



ปีที่ 16 ฉบับ 415 ประจำวันที่ 1-15 มิถุนายน พ.ศ. 2557

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com



ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ

มอบรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น และอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น

ประจำปี พ.ศ. 2557



SPEEDA™

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

Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

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

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



BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life

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

SPEEDA 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 Immunity Response to a Second Booster Dose. *CLINICAL AND VACCINE IMMUNOLOGY*, Sept. 2011, p. 1477-147.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ สศ. 371/2555

Get Up

- แนะนำออกกำลังกายหญิงวัยสามสิบ
- เตือนพ่อแม่ระวังพฤติกรรมเฝ้าจอ
- ขึ้นปรับนโยบายราคายา

จุฬาปริทัศน์

การประเมินผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง

เฉพาะโรค

การใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็ว
(Rapid Sequence Intubation)

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.

Precise and integrated patient data for visible safety and measurable efficiency.

Medical minds think alike.



Mindray's One Solution is an advanced ecosystem of fully interoperable patient monitoring and life support devices that promote visible safety and measurable efficiency across all points of pre-, peri-, and post-operative care.

1
SOLUTION



www.mindray.com

mindray
healthcare within reach

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), 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

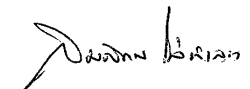
183 อาคารรัตนการ ชั้น 10 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร. 0-2676-6770-9 แฟกซ์ 0-2676-6780

การเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์ในอาเซียน

ในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยได้ไปตกลงกับประเทศในอาเซียน 10 ประเทศว่า ในปลายปี พ.ศ. 2558 เราจะปฏิบัติตามข้อตกลงของอาเซียน โดยมีวัตถุประสงค์ 4 อย่างคือ ให้มีการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์อย่างอิสระ มีการแลกเปลี่ยนความรู้กัน แบ่งปันแนวทางการดูแลสุขภาพโรคต่าง ๆ และช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้านให้พัฒนามากขึ้น 3 รายการสุดท้ายเรามีความพร้อม โดยที่ไทยเราจัดประชุมวิชาการเป็นภาษาอังกฤษมากขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ของประเทศในอาเซียนเข้ามาประชุมแลกเปลี่ยนความรู้กันมากขึ้น เรามีการปรับข้อบังคับให้แพทย์จากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามารับการศึกษาและฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทยมากขึ้น ส่วนที่เป็นปัญหาคือ การเคลื่อนย้ายบุคลากรไปทำงานข้ามแดนอย่างเสรี เนื่องจากเราต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย การแพทย์นั้นแตกต่างจากวิศวกรหรือสถาปนิกเพราะการก่อสร้างหรือการออกแบบทำกับสิ่งไม่มีชีวิต แต่แพทย์ดูแลผู้ป่วยที่ต้องมีการพูดคุยติดต่อสื่อสาร มีความรู้สึก มีวัฒนธรรมของชุมชนที่แตกต่างกัน ถ้าแพทย์ที่เข้ามาไม่มีความรู้จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ การเคลื่อนย้ายแพทย์ความจริงไม่ใช่การย้ายแบบ

ถาวรหรือการเปลี่ยนสัญชาติ เพราะฉะนั้นเราจึงเน้นการให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแบบชั่วคราวเป็นหลัก ในประเทศไทยมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเพียง 2 ประเภทคือ แบบถาวรและแบบชั่วคราว ในประเทศสิงคโปร์มี 4 แบบคือ แบบเบื้องต้น (provisional) สำหรับแพทย์ที่จบใหม่ แต่ยังไม่ได้เป็นแพทย์ฝึกหัด, แบบมีข้อจำกัด (conditional), แบบชั่วคราว (temporary) และแบบถาวร (full or permanent) ของประเทศไทยถ้าต้องการได้แบบถาวรจะต้องจบจากโรงเรียนแพทย์ที่แพทยสภารับรอง และต้องสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งมี 3 ส่วน 2 ส่วนแรกเป็นเรื่องวิชาการ ข้อสอบเป็นภาษาอังกฤษ ส่วนสุดท้ายต้องสอบเป็นภาษาไทยกับคนไข้ไทย ต้องรู้กฎหมายและวัฒนธรรมไทย ส่วนการได้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมแบบชั่วคราวไม่ต้องสอบและไม่จำเป็นต้องรู้ภาษาไทย แต่ต้องจบจากโรงเรียนแพทย์ที่แพทยสภารับรอง ต้องได้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากประเทศของเขาจะต้องมีแพทย์ไทยประกบดูแล ส่วนใหญ่จะต้องมีส่วนราชการเป็นผู้ขอมา เช่น ให้มาสอนหนังสือ มาทำวิจัย มาช่วยเหลือเวลามีภัยพิบัติ มาดูแลผู้ป่วยต่างชาติตามชายแดน มาช่วยทำงานในโรงพยาบาลของรัฐได้ แพทย์เหล่านี้

ต้องทำงานในสถานที่ที่กำหนดไว้ จะมาเปิดคลินิกส่วนตัวไม่ได้ ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้ ทางแพทยสภากำลังทำการแก้ไขให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาเป็นแพทย์ประจำบ้านเพื่อการฝึกอบรมในไทยได้ อาจให้มาทำหัตถการในโรงพยาบาลเอกชนภายใต้การดูแลโดยภาครัฐได้ แพทย์ชาวต่างชาติจะต้องมีการประกันเรื่องการรักษาผิดพลาดไว้ด้วย เพื่อป้องกันการหนีกลับประเทศเวลาที่มีความผิดพลาดเกิดขึ้น เราจะพยายามทำให้มีการยึดหยุ่นมากขึ้น ถ้ามีคนที่มีความสามารถทำในสิ่งที่เราทำไม่ได้ เรายินยอรับเพื่อการพัฒนาของเรา โอกาสที่แพทย์ไทยออกไปทำงานในประเทศอาเซียนอื่นมีน้อย เพราะอยู่ประเทศไทยดีกว่า แต่แพทย์ต่างชาติอยากเข้ามาประเทศไทยมีมากโดยเฉพาะประเทศฟิลิปปินส์ พม่า เวียดนาม ลาว และกัมพูชา ส่วนแพทย์อินโดนีเซียมักจะไปมาเลเซีย บรูไน สิงคโปร์ เพราะมีภาษาและวัฒนธรรมที่คล้ายกัน


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตูจิตินดา ศ.กิตติคุณ นพ.พินิจ กุลละวณชัย 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.วรวิมล จรรย์วานิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพินิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออ่อนตูล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจนพงษ์

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วาทินี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แบบดิสโซ

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนาชาติสกุลทอง

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

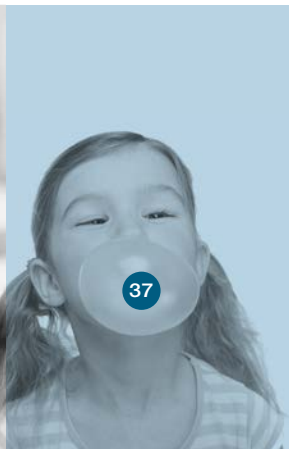
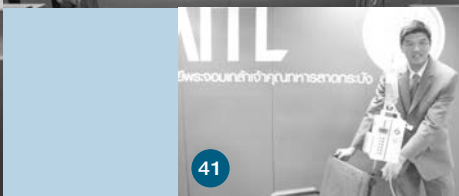
เจ้าของ

บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Contents

The Medical News ฉบับที่ 415 วันที่ 1 - 15 มิถุนายน 2557



3 โลกกว้างทางแพทย์

- การใช้ Aspirin หลังพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีการแสดงออกของ HLA Class I Antigen
- Nonleg Venous Thrombosis ในผู้ป่วยวิกฤติ
- เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาระยะยาวป้องกันหอบหืดกำเริบ

7 In Focus

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ มอบรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น และอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2557

16 เสี้ยวหนึ่งของชีวิต

เลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร

17 Get Up

- แนะนำออกกำลังกายหญิงวัยสามสิบ
- เตือนพ่อแม่ระวังพฤติกรรมเฝ้าจอ
- จีนปรับนโยบายราคายา

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

4 สวามของประวัติศาสตร์จีน

21 เสียงแพทย์

30 บาทรักษาทุกโรคเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ (ต่อ)

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ปลดปล่อยยารักษาโรคตาจากเลนส์สัมผัส (ตอนจบ)

25 จุฬารักษ์

การประเมินผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง

28 Systematic Review

การผ่าตัดรักษาต้อกระจกด้วย accommodative IOL

29 เฉพาะโรค

การใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็ว (Rapid Sequence Intubation)

33 มุมนิติเวช

เรื่องราวเรียนตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 (มาตรา 32) : พิจารณาในเชิงความซับซ้อนแห่งเนื้อหา

37 ข่าวสารการแพทย์

- เด็กไทยเชื้อผิด เคี้ยวหมากฝรั่ง อมลูกอม ดับกลิ่นปาก
- คนไทยป่วยเป็นความดันโลหิตสูงเกือบ 11 ล้านคน
- พบผู้ป่วยรายใหม่เกือบแสนคน

38 รายงานพิเศษ

ซาโนฟี ปาสเตอร์ กับการประสบความสำเร็จในการทดสอบประสิทธิภาพของวัคซีนไข้เลือดออก

40 Movement

41 R2R

พระจอมเกล้าลาดกระบัง จับมือ รามาฯ สร้างอุปกรณ์การแพทย์ เมดิอินไทยแลนด์ ประเดิมใช้ต้นแบบเครื่องให้อาหารเหลวฝีมือคนไทย

42 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

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

ผลเสริมวิตามินดีและการหกล้ม

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

บทความเรื่อง Vitamin D Supplementation and Falls: A Trial Sequential Meta-Analysis รายงานว่า การเสริมวิตามินดีมักได้รับการแนะนำเพื่อป้องกันการหกล้ม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษาผลของวิตามินดีและข้อมูลจาก meta-analyses ของการศึกษาดังกล่าว ยังคงมีผลลัพธ์ที่ขัดแย้งกัน

นักวิจัยประเมินประโยชน์ของการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลลัพธ์ของการเสริมวิตามินดีต่อการหกล้มด้วย trial sequential analysis ซึ่งใช้ risk reduction threshold เท่ากับ 15% ซึ่งการวิเคราะห์ทั้งหมดใช้จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่หกล้มใน intention-to-treat analyses โดย trial sequential analysis ได้วิเคราะห์ cumulative meta-analysis แต่ลดความเสี่ยงของผลบวกจากการทดสอบซ้ำโดยคงความเสี่ยงโดยรวมของความผิดพลาดชนิดที่ 1 ไว้ที่ 5%

จากงานวิจัยรวม 20 การศึกษา (n = 29,535) ซึ่งค่า effect estimate สำหรับวิตามินดีร่วมกับแคลเซียม หรือวิตามินดีอย่างเดียว ไม่มีผล พบว่าการเสริมวิตามินดีไม่ทำให้ relative risk เปลี่ยนได้ 15% หรือมากกว่า สอดคล้องกับผลจาก sensitivity analysis ซึ่งใช้

risk reduction threshold เท่ากับ 10% ผลจาก subgroup analyses ด้วย risk reduction threshold เท่ากับ 15% พบว่า ค่า effect estimate ไม่มีผลสำหรับงานวิจัยที่ศึกษาการเสริมวิตามินดี (16 การศึกษา, n = 22,291) และงานวิจัยที่เสริมวิตามินดีร่วมกับแคลเซียม (6 การศึกษา, n = 9,919)

ข้อมูลจาก pooled analyses ซึ่งว่า การเสริมวิตามินดีอย่างเดียว หรือเสริมวิตามินดีร่วมกับแคลเซียมไม่ได้ลดการหกล้มลง 15% หรือมากกว่า และการศึกษาที่มีรูปแบบเดียวกันในภายหน้าก็น่าจะได้ผลลัพธ์ในทางเดียวกัน ในปัจจุบันจึงยังคงมีหลักฐานไม่มากที่สนับสนุนการจ่ายวิตามินดีเพื่อป้องกันการหกล้ม



การใช้ Aspirin หลังพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มีการแสดงออกของ HLA Class I Antigen

JAMA Intern Med. 2014;174(5):732-739.

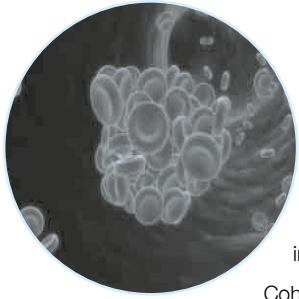
บทความเรื่อง Expression of HLA Class I Antigen, Aspirin Use, and Survival after a Diagnosis of Colon Cancer รายงานว่า การใช้ยา aspirin หลังตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่สัมพันธ์กับการรอดชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้น ซึ่งการระบุสารบ่งชี้ทางชีวภาพที่พยากรณ์ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจส่งผลต่อการปรับการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และลดผลข้างเคียง

นักวิจัยศึกษาประโยชน์จากการใช้ aspirin ขนาดต่ำหลังตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่อาจเป็นผลจากการแสดงออกของ HLA class I antigen โดยศึกษาจากตัวอย่างมะเร็งที่ได้จากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 999 ราย (ตัดออกระหว่างปี ค.ศ. 2002-2008) ซึ่งนำมาตรวจการแสดงออกของ HLA class I antigen และ prostaglandin endoperoxide synthase 2 (PTGS2) ด้วยเทคนิค tissue microarray และวิเคราะห์การกลายพันธุ์ของ PIK3CA ข้อมูลจากการใช้ aspirin ได้จากฐานข้อมูลการจ่ายยา และประเมินการรอดชีวิตด้วยตัวแบบ parametric survival models ซึ่งกระจายแบบ exponential (Poisson) distribution โดยให้การรอดชีวิตโดยรวมเป็นมาตรวัดผลลัพธ์



ประโยชน์ด้านการรอดชีวิตโดยรวมจากการใช้ยา aspirin หลังตรวจพบมะเร็งมี rate ratio (RR) ที่ปรับแล้วเท่ากับ 0.53 (95% CI 0.38-0.74; p < 0.001) กรณีมะเร็งมีการแสดงออกของ HLA class I antigen เทียบกับ RR เท่ากับ 1.03 (0.66-1.61; p = 0.91) กรณีไม่พบการแสดงออกของ HLA antigen ประโยชน์ของ aspirin ใกล้เคียงกัน สำหรับ strong PTGS2 expression (0.68; 0.48-0.97; p = 0.03), weak PTGS2 expression (0.59; 0.38-0.97; p = 0.02) และ wild-type PIK3CA tumors (0.55; 0.40-0.75; p < 0.001) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับมะเร็งชนิด mutated PIK3CA tumors (0.73; 0.33-1.63; p = 0.44)

การใช้ยา aspirin หลังตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่สัมพันธ์กับการรอดชีวิตที่ดีขึ้นหากมะเร็งมีการแสดงออกของ HLA class I antigen ขณะที่ PTGS2 expression ที่เพิ่มขึ้นหรือการพบ mutated PIK3CA ไม่ได้พยากรณ์ประโยชน์จาก aspirin ดังนั้น HLA class I antigen จึงอาจเป็นสารบ่งชี้ทางชีวภาพที่พยากรณ์การรักษาเสริมด้วย aspirin ในมะเร็งลำไส้ใหญ่



Nonleg Venous Thrombosis ในผู้ป่วยวิกฤติ

JAMA Intern Med. 2014;174(5):689-696.

บทความเรื่อง Nonleg Venous Thrombosis in Critically Ill Adults: A Nested Prospective Cohort Study รายงานว่า แนวปฏิบัติได้แนะนำการ

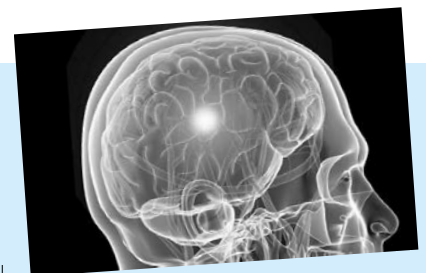
ให้ยาป้องกันลิ่มเลือดอุดตันทุกวันในผู้ป่วยวิกฤติ เนื่องจากความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ซึ่งแม้ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกมักเกิดที่ส่วนรยางค์ล่าง แต่ก็อาจเกิดที่ศีรษะและคอ ลำตัว และส่วนรยางค์บน ขณะเดียวกันก็ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิด nonleg deep venous thromboses (NLDVTs) ปัจจัยโน้มเอียง และความสัมพันธ์ระหว่าง NLDVTs และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด หรือการตาย

นักวิจัยประเมินความถี่ ตำแหน่ง ปัจจัยเสี่ยง การดูแล และผลสืบเนื่องของ NLDVTs ในผู้ป่วยวิกฤติ 3,746 ราย ซึ่งผู้ป่วยคาดว่าจะรักษาในหน่วยวิกฤติอย่างน้อย 3 วัน และเข้าร่วมในการศึกษาการให้ยาป้องกันลิ่มเลือด โดยเปรียบเทียบระหว่าง dalteparin และ heparin มาตรฐาน

ผลลัพธ์หลักและมาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่มี NLDVTs จำนวนเฉลี่ยต่อผู้ป่วย และตำแหน่งที่เกิดการอุดตัน นักวิจัยจำแนก NLDVTs ตามความชุกหรืออุบัติการณ์ (พบใน 72 ชั่วโมงนับจากเข้าหน่วยวิกฤติหรือหลังจากนั้น) หรือการเกิดลิ่มเลือดจากขดลวด และใช้ตัวแบบ multivariable regression models ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อ NLDVT และประเมินการรักษาด้วยยาต้านลิ่มเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดที่เกี่ยวข้องและการตาย

จากผู้ป่วย 3,746 ราย พบว่า 84 ราย (2.2%) เกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ไม่ใช่บริเวณขาหนึ่งจุดหรือมากกว่า (หลอดเลือดดำชั้นผิวหรือหลอดเลือดดำส่วนลึก และหลอดเลือดดำส่วนต้นหรือส่วนปลาย) โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นอุบัติการณ์ ($n = 75$ [2.0%]) มากกว่าความชุก ($n = 9$ [0.2%]) ($p < .001$) และมักเป็นหลอดเลือดดำส่วนลึก ($n = 67$ [1.8%]) มากกว่าหลอดเลือดดำชั้นผิว ($n = 31$ [0.8%]) ($p < 0.001$) ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า มะเร็งเป็นตัวพยากรณ์อิสระเพียงตัวเดียวต่อ incident NLDVT (hazard ratio [HR] 2.22; 95% CI 1.06-4.65) ซึ่งหลังปรับตามคะแนน Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II พบว่า การมีประวัติหลอดเลือดดำอุดตัน ดัชนีมวลกาย การใช้ยาหดหลอดเลือด ประเภทของยาต้านลิ่มเลือดอุดตันสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (HR 11.83; 95% CI 4.80-29.18) อย่างไรก็ตาม NLDVTs ไม่สัมพันธ์กับการตายในหน่วยวิกฤติ (HR 1.09; 95% CI 0.62-1.92) จากตัวแบบที่ปรับตามอายุ APACHE II การใช้ยาหดหลอดเลือด เครื่องช่วยหายใจ การเปลี่ยนไต และเกล็ดเลือดที่ต่ำกว่า $50 \times 10^9/L$

แม้มีการใช้ heparin เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน แต่ก็ยังพบการอุดตันในหลอดเลือดดำที่ไม่ใช่บริเวณขาใน 2.2% ของผู้ป่วยวิกฤติที่ได้รับการผ่าตัด โดยมักพบที่หลอดเลือดดำส่วนลึกและหลอดเลือดดำชั้นผิว ผู้ป่วยที่มีมะเร็งอาจมีความเสี่ยงสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิด NLDVT ขณะที่ผู้ป่วย NLDVT อาจมีความเสี่ยงสูงกว่าต่อลิ่มเลือดอุดตันในปอด แต่ไม่มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการตาย



ความปลอดภัยและประสิทธิภาพพรดยูริก ในผู้ป่วย Acute Stroke

The Lancet Neurology. 2014;13(5):453-460.

บทความเรื่อง Safety and Efficacy of Uric Acid in Patients with Acute Stroke (URICO-ICTUS): A Randomised, Double-Blind Phase 2b/3 Trial รายงานว่า กรดยูริกเป็นสารต้านอนุมูลอิสระซึ่งมีฤทธิ์ในการปกป้องเซลล์ประสาทจากตัวแบบทดลองของสโตรค นักวิจัยได้ศึกษาผลของกรดยูริกต่อการฟื้นฟูผลลัพธ์ด้านหน้าที่ 90 วันในผู้ป่วย acute ischemic stroke ในงานวิจัย URICO-ICTUS ซึ่งศึกษาในผู้ป่วย acute ischemic stroke จากโรงพยาบาล 10 แห่งในสเปน เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีอายุ 18 ปีหรือมากกว่า ได้รับ alteplase ภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ มีคะแนน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) (> 6 และ ≤ 25) และมีคะแนน modified Rankin Scale (mRS) ก่อนป่วย (≤ 2) นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับกรดยูริก 1,000 มก. หรือยาหลอก (ทั้งแบบสารน้ำหรือให้ทางหลอดเลือดดำใน 90 นาที ระหว่างการให้ alteplase แบบสารน้ำ) และจำแนกตามโรงพยาบาลและความรุนแรงของสโตรคที่พื้นฐาน ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ดีเยี่ยม (คะแนน mRS score เท่ากับ 0-1 หรือ 2 หากคะแนนก่อนป่วยเท่ากับ 2) ที่ 90 วัน โดยวิเคราะห์ในกลุ่ม target population (ผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มซึ่งวินิจฉัย ischemic stroke ถูกต้องและได้รับยาที่ศึกษา)

ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 2011 ถึงวันที่ 30 เมษายน ค.ศ. 2013 นักวิจัย

ได้สุ่มให้ผู้ป่วย 421 ราย ซึ่ง 411 ราย (98%) อยู่ในกลุ่ม target population (211 รายได้รับกรดยูริก และ 200 รายได้รับยาหลอก) ผู้ป่วย 83 ราย (39%) ซึ่งได้รับกรดยูริก และ 66 ราย (33%) ซึ่งได้รับยาหลอกมีผลลัพธ์ดีเยี่ยม (adjusted risk ratio 1.23 [95% CI 0.96-1.56]; $p = 0.099$) และไม่พบความแตกต่างทางคลินิกหรือความแตกต่างทางสถิติที่มีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่มในด้านการตาย (28 ราย [13%] ซึ่งได้รับกรดยูริก vs 31 ราย [16%] ซึ่งได้รับยาหลอก) เลือดออกในเนื้อสมอง (9 ราย [4%] vs 6 ราย [3%]) และโรคเกาต์ (1 ราย [$< 1\%$] vs 4 ราย [2%]) โดยพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 516 ครั้ง ในกลุ่มที่ได้รับกรดยูริก และ 532 ครั้งในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก โดยเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง 61 ครั้ง (12%) และ 67 (13%) ตามลำดับ ($p = 0.703$)

การเสริมกรดยูริกร่วมกับการให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่ได้เพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ดีเยี่ยมหลัง stroke เทียบกับยาหลอก ขณะเดียวกันก็ไม่มีปัญหาด้านความปลอดภัย

เสริมโภชนาการในผู้ป่วยเอชไอวีเริ่มยาต้านไวรัส

BMJ 2014;348:g3187.

บทความเรื่อง Effects of Nutritional Supplementation for HIV Patients Starting Antiretroviral Treatment: Randomised Controlled Trial in Ethiopia รายงานข้อมูลจากการศึกษาผลของการเสริมโภชนาการสูตรเวย์หรือโปรตีนถั่วเหลืองในผู้ป่วยเอชไอวีระหว่าง 3 เดือนแรกของการเริ่มยาต้านไวรัส หรือ antiretroviral treatment (ART) และศึกษาผลของระยะเวลาโดยเปรียบเทียบระหว่างการเสริมโภชนาการเมื่อเริ่ม ART และที่ 3 เดือนให้หลัง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งสามารถรักษาด้วย ART และมี BMI > 16 โดยได้รับอาหารเสริมสูตรเวย์หรือถั่วเหลืองวันละ 200 ก. (4,600 kJ) ในช่วงสามเดือนแรกของการรักษาด้วย ART หรือ 3 เดือนต่อมา ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ น้ำหนักตัวที่ปราศจากไขมันประเมินจาก deuterium dilution แรงบีบมือวัดด้วย dynamometers และกิจกรรมทางกายประเมินจาก accelerometer และอัตราชีพจร ผลลัพธ์รอง ได้แก่ viral load และ CD4 counts โดย auxiliary outcome ได้แก่ น้ำหนักตัว, CD3 และ CD8 counts

จากผู้ป่วยทั้งหมด 318 ราย พบว่า 210 ราย (66%) เป็นผู้หญิง มีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 33 ปี (SD 9) และค่าเฉลี่ย BMI เท่ากับ 19.5 (SD 2.4) ที่ 3 เดือนพบว่า ผู้ป่วยที่เสริมโภชนาการด้วยเวย์หรือถั่วเหลืองมีน้ำหนักตัว

ที่ปราศจากไขมันเพิ่มขึ้น 0.85 กก. (95% CI 0.16-1.53 กก.) และ 0.97 กก. (0.29-1.64 กก.) เทียบกับกลุ่มควบคุม รวมถึงมีแรงบีบมือเพิ่มขึ้น 0.68 กก. (-0.11 ถึง 1.46 กก.) สำหรับกลุ่มที่เสริมเวย์ และ 0.93 กก. (0.16-1.70 กก.) สำหรับกลุ่มที่เสริมถั่วเหลือง แต่ไม่มีผลต่อกิจกรรมทางกาย และ total weight gain เพิ่มขึ้น 2.05 กก. (1.12-2.99 กก.) และ 2.06 กก. (1.14-2.97 กก.) สำหรับกลุ่มที่เสริมเวย์และถั่วเหลือง นอกจากนี้กลุ่มที่เสริมเวย์มี CD3 counts โดยรวมเพิ่มขึ้น 150 cells/ μ L (24-275 cells/ μ L) ซึ่ง 112 cells/ μ L (15-209 cells/ μ L) เป็น CD8 และ 25 cells/ μ L (-2 ถึง 53 cells/ μ L) เป็น CD4 การเสริมโภชนาการสูตรถั่วเหลืองต่อการฟื้นฟูภูมิคุ้มกันไม่มีผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบผลลัพธ์การเสริมโภชนาการทั้ง 2 สูตรโดยตรงก็ไม่มีข้อแตกต่างที่มีนัยสำคัญ ซึ่งข้อมูลจากการวิเคราะห์เชิงสำรวจพบว่า ผู้ป่วยที่มี viral load ลดลงจนตรวจไม่พบที่ 3 เดือน มีน้ำหนักตัวที่ปราศจากไขมันเพิ่มขึ้นมากกว่า และผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมโภชนาการในช่วง 3 เดือนหลังมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า แต่มีการเพิ่มขึ้นของผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่น้อยกว่า

การเสริมโภชนาการสูตรเวย์ช่วยเพิ่มน้ำหนักตัว น้ำหนักตัวที่ปราศจากไขมัน และแรงบีบมือในผู้ป่วยเอชไอวีที่เริ่มการรักษาด้วย ART และอาหารเสริมสูตรเวย์สัมพันธ์กับการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น

ลดน้ำหนักระยะยาวโดยไม่ผ่าตัดในคนอ้วน

BMJ 2014;348:g2646.

บทความเรื่อง Long Term Maintenance of Weight Loss with Non-Surgical Interventions in Obese Adults: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomised Controlled Trials รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ systematic review ร่วมกับ meta-analysis เพื่อทบทวนและระบุการแทรกแซงเพื่อควบคุมการลดน้ำหนักในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วน และประเมินหลักฐานสำหรับประสิทธิภาพของการแทรกแซงดังกล่าว

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล Medline, PsycINFO, Embase และ Cochrane Central Register of Controlled Trials งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยเปรียบเทียบการแทรกแซงสำหรับควบคุมการลดน้ำหนักในคนอ้วน (อายุ ≥ 18 ปี) หลังจากลดน้ำหนักได้แล้ว $\geq 5\%$ ของน้ำหนักตัว และติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว (ผลลัพธ์หลัก) ในระยะยาว (≥ 12 เดือน) โดยรวบรวมจนถึงเดือนมกราคม ค.ศ. 2014 นักวิจัยได้วิเคราะห์ meta-analyses เพื่อประเมินผลของการรักษาต่อการควบคุมการลดน้ำหนักด้วย inverse variance method และตัวแบบ random effects model และแสดงผลเป็น mean differences ของการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวร่วมกับ 95% confidence intervals

งานวิจัยที่นำมาศึกษามีจำนวน 45 การศึกษา รวมกลุ่มตัวอย่าง 7,788 ราย การแทรกแซงพฤติกรรมโดยเน้นที่การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายมีผลต่างเฉลี่ยเท่ากับ -1.56 กก. (95% CI -2.27 ถึง -0.86 กก.; 25 comparisons, 2,949 participants) สำหรับการกลับมาอ้วนเทียบกับกลุ่ม

ควบคุมที่ 12 เดือน การรักษาด้วย orlistat ร่วมกับการแทรกแซงพฤติกรรมมีผลต่างเท่ากับ -1.80 กก. (-2.54 ถึง -1.06; 8 comparisons, 1,738 participants) เทียบกับยาหลอกที่ 12 เดือน งานวิจัยที่ศึกษา orlistat ทั้งหมดรายงานว่ากลุ่มที่ได้รับยามีอาการไม่พึงประสงค์ของกระเพาะอาหารและลำไส้เกิดขึ้นน้อยกว่าเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของการตอบสนองตามขนาดยา orlistat ตามที่การรักษาด้วยยา 120 มก. วันละ 3 ครั้ง สามารถควบคุมการลดน้ำหนักได้มากกว่า (-2.34 กก., 95% CI -3.03 ถึง -1.65) เทียบกับ 60 มก. และ 30 มก. วันละ 3 ครั้ง (-0.70 กก., 95% CI -1.92 ถึง 0.52), $p = 0.02$

ข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่า การแทรกแซงพฤติกรรมโดยมุ่งไปที่อาหารและการออกกำลังกายมีประโยชน์ที่มีนัยสำคัญต่อการควบคุมการลดน้ำหนัก



เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาระยะยาว ป้องกันหอบหืดกำเริบ

BMJ 2014;348:g3009.

บทความเรื่อง Comparative Effectiveness of Long Term Drug Treatment Strategies to Prevent Asthma Exacerbations: Network Meta-Analysis รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ systematic review และ network meta-analysis ด้วย Bayesian statistics เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยของแนวทางการควบคุมและป้องกันการกำเริบของหอบหืด

ข้อมูลในการศึกษาได้จากฐานข้อมูลบททบทวนงานวิจัยโรคหอบหืดเรื่องรังของ Cochrane ร่วมกับการสืบค้นเพิ่มเติม งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นการศึกษาในผู้ใหญ่ซึ่งผู้ให้ได้รับการรักษาควบคุมอาการอย่างน้อย 24 สัปดาห์ และรายงานการกำเริบของหอบหืดโดยใช้ low dose inhaled corticosteroid เป็นตัวเปรียบเทียบ ผลลัพธ์หลักด้านประสิทธิภาพ ได้แก่ อัตราการกำเริบรุนแรง ผลลัพธ์รอง ได้แก่ ผลรวมของการกำเริบปานกลางและรุนแรง โดยประเมินการถอนตัวจากการศึกษาในฐานะผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย

นักวิจัยรวบรวมงานวิจัย 64 การศึกษา ซึ่งมีระยะการติดตาม 59,622 patient years และเปรียบเทียบแนวทางการรักษา 15 วิธีกับยาหลอก ในด้านการป้องกันการกำเริบรุนแรงพบว่า การรักษาด้วย inhaled corticosteroids

ร่วมกับ long acting β agonists ในฐานะการรักษาเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการ และ inhaled corticosteroids ร่วมกับ long acting β agonists แบบ fixed daily dose ให้ผลดีเท่ากัน และได้จัดอันดับเป็นตัวแรกสำหรับประสิทธิภาพ โดย rate ratios เปรียบเทียบกับ low dose inhaled corticosteroids เท่ากับ 0.44 (95% credible interval 0.29-0.66) และ 0.51 (0.35-0.77) นอกจากนี้พบว่า combined strategies อื่นไม่มีผลดีกว่า inhaled corticosteroids และการรักษาด้วยยาตัวเดียวทั้งหมดได้ผลน้อยกว่าการรักษาด้วย low dose inhaled corticosteroids ตัวเดียว ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยได้ผลดีที่สุดสำหรับการรักษาตามแนวปฏิบัติ และการรักษาเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการด้วยยาสูตรผสม

แนวทางการรักษาด้วย low dose inhaled corticosteroids และ long acting β agonists มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยดีที่สุดสำหรับป้องกันหอบหืดกำเริบรุนแรง แม้พบความแตกต่างของงานวิจัยใน network meta-analysis



Resveratrol และการตายทุกสาเหตุในผู้สูงอายุ

JAMA Intern Med. Published online May 12, 2014.

บทความเรื่อง Resveratrol Levels and All-Cause Mortality in Older Community-Dwelling Adults รายงานว่า resveratrol ซึ่งเป็น polyphenol พบในองุ่น ไวน์แดง ช็อกโกแลต เบอร์รี่และพืชหัวบางชนิดมีคุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระ ต้านการอักเสบ และต้านมะเร็งในคน และสัมพันธ์กับอายุขัยที่ยาวนานขึ้นในสัตว์บางประเภท

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับของ resveratrol ที่ได้จากอาหารและการอักเสบ มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และการตายในคนในการศึกษา Invecchiare in Chianti (InCHIANTI) Study ("Aging in the Chianti Region") ซึ่งศึกษาระหว่างปี ค.ศ. 1998-2009 ในหมู่บ้านสองแห่งของ

เขตชานตีในประเทศอิตาลี โดยศึกษาจากผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 783 ราย ซึ่งเป็นผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุ 65 ปีหรือมากกว่า นักวิจัยศึกษาระดับ resveratrol metabolites ในปัสสาวะ โดยผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตายทุกสาเหตุ และผลลัพธ์รอง ได้แก่ สารบ่งชี้การอักเสบ (serum C-reactive protein [CRP], interleukin [IL]-6, IL-1 β และ tumor necrosis factor [TNF]) รวมถึงความชุกและอุบัติการณ์ของมะเร็ง และโรคหัวใจและหลอดเลือด

ค่าเฉลี่ย (95% CI) ของ log total urinary resveratrol metabolite concentrations เท่ากับ 7.08 (6.69-7.48) nmol/g ของ creatinine ระหว่างการติดตามเป็นระยะ 9 ปี พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัย 268 ราย (34.3%) เสียชีวิต โดยสัดส่วนของผู้เสียชีวิตจากทุกสาเหตุจำแนกตามระดับ total urinary resveratrol metabolites ที่พื้นฐานตั้งแต่ระดับต่ำสุดถึงสูงสุดเท่ากับ 34.4%, 31.6%, 33.5% และ 37.4% ($p = 0.67$) ผู้เข้าร่วมวิจัยใน quartile ต่ำสุดของ total urinary resveratrol มี hazards ratio สำหรับการตายเท่ากับ 0.80 (95% CI 0.54-1.17) เทียบกับกลุ่ม quartile สูงสุดจากตัวแบบ multivariable Cox proportional hazards model ซึ่งปรับตามตัวแปรอื่นที่มีศักยภาพ ระดับ resveratrol ไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ serum CRP, IL-6, IL-1 β , TNF รวมถึงความชุกและอุบัติการณ์ของโรคหัวใจหรือมะเร็ง

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนชี้ว่า ระดับ total urinary resveratrol metabolite ไม่สัมพันธ์กับสารบ่งชี้การอักเสบ โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือมะเร็ง หรือปัจจัยทำนายการตายทุกสาเหตุ ซึ่งระดับ resveratrol ที่ได้จากอาหารแบบตะวันตกไม่มีอิทธิพลที่มีนัยสำคัญต่อสุขภาพและความเสี่ยงการตายในกลุ่มประชากรที่ศึกษา





ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ มอบรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น และอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2557

เมื่อเร็ว ๆ นี้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้จัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 30 ขึ้น ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคัลฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี ในหัวข้อ “From Bench to Bedside and Beyond” “การประยุกต์ความรู้การปฏิบัติ” ซึ่งภายในงานนอกจากมีการประชุมวิชาการแล้ว ยังมีพิธีมอบวุฒิบัตรและบัตรสมาชิกภาพของราชวิทยาลัย (fellowship, FRCPT) แก่อายุรแพทย์ที่สอบได้วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาอายุรศาสตร์ทั่วไปและสาขาต่อยอดต่าง ๆ ประจำปี พ.ศ. 2556 พิธีมอบสมาชิกภาพกิตติมศักดิ์แก่ผู้ทรงคุณวุฒิต่างประเทศที่มีผลงานทางวิชาการเป็นที่ประจักษ์ในระดับนานาชาติ พิธีมอบใบประกาศนียบัตรสมาชิกอายุรแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ พิธีมอบรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น และอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่นประจำปีประเภทต่าง ๆ

ศ.นพ.เกรียง ตั้งสง่า อดีตประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า ขอแสดงความยินดีต่อท่านสมาชิกกิตติมศักดิ์ ผู้ทรงวุฒิ สมาชิกใหม่ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ทุกท่าน ซึ่งท่านสมาชิกกิตติมศักดิ์ และอายุรแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิล้วนมีความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ และสร้างประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติ สมควรที่ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ จะยกย่องและเชิดชูเกียรติคุณของท่านเหล่านี้



ศ.นพ.เกรียง ตั้งสง่า



ศ.นพ.ธำนิภรณ์ อัมรพันธุ์



ศ.นพ.ธำนิภรณ์ อัมรพันธุ์ ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และประธานคณะกรรมการสรรหาอายุรแพทย์ดีเด่น กล่าวว่า ถือเป็นภารกิจสำคัญในทุก ๆ ปีที่ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ จะสรรหาสมาชิกอายุรแพทย์ที่มีผลงานประกอบคุณงามความดีเป็นที่ประจักษ์ เป็นที่ยอมรับต่อสังคมในวงกว้าง โดยคณะกรรมการสรรหาอายุรแพทย์ดีเด่น ซึ่งประกอบด้วยอายุรแพทย์ดีเด่นในอดีตทั้งหมดเป็นผู้สรรหา เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีงามสำหรับสมาชิกอายุรแพทย์ใหม่

ทั้งนี้ผู้ที่ได้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2557 ด้านอายุรแพทย์คือ พ.ท.นพ.สมพนธ์ บุญญะบุตย์ ด้านวิชาการคือ ศ.พญ.นิจศรี ชาญณรงค์ ด้านบริการคลินิกคือ รศ.นพ.เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ ด้านบริการชุมชนคือ นพ.วิโรจน์ วิโรจน์วิธน์ และรางวัลอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ได้แก่ รศ.นพ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, ผศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, นพ.เอลวิล เพชรปลูก, พญ.เพชรดี ไผ่พริกสุภัก



พ.ท.พ.สมพนธ์ บุนนาค

อายุรแพทย์ด้าน ด้านศัลยกรรม อายุ 85 ปี พ.ศ. 2557

พ.ท.พ.สมพนธ์ บุนนาค ปัจจุบันอายุ 85 ปี สำเร็จการศึกษาเตรียมแพทย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อปี พ.ศ. 2457 จากนั้นเข้ารับการศึกษาต่อเป็นแพทย์ประจำบ้านภาควิชาอายุรศาสตร์ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เริ่มรับราชการครั้งแรกที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปี พ.ศ. 2499 และในปี พ.ศ. 2501 ได้รับทุนศึกษาต่อที่มหาวิทยาลัย Tulane ประเทศสหรัฐอเมริกา

ถือเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการก่อตั้งและบุกเบิกภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และเป็นผู้ก่อตั้งหน่วยโรคทางเดินอาหารและโรคเมือร่อนโรงพยาบาลรามาธิบดี ผลงานวิจัยอันโดดเด่นคือ การค้นพบสาเหตุของโรค Eosinophilic Meningitis ซึ่งเกิดจากพยาธิ *Angiostrongylus cantonensis* ในหอยโข่ง และพยาธิตัวจิ๋ว ผลงานเหล่านี้ได้รับการยกย่องไปทั่วโลก อาจกล่าวได้ว่าอาจารย์เป็นผู้ให้กำเนิดแพทย์โรคติดเชื้อของประเทศไทย อีกทั้งยังเป็นอายุรแพทย์ตัวอย่างที่ให้ความสำคัญอย่างมากกับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ซึ่งสามารถนำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษาโดยใช้ผลทางห้องปฏิบัติการเป็นส่วนประกอบ

พ.ท.พ.สมพนธ์ ยังเป็นพุทธมามกะที่ถึงพร้อม ซึ่งเป็นบุคลิกที่โดดเด่นของท่าน การปฏิบัติธรรมนี้ได้แผ่แผ่มาสู่แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลวิชัยยุทธซึ่งท่านปฏิบัติงานอยู่ และด้วยบุคลิกที่โดดเด่น และผลงานเป็นที่ประจักษ์ จึงได้รับเลือกเป็นวุฒิสมาชิกเมื่อปี พ.ศ. 2522 และ พ.ศ. 2528 ตามลำดับ

จากผลงานที่ได้กล่าวมาทั้งหมด ในฐานะแพทย์ที่มีคุณสมบัติถึงพร้อม เป็นครูแพทย์ที่เสียสละอบรมสั่งสอนศิษย์ให้มีความรับผิดชอบ ใช้สติปัญญาในการครองชีวิต เป็นผู้นำเพื่อบุคคลให้เป็นประโยชน์ต่อพุทธศาสนา ซึ่งอาจารย์ได้กระทำต่อเนื่องมานานถึง 60 ปี ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยจึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ **พ.ท.พ.สมพนธ์ บุนนาค** เป็นผู้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น ด้านครูแพทย์ประจำปี พ.ศ. 2557

พ.ท.พ.สมพนธ์ กล่าวว่า หลักการทำงานที่ยึดเป็นแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วยมาจากปรมาจารย์ที่ยกย่องอย่าง **ศ.นพ.ประเสริฐ กังสาสัย** ซึ่งสอนว่าเป็นแพทย์จะต้องละเอียด พิถีพิถันในการดูแลผู้ป่วย ต้องเป็นคนช่างสังเกต ต้องรู้จักใช้วิธีดู คลำ เคาะ ฟัง ซึ่งผมยึดปฏิบัติมาตลอดระยะเวลาการทำงาน และทำให้ค้นพบโรคต่าง ๆ ที่มีอยู่ในประเทศไทยแล้ว แต่ยังไม่รู้จัก

นอกจากนี้ยังใช้หลักทางด้านพุทธศาสนาในการทำงาน เนื่องจากได้ดูแลพระภิกษุมากมาย ได้เห็นการปฏิบัติของท่านแล้วเกิดความศรัทธา จึงได้ไปศึกษาเพิ่มเติมทั้งการ

อ่านหนังสือ ออกบวช และได้นำพระพุทธศาสนามาใช้ในการทำงานที่โรงพยาบาลวิชัยยุทธ โดยยึดถือเรื่องของธรรมะเป็นหลักในการดำเนินการ ไม่ทุจริต ไม่ฉ้อโกง ก่อตั้งมูลนิธิเพื่อรักษาพยาบาลพระภิกษุอาพาธโรงพยาบาลวิชัยยุทธขึ้นเพื่อดูแลพระสงฆ์ที่ปฏิบัติดีปฏิบัติชอบมาตั้งแต่ พ.ศ. 2539 การปฏิบัติธรรมนี้รวมไปถึงแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลวิชัยยุทธด้วย ทั้งการจัดเสวนา การแสดงพุทธธรรมเทศนา และการจัดงานบุญต่าง ๆ เช่น ทอดกฐิน ทอดผ้าป่าประจำปี ทำให้เจ้าหน้าที่ของทางโรงพยาบาลมีความซื่อสัตย์สุจริต ไม่มีการเอาเปรียบผู้ป่วย

ในฐานะครูแพทย์ **พ.ท.พ.สมพนธ์** มักสอนอบรม ปลุกฝังให้ศิษย์มีความรับผิดชอบ ให้ใช้สติปัญญาไตร่ตรองเหตุการณ์ต่าง ๆ ของบ้านเมือง แนะนำแนวทางการครองชีวิตให้แกศิษย์โดยใช้สติปัญญา หลักธรรมของศาสนาพุทธเป็นเครื่องค้ำจุน พร้อมกันนี้ได้กล่าวฝากถึงแพทย์รุ่นใหม่ให้เห็นถึงความสำคัญของการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ซึ่งสามารถนำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษาโดยใช้ผลทางห้องปฏิบัติการเป็นส่วนประกอบ

“แพทย์ในปัจจุบันขาดความลึกซึ้งในการดูแลผู้ป่วย ไปอาศัยผลทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว ไปสนใจ investigation แปลก ๆ ใหม่ ๆ มากกว่า

มีการดู คลำ เคาะ ฟัง น้อยมาก มีการซักประวัติน้อยเกินไป โดยเฉพาะประวัติส่วนตัว การทำงาน ครอบครัว จังหวัดที่อาศัยอยู่ จึงอยากให้โรงเรียนแพทย์กลับไปดูในระบบการแพทย์เดิมคือการซักประวัติ การดู คลำ เคาะ ฟัง ให้มากขึ้นในยุคของผมการเป็นแพทย์ต่างจังหวัดมี investigation ไม่มาก แต่ผู้ป่วยมีความศรัทธาเชื่อถือก็เพราะความละเอียดรอบคอบในการซักประวัติ การตรวจผู้ป่วย ที่สำคัญคือ การดูแลผู้ป่วยเหมือนญาติพี่น้อง ให้ความสนทนสนม ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และแพทย์สมัยก่อนแพทย์ก็เหมือนกับพ่อของคนในต่างจังหวัด แต่แพทย์รุ่นใหม่ไม่ค่อยเป็นอย่างนี้แล้ว จึงอยากให้วงการแพทย์ในปัจจุบันพยายามเน้นในเรื่องนี้ให้มากขึ้น” **พ.ท.พ.สมพนธ์** กล่าวทิ้งท้าย



ศ.พญ.นิจศรี ขาญณรงค์ สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เกียรตินิยมอันดับ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2533 และศึกษาต่อที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยได้รับวุฒิปดุษฎีเชี่ยวชาญสาขาประสาทวิทยา แพทยสภา ปี พ.ศ. 2536 ต่อมาได้รับพระราชทานทุนมูลนิธิอานันทมหิดล สาขาแพทยศาสตร์ไปศึกษาต่อเป็น Clinical and Research Fellow in Cerebrovascular Disease ที่ Massachusetts General Hospital มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ. 2537

จากนั้นได้กลับมารับราชการในปี พ.ศ. 2539 จนได้รับโปรดเกล้าฯ ให้ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2551 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้าสาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหัวหน้าศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนให้เป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์มาอย่างต่อเนื่อง มีผลงานการสอนนิสิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด โดยใช้หลักในการสอนว่า “ไม่ใช่เราอยากสอนอะไร แต่พยายามคิดว่าคนฟังน่าจะอยากรู้อะไรมากกว่า”

จนเป็นที่ยอมรับ ได้รับการประกาศเกียรติคุณ อาจารย์ด้านการเรียนการสอนดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2555 จากกองทุนกาญจนาภิเษกเฉลิมพระเกียรติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.พญ.นิจศรี เป็นผู้ริเริ่มกระบวนการดูแลผู้ป่วย Stroke fast track ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเป็นแห่งแรกของประเทศไทยและในเอเชีย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนปัจจุบันกลายเป็นต้นแบบในการรักษาที่เป็นมาตรฐาน ริเริ่มให้มีโครงการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อเนื่องถึงบ้านอย่างครบวงจร โดยร่วมกับสำนักงานอสาภาค สภาภาคไทย จนปัจจุบันถือเป็นต้นแบบของ Home health care ที่ได้มาตรฐานและได้รับการพัฒนามาอย่างยาวนาน จากผลงานต่าง ๆ ทำให้ได้รับรางวัลคุณภาพการให้บริการประชาชนดีเด่นประจำปี พ.ศ. 2553 โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ นอกจากนี้ยังมีผลงานตีพิมพ์และบทความทางวิชาการตีพิมพ์ระดับชาติและนานาชาติด้านโรคระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 60 เรื่อง รวมทั้งแต่งตำราและเป็นบรรณาธิการหนังสือด้านโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนมาก

ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันได้มีส่วนช่วยพัฒนางานด้านวิจัยและวิชาการของสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย และยังได้รับการยกย่อง

จากผู้ร่วมงานในฐานะที่เป็นผู้ตั้งพร้อมทั้งคุณธรรม จริยธรรม เจตคติ ทั้งบทบาทของอายุรแพทย์ อาจารย์ และนักวิชาการ ด้วยคุณูปการต่าง ๆ ดังกล่าวนี้อาจกล่าวได้ว่า ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยจึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ **ศ.พญ.นิจศรี ขาญณรงค์** เป็นผู้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น ด้านวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2557

ศ.พญ.นิจศรี กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า บทบาทที่ทำนั้นพยายามทำโดยหวังว่าจะเป็นประโยชน์สำหรับคนอื่น ๆ ไม่มากก็น้อย และพยายามทำทุกอย่างให้ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ รู้สึกเป็นเกียรติต่อตนเองและครอบครัวอย่างมาก เนื่องจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เป็นองค์กรใหญ่ที่มีสมาชิกจำนวนมาก และได้รับความเชื่อถืออย่างมากในวงการแพทย์ ยังเห็นว่าตนเองทำงานที่มีประโยชน์และกรุณามอบรางวัลดังกล่าวให้ ในอนาคตจะพยายามทำงานต่อไปให้สมกับที่ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ให้ความไว้วางใจ

ส่วนงานทางด้านวิชาการ มองว่างานวิจัยในประเทศไทยมีความสำคัญอย่างมาก จะไปพึ่งแต่งานวิจัยของต่างประเทศอย่างเดียวไม่ได้ เนื่องจากคนไทยไม่เหมือนกับคนตะวันตกทั้งเรื่องพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ทำให้ลักษณะของโรค การวินิจฉัย และผลการรักษาแตกต่างกันไป จึงจำเป็นต้องมีงานวิจัยของตนเอง เพราะงานวิจัยที่จะนำไปใช้ได้ในชีวิตจริงในประเทศควรจะมีงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยของประเทศไทยจริง ๆ ด้วย

ในอนาคตตนนอกจากบทบาทเดิมแล้ว จะพยายามสอนให้มากขึ้น เพราะວ່างอค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันมีมากขึ้นเรื่อย ๆ และมีองค์ความรู้ในประเทศไทยอยู่มากพอสมควร การเผยแพร่องค์ความรู้ไปยังบุคคลอื่น ๆ หรือบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นการทำให้องค์ความรู้เหล่านั้นแพร่ขยายไปในวงกว้างมากขึ้น ส่วนงานวิจัยก็ยังคงทำต่อไปเรื่อย ๆ ซึ่งตอนนี้ก็ยังมึงานวิจัยที่กำลังดำเนินการอยู่โดยจะพยายามทำทุกอย่างเท่าที่กําลังจะมี และให้ได้ประโยชน์สูงสุด

“เมื่อเราตัดสินใจมาเป็นแพทย์แล้ว ก็ต้องทำหน้าที่ของเราอย่างเต็มที่ เรามีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีสิ่งที่จะต้องสองอย่างคือ มีความรู้ กับความตั้งใจในการดูแลรักษา จะช่วยให้ชีวิตของเราและผู้ป่วยมีความสุข นอกจากนั้น การแสวงหาความรู้เพิ่มเติม โดยการหาความรู้จากแหล่งอื่นหรือการหาความรู้ด้วยตนเอง เช่น การทำวิจัย ก็จะช่วยต่อยอดสำหรับตัวเอง และเพิ่มองค์ความรู้สำหรับวงการแพทย์ในอนาคต” **ศ.พญ.นิจศรี** กล่าวทิ้งท้าย



อายุรแพทย์ดีเด่น ด้านวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2557

ศ.พญ.นิจศรี ขาญณรงค์



รศ.นพ.เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์

อายุรแพทย์ไตเวช ด้านการบริการคลินิก ประจำปี พ.ศ. 2557

รศ.นพ.เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2529 และศึกษาต่อที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับวุฒิบัตรอายุรศาสตร์ทั่วไปและอายุรศาสตร์โรคไต ต่อมาได้รับพระราชทานทุนมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ศึกษาต่อเป็น Clinical Fellow ที่ University of Texas at Houston และ Research Fellow ที่ University of Colorado at Denver ประเทศสหรัฐอเมริกา ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้าสาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีผลงานการสอนนิสิตแพทย์ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ตลอดจนมีผลงานวิจัยและผลงานการบริการคลินิกที่โดดเด่นอย่างต่อเนื่อง

ด้วยผลงานอันเป็นที่ประจักษ์และสร้างคุณประโยชน์ต่อวงการแพทย์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยจึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ **รศ.นพ.เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์** เป็น **ผู้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น ด้านการบริการคลินิก ประจำปี พ.ศ.2557**

รศ.นพ.เกื้อเกียรติ กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า “รู้สึกยินดีที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ได้ให้เกียรติมอบรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่นในครั้งนี้ โดยพิจารณาจากงานที่ได้ดำเนินการมาตลอดระยะเวลาที่เป็นอายุรแพทย์ ตั้งแต่สำเร็จการศึกษาวุฒิบัตรอายุรแพทย์ทั่วไปและวุฒิบัตรอายุรแพทย์โรคไตที่ได้ทุ่มเทในการทำงานมาโดยตลอด”

บทบาทหลักในการทำงานคือ งานด้านการสอน การวิจัย และการบริการ โดยมีหลักการว่าทั้งการสอน การวิจัย และการบริการมีความเกี่ยวพันกัน ขณะที่หลายคนอาจมีความกังวลว่าหากทำงานด้านหนึ่งด้านใดแล้วงานด้านอื่นจะด้อยลงหรือไม่มีประสิทธิภาพ แต่สำหรับ **รศ.นพ.เกื้อเกียรติ** กลับไม่คิดเช่นนั้น การทำงานที่ผ่านมาจึงพยายามผูกงานด้านการสอน การวิจัย และการบริการรวมเป็นงานเดียวกัน เพราะเชื่อว่าถ้าทำงานวิจัยดีขึ้น ผลงานวิจัยหรือประสบการณ์ในการวิจัยจะนำมาสู่การเรียนการสอน และงานบริการที่ดีขึ้น และทั้งสามงานสามารถจะพัฒนาเกื้อหนุนกันทำให้เกิดสิ่งใหม่ ๆ ที่ท้าทายอีกมากมายตามความก้าวหน้าขององค์ความรู้ทางอายุรศาสตร์

เนื่องจากเป็นอายุรแพทย์โรคไตที่เห็นภาพรวมของปัญหาโรคไตของประเทศ จึงให้ความสนใจพัฒนางานวิจัย การเรียนการสอน และการบริการโรคไต โดยในการทำงานของ **รศ.นพ.เกื้อเกียรติ** ใช้หลักการที่ว่า งานใดก็ตามที่ตอบโจทย์ปัญหาของประเทศและมีผู้ที่ทำอยู่แล้วและทำได้ดีก็ไม่ต้องมีความจำเป็นต้องทำซ้ำหรือทำซ้ำในเรื่องเดียวกัน เนื่องจากงานและปัญหาของประเทศที่ต้องการการพัฒนายังมีอยู่อีกจำนวนมาก ควรพยายามมองเห็นโจทย์ใหม่ ๆ ที่ไม่ซ้ำซ้อนเพื่อผลักดันให้การเรียนการสอน การวิจัย และการบริการ พัฒนาไปสู่การยกระดับการบริการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีขึ้น

สำหรับผลงานที่โดดเด่น อาทิ เป็นหัวหน้าโครงการศึกษาคุณภาพและ immunogenicity ของ Biosimilar erythropoietin

ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย การศึกษานี้เป็นการวางรากฐานในการควบคุม กำกับ และติดตามประสิทธิภาพของยาในกลุ่ม Biologics ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยมากขึ้นในอนาคตอันใกล้ นอกจากนั้นเป็นผู้ริเริ่มจัดตั้งห้องปฏิบัติการตรวจวัดระดับ endotoxin สำหรับผู้ป่วย hemodialysis, การตรวจวัด donor specific antibody สำหรับผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ ตลอดจนการตรวจวัดระดับ erythropoietin antibody และ neutralization antibody สำหรับผู้ป่วยภาวะซีดจาก antibody ต่อ erythropoietin เป็นแห่งแรกที่เปิดบริการรับตัวอย่างตรวจจากผู้ป่วยทั่วประเทศ

นอกจากนี้ยังได้พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ และที่ฝ่ายผู้ป่วยนอก เป็นผู้ก่อตั้ง metabolic clinic ให้การดูแลผู้ป่วยมีความเป็นสหสาขาระหว่างแพทย์, พยาบาล, nurse case manager, เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์

ทั้งนี้หลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ **รศ.นพ.เกื้อเกียรติ** ได้เน้นย้ำ เรื่องแรกคือ การสร้างทีม เนื่องจาก



ในการดูแลผู้ป่วย แพทย์เพียงฝ่ายเดียวไม่สามารถทำงานให้สำเร็จได้ ต้องทำงานร่วมกันเป็นสหสาขาอย่างจริงจังให้เป็นทีมเดียวกัน เพื่อเป็นทีมที่เข้มแข็งในประเทศไทย เรื่องที่สองคือ สร้างเครือข่ายการทำงานระหว่างอายุรแพทย์และโรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการรักษาที่มากกว่า และน้อยกว่า ไม่ควรทำงานอย่างโดดเดี่ยว

เรื่องที่สามคือ ต้องหาสิ่งใหม่ ๆ เพื่อก้าวให้ทันนวัตกรรมและองค์ความรู้ทางวิชาการที่ก้าวหน้า โดยโครงสร้างและองค์ประกอบของการแพทย์ไทยในปัจจุบันมีความพร้อมในการพัฒนาสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการ องค์ความรู้ทางวิชาการเป็นหัวใจสำคัญสำหรับอายุรแพทย์ในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

ด้านความสำนึกในชีวิต **รศ.นพ.เกื้อเกียรติ** กล่าวว่า หลักการทำงานที่ยึดถือมาโดยตลอดคือ ถือว่า “งานคือชีวิต ชีวิตคืองาน” จึงไม่เคยคิดว่าตนเองได้ประสบความสำเร็จ และยังมีอีกหลายเรื่องที่ยอยากจะทำต่อไป

“ผมได้รับการอบรมและแรงบันดาลใจจากอาจารย์ ซึ่งก็ได้นำมาใช้กับตัวเองอยู่อย่างสม่ำเสมอ และอยากส่งผ่านแรงบันดาลใจนี้ถึงเพื่อน พี่ น้อง ร่วมวิชาชีพ อันแรกคือ งานคือชีวิต ชีวิตคืองาน เพราะฉะนั้นชีวิตคือการทำงาน อันที่สองคือ ไม่ว่าจะทำหน้าที่ไหน ขอให้มีส่วนร่วมและมีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนต่อส่วนรวม ต้องให้เพื่อนร่วมงานเกิดความรู้สึกว่าโชคดีที่มีเราอยู่ ไม่ใช่ไม่มีเราก็ได้ มีเราก็ได้ ผมคิดว่าทั้งสองข้อนี้เป็นหัวใจสำคัญของการทำงานที่อยากให้อายุรแพทย์รุ่นน้องนำไปปฏิบัติ อีกประการหนึ่งคือ ไม่ว่าจะทำงานที่ไหน ความเป็นแพทย์คือความเป็นนักวิชาการ ในความเป็นนักวิชาการต้องติดตาม ขบคิดปัญหาประเด็นองค์ความรู้ต่าง ๆ ทางอายุรศาสตร์หรือแม้แต่องค์ความรู้อื่น ๆ ตลอดเวลา หากไม่ละทิ้งความเป็นนักวิชาการ การทำงานก็จะตามทันโลก นำความเจริญก้าวหน้ามาสู่องค์กร และนำมาสู่การช่วยเหลือผู้ป่วย” **รศ.นพ.เกื้อเกียรติ** กล่าวทิ้งท้าย

นพ.วิโรจน์ วิโรจนวโรจน์ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับวุฒิบัตรสาขาอายุรศาสตร์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ. 2536 ได้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งอายุรแพทย์ประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จ.สกลนคร และดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน

ตลอดระยะเวลา 27 ปีที่ผ่านมา ได้ทุ่มเทอุทิศตนเป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในชนบท ทำงานด้วยความเสียสละ ปฏิบัติงานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนคุ้มครองผู้บริโภคในชนบท โดยเฉพาะผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ได้รับรางวัลบุคลากรดีเด่นด้านการแพทย์และสาธารณสุข (การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์) จากพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ ในปี พ.ศ. 2546 ได้เริ่มจัดให้มีการบริการร้านยาคุณภาพจากสภาเภสัชกรรม ในปี พ.ศ. 2547 ด้วยผลงานอันเป็นที่ประจักษ์ทำให้ได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่นจากกองทุน

นพ.กนกศักดิ์ พูลเกษร ในปี พ.ศ. 2552 ได้พัฒนาระบบบริการและสร้างสรค์นวัตกรรมแพทย์แผนไทยในระดับโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง กระทั่งโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินได้รับโลรางวัลเชิดชูเกียรติ

“พื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. 2556”

นพ.วิโรจน์ บริหารโรงพยาบาลด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต และความพอเพียง เป็นผู้นำองค์กรที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จนกระทั่งโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินเป็นโรงพยาบาลแรกของสกลนครที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ในปี พ.ศ. 2548 เป็นผู้บริหารมือสะอาดที่ซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส บริหารองค์กรอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม ทั้งด้านครองตน ครองคน และครองงาน ทำให้ได้รับรางวัลมากมาย ได้แก่ รางวัลคนดีศรีเมืองสกล ประเภคนิตเชิงประจักษ์ ในปี พ.ศ. 2549 และรางวัลผู้บริหารดีเด่นประเภทผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนภาครัฐ ประจำปี พ.ศ. 2552 จากสมาคมผู้บริหารโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย

จากผลงานที่ทุ่มเทเพื่อผู้ป่วยในชุมชนและผู้ป่วยโรคเอดส์มาตลอด 27 ปี ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ **นพ.วิโรจน์ วิโรจนวโรจน์** เป็น**ผู้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น ด้านการบริการชุมชน ประจำปี พ.ศ. 2557**

นพ.วิโรจน์ กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า “รู้สึกดีใจที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เห็นประโยชน์จากงานที่ทำและเห็นความสำคัญของการบริการชุมชน โดยในการบริการชุมชนนั้นครอบคลุมทุกระดับของการรักษาพยาบาลตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งกว้างมาก อายุรแพทย์จึงต้องนำความรู้ทางด้านอายุรศาสตร์ลงไปถึงระดับชุมชน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนด้วย”

สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดค่อนข้างใหญ่ ดูแลประชากรจำนวนกว่า 140,000 คน **นพ.วิโรจน์** จึงเกิดแนวความคิดว่าหากจะตั้งรับอยู่ที่โรงพยาบาลอย่างเดียวยังคงไม่ได้ เพราะฉะนั้นจะหาทางให้การบริการทางอายุรศาสตร์ลงไปถึงชาวบ้านในชุมชนให้เขาสามารถเข้าถึงการบริการได้ ด้วยเหตุนี้จึงวางแผนลงไปให้ความรู้แก่พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรืออาสาสมัคร (อสม.) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดชาวบ้านในชุมชนให้มีความรู้และดูแลคนในหมู่บ้านของตนเองได้อย่างถูกต้อง

นพ.วิโรจน์ กล่าวว่า ด้วยมีแนวคิดตั้งแต่แรกว่าอยากทำงานในชนบท เพื่อให้ผู้ป่วยในชนบทได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพราะเขาเหล่านี้เสียโอกาส ด้อยโอกาสมาก และถ้าหากยังรักษาแบบตั้งรับอยู่ ไม่มีทางที่ประชาชนในพื้นที่จะมีสุขภาพดี และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทั้งเบาหวาน

หัวใจ ความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็มีเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ในภาพรวมของประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซ่อมสุขภาพอย่างมหาศาล

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวเมื่อ **นพ.วิโรจน์** ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล นอกจากวางแผนเป้าหมายให้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

เป็น The Best ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิแล้ว สิ่งสำคัญที่สุดคือ จะต้องไม่ทอดทิ้งระดับปฐมภูมิ โดยสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิคือ Doctor Patient Relationship เพราะการที่มีเจ้าหน้าที่ลงไปดูแลผู้ป่วยถึงที่บ้าน นอกจากจะได้ใจผู้ป่วยแล้ว เมื่อแพทย์ให้คำปรึกษาคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยก็จะปฏิบัติตาม เป็นสิ่งที่ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งขึ้นได้ในอนาคต

“หลังจากมารับบทบาทงานบริหาร และทำงานกับชุมชนมาโดยตลอดพบว่า การทำในลักษณะนี้ส่งผลต่อชุมชนอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นโครงการดูแลสุขภาพประจำบ้าน บริการร้านยาคุณภาพในชุมชน แพทย์แผนไทย การคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจ การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด มองว่าถ้าเราทำงานตรงนี้จะสร้างประโยชน์ต่อชุมชน และในอนาคตก็ยังคงทำงานอยู่ที่นี่ อยู่ในชุมชน เพื่อชุมชนต่อไป”

ท้ายนี้ **นพ.วิโรจน์** ได้ฝากไว้ว่า “ความเป็นอายุรแพทย์คือแพทย์ท่านหนึ่ง ถ้าเรายึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้งอยู่ที่ไหนก็ได้ เพราะสามารถที่จะสร้างประโยชน์ได้ทั้งนั้น และถ้าน้อง ๆ อายุรแพทย์มีโอกาสทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ขอให้ช่วยกันและต้องรู้ว่าอายุรแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีบทบาทในการดูแลระดับปฐมภูมิด้วย เพราะถ้าเราไม่ทำ ไม่ดูแลให้ตีผู้ป่วยจะล้มและเราจะไม่มีทางดูแลไหว และที่สำคัญที่สุดคือถ้าทรงคุณธรรมแห่งวิชาชีพไว้ เราก็จะมีแต่ความรุ่งเรือง ไม่มีวันตกต่ำ”



อายุรแพทย์ดีเด่น ด้านการบริการชุมชน ประจำปี พ.ศ. 2557

นพ.วิโรจน์ วิโรจนวโรจน์



รศ.นพ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ

อายุรแพทย์รุ่นใหม่ของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2557

รศ.นพ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ศึกษาต่อเป็นแพทย์ประจำบ้านที่ Guy's, St. Thomas' & King College Hospitals, University College London Hospital และ Radcliffe Oxford Hospitals สหราชอาณาจักร ในปี พ.ศ. 2543 ได้เข้ารับการฝึกอบรมด้านประสาทวิทยา ณ UCLA Medical Centre and David Geffen School of Medicine เมือง Los Angeles สหรัฐอเมริกา ได้รับวุฒิปริญญาประสาทวิทยาในปี พ.ศ. 2547 โดยได้เข้าทำงานต่อในฐานะ Assistant Professor of Neurology ที่ UCLA Medical Centre and School of Medicine เมือง Los Angeles สหรัฐอเมริกาอีก 1 ปี จึงได้กลับมาทำงานที่สาขาวิชาประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าศูนย์พาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นคณะกรรมการของชมรมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย และดำรงตำแหน่งประธานชมรมโรคพาร์กินสันไทย เป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคระบบประสาทแก่ประชาชนทั่วไป ในกิจกรรมสุขภาพต่าง ๆ ทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรุงเทพมหานคร ในโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นผู้ยึดถือผลประโยชน์ของผู้ป่วย เช่น ช่วยเหลือให้เข้าถึงสิทธิการรักษา เช่น สิทธิการรักษาด้วยการผ่าตัดกระตุณสมองส่วนลึกด้วยไฟฟ้า และเป็นผู้ประดิษฐ์ไม้เท้าพาร์กินสันพระราชทานที่ได้มีการยื่นขอสิทธิบัตรแล้วและได้รับพระราชทานชื่อไม้เท้านี้จากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในปัจจุบันได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการผลิตแจกให้แก่ผู้ป่วยทั่วประเทศ

นอกจากนี้ยังมีผลงานตีพิมพ์ระดับชาติและนานาชาติ ด้านประสาทวิทยามากกว่า 90 เรื่อง แต่งตำราทางด้านโรคประสาทวิทยาภาษาอังกฤษร่วมกับแพทย์ชั้นนำของโลกในวงการประมาณ 10 เล่ม

ด้วยผลงานที่โดดเด่นในด้านการสอน การวิจัย การแต่งตำรา และการรักษา ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ **รศ.นพ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ** เป็น**ผู้รับรางวัลอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2557**

รศ.นพ.รุ่งโรจน์ กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า “รู้สึกภูมิใจมากเพราะว่าเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่างานที่ทำ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องทางวิชาการ การบริการผู้ป่วย และการเรียนการสอน ในจุดหนึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับราชวิทยาลัยของประเทศ ซึ่งต้องขอขอบคุณทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ที่ให้โอกาสและมองเห็นผลงานของอายุรแพทย์ในหลาย ๆ ด้าน พยายามนำเสนอผลงานของอายุรแพทย์ให้แพทย์โดยทั่วไปหรือกลุ่มคนข้างนอกได้เห็น ถือว่าเป็นรางวัลที่ดีอีกรางวัลหนึ่ง แล้วผมเชื่อว่ารางวัลนี้ต่อไปจะยิ่งยากมากขึ้น เพราะจะมีคุณหมอเก่ง ๆ ที่ทำประโยชน์ต่อวงการแพทย์เพิ่มขึ้นอีกมาก”

สำหรับความน่าสนใจของโรคพาร์กินสัน **รศ.นพ.รุ่งโรจน์** กล่าวว่า พาร์กินสันเป็นโรคที่มีอาการหลากหลายมาก จำนวนผู้ป่วยไม่ได้น้อยกว่าโรคความเสื่อมทางระบบประสาทอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โรคนี้ในปัจจุบันไม่ได้ถือเป็นโรคของความเคลื่อนไหวอย่างเดียว ผู้ป่วยมีอาการที่นอกเหนือจากความเคลื่อนไหว ซึ่งในปัจจุบันการรักษาประสิทธิภาพดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยน อายุยืนยาวขึ้น สามารถกลับไปทำงานได้และใช้ชีวิตได้ เป็นโรคที่เมื่อเริ่มรักษาจะเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยไปในทางที่ดีขึ้น ในฐานะของผู้ให้การรักษา รู้สึกดีที่สามารถเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาพาร์กินสันในปัจจุบันต้องรักษาอย่างครบวงจรในหลาย ๆ สาขา ทำให้เห็นว่าการสร้างทีมเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ใช่ตัวเองทำอยู่คนเดียว รางวัลที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ มอบให้เป็นการเน้นย้ำให้เห็นว่าการทำงานเป็นทีมสหสาขาโดยเฉพาะในกลุ่มโรค



เฉพาะทางมีความสำคัญ และการทำงานคนเดียวจะทำให้ผลการรักษาที่ออกมาสู่การทำงานเป็นทีมไม่ได้

ด้วยหลักการการทำงานที่ดีคือ ต้องทำในสิ่งที่ตัวเองชอบ ทำให้การทำงานในแต่ละด้านทั้งการดูแลผู้ป่วย การเรียนการสอน และการวิจัยของ **รศ.นพ.รุ่งโรจน์** ดำเนินไปด้วยดี และบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

“ผมโชคดีที่ได้ทำในสิ่งที่ตัวเองชอบ และได้รับการสนับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สมาคมโรคพาร์กินสันไทย ซึ่งถ้าได้ทำในลักษณะนี้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ชอบและได้รับการสนับสนุนย่อมเกิดความสุขสามารถทำได้ต่อเนื่อง ผมก็จะบอกกับแพทย์น้อง ๆ เสมอว่า ผมขอตรวจผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวที่ผิดปกติซึ่งทำให้เราสามารถทำได้เรื่อย ๆ และไม่รู้ลี้กเบื่อ”

หากมองถึงการประสบความสำเร็จ **รศ.นพ.รุ่งโรจน์** กลับมองว่าเป็นการเริ่มต้นและเป็นผลงานของศูนย์พาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพราะว่าผลงานต่าง ๆ นี้ทำให้ประเทศไทยมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการลงทะเบียนผู้ป่วยหรืออะไรก็ตาม ทั้งหมดไม่สามารถทำคนเดียวได้ เพราะฉะนั้นขอยกเครดิตให้กับศูนย์พาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งหมด และหวังว่าจะมีโอกาสทำในเรื่องการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติขยายงานต่อไปเพิ่มขึ้น

ท้ายนี้ **รศ.นพ.รุ่งโรจน์** ได้ฝากว่า “ต้องทำในสิ่งที่ตัวเองชอบ มีความตั้งใจที่จะทำ และกล้าฝันให้เป็นจริง เพราะว่าในบางครั้งในสิ่งที่ใหม่ ๆ ที่เรากำลังพยายามเริ่มต้น ต้องเริ่มจากความกล้าก่อน เมื่อกล้าแล้วถ้าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ดี คนอื่น ๆ รวมทั้งองค์กรก็จะให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุน”

ผศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา สำเร็จการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2538 หลังจากนั้นได้ศึกษาต่อที่ Department of Internal Medicine, George Washington University Medical Center, Washington DC และ Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, University of Miami ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้รับวุฒิปริญญาวิทยาศาสตร ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจ และวุฒิปริญญา สาขาเวชบำบัดวิกฤต ตามลำดับ เข้ารับราชการเป็นอาจารย์ที่หน่วยโรคระบบการหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้ทุ่มเทในการพัฒนาวิชาการ ด้านโรคระบบการหายใจ ตลอดจนรณรงค์การดูแลสุขภาพ โดยเป็นผู้ก่อตั้งคลินิกดนตรี ชื่อว่า “คลินิกฟ้าใส” อันเป็นต้นแบบการบูรณาการการดนตรีตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัด ถึงระดับประเทศ ได้รับการยอมรับทั้งในระดับชาติและนานาชาติ นอกจากนี้ยังร่วมมือกับบุคลากรในโรงพยาบาลจัดตั้งโครงการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิด โดยประยุกต์ความเชื่อทางศาสนา เข้าร่วมด้วย

ด้วยความสามารถโดดเด่น และเพียบพร้อมไปด้วยคุณวุฒิและคุณธรรม ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยจึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ **ผศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา เป็นผู้รับรางวัลอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2557**

ผศ.นพ.สุทัศน์ กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า “รู้สึกดีใจที่สิ่งที่พยายามทุ่มเทได้รับการยอมรับ มีคนเห็นความสำคัญของงานที่ผมทำ เนื่องจากงานที่ทำอยู่มีผลกระทบในวงกว้างพอสมควร ซึ่งทั้งหมดมาจากแนวคิดในการทำงานที่ว่า ถ้าเราเป็นหมอและทำงานแบบงานประจำ (routine) หมอคนหนึ่ง ๆ อาจช่วยเหลือผู้ป่วยที่ทุกข์ยากได้แค่วันละ 30-40 คน แต่ถ้าเราขอมขยับตนเอง ขยายงานของเราออกมาจากงานประจำมาเป็นงานในวงกว้างอย่างตอนนี้อย่างนี้ ไม่ว่าจะเป็นงานพัฒนาระบบบริการ เลิกบุรีทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับประเทศ เราจะสามารถช่วยเหลือคนไข้ที่กำลังลำบากได้มากถึง 13 ล้านคนในแต่ละวัน ทำให้เห็นภาพว่า คนหนึ่งคนสามารถจะทำประโยชน์และช่วยเหลือคนอื่น ๆ ได้อีกมาก เพียงแค่เราเปลี่ยนมุมมองจากเดิมเพียงเล็กน้อยเท่านั้น การทำงานที่มีผลในวงกว้างนี้เองน่าจะเป็นในจุดที่ทำให้ได้รับการพิจารณารางวัลนี้”

แม้ **ผศ.นพ.สุทัศน์** จะมีบทบาทหลายด้าน แต่บทบาทที่สร้างความภาคภูมิใจมากที่สุดคือ การเป็นครูแพทย์ ด้วยมองว่าการเป็นครูแพทย์นั้นมีความหมายมากกว่าการเป็นหมอทั่ว ๆ ไป ที่ทำงานบริการผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว เพราะการเป็นครูแพทย์ทำให้เรามี 2 บทบาทที่ต้องรับผิดชอบไปพร้อม ๆ กัน คือเป็นทั้งหมอและเป็นทั้งครูในเวลาเดียวกัน การเป็นครูทำให้เรารู้ว่ามีหมอรุ่นใหม่อีกจำนวนไม่น้อยที่กำลังจับจ้องเรา ดูเราเป็นต้นแบบเป็นแม่พิมพ์อยู่ ดังนั้น หากเราต้องการจะให้ลูกศิษย์จบออกไปเป็นหมอที่ดี ก็ทำได้ง่าย ๆ นิดเดียวคือ ทำให้เขาดูเลยด้วยตัวเราเองว่า หมอที่ดีเป็นอย่างไร การสอนด้วยการทำให้ดูเป็นตัวอย่าง

นั้นทรงพลังมากกว่าการสอนในห้องเรียนมากนัก หากเราสามารถสอนนักเรียนแพทย์ได้มากกว่าคนนี้ให้เป็นหมอก็ออกไปทำงานรับใช้สังคมและให้บริการผู้ป่วยด้วยจิตวิญญาณของความเป็นแพทย์แล้ว คนไทยในชนบทจำนวนมากที่ที่ยากจนก็จะมีสุขภาพที่ดีขึ้นโดยไม่ต้องสงสัย

“หลักการสอนของผมคือ สอนอย่างกัลยาณมิตร อันนี้เป็นหลักการที่พระพุทธองค์ทรงสั่งสอนไว้ เราพยายามเปิดกว้างให้ลูกศิษย์สามารถเข้ามานั่งคุยกับครูได้ในเวลาที่มีความทุกข์ เดือดร้อน ไม่สบายใจ ไม่เข้าใจ เราก็พร้อมเป็นเพื่อน ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือเท่าที่ทำได้ หากเราอยากให้เขาเป็นคนอย่างไร แบบไหน เราเองก็ทำให้เขาดูเลย อยากให้เขาเป็นหมอที่ดี ทำงานเพื่อสังคม เราเองก็ต้องเป็นตัวอย่าง ดูแลคนไข้ทุก ๆ คนไม่ว่าจะยากดีมีจน ก็ต้องดูแลเสมือนหนึ่งเขาเป็นญาติของเราเอง”

นอกจากนี้แล้ว **ผศ.นพ.สุทัศน์** ยังได้นำหลักธรรมมาปรับใช้เพื่อเป็นหลักในการทำงาน โดยยึดคำสองคำในการดำเนินชีวิตปัจจุบัน คือ “พอ” และ “ดี” คำสั้น ๆ ง่าย ๆ แต่มีความหมาย

กว้าง “พอ” ก็คือ รู้จักพอเพียง “ดี” ก็คือต้องคอยควบคุมจิตใจให้เป็นปกติ คืออยู่ในศีลในธรรมแห่งวิชาชีพ หากเรานำสองคำนี้มาผสมกันก็จะได้เป็น “พอดี” คือดำเนินชีวิตอยู่ในท่ามกลางทางสายกลางที่พระพุทธองค์ทรงสอนไว้นั่นเอง หากจะสลับสองคำนี้เป็น

“ดีพอ” ความหมายก็ไม่เปลี่ยน จะช่วยทบทวนการใช้ชีวิตของเราในแต่ละวันว่า เราได้ทำความดีมากพอแล้วหรือยัง ดังนั้น คำสองคำนี้จึงมีความสำคัญไม่น้อยในการดำรงชีวิต

หากมองถึงความสำเร็จในชีวิต **ผศ.นพ.สุทัศน์** ไม่ได้วางเป้าหมายชีวิตไว้ที่ชื่อเสียงหรืออำนาจ แต่ขอพัฒนาตนเองในการทำงานไปพร้อม ๆ กับนำธรรมะมาปรับใช้ในการดำรงชีวิต และทำหน้าที่ให้ดีที่สุดไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทใดก็ตาม

“ปัจจุบันแรงผลักดันทางสังคมพยายามผลักดันให้เราเดินไปในทิศทางของทุนนิยมตามอย่างฝรั่ง เราคำนึงถึงแต่เรื่องรายได้ ความร่ำรวย ดังนั้น เราควรสร้างภูมิคุ้มกันตนเองจากระบบทุนนิยม สร้างสมดุลชีวิตที่เหมาะสม มองให้เห็นถึงแก่นแท้ของชีวิต และปฏิบัติตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์ อันที่จริงชีวิตของคนเราก็ไม่มีอะไรมา เปรียบได้ดั่งเทียนแต่ละเล่ม บางเล่มก็เรียบง่าย บางเล่มถูกแกะสลักมีลวดลายภายนอกมากมาย อย่างหุหรือหาลังการ แต่แก่นแท้แล้วเทียนทั้งสองแบบก็คือเทียนจุดไฟดี ให้ความสว่างได้ น้ำตาเทียนที่ไหลลงมากไม่ต่างกัน และสุดท้ายเทียนทั้งสองก็ต้องดับลงเหมือน ๆ กัน ดังนั้น จึงไม่ควรวิ่งไล่ตามวัตถุมากเกินไปพอดี ผมจึงขอฝากถึงราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ให้มุ่งเน้นในการพัฒนาด้านจริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์ให้เข้มข้นมากขึ้น เพื่อเป็นการสร้างเกราะป้องกันให้แก่วิชาชีพแพทย์ เพื่อให้อายุรแพทย์รุ่นใหม่ ๆ ได้มองเห็นประโยชน์ของส่วนรวมเหนือกว่าประโยชน์ส่วนตน ดังพระราชดำรัสของพระราชบิดาที่ตรัสไว้ว่า “ขอให้ยึดถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลาก ทรัพย์ และเกียรติยศ จะตกแก่ตัวท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมแห่งวิชาชีพไว้ให้บริสุทธิ์” **ผศ.นพ.สุทัศน์** กล่าวทิ้งท้าย



ผศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา

อายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2557



นพ.เอลวิล เพชรปลูก

อายุรแพทย์รุ่นใหม่ของประเทศไทย ปี 2557

นพ.เอลวิล เพชรปลูก สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต และแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อปี พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2551 ตามลำดับ หลังจากนั้นเข้ารับราชการที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.สุพรรณบุรี จนถึงปัจจุบัน

เนื่องจากเป็นอายุรแพทย์ทางด้านโรคทางเดินอาหารเพียงท่านเดียว จึงรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในระบบทางเดินอาหารทั้งหมดของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร รวมทั้งผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากอำเภอหรือจังหวัดใกล้เคียง นอกจากการตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ดูแลคลินิกเฉพาะโรคทางเดินอาหารและโรคตับแล้ว ยังใช้เวลาที่เหลือทั้งหมดในห้องส่องกล้อง Gastroscopy, Colonoscopy และ ERCP หลังเสร็จงาน และขึ้นดูแลผู้ป่วยบนเตียงต่อจนตึกเป็นกิจวัตรประจำวัน

นพ.เอลวิล เต็มใจที่จะสอนและช่วยดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่ถูกขอร้อง ทั้งจากแพทย์แผนกเดียวกันและต่างแผนก ทำให้มีภาระงานมากแต่ไม่เคยปฏิเสธ จะตาม

ดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งยังเป็นผู้มีปณิธาน มั่นใจ เป็นที่รักใคร่ของร่วมงานและผู้มารับบริการ เป็นแพทย์ที่ผู้ป่วยประทับใจและยินดีบริจาคเครื่องมือแพทย์และทุนทรัพย์ให้แก่โรงพยาบาล เป็นผู้สร้างวัฒนธรรมที่ดีในองค์กรให้รู้จักเสียสละ ทำให้เกิดความรักความอบอุ่นเหมือนครอบครัว

เดียวกัน เป็นผู้มีความมุ่งมั่น ใจเย็น มีอารมณ์ขัน ทำให้ผู้ร่วมงานมีความสุขที่จะทำงานด้วย แม้งานจะหนักก็ตาม นอกจากนี้ยังเป็นผู้ที่มีความซื่อสัตย์สุจริต ทุ่มเทเพื่อผู้ป่วยแม้ตนเองเจ็บป่วยก็ไม่หยุดงาน มีความกตัญญูต่อบิดามารดา เป็นคนสมถะใช้จ่ายตามฐานะ มัธยัสถ์ ใช้ทรัพยากรทางราชการอย่างคุ้มค่าและคิดนวัตกรรมเพื่อให้งานได้สะดวกขึ้น รักในงานที่ทำและทำด้วยความเต็มใจ

ด้วยความเป็นอายุรแพทย์ผู้มีความสามารถโดดเด่น และเพียบพร้อมไปด้วยคุณวุฒิและคุณธรรม ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยจึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ **นพ.เอลวิล เพชรปลูก** เป็นผู้รับรางวัลอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2557

นพ.เอลวิล กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า “รู้สึกขอบคุณที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ มอบรางวัลนี้ให้ ส่วนตัวแล้วคิดว่าได้รับการพิจารณาจากสภาพการทำงานและเพื่อนร่วมงานเป็นหลัก เพราะโดยส่วนตัวแล้วไม่เคยหวังรางวัลในการทำงาน ไม่อยากอยู่ในที่แจ้งให้คนสนใจหรือเป็นที่รู้จัก ชอบที่จะอยู่เงียบ ๆ ทำในสิ่งที่อยากทำ และอันที่จริงมีคนทำงานมากกว่าผมดีกว่าผม เพียงแต่ยังไม่มีโอกาสนำเสนอ หรือมีใครไปเสนอ เฝื่อนผมเป็นคนที่ไม่ทางโรงพยาบาลผลักดันออกมาให้สาธารณะรับรู้ ไม่ใช่ผมเป็นคนที่ดีที่สุด”

ในบทบาทของอายุรแพทย์ สิ่งหนึ่งที่รู้สึกภูมิใจคือการได้เห็นผู้ป่วยที่สุพรรณบุรีได้รับการรักษาอย่างเต็มศักยภาพที่โรงพยาบาลมีในด้านโรคทางเดินอาหาร ไม่ต้องรอคิวนาน เพราะเจ้าหน้าที่ร่วมงานทำงานประสานกันดีเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นทำอะไรก็สะดวก ไม่ติดขัด หากมีปัญหาก็สามารถแก้ไขได้ทันทั้งที่

อีกทั้งผู้บริหารให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี ทำให้โรงพยาบาลมีเครื่องมือที่ทันสมัยไว้บริการ ไม่เคยติดขัดเหมือนกับหลายโรงพยาบาลที่ต้องรออนุมัตินานเป็นเดือน เพราะเราคำนึงถึงการรักษาก่อนเป็นสำคัญ

สำหรับหลักในการทำงานที่ **นพ.เอลวิล** ยึดถือมาโดยตลอดคือ ทำให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ภายใต้สถานการณ์หรือทรัพยากรที่จำกัด ใช้ทางเลือกหรือสิ่งที่มีอยู่ให้เหมาะสมและคิดว่าดีที่สุดเวลานั้น ๆ แม้บางครั้งอาจจะไม่ได้ทำตามมาตรฐานทางวิชาการหรือมาตรฐานนานาชาติ ถ้ามองในแง่วิชาการอาจจะผิดมาตรฐาน แต่ด้วยหลาย ๆ เหตุผล ทางเลือกก็ต้องเป็นเช่นนั้น เพราะเราไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่เหมือนกับที่อื่น บางอย่างเรารู้ว่า บางอย่างเรารู้ดีกว่า เพราะฉะนั้นมีเท่าไรก็ใช้เท่านั้น ให้เหมาะสม

“โรงพยาบาลของเรามีความพร้อมเกิน 80% ในสาขาโรคทางเดินอาหาร แต่ยังมีอีกพอสมควรที่ยังทำไม่ได้ บางอย่างต้องดูว่าเงินที่จะไปซื้อไปหามา นั้นคุ้มค่ากับบริบทของสถานพยาบาลของเราหรือไม่ บางเครื่องมือมีไว้เพื่อตรวจโรค บางโรคซึ่งพบน้อยมาก หรือบางเครื่องมือมีไว้เพื่อวินิจฉัยบางอย่างที่ผลลัพธ์ออกมาเปลี่ยนแปลงการรักษาเพียงเล็กน้อยหรืออาจจะไม่เปลี่ยนแปลงเลย ซึ่งก็อาจจะไม่คุ้ม เพราะบทบาทของเราไม่ใช่โรงเรียนแพทย์ที่จะต้องซื้อเครื่องมือ

ให้ผู้มาเห็นได้เรียน ได้ฝึก แต่บทบาทของเราคือ การบริการ โดยมีเป้าหมายคือ ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบในโรคทางเดินอาหารได้รับการรักษาที่ครบวงจรมากขึ้น และลดการส่งต่อ รวมทั้งสร้างทีมงานที่ร่วมกันให้การรักษาก่อน ซึ่งก็ต้องใช้ระยะเวลา”

แม้จะได้รับคำกล่าวถึงจากผู้ร่วมงานว่า “เป็นคนดีที่คิดถึงคนอื่นมากกว่าตนเอง” และ “นพ.เอลวิล ดีเกินไป” แต่ **นพ.เอลวิล** กลับไม่คิดเช่นนั้น เพราะมองตนเองเป็นเพียงคนธรรมดาเหมือนกับแพทย์ท่านอื่น ๆ ที่เมื่อถึงเวลาทำงานก็ไปทำงาน แต่สิ่งที่ต่างออกไปคงเป็นในเรื่องของแนวคิดส่วนตัวคือ ไม่ชอบทะเลาะกับคนอื่น ถ้าคิดว่าไม่ใช่ ไม่ถูกใจ ไม่พอใจก็จะเงียบ หรือถ้าจะตำหนิก็ตำหนิธรรมดา ไม่ได้ใส่อารมณ์ ไม่ว่าจะทำกับผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน พยาบาล หรือรุ่นน้อง ทำให้รู้สึกว่าเป็นคนน่ารัก ซึ่งตรงนี้เป็นเรื่องของอุปนิสัยใจคอมากกว่า

ท้ายนี้ **นพ.เอลวิล** ได้ฝากไว้ว่า “การจะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดออกมาให้นั้น ต้องเริ่มจากชอบที่จะทำก่อน สาขาที่ผมทำเป็นสาขาที่ผมชอบ ชอบมานานแล้ว เพราะฉะนั้นคนเราทำในสิ่งที่ชอบจะไม่รู้สึกว่าเป็นงานหนัก ปัญหาคือ น้อง ๆ หลายคนหรือหมอหลายคนยังไม่พบสิ่งที่ชอบ สิ่งที่ไม่ใช่สิ่งที่ชอบก็จะไม่ค่อยมีความสุขกับการทำงาน อีกอย่างคือ เรื่องวิถีการใช้ชีวิต จ่ายมากก็ต้องหาเงินจริง ๆ ในความเป็นแพทย์ สถานภาพทางสังคมไม่ได้ अच्छ่ดอะไรมาก อยู่ได้สบาย เพียงแต่ว่ามาตรฐานชีวิตของบางคนอาจจะสูงกว่าที่คนทั่วไปต้องการ ก็อาจจะทำให้การใช้ชีวิตลำบาก เพราะถ้าต้องการมากก็ต้องเหนื่อยมากตามไปด้วย”



พญ.เพชรดี โอฟาริกสุภัก สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2537 ได้รับวุฒิปริญญาตรีสาขาอายุรศาสตร์ทั่วไปจากสถาบันเดียวกันในปี พ.ศ. 2544 จากนั้นได้เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมในเรื่องไตเทียมจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปัจจุบันสมรสแล้วมีบุตร 2 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน เป็นแพทย์ท่านเดียวที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตทั้งจังหวัดน่านอย่างต่อเนื่อง พัฒนางานจนโรงพยาบาลน่านมีเครื่องฟอกไตมากกว่า 10 เครื่อง รวมทั้งดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง (CAPD) มากกว่า 100 ราย เป็นผู้จัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตโดยตั้งต้นจากเงินครอบครัว เพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางและอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยโรคไต ใช้เงินส่วนตัวจ้างคนงานมาช่วยที่หน่วยไตของโรงพยาบาล พัฒนากลุ่มไตเทียมจนสามารถออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านได้ครบ 100% รวมทั้งขยายงาน CAPD ออกไปยังโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังปฏิบัติงานเป็นนักวิชาการค้นคว้าหาความรู้เพื่อนำมาสอนนักศึกษาจัดทำ guideline ในการใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาล ทำให้ลดอัตราการใช้ยาที่ไม่จำเป็นของโรงพยาบาลน่านและลดการเสียชีวิตของผู้ป่วย

พญ.เพชรดี เป็นผู้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยเป็นอันดับแรกขึ้น ward ตั้งแต่หกโมงเช้า ดูแลผู้ป่วยแล้วจึงรีบกลับไปทำอาหารและส่งบุตรไปโรงเรียน แล้วจึงกลับมาทำงานต่อในเวลา 8.00 น. เป็นผู้ที่มีความสามารถจดจำรายละเอียดของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตทุกคน จนได้รับการขนานนามว่าเป็น “แม่พระของผู้ป่วยโรคไต” เป็นผู้ที่แพทย์ต่างแผนกและเจ้าหน้าที่พยาบาลติดตามปรึกษาได้ตลอดเวลาแม้จะไม่ได้อยู่เวร ทำให้ผู้ร่วมงานทุกระดับยอมรับในความขยันและเสียสละเป็นผู้มีสติในการดูแลผู้ป่วย มีสมาธิสูงและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้อื่นในด้านความพอเพียง ความซื่อสัตย์สุจริตที่ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน เช่น ไม่เคยรับเชิญไปต่างประเทศจากบริษัทเวชภัณฑ์ มีความมุ่งมั่นที่จะทำดีโดยไม่หวังผลตอบแทน เช่น ให้นำเงินเพิ่มจากภาระงาน (P4P) ของตนไปเสริมเพิ่มให้แพทย์รุ่นน้อง

ด้วยความเป็นอายุรแพทย์ผู้มีความสามารถโดดเด่นและเพียบพร้อมไปด้วยคุณวุฒิและคุณธรรม ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยจึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ **พญ.เพชรดี โอฟาริกสุภัก** เป็นผู้รับรางวัลอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2557

พญ.เพชรดี กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า “รู้สึกดีใจ และขอบคุณทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เป็นอะไรที่นึกไม่ถึง เพราะทำงานเงียบ ๆ อยู่ในชนบท รู้สึกว่ามีกำลังใจที่มีคนเห็นคุณค่า แต่ก็คิดว่ายังมีผู้ทำงานแบบนี้อยู่อีกหลายคน ซึ่งสมควรจะได้รับรางวัลเช่นเดียวกัน”

โดยหลักการทำงาน ส่วนใหญ่จะยึดหลักและได้เห็นตัวอย่างจากรุ่นพี่แพทย์ทั้งจากโรงพยาบาลน่านและจากอาจารย์อายุรแพทย์หลาย ๆ ท่าน อาทิเช่น **อ.นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร** ผู้เป็นตัวอย่างของการทำเต็มความสามารถเท่าที่มี ทำเท่าที่พอจะทำได้เพื่อช่วยรักษาในพื้นที่ที่เราอยู่ และเป็นแบบอย่างของ

แพทย์อาวุโสที่รักษาผู้ป่วยโดยมีความปรารถนาดีต่อผู้ป่วยตลอดเวลา **อ.นพ.คณิต ตันติศิริวิทย์** เป็นแบบอย่างของแพทย์ที่ใช้ชีวิตด้วยความพอเพียง **อ.นพ.นิวัติชัย สุจริตจันทร์** อายุรแพทย์ดีเด่น ด้านบริการคลินิก ประจำปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นทั้งอาจารย์แพทย์ที่เลี้ยงและรุ่นพี่ เป็นแบบอย่างของการดูแลผู้ป่วยในด้านความขยัน ทุ่มเท รวมทั้งเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และหัตถการทางด้านอายุรกรรมให้หลายอย่าง อาจารย์จากอายุรศาสตร์อีกหลายท่านที่เป็นแบบอย่างและแรงบันดาลใจในเรื่องหลักการดูแลคนไข้ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ซึ่งเป็นหัวใจของอายุรแพทย์ อาทิเช่น **ศ.นพ.กัมมพันธ์ พันธุ์จันทา**, **อ.นพ.จันทชัย สิทธิพันธุ์**, **อ.นพ.ชัชวาล สอนกระต่าย**

มีผู้ให้คำจำกัดความถึง **พญ.เพชรดี** ไว้มากมาย อาทิ “เป็นผู้ที่ไม่หวั่นไหวในลาภ ยศ สรรเสริญ ทำดี แล้วก็จบ ไม่ได้ถึงผลตอบแทน” และ “พญ.เพชรดี ทำให้คนเมืองน่านน่าอัศจรรย์” แต่โดยส่วนตัวแล้ว **พญ.เพชรดี** กลับมองว่าตนเองเพียงแค่ทำงานตามหน้าที่ที่ต้องทำเท่านั้น “เราทำงานตามปกติ เป็นหน้าที่ที่ต้องทำ แม้ว่าบางครั้งโรคที่ผู้ป่วยเข้ามาได้รับการรักษานั้นเกินกว่าที่อายุรแพทย์ทั่วไปจะดูแลได้ แต่ก็ต้องรักษา โดยอาศัยการขอคำปรึกษา ซึ่งโรคที่ที่มีเครือข่ายโรงพยาบาลใกล้เคียง มีเพื่อนที่สามารถให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา สิ่งทีภาคภูมิใจที่สุดคือการได้รักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยในโรคที่วิกฤตมากให้สามารถดีขึ้น และกลับบ้านไปอยู่กับครอบครัวได้”

“รู้สึกดีใจที่สามารถผลักดันให้โครงการโรคไตเติบโตมาได้ 4-5 ปี โดยไม่ล้มไปก่อน ซึ่งวางแผนงานต่อไปในอนาคตว่าจะต้องหาบุคลากรเข้ามาเพิ่มเติมสำหรับงานบำบัดทดแทนไต และตั้งเป้าที่จะทำเรื่องของการป้องกันมากขึ้น เนื่องจากสถิติผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตมีมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยในส่วนของ จ.น่าน สาเหตุหลัก ๆ จะมาจากเบาหวานและนิ่ว จึงอยากผันตัวเองไปอยู่ที่มป้องกัน ซึ่งลงลึกไปในการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของไต และการชะลอความเสี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยต้องล้างไตในอนาคต”

พญ.เพชรดี กล่าวฝากถึงท้ายว่า “แม้ว่าแนวโน้มในปัจจุบันแพทย์ส่วนใหญ่เมื่อเรียนจบก็มักจะเรียนต่อ แต่อยากให้แพทย์รุ่นใหม่เข้ามาช่วยกันทำงานในส่วนภูมิภาคสักระยะหนึ่ง เพราะความรู้ความสามารถของน้องมีคุณค่าต่อชาวชนบทมาก นอกจากนี้ออยากฝากถึงราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ว่าอยากให้อายุรแพทย์ได้รับการอบรมต่อยอดความรู้เกี่ยวกับหัตถการหรือการใช้เครื่องมือต่าง ๆ อาทิ Gastroscope, Echocardiogram, Ultrasound, เครื่องล้างไต เป็นต้น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น สุดท้ายขอขอบคุณคณะบุคลากร ทั้งในโรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลใกล้เคียง ที่ได้ร่วมมือร่วมใจในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ป่วยที่ไว้วางใจในการดูแลจากโรงพยาบาลน่าน ซึ่งทำให้ทีมงานผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสุขในการทำงาน”



อายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2557

พญ.เพชรดี โอฟาริกสุภัก



เลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร

สมุนไพรมหาไทย ยาจีนด้วย) สาเหตุอีกอันหนึ่งที่ทำให้ระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนบนมีแผลและเลือดออกได้คือ เชื้อโรค *Helicobacter pylori* (หรือที่เรียกกันย่อ ๆ ว่า Hp.) เชื้อโรคตัวนี้ได้ถูกค้นพบในปี ค.ศ. 1982 ที่กรุง Perth เมืองทางทิศตะวันตกของประเทศออสเตรเลีย โดยคุณหมอ Warren (พยาธิแพทย์) และ Barry Marshall (อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร) เชื้อโรคตัวนี้เปลี่ยนแปลงความรู้ทางด้านแผลเปปติกเป็นอย่างมาก จนกระทั่งแพทย์ทั้ง 2 ท่านที่ค้นพบเชื้อโรคตัวนี้ต่อมาได้รับรางวัล Nobel เชื้อโรคตัวนี้เป็นที่ยอมรับจากองค์การอนามัยโลกแล้วว่าทำให้กระเพาะอาหารอักเสบ มีแผล มีเลือดออก และเป็นมะเร็งได้ อุบัติการณ์ของเชื้อโรคในโลกลี้มีถึงประมาณ 50% ของประชากรทั้งหมดในโลก แต่ปัจจุบันนี้อุบัติการณ์กำลังลดลงเรื่อย ๆ ถ้าผู้ป่วยปวดท้องมาโรงพยาบาลและแพทย์ตรวจพบแผล และพบเชื้อโรค *Helicobacter pylori* การกำจัดเชื้อโรคนี้จะทำให้แผลเปปติกหายขาด (แต่ยังอาจมีแผลได้จากการรับประทานยา NSAID) สมัยก่อนที่แพทย์จะทราบเกี่ยวกับเชื้อโรค Hp. แพทย์มักให้ยาลดการผลิตรกรด ซึ่งจะช่วยให้แผลหายได้หลังรับประทานยา 4-12 สัปดาห์ และเมื่อหยุดยา (แต่ยังมีเชื้อโรค) แผลก็จะกลับมาอีก รักษาอีกก็หาย พอหยุดยาก็เป็นอีก ฯลฯ แต่หลังจากได้ค้นพบเชื้อโรค Hp. และถ้ากำจัดเชื้อได้ แผลเปปติกจะหายขาด (จากสาเหตุนี้)

สาเหตุอื่น ๆ ของการที่มีเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนบน คือ จากหลอดเลือดที่โป่งพองบริเวณรอยต่อระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (varices) ที่เกิดจากโรคตับแข็ง (cirrhosis) และหลอดเลือดนี้แตก ซึ่งมีอันตรายมาก อุบัติการณ์ของการที่มีเลือดออกจาก varices นี้พบได้ประมาณ 6-39% แล้ว แต่อยู่ในประเทศไหน ถ้าเป็นประเทศที่มีโรคตับแข็งมาก อุบัติการณ์ก็จะสูง นอกจากนั้นอาจเกิดจาก Mallory weiss tear หรือการฉีกขาดของเยื่อของหลอดอาหาร หรือกระเพาะอาหาร เนื่องมาจากมีอาการอาเจียนอย่างรุนแรง สาเหตุอื่น ๆ คือ หลอดอาหารอักเสบ (เช่น จากโรคกรดไหลย้อน) จากเนื้องอก หรือจากความผิดปกติของหลอดเลือด (vascular ectasia) ฯลฯ

วิธีที่ดีที่สุดก็คือ การป้องกัน โรคที่ป้องกันได้คือ โรคที่เกิดจากการรับประทานยา NSAID และโรคตับแข็ง ถ้าไม่จำเป็นอย่าไปรับประทานยา NSAID โดยเฉพาะอย่างยิ่งการซื้อยารับประทานเอง พยายามไม่เป็นโรคตับแข็ง ซึ่งมีสาเหตุใหญ่ ๆ อยู่ 4 สาเหตุคือ อ้วนเกินไป (ทำให้เป็นตับแข็ง มะเร็งตับได้) ดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป จากเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ซึ่งติดต่อได้จากแม่ตอนเกิด (แต่เชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีวัคซีนป้องกันแล้ว ส่วนเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไม่มีวัคซีน แต่ลูกได้รับเชื้อจากแม่ได้ มักไม่เกิน 8%) และจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้มีเชื้อ และจากการใช้เข็มฉีดยาที่มีเชื้อ เช่น จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ใช้เข็มสกปรก

ผู้ที่มีเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารอาจมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสีแดง หรืออาเจียนออกมาเป็น “coffee ground” หรือคล้าย ๆ “เมล็ดกาแฟที่ถูกรดแล้ว” หรือถ่ายเป็นเลือดแดง หรือสีแสดม่วงเข้ม หรือน้ำตาล หรือถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ ถ้ามีเลือดออกน้อยอาจจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสีอุจจาระ แต่ถ้าตรวจอุจจาระทางห้องทดลองอาจพบเลือดได้ หรือผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคโลหิตจาง (จากการที่มีเลือดออกทีละเล็กละน้อย)

ฉะนั้นผู้ที่ถ่ายออกมาเป็นสีดำ (หรือแดง) หรืออาเจียนออกมาคล้าย ๆ เมล็ดกาแฟ (หรือแดง) ควรรีบไปโรงพยาบาลโดยด่วน

สาเหตุต่าง ๆ ของการที่มีเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนบน (คืออาเจียนเป็นเลือดสีแดง หรือ “ดำ” หรือถ่ายดำ หรือแดงในบางครั้ง) คือโรคแผลเปปติก ซึ่งเป็นสาเหตุประมาณ 50% ส่วนใหญ่แผลเปปติกเกิดจากการรับประทานยา NSAIDs ที่มีชื่อเต็มว่า non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) เป็นยาแก้ปวด แก้อักเสบที่ใช้กันแพร่หลายมากที่สุดในโลก NSAIDs มีภาวะแทรกซ้อนได้คือ ทำให้ระบบทางเดินอาหารเป็นแผล เลือดออก อวัยวะทะลุและอุดตัน รวมทั้งมีอาการปวดท้องได้

ฉะนั้น การใช้ยา NSAIDs จึงต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง ต้องพิจารณาข้อดีและข้อเสียของการใช้ยา (รวมไปถึงการใช้ยาทุกตัว รวมทั้งวิตามิน อาหารเสริม



แนะออกกำลังกายหญิงวัยสามสิบ

บีบีซี - ผลการศึกษาใหม่ชี้ การขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงร้ายแรงที่สุดต่อโรคหัวใจในหญิงวัย 30 เป็นต้นไป

นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยควินส์แลนด์ของออสเตรเลียเปิดเผยว่า หากหญิงวัยเลขสามออกกำลังกายตามคำแนะนำก็จะสามารถลดการตายได้ถึงปีละเกือบ 3,000 ราย เฉพาะในออสเตรเลียประเทศเดียว และเห็นว่าจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตือนผู้หญิงให้ตระหนักถึงผลร้ายจากการขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อแรงกว่าปัจจัยอื่น รวมถึงโรคอ้วน

ข้อมูลนี้มาจากการศึกษาสุขภาพของผู้หญิงกว่า 30,000 คน ซึ่งเกิดในช่วงคริสต์ทศวรรษที่ 20, 40 และ 70 โดยพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหัวใจมากที่สุดในช่วงอายุต่ำกว่า 30 ปี แต่เมื่อผู้หญิงเหล่านั้นอายุมากขึ้นและเลิกสูบบุหรี่ก็พบว่าขาดการออกกำลังกายกลายเป็นปัจจัยบั่นทอนสุขภาพหัวใจที่เห็นผลชัดเจนที่สุด

ด้านผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า การออกกำลังกายวันละ 30-45 นาทีจะช่วยให้ผู้หญิงมีสุขภาพดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ขณะเดียวกันก็สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจได้ถึงครึ่งหนึ่ง นอกจากนี้เห็นว่าการรณรงค์ออกกำลังกายในหญิงวัยกลางคนควรดำเนินควบคู่ไปกับการส่งเสริมการตระหนักถึงอันตรายจากปัจจัยเสี่ยงทั้งการสูบบุหรี่ ความดันเลือดสูง และคอเลสเตอรอลสูงด้วย

เตือนพ่อแม่ระวังพฤติกรรมเฝ้าจอ

บีบีซี - เด็กมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเฝ้าจอโทรทัศน์และติดเกมสูงขึ้นถึงสามเท่าหากพ่อแม่ทำเป็นต้นแบบ

ผลการศึกษาโดยนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยบริสตอล ประเทศอังกฤษ จากเด็กอายุ 5-6 ขวบพบว่า เด็กจะเลียนแบบพฤติกรรมการดูโทรทัศน์และเล่นเกมคอมพิวเตอร์ เครื่องเล่นเกม และโทรศัพท์มือถือจากพ่อแม่ และจะใช้เวลาดูโทรทัศน์หรือเฝ้าหน้าจอคอมพิวเตอร์นานขึ้นหากพ่อแม่เป็นตัวอย่างเสียเอง และจะเห็นพฤติกรรมนี้อย่างชัดเจนว่าในลูกสาวที่มีพ่อติดจอ



ด้านนักวิจัยเตือนว่า พฤติกรรมการนั่งเฝ้าหน้าจอทำให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการตายจากทุกสาเหตุ ขณะที่ทำให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรคอ้วนในเด็ก จึงควรที่จะมีการจัดทำแผนรณรงค์ลดการดูโทรทัศน์ในครอบครัวเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสำหรับพ่อแม่และเด็ก

ก๊าซคาร์บอนลดโภชนาการพืชอาหาร

รอยเตอร์ส - ผลการจำลองสภาพแวดล้อมในคริสต์ศตวรรษที่จะถึงชี้ ระดับก๊าซคาร์บอนในชั้นบรรยากาศที่สูงขึ้นอาจทำให้พืชอาหารหลายชนิดมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำลง

ผลการศึกษาผลกระทบต่อพืชอาหารในแปลงสาธิตในญี่ปุ่น ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา โดยจำลองระดับก๊าซคาร์บอนในชั้นบรรยากาศในช่วงประมาณปี พ.ศ. 2593 พบว่า ปริมาณก๊าซคาร์บอนที่สูงขึ้นส่งผลให้ธาตุอาหารสำคัญทั้งสังกะสีและเหล็กต่ำลงในข้าวสาลี ข้าว ถั่วเหลือง และถั่วซึ่งปลูกในที่โล่ง

นักวิจัยกล่าวว่า ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศเนื่องจากประชากรโลกราวสองพันล้านคนได้รับธาตุสังกะสีและเหล็กส่วนใหญ่จากการรับประทานพืชอาหารดังกล่าว และภาวะพร่องธาตุสังกะสีจะนำไปสู่ปัญหาระบบภูมิคุ้มกันและการติดเชื้อ ขณะที่ภาวะพร่อง



ธาตุเหล็กจะทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ เลือดจาง ไอคิวต่ำ และส่งผลไปถึงประสิทธิภาพการทำงาน

นักวิจัยกล่าวด้วยว่า จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุที่ระดับก๊าซคาร์บอนทำให้ธาตุอาหารต่ำลง รวมถึงต้องศึกษาการปรับตัวของพืชอาหารในเขตร้อนต่อระดับก๊าซคาร์บอนที่สูงขึ้น รวมถึงผลกระทบต่อด้านอื่นจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ

ทัพสหรัฐฯ ดึงสุนัขช่วยบำบัดทหารจิตป่วย

เอพี - คลินิกจิตเวชในฐานทัพสหรัฐฯ เริ่มนำสุนัขทหารมาช่วยบำบัดกำลังพลที่มีอาการทางจิตจากความเครียด

ภารกิจในสมรภูมิอิรักและอัฟกานิสถานทำให้กำลังพลอเมริกันจำนวนไม่น้อยประสบปัญหาสุขภาพจิตจากความเครียด หน่วยแพทย์ทหารในฐานทัพฟอร์ตแบร์กของสหรัฐอเมริกาจึงริเริ่มนำสุนัขเข้ามาเป็นผู้ช่วยในการบำบัดกำลังพลที่มีอาการป่วยทางจิต โดยพบว่าการมีสุนัขประจำอยู่ในคลินิกช่วยให้ทหารรู้สึกผ่อนคลาย และทำให้บรรยาการการรักษาดีขึ้น

ด้านแพทย์ทหารเปิดเผยว่า การนำสุนัขมาเป็นผู้ช่วยยังส่งผลดีต่อการกระตุ้นให้กำลังพลที่มีอาการป่วยมาเข้ารับการ

บำบัดอย่างสม่ำเสมอตามกำหนดนัด นอกจากนี้สุนัขยังเป็นแม่เหล็กดึงดูดความสนใจของทหาร และช่วยโน้มน้าวให้ทหารยอมเปิดปากพูดคุยกับแพทย์ทั้งที่ก่อนหน้านี้ถือเป็นเรื่องยากมากที่แพทย์จะเข้าถึงทหารที่มีอาการป่วย

ด้านเจ้าหน้าที่กลาโหมระดับสูงเปิดเผยว่า การนำสุนัขมาช่วยในการบำบัดเริ่มได้รับความนิยมมากขึ้นในกองทัพอเมริกัน และมองว่าสุนัขขนฟูหน้าตาน่ารักน่าชังจะเป็นผู้ช่วยตัวเก่งที่จะดึงผู้ป่วยเข้าหาการรักษา อย่างไรก็ตามก็ยังคงต้องมีการศึกษาว่าสุนัขมาใช้อย่างไรและใช้เมื่อใดจึงจะได้ผลดีที่สุด



จีนปรับนโยบายราคายา



รอยเตอร์ส - จีนปรับนโยบายราคายาถูก เปิดทางบริษัทยา กำหนดราคาให้สอดคล้องตามต้นทุนที่สูงขึ้น

ล่าสุดคณะกรรมการพัฒนาและปฏิรูปแห่งชาติของจีน ประกาศให้ยาจำเป็นกว่า 500 ตัวเป็นยาราคาถูก และกำหนดราคาขาย

ไม่เกิน 3 หยวนสำหรับยาสามัญ และไม่เกิน 5 หยวนสำหรับยาแผนโบราณ ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากจำนวนกว่า 2,000 ตัวก่อนหน้านี้ ด้านคณะกรรมการพัฒนาและปฏิรูปแห่งชาติของจีนให้เหตุผลว่า ยาราคาถูกมีส่วนต่างกำไรที่ต่ำและทำให้เป็นภาระต่อผู้ประกอบการ ซึ่งจากภาระต้นทุนดังกล่าวทำให้ผู้ประกอบการไม่สนใจที่จะผลิตยาราคาถูกจนทำให้ยาหลายตัวขาดตลาด

เมื่อปีก่อนคณะกรรมการพัฒนาและปฏิรูปแห่งชาติของจีนได้เปิดการสอบสวนต้นทุนและการตั้งราคาขายของบริษัทยาของเอกชนจีนและบริษัทข้ามชาติ อันเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการวิเคราะห์ส่วนต่างราคาระหว่างยานำเข้าที่จำหน่ายโดยบริษัทต่างชาตินั้นจีนเทียบกับราคาในตลาดอื่น แต่ยังคงไม่มีการประกาศผลการสอบสวนดังกล่าว

โคโลราโดรวกภาษีกัญชา

ยาฮู! - รัฐโคโลราโดของสหรัฐฯ เผยตัวเลขเงินรวม 22 ล้านดอลลาร์จากภาษีและค่าธรรมเนียมกัญชา

รายงานระบุว่า เฉพาะในช่วงสามเดือนแรกนับจากเปิดให้ซื้อขายกัญชาอย่างถูกกฎหมายเมื่อวันที่ 1 มกราคมที่ผ่านมา ก็สามารถเก็บภาษีและค่าธรรมเนียมจากกัญชาทั้งเพื่อใช้ในการด้านการแพทย์และใช้เพื่อความบันเทิงได้ถึง 12.6 ล้านดอลลาร์ ซึ่งในจำนวนนี้กว่าครึ่งเป็นการซื้อขายกัญชาเพื่อความบันเทิง และเชื่อว่ารายได้ส่วนนี้จะยังคงเพิ่มขึ้นอีก

ด้านนายจอห์น ฮิคเคนลูเปอร์ ผู้ว่าการรัฐโคโลราโด



คาดว่า สำหรับปีงบประมาณซึ่งจะเริ่มในเดือนกรกฎาคมนี้จะสามารถเก็บภาษีและค่าธรรมเนียมจากกัญชาได้ราว 114 ล้านดอลลาร์ ลดลงจากเดิมที่คาดว่าจะได้เงินราว 134 ล้านดอลลาร์ ขณะที่อีกด้านหนึ่งยังคงมีเอกชนยื่นขอใบอนุญาตจำหน่ายกัญชาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากตัวเลขเมื่อพฤษภาคมที่ผ่านมา สรรพากรรัฐโคโลราโดได้ออกใบอนุญาตจำหน่ายกัญชาแก่เอกชนแล้วราว 200 ราย



4 สาวงามของประวัติศาสตร์จีน

มีคำกล่าวว่า “Nobody’s perfect” ซึ่งก็ตรงกับคำกล่าวของท่านพุทธทาสภิกขุที่ว่า

“สิ่งทีสมบูรณ์แล้วโดยแท้...มันก็ยังมีความบกพร่องอยู่”

4 สาวงามของประวัติศาสตร์จีนเป็นคำเรียกกสตรี 4 คนที่ได้ชื่อว่างดงามที่สุดในประวัติศาสตร์จีนโบราณ โดยทั้ง 4 คนนี้มีบทบาทสำคัญที่ทำให้สถานการณ์บ้านเมืองพลิกผันหรือเป็นจุดเปลี่ยนของประวัติศาสตร์

เรียงตามลำดับความงามคือ ไชซีเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ เตียวเสียน หวังเจาจวิน และ หยางกั๋วเฟย ตามลำดับ



1. ไชซี เกิดประมาณ ค.ศ. 506 ก่อนคริสตกาล ในสมัยชุนชิว ได้ฉายาว่า “มัจฉาจุมวาริ” หมายถึง “ความงามที่ทำให้แม้แต่ฝูงปลาจะต้องจมลงสู่น้ำ” เนื่องจากเหล่าปลาในลำธาร เมื่อได้เห็นรูปโฉมของนาง ก็ถึงกับตะลึงในความงามของนางนั้น ทำให้ฝูงปลาดึงกับจมลงไปในน้ำโดยไม่รู้ตัว

ไชซีเป็นเครื่องบรรณาการที่รัฐเยว่ ส่งให้อู่ฮงฟูชาแห่งรัฐอู๋รับไว้ จนเกิดความลุ่มหลงไม่บริหารบ้านเมือง

ต่อมา 13 ปีให้หลัง รัฐอู๋ก็ล่มสลาย อู่ฮงฟูชาต้องฆ่าตัวตาย และรัฐเยว่กลับสู่อิสรภาพในที่สุด

2. เตียวเสียน มีชีวิตอยู่ในยุคสามก๊ก ได้ฉายาว่า “จันทร์หลบโฉมสุดา” ซึ่งหมายถึง “ความงามที่ทำให้แม้แต่ดวงจันทร์ยังต้องหลบหนี”

เตียวเสียนเป็นตัวละครในวรรณกรรมจีนอิงประวัติศาสตร์เรื่องสามก๊ก เตียวเสียนเป็นหญิงรับใช้ที่พ่อแม่ตายตั้งแต่ยังเล็ก ได้อ่องอุ้มรับมาชุบเลี้ยง อ่องอุ้นวางแผนให้เตียวเสียนใช้มารยาหญิงทำให้ตั้งโต๊ะและลิโป้แตกคอกันจนฆ่ากันเองในที่สุด สำหรับเตียวเสียนนั้นไม่ได้รับการยืนยันว่ามีตัวตนจริงในประวัติศาสตร์



กระชับสัมพันธ์ไมตรี แล้วในที่สุดหวังเจาจวินก็กลายเป็นภรรยาคนโปรดของ หู อันเซีย

4. หยางกั๋วเฟย มีชีวิตอยู่ในช่วงราชวงศ์ถัง ได้ฉายาว่า “มณฑลภาละอายนาง” ซึ่งหมายถึง “ความงามที่ทำให้แม้แต่ มณฑลหม่ดอกไม้อย่างต้องละอาย”

หยางกั๋วเฟยเป็นพระสนมเอกในจักรพรรดิถังเสวียนจงของราชวงศ์ถัง อิทธิพลของหยางกั๋วเฟยทำให้ญาติของพระนางขึ้นมามีบทบาทในราชสำนัก ในภายหลังเกิดการกบฏขึ้นมา ฮองเต้ถังเสวียนจงได้มีพระบรมราชโองการให้พระนางสำเร็จโทษโดยแขวนพระคอ โดยที่หยางกั๋วเฟยมีอายุเพียง 37 ปี อีกทั้ง

3. หวังเจาจวิน มีชีวิตอยู่ในช่วงราชวงศ์ฮั่นตะวันตก ได้ฉายาว่า “ปักซีตกนภา” ซึ่งหมายถึง “ความงามที่ทำให้แม้แต่ฝูงนกยังต้องร่วงหล่นจากท้องฟ้า”

หวังเจาจวินเดิมเป็นนางกำนัลในวังหลวงที่ฮองเต้ราชวงศ์ฮั่นส่งไปให้แก่ข่านของเผ่าซ่งหนูเพื่อ



ตระกูลหยางยังถูกตัดสินฆ่าล้างทั้งตระกูล

แต่ถ้าเรียงตามช่วงเวลาในประวัติศาสตร์จะเป็นดังนี้ ไชซี หวังเจาจิวน เตียวเสียน และหยางก๊วยเพย

มีคนกล่าวว่าสาวงามอันดับ 5 คือ เงินหยวนหยวน ซึ่งเป็นอนุภรรยาของอู๋ซันก๊วย

ตามประวัติศาสตร์จริงนั้น เงินหยวนหยวนเกิดเมื่อปี ค.ศ. 1624 ที่ชิงหยวน เธอเกิดมาในครอบครัวที่ค่อนข้างยากลำบาก เธอถูกขายให้กับสถานเริงรมย์โดยฝึกหัดเป็นนักร้องและนักเล่นพิฟ้า (ซึ่งเป็นเครื่องดนตรีจีนชนิดดีดชนิดหนึ่ง) ในเวลาต่อมาเข้าสู่ตระกูลอู๋และกลายเป็นภรรยาน้อยของอู๋ซันก๊วย แม้ทั้งคู่เปิดประตูเมืองให้แมนจูเข้ามาทำลายราชวงศ์หมิงจนล่มสลาย

ถึงแม้ 4 สาวงามของประวัติศาสตร์จีนจะงดงามจนเป็นที่เลื่องลือ แต่ยังคงมีปมด้อยในความงามนั้น เพียงแต่รู้จักปกปิดไว้⁽²⁾ นั่นคือ

ไชซี มีปมด้อยคือ เท้าใหญ่ ต้องห่มเสื้อผ้ากรอมเท้าเพื่อปกปิดส่วนนี้ของเธอเอาไว้ตลอดเวลา

เตียวเสียน มีปมด้อยคือ ใบหูเล็ก จำต้องปล่อยผมหรือแต่งทรงผมให้ปิดใบหูของเธอไว้

หวังเจาจิวน มีปมด้อยคือ ไหล่ทั้งสองข้างสูงต่ำไม่เท่ากัน จึงสวมใส่อาภรณ์ปกปิดตั้งแต่ศีรษะลงมาเพื่อปิดส่วนนี้ของเธอเอาไว้

หยางก๊วยเพย มีปมด้อยคือ มีกลิ่นตัว อ้วนมาก และสวยมาก ซึ่งต้องอาบน้ำบ่อยที่สุดเพื่อลดกลิ่นตัวของนาง และมักจะมีแมลงหลากหลายชนิดตอมตัวเธอเป็นประจำ

แม้ 4 สาวงามของประวัติศาสตร์จีนจะถูกยกย่องเป็นที่เลื่องลือด้านความงาม แต่ก็ยังคงมีปมด้อยอยู่ดี



หมายเหตุ

มาตรฐานสาวงามตามแบบจีนดั้งเดิม^(๑)

ใบหน้า

ใบหน้ารูปไข่เป็นรูปหน้าที่ได้สัดส่วนที่สุดเมื่อแบ่งตามขวางแล้วจะได้ 3 ส่วน : จากไรผมถึงคิ้ว

จากคิ้วถึงปลายจมูก จากปลายจมูกถึงคาง เมื่อมีรูปหน้าที่สวยงามแล้ว รายละเอียดบนใบหน้าก็ต้องเหมาะสมจะ ระยะห่างระหว่างตา 2 ข้างจะต้องเท่ากับความยาวของดวงตา ยิ่งถ้าใครมีลักยิ้มบนแก้มก็จะถูกมองว่ามีเสน่ห์

คิ้ว

คิ้วรูปแบบไหนจึงจะเรียกว่าสวยนั้นขึ้นอยู่กับยุคสมัย อย่างในสมัยราชวงศ์ฉิน (221-207 ปีก่อนคริสต์ศักราช) นิยมคิ้วดก ยาว และโค้ง ขณะที่สาวสมัยฮั่นนิยมคิ้วรูปสามเหลี่ยมคล้าย “/\” เรื่อยมาจนถึงสมัยราชวงศ์ถังหญิงสาวนิยมกันคิ้วให้เป็นรูปพระจันทร์ครึ่งเสี้ยวหรือใบหวี กระทั่งในช่วงกลางศตวรรษที่ 14 คิ้วโค้งบางก็กลายเป็นรูปทรงยอดนิยม

ดวงตา

ดวงตาเรียวยาว หางตาดัดโค้งขึ้น ลูกนัยน์ตาดำสนิท

ริมฝีปาก

ริมฝีปากเล็ก สีชมพู เป็นมันเงา มุมปากโค้งขึ้น หรือที่เรียกว่า “ปากเล็กเหมือนผลเชอร์รี่” เป็นปากที่ชาวจีนสมัยก่อนมองว่างามที่สุด

รูปร่าง

เอาที่คอดก๊วเป็นความงามอย่างหนึ่งของผู้หญิงจีนในยุคโบราณ มองว่าหญิงสาวที่มีเอวและสะโพกเป็นรูปนาฬิกาทรายนับเป็นหญิงสาวที่มีรูปร่างงดงาม

เช็กชืออย่างจีน

คิ้วคือสิ่งที่เช็กชือที่สุดของผู้หญิง ส่วนอวัยวะที่ถูกมองว่าเช็กชือรองลงมา ได้แก่ ไหล่ปลาร้า และคอ

งามที่ใจ

แม้จะมีรูปร่างหน้าตาสะสวยเพียงไร แต่สิ่งที่สำคัญและได้รับการยกย่องเสียยิ่งกว่าความงามภายนอกก็คือ หญิงสาวผู้ทรงไว้ซึ่ง 3 เชื้อฟ่ง 4 คุณธรรม...3 เชื้อฟ่ง ได้แก่ ก่อนแต่งให้เชื้อฟ่งบิดา หลังแต่งให้เชื้อฟ่งสามี และเมื่อสามีตายจากก็ให้เชื้อฟ่งลูกชาย ถือเป็นแนวคิดที่ยิ่งใหญ่ของผู้หญิงในสมัยก่อน ทั้งชีวิตทำเพื่อคนอื่นและอยู่เพื่อคนอื่น

ส่วน 4 คุณธรรมนั้น ได้แก่ รูปร่างหน้าตาจะต้องสะอาดสะอ้าน อีกทั้งกิริยามารยาทเพียบพร้อม กล่าวมธุรสวาจา อีกทั้งการบ้านการเรือนไม่ขาดตกบกพร่องนั่นเอง

ความรู้ของหญิงสาว

• **ดนตรี** - ดนตรีในที่นี้หมายถึงพิณ 7 สาย ซึ่งมีประวัติศาสตร์ยาวนานกว่า 3,000 ปี

• **หมากล้อม** - หญิงสมัยก่อนได้รวมตัวกันเล่นหมากล้อมเพื่อผ่อนคลาย

• **เขียนพู่กัน** - พวกเขาอ่านเพื่อพัฒนาตัวเอง เขียนบทกลอนเพื่อถ่ายทอดความรู้สึกและเรื่องราวชีวิตของตัวเอง และเขียนพู่กันจีนเพื่อความบันเทิง

• **วาดภาพ** - หัวข้อที่พวกเขาชอบวาดส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับดอกไม้ สัตว์เลี้ยง และหญิงงาม

• **งานเย็บปัก** - งานเย็บปักถักร้อยนั้นนับว่าเป็นสัญลักษณ์ของหญิงสาวที่ขยันขันแข็ง และสะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์และความฉลาดของผู้หญิงด้วย ทั้งยังเป็นมาตรฐานของศรีภรรยาที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. สีหญิงงามแห่งแผ่นดินจีน. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี. 7 มีนาคม 2557. ที่มาจาก: <http://th.wikipedia.org/wiki/สีหญิงงามแห่งแผ่นดินจีน>.
2. ขนาดสีสาวงามของจีนยังมีจุดอ่อนแต่เขารู้จักกลบอ่อนแล้วอดีตที่ดี. ดูดวงจีนซินแสหัว. 16 ตุลาคม 2556. ที่มาจาก: <http://www.chinese-horo.com/สีสาวงามของจีน/>
3. ถอดรหัสความงามแห่งหญิงจีน. อุบัติการณ์. ASTV ผู้จัดการออนไลน์. 5 พฤศจิกายน 2551. ที่มาจาก: <http://www.manager.co.th/China/ViewNews.aspx?NewsID=9510000130986>.

30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายประชานิยมที่แท้จริงหรือ (ต่อ)

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยไม่เหมือนเดิม ผู้ป่วยมาเรียกร้องสิทธิการรักษา ถ้าแพทย์ไม่ทำตามใจ (ไม่พอใจ) ก็ร้องเรียน/ฟ้องร้องแพทย์ พยาบาลเครียด ต้องระมัดระวังตัว เพื่อไม่ให้ถูกฟ้องร้อง ทำให้ความสัมพันธ์ที่เอื้ออาทรและพึ่งพาอาศัยกันจางหายไป

การที่ประชาชนมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่โฆษณาประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมารับการรักษาตลอดเวลามาจากสโลแกนที่ว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” ทำให้ประชาชนไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่เห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพและไม่ป้องกันโรค ถึงแม้เจ็บป่วยเล็กน้อยก็ไม่รักษาตัวเอง เนื่องจากค่ารักษา 30 บาทนั้นถูกมาก ๆ ยิ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลจากยุคปฏิวัติได้ประกาศยกเลิกการจ่าย 30 บาท (โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขบอกว่า “เสียเวลาลงบัญชี”) ทำให้ประชาชนมาใช้บริการที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกหลายเท่าตัว เพราะนอกจากค่าเดินทางและการเสียเวลารอคอยแล้ว ผู้ป่วยก็ไม่มีค่าใช้จ่ายในการมารับบริการแต่อย่างใด การที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นนี้ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องรีบเร่งทำงานในการตรวจรักษาผู้ป่วย และมีเวลาให้ผู้ป่วยแต่ละคนน้อยลง มีการไปเก็บสถิติจากโรงพยาบาลหลายแห่งทั้งจากนักวิจัยของแพทย์สภา และนักวิจัยจาก ก.พ. ได้พบตรงกันว่า แพทย์มีเวลาตรวจรักษาผู้ป่วยเฉลี่ยเพียง 2-4 นาทีต่อคน

การที่แพทย์และบุคลากรจะมีเวลาให้ผู้ป่วยแต่ละคนน้อยลงดังกล่าวแล้ว นอกจากจะทำให้เสี่ยงต่อความผิดพลาดในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไรแล้ว ยังมีผลทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ก็ไม่เหมือนเดิมอีกต่อไป กล่าวคือแพทย์มีเวลาพูดกับผู้ป่วยน้อยเกินไปจนอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าตนเองเป็นโรคอะไร และควรปฏิบัติตัวอย่างไรจึงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็วที่สุดตามที่ควรจะเป็น ทำให้เกิดผลเสีย

แก่ผู้ป่วยเอง หรือบางครั้งแพทย์ได้อธิบายแล้วว่าอาจจะมีการแทรกซ้อนหรือไม่หายขาด แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจผลการรักษา

นอกจากนี้แล้ว ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 41 ยังกำหนดไว้อีกว่า ถ้าผู้ป่วยคิดว่าตนเองได้รับ “ความเสียหาย” จากการรับบริการสาธารณสุขให้ไปร้องขอ “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” ได้จาก สปสช. ฉะนั้นประชาชนจึงไปร้องเรียนและฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดภายหลังจากรัฐบาลหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ว่าผู้ป่วยจะไม่หายจากอาการป่วยจากสาเหตุอะไร (โรคแทรกซ้อน เชื้อโรคดื้อยา แพ้ยา หรืออาการหนักเกินเยียวยา หรือจากผลของโรคเอง) ผู้ป่วยหรือญาติก็จะไปร้องเรียนและฟ้องร้องแพทย์/โรงพยาบาลไว้ก่อน

ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เกิดความเครียด ต้องระมัดระวังป้องกันตัวไม่ให้ตกเป็นจำเลยถูกฟ้องร้อง นอกจากนั้นการที่แพทย์หรือพยาบาลต้องดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมากเกินไปก็อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและความเครียดเพิ่มไปอีก ทำให้ความรู้สึกเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยแบบญาติมิตรหรือบุคคลที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูลนั้นลดน้อยลง กลายเป็นต้องทำงาน “ตามหน้าที่รับผิดชอบเท่านั้น” ในขณะที่ประชาชนส่วนหนึ่งก็ถือว่า “มีสิทธิที่จะได้รับการตรวจรักษาทุกโรค” จึงอาจจะเรียกร้องให้แพทย์สั่งการให้ตนได้รับการ “ตรวจพิเศษ” โดยที่ยังไม่จำเป็น กลายเป็น “สั่งให้แพทย์ทำตามการเรียกร้องตามสิทธิ” ไม่ได้รู้สึกว่าได้ได้รับความ “ช่วยเหลือ” ให้หายจากความทรมานจากการเจ็บป่วย ไม่มีความรู้สึก “ดี ๆ เหมือนญาติมิตร” เหมือนเดิม กลายเป็นว่า “แพทย์ต้องทำตามหน้าที่ ส่วนผู้ป่วยก็ต้องได้รับการรักษาตามสิทธิของตน ไม่มีความรู้สึกแบบญาติมิตรตามวัฒนธรรมไทยเหมือนเดิม”

ทั้งนี้เมื่อก่อนนั้นประชาชนคนป่วยที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ต่างมีความสัมพันธ์ในแบบเอื้ออาทรตามแบบวัฒนธรรมไทย คือให้การดูแลรักษาด้วยความเอาใจใส่ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ด้วยอัธยาศัยไมตรีอันดีต่อกันเป็นส่วนมาก (บางท่านอาจจะโต้แย้งว่าไม่จริง อาจจะไปเจอบุคลากรชนิดที่หน้าจอรอนาน ซึ่งก็คงจะมีบ้าง)

แต่หลังจากมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ประชาชนมาโรงพยาบาลเพราะนึกว่าตัวเองมีสิทธิที่จะได้รับการบริการทุกชนิดตามที่ สปสช. โฆษณาไว้ ประชาชนจึงมาเรียกร้องสิทธิที่จะต้องได้รับจากโรงพยาบาล เช่น หกล้มหรือถูกรถชนเล็กน้อยมีรอยฟกช้ำดำเขียวแต่ก็เรียกร้องจะต้องไปเอกซเรย์ หรือเป็นไข้หวัดธรรมดา อาการเจ็บคอเล็กน้อยก็จะขอให้หมอส่งจ่ายยาปฏิชีวนะร่วมกับยาลดไข้แก้หวัดธรรมดา ทั้ง ๆ ที่แพทย์ผู้ตรวจรักษาเห็นว่าเป็นการเจ็บคอจากเชื้อไวรัสไข้หวัดธรรมดา ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียจึงไม่จำเป็นที่จะต้องให้ยาปฏิชีวนะในการรักษา แต่เมื่อแพทย์อธิบายให้ผู้ป่วยฟัง ผู้ป่วยก็อาจจะไม่ยอมเข้าใจ แต่อาจจะกล่าวหาว่ารัฐบาลบอกว่าให้การรักษาทุกโรค แต่ทำไมหมอจึงไม่รักษา ฯลฯ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เป็นเพียงตัวอย่างเพียงเล็กน้อยเท่านั้น แต่สาเหตุแห่งความไม่เข้าใจกันระหว่างประชาชนคนป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ก็มีมากขึ้น

ตามที่ สปสช. โฆษณาไว้ ประชาชนจึงมาเรียกร้องสิทธิที่จะต้องได้รับจากโรงพยาบาล เช่น หกล้มหรือถูกรถชนเล็กน้อยมีรอยฟกช้ำดำเขียว แต่ก็เรียกร้องจะต้องไปเอกซเรย์ หรือเป็นไข้หวัดธรรมดา อาการเจ็บคอเล็กน้อยก็จะขอให้หมอส่งจ่ายยาปฏิชีวนะร่วมกับยาลดไข้แก้หวัดธรรมดา

มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้ประชาชนฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายมากขึ้น

นอกจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์จะเลวลงแล้ว ประชาชนก็มีแนวโน้มที่จะฟ้องร้องแพทย์เพิ่มขึ้นจากการที่มีบทบัญญัติในมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายหรือคิดว่าตนเองหรือญาติได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการสามารถไปร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยไม่พอใจผลการรักษา ทั้ง ๆ ที่เป็นการผิดพลาดของการรักษา หรือเกิดจากมีโรคแทรกซ้อน หรือร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่น แพ้ยา เชื้อโรคดื้อยา หรืออาการหนักเกินเยียวยา หรือป่วยอาการหนักจนไม่สามารถรักษาได้แล้ว ต่างก็มาร้องเรียนขอเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ก่อน จนถึงกับมีปรากฏการณ์ที่มีทนายคอยรับฟ้องร้องแทนผู้ป่วยรออยู่ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ก็มี

จึงพบว่า ภายหลังจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว มีคำพูดทั่วไปว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเลวลง มีการฟ้องร้องแพทย์เพิ่มมากขึ้นทั้งในคดีแพ่งและคดีอาญา จนนำไปสู่การเรียกร้องที่จะให้รัฐบาลออกกฎหมาย พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งทำให้เกิดการรวมตัวกันของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

แพทย์ในการต่อต้านไม่ให้มีการตราพระราชบัญญัตินี้ เนื่องจากเห็นว่าจะทำให้มีการตรวจวิธีพิเศษทางการแพทย์มากมายเพื่อป้องกันการวินิจฉัยผิดพลาดเอาไว้เป็นประจักษ์พยานผู้คดีในศาล ทั้ง ๆ ที่ยังไม่จำเป็น ซึ่งจะส่งผลเสียหายทางด้านงบประมาณที่จะต้องใช้ในการตรวจพิเศษโดยยังไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่จะต้องทำการตรวจพิเศษนั้น เหมือนกับที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาที่มีการฟ้องแพทย์เป็นจำนวนมากจนแพทย์ทุกคนต้องหามาตรการที่จะไม่ให้ถูกฟ้องร้อง โดยส่งการตรวจพิเศษโดยยังไม่มีข้อบ่งชี้ (เรียกพฤติกรรมนี้ว่า “Defensive Medicine”) ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียเงินมากขึ้นโดยไม่จำเป็น เพียงเพื่อจะเอาผลการตรวจไปเป็นพยานในศาลว่าแพทย์ได้ทำการตรวจวินิจฉัยอย่างครบถ้วนแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้ศาลตัดสินลงโทษเท่านั้น

นอกจากพฤติกรรมการส่งตรวจพิเศษดังกล่าวแล้ว แพทย์ในสหรัฐอเมริกาทุกคนจะต้อง “ซื้อประกันการประกอบวิชาชีพเวชกรรม” เรียกว่า “Malpractice Insurance” เป็นการซื้อประกันการประกอบวิชาชีพเวชกรรมไว้ในกรณีที่ถูกฟ้องและศาลตัดสินว่าแพทย์ทำผิด ให้จ่ายค่าเสียหายแก่ผู้ป่วย บริษัทประกันก็จะเป็นผู้จ่ายเงินให้ผู้ป่วยแทนแพทย์

ส่วนแพทย์ที่แพ้คดีในศาลทำให้บริษัทประกันต้องจ่ายสินไหมทดแทนแก่ผู้ป่วย ปีต่อไปก็จะถูก “เพิ่มอัตราค่าประกันการประกอบวิชาชีพ” เพราะเป็นผู้ “มีความเสี่ยงสูง” ที่บริษัทประกันจะต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนมากกว่าแพทย์ที่ยังไม่เคยแพ้คดีเลย

ทั้งพฤติการณ์เรื่อง “Defensive Medicine” และ “Malpractice Insurance” นี้เองที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาสูงมากกว่าประเทศอื่น และยังมีแนวโน้มที่จะสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สำรวจความคิดเห็นประชาชนทุกปี และได้สรุปผลว่า ประชาชนชื่นชอบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากกว่า 90% ทุกปี แต่ สปสช. ไม่เคยสำรวจว่าประชาชนพึงพอใจกับคุณภาพมาตรฐานการบริการ หรือผลที่ได้รับจากการบริการหรือไม่ เช่น ผลการรักษา อาการเจ็บป่วย หายตาย พิกัด มีโรคแทรกซ้อน หรือได้รับความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และพอใจกับผลการรักษาหรือไม่ แต่ สปสช. ถามความเห็นเพียงว่านิยมชมชอบกับระบบ 30 บาทหรือไม่ ซึ่งก็จะได้รับคำตอบว่าประชาชนมีความนิยมชมชอบระบบ 30 บาทมากกว่า 90% ทุกปี เนื่องจากได้รับการรักษาโดยไม่ต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าตัวเองเลย

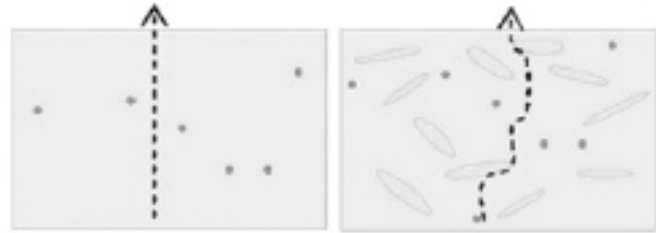
แต่ประชาชนคงไม่พอใจผลการรักษาเท่าไรนัก เพราะถ้าพอใจจริงคงไม่มีเรื่องฟ้องร้องหมอมากขึ้นในศาล มีเรื่องร้องเรียน/กล่าวหาหมอในแพทย์สภา หรือตามหน้าหนังสือพิมพ์ และรายการโทรทัศน์เพิ่มมากขึ้น ดังที่มีข่าวเพิ่มขึ้นมากมาย ภายหลังระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปลดปล่อยยารักษาโรคตา จากเลนส์สัมผัส (ตอนจบ)

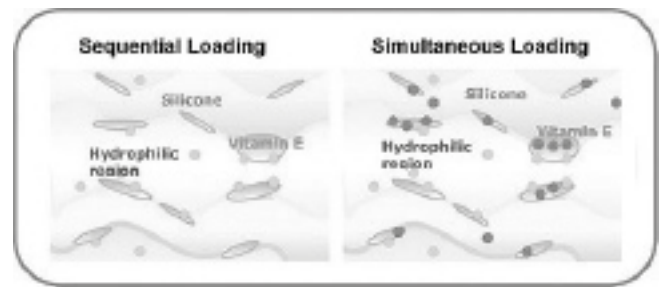
บทความฉบับที่แล้วได้กล่าวถึงเทคนิคที่ได้รับการพัฒนาในการเพิ่มระยะเวลาการปลดปล่อยยาจากเลนส์สัมผัสด้วยเทคนิคการประทับโมเลกุลและการห่อหุ้มยาไปแล้ว อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะสามารถช่วยเพิ่มระยะเวลาการปลดปล่อยยาได้ แต่เทคนิคดังกล่าวนี้จะต้องได้รับการปรับแต่งโดยเฉพาะสำหรับยาแต่ละประเภท ทำให้มีความยุ่งยากและซับซ้อนในการพัฒนา ดังนั้น จึงมีการพัฒนาเทคนิคอื่นที่สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องปรับแต่งให้เข้ากับยาแต่ละประเภท สามารถใช้งานได้สะดวก และยังสามารถปลดปล่อยยาหลายประเภทจากเลนส์สัมผัสได้พร้อมกันอีกด้วย

เทคนิคการใช้ชั้นขัดขวางขนาดนาโน (nanobarrier) นั้นถูกพัฒนาขึ้นโดยการใช้โมเลกุลของวิตามินอีในการช่วยชะลอการปลดปล่อยของยาประเภทต่าง ๆ จากเลนส์สัมผัส ทั้งนี้วิตามินอีจะทำหน้าที่ขัดขวางการเคลื่อนที่ของโมเลกุลยาเนื่องจากสมบัติที่ไม่ชอบน้ำอย่างมากและมีความหนืดสูง ทำให้โมเลกุลของยาจะต้องเคลื่อนที่โดยรอบอ้อมผ่านโมเลกุลของวิตามินอี ส่งผลให้เป็นการเพิ่มระยะทางในการเคลื่อนที่และระยะเวลาในการปลดปล่อยยาออกจากคอนแทคเลนส์ที่ผสมวิตามินอีได้ โดยเทคนิคนี้สามารถใช้ในการชะลอการปลดปล่อยยาได้ทั้งยาที่มีสมบัติชอบน้ำและชอบน้ำมัน ตัวอย่างเช่น ทิมอลอล (timolol), เดกซาเมทาโซนฟอสเฟต (dexamethasone phosphate), ฟลูโคนาโซล (fluconazole), ซิสทีมีน (cysteamine) และไซโคลสปอริน (cyclosporine) จากการศึกษพบว่า การผสมวิตามินอีในปริมาณ 10 และ 40 เปอร์เซ็นต์ลงในเลนส์สัมผัสแบบซิลิโคนจะส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาในการปลดปล่อยยาได้ที่ 5 และ 400 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับเลนส์สัมผัสที่ใส่ยาเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่า การใส่วิตามินอีนี้ไม่ส่งผลกระทบต่อการยึดเกาะของโปรตีน มอดูลัส ความใส ความสามารถในการป้องกันแสงอัลตราไวโอเล็ตของเลนส์สัมผัส ยกเว้นแต่ความสามารถในการซึมผ่านของออกซิเจนและอ็อกซิเจนที่อาจจะมีการลดลงแต่ยังคงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้สำหรับการใช้งานเลนส์สัมผัสทั่วไป จากการศึกษาในสัตว์ทดลองสำหรับการใช้งานคอนแทคเลนส์ที่ผสมวิตามินอีในการนำส่งยารักษาต้อหินพบว่า มีความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการใช้งานเพื่อลดแรงดันในลูกตาเช่นเดียวกับการหยอดยาตามากหลังจากการสวมใส่อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงระยะเวลาในการทดลองที่ 4 วัน โดยพบว่าปริมาณยาจากการหยอดยาดานั้นจะมีค่ามากกว่าปริมาณยาที่ปลดปล่อยจากเลนส์สัมผัสที่ผสมวิตามินอีถึง 6 เท่า และเมื่อเปรียบเทียบกับเลนส์สัมผัสที่ไม่ได้ผสมวิตามินอีแล้วพบว่า เลนส์สัมผัส

ที่ผสมยาเท่านั้นจะไม่สามารถช่วยในการลดความดันในลูกตาได้เมื่อสวมใส่ผ่านไปเพียงสองวัน



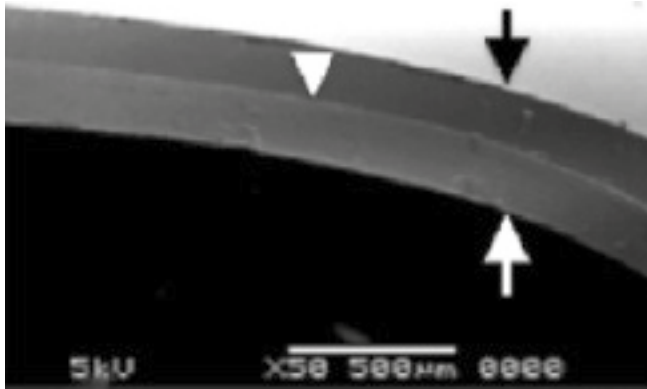
ภาพแสดงหลักการสร้างชั้นขัดขวางขนาดนาโนด้วยโมเลกุลวิตามินอีเพื่อชะลอการเคลื่อนที่ของยาออกจากเลนส์สัมผัส^[10]



ภาพแสดงเทคนิคการสร้างชั้นขัดขวางขนาดนาโนด้วยโมเลกุลวิตามินอี โดยสามารถที่จะใส่วิตามินอีและยาแยกกันตามลำดับหรือใส่พร้อมกันก็ได้^[13]

นอกจากนี้แล้วยังมีเทคนิคการแทรกชั้นฟิล์มของพอลิเมอร์ย่อยสลายได้ทางการแพทย์ที่ผสมกับยาที่กึ่งกลางของเลนส์สัมผัส โดยจะถูกประกบทั้งสองด้านด้วยวัสดุเลนส์สัมผัสปกติ ซึ่งทำให้การละลายออกมาของพอลิเมอร์จะถูกควบคุมด้วยสองปัจจัยหลักคือ อัตราการสลายตัวของพอลิเมอร์ที่ผลิตเป็นชั้นฟิล์มและอัตราการแพร่ผ่านออกมาจากชั้นของเลนส์สัมผัส ด้วยเหตุนี้เองทำให้สามารถชะลอการปลดปล่อยยาจากเลนส์สัมผัสได้โดยพอลิเมอร์ย่อยสลายได้นำมาทดลองนั้นมักจะเป็นกลุ่มของพอลิแลคติกหรือพอลิไกลโคลิก หรือโคพอลิเมอร์ของแลคติกและไกลโคลิกซึ่งเป็นพอลิเมอร์ทางการแพทย์ที่มีการใช้งานอย่างกว้างขวาง ซึ่งโดยหลักการแล้วเทคนิคนี้สามารถประยุกต์ใช้งานกับยาได้ทุกประเภท แต่ตัวอย่างของยาที่นำมาทดสอบใช้งานด้วยเทคนิคนี้ ได้แก่ ซิโปรฟล็อกซาซิน (ciprofloxacin), ลาตานาโพรส (latanoprost), อีโคนาโซล (econazole) เป็นต้น จากผลการทดสอบในสัตว์ทดลองพบว่า มีความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการใช้งานได้นานกว่า

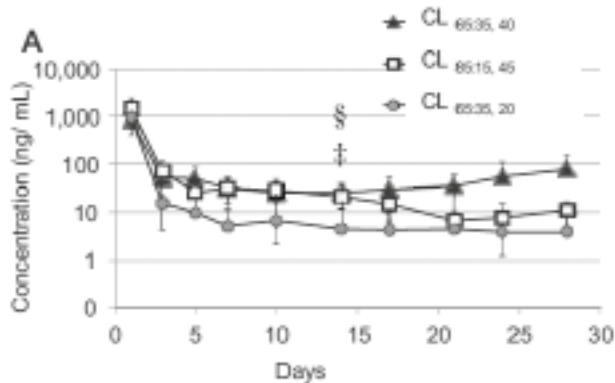
การหยอดยา ในบางการทดสอบพบว่าสามารถคงความสามารถในการปลดปล่อยยาได้นานกว่าหนึ่งเดือน



ภาพภาคตัดขวางของเลนส์สัมผัสแสดงชั้นของพอลิเมอร์ผสมยา ลาลทาโนโพรสแต (หัวลูกศร) ที่แทรกอยู่กึ่งกลางระหว่างเนื้อเลนส์สัมผัสที่ประกอบทั้งสองด้าน (ลูกศร)^[14]



ภาพเลนส์สัมผัสที่มีชั้นของพอลิเมอร์ผสมยา ลาลทาโนโพรสแตแทรกอยู่กึ่งกลางระหว่างเนื้อเลนส์สัมผัสที่ประกอบทั้งสองด้าน^[14]



กราฟแสดงปริมาณของยาลาลทาโนโพรสแตที่ปลดปล่อยออกจากเลนส์สัมผัสที่มีชั้นของพอลิเมอร์ผสมยาลาลทาโนโพรสแตแทรกอยู่กึ่งกลางระหว่างเนื้อเลนส์สัมผัสที่ประกอบทั้งสองด้านในสัตว์ทดลอง ซึ่งสามารถปลดปล่อยได้นานเกือบหนึ่งเดือน^[14]

ถึงแม้ว่าแนวความคิดในการใช้เลนส์สัมผัสเป็นอุปกรณ์นำส่งยาจะมีความน่าสนใจและมีการวิจัยอย่างมาก แต่ปัจจุบันยังคงไม่มีผลิตภัณฑ์ทางการค้าออกจำหน่าย ทั้งนี้เนื่องจากหลายเหตุผลไม่ว่าจะเป็นความสะดวกในการใช้งาน ค่าใช้จ่าย ความคุ้มค่า ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยที่จะต้องได้รับการพิสูจน์ในระยะยาว การรักษาโรคทางตาที่น่าจะได้รับประโยชน์จากการใช้เลนส์สัมผัสในการนำส่งยา ได้แก่ ยาในกลุ่มที่ต้องมีการใช้งานอย่างต่อเนื่องและมีความถี่สูง นอกจากนี้คือยาในกลุ่มที่มีผลข้างเคียงสูงที่ต้องมีการควบคุมระดับความเข้มข้นของยาที่ใช้ในการรักษา



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_Dispatching_Contacts/
8. <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/03/100324121002.htm>
9. A. Guzman-Aranguiz, B. Colligris, J.J. Pintor (2013) Ocul. Pharmacol. Ther., 29(2), pp. 189-99.
10. S. C. Zimmerman and N. G. Lemcoff (2004) Chem. Commun. pp. 5-14.
11. http://www.nanowerk.com/nanotechnology_news/newsid=34394.php
12. <http://www.meajo.org/article.asp?issn=09749233;year=2013;volume=20;issue=1;spage=26;epage=37;aulast=Xu>
13. <http://www.ideaconnection.com/new-inventions/contact-lens-bandage-for-post-laser-eye-surgery-05484.html>
14. Joseph B. Ciolino, Cristina F. Stefanesc, Amy E. Ross, Borja Salvador-Culla, Priscila Cortez, Eden M. Ford, Kate A. Wymbs, Sarah L. Sprague, Daniel R. Mascoop, Shireen S. Rudina, Sunia A. Trauger, Fabiano Cade, Daniel S. Kohane (2014) Biomaterials, 35, pp. 432-439.

Cerebos

มูลนิธิเซเรบอสเพื่อการวิจัยสุขภาพ
ของคนไทย

ขอเชิญผู้สนใจขอรับทุนวิจัยโครงการ

Cerebos Awards 2014

มอบทุนสนับสนุน 500,000* บาท ต่อปี



ส่งผลงานเพื่อขอรับทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด ตั้งแต่วันที่ ถึง 31 กรกฎาคม 2557

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมและขอรับใบสมัครได้ที่ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์
โทร. 0-2650-9777 หรือ <http://www.brandsworld.co.th>

ประเภทของงานวิจัย

ทุนวิจัยประเภทวงเงินไม่เกิน 500,000 บาทต่อปี โดยแบ่งให้สำหรับโครงการวิจัยไม่เกิน 5 โครงการต่อปี

- การวิจัยประยุกต์ การวิจัยทางคลินิกและการวิจัยพัฒนา
- การวิจัยพื้นฐาน
- การวิจัยภาคสนาม

สาขาที่ทำการวิจัย

อาหาร ผลิตภัณฑ์อาหาร สมุนไพรและยา รวมทั้งพฤติกรรมผู้บริโภค
ที่มีผลต่อโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพ
ตลอดจนสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่
เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม

คุณสมบัติผู้สมัคร

- แพทย์
- เกษตรกร
- นักโภชนาการ
- พยาบาล
- นักวิทยาศาสตร์และนักวิชาการทั่วไป

คณะกรรมการพิจารณาทุน Cerebos Awards 2014

1. ศ.นพ.จอมจักร จันทราภัก
2. แพทย์หญิงคุณสรอรรษา เก่งอุดม
3. ศ.นพ.สมิต ศิริธรรม
4. ศ.ดร.ปิยะฉัตร คงศักดิ์
5. ศ.นพ.สุรเดช หงษ์อิง
6. ศ.นพ.ปริญญาญญ แยมวณิช
7. ศ.นพ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ
8. ศ.ดร.สุรเชษฐ์ วงศ์ใหญ่
9. ศ.ดร.กรมนิส พงศ์เงินตรา
10. ศ.ดร.สุวิมล กิริติพิบูล
11. ผศ.ดร.สุภาภรณ์ เทพงาม
12. ผศ.ดร.เรวดี จงสุวิธาน
13. ดร.สุกัญญา นพจินดา
14. ผศ.ดร.นันทา ปิยะการ
15. ศ.ดร.วิบูลย์ ผลสมภพ
16. พอ.หญิง ดร.วาสนา นิยมพันธ์
17. ศ.ดร.ลลิตา รักนกกุล
18. อาจารย์ศัลยา คงสมบูรณ์เวช

* การพิจารณาของคณะกรรมการถือเป็นการตัดสินขั้นเด็ดขาด

ประมวลภาพบรรยากาศงานประชุมวิชาการ



Thai Urological Association under the Royal Patronage
and
A.Menarini (Thailand) Ltd.

อย่าให้หลังเร็ว เป็นปัญหาชีวิตรัก (ใคร่) อีกต่อไป

April 25th, 2014

The Zign Hotel, Pattaya



Moderator :

Prof. Apichart Kongkanand



Speaker :

Prof. Somboon Leungwattanakij



Speaker :

Asst. Prof. Pansak Sugkraroek



สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
ร่วมกับ บริษัท อมริกัน ไตโพรฟาร์ม จำกัด

The role of NSAIDs in postoperative pain management

ประมวลภาพบรรยากาศงานประชุมวิชาการ



◀ Moderator :

รศ.นพ.จักรพันธ์ เอื้อนเศรษฐ์

ภาควิชาศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามารินทร์



◀ Speaker :

พศ.พญ.บุษ ตันติศิริพันธุ์

ภาควิชาวิสัญญี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามารินทร์



วันที่ 23 พฤษภาคม 2557
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี



การประเมินผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง

การซักประวัติ (History)

อาการเจ็บปวดเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาหาแพทย์ ดังนั้น การซักประวัติอาการเจ็บปวดมีความสำคัญมาก ถ้าซักประวัติดีแล้วบางครั้งบางคราวจะสามารถให้การวินิจฉัยได้เลย จะต้องแยกให้ได้ว่าอาการเจ็บปวดนั้นเป็นสาเหตุโดยตรงจากกระดูกสันหลังหรือเป็นอาการปวดร้าวมาจากระบบอื่น การปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังมักจะมีการรบกวนต่อรากประสาท ดังนั้น อาการเจ็บปวดมักจะเป็นไปตามรากประสาทของกระดูกสันหลังระดับนั้น ๆ เช่น ในกรณีของ intervertebral disc herniation ที่ไปกดรากประสาททำให้เกิดการปวดร้าวหรือมีอาการชา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงไปตามที่รากประสาทเส้นนั้น ๆ ไปเลี้ยง โดยอาการปวดที่กระดูกสันหลังอาจจะไม่ปรากฏเลยก็ได้ ดังนั้น การซักประวัติให้ทราบถึงตำแหน่งหรือแนวทางของอาการปวดตาม dermatome ของรากประสาทจึงมีความสำคัญมาก ในการที่จะสืบเสาะไปหาต้นตอของอาการเจ็บปวด เช่น ถ้าอาการปวดไปที่น่องหรือสันเท้า หรือขาที่ฝ่าเท้ามักจะเกิดจากรากประสาทกระเบนเหน็บเส้นที่ 1 (S1 root) ถูกรบกวนหรือถูกกด หรือถ้าปวดร้าวไปที่หลังเท้าไปทางด้านนิ้วหัวแม่เท้า มักเกิดจากรากประสาทบันเอวเส้นที่ 5 (L5 root) ถูกรบกวนหรือถูกกด เป็นต้น

โรคต่าง ๆ แต่ละโรคจะมีลักษณะการเจ็บปวดไม่เหมือนกัน เช่น พวก intervertebral disc herniation จะมีอาการมากขึ้นในภาวะที่ intradiscal pressure สูง เช่น การไอ จาม การนั่งหรือในพวก spinal stenosis จะมีอาการ

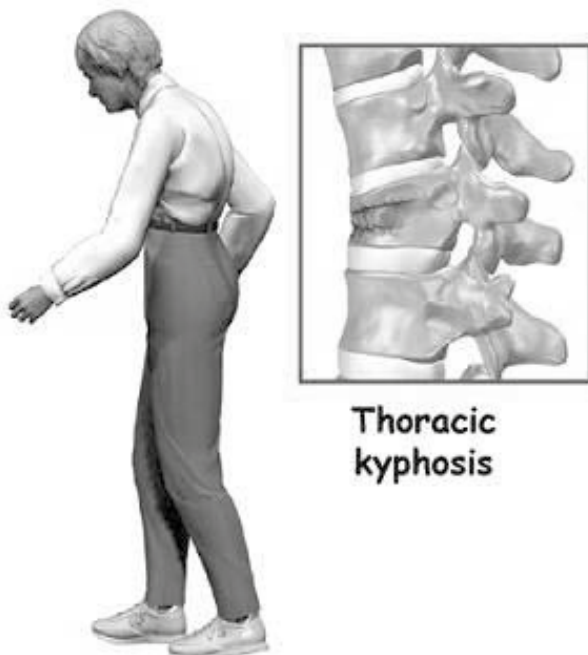


ที่เรียกว่า neurogenic intermittent claudication คือ มีอาการปวดร้าวลงตามขาพร้อมกับมีอาการชาเวลาเดิน ถ้านั่งพักจะหายไป อาการลักษณะนี้จะคล้ายคลึงกับ vasculogenic claudication ซึ่งเกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดแดงที่ขา ในกรณีเช่นนี้จะต้องตรวจดูชีพจรหลังเท้า (dorsalis pedis pulse) ทุกรายเพื่อวินิจฉัยแยกโรค

ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังและร้าวขาลงมาที่ขา ถ้ามีอาการเลวลงในขณะที่เดินลงบันไดและดีขึ้นในขณะที่เดินขึ้นบันไดอาจจะแสดงว่าเป็นพวก spinal stenosis เพราะขณะเดินลงบันได หลังส่วนเอวจะแอ่นไปข้างหน้า ทำให้ช่องทางเดินเส้นประสาท (intervertebral foramen) แคบลง และขณะเดินขึ้นบันได หลังส่วนเอวจะโค้งไปข้างหน้า ทำให้ช่องทางเดินเส้นประสาทกว้างขึ้น

อาชีพและอายุก็มีความสัมพันธ์กับโรคปวดหลัง พวก intervertebral disc herniation มักจะพบมากในอายุน้อยกว่า 55 ปี แต่พวก spinal stenosis มักจะพบในอายุที่เกิน 60 ปี อาชีพพักรบ หรือทำงานยกของ มักจะทำให้เกิดปวดหลัง

พวกที่มีอาการปวดติดต่อกันตลอดเวลา โดยไม่มีช่วงที่ทุเลาอาการปวดเลย มักจะนึกถึงพวกเนื้องอก (tumor) หรือภาวะการติดเชื้อ (infection) โดยเฉพาะปวดมากในเวลากลางคืน นอกจากนี้พวกนี้มักจะมีอาการไข้หรือน้ำหนักลดลงด้วย





การซักประวัติเกี่ยวกับความผิดปกติของระบบอื่น หรือภาวะทางด้านจิตใจ ก็เป็นเรื่องสำคัญมากที่ต้องนำมาพิจารณาด้วย พยาธิสภาพของระบบอื่นที่ทำให้เกิดอาการปวดหลัง เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ การอักเสบของตับอ่อน ไส้ติ่งอักเสบ (retrocecal appendicitis), การโป่งพองของหลอดเลือดใหญ่ (dissecting abdominal aortic aneurysm) การอักเสบในช่องเชิงกราน หรือพวกร endometriosis โรคของต่อมลูกหมาก เส้นเลือดในหัวใจตีบก็ทำให้ปวดร้าวไปที่บ่าและแขนเช่นเดียวกับโรค cervical spondylosis ได้

การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

สำหรับการตรวจกระดูกสันหลังนั้นจะต้องตรวจให้เป็นขั้นตอนเหมือนการตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ โดยมีหลักใหญ่ ๆ ดังนี้

Inspection

Palpation

Range of Motion

Provocative Testing

Neurologic Examination

แยกการตรวจออกเป็น 2 ส่วนคือ cervical spine และ thoracolumbar spine

I. กระดูกสันหลังส่วนคอ (Cervical Spine)

การดู (Inspection)

ตรวจโดยการดูตั้งแต่รูปร่างทั่ว ๆ ไป และการเดินว่าปกติหรือไม่ ซึ่งถ้ามีความผิดปกติในโครงร่างของกระดูกสันหลังแล้วก็จะทำให้รูปร่างและการเดินผิดปกติไป ในการตรวจค่อนั้นควรให้ผู้ป่วยถอดเสื้อออก นั่งหรือยืนตรง ๆ แล้วตรวจโดยการมองทั้งทางด้านหน้า ด้านข้าง ด้านหลังคอ กระดูกคออยู่ในแนวตรงและมีส่วนโค้งงอ (cervical lordosis) ทางด้านข้างเล็กน้อย ถ้าศีรษะเอียงไปด้านใดแสดงว่ากล้ามเนื้อ sternocleidomastoid มีการหดตัวดึงให้ศีรษะเอียงไปด้านที่มีการหดตัวแต่ใบหน้าและคางจะหันไปด้านตรงข้าม การที่กล้ามเนื้อเกร็งหรือหดตัวนั้นเนื่องจากเกิดภาวะอุบัติเหตุหรือการอักเสบก็ได้ โดยเฉพาะความผิดปกติที่เกิดขึ้นที่ระดับ C1-C2 และถ้าในเด็กต้องนึกถึงพวก congenital subluxation ด้วย

การคลำ (Palpation)

คลำดูความตึงตัวของกล้ามเนื้อว่าปกติหรือไม่ ถ้ามีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเกิดขึ้นแสดงว่ามีความผิดปกติบริเวณนั้น เช่น ถ้ามีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ sternocleidomastoid จะทำให้คอเอียง (torticollis) ขณะเดียวกันก็หาจุดกดเจ็บด้วย ตำแหน่งของกระดูกที่สามารถคลำได้มีความสำคัญมากที่จะบอกระดับหรือปล้องของ

กระดูกคอที่มีพยาธิสภาพ เช่น กระดูก hyoid ตรงกับ C3 vertebral body, กระดูก thyroid ตรงกับ C4 และ C5 vertebral bodies, กระดูก cricoid อันแรกจะอยู่ด้านหน้าต่อ C6 vertebral body พอดี ต่อมา thyroid ซึ่งอยู่บนกระดูก thyroid ก็จะต้องอยู่ในแนวกลางของ C4-C5 vertebral bodies



ในคนไข้ที่มี cervical rib บางรายสามารถคลำพบได้ที่บริเวณแอ่งเหนือกระดูกไหปลาร้า คนไข้ที่มี cervical rib ที่ไปกดหลอดเลือด subclavian หรือรากประสาท C8 หรือ T1 ของ brachial plexus ทำให้มีอาการของ thoracic outlet syndrome การกดหลอดเลือดและเส้นประสาทที่ผ่านออกไประหว่างกล้ามเนื้อ scalenus anticus และ scalenus medius ก็จะทำให้เกิดอาการเช่นนี้เหมือนกัน วิธีการตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะนี้อาศัยการตรวจพิเศษที่เรียกว่า Adson's test กระทำโดยการกางแขนข้างที่มีอาการออกไปทางด้านหลังพร้อมกับหมุนแขนให้ห่างออกไป (abducted, extended, external rotated arm) ซึ่งจะทำให้เส้นเลือด subclavian ที่ผ่านออกไประหว่างกล้ามเนื้อ scalenus anticus และ scalenus medius ตึงต่อไปให้คนไข้สูดหายใจเข้าลึก ๆ พร้อมกับให้หันหน้าไปทางแขนที่จับกางออก แล้วคลำชีพจรก่อนและหลังจากที่จับแขนออกไปในลักษณะดังกล่าว ต่อไปให้คนไข้หันศีรษะไปทางแขนข้างนั้น ชีพจรจะเบาลงหรือหายไป

ทางด้านหลังค่อนั้น คลำและกดลงตามแนวของ spinous processes ซึ่งปกติจะต้องอยู่ในแนวตรงกลางพอดี และอยู่ติดกันพอดี ถ้ามีตำแหน่งกดเจ็บหรือเกิดอยู่ผิดแนวออกไปหรือห่างจากกันก็แสดงว่ามีความผิดปกติของปล้องนั้น ๆ อาจจะมีการฉีกขาดของพวก ligaments หรือกระดูกแตกหรือข้อเคลื่อนออกจากกันได้

Spinous process ของ C7 และ T1 จะนูนออกมามากกว่าปล้องอื่น ๆ ซึ่งมีประโยชน์ในการบอกระดับของกระดูกคอด้วย กล้ามเนื้อทางด้านหลังคอที่ต้องกล่าวคือ trapezius ถ้ากล้ามเนื้อมัดนี้มีการเกร็งตัวก็บ่งชี้ถึงความผิดปกติที่กระดูกคอทำนองเดียวกับกล้ามเนื้อ sternocleidomastoid ทางด้านหน้า greater occipital nerve ซึ่งออกมาจาก dorsal rami ของ C2 ถ้ามีพยาธิสภาพที่เส้นประสาทนี้ เช่น ในรายของกระดูก odontoid หักซึ่งไปรบกวนเส้นประสาทนี้จะตรวจพบได้โดยกดเจ็บที่บริเวณท้ายทอย (base of skull)

ช่วงการเคลื่อนไหว (Range of Motion)

การตรวจการเคลื่อนไหวของกระดูกคอนั้นต้องกระทำทั้ง active และ passive ซึ่งในกรณีของอุบัติเหตุก็จะต้องทำด้วยความระมัดระวังมาก ๆ จึงควรจะทราบค่าปกติไว้ด้วยคือ ในท่าก้มศีรษะ (flexion) คางสามารถมาแตะหน้าอกได้ในท่าเงยศีรษะ (extension) ศีรษะส่วน occiput จะอยู่ห่างจากหลังช่วงบนสุดประมาณ 3-4 ช่วงกว้างของนิ้วมือ ศีรษะจะหันไปทางด้านข้าง (rotation) จะทำได้เต็มที่ประมาณ 90 องศา คือ คางอยู่ในแนวเดียวกับบ่าเอียงศีรษะไปทางด้านข้าง (lateral bending) ได้ประมาณ 45 องศา

ประมาณร้อยละ 50 ของการก้มและเงยศีรษะจะกระทำที่ข้อต่อระหว่าง occiput และ C1 ส่วนการบิดหมุนหรือหันหน้าไปทางซ้ายหรือขวาจะกระทำที่ข้อต่อระหว่าง C1 และ C2 ถึงร้อยละ 50 โดยประมาณ

การทดสอบพิเศษด้วยการกระตุ้น (Provocative Testing)

เป็นการตรวจที่ใช้วิธีการกระตุ้นทำให้เกิดอาการตรงบริเวณที่มีพยาธิสภาพ ที่ใช้กันบ่อย ๆ เช่น การกดศีรษะลงตรง ๆ (cervical compression) จะทำให้เกิดการเจ็บปวดตรงปล้องที่มีพยาธิสภาพ ถ้ากดศีรษะลงแล้วเอียงหรือบิดหมุนศีรษะไปทางด้านข้างที่มีอาการด้วยเรียกว่า Spurling's test การกระทำเช่นนี้จะทำให้เกิดการกด nerve root ตรงปล้องที่มีพยาธิสภาพมากขึ้น เช่นในรายที่เป็น cervical disc herniation หรือ cervical spondylosis

สำหรับ cervical distraction test นั้นกระทำในลักษณะตรงกันข้ามกับ cervical compression คือ ยกศีรษะขึ้นจากบ่า ในกรณีที่กล่าวมาข้างต้นนั้นคนไข้จะมีอาการเจ็บปวดน้อยลง เพราะเป็นการทำให้แรงกดบน intervertebral disc ลดลง และทำให้ช่องที่ประสาทผ่านออกไปกว้างขึ้น

การตรวจทางระบบประสาท (Neurological Examination)

ระบบประสาทของกระดูกคอจะไปเลี้ยงที่บริเวณแขน ดังนั้น การตรวจระบบประสาทของแขนจึงมีความสำคัญมาก จะต้องตรวจทั้ง motor, sensation และ reflex activity การตรวจ motor function นั้นมีการแบ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเป็น muscle grading ดังนี้

Grade 5 - Normal สามารถต้านแรงผู้ตรวจได้เหมือนปกติ

Grade 4 - Good สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มที่ และต้านแรงผู้ตรวจได้บางส่วน

Grade 3 - Fair เคลื่อนไหวเองได้เต็มที่ แต่ไม่สามารถต้านแรงผู้ตรวจได้เลย

Grade 2 - Poor เคลื่อนไหวด้านน้ำหนักตัวเองไม่ได้

Grade 1 - Trace กล้ามเนื้อเพียงแต่หดตัวได้ แต่ไม่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหว

Grade 0 - Zero ไม่มีอาการหดตัวของกล้ามเนื้อเลย

รากประสาทแต่ละเส้นสามารถตรวจได้ โดยอาศัยการตรวจกล้ามเนื้อที่รากประสาทนั้นไปเลี้ยงโดยเฉพาะ หรืออาศัย dermatome หรือ reflex ที่เกิดจากวงจรการทำงานของรากประสาทนั้นมีความจำเป็นจะต้องจดจำไว้เพื่ออาศัยเป็นหลักในการตรวจเส้นประสาทแต่ละเส้น

ในรายที่มีการกด cervical spinal cord จะมีความผิดปกติของ reflex ที่เรียกว่า pathologic upper motor neuron reflex ซึ่งสามารถตรวจได้ทั้งที่มือและเท้า ได้แก่

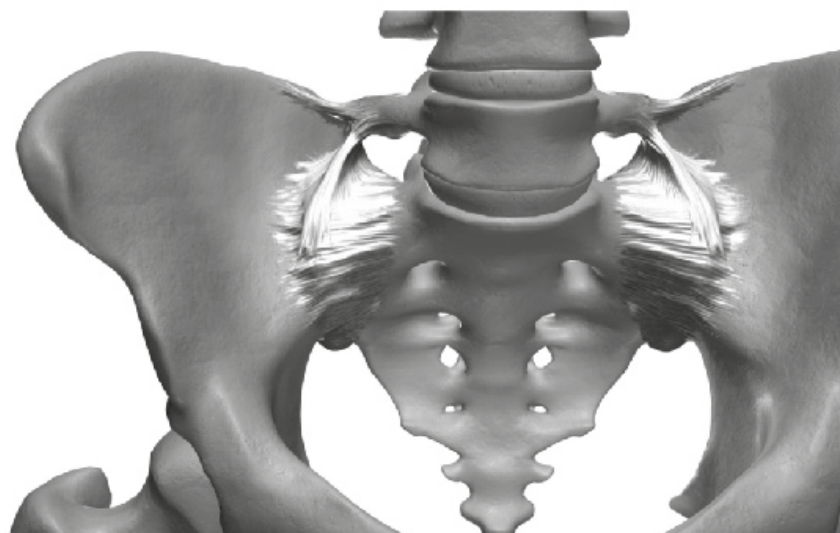
Lhermitte's sign เมื่อให้ผู้ป่วยก้มคอจะมีความรู้สึกเหมือนไฟฟ้าช็อตวิ่งลงไปตามแขนและขา

Babinski's sign กระทำโดยใช้ของมีคมครูดไปที่ฝ่าเท้าคนไข้ เริ่มต้นที่ส้นเท้าลากไปทางด้านนอกของฝ่าเท้าไปยังปลายฝ่าเท้า แล้วลากอ้อมไปทางด้านในของฝ่าเท้าส่วนปลาย ในภาวะปกติคนไข้จะงอนิ้วเท้าทุกนิ้ว แต่ในรายที่มี upper motor neuron lesion คนไข้จะกระดกนิ้วหัวแม่มือขึ้นและนิ้วอื่น ๆ จะเหยียดแผ่ออกไป

Oppenheim's sign ใช้นิ้วมือกดครูดลงไปตามสันหน้าแข้งอย่างแรงตั้งแต่บนลงล่าง ผลได้เหมือนการทำ Babinski's test

Hoffman's sign ในขณะที่มีมือผู้ป่วยอยู่ในลักษณะพัก ใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงบนเล็บของนิ้วกลางผู้ป่วยให้ติดลงไป ในรายที่ให้ผลบวก นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ผู้ป่วยจะงอเข้าหากัน ในกรณีที่มิใช่ spinal cord lesion ต่ำกว่า cervical spinal cord การตรวจวิธีนี้จึงช่วยแยกตำแหน่งว่าเป็นที่ระดับ cervical spine หรือต่ำลงมา

■ (อ่านต่อฉบับหน้า)





การผ่าตัดรักษาต้อกระจกด้วย accommodative IOL

ต้อกระจกเป็นโรคที่เกิดจากความขุ่นมัวของเลนส์แก้วตาธรรมชาติ ส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้แสงผ่านเข้าไปที่จอประสาทตาได้น้อยลง ทำให้เกิดอาการตามัว จักษุแพทย์สามารถให้การรักษาโดยการผ่าตัดตาให้ผู้ป่วยกลับมามองเห็นได้ดีด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ใหม่

Accommodation เป็นกระบวนการของตาที่จะเปลี่ยนกำลังหักเหเพื่อที่จะให้แสงสะท้อนจากภาพของวัตถุมีจุดโฟกัสที่จอตาเกิดจากตัวเลนส์ที่มีความยืดหยุ่นซึ่งยึดอยู่กับ Suspensory ligament เมื่อตามองระยะใกล้ Ciliary muscle จะหดตัวทำให้ Ciliary body เคลื่อนไปทางด้านหน้าเป็นผลให้ Suspensory ligament หย่อนตัวลง เลนส์ตาจึงป่องหรือนูนขึ้น ทำให้มีกำลังหักเหมากขึ้น โดยปกติ

เมื่ออายุมากขึ้น การยืดหยุ่นของตาลดลง Ciliary muscle ก็ทำงานน้อยลงเช่นกัน

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ จนแทบไม่มีข้อจำกัดในการรักษา และมีการคิดค้นเลนส์แก้วตาเทียมรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อให้แพทย์มีทางเลือกในการเลือกเลนส์แก้วตาเทียมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้มากขึ้น เลนส์แก้วตาเทียม (IOL) เป็นวัสดุสังเคราะห์ที่ทำขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่แทนเลนส์แก้วตาธรรมชาติที่มีปัญหาจนต้องผ่าตัดเอาออกไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมามองเห็นได้อีกครั้งหนึ่ง เลนส์ที่สามารถเคลื่อนไหวขยับตัวเพื่อปรับโฟกัสได้เอง (accommodative IOL) คล้ายลักษณะการทำงานของเลนส์แก้วตาธรรมชาติ ทำให้มองเห็นได้ชัดทั้งใกล้และไกล

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ได้รวบรวมข้อมูลจาก 4 งานวิจัย รวบรวมผู้ป่วยต้อกระจกจำนวน 229 คน ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับ accommodative IOL เทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับ monofocal IOL พบว่า การมองเห็นในระยะใกล้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ accommodative IOL หลังผ่าตัด 6 เดือนให้ผลที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ monofocal IOL ซึ่งแม้ข้อมูลที่รวบรวมมาจะยังไม่มาก แต่ผลดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยที่อายุมากมีการมองเห็นที่คล้ายธรรมชาติมากขึ้นได้

กล่าวโดยสรุป การผ่าตัดรักษาต้อกระจกโดยการใส่ accommodative IOL หลังผ่าตัด 6 เดือนให้ผลที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ monofocal IOL ในการมองเห็นระยะใกล้

การใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็ว (Rapid Sequence Intubation)

สำหรับการใส่ท่อทางเดินหายใจในท้องฉุกเฉินนั้น ยอมรับว่า การใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็ว (rapid sequence intubation) เป็นมาตรฐานกันไปทั่วโลกแล้ว ทั้งนี้เพราะการใส่ท่อแบบนี้จะลด การเกิดสудสำลักเศษอาหารเข้าปอดได้

หลักการใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็วคือ การให้ยานอนหลับร่วมกับยาคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดแรงต้านก่อนการใส่ท่อ วิธีนี้เป็นที่นิยมใช้ในท้องฉุกเฉินเพราะผู้ป่วยที่มายังท้องฉุกเฉินมักจะไม่ได้ดื่มน้ำมาก่อน จึงมีโอกาสเกิดสудสำลักเศษอาหารที่ค้างในกระเพาะอาหารเข้าปอดได้ง่าย

การใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็ว (Rapid Sequence Intubation)

ก่อนทำการใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็ว (rapid sequence intubation) นี้ต้องให้ผู้ป่วยดมออกซิเจนทางหน้ากาก ในอัตราไหลของแก๊ส 10 ลิตร/นาที นานอย่างน้อย 3 นาที จนกระทั่งปริมาณ O_2 Saturation > 90% ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อการหยุดหายใจชั่วขณะนาน 8 นาทีระหว่างทำการใส่ท่อได้ การเพิ่มออกซิเจนแก่ผู้ป่วยก่อนเริ่มใส่ท่อนั้น แพทย์ไม่ควรบีบ bag-mask device เพื่อช่วยหายใจให้แก่ผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะจะทำให้มีลมเข้าไปในกระเพาะอาหารมากขึ้นจนเกิดการสудสำลักเศษอาหารเข้าปอดได้ง่าย

ข้อบ่งชี้ประเมินว่าไม่มีภาวะใส่ท่อได้ยากตามกฎ **LEMON**

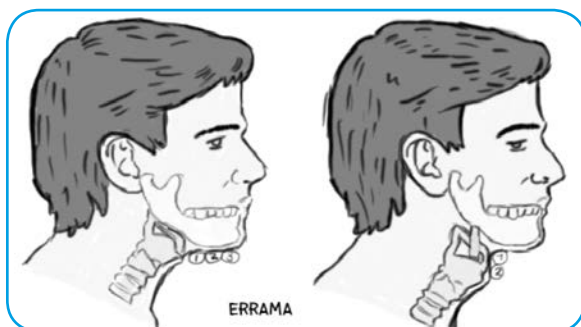
L - Look externally

E - Evaluate the "3-3-2 rule" (ดังภาพที่ 1)

M - Mallampati score (ดังภาพที่ 2)

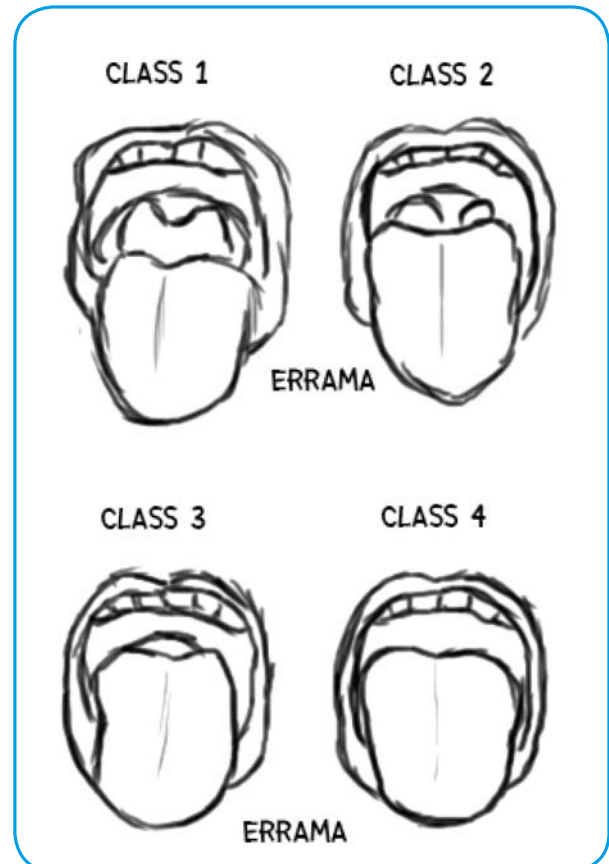
O - Obstruction

N - Neck mobility



ภาพที่ 1 Evaluate the "3-3-2 rule"

ดัดแปลงจาก: Walls RM. Airway. In: Marx JA, Hockberger R, Walls RM, editors. Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice. 6th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006: 2-26.



ภาพที่ 2 Mallampati score (class I, II สามารถใส่ท่อได้ง่าย)

ดัดแปลงจาก: Specificity and Mallampati Class. Manse Medical. [cited 2013 Jan 28]. Available from: <http://www.mansemedical.com.au/?p=735>.

ข้อห้ามไม่เด็ดขาด (relative contraindications)

1. มีลักษณะของการใส่ท่อได้ยาก
2. ไม่สามารถใช้ยาเหนืยวนำให้หลับได้
3. ไม่สามารถใช้ยาคลายกล้ามเนื้อได้

วิธีการ (ดังตารางที่ 1)

หลักการตาม 7P มีดังนี้

1. Preparation
2. Preoxygenation
3. Pretreatment
4. Paralysis with induction
5. Protection and positioning
6. Placement with proof
7. Post-intubation management

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างขั้นตอนการใส่ RS1

เวลา	ขั้นตอน ชนิดของยา และขนาดยา
นาทีที่ -10	Preparation
นาทีที่ -5	Preoxygenation: ให้ดมออกซิเจน 100% นาน 3 นาที
นาทีที่ -3	Pretreatment as indicated "LOAD"
นาทีที่ -0	Paralysis with Induction Etomidate 0.3 มก./กก. หรือ Rocuronium 1.0 มก./กก. Succinylcholine 1-1.5 มก./กก.
นาทีที่ 1	Placement Sellick's maneuver -- > Laryngoscopy and Intubation -- > End tidal CO ₂ confirmation
นาทีที่ 2	Post-intubation Management Midazolam 0.1 มก./กก. + Rocuronium 1/3 dose of paralysis

ดัดแปลงจาก: Bair AE. Rapid sequence intubation in adults. Up to date version 16.1; 2008 [cited 2013 Jan 11]: [12 screens]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/rapid-sequence-intubation-in-adults>.

1. Preparation

การประเมินความยากง่ายของการใส่ท่อ วางแผนการใส่ท่อที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เตรียมอุปกรณ์และยาที่จำเป็น

2. Preoxygenation

การให้ผู้ป่วยดมออกซิเจนทางหน้ากากในอัตราไหลของแก๊ส 10 ลิตร/นาที จนสามารถคงระดับปริมาณ O₂ Saturation > 90% ได้นานอย่างน้อย 3 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยทนต่อการขาดออกซิเจนในขณะที่ใส่ท่อได้

3. Pretreatment

การให้ยาเพื่อลดผลข้างเคียงจากการให้ยานอนหลับ ทั้งนี้ควรให้นานก่อนยาอื่น ๆ เป็นตัวแรกเข้าสู่กระแสเลือด ยาที่เลือก

ใช้จะแปรตามอาการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามไม่มีรายงานว่าให้ผลดีมากนักแก่ผู้ป่วยเท่าไรนัก ยาที่นิยมใช้ได้แก่ LOAD (Lidocaine, Opioid, Atropine, Defasciculating agent)

4. Paralysis with induction

การใช้ยาเหนี่ยวนำให้หลับร่วมกับยาลดกล้ามเนื้อที่ออกฤทธิ์เร็ว ส่วนมากนิยมใช้ยาที่เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 45-60 วินาทีหลังจากฉีดเข้าหลอดเลือดดำ สำหรับชนิดของยา ขนาดของยา และผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดนั้นได้แสดงดังตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 แสดงยาเหนี่ยวนำให้หลับ (Sedative Induction Agents)

ยา	ขนาดยาที่ใช้	เวลาที่เริ่มออกฤทธิ์	ระยะเวลา	ข้อดี	ผลข้างเคียง
Etomidate	0.3 มก./กก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ	< 1 นาที	10-20 นาที	ลดความดันในกะโหลกศีรษะและลูกตา ไม่มีผลต่อความดันเลือด	myoclonic excitation, อาเจียน ไม่มีฤทธิ์ลดความเจ็บปวด
Propofol	0.5-1.5 มก./กก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ	20-40 วินาที	8-15 นาที	ไม่อาเจียน มีฤทธิ์ต้านชัก ลดความดันในกะโหลกศีรษะ	หยุดหายใจ ความดันเลือดต่ำ ไม่มีฤทธิ์ลดความเจ็บปวด
Ketamine	1-2 มก./กก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ	1 นาที	5 นาที	ขยายหลอดลมและ dissociative amnesia	มีเสมหะมากและเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ
Fentanyl	3-8 ไมโครกรัม/กก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ	1-2 นาที	20-30 นาที	reversible analgesia และไม่มีผลต่อความดันเลือด	highly variable dose, variable effect on ICP, chest wall rigidity

ดัดแปลงจาก: Bair AE. Rapid sequence intubation in adults. Up to date version 16.1; 2008 [cited 2013 Jan 11]: [12 screens]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/rapid-sequence-intubation-in-adults>.

ตารางที่ 3 แสดงคุณสมบัติของ Succinylcholine

ขนาดยา	1.0-1.5 มก./กก.
เริ่มออกฤทธิ์	45-60 วินาที
ฤทธิ์อยู่นาน	5-9 นาที
ข้อดี	เริ่มออกฤทธิ์เร็วและฤทธิ์อยู่ไม่นาน
ภาวะแทรกซ้อน	malignant hyperthermia, ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง, fasciculation อาจกระตุ้นให้กล้ามเนื้อบาดเจ็บได้, masseter spasm, การหลังสารฮิสตามีน

ดัดแปลงจาก: Bair AE. Rapid sequence intubation in adults. Up to date version 16.1; 2008 [cited 2013 Jan 11]: [12 screens]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/rapid-sequence-intubation-in-adults>.

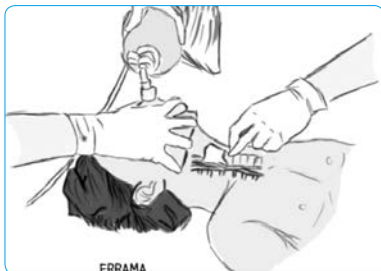
ตารางที่ 4 แสดงคุณสมบัติของยาคลายกล้ามเนื้อชนิด Non-depolarizing Neuromuscular Relaxants

ยา	ขนาดยาที่ใช้	เวลาที่เริ่มออกฤทธิ์	ระยะเวลา	ภาวะแทรกซ้อน
Rocuronium	0.6 มก./กก.	1-3 นาที	30-45 นาที	หัวใจเต้นเร็ว
Vecuronium	0.08-0.15 มก./กก.	2-4 นาที	25-40 นาที	ฤทธิ์ค้างอยู่นานในคนชรา ผู้สูงวัย หรือ มีโรคตับหรือไตเสื่อม
Atracurium	0.4-0.5 มก./กก.	2-3 นาที	25-45 นาที	ความดันเลือดต่ำ, การหลังสารฮิสตามีน, หลอดลมตีบ

ดัดแปลงจาก: Bair AE. Rapid sequence intubation in adults. Up to date version 16.1; 2008 [cited 2013 Jan 11]: [12 screens]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/rapid-sequence-intubation-in-adults>.

5. Protection and positioning

การป้องกันการสูดสำลักด้วยการกดกระดูก cricoid (Sellick's maneuver) ก่อนเริ่มทำการใส่ท่อ (ดังภาพที่ 3) ถ้าขณะใส่ท่อแล้วผู้ป่วยเกิดมีปริมาณ O_2 Saturation < 90% แพทย์ควรหยุดการใส่ท่อไว้ก่อนแล้วรีบช่วยหายใจด้วยการปั๊ม bag-mask device พร้อมกับทำ Sellick's maneuver เพื่อเพิ่มปริมาณ O_2 Saturation > 90% หลังจากนั้นจึงทำการใส่ท่อทางเดินหายใจต่อไป



ภาพที่ 3 Sellick's maneuver

ดัดแปลงจาก: Bledsoe BE. Sellick's Maneuver - Not the Panacea We Thought. EMS1.com [cited 2013 Jan 28]. Available from: <http://www.ems1.com/embs-products/education/articles/333130-Sellick-s-Maneuver-Not-the-Panacea-We-Thought/>.

6. Placement with proof

หลังจากใส่ท่อทางเดินหายใจได้แล้ว จากนั้นจึงเป่าลมเข้า cuff ของท่อและยืนยันตำแหน่งว่าท่ออยู่ในหลอดลมในที่สุด การตรวจยืนยันหลังใส่ท่อ (Clinical Assessment to Confirm Tube Placement)

ผู้ปฏิบัติควรยืนยันตำแหน่งท่อว่าเหมาะสมหรือไม่ โดยต้องไม่รบกวนการกดหน้าอกแต่อย่างใด การตรวจร่างกายจะพบว่าปอดขยายตัวเท่ากันทั้งสองข้างและได้ยินเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้าง นอกจากนี้ก็อาจใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยยืนยันตำแหน่งท่อ ถ้าไม่แน่ใจก็ควรส่ง laryngoscope เข้าเพื่อตรวจสอบอีกครั้ง ถ้ายังคงไม่แน่ใจก็ควรถอดท่อออกแล้วช่วยหายใจด้วย bag-mask device ไปก่อนทำการใส่ท่อซ้ำ

การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อยืนยันตำแหน่งท่อ (Use of Devices to Confirm Tube Placement)
ผู้ปฏิบัติการควรใช้ทั้งการตรวจร่างกายและอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยยืนยันตำแหน่งท่อ

1. Exhaled CO_2 Detectors

การตรวจปริมาณแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกเพื่อเป็นการยืนยันตำแหน่งท่อในหลอดลม สามารถใช้วิธีนี้ได้ ในผู้ป่วยที่มีหัวใจหยุดเต้น วิธีการทำ exhaled CO_2 Detectors นั้นมีหลายวิธีทั้งดูรูปคลื่น (waveform), สีที่เปลี่ยนแปลง (colorimetry) (ดังภาพที่ 4) หรือค่าตัวเลข (digital)

มีรายงานว่า ความไวของเครื่องมือนี้ประมาณ 33-100% และความจำเพาะในการบอกว่ท่ออยู่ในหลอดลม 97-100% ค่า positive predictive value ของเครื่องมือนี้

100% เมื่อตรวจพบแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกของผู้ที่หัวใจหยุดเต้นย่อมแสดงว่าท่ออยู่ในหลอดลม แต่จากการทดลองในสัตว์พบว่า ถ้าดื่มเครื่องดื่มที่อัดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ (carbonated liquids) เช่น โซดาหรือน้ำอัดลมก่อนที่จะมีภาวะหัวใจหยุดเต้นก็อาจทำให้ตรวจพบแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดอาหารได้

ถ้าท่ออยู่ในหลอดลมแล้วแต่ตรวจไม่พบแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกอาจเป็นเพราะเลือดไปอุดตันจนไม่สามารถแลกเปลี่ยนแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ให้ออกมาทางลมหายใจออกได้มากพอจนตรวจพบได้ หรือผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดหลอดเลือดในปอด (pulmonary embolus) ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันทางเดินหายใจ เช่น status asthmaticus หรือมีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ก็ตรวจไม่พบแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกเช่นกัน ดังนั้น อาจต้องใช้เครื่องมืออื่น ๆ เพื่อช่วยยืนยันตำแหน่ง เช่น ส่องกล้อง laryngoscope เข้าหรือใช้ esophageal detector device

นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ตรวจพบแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกนี้ยังคงไม่มีรายงานการใช้เพื่อยืนยันตำแหน่งท่อของ Esophageal Tracheal Combitube หรือ Laryngeal Mask Airway



ภาพที่ 4
Exhaled CO_2 Detectors
ชนิดสีที่เปลี่ยนแปลงไป

2. Esophageal Detector Devices (EDD)

เครื่องมือประกอบด้วยลูกโป่ง (bulb) หรือหลอดฉีดยาที่ต่อเข้ากับท่อทางเดินหายใจถ้าท่ออยู่ในหลอดอาหารนั้น ดังภาพที่ 5 การดูดหลอดฉีดยาเพื่อเอาลมออกก็จะทำให้หลอดอาหารแฟบตัวลงจนกระทั่งเนื้อเยื่อของหลอดอาหารมาชิดปิดรูเปิดของหลอดฉีดยาทำให้หลอดฉีดยาไม่สามารถดูดออกได้อีก วิธีนี้ไวต่อการบอกว่าตำแหน่งท่ออยู่ในหลอดอาหารแต่ไม่ค่อยจำเพาะในการบอกว่าท่ออยู่ในหลอดลม นอกจากนี้วิธีนี้ยังมีความไวและจำเพาะต่ำในเด็กอายุ < 1 ปี นอกจากนี้วิธีนี้ใช้ไม่ค่อยได้ผลในผู้ป่วยรูปร่างอ้วน, หญิงตั้งครรภ์, status asthmaticus หรือมีเสมหะมาก เพราะมีแนวโน้มว่าหลอดลมจะแฟบตัวอยู่แล้ว



ภาพที่ 5 Esophageal Detector Devices

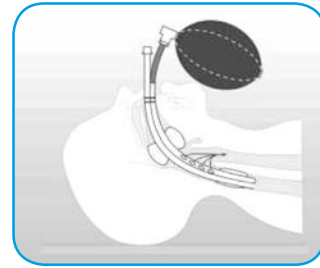
7. Post-intubation management

การผูกยึดท่อเข้ากับผู้ป่วย ประเมินว่าท่ออยู่ลึกเกินไปหรือไม่จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก เมื่อต่อท่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจแล้วแพทย์ต้องเฝ้าระวังการเกิด barotrauma หรือความดันเลือดต่ำร่วมกับพิจารณาให้ยานอนหลับและยาคลายกล้ามเนื้อเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจตามเครื่องช่วยหายใจต่อไป

ในกรณีใส่ท่อทางเดินหายใจไม่ได้ ควรพิจารณาใช้วิธีการอื่น ทั้งนี้ขึ้นกับความรีบด่วน ความสามารถ และความพร้อมของเครื่องมือที่มีอยู่ ได้แก่

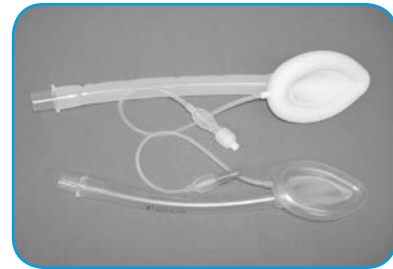
1. เปิดทางเดินหายใจโดยไม่ผ่าตัด

1.1 Esophageal Tracheal Combitube ดังภาพที่ 6



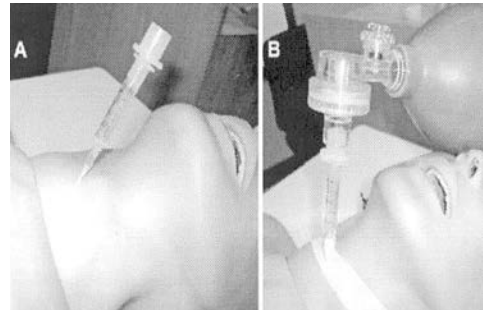
ภาพที่ 6 Esophageal Tracheal Combitube

1.2 Laryngeal Mask Airway ดังภาพที่ 7



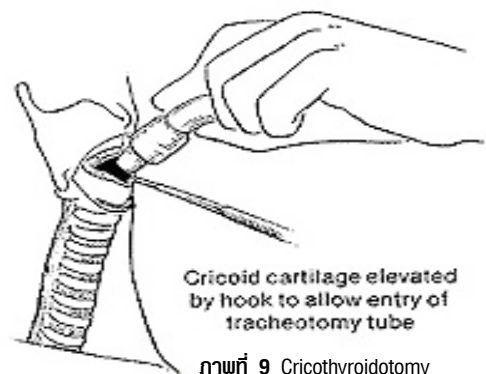
ภาพที่ 7 Laryngeal Mask Airway

1.3 Cricothyroid Puncture ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 Cricothyroid Puncture

2. เปิดทางเดินหายใจโดยผ่าตัด ได้แก่ cricothyroidotomy ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 Cricothyroidotomy

เอกสารอ้างอิง

1. Bair AE. Rapid sequence intubation in adults. Up to date. 2012 April 8 [cited 2013 Jan 11]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/rapid-sequence-intubation-in-adults>.
2. Caro D. Sedation or induction agents for rapid sequence intubation in adult. Up to date. 2012 May 8 [cited 2013 Jan 11]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/sedation-or-induction-agents-for-rapid-sequence-intubation-in-adults>.
3. Sullivan RJ. 10 Steps for Smarter Intubation. EMSWORLD [Internet] 2012 Sep 1; [5 screens]. Available from: <http://www.emsworld.com/article/10754475/ems-airway-management>.
4. Walls RM. Airway. In: Marx JA, Hockberger R, Walls RM, editors. Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice. 6th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006: 2-26.

เรื่องราวเรียนตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 (มาตรา 32): พิจารณาในเชิงความซับซ้อนแห่งเนื้อหา

The Accusation Of The Medical Practitioner Under The Medical Profession Act B.E. 2525 (Section 32): Concentrated In Complication Of The Content



ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ “ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549”¹ ที่แพทยสภาออกมามีถึง 11 หมวด 62 ข้อ และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนการพิจารณาคดีด้านจริยธรรม พ.ศ. 2548² ที่มีบัญญัติไว้นั้น ขัดกับกฎหมายหลักคือ “พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525”³ หรือไม่ ประการใด โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ “เรื่องราวเรียน การร้องเรียน ผู้กล่าวหา ผู้กล่าวโทษ” ตามบทบัญญัติในมาตรา 32 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

มาตรา ๓๒ บุคคลผู้ได้รับความเสียหายเพราะการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใด มีสิทธิกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้นั้นโดยทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภา บุคคลอื่นมีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภา คณะกรรมการมีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้มีพฤติการณ์ที่สมควรให้มีการสืบสวนหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

สิทธิการกล่าวหาและสิทธิการกล่าวโทษ สิ้นสุดลงเมื่อพ้นหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับทราบความเสียหายหรือผู้กล่าวโทษรู้เรื่องการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมดังกล่าวและรู้ตัวผู้ประพฤติผิด ทั้งนี้ไม่เกินสามปีนับแต่วันที่มีการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม การถอนเรื่องการกล่าวหาหรือการกล่าวโทษที่ได้ยื่นไว้แล้วนั้น ไม่เป็นเหตุให้ระงับการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

วิเคราะห์มาตรา 32

การพิจารณาถึงมาตรา 32 วรรคแรกจะพบว่าในวรรคนี้มีคำที่สำคัญอยู่ 5 คำคือ 1) ความเสียหาย 2) การประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม 3) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 4) กล่าวหา 5) แพทยสภา ซึ่งสามารถวิเคราะห์อย่างเป็นระบบได้คือ

ประเด็นที่ 1: การกล่าวหา

“บุคคลผู้ได้รับความเสียหายเพราะการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใด มีสิทธิกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้นั้นโดยทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภา

เมื่อพิจารณาอย่างคร่าว ๆ ถึงตัวเนื้อหาของบทบัญญัติดังกล่าว อาจแปลความอย่างง่าย ๆ (ตามตัวอักษร) คือ “ผู้ได้รับความ

เสียหายเพราะแพทย์ผู้ใดมีสิทธิกล่าวหาแพทย์ผู้นั้น”

องค์ประกอบ:

1. ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตฯ) ทั้งนี้เป็นไปตามความหมายของมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525³

มาตรา 4: ในพระราชบัญญัตินี้

“วิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

2. ต้องมีการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (เรียกว่า “กฎ”)

หมายความว่าถึง “กฎ” หรือ “กฎเกณฑ์” ที่เกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ได้รับรู้ถึง (ในที่นี้คือ “ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549”¹ ซึ่งตามข้อบังคับดังกล่าวอาจเป็นการ “ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หรือ “ไม่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม” ก็ได้ แต่ถือว่าเป็น “จริยธรรมที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ที่มีอยู่ตามกฎเกณฑ์ฯ และก็ต้องถือว่า “เป็นความผิดจริยธรรม” โดยปริยาย ซึ่งจริยธรรมในที่นี้ “เป็นเรื่องจิตสำนึกของมนุษย์แต่ละคนที่มีต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน และมีต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว” (ศ.นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์) และความหมายตามพจนานุกรม⁴ ในภาษาไทย จริยธรรม หมายถึง “ธรรมที่เป็นข้อประพฤติ ศีลธรรมอันดี ตามธรรมเนียมยุโรปอาจเรียกจริยธรรมว่า Moral philosophy (หลักจริยธรรม) จริยธรรม น. ธรรมที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติ ศีลธรรม กฎศีลธรรม” อันเป็นไปตามเกณฑ์แห่งหลักของจริยธรรมในสังคมทั่วไป

ดังนั้น การประพฤติผิดจริยธรรมสำหรับแพทย์ (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) อาจพิจารณาได้ 2 ประการดังนี้

ก. ต้องประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ผิดกฎ) ทั้งนี้เป็น

ไปตามความหมายของมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525³ และ “เมื่อผิดกฎ” นั้นหมายความว่า การประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้นจะต้อง “ผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม” ข้อหนึ่งข้อใด (ดูหมายเหตุ A)

ข. มิได้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมก็มีความผิดได้ (เพราะกฎเขียนไว้ว่า “ผิด”) (ดูในหมายเหตุ B)

3. ต้องเกิดความเสียหายขึ้น

ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ จะต้องพิสูจน์เสียก่อนหรือไม่ ว่า ผู้กล่าวหา “เกิดความเสียหายขึ้นจริง” และ “ความเสียหายนั้น เกิดจากการประพฤติดิจจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม” ข้อหนึ่งข้อใด ในประเด็นนี้สมควรต้องเป็นไปตามนั้น กล่าวคือ “จะต้องมีความเสียหายเกิดขึ้นเสียก่อนจึงจะเกิดสิทธิในการกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หรือในการตีความกลับกัน “หากได้รับความเสียหายจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) แต่มิใช่เป็นการประพฤติดิจจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (กฎเกณฑ์ที่แพทยสภากำหนด) เช่น ผิดตามหลักศัลยา จารัตประเพณี ฯลฯ ย่อมไม่สามารถร้องเรียนได้” ตามวรรคแรกของ มาตรา 32 นี้

4. กรณีที่ผู้เสียหายนั้นไม่สามารถใช้สิทธิได้ ผู้อื่น อาจใช้สิทธิแทนได้ (ตามกฎหมายที่รับรองไว้)

หมายความว่า เมื่อผู้เสียหายนั้น ๆ ไม่สามารถ ดำเนินการได้ด้วยตนเอง (มีสิทธิแต่ไม่สามารถใช้สิทธินั้นได้) ย่อมต้อง เป็นไปตามหลักเกณฑ์แห่งกฎหมายทั่วไป เช่น ตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์⁴

ก. ผู้เสียหายตาย (death) ผู้ใช้สิทธิแทน เป็นไปตามกฎหมายเกี่ยวกับ “การสืบสิทธิ” (ประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์)

ข. ผู้เสียหายเป็นผู้ด้อยตามกฎหมาย (vulnerable patients) เช่น เป็นผู้เยาว์ เป็นคนไร้ความสามารถ เป็นคนเสมือน ไร้ความสามารถ เป็นต้น

ค. ผู้เสียหายเป็นผู้ด้อยตามสภาพแห่งข้อเท็จจริง เช่น เป็นผู้ไร้ความสามารถ (นอนสลบอยู่) เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ (สมองเสื่อมบางส่วน) เป็นต้น

5. ต้องกล่าวหาต่อแพทยสภา

หมายความว่า ต้องทำเรื่องร้องเรียนหรือการ กล่าวหา เป็น “ข้อกล่าวหา” ต่อแพทยสภา (องค์กรวิชาชีพตาม พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525)³ หมายความว่า

ความเห็นที่ 1: ต้องกล่าวหาต่อแพทยสภาโดยตรง เป็นการตีความที่จำกัดและเฉพาะตามตัวบทของกฎหมายอย่างชัดเจน เช่น ในขณะนี้แพทยสภาตั้งอยู่ ณ ตึก 6 ชั้น 7 ในกระทรวงสาธารณสุข เมื่อจะทำเรื่องร้องเรียนในหัวข้อ “การกล่าวหา” ย่อมต้องมายื่นที่ ตึก 6 ชั้น 7 เป็นต้น

ความเห็นที่ 2: อาจกล่าวหาโดยหน่วยงาน องค์กร ฯลฯ ที่ผู้กล่าวหาไปร้องเรียนแล้วหน่วยงาน องค์กรฯ ส่งเรื่องมายัง แพทยสภา อาจเรียกว่าเป็น “การกล่าวหาโดยอ้อม” ซึ่งอาจเกิดขึ้น ได้เพราะ

ก. ผู้กล่าวหาไม่เข้าใจเรื่องการร้องเรียนว่าจะต้อง

กระทำต่อแพทยสภาเท่านั้น

ข. ผู้กล่าวหาทราบและเข้าใจแต่ต้องการให้หน่วยงาน นั้น ๆ ทำหน้าที่แทนตน

6. ต้องดำเนินการในสามปี (รู้เรื่องและรู้ตัวผู้ประกอบ วิชาชีพเวชกรรม) **หรือหนึ่งปี** (รู้เรื่องหรือรู้ตัวผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) แล้วแต่กรณี

เป็นกรอบเวลาหรือ “อายุความ” ในการร้องเรียน ด้วย “การกล่าวหา” นั้นเอง

ก. รู้เรื่องและรู้ตัว หมายถึง การที่รู้ว่าเกิดความเสียหายนั้น ๆ เกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใด

ข. รู้เรื่องแต่ไม่รู้ตัว หรือรู้ตัวแต่ไม่รู้เรื่อง - รู้เรื่องแต่ไม่รู้ตัว เช่น การที่ปวดท้องประจำ แต่ไม่ทราบว่าเกิดขึ้นเนื่องจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (การที่ได้ รับการรักษาจากแพทย์มา)

- รู้ตัวแต่ไม่รู้เรื่อง เช่น รู้ว่าแพทย์ท่านใดทำการ ผ่าตัดทำหมันมาแต่ไม่ทราบว่าทำหมันนั้นไม่เป็นหมัน หลังจากนั้น 3 ปีถัดมากลับมาพบร่วมแฟนใหม่ และตั้งท้องขึ้นเพราะรักความสุข โดยมิได้หวังว่าจะมีลูก

หมายเหตุ: A: การวิเคราะห์ในประเด็นที่ว่า “ต้อง ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้นจึงเข้าข่ายได้” อาจพิจารณาได้ ดังนี้ (ภาพที่ 1 และ ภาพที่ 2)

ก. ความเสียหายที่เกิดขึ้น**ต้องเกิดจากการประกอบ วิชาชีพเวชกรรม** เท่านั้น หากมิใช่การประกอบวิชาชีพเวชกรรม เช่น การผสมยาฉีดโดยมิได้ฉีดให้แก่ผู้ป่วยเลย (แต่เป็นการเตรียมยาเท่านั้น) แล้วเกิดกลิ่นขึ้น เช่นนี้มิใช่เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมตาม ความหมายแห่งมาตรา 4³

ข. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้นจะได้กระทำต่อผู้ที่ได้ รับความเสียหายหรือไม่ก็ได้ หมายถึง “แม้ว่าผู้เสียหายจะมีได้เกี่ยวข้องกับ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลย แต่การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อตนเองก็สามารถใช้สิทธิกล่าวหาได้”

ค. การประกอบวิชาชีพเวชกรรม**แม้ได้กระทำต่อผู้ร้อง** หากความเสียหายที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นโดยตรงเท่านั้นจึงร้องเรียนได้ หากเป็นโดยอ้อมไม่เกี่ยวข้อง กล่าวหาไม่ได้ (แต่มีข้อยกเว้นเมื่อใช้ทฤษฎี แตกต่างในการอธิบาย) เช่น





โดยตรง: มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว คนข้างบ้านได้รับกลิ่นยาแล้วแพ้ยา ย่อมเกิดความเสียหาย (โดยตรงจากยา) แล้ว ทั้ง ๆ ที่มีได้จากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม “ต่อตนเองเลย” ก็ตาม (อีกทั้งผู้ป่วยที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้กระทำต่อนั้น จะเกิดความเสียหายหรือไม่ก็สำคัญ)

ก. ถ้าไม่ผิดจริยธรรม (กล่าวหาไม่ได้)

ข. ถ้าผิดจริยธรรม (กล่าวหาได้)

โดยอ้อม: 1) เป็นทางอ้อมแล้ว ไม่อาจกล่าวหาได้ (ใช้ทฤษฎีเหตุที่เหมาะสม)⁶ เช่น ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้วสุนัขได้กลิ่นยาจึงเกิดเห่าหอน ทำให้ข้างบ้านนอนไม่หลับ เช่นนี้ การนอนไม่หลับมิได้เกิดจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยตรงแต่เป็นโดยอ้อมผ่านสุนัขที่เห่าหอน

ก. ถ้าไม่ผิดจริยธรรม (กล่าวหาไม่ได้)

ข. ถ้าผิดจริยธรรม (กล่าวหาไม่ได้)

2) เป็นทางอ้อมแล้ว ไม่อาจกล่าวหาได้ (ใช้ทฤษฎีเงื่อนไข)⁶ เช่น ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้วสุนัขได้กลิ่นยาจึงเกิดเห่าหอน ทำให้ข้างบ้านนอนไม่หลับ เช่นนี้ การนอนไม่หลับมิได้เกิดจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยตรงแต่เป็นโดยอ้อมผ่านสุนัขที่เห่าหอน

ก. ถ้าไม่ผิดจริยธรรม (กล่าวหาไม่ได้)

ข. ถ้าผิดจริยธรรม (กล่าวหาได้โดยใช้ทฤษฎี

เงื่อนไข)

หมายเหตุ: B: การวิเคราะห์ในประเด็นที่ว่า “ไม่ต้องประกอบวิชาชีพเวชกรรมก็เข้าข่ายความผิดได้” (หากกฎหมายไว้)

เหตุผลแห่งกรณี:

อาจมีผู้สงสัยว่า “เมื่อมิได้เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะผิดตามข้อบังคับที่มีเนื้อหาอันมิได้เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้อย่างไร” ในเรื่องดังกล่าวนี้อาจพิจารณาได้จากข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมเป็นข้อบังคับว่าด้วย “การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม” มิใช่เป็น “การรักษาจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม” คำว่า “แห่ง” จึงเป็นการกินความที่กว้างกว่า “ในขณะ” โดยต้องหมายรวมถึง “สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม” ด้วย ไม่ว่าจะเป็น “ก่อนการ

ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หรือ “คุณสมบัติเฉพาะตัวของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” และอื่น ๆ แต่อย่างไรก็ตาม มิได้หมายความว่าความกว้างจนไม่อาจประมาณได้

“จริยธรรมแห่งการประกอบวิชาชีพเวชกรรม”

จะต้องเป็น “พฤติกรรม” หรือ “คุณสมบัติ” ซึ่ง “เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์” กับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างหนึ่งอย่างใด ทางหนึ่งทางใด หรือประการหนึ่งประการใดด้วย ไม่ว่าจะเป็นในเรื่อง ชื่อเสียง ความรู้ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555⁷ ซึ่งมีด้วยกัน 6 ด้านนั่นเอง

การพิจารณา:

ก. ความเสียหายที่เกิดขึ้น ไม่จำเป็นต้องเกิดจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น เช่น การผสมยาผิดโดยมิได้ฉีดให้แก่ผู้ป่วย (เป็นการเตรียมยาเท่านั้น) แล้วเกิดกลืนขึ้น เช่นนี้ มิใช่เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามความหมายแห่งมาตรา 4 แต่ **“กลืนที่เกิด”** ทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้เสียหายแล้ว

ข. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้น (ขณะกระทำการมิได้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) จะได้กระทำต่อผู้ที่ได้รับความเสียหายหรือไม่ก็ได้ หมายถึง “แม้ว่าผู้เสียหายจะมีได้เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลย แต่การกระทำนั้น ๆ ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อตนเองก็สามารถใช้สิทธิกล่าวหาได้”

ค. การกระทำนั้น แม้มิได้กระทำต่อผู้ร้อง (ขยายความในข้อ ข.) หากความเสียหายที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นโดยตรงเท่านั้น จึงร้องเรียนได้ หากเป็นโดยอ้อมไม่เกี่ยวข้องกล่าวหาไม่ได้ (แต่มีข้อยกเว้นเมื่อใช้ทฤษฎีแตกต่างในการอธิบาย) เช่น

โดยตรง: เช่น มีการกระทำ (ผสมยา) แล้ว คนข้างบ้านได้รับกลิ่นยาแล้วแพ้ยา ย่อมเกิดความเสียหาย (โดยตรงจากยา) แล้ว ทั้ง ๆ ที่มีได้เกิดจากการกระทำต่อตนเอง (ผู้ร้อง) เลยก็ตาม

ก. ถ้าไม่ผิดจริยธรรม (กล่าวหาไม่ได้)

ข. ถ้าผิดจริยธรรม (กล่าวหาได้)

โดยอ้อม: 1) เป็นทางอ้อมแล้ว ไม่อาจกล่าวหาได้ (ใช้ทฤษฎีเหตุที่เหมาะสม)⁶ เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มิได้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ได้กระทำการผสมยา แล้วสุนัขได้กลิ่นยาจึงเกิดเห่าหอน ทำให้ข้างบ้านนอนไม่หลับ เช่นนี้ การนอนไม่หลับมิได้เกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยตรง แต่เป็นโดยอ้อมผ่านสุนัขที่เห่าหอน และความเสียหายคือ “นอนไม่หลับ”

ก. ถ้าไม่ผิดจริยธรรม (กล่าวหาไม่ได้)

ข. ถ้าผิดจริยธรรม (กล่าวหาไม่ได้)

2) เป็นทางอ้อมแล้ว ไม่อาจกล่าวหาได้ (ใช้ทฤษฎีเงื่อนไข)⁶ เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มิได้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ได้กระทำการผสมยา แล้วสุนัขได้กลิ่นยาจึงเกิดเห่าหอน ทำให้ข้างบ้านนอนไม่หลับ เช่นนี้ การนอนไม่หลับมิได้เกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยตรง แต่เป็นโดยอ้อมผ่านสุนัขที่เห่าหอน และความเสียหายคือ “นอนไม่หลับ”

ก. ถ้าไม่ผิดจริยธรรม (กล่าวหาไม่ได้)

ข. ถ้าผิดจริยธรรม (กล่าวหาได้โดยใช้ทฤษฎีเงื่อนไข)⁶

ดังนั้น การกล่าวหาจะพิจารณาที่ “มีความเสียหายเกิดขึ้น” และ “ต้องผิดจริยธรรม” เป็นหลัก

หมายเหตุ:

ประการที่ 1: ในที่นี้ความผิดจริยธรรมหมายถึง การกระทำผิดตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 นั้นเอง

ประการที่ 2: หากไม่มีการกระทำผิดจริยธรรม กล่าวหาไม่ได้เด็ดขาด ดังนั้น องค์ประกอบที่สำคัญในการพิจารณาว่าจะมีความผิด (ตามมาตรา 39) หรือไม่นั้นจึงขึ้นอยู่กับกรณีที่พิสูจน์ว่า “เข้าเกณฑ์แห่งการกระทำผิดจริยธรรม” เสียก่อน หากการพิจารณาว่ามีความเสียหายเกิดขึ้นหรือไม่ กล่าวคือ

ก. หากผิดจริยธรรมและเกิดความเสียหายจะเข้าข่ายมาตรา 39

ข. หากผิดจริยธรรมแต่ไม่เกิดความเสียหายจะกล่าวหาไม่ได้ (เด็ดขาด) ต้องไปพิจารณาเรื่อง “การกล่าวโทษ” แทน

ค. หากไม่ผิดจริยธรรมแต่เกิดความเสียหาย ไม่เข้าข่ายมาตรา 39 แต่เป็นเรื่องทางแพ่ง **แพทยสภาต้อง “ยกข้อกล่าวหา” นั้นเพียงสถานเดียว**

ง. หากไม่ผิดจริยธรรมและไม่เกิดความเสียหาย ไม่เข้าข่ายความผิดตามมาตรา 39 **แพทยสภาต้อง “ยกข้อกล่าวหา” นั้นเพียงสถานเดียว**

ประเด็นที่ 2: การกล่าวโทษ

“.....ฯลฯ”

บุคคลอื่นมีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภา”

องค์ประกอบกรกล่าวโทษ:

1. ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้เป็นไปตามความหมายของมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525³

2. ต้องมีข้อบังคับว่าด้วยจริยธรรม (กฎเกณฑ์การประกอบวิชาชีพเวชกรรม)⁴

3. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้นจะต้องกระทำ “**ผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม**” (ในขณะที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือไม่ได้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมก็ได้) เป็นการกระทำผิดจริยธรรม (ตามข้อบังคับ) ประการหนึ่งประการใด โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

4. ทำเรื่องกล่าวโทษยื่นต่อ “แพทยสภา”

5. ผู้ทำเรื่อง

ก. ผู้ทำเรื่อง**ต้องมีผู้ที่เกิดความเสียหาย** (เพราะหากผู้เสียหายเกิดความเสียหายต้องเป็นเรื่อง “ข้อกล่าวหา” มีชี้ข้อกล่าวโทษ) แต่ทราบถึงการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้มีการ “**ประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม**” (ในที่นี้คือ ประพฤติผิดตามกฎเกณฑ์ในเรื่องจริยธรรม) เท่านั้นก็เพียงพอแล้ว

ข. ผู้ทำเรื่องเป็นผู้ใดก็ได้ก็ยังสามารถกล่าวโทษได้ (เพราะในตัวกฎหมายใช้คำว่า “บุคคลอื่นมีสิทธิกล่าวโทษ”)

6. หากเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยแท้แล้ว

1. ผู้กล่าวโทษจะถูกหรือไม่ถูกผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต่อตนก็สามารถกล่าวโทษได้ เช่น ผู้กล่าวโทษเป็นเพื่อนของผู้ป่วยที่ยอมกล่าวโทษได้แล้ว (แต่จะต้องไม่เกิดความเสียหาย)

2. ความเสียหาย

2.1 ผู้กล่าวโทษต้องไม่มีความเสียหายเกิดขึ้นเลยก็กล่าวโทษได้แล้ว เพราะหากมีความเสียหายเกิดขึ้นย่อมต้องเป็น “การกล่าวหา” อยู่แล้ว

2.2 จะมีความเสียหายต่อผู้ป่วยหรือไม่ หรือไม่มีความเสียหายต่อใครเลยแต่กฎเกณฑ์ระบุไว้ว่าจะต้องมีจริยธรรมด้านนั้น ๆ ประการนั้น ๆ บัญญัติไว้ก็กล่าวโทษได้แล้ว

7. หากมิได้เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

พิจารณาเพียงแต่ว่าเข้าข่ายแห่งกฎเกณฑ์ที่ระบุไว้ในเรื่องจริยธรรมด้านนั้น ๆ ก็เป็นการเพียงพอแล้วเช่นเดียวกัน จึงเป็นการยึดเอากฎเกณฑ์ทางจริยธรรมเป็นสำคัญ เพราะหากมีเหตุการณ์ประการหนึ่งประการใดที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้กระทำโดยไม่สนใจว่าจะเป็นประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือไม่ก็ตาม แต่ผิดข้อบังคับจริยธรรมแล้วก็กล่าวโทษได้แล้ว

สรุป

ในมาตรา 32 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมนั้นบัญญัติขึ้นเพื่อ “ควบคุมจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” และมีได้หมายความว่าเฉพาะในขณะที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น และหากบัญญัติไว้ประการใดก็ย่อมต้องถือว่าเป็นจริยธรรมแล้ว โดยมีผู้ได้รับความเสียหายสามารถกล่าวหา (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ได้ แต่หากไม่ได้รับความเสียหายย่อมสามารถกล่าวโทษ (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ได้แล้วเช่นเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

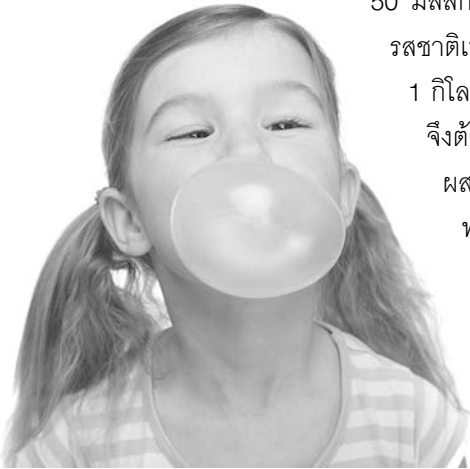
- ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. http://www.tmc.or.th/service_law02_17.php
- ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนการพิจารณาเกี่ยวกับคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2548. ราชกิจจานุเบกษา. 2548; 122 (ตอนพิเศษ 50ง) ลงวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2548: 18-38. <http://law.longdo.com/law/532/sub39995>.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. <http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-6-search.asp>
- ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB03/%BB03-20-9999-update.pdf>
- เกียรติขจร วัฒนสวัสดิ์. คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์ 2528: 210-39.
- 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)”.

เด็กไทยเชื่อผิด เคี้ยวหมากฝรั่ง อมลูกอม ดับกลิ่นปาก

ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย กล่าวว่า จากการสุ่มสำรวจ สถานการณ์การบริโภคอาหารว่างและเครื่องดื่ม การดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะทันตสุขภาพของเยาวชนในโรงเรียนมัธยมศึกษาทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2556 ของกรมอนามัย พบว่า เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาวัยละ 55.1 นิยมเคี้ยวหมากฝรั่ง และวัยละ 42.3 อมลูกอม เพื่อระงับกลิ่นปาก โดยมีความเข้าใจผิดว่าหมากฝรั่งและลูกอมช่วยลดกลิ่นปาก แต่ความจริงแล้ว มีกลิ่นหอมเพื่อกลบกลิ่นปากชั่วคราวเท่านั้น ซึ่งอาจทำให้ได้รับอันตรายจากสารเคมีหรือ สารสังเคราะห์ที่เป็นส่วนประกอบของหมากฝรั่งและลูกอมมากเกินไป เช่น สารกันเสีย (PBA) และ สารให้ความหวานทดแทนน้ำตาลเอสปาร์แตม (aspartame) ซึ่งหากบริโภคในปริมาณมากเกินไป



50 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน อาจก่อให้เกิดมะเร็งและอันตรายต่อสมองได้ รวมทั้งสารที่ให้รสชาติเหมือนน้ำตาลจริงและให้พลังงานต่ำ เช่น ซูคราโลส หากได้รับมากเกินไป 15 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน จะเป็นอันตรายต่อต่อมไทรอยด์ ตับ และไตได้เช่นกัน การลดกลิ่นปากที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องดูแลและทำความสะอาดช่องปากเป็นประจำตามสูตร 222 คือ แปรงฟันวันละ 2 ครั้งด้วยยาสีฟัน ผสมฟลูออไรด์ เช้าและก่อนนอน แปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที เพื่อให้ฟันสะอาดทั่วทั้งปากทุกซี่ ทุกด้าน และให้ฟลูออไรด์ได้ใช้เวลาทำปฏิกิริยากับฟันเพื่อป้องกันฟันผุอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึง ปลอ่ยให้ปากสะอาดไม่รับประทานขนมหวาน ดื่มน้ำอัดลมหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง และหากใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันวันละครั้งก็จะดีต่อสุขภาพช่องปากของเยาวชนและคนวัยหนุ่มสาวมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้แนะนำให้แปรงลิ้นด้วยจะช่วยลดกลิ่นปากได้ดี รวมทั้งการ จิบน้ำเปล่าบ่อย ๆ ก็จะช่วยรักษาสุขภาพกายและคงความสดชื่นของปากได้ แต่ถ้ามีเหงือกอักเสบ หินปูน หรือฟันผุ ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการรักษาทันที



คนไทยป่วยเป็นความดันโลหิตสูงเกือบ 11 ล้านคน พบผู้ป่วยรายใหม่เกือบแสนคน

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากรายงานขององค์การอนามัยโลกที่รายงานไว้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนอายุสั้น ขณะนี้ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1,000 ล้านคน เสียชีวิตปีละเกือบ 8 ล้านคน เฉลี่ยประมาณนาทีละ 15 คน โดย 1 ใน 3 พบในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคนี้เพิ่ม 1,560 ล้านคน ส่วนในไทยแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยผลการสำรวจสุขภาพโดยตรวจร่างกายครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2551-2552 พบประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูงเกือบ 11 ล้านคน สิ่งที่น่าวิตกอย่างยิ่งคือ ผู้ที่เป็นประมาณร้อยละ 50 ไม่เคยรู้ตัว เนื่องจากไม่เคยตรวจสุขภาพมาก่อน พบในผู้ชายมากถึงร้อยละ 60 และยังพบด้วยว่า ผู้ที่เป็นโรคร้อยละ 8-9 ไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้อาการทวีความรุนแรง ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการรักษามีเพียง 1 ใน 4 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายควบคุมโรคนี้ให้ทุกพื้นที่ตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และรณรงค์ให้ประชาชนตรวจสุขภาพประจำปี จากการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 23 ล้านกว่าคนทุกปี ในปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 90,564 คน ซึ่งพบทั้งคนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติในปี พ.ศ. 2555 และคนปกติ และดำเนินการให้ความรู้ในการควบคุมป้องกันโรค โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มคนปกติ กลุ่มที่มีความเสี่ยง และกลุ่มที่ป่วยแล้วเพื่อดูแลให้เหมาะสม



ซาโนฟี ปาสเตอร์ กับความสำเร็จในการทดสอบ ประสิทธิผลของวัคซีนไขเลือดออก



ไขเลือดออกเดงกี เป็นภัยคุกคามต่อชีวิตประชากรโลกเกือบครึ่งหนึ่ง ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่จำเพาะโดยเฉพาะ ไขเลือดออกเดงกีจึงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งในหลาย ๆ ประเทศในทวีปละตินอเมริกาและเอเชียซึ่งมี ไขเลือดออกเดงกีระบาดเป็นประจำ องค์การอนามัยโลกประมาณว่าแต่ละปีมีผู้ป่วยถึง 100 ล้านคน แต่ยังไม่เป็นที่ทราบถึงจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่แท้จริงที่ติดเชื้อมาจากไขเลือดออกเดงกีทั่วโลกอย่างแน่ชัด¹ ประมาณปี พ.ศ. 2558² องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าว่าจะสามารถประมาณภาระโรคด้านสาธารณสุขของไขเลือดออกเดงกีอย่างแท้จริงให้ได้ ไขเลือดออกเดงกีเป็นโรคที่มีรายงานโรคต่ำกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้เนื่องจากมักวินิจฉัยโรคผิดพลาดเพราะลักษณะอาการแสดงของโรคมีหลากหลาย ตั้งแต่มีอาการอ่อน ๆ อาการไม่ชัดเจน ไปจนถึงมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงชีวิต สาเหตุอีกประการหนึ่งก็คือ ข้อจำกัดของระบบเฝ้าระวังโรค

ในแต่ละปีมีประชากร 500,000 คน ซึ่งรวมถึงเด็ก ๆ ต่างก็ได้รับผลกระทบจากโรคไขเลือดออกเดงกี ซึ่งเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงของโรคอันเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นภาระมหาศาลต่อระบบสาธารณสุขและทรัพยากรทางการแพทย์ ทำให้มีผลกระทบรุนแรงทางเศรษฐกิจและสังคม ในรายที่มีอาการรุนแรง การเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและทันเวลาจะมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะลดความเสี่ยงต่อการที่จะเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายจะลดอัตราการเสียชีวิตจากไขเลือดออกเดงกีลงให้ได้ร้อยละ 50 และลดอัตราป่วยลงให้ได้ร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2563²

ทั้งนี้ ซาโนฟี ปาสเตอร์ ได้ดำเนินการพัฒนาวัคซีนป้องกันไขเลือดออกเดงกีมานานกว่า 20 ปี เป้าหมายของบริษัทคือการผลิตวัคซีนป้องกันโรคไขเลือดออกเดงกีที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเพื่อให้ทุกภูมิภาคในโลกที่โรคไขเลือดออกเดงกีเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขเข้าถึงวัคซีนได้ โดยในปัจจุบันมีอาสาสมัครกว่า 40,000 คนเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยทางคลินิกของวัคซีนป้องกัน ไขเลือดออกเดงกี (ทั้งระยะที่ 1, 2 และ 3) วัคซีนป้องกันไขเลือดออกเดงกีของซาโนฟี ปาสเตอร์ ที่กำลังทดสอบอยู่ในระยะที่ 3 เป็นวัคซีนระหว่างทดสอบที่นับว่าเป็นวัคซีนทดลองในระดับที่ก้าวหน้าที่สุดทั้งด้านคลินิกและอุตสาหกรรม และยังเป็นวัคซีนไขเลือดออกเดงกีชิ้นแรกๆ ที่พัฒนาก้าวหน้าไปอยู่ในขั้นตอนพัฒนาที่ก้าวหน้าไปอย่างมาก

ล่าสุด ซาโนฟี ปาสเตอร์ ซึ่งเป็นฝ่ายพัฒนาและผลิตวัคซีนของกลุ่มบริษัทซาโนฟี ได้ประกาศผลการศึกษาทดสอบประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันไขเลือดออกเดงกีที่กำลังศึกษาอยู่ในระยะที่ 3 หนึ่งในสองโครงการศึกษาขนาดใหญ่ ซึ่งผลการศึกษาปรากฏให้เห็นถึงการลดจำนวนผู้ป่วยไขเลือดออกเดงกีลงได้อย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ 56 ผลของข้อมูลความปลอดภัยเบื้องต้นแสดงว่าวัคซีนมีความปลอดภัยดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานไว้ก่อนหน้านี้

คุณอิลิวิเยร์ ชาร์เมย์ล์ ประธานบริษัทและประธานฝ่ายบริหารของ ซาโนฟี ปาสเตอร์ กล่าวว่า วัตถุประสงค์หลักที่เป็นหัวใจของภารกิจของบริษัทฯ คือการพัฒนาวัคซีนป้องกัน ไขเลือดออกเดงกีให้กลายเป็นโรคอันดับถัดไปในกลุ่มโรคที่ป้องกันได้โดยวัคซีน และเพื่อเป็นการสนับสนุนจุดมุ่งหมายของ



องค์การอนามัยโลกที่จะลดอัตราการเสียชีวิตจากไข้เลือดออกเดงกีลงให้ได้ร้อยละ 50 และลดอัตราป่วยลงให้ได้ร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2563

“ความสำเร็จในครั้งนี้เป็นผลจากการศึกษาวิจัยด้านไข้เลือดออกเดงกี โดยร่วมมือประสานงานกับนักวิจัยทดสอบทางคลินิก อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และองค์กรนานาชาติหลายแห่งมานานกว่า 20 ปี”

สำหรับไข้เลือดออกเดงกีเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตมนุษย์เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรโลก^{1,2} และกลายเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในลำดับต้น ๆ ในหลายประเทศในทวีปเอเชียและละตินอเมริกาที่มีการระบาด อุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกเดงกีรายปีที่พบในกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนไข้เลือดออก) สูงถึงร้อยละ 4.7 แสดงให้เห็นว่าทวีปเอเชียมีภาระโรคสูงมาก

ดร.มาเรีย โรซารีโอ คาเพติง นักวิจัยหลักในการทดสอบทางคลินิกแห่งสถาบันวิจัยเวชศาสตร์เขตร้อน ประเทศฟิลิปปินส์ กล่าวว่า การศึกษาวิจัยทดสอบทางคลินิกระยะที่ 3 ที่ดำเนินการในทวีปเอเชียเป็นการศึกษาแบบสุ่มปกปิดผู้สังเกต มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบโดยใช้พลาซีโบ (วัคซีนหลอก) ดำเนินการที่ศูนย์วิจัยหลายแห่ง ในเด็กอาสาสมัครอายุระหว่าง 2-14 ปี จำนวน 10,275 คนที่อาศัยอยู่ในเขตที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเดงกีประจำถิ่นในประเทศอินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ ไทย และเวียดนาม เข้าร่วมการทดสอบระหว่างปี พ.ศ. 2554-2556 โดยทำการสุ่มว่าผู้ใดจะเป็นผู้ที่ได้รับวัคซีน

ไข้เลือดออกเดงกีจำนวน 3 เข็ม หรือผู้ใดจะได้รับวัคซีนหลอกพลาซีโบ (ในอัตรา 2 ต่อ 1) ในเวลาห่างกันแต่ละเข็ม ครั้งละ 6 เดือน การวัดผลหลักวัดจากจำนวนอาสาสมัครที่มีอาการป่วยติดเชื้อไวรัสเดงกีที่ได้ขึ้นสูตรด้านไวรัสยืนยัน โดยไม่คำนึงว่าจะเกิดจากไวรัสเดงกีสายพันธุ์ใดก็ตาม การศึกษาวิจัยนี้จะยังคงดำเนินการต่อไปเพื่อจะติดตามผลกลุ่มอาสาสมัครอีกต่อไปเป็นระยะยาว (ผู้สนใจสามารถศึกษาข้อมูลการศึกษาวิจัยทางคลินิกเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01373281?term=CYD14&rank=1>)

“ผลการทดสอบทางคลินิกที่มีความสำคัญนี้ ประกอบกับข้อมูลด้านความปลอดภัยที่ดีต่าง ๆ ของวัคซีน ได้นำเอาความหวังที่เป็นจริงได้มาสู่มนุษย์จำนวนกว่า 100 ล้านคนที่ได้รับผลกระทบในแต่ละปีจากไข้เลือดออกเดงกี ซึ่งเป็นโรคที่ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่จำเพาะโรค”

นอกจากผลของการศึกษาด้านประสิทธิผลที่เป็นโครงการวิจัยที่กว้างขวางและมีขนาดใหญ่ครั้งแรกนี้แล้ว ยังมีโครงการศึกษาวิจัยด้านประสิทธิผลที่มีขนาดใหญ่อีกเป็นโครงการที่สองซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการศึกษาในประเทศกลุ่มละตินอเมริกา ได้แก่ ประเทศบราซิล โคลัมเบีย ฮอนดูรัส เม็กซิโก และเปอร์โตริโก ซึ่งมีอาสาสมัครเข้าร่วมในการศึกษามากกว่า 20,000 ราย คาดว่าจะสรุปรายงานการศึกษาออกมาเสริมรายงานแรกนี้ได้ภายในไตรมาสที่ 3 ของปี พ.ศ. 2557 (ผู้สนใจสามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม ชมภาพและวิดีโอเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกเดงกีที่กำลังศึกษาอยู่ของ ชานีฟี่ ปาสเตอร์ ได้ที่เว็บไซต์ <http://www.dengue.info>)



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Available at: <http://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue-diagnosis.pdf>. Published 2009. Accessed March 24, 2013.
2. World Health Organization (WHO). Global strategy for dengue prevention control: 2012-2020. Available at: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9789241504034_eng.pdf. Published 2012. Accessed April 3, 2014
3. World Health Organization (WHO). Antiviral research and development against dengue virus. Available at: http://www.who.int/tdr/research/ntd/dengue/dengue_full_length_report.pdf. Accessed March 24, 2013.

“ศิริราชก้าวไกล จัดส่งยาทั่วไทยทางไปรษณีย์” สร้างทางเลือกใหม่ให้ผู้ป่วย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับ บริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด ให้บริการผู้ป่วยนอก รูปแบบใหม่ในโครงการ “ศิริราชก้าวไกล ส่งยาทั่วไทย ทางไปรษณีย์” โดยให้บริการจัดส่งยาผู้ป่วยของ โรงพยาบาลศิริราชทั่วประเทศไทย ในรูปแบบ “One Stop Service” รวดเร็ว ปลอดภัย ด้วยมาตรฐานสากล เป็นอีกหนึ่งการพัฒนาที่นำปัญหาที่เกิดจากงานประจำ มาปรับปรุงตามแนวคิด Lean ทั้งนี้หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและได้รับใบสั่งยาจากแพทย์แล้ว สามารถขอเข้าร่วมรับยาทางไปรษณีย์ตามขั้นตอนดังนี้ ติดต่อที่เคาน์เตอร์ให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ (ตรงข้าม เคาน์เตอร์ออกใบนัดผู้ป่วย) หน่วยตรวจอายุรศาสตร์ ชั้น 2 ห้อง 210 ตึกผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยกรอกใบแจ้งความจำนงค์เข้าร่วมการจัดส่งยาทางไปรษณีย์พร้อมเขียนชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้จัดส่ง, เกตซ์กรประเมิน



การใช้ยาของผู้ป่วย อธิบายยาที่ผู้ป่วยได้รับ และให้ตารางการรับประทานยา แก่ผู้ป่วย พร้อมให้เอกสารใบยืนยันการรับยาทางไปรษณีย์ที่มีหมายเลขพัสดุ 13 หลัก, ผู้ป่วยชำระเงินค่ายาและค่าจัดส่งทางไปรษณีย์ ราคา 150 บาท โดยผู้ป่วยจะได้รับยาภายใน 1-3 วันทำการนับจากวันที่ตรวจเสร็จ และสามารถตรวจสอบสถานะผลการจัดส่งผ่านระบบ Track & Trace ได้ทาง www.thailandpost.co.th หรือสอบถามได้ที่ THP Contact Center 1545 หรือ บริการสอบถามเรื่องยาที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2419-9019 (ในเวลาราชการ)

การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Respiratory care in adult mechanically-ventilated patients)



ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ จัดโครงการบริการวิชาการ “การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Respiratory care in adult mechanically-ventilated patients)” ระหว่างวันที่ 7-10 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมโดมอนด์ พลาซ่า หาดใหญ่ จ.สงขลา เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์จากอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาล ผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณศันสนีย์ หุ่นสระ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทรศัพท์ 0-7445-1658 โทรสาร 0-7442-9621 E-mail: thoong_77@hotmail.com

พระจอมเกล้าลาดกระบัง จับมือ รามาฯ สร้างอุปกรณ์การแพทย์ เมดอินไทยแลนด์ ประเดิมโชว์ต้นแบบเครื่องให้อาหารเหลวฝีมือคนไทย

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง (สจล.) ร่วมกับโรงพยาบาลรามาธิบดี อวดโฉมต้นแบบนวัตกรรมเครื่องให้อาหารเหลว หรือ Enteral Feeding Pump เครื่องแรกที่เกิดค้นและผลิตจากฝีมือคนไทย ภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการ วิจัยและพัฒนา ระหว่าง สจล. และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ชูจุดเด่นในการเป็นผู้นำนวัตกรรมด้านสาธารณสุขของประเทศไทย

นายวันต์ ทิมา หัวหน้างานอุปกรณ์การแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กล่าวถึงที่มาของการจับมือกับ สจล. ในการร่วมกันผลิตนวัตกรรมด้านสาธารณสุขร่วมกันว่า การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยยกระดับมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่ขณะเดียวกันในเวลาที่เราต้องการนำอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพมาใช้งาน กลับพบปัญหาด้านต้นทุนในการนำเข้าอุปกรณ์จากต่างประเทศที่มีราคาค่อนข้างสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อต้นทุนในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมีราคาสูงตามไปด้วย



นายวันต์ ทิมา

การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลรามาธิบดี และ สจล. มีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมการศึกษาวิจัย และการบูรณาการองค์ความรู้ในศาสตร์ที่ทั้งสองหน่วยงานต่างมีความเชี่ยวชาญต่างกัน นั่นคือศาสตร์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข กับศาสตร์ด้านวิศวกรรมเข้าด้วยกัน อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการพัฒนาขีดความสามารถของอุปกรณ์นวัตกรรมด้านสาธารณสุขในรูปแบบใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็มีต้นทุนต่ำลง เพราะสามารถผลิตได้ในประเทศไทยและนำมาต่อยอดสู่การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ได้ อีกทั้งยังตอบโจทย์ในแง่ของการรองรับผู้ป่วยในช่วงเทศกาลต่าง ๆ เช่น เทศกาลสงกรานต์ ซึ่งเป็นช่วงวันหยุดยาวที่มักจะพบสถิติการเกิดอุบัติเหตุค่อนข้างบ่อย จึงเป็นช่วงที่โรงพยาบาลจะต้องเตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการรองรับผู้ป่วยมากกว่าปกติ แต่ขณะเดียวกันก็ต้องมีการควบคุมด้านต้นทุนของอุปกรณ์ ดังนั้น ความร่วมมือดังกล่าวจึงมีส่วนช่วยให้การปรับปรุงพัฒนาอุปกรณ์ทางการแพทย์มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น และอาจ



อาจารย์ดุสิต สุขสวัสดิ์

นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

อาจารย์ดุสิต สุขสวัสดิ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิศวกรรมไฟฟ้า คณะวิศวกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง นักวิจัยเจ้าของผลงานนวัตกรรมเครื่องให้อาหารเหลวฝีมือคนไทย กล่าวว่า สจล. และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ร่วมกันพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุขร่วมกันเมื่อปี พ.ศ. 2556 โดยมีระยะเวลาของความร่วมมือทั้งสิ้น 5 ปี ภายใต้กรอบการดำเนินงานวิจัยใน 4 ทิศทางด้วยกันคือ 1. การพัฒนาอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ 2. การสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อให้บริการผู้ป่วย 3. การพัฒนาขีดความสามารถของอุปกรณ์ที่ช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรในโรงพยาบาล และ 4. การจัดทำระบบการสื่อสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่ออำนวยความสะดวกในการสอนแก่คณาจารย์ของคณะแพทยศาสตร์ โดยบทบาทของ สจล. ภายใต้ความร่วมมือนี้คือ การนำความรู้ด้านวิศวกรรมสมัยใหม่มาช่วยในการปรับปรุงพัฒนา และคิดค้นนวัตกรรมด้านสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และตัวผู้ป่วย ดังตัวอย่างของนวัตกรรมเครื่องให้อาหารเหลวทางสายยาง ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่มีการนำระบบมอเตอร์ไฟฟ้าเข้ามาประยุกต์ใช้ ทำให้เครื่องให้อาหารเหลวมีประสิทธิภาพในการใช้งานมากขึ้นในหลายด้าน เช่น สามารถพกพาติดตัวไปในที่ต่าง ๆ ได้ เพราะตัวเครื่องได้รับการพัฒนาให้เป็นระบบชาร์จไฟในตัว ทำให้ไม่จำเป็นต้องเสียบปลั๊กไฟเมื่อต้องการใช้งาน และตัวเครื่องยังถูกออกแบบให้สามารถต่อสายยางเข้ากับถุงบรรจุอาหารเหลวชนิดสุญญากาศ ซึ่งเป็นสูตรอาหารของโรงพยาบาลรามาธิบดีได้ทันที จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยที่เกิดจากการที่อากาศภายนอกเข้าไปสัมผัสกับอาหารเหลว

นอกจากนั้นนวัตกรรมดังกล่าวยังสามารถต่อยอดเพื่อนำไปวางจำหน่ายได้จริงในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งจากเดิมที่ต้องมีการนำเข้าเครื่องมือชนิดนี้จากต่างประเทศ โดยมีต้นทุนประมาณ 60,000 บาท แต่เมื่อคนไทยสามารถผลิตเครื่องให้อาหารเหลวได้เองก็จะทำให้ต้นทุนลดลงเหลือประมาณ 10,000-15,000 บาทต่อเครื่องเท่านั้น จึงถือเป็นต้นแบบของนวัตกรรมด้านสาธารณสุขที่มีส่วนช่วยยกระดับชีวิตคนไทย

ทั้งนี้ ทาง สจล. ได้วางแผนในการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุขรูปแบบอื่น ๆ ในอนาคตเพิ่มเติมอีก อาทิ นวัตกรรมเตียงป้องกันแผลกดทับของผู้ป่วย เครื่องเติมน้ำสะอาดใส่เครื่องออกซิเจน เครื่องเจ้าน้ำออกจากสมองชนิดจับเวลาได้ รวมไปถึงการพัฒนาสื่อการเรียนนักศึกษาแพทย์ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งผลงานทั้งหมดล้วนสอดคล้องกับความมุ่งมั่นของ สจล. ในปีที่นี้มีเป้าหมายในการพัฒนางานวิจัยเพื่อสร้างรากฐานที่มั่นคงให้แก่ประเทศไทยในทุกด้าน โดยเริ่มต้นรากฐานด้านสาธารณสุขที่นับเป็นหนึ่งรากฐานสำคัญของคนไทยทุกคนเช่นกัน

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
2-5 กรกฎาคม 2557 	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	การอบรมอายุรศาสตร์ระยะสั้น ครั้งที่ 33 เรื่อง "Pearls, Pitfalls, and Practicals in Medicine" ณ ห้องประชุม 203/1 อาคารแพทยพัฒน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โทรศัพท์ 0-2256-4575, 0-2256-4563 ต่อ 12, 14 โทรสาร 0-2252-7858 E-mail: mdcu_pr@yahoo.com
3-4 กรกฎาคม 2557 	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการ 10" โรคผิวหนังต้องรู้สำหรับแพทย์ทั่วไป ครั้งที่ 3 ณ อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ชั้น 5 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542 โทรสาร 0-2201-2607 http://academic.ra.mahidol.ac.th www.acmrrama.com
7-10 กรกฎาคม 2557 	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โครงการบริการวิชาการ "การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ" (Respiratory care in adult mechanically-ventilated patients) ณ โรงแรมโดมอนด์ พลาซ่า หาดใหญ่ จ.สงขลา	โทรศัพท์ 0-7445-1658 โทรสาร 0-7442-9621 E-mail: thoong_77@hotmail.com http://medinfo.psu.ac.th
10-13 กรกฎาคม 2557 	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ แห่งประเทศไทย	39 th Annual Scientific Congress of the Royal College of Surgeons of Thailand Theme: Optimization of Surgical Practice ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6141-3 โทรสาร 0-2716-6144 E-mail: surgeonsthai@gmail.com www.rcst2014.org
11-12 กรกฎาคม 2557 	อนสาขาสports Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย และ Thai Orthopaedic Society for Sports Medicine (TOSSM)	การประชุม The 4 th Annual Meeting of Thai Orthopaedic Society for Sports Medicine ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน จ.เพชรบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5436-7 www.rcost.or.th , www.thaisportsmed.org
16-18 กรกฎาคม 2557 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	การประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ ประจำปี พ.ศ. 2557 Knowledge on the run for Smart physicians ณ ตึกคุณากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	โทรศัพท์ 0-2926-9487 E-mail: na_leoqueen@hotmail.com www.med.tu.ac.th
17-18 กรกฎาคม 2557 	มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ เรื่อง "Asthma and COPD for HealthCare Workers" ณ ห้องจูปีเตอร์ ชั้น 3 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2617-0649, 08-9228-9105 โทรสาร 0-2617-0649 www.asthma.or.th
21-25 กรกฎาคม 2557 	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการนานาชาติทางการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. 2557 Siriraj International Conference in Medicine and Public Health 2014 "Healthcare for the AEC" ณ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2419-2673 www.sirirajconference.com
22, 23-25 กรกฎาคม 2557 	สมาคมต่อมไร้ท่อ แห่งประเทศไทย	งานประชุม Basic Endocrinology Radiology and Cytology for Endocrinologists ครั้งที่ 8 และงานประชุมวิชาการต่อมไร้ท่อ ในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 29 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ข.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6337 www.thaiendocrine.org

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
22-23 กรกฎาคม 2557 	ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และ ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย	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
23-25 กรกฎาคม 2557 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	การอบรมเชิงปฏิบัติการ Applied Clinical Statistics-2014 ณ อาคารคุณากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต	โทรศัพท์ 0-2564-4444 ต่อ 7532 โทรสาร 0-2564-4444 ต่อ 7539 www.med.tu.ac.th
25-26 กรกฎาคม 2557 	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการวิสัญญีศิริราช 3 rd Siriraj Anesthesia Academic Meeting, Theme: Perioperative Medicine 2014: Practical Solution ณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-7992 โทรสาร 0-2411-3256 E-mail: sianes2014@gmail.com www.si.mahidol.ac.th/anesth
26-27 กรกฎาคม 2557 	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ฯ ร่วมกับกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	การประชุมวิชาการ Basic Spine Course 2014 ณ ห้องประชุมชั้น 5 อาคารคุ้มเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	โทรศัพท์ 0-2534-7384 โทรสาร 0-2974-6308 E-mail: vmichaya@yahoo.com, meetphat@gmail.com www.rcost.or.th
29-30 กรกฎาคม 2557 	สมาคมพันธุศาสตร์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ หน่วยอณูเวชศาสตร์ สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	การประชุมวิชาการ “การศึกษาทางพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ด้วยเครื่องวิเคราะห์ยุคใหม่ (Next Generation Sequencing for Genetic and Genomic Studies)” ณ โรงแรมวินเซอร์ สวีทส์ สุขุมวิท กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2419-2756-9 โทรสาร 0-2411-0169 E-mail: gesoth@gmail.com www.geneticsociety.or.th
5-8 สิงหาคม 2557 	โรงเรียนกายอุปกรณ์สิรินธร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการ Stroke Conference 2014: Orthotic and Therapeutic Management of Stroke Patients 2014 ณ อาคารศรีสวรินทิรา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	โทรศัพท์ 0-2419-3452 E-mail: strokeconferences@gmail.com www.sirirajconference.com
22 สิงหาคม 2557 	สมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 ณ ห้องควีนส์ปาร์ค 2 โรงแรมอมิฟิเรียล ควีนส์ปาร์ค กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5412, 08-4468-0711 โทรสาร 0-2716-5411 E-mail: dm.thai@diabassothai.org www.diabassothai.org
27-29 สิงหาคม 2557 	สมาคมโรคเอดส์ แห่งประเทศไทย	การอบรมเชิงปฏิบัติการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ครั้งที่ 13 ณ ห้องคอนเวนชัน เอบีซี โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6922, 08-5359-6092 โทรสาร 0-2716-6923 www.thaiaidsociety.org
2-6 กันยายน 2557 	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์ แห่งประเทศไทยและรังสีวิทยา สมาคมแห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่ทางวิชาการประจำปี ครั้งที่ 51/2557 ณ โรงแรมโซฟิเทล เซ็นทาราแกรนด์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5963 โทรสาร 0-2716-5964 www.rcrt.or.th

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

Highlight International Congress 2014

Date	Title	City	Country	Contact
22-24 August 2014 	Australasian Integrative Medicine Conference	Sydney	Australia	www.aima.net.au
25-29 August 2014 	7 th World Congress for Psychotherapy (WCP)	Durban	South Africa	www.wcp2014.com
25-26 August 2014 	Traditional Medicine 2014-2 nd International Conference and Exhibition on Traditional & Alternative Medicine	Beijing	China	www.omicsgroup.com/traditional-alternative-medicine-conference-2014/index.php
28-30 August 2014 	ICAD BRAZIL-International Congress of Aesthetic Dermatology and Healthy Aging Medicine	Sao Paulo	Brazil	www.euromedicom.com/icad-brazil/index.html
31 August-4 September 2014 	GA 2014-62 nd International Congress and Annual Meeting of the Society for Medicinal Plant and Natural Product Research	Guimaraes	Portugal	http://ga2014.bio.uminho.pt
18-19 September 2014 	10 th Annual Conference Diabetes: Gut and Liver	Cairo	Egypt	www.easgld.org
26-28 September 2014 	Mayo Clinic Interventional Cardiology Board Review	Rochester	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2014r196
26-28 September 2014 	M.D.-Migrating Doctors? Mobility of Doctors and Health Care Professionals in Europe-Past and Present	Jaworze, Silesia Region	Poland	http://migratingdoctors.wordpress.com
27-28 September 2014 	2014 2 nd International Conference on Biological and Medical Sciences (ICBMS 2014)	Bali	Indonesia	www.icbms.org

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

อบรมและฝึกซ้อมอพยพหนีไฟ

รอสัย คลิฟ ไฮเตล กรุ๊ป พัทยา จัดการฝึกอบรม “การฝึกซ้อมดับเพลิงและฝึกซ้อมอพยพหนีไฟประจำปี 2557” ให้แก่คณะผู้บริหารและตัวแทนพนักงานจากทุกแผนก โดยได้รับความร่วมมือจาก **คุณสุรพล สวัสดิ์วิเชียร** หัวหน้าฝ่ายงานป้องกันภัยพิบัติทางบก เมืองพัทยา และทีมเจ้าหน้าที่ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ร่วมเป็นวิทยากรอบรมและควบคุมการฝึกซ้อม เพื่อสร้างความมั่นใจในระบบรักษาความปลอดภัย เตรียมพร้อม และแก้ไข ปัญหาจากการเกิดอัคคีภัยอย่างทันที่ว่องไว เมื่อไม่นานมานี้



ซ้อมแผนรับมือไวรัสโคโรนา

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค และ นพ.สุรพันธ์ ทวีวิทยากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ รัตนนิสตร์ พร้อมด้วย ผู้แทนการทำอากาศยานสุวรรณภูมิ โรงพยาบาลเอกชน และหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันแถลงข่าว การฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อม ในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2012 หรือเมอร์ส-โควี (MERS-CoV) ระดับกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบการฝึกปฏิบัติจริง ณ สถาบันบำราศนราดูร จ.นนทบุรี เมื่อไม่นานมานี้



เปิดศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก

โรงพยาบาลพญาไท 3 จัดงานเลี้ยงขอบคุณลูกค้าผู้ใช้บริการศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก ภายใต้ชื่องาน Thank you To Be Phyathai 3 Family & Welcome New Family และได้มีการเปิด “ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก” อย่างเป็นทางการ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่ต้องการปรึกษา เรื่องการมีบุตรยากในฝั่งธนบุรี โดย **นพ.สุรพล โล่ห์สิริวัฒน์** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 3 เป็นประธานในพิธีเปิด และได้มีการสัมภาษณ์พิเศษในหัวข้อ 17 ปี แห่งความเชี่ยวชาญ ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลพญาไท 3 โดย **นพ.ชาญชัย เลหาประสิทธิ์พร แพทย์หัวหน้าศูนย์สุขภาพหญิง โรงพยาบาลพญาไท 3** พร้อมด้วยช่วงเสวนาหัวข้อ การวางแผนเตรียมพร้อม การมีบุตร โดย **ผศ.นพ.พิทักษ์ เลห์เกริกเกียรติ** แพทย์หัวหน้าศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลพญาไท 3 ร่วมด้วยแขกรับเชิญพิเศษ **คุณนุ้ย-สุจิรา อดีตนางสาวไทยประจำปี พ.ศ. 2544** และตัวแทนครอบครัวผู้เข้ารับบริการศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลพญาไท 3 เมื่อไม่นานมานี้



ร่วมมือวิจัยพัฒนาเทคโนโลยี

นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค และ ดร.ทวีศักดิ์ กอนันต์กุล ผอ.สวทช. ร่วมลงนามบันทึกความเข้าใจ โครงการความร่วมมือวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีด้านงานระบาดวิทยาและควบคุมโรคติดต่อสำคัญ นำร่อง Dengue Alert Program (DAP) โปรแกรมกำจัด ยุงลายป้องกันไข้เลือดออก โดยมี **พญ.วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์** รองอธิบดีกรมควบคุมโรค, **ดร.นพ.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, ดร.ปิยวุฒิ ศรีชัยกุล** รองผู้อำนวยการศูนย์ NECTEC สวทช. และ **รศ.ดร.อัศนีษ ก่อตระกูล** ผู้อำนวยการโปรแกรมการวิจัย Hp&MD สวทช. ร่วมเป็นพยาน ณ ห้องประชุมบุษกร อาคารเนคเทค อุทยานวิทยาศาสตร์ประเทศไทย จ.ปทุมธานี เมื่อไม่นานมานี้



วงการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจร
ทั่วไทย 2557 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ
ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์
ในโรงพยาบาลสายไหมและโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์
และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ส.พ.สายไหม



ส.พ.แพทย์รังสิต



ส.พ.ลำลูกกา



สถาบันวิทยุญารักษ์





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
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
ได้ข้อมูลดูใจกันถ้วน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคาร สังกัด บ.ค.ส. 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาถือปัส บันเกล้า 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

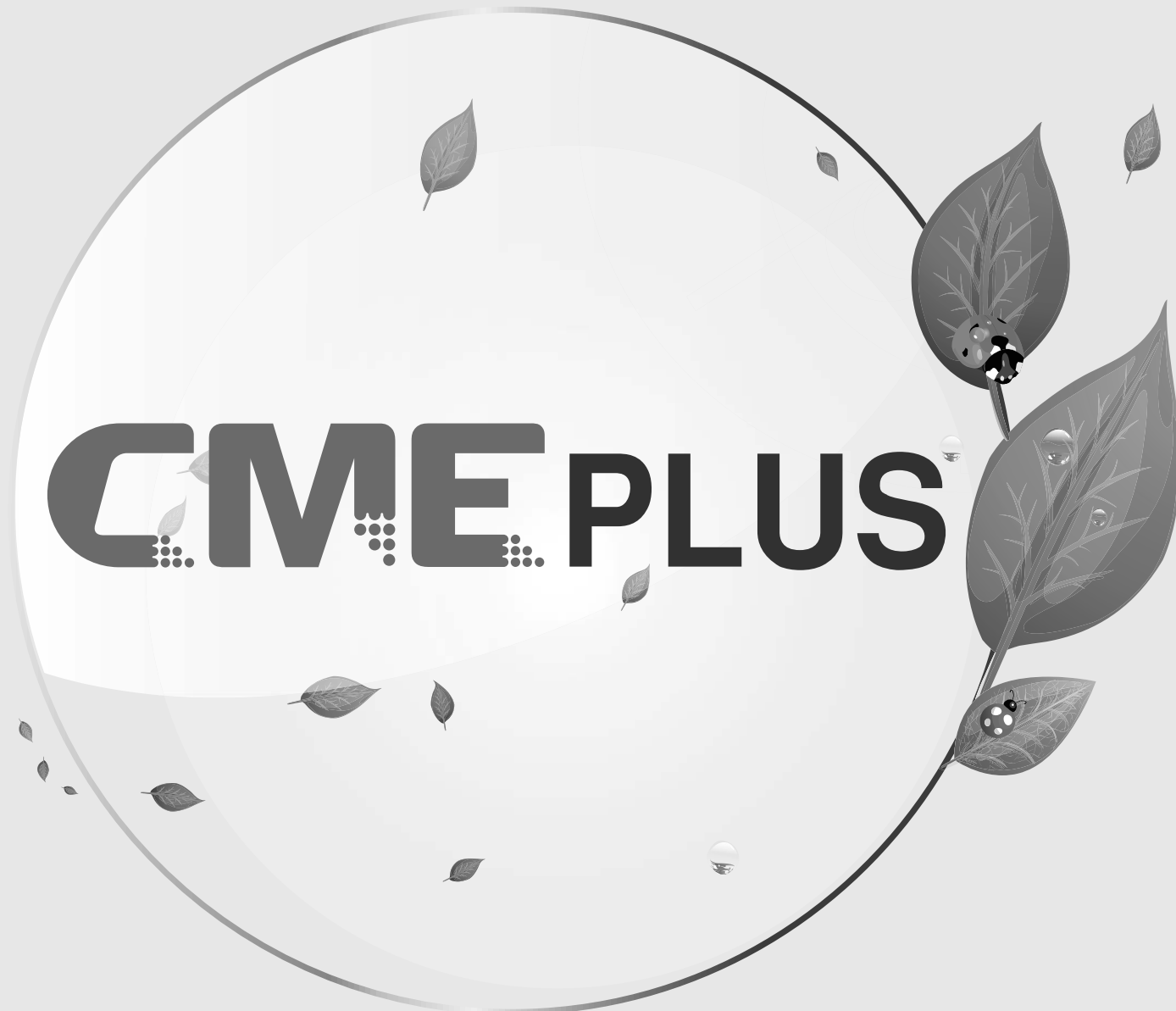
แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education



CME PLUS

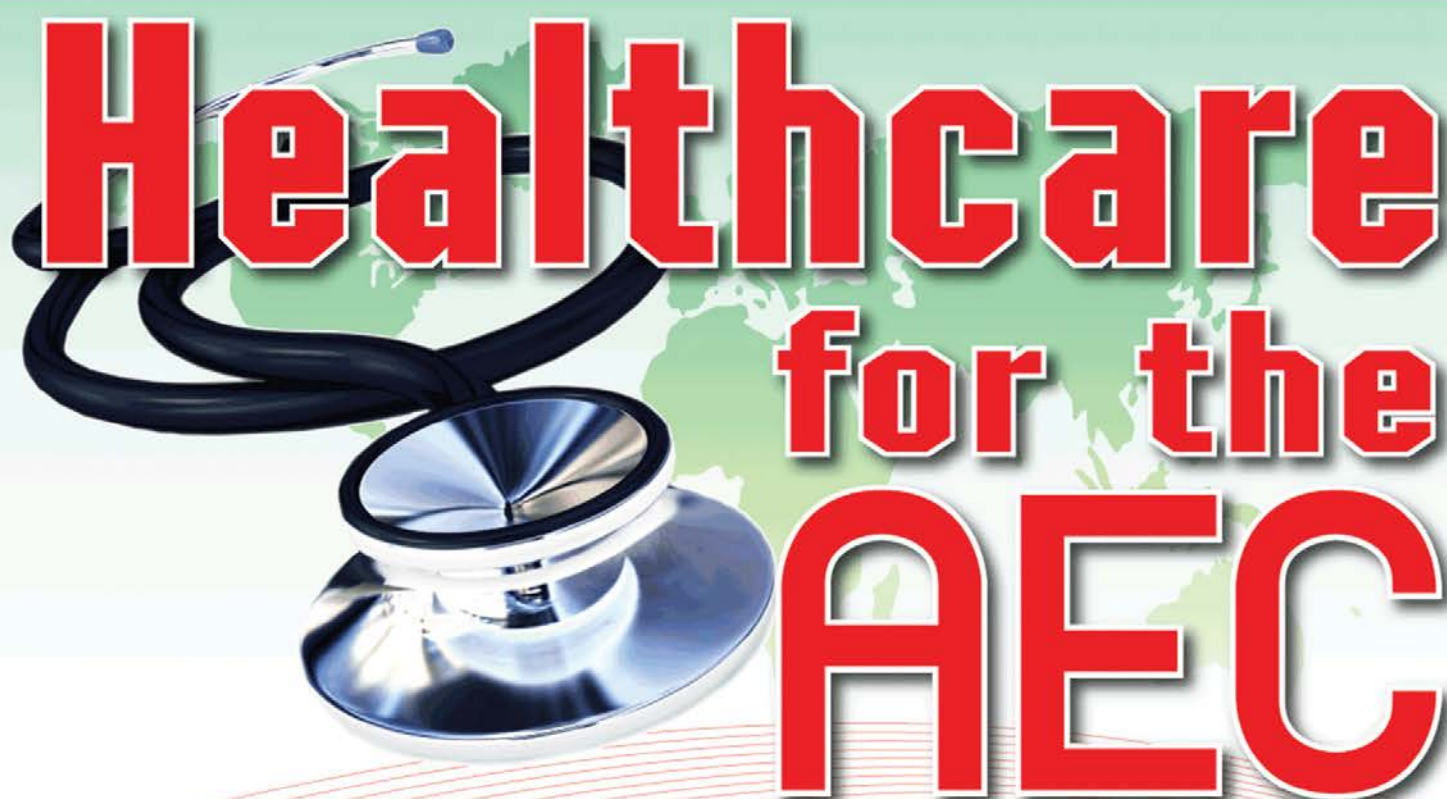


Siriraj International Conference in Medicine and Public Health

SICMPH 2014 | 21-25 JULY

@ Faculty of Medicine Siriraj Hospital,
Mahidol University, Thailand

Healthcare for the AEC



Register online for the early bird rates at

<http://www.sirirajconference.com>

February 15 - June 15, 2014

Contact : siriraj.conference@gmail.com



แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

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



www.wongkarnpat.com



กด



ได้ที่ www.facebook.com/Wongkarnpat