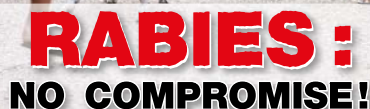


"ภาวะคลอดก่อนกำหนด"

A close-up photograph of a newborn baby's feet. The baby's skin is a healthy pinkish-red color. A grey medical sensor, likely for monitoring heart rate or oxygen saturation, is attached to the left foot. The sensor has a small blue light and is connected to a thin black cable. The baby's right foot is visible next to it, and a small blue and white striped sock is partially visible on the right foot. The background is blurred, showing what appears to be a white cloth or blanket.

กด  Like ได้ที่ www.facebook.com/วงการแพทย์

[illegible]**VERORAB™**

1. World Health Organization. Rabies vaccines WHO position paper. Weekly epidemiol record 2010; 85: 309–320. 2. Suntharasarn P, Wamall MJ, Wamall DA. A new purified vero cell vaccine prevents rabies in patient bitten by rabid animals. The Lancet 1982;1129:31. 3. Chutwongse S, Supich C, Wilde H. Acceptability and efficacy of purified vero cell rabies vaccines in Thailand children exposed to rabies. Asia Pac J Public Health. 1982;3(2):179-84. 4. Chutwongse S, Wilde H, Supich C, Baer GM, Faithfull BD. Postexposure prophylaxis for rabies with antiserum and inactivated vaccination. The Lancet. 1993;351:899-85. 5. Wang XJ, Lang L, Xu XR, et al. Immunogenicity and safety of purified vero-cell rabies vaccines in previously rabies-exposed subjects in China. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2005;36(2):287-94. 6. Wang XJ, Lang L, Xu XR, et al. Immunogenicity and safety of purified vero-cell rabies vaccines in previously rabies-exposed subjects in China. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2005;36(2):287-94. 7. Swarnam K, Wilde H, Benjapornkarnkajon S, et al. Survey of neutralizing antibody in previously rabies vaccinated subjects: a prospective study showing long lasting immunity. Vaccine 1998;16:383-89. 8. Stephen Towse. Preventing rabies with the licensed vaccine: 1980–2005 Twenty years of clinical experience. Travel Medicine and Infectious Disease in 2007, 5, 327-348. WHO prequalified vaccines. The World Health Organization. Available from: http://www.who.int/immunization/policy/immunization_technology/WHO_prequalified_vaccine_ITS_andWHO_approved/03/0313



การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 1

เครือข่ายโภชนาการช่วงแรกของชีวิต ประเทศไทย
Early Life Nutrition Network Thailand

นำทีมโดย ศ.บพ.โกรสิทธ์ ถันทิศรินทร์

รศ.บพ.วิทยา กิจาพันธ์ และคณะ

ขอเรียนเชิญแพทย์ พยาบาล และผู้สนใจเข้าร่วมฟังการบรรยายพิเศษ เรื่อง

โภชนาการในช่วงแรกของชีวิต: สิ่งสำคัญที่ทันท่วงทีและละเลย?

หัวข้อการประชุมวิชาการ

- โภชนาการในช่วงแรกของชีวิตกับผลกระทบต่อประชากรโลก
- น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์: สิ่งสำคัญที่ต้องเตรียมตัว
- น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์: เพิ่มเท่าไรจึงจะดี?
- โภชนาการเพื่อป้องกันโรคภูมิแพ้
- โภชนาการขณะตั้งครรภ์: จะให้คำแนะนำอย่างไรดี?
- ทำอย่างไรจึงจะตอบสนองความต้องการสารอาหารอย่างเหมาะสม?
- ทูพโภชนาการในแม่และเด็ก : ปัญหาสองด้านที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ
- เครือข่ายโภชนาการช่วงแรกของชีวิต ประเทศไทย: คืออะไร? ทำไมต้องมี?

วันศุกร์ที่ 19 ธันวาคม 2557 เวลา 08.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุมใหญ่ชั้น 10

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ใบสมัครเข้าร่วมการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 1 โภชนาการในช่วงแรกของชีวิต: สิ่งสำคัญที่ทันท่วงทีและละเลย?

กรุณาส่งข้อมูลดังต่อไปนี้มายัง E-mail: elnnetworkth@outlook.com หหมดเขตรับใบสมัคร 12 ธันวาคม 2557

ชื่อ-นามสกุล

สถานที่ทำงานแผนก/ฝ่าย

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ทางไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร E-mail.....

สิ่งที่ท่านจะได้รับเมื่อเข้าร่วมประชุม

เอกสารวิชาการประกอบการประชุมทุกหัวข้อ, ไปสเตอร์ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการช่วงแรกของชีวิต
เอกสารความรู้เกี่ยวกับโภชนาการช่วงแรกของชีวิตสำหรับแจกประชาชน

โดยไม่เสีย
ค่าลงทะเบียน

Loceryl®

5% amorolfine
NAIL LACQUER

Topical Treatment Onychomycosis

caused by dermatophytes, yeasts and moulds



- Efficacious in treating onychomycosis^{1,2,3,4}
- Broad spectrum of activity:
Dermatophytes, Yeasts and Moulds^{1,3,4}
- Dual fungistatic and fungicidal activity^{3,4}
- Once or twice weekly application^{1,2,3,4}

Presentation: Loceryl Nail Lacquer contains 5%w/v amorolfine. **Indication:** Onychomycosis caused by dermatophytes, yeasts and moulds. **Dosage and Administration:** Adults only—Apply to the affected finger or toe nails once or twice weekly. Treatment duration depends on intensity and localization of infection. **Contraindication:** Hypersensitivity. **Precaution and Warnings:** Avoid contact with eye, ears and mucous membranes. **Side Effects:** In exceptional cases, a slight, transient periungual burning sensation in the area of the nails. Rarely, nail discoloration, brittle or broken nails, but these could be linked to the onychomycosis itself. **Interaction:** Avoid nail varnish or artificial nails. **Pregnancy and Lactation:** Avoid during pregnancy and lactation.

References:

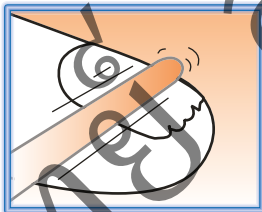
- (1). Zaugg M. and Bergstraesser M., Amorolfine in the Treatment of Onychomycoses and Dermatomycoses (an overview), Clinical and Experimental Dermatology 1992; 17 (suppl.1): 61-70.
- (2). Jean-Paul LM., Amorolfine nail lacquer: a novel formulation, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 4 (suppl.1) (1995): S17-21.
- (3). Haria M. and Bryson HM., Amorolfine, Drugs 1995; 49 (1): p.103-120.
- (4). เอกสารกำกับยาฉบับสมบูรณ์



เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์
และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พ.ศ. 820/2554

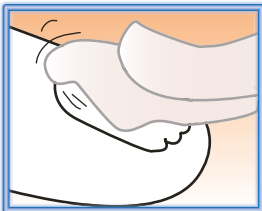
LOCERYL®: EASE-TO-USE



1). PREPARE THE NAIL

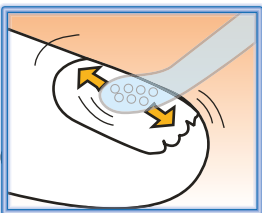
Using a new file, gently file down the infected areas of nail, including the nail surface. Protect healthy nails while you are doing this so that you don't spread the infection.

CAUTION: Do not use the same nail file for infected nails and healthy nails as this could spread the infection as well. To prevent the spread of infection, take care that no one else uses the files from your kit.



2. CLEAN THE NAIL

Use one of the swabs provided to clean the nail surface. Do not throw the swab away as you will need it later to clean the applicator.



3). TREAT THE NAIL

Dip one of the re-usable applicators into the bottle of nail lacquer. The lacquer must not be wiped off on the edge of the bottle before it is applied. Apply the nail lacquer evenly over the entire surface of the nail. Let the treated nail(s) dry for approximately 3-5 minutes.

Apply nail lacquer to the affected nails 1 or 2 times a week. Treatment should be continued without interruption until the nail is regenerated and the affected areas are cured. In general, treatment duration is 6 months for fingernails and 9 to 12 months for toenails.

For more information please contact

GALDERMA Tel. 0-2734-4777 ext. 4901, direct line : 0-2735-4985

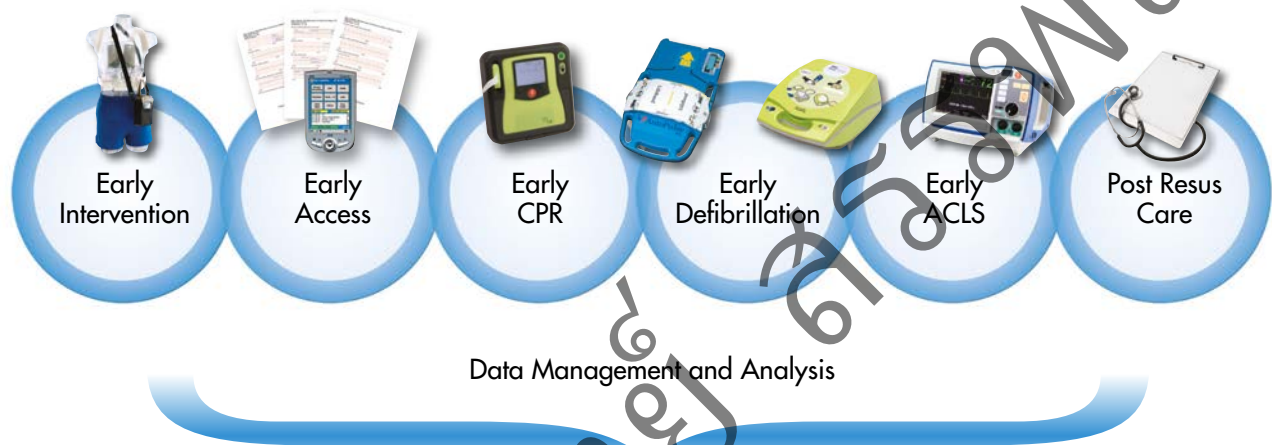
US Summit Corporation (Overseas)

52/184 Ramkhamhaeng Rd., Hua-Mark, Bangkok, Bangkok 10240

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology



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.



ANNUAL CONFERENCE
OF THAI EMERGENCY PHYSICIANS

ACTEP

26-28

NOVEMBER 2014

ACCOMPLISHED CARE THROUGH
EVIDENCE-BASED PRACTICE

REGISTER ONLINE
[www.taem.or.th/
actep2014](http://www.taem.or.th/actep2014)

Non TAEM members 4000 B
TAEM members 3500 B
Resident 2500 B
Nurse 3500 B
*Accommodation fee : 1600/night

 For update & more
information please visit
[www.facebook.com/
actep](http://www.facebook.com/actep)

THE GREENERY RESORT
KHAOYAI

26 nov

08:15-08:30	Opening ceremony : TAEEM President/Congress President	
08:30-09:15	Is your emergency department ready for the APSC era? ศ.นพ.สันต์ หัตถิวิรัตน์	
09:15-10:00	Target fluid resuscitation in ED: Predicting the volume response ศต.นพ.สุรัตน์ ทองอยู่ ราช. ศิริราช	
10:20-11:05	How to maximize your resuscitation potential in trauma patients? ศต.นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต ม.เชียงใหม่	
11:05-11:50	The “Routine-to-Research” (R2R) concept : Your way out of a research dead end อ.นพ.อัศวินทรี นิมมานนิตย์ ราช. ศิริราช	
	Lunch symposium	
	CRITICAL CARE & RESUSCITATION SCIENCE	ADMINISTRATIVE
13:30-14:15	NPPV in the ED: How to make it work ศต.นพ.กัมพล อำนวยพัฒน์ ม.พล ม.ธรรมศาสตร์	Emergency department director: Role, responsibility and importance พญ.ปิยาภรณ์ ทิพย์ชะรัตน์ ราช. กรุงเทพมหานคร
14:15-15:00	Approach to pediatric shock พญ.ชนิดา ขวัญฐิตินันท์ ราช. สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	Patient safety and risk management in the ED อ.นพ.อาภากร จีบุณผล ประเสริฐ ราช. รามคำแหง
15:20-16:05	Lung US: Upcoming trend in ED อ.พญ.สุธาทพร ล้ำเลิศกุล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Fast track: Even faster ways for emergency patients พญ.พรทิพา ตันตน์บัณฑิต ราช. ขอนแก่น
16:05-16:50	Evening Symposium	

27 nov

08:30-09:15	Morning symposium	
09:15-10:00	Evidence based of hemodynamic ultrasound in critically ill patients	
10:00-11:05	อ.พญ.สุภาพร ล้ำเลิศกุล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
11:05-11:50	Therapeutic hypothermia after cardiac arrest: Should we start at the ED?	
13:30-14:15	อ.นพ.วิเศษ ตรีวิไลทนต์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พญ.สมจินตนา เอี่ยมสรรพางค์ รพ. กรุงเทพ	
	ED Accreditation: What you need to know about HA, TQA and JCI	
ศศ.พญ.ยุวระตม.คณัฐ สิทธิฉายา อยุธยา รพ. รามคำแหง		
Lunch symposium		
14:15-15:00	EMS & DISASTER TRACT	ACADEMIC IN EM
15:00-16:05	How to set up a guideline for mass casualty incident management Pre-hospital VS In-hospital	Medical Education in the 21st century: How to teach the new generation of medical students and residents
16:05-16:50	ศศ.นพ.ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ศศ.นพ.ปริญญ์ เชนธนาภิจนท์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
17:00-18:00	Aero-medical transportation: From experience to innovation	The role of simulation teaching in EM training
18:00-19:00	นพ. บุญฤทธิ์ คำทิพย์ รพ. นครพนม	พ.น.วราอด ทวีลาภา รพ. พระมงกุฎเกล้า
19:00-20:00	Hot zone care: How to keep everybody safe	
20:00-21:00	พ.ท.สุธิ อินทรชาติ, พ.ต.นันทน์ อิศรางกูร ณ อยุธยา รพ. พระมงกุฎเกล้า	
21:00-22:00	Evening Symposium	

28 nov

08:30-09:15	Emergency radiology: What you need to know อ.นพ.รัฐชัย แก้วฉาย ราช. รามคำแหง	
09:15-10:00	What's new in endocrine emergencies? น.ต.หญิง สม โชติกร ชาตรีรัตน์ ราช. มุมพืชมงคลจตุรเศษ	
10:00-10:20	Sepsis management: Has anything changed? อ.นพ.กสิวิชัย ตรีองตระกูล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
11:05-11:50	Telegraphic medicine in EMS นพ.สุนทร ชื่นประชาศักดิ์ ราช. มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร	
11:50-12:30	Closing Ceremony & Lunch symposium	

ACCOMPLISHED
CARE THROUGH
EVIDENCE-BASED
PRACTICE

FOR MORE INFORMATION
PLEASE VISIT

WWW.FACEBOOK.COM/
TAEEM

ปฏิรูปสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย
ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์
ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์
ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุณนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอมนันตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะระสิต

แบบกิตไชย์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิไลย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนชาติ สุกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กันกอร์ ขจรศักดิ์

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธาพิสุทธ์กุล

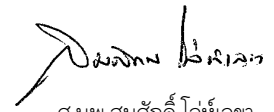
โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 แฟกซ์ 0-2435-2345 ต่อ 181

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

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

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่การปฏิรูปในด้านต่าง ๆ โดยหวังว่าประเทศไทยจะดีขึ้นหลังจากมีการปฏิรูปแล้ว คนที่จะดำเนินการปฏิรูปนั้นเป็นกลุ่มหนึ่งที่เขาไปควบคุมการเงินและนโยบายเรื่องสุขภาพของประเทศ เขาใช้มวลชนที่แต่งตั้งขึ้นและมีการสนับสนุนทางวิชาการโดยใช้คนพวกเดียวกัน ให้ทุนวิจัยที่กำหนดคำตอบไว้ล่วงหน้าเพื่อให้ความคิดเห็นของพวกเขาที่น่าเชื่อถือ

ในปี พ.ศ. 2545 ได้มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้โดยไม่ต้องเสียเงิน คนที่เริ่มนำวิธีการมาจากประเทศเบลเยียมที่ตนได้ไปเรียนมา ความจริงประเทศเบลเยียมต่างจากประเทศไทยหลายอย่าง เรามีประชากรเพียง 11 ล้านคน พอ ๆ กับกรุงเทพฯ และปริมาณพลเท่านั้น ประชาชนมีรายได้ดีและมีการศึกษาสูง คนส่วนใหญ่เสียภาษี เขามีกองทุนเดียว ส่วนประเทศไทยมีอยู่ก่อนหน้าแล้ว 2 กองทุน คือ ระบบประกันสังคมและระบบข้าราชการ ผู้ที่ริเริ่มหลักประกันสุขภาพพยายามจะลดให้เหลือกองทุนเดียว จะได้ควบคุมการรักษายาบาลได้ทั้งประเทศ ในช่วงนั้นมีการคัดค้านจากผู้จ่ายเงินประกันสังคม เพราะเขาจ่ายเงินสมทบในกองทุนแล้วจะได้ผลประโยชน์เหมือนกับคนที่ไม่ต้องจ่าย ทางผู้ร่างพระราชบัญญัติไม่ยอมลบเรื่องการรวมกองทุนออกแต่ได้จัดให้มีบทเฉพาะกาลขึ้นว่าไม่ต้องรวมจนกว่าทุกกองทุนจะมีความพร้อม เขาไม่เลิกล้มความพยายามที่จะรวมกองทุน จะเห็นว่าพวกที่ทำงานอยู่ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพ(สปส.) ออกมาโจมตีกองทุนอื่น เช่น สำนักงานประกันสังคม(สปส.) ว่าสู้ สปส. ไม่ได้ แต่ผู้ที่มีงานทำยังไม่เชื่อ เพราะเขาไปใช้โรงพยาบาลเอกชนได้และสามารถมีประกันสุขภาพของเอกชนมาจ่ายเสริมได้ ขณะที่ของ สปส. ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐซึ่งมีผู้ป่วยในกลุ่ม สปส. โจมตีกรมบัญชีกลางที่ดูแลข้าราชการว่าต้องจ่ายเงินก่อนแล้วไปเบิกภายหลัง กรมบัญชีกลางหลงกลเลยให้เบิกตรงทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นมาก เป็นข้อให้โจมตีว่าค่าใช้จ่ายสูงกว่า สปส. มากควรยุบให้ไปอยู่กับ สปส. จะได้ประหยัดงบประมาณ แต่ข้าราชการถือว่าเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นเรื่องของสวัสดิการที่ยอมทำงานหนักโดยได้ค่าตอบแทนต่ำ เพราะต้องการสวัสดิการให้แก่อแม่และตนเองเวลาชรา ถ้าไปดูรายละเอียดจะเข้าใจว่าเหตุใดข้าราชการจึงใช้ค่ารักษาพยาบาลมาก ดูอัตราผู้สูงอายุจะพบว่าข้าราชการมีมากกว่ากลุ่มอื่น สมัยก่อนมีลูกมากจะต้องมีลูกหนึ่งคนที่รับราชการเพื่อเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของพ่อแม่ได้ ข้าราชการที่เกษียณแล้วก็มีมาก อายุยืนกว่าชาวบ้าน ความจริงน่าจะกลับไปดูของ สปส. บ้างว่าเพราะเหตุใดตั้งแต่มี สปส. มา กลับทำให้มีโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น แสดงว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับผลงานเลย ยอมเสียเงินไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน แต่ที่ไม่เข้าใจก็คือ การปฏิรูปเน้นแต่เรื่องปัญหาความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน น่าจะต้องคิดต่อไปว่าเมื่อทำให้เหมือนกันแล้วคนไทยจะมีสุขภาพดีขึ้นหรือไม่ สมมุติว่าเราจะให้คนทั้งหน่วยงานเดินทางจากกรุงเทพฯ ไปเชียงใหม่ บางคนอาจไปโดยรถยนต์ บางคนไปโดยรถไฟ บางคนไปทางเครื่องบิน ทุกคนไปถึงจุดหมายปลายทางเหมือนกัน จำเป็นหรือไม่ที่จะต้องให้ทุกคนนั่งเครื่องบินไปเหมือนกันหมดไม่ว่าจะเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดหรือคนเก็บขยะเพื่อความเป็นธรรม ถ้าคนที่ทำงานมากและทำงานน้อยได้ผลตอบแทนเหมือนกัน ต่อไปจะมีคนทำงานหรือไม่ ระบบคอมมิวนิสต์เคยคิดแบบนี้แต่เลิกไปแล้ว การปฏิรูปควรจะเน้นความมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการดูแลและป้องกันโรค ให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย มีความสุขและมีอายุยืนยาวโดยที่แข็งแรง ไม่ใช่มาเสียเวลาแก้ความเหลื่อมล้ำโดยไม่ได้แก้เรื่องที่มีความสำคัญมากกว่า ในหลายประเทศเขามีกฎหมายป้องกันการผูกขาด เขาต้องการให้มีการแข่งขันเพื่อจะได้พัฒนา ถ้ามีกองทุนเดียวจะทำได้อย่างไรก็ได้เพราะประชาชนไม่มีสิทธิ์เลือก


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 426 วันที่ 16 - 30 พฤศจิกายน 2557



3 โลกกว้างทางแพทย์

- น้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยอายุมาก ที่รักษาด้วย Sulfonylureas
- วิตามินดี 3 ต่อการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤติที่มีภาวะพร่องวิตามิน
- ความดันโลหิตสูงวัยกลางคน และการเปลี่ยนแปลงด้านปัญญา ใน 20 ปี
- การรักษาเบาหวานอย่างเข้มงวดต่อ Albuminuria ในเบาหวาน ชนิดที่ 1

7 Get Up

- ซุนอร์เวย์แดนสวรรค์ผู้สูงอายุ
- คลอดแล้ว! ทารกปลูกถ่ายมดลูก
- นักศึกษาอังกฤษพัฒนาตู้อบทารกพบได้

9 Movement

10 รายงานพิเศษ

ศูนย์ Learning and Experience Center แหล่งฝึกฝนและการเรียนรู้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

12 ข่าวสารการแพทย์

- รว.สธ. เร่งพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3 จังหวัดชายแดนใต้
- สธ. ชู “ไทย” เป็นศูนย์กลางสุขภาพภูมิภาค หนุนการพัฒนาระบบสุขภาพโลก

13 In Focus

รู้เท่าทันปัญหา “ภาวะคลอดก่อนกำหนด”

16 ปกิณกะข่าว

“แคนาดา” มั่นใจศักยภาพ “ไทย” จับมือร่วม GACD มุ่งวิจัยลด “โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”

17 Special

ศ.ดร.อาภิระ เอ็นโด และ ศ.นพ.โดนัลด์ เอ. เฮนเดอร์สัน เจ้าของรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2557

20 เสี้ยวหนึ่งของชีวิต

การตรวจคัดกรองโรค

21 หลากสีส้ม

เสริมเสน่ห์

23 เสี่ยงแพทย์

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวังโย (ตอนที่ 1.4)

25 จูฬปฏิบัติ

Self-Tolerance/Autoimmunity

การไม่ตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อแอนติเจนของตนเอง

28 Systematic Review

การรักษาโรค Fibromyalgia ด้วยการออกกำลังกายในน้ำ

29 เฉพาะโรค

การดูแลระบบทางเดินหายใจ (Airway Care)

33 มุมนิติเวช

แพทย์ซักถามผู้กระทำต่อผู้ป่วย (รายงานผู้ป่วย 1 ราย)

37 Radar

การใช้ Oncothermia รักษามะเร็ง

ครั้งแรกในประเทศไทยและภูมิภาคอาเซียน

38 รายงานพิเศษ

ยิ่งใหญ่กว่าทุกปี... ดิวเข้มกับแบรนดซ์ซัมเมอร์แคมป์ ปีที่ 26

40 เกาะจัดงานประชุม

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

จัดประชุมวิชาการและการอบรมระยะสั้นประจำปี 2557

Critical Care Medicine 2014: The Smart ICU

42 ข่าวบริการ

44 IT News/Book Shop

45 ภาพข่าว

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

ก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะ VIII (Human immunodeficiency virus : HIV)

น้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยอายุมากที่รักษาด้วย Sulfonyleureas

JAMA Intern Med. 2014;174(10):1605-1612.

บทความเรื่อง Hypoglycemia after Antimicrobial Drug Prescription for Older Patients Using Sulfonyleureas รายงานว่า ยาต้านจุลชีพบางตัวมีปฏิกิริยากับ sulfonyleureas และทำให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ นักวิจัยได้ศึกษาความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยอายุมากที่ได้รับ glipizide หรือ glyburide ร่วมกับยาต้านจุลชีพ โดยศึกษาจากข้อมูลการเบิกจ่ายใน Medicare ของมลรัฐเท็กซัสระหว่างปี ค.ศ. 2006-2009 ในผู้ป่วยอายุ 66 ปีหรือมากกว่าซึ่งได้รับ glipizide หรือ glyburide ร่วมกับยาต้านจุลชีพตัวใดตัวหนึ่งจาก 16 ตัวที่มักสั่งจ่าย

นักวิจัยติดตามเหตุการณ์ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพที่คาดว่าจะมีปฏิกิริยากับ sulfonyleureas โดยใช้ยาต้านจุลชีพที่ไม่มีปฏิกิริยาเป็นตัวเปรียบเทียบ และวัดผลซ้ำโดยควบคุมปัจจัยด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ เกณฑ์ Medicaid โรคร่วม ประวัติการรักษายังแผนกฉุกเฉินเนื่องจากน้ำตาลในเลือดต่ำ ประวัติการรักษาในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ พักในสถานสงเคราะห์ และมีข้อบ่งชี้ยาต้านจุลชีพ โดยประเมินค่า odds ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ number needed to harm การเสียชีวิตระหว่างรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากน้ำตาลในเลือดต่ำ และค่าใช้จ่ายจากการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การรักษาในโรงพยาบาลหรือแผนกฉุกเฉินเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำภายใน 14 วันหลังได้รับยาต้านจุลชีพ



ผลการวิเคราะห์พบตัวแปรที่ควบคุมปัจจัยด้านลักษณะของผู้ป่วยและข้อบ่งชี้ยาต้านจุลชีพพบว่า clarithromycin (OR 3.96 [95% CI 2.42-6.49]), levofloxacin (OR 2.60 [95% CI 2.18-3.10]), sulfamethoxazole-trimethoprim (OR 2.56 [95% CI 2.12-3.10]),

metronidazole (OR 2.11 [95% CI 1.28-3.47]) และ ciprofloxacin (OR 1.62 [95% CI 1.33-1.97]) สัมพันธ์กับอัตราที่สูงขึ้นของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเทียบกับยาต้านจุลชีพที่ไม่มีปฏิกิริยา โดย number needed to harm อยู่ระหว่าง 71 สำหรับ clarithromycin ถึง 334 สำหรับ ciprofloxacin ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับน้ำตาลในเลือดต่ำประกอบด้วยอายุมาก เพศหญิง มีเชื้อสายแอฟริกันหรือฮิสแปนิก มีโรคร่วมมาก และมีประวัติน้ำตาลในเลือดต่ำ ในปี ค.ศ. 2009 พบว่า 28.3% ของผู้ป่วยที่ได้รับ sulfonyleurea ได้รับยาต้าน

จุลชีพ 1 ใน 5 ตัวดังกล่าว ซึ่งสัมพันธ์กับอัตรา 13.2% ของเหตุการณ์ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทั้งหมดในผู้ป่วยที่ได้รับ sulfonyleureas การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดต่ำทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น 30.54 ดอลลาร์ต่อการสั่งจ่ายยาต้านจุลชีพตัวใดตัวหนึ่งใน 5 ตัวดังกล่าวแก่ผู้ป่วยที่รักษาด้วย sulfonyleureas

ข้อมูลจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาชี้ว่า การจ่ายยาต้านจุลชีพที่มีปฏิกิริยากับผู้ป่วยที่ได้รับ sulfonyleureas เกิดขึ้นบ่อยมาก และสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

FOLFOXIRI และ Bevacizumab สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่และการหนักแพร่กระจาย

N Engl J Med 2014;371:1609-1618.

บทความเรื่อง Initial Therapy with FOLFOXIRI and Bevacizumab for Metastatic Colorectal Cancer รายงานว่า การรักษาด้วย fluoropyrimidine ร่วมกับ irinotecan หรือ oxaliplatin โดยให้ควบคู่กับ bevacizumab เป็นการรักษาแรกที่ใช้เป็นมาตรฐานสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และการหนักแพร่กระจาย ซึ่งก่อนจะมี bevacizumab นั้นมีข้อมูลว่าการให้เคมีบำบัดด้วย fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin และ irinotecan (FOLFOXIRI) มีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาด้วย fluorouracil, leucovorin และ irinotecan (FOLFIRI) และมีข้อมูลจากการศึกษา phase 2 รายงานว่าการรักษาด้วย FOLFOXIRI ร่วมกับ bevacizumab มีประสิทธิภาพดีและมีอัตราของอาการไม่พึงประสงค์ในระดับที่ยอมรับได้

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และการหนัก 508 คน ซึ่งไม่ได้รักษาด้วย FOLFIRI ร่วมกับ bevacizumab (กลุ่มควบคุม) หรือ FOLFOXIRI ร่วมกับ bevacizumab (กลุ่มทดลอง) โดยรักษาไปจนถึง 12 cycles และให้ fluorouracil ร่วมกับ bevacizumab จนกระทั่งพบ



การลุกลาม และจุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ การรอดชีวิตโดยโรคสงบ

มัธยฐานการรอดชีวิตโดยโรคสงบเท่ากับ 12.1 เดือนในกลุ่มทดลอง เทียบกับ 9.7 เดือนในกลุ่มควบคุม (hazard ratio for progression 0.75; 95% CI 0.62-0.90; p = 0.003) อัตราการตอบสนอง (objective response rate) เท่ากับ 65% ในกลุ่มทดลอง และ 53% ในกลุ่มควบคุม (p = 0.006) การรอดชีวิตโดยรวมยาวนานกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง (31.0 vs. 25.8 months; hazard ratio for death 0.79; 95% CI 0.63-1.00; p = 0.054) นอกจากนี้พบว่าอุบัติการณ์ของ neurotoxicity, stomatitis, diarrhea และ neutropenia ระดับ grade 3 หรือ 4 สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง

การรักษาด้วย FOLFOXIRI ร่วมกับ bevacizumab มีผลลัพธ์

การรักษาที่ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และการหนักแพร่กระจาย ขณะเดียวกันก็ทำให้อุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์บางอย่างสูงขึ้นเมื่อเทียบกับการรักษาด้วย FOLFIRI ร่วมกับ bevacizumab



วิตามินดี 3 ต่อการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤติที่มีภาวะพร่องวิตามิน

JAMA. 2014;312(15):1520-1530.

บทความเรื่อง Effect of High-Dose Vitamin D3 on Hospital Length of Stay in Critically Ill Patients with Vitamin D Deficiency: The VITdAL-ICU Randomized Clinical Trial รายงานว่า ระดับวิตามินดีที่ต่ำสัมพันธ์กับการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยวิกฤติ แต่ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหรือไม่

นักวิจัยศึกษาประโยชน์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติจากการรักษาด้วยวิตามินดี 3 เพื่อฟื้นฟูและรักษาระดับวิตามินดีให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยศึกษาแบบ randomized double-blind, placebo-controlled, single-center trial ระหว่างเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2010 ถึงกันยายน ค.ศ. 2015 ยังหอยผู้ป่วยวิกฤติ 5 แห่ง ครอบคลุมผู้ป่วยวิกฤติที่ได้รับการรักษาด้วยยาและผ่าตัด และมีภาวะพร่องวิตามินดี (≤ 20 ng/mL) 492 คน

ผู้ป่วยได้รับวิตามินดี 3 ($n = 249$) หรือยาหลอก ($n = 243$) แบบยารับประทานหรือผ่านสายยางทางจมูกขนาด 540,000 IU และให้ maintenance doses ขนาด 90,000 IU เป็นเวลา 5 เดือน ผลลัพธ์ปฐมภูมิ ได้แก่ ระยะการพักรักษาในโรงพยาบาล และผลลัพธ์ทุติยภูมิ ได้แก่ ระยะการพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ ร้อยละของผู้ป่วยที่ 25-hydroxyvitamin D สูงกว่า 30 ng/mL ที่ 7 วัน อัตราตายในโรงพยาบาล และอัตราตายที่ 6 เดือน โดยวิเคราะห์กลุ่มย่อยในผู้ป่วยพร่องวิตามินดีรุนแรง (≤ 12 ng/mL) ก่อนเปิดเผยและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ครั้งสุดท้ายครอบคลุมผู้ป่วย 475 คน (237 คนในกลุ่มวิตามินดี 3 และ 238 คนในกลุ่มยาหลอก) มัธยฐาน (IQR) การนอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (20.1 วัน [IQR 11.1-33.3])

สำหรับวิตามินดี 3 เทียบกับ 19.3 วัน [IQR 11.1-34.9] สำหรับยาหลอก; $p = 0.98$) อัตราตายในโรงพยาบาลและอัตราตายที่ 6 เดือนไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (อัตราตายในโรงพยาบาลเท่ากับ 28.3% [95% CI 22.6%-34.5%] สำหรับวิตามินดี 3 เทียบกับ 35.3% [95% CI 29.2%-41.7%] สำหรับยาหลอก; hazard ratio [HR] 0.81 [95% CI 0.58-1.11]; $p = 0.18$; อัตราตายที่ 6 เดือนเท่ากับ 35.0% [95% CI 29.0%-41.5%] สำหรับวิตามินดี 3 เทียบกับ 42.9% [95% CI 36.5%-49.4%] สำหรับยาหลอก; HR 0.78 [95% CI 0.58-1.04]; $p = 0.09$) สำหรับการวิเคราะห์ในผู้ป่วยภาวะพร่องวิตามินดีรุนแรง ($n = 200$) พบว่า ระยะการนอนโรงพยาบาลไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยเท่ากับ 20.1 วัน (IQR 12.9-39.1) สำหรับวิตามินดี 3 เทียบกับ 19.0 วัน (IQR 11.6-33.8) สำหรับยาหลอก อัตราตายในโรงพยาบาลต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญด้วยตัวเลข 28 คน จาก 98 คน (28.6% [95% CI 19.9%-38.6%]) ในกลุ่มวิตามินดี 3 เทียบกับ 47 คน จาก 102 คน (46.1% [95% CI 36.2%-56.2%]) ในกลุ่มยาหลอก (HR 0.56 [95% CI 0.35-0.90], p for interaction = 0.04) แต่ไม่รวมถึงอัตราตายที่ 6 เดือน (34.7% [95% CI 25.4%-45.0%] สำหรับวิตามินดี 3 เทียบกับ 50.0% [95% CI 39.9%-60.1%] สำหรับยาหลอก; HR 0.60 [95% CI 0.39-0.93], p for interaction = 0.12)

การให้วิตามินดี 3 ขนาดสูงไม่ได้ลดระยะการนอนโรงพยาบาล อัตราตายในโรงพยาบาลหรืออัตราตายที่ 6 เดือนเทียบกับยาหลอก ในผู้ป่วยวิกฤติที่มีภาวะพร่องวิตามินดี กลุ่มย่อยที่มีภาวะพร่องวิตามินดีรุนแรงมีอัตราตายในโรงพยาบาลที่ต่ำกว่า อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ดังกล่าวจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

รักษาความดันโลหิตสูงหลังสโตรคฉับพลัน

The Lancet. Early Online Publication, October 22, 2014.

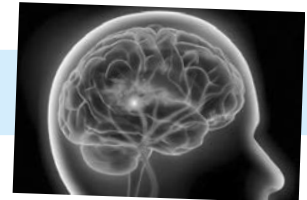
บทความเรื่อง Efficacy of Nitric Oxide, with or without Continuing Antihypertensive Treatment, for Management of High Blood Pressure in Acute Stroke (ENOS): A Partial-Factorial Randomised Controlled Trial รายงานว่า ภาวะความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่ดีหลังสโตรค อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลว่าควรลดความดันโลหิตโดยเร็วหลังสโตรคหรือไม่ และควรรักษาต่อหรือหยุดยาลดความดันโลหิตหรือไม่

นักวิจัยประเมินผลลัพธ์ภายหลังสโตรคในผู้ป่วยที่ได้รับการยาลดความดันโลหิตโดยสุ่มให้ผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจาก ischaemic หรือ haemorrhagic stroke ฉับพลันและมีความดันซิสโตลิกสูงขึ้น (140-220 mmHg) ได้รับ glyceryl trinitrate ผ่านผิวหนัง (5 มก./วัน) เป็นเวลา 7 วัน โดยเริ่มให้ภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดสโตรค หรือไม่ได้รับ glyceryl trinitrate (กลุ่มควบคุม) และสุ่มให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการยาลดความดันโลหิตก่อนเกิดสโตรคได้รับยาต่อหรือหยุดยา ผลลัพธ์ปฐมภูมิ ได้แก่ การทำงานประเมินจาก Rankin Scale ซึ่งปรับปรุงแล้วที่ 90 วัน

นักวิจัยรวบรวมกลุ่มตัวอย่าง 4,011 คน ระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม ค.ศ. 2011 ถึงวันที่ 14 ตุลาคม ค.ศ. 2013 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเท่ากับ 167 (SD 19) mmHg/90 (13) mmHg at baseline (median

26 h [16-37] after stroke onset) และลดลงอย่างมีนัยสำคัญในวันที่ 1 ในผู้ป่วย 2,000 คน ซึ่งได้รับ glyceryl trinitrate เทียบกับ 2,011 คนในกลุ่มควบคุม (difference -7.0 [95% CI -8.5 to -5.6] mmHg/-3.5 [-4.4 to -2.6] mmHg; both $p < 0.0001$) และวันที่ 7 ในผู้ป่วย 1,053 คนที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตต่อเทียบกับ 1,044 คนที่สุ่มให้หยุดยา (difference -9.5 [95% CI -11.8 to -7.2] mmHg/-5.0 [-6.4 to -3.7] mmHg; both $p < 0.0001$) ผลลัพธ์ด้านการทำงานที่ 90 วันไม่แตกต่างกันโดย odds ratio (OR) ที่ปรับแล้วสำหรับผลลัพธ์ที่ไม่ดีจาก glyceryl trinitrate เทียบกับไม่ได้รับ glyceryl trinitrate เท่ากับ 1.01 (95% CI 0.91-1.13; $p = 0.83$) และจากการรักษาต่อด้วยยาลดความดันโลหิตเทียบกับหยุดยาเท่ากับ 1.05 (0.90-1.22; $p = 0.55$)

การรักษาด้วย glyceryl trinitrate ผ่านผิวหนังในผู้ป่วยสโตรคฉับพลันและมีความดันโลหิตสูงช่วยลดความดันโลหิต และมีความปลอดภัยที่ยอมรับได้แต่ไม่ได้ช่วยฟื้นฟูผลลัพธ์ด้านการทำงาน ข้อมูลจากการศึกษานี้ไม่พบหลักฐานที่สนับสนุนการให้ยาลดความดันโลหิตต่อในช่วงที่เพิ่งเกิดสโตรคฉับพลัน



ความดันโลหิตสูงวัยกลางคน และการเปลี่ยนแปลงด้านปัญญาใน 20 ปี

JAMA Neurol. 2014;71(10):1218-1227.

บทความเรื่อง Midlife Hypertension and 20-Year Cognitive Change: The Atherosclerosis Risk in Communities Neurocognitive Study รายงานว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่สามารถรักษาได้ของภาวะถดถอยด้านสติปัญญาและสมองเสื่อม โดยอาจเกิดผลกระทบที่สูงสุดในช่วงวัยกลางคน

นักวิจัยประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงในวัยกลางคน (48-67 ปี) และการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาในระยะเวลา 20 ปีจากผู้ป่วยในการศึกษา Atherosclerosis Risk in Communities (ค.ศ. 1990-1992 และ ค.ศ. 2011-2013) โดยสามารถติดตามข้อมูลจาก 58% ของผู้ป่วยที่ยังคงมีชีวิตอยู่จากผู้ป่วยเชื้อสายแอฟริกันและยุโรป 13,476 คนที่มีผลประเมินสติปัญญาที่พื้นฐาน

การประเมิน primary exposure ติดตามจากความดันโลหิตสูง มีภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตเป็นปกติจากนัดครั้งที่ 2 (ค.ศ. 1990-1992) และ secondary exposures ติดตามจากความดันโลหิตสูงจากนัดครั้งที่ 2 หรือ 5 (ค.ศ. 2011-2013) และข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาที่นัดครั้งที่ 2 ตาม Eighth Joint National Committee (JNC-8) hypertension guidelines ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงที่ 20 ปีของคะแนนตาม Delayed Word Recall Test, Digit Symbol Substitution Test และ Word Fluency Test ตลอดจนสติปัญญาโดยรวม

ระหว่าง 20 ปี พบว่าความดันโลหิตสูงที่พื้นฐานสัมพันธ์กับการถดถอยลง 0.056 points ของคะแนน global z score (95% CI -0.100 to

-0.012) และภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญกับคะแนน global z score ที่ต่ำลงอีก 0.040 points (95% CI -0.085 to 0.005) เทียบกับความดันโลหิตปกติ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งได้รับยาลดความดันโลหิตมีการถดถอยใน 20 ปีต่ำกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา (-0.050 [95% CI -0.003 to -0.097] vs -0.079 [95% CI -0.156 to -0.002] global z score points) และการมี

ข้อบ่งชี้ให้เริ่มยาลดความดันโลหิตที่พื้นฐานสัมพันธ์กับการถดถอยที่เพิ่มขึ้นใน 20 ปี (-0.044 [95% CI -0.085 to -0.003] global z score points) เทียบกับไม่มีข้อบ่งชี้จากการศึกษาพบว่า เชื้อชาติมีผลต่อความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ($p = 0.01$) โดยความดันที่เพิ่มขึ้นทุก 20 มิลลิเมตรปรอทที่พื้นฐานสัมพันธ์กับการถดถอยลงอีก 0.048 (95% CI -0.074 to -0.022) points ของคะแนน global cognitive z score ในผู้ที่มีเชื้อสายยุโรปแต่ไม่รวมถึงผู้ที่มีเชื้อสายแอฟริกัน (decline -0.020 [95% CI -0.026 to

0.066] points) ความดันโลหิตสูงเมื่อสิ้นสุดการติดตามไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา ก่อนหน้าในทั้ง 2 กลุ่ม และการวิเคราะห์ที่ควบคุมอคติจากการขาดหายไปทำให้เห็นผลของความสัมพันธ์บางอย่างชัดเจน

ความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นในช่วงวัยกลางคน แต่ไม่รวมถึงวัยชรามีความสัมพันธ์กับการถดถอยด้านสติปัญญาที่มากขึ้นระหว่าง 20 ปีของการศึกษา และความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นในวัยกลางคนสัมพันธ์กับการถดถอยที่มากขึ้นในกลุ่มเชื้อสายยุโรปเทียบกับกลุ่มเชื้อสายแอฟริกัน



การออกกำลังกายและอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น

JAMA Pediatr. Published online October 13, 2014.

บทความเรื่อง Exercise and Depressive Symptoms in Adolescents: A Longitudinal Cohort Study รายงานว่า การออกกำลังกายอาจมีประโยชน์ต่ออารมณ์เศร้า แต่ยังไม่ชัดเจนว่าเป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นหรือไม่

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายและอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 3 ปีของช่วงวัยรุ่นระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน ค.ศ. 2005 ถึงวันที่ 31 มกราคม ค.ศ. 2010 จากกลุ่มตัวอย่างในสหราชอาณาจักรจำนวน 736 คน (mean [SD] age 14.5 years [6 months]) การติดตามมีระยะเวลาประมาณ 3 ปีหลังพื้นฐาน (การศึกษา ROOTS) ตัวแบบ Linear regression models และ binomial logistic regression models ทดสอบความสอดคล้องโดยใช้ physical activity energy expenditure (PAEE) และ moderate and vigorous physical activity (MVPA) เป็นตัวทำนายและใช้อาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรผลลัพธ์

การออกกำลังกายที่พื้นฐานประเมินจากอัตราการเต้นของหัวใจและการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายโดยรวมประเมินจาก PAEE โดยรวม และระยะเวลาของ MVPA โดยจำแนกเป็นการออกกำลังกายในช่วง

วันธรรมดาและวันหยุด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้กรอกแบบสอบถาม Mood and Feelings Questionnaire ซึ่งวัดอาการซึมเศร้า และเข้าร่วมในการสัมภาษณ์ Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version ที่พื้นฐานและ 3 ปีให้หลัง

อาการซึมเศร้าจากการติดตามที่ 3 ปี ไม่สามารถทำนายได้อย่างชัดเจนด้วยการออกกำลังกายที่พื้นฐานทั้ง MVPA วันหยุด (unstandardized $\beta = 0.02$; 95% CI -0.15 to 0.20; $p = 0.79$), MVPA วันธรรมดา ($\beta = 0.00$; 95% CI -0.17 to 0.17; $p = 0.99$), PAEE วันหยุด ($\beta = 0.03$; 95% CI -0.14 to 0.20; $p = 0.75$) และ PAEE วันธรรมดา ($\beta = -0.03$; 95% CI -0.20 to 0.14; $p = 0.71$) ซึ่งสอดคล้องกับภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่ตรวจพบระหว่างการติดตามทั้ง MVPA วันหยุด (OR 1.37; 95% CI 0.76-2.48; $p = 0.30$), MVPA วันธรรมดา (OR 1.33; 95% CI 0.74-2.37; $p = 0.34$), PAEE วันหยุด (OR 1.19; 95% CI 0.67-2.10; $p = 0.56$) และ PAEE วันธรรมดา (OR 0.92; 95% CI 0.52-1.63; $p = 0.78$)

ข้อมูลจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายและการเกิดอาการซึมเศร้า และไม่สนับสนุนสมมติฐานว่าการออกกำลังกายป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น



การรักษาเบาหวานอย่างเข้มงวดต่อ Albuminuria ในเบาหวานชนิดที่ 1

Lancet Diabetes Endocrinol. 2014;2(10):793-800.

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

นักวิจัยเปรียบเทียบผลลัพธ์ระยะยาวของการรักษาเบาหวานอย่างเข้มงวดและการรักษามาตรฐานต่อการเกิด albuminuria โดยติดตามเป็นระยะเวลา 18 ปีหลังสิ้นสุดการศึกษา Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) ระหว่างช่วงการศึกษา DCCT (ค.ศ. 1983-1993) มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 รวม 1,441 คนที่สุ่มให้ได้รับการรักษาเข้มงวด (เป้าหมายน้ำตาลใกล้เคียงกับระดับปกติมากที่สุดเท่าที่ยังคงปลอดภัย) หรือการรักษามาตรฐาน (ป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลในเลือดต่ำ) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา DCCT แล้วผู้ป่วยทั้งหมดได้รับคำแนะนำการรักษาอย่างเข้มงวดและเข้าร่วมในงานวิจัย Epidemiology of

Diabetes Interventions and Complications (EDIC) ค่าเฉลี่ย HbA1c ในการศึกษา EDIC ใกล้เคียงกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่ได้รับการรักษาต่างกันในช่วงการศึกษา DCCT อัตราการขับ albumin วัดที่ระยะทุก 2 ปี ระหว่างการศึกษา EDIC โดย microalbuminuria ประเมินจากการขับ albumin 30 มิลลิกรัมต่อวันหรือมากกว่าจากนัด 2 ครั้งติดต่อกัน และ macroalbuminuria ประเมินจากการขับ albumin 300 มิลลิกรัมต่อวันหรือมากกว่า และประเมิน glomerular filtration rate from จากระดับ serum creatinine ของแต่ละปีระหว่างการศึกษา DCCT และ EDIC

ระหว่าง 1-18 ปีของการศึกษา EDIC พบผู้ป่วย microalbuminuria ใหม่ 191 คน (71 คนในกลุ่มรักษาเข้มงวดระหว่างการศึกษา DCCT และ 120 คนในกลุ่มรักษามาตรฐานระหว่างการศึกษา DCCT; risk reduction 45%, 95% CI 26-59) และพบผู้ป่วย macroalbuminuria ใหม่ 117 คน (31 คนในกลุ่มรักษาเข้มงวด และ 86 คนในกลุ่มรักษามาตรฐาน; 61%, 41-74) ที่ 17-18 ปีของการศึกษา EDIC พบว่า ความชุกของอัตราการขับ albumin เท่ากับ 30 มิลลิกรัมต่อวันหรือมากกว่า เท่ากับ 18.4% ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเข้มงวดระหว่างการศึกษา DCCT เทียบกับ 24.9% ในกลุ่มที่ได้รับการรักษามาตรฐาน ($p = 0.02$) ระหว่างปีที่ 1-18 ของการศึกษา EDIC พบผู้ป่วย 84 คนที่มี estimated glomerular filtration rate ต่ำกว่า 60 มิลลิกรัม/นาที/1.73 ตารางเมตร (31 คนในกลุ่มรักษาเข้มงวด และ 53 คนในกลุ่มรักษามาตรฐาน)

ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า การรักษาเบาหวานอย่างเข้มงวดมีประโยชน์ต่อไตในระยะยาวและคงที่อย่างน้อย 18 ปีหลังการรักษา ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวน่าจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต



การเสียชีวิตใน 45 วันหลังเปลี่ยนข้อเข่าจากเข่าเสื่อม

Lancet. 2014;384(9952):1429-1436.

บทความเรื่อง 45-Day Mortality after 467,779 Knee Replacements for Osteoarthritis from The National Joint Registry for England and Wales: An Observational Study รายงานว่า การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในระยะระยะสั้นภายหลังเปลี่ยนข้อเข่าอาจช่วยลดความเสี่ยงการเสียชีวิตหลังเปลี่ยนข้อเข่า นักวิจัยได้ประเมินแนวโน้มการเสียชีวิตภายใน 45 วันหลังเปลี่ยนข้อเข่าเนื่องจากเข่าเสื่อมในอังกฤษและเวลส์ เพื่อศึกษาผลจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยระหว่างผ่าตัดที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อการเสียชีวิต

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลการเปลี่ยนข้อเข่าเนื่องจากเข่าเสื่อมในอังกฤษและเวลส์ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2003 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2011 จากทะเบียน National Joint Registry for England and Wales โดยเชื่อมโยงข้อมูลกับฐานข้อมูลการเสียชีวิตและฐานข้อมูล Hospital Episode Statistics เพื่อติดตามข้อมูลด้านการเสียชีวิต สังคมประชากรและโรคร่วม การเสียชีวิตภายใน 45 วันประเมินจาก Kaplan-Meier analysis และบทบาทของปัจจัยด้านผู้ป่วยและการรักษาประเมินจาก Cox proportional hazards models

มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพื่อรักษาข้อเสื่อมจำนวน 467,779 ครั้งระหว่าง 9 ปี ผู้ป่วย 1,183 คนเสียชีวิตภายใน 45 วันหลังผ่าตัด

โดยการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 0.37% ในปี ค.ศ. 2003 ลงมาที่ 0.20% ในปี ค.ศ. 2011 แม้หลังปรับตามอายุ เพศ และโรคร่วม การเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพียงอย่างเดียวสัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับการเปลี่ยนทั้งข้อ (HR 0.32, 95% CI 0.19-0.54, $p < 0.0005$) นอกจากนี้พบว่า โรคร่วมสัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่สูงขึ้นทั้งกล้ามเนื้อหัวใจตาย (3.46, 95% CI 2.81-4.14, $p < 0.0005$), โรคหลอดเลือดสมอง (3.35, 2.7-4.14, $p < 0.0005$), โรคตับระดับปานกลาง/รุนแรง (7.2, 3.93-13.21, $p < 0.0005$) และโรคไต (2.18, 1.76-2.69, $p < 0.0005$) ปัจจัยระหว่างผ่าตัดที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้รวมถึงวิธีการผ่าตัด และการให้ยา thromboprophylaxis ไม่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต

การเสียชีวิตหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างปี ค.ศ. 2003-2011 ความพยายามเพื่อลดการเสียชีวิตให้น้อยลงควรเน้นไปที่ผู้ป่วยสูงอายุ เพศชาย และมีโรคร่วมจำเพาะ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย หลอดเลือดสมอง ตับ และไต



ปีปีซี - ผลสำรวจคุณภาพชีวิตจาก 96 ประเทศชี้ นอร์เวย์มีระบบสวัสดิการสังคมและเศรษฐกิจที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ

ผลสำรวจคุณภาพชีวิตในบุคคลอายุมากกว่า 60 ปี โดย HelpAge International ประเมินมาตรฐานสวัสดิการผู้สูงอายุจากความมั่นคงด้านรายได้ สุขภาพ การช่วยเหลือตัวเอง และสภาพสังคมที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุ



นอร์เวย์แดนสวรรค์ผู้สูงอายุ

โดยประเทศที่จ่อท้ายนอร์เวย์ ได้แก่ สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์ แคนาดา และเยอรมนี ส่วนอัฟกานิสถานอยู่ที่อันดับท้ายสุด

ผลสำรวจยังพยากรณ์ว่า ประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 ภายในปี พ.ศ. 2593 และราว 40 ประเทศจะมีสัดส่วนประชากรวัยเกษียณเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 สอดคล้องกับตัวเลขของสหประชาชาติที่คาดว่าประชากรโลกที่อายุเกิน 60 ปีจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,400 ล้านคนในอีก 16 ปีข้างหน้า

ด้านนักวิเคราะห์ห้มองว่า ความก้าวหน้าด้านการแพทย์ สุขอนามัย โภชนาการ และเศรษฐกิจ ตลอดจนอัตราการเกิดที่ต่ำลงล้วนเป็นปัจจัยสำคัญทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สถานการณ์นี้อาจนำไปสู่ปัญหาการดูแลประชากรสูงอายุซึ่งจะกลายเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา และจำเป็นที่แต่ละประเทศจะต้องเตรียมพร้อมมาตรการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุไม่ให้ถูกสังคมทอดทิ้ง



คลอดแล้ว! การรกปลูกถ่ายมดลูก

ปีปีซี - หญิงชาวสวีเดนที่ได้รับการปลูกถ่ายมดลูกคลอดทารกเพศชายแล้ว นับเป็นทารกคนแรกของโลกจากการปลูกถ่ายมดลูก

แหล่งข่าวรายงานว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษ และเด็กมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติโดยทารกมีน้ำหนักแรกเกิด 1.8 กิโลกรัม อย่างไรก็ดีทั้งแม่และทารกต่างปลอดภัยและกำลังฟื้นตัวเป็นลำดับ และคุณพ่อคุณแม่ผู้โชคดี

ซึ่งเพิ่งฉลองต้อนรับสมาชิกใหม่จะตัดสินใจอีกครั้งถึงการมีทายาทคนที่สอง

คุณแม่วัย 36 ปี ซึ่งมีปัญหาหมดลูกพิการได้รับบริจาคมดลูกจากเพื่อนวัย 61 ปี ภายใต้การดูแลจากคณะแพทย์ของ University of Gothenburg โดยหัวหน้าคณะแพทย์เปิดเผยว่า พวกเขาเองก็ยังไม่คาดคิดว่าจะได้มดลูกถึงขนาดนี้ และเชื่อว่าความสำเร็จที่ได้จากการคร่ำเคร่งวิจัยและฝึกฝนทักษะการผ่าตัดนานกว่า 10 ปีนี้จะ

จุดประกายความหวังการมีลูกแก่ผู้หญิงทั่วโลกที่มีภาวะหมดลูกพิการ

อนึ่ง คณะแพทย์กำลังอยู่ระหว่างการช่วยตั้งครรภ์ด้วยวิธีปลูกถ่ายมดลูกแก่หญิงอีก 8 คน ซึ่งผลลัพธ์จากการช่วยตั้งครรภ์ดังกล่าวจะเป็นหลักฐานยืนยันว่าเทคนิคนี้สามารถนำไปใช้แพร่หลายได้หรือไม่

ฝรั่งเศสเอจริงตีกรอบบุหรี่

ปีปีซี - ทางกรุงฝรั่งเศสออกร่างกฎหมายควบคุมบุหรี่ฉบับใหม่ รวมถึงห้ามใส่เครื่องหมายการค้าบนซองบุหรี่ อันเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามลดจำนวนสิ่งห่อหุ้มทั่วประเทศ

รมว.สาธารณสุขฝรั่งเศสแถลงว่า มาตรการห้ามใส่เครื่องหมายการค้าบนซองบุหรี่นี้มีต้นแบบจากออสเตรเลียตามที่ได้ออกประกาศห้ามเครื่องหมายการค้าบนซองบุหรี่และใส่ภาพเตือนพิษภัยจากบุหรี่เมื่อปี พ.ศ. 2545 และพบว่าสามารถลดการสูบบุหรี่อย่างเห็นผล

ชัดเจน และมาตรการในร่างกฎหมายใหม่ยังรวมถึงการห้ามสูบบุหรี่ในสวนสาธารณะในรถยนต์ที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีโดยสารมาด้วย

มาตรการควบคุมบุหรี่ของฝรั่งเศสจะพุ่งเป้าไปที่กลุ่มนักสูบบุหรี่โดยเฉพาะตามที่มีผลสำรวจระบุว่าฝรั่งเศสมีอัตราการสูบบุหรี่ในวัยร่นสูงเป็นอันดับหนึ่งของยุโรป นอกจากนี้ค่านิยมการสูบบุหรี่ทำให้โรคจากบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของชาวฝรั่งเศส โดยมีตัวเลขผู้เสียชีวิตสูงกว่า 70,000 คนต่อปี

อย่างไรก็ดี ร่างกฎหมายควบคุมบุหรี่ยังคงเป็นที่กังขาว่าจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ ในประเทศที่ได้ชื่อว่าเป็นสวรรค์ของคอบุหรี่ ซึ่งมีประชากรสูบบุหรี่ราว 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ



ขมิ้นช่วยสมองฟื้นตัวเร็ว

บีบีซี - สารประกอบในขมิ้นอาจช่วยกระตุ้นการเจริญของเซลล์ประสาทอันเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการซ่อมแซมตัวเองของสมอง

ผลการศึกษาในสัตว์ทดลอง รายงานในวารสาร Stem Cell Research and Therapy พบว่า สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญของเซลล์ประสาททำงานได้ดีขึ้นหลังจากฉีดสารประกอบ aromatic-

turmerone ในขมิ้น และผลการศึกษานี้ก็นำไปสู่การพัฒนาสำหรับสโตรคและอัลไซเมอร์ในภายหลัง



จากการศึกษาพบว่า อัตราการเจริญของเซลล์ต้นกำเนิดประสาทสูงขึ้นตามปริมาณสารประกอบขมิ้นที่ได้รับ นอกจากนี้เซลล์ที่ได้รับสารประกอบยังพัฒนาเป็นเซลล์สมองได้เร็วขึ้น ซึ่งจากผลลัพธ์ดังกล่าวจึงอาจเป็นไปได้ว่า aromatic-turmerone ช่วยเพิ่มการทำงานของสเต็มเซลล์และส่งผลดีทางอ้อมต่อการซ่อมแซมสมอง

นักศึกษาอังกฤษพัฒนาตู้อบทารกพับได้

บีบีซี - ผลงานตู้อบพับได้สำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดโดยนักศึกษา Loughborough University ได้รับรางวัลชนะเลิศ James Dyson Award ประจำปีนี้

นายเจมส์ โรเบิร์ตส์ เจ้าของโครงการคาดหวังว่าผลงานของเขาจะได้รับการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์จริงสำหรับใช้ในประเทศกำลังพัฒนา และเขาตัดสินใจพัฒนาตู้อบพับได้หลังจากติดตามสารคดีเกี่ยวกับผู้ลี้ภัยชาวซีเรีย ซึ่งตอนหนึ่งระบุว่าทารกคลอดก่อนกำหนดจำนวนมากต้องเสียชีวิตเนื่องจากภาวะของสงคราม รวมถึง



การขาดแคลนตู้อบและสาธารณูปโภค

ตู้อบนี้ใช้เซรามิกเป็นอุปกรณ์ที่ติดตั้งอยู่ในโครงพลาสติกที่สามารถพับเก็บได้ และอาศัยการสั่งการด้วยคอมพิวเตอร์เพื่อควบคุมอุณหภูมิ ความชื้น แสงสว่าง รักษาภาวะตัวเหลืองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งอุปกรณ์ไฟฟ้าทั้งหมดได้รับ

การออกแบบให้กินไฟน้อยที่สุดและสามารถเดินเครื่องด้วยแบตเตอรี่รถยนต์ได้ต่อเนื่องกว่า 24 ชั่วโมงในกรณีที่ระบบไฟฟ้าหลักขัดข้อง

เจ้าของผลงานกล่าวว่าด้วยว่าส่วนใหญ่แล้วการขนส่งตู้อบจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากจำเป็นต้องใช้กล่องขนาดใหญ่ และจะยิ่งแพงขึ้นเมื่อขนส่งทางเครื่องบิน แต่สำหรับตู้อบพับได้นี้สามารถบรรจุรวมไปในถุงยังชีพสำหรับผู้ประสบภัยได้เลย และยืนยันว่าเครื่องต้นแบบที่มีต้นทุนราว 250 ปอนด์นี้มีศักยภาพเทียบเท่ากับตู้อบทันสมัยที่มีราคาสูงถึง 30,000 ปอนด์

บีพีเอระหว่างตั้งครรภ์โยงโรคหอบหืด

เดอะวีก - การได้รับ Bisphenol A ระหว่างตั้งครรภ์อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหอบหืดในทารก

ผลการศึกษารายงานในวารสาร JAMA Pediatrics ชี้ว่า การได้รับ Bisphenol A (บีพีเอ) ซึ่งพบในพลาสติกระหว่างตั้งครรภ์อาจส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพปอดของทารก และระดับบีพีเอจากตัวอย่างปัสสาวะ

หญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นทุก 10 เท่า สัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดหายใจมีเสียงหวีดในทารกที่สูงขึ้นราวร้อยละ 55 รวมถึงสมรรถภาพปอดที่ต่ำลง

นักวิจัยเสริมว่า การได้รับบีพีเอระหว่างตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อสุขภาพทารกรุนแรงกว่าการได้รับบีพีเอหลังคลอดตามที่พบว่าระดับบีพีเอในปัสสาวะเด็กหลังคลอดไม่สัมพันธ์กับการหายใจ

มีเสียงหวีด และชี้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างการหายใจมีเสียงหวีดและการได้รับบีพีเอระหว่างตั้งครรภ์อาจเป็นตัวบ่งชี้ของโรคหอบหืด



ธนาคารนมแม่รามาริบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เปิดรับบริจาคนมแม่เพื่อนำไปใช้กับทารกที่ป่วยหรือคลอดก่อน
กำหนด โดยผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อแบบพาสเจอร์ไรส์ ที่หอผู้ป่วยไอซียู
ทารกแรกเกิด ชั้น 6 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ ตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์
เวลา 08.00-16.00 น. ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
โทรศัพท์ 0-2200-4530 หรือทาง facebook rama.humanmilkbank



ACTIVE LEARNING

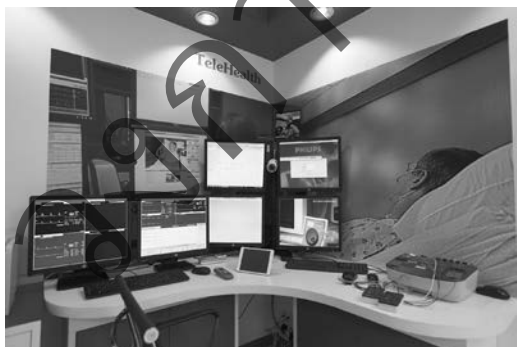
โครงการพัฒนาแพทยศาสตรศึกษาและงานวิจัยการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ขอเชิญอาจารย์
ผู้สนใจทุกท่านเข้าร่วมอบรม “ACTIVE LEARNING” สอนอย่างไรให้นักเรียนตื่นตัวและไม่กลัวที่จะเรียนรู้ โดยมี
วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบ Active Learning เข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ
จัดการเรียนการสอนและการประเมินผลของการเรียนรู้แบบ Active Learning และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้
ในการจัดการเรียนการสอนได้ ในวันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2557 เวลา 08.30-16.00 น. ณ ห้องประชุม 3A01 อาคาร
ศรีสวรินทิรา ชั้น 3A ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชฎาภรณ์/คุณศิริวัฒน์ ตึกออกดูยเคหะภิรม ชั้น 6
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทรศัพท์ 0-2419-6637 โทรสาร 0-2412-3901





เปิดศูนย์ Learning and Experience Center อย่างเป็นทางการ

ศูนย์ Learning and Experience Center แหล่งฝึกฝนและการเรียนรู้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์



จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่คาดว่าจะเพิ่มถึง 30% ในปี พ.ศ. 2593 และแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นจากโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นถึง 71% จึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือการดูแลรักษาผู้ป่วยรองรับความต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์

รอยัล ฟิลิปส์ ในฐานะเป็นผู้พัฒนาโซลูชันในการดูแลสุขภาพและชีวิต ผู้จัดทำน่ายระบบการติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยของฟิลิปส์ในประเทศไทย มีความมุ่งมั่นที่จะช่วยเพิ่มช่องทางพัฒนาการดูแลสุขภาพของคนไทยด้วยการจัดตั้งศูนย์ Learning and Experience Center ขึ้นที่ ช.พหลโยธิน 14 แขวงพญาไท เขตสามเสน กรุงเทพฯ เพื่อจัดแสดงโซลูชันทางการแพทย์สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และเป็นแหล่งข้อมูลการฝึกฝนและการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ของไทย โดยศูนย์ฯ แห่งนี้จะทำให้เกิดการศึกษาต่อเนื่อง มีการปฏิบัติจริง และยกระดับให้การบริการด้านการแพทย์ของไทยไม่ให้อดุดำดึกอีกต่อไป

นายโยฮัน วูเรน รองประธาน และผู้จัดการทั่วไป ภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กลุ่มธุรกิจเพื่อการแพทย์และการดูแลสุขภาพ ฟิลิปส์ กล่าวว่า “ฟิลิปส์ได้นำเสนอนวัตกรรมและโซลูชันสำหรับการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องเอกซเรย์หัวใจและหลอดเลือด ระบบติดตามอาการผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมุ่งเน้นในเรื่องของการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่การใช้ชีวิต



อย่างมีคุณภาพดีไปจนถึงการป้องกัน ตรวจรักษา ฟันฟู และการดูแลสุขภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน ทั้งยังมุ่งเน้นให้ประชาชนได้ใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมให้ได้มากที่สุด จึงได้ร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ในทุกประเทศที่เราตั้งอยู่ รวมทั้งประเทศไทย เพื่อช่วยยกระดับการให้บริการด้านสุขภาพ สร้างโซลูชันด้านการดูแลสุขภาพ และแบ่งปันองค์ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ของไทย ด้วยความมุ่งมั่นที่ว่า การเปิดศูนย์ Learning and Experience Center แห่งแรกในประเทศไทยนี้จะช่วยเตรียมความพร้อมให้การแพทย์ไทยเพื่อรับมือการดูแลรักษาผู้ป่วยที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต”

นายวิโรจน์ วิทยาเวโรจน์ ประธานและกรรมการผู้จัดการ บริษัท ฟิลิปส์อิเล็กทรอนิกส์ (ประเทศไทย) จำกัด และผู้จัดการทั่วไปกลุ่มธุรกิจเพื่อการแพทย์และการดูแลสุขภาพ กล่าวว่า ด้วยเล็งเห็นถึงปัญหาของการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และให้ความสำคัญกับการจัดการและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ จึงได้มีการทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้จัดทำนายระบบการติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วย (Patient Care and Monitoring Solutions) ของฟิลิปส์ในประเทศไทย เพื่อเปิดตัวศูนย์จัดแสดงโซลูชันด้านการดูแลสุขภาพ Learning and Experience Center ซึ่งจะนำเสนอโซลูชันระบบติดตามสัญญาณชีพและการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจรสำหรับโรงพยาบาล โดยตัวอย่างของโซลูชันและเทคโนโลยีที่สำคัญ ได้แก่ โซลูชันเพื่อการช่วยชีวิตใน



กรณีฉุกเฉิน ด้วยเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ หรือ Automated External Defibrillator (AED) ที่ใช้ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ก่อนที่รถพยาบาลจะมาถึง จนส่งต่อถึงห้องพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล และการดูแลคุณแม่และเด็ก หรือ Mother & Infant Safety ที่ช่วยให้สูติแพทย์สามารถตรวจสอบสัญญาณชีพของมารดาและทารกในครรภ์ผ่านโมบายไรวีซีได้ในทุก ๆ ที่ ช่วยให้มารดาที่กำลังตั้งครรภ์และพยาบาลผู้ดูแลสามารถติดตามและรับข้อมูลข่าวสารได้

“โซลูชันที่ฟิลิปส์นำเสนอนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพให้แก่โรงพยาบาล ลดความผิดพลาด และสามารถรองรับผู้ป่วยได้มากขึ้น ผู้ป่วยเองจะสามารถได้รับการบริการในการรักษาที่ดีขึ้น ไม่ต้องรอนาน และได้รับผลการรักษาที่ดีขึ้น เช่น โซลูชันรถพยาบาล และ Telehealth ที่จะทำให้ระยะเวลาการรักษาลดลง เนื่องจากการวินิจฉัยเกิดขึ้นตั้งแต่ในรถพยาบาลก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาล” **นายวิโรจน์** กล่าว

นายวิโรจน์ กล่าวอีกว่า ด้วยความทันสมัยและฟังก์ชันการทำงานที่หลากหลาย การนำเสนอ นวัตกรรมและโซลูชันเหล่านี้แก่แพทย์ที่โรงพยาบาล อาจจะยังไม่เพียงพอและครบถ้วน แต่ที่ Learning and Experience Center จะช่วยให้ทราบว่าจะใช้งาน นวัตกรรมและโซลูชันเหล่านี้ได้อย่างไร ด้วยกรรมา สัมผัสเครื่องมือและอุปกรณ์จริง เพื่อให้สามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำ และเพื่อให้การดูแลสุขภาพเป็นไปได้อย่างครบวงจร และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

“บุคลากรทางการแพทย์และผู้บริหารสถาบันทางการแพทย์จะได้รับประโยชน์จากการเข้าเยี่ยมชมศูนย์ Learning and Experience Center แห่งนี้ เพราะจะได้สัมผัสและเข้ารับการฝึกอบรมหรือชมการสาธิตการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาล หรือสถาบันทางการแพทย์ของตนเอง” **นายวิระชัย แสงเกื้อกุลชัย ผู้จัดการทั่วไป บริษัท ไชวค จำกัด ผู้จัดทำนายระบบการติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยของฟิลิปส์ในประเทศไทย** กล่าวปิดท้าย

รพ.สร. เร่งพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3 จังหวัดชายแดนใต้

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า แผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ของเขตสุขภาพที่ 12 เรื่อง สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ได้มีการจัดทำระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรง การจัดระบบความปลอดภัย ทั้งด้านอาคารสถานที่ บุคลากร โดยการติดตั้งกล้องวงจรปิด ไซเรน รั้ว ระบบสื่อสารทางเลือก อบรมทักษะการบริหารความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่ที่จบใหม่ การเข้าช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ รวมทั้งการสร้างขวัญกำลังใจ เยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ ส่วนระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีแผนพัฒนาดังนี้ 1. ระบบการบริการผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุก่อนถึงโรงพยาบาลที่มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และหน่วยกู้ชีพเบื้องต้น (First Responder) ได้รับความร่วมมือกับภาคเอกชนและกองทัพ โดยจะอบรมพัฒนาศักยภาพหน่วยกู้ชีพให้มีครบทุกพื้นที่ สามารถประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุได้ปลอดภัย 2. ระบบรองรับในโรงพยาบาล โดยแพทย์ทุกคนในโรงพยาบาลชุมชนจะได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (Southern Trauma and Emergency Care Project) ที่จัดทำหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีระบบให้คำปรึกษาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ จัดทำข้อมูลการบาดเจ็บ



รวมทั้งพัฒนามาตรฐานห้องฉุกเฉิน อบรมคัลด์แพทย์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการฝึกปฏิบัติจำลองเหตุการณ์จริง นอกจากนี้ได้จัดระบบส่งต่อทำงานเป็นเครือข่ายทั้งจากหน่วยงานในพื้นที่และภาคเอกชน รวมทั้งกลาใหม่ ตำรวจ ในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งทางบก และทางอากาศ โดยมีโรงพยาบาลปลายทางรับส่งต่อคือ โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งแผนการพัฒนาดังกล่าวมีเป้าหมายที่จะให้ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดการเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น

สร. ชู “ไทย” เป็นศูนย์กลางสุขภาพภูมิภาค หนุนการพัฒนาระบบสุขภาพโลก

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ปัจจุบันปัญหาของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่มีความรุนแรงมากขึ้น และเป็นอันตรายต่อชีวิต จนได้รับการยกระดับให้เป็นปัญหาของประชากรโลก เช่น ไวรัสอีโบล่า โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์

ใหม่ 2009 โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (ซาร์ส) โรคเอดส์ เป็นต้น ส่งผลให้นักวิทยาศาสตร์ แพทย์ นักวิจัย และผู้เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วนตื่นตัวในการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาวิทยาการด้านการวินิจฉัย การป้องกัน และรักษาโรคมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไทยเป็นหนึ่งในหลายประเทศที่ได้รับการยอมรับในด้านวิชาการ งานวิจัย และความรู้ด้านไวรัสวิทยาการแพทย์ สามารถคิดค้นนวัตกรรมโดยได้รับการยอมรับจากเวทีโลก และใช้แก้ไขปัญหการระบาดของโรคต่าง ๆ ได้ โดยนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขคือ การจัดการโรคติดต่อและภัยคุกคามด้านสุขภาพ เน้นเรื่อง การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการเฝ้าระวัง และสอบสวนโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพอื่น ๆ เสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมจากท้องถิ่นและชุมชนเร่งรัดและดำเนินการให้เกิดความยั่งยืนในการกำจัด กวาดล้าง และควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง มีระบบการเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพโลก (Global Health) ซึ่งเน้นเรื่องการพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของภูมิภาคอย่างยั่งยืน เป็นการสร้างเครือข่ายนักไวรัสวิทยา เพื่อพัฒนาการวิจัย การศึกษา และการบริการวิชาการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเป็นภารกิจตามนโยบายรัฐบาลที่จะพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัย (Academic Hub) และเป็นศูนย์กลางการจัดประชุมวิชาการระดับนานาชาติต่อไป



รู้เท่าทันปัญหา “ภาวะคลอดก่อนกำหนด”

ในแต่ละปีทั่วโลกมีทารกเกิดก่อนกำหนด

ถึง 15 ล้านคนต่อปี หรือประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรโลก ส่งผลให้ทารกกว่า 1.1 ล้านคน ต้องเสียชีวิต จากปัญหานี้ทำให้หลาย ๆ ประเทศหันมาสนใจและให้ความสำคัญมากขึ้น

ในทางการแพทย์ ทารกที่ครบกำหนดคลอดอยู่ที่ 40 สัปดาห์ แต่หากทารกเกิดก่อน 37 สัปดาห์ จะถือว่าเป็นการเกิดก่อนกำหนด ยิ่งอายุครรภ์น้อยลงเท่าไร โอกาสรอดชีวิตก็จะน้อยลงเท่านั้น ซึ่งทารกที่รอดชีวิต ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงทั้งระยะสั้นและระยะยาว ฉะนั้นในช่วงแรกจะมีปัญหาและภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมากมาย เช่น เลือดออกในโพรงสมอง การติดเชื้อแบคทีเรียในเลือด ลำไส้เน่าเปื่อย ที่น่าห่วงมากที่สุดจะเป็นอวัยวะสำคัญคือ ปอด หัวใจ และสมอง ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่าทารกจะรอดหรือไม่

สำหรับสาเหตุหลัก ๆ ของการเกิดก่อนกำหนดคือ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ส่วนอีก 2 ใน 3 ที่เกิดขึ้นเองมักมีปัจจัยเสี่ยง เช่น เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดมาแล้ว ภาวะติดเชื้อ มารดา วัณโรค สูบหรี่จัด หรือใช้ยาเสพติดมา การป้องกันคือ ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งในปัจจุบันทางการแพทย์มีวิธีช่วยลดอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดลงได้

ผศ.นพ.วิศิษฐ์ วามวาณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช และรองประธานคณะกรรมการอำนวยการโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทย ในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร เปิดเผยว่า ภาวะทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นปัญหาสำคัญอันดับแรก ๆ ที่ทำให้ทารกไทยเสียชีวิต มีผลกระทบรุนแรงต่อครอบครัว สังคม รวมทั้งเป็นสาเหตุของความพิการที่สามารถป้องกันแก้ไขได้ คณะกรรมการอำนวยการโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกฯ จึงได้นำเรื่องการคลอดก่อนกำหนดขึ้นมาแก้ไขเป็นอันดับแรก และได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 7 แล้ว โดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานอื่น ๆ พัฒนาเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกฯ

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลในจังหวัดต่าง ๆ และกรุงเทพฯ เข้าร่วมจำนวน 61 แห่ง มีการดำเนินการทั้งในด้านการรณรงค์ป้องกัน มุ่งให้ความรู้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ มารดา ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของสถานพยาบาลและบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกคลอดก่อนกำหนด

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ภาพรวมผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ ทั้งเรื่องจำนวนการคลอดก่อนกำหนด ผลสำเร็จของการยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการเสียชีวิตของทารกเริ่มลดต่ำลง แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระบบต่าง ๆ อาจยังไม่ลดต่ำจากเดิมมากนัก เพราะประเทศไทยยังมีข้อจำกัดหลายด้าน ที่สำคัญคืออัตรากำลังของบุคลากรทั้งฝ่ายแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่ยังขาดแคลน โดยเฉพาะในเขตภูมิภาค หรือแม้แต่ในกรุงเทพฯ ก็พบว่ายังขาดแคลน อย่างไรก็ตาม ทีมสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพทุกคนยังมุ่งมั่นที่จะหาทางป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะคลอดก่อนกำหนดของประเทศอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และทารกได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย และได้มาตรฐานสากล

เนื่องในวันทารกเกิดก่อนกำหนดโลก ซึ่งตรงกับวันที่ 17 พฤศจิกายนของทุกปี คณะกรรมการอำนวยการโครงการ



เครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกฯ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การอนามัยโลก และหน่วยงานภาคเอกชนจึงได้ร่วมกันจัดงานวันทารกเกิดก่อนกำหนดโลก ระหว่างวันที่ 20-23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ณ บริเวณ Lifestyle Hall ชั้น 2 ศูนย์การค้าสยามพารากอน เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบและสร้างความตระหนักในการป้องกันและดูแลรักษาภาวะคลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญในทารกแรกเกิด อีกทั้งยังต้องการให้สตรีตั้งครรภ์รู้เท่าทันปัญหาภาวะคลอดก่อนกำหนด สามารถดูแลตนเองและประเมินภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ถูกต้อง อันจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมารดาและทารก

ศ.คลินิก นพ.นราธิป โคละหัด ประธานคณะกรรมการจัดงานวันทารกคลอดก่อนกำหนดโลก กล่าวว่า ขณะนี้สถิติการคลอดก่อนกำหนดของประเทศไทยอย่างเป็นทางการยังไม่มี แต่จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบสถิติการคลอดก่อนกำหนดของประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 50 ซึ่งการติด 1 ใน 50 นี้เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าปัญหาทารกคลอดก่อนกำหนดของประเทศไทยมีอัตราที่ค่อนข้างสูง

ในส่วนของโรงพยาบาลในจังหวัดต่าง ๆ และกรุงเทพฯ ที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายจำนวน 61 แห่ง มีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันออกไป โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่ามีอุบัติการณ์ค่อนข้างสูง เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหามักจะได้รับการส่งต่อหรือย้ายมารักษาอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ๆ ซึ่งโดยทั่วไปอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดจะแตกต่างกันไป ตั้งแต่ 5% ในจังหวัดที่มีขนาดเล็ก ไปจนถึง 10% ในโรงพยาบาลศูนย์หรือจังหวัดที่มีขนาดใหญ่

นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประมาณครึ่งหนึ่งมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

โดยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่น ซึ่งในกลุ่มนี้อาจจะพบในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานหนัก มีภาวะเครียด และเป็นสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนอีกครึ่งหนึ่งเป็นสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษที่ปัจจุบันพบบ่อยมากขึ้น รวมถึงการตั้งครรภ์แฝด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนดทั้งสิ้น

“เนื่องจากอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดของประเทศไทยยังไม่มีข้อมูล แต่จากการใช้สถิติมาประเมินจำนวนทารกคลอดก่อน 37 สัปดาห์ ทั้งหมดทั่วประเทศน่าจะจำนวนประมาณ 60,000-80,000 รายต่อปี แต่ทั้งหมดอาจจะไม่ใช่เด็กที่มีปัญหา มาก ๆ เด็กที่มีปัญหามาก ๆ จะเป็นเด็กที่มีน้ำหนักน้อย มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ ซึ่งมีประมาณ 1% ของการคลอดทั้งหมด โดยพบประมาณ 8,000-10,000 รายทั่วประเทศ แม้จะเป็นจำนวนที่ไม่มาก แต่จำเป็นที่จะต้องให้ทรัพยากรในการดูแลอย่างมหาศาล ทั้งบุคลากรและเครื่องมือ ซึ่งในจุดนี้ประเทศไทยยังขาดแคลนค่อนข้างมาก” **ศ.คลินิก นพ.นราธิป** กล่าว

ด้าน **รศ.พญ.พิมล วงศ์ศิริเดช หัวหน้าสาขาวิชาทารกแรกเกิด ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล** กล่าวว่า ตัวเลขที่ระบุนี้คงไม่สามารถจะเป็นตัวแทนของประชากรในแต่ละท้องถิ่นได้ เพราะต้องอยู่ขึ้นกับบริบทหลาย ๆ อย่าง อัตราการรอดชีวิตมีการแปรผันตามอายุครรภ์ ยิ่งอายุครรภ์มากเท่าไร โอกาสรอดชีวิตก็ยิ่งมากขึ้นเท่านั้น ในสมัยก่อนถ้าอายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ โอกาสรอดชีวิตน้อยมาก แต่ปัจจุบันประเทศไทยเริ่มมีความสามารถทัดเทียมต่างประเทศ ในแง่ของความรู้ความสามารถของบุคลากรหรือแม้กระทั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้อัตราการรอดชีวิตในกลุ่มที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์สูงขึ้น ในบางสถาบันโอกาสรอดชีวิต 60-80% หรือบางรายอาจจะสูงถึง 90% บางสถาบัน



หรือบางพื้นที่ ในบริบทที่สตรีตั้งครรภ์มาไม่ถึงโรงพยาบาล คลอดที่บ้าน อัตราการรอดชีวิตก็จะลดลงเรื่อย ๆ จึงไม่อยากจะระบุตัวเลขที่แน่นอน เพราะจะทำให้เกิดการคาดหวังเปลี่ยนแปลงไปด้วยในแต่ละครอบครัว ซึ่งยากที่จะคาดการณ์ คงต้องดูเป็นราย ๆ ไป

“เราพูดถึงการรอดชีวิต ยังไม่ได้พูดถึงคุณภาพชีวิต ตลอดระยะเวลา 3 เดือนในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตไม่ค่อยจะดีแล้ว เพราะไม่ได้อยู่กับครอบครัว พ่อแม่เป็นกังวล เครียด ต้องการกำลังใจอย่างมาก กลับมาบ้านยังต้องดูแลพัฒนาการของทารกด้วย เพราะฉะนั้นจึงมีปัญหาหลายอย่างที่ต้องดูแล โดยเฉพาะใน 2 ขวบปีแรกที่จะต้องติดตาม ทั้งในเรื่องของปอด ตา ระบบประสาท เป็นต้น ซึ่งเราจะต้องติดตามเป็นระยะ เพื่อประเมินและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วที่สุด รวมถึงเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพและกระตุ้นพัฒนาการ” **รศ.พญ.พิมล** กล่าว

รศ.พญ.พิมล กล่าวเพิ่มเติมว่า ศิริราชเป็นโรงพยาบาลที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดทุกวัน วันละ 3-4 ราย ทำให้มีปัญหาเตียงไม่พอ จึงต้องอาศัยความเป็นเครือข่ายในบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันที่จะทำให้ทารกเหล่านี้รอดชีวิตไปได้ ความทุ่มเทของบุคลากรทางสาธารณสุข ตั้งแต่แพทย์ พยาบาล เป็นส่วนสำคัญมาก เพราะงานในสาขานี้เป็นงานที่ต้องเตรียมพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง ต้องมีความพร้อมในการดูแลตลอดเวลา เนื่องจากทารกเหล่านี้เปราะบางมาก หลาย ๆ ครั้งทารกอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเร็วมาก ซึ่งต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ กำลังใจจากบิดามารดาที่จะทำให้ทารกตัวน้อย ๆ เหล่านี้สามารถรอดชีวิตไปอย่างมีคุณภาพที่ดีที่สุด

รศ.นพ.สุรศักดิ์ อังสุวัฒนา หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวว่า ทางด้านฝั่งธนบุรีส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดค่อนข้างเล็ก

ถึงแม้จะมีโรงพยาบาลเอกชน แต่ยังไม่สามารถที่จะดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้ทั้งหมด การแก้ปัญหาหนึ่งของโรงพยาบาลศิริราชคือ ต้องนำมารดาที่ใกล้จะคลอดไปให้เครือข่ายดูแล และปัจจุบันกำลังพยายามแก้ปัญหาให้ดีที่สุดว่าทำอย่างไรจะสามารถดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างครอบคลุม

ทั้งนี้ การป้องกันไม่ให้เกิดทารกคลอดก่อนกำหนดสามารถป้องกันได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น ส่วนใหญ่ป้องกันไม่ค่อยได้ในการรักษาประวิงเวลาทำได้ไม่กี่วัน ไม่กี่สัปดาห์ สุดท้ายก็คือคลอดก่อนกำหนด

“ในการประวิงเวลา โดยมากจะให้ยาเพื่อให้ง่ายต่อการหดตัวของมดลูกลดน้อยลง แต่ปัญหาคือ ถ้ามีโรคซ่อนเร้นอยู่ เช่น ครรภ์เป็นพิษ กระบวนการครรภ์เป็นพิษจะไม่หยุดยั้ง แต่จะรุนแรงมากขึ้นในวันต่อไป การประวิงเวลาการคลอดในรายที่ครรภ์เป็นพิษเพียงแต่รอให้ยากคุมสลายยาระยะสั้นให้ปลอดภัยขึ้นเพื่อคลอดจะได้ทำงานได้ดีขึ้น โดยสามารถประวิงเวลาได้ 2-3 วัน เมื่อยาออกฤทธิ์แล้วจึงจะทำการยุติการตั้งครรภ์ ไมเช่นนั้นมารดาจะมีอันตรายจากครรภ์เป็นพิษ มีการชักหรือเลือดออกในสมองได้ นอกจากนี้ในมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในครรภ์แรก ครรภ์ต่อไปจะมีการให้ยาป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก ส่วนในรายที่ปากมดลูกเปิดเร็วกว่ากำหนด แพทย์จะทำการอัลตราซาวด์ดูปากมดลูกของมารดาตั้งครรภ์ว่าบางหรือยัง ถ้าเริ่มบางถึงจุดที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนดถึงจะให้ยาป้องกัน ซึ่งเหล่านี้เป็นวิธีที่พยายามลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในบางส่วน”

อย่างไรก็ดี การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด พบบ่อยในสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก และสตรีที่ตั้งครรภ์อายุมากคือ 35 ปีขึ้นไป สตรีที่เป็นเบาหวาน หรือเป็นความดันโลหิตสูงอยู่ก่อน ซึ่งจากการสันนิษฐานคาดว่า อาจจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของภูมิคุ้มกันที่ต่อต้านดีเอ็นเอของสามีที่เข้ามาในตัวภรรยา พบประมาณ 5% ของการตั้งครรภ์ที่ป้องกันไม่ได้ และเป็นความเสี่ยงในการตั้งครรภ์



“แคนาดา” มั่นใจศักยภาพ “ไทย” จับมือร่วม GACD มุ่งวิจัยลด “โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”



ไทย-แคนาดา ร่วมลงนามความร่วมมือสู่การเป็นประเทศสมาชิก Global Alliance for Chronic disease หรือ GACD ภาควิชาการวิจัยด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างประเทศ เพื่อส่งเสริมการวิจัยด้านสุขภาพระหว่างประเทศ ในประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ รองนายกรัฐมนตรี กล่าวว่า จากปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Non-communicable Chronic diseases (NCD) อาทิ โรคความดันโลหิต เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาประเทศที่ประเทศไทยและทั่วโลกให้ความสำคัญ โดยทางรัฐบาลไทยพร้อมที่จะผลักดันให้เกิดการเคลื่อนไหวระดับนานาชาติ เพื่อเสริมสร้างการจัดทำยุทธศาสตร์ในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินยุทธศาสตร์เรื่องการยกระดับคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพประชาชนตามนโยบายของรัฐบาล

“ความร่วมมือในครั้งนี้ไม่ได้มีเพียงเฉพาะกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วเท่านั้น แต่ยังมีการดึงประเทศที่กำลังพัฒนาได้เข้าร่วมเป็นเครือข่าย เพื่อทำงานด้านการวิจัย สนับสนุน และรับทุนวิจัย โดยมุ่งเน้นการนำผลงานวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการดูแล รักษา ป้องกัน รวมทั้งพัฒนาทางด้านการแพทย์ เพื่อลดความรุนแรงจากโรค NCD ในอนาคต” รองนายกรัฐมนตรี กล่าว

ดร.อแล็คซ์ โบเดท์ ประธานสถาบันวิจัยสาธารณสุขแคนาดา (Canadian Institute of Health Research: CIHR) กล่าวว่า GACD ประกอบด้วยประเทศสมาชิกที่เป็นสถาบันวิจัยทางด้านสุขภาพจากประเทศต่าง ๆ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา จีน สหภาพยุโรป อินเดีย อังกฤษ แอฟริกาใต้ ออสเตรเลีย และแคนาดา มีบทบาทและยุทธศาสตร์การทำงานป้องกันและแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยสนับสนุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังประเภทไม่ติดต่อ 5 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

มะเร็ง ปอด เบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งโรคสมองและภาวะความผิดปกติทางจิต

“ไทยเป็นหนึ่งในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ทางประเทศสมาชิก GACD ได้ร่วมกันพิจารณาว่ามีศักยภาพและมีความพร้อม โดยเฉพาะการที่ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพที่เป็นต้นแบบให้กับนานาประเทศ และมีการดำเนินงานวิจัยและมีโครงสร้างพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขที่พร้อมต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ประธานสถาบันวิจัยสาธารณสุขแคนาดา กล่าว

ทางด้าน ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กล่าวว่า สถานการณ์โรค NCD ในไทยจัดเป็นกลุ่มโรคที่เป็นภาระโรคและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทย 5 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาโรคเรื้อรังจากการดื่มสุราและสูบบุหรี่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน อุบัติเหตุทางถนน และโรคมะเร็ง ปัจจุบันค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศคิดเป็น 4.2% ของ GDP ประเทศ หากปล่อยไว้เช่นนี้ คาดว่าอีก 10 ปีข้างหน้า GDP อาจสูงถึง 6.6% โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในกลุ่มโรค NCD ในการดูแลรักษามีมูลค่าสูง

สวรส. ในฐานะสมาชิกเครือข่ายองค์การบริหารงานวิจัยแห่งชาติ (คอบช.) มองว่า การเข้าร่วมเป็นสมาชิก GACD ในครั้งนี้จะเป็นการเพิ่มศักยภาพให้ประเทศไทยได้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ วิธีการใหม่ ๆ การแบ่งปันข้อมูล ตลอดจนเกิดเครือข่ายความร่วมมือของนักวิจัยในระดับสากลที่กว้างขวาง และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในการจัดการกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการสร้างงานวิจัยให้ใช้ประโยชน์ได้จริง โดยการผลักดันเข้าสู่ระบบสุขภาพในเชิงการกำหนดเป็นมาตรการหรือนโยบายสุขภาพที่ส่งผลกับประชาชนโดยรวม

ศ.ดร.อากิระ เอ็นโด และ ศ.นพ.โดนัลด์ เอ. เฮนเดอร์สัน

เจ้าของรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2557



รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลเป็นรางวัลที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้จัดตั้งขึ้น เพื่อถวายเป็นพระราชานุสรณ์แด่สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ในโอกาสจัดงานเฉลิมฉลอง 100 ปีแห่งการพระราชสมภพ 1 มกราคม พ.ศ. 2535 รวมถึงเพื่อเผยแพร่พระราชเกียรติคุณแห่งสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก “องค์บิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันและการสาธารณสุขไทย” ซึ่งเมื่อแรกเริ่มก่อตั้งใช้ชื่อว่า “มูลนิธิรางวัลมหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์” และได้เปลี่ยนแปลงเป็น “มูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์” เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ดำเนินงานโดยมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเป็นองค์ประธานมอบรางวัลให้แก่บุคคลหรือองค์กรทั่วโลกที่มีผลงานดีเด่นเป็นประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติทางด้านการแพทย์ 1 รางวัล และด้านการสาธารณสุข 1 รางวัล เป็นประจำทุกปีตลอดมา แต่ละรางวัลประกอบด้วย เหรียญรางวัล ประกาศนียบัตร และเงินรางวัล 100,000 เหรียญสหรัฐ

โดยตลอดระยะเวลา 23 ปีที่ผ่านมา มีบุคคลหรือองค์กรได้รับรางวัลนี้แล้วทั้งสิ้น 68 ราย ในจำนวนนี้มี 2 รายที่ได้รับรางวัลโนเบลในเวลาต่อมาคือ ศ.นพ.แบร์รี เจมส์ มาร์แชล รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลในปี พ.ศ. 2544 ต่อมาได้รับรางวัลโนเบลในปี พ.ศ. 2548 และ ศ.เกียรติคุณ นพ.ฮาร์ลด์ ซัวร์ เฮาเซน รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลในปี พ.ศ. 2548 และได้รับรางวัลโนเบลในปี พ.ศ. 2551 และ 1 ราย ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกในเวลาต่อมาคือ พญ.มากาเร็ต เอฟซี ซาน รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในปี พ.ศ. 2549 และมีคนไทยเคยได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล 4 ราย คือ ศ.นพ.ประสงค์ จูจินดา และ ศ.พญ.สุจิตรา นิมนานิตย์ รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลในปี พ.ศ. 2539 ขณะที่ นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และนายมิชัย วีระไวทยะ รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลในปี พ.ศ. 2552

สำหรับในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ได้รับการเสนอชื่อเข้ารับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2557 ทั้งหมด 59 ราย จาก 25 ประเทศ คณะกรรมการที่ปรึกษาทางวิชาการได้พิจารณาถ้อยแถลง และคณะกรรมการรางวัลนานาชาติได้พิจารณาจากผู้ได้รับการเสนอชื่อรวม 3 ปี คือ ปี พ.ศ. 2557, 2556 และ พ.ศ. 2555 และนำเสนอต่อคณะกรรมการมูลนิธิ ซึ่งสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเป็นองค์ประธาน ให้พิจารณาตัดสินเป็นขั้นสุดท้าย เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2557

ทั้งนี้ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จฯ แทนพระองค์ พระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2557 ในวันพุธที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2558 เวลา 17.30 น. ณ พระที่นั่งจักรีมหาปราสาท ในพระบรมมหาราชวัง โดยในวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2558 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในฐานะผู้ริเริ่มรางวัลอันทรงเกียรติจะเชิญผู้รับพระราชทานรางวัลฯ มาเยือนและแสดงปาฐกถาเกียรติยศ ในผลงานที่ได้รับด้วย

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในฐานะรองประธานมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์, **นายเสข วรรณเมธี อธิบดีกรมสารนิเทศกระทรวงการต่างประเทศ** ในฐานะประธานคณะกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์ มูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ และ **ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช** ประธานคณะกรรมการรางวัลนานาชาติ มูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้ร่วมกันแถลงผลการตัดสินผู้ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ครั้งที่ 23 ประจำปี พ.ศ. 2557 ณ ห้องสมเด็จพระบรมราชชนก ตึกสยามินทร์ ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช โดยผู้ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล สาขาการแพทย์ ได้แก่ **ศ.ดร.อากิระ เอ็นโด (Professor Akira Endo)** จากประเทศญี่ปุ่น สาขาการสาธารณสุข ได้แก่ **ศ.นพ.โดนัลด์ เอ. เฮนเดอร์สัน (Professor Donald A. Henderson)** จากประเทศสหรัฐอเมริกา



รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2557

สาขาการแพทย์



ศ.ดร.อากิระ เอ็นโด

ประธานกรรมการ บริษัทห้องปฏิบัติการวิจัยไบโอฟาร์ม กรุงโตเกียว
ศาสตราจารย์พิเศษรัฐเกียรติคุณ คณะเกษตรศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์และเทคโนโลยีโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น

ศ.ดร.อากิระ เอ็นโด เป็นบุคคลแรกที่ค้นพบยาลดไขมันที่ชื่อว่า คอมแพคติน (compactin) (แรกชื่อ ML-236 B) ซึ่งเป็นต้นแบบของยากดไขมันสเตติน โดยแยกได้จากเชื้อราเพนิซิลเลียม ซิตรินัม (*penicillium citrinum*) ในปี พ.ศ. 2519

ศ.ดร.อากิระ เอ็นโด ได้ทำการศึกษาวิจัยเชื้อราราว 6,000 ชนิด จนสามารถค้นพบสารที่สามารถลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้ ให้ชื่อครั้งแรกว่า ML-236 B มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์เอชเอ็มจี-โคเอรีดักเตส (HMG-CoA reductase) ซึ่งเป็นเอนไซม์สำคัญในกระบวนการสังเคราะห์คอเลสเตอรอล

การค้นพบดังกล่าวได้รับการยอมรับว่าเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจรวมถึงโรคหลอดเลือดที่สำคัญชนิดอื่นด้วย เนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาทางการแพทย์และการสาธารณสุขในประเทศส่วนใหญ่มานานหลายศตวรรษ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก พบว่าการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดสูง ก่อให้เกิดคราบไขมันภายในผนังหลอดเลือดแดง เมื่อคราบไขมันแตกตัวจะเกิดเป็นลิ่มภายในหลอดเลือดแดง ปิดกั้นการไหลของเลือด นำไปสู่ภาวะหัวใจวายจนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต การค้นพบยาลดไขมันของ ศ.ดร.อากิระ เอ็นโด ทำให้เปลี่ยนกระบวนการทศน์จากเดิมที่เคยเชื่อว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่ป้องกันไม่ได้ เปลี่ยนมาสู่โรคที่ป้องกันได้ และนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพของยาลดไขมันจนใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันถึง 7 ชนิดในตัวยากลุ่มสเตติน ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดโรคและการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงอย่างมากในปัจจุบัน เป็นประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติ ช่วยชีวิตผู้ป่วยนับร้อยล้านคนทั่วโลก

ศ.ดร.อากิระ เอ็นโด สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี และปริญญาเอกทางชีวเคมีจากมหาวิทยาลัยโตโฮกุ ประเทศญี่ปุ่น

รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2557

สาขาการสาธารณสุข

ศ.นพ.โดนัลด์ เอ. เฮนเดอร์สัน

ศาสตราจารย์ สาขาศาสตร์ด้านสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเพิตส์เบิร์ก
คณบดีเกียรติคุณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์
ประเทศสหรัฐอเมริกา



ศ.นพ.โดนัลด์ เอ. เฮนเดอร์สัน เป็นผู้นำของโครงการที่ทำการกวาดล้างโรคไข้ทรพิษ หรือฝีดาษ ได้สำเร็จ นับเป็นโรคติดต่อร้ายแรงชนิดแรกและชนิดเดียวที่สามารถกวาดล้างให้หมดไปจากโลกได้

ถึงแม้ว่าโรคไข้ทรพิษเป็นโรคร้ายแรงที่พบมาตั้งแต่ 1,000 ปีก่อนคริสตกาล และมีการแพร่ระบาดเป็นระยะ มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกมาตลอด จนกระทั่งมีการค้นคว้าวัคซีนป้องกันโรคไข้ทรพิษได้ในปี พ.ศ. 2339 แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการระบาดของโรคได้ การระบาดในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตจากทุกพื้นที่ทั่วโลกราว 300-500 ล้านคน

ศ.นพ.โดนัลด์ เอ. เฮนเดอร์สัน ระหว่างปี พ.ศ. 2509-2520 ขณะดำรงตำแหน่งหัวหน้าคณะแพทย์ในโครงการกวาดล้างโรคไข้ทรพิษขององค์การอนามัยโลก ได้มีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับหน่วยงานทั่วโลกในการรณรงค์กวาดล้างโรคไข้ทรพิษ โดยการให้วัคซีนแก่ประชากรทุกกลุ่มในลักษณะที่เรียกว่า mass vaccination และติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจนประสบความสำเร็จ โดยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้ทรพิษรายสุดท้ายจากประเทศโซมาเลีย ในปี พ.ศ. 2520 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคไข้ทรพิษถูกกวาดล้างหมดสิ้นไปจากโลกเมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2523 นับเป็นการช่วยชีวิตประชากรโลกจำนวนหลายร้อยล้านคน และยังเป็นแบบอย่างของการพัฒนาแนวทางกวาดล้างโรคติดต่อร้ายแรงอื่น ๆ ในปัจจุบันด้วย

ศ.นพ.โดนัลด์ เอ. เฮนเดอร์สัน สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยโรเชสเตอร์ และสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ หลังจากกลับจากทำงานที่องค์การอนามัยโลกได้เป็นคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์

นอกจากนี้ยังเป็นคณะกรรมการรางวัลนานาชาติ มูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ด้วย

การตรวจคัดกรองโรค

ท่านผู้อ่านที่ติดตามคอลัมน์นี้เป็นประจำ จะทราบดีว่าผมสนใจเป็นพิเศษเกี่ยวกับการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพแบบครบวงจรมีไม่กี่ประเด็นคือ

1. รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2. ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยควบคุมให้ดัชนีมวลกายอยู่ต่ำกว่า 23 (ดัชนีมวลกายหรือ body mass index: BMI คือ น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยความสูงเป็นเมตร ยกกำลังสอง) และพุงชาย หญิง ให้เล็กกว่า 90, 80 ซม. ตามลำดับ 3. ไม่สูบบุหรี่ 4. ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หรือถ้าจะดื่มดื่มไม่เกิน 3, 2 หน่วยต่อวัน สำหรับผู้ชายและหญิงตามลำดับ (1 หน่วยคือ 30 ซี.ซี.ของวิสกี้ หรือเบียร์ 1 กระป๋องหรือขวดเล็ก หรือไวน์ 85 ซี.ซี.) 5. มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย 6. ไม่ใช้ยาเสพติด 7. เดินสายกลางในชีวิต 8. ถึงแม้สบายดีควรไปตรวจสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาล ไขมัน ในเลือด ฯลฯ และที่สำคัญอีกอันหนึ่งคือ ถึงแม้สบายดีเมื่อเข้าเกณฑ์ตามแพทย์แนะนำก็ควรไปตรวจ 9. ต้องไปตรวจคัดกรองหาโรค

ถ้าเพียงแต่ทุกท่านดูแลสุขภาพตนเองตามนี้ ท่านจะลดความเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บได้มากมาย เพิ่มสมรรถภาพของร่างกายและสมอง ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถ้าทั้งประเทศดูแลสุขภาพแบบนี้จะประหยัดเงินของประเทศได้เป็นหลายแสนล้านบาทต่อปี รวมทั้งถ้าไม่มีการคอร์รัปชันในประเทศซึ่งเป็นที่น่าทึ่งกันว่าประเทศไทยนำเงินจำนวนมหาศาลนี้ไปพัฒนาสิ่งที่จะต้องทำอื่น ๆ ได้มากมาย เช่น สร้างโรงเรียนที่ดี พัฒนาทางด้านคมนาคม สร้างถนนท่าระบบรถไฟให้ดีขึ้น ทนสมัย เหมาะสม ป้องกันน้ำท่วม-น้ำแล้งแบบถาวร ฯลฯ

แต่ถึงแม้ทุกท่านจะปฏิบัติตนเองทุก ๆ ข้อ ตั้งแต่ 1-8 ข้อ แต่เมื่อถึงเวลาท่านยังต้องไปตรวจคัดกรองหาโรค

การตรวจคัดกรองหาโรคคือการไปตรวจหาโรคต่าง ๆ ทั้ง ๆ ที่สบายดี และไม่มีอาการอะไรเลย ถ้ามีอาการหมายความว่าโรคหนึ่งโรคใดแล้ว จึงไม่ใช้การตรวจคัดกรอง มีคนจำนวนมากที่ยังไม่รู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง แม้กระทั่งแพทย์บางคนยังบอกว่าสบายดี ทำไมต้องไปตรวจ และยังมีความรู้หรือมีการศึกษา และ/หรือฐานะที่ดีที่ยังไม่เข้าใจในปรัชญาเช่นกัน ซึ่งเป็นหน้าที่ของแพทย์ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข รัฐบาล ที่จะต้องประชาสัมพันธ์เรื่องนี้อย่างแพร่หลาย

การตรวจคัดกรองหาโรคจะทำให้โรคที่ถ้าเราตรวจพบรอยโรคแต่เนิ่น ๆ ได้จะสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ และการตรวจนี้เป็นสิ่งที่คุ้มกับการลงทุนมาก หรือ cost-effective ตัวอย่างของโรคที่การตรวจคัดกรองสามารถช่วยได้ คือ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โรคมะเร็งปากมดลูก และโรคมะเร็งของเต้านม ฯลฯ



มะเร็งของลำไส้ใหญ่มีสาเหตุจากพันธุกรรมบ้าง เช่น ถ้าพ่อแม่เราเป็นโรคนี้ เรามีสิทธิ์ที่จะเป็นมากกว่าผู้อื่นที่บิดามารดาไม่เป็น นอกจากนั้นแล้วขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของเรา เช่น จะมีความเสี่ยงมากขึ้นถ้ารับประทานอาหารที่เป็นเนื้อสัตว์หรือมันส์ตมามาก รับประทานอาหารจนอ้วน ไม่รับประทานผัก ผลไม้ ภาวะอ้วนก็เป็นปัจจัยเสี่ยง

แต่ถึงแม้จะปฏิบัติตัวดีอย่างไรก็ตาม เมื่อมีอายุถึง 50 ปี แพทย์ทั่วโลกแนะนำให้ทั้งหญิงและชายไปตรวจคัดกรองหาความเสี่ยงของลำไส้ใหญ่ ด้วยเหตุผลที่ว่าพอมีอายุ 50 ปี คนเราจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งชนิดนี้ อีกทั้งมะเร็งชนิดนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเป็นมะเร็งทันที แต่จะเริ่มต้นจากการมีติ่งเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ติ่งเนื้อจะค่อย ๆ โต 10-20 ปี ภายหลังจึงจะเป็นมะเร็ง ถ้าการตรวจคัดกรองพบติ่งเนื้อ และตัดออกก็จะไม่มีมะเร็งเกิดขึ้น การมีติ่งเนื้อจะไม่มีอาการใด ๆ ทั้งสิ้น ฉะนั้นจึงไม่ควรรอจนมีอาการ

การตรวจคัดกรองหาความเสี่ยงของลำไส้ใหญ่มีหลายวิธี เช่น ตรวจอุจจาระหาเลือด ซึ่งต้องพึงหลักการว่าต้องมีติ่ง (หรือมะเร็ง) และติ่งนี้ต้องมีแผลและแผลนี้เลือดต้องออกในช่วงที่กำลังจะตรวจอุจจาระ จึงจะเห็นได้ว่าการตรวจอุจจาระไม่น่าจะใช้วิธีการที่ดีที่สุด แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายถูกจึงอาจเป็นวิธีที่ใช้ทั่วประเทศ แต่ถ้าใช้วิธีนี้จะต้องตรวจทุกปี

วิธีอื่น ๆ คือส่องกล้องดูลำไส้ส่วนปลาย (sigmoidoscopy) ทุก 5 ปี สอนแบ่งแบเรียบเรียงทางทวารและถ่ายภาพเอกซเรย์ ซึ่งต้องทำทุก 5 ปี หรือทำ computer scan ทุก 5 ปี ซึ่งถ้าพบรอยโรคจะต้องให้ผู้ป่วยไปส่องกล้อง การส่องกล้องเป็นวิธีการที่ดีที่สุด แพงหน่อยแต่เป็นการตรวจครั้งเดียวจบ การส่องกล้องดูลำไส้ใหญ่ทางทวารซึ่งถ้าตรวจพบติ่งเนื้อตัดออกก็จะหมดปัญหาไป ถ้าตรวจด้วยกล้องไม่พบอะไรอาจตรวจซ้ำทุก 10 ปี ถ้าพบติ่งและตัดออกอาจตรวจบ่อยกว่านั้น ตามแต่แพทย์จะแนะนำ ฉะนั้นทุกท่านที่มีอายุ 50 ปี ควรปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

เสริมเสน่ห์

เวลาผู้ชายจะเลือกตกลงปลงใจรักผู้หญิงคนหนึ่งก็ต้องดูทั้งหน้าตาดีและนิสัยดีไปพร้อมกัน

การมีนิสัยดีย่อมเสริมเสน่ห์ให้หญิงนั้นน่าติดตรึงใจ ซึ่งบางครั้งทรงพลังรุนแรงยิ่งกว่าการมีหน้าตาดีจนอาจทำให้ชายตัดสินใจเลือกหญิงนั้นมาเป็นคู่ครองได้

การรักษาพยาบาลก็เปรียบเสมือนผู้หญิง ถ้าผู้ป่วยจะเลือกรักษากับโรงพยาบาลหรือแพทย์ท่านใดอาจเป็นเพราะติดใจมาตรฐานการรักษาที่ดีหรือชื่นชอบในอัธยาศัยของแพทย์ บางคลินิกพบว่าผู้ป่วยสนิทชิดเชื้อกับพยาบาลที่ดูแลดุจดังญาติมากกว่า



การเพิ่มหัวใจแห่งบริการเข้าไปในโรงพยาบาลเป็นการเสริมเสน่ห์ให้การรักษามีคุณค่ามากขึ้นจนทำให้ผู้ป่วยติดใจมารักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแห่งนั้นได้อีกทางหนึ่ง

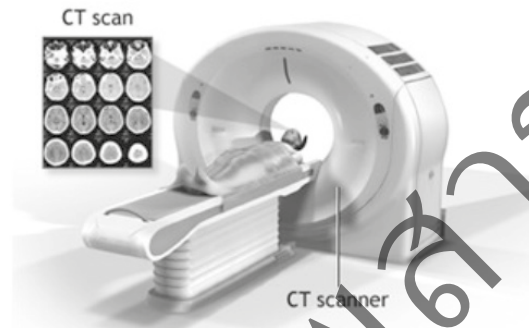
มีเรื่องเล่าว่า โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่งในจังหวัดเดียวกันเกิดการแข่งขันเพื่อดึงผู้ป่วยมาใช้บริการในโรงพยาบาลของตนให้มากขึ้น

โรงพยาบาล ก. เริ่มนำคอมพิวเตอร์ตรวจสอบเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลเป็นแห่งแรกของจังหวัด โดยตั้งราคาค่าบริการ 5,000 บาท/ครั้ง ต่อมาโรงพยาบาล ข. ก็ซื้อมาใช้ด้วยเช่นกัน และตั้งราคาค่าบริการ 3,000 บาท/ครั้ง

ทั้ง 2 โรงพยาบาลเริ่มลดราคาแข่งกันไปเรื่อย ๆ จนในที่สุดขาดทุนทั้งคู่และจำต้องยกเลิกบริการชนิดนี้ไป

การแข่งขันด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงแบบและตามกันทันได้ง่าย

แต่ถ้าแข่งกันเดิมเสน่ห์ของบริการเข้าไปก็จะสร้างความแตกต่างที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเองขึ้นมา อันทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความประทับใจและมารับบริการอย่างต่อเนื่องได้มากกว่า



โรงพยาบาลนับเป็นงานบริการอย่างหนึ่งซึ่งก็ควรดำเนินการตามระบบบริการที่ดีเหมือนงานบริการอื่น ๆ เช่น งานโรงแรม แต่เนื่องจากทีมสุขภาพมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยปริมาณมากที่มารับการรักษา ดังนั้น จึงทำให้ทีมสุขภาพมักทำงานเหมือนให้ความช่วยเหลือมากกว่าให้บริการ และมุ่งรักษาทางกายให้หายหรือรอดตายมากกว่าจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจหรือสบายใจไปพร้อมกัน

เสน่ห์ของงานบริการจึงขาดหายไปจากโรงพยาบาล เมื่อเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ที่โลกทั้งใบเชื่อมต่อข้อมูลข่าวสารกันหมด จึงทำให้เห็นว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมีการพัฒนาเสริมเสน่ห์ให้บริการเข้าไปในการรักษาพยาบาลหลายด้าน

จนถึงกับมีความคิดที่จะผนวกงานด้านโรงแรมเข้าไปในงานโรงพยาบาล จึงเกิดศัพท์ที่ว่า hospitel = hospital + hotel ขึ้นมา ดังเช่นสร้างมูมดนตรีในโรงพยาบาลเพื่อผ่อนคลายให้ทีมสุขภาพไปเรียนเรื่องมารยาทการต้อนรับ ได้แก่ การพายมือเพื่อชี้บอกทางแทนการใช้นิ้วชี้ออกไป รวมทั้งฝึกยิ้มและทักทาย เป็นต้น

นี่จึงเป็นที่มาของการพัฒนางานบริการต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลมากขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนที่มีการแข่งขันทางธุรกิจกันสูง

ในปัจจุบันการพัฒนางานบริการต่าง ๆ ที่มีในโรงพยาบาลมีขึ้นหลากหลาย เราลองมาเปรียบเทียบกับงานด้านบริการอื่น ๆ (งานการโรงแรม งานด้านการศึกษา ธนาคาร) ดังตาราง

หัวใจของงานบริการ	งานโรงพยาบาล
1. ความเชื่อถือได้ (reliability) ประกอบด้วย 1.1 ความสม่ำเสมอ (consistency) 1.2 ความพึ่งพาได้ (dependability)	- มีการสร้างมาตรฐานต่าง ๆ ก. ใช้มาตรฐานของสถานพยาบาลทั้งจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของไทย หรือ Joint Commission International (JCI) ของสหรัฐอเมริกา ข. ใช้ guideline ของสหรัฐอเมริกา - อย่างไรก็ตาม ควรสื่อสารให้ผู้ป่วยเห็นเพื่อเกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจ เช่น สร้างวิดีโอสอนสุขภาพออกเผยแพร่

หัวใจของงานบริการ	งานโรงพยาบาล
2. การตอบสนอง (responsive) ประกอบด้วย 2.1 ความเต็มใจที่จะให้บริการ 2.2 ความพร้อมที่จะให้บริการ 2.3 มีการติดต่ออย่างต่อเนื่อง 2.4 ปฏิบัติต่อผู้ให้บริการเป็นอย่างดี	- ฝึกบุคลากรให้มีกิริยาเอื้ออารีและพร้อมช่วยเหลือ - ฝึกบุคลิกภาพที่ดีของบุคลากร
3. ความสามารถ (competency) ประกอบด้วย 3.1 สามารถในการสื่อสาร 3.2 สามารถในการบริการ 3.3 สามารถในความรู้วิชาการที่จะให้บริการ	- อบรมบุคลากรให้ก้าวหน้าความรู้ที่ทันสมัย - ตั้งเกณฑ์ความรู้ที่จำเป็นของหน่วยงาน - ตั้งเกณฑ์ความรู้ระดับเชี่ยวชาญของหน่วยงาน
4. การเข้าถึงบริการ (access) ประกอบด้วย 4.1 ผู้ใช้บริการเข้าใช้หรือรับบริการได้สะดวก 4.2 ระเบียบขั้นตอนไม่ควรมากมายและมีความซับซ้อนเกินไป 4.3 ผู้บริการใช้เวลารอคอยไม่นาน 4.4 เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาสะดวกสำหรับผู้ใช้บริการ 4.5 อยู่ในสถานที่ที่ผู้บริการสามารถเข้าติดต่อได้สะดวก	- มีทางด่วนในโรคเสี่ยง เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด - สร้างเครือข่ายของ GPS เพื่อให้บริการถึงบ้าน - เปิดบริการตรวจรักษาตลอด 24 ชั่วโมง - เปิดคลินิกตรวจผู้ป่วยนอกถึงเตียงคืน
5. ความสุภาพอ่อนโยน (courtesy)	- นำความคิดด้าน spiritual healthcare เข้ามาใช้ในการรักษาพยาบาล
6. การสื่อสาร (communication) ประกอบด้วย 6.1 มีการสื่อสารชี้แจงขอบเขตและลักษณะของงานบริการ 6.2 มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ	- มีการสร้าง website ของโรงพยาบาลเพื่อเผยแพร่ศักยภาพของโรงพยาบาล - มีพนักงานพาไปตรวจตามหน่วยต่าง ๆ
7. ความซื่อสัตย์ (credibility) คุณภาพของงานบริการมีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ	- รายละเอียดของค่าใช้จ่ายที่ระบุไว้อย่างชัดเจน
8. ความมั่นคง (security) ประกอบด้วย ความปลอดภัยทางกายภาพ เช่น เครื่องมือและอุปกรณ์	- หน่วยเครื่องมือแพทย์เพื่อตรวจสอบคุณภาพและความพร้อมใช้
9. ความเข้าใจ (understanding) ประกอบด้วย 9.1 การเรียนรู้ผู้ใช้บริการ 9.2 การแนะนำและการเอาใจใส่ผู้ใช้บริการ	- สร้างช่องทางรับฟังความต้องการของผู้ใช้บริการ เช่น แบบสอบถาม
10. การสร้างสิ่งที่ยึดจับต้องได้ (tangibility) ประกอบด้วย 10.1 การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการให้บริการ 10.2 การเตรียมอุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ 10.3 การจัดเตรียมสถานที่ให้บริการสวยงาม	- บัญชีวัสดุเครื่องมือ - จัดเตรียมห้องอาหาร ห้องน้ำ และน้ำประปา รวมทั้งอินเทอร์เน็ต เป็นต้น - สร้างสถานที่ให้สะอาดและผ่อนคลาย

ซึ่งถ้าโรงพยาบาลได้คิดพัฒนาเพิ่มเติมการบริการเข้าไปในการรักษาพยาบาลก็ย่อมทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจและมารับบริการอย่างต่อเนื่อง

เมื่อเสริมเส้นนี้ด้วยบริการแล้วก็ต้องมีการวัดความพึงพอใจซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้

1. การใช้แบบสอบถาม เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นซึ่งสามารถกระทำในลักษณะกำหนดคำตอบให้เลือกหรือตอบคำถามอิสระ โดยอาจใช้กระดาษ หรือ electronic files
2. การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการวัดความพึงพอใจทางตรงซึ่งต้องอาศัยเทคนิคและวิธีการที่ดีจึงจะได้ข้อมูลที่เป็นจริง
3. การสังเกต เป็นวิธีวัดความพึงพอใจโดยการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลเป้าหมาย ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกจากการพูดจา กิริยา ท่าทาง

ในงานด้านบริการอื่น ๆ เป็นธุรกิจที่มีการแข่งขันสูง ดังนั้นจึงเกิดนวัตกรรมมากมายขึ้นเพื่อให้เกิดความคาดหวังของลูกค้าและเหนือกว่าคู่แข่ง

เมื่อเร็ว ๆ นี้ ฉันบังเอิญไปซื้อของที่ Tops Supermarket ขณะที่กำลังจ่ายเงินที่เคาน์เตอร์ ฉันเหลือบไปเห็นแผ่นกระดาษหนึ่งเขียนว่า

“ผู้ช่วยซื้อของ...บริการรับซื้อของตามรายการไม่เกิน 20 ชิ้นเสร็จภายใน 20 นาที โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย”

นับเป็นนวัตกรรมที่น่าสนใจซึ่งช่วยประหยัดเวลาให้ลูกค้า แต่บังเอิญฉันอยู่ในกลุ่มลูกค้าที่ไปเดินเล่นในซูเปอร์มาร์เกตเพื่อผ่อนคลายและฆ่าเวลาไปกับการซื้อของเพียง 2-3 ชิ้นเท่านั้น

อย่างไรก็ดี ฉันก็อดไม่ได้ที่จะชื่นชมไอเดียที่เสริมเส้นนี้ให้กับบริการแบบนี้อยู่ดี

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวัง (ตอนที่ 1.4)

ความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนสุขภาพและความพยายามที่จะ “รวมกองทุน” เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ

มีความพยายามของกลุ่มนักวิชาการในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ชอบอ้างว่ามีความเหลื่อมล้ำในระบบการประกันสุขภาพของไทย⁽¹⁾ โดยจะอ้างว่าประเทศไทยมี 3 กองทุนสุขภาพ คือ กองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) และเสนอให้มีการรวมกองทุน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ โดย นพ.สมศักดิ์ ชุณหทศม์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็ “ให้คำมั่นว่า จะรวม 3 กองทุนสุขภาพให้ได้ภายใน 1 ปี” (อ้างถึงแล้วในตอนที่ 1.3)

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในพรรคเพื่อไทย⁽¹⁾ ได้กล่าวไว้รัฐบาลไม่มีนโยบายที่จะรวมกองทุนสุขภาพ เนื่องจากทั้ง 3 ระบบนั้นมีที่มาที่ไปต่างกัน แต่จะยกระดับสิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุนขึ้นไปให้เท่ากัน

ในขณะที่ นพ.สมศักดิ์ ชุณหทศม์⁽¹⁾ ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ซึ่งเป็นสถาบันที่ตั้งขึ้นในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้มีความพยายามที่จะรวมกองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุนโดยอ้างความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพว่ามีความเหลื่อมล้ำจากความแตกต่างของที่มาและพัฒนาการของกองทุนสุขภาพ โดยได้กล่าวว่า

กลุ่มสวัสดิการข้าราชการมีสิทธิใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน สามารถเลือกใช้บริการได้ทุกแห่งที่เป็นโรงพยาบาลของทางราชการ และสามารถจ่ายได้โดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษา ผู้มีสิทธิในระบบนี้ ได้แก่ ข้าราชการและครอบครัวจำนวนประมาณ 5 ล้านคน

กลุ่มประกันสังคมมีแหล่งเงินมาจากการจ่ายสมทบ 3 ฝ่าย คือ นายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละ 5% และรัฐบาลจ่ายสมทบ 2.5% โดยจ่ายแบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ผู้ประกันตนสามารถเลือกโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักได้อย่างเสรี ผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมมีจำนวนประมาณ 10 ล้านคน

กลุ่ม 30 บาท หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมประชาชนอีก 48 ล้านคนที่ไม่มีสิทธิใน 2 ระบบข้างต้น ซึ่งในช่วงแรกของการเกิดระบบนี้ในปี พ.ศ. 2545 นั้นประชาชน 27 ล้านคนต้องร่วมจ่ายครั้งละ 30 บาทในการไปรับการรักษา ซึ่งเป็นที่มาของการโฆษณาว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งเป็นการโฆษณา

เกินจริง เนื่องจากตามความเป็นจริงนั้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ให้การรักษาทุกโรค จะให้การรักษาเพียงบางโรคเท่านั้น

ซึ่งมีนักวิชาการของ สวรส. เช่น นพ.สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์⁽¹⁾ และนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี⁽²⁾ ต่างก็ออกมาให้ความเห็นว่าควรรวมกองทุนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ โดย นพ.สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์ได้เสนอว่าในระบบสวัสดิการข้าราชการนั้นมีสิทธิมากกว่าอีก 2 กองทุนในขณะที่เขามองว่า “กองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบปลายปิด ทำให้โรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการควบคุมค่าใช้จ่าย แต่ระบบสวัสดิการข้าราชการจ่ายตามปริมาณการใช้ ไม่มีการควบคุมเป็นสาเหตุให้เกิดความแตกต่าง”

การควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างเข้มงวดในระบบ 30 บาท ทำลายมาตรฐานการแพทย์ให้ตกต่ำ

ความคิดเห็นของ นพ.สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์ดังกล่าวข้างต้น น่าจะเป็นการมอง “สวนทาง” กับการรักษาคุณภาพมาตรฐานการบริการทางการแพทย์ กล่าวคือมองว่า “การควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างเข้มงวดในระบบ 30 บาททำเป็นเรื่องดี” ทั้ง ๆ ที่การควบคุมนี้เป็นการควบคุมเกินส่วน จนไปส่งผลละเมิดสิทธิผู้ป่วยและละเมิดสิทธิผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) กล่าวคือ การละเมิดสิทธิผู้ป่วย โดยการจำกัดรายการยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาหรือการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากข้อจำกัดในการใช้ยาในระบบ 30 บาท ในขณะที่เดียวกันสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้เสนอให้กรมบัญชีกลางมาควบคุมการใช้จ่ายในระบบสวัสดิการข้าราชการเช่นเดียวกับที่มีการควบคุมการใช้จ่ายในระบบ 30 บาท^(3,4)

ส่วน นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี⁽²⁾ บอกว่าระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบ 30 บาทไม่ต้องจ่ายเงิน แต่ประกันสังคมต้องจ่ายเงิน จึงควรแก้ไขความเหลื่อมล้ำให้เหมือนกัน โดยการที่จะ “ไม่ต้องจ่ายเงิน” เหมือนกันหมด ซึ่งก็เป็นเรื่องดีที่ประชาชนในกลุ่มที่ต้องจ่ายเงินประกันสังคมจะได้รับ “สิทธิในการรักษาพยาบาลจากรัฐ” เหมือนประชาชนกลุ่มบัตรทอง

นอกจากนักวิชาการสองคนที่กล่าวแล้ว ก็ยังมีความเห็นของประชาชนกลุ่มหนึ่งที่เรียกว่า “กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ที่คัดค้านการ “รวมจ่าย 30 บาท” โดยอ้างว่าเป็น “สิทธิของคนไทยที่จะได้รับการรักษาฟรี”⁽⁵⁾

ต้นเหตุแห่งความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของไทย คือกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามความเป็นจริงแล้วกองทุนที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพไทยก็คือกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ชอบเรียกตัวเองว่า “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” แต่ในความเป็นจริงแล้ว กองทุนนี้ไม่ได้ให้ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” แก่ประชาชนไทยทั้งประเทศตามที่กล่าวอ้างเลย กองทุนนี้ให้การประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทยเพียง 48 ล้านคนเท่านั้น ในขณะที่ประชาชนอีก 15 ล้านคนนั้น ไม่ได้รับความคุ้มครองในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่อย่างใด ประชาชน 48 ล้านคนนี้ก็กลับเป็นกลุ่มที่มีอภิสิทธิ์เหนือประชาชนกลุ่มอื่นที่ได้รับเงิน “สวัสดิการในการรักษาพยาบาล” จากรัฐบาลเต็มจำนวนอยู่กลุ่มเดียว

แต่ประชาชนในระบบประกันสังคมจำนวน 10 ล้านคน ต้องไปรับจ้างทำงานและต้องจ่ายเงินเข้าสมทบในกองทุนประกันสังคม และนายจ้างของเขาก็ดำเนินการที่จะจ่ายเงินสมทบแก่ลูกจ้างในจำนวนเท่า ๆ กัน เพื่อเป็น “สวัสดิการสังคม” ให้ลูกจ้าง ในขณะที่รัฐบาลช่วยจ่ายสมทบเพียง 2.5% เท่านั้น

ส่วนประชาชนอีก 5 ล้านคน ได้ตกลงยินยอมที่จะไปทำงานให้ราชการ โดยยอมรับเงินเดือนน้อย ยอมอยู่ภายใต้ระเบียบวินัยข้าราชการ และต้องยอมปฏิบัติตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชาให้ไปทำงานทั้งนอกและในเวลาราชการและต้องโยกย้ายจากภูมิลำเนาเดิมไปรับราชการตามคำสั่งผู้บังคับบัญชาจึงจะมีสิทธิได้รับ “สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการ”

ฉะนั้น ถ้าจะไม่ให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ ให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการรับบริการสุขภาพเท่าเทียมกัน รัฐจะต้องขยายความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) ให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก จึงจะถือว่า “เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน” อย่างแท้จริง

การขยายกองทุนหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน

ส่วนการที่รัฐบาลจะขยายระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมถึงประชาชนทุกคนอย่างแท้จริงได้หรือไม่ ก็น่าจะเป็นภาระหนักยิ่งต่องบประมาณแผ่นดินอีกไม่น้อย เพราะถ้าจะคิดค่า

เหมาจ่ายรายหัวตามที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่ตรวจสอบควบคุม กำกับการบริหารงบกองทุนให้สุจริต โปร่งใส และตรงตามวัตถุประสงค์ของกองทุนตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แล้วงบประมาณค่าเหมาจ่ายรายหัวก็คงจะไม่ได้ใช้เพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนเต็มเม็ดเต็มหน่วย และคงมีการ “ควบคุมการรักษาของแพทย์” ต่อไป ทำให้ประชาชนไทยจะไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานการแพทย์ที่ดีอีกต่อไป

และมาตรฐานการแพทย์ไทย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือมาตรฐานการแพทย์ของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีส่วนแบ่งถึง 90% ในการดูแลสุขภาพของประชาชนไทย) ก็คงจะล้าหลังประเทศเพื่อนบ้านในกลุ่มอาเซียน (เหมือนมาตรฐานการศึกษาของไทยที่ตกไปอยู่อันดับเกือบที่โหลของอาเซียนแล้ว) โดยไม่ต้องไปคิดเปรียบเทียบกับมาตรฐานโลกที่พัฒนาแล้วอีกต่อไป

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้เกิดปัญหาด้านงบประมาณและคุณภาพการรักษาผู้ป่วย

ในการเสวนาหัวข้อ “ระบบสุขภาพของคนไทยจะไปทางไหน” เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2554 นพ.เจตน์ ศิรธรานนท์ กรรมการบริหารสาธารณสุขวุฒิสภา ได้กล่าวว่า งบประมาณสาธารณสุขมีปัญหา โรงพยาบาลขาดทุน 191 แห่ง ขาดทุนรุนแรง 77 แห่ง และมีวิสัยทัศน์ที่มองไกลในกรณีนี้โรงพยาบาลไม่จ่ายเงินค่ายา

นพ.เจตน์ ศิรธรานนท์ ยังกล่าวอีกว่าการที่รัฐบาลไปควบคุมการจ่ายยาในระบบสวัสดิการข้าราชการเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้อง เพราะจะทำให้คุณภาพการรักษา “หายไป” แต่ควรไป “เพิ่มเงินกองทุนที่จ่ายต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงในการรักษาผู้ป่วย” ไม่ใช่ไป “ลดงบประมาณในกองทุนที่ได้อยู่แล้ว”

และการที่งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวได้มีงบ “เงินเดือนบุคลากรรวมอยู่ด้วย” ทำให้โรงพยาบาลที่มีบุคลากรมาก (เมื่อเทียบกับจำนวนประชาชนที่มีสิทธิในระบบ 30 บาท) ได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวน้อยกว่า เช่น โรงพยาบาลสิรินธร ได้รับเหมาจ่ายรายหัวเหลือเพียง 267 บาท ต่อปีในปี พ.ศ. 2554 สปสช. ได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจากรัฐบาลสูงถึง 2,546.48 บาท ต่อคน (หลังจากหักเงินเดือนแล้ว)

ความเห็นของผู้เขียนบทความนี้

การที่ สปสช. จ่ายเงินให้แก่แต่ละโรงพยาบาลไม่เท่ากัน เนื่องจาก สปสช. ไปคิดหักเงินเดือนแต่ละแห่งแยกกัน และ สปสช. เอาเงิน

งบประมาณรายหัวนี้ไปใช้ในกองทุนย่อย ๆ ที่ สปสช. คิดโครงการขึ้นมาเอง ทั้ง ๆ ที่มีคบบัญญัติในกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นพ.เจตน์ ศิรธรานนท์ ยังกล่าวอีกว่า สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) บอกว่า งบประมาณแผ่นดินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขาดเกินดุลไม่เท่ากัน และ สตง. บอกว่าดูบัญชีของ สปสช. ชับซ้อนซ้อนปม คนในสาธารณสุขตามบัญชีมา 10 ปี ก็ตามไม่ได้สักที แต่ที่แน่ ๆ คืองบประมาณขาดเกินและขาดไม่เท่ากัน และในปี พ.ศ. 2554 นี้ สปสช. มีเงินค้างท่อ (ไม่ได้ส่งให้โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข) ในปี พ.ศ. 2553 สูงถึง 17,000 กว่าล้านบาท

นอกจาก สปสช. “หักเงินเดือน” บุคลากรจากโรงพยาบาลที่รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวแบบนี้ สปสช. ยังไปกระทำการ “หักเงินเดือนในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์” ที่เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขทุกราย (ที่ไม่ได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว แต่รับรักษาผู้ป่วยที่ส่งมาจากโรงพยาบาลระดับต้น) กล่าวคือ หักเงินที่โรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยที่คิดค่าบริการ DRG (Diseases Related Group) ซึ่งเป็นราคากลางตามที่ สปสช. กำหนด (มีราคาน้อยกว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายจริงของโรงพยาบาล) แต่ยังคงหัก สปสช. หักเงินออกอีก 28% ทุกราย จึงทำให้โรงพยาบาลได้รับเงินไม่คุ้มกับต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

จึงมีคำถามว่า สปสช. ได้ “หักเงินเดือน” ส่งให้แก่กระทรวงสาธารณสุข” แบบไหนกันแน่ ทำให้เลยตั้งแต่ต้น หรือหักจากค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน แล้วเงินนี้ได้ส่งให้กระทรวงสาธารณสุขหรือไม่อย่างไร?

คสช. ควรประเมินผลการดำเนินการของ สปสช. ในการดูแลด้านสุขภาพเป็นผู้จ่ายเงิน 10 กว่าปี โรงพยาบาลเป็นหนี้เป็นสินเกิน 90% คสช. ควรพิจารณาการทำงาน ของ สปสช. ให้มาชี้แจงรายละเอียดให้รับทราบ จะได้รู้ว่า สปสช. หมกเม็ดซ่อนเงินไว้ที่ไหนบ้าง สปสช. ทำแบบมั่ว ๆ ชับซ้อนแบ่งย่อยให้มากจะได้สืบสวนตรวจสอบไม่ได้

คสช. และนายกรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา ที่ประกาศเสมอว่าจะปราบคอร์รัปชันให้หมดสิ้นไป ต้องสั่งการให้มีการตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณแผ่นดินของ สปสช. โดยด่วนที่สุด เพื่อเรียกเงินคืนมาให้เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาผู้ป่วยอย่างแท้จริง

รักษาฟรี คนไข้มาโรงพยาบาล 150 ล้านครั้งต่อปี

การรักษาฟรีทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่โรงพยาบาลขาดงบประมาณในการลงทุนด้านอาคารสถานที่ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพการรักษา นอกจากนั้นโรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขยังขาดแคลนบุคลากรในตำแหน่งข้าราชการ (ที่มีงบประมาณเงินเดือน) โรงพยาบาลต้อง “จ้างบุคลากรเพิ่ม” เพื่อมาทำงานดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งโรงพยาบาลต้องรับภาระการจ่ายค่าจ้างจากเงินบำรุงโรงพยาบาล แต่จะพบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขต้องรับภาระงานเกินกำลังอยู่แล้ว ทำให้คุณภาพมาตรฐานมีปัญหา มีความไม่พอใจของประชาชนและมีการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมากมาหลายปี จนถึงกับกระทรวงสาธารณสุขจะหาทางแก้ปัญหาการฟ้องร้องด้วยการเสนอกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข แทนที่จะป้องกันความเสียหายไม่ให้เกิดขึ้น โดยการพัฒนาคูณภาพมาตรฐานการบริการทางการแพทย์ให้ดีกว่าเดิม มีงบประมาณเพียงพอ ไม่จำกัดการรักษาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ลดการเข้ารับการรักษา ลดการให้ยารักษาผู้ป่วยมากเกินไปจนเอาไปทิ้งขว้าง เพราะผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเงินค่ายา เพิ่มอัตราบุคลากรให้เพียงพอให้ทำงานได้ตามมาตรฐาน พัฒนาอาคารสถานที่ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ เทคโนโลยี ให้เหมาะสม และกำหนดให้ทันตกรรมใหม่ และวิทยาการทางการแพทย์ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

ถึงเวลาที่ประชาชนไทยจะต้องเลือกว่า จะเอาการรักษาฟรีที่ด้วยคุณภาพ หรือจะเรียกร้องให้มีการ “ปฏิรูปการประกันสุขภาพ ควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบการแพทย์และสาธารณสุข” ให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของพลเมืองไทยทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9550000143597> ลดความเหลื่อมล้ำ “3 กองทุนสุขภาพ” รับความท้าทายในอนาคต
2. <http://www.bangkokbiznews.com/mobile/xhtml/news/detail/02/557442> เน้นรวมประกันสังคม-บัตรทอง ลดเหลื่อมล้ำ
3. <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9550000131795> จับกระแสด้าน พลิกประวัติศาสตร์การควบคุมค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ
4. <http://thaipublica.org/2014/01/measures-to-control-medical-costs> กรมบัญชีกลางคุมเข้มค่ารักษาพยาบาล ออกกฎคุมราคายาฉบับใหม่ ปี 55
5. <http://health.kapook.com/view45801.html> ไม่เอา 30 บาท! คนรักหลักประกันสุขภาพ ด้านรัฐเก็บเงิน
6. <http://thaipublica.org/2011/10/health-budget-problems> นพ.เจตน์ ศิรธรานนท์ย้ำ “งบสาธารณสุข” มีปัญหา ปี 55 สปสช.ปล่อยเงินค้างท่อ 17,000 ล้าน ผู้ร.พ.ขาดสภาพคล่อง

Self-Tolerance/Autoimmunity

การไม่ตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน ต่อแอนติเจนของตนเอง

บทนำ

ในภาวะปกติร่างกายจะไม่มี การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อแอนติเจนของตนเอง หรือที่เรียกว่าภาวะ Self-Tolerance ความผิดปกติของการควบคุมระบบภูมิคุ้มกันนี้จะทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเองขึ้นได้ ในบทนี้จะกล่าวถึงกลไกของร่างกายที่รักษาภาวะ Self-Tolerance ไว้ ทุกลักษณะ ๗ ที่ทำให้ภาวะ Self-Tolerance เสียไปและก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเองขึ้น รวมทั้งอธิบายถึงองค์ประกอบและกลไกทางภูมิคุ้มกัน ที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพในโรคภูมิคุ้มกันตนเอง

1. การไม่ตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อแอนติเจนของตนเอง (Self-tolerance)

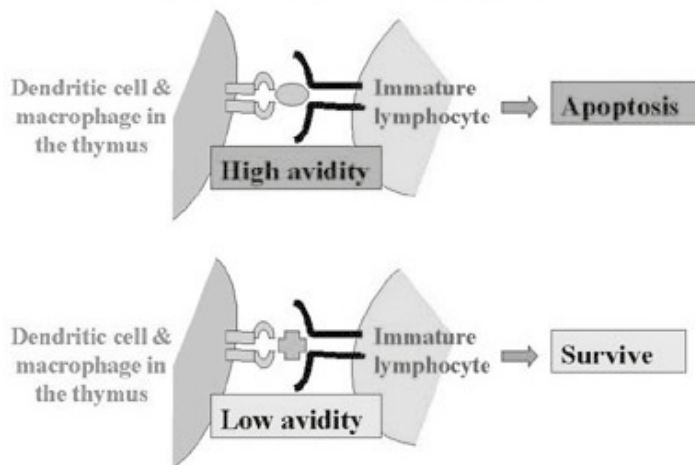
ในภาวะปกติร่างกายมีกลไกหลายประการซึ่งมีความซับซ้อนมากที่จะควบคุมระบบภูมิคุ้มกันให้อยู่ใน ภาวะสมดุล การควบคุมไม่ให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อแอนติเจนของตนเองก็เป็นการทำงานที่สำคัญประการหนึ่งของ ระบบ Immunoregulation เราเรียกภาวะไม่ตอบสนองต่อแอนติเจนของตนเองว่า Self-Tolerance ถ้ากลไกนี้ มีความผิดปกติไปจะทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง (Autoimmunity) ขึ้นได้ ถ้าภาวะนี้ก่อให้เกิด พยาธิสภาพจนเป็นอันตรายต่อร่างกายจะเรียกว่าเป็นโรคภูมิคุ้มกันตนเอง (Autoimmune Disease) จะเห็นว่าความเข้าใจเบื้องต้นถึงระบบการควบคุมการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันในภาวะปกติจึงมีความสำคัญ มาก ทั้งเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเข้าใจถึงพยาธิกำเนิดของโรค รวมทั้งเพื่อใช้ประโยชน์ในการรักษา เช่น การชักนำ ให้เกิดภาวะ Self-Tolerance กลับคืนมา ในโรคภูมิคุ้มกันตนเอง หรือการชักนำให้เกิด Acquired-Tolerance ในการรักษาโรคภูมิแพ้ หรือใช้ในการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ เป็นต้น

2. กลไกของ Self-Tolerance ที่สำคัญประกอบด้วย

2.1 Central unresponsiveness หรือ Central tolerance

คือกลไกที่ใช้กำจัดลิมโฟไซต์ที่สามารถทำปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อตนเองได้ โดยผ่านกระบวนการ Negative selection ซึ่งเกิดขึ้นภายใน Central lymphoid tissues เช่น ในต่อมไทมัส และในไขกระดูก กลไกการทำลาย ของเซลล์นี้เกิดขึ้นได้ทั้งกับ T และ B lymphocytes โดยเกิดจากการที่เซลล์นั้นถูกทำลายไป (Clonal deletion) หรือในบางกรณีเกิดจากการไม่ตอบสนองต่อแอนติเจน แต่ยังมีเซลล์นั้นปรากฏอยู่ (Clonal unresponsive หรือ Clonal anergy) ปัจจัยที่สำคัญสำหรับกระบวนการ Intrathymic selection ของ T lymphocytes คือโมเลกุลของ Self MHC ที่แสดงออกในต่อมไทมัส โดย T lymphocytes ที่จับกับ Self MHC ด้วย affinity หรือ avidity ที่สูง มาก ๆ จะถูกทำลายไป ส่วนกระบวนการ Negative selection ของ B lymphocytes เกี่ยวข้องกับการจับของ แอนติเจนกับ Membrane IgM หรือ B cells Ig receptor ที่อยู่บนผิวของ B lymphocyte โดยขึ้นกับ affinity,

Fig 1. Affinity/Avidity hypothesis



ชนิด และปริมาณของแอนติเจน โดย B cells ที่จับกับ membrane-bound self antigens ที่สามารถ Cross-link B cells Ig receptor ได้ด้วย avidity สูง ๆ จะถูกทำลายไป (Clonal deletion) (รูปที่ 1)

2.2 Peripheral unresponsiveness หรือ Peripheral tolerance

กระบวนการ Peripheral tolerance ประกอบไปด้วยกลไกอีกหลายประการที่ช่วยควบคุมการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน หลังจากทีลิมโฟไซต์ออกมาจาก Central lymphoid tissues แล้ว

2.2.1 Sequestered antigens

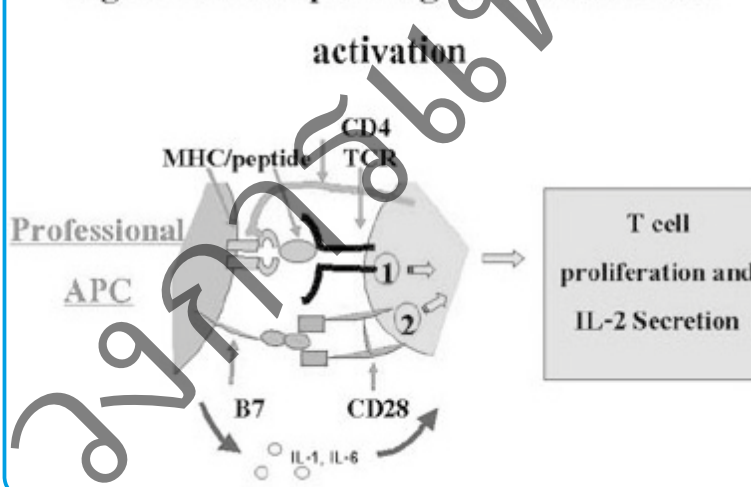
กลไกหนึ่งที่ใช้อธิบายว่าทำไมร่างกายจึงไม่สร้าง

ภูมิต่อเนื้อเยื่อบางชนิดในร่างกาย เกิดขึ้นเนื่องจากการที่แอนติเจนของเนื้อเยื่อตนเองบางชนิดอยู่ในบริเวณที่ไม่ถูกรับรู้ด้วยเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งมีชื่อเรียกว่า บริเวณอภิสิทธิ์ทางภูมิคุ้มกัน (Immunological Privileged site) โดยมักจะเป็นบริเวณที่ไม่มีเลือดหรือน้ำเหลืองไปเลี้ยงโดยตรง หรือมีสิ่งขวางกั้นอยู่ เช่น Blood brain barrier ทำให้แอนติเจนถูกนำเสนอต่อลิมโฟไซต์ หรือแมคโครฟาจได้ยาก นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการ Apoptosis พบว่าเนื้อเยื่อในบริเวณเหล่านี้มีการแสดงออกของ Fas ligand (FasL) จำนวนมาก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่ทำให้ T cell ที่สามารถเข้าไปในบริเวณดังกล่าวถูกทำลายด้วยกระบวนการ Apoptosis ผ่าน Fas-FasL ตัวอย่างเนื้อเยื่อที่จัดว่าเป็น Immunological Privileged site ได้แก่ เนื้อสมอง เชื้ออสุจิ และเลนส์ลูกตา เป็นต้น

2.2.2 การขาดสัญญาณที่สมบูรณ์สำหรับกระตุ้น T cells (Lack of complete signal for T cell activation)

ทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในการกระตุ้น T helper cell คือทฤษฎี “Two Signals model” ซึ่งกล่าวว่า กระบวนการกระตุ้น T cell ให้ทำงานอย่างสมบูรณ์จะต้องประกอบด้วยปฏิกิริยาที่สำคัญ 2 ชนิด (รูปที่ 2)

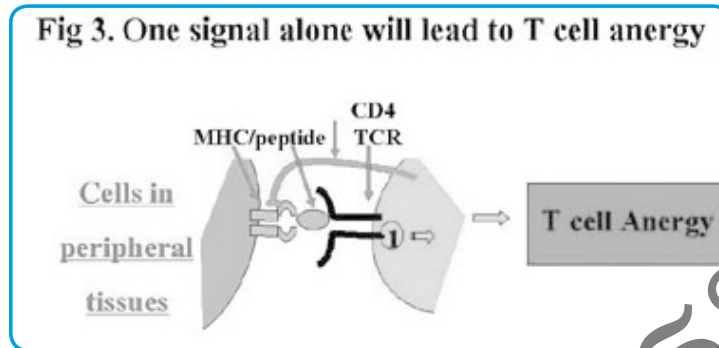
Fig 2. Two complete signals lead to T cell activation



นั่นคือ 1. ปฏิกิริยาระหว่าง T cell receptor ที่ จะรับรู้ complex ของ antigenic peptide กับ MHC class II molecule บนผิวของ APC โดยขั้นตอนนี้เป็นตัวกำหนดการกระตุ้น T cell ให้มีความจำเพาะต่อทั้งแอนติเจนและ MHC และ 2. ปฏิกิริยาระหว่าง co-stimulatory molecule ต่าง ๆ จากโมเลกุลที่อยู่บนผิวเซลล์ เช่น B7, CD28, CTLA-4 และจากลิมโฟไคน์ ที่หลังจาก APC เช่น IL-1 และ IL-6 โดยปฏิกิริยาเหล่านี้มีความสำคัญในการเสริมและคงไว้ซึ่งการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์เพื่อให้เกิดการกระตุ้นของ T cell อย่างสมบูรณ์ได้ รวมทั้งยังช่วยส่งสัญญาณ (Signal transduction) ที่จำเป็นต่อ T cell อีกด้วย ดังนั้น ในการกระตุ้นให้ T cell ทำงานได้อย่างสมบูรณ์นั้นจะ

ต้องมีส่วนประกอบที่สำคัญดังกล่าวข้างต้นครบถ้วน จึงเห็นได้ว่าเมื่อแอนติเจนถูกนำเสนอบน professional APC เช่น แมคโครฟาจ หรือ dendritic cell ใน Secondary lymphoid organ ซึ่งเป็นบริเวณที่ T cell พบกับแอนติเจน professional APC ซึ่งมีการแสดงออกของ MHC class II และ co-stimulatory molecule ที่ต้องการ ก็จะสามารถกระตุ้นให้เกิดการแบ่งตัวและการทำงานของ T cell ที่สมบูรณ์ได้ ในขณะที่ Autoantigen ซึ่งแสดงออกในอวัยวะอื่นและถูกนำเสนอให้

กับ T cell โดยเซลล์ที่ขาดปัจจัยที่สำคัญ เช่น ไม่มีการแสดงออกของ co-stimulatory molecules หรือ MHC molecule จะทำให้เกิดภาวะ T cell anergy หรือ T cell unresponsiveness แทน (รูปที่ 3) ซึ่งเป็นกลไกของ Self-Tolerance ที่สำคัญมากประการหนึ่งที่เกิดขึ้นใน Peripheral tissue นอกจากนี้เนื่องจาก T helper (TH) cell เป็นปัจจัยสำคัญต่อการทำงานของ B และ Cytotoxic T cell ภาวะ Anergy ของ TH cell จึงเป็นตัวกำหนดการทำงานของเซลล์ทั้งสองชนิดนี้ด้วย

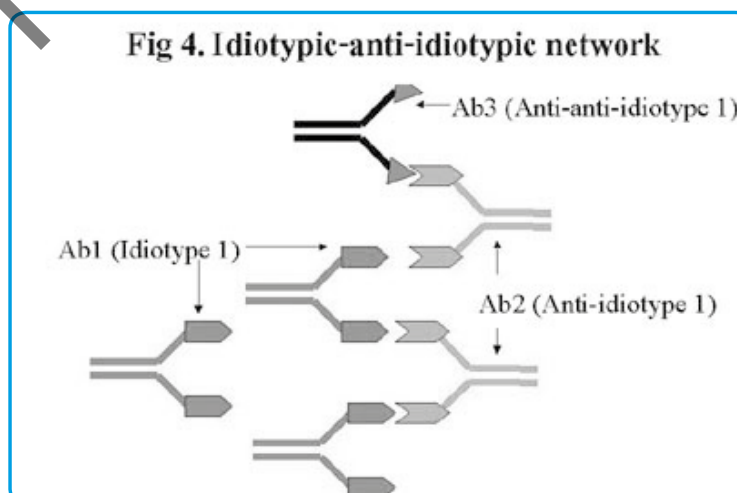


2.2.3 Immunoregulatory T cells/Suppressor T cells

เป็นเซลล์ที่มีคุณสมบัติยับยั้งการทำงานของเซลล์ทางภูมิคุ้มกันชนิดอื่น กลไกการทำงานของ Suppressor T cells นี้ยังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจนในปัจจุบัน แต่เชื่อกันว่าเกิดจากการหลั่ง TGF- β หรือ IL-10 ซึ่งมีฤทธิ์เป็น Inhibitory cytokine

2.2.4 Idiotypic/Anti-idiotypic network

เกิดจากการสร้างแอนติบอดีต่อส่วน idiotype ของแอนติบอดีจนเกิดเป็นเครือข่ายของปฏิกิริยาระหว่างแอนติเจนกับแอนติบอดีขึ้น ตำแหน่งที่จะจับกับแอนติเจนบน Fab region ของ immunoglobulin molecule หรือที่อยู่บน T cell receptor เรียก "idiotype" ในสภาพปกติ แม้จะไม่มีแอนติเจนเข้าสู่ร่างกาย ร่างกายก็มี idiotype อยู่ในระดับหนึ่ง แต่ถ้ามีแอนติเจนเข้ามาสู่ร่างกายก็จะกระตุ้นให้มี idiotype ชนิดนั้นเพิ่มขึ้น idiotype ที่เพิ่มมากขึ้นจากการที่มีแอนติเจนเข้ามากระตุ้นจะเสมือนหนึ่งเป็นสิ่งแปลกปลอม ถูกรับรู้ได้โดยระบบภูมิคุ้มกันจึงเกิดการสร้างแอนติบอดีต่อ idiotype (Ab1) ขึ้น เรียกว่า anti-idiotypic (Ab2), anti-idiotypic เองก็เป็นสิ่งแปลกปลอมก็จะกระตุ้นให้เกิด anti-anti-idiotypic (Ab3) ตามมาเป็นขั้น ๆ ต่อไปเรื่อย ๆ (รูปที่ 4) "ทฤษฎี idiotype network" นี้ตั้งขึ้นโดย Jerne เป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่สำคัญต่อการควบคุมภาวะภูมิคุ้มกันในร่างกาย โดยผ่านปฏิกิริยาระหว่าง idiotype และ anti-idiotypic บน immune cells



อ่านต่อบนหน้า >>>

การรักษาโรค Fibromyalgia ด้วยการออกกำลังกายในน้ำ

Fibromyalgia เป็นกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดอาการปวดของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายเรื้อรัง เกิดอาการอ่อนล้า มีปัญหาในการนอนหลับ ส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ อาการของโรคมักจะเกิดหลังได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด การติดเชื้อ หรือได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างรุนแรง

การออกกำลังกายแบบ aerobic ที่ปราศจากการกระแทก เช่น การว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน และเดิน ช่วยให้ผู้ป่วยโรค fibromyalgia อาการดีขึ้น พบว่าการออกกำลังกายในน้ำยังช่วยให้อาการของผู้ป่วย fibromyalgia มีอาการดีขึ้นมาก ไม่ทราบสาเหตุการดีขึ้นที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าการออกกำลังกายในน้ำอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ร่างกายสร้างสาร endorphin ในกระแสเลือดสูง และสารตัวนี้เชื่อว่าจะสามารถช่วยลดความเจ็บปวดได้

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ในฐานข้อมูล Cochrane พบว่าผู้ป่วยโรค fibromyalgia ที่มีการออกกำลังกายในน้ำอย่างต่อเนื่องภายใต้การควบคุมของผู้เชี่ยวชาญ เปรียบเทียบกับผู้ไม่ได้ออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยโรค fibromyalgia กลุ่มที่ออกกำลังกายในน้ำมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอาการปวดลดลง มีการเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น การยับยั้งคลื่นไหวข้อต่อดีขึ้น โดยการออกกำลังกายแบบ Ai chi ยิ่งช่วยให้การติดของกระดูกข้อต่อลดลงมากขึ้น โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนแต่อย่างใด

กล่าวโดยสรุป การออกกำลังกายในน้ำในผู้ป่วยโรค fibromyalgia ช่วยให้อาการของโรคดีขึ้นหากทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอภายใต้ความดูแลของผู้เชี่ยวชาญ



การดูแลระบบทางเดินหายใจ (Airway Care)

การดูแลระบบทางเดินหายใจเพื่อ 1. ไม่ให้มีการอุดตัน
ในทางเดินหายใจ 2. ไม่ให้เกิดการอุดตันซ้ำ

การวินิจฉัยว่ามีการอุดตันทางเดินหายใจ

ควรพิจารณาว่ามีการอุดตันเกิดขึ้นแล้ว ตำแหน่งที่
มีการอุดตัน ความรุนแรงและความรวดเร็วของการอุดตัน รวมทั้ง
สาเหตุที่ทำให้เกิด

1. การวินิจฉัยว่ามีการอุดตันทางเดินหายใจ ทำได้โดย
ดูจากอาการแสดงทางตรงและทางอ้อม

1.1 อาการแสดงทางตรง (direct sign) โดยพบว่า
เมื่อฟังด้วยหูฟังของแพทย์ (stethoscope) แล้วมีเสียงลมหายใจ
เข้าปอดน้อยลงหรือไม่ได้ยินเสียงหายใจเข้าปอดข้างนั้นเลย มีเสียง
expiratory stridor (แสดงว่ามีการอุดตันในทางเดินหายใจส่วนบน
หรืออุดตันในหลอดลม) หรือมีเสียง inspiratory stridor (แสดงว่า
มีความผิดปกติของกล่องเสียง [larynx]) และการได้ยินเสียงหายใจ
ดังวี๊ดก็แสดงว่ามีการอุดตันที่ทางเดินหายใจส่วนปลาย (lower
airway)

1.2 อาการแสดงทางอ้อม (indirect sign) คือมีการ
ออกแรงเพิ่มในการหายใจทั้งขณะหายใจเข้า-ออก ได้แก่ ใช้
กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เช่น มีการหดตัวของกล้ามเนื้อที่อยู่ระหว่าง
ซี่โครง (intercostal muscles) มีการใช้กล้ามเนื้อท้องช่วยหายใจ
มีภาวะเลือดมีออกซิเจนน้อย (hypoxemia) หรือภาวะ hypercarbia
เป็นต้น

2. ตำแหน่งที่มีการอุดตัน การทราบตำแหน่งที่มีการอุดตัน
ทำให้ทราบสาเหตุที่เกิดและเลือกวิธีช่วยหายใจได้เหมาะสม
โดยแบ่งเป็น upper/lower airway, extrathoracic/intrathoracic,
supraglottic/laryngeal/tracheal เป็นต้น โดยสังเกตจากว่ามีเสียง
หายใจผิดปกติขณะหายใจเข้าหรือออก มีเสียงหายใจดังวี๊ดหรือ
เสียงแหบ เป็นต้น อาจใช้วัดสมรรถภาพปอดด้วยการวัดปริมาตร
อากาศหายใจ (spirometry) เพื่อช่วยวินิจฉัยก็ได้

3. ความรุนแรงและความรวดเร็วของการอุดตัน (severity
and progression) ความรุนแรงและความรวดเร็วของการอุดตัน
มากน้อยเพียงใด เพื่อช่วยตัดสินใจว่าควรให้การช่วยหายใจระดับ
เพียงไหน

4. สาเหตุที่ก่อให้เกิดอุดตันทางเดินหายใจจะทำให้
ทราบว่าควรรักษาอย่างไรและทราบการดำเนินของโรค

วิธีทำให้ทางเดินหายใจโล่ง (Methods of Airway Management) แบ่งเป็น

1. การจัดท่า (positioning)
2. การใช้มือเปิดทางเดินหายใจ (airway maneuvers)
3. กำจัดสิ่งแปลกปลอมในปากและคอ (oropharyngeal
clearing)
4. การอัดลมเข้าปอด (positive pressure inflation)
5. ท่อทางเดินหายใจชนิดต่าง ๆ (artificial airways)

6. การป้องกันไม่ให้เสมหะอุดตันทางเดินหายใจ (bronchial hygiene therapy)

7. หัตถการเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจ (procedures for foreign body airway obstruction)

1. การจัดท่า (positioning) คือการจัดให้อยู่ในท่านอนตะแคงเกือบคว่ำหน้า (semiprone) พร้อมกับให้ศีรษะต่ำ (head down) หรือเรียกว่าท่า recovery position เพื่อไม่ให้ลิ้นตกไปอุดทางเดินหายใจ และน้ำลายไหลออกจากปากได้ง่าย ข้อจำกัดของวิธีนี้คือใช้ได้เพียงชั่วคราว ขณะเลือกวิธีนี้ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาเพื่อคอยช่วยเหลือถ้ามีปัญหาอื่นเกิดขึ้น

2. การใช้มือเปิดทางเดินหายใจ (airway maneuvers) คือการจัดท่าของศีรษะและคอเพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและอยู่ในท่านอนหงาย อาจใช้เป็นวิธีรับตัวในระยะแรกเพื่อรอเวลาเตรียมช่วยโดยวิธีอื่นต่อไป หลักการมี 3 ขั้นตอน

1. hyoid suspension ได้แก่ head tilt, neck lift, chin lift

ขั้นตอนนี้จะทำให้ทางเดินหายใจโล่งถึง 70% ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีกระดูกสันหลังที่คอบาดเจ็บ (cervical spine injury)

2. anterior displacement of mandible ได้แก่ jaw thrust, jaw lift, jaw-tongue lift

ถ้าใช้ร่วมกับขั้นที่ 1 จะเปิดทางเดินหายใจให้โล่งได้ถึง 90%

3. open mouth เปิดปากให้อ้าออก ใช้ในกรณีที่มึนงงอุดตันหรือมีลิ้นใหญ่มาก เป็นต้น

ทั้ง 3 ขั้นตอนนี้เมื่อใช้ร่วมกันจะสามารถทำให้ทางเดินหายใจส่วนบนโล่งได้เกือบทุกราย การใช้ 3 วิธีร่วมกันที่เรียกว่า triple airway maneuver ถือเป็น ideal airway maneuver ประกอบด้วย head tilt, jaw thrust และ open mouth ถ้ายังไม่สำเร็จก็ต้องใช้ท่อทางเดินหายใจต่าง ๆ (artificial airways) มาช่วยแทน

3. กำจัดสิ่งแปลกปลอมในปากและคอ (oropharyngeal clearing)

3.1 ดูดของเหลวออกจากปาก (suction)

3.2 เอาของแข็งออก (removal of particulate materials) สำหรับสิ่งของในคอที่เป็นก้อนควรใช้เครื่องมือตรวจกล่องเสียง (laryngoscope) เปิดดูแล้วใช้ Macgill's forceps คีบออก สำหรับการใช้นิ้วกวาดทั่วปากเพื่อเอาสิ่งของออกจากปากโดยไม่เห็นวัตถุนั้น (blind finger sweep) จะต้องระวังว่าอาจดันสิ่งแปลกปลอมลงไปหลอดลมจนลึกขึ้นได้

4. การอัดลมเข้าปอด (positive pressure inflation) อาจบีบ ambu bag เพื่อให้ลมผ่านทางหน้ากาก (face mask) ก็ได้

เพื่อให้มีแรงดันทำให้อากาศแทรกผ่านตำแหน่งที่อุดกั้นไปได้ มักใช้ในกรณีทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น (upper airway obstruction) ที่ไม่ได้เกิดจากสิ่งแปลกปลอม เช่น ลิ้นตก, กล่องเสียงบวม (laryngeal edema) เป็นต้น วิธีนี้ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพมากนัก และมักใช้ได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น

5. ท่อทางเดินหายใจชนิดต่าง ๆ (artificial airways)

จุดประสงค์เพื่อแก้ไขการอุดกั้น ป้องกันการสูดสำลักทำให้ดูดเสมหะได้ง่ายและช่วยหายใจได้ดีขึ้น

อุปกรณ์มีหลายชนิด ได้แก่

5.1 esophageal tracheal combitube (ETC)

วิธีนี้ใช้ได้ง่าย มักใช้ในกรณีที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ (endotracheal tube, ET tube) ไม่ได้และช่วยหายใจทางหน้าอกไม่ได้

ข้อเสียคือไม่สามารถดูดเสมหะออกจากท่อลม (trachea) ได้และไม่มีขนาดของท่อ ETC สำหรับเด็ก

5.2 pharyngeal airway ใช้เพื่อป้องกันลิ้นตก มี

2 ชนิดคือ ใส่ทางปากและใส่ทางจมูก

5.2.1 oropharyngeal airway (หรือ oral airway)

5.2.2 nasopharyngeal airway (หรือ nasal airway)

ปัญหาคือ

1. ไม่เหมาะที่จะใช้ในผู้ป่วยที่มี pharyngeal reflex ดี เพราะอาจกระตุ้นให้เกิดการอาเจียน ถ้าจำเป็นควรเลือกใช้ nasal airway แทนเพราะกระตุ้น gag reflex และเกิดอาเจียนน้อยกว่าการใช้ oral airway

2. oral airway กระทบ swallowing reflex ทำให้กลืนน้ำลายไม่ได้และน้ำลายคั่งค้างในปากได้

3. การเลือกใช้ขนาดความยาวที่ไม่เหมาะสม

การเลือกขนาดมีดังนี้

- oral airway ความยาวของท่อเท่ากับระยะจากริมฝีปากถึงมุมขากรรไกรล่าง (angle of mandible)

- nasal airway ความยาวของท่อเท่ากับระยะจากปลายจมูกถึงติ่งหู

4. วิธีการใส่ไม่ถูกต้อง

5.3 laryngeal mask airway (LMA)

เป็นหน้ากากที่ใส่เข้าทางปากเพื่อครอบกล่องเสียง (larynx) ใช้ในกรณีที่ใส่ท่อทางเดินหายใจไม่ได้และครอบ face mask ไม่ได้ สำหรับท่อ LMA นั้นมีหลายขนาดตั้งแต่เด็กแรกเกิดถึงผู้ใหญ่

5.4 ท่อทางเดินหายใจ (endotracheal tube, ET tube)

เป็นการช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพที่สุด ซึ่งไม่มี absolute contraindication ในการเลือกใช้ แต่มี relative contraindication

คือ laryngeal หรือ upper tracheal lesion (เช่น บาดเจ็บที่กล่องเสียง [laryngeal trauma], มะเร็งที่หลอดออกง่าย)

การเลือกขนาด ควรเลือกขนาดใหญ่ที่สุดที่จะใส่ได้สะดวก

cricothyroid membrane แล้วต่อเข้ากับ ambu bag เพื่อบีบลมเข้าปอด

5.6 การเจาะคอ (tracheostomy) มี 2 วิธี คือ

ตารางที่ 1 ขนาดของท่อทางเดินหายใจ (endotracheal tube) ที่เหมาะสมในแต่ละอายุ

อายุ	เส้นผ่าศูนย์กลางภายใน (internal diameter) เป็นมิลลิเมตร
เด็กแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด (preterm newborn)	2.5
วัยแรกเกิด (Term newborn) ตั้งแต่อายุ 1 เดือน - 1 ปี	3
วัยทารก (Infant) อายุ 1 เดือน - 1 ปี	3.5-4
อายุ 2-14 ปี	(อายุ/4)+4
ผู้ชาย	7.5-8
ผู้หญิง	7.0-7.5

เมื่อจะใช้จริงต้องเตรียมขนาดที่เล็กกว่าและขนาดที่ใหญ่กว่าขนาดที่คะแนนไว้อย่างน้อยอย่างละ 1 ขนาด แพทย์สามารถตรวจสอบตำแหน่งของท่อโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก โดยดูให้ปลายท่ออยู่กึ่งกลางระหว่างกล่องเสียง (larynx) และ carina หรืออยู่สูงจาก carina 5-6 ซม.

นอกจากนี้ก็ยังอาจยืนยันตำแหน่งท่อโดยการตรวจวัด แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์จากปลายท่อด้วย end tidal CO₂ monitor ได้

Cuff ในเด็กควรใช้ uncuffed tube เพราะ cuff จะทำอันตรายต่อกล่องเสียงและท่อลม (trachea) มาก นอกจากนี้ส่วนที่แคบที่สุดของท่อลม (trachea) ไม่ได้อยู่ที่เส้นเสียง (vocal cord) แต่อยู่ที่ subglottic area ทำให้ cuff ไม่มีประโยชน์ใด ๆ ดังนั้น เด็กอายุ < 8 ปี หรือใช้ท่อขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางภายใน < 6 มม. ไม่ควรใช้ cuffed tube

สำหรับในผู้ใหญ่การใช้ cuffed tube ควรเลือกใช้ cuff ที่มีแรงดันต่ำและปริมาณลมมาก (low pressure cuff and high volume) คือมีลักษณะบางและมีรอยย่นอยู่มากเมื่อขณะเป่าลมเข้า cuff

ภาวะแทรกซ้อนขณะใส่ท่อทางเดินหายใจ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจหยุดเต้น ความดันเลือดต่ำหรือความดันเลือดสูง ภาวะเลือดมีออกซิเจนน้อย ภาวะ hypercarbia ภาวะสูดสำลักอาหารลงปอด อาการหลอดลมตีบ (laryngeal spasm/bronchospasm) ความดันในกะโหลกศีรษะหรือในกระบอกตาสูงขึ้น หรือใส่ท่อเข้าหลอดอาหารแทน เป็นต้น

5.5 cricothyroid puncture

ทำโดยใช้เข็มแทงเส้นขนาด 14 G-16 G เจาะไปที่

5.6.1 emergency tracheostomy คือทำในกรณีที่ยังไม่สามารถเปิดทางเดินหายใจได้ วิธีนี้ใช้ใน 2 กรณีคือ มีข้อห้ามของการใส่ท่อทางเดินหายใจหรือมีภาวะที่ใส่ท่อทางเดินหายใจไม่ได้

5.6.2 elective tracheostomy คือทำในกรณี que ผู้ป่วยใส่ท่อทางเดินหายใจอยู่ก่อนแล้ว

6. การป้องกันไม่ให้เสมหะอุดตันทางเดินหายใจ (bronchial hygiene therapy) ได้แก่ การรักษาอุณหภูมิและความชื้นของแก๊สที่ช่วยหายใจ หรืออาจให้การพ่นยาด้วยเครื่องพ่นละออง (nebulizer) ก็ได้

สำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของปอดเฉพาะที่ควรจัดท่านอนตะแคงให้ปอดส่วนที่ติดอยู่ล่าง เพราะการให้ปอดด้านที่อักเสบอยู่ด้านล่างมักพบว่า PaO₂ ต่ำ และมี shunt มากขึ้น

สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น (chronic obstructive airway disease, COPD) ควรให้อยู่ในท่านั่งเพื่อทำให้กะบังลมทำงานได้ดีกว่าท่านอน เป็นต้น

7. หัตถการเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจ (procedures for foreign body airway obstruction)

ใช้ในกรณีที่การอุดกั้นเกิดจากวัตถุที่เป็นก้อน มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

7.1 การทำให้สำลัก (maneuvers of choking)

7.1.1 abdominal thrust (Heimlich's maneuver) ใช้ในผู้ใหญ่ที่รู้สึกตัวดี ทำได้ทั้งท่านอน นิ่ง และยืน ให้ทำ 5 ครั้ง แล้วล้วงปากว่ามีสิ่งแปลกปลอมออกมาหรือไม่ วิธีการคือ ผู้ช่วยเหลือจะเข้าด้านหลังของผู้ป่วยพร้อมกับใช้กำปั้นวางที่ลิ้นปี่ของผู้ป่วยและชันมืออีกข้างไปพร้อมกับออกแรงกดไปด้านหลัง

และขึ้นบนเพื่อให้มีแรงดันในทรวงอกของผู้ป่วยจนสามารถดันสิ่งแปลกปลอมหลุดออกไปจากกล่องเสียงได้

7.1.2 chest thrust ใช้แทน abdominal thrust ได้ในกรณีมีข้อห้ามของ abdominal thrust เช่น หญิงมีครรภ์ หรือเด็ก เป็นต้น โดยที่ผู้ช่วยเหลือจะวางตำแหน่งมือไว้ที่กระดูกกลางหน้าอก ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ออกแรงกดลงบนมดลูกของหญิงตั้งครรภ์หรือตับม้ามของเด็กอายุน้อย จากนั้นออกแรงกดลงไปบนหน้าอกตรง ๆ

แต่การทำ chest thrust ในทารกหรือเด็กอายุ < 1 ปี จะมีลักษณะแตกต่างไป โดยมีวิธีทำ 2 ท่า คือ

1. chest thrust ท่าที่ 1 ผู้ช่วยเหลือจับทารกนอนบนหน้าขาของผู้ช่วยเหลือ โดยให้ศีรษะทารกอยู่ต่ำ จากนั้นใช้นิ้วมือ 2 นิ้ว (มักเป็นนิ้วชี้และนิ้วกลาง) กดลงบนกระดูกกลางหน้าอกของทารกและกดลงไปตรง ๆ



ภาพที่ 1 การทำ chest thrust ท่าที่ 1 ในทารก

2. chest thrust ท่าที่ 2 ผู้ช่วยเหลือจับทารกนอนบนหน้าขาของผู้ช่วยเหลือ โดยให้ศีรษะทารกอยู่ต่ำ จากนั้นใช้มือทั้ง 2 ข้างโอบรอบทรวงอกของทารกพร้อมกับให้หัวหัวแม่มือทั้ง 2 ข้างวางลงบนกระดูกกลางหน้าอก จากนั้นออกแรงกดตรง ๆ



ภาพที่ 2 การทำ chest thrust ท่าที่ 2 ในทารก

7.1.3 back blow สมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) แนะนำให้ทำเฉพาะในทารกเท่านั้น โดยจับทารกนอนคว่ำบนฝ่ามือและแขนของ

ผู้ช่วยเหลือพร้อมทั้งให้ศีรษะของทารกอยู่ต่ำ แล้วจึงตบระหว่างสะบักทั้งสองข้าง 5 ครั้งติดกัน จากนั้นค่อยพลิกหงายทำ chest thrust 5 ครั้ง แล้วจึงล้วงปากเพื่อเอาสิ่งแปลกปลอมออก ถ้ายังเอาสิ่งแปลกปลอมออกไม่ได้ก็ให้ทำซ้ำไปเรื่อย ๆ



ภาพที่ 3 การทำ back blow ในทารก

7.2 ท่อทางเดินหายใจชนิดต่าง ๆ (artificial airway)

ถ้ามีสิ่งแปลกปลอมอยู่บริเวณทางเดินหายใจส่วนบน ก็อาจทำการเจาะคอ (tracheostomy) หรืออาจใช้ใส่ท่อทางเดินหายใจแล้วดันสิ่งแปลกปลอมลงไปในปอดข้างใดข้างหนึ่ง จากนั้นค่อย ๆ ถอนท่อทางเดินหายใจขึ้นมาเพื่อทำการบีบ ambu bag ให้ลมผ่านท่อเข้าไปในปอดอีกข้างหนึ่ง เป็นวิธีที่ไม่ดีนักซึ่งมักใช้ในกรณีที่ทำการเจาะคอ (tracheostomy) ไม่ได้แล้ว

7.3 bronchoscopic removal

การส่องกล้องทางหลอดลมด้วย fiberoptic scope เพื่อคีบเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Walls RM. Airway. In: Marx JA, Hockberger R, Walls RM, editors. Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice. 7th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010:3-22.
2. Roman AM. Non-invasive Airway Management. In: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD, editors. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2010:102-7.
3. ทนชัย บุญบุรพงค์. วิธีเปิดทางเดินหายใจใน: ทนชัย บุญบุรพงค์, บรรณาธิการ. การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ (Respiratory care in Clinical Practice). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หจก.บ้านหนังสือโกลินทร์; 2553:16-27.
4. American Heart Association. AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2005;112:IV 51-7.
5. Heimlich Maneuver. The Free Dictionary by Farlex [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 11]. Available from: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Heimlich+maneuver>.
6. St John Ambulance Australia. How to stop choking. ABC Parenting [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 11]. Available from: http://www.abc.net.au/parenting/parenting_in_pictures/choking.htm.

แพทย์ชำเติมผู้กระทำต่อผู้ป่วย (รายงานผู้ป่วย 1 ราย)

Physician Aggravated The Accused (A Case Report)

เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บย่อมต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใด เพื่อให้สภาพแห่งการป่วยเจ็บหรือบาดเจ็บนั้นหายไปหรืออย่างน้อยก็ทุเลา หรือเปลี่ยนจากการตายเป็นเพียงการบาดเจ็บ และ/หรือพิการ หรือเปลี่ยนจากความพิการเป็นการสูญเสียความสามารถในการทำงานของร่างกายน้อยที่สุดหรือน้อยลงนั่นเอง หากจะมีผู้กล่าวถึงกรณีที่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยเลวลงแล้วคงไม่มีใครจะเชื่อ “คำกล่าวนั้น” เพราะแพทย์ถูกสอนมาเพื่อให้ช่วยเหลือผู้ป่วย หมายถึงทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นเท่านั้น

.....ผู้ป่วยรายนี้แม้ว่าจะถูกแทงที่หน้าอกด้านขวาก็จริง แต่ผลการตรวจรวมถึงการสืบค้น (ทางเอกซเรย์) และการติดตามบันทึกของพยาบาลตามอาการที่ปรากฏ (nurse note) ไม่ปรากฏลักษณะแห่งการมี “ลมในช่องอก” (pneumothorax) แต่อย่างใด การที่แพทย์ได้ทำการใส่ท่อระบายลม (intercostal drainage) นั้นจึงเป็นการดำเนินการทางการแพทย์ที่ปราศจากพยานหลักฐานหรือหลักเกณฑ์ในทางการแพทย์อันถือได้ว่าเป็นมาตรฐานในทางการแพทย์และทางวิชาชีพเวชกรรม.....

พื้นฐานแห่งการดำเนินการทางการแพทย์

คำว่าแพทย์หรือ “หมอ” นั้น สังคมย่อมเข้าใจเป็นอย่างดีแต่ไหนแต่ไรแล้วว่าเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยหรือประสบ/ได้รับการบาดเจ็บทั้งต่อเนื้อตัวร่างกายหรือจิตใจ ทั้งนี้การช่วยเหลือดังกล่าวเป็นไปโดยมีเจตนาที่ดีต่อผู้ป่วยเสมอ

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

“วิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การดูแลครรภ์ การปรับสภาพด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวยหรือการบำรุงร่างกายด้วย

การดำเนินการของแพทย์จึงเป็นไปเพื่อ

1. ทำให้สภาพของผู้ป่วยดีขึ้น (ทั้งการเจ็บป่วยจากโรคหรือการบาดเจ็บทั้งร่างกาย และ/หรือจิตใจ)
2. การดำเนินการทางการแพทย์นั้นหากไม่ดีขึ้น แพทย์ก็จะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ทรงไว้เป็นอย่างดีที่สุดในสภาวะ วิสัย และพฤติการณ์นั้น ๆ
3. หากมีความจำเป็นที่แพทย์จะต้องทำให้เลวลงก็ย่อมต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งหลักที่ว่า “สูญเสียอวัยวะเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต” เป็นสำคัญ

การที่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยไม่ดีขึ้น/เลวลง หรือทำให้ผู้ป่วยอาการหนักขึ้น

หากมีผู้กล่าวถึง “การดำเนินการทางการแพทย์โดยแพทย์แล้วทำให้ผู้ป่วยเลวลง” หรือ “มีการบาดเจ็บหนักขึ้น” หรือ “ไม่ให้การดำเนินการทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพหรืออาการที่เลวลง” แล้วไม่น่าจะเป็นไปได้ดังกล่าแล้ว แต่หากเป็นความจริงแล้วอาจวิเคราะห์สาเหตุได้เป็น 3 กรณีใหญ่ ๆ คือ

กรณีที่ 1: เป็นเรื่องที่ผู้ป่วยมีความประสงค์

กรณีดังกล่าวนี้เป็นการที่ผู้ป่วยมีความประสงค์ที่จะให้เป็นเช่นนั้น และท้ายที่สุดก็ให้ชีวิตแห่งตนต้องเสียไป (ตาย) ทั้งนี้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย²

“มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

กรณีดังกล่าวนี้แม้จะเป็นการที่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยต้องมึลเลวลงจนถึงแก่ความตาย แต่เป็นการที่แพทย์กระทำตามกฎหมายและทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยด้วย หมายความว่าผู้ป่วยต้องการให้ตนเองถึงแก่ความตาย และการที่แพทย์ไม่ช่วยเหลือผู้ป่วยย่อมไม่ถือว่าเป็นความผิดฐานปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายทั้ง ๆ ที่ยังอาจช่วยได้ตามมาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายอาญา³

“มาตรา ๓๗๔ ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิตซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่นแต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

“มาตรา ๓๐๗ ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความป่วยเจ็บ กายพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสียโดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

กรณีที่ 2: การที่แพทย์มีความประมาททำให้ผู้ป่วยมีสภาพที่เลวลง

หมายถึง การที่แพทย์บกพร่องในมาตรฐานแห่งวิชาชีพ หรือไม่ใช้ความระมัดระวังในการดำเนินการต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการหนักขึ้น เนื่องจากการกระทำของแพทย์นั่นเอง อาจมีกรณีดังกล่าวเกิดได้แต่เป็น “จำนวนน้อย” และแพทย์อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา ตามมาตรา 390 หรือมาตรา 300 ได้³

กรณีที่ 3: แพทย์จงใจทำให้ผู้ป่วยเลวลง

หมายถึงการที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยมีอาการหรือสภาพที่เลวลงโดยเจตนา (ตั้งใจทำให้ผู้ป่วยมีสภาพที่ได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บมากขึ้น) ทั้งนี้อาจมีวัตถุประสงค์อย่างหนึ่งอย่างใดเป็นการแอบแฝงได้ เช่น มีความโกรธเคืองเป็นการส่วนตัว ซึ่งเป็นกรณีที่เกิดขึ้นบ่อยมากหรือแทบจะเรียกได้ว่า “**ไม่มีอย่างแน่นอน**” แต่ถ้าเป็นจริงแพทย์อาจเข้าข่ายมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา³ มาตรา 295 หรือ 297 ตามลำดับได้

สภาพแห่งโทษที่ผู้กระทำต่อผู้ป่วยต้องได้รับ

สภาพแห่งโทษ:

สภาพแห่งโทษที่ผู้กระทำต่อผู้ป่วยจะได้รับนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับสภาพแห่งการบาดเจ็บของผู้ป่วยนั่นเอง เช่น นาย ก. ตีหัวหน้า ข. การที่นาย ก. จะมีความผิดและต้องโทษเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการบาดเจ็บของนาย ข. นั่นเอง

1. หากนาย ข. บาดเจ็บน้อย

“มาตรา ๓๔๑ ผู้ใดใช้กำลังทำร้ายผู้อื่น โดยไม่ถึงกับเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

2. หากนาย ข. บาดเจ็บต่อกาย

มาตรา ๒๕๕ ผู้ใดทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจของผู้อื่นนั้น ผู้นั้นกระทำความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. หากนาย ข. บาดเจ็บสาหัส

“มาตรา ๒๕๗ ผู้ใดกระทำความผิดฐานทำร้ายร่างกายจนเป็นเหตุให้ผู้ถูกกระทำได้รับอันตรายสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงสิบปี

อันตรายสาหัสนั้น คือ

- (๑) ตาบอด หูหนวก ลิ่นขาด หรือเสียอวัยวะ
- (๒) เสียอวัยวะสืบพันธุ์ หรือความสามารถสืบพันธุ์
- (๓) เสียแขน ขา มือ เท้า นิ้วหรืออวัยวะอื่นใด
- (๔) หน้าเสียโฉมอย่างติดตัว
- (๕) แท้งลูก
- (๖) จิตพิการอย่างติดตัว
- (๗) ทุพพลภาพ หรือป่วยเจ็บเรื้อรังซึ่งอาจถึงตลอดชีวิต
- (๘) ทุพพลภาพ หรือป่วยเจ็บด้วยอาการทุกขเวทนาเกินกว่ายี่สิบวันหรือจนประกอบกรณียกตามปกติไม่ได้เกินกว่ายี่สิบวัน”

4. หากนาย ข. ถึงแก่ความตาย

หมายความว่า นาย ก. เพียงต้องการทำร้ายนาย ข. แต่นาย ข. ถึงแก่ความตายด้วยผลแห่งการที่นาย ก. ทำร้าย

“มาตรา ๒๕๐ ผู้ใดมิได้มีเจตนาฆ่า แต่ทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้ผู้นั้นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปีถึงสิบห้าปี

ถ้าความผิดนั้นมีลักษณะประการหนึ่งประการใดดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๕๔ ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปีถึงยี่สิบปี”

สภาพแห่งการบาดเจ็บกับโทษที่ได้รับ:

สภาพแห่งโทษที่ผู้กระทำต่อผู้บาดเจ็บ (ผู้ป่วย) นั้นแปรผันตรงกับความรุนแรงที่ผู้บาดเจ็บได้รับ “**หลักตรรกวิทยา**” นี้ย่อมถือได้ว่า “**ถูกต้อง**” และ “**เป็นธรรม**” กับทุกฝ่ายกล่าวคือ

ฝ่ายผู้ป่วย (ผู้บาดเจ็บ) เมื่อได้รับการบาดเจ็บเนื่องจากถูกทำร้ายหากบาดเจ็บน้อย (เบา) ย่อมต้องได้รับโทษน้อย (เบา) แต่หากบาดเจ็บมากหรือหนัก ผู้กระทำทำให้ผู้ป่วยเป็นเช่นนั้นย่อมต้องได้รับโทษหนัก

ฝ่ายผู้กระทำ เมื่อกระทำผู้อื่นให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยหรือเบา ย่อมต้องได้รับโทษเล็กน้อยหรือเบา แต่ถ้าทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บมากหรือหนักย่อมต้องได้รับโทษหนักด้วย

สภาพแห่งการบาดเจ็บหนักขึ้นเพราะแพทย์ทำ:

หากการที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บอันเกิดจากถูกผู้อื่นกระทำมานั้นเป็นความจริง แต่สภาพแห่งการบาดเจ็บมิได้เป็นการบาดเจ็บที่หนักแต่อย่างใด แต่แพทย์กลับทำให้อาการดูเหมือนว่า “ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บหนัก” เช่นนี้ย่อมเท่ากับว่า “แพทย์ปรีกปรีา หรือทำให้ผู้กระทำต้องได้รับโทษหนักขึ้น” หรือ “ตามตัวบทกฎหมายที่เป็นโทษต่อผู้กระทำที่หนักขึ้น” เช่นตามประมวลกฎหมายอาญา³ แทนที่จะเป็นตามมาตรา 295 (บาดเจ็บต่อกายธรรมดา) กลับกลายเป็นตามมาตรา 297 (บาดเจ็บสาหัส)

วัตถุประสงค์ที่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยเสมือนได้รับบาดเจ็บหนัก

เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่แพทย์ (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) กระทำการเพื่อให้เห็นเสมือนกับว่า ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหนัก อาจเป็นไปได้จาก

ประการที่ 1: การที่แพทย์มีความรู้หรือเกิดความผิดพลาดในเรื่องการวินิจฉัย ซึ่งตามหลักแล้วการที่ผู้หนึ่งผู้ใดจะสำเร็จเป็นแพทย์ (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ได้นั้นจะต้องมีความรู้ตามเกณฑ์มาตรฐานและเกณฑ์ความรู้ตามที่แพทยสมาคมกำหนด^{1,4,5} เช่น

ก. การที่แพทย์วินิจฉัยผิดคิดว่ามีเลือดออกในช่องท้อง เพราะทำการตรวจด้วยคลื่นสะท้อนเสียงเพื่อประเมินเลือด (ของเหลว) ในช่องท้อง “ไม่เป็น” (เพราะความไม่สั่นทนต์) ทำให้นำผู้ป่วยไปผ่าตัดช่องท้อง แต่เมื่อผ่าเข้าไปในช่องท้องกลับไม่พบว่ามีเลือดออกแต่อย่างใด (แพทย์มีประสบการณ์น้อย)

ข. การที่นำผู้ป่วยผิดคนไปทำการผ่าตัดหรือดำเนินการทางการแพทย์อื่นใดที่เป็นในเชิงหัตถการที่รุนแรง

ตามกรณีข้างต้นนี้อาจถือได้ว่า “เป็นความประมาทของแพทย์” และทำให้ผู้ป่วยถึงแก่การบาดเจ็บต่อกายหรือบาดเจ็บสาหัส แพทย์ย่อมมีความผิดในทางอาญาได้ เช่น หากทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บอย่างสาหัสจะมีความผิดและได้รับโทษตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 297³ เป็นต้น

ประการที่ 2: แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยนั้นเป็น “ผู้ป่วยหนัก” และต้องการรักษาอย่าง “ผู้ป่วยหนัก” เพื่อผลประโยชน์และค่าตอบแทนที่แพทย์จะได้รับ เช่น

ก. การที่ผู้ป่วยมิได้มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ แต่กลับนำผู้ป่วยไปทำการเปิดกะโหลก หรือเจาะกะโหลกโดยอ้างว่า “ดูเอาเลือดออก”

ข. การที่ผู้ป่วยมิได้มีเลือดหรือลมในช่องอก แต่กลับทำการใส่ท่อระบายเลือดหรือลม โดยอ้างว่ามีเลือดหรือลมออกในช่องอก

ค. การที่ผู้ป่วยมิได้มีกระดูกหักหรือการบาดเจ็บหนัก เช่น เส้นเอ็นฉีกขาด แต่กลับใส่เฝือกให้แก่ผู้ป่วยป่วยโดยอ้างว่า “ผู้ป่วยมีกระดูกหัก”

เหตุผลที่แพทย์ต้องการทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่มาก (เบา) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการมาก (หนัก) โดยจงใจ (มิใช่ไม่รู้ ไม่ทราบ หรือประมาท) อาจเกิดจากสิ่งจูงใจที่แพทย์กระทำเช่นนั้น

1. ต้องการให้เจ็บหนักเพราะมีอคติต่อผู้ป่วย
2. ต้องการทำให้ผู้ที่กระทำต้องได้รับโทษหนักขึ้น เช่น การกระทำของผู้กระทำเป็นเพียงทำให้บาดเจ็บ แต่แพทย์ทำให้เป็นบาดเจ็บสาหัสเพื่อให้อาการร้ายแรงขึ้น

3. ต้องการค่าตอบแทน (เกือบทั้งหมดขึ้นอยู่กับประกัน) เป็น “ค่าตอบแทนที่แพทย์จะได้รับในการให้การดำเนินการกับผู้ป่วย” กล่าวคือ หากแพทย์ได้ดำเนินการกับผู้ป่วยมาก เช่น มีการทำหัตถการมาก ก็จะได้รับค่าตอบแทน (doctor fee) มาก แต่ถ้าแพทย์ดำเนินการกับผู้ป่วยน้อย หรือแทบไม่ได้มีหัตถการใดๆ ต่อผู้ป่วยเลย เช่นนี้แพทย์จะได้รับค่าตอบแทน (doctor fee) น้อยไปด้วยตามส่วน

ดังนั้น แพทย์ผู้ที่มีเจตนาไม่ซื่อตรงหรือไม่รักษาไว้ซึ่งเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพของแพทย์อยากที่จะกระทำให้อาการบาดเจ็บน้อย เป็นมาก ก็จะทำให้ดูเหมือนกับว่า “ผู้ป่วยบาดเจ็บมาก” เพื่อให้ได้ค่าตอบแทนมากไปด้วยนั่นเอง

คำถามที่เกิดขึ้นก็คือ ทั้งในประการที่ 1 และที่ 2 เป็นไปได้เพียงใด ซึ่งหากดูผิวเผิน ง่ายๆ แล้วอาจเป็นไปได้เลย **โดยเฉพาะในประการที่ 2** แต่หากวิเคราะห์ตามกรณีอุทธรณ์แล้วย่อมทำให้เกิดประเด็นขึ้นได้ (ทำให้เกิดข้อสงสัย)

กรณีอุทธรณ์ (รายงานผู้ป่วย 1 ราย)

ผู้ป่วยชายอายุ 32 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ด้วยประวัติว่าถูกชายคู่กรณีแทงด้วยมีดที่หน้าอกด้านขวา 1 แผล เมื่อเวลา 23.30 น. และเข้ารับการรักษาตัวเมื่อเวลา 23.45 น. ดังรายงาน (ภาพที่ 1)

ประวัติ: ผู้ป่วยถูกคู่กรณีแทงที่หน้าอกด้านขวาด้านหน้าด้วยมีดจำนวน

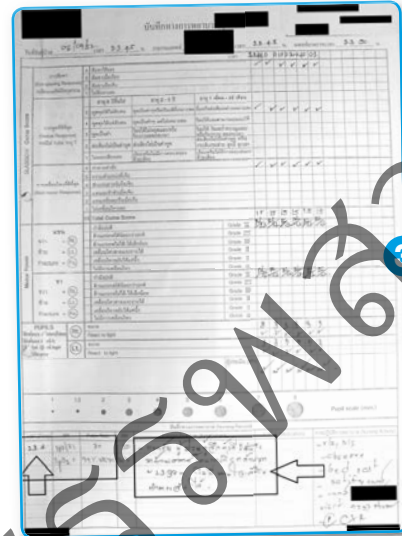
1 แผล มีขนาดของแผลประมาณ 1.5 เซนติเมตร

การตรวจร่างกาย:

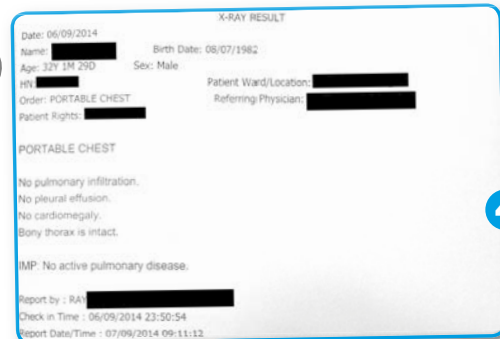
พบว่า (ภาพที่ 2) เป็น “บาดแผลฉีกขาดขอบเรียบที่หน้าอกด้านขวา” (ต่อมาพบว่าอยู่ในระดับช่องซี่โครงที่ 4) และแพทย์สันนิษฐานว่า “ทะลุเข้าปอด” (deep to lung) แต่ยังไม่มียาแผนการตรวจพบที่สนับสนุน (evidence)

- แพทย์ได้ให้พยาบาลทำการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย

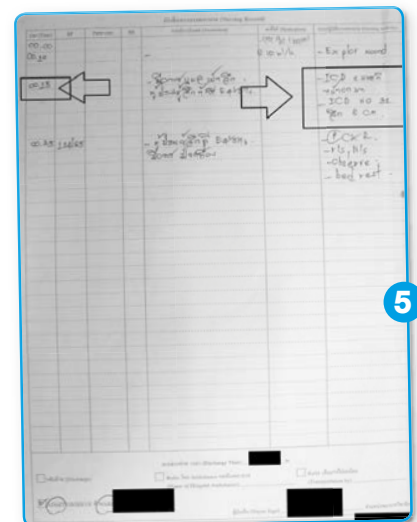
- พยาบาลได้ทำการบันทึกอาการของผู้ป่วย (เวลา 23.47 น.) (ภาพที่ 3) ผู้ป่วย “ไม่มีอาการหอบเหนื่อย” แต่อย่างไร



- แพทย์ได้ทำการส่งตรวจทางรังสี (เอกซเรย์) ซึ่งผลการตรวจด้วยการเอกซเรย์ปอด **ไม่พบว่ามิลมรัวในช่องอก หรือเลือดออกในช่องอกแต่อย่างใด ณ เวลา 23.50 น. (ภาพที่ 4)**



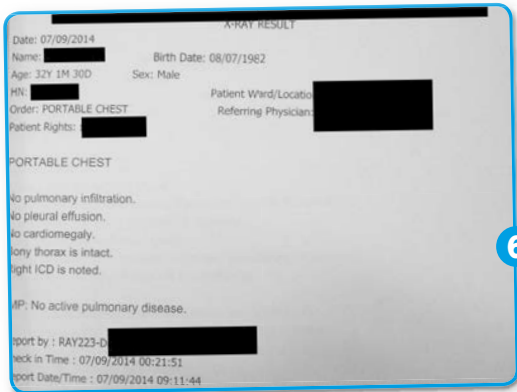
- เวลา 00.15 น. แพทย์ทำการใส่ท่อระบายลมในช่องอกด้านขวาของผู้ป่วย (intercostals drainage) (ภาพที่ 5) (โดยไม่มีสาเหตุทางการแพทย์เลย)



การดำเนินการของแพทย์:

- แพทย์แผนกอุบัติเหตุได้รับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน (หลังเวลา 23.45 น.) เพื่อสังเกตอาการทางการแพทย์

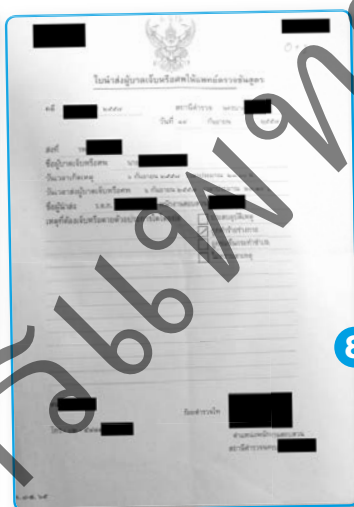
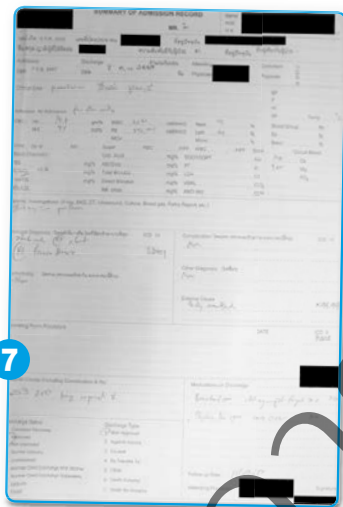
- เวลา 00.21 น. ได้มีการเอกซเรย์ที่หน้าอกของผู้ป่วยซ้ำ (ภาพที่ 6)



- ผู้ป่วยถูกปรับไว้รักษาที่โรงพยาบาล 1 คืน และได้ถอดท่อระบายลมออกในวันรุ่งขึ้น และถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วยในวันรุ่งขึ้น โดยได้รับการวินิจฉัยว่า “มีลมรั่วในช่องอกขวา” (pneumothorax) (ภาพที่ 7)

การดำเนินการทางคดีความในผู้ป่วยรายนี้ในทางกฎหมาย:

ต่อมาพนักงานสอบสวน (ตำรวจ) ได้นำเอกสาร (ใบนำส่งตัวผู้ป่วยหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร) มาให้แพทย์ดำเนินการกรอกเพื่อผลทางคดี (ภาพที่ 8)



วิเคราะห์และวิจารณ์

การดำเนินการทางการแพทย์ของแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม:

ตามกรณีอุทธรณ์ประกอบกับเอกสาร (เวชระเบียน) ที่ปรากฏเห็นได้ชัดเจนว่า ผู้ป่วยรายนี้แม้ว่าจะถูกแทงที่หน้าอกด้านขวาก็จริง แต่ผลการตรวจรวมถึงการสืบค้น (ทางเอกซเรย์) และการติดตามบันทึกของพยาบาลตามอาการที่ปรากฏ (nurse note) ไม่ปรากฏลักษณะแห่งการมี “ลมในช่องอก” (pneumothorax) แต่อย่างใด การที่แพทย์ได้ทำการใส่ท่อระบายลม (intercostal drainage) นั้นจึงเป็นการดำเนินการทางการแพทย์ที่ปราศจากพยานหลักฐานหรือหลักเกณฑ์ในทางการแพทย์ อันถือได้ว่าเป็นมาตรฐานในทางการแพทย์และทางวิชาชีพเวชกรรม^{1,4,5}

ผลในทางคดี:

การที่แพทย์ไม่จำเป็นเป็นผู้หนึ่งผู้ใด (น่าจะรวมถึงหากเป็นแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ด้วย) ย่อมจะต้องสรุปการบาดเจ็บว่า “ผู้ป่วยรายนี้ได้รับบาดเจ็บอันเนื่องมาจากบาดแผลที่หน้าอกด้านขวาทะลุเข้าในช่องอกขวาและมีลมรั่วในช่องอกขวา” (อย่างหลีกเลี่ยงมิได้) เพื่อให้กับพนักงานสอบสวนในการดำเนินการทางคดีต่อไปและผลแห่งเอกสารทางการแพทย์ดังกล่าวย่อมทำให้ผู้กระทำต้องถูกตั้งข้อหาและถูกดำเนินคดีตามมาตรา 297 แทนที่จะเป็นเพียง 295 เป็นอย่างน้อยตามประมวลกฎหมายอาญา⁶ อย่างแน่นอน และอาจเข้าข่ายถึงการถูกตั้งข้อหา “พยายามฆ่า” ได้ เพราะการที่ผู้ป่วยถูกแทงที่หน้าอกจนทำให้ทะลุถึงช่องอกและมีลมรั่วมาในช่องอกจนต้องทำการใส่สายท่อระบายลมจากช่องอกจะต้องใช้เวลาในการรักษานานหลายสัปดาห์และอาจถือได้ว่าเป็นอันตรายต่อชีวิตนั่นเอง

หมายเหตุ:

ตามกรณีอุทธรณ์ดังกล่าวนี้ไม่ทราบแน่ชัดถึงสาเหตุแห่งการที่แพทย์กระทำการดังกล่าวซึ่งอาจเป็นได้ทั้ง “ความประมาท” หรือ “เจตนา” ในประการที่ต้องการคำตอบแทนในการดำเนินการทางการแพทย์ (doctor fee) ทั้งนี้เพราะโดยหลักทั่วไปแล้ว (สถานพยาบาลเอกชน) การที่แพทย์ทำหัตถการที่มากขึ้นย่อมได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นตามด้วย

สรุป

นับวันการดำเนินการทางการแพทย์จะเกิดกรณีต่าง ๆ กับผู้ป่วยหรือคนไข้ได้หลายรูปแบบ ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับเป็น “การดำเนินการทางการแพทย์” นั้นอาจจริงหรือไม่จริง อาจถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง อาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายต่อการแพทย์อยู่ไม่น้อย จริยธรรมในทางการแพทย์จึงต้องถูกสร้างเสริมให้กับผู้ที่จะเป็นแพทย์หรือ “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” ให้มากยิ่งขึ้น และสิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือ จะต้องมิให้แพทย์มีความคิดไปในเชิงที่เรียกว่า “แพทย์พาณิชย์” เพราะเมื่อถึงจุดนั้นขึ้นมาก็จะทำให้วงการแพทย์เกิดวิกฤติขึ้นอย่างแน่นอน

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.
2. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๔/ตอนที่ ๑๖ ก/หน้า ๑/๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐.
3. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>
4. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม พ.ศ. 2555)”.
5. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.

การใช้ Oncothermia รักษามะเร็ง ครั้งแรกในประเทศไทยและภูมิภาคอาเซียน



มะเร็งถือเป็นโรคร้ายที่คร่าชีวิตของคนไทยเป็นอันดับต้น ๆ จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของประเทศไทย พบว่ามะเร็งตับ และมะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ชาย และผู้หญิง ตามลำดับ ดังนั้น เพื่อเป็นการยกระดับผลการรักษาให้ดีขึ้น สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีนโยบายอยู่ 2 ด้าน คือ ทำการส่งเสริมสุขภาพ และมีการตรวจคัดกรองเพื่อเพิ่มสัดส่วนของผู้ป่วยในระยะแรกให้มากขึ้น และสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย หรือพัฒนา นวัตกรรมทางการแพทย์แบบใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ระยะปลาย มองหาเทคโนโลยีใหม่เพื่อนำมาใช้ร่วมกับการรักษาตาม มาตรฐานที่มีข้อจำกัดอยู่ในปัจจุบัน และทำการประเมินประสิทธิผลของ กระบวนการรักษาดังกล่าวตามนโยบายของกรมการแพทย์ จึงเป็นที่มา ของการทำการวิจัย “การใช้ Oncothermia รักษา มะเร็งครั้งแรก ในประเทศไทยและภูมิภาคอาเซียน” โดยมี นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์, นพ.วีรวุฒิ อัมสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็ง แห่งชาติ และ นพ.สมชาย ณะสิทธิชัย ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการวิจัย (หัวหน้าทีมวิจัย) ร่วมแถลงข่าว

นพ.วีรวุฒิ อัมสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กล่าวว่า การรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีให้ความร้อนเพื่อเป็นการรักษาทันทีหรือร่วมรักษาในโรคมะเร็ง ปัจจุบันมีอยู่ 3 รูปแบบ คือ

1. การใช้ความร้อนระดับต่ำอยู่ที่ 38-40 องศาเซลเซียส เป็นวิธีที่ทำให้เกิดความร้อนทั่วตัว โดยคาดหวังว่าความร้อนนี้จะทำให้เกิดการ กระตุ้นภูมิคุ้มกันเพื่อให้สามารถต่อสู้กับมะเร็งได้

2. การใช้ความร้อนระดับปานกลาง โดยใช้อุณหภูมิประมาณ 42-43 องศาเซลเซียส เฉพาะที่กับตัวมะเร็ง โดยคาดหวังว่าจะทำให้เกิดกระบวนการตายของเซลล์มะเร็งโดยไม่ทำให้เกิดการอักเสบ ได้แก่ เครื่อง Oncothermia

3. การใช้ความร้อนระดับสูงประมาณ 60-90 องศาเซลเซียส ซึ่งการใช้ความร้อนระดับนี้จำเป็นต้องมีการกำหนดเป้าหมายในการทำลาย เซลล์มะเร็งไปยังตำแหน่งเฉพาะที่ เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อข้างเคียงได้ เช่น เครื่อง HIFU

“อย่างไรก็ตาม เครื่องให้ความร้อนระดับปานกลาง หรือ Oncothermia มีการนำมาใช้งานจำนวนมากในต่างประเทศ ทั้งประเทศใน แถบทวีปยุโรป และเอเชีย แต่สำหรับในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และ ในประเทศไทยมีการนำใช้ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นแห่งแรก โดยได้รับ บริจาคมาจากภาคเอกชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 และเนื่องจากการดูแลรักษา ผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เครื่อง Oncothermia ในประเทศไทยยังไม่เคยมี การทำการศึกษาวินิจฉัยอย่างเป็นระบบมาก่อน กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข จึงได้มอบนโยบายให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติทำการศึกษาวินิจฉัย การทำงานของเครื่องนี้ เพื่อประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และหาก ผลการศึกษาพบว่า การรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีนี้ได้ผลดีและมีความคุ้มค่า เพียงพอ ประกอบกับเครื่องมือนี้ราคาไม่แพงมากนัก กรมการแพทย์

จะสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องมีเครื่อง Oncothermia ไว้ใช้เพื่อ ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งในอนาคต โดยหลังจากที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้มีการศึกษาวินิจฉัย และทำการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ Oncothermia มาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว จึงจัดให้มีการแถลงผลการศึกษาวินิจฉัยเบื้องต้น เพื่อให้สื่อมวลชนทุกท่านนำไปบอกกล่าวให้กับประชาชนทั่วประเทศได้ทราบ ถึงความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งจะเป็นความหวัง อีกทางหนึ่งของประชาชนชาวไทย”

นพ.สมชาย ณะสิทธิชัย ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการวิจัย (หัวหน้าทีมวิจัย) กล่าวถึงที่มาของการทำวิจัยว่า เพื่อเป็นการมองหา วิธีการรักษาใหม่ และประเมินผลการรักษาดังกล่าว ทีมวิจัยจึงเริ่มดำเนิน โครงการวิจัยมาตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 โดยออกแบบงานวิจัย เป็น 2 โครงการย่อยเพื่อนำมาเปรียบเทียบผลการใช้ Oncothermia เพิ่มเติมจากการรักษาแบบมาตรฐานที่ใช้ทั่วไป คือ

1. ทำการศึกษาแบบสุ่มเปรียบเทียบอัตราการยุบของก้อนมะเร็ง เต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 ที่ใช้ Oncothermia ร่วมกับการใช้ ยาเคมีบำบัด 8 ครั้ง ทุก 3 สัปดาห์ ก่อนการผ่าตัด (กลุ่มทดลอง) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด 8 ครั้ง ทุก 3 สัปดาห์ เพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) จำนวน 30 ราย และผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดเต้านมตามมาตรฐาน

2. ทำการศึกษาแบบสุ่มเปรียบเทียบเวลาการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่อง Oncothermia เทียบกับ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองจำนวน 22 ราย

ผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่า อายุเฉลี่ย ชนิดของมะเร็ง ขนาด ก้อนมะเร็งก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน 22% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลอง (ที่ใช้ Oncothermia ร่วมด้วย) มีการตอบสนองต่อการรักษาจากก้อนมะเร็งยุบหายหมด ในขณะที่ ไม่มีผู้ป่วยรายใดในกลุ่มควบคุม (การรักษาแบบปกติ) ที่มะเร็งยุบจนหมด และไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีผลแทรกซ้อนจากการรักษาเพิ่มเติม

สำหรับผลการศึกษาเบื้องต้นของมะเร็งระยะท้ายพบว่า 25% ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธี Oncothermia ระยะเวลาเฉลี่ยของการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษา 15.3 เดือน ส่วนระยะเวลาการอยู่รอดของผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อยู่ที่ 2.7 เดือน เทียบกับกลุ่มควบคุม 2.2 เดือน ไม่มีผู้ป่วยรายใดมี ผลแทรกซ้อนจากการรักษาเพิ่มเติม

จากผลการศึกษาเบื้องต้นครั้งนี้พบว่า เครื่อง Oncothermia มีศักยภาพที่จะใช้รักษาโรคมะเร็งเต้านมร่วมกับยาเคมีบำบัด และอาจใช้ เพื่อเป็นทางเลือกเพิ่มเติมในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อย่างไรก็ตาม การวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายใดที่ได้ผลดีเป็น เรื่อง ที่ต้องทำการศึกษาต่อไป เพื่อให้การรักษาดังกล่าวเกิดความคุ้มค่าที่สุด ก่อนนำมาใช้งานอย่างกว้างขวาง

ยิ่งใหญ่กว่าทุกปี...

ติวเข้มกับแบรนด์ซัมเมอร์แคมป์ ปีที่ 26



นักเรียนจากหลายโรงเรียนเข้าร่วมติวเข้มกับแบรนด์ซัมเมอร์แคมป์ 2014

นักเรียนกว่าแสนคนเข้าร่วมติวเข้มกับแบรนด์ซัมเมอร์แคมป์ ปีที่ 26 ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โครงการติวเข้มก่อนสอบเข้ามหาวิทยาลัยที่น้อง ๆ นักเรียนยกให้เป็นโครงการติวเข้มอันดับ 1 ในใจตลอดกาล เพราะเรียนสนุก มีสาระ เก่งแนวข้อสอบอย่างแม่นยำ ด้วยเทคนิคพิชิตข้อสอบจำแม่น คิดเร็ว จากสุดยอด

อาจารย์ติวเตอร์ชื่อดังของประเทศกว่า 24 ท่านที่พร้อมใจสรุปเนื้อหาอัดแน่น อัดเทคนิควิธีสอนใหม่ล่าสุด ทันต่อสถานการณ์ เพื่อเพิ่มความมั่นใจก่อนลงสนามจริง ซึ่งเป็นการสอบครั้งสำคัญที่สุดในชีวิต จัดเต็ม 6 วัน 8 วิชา นักเรียนติวแน่นทุกวัน ทั้งส่วนกลางที่จัดขึ้น ณ อาคารจักรพันธ์เพ็ญศิริ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ หรือจะเป็นการ

ติวเข้มผ่านการส่งสัญญาณดาวเทียมไปยังภาคเหนือที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และภาคใต้ที่คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (หาดใหญ่) นอกจากนี้ยังมีเด็ก ๆ ให้ความสนใจรับชมผ่านดาวเทียมและติวผ่านอินเทอร์เน็ตมากมาย



น้องโบ๊ท-กัปตัน ประทุมศรี นักเรียนชั้น ม.6 จากโรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) 1 เปิดใจถึงการเข้าร่วมเรียนกับแบรนด์ซัมเมอร์แคมป์ ปีที่ 26 ในครั้งนี้ว่า “สุดยอดครับ เป็นการติวที่ผมรอคอยมาตลอด และตั้งใจว่าจะต้องมาเรียนให้ได้ ผันที่เป็นจริงครับ วันนี้ผมมากับเพื่อน ๆ อีกหลายคนเลย ผมรู้จักแบรนด์ซัมเมอร์แคมป์มานานแล้วครับจากปากของรุ่นพี่ ๆ บอกว่าโครงการนี้ดีนะ ใครที่เตรียมสอบเข้ามหาวิทยาลัยต้องมา ถ้าพลาดจะเสียใจ สิ่งหนึ่งที่ผมชอบมากก็คือ หนังสือเก่งข้อสอบนี้ล่ะครับ โดนใจมาก เหมือนเป็นการสรุปจากที่เรียนมา แถมยังมีโจทย์ให้

ทำด้วย เป็นการฝึกลองทำข้อสอบก่อนสอบจริง ทำให้เรารู้ตัวเองว่าเราทำได้หรือไม่ ยังอ่อนตรงไหน จะได้ทบทวนให้ถูกจุด และยังนำกลับไปใช้ในการเรียนในห้องให้ดีขึ้นด้วย เคล็ดลับในการทำข้อสอบของผมในตอนนี้ก็คือ นอกจากเรียนในห้องแล้ว ผมจะต้องกลับมาทบทวนอีกอย่าทิ้งไว้นานเดียวจะลืมก่อน นอกจากนี้ก็จะรวมกลุ่มกับเพื่อน ๆ ช่วยกันติว ทบทวนในสิ่งที่เราเรียนมาด้วยครับ”



ภาคใต้ที่ ม.สงขลานครินทร์ (หาดใหญ่) คนแบบหิวประจุ



ติวเข้มอัดแน่นเพื่อหาจุดอ่อน



ติดกับแบรนด์ สุนัขแบบพิเศษ ได้ความรู้



น้องฟาง-ศศิรา ไกรบำรุง นักเรียนชั้น ม.5 โรงเรียนเบญจมราชูทิศ ในพระบรมราชูปถัมภ์ กทม. บอกถึงความรู้สึกว่า “เพิ่งมาติดกับแบรนด์ ชัมเมอร์แคมป์นี่เป็นครั้งแรกค่ะ ตอนนี้อยู่ ม.5 แล้ว ก็เลยอยากเตรียมตัวไว้เนิ่น ๆ วันนี้ก็มากับเพื่อน ๆ กันหลายคนเลยคะ ได้นั่งติดกับตัวเตอร์หลาย ๆ ท่านทั้งวันเลย ได้ตัวเพิ่มเติมในเนื้อหาที่เราไม่เข้าใจ และเนื้อหาที่ตัวก็จะเจาะลึกให้ด้วย ทำให้เราเข้าใจง่ายขึ้นในการเรียนทุกวิชาหลังจากการเรียนแล้วเราก็ต้องอ่านหนังสือทบทวนบ่อย ๆ กับเพื่อน ๆ ในกลุ่มเพื่อให้เราเข้าใจอยู่ตลอด ปกติช่วงเวลาสอบหรือตอนเรียนเยอะ ๆ ก็จะดื่มแบรนด์เป็นตัวช่วย ฝากถึงเพื่อนที่จะต้องเตรียมตัวสอบทุกคนให้รู้ ๆ เราจะเป้นกำลังใจให้กันและกันนะคะ เพราะการสอบครั้งนี้เป็นช่วงเวลาที่สำคัญ

เป็นจุดเปลี่ยนช่วงหนึ่งของชีวิต และขอขอบคุณแบรนด์ที่มอบโอกาสดี ๆ ให้พวกเราได้มาติดกับอาจารย์ชื่อดัง ทั้งครูสมศรี ครูพีแนน ครูลิลี่ ที่ซูเปอร์ รวมทั้งอาจารย์ท่านอื่น ๆ นอกจากนี้หนังสือก็มีเนื้อหาที่ทำให้เราเข้าใจง่าย สนุกกับการดูด้วย ปีน้าจะมาติดกับแบรนด์อีกแน่นอนค่ะ”

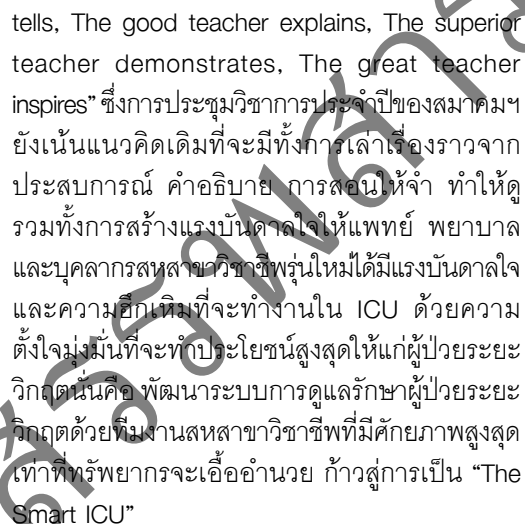


น้องบาส-ธนะเมศร์ หอมทองธีรชัย นักเรียนชั้น ม.6 โรงเรียนดาวรุ่งวิทยา ที่เดินทางไกลมาจากจังหวัดภูเก็ต เพื่อมาร่วมเรียนกันสด ๆ กับแบรนด์ชัมเมอร์แคมป์ปีที่ 26 ที่มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน บอกถึงความในใจว่า “ครั้งแรกเลยนะครับที่มาร่วมติดกับแบรนด์ชัมเมอร์แคมป์ ในครั้งนี้ ขอขอบคุณมาก มากับเพื่อน ๆ ครับ อยากมาติดมากเลยครับ ซึ่งทราบข่าวสารทางเว็บไซต์เลยสนใจมาเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ หลังจากที่ได้ติดแล้วนำกลับไปใช้ได้เยอะเลยนะครับ ซึ่งเราจะได้อะไรที่เข้าใจ กระชับ คือที่แบรนด์จะให้ตัวให้ตรงดีกว่าหลาย ๆ ที่เลยนะครับ และได้รับหนังสือกลับไปก็จะไปทบทวนสิ่งที่ตัวไปและย้อนหลังดูในอินเทอร์เน็ตได้อีกด้วยครับ อยากจะแนะนำน้อง ๆ ว่าถ้ามีโอกาสให้รับมาติดกันเร็วหน่อยตั้งแต่ ม.4 เลยยิ่งดีครับ เตรียมตัวก่อน โอกาสก็มากกว่าครับ”



น้อง ๆ นักเรียนชั้น ม.6 โรงเรียนสายธรรมจันทร์ จ.ราชบุรี โดย ออมสิน แก่งหลวง ตัวแทนของกลุ่ม กล่าวว่า “ถ้าให้พวกเราอ่านหนังสือเองทั้งหมด 8 วิชา คงต้องมีแอบหลับ แอบอู้ ระหว่างทางแน่นอนครับ (หัวเราะ) ต้องขอบคุณแบรนด์ที่จัดตัวให้เราถึง 6 วันรวด กับ 8 วิชาหลัก ไม่เบื่อเลยครับ เรียนแล้วกลับรู้สึกสนุก เพราะอาจารย์แต่ละท่านเข้าใจและมีเทคนิคที่ทำให้คนเรียนรู้สึกสนุกในการเรียน ขณะเดียวกันก็ได้รับความรู้และเทคนิคง่าย ๆ ในการทำข้อสอบแน่นอนว่าเราจะเก่งขึ้น เราต้องฝึกฝน แต่เราจะจำได้ไม่หมด ถ้าจะให้ดี คือในเมื่อเรารู้แล้วว่าเราอยากเรียนคณะอะไร พวกเราจะรวมกลุ่มกันเพื่อติวในวิชานั้น ๆ อย่างเต็มที่ ร่วมกับการเปิดอินเทอร์เน็ตดูว่าในแต่ละคณะเน้นคะแนนจากวิชาไหนมากที่สุด ผลัดกันถามผลัดกันตอบทำให้การอ่านหนังสือมันสนุกขึ้น และข้อไหนที่เราตอบผิด เราอาจจะมีการลงโทษ เหมือนเป็นการเล่นเกม ซึ่งข้อผิดพลาดนั้นจะเป็นตัวช่วยให้เราจำได้ขึ้นครับ”

Critical Care Medicine 2014: The Smart ICU



“คำว่า The Smart ICU ในอดีตอาจจะเข้าใจว่าต้องมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์มากมาย แต่ The Smart ICU ที่ทางสมาคมฯ มุ่งหมายจะจัดในปีนี้เป็นเรื่องของการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตได้สูงสุด เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาให้น้อยลง รวมทั้งลดระยะเวลาในการอยู่ใน ICU ให้สั้นลงด้วย จึงจะเรียกว่าเป็น ICU ที่ทำงานได้อย่าง Smart และเป็นการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมที่สุด ซึ่งเรากำลังจะเดินทางไปในทิศทางนั้น เครื่องมือหรืออุปกรณ์เป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งเท่านั้น”

สำหรับการประชุมจะเริ่มตั้งแต่วันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็น Pre-congress educational program การอบรมฝึกปฏิบัติการและความรู้ลึกจำเพาะเรื่องใน 6 หัวข้อ ได้แก่ 1. Mechanical ventilation 2. Bedside laboratory interpretation: CXR, EKG, Blood gas, Electrolytes 3. Recruitment maneuver, PEEP titration and Prone position 4. Practical therapeutic hypothermia 5. Hemodynamic monitoring และ 6. Critical care sonography & ultrasound guided vascular access ผู้สนใจต้องลงทะเบียนเพิ่ม รับจำนวนจำกัด และเลือกได้คนละ 1 หัวข้อเท่านั้น

ส่วนในการประชุมวิชาการประจำปีจัดขึ้น

ระหว่างวันที่ 18-20 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ซึ่งจะมีการบรรยายรวมทั้ง Symposium จำนวน 54 เรื่อง โดยได้รับเกียรติจากวิทยากร 92 ท่าน จากคณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลชั้นนำทั่วประเทศ ทั้งในกรุงเทพฯ ไม่ว่าจะเป็น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และในต่างจังหวัด ไม่ว่าจะเป็นคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รวมทั้งสถาบันอื่น ๆ เช่น สถาบันโรคทรวงอก หรือแม้แต่จากโรงพยาบาลเอกชน โดยวิทยากรแต่ละท่าน ล้วนเป็นแพทย์/อาจารย์แพทย์ที่มีความรู้และความชำนาญขั้นสูงทางด้าน เวชบำบัดวิกฤตและสาขาที่เกี่ยวข้อง ผ่านการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตมายาวนาน

เนื่องจากความรู้ทางด้านเวชบำบัดวิกฤตมีความหลากหลายมาก รูปแบบของการจัดการประชุมจึงแบ่งการบรรยายออกเป็น 5 ห้อง โดยจัดประชุมพร้อมกัน คู่ขนานกันไปตลอดทั้ง 3 วัน ได้แก่ องค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ พื้นฐาน ความก้าวหน้าในการรักษาภาวะวิกฤตที่พบบ่อย การรักษาล้ำยุคทาง เวชบำบัดวิกฤต เป็นต้น เรียกได้ว่ามีความหลากหลาย น่าสนใจ ครอบคลุมทางด้าน เวชบำบัดวิกฤตอย่างครบถ้วน และถือเป็นไฮไลต์ที่ไม่ควรพลาด

“เวชบำบัดวิกฤตเป็นสาขาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านองค์ความรู้ ค่อนข้างรวดเร็วกว่าสาขาอื่น ๆ วิธีคิดเดิมที่เคยคิด เคยเชื่อ เมื่อ 3-5 ปีที่แล้ว ว่าถูกต้องที่สุด ดีที่สุด ปัจจุบันก็เปลี่ยนแปลงไป เพราะฉะนั้นจึงเป็นเหตุผลว่าทำไมต้องมีการอัปเดตองค์ความรู้และความก้าวหน้าใหม่ ๆ ในการรักษาอยู่ ตลอดเวลา”

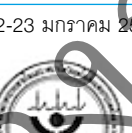
รศ.นพ.บุญส่ง กล่าวอีกว่า เนื่องจากปีนี้เป็นปีสำคัญ คือเป็นปีที่ 24 ของการก่อตั้งสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย ในการประชุมวิชาการ ครั้งนี้จึงมีการบรรยายถึงประวัติศาสตร์ของเวชบำบัดวิกฤตตั้งแต่จุดเริ่มต้นใน อดีตสืบเนื่องมาถึงปัจจุบันและแผนงานในอนาคต รวมทั้งพูดคุยปัญหาที่กำลังคน ที่ยังขาดแคลน ไม่ว่าจะเป็น แพทย์ ICU พยาบาล ICU รวมทั้งบุคลากรสนับสนุน ด้านต่าง ๆ เนื่องจากในปัจจุบันแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย ICU มี จำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเตียงทั่วประเทศที่มีอยู่ 6,000-7,000 เตียง แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมทางเวชบำบัดวิกฤตมีประมาณ 100 คน และเป็น อาจารย์อาวุโสส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้นแพทย์ที่ทำงานดูแลผู้ป่วยหนักจริง ๆ อาจ

จะมีไม่ถึง 100 คน แม้ว่าปัจจุบันเราสามารถ ฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วย ICU ที่ เรียกว่า “แพทย์เวชบำบัดวิกฤต หรือ Intensivist” ภายในประเทศของเราเอง จนถึงปีที่ผ่านมามีผู้จบ การฝึกอบรมไปแล้วกว่า 60 คน แต่ก็ยังมีจำนวนไม่ เพียงพอ เพราะฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน ICU ทั่วประเทศในขณะนี้จะต้องดูแลโดยแพทย์ที่จบสาขา ต่าง ๆ เช่น สาขาโรคหัวใจ โรคปอด โรคไต หรือ ศัลยแพทย์ที่ติดตามมาดูแลผู้ป่วยต่อใน ICU แต่ เนื่องจากผู้ป่วยหนักใน ICU ไม่ได้มีเฉพาะ ระบบอวัยวะเดียว เช่น หัวใจ หรือปอด แต่มักมี ปัญหาในหลายระบบ เพราะฉะนั้นการดูแลรักษา ใน ICU ควรจะต้องมีเจ้าภาพที่ได้ประเมินผู้ป่วยแบบ องค์กรวม ได้รับฟังความคิดเห็นและข้อมูลจากแพทย์ หลากหลายสาขาที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมา ประเมินและตัดสินใจจากภาพรวมทั้งหมดว่าผู้ป่วย รายนี้ควรจะดำเนินการรักษาอย่างไร เพื่อให้การ ทำงานเป็นระบบ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ สูงสุด โอกาสรอดชีวิตสูงสุด และอยู่รักษาใน ICU ต้นลง

ท้ายนี้ **รศ.นพ.บุญส่ง** กล่าวว่า “ขอถือ โอกาสนี้เชิญชวนเพื่อนแพทย์เวชบำบัดวิกฤต อายุรแพทย์ทุกสาขา ศัลยแพทย์ วิทยุแพทย์ กุมารแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์ผู้บริหาร โรงพยาบาล และเภสัชกรที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย วิกฤต กึ่งวิกฤต หรือมีส่วนร่วมในกระบวนการ บริหารหอผู้ป่วยเหล่านี้ สมัครเข้าร่วมประชุม วิชาการประจำปีของสมาคมฯ ในวันที่ 18-20 ธันวาคมนี้ เชื่อกันว่าผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับ ประโยชน์คุ้มค่ากับเวลาที่ใช้อย่างแน่นอน สิ่งสำคัญ ที่สุดคือ การได้มาอัปเดตองค์ความรู้ใหม่ ๆ ทาง ด้านเวชบำบัดวิกฤต เพื่อนำองค์ความรู้กลับไป พัฒนาการดูแลผู้ป่วยใน ICU ที่แต่ละท่านปฏิบัติงาน อยู่ หรือถ้าต้องการฝึกทักษะในการใช้เครื่องมือ ต่าง ๆ เป็นพิเศษก็สามารถสมัครเข้าร่วมใน Pre-congress educational programs ในวันที่ 17 ธันวาคมนี้”

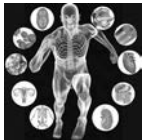
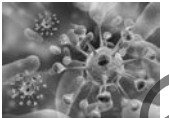
ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียด เพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2718-2255, 08-3713-4043 E-mail: admin@criticalcarethai.org, amonluck23@hotmail.com หรือ www.criticalcarethai.org



วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
18-20 ธันวาคม 2557 	สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย	การประชุม Tentative Schedule for Annual TSCCM Conference 2014 "The Smart ICU" ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาซ่า ลาดพร้าว กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-2255 โทรสาร 0-2718- 2255 E-mail: admin@criticalcarethai.org www.criticalcarethai.org
6-9 มกราคม 2558 	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	การจัดประชุมสัมมนาทางวิชาการระดับนานาชาติ หัวข้อเรื่อง "Learning from each other - improving the clinical management and prevention of melioidosis and tuberculosis in UK and South East Asia" ณ โรงแรมพูลแมน ราชอาเธอร์คิด ซอนแก่น จ.ขอนแก่น	โทรศัพท์ 0-2716-6874 โทรสาร 0-2716-6807 E-mail: IDAT_50@hotmail.com www.idthai.org
9 มกราคม 2558 	ภาควิชาดจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2558 เรื่อง "Many faces in Dermatology" ณ ห้องประชุมตรีเพ็ชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	โทรศัพท์ 0-2419-4337 E-mail: dermatologyconference@gmail.com www.sirirajconference.com
12-16 มกราคม 2558 	หน่วยโรคจมูกและภูมิแพ้ ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา ร่วมกับภาควิชากายวิภาคศาสตร์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	การประชุม "10 th Khon Kean Basic FESS Course" & "3 rd Khon Kean International Course in Advance Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery: Hands-on Dissection in Fresh Cadavers" ณ ห้องประชุมมิตรภาพ ชั้น 3 อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	โทรศัพท์ 0-4336-3536 โทรสาร 0-4320-2490 http://kkufess.kku.ac.th
13-16 มกราคม 2558 	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับกรมสุขภาพจิต และเครือข่ายพ่อแม่ไทย ในวิถีแอ็ดเลอร์	การประชุมเชิงปฏิบัติการสุขภาพจิตของครอบครัว ครั้งที่ 2 เรื่อง "ประยุกต์จิตวิทยาบุคคลในเวชปฏิบัติ" ณ ห้องจันทพร โรงแรมกานต์มณีพลาซ่า ถ.ประดิพัทธ์ สะพานควาย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6651-2, 08-7754-4527 โทรสาร 0-2716-6653 www.thaifammed.org
14-16 มกราคม 2558 	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	The 2 nd Bangkok International Fetal Echocardiography ณ โรงแรมแชงกรีล่า กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2201-2211 ต่อ 229 โทรสาร 0-2201-2698 E-mail: mcpc.thailand@hotmail.com http://bkkfetalecho.com
15-16 มกราคม 2558 	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การอบรมเชิงปฏิบัติการทางวิชาการ การวางแผนจัดการโภชนาบำบัด ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ ห้องอดิเรก ณ ถลาง อาคารเรียนรวมและ หอสมุดฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1740-41 E-mail: kt_psu@hotmail.com http://medinfo.psu.ac.th
22-23 มกราคม 2558 	กลุ่มงานกุมารเวชกรรมและ ฝ่ายวิชาการโรคพยาบาลอุดรธานี ร่วมกับชมรมโรคระบบหายใจ และเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย	การประชุมสัญจร ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5 ณ ห้องประชุมชั้น 7 ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลอุดรธานี จ.อุดรธานี	โทรศัพท์ 0-4224-5555 ต่อ 1130, 08-1452-1172 โทรสาร 0-4224-7711 E-mail: kor_malineee@hotmail.com www.thaipedlung.org
26-30 มกราคม 2558 	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	2015 Bangkok CHOP Seminar in Medical Education ณ ห้องประชุมชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์ และโรงเรียนพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2201-2211 ต่อ 229 โทรสาร 0-2201-2698 E-mail: mcpc.thailand@hotmail.com www.bkkchop.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกองบรรณาธิการ โทรศัทพ์ 0-2435-2345 ต่อ 188 โทรสาร 0-2435-2345 ต่อ 181
บริษัท สสสพสาร จำกัด 71/17 ถนนสุขุมวิท แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2015

Date	Title	City	Country	Contact
2-6 March 2015 	Pharmacodynamics, Biomarkers and Personalised Therapy	Oxford	United Kingdom	www.conted.ox.ac.uk/courses/details.php?id=b900-28&course=professional&course_area=experimental_therapeutics&course_area_id=211
4-7 March 2015 	International Conference on Fetal Alcohol Spectrum Disorder 2015	Vancouver	Canada	http://interprofessional.ubc.ca/FASD2015
5-6 March 2015 	Narrative and Medicine: Caring for the Future	Lisbon	Portugal	http://narrativemedicineng.wordpress.com/2014/06/20/cfp-caring-for-the-future-international-conference-march-2015
6-7 March 2015 	2015 4 th International Conference on Medical Information and Bioengineering - ICMIB 2015	Melaka	Malaysia	www.icmib.org
8 March 2015 	2015 IIER International Conference on Civil, Environmental and Medical Engineering-ICEME	Paris	France	http://theiier.org/Conference/France/1/ICEME
8-13 March 2015 	Gordon Research Conference - IGF & Insulin System in Physiology & Disease 2015	Ventura	United States of America	www.grc.org/programs.aspx?id=13158
8-13 March 2015 	Gordon Research Conference - Tropical Infectious Diseases 2015	Galveston	United States of America	www.grc.org/programs.aspx?id=13985
9-12 March 2015 	22 nd Annual Echocardiographic Workshop on 2-D and Doppler Echocardiography at Vail	Vail	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2015R838
15-19 March 2015 	6 th Fred J. Epstein International Symposium on New Horizons in Pediatric Neurology, Neurosurgery and Neurofibromatosis	Eilat	Israel	www.newhorizons2015.net

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



เอ็กซ์เทอร์นัลฮาร์ดไดรฟ์เชื่อมต่อแบบไร้สาย

My Passport Wireless ฮาร์ดไดรฟ์สำหรับจัดเก็บข้อมูลที่ใช้เทคโนโลยี Wi-Fi โดยผู้ใช้งานสามารถบันทึก เข้าถึง และแชร์ข้อมูล

ผ่านสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์อื่น ๆ ได้สะดวกง่ายดายโดยไม่ต้องใช้สายเชื่อมต่อหรือไม่ต้องเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตให้ยุ่งยากเหมาะสำหรับผู้เดินทางไปทำธุรกิจต่างสถานที่บ่อย ๆ ครอบครัวที่ชอบขับรถท่องเที่ยว หรือผู้ที่ทำงานภาคสนามเป็นประจำ และหากผู้ใช้จำเป็นต้องถ่ายโอนข้อมูลปริมาณมาก My Passport Wireless ยังมีตัวเลือกในการเชื่อมต่อ USB 3.0 แบบไฮสปีดอีกด้วย พร้อมวางจำหน่ายแล้วในรุ่นความจุ 1TB และ 2TB



เครื่องดูดฝุ่นอัจฉริยะ

Hom-Bot Square เครื่องดูดฝุ่นอัจฉริยะที่สามารถตั้งเวลาให้ทำความสะอาด

สะอาดบ้านได้อัตโนมัติ โดดเด่นด้วยโปรแกรมทำความสะอาดที่หลากหลายมาพร้อมเซ็นเซอร์อัจฉริยะที่ช่วยจับพื้นต่างระดับ สิ่งกีดขวาง รวมถึงวัตถุโปร่งแสงและสิ่งของขนาดเล็กและแคบ กล้อง Dual Eye 2.0TM ที่ติดอยู่ด้านบนของเครื่องทำหน้าที่สแกนพื้นที่ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้แม่นยำขึ้นแม้ในที่มืด ดีไซน์ตัวเครื่องทรงสี่เหลี่ยม และแรงทำความสะอาดขนาดยาวที่อยู่มุมเครื่อง ช่วยเก็บฝุ่นตามซอกมุมต่าง ๆ ได้อย่างสะอาดหมดจดแบบไร้เสียงรบกวน



พัดลมไร้ใบพัดเครื่องแรกของโลก

Dyson Cool™ พัดลมไร้ใบพัด นวัตกรรมล้ำสมัยจากประเทศอังกฤษ ให้ลมเย็นด้วยเทคโนโลยี Dyson Air Multiplier™ โดยอากาศจะถูกดูดเร่งผ่านช่องวงแหวนภายในหัวจ่ายลมกลายเป็นกระแสลมพุ่งออกจากหัวจ่ายลมที่สามารถกำหนดทิศทางลมได้ พร้อมดักเสียงลมที่เคลื่อนผ่านพัดลมด้วย Helmholtz ตัวกล่องดักเสียง สามารถขจัดความดังของเสียงลดลงให้เหลือเพียง 1,000 Hz เท่ากับเสียงปีกของยูง ปรับระดับแรงลมได้ถึง 10 ระดับ และตั้งเวลาการทำงานได้ถึง 9 ชั่วโมง

[Book Shop]



สมองแห่งพุทธะ

ผู้เขียน : นพ.ริชาร์ด เมนดิซส์, ดร.ริค แชนสัน
ผู้แปล : ดร.ณัชร สยามวาลา

สำนักพิมพ์อมรินทร์ธรรมะ, ราคา 265 บาท

“สมองแห่งพุทธะ (Buddha's Brain)” คือหนังสือธรรมะแนววิทยาศาสตร์ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมองและจิตใจ โด่งดังมากในหลายประเทศทั่วโลก ผู้เขียนคือ “ดร.ริค แชนสัน” นักจิตวิทยาทางประสาทวิทยา

และ “นพ.ริชาร์ด เมนดิซส์” นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา ทั้งสองท่านปฏิบัติธรรมอย่างลึกซึ้งเป็นเวลาหลายสิบปี และยังเป็นครูสอนปฏิบัติธรรมมาหลายสิบปีเช่นกันอีกด้วย

ด้วยความเชี่ยวชาญทั้งศาสตร์ด้านสมองและการปฏิบัติธรรมนี้เอง ทำให้ผู้เขียนเล่าเรื่องระบบการทำงานของสมอง การทำงานของจิตใจ และการทำงานที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างสมองและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ความรู้สึกของคนได้อย่างเป็นระบบ ชัดเจน และเข้าใจได้ง่ายขึ้น รวมทั้งนำเสนอวิธีการพัฒนาสมองและจิตใจที่ทุกคนสามารถปฏิบัติตามเพื่อพัฒนาตนเองได้จริง

นี่คือหนังสือธรรมะที่จะเผยความสัมพันธ์ระหว่างสมองกับจิตใจ ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบเล่มแรก รวมทั้งเปิดเผยความยิ่งใหญ่ของการปฏิบัติที่ช่วยพัฒนาสมอง ซึ่งองค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าตรัสสอนมาโดยตลอด



ทูบเลือก ทำลายเมล็ด วิชชุตราถอนโคณิกเลส

ผู้เขียน : ประเสริฐ อุทัยเฉลิม

สำนักพิมพ์อมรินทร์ธรรมะ, ราคา 145 บาท

หนังสือเล่มนี้จะพาผู้อ่านทุกคนขุดรากถอนโคนกิเลส ด้วยหลักธรรมที่จะช่วยให้เราเข้าถึงความจริง ซึ่ง “อาจารย์ประเสริฐ อุทัยเฉลิม” ได้อุบัติมาสิ่งทั้งหลายที่ปิดบังเรามาจากความจริงว่าเป็นดัง “เปลือก” ที่ห่อหุ้ม

จิตใจไว้อย่างหนาแน่น โดยมีเมล็ด คือ “ความไม่รู้” หรือ “อวิชชา” อันเป็นต้นตอแห่งความทุกข์ชุกซ่อนอยู่ในเปลือกนั้น การที่เราจะเห็นและเข้าใจความจริงได้ก็จำเป็นต้องทุบเปลือกที่ห่อหุ้มปิดบัง รวมทั้งทำลายเมล็ดพันธุ์แห่งความไม่รู้ให้สิ้นไป แต่เมื่อทุบและแกะทะลายเปลือกให้แตกออกแล้วจะทำลายเมล็ดอันเป็นต้นตอแห่งทุกข์ได้หรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับความเด็ดเดี่ยวเฉพาะตัวบุคคลเท่านั้น

“ท่านพุทธทาสบอกว่า เวลาเมล็ดนั้นนี้เล็ดไหล คนโดนบาดเป็นลมทันที ท่านว่าเมล็ดมันไม่ได้บาดเนื้อหรอก มันบาด “กู” พลังที่มันเพิ่มขึ้นเป็นความเจ็บปวดมาจากความรู้สึก “ของกู” ทั้งนั้น”.....ตอนหนึ่งจากบทที่ ๕ เข้าใจเวทนา ปล่อยางเวทนา

นอกจากนี้ผู้เขียนได้กล่าวไว้ภายในเล่มอีกด้วยว่า “เมื่อพูดถึงการปฏิบัติธรรม ทุกคนอาจรู้สึกว่าการปฏิบัติธรรมเป็นสิ่งดี แต่ตัวเราไม่จำเป็นต้องปฏิบัติก็ได้กระมัง เพราะเราก็คือของเราอยู่แล้ว ไม่เป็นคนคิดใคร่ ดูเล่ห์พ่อแม่ เป็นคนคิดหนึ่งในสังคม เราก็โอเคแล้วนะ...ผมอยากบอกทุกคนว่า คุณกำลังเข้าใจผิดที่นึกว่าการปฏิบัติธรรมเป็นแค่เรื่องเอกซตร้าหรือเป็นแค่บริการเสริมที่จะมีหรือไม่ก็ได้ ขอให้อลองปฏิบัติธรรมอย่างตั้งใจจริงจังครั้ง แล้วจะรู้ว่าคนเจ็ดพันล้านเข้าใจผิดมาตลอด”

พิธีถวายสักการะพระปิยมหาราช

นายจิรวัฒน์ อยู่วิทยา ประธานกรรมการบริษัทและประธานเจ้าหน้าที่บริหารโรงพยาบาลปิยะเวท คณะผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล พร้อมด้วยหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ร่วมกันประกอบพิธีบวงสรวง และวางพวงมาลา ถวายสักการะพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 เนื่องในวันปิยมหาราช เพื่อเป็นการน้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณที่ทรงมีต่อปวงชนชาวไทย ณ บริเวณพระบรมราชานุสาวรีย์ รัชกาลที่ 5 โรงพยาบาลปิยะเวท เมื่อไม่นานมานี้



สัปดาห์สุขภาพจิตแห่งชาติ



นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมสุขภาพจิต และผู้บริหารกรมสุขภาพจิต ร่วมเปิดงาน สัปดาห์สุขภาพจิตแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2557 ภายใต้หัวข้อ “ร่วมสร้างอารมณดี ให้ทุกชีวิมีความสุข” เพื่อให้ความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนคนไทยทุกคน ทุกวัย มีสุขภาพจิตดี มีความคิดบวก สามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและคนรอบข้างได้อย่างสมดุล โดยมีนักเรียน นักศึกษา ประชาชนทั่วไป สนใจเข้าร่วมกิจกรรมภายในงาน ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้

รวมใจเพื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

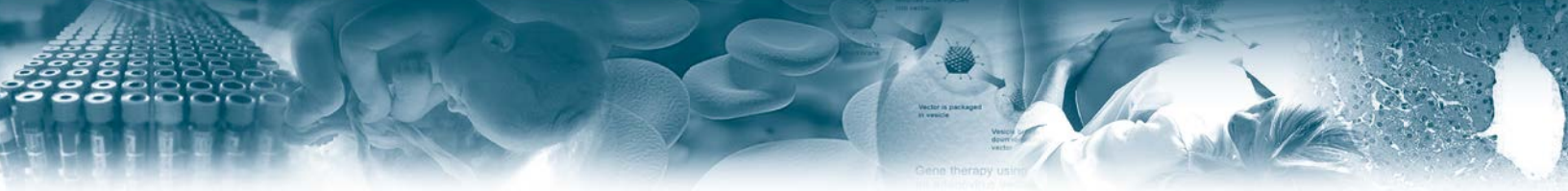
ศ.คลินิก พล.ต.นพ.สุรพงษ์ สุภาภรณ์ นายกสมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย ให้เกียรติเป็นประธานเปิดงานและเป็นวิทยากรในหัวข้อ “ทำความรู้จักกับมะเร็งเต้านมระยะแรก” โดย นพ.อาคม เขียวศิลป์ แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สาขาอายุรกรรมมะเร็งวิทยา และประธานชมรม Thai Breast Friends ให้เกียรติเป็นวิทยากรในหัวข้อ “มะเร็งเต้านมระยะลุกลามรักษาได้” ในงาน “TBCC รวมใจเพื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม” กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จัดโดยชมรมผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย ณ สวนเบญจสิริ เมื่อไม่นานมานี้



บุคคลคุณภาพแห่งปี 2014



นางสาวสุวรรณา โชคดีอนันต์ รองประธานเจ้าหน้าที่บริหารอาวุโส บริษัท มุ่งพัฒนา อินเทอร์เน็ตซันแนล จำกัด (มหาชน) ผู้ผลิตและจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สำหรับแม่และเด็ก “พีเจ็น” เข้ารับรางวัลบุคคลต้นแบบที่สมควรได้รับการยกย่องและเชิดชูเกียรติ ในฐานะบุคคลตัวอย่างภาคธุรกิจแห่งปี 2014 ภาคธุรกิจของใช้ในครัวเรือนและสำนักงาน จาก “พณฯ นายพลการ สุวรรณรัฐ องคมนตรี” ในพิธีประกาศเกียรติคุณ “บุคคลคุณภาพแห่งปี 2014” (Quality Persons of the Year 2014) จัดโดย มูลนิธิสภามหาวิทยาลัยและเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย (มสวท.) ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ถนนวิภาวดีรังสิต เมื่อไม่นานมานี้



วงการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย



ร.พ.พังโคน
จ.สกลนคร



ร.พ.สกลนคร
จ.สกลนคร



ร.พ.ประโคนชัย
จ.บุรีรัมย์



ร.พ.พุมราชวงศา
จ.อำนาจเจริญ



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



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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา.....เลขที่เช็ค.....
☐ ธนาคารกรุงไทย สาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารในนาม บ.สรรพสาร จก.
○ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา.....เลขที่ 264-205319-4
○ ธนาคารกรุงไทย สาขา.....เลขที่ 909-0-19827-7

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก.

71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงจตุรรมิตร เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

หมายเหตุ

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

0-2435-2345 ต่อ 181

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ 134, 123

แฟกซ์ **0-2435-2345**

ต่อ 181

Continuing Medical Education

CME PLUS





Bio-Oil® เป็นผลิตภัณฑ์ดูแลผิวในรูปแบบบอยล์ เพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวจึงช่วยในการลดเลือนผิวแตกลาย สิวฝ้าไม่สม่ำเสมอ และรอยแผลเป็นให้ดูจางลง ประกอบไปด้วยน้ำมันธรรมชาติ, วิตามินเอ, วิตามินอี และ สารประกอบล้ำยุค PurCellin Oil™ หากต้องการทราบข้อมูลของผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม และผลการทดสอบประสิทธิภาพ สามารถเข้าไปดูที่ bio-oil.com ผลิตภัณฑ์ Bio-Oil® มียอดขายอันดับ 1 ในประเทศอังกฤษและอีก 10 ประเทศทั่วโลก* ขนาดบรรจุ 60 มล. ราคา 375 บาท

Bio-Oil® เป็นผลิตภัณฑ์ดูแลผิวที่พัฒนาขึ้นมาอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ความชุ่มชื้นช่วยในการลดเลือนรอยแผลเป็น ผิวแตกลาย ฝ้าดูจางลงด้วยสูตรอันเป็นเอกลักษณ์ของ Bio-Oil® ที่มีส่วนผสมของ PurCellin Oil™ หากต้องการทราบข้อมูลของผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม สามารถเข้าไปดูที่ www.bio-oil.com ผลิตภัณฑ์มีวางจำหน่ายแล้วที่ร้านค้าชั้นนำและร้านขายยา ขนาดบรรจุ 60 มล. ราคา 375 บาท นำเข้าและจัดจำหน่ายโดย บริษัท แพน ราชเทวี กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) Call Center 0-2793-9999

* ยอดขายอันดับ 1 ในกลุ่มผลิตภัณฑ์ลดรอยแผลเป็นและรอยผิวแตกลาย อังกฤษ (IRI Infoscan ปี 2011) ออสเตรเลีย (Synovate ปี 2011) เนเธอร์แลนด์ (Nielsen ปี 2010) แคนาดา (Nielsen ปี 2010) เม็กซิโก (Nielsen ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Nielsen ปี 2010) บราซิล (Nielsen ปี 2010) อินเดีย (Nielsen ปี 2010) สเปน (Nielsen ปี 2010) อิตาลี (Nielsen ปี 2010) ฝรั่งเศส (Nielsen ปี 2010) เยอรมนี (Nielsen ปี 2010) สวิตเซอร์แลนด์ (PharmIndustry ปี 2009) นาอูรู (Namparm Pharmaceuticals ปี 2009)

** ผลิตภัณฑ์ที่ถูกรับรองจากแพน ราชเทวี กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) สำหรับผลิตภัณฑ์ลดรอยแผลเป็นและรอยผิวแตกลาย จากการสำรวจจาก แพน ราชเทวี กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) อังกฤษ (The Thinking Shop, Strategic Research Consultancy ปี 2008) ออสเตรเลีย (Colmar Brunton ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Colmar Brunton ปี 2010) แคนาดา (Synovate ปี 2010)

Introducing Sanofi Pasteur's
New Hexavalent Vaccine



COMING
SOON

The ready-to-use
— *fully liquid* —
6-in-1 vaccine



Healthy children, happy children