

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

ปีที่ 17 ฉบับ 428 ประจำวันที่ 16-31 ธันวาคม พ.ศ. 2557



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

www.wongkarnpat.com

**แหล่งรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์
โดยทีมงานคุณภาพ**

Website สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน



กด Like ได้ที่
www.facebook.com/วงการแพทย์

รับศักราชใหม่ ปรับพฤติกรรม "ลดเค็ม"



ลดเค็มครึ่งหนึ่ง

คนไทยห่างไกลโรค



SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE



Get Up

- โรคอ้วนเทียบความเสียหายเท่าสูบบุหรี่
- แอฟริกาได้ทุนซื้อยาเอดส์
- ปัญหาชีวิตคู่พาสูโรคหัวใจ

ปฏิกิริยา

สธ. มอบของขวัญปีใหม่ให้
ส่ง "ทีมหมอครอบครัว"
ดูแลคนไทย

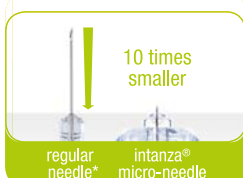
เฝ้าระวัง
งานประชุม

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ
"ประยุกต์จิตวิทยาบุคลิกในเวชปฏิบัติ"

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



intradermal touch™



A MINIMALLY INVASIVE SOLUTION^{5,6}
™ 16 to 32 mm

- targets the immune potential of the skin¹
- offers a tailored protection to year 18-59 years old** and 60+ years old patients***
- benefits from a favourable safety profile^{2,3}
- allows successful ID injection with a simple touch

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

Product information
Intanza® suspension for injection, Influenza vaccine (split virus, inactivated). NAME OF THE MEDICAL PRODUCT: Intanza® 9 µg and Intanza® 15 µg (Intanza®) 9 µg, suspension for injection. Influenza vaccine (split virus, inactivated). QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION: Split influenza virus (preserved) in buffered saline. NAME OF THE MEDICAL PRODUCT: Intanza® 9 µg, each 0.1 ml, dose contains 9 µg of haemagglutinin (HA) of each of the three recommended strains. The vaccine complies with the WHO recommendations (Northern or Southern Hemisphere) and the EU decision (Northern Hemisphere). For a full list of excipients, see section 6.1 of the product information. PHARMACEUTICAL FORM: Suspension for injection. Contraindications and special precautions: See section 4. CLINICAL PARTICULARS: Therapeutic Indications: Prophylaxis of influenza in adults up to 59 years of age for Intanza® 9 µg and in individuals 60 years of age and over for Intanza® 15 µg, respectively in those who are at increased risk of associated complications in both populations. The use of Intanza® should be based on official recommendations. Posology and method of administration: Posology Adults up to 59 years of age: 0.1 ml of Intanza® 9 µg. Individuals 60 years of age and over: 0.1 ml of Intanza® 15 µg. Pediatric population: Intanza® is not recommended for use in children and adolescents below 18 years due to insufficient data on safety and efficacy. Method of administration: Intradermal injection should be performed in the region of the deltoid. Precaution: To be taken before intradermal administration of the product. For instructions for preparation of the medical product before administration, see section 6.1. Special precautions for disposal and other handling: See section 6.1. Hypersensitivity to the active substances, to any of the excipients, to residues of eggs, such as ovalbumin, and to chicken proteins. The vaccine may also contain residues of the following substances: neomycin, formaldehyde and schlerol. Storage: Store in a refrigerator (2°-8°C).
References
1. Laurent PH. Intradermal vaccine delivery: New delivery systems transform vaccine administration. Vaccine 2008;26:3197-3208. 2. Intanza 9 µg product information. 3. Intanza 15 µg product information. 4. Laurent A, et al. Echographic measurement of skin thickness in adults by high frequency ultrasound to assess the appropriate micro-needle length for intradermal delivery of vaccines. Vaccine 2007;25:5423-30. 5. Laurent PH, et al. Evaluation of the clinical performance of new intradermal vaccine administration technique and associated delivery system. Vaccine 2007;25:8833-42. 6. WHO recommendation and reports, August 6, 2010.

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

บริษัท สานอฟี แพสเจอร์ จำกัด
เลขที่ 1090/2554

sanofi pasteur
The vaccines division of sanofi-aventis Group

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เพิ่มศักยภาพความเป็นหนึ่ง ด้วยการผ่านการรับรอง โครงการ Westgard Sigma Verification แห่งแรกของไทย



ปัจจุบันการให้บริการทางด้านสุขภาพ นอกจากคุณภาพด้านการบริการที่ดีแล้ว นวัตกรรมความก้าวหน้าทางด้านการดูแลสุขภาพ ความสะดวก รวดเร็ว แม่นยำ และสามารถตรวจสอบคุณภาพได้ถือเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาการบริการทางการแพทย์ที่ไม่หยุดยั้ง โดยเฉพาะการทำงานในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจของแพทย์

จากความมุ่งมั่นในการพัฒนาองค์กร เพื่อไปสู่ความเป็นเลิศและความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการด้านสุขภาพให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ตามวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลที่ว่า “วิทยาการและการบริการแห่งความเป็นหนึ่ง เราให้บริการทางการแพทย์อย่างปลอดภัยและได้มาตรฐานระดับโลก” ด้วยเหตุนี้ ฝ่าย

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จึงได้เข้าร่วมโครงการ Westgard Sigma Verification ซึ่งเป็นโครงการที่จะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้สถาบันต่าง ๆ ได้กำหนดแนวทางมาตรฐานเป็นของตนเอง เหมาะสมกับการนำไปใช้ได้จริง และเพื่อให้สามารถประเมินผลการทำงานของตนตามเป้าหมายคุณภาพที่ได้กำหนดไว้เอง โดยฝ่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ถือเป็นสถาบันทางการแพทย์แห่งแรกของประเทศไทย และเป็นหนึ่งในสามของเอเชียที่ได้รับการรับรองโครงการ Westgard Sigma Verification

ศ.พญ.นพวรรณ จารักษ์ ผู้อำนวยการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ แผนกห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กล่าวถึงจุดเริ่มต้นของการเข้าร่วมโครงการ Westgard Sigma Verification ว่า “เนื่องจากห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีความสำคัญมาก ปัจจุบัน 70% ในการตัดสินใจของแพทย์อยู่บนพื้นฐานข้อมูลจากทางฝ่ายห้องปฏิบัติการ เพราะฉะนั้นสิ่งที่ห้องปฏิบัติการจะต้องให้แก่แพทย์คือ เรื่องผลของการตรวจวิเคราะห์ที่มีความถูกต้องแม่นยำ ซึ่งสิ่งที่จะสามารถวัดเกณฑ์ของความถูกต้องแม่นยำได้ในปัจจุบันมีวิธีการปฏิบัติหลายวิธี แต่ระบบ

ของ Westgard Sigma Verification มีการกำหนดแนวทางมาตรฐานเป็นของตนเอง เหมาะสมกับการนำไปใช้ได้จริง และเพื่อให้สามารถประเมินผลการทำงานของตนตามเป้าหมายคุณภาพที่ได้กำหนดไว้เอง โดยใช้วิธีการอิงหลักฐานและข้อมูลจริงเพื่อวัดเกณฑ์คุณภาพที่สถาบันต่าง ๆ ทำได้ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าสถาบันที่ผ่านการรับรองจะสามารถรักษาระดับคุณภาพที่มีได้อย่างต่อเนื่องเสมอต้นเสมอปลาย โดยโครงการนี้ใช้ระบบจัดการคุณภาพตามแบบ Six Sigma สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์หรือสถาบันที่มีวิธีการวัดระดับคุณภาพอย่างถูกต้องตามความเป็นจริงและสามารถวัดในเชิงปริมาณได้ เพื่อเป็นการรับประกันว่าคุณภาพของผลการทดลองที่ได้นั้นเป็นที่ยอมรับและเหมาะสมกับการนำไปใช้ทางการแพทย์ตามที่ตั้งเป้าไว้ได้จริง มาตรฐานนี้เป็น

เครื่องยืนยันเชิงวิเคราะห์ถึงคุณภาพของกระบวนการทดลอง การคัดเลือกและความสมเหตุสมผลของการใช้ระบบเครื่องมือต่าง ๆ การออกแบบกระบวนการควบคุมคุณภาพ การปรับหลักปฏิบัติในการควบคุมคุณภาพให้เป็นมาตรฐาน และมีการตรวจตราพร้อมการประเมินผลอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวัดความเชื่อมั่น ทั้งนี้ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับนอกจากความปลอดภัยในผลที่ถูกต้องแม่นยำแล้ว ยังเป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่แพทย์ในการตัดสินใจวางแผนการรักษาต่อไป ซึ่งเราถือว่าโชคดีที่มีผู้บริหารและทีมงานของเราทุกคนมีความมุ่งมั่นที่จะทำเรื่องดี ๆ เหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วยของเรา สมกับนโยบายของโรงพยาบาลที่ต้องการเป็นโรงพยาบาลที่ปลอดภัยที่สุด และดีที่สุดในโลกซึ่งเราเชื่อว่าทำได้”

มร.สแต่น เวสการ์ด ผู้อำนวยการฝ่ายการบริการลูกค้าและเทคโนโลยี สถาบัน Westgard QC Inc. กล่าวถึงการเข้าร่วมโครงการ Westgard Sigma Verification ว่า “ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ต้องการเข้าสู่โครงการ Westgard Sigma Verification จะต้องส่งผลการดำเนินงานของห้องปฏิบัติการไปให้บริษัท โดยจะต้องระบุบุคลากรที่จะเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดข้อกำหนดทางคุณภาพ ประเมินประสิทธิภาพของวิธีการและกำหนดกระบวนการ SQC ซึ่งทาง Westgard จะมีการทดสอบประเมินคุณภาพบนมาตรวัดซิกมาโดยใช้ Sigma Method Decision Chart เพื่อระบุหน่วยซิกมาจากข้อมูลที่รวบรวมได้จากห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และประเมินค่าความน่าเชื่อถือเพื่อลดความคลาดเคลื่อนหรือความบกพร่องในการทำงานลงให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อสร้างความมั่นใจว่า เราไม่ได้มีคุณภาพแค่ ณ วันนี้เท่านั้น แต่มีการพัฒนาและรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปในอนาคต”



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.

“วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอี ชนิดเชื้อเป็น
รุ่นใหม่ ได้รับการรับรองมาตรฐานวัคซีน
จากองค์การอนามัยโลก (WHO prequalified)”

อีกหนึ่งความภาคภูมิใจของประเทศไทย
ที่ประเทศไทยเป็นผู้ผลิตต้นกำเนิด
(Country of Origin)

วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอีรุ่นใหม่ได้รับการรับรอง
มาตรฐานวัคซีนจากองค์การอนามัยโลก (WHO; World Health
Organization) (WHO prequalified)¹ ว่าเป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพและ
ความปลอดภัย สามารถจัดซื้อได้ผ่านทาง UNICEF และหน่วยงานระดับชาติอื่นๆ
และจากการได้รับรองมาตรฐานครั้งนี้จะสามารถช่วยให้ทุกคนเข้าถึงวัคซีน Live attenuated Recombinant JE Vaccine ได้ง่ายขึ้น
ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ เมื่อฉีดเพียงเข็มเดียวก็จะสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันและลดการติดต่อของโรคไข้สมองอักเสบจากเชื้อไวรัส
Japanese encephalitis (JE) ได้

ผลจากนวัตกรรมวัคซีน Live attenuated Recombinant JE Vaccine ผลิตโดย บริษัท องค์การเภสัชกรรม เมอร์ริเออร์
ชีววัตถุ จำกัด (GPO-MBP) ซึ่งเป็นบริษัทร่วมทุนขององค์การเภสัชกรรม (GPO), สำนักงานทุนด้าวลย์ จำกัด (สำนักงานทรัพย์สิน
ส่วนพระมหากษัตริย์) และบริษัท ซาโนฟี่ ปาสเตอร์ จำกัด นับเป็นอีกหนึ่งความภาคภูมิใจของประเทศไทยที่ประเทศไทยเป็น
ผู้ผลิตต้นกำเนิด (Country of Origin) ของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวนี้ โดยได้มีการจัดจำหน่าย
ให้แก่ประเทศต่างๆ ตามความต้องการแล้วกว่า 6 ประเทศ (ออสเตรเลีย บรูไน ชองกง
มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และไทย) เพื่อนำไปฉีดให้ผู้ใหญ่ และเด็กที่มีอายุ 9 เดือนขึ้นไป
โดยการรับรองจาก WHO จะทำให้วัคซีนสามารถเข้าถึงในแถบภูมิภาคที่ขาดแคลนและ
มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ



โรคไข้สมองอักเสบเจอี

- ระบาดอยู่ในทวีปเอเชีย 24 ประเทศ ได้แก่ ไทย พม่า ลาว กัมพูชา
เวียดนาม มาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ เกาหลีเหนือ ญี่ปุ่น ไต้หวัน อินเดีย
บังกลาเทศ ศรีลังกา กัวเตมาลา กัวจีมาลิกัว ดอมินิคา-เลซเต ออสเตรเลีย รัสเซีย
เกาะโซโลมอน เกาะกวม บรูไน และสิงคโปร์²
- เชื้อไวรัสที่มียุงกัดเป็นพาหะนำโรคประมาณ 60,000 รายต่อปี และสี
ผู้เสียชีวิตแล้วถึง 15,000 รายต่อปี
- โรคนี้ยังพบในคนกลุ่ม Encephalitis ที่พบได้บ่อยที่สุดและรุนแรงที่สุด
ส่วนหนึ่งเกิดจากการติดเชื้อในระบบประสาท และในบางรายเชื้อไวรัสยังมีการระบาด
อยู่ทั่วไป ยังไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจงและกำจัดไวรัสในไขสันหลังได้

อ้างอิง

1. http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/PQ_277_JE_4dose_SP/en/
2. <http://www.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/chapter-3-infectious-diseases-related-to-travel/japanese-encephalitis>

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกขาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
ศ.กิตติคุณนพ.คุณวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์
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 บุนนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ปวน สุทธิพนิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอมนันตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วาทินี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะระลิต

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ขาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกกร ชจรศักดิ์

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสิฐกุล

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

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

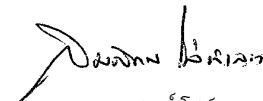
การดื่มสุรากับอุบัติเหตุทางรถยนต์

จากสถิติของการคาดการณ์โลก ประเทศไทยมีประชากรเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์เทียบกับจำนวนประชากร (พ.ศ. 2553) สูงที่สุดในเอเชีย (38.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) แต่ถ้านับเป็นจำนวนคนแล้ว เรามีคนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์เป็นอันดับ 6 ของโลก รองจากจีน อินเดีย ปากีสถาน ไนจีเรีย และรัสเซีย เนื่องจากประเทศเหล่านี้มีประชากรมากกว่าเรา การที่จะลดอุบัติเหตุลงได้จะต้องวิเคราะห์สาเหตุในกรุงเทพฯ มีรถชนกันมาก แต่ส่วนใหญ่ไม่เสียชีวิต เพราะมักจะชนท้ายรถคันหน้าและไม่รุนแรงมาก ส่วนในต่างจังหวัดบนถนนเล็กที่รถวิ่งสวนกันมีความรุนแรงจากการชนมากกว่า สาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากคือ ผู้ที่ขับรถจักรยานยนต์โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สวมหมวกนิรภัย ส่วนสาเหตุที่รถเกิดอุบัติเหตุคือ เครื่องยนต์ขัดข้อง เช่น เบรกเสีย ขับรถเร็วเปลี่ยนช่องเดินรถ ขับรถชิดคันหน้ามากเกินไป ทำให้หยุดรถไม่ทัน นอกจากนั้นก็เกิดจากการดื่มสุราหรือหลับใน ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ปัญหาส่วนใหญ่ป้องกันได้ถ้าเรามีการรักษากฎหมายที่ดี เรามีกฎหมายมากมาย แต่เราขาดคนที่ช่วยในการบังคับใช้กฎหมาย (law enforcement) เวลาเมื่ออุบัติเหตุที่ใดบ่อย ๆ เราควรไปสำรวจแก้ไขตำแหน่งนั้นว่าทัศนวิสัยไม่ดี หรือถนนไม่ดี หรือเครื่องหมายจราจรไม่ดี แต่เราไม่ทำ กลับไปโทษคนขับแล้วเอาศาลเจ้าไปตั้งว่าที่ตรงนี้ผิด เราควรสอนวินัยจราจรให้แก่เด็กมัธยมทุกคน การให้ใบขับขี่ต้องเข้มงวด โดยเฉพาะพวกที่ขับรถสาธารณะและรถบรรทุกเพราะถ้าผิดพลาดแล้วมีผลต่อคนจำนวนมาก รถยนต์ต้องมีการตรวจสอบสภาพเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาจะเดินทางไกล ๆ คนที่ขับรถเร็วเกินกำหนด คนที่เปลี่ยนช่องทางเดินรถจะต้องทำเครื่องหมายเลี้ยวล่วงหน้า มิฉะนั้นจะต้องถูกจับและถูกปรับ คนที่ขับรถตามหลังผู้อื่น ถ้าวิ่งด้วยความเร็ว 100 กิโลเมตรต่อชั่วโมงจะต้องขับห่างจากคันหน้าประมาณ 8-10 คันรถ มิฉะนั้นถ้าคันหน้าหยุดกะทันหันรถคันหลังจะหยุดไม่ทัน

เรามีคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้เงินภาษีสุราและบุหรี่ปีละ 3,000-4,000 ล้านบาท มารณรงค์เรื่องต่าง ๆ โดยไม่ได้ผล เขาเอาเงินไปซื้อสื่อกว่าพันล้านบาท สร้างอิทธิพลต่อสื่อ ในประเทศเกาหลีและไต้หวัน เขาเอาเงินภาษีสุราและบุหรี่มาซื้อวัคซีนป้องกันโรคให้แก่ประชาชนเป็นรูปธรรมชัดเจน

เมื่อประมาณ 20 ปีเศษแพทย์กลุ่มนี้เชื่อว่าอุบัติเหตุเกิดจากคนขับรถบรรทุกประทุกันยานยนต์ได้พยายามเรียกร้องให้รัฐบาลห้ามขาย แต่เป็นการแก้ที่ผิดทาง เพราะอุบัติเหตุไม่ได้ลดลง คนขับรถบรรทุกประทุกันยานยนต์ไม่หวังเพราะเราบังคับให้เขาขับช่วงกลางวัน เขาก็ต้องรับภาระยามไม่หวัง พอลมดฤทธิ์เขาก็เกิดความง่วงและชนพอดิในต่างประเทศเขาแก้ไขโดยให้คนขับรถสองคน เมื่อถึงก็เปลี่ยนคนขับ เขาให้ค่าจ้างตามเวลาที่ขับ ไม่ได้ให้เป็นเที่ยวที่ขับ คนขับไม่รีบร้อนเพราะไม่เกี่ยวกับการวิ่งรถก็เที่ยวเราเลิกขายมากกลายเป็นยาบ้ระบัดเพราะราคาแพงขึ้นหลายเท่า มีกำไรมากขึ้น สร้างปัญหามากขึ้น

มาดูเรื่องสุรากับการขับรถ คนในประเทศไทยไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์มากเท่าคนในยุโรป เช่น ฝรั่งเศส เยอรมนี หรือญี่ปุ่น คนเยอรมันดื่มเบียร์แทนน้ำ แต่ทำไมเขาไม่มีปัญหาอุบัติเหตุเท่าประเทศไทย คนของเขาไม่มีวินัย ถ้าเขาดื่มเขาจะไม่ขับ เวลาไปงานเลี้ยง คนที่ขับจะไม่ดื่ม ถ้าดื่มทุกคนเขาจะขึ้นแท็กซี่กลับบ้าน เขาไม่ติดป้ายตามถนนว่าเมาไม่ขับ เพราะเขารู้ดีว่าถ้าเขาขับแล้วถูกจับเขาจะโดนยึดใบขับขี่ อาจถูกจับเข้าคุกไว้ก่อน ถูกปรับ ถูกบันทึกไว้ในประวัติ เขาไม่มีตำรวจตั้งด่านตรวจแอลกอฮอล์ แต่เขาใช้วิธีสุ่มตรวจ เห็นรถคันใดขับไม่ค่อยตรงก็เรียกให้หยุด ให้เดินเป็นเส้นตรงและเป่าตรวจ แอลกอฮอล์จากลมหายใจ ถ้าตั้งด่านคนจะรู้ว่าถ้าเมาไปทางอื่นหรือจ้างคนขับแทนในช่วงที่ผ่านด่านตรวจ เรากำหนดเวลาขายแอลกอฮอล์ปรากฏว่าชาวต่างชาติเขาหัวเราะว่าเราแก้ไขไม่ถูกทาง เราบังคับกวดตรวจที่มีไวน์ราคาแพงให้ขายตามเวลา แต่คนพวกนี้เขารู้ว่าควรดื่มประมาณเท่าใดจึงจะปลอดภัย ส่วนชาวบ้านก็ไปซื้อมาเก็บไว้ก่อน แลมนในชนบทอาจจะดื่มสุราที่ผลิตเอง บางสถานีนำนมเอาสุราใส่ในขวดน้ำดื่มหรือถ้วยกาแฟแล้วขายตามปกติ ถ้าเจ้าหน้าที่เข้มงวดกับคนขับรถที่ดื่มสุราอย่างจริงจังจะได้ผลมากกว่า สิ่งที่เราละเลยคือการเข้มงวดกับสถานบริการที่ขายสุราหรือแอลกอฮอล์แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 21 ปี เพราะแอลกอฮอล์เป็นอันตรายต่อสมอง และเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีปัญหาแทรกซ้อนจากสุรามากกว่าทั้งอุบัติเหตุ อาชญากรรม และเรื่องเพศ


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

CONTENTS

The Medical News ฉบับที่ 428 วันที่ 16 - 31 ธันวาคม 2557



3 โลกกว้างทางแพทย์

- Vemurafenib ร่วมกับ Cobimetinib สำหรับรักษา BRAF-Mutated Melanoma
- เปรียบเทียบให้อาหารทางสายยางโดยเร็วและอาหารกินทางปากในผู้ป่วยอัมพาต
- เทียบ Unfractionated Heparin และ Bivalirudin ใน Primary Percutaneous Coronary Intervention

7 Get Up

- โรคอ้วนเทียบความเสียหายเท่าสูบบุหรี่
- แอฟริกาใต้ทุ่มทุนซื้อยาเอดส์
- ปัญหาชีวิตคู่พาสูโรคหัวใจ

9 Movement

10 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. พบ “ผู้สูงอายุไทยสุขภาพเสีย” มากถึง 9.2 ล้านคน
- คกก.เอดส์ชาติ ยกการยุติเอดส์เป็น “วาระแห่งชาติ” หวังใน 16 ปี ปิดฉากโรคเอดส์

12 ปักตะขาก้าว

สธ. มอบของขวัญปีใหม่
ส่ง “ทีมหมอครอบครัว” ดูแลคนไทย

13 In Focus

รับศรัทธาใหม่
ปรับพฤติกรรม “ลดเค็ม”

17 Special

5 เยาวชนคนเก่งผู้ได้รับพระราชทานทุน
โครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ ประจำปี 2557

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

HIV/AIDS

21 หลากสีสัน

ทฤษฎีความสุข (The fun theory)

23 เสียงแพทย์

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวัง (ตอนที่ 3)
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีปัญหาในการบริหารจัดการ
เป็นอย่างมาก

25 จุฬาปริทัศน์

Awake Fiberoptic Nasotracheal Intubation

28 Systematic Review

การรักษาผิวหนังอักเสบเรื้อรัง

29 เฉพาะโรค

การดูแลระบบทางเดินหายใจในขณะขนย้ายผู้ป่วย
(Respiratory Care in Transportation)

33 มุมนิติเวช

การตายจากอุบัติเหตุจราจร: การเก็บแอลกอฮอล์สำคัญยิ่ง
(รายงานผู้ตาย 1 ราย)

37 Radar

การวินิจฉัยอัลไซเมอร์ด้วยเครื่อง PET Scan

38 รายงานพิเศษ

นักวิจัยธรรมชาติศาสตร์กว่า 18 รางวัล
งานประกวดสิ่งประดิษฐ์นานาชาติที่เกาหลีใต้

40 เกาะติดงานประชุม

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ และภาคีเครือข่าย
จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ สุขภาพจิตของครอบครัว ครั้งที่ 2
“ประยุกต์จิตวิทยาบุคคลในเวชปฏิบัติ”

42 ข่าวบริการ

44 IT News/Book Shop

45 ภาพข่าว

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

ก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาควิชา IX (Human immunodeficiency virus : HIV)



ความต่างทางเพศต่อความเสี่ยงตลอดชีวิต และการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดครั้งแรก

BMJ 2014;349:g5992.

บทความเรื่อง Sex Differences in Lifetime Risk and First Manifestation of Cardiovascular Disease: Prospective Population Based Cohort Study รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ prospective population based cohort study เพื่อประเมินความต่างของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นครั้งแรกระหว่างผู้ชายและผู้หญิงที่มีความเสี่ยงใกล้เคียงกัน โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในเนเธอร์แลนด์จำนวน 8,419 คน (60.9% เป็นผู้หญิง) ซึ่งมีอายุ ≥ 55 ปี และปลอดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พื้นฐาน

มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ การตรวจพบโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก (กล้ามเนื้อหัวใจตาย การเปิดหลอดเลือดหัวใจ และการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ), โรคหลอดเลือดสมอง (สโตรค หลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว และการเปิดหลอดเลือดคาโรติด), หัวใจล้มเหลว หรือการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น หรือการเสียชีวิตที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และคำนวณความเสี่ยงตลอดชีวิตต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และการเกิดโรคครั้งแรกโดยปรับตามการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่น

ระหว่างการติดตามสูงสุด 20.1 ปี พบกลุ่มตัวอย่าง 2,888 คนเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคหลอดเลือดหัวใจ 826 คน, โรคหลอดเลือดสมอง 1,198 คน, โรคหัวใจล้มเหลว 762 คน และเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น 102 คน) ที่อายุ 55 ปี พบว่าความเสี่ยง

ตลอดชีวิตต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมเท่ากับ 67.1% (95% CI 64.7-69.5%) สำหรับผู้ชาย และ 66.4% (64.2-68.7%) สำหรับผู้หญิง ความเสี่ยงตลอดชีวิตสำหรับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดครั้งแรกในผู้ชายเท่ากับ 27.2% (24.1-30.3%) สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ, 22.8% (20.4-25.1%) สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง, 14.9% (13.3-16.6%) สำหรับโรคหัวใจล้มเหลว และ 2.3% (1.6-2.9%) สำหรับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น โดยผลลัพธ์ในผู้หญิงเท่ากับ 16.9% (13.5-20.4%), 29.8% (27.7-31.9%), 17.5% (15.9-19.2%) และ 2.1% (1.6-2.7%) ตามลำดับ ความต่างด้านจำนวนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตในผู้หญิงเทียบกับผู้ชาย (per 1,000) เท่ากับ -7 สำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกโรค, -102 สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ, 70 สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง, 26 สำหรับโรคหัวใจล้มเหลว และ -1 สำหรับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น โดยทั้งหมดเกิดขึ้นที่อายุน้อยกว่าในผู้หญิง ผลลัพธ์มีรูปแบบใกล้เคียงกันเมื่อวิเคราะห์เฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดจากหลอดเลือดแดงแข็ง แต่ absolute risk differences ระหว่างผู้ชายและผู้หญิงอ่อนลงสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจและสโตรค

ที่อายุ 55 ปี พบว่าแม้ผู้ชายและผู้หญิงมีความเสี่ยงตลอดชีวิตต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใกล้เคียงกัน แต่มีความแตกต่างที่เห็นได้ชัดด้านการเกิดโรคครั้งแรก โดยผู้ชายมีแนวโน้มสูงกว่าที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก ขณะที่ผู้หญิงมีแนวโน้มจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือหัวใจล้มเหลวเป็นครั้งแรก และมักเกิดขึ้นที่อายุน้อยกว่า

Vemurafenib ร่วมกับ Cobimetinib สำหรับรักษา BRAF-Mutated Melanoma

N Engl J Med 2014;371:1867-1876.

บทความเรื่อง Combined Vemurafenib and Cobimetinib in BRAF-Mutated Melanoma รายงานว่า การยับยั้ง BRAF และ MEK เชื่อว่าจะเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยมะเร็งผิวหนัง melanoma จากการป้องกันหรือชะลอการต่อต้านจากการรักษาด้วย BRAF inhibitors อย่างเดียว

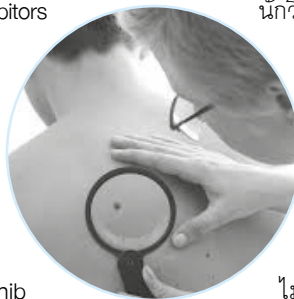
การศึกษานี้ประเมินผลของการรักษาด้วย vemurafenib ซึ่งเป็น BRAF inhibitor ร่วมกับ cobimetinib ซึ่งเป็น MEK inhibitor โดยสุ่มให้ผู้ป่วย BRAF V600 mutation-positive melanoma ลูกกลมเฉพาะที่หรือแพร่กระจาย 495 คน ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาและไม่สามารถผ่าตัดได้รับการรักษาด้วย vemurafenib และ cobimetinib (กลุ่ม combination) หรือ vemurafenib และยาหลอก (กลุ่มควบคุม) และจุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ การรอดชีวิตโดยโรคสงบประเมินโดยนักวิจัย

มัธยฐานการรอดชีวิตโดยโรคสงบเท่ากับ 9.9 เดือนในกลุ่ม combination และ 6.2 เดือนในกลุ่มควบคุม (hazard ratio สำหรับการเสียชีวิตหรือการลุกลาม 0.51; 95% CI 0.39-0.68; $p < 0.001$) อัตรา

ของ complete หรือ partial response ในกลุ่ม combination เท่ากับ 68% เทียบกับ 45% ในกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) โดยมี complete response เท่ากับ 10% ในกลุ่ม combination และ 4% ในกลุ่มควบคุม การรอดชีวิตโดยโรคสงบประเมินจากการทบทวนมีผลใกล้เคียงกับการประเมินโดยนักวิจัย จาก interim analyses ของการรอดชีวิตโดยรวมพบว่า มีอัตราการรอดชีวิตที่ 9 เดือนเท่ากับ 81% (95% CI 75-87)

ในกลุ่ม combination และ 73% (95% CI 65-80) ในกลุ่มควบคุม การรักษาด้วย vemurafenib และ cobimetinib สัมพันธ์กับอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ grade 3 หรือสูงกว่าเมื่อเทียบกับ vemurafenib และ placebo (65% vs. 59%) และไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้านอัตราของการหยุดยาที่ศึกษา ทั้งนี้พบว่าจำนวนมะเร็งผิวหนังทุติยภูมิลดลงจากการรักษาด้วย vemurafenib และ cobimetinib

การรักษาด้วย vemurafenib ร่วมกับ cobimetinib สัมพันธ์กับการรอดชีวิตโดยโรคสงบที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วย BRAF V600-mutated metastatic melanoma โดยที่ทำให้ผลข้างเคียงสูงขึ้นบ้าง



การควบคุมน้ำตาลและการเสียชีวิตในเบาหวานชนิดที่ 1

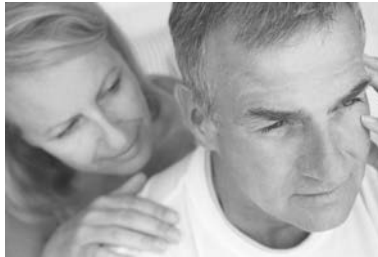
N Engl J Med 2014;371:1972-1982.

บทความเรื่อง Glycemic Control and Excess Mortality in Type 1 Diabetes รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่สูงกว่าต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และค่าน้ำตาลที่ระดับต่าง ๆ นักวิจัยได้ศึกษาแบบ observational study จากข้อมูลทะเบียนเพื่อประเมินความเสี่ยงที่สูงกว่าต่อการเสียชีวิตตามระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชาวสวีเดน

นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งมีข้อมูลในทะเบียน Swedish National Diabetes Register หลังวันที่ 1 มกราคม

ค.ศ. 1998 โดยสุ่มกลุ่มควบคุม 5 คนต่อผู้ป่วย 1 คน เทียบเคียงตามอายุ เพศ และชุมชน และติดตามผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2011 จากทะเบียน Swedish Register for Cause-Specific Mortality

ค่าเฉลี่ยอายุของผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มควบคุมที่พื้นฐานเท่ากับ 35.8 ปี และ 35.7 ปี และ 45.1% ของแต่ละกลุ่มเป็นผู้หญิง การติดตามในกลุ่มโรคเบาหวานและกลุ่มควบคุมมีระยะเฉลี่ย 8.0 และ 8.3 ปี โดยรวมพบผู้ป่วยเสียชีวิต 2,701 คน จาก 33,915 คน (8.0%) เทียบกับกลุ่มควบคุม 4,835 คน จาก 169,2459 คน (2.9%) (adjusted hazard ratio 3.52; 95% confidence interval [CI] 3.06-4.04)



และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ 2.7% และ 0.9% (adjusted hazard ratio 4.60; 95% CI 3.47-6.10) ค่า hazard ratios ปรับพหุตัวแปรสำหรับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุตามระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานเทียบกับกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.36 (95% CI 1.97-2.83) สำหรับค่าน้ำตาลเท่ากับ 6.9% หรือต่ำกว่า (≤ 52 mmol per mole), 2.38 (95% CI 2.02-2.80) สำหรับค่าน้ำตาลเท่ากับ 7.0-7.8% (53-62 mmol per mole), 3.11 (95% CI 2.66-3.62) สำหรับค่าน้ำตาลเท่ากับ 7.9-8.7% (63-72 mmol per mole), 3.65 (95% CI 3.11-4.30) สำหรับค่าน้ำตาลเท่ากับ 8.8-9.6% (73-82 mmol per mole) และ 8.51 (95% CI 7.24-10.01)

สำหรับค่าน้ำตาลเท่ากับ 9.7% หรือสูงกว่า (≥ 83 mmol per mole) โดยค่า hazard ratios สำหรับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ 2.92 (95% CI 2.07-4.13), 3.39 (95% CI 2.49-4.61), 4.44 (95% CI 3.32-5.96), 5.35 (95% CI 3.94-7.26) และ 10.46 (95% CI 7.62-14.37)

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และมีค่าน้ำตาลเท่ากับ 6.9% หรือต่ำกว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุหรือจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบให้อาหารทางสายยางโดยเร็ว และอาหารกินทางปากในตับอ่อนอักเสบฉับพลัน

N Engl J Med 2014;371:1983-1993.

บทความเรื่อง Early versus On-Demand Nasoenteric Tube Feeding in Acute Pancreatitis รายงานว่า การให้อาหารทางสายสวนจมูกมักปฏิบัติในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบฉับพลันที่มีอาการรุนแรงเมื่อป้องกันการติดเชื้อ แต่ข้อมูลสำหรับสนับสนุนแนวทางดังกล่าวยังคงมีจำกัด

นักวิจัยศึกษาแบบ multicenter, randomized trial เปรียบเทียบการให้อาหารผ่านสายสวนจมูกโดยเร็วและอาหารกินทางปากที่ 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบฉับพลันซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนตาม Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II ที่ 8 คะแนนหรือสูงกว่า (จากคะแนน 0-71 โดยคะแนนที่สูงกว่าชี้ว่ามีโรคที่รุนแรงกว่า) Imrie หรือ Glasgow ที่ปรับแล้วที่เท่ากับ 3 คะแนนหรือสูงกว่า (จากคะแนน 0-8 โดยคะแนนที่สูงกว่าชี้ว่ามีโรคที่รุนแรงกว่า) หรือระดับ serum C-reactive protein ที่มากกว่า 150 mg per liter ผู้ป่วยได้รับการสุ่มให้ได้รับอาหารทางสายสวนส่วนจมูกภายใน 24 ชั่วโมงหลังการสุ่ม (early group) หรืออาหารกินทางปากที่ 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษา (on-demand group) โดยให้อาหารทางสายยางใน



กรณีไม่สามารถรับอาหารกินทางปากได้ จุดยุติปฐมภูมิได้แก่ ผลรวมของการติดเชื้อรุนแรง (infected pancreatic necrosis, bacteremia หรือ pneumonia) หรือการเสียชีวิตระหว่าง 6 เดือนของการติดตาม

การศึกษารวบรวมผู้ป่วย 208 คน จากโรงพยาบาล 19 แห่งในประเทศเนเธอร์แลนด์ มีรายงานจุดยุติปฐมภูมิในผู้ป่วย 30 คน จาก 101 คน (30%) ในกลุ่ม early group และใน 28 คน จาก 104 คน (27%) ในกลุ่ม on-demand group (risk ratio 1.07; 95% CI 0.79-1.44; $p = 0.76$) โดยไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม early group และกลุ่ม on-demand group ด้านอัตราของการติดเชื้อรุนแรง (25% และ 26% respectively; $p = 0.87$) หรือการเสียชีวิต (11% และ 7% respectively; $p = 0.33$) และในกลุ่ม on-demand group พบว่า ผู้ป่วย 72 คน (69%) สามารถรับอาหารกินทางปากได้และไม่จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง

ข้อมูลการศึกษานี้ไม่พบว่าการให้อาหารทางสายสวนจมูกโดยเร็วมีผลลัพธ์ดีกว่าในด้านลดอัตราการติดเชื้อหรือเสียชีวิตในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบฉับพลันซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเทียบกับการให้อาหารกินทางปากภายหลัง 72 ชั่วโมง

ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามชั่วโมงงาน และสถานภาพเศรษฐกิจและสังคม

The Lancet Diabetes & Endocrinology, Early Online Publication, September 25, 2014.

บทความเรื่อง Long Working Hours, Socioeconomic Status, and the Risk of Incident Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis of Published and Unpublished Data from 222,120 Individuals รายงานว่า ชั่วโมงการทำงานที่นานอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แต่ยังไม่ชัดเจนว่ามีผลกระทบต่อทุกระดับของสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมหรือไม่

นักวิจัยได้ศึกษาบทบาทของชั่วโมงการทำงานที่นานในฐานะปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาแบบ meta-analysis แบ่งตามระดับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลในการศึกษารวบรวมจากฐานข้อมูล PubMed และ Embase จนถึงวันที่ 30 เมษายน ค.ศ. 2014 เกณฑ์การรวบรวม ได้แก่ ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ศึกษาแบบ prospective design (cohort study) ศึกษาผลของชั่วโมงการทำงานหรือการทำงานล่วงเวลา กำหนดให้การเกิดโรคเบาหวานเป็นผลลัพธ์ และมีข้อมูล relative risks, odds ratios หรือ hazard ratios (HRs) ร่วมกับ 95% CIs หรือมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการคำนวณ นอกจากนี้ยังได้ใช้ข้อมูลระดับบุคคลที่ไม่ได้ตีพิมพ์จากการศึกษาใน Individual-Participant-Data Meta-analysis in Working-Populations Consortium และฐานข้อมูลการศึกษา ระหว่างประเทศ และรวมค่าอิทธิพลจากข้อมูลที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ จากกลุ่มตัวอย่างชายและหญิง 222,120 คนจากสหรัฐอเมริกา ยุโรป ญี่ปุ่น และออสเตรเลียด้วย random-effects meta-analysis



ระหว่าง 1.7 million person-years at risk พบผู้ที่เกิดโรคเบาหวาน 4,963 คน (incidence 29 per 10,000 person-years) ค่า minimally adjusted summary risk ratio สำหรับชั่วโมงการทำงานที่นาน (≥ 55 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) เทียบกับชั่วโมงการทำงานปกติ (35-40 ชั่วโมง) เท่ากับ 1.07 (95% CI 0.89-1.27, difference in incidence three cases per 10,000 person-years) โดยมีความต่างที่มีนัยสำคัญด้านค่าประมาณของแต่ละการศึกษา ($I^2 = 53\%$, $p = 0.0016$) ในการวิเคราะห์ที่แบ่งชั้นตามสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมพบความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการทำงานที่นาน และโรคเบาหวานในกลุ่มสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับล่าง (risk ratio 1.29, 95% CI 1.06-1.57, difference in incidence 13 per 10,000 person-years, $I^2 = 0\%$, $p = 0.4662$) แต่ไม่พบในกลุ่มสถานภาพระดับสูง (1.00, 95% CI 0.80-1.25, incidence difference zero per 10,000 person-years, $I^2 = 15\%$, $p = 0.2464$) ความสัมพันธ์ในกลุ่มสถานภาพระดับล่าง เห็นได้ชัดแม้ปรับตามอายุ เพศ และการเคลื่อนไหวออกแรง ตลอดจนภายหลังตัดผู้ที่ทำงานเป็นกะออก

ข้อมูลจาก meta-analysis นี้ชี้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการทำงานที่นานและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เห็นชัดเจนในผู้ที่อยู่ในกลุ่มสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับล่าง



คะแนน Apgar และความเสี่ยงเสียชีวิตในทารก

Lancet. 2014;384(9959):1749-1755.

บทความเรื่อง Apgar Score and the Risk of Cause-Specific Infant Mortality: A Population-Based Cohort Study รายงานว่า คะแนน Apgar ได้ใช้กันแพร่หลายทั่วโลกในฐานะดัชนีประเมินสภาวะของทารกแรกเกิดมากกว่า 60 ปี แต่จากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และการดูแลรักษาทารกในปัจจุบันทำให้คะแนน Apgar มีบทบาทไม่ชัดเจน

นักวิจัยศึกษาระดับความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน Apgar ที่ 5 นาที และความเสี่ยงการเสียชีวิตหลังคลอดและในวัยทารกจำแนกตามสาเหตุ โดยเชื่อมโยงข้อมูลการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการเสียชีวิต สำหรับการคลอดทั้งหมดในสกอตแลนด์ระหว่างปี ค.ศ. 1992-2010 และวิเคราะห์เฉพาะการคลอดเดี่ยวซึ่งทารกคลอดมีชีวิต แม้มีอายุมากกว่า 10 ปี และมีอายุครรภ์ขณะคลอดระหว่าง 22-24 สัปดาห์ และตัดการเสียชีวิตเนื่องจากความพิการแต่กำเนิดหรือ isoimmunisation ออกจากการคำนวณ relative risks (RRs) ของการเสียชีวิตหลังคลอดและช่วงวัยของทารกแรกเกิดที่มีคะแนนระดับต่ำ (0-3) และปานกลาง (4-6) ที่ 5 นาที เทียบกับทารกที่มีคะแนนปกติ (7-10) ประเมินจาก binomial log-linear modelling ซึ่งปรับปัจจัยรบกวน การวิเคราะห์แบ่งตามอายุครรภ์ขณะคลอด เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลที่มีนัยสำคัญ

มีข้อมูลครบถ้วนสำหรับการคลอดมีชีวิต 1,029,207 ราย ในทุกช่วงอายุครรภ์พบว่า คะแนน Apgar ระดับต่ำที่ 5 นาทีสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการเสียชีวิตหลังคลอดและในวัยทารก แต่ความหนักแน่นของความสัมพันธ์ (adjusted RR, 95% CI referent to Apgar 7-10) มีระดับสูงสุดที่การคลอดครบกำหนด ($p < 0.0001$) คะแนน Apgar ที่ต่ำ (0-3) สัมพันธ์กับ adjusted RR ที่เท่ากับ 359.4 (95% CI 277.3-465.9) สำหรับการเสียชีวิตหลังคลอดในช่วงแรก, 30.5 (18.0-51.6) สำหรับการเสียชีวิตหลังคลอดในช่วงหลัง และ 50.2 (42.8-59.0) สำหรับการเสียชีวิตในวัยทารก และพบความสัมพันธ์แบบเดียวกันแต่มีความหนักแน่นต่ำกว่าจากคะแนน Apgar ระดับปานกลาง (4-6) ความสัมพันธ์ที่เห็นชัดที่สุด ได้แก่ การเสียชีวิตจากภาวะ anoxia และคะแนน Apgar ที่ต่ำ (0-3) สำหรับทารกคลอดครบกำหนด (RR 961.7, 95% CI 681.3-1,357.5) และคลอดก่อนกำหนด (141.7, 90.1-222.8) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน Apgar ที่ 5 นาที และความเสี่ยงการเสียชีวิตฉบับหลังในทุกละดับช่วงอายุครรภ์ (RR 0.6, 95% CI 0.1-4.6 at term; 1.2, 0.3-4.8 at preterm)

คะแนน Apgar ที่ต่ำที่ 5 นาทีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงการเสียชีวิตหลังคลอดและในช่วงวัยทารก ข้อมูลนี้สนับสนุนว่าคะแนน Apgar ยังคงมีประโยชน์ในเวชปฏิบัติปัจจุบัน

เทียบ Unfractionated Heparin และ Bivalirudin ใน Primary Percutaneous Coronary Intervention

Lancet. 2014;384(9957):1849-1858.

บทความเรื่อง Unfractionated Heparin versus Bivalirudin in Primary Percutaneous Coronary Intervention (HEAT-PPCI): An Open-Label, Single Centre, Randomised Controlled Trial รายงานว่า การรักษาด้วย bivalirudin และ glycoprotein (GP) IIb/IIIa inhibitor agents เป็นมาตรฐานที่ยอมรับกันใน primary percutaneous coronary intervention (PPCI) นักวิจัยจึงได้เปรียบเทียบการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดด้วย bivalirudin หรือ unfractionated heparin ระหว่าง PPCI

นักวิจัยศึกษาแบบ open-label, randomised controlled trial ในผู้ใหญ่ที่ตรวจเอกซเรย์หลอดเลือดสำหรับ PPCI ที่โรงพยาบาล Liverpool Heart and Chest Hospital โดยก่อนตรวจเอกซเรย์หลอดเลือดได้สุ่มให้ผู้ป่วย (1:1 แบ่งตามอายุ [< 75 ปี vs. ≥ 75 ปี]) และภาวะช็อกเหตุหัวใจ [มี vs. ไม่มี] ให้ได้รับ heparin (70 U/kg)

หรือ bivalirudin (bolus 0.75 mg/kg; infusion 1.75 mg/kg per h) และติดตามถึง 28 วัน ผลลัพธ์หลักด้านประสิทธิภาพ ได้แก่ ผลรวมของการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ หรือ unplanned target lesion revascularization ผลลัพธ์หลักด้านความปลอดภัย ได้แก่ อุบัติการณ์ของเลือดออกรุนแรง (type 3-5 ตาม Bleeding Academic Research Consortium definitions)

ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2012 ถึงวันที่ 20 พฤศจิกายน ค.ศ. 2013 มีผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์หลอดเลือดฉุกเฉินได้รับการสุ่ม 1,829 คน จาก 1,917 คน โดยวิเคราะห์ครั้งสุดท้ายจากข้อมูลผู้ป่วย 1,812 คน ผู้ป่วย 751 คน (83%) จาก 905 คน ในกลุ่ม bivalirudin และ 740 คน (82%) จาก 907 คนในกลุ่ม heparin ได้ทำ percutaneous coronary intervention อัตราของการใช้ GP IIb/IIIa inhibitor เท่ากันในทุกสองกลุ่ม (122 คน [13%] ในกลุ่ม bivalirudin และ 140 คน [15%]

ในกลุ่ม heparin) ผลลัพธ์หลักด้านประสิทธิภาพเกิดขึ้นในผู้ป่วย 79 คน (8.7%) จาก 905 คนในกลุ่ม bivalirudin และ 52 คน (5.7%) จาก 907 คนในกลุ่ม heparin (absolute risk difference 3.0%; relative risk [RR] 1.52, 95% CI 1.09-2.13, $p = 0.01$) ผลลัพธ์หลักด้านความปลอดภัยเกิดขึ้นในผู้ป่วย 32 คน (3.5%) จาก 905 คนในกลุ่ม bivalirudin และ 28 คน (3.1%) จาก 907 คนในกลุ่ม heparin (0.4%; 1.15, 0.70-1.89, $p = 0.59$)

เมื่อเทียบกับ bivalirudin พบว่า heparin ลดอุบัติการณ์ของเหตุขาดเลือดรุนแรงในบริบทของ PPCI โดยไม่เพิ่มการเกิดเลือดออก และการใช้ heparin อย่างเป็นระบบแทน bivalirudin น่าจะลดค่าใช้จ่ายของยาได้อย่างมีนัยสำคัญ



Sodium Zirconium Cyclosilicate ลดโพแทสเซียมในผู้ป่วยโพแทสเซียมสูง

JAMA. Published online November 17, 2014.

บทความเรื่อง Effect of Sodium Zirconium Cyclosilicate on Potassium Lowering for 28 Days Among Outpatients with Hyperkalemia: The HARMONIZE Randomized Clinical Trial รายงานว่า ภาวะโพแทสเซียมสูงเป็นความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ที่พบบ่อยซึ่งอาจควบคุมได้ยากเนื่องจากขาดแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ขณะที่ sodium zirconium cyclosilicate เป็น non-absorbed cation ที่จับกับโพแทสเซียมในลำไส้

การศึกษา HARMONIZE ได้ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาด้วย zirconium cyclosilicate เป็นเวลา 28 วัน ในผู้ป่วยนอกที่มีภาวะโพแทสเซียมสูง (serum potassium ≥ 5.1 mEq/L) โดยรวบรวมจากโรงพยาบาล 44 แห่งในสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และแอฟริกาใต้ (มีนาคม-สิงหาคม ค.ศ. 2014)

ผู้ป่วย ($n = 258$) ได้รับ 10 กรัมของ zirconium cyclosilicate วันละ 3 ครั้งระหว่าง 48 ชั่วโมงแรกของช่วง open-label phase จากนั้นได้สุ่มให้ผู้ป่วย ($n = 237$) ที่มีระดับโพแทสเซียมลดลงเป็นปกติ (3.5-5.0 mEq/L) ได้รับ zirconium

cyclosilicate, 5 กรัม ($n = 45$), 10 กรัม ($n = 51$) หรือ 15 กรัม ($n = 56$) หรือยาหลอก ($n = 85$) วันละครั้งเป็นเวลา 28 วัน จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระดับโพแทสเซียมในกลุ่ม zirconium cyclosilicate แต่ละกลุ่มเทียบกับยาหลอกระหว่างวันที่ 8-29 ของช่วง randomized phase

ในช่วง open-label phase พบว่า ระดับ serum potassium ลดลงจาก 5.6 mEq/L ที่พื้นฐานมาที่ 4.5 mEq/L ที่ 48 ชั่วโมง มัชยฐานเวลาในการลดลงเป็นปกติเท่ากับ 2.2 ชั่วโมง โดย 84% ของผู้ป่วย (95% CI 79-88%) มีระดับโพแทสเซียมเป็นปกติใน 24 ชั่วโมง และ 98% (95% CI 96-99%) ภายใน 48 ชั่วโมง ในช่วง randomized phase พบว่า ระดับ serum potassium ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญระหว่างวันที่ 8-29 ในกลุ่มที่ได้รับ zirconium cyclosilicate ทั้ง 3 ขนาดเทียบกับยาหลอก (4.8 mEq/L [95% CI 4.6-4.9], 4.5 mEq/L [95% CI 4.4-4.6] และ 4.4 mEq/L [95% CI 4.3-4.5] สำหรับ 5 กรัม, 10 กรัม และ 15 กรัม; 5.1 mEq/L [95% CI 5.0-5.2] for placebo; $p < 0.001$ for all comparisons) สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยโพแทสเซียม < 5.1 mEq/L ระหว่างวันที่ 8-29 สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ได้รับ

zirconium cyclosilicate เทียบกับยาหลอก (36/45 [80%], 45/50 [90%] และ 51/54 [94%] สำหรับ 5 กรัม, 10 กรัม และ 15 กรัม vs 38/82 [46%] จากยาหลอก; $p < 0.001$ for each dose vs. placebo) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พบใกล้เคียงกันในกลุ่มที่ได้รับ zirconium cyclosilicate และยาหลอก แต่พบอาการบวมน้อยกว่าในกลุ่มที่ได้รับยาขนาด 15 กรัม (อุบัติการณ์: 2/85 [2%], 1/45 [2%], 3/51 [6%] และ 8/56 [14%] รายในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก และกลุ่มที่ได้รับยาขนาด 5 กรัม 10 กรัม และ 15 กรัม) มีรายงานภาวะโพแทสเซียมต่ำในผู้ป่วย 5/51 (10%) คน 6/56 คน (11%) ในกลุ่มที่ได้รับ zirconium cyclosilicate ขนาด 10 กรัม และ 15 กรัม แต่ไม่พบในกลุ่มที่ได้รับยาขนาด 5 กรัม และกลุ่มที่ได้รับยาหลอก

ในผู้ป่วยนอกที่มีภาวะโพแทสเซียมสูง พบว่า การรักษาด้วย sodium zirconium cyclosilicate ลดระดับ serum potassium ลงมาที่ระดับปกติภายใน 48 ชั่วโมง และเมื่อเทียบกับยาหลอกพบว่า zirconium cyclosilicate ทั้ง 3 ขนาดทำให้มีระดับโพแทสเซียมต่ำกว่าและมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ระดับโพแทสเซียมเป็นปกติถึง 28 วันมากกว่า และจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ zirconium cyclosilicate หลัง 4 สัปดาห์ รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาว

โรคอ้วนเทียบความเสียหายเท่าสูบบุหรี่

บีบีซี - โรคอ้วนก่อความเสียหายทางเศรษฐกิจทั่วโลกเทียบเท่าการสูบบุหรี่หรือสงคราม และส่งผลกระทบรุนแรงยิ่งกว่าติดเหล้าหรือภาวะโลกร้อน

ผลการศึกษาโดยสถาบันแมคคินซี โกลบอล เผยว่า ปัจจุบันมีผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนราว 2,100 ล้านคน หรือเทียบเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทั่วโลก และตัวเลขดังกล่าวอาจสูงถึงครึ่งหนึ่งของประชากรโลก ภายในปี พ.ศ. 2573 นอกจากนี้โรคอ้วนยังก่อความเสียหายทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่ามหาศาลจากค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการลางานและปัญหา กำลังผลิตอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

ด้านนักวิจัยเรียกร้องให้จัดทำนโยบายแก้ปัญหาโรคอ้วนอย่างเป็นระบบ โดยเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม เช่น ควบคุมผลิตภัณฑ์อาหาร และปรับสูตรอาหารจานด่วนหรือ

อาหารผ่านกระบวนการ อันเป็นวิธีที่ได้ผลการขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันและน้ำตาลสูงหรือมาตรการรณรงค์รักษาสุขภาพ รวมถึงยังอาจพิจารณาการจัดทำโครงการควบคุมน้ำหนักและกายบริหารในที่ทำงาน

อนึ่ง รายงานระบุว่า ความชุกที่สูงขึ้นของโรคอ้วนเป็นตัวการร้ายของหลายโรค รวมถึงโรคหัวใจ โรคปอด โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งอันมีสาเหตุมาจากการไม่ดูแลสุขภาพ



แอฟริกาใต้ทุ่มทุนซื้อยาเอดส์

บีบีซี - ทางแอฟริกาใต้จะจัดสรรงบประมาณ 2,200 ล้านดอลลาร์ตลอด 2 ปี สำหรับจัดซื้อยาเอชไอวี/เอดส์สำหรับโรงพยาบาลรัฐ

นายริบ เดวีส์ รัฐมนตรีการค้าและอุตสาหกรรมเปิดเผยระหว่างการตรวจโรงงานยาของบริษัทยาท้องถิ่นว่า กระทรวงสาธารณสุขจะจัดสรรงบประมาณ 2,200 ล้านดอลลาร์เพื่อจัดซื้อยาด้านไวรัสสำหรับปี พ.ศ. 2558 หลังพบปัญหาสถานพยาบาลหลายแห่งขาดแคลนยารักษา ทั้งที่ทางการแพทย์ดำเนินมาตรการเพื่อกระจายยาให้ทั่วถึง

ปัจจุบันโครงการรักษาเอชไอวี/เอดส์ของแอฟริกาใต้ นับเป็นโครงการขนาดใหญ่ที่สุดของโลก อันเป็นผลจากอัตราการแพร่ระบาดของเอชไอวีที่รั้งอันดับหนึ่งด้วยจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 6 ล้านคน



เตือนภัยพลาสติกต่อการกลอดก่อนกำหนด

บีบีซี - นักวิจัยอเมริกันเตือน ทารกกลอดก่อนกำหนดอาจเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีอันตรายจากส่วนประกอบพลาสติกในอุปกรณ์ทางการแพทย์

ผลการศึกษารายงานว่า ทารกกลอดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับ DEHP ที่รั่วไหลจากพลาสติกในอุปกรณ์การแพทย์ เช่น ตู้บ่ม และถุงบรรจุเลือดสูงกว่าระดับปลอดภัย โดยชี้ว่าเด็กกลอดก่อนกำหนดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอาจได้รับ DEHP วันละ 16 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ซึ่งสูงกว่าระดับปลอดภัยราว 4,000-160,000 เท่า

ด้านหัวหน้าคณะนักวิจัยกล่าวว่า ทารกกลอดก่อนกำหนดซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤตินั้นอยู่ในสภาพแวดล้อมการรักษาที่แทบทุกอย่างผลิตขึ้นจากพลาสติก โดยเฉพาะพีวีซี ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ทารกได้รับ DEHP ปริมาณมากระหว่างการรักษาในหน่วยวิกฤติ จึงจำเป็นที่แพทย์จะต้องพิจารณาความปลอดภัยของอุปกรณ์สำหรับใช้ในการรักษาทารกกลอดก่อนกำหนดซึ่งมีความอ่อนไหวสูง



อนึ่ง ฝรั่งเศสเป็นประเทศแรกที่ห้ามการใช้วัสดุที่มีส่วนประกอบของ DEHP ในหออภิบาลทารกแรกเกิด ภูมิารเวช และสูติกรรม สอดคล้องกับท่าทีของสถานพยาบาลหลายแห่งในสหรัฐอเมริกาซึ่งประกาศระงับการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี DEHP แล้ว ขณะที่สหภาพยุโรปได้ประกาศให้ DEHP เป็นสารเคมีที่อาจมีฤทธิ์ก่อมะเร็งในคน



ปัญหาชีวิตคู่พาสูโรคหัวใจ

**ยาฮู! – ความเครียดที่สะสมมานานหลายปีจากปัญหาชีวิตคู่
ระหองระแหงอาจนำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจ**

ผลการศึกษารายงานในวารสาร Journal of Health and Social Behavior ระบุว่า คุณภาพของชีวิตสมรสเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง เพราะชีวิตสมรสที่ราบรื่นอาจช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดี ต่างจากชีวิตครอบครัวที่ระหองระแหงซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพ รวมถึงความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในช่วงหลังวัยกลางคน

นักวิจัยศึกษาจากผู้ใหญ่ 1,200 คน ซึ่งอยู่ในวัย 50-80 ปี โดยสอบถามถึงความสุขในชีวิตคู่และความเห็นต่ออุปนิสัยใจคอของคู่ชีวิตและนำมาเทียบกับผลประเมินสุขภาพหัวใจของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยได้ผลเป็นที่น่าสนใจว่า ยิ่งกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงลบต่อชีวิตแต่งงานมากเท่าใดก็ยิ่งส่งผลให้ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว

นักวิจัยชี้ด้วยว่า ผลกระทบต่อสุขภาพหัวใจนั้นไม่ได้เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนหลังจากสามีภรรยาทะเลาะกัน แต่ชี้ว่าความเครียดจากปัญหาชีวิตคู่นั้นพอกพูนขึ้นตามระยะเวลา และอาจเป็นสาเหตุทำให้คู่แต่งงานที่มีอายุมากกว่ามีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจสูงกว่า

แคนาดาทดลองจ่ายเฮโรอีนหวังลดปัญหาเสพติดเกินขนาด

ยาฮู! – นครแวนคูเวอร์ของแคนาดาทดลองโครงการจ่ายเฮโรอีนแก่ผู้เสพติดรุนแรง อันเป็นส่วนหนึ่งของแผนลดผลกระทบจากเฮโรอีน

สถานการณ์ปัญหาเสพติดซึ่งมีความซุกซมถึง 31 รายในระยะเวลาเพียง 2 วัน รวมถึงมาตรการแลกเข็มฉีดยาที่ดำเนินมาถึง 11 ปี แต่ยังคงไม่ได้ผลดีพอในการควบคุมเฮโรอีนทำให้ฝ่ายบริหารของนครแวนคูเวอร์ตัดสินใจทดลองมาตรการจ่ายเฮโรอีนแก่กลุ่มตัวอย่าง 120 คนที่มีอาการเสพติดรุนแรง

แหล่งข่าวเปิดเผยว่า โดยทั่วไปแพทย์จะจ่าย methadone เป็นทางเลือกแก่ผู้เสพติดเฮโรอีน อย่างไรก็ตาม ผู้เสพติดราวร้อยละ 15-25 ไม่ตอบสนองต่อ

การรักษาด้วย methadone และผู้เสพติดจำนวนมากยังคงไม่พึงพอใจต่อ methadone จนนำมาสู่ปัญหาปฏิเสธการรักษา และมองว่าแม้ยังไม่อาจรับประกันความสำเร็จของโครงการจ่ายเฮโรอีนของนครแวนคูเวอร์ แต่อย่างน้อยที่สุดโครงการนี้ก็สะท้อนให้เห็นความจริงใจของเจ้าหน้าที่ในการเสนอทางเลือกสำหรับผู้ป่วยเสพติด

เตือนสมาร์ทโฟนสร้างปัญหาสระ



เอ็มเอสเอ็น – ผลการศึกษาใหม่ชี้ การจ้องสมาร์ทโฟนเป็นประจำอาจมีผลกระทบต่อสระสระจากการที่กระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักมากขึ้น

ผลการศึกษารายงานในวารสาร Surgery Technology International เตือนผลกระทบจากโทรศัพท์สมาร์ทโฟน

โดยชี้ว่าการจ้องจอโทรศัพท์เป็นเวลานานอาจทำให้กระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักเพิ่มขึ้นอีกถึง 27 กิโลกรัมจากการโน้มศีรษะเพื่ออ่านข้อความที่ส่งเข้ามาหรือไล่สายตาตามรูปภาพในอินสตาแกรม

นักวิจัยกล่าวว่า การก้มหน้าลงทำให้กระดูกสันหลังอยู่ในสภาพยืดออกซึ่งไม่ใช่สภาพปกติของกระดูกสันหลัง และเมื่อนอนศีรษะมาข้างหน้าก็จะยิ่งทำให้เกิดแรงกระทำที่คอเพิ่มขึ้นราว 12 กิโลกรัมที่มุม 15 องศา, 18 กิโลกรัมที่มุม 30 องศา, 22 กิโลกรัมที่มุม 45 องศา และเพิ่มขึ้นถึง 27 กิโลกรัมที่มุม 60 องศา

นักวิจัยกล่าวว่า การก้มหน้าดูโทรศัพท์ตลอดเวลาทั้งวันเพียงวันเดียวจะยังไม่สร้างความเสียหายต่อแผ่นหลังในวันรุ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม เตือนว่าพฤติกรรมที่ทำซ้ำติดต่อกันเป็นเวลานานจะสร้างความเสียหายสะสมแก่กล้ามเนื้อหลังและคอจนถึงระดับที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด

SiTEC Team Support

“การแปลงสถานการณ์ทางคลินิก ลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำหรับการสอนด้วย Simulation”

ศูนย์ฝึกอบรมทักษะหัตถการทางการแพทย์ศิริราช (SiTEC) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ขอเชิญอาจารย์แพทย์ แพทย์ อาจารย์พยาบาล พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนการศึกษา และผู้สนใจเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติ SiTEC Team Support เรื่อง “การแปลงสถานการณ์ทางคลินิกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับการสอนด้วย Simulation” ระหว่างวันที่ 28-30 มกราคม พ.ศ. 2558 เวลา 8.30-16.30 น. ณ ศูนย์ปฏิบัติการช่วยชีวิต (CPR) อาคารโภชนาการ ชั้น 5 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (รับจำนวน 40 ท่านเท่านั้น หากหมดที่รับสมัคร 25 มกราคม พ.ศ. 2558) ผู้ที่สนใจศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมและสมัครเข้าร่วมอบรมได้ที่ www.sirirajconference.com หรือกรอกแบบตอบรับและส่งกลับไปที่ คุณพรณิศา โทรศัพท์ 0-2419-6435-6, 08-1822-9250

โทรสาร 0-2411-2330 หรือ E-mail: sitec.sim@gmail.com



การประชุมสัญจร ชมรมโรคระบบหายใจ และเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5



กลุ่มงานกุมารเวชกรรมและฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลอุดรธานี ร่วมกับ ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย เรียนเชิญแพทย์และพยาบาลผู้สนใจเข้าร่วม “การประชุมสัญจร ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5” (ฟรีค่าลงทะเบียน และจำกัดจำนวนผู้สมัคร) ระหว่างวันที่ 22-23 มกราคม พ.ศ. 2558 ณ ห้องประชุม ชั้น 7 ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลอุดรธานี ผู้สนใจสมัครได้ที่ คุณมะลิณี จ่าลองเพ็ง ฝ่ายธุรการ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี 33 ถ.เพาะนิยม ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000 โทรศัพท์ 0-4224-5555 ต่อ 1130, 08-1452-1172 โทรสาร 0-4224-7711 หรือ E-mail: kor_malineeh@hotmail.com

hotmail.com

สร. เผยทั่วโลกเผชิญปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อยา “อาร์ติมิซินิน” สูงขึ้น

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า โรคมาลาเรียเป็นปัญหาสาธารณสุขประจำภูมิภาคเขตร้อนมากกว่า 100 ปี รายงานขององค์การอนามัยโลกล่าสุดในปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยมาลาเรียทั่วโลก 207 ล้านราย เสียชีวิต 627,000 ราย อันดับ 1 คือ ทวีปแอฟริกา มีผู้ป่วยร้อยละ 80 รองลงมาคือเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สายพันธุ์ที่พบมากที่สุดคือ สายพันธุ์พลาสโมเดียมเววิกซ์ (*Plasmodium vivax*) ร้อยละ 80 รองลงมาคือ สายพันธุ์พลาสโมเดียมฟัลซิพารัม (*Plasmodium falciparum*) มียุงก้นปล่องเป็นตัวแพร่เชื้อ จากการประเมินสภาพปัญหาพบว่าจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มลดลงทุกประเทศ แต่เรื่องที่น่าเป็นห่วงคือ พบปัญหาเชื้อดื้อยาที่ใช้รักษาได้ผลดีมากคือ ยากลุ่มอาร์ติมิซินินและอนุพันธ์อาร์ติมิซินิน พบได้เฉลี่ยร้อยละ 10 ในบางประเทศ พบมากที่สุดที่ประเทศกัมพูชา ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีแนวโน้มแล้วจะไม่สามารถรักษาให้หายด้วยยาสูตรปกติได้ โอกาสเสียชีวิตจะสูงขึ้น และอาจแพร่กระจายไปยังพื้นที่อื่น ๆ จะทำให้โรคหวนกลับมาแพร่ระบาดได้อีก ซึ่งขณะนี้ไทยพบปัญหานี้เช่นกัน แต่ไม่เกินร้อยละ 10 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานยาไม่ครบสูตร ซึ่งในการแก้ไขปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อยาไม่สามารถจัดการได้เองโดยลำพังในประเทศ จึงจำเป็นต้องสร้างกลไกการดำเนินงานร่วมกับประเทศต่าง ๆ ที่ประสบปัญหานี้อย่างจริงจังและเป็นในแนวเดียวกัน โดยประเทศไทยมีระบบการเฝ้าระวังเชื้อมาลาเรียดื้อยาตามแนวชายแดนมาอย่างต่อเนื่อง และได้พัฒนาแนวทางการรักษาในรายที่ดื้อยาอาร์ติมิซินิน ขณะนี้



ประเทศไทยอยู่ระหว่างการทดลองใช้ยาสูตรแก้ปัญหาดื้อยาที่องค์การอนามัยโลกแนะนำและใช้มาหลายพื้นที่แล้ว ซึ่งเป็นสูตรผสม 3 ชนิด ได้แก่ อาร์ติซูนเนต เมโฟโฟควิน และไพริมาควิน พบว่าได้ผลดี นอกจากนี้ยังได้มีการใช้ยาสูตรอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้การประเมินผลในปลายปีหน้า และจะนำผลการศึกษาเข้าที่ประชุมคณะผู้เชี่ยวชาญด้านมาลาเรียเพื่อพิจารณาบรรจุเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติใช้รักษาผู้ป่วย ยาชนิดนี้จะใช้เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่มีจำหน่ายในคลินิกหรือร้านขายยาทั่วไป เพื่อควบคุมการใช้โดยแพทย์ และป้องกันการดื้อยา

สร. พบ “ผู้สูงอายุไทยสุขภาพเสีย” มากถึง 9.2 ล้านคน

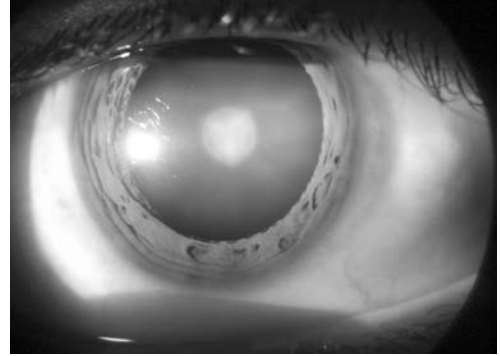
นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ขณะนี้จำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากในปี พ.ศ. 2553 มี 7.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 เพิ่มขึ้นเป็น 9.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งประเทศ เฉลี่ยเพิ่มปีละ 500,000 คน ในจำนวนนี้



สุขภาพไม่ดีร้อยละ 95 หรือประมาณ 9.2 ล้านคน เป็นวัยที่ร่างกายอยู่ในสภาวะเสื่อมถอยตามธรรมชาติ เช่น สายตาไม่ดี เข้าเสื่อม ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร รัฐบาลมีนโยบายให้ความสำคัญดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งและเน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการจัดบริการที่สำคัญ โดยจะเพิ่ม 2 เรื่องคือการส่งเสริมสุขภาพดี โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความชรา และจัดทีมดูแลผู้สูงอายุที่ป่วย พักการ นอนติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อยู่ที่บ้าน ต้องการการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษซึ่งมีประมาณ 97,000 คน ให้ได้รับการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างทัดเทียมหรือสูงกว่าประเทศที่เจริญแล้ว ในปี พ.ศ. 2557 นี้จะนำร่องใน 20 จังหวัด ขณะนี้ได้อบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ไปแล้ว 9 จังหวัด รวม 71 คน ภายในเดือนนี้จะเพิ่มให้ได้จำนวน 100 คน และขยายผลให้ครบ 500 คนในเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและกระจายตามพื้นที่ทั่วประเทศ ทั้งนี้ได้มอบนโยบายให้จัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น สอดคล้องแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทและในเมือง

คนไทยเสี่ยงตาบอดจากต้อกระจกปีละ 6 หมื่นราย

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากข้อมูลการสำรวจของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าคนไทยมีความชุกตาบอดร้อยละ 0.6 สาเหตุที่ทำให้ตาบอดมากที่สุดเกิดจากต้อกระจกร้อยละ 70 โดยพบต้อกระจกชนิดตาบอดตึก้างประมาณ 70,000 ราย และต้อกระจกชนิดบอดเกิดใหม่ปีละ 60,000 ราย กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบสุขภาพของประชาชน ตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบปัญหาตาบอดจากต้อกระจก ตั้งเป้าลดอัตราความชุกของตาบอดให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และกำหนดเป็นนโยบายเร่งรัดขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติให้เห็นผลในระยะสั้น โดยได้จัดทำโครงการ “สาธารณสุขรวมใจ มอบลอกสไตส์ เทิดไท้องค์ราชัน” ขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกให้เข้าถึงบริการและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมให้กลับมามองเห็นได้เหมือนเดิม โดยมอบหมายให้ 12 เขตบริการสุขภาพ ค้นหาผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกโดยคัดกรองสายตาส่งส่งอายุครบคลุมร้อยละ 75 ภายในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 นี้ เพื่อขึ้นทะเบียนและติดตามผู้ป่วย



เข้าสู่กระบวนการผ่าตัด และจะจัดบริการผ่าตัดให้รวดเร็วขึ้น โดยต้อกระจกชนิดบอดภายใน 30 วัน และต้อกระจกชนิดสายตาสลายตาเลือนรางภายใน 90 วัน ตั้งเป้าในปีงบประมาณ 2558 จะผ่าตัดตาต้อกระจกชนิดบอดทั่วประเทศ 60,000 ราย

คกก.เอดส์ชาติ ยกการยุติเอดส์เป็น “วาระแห่งชาติ” หวังใน 16 ปี ปิดฉากโรคเอดส์

ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ รองนายกรัฐมนตรีในฐานะประธานกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กล่าวว่า ที่ประชุมฯ ได้ให้ความเห็นชอบใน 4 เรื่องสำคัญ ได้แก่ 1. การเสนอให้การยุติปัญหาเอดส์เป็นวาระแห่งชาติให้ถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกหน่วยงานทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น ให้มุ่งเป้าหมายสำคัญ 3 ประการคือ ไม่มีผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติเพื่อยุติปัญหาเอดส์ให้โรคเอดส์เป็นศูนย์พร้อมกันทั่วโลกภายในปี พ.ศ. 2573 เป็นไปตามมติที่ประชุมใหญ่แห่งสหประชาชาติปี พ.ศ. 2554 2.กำหนดให้เรื่องเอดส์เป็นตัวชี้วัดร่วมระหว่างกระทรวงในปีงบประมาณ 2558 3. เห็นชอบยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2557-2559 ซึ่งมีมาตรการคือ การศึกษาผู้ติดเชื้อทุกรายและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 90 ขยายการป้องกันผสมผสานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มหลักให้

ครอบคลุมร้อยละ 90 รมรณรงค์การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องปกติ รวมทั้งแผนปฏิบัติการและกรอบงบประมาณลงทุนเพื่อยุติปัญหาเอดส์ 5 ปี พ.ศ. 2558-2562 ซึ่งคาดว่าจะมีการขอตั้งงบประมาณในงานด้านเอดส์เพิ่มเติมจากที่ใช้ในปัจจุบันอีกปีละ 1,700-1,900 ล้านบาท และ 4. มีมติให้พัฒนายุทธศาสตร์การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ซึ่งจะช่วยลดปัญหาได้ 3 เรื่องคือ การติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้สารเสพติดลดลง ปัญหาสังคม และปัญหาอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดด้วย ซึ่งการดำเนินการทั้งหมดนี้จะทำให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้คือ ภายในปี พ.ศ. 2573 หรือในอีก 16 ปีข้างหน้า





สร. มอบของขวัญปีใหม่ ส่ง “ทีมหมอครอบครัว” ดูแลคนไทย



ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน

กระทรวงสาธารณสุขเตรียมมอบของขวัญปีใหม่ให้แก่ประชาชนไทย เริ่มตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 เป็นต้นไป โดยทุกครัวเรือนทั้งในเขตชนบทและเมืองจะมีทีมหมอครอบครัว ช่วยดูแลสุขภาพ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู พร้อมผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่ม ย้ำหมอครอบครัวสร้างความมั่นคงและมั่นใจในระบบบริการสุขภาพของไทย

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปรากฏาพิเศษเรื่อง “นโยบายเวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสาธารณสุขไทย” ในงานประชุมวิชาการของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบันพระบรมราชชนก สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และสภาการพยาบาล ประจำปี พ.ศ. 2557 ซึ่งในปีนั้นเรื่อง “ทักษะการบริการปฐมภูมิและเวชปฏิบัติครอบครัวในศตวรรษที่ 21” ว่า รัฐบาลมีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนทุกคนบนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่ยั่งยืน โดยจะต้องมีการเข้าไปดูแลสุขภาพประชาชนถึงในระดับครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคมและมีความสำคัญที่สุดในการส่งเสริมพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยจะใช้ระบบการส่งนํ้าการซ่อมสุขภาพ เพื่อรักษาการมีสุขภาพดีของประชาชนไว้ให้ยาวนานที่สุด รวมทั้งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่การป้องกัน ดูแล และรักษา จนถึงการพัฒนาสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วย

ทั้งนี้เพื่อเป็นของขวัญปีใหม่ให้แก่ประชาชนไทย

ทั้งประเทศที่ป่วยแล้วและยังไม่ป่วย ให้เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจะส่งทีมหมอครอบครัวซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ประจำครอบครัว ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ เข้าไปให้การดูแลสุขภาพประชาชนทุกครอบครัวในชุมชน ทั้งในชนบทและในเขตเมือง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 เป็นต้นไป ทีมหมอครอบครัวดังกล่าว จะให้การดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้น เป็นที่ปรึกษาปัญหาสุขภาพต่าง ๆ มีการออกเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่พักที่บ้านด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลก็จะทำหน้าที่ประสานงานกับโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นเพื่อส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งหายป่วย ซึ่งเป็นการสร้างความมั่นคงและมั่นใจในระบบบริการสุขภาพของไทย

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้นโยบายดังกล่าวบรรลุผลและเพื่อเป็นการวางรากฐานของระบบการสร้างสุขภาพของประเทศไทยให้เข้มแข็งขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจะเร่งผลิตแพทย์เวชศาสตร์ประจำครอบครัว ซึ่งเป็นแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอีกให้ครอบคลุมโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง เพื่อเป็นหัวหน้าทีมสุขภาพทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถดูแลครอบครัวในชุมชนได้ ซึ่งทั้งหมดนี้จะทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพมากขึ้น





รับศักราชใหม่ ปรับพฤติกรรม "ลดเค็ม"

ปัจจุบันคนไทยมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือ (โซเดียม) สูงเป็น 2 เท่าของปริมาณที่ร่างกายต้องการ เฉลี่ย 10.8 กรัมต่อวัน (โซเดียม 5,000 มิลลิกรัม) ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วคนไทยควรบริโภคเกลือไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน (โซเดียม 2,400 กรัม) โดยปริมาณเกลือ (โซเดียม) ที่สูงนี้ ร้อยละ 71 มาจากการเติมเครื่องปรุงรสระหว่างการประกอบอาหาร ได้แก่ เครื่องปรุงรสต่าง ๆ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ กะปิ และซอสหอยนางรม ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นแหล่งอาหารที่พบเกลือ (โซเดียม) สูงทั้งสิ้น และจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือหลักของคนไทยในปัจจุบันยังพบว่า มากกว่าร้อยละ 30 นิยมซื้ออาหารรับประทานนอกบ้าน และนิยมเติมเครื่องปรุงรสเป็นนิสัยถึงร้อยละ 88 ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้การลดเค็มเป็นไปได้ยาก



การบริโภคเกลือ (โซเดียม) ในปริมาณมาก เพื่อปรุงรสชาติอาหารให้มีรสเค็มเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ข้อมูลล่าสุดจากเครือข่ายลดบริโภคเค็มพบคนไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 หรือ 11.5 ล้านคน โรคไตร้อยละ 17.5 หรือ 7.6 ล้านคน โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 1.4 หรือ 0.75 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมอง (โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต) ร้อยละ 1.1 หรือ 0.5 ล้านคน สอดรับกับผลงานวิจัยในต่างประเทศ โดยจากข้อมูลของเอกสารที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสำคัญทางการแพทย์ที่ชื่อ New England Journal of Medicine เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2557 พบว่า 1. การบริโภคเกลือที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ได้รับการตีพิมพ์ผลการศึกษาใน The Global Burden of Disease program) ซึ่งรวบรวมข้อมูลการบริโภคเกลือจาก 66 ประเทศทั่วโลก และรายงานการศึกษาทางคลินิกถึงผลกระทบของการลดเกลือกว่า 100 เรื่อง พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคโซเดียมและการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยคาดว่าจะการบริโภคเกลือมากเกินไป (การบริโภคโซเดียม > 2 กรัม/วัน หรือเกลือ > 5 กรัม/วัน) ทำให้เกิดการเสียชีวิต 1.65 ล้านคนในแต่ละปีทั่วโลก และ 2. จากการศึกษาของ The Prospective Urban Rural Epidemiological (PURE) study ซึ่งผลของการศึกษานี้มุ่งเน้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคโซเดียมและความดันโลหิต โดยพบว่าทั้งสองส่วนมีความสัมพันธ์ชัดเจนมาก โดยเฉพาะผู้เข้าร่วมการศึกษามีการบริโภคโซเดียมสูงและในคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่าการบริโภคสารโพแทสเซียม (มีมากในผักและผลไม้) ที่ไม่เพียงพอร่วมกับการรับประทานเกลือมากเกินไปยังสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง และอีกการศึกษาหนึ่งพบว่า ทั้งการบริโภคโซเดียมสูงเกินไปและบริโภคโซเดียมต่ำเกินไปมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและการเสียชีวิต



ในส่วนขององค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิก ได้มีข้อตกลงที่จะลดปริมาณการบริโภคเกลือในประชากรลง 30% ในปี ค.ศ. 2025 และมั่นใจว่านโยบายดังกล่าวคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพมากที่สุดที่จะลดอัตราการตายในหมู่ประชาชน และในหลายประเทศได้เริ่มควบคุมปริมาณการใช้เกลือในอาหารที่ผลิตจากอุตสาหกรรมอาหารซึ่งประชาชนนิยมบริโภค

อย่างไรก็ดี ขณะนี้หลายประเทศได้ตระหนักถึงการลดการบริโภคเกลือ โดยในปัจจุบันมีความก้าวหน้าอย่างมากในการลดเกลือที่หมู่เกาะแปซิฟิกที่เกาะกวมได้พัฒนาแผนกลยุทธ์การลดเกลือ ฟิจิและหมู่เกาะมาร์แชลล์ได้มีการจัดตั้งเป้าหมายระดับเกลือในอาหาร ประเทศตุวาลูและสาธารณรัฐคิริบาสกำลังดำเนินการสำรวจการบริโภคอาหาร และอีกหลายประเทศดำเนินแคมเปญสร้างการตื่นตัวในผู้บริโภค ส่วนในประเทศออสเตรเลีย มีงานวิจัยใหม่จาก Deakin University พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของเด็กวัยหัดเดินของออสเตรเลีย (18 เดือน) มีการรับประทานอาหารที่มีเกลือมากกว่าปริมาณที่แนะนำต่อวัน ผลการวิจัยพบว่าปริมาณโซเดียมสูงในอาหารในชีวิตประจำวัน เช่น ขนมปัง ซีส อาหารแช่แข็ง ชุป เนื้อสัตว์แปรรูป และอาหารที่มีส่วนผสมของยีสต์ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับแหล่งที่มาของเกลือในผู้ใหญ่

สำหรับประเทศไทย เครือข่ายลดบริโภคเค็มได้ตระหนักถึงปัญหาจึงเดินทางรณรงค์ขับเคลื่อนเพื่อลดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ในประเทศไทย เผยแพร่ความรู้ สนับสนุน และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารรสชาติเค็ม โดยตลอดระยะเวลาการดำเนินงานมีผลงานการวิจัยและความสำเร็จของโครงการต่าง ๆ มากมาย ล่าสุดได้เปิดตัวโครงการวิจัย 4 ชิ้นงาน ได้แก่ 1. โครงการการพัฒนาต้นแบบผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงสมุนไพรไทย 2. โครงการการผลิตเครื่องตรวจสอบความเค็มในตัวอย่างอาหารและปัสสาวะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชนทั่วไป 3. โครงการขับเคลื่อนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมของคนไทยผ่านการอ่านฉลาก และ 4. โครงการส่งเสริมนวัตกรรมอาหารเพื่อลดการบริโภคเค็ม โดยทั้ง 4 โครงการจะเป็นโครงการวิจัยที่จะช่วยให้สังคมไทยหันมาใส่ใจปัญหาการรับประทานเค็มกันมากขึ้น

ผศ.นพ.สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ ประธานเครือข่ายลดบริโภคเค็ม กล่าวว่า เครือข่ายลดบริโภคเค็มได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนเพื่อลดการบริโภคเค็ม (โซเดียม) และพัฒนางานวิจัยอย่างต่อเนื่องมาเป็นปีที่ 2 โดยในปี พ.ศ. 2557 เครือข่ายลดบริโภคเค็มได้พัฒนางานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคและสังคมอย่างเป็นรูปธรรม โดยจากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยพบว่า ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ปัญหาของการรับประทานเค็มส่งผลให้เกิดอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอัตราการเป็นโรคที่สูงขึ้นกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรโดยรวมทั้งประเทศ และโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการป่วยและการตายสูงขึ้นทุกปี

“การจะลดเค็มต้องเริ่มลดทีละน้อยจนกว่าร่างกายคุ้นชินกับรสชาติอาหาร อาจต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์ ซึ่งการลดการบริโภคโซเดียมลงมาต่ำกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวันในประชาชนจะลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจอย่างน้อยร้อยละ 10 นอกจากนี้กำลังขับเคลื่อนไปถึงในเรื่องของการกำหนดตราสัญลักษณ์รับรองผลิตภัณฑ์ลดเค็มบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร หรือ healthier choice โดยร่วมกับคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ไม่ว่าจะเป็นอาหารประเภทขนม เบเกอรี่สำเร็จรูป ใจกล้าสำเร็จรูป อาหารแช่เย็นหรือแช่แข็งชนิดปรุงสำเร็จ จะมีโลโก้หรือตราสัญลักษณ์อยู่ในฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร เพื่อให้ประชาชนได้มีโอกาสได้ใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารต่าง ๆ โดยในเรื่องนี้ได้รับการตอบรับจากผู้ประกอบการเจ้าของผลิตภัณฑ์เป็นอย่างดี ซึ่งเชื่อว่าในอนาคตอันใกล้จะสำเร็จลุล่วง และเป็นการลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคเรื้อรังชนิดต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น” **ผศ.นพ.สุรศักดิ์** กล่าว

ศ.นพ.สมชาย เอี่ยมอ่อง นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ในปัจจุบันโรคไตเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาใหญ่ทั่วโลก ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาคนไทยมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่ง 2 โรคนี้มีผู้ป่วยรวมเกือบ 15 ล้านคน จากข้อมูลล่าสุดพบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 4 หมื่นคน ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะเกิดโรคแทรกซ้อนถึงเสียชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องรักษาเพื่อยืดอายุโดยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างของเสียออกทางหน้าท้อง โดยในปี พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมาก็ได้ใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณกว่า 3,000 ล้านบาทต่อปี และคาดว่าจะใช้งบประมาณกว่า 17,000 ล้านบาทต่อปี มีผู้ป่วยที่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รอการผ่าตัดเปลี่ยนไตใหม่ประมาณ 4,000 ราย ซึ่งมีขั้นตอนในการรักษา

ยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละประมาณ 2 แสนบาทต่อคน มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเพียงปีละ 500 รายเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดคือ ขาดแคลนผู้บริจาคไต ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคพื้นฐานอื่น ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภาวะไตวาย และยังเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การไม่ออกกำลังกาย และที่สำคัญคือ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ทั้งรสหวาน มัน และเค็มจัด รวมทั้งพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป นิยมอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง อาหารกึ่งสำเร็จรูป รวมทั้งอาหารนอกบ้านที่ปรุงโดยคำนึงถึงแต่รสชาติ แต่ไม่คำนึงถึงสุขภาพของผู้บริโภค ทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไตรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดการสูญเสียเป็นจำนวนมาก

นายสง่า ดามาพงษ์ เลขาธิการคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนอาหารเพื่อสุขภาพ สสส. กล่าวว่า ปัจจุบันมีหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย รมรณรงค์ลดบริโภคเค็มหรือลดโซเดียม เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงอันตรายของการบริโภคอาหารโซเดียมสูง โดยขณะนี้คนไทยบริโภคโซเดียมเกินกว่าค่ากำหนดของ WHO ถึง 2 เท่า หรือประมาณ 4,350 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้การบริโภคอาหารโซเดียมสูงยังเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดความเค็มขึ้น หรือติดรสเค็ม ทำให้บริโภคอาหารโซเดียมสูงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น การหาแนวทางปรับลดโซเดียมในอาหารโดยไม่ส่งผลกระทบต่อรสชาติและการยอมรับของผู้บริโภคถือเป็นเป้าหมายสำคัญอีกทางหนึ่ง



“ประเทศไทยกำลังก้าวข้ามอะไรหลาย ๆ อย่าง แต่สิ่งที่เราเร่งก้าวข้ามไม่แพ้กันคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCD ซึ่งคงต้องใช้เวลา แต่ทั้งนี้ก็มีตัวอย่างการรณรงค์ที่ประสบความสำเร็จให้เห็นแล้ว เช่น การรณรงค์เด็กไทยไม่กินหวานซึ่งต้องใช้ระยะเวลา



ถึง 12 ปีกว่าจะเห็นผล ต่อมาคือ ลดมัน และลดเค็มซึ่งถือเป็นน้องใหม่ที่เรากำลังรณรงค์อย่างจริงจัง ซึ่งดูเหมือนจะมีความยากเหลือเกินและต้องใช้เวลามากช่วงแรกเราเน้นในการปรับพฤติกรรมบริโภค ดังเช่นประเทศฟินแลนด์ที่กว่าจะประสบความสำเร็จต้องใช้เวลากว่า 27 ปี ในการเปลี่ยนพฤติกรรมคน ขณะที่ประเทศไทยทำมา 2 ปี ประกอบกับการเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ใช่อยากเปลี่ยนแปลงก็เปลี่ยนได้ เพราะฉะนั้นต้องโฟกัสไปตั้งแต่ในวัยเด็ก รวมทั้งสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้แล้วในการจะขับเคลื่อนต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์ เพราะถ้าหากเทียบกับลดหวาน รับประทานผัก หรือโรคอ้วนแล้ว ถือว่าลดเค็มยังมีข้อมูลไม่มากพอ ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาโครงการวิจัยที่จะช่วยให้สังคมไทยหันมาใส่ใจปัญหาการรับประทานเค็มกันมากขึ้น” **นายสง่า** กล่าว

น.ส.ชัชฎา เมฆโหรา นักวิจัยสถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เจ้าของโครงการการพัฒนาต้นแบบผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสสมุนไพรไทยสำหรับการเตรียมอาหารลดโซเดียมโดยใช้เทคนิคด้านกลิ่นรสจากสมุนไพรไทย กล่าวว่า ได้ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างรสชาติและกลิ่นรส เช่น รสเปรี้ยวช่วยเสริมรสชาติเค็ม รสเค็มช่วยเสริมรสหวาน โดยทดลองใน 8 เมนู คือ ต้มยำกุ้ง ขนมหินน้ำยา ผัดกะเพราไก่ ผัดฉ่าทะเล หมูอบพริกไทยดำ ไก่ย่างสมุนไพร น้ำตกหมู และยำตะไคร้กุ้งสด พบว่าการเพิ่มสัดส่วนสมุนไพรไทยในอาหารแต่ละเมนูขึ้นร้อยละ 25-50 ช่วยลดปริมาณโซเดียมจากเครื่องปรุงรสได้ร้อยละ 25 โดยไม่ส่งผลกระทบต่อรสชาติโดยรวม และยังได้ศึกษากลิ่นรสสมุนไพรไทย 14 ชนิด ต่อการรับรสเค็มในน้ำซุ๊ป ได้แก่ ตะไคร้ ใบมะกรูด ข่า ผักชีฝรั่ง สะระแหน่ หอมเปราะ พริกขี้หนู กระเทียม พริก มะนาว หอมแดง ผักชี ต้นหอม และขิง พบว่าช่วยเพิ่มรสน้ำซุ๊ปได้โดยพริก ผักชีฝรั่ง หอมเปราะ ใบมะกรูด และหอมแดง ช่วยเพิ่มการรับรู้รสเค็มได้เช่นกัน จึงได้พัฒนาเป็นต้นแบบผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสสมุนไพรลดโซเดียม 4 รสชาติ ได้แก่ ผงปรุงรสกระเทียมและสมุนไพร ซอสผัดสไปซี่ เฟลล์สมุนไพรไทย และผงปรุงรสแซบอีสาน เพื่อนำไปใช้ในเมนูอาหารต่าง ๆ



ผศ.ดร.ยศชนัน วงศ์สวัสดิ์ ภาควิชาวิศวกรรมชีวการแพทย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เจ้าของโครงการการผลิตเครื่องตรวจสอบความเค็มในตัวอย่างอาหารและปัสสาวะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชนทั่วไป กล่าวว่า ได้ร่วมทำโครงการการผลิตเครื่องตรวจสอบความเค็มในตัวอย่างอาหารและปัสสาวะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชน ปัสสาวะสามารถบ่งบอกความผิดปกติในการทำงานของไตได้ โดยจัดทำชุดตรวจแบบกระดาษทดสอบโดยใช้ปัสสาวะหยดก็สามารถบอกปริมาณโซเดียมคลอไรด์ที่อยู่ในร่างกายได้ ช่วยลดขั้นตอนการเตรียมตัวอย่าง ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังพัฒนาอุปกรณ์ตรวจวัดความเค็มแบบอิเล็กทรอนิกส์ในอาหารแบบพกพาเพื่อนำไปทดสอบในอาหาร สามารถวัดความเค็มได้ในปริมาณที่สูงกว่าอุปกรณ์จากต่างประเทศ จึงเหมาะกับการตรวจสอบอาหารไทยซึ่งมีรสจัด

นายอารยะ ไรจนวิษชากร หัวหน้าโครงการรณรงค์ลดการบริโภคโซเดียมผ่านการอ่านฉลาก และที่ปรึกษาหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เจ้าของโครงการขับเคลื่อนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมของคนไทยผ่านการอ่านฉลาก กล่าวว่า อย. สำรวจฉลากอาหารเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของฉลาก ปี พ.ศ. 2556 ในห้างสรรพสินค้าและร้าน



สะดวกซื้อ 9 แห่งในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล รวม 5,853 ผลิตภัณฑ์ พบว่ามีการแสดงฉลากโภชนาการ 4,382 ผลิตภัณฑ์ หรือร้อยละ 74.9 แสดงถูกต้องตามกฎหมาย 3,230 ผลิตภัณฑ์ หรือร้อยละ 55.2 และพบผลิตภัณฑ์ที่กล่าวอ้างเกี่ยวกับปริมาณโซเดียม 17 ผลิตภัณฑ์ เพิ่มจากปี พ.ศ. 2555 มีเพียง 2 ผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้ปริมาณแนะนำต่อมื้อหลักไม่ควรเกิน 600 มิลลิกรัมต่อมื้อ อาหารว่างไม่เกิน 100 มิลลิกรัม นอกจากนี้ยังพบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมีโซเดียมมากกว่า 600 มิลลิกรัมรวม 74 ผลิตภัณฑ์ หรือร้อยละ 83.2 ส่วนขนมขบเคี้ยวมีปริมาณโซเดียมมากกว่า 100 มิลลิกรัม 1,088 ผลิตภัณฑ์ หรือร้อยละ 40.8 ซึ่งผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณโซเดียมมากมักมีการปรุงรส, ทรงเครื่อง, รสบาร์บีคิว และรสพิซซา โดยข้อมูลจากการสำรวจทั้งหมดนี้เป็นฐานข้อมูลระดับประเทศที่ทางเครือข่ายลดเค็มสามารถนำไปใช้ในการผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนสู่การปรับลดความเค็มในอาหาร สอดรับกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการลดปริมาณการบริโภคเกลือในประชากรลงร้อยละ 30 ในปี ค.ศ. 2025

ผศ.ดร.เรวดี จงสุวัฒน์ ผู้จัดการโครงการและเลขานุการมูลนิธิโภชนาการ เจ้าของโครงการส่งเสริมวัฒนธรรมอาหารเพื่อลดการบริโภคเค็มกล่าวว่า โครงการการส่งเสริมวัฒนธรรมอาหารเพื่อลดการบริโภคเค็มเพื่อลดปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร OTOP ในผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ควรเค็มแต่กลับเค็ม โดยในปีแรกนี้ได้เลือกอาหาร 10 ชนิด ได้แก่ ข้าวตัง ก๋วยเตี๋ยวรสเค็ม ก๋วยเตี๋ยวรสหวาน ลูกกัทองม่วงรสเค็ม ทองม้วนรสหวาน ถั่วกรอบแก้ว หมี่กรอบ น้ำพริก ปลากรอบ โดยโครงการได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ นักเรียนอาชีวศึกษา 10 แห่ง เพื่อลดปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ทั้งนี้โครงการได้เก็บตัวอย่างและวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมในห้องปฏิบัติการของอาหารทั้ง 10 ชนิด หลังการอบรมนักเรียนอาชีวศึกษาสามารถลดปริมาณโซเดียมได้ร้อยละ 20-50 ของตัวรับตั้งต้น

อาหารรสชาติเค็มเป็นอาหารที่มีเกลือ (โซเดียม) สูง เป็นภัยเงียบที่ส่งผลร้ายต่อสุขภาพอย่างคาดไม่ถึง ความเคยชินในการรับประทานอาหารรสเค็มจัดของคนไทยปรับเปลี่ยนได้ยาก แต่ไม่ใช่เป็นไปไม่ได้ หากค่อย ๆ ลดความเค็มทีละน้อยจะทำให้เกิดความเคยชิน แล้วลิ้นของเราจะไม่โหยหารสเค็มอีกต่อไปเลย เราจึงควรสร้างนิสัยการรับประทานอาหารอ่อนเค็มตั้งแต่วันนี้ เปิดรับรสชาติใหม่ด้วยสุขภาพที่ดี เพื่อชีวิตที่เป็นสุขปราศจากโรคภัย



WE'RE TAKING A
STAND AGAINST
INFLUENZA



WILL YOU
JOIN US?

The doctor's recommendation is
the major encouragement for
patients getting vaccination.

Prevention starts with you!



VAXIGRIP
Influenza protection

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

Further information is available on request form Sanofi Pasteur Ltd.

Tel : 02-264-9999 FAX : 02-2648800 www.sanofi-pasteurthailand.com

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ. 703/2556

NAME: Vaxigrip, suspension for inactivated influenza vaccine (split vaccine) **I:** Prophylaxis of influenza, especially in those who run an increased risk of associated complication.

CI: Hypersensitivities to the active substance to any of the excipients, eggs, chicken proteins, neomycin, formaldehyde and octoxinol-9. Immunization should be postponed in patients with febrile illness or acute infection. **AR:** Local reaction are redness, swelling, pain, induration and systemic reactions are fever and malaise. These reactions usually disappear within 1-2 days without treatment. **Storage:** The product should be stored at 2°C-8°C

SANOFI PASTEUR 



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

RABIES : NO COMPROMISE!

The **vaccine of choice** for Rabies prophylaxis

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

VERORAB™

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

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

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ 416/2556

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

บริษัท ซาโนฟี่ ปาสเตอร์ จำกัด

87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ชั้น 23 ออลซีเอ็นเอสเพลส

ถนนวิทย์ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. : 0 2264 9999 โทรสาร : 0 2264 8800

SANOFI PASTEUR 



5

เยาวชนคนเก่งผู้ได้รับพระราชทานทุน โครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2557

ศ.คลินิก นพ.สุพัฒน์ วาณิชยการ เลขาธิการมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์, นายเสข วรณเมธี อธิบดีกรมสารนิเทศ กระทรวงการต่างประเทศ, ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ประธานคณะกรรมการอำนวยการโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล, รศ.นพ.อภิชาติ อัศวมงคลกุล ประธานคณะกรรมการดำเนินการโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล และ ศ.นพ.สมภพ ลิ้มพงสานุรักษ์ ประธานคณะกรรมการคัดเลือกโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ได้ร่วมกันประกาศผลการตัดสินผู้ได้รับพระราชทานทุนโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2557 ซึ่งในปีนี้มีผู้ได้รับการเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้รับพระราชทานทุนโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2557 ทั้งสิ้น 12 ราย จาก 7 สถาบัน โดยผ่านเกณฑ์ตามคุณสมบัติของโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล 5 ราย ซึ่งคณะกรรมการคัดเลือกโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ได้พิจารณา

กลั่นกรอง คัดเลือก และนำเสนอต่อคณะกรรมการมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเป็นองค์ประธาน ได้พิจารณาตัดสินเป็นขั้นสุดท้ายเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา ทั้งนี้ผู้ได้รับพระราชทานทุน “โครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล” ประจำปี พ.ศ. 2557 ได้แก่ นายโฆษิต วรธีระ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, นางสาวชนันนัทธ ณรงค์ชัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, นางสาวนันท์นัช วุฒิไกรวิทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, นายวีระวิทย์ วาทีทิพย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และนายสิขณ ลือฤทธิพงษ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล





นายโษิต วรธีระ

คณะวิทยาศาสตร์ศรีราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นายโษิต วรธีระ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจในการทำโครงการพัฒนาประสิทธิภาพเซลล์ต้นกำเนิดหลอดเลือดเพื่อใช้ในการรักษาแผล โดยเฉพาะแผลเรื้อรังที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันการตัดอวัยวะส่วนปลายลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยความสนใจนี้เกิดเนื่องมาจากปัจจุบันเบาหวานถือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก มีประชากรจำนวนมากที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยแผลเรื้อรังที่เท้าที่มีสาเหตุมาจากภาวะหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน การรักษาในปัจจุบันคือรักษาโดยการผ่าตัด แต่มีจำนวนไม่น้อยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาลงท้ายด้วยการตัดอวัยวะ นอกจากค่าใช้จ่ายสูงจากการรักษาในระยะยาวแล้ว ยังรวมถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง การใช้เซลล์ต้นกำเนิดหลอดเลือดจึงเป็นแนวทางใหม่ที่ควรได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพในการเป็นทางเลือกของการรักษาแผลเรื้อรังที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

นางสาวณัสนันท์ ณรงค์ชัย

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นางสาวณัสนันท์ ณรงค์ชัย นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความสนใจการพัฒนากระบวนการตรวจคัดกรอง การดูแลรักษาและป้องกันภาวะพิการทางสายตในเด็ก Retinopathy of Prematurity (ROP) เนื่องจากเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหา ROP ซึ่งเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ เริ่มด้วยการตรวจคัดกรองประเมินความเสี่ยงและให้การวินิจฉัยโรค

ในระยะแรก นำไปสู่การตรวจเพิ่มเติมและรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราการเกิดตาบอดในเด็ก แต่ปัจจุบันระบบการตรวจคัดกรองของไทยไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้ภาวะตาบอดของเด็กไทยสูงกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ดังนั้น การศึกษาวิชาการและฝึกปฏิบัติเสริมประสบการณ์จากองค์กรที่ประสบความสำเร็จในต่างประเทศ พร้อมนำกลับมาประยุกต์ใช้จึงเป็นประโยชน์อย่างทั่วถึงในสถานพยาบาลทุกศักยภาพของประเทศไทย ถ้ามีกระบวนการเฝ้าระวังตรวจคัดกรองที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับประชากรไทย โครงการนี้จะเป็นคำตอบของเด็กไทยทั่วประเทศในอนาคต ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตดี ด้วยเหตุที่เด็กเป็นอนาคตสำคัญของชาติ ความสำเร็จของโครงการนี้จึงก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับคนไทยทั้งประเทศและพัฒนาสู่ประชาคมอาเซียนต่อไป



นางสาวนันทนัช วุฒิไกรวิทย์

คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางสาวนันทนัช วุฒิไกรวิทย์ นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจด้านการพัฒนาการปลูกถ่ายเซลล์ภูมิคุ้มกันเพื่อรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งโรคมะเร็งจัดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน หรือมีการกลับเป็นซ้ำหลังการรักษาแล้ว การรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ภูมิคุ้มกันที่ได้รับการพัฒนา

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำลายเซลล์มะเร็งจึงเป็นแนวทางการรักษาที่มีความหวังว่าจะสามารถรักษาโรคมะเร็งให้หายขาดโดยมีผลข้างเคียงน้อยมาก ในการศึกษาวิจัยนี้จะใช้โรคมะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นต้นแบบ มะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นโรคมะเร็งที่พบมากในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทย โรคมะเร็งชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอ็บสไตน์บาร์ และเหมาะสมสำหรับเป็นต้นแบบในการพัฒนาวิธีการรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ภูมิคุ้มกัน เทคโนโลยีที่จะศึกษาวิจัยนั้นนอกจากจะประยุกต์ใช้สำหรับรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกแล้ว ยังสามารถนำมาประยุกต์ต่อยอดรักษาโรคมะเร็งชนิดอื่นต่อไป

นายวีระวิทย์ วาทีทิพย์

คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นายวีระวิทย์ วาทีทิพย์ นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจในเรื่องแพทยศาสตรศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้าน professionalism ซึ่งในปัจจุบันนายวีระวิทย์ กำลังศึกษาและริเริ่มโครงการวิจัยเกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดและประเมินผลด้าน professionalism สำหรับนักศึกษาแพทย์ไทย เนื่องด้วยปัจจุบันระบบสาธารณสุขทั้งในและต่างประเทศกำลังประสบปัญหาในหลายด้านทั้งความไม่เสมอภาคและช่องว่างในการเข้าถึงระบบสาธารณสุข ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การศึกษาทางวิชาชีพแพทยศาสตรที่มีอยู่ถูกมองว่ายังไม่สามารถที่จะรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขนี้ได้เท่าที่ควร นอกจากนี้ตัวหลักสูตรยังมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คุณลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยก็ถือเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีส่วนทำให้เกิดปัญหาในระบบสาธารณสุขทั่วโลก การปลูกฝัง professionalism ให้แก่นักศึกษาแพทย์ตั้งแต่ต้นจึงเป็นความหวังที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว โดยที่ผ่านมามีความพยายามที่จะพัฒนาการเรียนการสอนและเครื่องมือที่ใช้ในการวัดและประเมินผลทางการศึกษาในเรื่อง professionalism มาโดยตลอด แต่ยังไม่พบว่าเครื่องมือใดที่สามารถพิสูจน์ถึงผลสำเร็จของการวัดประเมินผลได้อย่างแท้จริง ดังนั้น การทำงานและศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินภาวะ professionalism ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิระดับโลกในสาขาดังกล่าว จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการพัฒนางานการแพทยศาสตรศึกษาและนักศึกษาแพทย์ไทยในศตวรรษที่ 21



นายสิขณ ลือฤทธิพงษ์

คณะวิทยาศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นายสิขณ ลือฤทธิพงษ์ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจด้านระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เนื่องจากภาวะประชากรสูงวัยกำลังเกิดขึ้นในทั่วทุกภูมิภาคของโลก จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งรวมถึงประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุรวดเร็วกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยจะมีระยะเวลาในการเตรียมรับสถานการณ์นี้น้อยกว่าตนเอง โดยคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 30% หรือมากกว่า 20 ล้านคน การที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมมีความจำเป็นและเป็นที่ต้องการมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เหมาะสมกับประเทศไทยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง



HIV/AIDS

วันศุกร์ที่ 28 พฤศจิกายน ที่ผ่านมา มีการประชุมของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ หรือ คชปอ. ซึ่งมีท่านรองนายกรัฐมนตรี ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ เป็นประธาน และท่านเลขาธิการสภาการศึกษาไทยเป็นกรรมการอยู่ด้วย แต่ท่านได้กรุณามอบหมายให้ผมไปประชุมแทน ซึ่งผมรู้สึกดีใจเพราะผมสนใจเรื่องการป้องกันของโรคทุกโรค ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจ โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคนอนกรน โรคเบาหวาน รวมทั้งโรค HIV/AIDS และช่วงที่เป็นสมาชิกวุฒิสภาปี พ.ศ. 2551-2554 ผมเป็นกรรมาธิการสาธารณสุขและได้รับเลือกให้เป็นเลขาธิการขององค์กรรัฐสภาแห่งเอเชียทางด้านประชากรและการพัฒนา หรือ Asian Forum of Parliamentarians on Population and Development ซึ่งในตำแหน่งนี้ทำให้ผมรู้เรื่องต่าง ๆ มากมาย ซึ่งในฐานะแพทย์คนหนึ่งไม่เคยรับทราบมาก่อนเลยไม่ว่าจะเป็นเรื่อง MDG หรือ Millennium Development Goals หรือ Harm Reduction ซึ่งหมายถึงการลดความเสี่ยงจากอันตรายของการใช้ยาเสพติด ผมต้องไปเปิด ไปพูด ไปฟังการประชุมต่าง ๆ ในรัฐสภาทั่วเอเชีย ทำให้ผมรู้เรื่องเกี่ยวกับ HIV, Harm Reduction ได้ดีพอสมควร แต่หลังจากปี พ.ศ. 2554 ก็ไม่ได้ทำเรื่องนี้ต่อมากนัก (แต่ยังติดตามอยู่บ้าง) นอกจากได้ไปร่วมการประชุมของ คชปอ. ปีละครั้งเท่านั้น (คชปอ. มีการประชุมปีละครั้งเท่านั้น ครั้งสุดท้ายก่อนหน้าคือ วันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2556 !!!) ผมเห็นว่าเรื่องนี้มีความสำคัญต่อผู้ที่มีชีวิตอยู่กับเชื้อ HIV ประชาชนทั่วไป และความมั่นคงของประเทศเป็น

อย่างยิ่ง ผมจะได้ทราบข้อมูลในปัจจุบันจากผู้เชี่ยวชาญว่าสถานการณ์ในปัจจุบันของ HIV/AIDS ของบ้านเราเป็นอย่างไร ในฐานะที่ผมเขียนบทความในหนังสือพิมพ์ วารสาร สอนแพทย์ ถ้าผมทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ที่ทันสมัย ก็จะเป็นสิ่งที่ดีที่ผมจะได้มีส่วนช่วยเผยแพร่ข้อมูลนี้ให้ประชาชนทราบผ่านบทความของผม

ก่อนอื่นผมอยากปูพื้นเกี่ยวกับ HIV/AIDS ให้ท่านผู้อ่านทราบอย่างง่าย ๆ ก่อน

HIV คือ Human Immunodeficiency Virus ซึ่งเป็นไวรัสที่จะทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ที่มีเชื้อค่อย ๆ เสื่อมไป จนในที่สุดจะเป็นโรค AIDS หรือ Acquired Immunodeficiency Syndrome การติดเชื้อ HIV หลัก ๆ จะติดต่อได้ 3 ทางคือ จากแม่สู่ลูกตอนเกิด จากการที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และจากการใช้เข็มฉีดยาที่สกปรกมีเชื้อ เช่น ในผู้ขายยาเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน หรือ IDU (intravenous drug user) หรือ PWID (people who inject drugs) เชื้อไวรัสจะอยู่ในเลือด น้ำในช่องคลอด น้ำอสุจิ ในประชาชนทั่ว ๆ ไป การติดเชื้อมักเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อ HIV โดยไม่ใช้การป้องกันโดยถุงยางอนามัย การติดต่อของเชื้อ HIV คล้าย ๆ กับการติดต่อของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ฉะนั้นการป้องกันโรคหนึ่งโรคใดใน 3 โรคนี้จะป้องกันโรคทั้ง 3 ได้ในคราวเดียวกัน วิธีที่ง่ายที่สุดคือ การใช้ถุงยางอนามัย การไม่ใช้ยาเสพติด (โดยเฉพาะยาเสพติดชนิดฉีด และการป้องกันการแพร่เชื้อจากการดูดสุ่ย สำหรับผู้ที่ใช้ยาเสพติด

แล้วก็มีวิธีการต่าง ๆ 10 ประการที่เรียกว่า Harm Reduction ที่จะลดความเสี่ยงต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะกล่าวในโอกาสต่อไป

แต่ปัจจุบันนี้เป็นที่น่ายินดีที่มียาต้านเชื้อ HIV ที่ดีมาก ถ้ารับประทานอย่างต่อเนื่องจะตรวจไม่พบเชื้อในเลือด และจะสามารถลดการแพร่เชื้อได้ถึง 96% ด้วยเหตุนี้เองรัฐบาลและผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้จึงวิงวอนขอให้ผู้ที่มีความเสี่ยง (เช่น ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย) ไปตรวจหาเชื้อ HIV ที่ขอร่อง เพราะเราไม่มีการบังคับให้ใครไปตรวจเชื้อ เพียงแต่แนะนำให้ไปตรวจเท่านั้น

ข้อมูลปัจจุบันของประเทศไทยเกี่ยวกับเชื้อ HIV และโรค AIDS คือ จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีผู้ที่ติดเชื้อ HIV ทั้งสิ้นประมาณ 1,194,515 คน ในจำนวนนี้ยังมีชีวิตอยู่ 438,629 คน โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปีล่าสุด 7,695 คน ประมาณ 90% ของผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และ 2 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการทางเพศ และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด



ฉันเคยไปเรียนเรื่องงานคุณภาพ
ที่วิทยาลัยแห่งหนึ่งในเมืองไฮเดอราบัด
ณ ประเทศอินเดีย นาน 1 เดือน
ทุกวันฉันต้องเข้าเรียนตั้งแต่ 9.00-16.00 น.
เหมือนกลับไปเป็นนักเรียนอีกครั้ง

สภาพห้องเรียนมีเก้าอี้และโต๊ะเพื่อเขียนหนังสือจำนวน 30 ที่
พร้อมทั้งมีเครื่องฉายสไลด์อยู่ด้านหน้าห้องเรียน

บ่ายวันหนึ่งที่นั่งวงเหมาหวอนอน ทันใดนั้นมีครูที่เป็นชายสูงวัย
ท่านหนึ่งเดินเข้ามาสอน ทันทีที่เขาปรากฏกายขึ้นมาก็ทำให้ผู้เข้าเรียน
ทั้งชั้นพากันตื่นตัวขึ้นอย่างสนใจในบุคลิกท่าทางของเขา

ครูอินเดียท่านนี้แต่งตัวด้วยเสื้อเชิ้ตและกางเกงที่ดูธรรมดามาก
ไม่ได้แต่งกายด้วยสูทหรือชุดประจำชาติอินเดียเหมือนคนอื่น ๆ แต่ที่สำคัญ
คือ **เขาเดินเท้าเปล่าเข้ามาสอน !!!!**

ครูผู้ดูแลแนะนำว่า ครูอินเดียท่านนี้เป็นครูผู้ชำนาญเรื่องงานคุณภาพ
มายาวนานมาก

ทันทีที่เริ่มต้นสอนก็พบว่ากลวิธีการสอนนั้นสนุกสนานมาก

ครูท่านนี้ก็เริ่มด้วยเรื่องเล่าดังนี้... ครั้งหนึ่งครูท่านนี้ได้รับมอบหมาย
ให้ไปตรวจคุณภาพการกำจัดน้ำเสียของโรงงานแห่งหนึ่ง เขาจึงเริ่มต้น
ไปสัมภาษณ์ชาวบ้านที่อยู่ในหมู่บ้านรอบ ๆ โรงงานเพื่อที่ว่าชาวบ้านได้รับ
ผลกระทบอย่างไรต่อการกำจัดของเสียของโรงงานแห่งนั้น

ทันทีที่เขาเหยียบเข้าไปในหมู่บ้านก็ได้กลิ่นเหม็นฉุนอย่างรุนแรง
ออกมา จนต้องรีบคว้าผ้ามาปิดจมูกเอาไว้ อย่างไรก็ตามเขายังคงเดินหน้าไป
ถามชาวบ้านในหมู่บ้านนั้นต่อไป

มีชาวบ้านรายหนึ่งเดินผ่านมา เขาจึงเข้าไปพูดคุยด้วย ชาวบ้านรายนั้น
เล่าว่า

“หมู่บ้านนี้ปกติดีและไม่มียกกลิ่นเหม็นอะไร”

ซึ่งสร้างความประหลาดใจให้แก่ครูอินเดีย
ท่านนี้เป็นอย่างมาก แต่หลังจากจบคำตอบ ชาวบ้าน
รายนั้นก็คว้าผ้าที่ห้อยคอขึ้นมาคลุมปากและจมูก
พร้อมกับพูดคุยเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ในหมู่บ้านต่อไป
เรื่อย ๆ

ครูจึงถามชาวบ้านว่า “ถ้าคุณไม่ได้กลิ่นเหม็น
แล้วทำไมต้องเอาผ้ามาปิดปากและจมูกด้วย”

ชาวบ้านแสดงท่าทางประหลาดใจในคำถามนี้
ก่อนที่จะตอบว่า “ไม่ได้เหม็นอะไร แต่ใช้ผ้าปิดปาก
และจมูกกันจนเคยชินอยู่แล้ว คนอื่น ๆ ทั้งหมู่บ้าน
ก็ทำกัน ไม่เห็นมีอะไรแปลกเลย”

ครูจบเรื่องเล่าลง พร้อมกับเดินไปตามโต๊ะ
ของนักเรียนแต่ละคนเพื่อถามว่า “คิดอย่างไรกับ
เรื่องเล่านี้”

นักเรียนต่างพากันตอบไปต่าง ๆ นานา
จนในที่สุดครูก็เฉลยให้ฟังว่า

“คนในหมู่บ้านนี้อยู่ใกล้กับโรงงานที่
ส่งกลิ่นเหม็นมานานหลายชั่วอายุคน จนกระทั่งเขาชิน
กับกลิ่นฉุนเหล่านั้นจนเห็นเป็นเรื่องธรรมดาไปแล้ว”

งานในโรงพยาบาลก็เช่นกัน ผู้คนทำงาน
ตามหน้าที่เข้าไปข้ามาจนเกิดเป็นความเคยชิน และ
ไม่เห็นความจำเป็นหรือไม่เข้าใจว่าจะพัฒนาอะไร
ก็ในเมื่อทำเช่นนั้นตาม ๆ กันมาตลอดอยู่แล้ว พอเรา
เริ่มพูดถึงมาตรฐานหรือคุณภาพของงานในการ
พัฒนาจึงทำให้ผู้คนเหล่านั้นแปลกใจและไม่เข้าใจ

ดังนั้น การนำมาตรฐานหรือคุณภาพงาน
ต่าง ๆ เข้ามาใช้เพื่อปรับปรุงพัฒนางานจึงจำต้อง
ทำให้ผู้คนตระหนักถึงความสำคัญก่อน ดังเช่น
การทำให้ชาวบ้านเข้าใจว่ากลิ่นเหม็นฉุนนั้นเป็นความ
ผิดปกติก็จะทำให้พวกเขาพากันตื่นตัวเพื่อแก้ไขปัญหา
โรงงานตามมา

อย่างไรก็ดี การแก้ปัญหาหรือพฤติกรรมของ
คนอาจลองใช้ทฤษฎีความสุขเข้าไปก็จะมีข้อควร
ให้ผู้คนอยากเข้าร่วมมากขึ้น

บริษัท Volkswagen ในประเทศเยอรมนีได้จัดการประกวด fun theory ขึ้นในปี ค.ศ. 2011 โดยเขาเชื่อว่าเราสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ดีของผู้คนได้ด้วยการใช้ความสนุกมาช่วย

ในการประกวดครั้งนั้นมีงานที่น่าสนใจหลายงาน ดังเช่น

บันไดเปียโน เป็นความคิดที่อยากกระตุ้นให้ผู้ที่มาใช้บริการของสถานีรถไฟใต้ดินนิยมใช้บันไดเพื่อเดินขึ้นมาแทนการใช้ลิฟต์ ทีมงานจึงได้พากันระบายสีที่บันไดให้เป็นเหมือนคีย์เปียโน จนทำให้ผู้คนพากันเดินไปบนบันไดราวกับได้เดินไปบนคีย์เปียโนอย่างสนุกสนาน จนทำให้อัตราการเดินขึ้นบันไดมากขึ้นตามลำดับ



หรืออีกงานหนึ่งคือ **ถังขยะที่ลึกที่สุดในโลก** ทีมงานต้องการกระตุ้นให้ผู้คนทิ้งขยะลงถังให้มากขึ้น ทีมงานจึงนำเทปเสียงไปใส่ในถังทิ้งที่ที่มีคนทิ้งขยะลงไปในถังก็จะมีเสียงวัดดังยาวนานราวกับทิ้งของลงจากที่สูง เสียงวัดดังอยู่นานมากกว่าจะได้ยินเสียงดับ อันแสดงว่าของตกถึงพื้นแล้ว ทุกครั้งที่คนทิ้งขยะลงไปก็จะมีเสียงดังประหลาดใจราวกับว่าถังขยะนี้ลึกมาก ๆ อันทำให้ผู้คนต่างพากันทิ้งขยะลงถังกันมากขึ้น



ปัจจุบันโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงมีมากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการใช้ชีวิตที่ไม่ถูกต้อง

ในการพัฒนางานคุณภาพด้านหนึ่งคือ ด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจึงนับเป็นงานยากอย่างยิ่งที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยหลายรายเข้าใจว่าการเป็นโรคนั้นไม่ดี แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ดีนั้นต้องใช้เวลาตั้งใจและการเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ถ้าเราใส่ทฤษฎีความสุข (the fun theory) เข้าไปก็จะยิ่งเสริมพลังให้ผู้ป่วยอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งอีกกลวิธีหนึ่งคือ ให้จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยนำผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันมาพูดคุยช่วยเหลือกันเองก็จะทำให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างสนุกสนานและต่อเนื่อง

โรงพยาบาลแห่งหนึ่งจึงคิดนำผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มารวมกลุ่มกันเป็นชมรมห้วอกเดียวกัน โดยทุกครั้งผู้ป่วยรายใดสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีก็จะได้รับสติกเกอร์มียิ้ม 1 ดวงอยู่ในสมุดบันทึก และเมื่อครบ 3 ดวงก็จะได้รับรางวัลพร้อมกับนำวิธีการดี ๆ มาเล่าให้กลุ่มฟัง จนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

นอกจากนี้ก็อาจนำรางวัลที่มีภาพอาหารเกี่ยวกับสุขภาพมาหมุน แล้วเมื่อลูกศรตกไปอยู่ที่อาหารช่องใดก็ให้ผู้ป่วยในชมรมอธิบายคุณค่าของอาหารเหล่านั้น หรืออาจเปลี่ยนเป็นภาพโรคอ้วน โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้อธิบายวิธีรักษาโรคเหล่านั้น อันเป็นการสอนที่ได้ทั้งความสุขและความรู้ไปพร้อมกัน

การใช้ทฤษฎีความสุขเข้ามาช่วยในการเสริมพลังอาจทำให้ผู้ป่วยสนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ดีทั้งหลายมากขึ้น ดังเช่นที่บริษัท Volkswagen นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ หรือกระตุ้นให้ผู้คนนิยมทิ้งขยะลงถังมากขึ้น

จนในที่สุดเกิดงานสร้างสรรค์ต่าง ๆ มากขึ้นในการพัฒนางานคุณภาพของโรงพยาบาลได้เช่นกัน

ฉันเชื่อว่า The fun theory (ทฤษฎีความสุข) สามารถนำไปใช้พัฒนางานได้มากมายหลากหลาย ทั้งนี้เพราะผู้ใหญ่ก็ยังมีความรู้สึกสนุก ๆ แบบเด็กอยู่เสมอ

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวัง (ตอนที่ 3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีปัญหาในการบริหารจัดการเป็นอย่างมาก

ในตอนที่ได้กล่าวถึงว่าระบบหลักประกันสุขภาพไทยกำลังนำมาตรฐานการแพทย์ไทยไปสู่ความเสี่ยง สำหรับตอนนี้ ถ้าท่านผู้อ่านได้ติดตามข่าวสารในข่าวต่าง ๆ เช่น

1. <http://www.hfocus.org/content/2014/12/8818> สงครามร่างทรง ศึกกระทรวงหมอยึดเยื่อ

2. <http://www.hfocus.org/content/2014/12/8816> ผู้ตรวจฯ จี้หมอรักษะ เคลียร์ สปสช.โอนงบบัตรทองไม่โปร่งใส จัดสรรไปหน่วยงานอื่น

3. <http://www.hfocus.org/content/2014/12/8823> ผอ.ร.พ.อุ้มผางอัด สปสช.เป็นคนดี แต่ใจดำ

4. <http://www.hfocus.org/content/2014/12/8832> สปสช.เผยข้อมูลบัญชี ร.พ.สร.ไตรมาส 4 มี ร.พ.วิกฤติรุนแรง 70 แห่ง

5. <http://www.hfocus.org/content/2014/12/8804> “หมอณรงค์” ตั้งคำถามวิธีบริหารกองทุน 30 บาท

6. <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000141681&Html=1&#Opinion> ปลัด สธ.แฉพิรุธงบบัตรทอง แฉชักเงินกลับ-โอนเงินให้นอกเหนือ ร.พ.

จากข่าวข้างบนที่ได้ยกมาอ้างอิงไว้ในที่นี้ (และที่ยังไม่ได้นำมาอ้างอิงไว้) จะเห็นได้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ก่อให้เกิดปัญหาแก่กระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างมาก เนื่องจากทำให้เกิดปัญหาการขาดงบประมาณในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ทำให้โรงพยาบาลเกิดปัญหาการขาดเงินในการดำเนินการจนมีปัญหาการขาดสภาพคล่องถึงขั้นวิกฤติรุนแรง 70 แห่ง (ตามที่ สปสช. อ้าง) ในขณะที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอว่ามีโรงพยาบาลประสบปัญหาการขาดทุนในระดับวิกฤติถึง 105 โรงพยาบาล และปลัดกระทรวงสาธารณสุขพร้อมกับคณะผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในระดับผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ได้มีความเห็นร่วมกันในความต้องการที่จะให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพใหม่ โดยขอให้แบ่งจ่ายงบประมาณค่าเหมาจ่ายรายหัว เป็นแบบเขตสุขภาพ ไม่ให้แบ่งเป็นกองทุนย่อย ๆ หลาย ๆ กองทุน ซึ่งทำให้โรงพยาบาลได้รับงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยจาก สปสช. ไม่เท่ากับจำนวนเงินที่โรงพยาบาลจ่ายไปจริงในการรักษาผู้ป่วยนั้น ๆ โดยที่โรงพยาบาลไม่สามารถที่จะเกลี้ยงบประมาณจากกองทุนย่อย ๆ หลากหลายกองทุนนี้ไป “ช่วยจ่าย” ในการรักษาผู้ป่วย “ข้ามกองทุน” หรือ “ข้ามจังหวัด” ได้

ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 38 ได้บัญญัติไว้ว่า ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ทั้งนี้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 18(4) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน และมาตรา 18(13) จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี

ส่วนในมาตรา 46 บัญญัติไว้ว่า หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 44 และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยหลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18(13) ก่อน และอย่างน้อยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

(1) อาศัยราคากลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมาเป็นฐานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามมาตรา 50(4)

(2) ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร

(3) คำนึงถึงความแตกต่างในภารกิจของหน่วยบริการ

(4) คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ

ซึ่งการบริหารจัดการของ สปสช. ภายใต้มติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ละเลยบทบัญญัติในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหลายประการ กล่าวคือ

1. ไม่ปฏิบัติตามมาตรา 18(13) กล่าวคือไม่ได้จัดประชุมรับฟังความเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี แม้ในปีนี้จะมีการประชุมร่วมกันระหว่างคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข แต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ไม่ยอมรับฟังการร้องขอของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข (ผู้ให้บริการ) ที่ต้องการให้ยกเลิกการแบ่งกองทุน



หลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกเป็นหลายกองทุนย่อย ๆ และขอร้องให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินให้แก่งานบริการโดยตรง ไปจ่ายเงินกองทุนไปยัง “เขตสุขภาพ” ต่าง ๆ เพื่อให้เขตสุขภาพสามารถบริหารเงินกองทุนในเขตนั่น ๆ เพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตนั่น ๆ ได้ เพื่อที่จะ “เกลี่ยงบประมาณ” ข้ามจังหวัด เพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลมีเงินงบประมาณเพียงพอในการให้บริการดูแลรักษาประชาชน ทั้งนี้การจัดสรรเงินแบบเดิมที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำอยู่นั้น ได้ก่อให้เกิดปัญหาการขาดเงินในการดำเนินการของโรงพยาบาลหลายแห่ง จนมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่มีการขาดทุนในการดำเนินงานจนถึงกับประสบปัญหาวิกฤติด้านการเงิน กล่าวคือมีหนี้สินและขาดสภาพคล่องทางการเงิน แต่โรงพยาบาลบางแห่งก็ “มีกำไร” ในการดำเนินการ

แต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ยังไม่ยอมทำตามข้อเสนอแนะดังกล่าวข้างต้นนี้ ทั้ง ๆ ที่คณะอนุกรรมการการเงินการคลังที่มี ดร.คณิต แสงสุพรรณ ได้ดำเนินการศึกษาวิเคราะห์มา ก็เห็นว่า การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามวิธีการดังกล่าว (จ่ายเงินงบประมาณรวมไปไว้ที่เขตสุขภาพ) จะช่วยแก้ปัญหาการขาดงบประมาณในการดำเนินการของโรงพยาบาลได้

2. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้แบ่งเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกเป็นกองทุนย่อยสำหรับรักษาเฉพาะโรคหลายกองทุน และเอาไปส่งเสริมโครงการต่าง ๆ ที่ สปสช. คิดวางแผนขึ้นมาเอง ทำให้กองทุนสำหรับรักษาโรคทั่วไปนั้นไม่เพียงพอในการให้การรักษาลูกป่วย และโรงพยาบาลไม่สามารถโอนเงิน “ข้ามกองทุน” ไปรักษาลูกป่วยในโรคอื่นได้อีก ซึ่งทำให้โรงพยาบาลเกิดปัญหาการขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินการดังกล่าวแล้ว นอกจากนั้น สปสช. ยังมีการส่งมอบงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลล่าช้าข้ามปีงบประมาณ ส่งผลให้โรงพยาบาลขาดสภาพคล่องมากขึ้น

3. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดอัตราการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (ที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล) ตามอัตราโรคกลางโรคร่วม (Diseases Related Group) ที่ต่ำกว่าราคาจริงที่โรงพยาบาลต้องใช้จ่ายจริงในการรักษาลูกป่วย แต่พอถึงเวลาจ่ายเงิน สปสช. ก็จ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการที่รับส่งต่อไม่ครบตามจำนวนค่าใช้จ่ายในโรคกลาง (ที่ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงในการรักษาลูกป่วยของโรงพยาบาล) โดยอ้างว่าต้องหักเงินเดือนบุคลากรออกก่อน มีผลทำให้โรงพยาบาลระดับสูงในกรมการแพทย์ได้รับงบประมาณในการรักษาลูกป่วยน้อยกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เป็นผลให้โรงพยาบาลขาดเงิน (ขาดทุน) ในการรักษาลูกป่วยทุกครั้ง

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ทำการโฆษณาประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเชื่อว่า 30 บาทรักษาทุกโรค และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” แต่ในความเป็นจริงแล้ว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพได้ดำเนินการตามมาตรา 5 วรรค 3 คือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ได้ประกาศกำหนดว่า ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะได้รับนั้นไม่ครอบคลุมทุกโรค เช่น น.พ.วินัย สวัสดิวร เลขาธิการ สปสช. ได้เคยมีหนังสือตอบนายวิทยา แก้วภราดัย (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น) ว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีงบประมาณในการรักษาความเจ็บป่วยของประชาชนที่เกิดจากการได้รับสารพิษ ฉะนั้น การประชาสัมพันธ์ของ สปสช. ที่ว่า 30 บาทรักษาทุกโรคจึงไม่เป็นความจริง

และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ให้ “สิทธิแก่ประชาชนเพียง 48 ล้านคนเท่านั้น” ในการที่จะได้รับบริการสาธารณสุข ไม่ได้ให้การรักษาความเจ็บป่วยแก่ประชาชนไทยทั้ง 65 ล้านคน

หมายความว่า การให้ประชาชนมี “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดย สปสช. ก็ไม่มีอยู่จริง



5. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังได้กำหนดว่า สถานพยาบาลจะเข้ายาได้เพียงบางชนิดเท่านั้น ในการรักษาลูกป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือให้ใช้ได้เฉพาะยาที่มีรายชื่ออยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ซึ่งในบางกรณีมีความเจ็บป่วยบางอย่างไม่สามารถรักษาได้จากยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับอาการป่วยของตน หรือบางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ออกระเบียบมาบังคับการรักษาลูกป่วยว่า ให้รักษาตามแบบหรือวิธีการที่ สปสช. กำหนดไว้เท่านั้น ไม่เช่นนั้นก็จะไม่ได้รับสิทธิในการรักษา เช่น ในกรณีการรักษาลูกป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการล้างไต สปสช. ก็กำหนดไว้ให้ผู้ป่วยทุกคนต้องเริ่มต้นล้างไตทางหน้าท้องก่อน (CAPD-first) เพราะถ้าไม่ทำเช่นนั้นจะไม่ได้รับสิทธิการรักษา (กล่าวคือ สปสช. จะไม่จ่ายเงินค่ารักษาให้ ถ้าไม่ล้างไตทางหน้าท้องก่อนวิธีอื่น) ซึ่งการล้างไตทางหน้าท้องนี้ไม่ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกคน ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้มีอัตราการตายสูงที่สุดในโลก คืออัตราการตายเฉลี่ยถึง 40%



Awake Fiberoptic Nasotracheal Intubation

บทนำ

Fiberoptic bronchoscope (FOB) เป็นอุปกรณ์ที่ใช้เพื่อตรวจหาความผิดปกติของทางเดินหายใจ และยังสามารถนำมาใช้ช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งอาจจะใส่ท่อช่วยหายใจโดยวิธี direct laryngoscope ได้ยาก หรือใส่ไม่ได้เลย (พบได้ประมาณร้อยละ 0.5-4 และ 0.05-0.35 ตามลำดับ)

Introduction of FNI

Fiberoptic bronchoscopy (FOB)

- เลือกลำเส้นผ่านศูนย์กลาง 3.5-6 มม. หรือเล็กกว่า ID (internal diameter) ของท่อช่วยหายใจที่ใช้ใส่เล็กน้อย
- และเลือกใช้ความยาว 60 ซม.
- สามารถใช้ประโยชน์ในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจชนิด double lumen endobroncheal tube หรือใช้ตรวจ bronchus ได้

Advantage and Disadvantage of awake FBI

Advantage of awake FBI

การใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ Fiberoptic bronchoscopy (FOB) ในขณะที่ยังรู้สึกตัวอยู่เรียกว่า awake FBI มีข้อดีว่าการใส่ FBI ในผู้ป่วยที่ได้รับการดมยาสลบ กล่าวคือ

- ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากกว่า
- ใส่ได้ง่าย

Disadvantage of awake FBI

สำหรับข้อเสียของ awake FBI เมื่อเทียบกับการใส่ FBI ในผู้ป่วยที่ได้รับการดมยาสลบ ได้แก่

- การใส่ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวอยู่ ผู้ป่วยจะมีความกลัวและไม่สบายจากการถูกใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าไปใน airway
- การใส่ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวอยู่ ต้องการความร่วมมือของผู้ป่วยให้อยู่นิ่ง ๆ อ้าปาก แลบลิ้น หายใจเข้าลึก ๆ เป็นต้น
- การให้ topical anesthesia ในบริเวณ airway เพื่อกด airway reflex นั้น พบว่า local anesthetic drug จะถูกดูดซึมได้ง่าย หากให้มากเกินไปผู้ป่วยอาจเกิด local anesthetic toxicity ได้

Consideration of awake FBI

awake FBI เลือกใช้ในผู้ป่วยดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด gastric aspiration เช่น hiatus hernia, obesity, full stomach เป็นต้น

• ผู้ป่วยที่มี unstable fracture cervical spine ซึ่งการใส่ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวอยู่จะช่วยให้ muscle บริเวณคอของผู้ป่วยช่วย support บริเวณ fracture site

• ผู้ป่วยที่มี compromised airway ซึ่งหากให้หลับจะมี airway obstruction ได้ และไม่สามารถจะช่วย ventilate ทาง mask ได้เลย เช่น มีก้อนเนื้อขนาดใหญ่บริเวณภายนอกของปาก-จมูก-คาง-คอ, มี contracture burn scar ทำให้คอติดกับคาง หรือผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจโดย direct laryngoscope ได้ยาก เช่น อ้าปากได้น้อย เป็นต้น

*ผู้ป่วยที่ serious ill ไม่อาจทนต่อการดมยาสลบ หรือ apnea ได้

Factor of successful and unsuccessful of awake FBI

Factor of successful of awake FBI

ปัจจัยที่ทำให้การใส่ awake FBI สำเร็จได้ด้วยดี ได้แก่

- Proper psychologic preparation หมายถึงขณะที่ไป preoperative visit ผู้ป่วยควรจะได้รับความรู้ถึง
 1. เหตุผลของการใส่ awake FBI ว่าเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเองเป็นหลัก
 2. ขั้นตอนรายละเอียดของการใส่ awake FBI
 3. ผู้ป่วยจะช่วยให้การใส่ awake FBI ให้สำเร็จได้อย่างไร รวดเร็วโดยการช่วยเงยหน้า อ้าปาก แลบลิ้น หายใจลึก และกลืนน้ำลายเมื่อแพทย์ขอให้ทำ
 4. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการซักถามได้จนพอใจ
- Proper pharmacologic preparation หมายถึง ผู้ป่วยควรได้รับยาที่เหมาะสม ขั้นตอนเรียงตามลำดับ ได้แก่ การให้ premedication, การให้ intravenous conscious sedation at time of intubation และการให้ topical anesthesia⁽²⁾

• Expert endoscopist หมายถึง แพทย์ผู้ใส่ awake FBI เป็นผู้ที่ใช้ fiberoptic bronchoscope ได้อย่างชำนาญ

• Good functional FOB หมายถึงมี FOB ที่ใช้งานได้ดี มีคุณภาพ

Factor of unsuccessful of awake FBI

สำหรับสาเหตุที่ทำให้ awake FBI ไม่สำเร็จ ซึ่งพบได้ตั้งแต่ 0-26% เกิดเนื่องมาจาก

- แพทย์ผู้ใส่ awake FBI ขาดความชำนาญในการใช้ FOB
- ผู้ป่วยได้รับ topical anesthesia ไม่พอเพียง ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ
- มี secretion, เลือด, ใสน้ำ บดบัง lens ของ FOB
- anatomy ของ upper airway ของผู้ป่วยมีการบิดเบี้ยวผิดปกติไปมาก หรือมีระยะระหว่าง epiglottis กับ posterior pharyngeal wall แคบมา

Why is nasotracheal route

การใส่ทางจมูกมีข้อดีคือ

- ใส่ได้ง่ายกว่าและประสบความสำเร็จสูงกว่าเนื่องจากมุมระหว่างจมูกกับ vocal cord หักน้อยกว่า และหา midline ได้ง่ายกว่า
- ไม่มีการกระตุ้น gag reflex ขณะใส่ผู้ป่วยรู้สึกสบายและร่วมมือกว่า
- นอกจากนี้การให้ topical anesthesia ทำได้โดยง่ายและไม่ยุ่งยาก

ส่วนข้อเสียของการใส่ทางจมูกคือ

- ใส่ท่อช่วยหายใจขนาดใหญ่ไม่ได้
- อาจมีเลือดออกในจมูก

Pharmacologic preparative

Premedication

Premedication มีการให้ยาเพื่อวัตถุประสงค์ช่วยเสริม psychological preparation และช่วยลด secretion ได้แก่

Sedation drug

เพื่อช่วยลดความตื่นเต้นกังวลใจของผู้ป่วย ยาที่ให้นิยมให้ midazolam 7.5-15 มก. หรือ diazepam 5-10 มก. รับประทาน ก่อนเริ่มทำการให้ยาชาเฉพาะที่ประมาณ 30 นาทีเป็นอย่างต่ำ และถ้าหากผู้ป่วยมีอาการปวดร่วมด้วยควรพิจารณาให้ morphine 5-10 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อด้วย

Antisialagogue

เพื่อช่วยลด secretion ทำให้การดูดซึมยาชาเฉพาะที่ ดีขึ้น และไม่ไป dilute ยาชาเฉพาะที่ อีกทั้งยังช่วยทำให้การส่อง FOB เห็นได้ชัดเจนขึ้น ไม่มี secretion มาบัง lens ของ FOB

ยาที่ให้นิยมให้ ได้แก่ atropine 0.4-0.6 มก. หรือ glycopyrrolate 0.2-0.3 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ก่อนเริ่มทำการให้ยาชา

เฉพาะที่ประมาณ 30 นาทีเป็นอย่างต่ำ (พบว่า glycopyrrolate มีฤทธิ์ลด secretion ได้ดีกว่า atropine) หรืออาจให้โดยฉีดเข้าเส้น ในช่วง intravenous conscious sedation

Intravenous conscious sedation

มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดความตื่นเต้นกังวลใจของผู้ป่วย พบว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับยา ผู้ป่วยจะสงบมากขึ้น และให้ความร่วมมือมากขึ้น โดยการให้ยาจะพิจารณาให้ในปริมาณที่ไม่ถึงขนาดผู้ป่วยหลับ และไม่ทำให้ผู้ป่วยที่มี compromised airway, profused airway bleeding, massive facial injury, complete airway obstruction, hypoventilation

ยาที่ให้นิยมให้ ได้แก่ fentanyl 50-150 ไมโครกรัม (1.5 ไมโครกรัม/กก.) ร่วมกับ midazolam 0.5-1 มก. (หรือให้ได้มากที่สุด 0.03 มก./กก.) หรือ diazepam 1-2 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ 3-5 นาที ก่อนเริ่มทำการให้ยาชาเฉพาะที่

Topical anesthesia

ข้อดีและข้อเสียของการให้ยาชาเฉพาะที่

ข้อดีของการให้ยาชาเฉพาะที่ในการใส่ awake FBI ได้แก่ ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการใส่มากขึ้น ช่วยให้การใส่ FBI ประสบความสำเร็จมากขึ้น ช่วยยับยั้งการเกิด cardiovascular response (hypertension, tachycardia) และ respiratory reflex (laryngospasm, bronchospasm)

ส่วนข้อเสีย ได้แก่ ทำให้เวลาในการเตรียมการใส่ FBI นานขึ้น, ขณะให้ยาชาเฉพาะที่ผู้ป่วยอาจไม่ชอบและรู้สึกกลัว, มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด local anesthetic toxicity, ทำให้ loss of airway reflex ซึ่งเป็นอันตรายในกรณีผู้ป่วยที่มี full stomach (จึงอาจต้องเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย full stomach)

ยาชาอะไรที่ใช้ได้

- ยาชากลุ่ม amide ได้แก่ lidocaine มีหลากหลาย form ด้วยกัน ได้แก่ aqueous 1, 2, 4%, viscous 2%, ointment หรือ jelly 2, 4% และ aerosol 10% เป็นต้น
- ยาชากลุ่ม natural alkaloid ได้แก่ cocaine มีความเข้มข้น 4, 5 และ 10%

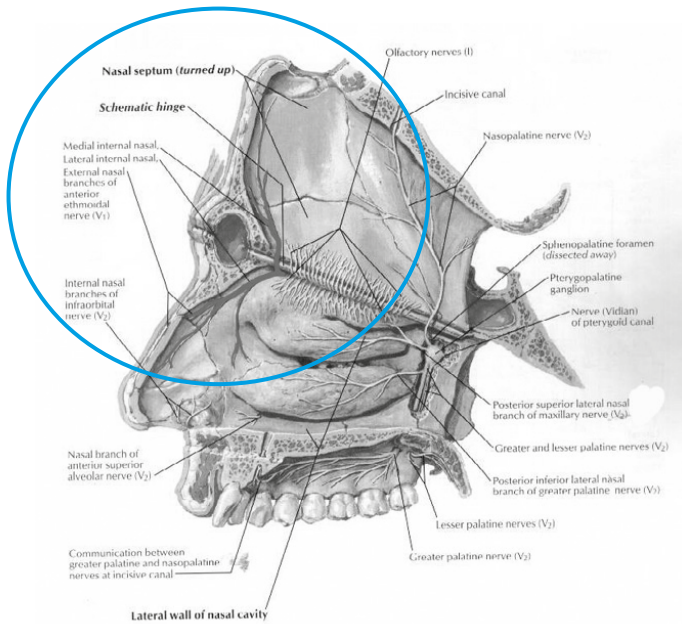
Nerve supply

Anterior ethmoidal nerve

- มาจาก ciliary ganglion อยู่บริเวณด้านหน้าของโพรงจมูก ติดกับสันจมูกตั้งแต่ frontal bone ได้ลูกตา ยาวจนถึงบริเวณใกล้

รูจมูก (วงกลมในภาพ)

- เลี้ยว 1/3 nasal septum ด้านหน้า

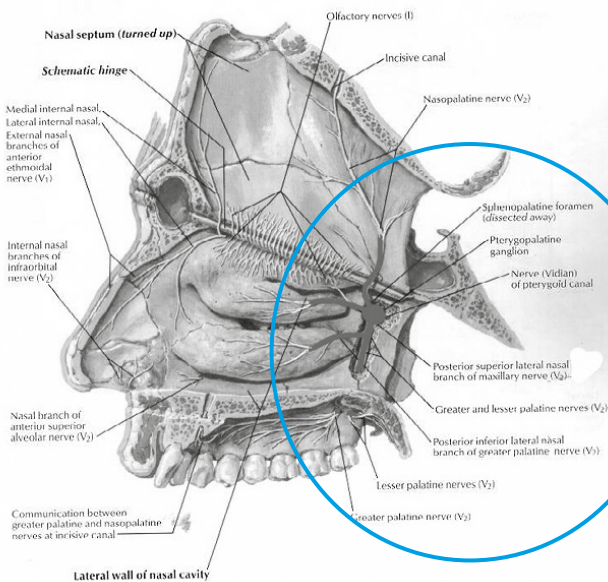


- Nerve supply

Nerve supply

Sphenopalatine ganglion

- มาจาก middle division ของ CNV โดยวิ่งมาในชั้น submucosa บริเวณ lateral wall ของโพรงจมูก หลัง middle turbinate (วงกลมในภาพ)
- ให้แขนงเลี้ยว 2/3 nasal septum ด้านหลัง, nasal turbinates, superior portion ของ uvula, nasopharynx

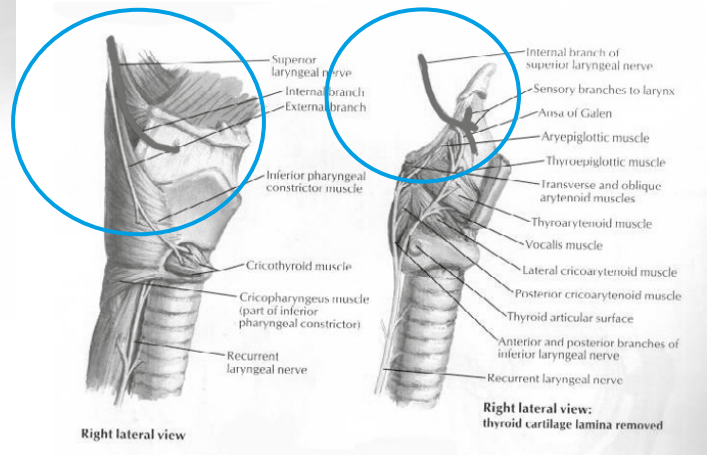


Nerve supply

Internal branch of superior laryngeal nerve

Nerve แขนงที่ 2 ของ vagus nerve ต่อจากแขนงแรกคือ pharyngeal nerve

- อยู่บริเวณ lateral wall ของ pharynx มาสิ้นสุดที่ pyriform fossae ทั้ง 2 ข้าง (วงกลมในภาพ)
- nerve นี้เลี้ยง lower pharynx, posterior surface ของ epiglottis, vallecula, pyriform fossae, aryepiglottic fold และ larynx ส่วน superior surface ของ false vocal cords

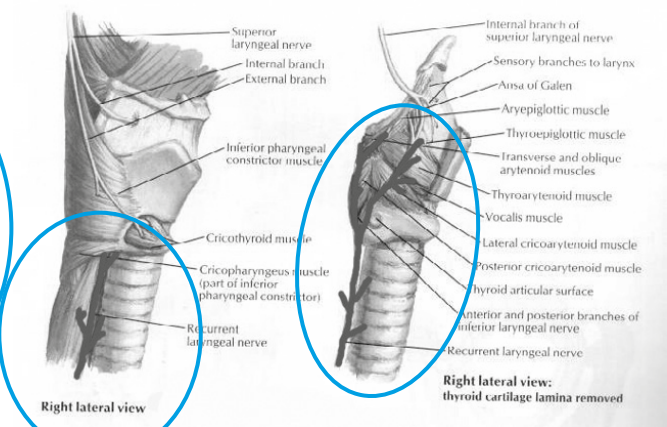


Nerve supply

Recurrent laryngeal nerve

Nerve แขนงที่ 4 และเป็นแขนงสุดท้ายของ vagus nerve ต่อจากแขนงที่ 3 คือ external branch of superior laryngeal nerve

- อยู่บริเวณ lateral wall ของ larynx และ trachea (วงกลมในภาพ)
- nerve นี้มีทั้งเป็น motor fiber เลี้ยว trachea และ intrinsic larynx muscle (ยกเว้น cricothyroid muscle ซึ่งเลี้ยงด้วย external branch of superior laryngeal nerve) และ sensory fiber เลี้ยว larynx ส่วน inferior surface ของ false vocal cords และ trachea



(อ่านต่อฉบับหน้า)



การรักษาผื่นหนังอักเสบเรื้อรัง

โรคผื่นหนังอักเสบเรื้อรัง (chronic urticaria) เป็นโรคที่เกิดจากการระคายเคืองบริเวณผิวหนัง มีผื่นบวมแดง และมีอาการคันเรื้อรัง มักมีอาการคันต่อเนื่องกันหนึ่งสัปดาห์ อาการคันอาจเป็นเพียงเฉพาะที่หรือกระจายทั่วตัว อาจส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ เช่น ทำให้เสียสมาธิ รบกวนการทำงาน การนอน หรือส่งผลเสียทางด้านจิตใจ ในผู้ป่วยที่มีการแกะเกาอาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังตามมาได้ด้วย

ยาแก้แพ้ หรือ antihistamine เป็นยาที่ใช้ระงับอาการแพ้ที่เกิดจากการหลั่งสาร histamine มีสรรพคุณยับยั้งอาการแพ้ ช่วยลดอาการคัน ลดผื่นจากผื่นหนังอักเสบได้เป็นอย่างดี

การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นเป็นสิ่งที่ดีที่สุด หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ชัดเจนจำเป็นต้องใช้ยาแก้แพ้เพื่อรักษาโรคผื่นหนังอักเสบเรื้อรังดังกล่าว จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคผื่นหนังอักเสบเรื้อรังด้วยยาแก้แพ้ พบว่ายาแก้แพ้ที่มีสรรพคุณลดอาการคันและผื่นได้เป็นอย่างดี ได้แก่ ยาแก้แพ้ชนิด cetirizine ขนาด 10 mg วันละครั้ง พบว่าสามารถช่วยหยุดอาการคัน ลดผื่นทั้งในระยะสั้นและระยะปานกลางได้ดี, ยา desloratadine ขนาด 5 mg พบว่าสามารถช่วยหยุดอาการคัน ลดผื่นในระยะสั้นได้ดี แต่ระยะปานกลางต้องใช้ยา desloratadine ขนาด 10 mg ถึงจะครอบคลุมอาการได้, ยา levocetirizine ขนาด 5 mg ให้ผลในการหยุดอาการคัน ลดผื่นระยะปานกลางได้ดี แต่ระยะสั้นต้องใช้ยาขนาดสูง 20 mg

กล่าวโดยสรุป ยาแก้แพ้มีสรรพคุณในการยับยั้งอาการคันและลดผื่นหนังอักเสบเรื้อรังได้เป็นอย่างดี โดยยาที่ได้ผลดีมาก ได้แก่ ยา cetirizine





การขนย้าย แบ่งเป็น

1. การขนย้ายภายในโรงพยาบาล (Intra-hospital Transportation)
2. การขนย้ายระหว่างโรงพยาบาล (Inter-hospital Transportation) ได้แก่ รถพยาบาล ขนย้ายทางอากาศ เช่น เฮลิคอปเตอร์ และเครื่องบิน รวมทั้งการขนย้ายทางน้ำ

อย่างไรก็ตาม การขนย้ายทางรถหรือทางอากาศ ก็ขึ้นกับการตัดสินใจของแพทย์ผู้ส่ง โดยดูตามอาการของผู้ป่วย ความจำเป็นที่ต้องส่งต่ออย่างรวดเร็ว สภาพอากาศ ประสิทธิภาพของบุคลากร รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่

อุปกรณ์ในการขนย้าย

โดยทั่วไปอุปกรณ์ที่ใช้ในการขนย้ายควรมีความทนทานต่อแรงสั่นสะเทือน น้ำหนักเบา และใช้พลังงานจากแบตเตอรี่ รวมทั้งมีการเตรียมชุดอุปกรณ์ให้เหมาะกับแต่ละโรค

สำหรับการดูแลทางเดินหายใจต้องมีการเตรียมอุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจให้พร้อม ตรวจสอบปริมาณออกซิเจนให้เพียงพอตลอดการขนย้ายและควรสำรองเผื่อเอาไว้เพิ่มอีก 1-2 ชั่วโมง รวมทั้งเตรียมเครื่องช่วยหายใจชนิดพกพาเอาไว้ด้วย

หลักทั่วไปของการขนย้ายผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. แจ้งหน่วยงานที่จะรับให้ทราบและเตรียมพร้อม
2. รักษาอาการให้คงที่ก่อนการขนย้าย
3. ป้องกันอันตรายจากการเคลื่อนย้าย
4. เฝ้าระวังและดูแลตลอดการเคลื่อนย้าย
5. เตรียมรับมือภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น
6. มีผู้ดูแลที่เหมาะสมร่วมทางไปด้วย
7. จัดทำเอกสารจดบันทึกอาการของผู้ป่วย

1. แจ้งหน่วยงานที่จะรับให้ทราบและเตรียมพร้อม

ต้องแจ้งอาการและเหตุการณ์ที่ทำไปให้ปลายทางทราบ รวมทั้งจดบันทึกชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของผู้รับที่ปลายทางไว้ด้วย ทีมจะขนย้ายได้ต่อเมื่อปลายทางบอกว่าพร้อมรับแล้วเท่านั้น

2. รักษาอาการให้คงที่ก่อนการขนย้าย

สำหรับการขนย้ายผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุเพื่อนำกลับสู่โรงพยาบาลนั้น ในกรณีขนย้ายผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่นอกโรงพยาบาลมักใช้ “scoop and run” แต่กรณีผู้ป่วยทั่วไปมักแนะนำให้ใช้ “stay and play” โดยให้การรักษาก่อนอาการ

ของผู้ป่วยคนที่ ณ จุดเกิดเหตุก่อนค่อยขนย้ายมาสู่โรงพยาบาล
สิ่งสำคัญก่อนขนย้ายคือ ดูแลรักษาทั้งทางเดินหายใจ
และเปิดหลอดเลือดดำเอาไว้ก่อนออกเดินทาง

แพทย์ควรทำการประเมิน A-B-C-D (Airway, Breathing, Circulation, Disability) และรักษาให้อาการคงที่
ก่อนการขนย้าย

A - Airway ถ้ามีปัญหาทางเดินหายใจอุดตันหรือ
ขาดออกซิเจนก็พิจารณาเปิดทางเดินหายใจด้วยวิธีต่าง ๆ

ก่อนการขนย้าย เรามักพิจารณาให้การช่วยเหลือ
ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินหายใจเร็วกว่าผู้ป่วยตามหอยผู้ป่วย
เช่น ทารกที่มี $\text{PaCO}_2 > 50$ มม.ปรอท อาจตัดสินใจใส่ท่อ
อากาศในหอยผู้ป่วยไปก่อน แต่ถ้าต้องขนย้ายก็ต้องทำการใส่
ท่อทางเดินหายใจ [endotracheal tube (ET tube)] ก่อนการ
ขนย้ายไปเลย หรือผู้ป่วยที่อาจเสี่ยงต่ออาการแผลงในอนาคต
ก็จะรีบใส่ท่อทางเดินหายใจไปเลยก่อนขนย้าย เป็นต้น ทั้งนี้
เพราะระหว่างขนย้ายจะทำให้เกิดการได้ไม่สะดวก

บุคลากรที่ขนย้ายผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอาจใช้
Esophagotracheal Combitube (ETC) และ Laryngeal mask
airway (LMA) ซึ่งถูกยอมรับให้ใช้ได้ทั้ง 2 ชนิดไปในการทำการ
กู้ชีพได้ด้วย แต่ LMA มีโอกาสหลุดล้าลึกเข้าปอดได้ง่ายกว่า
ETC

Esophagotracheal Combitube ใช้ในผู้ป่วยอายุ
> 14 ปี เท่านั้นแต่ LMA มีขนาดสำหรับเด็กด้วย

การใส่ท่อทางเดินหายใจ (endotracheal intubation)
เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมาก การใส่ท่อชนิดนี้มักต้องส่องดู
ทางเดินหายใจด้วย laryngoscope ก่อนเสมอ การใส่ท่อ
ทางเดินหายใจอาจทำได้โดยการให้ยานอนหลับเข้าหลอดเลือดดำ
เพื่อให้่ายต่อการใส่ท่อในผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในห้องฉุกเฉิน
ของประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย
และยุโรป มักนิยมการใส่ท่อทางเดินหายใจแบบรวดเร็ว (rapid
sequence intubation) ซึ่งถือเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วย
ทั้งนี้เพราะการใส่ท่อทางเดินหายใจแบบรวดเร็วทำได้โดยการ
ให้ยานอนหลับและยาคลายกล้ามเนื้อเข้าสู่กระแสเลือด
พร้อมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยนิ่งและไม่ต่อต้านการใส่ท่อ
ทางเดินหายใจจนเกิดการสูดสำลักเศษอาหารเข้าปอดได้

ก่อนการใส่ท่อทางเดินหายใจแบบรวดเร็วนั้น แพทย์
ต้องประเมินความยาก-ง่ายของการใส่ท่อทางเดินหายใจ

ทั้งนี้เพื่อเตรียมอุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจชนิดอื่นทดแทน
ในกรณีที่แพทย์ใส่ท่อไม่ได้ อุปกรณ์อื่นที่อาจมาทดแทน ได้แก่
Ambu bag (Automatic manual breathing unit bag), LMA,
Esophagotracheal combitube หรือการเจาะคอ (tracheostomy)
 เป็นต้น

B - Breathing ถ้าผู้ป่วยมีภาวะเลือดมีออกซิเจนน้อย
(hypoxemia) ก็จำเป็นต้องให้สูดดมออกซิเจนที่มีความ
เข้มข้นสูงและช่วยหายใจ ดังนั้น โดยทั่วไปมักเตรียม
ถึงออกซิเจนไปด้วยระหว่างขนย้าย

การคำนวณว่าจะใช้ออกซิเจนได้นานกี่ชั่วโมงก่อน
จะหมดถังมีดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงค่า pressure-volume conversion factor

ขนาด cylinder	Conversion factor
E	$\frac{*622 \text{ L}}{**2,220 \text{ Psi}} = 0.3$
G	$\frac{5269 \text{ L}}{2,200 \text{ Psi}} = 2.4$
H-K	$\frac{6600 \text{ L}}{2,200 \text{ Psi}} = 3$

ดัดแปลงจาก: สุมาลี เกียรติบุญศรี. การบำบัดด้วยออกซิเจน
(Oxygen Therapy). ใน: สุมาลี เกียรติบุญศรี บรรณาธิการ. การ
ดูแลรักษาโรคระบบหายใจในผู้ใหญ่ (Respiratory Care in Adult).
พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: หจก.ภาพพิมพ์; 2545:197-237.

หมายเหตุ * ปริมาตร (ลิตร) ของถังแต่ละขนาด

** ความดันโดยเฉลี่ยในถัง (Psi) เมื่อบรรจุออกซิเจน
เต็มถัง

ตัวอย่างเช่น cylinder ขนาด E มีออกซิเจนในถังเหลือ
1,000 Psi ถ้าใช้กับผู้ป่วยโดยเปิดออกซิเจน 3 ลิตร/นาที

ระยะเวลาที่มีออกซิเจนใช้ = $(1,000 \times 0.3)/3 = 100$
นาที่



เครื่องทำความชื้นและเครื่องทำฝอยละออง (Oxygen Humidifier and Nebulizer)

ออกซิเจนที่ถูกเก็บในถังลว่นเป็นอากาศแห้ง ดังนั้น จึงควรให้ความชื้นแก่ออกซิเจนเมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วย วิธีการทำความชื้นให้กับออกซิเจนมี 2 วิธีคือ

1. Humidification คือการทำให้ น้ำระเหยเป็นไอแล้วลอยปะปนไปกับออกซิเจน ความชื้นลักษณะนี้จึงไม่สามารถเห็นได้ด้วยตาเปล่า

2. Nebulization คือการทำให้น้ำเป็นละอองเล็ก ๆ แขนงลอยไปกับออกซิเจน ซึ่งจะเห็นเป็นควันขาว ๆ ลอยออกมา

ชนิดที่นิยมใช้ในการขนย้ายผู้ป่วยมักเป็นชนิด heat and moisture exchanger (HME) หรือ hygroscopic condenser humidifier (HCH) ทำหน้าที่เหมือนจมูกเทียมของผู้ป่วยที่หายใจผ่านท่อช่วยหายใจ เครื่องมือนี้ประกอบด้วยสารดูดความชื้นสวมอยู่ที่ปากรูเปิดของท่อ ET tube เพื่อดูดซับความชื้นจากลมหายใจออกเก็บไว้ และปล่อยความชื้นให้ลมหายใจเข้าที่แห้งกว่าไหลผ่านไปเข้าปอดของผู้ป่วย

C - Circulation ควรรักษาความดันโลหิตให้คงที่ และควรให้สารน้ำผ่านเครื่องควบคุมอัตราการไหล

D - Disability ประเมิน Glasgow Coma Scale เพื่อประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นระยะ



3. ป้องกันอันตรายจากการเคลื่อนย้าย

เช่น รมัดระวังสายท่อระบายทรวงอก (intercostal drainage: ICD) ให้อยู่ต่ำกว่าเตี๋ย รวมทั้งขวดบรรจุสารน้ำที่ระบายออกมาจาก ICD ก็ควรเป็นขวดพลาสติกหรือมี one way valve เป็นต้น

4. เฝ้าระวังและดูแลลดการเคลื่อนย้าย

การขนย้ายในและนอกโรงพยาบาลมักมุ่งเน้นการเฝ้าติดตามสัญญาณชีพด้วยอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เพราะไม่สะดวกที่จะทำการตรวจร่างกายระหว่างขนย้าย

สำหรับการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยทั่วไปมักนิยมใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดที่เหมาะสมกับการขนย้ายมากกว่าการบีบ ambu bag



5. เตรียมรับมือภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น

ภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างการขนย้าย แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ความผิดพลาดของอุปกรณ์ เช่น แบตเตอรี่หมด ท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดหรืออุดตัน เป็นต้น

2. สัญญาณชีพแย่งจากตัวโรคเอง เช่น ความดันโลหิตต่ำ หรือปริมาณออกซิเจนในเลือดต่ำ

สาเหตุที่ผู้ป่วยซึ่งใส่ท่อทางเดินหายใจแล้วมีอาการแย่งมักมาจาก "DOPE"

D - Tube Displacement ท่อเลื่อนหลุด

O - Tube Obstruction ท่ออุดตัน

P - Pneumothorax โฟรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ

E - Equipment Failure เครื่องช่วยหายใจไม่ทำงาน
หรือมีรอยร้าวตามข้อเชื่อมต่อของเครื่องช่วยหายใจ



6. มีผู้ดูแลที่เหมาะสมร่วมทางไปด้วย

ในกรณีผู้ป่วยวิกฤตินั้นควรมีผู้เดินทางไปด้วยกันอย่างน้อย 2 คน ได้แก่ แพทย์ที่ทำการกู้ชีพได้ และพยาบาลผู้ช่วยเหลือ

7. จัดทำเอกสารฉบับที่อาการของผู้ป่วย

เพื่อส่งต่อ ทบทวนการดูแลรักษาและนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพ

สรุปว่า การขนย้ายทั้งในและนอกโรงพยาบาลมักต้องคำนึงถึงการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ก่อนทำการขนย้าย ซึ่งมักหมายถึงการดูแลรักษาทั้งทางเดินหายใจและเปิดเส้นเลือดให้แก่ผู้ป่วยก่อนออกเดินทางเป็นสำคัญ



เอกสารอ้างอิง

1. Guidelines for the transfer of critically ill patients. Guidelines Committee of the American College of Critical Care Medicine; Society of Critical Care Medicine and American Association of Critical-Care Nurses Transfer Guidelines Task Force. Crit Care Med. 1993;21:931-7.
2. Wallace PGM, Ridley SA. ABC of intensive care: Transport of critically ill patients. BMJ. 1999;319:368-71.
3. Gupta S, Bhagotra A, Gulati S, Sharma J. Guidelines for the Transport of Critically Ill Patients. JK Science. 2004;6:109-12.
4. สุมาลี เกียรติบุญศรี. การบำบัดด้วยออกซิเจน (Oxygen Therapy). ใน: สุมาลี เกียรติบุญศรี บรรณาธิการ. การดูแลรักษาโรคระบบหายใจในผู้ใหญ่ (Respiratory Care in Adult). พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: หจก.ภาพพิมพ์; 2545:197-237.





Elecsys Bone Marker

Assay for Osteoporosis Management

- **Vitamin D total (25-OH)**
(Vitamin D sufficiency assessment)
- **β -CrossLaps/serum**
(Bone Resorption Marker)
- **N-MID Osteocalcin**
(Bone Turnover Marker)
- **Total P1NP**
(Bone Formation Marker)
- **PTH**
(Parathyroid Hormone)

“ Notice warnings on the label and
accompanying documents before use ”



Roche Diagnostics (Thailand) Ltd.
18th Floor, Rasa Tower 1
555 Phaholyothin Road, Chatuchak
Chatuchak, Bangkok 10900 Thailand
Tel : +662 791 2200, Fax : +662 937 0850

เลขที่ ฌพ. 249/2555
(ใช้ได้ถึง 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2558)

cobas[®]

Life needs answers



cobas b 101 system

*Enhancing patient care at the point of need
with combined HbA1c and lipid panel testing*



cobas Lipid panel



cobas HbA1c test

**“ Notice warnings on the label and
accompanying documents before use ”**



Roche Diagnostics (Thailand) Ltd.
18th Floor, Rasa Tower 1
555 Phaholyothin Road, Chatuchak
Chatuchak, Bangkok 10900 Thailand
Tel : +662 791 2200, Fax : +662 937 0850

สป.197/2556
(ใช้ได้ถึงวันที่ 24 เม.ย. 2559)

cobas®

Life needs answers

“Advertise for medical professionals and public health officials”

โรงแรมโกลด์บีชชะอำ โทร. 032 433 833 - 40 สำนักงานกรุงเทพฯ โทร. 02 885 9464

***กรุณาดัดส่วนนี้เพื่อรับสิทธิพิเศษ ส่วนลด 15% จากราคาโปรโมชั่นทันที!**

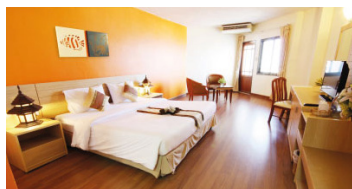
****วันหยุดนักขัตฤกษ์และวันอื่นๆที่หยุดต่อเนื่อง เพิ่ม 1,000 บาท/ห้อง/คืน**

*****ใช้ได้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2557 ถึง 31 พฤษภาคม 2558 Promotion code TLR11/2014**



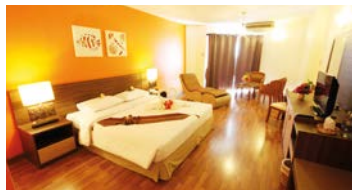
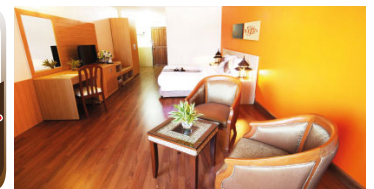
พบกับโอมใหม่ แบบคุ้มค่าที่สุด

★ ห้องใหญ่กว่า ★ ถูกกว่า
★ Sea View ทุกห้อง ★



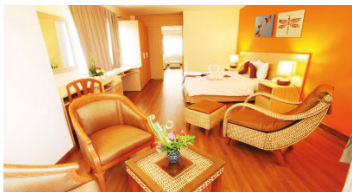
1,990.- ห้องพัก Superior (40 ตร.ม.)
2 วัน 1 คืน (สำหรับ 2 ท่านพร้อมอาหารเช้า)

~~2,649.-~~



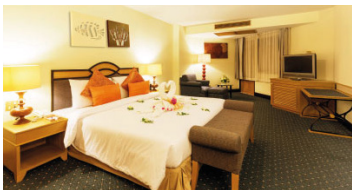
2,290.- ห้องพัก Deluxe (40 ตร.ม.)
2 วัน 1 คืน (สำหรับ 2 ท่านพร้อมอาหารเช้า)

~~4,472.-~~



2,890.- ห้องพัก Junior Suite (55 ตร.ม.)
1 ห้องนอน 1 ห้องรับแขก
2 วัน 1 คืน (สำหรับ 2 ท่านพร้อมอาหารเช้า)

~~5,885.-~~



3,690.- ห้องพัก Deluxe Suite (95 ตร.ม.)
1 ห้องนอน 1 ห้องรับแขก
2 วัน 1 คืน (สำหรับ 2 ท่านพร้อมอาหารเช้า)

~~7,650.-~~



4,890.- ห้องพัก Family Suite (95 ตร.ม.)
2 ห้องนอน 1 ห้องรับแขก
2 วัน 1 คืน (สำหรับ 4 ท่านพร้อมอาหารเช้า)

~~10,562.-~~



โรงพยาบาลอานันทมหิดล ประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ขอเชิญแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และผู้สนใจ

Hot Topics in Clinical Practice

๒๒-๒๓ มกราคม ๒๕๕๘ ห้องประชุมกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลอานันทมหิดล



วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๕๘

- ๐๘.๐๐ - ๐๘.๔๕ น. ลงทะเบียน
๐๘.๔๕ - ๐๙.๐๐ น. พิธีเปิด
โดย พลตรี วิสุทธิ์ ศรีจันทร์พานธุ์
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอานันทมหิดล
- ๐๙.๐๐ - ๑๐.๑๕ น. "New Standard of CAD Treatment in Provincial Hospital"
โดย นายแพทย์ อนุชิต วงศ์เพ็ญ
ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลอุดรธานี
- ๑๐.๑๕ - ๑๐.๓๐ น. **COFFEE BREAK**
๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. "Major Vascular Injury Intrathoracic"
โดย พันโท ไผ่ บุญศิริ
แผนกศัลยกรรมทรวงอก กองศัลยกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. **Luncheon Symposium :**
"High Intensity Statin in ACS"
Speaker: พันโท กิจจา จำปาศรี
อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลอานันทมหิดล
Moderator: พันเอก ก่อเกียรติ กิตติสุวรรณ
อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลอานันทมหิดล
- ๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น. "Smart Parent for Smart Kid"
โดย พันเอกหญิง วิรจรงค์ อธิษฐานกุล
กุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก กองกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๐ น. **COFFEE BREAK**
๑๔.๔๐ - ๑๖.๐๐ น. "การตรวจคัดกรองมะเร็งในช่องปากด้วยตนเอง"
โดย นาวาอากาศตรี ตฤณ รื่นรมย์
แผนกทันตแพทย์ โรงพยาบาลกองบิน ๒ จังหวัดลพบุรี

วันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๕๘

- ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น. ลงทะเบียน
๐๙.๐๐ - ๑๐.๓๐ น. "รู้ทันกฎหมายปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ"
โดย อัยการ จิรวิทย์ สุขพิงได้
อัยการผู้เชี่ยวชาญพิเศษสำนักอัยการสูงสุด
- ๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น. **COFFEE BREAK**
๑๐.๔๕ - ๑๒.๐๐ น. "รู้ทันกฎหมายปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ"
(บรรยายต่อ)
โดย อัยการ จิรวิทย์ สุขพิงได้
อัยการผู้เชี่ยวชาญพิเศษสำนักอัยการสูงสุด
- ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. **Luncheon Symposium :**
"Future of Catch.Lab. in 2015"
Speaker: พันเอก รองศาสตราจารย์ นครินทร์ ศันสนียุทธ
หัวหน้าห้องสวนหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
Moderator: พันเอก ก่อเกียรติ กิตติสุวรรณ
อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลอานันทมหิดล
- ๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น. "พฤติกรรมการใช้ยาในทางที่ผิด (Drug Abuse)"
โดย เภสัชกรหญิง ดร.นันทนา พิชัยไพศาล
กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหาร
และยา
- ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น. **COFFEE BREAK**
๑๔.๔๕ - ๑๖.๐๐ น. "What is ART" (เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
ความหวังใหม่ของผู้มีบุตรยาก)
โดย พันตรี จักรพันธ์ สุขเดช
หน่วยเวชศาสตร์เจริญพันธุ์
โรงพยาบาลนอร์ธอีสเทอร์นวัฒนา จังหวัดอุดรธานี

ผู้สนใจติดต่อลงทะเบียนได้ที่
สำนักงานวิชาการ โรงพยาบาลอานันทมหิดล
โทร. ๐๓๖-๗๘๔๔๗๖ ต่อ ๓๘๑๑๔
โทรสาร. ๐๓๖-๗๘๔๔๗๑
หมายเหตุ: ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น
หมดเขตรับสมัคร ภายในวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๕๘

การตายจากอุบัติเหตุจราจร: การเก็บแอลกอฮอล์สำคัญยิ่ง (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

Death From Traffic Accident: Blood Alcohol Is An Important Evidence (A Case Report)

การตรวจศพที่ถูกส่งมาตรวจโดยพนักงานสอบสวนโดยเฉพาะที่ถูกระบุว่า “อุบัติเหตุจราจร” สิ่งที่สำคัญยิ่งนอกจากต้องการดำเนินการตามกฎหมาย มาตรา 154 แล้ว แพทย์ที่ตรวจจำเป็นต้องเก็บและตรวจหาพยานหลักฐานที่สำคัญยิ่งที่สุดประการหนึ่งก็คือ “แอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ตาย” เพราะปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดมีผลในทางคดีอย่างยิ่ง เพราะในกรณีการตายจากการจราจรและตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ตาย (หรือจากน้ำเหลืองอื่น ๆ ของผู้ตาย ซึ่งสามารถปรับให้เป็นค่าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดได้) ย่อมแสดงถึงการที่ผู้ตายอาจมีส่วนในการถึงแก่ความตายของตนเอง เช่น หากเป็นคนขับยานพาหนะ (driver, rider) และเกิดอุบัติเหตุจนถึงแก่ความตายอาจเป็นไปได้ที่ผู้ตายเองจะเป็นผู้ประมาทเอง หรือหากเป็นคนเดินเท้า (pedestrian) ที่ถูกรถชนจนถึงแก่ความตายอาจเป็นไปได้ที่ผู้เดินเท้านั้นจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และเคลื่อนตัว เช่น เดินหรือวิ่งออกไป (ข้ามถนน) จนถูกรถชนถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งประเด็นแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ตายจึงสัมพันธ์กับคดีความต่าง ๆ ทั้งในทางอาญาและทางแพ่งอย่างหลีกเลี่ยงมิได้

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ผู้ตายอายุ 25 ปี ซึ่งรถจักรยานยนต์แล้วมีผู้พบว่ายูริมทางบนถนนใหญ่เชิงสะพานข้ามคลองในสภาพไม่รู้ตัวและมีคราบเลือดที่ใบหน้าและศีรษะ พร้อมกับพบรถจักรยานยนต์ของผู้ตายอยู่ห่างออกไปราว 50 เมตร มีผู้พบเมื่อราว 1.30 น. แล้วแจ้งต่อพนักงานสอบสวนโดยไม่มีผู้เห็นเหตุการณ์

พนักงานสอบสวนได้รับแจ้งจากพลเมืองว่ามีศพนอนตายอยู่ริมถนน จึงมาทำการชันสูตรพลิกศพพร้อมตามแพทย์ที่มีหน้าที่ใน

การชันสูตรพลิกศพประมาณเวลา 3.00 น. ของวันเดียวกัน

จากนั้นทำหนังสือนำส่งศพมาที่โรงพยาบาลศิริราชเพื่อทำการตรวจหาสาเหตุการตายตามกฎหมาย (ภาพที่ 1)

การตรวจศพ:

สภาพศพที่ตรวจได้จากภายนอกศพ: (ภาพที่ 2)

- ศพชายอายุประมาณ

25-30 ปี รูปร่างค่อนข้างท้วม ตัวยาว 170 เซนติเมตร ผสมสีผิวขาวประมาณ 15 เซนติเมตร ไม่ไ้หวัดและเครา

- ผู้ตายสวมเสื้อยืดแขนสั้นสีเหลือง กางเกงขายาวสีเข้ม กางเกงชั้นในสีขาว

- ได้กลิ่นคล้ายแอลกอฮอล์เมื่อเข้าใกล้ศพ

- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกกลงสู่เบื้องต่ำหลังเสียชีวิตที่หลังได้ชัดเจน

- ตรวจพบบาดแผลดังต่อไปนี้

- บาดแผลที่ใบหน้าเป็นบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบขนาดใหญ่คล้ายเป็นแฉกสามด้าน ยาวด้านละประมาณ 5 เซนติเมตร เห็นกะโหลกศีรษะและยังมีชิ้นส่วนของเนื้อสมองไหลออกมาจากบาดแผลดังกล่าวด้วย (ภาพที่ 3)



- บาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบที่บริเวณเปลือกตาบนขวา ใกล้กับหัวตาขวา ยาวประมาณ 2 เซนติเมตร

- บาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบที่บริเวณเปลือกตาบนซ้าย ยาวประมาณ 0.5 เซนติเมตร

- บาดแผลถลอกหลายแผลที่บริเวณใบหน้า กระจ่ายหลายตำแหน่ง

- บาดแผลถลอก

เล็ก ๆ ตามร่างกายอีกหลายตำแหน่ง

- แขนซ้ายเหนือข้อศอกซ้ายมีลักษณะงอผิดปกติอย่างชัดเจน

- แขนขวาและขาทั้งสองข้างเหยียด ไม่พบสภาพงอผิดปกติ มีบาดแผลถลอกและฟกช้ำกระจ่ายทั่วไป

สภาพศพที่ตรวจได้จากการผ่าศพตรวจ:

- ผนังศีรษะและใต้ชั้นหนังศีรษะมีสภาพฟกช้ำโดยทั่วไป

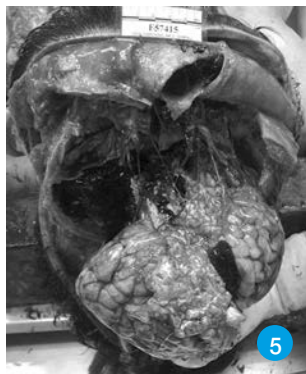
- กะโหลกศีรษะด้านหน้าแตกยุบตัวลง และมีแขนงการแตกแยกไปที่ฐานกะโหลกศีรษะส่วนหน้าด้านซ้าย (left anterior cranial fossa) มาที่ฐานกลางกะโหลก (sella) และต่อมายังด้านขวาทั้งส่วนกลางมาจรดส่วนหลัง (right middle cranial fossa and right posterior cranial fossa) (ภาพที่ 4)

- พบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (subdural hematoma) ด้านซ้ายมากกว่าด้านขวา

- เนื้อสมองกลีบหน้าฉีกขาดด้านซ้ายค่อนข้างรุนแรง (severe laceration of both frontal lobe, left more than right) (ภาพที่ 5)

- เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางบาง ๆ กระจ่ายทั้งสองซีก



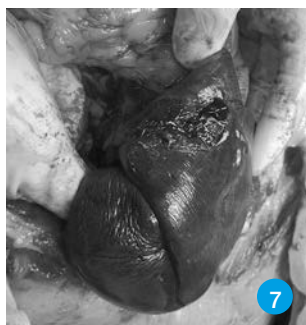
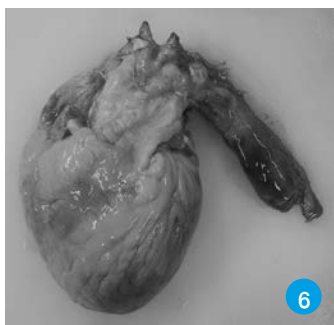


ของสมอง (both hemispheres)

- กระดูกสันหลังส่วนคอ ส่วนอก และหลังปกติ
- ช่องอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- หัวใจและปอด และอวัยวะในช่องอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ

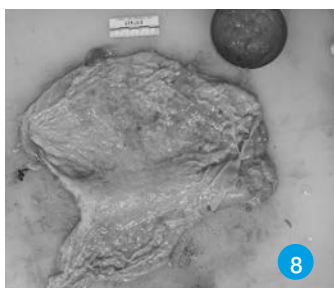
ยกเว้นมีรอยชำรุด รอย รอยเส้นเลือดแดงใหญ่ส่วนอก (thoracic aorta) (ภาพที่ 6)

- ม้ามมีการฉีกขาดที่ด้านบนและด้านล่างของม้าม (ภาพที่ 7)



- พบเลือดออกในช่องท้องเล็กน้อย
- กระเพาะอาหารพบของเหลวที่ย่อยแล้วเล็กน้อยสีน้ำตาลอ่อน

ปริมาณราว 200 มิลลิลิตร และมีกลิ่นจุนเข้าได้กับกลิ่นแอลกอฮอล์ (ภาพที่ 8)



- ตับ โต ลำไส้ และ
- ขั้วลำไส้ (mesentery) อยู่ใน
- เกณฑ์ปกติ
- กระเพาะปัสสาวะ
- และอวัยวะอื่น ๆ รวมถึงกระดูก
- เเชิงกรานปกติ
- กระดูกแขนซ้าย
- ส่วนบนหักใกล้กับข้อศอกซ้าย

- อวัยวะอื่น ๆ โดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบพยาธิสภาพชัดเจน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

- การตรวจเลือดเพื่อหาระดับแอลกอฮอล์: ตรวจพบ 223 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
- การตรวจปัสสาวะและเลือดเพื่อหาสารเสพติดและยานอนหลับ/หรือยากล่อมประสาท: ตรวจไม่พบ

สาเหตุการตาย:

- กระโหลกศีรษะแตกมาก เนื้อสมองฉีกขาดอย่างรุนแรง และเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง

พฤติการณ์ที่ตาย:

- น่าเชื่อว่าจะมาจากอุบัติเหตุจากรถยนต์เนื่องจากอิทธิพลของแอลกอฮอล์ในร่างกาย

วิเคราะห์และวิจารณ์

การตรวจศพที่ถูกส่งมาให้ตรวจตามกฎหมายนั้น แพทย์ผู้ตรวจต้องให้ความสำคัญ และต้องเข้าใจและคำนึงถึงขั้นตอนและกระบวนการต่าง ๆ ดังนี้

ประการที่ 1: ศพที่ถูกพบริมถนน

ต้องถือว่าเป็นศพที่ตายผิดธรรมชาติเสมอ แม้ว่าจะมีประวัติโรคประจำตัว เช่น เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ฯลฯ แต่หากเป็นการตายในที่สาธารณะต้องสันนิษฐานไว้ก่อนว่า “เป็นการตายผิดธรรมชาติ” ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้อง “ให้มีการชันสูตรพลิกศพ” ตามกฎหมาย¹

การตายผิดธรรมชาตินั้น กฎหมายบัญญัติให้ต้องมีกระบวนการ “ชันสูตรพลิกศพ” ดังนี้¹

มาตรา 148¹ เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาตินั้น คือ

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

ประการที่ 2: การดำเนินการหลังการชันสูตรพลิกศพ

แพทย์ต้องจำไว้เสมอว่า “หลังทำการชันสูตรพลิกศพที่ตายในที่สาธารณะต้องส่งศพมารับการตรวจต่อเสมอ ตามมาตรา 151 และ 152¹” สิ่งนี้สำคัญยิ่งเพราะแม้ว่าจะพบพยานหลักฐาน เช่น บาดแผลตามร่างกายรูปร่างที่เข้ากับ “อุบัติเหตุจากรถยนต์” แต่แพทย์ก็ต้องไม่ลืมว่าอาจมีการนำศพมาทิ้งริมถนนแล้วเกิดบาดแผลขึ้นในภายหลัง (post-mortem wounds) ได้ ทำให้สำคัญผิดคิดว่าเป็นการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุจากรถยนต์ เป็นต้น ดังนั้น หลังจากที่มีการ “ชันสูตรพลิกศพ (มาตรา 150)” แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ “จะต้อง” ส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152) เสมอ¹ แพทย์จะต้องไม่ชะล่าใจว่าสิ่งที่ตนเองได้พบ เช่น บาดแผลจากศพ การตรวจศพกลางถนน ฯลฯ จะต้องเป็นการเสียชีวิตตามสภาพที่พบนั้น

ประการที่ 3: การตรวจศพมีความจำเป็นต้องผ่าศพตรวจ

มีความจำเป็นต้องผ่าศพตรวจเพื่อดูว่าสภาพแห่งการบาดเจ็บหรืออันตรายนั้นอยู่ ณ ตำแหน่งใดของร่างกาย และสมกับจะเป็น

สาเหตุการตายหรือไม่

หมายเหตุ:

ในบางกรณีที่ถูกจำกัดด้วย “โอกาสปิดในการที่จะผ่าศพตรวจ” เช่น การที่เป็นศพของผู้นับถือศาสนาอิสลาม และมีความจำกัดด้วยสภาพแห่งสังคมและชุมชน และ/หรือเหตุอื่นประกอบ ทำให้แพทย์ไม่อาจดำเนินการได้อย่างอิสระและมาตรฐานตามเกณฑ์ในการแพทย์^{2,3,4} แล้ว อย่างน้อยที่สุดแพทย์ต้องไม่ลืมทำการเก็บพยานหลักฐานดังนี้

ก. การเอกซเรย์ร่างกาย โดยเฉพาะที่ศีรษะ หน้าอก และหน้าท้อง (รวมอุ้งเชิงกราน) และหากมีสภาพผิดปกติของแขนขา (รยางค์) ก็ให้ถ่ายภาพเอกซเรย์ไว้ด้วย

ข. การเก็บเลือดและปัสสาวะเพื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การหาสารเสพติด ยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท
2. ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและปัสสาวะ

ค. หากเป็นกรณีที่ไม่น่าเชื่อว่าผู้เสียชีวิตเป็นใคร ให้แพทย์ดำเนินการเก็บพยานหลักฐานเพื่อการตรวจทางพันธุกรรมไว้ด้วย (DNA) เช่น อาจเก็บกระดูกซี่โครงบริเวณกระดูกอ่อนไวร้าว 5-6 เซนติเมตร เป็นต้น

ประการที่ 4: การเก็บสิ่งส่งตรวจที่สำคัญ

สิ่งส่งตรวจที่สำคัญ

ก. เลือด และ/หรือปัสสาวะ เพื่อการตรวจหาสารเสพติด ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท ให้เก็บในภาชนะ (หลอด) เก็บวัตถุพยาน (ภาพที่ 9)



ข. การเก็บเลือด และ/หรือปัสสาวะ เพื่อตรวจหาระดับแอลกอฮอล์นั้น จำเป็นต้องเก็บด้วยความระมัดระวังเพราะเป็นสารระเหยได้ (volatile substance) จึงต้องใช้หลอดที่เป็นสุญญากาศ (vacuum tube) และสำหรับเลือดนั้นให้ใช้สารกันแข็งตัว (anticoagulant) เป็นโซเดียมฟลูออไรด์ที่เหมาะสมที่สุด (ภาพที่ 9)

หมายเหตุ:

สิ่งส่งตรวจทั้งหมดจะต้องไม่ลืมข้อปฏิบัติดังนี้

1. เก็บโดยภาชนะ (ขวด/หลอด) ที่มีลักษณะที่เหมาะสม และเฉพาะดังได้กล่าวไว้ข้างต้นคือ แอลกอฮอล์จะต้องเก็บในภาชนะที่มีให้มีการระเหยไป (ภาพที่ 9) นอกจากนี้อาจมีประการอื่น ๆ

ก. การเก็บในภาชนะที่ป้องกันแสงหากจะตรวจหาสารที่ไวต่อการเสื่อมหากถูกแสง

ข. ภาชนะที่เก็บต้องไม่ใหญ่หรือเล็กเกินไป

ค. ปริมาณที่เก็บต้องเหมาะสมกับการตรวจได้

ง. ต้องไม่ลืมติดสลาก (label) โดยมีเนื้อหาระบุให้ทราบถึงชื่อของเจ้าของตัวอย่าง และวันเวลาที่เก็บ และ/หรืออาจมีตำแหน่งที่เก็บร่วมด้วย

2. สิ่งที่เก็บดังกล่าวไป ณ ที่ที่สามารถตรวจได้โดยการส่งนั้นจะต้องคำนึงถึง

ก. สถานที่ตรวจ

ข. วิธีการส่ง

ค. เวลาแห่งการส่ง (โดยหลักแล้วยิ่งส่งเร็วเท่าใดย่อมเป็นการดีเท่านั้น)

3. สิ่งสำคัญที่สุดในเรื่องพยานหลักฐาน (วัตถุพยาน) ก็คือ กระบวนการส่งต่อ (chain of custody หรือ chain of evidence) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือในผลแห่งการตรวจได้ เพราะถึงแม้จะมีผลการตรวจและยืนยันประการหนึ่งประการใด เช่น การที่ตรวจพบระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงก็ตาม แต่หากการส่งมีความน่าสงสัย เช่น อาจมีการเปลี่ยนตัวอย่างส่งตรวจ หรือมีการทำให้วัตถุแห่งการตรวจเปลี่ยนแปลงไปได้ ย่อมทำให้ขาดความน่าเชื่อถือในทางพยานหลักฐาน

4. หากเป็นไปได้ให้มีการเตรียมพร้อมของอุปกรณ์เก็บและผู้เก็บ

จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมเพื่อการเก็บพยานหลักฐาน อันประกอบด้วย

ก. อุปกรณ์เพื่อใช้เก็บ ประกอบด้วย (ภาพที่ 10)



(1) อุปกรณ์ภาชนะต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นขวด หลอด

ฯลฯ

(2) แถบสลาก

(3) ปากกาหรืออุปกรณ์ที่ใช้เขียนระบุถึงสิ่งส่งตรวจ (สลาก) เช่น ชื่อศพ ตำแหน่งที่เก็บ หมายเลขของศพ จำนวนที่เก็บ วัน และเวลาที่เก็บ ชื่อผู้เก็บ เป็นต้น



ข. เจ้าหน้าที่ผู้ทำการเก็บและติดสลาก (ภาพที่ 11)

หมายเหตุ:

ผู้ที่เก็บวัตถุพยาน จำเป็นต้องมีความรอบรู้พอสมควรเกี่ยวกับวัตถุพยาน โดยเฉพาะในเรื่องภาชนะที่จัดเก็บ

สารที่ใส่ในภาชนะ (preservative) การติดสลาก การเก็บก่อนที่จะมีการส่งตรวจ วิธีการส่งตรวจ ฯลฯ และหากแพทย์ที่รับผิดชอบได้จัดทำระบบการจัดเก็บไว้ย่อมทำให้ง่ายต่อการดำเนินการด้านวัตถุพยาน

ประการที่ 5: ในผู้ที่ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุจราจร

ความสำคัญอย่างหนึ่งในการชันสูตรศพเนื่องจาก “อุบัติเหตุจราจร” และเป็นปัญหาอยู่เป็นประจำ ซึ่งจะต้องเกิดเป็น “คำถาม” เสมอ ไม่จากฝ่ายใดก็ฝ่ายหนึ่ง ก็คือ

ก. ฝ่ายคู่กรณี (ผู้ถูกกล่าวหาว่าทำให้เกิดแก่ความตายในอุบัติเหตุจราจร)

ข. ฝ่ายประกัน คือ ผู้ที่จะต้องรับผิดชอบกับการเสียชีวิต และ/หรือยานพาหนะ และทรัพย์สินที่อาจมีการฟ้องร้องอื่น ๆ ซึ่งจะเป็นการฟ้องร้องทางแพ่ง⁶

ค. ฝ่ายพนักงานสอบสวนที่จะต้องเป็นผู้ทำสำนวนคดีความ (การตายจากอุบัติเหตุจราจร) เป็นเจตนาหรือประมาท และหากประมาทเป็นของฝ่ายใดหรือทั้งสองฝ่าย และที่สำคัญที่สุดก็คือ “ผู้เสียชีวิตมีส่วนในการที่ตนเองต้องถึงแก่ความตายหรือไม่ เช่น การเมาสุรา เป็นต้น”

แพทย์ที่ทำการตรวจศพรายที่เสียชีวิตอันเนื่องจากการกล่าวถึง “อุบัติเหตุจราจร” จะต้องเก็บเลือดเพื่อตรวจหาระดับแอลกอฮอล์เสมอ

หมายเหตุ:

1. การไม่เก็บเลือดเพื่อการส่งตรวจหากระดับแอลกอฮอล์ อาจเข้าข่ายกรณีเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมไม่ได้มาตรฐานได้^{2,3,4} ยกเว้นกรณีที่เป็นสภาวะอันเป็นการพ้นวิสัยที่ไม่อาจเก็บได้ เช่น เป็นชิ้นส่วนของศพเท่านั้น หรือเป็นศพที่เน่าแล้วซึ่งการเก็บอาจได้แต่แปลผลไม่ได้

2. ในรายงานที่ทำในรูปแบบสมมุติฐานจะต้องมีผลการตรวจแอลกอฮอล์ด้วยเสมอ ซึ่งจะให้ผลตามที่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปรากฏออกมา แต่อย่างไรก็ตาม อาจมีหมายเหตุในผลการตรวจบางกรณีได้ เช่น การที่ศพดังกล่าวเน่า เป็นต้น ทำให้การตรวจไม่สามารถจะระบุถึงข้อเท็จจริงได้ การตรวจไม่พบจึงไม่ได้หมายความว่าผู้ตายมีได้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง แต่เป็นข้อจำกัดของพยานหลักฐานที่ถูกส่งตรวจ

3. โดยทั่วไปเกณฑ์ที่เป็นประเด็นในข้อกฎหมายคือ “ระดับแอลกอฮอล์ที่ตรวจพบในเลือด (blood alcohol)” หรือระดับแอลกอฮอล์ที่ตรวจพบในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น น้ำในลูกตาน้ำในไขสันหลัง น้ำปัสสาวะ ฯลฯ ที่ตรวจพบย่อมสามารถที่จะปรับให้เป็นระดับแอลกอฮอล์ในเลือดได้ ซึ่งในทางกฎหมายจะถือระดับที่ 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์เป็นสำคัญ

4. เมื่อผลการตรวจพบว่าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ตาย (รวมถึงผู้ป่วยด้วยกรณีแพทย์ทำการตรวจผู้ป่วย)

ก. หากได้ระดับเกินกว่า 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์แล้ว แพทย์ควรให้ความเห็นได้ว่า “อยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์” ซึ่งจะเป็นการให้ความเห็นในเชิงวิชาการที่ดีที่สุด

ข. หากได้ระดับที่อยู่ระหว่าง 50-100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์แล้ว แพทย์ควรให้ความเห็นว่า “อาจได้รับอิทธิพลของแอลกอฮอล์” ทั้งนี้เพราะในทางการแพทย์โดยทั่วแล้ว หากระดับแอลกอฮอล์ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดังกล่าว (50-150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) แล้วผู้นั้น “อาจ” หรือ “มีโอกาส” เท่านั้น แต่ยังไม่อาจถือได้อย่างชัดเจนว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์

5. แพทย์ “จะต้องไม่” ให้ความเห็นว่าผู้ตาย (หรือผู้ป่วยกรณีตรวจผู้ป่วย) ว่า “เมา” เด็ดขาด ทั้งนี้แพทย์ย่อมทราบดีอยู่แล้วว่า การที่ผู้หนึ่งผู้ใดจะเมาหรือไม่ย่อมมีปัจจัยอื่นเข้ามาประกอบด้วย และที่สำคัญคือ การที่จะระบุว่าผู้ใดเมาหรือไม่จะต้องมี “ผลการตรวจอื่นประกอบด้วย” เสมอ

สรุป

การชันสูตรพลิกศพผู้ตายที่เชื่อว่าเกิดจากอุบัติเหตุจราจร เมื่อแพทย์ชันสูตรพลิกศพแล้วจะต้องส่งศพมาเพื่อตรวจต่อเนื่องอีก เพื่อให้เกิดความชัดเจนในสาเหตุและพฤติการณ์แห่งการตาย และหากแพทย์เป็นผู้ทำการตรวจศพ (ต่อ) แล้ว แพทย์ท่านนั้นจำเป็นต้องเก็บแอลกอฮอล์เพื่อตรวจด้วยเสมอ เพราะประเด็นแอลกอฮอล์ทั้งในเรื่อง “การตรวจพบและปริมาณที่ตรวจ” ย่อมมีความสำคัญในคดีทั้งทางคดีอาญาและคดีแพ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
3. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม พ.ศ. 2555)”.
4. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.
5. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>
6. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB03/%BB03-20-9999-update.pdf>

อัลไซเมอร์เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดหนึ่งที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมอง ไม่มียารักษาให้หายขาด แต่หากคนไข้รู้ตัวก่อนก็สามารถชะลออาการเสื่อมที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคต ซึ่งระยะหลังเริ่มพบว่าโรคนี้มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุยังไม่มาก เพราะคนส่วนใหญ่ยังไม่รู้ตัวว่าตัวเองเป็นโรคนี้ และกลัวการมาพบแพทย์เพื่อรักษา ซึ่งปัจจุบันการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์จะง่ายขึ้นด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยอย่าง “PET Scan”

การวินิจฉัยอัลไซเมอร์ ด้วยเครื่อง PET Scan

ดร.นพ.โยธิน ชินวลัญช์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านอายุรกรรมสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เปิดเผยว่า ในปัจจุบันนี้ทางการแพทย์ได้มีนวัตกรรมใหม่ที่จะช่วยวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ได้รวดเร็วและแม่นยำมากขึ้น ซึ่งก็คือการตรวจด้วยเครื่อง “PET Scan” หรือการสแกนด้วยรังสีเพื่อตรวจหาความผิดปกติทางสมอง เนื่องจากผลจากการตรวจทาง PET Scan จะสามารถยืนยันความผิดปกติได้ถูกต้องมากกว่า 90% จากเดิมที่คนทั่วไปมักคุ้นเคยกับ PET Scan ในการตรวจรักษาโรคมะเร็ง แต่ด้วยการพัฒนาของผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ทำให้การวินิจฉัยและรักษาโรคสมองเสื่อมโดยใช้สาร C11-PIB (Pittsburgh Compound B) ซึ่งเป็นสารเภสัชรังสีที่มหาวิทยาลัยเพิตต์สเบิร์กในสหรัฐอเมริกาพัฒนาขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2545 ก่อนที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในสหรัฐอเมริกา ยุโรป ญี่ปุ่น เกาหลี และประเทศไทย โดยนำมาสังเคราะห์ร่วมกับสารที่มีลักษณะเดียวกับสารชีวเคมีในร่างกาย เช่น น้ำตาล กรดอะมิโน ด้วยการฉีดก่อนที่จะตรวจหาสารเบต้าอามิลอยด์ด้วยเครื่อง PET Scan ซึ่งถือเป็นเทคโนโลยีใหม่สำหรับผู้เชี่ยวชาญได้ให้การยอมรับในการตรวจวินิจฉัยภาวะอัลไซเมอร์ จากสถิติผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในทุก ๆ 5 ปี เนื่องจากคนมีอายุยืนยาวขึ้นโดยเฉพาะผู้หญิงที่มีอายุยืนกว่าผู้ชาย ผลการสำรวจระบุว่า ตัวเลขเฉลี่ยคนไทยกว่า 2 ล้านคน ภายใน 5 ปีข้างหน้า เริ่มตั้งแต่ช่วงอายุ 50-65 ปี เป็นโรคสมองเสื่อมที่มีความผิดปกติเรื่องของความจำบกพร่อง แต่ไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ ทำให้กว่าจะรู้ตัวอาการของโรคก็ลุกลามเกินเยียวยา ซึ่งสาเหตุมักเกิดจากการเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัย พันธุกรรม อุบัติเหตุทางสมอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคจากการติดเชื้อของสมอง โรคทางกายที่มีผลกระทบต่อเซลล์สมอง เป็นต้น

ดร.นพ.โยธิน กล่าวต่อว่า ที่สำคัญสารดังกล่าวนี้มีความปลอดภัยและใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ ซึ่งมีข้อดีคือ สามารถตรวจหาสารเบต้าอามิลอยด์ในสมองผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะที่ยังไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเจาะไขสันหลังเพื่อตรวจดูภาวะผิดปกติของโรคอัลไซเมอร์ และสามารถให้ผลการตรวจที่แม่นยำ ที่สำคัญผู้ป่วยเองไม่ต้องเจ็บตัวอีกด้วย โดยการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมด้วยเทคนิค PET Scan หรือ FDG-PET Brain ที่นำมาใช้ในการตรวจโรคอัลไซเมอร์นั้น สามารถที่จะแยกโรคจากโรคสมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ ได้อย่างชัดเจน ทำให้ได้แนวทางในการรักษาที่ถูกต้อง เช่น Lewy body dementia หรือ LBD เป็นโรคที่มีอาการร่วมกันระหว่างอัลไซเมอร์กับพาร์กินสัน พบได้ 30% ผู้ป่วยมักมีอาการโรคพาร์กินสันร่วมด้วยทำให้การนอนหลับผิดปกติ หรือเห็นภาพหลอน, Vascular dementia สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือด และภาวะสมองเสื่อมแบบ Frontotemporal dementia หรือ FTD ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นด้านหน้าและด้านข้างของสมอง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมไม่เรียบร้อย มีปัญหาเรื่องการพูด นอกจากนี้ยังใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมในระยะต่าง ๆ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งความแม่นยำในการตรวจหา



ดร.นพ.โยธิน ชินวลัญช์

สารเบต้าอามิลอยด์นั้น เราพบว่ามีสารดังกล่าว 90% ในผู้ป่วยอายุ 70 ปี และ 70-75% ในผู้ป่วยอายุ 80 ปี ดังนั้น ถ้ามีการตรวจพบสารนี้ 70-80% จะกลายเป็นโรคอัลไซเมอร์ภายใน 3 ปี โรคอัลไซเมอร์มีระยะเวลาก่อโรคนาน 15-20 ปี กว่าจะมีอาการสมองเสื่อมที่ชัดเจน การแสดงอาการของโรคจะค่อย ๆ เป็นไปอย่างช้า ๆ เริ่มต้นจากไม่มีความผิดปกติเรื่องความจำ และเริ่มมีอาการความจำถดถอย ซึ่งการที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการความจำถดถอยเกิดขึ้นเป็นผลมาจากการสะสมของสารเบต้าอามิลอยด์ที่ทำลายเซลล์สมองมาแล้ว 10-15 ปี ต่อมาผู้ป่วยจึงจะมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ จนมีอาการสมองเสื่อมชัดเจน ทำให้การวินิจฉัยและรักษาทำได้ไม่ทันเวลาที่ ซึ่งส่วนหนึ่งคนไข้มักละเลยอาการ คิดว่าผิดปกติทางความจำเล็กน้อย ไม่ได้เป็นอาการเริ่มต้นของโรคสมองเสื่อม และเข้าใจผิดที่คิดว่าโรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่เกิดในผู้สูงอายุ ไม่สามารถป้องกันหรือรักษาให้หายขาดได้ และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

ดังนั้น หากสงสัยว่าตัวเองมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมองเสื่อม และมีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ควรไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการตรวจโรคด้วยเครื่อง PET Scan เพราะเทคนิคการตรวจจะสามารถพยากรณ์ล่วงหน้าได้ 15 ปี จะทำให้เรารู้ตัวล่วงหน้าว่าตัวเองมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมหรือไม่ ที่สำคัญยังช่วยให้เราวางแผนและปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เหมาะสมได้ โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคอัลไซเมอร์ **ดร.นพ.โยธิน** กล่าวทิ้งท้าย



นักวิจัยธรรมชาติกว่า 18 รางวัล งานประกวดสิ่งประดิษฐ์นานาชาติที่เกาหลีใต้



นักวิจัยธรรมชาติที่เข้าร่วมประกวดและได้รับรางวัลที่กรุงโซล เกาหลีใต้

ศ.ดร.ประมวญ เทพชัยศรี รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เปิดเผยว่า ตามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ได้ส่งผลงานสิ่งประดิษฐ์ของนักวิจัยธรรมศาสตร์รวม 13 ผลงานเข้าร่วมในการประกวดและจัดแสดงนิทรรศการในเวทีประกวดนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ระดับนานาชาติ ประจำปี พ.ศ. 2557 “Seoul International Invention Fair (SIIF) 2014” ระหว่างวันที่ 27-30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ที่กรุงโซล เกาหลีใต้ ผลปรากฏว่า นักวิจัยธรรมศาสตร์สามารถคว้ารางวัลจากการประกวดได้สูงสุดเป็นจำนวนถึง 18 รางวัล ประกอบด้วย รางวัลเหรียญทอง 6 รางวัล เหรียญเงิน 3 รางวัล เหรียญทองแดง 4 รางวัล และรางวัลพิเศษเปปเซียลไพรซ์ 5 รางวัล ดังนี้

รางวัลเหรียญทอง

1. ผลงานเตียงพลิกตะแคงตัว (Manual repositioning bed) ในกลุ่มสาธารณสุข/การแพทย์ โดย ผศ.จินพิชญ์ชา มะมม, รศ.ดร.มรรยาท รุจิวิชญ์ และ ผศ.ดร.ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล จากคณะพยาบาลศาสตร์ และผลงานนี้ยังได้รับรางวัลพิเศษจากประเทศมาเลเซียอีกด้วย
2. ผลงาน Antibiotics impregnated hydroxyapatite beads for osteomyelitis (bone infection) treatment ในกลุ่มสาธารณสุข/การแพทย์ โดย รศ.นพ.บัญชา ชื่นชูจิตต์, นพ.อดิษฐ์ อกวิวัฒน์การุญ, ผศ.นพ.ธงชัย สุนทรภา และ รศ.นพ.ยงยุทธ ศิริปการ จากคณะแพทยศาสตร์ พร้อมด้วย

ดร.จินตมัย สุวรรณประทีป, นางสาวเฟื่องฉัตร ธรรมรักษ์เจริญ และ นางสาววันนันทน์ วงศ์สุวรรณ จากศูนย์เทคโนโลยีโลหะ และวัสดุแห่งชาติ (MTEC) สวทช.

3. ผลงานเครื่องผสมเกสรมะพร้าว (Coconut pollination tools) ในกลุ่มเกษตรและอาหาร โดย รศ.วรภัทร ลัคนทินวงศ์ และ นายปิยพงษ์ สอนแก้ว จากคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และผลงานนี้ยังได้รับรางวัลพิเศษจากประเทศมาเลเซีย และ Award of excellence achievement อีกด้วย

4. ผลงาน 3DAC: an on-line system for 3D annotation and communication through social media โดย ดร.ชาวี บุษยรัตน์ จากคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และการผังเมือง

5. ผลงานเครื่องผลิตไบโอดีเซลบริสุทธิ์อัตโนมัติ (Two in one automatic high quality biodiesel production unit) ในกลุ่มอุตสาหกรรม/เครื่องกล โดย ผศ.ดร.ชาญณรงค์ อัสวเตศานุภาพ และ ผศ.ดร.มาลี สันติคุณาภรณ์ จากคณะวิศวกรรมศาสตร์

6. ผลงานอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้พิการบนประตอ (Home-auto lift system) ในกลุ่มอุตสาหกรรม/เครื่องกล โดย ผศ.ดร.บรรยงค์ รุ่งเรืองด้วยบุญ, ดร.จักรพันธ์ ชวนอาษา, วิริดา เขียวประเสริฐ และ ดนุพัฒน์ ทรัพย์อุดมกุล จากคณะวิศวกรรมศาสตร์

รางวัลเหรียญเงิน

1. ผลงานเครื่องอบแห้งอบประตอโดยใช้ไมโครเวฟร่วมกับสเปาเต็ดเบดและลมร้อน (Commercialized drier processing using a combine microwave-hot air spouted bed) ในกลุ่มวิศวกรรม/เครื่องกล โดย ดร.สมศักดิ์ วงษ์ประดับไชย, ศ.ดร.ผดุงศักดิ์ รัตนเดโช และ ดร.กริช เจียมจิโรจน์ จากคณะวิศวกรรมศาสตร์ และผลงานนี้ยังได้รับรางวัลพิเศษจากประเทศอียิปต์อีกด้วย

2. ผลงาน Design and development of positioning system for shoulder surgery: beach chair TU frame ในกลุ่มสาธารณสุข/การแพทย์ โดย รศ.นพ.บัญชา ชื่นชูจิตต์ จากคณะแพทยศาสตร์ และผลงานนี้ยังได้รับรางวัลพิเศษจากประเทศรัสเซียอีกด้วย

3. Multi-mode microwave oven for continuous biodiesel production ในกลุ่มเครื่องมือภาคอุตสาหกรรม โดย ผศ.ดร.มาลี สันติคุณาภรณ์, ผศ.ดร.ชาญณรงค์

อัสวเตศานุภาพ และ ศ.ดร.ผดุงศักดิ์ รัตนเดโช จากคณะวิศวกรรมศาสตร์ และผลงานนี้ยังได้รับรางวัลพิเศษจากประเทศอียิปต์อีกด้วย

รางวัลเหรียญทองแดง

1. ผลงานเสื้อสำหรับใส่ตรวจภาพรังสีเต้านม (Shirts for Mammogram) ในกลุ่มสาธารณสุข/การแพทย์ โดย ผศ.จินพิชญชา มะมม และคณะ จากคณะพยาบาลศาสตร์

2. ผลงานนวัตกรรมอัจฉริยะ (Smart innovation) ในกลุ่มอาคาร/สถาปัตยกรรม โดย รศ.ดร.บุรฉัตร จัตรีวิระ จากคณะวิศวกรรมศาสตร์

3. ผลงานรถบัสดึงคน (Human-power bus) ในกลุ่มอนุรักษ์พลังงาน โดย รศ.ดร.มณฑล ศาสนนันท์ จากคณะวิศวกรรมศาสตร์

4. ผลงานเทคนิคการเลือกความยาวคลื่นไฮเปอร์สเปกตรัมเพื่อตรวจสอบคุณภาพไก่สดด้วยความเร็ว (Hyperspectral waveband selection techniques for fast poultry inspection) ในกลุ่มวิทยาการคอมพิวเตอร์ โดย รศ.ดร.ทรงยศ นาคอริยกุล จากคณะวิศวกรรมศาสตร์

ศ.ดร.ผดุงศักดิ์ รัตนเดโช ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และประธานการคัดเลือกผลงานนวัตกรรม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กล่าวว่า การเข้าร่วมการประกวดสิ่งประดิษฐ์ที่ประเทศเกาหลีใต้ในครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ทั้งนี้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จัดให้มีทุนสนับสนุนการประกวดสิ่งประดิษฐ์และงานสร้างสรรค์ในระดับนานาชาติเป็นการเฉพาะ และผลงานทั้งหมดที่ได้รับรางวัลในครั้งนี้จะถูกนำไปจัดแสดงนิทรรศการในงานวันนักประดิษฐ์ 2558 ในระหว่างวันที่ 2-5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ณ เมืองทองธานี ซึ่งจัดโดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติอีกด้วย





ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว และภาคีเครือข่าย จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ สุขภาพจิตของครอบครัว ครั้งที่ 2 “ประยุกต์จิตวิทยาบุคคลในเวชปฏิบัติ”

ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล เครือข่ายพ่อแม่ไทยในวิถีแอ็ดเลอร์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ สุขภาพจิตของครอบครัว ครั้งที่ 2 เรื่อง “ประยุกต์จิตวิทยาบุคคลในเวชปฏิบัติ” ระหว่างวันที่ 13-16 มกราคม พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมกานต์มณี พาเลซ ถนนประดิพัทธ์ สะพานควาย กรุงเทพฯ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจกลยุทธด้านสุขภาพจิตที่สามารถนำมาปฏิบัติในงานบริการสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะการบำบัดได้โดยตรง เพิ่มศักยภาพในการให้การปรึกษาและการบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

รศ.พญ.สมจิต พุกกะรัตนนที

ประธานราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กล่าวถึงบทบาทของราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยว่า ปัจจุบันราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยก่อตั้งมาครบ 16 ปีแล้ว โดยมีบทบาทในด้านวิชาการคือ มีหน้าที่กำกับดูแลการฝึกอบรมแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของแพทยสภา ทั้งปัจจุบันนำเข้า กระบวนการเรียน



รศ.พญ.สมจิต พุกกะรัตนนที

การสอน ผลลัพธ์ และติดตามแพทย์สาขาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการจัดประชุมวิชาการ และการศึกษาต่อเนื่องให้แก่สมาชิกของราชวิทยาลัยและบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและงานบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ในครรภ์มารดา คลอดออกมา จนระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึงด้านการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยในปี พ.ศ. 2558 ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล เครือข่ายพ่อแม่ไทยในวิถีแอ็ดเลอร์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ สุขภาพจิตของครอบครัว ครั้งที่ 2 เรื่อง “ประยุกต์จิตวิทยาบุคคลในเวชปฏิบัติ” ระหว่างวันที่ 13-16 มกราคม พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมกานต์มณี พาเลซ ถนนประดิพัทธ์ สะพานควาย กรุงเทพฯ

“ก่อนที่จะช่วยเหลือผู้อื่น ตนเองต้องมีสุขภาพจิตดีก่อน พุทธศาสนสุภาษิตกล่าวไว้ว่า “สุขภาพจิตดีชีวิตมีสุข” หรือ “จิตตั้ง ทนตัง สุขาวัง” แปลว่า จิตที่



ฝึกดีแล้วนำสุขมาให้ ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพจิตต้องเริ่มที่รากฐานให้มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงต้องเริ่มที่ครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคม การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เป็นการเติมความรู้และประสบการณ์ในการบำบัดด้านสุขภาพจิตจากกรณีศึกษาและอาสาสมัครที่เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะการบำบัดโดยตรง เป็นการเพิ่มศักยภาพให้แก่ตนเองในการดูแลตนเอง และให้การปรึกษาและการบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม” รศ.พญ.สมจิต กล่าว

รศ.พญ.สมจิต กล่าวอีกว่า อีกหลักของการประชุม “ประยุกต์จิตวิทยาบุคคลในเวชปฏิบัติ” จิตวิทยาบุคคลในที่นี้มาจากภาษาอังกฤษว่า individual psychology ซึ่ง individual เพี้ยนมาจากคำว่า individuated หมายความว่าแบ่งแยกไม่ได้ คือการพัฒนาของบุคคลเริ่มจากรากฐานของครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคม จึงแยกสุขภาพจิตออกจากกายและสังคมรอบข้างไม่ได้ การประชุมนี้ได้ นำแนวคิดและทฤษฎีนี้มาใช้กับผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ จึงตั้งชื่อการประชุมว่า “ประยุกต์จิตวิทยาบุคคลในเวชปฏิบัติ” ซึ่งจุดเด่นคือ เป็น live demonstration ผู้เข้าอบรมจะได้เติมความรู้และประสบการณ์การบำบัดด้านสุขภาพจิตจากกรณีศึกษา และผู้เข้าอบรมสามารถอาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะการบำบัดได้โดยตรง ซึ่งผู้

จะเป็นผู้ที่ได้ประโยชน์สูงสุด

สำหรับหัวข้อในการบรรยายตลอด 4 วัน ล้วนแล้วแต่มีความหลากหลายและน่าสนใจ โดยในวันแรกจะเป็น **Principles of Individual Counseling/Therapy** การปูพื้นฐานทฤษฎีและแนวคิด ตามด้วย **How to Practice Individual Psychology** การประยุกต์ทฤษฎีและแนวคิด จิตวิทยาบุคคลไปใช้ในเวชปฏิบัติ ช่วงโหม่งสุดท้ายของวันจะเป็น **Reflection from Practice Individual Psychology** การสะท้อนการเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์ในวันนี้ ทุกท่านอาจมีประสบการณ์ แต่อาจไม่ได้เรียนรู้ การสะท้อนการเรียนรู้จากประสบการณ์จะเป็นการเก็บเกี่ยวสิ่งที่ได้ไว้อย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถนำออกมาใช้ในครั้งต่อไปได้ทันทีเมื่อเจอเหตุการณ์ที่คล้ายกันแบบนี้

วันที่สองเป็นเรื่อง **Family Counseling/Therapy** การให้การปรึกษาเกี่ยวกับครอบครัว ซึ่งเป็น **Live Demonstration** ทั้งหมด ตามด้วยการสะท้อนการเรียนรู้จากประสบการณ์ของวันนี้เช่นกัน

วันที่สามเป็นประเด็นของคู่สามีภรรยาว่า ก่อนแต่งงานรักกันปานจะกลืนกิน แต่เมื่อแต่งงานมาอยู่ด้วยกันแล้วทำไมคำมั่นสัญญาที่จะอยู่กันอย่างซื่อสัตย์สลายหายไปไหนหมด การแต่งงานไม่ใช่จุดสิ้นสุดแห่งความรัก แต่เป็นจุดเริ่มต้นของความรัก ทำอย่างไรจึงจะครองคู่ได้เสมือนว่าเพิ่งรักกันใหม่ ๆ สามีภรรยา คือคนสองคนที่ต้องสร้างสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกัน จึงเป็นที่มาของ **Couple Counseling/Therapy and Having a Good Relationship** และตามด้วยการสะท้อนการเรียนรู้จากประสบการณ์การครองชีวิตคู่ในวันนี้เช่นกัน

ส่วนวันที่สี่ซึ่งเป็นวันสุดท้ายจะมีการอบรมในหัวข้อ **How to Become an Active Facilitator in Family Mental Health** การสร้างบุคคลให้เป็นบุคคลที่กระตือรือร้นในการทำงานกับบุคคลอื่น



อย่างมีประสิทธิภาพ และตามด้วยการสะท้อนการเรียนรู้จากประสบการณ์ในวันสุดท้าย

ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพจิตเป็นของทุก ๆ คน กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการประชุมจึงเป็นบุคคลที่อาจมีสถานะเป็นแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข รวมถึงครูและประชาชนทั่วไปที่จะต้องทำงานกับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งจะได้รับความรู้จากวิทยากรที่ให้ความสนใจมาบรรยาย คือ **ดร.จอน คาร์ลสัน** เป็นศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยาและการให้การปรึกษา เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาครอบครัว จิตวิทยาวิถีแอ็ดเลอร์ ด้านจิตเวชสมรสบำบัดและครอบครัวบำบัด ได้รับรางวัลวิชาชีพดีเด่นล่าสุดปี พ.ศ. 2554 ด้านการศึกษาและฝึกอบรมจิตวิทยาจากสมาคมนักจิตวิทยาอเมริกัน ท่านมีประสบการณ์มายาวนานกว่า 40 ปี เป็นทั้งครูและเป็นทั้งนักปฏิบัติใกล้ชิดกับคนไทยและประเทศไทย เป็นลูกศิษย์ที่เรียกว่า ดำเนินชีวิตที่มีชีวิตของนายแพทย์ Alfred Adler และวิทยากรชาวไทย ได้แก่ **นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, รศ.พญ.สมจิต พฤษะรัตนานนท์, รศ.ดร.ทิพาวิ เอมะวรรณะ, อ.อำพล สายโอบเอื้อ, นพ.สิทธิศักดิ์ เจียมวงศ์แพทย์, รศ.นพ.เกษม อุตวิชัย, น.อ.นพ.ไกรสร วรดิถี, พญ.วิศรี วายุรกุล, พญ.วัสนา ศรีวิชัย, น.ท.นพ.ชัยณรงค์ อธิราช** เป็นต้น

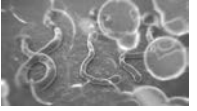
“ผู้ที่เข้าร่วมการประชุมจะได้เติมความรู้ ประสบการณ์ เกิดความกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเอง เพื่อที่เราจะสามารถไปช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังได้เครือข่ายเพิ่มขึ้น จึงขอเชิญชวนทุกท่านไม่ว่าจะเป็น แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ครู ประชาชนทั่วไป ที่เห็นศักยภาพของตนเองในการช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย และครอบครัว เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้” **รศ.พญ.สมจิต** กล่าวทิ้งท้าย

อัตราค่าลงทะเบียนในประเทศ 5,400 บาท สมาชิกราชวิทยาลัย/สมาคม 5,400 บาท และ International 350 USD ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดได้ที่ www.thaifammed.org หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2716 6651-2 หรือ E-mail: thaifmsci@gmail.com

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
22-23 มกราคม 2558 	โรงพยาบาลอานันทมหิดล จ.ลพบุรี	การประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี "Hot Topics in Clinical Practice" ณ ห้องประชุมกัลยาณิวัฒนา ชั้น 3 อาคารกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลอานันทมหิดล อ.เมือง จ.ลพบุรี	โทรศัพท์ 0-3678-5876 ต่อ 38115 โทรสาร 0-3678-5916 E-mail: wichakarn@gmail.com www.facebook.com/ananhospitalconference
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
2-13 กุมภาพันธ์ 2558 	สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย	การอบรมระยะสั้น 2 สัปดาห์ วิชาตจวิทยา ครั้งที่ 35 "Short Course in Practical Dermatology" ณ ห้องประชุมมรุสุววรรณ ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2716-6857, 0-2716-5256, 0-2716-6661-3 ต่อ 9012 โทรสาร 0-2716-6857 E-mail: contact@dst.or.th www.dst.or.th
4-6 กุมภาพันธ์ 2558 	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	Bangkok International Neonatology Conference 2015 ณ โรงแรมแชงกรีลา กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2201-2211 ต่อ 229 โทรสาร 0-2201-2698 E-mail: mcpc.thailand@hotmail.com www.bkkneonatology.com
11-13 กุมภาพันธ์ 2558 	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	การประชุมวิชาการ Current practices and trends in pediatrics ณ โรงแรมอมิฟิเรียล แมปิง อ.เมือง จ.เชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-5394-6431, 0-5394-6465 โทรสาร 0-5394-6461 E-mail: patcharinboonma@gmail.com www.med.cmu.ac.th/dept/pediatrics/2012 www.med.cmu.ac.th/HOME/tdefault.php
11-13 กุมภาพันธ์ 2558 	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการทางอายุรศาสตร์ ครั้งที่ 25 ประจำปี พ.ศ. 2558 หัวข้อ "Frequently Asked Questions in Internal Medicine (FAQs)" ณ ห้องวิจารณ์ พานิช หอประชุมคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์/โทรสาร 0-7445-1147 E-mail: meeting@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
12-13 กุมภาพันธ์ 2558 	สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย	การอบรมเชิงปฏิบัติการ "การดื้อยาต้านเอชไอวี ครั้งที่ 10" ณ ห้องกมลทิพย์ 2-3 โรงแรมเดอะ สุกโฮเทล กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6922, 08-5359-6092 โทรสาร 0-2716-6923 www.thaiaidsociety.org www.idthai.org
25-27 กุมภาพันธ์ 2558 	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	The 3 rd International Conference on Prevention and Management of Chronic Conditions "Global perspective for prevention and management of chronic conditions" ณ โรงแรมแมนดาริน โอเรียนเต็ล กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2201-2020, 08-6081-1806 E-mail: info@3pmc2015.com http://3pmc2015.com/Intro.php
26-27 กุมภาพันธ์ 2558 	ชมรมคอลโปสโคปี และพยาธิสภาพปากมดลูกแห่งประเทศไทย ร่วมกับ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	การประชุมวิชาการ Advanced course on Colposcopy: "HPV at a Crossroads" ณ โรงแรมเอเชีย ราชเทวี กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6441, 0-2354-7025 ต่อ 1521, 2406 โทรสาร 0-2716-6442, 0-2644-5856 www.tgcsthai.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกองงานการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 188 โทรสาร 0-2435-2345 ต่อ 181
บริษัท สสพสาร จำกัด 71/17 ถนนราชดำเนิน แขวงจตุรรมุข เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2015

Date	Title	City	Country	Contact
4-6 March 2015 	4 th Annual American Society for Nutrition	Ajman	United Arab Emirates	http://asnme.org
5-8 March 2015 	Update CME-Internal Medicine and Primary Care	Chicago	United States of America	www.amf-cme.org
16 March-10 April 2015 	AIRP Four-week Radiologic Pathology Correlation Course	Maryland	United States of America	http://airp.org/four-week-course/schedule
21-23 March 2015 	INAC 2015-2 nd International Neonatology Association Conference	Marrakech	Morocco	http://2015.worldneonatology.com
22-27 March 2015 	Gordon Research Conference-Cartilage Biology and Pathology 2015	Galveston	United States of America	www.grc.org/programs.aspx?id=13111
23-25 March 2015 	IECID 2015-Impact of Environmental Changes on Infectious Diseases	Sitges	Spain	www.iecid2015.com
25-28 March 2015 	7 th International Symposium on Filoviruses Ebola: West Africa and Recent Developments	Washington DC	United States of America	www.filovirus2015.com
25-28 March 2015 	Mayo Clinic Cardiovascular Reviews in Bahrain	Manama	Bahrain	www.mayo.edu/cme/cvreviewsbahrain2015
26-27 March 2015 	Medicine for Psychiatrists 2015	Auckland	New Zealand	www.medicineforpsychiatrists.com

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

แปรงสีฟันไฟฟ้าพลังโซนิค ขจัดคราบหินปูน

ออร์บิท โซนิค ทูธบรัช (Orbit Sonic Toothbrush TBB-2010) แปรงสีฟันไฟฟ้าพลังโซนิค พร้อมพลังทำความสะอาดขจัดคราบหินปูนได้หมดจด ทำงาน 35,000 รอบ/นาที่ พร้อมโหมดปรับความแรงสั่นสะเทือนได้ 2 ระดับ มีสวิตช์เปิด-ปิดการทำงานและสามารถตั้งเวลาทำงานอัตโนมัติได้นาน 2 นาที การใช้งานแบบแบตเตอรี่ AA จำนวน 2 ก้อน ชนแปรงอ่อนนุ่ม หัวแปรงชอกซอนได้ลึกทุกซอกมุม มาพร้อมหัวแปรงสำหรับเปลี่ยนฟรี 1 ชิ้น ในราคา 750 บาท พร้อมการรับประกันคุณภาพสินค้า 1 ปี

แฟลชเสิร์สมาร์โฟน ตัวแรกของโลก

iBlazr (ไอ-เบล-เซอร์) แฟลชสำหรับสมาร์ทโฟนเพื่อการถ่ายเซลฟี่และถ่ายรูปในที่มืดตัวแรกของโลก โดดเด่นด้วย 10 คุณสมบัติ ได้แก่

1. แฟลชถ่ายภาพที่ทำงานพร้อมการกดชัตเตอร์
2. ฟรี App ถ่ายภาพให้ดาวนโหลดฟรี
3. แสงต่อเนื่องสำหรับวิดีโอ
4. ชาร์จไฟได้
5. ไม่มีภาพตาแดง
6. ให้แสงมาตรฐานเช่นเดียวกับแฟลชกล้องมือถือ
7. ถ่ายภาพใกล้และไกลได้มีประสิทธิภาพสูงสุด
8. เป็นไฟฉายได้
9. มาพร้อมสายชาร์จ USB ไฟแรงสถานะการชาร์จ และไฟแรงสถานะของแบตเตอรี่
10. ปรับแสงในการถ่ายรูปได้ผ่าน App หรือผ่านปุ่มได้ถึง 3 ระดับคือ 20%, 50% และ 100%



สมาร์ทโฟน 4 ภาษารับอาเซียน

Nex mingalaba 1 และ 2 สมาร์ทโฟนรุ่นใหม่ล่าสุดที่มาพร้อมฟีเจอร์รุ่นใหม่ล่าสุด รองรับกลุ่มผู้ใช้แรงงานอาเซียน สามารถใช้งานได้ถึง 4 ภาษาคือ ไทย อังกฤษ พม่า และลาว ทำงานบนระบบปฏิบัติการ Android 4.4 KitKat หน้าจอสัมผัสขนาด 5 นิ้ว ความเร็ว Dual-Core 1.3 GHz, Ram 512 MB, Rom 4 GB ความละเอียดหน้าจอ 480 x 800 พิกเซล กล้องหน้า 2 ล้านพิกเซล กล้องหลัง 5 ล้านพิกเซล รองรับ 2G/3G แบตเตอรี่ 2000 mAh ใช้งาน 2 ซิม ในราคา 2,190 บาท



[Book Shop]

• กองบรรณาธิการ

มงคลชีวิตจากศัพทราชธรรม

อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, ราคา 59 บาท

เมื่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมีพระปฐมบรมราชโองการในพระราชพิธีบรมราชาภิเษกฯ “เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม” ตลอดเวลาที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน “ธรรม” ที่พระองค์ทรงไว้ นั้น ส่งผลให้ประเทศชาติบ้านเมืองและประชาชนเปี่ยมไปด้วยความสุข เพราะธรรมของพระองค์คือ ภูมิธรรมที่นำมาซึ่งประโยชน์ของชาวสยามอย่างแท้จริง

ทศพิธราชธรรม ประกอบไปด้วย 1. ทาน การให้ การเสียสละ 2. ศีล ความประพฤติดีงาม 3. บริจาค การเสียสละความสุขส่วนตนเพื่อความสุขส่วนรวม 4. อาชวาระ ความซื่อตรงสุจริต 5. มัททวะ ความสุภาพ อ่อนโยน 6. ตปะ ความเพียร ความอดทน 7. อักโกธะ ความไม่โกรธ 8. อวิหิงสา ความไม่เบียดเบียน 9. ขันติ ความอดทน 10. อวิโรธนะ ความหนักแน่นเที่ยงธรรม

ด้วยทศพิธราชธรรมเช่นนี้เองที่ทำให้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมีไชยะทรงครองแผ่นดินเท่านั้น แต่ยังทรงครองหัวใจคนทั้งปวงเอาไว้อีกด้วย

มงคลชีวิตจากศัพทราชธรรม มีวางจำหน่ายแล้วที่ 7-Eleven, Book smile และแม็คโคร ทุกสาขา ในราคาพิเศษ 59 บาท จากปกติ 199 บาท ทั้งนี้รายได้จากการจำหน่ายส่วนหนึ่ง บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) และบริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน) ทูลเกล้าฯ ถวายโดยเสด็จพระราชกุศลในกิจการของโรงเรียนวังไกลกังวล



คือลมหายใจ ไม่ใช่อากาศ

ผู้แต่ง : ‘หนุ่มเมืองจันท์’

สำนักพิมพ์มติชน, ราคา 180 บาท

คนบางคนคล้ายกับ “อากาศ” อยู่ใกล้ตัวแต่เรามองไม่เห็น จนเมื่อวันหนึ่งเขาเดินออกไปจากชีวิตเรา เราจึงรู้ว่าเขาไม่ใช่ “อากาศ” แต่เป็น “ลมหายใจ” ที่เราขาดไม่ได้

“คือลมหายใจ ไม่ใช่อากาศ” คือผลงานในชุดฟาสต์ฟู้ดธุรกิจ ลำดับที่ 23 ของ ‘หนุ่มเมืองจันท์’ ซึ่งจะบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความฝัน เสรีภาพ และอีกหนึ่งสิ่งพิเศษนั่นก็คือ “ความรัก” อีกทั้งยังเสนอแง่มุมชีวิตที่เสริมสร้างแรงบันดาลใจ พร้อมชวนให้เราได้ตระหนักถึงสิ่งสำคัญที่เราควรทำ และควรค่าแก่การดูแล

เมื่ออ่านหนังสือเล่มนี้จบ เราอาจจะได้พบคำตอบว่าสิ่งไหนคือ “อากาศ” และสิ่งไหนคือ “ลมหายใจ” สิ่งใดที่เราควร “ปล่อยผ่านไป” และสิ่งใดที่เราควร “รักษาไว้ยิ่งชีพ”

วันสถาปนากระทรวงสาธารณสุข

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข, นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข คณะผู้บริหารระดับสูง ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ ผู้แทนหน่วยงาน สมาคม และองค์กรต่าง ๆ ร่วมพิธีวางพุ่มถวายสักการะ พระอนุสาวรีย์สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร อธิบดีกรมสาธารณสุข พระองค์แรก ทรงวางรากฐานการสาธารณสุขของประเทศไทยให้เจริญก้าวหน้าทัดเทียม นานาอารยประเทศ เนื่องในโอกาสคล้ายวันสถาปนากระทรวงสาธารณสุข (วันที่ 27 พฤศจิกายนของทุกปี) ณ กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี เมื่อไม่นานมานี้



เปิดการประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 12

นพ.ภาสกร ชัยวานิชศิริ รองอธิบดีกรมการแพทย์ เป็นประธานเปิดการประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 12 เรื่อง “National Strategies to Nationwide Cancer Care” หรือ “จากแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ลงสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง” ซึ่งจัดขึ้นโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมี นพ.วิรุฒิ อิมสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นผู้กล่าวรายงาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งทราบถึงความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและวิทยาการต่าง ๆ ในการป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคมะเร็ง อีกทั้งเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ ซึ่งจะประโยชน์ในการนำไปพัฒนาการป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



สนับสนุนจัดกิจกรรม

บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด ได้ร่วมสนับสนุนในการจัดกิจกรรมในงาน “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์” โดยการจัดงานในครั้งนี้ได้รับเกียรติจาก ศ.พญ.นันทิกา ทวิชาชาติ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรรมการเลขานุการมูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย เป็นวิทยากรในการบรรยายให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ณ ห้องประชุมศรีสุริยวงศ์บอลรูม โรงแรมวันนา ถ.สุรวงศ์ เมื่อไม่นานมานี้



ปฏิบัติการฝึกซ้อมเฮลิคอปเตอร์การแพทย์ฉุกเฉิน เขตภาคเหนือ

นายนาวัน สินธุสอาด รองผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่ พร้อมด้วย พล.ต.นพ.นิวัฒน์ บุญยืน รองประธานคณะผู้บริหารศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพและผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ และ นพ.ธรณี กายี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์และผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับ ส่วนราชการจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานพยาบาลในพื้นที่ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จัด “การสาธิตปฏิบัติและฝึกซ้อมเฮลิคอปเตอร์การแพทย์ฉุกเฉิน (Helicopter Emergency Medical Services - HEMS) ในช่วงเทศกาลฤดูหนาวปี 2557” เพื่อเตรียมพร้อมรับมือเหตุฉุกเฉินทุกสถานการณ์ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน โดยมี มร.อะคิชิโกะ ฟุจิอิ กงสุลใหญ่ญี่ปุ่น ณ นครเชียงใหม่, นายอิศรา นานาวิจิต หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และ นายวรวัชร ดันตรานนท์ กรรมการบริหารห้างสรรพสินค้าโรบินสัน จ.เชียงใหม่ ร่วมเป็นเกียรติในงาน เมื่อไม่นานมานี้



วาระการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย

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



ร.พ.ห้วยทับทัน จ.ศรีสะเกษ



ร.พ.อุทุมพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ



ร.พ.บุณทริก จ.อุบลราชธานี





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา
☐ เภสัชกร กลุ่ม
☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

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

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

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

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

Website Adviser
Medical Magazine Online



www.wongkarnpat.com
 แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคารตี สั่งจ่าย ปณ.ต.สั่งชั้น 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

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

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก.

71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงจตุรรมิตรินทร์ 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

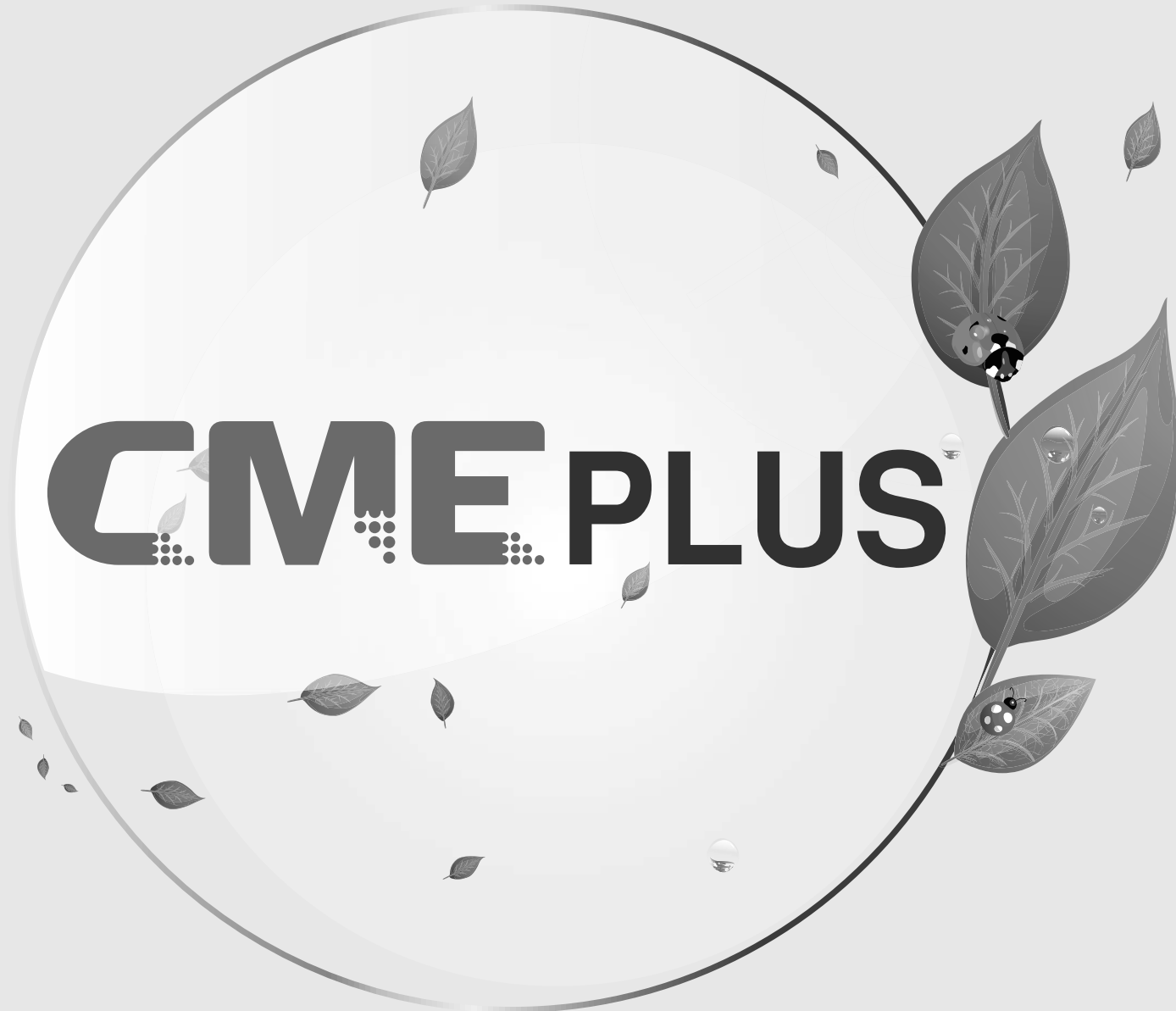
โทร. 0-2435-2345

ต่อ 134, 123

แฟกซ์ 0-2435-2345

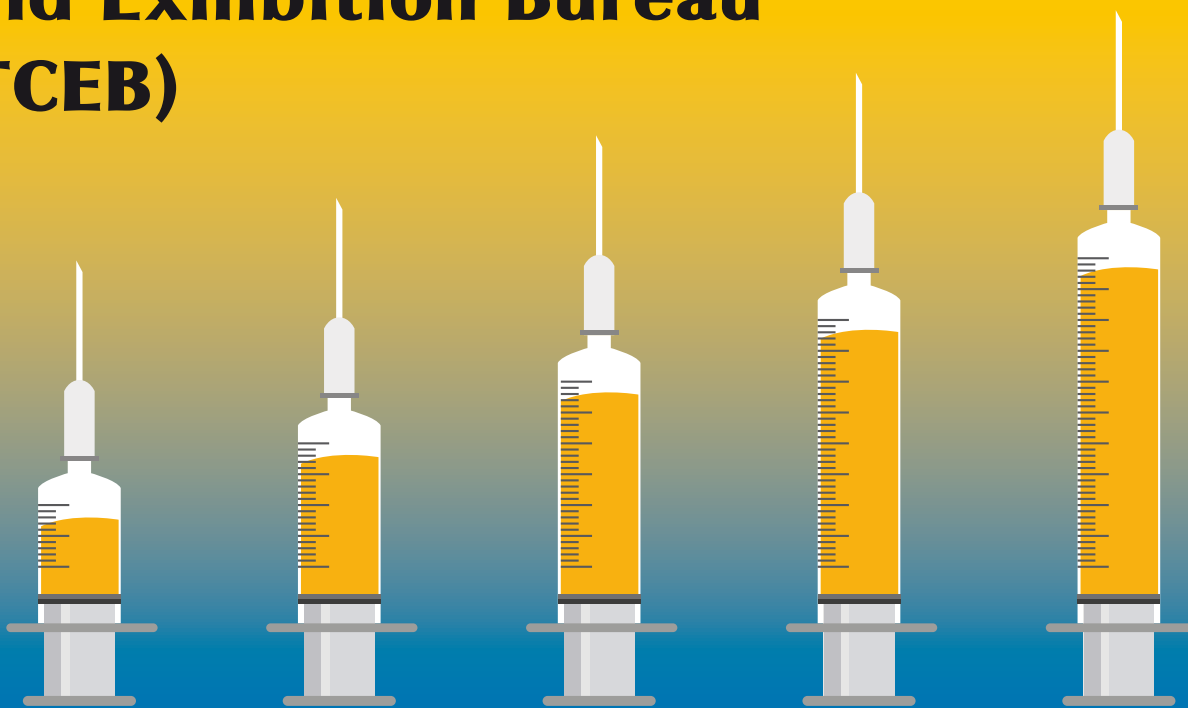
ต่อ 181

Continuing Medical Education



CME PLUS

Thailand Convention and Exhibition Bureau (TCEB)



PARTNER FOR HIGHER SUCCESS OF INTERNATIONAL MEDICAL AND HEALTH CONFERENCES

TCEB-Supported Conferences:



74th FIP World Congress
of Pharmacy and
Pharmaceutical Sciences
2014



The 23rd Asian and Oceanic
Congress of Obstetrics
and Gynaecology
(AOCOG 2013)



The 21st IUHPE World
Conference on Health
Promotion 2013

TCEB Support: Bidding Support, Marketing Support,
Consultation for Conference Planning and Organizing and more...

Introducing Sanofi Pasteur's
New Hexavalent Vaccine



COMING
SOON

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



Healthy children, happy children