

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

ปีที่ 16 ฉบับ 420 ประจำวันที่ 16-31 สิงหาคม พ.ศ. 2557

ทุกภาคเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์
โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลถูกใจทันที



กด Like ได้ที่
www.facebook.com/วงการแพทย์

จัดระเบียบ
'อัมบุต' ^{ด้วย}
คุณเข้มจริยธรรมแพทย์

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

SANOFI PASTEUR

MENARINI

BIO PHARM

รายงานพิเศษ
ถึงเวลาหรือยัง
กับการใช้เครื่องมือ
ในวัยผู้ใหญ่

Systematic
Review

ยาเสพติดหรือยัด
กับการรักษา
ใช้เลือดออก

Special
เปิดใจ ศ.นพ.ธนาธิปไตยพร
ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ

intanza, innovative MICRO-NEEDLE vaccine against influenza
EFFECTIVE FLU PROTECTION with a SIMPLE TOUCH

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



A MINIMALLY INVASIVE SOLUTION^{5,6}
1M to 32 mm

- targets the immune potential of the skin¹
- 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 MEDICAL PRODUCT: Intanza® 9 µg and Intanza® 15 µg. Intanza® 9 µg, suspension for injection, Influenza vaccine (split virion, inactivated). QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION: Each 0.5 ml contains 9 µg of inactivated influenza virus (split virion) of each of the three recommended strains. The vaccine complies with the WHO recommendations (Northern or Southern Hemisphere). For a full list of ingredients, see section 6.1 of the package leaflet. PHARMACEUTICAL FORM: Suspension for injection. Collection and shipment: Intanza® 9 µg, suspension for injection, in 0.5 ml glass ampoules. Intanza® 15 µg, suspension for injection, in 0.5 ml glass ampoules. The use of Intanza® should be based on official recommendations. Precautions and method of administration: Precautions: Adults up to 18 years of age: 0.5 ml of Intanza® 9 µg, individuals 60 years of age and over: 0.5 ml of Intanza® 15 µg. Pediatric 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: Intradermal injection should be carried out by intradermal route. The recommended site of administration is the upper arm. The vaccine should be injected into the skin before administration, see section 6.2 of the package leaflet. Contraindications: Hypersensitivity to the active substances, to any of the excipients, to chicken proteins, to egg proteins, and to chicken proteins. The vaccine may also contain residues of the following substances: monomers, formaldehyde and octadecyl 9. Intanza® should be prepared in subjects with H1N1 virus 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).
References
1. Laurent P. Inactivated virus delivery: Will new delivery systems transform vaccine administration. Vaccine 2010;28:3197-320. 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 P, et al. Evaluation of the clinical performance of new intradermal vaccine administration technique and associated delivery system. Vaccine 2007;25:1853-62. 6. WHO recommendations and reports, August 5, 2010.

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

ในประเทศไทย: บริษัท สันofi แพสเจอร์ จำกัด
เลขที่ 109/2554

sanofi pasteur
The vaccines division of sanofi-sintabo Group



edarbi
azilsartan medoxomil
40 mg • 80 mg tablets

**59%
ACHIEVED
GOAL**^{*1}
(P<.002)

SUPERIOR²
FOR **MOST**
OF THE 24 HR
BP-CONTROL **

EARLY²
BP CONTROL
VS.
VALSARTAN



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. ถนนสุขุมวิท

HARD TO IGNORE



เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ รศ. 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 (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



...going one step further

Realistic Training with 3B Scientific® Products



A10



F10



P60



G08



A300

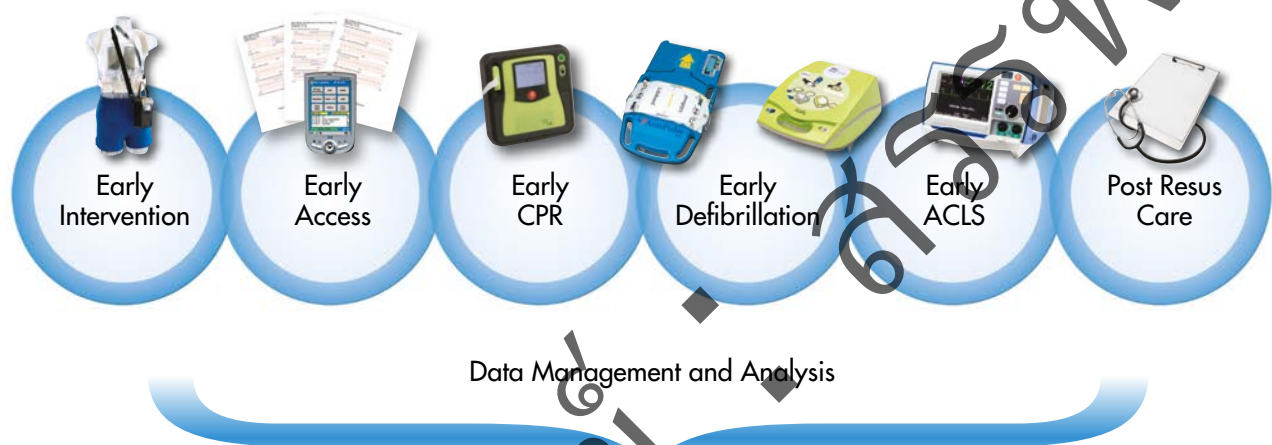


P72



P10

Impacting Outcomes Link by Link



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

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

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

Medical minds think alike.



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



www.mindray.com

mindray
healthcare within reach



CMCC 16th

**Faculty of Medicine, Chiang Mai University
and**

Takeda (Thailand) Ltd.

Cordially invite you to attend

Luncheon symposium

"TZD and Myth of the Phoenix: The Challenge in Type 2 Diabetes with Insulin Resistance"



**Insulin resistance: Importance risk factors
for CV Disease and Diabetes**

Assoc.Prof.Nattapong Kosachunhanun, M.D.

Department of Endocrinology, Chiang Mai University



**Insulin resistance: Clinical assessment and
therapy approaches in T2DM with insulin resistance**

Assoc.Prof.Apiradee Sriwijitkamol, M.D.

Division of Endocrinology and Metabolism, Faculty of Medicine,
Siriraj Hospital, Mahidol University



**How to delay complications in T2DM
with insulin resistance patients**

Assoc.Prof.Srun Kuanprasert, M.D.

Department of Cardiology, Chiang Mai University

FRIDAY, SEPTEMBER 12TH, 2014

12:00-13:30

2ND FLOOR, ROOM 1

SHANGRI-LA HOTEL, CHIANG MAI





CMCC 16th

**Faculty of Medicine, Chiang Mai University
and
Takeda (Thailand) Ltd.**

Cordially invite you to attend

Breakfast symposium

"The Chamber of Secrets" Elderly Hypertension



**Chamber 1:
Minimized Target organ damage**

Dr. Vuddhidej Ophascharoensuk, M.D.

Department of Nephrology, Chiang Mai University



**Chamber 2:
Optimizing Management in the Real World**

Assoc. Prof. Srun Kuanprasert, M.D.

Department of Cardiology, Chiang Mai University

SATURDAY, SEPTEMBER 13TH, 2014

7:00-8:30

2ND FLOOR, ROOM 2

SHANGRI-LA HOTEL, CHIANG MAI



CMCC 16th

Faculty of Medicine, Chiang Mai University

and

Takeda (Thailand) Ltd.

Cordially invite you to attend

Luncheon symposium

Azilsartan Medoxomil and the Half-Blood Prince

**“Challenges of blood pressure control:
current & future options in blocking the RAAS”**



Gap in Hypertension management in Thailand

Assoc. Prof. Srun Kuanprasert, M.D.

Department of Cardiology, Chiang Mai University



Role of New ARB: getting to goal in real world

Future option of ARB plus Chlorthalidone

Gp. Capt. Krisada Sastravaha, M.D.

Chief of Cardiology Unit, Department of Medicine,
Bhumibol Adulyadej Hospital. RTAF



Better control of hypertension with T2DM

Assist. Prof. Pongamorn Bunnag, M.D.

Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Medicine,
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

SATURDAY, SEPTEMBER 13TH, 2014

12:00-13:30

2ND FLOOR, ROOM 1

SHANGRI-LA HOTEL, CHIANG MAI

การระบาดของเชื้ออีโบล่า

คณะที่ปรึกษาเกิดศึกศึก

ศ.นพ.มนตรี ตูจิตินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย
ศ.กิตติคุณนพ.คุณวัฒน์ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์
ศ.พญ.ชนิกา ตูจิตินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์
ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวิชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาถ ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอมนันตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วณิศ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีระยุวะระลิต

แผนกศิลป์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ขาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาญชนะ, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศรีวิวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธุ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสิฐกุล

โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 แฟกซ์ 0-2435-2345 ต่อ 181

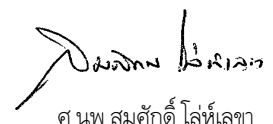
สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ได้มีการระบาดของเชื้ออีโบล่าในเขตแอฟริกาตะวันตก ได้แก่ ประเทศกินี ไบรีเรีย และเซียร์ราลีโอน ถึงวันที่ 6 สิงหาคม มีผู้ป่วยแล้ว 1,779 คน ตายไปแล้ว 961 คน นับว่าเป็นการระบาดที่ใหญ่ที่สุดของโรคนี้ เรารู้จักเชื้ออีโบลามาแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 ในช่วงนั้นมีการระบาดอยู่ที่ 2 ประเทศในแอฟริกาฝั่งคือประเทศซูดานและสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (เดิมชื่อ ชาร์อี) ใกล้กับแม่น้ำอีโบล่า การระบาดที่ซูดานมีคนป่วย 284 คน ตาย 151 คน ส่วนที่สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโกมีผู้ป่วย 318 คน ตาย 280 คน ตอนนั้นเข้าใจว่าเป็นโรคไข้เลือดออกชนิดหนึ่งในระยะแรกเรายังไม่รู้ว่าติดต่อกันอย่างไร เวลามีคนตายชาวบ้านจะทำการเผาศพเอาลำไส้ออกเพื่อว่าศพจะได้ไม่เน่า เขาไม่ได้ใส่ถุงมือ ปรากฏว่าผู้ที่สัมผัสกับศพป่วยตายเกือบหมด มีโรงพยาบาลเล็ก ๆ แห่งหนึ่งที่ผู้ป่วยเข้าไปรักษา แพทย์และพยาบาลตายหมดเพราะไม่ทราบการติดต่อ คนที่เริ่มเป็นระยะแรก ๆ ติดมาจากลิงคิงคองและลิงชิมแปนซี ต่อมารู้ว่าติดจากการสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ถ้ามีการใส่ถุงมือและเสื้อผ้าป้องกันก็ไม่ติดต่อ เชื้อเข้าทางผิวหนังที่มีแผลและเข้าทางเยื่อเมือกต่าง ๆ โรคนี้หายไป 15 ปีแล้วเริ่มกลับมาใหม่ในแอฟริกาฝั่ง อัตราตายประมาณ 50-90% ไม่มีวัคซีนป้องกันและไม่มียารักษา นักวิทยาศาสตร์พบว่าโรคนี้เกิดจากไวรัสกลุ่มฟิลิไวรัสที่สำคัญมี 2 ชนิด คือมาร์เบิร์กซึ่งทำให้เกิดโรคคล้ายกันและมีอัตราตายสูง (โรคมาร์เบิร์กพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2510 ในเมืองมาร์เบิร์กของประเทศเยอรมนี บุคลากรในห้องปฏิบัติการของบริษัทขาดเชื้อจากลิงที่ซื้อมาจากประเทศอูกันดา ป่วยไป 31 คน ตายไป 7 คน) และเชื้ออีโบล่าซึ่งมีอยู่ 5 สายพันธุ์ สายพันธุ์ที่ทำให้มีอัตราตายสูงคือ สายพันธุ์แชรอีและสายพันธุ์ซูดาน ส่วนสายพันธุ์เรสตันที่พบในลิงของประเทศฟิลิปปินส์และจีนไม่ก่อโรครุนแรงในคน ไม่ทำให้คนตาย การระบาดของเชื้ออีโบลามีเกือบทุกปีในแอฟริกาฝั่งแต่ครั้งนี้มาที่แอฟริกาตะวันตก โรคนี้เริ่มในป่า ชาวบ้านไม่มีความรู้ คนที่ไปงานศพมักจะไปสัมผัสกับศพเลยติดโรค หลังจากรู้เรื่องการติดต่อแล้วก็ยังมีปัญหาเพราะไม่มีห้องแยกและไม่มีเสื้อผ้าที่ใช้ใส่ป้องกันการสัมผัสเพียงพอ โรคนี้ติดโดยการสัมผัสกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือสัตว์ที่กำลังมีอาการหรือตายแล้ว เชื้อเข้าทางผิวหนังที่มีแผลหรือเยื่อเมือกต่าง ๆ ผู้ป่วยที่สัมผัสเชื้อมักมีอาการในเวลา 8-10 วัน แต่อาจสั้นเพียง 2 วันหรือนานถึง 21 วัน คนที่อยู่ในระยะพักตัวยังไม่แพร่เชื้อ คนที่ไปในท้องถิ่นที่ระบาดมาเราจะต้องแยกไว้ 21 วัน ถ้าไม่มีอาการแสดงว่าไม่ได้ติดโรคมา ที่น่ากลัวคือคนที่อยู่ในท้องถิ่นที่กำลังระบาดแล้วเดินทางออกนอกพื้นที่ทำให้เชื้อกระจายไปยังส่วนอื่นของโลก อาการของโรคคล้ายไวรัสทั่วไป มีไข้สูง ปวดศีรษะ เจ็บคอ ปวดตามกล้ามเนื้อ อ่อนแรง อาเจียน ท้องเดิน มีเลือดออกในอวัยวะภายในและผิวหนัง มีเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ มีภาวะตับไตวายและถึงแก่ชีวิต คนที่หายจากโรคยังสามารถตรวจพบเชื้อได้ในน้ำอสุจินานถึง 61 วัน

เชื้อไวรัสอีโบลานี้อยู่ในค้างคาวที่กินผลไม้ แล้วไปติดลิงหรือหมู ทำให้สัตว์ป่วยคนไปจับต้องกับซากสัตว์ที่ป่วยหรือตาย โรคนี้ติดมายังคน ค้างคาวที่กินผลไม้ไม่มีทั่วไปในแอฟริกาและเอเชีย น่าสนใจว่าโรคพิษสุนัขบ้าพบในค้างคาว โรคใหม่หลายโรคก็อยู่ในค้างคาว เช่น โรคนิปปาไวรัสที่ทำให้เกิดการระบาดของสมองอักเสบในคนที่เลี้ยงหมูในมาเลเซีย โรคชาร์สก็มาจากค้างคาวไปติดชะมดที่กวางเจาแล้วติดต่อมายังคน โรคเมอร์สที่ระบาดในตะวันออกกลางก็มาจากค้างคาวที่ติดไปยังอูฐแถวซาอุดีอาระเบียแล้วติดต่อมายังคน


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 420 วันที่ 16 - 31 สิงหาคม 2557



3 โลกกว้างทางแพทย์

- Androgen-Deprivation Therapy สำหรับมะเร็งต่อมลูกหมาก
- ความปลอดภัยยาคีซินไกรรณในหญิงตั้งครรภ์
- การควบคุมเบาหวานอย่างเคร่งครัดต่อ Albuminuria ในเบาหวานชนิดที่ 1

7 Get Up

- อัลไซเมอร์หนึ่งในสามป้องกันได้
- ห้องปฏิบัติการสหรัฐฯ ฉาว สลับตัวอย่างเชื้อโรคร้ายแรง
- หญิงจีนพึ่งกรุงเทพฯ ศูนย์เลือกเพศ

9 Movement

10 รายงานพิเศษ

วัดพระแก้วติดตั้งเครื่อง AED
สร้างความเชื่อมั่นนักท่องเที่ยวต่างชาติ
ซูไทยพร้อมรับ AEC

12 ข่าวสารการแพทย์

- สธ.เร่งตั้งศูนย์สมาริบำบัดในโรงพยาบาลในสังกัด
- คนไทยอ้วน 16 ล้านคน หญิงมากกว่าชาย 2 เท่าตัว

13 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

Ascites

14 รายงานพิเศษ

ถึงเวลาหรือยังกับการฉีดวัคซีนไขสันหลังอีกเสบเคในวัยรุ่น
และผู้ใหญ่

16 Systematic Review

ยาสเตรอยด์กับการรักษาไข้เลือดออก

17 In Focus

จัดระเบียบ 'อุ้มบุญ'
คุมเข้มจริยธรรมแพทย์

20 รายงานพิเศษ

หยุด...เบาหวาน "STOP DIABETES NOW"

22 Special

เปิดใจ ศ.นพ.ธำนิษฐ์ อินทรกำธรชัย
ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
กับการสร้างศักยภาพอายุรแพทย์ไทยควบคู่กับการให้ความรู้
สู่ประชาชน

25 หลากสีสัน

การรักษาที่ไร้รอยต่อ

27 เสี่ยงแพทย์

ทำไมระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงทำลายระบบ
สาธารณสุขไทย

29 จุฬาปริทัศน์

ผู้ดูแลตัวช่วยตัวคัญผู้ป่วยอัลไซเมอร์

32 Radar

สวอยอย่างปลอดภัย

◆ เสริมจมูกด้วยสเต็มเซลล์จากไขมัน

33 เฉพาะโรค

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

37 มุมนิติเวช

การตายผิดธรรมชาติที่เป็นการตายตามธรรมดา
(รายงานผู้ตาย 1 ราย)

41 เกาะติดงานประชุม

สวรส. จัดประชุมวิชาการ '57

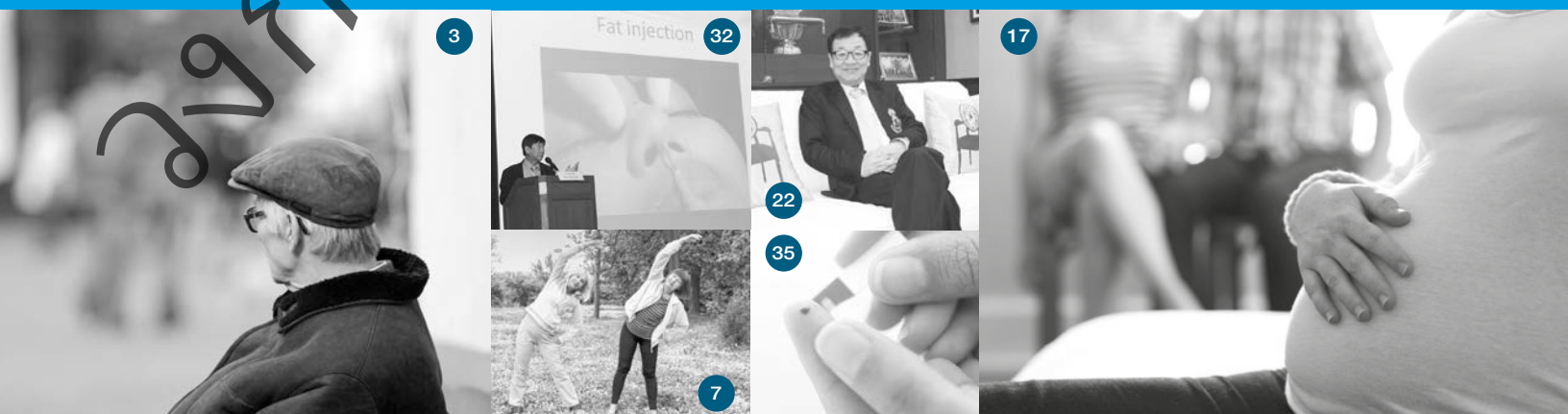
ชุดคุณค่างานวิจัย "พลิกกระบวน-เปลี่ยนชีวิตคนไทย"

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

ก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคมุมิคุ้มกันบกพร่อง ภาควิ VII (Human immunodeficiency
virus : HIV)



Androgen-Deprivation Therapy สำหรับมะเร็งต่อมลูกหมาก

JAMA Intern Med. Published online July 14, 2014.

บทความเรื่อง Fifteen-Year Survival Outcomes Following Primary Androgen-Deprivation Therapy for Localized Prostate Cancer รายงานว่า อัตราการตรวจพบโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในสหรัฐอเมริกาอยู่ที่ 1 ใน 6 ราย และแม้ยังไม่มียาต้านมะเร็งที่รักษาด้วย androgen-deprivation therapy (ADT) สำหรับมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแรก แต่การรักษาดังกล่าวก็ใช้กันแพร่หลายสำหรับมะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะที่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุมาก

นักวิจัยได้ศึกษาผลกระทบต่อการรอดชีวิตระยะยาวจาก ADT ในชายสูงอายุที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะที่ (T1/T2) โดยศึกษาจากผู้ป่วยสวัสดิการ Medicare 66,717 คน ซึ่งมีอายุ 66 ปี หรือมากกว่า ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในพื้นที่โครงการ Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program เข้ารับการตรวจระหว่างปี ค.ศ. 1992-2009 และไม่ได้ได้รับการรักษาเฉพาะที่ภายใน 180 วันหลังตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมาก นักวิจัยประเมินผลกระทบของ ADT ด้วย instrumental variable analysis และควบคุมอคติที่สัมพันธ์กับตัวแปรบวกรวมที่วัดโดยตรงไม่ได้ โดยตัวแปรเครื่องมือเป็นพื้นที่บริการสาธารณสุขซึ่งมีอัตราการรักษาด้วย ADT แตกต่างกัน การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์การรอดชีวิตระหว่างพื้นที่ที่เป็น tertile บนสุดและล่างสุด ผลลัพธ์หลักได้แก่ การรอดชีวิตจากมะเร็งต่อมลูกหมาก และการรอดชีวิตโดยรวม

จากมาตรฐานการติดตาม 110 เดือน พบว่า ADT ไม่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นด้านการรอดชีวิตที่ 15 ปี หรือการรอดชีวิตจากมะเร็ง

ต่อมลูกหมากหลังตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะที่ในผู้ป่วยที่เป็น moderately differentiated cancers พบว่า การรอดชีวิตโดยรวมที่ 15 ปี เท่ากับ 20% ในพื้นที่ที่มีอัตราการใช้ ADT สูง vs 20.8% ในพื้นที่ที่มีอัตราการใช้ต่ำ (difference: 95% CI -2.2% ถึง 0.4%) และการรอดชีวิตจากมะเร็งต่อมลูกหมากที่ 15 ปี เท่ากับ 90.6% ในทั้งสองพื้นที่ (difference: 95% CI -1.1% ถึง 1.2%) ในผู้ป่วยที่เป็น poorly differentiated cancers พบว่า การรอดชีวิตจากมะเร็งที่ 15 ปี เท่ากับ 78.6% ในพื้นที่ที่มีอัตราการใช้สูง vs 78.5% ในพื้นที่ที่มีอัตราการใช้ต่ำ (difference: 95% CI -1.8% ถึง 2.4%) และการรอดชีวิตโดยรวมที่ 15 ปี เท่ากับ 8.6% vs 9.2% (difference: 95% CI -1.5% ถึง 0.4%)

การรักษาด้วย ADT ไม่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นด้านการรอดชีวิตระยะยาวหรือการรอดชีวิตจำเพาะโรคในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะที่ จึงควรใช้ ADT เฉพาะสำหรับการบรรเทาอาการของมะเร็งหรือป้องกันอาการเจ็บปวดจากการลุกลามของโรค



พยากรณ์ความเสี่ยงกระดูกหักหลังหยุด Alendronate แล้ว 4-5 ปี

JAMA Intern Med. 2014;174(7):1126-1134.

บทความเรื่อง Fracture Prediction after Discontinuation of 4 to 5 Years of Alendronate Therapy : The FLEX Study รายงานว่าการหยุดยา bisphosphonate หลัง 3-5 ปี เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ขณะที่ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับการติดตามความเสี่ยงกระดูกแตกหักหลังการหยุดยา นักวิจัยจึงได้ทดสอบแนวทางการพยากรณ์ความเสี่ยงกระดูกแตกหักในผู้หญิงที่หยุดยา alendronate หลัง 4-5 ปี ในการศึกษา Fracture Intervention Trial Long-term Extension (FLEX) โดยสุ่มให้ผู้หญิงวัยทองอายุ 61-86 ปี และเคยรักษาด้วย alendronate มาแล้ว 4-5 ปี ได้รับการรักษาต่อด้วย alendronate หรือยาหลอกอีก 5 ปี จากปี ค.ศ. 1998-2003 โดยวิเคราะห์ล่าสุดเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก การประเมินผล dual-energy x-ray absorptiometry (DXA) ของกระดูกสะโพกและสันหลังทำเมื่อเริ่มให้ยาหลอก (พื้นฐานของการศึกษา FLEX) และหลังการติดตาม 1-3 ปี ตัวชี้วัดด้านชีวเคมีของการหมุนเวียนของกระดูก, urinary type 1 collagen cross-linked N-telopeptide (NTX) และ serum bone-specific alkaline phosphatase (BAP) วัดที่ระยะพื้นฐานและ



ภายหลัง 1 และ 3 ปี

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ spine และ non-spine fractures แบบมีอาการที่เกิดหลังการติดตาม DXA หรือการหมุนเวียนกระดูก

ระหว่างการรักษาด้วยยาหลอกเป็นระยะเวลา 5 ปี มีผู้หญิง 94 คนจาก 734 คน (22%) เกิด symptomatic fracture 1 ครั้งหรือมากกว่า โดย 82 คนมีกระดูกแตกหักหลัง 1 ปี การเปลี่ยนแปลงที่ 1 ปี ของ DXA, NTX และ BAP ของสะโพกไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงกระดูกหักภายหลัง แต่อายุที่มากขึ้นและ DXA ของสะโพกส่วนล่างเมื่อหยุดยาสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงกระดูกแตกหักที่สูงขึ้น (lowest tertile of baseline femoral neck DXA vs other 2 tertiles relative

hazard ratio, 2.17 [95% CI 1.38-3.41]; total hip DXA relative hazard ratio, 1.87 [95% CI 1.20-2.92])

การศึกษาในหญิงวัยทองที่หยุดยา alendronate หลัง 4-5 ปี ชี้ว่า อายุและ BMD ของสะโพกขณะหยุดยาพยากรณ์กระดูกหักในช่วง 5 ปีหลังหยุดยา ขณะที่การติดตามประเมิน DXA ที่ 1 ปีหลังหยุดยา และ BAP หรือ NTX ที่ 1-2 ปีหลังหยุดยาไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงกระดูกหักและไม่แนะนำ

ผลให้ยาปฏิชีวนะหลังผ่าตัดต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัดถุงน้ำดี

JAMA. 2014;312(2):145-154.

บทความเรื่อง Effect of Postoperative Antibiotic Administration on Postoperative Infection Following Cholecystectomy for Acute Calculous Cholecystitis : A Randomized Clinical Trial รายงานว่า ร้อยละ 90 ของผู้ป่วย acute calculous cholecystitis มักมีอาการไม่รุนแรง (grade I) หรือปานกลาง (grade II) และแนะนำให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดและระหว่างผ่าตัดเป็นมาตรฐานสำหรับ acute calculous cholecystitis แต่ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาปฏิชีวนะหลังผ่าตัดยังคงมีจำกัด

นักวิจัยศึกษาผลของการให้ amoxicillin ร่วมกับ clavulanic acid ต่ออัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดถุงน้ำดีจากผู้ป่วย 414 คน ซึ่งเป็น acute calculous cholecystitis ระดับ grade I หรือ II ซึ่งได้รับ amoxicillin 2 กรัม ร่วมกับ clavulanic acid วันละ 3 ครั้งในโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัด และ 1 ครั้งระหว่างการผ่าตัด และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะหลังผ่าตัดวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน หรือไม่ได้รับยาระหว่างเดือน พฤษภาคม ค.ศ. 2010 ถึงสิงหาคม ค.ศ. 2012

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดหรือที่อวัยวะอื่นหลังผ่าตัดที่พบก่อนหรือพบจากการติดตาม 4 สัปดาห์

ผล intention-to-treat analysis จากผู้ป่วย 414 คน ซึ่งว่าอัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดเท่ากับ 17% (35 คนจาก 207 คน) ในกลุ่มที่ไม่ได้รับยา และ 15% (31 คนจาก 207 คน) ในกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

(absolute difference 1.93%; 95% CI -8.98% ถึง 5.12%) และผลจาก per-protocol analysis ในผู้ป่วย 338 คน ซึ่งว่าอัตราการติดเชื้อเท่ากับ 13% ในทั้งสองกลุ่ม (absolute difference 0.3%; 95% CI -5.0% ถึง 6.3%) จาก non-inferiority margin ที่เท่ากับ 11% พบว่าการไม่ได้รับยาปฏิชีวนะหลังผ่าตัดไม่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ต่ำกว่าการได้รับยาปฏิชีวนะ และจากการตรวจเชื้อในน้ำดีก็ไม่พบเชื้อใน 60.9% ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีผลลัพธ์ด้านความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนตามเกณฑ์ Clavien ไกล่เคียงกัน โดยผู้ป่วย 195 คน (94.2%) ในกลุ่มที่ไม่ได้รับยา มีคะแนนตั้งแต่ 0-I และผู้ป่วย 2 คน (0.97%) มีคะแนนตั้งแต่ III-V ขณะที่ผู้ป่วย 182 คน (87.8%) ในกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะ มีคะแนนตั้งแต่ 0-I และผู้ป่วย 4 คน (1.93%) มีคะแนนตั้งแต่ III-V

ผลการศึกษาในผู้ป่วย calculous cholecystitis ซึ่งมีอาการไม่รุนแรงหรือปานกลางซึ่งได้รับยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดและระหว่างผ่าตัดซ้ำๆ การไม่ได้รับ amoxicillin ร่วมกับ clavulanic acid หลังผ่าตัดไม่เป็นผลให้อุบัติการณ์ของการติดเชื้อหลังผ่าตัดสูงขึ้น



ความเสี่ยงทางพันธุกรรมต่อสมองพิการ

BMJ 2014;349:g4294.

บทความเรื่อง Familial Risk of Cerebral Palsy: Population Based Cohort Study รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ population based cohort study ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการประเมินความเสี่ยงการเป็นซ้ำของโรคสมองพิการในสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์หลายระดับเพื่อที่จะระบุรูปแบบการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

การศึกษาใช้ข้อมูลจากทะเบียน Medical Birth Registry ของนอร์เวย์ซึ่งเชื่อมโยงกับแผนประกันสังคมเพื่อระบุผู้ป่วยโรคสมองพิการและฐานข้อมูล Statistics Norway เพื่อระบุญาติ กลุ่มประชากรในการศึกษาเป็นชาวนอร์เวย์ 2,036,741 คน ซึ่งเกิดระหว่างปี ค.ศ. 1967-2002 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสมองพิการ 3,649 คน เป็นฝาแฝด 22,558 คู่ เป็นญาติลำดับที่หนึ่ง 1,851,144 คู่ เป็นญาติลำดับที่สอง 1,699,856 คู่



และเป็นญาติลำดับที่สาม 5,165,968 คู่ และมาตรวัดผลลัพธ์หลัก ได้แก่ โรคสมองพิการ

จากการศึกษาพบว่า หากฝาแฝดคนหนึ่งเป็นโรคสมองพิการจะเป็นผลให้มี relative risk ต่อการเป็นซ้ำของโรคสมองพิการเท่ากับ 15.6 (95% confidence interval 9.8-25) ในแฝดอีกคนหนึ่ง ในครอบครัวที่มีลูกเป็นสมองพิการพบว่า ความเสี่ยงสูงขึ้น 9.2 เท่า (6.4-13) ในน้องร่วมพ่อแม่เดียวกัน และ 3.0 เท่า (1.1-8.6) ในน้องต่างพ่อหรือแม่ เช่นเดียวกับพ่อแม่ที่เป็นสมองพิการซึ่งจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการมีลูกที่มีภาวะเดียวกัน (6.5 เท่า [1.6-26]) แต่ไม่พบหลักฐานความแตกต่างด้านการถ่ายทอดจากแม่หรือพ่อ สำหรับผู้ที่มีลูกที่ลูกน้องเป็นสมองพิการ มีข้อมูลว่าอาจมีความเสี่ยงสูงขึ้น (1.5 เท่า [0.9-2.7]) ความเสี่ยงในพี่น้องหรือลูกที่ลูกน้องไม่เป็นผลจากปัจจัยด้านเพศ และภายหลังจากการคัดลอกก่อนกำหนด (ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคสมองพิการ) ก็พบว่าความเสี่ยงทางพันธุกรรมยังคงมีอยู่และเห็นชัดขึ้น

ผู้ที่เกิดในครอบครัวซึ่งมีสมาชิกเป็นโรคสมองพิการจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นตามระดับความสัมพันธ์ และความเสี่ยงที่สูงขึ้นดังกล่าวอาจมีผลไปถึงญาติลำดับที่สาม (ลูกพี่ลูกน้อง) รูปแบบของความเสี่ยงชี้ว่ามีการถ่ายทอดจากหลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม และข้อมูลนี้เป็นหลักฐานสนับสนุนว่าสาเหตุของโรคสมองพิการนั้นอยู่นอกเหนือจากการดูแลการคลอด

ความปลอดภัยวัคซีนไอกรนในหญิงตั้งครรภ์

BMJ 2014;349:g4219.

บทความเรื่อง Safety of Pertussis Vaccination in Pregnant Women in UK: Observational Study รายงานผลจากการศึกษาแบบ observational cohort study จากข้อมูล UK Clinical Practice Research Datalink เพื่อศึกษาความปลอดภัยของการฉีดวัคซีนไอกรนระหว่างตั้งครรภ์ โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ 20,074 คน ซึ่งมีอายุครรภ์ฐาน 30 ปี ที่ได้รับวัคซีนไอกรนเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับวัคซีน

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ตรวจพบระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการคลอดเสียชีวิต (เสียชีวิตในครรภ์หลังอายุครรภ์ 24 สัปดาห์)

จากการศึกษาไม่พบหลักฐานความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการคลอดเสียชีวิตภายใน 14 วันหลังได้รับวัคซีน (incidence rate ratio 0.69, 95% CI 0.23-1.62) หรือหลังจากนั้น (0.85, 0.44-1.61) เทียบกับอัตราทั้งประเทศ และเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับวัคซีนก็ไม่พบหลักฐานว่าการฉีดวัคซีนทำให้ระยะการตั้งครรภ์จนถึงการคลอดสั้นลง (hazard ratio 1.00, 0.97-1.02) นอกจากนี้ยังไม่พบหลักฐานความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการคลอดเสียชีวิต การเสียชีวิตของแม่หรือทารกแรกเกิด ครรภ์เป็นพิษ หรือครรภ์เป็นพิษที่มีภาวะชัก เลือดออก ภาวะทารกเครียด มดลูกแตก

รกเกาะต่ำ น้ำหนักแรกเกิดต่ำ หรือโตล้มเหลวแรกเกิด ซึ่งต่างก็เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงที่พบได้ระหว่างการตั้งครรภ์

ไม่พบหลักฐานความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการคลอดทารกเสียชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับวัคซีนไอกรนระหว่างการตั้งครรภ์ 3 เดือนสุดท้าย ข้อมูลนี้จึงเป็นหลักฐานสำหรับประเมินความปลอดภัยของการฉีดวัคซีนระหว่างตั้งครรภ์ ตลอดจนการวางนโยบายการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันท่ามกลางสถานการณ์ปัจจุบันที่พบการติดเชื้อไอกรน รวมถึงการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่สูงขึ้นในทารกแรกเกิด



Nitazoxanide สำหรับใช้วัดใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

Lancet Infect Dis. 2014;14(7):609-618.

บทความเรื่อง Effect of Nitazoxanide in Adults and Adolescents with Acute Uncomplicated Influenza: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled, Phase 2b/3 Trial รายงานว่าโรคไข้หวัดใหญ่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในทั่วโลก ขณะที่ทางเลือกในการรักษามีจำกัดและจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนายาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ที่ชัดเจน นักวิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ nitazoxanide ซึ่งเป็น thiazolide anti-infective ในการรักษาโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ใหญ่ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การศึกษามีรูปแบบเป็น double-blind, randomized, placebo-controlled, phase 2b/3 trial จากคลินิก 74 แห่งในสหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ 27 ธันวาคม ค.ศ. 2010 ถึงวันที่ 30 เมษายน ค.ศ. 2011 ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยอายุ 12-65 ปี ซึ่งมีไข้ มีอาการทางระบบหายใจอย่างน้อย 1 อาการ และมีอาการข้างเคียงที่เกิดร่วมของไข้หวัดใหญ่ภายใน 48 ชั่วโมง นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับ nitazoxanide 600 มิลลิกรัม, nitazoxanide 300 มิลลิกรัม หรือยาหลอกวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน และติดตามจนถึง 28 วัน จุดยุติปฐมภูมิคือ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับยาได้ผลแรกจนถึงอาการทุเลาลง และ primary analysis วิเคราะห์แบบ intention-to-treat สำหรับผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัดใหญ่ซึ่งยืนยันจาก RT-PCR หรือการตรวจเชื้อที่พื้นฐาน

มีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา 624 คน (96%) จากผู้ป่วยที่คัดกรอง 650 คน ในจำนวนนี้ 212 คนได้รับยาหลอกวันละ 2 ครั้ง 201 คนได้รับ nitazoxanide 300 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง และ 211 คน



ได้รับ nitazoxanide 600 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง มีฐานระยะของอาการในผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอกเท่ากับ 116.7 ชั่วโมง (95% CI 108.1-122.1) เทียบกับ 95.5 ชั่วโมง (84.0-108.0; p = 0.0084) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ nitazoxanide 600 มิลลิกรัม และ 109.1 ชั่วโมง (96.1-129.5; p = 0.52) สำหรับ

ผู้ป่วยที่ได้รับ nitazoxanide 300 มิลลิกรัม เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใกล้เคียงกันในทุก 3 กลุ่ม โดยอาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ปวดศีรษะ ซึ่งพบใน 24 คน (11%) จาก 212 คนในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก, 12 คน (6%) จาก 201 คนในกลุ่มที่ได้ยาขนาดต่ำ และ 17 คน (8%) จาก 211 คนในกลุ่มที่ได้ยาขนาดสูง นอกจากนี้ยังพบอาการท้องร่วงซึ่งพบใน 7 คน (3%) ในกลุ่มยาหลอก, 4 คน (2%) ในกลุ่มที่ได้ยาขนาดต่ำ และ 17 คน (8%) ในกลุ่มที่ได้ยาขนาดสูง

การรักษาด้วย nitazoxanide 600 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน สัมพันธ์กับระยะของอาการที่สั้นลงในผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ฉับพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเสนอแนะให้มีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลลัพธ์และประเมินประสิทธิภาพของการรักษาด้วย nitazoxanide อย่างเดียว หรือร่วมกับยาที่มีอยู่ในปัจจุบันในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคไข้หวัดใหญ่

Ω-3 PUFAs และความเสี่ยง ALS

JAMA Neurol. Published online July 14, 2014.

บทความเรื่อง Dietary Ω-3 Polyunsaturated Fatty Acid Intake and Risk for Amyotrophic Lateral Sclerosis รายงานว่า โรค amyotrophic lateral sclerosis (ALS) เป็นโรคที่สามารถกำเริบรุนแรงขึ้นโดยไม่มีทางป้องกันหรือรักษา ขณะที่กรดไขมันชนิด long-chain polyunsaturated fatty acids (PUFAs) ที่ได้จากอาหารเป็นส่วนประกอบของไขมันในสมองและปรับกระบวนการออกซิเดชันและการอักเสบ ซึ่งอาจมีผลต่อความเสี่ยงและการกำเริบของ ALS

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกรดไขมัน Ω-6 และ Ω-3 PUFA และความเสี่ยง ALS จากผู้เข้าร่วมวิจัย 1,002,082 คน (ผู้หญิง 479,114 คน และชาย 522,968 คน) จาก 5 การศึกษา ได้แก่ การศึกษา National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study, การศึกษา Cancer Prevention Study II Nutrition Cohort, การศึกษา Health Professionals Follow-up Study, การศึกษา Multiethnic Cohort Study และการศึกษา Nurses' Health Study การประเมินอาการพิจารณาแบบสอบถามซึ่งพัฒนาหรือปรับสำหรับแต่ละการศึกษา และจำแนกผู้เข้าร่วมวิจัยตาม quintile ของการบริโภคโดยจำเพาะตามการ

ศึกษา ผลลัพธ์หลัก

ได้แก่ risk ratios (RRs)

ปรับพหุตัวแปรจำเพาะ

ตามการศึกษาของอุบัติการณ์

หรือการเสียชีวิตจาก ALS โดยประเมินด้วยวิธี Cox proportional hazards regression และรวมผลด้วย random-effects methods

มีรายงานผู้ป่วย ALS 995 คนระหว่างการติดตาม โดยพบว่า การบริโภค Ω-3 PUFA ที่มากขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อ ALS และค่า RR รวมสำหรับ quintile สูงสุดถึงต่ำสุดเท่ากับ 0.66 (95% CI 0.53-0.81; $p < 0.001$ for trend) ซึ่งการบริโภค α-linolenic acid (RR 0.73; 95% CI 0.59-0.89; $p = 0.003$ for trend) และ Ω-3 PUFAs จากอาหารทะเล (RR 0.84; 95% CI 0.65-1.08; $p = 0.03$ for trend) สัมพันธ์กับความสัมพันธ์แบบกลับดังกล่าวก่อน ขณะที่การบริโภค Ω-6 PUFA ไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยง ALS

การบริโภคอาหารที่อุดมด้วย Ω-3 PUFA อาจช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดอาการของ ALS ได้



การควบคุมเบาหวานอย่างเคร่งครัดต่อ Albuminuria ในเบาหวานชนิดที่ 1

The Lancet Diabetes & Endocrinology, Early online Publication, 18 July 2014.

บทความเรื่อง Effect of Intensive Diabetes Treatment on Albuminuria in Type 1 Diabetes: Long-Term Follow-Up of the Diabetes Control and Complications Trial and Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study รายงานว่า แม้การรักษาเบาหวานอย่างเคร่งครัดลดความเสี่ยงการเกิด albuminuria ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แต่ก็ยังไม่มีข้อมูลการรักษาระยะยาวต่อโรคไต

นักวิจัยเปรียบเทียบผลระยะยาวของการรักษาอย่างเคร่งครัดและการรักษามาตรฐานต่อการเกิด albuminuria ระหว่าง 18 ปีหลังสิ้นสุดการศึกษา Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) ในระหว่างช่วงการศึกษา DCCT (ค.ศ. 1983-1993) นักวิจัยได้สุ่มให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 รวม 1,441 คนได้รับการรักษาอย่างเคร่งครัด (ลดระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงกับระดับปกติให้มากที่สุดและปลอดภัยที่สุดเท่าที่จะทำได้) หรือการรักษามาตรฐาน (ป้องกันอาการของภาวะ

น้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลในเลือดต่ำ) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา DCCT แล้วผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาอย่างเคร่งครัดและชักชวนให้เข้าร่วมการศึกษา Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC) โดยมีค่า HbA1c เฉลี่ยระหว่าง

การศึกษา EDIC เหมือนกันในทุก 2 กลุ่ม อัตราการขับ albumin ได้ประเมินปีเว้นปีระหว่างการศึกษา EDIC ภาวะ microalbuminuria ประเมินจากอัตราการขับ albumin ที่เท่ากับ 30 มิลลิกรัมต่อ 24 ชั่วโมงหรือสูงกว่าจากการตรวจ 2 นัดติดต่อกัน และ macroalbuminuria ประเมินจากอัตราการขับ albumin ที่เท่ากับ 300 มิลลิกรัมต่อวันหรือสูงกว่า โดยประเมิน glomerular filtration rate จากผลตรวจ serum creatinine ประจำปีตลอดการศึกษา DCCT และ EDIC

ระหว่างปีที่ 1-18 ของการศึกษา EDIC พบผู้ป่วย 191 คนเกิด microalbuminuria (71 คนในกลุ่มที่รักษาเคร่งครัดระหว่างการศึกษา DCCT และ 120 คนในกลุ่มที่ได้รับการรักษามาตรฐานระหว่างการการศึกษา DCCT; risk reduction 45%, 95% CI 26-59) และพบผู้ป่วย macroalbuminuria รายใหม่ 117 คน (31 คนในกลุ่มรักษาเคร่งครัด และ 86 คนในกลุ่มรักษามาตรฐาน; risk reduction 61%, 95% CI 41-74) ที่ปีที่ 17-18 ของการศึกษา EDIC พบว่า ความชุกของอัตราการขับ albumin ที่เท่ากับ 30 มิลลิกรัมต่อ 24 ชั่วโมงหรือสูงกว่าเท่ากับ 18.4% ในกลุ่มรักษาเคร่งครัดระหว่างการศึกษา DCCT เทียบกับ 24.9% ในกลุ่มรักษามาตรฐาน ($p = 0.02$) ระหว่างปีที่ 1-18 ของการศึกษา EDIC พบผู้ป่วยที่มี sustained estimated glomerular filtration rate ต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร (31 คนในกลุ่มรักษาเคร่งครัด และ 53 คนในกลุ่มรักษามาตรฐาน; risk reduction 44%, 95% CI 12-64)

ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า การรักษาเบาหวานอย่างเคร่งครัดส่งผลดีต่อไตไปอีกอย่างน้อย 18 ปี ซึ่งประโยชน์ดังกล่าวน่าจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องปลูกถ่ายไตได้



ยูเอ็นประกาศช่วยเหลือรับมือฮิวาต์

ปีปีซี - นายบัน คี-มุน เลขาธิการองค์การสหประชาชาติ (ยูเอ็น) รับปากจะหาทางเพิ่มเพดานงบประมาณเงินช่วยเหลือสำหรับยับยั้งการระบาดของฮิวาต์โรคในเฮติ

นายบัน คี-มุน กล่าวระหว่างการเยือนเฮติว่า การช่วยเหลือเฮติรับมือกับฮิวาต์โรคถือเป็นความรับผิดชอบของยูเอ็น และเขาตระหนักดีว่าการระบาดของฮิวาต์โรคก่อให้เกิดกระแสความโกรธและความหวาดกลัวในเฮติท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดซึ่งทำให้มีผู้เสียชีวิตแล้วกว่า 8,500 คน นับ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553

เมื่อ 2 ปีก่อน เลขาธิการยูเอ็นประกาศแผนขจัดฮิวาต์โรคจากเฮติภายใน 10 ปี ด้วยวงเงิน 2,200 ล้านดอลลาร์ (ราว 70,700 ล้านบาท) อย่างไรก็ตาม การรวบรวมงบประมาณจากประเทศผู้บริจาคกลับเป็นไปอย่างล่าช้า และจนถึงขณะนี้ก็ยังไม่สามารถรวบรวมงบประมาณได้เพียงพอสำหรับแผนงานระยะแรกด้วยซ้ำ

แม้มีหลักฐานชี้ว่าเจ้าหน้าที่รักษาสันติภาพของยูเอ็นเป็นผู้นำเชื้อฮิวาต์โรค



เข้ามาระบาดในเฮติ แต่ยูเอ็นก็ยังไม่ยอมรับผิดชอบด้วยการจ่ายค่าทดแทนแก่ผู้เสียชีวิตและยังคงอ้างความคุ้มครองทางกฎหมายจากการถูกฟ้องร้องในข้อหาพัวพันการแพร่ระบาดซึ่งทำให้ของยูเอ็นก็ทำให้เจ้าหน้าที่เสียชีวิตกล่าวต่าหานายบัน คี-มุน อย่างรุนแรงว่าเดินทางเยือนเฮติเพื่อถ่ายภาพโดยไม่คิดรับผิดชอบต่อการตายของคนเรือนหมื่น



ปีปีซี - ผลการศึกษาโดยมหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ชี้ 1 ใน 3 ของการป่วยเป็นอัลไซเมอร์ทั่วโลกสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

ผลการศึกษาเสนอแนะว่า การแก้ไขปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพประกอบไปด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในวัยกลางคน โรคอ้วนวัยกลางคน และโดยเฉพาะปัญหาขาดการออกกำลังกาย ซึมเศร้า สูบบุหรี่ และ

อัลไซเมอร์หนึ่งในสามป้องกันได้

การศึกษาต่ำ สามารถช่วยลดจำนวนผู้ป่วยอัลไซเมอร์ได้ถึง 1 ใน 3 โดยเทียบให้เห็นว่าการลดปัจจัยแต่ละตัวได้ร้อยละ 10 จะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยได้เกือบ 9 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593

จากปัจจัยดังกล่าวพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และยุโรป สัมพันธ์กับปัญหาขาดการออกกำลังกายตามที่พบว่า 1 ใน 3 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ในภูมิภาคดังกล่าวไม่ได้ออกกำลังกาย นอกจากนี้การขาดการออกกำลังกายยังสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อ

โรคระบบหัวใจและมะเร็งด้วย

อีกด้านหนึ่งมีรายงานการประเมินล่าสุดชี้ว่า อาจมีผู้ป่วยอัลไซเมอร์ทั่วโลกกว่า 106 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งสูงขึ้นมากว่า 3 เท่าจากตัวเลขผู้ป่วยเมื่อปี พ.ศ. 2553 จากแนวโน้มดังกล่าวทำให้ผู้เชี่ยวชาญออกมาเรียกร้องให้ประชาชนร่วมกันลดความเสี่ยงด้วยการใส่ใจดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยชี้ว่าจะส่งผลดีต่อการลดความเสี่ยงอัลไซเมอร์และการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีในวัยชรา

ท้องถิ่นยื่นแฉนมปิดปากคดีพิษสารตะกั่ว

รอยเตอร์ส - เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นมณฑลหูหนานของจีนแฉยาและนมแก่ครอบครัวเด็กที่ได้รับพิษสารตะกั่วแลกกับเอกสารผลตรวจเลือดของเด็ก

ชาวบ้านในเมืองต้าปู เมืองชนบทในมณฑลหูหนานซึ่งกลาดเคลื่อนไปด้วยโรงงานถลุงเหล็กและโรงงานเคมีร้องเรียนว่า เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นเสนอมอบนมเป็นการชดเชยให้แก่ครอบครัวที่ถูกหลอกลวงได้รับสารตะกั่ว โดยตั้งข้อแม้ว่าจะต้องมอบผลตรวจเลือดให้เจ้าหน้าที่ และเจ้าหน้าที่อ้างด้วยว่านมมีสรรพคุณสามารถ

ชะล้างสารตะกั่วออกจากร่างกายเด็กได้

ด้านสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพและการวางแผนครอบครัวแห่งชาติของจีนยอมรับว่า ความเชื่อที่ว่านมสามารถรักษาพิษจากสารตะกั่วนั้นแพร่ขยายไปทั่วประเทศ และอันที่จริงแล้วนมช่วยได้เพียงการเสริมโภชนาการแก่เด็กที่ได้รับสารตะกั่ว ซึ่งการแก้ไขจะต้องลงลึกไปที่ต้นเหตุของการแพร่มลพิษสารตะกั่ว รวมถึงการรักษาด้วยยาในรายที่มีอาการรุนแรง

เหตุเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นพยายามปิดข่าวผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข

จากอุตสาหกรรมด้วยการแจกนมแลกผลตรวจสะท้อนให้เห็นปัญหาที่รื้อการแก้ไขภายใต้การประกาศนโยบายทำสงครามกับมลพิษของนายกรัฐมนตรีหลี่ เค่อเฉียง ขณะเดียวกันก็เป็นที่น่าทึ่งว่าหมู่บ้านชนบทหลายแห่งของจีนกลายเป็นดงขยะพิษจากอุตสาหกรรมซึ่งกัดกร่อนทั้งวิถีชีวิตชุมชนเกษตรและสุขภาพของประชาชน จนส่งผลให้หมู่บ้านหลายแห่งมีอัตราผู้ป่วยมะเร็งพุ่งสูงจนเป็นที่รู้จักในฐานะ “หมู่บ้านมะเร็ง”



ออสเตอร์เลียเรียกตรวจเอชไอวี

เอเอฟพี - เจ้าหน้าที่ออสเตอร์เลียส่งจดหมายเรียกประชาชน 399 คนในรัฐวิกตอเรียเข้ารับการตรวจเอชไอวี หลังพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดเชื้อ

แถลงการณ์โดยกระทรวงสาธารณสุขรัฐวิกตอเรียระบุว่า เจ้าหน้าที่ได้ติดตามอย่างละเอียดเพื่อที่จะเรียกผู้ป่วยซึ่งเคยได้รับการรักษาจากเจ้าหน้าที่ดังกล่าวมาตรวจเชื้อเอชไอวี พร้อมกันนี้ยืนยันว่ามาตรการเรียก

ตรวจเอชไอวีนี้เป็นมาตรการเชิงป้องกันเท่านั้น โดยจนถึงขณะนี้ยังไม่มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีแม้แต่รายเดียว และโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับเชื้อจากเจ้าหน้าที่ยังคงอยู่ในระดับต่ำมาก ด้านนายเดวิด เดวิส รัฐมนตรีสาธารณสุขรัฐวิกตอเรีย ยอมรับว่าข่าวที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องจริง และได้ระงับใบอนุญาตของเจ้าหน้าที่คนดังกล่าวแล้ว และจากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการ

ทั้ง 399 คนนั้น มีผู้ป่วยที่สัมผัสกับเจ้าหน้าที่ 248 คน ซึ่งจากการตรวจใน 88 คนพบว่าล้วนมีผลเลือดเป็นลบ อนึ่ง เบื้องต้นยังไม่มีการเปิดเผยชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงรายละเอียดด้านที่ผลการหรือสถานที่ให้บริการการรักษา



รอยเตอร์ส - ผลวิจัยล่าสุดชี้ ภาพยนตร์อนาจารออกฤทธิ์ต่อสมองในผู้มีอาการเสพติดเพศคล้ายกับการออกฤทธิ์ของยาเสพติดในผู้ติดยา

ผลการศึกษาโดยนักวิจัยมหาวิทยาลัยเคมบริดจ์รายงานว่า การชมภาพยนตร์อนาจารมากเกินไปมีส่วนทำให้เกิดภาวะเสพติดเพศ ซึ่งอาจกระทบทั้งชีวิตส่วนตัวและการงาน ซึ่งจากการติดตามการทำงานของสมองใน

หนังผู้ใหญ่กระตุ้นสมองคล้ายยาเสพติด

ผู้ป่วยที่ติดภาพยนตร์ประเภทนี้มาตั้งแต่อายุน้อยพบว่า ภาพยนตร์อนาจารกระตุ้นการทำงานของสมองส่วน ventral striatum, dorsal anterior cingulate และ amygdale อันเป็นส่วนเดียวกับที่พบจากการให้สารกระตุ้นในผู้ติดยาเสพติด

ด้านนักวิจัยกล่าวว่า แม้การศึกษานี้

ได้ผลเป็นที่น่าสนใจ แต่ก็ไม่สามารถใช้วินิจฉัยภาวะเสพติดเพศ หรือใช้เป็นหลักฐานยืนยันการเสพติดภาพยนตร์อนาจาร หรือยืนยันว่าภาพยนตร์อนาจารทำให้เกิดอาการเสพติด ขณะเดียวกันก็ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมทางเพศและการติดยาเสพติด

ห้องปฏิบัติการสหรัฐฯ วาว สลับตัวอย่างเชื้อโรคร้ายแรง

บีบีซี - ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (ซีดีซี) ยอมรับว่าห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ของทางการสลับตัวอย่างเชื้อโรคร้ายถึง 5 ครั้งในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา

รายงานระบุว่า เฉพาะในปีนี้ก็ยังคงพบเหตุสลับตัวอย่างเชื้อแอนแทรกซ์และเชื้อไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ทำให้ซีดีซีต้องออกมารับผิดชอบด้วยการปิดห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง 2 แห่ง และสั่งห้ามห้องปฏิบัติการความปลอดภัยสูงขนย้ายเชื้อโรคร้ายแรงเป็นการชั่วคราว โดยซีดีซียืนยันว่าไม่มีรายงาน

ผู้ติดเชื้อจากเหตุดังกล่าว และไม่มีผู้ที่แสดงอาการป่วยหลังสัมผัสกับเชื้อแอนแทรกซ์

เหตุผลเมื่อมาตรวจความปลอดภัยดังกล่าวเกิดจากนักวิจัยในห้องปฏิบัติการความปลอดภัยระดับสูงเลยมาตรการความปลอดภัยและไม่ได้นำให้เชื้อโรคอยู่ในสภาพเสื่อมฤทธิ์ก่อนที่จะย้ายไปยังห้องปฏิบัติการที่มีระดับความปลอดภัยต่ำกว่า โดยรายงานชี้ด้วยว่าเหตุเจ้าหน้าที่ซีดีซีและห้องปฏิบัติการอาวุธชีวภาพประมาทอย่างร้ายแรงนี้ไม่ได้เพิ่งเกิด

เป็นครั้งแรก แต่เกิดซ้ำหลายครั้งตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา

เรื่องงามหน้าของซีดีซีครั้งนี้เปิดเผยขึ้น คล้อยหลังเพียงไม่กี่วันจากเหตุนักวิจัยของทางการสหรัฐอเมริกาพบหลอดบรรจุเชื้อฝีดาษซึ่งทิ้งลิ้มไว้ในถังกระดาษเป็นเวลาหลายปีที่ศูนย์วิจัยแห่งหนึ่งใกล้กรุงวอชิงตัน แต่เคราะห์ดีที่หลอดบรรจุเชื้อไวรัสทั้ง 6 หลอดซึ่งผ่านกระบวนการทำแห้งเยือกแข็งยังอยู่ในสภาพปิดสนิท

รอยเตอร์ส - กรุงเทพฯ กลายเป็นที่พึ่งของหญิงต่างชาติที่ต้องการเลือกเพศทารก ซึ่งเป็นแหล่งสุดท้าในเอเชียที่เปิดให้บริการโดยถูกต้องตามกฎหมายในราคาที่ต่ำกว่า

ค่านิยมการได้ลูกชาย หรือชายหญิงอย่างใดคนหนึ่งและละมีผู้หญิงชาวจีน ฮองกง และออสเตอร์เลียหลังไหลมารับบริการช่วยตั้งครรภ์เพื่อคัดเลือกเพศตัวอ่อนยังคลินิกช่วยตั้งครรภ์ในกรุงเทพฯ โดยคาดกันว่าบริการช่วยตั้งครรภ์นี้มีมูลค่าทางธุรกิจเมื่อปีก่อนสูงกว่า 150 ล้านดอลลาร์ (กว่า 4,500 ล้านบาท) จาก

หญิงจีนพึ่งกรุงเทพฯ ศูนย์เลือกเพศ

จำนวนผู้เข้ารับบริการกว่า 10,000 คน ขณะที่ มีอัตราเติบโตราวร้อยละ 20 ต่อปี

ค่าบริการที่ต่ำกว่าสหรัฐอเมริกาและแอฟริกาใต้เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้คลินิกในกรุงเทพฯ ได้รับความนิยมจากหญิงต่างชาติ โดยนายหน้าขายแพ็คเกจเลือกเพศในฮองกงเปิดเผยว่า ค่าบริการต่อหนึ่งคอร์สมิตั้งแต่ 280,000 บาท ซึ่งรวมค่าตัวเครื่องปั้นและค่าที่พัก ไปจนถึง 900,000 บาทสำหรับการดูแลแบบวีไอพี ซึ่งรวมผู้ดูแลและการท่องเที่ยว และ

เป็นที่น่าสนใจว่าบริการเดินทางมาเลือกเพศทารกยังกรุงเทพฯ นี้ได้รับความสนใจจากทั้งลูกค้าในแถบชนบทและกลุ่มผู้มีอันจะกิน

อีกด้านหนึ่งมีเสียงวิจารณ์จากแพทยสภาให้ประกาศห้ามบริการคัดเลือกเพศทารกเนื่องจากอาจเป็นการส่งเสริมลัทธิบิดาตัวอ่อนแต่มีรายงานด้วยว่าปัจจุบันประเทศไทยมีคลินิกช่วยตั้งครรภ์รวม 44 แห่ง โดย 7 แห่งเพิ่งเปิดเมื่อปีก่อน และมีการยื่นคำร้องขอเปิดคลินิกใหม่เดือนละประมาณ 2-3 ราย

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

จัดการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 29

และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2557

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 29 และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2557 ภายใต้ THEME “Harmony of Women’s Life : Basic & Beyond” ระหว่างวันที่ 14-17 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จังหวัดชลบุรี ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดใบลงทะเบียนและตารางการประชุมที่เว็บไซต์ www.rtcog.or.th สำหรับห้องพัก ท่านสามารถจองโดยตรงกับโรงแรม โดยเข้าไปจองได้ที่

- โรงแรมดุสิตธานี พัทยา <http://goo.gl/d7WY4s>
- โรงแรมอมารี พัทยา
 - Garden Wing <http://www.amari.com/garden-pattaya/?promocode=rtcog14>
 - Ocean Tower <http://www.amari.com/ocean-pattaya/?promocode=rtcog14>

สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2716-5721-22



งาน “สัปดาห์แห่งการแก้ไขและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหา

ต่อมลูกหมากเพื่อประชาชน” ครั้งที่ 4



ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ขอเชิญชาวไทยอายุ 45 ปีขึ้นไป ที่สนใจเข้าร่วมงาน “สัปดาห์แห่งการแก้ไขและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาต่อมลูกหมากเพื่อประชาชน” ครั้งที่ 4 ในวันอาทิตย์ที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุม 910 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในงานมีการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับต่อมลูกหมากโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจร่างกายเบื้องต้น อาทิ ตรวจวัดความดัน ตรวจค่า BMI วัดความแรงของปัสสาวะ และตรวจหาค่าความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก (PSA) ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนได้ที่ คุณณงลักษณ์ 098-410-4579, 093-859-5401 ส่วนรับเพียง 250 ท่านเท่านั้น

Novartis รับสมัคร

R&D Physician (R&D Medical Advisor)

Job Purpose

- Support the conduct of clinical trials in the assigned countries in the Region ensuring that the conduct of trials is in compliance with GCP Guidelines, local regulations and Novartis Vaccines SOPs.
- Responsible for medical related/safety aspects of the trial ensuring the timely processing of SAEs by Novartis and timely submission of SUSAR reports as required by regulatory authorities in the assigned countries in the Region.
- Responsible for interacting with investigators including study feasibility assessments and all medical and scientific exchanges throughout the life cycle of a clinical trial.

Qualification

- Medical Degree from accredited institution, preferentially with experience in of the following areas: paediatrics, internal medicine, infectious diseases, primary care medicine, preventive medicine, public health (epidemiology), or related area.
- Excellent knowledge of spoken and written English.
- Excellent oral and written communication skills and presentation skills.
- Knowledge of other languages of the region assigned is seen as a strong plus.
- 0-3 years industry experience or at least 5 years of experience working in a scientific or medical institution (as principal investigator, medical monitor, etc.)
- Demonstrated ability to understand and use scientific methodology (PhD, publications).
- Ability to work within a matrix organization and as part of a multidisciplinary team; strong team player.
- Experience in working across different cultures (expatriate experience) is a plus, as well as knowledge in Vaccinology.

*** Interested candidates please send your resume to rattana.tanutanomras@novartis.com, or call 02-685-0889 and 091-578-8569 Website: <https://sjobs.brassring.com/tgwebhost/jobdetails.aspx?partnerid=13617&siteid=5260&jobid=2305873>

NOVARTIS
VACCINES

วัดพระแก้วติดตั้งเครื่อง AED

สร้างความเชื่อมั่นนักท่องเที่ยวต่างชาติ

ชาวไทยพร้อมรับ AEC

สืบเนื่องจากปัจจุบันในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันก่อนนำส่งโรงพยาบาลจำนวนมากขึ้นทุกปี จากข้อเท็จจริงทางการแพทย์พบว่าประชากรที่เสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจะมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น หากได้รับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Cardio Pulmonary Resuscitation: CPR) และได้รับการช่วยเหลือด้วยเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า หรือเครื่อง AED (Automated External Defibrillator) ซึ่งประชาชนที่ได้รับการฝึกอบรมสามารถใช้ช่วยชีวิตก่อนการนำส่งโรงพยาบาลได้



คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิตแห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (Thai Resuscitation Council) ได้เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงมีความประสงค์บริจาค เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า รุ่น AED PLUS ยี่ห้อ ZOLL ประเทศสหรัฐอเมริกา จัดจำหน่ายและบริการในประเทศไทยโดย บริษัท เซนต์เมดิคอล (คริติคอล แคร่) จำกัด จำนวน 1 เครื่อง ให้แก่ กองแพทย์หลวงในพระบรมมหาราชวัง เพื่อติดตั้งใช้งานในบริเวณวัดพระศรีรัตนศาสดารามในพระบรมมหาราชวัง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สังคมและประชาชนทั่วไป

พ.ต.อ.นพ.โสภณ ภูษณะรังสรรค์ ประธานคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิตแห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กล่าวว่า ปัจจุบันเป็นที่พิสูจน์แล้วทั่วโลกว่าการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมีความสำคัญ ความเข้าใจของคนส่วนใหญ่มักคิดว่าผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ที่หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจะต้องเป็นแพทย์และพยาบาล แต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ที่มีบทบาทมากที่สุดก็คือ ผู้ที่อยู่ข้าง ๆ คือประชาชนทั่วไป เพราะผู้ที่หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันส่วนใหญ่เกิดนอกโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลพบเป็นส่วนน้อย โดยทุก ๆ 1,000 รายที่นอนโรงพยาบาล มีเพียง 5 รายที่หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันในโรงพยาบาล แต่ทุก ๆ 100,000 คนจะมี 40 คนที่หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่บ้าน ที่ทำงาน หรือสถานที่สาธารณะ เพราะฉะนั้นคนสำคัญที่สุดที่จะเป็นผู้ช่วยชีวิตก็คือ “ประชาชน”

“เมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภายใน 9 วินาที ผู้ป่วยจะหมดสติ หัวใจหยุดเต้น ล้มลงไปกับพื้น สมองขาดเลือด ถ้าไม่มีใครให้ความช่วยเหลือภายใน 4 นาที สมองจะขาดเลือดและเสียชีวิต การช่วยเหลือด้วยการกดหน้าอกจึงต้องเริ่มในทันที เพราะถ้าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ ในทุก ๆ 1 นาที โอกาสรอดชีวิตจะหายไป 10% เมื่อระยะเวลาผ่านไปจนถึง 10 นาที แน่แน่นอนว่าโอกาสรอดชีวิตจะเหลือแค่ศูนย์ แต่ถ้า

ช่วยเหลือด้วยการกดหน้าอกตั้งแต่นาทีแรก จากโอกาสรอดชีวิตที่เหลือศูนย์จะกลายเป็น 60% ด้วยเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจไปเลี้ยงสมอง และจากแรงกดของผู้ช่วยชีวิต”

อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ที่หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจะได้รับการช่วยเหลือ แต่ไม่ได้หมายความว่าโอกาสรอดชีวิตจะเป็น 100% ทุกครั้ง นั่นเป็นเพราะการกดหน้าอกไม่ได้ทำให้หัวใจกลับมาเต้นทุกราย ในบางรายจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาเบื้องต้นด้วยเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า หรือเครื่อง AED ที่สามารถจะทำให้หัวใจกลับมาเต้น และเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตให้สูงขึ้นได้

สำหรับวัดพระศรีรัตนศาสดาราม หรือวัดพระแก้ว ถือเป็นสถานที่ที่เป็นหน้าตาของประเทศ เป็นที่รู้จักของคนทั่วโลก มีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศจำนวนมาก เข้าเยี่ยมชมความงดงาม การที่มีเครื่อง AED จะเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่นักท่องเที่ยวต่างชาติถึงความสามารถในการช่วยชีวิตในช่วงวินาทีวิกฤติได้อย่างมีคุณภาพ และเป็นการประกาศความพร้อมรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ในปี พ.ศ. 2558 ที่จะมีนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามาประเทศไทยอีกเป็นจำนวนมาก

นพ.สมชัย ธีรวิวัฒน์ หัวหน้าฝ่ายแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง กองแพทย์หลวง สำนักพระราชวัง กล่าวว่า เครื่อง AED ที่ได้รับมอบนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการนำมาใช้กับนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาเยี่ยมชมในบริเวณวัด



พระศรีรัตนศาสดารามในพระบรมมหาราชวัง แล้วเกิดข้อผิดพลาด หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ซึ่งสามารถที่จะใช้เครื่อง AED นี้ในการช่วยชีวิตได้ เพราะเป็นเครื่องมือมาตรฐานและมีการใช้งานอยู่ทั่วโลก เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่นักท่องเที่ยวได้ว่าประเทศไทยมีการดูแลในเรื่องความปลอดภัยทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สิน แม้จำนวนนักท่องเที่ยวข้อผิดพลาด หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ต้องได้รับการกดหน้าอกจะมีจำนวนไม่มาก พบประมาณปีละครั้ง แต่สำหรับกองแพทย์หลวงแล้ว ต้องเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอยู่ตลอดเวลา

นอกจากที่วัดพระศรีรัตนศาสดารามแล้ว ในอนาคตอยากให้เครื่อง AED กระจายอยู่ทั่วไปตามทีสาธารณะต่าง ๆ เพราะมีตัวอย่างให้เห็นแล้วในต่างประเทศ ซึ่งมีการติดตั้งเครื่อง AED มีการสอนประชาชนให้รู้จักวิธีการใช้เครื่อง เพื่อให้ผู้ประสบเหตุสามารถนำเครื่องมาช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ แต่ประเทศไทยยังขาดทั้งบุคลากรผู้สอน ประชาชนทั่วไปที่มามีความรู้ที่จะสามารถใช้เครื่องได้ยังมีจำนวนน้อย ประกอบกับเครื่อง AED ยังมีการจ่ายไม่ทั่วถึง

ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจะเข้าสู่ AEC ซึ่งจะทำให้มีนักท่องเที่ยวต่างชาติเดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยมากขึ้น จึงควรมีเครื่อง AED ติดตั้งไว้ตามสถานที่สำคัญต่าง ๆ และมีการฝึกสอน ฝึกซ้อมอย่างเป็นระบบ

“แพทย์หลวงของเรามีการฝึกซ้อมกันเป็นประจำ และยังฝึกอบรมผ่านหลักสูตร Advance CPR มาแล้ว มีการฝึกซ้อมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในกองแพทย์หลวง รวมทั้งเจ้าหน้าที่วังบางส่วนโดยเฉพาะตำรวจวัง และเจ้าหน้าที่ในวัดพระแก้วให้สามารถใช้เครื่อง AED ได้ทุกคน นอกจากนี้



ยังมีการสอนการกดหน้าอกให้แก่เด็กนักเรียนที่โรงเรียนพระตำหนักสวนกุหลาบ ซึ่งตั้งอยู่บริเวณท้ายพระบรมมหาราชวัง โดยเป็นโครงการของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อีกด้วย”

นายปรีชาญ อินทรไพโรจน์ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิเคราะห์นโยบายและแผน และผู้ช่วยผู้อำนวยการวัดพระศรีรัตนศาสดาราม สำนักพระราชวัง กล่าวว่า เครื่อง AED จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้อย่างมาก เพราะอยู่ในวัด อากาศร้อน อีกทั้งนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงอาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันขึ้นได้ ที่ผ่านมามีต้องอาศัยความช่วยเหลือจากทางกองแพทย์หลวง ซึ่งต้องใช้เวลาในการเดินทางมายังที่เกิดเหตุ ถ้าหากมีเครื่อง AED จะทำให้สามารถช่วยชีวิตในขั้นต้นได้ก่อนที่แพทย์หลวงจะเดินทางมาถึง เพิ่มโอกาสการรอดชีวิตให้แก่นักท่องเที่ยวได้

ในเบื้องต้นเครื่อง AED นี้ถูกนำไปติดตั้งที่สำนักงานวัดซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรม CPR ประจำการอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง และบริการนักท่องเที่ยวในเวลาทำการ คือ 8.00-16.00 น. โดยเจ้าหน้าที่ทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบต้องรู้วิธีการใช้เครื่อง ทุกคนมีอำนาจมีหน้าที่ในการช่วยชีวิตซึ่งจะทำให้ทุกคนเห็นถึงความสำคัญและเห็นประโยชน์ในการทำงานในบทบาทหน้าที่นี้ร่วมกัน

“อยากให้เครื่อง AED ติดตั้งตามทีสาธารณะต่าง ๆ เพราะจะสามารถช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นคนไทย ชาติไหน ทั้งคนไทย และนักท่องเที่ยว ผมว่าช่วยได้เยอะมาก มีประโยชน์มาก ยิ่งในอนาคตจะก้าวเข้าสู่ AEC จะเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้ชาวต่างชาติที่เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทย ซึ่งน่าจะรู้จักเครื่อง AED อยู่แล้ว บางครั้งอาจจะรู้จักดีกว่าคนไทยด้วยซ้ำ น่าจะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการมาเที่ยวในวัด ในวัง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการท่องเที่ยวได้ในระดับหนึ่ง ด้วยมาตรฐานที่เป็นสากลได้”

สร.เล็งตั้งศูนย์สมาธิบำบัด ในโรงพยาบาลในสังกัด

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์ว่า ขณะนี้ การแพทย์แผนปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับการบำบัดโรคทางร่างกายและจิตใจไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้เกิดความสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นผู้มีสุขภาพดี มีสุขภาพะสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ตามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ โดยขณะนี้หลายประเทศ ทางตะวันตกได้นำสมาธิ (Meditation) ซึ่งเป็นภูมิปัญญาของชาวพุทธไปฝึกปฏิบัติ เช่น ที่สหรัฐอเมริกาพบว่า คนอเมริกันร้อยละ 26 ปฏิบัติสมาธิเป็นเทคนิคช่วยผ่อนคลาย ใช้แก้ไขปัญหาความเครียดและคลายความทุกข์ ส่วนที่แคนาดามีผลการวิจัยในกลุ่มที่มีประกันสุขภาพในนครควิเบคฝึกสมาธิ 1,418 ราย เปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ฝึกในจำนวนเท่ากัน พบว่ากลุ่มที่ฝึกสมาธิใช้จำนวนวันของการรักษา ลดลงและน้อยกว่า สามารถลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพลงได้ถึงร้อยละ 14 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำการฝึกสมาธิ หรือสมาธิบำบัดมาใช้รักษาควบคู่ไปกับการรักษาโรคทางกาย โดยร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินงานสมาธิบำบัดในสถานบริการสุขภาพ เพื่อเป็นทางเลือกช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีภาวะเครียด เพราะเมื่อจิตใจสงบนิ่ง และร่างกายหลังฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟินออกมาจะมีผลช่วยลดอาการเจ็บปวด เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค ลดความตึงเครียด ลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้เส้นเลือดมีความยืดหยุ่น ช่วยให้หัวใจไหลเวียนเลือดเป็นปกติ ป้องกันการเกิดโรคหัวใจและเส้นเลือดในหัวใจตีบตัน อีกทั้งยังกระตุ้นให้ร่างกายทำลายเซลล์ที่มีปัญหาและเซลล์มะเร็งอีกด้วย หลังดำเนินการ ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบัน ได้ดำเนินการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแล้วร้อยละ 73 คาดว่าจะสามารถดำเนินงานสมาธิบำบัดครอบคลุมโรงพยาบาลทุกแห่งภายในปี พ.ศ. 2558 โดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมแล้วจะช่วยฝึกสอนการทำสมาธิเบื้องต้น ให้ผู้ป่วยและญาติระหว่างที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยตามความสมัครใจ และนำกลับไปใช้ที่บ้านได้ตลอดเวลา

คนไทยอ้วน 16 ล้านคน หญิงมากกว่าชาย 2 เท่าตัว

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์ว่า งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศยืนยันตรงกันว่า ความอ้วนเป็นเสมือนแม่เหล็กดึงดูดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้ามาได้หลายโรคพร้อมกัน โรคยอดฮิตในคนอ้วนที่พบ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อัมพาต อัมพฤกษ์ โรคหัวใจ และยังเป็นต้นเหตุของโรคมะเร็ง โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกจะมีคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานถึง 2,300 ล้านคน ส่งผลให้แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ กว่า 2.8 ล้านคน รุนแรงกว่าโรคติดต่อหลายเท่าตัว สำหรับประเทศไทย ข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ. 2556 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า มีคนอ้วนถึง 16 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 26 ของคนไทยทั่วประเทศ หรือพบได้ 1 คนในทุก 4 คน โดยผู้หญิงอ้วนมีจำนวน 11.3 ล้านคน มากกว่าผู้ชาย 2 เท่าตัว โดยจังหวัดที่มีคนอ้วนลงพุงมากที่สุดคือ กรุงเทพมหานครร้อยละ 45 รองลงมาคือ ภาคกลางร้อยละ 38 ภาคตะวันออกเฉยงเหนือร้อยละ 29 ภาคเหนือร้อยละ 27 และภาคใต้ร้อยละ 26 ซึ่งขณะนี้กระทรวงสาธารณสุข ได้เร่งดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยสนับสนุนให้ประชาชนควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เส้นใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ กากใยจะช่วยดูดซับไขมันและขับถ่ายออกทางอุจจาระ ไม่สะสมในร่างกาย

ควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละไม่ต่ำกว่า 30 นาที ทั้งนี้ ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุดในปี พ.ศ. 2554 พบว่าคนไทยอายุ 11 ปี ขึ้นไป เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเพียง 15 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 26 ของประชากรวัยนี้ที่มีประมาณ 58 ล้านคน และมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ นอกจากนี้ได้จัดอบรมพัฒนาทักษะการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับเพศ วัย และสภาพร่างกาย แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการออกกำลังกาย และนำไปถ่ายทอดแก่ประชาชนในพื้นที่ให้หันมาออกกำลังกายให้มากขึ้น

Ascites

Ascites หรือน้ำในช่องท้องเป็นทั้งอาการ (คือสิ่งที่ผู้ป่วยบอกแพทย์) และอาการแสดง (คือสิ่งที่แพทย์ตรวจพบ) ที่พบบ่อยมาก ผู้ป่วยมักรู้สึกวาท้องตนเองโตขึ้น ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นจะต้องนึกถึงสาเหตุต่าง ๆ เช่น เป็นโรคอ้วน มีลมมากในช่องท้อง มีน้ำ ตั้งครบกี้ (ผมเคยตรวจเด็กนักเรียนที่มาหาผมที่จุฬาฯ ด้วยอาการท้องโตขึ้น และตรวจพบเป็นการตั้งครบกี้) หรือมีก้อนเนื้อ ฯลฯ แต่เมื่อตรวจพบว่าท้องที่โตนั้นเป็นน้ำจะต้องนึกถึงสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคตับ (เป็นสาเหตุประมาณ 84% ของน้ำในช่องท้องทั้งหมด) โรคหัวใจ และโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นในช่องท้องหรือกระจายมาจากที่อื่น (ประมาณ 10-15%) จากวัณโรค หรือการติดเชื้ออื่น ๆ ในช่องท้องจากโรคไต จากโรคตับอ่อน อักเสบเฉียบพลัน หรือจากต่อมไทรอยด์ทำงานไม่เต็มที่ (hypothyroid)

การแยกแยะโรคต่าง ๆ นี้ แพทย์จะซักประวัติ และตรวจร่างกายอย่างละเอียด เช่น จากประวัติอาจทราบว่าผู้ป่วยเคยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบนานปี หรือซีหรือมีประวัติที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ 2 ตัวนี้คือ พ่อแม่มีเชื้อมาก่อนหรือเคยเป็นโรคตับ ตึ้มแอลกอฮอล์มานาน หรืออ้วนมากมานาน (อ้วนมากทำให้เป็นโรคตับแข็งได้) มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือมีการใช้ยาเสพติดโดยการฉีดเข็มฉีดยาร่วมกัน การตรวจร่างกายสามารถแยกแยะได้ว่าเป็น

โรคตับ คือมีอาการแสดงของโรคตับ หรือตรวจพบว่าเป็นโรคหัวใจ เพราะมีอาการแสดงของโรคหัวใจ เช่น ความดันของหลอดเลือดที่คอสูงกว่าปกติ (raised jugular venous pressure) หัวใจโต หัวใจเต้นเร็ว มีเสียงหัวใจเต้นผิดปกติ ฯลฯ การตรวจหน้าท้องอาจพบก้อนมะเร็ง อาการและอาการแสดงร่วมอื่น ๆ เช่น อาจพบว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักลด เบื่ออาหาร มีต่อมน้ำเหลืองโต หรือตับโต (มะเร็งลามไป) ฯลฯ ถ้าเป็นการติดเชื้อในช่องท้องผู้ป่วยอาจมีไข้

การตรวจเพิ่มเติมทางห้องแล็บ แล้วแต่ว่าสงสัยโรคอะไร แต่ผู้ป่วยที่มีน้ำในช่องท้อง แพทย์จะต้องเจาะท้องเอาน้ำไปตรวจเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของโรค เช่น มาจากการติดเชื้อ จากมะเร็ง จากโรคตับแข็งธรรมดา ฯลฯ แพทย์จะดูสีน้ำที่เจาะได้ว่าขุ่นแดงหรือไม่ และจะเอาน้ำไปตรวจหาเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง เซลล์มะเร็ง โปรตีน น้ำตาล ฯลฯ



ส่วนการรักษาขึ้นอยู่กับสาเหตุว่าเป็นโรคอะไร ถ้าเป็นวัณโรคก็ให้ยารักษา ถ้าเป็นโรคตับแข็งโดยไม่มีการติดเชื้อแทรกก็เป็นการรักษาน้ำในช่องท้องเฉย ๆ ถ้าน้ำในช่องท้องมีการติดเชื้อก็ต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อโรคให้หมดสิ้นไป

สำหรับการรักษาน้ำในช่องท้องที่เกิดจากโรคตับแข็งที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลักการใหญ่ ๆ คือ การรับประทานเค็มให้น้อยลง ให้เหลือ 2 กรัมต่อวัน โดยสรุปก็คือ อย่าใช้น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ ฯลฯ บนโต๊ะอาหาร และเวลาปรุงอาหารอย่าใส่ให้เค็มมาก ควรได้รับการแนะนำวิธีปรุงหรือทำอาหารจากนักโภชนาการ หลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง หรืออาหารที่มีรสเค็มจัด ถ้าการลดความเค็มแล้วยังไม่ได้ผล จะต้องใช้ยาขับปัสสาวะ (diuretic) ด้วย ซึ่งปัจจุบันนี้มักใช้ยา 2 ตัวร่วมกัน แต่ถึงใช้ยาขับปัสสาวะก็ต้องควบคุมการรับประทานเค็ม

ถ้าคุมความเค็ม ให้ยาขับปัสสาวะแล้วยังไม่ดีขึ้น (คือผู้ป่วยมีน้ำหนักลดน้อยกว่า 1.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์) อาจจะต้องพิจารณาเจาะท้องเอาน้ำออก ถ้าเอาออกไม่เกิน 5 ลิตรต่อครั้งมักไม่มีปัญหา แต่ถ้าเอาน้ำออกระหว่าง 6-8 ลิตรต่อครั้ง จะต้องให้โปรตีน albumin 6-8 กรัมต่อน้ำ 1 ลิตรที่เอาออก

ถึงเวลาหรือยัง กับการฉีดวัคซีนไข้สมองอักเสบเจอี ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่

โรคไข้สมองอักเสบเกิดจากเชื้อไวรัสได้หลายชนิด แต่ที่พบในประเทศไทยส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส **Japanese encephalitis virus (JE)** ซึ่งจัดอยู่ในตระกูล **Flaviviridae** และอยู่ในกลุ่มเดียวกับ dengue virus โรคนี้ติดต่อกันได้โดยมียุง **Culex tritaeniorhynchus** เป็นพาหะนำเชื้อโรคที่สำคัญ ยุงนี้เพาะพันธุ์ในท้องนาที่มีน้ำขัง โดยมีหมู วัว ควาย เป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญ เมื่อสัตว์เหล่านี้ติดเชื้อ JE มักไม่มีอาการ แต่มีเชื้อ JE ในเลือด เมื่อยุงไปกัดสัตว์เหล่านี้และมากัดคน จะแพร่เชื้อเข้าสู่คนได้ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ บางคนอาจจะแค่ปวดหัวตัวร้อนและหายได้เอง มีเพียง 1 ใน 500-1,000 คนเท่านั้นที่โชคร้ายเชื้อ JE เข้าสู่สมอง เกิดอาการสมองอักเสบซึ่งมีความรุนแรงมากและมีโอกาสเสียชีวิตสูงหรือพิการทางสมองไปตลอดชีวิต นับว่าโรคไข้สมองอักเสบเจอีเป็นโรคที่มีความสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขโรคหนึ่งของประเทศไทยและในแถบทวีปเอเชีย

รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์ ผู้ทรงคุณวุฒิระดับ 11 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า โรคไข้สมองอักเสบเจอีเป็นโรคที่มีความร้ายแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากเชื้อเข้าสู่สมองจากอุบัติเหตุรบกวนว่า ในจำนวน 500-1,000 คนที่ติดเชื้อไวรัส JE จะมีเพียง 1 คนเท่านั้นที่เชื้อเข้าสู่สมอง แม้จะเป็นจำนวนไม่มาก แต่มีความรุนแรงและร้ายแรงมาก จึงเป็นที่มาของความพยายามในการหาแนวทางการดูแลรักษา **ซึ่งขณะนี้ยังไม่มียารักษา เป็นเพียงการดูแลตามอาการเท่านั้น เมื่อไม่มีหนทางรักษา จึงต้องพยายามหาวิธีการป้องกัน นั่นคือ “วัคซีน”**

วัคซีนไข้สมองอักเสบเจอีในประเทศไทยมีการบรรจุในแผนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของกระทรวงสาธารณสุข โดยเด็กไทยได้รับมาแล้วไม่ต่ำกว่า 25 ปี เพราะฉะนั้นในคนไทยที่ปัจจุบันมีอายุต่ำกว่า 25 ปี มักจะเคยได้รับวัคซีนแล้ว วัคซีนรุ่นแรกคือ วัคซีนเชื้อตัวตายที่ทำมาจากสมองหมู โดยที่นำเชื้อฉีดเข้าไปในสมองหมูและฆ่าหมูเพื่อสกัดมาทำเป็นวัคซีน แม้ขั้นตอน



รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์

การทำจะยุ่งยากมาก แต่ประสิทธิภาพของวัคซีนไข้สมองอักเสบนี้ได้ผลดีและผลข้างเคียงค่อนข้างต่ำ ส่วนข้อด้อยคือ ภูมิคุ้มกันจะตกเร็วและต้องฉีดบ่อยเพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้สูง จึงมีการคิดค้นด้วยเทคโนโลยีใหม่คือทำเป็นวัคซีนเชื้อตัวเป็น ซึ่งตามหลักการของวัคซีนเป็นหลักการที่ดี โดยเป็นการทำให้เชื้ออ่อนฤทธิ์ ซึ่งข้อดีของวัคซีนเชื้อตัวเป็นคือ สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันในร่างกายได้เป็นเวลานานและระดับภูมิคุ้มกันสูงกว่าวัคซีนเชื้อตัวตาย และจำนวนเข็มที่ฉีดน้อยกว่าวัคซีนเชื้อตัวตาย

สำหรับวัคซีนเชื้อตัวเป็นนี้ปัจจุบันมาจาก 2 ประเทศชนิดแรกจากประเทศจีน ซึ่งมีการใช้ในประเทศจีนมา 20-25 ปี ใช้มาแล้วกว่า 400 ล้านโดสในประเทศจีนและประเทศอื่น ๆ พบว่าได้ผลดี ภูมิคุ้มกันอยู่ได้นานและดีกว่ารุ่นเชื้อตัวตาย วัคซีนเชื้อตัวเป็นชนิดที่ 2 ผลิตมาจากประเทศฝรั่งเศสที่คิดค้นโดยการนำเอาชิ้นส่วนของไวรัสไข้สมองอักเสบ JE ไปปะติดกับวัคซีนไข้เหลือง วัคซีนไข้เหลืองนั้นมีการใช้มากกว่า 30-40 ปีแล้วเช่นกัน พบว่าเมื่อฉีดเข้าไปแล้วมีการกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีและมีความปลอดภัย โดยสรุปวัคซีนเชื้อตัวเป็นที่มาจากประเทศจีนหรือฝรั่งเศสเป็นวัคซีนที่สามารถใช้ได้ในแถบเอเชียนี้ ซึ่งได้ผลดีทั้งสองวัคซีน

“ในอนาคตประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนจากวัคซีนเชื้อตัวตายมาเป็นวัคซีนเชื้อตัวเป็นทั้งหมด เพราะฉีดจำนวนเข็มน้อยกว่า ภูมิคุ้มกันอยู่ได้นานกว่า แต่ขณะนี้ยังติดในเรื่องของราคา ถ้าหากสามารถทำให้ราคาต่ำลงได้ก็จะถือว่าเป็นเรื่องที่ดีมาก และได้ประโยชน์กับคนไทยอย่างมาก”



รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี กล่าวอีกว่า แม้ผู้ป่วยโรคไข้สมองอักเสบเจอีจะมีจำนวนไม่มาก แต่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ จึงมีการบรรจุวัคซีนไข้สมองอักเสบเจอีเป็นวัคซีนพื้นฐานในแผนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดให้เด็กทุกคนได้รับวัคซีนไข้สมองอักเสบเจอี ส่วนความจำเป็นในการฉีดวัคซีนไข้สมองอักเสบเจอีในผู้ใหญ่ นั้น ในเบื้องต้นต้องศึกษาข้อมูลก่อนว่าในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไข้สมองอักเสบเจอีในผู้ใหญ่จำนวนมากน้อยเท่าไร ซึ่งจากการสำรวจพบว่ามีประมาณ 20-30% ของผู้ป่วยไข้สมองอักเสบเจอีทั้งหมดของประเทศไทย เพราะฉะนั้นในจำนวน 20-30% นี้จะเป็นกลุ่มที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเจอี จึงจำเป็นต้องฉีดวัคซีน ซึ่งคนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักจะอาศัยอยู่ในจังหวัดที่ไม่ค่อยมีอะไรที่เกี่ยวข้องกับท่องเที่ยว หมู วัว ควาย ทำให้ไม่เคยได้รับเชื้อมาก่อน เช่น ในเมืองใหญ่ ๆ หรือในกรุงเทพฯ เป็นต้น แม้ว่าจะมีอายุมากแล้วก็ยังถือว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงอยู่ แต่ถ้าอยู่ในจังหวัดที่มีการระบาดของไวรัสเจอี เช่น นครปฐม ราชบุรี ฯลฯ ซึ่งมีการเลี้ยงหมูกันมาก คนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มักจะติดเชื้อไปแล้วมักจะภูมิคุ้มกันแล้วเกือบ 100% เพราะฉะนั้นโอกาสและความจำเป็นที่จะต้องฉีดวัคซีนก็น้อยลง

“ดังนั้น ทางกรมแพทย์ควรจะต้องการสำรวจเพื่อหาว่าคนในแต่ละช่วงอายุและในพื้นที่ต่าง ๆ กันมีภูมิคุ้มกันมากน้อยแค่ไหน กลุ่มที่เคยฉีดวัคซีนแล้วตั้งแต่เด็ก พออายุ 10 ปี 12 ปี 15 ปี 17 ปี อยู่ในจังหวัดที่ไม่ค่อยมีเชื้อตัวนี้หมูน้อยคนเท่าไรก็จะไม่ถูกกระตุ้น เมื่อไม่ถูกกระตุ้นโดยยุงที่มีเชื้อไวรัสไข้สมองอักเสบเจอี ภูมิคุ้มกันก็จะตกลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งวันหนึ่งอาจจะติดเชื้อไวรัสเจอีและเป็นโรคเลย แต่กลุ่มนี้แม้ว่าจะป่วยก็มักมีอาการไม่รุนแรง เพราะร่างกายพอจะมีภูมิคุ้มกันเหลืออยู่บ้างเนื่องจากเคยรับรู้มาก่อน”

รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี กล่าวเพิ่มเติมว่า เป็นที่ทราบกันชัดเจนอยู่แล้วว่าวัคซีนไข้สมองอักเสบเจอีในเด็กมีความคุ้มค่าเนื่องจากโรคนี้ส่วนใหญ่เกิดในเด็ก ส่วนในผู้ใหญ่ **ขณะนี้เริ่มมีข้อมูลว่ามีผู้ใหญ่เป็นโรคนี้ด้วย อีกทั้งเด็กวัยรุ่นที่กำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ที่เคยฉีดไปเมื่อหลายปีก่อน ตอนนี้ภูมิคุ้มกันเริ่มตก อาจจะต้องฉีดกระตุ้น เพราะฉะนั้นจึงยังตอบไม่ได้ว่าความจำเป็นและความคุ้มค่านั้นแค่ไหน แต่ทางการแพทย์เริ่มมองเห็นว่าน่าจะมีประโยชน์ ซึ่งแน่นอนว่าคนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันก็ย่อมเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้สมองอักเสบเจอี**

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันข้อมูลเรื่องโรคไข้สมองอักเสบเจอีมีการรับรู้กันอย่างกว้างขวางมากขึ้น และมีการศึกษาเพิ่มเติมมากขึ้น ถ้าเป็นในเด็กต้องฉีดตามตารางที่แพทย์แนะนำอยู่แล้ว **ส่วนในวัยรุ่นซึ่งเคยฉีดวัคซีนไข้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อตัวตายมาก่อน ภูมิคุ้มกันอาจจะลดลงไปแล้ว ก็ไม่จำเป็นจะต้องไปตรวจหาภูมิคุ้มกัน เพราะอาจจะไม่มีหรือไม่มีก็ได้ ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญบางท่านอาจพิจารณาฉีดกระตุ้นด้วยวัคซีนไข้สมองอักเสบเจอีรุ่นใหม่ ซึ่งเป็นเชื้อตัวเป็นที่ได้ผลดีอีกเพียงเข็มเดียว แต่ในกลุ่มผู้ใหญ่ยังคงจะต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป**

สำหรับแพทย์ การฉีดยาโรคนี้ไม่ยาก เพราะยังพบอุบัติการณ์ของโรคนี้ได้บ่อย สิ่งที่แพทย์ควรจะรู้คือ ประชาชนในทุกกลุ่มอายุมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเจอีแล้วก็เปอร์เซ็นต์ เพื่อจะดูว่ากลุ่มไหนเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไข้สมองอักเสบเจอี จากข้อมูลการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มวัยรุ่นต่อเนื่องไปถึงกลุ่มผู้ใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคสูง เพราะเป็นกลุ่มที่เคยฉีดวัคซีนเมื่อหลายปีมาแล้ว ภูมิคุ้มกันลดลงไปแล้ว จึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาวิจัยเรื่องภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสเจอีของประชากรในแต่ละช่วงอายุ และแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย

“ทุกวัคซีนมีประโยชน์ทั้งสิ้น แต่จะมากหรือน้อยขอให้พิจารณาว่าตัวไหนมีความเหมาะสมกับประเทศไทยบ้าง วัคซีนไข้สมองอักเสบเจอีเป็นวัคซีนที่สำคัญและจำเป็น ซึ่งภาครัฐเป็นผู้จัดหาให้คนไทยได้ใช้ในการป้องกันโรค ในอนาคตอันใกล้ก็อาจจะมีการเปลี่ยนจากวัคซีนไข้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อตัวตาย เป็นชนิดเชื้อตัวเป็น เพื่อความเหมาะสมมากขึ้นสำหรับประเทศไทย เพราะฉะนั้นการฉีดวัคซีนก็ยังเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างมาก พ่อแม่ที่มีลูกเล็กจึงควรสอบถามแพทย์เพื่อที่จะได้รู้ข้อมูลว่ามีวัคซีนตัวไหนที่ต้องได้รับหรือควรได้รับ เพื่อสุขภาพที่แข็งแรงของเด็กหรือผู้ใหญ่ไทย” **รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี** กล่าวทิ้งท้าย





ยาสเตียรอยด์ กับการรักษาไข้เลือดออก

ไข้เลือดออก หรือ Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี สามารถติดต่อจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งโดยมีพาหะคือยุงลาย ซึ่งเกิดจากลูกน้ำในน้ำใส ๆ ที่ขังตามภาชนะรอบบ้าน เมื่อโตเป็นตัวยุงแล้วก็ชอบมาอาศัยอยู่ในบ้านคนและกัดคนตอนกลางวัน เมื่อเชื้อเข้ามามีชีวิตอยู่ในตัวคนแล้วจะมีระยะฟักตัว 3-14 วัน จากนั้นจึงเข้าระยะเป็นไข้สูงอยู่นาน 2-7 วันจากปฏิกิริยาที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายพยายามกำจัดเชื้อ อาจชักเพราะไข้สูง อาจมีจุดเลือดออกตามตัว มีตับโตเนื่องจากเกิดการอักเสบที่ตับ แล้วเมื่อไข้เริ่มจะลงก็เข้าสู่ระยะช็อก จากการที่ผนังหลอดเลือดเกิดการอักเสบจนปล่อยให้สารน้ำในหลอดเลือดรั่วออกไปนอกหลอดเลือดทำให้เลือดข้นขึ้นแต่ปริมาตรเลือดลดลงจนไม่พอไหลเวียน ผู้ป่วยจะมีอาการซึม เหงื่อออก มือเท้าเย็น ไม่ถ่ายปัสสาวะ ชีพจรเบาและเร็ว มีเลือดออกง่าย เพราะเกล็ดเลือดต่ำโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ถ้าโรคเป็นมากก็ช็อกจนเสียชีวิตได้ ระยะนี้จะนาน 1-2 วัน เมื่อผ่านไปได้ก็จะเข้าระยะพักฟื้น คือค่อย ๆ ดีขึ้นจนหายเป็นปกติ โรคนี้มีอัตราการตายต่ำกว่า 1% แต่ถ้ามีอาการช็อกจะมีอัตราการตายสูงถึง 12-44% การวินิจฉัยโรคนี้ต้องเจาะเลือดตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไข้เลือดออก หรือตรวจหาตัวเชื้อ (antigen) ไข้เลือดออก

สเตียรอยด์ (Steroid) เป็นชื่อเรียกโดยย่อของกลุ่มยาที่มีชื่อเต็มว่า corticosteroid ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์และข้อบ่งใช้มากมาย สเตียรอยด์จะถูกใช้เมื่อใช้ยาอื่นไม่ได้ผล หรือโรคนั้นไม่อาจควบคุมด้วยยาอื่น เนื่องจากมีอาการข้างเคียงสูง วัตถุประสงค์ที่นำสเตียรอยด์ไปใช้ก็เพื่อบรรเทาอาการอักเสบ และกดภูมิคุ้มกันในโรคต่าง ๆ นั้น

การรักษาไข้เลือดออกด้วยการใช้สเตียรอยด์พบว่า มีแพทย์ใช้ยาสเตียรอยด์บ้าง เนื่องจากยังไม่มียาที่รักษาไข้เลือดออกอย่างได้ผล นอกเหนือจากการให้สารน้ำทดแทน หรือเกล็ดเลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้ จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ในผู้ป่วยไข้เลือดออกพบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่รายงานว่าสเตียรอยด์ไม่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยไข้เลือดออกโดยเฉพาะในรายที่มีอาการช็อก พบข้อมูลส่วนหนึ่งสนับสนุนว่าการให้สเตียรอยด์ในระยะเริ่มแรกของไข้เลือดออกจะลดความรุนแรงของไข้เลือดออก ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้

กล่าวโดยสรุป ยาสเตียรอยด์ยังไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาไข้เลือดออกอย่างชัดเจน พบข้อมูลกลุ่มน้อยระบุว่ายาสเตียรอยด์ในระยะเริ่มแรกสามารถลดความรุนแรงของไข้เลือดออกจนเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ ยังคงต้องติดตามข้อมูลที่มากขึ้นต่อไป





จัดระเบียบ 'อุมบุญ' คุณเข้มจริยธรรมแพทย์

การอุมบุญในประเทศไทยกลายเป็นประเด็นร้อนที่กลับมาได้รับความสนใจอีกครั้ง หลังจากกรณีข่าวการอุมบุญจากแม่ชาวไทยที่รับจ้างจากชาวออสเตรเลีย รวมถึงข่าวการบุกค้นเด็ก 9 คนที่คอนโดมิเนียมย่านลาดพร้าว หลังจากได้รับแจ้งจากพลเมืองดีว่าสถานที่ดังกล่าวอาจเป็นแหล่งพักเด็กทารกที่เกิดจากการอุมบุญ ซึ่งหลังจากตรวจสอบแล้ว เด็กทั้งหมดเกิดจากการอุมบุญจริง โดยใช้น้ำเชื้อจากพ่อชาวญี่ปุ่นคนเดียวกัน

จากการติดตามของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การอุมบุญในประเทศไทยมีอัตราการเติบโตค่อนข้างสูง ทำให้มีเม็ดเงินหมุนเวียนจากการอุมบุญต่อปีถึง 4,000 ล้านบาท และมีเอเจนซีกว่า 20 ราย รับดำเนินการจัดหาหญิงรับจ้างอุมบุญให้ โดยเป็นการเชื่อมโยงระหว่างคนไทยกับต่างชาติ ทั้งจากจีน ออสเตรเลีย อิสราเอล และชาติอื่น ๆ

น.ต.พ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การอุมบุญโดยที่ไม่ใช่สายเลือดเดียวกันนั้น ผิดกฎหมาย ซึ่งจากการตรวจสอบสถานบริการที่ให้การทำเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ให้แก่หญิงไทยที่รับจ้างจากชาวออสเตรเลีย มีความชัดเจนว่าให้บริการอุมบุญ แก่คนที่ไม่ใช่ญาติ และมีการจ่ายค่าตอบแทนในลักษณะการจ้างวาน ซึ่งผิดข้อบังคับ ตามประกาศของแพทยสภา ถือว่าเข้าข่ายการไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีโทษฐาน ฝ่าฝืนมาตรา 34(2) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ที่กำหนดให้ผู้ดำเนินการ มีหน้าที่ควบคุมดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมจะมีโทษตามมาตรา 65 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน



น.ต.พ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์

1 ปี ปรับไม่เกิน 2 หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และจะส่งเรื่องไปแพทยสภาเพื่อให้ดำเนินการทางจริยธรรมกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

ในส่วนของสถานที่หรือสถานประกอบการดังกล่าว ไม่ได้รับอนุญาตให้เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายทำในเชิงการค้า สบส. จะดำเนินคดีกับบุคคลที่ประกอบกิจการและดำเนินการฐานประกอบกิจการ โดยไม่ได้รับอนุญาต ตามมาตรา 16 และมาตรา 24 ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 60,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ สำหรับกรณีพบว่ามีกรณี

เกี่ยวกับการซื้อขายไข้ อัมบุน เลือกเพศ จะมีการดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องการโฆษณาอย่างเคร่งครัด ส่วนโทษของแพทย์จะมีการส่งเรื่องไปยังแพทยสภาเพื่อดำเนินการทางจริยธรรมกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการต่อไป

“ต้องยอมรับว่าปัจจุบันประชาชนมีความต้องการใช้บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับเทคโนโลยีสามารถตอบสนองความต้องการเลือกเพศได้ แต่พบว่าถูกนำไปใช้ในการแสวงหาผลประโยชน์เชิงธุรกิจ ทั้งการรับจ้างอัมบุน ขายไข่ ขายอสุจิ การคัดเลือกเซลล์ที่มีดีเอ็นเอ ซึ่งผิดวัตถุประสงค์และขัดต่อหลักศีลธรรมและกฎหมาย”

น.ต.นพ.บุญเรือง กล่าวอีกว่า สบส. มีอำนาจในการพิจารณาเพียงสถานพยาบาล ส่วนโทษอื่น ๆ ต้องขึ้นอยู่กับกฎหมายอื่น เช่น หากพิสูจน์ได้ว่าเป็นการกระทำเพื่อแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบหรือการค้ามนุษย์ จะมีความผิดตามพระราชบัญญัตินั้น ๆ ซึ่งหากมีความผิดฐานค้ามนุษย์ถือว่ามิโทษหนักที่อาจเข้าข่ายมาตรา 50 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล ที่ระบุว่าทำให้เกิดอันตรายและร้ายแรงถึงชีวิต มิโทษสูงสุดคือปิดสถานพยาบาลได้ด้วย สำหรับแพทย์ผู้ประกอบหัตถการแม้ว่าจะมีการขออนุญาตและขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง แต่หากปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพถือว่าได้กระทำผิดข้อบ่งชี้ ซึ่งมีโทษสูงสุดถึงถอดถอนใบประกอบวิชาชีพได้

ในปัจจุบันมีสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนในการทำเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในกรุงเทพฯ 12 แห่งทั่วประเทศ 45 แห่ง มีทั้งเอกชนและสถานพยาบาลของรัฐ มีแพทย์ 240 ท่านที่ลงทะเบียนไว้ ซึ่งจะต้องมีการ

ตรวจสอบกันอีกครั้ง ทั้งนี้สำหรับค่าใช้จ่ายในการอัมบุนแต่ละครั้ง หากเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ราคาเบื้องต้นประมาณ 1 แสนกว่าบาท ซึ่งราคาจะสูงขึ้นหากเป็นเคสที่ดำเนินการได้ยาก ส่วนโรงพยาบาลเอกชนจะอยู่ที่ 2.5-3 แสนบาท หากเป็นเคสที่ดำเนินการได้ยากขึ้นราคาจะอยู่ประมาณ 4-5 แสนบาทขึ้นไป

อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการแก้ไขใน 4 ข้อหลักกรณีการอัมบุน ดังนี้ 1. ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ชี้แจงไปแล้วว่าการใช้เทคนิคการช่วยเจริญพันธุ์หรือการอัมบุนนั้นยังผิดกฎหมายอยู่ เนื่องจากไม่มีกฎหมายรองรับ แต่จะสามารถทำได้ในกรณีของผู้ที่มีปัญหาการมีบุตรยาก มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติ และไม่มีคำตอบแทนเท่านั้น 2. ได้ทำความเข้าใจกับคลินิกว่าการดำเนินการต้องถูกต้อง มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนว่าจะไม่ใช่เป็นช่องทางในการหาผลประโยชน์ 3. เจ้าหน้าที่มีการออกตรวจสถานพยาบาลตามมาตรา 45 ในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และ 4. มีช่องทางให้ผู้ที่พบเห็นแจ้งและรายงาน

ด้าน **ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา** นายกแพทยสภา กล่าวว่า แพทยสภาได้รับเรื่องเกี่ยวกับแพทย์ที่กระทำการละเมิดประกาศแพทยสภาที่ 1/2540 และ 21/2545 เรื่องมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในกรณีนี้คู่สมรสต้องการมีบุตรโดยให้หญิงอื่นซึ่งมีภรรยาตั้งครรภ์แล้ว ซึ่งในการให้บริการนั้นจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขคือ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้บริจาคเซลล์สืบพันธุ์ในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการซื้อขาย ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่หญิงที่ตั้งครรภ์แทนในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการรับจ้างตั้งครรภ์ และหญิงที่ตั้งครรภ์แทนจะต้องเป็นญาติโดยสายเลือดของคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

“ตามกระบวนการของแพทยสภา จำเป็นต้องให้ความเป็นธรรมแก่แพทย์ที่ถูกกล่าวโทษ หลังจากอนุกรรมการบริหารแพทยสภาพิจารณาเบื้องต้นเห็นว่ามีความผิดจะส่งไปยังอนุกรรมการจริยธรรมพิจารณาต่อไป หากพิจารณาว่ามีความผิดจะส่งเรื่องต่อไปยังคณะกรรมการสอบสวนเพื่อพิจารณาโทษ จากนั้นจึงส่งเข้าคณะกรรมการแพทยสภาเพื่อลงโทษ และตามประกาศของแพทยสภาที่ไม่มีอำนาจในการปิดสถานพยาบาล หรือห้ามแพทย์คนดังกล่าวปฏิบัติหน้าที่ต่อไปโดยระหว่างการพิจารณาทั้งกระบวนการ แพทย์ที่ถูกดำเนินการไม่จำเป็นต้องหยุดการทำหน้าที่แพทย์ แต่แพทยสภากำลังอยู่ในระหว่างปรับปรุงแก้ไขข้อบังคับของแพทยสภาให้มีอำนาจ



ศ.บพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา และ ศ.คลินิก พญ.วิบูลพรรณ สุตะถิลา ร่วมแถลงกรณีอัมบุน



สั่งแพทย์ที่ถูกตรวจสอบให้หยุดการทำหน้าที่ได้ต่อไป”
นอกจากนี้แล้ว แพทยสภาและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยกำลังปรับปรุงประกาศแพทยสภา ในกรณีที่คุณสมรสต้องการมีบุตรโดยให้หญิงอื่นซึ่งมิใช่ภรรยาตั้งครรภ์แทน โดยการให้บริการต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้บริจาคเซลล์สืบพันธุ์หรือหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการซื้อขายหรือการรับจ้างตั้งครรภ์

2. ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาหรือโฆษณาให้แพร่หลายด้วยประการใด ๆ ว่ามิใช่บริจาคหรือมีหญิงที่ประสงค์จะเป็นผู้รับตั้งครรภ์แทนผู้อื่น หรือมีบุคคลที่ประสงค์จะให้หญิงอื่นเป็นผู้รับตั้งครรภ์แทน

3. ห้ามมิให้ดำเนินการเพื่อคู่สมรสที่เป็นเพศเดียวกันหรือไม่มีคู่สมรส

4. ห้ามมิให้สถานพยาบาลหรือผู้ให้การรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เป็นคนกลางหรือร่วมกับนายหน้าจัดการหรือนำเสนอ จัดหา หรือนำเข้า/ส่งออกไข่บริจาค หรือตัวอ่อนบริจาคหรือจัดหาสตรีเพื่อมารับตั้งครรภ์แทน

5. หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนต้องเป็นญาติโดยสายเลือด แต่ต้องไม่เป็นบุพการีหรือผู้สืบสันดานของคู่สามีหรือภรรยาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เคยมีบุตรมาก่อนแล้วเท่านั้น มีอายุระหว่าง 20-34 ปี สุขภาพแข็งแรง และการตั้งครรภ์ต้องไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเองและทารกที่จะเกิดมา

ผมขอยืนยันว่าขณะนี้เราไม่ได้เพิ่งมาล้อมคอกแก้ปัญหาเรื่องนี้ แต่มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการอุ้มบุญมานานแล้ว ตอนที่บังคับใช้อยู่ 2 ฉบับคือประกาศแพทยสภาเรื่องมาตรฐานการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และประกาศฉบับแก้ไขเพิ่มเติมฉบับแรกที่ออกมาบังคับใช้เมื่อปี พ.ศ. 2545 อีกทั้งยังมีร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ที่ยังค้างอยู่

ในกฎหมาย และขณะนี้เราจะผลักดันพระราชบัญญัตินี้ต่อไป ซึ่งร่างพระราชบัญญัติฉบับใหม่นี้จะแก้ไขช่องโหว่จากกฎหมายเดิมในประเด็นต่าง ๆ อาทิ การบังคับสถานพยาบาลที่ใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เจ้าของต้องเป็นแพทย์เท่านั้น บังคับให้สถานพยาบาลเก็บข้อมูลทุกอย่าง และส่งรายงานมายังแพทยสภาเพื่อตรวจสอบติดตาม ห้ามทำโคลนนิ่งมนุษย์โดยเด็ดขาด ห้ามให้มีการซื้อขายไข่ สเปิร์ม และกำหนดคุณสมบัติของผู้หญิงที่มาอุ้มบุญ เป็นต้น”



ศ.คลินิก พญ.วิบูลพรรณ จิตะดิติก ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวไว้ การอุ้มบุญนั้นไม่ได้ทำให้เกิดปัญหา เนื่องจากเป็นการช่วยเหลือผู้ที่อยากมีบุตรแต่ไม่สามารถมีบุตรให้มีบุตรตามจริยธรรมที่ถูกต้อง แต่การเอาไปทำอย่างอื่น

ไม่ว่าจะเป็นขบวนการการค้ารับจ้าง การจ่ายค่าตอบแทน เป็นประเด็นที่ทำให้เกิดปัญหา ด้วยเหตุนี้เพื่อให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ในการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยาก แพทยสภาจึงได้มอบหมายให้

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยจัดทำหลักเกณฑ์เกี่ยวกับตัวอ่อนและเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ให้เป็นมาตรฐาน โดยในเบื้องต้นได้ตั้งคณะกรรมการเฉพาะเพื่อรับผิดชอบในเรื่องการปรับปรุงมาตรฐานในเรื่องเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้ทันความก้าวหน้าในทางการแพทย์ โดยมีการเชิญแพทย์ที่ให้บริการเพื่อชี้แจงรายละเอียดในเรื่องมาตรฐานและขอข้อเสนอแนะให้ข้อมูลทางการแพทย์แก่หญิงที่รับอุ้มบุญ และร่วมผลักดันให้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

“การทำอุ้มบุญไม่ได้ทำให้เกิดปัญหา หากเป็นการช่วยเหลือคู่สมรสที่ต้องการมีลูกแต่ไม่สามารถใช้วิธีทางธรรมชาติได้ แต่ต้องทำให้อยู่ตามกฎหมายและข้อบังคับแพทยสภา หากทำไม่ถูกต้องก็จะดำเนินการกับผู้กระทำผิดตามผิด แต่อย่างไรก็ตาม การควบคุมที่เข้มงวดมากอาจทำให้แพทย์ที่ทำอย่างถูกต้องเกิดข้อจำกัดในการให้บริการ ทั้งนี้จะขอให้แต่ละโรงพยาบาลมีการตั้งคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อควบคุมแพทย์ในการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และรายงานกลับมาที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย”

แม้การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์จำเป็นสำหรับบางครอบครัวที่มีข้อจำกัดในการมีบุตร แต่อาจล่อแหลมด้านจริยธรรม ที่ผ่านมาจะร่วมกับแพทยสภาออกข้อกำหนดควบคุมทั้งผู้ให้บริการสถานพยาบาล และกำหนดเกณฑ์ของผู้ที่จะทำอุ้มบุญ ซึ่งต้องเป็นญาติเท่านั้น แต่ปัจจุบันมีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้องทำให้มีการกระทำผิดมากขึ้น ดังนั้น หากร่างกฎหมายคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ฉบับนี้ได้รับการผลักดันอย่างจริงจัง จะเป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองเรื่องนี้อย่างรอบด้าน



ปัจจุบันสถานการณ์โรคเบาหวานเข้าขั้นวิกฤติ และกำลังเป็นภัยเงียบของคนไทยและคนทั่วโลก ล่าสุดพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 371 ล้านคน และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยถึง 552 ล้านคน โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา

ในส่วนของประเทศไทย ผลการสำรวจสุขภาพของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2552 พบคนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3.5 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเฉลี่ยปีละเกือบ 8,000 คน และในปี พ.ศ. 2554 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 21 คนต่อวัน แนวโน้มพบในเด็กมากขึ้น เนื่องจากในขณะนั้นเด็กเผชิญความอ้วน รับประทานหวานมากขึ้น หากไม่มีการควบคุมโรคที่ดีพอ คาดว่าในอีก 8 ปีข้างหน้าจะพบคนไทยเป็นผู้ป่วยเบาหวานถึง

4.7 ล้านคน และที่น่าเป็นห่วงในขณะนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 ใน 3 หรือประมาณ 1.2 ล้านคน ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยมาก่อน และผู้ป่วยบางส่วนรู้ตัวแล้ว แต่ไม่ได้รับการรักษา มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพียงร้อยละ 29 อีกประมาณร้อยละ 70 คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เกิดโรคแทรกซ้อนทั้งโรคหัวใจ เท้าเน่า ไตวาย ตามมา ทำให้แต่ละปีมีค่าดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 47,596 ล้านบาท

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ร่วมกับ กรุงเทพมหานคร ภายใต้การสนับสนุนโดย บริษัท แอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด จึงได้จัด โครงการรณรงค์หยุด...เบาหวาน "STOP DIABETES NOW" เพื่อต้องการรณรงค์ให้ทุกคนได้ตระหนักถึงอันตรายจากโรคเบาหวาน เพราะหากเป็นโรคเบาหวานแล้วไม่รักษาควบคุมดูแลให้ดียิ่งขึ้นจะเป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้คนจำนวนมากนับล้านคนต้องเสียชีวิตจากโรคหัวใจ โรคไตพิการ เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ และตาบอดได้

ศ.เกียรติคุณ พญ.วรรณิ นิธิยานันท์ นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี กล่าวว่า โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินมาตรฐาน หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมเมื่อน้ำตาลในกระแสเลือดมากจะทำให้เลือดมีความเข้มข้นและหนืดมากขึ้น หัวใจทำงานหนักขึ้น หลอดเลือดรับแรงดันมากขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ร้อยละ 95 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักเกิน ส่วนโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งเป็นเบาหวานที่เกิดจากกรรมพันธุ์พบเพียงร้อยละ 4 สาเหตุเกิดจากเซลล์ตับอ่อนหยุดผลิตฮอร์โมนอินซูลิน พบมากในคนอายุน้อยกว่า 25 ปี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบาหวาน



เฉียบพลัน มีภาวะเลือดเป็นกรด ระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาการรุนแรง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

“ขณะนี้กำลังทำการสำรวจครั้งใหม่เพื่อจะได้ทราบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากน้อยแค่ไหน หลังจากที่ทุกภาคส่วนได้ร่วมมือกันอย่างจริงจัง พยายามที่จะหยุดเบาหวาน หยุดในที่นี้หมายความว่าหยุดไม่ให้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ โดยจะทราบผลการสำรวจประมาณปีหน้า ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2552 พบคนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 3.2 ล้านคน เป็น 3.5 ล้านคน”

ความร่วมมือกันของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกิดขึ้นนี้ เพื่อช่วยกันรณรงค์ให้เห็นถึงความสำคัญของโรคเบาหวาน เร่งควบคุมป้องกัน ลดจำนวนคนป่วยลง โดยตรวจคัดกรองเบาหวานในประชาชน ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาตัวเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ให้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานแล้วให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง โดยเน้นการปฏิบัติตัว 3 อ. คือ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และใช้ยาควบคุมอาการ โดยจะมีการตรวจเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น ตาบอดจากเบาหวานขึ้นตาให้ได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วย

ศ.เกียรติคุณ พญ.วราณี กล่าวต่ออีกว่า ทางสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ ได้เดินหน้ารณรงค์เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าหากได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชนจะทำให้สามารถจัดงานได้ในระดับที่ใหญ่ขึ้น เพื่อกระจายข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สร้างความตระหนักให้คนทั่วไปที่ยังไม่เป็นโรคได้รู้จักคำว่าเบาหวานมากขึ้น รู้จักว่าโรคนี้สามารถป้องกันได้ หรือแม้แต่ในคนที่ เป็นโรคเบาหวานแล้วจะต้องรู้จักวิธีการดูแลตนเอง เพื่อจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

“เราพยายามสื่อสารให้คนทั่วไปรู้จักคำว่าเบาหวานมากขึ้น และรู้จักวิธีการดูแลช่วยเหลือนผู้ป่วยเบาหวาน เพราะถ้ารู้จักและเข้าใจย่อมจะเป็นการป้องกันตนเองให้ห่างไกลโรคไปด้วยในตัว ซึ่งการดูแลเบาหวานกับการป้องกันเบาหวานนั้นเหมือนกัน ที่ต่างกันคือใช้ยากับไม่ใช้ยา เพราะฉะนั้นถ้าสังคมเข้าใจก็จะเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ดำรงชีวิตในทางที่ถูกต้อง และควบคุมเบาหวานได้ดี เพราะโรคเบาหวานไม่ใช่โรคที่ต้องแอบซ่อนหรือปิดบัง ทุกคนควรจะมี ใจ และดูแลกันอย่างถูกต้อง”

ในส่วนของการแพทย์ นอกจากจะมีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแล้ว อันดับแรก ต้องช่วยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานด้วยว่า ถอดที่พี่น้องของผู้ป่วยเบาหวานจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้มากกว่าคนปกติ ดังนั้นจะมีวิธีป้องกันตนเองได้อย่างไร อันดับที่สอง แพทย์จะต้องสามารถวินิจฉัยโรคให้ได้เร็วที่สุด เพื่อลดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนที่จะตามมา และอันดับสุดท้ายคือ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ผลดีที่สุดจะต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักทำกิจกรรม เป็นต้น

คุณโจนาธาน พอล วอคเกอร์ ประธานบริษัท แอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด กล่าวว่า ในฐานะหน่วยงานเอกชนที่ศึกษาค้นคว้าผลิตภัณฑ์ในการรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งในปัจจุบันมีอัตราการป่วยจำนวนมาก บริษัทฯ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของโรคเบาหวานและมีความเป็นห่วงสุขภาพของคนไทย จึงได้ร่วมกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ จัดโครงการนี้ขึ้น ไม่ใช่เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานออกมารักษาท่านั้น แต่ต้องการป้องกันคนทั่วไปที่ยังไม่เป็นโรคเบาหวานให้ห่างไกลจากโรค เพราะปัญหาของประเทศไทยที่พบคือ ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรค ส่วนหนึ่งเป็นเพราะขาดความตระหนักรู้



“ได้มีโอกาสพูดคุยกับ **ดร.สุสติ ตามไท รองผู้อำนวยการกรุงเทพมหานคร** ท่านบอกว่าในขณะนี้กว่าร้อยละ 70 ของรถพยาบาลคือการไปช่วยผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เพราะฉะนั้นถ้าเราสามารถช่วยกันรณรงค์ให้หยุดเบาหวานได้ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานของประเทศได้อย่างมาก”

ถือเป็นจุดเริ่มต้นของ **บริษัท แอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด** ในการมีส่วนร่วมสนับสนุนโครงการดี ๆ ซึ่งเป็นก้าวแรกเพื่อต่อยอดไปสู่ก้าวต่อไป ๆ ไปอีกในอนาคต โดยวางแผนการทำงานในเชิงรุก เพื่อนำความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานลงสู่ชุมชน เป็นการสื่อสารในหลากหลายช่องทางเพื่อสนับสนุนแพทย์ในด้านการดูแลผู้ป่วยให้สามารถหยุดเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

ดร.สุสติ ตามไท รองผู้อำนวยการกรุงเทพมหานคร ระบุว่า **ราชาราชการแทนผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร** กล่าวว่าทางกรุงเทพมหานครได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคเบาหวานที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ซึ่งพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมักจะไม่รู้ตัวว่าเป็นโรค จึงร่วมมือกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ และภาคเอกชน ดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์หยุดเบาหวาน เพื่อป้องกัน ควบคุมการเจ็บป่วย และดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ

ทั้งนี้ภายในงานมีกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพมากมาย อาทิ การร่วมเดินออกกำลังกาย รณรงค์ให้ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงภัยจากโรคเบาหวาน ร่วมแบ่งปันประสบการณ์ และแนะนำวิธีการดูแลตัวเองก่อนที่จะสายเกินไป จาก **คุณปึกกี้-สุสิทธิ์ ดวงรัตนตรัย นักแสดงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน** การบริการตรวจสุขภาพฟรี ชมนิทรรศการเพื่อรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเบื้องต้นจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ ณ สวนลุมพินี





เปิดใจ ศ.นพ.ธำนิษฐ อินทรกำธรชัย

ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
กับการสร้างศักยภาพอายุรแพทย์ไทยควบคู่กับการให้ความรู้สู่ประชาชน

อายุรศาสตร์ หมายถึงวิชาการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย รักษาโรคและความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งรักษาได้ด้วยยา และไม่ใช่โรคจำเพาะในบางอวัยวะ เช่น หู ตา คอ จมูก เป็นต้น ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาโรคและการป้องกันโรค ส่วนอายุรแพทย์นั้น หมายถึงแพทย์ที่ทำหน้าที่วินิจฉัย รักษา และป้องกันโรคทางอายุรศาสตร์ โดยให้คำแนะนำ และ/หรือให้ยาตามความจำเป็น นอกจากนี้ อายุรแพทย์ยังมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพด้วย อายุรแพทย์อาจมีความชำนาญพิเศษเฉพาะสาขาวิชาใดวิชาหนึ่งต่อไปนี้คือ โรคระบบการหายใจ โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด โลหิตวิทยา ตจวิทยา ประสาทวิทยา เวชบำบัดวิกฤติ มะเร็งวิทยา โรคข้อและรูมาติสซั่ม โรคติดเชื้อและโรคอายุรศาสตร์เขตร้อน โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก ต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม โรคระบบทางเดินอาหาร โรคผู้สูงอายุ เวชพันธุศาสตร์คลินิก พืชวิทยา และโภชนาการคลินิก

อายุรแพทย์จึงเป็นบุคคลผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยดูแลสุขภาพของคนส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นองค์กรสำคัญที่กำหนดรูปแบบความเชี่ยวชาญและความสามารถของผู้ที่จะเป็นอายุรแพทย์ เนื่องจากเป็นผู้ร่างหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของอายุรแพทย์ นอกจากนี้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยยังถือเป็นองค์กรสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมการศึกษา การวิจัย จัดการประชุมทางวิชาการ การศึกษาต่อเนื่อง และกิจกรรมทางวิชาการต่าง ๆ ซึ่งแนวทางและนโยบายในเรื่องเหล่านี้จะเป็นไปในทิศทางอย่างไรนั้น ศ.นพ.ธำนิษฐ อินทรกำธรชัย ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้มาเปิดใจให้ฟังว่า

บทบาทของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย นอกจากจะเป็นศูนย์กลางการติดต่อและแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและกิจกรรมอื่น ๆ กับสมาชิกสมาคมวิชาชีพเวชกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศแล้ว เราพยายามเป็นเสาหลักให้แก่อายุรแพทย์และ

ประชาชนเวลาที่มีปัญหาทางด้านอายุรศาสตร์โดยพร้อมที่จะเข้าไปช่วยเหลือ และยินดีที่จะให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ถูกต้อง ซึ่งขณะนี้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้ทำแนวทางการรักษาโรคต่าง ๆ ที่สำคัญทางด้านอายุรศาสตร์ของประเทศ เช่น การรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก แนวทางการใช้ยาให้เหมาะสมในโรคสำคัญต่าง ๆ เนื่องจากในเวชปฏิบัติ การรักษาผู้ป่วยโรคเหล่านี้ยังมีความหลากหลาย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องวางแนวทางการรักษาที่ถูกต้องของประเทศ นอกจากนี้การส่งเสริมสนับสนุนให้อายุรแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรไปแล้วให้มีความรู้ความสามารถที่จะพัฒนาตนเองให้ก้าวทันวิวัฒนาการการรักษาใหม่ ๆ ก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง และแพทย์บางท่านอาจจะทำงานอยู่ที่ห่างไกล ไม่สามารถเดินทางเข้าร่วมประชุมวิชาการ ทำให้ความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยอาจจะด้อยลง ก็จะเป็นผลเสียต่อคนไข้ที่ได้รับการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้เกิดเป็นกรณีฟ้องร้องได้ เพราะฉะนั้นราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยจะเน้นบทบาทในเรื่องนี้มากขึ้น คือวางนโยบายที่จะให้อายุรแพทย์ที่จบไปแล้วสามารถจะดำรงไว้ซึ่งความเป็นอายุรแพทย์ที่ทันสมัยให้เป็นที่มั่นใจของประชาชนคนไทย ซึ่งขณะนี้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้ส่งเสริมสนับสนุนโครงการการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (Continuing Professional Development: CPD) ให้แก่สมาชิกโดยการตั้งอนุกรรมการ CPD เพื่อจัดทำ online learning materials ต่าง ๆ ให้แก่สมาชิกสามารถเข้าไปศึกษาได้ด้วยตนเอง

นอกจากการส่งเสริมสนับสนุนทางด้านของการศึกษาต่อเนื่องแล้ว ในส่วนของการผลิตอายุรแพทย์ขณะนี้เราพยายามเปิดสถาบันฝึกอบรมเพิ่มขึ้น โดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ทำให้สามารถผลิตอายุรแพทย์ได้เพิ่มขึ้น ปัจจุบันเรามีสถาบันหลัก 13 แห่ง และสถาบันสมทบที่ฝึกอบรม 22 แห่ง โดยปีหนึ่งเราสามารถผลิตอายุรแพทย์ได้ปีละประมาณ 270 คน ทั้งนี้ไม่รวมอายุรแพทย์ต่อยอดซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง บางสาขาก็ยังขาดแคลนอยู่มาก เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง ทั้ง ๆ ที่คนไข้โรคนี้มีเป็นจำนวนมาก มีอัตราการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของประเทศ แต่เนื่องจากการเปิดฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้ในประเทศไทยเพิ่งมีการจัดทำขึ้นเมื่อ 4-5 ปีที่แล้ว ทำให้ปัจจุบันทั้งประเทศมีแพทย์เฉพาะทางด้านนี้อยู่ประมาณ 30-40 คนเท่านั้น รวมถึงแพทย์ทางโลหิตวิทยาก็ยังเป็นสาขาที่ยังขาดแคลน ซึ่งแนวทางแก้ปัญหาในเรื่องนี้ กระทรวงสาธารณสุขอาจต้องดูว่าแพทย์ในสาขาใดที่ขาดแคลน



บทบาทของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย นอกจากจะเป็นศูนย์กลางการติดต่อและแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและกิจกรรมอื่น ๆ กับสมาชิกสมาคมวิชาชีพเวชกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศแล้ว เราพยายามเป็นเสาหลักให้อายุรแพทย์และประชาชนเวลาที่มีปัญหาทางด้านอายุรศาสตร์ โดยพร้อมที่จะเข้าไปช่วยเหลือ และยินดีที่จะให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ถูกต้อง

มีความต้องการแต่แพทย์ไม่นิยมเรียน อาจจะต้องมีนโยบายให้การสนับสนุนให้แพทย์ผู้สมัครเรียนในสาขาดังกล่าวที่เป็นรูปธรรมมากกว่าสาขาที่มีแพทย์นิยมเรียนกันมาก

อย่างไรก็ตาม ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยไม่ได้มุ่งเน้นแต่เฉพาะกลุ่มแพทย์เท่านั้น ในส่วนกิจกรรมเพื่อประชาชนก็ถือเป็นส่วนสำคัญ เนื่องจากโดยภาพรวมของประชาชนคนไทยเรายังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพน้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งเรื่องนี้ต้องอาศัยวงการสื่อสารมวลชนเข้ามามีส่วนช่วยในการผลักดันให้คนไทยมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพตัวเองเพื่อที่จะได้ไม่ถูกหลอกให้ไปรับบริการในเชิงพาณิชย์ที่ไม่ได้ผลจริง เพราะปัจจุบันนี้ยังมีคนที่อาศัยวงการแพทย์เพื่อแสวงหาประโยชน์ทางธุรกิจมาก เราจึงพยายามผลักดันให้คนไทยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยราชวิทยาลัยอายุรแพทย์



แห่งประเทศไทยมีนโยบายเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนผ่านทางคณะกรรมการฝ่ายเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน ซึ่งใน 5 ปีนี้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยมีโครงการที่จัดความรู้สู่ประชาชนไปตามภาคต่าง ๆ รวมถึงการทำโครงการร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) คือเครือข่ายลดบริโภคเค็ม ขับเคลื่อนรณรงค์เพื่อลดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ในประเทศไทย และโครงการคนไทยไร้พุง หากคนไทยปฏิบัติตัวดี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ไม่ติดต่อร้ายแรง (NCD) ก็จะน้อยลง เช่น โรคอ้วนลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต ก็จะลดน้อยลง หากคนไทยรู้จักการปฏิบัติตัวไม่รับประทานเค็ม รู้จักการลดน้ำหนัก ก็สามารถป้องกันการเกิดโรคได้หลายโรค เช่น หัวใจ เบาหวาน อัมพาต ซึ่งขณะนี้ปัญหาสำคัญของประเทศ

“สิ่งที่ผมเป็นห่วงเกี่ยวกับสุขภาพของคนไทย ผมเป็นห่วงในเรื่องของโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถ้าคนไทยรู้จักการปฏิบัติตัวก็จะสามารถป้องกันหรือชะลอความเสี่ยงในการเกิดโรคเหล่านี้ได้หลายโรค และทำให้มีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น นอกจากนี้โรคที่ป้องกันไม่ได้แต่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นคือ โรคมะเร็ง ต้องมีการรณรงค์และมีการวิจัยเพื่อนำไปสู่การรักษาหรือการป้องกันที่ดีขึ้น ซึ่งโรคเหล่านี้อยู่ในขอบเขตของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยที่ต้องดำเนินการ”

สำหรับการพัฒนางานการแพทย์ไทยเพื่อเตรียมพร้อมรับ AEC นั้น **ศ.นพ.ธำนิทร** กล่าวว่า ปัจจุบันอายุรแพทย์อาเซียนได้ก่อตั้งสมาคมทางการแพทย์ที่เรียกว่า ASEAN Federation of Internal Medicine หรือใช้ชื่อย่อว่า AFIM ประกอบด้วย ฟิลิปปินส์ ไทย อินโดนีเซีย มาเลเซีย เมียนมาร์ และ สิงคโปร์ ก่อตั้งขึ้นมาเพื่อเป็นการรองรับการเปิดเสรีอาเซียน หรือ AEC ซึ่งพิจารณาจากประเภทของลักษณะงานที่แพทย์เหล่านี้จะเข้ามาทำในประเทศไทยออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ

คือ 1. แพทย์ต่างประเทศเดินทางเพื่อมาศึกษาต่อเพิ่มเติม 2. มาเพื่อการสอนหรือเพื่อศึกษาทำวิจัย และ 3. เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีวุฒิบัตรอยู่แล้ว ต้องการมาประกอบวิชาชีพ ซึ่งประเภทที่ 1 และ 2 นั้นคงไม่มีปัญหามากนัก ส่วนประเภทที่ 3 จะต้องรอกการออกกฎโดยแพทยสภาอีกครั้ง และคงต้องคำนึงถึงความเหมาะสมหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านความสามารถของแพทย์ต่างชาติเหล่านี้ และความปลอดภัยของผู้ป่วยไทยเป็นสำคัญ

“ขณะนี้เรามองในเรื่องของเทรนนิ่งเพิ่มเติม ทางเรามีการเปิดอบรมระยะสั้นระหว่างราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยกับสถาบันฝึกอบรมด้านอายุรศาสตร์ของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ โดยราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยพิจารณาให้ประเทศละ 3 ทุนต่อปี ซึ่งดำเนินโครงการนี้มาได้ 3 ปีแล้ว แต่ในอนาคตอาจให้มาเทรนเป็นแพทย์ประจำบ้านเต็มตัวแล้วได้รับวุฒิบัตรจากประเทศไทยไป แต่ก็ต้องมาสอบใบประกอบโรคศิลป์ หรือพูดภาษาไทยได้ด้วยก่อนเข้ามารับการฝึกอบรม”

ศ.นพ.ธำนิทร กล่าวเพิ่มเติมว่า ขณะนี้จำนวนของอายุรแพทย์ในประเทศไทยก็มีไม่เพียงพออยู่แล้ว เราจึงไม่มีนโยบายผลักดันให้แพทย์ไทยไปทำงานที่ประเทศอื่น โดยปัจจุบันราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยมีสมาชิกแพทย์กว่า 6,000 คน แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ สัดส่วนของอายุรแพทย์ที่เหมาะสมควรจะอยู่ที่อายุรแพทย์ 1 คนต่อประชากร 5,000 คน แต่สัดส่วนอายุรแพทย์ไทยในปัจจุบันกลับอยู่ที่อายุรแพทย์ไทย 1 คน ต้องทำการรักษาประชากรมากถึง 10,000 คน และแม้ในปัจจุบันจะยังไม่ได้เปิดเสรีอาเซียนอย่างเป็นทางการ แต่ประชากรจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะประเทศที่มีชายแดนติดกับประเทศไทย อย่าง ลาว กัมพูชา เมียนมาร์ ก็ข้ามมาทำการรักษาในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก โรคที่พบส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ไม่มีปัญหาเรื่องการรักษา แต่มักมีปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

สุดท้ายนี้ **ศ.นพ.ธำนิทร** กล่าวเน้นถึงบทบาทที่สำคัญของอายุรแพทย์ว่า อายุรศาสตร์เป็นพื้นฐานของความเป็นแพทย์ทั้งหมด ไม่ว่าแพทย์จะไปศึกษาต่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขาใด ก็ต้องมีความรู้พื้นฐานของอายุรศาสตร์ เพราะฉะนั้นวิชาอายุรศาสตร์เป็นวิชาที่เป็นพื้นฐานของความเป็นแพทย์ และจากที่เราเคยทำแบบสอบถามแพทย์ที่จบใหม่ว่าอยากเรียนเป็นแพทย์สาขาไหนมากที่สุด อายุรแพทย์ก็ยังเป็นอันดับหนึ่งที่แพทย์ส่วนใหญ่เลือก และปัจจุบันแพทย์ก็ยังสนใจมาเรียนเป็นอายุรแพทย์กันมาก แต่สิ่งที่สำคัญสำหรับตอนนี้ไม่ว่าจะเป็นแพทย์สาขาใดก็ตาม แม้จะเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้วยังคงจะต้องรักษาความเป็นแพทย์ให้มีสมรรถนะความรู้ ความชำนาญไปตลอดชีวิต เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยว่าเขายังคงได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐานจากเราเสมอ



**RABIES KILLS
1 PERSON
EVERY
10 MINUTES⁽¹⁾**

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 World Health Organization page. Available from: URL: http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/PQ_vaccine_list/en/index.html Accessed 03/2013

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ 416/2556

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

บริษัท ซาโนฟี่ ปาสเตอร์ จำกัด

87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ชั้น 23 ออลซีเอ็นเอสเพลส

ถนนวิทย์ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. : 0 2264 9999 โทรสาร : 0 2264 8800

SANOFI PASTEUR 



Chiang Mai Cardiology Conference (CMCC 16th)
Dilemmas in Cardiovascular Disease
and
Biopharm Chemicals Co., Ltd.

Cordially invite you to attend Luncheon Symposium

Dyslipidemias and Statins: From Guidelines to Clinical Practice

Moderator: ศ.นพ.อภิชาติ สุกนรสรณ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Dyslipidemias and Statins: From Guidelines to Clinical Practice

Speaker: ศ.นพ.อภิชาติ สุกนรสรณ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Diabetes and Statins: What's New?

Speaker: ศ.นพ.ชัยชาญ ตีโรจนวงศ์

โรงพยาบาลราชวิถี

Friday, September 12th, 2014
12:00-13:30

Room 3

Shangri-La Hotel, Chiang Mai



BIOPHARM

การรักษา ที่ไร้รอยต่อ

“ไม่มีแผนที่ไหนจะสมบูรณ์แบบเหมือน.....แผ่นดิน”

ถึงแม้เราจะวาดแผนที่ด้วยปากกาดีเยี่ยมไร หรือวาดลงบนกระดาษชั้นเลิศเท่าไร ก็ไม่สวยงามเหมือนจริงเท่ากับแผ่นดินได้

ประจักษ์แจ้งแนวทางการรักษาหรือ guideline ของแต่ละโรคที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขได้ถือปฏิบัติตาม อย่างไรก็ตาม ก็ไม่สามารถครอบคลุมการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพราะมนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างกันอันเป็นลักษณะเฉพาะตัวส่วนบุคคล เช่น มีสรีรวิทยาที่แตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง มีความแตกต่างทางนิสัยหรือความชื่นชอบส่วนบุคคล ทั้งหมดนี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันอันเป็นลักษณะเฉพาะ ซึ่งแนวทางการรักษาใดก็ไม่สามารถกำหนดรายละเอียดได้ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความหลากหลายได้

แนวทางการรักษานั้นถูกสร้างขึ้นมาเพื่อให้ทำการรักษาไปในทิศทางเดียวกัน อันเป็นการกำหนดคุณภาพเบื้องต้นของการรักษาเท่านั้น แต่ไม่สามารถกำหนดรูปแบบให้ปรับเปลี่ยนได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความหลากหลายได้

ดังนั้น คงไม่ต้องสงสัยว่า.....ทำไมเราให้การรักษาตามแนวทางการปฏิบัติแล้วก็ไม่พบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกดีแล้วก็กลับมารักษากับเราเป็นประจำ ?

มีเพียงแต่แพทย์ผู้ทำการรักษาเท่านั้นที่จะใช้หัวใจของความเป็นคนที่เข้าใจ...ใจแลใจ...กับผู้ป่วยจึงจะสามารถปรับรายละเอียดของการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้

อันเนื่องมาจากความแตกต่างเฉพาะของคนแต่ละคน จึงนำมาสู่ไอเดียพัฒนาต่อยอดธุรกิจต่าง ๆ ด้วยการประดิษฐ์สินค้าซึ่งมีรูปแบบและการใช้งานที่มีความหลากหลายแปรไปตามความต้องการของผู้คนที่แตกต่างกัน

ลองมาดูความมหัศจรรย์ของ...สินค้าน้ำดื่ม

โดยปกติน้ำดื่มที่เรารู้จักกันต้องมีลักษณะใสและสะอาดก็ น่าจะเพียงพอ ช่างน่าเหลือเชื่อที่แม้แต่น้ำดื่มยังสามารถพัฒนาให้แตกต่างได้อีกหลายรูปแบบ

ในอดีตเมืองไทยนิยมดื่มน้ำดื่มที่บ้าน เวลาไปเที่ยวตามงานกิจกรรมกลางแจ้งหรือเล่นกีฬา ก็มักมีน้ำเย็นใส่กระติกหรือถังขนาดใหญ่ซึ่งมีฝาปิดมิดชิดวางไว้กองกลางเพื่อให้ผู้คนได้ดื่มน้ำดื่ม เหมือน

ประเพณีไทยเดิมที่หน้าบ้านจะมีโถงดินที่ใส่น้ำพร้อมวางถ้วยไว้ด้านข้างเพื่อให้คนเดินผ่านไปมาได้ดื่มดับกระหาย

ต่อมาก็เริ่มนิยมดื่มน้ำกรองมากขึ้น จนในที่สุดก็นำน้ำมาบรรจุขวดให้ผู้คนพกพาไปตามที่ต่าง ๆ ปัจจุบันในงานกิจกรรมกลางแจ้งต่าง ๆ มักแจกน้ำเป็นขวดให้ผู้คนพกพาไปได้ดื่มได้แทนการร่วมกันใช้ถ้วยจ้วงดื่มน้ำดื่มจากถังหรือกระติกน้ำขนาดใหญ่

มีการพัฒนารูปร่างของขวดไปในหลากหลายรูปแบบ มีทั้งขวดรูปกลม รูปกรวย หรือขวดมีรอยหยักให้จับได้สะดวก นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาชนิดของวัสดุที่นำมาทำขวด เช่น ขวดพลาสติกใส ขวดพลาสติกขาว ขุ่น หรือขวดที่รีไซเคิลได้



ตลอดจนชนิดของน้ำก็ถูกพัฒนาให้มีความหลากหลาย เช่น น้ำกรอง น้ำแร่ เป็นต้น

เมื่อเร็ว ๆ นี้ฉันเห็นมีน้ำดื่มถูกนำออกมาขายด้วย ฉันประหลาดใจมากที่ครั้งหนึ่งในอดีตซึ่งเรานิยมดื่มน้ำดื่มในบ้าน ปัจจุบันน้ำดื่มได้ถูกนำมาบรรจุขวดขายให้พกพาแล้ว เมื่อฉันลองดื่มน้ำดื่มนั้นก็พบว่ารสชาติแตกต่างจากน้ำกรองหรือน้ำแร่แต่ประการใด

อย่างไรก็ดี สำหรับบางคนก็สามารถแยกแยะความแตกต่างของน้ำดื่มแต่ละประเภทได้ บางคนบอกว่าเขาชอบน้ำดื่มมากกว่าเพราะมีกลิ่นหอมและรสหวานกว่าปกติ

เพราะคนมีกายและจิตใจที่ต่างกันหลากหลายมิติ จึงมีความสามารถในการแยกแยะรายละเอียดต่าง ๆ ได้ลึกซึ้งแตกต่างกัน

คงไม่น่าแปลกใจที่ยังมีน้ำอีกมากมายหลายชนิดถูกผลิตขึ้นมา เช่น น้ำดื่มจากทะเลลึก หรือน้ำดื่มที่มีไอโซน เป็นต้น น้ำดื่มหลากหลายชนิดเหล่านี้มีขายในหลายประเทศ เช่น ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส เป็นต้น สำหรับบางประเทศถึงกับมีร้านที่ขายแต่เฉพาะน้ำดื่มมานานานชนิดอย่างเป็นกิจจะลักษณะกันเลยทีเดียว



แสดงให้เห็นว่าคนมีความแตกต่างกันมากมาย จนแนวทางปฏิบัติ หรือ guideline ในการรักษาพยาบาลไม่สามารถกำหนดรายละเอียดได้ทั้งหมด ทำได้แต่เพียงกำหนดมาตรฐานเบื้องต้นเท่านั้น ดังนั้น การทำตาม checklist อย่างไรก็ไม่ใช่ทำให้การรักษาครบสมบูรณ์ได้

อันเป็นที่มาของการให้การรักษาโรคเดียวกันจากหมอทั้งสองคน...มีความแตกต่างกันในใจของผู้ป่วย

ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดศีรษะมาก หลังจากแพทย์ตรวจรักษาและให้ยาแล้วพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการจะปรึกษาประกันค่ารักษาพยาบาล

ดังนั้น หน่วยงานประกันจึงเริ่มเข้ามาพูดคุย เนื่องจากผู้ป่วยมีความสงสัยบางอย่างจึงสอบถามเกี่ยวกับรายละเอียดของสิทธิเบิกจ่ายค่าประกันสุขภาพ

พนักงานของหน่วยงานประกันแจ้งอย่างสุภาพว่า “ถ้ามีอะไรก็โทรศัพท์ไปปรึกษากับบริษัทประกันได้โดยตรงเลยคะ”

ผู้ป่วยรู้สึกโกรธมากและเริ่มส่งเสียงดังว่าพนักงานผู้นั้น

ในฐานะแพทย์ท่านจะเลือกปฏิบัติอย่างไร ?

ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องตรงตามแนวปฏิบัติ และ checklist ทั้งหมดของการรักษาแล้ว เขาเพียงไม่พอใจเฉพาะเรื่องการเบิกจ่ายเงิน

แพทย์อาจคิดว่าไม่ใช่เรื่องของเราและเดินผ่านไป หรือจะเข้าไปช่วยพยายามหาทางช่วยเหลือให้กระบวนการทั้งหมดที่เกี่ยวกับการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อมได้บรรลุสมประสงค์ของผู้ป่วย

ฉันเลือกที่จะเข้าไปเป็นคนกลางเพื่อประสานให้ทุกอย่างจบลงด้วยความเข้าใจอันดี ฉันไม่ได้มีความรู้เรื่องสิทธิประกันมากนัก แม้ในที่สุดเหตุการณ์นี้จะจบลงด้วยการที่ฉันช่วยโทรศัพท์ไปปรึกษากับบริษัทประกันแทนผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกพอใจเป็นอย่างมากว่าเราได้พยายามช่วยอย่างสุดความสามารถ ในที่สุดเหตุการณ์ทั้งหมดก็จบลงด้วยดี

การมีแพทย์เข้าไปไกล่เกลี่ยช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจอย่างมากที่เราดูแลในทุกขั้นตอนจนจบกระบวนการ

อันทำให้การรักษาครั้งนี้เป็นไปอย่างไร้รอยต่อ

เมื่อใดที่ต้องเปลี่ยนมือผู้ดูแลในตลอดกระบวนการรักษาพยาบาลเหล่านี้มักมีรอยต่อที่เป็นปัญหาเสมอ เช่น เมื่อเวรระเบียนเข้ามาซักถามชื่อ จากนั้นพยาบาลมาทำการวัดสัญญาณชีพ แล้วส่งต่อไปให้แพทย์เฉพาะด้านมาดูแล เมื่อแพทย์ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางต่างสาขา แล้วให้ผู้ป่วยไปรอรับยาจากเภสัชกร จากนั้นก็จบลงที่แผนกการเงิน ช่วงเปลี่ยนมือเหล่านี้มักเป็นรอยต่อที่เราทุกคนในระบบบริการรักษาพยาบาลสามารถใช้ใจเขานำมาใส่ใจเราและเข้าไปปิดแทนผู้ป่วยก็จะสามารถเชื่อมโยงการรักษาทั้งหมดให้บรรเลงไปตามกระบวนการจนจบสิ้นได้อย่างละมุนละม่อม... ไร้รอยต่อ...ราวกับเพลงที่ถูกบรรเลงได้อย่างไพเราะต่อเนื่องและไร้เสียงสะดุด

ถ้าต้องปฏิเสธ

จงปฏิเสธชนิดที่ทำให้เขารู้สึกเหมือนได้รับอะไร

ที่แปลก-ชื่นใจ-เห็นใจ :-

คือ ก. แสดงภาวะจำเป็นที่บีบคั้นเราอยู่

ข. ด้วยสำนวนวาจาไพเราะและเป็นกันเอง

ค. เห็นเป็นเกียรติที่มารบกวน

ง. แสดงให้เห็นว่าได้ช่วยส่วนที่ควรช่วยที่สุดแล้ว

ทำไมระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทำลายระบบสาธารณสุขไทย

คนทั่วไปที่ไม่ได้มีวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่แล้ว มักจะเข้าใจว่าโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่เรียกว่า 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นนโยบายประชานิยมที่ดี เป็นโครงการสวัสดิการเพื่อประชาชน และบางคนก็มองเห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นสำนักงานบริหารโครงการนั้น เป็นการป้องกันไม่ให้ “นักการเมือง” เข้ามา “ล้วงลูก” การบริหารและไม่สามารถ “ทุจริตคอร์รัปชัน” งบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ แต่คนส่วนมากก็ไม่ได้เคยได้รับทราบ ว่า โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่บริหารในรูปแบบคณะกรรมการนี้เองเป็นแหล่งที่ทำให้มีแพทย์กลุ่มหนึ่งใช้เป็นแหล่งแสวงหาผลประโยชน์จากเงินงบประมาณแผ่นดินจำนวนหลายแสนล้านบาทต่อปี โดยการคอร์รัปชันนี้มีทั้งในรูปแบบที่เรียกว่า “ตามน้ำ” และในรูปแบบที่แปลกประหลาดพิสดาร จนคนทั่วไปคิดไม่ถึง และยังมีการให้ “รางวัล” ในฐานะ “ผู้บริหารกองทุนดีเด่น” ติด ๆ กันมา 2-3 ปีแล้ว ทั้ง ๆ ที่บุคลากรทางการแพทย์ในภาคราชการซึ่งเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ที่ต้องทำงาน “ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข” แก่ประชาชนในระบบ 30 บาทนั้น ต่างก็รู้ดีแก่ใจว่า การบริหารจัดการด้านการเงินในระบบ 30 บาทของ สปสช. นั้นก่อให้เกิดการตกต่ำของมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย เนื่องจากการกำหนดรายการยาของ สปสช. และคณะกรรมการยาหลักแห่งชาติทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือเป็นโรคที่รุนแรง (ร้ายกาจ) นั้น ไม่ได้รับยาที่เหมาะสมที่สุดตามที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้องการใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค

ทั้งนี้คนบางคนกลับคิดว่าการที่ไม่กำหนดรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้แพทย์ใช้ยาฟุ่มเฟือยเกินจำเป็น และเผยแพร่ความคิดนี้ที่ว่าแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ (การแพทย์) หรือในโรงพยาบาลทั่วไป (ประจำจังหวัด) นั้นชอบใช้ยาราคาแพง แต่แพทย์โรงพยาบาลชุมชนนั้นเป็นแพทย์ที่ดี เพราะใช้ยาเฉพาะ

ยาราคาถูกที่มีรายชื่ออยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น

แต่คนที่คิดเช่นนี้เป็นคนที่ไม่ตระหนักถึงความแตกต่างในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละระดับ เขานึกแต่เพียงว่างบประมาณเหมาะสมต่อหัวของ สปสช. นั้นควรจะเหมือน ๆ กันสำหรับจ่ายให้โรงพยาบาลแต่ละแห่ง

แต่ตามความเป็นจริงแล้ว ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนย่อมต้องน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ (การแพทย์) อย่างแน่นอน ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคสามัญธรรมดาที่อาการไม่มากและการรักษาไม่ยุ่งยากซับซ้อน ต้นทุนการรักษาจึงมีราคาไม่แพง ตัวอย่างเช่น การเจ็บป่วยเป็นไข้หวัด ท้องเสีย ท้องผูก ปวดท้อง เป็นลม วิงเวียนศีรษะ บาดแผลเล็ก ๆ น้อย ๆ ฯลฯ

แต่เมื่อไหร่ที่การเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น เช่น จากไข้หวัด กลับลูกกลามกลายเป็นหลอดลมอักเสบ ปอดบวม ปอดเป็นหนอง หรือการปวดท้องกลับลกลายเป็นการมีก้อนมะเร็งที่ลำไส้ ตับ ต่อมาน้ำเหลืองในท้อง ฯลฯ การรักษา ก็จะต้องใช้ยาที่มี “**ความแรง และมีความจำเพาะ มีประสิทธิภาพสูงสุด**” ในการรักษาโรคเพิ่มขึ้น ต้องใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพสูงในการตรวจวินิจฉัย และ/หรือรักษาการเจ็บป่วย รวมทั้งผู้ป่วยก็ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และยิ่งอาจจะมียาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เพิ่มขึ้นอีก

ซึ่งในที่สุดแล้ว ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยอาการหนักเหล่านี้ ก็ย่อมที่จะมากขึ้นกว่าการรักษาโรคธรรมดา ๆ ในโรงพยาบาลชุมชนอย่างแท้จริง ฉะนั้น การจัดสรรงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละระดับจึงต้องแตกต่างกัน เพื่อให้เหมาะสมกับการะงานในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล

เปรียบเหมือนกับการจัดสรรงบประมาณในการจัดการศึกษาเล่าเรียนให้แก่โรงเรียนหรือสถานศึกษาในระดับต่าง ๆ กัน ก็ต้องแตกต่างกันออกไป เช่น ระดับโรงเรียนประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา หรือมหาวิทยาลัย ที่ต้องการอาคารสถานที่ อุปกรณ์/เทคโนโลยี/สถานที่ฝึกงาน และความรู้ความสามารถของครู/อาจารย์ในการสอนที่แตกต่างกันออกไปในสถานศึกษา แต่ละระดับ การจัดสรรงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลในแต่ละระดับตามขีดความสามารถหรือศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ก็จำเป็นที่จะต้องแตกต่างกันไปเช่นเดียวกัน

แต่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้มีต้นกำเนิดจากแพทย์กลุ่มที่เป็นผู้รักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มแพทย์ที่เป็นผู้วางแผนการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) ล้วนเป็นแพทย์ที่มาจากผู้มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จึงได้คิดงบประมาณค่าเหมาจ่ายต่อหัว โดยคิดเฉลี่ยเท่ากันหมดไม่ว่าจะเป็นที่โรงพยาบาลระดับใด และเมื่อมีการส่งตัวผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงขึ้นจากโรงพยาบาลชุมชน ไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลระดับสูงขึ้น โรงพยาบาลระดับต้น (โรงพยาบาลชุมชน) ก็ไม่ตามไปจ่ายเงินค่ารักษาที่โรงพยาบาลระดับสูงซึ่งได้แก่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ หรือโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย (คณะแพทยศาสตร์) จึงทำให้โรงพยาบาลระดับสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนประสบปัญหาขาดต้นทุนในการดำเนินการให้บริการรักษาผู้ป่วยมาตลอดเวลา หลังจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพ

แม้ต่อมาจะมีการรวบรวมเอาเงินงบประมาณเหมาจ่ายต่อหัว มาบริหารจัดการใหม่ โดย สปสช. ไม่จ่ายงบประมาณโดยตรงตามจำนวน (หัว) ประชาชนให้แก่โรงพยาบาลโดยตรง แต่ สปสช. เอางบประมาณทั้งหมดในการรักษาผู้ป่วยมาบริหารจัดการเอง และส่งเงินให้แก่โรงพยาบาลตามแต่ประเภทและตามข้อมูลสถิติ และรายงานการรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งให้แก่ สปสช. แต่ สปสช. ก็ไม่สามารถจัดสรรเงินให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจริง ทำให้โรงพยาบาลแต่ละระดับประสบปัญหาขาดต้นทุนในการให้การรักษาผู้ป่วยอย่างดีตามมาตรฐานทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ตามความรู้ความเชี่ยวชาญของแพทย์เฉพาะทาง (Specialist) ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหายรักษาไม่หาย ดื้อยา และโรคลุกลามไป บางรายก็พลาดโอกาสที่จะมีสุขภาพแข็งแรงดังเดิม บางคนก็พลาดโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป หรือตายโดยยังไม่สมควรตาย

แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องรับภาระในการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงสรุปได้ว่า ระบบการบริหารจัดการของ สปสช.

ทำให้ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยกลายเป็นเสมอภาคและเท่าเทียมกันแบบ “เลวเท่ากันหมด” และ “สาธารณสุข” กลายเป็น “สาธารณสุขทุข์”

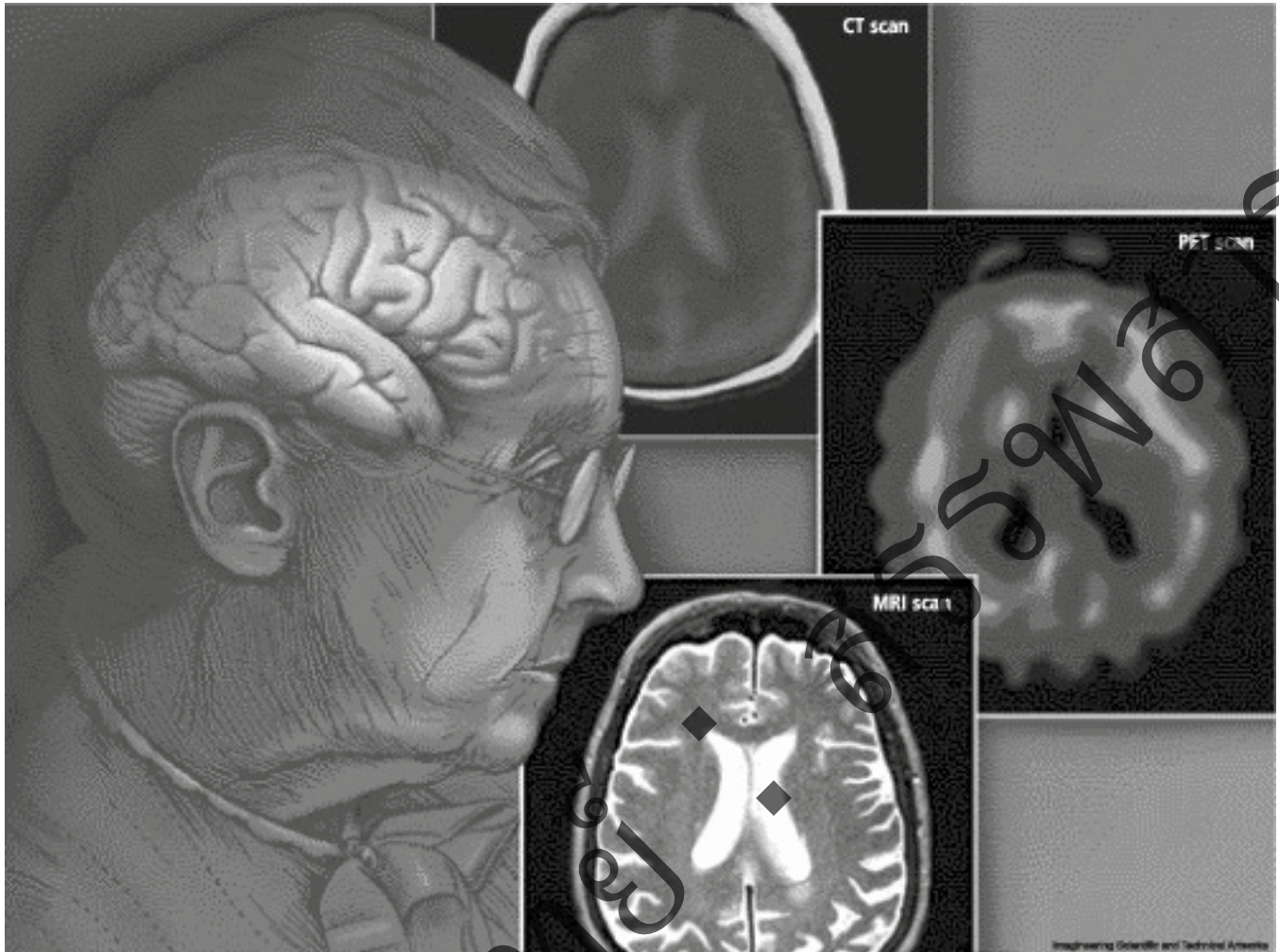
แต่คนนอกวงการแพทย์ไม่รับทราบความจริงข้อนี้ เพราะ สปสช. และกรรมการบอร์ดหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ปกปิดบิดเบือนความจริงที่น่าสลดหดหู่นี้จากประชาชน สปสช. ไม่เคยยอมรับความจริงว่างบประมาณไม่คุ้มกับต้นทุนในการรักษา แต่ สปสช. จะบอกแต่เพียงผลการสำรวจว่าประชาชนพึงพอใจในระบบหลักประกันสุขภาพมากมายมหาศาลเกือบ 100% (พอใจ เพราะไม่ต้องจ่ายเงินค่ารักษา) แต่ สปสช. ไม่เคยกล่าวถึงคุณภาพการรักษาที่ตกต่ำลงจากระบบนี้แต่อย่างใด ทำให้ประชาชนหลงเชื่อว่า 30 บาทสามารถรักษาได้ทุกโรคเป็นอย่างดี

นอกจากงบประมาณที่ไม่เหมาะสมต่อต้นทุนการทำงานแล้ว ผู้รับผิดชอบในการบริหาร สปสช. ยังฉวยโอกาสดักดวงผลประโยชน์จากงบประมาณแผ่นดินที่จัดสรรมาให้เป็นค่าดูแลรักษาประชาชน ไม่ว่าจะเป็นการคอร์รัปชันเชิงนโยบาย คอร์รัปชันจากการจัดซื้อจัดจ้าง คอร์รัปชันในการบริหารงาน และการเอางบประมาณค่ารักษาประชาชนไปให้ผลประโยชน์แก่กลุ่มของตน ไปดูงานต่างประเทศ (ไปเที่ยว อ้างการดูงานบังหน้า) หรือแม้แต่เอาไปให้เป็นทุนการศึกษาแก่พวกพ้องชมรมแพทย์ชนบท

การคอร์รัปชันเหล่านี้ บางครั้งก็มีการตรวจสอบแล้วจาก สตง. แต่ยังไม่มีการลงโทษผู้กระทำผิด และยังมีคอร์รัปชันที่ยังไม่ได้รับการตรวจสอบอีกมากมาย เป็นการคอร์รัปชันโดยผู้บริหารและคณะกรรมการที่ไม่ดูแลแก้ไขและตรวจสอบ ทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณไปสู่ผู้ทุจริตทุก ๆ ปี และทำให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาที่ไม่มีความมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสมเหมือนที่เคยเป็นมาในอดีต

จึงสมควรที่จะมีการตรวจสอบและรื้อระบบการจัดสรรงบประมาณและการบริหารงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพโดยด่วน ทั้งนี้เพื่อให้งบประมาณแผ่นดินไม่ตกไปอยู่ในกลุ่มผู้บริหารองค์กรอิสระโดยมิชอบ เพื่อให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์ในการดูแลรักษาสุขภาพอย่างดี มีมาตรฐาน ปลอดภัย และงบประมาณแผ่นดินตกถึงมือประชาชนอย่างเต็มที่ และระบบบริการสาธารณสุขไม่ถูกทำลายให้อ่อนด้อยลงไปอีก





ผู้ดูแลตัวช่วยสำคัญ

ผู้ป่วยอัลไซเมอร์

“โรคอัลไซเมอร์” แท้จริงแล้วไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะสำหรับตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว คนรอบข้าง และสังคม ทั้งนี้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองระบุว่าคุณผู้ป่วยคือบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้การรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ศ.พญ.บัณฑิตา ทวีชาชาติ ฝ่ายจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และกรรมการเลขานุการ มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ที่น่าสนใจว่า โรคอัลไซเมอร์ เป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง จะมีการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อม ๆ กัน แบบค่อยเป็นค่อยไป แต่เกิดขึ้นอย่างถาวร ส่งผลให้มีการเสื่อมของระบบความจำและการใช้ความคิดด้านต่าง ๆ ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหาหรือการควบคุมตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ



Alzheimer

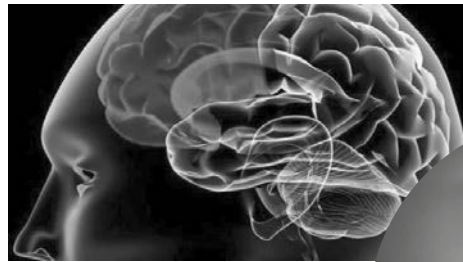
พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงาน รวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน ในระยะสุดท้ายของโรคจะสูญเสียความจำทั้งหมด และจะค่อย ๆ แย่ลงจนถึงอาการสุดท้าย คือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และเสียชีวิตเพราะอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

“ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรม รวมถึงปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้องด้วย เช่น อาหาร สิ่งแวดล้อม สารพิษ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการติดเชื้อบางชนิด เป็นต้น จากการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุไทย พบความชุกของโรคอัลไซเมอร์ร้อยละ 1-2 ในกลุ่มประชากรอายุ 60-69 ปี และพบความชุกเพิ่มขึ้น 2 เท่า ในทุก ๆ ช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น 5 ปี สำหรับผู้ที่อายุเกิน 65 ปีขึ้นไป โดยพบความชุกของโรคอัลไซเมอร์สูงที่สุดในกลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 70-80 ปี ประมาณร้อยละ 12 ทั้งนี้มีการประมาณการว่าน่าจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในประเทศไทยประมาณ 665,287 คน”



สำหรับการรักษาโรคอัลไซเมอร์นั้น ในขณะนี้ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยยาต่าง ๆ ที่ใช้รักษาโรคนี้ช่วยเพียงแค่ควบคุมอาการของโรคเท่านั้น ดังนั้น ผู้ป่วยโรคนี้จึงต้องมีผู้ดูแล ซึ่งถือได้ว่าผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งนี้ผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยารักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์ โดยการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามที่แพทย์นัด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยแก่แพทย์ผู้รักษาอย่างดีที่สุด





“ที่สำคัญผู้ดูแลจะต้องให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้พอเพียงและถูกหลักโภชนาการ ดูแลเรื่องการออกกำลังกายตามความเหมาะสม รวมถึงการมีกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การพาออกนอกบ้านเพื่อทำกิจกรรม หรือการเข้ากลุ่มกับผู้สูงอายุด้วยกัน หากผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์อยู่ในช่วงระยะเริ่มต้นซึ่งความจำยังไม่บกพร่องมาก ควรหากิจกรรมฝึกความจำให้แก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยชะลออาการของภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ได้ สิ่งสำคัญนอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว ตัวผู้ดูแลเองก็ควรจะดูแลร่างกายและจิตใจของตนเองด้วย เนื่องจาก



การดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ตลอดเวลาอาจก่อให้เกิดความเครียดหรือปัญหาด้านอารมณ์ บางครั้งผู้ดูแลอาจรู้สึกผิด ไม่มั่นใจในสิ่งที่ตนเองทำว่าถูกต้องหรือไม่ ดังนั้นนอกจากผู้ดูแลจะมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์แล้ว ต้องดูแลสุขภาพจิตของตนเองด้วย”

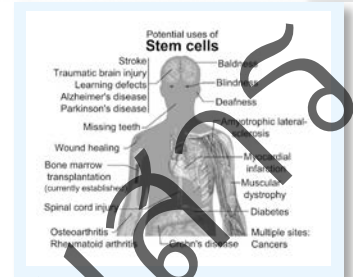
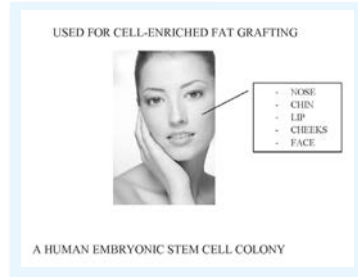
เนื่องจากผู้ดูแลมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ดังนั้น มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย จึงได้จัดกิจกรรมอบรมให้คนจากรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ให้แก่ญาติผู้ป่วยหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์เป็นประจำทุกปีในช่วงประมาณเดือนพฤศจิกายน โดยเชิญทีมวิทยากรที่หลากหลายจากหลายหน่วยงานมาให้ความรู้ พร้อมกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย หากสนใจสามารถติดตามข่าวสารการรับสมัครได้ที่ www.alz.or.th และสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ โทรศัพท์ 0-2644-5499 ต่อ 138



สวยอย่างปลอดภัย เสริมจมูกด้วยสเต็มเซลล์จากไขมัน



นพ.ชลธิศ สินรัชตานันท์



ปัจจุบันแม้ว่าวิวัฒนาการของการศัลยกรรมแบบวิธีการผ่าตัดจะก้าวหน้าไกลชนิดทำแล้วแทบไม่เห็นแผลเป็น แต่บางรายก็ยังนิยมเลือกสวยทางลัดโดยใช้วิธีการฉีดสารเติมเต็ม หรือที่รู้จักกันในชื่อของ “ฟิลเลอร์” ซึ่งในขณะนี้ถือว่าได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก เนื่องจากเห็นผลเร็ว และไม่เจ็บเหมือนกับการผ่าตัดศัลยกรรม แต่ก็มีข่าวครึกโครมให้เห็นอยู่บ่อย ๆ ถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นตั้งแต่ซิลิโคนเหลวมาจนถึงล่าสุด “ไฮยาลูโรนิก แอซิด” สารสังเคราะห์ที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ว่าปลอดภัย ใช้แล้วสามารถละลายสลายไปได้ แต่เมื่อนำมาฉีดเสริมจมูกแล้วกลับส่งผลถึงขั้นตาบอด จึงกลายเป็นอีกกรณีศึกษาของ “ความสวยที่ต้องแลกกับความเสีย” ในปัจจุบัน

ในความเป็นจริงแล้ว “การศัลยกรรม” ไม่ได้มีดีอย่างที่คิด แต่จำเป็นจะต้องศึกษาหาข้อมูลให้ละเอียดรอบคอบเกี่ยวกับวิธีการทำ ศัลยกรรมแบบต่าง ๆ ที่ต้องการทำ รวมไปถึงการเลือกแพทย์ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ด้านการศัลยกรรมนั้น ๆ เป็นอย่างดี นอกจากนี้ควรศึกษาด้วยว่าปัจจุบันการทำศัลยกรรมแต่ละชนิดมีพัฒนาการก้าวหน้าไปอย่างไรบ้าง โดยเฉพาะการเสริมจมูกซึ่งในปัจจุบันมีมากมายหลายวิธี และหนึ่งในวิธีการที่กล่าวได้ว่าทันสมัย ปลอดภัย และสวยอย่างเป็นธรรมชาติมากที่สุดคือ การเสริมจมูกด้วยการนำไขมันที่มีสเต็มเซลล์มาใช้ในการปลูกถ่ายไขมัน (Fat + Fat Stem cell Rich) ซึ่งเป็นผลงานวิจัยต่อยอดของศัลยแพทย์ไทยที่คิดค้นได้สำเร็จเป็นกลุ่มแรก ๆ ของโลก

นพ.ชลธิศ สินรัชตานันท์ นายกสมาคมศัลยกรรมตกแต่งใบหน้าแห่งประเทศไทย และเลขาธิการสมาคมศัลยกรรมตกแต่งใบหน้าแห่งอาเซียน ผู้คิดค้นวิธีการเสริมจมูกด้วยการนำไขมันที่มีสเต็มเซลล์มาใช้ในการปลูกถ่ายไขมัน (Fat + Fat Stem cell Rich) กล่าวว่า “การคิดค้นวิจัยดังกล่าว มุ่งเน้นทำเพื่อตอบใจภัยสำหรับผู้ที่ไม่ต้องการสวยแบบเสี่ยงกับการนำสารแปลกปลอมมาฉีดเป็นฟิลเลอร์

เพราะสเต็มเซลล์ที่มีไขมันชนิดนี้เป็นฟิลเลอร์ที่ดีที่สุดและไม่เป็นอันตราย โดยเป็นเนื้อเยื่อของคนไข้เอง ไม่ใช่สิ่งแปลกปลอมจึงไม่มีผลข้างเคียง และยังทำให้จมูกมีรูปทรงสวยงามเป็นธรรมชาติ ไม่ทะลุ ไม่เบี้ยวเหมือนกับการใช้ซิลิโคน อาจมีการสลายตัวบ้างเล็กน้อย แต่ก็สามารถเติมเข้าไปใหม่ได้”

“ที่ผ่านมาผมได้คิดค้นนวัตกรรมการเสริมจมูกด้วยการปลูกถ่ายไขมัน (Fat Graft) จนกลายเป็นผลงานทางการแพทย์ที่โดดเด่นและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทยนานาชาติ เพราะทำให้ได้ความงามที่เป็นธรรมชาติ โดยเฉพาะทางนรีเวชศาสตร์ (โหวงเอ็ง) และเป็นฟิลเลอร์ที่มาจากเนื้อเยื่อของคนไข้เอง ไม่ใช่สิ่งแปลกปลอมอย่างเช่นฟิลเลอร์ชนิดอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายได้ จนถึงปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์ได้วิจัยต่อยอดจนค้นพบว่าในไขมันนั้นมีสเต็มเซลล์อยู่จริง ดังนั้น เมื่อนำมาใช้ในการปลูกถ่ายไขมันจึงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำศัลยกรรมให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งปัจจุบันสามารถนำมาใช้ในการเสริมจมูกเพื่อให้ได้รูปจมูกที่สวยงามและจัดแต่งรูปทรงได้ตามความต้องการ นอกจากนี้ยังสามารถแก้ไขปัญหารูปลูกจมูกสันของสาวเอเชียได้เป็นอย่างดี”

การนำไขมันที่มีสเต็มเซลล์มาใช้ในการปลูกถ่ายไขมัน (Fat + Fat Stem cell Rich) ไขมันที่นำมาฉีดเสริมจมูกนั้น นำมาจากไขมันบริเวณหน้าท้องของคนไข้ จากนั้นนำมาคัดแยกเอาเฉพาะไขมันดีที่มีสเต็มเซลล์แล้วจึงฉีดเข้าไปที่จมูกประมาณ 1.5 ซี.ซี. หลังจากฉีดไปแล้วจึงจัดทรงจมูกให้ดูรูปตามที่ต้องการ วิธีการนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ภายหลังจากการฉีด บางรายไขมันอาจจะสลายออกไปประมาณ 30% ซึ่งหากเกิดการละลายอาจต้องฉีดเพิ่มหรือฉีดเกินบ้างเล็กน้อย

นพ.ชลธิศ กล่าวทิ้งท้ายว่า “ปัญหาที่มากกว่าฟิลเลอร์ที่ไม่ได้มาตรฐานคือ ความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะฉีดฟิลเลอร์เข้าไปในร่างกาย เพราะในขณะนี้ยังมีทั้งผู้ที่รับจ้างฉีดตามคลินิกต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีความชำนาญไม่พอ การซื้อฟิลเลอร์ที่จำหน่ายตามเว็บไซต์มาฉีดเองซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาอย่างที่เป็นข่าวในขณะนี้ ประเด็นนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องศึกษาอย่างรอบด้านเพื่อความปลอดภัยของคนไข้”



ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

(Hypoglycemia)



ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นภาวะที่พบบ่อยในห้องฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลหรือยาฉีดอินซูลิน ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คือ ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาเพียงเฉพาะหน้า โดยละเลยการหาสาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำหรืออาจเกิดความผิดปกติของสมองอย่างถาวรได้

อาการ

โดยทั่วไปมักเริ่มมีอาการผิดปกติเมื่อระดับน้ำตาลในเลือด < 60 มก./ดล. และเมื่อ < 50 มก./ดล. จะเริ่มมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้น

อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic symptom) ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก หงุดหงิด กระวนกระวาย อ่อนเพลีย ตาลาย เป็นลม

2. อาการทางระบบประสาท (neuroglycopenic symptom) ได้แก่ ปวดศีรษะ สับสน พุดผิดปกติ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวผิดปกติ ชัก หหมดสติและเสียชีวิตได้

โดยทั่วไปเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเร็ว มักจะเกิดอาการเกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติก่อน ในขณะที่ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างช้า ๆ มักเกิดอาการทางระบบประสาทบ่อย นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทั้ง 2 แบบ บางรายอาจมีเพียงอาการทางระบบประสาทเพียงอย่างเดียวก็ได้

การวินิจฉัย

อาศัยเกณฑ์ตาม Whipple's Triad ได้แก่

1. ระดับน้ำตาลในเลือด < 50 มก./ดล.
2. มีอาการที่เข้าได้กับอาการของน้ำตาลในเลือดต่ำ
3. อาการดังกล่าวหายไปเมื่อได้รับน้ำตาลกลูโคส การวินิจฉัยอาศัยการตรวจเลือดทางหลอดเลือดดำ (venous plasma glucose) ในทางปฏิบัตินิยมตรวจจากเจาะเลือดปลายนิ้ว ซึ่งช่วยให้การวินิจฉัยรวดเร็วยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการตรวจควรได้รับการยืนยันจากการตรวจเลือดทางหลอดเลือดดำอีกครั้ง



ชนิดและสาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

แบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ (ดังแผนภูมิที่ 1) ดังนี้

1. Fasting hypoglycemia

เป็นภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำในขณะอดอาหาร มักเป็นผลเนื่องจากการไม่สมดุลระหว่างการสร้างน้ำตาล

กลูโคสจากตับและการใช้กลูโคสที่เนื้อเยื่อส่วนปลาย แบ่งย่อยได้เป็น 2 กลุ่มคือ

1.1 เกิดจากการสร้างน้อย (underproduction)

ได้แก่

- ภาวะขาดฮอร์โมนบางชนิด เช่น ขาด growth hormone, cortisol
- ความผิดปกติของเอนไซม์ (enzyme defect) มักพบในเด็ก เช่น การขาด glucose-6-phosphatase
- ภาวะมี substrate deficiency เช่น การขาดอาหารที่รุนแรง
- โรคตับ เช่น ตับแข็งหรือ hemochromatosis อันทำให้ตับสร้างน้ำตาลด้วยกลไก gluconeogenesis และ glycogenolysis ไม่ได้
- ยาบางชนิด เช่น propranolol ที่อาจทำให้มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและกลบอาการแสดงอีกด้วย
- การกินเหล้า มักพบในผู้ป่วยที่มีโรคตับแข็ง ซึ่งมักมีภาวะขาดอาหารร่วมอยู่ด้วย นอกจากนี้เหล้ายังยับยั้งเอนไซม์ pyruvate carboxylase ไม่ให้เกิดกระบวนการ gluconeogenesis รวมทั้งยับยั้งการนำ lactate, alanine และ glycerol ไปที่ตับ ทำให้กระบวนการสร้างน้ำตาลลดลง

- ภาวะไตวาย ทำให้ยาถูกขับออกน้อยลง ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

1.2 เกิดจากการใช้น้ำตาลมาก (overutilization)

แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

- a. กลุ่มที่มีระดับอินซูลินสูง (hyperinsulinism) เช่น
 - เนื้องอกที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลิน (insulinoma)
 - ผู้ได้รับการฉีดอินซูลิน หรือรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด
 - ยาบางชนิด เช่น ยา quinine ที่ใช้รักษามาลาเรียก็กระตุ้นให้หลั่งอินซูลินเพิ่มได้
 - sepsis มีการหลั่งอินซูลินเพิ่ม
- b. กลุ่มที่มีระดับอินซูลินปกติ ได้แก่
 - mesenchymal tumor เช่น mesothelioma,



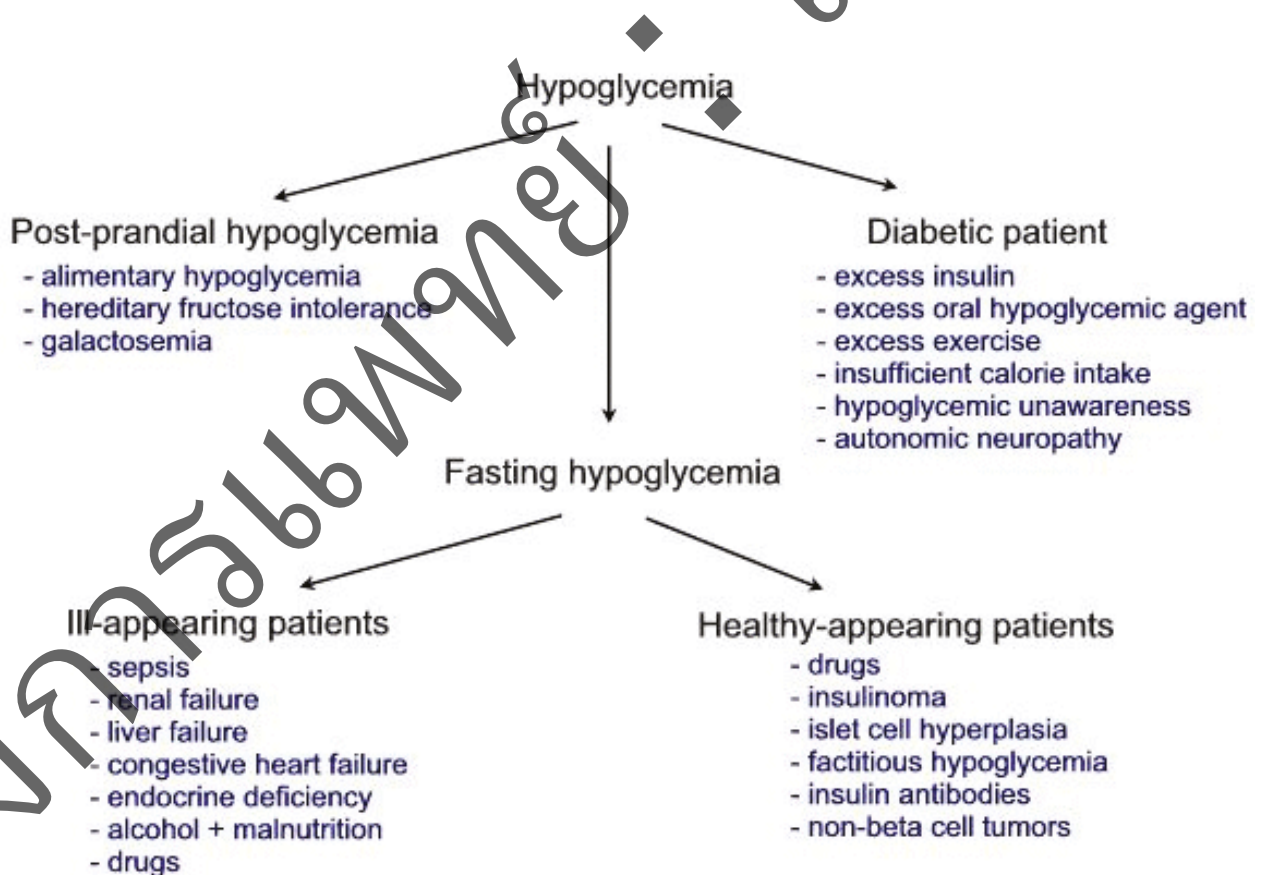
fibrosarcoma, rhabdomyosarcoma, leiomyosarcoma, liposarcoma

- epithelial tumor เช่น hepatoma, hypernephroma, wilm's tumor, adrenal carcinoma

- neuroendocrine tumor เช่น carcinoid tumor, pheochromocytoma

- hematologic malignancy เช่น leukemia, lymphoma, myeloma

กลไกที่ก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากเนื้ออกหลังสาร insulin-like growth factor-II (IGF-II) หรือมีการเพิ่มการนำกลูโคสไปใช้ในก้อนเนื้ออกมากขึ้น



แผนภูมิที่ 1 สาเหตุของภาวะ hypoglycemia

ที่มา: hypoglycemia.Juwita Blog 2010 Jan 19. Available from: <http://www.jeffmann.net/NeuroGuidemaps/hypoglycemia.gif>

2. Postprandial hypoglycemia

เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงหลังรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 3-4 ชั่วโมง เช่น พบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร เช่น gastrectomy, pyloroplasty หรือ gastrojejunostomy เป็นต้น อันเป็นผลให้มี gastric emptying time เร็วขึ้น ดูดซึมน้ำตาลได้เร็ว และมีการกระตุ้นให้หลังอินซูลินออกมา

การรักษา

1. ยืนยันว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจริง โดยการเจาะปลายนิ้วมือและควรเจาะเก็บเลือดดำจากเส้นเลือดเอาไว้สำหรับวัดระดับฮอร์โมนต่าง ๆ เพื่อหาสาเหตุต่อไป
2. การแยกระหว่าง fasting และ postprandial hypoglycemia อาศัยประวัติ โดยเฉพาะระยะเวลาที่เกิดอาการ

3. หาสาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยมากมักพบ fasting hypoglycemia ซึ่งต้องแบ่งว่าเป็นจาก underproduction หรือ overutilization โดยอาศัยระดับน้ำตาลในเลือดและประวัติร่วมกับตรวจร่างกาย

4. หาสาเหตุกระตุ้นให้เกิด เช่น รับประทานยาหรือฉีดยาผิด ผู้ป่วยรับประทานได้น้อยหรือมีภาวะติดเชื้อเกิดขึ้น

5. การให้กลูโคส

a. ให้ 50% กลูโคส 50 มล. ฉีดเข้าเส้นเลือดทันที ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมานานจะฟื้นสติทันที อย่างไรก็ตาม อาจฟื้นสติได้ช้าในผู้สูงอายุ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำอยู่นาน

b. เมื่อผู้ป่วยฟื้นแล้วจะให้ 10% D/N/2 หยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 100-200 มล./ชม.

c. ควรจะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีสาเหตุจากการได้รับยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดที่มีฤทธิ์อยู่นานหลายวัน หรือโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีภาวะไตวายร่วมด้วย



เอกสารอ้างอิง

1. Endocrine Emergencies. Medscape Emergency Medicine. 2007. Available from: <http://www.medscape.org/viewarticle/567307>.
2. ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. ภาวะฉุกเฉินระบบต่อมไร้ท่อ. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2548: 1-190.
3. Frank CSI. Hypoglycemia. eMedicine 2008. Available from : URL: <http://emedicine.medscape.com/article/767359-overview>
4. นายแพทย์ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. ENDOCRINE EMERGENCY. งานโรคต่อมไร้ท่อและเบาหวาน กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี 2555. 1-7.

การตายผิดธรรมชาติที่เป็นการตายตามธรรมดา (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

Unnatural Death: Only A Simple Natural Death (A Case Report)

การตายในเหตุที่เพียง “สงสัยว่าผิดธรรมชาติ” ก็จะเข้าข่ายในเรื่อง “การตายผิดธรรมชาติ” มิใช่หมายถึงว่าการตายผิดธรรมชาติจะต้องเป็นการตายผิดธรรมชาติอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพราะในกฎหมายบัญญัติไว้ถึงการตายที่ไม่ปรากฏเหตุย่อมเป็นเหตุหนึ่งที่เกิดว่าเป็นการตายผิดธรรมชาติแล้ว

มาตรา 148' เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาตินั้น คือ

- (1)ฆ่าตัวตาย
- (2)ถูกผู้อื่นทำให้ตาย
- (3)ถูกสัตว์ทำร้ายตาย
- (4)ตายโดยอุบัติเหตุ
- (5)ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ

ดังนั้น หากมีการตายที่เกิดความสงสัยขึ้นมา แพทย์ที่เข้าร่วมในการชันสูตรพลิกศพย่อม “ต้อง” ให้ความสำคัญและหากเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานแห่งตนเองแล้ว การส่งศพเพื่อการตรวจต่อ (ส่งไปยังสถานที่ราชการที่สามารถตรวจได้) ย่อมจะเป็นการดีที่สุด

อุทาหรณ์ (ผู้เสียชีวิต 1 ราย)

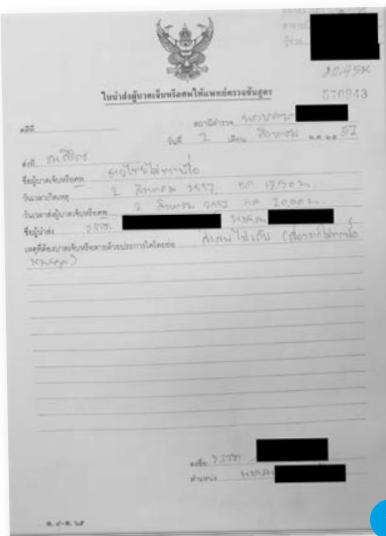
ประวัติ:

ผู้เสียชีวิตเป็นชายอายุ 50 ปีเศษ รูปร่างผอมบาง เสียชีวิตที่ริมข้างวัดแห่งหนึ่ง ผู้พบได้แจ้งให้พนักงานสอบสวนได้รับทราบ พนักงานสอบสวนได้ตามแพทย์ผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพ เข้าร่วมในการชันสูตรพลิกศพแล้ว

การชันสูตรพลิกศพ:

เมื่อเป็นการพบศพที่ตายในที่สาธารณะประกอบกับไม่มีผู้หนึ่งผู้ใดเห็นและไม่มียอรรายบาดแผลรุนแรงตามร่างกายให้เห็นชัดเจนหรือสาเหตุอื่นใดที่จะเป็นสาเหตุแห่งการตายได้อย่างทันทีทันใด จึงต้องถือว่าผู้ตายรายนี้เป็นกรตายผิดธรรมชาติ' มาตรา 148(5)

ผู้ตายได้รับการชันสูตรพลิกศพแล้วไม่พบสาเหตุแห่งการตายอย่างชัดเจน โดยสภาพศพไม่มีบาดแผลรุนแรงตามร่างกายอันจะเป็นสาเหตุแห่งการเสียชีวิตได้ เมื่อมีการชันสูตรพลิกศพเสร็จแล้วย่อมต้องส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อตามมาตรา 151 และมาตรา 152 (ภาพที่ 1)



การตรวจศพ:

โรงพยาบาลศิริราชได้รับศพผู้ตายพร้อมใบนำส่งฯ ของพนักงานสอบสวนไว้แล้วทำการตรวจศพโดยแพทย์ผู้มีหน้าที่ในวันรุ่งขึ้น

สภาพศพภายนอก: (ภาพที่ 2)



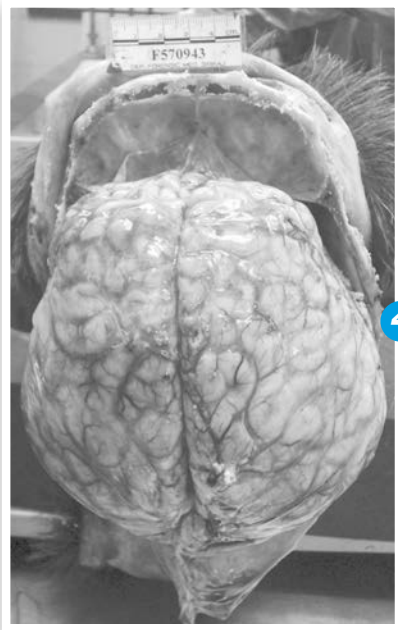
- ศพชายอายุประมาณ 50 ปีเศษ รูปร่างผอมบาง ผิวคล้ำกร้าน ตัวยาว 170 เซนติเมตร ผมสีดำ มีสีขาวแซมมาก ผมยาวประมาณ 5-6 เซนติเมตร มีหนวดและเครายาวประมาณ 1 เซนติเมตร สีเช่นเดียวกับสีผม (ภาพที่ 3)



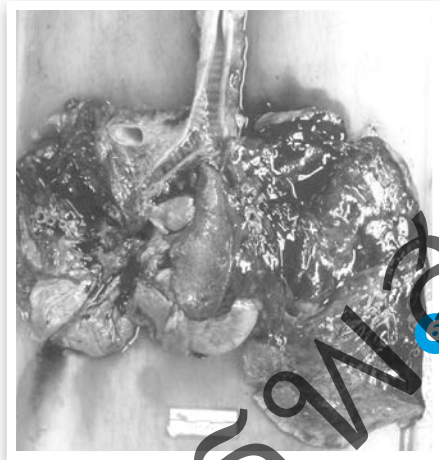
- ศพค่อนข้างซีดแต่ไม่เขียวคล้ำทั้งจากปลายมือ ปลายเท้า และริมฝีปาก
- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกกลงสู่เบื้องต่ำ ภายหลังเสียชีวิตที่หลังได้ชัดเจน
- ตรวจพบบาดแผลดังนี้
 - ก. บาดแผลถลอกเก่าขนาดเล็กที่บริเวณ หน้าผากด้านขวา
 - ข. บาดแผลถลอกเล็ก ๆ ที่บริเวณไหล่ซ้าย
- ไม่พบบาดแผลรุนแรงตามร่างกายและแขนขาอีก
- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียด ไม่คดหรืองอผิดปกติ

สภาพศพภายใน:

- ผนังศีรษะและใต้ชั้นหนังศีรษะอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ภาพที่ 4)



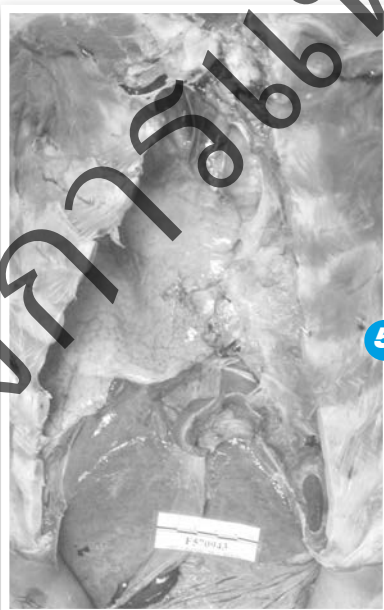
- ปอดกลีบบนทั้งสองข้างมีลักษณะแข็ง เมื่อผ่าหน้าตัดดู มีลักษณะของการอักเสบเรื้อรังเข้าได้กับวัณโรคปอด (ภาพที่ 6)



- หัวใจ หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ และอวัยวะต่าง ๆ ในช่องอก ไม่พบพยาธิสภาพชัดเจน
- ตับ ม้าม ไต และอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- พบน้ำเหลืองข้นลักษณะน้ำเมือกปกติประมาณ 2 มิลลิลิตร ในกระเพาะอาหาร ไม่พบเศษอาหารเลย (ภาพที่ 7)



- กระโหลกศีรษะ กระดูกใบหน้า และกรามอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- เนื้อสมองและฐานกระโหลกศีรษะปกติ
- กระดูกสันหลังโดยตลอด กระดูกซี่โครง และกระดูกเชิงกรานอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- คอ กล้องเสียง เนื้อเยื่อรอบคอ รวมถึงหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ช่องอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ภาพที่ 5)



- ไม่พบน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ

สาเหตุตาย:

- ขาดอาหารและน้ำร่วมกับการไม่สมดุลของเกลือแร่

กรด-ด่าง

พฤติการณ์ที่ตาย:

- มูลเหตุตามธรรมชาติ

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: ความปลอดภัยแก่ตัวแพทย์

กรณีแพทย์ที่เข้าร่วมการชันสูตรพลิกศพและพบว่าเป็นการตายที่ไม่น่าจะมีอะไรเลย (ซึ่งอาจเป็นเช่นนั้นจริง ๆ) แต่แพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย และ/หรือเกรงว่าการกระทำของตนเองจะมี

ข้อผิดพลาด การส่งศพไปทำการตรวจต่อย่อมจะปลอดภัยเสมอ ในทำนองที่ว่า “ผู้มีประสบการณ์น้อย การทำเกินไว้ดีกว่าการทำให้ขาดไป”

ประการที่ 2: ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตัวแพทย์

จากการชันสูตรพลิกศพ:

แพทย์ต้องไม่ลืมว่า “การชันสูตรพลิกศพ” เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย² การที่แพทย์ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจึงต้องอยู่ในกฎเกณฑ์ที่สำคัญอย่างน้อย 3 กฎหมายหลัก ก็คือ

1. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525³
2. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555⁴

3. เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555⁵

เกณฑ์ที่มีอยู่นี้ก็คือ “มาตรฐานทางการแพทย์นั่นเอง” ซึ่งหากแพทย์ไม่ปฏิบัติ (ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามเกณฑ์แล้ว ก็อาจถือได้ว่าไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (ตามเกณฑ์ข้างต้น) ซึ่งบัญญัติไว้เช่นเดียวกันใน “ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาราชการแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549”⁶ ในหมวด 4 ข้อ 15 ซึ่งอาจมีผลสืบเนื่องต่อไปได้

ผลสืบเนื่องต่อ:

ก. การถูกแพทยสภาลงโทษตามประการหนึ่งประการใดในมาตรา 39 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 นั่นเอง³

ข. การถูกนำผลแห่งการวินิจฉัยและลงโทษนี้ไปใช้ต่อ

คำว่า “ไปใช้ต่อ” นี้ไม่ใช่ว่าแพทย์อย่างแน่นอน ทั้งนี้เพราะในทางกฎหมายเราต้องทราบไว้ว่า

1. การใช้สิทธิทางกฎหมายเป็น “สิทธิของปัจเจกชน และ/หรือ นิติบุคคล”
2. การใช้สิทธิทางกฎหมายมิได้หมายความว่ามีการถูกจำกัดในการใช้สิทธิ หมายความว่าหากมีสิทธิได้มากกว่า “หนึ่งสิทธิ” ย่อมสามารถใช้ได้ทุกสิทธิ
3. การใช้สิทธิที่มีอยู่มิได้หมายความว่าต้องใช้สิทธิพร้อมกัน (หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ หากมิได้ใช้สิทธิในการฟ้องร้อง กล่าวหา กล่าวโทษ ฯลฯ ในคราวเดียวกันแล้ว โดยปล่อยให้เวลาเนิ่นนานไปเสียแล้ว “จะใช้สิทธินั้นไม่ได้”) สิทธิดังกล่าวจึงยังคงใช้ได้อยู่เสมอ ตราบที่ยังไม่ขาดอายุความ

เช่น การใช้สิทธิทางอาญาในมาตรา 95⁷

“มาตรา 95 ในคดีอาญา ถ้ามิได้ฟ้องและได้ตัวผู้กระทำความผิดมาศาลภายในกำหนดดังต่อไปนี้ นับแต่วันกระทำความผิดเป็นอันขาดอายุความ

- (1) ยี่สิบปี สำหรับความผิดต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกยี่สิบปี
- (2) สิบห้าปี สำหรับความผิดต้องระวางโทษจำคุกกว่าเจ็ดปี แต่ยังไม่ถึงยี่สิบปี
- (3) สิบปี สำหรับความผิดต้องระวางโทษจำคุกกว่าหนึ่งปีถึงเจ็ดปี
- (4) ห้าปี สำหรับความผิดต้องระวางโทษจำคุกกว่าหนึ่งเดือนถึงหนึ่งปี

(5) หนึ่งปี สำหรับความผิดต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งเดือนลงมาหรือต้องระวางโทษอย่างอื่น

ถ้าได้ฟ้องและได้ตัวผู้กระทำความผิดมาศาลแล้ว ผู้กระทำความผิดหลบหนีหรือวิกลจริต และศาลสั่งงดการพิจารณาไต่สวนเกินกำหนดดังกล่าวแล้วนับแต่วันที่หลบหนีหรือวันที่ศาลสั่งงดการพิจารณา ก็ให้ถือว่าพ้นอันขาดอายุความเช่นเดียวกัน”

4. การใช้สิทธิอาจมอบหมายให้บุคคลอื่นไปใช้สิทธิแทนได้ ในลักษณะ⁸

4.1 การตั้งตัวแทน

4.2 การที่ได้รับสิทธิโดยผลทางกฎหมาย เช่น เป็นทายาทของผู้มีสิทธิ หรือเป็นผู้มีสิทธิเพราะผู้ได้รับสิทธินั้นไม่อาจใช้สิทธิได้โดยสภาพแห่งตน (vulnerable person)

ประการที่ 3: กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน (และจะมีขึ้นในอนาคต)

แพทย์จะเห็นว่า นับจากการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 แล้ว หลังจากนั้นเป็นต้นมาจะเกิดปรากฏการณ์ที่อาจเรียกได้ว่า “ความตื่นตัวแห่งสิทธิ” มีการใช้สิทธิกันอย่างมากมาย โดยเฉพาะหลายประการที่การใช้สิทธินั้นแม้ว่าจะเป็นการใช้สิทธิที่จริง แต่ก็อาจต้องประกอบด้วยความเข้าใจในเรื่องอื่น (ประการอื่น ๆ ด้วย) เช่น การใช้สิทธิตาม “คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย”⁹ ย่อมจะต้องเข้าใจในเรื่อง “ข้อเท็จจริงทางการแพทย์” ด้วย

หากผู้ใช้สิทธิต้องการแต่เพียงการใช้สิทธิแล้ว ย่อมเกิดความไม่สมดุลและตามมาด้วยการเกิดวิกฤติในทางสังคมได้ เช่น เกิดวิกฤติในทางการแพทย์ ตามคำพิพากษาในคดี “ร่อนพิบูลย์” ทำให้แพทย์ทั่วประเทศไม่กล้าทำหัตถการในการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลชุมชนอีกเลย

ทั้งนี้เพราะ “เป็นการยากที่จะเข้าใจถึงกระบวนการในทางการแพทย์” หากมิได้ศึกษาทางการแพทย์มา การที่อ่าน เห็นข้อความ ฯลฯ ก็อาจไม่เพียงพอหากมิได้มี “กระบวนการปฏิบัติไปด้วย” จึงไม่น่าแปลกใจที่ในสังคมจะทำความเข้าใจได้ยากต่อ “กระบวนการทางการแพทย์” และจะกระทบได้มากหากผู้ที่เกี่ยวข้องคือผู้ที่ต้องทำหน้าที่ในทางกฎหมาย เช่น พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ ผู้พิพากษา นักกฎหมาย เป็นต้น

เพราะหากคนทั่วไปไม่เข้าใจและมีกระบวนการในการดำเนินการ (ดำเนินคดีในคดีต่าง ๆ) แล้ว หากแม้สังคมคนทั่วไป ฯลฯ ไม่เข้าใจ แต่หากผู้ที่เกี่ยวข้อง (ผู้ที่ใช้กฎหมาย) เข้าใจแล้ว ก็จะทำให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่ายได้เช่นเดียวกัน แต่หากผู้ที่ใช้กฎหมายไม่เข้าใจในเรื่องดังกล่าวแล้ว ย่อมเป็นการยากที่จะทำให้เกิดความเป็นธรรมได้โดยเฉพาะความเข้าใจนั้นเป็นความเข้าใจในเชิง “วิชาการ” และ/หรือ “วิชาชีพ” ด้วย ซึ่งมีหลักเกณฑ์และความรู้เป็นการเฉพาะ

ประการที่ 4: การทำเกิน การทำขาด และผลกระทบ

แพทย์พึงเห็นได้ว่าในบางครั้ง “การที่แพทย์ทำเกิน ย่อมดีกว่าการที่แพทย์ทำขาด” เพราะหากมิได้ทำแล้วเมื่อมี

การมองย้อนหลัง (retrospective viewing) แล้วย้อนมจะเสมือนกับว่าแพทย์ท่านนั้น “บกพร่องในภาระหน้าที่การงานหรือมาตรฐาน” ได้ ทั้งนี้เพราะเมื่อเกิดเหตุขึ้นแล้วค่อยมองย้อนไปถึงขณะที่มีการกระทำ (ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) แล้วก็เป็นกร่างายที่จะเห็นข้อบกพร่อง (มุมมอง) ที่เกิดความบกพร่องขึ้น “เสมือนหนึ่งผู้ที่อยู่นอกวงกระดานหมากรุกไปดูเขาเล่นย่อมเห็นการเดินตัวหมากรุกได้อย่างกระจ่าง แต่หากลงไปเล่นหมากรุกเองอาจได้ผลร้ายยิ่งกว่าผู้เล่นที่ถูกกล่าวอ้างเสียอีก”

ดังนั้น ในทางการแพทย์ “การทำเกิน เช่น การตรวจเกิน การสืบค้นที่เกิน การส่งต่อเพื่อการตรวจที่เกิน ฯลฯ” ก็อาจจะเป็น “คุณ” ต่อแพทย์ได้ดีเสียกว่าการที่แพทย์มิได้ทำสิ่งนั้น แม้ว่าในเวลาต่อมาจะพบว่าสิ่งที่ทำนั้นไม่มีความจำเป็นที่ต้องกระทำก็ตาม แต่เนื่องจากในภาวะ วิสัย และพฤติการณ์เช่นนั้น ยังไม่ทราบคำตอบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นนั่นเอง

ประกาศที่ 5: กรณีอุทธรณ์

ศพที่แพทย์ต้องเข้าร่วมชันสูตรพลิกศพดังเช่นกรณีตามอุทธรณ์นี้ต้องถือว่าเป็นเรื่องธรรมดาทั่วไปซึ่งพบได้ไม่น้อยทีเดียว แพทย์จะต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งหากศึกษาตามกรณีนี้แล้วก็จะได้ข้อเท็จจริงว่า

1. ในขั้นการชันสูตรพลิกศพ ไม่พบว่ามีสาเหตุการตายอย่างชัดเจน ประการสำคัญคือ การพบศพในที่สาธารณะนั้นอาจเป็นการถูกกระทำ (ทำร้าย) ก็ได้ ซึ่งมีใช่เป็นการตายตามธรรมชาติ เมื่อไม่พบหลักฐานชัดเจน (no definite evidence) เมื่อแพทย์ทำการชันสูตรพลิกศพเสร็จจึงต้องส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ
2. การตรวจสภาพศพทั่วไปและผ่าศพตรวจ ในกรณีอุทธรณ์นี้ไม่พบว่ามีบาดแผลหรือร่องรอยที่จะเป็นสาเหตุแห่งการตาย และแม้แต่การผ่าศพในตำแหน่งที่สำคัญคือ ศีรษะและอวัยวะในโพรงกะโหลก ในช่องอก ในช่องท้อง และในอุ้งเชิงกราน ไม่พบสาเหตุที่จะเป็นสาเหตุแห่งการตายอย่างชัดเจน
3. จากสภาพโดยรวมที่ตรวจได้จากศพรายนี้พบว่า
 - ก. ร่างกายค่อนข้างผอมบาง (ศพมีน้ำหนักเพียง 38 กิโลกรัม) กับความสูง 170 เซนติเมตร ต้องถือว่าน้อยมาก เห็นได้ชัดจากสภาพของศพที่เสมือนหนึ่งหุ้มกระดูกนั่นเอง (ภาพที่ 1) หากคำนวณเป็นค่า Body Mass Index (BMI) แล้วพบว่าได้เพียง 13.15 เท่านั้น ซึ่งต่ำกว่า 18.49 ต้องถือว่าผอมมาก¹⁰

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. วิสูตร พงษ์ศิริใหญ่. การชันสูตรพลิกศพเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือไม่. สารคดีราช 2537;46:574-9.
3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.
4. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม พ.ศ. 2555)”.
5. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.
6. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. http://www.tmc.or.th/service_law02_17.php
7. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>
8. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB03/%BB03-20-9999-update.pdf>
9. คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2542.
10. WHO; Asian issue. Lancet 2004;363:157-63. และ “ตัวชี้บ่งความอ้วนสำหรับคนไทย (Obesity Indices for Thais)”. http://hooraygoodhealth.in.th/obese_calc.html

ข. การตรวจสภาพศพจากสภาพของผิวหนังและพบว่าผิวหนังอยู่ในสภาพที่เข้าได้กับการขาดสารน้ำและเข้าได้กับการขาดสารเกลือแร่ด้วย

ค. ปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารและลำไส้ไม่มีอาหารอยู่เลย มีเพียงของเหลวราว 2 มิลลิลิตร ในกระเพาะอาหารเท่านั้น

เมื่อประมวลสภาพแห่งการตรวจพบทั้งหมดในผู้ตายรายนี้แล้ว จะเห็นได้ว่าอยู่ในสภาพที่ขาดอาหารอย่างมากและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ตายรายนี้เสียชีวิตนั่นเอง แม้ว่าผู้ตายจะมีโรคอีกเสบของปอดเรื้อรังก็ตาม แต่มิใช่เป็นสาเหตุแห่งการตายโดยเฉียบพลัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. การที่แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจำเป็นต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานเสมอ ไม่เว้นแม้แต่การชันสูตรพลิกศพ ซึ่งหากแพทย์ไม่แน่ใจก็จำเป็นต้องส่งเพื่อการตรวจต่อ แม้ว่า จะเห็น ๆ อยู่ว่าแท้ที่จริงน่าจะเป็นการตายตามธรรมชาติก็ตาม
 2. เฉพาะในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดปริมณฑลที่อยู่ด้านตะวันตกของแม่น้ำเจ้าพระยา การดำเนินการเกี่ยวกับศพภายหลังจากได้ทำการชันสูตรพลิกศพแล้ว หากไม่สามารถหาสาเหตุแห่งการตายที่ชัดเจนได้หรือเกิดความสงสัยไม่แน่ใจและในโรงพยาบาลจังหวัดอาจไม่พร้อมที่จะทำการตรวจต่อได้ ย่อมสามารถส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อได้ที่โรงพยาบาลศิริราช
 3. หากเป็นแพทย์ที่ประจำในสถานพยาบาลในจังหวัดอื่น ย่อมสามารถประสานกับโรงพยาบาลจังหวัดซึ่งเป็นโรงพยาบาลใหญ่หรือโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์อื่น ๆ ก็สามารถช่วยในเรื่องดังกล่าวนี้ได้เช่นเดียวกัน
 4. สถานพยาบาลที่สามารถรับการตรวจศพต่อไปจะต้องเป็นสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา 152¹
- มาตรา 152 ให้แพทย์หรือพนักงานแยกธาตุของรัฐบาลปฏิบัติ ดังนี้
- (1) ทำรายงานถึงสภาพของศพ หรือส่วนของศพตามที่พบเห็นหรือตามที่ปรากฏจากการตรวจพร้อมทั้งความเห็นในเรื่องนั้น
 - (2) แสดงเหตุที่ตายเท่าที่จะทำได้
 - (3) ลงวันเดือนปีและลายมือชื่อในรายงาน แล้วจัดการส่งไปยังเจ้าพนักงานผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดการประชุมวิชาการการวิจัยระบบสุขภาพ ประจำปี พ.ศ. 2557 “วิจัย...เปลี่ยนชีวิต” ระหว่างวันที่ 4-5 กันยายน พ.ศ. 2557 ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี ภายในงานจะมีการนำเสนอผลงานวิจัยชิ้นสำคัญ ๆ ที่จะมีผลต่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้แก่ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเป็นนโยบายสุขภาพที่สำคัญของประเทศในระยะต่อไป รวมทั้งการเปิดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้จากงานวิจัยและความคิดเห็นจากเครือข่ายวิชาการและภาคีต่าง ๆ เพื่อเสริมศักยภาพและพัฒนาความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ

สวรส. จัดประชุมวิชาการ ‘57 ชุดคุณค่างานวิจัย “พลิกระบบ-เปลี่ยนชีวิตคนไทย”



ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล

ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กล่าวว่า ถึงแม้ประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพคนไทยได้กว่า 48 ล้านคน แต่ปัญหาสุขภาพยังคงมีอยู่และทวีความรุนแรงกลับซับซ้อนมากขึ้น ทั้งในมิติความยั่งยืนของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นแบบผิดสัดส่วนจากการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศอยู่ที่ประมาณ 4.5% ของ GDP ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงทั้งใน

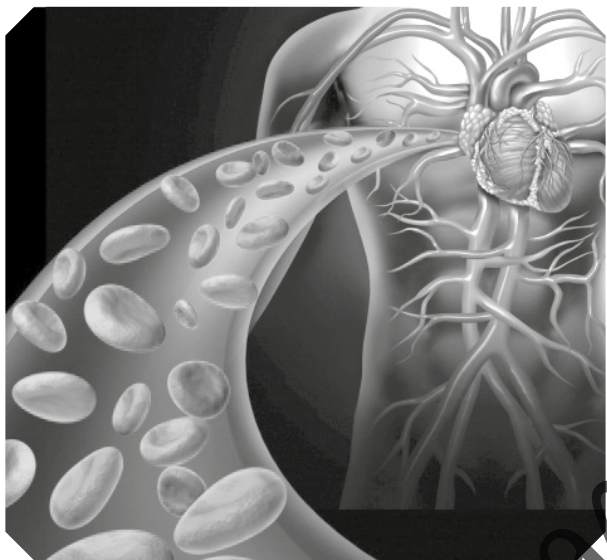
ระดับบุคคลและระบบสุขภาพโดยรวม ซึ่งพบว่าสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกที่เป็นภาระโรคของคนไทย ได้แก่ โรคเรื้อรังจากการดื่มสุราและสูบบุหรี่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคเบาหวาน ล้วนเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลที่สร้างความสูญเสียให้เกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระดับประเทศร่วมด้วย ซึ่งปัญหาในมิติ

ค่าใช้จ่ายยังมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับปัญหาอื่น ๆ อีกมาก เช่น มูลค่าการนำเข้าอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ การนำเข้าวัสดุทางการแพทย์ ผู้สูงอายุซึ่งมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 สหราชอาณาจักรจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 15 และส่วนที่เกิน 85 ปี อีกร้อยละ 162 ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของกลุ่มนี้เป็น 1.3% ของ GDP นอกจากนี้ยังปัญหาด้านกำลังคน การระบาดของโรคติดต่อ สาธารณภัย ตลอดจนระบบบริการสุขภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ฯลฯ ล้วนเป็นปัญหาและความท้าทายของงานวิจัยที่จะเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการ

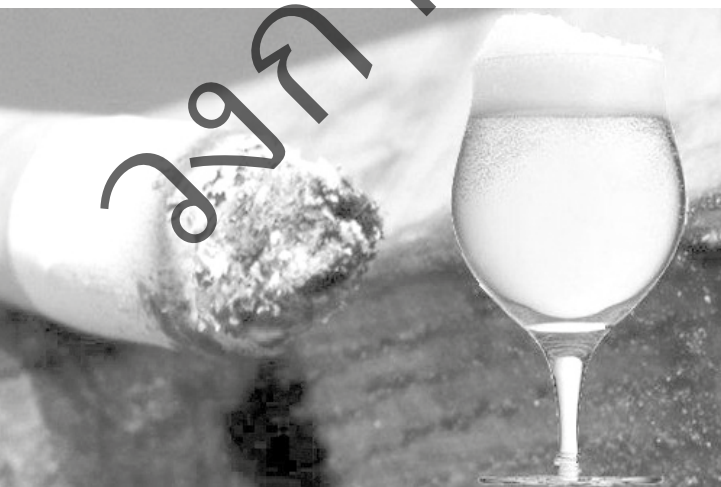
วิจัย “...” เปลี่ยนชีวิต

อุดช่องว่างปัญหาหรือนำการพัฒนากระบวนการสุขภาพให้เกิดความยั่งยืนและสมดุลได้อย่างไร

“งานประชุมวิชาการการวิจัยระบบสุขภาพ ประจำปี พ.ศ. 2557 ภายใต้หัวข้อ “วิจัย...เปลี่ยนชีวิต” ในปีนี้ สรรสน. เน้นการนำเสนอคุณค่าของงานวิจัยที่ไม่ใช่เป็นเพียงแค่งานวิจัย แต่เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชาชนและระบบสุขภาพโดยรวมให้ดีขึ้น ที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถมาร่วมคิด ร่วมพัฒนา งานวิจัย เพื่อนำไปสู่ความรู้ใหม่และต่อยอดการพัฒนา ระบบสุขภาพต่อไป” ศ.นพ.สมเกียรติ กล่าว



นอกจากนี้ภายในงานยังมีการประมวลผลงานกรณีสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบันมานำเสนอ โดยจัดให้มีการนำเสนอทั้งในรูปแบบนิทรรศการ วัสดุเผยแพร่เปลี่ยนกลุ่มย่อย หรือเวทีวิชาการและการเสวนาจากผู้มีบทบาทสำคัญในเรื่องนั้น ๆ โดยตรง อาทิเช่น บาสักกาศิษะเรื่องสุขภาพคนไทยร่วมสร้างมิติใหม่ในอาเซียน, เวทีเสวนาเรื่อง



หันมามองงานวิจัยด้านสุขภาพเปลี่ยนชีวิตคนไทยอย่างไร? นำโดย ดร.นเรศ ดำรงชัย ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน) (TCELS) นพ.วินัย สวัสดิ์ศิริ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ ทพ.กฤษดา เรืองอารีรัชต์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.), ทิศทางงานวิจัยเชิงระบบและนโยบายด้านสุขภาพ นำโดย ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์ กรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ดร.นพ.ภูษิต ประครองสาย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และ นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ กระทรวงสาธารณสุข

ตลอดจนเวทีการนำงานวิจัยสู่การใช้ประโยชน์และการนำเสนอ รูปธรรมความสำเร็จที่เกิดขึ้นในพื้นที่จริง เช่น เวที Knowledge Translation : จากห้องสู่...ข้างเตียง/ชุมชน กรณีศึกษา NCDs, ระบบดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพและสังคม : บทบาทรัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล : โรงพยาบาลทั่วไป ไทยใช้ยา คุ่มค่า ปลอดภัย ไม่ซ้ำซ้อน, งานวิจัยเขตสุขภาพ ปรับชีวิตคนในเขตให้เปลี่ยนได้อย่างไร, การแพทย์แผนไทยในอาเซียน : โอกาสและผลกระทบ, นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ : ปรับเพื่อเปลี่ยนชีวิตประชาชนไทย ฯลฯ และกิจกรรมที่น่าสนใจอีกมากมาย

ผู้สนใจสมัครเข้าร่วมประชุม อัตราค่าลงทะเบียนท่านละ 2,000 บาท สามารถลงทะเบียนและดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทาง www.hsri.or.th/hsforum2014 หรือโทรศัพท์ 0-2832-9203 ข้าราชการสามารถเบิกจ่ายค่าลงทะเบียนได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง และนักศึกษาทันตแพทยศาสตร์ แพทยศาสตร์ เกษตรศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ สามารถเก็บคะแนนสะสมหน่วยกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องได้

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
3-5 กันยายน 2557 	ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการประจำปี ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล First Hour in Emergency Room 2014: Evidence-Based in Emergency Medicine ณ ดิกลายามินทร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-9216, 0-2419-9627 โทรสาร 0-2419-9627 E-mail: siriraj.emer@gmail.com www.sirirajconference.com
4-5 กันยายน 2557 	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)	การประชุมวิชาการการวิจัยระบบสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2557 “วิจัย...เปลี่ยนชีวิต” ณ อาคารอมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี	โทรศัพท์ 0-2832-9203 www.hsr.or.th/hsforum2014
10-12 กันยายน 2557 	กระทรวงสาธารณสุข	การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2557 จ.เชียงใหม่	www.moph.go.th
12 กันยายน 2557 	สมาคมแพทย์ผิวหนัง แห่งประเทศไทย	การประชุมกลางปี พ.ศ. 2557 DST Mid-Year Meeting 2014 ณ โรงแรมพูลแมน บางกอก คิงเพาเวอร์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6857, 0-2716-5256, 0-2716-6661-3 ต่อ 9012 โทรสาร 0-2716-6857 E-mail: contact@dst.or.th www.dst.or.th
22-26 กันยายน 2557 	ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์ โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	หลักสูตรการอบรมผู้ให้การฟื้นฟูหัวใจ Basic Cardiac Rehabilitation Trainer 2014 ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2718-0061 โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: o_thaiheart@hotmail.co.th www.thaiheart.org
25-26 กันยายน 2557 	สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการกลางปี “Updates in organ transplantation” ณ ห้องแกรนด์บอลรูม โรงแรมเซ็นจูรี พาร์ค กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6181-4 โทรสาร 0-2716-6183 E-mail: webmaster@transplanthai.org http://transplanthai.org
7-9 ตุลาคม 2557 	ราชวิทยาลัยโรคข้อ นาสสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการราชวิทยาลัย ครั้งที่ 2/2557 ณ แพทย์สมาคม อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ข.ศูนย์วิจัย ณ.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2354-7711 ต่อ 93685, 93073 โทรสาร 0-2354-4109 www.rcot.org
8-10 ตุลาคม 2557 	สมาคมรูมาติสซั่ม แห่งประเทศไทย	การอบรมวิชาการระยะสั้น “Rheumatology for the Non-Rheumatologist” ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2716-6524, 08-1658-1524 โทรสาร 0-2716-6525 E-mail: toojaisai@yahoo.co.uk www.thairheumatology.org
10 ตุลาคม 2557 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับ โรงพยาบาลอุดรธานี	งานประชุมวิชาการสัญจร ครั้งที่ 2 ณ อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลอุดรธานี	โทรศัพท์ 0-4224-5555 กด 77 ต่อ 2103 โทรสาร 0-4224-7162 E-mail: vvatomkai@gmail.com www.thaiheart.org

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 188 โทรสาร 0-2435-2345 ต่อ 181
บริษัท สสวสาร จำกัด 71/17 ถนนบรมชนกนที แขวงจตุจักร อ.จตุจักร เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2014

Date	Title	City	Country	Contact
9-11 October 2014 	Innovations in Medicine Conference	Budapest	Hungary	www.innovationsinmedicine.eu
16 October 2014 	Sepsis: improving recognition and management	London	United Kingdom	www.mahealthcareevents.co.uk/sepsis2014
16-18 October 2014 	PAN Medical Conference (Women's Health)	Abu Dhabi	United Arab Emirates	www.menacnf.com
16-18 October 2014 	International Association for Dance Medicine & Science 24 th Annual Meeting	Basel	Switzerland	www.iadms.org/2014
16-18 October 2014 	MedicReS 4 th World Congress on Good Medical Research	New York	United States of America	www.medicres.org
19-22 October 2014 	World Health Summit 2014	Berlin	Germany	www.worldhealthsummit.org
25-29 October 2014 	32 nd World Congress of Internal Medicine	Gangnam, Seoul	South Korea	www.wcim2014.org
13-15 November 2014 	14 th Congress of the Asean Federation of Psychiatry & Mental Health "Setting Gold Standards of Care in Asean Psychiatry"	Cebu	Philippines	www.philpsych.ph/conventions/item/124-programme
13-16 November 2014 	19 th Congress of the Asian Pacific Society of Respirology	Bali	Indonesia	www.apsr2014.org

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong Karn Pat Editorial Team at E-mail: hp_14_dna@hotmail.com or send your information to our company, Saphasan Co., Ltd. 71/17 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 # 188 FAX 0-2435-2345 # 181

ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดียากไร้

รศ.นพ.ณรงค์ ชันดีแก้ว รองประธานมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี (ที่ 5 จากขวา) พร้อมด้วย คุณวีระเดช อัครผลพานิช ผู้ช่วยกรรมการผู้จัดการ บริษัทเคาน์เตอร์เซอร์วิส (ที่ 5 จากซ้าย) ให้เกียรติร่วมงานแถลงข่าวกิจกรรมโครงการ “เซเว่นอีเลฟเว่น และเคาน์เตอร์เซอร์วิส ชวนคนไทย ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี” ณ ห้อง Victor Club ชั้น 8 อาคาร PARK VENTURES ECOPLEX โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดตัวโครงการระดมทุนให้แก่มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี โดยเงินที่ได้จะนำไปช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ยากไร้ โดยท่านสามารถบริจาคเงินตั้งแต่ 1 บาทขึ้นไป ได้ที่เคาน์เตอร์เซอร์วิส ของร้านสะดวกซื้อ 7-Eleven ทุกสาขาทั่วประเทศ



‘ลุ่มปากอ่าว’ รักษาได้ ไร้กังวล

มร.มาร์ค บราวน์ (Mr. Mark Brown) กรรมการผู้จัดการ บริษัท เอ. เมนาเรนี (ประเทศไทย) จำกัด จัดงานให้ความรู้ เรื่องอาการหลังเร็วภาวะบกพร่องทางเพศที่พบบ่อยที่สุดถึง 1 ใน 3 ของผู้ชายทั้งหมด พร้อมทั้งเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ ศ.นพ.สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ และ ผศ.นพ.พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์ เพื่อให้ความรู้แก่คนที่มาร่วมงานถึงวิธีการรักษาอาการนี้ ซึ่งในปัจจุบันมีวิธีการรักษาแล้ว และพึงเคล็ดลึกลับดี ๆ ในการประกอบชีวิตคู่ให้สุขสมและราบรื่น จากคูรักรัตรา โดโน-ภาคิน และ แดงโม-ภักธริตา ณ Terminal 21 เมื่อไม่นานมานี้



ให้ความรู้ในการรักษาโรคธาลัสซีเมีย

รศ.ดร.นพ.วิปร วิประภิต แพทย์ประจำสาขาวิชาโลหิตวิทยาและอองโคโลยี ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ที่ 2 จากซ้าย) ให้เกียรติกล่าวต้อนรับและเป็นผู้ดำเนินรายการหลักภายในงานประชุมวิชาการ “Thalassemia Expert Forum 2014” โดยมีวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิอันประกอบด้วย ศ.นพ.สุรเดช หงส์อิง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรค มะเร็งและเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก โรงพยาบาลรามาธิบดี (ซ้ายสุด) ผศ.นพ.กานติษฐ์ ประยงค์รัตน์ สาขาวิชาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (ที่ 2 จากขวา) ผศ.พญ.ปราณี สุจริตจันทร์ สาขาวิชาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ขวาสุด) เพื่อถ่ายทอดความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในแนวทางการรักษาโรคธาลัสซีเมีย จัดโดย บริษัท ไนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด ณ โรงแรมเรเนซองส์ กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



แนะนำผลิตภัณฑ์ใหม่

บริษัท คาลพิส โอสดสภา จำกัด ผู้ผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแบรนด์ “คาลพิส แลคโต” เครื่องดื่มสไตล์ญี่ปุ่นผสมนมเปรี้ยวที่หมักด้วยจุลินทรีย์แลคโตบาซิลลัสเฉพาะของ “คาลพิส” พร้อมประโยชน์จากโพลีฟีนอลและไฟเบอร์ ดื่มอร่อยไม่ซ้ำใคร ด้วยเอกลักษณ์เฉพาะที่เน้นความสดชื่น ดื่มน้ำง่าย เติมความสดชื่นได้ทุกที่ มั่นใจได้ตลอดเวลา ขอแนะนำ “คาลพิส แลคโต” 2 รสชาติใหม่ แบบขวด ขนาด 350 ml คือ 1. คาลพิส แลคโต รสกรีนแอปเปิ้ล 2. คาลพิส แลคโต รสทับทิม อร่อย พกพา สะดวก หวังกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นทั้งชายและหญิง อายุระหว่าง 15-24 ปี และกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่มีไลฟ์สไตล์ไม่หยุดนิ่ง ชอบทำกิจกรรม และใส่ใจสุขภาพ



วาระการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย

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



ร.พ.ปราสาท จ.ศรีสะเกษ



ร.พ.สิรินธร จ.อุบลราชธานี



ร.พ.นุรักษ์ จ.ศรีสะเกษ





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการแพทย์**

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการยา**

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคาร สังกัด บม.คลังเงิน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

เขื่อนธนาคาร.....สาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเกือบสี่ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ ชำนาญบัตร

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก. 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

หมายเหตุ

1. ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขที่สมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2435-2345 ต่อ 181

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ 134, 123

แฟกซ์ **0-2435-2345**

ต่อ 181

Continuing Medical Education

CME PLUS





สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย
การอบรมวิชาการระยะสั้น

CME
13.5
Credits

“Rheumatology for the Non-Rheumatologist”

ระหว่างวันที่ 8-10 ตุลาคม 2557

ครั้งที่
14

ณ ห้องพิธีการ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วันพุธที่ 8 ตุลาคม 2557

Arthritis

08.30-09.30 น.: **Approach to Arthritis and Connective Tissue Disease**

พญ.วรวิทย์ เล่าพิเรณู

09.30-10.30 น.: **Crystal-Induced Arthritis (Gout and CPPD)**

พญ.สูงชัย อังธารารักษ์

10.30-11.00 น.: **Coffee Break**

11.00-12.00 น.: **Rheumatoid Arthritis**

พญ.ดวงกมล พดุงวิทย์วัฒนา

12.00-12.45 น.: **Lunch**

12.45-13.30 น.: **Symposium**

13.30-15.00 น.: **Meet the Expert**

Septic Arthritis :

พญ.กศณีย์ กิตติอำนวยพงษ์

พญ.นันทนา กสิตานนท์

พญ.ปริฉัตร เอื้ออารีวงศ์

Crystal-Induced Arthritis :

พญ.ไพจิตร อัครอนันต์

พญ.วีระพงศ์ ภูมิธรรม

พญ.รัตตะพล กักโชตานนท์

Chronic Inflammatory Arthritis :

พญ.มนาริ โอฮิชิ

พญ.วันรัชดา คัชมาตย์

พญ.ปารวี สุวรรณาลัย

วันพฤหัสบดีที่ 9 ตุลาคม 2557

Connective Tissue Disease

08.30-09.30 น.: **Systemic Lupus Erythematosus**

พญ.รัตตะพล กักโชตานนท์

09.30-10.30 น.: **Vasculitis**

พญ.ประภาพร พิสิษฐกุล

10.30-11.00 น.: **Coffee Break**

11.00-12.00 น.: **Scleroderma**

พญ.เชยวี เมืองจันทร์

12.00-12.45 น.: **Lunch**

12.45-13.30 น.: **Symposium**

13.30-15.00 น.: **Meet the Expert**

Systemic Lupus Erythematosus :

พญ.อังรา กุลวิสุทธิ

พญ.ศิริกมล สุวรรณโรจน์

พญ.นันทนา กสิตานนท์

Systemic Vasculitis :

พญ.เอมวดี อารมย์ดี

พญ.พันธุ์จาง ทาญวิวัฒน์กุล

พญ.บุญจรงค์ ศรีไพฑูรย์

Systemic Sclerosis/MCTD

/Myositis/UCTD :

พญ.กนกรัตน์ นันทิรุจ

พญ.สุภาภรณ์ วังแก้ว

พญ.โชคชัย กิตติญาณปัญญา

Pain

08.30-09.30 น.: **Osteoporosis**

พญ.สุนภา ชัยอำนวย

09.30-10.30 น.: **Osteoarthritis**

พญ.สุรศักดิ์ นิลาบุญวงศ์

10.30-11.00 น.: **Coffee Break**

11.00-12.00 น.: **Approach Back Pain**

พญ.พรชัย เตชะบุญวงศ์

12.00-12.45 น.: **Lunch**

12.45-13.30 น.: **Symposium**

13.30-15.00 น.: **Meet the Expert**

Osteoarthritis :

พญ.สุรศักดิ์ นิลาบุญวงศ์

พญ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ

พญ.อรอนัน นิทรมาโนเคราะห์

Back Pain :

พญ.สิทธิชัย อุกฤษฏ์ชน

พญ.ปวีณา เขียวชาญวิศวกิจ

พญ.สิทธิชัย เนตรวิจิตรพันธ์

Miscellaneous :

พญ.รัตนวดี ณ นคร

พญ.สิริพร มานวรวงษ์

พญ.สุนภา ชัยอำนวย

ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการเดินทางตามระเบียบกระทรวงการคลัง
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ. 2545

ติดต่อลงทะเบียน : สำนักงานสมาคมฯ โทรศัพท์ 0-2716-6524, 08-1658-1524 โทรสาร 0-2716-6525

e-mail : toojaisai@yahoo.co.uk website : www.thairheumatology.org



Cervarix™ demonstrated 93%* efficacy against CIN3+ irrespective of HPV type**†

The efficacy was higher than would be expected from a vaccine that is efficacious against HPV 16 and 18^{†1,3-4}



* In an analysis of CIN3+ lesions, conducted irrespective of HPV type, Cervarix™ showed 93% efficacy (95% CI: 78.9–98.7)¹

** TVC-naïve cohort: includes all vaccinated subjects (15-25 years, who received at least one dose of vaccine) who had normal cytology, were HPV DNA negative for 14 oncogenic HPV types and seronegative for HPV-16 and HPV-18 at baseline^{1,2}

† Based on a comparison with epidemiology data, which can vary in different regions⁴

Abbreviated Prescribing Information. Based on full International Product Information (version number 12)

Cervarix™, Human Papillomavirus vaccine Types 16 and 18 (Recombinant, AS04 adjuvanted). **Composition:** Human Papillomavirus type 16 L1 protein 20 micrograms, Human Papillomavirus type 18 L1 protein 20 micrograms, 3-O-desacetyl-4-monophosphoryl lipid A (MPL) 50 micrograms, Aluminium hydroxide, hydrated 0.5 milligrams Al³⁺. **Indications:** For females from 9-25 years for the prevention of persistent infection, premalignant cervical lesions and cervical cancer (squamous-cell carcinoma and adenocarcinoma) caused by oncogenic Human Papillomaviruses (HPV). For females from 26 years of age onwards, available data support the safety and immunogenicity in women aged 26–55 years. Efficacy studies in women aged 26–55 years are ongoing. **Administration:** The recommended vaccination schedule is 0, 1, 6 months intramuscularly in the deltoid region. **Contraindications:** Subjects with known hypersensitivity to any component of the vaccine. **Special Precautions:** Precede vaccination by a review of the medical history (especially with regard to previous vaccination and possible occurrence of undesirable events) and a clinical examination. As with all injectable vaccines, appropriate medical treatment and supervision should always be readily available in case of a rare anaphylactic event following the administration of the vaccine. Syncope (fainting) can occur following, or even before, any vaccination as a psychogenic response to the needle injection. It is important that procedures are in place to avoid injury from faints. As with other vaccines, the administration of Cervarix™ should be postponed in subjects suffering from acute severe febrile illness. However, the presence of a minor infection, such as a cold, should not result in the deferral of vaccination. Cervarix™ should under no circumstances

be administered intravascularly or intradermally. No data are available on subcutaneous administration of Cervarix™. As for other vaccines administered intramuscularly, Cervarix™ should be given with caution to individuals with thrombocytopenia or any coagulation disorder since bleeding may occur following an intramuscular administration to these subjects. As with any vaccine, a protective immune response may not be elicited in all vaccinees. Cervarix™ is a prophylactic vaccine. It is not intended to prevent progression of HPV-related lesions present at the time of vaccination. Cervarix™ does not provide protection against all oncogenic HPV types. Vaccination is primary prevention and is not a substitute for regular cervical screening (secondary prevention) or for precautions against exposure to HPV and sexually transmitted diseases. In subjects with impaired immune responsiveness such as HIV infected patients or patients receiving immunosuppressive treatment, an adequate immune response may not be elicited. Duration of protection has not fully been established. **Interactions:** can be given concomitantly with: reduced antigen diphtheria-tetanus-acellular pertussis vaccine (dTpa), inactivated poliovirus vaccine (IPV) and the combined dTpa-IPV vaccine; hepatitis A (inactivated) vaccine (HepA), hepatitis B (rDNA) vaccine (HepB) and the combined HepA-HepB vaccine. If Cervarix™ is to be given at the same time as another injectable vaccine, the vaccines should always be administered at different injection sites. There is no evidence that the use of hormonal contraceptives has an impact on the efficacy of Cervarix™. As with other vaccines it may be expected that in patients receiving immunosuppressive treatment an adequate response may not be elicited. **Pregnancy and Lactation:** data are insufficient to recommend use during pregnancy. Vaccination should, therefore, be postponed until after completion of pregnancy. Cervarix™ should only be used during breast-feeding when the possible advantages outweigh the possible risks. Serological

data suggest a transfer of anti-HPV16 and anti-HPV18 antibodies via the milk during the lactation period in rats. However, it is unknown whether vaccine-induced antibodies are excreted in human breast milk. **Undesirable Effects:** Clinical trial data: Headache, myalgia, injection site reactions including pain, redness, swelling, fatigue, gastrointestinal including nausea, vomiting, diarrhoea and abdominal pain, itching/pruritus, rash, urticaria, arthralgia, fever ($\geq 38^\circ\text{C}$) Upper respiratory tract infection, lymphadenopathy, dizziness, other injection site reactions such as induration, local paraesthesia, allergic reactions (including anaphylactic and anaphylactoid reactions). Post marketing data: angioedema, syncope or vasovagal responses to injection, sometimes accompanied by tonic-clonic movements.

Full Prescribing Information is available from
GlaxoSmithKline (Thailand) Limited,
12th Floor, Wave Place, 55 Wireless Road, Lumpini,
Patumwan, Bangkok 10330 Thailand
Tel: 0-2655-4567 Fax: 0-2655-4568

GSK is committed to the effective collection and management of human safety information relating to our products and we encourage healthcare professionals to report adverse events to us on 081 903 4499

References:

1. Cervarix™ Prescribing Information.
2. Paavonen J et al. *Lancet* 2009;374:301–314.
3. Howell-Jones R et al. *Br J Cancer* 2010;103:209–216.
4. Bosch FX et al. *Vaccine* 2008;26:S:K1–K16.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา