สรรพสาร

ผู้นำวารสารทางการแพทย์ที่มีผู้อ่านมากที่สุด

CME PLUS Inside

THE MEDICAL NEWS

วงการแพทย์

ISSN 1513-590X

ปีที่ 16 ฉบับ 416 ประจำวันที่ 16-30 มิถุนายน พ.ศ. 2557

SYMPOSIUM IN THIS ISSUE

Otsuka eurodrug laboratories MENARINI ROTTAPHARM

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์ www.wongkarnpat.com

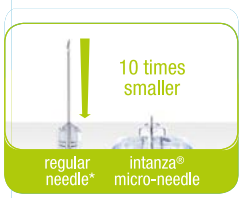
รายงานพิเศษ The Legend of Rabies เปิดตำนานโรคพิษสุนัขบ้า (ตอนที่ 1)

เฉพาะโรค โรคหอบหืด (Asthma)

Radar เครื่องให้ออกซิเจนแรงดันสูง แนวทางใหม่ในการรักษาออทิสติก

intanza®, innovative MICRO-NEEDLE vaccine against influenza

EFFECTIVE FLU PROTECTION with a SIMPLE TOUCH



A MINIMALLY INVASIVE SOLUTION[5,6]

*IM 16 to 32 mm

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

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

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

Product information

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

Reference

1. Lambert PH, Laurent PE Intradermal vaccine delivery: Will new delivery systems transform vaccine administration, Vaccine 2008;26:3197-208 2. Intanza 9 µg product information 3. Intanza 15 µg product information 4. Laurent A, et al. Echographic measurement of skin thickness in adults by high frequency ultrasound to assess the appropriate micro needle length for intradermal delivery of vaccines. Vaccine 2007;25:6423-30 5. Laurent PE, et al. Evaluation of the clinical performance of new intradermal vaccine administration technique and associated delivery system. Vaccine 2007;25:8853-42 6. MMWR recommendation and reports, August 6,2010

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

เป็นยาใหม่ที่ต้องพระสถานพยาบาล แพทย์ควรศึกษาและการใช้ยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขย.1090/2554

sanofi pasteur
The vaccines division of sanofi-aventis Group

Artpok.indd All Pages 7/1/57 BE 1:51 PM

edarbi
azilsartan medoxomil
40 mg • 80 mg tablets

59% ACHIEVED GOAL[*1]
(*P*=.002)

SUPERIOR[2] FOR **MOST** OF THE 24 HR BP-CONTROL**

EARLY[2] BP CONTROL vs. VALSARTAN

Takeda

PRESENTS
*A **NEW** BP SOLUTION THAT'S*
HARD TO IGNORE

**Reduction in clinic SBP to < 140 mmHg and/or reduction ≥ 20 mmHg*
*** Azilsartan medoxomil at its maximal dose has superior efficacy to both olmesartan and valsartan at their maximal, approved doses*
Takeda Global Research and Development Center, Inc. สนับสนุนการวิจัย

HARD TO IGNORE

ต้องติดตาม

เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ. 545/2556

For the use of a Registered Medical Practitioner only.

1. Sica D, White WB, Weber MA, et al. Comparison of the novel angiotensin II receptor blocker azilsartan medoxomil vs. valsartan by ambulatory blood pressure monitoring. J Clin Hypertens (Greenwich) 2011;13:467-472.
2. White WB, Weber MA, Sica D, et al. Effects of the angiotensin receptor blocker azilsartan medoxomil versus olmesartan and valsartan on ambulatory and clinic blood pressure in patients with stages 1 and 2 hypertension. Hypertens 2011;57:413-420.
3. Edarbi Prescribing Information.

Edarbi® Presentation : Azilsartan medoxomil 40 mg and 80 mg. Indication essential hypertension in adults. Doses : initially 40 mg once daily, titrate up to a maximum of 80 mg once daily if needed. Contraindications : hypersensitivity to the active substance or any of the excipients, second and third trimester of pregnancy. Special precautions : congestive heart failure, renal artery stenosis, aortic or mitral stenosis, hypertrophic obstructive cardiomyopathy. Adverse reactions : dizziness, diarrhoea, blood creatine phosphokinase increased. Drug interactions : lithium, NSAIDs, K-sparing diuretic. Packing : 4x7 tablets

Takeda

Takeda (Thailand) Ltd.
57 Park Ventures Ecoplex Building, 15th Floor, Wireless Road, Lumpini,
Patumwan, Bangkok 10330 Tel. : +66-2697-9300 Fax : +66-2697-9398-9

Further information is available on request
โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมใน
เอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

RABIES :
NO COMPROMISE !

The vaccine of choice for Rabies prophylaxis

- Widely documented efficacy after confirmed exposure to rabid animals.[2,3,4,5,7]
- Approved for
  - IM & ID regimen[2,4,6,7]
  - Infants, children, adults and pregnant women[1,2,3,7]
- WHO prequalified vaccine[8]
- Administered in over 100 countries since its launch in 1985.[7]

VERORAB™

VERORAB, INACTIVATED RABIES VACCINE PREPARED ON VERO CELLS : **INDICATIONS :** Pre-exposure and post-exposure immunization. **DOSAGE AND ADMINISTRATION : a) Pre-exposure immunization:** Primary vaccination : According to the W.H.O. recommendations : 3 x 0.5 mL injections by IM route on days 0, 7, 21 or 28, followed by a booster dose 1 year later. Boosters: Thereafter, one injection every 5 years. **b) Post-exposure immunization: Intramuscular schedule:** Treatment consists of 5 x 0.5 mL injections. IM injections to be given on days 0, 3, 7, 14 and 28. **Intradermal schedule :** This vaccine is of sufficient potency to allow its safe use in the WHO recommended intradermal post-exposure regimen in countries where relevant national authorities have approved the intradermal route for rabies post-exposure treatment. Non-immunized individuals: The 2-site Intradermal regimen - 222011 known as original Thai Red Cross Regimen prescribes 1 injection of 0.1 mL at different sites on D0, D3, D7 and 1 injection at one site on D28 (or D30) and D90 - 22202 known as updated Thai Red Cross regimen prescribes 1 injection of 0.1 mL at 2 sites on D0, D3, D7, and D28. Fully immunized individuals: 2 injections on D0, D3. This schedule should not apply to immunocompromised patients. UNDESIRABLE EFFECTS: Minor local reactions: injection site pain, injection-site erythema, injection-site oedema, injection-site pruritus and injection-site induration. General reactions: moderate fever, shivering, malaise, asthenia, headaches, dizziness, arthralgia, myalgia, gastro-intestinal disorders. (nausea, abdominal pain). Exceptional cases of anaphylactoid reaction, urticaria, rash.

References:
1. World Health Organization. Rabies vaccines WHO position paper. Weekly epidemiological record. 2010; 85, 309–320 2. Suntharasamai P, Warrell MJ, Warrell DA, et al. New purified vero cell vaccine prevents rabies in patient bitten by rabid animals. The Lancet. 1986;2:129-31. 3. Chutivongse S, Supich C, Wilde H. Acceptability and efficacy of purified vero-cell rabies vaccine in Thai children exposed to rabies. Asia Pac J Public Health. 1988;2(3):179-84. 4. Chutivongse S, Wilde H, Supich C, Baer GM, Fishbein DB. Postexposure prophylaxis for rabies with antiserum and intradermal vaccination. The Lancet. 1990;335:896-8. 5. Wang XJ, Lang J, Tao XR, et al. Immunogenicity and safety of purified vero-cell rabies vaccine in severely rabies-exposed patients in China. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2000;31(2): 287-94 Health. Vol 31 No. 2 June 2000: 287-94 6. Suwansrinon K, Wilde H, Benjavongkulchai M, et al. Survival of neutralizing antibody in previously rabies vaccinated subjects: a prospective study showing long lasting immunity. Vaccine. 2006;24(18):3878-80 7. Stephen Toovey Preventing rabies with the Verorab vaccine: 1985–2005 Twenty years of clinical experience. Travel Medicine and Infectious Disease (2007) 5, 327–348 8. WHO prequalified vaccines. The Wolrd Health Organization page. Available from: URL: http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/PQ_vaccine_ list_en/en/index.html Accessed 03/2013

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ 416/2556
โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

บริษัท ซาโนฟี่ ปาสเตอร์ จำกัด
87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ชั้น 23 ออลซีซั่นส์เพลส
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. : 0 2264 9999 โทรสาร : 0 2264 8800

SANOFI PASTEUR

ADVANCING RESUSCITATION. TODAY.®

Impacting Outcomes Link by Link

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

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

ZOLL®

SAINTMED

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
SOLUT1ON

www.mindray.com

mindray
healthcare within reach

Fatty liver

Metadoxil tablet

- Antagonizes the lipid peroxidation in liver cells.
- Accelerates the normalization of liver function tests and ultrasonographic changes.
- Effective in the treatment of fatty liver associated with chronic hepatitis.
- Possesses antifibrotic and antinecrotic properties, Maintians energy stores efficiently.
- Restores liver damage resulting from prolong alcohol intake.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ.881/2551

eurodrug laboratories

สรรพสาร THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

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

กรรมการบริหาร
วาณี วิชิตกุล
ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์
สิริพร แสงเทียนฉาย
ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ
สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร
กองบรรณาธิการ
ปียาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช
เสกสรรค์ สร้อยแหยม
อาร์ตไดเรกเตอร์
สุกัญญา หิรัญยะวะสิต
แพนกดีไซน์
อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง
พิสูจน์อักษร
สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ
ประสานงานเตรียมพลิต
นิพนธ์ สอนส่งกลิ่น
งานสารสนเทศ
มนัญญา นาควิลัย
ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์
รัตนา ชาติสกุลทอง
งานโฆษณา
ภิญญาพัชร์ ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ กายหอม
ปิยะวรรณ หาปัญนะ, สุริณี ธนสมบัติสกุล
งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์
ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล
ช่างภาพ
เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ขัตติยโยธิน
บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา อิศรานนท์ สิทธาพิสุทธิ์กุล
โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 **แฟกซ์** 0-2884-7299
สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

นายกรัฐมนตรีที่ดีเด่นที่สุดของเอเชีย ในความเห็นของกุมารแพทย์อาเซียน

ผมได้มีโอกาสคุยกับนายกสมาคมกุมารแพทย์ในเอเชียหลายครั้งถึงผู้นำของประเทศในเอเชียว่าใครเป็นตัวอย่างที่ดี เราพูดถึง เหมาเจ๋อตุง, ลีกวนยู, มหาเธร์ โมฮัมหมัด, ปักจุงฮี แต่คนที่หมอจากสิงคโปร์และมาเลเซียยกย่องที่สุดกลับเป็นอดีตนายกรัฐมนตรี พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ของประเทศไทย เขามีเหตุผลอย่างไร

เหมาเจ๋อตุง เป็นผู้นำผู้ยิ่งใหญ่ที่รวบรวมคนจีนเป็นปึกแผ่น เป็นนักอ่านประวัติศาสตร์ วางแผนการรบเก่ง แต่มาทำผิดพลาดในบั้นปลายของชีวิต โดยการทำปฏิวัติวัฒนธรรม ทำลายสิ่งก่อสร้างและวัฒนธรรมเก่าแก่ของจีน เอาแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ไปทำนา ขณะที่ชาวนาทำหน้าที่เป็นแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ แสดงว่าใช้คนไม่ถูกกับงาน โชคดีที่เติ้งเสี่ยวผิงมาแก้ไขทำให้ประเทศจีนเจริญเช่นในปัจจุบัน

ปักจุงฮี เป็นประธานาธิบดีของเกาหลีใต้มา 18 ปี ทำให้ประเทศเกาหลีใต้ที่ล้าหลังและบอบช้ำจากสงครามเกาหลีได้เจริญขึ้นอย่างรวดเร็วแซงหน้าประเทศอื่นในเอเชีย เขาทำเพื่อประเทศชาติ แต่เขาเป็นคนเผด็จการ ตอนที่เขาพัฒนาประเทศเขาไม่อนุญาตให้คนเกาหลีใต้ออกไปเที่ยวต่างประเทศ ไม่ใช้ของต่างประเทศ เขาปิดประเทศเพื่อพัฒนาจนดีแล้วจึงเปิดประเทศตอนเป็นเจ้าภาพโอลิมปิก เขาถูกลูกน้องใกล้ชิดยิงเสียชีวิต คนคิดว่าเขาคงสะสมสมบัติมากมายเพราะอยู่ในอำนาจนาน ปรากฏว่าเขาไม่มีสมบัติอะไรเลย ทำเพื่อประเทศชาติจริง บุญกุศลที่เขาทำเป็นผลให้ลูกสาวเขาได้รับเลือกให้เป็นประธานาธิบดีของเกาหลีใต้ในปัจจุบัน

ลีกวนยู เป็นนายกรัฐมนตรีของสิงคโปร์มาถึง 31 ปี (พ.ศ. 2502-2533) เป็นรัฐมนตรีอาวุโสอีก 14 ปี และเป็นที่ปรึกษาคณะรัฐมนตรีอีก 7 ปี เขาทำให้ประเทศสิงคโปร์เจริญจากกลุ่มโลกที่สามมาอยู่ในกลุ่มโลกที่หนึ่ง ประชากรมีรายได้สูงทั้งที่ประเทศไม่มีทรัพยากรธรรมชาติ เขาตั้งเงินเดือนของเขาสูงกว่าประธานาธิบดีสหรัฐฯ เขาใช้วิธีการเผด็จการทางรัฐสภา เขายังมีกิเลสหาผลประโยชน์ให้แก่ครอบครัวโดยถูกกฎหมาย ลูกชายคนโตของเขาได้เป็นนายกรัฐมนตรีของสิงคโปร์คนปัจจุบัน เขาใช้กฎหมายบังคับในเรื่องต่าง ๆ ทำให้ขาดเสรีภาพเต็มที่

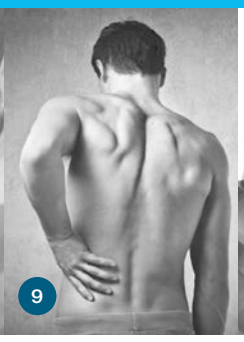
มหาเธร์ โมฮัมหมัด เป็นนายกรัฐมนตรีของมาเลเซียนานถึง 22 ปี วางแผนพัฒนาประเทศระยะยาว เขาทำให้เศรษฐกิจของมาเลเซียนำหน้าประเทศไทย เขากีดกันคนจีน ทำให้คนมาเลเซียเชื้อสายจีนเดือดร้อนมาก

พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรีของประเทศไทยอยู่ 8 ปี 154 วัน คนที่เป็นนายกรัฐมนตรีของไทยนานที่สุดคือ จอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี 2 สมัย รวมแล้วประมาณ 15 ปีเศษ จอมพลถนอม กิตติขจร เป็นนายกรัฐมนตรีอยู่ 4 สมัย เป็นเวลา 10 ปีเศษ จะเห็นได้ว่าที่อยู่นาน ๆ เป็นทหารทั้งนั้น พลเอกเปรมเป็นนายกรัฐมนตรีโดยได้รับเลือกจากสภาผู้แทนราษฎรโดยตลอด มีรัฐมนตรีมาจากหลายพรรคร่วมกัน ครั้งสุดท้ายปฏิเสธไม่รับตำแหน่ง พลเอกเปรมได้ส่งคนไปติดต่อประเทศจีนให้ยุติการช่วยเหลือพรรคคอมมิวนิสต์ในประเทศไทย ทำให้สงครามกองโจรยุติลง ให้พวกที่เข้าป่ากลับมาร่วมพัฒนาชาติไทย ทำให้พื้นฐานทางเศรษฐกิจมั่นคง เปลี่ยนจากเป็นหนี้กลายเป็นมีผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศเพิ่มเกินร้อยละ 10 ต่อปี เป็นคนริเริ่มส่งเสริมการท่องเที่ยวประเทศไทยทำให้มีรายได้เข้าสู่ประเทศมาก ที่สำคัญคือไม่โกง ไม่กอบโกยสมบัติให้ลูกหลาน (ไม่มีภรรยา ไม่มีบุตร) ได้รับเลือกเป็นประธานองคมนตรีและรัฐบุรุษของไทย เป็นตัวอย่างที่ดีของผู้นำประเทศ สามารถปรามนักการเมืองในคณะรัฐมนตรีไม่ให้โกงมาก เพราะท่านไม่โกง รัฐบาลต่อมาที่มาจากการเลือกตั้งกลับกลายเป็นพวกที่มีการคอร์รัปชันมากมายจนต้องมีการปฏิวัติขับออก

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 416 วันที่ 16 - 30 มิถุนายน 2557



3 โลกกว้างทางแพทย์
- การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวในผู้ใหญ่อายุมาก
- กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน
- ความดันโลหิตและอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด

7 Get Up
- อินเดียยกระดับตรวจมาตรฐานยา
- เรียกร้องควบคุมอุตสาหกรรมอาหาร
- พัฒนาเครื่องล้างไตสำหรับทารก

9 ข่าวสารการแพทย์
- หนุ่มสาวปวดหลังเรื้อรัง สัญญาณเตือนหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท
- อย. แจง การทบทวนทะเบียนยาพาราเซตามอลมิให้เกิดความเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้ยา

10 รายงานพิเศษ
The Legend of Rabies
เปิดตำนานโรคพิษสุนัขบ้า (ตอนที่ 1)

12 Movement

13 In Focus
สางปัญหาดื้อยาปฏิชีวนะ
สร้างต้นแบบโรงพยาบาล
ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล

16 รายงานพิเศษ
สพฉ. ชู “เชียงใหม่” พื้นที่ต้นแบบพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

17 Special
ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประคองพันธ์
๑๐๐ ปี เภสัชจุฬา ๑๐๐ ศิษย์เก่าดีเด่น
มีความสุขกับการทำงาน ทำตัวให้มีประโยชน์เพื่อจะได้ไม่กลายเป็นคนไร้ประโยชน์

20 เสี้ยวหนึ่งของชีวิต
ประชาชนกับความมั่นคงของชาติ

21 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน
ศรัทธา

23 เสียงแพทย์
30 บาทรักษาทุกโรคเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ (ต่อ)

25 จุฬาปริทัศน์
การประเมินผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง

28 Systematic Review
การรักษาไมเกรนด้วยยา sumatriptan

29 เฉพาะโรค
โรคหอบหืด (Asthma)

33 มุมนิติเวช
ผู้ตายไม่มีหลักฐานว่าชื่อใดแต่ญาติยืนยันชื่อ: จะทำอย่างไรดีในขณะชันสูตรพลิกศพ

37 Radar
เครื่องให้ออกซิเจนแรงดันสูง
แนวทางใหม่ในการรักษาออทิสติก

39 เกาะติดงานประชุม
ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ จัดประชุมวิชาการประจำปี 39th Annual Scientific Congress of the Royal College of Surgeons of Thailand
“Optimization of Surgical Practice”

41 ข่าวบริการ

44 IT News/Book Shop

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษาก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาค VI (Human immunodeficiency virus : HIV)

การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวในผู้ใหญ่อายุมาก

JAMA. Published online May 27, 2014.

บทความเรื่อง Effect of Structured Physical Activity on Prevention of Major Mobility Disability in Older Adults: The LIFE Study Randomized Clinical Trial รายงานว่า การเคลื่อนไหวที่เสื่อมลงเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อการเจ็บป่วย นอนโรงพยาบาล พิการ และการตาย และแม้มีหลักฐานบางชิ้นเสนอว่าการออกกำลังกายอาจช่วยป้องกันความพิการทางการเคลื่อนไหว แต่ก็ยังไม่มีงานวิจัยที่สรุปชัดเจนว่าการออกกำลังกายสามารถป้องกันหรือชะลอความพิการทางการเคลื่อนไหวได้

นักวิจัยทดสอบสมมติฐานว่าการออกกำลังกายตามแบบแผนมีประสิทธิภาพดีกว่าการอบรมความรู้ด้านสุขภาพ (โครงการพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุ) ในด้านการลดความเสี่ยงความพิการทางการเคลื่อนไหวรุนแรงในการศึกษา Lifestyle Interventions and Independence for Elders (LIFE) การรวบรวมผู้เข้าร่วมวิจัยมีขึ้นระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2010 ถึงธันวาคม ค.ศ. 2011 การเข้าร่วมในการวิจัยมีระยะเฉลี่ย 2.6 ปี และสิ้นสุดการติดตามในเดือนธันวาคม ค.ศ. 2013 กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งเป็นประชากรในชุมชนเมือง ชานเมือง และชนบทของสหรัฐอเมริกาประกอบด้วยชายและหญิงอายุ 70-89 ปี จำนวน 1,635 คน ซึ่งมีข้อจำกัดทางกายประเมินจากคะแนน Short Physical Performance Battery เท่ากับ 9 หรือต่ำกว่าแต่สามารถเดินได้ระยะทาง 400 เมตร

นักวิจัยสุ่มให้อาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายตามแบบแผน (n = 818) ที่โรงพยาบาล (2 ครั้ง/สัปดาห์) และที่บ้าน (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) ซึ่งประกอบด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก การออกแรงต้าน และการยืดหยุ่น หรือการอบรมความรู้ด้านสุขภาพ (n = 817) ซึ่งมีรูปแบบเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการในประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการออกกำลังกายยืดกล้ามเนื้อแขน ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ความพิการรุนแรงทางการเคลื่อนไหวประเมินจากสูญเสียความสามารถการเดินระยะ 400 เมตร

ความพิการทางการเคลื่อนไหวรุนแรงเกิดขึ้นใน 30.1% (246 คน) ในกลุ่มออกกำลังกาย และ 35.5% (290 participants) ในกลุ่มอบรมความรู้ด้านสุขภาพ (hazard ratio [HR] 0.82 [95% CI 0.69-0.98], p = 0.03) ความพิการทางการเคลื่อนไหวเรื้อรังพบใน 12 คน (14.7%) ในกลุ่มออกกำลังกาย และ 162 คน (19.8%) ในกลุ่มอบรมความรู้สุขภาพ (HR 0.72 [95% CI 0.57-0.91]; p = 0.006) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงพบใน 404 คน (49.4%) ในกลุ่มออกกำลังกาย และ 373 คน (45.7%) ในกลุ่มอบรมความรู้สุขภาพ (risk ratio 1.08 [95% CI 0.98-1.20])

โปรแกรมการออกกำลังกายปานกลางตามแบบแผนสามารถลดความพิการทางการเคลื่อนไหวรุนแรงในระยะ 2.6 ปีในผู้ใหญ่อายุมากที่เสี่ยงต่อความพิการเทียบกับโปรแกรมอบรมความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งข้อมูลนี้สนับสนุนประโยชน์ด้านการเคลื่อนไหวจากโปรแกรมออกกำลังกายในผู้ใหญ่อายุมากที่มีความเสี่ยง

ผลลัพธ์ 3 ปีผ่าตัดลดความอ้วนเทียบกับการรักษาด้วยยา

N Engl J Med 2014;370:2002-2013.

บทความเรื่อง Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes: 3-Year Outcomes รายงานว่า การศึกษาเปรียบเทียบระยะสั้น (1-2 ปี) ชี้ว่า การผ่าตัดลดความอ้วนสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นักวิจัยได้ประเมินผลลัพธ์ที่ 3 ปีหลังสุ่มให้ผู้ป่วย 150 คน ซึ่งเป็นโรคอ้วนและไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้รับการรักษาด้วยยาแบบเคร่งครัดอย่างเดียว หรือการรักษาด้วยยาแบบเคร่งครัดร่วมกับการผ่าตัด Roux-en-Y gastric bypass หรือการผ่าตัดลดกระเพาะ โดยจุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ ระดับ glycated hemoglobin เท่ากับ 6.0% หรือต่ำกว่า

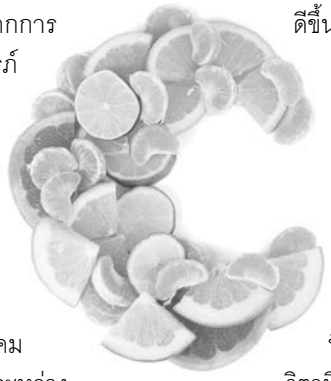
ค่าเฉลี่ยอายุ (± SD) ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่พื้นฐานเท่ากับ 48 ± 8 ปี โดย 68% เป็นผู้หญิง โดยค่าเฉลี่ยระดับ glycated hemoglobin ที่พื้นฐานเท่ากับ 9.3 ± 1.5% และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่พื้นฐานเท่ากับ 36.0 ± 3.5 ผู้ป่วย 91% สามารถติดตามครบระยะเวลา 36 เดือน โดยที่ 3 ปีพบจุดยุติปฐมภูมิใน 5% ของผู้ป่วยในกลุ่มที่รักษาด้วยยา เทียบกับ 38% ในกลุ่มผ่าตัดลัดกระเพาะ ($p < 0.001$) และ 24% ในกลุ่มผ่าตัดลดกระเพาะ ($p = 0.01$) การใช้ยาลดน้ำตาลรวมถึงอินซูลินมีอัตราต่ำกว่าในกลุ่มที่ผ่าตัดเทียบกับกลุ่มรักษาด้วยยา และผู้ป่วยกลุ่มที่ผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ลดของน้ำหนักตัวจากพื้นฐานสูงกว่า โดยลดลง 24.5 ± 9.1% ในกลุ่มผ่าตัดลัดกระเพาะ และ 21.1 ± 8.9% ในกลุ่มผ่าตัดลดกระเพาะเทียบกับลดลง 4.2 ± 8.3% ในกลุ่มรักษาด้วยยา ($p < 0.001$ for both comparisons) นอกจากนี้มาตรวัดด้านคุณภาพชีวิตยังดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ผ่าตัดเทียบกับกลุ่มรักษาด้วยยา โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการผ่าตัด

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคอ้วนที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้พบว่า การรักษาด้วยยาอย่างเคร่งครัดเป็นระยะเวลา 3 ปีร่วมกับการผ่าตัดลดความอ้วนส่งผลให้มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับการรักษาด้วยยาอย่างเดียว โดยสอดคล้องกับผลลัพธ์จากการวิเคราะห์จุดยุติทุติยภูมิรวมถึงน้ำหนักตัว การใช้ยาลดน้ำตาล และคุณภาพชีวิตที่ 3 ปี ซึ่งกลุ่มที่รักษาด้วยการผ่าตัดมีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาอย่างเดียว

เสริมวิตามินซีแม่ท้องติดบุหรี่ และการทำงานของปอดในทารก

JAMA. 2014;311(20):2074-2082.

บทความเรื่อง Vitamin C Supplementation for Pregnant Smoking Women and Pulmonary Function in Their Newborn Infants: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า การสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของปอดในทารก ทำให้การทำงานของปอดบกพร่องและมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรคหอบหืด ซึ่งจากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า การให้วิตามินซีระหว่างตั้งครรภ์สามารถปิดกั้นผลกระทบบางประการของนิโคตินต่อพัฒนาการของปอดและการทำงานของปอด



นักวิจัยศึกษาว่าการเสริมวิตามินซีในหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ช่วยให้ทารกมีผลการทดสอบการทำงานของปอด (PFTs) ดีขึ้น และหายใจมีเสียงวี้ดลดลงหรือไม่เทียบกับทารกที่มารดาได้รับยาหลอก การศึกษามีขึ้นระหว่างเดือนมีนาคม ค.ศ. 2007 ถึงมกราคม ค.ศ. 2011 ในทารกแรกเกิด 159 คนที่มารดาสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ (เสริมวิตามินซี 76 คน และได้รับยาหลอก 83 คน) และทารกแรกเกิด 76 คนซึ่งมารดาไม่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ การประเมินระหว่างการติดตามรวมถึงหายใจมีเสียงวี้ดได้ประเมินจนถึงอายุ 1 ปี และตรวจ PFT ที่อายุ 1 ปี การแทรกแซงทำโดยสุ่มให้ได้รับวิตามินซี (500 มก./วัน) (n = 89) หรือยาหลอก (n = 90)

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การวัดการทำงานของปอดที่แรกเกิด (อัตราส่วนของ time to peak tidal expiratory flow to expiratory time [TPTEF : TE] และค่า passive respiratory compliance per kilogram [Crs/kg]) ภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ผลลัพธ์รอง ได้แก่ อุบัติการณ์ของการหายใจมีเสียงวี้ดจนถึงอายุ 1 ปี และผล PFT ที่อายุ 1 ปี และได้ตรวจ genotype ในกลุ่มย่อยของหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่

ทารกที่มารดาได้รับวิตามินซี (n = 76) มีการทำงานของปอดดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกประเมินจาก TPTEF : TE (0.383 vs 0.345 [adjusted 95% CI for difference 0.011-0.062]; p = 0.006) และ Crs/kg (1.32 vs 1.20 mL/cm H_2O/kg [95% CI 0.02-0.20]; p = 0.01) เด็กซึ่งแม่ได้รับวิตามินซีมีการหายใจมีเสียงวี้ดลดลงอย่างมีนัยสำคัญจนถึงอายุ 1 ปี (15/70 [21%] vs 31/77 [40%]; relative risk 0.56 [95% CI 0.33-0.95]; p = 0.03) แต่ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้านผล PFT ที่ 1 ปีระหว่างกลุ่มที่ได้รับวิตามินซีและกลุ่มที่ได้รับยาหลอก ผลของการสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ต่อการทำงานของปอดของทารกแรกเกิดสัมพันธ์กับ genotype ของแม่สำหรับ α5 nicotinic receptor (rs16969968) (p < 0.001 for interaction)

การเสริมวิตามินซีแก่หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ฟื้นฟูผล PFT แรกเกิดและลดการหายใจมีสียงวี้ดจนถึงอายุ 1 ปี การเสริมวิตามินซีแก่หญิงตั้งครรภ์จึงอาจเป็นแนวทางที่ประหยัด และสะดวกสำหรับลดผลกระทบของการสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ต่อการทำงานของปอดและโรคระบบทางเดินหายใจในทารกแรกเกิด

กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน

Lancet Neurol. 2014;13(6):557-566.

บทความเรื่อง Efficacy of Occupational Therapy for Patients with Parkinson's Disease: A Randomised Controlled Trial รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสนับสนุนการใช้กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน นักวิจัยจึงศึกษาประสิทธิภาพของกิจกรรมบำบัดต่อการฟื้นฟูกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยพาร์กินสันจากโรงพยาบาล 10 แห่งในเครือข่าย ParkinsonNet ของเนเธอร์แลนด์ โดยมีการประเมินที่ 3 เดือนและ 6 เดือน

นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วยพาร์กินสันที่รายงานว่ามีปัญหาการทำกิจกรรมในชีวิตและผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยถูกสุ่มเป็นกลุ่มรักษาหรือกลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยในกลุ่มรักษาได้ทำกิจกรรมบำบัดที่บ้านตามแนวปฏิบัติเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลมาตรฐานโดยไม่ได้ทำกิจกรรมบำบัด ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ 3 เดือน ประเมินด้วย Canadian Occupational Performance Measure (คะแนน 1-10) ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยตัวแบบ linear mixed models สำหรับการวัดซ้ำ (intention-to-treat principle) และติดตามความปลอดภัยโดยสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางสุขภาพที่ผิดปกติระหว่างช่วง 3 เดือนก่อน

ผู้ป่วย 191 คนถูกสุ่มเป็นกลุ่มรักษา (n = 124) หรือกลุ่มควบคุม (n = 67) ระหว่างวันที่ 14 เมษายน ค.ศ. 2011 ถึงวันที่ 2 พฤศจิกายน ค.ศ. 2012 โดยผู้ป่วย 117 คน (94%) จาก 124 คนในกลุ่มรักษา และ 63 คน (94%) จาก 67 คนในกลุ่มควบคุมมีผู้ดูแลเข้าร่วมด้วย ที่พื้นฐานพบว่า มัธยฐานคะแนนของ Canadian Occupational Performance Measure เท่ากับ 4.3 (IQR 3.5-5.0) ในกลุ่มรักษา และ 4.4 (3.8-5.0) ในกลุ่มควบคุม และที่ 3 เดือนพบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 5.8 (5.0-6.4) และ 4.6 (4.6-6.6) ตามลำดับ ค่า mean difference ที่ปรับแล้วของคะแนนระหว่างกลุ่มที่ 3 เดือนโน้มเอียงไปทางกลุ่มรักษา (1.2; 95% CI 0.8-1.6; p < 0.0001) โดยไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการศึกษา

การรักษาด้วยกิจกรรมบำบัดที่บ้านช่วยฟื้นฟูการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อระบุปัจจัยที่อาจช่วยระบุผู้ป่วยที่น่าจะได้รับประโยชน์จากกิจกรรมบำบัด

ความดันโลหิตและอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด

Lancet. 2014;383(9932):1899-1911.

บทความเรื่อง Blood Pressure and Incidence of Twelve Cardiovascular Diseases: Lifetime Risks, Healthy Life-Years Lost, and Age-Specific Associations in 1.25 Million People รายงานว่าปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของความดันโลหิตกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรร่วมสมัย ซึ่งจากข้อมูลในบทความนี้นักวิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความดันโลหิตกับโรคหัวใจและหลอดเลือด 12 โรค

นักวิจัยใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากปี ค.ศ. 1997-2010 จากโครงการ CALIBER (CArdiovascular research using LInked Bespoke studies and Electronic health Records) ครอบคลุมผู้ป่วย 1.25 ล้านคน ซึ่งมีอายุ 30 ปีหรือมากกว่า และปลอดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โดย 1 ใน 5 ได้รับยาลดความดันโลหิต นักวิจัยศึกษาความแตกต่างในความสัมพันธ์จำเพาะตามอายุของความดันโลหิตกับโรคหัวใจและหลอดเลือดฉับพลันและเรื้อรัง 12 ประเภท และประเมินความเสี่ยงตลอดชีวิต (จนถึง 95 ปี) และจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดปรับตามปัจจัยเสี่ยงอื่นที่อายุ 30, 60 และ 80 ปี

ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 5.2 ปี พบโรคหัวใจและหลอดเลือด 83,098 ราย โดยในแต่ละกลุ่มอายุพบว่า ความเสี่ยงต่ำสุดต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดพบในประชากรที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 90-114 mmHg และความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 60-74 mmHg โดยไม่พบความเสี่ยงที่สูงขึ้นจากระดับความดันโลหิตที่ต่ำกว่า ผลของความดันโลหิตแตกต่างไปตามโรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่มีผลชัดเจนจนถึงไม่มีผล ความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิกที่สูงเห็นชัดที่สุดสำหรับ intracerebral haemorrhage (hazard ratio 1.44 [95% CI 1.32-1.58]), subarachnoid haemorrhage (1.43 [1.25-1.63]) และ stable angina (1.41 [1.36-1.46]) และอ่อนที่สุดสำหรับ abdominal aortic aneurysm (1.08 [1.00-1.17]) เมื่อเทียบกับความดันโลหิตไดแอสโตลิกพบว่า ความดันโลหิตซิสโตลิกที่สูงขึ้นมีผลมากกว่าต่อ angina, myocardial infarction และ peripheral arterial disease ขณะที่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่สูงขึ้นมีผลมากกว่าต่อ abdominal aortic aneurysm เทียบกับความดันโลหิตซิสโตลิกที่สูงขึ้น ความดันชีพจรมีความสัมพันธ์แบบกลับกับ abdominal aortic aneurysm (HR per 10 mmHg 0.91 [95% CI 0.86-0.98]) และมีความสัมพันธ์ชัดเจนที่สุดสำหรับ peripheral arterial disease (1.23 [1.20-1.27]) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (≥ 140/90 mmHg หรือได้รับยาลดความดันโลหิต) มีความเสี่ยงตลอดชีวิตต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมที่อายุ 30 ปีเท่ากับ 63.3% (95% CI 62.9-63.8) เทียบกับ 46.1% (45.5-46.8) สำหรับผู้ที่ความดันโลหิตปกติ และเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเร็วกว่า 5.0 ปี (95% CI 4.8-5.2) จากการศึกษาพบว่า stable และ unstable angina เป็นส่วนใหญ่ (43%) ของจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงจากอายุ 30 ปี ขณะที่ heart failure และ stable angina มีสัดส่วนมากที่สุด (19%) ในจำนวนปีที่สูญเสียไปนับตั้งแต่อายุ 80 ปี

ข้อมูลจากการศึกษานี้ไม่สนับสนุนการอนุมานว่าความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมดในหลายช่วงอายุ และสอดคล้องกับความสัมพันธ์กับความดันโลหิตไดแอสโตลิกและซิสโตลิก ขณะเดียวกันพบว่าผลกระทบตลอดชีวิตจากความดันโลหิตสูงยังคงมีนัยสำคัญซึ่งจำเป็นที่จะต้องวางแนวทางใหม่สำหรับการลดความดันโลหิต

กำจัด *H. pylori* ป้องกันมะเร็งกระเพาะอาหารในคนสุขภาพดี

BMJ 2014;348:g3174.

บทความเรื่อง *Helicobacter pylori* Eradication Therapy to Prevent Gastric Cancer in Healthy Asymptomatic Infected Individuals: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials รายงานข้อมูลการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis จากการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อประเมินผลของการตรวจเชื้อ *Helicobacter pylori* และการกำจัดเชื้อต่อการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งกระเพาะอาหารในผู้ติดเชื้อที่มีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีอาการแสดง

การศึกษารวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล Medline, Embase และ Cochrane จนถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2013 รวมถึงข้อมูลจากงานประชุมระหว่างปี ค.ศ. 2001-2013 และการศึกษาที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นการศึกษาเปรียบเทียบที่ประเมินผลของการกำจัดเชื้ออย่างน้อย 7 วันต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารในผู้ใหญ่ที่ตรวจพบ *Helicobacter pylori* แต่ยังคงมีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีอาการแสดง โดยกลุ่มควบคุมได้รับยาหลอกหรือไม่รักษา และติดตามเป็นระยะเวลา ≥ 2 ปี ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ผลของการกำจัดเชื้อต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร ประเมินจาก relative risk ของมะเร็งกระเพาะอาหารร่วมกับ 95% confidence intervals

มีงานวิจัยเปรียบเทียบที่สอดคล้องกับเกณฑ์การศึกษารวม 6 การศึกษา โดยพบมะเร็งกระเพาะอาหาร 51 ราย (1.6%) ในผู้ป่วย 3,294 คนที่รักษาการติดเชื้อเทียบกับ 76 ราย (2.4%) ในกลุ่มควบคุม 3,203 คน (relative risk 0.66, 95% CI 0.46-0.95) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างการศึกษา (I^2 = 0%, p = 0.60) ซึ่งหากอนุมานว่าประโยชน์ของการรักษาการติดเชื้อมีผลไปตลอดชีวิตก็จะมีค่า number needed to treat ต่ำลงถึง 15 สำหรับชายชาวจีน ขณะที่สูงถึง 245 สำหรับหญิงชาวอเมริกัน

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า การตรวจและกำจัดเชื้อ *H. pylori* ลดอุบัติการณ์ของมะเร็งกระเพาะอาหารในชาวเอเชียที่มีสุขภาพดีและไม่มีอาการแสดง อย่างไรก็ดี ข้อมูลนี้อาจไม่ครอบคลุมถึงประชากรกลุ่มอื่น

Basal Insulin Glargine และ Omega-3 Fatty Acid ต่อความเสื่อมของสมองในผู้ป่วยน้ำตาลในเลือดผิดปกติ

The Lancet Diabetes & Endocrinology, Early Online Publication, 2 June 2014.

บทความเรื่อง Effects of Basal Insulin Glargine and Omega-3 Fatty Acid on Cognitive Decline and Probable Cognitive Impairment in People with Dysglycaemia: A Substudy of the ORIGIN Trial รายงานว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติจากเบาหวานและน้ำตาลในเลือดผิดปกติที่ไม่ได้มีสาเหตุจากเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมลงด้านการรับรู้ทางสติปัญญาที่เร็วขึ้น ซึ่งจากการศึกษาย่อยในงานวิจัย Outcome Reduction with Initial Glargine Intervention (ORIGIN) นี้นักวิจัยได้ประเมินผลของการปรับระดับน้ำตาลให้เป็นปกติด้วย insulin glargine หรือให้กรดไขมัน omega-3 ต่อการชะลอความเสื่อมหรือป้องกันการเกิดความบกพร่องด้านการรับรู้

งานวิจัย ORIGIN ศึกษาในผู้ป่วยจากโรงพยาบาล 573 แห่งใน 40 ประเทศ โดยเป็นผู้ที่อายุมากกว่า 50 ปี ซึ่งมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ไม่ได้รับยาควบคุมน้ำตาลหรือได้รับยาหนึ่งตัว มีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อ cardiovascular events มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 9% และไม่ได้รับอินซูลิน นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับ titrated basal insulin glargine โดยมีเป้าระดับน้ำตาลขณะอดอาหารเท่ากับ 5.3 mmol/L หรือต่ำกว่า หรือการดูแลมาตรฐาน และกรดไขมัน omega-3 (1 ก.) หรือยาหลอก การรับรู้ทางสติปัญญาประเมินด้วย Mini-Mental State Examination (MMSE) และ Digit Symbol Substitution (DSS) นักวิจัยยังได้ประเมินผลของ insulin glargine หรือกรดไขมัน omega-3 ต่อการรับรู้ทางสติปัญญาตามระยะเวลา ความเปลี่ยนแปลงของคะแนนจากการทดสอบ และความน่าจะเป็นของการเสื่อมลงของการรับรู้ทางสติปัญญา ซึ่งการวิเคราะห์ทั้งหมดทำในผู้ป่วยที่ทดสอบการรับรู้ที่พื้นฐานและระหว่างการติดตามอย่างน้อยหนึ่งครั้ง

การสุ่มมีขึ้นระหว่างวันที่ 1 กันยายน ค.ศ. 2003 ถึงวันที่ 15 ธันวาคม ค.ศ. 2005 ผล MMSE และ DSS ประเมินในผู้ป่วย 11,685 และ 3,392 คน (มัธยฐานอายุ 63.4 ปี [SD 7.7]) ซึ่งมีมัธยฐานการติดตาม 6.2 ปี (IQR 5.8-6.7) จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างของอัตราการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ทางสติปัญญาระหว่างกลุ่มที่ได้รับ insulin glargine และกลุ่มดูแลมาตรฐาน (สำหรับ MMSE 0.0046, 95% CI -0.0132 ถึง 0.0224, p = 0.39 และสำหรับ DSS -0.0362, -0.2180 ถึง 0.1455, p = 0.34) หรือระหว่างกลุ่มที่ได้รับกรดไขมัน omega-3 และยาหลอก (สำหรับ MMSE 0.0013, 95% CI -0.0165 ถึง 0.0191, p = 0.21 และสำหรับ DSS -0.0605, -0.2422 ถึง 0.1212, p = 0.72) นอกจากนี้อุบัติการณ์ของความน่าจะเป็นของการเสื่อมลงของการรับรู้ทางสติปัญญาไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับ insulin glargine และกลุ่มดูแลมาตรฐาน (p = 0.065) หรือกลุ่มที่ได้รับกรดไขมัน omega-3 และกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (p = 0.070) ข้อมูลจากการวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบว่า การได้รับ insulin glargine เทียบกับการดูแลมาตรฐานอาจลดความเสื่อมของ MMSE (แต่ไม่รวมถึง DSS) ในผู้ป่วยน้ำตาลในเลือดผิดปกติที่ไม่เป็นเบาหวาน evidence of diabetes (p = 0.024)

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้ป่วยน้ำตาลในเลือดผิดปกติซึ่งมีอายุน้อยชี้ว่า การปรับน้ำตาลในเลือดด้วยอินซูลินและกรดไขมัน omega-3 เป็นเวลา 6 ปี มี neutral effect ต่ออัตราการเสื่อมลงของการรับรู้ทางสติปัญญาและการเกิดภาวะบกพร่องของการรับรู้ทางสติปัญญา โดยเสนอแนะให้มีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลของการแทรกแซงดังกล่าวในผู้ป่วยอายุมาก หรือผลของการแทรกแซงระดับน้ำตาลอื่นต่อการเสื่อมลงของการรับรู้ทางสติปัญญา

วิตามินดีและโรคหลอดเลือดสมองไม่มีอาการ

JAMA Neurol. Published online May 26, 2014.

บทความเรื่อง Vitamin D and Subclinical Cerebrovascular Disease: The Atherosclerosis Risk in Communities Brain Magnetic Resonance Imaging Study รายงานว่า ภาวะพร่องวิตามินดีสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง เบาหวาน และสโตรค แต่ยังไม่มีข้อมูลแน่ชัดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวิตามินดีและโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีอาการแสดง

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ 25-hydroxyvitamin D (25[OH]D) กับความผิดปกติของหลอดเลือดสมองประเมินจากเอ็มอาร์ไอในผู้ป่วยจากงานวิจัย Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Brain MRI โดยอาสาสมัครเป็นผู้ใหญ่เชื้อสายยุโรปและแอฟริกันอายุ 55-72 ปี ซึ่งไม่มีประวัติสโตรคที่มีอาการ ได้ตรวจเอ็มอาร์ไอสมองจาก visit 3 (n = 1,622) และตรวจเอ็มอาร์ไอสมองครั้งที่สองราว 10 ปีให้หลัง (n = 888) ระดับ 25(OH)D วัดจาก mass spectrometry ที่ visit 3 ซึ่งปรับตามเดือนปฏิทินและจำแนกกลุ่มตามเชื้อชาติ โดยใช้ตัวแบบ multivariable regression models ศึกษาความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวางและไปข้างหน้าของระดับ 25(OH)D กับ white matter hyperintensities (WMH) และเนื้อสมองตายที่ตรวจพบจากเอ็มอาร์ไอ

ค่าเฉลี่ยอายุของผู้เข้าร่วมวิจัยเท่ากับ 62 ปี โดย 59.6% เป็นผู้หญิง และ 48.6% มีเชื้อสายแอฟริกัน ระดับ 25(OH)D ที่ต่ำไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคะแนนความรุนแรงของ WMH, คะแนน high-grade WMH (≥ 3) หรือ prevalent infarcts ในตัวแบบ cross-sectional, multivariable-adjusted models (all p > 0.05) และไม่พบความสัมพันธ์แบบไปข้างหน้าสำหรับระดับ 25(OH)D ที่ต่ำกับการเปลี่ยนแปลงของ WMH volume, incident high WMH score (≥ 3) หรือ incident infarcts จากเอ็มอาร์ไอระหว่างการติดตามที่ประมาณ 10 ปีให้หลัง

การตรวจ 25(OH)D ครั้งเดียวไม่สัมพันธ์แบบภาคตัดขวางกับ WMH grade หรือ prevalent subclinical infarcts และไม่สัมพันธ์แบบไปข้างหน้ากับ WMH progression หรือ subclinical brain infarcts จากการตรวจเอ็มอาร์ไอที่มีช่วงห่างประมาณ 10 ปี ผลลัพธ์นี้จึงไม่สนับสนุนการปรับระดับวิตามินดีเพื่อการรักษาสุขภาพสมอง

อินเดียยกระดับตรวจมาตรฐานยา

รอยเตอร์ส – อินเดียจัดสรรงบประมาณ 30,000 ล้านรูปี และเพิ่มเจ้าหน้าที่ตรวจสอบมาตรฐานยาอีกเท่าตัวตลอด 3 ปีข้างหน้า อันเป็นส่วนหนึ่งของการปรับปรุงสู่มาตรฐานการผลิตระดับสากล

นายจี.เอ็น ซิงห์ ผู้อำนวยการองค์การควบคุมมาตรฐานเวชภัณฑ์กลาง (ซีดีเอสซีโอ) ของอินเดียเปิดเผยว่า ทางการจะเพิ่มอัตราเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพเป็น 1,000 อัตรา จากเดิมที่มีอยู่ 500 อัตรา และจะเพิ่มเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานกำกับดูแลเป็น 3,000 อัตรา จากปัจจุบัน 800 อัตรา ตามเป้าหมายยกระดับมาตรฐานการตรวจสอบให้ทัดเทียมกับมาตรฐานโลกภายใน 2-3 ปี และทัดเทียมกับมาตรฐานสหรัฐอเมริกาภายใน 3-5 ปี

มาตรการนี้มีขึ้นหลังสำนักงานอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาประกาศห้ามนำเข้ายาต้นแบบจำนวนมากจากบริษัทเวชภัณฑ์อินเดีย อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องในกระบวนการผลิต ซึ่งปัญหาคุณภาพการผลิตและการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเป็นเหตุให้เกิดความกังวลต่อคุณภาพยาที่จำหน่ายในตลาดอื่นกว่า 200 ประเทศ รวมถึงในอินเดียด้วย

อนึ่ง การขาดแคลนเจ้าหน้าที่เป็นปัญหาเรื้อรังอันเป็นอุปสรรคต่อการตรวจสอบโรงงานยาในอินเดียซึ่งมีอยู่กว่า 10,000 แห่ง ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ตรวจสอบต่างฟ้องเป็นเสียงเดียวกันว่า จำนวนเจ้าหน้าที่และห้องปฏิบัติการสำหรับทดสอบยาที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ

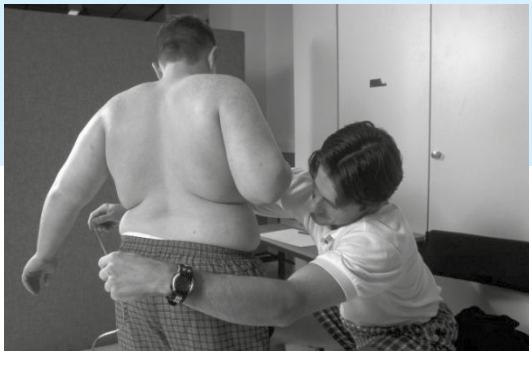
อดนอนพาเด็กเสี่ยงอ้วน

ฮัฟโพสต์ – ทารกและเด็กเล็กที่อดนอนเป็นประจำอาจมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรคอ้วนเมื่อย่างเข้า 7 ขวบ

ผลการศึกษาตีพิมพ์ในวารสาร Pediatrics โดยนักวิจัยจาก Massachusetts General Hospital for Children รายงานความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับและโรคอ้วน โดยพบว่าการอดนอนในช่วงอายุ 6 เดือนจนถึง 6 ขวบ สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของมาตรวัดโรคอ้วน รวมถึงมวลไขมันในร่างกาย รอบเอว และสะโพก เมื่ออายุ 7 ขวบเทียบกับเด็กที่ได้นอนหลับเพียงพอ

การสำรวจประเมินการนอนไม่เพียงพอเป็นการนอนหลับน้อยกว่าวันละ 12 ชั่วโมงสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ขวบ น้อยกว่าวันละ 10 ชั่วโมงสำหรับเด็กอายุ 3-4 ขวบ และน้อยกว่าวันละ 9 ชั่วโมงสำหรับเด็กอายุ 5-7 ขวบ ซึ่งจากการสำรวจยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการอดนอนและปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น รายได้ของครัวเรือน และระดับการศึกษาของแม่ แต่เมื่อปรับตามปัจจัยดังกล่าวก็ยังคงพบความสัมพันธ์ระหว่างการอดนอนและโรคอ้วนในทุกช่วงอายุที่ศึกษา

อีกด้านหนึ่งมีงานวิจัยในวารสาร Childhood Obesity รายงานว่า การอดนอนเป็น 1 ใน 3 ปัจจัยหลักของโรคอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน (ร่วมกับพ่อแม่ที่น้ำหนักเกินหรืออ้วน และพ่อแม่บังคับการรับประทานของเด็ก) และงานวิจัยรายงานในการประชุมของ Society of Behavioral Medicine ชี้ว่า การนอนน้อยในเด็กครอบครัวรากหญ้าสัมพันธ์กับปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก



งดมื้อเย็นช่วยคุมเบาหวาน

บีบีซี – นักวิจัยชี้ การรับประทานเฉพาะอาหารมื้อเช้าและมื้อเที่ยงช่วยให้ควบคุมเบาหวานได้ดีกว่าการรับประทานมื้อเล็กแต่บ่อยครั้ง

ผลการศึกษาเปรียบเทียบการรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ และการแบ่งเป็น 6 มื้อ ซึ่งมีค่าพลังงานเท่ากันที่ 1,700 แคลอรีต่อวัน โดยนักวิจัยจาก Institute for Clinical and Experimental Medicine ในสาธารณรัฐเช็กพบว่า การรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อส่งผลดีต่อการลดน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า

นักวิจัยกล่าวว่า เบื้องต้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ วิตกว่าอาจหิวในตอนค่ำ แต่อันที่จริงแล้วความรู้สึกหิวกลับลดลงเมื่อปล่อยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารไปจนกว่าจะอิ่มจริง ๆ ต่างจากกลุ่มรับประทาน 6 มื้อตามคำแนะนำเวชปฏิบัติปัจจุบันของสาธารณรัฐเช็ก ซึ่งไม่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอิ่มได้เลย และเชื่อว่าข้อมูลนี้น่าจะสามารถปรับใช้กับบุคคลที่ไม่เป็นโรคเบาหวานและต้องการลดน้ำหนักได้ด้วย

ด้านผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า ข้อมูลนี้เป็นอีกหลักฐานหนึ่งที่ชี้ให้เห็นประโยชน์ของการรับประทานมื้อใหญ่แต่น้อยครั้งสำหรับการควบคุมโรคเบาหวาน อย่างไรก็ดี ยังคงต้องมีการศึกษาขนาดใหญ่ในระยะยาวก่อนที่จะมีการปรับคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเห็นว่าการรับประทานที่มีโภชนาการสมดุล ควบคุมการออกกำลังกายและคุมน้ำหนักยังคงเป็นส่วนสำคัญของการควบคุมเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ

เรียกร้องควบคุมอุตสาหกรรมอาหาร

บีบีซี – กลุ่มองค์กรเพื่อผู้บริโภคระหว่างประเทศเรียกร้องตั้งกฎควบคุมอุตสาหกรรมอาหารในลักษณะเดียวกับยาสูบ อ้างภัยคุกคามจากโรคอ้วนเป็นอันตรายร้ายแรงยิ่งกว่าบุหรี่

กลุ่มองค์กรเพื่อผู้บริโภคประสานเสียงให้รัฐบาลทั่วโลกเข็นมาตรการปกป้องสุขภาพอย่างเอาจริงเอาจัง รวมถึงการติดภาพคำเตือนบนฉลากอาหารถึงผลกระทบจากโรคอ้วนในลักษณะเดียวกับภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ โดยอ้างถึงตัวเลขการเสียชีวิตจากโรคอ้วนและน้ำหนักเกิน ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 2.6 ล้านคน เมื่อปี พ.ศ. 2548 มาที่ระดับ 3.4 ล้านคน เมื่อปี พ.ศ. 2553

มาตรการที่เรียกร้องยังรวมถึงการลดปริมาณเกลือ ไขมันอิ่มตัว และน้ำตาลในอาหาร ขณะเดียวกันก็ปรับปรุงคุณภาพของอาหารที่ให้บริการในโรงพยาบาลและโรงเรียน ควบคุมการโฆษณา การกำหนดกลไกภาษี และราคา รวมถึงให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ และเรียกร้องให้ขจัดไขมันชนิดทรานส์ออกจากอาหารและเครื่องดื่มทั้งหมดภายใน 5 ปี

ด้านตัวแทนองค์กรกล่าวว่า จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อหลีกเลี่ยงการซ้ำรอยสถานการณ์ในช่วงคริสต์ทศวรรษที่ 60 ซึ่งบริษัทบุหรี่โฆษณาว่าบุหรี่ไม่เป็นอันตรายและดีต่อสุขภาพ แต่กลับเป็นสาเหตุการตายของคนหลายล้านคนในอีก 30-40 ปีให้หลัง ซึ่งในการนี้เขาเชื่อมั่นว่าจะได้รับการสนับสนุนอย่างแข็งขันจากบราซิลและนอร์เวย์ รวมถึงอังกฤษซึ่งมีท่าทีตอบรับการรณรงค์

พัฒนาเครื่องล้างไตสำหรับทารก

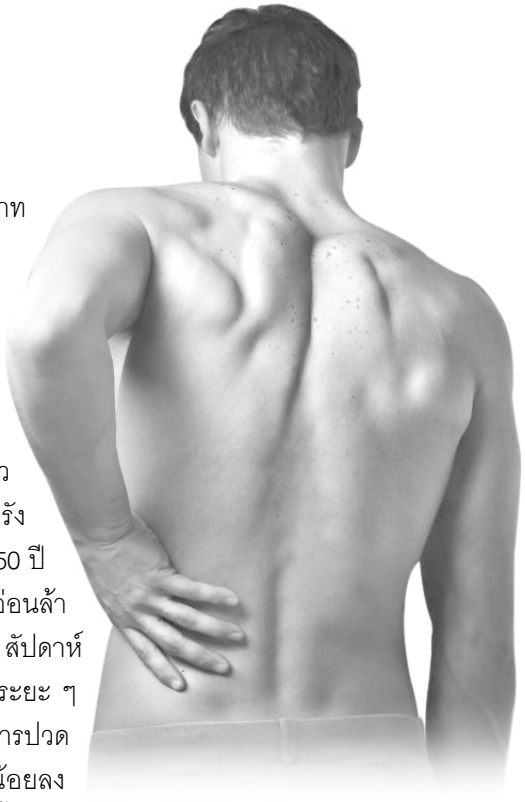
บีบีซี – นักวิจัยอิตาลีพัฒนาเครื่องล้างไตสำหรับทารก ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและลดผลข้างเคียง

ผลการศึกษาซึ่งรายงานในวารสาร Lancet ชี้ว่า เครื่องล้างไต Carpe Diem ที่ออกแบบเพื่อใช้รักษาทารกแรกเกิดและทารกที่มีน้ำหนักตัวระหว่าง 2-10 กิโลกรัม ซึ่งมีอาการไตวายฉับพลันนี้สามารถลดผลความผิดพลาดในการทำงานและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องล้างไตที่ใช้กันทั่วไป

นักวิจัยได้ทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องล้างไต Carpe Diem ในทารกแรกเกิดที่มีปัญหาการทำงานของอวัยวะล้มเหลว ซึ่งพบว่าสามารถหยุดล้างไตหลังรักษาไปแล้วกว่า 20 วัน และทารกสามารถฟื้นฟูการทำงานของอวัยวะและออกจากโรงพยาบาลได้หลัง 50 วัน โดยทารกยังคงมีภาวะไตเสื่อมรุนแรง

นักวิจัยคาดหวังว่า ความสำเร็จจากการพัฒนาเครื่องล้างไตที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับทารกนี้จะส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีด้านอื่น รวมถึงท่อน้ำยา สารเหลว และจอ สำหรับทารกและเด็กเล็กโดยเฉพาะ สอดคล้องกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มองว่า การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงเป็นเรื่องท้าทาย และเครื่องล้างไต Carpe Diem จะช่วยให้แพทย์มีทางเลือกในการรักษาเพิ่มขึ้น

หนุ่มสาวปวดหลังเรื้อรัง สัญญาณเตือน หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท



นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ เปิดเผยว่า โรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาทเป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของโครงสร้างกระดูกสันหลัง ซึ่งเกิดจากอายุที่มากขึ้นและการเสื่อมสภาพของร่างกาย การยกของหนัก การสูบบุหรี่ ตลอดจนอุบัติเหตุกระแทกบริเวณกระดูกสันหลังบ่อย ๆ ทำให้กระดูกสันหลังเสื่อมเร็วขึ้น จากการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลังทำให้เกิดการทรุดตัวของโครงสร้างกระดูกตามไปด้วย ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยการสร้างกระดูกงอกหรือหินปูนขึ้นมาเพื่อต้านการทรุดตัว แต่โดยปกติแล้วกระดูกงอกที่ร่างกายสร้างขึ้นมาใหม่ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ แต่บางรายเกิดกระดูกสันหลังทับเส้นประสาทและทำให้เกิดอาการปวดร้าวไปตามเส้นประสาทของร่างกายได้ ซึ่งที่ผ่านมาพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการปวดหลังเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นในทุกช่วงอายุและในหลากหลายอาชีพ โดยเฉพาะหนุ่มสาววัยทำงานช่วงอายุตั้งแต่ 25-50 ปี สาเหตุอาจมาจากการทำงานที่เคร่งเครียด ไม่มีการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ ส่งผลให้ร่างกายเกิดการอ่อนล้าและเสื่อมสภาพลงไป โดยผู้ป่วยจะมีอาการคือ ปวดหลังเป็น ๆ หาย ๆ เป็นเวลานานมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ปวดขาตั้งแต่บริเวณสะโพกร้าวไปบริเวณน่อง เท้า ซึ่งจะปวดมากเวลาเดิน ต้องหยุดเดินเป็นระยะ ๆ อาการปวดหลังร้าวลงขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างถือเป็นอาการเด่นของโรค ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากหรือปวดน้อยขึ้นอยู่ว่ากดมากหรือน้อยเป็นสำคัญ ถ้าทิ้งไว้นานเส้นประสาทจะทำงานได้น้อยลง กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง เดินและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ อาจถึงขั้นเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนั้น เมื่อมีอาการปวดหลังและร้าวลงขา ควรพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อทำการรักษา ส่วนใหญ่โรคนี้สามารถรักษาหายได้โดยไม่ต้องผ่าตัด แพทย์จะจ่ายยาแก้ปวดเพื่อช่วยบรรเทาอาการ ร่วมกับให้ยาลดการอักเสบของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น ซึ่งจะช่วยลดการอักเสบที่เกิดขึ้นรอบ ๆ เส้นประสาทหรือหมอนรองกระดูกสันหลัง ซึ่งจะทำให้อาการปวดลดลงได้ และอาจมีการทำกายภาพบำบัดร่วมด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง แพทย์จะผ่าตัดเพื่อตัดเอาส่วนที่กดทับเส้นประสาทออก ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดเพื่อช่วยลดอาการเกร็งและบิดตัวของกล้ามเนื้อหลัง ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น

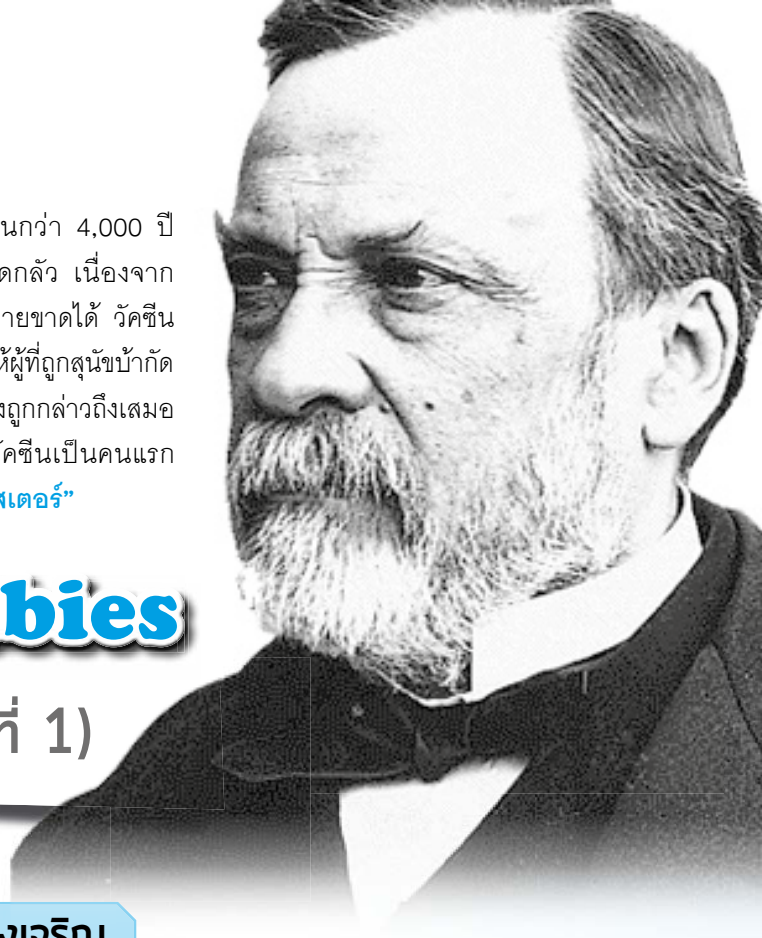
อย. แจง การทบทวนทะเบียนยาพาราเซตามอล มิให้เกิดความเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้ยา

ดร.นพ.ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ
รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

เปิดเผยว่า จากข่าวตามสื่อต่าง ๆ ระบุว่า สหรัฐอเมริกาสั่งทบทวนปริมาณยาพาราเซตามอล เนื่องจากเกรงว่าจะได้รับผลกระทบกับผู้ป่วย ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้มีคณะทำงานเฝ้าระวังพิจารณาตำรับยาต่าง ๆ อยู่ ซึ่งหากยากลุ่มไหนเสี่ยงหรือมีผลกระทบก็จะมีการเข้าสู่การพิจารณาของคณะอนุกรรมการทบทวนตำรับยาทันที ส่วนในประเด็นการทบทวนปริมาณยาพาราเซตามอลของสหรัฐอเมริกา อย. ได้ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปรากฏว่าองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (US FDA) ได้ขอความร่วมมือจากผู้ผลิตให้ยกเลิกยาสูตรผสมเฉพาะที่เป็นยาตามใบสั่งแพทย์ (Prescription combination drug products) ที่มีพาราเซตามอลเกินกว่า 325 มิลลิกรัม/เม็ด/แคปซูล ซึ่งยาดังกล่าวเป็นยาสูตรผสมของพาราเซตามอลกับยากลุ่มบรรเทาอาการปวดอย่างแรง เช่น Hydrocodone Britartrat, Oxycodone HCL และ Codeine เนื่องจากไม่ปลอดภัย อาจเกิดอันตรายร้ายแรงต่อตับได้ ดังนั้น US FDA ไม่ได้ยกเลิกทะเบียนยาพาราเซตามอลที่มีปริมาณเกินกว่า 325 มิลลิกรัมทุกทะเบียน อย่างไรก็ตาม อย. เห็นถึงปัญหาการใช้ยาพาราเซตามอลเกินความจำเป็นในประเทศไทยมาโดยตลอด ขณะนี้ได้มอบหมายให้คณะทำงานดำเนินการศึกษาและทบทวนข้อมูลทางวิชาการของยาพาราเซตามอลเกี่ยวกับขนาดยา วิธีใช้ ทั้งสูตรตำรับยาเดี่ยวและสูตรตำรับยาผสมแล้ว โดยจะมีการนำข้อมูลการพิจารณายกเลิกทะเบียนยาสูตรผสมของ US FDA มาพิจารณาร่วมกับข้อมูลเดิมด้วย เพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับคนไทยและลดปัญหาอันตรายจากการใช้ยา

• ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ

โรคพิษสุนัขบ้ามีประวัติความเป็นมายาวนานกว่า 4,000 ปี จวบจนปัจจุบันโรคพิษสุนัขบ้ายังเป็นโรคที่น่าหวาดกลัว เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคนี้แล้วต้องเสียชีวิตโดยที่ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ วัคซีนจึงยังคงเป็นวิธีการเดียวในการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ผู้ที่ถูกสุนัขบ้ากัดรอดชีวิต ดังนั้น เมื่อกล่าวถึงโรคพิษสุนัขบ้า ผู้ที่จะต้องถูกกล่าวถึงเสมอคือ นักเคมีและจุลชีววิทยาชาวฝรั่งเศส ผู้คิดค้นวัคซีนเป็นคนแรกเพื่อปกป้องชีวิตผู้ที่ได้รับเชื้อพิษสุนัขบ้า **"หลุยส์ ปาสเตอร์"**

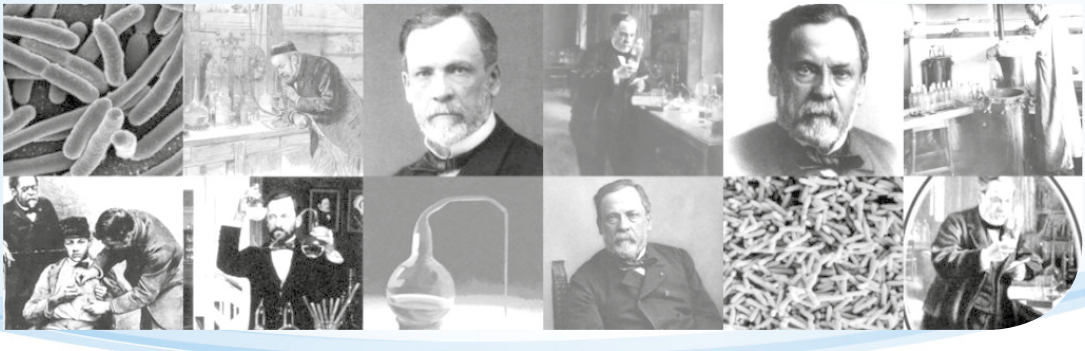


The Legend of Rabies

เปิดตำนานโรคพิษสุนัขบ้า (ตอนที่ 1)

ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ

- บันทึกชิ้นแรกเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าเกิดขึ้นในสมัยบาบิโลน ช่วง 2,300 ปีก่อนคริสต์ศักราช โดยใช้อักษรเอชนันนา (Eshnunna)
- หลังจากนั้นถัดมาอีก 1,300 ปี Homer ได้มีการกล่าวถึงสุนัขที่ติดเชื้อพิษสุนัขบ้าไว้ใน "อีเลียต" (Iliad) มหากาพย์ของกรีกโบราณ
- ช่วง 500 ปีก่อนคริสต์ศักราช เดโมคริตุส (Democritus) นักปรัชญาชาวกรีกได้บันทึกถึงการพบโรคกลัวน้ำหรือโรคพิษสุนัขบ้า
- ช่วง 400 ปีก่อนคริสต์ศักราช อริสโตเติล (Aristotle) เขียนบันทึกไว้ว่า สุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าจะมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย และเมื่อใดที่มันไปกัดสัตว์ตัวอื่น สัตว์ตัวนั้นก็จะเป็นโรคด้วย
- ช่วง 100 ปีก่อนคริสต์ศักราช เกิดการแพร่ระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าไปทั่วจักรวรรดิโรมัน กรีก และเกาะ Crete
- Cardanus กล่าวไว้ว่า ในน้ำลายของสุนัขที่เป็นโรคจะมีเชื้อไวรัสอยู่ (ตรงกับคำว่า "พิษ" ของชาวลาติน)
- นักฟิสิกส์ชาวโรมันชื่อว่า Celsus เขียนเรื่องวิธีการรักษาแผลด้วยการจี้ด้วยแท่งเหล็กร้อน ๆ ซึ่งวิธีการใช้ความร้อนบริเวณแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Cauterization) ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อการรักษาอย่างเฉียบพลันเมื่อถูกสุนัขบ้ากัด และวิธีการนี้ยังคงเป็นที่ยอมรับหลังจากนั้นอีกกว่า 1,800 ปี



ที่โรงพยาบาลทรูซโซ ประเทศฝรั่งเศส ศาสตราจารย์เนลองกี ได้แจ้งหลุยส์ ปาสเตอร์ ว่า มีเด็กอายุ 5 ขวบถูกสุนัขกัดที่บริเวณหน้า เมื่อ 1 เดือนก่อน เด็กมีอาการของโรคพิษสุนัขบ้าอย่างชัดเจน และเสียชีวิตลงใน 24 ชั่วโมงถัดมา ปาสเตอร์จึงเอาหลอดแก้วดูดเอาน้ำลายและมูกจากปากของเด็กหลังจากเสียชีวิตไปแล้ว 4 ชั่วโมง ทำการเจือจางแล้วฉีดเข้าไปยังกระต่าย พบว่ากระต่ายตาย หลังจากนั้น 36 ชั่วโมง เมื่อทำการศึกษาเพิ่มเติมจึงค้นพบว่า ในน้ำลายของสุนัขและน้ำลายของคนป่วยที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า จะมีเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ รวมทั้งสมองทั้งของสัตว์และคนด้วย

กำเนิดวัคซีนพิษสุนัขบ้า

เมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2413 ที่โรงพยาบาลทรูซโซ ประเทศฝรั่งเศส ศาสตราจารย์เนลองกี ได้แจ้งหลุยส์ ปาสเตอร์ ว่า มีเด็กอายุ 5 ขวบถูกสุนัขกัดที่บริเวณหน้าเมื่อ 1 เดือนก่อน เด็กมีอาการของโรคพิษสุนัขบ้าอย่างชัดเจน และเสียชีวิตลงใน 24 ชั่วโมงถัดมา ปาสเตอร์จึงเอาหลอดแก้วดูดเอาน้ำลายและมูกจากปากของเด็กหลังจากเสียชีวิตไปแล้ว 4 ชั่วโมง ทำการเจือจางแล้วฉีดเข้าไปยังกระต่าย พบว่ากระต่ายตายหลังจากนั้น 36 ชั่วโมง เมื่อทำการศึกษาเพิ่มเติมจึงค้นพบว่า ในน้ำลายของสุนัขและน้ำลายของคนป่วยที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าจะมีเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ รวมทั้งสมองทั้งของสัตว์และคนด้วย

ปาสเตอร์จึงได้นำสมองกระต่ายที่ได้รับเชื้อพิษสุนัขบ้ามาบดและฉีดเข้ากระต่ายตัวอื่น ๆ และทำต่อเนื่องจนระยะฟักตัวของการเกิดโรคสั้นลง และสุดท้ายคงที่ คือ ต้องตายทุก ๆ 7 วัน ปาสเตอร์เรียกชื่อไวรัสนี้ว่า “ไวรัสฟิกซ์ด” คือระยะฟักตัว “ฟิกซ์ด” คงที่นั่นเอง ปาสเตอร์ยังคงเพียรพยายามที่จะทำการศึกษาต่อเพื่อให้เชื้อที่ “ฟิกซ์ด” มันอ่อนฤทธิ์จนกว่าเมื่อฉีดสุนัขแล้วสุนัขตัวนั้นอาจจะไม่ตายก็ได้ ปาสเตอร์จึงเริ่มทำการทดลองต่อด้วยการนำสมองส่วน medulla ของกระต่ายที่ตายด้วยไวรัสฟิกซ์ดมาทำให้แห้งลงและเชื้อก็ค่อย ๆ อ่อนฤทธิ์ลงจนกระทั่ง 14 วันที่ดูเหมือนว่าเชื้อจะหมดฤทธิ์ จากนั้นก็เอาไปบดผสมกับน้ำที่ปราศจากเชื้อโรคฉีดให้สุนัขจำนวนหนึ่ง วันถัดไปก็ฉีดซ้ำแต่ใช้สมองที่แห้งเพียง 13 วัน และลดลงเรื่อย ๆ จนใช้สมองกระต่ายที่เพิ่งตายใหม่ ๆ ฉีดให้แก่สุนัข และนำสุนัขบางตัวไปให้สุนัขบ้ากัด หรือบางตัวก็เอามาทดลองฉีดเชื้อเข้าสมองโดยตรง ปรากฏว่าสุนัขไม่ตาย จากผลงานครั้งนี้ ปาสเตอร์ได้รับเกียรติอย่างสูงส่ง และได้นำเรื่องนี้ไปแสดง ณ ที่ประชุมวิทยาศาสตร์ระหว่างชาติที่กรุงโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์ก

จากจุดนี้เองทำให้ปาสเตอร์คิดต่อไปว่า การที่จะหาวัคซีนมาฉีดให้สุนัขทุกตัวคงเป็นไปไม่ได้ (ขณะนั้นในปารีสคาดว่ามีสุนัขอยู่ประมาณแสนตัว) เพราะคงไม่สามารถหาสมองกระต่ายที่มากมายขนาดนั้นได้ ปาสเตอร์จึงคิดว่าถ้าฉีดให้เฉพาะคนที่ถูกสุนัขกัดก็คงจะเป็นการดีกว่าอย่างแน่นอน และนี่คือจุดกำเนิดของการคิดค้นวัคซีนพิษสุนัขบ้าในคน

(อ่านต่อฉบับหน้า)

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ให้การรับรองห้องปฏิบัติการ ร.พ.จุฬาฯ

กรมวิทยาศาสตร์การแพย์ ได้มอบใบรับรองความสามารถห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ตามมาตรฐาน ISO 15189 : 2007 และมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ตามมาตรฐาน ISO 15190 : 2003 แก่ห้องปฏิบัติการภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในรายการทดสอบ Stool Examination โดยผู้รับมอบใบรับรองคือ รศ.นพ.โศภณ นภาธร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ณ ห้องประชุมฝ่ายปรสิตวิทยา ตึก อปร. ชั้น 18 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เมื่อต้นเดือนมิถุนายนที่ผ่านมา ซึ่งจะส่งผลให้ผลการทดสอบของห้องปฏิบัติการมีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง แม่นยำ ผู้ใช้บริการมีความเชื่อมั่นและพึงพอใจ พร้อมทั้งช่วยสนับสนุนภารกิจทางด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลและประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล เนื่องจากผลการทดสอบของรายการที่ผ่านการรับรองจะเป็นที่ยอมรับทั่วโลก (One Test One Standard Accepted Everywhere)

Cerebos Awards 2014
มอบทุนสนับสนุน 500,000 บาทต่อปี

โครงการทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2014 ขอเชิญชวนแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ พยาบาล นักวิทยาศาสตร์ และนักวิชาการทั่วไป ส่งผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ โภชนศาสตร์ เภสัชศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเข้าร่วมคัดเลือกรับทุนวิจัยประเภทวงเงินไม่เกิน 500,000 บาทต่อปี โดยแบ่งให้สำหรับโครงการวิจัยไม่เกิน 5 โครงการต่อปี ได้แก่ การวิจัยประยุกต์ การวิจัยทางคลินิกและการวิจัยพัฒนา การวิจัยพื้นฐาน และการวิจัยภาคสนาม ในสาขาด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์อาหาร สมุนไพรและยา รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคที่มีผลต่อโภชนบำบัดและการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่เพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม ผู้สนใจขอรับทุนโดยส่งแบบเสนอโครงการวิจัยได้ตั้งแต่วันนี้ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม และขอรับใบสมัครได้ที่ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ โทรศัพท์ 0-2650-9777 สามารถดาวน์โหลดใบสมัครและดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ http://www.brandsworld.co.th

ปัจจุบันพบปัญหาเชื้อโรคดื้อยามากขึ้น สาเหตุหลักเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากขึ้น ทั้งการใช้อย่างไม่จำเป็นและเกินความจำเป็น โดยพบมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะของคนไทยมากถึงกว่า 10,000 ล้านบาทต่อปี และมีการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะปีละกว่า 100,000 ราย ทำให้เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะตัวเก่าที่เคยใช้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร ผู้ป่วยบางรายต้องเปลี่ยนไปใช้ยาตัวใหม่ซึ่งมีราคาแพงมาก เชื้อดื้อยาบางชนิดไม่มียารักษาที่มีประสิทธิผลดีและปลอดภัย ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ใช้เวลารักษานานขึ้น และโอกาสเสียชีวิตสูง

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร

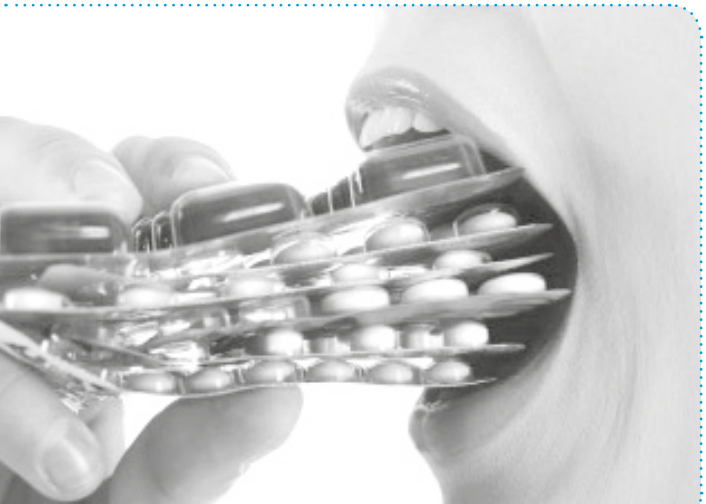
สางปัญหาดื้อยาปฏิชีวนะ สร้างต้นแบบโรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กล่าวในการประชุมเรื่อง **สิทธิประโยชน์ด้านยาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** จัดโดย **สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)** ร่วมกับ **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)** มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เรียนรู้และทำความเข้าใจทิศทางนโยบายสิทธิประโยชน์ด้านยา รวมทั้งได้เพิ่มพูนความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริหารเวชภัณฑ์ที่เชื่อมโยงกับข้อมูลความปลอดภัยด้านยาว่า การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาใหญ่ ทั้งของวงการสาธารณสุขไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประเมินว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของการใช้ยาเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเมื่อปี พ.ศ. 2553 มีมูลค่าสูงถึงร้อยละ 46.7 ซึ่งสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วประมาณ 4 เท่า

> “การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาใหญ่ ทั้งของวงการสาธารณสุขไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประเมินว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของการใช้ยาเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม”

นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของไทยยังเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2555 โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการข้าราชการสูงถึงกว่า 70,000 ล้านบาท ดังนั้น การใช้ยาไม่สมเหตุผลจึงเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขโดยเร่งด่วนเนื่องจากส่งผลเสียมหาศาลต่อผู้ป่วยและสังคมทั้งในด้านอันตรายจากการใช้ยาที่เพิ่มสูงขึ้น ประสิทธิผลในการรักษาที่ต่ำลง สร้างภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นมากโดยไม่เกิดความคุ้มค่า เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะซึ่งใช้รักษาโรคติดเชื้อจากแบคทีเรีย แต่กลับนำไปใช้รักษาโรคหวัดซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส นอกจากจะรักษาโรคไม่ได้ผลแล้ว ยังก่อปัญหาเชื้อดื้อยาด้วย

“ทางออกในการแก้ปัญหาดังกล่าวคือ การให้โรงพยาบาลทุกแห่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล พร้อมเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเร่งรณรงค์ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งยังต้องเร่งสร้างต้นแบบโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลและขยายให้ครอบคลุมทั่วประเทศ หลังพบใช้ยาไม่สมเหตุผลจำนวนมาก ทั้งใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อ ก่อเชื้อดื้อยา ใช้ยาซ้ำซ้อน ใช้ยาตามคำโฆษณาเสี่ยงแพ้ยาร้ายแรงถึงเสียชีวิต ก่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจนับ 10,000 ล้านบาท”



ข้อมูลจากรายงานการวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในปี พ.ศ. 2555 ชี้ว่า ในแต่ละปีคนไทยติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะมากกว่า 100,000 ราย เสียชีวิตมากกว่า 30,000 ราย ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นมากกว่า 1,000,000 วัน และสูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่า 10,000 ล้านบาท ยังไม่นับรวมถึงการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลที่เกิดจากการสั่งใช้ยาภายใต้อิทธิพลจากการส่งเสริมการขายยาและการโฆษณายา ทำให้เกิดการใช้ยาโดยไม่จำเป็น การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน สั่งใช้ยาโดยไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ารักษาโรคนั้นได้จริง

ไม่เพียงเท่านั้น ยังพบว่า **แพทย์มีการสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติสูงกว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่เมื่อเทียบค่าใช้จ่ายแล้วกลับพบว่า กลุ่มยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติยังคงสูงกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่ดี ปัญหาคือประชาชนเมื่อมารักษาแล้วจะคิดว่าต้องได้รับยากลับบ้าน ซึ่งจริง ๆ บางโรคก็ไม่จำเป็นต้องใช้ยา เช่น โรคหวัดซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส สามารถหายเองได้ แต่ก็จะอ้อนวอนหมอขอรับยา เป็นต้น หรือบางคนยังมีความเชื่อที่ว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีคุณภาพดีกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งเป็นยาชื่อสามัญ ส่วนแพทย์ก็มักสั่งจ่ายยาตามใจผู้ป่วย แต่หารู้ไม่ว่าการสั่งจ่ายยาอย่างไม่สมเหตุผลนี้กลับก่อให้เกิดปัญหามากมาย ทั้งอันตรายจากการใช้ยา ประสิทธิผลในการรักษาที่ต่ำลง สร้างภาระค่าใช้จ่ายสูงขึ้น รวมไปถึงก่อปัญหาเชื้อดื้อยาด้วย**

“เรื่องการใช้ยาไม่สมเหตุผลมี 2 กรณี คือ 1. ตัวคนไข้เองที่มักจะมีความคิดว่าเมื่อมาโรงพยาบาลแล้วต้องได้ยากลับไป 2. ตัวแพทย์ก็คิดตามคนไข้ เลยสั่งจ่ายยาไปโดยไม่ได้ตระหนักว่าจะเป็นการสร้างปัญหาเรื่องของการใช้ยาไม่สมเหตุผลและการดื้อยาตามมา ดังนั้นนอกจากโครงการนี้ที่เราทำกับสถานพยาบาลแล้ว เรายังได้ดำเนินการให้ความรู้แก่ประชาชนเป็นโครงการคู่ขนานกันไปด้วย โดยมีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ”

“ให้โรงพยาบาลทุกแห่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล พร้อมเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเร่งรณรงค์ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง”

นอกจากนี้แล้ว จากการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียมานานกว่า 10 ปี ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่า เชื้อแบคทีเรียที่มีการดื้อยาสูงขึ้นต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ได้แก่ **เชื้อสเตรปโตค็อกคัส นิวโมเนียอี *(Streptococcus pneumoniae)*** ที่ทำให้เกิดโรคปอดบวมและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ดื้อยาเพนิซิลลินเพิ่มจากร้อยละ 47 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 64 ในปี พ.ศ. 2553 และดื้อยาอิริโทรมัยซิน (erythromycin) จากร้อยละ 27 เป็นร้อยละ 54 และยาตัวใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาทดแทน ขณะนี้เริ่มพบการดื้อยาแล้ว **เชื้ออี โคไล *(Escherichia coli)*** ที่ทำให้เกิดโรคทางเดินปัสสาวะอักเสบและการติดเชื้อในช่องท้อง ดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้าง คือสามารถฆ่าเชื้อได้หลายชนิด เพิ่มจากร้อยละ 19 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 52 ในปี พ.ศ. 2548 และดื้อยาในกลุ่มฟลูโอโรควิโนโลน (fluoroquinolone) ถึงร้อยละ 60 ยากลุ่มหลังนี้เป็นยาปฏิชีวนะที่หาซื้อได้ง่าย มีผลข้างเคียงไม่มาก จึงทำให้มีการใช้เกินความจำเป็นอย่างมากทั้งในคนและในสัตว์เลี้ยงในฟาร์ม การดื้อยากลุ่มนี้จึงเป็นปัญหาอย่างมากต่อการรักษาโรคติดเชื้อ **เชื้ออะซีนีโตแบคเตอร์ บอแมนนิอาย *(Acinetobacter baumannii)*** เป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคในโรงพยาบาล พบมีการระบาดของเชื้อชนิดนี้ที่ดื้อยาทุกชนิด ดื้อยากลุ่มคาบาพีเนม ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ต้านเชื้อได้มากชนิดที่สุด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.1 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 63 ในปี พ.ศ. 2553 และเชื้อดื้อยาเซฟโฟเพอราโซน/ซาลแบคแทม ซึ่งเป็นยาด่านสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาเชื้อนี้จากร้อยละ 3 เพิ่มเป็นร้อยละ 44 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง **เชื้อสูโดโมแนส แอรูจิโนซา *(Pseudomonas aeruginosa)*** ซึ่งเป็นเชื้อฉวยโอกาส ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ และระบบไหลเวียนโลหิต พบการดื้อยาร้อยละ 20-40

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยหลักที่ทำให้เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะง่ายขึ้น เกิดจาก 1. การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่จำเป็นต้องใช้ เช่น โรคหวัดและท้องเสีย ซึ่งเกือบทั้งหมดเกิดจากเชื้อไวรัสไม่ใช่แบคทีเรีย ยาปฏิชีวนะจึงไม่มีประโยชน์ในโรคเหล่านี้ 2. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับเชื้อแบคทีเรีย เนื่องจากยาปฏิชีวนะมีหลายชนิด และแต่ละชนิดจะเหมาะกับการใช้รักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ต่างกัน และ 3. ประชาชนไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาปฏิชีวนะ ทำให้กังวลหรือใจร้อน รีบหายาปฏิชีวนะมารับประทาน เปลี่ยนยาบ่อย หรือรับประทานไม่ครบขนาดตามที่แพทย์สั่ง

> “ภายในปี พ.ศ. 2559 จะต้องลดค่าใช้จ่ายด้านยาลงอย่างน้อยร้อยละ 5 หรือราว 7,000 ล้านบาท และลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลลงร้อยละ 50”

ประเทศไทยจึงได้กำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติไว้ว่า ภายในปี พ.ศ. 2559 จะต้องลดค่าใช้จ่ายด้านยาลงอย่างน้อยร้อยละ 5 หรือราว 7,000 ล้านบาท และลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลลงร้อยละ 50 เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายดังกล่าว คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจึงริเริ่ม **โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล [Rational drug use hospital (RDU hospital)]** ขึ้น โดยมุ่งหวังเพื่อสร้างต้นแบบ (model) ของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและพัฒนาเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล โดยนำระบบการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองมาตรฐานตามระบบ Hospital Accreditation (HA) มาร่วมกำหนดใช้ด้วย นอกจากต้องผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานการรักษาแล้ว ยังต้องผ่านมาตรฐานการใช้ยาด้วย

“โครงการนี้ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, เครือข่ายโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ (UhosNet), สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจะเป็นส่วนหนึ่งของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นอกจากนี้จะมีการมอบรางวัลให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วย อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญเหนือกว่าการได้รับรางวัลคือ ความปลอดภัย คุ้มค่าจากการใช้ยา และสุขภาพที่ดีของประชาชน”

ทั้งนี้ในเบื้องต้นจะจัดประชุมจำนวน 5 ครั้ง 5 ภาค เพื่อให้ความรู้ในแต่ละโรงพยาบาลเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเปิดรับโรงพยาบาลที่จะนำร่องโครงการนี้ ซึ่งล่าสุดดำเนินการแล้วในภาคใต้ มีโรงพยาบาลเข้าร่วมแล้ว 18 แห่ง นอกจากนี้ทั้ง 12 เขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขจะเลือกโรงพยาบาลในเขตที่มีความพร้อมเข้าร่วมด้วย โดยตั้งเป้าว่าภายในปี พ.ศ. 2559 จะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาลงร้อยละ 5 ซึ่งจะช่วยประหยัดเงินราว 7,000 ล้านบาท โดยจะมีการประเมิน 2 ครั้ง คือ ในรอบ 6 เดือน และ 1 ปี ว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยา มีการใช้ยาสมเหตุผลจริงหรือไม่

“เบื้องต้นมีโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจากภาคใต้ 18 แห่ง และรอโรงพยาบาลที่เขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขคัดเลือกเข้ามาอีก จากนั้นจะมีการประเมินผลโครงการหลังจากนี้อีก 6 เดือน และ 12 เดือน หากโรงพยาบาลใดทำได้ดีจะมีรางวัลให้ด้วย”

ท้ายนี้ **ศ.คลินิก นพ.อุดม** กล่าวว่า ต้องดำเนินการให้ความรู้ประชาชนเรื่องการใช้ยาด้วย เพราะส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจและความเชื่อผิด ๆ โดยเฉพาะกรณีการเรียกร้องขอใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพราะเชื่อว่ามีคุณภาพดีกว่า โดยจะเปิดโครงการขึ้นมาดำเนินการแบบคู่ขนาน โดยตั้งคณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาบัญชียาหลักและยาสามัญขึ้น เพื่อทำสื่อให้ประชาชนตระหนักเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นอกจากนี้ อย. จะต้องพิสูจน์ให้ได้ด้วยว่ายาชื่อสามัญมีคุณภาพเท่ากัน

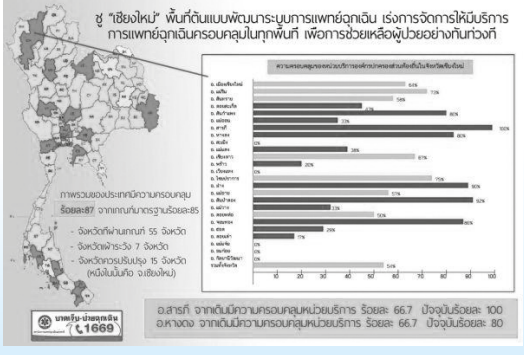
โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน หากสนใจร่วมโครงการดังกล่าว สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือติดต่อได้ที่ฝ่ายเลขานุการ คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โทรศัพท์ 0-2590-7155, 0-2590-7341

นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร

สพฉ. ชู "เชียงใหม่" พื้นที่ต้นแบบพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีแล้วอาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร ดังนั้น การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและทันท่วงทีจึงเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมาตรการสำคัญในการพัฒนาเรื่องนี้คือ ต้องเร่งจัดให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมในทุกพื้นที่

นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) กล่าวว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคนย่อมต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่รวดเร็ว ทันกาล ดังนั้น สพฉ. จึงต้องเร่งหาแนวทางในการปิดช่องว่างในเรื่องนี้ โดยเร่งจัดให้มีการบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุม ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นหน่วยงานสำคัญที่ช่วยทำให้การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ในปีงบประมาณที่ผ่านมาภาพรวมของประเทศมีความครอบคลุมร้อยละ 87 จากเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 85 โดยมีจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ 55 แห่ง มีจังหวัดที่เฝ้าระวัง 7 แห่ง และมีจังหวัดที่ควรปรับปรุง 15 แห่ง หนึ่งในนั้นคือ จังหวัดเชียงใหม่ที่เป็นเมืองท่องเที่ยวที่สำคัญของประเทศไทย แต่จังหวัดเชียงใหม่ได้มีการปรับปรุงและพัฒนาไปอย่างก้าวกระโดดจนทำให้กลายเป็นพื้นที่พัฒนาตัวอย่างที่จะเป็นต้นแบบให้กับหลาย ๆ พื้นที่ต่อไป



สำหรับการแก้ปัญหาเพื่อปิดช่องว่างให้มีความครอบคลุมนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่ร่วมกันทั้ง 25 อำเภอ โดยหาพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่ที่ยังไม่มีความครอบคลุม จากนั้นดำเนินการผลักดันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีการอบรมการจัดตั้งหน่วยบริการในทุกพื้นที่ ส่งผลให้อำเภอสารภีจากเดิมที่มีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 66.7 ปัจจุบันมีการพัฒนาจนมีความครอบคลุมการบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 100 อำเภอหางดง จากเดิมมีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 66.7 ปัจจุบันมีการพัฒนาจนมีความครอบคลุมการบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 80 ซึ่งทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากนี้จังหวัดเชียงใหม่ยังมีการพัฒนาปิดช่องว่างระบบการแพทย์ฉุกเฉินในเรื่องอื่น ๆ ด้วย อาทิ การแจ้งเหตุผ่านสายด่วน 1669 โดยมีการประชาสัมพันธ์ผ่านป้ายริมถนนให้มีความถี่มากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ มีการพัฒนาระบบวิทยุสื่อสารเพื่อการติดต่อภายใน ส่วนเรื่องอื่น ๆ ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดีอยู่แล้ว อาทิ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติภายใน 8 นาที ได้ร้อยละ 80.01 โดยมีค่าเฉลี่ยในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน 4.11 นาที ก็จะต้องพัฒนาให้อยู่ในระดับที่ดียิ่งขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่รวมถึงนักท่องเที่ยวมีความอุ่นใจในการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประคองพันธ์
๑๐๐ ปี เภสัชจุฬา ๑๐๐ ศิษย์เก่าดีเด่น

มีความสุขกับการทำงาน ทำตัวให้มีประโยชน์ เพื่อจะได้ไม่กลายเป็นคนไร้ประโยชน์

เนื่องในมหาวโรกาสครบรอบ 100 ปี แห่งการสถาปนาการศึกษาเภสัชศาสตร์ในประเทศไทยที่ได้ถือกำเนิดขึ้นมาเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2456 ตั้งแต่เริ่มเป็นแผนกแพทย์ปรุงยา โรงเรียนราชแพทยาลัย และมีพัฒนาการเป็นลำดับมาจนเป็นคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำหน้าที่เป็นสถาบันหลักในการศึกษาเภสัชศาสตร์ สร้างความเจริญก้าวหน้าแก่วิชาชีพเภสัชกรรมมาอย่างต่อเนื่อง ผลิตเภสัชกรออกมามากกว่า 7,000 คน ออกไปประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม รวมทั้งอาชีพอื่นอย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี จนเป็นที่ยอมรับนับถือของประชาชน เป็นประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติอย่างกว้างขวาง สมาคมนิสิตเก่าคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ส.ภ.จ.) จึงได้มีโครงการ “๑๐๐ ปี เภสัชจุฬา ๑๐๐ ศิษย์เก่าดีเด่น” เพื่อประกาศเกียรติคุณศิษย์เก่าที่สำเร็จการศึกษาจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ หรือมหาวิทยาลัยมหิดล จนถึงปี พ.ศ. 2515 หรือเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มีประวัติดีเด่นในด้านต่าง ๆ ให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ศิษย์รุ่นหลังสืบไป โดยหนึ่งในบุคคลผู้ที่มีความประพฤติดี มีคุณธรรม จริยธรรม เป็นแบบอย่างของผู้อุทิศตนทำคุณประโยชน์ต่อวิชาชีพและสังคมส่วนรวมมาโดยตลอด สมควรแก่การได้รับรางวัล **“๑๐๐ ปี เภสัชจุฬา ๑๐๐ ศิษย์เก่าดีเด่น” คือ ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประคองพันธ์ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, อาจารย์ผู้มีความสามารถพิเศษ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ภาคีสมาชิกราชบัณฑิตราชบัณฑิตยสถาน, President Elect, Asian Federation for Pharmaceutical Sciences (AFPS), ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ และบรรณาธิการที่ปรึกษา วารสารวงการแพทย์ และวารสารวงการยาตามลำดับ**

ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ปริญญาโทสาขาชีวเคมีจากมหาวิทยาลัยมหิดล ปริญญาโทสาขาเภสัชศาสตร์และปริญญาเอกสาขา Pharmaceutical Chemistry จาก University of Michigan เริ่มปฏิบัติงานเป็นอาจารย์ที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลจนเกษียณอายุราชการ ในด้านวิชาการได้รับโปรดเกล้าฯ ให้ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ ในงานด้านบริหารเคยดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาเภสัชกรรม และคณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นอกจากนี้ได้รับแต่งตั้งให้เป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศ

ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล มีผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ระดับชาติและนานาชาติจำนวนมาก ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อเศรษฐกิจ สังคม อาทิเช่น การตั้งตำรับยาน้ำปราศจากแอลกอฮอล์สำหรับเด็ก, การวิจัยวัคซีนในไก่, ระบบนำส่งยาทางผิวหนัง, ระบบนำส่งยาอนุภาคนาโน เป็นต้น ซึ่งจากการทุ่มเทและตั้งใจในการทำงานมาโดยตลอดทำให้อาจารย์ได้รับรางวัลอื่น ๆ อีกหลายรางวัล ได้แก่ Federation of Asian Pharmaceutical Associations (FAPA) Award สาขา Scientific Research (ค.ศ. 1994), รางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานทางวิชาการ ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2554), ศิษย์เก่าดีเด่น บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2550) และรางวัลเภสัชกรดีเด่น สาขาการศึกษาพัฒนาและวิจัย โดยภาคเครือข่ายองค์กรวิชาชีพเภสัชกรรม (พ.ศ. 2552)

สำหรับผลงานดีเด่นที่ภาคภูมิใจในด้านวิชาชีพเภสัชกรรม **ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล**

ได้มีบทบาทในการส่งเสริมวิชาการของเภสัชกร โดยเป็นประธานฝ่ายวิชาการและประธานจัดประชุมวิชาการเภสัชกรรมประจำปี ได้จัดให้มีทั้งการศึกษาต่อเนื่อง การพัฒนาวิชาชีพและการนำเสนอผลงานวิจัย โดยมีการจัดร่วมกับกลุ่มเภสัชกรภูมิภาคต่าง ๆ หมุนเวียนกัน ได้ก่อตั้งกองทุนวิชาการ ภก.สมพล ประคองพันธ์ เพื่อสนับสนุนการประชุมวิชาการของนักศึกษาและเภสัชกร เมื่อเป็นนายกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ก็มีการจัดประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังเป็นผู้เผยแพร่บทบาทของเภสัชกรโดยเป็นผู้ริเริ่มและเป็นประธานจัดงานสัปดาห์เภสัชกรรมคนแรก และยังได้ร่วมก่อตั้งมูลนิธิเภสัชกรอุบลเพื่อสนับสนุนการศึกษาเภสัชศาสตร์

ด้านเภสัชอุตสาหกรรม มีส่วนในการเผยแพร่วิชาการทำให้เภสัชกรในโรงงานยามีความเข้มแข็ง โดยเป็นบรรณาธิการวารสารกลุ่มเภสัชกรการอุตสาหกรรม ได้จัดอบรมและทัศนศึกษาในยุคเริ่มต้นของ GMP เป็นวิทยากรเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพยา การพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาสามัญ การศึกษาชีวสมมูล การละลายในทางเภสัชกรรม เป็นต้น ปัจจุบันเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหลายคณะ และเป็นกรรมการจัดทำตำรายาของประเทศไทย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ทั้งนี้ **ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล** ได้ให้ข้อคิดเกี่ยวกับการทำงานด้วยว่า ผมมีความสุขกับการใช้ชีวิตไปกับการทำงาน ทำตัวให้มีประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นกับสังคมหรือครอบครัว เพราะถ้าเราไม่ทำประโยชน์เราก็จะกลายเป็นคนไร้ประโยชน์ ดังนั้น สิ่งใดที่เราสามารถทำประโยชน์ได้ก็จะทำไปเรื่อย ๆ นอกจากนี้ควรทำใจให้สบายอย่าไปเครียดหรือยึดติดกับอะไร อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด เนื่องจากผมมีความเชื่อมั่นในตัวเองว่าเราทำอะไรด้วยความบริสุทธิ์ใจ ด้วยความตั้งใจที่ดี เมื่อมีปัญหาอะไรเกิดขึ้น เราก็สามารถที่จะใช้สติไตร่ตรอง ทุกสิ่งทุกอย่างที่เข้ามาเป็นเรื่องของธรรมชาติ เสร็จแล้วก็จะค่อย ๆ คลี่คลายไปเองตามธรรมชาติ ที่สำคัญงานที่ผมทำอยู่นี้เป็นงานที่ผมชอบ ผมเป็นคนชอบทำอะไรหลาย ๆ อย่างพร้อม ๆ กัน เพราะจะทำให้รู้สึกสนุกและไม่เบื่อในแต่ละเรื่อง และยังได้นำความรู้ของเรามาประยุกต์ใช้ในหลาย ๆ ด้าน ทำให้เราได้รอบรู้ในหลาย ๆ ด้านด้วย

สำหรับมุมมองเกี่ยวกับการปรับตัวของบุคลากรที่ทำงานทางด้านสาธารณสุขนั้น **ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล** กล่าวว่า ในอนาคตระบบ

การปรับตัวของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในปีหน้าที่เราจะก้าวเข้าสู่ AEC ซึ่งจะไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายทรัพยากรหรือบุคลากร ในส่วนของประเทศไทยถ้าเราอ่อนแอก็จะมีคนจากต่างประเทศเข้ามาแทนที่เรา แต่ถ้าเราเข้มแข็งก็จะเปิดโอกาสให้สามารถแข่งขันไปยังต่างประเทศได้ ดังนั้น ในอนาคตการแข่งขันจึงเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าเราสามารถทำได้ก็เป็นที่ต้องการของต่างประเทศ

สาธารณสุขไทยจะมีความก้าวหน้าทันสมัยยิ่งขึ้น ซึ่งต้องเตรียมบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากไว้รองรับ นอกจากจะให้บริการแก่คนไทยแล้ว ยังมีผู้ป่วยและผู้สูงอายุจากต่างประเทศจำนวนมากที่จะหลั่งไหลเข้ามาใช้บริการในประเทศ ในอนาคตความเป็นอยู่ของคนจะดีขึ้นทำให้ต้องการบริการที่มีคุณภาพสูงไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาล คุณภาพมาตรฐานเรื่องยา การบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานดีขึ้น ยกตัวอย่างเช่น การผลิตยาจะต้องมีคุณภาพดีขึ้นตามมาตรฐานของ ASEAN ซึ่งสอดคล้องกับสากลที่เรียกว่า GMP/PICs ในส่วนของการจัดส่งหรือจัดเก็บยาก็จะต้องมีมาตรฐานเดียวกัน ต้องมีการกำกับดูแลจนกว่าจะถึงร้านยาหรือโรงพยาบาลที่เรียกว่า GDP (Good Distribution Practice) ในส่วนนี้เรายังขาดช่วงอยู่ เนื่องจากขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) บังคับใช้เฉพาะยาในกลุ่มวัคซีนหรือยาที่ต้องแช่ตู้เย็น แต่ยาตัวอื่น ๆ ยังไม่มีระบบคุณภาพในการจัดส่ง ดังนั้น ผมจึงคิดว่าในอนาคตต่อไปในเรื่องของการผลิตยา คุณภาพยาก็จะดีขึ้นไปเรื่อย ๆ ตามเกณฑ์มาตรฐานใหม่

"การปรับตัวของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในปีหน้าที่เราจะก้าวเข้าสู่ AEC ซึ่งจะไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายทรัพยากรหรือบุคลากร ในส่วนของประเทศไทยถ้าเราอ่อนแอก็จะมีคนจากต่างประเทศเข้ามาแทนที่เรา แต่ถ้าเราเข้มแข็งก็จะเปิดโอกาสให้สามารถแข่งขันไปยังต่างประเทศได้ ดังนั้น ในอนาคตการแข่งขันจึงเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าเราสามารถทำได้ก็เป็นที่ต้องการของต่างประเทศ ซึ่งผมคิดว่าประเทศไทยสามารถทำได้และดีกว่าหลาย ๆ ประเทศโดยเฉพาะด้านการสาธารณสุข แม้แต่องค์การอนามัยโลกเองก็ยอมรับเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขของไทยในหลาย ๆ เรื่อง"

สุดท้ายนี้ **ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล** กล่าวถึงสิ่งที่อยากเห็นเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของไทยว่า อยากให้ระบบบริการสุขภาพของเรามีคุณภาพมาตรฐานพัฒนาไปทัดเทียมกับนานาอารยประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มของเภสัชกร สมัยก่อนมีคณะเภสัชศาสตร์เพียงคณะเดียว ต้องสอบได้คะแนนสูงจริงจึงจะเข้าได้ ในการเรียนเภสัชศาสตร์นั้นค่อนข้างหนัก มีกิจกรรมบ่อยมาก การเรียนเภสัชศาสตร์นอกจากสอนวิชาการแล้ว ยังเตรียมความพร้อมให้เราอยู่ในสังคม ถึงแม้เภสัชกรยุคก่อนจะรู้อย่างเป็ดแต่ก็เป็นพื้นฐานที่ดีในการพัฒนาให้เก่งได้หลากหลายสาขา นับเป็นความประทับใจและภูมิใจที่ได้เรียนเภสัชศาสตร์ หลังจากมีการศึกษาเภสัชศาสตร์ผ่านมา 50 ปี มีเภสัชกรทั่วประเทศเพียง 1,500 คน จึงมีความขาดแคลนเภสัชกรมาก ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเมือง ปัจจุบันนี้มีคณะเภสัชศาสตร์ทั้งของรัฐและเอกชน 20 แห่ง มีเภสัชกรจบใหม่ราวปีละ 2,000 คน ในวาระครบรอบ 100 ปี การศึกษาเภสัชศาสตร์นี้ เรามีเภสัชกรกระจายไปทั่วประเทศ หากอัตราการเพิ่มของเภสัชกรยังสูงต่อไปก็น่าเป็นห่วงว่าจะมีเภสัชกรมากเกินไป มีการแข่งขันกันมากขึ้น ทำให้อดเป็นห่วงไม่ได้ถึงคุณภาพ การบริการด้านยา และจริยธรรมของเภสัชกรที่อาจจะด้อยลงไปด้วย

• นพ.พินิจ กุลละวณิชย์

ประชาชนกับความมั่นคงของชาติ

ไม่มีช่วงไหน หรือยุคไหนที่จะยืนยันความถูกต้องของความนึกคิด ปรัชญาของผมเกี่ยวกับคุณสมบัติที่ประชาชนชาวไทยควรที่จะมีเท่ากับช่วงนี้ ผมมีความคิดเห็นมานานแล้วว่าประเทศไทยจะเจริญได้ ประชาชนของประเทศจะต้องมีคุณสมบัติ 4 ประการ ซึ่งก็คือ ต้องมีความดีนำหน้าเป็นอันดับที่ 1 ดีแล้วต้องเก่ง ดีและเก่งแล้วยังควรที่จะมีความรู้รอบตัว เมื่อดี เก่ง รอบรู้แล้ว จะต้องมีสุขภาพที่ดีอีกด้วย จะได้รับใช้ประเทศ ทำประโยชน์ให้แก่สังคมนาน ๆ

เหนือสิ่งอื่นใด ประชาชนต้องมีความดีเป็นอันดับหนึ่ง ประเทศญี่ปุ่น เกาหลี สิงคโปร์ แทบไม่มีทรัพยากรธรรมชาติอะไรเลย แต่ทรัพยากรที่มีค่าที่สุดของเขาคือคน หรือประชาชนที่มีคุณภาพ ผมเคยถามชาวเกาหลีใต้ว่าทำไมประเทศเขาจึงเจริญมากนัก ในเมื่อประเทศเขาไม่มีทรัพยากรอะไรเลย คำตอบของเขาน่าสนใจมากครับ เขาตอบว่าเพราะเขาไม่มีอะไรเลย เขาถึงต้องสู้ทุกรูปแบบ ขยัน มีวินัย ประหยัด ซื่อสัตย์ ฯลฯ ประเทศชาติเขาจึงจะอยู่รอด สำหรับประเทศไทยเรามีทรัพยากรมากมาย มีที่ดินมากกว่าเกาหลี 5 เท่า ในน้ำมีปลา ในนามีข้าว มีทุกอย่าง ตั้งแต่ภูเขา ป่า แม่น้ำลำคลอง มีพื้นดินที่อุดมสมบูรณ์ ปลูกอะไรก็ขึ้น มีทะเลสาบ หนอง บึง ชายทะเลที่ยาวไกล สวยงาม มีอาหารทะเล มีทั้งกุ้งเลี้ยง ปลา เราเป็นประเทศที่ผลิตอาหารเพียงพอแก่ความต้องการ และยังพอที่จะส่งไปขายยังต่างประเทศด้วย เรามีสินค้าส่งออกอย่างมากมาย ทั้งทางด้านอุตสาหกรรม สิ่งทอ อาหาร ผลิตภัณฑ์ไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งแรงงานที่มีฝีมือก็ด้วย แม้แต่น้ำมัน แก๊ส เราก็ยังมีบ้าง

แต่คนไทยขี้เกียจ มักง่าย ไม่มีวินัย ไม่ขยัน เห็นแก่ตัว เอาเปรียบ ชอบอยู่ไปวัน ๆ ชอบทำอะไรตามใจตัวเอง ไม่ชอบออม ไม่ชอบลงทุน ไม่ชอบอ่านหนังสือ ชอบดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ เงินเดือนออกมาก็ใช้แทบหมด หรือหมดหลังจากใช้หนี้ ทำงานแต่พอที่จะรับประทานมื้อหนึ่ง ๆ (ถึงมีคำกล่าวว่า “หาเช้ากินค่ำ”) เราอาจจะประมาทนึกว่าแผ่นดินไทยอุดมสมบูรณ์จึงจะหาอะไรกินเมื่อไหร่ก็ได้ แทนที่จะขยัน ประหยัด ออม ลงทุน ตลอดเวลา นอกจากทรัพยากรธรรมชาติที่แสนจะอุดมสมบูรณ์ เรายังมีพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ที่ทรงประเสริฐสุดที่คอยดูแลช่วยเหลือพวกเรามา 60 กว่าปี เรากลับไม่ได้ใช้โอกาสทองช่วงนี้พัฒนาตนเอง หรือพัฒนาประเทศให้เจริญยิ่ง ๆ ขึ้นไป สมัยก่อนญี่ปุ่น เกาหลี ไต้หวัน สิงคโปร์ มาดูงานเรา แต่บัดนี้เราต้องไปดูงานเขา และเขาแซงหน้าเราในทุก ๆ ด้านแล้ว

เราเป็นคนไม่เคารพเหตุผล ตามแต่ใจตนเอง แม้แต่ในกลุ่มเล็ก ๆ ยังทะเลาะกัน รวมถึงครอบครัวหรือองค์กรเล็ก ๆ ยังไม่มีความสามัคคี ยังไม่มีการยอมกัน ผมถึงคิดว่าการที่จะปฏิรูปประเทศไทยถ้าจะทำกันจริงจังจะต้องเปลี่ยนนิสัยคนไทยทุก ๆ คนให้เป็นคนมีระเบียบวินัย เคารพกฎเกณฑ์ กติกา กฎหมาย มีเหตุผล ไม่ฟุ่มเฟือย ไม่โลภ รู้จักพอ ขยัน อดทน ซึ่งถ้าจะทำกันจริง ๆ จะต้องใช้เวลาเป็นสิบ ๆ ปี

ด้วยเหตุนี้เอง ผมจึงคิดว่าถ้าประเทศไทยจะพัฒนาได้ ประชาชน (ส่วนใหญ่) ต้องเป็นคนดีก่อน การที่ประชาชนจะเป็นคนดีได้ นอกจากบิดา มารดา ครอบครัว โรงเรียน ครูบาอาจารย์ที่แนะนำ สั่งสอน จะเป็นตัวอย่างที่ดีแล้ว สังคมจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดีด้วย ตั้งแต่นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรี ผู้นำประเทศในทุก ๆ ด้าน ข้าราชการทุกคน ทีวี วิทยุ ต้องเสนอข่าวที่ดี สร้างสรรค์ ไม่กระตุ้นให้คนฟุ่มเฟือย ไม่มีการแสดงอะไรที่เป็นตัวอย่างที่ไม่ดี

โดยสรุป ถ้าเพียงคนไทยมีความดีเป็นคุณสมบัตินำหน้า ประเทศจะเจริญขึ้นมาทันที

ความดีของผมคืออะไร ทำไมจึงเป็นยาวิเศษขนาดนี้

ความดีของผมคือไม่เห็นแก่ตัว ไม่เห็นแก่พรรค ไม่เห็นแก่พวก ไม่ฟุ่มเฟือย มีเหตุผล รู้จักผิดชอบชั่วดี ไม่โลภ มีวินัย เคารพระเบียบกฎหมาย กฎเกณฑ์ กติกาของสังคม เคารพในสิทธิของผู้อื่น ไม่โกง ไม่กิน ไม่โกหก ไม่ฆ่าคน ไม่ปล้น เห็นอกเห็นใจคนอื่น ประหยัด ขยัน ซื่อสัตย์ อดทน เคารพในความเห็นหรือเหตุผลของผู้อื่น ต้องพูดคุยกันด้วยเหตุผล ไม่ใช่เอาแต่ใจตัวเอง ไม่เห็นแก่ได้ มีความอดทน

ถ้าเพียงแต่คนไทยทุกคน หรือส่วนใหญ่เป็นคนดี ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันนี้จะไม่เกิดขึ้น หรือเป็นแบบนี้ ทุก ๆ คนจะพูดกันด้วยเหตุผล ไม่โกงกิน หรือมีการคอร์รัปชัน จะไม่มีการยิงปืน ปาระเบิดเข้าสู่ฝูงชนหรือใครก็ตาม ทุก ๆ คนจะหันหน้าเข้าหากัน ช่วยกันพัฒนาประเทศเพื่อส่วนรวม ถ้าทุก ๆ คนเป็นคนดี เราก็จะไม่มีปัญหาความไม่สงบทางภาคใต้ เราก็จะไม่มีการแบ่งกันออกเป็นฝ่ายต่าง ๆ ประเทศไทยก็จะไม่อยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ประเทศไทยน่าที่จะเป็นประเทศที่ต่างประเทศมาลงทุนมากที่สุดในโลกแห่งหนึ่ง มากกว่าสิงคโปร์ด้วยซ้ำไป

ผศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง •
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ศรัทธา

ความแออัดที่ห้องฉุกเฉินเป็นปัญหาสำคัญของห้องฉุกเฉินทั่วโลก ในบางประเทศพยายามสร้างระบบแก้ไข เช่น การจัดทำระบบคัดกรองที่เรียกกันว่า triage ซึ่งเป็นการจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยเพื่อให้กลุ่มที่มีอาการรุนแรงได้รับการรักษาก่อน ในขณะที่กลุ่มอาการไม่รุนแรงก็ให้รอตรวจในลำดับต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้มีการนำอุปกรณ์และบุคลากรที่มีอยู่จำกัดมาใช้เพื่อก่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

นอกจากนี้ในประเทศอังกฤษได้คิดจัดตั้งระบบเวชศาสตร์ครอบครัว โดยแพทย์ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวจะเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติอะไรก็จะโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ประจำตัวก่อนว่าควรมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินหรือไม่ ซึ่งพบว่าสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการยังห้องฉุกเฉินได้ส่วนหนึ่ง

สำหรับโรงพยาบาลรามาธิบดีซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิก็ย่อมมีผู้ป่วยมากมายมาจากทั่วประเทศเพื่อมาขอรับบริการโดยที่จำนวนเตียงมีจำนวนจำกัด ดังนั้น ผู้ป่วยบางส่วนจึงต้องมานอนรอรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง ปัญหานี้เป็นปัญหาของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วทั้งประเทศ

ถ้าเราเปลี่ยนมุมมองที่มองดูความแออัดในห้องฉุกเฉินเสียใหม่...เป็นว่าผู้ป่วยมามากมาย...ช่างศรัทธาในโรงพยาบาลรามาธิบดีอย่างมาก...ก็น่าจะทำให้เรารู้สึกชื่นชมและดีใจจนต้องพยายามให้บริการที่ดีขึ้น ทั้งนี้เพื่อคงความศรัทธาของผู้ป่วยไว้ให้ยาวนานที่สุด

ทั้งนี้เพราะความศรัทธาไม่สามารถสร้างขึ้นได้ในวันสองวัน มันจำต้องใช้เวลายาวนานมากเพื่อพิสูจน์ตนเอง และเราผู้เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลก็มีหน้าที่ต้องสานต่อศรัทธาเหล่านั้น

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ที่ดีและศรัทธาที่ผู้ป่วยมีต่อโรงพยาบาลก็ทำให้การรักษาพยาบาลดำเนินไปด้วยความราบรื่น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจะไว้ใจและยอมมารับการรักษาต่อเนื่องอันทำให้การรักษาได้ผลดีตามมา และโอกาสฟ้องร้องต่อการรักษาก็ต่ำลง

มีหญิงชรารายหนึ่งอายุ 80 ปี มาด้วยอาการไข้และปอดอักเสบ ผู้ป่วยรายนี้มีอาการโรคความจำเสื่อมที่เรียกว่า

อัลไซเมอร์อยู่เดิม ระหว่างที่นอนรอเตียงอยู่ที่ห้องฉุกเฉินนาน 1 วัน คุณยายก็เริ่มวุ่นวายและพยายามปีนลงจากเตียง

พยาบาลได้เข้าไปถามและปลอบโยนคุยกับคุณยาย

คุณยายก็เฝ้าแต่พูดซ้ำไปซ้ำมาอยู่ตลอดเวลาว่า

“ต้องการไปรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี อยากไปรักษาที่รามา”

ถึงแม้คุณยายท่านนี้จะมีความจำเสื่อม...แต่ก็ยังรักและศรัทธาต่อการรักษาของโรงพยาบาลรามาธิบดีอย่างฝังแน่นในก้นบึ้งของหัวใจ

ทั้งที่ขณะนั้นคุณยายก็นอนอยู่ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรามาธิบดีอยู่แล้ว แต่เบื้องลึกของใจก็ยังฝังแน่นเรียกหาแต่รามาธิบดี

ในต่างประเทศเคยมีการทำวิจัยเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับเหล้า

เขาพบว่า เหล้ายี่ห้อ A ครองตลาดมานาน แต่วันหนึ่งก็มีเหล้ายี่ห้อ B เริ่มเข้ามาแย่งส่วนแบ่งตลาดของเหล้ายี่ห้อ A มากขึ้นเรื่อย ๆ

เหล้ายี่ห้อ A จึงทำการวิจัยหาสาเหตุที่เหล้ายี่ห้อ B เข้ามาตีตลาดแข่ง

นักวิจัยเริ่มต้นทดลองด้วยการให้คอเหล้า 200 คน มาทดลองดื่มเหล้ายี่ห้อ A และยี่ห้อ B โดยเทเหล้าใส่แก้วและไม่บอกว่าแก้วไหนใส่เหล้ายี่ห้อไหน

...ผลปรากฏว่า ได้คะแนนความพึงพอใจในเหล้าทั้ง 2 ยี่ห้อพอ ๆ กัน

ต่อมาได้ทำการทดลองครั้งที่ 2 คราวนี้เอาเหล้าใส่แก้วเหมือนเดิม แต่บอกไปเลยว่าแก้วใบแรกใส่เหล้ายี่ห้อ A และแก้วที่ 2 ใส่เหล้ายี่ห้อ B

...ผลปรากฏว่าเหล้ายี่ห้อ A ชนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้นับว่าน่าประหลาดใจนัก เพราะแสดงว่าแบรนด์ A มีความแข็งแกร่งกว่าแบรนด์ B

ทันทีที่มีการถ่ายทอดความรู้สึกของคนดื่มไปสู่ชื่อยี่ห้อเหล้า

ก็พบว่า...เหล้ายี่ห้อ A เหนือกว่าเหล้ายี่ห้อ B

ดังนั้น ความศรัทธาที่ผู้ป่วยมีต่อโรงพยาบาลแห่งใดก็ทำให้ผู้ป่วยพากันมาแออัดรอรับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนั้นเป็นธรรมดา...เราในฐานะผู้ให้บริการก็ควรยิ้มรับและพร้อมให้บริการเพื่อสานต่อศรัทธาที่มีต่อกันไปให้นานแสนนาน

พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา
ประธานสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ (ต่อ)

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ 30 บาท ไม่ได้รักษาทุกโรคตามที่อ้างไว้

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในระบบ 30 บาทที่เป็นมาตลอดระยะเวลา 12 ปี นับจากปี พ.ศ. 2545

1. ไม่รักษาทุกโรค รักษาโรคเฉพาะที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้เท่านั้น นอกเหนือจากนั้นจะไม่จ่ายค่ารักษาแทนประชาชน

2. การตรวจรักษาผู้ป่วยในระบบนี้ไม่ได้มาตรฐานที่ดีและทันสมัยที่สุด เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องยาและการรักษามากมายที่ประชาชนไม่ทราบความจริง แต่บุคลากรทางการแพทย์รับทราบข้อจำกัดของการรักษาผู้ป่วยตามข้อกำหนดในระเบียบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากต้องทำตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ เพื่อที่จะสามารถเบิกเงินค่ารักษาผู้ป่วยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ถ้ารักษาผู้ป่วยนอกเหนือจากระเบียบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว โรงพยาบาลจะไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

และผู้บริหารโรงพยาบาลก็มีวิธีการที่จะให้หมอสั่งยาให้ผู้ป่วยเฉพาะที่กำหนดไว้ตามระเบียบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะงดการสั่งยานอกบัญชียาหลักมาไว้ในโรงพยาบาล ทำให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่สามารถ “เลือก” ยาที่ดีและเหมาะสมที่สุด (drug of choice or first line drugs) ในการรักษาผู้ป่วยแต่ละคนได้

ซึ่งพฤติการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่เหมาะสมที่สุด ทำให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้ป่วยในการที่จะทำให้อาการป่วยไม่หาย ดื้อยา มีโรคแทรกซ้อน หรืออาการเลวลงหรือลุกลามมากขึ้น

> สปสช. มักจะเรียกหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่า “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ซึ่งไม่เป็นความจริง เนื่องจากประชาชนไทยทุกคนไม่ได้รับการคุ้มครองโดยถ้วนหน้าในระบบนี้ แต่มีประชาชนเพียง 48 ล้านคนใน 65 ล้านคนเท่านั้นที่ได้รับสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพนี้ ประชาชนนอกนั้นได้รับการประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

การจำกัดยาที่ใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยยังมีผลเสียหายต่อการพัฒนาความก้าวหน้าในทางวิชาการแพทย์ เนื่องจากแพทย์จะไม่มีประสบการณ์ในการใช้ยาใหม่ ๆ ไม่ได้เรียนรู้ถึงประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของการรักษาโรคจากยาใหม่ ๆ เหล่านั้นเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาวิชาการแพทย์ของไทย

3. สปสช. มักจะเรียกหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่า “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ซึ่งไม่เป็นความจริง เนื่องจากประชาชนไทยทุกคนไม่ได้รับการคุ้มครองโดยถ้วนหน้าในระบบนี้ แต่มีประชาชนเพียง 48 ล้านคนใน 65 ล้านคนเท่านั้นที่ได้รับสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพนี้ ประชาชนนอกนั้นได้รับการประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

โดยสรุปประชาชนที่ได้รับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีเพียง 48 ล้านคนเท่านั้น และประชาชนที่มีสิทธิในระบบ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้มีทั้งคนจนและคนที่ไม่จน คนไม่จนนี้อาจจะมีฐานะปานกลางหรือร่ำรวยเป็นเศรษฐีมีกิจการเป็นของตนเอง (จึงไม่ได้เป็นลูกจ้างใครและจึงไม่ต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม) แต่คนที่มีฐานะดีนี้เองได้มีส่วนร่วมใช้บริการฟรี เอายาไปใช้ฟรี โดยบางคนอาจไม่เห็นคุณค่าของยา เอายาไปใช้ทิ้ง ๆ ขว้าง ๆ พออาการไม่ดีก็มาขอยาใหม่ ทำให้สูญเสียงบประมาณที่ควรจะเกิดประโยชน์ แต่ต้องสูญเสียไปโดยไร้ประโยชน์

การแก้ปัญหาเรื่องการใช้ยาทิ้ง ๆ ขว้าง ๆ แบบนี้น่าจะทำได้โดยการให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจ่ายค่ายาบ้าง จะได้เห็นถึงคุณค่าของยา เนื่องจากต้องจ่ายเงินของตนเองด้วย ทั้งนี้เราจะเห็นว่าชาวไทยไม่ค่อยรักและหวงแหน หรือช่วยรักษาสิ่งของที่เป็นของสาธารณะหรือที่ชอบเรียกติดปากว่า “ของหลวง”

4. โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งเสริมให้ประชาชนมาพบแพทย์หลังมีอาการเจ็บป่วยแล้ว แต่ไม่ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้อัตราการป่วยเพิ่มขึ้น และทำให้สูญเสียงบประมาณแผ่นดินเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

5. ประชาชนไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย และไม่มีส่วนร่วมในการรักษาตัวเมื่อเจ็บป่วย จึงเรียกร้องขอยามาก ๆ และใช้ยาทิ้ง ๆ ขว้าง ๆ เพราะไม่ตระหนักใน “ราคา” ของยาที่ต้องจ่ายจากงบประมาณแผ่นดิน ทำให้สูญเสียงบประมาณในการซื้อยาไปแจกให้ประชาชนใช้อย่างทิ้ง ๆ ขว้าง ๆ

6. ทำลายความสัมพันธ์แบบเอื้ออาทรระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ กลายเป็นความสัมพันธ์ที่เรียกร้องสิทธิและถ้าไม่พอใจผลการรักษาก็ไปเรียกร้องเงินชดเชยได้ หรือฟ้องศาลเรียกค่าเสียหาย

7. เป็นการใช้งบประมาณแผ่นดินอย่างไม่คุ้มค่าและฟุ่มเฟือยโดยไม่มีประสิทธิภาพ และทำลายระบบการแพทย์ไทยที่เคยมีมาตรฐานดีที่สุดในระดับภูมิภาคนี้ดังที่ได้อธิบายรายละเอียดไว้แล้ว

8. มีการทุจริตคอร์รัปชันงบประมาณโดยไม่มีการตรวจสอบและลงโทษ โดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินได้สรุปประเด็นการบริหารงบเหมาจ่ายรายหัว และงบบริหารสำนักงานผิดพลาด 7 ประเด็น แต่ยังไม่มีความคืบหน้าในการลงโทษผู้รับผิดชอบดังกล่าว

มีการทุจริตคอร์รัปชันงบประมาณโดยไม่มีการตรวจสอบและลงโทษ โดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินได้สรุปประเด็นการบริหารงบเหมาจ่ายรายหัว และงบบริหารสำนักงานผิดพลาด 7 ประเด็น แต่ยังไม่มีความคืบหน้าในการลงโทษผู้รับผิดชอบดังกล่าว

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้และจะแก้ไขหรือไม่ อย่างไร

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบไปด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน กรรมการมาจากปลัดกระทรวงต่าง ๆ อีก 5 กระทรวง (มีปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1 คน นอกนั้นเป็นปลัดกระทรวงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข) และผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ ผู้แทนจากสภาวิชาชีพทางการแพทย์ 4 สภา และจากโรงพยาบาลเอกชน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาต่าง ๆ 7 คน (มีผู้ทรงคุณวุฒิสาขาการแพทย์และการประกันสุขภาพ 4 คน) และผู้แทนองค์กรเอกชนในสาขาต่าง ๆ 5 คน ซึ่งเมื่อดูถึงที่มาของผู้เป็นกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว จะเห็นว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพียง 10 คน ในจำนวนกรรมการ 30 คน

โดยกรรมการแต่ละคนมีเสียงเพียงคนละ 1 เสียงในการที่จะลงมติในการประชุมใด ๆ ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้แต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเองก็มีเพียง 1 เสียงเท่ากับกรรมการคนอื่น ๆ

ถ้าเราไปค้นดูรายงานการประชุมของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติย้อนหลัง เราก็จะพบว่า ปลัดกระทรวงอื่น ๆ ที่ไม่มีหน้าที่โดยตรงเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข มักจะมอบหมายให้ผู้แทน (ที่ไม่ใช่คนคนเดียว) ผลัดเปลี่ยนกันมาประชุม

จึงเห็นได้ว่าผู้ที่มาประชุมในฐานะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น เสียงข้างมากของคณะกรรมการนั้นมาจากกรรมการผู้ไม่มีความรู้ในด้านการแพทย์และสาธารณสุข ไม่มีความรู้ทางด้านกฎหมายและการบริหารกิจการสาธารณะ แต่เป็นผู้มาใช้อำนาจบริหารและเป็นผู้ออกกฎเกณฑ์บังคับใช้ในกิจการหลักประกันสุขภาพและการสาธารณสุข อันเป็นการใช้อำนาจทางปกครองและการบริหารกิจการสาธารณะด้านสาธารณสุข แต่กรรมการเหล่านี้มิได้มีการกำหนดคุณสมบัติในทางด้านประสบการณ์ความรู้ความสามารถในด้านการแพทย์และสาธารณสุขเลย จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมากมายมหาศาล ดังที่ผู้เขียนได้บรรยายมาทั้งหมดแล้ว

รศ.นพ.ทวีชัย เตชะพงศ์วรชัย
ฝ่ายออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การประเมินผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง

(ต่อจากฉบับที่แล้ว)

II. กระดูกสันหลังส่วนทรวงอกและบั้นเอว (Thoracic & Lumbar Spine)

การดู (Inspection)

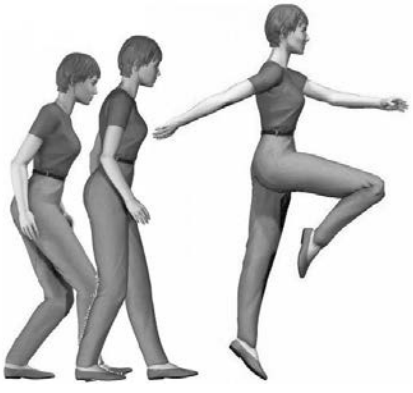
การตรวจร่างกายนั้นจะต้องให้ผู้ป่วยถอดเสื้อออก ดูลักษณะการเดิน ถ้ามีความผิดปกติที่หลังแล้วการเดินก็จะผิดปกติไปด้วย ดูผิวหนังว่ามีสีหรือขนขึ้นผิดปกติหรือไม่ เมื่อคนไข้ยืนตรง หลังจะต้องอยู่ในแนวตรง โดยมี thoracic kyphosis และ lumbar lordosis แนวไหล่ทั้ง 2 ข้างและขอบบนกระดูกเชิงกรานจะต้องอยู่ในระดับเดียวกัน และขนานกับพื้น ทรวงอกทั้ง 2 ข้าง และกล้ามเนื้อหลังทั้ง 2 ข้างจะสมดุลกัน จะพิสูจน์ว่ากระดูกสันหลังตรงหรือไม่ กระทำได้โดยลากเส้นดิ่ง (plumb line) จาก occiput หรือ C-vertebra ลงไป ในรายปกติเส้นนี้จะผ่านร่องก้น (gluteal cleft) พอดี ซึ่งแสดงว่าลำตัวตรงหรืออยู่ในภาวะสมดุล (in balance) ถ้าเส้นนี้เบี่ยงออกไปจากร่องก้นแสดงว่าลำตัวไม่ตรงและบันทึกระยะทางที่เบี่ยงออกไปเป็นเซนติเมตร นอกจากนี้ถ้าตรวจพบว่ามีรอยบุ๋ม (dimple) หรือมีหย่อมขน (hair patch) กลางหลังบริเวณเอวก็แสดงว่าอาจจะมี spina bifida ในบริเวณนั้น

การคลำ (Palpation)

คลำขอบบนของ iliac crest ทั้ง 2 ข้างว่าอยู่ตรงระดับเดียวกันหรือไม่ ซึ่งขอบบนของ iliac crest นี้ใช้ในการบอกระดับของกระดูกสันหลังด้วย โดยจะอยู่ตรงกับระดับช่วงต่อระหว่าง L4 และ L5 และ posterior superior iliac spine จะอยู่ที่ระดับ S2 คลำกล้ามเนื้อทั้งสองข้างของกระดูกสันหลัง (paraspinal muscle) ว่ามีการเกร็งตัวหรือไม่และมีขนาดเท่ากันหรือไม่

คลำและกดบน spinal process ตั้งแต่ปล้องบนเรื่อยลงมาเพื่อหาจุดกดเจ็บและความสัมพันธ์ระหว่าง spinal process แต่ละอัน ถ้ามีการกดเจ็บหรือช่วงระหว่าง spinal process เปลี่ยนไป เช่น กว้างออกหรือเบี่ยงเบนออกไปจากแนวกลาง แสดงว่ากระดูกสันหลังปล้องนั้นแตกหรือฉีกขาดของเอ็นที่ยึด ถ้าคลำได้เป็นขั้นบันได (step-off) แสดงว่ากระดูกปล้องนั้นเลื่อนไปข้างหน้า (spondylolisthesis)

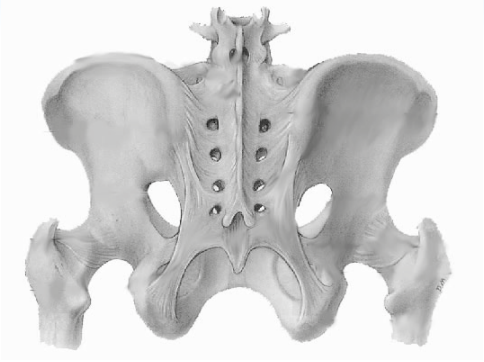
ทางด้านหน้าควรจะคลำกล้ามเนื้อท้องทั้ง 2 ข้างว่าสมดุลหรือไม่ อาจคลำด้านหน้าของกระดูกสันหลังช่วงต่ำ ๆ ได้ (L4 sacrum) โดยเฉพาะในคนผอม ๆ หรือในรายที่มี aortic aneurysm ที่เป็นสาเหตุของการปวดหลังก็อาจจะคลำพบได้ทางหน้าท้องด้วย



ช่วงการเคลื่อนไหว (Range of Motion)

การเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังช่วงนี้สามารถตรวจดูว่าปกติหรือไม่ ดังนี้

การก้มตัวไปข้างหน้า ---> ให้คนไข้ก้มตัวเอามือแตะพื้น โดยให้เข่าเหยียดตรง บันทึกการเคลื่อนไหวท่านี้โดยวัดระยะห่างของปลายนิ้วมือคนไข้จากพื้น การก้มตัวเอามือแตะพื้นนี้ คนไข้อาศัยการงอของข้อสะโพกช่วยด้วย ถึงแม้กระดูกสันหลังจะเคลื่อนไหวในแนวนี้ได้น้อยกว่าปกติก็สามารถใช้การงอของข้อสะโพกช่วยเสริมทำให้ก้มหลังได้เสมือนปกติ ในกรณีเช่นนี้สามารถตรวจสอบการเคลื่อนไหวจริง ๆ ของ lumbar spine ได้โดยอาศัย Schober's



test ซึ่งกระทำได้โดยหาตำแหน่ง L5 spinal process ให้คนไข้ยืนตรงแล้วทำเครื่องหมายจุดไว้ 2 จุด ตรงตำแหน่งเหนือต่อ L5 spinous process ขึ้นไป 10 ซม. และอีกจุดหนึ่ง

ในการก้มและแอ่นหลัง กระดูกสันหลังช่วงทรวงอก (thoracic spine) จะเคลื่อนไหวได้น้อยมาก เนื่องจาก intervertebral disc มีขนาดบาง และตัว facet joint อยู่ในแนว coronal ประกอบกับมีซี่โครงอยู่ด้วย แต่การเคลื่อนไหวในแนวบิดหมุนกระทำได้มากกว่าช่วง lumbar spine ซึ่งที่ lumbar spine นี้มี intervertebral disc ขนาดหนากว่า และแนวของ facet joint อยู่ในแนวตั้ง (sagittal plane) ประกอบกับไม่มีกระดูกซี่โครง จึงทำให้การเคลื่อนไหวในการก้มและแอ่นหลังได้มาก แต่การเคลื่อนไหวในแนวบิดหมุนกระทำได้น้อยมาก

การตรวจการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังช่วงลำตัวตรวจดูทั้ง 3 ทิศทาง คือ flexion extension, rotation และ lateral bending

การตรวจระบบประสาท (Neurological Examination)

เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ rectus abdominis ส่วนบน ได้แก่ T5-10 roots และส่วนล่าง ได้แก่ T10-L1 roots ดังนั้น การตรวจกล้ามเนื้อมัดนี้จึงช่วยบอกถึงความผิดปกติของรากประสาทเส้นดังกล่าวได้ ตรวจกล้ามเนื้อมัดนี้ได้โดยให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องในท่ากึ่งนั่ง ซึ่งกล้ามเนื้อมัดนี้จะเกร็งตัว สังเกตการเคลื่อนที่ของสะดือ ถ้ากล้ามเนื้อข้างหนึ่งข้างใดอ่อนแรงลงไป สะดือจะเคลื่อนไปทางกล้ามเนื้อที่มีแรงมากกว่า (Beevor's sign) ให้ผลบวก

การตรวจหาระดับของ dermatome พอจะให้หลักในการจำง่าย ๆ ถึงระดับของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงผิวหนังทางด้านหน้า ดังนี้

T4 dermatome อยู่ประมาณระดับราวนม

T1 dermatome อยู่ประมาณระดับ xiphoid process

T10 dermatome อยู่ประมาณระดับสะดือ

T12 dermatome อยู่ประมาณระดับขาหนีบ

Superficial abdominal reflex กระทำโดยใช้คนไข้นอนหงายราบให้กล้ามเนื้อหน้าท้องอยู่ในท่าหย่อนตัว แล้วเขี่ยผิวหนังหน้าท้องบริเวณข้างสะดือกระตุ้นกล้ามเนื้อทีละส่วน กล้ามเนื้อข้างที่ถูกกระตุ้นจะหดตัวทำให้สะดือเคลื่อนไปทางด้านนั้น ถ้าไม่เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อหรือสะดือ ไม่มีการเคลื่อนหัวใจให้เห็น แสดงถึง upper motor neuron lesion จะเห็นได้ว่าตรงกันข้ามกับการตรวจ deep tendon reflex โดยที่ reflex นี้จะไวกว่าปกติในราย upper motor neuron lesion

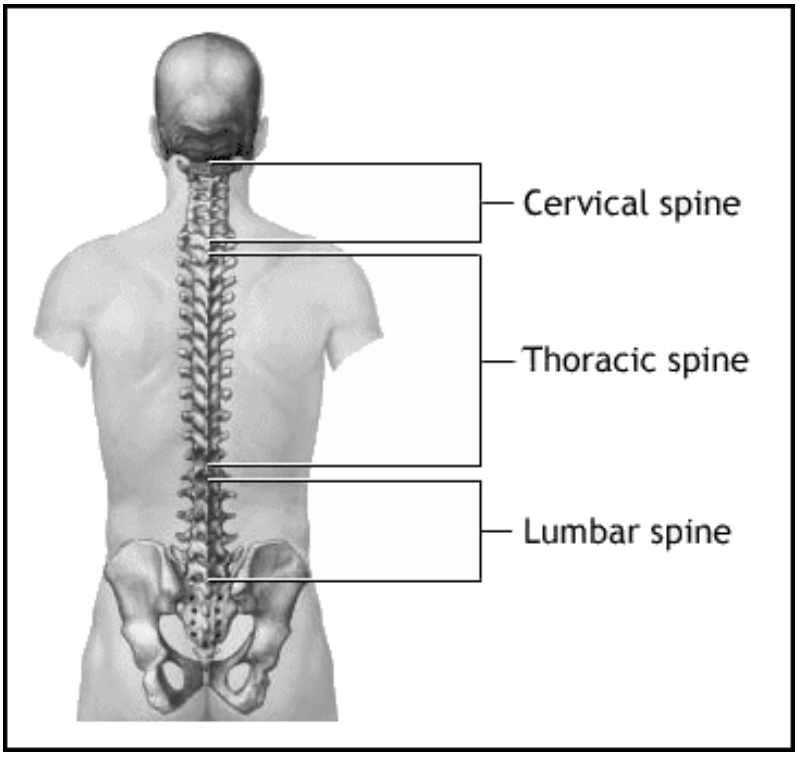
Superficial cremasteric reflex กระทำโดยเขี่ยผิวหนังทางด้านในของโคนขา (L1-2) ในรายปกติแล้วอัณฑะ (T12) ที่อยู่ข้างเดียวกันจะหดตัวขึ้นไป ถ้าไม่มีการหดตัวขึ้นไปของถุงอัณฑะก็แสดงถึง upper motor neuron lesion

การตรวจระบบประสาทของขาทั้ง 2 ข้างมีความสำคัญมากในการตรวจกระดูกสันหลัง จะต้องตรวจระบบประสาทของขาร่วมไปด้วยเสมอ ควรจดจำกล้ามเนื้อที่สำคัญ และ dermatome ของรากประสาทแต่ละเส้น ในกรณีของการปวดหลังระดับบั้นเอว รากประสาทที่ถูกรบกวนหรือถูกกด ได้แก่

L4 root --- คนไข้เดินด้วยส้นเท้าลำบากหรือไม่ได้

L5 root --- กระดกนิ้วหัวแม่เท้าไม่ได้เต็มที่

S1 root --- เดินเขย่งเท้าลำบากหรือไม่ได้



Root Tension Signs

เป็นการตรวจรากประสาทที่ถูกกดจาก lumbar intervertebral disc herniation ได้แก่ straight leg raising test จุดมุ่งหมายของการตรวจวิธีนี้คือ การทำให้ sciatic nerve ตึง กระทำได้โดยให้คนไข้นอนหงายราบแล้วยกขาคนไข้ให้สะโพกงอในขณะที่เข่าเหยียดตรง ค่อย ๆ ยกขึ้นไปช้า ๆ ถ้าการทดสอบนี้ให้ผลบวก คนไข้จะมีอาการปวดร้าวลงไปตามเส้นทางของ sciatic nerve (sciatica) บันทึกการตรวจไว้เป็นจำนวนองศา สะโพกงอที่ยกขาขึ้นจากพื้นซึ่งจำนวนองศาที่ยกขึ้นไปแล้วทำให้เกิด sciatica นี้มีความสัมพันธ์กับภาวะการอักเสบหรือการบวมของรากประสาทที่ถูกกดจาก intervertebral disc herniation ในกรณีที่มีการเกร็งหรือตึงตัวของกล้ามเนื้อ hamstrings เมื่อทำการตรวจโดยวิธีนี้คนไข้จะมีความปวดตึงทางด้านหลังของขาทำให้เกิดความสับสนขึ้นได้ การแก้ปัญหานี้กระทำได้โดยงอเข่าผู้ป่วยลงไปเล็กน้อยเพื่อทำให้กล้ามเนื้อ hamstrings หย่อนตัวลงแล้วทำให้เกิดการตึงตัวของ sciatic nerve โดยกระดกเท้าขึ้น ถ้ามีการกดรากประสาทจาก intervertebral disc herniation ก็จะมีอาการปวดร้าวไปตามเส้นทางของ sciatic nerve วิธีการตรวจเช่นนี้เรียกว่า Laseque maneuver

หรือในขณะที่งอเข่าอาจจะไม่กระดกเท้าขึ้น แต่กดลงบน tibial nerve ที่บริเวณ popliteal fossa ก็จะทำให้เกิดอาการปวดเช่นเดียวกัน วิธีนี้เรียกว่า bowstring test

Contralateral straight leg raising test กระทำทำนองเดียวกันแต่ยกขาข้างที่ไม่มีอาการขึ้นไป ถ้าทำให้เกิดการปวดในลักษณะ sciatica ที่ขาข้างที่มีอาการ ซึ่งเรียกว่า “cross-over pain” เป็นการบ่งบอกถึง intervertebral disc herniation ว่าอยู่ตรงตำแหน่งของ axilla ของรากประสาท

Femoral stretch test เป็นการทดสอบโดยทำให้เกิดการตึงตัวของ femoral nerve กระทำได้โดยให้คนไข้นอนคว่ำหรือนอนตะแคงก็ได้ ยกโคนขาคนไข้ไปทางด้านหลัง (hip extension) ในขณะที่งอข้อเข่า ถ้ามีการกด L2, L3, L4 roots คนไข้จะมีอาการปวดร้าวไปตามแนวด้านหน้าและค่อนไปทางด้านข้างของต้นขา (ตามทางของ femoral nerve)

คนไข้ทุกรายที่มีอาการปวดหลังระดับบั้นเอว นอกจากการตรวจกระดูกสันหลังแล้วจะต้องดูความผิดปกติของข้อสะโพกและข้อกระดูกเชิงกราน (sacro-iliac joint) ด้วยเสมอเพราะพยาธิสภาพของข้อที่กล่าวมานั้นจะทำให้คนไข้มีอาการคล้ายคลึงกับพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังช่วงบั้นเอวได้

Patrick หรือ Faber Test

เป็นการตรวจข้อ sacro-iliac ในท่านอนหงาย โดยการวางพับขาข้างที่จะตรวจให้ส้นเท้าวางพาดบนเข่าด้านตรงข้าม ทำให้เป็นรูปเลขสี่ (sign for four) ผู้ตรวจใช้มือข้างหนึ่งกดลงไปที่ iliac crest ด้านตรงข้ามแล้วอีกมือหนึ่งกดลงเข่าข้างที่พับไว้ แล้วกดลงไปพร้อม ๆ กันซึ่งเป็นการแบะข้อ sacro-iliac ข้างที่ตรวจออก ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นในข้อนี้ก็จะทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้นที่ข้อ sacro-iliac

Pelvic Rock Test

เป็นการตรวจข้อ sacro-iliac เหมือนกัน กระทำโดยใช้มือบีบขอบกระดูกเชิงกรานด้านนอกทั้ง 2 ข้างเข้าหากัน (iliac compression test) ก็จะทำให้เกิดความเจ็บปวดที่ข้อ sacro-iliac ในกรณีที่มีความผิดปกติของข้อนี้

References

MaCrae IF, Wright V. Measurement of back movement. Ann Rheum Dis 1969;28:584-9.

Scham SM, Taylor TKF. Tension signs in lumbar disc prolapse. CORR 1971;75:195-204.

Spratt KF, Lehmann TR, Weinstein JN, Colby H. A new approach to the low back physical examination : behavioral assessment of mechanical signs. Spine 1990;15(2):96-102.

Waddell G, McCulloch JA, Kummel E, et al. Non-organic physical signs in low-back pain. Spine 1980;5:117-25.

• นพ.รนาวุฒฒ์ โสภักดี
โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล

การรักษาไมเกรนด้วยา sumatriptan

โรคปวดศีรษะไมเกรนเป็นโรคปวดศีรษะเรื้อรังชนิดหนึ่ง มีอาการปวดศีรษะกำเริบเป็นพัก ๆ (Migraine attack) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะในระดับปานกลางถึงรุนแรง มักเกิดด้านใดด้านหนึ่งของศีรษะ อาจพบอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ ตาพร่าเห็นแสงวูบวาบ ส่วนหนึ่งของคนที่ปวดศีรษะไมเกรนมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคนี้ และปัจจุบันโรคนี้มียาที่สามารถรักษาบรรเทาอาการและยาที่ป้องกันอาการกำเริบของโรค การรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนทำได้หลายวิธี ตั้งแต่การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การใช้ยาเพื่อลดอาการปวดดังกล่าว ยาที่ใช้รักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนมีหลายกลุ่ม ยาที่ใช้ได้ผลดีกลุ่มหนึ่งคือยาในกลุ่ม triptan ได้แก่ sumatriptan โดยยา sumatriptan มีสรรพคุณบรรเทาอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยไมเกรนเฉียบพลัน ในปัจจุบันมีหลายรูปแบบทั้งชนิดฉีดเข้าผิวหนัง ยาเม็ดรับประทานชนิดกลืน ยาเม็ดรับประทานชนิดละลายน้ำ ยาพ่นจมูก และยาเหน็บ

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ในฐานข้อมูล Cochrane พบว่าการให้ยา sumatriptan โดยการฉีดยา sumatriptan ขนาด 6 mg เข้าที่ชั้นใต้ผิวหนังมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดได้ดีที่สุด ทำให้อาการปวดลดลงจากระดับปานกลางหรือรุนแรงจนหายปวด อาการดีขึ้น 59% ภายในชั่วโมงแรกที่ได้รับยา ส่วนการรับประทานยา sumatriptan 50 mg พบว่าอาการดีขึ้นเพียง 28% ภายหลังได้รับยาหนึ่งชั่วโมงแรก ส่วนวิธีอื่นให้ผลการรักษาที่รองลงมา

กล่าวโดยสรุป ยา sumatriptan เป็นยาที่มีประโยชน์ในการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนเฉียบพลัน การบริหารยาด้วยการฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังช่วยบรรเทาอาการปวดจากการปวดศีรษะไมเกรนเฉียบพลันได้เป็นอย่างดี

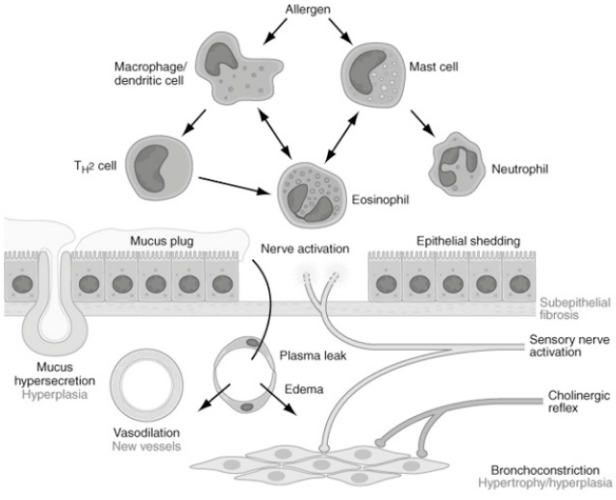
ผศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

โรคหอบหืด (Asthma)

Asthma เป็นภาวะหลอดลมตีบชั่วคราว (reversible airflow obstruction) ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้อันจะกระตุ้นให้หลอดลมอักเสบจนกระทั่งเกิดภาวะหลอดลมตีบตามมา

พยาธิสรีรวิทยา

หลอดลมของผู้ป่วยมักไวต่อสารกระตุ้น (bronchial hyperresponsiveness) เมื่อสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้จะเกิดการอักเสบในหลอดลม สารก่อภูมิแพ้เหล่านี้จะกระตุ้น T และ B lymphocyte ให้ผลิตสาร interleukin-3 และ 4 เพื่อกลับไปกระตุ้นให้ B lymphocyte ผลิต IgE มาตอบสนองต่อตัวกระตุ้น หลังจากนั้น IgE จะไปกระตุ้น mast cell, macrophages, eosinophils, neutrophils และ lymphocytes ที่ผนังหลอดลมให้หลั่งสารอักเสบออกมาที่ผนังหลอดลมจนเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลม โดยพบมี epithelial cell ของผนังหลอดลมลอกหลุด มีการสร้างสารเมือกมากขึ้นในหลอดลม ส่วน basement membrane ของผนังหลอดลมมีการหนาตัวขึ้น และเซลล์กล้ามเนื้อหลอดลมเพิ่มจำนวนมากขึ้น (ดังรูปที่ 1) พบทั่วทั้งหลอดลมขนาดเล็กและใหญ่



รูปที่ 1 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหอบหืด
ที่มา: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition: http://www.accesmedicine.com

Airway remodeling พบในภาวะหอบหืดเรื้อรัง (chronic asthma) เนื่องจากมีการอักเสบของหลอดลมเรื้อรัง จะพบผนังหลอดลมหนาขึ้น, subepithelial fibrosis, ต่อมสร้างเมือกเพิ่มจำนวนมากขึ้น, เพิ่มจำนวนเซลล์กล้ามเนื้อหลอดลม, myofibroblast hyperplasia, epithelial hypertrophy, damaged epithelial cell, basement membrane thickening สำหรับการมี airway remodeling นั้นจะทำให้โรคหอบหืดบางรายไม่ตอบสนองต่อการรักษา และบางรายมีการทำงานของปอดแย่ลง ถ้ารักษาได้ไม่ดีพอจะเกิดการอักเสบเรื้อรังและทำให้เกิด airway remodeling ตามมามากขึ้น จนในที่สุดกลายเป็นภาวะหลอดลมตีบถาวร (chronic irreversible airway limitation) และทำให้มีอัตราตายเพิ่มขึ้น

สารกระตุ้น

ได้แก่ สิ่งแวดล้อม (ฝุ่นหรือไร) สารก่อภูมิแพ้จากการประกอบอาชีพ และเชื้อไวรัส เป็นต้น

สาเหตุที่ทำให้คุมอาการหอบหืดไม่ได้

เกิดจากขณะมีอาการหอบฉุกเฉินได้ให้การรักษาที่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยซื้อยาใช้เองหรือปรับยาเอง พิจารณาเริ่มยาสเตียรอยด์ช้าเกินไป และการไม่หลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้

อาการ

ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หอบเหนื่อยง่าย และหายใจมีเสียงดังวี้ด อาการของผู้ป่วยหอบหืดแบ่งตามตารางที่ 1

ผู้ป่วยที่รับรู้อาการได้ไม่ดี (poor perceiver) จะมาด้วยหอบฉุกเฉินและอาการรุนแรงถึงตาย (fatal asthma) ได้ จนต้องรับตัวไว้พักรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ

ตารางที่ 1 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด

ระดับ	อาการช่วงกลางวัน	อาการช่วงกลางคืน	PEF or FEV1 PEF variability
ระดับ 1 มีอาการนานๆ ครั้ง Intermittent	มีอาการหอบหืดน้อยกว่า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการจับหืดช่วงสั้นๆ มีค่า PEF ปกติ ช่วงที่ไม่มีอาการจับหืด	มีอาการหอบเวลากลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	≥80% <20%
ระดับ 2 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงน้อย Mild persistent	มีอาการหอบหืดอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน เวลาจับหืดอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ	มีอาการหอบเวลากลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	≥80% <20-30%
ระดับ 3 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงปานกลาง Moderate persistent	มีอาการหอบทุกวัน เวลาจับหืดมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ	มีอาการหอบเวลากลางคืนมากกว่า 1ครั้งต่อสัปดาห์	60-80% >30%
ระดับ 4 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงมาก Severe persistent	มีอาการหอบตลอดเวลา มีการจับหืดบ่อย และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ	มีอาการหอบเวลากลางคืนบ่อยๆ	≤60 % >30%

ที่มา: ผศ.นพ.อภิชาติ คณิตทรัพย์, ศ.พญ.มุกดา หวังวีรวงศ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ : บริษัทยูเนียนอุลตร้าไวโอเร็ต จำกัด; มกราคม 2555:1-78.

Status asthmaticus คือมีหลอดลมตีบที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาภายใน 30-60 นาที

Near fatal asthma มี respiratory arrest หรือภาวะหายใจล้มเหลว ($PaCO_2$ > 50 มม.ปรอท)

Fatal asthma คือเสียชีวิตจากหอบหืด แบ่งเป็น 1. slow onset near fatal asthma พบในผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดเรื้อรัง และมีอาการแย่ลงเรื่อย ๆ ในหลายวัน 2. rapid onset near fatal asthma อาการแย่ลงจนอันตรายถึงชีวิตภายใน 3 ชั่วโมง

โดยทั่วไปอาการหอบหืดนั้นจะเริ่มเกิดตั้งแต่อายุเท่าใดก็ได้ ซึ่งต้องแยกจากภาวะหัวใจล้มเหลว หลอดลมอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) หรือโรคปอดจากการประกอบอาชีพ (occupational lung disease)

การวินิจฉัยโรค

ทำโดยตรวจ spirometry +/- methacholine challenge test เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืด (ดังรูปที่ 2) นอกจากนี้ขณะมีอาการหอบฉุกเฉินก็ควรถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วย เพราะผู้ป่วยอาจมี pneumonia, pneumothorax หรือ pneumomediastinum ร่วมด้วยได้ ตลอดจนแพทย์ควรทำการวัด peak flow ด้วย peak flow meter (ดังรูปที่ 3) เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยด้วย

รูปที่ 2 การตรวจด้วย spirometry

รูปที่ 3 peak flow meter

การรักษา

การรักษาด้วยยา (ดังตารางที่ 2) ประกอบด้วย

1. ยาควบคุมโรค (controller) ได้แก่ steroid, long acting β_2 agonist, theophylline, leukotriene modifier

2. ยาบรรเทาอาการ (reliever) ได้แก่ β_2 agonist, long acting β_2 agonist

หลักการใช้ยาควบคุมและยาบรรเทาอาการมักปรับใช้ตามความรุนแรงของอาการ ดังตารางที่ 3

สำหรับการให้ออกซิเจนควรให้แก่ผู้ป่วยจนกระทั่งออกซิเจนในเลือด (O_2 Sat) > 90% (> 95% ในผู้หญิงตั้งครรภ์หรือกรณีมีโรคหัวใจอยู่เดิม)

เมื่อมาด้วยอาการฉุกเฉินควรถามระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ สารกระตุ้นก่ออาการ ความรุนแรงของอาการ และโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคที่อาจจะแย่ลงจากการใช้ยา systemic steroid เช่น เบาหวาน แผลในกระเพาะ และความดันโลหิตสูง เป็นต้น ควรซักการใช้ยาบรรเทาอาการทั้งชนิดและจำนวนยาที่อาจกระตุ้นให้หอบกำเริบ เช่น NSAID, ASA, β blocker (รวมทั้งชนิดยาหยอดตาที่รักษาโรคต้อหินด้วย), angiotensin-converting enzyme inhibitors นอกจากนี้ผู้ป่วยควรรู้วิธีประเมินอาการตนเองด้วยการใช้ peak flow สำหรับการใช้ยา β blocker อาจก่อภาวะโพแทสเซียม หรือแมกนีเซียม หรือฟอสเฟตต่ำในเลือด แต่มักไม่ก่ออาการใด ๆ ถ้าได้ใช้ theophylline มานานควรเจาะตรวจหาระดับยาในเลือดเนื่องจากอาการเป็นพิษไม่ค่อยชัดเจน นอกจากนี้ควรเจาะเลือดตรวจหา B-type natriuretic peptide เพื่อช่วยแยกภาวะหัวใจล้มเหลวออกไป

Long acting β_2 agonist เช่น salmeterol เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 20 นาที และมีฤทธิ์อยู่นาน 12 ชั่วโมง สำหรับ formoterol จะเริ่มออกฤทธิ์ภายในไม่กี่นาทีและออกฤทธิ์สูงสุดภายใน 2 ชั่วโมง ซึ่งยากลุ่มนี้สามารถนำไปใช้ขยายหลอดลมในขณะกำลังมีอาการหอบอยู่ได้ (reliever) ในขณะที่ยากลุ่มนี้เองก็ออกฤทธิ์เป็น controller ด้วยเช่นกัน

สเตียรอยด์ออกฤทธิ์ยับยั้งไม่ให้เซลล์อักเสบมายังหลอดลม และไม่ให้เซลล์หลั่งสารก่ออักเสบ สเตียรอยด์ออกฤทธิ์เป็นชั่วโมงและอยู่นาน 1 วัน การใช้ methylprednisolone 60-125 มก. ทุก 6-8 ชม. มีฤทธิ์แรง 5 เท่าของคอร์ติซอล ในขณะที่ hydrocortisone 200-500 มก. ทุก 6-8 ชม. มีฤทธิ์ mineralocorticoid สูง ทำให้มีโซเดียมคั่ง ผลข้างเคียงของสเตียรอยด์คือ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง โพแทสเซียมในเลือดต่ำ น้ำหนักตัวเพิ่มจากบวมน้ำ ความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะ อารมณ์เปลี่ยนแปลง และ aseptic necrosis ของกระดูก femur

ถ้าผู้ป่วยได้รับยาน้อยกว่า 2 สัปดาห์ก็ไม่จำเป็นต้องค่อย ๆ ลดยาสเตียรอยด์ก่อนหยุดยา นอกจากนี้ควรลดอาการ dysphonia และเชื้อราในช่องปากหรือหลอดอาหารจากการใช้สเตียรอยด์ชนิดสูด โดยต้องบ้วนน้ำล้างปากภายหลังพ่นยาสเตียรอยด์ทุกครั้ง

บางรายไม่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ขนาดสูง ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติของ glucocorticoid receptor หรือ binding properties ดังนั้น อาจต้องใช้ยาชนิดอื่นมาช่วย ได้แก่ cyclosporine, methotrexate, troleandomycin, hydroxychloroquine, azathioprine, gold หรือ IV immunoglobulin, omalizumab (anti-IgE recombinant humanized monoclonal antibody) เป็นต้น

Ipratropium bromide เป็น quaternary derivative ของ atropine ที่มักไม่ถูกดูดซึมที่เยื่อบุของปอดจึงทำให้ไม่ค่อยเกิดผลข้างเคียง เมื่อสูดดมจะเริ่มออกฤทธิ์ใน 30-120 นาที และมีฤทธิ์อยู่นาน 6 ชั่วโมง ทั้งนี้พบว่าเมื่อใช้ร่วมกับ β_2 agonist จะช่วยลดอัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

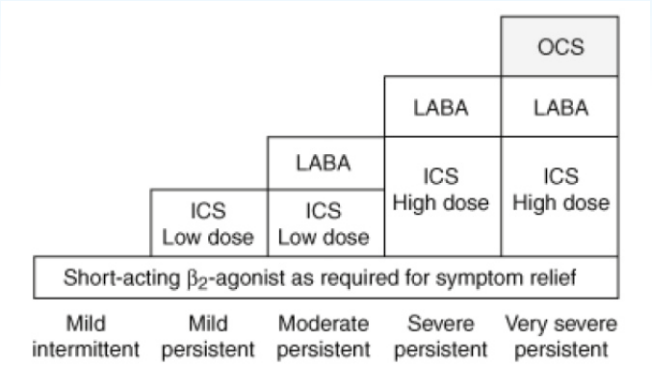
Methylxanthine ได้แก่ theophylline, aminophylline สำหรับ

ตารางที่ 2 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืด

กลุ่มยาควบคุม (Controller Medications)	ชื่อสามัญ	กลไกการออกฤทธิ์
1. Corticosteroid	ยาสูด - budesonide - fluticasone ยารับประทาน - prednisolone ยาฉีด (เข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือด) - hydrocortisone - dexamethasone - methylprednisolone	Anti-inflammatory agent - ขัดขวางและกดการทำงานของ inflammatory cell รวมทั้งลดจำนวนของ inflammatory cell - ลดการสร้าง mucus ในหลอดลม - เพิ่มการทำงานของ β_2 agonist ที่กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม - ทำให้ภูมิต่อต้านการอักเสบของหลอดลมกลับมาทำงานตามปกติ
2. Long acting β_2 agonist (LABA)	ยาสูด - salmeterol - formoterol	- เสริมฤทธิ์ corticosteroid ชนิดสูดในการช่วยลดการอักเสบของหลอดลม และอาจออกฤทธิ์ลดการอักเสบชนิด neutrophilic airway inflammation ของผู้ป่วยโรคหืด - ลดการบวมของหลอดลม โดยการลด microvascular leakage
3. ยาสูดในรูปของยาผสมระหว่าง ICS และ LABA	- salmeterol กับ fluticasone - formoterol กับ budesonide	- มีประสิทธิภาพในการรักษาดีกว่าการให้ยา Inhaled corticosteroid (ICS) และ LABA แยกกัน
4. Xanthine (sustained release)	- theophylline - doxofylline	- ออกฤทธิ์ขยายหลอดลม - เสริมฤทธิ์ corticosteroid ชนิดสูดในการช่วยลดการอักเสบ
5. Anti-IgE	ยาฉีด (omalizumab)	- ต้านการออกฤทธิ์ IgE โดยจับกับ IgE ทำให้ IgE ไม่สามารถจับกับตัวรับที่ผิวของ mast cells และ basophils
กลุ่มยาบรรเทาอาการ (Reliever Medication)	**ชื่อสามัญ**	**กลไกการออกฤทธิ์**
1. Short acting β_2 agonist	ยาสูด - salbutamol - terbutaline - procaterol - fenoterol ยาฉีด - salbutamol - terbutaline ยารับประทาน - salbutamol - terbutaline - procaterol	- ออกฤทธิ์ขยายหลอดลม
2. Methylxanthine	ยาฉีด - aminophylline	- ออกฤทธิ์ขยายหลอดลม
3. Anticholinergic ในรูปของยาผสมกับ β_2 agonist	ยาสูด - ipratropium bromide + fenoterol หรือ salbutamol	- ออกฤทธิ์ขยายหลอดลม

ที่มา: ผศ.นพ.อภิชาติ คณิตทรัพย์, ศ.พญ.มุกดา หวังวีรวงศ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ : บริษัทยูเนียนอุลตร้าไวโอเร็ต จำกัด; มกราคม 2555:1-78.

ตารางที่ 3 แนวทางใช้ยาควบคุมและยาบรรเทาอาการ



ที่มา: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition: http://www.accesmedicine.com

ICS = Inhaled corticosteroid; LABA = Long acting β_2 agonist, OCS = Oral corticosteroid

theophylline นั้นทำให้ปัสสาวะบ่อย, เพิ่ม cardiac output, เพิ่ม mucociliary clearance, เพิ่ม ventilatory drive, เพิ่มการหดตัวของกะบังลม, ยับยั้งการหลั่งสารอักเสบและลดการมีสารน้ำรั่วจากหลอดเลือด ยามี therapeutic window แคบจึงทำให้อาจมีผลข้างเคียงดังนี้คือ ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ปวดศีรษะ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชัก สับสน น้ำตาลในเลือดสูง โพแทสเซียม/แมกนีเซียม/ฟอสเฟตในเลือดต่ำ อาจมี respiratory alkalosis หรือ metabolic acidosis เกิดขึ้นได้ด้วย

Leukotriene modifier แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ zafirlukast (Accolate 20 มก. เช้า-เย็น) และ montelukast (Singulair 10 มก./วัน)

การรักษาอื่น ๆ ที่นำมาช่วยในการรักษา

1. Magnesium sulfate

ช่วยขยายหลอดลมโดยทำให้กล้ามเนื้อหลอดลมหย่อนตัว ยับยั้ง cholinergic ป้องกันเซลล์ mast cell และ T lymphocyte สลายตัว รวมทั้งกระตุ้น nitric oxide และ prostacyclin อีกด้วย พบว่าในผู้ป่วยขณะหอบหืดฉุกเฉินมักมีระดับแมกนีเซียมในเซลล์ต่ำลง ดังนั้น การใช้ยานี้จะช่วยขยายหลอดลมและลดอัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์ควรให้แมกนีเซียมปริมาณ 2-3 กรัม ฉีดเข้ากระแสเลือดนานมากกว่า 20 นาที สำหรับผลข้างเคียงจะขึ้นกับปริมาณยาที่ได้รับ ทั้งนี้อาจพบมีอาการไข้สูง ตัวแดง เหงื่อออก อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง และ loss of deep tendon reflex ความดันโลหิตต่ำ รวมทั้งกดการหายใจได้

2. Heliox

คือก๊าซผสมระหว่างก๊าซฮีเลียมและออกซิเจน ในสัดส่วน Helium 60-80% : O_2 20-40% เพื่อช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ ก๊าซนี้สามารถเข้าหลอดลมได้ง่าย ทำให้เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และการแลกเปลี่ยนก๊าซต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อบ่งชี้ว่ามีประโยชน์ในการลดการใส่ท่อหรือลดระยะเวลาการพักในโรงพยาบาลแต่อย่างใด แพทย์ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดลมตีบมาก (Peak expiratory flow rate: PEFR < 30%) และอาการน้อยกว่า 24 ชั่วโมง เคยมีประวัติ labile asthma เคยใส่ท่อช่วยหายใจ เคยใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วยังได้ผลไม่เต็มที่ ผู้ป่วยควรได้รับก๊าซนี้ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 1-8 ชั่วโมง

3. Non-invasive positive pressure ventilation (NIPPV)

ดังรูปที่ 4

สามารถช่วยลดระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาล แต่ไม่พบว่าลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ หรืออัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจมากนัก

รูปที่ 4 non-invasive positive pressure ventilation

4. ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ

การใช้เครื่องช่วยหายใจนั้นยอมรับให้มี permissive hypercapnia โดยตั้งเครื่องให้มี tidal volume 6-8 มล./กก. การมี hypercapnia จะทำให้เกิดเส้นเลือดขยายตัวในสมองจึงก่อให้เกิดความดันในสมองเพิ่มขึ้น รวมทั้งทำให้ลดการบีบตัวของหัวใจจนเกิดความดันโลหิตต่ำตามมาได้ แพทย์อาจใช้ยานอนหลับและยาหย่อนกล้ามเนื้อฉีดเข้ากระแสเลือดร่วมด้วยเพื่อช่วยให้หายใจดีขึ้น รวมทั้งลดการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ สำหรับภาวะแทรกซ้อนของการใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่าอาจเกิด barotrauma และความดันโลหิตต่ำขึ้นได้ ทั้งนี้เพราะการเพิ่มความดันในช่องอกจะทำให้ลดปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจ

การรักษาโรคหอบหืดทำได้โดยหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ร่วมกับการใช้ยาควบคุมและยาบรรเทาอาการได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้คุมอาการได้ จนทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. GINA Executive Committee. Global Initiative for Asthma: Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2007 (Updated): 1-96.

2. ผศ.พญ.วิภา รีชัยพิชิตกุล. ปัญหาโรคระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในภาวะฉุกเฉิน. หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544:131-67.

3. ผศ.นพ.อภิชาติ คณิตทรัพย์, ศ.พญ.มุกดา หวังวีรวงศ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ : บริษัท ยูเนียนอุลตร้าไวโอเร็ต จำกัด; มกราคม 2555:1-78.

4. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, NHLBI/WHO workshop report. Bethesda, National Institutes of Health, Updated 2010.

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

ผู้ตายไม่มีหลักฐานว่าชื่อใดแต่ญาติยืนยันชื่อ: จะทำอย่างไรดีในขณะชันสูตรพลิกศพ

Deceased Without Any Definite Name Document But Confirmed By Relatives: How Could Be Done During Post-Mortem Inquest

การที่แพทย์ต้องออกชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ที่พบศพตามหน้าที่ที่ถูกมอบหมายให้กระทำนั้น โดยทั่วไปเป็นหน้าที่ของแพทย์ตามกฎหมาย[1] ซึ่งให้จังหวัดที่ใหญ่และมีแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์แล้ว แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์จะทำหน้าที่นี้ แต่ในต่างจังหวัดนั้นมักจะเป็นไปตามภาระหน้าที่ที่ถูกกำหนดไว้จากทาง “โรงพยาบาล” ที่แพทย์ดังกล่าวสังกัดอยู่ในท้องที่ที่มีการตายเกิดขึ้น และแน่นอนที่สุดว่าต้องถือว่าแพทย์ดังกล่าวเป็น “เจ้าพนักงาน”[1] ด้วย โดยภาระหน้าที่ที่แพทย์ต้องกระทำก็คือ “การชันสูตรพลิกศพ” เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมาย (มาตรา 154) นั่นเอง[1] และโดยทั่วไปอีกนั้นเองที่แพทย์สามารถทำการชันสูตรพลิกศพได้โดยง่ายเพราะแพทย์ได้ผ่านการเรียนรู้งานด้านนิติเวชศาสตร์ในขณะศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ในโรงเรียนแพทย์แล้ว โดยหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตต้องเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานฯ[2] และเกณฑ์ความรู้ฯ[3] ที่แพทยสภาอันเป็นองค์กรวิชาชีพที่กฎหมายกำหนดไว้[4] ซึ่งแพทย์สามารถทำได้อย่างถูกต้องไม่ว่าจะเป็นการทำเอกสารในการชันสูตรพลิกศพ การเก็บพยานหลักฐาน (รวมถึงภาพถ่ายของศพ) และอื่น ๆ

แต่แล้วปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับแพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพโดยที่ไม่เคยคาดคิดมาก่อนก็คือ การที่แพทย์ไปทำการชันสูตรพลิกศพผู้ตายที่บ้านหรือที่รโหฐานซึ่งเป็นที่พำนักของผู้ตายนั้น โดยมีญาติจำนวนมากอยู่ด้วย แต่ผู้ตายไม่มีหลักฐานใด ๆ เลยที่ระบุว่าผู้ตายชื่อใด แต่ญาติทั้งหลาย “ยืนยัน” อย่างมั่นเหมาะว่า “ผู้ตายชื่อดังกล่าว” เช่นนี้แพทย์จะดำเนินการอย่างไรดี

.....หากพนักงานสอบสวนยืนยันว่า “ผู้ตายมีชื่อดังกล่าว” แพทย์ย่อมสามารถระบุชื่อผู้ตายว่าชื่อดังกล่าวได้ (แต่มิใช่ระบุชื่ออย่างลอย ๆ) ให้แพทย์ระบุไว้ถึงเหตุที่แพทย์ให้ชื่อผู้ตายว่า “เป็นชื่อดังกล่าว” นั้นเป็นเพราะ “พนักงานสอบสวนยืนยันว่าผู้ตายมีชื่อดังกล่าว” ในที่นี้ใช้หลักฐานคือ รายงานชันสูตรพลิกศพของพนักงานสอบสวน (ใบร่วมชันสูตร) โดยให้แพทย์เขียนข้อความประการหนึ่งประการใดไว้ด้วย ทั้งนี้เพื่อแสดงว่ามิใช่แพทย์ให้ชื่อดังกล่าวตามอำเภอใจ.....ฯลฯ

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย) **(ภาพที่ 1)**

ผู้ตายเป็นชายชรา ญาติแจ้งว่าพบว่าผู้ตายนอนตาย

บนเตียงในบ้านเมื่อเวลาประมาณ 14.00 น. จึงได้แจ้งพนักงานสอบสวน (ตำรวจ) และพนักงานสอบสวนได้แจ้งแก่แพทย์ผู้มีหน้าที่ (แพทย์ทางด้านนิติเวชศาสตร์) มาร่วมชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ที่พบศพผู้ตาย (ที่บ้าน)

เมื่อแพทย์ผู้มีหน้าที่ได้รับแจ้งเพื่อการชันสูตรพลิกศพ ทีมแพทย์ดังกล่าวจึงออกไปเพื่อการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่บ้านที่พบศพผู้ตายเมื่อเวลา 14.40 น. พร้อมกับพนักงานสอบสวนผู้มีหน้าที่

การชันสูตรพลิกศพ:

- ศพชายอายุประมาณ 80 ปี รูปร่างท้วม ตัวยาวประมาณ 170 เซนติเมตร

มีผมขาวโพลน ยาวประมาณ 3-5 เซนติเมตร **(ภาพที่ 2)**

- ผู้ตายมีรอยสักที่บริเวณต้นแขนซ้าย
- ผู้ตายนอนบนเตียงเตี้ย มีฟูกรอง หนุนด้วยหมอน และคลุมด้วยผ้าคลุมสีน้ำเงิน **(ภาพที่ 1)**
- ผู้ตายสวมเสื้อแขนสั้นสีฟ้า
- ศพแข็งตัวปานกลาง พบเลือดตกลงสู่เบื้องต่ำภายหลังเสียชีวิตที่หลังได้ปานกลาง
- ศพค่อนข้างซีด แต่ไม่เขียวทั้งที่ปลายมือและที่ริมฝีปาก
- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียด (ไม่หัก) แต่มีสภาพแขนขวาลีบ งอที่ศอกติดเกร็ง แสดงถึงสภาพอัมพาต และขาขวาลีบ
- คอ รอบคอ ไม่พบบาดแผล หรือรอยกดรัด
- ไม่พบเลือดออกที่เยื่อบุตา แขน ขา ลำตัว
- พบบาดแผลกดทับที่บริเวณก้นกบเล็กน้อย
- พบสายปัสสาวะจากการเปิดที่หน้าท้องไว้เนื่องจากผู้ป่วยมีต่อมลูกหมากโต **(ภาพที่ 3)**
- ด้านหลังของร่างกายปกติ **(ภาพที่ 4)**

4

สาเหตุที่ตาย

ชราภาพ

พฤติการณ์ที่ตาย

จากโรค (สภาพ) ธรรมชาติ

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: การชันสูตรพลิกศพของแพทย์ตามหน้าที่

แพทย์ย่อมต้องมีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพซึ่งเป็นไปตามกฎหมาย[1] อย่างหลีกเลี่ยงมิได้ กรณีที่มีการตายผิดธรรมชาติ และแพทย์ดังกล่าวเป็นแพทย์ในลำดับหนึ่งลำดับใดในกฎหมาย และถูกจัดให้ต้องอยู่ปฏิบัติงานตามหน้าที่

"มาตรา 148[1] เมื่อปรากฏแน่ชัดหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาตินั้น คือ

(๑) ฆ่าตัวตาย

(๒) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย

(๓) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย

(๔) ตายโดยอุบัติเหตุ

(๕) ตายโดยยังมิปรากฏเหตุ"

"มาตรา 150 ในกรณีที่จะต้องมีการชันสูตรพลิกศพให้พนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่ศพนั้นอยู่กับแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือได้รับหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา ทำการชันสูตรพลิกศพโดยเร็ว ถ้าแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ดังกล่าวไม่มีหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้แพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐปฏิบัติหน้าที่ ถ้าแพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐไม่มีหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้แพทย์ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติหน้าที่ ถ้าแพทย์ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่มีหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้แพทย์ประจำโรงพยาบาลของเอกชนหรือแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์อาสาสมัครตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่ และในการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวให้แพทย์ประจำโรงพยาบาลของเอกชนหรือแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้นั้น เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา.....ฯลฯ"

ประการที่ 2: เอกสารที่แพทย์ต้องกระทำในขณะที่ทำการชันสูตรพลิกศพ

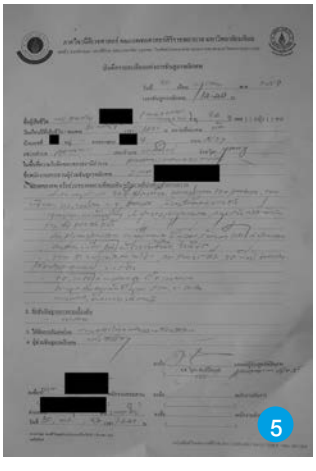
เมื่อแพทย์ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพกับเจ้าพนักงานอื่นตามหน้าที่แล้ว แพทย์จะต้องทำเอกสารตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ตามเวลาที่ถูกกำหนดไว้ด้วย

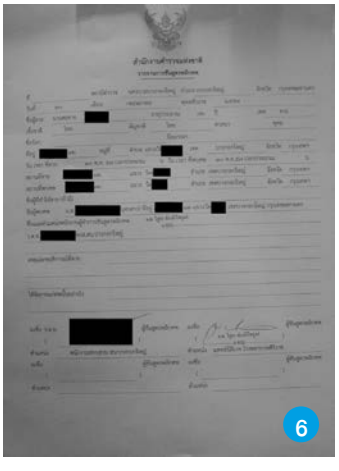
1. บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ (ภาพที่ 5)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่แพทย์กระทำขึ้น โดยแพทย์ต้องทำทันทีภายหลังจากการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ที่ศพอยู่ และให้มีการลงนามโดยเจ้าพนักงานอื่นที่ร่วมในการชันสูตรพลิกศพด้วย

ก. หากเป็น 2 ฝ่ายจะลงนามร่วมโดยพนักงานสอบสวน

ข. หากเป็น 4 ฝ่ายจะลงนามร่วมโดยพนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ และพนักงานฝ่ายปกครอง


5


6

หมายเหตุ:

1. บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพนี้แท้ที่จริงก็คือ “รายงานการชันสูตรพลิกศพที่แพทย์เป็นผู้ดำเนินการนั่นเอง” แต่กฎหมายบัญญัติให้เรียกเอกสารนี้ว่า ***“บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ”*** แทนการเรียกชื่อว่า “รายงานการชันสูตรพลิกศพ หรือบันทึกการชันสูตรพลิกศพ”[1]

2. รายงานแนบท้ายบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพนั้น แพทย์ยังไม่มีความจำเป็นต้องกระทำ ณ ที่ที่พบศพหรือชันสูตรพลิกศพ (ทั้งนี้เป็นไปตามกฎหมาย)[1] เพราะหากแพทย์ประสงค์จะทำย่อมสามารถทำได้ภายใน 7 วันข้างหน้า

2. รายงานชันสูตรพลิกศพ (ใบร่วมชันสูตรพลิกศพ) **(ภาพที่ 6)**

เป็นเอกสารที่พนักงานสอบสวนเป็นผู้ดำเนินการทำขึ้นและให้แพทย์เข้าร่วมในการลงนามในฐานะที่ “ร่วมกันชันสูตรพลิกศพ” ซึ่งแบบฟอร์มดังกล่าวนี้เป็นแบบฟอร์มของพนักงานสอบสวน

เมื่อทำการชันสูตรพลิกศพเสร็จแล้ว การชันสูตรพลิกศพนั้นอาจสมบูรณ์หรือไม่สมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพก็ได้ ทั้งนี้

ก. หากสมบูรณ์ หมายถึง การที่แพทย์ได้ทราบหรือพึงพอใจในการชันสูตรพลิกศพ และบรรลุวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ (มาตรา 154) แล้ว แพทย์ย่อมสามารถ (จำเป็นต้องออกเอกสาร) ออกเอกสารคือ “ใบรับแจ้งการตาย” หรือ ทร.4 (ตอนหน้า) ซึ่งด้านหลังคือ ***“ข้อสันนิษฐานสาเหตุการตายโดยแพทย์”*** เพื่อใช้ในการทำมรณบัตรต่อไป[5]

ข. หากไม่สมบูรณ์ หมายถึง แพทย์ยังคงไม่ทราบหรือไม่บรรลุถึงวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพในประการหนึ่งประการใดแล้ว จำเป็นที่แพทย์จะต้องให้มีการส่งศพเพื่อการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152)[1] และเมื่อดำเนินการเสร็จแล้ว แพทย์จะออกเอกสารให้คือ ***“หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1)”*** นั่นเอง ซึ่งนำไปประกอบเพื่อทำ “มรณบัตร”[5] ต่อไป

หมายเหตุ:

เอกสารที่แพทย์ต้องดำเนินการทำขึ้นนั้นจะต้องทราบถึงชื่อของผู้ตาย (ผู้เสียชีวิต) อย่างแท้จริงโดยมีเอกสารกำกับหรือพิสูจน์ได้ หากยังไม่มีเอกสารพิสูจน์แล้วแพทย์ย่อมระบุชื่อได้แต่เพียง “ไม่ทราบชื่อ เช่น ชายไม่ทราบชื่อ” เป็นต้น

ประการที่ 3: การที่แพทย์ต้องทำเอกสารโดยไม่ทราบชื่อผู้ตาย

การที่แพทย์ได้ทำการชันสูตรพลิกศพจนสามารถทราบถึงสาเหตุที่ตาย และ/หรือพฤติการณ์ที่น่าเชื่อว่าเป็นพฤติการณ์แห่งการตายอย่างแท้จริงแล้ว แต่ติดขัดด้วย “ชื่อของผู้ตาย” กล่าวคือผู้ตายไม่มีเอกสารใด ๆ ที่ระบุยืนยันถึงตัวตนเอง (ผู้ตาย) ไม่ว่าจะเป็นบัตรประจำตัวประชาชน ใบขับขี่ หรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้เพื่อยืนยันว่าผู้ตายคือใคร อีกทั้งในทะเบียนบ้านที่เป็นชื่อของลูกก็ยังมิได้มีการระบุว่าผู้ตายคือบิดา (ซึ่งน่าแปลกใจยิ่งนัก) เสมือนกับว่า “ผู้ตายไม่มีตัวตนเช่นนั้น” และประการในเรื่องผู้ตายคือใคร (ชื่อใดนี้) ต้องถือว่าเป็นประการสำคัญประการหนึ่งในวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพตามมาตรา 154 ด้วย[1] เช่นนี้แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพจะกระทำอย่างไร

หมายเหตุ:

การไม่ปรากฏชื่อของผู้ตาย (ศพ) ที่แพทย์ไปชันสูตรพลิกศพนั้น พบได้ไม่มากแต่ยังคงพบได้บ้าง โดยเฉพาะในช่วงปัจจุบันนี้ที่มีบุคคลที่อยู่ในประเทศรอบ ๆ ประเทศไทยแอบหนี (ลักลอบ) เข้ามาในประเทศไทยเพื่อหางานทำโดยไม่มีหลักฐานใด ๆ เลย

แนวทางปฏิบัติโดยทั่วไป

โดยทั่วไปแล้ว เมื่อแพทย์ทำการชันสูตรพลิกศพผู้ตายโดยไม่ทราบว่าผู้ตายชื่อใด สิ่งที่แพทย์พึงกระทำในเอกสารการชันสูตรพลิกศพ (บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ) ก็คือ ระบุว่า “ผู้ตายไม่ทราบชื่อ เช่น ***ชายไทยไม่ทราบชื่อ***” และให้พนักงานสอบสวนนำศพดังกล่าว (ที่ไม่ทราบชื่อนั้น) เข้ามาทำการตรวจต่อ ณ โรงพยาบาลหรือสถานที่ที่สามารถทำการตรวจศพได้ (ตามมาตรา 151 และมาตรา 152)[1] จะถือว่าเป็นการปลอดภัยที่สุดสำหรับแพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ โดยพนักงานสอบสวนจะต้องเขียนเอกสารนำส่งศพ (ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร) มาพร้อมกับศพเสมอ อย่างไรก็ตาม หากเป็นการชันสูตรพลิกศพที่บ้านของผู้ตายซึ่งมีทายาทอยู่จำนวนมาก และทายาทเหล่านั้นให้การยืนยันว่า “ผู้ตายชื่อหนึ่งชื่อใด” แล้ว หากแพทย์ยังคงระบุไปว่า “ผู้ตายไม่ทราบชื่อแล้ว” ย่อมจะทำให้เกิดปัญหากับทายาททันที ทั้งนี้เพราะเอกสารดังกล่าวเมื่อไม่ได้ระบุชื่อผู้ตายไว้จะเป็นผลให้การออกเอกสารต่อมาไม่สามารถดำเนินการได้ด้วย ไม่ว่าจะเป็น ใบรับแจ้งการตาย (ทร.4 ตอนหน้า) หรือหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ซึ่งเป็นเอกสารที่มีความจำเป็นในการใช้แสดงต่อนายทะเบียนท้องที่ (เขต/อำเภอ) เพื่อให้นายทะเบียนออกเอกสารคือ “มรณบัตร” ตามกฎหมาย[5] และหากเป็นกรณีดังกล่าวนี้อาจเกิดการพิพาทขึ้นระหว่างแพทย์กับ “บรรดาญาติของผู้ตาย” ณ ที่ที่ทำการชันสูตรพลิกศพได้ ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อแพทย์อย่างแน่นอน แพทย์ย่อมต้องหาทางออกให้เหมาะสมได้โดยให้พนักงานสอบสวนยืนยันชื่อดังกล่าว (เป็นการอ้างอิงพนักงานสอบสวน) นั่นเอง

หมายเหตุ:

กรณีที่แพทย์ระบุชื่อผู้ตายซึ่งไม่ทราบชื่อว่า “ผู้ตายไม่ทราบชื่อ เช่น ชายไม่ทราบชื่อ” และให้นำศพเข้ามารับการตรวจต่อแล้ว หากเป็นการตรวจศพต่อ (มาตรา 152) และแพทย์จะต้องทำ “รายงานการตรวจศพ” ต่อมาแพทย์จะระบุชื่อผู้ตายประการใดนั้น ให้ดำเนินการดังนี้

ก. กรณีที่มีเอกสารจากพนักงาน

สอบสวนมาถึงแพทย์ที่ทำการตรวจศพ (มาตรา 152) ว่าศพที่ทำการชันสูตรพลิกศพ ณ วันเวลาดังกล่าว (ระบุ) นั้น ผู้ตายที่ไม่ปรากฏชื่อเบื้องต้นนั้น ชื่อว่า "ชื่อหนึ่งชื่อใดแล้ว" แพทย์ย่อมสามารถที่จะระบุชื่อผู้ตายที่ได้ทำการตรวจนั้นในเอกสารของแพทย์คือ "รายงานการตรวจศพ" ได้เลย เพราะมีเอกสารจากพนักงานสอบสวนกำกับอยู่แล้ว

ข. กรณีที่ไม่มีเอกสารอื่นใดระบุให้แพทย์ได้รับทราบ (จนเป็นที่น่าพอใจ) ว่า ผู้ตายดังกล่าวชื่อใดแล้ว แพทย์ยังคงต้องระบุชื่อในเอกสาร "รายงานการตรวจศพ" ว่า "ไม่ปรากฏชื่อ เช่น ชายไม่ปรากฏชื่อ" อยู่นั่นเอง ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยในการทำเอกสารของแพทย์

แนวทางปฏิบัติที่พนักงานสอบสวนยืนยัน

หากพนักงานสอบสวนยืนยันว่า "ผู้ตายมีชื่อดังกล่าว" แพทย์ย่อมสามารถระบุชื่อผู้ตายว่าชื่อดังกล่าวได้ (แต่มิใช่ระบุชื่ออย่างลอย ๆ) ให้แพทย์ระบุไว้ถึงเหตุที่แพทย์ให้ชื่อผู้ตายว่า "เป็นชื่อดังกล่าว" นั้นเป็นเพราะ ***"พนักงานสอบสวนยืนยันว่าผู้ตายมีชื่อดังกล่าว"*** ในที่นี้ใช้หลักฐานคือ รายงานชันสูตรพลิกศพของพนักงานสอบสวน (ใบร่วมชันสูตร) **(ภาพที่ 6)** โดยให้แพทย์เขียนข้อความประการหนึ่งประการใดไว้ด้วย ทั้งนี้เพื่อแสดงว่ามิใช่แพทย์ให้ชื่อดังกล่าวตามอำเภอใจ (ในอุทาหรณ์ข้างต้นใช้ข้อความว่า "ตามเอกสารพนักงานสอบสวน") **(ภาพที่ 6)**

เหตุผลที่แพทย์จำเป็นต้องระบุถึงที่มาแห่งชื่อเนื่องจากเมื่อผู้ตายไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าผู้ตายชื่ออะไร <u>การที่แพทย์ระบุชื่อผู้ตายโดยไม่ทราบว่าผู้ตายชื่อใด</u> (เพราะไม่มีหลักฐานแสดงชื่อปรากฏต่อแพทย์) หากแพทย์ยังยืนยันว่าเป็นชื่อดังกล่าวอีกย่อมเท่ากับว่าแพทย์ออกเอกสาร "โดยไม่มี (ไม่เป็นไป) ตามมาตรฐานทางการแพทย์"[2,3] อันอาจเข้าข่ายการดำเนินการออกเอกสารโดยไม่สุจริต และอาจเข้าข่ายผิดจริยธรรมทางการแพทย์ได้[6] หรืออาจถูกมองว่าแพทย์ร่วมกับพนักงานสอบสวน (ทั้งคู่เป็นเจ้าพนักงาน)[1] ร่วมมือกันในการระบุชื่อให้มีผู้ตายโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย

หมายเหตุ:

1. การที่แพทย์ได้ทราบหรือเห็นว่าพนักงานสอบสวน (ตำรวจ) ได้ระบุชื่อผู้ตายว่าชื่อใดแล้ว หาเป็นการเพียงพอที่แพทย์จะระบุชื่อผู้ตายไว้ใน "บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ" เลยได้ไม่ (เชื่อว่าผู้ตายมีชื่อดังกล่าว) ทั้งนี้เพราะอาจถูกตั้งข้อสังเกตหรือสันนิษฐานว่า "แพทย์และพนักงานสอบสวนร่วมมือกันในการออกเอกสารที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย" ได้ ทั้ง ๆ ที่แพทย์กระทำการอย่างบริสุทธิ์ใจก็ตาม

2. การที่แพทย์ระบุไว้ในส่วนท้ายของชื่อของผู้ตายที่ถูกระบุให้ชื่อดังกล่าวนั้นว่า "ตามเอกสารพนักงานสอบสวน" ย่อมเท่ากับว่า แพทย์ยืนยันชื่อเนื่องจาก "พนักงานสอบสวนยืนยันตามนั้น" นั่นเอง เป็นหลักฐานประการสำคัญประการหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า แพทย์มิได้เป็นผู้ริเริ่มในการให้ชื่อของผู้ตายเป็นชื่อดังกล่าว แต่มีที่มาที่ไปแห่งชื่อดังกล่าวตาม "เอกสารของพนักงานสอบสวน" ซึ่งในกรณีอุทาหรณ์นี้คือ "รายงานการชันสูตรพลิกศพ" นั่นเอง

สรุป

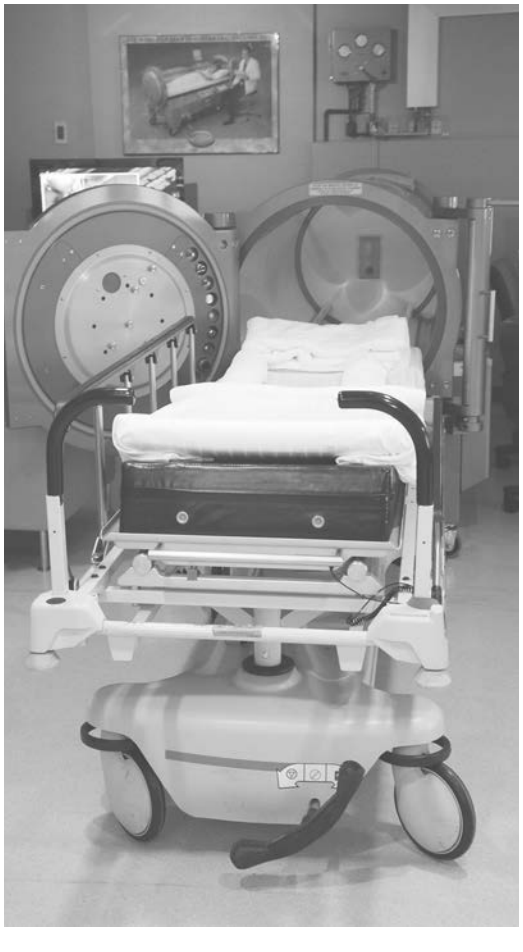
การชันสูตรพลิกศพที่แพทย์ต้องดำเนินการตามหน้าที่ร่วมกับเจ้าพนักงานอื่น (สองหรือสี่ฝ่ายแล้วแต่กรณี) นั้น หากแพทย์พบว่าผู้ตายไม่ปรากฏชื่อใดแล้ว ในทางปฏิบัติที่ง่ายและปลอดภัยที่สุดก็คือ ให้ระบุไว้ในเอกสารการชันสูตรพลิกศพ (บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ) ว่า "ผู้ตายไม่ทราบชื่อ" เช่น ชายไทยไม่ทราบชื่อ เป็นต้น แต่หากพนักงานสอบสวนยืนยันว่าผู้ตายมีชื่อใด (ทั้ง ๆ ที่ไม่มีหลักฐาน) แล้วแพทย์ย่อมอาศัยการอ้างอิงเอกสารของพนักงานสอบสวน (ตำรวจ) ว่าชื่อดังกล่าว โดยให้ระบุไว้ในเอกสารที่แพทย์ได้ออกในขณะชันสูตรพลิกศพจะทำให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของแพทย์ได้

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf
2. 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)".
3. ประกาศแพทยสภา ที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.
4. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.
5. พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 108/ตอนที่ 203/ฉบับพิเศษ หน้า 97/22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534
6. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. http://www.tmc.or.th/service_law02_17.php

เครื่องให้ออกซิเจนแรงดันสูง แนวทางใหม่ในการรักษาออทิสติก

ออทิสติก คือ ภาวะบกพร่องของพัฒนาการรูปแบบหนึ่ง โดยเกิดจากการทำงานผิดปกติของหลาย ๆ ระบบในร่างกายที่เกิดร่วมกัน ส่งผลให้การรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กผิดปกติไปจากเด็กอื่นทั่วไป โดยภาพรวมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเด็กออทิสติกในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปอย่างชัดเจนได้ว่าความผิดปกติที่พบในแต่ละระบบนั้นมีความเชื่อมโยงกันในระดับใด แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษาของหลายสถาบันมีความเห็นใกล้เคียงกันว่า กลไกของการเกิดโรคที่สำคัญนั้นส่วนหนึ่งเกิดจากการที่มีเลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์สมองบางส่วนทำงานน้อยหรือไม่ทำงาน ซึ่งในปัจจุบันมีแนวทางรักษามากมาย โดยหนึ่งในนั้นคือ การรักษาโดยการใช้เครื่องให้ออกซิเจนแรงดันสูง (Hyperbaric Oxygen Therapy หรือ HBO)



นพ.ชลภัฏ จาตุรงคกุล จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ศูนย์พัฒนาการเด็กกรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ กล่าวว่า ออทิสติกสามารถพบได้ในเด็กตั้งแต่ในช่วงก่อนวัยเรียน หรือประมาณ 3 ขวบ โดยส่วนใหญ่มาด้วยปัญหาไม่มีภาษาพูดเมื่อถึงเกณฑ์ หรือประมาณ 1 ขวบ หรือเคยพูดได้แล้วอยู่ ๆ หยุดพูดไป มีอาการพูดซ้ำ ๆ ทวนคำ ทวนประโยคไปมา พูดภาษาแปลก ๆ ไม่มีความหมายที่คนทั่วไปจะสามารถเข้าใจได้ ที่โรงเรียนครูมักแจ้งผู้ปกครองว่าเด็กไม่ชอบเข้ากลุ่ม ชอบเล่นคนเดียว ชอบอยู่ตามลำพัง สบตาน้อยถึงไม่สบตา มีพฤติกรรมชอบทำอะไรซ้ำ ๆ เอาของมาวางเรียงกันเป็นทางยาว ต้องนั่งเก้าอี้ตัวเดิม ถอดรองเท้าวางที่เดิมทุกวัน คับข้องใจง่าย ไม่มีความยืดหยุ่นและไม่สามารถอดทนรับการเปลี่ยนแปลงต่อวิถีเดิม ๆ ที่เคยชินได้ เดินเขย่ง สะบัดมือ ทุบศีรษะตัวเอง เอาศีรษะโขกกำแพง อาการผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจพบร่วมได้ในเด็กทารกสังเกตได้จากอาการ ได้แก่ ไม่มีการแสดงออกทางสีหน้า ไม่มองตาม (อายุ 3 เดือน) ไม่หันตามเสียง (อายุ 6 เดือน) ร้องน้อยกว่าปกติ

นพ.ชลภัฏ จาตุรงคกุล

โดยสาเหตุของภาวะออทิสติกนั้นเกิดจาก

การทำงานผิดปกติของหลาย ๆ ระบบในร่างกายที่เกิดร่วมกัน ส่งผลให้การรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กผิดปกติไปจากเด็กอื่นทั่วไป เนื่องจากธรรมชาติของเด็กออทิสติกแต่ละคนจะมีความละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนสูง จึงทำให้ลักษณะอาการในเด็กออทิสติกแต่ละคนมีความหลากหลายช่วงวัยและสภาวะแวดล้อมที่แตกต่างอาจส่งผลให้ลักษณะอาการของภาวะออทิสติกไม่ได้คงที่ตลอดเวลาและยากต่อการวินิจฉัย ทำให้เกิดการวินิจฉัยที่ล่าช้าออกไป ส่งผลให้การดำเนินชีวิตของเด็กออทิสติกนั้นแย่ลง นอกจากนั้นการวางแผนดูแลรักษาที่ไม่ตรงจุดคือเหตุผลอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้ผลสัมฤทธิ์ของการรักษาดูแลเด็กออทิสติกนั้นออกมาไม่ดีเท่าที่ควร

ปัจจุบันมีการค้นพบหลักฐานใหม่ ๆ จากการวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับออทิสติกอยู่อย่างต่อเนื่องและมากมาย ส่งผลให้เกิดองค์ความรู้และความเข้าใจที่มีต่อออทิสติกนั้นมีความลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น ในปัจจุบันขีดความสามารถในการตรวจและค้นพบความผิดปกติทางสรีรวิทยา ธาตุโลหะ สสาร และระดับความเป็นพิษบางอย่างในกระแสเลือด (Biomarkers) เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และทำให้การรักษาออทิสติกนั้นมีความแม่นยำตรงจุด และให้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพึงพอใจ โดยการเติมออกซิเจนผ่านการหายใจในห้องแรงดันอากาศสูงสามารถช่วยฟื้นฟูเซลล์สมองที่ไม่ทำงานให้กลับมาใช้การได้เป็นปกติ ส่งผลให้อาการของออทิสติกลดน้อยลง การผสมผสานขององค์ความรู้ใหม่ ๆ นวัตกรรมการรักษาที่ทันสมัย และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าผนวกกับการฝึกขั้นพื้นฐานซึ่งประกอบไปด้วย การกระตุ้น และฟื้นฟูพัฒนาการในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะทำให้อาการของออทิสติกดีขึ้นได้อย่างรวดเร็วและเป็นรูปธรรม

การใช้เครื่องให้ออกซิเจนแรงดันสูง (Hyperbaric Oxygen Therapy: HBO) เป็นการรักษาแบบทางเลือกที่นำมาใช้ผสมผสานเข้ากับการรักษาแบบเดิม มีความปลอดภัยสูง และให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพึงพอใจในระยะเวลาที่สั้นลง อาศัยทฤษฎีทางสรีรวิทยาโดยการเพิ่มปริมาณออกซิเจน 100% ให้กับเซลล์สมองที่ระดับแรงดัน 1.3 บรรยากาศ (ata) ส่งผลให้เซลล์สมองเกิดการตื่นตัวและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สมองและร่างกายได้รับออกซิเจนสูงกว่าการให้ออกซิเจนตามปกติหลายเท่าจนสามารถช่วยให้สมองทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งโดยปกติจะไม่พบปรากฏการณ์ดังกล่าวในการหายใจเอาออกซิเจนเข้าปอดที่ชั้นบรรยากาศธรรมดาซึ่งมีออกซิเจนปะปนอยู่เพียง 21% โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงสรีรวิทยาของเซลล์สมองจากการใช้ออกซิเจนแรงดันสูง

ทั้งนี้การหายใจด้วยออกซิเจน 100% ในห้องปรับบรรยากาศ HBO ทำให้เซลล์สมองได้รับออกซิเจนในระดับที่สูงกว่าการให้ออกซิเจนตามปกติ ช่วยให้สมองทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่ละลายในเลือดแดงสูงขึ้น ทำให้ส่งออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์สมองและอวัยวะส่วนปลายได้ทั่วถึงยิ่งกว่าเมื่อเทียบกับในภาวะปกติ ให้ประโยชน์ในด้านการช่วยสร้าง Collagen ผ่านการกระตุ้นและการแบ่งตัวของเซลล์อ่อน Fibroblast Cells ทำให้เกิดการสร้างเส้นเลือดฝอยเพิ่มมากขึ้น สะดวกต่อการขนส่งออกซิเจนเข้าสู่เซลล์สมอง และยังจะช่วยเพิ่มสเต็มเซลล์ในร่างกาย (Mobilizing Stem Cells) โดยออกซิเจนบริสุทธิ์ภายใต้แรงดันสูงจะกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนย้ายของเซลล์ต้นกำเนิด (Stem Cells) ออกจากไขกระดูกนำไปใช้ในการสร้างเส้นเลือดใหม่ (Neovascularization) เพื่อไปหล่อเลี้ยงอวัยวะในส่วนที่ต้องการเลือดในการทำงานสูง เช่น เซลล์สมอง เป็นต้น

สำหรับขั้นตอนและวิธีการรักษา แพทย์จะเริ่มจากการตรวจประเมินความพร้อมของร่างกาย จากนั้นจึงให้เข้ารับการรักษาโดยหายใจออกซิเจนบริสุทธิ์ 100% ในห้องปรับบรรยากาศ HBO ที่แรงดัน 1.3 ata โดยใช้เวลารอบละ 60 นาที สามารถเลือกเข้ารับการรักษาได้ถึง 2 รอบต่อวัน แต่ในเคสที่ตอบสนองต่อการรักษา การเปลี่ยนแปลงมักเริ่มพบหลังจากรอบที่ 10 เป็นต้นไป (จากการรักษาระดับหวังผลที่ 40 รอบขึ้นไป) หลังจากเสร็จสิ้นการรักษาในแต่ละวัน ผู้รับการรักษาสามารถกลับบ้านได้ทันที

"ผลจากการที่เซลล์สมองทำงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้นในเคสที่ตอบสนองต่อการรักษาดี เฉลี่ย 60-70% มักพบว่า ผู้เข้ารับการรักษาจะสามารถสบตาได้นาน และแสดงออกถึงการรับรู้ มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่เพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่รอบที่ 5-10 เป็นต้นไป และในเคสที่ตอบสนองน้อย เฉลี่ย 20-30% การรักษาจะไม่ได้ทำให้การดำเนินของโรคนั้นซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น" **นพ.ชลภัฏ** กล่าวทิ้งท้าย

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ จัดประชุมวิชาการประจำปี 39th Annual Scientific Congress of the Royal College of Surgeons of Thailand

"Optimization of Surgical Practice"

พล.ท.นพ.ปริญญา ทวีชัยการ

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย เมื่อแรกก่อตั้งใช้ชื่อว่า วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย สังกัดแพทยสภา มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อส่งเสริมวิชาการด้านศัลยศาสตร์และปฏิบัติการทางศัลยกรรมให้อยู่ในมาตรฐานระดับนานาประเทศที่พัฒนาแล้ว และเพื่อดำเนินการส่งเสริมให้มีผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบอาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ ทางศัลยศาสตร์เป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์และประชาชนไทย ซึ่งทางวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ในขณะนั้นได้ทำคุณประโยชน์ต่อสังคมในหลาย ๆ ด้าน อาทิ โครงการศัลยแพทย์อาสาเพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้ยากไร้ในท้องถิ่นทุรกันดาร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ดำเนินการช่วยเหลือประชาชนในท้องถิ่นห่างไกลในภาคต่าง ๆ ของประเทศเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่มีการเสด็จพระราชดำเนินแปรพระราชฐานไปยังภาคต่าง ๆ ของประเทศ ซึ่งโครงการดังกล่าวได้ปฏิบัติภารกิจอย่างสม่ำเสมอมาจนถึงปัจจุบัน ด้วยการทำงานที่เป็นคุณประโยชน์ต่อสังคมไทย ภายหลังการก่อตั้งวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นเวลา 5 ปี ก็ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวให้อยู่ในพระบรมราชูปถัมภ์ และทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้ใช้ชื่อว่า "ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย"

โดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ถือเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร และมุ่งมั่นดำเนินงานโดยยึดวัตถุประสงค์หลักสำคัญคือ เพื่อการศึกษาและความก้าวหน้าทางวิชาการ ที่ผ่านมามีบทบาทมากมาย อาทิ ได้รับมอบหมายจากแพทยสภาให้เป็นผู้เขียนหลักสูตรและฝึกอบรมแพทย์ที่ต้องการเป็นศัลยแพทย์ มีการจัดสอบและมอบวุฒิบัตรให้แก่ผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ด้านต่าง ๆ มีการช่วยเหลือและส่งเสริมแพทย์ที่ต้องการทำงานวิจัย มีการจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้น Workshop หลายหลักสูตรให้แก่แพทย์รุ่นใหม่ได้มีความรู้เพิ่มเติม และเป็นประจำทุกปีที่ทางราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ จะจัดงานประชุมวิชาการประจำปี ซึ่งในปีนี้จัดขึ้นภายใต้ชื่อ 39th Annual Scientific Congress of the Royal College of Surgeons of Thailand ในหัวข้อ "Optimization of Surgical Practice" ระหว่างวันที่ 10-13 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ณ โรงแรม-แอมบาสเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน พัทยา จ.ชลบุรี

พล.ท.นพ.ปริญญา ทวีชัยการ ประธานคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 39 ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า งานประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ จัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ศัลยแพทย์ โดยเฉพาะศัลยแพทย์ที่มีภาระงานรักษาผู้ป่วยมากจนไม่มีเวลาติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการได้อัพเดทข้อมูลใหม่ ๆ จากวิทยากรทั้งชาวไทยและต่างประเทศ เปิดโอกาสให้ศัลยแพทย์ได้มีการอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางวิชาการ ซึ่งจะทำให้ความรู้ทางวิชาการเหล่านั้นแตกฉานยิ่งขึ้น รวมทั้งยังเป็นโอกาสที่ศัลยแพทย์ทั่วประเทศจะได้มาร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการที่จะทำประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติในด้านต่าง ๆ

การประชุมวิชาการครั้งนี้ประกอบด้วยการบรรยาย, Symposium, Workshop, การอภิปราย โดยเนื้อหางานประชุมจะมีความครอบคลุมทุกสาขาของศัลยศาสตร์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งเป็นศัลยแพทย์สาขาต่าง ๆ สามารถเข้าร่วมงานประชุมได้ โดยเนื้อหางานประชุมที่น่าสนใจ ได้แก่ **Innovation in Surgical Education: Optimizing Surgical Education and Training** เพื่อพัฒนาหลักสูตรศัลยแพทย์ในประเทศไทยให้ทัดเทียมกับต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศในภูมิภาคอาเซียนซึ่งกำลังจะรวมกันเป็นประชาคมอาเซียนในอีกไม่นานนี้ **Innovation in Surgery** อาทิ ด้าน Vascular, Trauma, Optimization of Critical Care Medicine, Breast Holistic Care เป็นต้น **Surgery in Rural Area: The Real Experience** จะมีศัลยแพทย์จากพื้นที่ชนบทมาร่วมแบ่งปันประสบการณ์ถึงวิธีการผ่าตัดที่ถูกต้อง คุ้มค่า และใช้ได้อย่างปลอดภัย หัวข้อที่เกี่ยวกับการฟ้องร้องแพทย์ ซึ่งมีทั้งแง่มุมการป้องกัน คือการสร้างหลักเกณฑ์มาตรฐานทางเวชปฏิบัติในหัวข้อ **Good Surgical Practices in Modern Era** และเมื่อถูกฟ้องร้องแล้วควรจะทำอย่างไร ในหัวข้อ **การฟ้องร้องศัลยแพทย์..บทเรียนที่ต้องรู้...ห้ามลืม!** และโปรแกรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ในหัวข้อ **กิจกรรมมุมมองของศัลยศาสตร์จากนักศึกษาแพทย์แต่ละสถาบัน, มีดก็แกว่ง เปลก็ไกว ผู้หญิงทำไมจะเป็นหมอศัลย์ไม่ได้**

ในส่วนของ Workshop จะเป็น Precongress ระหว่างวันที่ 8-10 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 มีหลายหัวข้อ ได้แก่ **Hernia 360° Soft Cadaver, Oncoplastic Breast Surgery, Vascular Anastomosis, The Evolution and Operation Technique of Breast Augmentation: Hands-on Cadaveric Dissection** เป็นต้น ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทันที อีกทั้งยังมีกิจกรรมนำเสนอผลงานวิจัยทั้งแบบ Oral และ Poster ซึ่งเปิดโอกาสให้ศัลยแพทย์ทั่วประเทศนำเสนอผลงานนวัตกรรมหรือผลงานวิจัย

ร่วมประกวดชิงรางวัล โดยผลงานวิจัยดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเป็นการคิดค้นวิจัยใหม่ แต่ต้องมีประโยชน์ต่อสังคม รวมทั้งการออกบู๊ธแสดงสินค้าจากบริษัทยา และเครื่องมือแพทย์ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาทั้งในเรื่องของยาและอุปกรณ์การแพทย์ใหม่ ๆ

นอกจากกิจกรรมทางด้านวิชาการแล้ว งานประชุมวิชาการครั้งนี้ยังมีกิจกรรมกีฬาเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ใช้เวลาร่วมกันด้วย อาทิ กอล์ฟ, เทนนิส, แบดมินตัน, Run-Walk Rally เป็นต้น มีการจัดงานคืนสู่เหย้า Home coming day จากสถาบันต่าง ๆ เพื่อพบปะพูดคุยกันระหว่างเพื่อนและอาจารย์ผู้ใหญ่ และงานเลี้ยง RCST Family Night สำหรับผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

สำหรับวิทยากรที่มาร่วมงานประชุมครั้งนี้จะมีทั้งจากประเทศไทยซึ่งมาจากสถาบันต่าง ๆ ทั่วประเทศ และจากต่างประเทศ อาทิ อังกฤษ มาเลเซีย กัมพูชา สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย อินเดีย ศรีลังกา ปากีสถาน พม่า ฮ่องกง ออสเตรเลีย เป็นต้น

"การประชุมวิชาการของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ เป็นการประชุมประจำปีที่มีหัวข้อการประชุมหลากหลาย ตั้งแต่ Workshop ที่ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทันที มีโปรแกรมทางวิชาการที่หนาแน่น และมีโปรแกรมทางด้าน Entertain ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมจะได้ทั้งความสนุกและความรู้กลับไป มีบริษัทยาที่มาออกบู๊ธนำเสนอยาและเครื่องมือแพทย์ใหม่ ๆ เชื่อว่าทุกคนจะได้รับประโยชน์คุ้มค่ากับค่าลงทะเบียนอย่างแน่นอน แล้วพบกันในงานประชุมวิชาการครับ" **พล.ท.นพ.ปริญญา** กล่าวทิ้งท้าย

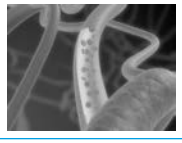
สำหรับผู้สนใจสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2716-6141-3 โทรสาร 0-2716-6144 E-mail: surgeonsthai@gmail.com, www.rcst2014.org

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
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 ห้องจูปิเตอร์ 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 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2419-2673 www.sirirajconference.com
22, 23-25 กรกฎาคม 2557	สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย	งานประชุม Basic Endocrinology Radiology and cytology for Endocrinologists ครั้งที่ 8 และงานประชุมวิชาการต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 29 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6337 www.thaiendocrine.org
22-23 กรกฎาคม 2557	ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุม Practical Course in Minimally Invasive Pituitary Surgery Endoscopic vs. Keyhole Hands-on Dissection ณ ตึกเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 11 โรงพยาบาลราชวิถี และอาคารแพทยพัฒน์ ชั้น 4 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โทรศัพท์ 08-0275-5905, 0-2354-8108 ต่อ 2303 E-mail: dessertlily@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 3rd 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 อาคารคุ้มเกศ 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	สมาคมพันธุศาสตร์แห่งประเทศไทย 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

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
5-8 สิงหาคม 2557	โรงเรียนกายอุปกรณ์ศิรินธร 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	สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 ณ ห้องควีนส์ปาร์ค 2 โรงแรมอิมพีเรียล ควีนส์ปาร์ค กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5412, 08-4468-0711 โทรสาร 0-2716-5411 E-mail: dm.thai@diabassocthai.org www.diabassocthai.org
27-29 สิงหาคม 2557	สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย	การอบรมเชิงปฏิบัติการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ครั้งที่ 13 ณ ห้องคอนเวนชั่น เอบีซี โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6922, 08-5359-6092 โทรสาร 0-2716-6923 www.thaiaidssociety.org
1-5 กันยายน 2557	กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร่วมกับภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	การอบรมระยะสั้นอายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 15 ประจำปี พ.ศ. 2557 Clinical Approach in Medicine ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบ พระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2354-7600 ต่อ 93305, 08-1985-3803 www.pmkmedicine.com
2-6 กันยายน 2557	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย และรังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่ทางวิชาการประจำปี ครั้งที่ 51/2557 ณ โรงแรมโซฟิเทล เซ็นทารา แกรนด์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5963 โทรสาร 0-2716-5964 www.rcrt.or.th
23-25 ตุลาคม 2557	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia Pacific Orthopaedic Association (APOA)	การประชุม The 18th Biennial Congress of Asia Pacific Orthopaedic Association (APOA) and the 36th Annual Meeting of the Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand (RCOST) ณ ศูนย์การประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5436 โทรสาร 0-2716-5440 E-mail: apoa2014@rcost.or.th www.apoa2014.com
5-7 ธันวาคม 2557	สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศ ในพระบรมราชูปถัมภ์	งานประชุมวิชาการ Two Days in Cardiology ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน จ.เพชรบุรี	www.thaiheart.org
11-12 ธันวาคม 2557	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย	The 9th Congress of the Asia-Pacific Vitreo-Retina Society in Conjunction with the 34th Annual Academic Meeting of the Royal College of Ophthalmologists of Thailand	www.rcopt.org
11-13 ธันวาคม 2557	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย	4th 2014 AOCPRM Asia-Oceanian Conference of Physical and Rehabilitation Medicine Rehabilitation for all: From Bench to Community	http://rehabmed.or.th

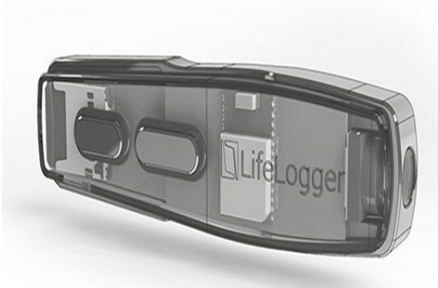
ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มวงการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2014

Date	Title	City	Country	Contact
26-27 August 2014	2nd Workshop on Advances in HIV/AIDS in Africa	Abuja	Nigeria	www.regonline.com/Register/Checkin.aspx?EventID=1552033
2-5 September 2014	Advanced Course on Multimodality Detection and Diagnosis of Breast Diseases	Scottsdale	United States of America	http://www.mammographyed.com/Course-List/EventDetail.aspx?
6-10 September 2014	ERS Annual Congress 2014	Munich	Germany	www.ersnet.org/congresses/munich-2014.html
7-11 September 2014 	International Symposium on Resistance Arteries 2014	Banff	Canada	www.isra2014.org
11-13 September 2014	4th International Meeting on Aortic Diseases	Liège	Belgium	www.chuliege-imaa.be
12-13 September 2014	The 7th Annual Perspectives in Rheumatic Diseases	Las Vegas	United States of America	www.globalacademycme.com/topics/rheumatology/conferences/7th-annual-perspectives-in-rheumatic-diseases/conference-overview.html
13-16 September 2014	The 4th International Conference of The Arab Society for Medical Research-Medical Research and Health Challenges in Arab World	Ain Sokhna	Egypt	www.asmr.eg.net
19-21 September 2014	Integrative Medicine for Mental Health 5th Annual Conference	San Antonio	United States of America	www.mentalhealthconference2014.com
19-25 September 2014	The Ninth Greek Legal and Medical Conference 2014	The Greek Riviera	Greece	www.greekconference.com.au

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

• กองบรรณาธิการ



LifeLogger กล้องที่ถ่ายทอดมุมมองจริงของผู้ใช้

LifeLogger กล้องถ่ายภาพแบบใหม่ที่ผู้ใช้เพียงแค่สวมเข้ากับหูเหมือนการใช้หูฟังบลูทูธ ซึ่งตัวกล้องจะอยู่ในระดับสายตาพอดี ทำให้ภาพที่ถูกบันทึกออกมาในมุมมองเดียวกับผู้ใส่ จึงสามารถถ่ายทอดมุมมองและภาพราวกับที่ตาของผู้ใส่เห็นให้ผู้อื่นดูได้ โดยสามารถถ่ายได้ทั้งวิดีโอและภาพนิ่ง ความละเอียดในการแสดงผลอยู่ที่ 720p และความคมชัดอยู่ในระดับ 5MP

หม้อหุงข้าวอัจฉริยะ Ergosense Cook

อีเลคโทรลักซ์ประเทศไทย เปิดตัวหม้อหุงข้าวรุ่นล่าสุด **Ergosense Cook** ที่มาพร้อมคุณสมบัติพิเศษที่นอกจากจะสามารถหุงได้ทั้งข้าวสวยและข้าวต้มแล้ว ยังสามารถทำอาหารได้ด้วยโปรแกรมเฉพาะสำหรับทำอาหารอีกถึง 12 โปรแกรม มีเทคโนโลยี High Wattage ที่ใช้ความร้อนสูงเพื่อให้ข้าวสุกเร็วทันใจ ช่วยขจัดปัญหาเรื่องข้าวบูดเนื่องจากน้ำหยดลงข้าวให้หมดไป และยังช่วยทำให้ข้าวอุ่นได้ยาวนานขึ้น ด้วยระบบทำความร้อนแบบ 3 ทิศทางคือ ด้านบน ด้านล่าง และด้านข้าง อีกทั้งยังมีโปรแกรม Smart 24HR Timer ที่ใช้ตั้งเวลา โดยสามารถตั้งเวลาในการอุ่นล่วงหน้าได้ถึง 24 ชั่วโมง

Google โชว์รถยนต์ไร้คนขับ

ล่าสุด **Google** เผยโฉมรถยนต์ไร้คนขับเวอร์ชั่นใหม่ที่ตัดฟังก์ชันที่ไม่จำเป็นออกไปไม่ว่าจะเป็นพวงมาลัย คันเร่ง หรือแม้แต่เบรก เหลือเพียงแต่เบาะนั่งขนาด 2 ที่นั่ง โดยรถยนต์ไร้คนขับรุ่นนี้จะใช้เซ็นเซอร์และซอฟต์แวร์ในการบังคับทิศทาง ซึ่งสามารถตรวจจับวัตถุรอบทิศทางได้ในรัศมีเท่ากับสนามฟุตบอล 2 สนาม ผู้นั่งเพียงแค่บอกจุดหมายปลายทางและกดปุ่มสตาร์ตรถยนต์เท่านั้น แค่นี้ก็ถึงที่หมายได้เอง โดย **Google** วางแผนที่จะผลิตรถยนต์ไร้คนขับรุ่นนี้ออกมาก่อน 100 คัน และนำไปทดสอบที่แคลิฟอร์เนียในอีก 2-3 ปีข้างหน้านี้

• กองบรรณาธิการ

21 วัน หุ่นเป๊ะได้สไตล์สาวเกาหลี

ผู้เขียน : **Jung Da-Yeon (จุง ดายึน)**
ผู้แปล : **อภิศรี นิรุตติปัญญากุล**
สำนักพิมพ์ : เนชั่นบุ๊คส์
ราคา 295 บาท

เครียดกันไหมคะเรื่องความอ้วน อดอาหารก็แล้ว ออกกำลังกายก็แล้ว ทำไมหุ่นยังไม่ดีขึ้น เฮ้อ! ทำไปทำมาก็ซักท้อ “21 วัน หุ่นเป๊ะได้สไตล์สาวเกาหลี” เป็นชุดท่าบริหารที่ลดความอ้วนได้จริงโดยไม่ต้องหวังพึ่งปาฏิหาริย์!

ซองดายอน หรือคุณป้าหุ่นเป๊ะ เทรนเนอร์ผู้โด่งดังไปหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ปีนี้เธออายุ 49 แล้ว แต่ด้วยหุ่นที่ฟิตกระชับทำให้ดูเด็กกว่าอายุจริงมาก เธอคิดค้นท่าบริหารที่ทั้งสนุกและได้ผลลัพธ์แบบแอโรบิกและการบริหารกล้ามเนื้อ เรียกเก๋ ๆ ว่า “FIGUREROBICS” โดยในเล่มแรกนี้ ปกกลับหน้ากลับหลังเก๋ไก๋ เป็นการบริหารในส่วนของไหล่และแขน, หน้าอกและหลัง

เมื่ออายุมากขึ้น สิ่งที่ผู้หญิงต้องการศัลยกรรมมากที่สุดคือหน้าอก ผู้หญิงมักหมดความมั่นใจในหน้าอกและแผ่นหลังของตัวเอง อีกทั้งผิวที่คอก็ค่อย ๆ เสียความยืดหยุ่นไป ไหล่ตกลง แขนใหญ่ขึ้นจนใส่เสื้อผ้าพอดีตัวไม่ได้ ต้องใส่เสื้อหลวม ๆ สไตล์คุณป้า ซึ่งการทำท่าบริหารเป็นประจำจะช่วยให้สาว ๆ มีรูปร่างเพรียวกระชับสวยงามขึ้นได้ เพียงวันละ 30 นาที สนุกไปกับท่าออกกำลังกายที่คุณป้าหุ่นเป๊ะออกแบบ

นอกจากท่าบริหารแล้วยังมีอาหารเมนูพิเศษของเธอที่โด่งดังในอินเตอร์เน็ต มีวิธีการทำอาหาร และเคล็ดลับต่าง ๆ เช่น การนวดบรรเทาอาการปวดเมื่อยหลังและไหล่ด้วยลูกบอล การบริหารกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่นำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่าย พร้อมภาพประกอบสี่สีสวยงาม สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ซึ่งเพียง 21 วัน คุณจะเปรียบเทียบผลก่อนและหลังได้อย่างชัดเจน

บิวตี้เทรนเนอร์มืออาชีพชาวเกาหลีผู้โด่งดังในอินเตอร์เน็ต เดินสายออกรายการทีวี เป็นวิทยากร และเจ้าของผลงานหนังสือติดอันดับ 1 เบสต์เซลเลอร์ของสามช็อปปิ้งมอลล์ยักษ์ใหญ่ในญี่ปุ่น, อันดับ 1 เบสต์เซลเลอร์เว็บไซต์อเมซอนญี่ปุ่นปี ค.ศ. 2007, ครองอันดับ 1 2 3 เบสต์เซลเลอร์เว็บไซต์อเมซอนญี่ปุ่นปี ค.ศ. 2011 และอันดับ 1 เบสต์เซลเลอร์ประเทศจีนและได้หวัน 2 ปี ปัจจุบันเปิดสอน Figurerobics ให้แก่สาว ๆ ที่ต้องการหุ่นสวยที่ JETA

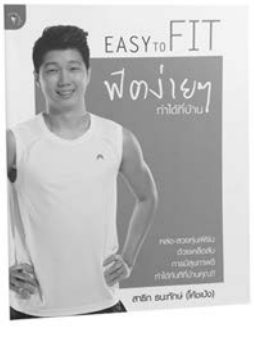
Easy to Fit ฟิตง่าย ๆ ทำได้ที่บ้าน

ผู้เขียน : **สาธิก ธนะทักษ์ (โค้ชเป้ง)**
สำนักพิมพ์ : มติชน
ราคา 240 บาท

หากคิดว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก หรือต้องรอให้มีเวลาก่อน หนังสือเล่มนี้จะชวนให้คุณหันกลับมาคิดว่า “ออกกำลังกายคือเรื่องง่าย ๆ” และสามารถทำได้เลยที่บ้าน!!

โค้ชเป้ง (สาธิก ธนะทักษ์) โค้ชเทรนเนอร์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกายภาพจะมาอธิบายให้เราเข้าใจถึงหลักการออกกำลังกายอย่างแท้จริงว่าไม่ใช่เรื่องที่ยุ่งยากและสามารถทำได้ด้วยตัวเอง ด้วยเนื้อหาในเล่ม เช่น สุดยอดท่าแพลงก์ป้องกันพุงป่อง, ออกกำลังกาย 3 หมู่, กินเท่ากัน ทำไมอ้วนไม่เท่ากัน?, หลักการกินให้ฟิตแอนด์เฟิร์ม!, รวมโปรแกรมการออกกำลังกายง่าย ๆ ทำได้ที่บ้าน

ถึงเวลาแล้วที่คุณจะมาฟิตร่างกายให้หล่อ-สวย มีสุขภาพดีด้วยตัวเอง เพราะ “เราใช้เงินลดความอ้วนไม่ได้” หนังสือเล่มนี้จะทำให้ผู้อ่านเข้าใจวิธีปรับใช้การออกกำลังกายกับชีวิตประจำวัน เนื้อหาทั้งหมดการันตีว่าทำง่ายได้ที่บ้าน อ่านไปทำตามไปได้ผลไวและยั่งยืนแน่นอน



มอบทุนส่งเสริมงานวิจัย

กลุ่มธุรกิจโคคา-โคลา ในประเทศไทย มุ่งมั่นส่งเสริมประชาชนไทยใช้ชีวิตกระฉับกระเฉงและสุขภาพดีผ่านแบบแผนการบริโภคที่สมดุล มอบเงินทุนวิจัยมูลค่า 500,000 บาท แก่ **สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย** ในโครงการ **"ทุนโคคา-โคลาเพื่อสุขภาวะที่ดี"** ใน 2 หัวข้อ ได้แก่ การศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือหรือสื่อการสอนที่ส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องสมดุลโภชนาการ และงานส่งเสริมสุขภาพชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ส่งเสริมให้เกิดการวิจัยและให้ความรู้ผ่านการผลิตสื่อการสอนและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพชุมชนที่มุ่งสนับสนุนแนวคิดเรื่องสมดุลโภชนาการแบบองค์รวม เมื่อไม่นานมานี้

เปิดโครงการมาตรฐานสถานพยาบาลสัตว์

สมาคมสัตวแพทย์ผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์แห่งประเทศไทย (VPAT) เปิด **โครงการมาตรฐานสถานพยาบาลสัตว์ครั้งแรกในประเทศ (TAHSA - Thailand Animal Hospital Standards and Accreditation)** พร้อมประกาศเชิญชวนสถานพยาบาลสัตว์ทั่วประเทศร่วมโครงการ หวังยกระดับมาตรฐานในการรักษาสัตว์เลี้ยง ยกระดับสวัสดิภาพสัตว์ให้ดีขึ้น โดยมี **รศ.สพญ.ดร.เกวลี ฉัตรดรงค์ นายกสมาคมสัตวแพทย์ผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์แห่งประเทศไทย (VPAT)** (ขวาสุด), **สพญ.ดร.ศิรยา ชื่นกำไร ประธานโครงการสร้างมาตรฐานสถานพยาบาลสัตว์แห่งประเทศไทย** (ซ้ายสุด) พร้อมด้วย **โปรเฟสเซอร์โยล่า เคอร์เพนสไตน์ ประธานบริหารฝ่ายวิเทศสัมพันธ์และสายงานวิชาชีพสัตวแพทย์ บริษัท ฮิลล์ เพ็ท นิวตริชั่น อิงค์** (กลาง) **คุณแด๊บบี้ กาดอมสกี้** (ที่ 2 จากขวา) และ **คุณลอรี่ มิเล่อร์ ผู้ชำนาญการด้านมาตรฐานสถานพยาบาลสัตว์จากสมาคมโรงพยาบาลสัตว์แห่งสหรัฐอเมริกา AAHA (American Animal Hospital Association)** (ที่ 2 จากซ้าย) ให้เกียรติร่วมแถลงข่าว ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี เมื่อไม่นานมานี้

ต้อนรับผู้บริหารอุตสาหกรรมปิโตรเคมี

รอยัล คลิฟ โฮเต็ล กรุ๊ป และศูนย์ประชุมพีช พัทยา ได้รับเกียรติเป็นสถานที่ต้อนรับผู้บริหารระดับสูงในอุตสาหกรรมปิโตรเคมีทั่วโลก ร่วมการประชุมสุดยอดผู้นำอุตสาหกรรมปิโตรเคมีภูมิภาคเอเชีย Asia Petrochemical Industry Conference (APIC) 2014 ภายใต้ธีม **"Transformation, a map redrawn"** โดยได้รับเกียรติจาก **คุณเอกรัตน์ ทองธวัช ประธานกลุ่มอุตสาหกรรมปิโตรเคมี ประธานคณะกรรมการจัดงาน** (กลาง) พร้อมด้วย **Mr.Preston W.Chen Chairman, Petrochemical Industry Association of Taiwan (PIAT)** (ซ้ายสุด), **Mr.Bang, Han-hong Chairman, Korea Petrochemical Industry Association (KPIA)** (ที่ 2 จากซ้าย), **Mr.Yoshimitsu Kobayashi Chairman, Japan Petrochemical Industry Association (JPCA)** (ที่ 3 จากซ้าย), **Mr.Shri Kamal Nanavaty Vice President, Chemicals & Petrochemicals Manufacturers' Association of India (CPMA)** (ที่ 3 จากขวา), **Mr.Akbar MD Thayoob President, Malaysian Petrochemicals Association (MPA)** (ที่ 2 จากขวา) และ **Mr.Tay Kin Bee Chairman, Singapore Chemical Industry Council (SCIC)** (ขวาสุด), ร่วมเป็นเกียรติในพิธีเปิด ณ Hall D ศูนย์ประชุมพีช โรงแรมรอยัล คลิฟ โฮเต็ล กรุ๊ป เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี เมื่อไม่นานมานี้

เปิดประชุมอนามัยการเจริญพันธุ์

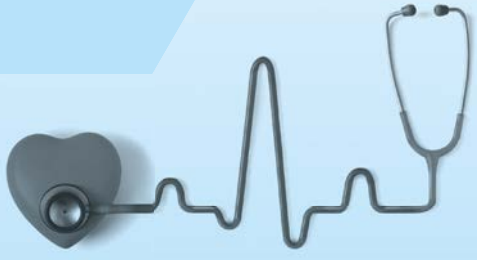
นพ.อำนวย กาจีนะ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย **ทพ.สุธา เจียรมณีโชติชัย รองอธิบดีกรมอนามัย, นพ.กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์** และ **ผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง** ร่วมเปิด **การประชุมวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 4 เรื่อง "อนามัยการเจริญพันธุ์: ประชากรคุณภาพ"** ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้

วงการแพทย์ สัญจรทั่วไทย 2557

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2557 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์แก่แพทย์ในโรงพยาบาลสงฆ์ และสถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป

โรงพยาบาลสงฆ์

สถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์
มหาวิทยาลัยรังสิต



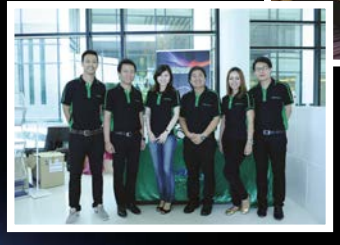
ประมวลภาพบรรยากาศงานประชุมวิชาการ

ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย

ร่วมกับ

บริษัท อเมริกัน ไต้หวัน ไบโอฟาร์ม จำกัด

Non PPI medical management for GERD and LPR



วันที่ 21 พฤษภาคม 2557

The Zign Hotel, Pattaya

Speaker :

อ.นพ.ภูริช ประณีตวตกุล

ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

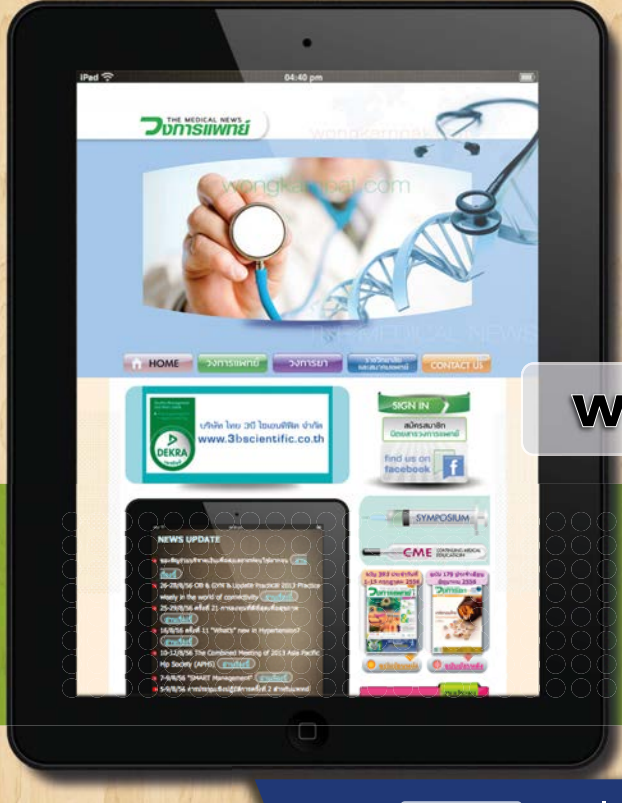
Speaker :

รศ.ดร.นพ.รัฐกร อิไลชนม์

หน่วยโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

atb always beside you.



แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

www.wongkarnpat.com

กด Like ได้ที่ www.facebook.com/Wongkarnpat

Apolets

Clopidogrel bisulfate equivalent to 75 mg of clopidogrel base

Imported Finished Product from Canada

Confidence in Bioequivalence Study with Clinical Trial

in patients who planned undergoing coronary angioplasty

Conclusion

- Generic clopidogrel (Apolets®) 600 mg loading dose is as effective as original clopidogrel.
- In the patients who required rapid platelet inhibition such ACS or adhoc PCI patients, either original or generic clopidogrel 600 mg can be used.
- The inhibition of platelet aggregation can achieve up to 80% at six hour after double loading dose.

Manufactured by: Apotex Incorporated, Ontario, Canada
Imported and Distributed by: BERLIN PHARMACEUTICAL INDUSTRY CO., LTD.
359 New Road, Bangkok 10100, Thailand. Tel. 0-2225-4261-3 Fax. 0-2225-4260 E-mail: Info@berlinpharm.com

Reference: J Med Assoc Thai 2012; 95 (12): 1495-500
โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ.520/2556

Berlin

Lanzaar 50

Losartan potassium 50 mg

Losartan potassium is on National List of Essential Medicines 2008 (บัญชี ก)

Lanzaar is an Angiotensin II Receptor Blocker

Lanzaar is indicated for

- Treatment of hypertension (HTN)
- Treatment of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes mellitus (NIDDM) and a history of hypertension
- Stroke risk reduction in patients with HTN and left ventricular hypertrophy (LVH)

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ.883/2553

Manufactured by: Apotex Incorporated, Ontario, Canada
Imported and Distributed by: BERLIN PHARMACEUTICAL INDUSTRY CO., LTD.
359 New Road, Bangkok 10100, Thailand. Tel. 0-2225-4261-3 Fax. 0-2225-4260 E-mail: Info@berlinpharm.com

Berlin