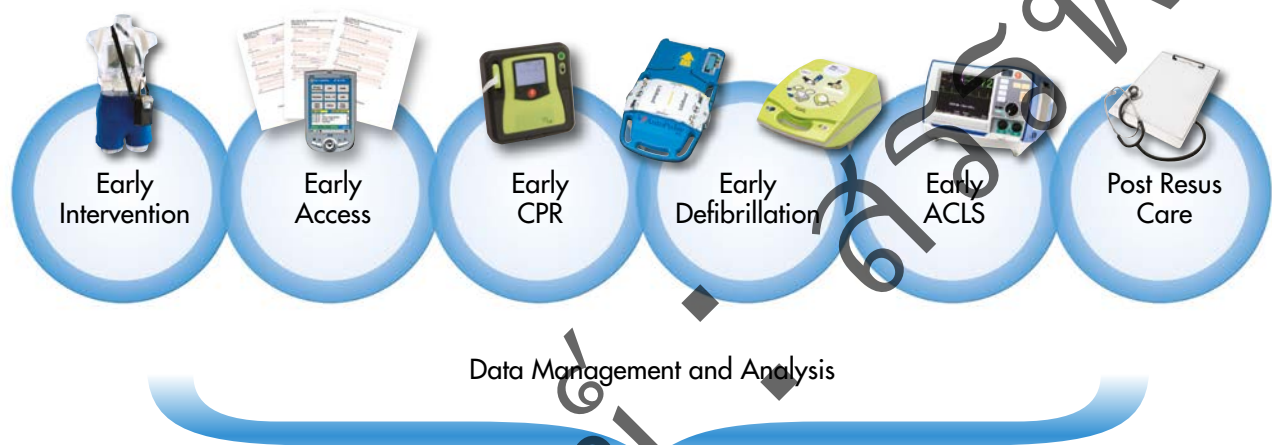


Impacting Outcomes Link by Link



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.





**สาขาวิชาโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**

รับสมัครแพทย์ 1 ตำแหน่ง

คุณสมบัติ

1. วุฒิบัตรหรืออนุวุฒิบัตรอายุรศาสตร์ทั่วไป
2. มีความสนใจด้านโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกัน
3. มีความสนใจด้านการเรียนการสอนและการวิจัย



สนใจติดต่อ

สาขาวิชาโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

โทร 02-419-8263

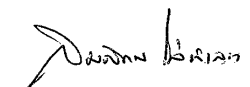
ความสนใจของสื่อไทยและสื่อต่างประเทศในเรื่องการอุ้มบุญ

ในช่วงเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม พ.ศ. 2557 ได้มีข่าวเรื่องการอุ้มบุญในประเทศไทยดังไปทั่วโลก ผู้สื่อข่าวไทยจะเน้นเรื่องการลงโทษแพทย์ สนใจรายละเอียดว่าทำผิดในข้อใดบ้าง จะลงโทษเมื่อไร จะลงโทษอย่างไร จะยึดใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือไม่ แพทย์มารายงานตัวหรือยัง ส่งหลักฐานมาแล้วหรือยัง มีบางคนถามเรื่องข้อบังคับที่ผ่านม่ว่าจะเอาผิดข้อใดได้บ้าง ฟังดูแล้วเหมือนแพทย์เป็นคนร้ายที่ต้องจับมาลงโทษให้ได้ คนที่มาจ้างคนไทยอุ้มบุญกลายเป็นเรื่องเลวร้าย หญิงที่อุ้มบุญถูกสื่อรุมถ่ายรูปอย่างกับว่าเป็นคนร้ายทั้งที่เธอไม่ได้ทำผิดกฎหมายใด ส่วนสื่อต่างประเทศจะสนใจอีกแบบ เขาจะให้ความสนใจว่าประเทศไทยมีกฎหมายอย่างไร กฎหมายที่จะออกใหม่จะมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร ประเทศไทยต้องการให้มีการอุ้มบุญหรือไม่ อะไรทำได้ อะไรทำไม่ได้ ชาวต่างชาติที่มาว่าจ้างคนไทยอุ้มบุญจะเอาบุตรเขากลับประเทศได้อย่างไร ถ้าจะมาให้แพทย์ไทยทำการรักษาเรื่องการมีบุตรยากจะต้องมีกระบวนการอย่างไร ประเทศไทยจะประกาศห้ามคนต่างชาติมารับการรักษาใน

ประเทศไทยหรือไม่ ถ้าไม่มีญาติพี่น้องมาอุ้มบุญจะทำอย่างไร จะทราบได้อย่างไรว่าการให้เงินแก่แม่ที่อุ้มบุญเป็นการตอบแทนชดเชยผู้ที่มาช่วยอุ้มบุญให้หรือเป็นเรื่องธุรกิจการค้า เรามีการตรวจสอบผู้ที่มาจ้างอุ้มบุญหรือไม่ ว่าเหมาะสมที่จะมีบุตร เด็กที่มีพันธุกรรมของต่างชาติแต่แม่ที่อุ้มบุญเป็นคนไทยจะมีสัญชาติอะไร

การอุ้มบุญไม่ใช่เรื่องเลวร้าย แต่เป็นการช่วยให้ผู้ที่ไม่มีบุตรยากหรือผู้ที่ไม่มีมดลูกหรือมีโรคทางกายที่ตั้งครรภ์ไม่ได้นั้นมีโอกาสที่จะมีบุตร บางคนมีฐานะดีแต่แต่งงานช้า ทำให้ไม่มีบุตร แพทย์สามารถช่วยให้เขามีบุตรได้ ขณะนี้กฎหมายตามความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีไม่ทัน กฎเกณฑ์เรื่องการอุ้มบุญของแต่ละประเทศไม่เหมือนกัน ประเทศที่เคร่งศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกจะไม่ยอมให้มีการอุ้มบุญเลย ประเทศส่วนใหญ่จะยอมให้มีการอุ้มบุญได้แต่ห้ามทำเป็นการค้า ประเทศรัสเซียและยุโรปตะวันออกบางประเทศ เม็กซิโก อินเดีย สหัฐอเมริกาบางรัฐ เช่น แคลิฟอร์เนีย สามารถทำได้เสรี ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมาย มีแต่ประกาศของแพทยสภา

ซึ่งให้ทำได้แต่ห้ามทำเป็นการค้า ห้ามมีการโฆษณา ห้ามมีนายหน้า แพทยสภาทำโทษได้เฉพาะแพทย์และไม่มีโทษทางแพ่งหรืออาญา แต่ถ้ามีกฎหมายใหม่ออกมาจะสามารถควบคุมการทำเป็นธุรกิจการค้าได้ดีขึ้น ผู้ที่เป็นนายหน้าจะมีโทษจำคุก คนที่อยากมีบุตรจะได้เป็นพ่อแม่ที่ถูกต้องตามกฎหมาย ส่วนหญิงที่อุ้มบุญจะไม่เป็นแม่เหมือนในปัจจุบัน การแพทย์ของไทยเราถือผู้ป้อนเป็นศูนย์กลาง แพทย์มีหน้าที่ช่วยผู้ป่วยที่เดือดร้อนอย่างดีที่สุดที่ได้ได้ ส่วนเรื่องของเด็กนั้นเราจะต้องถือผลประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นหลัก ส่วนเรื่องชายหรือหญิงที่ไม่มีคู่สมรส ทางแพทยสภายังห้ามอยู่ ในต่างประเทศอนุญาตให้ทำได้ ตัวอย่างเช่น Elton John, Ricky Martin นักร้องซึ่งมีชื่อเสียงระดับโลกไม่มีภรรยา แต่มีบุตรโดยอาศัยการอุ้มบุญ ผู้หญิงหลายคนอยากมีบุตรแต่ไม่ต้องการมีสามี วัฒนธรรมไทยยังไม่ยอมรับ แต่นานคตอาจเปลี่ยนไปได้ เพราะมีการอ้างสิทธิมนุษยชน


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตูจันดา ศ.กีราน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตูจันดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรจันทร์ ผศ.นพ.วรวิมล จรรย์วานิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร ก่ออนันตกุล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรรตะวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจนพงษ์

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วาทิน วัชรกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แบบดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ซาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาญณะ, สุรินทร์ ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสุทธิกุล

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

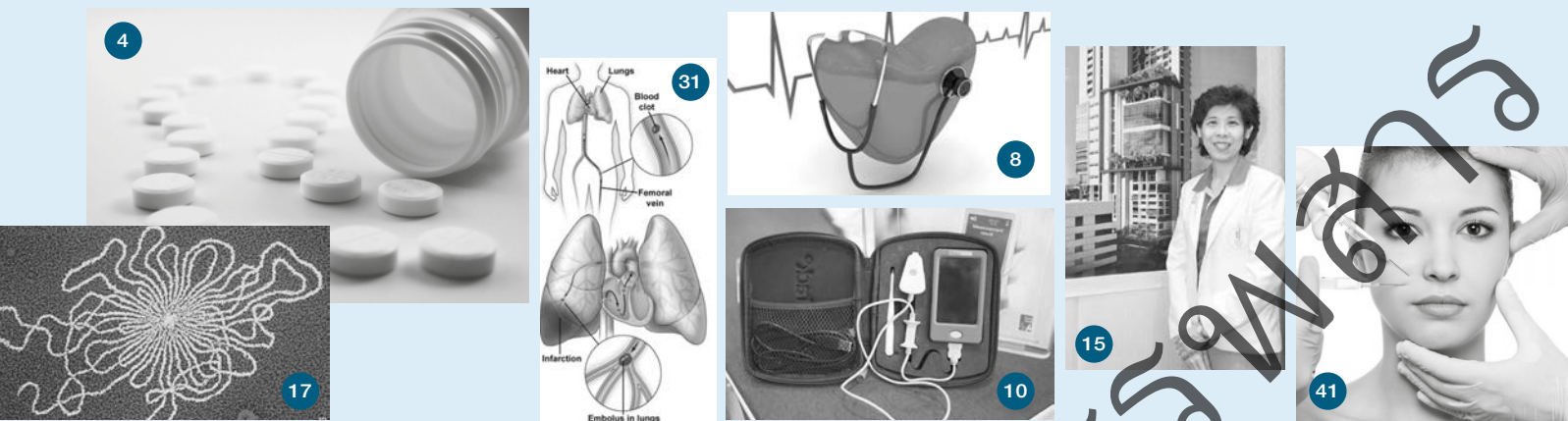
เจ้าของ

บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Contents

The Medical News ฉบับที่ 421 วันที่ 1 - 15 กันยายน 2557



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดจากยาเพิ่มระดับคอเลสเตอรอล HDL
- Enzalutamide ในมะเร็งต่อมลูกหมากกลูกลามก่อนเคมีบำบัด
- ประสิทธิภาพ Paracetamol สำหรับปวดหลังส่วนล่างฉับพลัน
- Sofosbuvir และ Ribavirin สำหรับตับอักเสบซีในผู้ป่วยเอชไอวี

7 ข่าวสารทางแพทย์

- สธ. ตั้งคณะกรรมการบริหารกำลังคน พัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการ
- กรมการแพทย์ จับมือโรงพยาบาลทั่วไทยแก้วิกฤตโรคหัวใจ

9 In Focus

เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ต้องเจาะเลือด ไม่เจ็บ เทคโนโลยีล่าสุดเพื่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน

12 Movement

13 Special

รศ.คลินิก พญ.ศิริภรณ์ สุวัณนิต
กับการนำโรงพยาบาลเด็กสู่เส้นทาง TQA

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

1669

17 Get Up

พบไวรัสใหม่ในลำไส้
- เอฟดีเอรับอนุมัติอุปกรณ์ลดการชัก
จีนปิดเมืองหลังพบกาฬโรคต่อมน้ำเหลือง

19 หลากสีสัน

งานน่าเบื่อ...หรือเราเบื่องาน

21 เสียงแพทย์

ปัญหาการแพทย์ สาธารณสุข และการประกันสุขภาพ

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ป้องกันการยึดเกาะของเซลล์บนเซ็นเซอร์ฝังในทางการแพทย์ด้วยแผ่นเยื่อเปลี่ยนแปลงรูปร่างได้

25 จุฬาปริทัศน์

โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus)

28 Systematic Review

โยคะ กับ โรคหัวใจ

29 เฉพาะโรค

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ขาและในปอด (Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism)

33 มุมนิติเวช

ตกจากตึก: ประเด็นทางนิติเวชศาสตร์

37 ปกป้องข่าว

มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี - 7-Eleven - เคาน์เตอร์เซอร์วิส
เปิดช่องทางใหม่บริจาคเงินช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้

38 R2R

ภารกิจพลิกแก้วิกฤตชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลลิซล จังหวัดนครศรีธรรมราช

40 เกาะติดงานประชุม

สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย จัด OSAPS 2014
"Achieving Excellence in Aesthetic Surgery"

42 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

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

ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดจากยาเพิ่มระดับคอเลสเตอรอล HDL

BMJ 2014;349:g4379.

บทความเรื่อง Effect on Cardiovascular Risk of High Density Lipoprotein Targeted Drug Treatments Niacin, Fibrates, and CETP Inhibitors: Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials Including 117,411 Patients รายงานข้อมูลจาก meta-analysis ซึ่งศึกษาผลต่อการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด (การตายทุกสาเหตุ การตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่เสียชีวิต และสโตรค) ของยาที่เพิ่มระดับ high density lipoprotein ได้แก่ niacin, fibrates และ cholesteryl ester transfer protein (CETP) inhibitors

มีผู้ป่วยได้รับการสุ่ม 117,411 คนจากงานวิจัยรวม 39 ฉบับ การรักษาทั้งหมดทำให้ระดับคอเลสเตอรอล HDL สูงขึ้น โดยไม่พบผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญต่อการตายทุกสาเหตุสำหรับ niacin (odds ratio 1.03, 95% confidence interval 0.92-1.15, $p = 0.59$), fibrates (0.98, 0.89-1.08, $p = 0.66$) หรือ CETP inhibitors (1.16, 0.93-1.44, $p =$

0.19) ต่อการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจสำหรับ niacin (0.93, 0.76-1.12, $p = 0.44$), fibrates (0.92, 0.81-1.04, $p = 0.19$) หรือ CETP inhibitors (1.00, 0.80-1.24, $p = 0.99$) หรือผลลัพธ์ต่อสโตรคสำหรับ niacin (0.96, 0.75-1.22, $p = 0.72$), fibrates (1.01, 0.90-1.13, $p = 0.84$) หรือ CETP inhibitors (1.14, 0.90-1.45, $p = 0.29$) ในงานวิจัยที่ผู้ป่วยไม่ได้รับ statins (ก่อนมีการรักษาด้วย statin) พบว่า niacin สัมพันธ์กับการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่เสียชีวิต (0.69, 0.56-0.85, $p = 0.0004$) แต่ไม่มีผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญ (0.96, 0.85-1.09, $p = 0.52$) อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยที่ผู้ป่วยได้รับ statins โดยมีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มย่อยดังกล่าว ($p = 0.007$) นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มเดียวกันต่อกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่เสียชีวิต สำหรับ fibrates ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้รับ statins (0.78, 0.71-0.86, $p < 0.001$) และผู้ป่วยทั้งหมดหรือบางส่วนได้รับ statins (0.83, 0.69-1.01, $p = 0.07$; $p = 0.58$ for difference)

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า ทั้ง niacin, fibrates และ CETP inhibitors ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มคอเลสเตอรอล HDL ต่างก็ไม่ได้ลดการตายทุกสาเหตุ การตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือสโตรคในผู้ป่วยที่รักษาด้วย statins และแม้มีงานวิจัยหลายฉบับเสนอว่าการเพิ่มขนาดยาอาจช่วยลดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ท่ามกลางการใช้ statins เพื่อรักษาโรคไขมันในเลือดสูงกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันก็มีความกังวลเกี่ยวกับ niacin, fibrates และ CETP inhibitors อีกจำนวนมากที่ไม่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว



Enzalutamide ในมะเร็งต่อมลูกหมากลุกลามก่อนเคมีบำบัด

N Engl J Med 2014;371:424-433.

บทความเรื่อง Enzalutamide in Metastatic Prostate Cancer before Chemotherapy รายงานว่า enzalutamide เป็น androgen-receptor inhibitor ในรูปแบบรับประทานซึ่งยับยั้งการรอดชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากชนิด castration-resistant prostate cancer ซึ่งมีการลุกลามหลังได้รับเคมีบำบัด จึงจำเป็นต้องมีทางเลือกการรักษาใหม่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากลุกลามที่ยังไม่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเกิดมะเร็งลุกลามแม้ได้รับ androgen-deprivation therapy

งานวิจัยยุติลงหลังวิเคราะห์ interim analysis เมื่อพบผู้ป่วยเสียชีวิต 540 คน ซึ่งผลลัพธ์พบว่าการรักษามีประโยชน์ อัตราของการรอดชีวิตโดยไม่มีการลุกลามจากการตรวจทางรังสีวิทยาที่ 12 เดือนเท่ากับ 65% ในผู้ป่วยที่ได้รับ enzalutamide เทียบกับ 14% ในผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอก (81% risk reduction; hazard ratio in the enzalutamide group 0.19; 95% confidence interval [CI] 0.15-0.23; $p < 0.001$) โดยมีผู้ป่วยที่ยังคงรอดชีวิต 626 คน (72%) ในกลุ่มที่ได้รับ enzalutamide เทียบกับ 532 คน (63%) ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก ณ วันที่ตัดข้อมูล (29% reduction in the risk of death; hazard ratio 0.71; 95% CI 0.60-0.84; $p < 0.001$) ประโยชน์ของ enzalutamide ยังสัมพันธ์กับจุด

ยุติทุกข้อมูทั้งหมด รวมถึงระยะเวลารอดชีวิตเริ่ม cytotoxic chemotherapy (hazard ratio 0.35), ระยะเวลารอดชีวิตพบ skeletal-related event ครั้งแรก (hazard ratio 0.72), การตอบสนองแบบ complete หรือ partial ของ soft tissue (59% vs. 5%), ระยะเวลารอดชีวิตการเพิ่มขึ้นของ prostate-specific antigen (PSA) (hazard ratio 0.17) และอัตราการลดลงอย่างน้อย 50% ของ PSA (78% vs. 3%) ($p < 0.001$ for all comparisons) โดยอาการอ่อนเพลียและความดันโลหิตสูงเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดจากการรักษาด้วย enzalutamide

การรักษาด้วย enzalutamide มีผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญต่อการลดความเสี่ยงการลุกลามและการตาย และชะลอการรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากลุกลาม



ความสัมพันธ์ของการบริโภคผัก-ผลไม้และการเสียชีวิต



BMJ 2014;349:g4490.

บทความเรื่อง Fruit and Vegetable Consumption and Mortality From All Causes, Cardiovascular Disease, and Cancer: Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies รายงานข้อมูลจากการศึกษาเพื่อประเมินและวัดความสัมพันธ์ของการตอบสนองกับปริมาณระหว่างการศึกษาบริโภคผัก-ผลไม้และความเสี่ยงการตายทุกสาเหตุ การตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และการตายเนื่องจากโรคมะเร็ง

นักวิจัยสืบค้นข้อมูลงานวิจัยจากฐานข้อมูล Medline, Embase และ Cochrane ถึงวันที่ 30 สิงหาคม ค.ศ. 2013 ในทุกภาษา งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็น prospective cohort study ซึ่งรายงานการประมาณค่าความเสี่ยงสำหรับการตายทุกสาเหตุ การตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และการตายเนื่องจากโรคมะเร็งตามระดับของการบริโภคผัก-ผลไม้ นักวิจัยใช้ตัวแบบ random effects models คำนวณค่า pooled hazard ratios และ 95% confidence intervals และรวมความแปรปรวนระหว่างงานวิจัย และประเมินความสัมพันธ์ของการตอบสนองกับปริมาณที่เป็นเชิงเส้นและไม่เป็นเชิงเส้นจากข้อมูลชนิดของผัก-ผลไม้ที่บริโภคในแต่ละงานวิจัย

การศึกษา meta-analysis นี้รวบรวมข้อมูลได้จากงานวิจัย

16 ฉบับ ระหว่างการติดตามซึ่งมีระยะ

ตั้งแต่ 4.6 ถึง 26 ปี พบผู้เสียชีวิต 56,423 คน (11,512 คนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และ 16,817 คนจากโรคมะเร็ง) จากผู้เข้าร่วมวิจัย 833,234 คน การบริโภคผัก-ผลไม้ที่มากขึ้นสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อการตายทุกสาเหตุ โดยค่า pooled hazard ratios สำหรับการตายทุกสาเหตุเท่ากับ 0.95 (95% confidence interval 0.92-0.98) สำหรับการบริโภคผัก-ผลไม้เพิ่มขึ้นทุกหนึ่งหน่วยต่อวัน ($p = 0.001$), 0.94 (0.90-0.98) สำหรับผลไม้ ($p = 0.002$) และ 0.95 (0.92-0.99) สำหรับผัก ($p = 0.006$) โดยมีค่า threshold ของการบริโภคผัก-ผลไม้ราว 5 หน่วยต่อวัน ซึ่งความเสี่ยงต่อการตายทุกสาเหตุไม่ลดลงอีกแม้รับประทานมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์แบบกลับที่มีนัยสำคัญสำหรับการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (hazard ratio สำหรับการบริโภคผัก-ผลไม้ที่เพิ่มขึ้นทุกหนึ่งหน่วยต่อวันเท่ากับ 0.96, 95% confidence interval 0.92-0.99) ขณะที่การรับประทานผัก-ผลไม้มากขึ้นไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการตายเนื่องจากโรคมะเร็ง

ข้อมูลจาก meta-analysis นี้เป็นหลักฐานอีกชิ้นหนึ่งที่สนับสนุนว่าการบริโภคผัก-ผลไม้ในปริมาณมากขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อการตายทุกสาเหตุ โดยเฉพาะการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

ประสิทธิภาพ Paracetamol สำหรับปวดหลังส่วนล่างฉับพลัน

The Lancet, Early Online Publication, 24 July 2014.

บทความเรื่อง Efficacy of Paracetamol for Acute Low-Back Pain: A Double-Blind, Randomised Controlled Trial รายงานว่า paracetamol เป็นยาที่แนะนำให้ใช้สำหรับบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างฉับพลันทั้งที่ยังไม่มีข้อมูลที่มีคุณภาพที่สนับสนุนคำแนะนำดังกล่าว นักวิจัยจึงได้ประเมินประสิทธิภาพของ paracetamol ที่ใช้เป็นประจำ หรือใช้เมื่อจำเป็นต่อระยะเวลาในการฟื้นตัวจากอาการปวดเมื่อเทียบกับยาหลอกในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

นักวิจัยศึกษาจากศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ 235 แห่งในนครซิดนีย์ของประเทศออสเตรเลีย ระหว่างวันที่ 11 พฤศจิกายน ค.ศ. 2009 ถึงวันที่ 5 มีนาคม ค.ศ. 2013 โดยสุ่มให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างได้รับ paracetamol เป็นประจำในระยะ 4 สัปดาห์ (วันละ 3 ครั้ง เทียบเท่ากับ paracetamol 3,990 มิลลิกรัมต่อวัน) ได้รับ paracetamol เมื่อจำเป็น (ใช้เมื่อต้องการบรรเทาปวด โดยได้รับยาไม่เกิน 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน) หรือยาหลอก นักวิจัยได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและติดตามเป็นเวลา 3 เดือน ผลลัพธ์หลักได้แก่ ระยะเวลาจนกว่าจะฟื้นจากอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยประเมินการฟื้นตัวจากคะแนนอาการปวดเท่ากับ 0 หรือ 1 (จากคะแนน 0-10) ติดต่อกัน 7 วัน และวิเคราะห์แบบ intention to treat



ผู้เข้าร่วมวิจัย 550 คนใช้ยา paracetamol เป็นประจำ (วิเคราะห์จาก 550 คน), 549 คนใช้ยาเมื่อจำเป็น (วิเคราะห์ 546 คน) และ 553 คนได้รับยาหลอก (วิเคราะห์จาก 547 คน) เวลาเฉลี่ยฐานการฟื้นตัวเท่ากับ 17 วัน (95% CI 14-19) ในกลุ่มที่ใช้ยาเป็นประจำ, 17 วัน (15-20) ในกลุ่มที่ใช้ยาเมื่อจำเป็น และ 16 วัน (14-20) ในกลุ่ม

ยาหลอก (regular vs placebo hazard ratio 0.99, 95% CI 0.87-1.14; as-needed vs placebo 1.05, 0.92-1.19; regular vs as-needed 1.05, 0.92-1.20) โดยไม่พบความแตกต่างด้านระยะเวลาจนถึงฟื้นตัวระหว่างแต่ละกลุ่ม (adjusted $p = 0.79$) การเกาะติดยา (มีหลักฐานของเมื่อยาที่รับประทานต่อผู้ป่วยหนึ่งคนต่อวันจากสูงสุดไม่เกิน 6 เม็ด; 4.0 [IQR 1.6-5.7] ในกลุ่มที่ใช้ยาเป็นประจำ, 3.9 [1.5-5.6] ในกลุ่มที่ใช้ยาเมื่อจำเป็น และ 4.0 [1.5-5.7] ในกลุ่มยาหลอก) และจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (99 คน [18.5%] ในกลุ่มที่ใช้ยาเป็นประจำ, 99 คน [18.7%] ในกลุ่มที่ใช้ยาเมื่อจำเป็น และ 98 คน [18.5%] ในกลุ่มยาหลอก) ใกล้เคียงกันในทุกกลุ่ม

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า การใช้ยา paracetamol เป็นประจำ หรือใช้เมื่อจำเป็นไม่มีผลต่อระยะเวลาการฟื้นตัวจากอาการปวดหลังส่วนล่างเมื่อเทียบกับยาหลอก และควรที่จะทบทวนการใช้ยา paracetamol ในผู้ป่วยดังกล่าว

ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์และไตวายฉับพลันระยะหลังคลอด

BMJ 2014;349:g4731.

บทความวิจัยเรื่อง Hypertensive Disorders of Pregnancy and the Recent Increase in Obstetric Acute Renal Failure in Canada: Population Based Retrospective Cohort Study รายงานผลจากการศึกษาแบบ retrospective cohort study ในประเทศแคนาดา (ไม่รวมรัฐควิเบก) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ หรือปัจจัยเสี่ยงอื่นที่เป็นสาเหตุการสูงขึ้นของไตวายฉับพลันหลังคลอด

นักวิจัยศึกษาจากการคลอดในโรงพยาบาลระหว่างปี ค.ศ. 2003-2010 (n = 2,193,425) จากสถาบัน Canadian Institute for Health Information โดยวินิจฉัยไตวายหลังคลอดจากรหัส ICD-10 แนวโน้มของไตวายฉับพลันหลังคลอดประเมินจากผู้หญิงที่มีหรือไม่มี การตกเลือดหลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือ ปัจจัยเสี่ยงอื่น และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของ ปัจจัยเสี่ยงและไตวายฉับพลันหลังคลอดด้วย logistic regression



อัตราของไตวายฉับพลันหลังคลอดสูงขึ้นจาก 1.66 เป็น 6.8 รายต่อการคลอด 10,000 ราย ระหว่างปี ค.ศ. 2003-2004 และ 2009-2010 (61% increase, 95% confidence interval 24%-110%) และการปรับตามการตกเลือดหลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูง และปัจจัยอื่นก็ไม่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราดังกล่าว การเพิ่มขึ้นของไตวายฉับพลันหลังคลอดพบจำเพาะกับการคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (adjusted increase 95%, 95% confidence interval 38%-176%) และเห็นได้ชัดในผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์และมี proteinuria ที่สูง (adjusted increase 171%, 71%-329%) แต่ไม่พบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในผู้หญิงที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง (adjusted increase 12%, -28 ถึง 72%)

การเพิ่มขึ้นของไตวายฉับพลันหลังคลอดในแคนาดาระหว่างปี ค.ศ. 2003 และ 2010 จำเพาะในผู้หญิงที่เป็นความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ที่เป็ pre-eclampsia ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อระบุสาเหตุของการเพิ่มขึ้นในผู้หญิงที่เป็น pre-eclampsia

การควบคุมเมตาบอลิซึมและช่องว่างการรักษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุน้อยในแถบเอเชีย

The Lancet Diabetes & Endocrinology, Early Online Publication, 28 July 2014.

บทความเรื่อง Metabolic Profiles and Treatment Gaps in Young-Onset Type 2 Diabetes in Asia (The JADE Programme): A Cross-Sectional Study of a Prospective Cohort รายงานว่า ความชุกของโรคเบาหวานกำลังสูงขึ้นในหมู่ผู้ใหญ่อายุน้อยในภูมิภาคเอเชีย ขณะที่ยังคงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการควบคุมเมตาบอลิซึมหรือภาวะจากโรคแทรกซ้อนในกลุ่มประชากรดังกล่าว นักวิจัยได้ประเมินความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการตั้งแต่อายุน้อยและเมื่ออายุมากขึ้น รวมถึงปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มประชากรของงานวิจัย Joint Asia Diabetes Evaluation (JADE)

งานวิจัย JADE มีรูปแบบการศึกษาเป็น prospective cohort study ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวม 245 คนจากประเทศและเขตปกครองในแถบเอเชีย นักวิจัยระบุผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคเบาหวานตั้งแต่อายุน้อยจากการตรวจพบเบาหวานก่อนอายุ 40 ปี และผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานเมื่ออายุมากขึ้นจากการตรวจพบโรคเมื่ออายุ 40 ปี หรือมากกว่า นักวิจัยได้เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิซึม และความชุกของภาวะแทรกซ้อนระหว่างผู้ป่วยที่พบเบาหวานตั้งแต่อายุน้อยและพบเมื่ออายุมากขึ้น

ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน ค.ศ. 2007 ถึงวันที่ 21 ธันวาคม ค.ศ. 2012 มีผู้ป่วยเข้าร่วม 41,029 คน (จากฮ่องกง 15,341 คน, จากอินเดีย 9,107 คน, จากฟิลิปปินส์ 7,712 คน, จากจีน 5,646 คน, จาก

เกาหลีใต้ 1,751 คน, จากเวียดนาม 705 คน, จากสิงคโปร์ 385 คน, จากไทย 275 คน และจากไต้หวัน 107 คน) ผู้ป่วย 7,481 คน (18%) เป็นเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย โดยมีอายุมัธยฐานเมื่อตรวจพบเท่ากับ 32.9 ปี [SD 5.7] เทียบกับ 53.9 ปี [9.0] ในผู้ที่ตรวจพบเมื่ออายุมากขึ้น (n = 33,548) ผู้ป่วยที่ตรวจพบตั้งแต่อายุน้อยมีระยะของโรคที่นานกว่า (มัธยฐาน 10 ปี [IQR 3-18]) เทียบกับผู้ที่ตรวจพบเมื่ออายุมากขึ้น (5 ปี [2-11]) ผู้ป่วยที่ตรวจพบตั้งแต่อายุน้อยมีสัดส่วนผู้ที่มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7% น้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ตรวจพบเมื่ออายุมากขึ้น (27% vs 42%; p < 0.0001) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ตรวจพบตั้งแต่อายุน้อยมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าสำหรับ HbA1c (mean 8.32% [SD 2.03] vs 7.69% [1.82]; p < 0.0001), คอเลสเตอรอล LDL (2.78 mmol/L [0.96] vs 2.74 [0.93]; p = 0.009) รวมถึงความชุกของจอประสาทตาเสื่อม (1,363 [20%] vs 5,714 (18%); p = 0.011) เทียบกับกลุ่มที่ตรวจพบเมื่ออายุมากขึ้น ขณะเดียวกันก็มักไม่ได้รับ statins (2,347 [31%] vs 12,441 [37%]; p < 0.0001) และ renin-angiotensin-system inhibitors (1,868 [25%] vs 9,665 [29%]; p = 0.006)

ข้อมูลจากการศึกษาในแถบเอเชียชี้ว่า ผู้ใหญ่ราว 1 ใน 5 เป็นเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย ซึ่งเมื่อเทียบกับกลุ่มที่เป็นเบาหวานเมื่ออายุมากขึ้นพบว่า การควบคุมเมตาบอลิซึมในกลุ่มแรกต่ำกว่าและมีสัดส่วนผู้ที่ได้รับยาต่ำกว่า และความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของการควบคุมเมตาบอลิซึมในระยะยาวดังกล่าวอาจนำไปสู่ความชุกที่สูงขึ้นของภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่พบตั้งแต่อายุน้อย

ลดเหล้าลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด



BMJ 2014;349:g4164.

บทความเรื่อง Association Between Alcohol and Cardiovascular Disease: Mendelian Randomisation Analysis Based on Individual Participant Data รายงานข้อมูลจาก meta-analysis จากงานวิจัยทางระบาดวิทยา 56 ฉบับ โดยใช้ rs1229984 variant ในยีน alcohol dehydrogenase 1B (*ADH1B*) เป็นเครื่องมือศึกษาบทบาทของเหล้าในฐานะสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด

งานวิจัยศึกษาจากกลุ่มประชากรเชื้อสายยุโรป 261,991 คน โดยมีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 20,259 คน และมีรายงานสโตรค 10,164 เหตุการณ์ และมีข้อมูล *ADH1B* rs1229984 variant ชนิดของเหล้า และตัวบ่งชี้ทางชีวภาพของโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลลัพธ์หลักได้แก่ odds ratio สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจและสโตรคที่สัมพันธ์กับ *ADH1B* variant ในผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด และตามชนิดของเหล้าที่ดื่ม

ผู้ที่ดื่ม A-allele ของ *ADH1B* rs1229984 มีหน่วยของเหล้าที่ดื่มต่อสัปดาห์น้อยกว่า 17.2% (95% confidence interval 15.6%-18.9%) มีความชุกของการดื่มแบบหัวราน้ำน้อยกว่า (odds ratio 0.78

[95% CI 0.73-0.84]) และมีอัตราการงดดื่ม

สูงกว่า (odds ratio 1.27 [1.21-1.34]) เทียบกับผู้ที่ไม่มียีน ผู้ที่มี rs1229984 A-allele ยังมีผลลัพธ์ที่ต่ำกว่าด้านความดันซิสโตลิก (-0.88 [-1.19 ถึง -0.56] mmHg), ระดับ interleukin-6 (-5.2% [-7.8 ถึง -2.4%]), รอบเอว (-0.3 [-0.6 ถึง -0.1] cm) และดัชนีมวลกาย (-0.17 [-0.24 ถึง -0.10] kg/m²) รวมถึงมีค่า odds ของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต่ำกว่า (odds ratio 0.90 [0.84-0.96]) ซึ่งความสัมพันธ์เชิงป้องกันของ *ADH1B* rs1229984 A-allele variant ยังคงที่จากการประเมินในเหล้าแต่ละชนิด ($p = 0.83$ for heterogeneity) และถึงแม้ไม่พบความสัมพันธ์ของ rs1229984 กับกลุ่มย่อยของสโตรค แต่ผู้ที่ดื่ม A-allele ก็มีค่า odds ที่ต่ำกว่าสำหรับ ischaemic stroke (odds ratio 0.83 [0.72-0.95])

ผู้ที่มี genetic variant ที่สัมพันธ์กับการไม่ดื่มเหล้าและดื่มเหล้าในปริมาณน้อยมีปัจจัยด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต่ำกว่า และมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่าผู้ที่ไม่มี genetic variant ดังกล่าว ข้อมูลนี้เสนอแนะว่าการลดดื่มเหล้าในผู้ที่ดื่มบ่อยหรือดื่มปานกลางก็มีประโยชน์ต่อสุขภาพของหัวใจและหลอดเลือด

Sofosbuvir และ Ribavirin สำหรับตับอักเสบบีในผู้ป่วยเอชไอวี

JAMA. 2014;312(4):353-361.

บทความเรื่อง Sofosbuvir and Ribavirin for Hepatitis C in Patients with HIV Coinfection รายงานว่า การรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในผู้ป่วยเอชไอวียังคงมีอุปสรรคจากอันตรกิริยากับยาต้านไวรัสและความจำเป็นในการใช้ interferon นักวิจัยจึงได้ศึกษาอัตราการกำจัดเชื้อตับอักเสบบี (sustained virologic response [SVR]) และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยตับอักเสบบีและเอชไอวีซึ่งได้รับการรักษาด้วย sofosbuvir และ ribavirin

การศึกษาเป็น open-label, non-randomized, uncontrolled phase 3 trial ศึกษาจากศูนย์การแพทย์ 34 แห่งในสหรัฐอเมริกาและเปอร์โตริโก (สิงหาคม ค.ศ. 2012 ถึงพฤศจิกายน ค.ศ. 2013) โดยประเมินการรักษาด้วย sofosbuvir และ ribavirin ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อตับอักเสบบีจีโนไทป์ 1, 2 หรือ 3 และเอชไอวี ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัสจากค่า HIV RNA ที่เท่ากับ 50 copies/mL หรือต่ำกว่า และจำนวน CD4 T-cell ที่มากกว่า 200 cells/ μ L หรือไม่รักษาการติดเชื้อเอชไอวีจาก CD4 T-cell count ที่มากกว่า 500 cells/ μ L จากผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนพบว่า ผู้ป่วย 114 คนเป็นตับอักเสบบีจีโนไทป์ 1 และ 68 คนเป็นจีโนไทป์ 2 หรือ 3 และผู้ป่วย 41 คน ซึ่งเคยรักษามาก่อนด้วย peginterferon-ribavirin เป็นจีโนไทป์ 2 หรือ 3 โดยมีจำนวนรวม 223 คน

ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาและเป็นตับอักเสบบีจีโนไทป์ 2 หรือ 3 ได้รับ sofosbuvir 400 มิลลิกรัม และ ribavirin ตามน้ำหนักตัว



เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาและเป็นตับอักเสบบีจีโนไทป์ 1 และผู้ป่วยที่เคยรักษาและเป็นตับอักเสบบีจีโนไทป์ 2 หรือ 3 ได้รับการรักษาเดียวกันเป็นเวลา 24 สัปดาห์ ผลลัพธ์หลักได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่มี SVR (serum HCV < 25 copies/mL) 12 สัปดาห์ (SVR₁₂) หลังหยุดการรักษาตับอักเสบบี

จากผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษามาก่อนพบว่า 87 คน (76%) จาก

114 คน (95% CI 67%-84%) ที่เป็นจีโนไทป์ 1, 23 คน (88%) จาก 26 คนที่เป็นจีโนไทป์ 2 (95% CI 70%-98%) และ 28 คน (67%) จาก 42 คนที่เป็นจีโนไทป์ 3 (95% CI 51%-80%) มี SVR₁₂ และในกลุ่มที่เคยรักษามาก่อนพบว่า 22 คน (92%) จาก 24 คนที่เป็นจีโนไทป์ 2 (95% CI 73%-99%) และ 16 คน (94%) จาก

17 คน (95% CI 71%-100%) มี SVR₁₂ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ และเวียน ผู้ป่วย 7 คน (3%) หยุดการรักษาตับอักเสบบีเนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ไม่พบผลข้างเคียงต่อเอชไอวีหรือการรักษาเอชไอวี

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่าผู้ป่วยเอชไอวีซึ่งติดเชื้อตับอักเสบบีจีโนไทป์ 1, 2 หรือ 3 ซึ่งได้รับการรักษาด้วย sofosbuvir และ ribavirin แบบยารับประทานโดยไม่ได้ interferon เป็นระยะเวลา 12 หรือ 24 สัปดาห์ มีอัตรา SVR₁₂ ที่สูงกว่า ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยติดเชื้อตับอักเสบบีและเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่หลากหลายขึ้น

สร. ตั้งคณะกรรมการบริหารกำลังคน พัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการ

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขว่า ได้ตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 1 ชุด เป็นครั้งแรกของกระทรวง ประกอบด้วย อธิบดีทุกกรม ผู้ตรวจราชการ ผู้ช่วยปลัดกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้แทนจากหน่วยงานในภูมิภาคในฝั่งผู้ให้บริการ ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ และฝ่ายการสนับสนุนการผลิต มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานเพื่อกำหนดนโยบาย วางแผนขับเคลื่อนมาตรการเชิงยุทธศาสตร์ระยะยาวในการบริหารงานด้านสุขภาพ การจัดการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข และมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการแก้ไขปัญหากำลังคนอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ได้ตั้งคณะทำงาน 3 คณะ ได้แก่ 1. คณะทำงานด้านบริหารจัดการกำลังคน (HRM) 2. คณะทำงานด้านพัฒนากำลังคน (HRD) และ 3. คณะทำงานด้านค่าใช้จ่ายกำลังคน (Labour Cost) ทั้งการจ้างงาน เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน เพื่อดำเนินการเป็นตามแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ระยะยาว การบริหารจัดการด้านสุขภาพ 3 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 1. ยุทธศาสตร์การทบทวนบทบาทภารกิจและการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ 2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการบริหารกำลังคน



และ 3. ยุทธศาสตร์การปรับระบบบริหารงบประมาณค่าใช้จ่ายกำลังคนด้านสุขภาพ โดยให้มีตัวแทนจากเขตสุขภาพร่วมด้วย และตั้งคณะทำงานย่อยได้ตามความจำเป็น เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมในแต่ละยุทธศาสตร์ตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด และสำหรับเรื่องที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนขณะนี้ คือ การขออัตรากำลังข้าราชการใหม่รอบที่ 3 จำนวน 7,547 อัตรา ซึ่งต้องมีการจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์กำลังคนระยะยาว และการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในรูปแบบเขตสุขภาพ เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งบประมาณ และการวิเคราะห์อัตราค่าจ้างที่ควรมีในสถานพยาบาลแต่ละระดับ รวมทั้งการจ้างงานในรูปแบบพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีระบบสวัสดิการให้ใกล้เคียงกับข้าราชการ และดำเนินการตามแผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์ให้เป็นรูปธรรม โดยจะเสนอผลการพัฒนาทั้งระบบต่อคณะรัฐมนตรีประมาณเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 เพื่อพิจารณาอัตราค่าจ้างข้าราชการใหม่ตามที่เสนอขอไป

กรมสุขภาพจิต ชวนคุณแม่เข้าถึงบริการคัดกรอง ลดความเสี่ยงให้ลูก

นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายของระบบมาตรฐานการดูแลและเข้าถึงบริการของแม่หรือหญิงตั้งครรภ์และบุตร เช่น การฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้ง ประเมินความเสี่ยงของแม่ในโรคพันธุกรรม ประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ซึ่งในรายชื่อส่งสัยพัฒนาการล่าช้าจะได้รับการแก้ไขกระตุ้นพัฒนาการต่อไป ฯลฯ ทั้งนี้จากผลวิจัยการติดตามสภาวะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในโครงการรณรงค์ส่งเสริมพัฒนาการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชาฯ โดยนักวิชาการสถาบันราชานุกูลที่ติดตามประเมินพัฒนาการเด็กที่เกิดในปี พ.ศ. 2553 ภายใต้โครงการรณรงค์ส่งเสริมพัฒนาการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชาฯ ปี พ.ศ. 2555 จำนวน 1,159 คน พบว่าเด็กที่มารับการตรวจประเมินส่วนใหญ่มีพัฒนาการก้าวหน้าสมวัย คิดเป็นร้อยละ 80.5 และไม่ก้าวหน้าหรือสงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 19.5 โดยในเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าพบว่า มีพัฒนาการก้าวหน้าหรือกลับมาสมวัยและมีพัฒนาการดีขึ้นจากเดิมร้อยละ 29.6 ขณะที่เด็กยังคงสงสัยพัฒนาการล่าช้าอยู่ร้อยละ 70.4 และจากการศึกษายังพบว่า เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการดูแลและกระตุ้นมีเพียงร้อยละ 80 อีกร้อยละ 20 ยังไม่ได้รับการกระตุ้น การค้นหาช่วยเหลือเด็กที่มีความเสี่ยงและการดูแลส่งเสริมให้มีพัฒนาการตามวัยที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกอย่างเป็นระบบจึงมีความสำคัญยิ่ง เพราะจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะ ความสามารถทั้งด้านร่างกายและจิตใจของเด็กได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้น หากตรวจพบเร็วก็จะช่วยได้เร็ว ซึ่งจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลของแม่ที่ต้องดูแลลูกอย่างต่อเนื่องในระยะยาวได้



กรมการแพทย์ จับมือโรงพยาบาลทั่วประเทศแก่วิกฤตโรคหัวใจ

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์เปิดเผยว่า จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง 7.2 ล้านคน หรือคิดเป็น 12.2% ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยประมาณปีละ 37,000 ราย ในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจ ต้องนอนโรงพยาบาลวันละ 1,185 ราย โดยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดประมาณ 450 รายต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทยจะมีอัตราการตายสูงกว่าที่อื่นประมาณ 4-6 เท่า จากปัญหาดังกล่าวกรมการแพทย์โดยสถาบันโรคทรวงอกจึงได้จัดทำโครงการ “วิกฤตโรคหัวใจ ปลอดภัยทั่วไทย (Save Thais from Heart Attack)” ขึ้น เพื่อพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้เป็นเครือข่ายที่สามารถตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพตามรูปแบบเครือข่ายการบริการ (Service Plan)

สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการกำหนดพื้นที่บริการและระบบส่งต่อที่ชัดเจน สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีมาตรฐาน ประกอบด้วยทีมแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ (Heart team) ช่องทางด่วน (Fast track) เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการรักษาผู้ป่วยให้รวดเร็ว ทันเวลาและมีมาตรฐาน เพื่อลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในทุกกลุ่มวัยไม่เกิน 23 คนต่อประชากรแสนคน รวมทั้งการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจมากกว่าร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2557 และมากกว่าร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2560



สร. ดัน “กฎหมายบังคับพิมพ์ภาพคำเตือนภัยบนขวดเหล้า” คุมเข้มเหล้าปั่นทั่วประเทศ



นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เปิดเผยว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 1/2557 เพื่อเพิ่มมาตรการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ที่มิแฉงโน้มเพิ่มขึ้นที่ประชุมครั้งนี้ได้พิจารณาร่างกฎหมายลูกตามพระราชบัญญัติ

ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ทั้งหมด 4 ฉบับ ได้แก่ 1. ร่างประกาศคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข เกี่ยวกับฉลากของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ... 2. ร่างประกาศคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เรื่อง รูปแบบของข้อความคำเตือนประกอบภาพสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือภาพสัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. ... 3. ร่างประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนรถไฟ พ.ศ. ... และ 4. ร่างระเบียบคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การเปรียบเทียบตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. ... โดยจะเสนอที่ประชุมฝ่ายสังคมและจิตวิทยาในสัปดาห์หน้า เพื่อให้เข้าสู่การพิจารณาของ คสช. ให้มีผลบังคับใช้โดยเร็วเนื่องจากขณะนี้ปรากฏว่า นักดื่มหน้าใหม่เป็นเยาวชนและผู้ใหญ่มากขึ้น และร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงต้องเร่งใช้กฎหมายบังคับควบคุมกับการรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนถึงพิษภัยของสุรานอกจากนี้จะควบคุมเหล้าปั่นอย่างเข้มงวดเพิ่มขึ้น โดยในมาตรการระยะสั้นจะนำกฎหมายที่มีอยู่แล้วไปดำเนินการ เช่น กระทรวงการคลังจะดำเนินการตามพระราชบัญญัติสุรา เข้มงวดออกใบอนุญาต กระทรวงสาธารณสุขจะประสานกับผู้ว่าราชการจังหวัดให้เข้มงวดในเรื่องอายุ เวลา สถานที่ห้ามขาย ห้ามดื่ม ส่วนมาตรการระยะยาวได้ให้กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง แก้ไขกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 ซึ่งมีประเด็นคือการแปรรูปเหล้ากระทำได้เมื่อมีผู้ร้องขอ เพื่อให้ดำเนินการตามกฎหมายรวดเร็วและง่ายขึ้น รวมทั้งที่ประชุมยังได้พิจารณาการให้สนับสนุนจับผู้กระทำความผิด เป็นแรงจูงใจให้ประชาชนเป็นหูเป็นตาเฝ้าระวังการกระทำความผิดกฎหมาย

เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ต้องเจาะเลือด ไม่เจ็บ เทคโนโลยีล่าสุดเพื่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน

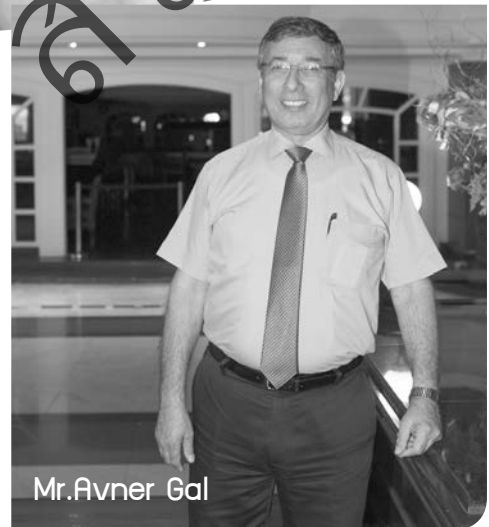


สถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบันถือเป็นปัญหาสำคัญของประชากรไทยและประชากรทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกล่าสุดพบว่าปัจจุบันมีประชากรทั่วโลก 382 ล้านคนเป็นโรคเบาหวาน ในจำนวนนี้มีประชากรไทยเป็นโรคเบาหวานถึง 3.2 ล้านคน และแนวโน้มมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 552 ล้านคน นอกจากนี้ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานโลกยังระบุอีกว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรไทยมากถึง 1.1 ล้านคนเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น

การสร้างความตระหนักต่อสถานการณ์ของโรคเบาหวานและเพิ่มความตื่นตัวในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานซึ่งนับเป็นโรคเรื้อรังที่มีความร้ายแรงติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศไทยให้มากขึ้นจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญ เพราะโรคเบาหวานนอกจากจะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความร้ายแรงแล้ว ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนซึ่งมีอันตรายและมีค่าใช้จ่ายสูงอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย ตาบอด และการถูกตัดเท้าหรือขา หรืออาจรุนแรงนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ดังนั้น เพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น

เป็นที่ทราบกันดีว่า หนึ่งในวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคือการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองโดยการเจาะเลือด ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องเจาะเลือดวันละหลายครั้ง เพื่อให้ทราบถึงระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเท่าใด แต่เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับความเจ็บปวดจากการเจาะเลือด นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดนั้น ถึงแม้ว่าตัวเครื่องเองจะมีราคาไม่สูงมากนัก แต่มีการสิ้นเปลืองในระยะยาว เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อแผ่นตรวจน้ำตาล (Strip) ที่ต้องใช้เป็นประจำทุกวันอีกด้วย

ปัจจุบันมีนวัตกรรมเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้มีเบาหวานประเภท 1 และ 2 ซึ่งมีข้อดีคือ ไม่ต้องเจาะเลือด ด้วยเทคโนโลยีล่าสุดของ Integrity Applications., Ltd.



Mr. Avner Gal

Mr. Avner Gal President & CEO Integrity Applications., Ltd. กล่าวถึงการพัฒนานวัตกรรมเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดว่า เป็นระยะเวลาถึง 14 ปีในการวิจัยและพัฒนาเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่สามารถให้การวัดโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดจากการเจาะเลือดได้จนประสบผลสำเร็จ โดยระบบการทำงานของเครื่องนี้เป็นกรรมสิทธิ์ 3 เทคโนโลยีเข้าไว้ด้วยกันคือ 1. Ultrasound 2. Electromagnetic (Conductivity) และ 3. Thermal (Heat Capacity)

ในการทำงานของเครื่อง เพียงนำคลิปมาหนีบไว้ที่ตัก โดยคลิปจะมีเซ็นเซอร์ขนาดเล็กเพื่อคำนวณค่าระดับน้ำตาลในเลือด และแสดงผลให้ทราบบนหน้าจอของเครื่อง ซึ่งการใช้งานนวัตกรรมดังกล่าวได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความปลอดภัยและแม่นยำ



โดยเครื่องจะบันทึกค่าโดยอัตโนมัติ ไม่ต้องจดบันทึก แสดงค่าปัจจุบัน ย้อนหลัง ของค่าระดับน้ำตาลในเลือด ได้ทั้งในรูปแบบรายละเอียดและกราฟ, สามารถส่งค่าที่วัดได้โดยการดาวน์โหลดไปให้แพทย์ผู้รักษา, เรียกดูประวัติย้อนหลังได้, แสดงค่าผลการวัดระดับน้ำตาลในเลือดและข้อมูลการใช้เครื่องได้ด้วยเสียง และแสดงค่าปริมาณระดับน้ำตาลสะสม HbA1c เมื่อได้วัดค่าโดยสม่ำเสมอตามที่กำหนดในคู่มือการใช้งาน โดยเครื่องนี้มีอายุการใช้งาน 10 ปี รับประกันการใช้งาน 2 ปี

“เครื่องนี้จะเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสามารถเรียกดูข้อมูลย้อนหลังได้ถึง 3 เดือน โดยเครื่องจะแสดงค่าทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลส่วนตัว ชื่อ เพศ อายุ วัน เวลาที่ใช้งาน ค่าระดับน้ำตาลสะสม เป็นต้น โดยผลของระดับน้ำตาลในเลือดนี้สามารถส่งไปยังแพทย์ผู้ให้การรักษาได้ในรูปแบบกราฟ หรือ print ออกมาเพื่อนำติดตัวไปด้วยเมื่อต้องไปพบแพทย์ และยังสามารถใช้สาย USB เพื่อดึงข้อมูลไปไว้ในเครื่อง



Mr.Avner สาธิตการใช้เครื่อง



คอมพิวเตอร์ได้อย่างง่ายดาย มีภาษาให้เลือกหลายภาษา หนึ่งในนั้นคือภาษาไทย เพื่อรองรับสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชาวไทยอีกด้วย” **Mr.Avner** กล่าว

Mr.Avner กล่าวอีกว่า ในฐานะผู้พัฒนานวัตกรรมมีความคาดหวังว่า นวัตกรรมนี้จะสามารถตอบโจทย์ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างลงตัว และเพื่อก้าวสู่การเป็นผู้นำในตลาดนวัตกรรมเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงได้วางแผนการประชาสัมพันธ์และกระจายสินค้าไปในหลาย ๆ ประเทศ ซึ่งได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าในประเทศไทย นวัตกรรมดังกล่าวจะเป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยไม่ต้องเจาะเลือด ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวด สามารถใช้ได้มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน เพราะในแต่ละวันผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลายครั้ง นอกจากนี้ยังสามารถพกพาเครื่องนี้ติดตัวไปด้วยได้ทุกที่ และยังสะดวกสบายในการตรวจวัดอีกด้วย

“นวัตกรรมนี้เป็นคำตอบในการติดตามและตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้บ่อยเท่าที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องการ และไม่ต้องเจาะเลือดหรือเจ็บตัว เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะไม่ชอบการที่ต้องไปเจาะเลือดตรวจที่โรงพยาบาล จึงเป็นสาเหตุให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้อย่างไม่สม่ำเสมอ และอาจเกิดโรคแทรกซ้อนตามมาได้ในอนาคต” **Mr.Avner** กล่าวทิ้งท้าย

ด้าน **คุณภาณุพันธ์ โภคามาศ กรรมการบริหาร บริษัท กลูโค ไชล์ฟ จำกัด ผู้แทนจำหน่ายในประเทศไทย** กล่าวว่า นวัตกรรมเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดได้รับการยอมรับจากสมาคมเบาหวานโลก และผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยนวัตกรรมดังกล่าวเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 1, 2 และในกรณีผู้ที่มีความเสี่ยง แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าสมควรจะต้องควบคุมอาหารและวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการป้องกันก่อนที่จะเป็นโรคเบาหวาน

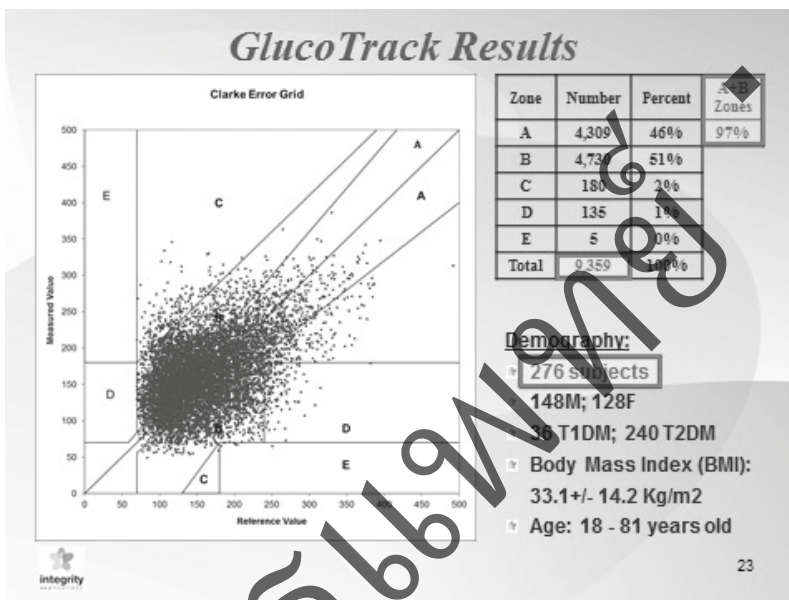
สำหรับวิธีการใช้งาน ในเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมา calibrate ก่อน โดยขณะนี้จะมีแผนจะจัดตั้งศูนย์ Center Service ขึ้นที่โรงพยาบาล เพื่อเป็นศูนย์สำหรับส่งผู้ป่วยโรคเบาหวานมา calibrate เพราะขั้นตอนการ calibrate จะต้องมีการเทียบค่ากับการเจาะเลือดจริง ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงก่อนที่จะนำเครื่องไปใช้งาน

“หลังจากที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานซื้อเครื่องนี้ไปจะต้องทำการ calibrate ในครั้งแรก หลังจากนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถนำเครื่องกลับไปใช้งานได้ด้วย



คุณกณพันธ์ โกศาภา

ตนเอง โดยการใช้งานสะดวกสบาย เพราะผู้ป่วยไม่ต้องเจาะเลือดอีกต่อไปแล้ว เพียงแค่นำคลิปปาหนีบไว้ที่ตึงหู ซึ่งที่คลิปปาจะมีเซ็นเซอร์ที่รวม 3 เทคโนโลยีเข้าไว้ด้วยกัน คือ 1. Ultrasound 2. Electromagnetic (Conductivity) และ 3. Thermal (Heat Capacity) ซึ่งผลการทดสอบพบว่าความแม่นยำสูงถึง 97% ตาม Clarke error grid” คุณกณพันธ์ กล่าว



ในกรณีที่ประสงค์จะใช้เครื่องสามารถติดต่อเข้ามาที่บริษัท หรือที่ศูนย์ Center Service ที่กำลังจะติดตั้งตามโรงพยาบาลเครือข่าย และอีกส่วนคือผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยทางโรงพยาบาลจะนำเสนอ Smart Program และใช้ Gluco Track ให้เป็นทางเลือกกับผู้ป่วยในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด

โดยขณะนี้กำลังแสวงหาความร่วมมือกับโรงพยาบาลเครือข่ายซึ่งเป็นพันธมิตร โดยจะจัดการบรรยายถึงทิศทางของการนำ Gluco Track Smart Program ไปใช้เพื่อประเมินผลตอบรับว่าเป็นอย่างไรบ้างในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยทุก 1 สัปดาห์จะให้ผู้ป่วยส่งข้อมูล

ค่าน้ำตาลเข้ามาที่ศูนย์ Center Service ของโรงพยาบาลในเครือข่าย

คุณกณพันธ์ กล่าวอีกว่า ในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยแผ่นตรวจน้ำตาล (Strip) จะพบว่ามีปัญหาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องเจ็บตัว ทำให้ไม่อยากเจาะเลือด อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ราคา Strip 1 แผ่น ประมาณ 30 บาท ซึ่งใน 1 วันจะต้องเจาะเลือดหลายครั้ง ตั้งแต่ก่อนอาหารเช้า หลังอาหารเช้า ก่อนอาหารกลางวัน หลังอาหารกลางวัน ก่อนอาหารเย็น หลังอาหารเย็น ไปตลอดชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ผลจากงานวิจัยยังพบอีกว่า ในการเจาะเลือดต้องใช้เลือดหยดที่สอง ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ทราบในจุดนี้ และยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีก เช่น เรื่องของการล้างมือก่อนเจาะเลือด ซึ่งล้วนส่งผลต่อการเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลได้ ทั้งหมดเป็นลักษณะของ human error ที่พบ แต่เทคโนโลยีล่าสุดของนวัตกรรมนี้ ลักษณะของ human error พบได้ลดลง ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ต้องเจ็บในการนำไปใช้งาน และที่สำคัญคือ ค่าที่ได้มีความแม่นยำ เพราะตัวเลขได้ถูกบันทึกตามจริงตลอดเวลา แพทย์สามารถวินิจฉัยได้จากข้อมูลที่ผู้ป่วยส่งไป โดยดูจากเวลา วันที่ที่ผู้ป่วยใช้งาน เพราะ Gluco Track Smart Program ได้บันทึกไว้แล้ว

“แน่นอนว่าเมื่อเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะต้องอยู่กับโรคนี้และดูแลตนเองไปตลอดชีวิต เพราะฉะนั้นวิธีการสำคัญคือ จะต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ ซึ่งเครื่องนี้สามารถตอบโจทย์นั้นได้ และจากผลการทดสอบพบว่าผู้ป่วยที่ตรวจวัดค่า

ระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะจากการใช้เครื่องนี้ หรือจากการเจาะเลือด หากได้ตรวจอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ทราบระดับน้ำตาลในเลือดที่แท้จริง ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี เช่น ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย เป็นต้น



อธิบายการใช้เครื่องแก่ผู้สนใจ

ในมุมมองกันในส่วนของผู้ป่วยเอง จะทำให้แพทย์สังเกตอาการของผู้ป่วยได้สะดวกมากขึ้น เมื่อได้ผลที่ตรง ได้ความสม่ำเสมอ การดูแลผู้ป่วยจะง่ายขึ้น อาจปรับลดขนาดยา เพราะยาบางชนิดนั้นมีผลกระทบต่อตับในอนาคต”

คุณกณพันธ์ กล่าวทิ้งท้ายว่า “เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยไม่ต้องเจาะเลือดนี้ เป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่จะช่วยเพิ่มโอกาส ทางเลือก และทางรอดให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้มากยิ่งขึ้น โดยจะอย่างไรให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยไม่ต้องเจ็บตัวไปตลอดชีวิต”

ศ.พญ.จริยา เลิศอรรมยมนี รับรางวัลบุคคลคุณภาพประจำปี 2556

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นประธานมอบรางวัลบุคคลคุณภาพประจำปี พ.ศ. 2556 (Quality Person of the Year 2013) ให้แก่ ศ.พญ.จริยา เลิศอรรมยมนี หัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยา เพื่อเป็นการยกย่องและเชิดชูเกียรติในการเป็นแบบอย่างของการทำงานให้เกิดคุณค่าแก่บุคคลและคณะฯ รวมถึงการมีภาวะเป็นผู้นำ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์โดยการนำหลักการบริหารงานแบบ Malcolm Baldrige National Quality Award หรือ Thailand Quality Award (TQA) ในประเทศไทย มาเริ่มใช้ในภาควิชาทำให้มีการบูรณาการทั้งในงานบริการ งานการเรียน การสอน งานวิชาการ และงานอื่น ๆ รวมถึงสนับสนุนและส่งเสริมให้泊อบรม ในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้นยังสอดแทรกทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพของบุคลากรในภาควิชา



บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้การบริหารและการดำเนินการ ในทุกพันธกิจของภาควิชาบรรลุเป้าประสงค์ นับเป็น แบบอย่างการบริหารแบบมีวิสัยทัศน์และทันต่อ สถานการณ์

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



ศิริราชร่วมใจ “เป็นผู้ให้” เพื่อผู้ป่วยยากไร้และด้อยโอกาส

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ขอเชิญร่วมบริจาคสมทบทุน “ธงวันมหิดล” ปี พ.ศ. 2557 “เป็นผู้ให้” เพื่อผู้ป่วยยากไร้และด้อยโอกาส โดยบริจาคได้ทุกวัน ศิริราชมูลนิธิ ตึกมหิดลบำเพ็ญ ชั้น 1 โรงพยาบาล ศิริราช โทรศัพท์ 0-2419-7688 โทรสาร 0-2419-7687 หรือแจ้งความจำนงค์ผ่าน www.si.mahidol.ac.th สนใจสอบถามได้ที่ งานประชาสัมพันธ์และกิจการพิเศษ โทรศัพท์ 0-2419-7646-48

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ หรือที่หลาย ๆ คนคุ้นเคยในชื่อของโรงพยาบาลเด็ก เป็นโรงพยาบาลภาครัฐที่ไม่มุ่งหวังผลกำไร สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการดูแลรักษาโรคเด็กระดับตติยภูมิหรือสูงกว่าในโรคที่ยุ่งยาก ซับซ้อนสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังรับรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากสถานพยาบาล



รศ.คลินิก พญ.ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร

กับการนำโรงพยาบาลเด็กสู่เส้นทาง TQA



ทั้งประเทศทั้งภาครัฐและเอกชนมาเป็นเวลานาน 59 ปี ด้วยความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ ได้ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องภายใต้แผนกลยุทธ์องค์กรที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศทางคลินิก (Clinical Excellence) ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ตามนโยบาย 5 ประการ ได้แก่ การเป็นที่พึ่งของเด็กเจ็บป่วยในโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนที่ต้องการความชำนาญเป็นพิเศษ (Excellence Center) เด็กป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาเอาใจใส่เป็นอย่างดี (HA HPH & Humanized Care) การมีบทบาทในการชี้นำเชิงนโยบายสุขภาพเด็กในระดับชาติ (Policy Advocacy) ระบบการเรียนการสอนให้ความสำคัญทั้งเชิงวิชาการ สังคม และจริยธรรมควบคู่กัน และบุคลากรองค์กรต้องมีความสุข สนุกกับการทำงานและอยากมาทำงาน (Happy People and Healthy Work Place) โดยเร่งรัดพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพที่เน้นเรื่องการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development) การนำแนวทางเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) มาประเมินและปรับปรุง



หน่วยงาน การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศให้ทันสมัย และการปรับโครงสร้างช่องทางระบบการสื่อสารและประชาสัมพันธ์องค์กรภายใต้วิสัยทัศน์ที่จะเป็น “ศูนย์กลางการดูแลรักษาสุขภาพเด็กในระดับสากลภายในปี พ.ศ. 2559” ทำให้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ ได้รับการคัดเลือกจากสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ สถาบันเครือข่ายของกระทรวงอุตสาหกรรมให้รับรางวัล “การบริหารสู่ความเป็นเลิศ หรือ Thailand Quality Class (TQC)” ประจำปี พ.ศ. 2556 พร้อมเส้นทางสู่รางวัลคุณภาพแห่งชาติ หรือ Thailand Quality Award (TQA) ในก้าวต่อไป

รศ.คลินิก พญ.ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ

มหาราชนิ ได้เปิดเผยถึง “เส้นทางสู่ TQA โรงพยาบาลเด็ก” ให้ฟังว่า เส้นทางสู่ TQA ได้ถูกวางแผนไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนิตั้งแต่ต้น พ.ศ. 2552 เป็นปีที่เรามีการระดมสมองปรับยุทธศาสตร์ครั้งใหญ่ วิสัยทัศน์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนิได้ถูกเปลี่ยนจาก “ศูนย์กลางโรคเด็กแห่งประเทศไทย” เป็น “ศูนย์กลางการดูแลสุขภาพเด็กในระดับสากลภายในปี พ.ศ. 2559” เป็นความท้าทายสำคัญที่ถูกกำหนดในการปรับแผนยุทธศาสตร์ครั้งนี้ รวมทั้งกำหนดจังหวะก้าวในการส่งรายงาน TQC เพื่อคาดว่าจะได้รับรางวัลในปี พ.ศ. 2556 และอาจได้รับรางวัล TQA ในปี พ.ศ. 2559 ทั้งนี้รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) ถือเป็นรางวัล



ระดับโลก (World Class) เนื่องจากมีพื้นฐานทางด้านเทคนิคและกระบวนการตัดสินใจที่ดี เช่นเดียวกับรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย หรือ The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) ซึ่งเป็นต้นแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติที่ประเทศต่าง ๆ หลายประเทศทั่วโลกนำไปประยุกต์ใช้ เช่น ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์ เป็นต้น โดยเกณฑ์การจะได้รางวัลเป็นเกณฑ์ด้านการบริหารจัดการเพื่อกำกับและเพิ่มขีดความสามารถของหน่วยงาน เพื่อเป้าหมายสุดท้ายคือได้ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศและยั่งยืน แนวทางของเกณฑ์ถูกวางไว้อย่างเป็นระบบ มีเป็นระดับ และรอบด้าน มีผลให้หน่วยงานที่นำเกณฑ์ไปใช้ในองค์กรจะเกิดการบริหารจัดการที่ดี เกิดการเพิ่มศักยภาพบุคลากร ส่งผลให้การดำเนินงานมีผลลัพธ์ที่ก้าวสู่ความเป็นเลิศและยั่งยืน สามารถแข่งขันกับภาคธุรกิจเดียวกันทั้งในระดับประเทศและนานาชาติได้ เรื่องนี้บรรจุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์การเพิ่มผลผลิตของประเทศ เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 โดยมีสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการคุณภาพแห่งชาติ ซึ่งการจะได้รับเป็น TQA ระดับคะแนนจะอยู่ระหว่าง 650-1,000 คะแนน และ TQC ระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 350-650 คะแนน

ปัจจุบันประเทศไทยมีหน่วยงานที่ได้รับรางวัล TQA เพียง 4 หน่วยงาน หน่วยงานที่ได้รับรางวัลระดับ TQC นับถึงปี พ.ศ. 2556 มี 62 หน่วยงาน และในปี พ.ศ. 2557 อีก 10



หน่วยงาน ไม่มีหน่วยงานใดได้รับรางวัล TQA หน่วยงานที่ได้รับรางวัล TQC ของปีนี้ส่วนใหญ่เป็นภาครัฐกิจ เป็นภาคสาธารณสุขเพียง 2 หน่วยงานคือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งหน่วยงานภาคสาธารณสุขที่เคยได้รับรางวัล TQC มี 3 หน่วยงานคือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ดังนั้น การได้รับรางวัลครั้งนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีนับเป็นหน่วยงานสาธารณสุขลำดับที่ 4 (5) ของประเทศ เป็นลำดับที่ 2 ของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นลำดับที่ 1 ของโรงพยาบาลตติยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม เกณฑ์รางวัล TQA เป็นกรอบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการพัฒนาที่ผ่านมา จุดเน้นจะอยู่ที่ผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาลคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการพื้นฐาน ความคาดหวังผลลัพธ์ของหน่วยงานไม่เน้นการเปรียบเทียบความเชื่อมโยงของระบบสุขภาพและการบริหารจัดการไม่ชัดเจน เป็นที่ยอมรับว่ามีมิติความเป็นเลิศทางการแพทย์จะไม่มีการสำเร็จถ้าไม่มีมิติการบริหารจัดการในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้าน

พื้นฐาน เช่น 5 ส. (สิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงทางคลินิก ฯลฯ) แต่ต้องครอบคลุมประเด็นบริหารจัดการที่จะมีผลต่อผลการรักษาพยาบาลที่กว้างขวางขึ้น เช่น การวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ที่นำปัจจัยสำคัญมาประกอบการตัดสินใจ การบริหารจัดการความเสี่ยงทุกประเด็นที่จะมีผลต่อความต่อเนื่องของการดำเนินธุรกิจ (business continuity) การให้ความสำคัญกับการดูแลสังคม การให้ความสำคัญกับการเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นเพื่อให้รู้สถานภาพตัวเอง จะได้มั่นใจว่าไปในทิศทางสู่ความเป็นเลิศการบริหารจัดการระบบการให้บริการ การบริหารจัดการงบประมาณ ทั้งในระบบและนอกระบบ ฯลฯ โดยกรอบการคิดเชิงบริหารจัดการที่กว้างขวางเหล่านี้จะเชื่อมโยงสู่ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้องค์กรก้าวสู่ความเป็นเลิศ ดังนั้น เมื่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสนับสนุนการนำเกณฑ์รางวัลคุณภาพภายใต้บริบทภาครัฐที่เรียกว่า PMQA (Public Management Quality Award) ให้หน่วยงานของกรมใช้เมื่อปี พ.ศ. 2549 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีจึงเข้าร่วมดำเนินการ ต่อมาคณะกรรมการบริหารตัดสินใจยับยั้งเกณฑ์ PMQA เป็นเกณฑ์มาตรฐานกลางคือ TQA ในปี พ.ศ. 2552

ทั้งนี้ในฐานะผู้อำนวยการได้มอบนโยบายทำงาน 5+4 ตั้งแต่เริ่มต้นปฏิบัติหน้าที่ โดยประกาศการพบองค์กรครั้งแรกเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2551 นโยบาย 5 ข้อหลักคือ ภาระงานตามพันธกิจ ได้แก่ การเป็นเลิศด้านคลินิก (excellent clinical center) การชี้นำเชิงนโยบาย (advocacy) การถ่ายทอดฝึกอบรม (training) โดยนโยบายระบุเครื่องมือดำเนินการและแนวคิด เสริมด้วยเน้นการดูแลผู้มารับบริการ และบุคลากรของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็นผู้รับผลงานและผู้ปฏิบัติผลงาน นโยบายเร่งรัดพัฒนา +4 คือ การให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสนับสนุน 4 เรื่อง ได้แก่ 1. ด้านบุคลากร 2. ด้านการปฏิบัติตามแนวทางเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ขณะนั้น ยังเป็น PMQA 3. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 4. ด้านประชาสัมพันธ์ ตอนกำหนดนโยบายยังไม่ลึกซึ้งกับเกณฑ์ TQA กำหนดโดยทิศทางการบริหารที่ต้องการผลักดัน และการประมวลสถานการณ์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีจริง ซึ่งก็เป็นประเด็นที่อยู่ในเกณฑ์รางวัลคุณภาพระดับหนึ่ง จึงนับว่า

นโยบายการบริหารสอดคล้องและสนับสนุน
เกณฑ์รางวัลคุณภาพ

นอกจากนี้การกำหนดจังหวะก้าว
การพัฒนาสู่วิสัยทัศน์มีผลสนับสนุนการ
ดำเนินการตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพ เพราะจาก
จุดเริ่มต้นโรงพยาบาลเด็กในปี พ.ศ. 2497 และ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีในปี พ.ศ.
2539 จนถึงปีนี้เป็นปีที่ 60 (60 ปี โรงพยาบาล
เด็ก) โครงสร้างพื้นฐาน อาทิ อาคาร เครื่องมือ
มีอายุการใช้งานมาก การบริหารจัดการระบบ
เช่น การให้บริการ กำลังและความสามารถ
ของคน ระบบการสื่อสาร ระบบเทคโนโลยี ฯลฯ
มีประเด็นที่ต้องเร่งแก้ไขให้ทันการเปลี่ยนแปลง
จึงได้กำหนดจังหวะก้าว จุดเน้นในแต่ละ
ระยะเพื่อเป็นกรอบในการก้าวสู่วิสัยทัศน์
ประเด็นเหล่านี้มีผลสนับสนุนการดำเนินการ
ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพ ตั้งแต่ปรับโครงสร้าง
พื้นฐาน ปรับการบริหารจัดการ ทั้งในการ
บริหารกำลังคน การบริหารจัดการระบบให้
บริการผู้ป่วย ระบบสื่อสาร ระบบเทคโนโลยี
รวมถึงไม่ปฏิเสธเครื่องมือพัฒนาคุณภาพ
ใหม่ ๆ ทั้งนี้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ

มหาราชินีได้ให้ความสำคัญกับนวัตกรรม
สิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมบริการ ทั้งคลินิก
และการบริหารจัดการ อีกทั้งได้กำหนดความ
สำคัญของการดูแลสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายรวม
ถึงเรื่องการดูแลพลังงานตั้งแต่เริ่มต้น และด้วย
ความสามารถของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม
และพลังงาน ทำให้ในปี พ.ศ. 2557 สถาบัน
สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้รับรางวัล
อาคารประหยัดพลังงานดีเด่นจากการไฟฟ้า
นครหลวง

จะเห็นว่าจังหวะก้าวสู่การบริหาร
จัดการมีความจำเป็นต้องมีงบประมาณสนับสนุน
ระบบงบประมาณปกติของกรมการแพทย์หรือ
ของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากจะต้องมี
การกำหนดแผนล่วงหน้าเป็นปีแล้ว ก็ยังมีข้อ
จำกัดเรื่องวงเงิน เพราะกรม กระทรวง ต้อง
ดูแลโรงพยาบาลและหน่วยงานจำนวนมาก
จึงช่วยได้ระดับหนึ่ง การจะก้าวสู่วิสัยทัศน์ หรือ
การจะมีผลงานผ่านเกณฑ์ TQA จำเป็นต้องมี
งบประมาณสนับสนุน ซึ่งในระยะที่ผ่านมา
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้รับ
การสนับสนุนจากหลายหน่วยงานที่เป็นหลัก

คือ โครงการไทยเข้มแข็ง กองสลากกินแบ่ง
รัฐบาล มูลนิธิโรงพยาบาลเด็ก สำนักงานหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ และที่เป็นเกียรติและ
ความภูมิใจของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
มหาราชินีเป็นอย่างมากคือ การที่มีคณะบุคคล
เข้ามาช่วยหางบประมาณสนับสนุนสถาบัน
สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผ่านกองทุน
อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี
(ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางโรคเด็ก) ในมูลนิธิ
โรงพยาบาลเด็ก โดยการนำของประธานคณะ
กรรมการอำนวยการกองทุนฯ ศ.ดร.สุรเกียรติ์
เสถียรไทย

ทำไมจึงกำหนดปี พ.ศ. 2556 เป็น
ปีที่จะได้รับรางวัล TQA ปี พ.ศ. 2559 ก้าวสู่
วิสัยทัศน์ เนื่องจากการผลักดันงานตาม
จังหวะการพัฒนาสู่วิสัยทัศน์ ความฝันใน
การจะพัฒนางานต่าง ๆ ไม่ได้ง่าย ๆ แบบคิด
แล้วได้เลย หลายเรื่องต้องมีการระดมสมองทาง
ราชการ เช่น การพัฒนา IT การจัดการปัญหา
บุคลากร การปรับโครงสร้าง ฯลฯ อุปสรรคมี
ได้ตลอดทาง และจากการระดมสมองของชาว
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ถ้าจะ
ให้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ดำเนินการได้ตามวิสัยทัศน์ และพร้อมจะ
เป็นหลักของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแล
รักษาสุขภาพเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
มหาราชินีมีประเด็นพัฒนาปรับปรุงมาก ทำให้
“กะเอา” ว่าน่าจะสำเร็จตาม Mid Vision Goal
ในปี พ.ศ. 2556 และจะก้าวสู่วิสัยทัศน์ในปี
พ.ศ. 2559

ทั้งหมดคือความเป็นมาในระยะต้น
ของ “เส้นทางสู่รางวัล TQA” ในการดำเนินการ
ภาพรวม มีการจัดตั้งคณะกรรมการกำกับ
ทิศทางการพัฒนาคุณภาพ มีผู้อำนวยการเป็น
ประธาน และมีคณะกรรมการงานคุณภาพ คือ
ด้าน HA และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
มหาราชินีโชคดีที่มีรองประธานที่เข้มแข็งคือ
ทพญ.ปาริชาติ คำจิม ซึ่งได้ทำหน้าที่เป็นผู้นำ
ในการปฏิบัติการ มีสมาชิกที่ทุ่มเท ก้าวกับให้
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีมี
กระบวนการในการบริหารจัดการได้ตามเกณฑ์
ตามเป้าหมายระยะ Mid Vision Goal ที่วางไว้
ทุกประการ



1669



พุดรู้เรื่อง จำความได้ เพราะบางครั้งเด็กอยู่กับคุณปู่ คุณย่า คุณตา คุณยาย เท่านั้น โทรศัพท์เบอร์ 1669 บริการฟรีตลอด 24 ชั่วโมง โทร.ฟรี แต่กรุณาอย่าโทรศัพท์เล่น ในแต่ละปีมีคนโทรศัพท์ไปและมีการให้บริการถึง 1.4 ล้านครั้ง ฉะนั้นเวลาเกิดอุบัติเหตุหรือป่วยฉุกเฉิน ควรตั้งสติให้มั่น รีบโทรศัพท์แจ้ง 1669 ปฏิบัติตามคำแนะนำ รอคอยความช่วยเหลือ

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง การได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการ

การประเมินการจัดการและนำตัวรักษาอย่างทันด่วนที่เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือ

การรุนแรงขึ้นของอาการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้น ลักษณะอาการฉุกเฉินที่ควรโทรศัพท์แจ้ง 1669 คือ ปวดท้องรุนแรง อุจจาระร่วง หมดสี ช็อก สะลึมสะลือ เจ็บท้องคลอ คลื่นอาเจียน ตกเลือด เลือดออกทางช่องคลอด มีสิ่งแปลกปลอมอุดตันทางเดินหายใจ เจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ชักเกร็ง ชักกระตุก ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ อุบัติเหตุอื่น ๆ เช่น ตกจากที่สูง ถูกทำร้ายร่างกาย ไฟฟ้าช็อต ไฟไหม้ มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้รับสารพิษ ยาพิษ สัตว์มีพิษกัดต่อย ฯลฯ

ปัจจุบันการเจ็บป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งจากอุบัติเหตุ และจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคอันตรายหรือโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคเบาหวาน ที่อาจจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุอย่างทันด่วนที่เพื่อนำส่งสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานอย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ ดังนั้น แต่ละชุมชน แม้แต่ในครัวเรือนจำเป็นต้องมีผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้ ด้วยเหตุนี้เองสำนักงานยุวกาชาด สภากาชาดไทย จึงมีบทบาทหน้าที่หนึ่งคือ การสอนเยาวชนให้เป็นผู้ที่มีความรู้

ความสามารถในเรื่องการปฐมพยาบาล การกู้ชีวิต บัดนี้เราได้อบรมยุวกาชาดไปแล้ว 8,384 คน, วิทยากรยุวกาชาดด้านการปฐมพยาบาล การกู้ชีพ (First Aid: FA) ไปแล้ว 991 คน จากวิทยากรยุวกาชาดที่อบรมไปแล้ว 6,252 คน วิทยากรแกนนำด้าน FA ไปแล้ว 38 คน จากวิทยากรแกนนำทั้งหมด 108 คน

สำหรับผมเองคิดว่าทุก ๆ คนในประเทศควรที่จะมีความรู้เรื่องการกู้ชีพปฐมพยาบาลเบื้องต้นทุก ๆ คน โดยเริ่มจาก ทหาร ตำรวจ นายอำเภอ ผู้ขับขี่ยานพาหนะ โดยเฉพาะผู้ที่ขับรถสาธารณะ ฯลฯ ต้องมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับภัยอันตรายอย่างทันด่วนที่ไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุทางรถ จมน้ำ ไฟลวก ไฟช็อต หรือหัวใจหยุดเต้น 5 ช่วงใช้ การรอดชีวิตประกอบด้วย

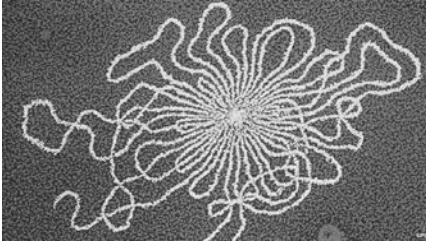
1. เรียกคนช่วยอย่างรวดเร็ว และรีบแจ้งสายด่วน 1669
2. ให้เริ่มปฏิบัติการช่วยชีวิตในทันทีโดยการทำ CPR (cardiopulmonary resuscitation หรือปั๊มหัวใจ 30 ครั้ง เป่าปาก 2 ครั้ง)
3. เมื่อมีข้อบ่งชี้ให้กระตุ้นไฟฟ้าหัวใจให้รวดเร็วที่สุด หรือ automated external defibrillator: AED (ในกรณีหัวใจมีการเต้นแบบ ventricular fibrillation)
4. ปฏิบัติการช่วยชีวิตอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจากหน่วยกู้ชีพขั้นสูง และ
5. ให้การดูแลหลังจาก CPR อย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล

กรุณาจำไว้และจด 1669 ไว้ในบ้านหรือติดไว้ใกล้โทรศัพท์ทุกเครื่อง สำหรับผมมีไว้ในโทรศัพท์มือถือเลย ภายใต้คำว่า Emergency เพราะอาจช่วยชีวิตท่านหรือคนที่ท่านรักได้



ใครรู้จักเบอร์นี้บ้าง เบอร์นี้เป็นเบอร์โทรศัพท์ที่ทุก ๆ คนต้องจำไว้ เด็ก ๆ ทุก ๆ คนที่รู้เรื่องต้องจำไว้ เพราะเป็นเบอร์โทรศัพท์ในยามฉุกเฉิน เช่น เวลาเจ็บไข้ได้ป่วย คือบาดเจ็บ เจ็บป่วยฉุกเฉิน มีอุบัติเหตุที่รุนแรง หรือเป็นโรคหัวใจขึ้นมาทันที แต่ถึงแม้ไม่แน่ใจว่าการโทรศัพท์เบอร์ 1669 จะเข้าข่ายหรือไม่หรือเบอร์อื่นไม่ได้ก็โทรศัพท์เบอร์นี้ไปก่อน ผู้รับสายจะติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเอง ถ้าไม่ใช่เรื่องของเขาโดยตรง เบอร์นี้เป็นเบอร์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จัดตั้งขึ้นมาเพื่อรับใช้ประชาชนโดยตรง เช่น ถ้าโทรศัพท์ไปและมีความจำเป็นที่จะมีรถพยาบาลมารับดูแลเรา และส่งต่อ จะไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น (ในพื้นที่ใกล้เคียง) จะมีรถพยาบาลพร้อมบุคลากรสำหรับ “ห่วงโซ่การรอดชีวิต” หรือ “chain of survival” มาช่วยเรา โดยมีเป้าหมายให้มาถึงที่เกิดเหตุภายใน 8 นาที แต่บางครั้งด้วยเหตุผลบางประการอาจช้ากว่านี้ เช่น ถัารถติดมาก ที่มาได้เร็วเช่นนี้ได้เพราะรถและบุคลากรไม่ได้มาจากจุดเดียว แต่มีหลายร้อยจุดทั่วประเทศ ไม่ว่าท่านจะอยู่ที่ไหน จังหวัดอะไร ใช้ 1669 ได้ทั้งนั้น

ผมจึงขอให้ทุก ๆ คนจำเบอร์นี้ไว้ให้ได้ สอนเด็กทุก ๆ คนให้ทราบ ตั้งแต่เด็กที่



บีบีซี - นักวิจัยสหรัฐฯ พบไวรัสลำไส้ตัวใหม่ เชื่อกันมีอิทธิพลต่อแบคทีเรียที่มักพบในลำไส้

การสืบค้นข้อมูลพันธุกรรมจากฐานข้อมูลระหว่างประเทศโดยนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยซานดิเอโกของสหรัฐอเมริกา ทำให้พบดีเอ็นเอชุดหนึ่งซึ่งพบในกว่าครึ่งของตัวอย่างพันธุกรรมจากลำไส้ และจากการตรวจสอบก็พบว่า เป็นไวรัสที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน โดยนักวิจัยชี้ว่าเป็นเรื่องแปลกมากที่

ไม่เคยพบไวรัสตัวนี้มาก่อนทั้งที่ปะปนอยู่ในคนทั่วไป

นักวิจัยเปิดเผยว่า ไวรัสซึ่งเรียกกันว่า crAssphage นี้เป็นไวรัสในกลุ่ม bacteriophage ซึ่งสามารถควบคุมพฤติกรรมของแบคทีเรียที่เข้าไปแทรกแซง ทำให้แบคทีเรียนั้นสามารถอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมได้ดีขึ้นหรือมีฤทธิ์มากขึ้น อันเป็นส่วนหนึ่งในการควบคุมจำนวนและความหลากหลายของแบคทีเรียในลำไส้ โดยขณะนี้คณะนักวิจัยกำลังอยู่ระหว่างเพาะไวรัสดังกล่าวในห้องปฏิบัติการเพื่อนำมาศึกษา

บทบาทของไวรัสต่อแบคทีเรียในลำไส้ต่อไป

ด้านผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าความสำเร็จครั้งนี้ชี้ว่าเรามีเทคนิคและเครื่องมือทรงประสิทธิภาพสำหรับการระบุไวรัสที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน และตามที่ทราบกันดีว่าแบคทีเรียมีบทบาทสำคัญในโรคเรื้อรัง รวมถึงโรคเบาหวานและโรคอ้วน ก็อาจเป็นไปได้ว่าสักวันหนึ่งเราจะสามารถนำไวรัสควบคุมแบคทีเรียมาต่อสู้กับแบคทีเรียอันตรายด้วยการทำให้แบคทีเรียดังกล่าวลดความรุนแรงลง

แสงห้องนอนสว่างทุกเที่ยงมะเร็ง

บีบีซี - นักวิจัยสหรัฐฯ เตือน แสงสว่างในห้องนอนแม้เพียงแสงสลัวอาจส่งผลกระทบต่อการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคมะเร็งเต้านม

ผลการศึกษาในหนูทดลองตีพิมพ์ในวารสาร Cancer Research รายงานว่า แสงสว่างที่เทียบเท่าแสงไฟทางเดินอาจทำให้มะเร็งเต้านมตอบสนองต่อยา tamoxifen โดยคาดว่าเป็นผลจากการที่แสงไปรบกวนการทำงานของเมลาโทนิน อันเป็นฮอร์โมนที่ช่วยการนอนหลับ ขณะเดียวกันก็กระตุ้นให้มะเร็งขยายตัวขึ้นและ

ดื้อต่อยา tamoxifen

นักวิจัยทดสอบโดยเลี้ยงหนูทดลองที่ปลูกถ่ายเซลล์มะเร็งเต้านมและรักษาด้วย tamoxifen ไว้นั้นที่มีสัณยติเทียบกับในที่ที่มีแสงสลัว โดยพบว่าหนูกลุ่มที่สองมีระดับเมลาโทนินต่ำลง ขณะที่มะเร็งขยายตัวขึ้นและดื้อต่อ tamoxifen แต่เมื่อให้เมลาโทนินเสริมก็พบว่า tamoxifen สามารถออกฤทธิ์ได้ดีและมีมะเร็งมีขนาดเล็กลง

ด้านนักวิจัยเตือนว่า ขณะนี้ยังไม่มีหลักฐานพอที่จะสนับสนุนให้ซื้อฮอร์โมนเสริม



โดยแนะนำให้ผู้ป่วยนอนหลับในห้องที่มืดสนิท และรีบเข้านอนทันทีหลังรับประทานยา tamoxifen นอกจากนี้ยังได้เตือนการใช้เครื่องมือติดต่อสื่อสารในช่วงก่อนนอน เนื่องจากอุปกรณ์ไฮเทคเหล่านี้จะปล่อยคลื่นแสงสีน้ำเงินไปรบกวนการสร้างฮอร์โมนเมลาโทนิน จนส่งผลให้ร่างกายผลิตฮอร์โมนได้ไม่เต็มที่

งานกะฟ้ายิ่งเบาล้วน

บีบีซี - นักวิจัยจีนชี้ การทำงานเป็นกะทำให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษารายงานในวารสาร Occupational and Environmental Medicine ชี้ว่า ผู้ที่ทำงานเป็นกะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยคาดว่าเป็นผลกระทบจากการทำงานต่อรูปแบบการกินและการนอนจนทำให้น้ำหนักในร่างกายนี้น้ำหนักไปสู่ความผิดปกติด้านการทำงานของฮอร์โมน และปัญหาโรคอ้วนอัน

เป็นสาเหตุสำคัญของโรคเบาหวาน

ข้อมูลจากการศึกษาโดยคณะนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวจงของจีน แจกแจงว่า พนักงานทำงานกะมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงขึ้นราวร้อยละ 9 แต่ความเสี่ยงดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35 ในเพศชาย และพุ่งขึ้นไปถึงร้อยละ 42 ในผู้ที่ทำงานสลับกันไปมาระหว่างกะเช้าและกะดึก

ด้านหนึ่งในคณะวิจัยเรียกร้องให้ภาคเอกชนจัดทำแผนให้ข้อมูลอาการของโรค

เบาหวานสำหรับพนักงานที่ทำงานเป็นกะ เพื่อที่จะป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรคเบาหวานตั้งแต่ระยะเริ่มเป็น ขณะเดียวกันก็เตือนให้ผู้ที่ทำงานเป็นกะ โดยเฉพาะกลุ่มพนักงานขายตระหนักถึงการใส่ใจดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน



เอฟดีเอรับอนุมัติอุปกรณ์ลดการชัก

ยาฮู! - สำนักงานอาหารและยาสหรัฐ (เอฟดีเอ) อนุมัติเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าติดตั้งในกะโหลกศีรษะเพื่อช่วยพยากรณ์และควบคุมการชักในผู้ป่วยโรคลมชัก

คณะแพทย์ของศูนย์การแพทย์แคลิฟอร์เนียแพซิฟิกของสหรัฐอเมริกาเปิดเผยว่า กระบวนการรักษาลมชักด้วยเครื่องกระตุ้นไฟฟ้า NeuroPace เริ่มต้นด้วยการเจาะกะโหลกศีรษะให้มีขนาดพอดีกับตัวเครื่อง เมื่อผู้ป่วยได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าแล้ว แพทย์จะปรับสัญญาณให้เข้ากับคลื่นสมองของผู้ป่วยเพื่อให้เครื่องสามารถอ่านสัญญาณ

สมองก่อนที่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการชัก และส่งสัญญาณไฟฟ้าระดับต่ำเข้าไปยังสมองเพื่อหักล้างสัญญาณและป้องกันการชัก

จากการทดสอบพบว่า เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า NeuroPace ซึ่งฝังผ่านการ



รับรองจากเอฟดีเอได้ผลดีในผู้ป่วยกว่าร้อยละ 60 และสามารถลดอัตราการชักได้ราวครึ่งหนึ่ง โดยคณะแพทย์มองว่าเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าจะเป็นความหวังใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก และได้เริ่มนำเครื่องกระตุ้นไฟฟ้านี้มารักษาในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือการรักษาอื่นแล้ว

อนึ่ง การรักษาด้วย NeuroPace มีค่าใช้จ่ายราว 85,000 ดอลลาร์สหรัฐ (ราว 1.11 ล้านบาท) และอยู่ในความคุ้มครองภายใต้แผนประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

ชนกำปั้นลดเสียงติดเชื่อ

เอพี - แนะนำทักทายด้วยวิธีชนกำปั้นลดความเสี่ยงการติดเชื้อจากการสัมผัสมือ

นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยเบอริริวในแคนาดาของอังกฤษ แนะนำให้เปลี่ยนวิธีการทักทายด้วยการจับมือมาเป็นการชนกำปั้น เนื่องจากการลดพื้นผิวของมือส่วนที่สัมผัสกัน จึงทำให้มีอัตราการแพร่เชื้อต่ำเพียงหนึ่งส่วนยี่สิบเมื่อเทียบกับการจับมือ รวมถึงอาจเปลี่ยนมาทักกันด้วยการตีมือแบบไฮไฟว์ซึ่งมีอัตราแพร่เชื้อต่ำกว่าครึ่งหนึ่ง



เมื่อเทียบกับการจับมือกัน

นักวิจัยทดสอบผลการแพร่เชื้อระหว่างการชนกำปั้น การจับมือ และการตีมือ โดยให้ฝ่ายหนึ่งสวมถุงมืออาบเชื้อแบคทีเรีย และอีกฝ่ายสวมถุงมือที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว และวัดปริมาณเชื้อที่ตรวจพบบนถุงมือสะอาดภายหลังการทักทายแต่ละครั้ง นอกจากนี้ยังทดสอบด้วยสีเพื่อเปรียบเทียบพื้นผิวสัมผัสของการทักทายแต่ละแบบ

จีนปิดเมืองหลังพบกาฬโรคต่อมน้ำเหลือง

บีบีซี - ทางกรจีนปิดพื้นที่บางส่วนในเมืองทางตะวันตกเฉียงเหนือและกักตัวประชาชนไว้อีกกว่าร้อยละร้อยคน หลังพบผู้เสียชีวิตจากกาฬโรคต่อมน้ำเหลือง

สำนักข่าวซินหัวของทางการจีนรายงานว่า เจ้าหน้าที่ได้ประกาศให้หลายพื้นที่ของเมืองฉีจินในมณฑลกานซูเป็นเขต

กักกันโรค หลังมีรายงานชายวัย 38 ปี เสียชีวิตจากกาฬโรคต่อมน้ำเหลืองที่เมืองยูเหมินซึ่งอยู่ห่างออกไปราวหนึ่งชั่วโมง ซึ่งจนถึงขณะนี้ มีประชาชนที่สัมผัสกับผู้เสียชีวิตถูกนำตัวมาติดตามอาการแล้วอย่างน้อย 151 คน แต่ยังไม่มีการแสดงสัญญาณของโรค

เบื้องต้นคาดว่าผู้เสียชีวิตติดเชื่อ

เนื่องจากการสัมผัสกับหนูเขา เพราะไปนำซากหนูตายมาป้อนเป็นอาหารให้แก่สุนัข อนึ่ง มีรายงานผู้เสียชีวิตจากกาฬโรคต่อมน้ำเหลืองที่เมืองยูเหมินครั้งสุดท้ายเมื่อปี พ.ศ. 2520 ขณะที่ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา คาดว่าจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อในมณฑลกานซูอย่างน้อย 5 คน

โลกนี้มีงานอยู่เพียง 2 ประเภทเท่านั้น
นั่นคือ งานที่ยากทำ...และงานที่ต้องทำ
บางคนได้ทำงานที่รัก แต่อีกหลายคนจำต้องรักในงานที่ทำ
สังคมไทยเลียดูถูกมาแบบ...พ่อแม่เลือกสิ่งที่คิดว่าดีที่สุดแล้วให้แก่ลูก
ทำให้หลายคนเลือกเส้นทางอาชีพตามที่ครอบครัวเลือกให้แล้วว่...
โดยไม่รู้จักตนเองว่าชอบงานอะไรหรืออยากจะเป็นอะไรกันแน่

งานน่าเบื่อ.... หรือเราเบื่องาน

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้คนที่เจริญวัยจนกระทั่งอายุ 18 ปี และเรียนจบชั้นมัธยมปลายแล้วมักพยายามออกเดินทางไปเพื่อให้เห็นโลกกว้างในแง่มุมหลากหลาย บ้างเลือกเดินทางไปให้ทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา บ้างก็เลือกเดินทางไปทั่วโลก ทั้งนี้ก็เพื่อเรียนรู้ชีวิต ประสบการณ์และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันท่ามกลางผู้คน อันจะทำให้ได้รู้จักตนเอง และตัดสินใจเลือกทางเดินของชีวิตได้ตรงตามความต้องการของตนเองมากที่สุด

วัยรุ่นอเมริกันหลายรายอาจเลือกไปทำงานหาเงินในอาชีพต่าง ๆ ก่อน ทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจลักษณะงานที่แท้จริงของแต่ละอาชีพ จนกระทั่งตนเองแน่ใจว่าชอบอาชีพใดแล้วค่อยกลับมารเรียนต่อในระดับปริญญาตรีในสาขาอาชีพนั้น

อเมริกันชนส่วนใหญ่มักจะหาเงินส่งตนเองเรียนต่อเองโดยไม่พึ่งเงินของพ่อแม่

หลายครั้งชาวอเมริกันที่มาเรียนแพทย์จึงค่อนข้างมีอายุมากและหลายรายก็แต่งงานมีลูกแล้วด้วย

นอกจากการที่ชาวอเมริกันพยายามค้นหาใจตนเองว่าชอบและเหมาะกับอาชีพใดแล้ว ภายหลังจากทำงานในอาชีพหนึ่ง ๆ ไปสักระยะหนึ่ง เขามักนิยมเปลี่ยนที่ทำงานใหม่ ทั้งนี้เพื่อไปหาโอกาสที่ก้าวหน้าในการทำงานมากขึ้นหรือเพื่อให้มีบรรยากาศใหม่ ๆ ตลอดจนเกิดจินตนาการใหม่ ๆ อันช่วยกระตุ้นให้ชีวิตตื่นเต้นและไม่เบื่อหน่ายจำเจต่อการทำงาน รวมทั้งรู้สึกว่าการงานมีความน่าสนใจและท้าทายความสามารถของตนเองอยู่เสมอ หลายรายเลือกที่จะเปลี่ยนที่ทำงานไปอยู่ต่างประเทศเลยก็มีมาก

แต่สังคมไทยนั้นแตกต่างกับสหรัฐอเมริกาอย่างสิ้นเชิง พวกเรามักนิยมทำงานในที่ทำงานเดิมจนกระทั่งเกษียณอายุ ทั้งนี้เพราะคิดว่าการค่อย ๆ ไต่เต้าไปในสถานที่ทำงานเดียวเป็นระยะเวลานานย่อมทำให้ตนเองเป็นที่รู้จักจากความคุ้นชิน อีกทั้งวัฒนธรรมไทยหรืออีกหลายประเทศในเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น นิยมระบบอาวุโส นั่นคือมักเลือกผู้ที่ทำงานมานานและมีอายุมากให้เติบโตขึ้นมาสู่ตำแหน่งบริหาร

ในบางรายที่ไม่ชอบงานที่ทำอยู่เป็นทุนเดิมแล้ว แต่ต้องอดทนทำงานในหน้าที่นั้น ๆ ภายใต้นที่ทำงานเดิม ๆ อีกก็ย่อมเกิดความเบื่อหน่ายเป็นเท่าทวีคูณ

ยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้ยากขึ้น...จึงมักเลือกทำงานอยู่ในที่เดิมต่อไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งเกิดอาการเบื่องานตามมา



วิธีแก้คือ เราควรเปลี่ยนความคิดให้รักในงานที่ต้องทำก็จะทำให้เรามีความสุขกับชีวิตการทำงานได้ทุกวัน ตลอดจนมีความคิดสร้างสรรค์งานต่าง ๆ ได้โดยรู้สึกไม่เบื่อหน่ายจำเจ

พยาบาลจบใหม่รายหนึ่งเริ่มทำงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เธอขอเลือกทำงานในห้องฉุกเฉิน ทั้งนี้เพราะช่วงที่ฝึกหัดงานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน เธอได้ฝึกยับแผล ฉีดยา พั่นแผล ตลอดจนทำหัตถการที่ท้าทายมากมาย อันทำให้เธอได้แสดงความสามารถในการทำงานอย่างเต็มที่ จนเกิดเป็นความประทับใจต่อการทำงานในห้องฉุกเฉินขึ้น

แต่เนื่องจากในโรงพยาบาลที่น้องพยาบาลต้องมาทำงานแห่งนั้นมีแต่ตำแหน่งพยาบาลห้องตรวจผู้ป่วยนอกเท่านั้นที่ยังว่างอยู่

ดังนั้น เธอจึงจำใจต้องเริ่มทำงานที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแทน

ระหว่างการทำงาน เธอเกิดความขัดแย้งอยู่ตลอดเวลาและไม่เคยมองหาแง่มุมดี ๆ ของการทำงานที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแห่งนั้นเลย

ทุกเดือนเธอจะเดินทางไปถามฝ่ายทรัพยากรบุคคลเพื่อถามหาตำแหน่งว่างที่ห้องฉุกเฉินเสมอ

จนวันหนึ่งฉันได้คุยกับเธอคนนี้ “น้องอยากทำงานที่ห้องฉุกเฉินจริง ๆ หรือคะ”

“ใช่ค่ะ หนูอยากทำงานที่ห้องฉุกเฉินจริง”

“ก็มีทางเลือกนะคะ น้องเอาเวลาวางจากงานห้องตรวจผู้ป่วยนอกมาลองช่วยงานที่ห้องฉุกเฉินฟรี ๆ สิคะ เพื่อว่าจะได้ดูว่างานที่นี่เหมือนกับงานของห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งน้องประทับใจมาก่อนหรือไม่ ถ้าน้องรักห้องฉุกเฉินจริง ๆ ก็แสดงเจตนามุ่งมั่นกับฝ่ายทรัพยากรบุคคลขอย้ายไปเลย หรือระหว่างยังไม่ได้ย้ายก็ได้มาทำงานที่ห้องฉุกเฉินซึ่งเป็นงานที่น้องชอบก็จะช่วยเยียวยาให้น้องมีความสุขกับงานประจำมากขึ้นนะ”

“ทำงานเพิ่มที่ห้องฉุกเฉินฟรี ๆ หนูก็ไม่เอาหรอกค่ะ เพราะงานประจำก็เหนื่อยจะแย่อยู่แล้ว” เธอตอบพร้อมกับส่ายหน้าอย่างไม่เห็นด้วย

“อ้าว แล้วหนูอยากทำงานอะไรล่ะคะ”

“ลองคิดอีกที หนูชอบทำงานเกี่ยวกับตัวเลขค่ะ สมัยหนูเป็นเด็กก็เก่งคณิตศาสตร์มากเลยนะคะ”

“แต่เอ...จะมันงานพยาบาลอะไรที่ต้องทำเกี่ยวกับตัวเลขเยอะ ๆ หมอก็ไม่วู้ หรือหนูไปเรียนต่อปริญญาโทด้านธุรกิจ แล้วเลือกไปทำธุรกิจไหมคะ ชีวิตของหนูจะได้มีความสุขเพราะได้ทำงานที่รัก”

น้องพยาบาลทำสีหน้าครุ่นคิดสักพักก็ตอบกลับมามี “ไม่เอาหรอกค่ะ ทำงานพยาบาลก็มีเงินเดือนมันคงอยู่แล้ว ไม่ต้องไปใจหายใจคว่ำกับความเสี่ยงเรื่องการลงทุน เอ...จริง ๆ แล้วหนูว่า หนูก็เริ่มทนกับการทำงานด้านพยาบาลในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกได้บ้างแล้วค่ะ”

“ชีวิตคนเราก็ออยู่กับการงานไปตั้ง 1/3 ของเวลาทั้งวันแล้ว เราเลือกได้ที่จะทุกข์หรือสุขกับมัน ถ้าเราไม่ได้ทำงานที่รัก ก็เปลี่ยนเป็นรู้สึกรักในงานที่ทำดีไหมคะ”

เธอเริ่มยิ้มออกมา “ดีจังค่ะ...รักในงานที่ทำ...ก็จะทำให้หนูมีความสุขกับชีวิตมากขึ้นและทำงานได้ดีขึ้นอย่างไม่ต้องสงสัยอีกด้วย”

ฉันให้ข้อคิดเพิ่มเติมว่า “เมื่อเราตั้งใจทำงานใดงานหนึ่งอย่างจริงจังแล้ว เราจะทำอะไรก็ได้ ง่าย ๆ ค้นพบข้อดีข้อสนุกสนานของมันขึ้นมาได้เอง พี่ขอเป็นกำลังใจให้นะคะ”

ก่อนที่จะบ่นว่างานที่ทำน่าเบื่อเหลือเกิน ลองตั้งใจกับมันดูให้เต็มที่ ถ้าเราไม่ได้เดินไปจนสุดห้อง เราจะสามารถเปิดประตูไปสู่อีกห้องได้อย่างไร ทุกบานประตูเปิดสู่ห้องใหม่เสมอ ขอแค่เราไม่ปิดใจและลองสู้กับมันให้เต็มที่สักตั้ง สู้ไปด้วยใจที่เปิดและปากที่ยิ้ม ทำให้ดีที่สุด เป็นคนเก่งที่สุดในงานนั้นให้ได้ สุดท้ายถ้ายังไม่ไหวค่อยไปบ่นตอนนั้นก็ยังไม่ว่า

หญิงสาวรายหนึ่งไปเรียนที่มหาวิทยาลัยต่างประเทศ เนื่องจากต้องการหาเงินทุนมาช่วยเรื่องค่าเทอม ซึ่งมหาวิทยาลัยระบุว่านักศึกษาสามารถเลือกงานได้ในมหาวิทยาลัยเพื่อให้มีรายได้มาจุนเจือค่าเล่าเรียนได้ เธอจึงสมัครทำงานที่แผนกลงทะเบียนเรียนของมหาวิทยาลัยแห่งนั้น

หลายคนบอกว่า งานที่เธอทำเป็นงานที่น่าเบื่อมาก เพราะต้องพูดกฎระเบียบการลงทะเบียนเรียนซ้ำไปซ้ำมาเป็นภาษาอังกฤษให้นักศึกษาใหม่ ๆ ฟัง

แต่เธอไม่คิดเช่นนั้น

เธอคิดว่าเป็นงานที่ทำให้เธอได้ฝึกภาษาอังกฤษได้เป็นอย่างดี การต้องพูดสื่อสารภาษาอังกฤษให้แก่ทั้งนักศึกษาต่างถิ่นและต่างชาติที่มาเรียนให้เข้าใจได้เป็นความท้าทายและเพิ่มพูนประสบการณ์ให้แก่เธอเป็นอย่างดี

หลายครั้งนักศึกษาใหม่ไม่เข้าใจเรื่องการลงทะเบียนในรายวิชาต่าง ๆ เธอก็พยายามค้นคว้าหาระเบียบการต่าง ๆ จนช่วยเหลือได้เป็นผลสำเร็จ แต่บางครั้งเธอก็ไม่สามารถช่วยให้ลงทะเบียนได้สำเร็จ ช่วยได้ไม่ทันใจหรือสื่อสารยากเกินไปไม่รู้เรื่องก็ต้องถูกต่อว่าจากนักศึกษาใหม่เหล่านั้นเป็นครั้งคราว

อย่างไรก็ดี การที่เห็นว่าเธอพยายามช่วยอย่างสุดความสามารถ ถึงแม้จะไม่สำเร็จแต่ก็ทำให้นักศึกษาใหม่หลายรายรู้สึกประทับใจและขอบคุณต่อความช่วยเหลือของเธออยู่บ่อย ๆ

“ทำไมเธอถึงทนทำงานที่น่าเบื่อหน่ายอย่างนี้ได้อย่างอดทนและมีท่าทีกระตือรือร้น พร้อมกับน้อมรับคำต่อว่าได้ด้วยท่าทียิ้มแย้มโดยไม่โต้แย้งอารมณ์ตอบโต้”

เธอตอบด้วยท่าทียิ้มแย้มแจ่มใสว่า “มันเป็นงานบริการที่ต้องบริหารจัดการโดยใช้ไหวพริบและความชำนาญเพื่อเอาชนะความหงุดหงิดของคนด้วยความรู้”

ในงานที่น่าเบื่อของใครบางคน มันกลับเป็นงานที่น่าสนใจของใครหลายคนเช่นกัน

แค่เปลี่ยนความคิดและหาแง่มุมที่ดีในการทำงานก็ทำให้เราทำงานได้ดียิ่งมีความสุขขึ้น

**อันการงาน คือค่าของมนุษย์
ของมีเกียรติ สูงสุดอย่าสงสัย
ถ้าสนุกด้วยการทำงาน เบิกบานใจ
ไม่เท่าไรรู้ธรรม จำซึ่งจริง**

ท่านพุทธทาสภิกขุ

ปัญหาการแพทย์ สาธารณสุข และการประกันสุขภาพ

ในขณะนี้เราจะเห็นข่าว “ความขัดแย้ง” ระหว่างผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งผู้สนับสนุนแนวคิดของแต่ละฝ่าย ต่างก็ออกความเห็นคัดค้านความเห็นของฝ่ายตรงข้าม และสนับสนุนความเห็นของฝ่ายของตน ซึ่งข่าวที่ปรากฏออกมาตามสื่อมวลชน ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือสื่อออนไลน์ต่าง ๆ จำนวนมาก ทำให้บุคคลที่อยู่นอกวงการแพทย์และสาธารณสุขเข้าใจว่าเป็นเรื่องของหมอสองฝ่ายทะเลาะกัน ต่างฝ่ายต่างก็ไม่ยอมลงรอยกัน ทำให้มีข่าวออกมาว่า คสช. หนุนตระกูล ส. ล้มอำนาจเก่า⁽¹⁾

ประชาชนที่อยู่นอกวงการแพทย์ก็อาจจะสงสัยว่า “ตระกูล ส.” คือใคร และอำนาจเก่าคือใคร และมีข่าวว่า กระทรวงสาธารณสุข – คสช. ตั้งคณะทำงานลดความเหลื่อมล้ำ 3 กองทุนสุขภาพ⁽²⁾ พร้อมทั้งนำ 5 มติสมัชชาสุขภาพปี พ.ศ. 2556 เข้าสู่การพิจารณาในอีก 2 สัปดาห์ข้างหน้า

อันที่จริงนั้น ปัญหาในระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่ปรากฏอยู่ในขณะนี้ไม่ได้เกิดจาก “การทะเลาะกัน” ของแพทย์สองกลุ่ม แต่เกิดจากการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ไม่เป็นไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จนทำให้เกิดความเสียหายในการจัดการสาธารณสุขแก่ประชาชน

การบอกว่าปัญหาในวงการแพทย์และสาธารณสุขรวมไปถึงปัญหาในการประกันสุขภาพของประเทศไทยในเวลานี้เป็นปัญหาการทะเลาะกันของ “แพทย์ 2 กลุ่ม” และไม่มีใครยอมใครนั้น เป็นความเข้าใจผิดจากข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น เหมือนกับพูดว่าปัญหาการเมืองไทยในปัจจุบันเกิดจากการ “ทะเลาะกัน” ของกลุ่มคนเสื้อเหลืองกับเสื้อแดง ซึ่งเป็น “ปรากฏการณ์ปลายเหตุ” หรือเป็นผลมาจากการที่ประชาชนกลุ่มหนึ่งไม่เห็นด้วยกับการบริหารงานของพรรคการเมืองที่เป็นรัฐบาล และบริหารบ้านเมืองโดยการไม่เคารพกฎหมาย ไม่ปฏิบัติตามการวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ มีการทุจริตฉ้อราษฎร์บังหลวง และละเมิดสิทธิมนุษยชน ในขณะที่ฝ่ายรัฐบาลก็มีพลังมวลชนออกมาปกป้องและโจมตีประชาชนที่ออกมาขับไล่

รัฐบาล ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ใช่การทะเลาะกันตามธรรมดา แต่เป็นการต่อสู้ในหลักการและแนวคิดที่แตกต่างกัน

ทั้งสองฝ่ายมีความเห็นตรงกันในความจำเป็นที่จะต้อง “เพิ่มเงิน” เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ถ้าติดตามข่าวสารเรื่องความขัดแย้งของแพทย์ 2 กลุ่มนี้ อย่างพินิจพิจารณาอย่างถี่ถ้วน จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความเห็นตรงกันว่า เงินงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวสำหรับการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนที่ได้รับจากงบประมาณแผ่นดินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น มีจำนวนไม่เพียงพอในการดูแลรักษาประชาชน

แต่ฝ่ายผู้บริหารกองทุนต้องการให้ คสช. เพิ่มวงเงิน “ค่าเหมาจ่ายรายหัว” ในขณะที่กลุ่มแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาประชาชนจริงนั้นต้องการให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “ปรับปรุงการบริหารจัดการด้านการเงิน” เพื่อให้ สปสช. ส่งเงินงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้แก่โรงพยาบาลที่ต้องดูแลรักษาประชาชนให้เต็มจำนวนที่ สปสช. ได้รับมาจากงบประมาณแผ่นดิน จะทำให้มีเงินเพิ่มเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพให้มากขึ้น โดยเสนอว่า^(3,4) ให้ผู้บริหารกองทุนส่งเงินงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้แก่โรงพยาบาลให้เต็มจำนวน 100% ที่ผู้บริหารกองทุนได้รับมาจากรัฐบาล⁽⁵⁾ **รวมทั้งอาจจะขอให้ประชาชนที่ไม่ยากไร้มีส่วนร่วมจ่ายในการไปรับบริการอีกด้วย** ทั้งนี้เพื่อให้มีเงินในระบบเพียงพอ เพื่อที่โรงพยาบาลจะมีงบประมาณเพียงพอและเหมาะสมในการดูแลรักษาประชาชนได้ตามมาตรฐานการแพทย์ที่ดี

ความขัดแย้งในการ “เพิ่มงบประมาณ” เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นจึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ความขัดแย้งเป็นเพียงความเห็นแตกต่างกันในการ “หาเงินมาเพิ่มในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ระหว่างผู้บริหารกองทุนและแพทย์ผู้ปฏิบัติการให้การดูแลรักษาประชาชน แต่กลุ่มผู้บริหาร

กองทุนก็ถือโอกาสที่จะกล่าวถึง “ความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุน” เพื่อขยโอกาสที่จะรวมงบประมาณของกองทุนประกันสังคม และงบประมาณจากระบบสวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการ เข้ามาให้ “ผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ได้อำนาจบริหารกองทุนจำนวนมากขึ้นไปอีก

ในขณะเดียวกันก็มีปรากฏการณ์ของกลุ่ม “ประชาชนจัดตั้ง” คือกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ (ที่สมาชิกส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มที่เคยเป็นกรรมการหลักประกันสุขภาพจากฝั่งองค์กรเอกชน) ออกมาเรียกร้องความเสมอภาคและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในการไปรับบริการสุขภาพและเรียกร้องสิทธิในการที่ไม่ต้องจ่ายเงินในการไปรับบริการสาธารณสุข

นอกจากกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพแล้ว ยังมีเลขาธิการของสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) คือ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ถือโอกาสมานำเสนอมติสมัชชาสุขภาพ เพื่อที่จะมีโอกาสมาเป็นผู้มีส่วนร่วมในการ “แก้ปัญหาความขัดแย้งครั้งนี้” จนมีข่าวว่า ศสช. จะให้ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เป็นประธานในการแก้ปัญหา ในขณะที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นเพียงเลขานุการของคณะกรรมการนี้เท่านั้น

สาเหตุของความขัดแย้ง

สาเหตุของความขัดแย้งระหว่างผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบุคลากรทางการแพทย์ ที่ทำการดูแลรักษาสุขภาพประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น มีสาเหตุสำคัญมาจากผู้บริหารกองทุน (คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ไม่ได้รับฟังความคิดเห็นจากแพทย์ที่มีหน้าที่ในการให้บริการตรวจรักษาแก่ประชาชน ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข

ทั้ง ๆ ที่ตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18(13) ได้บัญญัติให้ผู้บริหารกองทุน คือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่ต้องรับฟังความคิดเห็นจาก “ผู้ให้บริการ” คือแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อกำหนด “ค่าบริการ” ตามมาตรา 46 เพื่อให้ “หน่วยบริการ” (หมายถึงโรงพยาบาล) ได้รับงบประมาณที่เหมาะสมเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการตรวจรักษาประชาชน **นับได้ว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ละเมิดกฎหมายหลักประกันสุขภาพที่มีผลให้ประชาชนไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน เนื่องจากโรงพยาบาลขาดงบประมาณในการจัดหาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และยาที่เหมาะสมที่สุดในการรักษาผู้ป่วย**

ขบวนการคัดค้านการร่วมจ่ายของประชาชน

นอกจากผู้บริหารกองทุนคือคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะไม่ฟังเสียงของคนทำงานแล้ว พวกเขายังไปส่งเสริมให้คนกลุ่มหนึ่งที่เป็นและเคยเป็นกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในนามผู้แทนองค์กรอิสระรวมตัวกันเป็น “กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ออกมาให้ความเห็นสนับสนุนความเห็นของผู้บริหารกองทุน รวมทั้ง ดร.อัมมาร สยามวาลา ที่เป็นผู้ร่วมกำหนดอัตราค่ารักษาประชาชน “แบบเหมาจ่ายรายหัว” ออกมาตอบโต้กับแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข ในการคัดค้านข้อเสนอที่จะให้ประชาชน “ร่วมจ่ายเงิน” ในการมารับบริการสุขภาพโดยการอ้างเหตุผลด้านความเหลื่อมล้ำว่า การเพิ่มความทุกข์ให้คนที่เจ็บป่วยบ้าง ถ้าจะต้องมา “ร่วมจ่าย” ในเวลาเจ็บป่วยและไปโรงพยาบาล^๕ ทั้ง ๆ ที่มาตรา 5 วรรค 2 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติไว้ว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการ

กลุ่มผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ยืนยันว่า ไม่อยากให้เกิดค่าบริการ โดยการไปร้องขอให้ ศสช. (ที่ทำหน้าที่เป็นรัฐบาลบริหารประเทศอยู่ในขณะนี้) ให้เพิ่มงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้น ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ก็อยากจะให้ประชาชนร่วมจ่ายเพื่อให้มีเงินในระบบให้เหมาะสมเพียงพอ เนื่องจากเห็นว่าการเพิ่มงบประมาณในการรักษาจากงบประมาณแผ่นดินอย่างเดียวเท่านั้น จะเป็นภาระหนักแก่งบประมาณแผ่นดินมากเกินไป เนื่องจากแนวโน้มของการเจ็บป่วยจากสังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีโรคระบาดใหม่เพิ่มขึ้น และมียานวัตกรรมใหม่ ๆ ที่ทำให้การรักษาโรคที่ร้ายแรงมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

การที่ประชาชนที่ไม่ยากไร้มีส่วนร่วมในการ “จ่าย” เงินรักษาสุขภาพก็จะทำให้ลดการสั่งยาที่ไม่เหมาะสมลงไปได้อีกมาก เห็นได้จากปรากฏการณ์ครั้งหนึ่งที่นายวิทยา บุรณศิริ ทำโครงการ “เอายา(เก่า) มาแลกไข่ (ใหม่)”^๖ มีประชาชนเอายาที่ได้จากโรงพยาบาลมาแลกยามากมายหลายสิบล้านเม็ด และน่าจะมียาอีกหลายสิบล้านเม็ดที่ประชาชนไม่สนใจที่จะเอามาแลกไข่ แต่น่าเสียดายที่ไม่มีการรายงานว่าเป็นยานิดไหนบ้าง จำนวนเท่าใด และมีผู้อ้างงานวิจัยของ ผศ.ดร.ภญ.ภุรี อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว่า ในปี พ.ศ. 2549 โรงพยาบาลจ่ายยาเกินจำเป็น 487 ล้านบาท

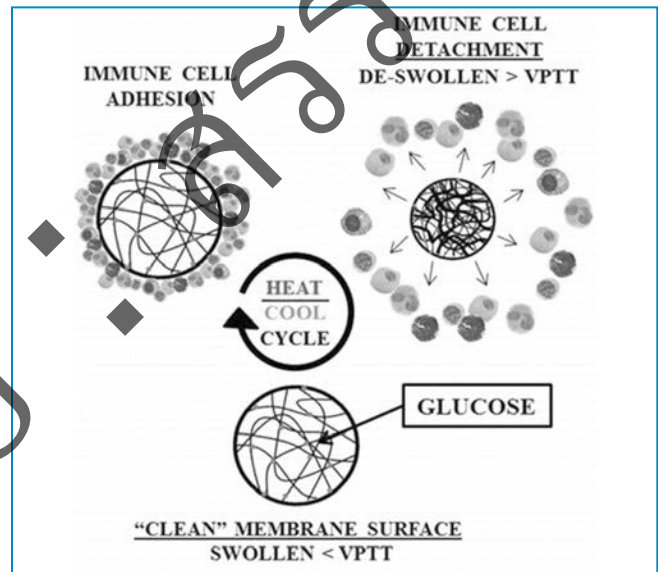
อ่านต่อฉบับหน้า >>>

ป้องกันการยึดเกาะของเซลล์บนเซ็นเซอร์ฝังใน ทางการแพทย์ด้วยแผ่นเยื่อเปลี่ยนแปลงรูปร่างได้

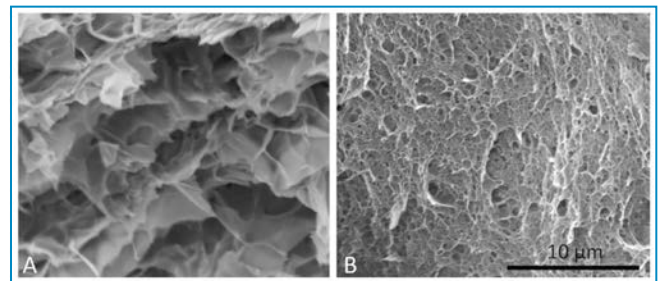
เซ็นเซอร์ฝังในทางการแพทย์ที่ถูกฝังในร่างกายเพื่อวัดและตรวจติดตามการเปลี่ยนแปลงของค่าต่าง ๆ ทางกายภาพที่สนใจสำหรับการป้องกันและรักษา เช่น เซ็นเซอร์วัดปริมาณน้ำตาลกลูโคส เป็นต้น มักจะประสบปัญหาในระหว่างการทำงานในร่างกายจากการเข้ามายุติเกาะของโปรตีนหรือเซลล์อันเนื่องมาจากกลไกการป้องกันตัวภายในร่างกายมนุษย์เมื่อพบสิ่งแปลกปลอม โดยร่างกายจะพยายามที่จะห่อหุ้มสิ่งแปลกปลอมนั้นเพื่อกันแยกสิ่งแปลกปลอมนั้นออกจากเนื้อเยื่ออื่น ๆ ภายในร่างกาย ซึ่งการเข้ามายุติเกาะนี้จะส่งผลให้ขัดขวางการทำงานของเซ็นเซอร์เนื่องจากจะเป็นการกั้นขวางไม่ให้ตรวจวัดค่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ลดปริมาณการแพร่เข้ามาของน้ำตาลกลูโคสยังเซ็นเซอร์ทำให้สูญเสียประสิทธิภาพไป ซึ่งการสูญเสียประสิทธิภาพนี้อาจใช้ระยะเวลาเพียงไม่กี่วันเท่านั้นภายหลังการฝังเข้าไปในร่างกาย ส่งผลให้ต้องมีการนำเอาเซ็นเซอร์ดังกล่าวออกและใส่ชุดใหม่เข้าไปแทน ซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอย่างมาก ไม่รวมถึงความไม่สะดวกสบายของผู้ป่วยและการเสียเวลาของแพทย์

โดยทั่วไปแล้ว การป้องกันการเข้ามายุติเกาะของเซลล์หรือโปรตีนบนพื้นผิวนั้นมักจะทำได้โดยการพัฒนาวัสดุที่มีองค์ประกอบหรือสมบัติของพื้นผิวที่เซลล์หรือโปรตีนไม่สามารถยึดเกาะได้ ซึ่งมีงานวิจัยทางด้านนี้อยู่เป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม ยังมีแนวคิดอื่นจากทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยเท็กซัส เอแอนด์เอ็ม ประเทศสหรัฐอเมริกา ในการป้องกันการยึดเกาะของเซลล์บนพื้นผิววัสดุที่น่าสนใจคือ ยอมรับว่าเซลล์สามารถที่จะยึดเกาะบนพื้นผิวของวัสดุใด ๆ ได้และไม่ได้พยายามที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการยึดเกาะ หากแต่จะมีวิธีใดที่จะสามารถทำให้เซลล์ที่ยึดเกาะนั้นหลุดออกไปได้ต่างหาก ซึ่งทีมวิจัยพบว่าส่วนผสมของไฮโดรเจลในกลุ่มของ เอ็น-ไอโซโพรพิลอะคริลาไมด์ (N-isopropylacrylamide: NIPAAm) นั้นสามารถที่จะปรับแต่งให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างตอบสนองต่ออุณหภูมิที่เปลี่ยนไป โดยเมื่ออยู่ภายใต้อุณหภูมิต่ำกว่าอุณหภูมิทรานซิชันของปริมาตร (volume phase transition temperature) ไฮโดรเจลดังกล่าวจะมีสมบัติชอบน้ำและเกิดการบวมตัวขึ้น แต่เมื่ออยู่ภายใต้อุณหภูมิ

ที่สูงกว่าอุณหภูมิทรานซิชันของปริมาตร ไฮโดรเจลดังกล่าวจะมีสมบัติไม่ชอบน้ำและเกิดการหดตัวเกิดขึ้น ซึ่งนำเอาสมบัติของวัสดุดังกล่าวนี้มาใช้ในการป้องกันการยึดเกาะของเซลล์ได้โดยการให้อุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงไปมาอย่างวัสดุ ซึ่งการบวมตัวและหดตัวของไฮโดรเจลนี้จะทำให้เซลล์หรือโปรตีนไม่สามารถทนทานได้และเกิดการหลุดลอกออกจากพื้นผิวไปเอง



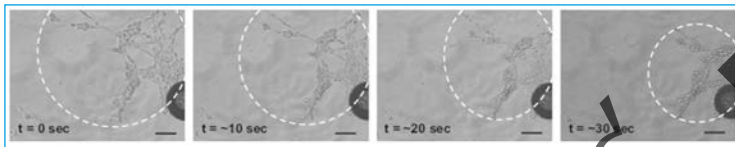
ภาพแสดงหลักการทำงานของแผ่นเยื่อป้องกันการยึดเกาะของเซลล์โดยการเปลี่ยนแปลงรูปร่างอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ^[2]



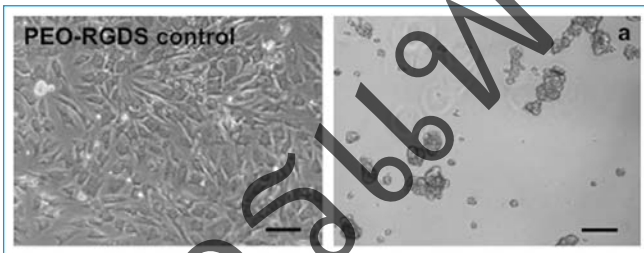
ภาพแสดงโครงสร้างจุลภาคของแผ่นเยื่อไฮโดรเจลในสภาวะชอบน้ำและบวมตัว (A) เมื่อเทียบกับสภาวะที่ไม่ชอบน้ำและหดตัว (B) จากการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิที่ต่ำและสูงกว่าอุณหภูมิทรานซิชันของปริมาตรของไฮโดรเจล^[3]

จากแนวความคิดดังกล่าว ทีมวิจัยได้ทดลองความสามารถในการทำความสะอาดตัวเองของแผ่นเยื่อไฮโดรเจล

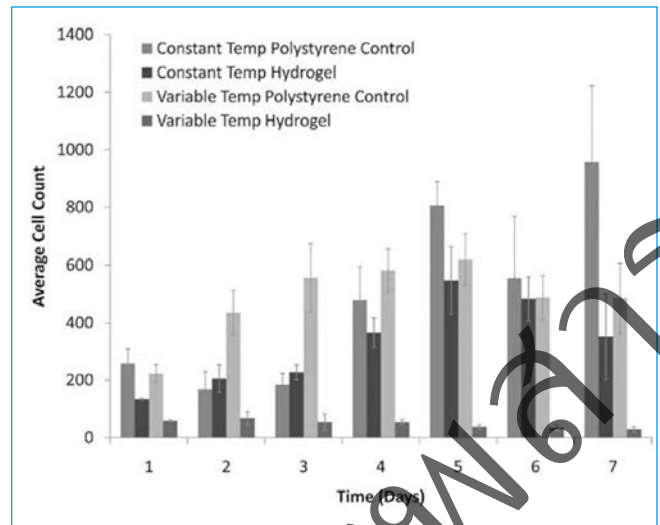
โดยการเพาะเลี้ยงเซลล์ประเภทต่าง ๆ ลงบนพื้นผิวของไฮโดรเจลดังกล่าวและนำไปให้อุณหภูมิที่เปลี่ยนไป ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสามารถที่จะทำให้เซลล์ที่เจริญของพื้นผิวไฮโดรเจลนั้นสามารถที่จะหลุดลอกออกไปได้จากการให้รอบการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิเพียงไม่กี่รอบเท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นความเป็นไปได้ในการนำมาประยุกต์ใช้งานในการป้องกันการทำงานของเซ็นเซอร์ทางการแพทย์ต่าง ๆ โดยจะต้องปรับให้ค่าอุณหภูมิทรานซิชันของปริมาตรของไฮโดรเจลนั้นมีค่าสูงกว่าอุณหภูมิในร่างกายบริเวณที่ใช้งาน ทำให้เมื่อฝังเซ็นเซอร์ที่หุ้มด้วยแผ่นเยื่อไฮโดรเจลนี้แล้วจะอยู่ในสภาวะบวมตัวและมีประสิทธิภาพในการรับสารต่าง ๆ เพื่อการวัดค่า จากนั้นหากต้องการทำความสะอาดเซ็นเซอร์ก็ให้ความร้อนเป็นรอบ ๆ แก่ไฮโดรเจลโดยอุปกรณ์จากภายนอกร่างกายเพื่อให้มีอุณหภูมิสูงและต่ำกว่าอุณหภูมิทรานซิชันของปริมาตร ส่งผลให้ไฮโดรเจลดังกล่าวเกิดการหดตัวและขยายตัวไปมาจนพื้นผิวสะอาดตามต้องการ



ภาพแสดงการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์กลั่มเนื้อ (จากซ้ายไปขวา) จากสภาวะที่มีการแผ่ขยายตัวยึดเกาะบนพื้นผิววัสดุที่ติดไปเป็นเซลล์ที่มีลักษณะกลมและพร้อมที่จะหลุดออกจากพื้นผิววัสดุภายหลังการให้รอบการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ สเกลบาร์เท่ากับ 100 ไมครอน^[4]



ภาพแสดงรูปร่างของเซลล์ควบคุมที่มีการแผ่ขยายตัวยึดเกาะบนพื้นผิววัสดุที่ติดเมื่อเทียบกับเซลล์บนพื้นผิวไฮโดรเจลที่ผ่านการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิซึ่งมีลักษณะกลมที่พร้อมจะหลุดลอกออกจากพื้นผิววัสดุ สเกลบาร์เท่ากับ 100 ไมครอน^[4]



กราฟเปรียบเทียบการเจริญของเซลล์ไฟโบรบลาสต์บนพื้นผิววัสดุควบคุมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง เมื่อเทียบกับไฮโดรเจลที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ โดยการศึกษาในสภาวะที่อุณหภูมิคงที่และอุณหภูมิเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะพบว่าปริมาณเซลล์บนพื้นผิวไฮโดรเจลที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมินั้นจะมีปริมาณต่ำมากเมื่อเทียบกับตัวอย่างอื่นในทุกระยะเวลาการเพาะเลี้ยง^[4]

ถึงแม้จะประสบความสำเร็จจากการศึกษาในห้องปฏิบัติการ ยังคงต้องมีการศึกษาในรายละเอียดเพิ่มเติมถึงประสิทธิภาพและผลกระทบของการใช้เทคนิคดังกล่าวต่อเซลล์และสภาพแวดล้อมในร่างกายมนุษย์ รวมทั้งความสะดวกในการใช้งาน ทั้งนี้เนื่องจากการบวมตัวและหดตัวดังกล่าวอาจจะไปส่งผลต่อการเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อในบริเวณใกล้เคียงได้ อีกทั้งอุณหภูมิของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปตามความลึกของบริเวณที่ฝังเซ็นเซอร์ ทำให้การควบคุมการบวมตัวและหดตัวในการทำงานของไฮโดรเจลดังกล่าวในสิ่งมีชีวิตนั้นอาจไม่ใช่เรื่องง่าย อย่างไรก็ตาม ถือได้ว่าเป็นอีกแนวความคิดที่มีประโยชน์และอาจนำมาใช้งานได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. <http://engineering.tamu.edu/news/2012/11/30/biomedical-engineerings-melissa-grunlan-develops-self-cleaning-membrane-for-implantable-glucose-sensors/>
2. A. A. Abraham, R. Fei, G. L. Coté and Melissa A. Grunlan (2013) ACS Appl. Mater. Interfaces, 5(24), pp. 12832-12838.
3. R.M. Gant, A. A. Abraham, Y. Hou, B. M. Cummins, M. A. Grunlan and G. L. Coté (2010) Acta Biomaterialia 6, pp. 2903-2910.
4. Y. Hou, A. R. Matthews, A. M. Smitherman, A. S. Bulick, M. S. Hahn, H. Hou, A. Han and M. A. Grunlan (2008), Biomaterials, 29, pp. 3175-3184.

โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์

(Gestational Diabetes Mellitus)

บทนำ

ในอดีต ก่อนมีการใช้อินซูลินในการรักษาโรคเบาหวาน พบสตรีที่เป็นโรคเบาหวานตั้งครรภ์ไม่มากนัก แต่หากพบมักจะมีอัตราตายและทุพพลภาพของทั้งมารดาและทารกสูง ต่อมาเมื่อทราบพยาธิสรีรวิทยาของโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ และพัฒนาวิธีการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็สามารถทำให้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ดีขึ้น จนกระทั่งปัจจุบันพบว่าหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานได้ดี อัตราตายปริกำเนิดของทารกจะเท่ากับสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป⁽¹⁾ (ยกเว้นกรณีทารกมีความพิการแต่กำเนิด)

อย่างไรก็ดี อัตราตายปริกำเนิดของทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดในสตรีกลุ่มนี้ยังคงสูงอยู่ รวมทั้งปัญหาในการวินิจฉัยและดูแลรักษาในสตรีตั้งครรภ์บางกลุ่มก็ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราตายและทุพพลภาพของทารกยังไม่ลดลงเท่าที่ควร รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนในระบบการไหลเวียนโลหิตแล้ว มักมีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ยังไม่ดีนัก⁽²⁾

นิยามของ GDM

การเกิดภาวะ Carbohydrate intolerance ในระดับความรุนแรงใดก็ตามซึ่งตรวจพบในระหว่างตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงว่าการรักษาจำเป็นต้องใช้อินซูลินหรือไม่ จึงอาจรวมสตรีที่เป็นเบาหวานอยู่ก่อนแล้ว⁽³⁾ โดยทั่วไป GDM มักเกิดในระยะหลัง ๆ ของการตั้งครรภ์ ดังนั้น หากตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ มักบ่งว่าน่าจะเป็นโรคเบาหวานที่เป็นมาก่อน (Overt diabetes)

พยาธิสรีรวิทยา

ก่อนจะพิจารณาให้การรักษาโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ การทำความเข้าใจถึงพยาธิสรีรวิทยาของโรคเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่ง ระหว่างตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตค่อนข้างมาก ในระยะแรกของการตั้งครรภ์การเพิ่มของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนทำให้เกิด Beta cell hyperplasia ในตับอ่อนซึ่งทำให้มีการหลั่งอินซูลินออกมาเพิ่มขึ้น⁽⁴⁾ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของมารดาลดลงร้อยละ 10 ในขณะเดียวกัน มีการสร้างไกลโคเจนตามเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้นและลดการผลิตน้ำตาลของตับประมาณร้อยละ 30 ที่ช่วยในการผลิตน้ำตาลลดลง แต่กรดไขมัน ไตรกลีเซอไรด์ และคีโตนเพิ่มขึ้น ภาวะดังกล่าวทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานแบบต้องใช้อินซูลิน (Insulin-dependent diabetes mellitus: IDDM) จึงทำให้มีการใช้พลังงานจากไขมันสะสมเพื่อป้องกันการทำลายกล้ามเนื้อ⁽²⁾

ต่อมาเมื่อปริมาณฮอร์โมน Human placental lactogen (hPL) ซึ่งสร้างจากรกเพิ่มขึ้นจะมีการสลายไขมันให้เป็นกลีเซอรอลและกรดไขมันเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นแหล่งพลังงาน

สำหรับทารกในครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ลดการใช้กลูโคสและกรดอะมิโนลง การเพิ่มของฮอร์โมน hPL และฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ต้านอินซูลินอื่น ๆ ได้แก่ โปรเจสเตอโรน คอร์ติซอล และโปรแลคตินทำให้เกิดภาวะ “Diabetogenic state” ในสตรีตั้งครรภ์⁽⁵⁾ ฮอร์โมนดังกล่าวทำให้เนื้อเยื่อตอบสนองต่ออินซูลินลดลง (Insulin resistance) ซึ่งจะดำเนินไปจนกระทั่งช่วงท้ายไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์⁽⁶⁾ การพ่วงของ Glucose tolerance ในสตรีตั้งครรภ์ปกติเป็นประโยชน์ต่อมารดาและทารกในครรภ์ แต่ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยากลำบากขึ้น สตรีกลุ่มนี้ต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้น และสำหรับสตรีที่มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติของตับอ่อนอาจมีการพ่วงของอินซูลินเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะใกล้คลอดเป็นผลให้ตรวจพบโรคเบาหวานในสตรีกลุ่มนี้ได้เป็นครั้งแรก (Gestational diabetes mellitus: GDM)

รกนอกจากจะผลิตฮอร์โมนซึ่งมีผลต่อเมตาบอลิซึมของมารดาแล้ว ยังควบคุมการส่งผ่านสารอาหารไปสู่ทารก ระดับกลูโคสในเลือดทารกซึ่งส่งผ่านโดยวิธี Carrier-mediated facilitated diffusion จึงแปรตามระดับกลูโคสในเลือดมารดา นอกจากนี้แม้อินซูลินจะไม่สามารถส่งผ่านรกไปยังทารกได้ แต่ก็มีผลให้มีการส่งผ่านกลูโคสไปยังทารกเพิ่มขึ้น⁽⁷⁾ ดังนั้นในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด IDDM หากควบคุมระดับกลูโคสในเลือดได้ไม่ดีจะส่งผลให้ทารกมีระดับกลูโคสในเลือดสูง (Hyperglycemia) ขึ้นด้วย และหากเป็นเช่นนี้เป็นระยะเวลานานก็จะกระตุ้นให้เกิด Beta cell hyperplasia ในตับอ่อนของทารกและเกิดภาวะอินซูลินสูง (Fetal hyperinsulinemia) ตามมาด้วย⁽⁸⁾

การตรวจกรองภาวะ GDM

จากการศึกษาในอดีตพบว่าสตรีตั้งครรภ์จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 5⁽⁹⁻¹¹⁾ โดยร้อยละ 90 เป็น GDM⁽⁹⁾ ดังนั้น การพยายามตรวจกรองภาวะดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ O' Sullivan ยังพบว่าร้อยละ 50 ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น GDM จะเป็นโรคเบาหวานได้ใน 22-28 ปีข้างหน้า โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจพบว่าเป็น GDM ตั้งแต่ไตรมาสแรก หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดอาหารสูง⁽¹²⁾

ในอดีตสูติแพทย์มักทำการตรวจกรองภาวะ GDM ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

1. อายุเกิน 30 ปี
2. มีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว
3. มีประวัติผิดปกติทางสรีรศาสตร์ ได้แก่ เคยคลอดบุตรตัวโต (น้ำหนักแรกเกิดเกิน 4,000 กรัม) มีภาวะพิการแต่กำเนิด หรือตายคลอด
4. รูปร่างอ้วน
5. ความดันโลหิตสูง
6. ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ⁽¹³⁾

ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 American Diabetes Association (ADA) แนะนำให้ทำการตรวจกรองภาวะ GDM ในสตรีตั้งครรภ์ทุกคน⁽¹⁴⁾ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น GDM จะไม่ได้รับการวินิจฉัยหากทำการตรวจกรองเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2537 American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ได้เสนอให้ตรวจกรองภาวะ GDM เฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง⁽¹⁶⁾ และในการประชุม The Fourth International Workshop Conference on Gestational Diabetes Mellitus (4th IWC)⁽¹⁷⁾ ในปี พ.ศ. 2541 ก็แนะนำในลักษณะเดียวกัน

วิธีการตรวจกรอง GDM ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังจากรับประทานกลูโคสปริมาณ 50 กรัม เป็นเวลา 1 ชั่วโมง (50-g oral glucose challenge test: OGCT) โดยไม่จำเป็นต้องอดอาหารก่อนการตรวจ อย่างไรก็ตามพบว่าความไวของการตรวจกรองดีขึ้นหากให้ผู้ปวยงดอาหารก่อนการตรวจ^(18,19) โดยทั่วไปค่าปกติของการตรวจ OGCT ควรน้อยกว่า 140 มก./ดล. แต่มีบางรายงานพบว่า ถ้าใช้ค่า Cut-off ที่ 130 มก./ดล. จะมีความไวในการตรวจกรองสูงกว่า^(15,16) เมื่อพบค่า OGCT ผิดปกติต้องทำการตรวจวินิจฉัยด้วย 100-g oral glucose tolerance test (OGTT) ต่อไป

เกณฑ์ในการวินิจฉัย GDM

การที่เลือกใช้วิธีรับประทานกลูโคสแทนที่จะฉีดเข้าเส้นเลือด เนื่องจากทำให้เข้ากับสรีรวิทยาจริง เพราะสตรีตั้งครรภ์ได้รับกลูโคสจากการรับประทานอาหารเข้าไป นอกจากนี้ยังเป็นการประเมินระบบทางเดินอาหารซึ่งมีผลต่อการหลั่งอินซูลินของร่างกายด้วย การตรวจทำได้ให้ผู้ปวยดน้ำและอาหารประมาณ 8-12 ชั่วโมง และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในตอนเช้า หลังจากนั้นให้ผู้ปวยรับประทานกลูโคสปริมาณ 100 กรัม และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากรับประทานกลูโคสไปเป็นเวลา 1, 2 และ 3 ชั่วโมงตามลำดับ เกณฑ์ในการวินิจฉัยว่ามีภาวะ GDM คือ ค่าผิดปกติตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป โดยค่า Cut-off ในแต่ละระยะเวลา ดังแสดงในตารางที่ 1

ค่า Cut-off ที่การประชุม 4th IWC แนะนำเป็นผลจากการศึกษาของ Carpenter และ Coustan ในปี พ.ศ. 2528⁽²⁰⁾ ซึ่งพบว่าค่า Cut-off ที่ใช้เดิมสูงเกินไป ทำให้มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพจาก GDM รวมทั้งทารกตัวโตไม่ได้รับการวินิจฉัยและดูแล

ตารางที่ 1 เกณฑ์ในการวินิจฉัย GDM : พบค่าผิดปกติตั้งแต่ 2 ขึ้นไป

ระยะเวลา หลังรับประทานกลูโคส	O' Sullivan ^{*(21)}	ACOG and Expert Committee ^{** (16)}	4 th IWC modified, Carpenter and Coustan ^{*** (17)}
ขณะอดอาหาร	90	105	95
1 ชั่วโมง	165	190	180
2 ชั่วโมง	145	165	155
3 ชั่วโมง	125	145	140

*Whole blood, Somogyi-Nelson method;

**plasma or serum, glucokinase or hexokinase method;

***plasma or serum, glucokinase or hexokinase method.

รักษาอย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตาม Rust และคณะ พบว่าการลดค่า Cut-off ในการวินิจฉัย GDM ลงไม่ได้ช่วยให้ผลลัพธ์ของการรักษาเปลี่ยนแปลงไป และยังแนะนำให้ใช้เกณฑ์ของ ACOG ต่อไป⁽²³⁾

ในบางประเทศ การตรวจวินิจฉัยภาวะ GDM จะใช้ 75-g OGTT โดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานกลูโคสเพียง 2 ครั้งคือ 1 และ 2 ชั่วโมง หากใช้วิธีดังกล่าว ค่า Cut-off ที่ใช้จะมีค่าเท่ากับ 95, 180 และ 155 มก./ดล. เมื่ออดอาหาร และ 1, 2 ชั่วโมงหลังรับประทานกลูโคสตามลำดับ ซึ่งการประชุม 4th IWC ได้เสนอการตรวจ 75-g OGTT เพียงครั้งเดียวแทนการตรวจกรองด้วย OGCT และตามด้วย OGTT ในปัจจุบัน⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม การนำมาใช้ในทางปฏิบัติยังคงต้องทำการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่เสียก่อน

การจัดแบ่งกลุ่ม GDM

ปกติโรคเบาหวานแบ่งเป็นชนิดที่ 1 และ 2 ตามความต้องการอินซูลินในการรักษา แต่สำหรับ GDM มีการจัดกลุ่มใหม่โดย ACOG ในปี พ.ศ. 2529⁽¹³⁾ ดังในตารางที่ 2 ซึ่งสตรีที่อยู่ในกลุ่ม Class B ถึง H เทียบเท่ากับ Overt diabetes ในการแบ่งกลุ่มโรคเบาหวานของ White⁽²⁴⁾ นั่นเอง

ผลกระทบของ GDM ต่อทารกในครรภ์

การแท้ง (Abortion)

มีการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและความคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีพอจะมีอุบัติการณ์แท้งเพิ่มมากขึ้น^(25,26) Rosenn และคณะ⁽²⁷⁾ รายงานว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีค่า Glycohemoglobin A1c (HbA1c) แรกเริ่มเกินร้อยละ 12 หรือระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 120 มก./ดล. เป็นเวลานาน ๆ จะเสี่ยงต่อการแท้งสูง

ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Fetal death)

ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุเป็นภาวะที่พบในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานอยู่เสมอ โดยไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติของรก ภาวะทารกโตช้าในครรภ์หรือภาวะน้ำหนักน้อย โดยทั่วไปมักพบในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไป⁽²⁸⁾ โดยสตรีตั้งครรภ์นั้นมักมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี ภาวะแผ่นน้ำ ทารกตัวโต หรือความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ในอดีตจึงมีความพยายามลดภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์โดยการชักนำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด แต่การดูแลรักษาดังกล่าวกลับเพิ่มอัตราการตายของทารกแรกคลอด เนื่องจากอาจมีการคำนวณอายุครรภ์หรือน้ำหนักทารกผิดพลาด ภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของทารกจากมารดาที่เป็นโรคเบาหวานเอง

มีการศึกษาพบว่าทารกของมารดาที่เป็น IDDM

ตารางที่ 2 การจัดแบ่งกลุ่มโรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์

กลุ่ม	ระยะเริ่มแรก	ระดับกลูโคส ในเลือด ขณะงดอาหาร	ระดับกลูโคส ในเลือด 2 ชม. หลังอาหาร	การดูแลรักษา
A ₁	ขณะตั้งครรภ์	< 105 มก./ดล.	< 120 มก./ดล.	ควบคุมด้วยอาหาร
A ₂	ขณะตั้งครรภ์	> 105 มก./ดล.	> 120 มก./ดล.	ใช้อินซูลิน
กลุ่ม	อายุเมื่อเริ่มเป็น	ระยะเวลาที่เป็น (ปี)	ความผิดปกติ ของระบบ หลอดเลือด	การดูแลรักษา
B	> 20	< 10	ไม่มี	ใช้อินซูลิน
C	10-19	10-19	ไม่มี	ใช้อินซูลิน
D	< 10	> 20	Benign retinopathy	ใช้อินซูลิน
F	ไม่จำกัด	ไม่จำกัด	Nephropathy*	ใช้อินซูลิน
R	ไม่จำกัด	ไม่จำกัด	Proliferative retinopathy	ใช้อินซูลิน
H	ไม่จำกัด	ไม่จำกัด	หัวใจ	ใช้อินซูลิน

* วินิจฉัยระหว่างตั้งครรภ์เมื่อตรวจหาระดับโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงตั้งแต่ 500 มก. ขึ้นไป โดยทำการตรวจก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์

มีระดับ pH ในเลือดจากสายสะดือลดลง แต่มีระดับ pCO₂, Lactate และ Erythropoietin เพิ่มขึ้น^(29,30) นอกจากนี้เชื่อว่า การลดลงของการไหลเวียนโลหิตไปยังมดลูกเป็นสาเหตุประการหนึ่ง เช่น ในภาวะ Diabetic ketoacidosis และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะ Fetal Hyperinsulinemia ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิด Intrauterine asphyxia และนำไปสู่การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ได้

ภาวะทารกพิการแต่กำเนิด (Congenital malformations)

ภาวะทารกพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น IDDM อุบัติการณ์ของภาวะดังกล่าวมีประมาณร้อยละ 5-10^(27,31-33) ความผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้นได้กับหลายอวัยวะดังแสดงในตารางที่ 3

เดิมเชื่อว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทารกพิการแต่กำเนิด ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง แต่ต่อมาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำเกินไป การมีระดับ Ketone body, Somatomedin inhibitor หรือ Free oxygen radical สูงก็อาจเป็นผลให้เกิดภาวะดังกล่าวได้^(33,34) นอกจากนี้เชื่อว่ากรรมพันธุ์และ HLA type ของมารดาอาจมีผลต่อการเกิดภาวะทารกพิการแต่กำเนิดเช่นกัน⁽³⁾

เนื่องจากภาวะทารกพิการแต่กำเนิดเกิดขึ้นในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ การพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานชนิด IDDM ให้ดีขึ้นก่อนการ

ตารางที่ 3 ภาวะทารกพิการแต่กำเนิดที่พบในทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นโรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

Transposition of the great vessels
Ventricular septal defect
Atrial septal defect
Hypoplastic left ventricle
Situs inversus
Anomalies of the aorta

ระบบประสาท

Anencephaly
Encephalocele
Meningomyelocele
Holoprosencephaly
Microcephaly

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

Caudal regression syndrome
Spina bifida

ระบบทางเดินปัสสาวะ

Absent kidneys (Potter syndrome)
Polycystic kidneys
Double ureter

ระบบทางเดินอาหาร

Tracheoesophageal fistula
Bowel atresia
Imperforate anus

ตั้งครรภ์จึงมีส่วนช่วยป้องกันภาวะทารกพิการแต่กำเนิดได้ดี⁽³⁵⁾ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น GDM นั้นพบภาวะทารกพิการแต่กำเนิดไม่มากนัก อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถหาวิธีป้องกันภาวะดังกล่าวในสตรีกลุ่มนี้ได้ มีเพียงรายงานที่พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดอาหารที่สูงมาก ๆ (มากกว่า 120 มก./ดล.) ในการตรวจเพื่อวินิจฉัย GDM สามารถพยากรณ์ว่าอัตราเสี่ยงของภาวะทารกพิการแต่กำเนิดจะสูงขึ้น⁽³⁶⁾

ทารกตัวโต (Macrosomia)

ทารกตัวโตเป็นภาวะแทรกซ้อนซึ่งนำไปสู่การคลอดใหล่ยาก ภาวะบาดเจ็บและขาดออกซิเจน โดยนิยามของทารกตัวโต ได้แก่ ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดเกิน 4,000 กรัม หรือบางสถาบันใช้น้ำหนักแรกคลอดเกินเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90 สำหรับอายุครรภ์นั้น ๆ ทารกกลุ่มนี้มีมวลกล้ามเนื้อไขมันและขนาดของอวัยวะต่าง ๆ มากกว่าทารกปกติ ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลมาจากการมีระดับน้ำตาลและอินซูลินในเลือดสูง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดภายหลังทารกคลอดคือ ระดับน้ำตาลในเลือดของทารกต่ำ (Neonatal hypoglycemia)

การพยายามพยากรณ์ภาวะดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อการดูแลรักษาระหว่างคลอดและหลังคลอด มีการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อ้วนมากเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดภาวะทารกตัวโต^(37,38) การตรวจร่างกายโดยวัดระดับความสูงของมดลูกที่ถูกต้องก็สามารถช่วยทำนายภาวะทารกตัวโตได้ค่อนข้างดี⁽³⁹⁾ การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงประกอบการพิจารณาภาวะทารกตัวโตก็มีส่วนช่วยทำนายโรคได้ดี ทำให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการคลอดลงได้ อย่างไรก็ตาม การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงวินิจฉัยภาวะดังกล่าวยังไม่สมบูรณ์ดีนัก⁽⁴⁰⁻⁴²⁾ ทำให้เกิดการวินิจฉัยผิดพลาดเกินความเป็นจริง และนำไปสู่การผ่าตัดคลอดเกินความจำเป็น ทั้งนี้เนื่องจากปริมาณไขมันที่เพิ่มขึ้นไม่ได้มีน้ำหนักเท่ากับมวลกล้ามเนื้อของร่างกายทารก⁽⁴²⁾ Crane และคณะ พยายามปรับปรุงวิธีการคำนวณน้ำหนักทารกจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง โดยแยกมวลไขมันและมวลกล้ามเนื้อเพื่อให้ได้น้ำหนักที่แม่นยำขึ้น⁽⁴³⁾

(อ่านต่อฉบับหน้า)

โยคะ กับ โรคหัวใจ

โยคะเป็นหลักการปฏิบัติตน หลักการดำเนินชีวิตเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ หลักการปฏิบัติของโยคะเป็นการฝึกร่างกายให้แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และฝึกจิตให้เป็นสมาธิ

วิถีชีวิตของคนปัจจุบันมีความเร่งรีบ มีการแข่งขันกันสูง การดำรงชีวิตในปัจจุบันได้รับวัฒนธรรมการกินอยู่ การใช้ชีวิตจากสื่อโลกตะวันตกมากขึ้น เราได้รับประทานเนื้อสัตว์ ไขมันมากขึ้น รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัดขึ้น เราจึงมีโรคและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ มากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคเครียด ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของเราทั้งสิ้น

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโยคะ และโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยพบการศึกษาว่า คนที่ฝึกโยคะจะมีความยืดหยุ่นของร่างกายดีกว่า มีการทรงตัวดีขึ้น และมีโอกาสล้มน้อยลง ซึ่งเป็นผลมาจากกล้ามเนื้อที่แข็งแรงขึ้น และความยืดหยุ่นที่ดี การฝึกการหายใจดีขึ้น อันส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานได้ดีขึ้น พบว่าการฝึกโยคะอย่างสม่ำเสมอช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต diastolic, HDL, cholesterol, triglycerides, ช่วยควบคุมหัวใจเต้นผิดจังหวะและหัวใจรวนเร (atrial fibrillation) โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

กล่าวโดยสรุป การฝึกโยคะอย่างสม่ำเสมอช่วยในการรักษาโรคหัวใจ หากฝึกอย่างถูกต้องและพอเหมาะ

ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำที่ขาและในปอด

(Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism)

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดหลอดเลือดอุดตันเกิดจากปัจจัยเสี่ยงอันใดอันหนึ่งใน 3 อย่างที่เรียกว่า Virchow's triad

ปัจจัยเสี่ยงตาม Virchow's triad ประกอบด้วย

1. ภาวะที่ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดช้าลง (venous stasis) ได้แก่ ไม่เคลื่อนไหวนานเกิน 48 ชั่วโมง หรือการตั้งครรภ์

2. ภาวะการแข็งตัวของเลือดง่ายกว่าปกติ (hypercoagulability) เช่น โรคมะเร็งบางชนิด กลุ่มอาการ antiphospholipid หรือโรคทางพันธุกรรมบางชนิด (ที่พบบ่อยมากคือ factor V Leiden mutation และ prothrombin gene mutation) รองลงมาได้แก่ ภาวะขาดโปรตีน S หรือโปรตีน C และภาวะขาด antithrombin ส่วนสาเหตุที่พบบได้น้อยคือ dysfibrinogenemias

ผู้หญิงที่กินยาคุมกำเนิดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะอุดตันของหลอดเลือดภายใน 4 เดือนนับแต่เริ่มใช้ยา และเมื่อหยุดใช้ยาคุมกำเนิดจะมีความเสี่ยงลดลงเท่ากับก่อนใช้ยาภายใน 2 เดือน นอกจากนี้พบว่าถ้ามีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยเสริมร่วมด้วย เช่น ภาวะ factor V Leiden mutation ร่วมกับการกินยาคุมกำเนิดก็จะทำให้ยิ่งเพิ่มโอกาสเกิดภาวะอุดตันของหลอดเลือดจาก 0.06 ต่อปี เป็น 0.29 ต่อปี

3. ภัยอันตรายต่อผนังหลอดเลือด (vessel wall injury) เช่น การฉีดยาเสพติดเข้าหลอดเลือด เป็นต้น

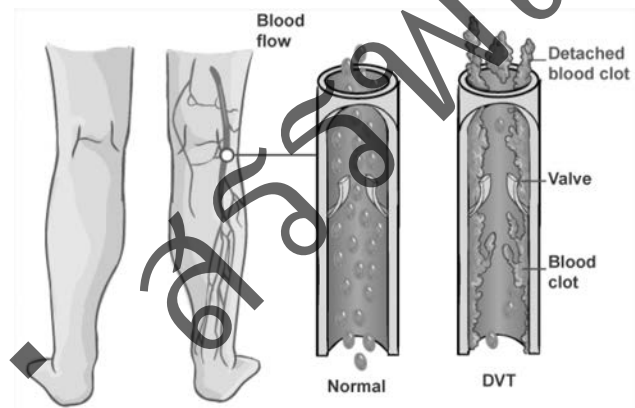
ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ขา (Deep Vein Thrombosis: DVT)

พบได้ตั้งแต่หลอดเลือดดำที่น่อง (isolated calf vein thrombosis) ที่มีอาการน้อยมากไปจนถึงอาการปวดบวมแดงขาบริเวณหลอดเลือดดำใหญ่ที่ iliofemoral vein อย่างมากก็ได้

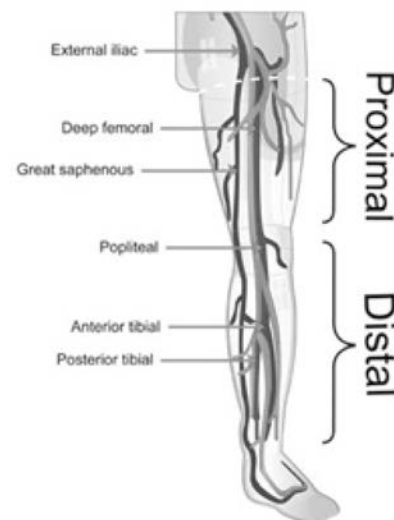
Proximal DVT คือภาวะหลอดเลือดดำอุดตันใน popliteal vein หรือหลอดเลือดดำที่อยู่สูงกว่าเข่าขึ้นไป สำหรับ distal DVT คือภาวะหลอดเลือดดำอุดตันใน calf vein ซึ่งเป็นหลอดเลือดดำที่อยู่ต่ำกว่าเข่าลงไป พบว่า distal clot มักมีการสลายก่อนเลือดที่อุดตันเอง แต่ก็มีโอกาสก่อลิ่มเลือดอุดตันลามขึ้นไปเป็น proximal DVT ได้ 20%

อาการ

มาด้วยขาบวมแดงปวดข้างเดียว การตรวจพบ Homan's sign



ภาพที่ 1 กลไกการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ขา⁽⁴⁾



ภาพที่ 2 การแบ่ง proximal DVT และ distal DVT⁽⁵⁾

(อาการปวดบวมขาเมื่อผู้ป่วยเหยียดเข่าและกระดกข้อเท้าขึ้น) ไม่ได้เป็นอาการเฉพาะของโรคนี้

การวินิจฉัยโรค

ประเมินอาการที่คิดว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด DVT โดยดูจาก well score ดังตารางที่ 1 พบว่ามักใช้ well score ช่วยในการวินิจฉัย DVT อย่างไรก็ตาม gold standard ในการวินิจฉัยโรคยังคงเป็นการ

ตารางที่ 1 Wells Clinical Score for DVT

อาการแสดง	คะแนน
มะเร็ง (กำลังรักษาหรือได้รับการรักษาภายใน 6 เดือน หรือเป็นระยะสุดท้ายแล้ว)	+1
อัมพาตหรือเข้าเฝือกที่ขา	+1
นอนติดเตียงนาน > 3 วัน หรือเคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ < 1 เดือน	+1
เจ็บขาข้างที่เป็น DVT	+1
ขาบวมทั้งข้าง	+1
ขาบวมแตกต่างกัน > 3 ซม.	+1
ขาบวมกดบ่ม	+1
เคยเป็น DVT มาก่อน	+1
มีเส้นเลือดดำไปเลี้ยงขาข้างที่เป็น DVT มากขึ้น [Collateral superficial veins (non-varicose)]	+1
น่าจะเป็นโรคอื่นมากกว่า DVT	-2
คะแนนรวม	
โอกาสเป็น DVT สูง	≥ 3
โอกาสเป็น DVT ปานกลาง	1 or 2
โอกาสเป็น DVT ต่ำ	≤ 0

ดัดแปลงจาก: Anand SS, Wells PS, Hunt D, Brill-Edwards P, Cook D, Ginsberg JS. Does this patient have deep vein thrombosis?. JAMA. 1998;279:1094-9.

ฉีดสีหลอดเลือดดำ (contrast venography) อยู่ดี แต่วิธีการฉีดสีค่อนข้าง invasive จึงมักนิยมทำ venous duplex ultrasound ที่ขา ซึ่งมีความไวในการวินิจฉัยโรคสำหรับ DVT ถึง 95%

D-dimer

เป็นโปรตีนชนิดหนึ่งที่เกิดจากการสลาย fibrin ขึ้น การพบมี D-dimer ในเลือดแสดงว่ามีการสร้างและสลายลิ่มเลือดในร่างกายภายใน 3 วันมานี้ นอกจากนี้ยังพบมี D-dimer สูงในเลือดของผู้ที่เป็นมะเร็ง ตั้งครรภ์ อายุมาก นอนติดเตียงเป็นเวลานาน เพิ่งได้รับการผ่าตัดมา อัมพาต หรือมีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น มีการนำ D-dimer มาเพื่อตัดโรค DVT ออกไปได้

อย่างไรก็ดี พบว่าเมื่อผล D-dimer ในเลือดเป็นลบยังคงพบลิ่มเลือดจากการฉีดสี angiogram ได้ 10% แต่ถ้าผล D-dimer เป็นบวกจะพบลิ่มเลือดจากการฉีดสี angiogram ได้ 30%

ดังนั้น D-dimer มีประโยชน์ในการตัดโรค DVT ออกไปมากที่สุด

วิธีการวัด D-dimer มีหลายวิธีดังนี้

1. enzyme linked immunosorbent

assay (ELISA) ใช้เวลาตรวจนาน แต่ให้ผลแม่นยำมากถ้าค่า < 500 นาโนกรัม/มิลลิลิตร แสดงว่าไม่น่ามี DVT

2. rapid ELISA assay (VIDAS) มี

ความไวในการตรวจสูง ถ้าผลเป็นลบก็ไม่นึกถึง DVT ได้เลย และไม่ต้องทำอัลตราซาวนด์ของขาต่อเลย

3. rapid qualitative RBC

agglutination assay (SimpliRED) มีความไวในการตรวจสูงมากสำหรับ proximal vein DVT มีรายงานว่าในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงน้อยและอาการไม่ค่อยเหมือน DVT (low pretest probability) ด้วยแล้วจึงมาตรวจด้วยวิธีนี้ยังให้ผล D-dimer เป็นลบด้วย แล้วก็ทำให้ไม่นึกถึงโรค DVT เลย โดยไม่จำเป็นต้องไปตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงที่ขาต่อไป

4. latex agglutination assay เป็น

วิธีที่ใช้กันมานานแต่ให้ผลไม่แน่นอน มีความไวในการวินิจฉัยเพียง 50-60%

5. latex-enhanced immunotur-

bidimetric และ immunofiltration เป็นวิธีตรวจแบบใหม่ที่ทำให้ความไวในการวินิจฉัยค่อนข้างสูง

การตรวจด้วย duplex ultrasonography ของ proximal vein DVT มีความไว 97% และความจำเพาะถึง 95%

Pretest probability score ตาม well

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีโอกาสเป็น DVT (DVT score < 2) หรือมีโอกาสเป็น DVT (DVT score ≥ 2)

การใช้ D-dimer เพื่อช่วยวินิจฉัยโรค

- ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำถึงปานกลาง และ Wells DVT score < 2 ถ้าตรวจ D-dimer ในเลือดแล้วเป็นผลลบ ทำให้ไม่มีโอกาสเป็น DVT

- ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลางถึงสูง และ Wells DVT score ≥ 2 ถ้าตรวจ D-dimer แล้วเป็นผลบวกทำให้มีโอกาสเป็น DVT ได้ และควรพิจารณาทำ duplex ultrasonography ของขาพร้อมด้วย แต่ถ้า duplex ultrasonography ของขาเป็นลบยังคงควรทำการฉีดสีเข้าหลอดเลือดดำ (venography) เพื่อหา calf vein DVT ซึ่งอาจตรวจไม่พบจาก duplex ultrasonography ได้ นอกจากนี้ยังแนะนำให้ตรวจ duplex ultrasonography ที่ขาข้างอีก 1 สัปดาห์ต่อมาด้วย

- อาจเลือกใช้การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging: MRI) ในกรณีลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดดำในบริเวณช่องเชิงกรานหรือหลอดเลือดดำ Inferior Vena Cava

การรักษา

วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดในปอด (pulmonary embolism) ตามมา

1. unfractionated heparin ในขนาด 80 ยูนิต/กก. ฉีดเข้าเส้นเลือดแล้วให้ยาต่อเนื่องในขนาด 18 ยูนิต/กก./ชม. หรือให้ low-molecular-weight-heparin (LMWH) (enoxaparin 1 มก./กก. ฉีดเข้าใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง) LMWH ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันมี 4 ชนิดคือ enoxaparin, dalteparin, tinzaparin และ nadroparin

โดยทั่วไปจะให้ heparin ร่วมกับยา warfarin อยู่ประมาณ 4-5 วันจนกระทั่ง INR = 2-3 จึงหยุดให้ heparin ทั้งนี้เพื่อป้องกันผิวหนังตาย (skin necrosis) ที่เกิดจากการให้ warfarin ในช่วงแรก

แพทย์ควรพิจารณาหยุดยา heparin หรือ LMWH เมื่อปริมาณเกล็ดเลือด < 75,000

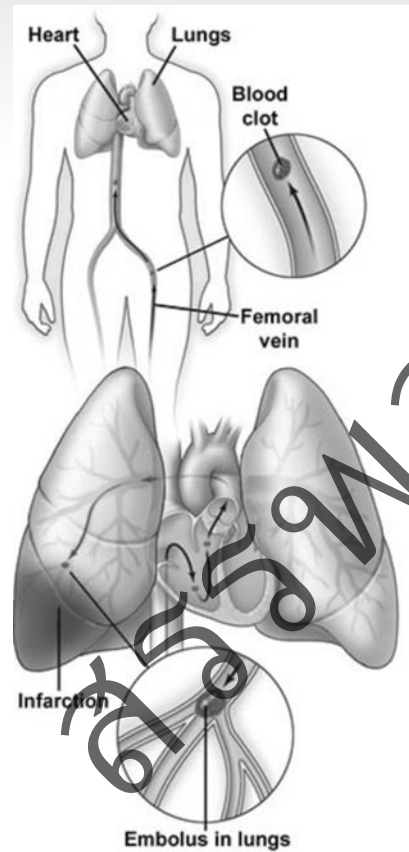
ในการเป็น DVT ในครั้งแรกควรให้ยา warfarin รักษาเป็นติดต่อกัน 3-6 เดือน แต่ถ้ามีการกลับเป็นใหม่ควรให้ยานานต่อเนื่อง 1 ปี

2. มีการใช้ vena caval filters ในกรณีผู้ป่วยที่มีข้อห้ามของการใช้ยาต้านเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) หรือผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) ได้แก่ มีปัญหาเลือดออกหรือ heparin-induced thrombocytopenia] หรือมีอาการกลับซ้ำเป็นใหม่อีก

3. นอกจากนี้ยังอาจใช้การผ่าตัดแทนก็ได้ โดยการทำการ thrombectomy แต่วิธีนี้มีโอกาสกลับเป็นใหม่ได้สูงจึงควรใช้ร่วมกับการให้ heparin ด้วยเสมอ

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด (Pulmonary Embolism: PE)

อาการมาด้วยไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ซึ่งมักเป็นอาการของโรคอื่นได้ด้วย



ภาพที่ 3 พยาธิสภาพของลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด^{๑)}

การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยใช้ Wells (Canadian Pulmonary Embolism Score) criteria

อย่างไรก็ดี มีการใช้ clinical scoring system หลายแบบ ซึ่งนำมาใช้ร่วมกับการตรวจหา D-dimer ในเลือด และ image เพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ได้แก่

ตารางที่ 2 Modified Wells' Score (Canadian score) for clinical probability of pulmonary embolism

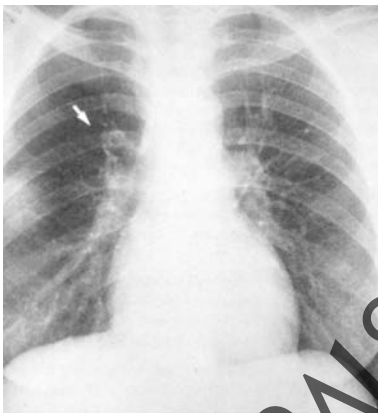
Wells Score สำหรับภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด	
ปัจจัย	คะแนน
อาการแสดงเข้าได้กับ DVT	+3
การวินิจฉัยเข้าได้กับ PE มากกว่าวินิจฉัยอื่น	+3
อัตราการเต้นของหัวใจ > 100 ครั้ง/นาที	+1.5
นอนติดเตียง ไม่เคลื่อนไหวหรือได้รับการผ่าตัดมาภายใน 1 เดือนก่อน	+1.5
เคยเป็น DVT หรือ PE มาก่อน	+1.5
ไอออกเลือด	+1
มะเร็ง	+1

ดัดแปลงจาก: Wells score. 2012 April 12 (cited 2013 January 27) (1 screen). Available from: http://www.ganfyd.org/index.php?title=Wells_score.

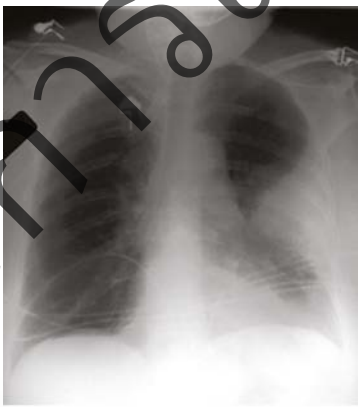
- Wells' (Canadian) score ดังตารางที่ 2
 - Geneva score
 - Miniati rule (Pisa model)
 - Charlotte rule based on Bayesian network analysis
- แต่ก็ยังไม่ score system ไหนที่ใช้ได้ผลดีนัก ดังนั้น ส่วนใหญ่ การวินิจฉัยยังคงขึ้นกับการตัดสินใจทางคลินิกของแพทย์อยู่ดี
- คะแนน < 2 : โอกาสที่จะเป็น PE น้อย
 - คะแนน 2-6 : โอกาสที่จะเป็น PE ปานกลาง
 - คะแนน > 6 : โอกาสที่จะเป็น PE สูง

การตรวจสืบค้น

1. ตรวจหา D-dimer ในเลือดเพื่อตัดภาวะนี้ออกไป
2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอกมักพบว่าปกติ แต่บางครั้งอาจพบ westermark sign (oligemia) ดังภาพที่ 4, atelectasis, pleural effusion, Hampton hump (triangular หรือ rounded pleural-based infiltrate โดยมียอดชี้ไปทางซีกปอดมักพบอยู่บริเวณกะบังลม) ดังภาพที่ 5, ฝ้าที่ปอดจนดูคล้ายปอดอักเสบ



ภาพที่ 4 ภาพรังสีทรวงอกแสดง westermark sign (ปอดกลีบขวาบนมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง)⁽⁷⁾



ภาพที่ 5 ภาพรังสีทรวงอกแสดง Hampton hump (ฝ้าที่ปอดสามเหลี่ยมที่ปอดซ้าย)⁽⁸⁾

3. V/Q scan (ventilation-perfusion lung scan) มี positive predictive value 85-88% สำหรับกรณี high probability scan ถ้าตรวจไม่พบ D-dimer ในเลือดแล้ว การทำ scan จะยังเพิ่ม negative predictive value ถึง 99%

4. การฉีดสีเข้าหลอดเลือดในปอด (pulmonary angiography) ถือเป็น gold standard ในการวินิจฉัยโรค

5. spiral CT angiogram มีความไวและจำเพาะสูงมากในการวินิจฉัยโรค

6. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) มักพบหัวใจเต้นเร็ว และ non-specific ST-T wave abnormalities

สำหรับการพบ S1-Q3-T3 (S wave ใน lead I, Q wave ใน lead III, T wave ใน lead III) ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจนั้นไม่จำเพาะต่อโรค และพบได้เพียง 20% ของผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดหลอดเลือดในปอด

การรักษา

1. thrombolytic therapy ใช้เมื่อมี massive PE ที่มาด้วยความดันเลือดต่ำ หรือ right ventricular dysfunction ซึ่งสามารถลดอัตราการตายลงได้ 50%

2. heparin ออกฤทธิ์โดยกระตุ้น antithrombin III เพื่อป้องกันไม่ให้ลิ่มเลือดที่ขยายขนาดมากขึ้น และช่วยลดขนาดของลิ่มเลือดที่อุดในปอดด้วย อย่างไรก็ตาม heparin ไม่ช่วยสลายลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นแล้ว แพทย์สามารถให้ยานานอย่างน้อย 6 เดือน หรือนานกว่านี้แล้วแต่สาเหตุที่ก่อโรค

เอกสารอ้างอิง

1. Kline JA, Runyon MS. Pulmonary Embolism and Deep Vein Thrombosis. In: Marx JA, Hockberger R, Walls RM, editors. Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice. 6th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006:1368-82.
2. Daniel RO, Annie H, Nader K. Pulmonary Embolism. Medscape. 2013 Dec 23 (cited 2013 Jan 27). Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/300901-overview>.
3. Tapson VF. Acute Pulmonary Embolism. N Engl J Med 2008;358:1037-52.
4. Blood Clots That Kill: Preventing DVT. NIH MedlinePlus. 2011. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/magazine/issues/spring11/articles/spring11pg18.html>
5. Major veins of the lower extremity. Thrombosis advisor. 2013. Available from: <http://www.thrombosisadvisor.com/en/image/?category=vte&image=deep-vein-thrombosis-dvt>
6. Society for Vascular Surgery. Pulmonary Embolism. VascularWeb. 2009. Available from: <http://www.vascularweb.org/vascularhealth/Pages/pulmonary-embolism.aspx>
7. Bishop Jarred. USMLE Pathology Slides. 2013. Available from: <http://usmlepathslides.tumblr.com/post/53392063709/westermarks-sign-cxr-note-the-area-of>
8. University of Virginia. Chest Radiology: posttest. 2013. Available from: <http://www.med-ed.virginia.edu/courses/rad/cxr/postquestions/posttest.html>



...going one step further

Realistic Training with 3B Scientific® Products



A10



F10



P60



G08



A300



P72



P10



มาตรฐานและคุณธรรมเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นของหญิงไทย
Standard and Ethics to Improve Women's Health

CME Credit
18.5

EARLY BIRD
REGISTRATION

BOOKING DEADLINE

15 Sep 2014

การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 29

การประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2557 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

Harmony of Women's Life Basic & Beyond

วันอังคารที่ 14 - วันศุกร์ที่ 17 ตุลาคม 2557 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี

Pre-congress Workshops

วันอังคารที่ 14 ตุลาคม 2557

- W1 : Pessary use in Pelvic Organ Prolapse (POP) for General OB-GYN and Nurses: Hand on Workshop
- W2 : Systematic Review & Meta-Analysis
- W3 : Harmony of OB-GYN Emergency Care
- W4 : Simplify Birth Control Routine with Innovative LARC

Hi-Light Topics

วันพุธที่ 15 - วันศุกร์ที่ 17 ตุลาคม 2557

- ★ Harmony of Prevention & Management in Postpartum Haemorrhage
- ▶ Harmony of Preterm Labour Management
- ▶ มิติ หญิง-ชาย กับนโยบายสาธารณสุขในปัจจุบัน
- ★ GYN Cancer Screening in Women's Life : Harmony of Guidelines & Practice
- ▶ ANC : Tips & Tricks for Harmonizing & Better Antenatal Care
- ▶ Abnormal Uterine Bleeding : Harmony of Approach & Care
- ★ Balancing Assisted Reproductive Technology (ART) : Ethics & Techniques in Surrogacy
- ▶ Balancing Hormonal Use in Episodes of Women's Life

RTCOG Hawaiian Night Party 2014

@ Amari Ocean Pattaya Hotel, North Pattaya
18.30 pm. Thursday 16/10/14

ห้ามพลาด...รับลงทะเบียนด่วน!!!

พร้อมรับกระเป๋าใส่ยา
ทรงเก๋ สีสันสดใส

Scan

Like on Facebook

facebook

Facebook.com/RTCOG annual conference
เพื่อพบความมหัศจรรย์
และรายละเอียด Update งานประชุมฯ ตลอดเวลา



ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

สำนักงานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310
โทรศัพท์: 0-2716-5721-22, 090-669 5722 โทรสาร: 0-2716-5720 E-mail: congressrtcog@hotmail.com

WWW.RTCOG.OR.TH

ตกจากตึก: ประเด็นทางนิติเวชศาสตร์

Falling From Height: Forensic Aspects

การตกจากที่สูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบได้บ่อยทั้งที่อาจมีประจักษ์พยานจำนวนมากหรือไม่ก็ใคร่รู้หรือเห็นเหตุการณ์เลย มาพบก็เป็นเพียงศพที่นอนนิ่งบนพื้นเท่านั้น แต่อาจพอประมวลได้ว่าเป็นการตายอันเนื่องจากการตกลงมาจากที่สูงนั่นเอง เช่น การพบบรองเท้าในสิ่งก่อสร้างที่สูงขึ้นตรงกับตำแหน่งของศพที่ถูกพบบนพื้น ซึ่งแน่นอนที่สุดว่าการพบผู้ตาย (ศพ) ในลักษณะที่นอนกับพื้นและมักมีเลือดไหลออกจากทวารต่าง ๆ เช่น จมูก หู ปาก สำหรับสาเหตุแห่งการตายนั้น แพทย์อาจพอคาดเดาได้ถึงส่วนของอวัยวะในร่างกายนที่ได้รับอันตราย แต่แพทย์และผู้พบเห็นไม่อาจที่จะบ่งชี้ได้ชัดเจนว่า **“พฤติการณ์ที่ตายคือประการใดแน่”**

.....ผู้ตายที่มีประวัติตกจากที่สูงทุกกรณีต้องถือว่าเป็น **“การตายพิสดารธรรมชาติ”** ด้วยกันทั้งสิ้น (ไม่มีข้อยกเว้น) ไม่ว่าจะเป็นการตกลงมาในลักษณะใด เช่น การตกมาจากระเบียงบ้าน การตกจากหลังคา การตกจากต้นไม้ การตกจากหุบเหว ฯลฯ ทั้งนี้เพราะการตกจากที่สูงไม่ว่าจะสามารถที่จะบอกถึงสาเหตุแห่งการตายได้ก็จริง แต่ไม่สามารถที่จะทราบถึงพฤติการณ์แห่งการตายได้

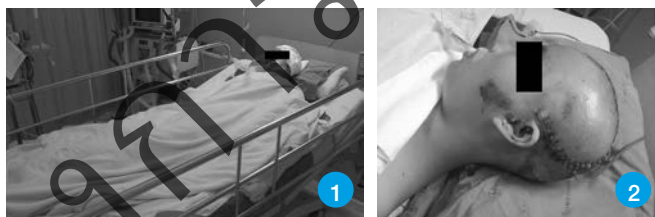
อุทาหรณ์ (รายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย)

เด็กหญิงไทย อายุ 14 ปีเศษ ถูกนำส่งมาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งด้วยประวัติว่าตกจากตึกก่อสร้าง (จำนวน 4 ชั้น) จากชั้นที่ 3 มาถึงชั้นที่ 1 ประมาณ 6 เมตร

ประวัติผู้ตายเป็นเด็กหญิงถูกพบเป็นศพที่ชั้นล่างของอาคารก่อสร้างแห่งหนึ่งในซอยของถนนหลักย่านฝั่งธนบุรี ผู้พบเห็นได้รับนำส่งที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งและได้ทำการกู้ชีพ ตรวจร่างกาย และรีบทำการผ่าตัดสมอง จากการตรวจพบว่ามีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมองส่วนข้างด้านซ้ายโดยตลอด

ผู้ป่วยถูกรับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤติโดยได้รับการดูแลรักษาดังเช่นบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ แต่แล้วผู้ป่วยก็เสียชีวิตไปอีก 3 วันต่อมา

กระบวนการภายหลังการตาย:

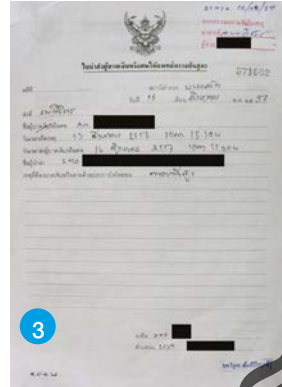


1. การชันสูตรพลิกศพ (ภาพที่ 1 และภาพที่ 2)

ผู้ตายรายนี้ได้รับการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย¹ ดำเนินการโดยพนักงานสอบสวนและแพทย์ การชันสูตรพลิกศพได้กระทำ ณ ที่ที่พบศพ ในที่นี้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยวิกฤติ จึงเข้าทำการชันสูตรพลิกศพ ณ หอผู้ป่วยวิกฤติ

2. การนำศพมารับการตรวจต่อ (ภาพที่ 3)

เมื่อทำการชันสูตรพลิกศพแล้ว แม้ว่าจากการตรวจสภาพของศพโดยทั่วไปน่าจะสนับสนุนสาเหตุการตายได้ก็ตาม แต่เนื่องจากอาจเป็น



3. การตรวจศพ

สภาพศพภายนอก: (ภาพที่ 4)

- ศพหญิงอายุประมาณ 14-15 ปี รูปร่างสมส่วน ผิวอย่างขาวเอเชีย ตัวยาว 150 เซนติเมตร นอนราบ แขนและขาเหยียดไม่หักงอ

- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกกลงสู่เบื้องต่ำภายหลังการเสียชีวิตที่หลังได้ชัดเจน

- ไม่พบจุดเลือดออกที่คอ หรือการเคลื่อนไหวของคอผิดปกติ

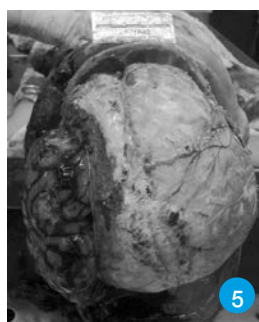
- ตรวจพบบาดแผลดังต่อไปนี้

1. บาดแผลผ่าตัดที่หนังศีรษะส่วนหน้าจรดส่วนข้างด้านซ้าย เป็นโค้งคล้ายเกือกม้า ยาวประมาณ 30 เซนติเมตร บาดแผลได้รับการเย็บไว้อย่างดี

2. บาดแผลดลอกและซ้ำที่เข้าซ้ายและแขนซ้ายขนาดเล็กกระจาย

- ไม่พบบาดแผลรุนแรงตามร่างกายและแขนขาใด ๆ อีก

- หน้าอกและหลังอยู่ในสภาพปกติ



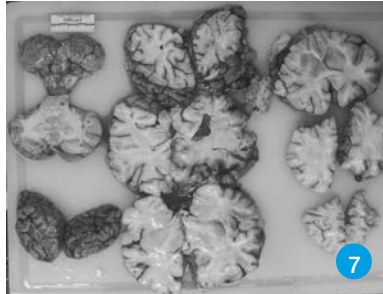
สภาพศพภายใน:

- หนังศีรษะด้านซ้ายใต้บริเวณแผลผ่าตัดมีลักษณะซ้ำอย่างมาก

- กะโหลกศีรษะส่วนข้างด้านซ้ายถูกเปิดออกจากการผ่าตัด และมีเนื้อสมองที่บวมเยิ้ม (ปลิ้น) ออกมาจากช่องดังกล่าว (ภาพที่ 5)

- เนื้อสมองบวมซ้ำอย่างมาก

- พบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกบริเวณสมองด้านซ้ายเล็กน้อย
- พบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางบริเวณเนื้อสมองทั้งสองข้าง
- ฐานของเนื้อสมองพบรอยกดบริเวณรอบสมองน้อย ส่วนที่ต่อมาเป็นส่วนของก้านสมองและไขสันหลัง (tonsillar herniation) (ภาพที่ 6)



- หน้าตัดของเนื้อสมองพบว่ามียอดออกเป็นหย่อม ๆ (ภาพที่ 7)
- กะโหลกศีรษะส่วนข้างด้านซ้ายและส่วนหลังมีรอยแตก
- กระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลังอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ปอดทั้งสองข้างคั่งเลือด (ซ้ายหนัก 380 กรัม และขวาหนัก 420 กรัม)

- หัวใจมีขนาดและรูปร่างปกติ (หนัก 220 กรัม)
- อวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ในช่องอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ตับ ม้าม ไต และอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- กระดูกเชิงกรานและอวัยวะสืบพันธุ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- พบอาหารสีเข้มประมาณ 200 มิลลิลิตร มีลักษณะของผัก

ปนอยู่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

- การตรวจหมู่เลือด แอลกอฮอล์ในเลือด และการตรวจตามมาตรฐาน (routine)

- การเก็บพยานหลักฐานทางเพศ (sexual evidence)

3.1 สาเหตุแห่งการตาย

สาเหตุแห่งการตายในผู้ตายรายนี้คือ “เนื้อสมองบวมซ้ำและเคลื่อนตัวมาที่ช่องฐานกะโหลกจากเหตุที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนแรงจากตกจากที่สูง” (severe brain swelling with tonsillar herniation)

3.2 พฤติการณ์แห่งการตาย

แพทย์ย่อมไม่สามารถ (และไม่ควร) ที่จะระบุถึงพฤติการณ์แห่งการตายได้ เพราะอาจส่งผลถึงรูปคดีได้หากยังไม่มีพยานหลักฐานอย่างหนาแน่นเพียงพอ ทั้งนี้เป็นข้อเท็จจริงที่พนักงานสอบสวนจะต้องสอบสวนและสืบสวนตามอำนาจหน้าที่เพื่อหาพฤติการณ์แห่งการตายและสรุปในสำนวนการสอบสวน

วิเคราะห์และวิจารณ์

ในศพที่เสียชีวิตและตรวจพบว่าอยู่ที่พื้นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของอาคารหรือวัตถุอื่นมีลักษณะเข้าข่ายที่น่าเชื่อว่าเสียชีวิตจากการตกลงมาจากที่สูง แพทย์ผู้เกี่ยวข้องจำเป็นต้องให้ความสำคัญและสนใจ ดังนี้

ประการที่ 1: การตกจากที่สูงกับการตายผิดธรรมชาติ

ผู้ตายที่มีประวัติตกจากที่สูงทุกกรณีต้องถือว่าเป็น “การตายผิดธรรมชาติ” ด้วยกันทั้งสิ้น (ไม่มีข้อยกเว้น) ไม่ว่าจะเป็นการตกลงมาในลักษณะใด เช่น การตกมาจากกระเบื้องบ้าน การตกจากหลังคา การตกจากต้นไม้ การตกจากหุบเหว ฯลฯ ทั้งนี้เพราะการตกจากที่สูงแม้ว่าจะสามารถที่จะบอกถึง

สาเหตุแห่งการตายได้ก็จริง แต่ไม่สามารถที่จะทราบถึงพฤติการณ์แห่งการตายได้

มาตรา 148¹ เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาติ นั้น คือ

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

ประการที่ 2: การตกจากที่สูงโดยไม่มีผู้เห็นเหตุการณ์ส่งผลถึงประเด็นแห่งความสงสัย

ในที่นี้หมายถึง ‘ไม่มีผู้เห็นเหตุการณ์อันพอประเมินได้ว่า “พฤติการณ์แห่งการตาย” คือประการใด จึงอาจเกิดกรณีแห่งความสงสัยขึ้นได้ เช่น การถูกผลักให้ตกลงมาจากที่สูง การไต่ลงมาจากการสูงด้วยตนเอง เพราะการหนีภัยที่จะถูกทำร้าย เช่น การหนีการถูกข่มขืนกระทำชำเรา การตกลงมาโดยอุบัติเหตุ เช่น เหยียบพลาดหรือป็นอาคารแล้วตกลงมา ความไม่คุ้นกับสถานที่ที่เดินหรือป็นปาย โครงสร้างที่ไม่แข็งแรงก่อให้เกิดความปลอดภัยทำให้ตกลงมาหรือไม่มีสัญลักษณ์แสดงความปลอดภัย เป็นต้น ประเด็นที่กล่าวถึงข้างต้นนี้เองที่อาจเป็นประเด็นในทางคดีได้

เมื่ออาจเกิดกรณีแห่งความสงสัยดังกล่าวข้างต้น แพทย์ที่เข้าร่วมในการชันสูตรพลิกศพย่อมจำเป็นต้องส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 151 และ 152)¹

ประการที่ 3: สิ่งที่ต้องเก็บไว้เป็นพยานหลักฐาน

ในเรื่องการเก็บพยานหลักฐานนั้น แพทย์ผู้มีหน้าที่ในการเก็บต้องดำเนินการตามมาตรฐานทางการแพทย์ (ในทางนิติเวชศาสตร์)^{2,3,4}

1. ในการชันสูตรพลิกศพ อาจมีข้อจำกัดในการดำเนินการแต่อย่างใดก็ตาม สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับแพทย์ก็คือ “การถ่ายภาพสถานที่ชันสูตรพลิกศพ” ไว้ เพราะสามารถกลับมาดูสภาพแห่งศพกับสิ่งแวดล้อมรอบศพประกอบได้ โดยเฉพาะหากมีการผ่าศพตรวจในเวลาต่อมาแล้วเกิดกรณีแห่งความสงสัย เช่น มีบาดแผลในบางตำแหน่งที่สงสัย เป็นต้น

2. ในขณะทำการตรวจศพ (เคลื่อนศพมา ณ สถานที่ตรวจศพแล้ว)

ก. ต้องเก็บอย่างมาตรฐาน (standard routine) เช่น หมู่เลือด เลือดและปัสสาวะเพื่อการตรวจทางพิษวิทยา เป็นต้น

ข. การตรวจหาหลักฐานที่อาจสงสัย เช่น การที่สงสัยว่าถูกข่มขืนกระทำชำเราและทำร้ายโดยการผลักตกลงมา เป็นต้น

ประการที่ 4: สาเหตุแห่งการตายอันเป็นผลสืบเนื่อง (consequent)

ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นกับแพทย์ผู้ทำการตรวจศพ (มาตรา 152) ซึ่งแน่นอนที่สุดว่า

1. แพทย์ต้องตรวจศพตามมาตรฐานแห่งงานด้านพยาธิ^{2,3,4}

การทำตามมาตรฐานย่อมทำให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานสามารถหาสาเหตุการตายอันเนื่องจากการตกจากที่สูงได้ไม่ยาก และถือว่าการปฏิบัติงานตามหน้าที่โดยชอบแล้ว

2. สาเหตุตายอันเกิดเนื่องจากการตกจากที่สูงโดยทั่วไป

ก. ในกรณีเฉียบพลัน

มักเกิดจากการที่อวัยวะสำคัญได้รับการบาดเจ็บอย่างรุนแรง เช่น

1. ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง เป็นเหตุให้มีกะโหลกศีรษะแตก เนื้อสมองฉีกขาด และมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ ไม่ว่าจะเป็นเนื้อเยื่อหุ้มสมองหรือใต้เยื่อหุ้มสมอง ในชั้นต่าง ๆ ในเนื้อสมอง (epidural, subdural, subarachnoid hemorrhage) หรือในโพรงเนื้อสมอง (ventricular hemorrhage)

2. กระดูกสันหลังและไขสันหลังในระดับที่สูงได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของไขสันหลังซึ่งหากในระดับที่สูง (upper cervical spine) จะมีผลต่อการทำงานของระบบหายใจ กระบังลม ทำให้เสียชีวิตนั่นเอง

3. อวัยวะภายในช่องอกได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงจะเกิดอันตรายหรือบาดเจ็บกับหัวใจและปอด ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญ ซึ่งหากได้รับอันตรายจนฉีกขาดย่อมมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ช่องอก หรือทั้งช่องอกและช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เสียชีวิตได้ในเวลาอันสั้น

4. อวัยวะภายในช่องท้องได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงจะเกิดอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับ ม้าม ไต ลำไส้ และโดยเฉพาะหลอดเลือดในช่องท้อง ซึ่งหากฉีกขาดแล้วย่อมทำให้เสียเลือดจำนวนมากในเวลาอันสั้นและเป็นสาเหตุแห่งการตายนั่นเอง

ข. ในกรณีเรื้อรัง และ/หรือเกิดสภาวะแทรกซ้อน

หมายถึง ผู้ที่ตกลงมานั้นถูกรับไว้รักษาในสถานพยาบาล ซึ่งอาจเป็นเวลานานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปีก็ได้ และในที่สุดเสียชีวิตจากเหตุใดเหตุหนึ่งอันเป็น “เหตุแทรกซ้อน” (กล่าวคือไม่ได้ตายทันทีเมื่อตกจากที่สูง)

3. การทำความเข้าใจ

กรณีการตายอย่างเฉียบพลัน:

ในกรณีนี้ แพทย์ที่ตรวจศพและทำความเข้าใจ (รายงาน) ย่อมไม่เกิดข้อสงสัย แม้ว่าจะมิได้มีกรกล่าวถึง (มูลเหตุที่เกิดขึ้น) ก็ตาม ทั้งนี้ เนื่องจากโดยสภาพแห่งเหตุเอง (มูลเหตุที่ทำให้เกิด) เมื่อเกิดขึ้นแล้วก็ทำให้เกิดการตายจึงทำให้เข้าใจได้ง่าย (อย่างถ่องแท้) ว่าสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตเกิดจากเหตุดังกล่าวนั่นเอง

เช่น

1. การที่ตกจากที่สูงแล้วศีรษะมีแผลฉีกขาด มีกะโหลกศีรษะแตก มีเนื้อสมองฉีกขาด ย่อมเข้าใจได้ว่าสาเหตุที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสาเหตุเนื่องจาก “การตกจากที่สูง”

2. การที่ตกจากที่สูงแล้วมีเลือดออกในช่องอกจำนวนมาก อีกทั้งพบว่าหัวใจและปอดฉีกขาด ย่อมทำให้ทราบได้อย่างชัดเจนว่าการตายเกิดจากการที่หัวใจและปอดฉีกขาดทำให้เลือดออกจำนวนมาก และสาเหตุก็คือ “การตกจากที่สูง”

กรณีเรื้อรังและทรงตัวจนเกิดสภาวะแทรกซ้อน:

ในกรณีนี้เป็นกรณีที่ผู้ป่วยเมื่อได้รับบาดเจ็บอันเนื่องจากการตกจากที่สูงแต่ก็มิได้เสียชีวิตทันทีทันใด หรือในเวลาอันใกล้ เช่น ไม่กี่ชั่วโมง หรือไม่กี่วันหลังจากตาย แต่อาจต้องถูกรับไว้ในสถานพยาบาลเพื่อการรักษา เป็นหลายสัปดาห์ หลายเดือน และอาจเป็นปีหรือหลายปี จึงเสียชีวิต

แพทย์ย่อมสามารถที่จะให้สาเหตุแห่งการตายได้อย่างแน่นอน (definite cause of death) แต่สาเหตุที่ให้ (เป็นสาเหตุการตาย) อาจเป็นจากโรคโดยแท้ เช่น การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในปอด ในทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น การทำความเข้าใจโดยให้ “สาเหตุแห่งการตาย” หากเป็นสาเหตุจาก “โรค” แต่เพียงอย่างเดียวแม้ว่าจะเป็นความถูกต้องตามมาตรฐานแห่ง “สาเหตุแห่งการตาย” แต่ก็ยังอาจไม่ครอบคลุมถึงสาเหตุเบื้องต้นได้เลย (ไม่โยงไปถึงการที่ตกจากที่สูง) ซึ่งอาจดูเหมือนกับว่า “เป็นการเสียชีวิตจากโรคธรรมชาติ” นั่นเอง

การให้สาเหตุแห่งการตายในกรณีนี้จึงสมควรยิ่งที่จะมีเนื้อหาแห่งข้อความของสาเหตุการตายให้ยาวหรือครอบคลุมเหตุที่เกิดขึ้นบ้าง

ตัวอย่าง:

ผู้ป่วยตกจากที่สูง ต่อมาไม่รู้สึกตัว ต้องนอนบนเตียงผู้ป่วยอยู่นานเพราะไม่รู้สึกตัวมาตลอด (unconscious) และเสียชีวิตจาก “ปอดติดเชื้ออันเนื่องจากการนอนนาน” (hypostatic pneumonia) การให้สาเหตุที่ตายเพียงสั้น ๆ ว่า “ปอดติดเชื้อ” หรือ “ปอดบวม” เป็นต้น จึงอาจให้ความหมายที่ไม่สื่อถึงสาเหตุอันแท้จริง แต่หากให้เพิ่มเติมในเนื้อหาแห่งสาเหตุการตายว่า “ปอดอักเสบจากการนอนนานเนื่องจากการตกจากที่สูง” ก็จะทำให้เห็นภาพถึงสาเหตุอันแท้จริง (ต้องเข้าใจว่าการให้เนื้อหาเพิ่มเติมเข้าไปได้ในส่วนของการพิจารณาการตายเลย เพียงแต่ให้ขยายความถึงสาเหตุเท่านั้น)

กรณีเรื้อรังแต่ผู้ป่วยดีขึ้นและต่อมาจึงเกิดสภาวะ

แทรกซ้อน:

เป็นกรณีที่ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บแล้วได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่ถือว่าสิ้นสุดการรักษา (ยังไม่หายดี) แต่แพทย์ยินยอมให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นได้โดยไม่มาติดตามการรักษาอย่างผู้ป่วยนอก (out-patient case) แล้วต่อมาผู้ป่วยถึงแก่ความตาย

กรณีเรื้อรังจนเกิดความบกพร่องของร่างกาย (permanent impairment) และต่อมาเกิดเหตุอื่นอันเป็นสาเหตุแห่งการตาย:

เป็นกรณีที่ผู้ป่วยได้รับอันตรายอันเนื่องจากการตกจากที่สูงจริง ได้รับการรักษาแล้ว

ก. ผู้ป่วยหายดี ย่อมเป็นการแสดงถึงการบาดเจ็บที่แม้ว่าจะมีอันตรายมากแต่ก็รักษาแล้ว และเมื่อหายแล้วย่อมเท่ากับเป็นการรักษา “หายขาด” แล้ว หากเกิดการตายกับผู้ป่วยรายนี้และไม่สืบสาเหตุหรือพยาธิสภาพที่จะโยงความบาดเจ็บที่ได้รับจากการตกจากที่สูงไปยังสาเหตุแห่งการตายที่เกิดขึ้นโดยแท้จริงได้แล้ว ก็ต้องถือว่า “เป็นสาเหตุใหม่” หาใช่เกิดขึ้นจากสาเหตุตกจากที่สูง

หมายเหตุ:

1. การที่จะให้มีการโยงถึงสาเหตุที่เคยเกิดขึ้นมาในอดีตเป็น “สาเหตุแห่งการตาย” ในปัจจุบันได้นั้น จะต้องมีความเกี่ยวเนื่องกันทางการแพทย์ในทาง “พยาธิวิทยา” เท่านั้น

2. การที่จะโยงไปถึงสิ่งที่เคยเกิดขึ้นมากับผู้ตายแล้วจะต้องถือว่าสิ่งนั้นเป็นสาเหตุแห่งการตายหรือมีส่วนในสาเหตุแห่งการตายแล้ว ย่อมถือว่าไม่เกิดความเป็นธรรมกับกระบวนการทางการแพทย์หรือมาตรฐานทางการแพทย์ (เว้นเสียแต่ว่ามีส่วนหรือพยาธิสภาพที่ตกค้างอยู่อย่างแท้จริง) และจะเป็นการตั้งสมมติฐานไว้ตลอดชีวิตสำหรับผู้ป่วยรายหนึ่งที่เคยได้รับบาดเจ็บจากการตกจากที่สูงจะต้องเกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายอันที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทุกกรณีด้วย ซึ่งไม่ถูกต้องอย่างแน่นอน

ข. ผู้ป่วยหายดีแล้วแต่มีความบกพร่องของร่างกายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นกรณีที่ต้องพิจารณาอย่างถ่องแท้ว่า สิ่งที่เหลืออยู่จากการบาดเจ็บนั้นเป็นผลให้เกิดเป็นสาเหตุแห่งการตาย หรือมีส่วนเป็นสาเหตุแห่งการตายด้วยหรือไม่

ในกรณีดังกล่าวนี้ในทางกฎหมายใช้ทฤษฎีเข้าปรับ 2 ทฤษฎี⁵ คือ

ทฤษฎีที่ 1: ทฤษฎีเงื่อนไข

ทฤษฎีนี้จะรวมเอาเหตุผลโดยการเชื่อมโยงในลักษณะที่ว่า “ถ้าไม่มีเหตุก็ไม่ทำให้เกิด” หรือ “เหตุที่เกิดขึ้นย่อมเป็นผลมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นมาก่อนนั่นเอง” การโยงในทฤษฎีนี้จึงดูแล้วชัดซึ่งเหตุผลในทางที่จะยอมรับได้ เพราะทุกอย่างเป็นเหตุของอื่น ๆ ได้ แต่จะเป็นเหตุที่สมควรหยิบยกขึ้นมาหรือไม่เท่านั้นในการพิจารณา

ตัวอย่าง:

หากการตกจากที่สูงทำให้ผู้ป่วยเดินไม่คล่อง แต่ก็สามารถดำรงชีพโดยทั่วไปได้แล้ว (อย่างไม่ประมาท) หากผู้ป่วยเดินข้ามถนนแล้วถูกรถชน ผู้ชนจะมาอ้างว่าเหตุที่ชนเนื่องจากผู้ป่วยเดินช้าเพราะมีความผิดปกติของการเดิน เช่นนี้ “ไม่อาจกล่าวอ้างได้” เพราะหากให้มีการกล่าวอ้างย่อมต่อเนื่องไปเป็นเงื่อนไขอื่นไม่มีที่สิ้นสุดอย่างแน่นอน

ทฤษฎีที่ 2: ทฤษฎีเหตุที่เหมาะสม

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ใช้เหตุผลหรือความเหมาะสมเป็นสำคัญ โดยพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นตามมา “สมควรเป็นเหตุต่อเนื่องหรือสืบเนื่องจนเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามมาหรือไม่” ดังเช่นกรณีข้างต้น หากผู้ป่วยเดินช้าแต่การเดินช้านั้นคนอื่นก็อาจเดินช้าได้ การเดินช้าหาใช่สาเหตุที่ทำให้ผู้ขับรถชนผู้ข้ามถนนแต่อย่างใดไม่ แต่เนื่องจากความประมาทของผู้ขับรถเอง

4. ความหมายของ “ตกจากที่สูง”

ก. คำว่า “การตกจากที่สูง” หรือ “ตกจากที่สูง” คือการที่บุคคลตกจากที่สูงด้วยแรงดึงดูดของโลก (gravitation) การจะได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บเพียงใดขึ้นกับหลายปัจจัย แต่ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งก็คือระยะห่างของการตกลงมาสัมพันธ์กับพื้นที่ต้องกระทบกับผู้ที่ตกมานั้น คำว่า “การตกจากที่สูง” นี้หาได้บ่งชี้ถึงพฤติการณ์แห่งการตาย (ตามมาตรา 154) แต่อย่างใดไม่ ทั้งนี้เพราะหากให้ความหมายของพฤติการณ์แห่งการตายแล้วจะหมายถึง 1. การกระทำต่อตนเอง 2. การถูกผู้อื่นกระทำ และ 3. เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุ (ซึ่งหากมิได้เข้ากับพฤติการณ์แห่งการตายใน 3 ประการนี้ย่อมต้องถือว่าเป็นการตายตามธรรมชาติ)

ข. การใช้ข้อความ “ตกจากที่สูง” ประกอบกับสาเหตุการตายอันเป็นส่วนขยายนั้นจึงเท่ากับเป็นการทำให้เกิดความกระจ่างในมูลเหตุหรือหากเป็นในทางคดีความหรือประกัน ก็เรียกได้ว่า “เป็นส่วนที่ทำให้เกิดความชัดเจนขึ้น” นั่นเอง

ค. คำหรือข้อความที่ขยายสาเหตุแห่งการตายในส่วนนี้อาจจัดเป็นส่วนที่เรียกว่า “แพทย์ได้รับทราบมา” (subjective evidence) ก็ได้ ซึ่งแพทย์จะใช้สาเหตุนี้ประกอบได้ย่อมต้องมีข้อมูลหรือพยานหลักฐาน (evidence) ที่หนักแน่นและน่าเชื่อถือพอสมควรประกอบด้วย เช่น มีหนังสือส่งตัวจากพนักงานสอบสวน (ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร) เป็นต้น

ง. สาเหตุแห่งการตายที่แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ได้ทำการตรวจอันประกอบด้วยประการสำคัญ เช่น จากบาดแผล (wound) จากขาดอากาศ (asphyxia) สารพิษ (intoxication) ขาดอาหาร (starvation) นั้นอาจเรียกว่าเป็น “สาเหตุตายจากการตรวจพบจริง” (objective evidence)

ประการที่ 5: การตายในผู้ป่วยกรณีอุทธรณ์

ในกรณีผู้ป่วยตามอุทธรณ์นี้ ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากการที่ตก

จากที่สูง 2 ชั้น ราว 5-6 เมตร และบาดแผลอยู่ที่ศีรษะเป็นสำคัญแสดงถึงการที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวมาโดยตลอด และต่อมาถึงแก่ความตาย ซึ่งสาเหตุการตายในผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากเนื้อสมองบวมมาก (หนักถึง 1,420 กรัม) และทำให้เนื้อสมองถูกดันเคลื่อนมาที่ช่องไขสันหลังบริเวณฐานกะโหลกตนเอง (tonsillar herniation) ซึ่ง Tonsillar Herniation⁶ เป็นการเคลื่อนตัวของสมองลงมาสู่บริเวณฐานกะโหลกจากสมองใหญ่ (cerebrum) มายังสมองน้อย (cerebellum) และด้วยความจำกัดแห่งปริมาตรทำให้เนื้อสมองดังกล่าวถูกดันมาสู่ช่องใหญ่ที่ฐานกะโหลก (foramen magnum) ส่งผลให้เกิดหรือเบียดยั้งก้านสมอง (brainstem) และไขสันหลังส่วนต้น ทำให้กระทบต่อการทำงานของก้านสมองซึ่งมีส่วนสำคัญในการควบคุมการทำงานของระบบหายใจและหัวใจ (controlling respiration and cardiac function) และเสียชีวิตในที่สุด

หมายเหตุ:

1. ในผู้ตายรายนี้ยังจำเป็นต้องได้รับการตรวจตามเกณฑ์ปกติ เช่น การตรวจหมู่เลือด การตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด การตรวจทางพิษวิทยา เพราะอาจเกี่ยวข้องกับยาหรือสารเคมีที่ได้รับเป็นเหตุในการทำให้เกิดการที่สูง แต่อย่างไรก็ตาม การคาดเดาว่าในการที่จะตรวจพบได้นั้นอาจน้อยมาก เนื่องจากผู้ตายรายนี้ได้รับการผ่าตัดมาแล้วโดยได้รับเลือดและสารน้ำจำนวนมาก อีกทั้งการที่ถูกจับไว้รักษาต่อเนื่องอีกถึง 3 วันโดยที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเต็มความสามารถนั้น ย่อมได้รับสารน้ำ ยา และเวชภัณฑ์อื่น ๆ ทำให้ผลการตรวจไม่สามารถที่จะตรวจพบ หรือตรวจพบแต่ทำการแปลผลได้ยาก
2. จำเป็นต้องได้รับการเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจทางเพศ เพราะอาจเกี่ยวข้องกับคดีทางเพศได้ เช่น กรณีอาจตกจากที่สูงลงมาเพื่อหนีการถูกประทุษร้ายทางเพศ (พยายามข่มขืนกระทำชำเรา) เป็นต้น

สรุป

การที่แพทย์ต้องร่วมทำการชันสูตรพลิกศพกับเจ้าพนักงานอื่น กรณีผู้ตายได้ประวัติว่าตกจากที่สูง เมื่อแพทย์ทำการ “ชันสูตรพลิกศพ” แล้วไม่ว่าจะพบว่ามีบาดแผลที่ตำแหน่งใด ชัดเจนหรือไม่ หรือตรวจไม่พบบาดแผลใดเลย (จากภายนอก) แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพจะต้องแจ้งให้พนักงานสอบสวน (หรือกรณี 4 ฝ่ายคือ พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ และพนักงานฝ่ายปกครอง) เพื่อให้ นำส่งศพดังกล่าว (มาตรา 151) เพื่อให้มีการตรวจศพต่อ (มาตรา 152) ทุกรายโดยมิให้มีข้อยกเว้นเด็ดขาด ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของแพทย์ในด้านนิติเวชศาสตร์นั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.
3. 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)”.
4. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.
5. เกียรติขจร วังสวัสดิ์. คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2528.
6. Brain Herniation. Wikipedia, the free encyclopedia. http://en.wikipedia.org/wiki/Brain_herniation

มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี - 7-Eleven - เคาน์เตอร์เซอร์วิส เปิดช่องทางใหม่บริจาคเงินช่วยผู้ป่วยยากไร้



มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี ร่วมกับ บริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน) และ บริษัท เคาน์เตอร์เซอร์วิส จำกัด เปิดช่องทางใหม่ในการบริจาคช่วยเหลือผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดียากไร้ให้ได้รับการรักษาทั่วถึง พร้อมกระตุ้นให้คนไทยตระหนักถึงภัยร้าย

รศ.นพ.ณรงค์ ชันดีแก้ว รองประธานมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี และ ศัลยแพทย์ผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เผยว่า มะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาเหตุเกิดจากการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาวแบบดิบ ๆ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งจะทำให้รับประทานตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ โดยตัวอ่อนของพยาธิสามารถไชเข้าไปเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดี และ มีชีวิตอยู่ได้นานถึง 20 ปี และจะทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในท่อน้ำดี และเกิดเป็นมะเร็งในที่สุด ในปีหนึ่ง ๆ มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่า 10,000 รายเสียชีวิตจากโรคนี้ นอกจากนี้ยังมีประชากรกว่า 6 ล้านคน เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสจะกลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

ผศ.พญ.เนตรเจสียว สันติพิทักษ์ ประธานมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี กล่าวว่า มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีได้ถูกก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2555 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. เพิ่มโอกาสช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การดูแลสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย 2. เป็นทุนสำรองในการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปในด้านการป้องกัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค เพื่อลดการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี 3. สนับสนุนทุนการศึกษาการพัฒนาและการวิจัยให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี 4. เป็นทุนสำรองในการจัดหาและพัฒนาอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย 5. จัดกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลประชาชน ให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี

เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านี้ บมจ.ซีพี ออลล์ และบริษัท เคาน์เตอร์เซอร์วิส จำกัด พร้อมด้วยมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี จึงเกิดโครงการความร่วมมือกันเพื่อที่จะทำให้อสังคัมและผู้เกี่ยวข้องได้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ และตระหนักถึงภัยอันตราย

คุณณรงค์ศักดิ์ ภูมิศรีสอาด รองกรรมการผู้จัดการ บริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน) เผยว่า บริษัทฯ ได้เล็งเห็นผลกระทบอันมหาศาลของโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อประชาชนและประเทศชาติ ทั้งในแง่ของคุณภาพชีวิตของประชาชน และ

ในแง่ผลกระทบต่อคุณภาพของครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ในหลายด้าน เช่น เศรษฐกิจ การศึกษา สังคม ประเพณี วัฒนธรรม และเรื่องอื่น ๆ อีกมากมายที่เกิดขึ้นในวงกว้าง หากปล่อยทิ้งไว้เนิ่นนาน ออกไปอาจจะทำให้ประเทศชาติเกิดความอ่อนแอ และส่งผลต่อการพัฒนาประเทศในระยะยาวได้ จึง

ยินดีให้ความร่วมมือและช่วยเหลืออย่างเต็มที่กับทางมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีในการดำเนินโครงการนี้

ด้าน คุณวีระเดช อัครผลพานิช ผู้ช่วยกรรมการผู้จัดการ บริษัท เคาน์เตอร์เซอร์วิส จำกัด ได้กล่าวเชิญชวน

ทุกท่านร่วมบริจาคเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยบริจาคได้ที่เคาน์เตอร์เซอร์วิสของร้านสะดวกซื้อ 7-Eleven ทุกสาขากว่า 7,800 สาขาทั่วประเทศ ซึ่งเริ่มไปแล้วตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2557 และนับเนื่องต่อไปอีกเป็นระยะเวลา 3 ปี ซึ่งมีความคาดหวังว่าการจัดกิจกรรมเช่นนี้จะทำให้สังคมหันมาดูแลตนเอง สร้างเสริมภูมิคุ้มกันตนเองพร้อม ๆ กับการเฝ้าระวัง รักษาต่อสู้กับโรคร้ายนี้ร่วมกันไปกับรัฐที่ถึงแม้จะให้การรักษาอยู่แล้ว แต่ก็ยังไม่เพียงพอ นั้นให้มีมาตรการป้องกัน การวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มแรก ย่อมส่งผลให้การรักษาโรคได้ผลดี ประชาชนจะได้มีสุขภาพดีขึ้น และสังคมก็จะดีขึ้นตามา



ภารกิจพลิกเท้าพลิกชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน

โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถควบคุมปริมาณน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ต้องถูกตัดขา เมื่อเห็นปัญหาเหล่านี้ **คุณชุติมา ภูมิภักดี นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช** จึงเกิดคำถามว่าจะทำอย่างไรที่จะช่วยผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้ไม่ให้ถูกตัดขา นำไปสู่การพัฒนางานวิจัยเรื่อง **“การศึกษาประสิทธิผลของการดูแลเท้าเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน”**

คุณชุติมา กล่าวว่า ทีมวิจัยจะสุ่มผู้ป่วยเบาหวานมา 74 คน จากผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกพิเศษเบาหวานของโรงพยาบาลสิชล 1,245 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 56 คน เพศชาย 18 คน อายุเฉลี่ยประมาณ 61 ปี ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานเฉลี่ยประมาณ 8 ปี แล้วให้หน่วยงานกายภาพบำบัดตรวจสอบสุขภาพเท้า และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน ประวัติการรักษาปัจจุบัน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การเกิดแผลที่เท้า ลักษณะของเล็บ ผิวน้ำเท้า ความผิดปกติของหลอดเลือด ความผิดปกติของประสาทเท้า โดยใช้ระยะเวลา 5 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552

การเตรียมความพร้อมก่อนทำงานวิจัย ในเบื้องต้นได้พยายามรวบรวมงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลเท้า โดยใช้สื่ออินเทอร์เน็ตและจากอาจารย์ที่ปรึกษาจากโรงพยาบาลเทพารินทร์ ซึ่งให้คำแนะนำในการหาข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาปรับใช้ในงานวิจัย เช่น อ้างอิงแบบฟอร์มการตรวจเท้าของโรงพยาบาลเทพารินทร์และสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลสิชล รวมทั้งแบบฟอร์มแนวทางในการตรวจคัดกรองแยกเท้าเบาหวานตามระดับความเสี่ยง และหลักการดูแลรักษาให้คำแนะนำเท้าเบาหวานของภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คุณชุติมา ภูมิภักดี



ในการเก็บข้อมูล แบ่งงานกันทำ 2 คนในวันอังคารกับวันศุกร์ ส่วนการวิเคราะห์ผลจะมีตัวชี้แนะให้ว่าควรจะตรวจและวิเคราะห์อย่างไร รวมไปถึงเรื่องการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพเท้า ทั้ง 2 คนทำตามรูปแบบที่วางไว้ เช่น หากพบผู้ป่วยที่อยู่ในความเสี่ยงระดับ 3 และมีบาดแผลร่วมด้วย นักกายภาพจะใช้ช่องทางด่วนคือ ส่งตัวไปให้แพทย์อายุรกรรมและแพทย์ศัลยกรรมช่วยดูแล เพื่อเร่งการรักษาบาดแผลให้เร็วขึ้น นอกจากนั้นนักกายภาพบำบัดในทีมก็จะได้รับการอบรมในเรื่องของการปฐมพยาบาล หรือหาความรู้และข้อมูลใหม่ ๆ อยู่เสมอ

ด้านการติดตามผล มีการติดตามผลผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 74 คน 2 ครั้ง โดยวิธีการติดตาม เช่น หากแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานลดการสูบบุหรี่ลง ในการตรวจครั้งที่ 2 จะต้องถามผู้ป่วยว่าที่ผ่านมาสอบบุหรี่ลดลงมากน้อยแค่ไหนจากเดิม ซึ่งส่วนใหญ่จะได้ผลตามที่ตั้งไว้ คือมีความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น เพราะทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงในการถูกตัดขาได้หากยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

คุณชุติมา กล่าวอีกว่า ผลงานที่สำคัญในงานวิจัยชิ้นนี้คือ แนวทางในการตรวจคัดกรองแยกเท้าเบาหวานตามระดับความเสี่ยง และแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง

ตารางการวัดระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวาน

ระดับความเสี่ยง	ลักษณะของเท้าผู้ป่วย	การให้ความรู้สู่ศึกษา	การปรับเปลี่ยนรองเท้าที่เหมาะสม	นัดตรวจติดตามผล
0	ไม่เคยมีแผลหรือถูกตัดขา การรับรู้ความรู้สึกประสาทเท้าปกติ หลอดเลือดปกติ	ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การป้องกันโรคแทรกซ้อน เลิกบุหรี่ ให้ความรู้เรื่องการสูญเสียขา/เท้า/ นิ้วเท้าจากโรคเบาหวาน	การเลือกรองเท้าที่มีรูปแบบและ ขนาดที่เหมาะสม	นัดตรวจเท้า ปีละ 1 ครั้ง
1	ไม่เคยมีแผลหรือถูกตัดขา การรับรู้ความรู้สึกประสาทเท้าปกติ หลอดเลือดปกติ เริ่มมีเล็บขบ มีเชื้อรา ผิวหนังแห้งแตก มี callus*	เพิ่มการดูแลเท้า/ผิวหนัง/เล็บทุกวัน/ บริหารเท้า ให้ความรู้เรื่องการ สูญเสียขา/เท้า/นิ้วเท้าจากโรค เบาหวาน ห้ามเดินเท้าเปล่า	เลือกรองเท้าที่เหมาะสม และควร ใช้แผ่นรองบนรองเท้าที่มีความนุ่ม เพื่อลดแรงกระทำต่อเท้า	นัดตรวจเท้า ทุก 6 เดือน นัดชุด callus*
2	มีแผล รูปเท้าผิดรูป การเคลื่อนไหวข้อเท้าลดลง มีแผลตาปลา มี callus* การรับรู้ความรู้สึกประสาทเท้าปกติ หลอดเลือดปกติ	เพิ่มการดูแลเท้า/ผิวหนัง/เล็บทุกวัน/ บริหารเท้าและดูแล/ป้องกันรักษา แผลด้วยตนเอง/ให้ความรู้เรื่องการ สูญเสียขา/เท้า/นิ้วเท้าจากโรค เบาหวาน ถ้ามีเครื่องตรวจ ABI ถ้าค่า < 0.5 ร่วมกับอาการ/ อาการแสดง ควรปรึกษาแพทย์ ศัลยกรรมหลอดเลือด	เลือกรองเท้าที่มีความกว้างและ ความลึกพิเศษ หรือรองเท้าที่หล่อ เฉพาะเท้า หรือการใช้อุปกรณ์เสริม อื่น ๆ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของ รูปเท้าและแก้ไขการเดินให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า	นัดตรวจเท้า ทุก 3 เดือน นัดชุด callus*
3	มีแผลหรือถูกตัดขา การรับรู้ความรู้สึกประสาทเท้าผิดปกติ หลอดเลือดผิดปกติ มีแผลตาปลา มี callus*	เพิ่มการดูแลเท้า/ผิวหนัง/เล็บทุกวัน/ บริหารเท้าและดูแล/ป้องกันรักษา แผลด้วยตนเอง/ให้ความรู้เรื่องการ ติดเชื้อ/การหายของแผล/ให้ความรู้ เรื่องการสูญเสียขา/เท้า/นิ้วเท้าจาก โรคเบาหวาน	รองเท้าที่ใช้ต้องเป็นรองเท้าสั่งทำ พิเศษสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อ แก้ไขความผิดปกติของรูปเท้าและ การลงน้ำหนักที่เท้า เนื่องจาก ผิวหนังจะทำให้เกิดแผลง่ายมาก หากการปรับเปลี่ยนรองเท้าไม่ สามารถป้องกันการเกิดแผลได้ ต้องปรึกษาแพทย์ศัลยกรรม	นัดตรวจเท้า ทุก 1 เดือน นัดชุด callus*

callus* คือ หนังกึ่งสีเหลือง

“ก่อนทำการวิจัย ความเสี่ยงของผู้ป่วยค่อนข้างมาก
อยู่ในระดับ 2 หรือ 3 แต่พอตรวจครั้งที่ 2 มีความเสี่ยงลดลง
แสดงว่าปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่สิ่งที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักคือ
ระดับน้ำตาล ซึ่งอาจเกิดจากการควบคุมอาหาร ต้องอาศัยเวลา
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพเท้าเบาหวาน
ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความผิดปกติของรูปเท้า หลอดเลือด
ที่เท้าเสื่อม และการเกิดเป็นแผลเบาหวาน”

อย่างไรก็ตาม นอกจาก **คุณชุตติมา ภูมิภักดิ์** ทีมวิจัย
ยังมี **คุณสิริภา สารสิทธิ์** นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสิชล
ทีมที่ปรึกษางานวิจัยคือ **คุณชนกนาถ สุภมิตร** นักกายภาพบำบัด

โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร, อาจารย์สมเกียรติ
มหาอุดมพร นักกายภาพบำบัด สถาบันราชประชาสมาสัย,
คุณนิธิ ปราบ ณ ศักดิ์ นักกายภาพบำบัด สถาบันราชประชา
สมาสัย และ นพ.เอกรัฐ จันทรวันเพ็ญ นายแพทย์ชำนาญการ
พิเศษ โรงพยาบาลสิชล ซึ่งเป็นผู้ติดตามผลและผลักดันให้
งานสำเร็จ

ท้ายนี้ **คุณชุตติมา** ได้บอกถึงเคล็ดลับความสำเร็จว่า
“ใส่ใจในงานที่ทำ และใส่ใจความอยากรู้เข้าไป ที่สุดเราจะมองเห็น
ปัญหาและทางแก้ได้”

สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย จัด OSAPS 2014

“Achieving Excellence in Aesthetic Surgery”



สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย มีบทบาทสำคัญในการรักษามาตรฐานการประกอบวิชาชีพทางด้านศัลยศาสตร์ตกแต่ง โดยพัฒนาความรู้ทางวิชาการและมาตรฐานการรักษาแก่ศัลยแพทย์ตกแต่งของประเทศไทย ซึ่งนอกจากสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทยแล้ว ยังมีสมาคมย่อยอีก 1 สมาคม คือ สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสวยแห่งประเทศไทย ที่เน้นการศัลยกรรมเสริมความสวยงามโดยเฉพาะ ซึ่งทั้ง 2 สมาคมมีสมาชิกกลุ่มเดียวกัน และทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

สำหรับในปีนี้สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทยได้รับเกียรติให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ International Congress of the Oriental Society of Aesthetic Plastic Surgery (14th OSAPS 2014) ซึ่งเป็นการประชุมของสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสวยของประเทศไทยในแถบตะวันออกหรือในเอเชีย มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะให้แก่ศัลยแพทย์ตกแต่งไทยได้นำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด



ผศ.พล.อ.ต.นพ.กมล วัฒนไกร ประธานคณะกรรมการจัดการประชุม กล่าวว่า The Oriental Society of Aesthetic Plastic Surgery หรือ OSAPS เป็นสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสวยของประเทศไทยในแถบตะวันออกหรือในเอเชีย ประเทศที่เป็นสมาชิกของสมาคมในปัจจุบัน ได้แก่ ไทย ญี่ปุ่น ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย สิงคโปร์ ฮองกง ไต้หวัน จีน เกาหลี และกำลังเชิญประเทศในกลุ่มอาเซียน

ไม่ว่าจะเป็น พม่า เวียดนาม ลาว และกัมพูชา เข้าร่วมเป็นสมาชิก

การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ OSAPS มีการจัดขึ้นเป็นประจำทุก 2 ปี หมุนเวียนกันในประเทศสมาชิก โดยจัดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศญี่ปุ่น โดย Prof. Seiichi Ohmori ซึ่งเป็นผู้ก่อตั้งสมาคมและรวบรวมสมาชิกจากประเทศไทยและในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทยได้รับเกียรติจัดงานประชุมในครั้งที่ 2 และครั้งที่ 9 ที่โรงแรมแชงกรีล่า กรุงเทพฯ ซึ่งในครั้งนั้นประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก ได้รับการชื่นชมจากประเทศสมาชิกว่าเป็นการประชุม OSAPS ที่ยิ่งใหญ่ที่สุด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมมากที่สุด

ล่าสุดประเทศไทยได้รับเกียรติให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมครั้งที่ 14 คือ The 14th International Congress of the Oriental Society of Aesthetic Plastic Surgery (14th OSAPS 2014) ภายใต้ Themes: Achieving Excellence in Aesthetic Surgery ระหว่างวันที่ 27-29 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ณ ศูนย์ประชุมพืชมะลิ โรงแรมรอยัลคัลฟ บีช รีสอร์ท พัทยา โดยภายในงานจะมีการบรรยายและสาธิตวิธีการผ่าตัดจากศัลยแพทย์ตกแต่งชื่อดังจากต่างประเทศและประเทศไทยในหลากหลายเรื่อง อาทิเช่น การผ่าตัดตกแต่งจมูก การเสริมเต้านม การผ่าตัดเสริมสวยตา การปลูกผม ตลอดจนถึงเรื่องการฉีดโบทูลินัมท็อกซิน (โบท็อกซ์, ดิสฟอรัท, etc.) และฟิลเลอร์ รวมถึงการปลูกถ่ายไขมันที่กำลังมีการเติบโตอย่างรวดเร็ว เป็นต้น

ผศ.พล.อ.ต.นพ.กมล กล่าวอีกว่า การประชุมครั้งนี้มีความแตกต่างจากครั้งที่ผ่านมามีคือ ได้ร่วมกับ International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) ซึ่งเป็นสมาคมที่รวบรวมศัลยแพทย์ที่จบศัลยศาสตร์ตกแต่งทั่วโลก จัด ISAPS Symposium ในวันแรกของการประชุม ในหัวข้อ Augmentation Mammoplasty-How I do it, Clinical Tips for fat Grafting to the Breast in Asians, Hair Transplantation with FUE Method, Achieving Aesthetic Result in Blepharoptosis Surgery for the Elderly, Rhinoplasty, Facial Transplantation: From Experimental Setting to the Clinical Reality, The Importance of Reconstructing Nasal Valves During Primary Rhinoplasty และ Rhinoplasty by Dr. Nazim Cerkas ควบคู่ไปกับการประชุมของ OSAPS ซึ่งมีหัวข้อเกี่ยวกับ Botulinum Toxin & Filler และ Emerging Technologies in Plastic Surgery

“การร่วมกับ ISAPS ในครั้งนี้ทำให้เราได้มีโอกาสเชิญศัลยแพทย์ตกแต่งจากต่างประเทศที่ได้รับการยอมรับในวงการศัลยแพทย์ตกแต่งว่ามีความชำนาญในการผ่าตัด

ตกแต่งจมูกมากที่สุด เพราะจมูกชาวตวันตกเป็นจมูกที่รวบรวมความยากในการผ่าตัด





ทั้งหมดไว้แล้ว” ผศ.พล.อ.ต.นพ.กมล กล่าว

ส่วนในวันที่ 2 และวันที่ 3 ถือเป็นงานประชุมหลัก โดยมีหัวข้อเกี่ยวกับ **Eyelid, Body Contouring, Facial Rejuvenation, Nose, Mammaplasty, Fat & Stem cell, Transgender และ Hair transplantation** กล่าวได้ว่าครอบคลุมทางด้านการผ่าตัดตกแต่งเสริมสวยทั้งหมด รวมทั้งยังมี **Live Surgery: Mammaplasty, Rhinoplasty** ถ่ายทอดสดผ่าน Teleconference จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ ไปยังห้องประชุมที่พญา ซึ่งถือเป็นไฮไลต์ของการประชุมในครั้งนี้

ด้านวิทยากรที่มาบรรยายได้รับเกียรติจากศัลยแพทย์ที่มีชื่อเสียงระดับโลกซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น การทำตา มีวิทยากรที่มีชื่อเสียงหลายท่าน เช่น **Dr.David Dae Hwan Park** ชาวเกาหลี, **Dr.Kunihiko Nohira** และ **Dr.Keizo Fukuta** ชาวญี่ปุ่น ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นผู้ที่รู้จักกันดีในวงการศัลยกรรมตกแต่งเสริมสวย จึงเป็นโอกาสอันดีที่ศัลยแพทย์ชาวไทยจะได้เรียนรู้และรับรู้ข้อมูลที่ครบถ้วนจากวิทยากรที่มาบรรยาย

ขณะเดียวกันในการทำจมูก ได้เชิญ **Dr.Man Koon Sun** ชาวเกาหลี ที่เป็นผู้เขียนตำราเรื่อง Asian Rhinoplasty ซึ่งนอกจากจะมาบรรยายแล้วยังจะมาสาธิต Live Surgery การทำจมูกแบบเกาหลีอีกด้วย รวมถึง **Dr.Moo Hyun Paik** ชาวเกาหลี ซึ่งเป็น President of Korean Academic Association of Rhinoplastic Surgeons ของประเทศเกาหลี มาบรรยายถึงเทคนิคการผ่าตัดทั้งหมด โดยเป็นลักษณะการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน ถึงแม้ว่าความรู้ทางวิชาการของประเทศไทยและเกาหลีจะมีระดับที่ใกล้เคียงกัน แต่เทคนิคบางอย่างต้องยอมรับว่าประเทศเกาหลีมีความก้าวหน้ามาก ซึ่งศัลยแพทย์ไทยสามารถที่จะเรียนรู้ได้ในจุดนี้

ไม่เพียงเท่านั้น ยังมีเรื่องการเสริมหน้าอก โดย **Dr.Dennis C. Hammond** ชาวอเมริกัน ผู้เขียนตำรา Text book of Mamoplasty ซึ่งจะมาบรรยายและสาธิต Live Surgery การผ่าตัดเสริมหน้าอกให้ศัลยแพทย์ชาวไทยได้รับชม และอีกหนึ่งบุคคลสำคัญคือ **Dr.Susumu Takayanagi** ซึ่งเป็น President of ISAPS นายกสมาคมที่รวบรวมศัลยแพทย์ที่จบศัลยศาสตร์ตกแต่งทั่วโลก (ISAPS) ที่จะมาบรรยายเรื่องการเสริมหน้าอก และบรรยายใน ISAPS Symposium ด้วย

นอกจากนี้แล้วยังมี **Dr.Gordon H. Sasaki** ชาวอเมริกัน-ญี่ปุ่น ซึ่งเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ minimal invasive surgery ที่มีชื่อเสียงระดับโลกโดยจะมาบรรยายเกี่ยวกับการฉีดไขมันและสเต็มเซลล์ที่ใบหน้า รวมทั้งเทคนิคการใช้เครื่อง Microfocus ultrasound ซึ่งมีชื่อเสียงมากในประเทศสหรัฐอเมริกา และแสดงปาฐกถาพิเศษ Ohmori Memorial Lecture เพื่อรำลึกถึง **Prof.Seiichi Ohmori** ซึ่งเป็นผู้ก่อตั้งสมาคมนี้ขึ้นมา

นอกจากวิทยากรจากต่างประเทศแล้ว ยังได้รับเกียรติจากวิทยากรที่มีชื่อเสียงของประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็น **นพ.ดำเกิง ปฐมวาณิชย์** ซึ่งมีประสบการณ์สูงในการทำศัลยกรรมปลูกผม **นพ.อภิชัย อังสพัทธ์**, **นพ.สงวน คุณาพร**, **นพ.สุพร วทัญญสกุล** และ **นพ.สุกิจ วรธำรง** ซึ่งมีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียงด้านการผ่าตัดแปลงเพศ เป็นต้น



ผศ.พล.อ.ต.นพ.กมล กล่าวเพิ่มเติมถึงประโยชน์ที่จะได้รับการประชุมครั้งนี้ว่า ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่เป็นจริง ที่กลั่นกรองมาแล้วจากศัลยแพทย์ที่มีชื่อเสียง ได้เห็นการผ่าตัดจริง ๆ จากผู้ที่มีประสบการณ์ และได้รับการยอมรับในวงการศัลยกรรม เรียกได้ว่ามีครบทุกด้านของศัลยกรรมตกแต่งเสริมสวย

“ขอเชิญชวนแพทย์ ศัลยแพทย์ตกแต่งชาวไทยทุกท่านที่สนใจด้านศัลยกรรมตกแต่งเสริมสวย มาร่วมเรียนรู้วิชาการร่วมกัน ซึ่งถือเป็นโอกาสอันดี โดยเปิดกว้างให้แพทย์จากหลากหลายสมาคม ไม่ว่าจะเป็นสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย หรือสมาคมอื่น หรือแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในสมาคมแต่ทำงานด้านตกแต่งเสริมสวย ทำตา ทำจมูก หรือการฉีดเสริมสวยก็มีโอกาสมาลงทะเบียนเข้าประชุมได้ แทนที่จะต้องเดินทางไปร่วมประชุมหรือดูงานในต่างประเทศ ซึ่งบางครั้งจะได้เนื้อหาที่ไม่เป็นมาตรฐาน เมื่อนำมาใช้ อาจเกิดปัญหาต่อประชาชนได้ จึงอยากจะเชิญชวนทุกท่านเพราะจะเป็นโอกาสเดียวที่ท่านจะได้พบกับศัลยแพทย์ตกแต่งที่เป็นศัลยแพทย์ตกแต่งจริง ๆ ที่มีชื่อเสียง และได้เรียนรู้ในเรื่องที่ถูกต้องและได้มีการคัดสรรแล้ว” **ผศ.พล.อ.ต.นพ.กมล** กล่าวทิ้งท้าย

ผู้ที่สนใจสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทาง www.OSAPS2014.org หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย โทรศัพท์ 0-2716-6214



วันที่

6-8 ตุลาคม 2557

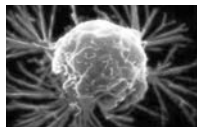


หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	การประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 8 “โภชนาการ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค” ณ ศูนย์นิทรรศการ และการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 08-1701-8345 E-mail: tcn.conference@gmail.com www.tcn-conference.com, www.nutritionthailand.or.th
ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการราชวิทยาลัย ครั้งที่ 2/2557 ณ แพทยสมาคม อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศูนย์วิจัย ด.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2354-7711 ต่อ 93685, 93073 โทรสาร 0-2354-4109 www.rcot.org
สมาคมรูมาติสซั่ม แห่งประเทศไทย	การอบรมวิชาการระยะสั้น “Rheumatology for the Non-Rheumatologist” ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2716-6524 08-1658-1524 โทรสาร 0-2716-6525 E-mail: toojaijai@yahoo.co.uk www.thairheumatology.org
สมาคมแพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับ โรงพยาบาลอุดรธานี	งานประชุมวิชาการสัณจร 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
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 29 และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5721-22 โทรสาร 0-2716-5720 E-mail: congressrtcog@hotmail.com www rtcog.or.th
ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia Pacific Orthopaedic Association (APOA)	การประชุม The 18 th Biennial Congress of Asia Pacific Orthopaedic Association (APOA) and the 36 th Annual Meeting of the Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand (RCOST) ณ ศูนย์การประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคิลล์ บีช รีสอร์ท พัทยา ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5436 โทรสาร 0-2716-5440 E-mail: apoa2014@rcost.or.th www.apoa2014.com
สมาคมโรคติดเชื้อ แห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่ประจำปี พ.ศ. 2557 Update on management of infectious diseases 2014 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6874 โทรสาร 0-2716-6807 www.idthai.org
สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่ง แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมศัลยแพทย์ ตกแต่งเสริมสวย แห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการนานาชาติ The 14 th International Congress of the Oriental Society of Aesthetic Plastic Surgery “Achieving Excellence in Aesthetic Surgery” ณ ศูนย์การประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคิลล์ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6214 โทรสาร 0-2716-6966 E-mail: osaps2014@gmail.com www.osaps2014.org
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมเชิงปฏิบัติการ “สำหรับอาจารย์แพทย์” Essential Skills for Clinical Teachers ณ อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-6454 โทรสาร 0-2411-5038 www.sirirajconference.com

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
8-9 พฤศจิกายน 2557 	ชมรมศัลยเสวนา ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการศัลยเสวนา Surgical Forum (4 th BB meeting) Update Minimal Invasive Surgery ณ ราชาธิริ รีสอร์ท แอนด์ สปา อ.ขนอม จ.นครศรีธรรมราช	โทรศัพท์ 0-7445-1404 โทรสาร 0-7442-9384 E-mail: kpiyaporn@gmail.com http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/
11-14 พฤศจิกายน 2557 	กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า	การประชุมวิชาการ Interactive Clinical Practices 2014: Practical Pediatrics at a Glance ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบ พระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2354-7600-28 ต่อ 94162, 94163 โทรสาร 0-2354-7827 E-mail: sumittra_ped@hotmail.com www.pedpmk.org
19-21 พฤศจิกายน 2557 	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	การประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 12 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2354-7028-35 ต่อ 2205 โทรสาร 0-2644-9097 E-mail: nci.academic@gmail.com www.kmncr.com
26-28 พฤศจิกายน 2557 	สมาคมเวชสารสนเทศไทย	การประชุมระดับชาติด้านเวชสารสนเทศ ครั้งที่ 3 และการประชุมวิชาการสมาคมเวชสารสนเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2557 "พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศ" ณ โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว จ.เชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-2590-1492 โทรสาร 0-2965-9816 www.tmi.or.th
28-30 พฤศจิกายน 2557 	International Parkinson and Movement Disorder Society ร่วมกับชมรมโรคพาร์กินสันไทย	งานประชุมวิชาการ 4 th Asian and Oceanian Parkinson's Disease and Movement Disorders Congress ณ พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 08-4654-4703 E-mail: aopmc2014@gmail.com www.movementdisorders.org/AOPMC2014
5-7 ธันวาคม 2557 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	งานประชุมวิชาการ Two Days in Cardiology ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน จ.เพชรบุรี	โทรศัพท์ 0-2718-0060-5 โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: thaiheart@thaiheart.org www.thaiheart.org
11-12 ธันวาคม 2557 	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ แห่งประเทศไทย	The 9 th Congress of the Asia-Pacific Vitreo-Retina Society in Conjunction with the 34 th Annual Academic Meeting of the Royal College of Ophthalmologists of Thailand ณ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-0715-6 โทรสาร 0-2718-0707 E-mail: admin@rcopt.org www.rcopt.org
11-13 ธันวาคม 2557 	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย	4 th 2014 AOCPRM Asia-Oceanian Conference of Physical and Rehabilitation Medicine Rehabilitation for all: From Bench to Community	โทรศัพท์ 0-2714-2590-1 โทรสาร 0-2714-2656 E-mail: aocprm2014@gmail.com www.aocprm2014.com
17-20 ธันวาคม 2557 	สมาคมเวชบำบัดวิกฤต แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการและการอบรมระยะสั้น ประจำปี พ.ศ. 2557 "The Smart ICU"	โทรศัพท์ 0-2718-2255, 08-3713-4043 โทรสาร 0-2718-2255 E-mail: admin@criticalcarethai.org www.criticalcarethai.org

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อของบรรณาธิการกลุ่มงานการแพทย์ 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
6-9 November 2014 	17 th Clinical Applications for Age Management Medicine	Las Vegas	United States of America	www.agemed.org
8-9 November 2014 	International Conference on Advances in Healthcare & Life Sciences (ICAHL)	-	Singapore	http://grds2014.blogspot.com/2014/08/international-conference-on-advances-in_92.html
8-10 November 2014 	5 th International Conference on Stem Cells and Cancer (ICSCC-2014): Proliferation, Differentiation and Apoptosis	New Delhi	India	www.icccc.in
12-13 November 2014 	2014 2 nd International Conference on Medical, Environmental and Bio-technology (ICMEB 2014)	Auckland	New Zealand	www.icmeb.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
16-17 November 2014 	International Conference on Advances in Environment, Agriculture and Medical Sciences (ICAEAM'14)	Kuala Lumpur	Malaysia	http://iaast.org/2014/11/17/47
3-4 December 2014 	2 nd International Health Conference IIUM	Kuantan	Malaysia	www.iium.edu.my/ihci
4-7 December 2014 	20 th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI)	Paris	France	www.congressmed.com/cogiparis

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

ร่วมสร้างอาคารนวมินทรบพิตร ร.พ.ศิริราช

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รับมอบเงิน 2,500,000 บาท จากนายกานต์ ตระกูลฮุน ประธานกรรมการมูลนิธิเอสซีจี พร้อมด้วยคณะกรรมการมูลนิธิเอสซีจี เพื่อร่วมสมทบทุนสร้างอาคารนวมินทรบพิตร 84 พรรษา เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในมงคลวโรกาสเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ โดยอาคารดังกล่าวสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นศูนย์รวมการแพทย์ที่พร้อมสมบูรณ์ ตั้งแต่การศึกษา การวิจัย การรักษาพยาบาล ตลอดจนให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและเพียงพอ เพื่อประโยชน์แก่ประชาชนยกระดับสังคมไทยสู่สังคมสุขภาพอย่างยั่งยืน เมื่อไม่นานมานี้



แม่ลูกผูกพัน ด้านภัยมะเร็ง

นพ.ภาสกร ชัยวานิชศิริ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ร่วมกับ นพ.วีรุฒิ อิ่มสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นประธานเปิดงาน “แม่ลูกผูกพัน ด้านภัยมะเร็ง” เนื่องในวโรกาสเฉลิมพระชนมพรรษา ๘๒ พรรษา สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติจัดนำรถเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ Mobile Digital Mammography มาให้บริการแก่แม่ผู้ด้อยโอกาสที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ณ โรงเรียนวัดราชาธิวาส เขตดุสิต กรุงเทพฯ และที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ วาสนะเวศม์ จ.พระนครศรีอยุธยา และให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการ Pap Smear ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อให้แม่ผู้สูงวัยที่ด้อยโอกาสเข้าถึงการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการตรวจค้นหาแม่เริ่มในระยะเริ่มแรก เมื่อไม่นานมานี้

เฝ้าระวังโรคตามแนวชายแดน

นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนานนท์ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค พร้อมด้วย พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผอ.สคร.ที่ 6 ขอนแก่น นพ.อนุพงศ์ สุจริยากุล ผอ.สคร.ที่ 4 ราชบุรี นพ.วิวรรณ ก่อวิริยกุล นายแพทย์สาธารณสุข จ.หนองคาย นพ.พิสิฐ อินทวงศ์ โชติ รอง ผอ.กลุ่มภารกิจบริการ โรงพยาบาลหนองคาย และคณะ ร่วมถ่ายภาพระหว่างลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมและติดตามมาตรการความร่วมมือการเฝ้าระวังโรคตามแนวชายแดน ณ โรงพยาบาลหนองคาย จ.หนองคาย เมื่อไม่นานมานี้



แลกเปลี่ยนความรู้ด้านออร์โธปิดิกส์

นพ.ชาตรี ดวงเนตร กรรมการรองกรรมการผู้อำนวยการใหญ่ บมจ. กรุงเทพดุสิตเวชการ พร้อมด้วย นพ.วิลเลียม เจ มาโลนี ผู้อำนวยการศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ร่วมลงนามความร่วมมือ “โครงการแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะทางการแพทย์ด้านออร์โธปิดิกส์ ระหว่างศูนย์กระดูกและข้อกรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ และแผนกศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด” เพื่อการศึกษาวิจัยด้านศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านกระดูกและข้อ โดยมี นพ.สุทธบรรณรัตน์เวช ผู้อำนวยการอาวุโส ศูนย์กระดูกและข้อกรุงเทพ และ นพ.กฤตวิทย์ เลิศอุตสาหกุล ประธานคณะผู้บริหารศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ พร้อมด้วยคณะผู้บริหาร ร่วมงาน ณ โรงพยาบาลกรุงเทพ เมื่อไม่นานมานี้

วงการแพทย์ 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.ห้วยทับทัน จ.ศรีสะเกษ



ร.พ.อุทุมพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ



ร.พ.บุณฑริก จ.อุบลราชธานี





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 สั่งจ่าย ปณ.คลังเงิน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

☐ เช็คบัตรเครดิต A/C PAYEE ONLY สั่งจ่ายในนาม บ.สรรพสาร จก.
 เชื่อบริษัทสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.
☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาทีโอปัส ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4
☐ ธนาคารกรุงเทพ สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก.

71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงจตุรรมุข 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

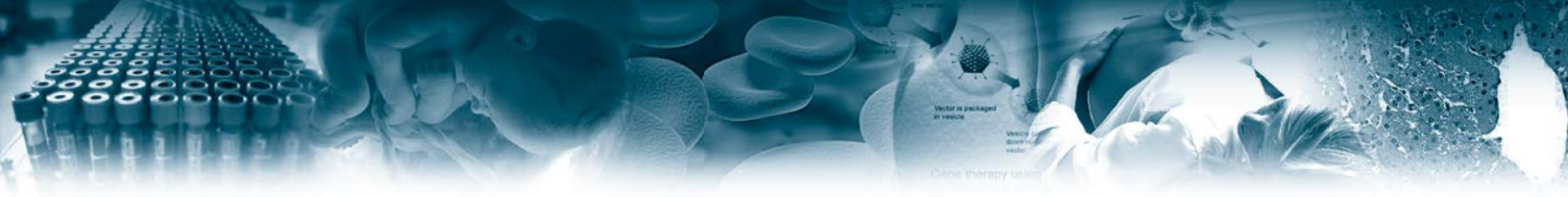
แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ 134, 123

แฟกซ์ **0-2435-2345**

ต่อ 181



การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษาก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling)

ตอนที่ 4

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาควิ VII (Human immunodeficiency virus : HIV)

ผอ.กนกกร สุนทรจิตต์ จก.บ., พ.บ.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรและนรีเวชวิทยา

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/140802

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับผลของการติดเชื้อเอชไอวีต่าง ๆ ที่อาจมีต่อพยาธิกำเนิดของเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับผลของการตั้งครรภ์ที่มีต่อการติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อการตั้งครรภ์
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก
5. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการตรวจและดูแลระหว่างฝากครรภ์
6. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับอาการทางคลินิกของการติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน

■ ต่อจากฉบับที่แล้ว

D. การตรวจอื่น ๆ ในส่วนของการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV นอกจากการซักประวัติ และการตรวจร่างกายเพิ่มเติมดังที่กล่าวมาแล้ว อีกส่วนหนึ่งที่ยังไม่ได้กล่าวถึงมากนักก็คือ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ นอกเหนือจากซีมาโตคริต, กรุปเลือด, HBsAg, VDRL ซึ่งกระทำในการฝากครรภ์ของหญิงทั่วไปอยู่แล้ว สิ่งที่ต้องตรวจเพิ่มในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV เช่น Pap smear และ Cervical culture ซึ่งได้กล่าวไปแล้วนั้น สิ่งสำคัญที่จะต้องส่งตรวจเพิ่มอีก ได้แก่

D.1 Complete blood และ Platelet count เนื่องจาก

ภาวะซีดและเกล็ดเลือดต่ำเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ซึ่งมีผลทำให้เพิ่มภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์

D.1.1 ภาวะซีด ลักษณะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นชนิด Normochromic และ Normocytic การประเมินภาวะซีดควรส่งตรวจดูจากระดับความผิดปกติของฮีโมโกลบิน โดยเฉพาะในรายที่สงสัยโรค Thalassemia นอกจากนี้ควรส่งตรวจหา Serum iron, Ferritin, Transferrin, B12, Folate รวมถึง Erythropoietin level ตามสาเหตุที่สงสัย เมื่อทราบสาเหตุควรให้การรักษาโดยเร็ว

ในกรณีที่สงสัยว่าภาวะซีดเกิดจากการติดเชื้อ HIV หรือจากการให้ Zidovudine (AZT) มีรายงานว่า การให้ Erythropoietin อาจมีประโยชน์ ซึ่งควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา ก่อนให้การรักษา สำหรับปริมาณ Erythropoietin ที่ใช้รักษา คือ 10,000 ยูนิต ฉีดเข้า subcutaneous สัปดาห์ละ 2 ครั้ง หรือครั้งละ 4,000 ยูนิต สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลานาน 6-8 สัปดาห์

D.1.2 ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ อาจพบได้ในระยะแรก ๆ ของการติดเชื้อ HIV แต่มักจะไม่ใช่ปัญหาทางคลินิก เนื่องจากเกล็ดเลือดมักมีปริมาณมากกว่า 5,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และมักรักษาตามอาการได้ผล เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเกล็ดเลือดต่ำ ควรส่งตรวจหา Antinuclear antibody (ANA) และ Antiplatelet antibody รวมทั้งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา ก่อนที่จะทำการตรวจหาสาเหตุอื่น ๆ เช่น การทำ Bone marrow aspiration มีรายงานพบว่า 70% ของผู้ป่วยจะมีเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับ AZT ในรายที่เกล็ดเลือดต่ำกว่า 5,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ควรส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา ซึ่งการรักษา นอกจากให้ AZT บางรายอาจจะต้องให้ Steroid รวมทั้งฉีด Immunoglobulin เข้าหลอดเลือดดำชนิดสูง สำหรับในรายที่เป็นมากอาจพิจารณา Splenectomy

D.2 Liver function และ Renal function test ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เราอาจจะเพื่อใช้เป็นพื้นฐานประกอบในการให้ยา AZT และยาอื่น ๆ ระหว่างให้การรักษา เพราะยาในกลุ่มนี้มีพิษต่อตับและไต

D.3 การตรวจปฏิกิริยาทางน้ำเหลืองต่อการติดเชื้อ Cytomegalovirus และ Toxoplasma ทูบิงที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ Cytomegalovirus และ Toxoplasma ซึ่งอาการแสดงทางคลินิกมักเกิดขึ้นเมื่อ CD4⁺ count ต่ำกว่า 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งการติดเชื้อนี้จะคุกคามต่อม้ามตา และทารกในครรภ์ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการตรวจหาปฏิกิริยาทางน้ำเหลือง เพื่อหา specific IgM antibody ของการติดเชื้อทั้ง 2 ชนิด สำหรับทูบิงที่ตั้งครรภ์แนะนำให้ตรวจเมื่อ CD4⁺ count ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ในรายที่ตรวจพบว่ามี specific IgM หรือมีการเพิ่มของ IgG titer ควรส่งปรึกษาจักษุแพทย์ เพื่อตรวจหาว่าผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงของ CMV retinitis หรือไม่

สำหรับผู้ป่วยที่ CD4⁺ count ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และได้รับการรักษาด้วย Trimetoprim และ Sulfamethoxazole

เรียบร้อยแล้ว จะสามารถป้องกัน Toxoplasmosis ได้ อย่างไรก็ตาม ในรายที่สงสัยควรต้องทำการตรวจหาต่อไป

D.4 CD4⁺ count การประเมินภูมิคุ้มกันเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ประเมินผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV เป็นการตรวจขั้นพื้นฐานในการประเมินและติดตามระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ช่วยพยากรณ์โรค และช่วยตัดสินใจในการเริ่มต้นให้ยา antiretroviral รักษาตลอดจนการให้ยาป้องกัน *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP) และการติดเชื้อซ้ำเติมอื่น ๆ (Opportunistic infection) ดังนั้น ควรส่งตรวจ CD4⁺ count ขณะที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกในรายที่ไม่เคยฝากครรภ์มาก่อนควรส่งตรวจเมื่อผู้ป่วยมาคลอด กรณีที่ CD4⁺ count มากกว่าหรือเท่ากับ 600 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะส่งตรวจซ้ำหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น เพื่อประเมินผลการรักษา หรือเมื่อเริ่มการใช้ยาตัวใหม่รักษา อย่างไรก็ตาม ค่าตรวจ CD4⁺ count ในปัจจุบันราคาประมาณ 500 บาท และมักตรวจได้เฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในปัจจุบัน viral load มีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ให้ประกอบในการพิจารณาเลือกใช้ยาต้านไวรัส และเลือกวิธีการคลอด อย่างไรก็ตาม ค่าตรวจยังคงมีราคาแพง คือประมาณ 2,000-3,000 บาท และมักตรวจได้เฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัยเท่านั้น

D.5 Tuberculin skin test และ anergy test ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการทำ Tuberculin skin test เนื่องจากเราตรวจพบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคสูง โดยเฉพาะในประเทศไทย และภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้การติดเชื้อวัณโรคมีอาการรุนแรง นอกจากนี้เชื้อวัณโรคเองก็สามารถติดต่อไปยังคนข้างเคียงที่ปกติได้สูง การป้องกัน การวินิจฉัย และการรักษาอย่างทันท่วงทีจึงเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้น ก่อนทำการทดสอบ หรือเมื่อแรกพบผู้ป่วยควรจะต้องซักประวัติเพิ่มเติม เพื่อประเมินว่ามีการติดเชื้อวัณโรคที่ผ่านมาหรือไม่ การรักษา การป้องกัน และประวัติการสัมผัสโรคที่ผ่านมานอกจากนี้ควรประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริม รวมทั้งอาการที่สนับสนุนว่าเป็นวัณโรค การทดสอบควรทำตามวิธีของ A Mantoux test คือ ฉีด 0.1 มิลลิลิตรของ Purified Protein derivative (PPD) เข้า intradermal โดยจะประเมินภายหลังฉีด 48-72 ชั่วโมง ถ้าผื่นขึ้นมากกว่า 5 มิลลิเมตร ถือว่าให้ผลบวก ในผู้ป่วยที่มีผลบวกควรส่งตรวจเอกซเรย์ปอดและประเมินทางคลินิกต่อไป ส่วนรายที่มีอาการทางคลินิกเข้าได้กับการติดเชื้อวัณโรคควรส่งตรวจเอกซเรย์ปอดเช่นกัน แม้ Tuberculin test ให้ผลลบก็ตาม อย่างไรก็ตาม



ในรายที่การทดสอบให้ผลลบ แต่อาศัยอยู่ในแหล่งที่มีอุบัติการณ์ การติดเชื้อโรคสูงควรได้รับการทดสอบทุก 6 เดือน ส่วนการทำ anergy test (anergy panel) เป็นการทดสอบโดยใช้ Mumps, Candida และ Tetanus toxoid เพื่อดูหน้าที่ของ Cell mediated immunity ของผู้ป่วยว่าดีหรือไม่ 2 ใน 3 ของ antigen เหล่านี้จะ ถูกฉีดเข้า intradermal ผลการทดสอบจะวัดที่ 48-72 ชั่วโมง ไม่ว่า ผื่นขึ้นมากน้อยเท่าไรก็ตาม ถือว่าร่างกายมี Positive reaction แสดงว่าผู้ป่วยรายนั้นมี CMI ดี (not anergic) ส่วนในรายที่ผลเป็น anergic (ไม่มีผื่นขึ้น) ควรส่งเอกซเรย์ปอด อย่างไรก็ตาม วิธีนี้เป็น วิธีที่ยังไม่แพร่หลายนักสำหรับประเทศไทย และยังมีความขัดแย้ง ถึงประโยชน์ของการตรวจด้วยวิธีนี้

D.6 Chest-X-rays ในรายที่ผล Tuberculin skin test ให้ผลบวก หรือผลการทดสอบ anergy test ให้ผล anergic หรือ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง หรือมีอาการเข้าได้กับวัณโรคควร ส่งเอกซเรย์ปอด โดยมีข้อระวังคือ ควรส่งตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอายุ ครรภ์มากกว่า 3 เดือน และควรใช้ Abdominal shielding ร่วมด้วย

จากการศึกษาในประเทศด้วยพัฒนาพบว่า อัตราการ เกิด Preterm, Preterm premature rupture of membranes และ ภาวะ Growth restriction พบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ดังนั้น ระหว่างฝากครรภ์คงจะต้องระวังภาวะดังกล่าว ตลอดจนให้ความรู้ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และมีความรู้ความเข้าใจในกรณี ที่เกิดภาวะ Preterm เกิดขึ้น ในเรื่องอาหารนั้น การรับประทานอาหาร อย่างเพียงพอจะมีส่วนช่วยอย่างมากที่ทำให้สุขภาพของ ทั้งมารดาและทารกอยู่ในเกณฑ์ดี น้ำหนักก็เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม การให้วิตามินเสริม รวมทั้งสารอาหารต่าง ๆ จะมีบทบาทสำคัญ ต่อการเจริญเติบโตของทารก การส่งเสริมภูมิคุ้มกันและซ่อมแซม ส่วนที่สึกหรอ มีรายงานตรวจพบว่า ระดับวิตามิน A, E, B6, B12 และ Zinc ต่ำกว่าปกติ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV การขาด วิตามิน A และน้ำหนักลดเป็นตัวบ่งชี้ถึงการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ ติดเชื้อ HIV จากติดยาเสพติด มีรายงานพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติด เชื้อ HIV และขาดวิตามิน A จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไปยัง ทารก อย่างไรก็ตาม การให้วิตามิน A เสริมควรให้อย่างระมัดระวัง เพราะวิตามิน A เป็นสารที่ทำให้เกิด Teratogenic effect ได้

เช่นเดียวกับการฝากครรภ์ในหญิงทั่วไป การส่งตรวจ อัลตราซาวด์เพื่อดูทารกในครรภ์ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV เพื่อยืนยัน อายุครรภ์เป็นสิ่งที่ได้ประโยชน์ โดยเฉพาะในหญิงที่ต้องการป้องกัน การติดเชื้อไปยังทารกในระหว่างคลอด ควรส่งตรวจทุกรายโดยเฉพาะ

ถ้ามีข้อบ่งชี้ เช่น ขนาดมดลูกไม่เท่ากับอายุครรภ์, อายุครรภ์ ไม่แน่นอน, สงสัยทารกในครรภ์มีภาวะ Intrauterine growth restriction ขณะเดียวกันก็สามารถตรวจหา anomaly ของทารกใน ครรภ์ได้ด้วย เนื่องจากการดาอาจจะได้รับยารักษาการติดเชื้อ HIV ที่มีฤทธิ์ teratogenic เช่น Thalidomide, Ganciclovir หรือ Rifabutin เป็นต้น และเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ประกอบในการตัดสินใจต่อการ ตั้งครรภ์ และการใช้ยาต้านไวรัสในระหว่างฝากครรภ์ การตรวจ สุขภาพทารกในครรภ์อาจแตกต่างจากหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปในบาง เรื่อง เช่น การทำ Amniocentesis, Chorionic villus sampling และ Percutaneous umbilical blood sampling ทั้ง 3 อย่างนี้จะทำใน รายที่มีความเสี่ยงสูงต่อความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น ในผู้ป่วย ที่มีการตรวจกรองให้ผลบวก (เช่น triple test) จากประวัติของ ครอบครัว หรือจากอายุของมารดา หญิงเหล่านี้ควรได้รับการ แนะนำถึงปัจจัยเสี่ยงของทารกเกี่ยวกับความผิดปกติทางพันธุกรรม ความพิการของทารก รวมถึงการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ไปยังทารกที่เกิดจากการทำ Amniocentesis ซึ่งปัจจุบันยังไม่ทราบว่า จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงมากน้อยเพียงใด ส่วนการทำ Chorionic villus sampling และ Cordocentesis ขณะนี้ยังไม่แนะนำให้ทำเนื่องจาก ความเสี่ยงต่อการเกิด Feto-maternal bleeding สูงกว่า ซึ่งทำให้ ทารกในครรภ์มีโอกาสติดเชื้อสูงขึ้น ภายหลังจากที่เราตรวจร่างกาย อย่างละเอียด และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่กล่าวมา ทั้งหมดแล้ว เราก็จะทราบถึงสภาวะของผู้ป่วยเป็นอย่างดี รวมถึง ระยะของการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยที่เรากำลังให้การดูแลรักษาอยู่ สำหรับการแบ่งระยะการติดเชื้อ HIV ในปัจจุบันตามวิธี ของ CDC จะใช้ข้อการทางคลินิก และผลตรวจ CD4⁺ counts เป็น หลักตามตาราง



ตาราง 1993 revised classification system for HIV infection and expanded AIDS surveillance case definition for adolescents and adults

CD4 ⁺ T-cell categories	Clinical categories		
	(A) Asymptomatic, acute (primary) HIV or PGL	(B) Symptomatic, not (A) or (C) conditions	(C) AIDS-Indicator conditions
(1) $\geq 500/\mu\text{L}$ (2) 200-499/ μL (3) $< 200/\mu\text{L}$ AIDS-Indicator T-cell count	A1 A2 A3	B1 B2 B3	C1 C2 C3

ในปัจจุบันถ้าผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกเข้าได้กับ category C หรือเมื่อมี CD4⁺ counts < 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะถูกจัดว่าผู้ป่วยเป็น AIDS สำหรับรายละเอียดของ Clinical categories มีดังนี้

1. Category A หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่เป็น asymptomatic, persistent generalized lymphadenopathy หรือเป็นชนิด acute HIV infection ร่วมกับมีอาการเจ็บป่วยหรือมีประวัติของ acute HIV infection มาก่อน

2. Category B หมายถึง ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการซึ่งไม่ถูกจัดรวมอยู่ใน category C และมีอาการอย่างน้อยหนึ่งอย่างของอาการดังต่อไปนี้

2.1 มีอาการที่เกิดจากการติดเชื้อ HIV หรือมีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันชนิด CMI

2.2 มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อ HIV ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษา เช่น ภาวะหรือการติดเชื้อดังต่อไปนี้

2.2.1 Bacillary angiomatosis
2.2.2 Candidiasis, oropharyngeal thrush
2.2.3 Candidiasis, vulvovaginal, persistent, frequent หรือ poorly responsive ต่อการรักษา

2.2.4 Cervical dysplasia (moderate หรือ severe), cervical carcinoma in situ

2.2.5 Constitutional symptoms เช่น ไข้ (38.5 องศาเซลเซียส) หรือท้องเสียนานมากกว่า 1 เดือน

2.2.6 Hairy leukoplakia ของช่องปาก

2.2.7 Herpes zoster เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้ง

หรือเกิดขึ้นในตำแหน่งที่มากกว่า 1 dermatome

2.2.8 Idiopathic thrombocytopenic purpura

2.2.9 Listeriosis

2.2.10 Pelvic inflammatory disease โดยเฉพาะถ้ามีภาวะ Tubo-ovarian abscess

2.2.11 Periphery neuropathy

ในรายที่มีอาการเข้าได้กับ category B แต่ได้รับการรักษาจนหายแล้ว แม้ไม่มีอาการใด ๆ ก็ตาม ก็ถือว่าผู้ป่วยอยู่ใน category B เสมอ

3. Category C คือ อาการที่เข้าได้กับ AIDS เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยถูกจัดอยู่ใน category C แม้อาการจะดีขึ้นก็ถูกจัดอยู่ใน category C เสมอ โดยมีอาการดังนี้

3.1 Candidiasis ของ trachea, bronchi, lungs และ esophagus

3.2 Invasive cervical cancer

3.3 Coccidioidomycosis, disseminated หรือ extrapulmonary

3.4 Cryptococcosis, extrapulmonary

3.5 Cryptosporidiosis, chronic intestinal (มีอาการมากกว่า 1 เดือน)

3.6 Cytomegalovirus disease (นอกเหนือจาก liver, spleen หรือ nodes)

3.7 Cytomegalovirus retinitis (ร่วมกับมี loss of vision)



- 3.8 Encephalopathy สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV
- 3.9 Herpes simplex ที่เป็นเรื้อรังมากกว่า 1 เดือน
หรือมีอาการ bronchitis, pneumonitis หรือ esophagitis
- 3.10 Histoplasmosis, disseminated หรือ extrapulmonary
- 3.11 Isosporiasis (มีอาการเรื้อรังทางลำไส้มากกว่า 1 เดือน)
- 3.12 Kaposi's sarcoma
- 3.13 Burkitt's lymphoma หรือเทียบเท่า immunoblastic lymphoma หรือเทียบเท่า lymphoma ของ brain
- 3.14 *Mycobacterium avium* complex หรือ *M. kansasii*, disseminated หรือ extrapulmonary
- 3.15 *Mycobacterium tuberculosis* หรือการติดเชื้อ mycobacterium ชนิดอื่น
- 3.16 *Pneumocystis carinii* pneumonia
- 3.17 Pneumonia, recurrent
- 3.18 Progressive multifocal leukoencephalopathy
- 3.19 Salmonella septicemia, recurrent
- 3.20 Toxoplasmosis ของ brain
- 3.21 Wasting syndrome เนื่องจากการติดเชื้อ HIV

อาการทางคลินิก (Clinical Manifestations) ของการติดเชื้อ เอชไอวีเฉียบพลัน

อาการแสดงทางคลินิกของการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงแรก อาจจะถูกคาดหวังว่าจะได้พบ เนื่องจากการพบอาการแสดงทางคลินิกโดยทั่วไปในการติดเชื้อไวรัสชนิดอื่น ในผู้ติดเชื้อใหม่อาจมี อาการแสดงภายใน 1-4 สัปดาห์ เหมือนกับการเจ็บป่วยที่เกิดจาก ไวรัสชนิดอื่น เรียกว่า กลุ่มอาการเรโทรไวรัสเฉียบพลัน (Acute retroviral syndrome, ARS) อาการประกอบด้วย ปวดศีรษะ ปวดหลังกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ไข้ต่ำ ๆ หรือไข้สูง ต่อม่าน้ำเหลืองโต และผื่นแดงแบบไม่คัน (Non-pruritic macular erythematous rash) ตามลำตัว และต่อมากกระจายไปยังแขนขา อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ผื่น ต่อม่าน้ำเหลืองโต ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ

ในบางรายอาจพบเชื้อราในช่องปาก (oral candidiasis) แผลในหลอดอาหาร ทวารหนัก และช่องคลอด และอาการทาง ระบบประสาทส่วนกลาง (เช่น สมองอักเสบ) อาจพบได้ในผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเฉียบพลันบางราย อาจพบปอดอักเสบและท้องร่วง และ

อาการอื่น ๆ ของระบบทางเดินอาหารก็มีการรายงาน จะพบ อาการเหล่านี้ได้นานประมาณ 1-3 สัปดาห์ ถึงแม้ว่าต่อมน้ำเหลืองโต อาการเพลียอ่อนแรงอาจยังคงอยู่เป็นเวลาหลายเดือน อาการ ทางคลินิกของ ARS คล้ายกันถึงแม้จะมีช่องทางการติดต่อที่ ต่างกัน (ทั้งการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จนถึงการใช้เข็มฉีดยา) และจะพบอาการก่อนตรวจพบว่ามีแอนติบอดีในซีรัมบวก อาการผื่น เป็นอาการทางคลินิกที่ใช้ในการวินิจฉัยที่สำคัญ แยกการติดเชื้อ เอชไอวีระยะแรกจากการติดเชื้อไวรัสชนิดอื่น แต่ก็ยังคงยากต่อ การวินิจฉัย สาเหตุของผื่นยังไม่รู้แน่ชัด แต่อาจเป็นผลของการเกิด สารแอนติเจน-แอนติบอดี (antigen-antibody complexes) ที่ผิวหนัง

ตารางลักษณะของการติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน^a

อาการทางคลินิก
• ปวดศีรษะ ปวดหลังกระบอกตา • ปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ^c • ไข้ต่ำ หรือไข้สูง^c • ต่อม่าน้ำเหลืองบวม^c • ผื่นผื่นแดงไม่คัน^c • เชื้อราชนิด candidiasis ในปาก • แผลที่หลอดอาหาร หรือทวารหนัก หรือช่องคลอด • ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางแบบเฉียบพลัน (เช่น สมองอักเสบ) • ปอดอักเสบ • ถ่ายเหลว และอาการอื่น ๆ ของระบบทางเดินอาหาร
ระยะเวลา
• อาการจะเกิดขึ้นใน 1-4 สัปดาห์หลังจากติดเชื้อเฉียบพลัน • อาการจะคงอยู่นาน 1-3 สัปดาห์ • ต่อม่าน้ำเหลืองโต เชื้องูขี้แมว อ่อนเพลีย จะคงอยู่ได้หลายเดือน • หลังจากนั้นจะตามมาด้วยช่วงที่ไม่มีอาการนานหลายเดือนจนถึงหลายปี
การตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ
• สัปดาห์แรก เซลล์ลิมโฟไซต์ต่ำ และเกล็ดเลือดต่ำ • สัปดาห์ที่สอง จำนวนเซลล์ลิมโฟไซต์กลับเพิ่มขึ้น พร้อมกับการเพิ่มของเซลล์ CD8; สัดส่วนของเซลล์ CD4⁺/CD8⁺ ลดลง

- ภาวะการกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่สะท้อนด้วยการเพิ่มขึ้นของ cytokine (เช่น IL-1 β , TNF- α and IFN- γ)
- สัปดาห์ที่สอง พบเซลล์ atypical lymphocytes ในเลือด (โดยทั่วไป < 30%)
- ตรวจพบแอนติเจนของเชื้อเอชไอวี และไวรัสในเลือดภายใน 3-10 วัน
- ไวรัสพบในน้ำไขสันหลัง (CSF) และน้ำสุกภายใน 7-14 วัน
- แอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีมักจะตรวจพบครั้งแรกภายใน 1-3 สัปดาห์หลังการติดเชื้อเฉียบพลัน
- Cytokines ชนิด Proinflammatory เพิ่มขึ้นในเลือด (เช่น IL-15 และ TNF- α)

^a IL-1 β , interleukin-1 β ; TNF- α , tumor necrosis factor alpha; IFN- γ , gamma interferon; CSF, cerebrospinal fluid

^b อาการทั้งหมดหรือบางอย่างพบได้ในกลุ่มอาการเรโทรไวรัสเฉียบพลัน (Acute retroviral syndrome) มักจะพบอย่างน้อย 1-4 สัปดาห์หลังจากมีระดับไวรัสในเลือดสูงสุดแล้วก่อนที่จะตรวจพบแอนติบอดี

^c พบได้บ่อยที่สุด

อย่างน้อย 50% หรือในบางกลุ่มของการศึกษาอาจพบได้มากถึง 90% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการป่วยคล้าย mononucleosis การไม่มีอาการของ ARS มีความสัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่ช้าลง ขณะที่การพบและความรุนแรงของ ARS

ร่วมกับอาการที่ถูกพบอยู่นาน (โดยเฉพาะอาการไข้) มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค มีรายงานพบว่าผู้หญิงชาวเซเนกัลที่ติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกมีอาการที่น้อยร่วมกับปริมาณไวรัสที่ต่ำ อาจมีความสัมพันธ์กับช่องทางการติดเชื้อและชนิดของสับtypingของเชื้อเอชไอวี อาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นการสะท้อนถึงภาวะภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองต่อเชื้อไวรัสมากเกินไป ร่วมกับการสร้าง cytokines ที่ทำให้เกิดอาการทางคลินิกต่าง ๆ การกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันอาจเพิ่มการกระจายของเชื้อเอชไอวี และเพิ่มการตายของเซลล์โดยวิธี apoptosis

ในบางรายที่พบน้อยจะมีโรคที่เร็วตามหลัง (rapid course) การติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน โดยเฉพาะเมื่อมีเชื้อเอชไอวีชนิด X4 เป็นส่วนใหญ่ ในรายที่พิเศษอาจพบว่าผู้ติดเชื้อเสียชีวิตจากโรคเอดส์ภายใน 6 เดือนหลังได้รับเชื้อ ซึ่งไม่สามารถตรวจพบเซลล์ที่ทำลายเชื้อเอชไอวีชนิด cytotoxic T lymphocytes (CTLs) หากเชื้อเอชไอวีเป็นชนิด R5 จะพบว่าผู้ติดเชื้อมีซีรัมบวกที่ช้า (seroconversion) ในบางรายไม่พบว่ามีซีรัมบวกเลย ในการศึกษาล่าสุดผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการดำเนินของโรคเป็นเอดส์ภายใน 4-20 เดือนหลังจากการติดเชื้อแบบเฉียบพลัน ไวรัสที่พบในกลุ่มนี้เป็นชนิดที่ชอบทั้งสองเซลล์ R5/X4 และคือต่อยาด้านไวรัสที่มีอยู่ โดยที่ไวรัสเหล่านี้ไม่มีอัตราการเพิ่มจำนวนลดลงในภาวะที่มียาด้านไวรัส การตรวจพบอาการในช่วงการติดเชื้อเฉียบพลันนั้นจะทำได้ต่อเมื่อมีการซักประวัติอย่างครบถ้วน โดยทั่วไปภายหลังการติดเชื้อแบบเฉียบพลันจะตามมาด้วยระยะที่ไม่มีอาการเป็นเวลานานหลายเดือนถึงหลายปี

เอกสารอ้างอิง

1. British HIV Association. UK National Guidelines for HIV Testing 2008. Available at: <http://www.bhira.org/HIVTesting2008.aspx>.
2. Bunyasong S, Tunnirundorn Y, Pupong V, et al: Maternal-Fetal Medicine.
3. Lochhead MJ. Insights from the 2010 HIV Diagnostics Conference. Expert Rev Mol Diagn. 2010;10(5):565-567.
4. Nasrouli E, Atkins M, Seery P, Hamadache D, Muir D, Lyall H. False-positive HIV antibody results with ultrasensitive serological assays in uninfected infants born to mothers with HIV. AIDS. 2007;21(9):1222-1223.
5. National Guidelines on HIV/AIDS, Diagnosis and Treatment, Thailand 2010.
6. Ngo-Giang-Huong N, Khamduang W, Leurent B, et al. Early HIV-1 diagnosis using in-house real-time PCR amplification on dried blood spots for infants in remote and resource-limited setting. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008;49(5):465-471.

7. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. December 1, 2009; 1-161. Available at: <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. Accessed July 15, 2010.
8. Pugatch D. Testing infants for human immunodeficiency virus infection. Pediatr Infect Dis. 2002;21(7):711-712.
9. Vongsheree S, Ruchusatsawat N, Saganwongse S, Warachit P. Diagnosis of perinatal HIV-1 infection by in-house PCR. Asian Pac J Allergy Immunol. 1997;15(4):199-204.
10. WHO. HIV assays: Operational characteristics (Phase 1): report 15 antigen/antibody ELISAs. Available at: http://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/en/HIV_Report15.pdf. Accessed July 15, 2010.
11. WHO. Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf. Accessed July 15, 2010.

CME PLUS Quiz

1. Acute HIV (Retroviral) syndrome is characterized by

- A. fevers
- B. pharyngitis
- C. arthralgias
- D. myalgias
- E. all of the above

2. Approximately% of infected individuals experience an acute syndrome following primary infection.

- A. 0 to 5%
- B. 5 to 10%
- C. 10 to 15%
- D. 50 to 70%
- E. none of the above

3. What type of virus is the human immunodeficiency virus (HIV)?

- A. ribonucleic acid (RNA) virus
- B. DNA virus
- C. RNA retrovirus
- D. DNA retrovirus
- E. none of the above

4. What is the most common mode of transmission of HIV-1?

- A. fecal-oral
- B. parenterally
- C. sexually
- D. perinatally
- E. none of the above

5. What is the median time interval from asymptomatic viremia to the acquired immunodeficiency syndrome in HIV infection?

- A. 2 years
- B. 5 years
- C. 10 years

- D. 20 years
- E. 30 years

6. What CD4⁺ count is definitive for a diagnosis of acquired deficiency syndrome (AIDS)?

- A. < 50/ μ L
- B. < 100/ μ L
- C. < 200/ μ L
- D. < 500/ μ L
- E. < 700/ μ L

7. What is the risk of HIV transmission by screened blood?

- A. 1 per 20,000
- B. 1 per 500,000
- C. 1 per 2 million
- D. 1 per 10 million
- E. none of the above

8. What is the rate of perinatal transmission of the HIV virus in untreated women?

- A. 5 to 10%
- B. 15 to 25%
- C. 25 to 30%
- D. 50 to 60%
- E. none of the above

9. Which of the following increases the risk of perinatal HIV transmission?

- A. high maternal plasma HIV-RNA level
- B. premature delivery
- C. prolonged rupture of membranes
- D. all of the above
- E. none of the above

10. Clinical category C: AIDS-Indicator conditions:-

- A. Invasive cervical cancer
- B. Cryptococcosis, extrapulmonary
- C. Kaposi's sarcoma
- D. Pneumonia, recurrent
- E. all of the above

การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษาก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะ VII (Human immunodeficiency virus : HIV)

กระดาษคำตอบ

CONTINUING MEDICAL EDUCATION
CMEPLUS

■ นพ. ■ พญ.

■ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ว

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
สาขา.....ร.พ.
☐ ร.พ.รัฐบาล ☐ ร.พ.เอกชน ☐ คลินิก ☐ อื่น ๆ.....ที่อยู่เลขที่.....
หมู่.....ซอย.....อาคาร.....ชั้นที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....E-mail.....

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

	A	B	C	D	E
1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E

เรื่อง การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษาก่อนสมรส
(Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะ VII
(Human immunodeficiency virus : HIV)
รหัส 3-3220-000-9301/140802

หมายเหตุ แพทย์ผู้ตอบ 1 ชุดมาตรฐาน จะต้องตอบถูก 6 ใน 10 ข้อ จะได้รับ 2 หน่วยกิตชั่วโมง ในกรณี 1 ชุด มี 10 ข้อ
ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CME

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

บริษัท สรรพสาร จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CME) ภายใน 3 เดือน 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
โทร.0-2435-2345 #188 แฟกซ์ 0-2435-2345 #181

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)



ขอเรียนเชิญศิษย์เก่าแพทยรามาธิบดีทุกท่านเข้าร่วมงาน
งานคืนสู่เหย้าศิษย์เก่าแพทยรามาธิบดี ประจำปี พ.ศ.2557

RAMATHIBODI ALUMNI NIGHT 2014 HOME COMING DAY

FIT AND FUN วันสุขภาพ รามาธิบดี

วันเสาร์ที่ 27 กันยายน พ.ศ.2557
ณ ห้องประชุม 910ABC ชั้น 9
อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เจ้าภาพโดย : ศิษย์เก่าแพทยรามาธิบดี รุ่นที่ 24

เจ้าภาพร่วมโดย : ศิษย์เก่าแพทยรามาธิบดี รุ่นที่ 4 , 14 , 34

17.00 น. ลงทะเบียนเข้าสู่งาน , เก็บกิจกรรมหน้าห้อง และทำสรุปร่วมกับอาจารย์แพทย์

18.00 น. พิธีเปิดงานโดย นายกสมาคมฯกล่าวรายงาน และเชิญประธานในพิธีกล่าวเปิดงาน
รับประทานอาหารและรับฟังดนตรี

18.30 น. พิธีมอบรางวัลศิษย์เก่าแพทยรามาธิบดี ดีเด่น ประจำปี พ.ศ.2557

พิธีมอบรางวัลศิษย์เก่าแพทยรามาธิบดี ผู้อุทิศตนเพื่อสังคม ประจำปี พ.ศ.2557

และรางวัลเชิดชูเกียรติประจำปี พ.ศ.2557

19.00 น. ขยอฉันทน์ โดยศิษย์เก่าแพทยรามาธิบดี รุ่นที่ 24

19.30 น. พิธีเปิดการจัดและการแสดงโดยศิษย์รามาธิบดี รุ่นที่ 4 , 14 , 34

20.20 น. การแสดงดนตรีจากศิษย์เก่าฯ และนักศึกษาแพทย์

21.00 น. สันทนาการ และรับฟังดนตรีตามอัธยาศัย



สามารถติดต่อขอใบสมัครร่วมงานได้ที่ตัวแทนรุ่น

หรือ สมาคมศิษย์เก่าแพทยรามาธิบดี โทรศัพท์ 02-201-1206

GlucTrack®

เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด
สำหรับผู้มีภาวะเบาหวาน ประเภท 1 และ 2

ไม่ต้องเจาะเลือด ไม่เจ็บ

ด้วยเทคโนโลยีล่าสุดของ A.D. Integrity Applications, Ltd.

Just Clip It

MODEL DF-F

ประโยชน์ที่ได้รับจากเครื่อง Gluco Track

- เครื่องจะบันทึกค่าโดยอัตโนมัติ ไม่ต้องจดบันทึก แสดงค่าปัจจุบันย้อนหลังของค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้ทั้งในรูปแบบรายละเอียดและกราฟ
- สามารถส่งค่าที่วัดได้โดยการดาวน์โหลดไปให้แพทย์ผู้รักษา
- เรียกดูประวัติค่าย้อนหลังได้
- แสดงค่าผลการวัดระดับน้ำตาลในเลือดและข้อมูลการใช้เครื่องได้ด้วยเสียง
- แสดงค่าปริมาณระดับน้ำตาลสะสม HbA1c เมื่อได้วัดค่าโดยสม่ำเสมอตามที่กำหนดในคู่มือการใช้งาน

คำเตือน

- ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้เครื่อง และไม่ควรใช้ข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัดนี้ ในการวินิจฉัยรักษาโรคหรือสั่งยาด้วยตนเอง
- ก่อนใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ควรอ่านฉลากเอกสารกำกับเครื่องและปฏิบัติตามทุกครั้ง
- หากมีปัญหาหรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด โปรดติดต่อแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์



ผู้แทนจำหน่ายในประเทศไทย : บริษัท กลูโค โซลฟ จำกัด

24/4 อาคารยูทีโลท์แอทจตุจักร สตชั่น อาคารบี ชั้นที่ 3 ซอยร่วมศิริมิตร แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

Distributor in Thailand : Gluco Solve Co., Ltd.

24/4 U-Delight@Jatujak Station Building B, 3rd FL., Jomphol, Jatujak, Bangkok 10900, Thailand.

Tel. 0-2691-4245, 081-867-1870 Fax : 0-2691-4224

www.glucosolveth.com e-mail:glucosolveth@gmail.com

อ่านคำเตือนในฉลากและเอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์ก่อนใช้

ขพ 700/2557