when the patient's weight is less than 50 kg,
: Uterine Fibroids
: Endometriosis ⁽⁴⁾

For patients with heavy weight or those with markedly enlarged uterus, 3.75 mg is administered. ⁽⁴⁾

ENANTONE can be administered as a liquid injection through a fine-gauge needle (no. 23, 25). ⁽⁵⁾⁽²⁾

- Minimizing patient discomfort
- Less injection site trauma
- Either IM or SC injection
- Any member of the health care team can administer to patients



ENANTONE offers a choice of injection frequencies (1-month and 3-month) which can be timed to coincide with regular check-up. ⁽⁵⁾

ENANTONE 11.25 mg (3-monthly injection) also offers ⁽⁵⁾

- Reduction in the number of injections and consultations
- Increasing in patient compliance
- Greater convenience for both patients and health-care professionals.

Abbreviated prescribing information of Enantone L.P.-Dual chamber pre-filled syringe (DPS). **Composition:** Enantone 3.75 mg, 1 DPS contains 3.75 mg of leuporelin acetate as lyophilized microcapsules and 1 ml sterile vehicle, Enantone 11.25 mg 1 DPS contains 11.25 mg of leuporelin acetate as lyophilized microcapsules and 1 ml sterile vehicle. Enantone 1.88 mg 1 DPS contains 1.88 mg of leuporelin acetate as lyophilized microcapsules and 1 ml sterile vehicle. **Indications:** 3.75 mg DPS for treatment of advanced prostate cancer, endometriosis at genital & extragenital localization (from stage I to IV), Uterine fibroids, premenopausal breast cancer, and central precocious puberty. 11.25 mg DPS for treatment of advanced prostate cancer, endometriosis at genital & extragenital localization (from stage I to IV), and Uterine fibroids. 1.88 mg DPS for treatment of light weight patient who has weight less than 50 kg. With endometriosis at genital & extragenital localization (from stage I to IV), or Uterine fibroids. **Dosage and Administration:** Prostate cancer One 3.75 mg DPS monthly or one 11.25 mg DPS every 3 months as a single SC/IM inj., Endometriosis - One 3.75 mg DPS monthly or patient with weight less than 50 kg may use one 1.88 mg DPS monthly or one 11.25 mg DPS every 3 months as a single SC/IM inj. Start during the 1st 5 days of the menstrual cycle. Duration: 6 months, can be used for 12 months with concurrent HRT (norethindrone acetate 5 mg daily). Uterine fibroids - One 3.75 mg DPS monthly or patient with weight less than 50 kg may use one 1.88 mg DPS monthly for 3 months or one 11.25 mg DPS as a single SC/IM inj. For reducing uterine fibroids size and menorrhagia before operative treatment. Start during the 1st 5 days of the menstrual cycle. **Breast cancer** - One 3.75 mg DPS monthly as a single SC/IM inj., **Central precocious puberty** - 3.75 mg DPS 90-400 mcg/kg SC/IM monthly. Dose adjusted according to patient's response. **Contraindications:** Hypersensitivity to GnRH or GnRH analogues. Undiagnosed abnormal vaginal bleeding. Pregnancy, Lactation. **Precaution:** Male-Patients w/urinary obstruction &/or metastatic vertebral lesions should begin therapy under close supervision for 1st few wk of treatment, flare up syndromes may occur. **Female:** Pregnancy must be excluded. Contraception is not insured by taking Enantone L.P.; therefore, patients should use nonhormonal methods of contraception. Regular administration leads to hypergonadotrophic amenorrhea. Verify plasma estrogen levels if unexpected metrorrhagia occurs. With prolonged administration, monitoring of bone density to identify osteoporosis risk is recommended. **Adverse Reaction:** Male-at beginning of treatment. Transient increase in bone pain, worsening of preexisting hematuria, or of urinary obstruction & weakness or paresthesia of the lower limbs. During treatment: Hot flushes, impotence, nausea, vomiting, edema of limbs & general pains. **Female:** Hypoestrogenic effect: hot flushes, headache, decreased libido, vaginal dryness, emotional lability, myalgia, decrease of the mammary glands volume, bone density modification. **Expiration period:** 3 years. **Storage:** Store below 25 °C, avoiding heat, and protect from freezing. **Package:** Box of Dual chamber pre-filled syringe (DPS) with a needle

Reference: 1) Parsad R. Leuporelin acetate in prostate cancer: A European Update. Int. J. Clin Pract. 2002 Jun; 56(5):389-396. 2) Enantone 11.25 mg DPS package insert. 3) Enantone 3.75 mg DPS package insert. 4) Enantone 1.88 mg DPS package insert. 5) Parsad R. Leuporelin: A leading role in advanced prostate cancer therapy. Hosp. Medic. 2003 Jun; 64(6):360-363.

Further information is available on request, Product information is available on package insert
โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ๑๓๘๘/๒๕๕๔
T 340-C-11-11



บริษัท ทาคาดา (ประเทศไทย) จำกัด

183 อาคารรัตนการ ชั้น 10 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร. 0-2676-6770-9 แฟกซ์ 0-2676-6780

ความก้าวร้าวในเด็ก

รื่นเร่บันเทิงใจ สงกรานต์ปีใหม่ ความสุขยิ่งของคนไทย



ศุภกฤตศุภมงคลชาวชนพล

กลุ่มแหลมทองเพื่อนไทยทั่วทั้งหลาย

สิบสามเมษา มหาสงกรานต์ปลั่งประกาย

ทั้งหญิงชายเร่รื่นชื่นชม

เป็นวันครอบครัวพ่อแม่และน้องพี่

ร่วมความดีสร้างทานการกุศล

ขอและถวายพรชัยบันดาล

เพื่อทุกคนมีความสุขทุกกาลเทอญ



(สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร ประพันธ์)

ด้วยความระลึกและปรารถนาดีจาก

บริษัท สรรพสาร จำกัด

ผู้ผลิตวารสารวงการแพทย์

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในประเทศไทย เช่น เปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมมาสู่สังคมอุตสาหกรรม เปลี่ยนนิสัยใจคอคนไทยซึ่งจากเดิมเคยโอบอ้อมอารี ช่วยเหลือเกื้อกูล รักใคร่ สามัคคี นับถือคนดี คนตรง คนเสียสละ มาเป็นสังคมที่นับถือคนรวย เห็นแก่ตัว ครอบครอง อ่อนแอหลงต่อเนื้อ พ่อแม่ละทิ้งการอบรม สั่งสอนลูก วิ่งไปตามกระแสโลกที่ยึดอำนาจ ตำแหน่ง เงินตราเป็นเรื่องใหญ่ที่สุด โดยละทิ้งคุณธรรมและจริยธรรม

วิธีการแก้ไขปัญหาต้องเริ่มต้นที่หน่วยที่เล็กแต่สำคัญที่สุดของสังคมคือ ครอบครัว เราควรมีลูกเมื่อพร้อม และควรศึกษาเรื่องการเลี้ยงดูบุตร ควรฝึกฝนเด็กให้ทำดีต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นตามวัย ยกย่องคนดีให้ชัดเจน ไม่ควรตามใจมาก หรือให้สินบนแต่กดดันให้เด็กเรียนหนังสือ ควรฝึกฝนให้เด็กช่วยตัวเอง หัดให้รู้จักรอคอยและฝึกให้เด็กช่วยเหลือผู้อื่นให้มากที่สุด ตั้งแต่ชั้นอนุบาล มีความสำคัญมากต่อการสร้างคุณธรรม จริยธรรม เพราะจะทำให้เด็กรู้จักเห็นใจผู้อื่น ผู้ใหญ่ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการควบคุมอารมณ์ อดทน อดกลั้น มีวินัย รักษากติกา เมื่อเด็กเล็กแสดงความก้าวร้าว ไม่ควรให้ความสนใจ ยกเว้นในกรณีที่เด็กใช้ความ

ก้าวร้าวจะทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายข้าวของ ซึ่งพ่อแม่ควรเข้าไปกอดเด็กเพื่อควบคุมพฤติกรรมของเด็ก เป็นการควบคุมและป้องกันมิให้เด็กกระทำพฤติกรรมที่ก้าวร้าว รุนแรง แต่เมื่อเหตุการณ์สงบลงขอให้พูดคุย ให้รับฟังความคิดเห็นของเด็กเพื่อให้เด็กได้ระบายความรู้สึก ในกรณีที่เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงยังมีต่อเนื่อง ให้ทบทวนตนเองว่าเป็นต้นแบบของความก้าวร้าวหรือไม่ ให้ทบทวนวิธีการเลี้ยงดู และแนวทางที่พ่อแม่ใช้ในการแก้ปัญหา ถ้าพบความบกพร่องให้รีบแก้ไขโดยเร็วหรือปรึกษากุมารแพทย์ครอบครัว และโรงเรียนต้องไม่ส่งเสริมการกระทำก้าวร้าว หรือทำร้าย หรือใช้อาวุธ รักษากฎเกณฑ์ กติกาอย่างเคร่งครัด และไม่ควรยอมรับการกระทำที่ผิดกฎเกณฑ์ กติกา ก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายสัตว์หรือทำลายข้าวของ โกงข้อสอบ โดยต้องหาสาเหตุของพฤติกรรมและให้ความช่วยเหลือแก้ไขโดยเร่งด่วนตั้งแต่แรก อย่าให้เด็กดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมที่แสดงความรุนแรง

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษาเกียรติยศ

ศ.นพ.มนตรี ตูจิตินดา ศ.ภิกขาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตูจิตินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรย์วานิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออันตกุล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจนพงษ์

สารภาพ
วงการแพทย์

THE MEDICAL NEWS

กรรมการบริหาร

วาทินี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยหย่อม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แบบกิตติคุณ

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ซาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาญณะ, สุรินทร์ ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสุทธิกุล

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

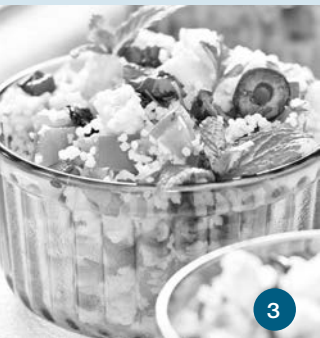
เจ้าของ

บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Contents

The Medical News ฉบับที่ 411 วันที่ 1 - 15 เมษายน 2557



3



8



23



37

3 โลกกว้างทางแพทย์

- ลดความดันเลือดด้วยอาหารมังสวิรัต
- Metabolic Mediators ของดัชนีมวลกาย น้ำหนักเกิน และอ้วน ต่อผลลัพธ์โรคหลอดเลือดหัวใจและสโตรค
- ประสิทธิภาพวัคซีน HPV 4 สายพันธุ์สำหรับป้องกันความผิดปกติของปากมดลูก
- ความแปรปรวนความดันเลือด และผลลัพธ์หลัง Acute Intracerebral Haemorrhage

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. เร่งยกมาตรฐาน “ระบบรพยาบาล”
- สธ. สร้างคุณธรรมในการอภิบาลระบบการทำงาน ตรวจสอบได้ ไร้ทุจริต
- กรมการแพทย์ จับมือหน่วยงานในสังกัด ผังรากฟันเทียมทั่วไทย

9 In Focus

ทฤษฎีวิจัย R2R
พัฒนางาน พัฒนาคณ

12 Movement

13 Special

3 แพทย์ดีเด่น ประจำปี 2556
ของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

มะเร็งต่อมลูกหมาก (ตอนจบ)

17 Get Up

- ยุโรปปรับรับมือวัณโรคดื้อยา
- พบติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียในหญิงรักหญิง
- ความเครียดทำผู้ป่วยเห็นแก่ตัว

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

ความน่าเชื่อถือ

21 เสียงแพทย์

30 บาทรักษาทุกโรคเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ (ต่อ)

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ปลดปล่อยยารักษาโรคตาจากเลนส์สัมผัส (ตอนที่ 2)

25 จุฬาปริทัศน์

“โรคหัวใจถามหาคนชอบกินเนื้อ อาหารเสริม”
จากหมอยังไม่หมดไฟ!!

28 Systematic Review

การรักษาหอบหืดด้วย Bronchial Thermoplasty

29 เฉพาะโรค

การรักษาภาวะติดเชื้อเข้ากระแสเลือดที่ห้องฉุกเฉิน

33 มุมนี้พิเศษ

แนวทางการให้น้ำหนักแห่งสาเหตุการตาย

37 R2R

เครื่องมือทำนายการคลอด ร.พ.ลำพูน
ประเมินความเสี่ยงการผ่าตัดคลอด

39 รายงานพิเศษ

OTPP จากซาอู๋หลงกับฤทธิ์ต้านภาวะอ้วนลงพุง

41 เกาะติดงานประชุม

คณะแพทยศาสตร์ รามาฯ จัดประชุมวิชาการประจำปี 2557
“Integrative Medicine (การแพทย์แบบบูรณาการ)”

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สีเขียว

47 ในสมัครสมาชิก

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

ก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะ III (Human immunodeficiency virus : HIV)



39

ลดความดันเลือดด้วยอาหารมังสวิรัต

JAMA Intern Med. Published online February 24, 2014.

บทความเรื่อง Vegetarian Diets and Blood Pressure: A Meta-analysis รายงานว่า งานวิจัยหลายชิ้นเสนอว่า การรับประทานอาหารมังสวิรัตอาจสัมพันธ์กับความดันเลือดที่ต่ำลง แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวยังไม่มีความชัดเจนแน่นอน

นักวิจัยดำเนินการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis จากงานวิจัยที่ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างอาหารมังสวิรัตและความดันเลือด โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล MEDLINE และ Web of Science ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1946 ถึงเดือนตุลาคม ค.ศ. 2013 และจากปี ค.ศ. 1900 ถึงเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2013 เกณฑ์การคัดเลือกประกอบด้วย การศึกษาจากผู้เข้าร่วมวิจัยที่อายุมากกว่า 20 ปี ใช้อาหารมังสวิรัตเป็น exposure หรือ intervention ใช้ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของความดันเลือดเป็นผลลัพธ์ และศึกษาแบบ controlled trial หรือ observational study โดยไม่มีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดออกซึ่งประกอบด้วย ศึกษาจากผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นฝาแฝด ใช้ intervention หลายวิธี และรายงานความดันเลือดเป็นข้อมูลเชิงลักษณะ หรืออ้างอิงตาม case series หรือ case reports ทั้งนี้ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วย รูปแบบการศึกษา ลักษณะของประชากรที่พื้นฐาน ข้อมูลอาหารและผลลัพธ์ และนำมาคำนวณรวมกันโดยใช้ตัวแบบ random-effects model

มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ความแตกต่างของความดันเลือดซิสโตลิกและไดแอสโตลิกที่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหารมังสวิรัต

มีงานวิจัยแบบ clinical trial 7 การศึกษา และ observational study 32 การศึกษาที่สอดคล้องตามเกณฑ์จากงานวิจัยทั้งหมด 258 การศึกษา ข้อมูลจากงานวิจัยแบบ clinical trial (ผู้เข้าร่วมวิจัย 311 ราย ค่าเฉลี่ยอายุ 44.5 ปี) ชี้ว่า การรับประทานอาหารมังสวิรัตสัมพันธ์กับการลดลงของค่าเฉลี่ยความดันเลือดซิสโตลิก (-4.8 mmHg; 95% CI -6.6 ถึง -3.1; $p < 0.001$; $I^2 = 0$; $p = 0.45$ for heterogeneity) และความดันเลือดไดแอสโตลิก (-2.2 mmHg; 95% CI -3.5 ถึง -1.0; $p < 0.001$; $I^2 = 0$; $p = 0.43$ for heterogeneity) เทียบกับการรับประทานอาหารซึ่งประกอบด้วยเนื้อสัตว์และผัก โดยข้อมูลจากงานวิจัยแบบ observational study (21,604 ราย ค่าเฉลี่ยอายุ 46.6 ปี) ชี้ว่า การรับประทานอาหารมังสวิรัตสัมพันธ์กับการลดลงของค่าเฉลี่ยความดันเลือดซิสโตลิก (-6.9 mmHg; 95% CI -9.1 ถึง -4.7; $p < 0.001$; $I^2 = 91.4$; $p < 0.001$ for heterogeneity) และความดันเลือดไดแอสโตลิก (-4.7 mmHg; 95% CI -6.3 ถึง -3.1; $p < 0.001$; $I^2 = 92.6$; $p < 0.001$ for heterogeneity) เทียบกับการรับประทานอาหารซึ่งประกอบด้วยเนื้อสัตว์และผัก

การรับประทานอาหารมังสวิรัตสัมพันธ์กับความดันเลือดที่ต่ำลง ซึ่งอาหารมังสวิรัตอาจเป็นทางเลือกที่ให้ผลลัพธ์ในการลดความดันเลือดโดยไม่ต้องใช้ยา



โปรแกรมฝึกสมาธิลดความเครียดและสร้างสุขภาวะ

JAMA Intern Med. 2014;174(3):357-368.

บทความเรื่อง Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis รายงานว่า การฝึกสมาธิเป็นวิธีที่นิยมในการลดความเครียดทางใจและปัญหาสุขภาพจากความเครียด ซึ่งในการที่จะให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสมนั้นจำเป็นต้องพิจารณาถึงหลักฐานชัดเจนเกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพจากการฝึกสมาธิด้วย

นักวิจัยศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกสมาธิเพื่อฟื้นฟูผลลัพธ์ที่สัมพันธ์กับความเครียด (หวาดวิตก ซึมเศร้า เครียด/ไม่สบายใจ อารมณ์ด้านบวก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต สมาธิ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการกิน การนอน อาการปวด และน้ำหนักตัว) จากประชากรวัยผู้ใหญ่ โดยรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาแบบ randomized clinical trials ซึ่งควบคุมผลของยาหลอกตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2012 จากฐานข้อมูล MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, PsycArticles, Scopus, CINAHL, AMED, the Cochrane Library และการสืบค้นด้วยมือ นักวิจัยจำแนกความหนักแน่นของหลักฐานด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน (risk of bias, precision, directness และ consistency) และประเมินระดับและทิศทางของผลลัพธ์โดยคำนวณ relative difference ระหว่างกลุ่มเป็นการเปลี่ยนแปลงจากพื้นฐาน นอกจากนี้ยังได้ศึกษาแบบ meta-analyses โดยใช้ standardized mean differences



เพื่อหาค่าประมาณของขนาดอิทธิพลร่วมกับค่า 95% confidence intervals

นักวิจัยศึกษาจากงานวิจัย 47 ชิ้น รวมผู้เข้าร่วมวิจัย 3,515 ราย โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบควบคุมสติมี moderate evidence ของอาการหวาดวิตกที่ดีขึ้น (effect size 0.38 [95% CI 0.12-0.64] ที่ 8 สัปดาห์ และ 0.22 [0.02-0.43] ที่ 3-6 เดือน), ซึมเศร้า (0.30 [0.00-0.59] ที่ 8 สัปดาห์ และ 0.23 [0.05-0.42] ที่ 3-6 เดือน) และอาการปวด (0.33 [0.03-0.62]) และมี low evidence ของความเครียด/ไม่สบายใจ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และพบ low evidence ของการไม่มีผลหรือ insufficient evidence ของผลลัพธ์ใด ๆ จากโปรแกรมฝึกสมาธิต่ออารมณ์เชิงบวก สมาธิ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการกิน การนอนหลับ และน้ำหนักตัว ขณะเดียวกันก็ไม่พบหลักฐานว่าโปรแกรมฝึกสมาธิมีประโยชน์กว่าการรักษาอื่น (เช่น ยา การออกกำลังกาย และพฤติกรรมบำบัด)

แพทย์ควรตระหนักว่าโปรแกรมฝึกสมาธิสามารถลดความเครียดทางใจได้เล็กน้อยถึงปานกลาง ดังนั้น จึงควรให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ

บทบาทของโปรแกรมฝึกสมาธิในการรับมือกับความเครียดทางใจ นอกจากนี้เห็นว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกสมาธิต่อมิติเชิงบวกของสุขภาพจิต และพฤติกรรมจากความเครียด

ผลการลดเกลือและ Hydrochlorothiazide ต่อประสิทธิภาพ RAAS blockade ในโรคไตจากเบาหวาน

The Lancet Diabetes & Endocrinology, Early online Publication, 5 March 2014.

บทความเรื่อง Effects of Sodium Restriction and Hydrochlorothiazide on RAAS blockade Efficacy in Diabetic Nephropathy: A Randomised Clinical Trial รายงานว่า การลดบริโภคเกลือในอาหารหรือยาขับปัสสาวะ ทำให้ renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) blockade มีประสิทธิภาพดีขึ้นในโรคไตที่ไม่ได้มีสาเหตุจากเบาหวาน นักวิจัยจึงศึกษาผลของการลดเกลือและ hydrochlorothiazide ทั้งแยกกันและรวมกัน โดยให้ร่วมกับ RAAS blockade ในผู้ป่วยโรคไตจากเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมี residual albuminuria

นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นโรคไตจากโรคเบาหวาน โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ microalbuminuria หรือ macroalbuminuria และ creatinine clearance ที่เท่ากับ 30 mL/min หรือสูงกว่า และมีอัตราการลดลงน้อยกว่า 6 mL/min ในปีก่อน นักวิจัยทดสอบผลการลดเกลือ (ให้คำแนะนำโภชนาการแบบผู้ป่วยนอก) และ hydrochlorothiazide (50 mg daily) และการลดเกลือร่วมกับ hydrochlorothiazide ซึ่งให้ร่วมกับ angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibition (lisinopril 40 mg daily) เนื่องจาก albuminuria (primary endpoint) ผู้ป่วยได้รับ hydrochlorothiazide (50 mg per day) หรือยาหลอกระหว่างการรักษา 4 ช่วง มีระยะเวลาช่วงละ 6 สัปดาห์ ทั้งนี้ นักวิจัยได้ให้การรักษาร่วมกับอาหารที่มีปริมาณเกลือปกติหรืออาหาร

ลดเกลือ (target sodium intake 50 mmol Na⁺ per day) และการรักษาแต่ละช่วงทำต่อเนื่องกันแบบลำดับสลับ ทั้งนี้ได้สุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มละ 2 ราย และวิเคราะห์แบบ intention to treat

มีผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษา 45 ราย จาก 89 ราย การลดเกลือและ hydrochlorothiazide สามารถลด albuminuria ได้อย่างมีนัยสำคัญโดยไม่เป็นผลจากลำดับการรักษา ค่า residual geometric mean albuminuria จากการรักษาที่พื้นฐานเท่ากับ 711 mg per day (95% CI 485-1,043) ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากการลดเกลือ (393 mg per day [258-599], $p = 0.0002$) การรักษาด้วย hydrochlorothiazide (434 mg per day [306-618], $p = 0.0003$) และเห็นผลชัดเจนที่สุดจากการลดเกลือร่วมกับรักษาด้วย hydrochlorothiazide (306 mg per day [203-461], $p < 0.0001$) ภาวะหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่าพบในผู้ป่วย 2 ราย (4%) ระหว่างการรักษาที่พื้นฐาน, 5 ราย (11%) ระหว่างการลดเกลือ, 5 ราย (11%) ระหว่างการรักษาด้วย hydrochlorothiazide treatment และ 12 ราย (27%) ระหว่างการรักษาทั้งสองแบบรวมกัน โดยไม่พบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง

นักวิจัยสรุปว่า การลดเกลือเป็นการรักษาโดยไม่ใช้ยาที่ให้ผลดีในการเพิ่มประสิทธิภาพของ RAAS blockade ในโรคไตซึ่งมีสาเหตุจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2



โภชนาการระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด

BMJ 2014;348:g1446.

บทความเรื่อง Maternal Dietary Patterns and Preterm Delivery: Results from Large Prospective Cohort Study รายงานข้อมูลจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบโภชนาการของแม่และความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด โดยศึกษาจากหญิงตั้งครรภ์ 66,000 ราย (ครรภ์เดียว) ตอบแบบสอบถามโภชนาการ มีข้อมูลลำดับการเกิดหรือประวัติคลอดก่อนกำหนด ตั้งครรภ์ระหว่าง 22+0 และ 41+6 สัปดาห์ ไม่เป็นโรคเบาหวาน ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่อเข้าร่วมการศึกษา) ในนอร์เวย์ระหว่างปี ค.ศ. 2002-2008

มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ hazard ratio สำหรับการคลอดก่อนกำหนดตามระดับการเกาะติดรูปแบบโภชนาการทั้ง 3 แบบ ประกอบด้วย “แบบระมัดระวัง” (เช่น ผัก ผลไม้ น้ำมัน ตีมน้ำเปล่า ธัญพืชไม่ขัดขาว ขนมปังอุดมด้วยใยอาหาร) “แบบตะวันตก” (ของว่างรสเค็มและหวาน ขนมปังขาว ขนม ผลิตภัณฑ์เนื้อผ่านกระบวนการ) และ “แบบดั้งเดิม” (มันฝรั่ง ปลา)

หลังปรับตามตัวแปรร่วมพบว่า คะแนนที่สูงจากโภชนาการแบบระมัดระวังสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญต่อ hazard ratio ของการคลอดก่อนกำหนดสำหรับคะแนนสูงสุดเทียบกับต่ำสุด (0.88, 95% CI 0.80-0.97) โภชนาการแบบระมัดระวังยังสัมพันธ์กับ

ความเสี่ยงที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญต่อการคลอดก่อนกำหนดในระยะท้ายและการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง จากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์โดยอิสระระหว่างการคลอดก่อนกำหนดสำหรับรูปแบบโภชนาการแบบตะวันตก ขณะที่รูปแบบโภชนาการแบบดั้งเดิมสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อการคลอดก่อนกำหนดสำหรับกลุ่มที่มีคะแนนสูงสุดเทียบกับต่ำสุด (hazard ratio 0.91, 0.83-0.99)

การศึกษานี้ชี้ว่า ผู้หญิงที่เกาะติดโภชนาการแบบระมัดระวังและแบบดั้งเดิมระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่ำกว่าต่อการคลอดก่อนกำหนดเทียบกับกลุ่มอื่น และแม้ข้อมูลนี้ไม่สามารถชี้ว่ามีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล แต่ก็สนับสนุนคำแนะนำโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในการรับประทานอาหารที่มีโภชนาการสมดุล รวมถึงผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดขาว ปลา และตีมน้ำ และข้อมูลนี้ชี้ว่าการเพิ่มการรับประทานอาหารที่สัมพันธ์กับโภชนาการแบบระมัดระวังมีความสำคัญกว่าการงดบริโภคอาหารผ่านกระบวนการอาหารจานด่วน อาหารขยะ และของว่าง





ถุงเท้าผ้ารัดสำหรับป้องกันกลุ่มอาการหลังลิ่มเลือดอุดตัน

Lancet 2014;383(9920):880-888.

บทความเรื่อง Compression Stockings to Prevent Post-thrombotic Syndrome: A Randomised Placebo-controlled Trial รายงาน

ว่า กลุ่มอาการ post-thrombotic syndrome (PTS) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจาก deep venous thrombosis (DVT) โดยงานวิจัยหลายชิ้นที่เสนอว่าถุงเท้าผ้ารัดหรือ elastic compression stockings (ECS) มีประโยชน์ในการป้องกัน PTS ก็เป็นงานวิจัยขนาดเล็กและไม่ได้เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

นักวิจัยประเมินประสิทธิภาพการใช้ถุงเท้า ECS เทียบกับถุงเท้าเลียนแบบเป็นระยะเวลา 2 ปีในการป้องกัน PTS ภายหลังเกิด proximal DVT ครั้งแรก โดยคัดผู้เข้าร่วมวิจัยออกจากการศึกษากรณีที่มีข้อห้ามใช้ถุงเท้าผ้ารัด มีอายุเฉลี่ยน้อยกว่า 6 เดือน มีอุปสรรคในการติดตามไม่สามารถใช้ถุงเท้า หรือได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดเนื่องจาก

acute DVT ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตรวจพบ PTS ที่ 6 เดือน หรือหลังจากนั้นประเมินตามเกณฑ์ Ginsberg (ปวดขาและบวม ≥ 1 เดือน) นักวิจัยวิเคราะห์ด้วย modified intention to treat Cox regression analysis ร่วมกับ prespecified per-protocol analysis จากผู้ป่วยที่รายงานว่าสวมถุงเท้าบ่อย

มีผู้ป่วย 410 รายได้รับถุงเท้า ECS และ 396 รายได้รับถุงเท้าเลียนแบบระหว่างปี ค.ศ. 2004-2010 อุบัติการณ์สะสมของ PTS เท่ากับ 14.2% ในกลุ่มที่ใช้ถุงเท้า ECS เทียบกับ 12.7% กลุ่มที่ใช้ถุงเท้าเลียนแบบ (hazard ratio adjusted for centre 1.13, 95% CI 0.73-1.76; $p = 0.58$) โดยผลลัพธ์สอดคล้องกับ prespecified per-protocol analysis จากผู้ป่วยที่รายงานว่าใช้บ่อย

ถุงเท้า ECS ไม่ได้ป้องกัน PTS ภายหลังเกิด proximal DVT ครั้งแรก ผลลัพธ์จากการศึกษานี้จึงไม่สนับสนุนการสวมถุงเท้า ECS เป็นประจำหลังเกิด DVT

Metabolic Mediators ของดัชนีมวลกาย น้ำหนักเกิน และอ้วน ต่อผลลัพธ์โรคหลอดเลือดหัวใจและสโตรค

Lancet 2014;383(9921):970-983.

บทความเรื่อง Metabolic Mediators of the Effects of Body-Mass Index, Overweight, and Obesity on Coronary Heart Disease and Stroke: A Pooled Analysis of 97 Prospective Cohorts with 1.8 Million Participants รายงานว่า ดัชนีมวลกายและโรคเบาหวานมีอัตราสูงขึ้นทั่วโลก ขณะที่ความดันเลือดและคอเลสเตอรอลโดยเฉลี่ยลดลงหรือคงที่ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา นักวิจัยได้ศึกษาระดับของผลลัพธ์ดัชนีมวลกาย (BMI) ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสโตรคที่สื่อผ่านความดันเลือด คอเลสเตอรอล และน้ำตาล และศึกษาระดับความเป็นอิสระของปัจจัยดังกล่าว

นักวิจัยรวมข้อมูลจากงานวิจัย prospective cohort studies 97 การศึกษาซึ่งรวบรวมผู้เข้าร่วมวิจัย 1.8 ล้านคน ระหว่างปี ค.ศ. 1948-2005 โดยมีเหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจ 57,161 เหตุการณ์ และสโตรค 31,093 เหตุการณ์ เกณฑ์การคัดออกประกอบด้วย มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มี BMI ต่ำกว่า 20 kg/m² หรือมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจหรือสโตรค นักวิจัยประมาณค่า hazard ratio (HR) ของ BMI ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสโตรคโดยปรับและไม่ปรับ combinations ที่เป็นไปได้ทั้งหมดของความดันเลือด คอเลสเตอรอล และกลูโคส นักวิจัยรวมค่า HRs ด้วยตัวแบบ random-effects model และคำนวณการลดทอน excess risk ภายหลังการปรับตาม mediators

ค่า HR สำหรับทุก 5 kg/m² ที่สูงขึ้นของ BMI เท่ากับ 1.27 (95% CI 1.23-1.31) สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจและ 1.18 (1.14-1.22) สำหรับ

สโตรคภายหลังการปรับตามตัวแปรกวน เมื่อปรับตามปัจจัยเสี่ยง metabolic ทั้ง 3 ตัวได้ค่า HRs เท่ากับ 1.15 (1.12-1.18) สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ และเท่ากับ 1.04 (1.01-1.08) สำหรับสโตรค ซึ่งชี้ว่า 46% (95% CI 42-50) ของ excess risk ของ BMI สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 76% (65-91) สำหรับสโตรคสื่อผ่านปัจจัยดังกล่าว ความดันเลือดเป็น mediator ที่สำคัญที่สุด โดยมีผลคิดเป็น 31% (28-35) ของ excess risk สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 65% (56-75) สำหรับสโตรค ค่า percentage excess risks ที่

สื่อผ่าน mediators ทั้ง 3 ตัวไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มประชากรเอเชียและยุโรป (อเมริกาเหนือ ยุโรปตะวันตก ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์) ภาวะน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 25 ถึง < 30 kg/m²) และอ้วน (BMI ≥ 30 kg/m²) สัมพันธ์กับการสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและสโตรคเทียบกับน้ำหนักตัวปกติ (BMI ≥ 20 ถึง < 25 kg/m²) โดย 50% (44-58) ของ excess risk ของภาวะน้ำหนักเกิน และ

44% (41-48) ของ excess risk ของภาวะอ้วนสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ สื่อผ่าน mediators ทั้ง 3 ตัว และค่า percentages สำหรับสโตรคเท่ากับ 98% (69-155) สำหรับภาวะน้ำหนักเกิน และ 69% (64-77) สำหรับภาวะอ้วน

การรักษาที่ลดความดันเลือด คอเลสเตอรอล และน้ำตาลอาจลด excess risk ได้ราวครึ่งหนึ่งสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ และราว 3 ใน 4 สำหรับสโตรคจาก BMI ที่สูง โดยจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อที่จะได้ประโยชน์สูงสุด





ประสิทธิภาพวัคซีน HPV 4 สายพันธุ์สำหรับป้องกันความผิดปกติของปากมดลูก

BMJ 2014;348:g1458.

บทความเรื่อง Effectiveness of Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine for the Prevention of Cervical Abnormalities:

Case-Control Study Nested within a Population Based Screening Programme in Australia รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ case-control analysis เพื่อประเมินประสิทธิภาพของวัคซีน human papillomavirus (HPV) ชนิด 4 สายพันธุ์สำหรับการป้องกันความผิดปกติของปากมดลูกที่ระยะเวลา 4 ปีภายหลังดำเนินโครงการฉีดวัคซีนในรัฐควีนส์แลนด์ของประเทศออสเตรเลีย ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้หญิงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ได้รับวัคซีนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (อายุ 12-26 ปี ในปี ค.ศ. 2007) และทำ cervical smear test ครั้งแรกระหว่างเดือนเมษายน ค.ศ. 2007 ถึงเดือนมีนาคม ค.ศ. 2011 กลุ่ม high grade cases เป็นผู้หญิงซึ่งมีผลตรวจทางจุลกายวิภาคยืนยันว่าเป็น high grade cervical abnormalities (n = 1,062) และ “กลุ่มอื่น” ได้แก่ ผู้หญิงที่มีความผิดปกติอื่นทางเซลล์วิทยาหรือจุลกายวิภาค (n = 10,887) และกลุ่มควบคุมเป็นผู้หญิงที่มีผลตรวจทางเซลล์วิทยาเป็นปกติ (n = 96,404) มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ exposure odds ratio (ratio ของค่า odds ของการฉีดวัคซีนมาก่อน (1 เข็ม, 2 เข็ม หรือ 3 เข็ม เทียบกับไม่ได้ฉีด) ในผู้ป่วยเทียบกับกลุ่มควบคุม), ประสิทธิภาพของวัคซีน ((1-adjusted odds

ratio) × 100) และจำนวน numbers needed to vaccinate ที่จะป้องกันความผิดปกติของปากมดลูก 1 รายในการตรวจคัดกรองครั้งแรก นักวิจัยจำแนกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 4 กลุ่มอายุโดยปรับตามระยะเวลาการติดตาม ปีเกิด มาตรวัดสังคม เศรษฐฐานะ และความห่างไกล โดย primary analysis วิเคราะห์ในผู้หญิงที่ผล smear test ครั้งแรกระบุว่าเป็น case หรือ control

ค่า odds ratio ที่ปรับแล้วของการได้รับวัคซีน HPV 3 เข็มเทียบกับไม่ได้รับวัคซีนเท่ากับ 0.54 (95% CI 0.43-0.67) สำหรับ high grade cases และ 0.66 (0.62-0.70) สำหรับกลุ่มอื่นเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีเซลล์วิทยาเป็นปกติ และเทียบประสิทธิภาพของวัคซีนได้เท่ากับ 46% และ 34% จำนวน numbers needed to vaccinate ที่ปรับแล้วเท่ากับ 125 (95% CI 97-174) และ 22 (19-25) ตามลำดับ ค่า exposure odds ratios ที่ปรับแล้วของการได้รับวัคซีน 2 เข็มเท่ากับ 0.79 (95% CI 0.64-0.98) สำหรับ high grade cases และ 0.79 (0.74-0.85) สำหรับกลุ่มอื่น โดยเทียบประสิทธิภาพของวัคซีนได้เท่ากับ 21%

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า วัคซีน HPV ชนิด 4 สายพันธุ์สามารถป้องกันความผิดปกติของปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้หญิงอายุน้อยที่ยังไม่เคยตรวจคัดกรองก่อนเริ่มต้นโครงการฉีดวัคซีนในรัฐควีนส์แลนด์ของออสเตรเลีย

ความแปรปรวนความดันเลือด และผลลัพธ์หลัง Acute Intracerebral Haemorrhage

Lancet Neurology 2014;13(4):364-373.

บทความเรื่อง Blood Pressure Variability and Outcome after Acute Intracerebral Haemorrhage: A Post-Hoc Analysis of INTERACT2, A Randomised Controlled Trial รายงานว่า ความแปรปรวนของความดันเลือดเป็นปัจจัยพยากรณ์ของ acute stroke และยังเป็นปัจจัยอิสระที่ทำนายผลลัพธ์ด้วย นักวิจัยจึงได้ประเมินค่าพยากรณ์ของความแปรปรวนของความดันเลือดในผู้เข้าร่วมงานวิจัย INTERACT2 ซึ่งศึกษาแบบ open-label randomised controlled trial

งานวิจัย INTERACT2 ศึกษาจากผู้ใหญ่ 2,839 รายที่เป็น spontaneous intracerebral haemorrhage (ICH) และมีความดันเลือดซิสโตลิกสูง (150-220 mmHg) โดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามใช้ของการลดความดันเลือดอย่างเคร่งครัดโดยเร็ว ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการสุ่มให้ลดความดันเลือดอย่างเคร่งครัด (เป้าความดันเลือดซิสโตลิก < 140 mmHg ภายใน 1 ชั่วโมงโดยให้ยาทางหลอดเลือดดำ) หรือการรักษาตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติ (เป้าความดันเลือดซิสโตลิก < 180 mmHg) ภายใน 6 ชั่วโมงหลังเกิด ICH ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตายหรือพิการรุนแรงที่ 90 วัน (modified Rankin Scale score ≥ 3) และผลลัพธ์รอง ได้แก่ ordinal shift ของคะแนน modified Rankin Scale ที่ 90 วัน ความแปรปรวนของความดันเลือดประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานโดยวัด 5 ครั้งใน 24 ชั่วโมงแรก (hyperacute phase) และ 12 ครั้งในวันที่ 2-7 (acute phase) นักวิจัยประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนของ



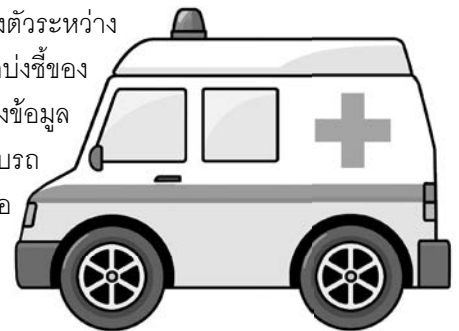
ความดันเลือด และผลลัพธ์ด้วยตัวแบบ logistic และ proportional odds regression models โดยให้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความดันเลือดซิสโตลิกเป็น parameter หลังที่บ่งชี้ความแปรปรวนของความดันเลือด

นักวิจัยศึกษาจากผู้เข้าร่วมวิจัย 2,645 (93.2%) รายในระบะ hyperacute phase และ 2,347 (82.7%) ในระบะ acute phase จากทั้ง 2 กลุ่มพบว่า SD ของความดันเลือดซิสโตลิกมีความสัมพันธ์แบบเชิงเส้นที่มีนัยสำคัญกับผลลัพธ์หลักสำหรับ hyperacute phase (highest quintile adjusted OR 1.41, 95% CI 1.05-1.90; ptrend = 0.0167) และ acute phase (highest quintile adjusted OR 1.57, 95% CI 1.14-2.17; ptrend = 0.0124) ตัวพยากรณ์ผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญที่สุด ได้แก่ ความดันเลือดซิสโตลิกสูงสุดในระบะ hyperacute phase และ SD ของความดันเลือดซิสโตลิกใน acute phase โดยมีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกันสำหรับผลลัพธ์รอง (สำหรับ hyperacute phase, highest quintile adjusted OR 1.43, 95% CI 1.14-1.80; ptrend = 0.0014 และสำหรับ acute phase OR 1.46, 95% CI 1.13-1.88; ptrend = 0.0044)

ความแปรปรวนของความดันเลือดซิสโตลิกอาจพยากรณ์ผลลัพธ์ที่ไม่ดีในผู้ป่วย acute intracerebral haemorrhage และการรักษาโดยเร็วเพื่อลดความดันเลือดซิสโตลิกลงมาที่ 140 mmHg จะได้ประโยชน์มากขึ้นจากการควบคุมความดันเลือดให้คงที่ โดยเฉพาะหลีกเลี่ยงการเพิ่มขึ้นสูงสุดของความดันเลือดซิสโตลิก

สร. เร่งยกมาตรฐาน “ระบบรถพยาบาล”

นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งคณะกรรมการศึกษาและพัฒนามาตรฐานของระบบรถพยาบาลขึ้น 1 ชุด เป็นการเฉพาะ โดยมีผู้อำนวยการสำนักงานการสาธารณสุขฉุกเฉินเป็นประธาน ซึ่งการศึกษาระบบดังกล่าวได้วางไว้ 7 เรื่อง ได้แก่ 1. พนักงานขับรถหรือ พพร. พัฒนาหลักสูตรการขับรถพยาบาล และจัดอบรมตามสถานการณ์ต่าง ๆ เหมือนจริง เพื่อบอกใบขับขี่ให้เฉพาะรถพยาบาลเท่านั้น รวมถึงมาตรการตรวจแอลกอฮอล์ ตรวจสารเสพติดก่อนขับ การทดสอบสุขภาพจิตปีละครั้ง มีประกันชีวิตอุบัติเหตุ การจ่ายค่าตอบแทนพิเศษกว่าพนักงานขับรถราชการทั่ว ๆ ไป 2. พยาบาลที่ไปกับรถต้องมีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือการบาดเจ็บของผู้ป่วยที่ส่งต่อ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งสำคัญที่สุด มีประกันอุบัติเหตุ และค่าตอบแทนพิเศษ ทั้งนี้เพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน 3. เรือรถพยาบาล โครงสร้างตัวถังรถต้องแข็งแรง จะต้องตรวจเช็ค ติดตั้งจัดหาอุปกรณ์ความปลอดภัยตามเกณฑ์ ติดตั้งระบบ GPS สามารถติดตามตำแหน่ง ควบคุมความเร็ว ติดตั้งระบบสื่อสารสัญญาณภาพเพื่อติดตามอาการผู้ป่วย 4. ระบบของศูนย์สั่งการติดตั้ง GPS ประจำรถ เพื่อสามารถติดตามตำแหน่งพิกัดของรถพยาบาล ควบคุมความเร็ว และติดตั้งเครื่องติดตามอาการผู้ป่วย การคัดกรองอาการความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และระบบประสานการจราจรให้เกิดความคล่องตัวระหว่างการนำส่ง 5. เรื่องการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วยการซักซ้อมหลักเกณฑ์ เงื่อนไข ข้อบ่งชี้ของการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการส่งต่อในช่วงเวลาไม่เหมาะสม และมีการแจ้งข้อมูลและทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนนำส่งต่อคร่าว ๆ 6. มาตรฐานการขับรถพยาบาล มีการจำกัดความเร็วไม่เกิน 90 กม./ชม. ให้ยึดกฎจราจรอย่างเคร่งครัด เพื่อความปลอดภัยเป็นหลัก และ 7. การขอความร่วมมือจากประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนน และสังคม ให้หลบและให้ทางรถพยาบาลฉุกเฉิน



สร. สร้างคุณธรรมในการอภิบาลระบบการทำงาน ตรวจสอบได้ ไร้ทุจริต

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความเสมอภาค และลดความเหลื่อมล้ำ เนื่องจากมีหน่วยงานในสังกัดหลายระดับ มีบุคลากรร่วมปฏิบัติงานหลายวิชาชีพ จำเป็นต้องมีการอภิบาลระบบที่มีคุณธรรมในกระทรวงสาธารณสุข สร้างกลไกการบริหารจัดการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันเป็นบรรทัดฐานให้บุคลากรทุกระดับภายในกระทรวงยึดเป็นแนวปฏิบัติ ทั้งในเรื่องการบริหารงาน บริหารทรัพยากรบุคคล มีระบบการแต่งตั้งโยกย้ายที่เป็นธรรม มีกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างที่โปร่งใส ถูกต้อง ตรวจสอบได้ทุกขั้นตอน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและเป็นแนวปฏิบัติทั้งกระทรวง และเปิดโอกาสให้มีการตรวจสอบถ่วงดุลโดยประชาคมสาธารณสุข และกลไกสภาที่ปรึกษาอาวุโส



กรมการแพทย์ จับมือหน่วยงานในสังกัด ฟ้งรากฟันเทียมทั่วไทย

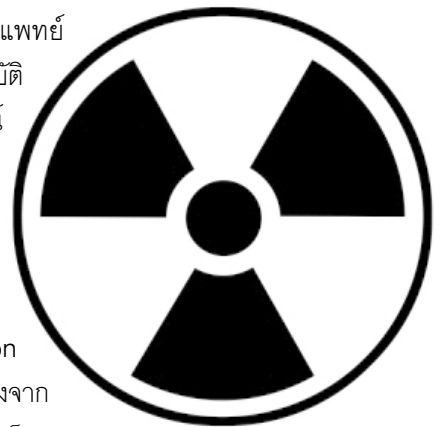


นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับศูนย์เทคโนโลยีทางทันตกรรมขั้นสูง สำนักงานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ผลิตและให้บริการฟ้งรากฟันเทียมให้แก่ผู้ป่วย โดยสถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ ดำเนินการพัฒนาระบบบริการรากฟันเทียมในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อสร้างเครือข่ายบริการ พัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งขณะนี้โครงการมีหน่วยงานบริการกระจายอยู่ 77 จังหวัด โดยแบ่งเป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 183 แห่ง คณะทันตแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัย 5 แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลตำรวจ

จากการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2555 ถึงปัจจุบัน ได้มีการฝึกอบรมทันตบุคลากรเพื่อให้มีความรู้และมีทักษะในการบริการผู้ป่วยไปแล้วจำนวนทั้งสิ้น 837 คน ประกอบด้วย ทันตแพทย์จำนวน 579 คน และผู้ช่วยทันตแพทย์จำนวน 258 คน นอกจากนี้ได้มีการจัดส่งเครื่องมือให้หน่วยบริการไปแล้วจำนวน 134 ชุด และจัดส่งชุดรากฟันเทียมไปแล้วจำนวน 7,000 ชุด ที่ผ่านมามีให้บริการผู้ป่วยไปแล้วรวมทั้งสิ้น 2,242 ราย โดยโครงการมีเป้าหมายให้บริการรากฟันเทียม 8,400 รายทั่วประเทศ แบ่งออกเป็นปี พ.ศ. 2555-2556 จำนวน 2,000 ราย ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 2,800 ราย และปี พ.ศ. 2558 จำนวน 3,600 ราย ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการรากฟันเทียมไทยเฉลิมพระเกียรติ สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ โทรศัพท์ 0-2588-4005-8 ต่อ 1410, 1413

กรมวิทย์ฯ เตือนใช้เครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปีเสี่ยงรับรังสีสูง

นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ ได้ทำการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งจากการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านรังสีการแพทย์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 โดยวิเคราะห์จากอุปกรณ์วัดรังสีบุคคลที่ให้บริการพบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานกับเครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปีในห้องส่องกล้อง ห้องผ่าตัด รังสีร่วมรักษา และงานรังสีวินิจฉัยได้รับรังสีกระเจิงเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่น โดยได้รับรังสีทั่วลำตัวเฉลี่ย 0.727 มิลลิซีเวิร์ตต่อปี เมื่อนำมาคำนวณค่าอัตราเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งจากการทำงานด้านรังสีตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการป้องกันอันตรายจากรังสีระหว่างประเทศ International Commission on Radiological Protection (ICRP) พบว่า บุคลากรเหล่านี้มีความเสี่ยงได้รับปริมาณรังสีสูง เนื่องจากการปฏิบัติงานร่วมกับเครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปีเป็นเวลานานมีอัตราเสี่ยงเกิดโรคมะเร็ง 4 คนต่อบุคลากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกับเครื่องเอกซเรย์ทั่วไปถึง 4 เท่า ในขณะที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกับเครื่องเอกซเรย์ทั่วไปมีอัตราเสี่ยงเกิดโรคมะเร็งเพียง 1 คนต่อบุคลากรแสนคน ดังนั้นควรป้องกันปริมาณรังสีทั่วลำตัว (effective dose) ไม่ให้เกิน 20 มิลลิซีเวิร์ตต่อปี โดยเฉลี่ยย้อนหลังในช่วง 5 ปี และยังพบบุคลากรที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นต่อกระเจกเนื่องจากได้รับปริมาณรังสีสูงเกินกว่าที่เลนส์ตาสามารถรับได้ถึง 1.4 เท่า หากบุคลากรไม่ใช้แว่นตากันรังสีอาจส่งผลกระทบเกิดเป็นต่อกระเจกในอนาคต ควรลดความเสี่ยงปริมาณรังสีเลนส์ตาที่สามารถส่งผลให้เป็นต่อกระเจก (equivalent dose) ไม่ให้ได้รับเกิน 150 มิลลิซีเวิร์ตต่อปี





ทุนวิจัย R2R พัฒนางาน พัฒนาคน

การบริหารจัดการเป็นอย่างดีจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) กระทั่งปี พ.ศ. 2551 ได้มีการบันทึกความร่วมมือทางวิชาการระหว่างคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกันสนับสนุนการเผยแพร่แนวคิด R2R จนเกิดกิจกรรมและเครือข่าย R2R ทั่วประเทศ

ผลของความสำเร็จในการขับเคลื่อน R2R ในคณะฯ ทำให้บุคลากรศิริราชเกิดการพัฒนามากมาย กระทั่งผู้ปฏิบัติงานประจำให้เป็นผู้ที่สามารถสร้างและใช้ความรู้ที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง โดยผ่านการสร้างงานวิจัย ทำให้เกิดการดำเนินการปรับปรุงและพัฒนา งานประจำที่ทำอยู่ให้มีคุณภาพทั้งด้านการรักษาและการบริการดีขึ้นจนประสบความสำเร็จ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีขึ้น ปลอดภัยมากขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติสูงขึ้นอย่างชัดเจน อีกทั้งทำให้เกิดผลการวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่ที่สร้างชื่อเสียงให้แก่คณะฯ ในระดับนานาชาติ สิ่งเหล่านี้ย้อนกลับมาทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขจากการเรียนรู้และพัฒนางานที่ตนเองทำด้วยความสนุก ช่วยขับเคลื่อนองค์กรไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยผู้บริหารไม่จำเป็นต้องสั่งการ เพียงให้การสนับสนุนและชี้แนะอย่างเหมาะสมเท่านั้น

R2R จัดเป็นเครื่องมือในการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ทำให้การขับเคลื่อนองค์กรเป็นไปในเชิงพลวัต หลักการของการทำวิจัย R2R คือ ตั้งคำถามจากปัญหาที่เกิดจากงานประจำ แล้วแก้ให้ดีขึ้นด้วยการพัฒนาผลการวิจัยที่ได้ ถ้ามีระบบบริหารจัดการที่ดีจะสามารถนำผลนั้น ๆ ไปพัฒนาองค์กรได้เสมอ ทั้งยังเป็นการปลูกฝังวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ขึ้นใหม่ในหมู่บุคลากร

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล และประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางโครงการสนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยระดับประเทศ กล่าวว่า หากมองอีกมุมหนึ่ง R2R ทำให้ความจำเจของงานประจำหายไป กลายเป็นความท้าทาย ความสนุกที่ได้คิดค้นวิธีการสร้างความรู้เล็ก ๆ แต่เป็นความรู้ใหม่ ๆ ขึ้นมาทำประโยชน์ เกิดความภาคภูมิใจในงานที่ตัวเองทำ หรือจะเรียกว่าเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนก็ได้ และที่สำคัญคือ งานวิจัยประเภทนี้ทำกันเป็นทีมสามารถทำให้เกิด Team learning เกิดความสามัคคีได้

สำหรับการลงนามความร่วมมือทางวิชาการระหว่างคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (องค์การมหาชน) สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพในทุกบริบท ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ ทั้งด้านการบริการการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพของระบบสาธารณสุขไทย

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวถึง R2R ของศิริราชว่า เริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ. 2547 โดยที่ศิริราชสนับสนุนให้บุคลากรทุกสาขาอาชีพและทุกระดับทำงานวิจัย Routine to Research หรือ R2R เพื่อสร้างความรู้มาใช้ในการพัฒนางานประจำของตน โดยได้รับความร่วมมือให้คำปรึกษาด้าน



จากความสำเร็จนี้ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ทั่วประเทศเกิดความสนใจที่จะนำแนวคิด R2R ไปใช้ในการพัฒนาองค์กรทั่วประเทศ ทั้งยังเป็นที่น่าสนใจของต่างประเทศที่มาศึกษาดูงาน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย ลาว และเวียดนาม ปัจจุบันทีมงานของศิริราชได้ร่วมสนับสนุนด้านวิชาการในรูปแบบของฐานข้อมูล เว็บไซต์ จดหมายข่าว และกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงาน/องค์กรทั่วประเทศ เครือข่าย R2R ระดับภูมิภาค คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลจึงขอสนับสนุนด้านวิชาการและการถ่ายทอดเทคนิคการบริหารจัดการในการขับเคลื่อนงานวิจัย R2R ให้เครือข่ายและองค์กรต่าง ๆ รวมถึงเป็นแกนในการประสานงานอำนวยความสะดวกและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายด้วย อันจะส่งผลดีต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างกว้างขวางในหลากหลายบริบททั้งในและนอกวงการแพทย์ วงการสาธารณสุข ที่สำคัญยังขับเคลื่อนสังคมไทยให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ และเกิดการยกระดับทางปัญญา

ด้าน **นพ.อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)** ซึ่งความสำคัญของ R2R ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญของการยกระดับการพัฒนาคุณภาพ ในปัจจุบัน สรพ. ได้กำหนดให้ทุกองค์กรต้องมีผลงานวิจัย R2R เป็นหนึ่งในเกณฑ์รับรองคุณภาพสถานพยาบาลในระดับสูงขึ้น

ส่วน **ทพ.กฤษฎา เรืองอารีรัชต์ ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)** กล่าวว่า สสส. เพิ่งเริ่มเข้ามาร่วมสนับสนุนการขับเคลื่อนงาน R2R เพราะเห็นความสำคัญของการพัฒนาคนเป็นลำดับแรก โดยเฉพาะคนที่ทำงานอยู่ในพื้นที่จริงที่สามารถถ่ายทอดเรื่องราวจากประสบการณ์จริง โดยเชื่อมั่นว่า R2R จะเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้คนทำงานสามารถถอดรายละเอียดงานประจำของตนเอง พัฒนาเป็นองค์ความรู้ในรูปแบบของการวิจัยและนำไปขยายผลต่อ หรือนำไปดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ของตนเองได้ จุดเด่นของการทำ R2R คือ ทุกคนสามารถทำงานวิจัย R2R ได้ ขึ้นอยู่กับว่ามีการนำแนวคิดในการทำงานวิจัยมาใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางาน ซึ่งที่ผ่านมาเน้นจำนวนงานวิจัย R2R ส่วนใหญ่เป็นประเด็นเรื่องการรักษาโรคในโรงพยาบาล แต่ในประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรค ซึ่งเป็นพันธกิจหลักของ สสส. ยังมีอยู่น้อยมาก สสส. จึงอยากสนับสนุนให้คนทำงานสุขภาพ หรือนักสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoter) ทั้งผู้ที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพ คือ บุคลากรทางการแพทย์ สหสาขาวิชาชีพ และผู้อยู่นอกระบบบริการสุขภาพ เช่น เครือข่ายภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีเครื่องมือที่จะช่วยยกระดับการบอกเล่าเรื่องราวของการปฏิบัติงานจริงไปถ่ายทอดให้แก่คนอื่นได้รับรู้ได้



ทั้งนี้ สสส. จะสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายของ สสส. ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่มีมากกว่า 10,000 องค์กร ได้พัฒนางาน R2R ในประเด็นปัจจัยเสี่ยงคือ ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุ และป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยนำแนวคิด R2R ไปปรับใช้ในการทำงานของแต่ละภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม โดยตั้งเป้าภายใน 2 ปีนี้ สสส. จะพัฒนางาน R2R ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างน้อย 10 ประเด็น พร้อมถูกนำไปพัฒนาใช้เป็นเครื่องมือพัฒนาการทำงานของนักสร้างเสริมสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ปฐมภูมิ และเกิดนักสร้างเสริมกระบวนการ R2R จำนวน 100 คนที่สามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่ภาคีเครือข่ายอื่น ๆ พร้อมสนับสนุนการพัฒนาระบบสนับสนุนวิชาการส่วนกลาง ในรูปแบบของฐานข้อมูล เว็บไซต์ จดหมายข่าว วารสารวิชาการ เพื่อเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างนักวิชาการ นักวิจัยที่มีความสนใจในการพัฒนางาน R2R ต่อไป

การที่ สสส. เข้ามาเป็นผู้สนับสนุนหลักการขับเคลื่อน R2R ระดับประเทศ ในครั้งนี้เป็นนิมิตหมายอันดีที่จะทำให้ผู้ที่ขับเคลื่อนงาน R2R ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น เพื่อให้นคนในพื้นที่ได้แรงกระตุ้นและการส่งเสริมให้เกิดการสร้างความรู้ใน Best Practice เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ซึ่งต่อไป สสส. และภาคีเครือข่ายจะทำงานควบคู่กัน เพื่อให้งานสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์ต่อไปทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

ขณะที่ **นพ.วินัย สวัสดิ์วร เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)** กล่าวว่า เป็นที่ทราบดีว่างานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นงานที่มีพัฒนาการตลอดเวลา ด้วยความเป็นพลวัตของเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพ/ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้ต้องมีการพัฒนาด้านวิชาการควบคู่ไปกับงานที่ต้องเดินหน้าประจำ เพราะปัญหาของระบบสุขภาพไทยหรือแม้แต่ระบบสุขภาพของโลกมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นการเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ การเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ โรคมะเร็ง และอื่น ๆ ทำให้องค์กรทางสุขภาพในประเทศไทยต้องร่วมมือกันพัฒนาคนรุ่นใหม่ ๆ ให้ตื่นตัวทางความรู้ และใช้ความรู้ที่นำมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบททางระบบสุขภาพของไทย ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

นับเป็นโอกาสดีที่เครือข่าย R2R จะบูรณาการแนวคิดเพื่อต่อยอดความสำเร็จในการพัฒนาคน เพื่อพัฒนางานด้านบริการ และมีมุมมองงานสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดการวิจัย R2R ที่มีคุณค่า สามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้จริง โดยเน้นการสร้างนำซ่อม ด้วยการจุดประกาย กระตุ้น และสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งประเทศ ทำให้เกิดผลดีทั้งด้านการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนในครอบครัว ทั้งนี้ สปสช. ได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 นอกจากนี้ สปสช. ยังได้รับ

รางวัลจากการประกวดผลงาน R2R ดีเด่นเป็นประจำสม่ำเสมอทุกปี ที่สำคัญได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่าย R2R ทั่วประเทศด้วย

เช่นเดียวกับ นพ.กำจัด งามกุล หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ให้ความเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของ R2R จึงมีนโยบายสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขของหน่วยงานในสังกัดดำเนินการวิจัยจากงานประจำเพื่อพัฒนางานบริการสู่ประชาชนให้มีคุณภาพ และพัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนโยบายในการปฏิรูปของกระทรวง โดยครอบคลุม 4 ระบบ คือ ระบบบริการสุขภาพ ระบบส่งเสริมสุขภาพ ระบบควบคุมและป้องกันโรค และระบบคุ้มครองผู้บริโภค และมีสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควบคุมกำกับและสนับสนุนด้านวิชาการ และนวัตกรรมด้านสุขภาพให้ร่วมผลักดันและส่งเสริม



จะเห็นได้ว่าทั้ง 5 หน่วยงาน ได้แก่ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การ

มหาชน), คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ในระดับประเทศ อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพในทุกบริบทตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ ทั้งด้านการบริการ การศึกษาพยาบาล รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพของระบบสาธารณสุขไทย ด้วยเหตุนี้จึงได้จัดทำโครงการลงนามความร่วมมือทางวิชาการขึ้น เพื่อสนับสนุนทางด้านการวิชาการ บริหารจัดการ นโยบาย และงบประมาณในการดำเนินงานสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ ภายใต้บันทึกความร่วมมือฯ นี้

1. ทั้ง 5 หน่วยงานเห็นชอบที่จะสนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย โดยการจัดตั้งเครือข่ายวิจัย R2R ขึ้น จากบุคลากรทุกระดับในระบบสาธารณสุขที่สนใจในการดำเนินงาน R2R ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ระหว่างนักวิจัย และนำไปสู่การต่อยอดความรู้ในประเด็นความสนใจร่วมต่าง ๆ ในอนาคต

2. ทั้ง 5 หน่วยงานเห็นชอบที่จะพัฒนาระบบสนับสนุนวิชาการส่วนกลางในรูปแบบของฐานข้อมูล เว็บไซต์ จดหมายข่าว R2R เพื่อเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างนักวิชาการ/นักวิจัยที่มีความสนใจ

3. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลจะสนับสนุนด้านวิชาการแก่กิจกรรมตามข้อ 1 และ 2

4. กระทรวงสาธารณสุขจะสนับสนุนด้านนโยบาย ให้บุคลากรสาธารณสุขของหน่วยงานในสังกัดดำเนินการวิจัยจากงานประจำเพื่อพัฒนางานบริการสู่ประชาชนให้มีคุณภาพมากขึ้น และพัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ

5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จะสนับสนุนด้านวิชาการ การบูรณาการสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการตามกิจกรรมข้อ 1 และข้อ 2

6. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะสนับสนุนด้านงบประมาณสำหรับการดำเนินงานตามกิจกรรมตามข้อ 1 และ 2

7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสนับสนุนด้านนโยบาย ให้หน่วยบริการคู่สัญญาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเห็นความสำคัญ และดำเนินงานวิจัยจากงานประจำเพื่อพัฒนาให้ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับการที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุมมากขึ้น พร้อมทั้งพิจารณาสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับกิจกรรมตามข้อ 1 และ 2 ตามความจำเป็น

ภาคีเครือข่ายให้เกิดนวัตกรรมการบริหารจัดการด้านการวิจัยและพัฒนา เพื่อนำประโยชน์ด้านวิชาการและใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปฏิรูประบบสาธารณสุขในส่วนภาคีเครือข่ายสุขภาพซึ่งรวมถึงเครือข่าย R2R ให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อสร้างและพัฒนาเครือข่ายนักวิจัยให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพต่อไป

จากข้อมูล R2R ข้างต้น รศ.นพ.เชิดชัย นพณิจารุสเลิศ หัวหน้าทีมที่ปรึกษาโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยระดับประเทศ แจงว่า ความรู้เครือข่ายนี้ก่อให้เกิดผลงาน R2R ด้านต่าง ๆ ทั่วประเทศ ได้แก่ โครงการ Fast track และการก่อตั้งเครือข่ายดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภาคเหนือตอนบน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, โครงการการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการใช้ยาขยายรูม่านตาของผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช, การพัฒนารูปแบบการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกล่วงหน้าของคลินิกศัลยกรรม ศบายใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, การวิจัยบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นต้น

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ จัดประชุมวิชาการ



สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ จัดประชุมวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 4 “อนามัยการเจริญพันธุ์: ประชากรคุณภาพ” ในระหว่างวันที่ 21-23 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ สุขุมวิท 11 กรุงเทพฯ ภายในงานประกอบด้วย การปาฐกถาพิเศษ เรื่องมุมมองด้านประชากรและอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย การเสวนา “เด็กเป็นหนุ่มเป็นสาวก่อนวัย (Central Precocious Puberty) ดีหรือไม่...ทำไมต้องรักษา”, นโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น, การเข้าถึงยาที่มีคุณภาพที่ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์, ผลกระทบของการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นต้น ทั้งนี้ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนฟรี รับจำนวนจำกัด เพียง 750 ท่านเท่านั้น สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2590-4167, 0-2590-4166 www.rhanamai.com/register/index.php

ส.พ.ธรรมศาสตร์

ขอเชิญผู้มีจิตศรัทธาร่วมบริจาค

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ขอเชิญผู้มีจิตศรัทธาร่วมบริจาคทำบุญกับกองทุนเพื่อผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท เพื่อจัดซื้อเครื่องมือผ่าตัดสำหรับใช้ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทางสมอง และไขสันหลัง โดยสามารถติดต่อบริจาคได้ที่ แพทย์ศัลยกรรมโดยตรง, เคาน์เตอร์พยาบาล ห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม, ห้องรับบริจาค, โอนเงินเข้าบัญชี กองทุนบริจาคโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ธนาคารทหารไทย สาขามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต เลขที่บัญชี 050-2-00002-9



ส.พ.สวนดอก

เชิญร่วมสมทบทุนสร้างอาคาร

มูลนิธิโรงพยาบาลสวนดอก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอเชิญผู้มีจิตศรัทธาร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการมอบ “สิ่งที่ดีที่สุด” ให้แก่ผู้พิการ ด้วยการบริจาคทุนทรัพย์สมทบทุนมูลนิธิโรงพยาบาลสวนดอกเพื่อจัดสร้าง “อาคารศูนย์บูรณาการฟื้นฟูสภาพคนพิการ” คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ งานประชาสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 0-5394-5672, 0-5394-9473

รางวัลแพทย์ดีเด่นเป็นรางวัลที่แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ มอบให้เพื่อเป็นรางวัลและกำลังใจแก่แพทย์ในฐานะแพทย์ผู้มีความดีเด่น ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์และด้วยความรับผิดชอบในหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งรางวัลนี้ได้ดำเนินการมอบให้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 เริ่มแรกเป็นเงินสด ผลจากทุนเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี กับเงินที่เพิ่มเติมของหม่อมหลวงป้อม มาลากุล รวม 2,000 บาท และ ศ.พญ.สุภา มาลากุล ณ อยุธยา สมทบเพิ่มเติมอีก 1,000 บาท รวมเป็นเงิน 3,000 บาท และต่อมาได้มีแพทย์ร่วมบริจาคด้วยอีกหลายท่าน ซึ่งจนถึงปัจจุบันมีผู้ได้รับรางวัลสำหรับแพทย์ที่มีผลงานดีเด่นของแพทยสมาคมฯ ทั้งหมด 42 ราย โดยผู้ได้รับทุนจะได้รับโล่เกียรตินิยม และเงินรางวัล รางวัลละ 50,000 บาท ทั้งนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา ทางคณะกรรมการได้จัดประชุมและมีมติมอบรางวัลแพทย์ดีเด่นของแพทยสมาคมฯ จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบริการ ด้านบริหาร และ ด้านวิชาการ

3 แพทย์ดีเด่น ประจำปี 2556 ของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

สำหรับปี พ.ศ. 2556 แพทย์ผู้มีความดีเด่นสมควรได้รับรางวัลแพทย์ดีเด่นจากแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ทั้ง 3 ท่าน คือ **ด้านบริการ** ได้แก่ นพ.ธวัช คงคาลัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี, **ด้านบริหาร** ได้แก่ นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา และ **ด้านวิชาการ** ได้แก่ นพ.ประสงค์ วิทย์ถาวรวงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม และรองผู้อำนวยการด้านวิชาการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์



นพ.ธวัช คงคาลัย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี แพทย์ดีเด่นด้านบริการ

นพ.ธวัช คงคาลัย เป็นแพทย์ผู้ยึดถือคติธรรม “อิทธิบาท 4” เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานมาตั้งแต่เริ่มรับราชการ เนื่องจากคุณหมอเห็นว่าเป็นหลักธรรมที่ง่ายและอยู่ใกล้ตัวเรา โดยนำฉันทะ คือ มีความรักในอาชีพ ในงาน และศรัทธากับงานที่ตนเองได้ทำอยู่ ทำให้เกิดวิริยะ คือ มีความขยันหมั่นเพียร ทำให้งานประสบความสำเร็จ เป็นตัวอย่างแก่ผู้ได้บังคับบัญชาและบุคคลทั่วไป และนำจิตตะ คือ มีความเอาใจใส่และรับผิดชอบต่องานทั้งด้านการตรวจรักษาผู้ป่วย ด้านบริหารด้วยการนำวิมังสา คือ ใช้สติปัญญาพิจารณาทบทวนตนเองและปฏิบัติงานอยู่เสมอ เพื่อเป็นการพัฒนาทั้งตนเองและงานให้ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น

จากความตั้งใจปฏิบัติงานในหน้าที่นี้ทำให้ นพ.ธวัช เป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคลากรในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติงานที่ตรงต่อเวลา ตั้งใจและรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามกฎระเบียบของทางกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด การพัฒนาตนเองโดยหมั่นศึกษาหาความรู้ใหม่ ๆ อยู่เสมอ จนทำให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาและให้บริการประชาชนในชุมชนอย่างทั่วถึง นอกจากปฏิบัติงานแล้วยังให้ความสำคัญกับสุขภาพอนามัย มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และสนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาลได้มีการออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ประชาชนในชุมชน ทำให้ผลการตรวจสุขภาพร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

นอกจากนี้ นพ.ธวัช ยังสนับสนุนให้ผู้บังคับบัญชาทำบุญใส่บาตรในทุก ๆ วันพฤหัสบดี และวันพระ โดยนิมนต์พระภิกษุออกบิณฑบาตที่โรงพยาบาล เพื่อให้ผู้บังคับบัญชา ผู้ป่วย และญาติได้มีโอกาสร่วมทำบุญใส่บาตรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยในด้านการครองตน นพ.ธวัช เป็นบุคคลที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรในโรงพยาบาล คนในชุมชน และเป็นที่รักของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล มีความเป็นประชาธิปไตยยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น ยอมรับเสียงส่วนใหญ่ เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในการบริหารงาน ยกย่องผู้ร่วมงานที่

ทำดีไม่ว่าจะอยู่ในฐานะใด ให้ความเสมอภาคต่อทุกคน มีการนำพระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาใช้ในการปฏิบัติงานในเรื่องของการ “เป็นผู้ให้และผู้รับ” สร้างความสามัคคีในหมู่คณะ ซึ่ง **นพ.ธวัช** ได้ใช้แนวทางพระคุณมากกว่าพระเดช ในการปกครองคน เอาใจเขามาใส่ใจเรา ให้ความเท่าเทียมกันในการให้บริการประชาชนทุกระดับ ทุกชนชาติ และทุกศาสนา มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน สนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีด้าน IT มาใช้ในการค้นหาข้อมูลผู้ป่วย เป็นการสนับสนุนนโยบายเรื่องการประหยัดทรัพยากร ลดการใช้กระดาษในองค์กร และระบบข้อมูลสามารถเชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการในพื้นที่ได้ มีความรู้ความสามารถทางการแพทย์ ทำหัตถการทางการแพทย์ได้หลายชนิด เช่น ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผ่าตัดไส้ติ่ง ผ่าตัดไส้เลื่อน เป็นต้น เป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือนิสิตแพทย์ แพทย์รุ่นน้อง



และยังเป็นอาจารย์พิเศษสอนนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ อำเภอนาหว้า จังหวัดสงขลา แพทย์ดีเด่นด้านบริหาร

นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ คุณหมอนักบริหารผู้มีผลงานดีเด่น ได้แก่

1. นวัตกรรมดีเด่นระดับชาติจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ปี พ.ศ. 2549 จากผลงาน “คลอดดีมีสุข” การนำภูมิปัญญาท้องถิ่น “ผดุงครรภ์โบราณ” บูรณาการกับการดูแลของแพทย์แผนปัจจุบัน ดูแลแม่และเด็กในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา ทำให้หญิงมีครรภ์เข้าถึงระบบบริการเพิ่มขึ้น ผ่าครรภ์ได้เร็วขึ้น (Early ANC) ค้นพบปัญหาสุขภาพและสามารถแก้ไขได้ทันท่วงที รวมทั้งเกิดผลลัพธ์ “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”

2. การนำหลัก “ศาสนานำการสาธารณสุข” โดยประยุกต์ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของท้องถิ่น ร่วมกับหลักสุขบัญญัติ ผสานกับสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น “บุฟเฟ่ต์งานศพ” เป็นประเพณีเลี้ยงบุฟเฟ่ต์ในงานบุญ แทนการจัดอาหารตามโต๊ะ มีสโลแกนว่า แกงเวียนไม่มี แกงติดลวดงาน นี่คือการบริการตัวเองตามความพอใจ ซึ่งทำให้ประหยัด กินง่าย ตักกินตามความพอใจ ปลอดภัยเชื้อโรค อีกตัวอย่างกรณีชุมชนมุสลิมนำเอาการทำพิธีสุนัตหมู่ (การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย) ผสมผสานกับการแพทย์โดยผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ ให้บริการในหมู่บ้าน เช่น ที่มัสยิด ที่ทำงานของชุมชน ใช้การผ่าตัดเล็กเน้นความสะดวก ปลอดภัย ประหยัด เชื่อ ร่วมกับพิธีทางศาสนา

3. กิจกรรมเดินวิ่ง จักรยานเสือภูเขาเฉลิมพระเกียรติ “12 สิงหาคมราชินี” โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ อำเภอนาหว้า ซึ่งจัดมา 14 ครั้ง เป็นกิจกรรมประจำปีในมิติการสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย ทุกปีมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ต่ำกว่า 2,000 คน หน่วยงานทั้งอำเภอทุกส่วนเป็นเจ้าภาพร่วมกัน เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งให้การสนับสนุนงบประมาณ ภาคเอกชนระดมทุน ออกร้าน และจัดกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น การรำไทเก็ก แอโรบิค จักร ฯลฯ เป็นสนามแข่งขันที่มีชื่อเสียงของภาคใต้ตลอดมา อีกทั้งในช่วงเวลาดังกล่าวจะมีการประกวดแม่ดีเด่น หนูน้อยนมแม่ และเมื่อปลายปี พ.ศ. 2554 ในวโรกาสเฉลิมพระชนมพรรษาครบ 84 พรรษาพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมเทิดพระเกียรติ โดยการปั่นจักรยานจากจังหวัดเชียงใหม่ถึงอำเภอนาหว้า ระยะทาง 1,884 กิโลเมตร นักปั่นรวม 84 คน เข้าร่วมเฉลิมพระเกียรติในวันที่ 5 ธันวาคม อย่างสมพระเกียรติ

4. การป้องกันและการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน ร่วมกับคณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจร (สอจร.) จัดตั้งเครือข่ายแก้ไขปัญหาคู่หูอุบัติเหตุทางถนน โดยจัดระบบฐานข้อมูลการสืบสวนสาเหตุการเสียชีวิต นำไปสู่การแก้ปัญหาจุดเสี่ยง การรณรงค์สวมหมวกกันน็อกทั้งคนขี่และคนซ้อน สร้างต้นแบบในโรงเรียน ในโรงพยาบาล และในชุมชน ปัจจุบันดูแลเครือข่าย 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง สร้างกระบวนการโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “คู่หูจังหวัด (Buddy)” เกิดชุดความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

5. อาจารย์พิเศษ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และอาจารย์พิเศษ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นหัวข้อการสอนในเรื่อง Health Promotion, Humanized Health Care, Integrated District Health system, Networking เป็นต้น

6. สถานที่ทำงาน น่ายู่ น่าย้าย น่าย่าง และมียี่สิบ



ชีวา Healthy Workplace ระดับทอง (ดีเด่น) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบัน โดยการร่วมมือร่วมใจของบุคลากรทุกระดับ ทำให้โรงพยาบาลเสมือนบ้านหลังที่ 2 ของสมาชิกครอบครัวโรงพยาบาล



นพ.ประสงค์ วิทยถาวรวงศ์

หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม และรองผู้อำนวยการด้านวิชาการ
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ แพทย์ดีเด่นด้านวิชาการ

นพ.ประสงค์ วิทยถาวรวงศ์ เป็นแพทย์ผู้มีความขยันหมั่นเพียร ความรับผิดชอบ วิริยะอุตสาหะต่องานในหน้าที่ ไม่ย่อท้อต่อปัญหา อุปสรรค มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม รู้จักประหยัดและเก็บออม รักษาระเบียบวินัยและเคารพกฎหมาย เป็นผู้รักและปฏิบัติตามระเบียบและกฎหมายที่กำหนดไว้ ประพฤติและปฏิบัติตนอันเป็นตัวอย่างแก่บุคคลอื่น ละเว้นต่อการประพฤติชั่วและไม่ลุ่มหลงอบายมุข เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เสียสละ เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม ซื่อสัตย์ สุจริต

สำหรับในด้านของการครองคน **นพ.ประสงค์** มีความสามารถในการประสานสัมพันธ์ และสร้างความเข้าใจอันดีกับผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา และผู้มาติดต่องาน เป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น กล้าและรับผิดชอบในสิ่งที่ได้กระทำ มีน้ำใจช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ให้บริการแก่ผู้มาติดต่องานด้วยความเสมอภาค เป็นผู้มีความเป็นธรรมทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่น

ในส่วนของการครองงาน **นพ.ประสงค์** มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ คำนึงถึงประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ประโยชน์ส่วนตนเป็นกิจที่สอง ศึกษาและค้นคว้าหาความรู้ที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ ปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบและที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการปฏิบัติงานกับคนอื่นทั้งในและนอกองค์กร





มะเร็งต่อมลูกหมาก (ตอนจบ)

มะเร็งต่อมลูกหมากส่วนใหญ่ไม่มีอาการ (1/3 มีอาการ และ 2/3 ไม่มีอาการ) ถ้ามีอาการจะแยกแยะไม่ออกว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโตธรรมดาหรือเป็นโรคมะเร็ง มะเร็งอาจลุกลามไปนอกต่อมลูกหมาก ไปยังต่อมน้ำเหลืองและกระดูกได้ ซึ่งมักไปที่กระดูกสันหลัง สะโพก (pelvis) ขี่โครง กระดูกต้นขา (femur) ปัจจัยที่อาจลดความเสี่ยงคือ การที่ช่วยเหลืตัวเองบ่อย ๆ (มี ejaculation) แต่ถ้ามีเพศสัมพันธ์กับหลาย ๆ คน หรือเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ยังอยู่ในวัยเยาว์อาจมีความเสี่ยงมากขึ้น ซึ่งสันนิษฐานว่ามาจากการติดเชื้อบางอย่างจากการมีเพศสัมพันธ์

โดยทั่ว ๆ ไปเมื่อมีอายุ 50 ปี (หรือเมื่อมีอาการดังที่กล่าว) ควรไปปรึกษาแพทย์ แพทย์จะซักประวัติการขับถ่าย ปัสสาวะ ตรวจต่อมลูกหมากด้วยนิ้วมือผ่านรูทวารว่าโตหรือไม่ ขรุขระหรือไม่ อาจตรวจปัสสาวะ และอาจตรวจเลือดหา PSA หรือ Prostatic Specific Antigen ซึ่งเป็นโปรตีนที่สร้างมาจากต่อมลูกหมาก ค่าของ PSA จะสูงขึ้นตามอายุ เช่น อายุต่ำกว่า 50 ปี อาจมีค่าต่ำกว่า 2.5, อายุ 50-59 ปี ต่ำกว่า 3.5, อายุ 60-69 ปี ต่ำกว่า 4.5, อายุ 70 ปีขึ้นไปอาจต่ำกว่า 6.5 การจะตรวจหา PSA หรือไม่ ควรทำความเข้าใจกับแพทย์ก่อน เพราะถ้าค่า PSA สูง ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นมะเร็ง ค่า PSA อาจสูงได้จากการติดเชื้อของต่อมลูกหมาก หรือจากการที่ต่อมลูกหมากโต แต่โดยสรุปยิ่งสูงมากยิ่งน่าสงสัยโรคมะเร็ง โดยมากถ้าสูงเกิน 10 ก็ต้องสงสัยโรคมะเร็ง แต่แพทย์จะไม่ดูระดับของ PSA เท่านั้น จะต้องดูว่าระดับขึ้นเร็วหรือขึ้นช้า ๆ

US Preventive Service Task Force ในปี ค.ศ. 2012 และองค์กรแพทย์อื่น ๆ ไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรองหามะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการหาระดับ PSA เนื่องจากจะมีการวินิจฉัยโรคมะเร็งมากเกินไปและจะทำให้มีการรักษาโดยไม่จำเป็น เพราะโรคนี้ส่วนใหญ่ไม่มีอาการและลุกลามช้า ถ้าให้การรักษาโดยไม่จำเป็นจะมีผลเสียมากกว่าผลดี การที่จะรักษาหรือไม่ ด้วยวิธีอะไร ต้องดูเป็นราย ๆ ไป ถ้าอายุมาก มีหลายโรค และมีโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่ไม่นาน แพทย์อาจไม่รักษาก็ได้ แต่อาจต้องติดตามดูอาการ ถ้ามีอาการ แพทย์อาจซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจ

ทวาร ตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือดหา BUN, Cr (เกี่ยวกับโรคไต เพราะถ้าต่อมลูกหมากโตอุดตันระบบทางเดินปัสสาวะนาน ๆ จะทำให้ไตเสียได้) PSA, ทำ US, CT, MRI หรือส่องกล้องเข้าไปในรูทวารด้วยเครื่องอัลตราซาวนด์ (TRUS) เพื่อดูลักษณะของต่อมลูกหมาก ถ้าสงสัยโรคมะเร็งอาจตัดชิ้นเนื้อของต่อมลูกหมากไปตรวจ

วิธีการรักษามีหลายวิธี ตั้งแต่ผ่าตัด ผ่าตัดต่อมลูกหมากออกหมด รวมทั้งต่อมน้ำเหลือง แต่อาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ หรือการฉายแสงด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น external beam, brachytherapy, HIFU หรือการรักษาทางฮอร์โมน เพราะต่อมลูกหมากอยู่ได้ด้วยการพึ่งฮอร์โมนเพศชาย ในบางกรณีการรักษาจึงทำการตัดลูกอัณฑะออกไป (orchidectomy) เพราะ testes (ลูกอัณฑะ) สร้างฮอร์โมนเพศชายคือ testosterone และต่อม adrenal จะผลิต dehydroepiandrosterone หรือถ้าเป็นมาก ๆ ในบางรายอาจใช้ยาฆ่ามะเร็ง (chemotherapy)

ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาต่าง ๆ อาจมีตั้งแต่ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะเป็นเลือด ท้องเสียเรื้อรัง องค์กรขาดไม่แข็งแรง ความรู้สึกทางเพศหายไป ผิวหนังไหม้ อ่อนเพลีย ปัญหาการทำงานของลำไส้ อาการร้อนวูบวาบ

ฉะนั้น ทุกท่านที่มีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ ควรรีบไปปรึกษาแพทย์ ท่านอาจเป็นเพียงต่อมลูกหมากโตธรรมดา (หรือกระเพาะปัสสาวะหรือไตอักเสบ) ซึ่งแพทย์จะให้ยารับประทานเพื่อไม่ให้ต่อมลูกหมากโตมากขึ้น หรือถ้าท่านสบายดี แต่มีอายุ 50 ปี ก็ยังควรไปปรึกษาแพทย์ แพทย์ที่เหมาะสมที่สุดคือ แพทย์ที่รักษาทางการแพทย์ผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ (urosurgeon)

ฉะนั้น จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารมีบทบาทสำคัญมากต่อการมีสุขภาพที่ดีทั่ว ๆ ไป (หรือไม่ดี) ทั้งนี้ทุก ๆ ท่านต้องรีบทำตั้งแต่บัดนี้ และสอนลูก ๆ หลาน ๆ ให้ทำตั้งแต่เยาว์วัยด้วย



**26th Annual Scientific Meeting of Thai Urological
Association Under the Royal Patronage
and**

BESINS HEALTHCARE

“What’s new of TRT in Hypogonadism: Efficacy, Safety & Advantage of a Gel”



Moderator:

Dr. Bannakij Lojanapiwat

*Urology department, Chiang Mai University
(Thailand)*



Speaker:

Dr. Colin Teo

*President of Society for Men’s Health
(Singapore)*

**26 Apr 2014 at 7.00 – 8.00 am
Fidella Room The Zign Hotel**



Thai Urological Association under the Royal Patronage

สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์



MENARINI

Thai Urological Association under the Royal Patronage

*In conjugation with
A.Menarini (Thailand) Ltd.
Luncheon symposium*

อย่าให้หลังเร็ว เป็นปัญหาชีวิตรัก (ใคร่) อีกต่อไป

25 April 2014,
12.50-13.30
Fidella room
The Zign, Pattaya



Moderator :

Prof. Apichat Kongkanand



Speaker :

Prof. Somboon Leungwattanakij



Speaker :

Asst. Prof. Pansak Sugkraroek



ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
The Royal College of Physicians of Thailand (RCPT)



MENARINI

The Royal College of Physicians of Thailand

*In conjugation with
A.Menarini (Thailand) Ltd.
Luncheon symposium*

**อย่าให้หลังเร็ว
เป็นปัญหาชีวิตรัก (ใคร่) อีกต่อไป**

24 April 2014,
12.00-13.30
Hall A1+A2
Royal Cliff, Pattaya



Moderator :
Prof. Apichat Kongkanand



Speaker :
Dr. Kavirach Tantiwongse



Speaker :
Asst. Prof. Pansak Sugkraroek

ประมวลภาพบรรยากาศงานประชุม



ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย และ สมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
ร่วมกับ บริษัท อเมริกัน ไตพวัน ไบโอฟาร์ม จำกัด

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

วันที่ 6 มีนาคม 2557

โรงแรมกรีนเนอรี่ รีสอร์ท เขาใหญ่



atb
always beside you



ประมวลภาพบรรยากาศงานประชุม
The Neurological Society of Thailand
and
Eisai (Thailand) Marketing Co., Ltd.

High dose Donepezil: Next step treatment in Alzheimer's disease

Moderator & Speaker :
Dr.Somchai Towanabut
Prasat Neurological Institute

Speaker :
Dr.Kammant Phanthumchinda
Department of Neurology, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University



March 7th, 2014
Phramongkutklao Hospital

hkc
human health care



อดนอนทำลายเซลล์สมอง

บีบีซี – ผลการศึกษาใหม่ชี้ การอดนอนอาจเป็นสาเหตุให้เซลล์สมองเสียหายอย่างถาวร

การศึกษาในสัตว์ทดลองตีพิมพ์ในวารสาร The Journal of Neuroscience รายงานว่า การอดนอนเรื้อรังเทียบกับการทำงานกะดึกติดต่อกัน 3 วัน โดยมีเวลานอนวันละ 4-5

ชั่วโมง ทำให้เซลล์ locus coeruleus (LC) neurons ในสมองของหนูเสียหายถึง 1 ใน 4 และนับเป็นการศึกษาแรกที่ชี้ให้เห็นว่าการอดนอนเป็นสาเหตุให้เซลล์สมองถูกทำลาย

นักวิจัยเปิดเผยว่า จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินว่าผู้ที่อดนอนเป็นประจำ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องทำงานกะดึกมีความเสี่ยงต่อความเสียหายถาวรของเซลล์สมองหรือไม่ ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นจริงก็จำเป็นต้องมีมาตรการแก้ไข รวมถึงการพัฒนาใหม่สำหรับกระดานการทำงานของเคมีในสมอง และปกป้องสมองจากผลข้างเคียงของการอดนอน



ยุโรปป่วนรับมือวัณโรคดื้อยา

รอยเตอร์ส – ยุโรปกำลังเผชิญปัญหาการตรวจโรคและรักษาวัณโรคดื้อยา สะท้อนถึงความบกพร่องของมาตรการควบคุมโรค

ผู้เชี่ยวชาญประเมินว่า แต่ละวันมีประชากรราว 1,000 คนในภูมิภาคยุโรปล้มป่วยด้วยวัณโรค วัณโรคดื้อยาหลายตัว และวัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรง โดยข้อมูลจากศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งยุโรป (อีซีดีซี) และองค์การอนามัยโลกชี้ว่า มีผู้ติดเชื้อ

วัณโรคสายพันธุ์ดื้อยาในยุโรปอย่างน้อย 76,000 คน และกว่าครึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยที่เหมาะสม ขณะที่ผู้ป่วยที่รักษาหายขาดเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น

ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกสาขายุโรปกล่าวว่า จำเป็นอย่างยิ่งที่การรักษาจะต้องเข้าถึงผู้ป่วยทุกคน โดยมีความจำเป็นที่ส่วนที่จะต้องพัฒนายาต้านวัณโรคตัวใหม่ที่มียาระยะการรักษาสั้นกว่าแต่ได้ประสิทธิภาพสูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยจะสามารถเกาะติดการรักษา หรือเพิ่มแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะเกาะติดการรักษา

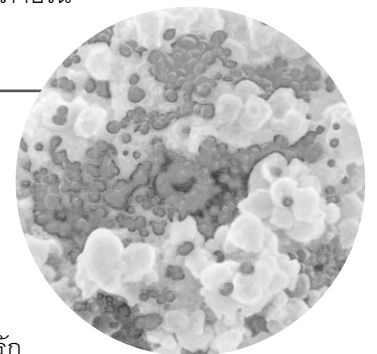
วัณโรคดื้อยาถือเป็นโรคที่มนุษย์สร้างขึ้น เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยวัณโรคได้รับยาผิด ได้รับยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม หรือผู้ป่วยไม่ยอมรักษาต่อเนื่องจนหายขาด ทั้งนี้อัตราการอนามัยโลกคาดการณ์ว่าภายในปีหน้าจะมีประชากรโลกติดเชื้อวัณโรคสายพันธุ์ดื้อยาราว 2 ล้านคน

พบติดเชื้อเอชไอวีในหญิงรักหญิง

บีบีซี – ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (ซีดีซี) พบการติดเชื้อเอชไอวีในคูรักรักหญิงรักหญิงในรัฐเท็กซัส ซึ่งเป็นกรณีที่พบยาก

ซีดีซีแถลงว่า ผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นหญิงวัย 46 ปี น่าจะได้รับเชื้อเอชไอวีระหว่างใช้ชีวิตแบบคูรักรักเพศเดียวกันเป็นระยะเวลา 6 เดือนกับหญิงติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากพันธุกรรมของเอชไอวีที่พบมีความสอดคล้องถึงร้อยละ 98 กับเชื้อในร่างกายของคูรักรัก และคาดว่าน่าจะเป็นการติดเชื้อระหว่างการเสียดสีจนเกิดเลือดออกกระหว่างมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน

ข้อมูลของซีดีซีระบุว่า ผู้ติดเชื้อมีประวัติมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย แต่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายเลยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นต่อการติดเชื้อ รวมถึงการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ขณะที่คูรักรักซึ่งเป็นหญิงวัย 43 ปีนั้นพบว่าหยุดรับประทานยาต้านไวรัสไปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553



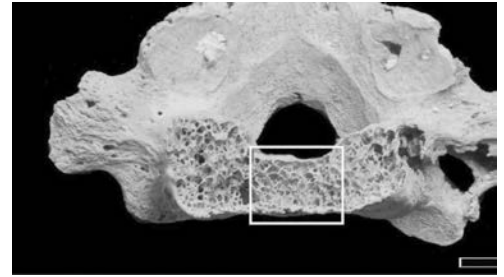
พบหลักฐานเก่าแก่ที่สุดของมะเร็ง

ยาฮู! – พบกระดูกชายหนุ่มกว่า 3,200 ปีในหลุมศพแห่งหนึ่งในทวีปแอฟริกา นับเป็นหลักฐานเก่าแก่ที่สุดของการเกิดมะเร็งในคน

ซากกระดูกในโลงไม้ทาสีซึ่งพบที่ริมตลิ่งแม่น้ำไนล์ในประเทศอียิปต์ เผยให้เห็นร่องรอยการลุกลามของมะเร็ง ซึ่งจากอายุของกระดูกที่เก่าแก่หลายพันปี ทำให้นักวิจัยสันนิษฐานว่ามะเร็งอาจกำเนิดขึ้นมาพร้อมกับมนุษยชาติ นอกเหนือจากปัจจัยเสี่ยงต่อโรคทั้งอาหาร ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเหล้า และสูบบุหรี่มากเกินไป

สาเหตุของมะเร็งที่พบในหนุ่มเคราะห์ร้ายรายนี้ยังคงเป็นปริศนา แต่เชื่อว่าเขาอาจได้รับสารพิษจากการสูดควันไฟซึ่งมีสารก่อมะเร็งไม่ต่างจากควันบุหรี่ หรืออาจติดเชื้อปรสิตอันเป็นสาเหตุของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและมะเร็งเต้านมซึ่งปัจจุบันยังคงพบในพื้นที่เดียวกัน หรืออาจเป็นได้ว่าชายหนุ่มวัย 25-35 ปีรายนี้มีความผิดปกติทางพันธุกรรมอันเป็นสาเหตุของโรคมะเร็ง ขณะเดียวกัน ก็ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าเจ้าของโครงกระดูกรายนี้เริ่มเป็นมะเร็งจากตำแหน่งใด

ด้านนักวิจัยกล่าวว่า การขุดค้นทางโบราณคดีที่ผ่านมาแทบไม่พบหลักฐานของมะเร็งเลย การที่พบหลักฐานของมะเร็งในโครงกระดูกอายุ 3,200 ปี จึงนับเป็นการค้นพบครั้งประวัติศาสตร์ และอาจเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิวัฒนาการของมะเร็ง



ออกกำลังกายลดความเสี่ยงไข้หวัด

บีบีซี – การออกกำลังกายชนิดเหวี่ยงท่วงสัปดาห์ละ 2 ชั่วโมงครึ่ง มีประโยชน์ช่วยลดความเสี่ยงเป็นไข้หวัด

ข้อมูลจากการสำรวจ Flu Survey โดยวิทยาลัยอนามัยและเวชศาสตร์เขตร้อน กรุงลอนดอน ระบุว่า การออกกำลังกายหนัก ๆ ทั้งการวิ่ง ปั่นจักรยาน หรือแข่งขันกีฬาอาจป้องกันการเป็นไข้หวัดได้ 100 คนจากประชากร 1,000 คน ขณะที่การออกกำลังกายเหวี่ยงปานกลางดูเหมือนไม่มีประโยชน์ในการป้องกันไข้หวัด

ด้านเจ้าหน้าที่ให้ความเห็นว่า ในขณะนี้ยังคงต้องพิจารณาข้อมูลดังกล่าวด้วยความระมัดระวังเนื่องจากยังเป็นข้อมูลในขั้นต้น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสำรวจไข้หวัดก็สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจโรคอื่น และชี้ให้เห็นประโยชน์ต่อสุขภาพจากการออกกำลังกาย และว่า แม้หลายคนอาจโชคไม่ดีติดไข้หวัดในช่วงอากาศเปลี่ยนแปลง แต่ก็ควรหาโอกาสออกกำลังกายสร้างความแข็งแรงเพื่อเป็นการป้องกันไว้ก่อน

อนึ่ง ข้อมูลจากการสำรวจ Flu Survey จะนำส่งถึงรัฐบาลอังกฤษและใช้เป็นข้อมูลในโครงการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดในระดับประเทศ

ความเครียดทำให้ผู้ชายเห็นแก่ตัว

ยาฮู! – การศึกษาโดยนักวิจัยออสเตรเลียชี้ ความเครียดเปลี่ยนทัศนคติผู้ชายทำให้กลายเป็นคนมองตัวเองเป็นใหญ่

การศึกษาลดผลกระทบจากความเครียดต่อทัศนคติโดยนักวิจัยออสเตรเลียชี้ว่า ความเครียดเป็นตัวการทำให้ผู้ชายเปลี่ยนทัศนคติกลายเป็นคนมองตัวเองเป็นศูนย์กลาง และทำให้ผู้ชายมีทักษะแย่งจากการประเมินโดยให้แก้โจทย์ปัญหาคณิตศาสตร์ พบในที่สาธารณะ และประเมินอารมณ์หรือความคิดของคนอื่น

อีกด้านหนึ่งพบว่า ความเครียดทำให้ผู้หญิงหันมาเข้าสังคมมากขึ้น โดยสันนิษฐานว่าอาจเป็นผลจากกลไกทางจิตที่ทำให้ผู้หญิงเข้ากับคนอื่นได้ดีขึ้นเพื่อที่จะขอความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอันเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด และเชื่อว่าพฤติกรรมการเข้าสังคมเก่งของผู้หญิงจะแปรผันสูงต่ำตามระดับความจำเป็นในการขอรับความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง



ครั้งหนึ่งในการสอนเรื่องกรณีผู้ป่วยรายหนึ่ง
ฉันได้ถามว่า “จากปัญหาของผู้ป่วยรายนี้ น้อง ๆ คิดถึงโรคอะไร
บ้าง”

นักศึกษาแพทย์ต่างชิงกันตอบโรคต่าง ๆ ออกมามากมาย จนกระทั่ง
ในที่สุดมีนักศึกษาแพทย์รายหนึ่งตอบโรคแปลกออกมาโรคหนึ่ง

“ทำไม น้องจึงคิดถึงโรคนั้นล่ะคะ” ฉันถามด้วยความสงสัย “อ่าน
มาจากตำราเล่มไหนล่ะคะ”

“เอ้อ...มีคนเคยบอกครับ”

“เวลาเราจะอ้างอิงเหตุผล เราควรจำได้ว่ามาจากที่ไหน ไม่ใช่จำว่า
พี่คนไหนบอก หรืออาจารย์คนไหนบอก ควรพยายามจำว่าอ่านมาจากตำรา
เล่มไหน เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของเหตุผล”

ผมดูมาจากหนังสือ ดร.แฮลล์ ครับ”

ฉันถึงกับอึ้งไปด้วยความตกใจ !!!!!!!

หลังจากนั้น ฉันก็เริ่มบ่นยืดยาวให้เห็น
ว่า...การนำเรื่องราวในหนังสือมาใช้อ้างอิงย่อมไม่มี
เหตุผลเชิงประจักษ์และเชื่อถือไม่ได้ ทั้งนี้เพราะ
เป็นเรื่องราวที่ถูกแต่งขึ้นโดยใครก็ไม่รู้ที่อาจไม่มี
ความรู้ทางการแพทย์เลย หรืออาจมีการค้นคว้า
ความรู้มาเป็นอย่างดีแต่ก็อาจถูกใส่ไข่ต้มสีเพื่อ
ความสนุกสนานจนเกินจริงไปได้

ครั้งหนึ่งตอนอยู่ต่างประเทศ ฉันได้ไป
เรียนการ post ความรู้ทางหน้าเว็บไซต์จาก

ความน่าเชื่อถือ

ฉันสอนต่อไปว่า “หลายครั้งพวกน้อง ๆ ชอบอ้างว่าเอามาจาก
Wikipedia ซึ่งจริง ๆ เว็บไซต์นี้ใคร ๆ ก็สามารถ post เรื่องใดก็ได้อย่างอิสระ
ดังนั้น หลักฐานจากเว็บไซต์นี้จึงอ้างอิงไม่ได้ เนื่องจากเราไม่ทราบว่าใครเป็น
คน post เอาไว้”

“สำหรับน้องล่ะคะ เหตุผลอะไรจึงทำให้คิดถึงโรคนี้” ฉันถามต่อไป
นักศึกษาแพทย์รายนั้นตอบออกมาอย่างอ้า ๆ อึ้ง ๆ “เอ้อ...เอ้อ

มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง นักคอมพิวเตอร์ของ
มหาวิทยาลัยแห่งนั้นได้สอนฉันหัด post ความรู้
ต่าง ๆ ทางหน้าเว็บไซต์ของมหาวิทยาลัย

“เอ๊ะ แล้วถ้ามีคนนำมา post ข้อความ
บ้าบอขึ้นในเว็บไซต์ของคุณได้ไหม” ฉันถามขึ้นด้วย
ความสงสัย

“อ้อ ไม่ได้ครับ เพราะผมมีระบบตรวจสอบ
และให้รหัสแก่คนไม่กี่คนที่จะสามารถ post
เว็บไซต์นี้ได้ ฉันยังคงสงสัย และถามเพิ่มต่อไปอีก
ว่า “แล้วคุณดักดูทุกข้อความที่ถูก post ไม่เหมาะสม
ได้ทันหรือคะ”

“ทันสิครับ เพราะผมสร้างระบบคอมพิวเตอร์
ให้คอยตรวจสอบอยู่ตลอดเวลาด้วยครับ”

“แล้วเป็นไปได้ไหมที่ข้อมูลซึ่ง post ใน
บางเว็บไซต์อาจถูก post ต่อ ๆ กันมาจากแหล่งข้อมูล
เดียว แต่พอถูก post ส่งต่อกันมาหลายทอดเข้าก็
ทำให้เหมือนข้อมูลนั้นเป็นเรื่องจริง”

“ย่อมเป็นไปได้อยู่แล้ว! ดังนั้น เวลาเราดู
ข่าวสารจากหน้าเว็บไซต์ จึงต้องพิจารณาว่าเว็บไซต์
นั้น ๆ มีมาตรฐานเชื่อถือได้หรือไม่ หรือมีการ
ควบคุมเว็บไซต์และข้อมูลที่ post ให้น่าเชื่อถืออยู่
ตลอดเวลาหรือไม่ เช่น เว็บไซต์ของมหาวิทยาลัย



ที่ผม post นี้มีเพียงผม และอาจารย์ประธานหลักสูตรเท่านั้นที่ post ได้ แม้คุณจะมาฝึก post กับผม คุณก็ต้อง post ข้อมูลต่าง ๆ ภายใต้รหัสของผมเท่านั้น เพื่อให้ตรวจสอบที่มาที่ไปของข้อมูลได้เมื่อเกิดกรณีสงสัยต่าง ๆ ขึ้นมา”

เราลองมาดูเรื่องราวของอินเดียนแดงกลุ่มหนึ่ง

...พอเข้าสู่ฤดูใบไม้ผลิที่ไร พวกอินเดียนแดงเผ่าอาปาเชในหมู่บ้านแห่งนี้ได้รวมตัวกันถาม “เจโรนีโม” หัวหน้าเผ่าคนใหม่ว่า “ฤดูหนาวปีนี้จะหนาวจัดหรือเปล่า...!”

และด้วยความที่เป็นคนสมัยใหม่ หัวหน้าเผ่าคนดังกล่าวจึงไม่ได้สนใจว่าเรียนแคลคูลัสวิชาอ่านลมฟ้าทำนายอากาศจากบรรพบุรุษมากนัก แต่เพราะกลัวเสียฟอร์มจึงทำที่แห่งมองท้องฟ้าแล้วประกาศว่า....

เจโรนีโม : ปีนี้จะหนาวทรมานสุด ๆ ขอให้คน

ในเผ่าเตรียมฟันไว้ก่อไฟผิงให้มาก ๆ!!

และในช่วงเย็นของวันเดียวกัน หัวหน้าเผ่าจอมมั่วนี้ก็แอบโทรศัพท์ไปเช็คสภาพอากาศกับกรมอุตุนิยมวิทยา

เจโรนีโม : ...ฤดูหนาวปีนี้จะหนาวจัดหรือเปล่า....!?

เจ้าหน้าที่กรมอุตฯ : ...ปีนี้ทำทางจะหนาวจัดครับ..

หลังจากวางสายไป เขาก็เรียกประชุมลูกบ้านเพื่อย้ำให้คนทั้งเผ่าเร่งหาฟืนเพิ่มขึ้นอีกเป็น 2 เท่า...3 วันต่อมาหัวหน้าเผ่าคนเดิมก็ได้โทรศัพท์ไปถามย้ำกับกรมอุตุนิยมวิทยา แล้วทางนั้นก็ยืนยันคำตอบเดิม! เขาจึงสั่งให้คนทั้งเผ่าเร่งเก็บเศษไม้ทุกชิ้นที่หาได้...จนพอจะถึงฤดูหนาว เขาก็โทรศัพท์ไปที่กรมอุตุนิยมวิทยาอีกครั้ง

เจโรนีโม : ...คุณแน่ใจนะว่า..ปีนี้จะหนาวจัด ?

เจ้าหน้าที่กรมอุตฯ : ...(ตอบหนักแน่น) มั่นใจ 100% ครับ

เจโรนีโม : แล้วทำไมคุณถึงมั่นใจขนาดนั้นล่ะ ?

เจ้าหน้าที่กรมอุตฯ : ...ก็ทางกรมของเราได้ไปสำรวจมาพบว่า....ขณะนี้พวกอินเดียนแดงพากันออกหาฟืนไม่หยุดเลยครับ!!!!



30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายประชานิยมที่แท้จริงหรือ (ต่อ)

สิ่งที่ประชาชนทั่วไปยังไม่รู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตามระบบ 30 บาท รักษาทุกโรค ได้แก่ การขาดคุณภาพมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข การขาดคุณภาพมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขนี้มีสาเหตุสำคัญมาจาก “การขาดแคลนทรัพยากรในการให้บริการสาธารณสุข”

ประชาชนทั่วไปทั้งผู้ที่สิทธิได้รับการประกันสุขภาพในระบบ 30 บาท หรือประชาชนกลุ่มอื่นที่ไม่ได้รับสิทธิจากระบบ 30 บาท ต่างก็ไม่นิยมนับว่า การดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน (หรือเรียกตามบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่า “การบริการสาธารณสุข”) ในระบบ 30 บาท หรือระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้น เป็นการดูแลรักษาความเจ็บป่วยที่ไม่มีคุณภาพมาตรฐานทางการแพทย์ที่ดีที่สุดที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถที่จะดำเนินการให้ “บริการ” แก่ผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลต่าง ๆ หรือที่รวมเรียกว่า “สถานบริการสาธารณสุข” ที่ให้บริการแก่ประชาชนในระบบ 30 บาทนั้น ไม่สามารถที่จะให้บริการที่มีมาตรฐานที่ดีที่น่าพึงพอใจได้ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่รับผิดชอบในหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชนนั้น ส่วนใหญ่คือสถานพยาบาลในสังกัดราชการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความขาดแคลนทรัพยากรในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนดังกล่าวมาแล้ว

ทรัพยากรในการให้บริการสาธารณสุขนั้น หมายความว่ารวมถึงทรัพยากรทุกชนิดที่ต้องมีให้เพียงพอทั้งจำนวน และคุณภาพมาตรฐาน เพื่อที่จะสามารถจัดให้มีบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปลอดภัยตามมาตรฐานที่ทันสมัย ทัดเทียมกับมาตรฐานทางการแพทย์ของนานาชาติ ประเทศที่ประเทศไทยเคยมีชื่อเสียงมาก่อนว่า มาตรฐานการแพทย์และสาธารณสุขไทยนั้นมีคุณภาพมาตรฐานที่ดีมากที่สุดที่สามารถเปรียบเทียบกับต่างประเทศได้ ทั้งนี้การพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขไทยได้ก้าวไกลมาจนเทียมมาเทียมไม่แพ้กับต่างประเทศนี้ บังเกิดขึ้นได้ด้วยพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ที่ได้ทรงสนับสนุนส่งเสริมในการพัฒนาวิชาการแพทย์และสาธารณสุขไทยให้เจริญรุ่งเรืองสืบมาจนถึงบัดนี้

แต่ในปัจจุบันนี้ การให้บริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนพลเมืองไทยกำลังเสี่ยงต่อการขาดแคลนคุณภาพมาตรฐานที่ดี ๆ แบบเดิม และมีความเสี่ยงที่จะตกต่ำลงไปเรื่อย ๆ เนื่องจากเกิดความขาดแคลนทรัพยากรในการให้บริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนทั่วไป กล่าวคือบริการสาธารณสุขภาครัฐตกต่ำลงเพราะความขาดแคลนทรัพยากร แต่การบริการสาธารณสุขของเอกชนเจริญรุ่งเรืองยิ่งขึ้น เพราะมีประชาชนไปใช้บริการมากขึ้น โรงพยาบาลมีรายได้สูงขึ้น สามารถพัฒนาคุณภาพมาตรฐานได้ต่อเนื่อง เพราะไม่มีความขาดแคลนด้านทรัพยากรใด ๆ

ทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่

1. ทรัพยากรบุคคล
2. เงินงบประมาณในการดำเนินการ
3. สิ่งของที่จำเป็นในการให้บริการสาธารณสุข

ซึ่งจะขอลำถึงรายละเอียดโดยย่อพอเข้าใจในเรื่องการขาดแคลนทรัพยากรทั้ง 3 ประเภทในโรงพยาบาลหรือสถานบริการของรัฐบาลไทยดังนี้คือ

1. การขาดแคลนทรัพยากรบุคคล เริ่มตั้งแต่บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ และบุคลากรที่จำเป็นในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ อีกมากมาย ซึ่งมีอยู่อีกหลายสิบสาขา ซึ่งบุคลากรในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ เหล่านี้ต่างก็ล้วนมีความสำคัญต่อการจัดบริการสาธารณสุขทั้งสิ้น โดยบุคลากรในแต่ละสาขาวิชาชีพเหล่านั้น นอกจากจะเป็นบุคลากรทั่วไปแล้ว ยังต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะในแต่ละสาขาย่อย แต่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะเจาะจงอย่างลึกซึ้งเฉพาะแต่ละสาขา เริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ก็อาจจะต้องอาศัยนักวิทยาศาสตร์ หรือนักเทคนิคการแพทย์ในการช่วยทำการค้นคว้าทางห้องทดลอง เช่น การตรวจเลือด อุจจาระ ปัสสาวะ ฯลฯ หรือนักเทคนิครังสีวิทยาช่วยทำการเอกซเรย์ผู้ป่วย หรือในสาขาวิชาชีพแพทยนั้น นอกจากมีแพทย์ทั่วไปแล้ว ยังมีแพทย์เฉพาะทาง เช่น แพทย์ที่รักษาโรคทั่วไปก็อาจจะต้องมีผู้เชี่ยวชาญในสาขาเฉพาะไว้เพื่อให้การปรึกษาในการรักษาอาการป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อน เช่น อายุรแพทย์ทั่วไป อายุรแพทย์โรคภูมิแพ้ โรคหัวใจ โรคไต ฯลฯ หรือศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการผ่าตัด แต่ศัลยแพทย์จะทำผ่าตัดได้ก็ต้องมีบุคลากรในสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ร่วมทำงานใน “ทีมงาน” ที่เชี่ยวชาญในห้องผ่าตัด ตัวอย่างเช่น วิสัญญีแพทย์ พยาบาลที่เชี่ยวชาญในการช่วยผ่าตัด รวมทั้งผู้ช่วยเหลือในการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในขณะที่ผ่าตัดด้วย รวมทั้งบุคลากรอื่น ๆ อีกมากมายในโรงพยาบาล

การให้บริการสาธารณสุขจึงจำเป็นที่จะต้องมีการมีทรัพยากรบุคคลที่รวมกันเป็นทีมงานในการทำงานที่รวมเรียกว่า “สหสาขาวิชาชีพ” ในทางการแพทย์ และยังต้องมี “ผู้ร่วมงาน” ที่ไม่ใช่ผู้มีวิชาชีพทางการแพทย์ร่วมด้วยอีกมากมาย ตั้งแต่พนักงานทำความสะอาด พนักงานบันทึกสถิติเวชระเบียนและประวัติผู้ป่วย พนักงานบัญชีและการเงิน พนักงานรักษาความปลอดภัยแก่ชีวิตและทรัพย์สิน นักกฎหมาย นักจัดการอาหาร พนักงานซักฟอกเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน ฯลฯ และสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งล้วนขาดแคลนบุคลากรแทบทุกประเภททั้งหมดทั้งสิ้นแทบทุกแห่ง

ความขาดแคลนทรัพยากรบุคคลในการ “ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน” นี้เอง เป็นสาเหตุที่ทำให้ประชาชนไม่ได้รับการบริการที่มี “คุณภาพมาตรฐาน” ที่ดีที่สุด หรือได้รับการรักษาพยาบาลที่ต่ำกว่ามาตรฐานทางวิชาการทางการแพทย์

ผลกระทบต่อคนที่ประชาชนไม่ได้รับการบริการสาธารณสุขที่ไม่ได้มาตรฐานที่ดีที่ตนนั้น จะนำไปสู่การที่ประชาชนมีสุขภาพ “ไม่ดีขึ้นเท่าที่การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในยุคปัจจุบันที่สามารถทำได้” กล่าวคือ รักษาไม่หาย ต้อตา กลายเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการแทรกซ้อน อาการทรุดหนักลง หรือถึงแก่ความตายโดยยังไม่สมควรตาย

ซึ่งสถานะสุขภาพประชาชนดังกล่าวนี้ ประชาชนที่ยากจนหรือด้อยโอกาสในชนบทนั้นก็ยังไม่ทราบความจริงว่า ถ้าไม่มีความขาดแคลนทรัพยากรในการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ตัวผู้ป่วยเอง หรือญาติพี่น้องของเขา ก็คงจะพ้นไข้ หายจากการเจ็บป่วย ไม่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังเพราะได้รับยาที่ไม่เหมาะสมกับอาการป่วย ไม่มีอาการแทรกซ้อนหรืออาการอื่นไม่พึงประสงค์ ไม่พิการหรือตายโดยยังไม่สมควรตาย และได้รับการดูแลรักษาเอาใจใส่อย่างดีจากบุคลากรที่เชี่ยวชาญในจำนวนที่เหมาะสม ไม่ต้องเสียเวลารอคอยนาน จนทำให้อาการเจ็บป่วยกำเริบหนัก หรือเสียเวลาในการทำมาหาเลี้ยงชีพประจำวัน เนื่องจากต้องไปเสียเวลาในการไปรอรับการรักษที่โรงพยาบาลทั้งวัน หรือต้องรอคิวในการผ่าตัดเป็นเวลานาน ๆ แต่ประชาชนในอำเภอต่าง ๆ จะได้ประสบปัญหาไม่มีเตียงนอนในโรงพยาบาล ต้องหอบเสื่อไปนอนตามระเบียบตามหน้าบ้านใด หน้าลฟต์ มองเห็นความขาดแคลนทางกายภาพที่เป็นประจักษ์พยานเท่านั้น ยังไม่ตระหนักถึงคุณภาพการรักษาที่เป็นนามธรรมเท่าใดนัก

ซึ่งแตกต่างจากประชาชนที่มีการศึกษาดี มีความรู้ในเรื่องอาการเจ็บป่วยหรือการดูแลสุขภาพอยู่บ้าง เมื่อไปรับบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาล แล้วได้รับผลการรักษาที่ไม่ดีขึ้นตามที่คาดหวังเอาไว้ (ไม่ว่าจะตั้งความหวังไว้ดีเกินจริง หรือตั้งความหวังไว้ตามความเข้าใจที่ตรงกับความเป็นจริงของอาการเจ็บป่วยของตน) แล้ว บุคคลเหล่านั้นเมื่อพบกับความผิดหวังจากการไปรับการรักษา ก็จะ “กล่าวหา” หรือฟ้องร้องแพทย์/โรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ตนหรือญาติในกรณีที่เกิดการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่หวังไว้

ทั้งนี้หลังจากที่รัฐบาลได้จัดการให้มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และเริ่มดำเนินการตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคแล้ว ได้มีปรากฏการณ์ใหม่ในวงการแพทย์และสาธารณสุขไทยเกิดขึ้นตามมาแทบจะทันทีทันใด กล่าวคือประชาชนฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น นอกจากการฟ้องร้องไปยังองค์กรวิชาชีพ เช่น แพทยสภาแล้ว ประชาชนยังนำเรื่องไปฟ้องศาล ฟ้องตำรวจ ฟ้องสื่อสารมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ รวมทั้งมีการกล่าวหาในเครือข่ายอินเทอร์เน็ต หรือ “สังคมออนไลน์” มากขึ้นหลายร้อยหลายพันเท่า มากกว่าในขณะที่ยังไม่มีโครงการ 30 บาท

การฟ้องศาลในคดีนี้ที่กล่าวขวัญกันมากก็คือ ในคดีผ่าตัดไส้ติ่งที่เกิดภาวะแทรกซ้อนในการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังจนเป็นผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย และศาลชั้นต้นได้พิพากษาจำคุกแพทย์ผู้ให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยรายนี้เป็นเวลาถึง 4 ปี โดยไม่รอลงอาญา

ซึ่งในกรณีนี้ ถ้าเรามาพิจารณารายละเอียดในกรณีนี้ ทั้งฝ่ายผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้การรักษาแล้ว เราก็จะพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยที่สมควรจะต้องได้รับการผ่าตัด บ้านของผู้ป่วยอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลชุมชนแต่โรงพยาบาลชุมชนนั้นไม่มีวิสัญญีแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ยา

ระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง แต่แพทย์ที่อยู่ประจำในขณะนั้นมีความตั้งใจดีที่จะทำการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดไส้ติ่งได้ แต่เมื่อแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังผู้ป่วยไปแล้ว เกิดอาการแทรกซ้อนในการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้แม้อยู่ในมือของวิสัญญีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเอง) และแพทย์ได้ช่วยแก้ไขจนผู้ป่วยมีอาการทรงตัวแล้ว แพทย์ได้นำผู้ป่วยไปส่งในโรงพยาบาลใหญ่ซึ่งเป็นศูนย์การแพทย์ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพดีและเหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยอาการหนัก แต่ก็ไม่สามารถรักษาให้ผู้ป่วยฟื้นคืนชีพได้ และทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมในที่สุด

ทางผู้ป่วยและญาติเองได้รับความสูญเสียอย่างร้ายแรงถึงกับเสียชีวิต และในส่วนของแพทย์เองก็ได้รับความสูญเสียอย่างรุนแรงถึงกับต้องถูกตัดสินให้ถูกจำคุกถึง 4 ปี ทั้ง ๆ ที่แพทย์เองมีความตั้งใจดีที่จะรักษาอาการเจ็บป่วยทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดของผู้ป่วย

กรณีที่ยกตัวอย่างมานี้เป็นกรณีที่น่าเศร้าและสะท้อนขวัญแพทย์ไทยทั่วประเทศ จนสมาชิวิชาชีพคือแพทยสภาได้ออกคำเตือนแก่แพทย์ทั่วประเทศว่า ถ้าโรงพยาบาลแห่งใดไม่มีวิสัญญีแพทย์ประจำโรงพยาบาลแล้ว แพทย์ไม่ควรทำการผ่าตัดให้ผู้ป่วยไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่งคำเตือนของแพทยสภานี้เองก่อให้เกิดผลกระทบแก่โรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอในประเทศไทยที่หยุดทำการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยทุกชนิดที่ต้องการให้การระงับความรู้สึกทั่วไป (General Anesthesia) จะทำผ่าตัดเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่สามารถให้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (Local Anesthesia) เท่านั้น

ผลกระทบต่อจากกรณีผ่าตัดไส้ติ่งในผู้ป่วยคนนี้จึงทำให้ผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการผ่าตัดมีความปลอดภัยจากอาการแทรกซ้อนจากการที่แพทย์ให้การระงับความรู้สึก แต่ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยต้องเดินทางไกลไปยังโรงพยาบาลจังหวัดที่ห่างไกลบ้าน และผู้ป่วยต้องเสียเวลารอคอยคิวผ่าตัดนานขึ้น รอคอยที่จะมีเตียงในโรงพยาบาลเพื่อให้ไปนอนพักรักษาตัว ซึ่งการที่ผู้ป่วยต้องเสียเวลารอคอยนานเกินไปนี้เอง อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการโรคกำเริบจนไม่สามารถที่จะรักษาให้หายดีดังเดิม หรืออาการรุนแรงจนเสียชีวิตได้เช่นกัน

ฉะนั้น ความสูญเสียของผู้ป่วยและแพทย์ในกรณีผ่าตัดไส้ติ่งรายนี้ เกิดจากการขาดทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ กล่าวคือขาดแคลนแพทย์ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านวิสัญญีแพทย์ ทำให้แพทย์ทั่วไป (General Practitioner) คนหนึ่งต้องถูกศาลพิพากษาให้จำคุก 4 ปี และผู้ป่วยคนหนึ่งที่เป็นไส้ติ่งอักเสบได้รับความเสียหายรุนแรงถึงกับเสียชีวิต เนื่องจากมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการได้รับยาในการระงับความรู้สึกจากการให้ยาทางไขสันหลัง ซึ่งในความเป็นจริงทางการแพทย์แล้ว อาการแทรกซ้อนรุนแรงนี้ก็อาจจะเกิดขึ้นได้แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกจากวิสัญญีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเองก็ตาม

ผลกระทบที่ร้ายแรงอีกอย่างหนึ่งจากการสูญเสียของผู้ป่วยคนนี้เองได้เกิดกระแส “การไม่อยากเรียน (เป็น) แพทย์” ของเยาวชนและพ่อแม่ผู้ปกครองของเยาวชนในสังคมไทย เพราะต่างก็มองว่าการเป็นแพทย์นั้นมีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องและเสี่ยงต่อการที่จะถูกศาลตัดสินให้จำคุกจากการทำงานประจำวันตามหน้าที่ในวิชาชีพแพทย์อีกด้วย การที่ประชาชนไม่นิยมส่งเสริมให้เยาวชนตัดสินใจเลือกเข้าสู่วิชาชีพแพทย์นี้เองอาจจะทำให้วิชาชีพทางการแพทย์ไทยไม่เจริญรุ่งเรืองและพัฒนาได้เท่าเทียมกับนานาอารยประเทศ และเกิดการถดถอยทรุดโทรมต่อไป

อ่านต่อฉบับหน้า >>>

ปลดปล่อยยารักษาโรคตาจากเลนส์สัมผัส (ตอนที่ 2)

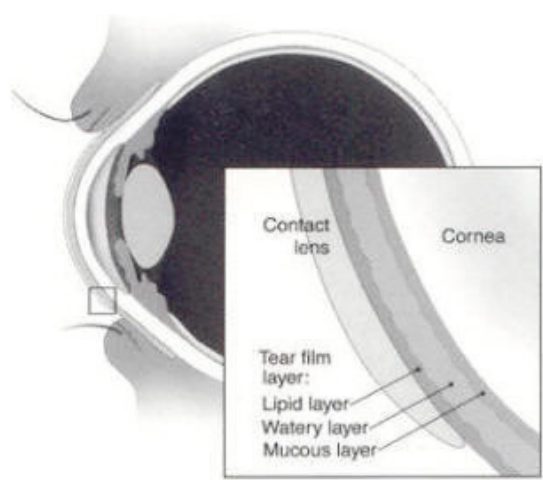


การนำส่งยาผ่านทาง
เลนส์สัมผัสถือได้ว่าเป็นอีก
หนึ่งเทคนิคทางเลือกที่ได้
ได้รับความสนใจจากนัก
วิทยาศาสตร์ในการนำส่ง
ยาแบบไม่ต้องผ่าตัดลูก้าและ
สะดวกต่อการใช้งาน เนื่องจาก

เลนส์สัมผัสนั้นเป็นเครื่องมือแพทย์ที่มีการใช้งานปกติโดย
บุคคลทั่วไปและพบเห็นทั่วไปในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว โดย
ในการใช้งานนั้น เลนส์สัมผัสจะวางคลุมอยู่ด้านบนของส่วน
กระจกตาพอดี และถูกแยกจากกันด้วยฟิล์มน้ำตาที่มีความ
หนาเพียง 2-3 ไมครอนที่บริเวณด้านหลังของเลนส์สัมผัส
เท่านั้น ซึ่งด้วยเหตุที่ฟิล์มน้ำตาด้านหลังเลนส์สัมผัสนี้จะเกิด
การรวมตัวกับน้ำตาบริเวณอื่นในปริมาณที่จำกัดมาก ทำให้
ยาที่ปลดปล่อยออกจากเลนส์สัมผัสจะสามารถแพร่ผ่านทาง
ฟิล์มน้ำตาด้านหลังนี้ไปยังกระจกตาได้โดยไม่สูญเสียไป
โดยประมาณว่า 50-70 เปอร์เซ็นต์ของยาที่บรรจุในเลนส์สัมผัส
นั้นจะสามารถแพร่ผ่านกระจกตาไปได้ ซึ่งถือว่าเป็นปริมาณ
ที่สูงมากเมื่อเทียบกับการใช้ยาหยอดตา ส่งผลให้ใช้ปริมาณ
ยาน้อยลงเพื่อให้ได้ระดับความเข้มข้นของยาในการรักษาที่
ต้องการ ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายและลดความเสี่ยงต่อการเกิด
ผลข้างเคียงจากความเป็นพิษของยาจากการใช้งานในปริมาณ
สูงได้



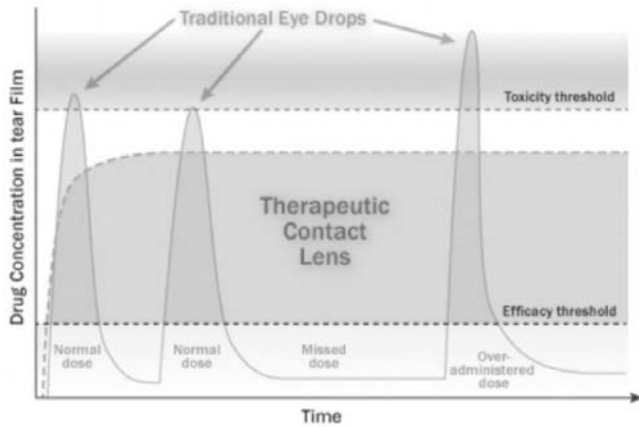
เลนส์สัมผัส อุปกรณ์การแพทย์ที่สามารถนำมาใช้ปลดปล่อย
ยารักษาโรคทางตาได้^[9]



ภาพแสดงฟิล์มน้ำตาที่กั้นระหว่างเลนส์สัมผัสและ
กระจกตา^[10]

นอกจากจะสามารถช่วยเพิ่มชีวปริมาณออกฤทธิ์
หรือชีวประสิทธิผลของยาแล้ว การปลดปล่อยยาผ่านทาง
เลนส์สัมผัสนั้นยังมีข้อดีคือ มีแนวโน้มที่จะสามารถช่วยเพิ่ม
ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง (Patient Compliance) ซึ่ง
เป็นปัญหาหลักในการรักษาโดยการให้ยาทั่วไป โดยเฉพาะใน
การรักษาโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาและโรคที่ต้องมีความถี่
ในการให้ยาสูง เนื่องจากการใส่เลนส์สัมผัสเพียงครั้งเดียว
สามารถออกแบบให้ปลดปล่อยยาออกมาได้ตามระยะเวลา
และรูปแบบที่กำหนดโดยไม่ต้องดำเนินการโดยผู้ใช้งาน
นอกจากนั้นการให้ยาผ่านทางเลนส์สัมผัสนั้นยังมีประสิทธิภาพ
ในการรักษามากกว่า เนื่องจากมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
ในการปลดปล่อยยามากกว่าการให้ยาผ่านทางตาหยอดตา
เนื่องจากในการหยอดตานั้นจะมีช่วงเวลาที่ความเข้มข้นของ
ยาในเนื้อเยื่อจะมีค่าสูงเมื่อเริ่มต้นที่อาจส่งผลต่อความเป็น
พิษของยาได้ และจะมีค่าลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเวลาผ่านไป
จากสาเหตุต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จนมีระดับความเข้มข้น
ของยาที่ต่ำกว่าระดับการรักษา ทำให้จะมีบางช่วงเวลา
ปราศจากยาในการรักษาในระหว่างแต่ละครั้งของการหยอดตา
อีกด้วย จะเห็นได้ว่าความเข้มข้นของยาที่ให้จากการหยอด
ยาดานั้นจะมีรูปแบบที่ไม่สม่ำเสมอ จากการศึกษาในสัตว์
ทดลองพบว่า การให้ยาเพื่อรักษาโรคต้อหินผ่านทางเลนส์สัมผัส

สามารถลดความดันในลูกตาได้เท่ากับการให้ยาทางการหยอดยา ถึงแม้ว่าจะใช้ปริมาณยาในเลนส์สัมผัสเพียง 1 ใน 6 ส่วนของยาหยอดตา



ภาพเปรียบเทียบปริมาณความเข้มข้นของยาในฟิล์มน้ำตาที่ระยะเวลาต่าง ๆ ระหว่างการใช้การหยอดยาตาและการปลดปล่อยยาผ่านเลนส์สัมผัส^[9]

โดยหลักการแล้ว ถึงแม้ว่าจะมีข้อดีจำนวนมาก แต่การใช้งานเลนส์สัมผัสนั้นยังคงมีความท้าทายที่ต้องก้าวข้ามก่อนที่จะสามารถนำมาใช้งานได้จริง ข้อแรกคือ การใส่ยาเข้าไปในเลนส์สัมผัสนั้นจะต้องไม่ส่งผลต่อสมบัติการใช้งานของเลนส์สัมผัส เช่น ความใส ความแข็งแรง การซึมผ่านของออกซิเจน การแก้ไขสายตา เป็นต้น นอกจากนี้ที่สำคัญคือระยะเวลาในการปลดปล่อยยาผ่านทางเลนส์สัมผัสนั้นจะต้องมีระยะเวลาที่นานเพียงพอและควบคุมได้ จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการปลดปล่อยยานั้นจะขึ้นอยู่กับสมบัติของเลนส์สัมผัสเองและประเภทของยาที่ใช้กันว่ามีความชอบน้ำมากน้อยเพียงใดและมีน้ำหนักโมเลกุลมากน้อยเพียงใด โดย

พบว่าระยะเวลาในการปลดปล่อยยาบางประเภทที่มีสมบัติชอบน้ำและมีน้ำหนักโมเลกุลต่ำนั้นจะค่อนข้างรวดเร็วภายในเพียงไม่กี่ชั่วโมง แต่ยาบางประเภทที่ละลายน้ำได้น้อยและมีน้ำหนักโมเลกุลสูงอาจจะสามารถถูกปลดปล่อยได้นานหลายสัปดาห์ผ่านเลนส์สัมผัสที่มีสมบัติชอบน้ำต่ำ ซึ่งหากมีระยะเวลาการปลดปล่อยยาที่สั้นเกินไป เช่น ไม่กี่ชั่วโมงดังกล่าวจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการใช้งานที่ผู้ใช้ต้องมีการเปลี่ยนเลนส์สัมผัสบ่อยครั้ง ซึ่งจะลดความสะดวกและเพิ่มค่าใช้จ่าย ซึ่งการเพิ่มระยะเวลาการปลดปล่อยยาสำหรับทุกประเภทของยานี้ถือได้ว่าเป็นหัวข้อวิจัยสำคัญที่ได้รับความสนใจอย่างมากในปัจจุบัน

ในบทความตอนหน้า เรามาดูกันต่อว่าจะมีพัฒนาการทางด้านการเพิ่มระยะเวลาการปลดปล่อยยาจากการใช้เลนส์สัมผัสอย่างไรบ้าง เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ใช้งานจะได้รับความสะดวกในการใช้งานพร้อมกับประสิทธิภาพในการรักษาที่เหมาะสม



เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.verticalpharmacy.net/eyecare/timolol-eye-drops-430.html>
2. <http://journal.frontiersin.org/Journal/10.3389/fphar.2012.00188/full>
3. <http://www.dryeye.org/inserts.htm>
4. <http://www.intechopen.com/books/biomedical-engineering-frontiers-and-challenges/photocrosslinkable-polymers-for-biomedical-applications>
5. <http://www.clspectrum.com/articleviewer.aspx?articleID=107608>
6. http://www.eurekalert.org/pub_releases/2010-03/acs-cll030910.php
7. http://www.masseyeandear.org/news/press_releases/archived/2013/2013_Drug_Dispensing_Contacts/
8. <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/03/100324121002.htm>
9. <http://www.gizmag.com/contact-lenses-deliver-eye-medication/20504/>
10. <http://canovision.com/info/contacts.htm>



จากการสำรวจทั่วประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2555 พบว่าในบรรดาคนทำงานทั้งหมด หมออเมริกัน 45.8% เผชิญกับสภาวะ “หมดไฟ” มาเป็นอันดับหนึ่ง การสำรวจนี้ทำซ้ำในปี พ.ศ. 2556 และได้ผลตัวเลข คล้ายคลึงกัน คือ 39.8% ของหมอจะมีอาการอย่างน้อย 1 อย่างของการที่หมดความกระตือรือร้นในงานที่ทำไม่ ใฝ่ใจในมนุษยสัมพันธ์ด้วยกัน มีความรู้สึกถูกเยาะเย้ยถากถาง จนทำให้มีความเห็นแก่ตัว รวมทั้งรู้สึกว่าตัวเองด้อย



“โรคหัวใจถามหาคนชอบกินเนื้อ อาหารเสริม” จากหมอกที่ยังไม่หมดไฟ!!

คุณค่า ร้อยละ 50 ของหมอหมดไฟจะตกอยู่ในกลุ่มที่ทำงานเผชิญกับ ภาวะฉุกเฉินไม่ว่าที่เกิดจากโรคหรือที่มีการบาดเจ็บ (เวชศาสตร์ฉุกเฉิน) และกลุ่มเวชบำบัดวิกฤติ เวชศาสตร์ครอบครัว อายุรกรรมหรือ

(critical care) รองลงมาคือ (43%) สูติ-นรีเวช (42%) หมอรักษาทางยา (42%) หมอ ผ่าตัด (42%) หมออดมยา (42%) ในขณะที่หมอเด็ก (35%) หมอ โรคข้อที่ไม่ได้ผ่าตัดแต่ให้การ รักษาด้วยยา (35%) จิตแพทย์ (33%) และหมอชันสูตรทาง เนื้อเยื่อ (32%) ดูจะมีภาษี ดีกว่าในบรรดา

หมออายุรกรรมนั้น ไม่ได้จำกัดว่าจะเป็นหมอ ทางสมอง ไต มะเร็ง หัวใจ ปอด เบาหวาน หรือ แม้แต่หมอผิวหนังก็มีจำนวนไม่ต่ำกว่า 35-40% ที่ไฟหมดคล้ายคลึงกัน ภาวะหมดไฟไม่ได้ส่งผล กระทบต่อการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ กระทบหมอโดยตรง ทำให้มีอัตราฆ่าตัวตาย สูงกว่าคนทั่ว ๆ ไป ทั้งนี้หมอผู้หญิงจะกระทบ มากกว่าผู้ชาย สัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 37 ต่อ 45

เมื่อวิเคราะห์ถึงความรุนแรงของภาวะ หมดไฟ ถึงแม้ว่าหมอชันสูตรเนื้อเยื่อ เรียกกัน ย่อ ๆ ว่า หมอพาโท มาจาก “pathologist” จะมีเพียง 3 ใน 10 รายที่ไฟหมด แต่มีความรุนแรง ถึง 4 ใน 7 น้อยกว่าหมอสูติ-นรีเวช โดยขีด 1 หมายถึง ไม่มีผลต่อชีวิต และขีด 7 รุนแรงถึงขั้น อยากเลิกเป็นหมอ ทั้งนี้ทั้งนั้น น่าสนใจว่าภาวะ หมดไฟไม่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม การออกกำลังกาย



ว่าทำไมคนชอบบริโภคเนื้อแดง สเต็ก เนื้อบด เบอร์เกอร์แทนที่จะกินปลา ผัก กลับตายหรือต้องทำบอลลูนใส่ขดลวดต่างเส้นเลือดหัวใจกันเต็มไปหมด ทั้ง ๆ ที่ปริมาณไขมัน คอเลสเตอรอล และไขมันอิ่มตัวในเนื้อก็ได้สูงมากนัก

รายงานในวารสารชั้นนำ เนเจอร์ (Nature Medicine) 7 เมษายน 2556 โดย Koeth และคณะ จากคลีฟแลนด์คลินิก สหรัฐอเมริกาที่พบว่า การกินเนื้อซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญคือ แอล-คาร์นิทีน (L-carnitine) จะถูกเปลี่ยนโดยจุลินทรีย์ในลำไส้ให้กลายเป็น trimethylamine-N-oxide (TMAO) โดยที่ TMAO จะเป็นตัวเร่งให้เกิดเส้นเลือดตัน

ทั้งนี้ไม่เพียงแต่คาร์นิทีนอย่างเดียว การกินโคลีน (choline) และ phosphatidylcholine

ก็น้อยไป น้ำหนักตัว หรือการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รวมทั้งไม่เกี่ยวกับประเภทของการทำกิจกรรมในยามว่าง แต่มีส่วนเกี่ยวกับการปรับตัวในเวลาที่ใช้ในที่ทำงานและที่บ้าน

ศ.นพ.ธีระวัฒน์ บอกว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ไฟหมดคือ งานเยอะอย่างกับหนูถีบจักร ค่าตอบแทนไม่เคยเท่ากับแรงงานแรงใจที่ได้ใช้ไปอีกยังถูกโหมกระหน่ำด้วยงานกระดาดควบคุมคุณภาพ กรอกเหตุผลในการใช้ยา ทั้ง ๆ ที่ถ้าหมอจะสั่งยามันก็ต้องมีเหตุผลอยู่แล้ว เผลอกับภาวะหุดหู่โดยเฉพาะในหมอเมื่องานหนักและหมอรักษาคนไข้เอดส์ และหมอยืนในสภาพที่เผชิญกับภาวะที่ควบคุมอะไรไม่ได้เลย โดยมีกฎระเบียบซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ต้องเจอกับคนไข้ลักษณะต่าง ๆ กันออกไป

ในบทสรุปเฟื่องไปถึงระบบโครงสร้างและระบบบริการทางสาธารณสุขที่ผิดเพี้ยนบิดเบี้ยว นี่คือนิยามในสหรัฐอเมริกา เมื่อเปรียบกับหมอไทยเราน่าจะไฟหมดในจำนวนตัวเลขมากกว่าครึ่งด้วยซ้ำ

ตัดจากมาที่ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง “โรคหัวใจถามหาคนชอบกินเนื้อ อาหารเสริม” จากหมอที่ยังไม่หมดไฟ เป็นที่สงสัยกันมานานแล้ว

ก็จะถูกย่อยให้เกิด trimethylamine (TMA) และในที่สุดก็จะกลายเป็น TMAO ตามมา (Wang และคณะ วารสาร Nature 2554) “Catherine Collins” นักโภชนาวิทยาได้ให้ความเห็นในเว็บของข่าว BBC (สืบค้น 10 เมษายน 2556) ว่าการใช้อาหารเสริมที่มี แอล-คาร์นิทีน เป็นส่วนประกอบด้วย นี่ยังทำให้สัดส่วนกระชับ ลดน้ำหนัก ผิวสวย เพื่อที่จะเพิ่มการเผาผลาญเมตาบอลิซึม และยังมีเลซิติน โคลีน และ betaine นี่ยังเพื่อป้องกันอัลไซเมอร์ หรือเพิ่มสติปัญญาจากอาหารเสริมดังกล่าว แต่อาจไม่มีหลักฐานชัดเจนก็มีความเสี่ยงเช่นกัน ยกเว้นแต่ว่าเป็นมังสวิรัตินั้น

“แอล-คาร์นิทีน” เป็นสารประกอบแอมโมเนียม ซึ่งเกิดจากการสังเคราะห์ของกรดอะมิโนไลซีน และเมไทโอนีน แอล-คาร์นิทีน มีบทบาทในการเคลื่อนกรดไขมันจากการย่อยสลายไขมันภายในเซลล์เข้าสู่ตัวไมโทคอนเดรียเพื่อสร้างเป็นพลังงาน ในส่วนการใช้ แอล-คาร์นิทีน เพื่อลด



น้ำหนักยังไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ชัดเจน แต่มีรายงานว่าอาจช่วยผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากเส้นเลือดหัวใจตีบให้มีอาการน้อยลงบ้าง และอาจช่วยคนเป็นหมันโดยเพิ่มคุณภาพของสเปิร์ม แอล-คาร์นิทีน มีมากในเนื้อวัว 95 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม เนื้อปลา 94 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม เนื้อหมู 27.7 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม เบคอน 23.3 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม ในขณะที่ปลา ไก่ ไข่ และนมจะมีปริมาณต่ำกว่ามากอยู่ที่ 3-5 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม ส่วนพืช ผัก ไข่ ผลไม้ น้ำส้ม จะมีขนาดต่ำกว่า 0.2 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม ในการบริโภคอาหารประจำวันจะได้ แอล-คาร์นิทีน ในขนาด



เรื่องสำคัญที่ทำให้คนไทยเกิดปัญญา เพราะฉะนั้นการกินอาหารครบหมู่คละกันไปโดยเน้นผัก ผลไม้ ถั่ว โดยไม่จำเป็นต้อง



เพิ่มด้วยอาหารเสริม ถึงแม้ว่าจะเลือกสารที่ว่า เป็นประโยชน์ต่อเซลล์ ร่างกาย และเนื้อเยื่อ แต่ถ้ามากเกินไปจะเกิดการปรับเปลี่ยนจุลินทรีย์ในลำไส้ และกลับเปลี่ยนเป็นของเสียซึ่งมีพิษ และทำให้ที่ที่ดีกลายเป็นร้ายไปเสียอีก “ปริมาณแอล-คาร์นิทีน ในอาหารเสริม 1 เม็ด อาจมีปริมาณมากกว่า 500 มิลลิกรัม สุดท้ายความเชื่อทางศาสนา เครื่องคิดในการละการฆ่าสัตว์ ตัดชีวิต บริโภคมังสวิรัตติแต่โบราณกาลเป็นสิ่งที่ถูกต้อง”

20-200 มก. แต่ในคนที่กินมังสวิรัตติจะเหลือเพียง 1 มิลลิกรัมต่อวัน นอกจากที่คนชอบกินผักจะได้ แอล-คาร์นิทีน น้อยกว่าแล้ว ยังพบว่าจุลินทรีย์ในลำไส้ของคนชอบกินผักจะเป็นชนิดที่ไม่เปลี่ยน แอล-คาร์นิทีน เป็นสารพิษ TMAO ข้อมูลที่น่าสนใจจากการตรวจผู้ป่วย 2,595 คนที่ได้รับการประเมินสภาพทางหัวใจพบว่า คนที่มีระดับ แอล-คาร์นิทีน ร่วมกับ TMAO สูงจะมีความเสี่ยงสูงของการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบตัน อัมพฤกษ์ และเสียชีวิต

นอกจากนี้การทดลองในหนูโดยให้ แอล-คาร์นิทีน ไปนาน ๆ จะทำให้จุลินทรีย์ในลำไส้เปลี่ยนชนิดไปจนทำให้เกิดการสร้าง TMA และ TMAO สูงขึ้น และเกิดเส้นเลือดตีบมากขึ้น ทั้งหมดเหล่านี้เป็นข้อมูลวิชาการที่อ่านเข้าใจยาก แต่โดยสรุป ศ.นพ.ธีระวัฒน์ ย้ำว่า เป็น



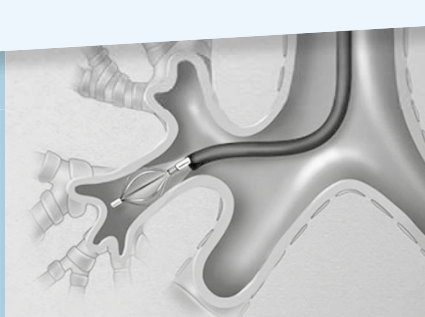


การรักษาหอบหืดด้วย Bronchial Thermoplasty

โรคหอบหืดเป็นโรคที่สำคัญของประเทศไทย การรักษาโรคหอบหืดของประเทศไทยถือว่ามีความมาตรฐานที่ดีทัดเทียมหลายประเทศชั้นนำของโลก ปัจจุบันเทคโนโลยีการรักษาหอบหืดดีขึ้น เช่น **Bronchial Thermoplasty** ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่อาการคุมด้วยยาไม่ได้ โดยปกติลักษณะสำคัญของโรคหอบหืดคือ หลอดลมอักเสบเรื้อรังเกิดจากมีปัจจัยกระตุ้นทำให้หลอดลมไวและตีบแคบลง ผลจากการอักเสบและหลอดลมตีบแคบลงจะมีการหนาตัวของกล้ามเนื้อเรียบหลอดลม (airway smooth muscle) ฉะนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดชนิดรุนแรงจะหอบบ่อย และกล้ามเนื้อเรียบหลอดลมจะหนาตัวขึ้นอย่างมาก ซึ่งมีผลทำให้หลอดลมตีบแคบชนิดถาวร เรียกว่า airway remodeling คือ หลอดลมเปลี่ยนโครงสร้างไปตีบแคบถาวร ซึ่งการรักษาในปัจจุบันยังไม่มียาที่ลดอาการตีบแคบของหลอดลมแบบถาวร และยังไม่มียาที่ช่วยในการลดปริมาณกล้ามเนื้อเรียบหลอดลมที่หนาตัวขึ้น ฉะนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จะมีทุกข์ทรมานจากอาการที่หลอดลมตีบบ่อย ๆ

Bronchial Thermoplasty เป็นวิธีการรักษาใหม่ทำให้กล้ามเนื้อเรียบหลอดลมมีขนาดเล็กลงได้ การจี้กล้ามเนื้อเรียบหลอดลมด้วยความร้อนประมาณ 55-65 องศาเซลเซียส สามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อเรียบหลอดลมได้ร้อยละ 50 โดยความร้อนที่สูงจะมีผลโดยตรงต่อ actin-myosin interaction ซึ่งทำให้ลดจำนวนของ motor protein ภายในเวลาไม่กี่วินาที เมื่อลดกล้ามเนื้อเรียบหลอดลมก็จะมีผลทำให้ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบหลอดลม โดยเมื่อติดตามอาการหลังรักษาไปแล้วประมาณ 3, 6, 9 เดือน ก็สามารถลดยาที่ใช้ในการรักษาได้ และให้ผลการรักษาอย่างน้อย 2-3 ปีโดยมีผลทำให้หลอดลมไวลดลง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเนื่องมาจากการระคายเคืองหลอดลมได้แก่ ไอ เหนื่อย หายใจเสียงดังวี๊ด หลอดลมตีบแคบ ซึ่งมักจะเกิดภายในหนึ่งวันหลังจากทำการรักษา และหายได้ใน 5-7 วัน และไม่มีผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืด อาการของโรคดีขึ้นในระดับปานกลางภายหลังรักษาด้วย **Bronchial Thermoplasty** อย่างไรก็ดี เนื่องจากเพิ่งรับรองให้ใช้การรักษาโดยวิธีนี้ ดังนั้น จึงต้องติดตามผลระยะยาวต่อไป

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดที่ไม่ประสบผลในการใช้ยาพบว่า อาการของโรคดีขึ้นในระดับปานกลางหลังรักษาด้วย **Bronchial Thermoplasty** เนื่องจากการรักษาเป็นการรักษาวิธีใหม่จึงต้องติดตามผลการรักษาที่มากขึ้นต่อไป



การรักษาภาวะติดเชื้อเข้ากระแสเลือดที่ห้องฉุกเฉิน

จากการประชุมนานาชาติโดยมีผู้เชี่ยวชาญจากประเทศต่าง ๆ จำนวน 68 คน จาก 30 องค์กรจากทั้งยุโรป สหรัฐอเมริกา จีน อินเดีย ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย และอีกหลายประเทศ ได้สรุปแนวทางการรักษาออกมาเป็น “Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012”

นอกจากนี้คณะกรรมการยังได้ประเมินความน่าเชื่อถือของการรักษาตาม GRADE system ดังนี้

- ความน่าเชื่อถือ: น่าเชื่อถือมาก (A) จนถึงน่าเชื่อถือน้อยมาก (D)
- แนะนำให้ปฏิบัติตาม (the strength of recommendations): strong (1) หรือ weak (2)

Surviving Sepsis Campaign Bundles

I. ควรทำภายใน 3 ชั่วโมง

1. วัดระดับแลคเตทในเลือด (serum lactate)
2. เจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาฆ่าเชื้อ
3. ให้ยาฆ่าเชื้อที่ครอบคลุมกว้าง ๆ
4. ถ้ามีความดันเลือดต่ำหรือระดับแลคเตทในเลือด ≥ 4 มิลลิโมล/ลิตร (36 มก./ดล.) ก็ให้สารน้ำ crystalloid 30 มล./กก.

II. ควรทำภายใน 6 ชั่วโมง

5. ถ้าความดันเลือดต่ำโดยไม่ตอบสนองต่อสารน้ำที่ให้ ก็ให้ยากระตุ้นความดันเลือด (vasopressor) เพื่อคงความดันเลือดเฉลี่ย (mean arterial pressure, MAP) ≥ 65 มม.ปรอท

6. ถ้ายังคงมีความดันเลือดต่ำหรือระดับแลคเตทในเลือด ≥ 4 มิลลิโมล/ลิตร ทั้ง ๆ ที่ให้สารน้ำดีแล้ว ควรทำดังนี้

- วัด central venous pressure (CVP)
- วัด central venous oxygen saturation (ScvO₂)

เป้าหมายคือต้องคง CVP ≥ 8 มม.ปรอท ScvO₂ $> 70\%$ และระดับแลคเตทในเลือดเป็นปกติ

7. ถ้าเคยมีระดับแลคเตทในเลือดสูงก็ให้ทำการตรวจวัดติดตามซ้ำ

ภาวะติดเชื้อในเลือด (sepsis) เกิดจากร่างกายได้รับเชื้อเข้าไปจนไม่สามารถควบคุมการอักเสบได้ และเกิดการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว

ส่วน septic shock คือ ภาวะ sepsis ที่มีความดันเลือดต่ำและไม่ตอบสนองต่อการให้สารน้ำ

การวินิจฉัยภาวะ sepsis (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการวินิจฉัยภาวะ Sepsis

สัญญาณชีพทั่วไป ไข้ ($> 38.3^{\circ}\text{C}$) อุณหภูมิกายต่ำ ($< 36^{\circ}\text{C}$) อัตราการเต้นของชีพจร > 90 /นาที หายใจเร็ว ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง บวม ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (> 140 มก./ดล.) ในผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน
ภาวะอักเสบ ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือดสูง ($\text{WBC} > 12,000 \mu\text{L}^{-1}$) ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำ ($\text{WBC} < 4,000 \mu\text{L}^{-1}$) ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือดปกติแต่มีเม็ดเลือดขาวตัวอ่อน $> 10\%$ ระดับ C-reactive protein ในเลือด > 2 SD จากค่าปกติ ระดับ procalcitonin ในเลือด > 2 SD จากค่าปกติ
ความดันเลือด ความดันเลือดต่ำ (SBP < 90 มม.ปรอท, MAP < 70 มม.ปรอท หรือ SBP ลดลง > 40 มม.ปรอท หรือ < 2 SD จากค่าปกติ)
อวัยวะทำงานผิดปกติ ภาวะเลือดขาดออกซิเจน ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$) ปัสสาวะออกน้อย (ปริมาณปัสสาวะ < 0.5 มล./กก./ชม. นานอย่างน้อย 2 ชั่วโมง) ระดับ creatinine เพิ่มขึ้น > 0.5 มก./ดล. INR > 1.5 หรือ PTT > 60 วินาที ลำไส้ไม่ทำงาน ปริมาณเกล็ดเลือดต่ำ ($< 100,000 \mu\text{L}^{-1}$) ระดับ bilirubin ในเลือดสูง (> 4 มก./ดล.)
ภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือด ระดับแลคเตทในเลือดสูง (> 1 มิลลิโมล/ลิตร) Capillary refill ช้าลง

หมายเหตุ - WBC = white blood cell; SBP = systolic blood pressure; MAP = mean arterial pressure; INR = international normalized ratio; aPTT = activated partial thromboplastin time.

- การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในเด็กประกอบด้วยอาการแสดงของ ภาวะอวัยวะและภาวะติดเชื้อ โดยอาจมีอุณหภูมิร่างกายสูงหรือต่ำก็ได้ (วัดปรอททางทวาร > 38.5 °C หรือ < 35 °C) อัตราการเต้นของชีพจรเร็ว (อาจไม่เร็วในขณะที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ) และอาการแสดงของอวัยวะ ล้มเหลวอย่างน้อย 1 ข้อ เช่น ไม่รู้สึกตัว ภาวะเลือดขาดออกซิเจน มีระดับแลคเตทในเลือดสูง

ดัดแปลงจาก: Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003;31:1250-6.

ภาวะติดเชื้อในเลือดอย่างรุนแรง (Severe Sepsis)

คือการติดเชื้อในเลือดจนกระทั่งอวัยวะทำงานผิดปกติหรือขาด เลือด มีเกณฑ์วินิจฉัยดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์วินิจฉัย Severe Sepsis

ภาวะติดเชื้อที่มีความดันเลือดต่ำ
มีระดับแลคเตทในเลือดสูง
ปริมาณปัสสาวะออกน้อย < 0.5 มล./กก./ชม. นาน > 2 ชั่วโมง
Acute lung injury ที่มี $PaO_2/FiO_2 < 250$ โดยไม่มีภาวะปอดอักเสบ
Acute lung injury ที่มี $PaO_2/FiO_2 < 200$ โดยไม่มีภาวะปอดอักเสบ
ระดับ creatinine > 2 มก./ดล.
ระดับ bilirubin > 2 มก./ดล.
ปริมาณเกล็ดเลือด < 100,000 μ L
INR > 1.5

ดัดแปลงจาก: Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003;31:1250-6.

การรักษาภาวะติดเชื้อในเลือดอย่างรุนแรง (Severe Sepsis)

การเริ่มให้สารน้ำและรักษาเชื้อโรค (Initial Resuscitation and Infection Issues)

A. การเริ่มให้สารน้ำ

- ใน 6 ชั่วโมงแรกควรให้สารน้ำรักษาดังนี้ (grade 1C):
 - CVP 8-12 มม.ปรอท
 - MAP $\geq$ 65 มม.ปรอท
 - Urine output $\geq$ 0.5 มล./กก./ชม.
 - Superior vena cava oxygenation saturation (ScvO₂) 70% หรือ mixed venous oxygen saturation (SvO₂) 65%

ในการศึกษาแบบ randomized, controlled จาก ห้องฉุกเฉินหนึ่งพบว่า การให้สารน้ำอย่างเพียงพอช่วยลดอัตราการตาย⁽²⁾ การให้สารน้ำอย่างเพียงพอภายใน 6 ชั่วโมงแรกจะลดอัตราการตายใน 28 วันได้ 15.9% ซึ่งเป็น หลักการของ early goal-directed therapy

ภายใน 6 ชั่วโมงแรกควรรักษาจนกระทั่ง CVP 8 มม.ปรอท แสดงว่าได้ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ แต่ถ้า ยังคงพบว่ามี ScvO₂ < 70% (หรือ SvO₂ $\leq$ 65%) ก็ ควรให้ dobutamine เข้ากระแสเลือด (ให้ได้สูงถึง 20 ไมโครกรัม/กิโลกรัม/นาที) หรือให้เลือดทดแทน จนกระทั่งความเข้มข้นเลือด $\geq$ 30% เพื่อให้ได้ ScvO₂ 70% หรือ SvO₂ 65%

2. รักษาระดับแลคเตทในเลือดให้กลับสู่ปกติ (grade 2C)

มีการรักษาเพื่อคงระดับแลคเตทในเลือดเป็น ปกติ แต่ยังไม่เป็นการทดลองแบบ randomized แนวทาง ยังแนะนำให้ใช้ CVP และ SvO₂ เป็นสำคัญ

ถ้าผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ควรคงระดับ CVP 12-15 มม.ปรอท เพื่อให้ได้ปริมาณน้ำในร่างกาย เพียงพอ การที่อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงก็เป็นอาการ แสดงหนึ่งว่าได้รับสารน้ำเพียงพอ

พยากรณ์โรคที่ดีในกรณีที่สามารถรักษาน้ำได้ MAP $\geq$ 65 มม.ปรอท และ ScvO₂ $\geq$ 70% (โดยทั่วไป SvO₂ มักต่ำกว่า ScvO₂ 5-7%)

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงมักมาด้วยความดัน เลือดต่ำและระดับแลคเตทในเลือด $\geq$ 4 mmol/L (16.6%), ความดันเลือดต่ำอย่างเดียว (49.5%) หรือระดับ แลคเตทในเลือด $\geq$ 4 mmol/L อย่างเดียว (5.4%)⁽³⁾

อัตราการตายสูงในผู้ป่วยติดเชื้อในเลือดที่มีความดัน เลือดต่ำและระดับแลคเตทในเลือด $\geq$ 4 mmol/L (46.1%)⁽⁴⁾ และที่มีความดันเลือดต่ำอย่างเดียวจะมีอัตราการตายสูง (36.7%) หรือระดับแลคเตทในเลือด $\geq$ 4 mmol/L อย่างเดียว (30%)⁽⁴⁾

แพทย์ควรรักษาเพื่อคงระดับแลคเตทในเลือด ให้ปกติอย่างเดียวก็น่าได้ หรือทำให้ทั้ง ScvO₂ และระดับ แลคเตทในเลือดให้ปกติ

B. การประเมินว่าการรักษาดีขึ้น

1. วินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดได้เร็ว เพื่อให้เริ่มการรักษาที่เหมาะสมได้รวดเร็ว (grade 1C)

การเริ่มรักษาได้เร็วจะทำให้ลดอัตราการตาย แนวทาง ควรมีทั้งให้การฝึกอบรม สร้างแผนและการนำไปใช้ การรวบรวมข้อมูล การเก็บตัวชี้วัด และการวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง

C. การวินิจฉัย

1. ควรส่งเจาะเลือดส่งเพาะเชื้ออย่างน้อย 2 ชุด ทั้งเพาะเชื้อ aerobic และ anaerobic ก่อนให้ยาฆ่าเชื้อ (โดยต้องไม่ทำให้การให้ยาฆ่าเชื้อชักช้า > 45 นาที) (grade 1C)

โดยอาจส่งเจาะเลือดจากเส้นเลือดส่วนปลาย 1 ชุด และจากสายคาให้สารน้ำต่าง ๆ (vascular access device) อีก 1 ชุด ซึ่ง vascular access device ต้องคาไว้นานมากกว่า 48 ชั่วโมง หรือมีลักษณะอักเสบที่สาย ตลอดจนอาจมีลิ้มเลือดอุดตันในสายจนใช้งานไม่ได้ ถ้าพบเชื้อชนิดเดียวกันจากทั้ง 2 ตำแหน่งแสดงว่าน่าจะเป็นเชื้อก่อโรค นอกจากนี้อาจเจาะเลือดที่เวลาเดียวกันจากตำแหน่งที่ต่างกันได้ นอกจากนี้ยังอาจส่งเพาะเชื้อจากปัสสาวะ น้ำไขสันหลัง แผล เสมหะ หรือสารน้ำต่าง ๆ ที่ติดเชื้อมาก่อนเริ่มให้ยาฆ่าเชื้อ เพื่อยืนยันว่ามีการติดเชื้อชนิดใด และสามารถปรับเปลี่ยนยาได้ตรงกับเชื้อที่ก่อโรค สารที่ส่งตรวจอาจแช่ตู้เย็นไว้ก่อนได้ แนะนำให้เจาะเลือดส่งตรวจ 2 ชุด

ถ้าพบเชื้อขึ้นจากเลือดที่ได้ทางสายคาเร็วกว่าจากหลอดเลือดส่วนปลาย > 2 ชุด แสดงว่าเชื้อจากสายคานั้นเป็นเชื้อก่อโรค

ส่วนการวินิจฉัยว่าเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia) โดยตรวจเสมหะที่ดูดมานั้นยังไม่ชัดเจน ลักษณะเสมหะที่ดีจากการยอมสีกัม และตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ควรมีนิวโทรฟิล 5 ตัว/high powered field และ squamous cells < 10 ตัว/low powered field ซึ่งเพาะเชื้อขึ้นในเสมหะก็บอกถึงเชื้อก่อโรคได้ ส่วนการตรวจหา procalcitonin levels หรือ C-reactive protein ในเลือดเพื่อแยกแยะการติดเชื้อซึ่งไม่ใช่การอักเสบในร่างกายทั่วไป (เช่น หลังผ่าตัด หรือภาวะช็อกจากสาเหตุอื่น) ยังแปลผลได้ไม่แน่นอน

ในการระบาดของไข้หวัดใหญ่ก็ควรส่ง nasal swap เพื่อตรวจ rapid influenza antigen test

ในอนาคตอาจมีการส่งตรวจ polymerase chain reaction, mass spectroscopy, microarrays เพื่อหาเชื้อก่อโรคและการดื้อยาได้มากขึ้น

2. แนะนำให้ใช้ 1,3 β -D-glucan assay (grade 2B), mannan and anti-mannan antibody assays (grade 2C) เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะติดเชื้อรา candida ในกระแสเลือด (invasive candidiasis) ซึ่งให้ผลเร็วกว่าการเพาะเชื้อในเลือด

อย่างไรก็ตาม ยังมีผลบวกложง (false-positive) ได้ในกรณี colonization โดยที่ไม่ใช่เชื้อก่อโรค

D. ยาฆ่าเชื้อ (Antimicrobial Therapy)

1. ควรให้ยาฆ่าเชื้อเข้ากระแสเลือดภายใน 1 ชั่วโมงแรก นับแต่สงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (grade 1B) หรือแม้ไม่มีภาวะช็อกก็ตาม (grade 1C)

ยาที่ควรพิจารณาจากประวัติของผู้ป่วย ประวัติแพ้ยา เคยได้รับยาภายใน 3 เดือนมาก่อน โรคประจำตัว อาการแสดง และรายงานเชื้อดื้อยาของแต่ละโรงพยาบาล หรือประวัติอดีตที่เคยเพาะเชื้อขึ้นในผู้ป่วยมาก่อน เชื้อก่อโรคของภาวะ septic shock ในโรงพยาบาลมักเป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก แบคทีเรียแกรมลบ หรือปะปนกัน สำหรับเชื้อก่อโรคที่พบน้อย เช่น เชื้อรา candida หรือ toxic shock syndromes มักคิดถึงทีหลัง

แพทย์ควรตระหนักถึงเชื้อ methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, เชื้อดื้อยา broad-spectrum beta-lactams และ carbapenem ในโรงพยาบาลด้วย

สมาคมโรคติดเชื้อในสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ใช้ fluconazole หรือ echinocandin ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงโดยเฉพาะเคยได้รับยาด้านเชื้อรามาก่อน หรือเพาะเชื้อ *Candida glabrata* ขึ้น โดยให้ไปจนกว่าผลเพาะเชื้อหรือผลความไวของยาจะกลับมา โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อรา candida ในกระแสเลือด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia) มีเชื้อ colonize อยู่ในหลายตำแหน่ง

ถ้าเคยได้ยาฆ่าเชื้อมาภายใน 3 เดือนก่อนหน้านั้นก็ควรเลือกให้ยาฆ่าเชื้อที่คลุมเชื้อได้กว้างให้แก่ผู้ป่วย จนกว่าผลเพาะเชื้อจะกลับมามีเชื้อก่อโรคที่แน่ชัด

2. ในภาวะติดเชื้อเข้ากระแสเลือดควรให้ยาครอบคลุมกว้าง ๆ ไปก่อน และหลังทราบผลเพาะเชื้อแล้วค่อยปรับยาให้เหมาะกับเชื้อนั้น ๆ (grade 1B)

แม้ว่าการทำเช่นนั้นจะก่อเชื้อดื้อยาและสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงก็ตาม แต่เมื่อได้รับผลเพาะเชื้อกลับมาแล้วก็ปรับยาให้เหมาะกับเชื้อนั้น ๆ ต่อไป

การเลือกปรับยาให้ตรงกับเชื้อก่อโรคจะช่วยลดค่าใช้จ่ายและลดการติดเชื้อซ้ำจากเชื้อรา candida หรือเชื้อดื้อยาอื่น ๆ เช่น *Clostridium difficile* หรือ vancomycin-resistant *Enterococcus faecium*

3. แนะนำว่าถ้าตรวจพบระดับ procalcitonin ในเลือดต่ำก็อาจหยุดยาได้ แต่หลักฐานยังไม่ชัดเจนนัก (grade 2C)

ควรให้ยาร่วมกัน 2 ชนิดในการรักษาผู้ป่วย sepsis ที่มีจำนวนนิวโทรฟิลในเลือดต่ำ (neutropenia) หรือผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา เช่น *Acinetobacter*, *Pseudomonas* (grade 2B)

แนะนำให้ใช้ extended spectrum beta-lactam ร่วมกับ aminoglycoside (หรือ fluoroquinolone ที่ต้านเชื้อ *P. aeruginosa* ได้) (grade 2B)

ถ้าติดเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* เข้ากระแสเลือดจนมีภาวะช็อกก็ควรให้ beta-lactam ร่วมกับ macrolide (grade 2B)

4. การให้ยา 2 ชนิดร่วมกันในเบื้องต้น < 3-5 วัน จากนั้นเมื่อทราบเชื้อก่อโรคก็ปรับให้ยาตรงกับเชื้อ (grade 2B)

5. ระยะเวลาให้ยา 7-10 วัน แต่ถ้าอาการตอบสนองช้า, ยังสามารถผ่าเอาตำแหน่งติดเชื้อออกไม่ได้, ติดเชื้อ *S. aureus* เข้าเลือด, ติดเชื้อรา, ติดเชื้อไวรัส, ภูมิคุ้มกันต่ำ, neutropenia ก็อาจให้ยานานกว่านี้ได้ (grade 2C)

6. ถ้าติดเชื้อไวรัสจนเกิดภาวะช็อกก็ควรรับให้ยาด้านไวรัสแต่เนิ่น (grade 2C)

ควรให้ยาด้านไวรัสโดยเร็วในผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัดใหญ่รุนแรง (มีอาการรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน อาการแย่ง) ควรเลือกให้ยา neuraminidase inhibitor (oseltamivir หรือ zanamivir)

การติดเชื้อ cytomegalovirus ในกระแสเลือดพบ 15-35% การตรวจพบเชื้อในเลือดแสดงว่าพยากรณ์โรคไม่ดีสำหรับการรักษา disseminated herpes simplex หรือ varicella zoster ควรให้ยา acyclovir โดยเร็ว

7. ถ้าเป็นการอักเสบที่ไม่ติดเชื้อก็ไม่ให้ยาฆ่าเชื้อ (UG)

ในภาวะ sepsis ที่ได้รับยาฆ่าเชื้อ พบว่ามีผลเพาะเชื้อในเลือดเป็นลบ > 50% บางรายก็ติดเชื้อราด้วย ดังนั้น การตัดสินใจให้ยาต่อเนื่อง การหยุดยาหรือปรับเปลี่ยนยาจึงขึ้นกับอาการของผู้ป่วยและการตัดสินใจของแพทย์

E. การควบคุมตำแหน่งติดเชื้อ (Source Control)

1. ควรทำการควบคุมเชื้อ หรือผ่าตัดตำแหน่งติดเชื้อออกให้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง (grade 1C)

2. infected peripancreatic necrosis ควรรอให้แยกตำแหน่งเนื้อตายและเนื้อดีออกจากกันชัดเจนจึงค่อยทำการผ่าตัด (grade 2B)

3. ควรทำหัตถการน้อยที่สุดเพื่อผ่าเอาตำแหน่งติดเชื้อออก (UG)

4. ถ้าติดเชื้อของสายคาตามร่างกายก็ควรเอาออกให้เร็วที่สุด (UG)

F. การป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention)

1. แนะนำให้กินยา selective oral decontamination (SOD) และ selective digestive decontamination (SDD) เพื่อลดภาวะปอดติดเชื้อจากเครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia, VAP) (grade 2B)

2. ให้กิน chlorhexidine gluconate (CHG) เพื่อฆ่าเชื้อในช่องปากจะช่วยลด VAP ในผู้ป่วย sepsis ที่พักรักษาตัวในหออภิบาลวิกฤติได้ (grade 2B)

การควบคุมการแพร่เชื้อทำโดยล้างมือ ดูแลทำความสะอาดสายสวนตามร่างกายต่าง ๆ การดูแลทางเดินหายใจ นอนยกหัวสูง ดูแลเสมหะบ่อย ๆ ในผู้ป่วยที่เป็น sepsis เพื่อช่วยลดการเกิด colonization ของเชื้อดื้อยาตามช่องทางเดินอาหาร ช่วยลดการเกิด VAP แต่ไม่ลดอัตราการตาย อย่างไรก็ตามยังไม่ชัดเจน

สรุป

ภาวะติดเชื้อในเลือด (sepsis) เกิดจากร่างกายได้รับเชื้อเข้าไปจนไม่สามารถควบคุมการอักเสบได้ และเกิดการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว การรักษาทำได้โดยเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อและตรวจวัดระดับแลคเตทในเลือด จากนั้นควรเริ่มให้ยาฆ่าเชื้อที่ครอบคลุมกว้าง ๆ ไปก่อน ต่อมาก็ให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้สัญญาณชีพคงที่ด้วยสารน้ำ และยากระตุ้นความดันเลือดในที่สุด

The Surviving Sepsis Campaign แนะนำให้รักษาจนกระทั่ง central venous pressure (CVP) 8-12 มม.ปรอท, superior vena cava oxygen saturation (ScvO₂) > 70% (หรือ mixed venous oxygen saturation [SvO₂] > 65%) และระดับแลคเตทในเลือดเป็นปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. Dellinger R.P., Levy MM., Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM., et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012. Crit Care Med 2003 Feb;41(2):580-637.
2. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al. Early Goal-Directed Therapy Collaborative Group: Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med 2001;345:1368-77.
3. Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR, Linde-Zwirble WT, Marshall JC, Bion J, et al. Surviving Sepsis Campaign: The Surviving Sepsis Campaign: Results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. Crit Care Med 2010;38:367-74.
4. Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, Nicolas JM, Nogue S, Ferrer M. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomised trial. Lancet 1999;354:1851-8.
5. Peberdy MA, Callaway CW, Neumar RW, Geocadin RG, Zimmerman JL, Donnino M, et al. Part 9: post-cardiac arrest care: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122(18 Suppl 3):S768-S786.
6. Jacobi J, Bircher N, Krinsley J, Agus M, Braithwaite SS, Deutschman C, et al. Guidelines for the use of an insulin infusion for the management of hyperglycemia in critically ill patients. Crit Care Med 2012;40:3251-76.



The Royal College of Physicians of Thailand
and
Biopharm Chemicals Co., Ltd.

Cordially invite you to attend Luncheon Symposium

Statins in Cardiometabolic Disease : What Make The Differences



Moderator :

น.อ.นพ.กฤษฎา ศาสตรวาทา
กองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

Speaker :

พศ.นพ.พงศ์อมร บุนนาค
หน่วยโรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม โรงพยาบาลรามารินทร์

Saturday, April 26th, 2014
12.00-13.30 D1, D2 Room
Royal Cliff Beach Hotel, Pattaya



hhe
human health care

You are cordially invited to join
Morning Symposium

Silodosin

A Novel Uroselective Drug

on 27 April, 2014
07.30-08.20 at Fidella Room

In Thai Urology Association under the Royal Patronage annual meeting
25-27 April, 2014, The Zign Hotel Pattaya

07.30 – 07.45 ***BPH Highlight in Thailand***

Speaker: *Assoc.Prof.Bannakij Lojanapiwat*
Division of Urology, Department of Surgery,
Faculty of Medicine, Chiangmai University

07.45 – 08.10 ***Silodosin, A Novel Uroselective Drug***

Speaker: *Prof.Christopher Chapple*
Department of Urology,
The Royal Hallamshire Hospital,
Sheffield, United Kingdom

08.10 – 08.20 ***Q&A***

Moderator: *Prof.Wachira Kochakarn*
Division of Urology, Department of Surgery,
Ramathibodi Hospital&Medical School,
Mahidol University

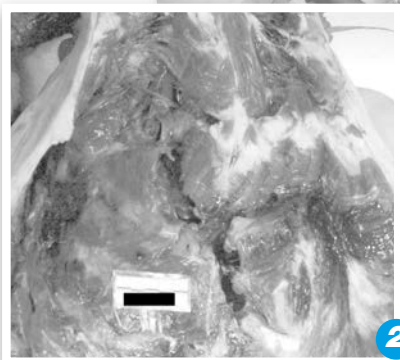


SILODOSIN

แนวทางการให้น้ำหนักแห่งสาเหตุการตาย

Guideline for Physician Evaluating Cause of Death

เราได้ทราบมาแล้วว่าการที่แพทย์ชันสูตรพลิกศพหรือตรวจศพ ย่อมเป็นไปได้ที่แพทย์จะพบว่า “สาเหตุแห่งการตายมีหลายประการ” (ภาพที่ 1) ซึ่งในแต่ละประการอาจเชื่อมโยงถึงพฤติการณ์ที่แตกต่างกันไปได้ นั่นหมายถึงจะส่งผลถึง “ในทางคดีความ” ในเวลาต่อมาด้วย หากเป็นเช่นนั้นจริง แพทย์จะลงสาเหตุแห่งการตายอย่างไรเพื่อให้เกิดผล หรือเกิดความถูกต้อง “เพื่อประโยชน์ต่อทุกฝ่าย” มากที่สุด เป็นการป้องกันการอ้างถึง “สาเหตุการตายที่แพทย์ระบุไว้ในเอกสาร” เป็นมูลเหตุแห่งการบิดเบือนหรือ “บิดพลิ้ว” ความรับผิดชอบของผู้ที่เกี่ยวข้อง หรืออาจเกี่ยวข้องในทางหนึ่งทางใด ไม่ว่าจะเป็นคดีแพ่ง คดีอาญา หรือ คดีอื่น ๆ (ภาพที่ 2)



.....การที่ตกต้นไม้ (เข้าข่ายอุบัติเหตุ) ทำให้ศีรษะได้รับการกระทบกระแทกและมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ จนต้องนอนนานจนติดเชื้อมีในปอด (hypostatic pneumonia) เช่นนี้หากแพทย์เพียงให้สาเหตุการตายว่า “เกิดจากการติดเชื้อมีในปอด” ย่อมไม่อาจโยง/สื่อให้เห็นถึงการที่ตกต้นไม้แต่ต้นได้ แต่หากแพทย์ระบุสาเหตุการตายว่า “ติดเชื้อมีในปอดเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ” ย่อมโยงถึงสาเหตุอันแท้จริงได้มากขึ้น

ประเด็นแห่งสาเหตุการตายอันนำไปสู่การบิดพลิ้วการรับผิดชอบ

ในเรื่องนี้จะเกิดขึ้นได้ 2 ประการหลัก คือ

1. กรณีที่เป็นความรับผิดชอบทางอาญา¹

หมายความว่าสาเหตุแห่งการตายมิได้สื่อถึงความผิดทางอาญา แม้แต่น้อย เช่น ปอดอักเสบ ไตวาย เป็นต้น ทำให้เกิดข้อต่อสู้ขึ้นได้ว่า “ผลแห่งการกระทำมิได้เกิดจากการกระทำผิดของผู้กระทำผิด

โดยตรง” คือสาเหตุแห่งการตาย มิใช่เกิดจากการกระทำของผู้กระทำนั้นเอง แต่แท้ที่จริงแล้วเป็นผลโดยตรงหรือผลธรรมดาที่เกิดขึ้นได้ (ในทางกฎหมาย)

ตัวอย่าง: การที่ผู้ป่วยถูกทำร้ายที่ศีรษะจนไม่สามารถที่จะรู้สึกได้ (เช่น ทำให้มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะและ/หรือในเนื้อสมองหรือแกนสมอง) เห็นเหตุให้ต้องนอนนิ่งอยู่นานในสภาพเหมือนผัก (vegetative stage) จนในที่สุดติดเชื้อมีในปอด/ปอดบวม (pneumonitis) และเป็นสาเหตุแห่งการตายในที่สุดนั้น แม้ว่าสาเหตุแห่งการตายคือ “ปอดบวม” ก็ตาม แต่เป็นผลธรรมดาที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการที่ผู้ป่วยถูกทำร้ายที่ศีรษะจนไม่สามารถช่วยตนเองได้ และเมื่อนอนอยู่นานในสภาพเหมือนผักย่อมจะเกิดการติดเชื้อมีในปอด (hypostatic pneumonia) ได้ จึงเท่ากับว่าการตายนั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วย “ถูกกระทำ” นั่นเอง

2. กรณีที่เป็นการรับผิดชอบทางแพ่ง²

2.1 กรณีที่ปฏิเสธความรับผิดชอบจากผู้กระทำโดยตรง

ผู้กระทำปฏิเสธความรับผิดชอบทางแพ่งเพราะเห็นว่า “สาเหตุการตายมิได้เกิดจากการกระทำของตน” เช่นกรณีตามความผิดทางอาญาข้างต้นโดยผู้กระทำอ้างว่า “สาเหตุแห่งการตายคือปอดอักเสบ (ปอดบวม) ไม่เกี่ยวกับการที่ตนเองทำร้ายเลย แม้ว่าจะต้องรับผิดชอบ (ค่าสินไหมทดแทน) ก็ตามก็ไม่สมควรถึงจำนวนที่เรียกร้อง (ทำให้ถึงแก่ความตาย) เพราะแม้จะทำร้ายจริง ก็ทำที่ศีรษะและผู้ป่วยไม่ถึงแก่ความตาย แต่ผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยโรคเองคือ “ปอดอักเสบ”

แพทย์ต้องเข้าใจว่า ความรับผิดชอบทางแพ่ง³ สามารถแยกเป็น 2 เรื่องใหญ่ ๆ คือ

ก. ค่าเสียหายที่เป็นตัวเงิน อันประกอบด้วย

- ค่าเสียหายที่ต้องจ่ายในการรักษาพยาบาล
- ค่าเสียหายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมจากการรักษาพยาบาลแต่มีความจำเป็น (เช่น ต้องอยู่ห้องแยก ต้องใช้พยาบาลพิเศษในการดูแล)
- ค่าเสียการงานในปัจจุบัน (รายได้ที่ขาดไปอันเนื่องจากการเจ็บป่วย)
- ค่าเสียการงานในอนาคต (รายได้ในอนาคตที่ไม่สามารถทำงานในตำแหน่งหน้าที่นั้น ๆ ได้อีกอันเนื่องจากการเจ็บป่วย)

ข. ค่าเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงิน

- ค่าทรมานทุกข์เวทนา
- ค่าขาดความสุขสำราญ

ในกรณีนี้ผู้กระทำกล่าวอ้างว่า “เมื่อการทำร้ายที่ผู้กระทำทำไปจริงแต่ไม่ถึงแก่ความตาย ค่าเสียหายจึงไม่น่าจะสูงถึงที่เรียกร้อง (ทำให้ตาย)” ผู้ตายตายจากเหตุธรรมชาติต่างหาก

ดังนั้น หากสาเหตุแห่งการตายแสดงให้เห็นถึงการเชื่อมโยง/สื่อไปถึงการกระทำย่อมทำให้ง่ายต่อการให้เหตุผลถึงความรับผิดชอบ

2.2 กรณีที่ปฏิเสธความรับผิดชอบจากบริษัทประกัน

เป็นกรณีที่พบได้บ่อยที่สุดและเป็นปัญหาอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากบริษัทประกันจะอ้างเหตุแห่งการตายว่า “เป็นเหตุธรรมชาติ” เพื่อที่จะรับผิดชอบในความรับผิดชอบน้อยที่สุด (น้อยกว่าอุบัติเหตุ)

ตัวอย่าง: การที่ตกต้นไม้ (เข้าข่ายอุบัติเหตุ) ทำให้ศีรษะได้รับการกระทบกระแทกและมีเลือดออกในโพรงกะโหลกจนต้องนอนนานจนติดเชื้อในปอด (hypostatic pneumonia) เช่นนี้หากแพทย์เพียงให้สาเหตุการตายว่า “เกิดจากการติดเชื้อในปอด” ย่อมไม่อาจโยง/สื่อให้เห็นถึงการที่ตกต้นไม้แต่ต้นได้ แต่หากแพทย์ระบุสาเหตุการตายว่า “ติดเชื้อในปอดเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ” ย่อมโยงถึงสาเหตุอันแท้จริงได้มากขึ้น

ตัวอย่าง: การถูกรถชนมีเลือดออกมากจนช็อกเกิดระบบไหลเวียนล้มเหลว แพทย์ช่วยไว้ทันไม่เสียชีวิตแต่เกิดภาวะไตวายตามมา และคงมีสภาวะไตวายอยู่ตลอด จำต้องมาทำการล้างไตอย่างต่อเนื่อง และต่อมาเกิดเสียชีวิตจากไตวาย เช่นนี้อาจเกิดความเข้าใจผิดว่าสาเหตุที่ตายคือ “ไตวาย” อันเป็นเหตุตายตามธรรมชาติ และถูกปฏิเสธว่ามีสาเหตุจากการถูกรถชน มีไข้อุบัติเหตุ เป็นต้น แต่หากแพทย์ได้ระบุสาเหตุการตายโดยมีการโยงเหตุมา เช่น “ไตวายจากการช็อกเพราะการบาดเจ็บเลือด” จะทำให้เห็นภาพพจน์ได้ดีกว่า

หมายเหตุ:

1. การกรอกแบบฟอร์มในสาเหตุการตาย⁴ ไม่ว่าจะเป็น ทร.4/1 (ภาพที่ 3) หรือ ทร.4 ตอนหน้า (ภาพที่ 4) หากแพทย์ให้ความสำคัญของสิ่งที่กรอกโดยทำการกรอกเพื่อโยงไปถึงสิ่งที่เป็นต้นเหตุ (due to) แม้ว่าจะมีได้บ่งชี้ถึง “เหตุการณ์แห่งการตาย” โดยตรงก็ย่อมถือว่าแพทย์ทำหน้าที่ได้ดีที่สุดแล้ว
2. แพทย์ยังคงไม่สมควรระบุถึงเหตุการณ์แห่งการตายโดยตรง⁵ ทั้งนี้เพราะเหตุการณ์แห่งการตายเสมือนหนึ่งเป็น “คำวินิจฉัย” และมีผลในทางคดีอย่างมาก

การบอกสาเหตุการตายในรูปแบบต่าง ๆ

สาเหตุการตายนั้นจำเป็นต้อง “สื่อ” ถึงสิ่งอื่นนอกจากสาเหตุอันเป็น “พยาธิสภาพแห่งการตายโดยตรง” ด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจผิดใน “สาเหตุแห่งการตาย” ซึ่งหลักโดยทั่วไปแล้ว แพทย์สมควรลงความเห็นในสาเหตุแห่งการตายอันสามารถสื่อให้เห็นถึงพฤติการณ์แห่งการตายไปในคราวเดียวกันด้วย

1. บอกสาเหตุที่มาก่อนหน้าสาเหตุแห่งการตายไปในข้อความด้วย

หากมีความจำเป็นที่จะต้องระบุสาเหตุการตายที่มากกว่าพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นตามที่เป็น “สาเหตุแห่งการตายสุดท้าย” แล้ว แพทย์อาจจำเป็นต้องบอกถึงความสัมพันธ์หรือความเกี่ยวเนื่องจากเหตุที่เป็นมาก่อนหน้านั้นด้วย เช่น

***ปอดอักเสบจากการนอนนานเนื่องจากศีรษะได้รับบาดเจ็บ**

2. ไม่จำเป็นต้องบอกพฤติการณ์แห่งการตายไปในสาเหตุแห่งการตายเพราะสามารถสื่อได้เองอยู่แล้ว

ในบางครั้งการที่มีได้บอกที่เกิดจากเหตุภายนอกอันเป็นพฤติการณ์แห่งการตายก็อาจสื่อ (ทำให้เห็นภาพพจน์ว่า) “เกิดจากเหตุภายนอก” หรือพฤติการณ์แห่งการตายที่มีใช้ “เกิดจากโรคธรรมชาติ” เช่น

***เลือดออกจำนวนมากจากปอดและตับฉีกขาด ย่อมสื่อได้ว่ามีสาเหตุจากเหตุธรรมชาติ ทั้งนี้ด้วยเหตุผลในตัวของมันเองได้กล่าวคือ**

1. สภาพการฉีกขาดหรือการบาดเจ็บจะไม่เข้าข่ายการตายตามธรรมชาติเป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดอยู่แล้ว การบอกถึงการฉีกขาดย่อมเป็นการบอกถึงการได้รับบาดเจ็บ “trauma” นั้นเอง
2. หากแม้จะเป็นการเกิดโดยธรรมชาติได้แต่ย่อมไม่อาจเกิดได้ถึง 2 ตำแหน่งได้พร้อม ๆ กัน เช่น เกิดจากโรคมะเร็งที่ลูกกลามในเนื้อเยื่อย่อมเป็นเหตุให้เกิดเลือดออกได้ แต่จะเป็นเพียงตำแหน่งเดียวในขณะหนึ่งเท่านั้น

3. อาจบอกพฤติการณ์แห่งการตายโดยตรงไปในสาเหตุแห่งการตายได้

แม้ว่าการบาดเจ็บจะมีได้บ่งชี้ถึง “พฤติการณ์แห่งการตาย”⁵ ก็ตาม แต่จาก “ประวัติ” หรือจาก “สิ่งที่ปรากฏในเอกสารของเจ้าพนักงาน (พนักงานสอบสวน) และอื่น ๆ ย่อมสอดคล้องกับการที่ญาติผู้ตายกล่าวอ้างถึงการตายผิดธรรมชาติประเภท “ถูกกระทำ” ไม่ใช่ “เหตุตามธรรมชาติ” และสามารถประมวลได้หากเป็นกรณีที่เกี่ยวข้องกับ “การจราจร” ย่อมต้องเป็นได้เพียง “อุบัติเหตุจราจร” เท่านั้น เช่น

***ติดเชื้อจากแผลกดทับที่หลังและก้นเนื่องจากนอนนานจากอุบัติเหตุจราจรทำให้เป็นอัมพาตของแขนและขา ในกรณีนี้แพทย์อาจจะระบุถึงอุบัติเหตุจราจรร่วมด้วยได้ ทั้งนี้จากการอ้างตามเอกสารของพนักงานสอบสวน (ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร) นั้นเอง**

The image shows two Thai medical death certificate forms. The left form is labeled '3' and the right form is labeled '4'. Both forms contain fields for patient information, cause of death, and medical history, with checkboxes for various conditions.

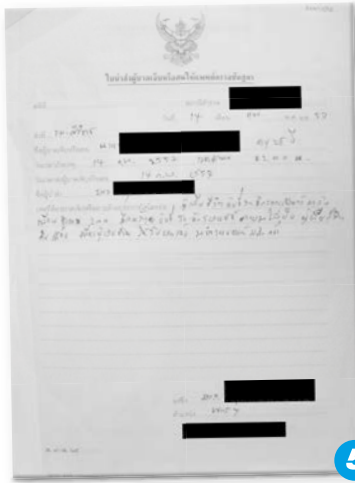
น้ำหนักของสาเหตุแห่งการตายจากพฤติกรรมที่ทำให้ถึงแก่ความตาย

หาก “สาเหตุแห่งการตาย” จาก “พฤติกรรมที่ทำให้ถึงแก่ความตาย”⁵ มีน้ำหนักต่างกันหรือเหมือนกันจะทำการพิจารณาอย่างใดกับการให้สาเหตุแห่งการตาย (มีสาเหตุพฤติกรรมแห่งการตาย) ในเรื่องนี้แพทย์จำเป็นต้องยึดในเรื่อง “หลักแห่งความยุติธรรม” เป็นเกณฑ์ซึ่งอาจพิจารณาได้คือ

ข้อที่ 1: มีน้ำหนักต่างกัน

โดยหลักแล้วให้ยึด “สาเหตุหลัก” ที่ทำให้เกิดถึงแก่ความตาย “เป็นสำคัญ” และอาจไม่ต้องกล่าวถึง “สาเหตุรอง” เลยก็ได้ เช่น ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด ฝืนดัน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม อาจมีการระบุพฤติกรรมแห่งการตายร่วมในสาเหตุแห่งการตายได้ หากมีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอ เช่น มีเอกสารนำส่งที่พนักงานสอบสวน (ตำรวจ) นำส่งให้แก่แพทย์ระบุไว้ อย่างชัดเจน (ภาพที่ 5) แต่อย่างไรก็ตาม อาจจำเป็นต้องพิจารณาลึกลงไปอีกต่อไปประกอบด้วย



1. ระหว่างสาเหตุการตายเป็นเหตุธรรมชาติกับเหตุธรรมชาติ

มักไม่มีปัญหาเพราะ “ไม่เกี่ยวข้องกับทางคดี” การให้สาเหตุการตายจึงเป็นการให้สาเหตุอันเนื่องจากการตายตามธรรมชาติได้เลย

2. ระหว่างสาเหตุการตายจากเหตุผิดธรรมชาติกับเหตุผิดธรรมชาติ (ทำตนเอง ถูกผู้อื่นทำ อุบัติเหตุ)

แพทย์ยังคงต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะเหตุผิดธรรมชาติที่จำแนกตามพฤติกรรมแห่งการตายแล้ว คิดตามน้ำหนักแห่งความสำคัญคือ ถูกผู้อื่นกระทำ จากอุบัติเหตุ และกระทำตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่ทำให้เกิดขึ้น (คิดในใจ) ที่เด่นกว่าย่อมให้เป็นสาเหตุแห่งการตาย

ก. ถูกผู้อื่นกระทำ (homicide)

ข. อุบัติเหตุ (accident)

ค. กระทำตนเอง (suicide)

สาเหตุการตายประการใดก็ไม่ต่างกันในทางคดีความ แต่อาจต่างเฉพาะในเรื่อง “การเรียกร้องสิทธิทางประกัน” เท่านั้น หรือไม่ก็อาจโยงไปถึงสภาพแห่งชื่อเสียงเกียรติยศของผู้ตายและทายาทเท่านั้น (ตระกูล)

หมายเหตุ:

แพทย์ต้องระลึกไว้เสมอว่า “การคิดถึงเรื่องพฤติกรรมแห่งการตายนั่นเป็นเรื่องที่แพทย์คิดในใจเท่านั้น” เพราะพฤติกรรมแห่งเหตุหรือพฤติกรรมแห่งการตายนั่น แพทย์ไม่สมควร/ไม่ระบุไว้ในเอกสารใด ๆ เลยก็จะดี เพราะแพทย์มิได้อยู่ในที่เกิดเหตุจึงไม่อาจทราบได้

3. ระหว่างเหตุการตายตามธรรมชาติกับเหตุผิดธรรมชาติ

(ทำตนเอง ถูกผู้อื่นทำ อุบัติเหตุ)

ปัญหาที่เกิดขึ้นจะมีอย่างแน่นอนหากเป็นสาเหตุการตายตามธรรมชาติที่เกิดต่อเนื่องจากเหตุผิดธรรมชาติ โดยเฉพาะเข้าข่ายกรณีมาตรา 63 แห่งประมวลกฎหมายอาญา¹ แม้ว่าสาเหตุผิดธรรมชาติจะเป็นสาเหตุรองแล้วก็ตามในขณะที่ถึงแก่ความตาย

ก. เหตุธรรมชาติเด่นกว่า

แพทย์จำเป็นต้องให้ความสำคัญและระลึกถึงกรณี “ผลธรรมชาติที่อาจเกิดขึ้นได้ตามมาตรา 63 ไว้เสมอ”¹ เช่น ถูกแทงเข้าที่หน้าท้องต่อมาทำให้เกิดติดเชื้อในช่องท้องและเสียชีวิตจากการติดเชื้อ (peritonitis)

*ติดเชื้อในช่องท้อง (อาจไม่เห็นภาพพจน์)

*ติดเชื้อในช่องท้องจากบาดแผลแทงทะลุเข้าสู่ช่องท้อง (เห็นภาพพจน์ดีกว่า)

ข. เหตุผิดธรรมชาติเด่นกว่า

แพทย์ระบุเหตุนั้นเป็น “สาเหตุแห่งการตาย” ได้เลย เพราะเกี่ยวพันกับการตายผิดธรรมชาตินั้น ๆ ประกอบแล้ว

*บาดแผลแทงทะลุผ่านปอดและหัวใจ (กรณีนี้ผู้ป่วยมีโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบอยู่แล้ว แต่ไม่เป็นประเด็นในสาเหตุการตาย)

ข้อที่ 2: มีน้ำหนักเท่า ๆ กัน

1. ระหว่างเหตุธรรมชาติกับเหตุผิดธรรมชาติ

ในกรณีนี้ไม่เป็นประเด็น “ทางคดี” หรือไม่ “การตายผิดธรรมชาติ” การให้สาเหตุการตายจึงระบุแต่เพียงโรคหรือสภาวะที่เกิดขึ้นกับศพอันเป็นสาเหตุแห่งการตายเท่านั้นก็เพียงพอแล้ว

*ไตวายเรื้อรัง

*ตับวาย

*ระบบไหลเวียนล้มเหลวจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ

2. ระหว่างเหตุผิดธรรมชาติกับเหตุผิดธรรมชาติ

(ทำตนเอง ถูกผู้อื่นทำ อุบัติเหตุ)

ในกรณีนี้อาจเกิดการโต้แย้งได้ง่ายและเคยเกิดขึ้นมาแล้ว เช่น กรณีที่บริษัทประกันไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนเนื่องจากการตกจากบันได โดยการตรวจศพพบว่าผู้ตายมีหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบอย่างชัดเจนและมีกล้ามเนื้อหัวใจตายอันน่าเชื่อได้ว่าเป็นสาเหตุแห่งการทำให้ผู้ตายตกลงมาจากบันได สาเหตุการตายจาก 2 ประการนี้จึงต่างกัน (เอกสารทางการแพทย์จึงมีความสำคัญยิ่ง)

*กะโหลกศีรษะแตกแล้วเลือดออกในโพรงสมอง

*ระบบไหลเวียนล้มเหลวจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ

3. ระหว่างเหตุผิดธรรมชาติกับเหตุผิดธรรมชาติ

ก. ทำตนเองกับทำตนเอง (suicide by multiple methods)

*ปริมาณยานอนหลับเกินขนาด

*เสียชีวิตจากบาดแผลฉีกขาดที่ข้อมือ

- ข. ทำตนเองกับถูกผู้อื่นกระทำ
- ค. ทำตนเองกับอุบัติเหตุ
- ง. ถูกผู้อื่นกระทำกับถูกผู้อื่นกระทำ
- จ. ถูกผู้อื่นกระทำกับอุบัติเหตุ
- ฉ. อุบัติเหตุกับอุบัติเหตุ

หมายเหตุ:

สาเหตุข้อ ข. ถึง ฉ. คือเหตุผิดธรรมชาติทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็นประการหนึ่งประการใดก็ตามในสาเหตุการตายทางนิติเวชศาสตร์ (ดูหัวข้อ: สาเหตุแห่งการตายหลักในทางนิติเวชศาสตร์)

แนวทางการให้สาเหตุแห่งการตายเพียงแต่สื่อให้เห็นถึงพฤติการณ์ที่ตายเท่านั้น

แพทย์ต้องจำไว้ว่าแม้ว่าจะมีระบุไว้ใน *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* หรือ ICD-10 ให้แพทย์ต้องออกสาเหตุแห่งการตายเป็นไปตามแนวทางสากล⁶ ที่โยงโดยมีคำว่า “due to” (เนื่องจาก) ไปจนถึงสุดท้ายซึ่งจะเป็น “พฤติการณ์แห่งการตาย” นั้น แต่โดยหลักในทางนิติเวชศาสตร์หรือเกี่ยวข้องกับนิติเวชศาสตร์แล้ว แพทย์ “ไม่ควรที่จะระบุถึงพฤติการณ์แห่งการตายโดยเด็ดขาด”⁵ ทั้งนี้เพราะอาจเกี่ยวข้องกับ “คดีความ” ได้ และเท่ากับเป็นการวินิจฉัยคดีความที่เกิดขึ้นและอาจผูกมัดต่อเจ้าพนักงานหรือเป็นปฏิกิริยาต่อเจ้าพนักงาน (พนักงานสอบสวนตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา)⁷ ในการทำสำนวนคดี

สาเหตุการตายที่แพทย์สมควรออกให้กับการตาย

การออกสาเหตุการตายโดยแพทย์ไม่ว่าจะโดยเอกสารใด เช่น หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1), ใบรับแจ้งการตายหรือข้อสันนิษฐานสาเหตุการตายโดยแพทย์ (ทร.4 ตอนหน้า ในหน้าหลัง), บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ, รายงานการตรวจศพหรือเอกสารอื่นที่แสดงถึงสาเหตุการตาย

1. แพทย์สมควรออกสาเหตุแห่งการตายไปในเชิง “สาเหตุทางพยาธิหรือทางการแพทย์” เป็นหลัก
2. การให้สาเหตุแห่งการตายหลักในทางนิติเวชศาสตร์นั้นจะประกอบด้วย

- ตายจากบาดแผล (wound)
- ตายจากขาดอากาศ (asphyxia)
- ตายจากขาดอาหาร (starvation)
- ตายจากสารพิษ (intoxication)
- ตายจากแรงกายภาพ (physical agents)
- ตายจากการไม่สมดุลของกรดด่างเกลือแร่ (electrolyte imbalance)

หมายเหตุ:

แพทย์จะมีให้สาเหตุแห่งการตายเข้าข่าย “พฤติการณ์แห่งการตาย”⁵ อันประกอบด้วย “ฆ่าตัวตาย” “ถูกผู้อื่นกระทำให้ตาย” และ “อุบัติเหตุ” เพราะการระบุถึงพฤติการณ์ที่ตายหากกำลังอยู่ในระหว่างการรวบรวมพยานหลักฐานในทางคดีอยู่นั้น และแพทย์กลับสรุป (ฟันธง) ว่าเป็นพฤติการณ์ที่ตายอันขัดต่อพยานหลักฐานย่อมทำให้แพทย์ผู้นั้นอาจเข้าข่ายความผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยเฉพาะในเรื่องมาตรฐาน^{8,9,10}

ตัวอย่าง: แพทย์ระบุว่า การตายเกิดจากการถูกผู้อื่นกระทำ เป็นกรณีที่แพทย์ชันสูตรพลิกศพรายที่มีบาดแผลกระสุนปืนจำนวนมากตามร่างกาย แต่ในที่สุดจากพยานหลักฐานและประจักษ์พยานแล้วพบว่า เป็นการตายอันเนื่องจากการยิงตัวตาย

ตัวอย่าง: แพทย์ระบุว่าถูกผู้อื่นยิงตายในที่รโหฐาน แต่ต่อมาจากพยานหลักฐานไม่ปรากฏเช่นนั้น เข้าได้กับการยิงตัวเองตาย ท้ายที่สุดแพทย์ท่านที่ลงความเห็นนั้นถูกองค์กรวิชาชีพลงโทษตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549

สรุป

การให้สาเหตุการตายโดยแพทย์แม้ที่จริงแล้วมิได้มีบัญญัติหรือระบุไว้อย่างชัดเจนทั้งใน “เกณฑ์มาตรฐาน” หรือ “เกณฑ์ความรู้ความสามารถ” ที่แพทยสภากำหนด แพทย์จึงมีดุลพินิจอย่างมากในการให้สาเหตุการตาย แต่หากแพทย์คิดว่าตนต้องการให้ “ความเป็นธรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ตาย และ/หรือทายาทของผู้ตายแล้ว แพทย์สมควรที่จะให้สาเหตุแห่งการตายที่สื่อไปถึง “พฤติการณ์แห่งการตายด้วย” จะทำให้ไม่เกิดการให้สาเหตุแห่งการตายอันเป็น “พยาธิสภาพล้วน ๆ” ไปในทางมิชอบ เช่น การบิดพลิ้วความรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญา

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>
2. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. http://www.led.go.th/datacenter/pdf/1_5.pdf
3. ภัทรศักดิ์ วรรณแสง. ย่อหลักกฎหมายละเมิด. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด, 2538: 143-9.
4. วิสูตร พงศ์วิบูลย์. หนังสือรับรองการตาย. สารคดีราช 2542;51:130-40.
5. วิสูตร พงศ์วิบูลย์. พฤติการณ์แห่งการตายในเอกสารของแพทย์: ความเสี่ยงที่แพทย์พึงระวัง. สารคดีราช 2546;55:557-68.
6. International form of medical certificate of cause of death. In ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision, Volume 2. World Health Organization, 1994: 31.
7. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
8. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.
9. 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)”.
10. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.

ปัจจุบันพบว่าผู้หญิงไทยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2534 พบร้อยละ 15 และในปี พ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 21 และพบในโรงพยาบาลเอกชนมากถึงร้อยละ 54 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 30 ในขณะที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของแต่ละประเทศไม่ควรเกินร้อยละ 15

เครื่องมือทำนายนการคลอด ร.พ.ลำพูน

ประเมินความเสี่ยงการผ่าตัดคลอด



นพ.สุธิต คุณประดิษฐ์

การผ่าตัดคลอดมักมาจากสาเหตุหลัก ๆ คือ การคลอดยากที่พบมากคือ **ภาวะไม่ได้สัดส่วนกันของเชิงกรานแม่กับศีรษะของลูก (CPD)** พบได้ประมาณร้อยละ 8 รองลงมาคือ ทารกอยู่ในภาวะเครียดขณะเจ็บคลอด เด็กอยู่ในท่าก้น และเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์แรก

เนื่องจากการเจ็บครรภ์เป็นเรื่องธรรมชาติ ดังนั้น หากมีเครื่องมือที่สามารถช่วยคัดกรองว่าผู้ป่วยคลอดเองได้หรือไม่ จึงน่าจะช่วยลดระยะเวลาของความเจ็บปวดลงได้ และที่สำคัญยังส่งผลดีต่อตัวแม่และเด็ก ด้วยเหตุนี้ **นพ.สุธิต คุณประดิษฐ์** กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน และผู้ร่วมวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงได้ผลิตผลงานวิจัยเรื่อง “การสร้างและตรวจสอบการใช้คะแนนเสี่ยง เพื่อทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะไม่ได้สัดส่วนกันของเชิงกรานแม่กับศีรษะลูก” หรือที่เรียกว่า ซีพีดี (CPD : Cephalopelvic Disproportion) ระบบการประเมินความเสี่ยง การผ่าตัดคลอดง่ายขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในห้องคลอดได้ ทำให้แม่และลูกได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

นพ.สุธิต กล่าวว่า ปัญหาเชิงกรานแคบเป็นภาวะฉุกเฉิน และปัญหาแทรกซ้อนที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ตอนนี้องค์กรไทยมีหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรปีละประมาณ 8 แสนคน ซึ่งหากตรวจพบช้าจะส่งผลให้ทารกมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในขณะคลอดและเสียชีวิตได้ ส่วนแม่อาจทำให้เจ็บครรภ์เนิ่นนานกว่าปกติ อัตราการเจ็บป่วยหรือการตายของผู้เป็นแม่สูงขึ้น และแม่ที่มีภาวะนี้มักมีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับการคลอดของตนเองว่าจะสามารถคลอดได้เองทางช่องคลอดหรือไม่

สำหรับโรงพยาบาลลำพูนมีหญิงตั้งครรภ์มาคลอดปีละประมาณ 2,000 ราย มีการทำผ่าตัดคลอดเพิ่มจากร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2545 สาเหตุหลักเกิดจากภาวะซีพีดี การผ่าตัดคลอดครั้งที่ 2 เด็กอยู่ในท่าก้น และทารกอยู่ในภาวะเครียดขณะเจ็บครรภ์คลอด



โดยการวินิจฉัยภาวะซีพีดีที่ผ่านมา มารดาต้องมีการเจ็บครรภ์คลอดสม่ำเสมอ ปากมดลูกต้องเปิดตั้งแต่ 4 เซนติเมตรขึ้นไป และมีการดำเนินการคลอดผิดปกติ ต้องคลอดเฉพาะกับสูติแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเท่านั้น **จึงได้ริเริ่มสร้างระบบการประเมินความเสี่ยง การผ่าตัดคลอดอย่างง่ายขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในห้องคลอดได้**

งานวิจัยนี้ศึกษาจากผู้หญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาลลำพูน โดยวิธีการผ่าตัดคลอดเนื่องจากภาวะซีพีดี 116 ราย และการศึกษาเปรียบเทียบกับรายที่คลอดเองตามปกติ 307 ราย พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอด 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุมารดา ความสูงของหญิงตั้งครรภ์ ลำดับคลอด น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และความสูงของยอดมดลูก

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยง 5 ประการที่ทำให้คลอดปกติไม่ได้ ได้แก่ อายุของมารดามากกว่า 34 ปี มารดาสูงน้อยกว่า 151 เซนติเมตร ตั้งครรภ์ครั้งแรก มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มากกว่า 22 กิโลกรัม และระดับยอดมดลูกสูงกว่า 35 เซนติเมตร ซึ่งแสดงว่าศีรษะเด็กใหญ่ ไม่สามารถลงไปในช่องเชิงกรานของแม่เพื่อเข้าสู่การคลอดปกติได้ จากนั้นจึงได้จัดทำเป็นแบบประเมินอย่างง่ายตามปัจจัยเสี่ยง (ดังตารางที่ 1) มีคะแนนรายข้อระหว่าง 0-3.5 และคะแนนความเสี่ยงรวมตั้งแต่ 0-14.5 คะแนน จากการทดสอบใช้เครื่องมือสามารถทำนาย

ความเสี่ยงการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ร้อยละ 88 หลังจากนั้นได้นำเครื่องทำนายมาตรวจสอบย้อนหลังในกลุ่มหญิงคลอดรายใหม่ที่ผ่าตัดคลอดปกติ 394 ราย สามารถประเมินความแม่นยำการผ่าตัดคลอดได้ร้อยละ 85

ตารางที่ 1 แบบประเมิน Cesarean section due to CPD โรงพยาบาลลำพูน

วันที่		เดือน	พ.ศ.	HN	AN	
Name	HN	AN				V
1 อายุ	ปี 1-15 2 15-19 3 20-24 4 25-29 5 30-34 6 35-39 7 ≥40					V 1 ☐
2 Parity	1 0 2 1 3 2 4 3 5 ≥4					V 2 ☐
3 Gravida	1 1 2 2 3 ≥					V 3 ☐
4 GA Wks	1 <37 2 37-41 3 ≥42					V 4 ☐
5 ANC check up	1 Yes 2 No					V 5 ☐
6 ANC	1 1-3 2 4-6 3 7-10 4 ≥11					V 6 ☐
7 Weight at 1st ANC	Kg					V 7 ☐
8 Weight at delivery	Kg					V 8 ☐
9 Weight gain	Kg					V 9 ☐
10 Height	Cm					V 10 ☐
11 Fundal height	Cm					V 11 ☐
12 Criteria						V 12 ☐
1 ปากมดลูกเปิดอย่างน้อย 4 เซนติเมตรขึ้นไป และ บางตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป						☐ Cx eff
2 มดลูกหดตัวอย่างสม่ำเสมอ และ แรงพออย่างน้อย 2 ชั่วโมงก่อนตัดสินใจ						☐ hrs
3 การดำเนินการคลอดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ เช่น 3.1 protraction disorders หรือ 3.2 arrest disorder หรือ 3.3 second stage disorders						☐ 3.1, 3.2, 3.3
13 BW	กรัม 1 1000-1499 2 1500-2499 3 2500-3999 4 >4000					V 13 ☐
14 Sex	1 male 2 female					V 14 ☐
15 Apgar score	1 min					V 15 ☐
16 Apgar score	5 min					V 16 ☐

การทำนายภาวะ CPD				
Predictors	Assigned score	Case นี้	รวมคะแนน	Clinical Implication
Maternal age (year)				Low risk (below 5)
below 25	0			Low risk for cesarean section due to CPD continue vaginal delivery and to follow the progression of labour by partograph
25 to 33	1.5			
34 and over	3			
Maternal height (cm)				Moderate risk (score 5 to 9.5) Moderate risk for cesarean section due to CPD the progression of labour should be monitored closely by partograph
below 151	3			
151 to 159	2			
160 and over	0			High risk (10 and over) High risk for cesarean section due to CPD
Parity (n %)				
nulliparous	2.5			
multiparous	0			
Pregnancy weight gain (kg)				
below 11.4	0			
11.4 to 22.4	1.5			
22.5 and over	2.5			
Symphysis-fundal height (cm)				
below 34	0			
34	1			
35 and over	3.5			
Total Score				

แบบประเมินนี้สามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลได้ทุกระดับ และสามารถทำนายการผ่าตัดคลอดล่วงหน้าได้ โดยแบ่งคะแนนความเสี่ยงรวม 5 ข้อออกเป็น 3 ระดับ เริ่มจากความเสี่ยงน้อยคือ มีคะแนนรวมน้อยกว่า 5 ให้ความมั่นใจแก่มารดาที่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ความเสี่ยงปานกลางคือ คะแนนรวมตั้งแต่ 5-9.5 คะแนน มีโอกาสเสี่ยงที่จะผ่าตัดคลอดหรือคลอดได้เองทางช่องคลอดเท่ากัน จึงให้ดูแลความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์จากกราฟดูผลการคลอด หากไม่มีความก้าวหน้าจากกราฟดูผลการคลอดและมีข้อบ่งชี้ผ่าตัดคลอดจากเกณฑ์ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย คือ 1. ปากมดลูกเปิดอย่างน้อย 4 เซนติเมตรขึ้นไป และบางตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป 2. มดลูกหดตัวอย่างสม่ำเสมอและแรงพออย่างน้อย 2 ชั่วโมงก่อนตัดสินใจ 3. การดำเนินการคลอดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น protraction disorders หรือ arrest disorder หรือ second stage disorders ให้พิจารณาผ่าตัดคลอด และสุดท้ายคือ คะแนนความเสี่ยง 10 คะแนนขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องได้รับการผ่าตัดให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำรอไว้ ประเมินความก้าวหน้าการคลอดอย่างใกล้ชิด และเตรียมพร้อมห้องผ่าตัดทันที

“การทำนายด้วยคะแนนเสี่ยงตามแบบประเมินนี้ เป็นการทำนายการผ่าตัดคลอด ช่วยให้มารดาไม่ต้องปวดท้องนาน แพทย์ไม่ต้องใช้ยาเร่งคลอด นอกจากนี้หากโรงพยาบาลชุมชนนำการทำนายภาวะซีพีดีไปใช้จะช่วยแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดในการผ่าตัดคลอดสามารถตัดสินใจในการส่งต่อมารดาที่มีความเสี่ยงในการผ่าตัดคลอดมายังโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อผ่าตัดคลอดในเวลาที่เหมาะสม สร้างความปลอดภัยทั้งแม่และลูก แต่ทั้งนี้ก็อาจมีโอกาพลาดกันได้บ้าง อาจจะไม่แม่นยำร้อยละเปอร์เซ็นต์ ซึ่งในอนาคตอาจจะนำไปวิเคราะห์หาค่าความคลาดเคลื่อนเกิดจากปัจจัยอะไรบ้าง แล้วจะแก้ไขอย่างไร”

ในส่วนของการเก็บข้อมูล นพ.สุจิต จะเป็นผู้ทำด้วยตัวเองทั้งหมด เนื่องจากคนอื่นมีภาระในห้องคลอดมากอยู่แล้ว และเคสแบบนี้ไม่ได้มีอยู่มากนัก จึงคิดว่าสามารถทำได้ด้วยตัวเอง แต่งานวิจัยอย่างอื่นมีทีมงานที่เก็บข้อมูลให้ ส่วนเรื่องสถิติ อาจารย์ชยันตร์ธร ปทุมานนท์, อาจารย์ชไมพร ทวีศรี กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะเป็นผู้ดูแลทั้งหมด

“งานวิจัยที่ทํานี้เป็นงานที่นอกเหนือจากงานประจำ คนที่จะทำต้งนี้ก็ต้องมีใจรัก ทางโรงพยาบาลลำพูนไม่ได้มีคำตอบแทนในการทำงานส่วนนี้ ผลประโยชน์ที่ได้รับก็คือ มีงานวิจัยเป็นของตัวเองเท่านั้น ส่วนตัวแล้วมองว่า เงินไม่ได้เป็นอุปสรรคในการทำงาน เพราะการทำงานวิจัยเป็นสิ่งที่มีความหมายและทำให้เกิดความรู้ใหม่ แต่ปัญหาคือเรื่องนักสถิติที่ยังขาดแคลนอยู่ แต่โชคดีมากที่ได้อาจารย์สองท่านจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่มาช่วย สิ่งสำคัญที่สุดในการทำงานวิจัยคือใจ หัวใจเป็นประเด็นสำคัญ ส่วนอื่นนั้นเป็นเรื่องปลีกย่อย”

ทั้งนี้ผลงานวิจัยเรื่อง “การสร้างและตรวจสอบการใช้นคะแนนเสี่ยง เพื่อทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะไม่เต็มสัดส่วนกันของเชิงกรานแม่กับศีรษะลูก” ได้รับรางวัลผลงานวิชาการยอดเยี่ยมของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2549 ได้ไปพรีเซนต์งานวิจัยในเวทีโลก ในส่วนที่เกี่ยวกับการคิดค้นเครื่องมือโดยใช้วิธีการที่เหมาะสมได้ไปพรีเซนต์ในการประชุมวิชาการ XIX FIGO WORLD CONGRESS 2009 ที่เมืองเคปทาวน์ ประเทศแอฟริกาใต้ และได้รับการเผยแพร่ไปในวงกว้าง มีหลายโรงพยาบาลนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาลของตัวเอง

“ผมอยากให้มองโรงพยาบาลลำพูนเป็นตัวอย่างว่าเมื่อก่อนก็ไม่มีการทำงานวิจัย แต่เมื่อเราลงมือทำจริง สิ่งเหล่านี้ก็เกิดขึ้นได้ แต่ก็ต้องดูในเรื่องของความพร้อมของโรงพยาบาลด้วยว่ามีความพร้อมไหม สนใจเรื่องนี้ไหม มีงบประมาณด้านนี้ไหม มีทีมงานที่จะช่วยเหลือไหม สุดท้ายคือทีมงานมีความพร้อมที่จะทำหรือยัง แม้วันนี้หลายสิ่งหลายอย่างอาจจะยังไม่พร้อมสำหรับการทำวิจัยมากนัก แต่สำหรับนักวิจัยมือใหม่ทั้งหลาย ขอให้มีความสนใจ ใฝ่รู้ มุ่งมั่น และสนุกกับมัน อย่ามองว่างานวิจัยเป็นภาระ ให้มองว่างานวิจัยที่เราทำอาจจะทำให้เกิดมิติใหม่กับวงการก็ได้” นพ.สุจิต กล่าวทิ้งท้าย



OTPP จากชาอู่หลง

กับฤทธิ์ต้านภาวะอ้วนลงพุง

บทนำ

ภาวะอ้วนลงพุง หรือเมตาบอลิก ซินโดรม (Metabolic syndrome) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยสาเหตุสำคัญมาจากการที่มีไขมันในช่องท้อง (Visceral fat) สะสมมากเกินไป ทำให้เกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เนื่องจากไขมันในช่องท้องสามารถหลั่งสารไซโตไคน์ (Cytokines) ที่ก่อให้เกิดการอักเสบ และขัดขวางการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) นำไปสู่การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งโรคหัวใจ และหลอดเลือดขึ้น (Bastard et al., 2006) ดังนั้น ถ้าเราสามารถลดไขมันสะสมในช่องท้องได้ก็จะช่วยต้านภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ด้วย วิธีการป้องกันและรักษาภาวะอ้วนลงพุงมีหลายวิธี แต่ที่สำคัญคือ ควรผสมผสานหลาย ๆ วิธีเข้าด้วยกัน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนการใช้ยา ซึ่งวิธีนี้อาจมีผลข้างเคียงและเสียค่าใช้จ่ายสูง ปัจจุบันจึงมีการศึกษาค้นคว้าวิจัยสารอาหารและสารพฤกษเคมีจากธรรมชาติต่าง ๆ ที่มีฤทธิ์ในการลดหรือควบคุมปริมาณไขมันในร่างกาย โดยสารพฤกษเคมีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่น่าสนใจว่ามีฤทธิ์ในการลดภาวะอ้วนลงพุงได้ นั่นก็คือ **OTPP (Oolong Tea Polymerized Polyphenols)** ซึ่งเป็นสารโพลีฟีนอลที่พบในชาอู่หลงเท่านั้น (Rong-rong et al., 2009)

ชาอู่หลง

ชาอู่หลงเป็นชากึ่งหมัก ผ่านกระบวนการนวดและบ่มเล็กน้อย มีกลิ่นหอม รสชาติขมคอ มีการศึกษาวิเคราะห์ปริมาณสารพฤกษเคมีที่พบในชาอู่หลง ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยสารที่พบในปริมาณมากนั้นเกิดจากกรรมวิธีการแปรรูปใบชาที่เรียกว่า การบ่มแบบกึ่งหมัก (Semi-fermentation) จะก่อให้เกิดสาร “OTPP (Oolong Tea Polymerized Polyphenols)” ซึ่งเป็นสารโพลีฟีนอลที่พบในชาอู่หลงเท่านั้น (Rong-rong et al., 2009) OTPP ไม่พบในชาเขียว ชาขาว ชาดำ และออกฤทธิ์ได้ดีกว่าสารโพลีฟีนอลอื่น ๆ ในการลดไขมันในช่องท้องหรือต้านภาวะอ้วนลงพุง (Han et al., 1999; Rumpler et al., 2001; Komatsu et al., 2003)

จากการศึกษาวิจัยทางคลินิกหลายการศึกษาแสดงให้เห็นคุณสมบัติของชาอู่หลงต่อสุขภาพในแง่ต่าง ๆ ได้แก่ มีคุณสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ (Kuroda et al., 1999; Siddiqui et al., 2004) ลดระดับไขมันในเลือด (Rong-rong et al., 2009; Yi D et al., 2013) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Hosoda et al., 2003) ลดความดันโลหิต (Yang and Koo, 2000) ลดความเสี่ยงต่อการ

เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Yang and Koo, 1997) รวมทั้งลดความอ้วน (Han, 1999; Rumpler, 2001; Komatsu et al., 2003)

ตารางที่ 1 แสดงชนิดของสารพฤกษเคมีต่าง ๆ ในชาอู่หลง

ชนิดของสารพฤกษเคมี	ปริมาณ (มก./100 มล.)
Oolong Tea Polymerized Polyphenols (OTPP)	33.65
Epigallocatechin gallate	25.73
Caffeine	23.51
Epigallocatechin	16.14
Gallocatechin	6.68
Epicatechin gallate	5.73
Epicatechin	5.08
Gallic acid	2.19
Gallocatechin gallate	1.85
Catechin	1.65
Catechin gallate	0.60

ที่มา Chin J Integr Med 2009;15(1):34-41.

คุณสมบัติของ OTPP ในชาอู่หลงต่อการลดภาวะอ้วนลงพุง

มีการศึกษาวิจัยทางคลินิกหลายการศึกษาแสดงให้เห็นผลของการบริโภค OTPP จากชาอู่หลงต่อการลดภาวะอ้วนลงพุงในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การศึกษาแรกทำการวิจัยในปี ค.ศ. 2007 โดย Junichi N และคณะ ทำการศึกษาแบบ Randomized double-blind placebo-controlled study พบว่า การดื่มชาอู่หลงที่มี OTPP ปริมาณสูง (OTPP 70 มก./350 มล.) เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ช่วยลดไขมันในช่องท้อง (Visceral fat) ลดลง โดยไม่มีผลข้างเคียงใด ๆ (Junichi et al., 2007) ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 Nakamura J และคณะ พบว่า การดื่มชาอู่หลงสามารถลดไขมันสะสมในช่องท้อง (Visceral fat) และขนาดรอบวงเอวได้ (Nakamura et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rong-rong H และคณะ ในปี ค.ศ. 2009 ซึ่งพบว่าการดื่มชาอู่หลงวันละ 8 กรัม เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ทำให้น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 1 กิโลกรัม ไขมันสะสมในร่างกายลดลง 12% และมีเส้นรอบวงเอวที่เป็นตัวบ่งชี้ไขมันสะสมในช่องท้องลดลง (Visceral fat) (Rong-rong et al., 2009) และการศึกษาวิจัยล่าสุดเป็นการศึกษาของ Maekawa M และคณะ พบว่า การดื่มชาอู่หลงที่มี OTPP ทำให้น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย มวลไขมันรวมในร่างกาย ไขมันในช่องท้อง (Visceral fat) เส้นรอบวงเอว เส้นรอบวงสะโพก และความหนาของชั้นไขมันใต้ผิวหนัง

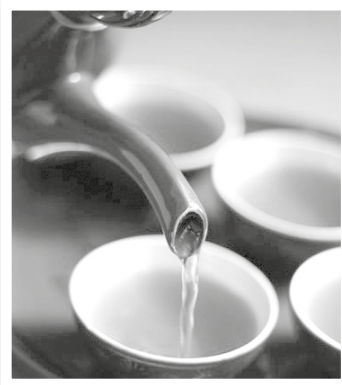
ลดลง และมีความปลอดภัยในการบริโภค (Maekawa et al., 2011) ดังนั้น การดื่มชาอู่หลงที่อุดมไปด้วยสาร OTPP จึงมีประสิทธิภาพในการป้องกันและบำบัดภาวะอ้วนลงพุงหรือเมตาบอลิก ซินโดรมได้

กลไกการออกฤทธิ์ของ OTPP ในชาอู่หลง

จากการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์หลายการศึกษาสามารถสรุปกลไกการออกฤทธิ์ของ OTPP ในชาอู่หลงต่อการช่วยลดภาวะอ้วนลงพุงได้ 2 กลไกหลัก คือ

1. ยับยั้งเอนไซม์ไลเปส ทำให้การดูดซึมไขมันจากอาหารลดลง ส่งผลให้ไขมันถูกขับออกทางอุจจาระเพิ่มขึ้น และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดหลังมื้ออาหารลดลง

การศึกษาของ Nakai M และคณะ พบว่า OTPP ในชาอู่หลงสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ไลเปสจากตับอ่อน (Pancreatic lipase) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ช่วยทำให้เกิดการดูดซึมไขมันที่ลำไส้เล็ก จึงช่วยลดการดูดซึมไขมัน โดย OTPP สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ไลเปสได้มากกว่า EGCG ซึ่งเป็นสารโพลีฟีนอลที่พบในชาเขียวและชาทั่วไป (Nakai et al., 2005) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การดื่มชาอู่หลงสามารถยับยั้งการดูดซึมไขมัน ส่งผลให้เพิ่มการขับไขมันออกทางอุจจาระ (Fecal lipid excretion) ได้ การศึกษาของ Hsu TF และคณะ ทำการศึกษาแบบ Double-blind placebo-controlled crossover design พบว่า การดื่ม



ชาอู่หลงปริมาณ 750 มล. ซึ่งมีสาร OTPP ประมาณ 200 มก. ช่วยเพิ่มการขับไขมันออกทางอุจจาระได้ (Hsu et al., 2006) และการศึกษาของ Hara Y และคณะ พบว่า การดื่มชาอู่หลงที่อุดมไปด้วยสาร OTPP สามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดหลังการรับประทานอาหารไขมันสูงได้ประมาณ 18% (Hara et al., 2004) ซึ่งบ่งชี้ว่ามีการดูดซึมไขมันจากอาหารลดลง

2. กระตุ้นกระบวนการเผาผลาญพลังงานภายในร่างกายให้เพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาของ Rumpler W และคณะ พบว่าการดื่มชาอู่หลงที่มี OTPP ทำให้ร่างกายมีการสลายไขมัน (Fat oxidation) เพิ่มขึ้นถึง 12% (Rumpler et al., 2001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Komatsu T และคณะ ทำการศึกษาผลของชาอู่หลงและชาเขียวต่ออัตราการเผาผลาญพลังงานพบว่า หลังจากที่ยาสาสมัครดื่มชาอู่หลงและชาเขียวเป็นเวลา 2 ชั่วโมง อัตราการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นเป็น 10% และ 4% ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับ การดื่มน้ำตามปกติ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดื่มชาอู่หลงที่มี OTPP ซึ่งไม่พบในชาเขียวนั้น ส่งผลในการเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานได้ดีกว่าชาเขียวถึง 2 เท่า (Komatsu et al., 2003)

สรุป

ชาอู่หลงคือ ชาที่มีการบ่มแบบกึ่งหมัก ทำให้ได้สารออกฤทธิ์สำคัญ ได้แก่ OTPP ซึ่งเป็นโพลีฟีนอลที่พบเฉพาะในชาอู่หลงเท่านั้น มีคุณสมบัติในการต่อต้านอนุมูลอิสระ ลดการดูดซึมไขมัน โดยผ่านทางกลไกการยับยั้งเอนไซม์ไลเปส ที่ย่อยไขมัน ทำให้ไขมันที่ไม่ถูกย่อยถูกขับออกทางอุจจาระเพิ่มขึ้น และดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดลดลง จึงทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดหลังมื้ออาหารลดลง ทั้งยังช่วยกระตุ้นกระบวนการเมตาบอลิซึม และเพิ่มการเผาผลาญไขมัน จึงช่วยลดภาวะอ้วนลงพุงได้ในชาเขียว ชาขาว ชาดำ เหล่านี้ไม่พบ OTPP ซึ่งออกฤทธิ์ได้ดีกว่าสารโพลีฟีนอลอื่น ๆ ในการลดไขมันในช่องท้องหรือต้านภาวะอ้วนลงพุง นอกจากนี้ชาอู่หลงยังมีคุณสมบัติในการลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดความดันโลหิต รวมทั้งลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Bastard J.P., Maachi M., Lagathu C., Kim M.J., Caron M., Vidal H., et al. (2006). Recent advances in the relationship between obesity, inflammation, and insulin resistance. *Eur Cytokine Netw*, 17(1):4-12.
- Han L.K., Takaku T., Li J., Kimura Y., Okuda H. (1999). Anti-obesity action of oolong tea. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 23:98-105.
- Hara Y., Moriguchi S., Krumoto A., Nakai M., Ono Y., Abe K., et al. (2004). Suppressive effect of oolong tea polymerized polyphenols – enriched oolong tea on postprandial serum triglyceride elevation. *Jpn Pharmacol Ther*, 32(6):75-82.
- Hosoda K., Wang M.F., Liao M.L., Chuang C.K., Iha M., Clevidence B., et al. (2003). Antihyperglycemic effect of oolong tea in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26:1714-1718.
- Hsu T.F., Kusumoto A., Abe K., Hosoda K., Kiso Y., Wang M.F., Yamamoto S. (2006). Polyphenol-enriched oolong tea increases fecal lipid excretion. *Eur J Clin Nutr*, 60(11):1330-1336.
- Junichi N., Takanori T., Keiichi A., et al. (2007). *Jpn Pharmacol Ther*, 35:661-671.
- Komatsu T., Nakamori M., Komatsu K., Hosoda K., Okamura M., Toyama K., et al. (2003). Oolong tea increases energy metabolism in Japanese females. *J Med Invest*, 50:170-175.
- Kuroda Y., Hara Y. (1999). Antimutagenic and anticarcinogenic activity of tea polyphenols. *Mutat Res*, 436:69-97.
- Maekawa M., Teramoto T., Nakamura J., et al. (2011). Effect of long-term intake of "KURO-Oolong tea OTPP" on body fat mass and metabolic syndrome risk in overweight volunteers. *Jpn Pharmacol Ther*, 39:889-900.
- Nakai M., Fukui Y., Asami S., Toyoda-Ono Y., Iwashita T., Shibata H., et al. (2005). Inhibitory effects of oolong tea polyphenols on pancreatic lipase in vitro. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 53:4593-4598.
- Nakamura J., Abe K., Ohta H., Kiso Y. (2008). Lowering Effects of the OTPP (Oolong Tea Polymerized Polyphenols) Enriched Oolong Tea (FOSHU "KURO-Oolong Tea OTPP") on Visceral Fat in Overweight Volunteers. *Jpn Pharmacol Ther*, 36(4):65-73.
- Rong-rong H., Ling C., Bing-hui L., Yokichi M., Xin-sheng Y., Hiroshi K. (2009). Beneficial effects of oolong tea consumption on diet-induced overweight and obese subjects. *Chin J Integr Med*, 15(1):34-41.
- Rumpler W., Seale J., Clevidence B., Judd J., Wiley E., Yamamoto S., et al. (2001). Oolong tea increases metabolic rate and fat oxidation in men. *J Nutr*, 131:2848-2852.
- Siddiqui I.A., Afaq F., Adhami V.M., Ahmad N., Mukhtar H. (2004). Antioxidants of the beverage tea in promotion of human health. *Antioxid Redox Signal*, 6:571-582.
- Yang T.T., Koo M.W. (1997). Hypocholesterolemic effects of Chinese tea. *Pharmacol Res*, 35:505-512.
- Yang T.T., Koo M.W. (2000). Chinese green tea lowers cholesterol level through an increase in fecal lipid excretion. *Life Sci*, 66:411-423.
- Yi D., Tan X., Zhao Z., Cai Y., Li Y., Lin X., et al. (2013). Reduced risk of dyslipidaemia with oolong tea consumption: a population-based study in southern China. *Br J Nutr*, 14:1-9.



คณะแพทยศาสตร์ รามาฯ จัดประชุมวิชาการประจำปี 2557 “Integrative Medicine (การแพทย์แบบบูรณาการ)”

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 ภายใต้ชื่อ “Integrative Medicine (การแพทย์แบบบูรณาการ)” ระหว่างวันที่ 30 เมษายน - 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ณ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ความก้าวหน้า และผลงานทางด้านวิชาการ นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนต่อไป

ศ.นพ.วชิร คชการ รองคณบดีฝ่ายวิชาการ และประธานการจัดประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า “คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการจัดประชุมวิชาการเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ความก้าวหน้า และผลงานทางด้านวิชาการของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีไปสู่แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกสาขา นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนต่อไป”

โดยในปีนีทางคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จะจัดการประชุมในระหว่างวันที่ 30 เมษายน - 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ภายใต้ชื่อ “Integrative Medicine (การแพทย์แบบบูรณาการ)” เนื่องจากปัจจุบันวิชาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้าอย่างมาก ประกอบกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละโรคจำเป็นต้องใช้การรักษาแบบบูรณาการ เพื่อให้ผลของการดูแลรักษา รวมทั้งการป้องกันโรคมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สำหรับไฮไลท์ของงานประชุมวิชาการครั้งนี้ยังคงไว้เหมือนเช่นทุกปีที่ผ่านมาคือ ปาฐกถาเพื่อรำลึกถึงอดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประกอบด้วย ปาฐกถาอารี วลัยะเสวี โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และปาฐกถารจิต บุรี ครั้งที่ 25 โดย นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (สมช.) ผู้ได้รับรางวัลศิษย์เก่าแพทย์รามาธิบดีดีเด่น ปี พ.ศ. 2557 รวมทั้งยังมีการบรรยายพิเศษโดย พญ.พัชร ชันติพงษ์ อดีตรองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนา



ศ.นพ.วชิร คชการ

ระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้ได้รับรางวัลศิษย์เก่าแพทย์รามาธิบดี ผู้อุทิศตนเพื่อสังคม ปี พ.ศ. 2557 ซึ่งจะมาเล่าเรื่องราวการปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จ

ทั้งนี้งานประชุมวิชาการในครั้งนี้จะมีหัวข้อการประชุมทางการแพทย์ ตั้งแต่องค์ความรู้ทางด้านการป้องกันโรค การรักษา รวมถึงความก้าวหน้าต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น Integrative surgical innovation: Robotic Surgery in Urology โดย รศ.นพ.กิตติณัฐ กิจวิทย์ และ ผศ.นพ.วิสูตร คงเจริญสมบัติ, Life Beyond Menopause โดย อ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ผศ.พญ.ดร.อารีย์พรรณ โสภณสฤษฏ์สุข, คุณวิพพงค์ สิ้นสูงสุด และ รศ.พญ.มยุรี จิรภิญโญ, The story of Alzheimer's disease: Where are we now? โดย ผศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร, อ.นพ.สัญญา กุลลาดี, อ.พญ.พิษณุวดี จิตตโรภาส และ อ.ดร. นพ.วิทยา สังขรัตน์, Childhood obesity: A battle to beat โดย คุณสุธิดา ซาติวุฒินันท์ และ คุณพรณเพ็ญ พูนลาภเดชา, How does Poison Center decrease morbidity and mortality

of poisoning? โดย ศ.นพ.วินัย วนานุกุล, ผศ.พญ.สาทรียา ตระกูลศรีชัย และ คุณจารุวรรณ ศรีอาภา, ความรุนแรงในครอบครัว หัวข้อ เลือกคู่ไม่นำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัว โดย ศ.พญ.นงพงา ลิ้มสุวรรณ หัวข้อ เลี้ยงลูกอย่างไรจึงไม่เป็นผู้ใหญ่ที่ใช้ความรุนแรง โดย รศ.พญ.สุวรรณี พุทธิศรี, สมุนไพรไม่จ่ายอย่างที่คุณคิด หัวข้อ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรจะมีคุณภาพดีขึ้นกับอะไร? โดย รศ.ดร.ภญ.พนมาศ สุนทรเจริญนนท์ หัวข้อ อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน โดย รศ.ดร.ภก.สมภาพ ประธานธรรมาภิบาล

การนำเสนอและอภิปรายในเรื่อง **Experiences of Change Agents in Incubating Agents for Change** โดย ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน, ศ.นพ.วีรศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์ และ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ **Rama-Chakri: Integration Towards the Making of Enlightened Change Agents** โดย ศ.นพ.วินิต พัวประดิษฐ์ และทีมบริหารสถาบันการแพทย์จักรินฤพดินทร์ เพื่อนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ในการก่อสร้างสถาบันการแพทย์จักรินฤพดินทร์ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ และระดมความคิดเห็นในการผลิตนักศึกษาแพทย์ที่จะออกมาใช้สังคมว่าควรไปในทิศทางใด นอกจากนี้ยังมีหัวข้อที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ที่น่าสนใจไม่แพ้กันอย่าง **Wealth management** โดย คุณสมิทธิ์ พนมยงค์ ผู้ช่วยผู้จัดการใหญ่สายเงินฝากและการลงทุน ธนาคารไทยพาณิชย์

รูปแบบการประชุมวิชาการครั้งนี้จะมีการบรรยายเดี่ยวและการบรรยายเดี่ยวสลับกับการอภิปรายกลุ่ม มีการนำเสนอผลงานของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน การประกวดงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน และนิทรรศการทางการแพทย์ ทำให้แต่ละวันมีความหลากหลาย ไม่น่าเบื่อ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นร่วมกัน โดยสถานที่จัดงาน อาคารหลักคือ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในบางหัวข้อ เช่น เรื่องสถาบันการแพทย์จักรินฤพดินทร์ ซึ่งคาดว่าจะได้รับความสนใจสูง จะไปจัดที่ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ส่วนบริษัทต่าง ๆ ที่มาออกบูธก็อำนวยความสะดวกให้อยู่บริเวณใกล้เคียงกับสถานที่จัดการประชุม

กลุ่มเป้าหมายของการประชุมวิชาการครั้งนี้จะประกอบไปด้วย แพทย์ทั่วไป พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกสาขาที่ปฏิบัติงานอยู่ทั่วประเทศ ศิษย์เก่าของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มแพทย์จบใหม่ที่ปฏิบัติงานอยู่พื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศที่จะได้มีโอกาสสัมผัสถึงความก้าวหน้าของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งอาจจะ

เป็นสถานที่ศึกษาต่อยอดเป็นแพทย์เฉพาะทางของท่านต่อไป อีกกลุ่มหนึ่งที่ทางคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีให้ความสำคัญเสมอมาคือ กลุ่มแพทย์อาวุโส ซึ่งหากท่านมีอายุเกิน 60 ปี สามารถเข้าร่วมประชุมวิชาการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับสถาบันที่มีนักศึกษาแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านร่วมฝึกอบรมกับทางคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จะมีการถ่ายทอดการประชุมวิชาการด้วยระบบ Teleconference ในบางหัวข้อที่น่าสนใจ และคิดว่ากลุ่มเป้าหมายเหล่านั้นจะได้รับประโยชน์ โดยที่ไม่ต้องเดินทางมาร่วมงานประชุมด้วย ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมงานประชุมวิชาการจะได้รับคะแนน CME, CNEU ด้วย

“การประชุมวิชาการในครั้งนี้จะเป็นการเผยแพร่ชื่อเสียงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในภาพกว้างและเชิงลึกมากขึ้น ให้ทุกท่านได้ทราบว่าทางคณะฯ ได้ทำคุณประโยชน์อะไรแก่สังคมบ้าง ซึ่งผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยต่าง ๆ ในท้ายที่สุดแล้วจะถ่ายทอดประโยชน์ไปสู่ประชาชน สังคม และประเทศชาติต่อไป จึงอยากเชิญชวนแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ศิษย์เก่า และผู้สนใจทุกท่านเข้าร่วมประชุมวิชาการในครั้งนี้ เพื่อรับทราบข้อมูลใหม่ ๆ ความก้าวหน้าใหม่ ๆ ที่การประชุมวิชาการครั้งนี้จะได้นำเสนอเพื่อให้ท่านได้ไปสานต่อและทำประโยชน์แก่ผู้ป่วยของท่าน ชุมชนของท่านต่อไป” ศ.นพ.วัชร กล่าวทิ้งท้าย

สำหรับอัตราค่าลงทะเบียนแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนงาน 2,000 บาท ลงทะเบียน 1 วัน 1,000 บาท ศิษย์เก่าแพทย์ ศิษย์เก่าพยาบาล รามาธิบดี ตลอดจนงาน 1,500 บาท ลงทะเบียน 1 วัน 500 บาท Resident/Fellow/นักศึกษาปริญญาเอก-โท/ผู้เข้าอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ของคณะฯ ตลอดจนงาน 1,000 บาท ลงทะเบียน 1 วัน 400 บาท นักศึกษาแพทย์/นักศึกษาพยาบาล/นักศึกษาวิทยาศาสตร์สาขาความผิดปกติของการสื่อความหมายของคณะฯ ฟรีค่าลงทะเบียน ผู้สนใจสามารถติดต่อได้ที่ งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1 โทรศัพท์ 0-2201-1542, 0-2201-2193, 0-2201-2258 โทรสาร 0-2201-2607 ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป โดยสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://academic.ra.mahidol.ac.th>



วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
6-8 พฤษภาคม 2557 	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	โครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษาเกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (รุ่นที่ 2) เรื่อง "Learning & Intervention in Special Child" ณ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	โทรศัพท์ 0-2354-8333-43 ต่อ 5117, 5122, 0-2354-8927, 08-8874-4674 โทรสาร 0-2354-8088 E-mail: QSNICH.Training@Gmail.com www.childrenhospital-training.com
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.thaipediatics.org
14-16 พฤษภาคม 2557 	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	การประชุมวิชาการ The 2 nd SWU Palliative Care Conference 2014 เรื่อง All about Palliative Care ณ ภูเขางาม รีสอร์ท จ.นครนายก	โทรศัพท์ 0-3739-5085-6, 08-6057-7149 www.medicine.swu.ac.th/msmc
19-20 พฤษภาคม 2557 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการสูตินรีเวชส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 7 จ.อุดรธานี	www.rtcog.or.th
21-23 พฤษภาคม 2557 	ภาควิชาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การอบรมเชิงปฏิบัติการ "Basic molecular techniques: Immunohistochemistry and Western blotting" ณ ภาควิชาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1180-1 โทรสาร 0-7442-9584 E-mail: bmayuree@mmedicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
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
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
22-23 กรกฎาคม 2557 	ราชวิทยาลัยประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยโสต คอ นสิกแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุม Practical Course in Minimally Invasive Pituitary Surgery Endoscopic vs. Keyhole Hands-on Dissection ณ ตึกเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 11 โรงพยาบาลราชวิถี และอาคารแพทย์พัฒนา ชั้น 4 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โทรศัพท์ 08-0275-5905, 0-2354-8108 ต่อ 2303 E-mail: dessertilly@gmail.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มวงการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สสวส จำกัด 71/17 ถนนบรมชนกนที แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2014

Date	Title	City	Country	Contact
23-27 June 2014 	Comprehensive Industrial Hygiene: The Application of Basic Principles	Boston, Massachusetts	United States of America	https://ecpe.sph.harvard.edu/Industrial-Hygiene
27-28 June 2014 	4 th International Conference Advances in Clinical Neuroimmunology (ACN 2014)	Cracow	Poland	www.acn2014.eu
3-4 July 2014 	International Conference on Agricultural, Ecological and Medical Sciences (AEMS-2014)	London	United Kingdom	www.iicbe.org/2014/07/05/47
3-4 July 2014 	International Conference Global Public Health	Negombo	Sri Lanka	www.health3000.org
11-12 July 2014 	2014 Summer Global Nursing Symposium	Los Angeles, California	United States of America	www.uofriverside.com/conferences/global-nursing-symposium/2014-summer-global-nursing-symposium/
21-22 July 2014 	Wounds Conference & Expo 2014	Manchester, Mark Almond	United Kingdom	www.salford.ac.uk/spd/coursedetails?courseid=WOUNDSfn8Y
3-7 August 2014 	The 2014 Clute Institute International Academic Conference	San Francisco, California	United States of America	http://cluteinstitute.com/conferences/2014SFconf.html
4-5 August 2014 	The MacroJournals Conference on Medicine, Science, and Technology- Dubrovnik 2014	Dubrovnik	Croatia	http://macrojournals.com/dubrovnik
6-8 August 2014 	The Asian Symposium on Healthcare without Borders	Hiroshima	Japan	www.esdfocus.org/healthcare-without-borders-symposium/

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

บรรยายวิชาการ

บริษัท สีส้มการแพทย์ จำกัด ร่วมกับ ชมรมเภสัชกรโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข จัดบรรยายวิชาการเรื่อง “Hypertension 2014; New guidelines to clinical practice” โดยวิทยากร Assoc.Prof.Dilok Piyayotai, Thammasat University Hospital เมื่อวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมามี ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ รัชดา กรุงเทพฯ พร้อมกันนี้ขอแสดงความยินดีที่บริษัท สีส้มการแพทย์ได้รับรางวัล “อย. QUALITY AWARD 2013” เมื่อไม่นานมานี้



เยี่ยมชมสถาบันวิจัย

บริษัท ดูเม็กซ์ จำกัด (ประเทศไทย) ในกลุ่มบริษัทดานอน ได้รับเกียรติจากคณะสตูดิโอแพทย์ กุมารแพทย์ และนักวิชาการด้านโภชนาการผู้เชี่ยวชาญจาก 11 โรงพยาบาล ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยแพทย์ชั้นนำทั่วประเทศ เข้าเยี่ยมชมนวัตกรรมความก้าวหน้าของ “สถาบันวิจัยนุทริเซีย” ศูนย์วิจัยและพัฒนาโภชนาการวัยแรกเริ่มของชีวิต ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการเจริญเติบโต

เพื่อการมีพัฒนาการที่สมวัยและการมีสุขภาพที่ดีในระยะยาวของชีวิต นำทีมโดย ศ.เกียรติคุณ นพ.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ ประธานกรรมการวางแผนกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ โดยมี มร.กฤษดาโว อิลเดนแบรนต์ กรรมการผู้จัดการ บริษัท ดูเม็กซ์ จำกัด (ประเทศไทย) พร้อมด้วยคณะผู้บริหารระดับสูงให้เกียรติต้อนรับ ณ เมืองอูเทรค ประเทศเนเธอร์แลนด์ เมื่อไม่นานมานี้

รับรางวัลชนะเลิศ

ตัวแทนจากทีมโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ขึ้นรับมอบรางวัลชนะเลิศ EACC Excellence Award ประเภท Asthma จาก รศ.นพ.วัชรานุกูลสวัสดิ์ ประธานเครือข่ายคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย (Easy Asthma and COPD Clinic Network) (ขวา) ใน งานประชุมใหญ่ประจำปีเครือข่ายคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย ครั้งที่ 10 โดยมีผลงานเป็นคลินิกที่สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดให้ได้ตามเป้าหมาย และเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติการสาธารณสุขการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ณ โรงแรมเอเชีย ราชเทวี เมื่อไม่นานมานี้



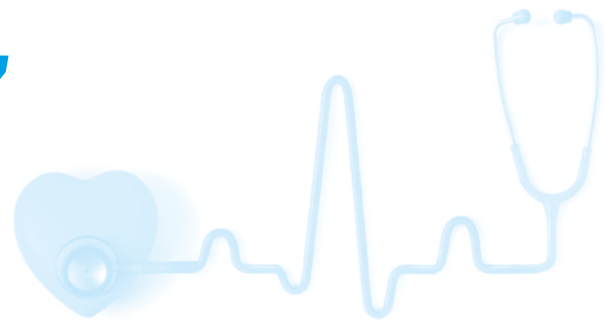
เปิดตัวสินค้าใหม่

นายโยะชิคาซึ นัมโมโตะ ประธานบริษัท, นายมะสะอะกิ ยะสุอิ รองประธาน และ น.ส.พรพิศ ตันมธุสรชัย ผู้จัดการฝ่ายการตลาด บริษัท คาลพิสโอสโตสกา จำกัด ผู้ผลิตเครื่องดื่มแบรนด์ “คาลพิส แลคโตะ” ร่วมเปิดตัวสินค้าใหม่ “คาลพิส แลคโตะ” ด้วยเอกลักษณ์เฉพาะ เน้นความสดชื่น แปลกใหม่ไม่เหมือนใคร ดื่มง่าย พร้อมเปิดตัว Brand's Ambassador หุ่นหล่อหน้าใสพระเอกซูเปอร์ดาวหน้าของเมืองไทย “ไอ้-มาริโอ้ เมาเร่อ” กับแคมเปญ “เติมจุด.. จุด.. สนุกได้ไม่สะดุดกับ คาลพิส แลคโตะ” ณ ลานแกรนด์ฮอลล์ ชั้น 1 ศูนย์การค้าสยามดิสคัฟเวอรี เมื่อไม่นานมานี้

วงการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย

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



ร.พ.จุฬารณ
กรุงเทพฯ

ร.พ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
จ.ปทุมธานี



ร.พ.ปทุมเวช
จ.ปทุมธานี

ร.พ.ประชาธิปัตย์
จ.ปทุมธานี





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เกษตรกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการแพทย์**

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการยา**

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคาร สังกัด ปณ.คลังเงิน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาถือปัส ปันเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

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

หมายเหตุ

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

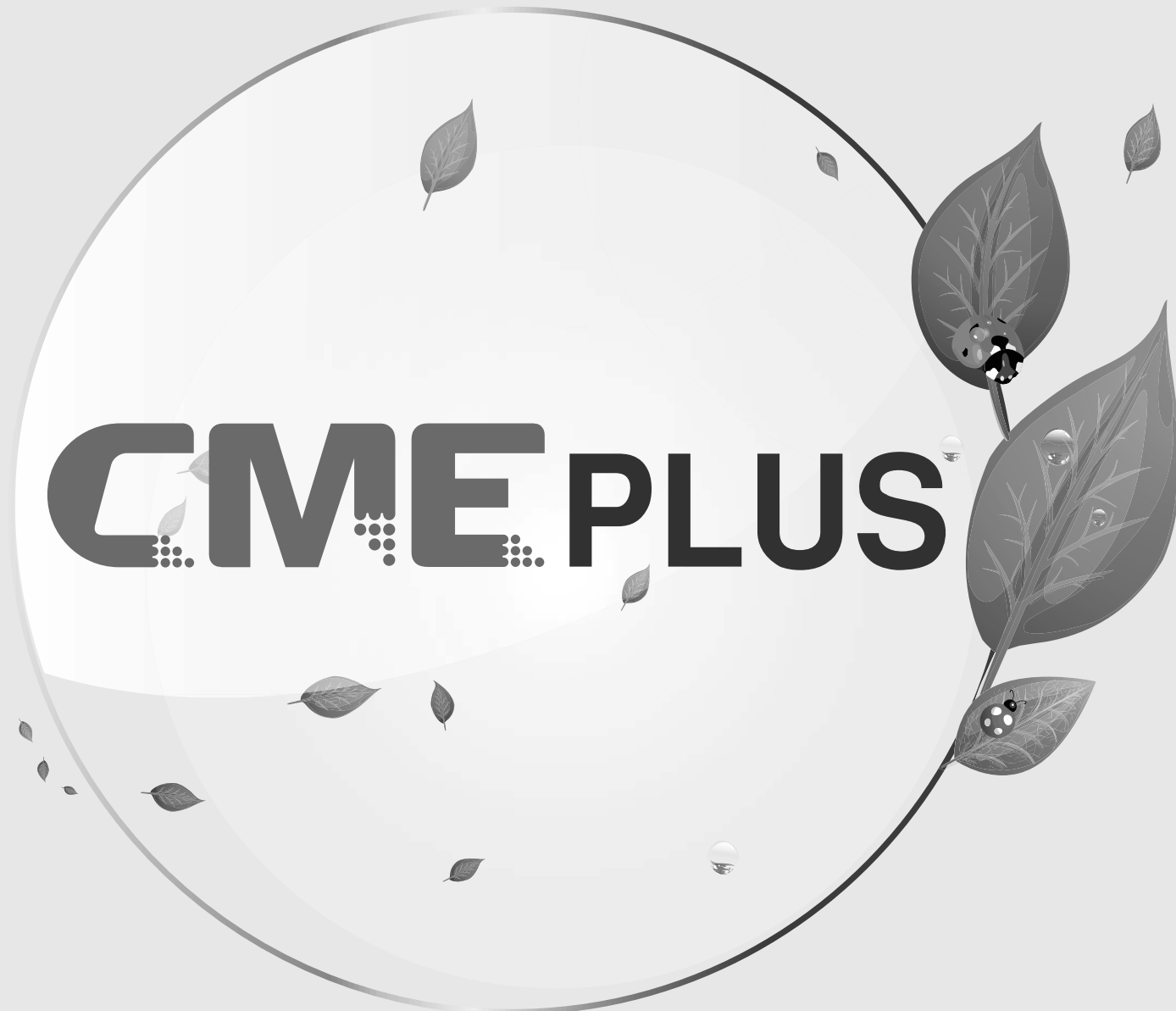
แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education



CME PLUS

ชาอู่หลง
ใหม่! ที่ พลัส
กลิ่นดอก
ออสแมนตัส
หอมกลิ่นดอกไม้อ่อนๆ... ชื่นใจ



Minimize detrimental effect of the sun!!

Maximize fresh and **silky smooth feel.**



SpectraBAN™

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