

# วongkarnpat THE MEDICAL NEWS



ISSN 1513-590X 9 771513590012

ปีที่ 17 ฉบับ 432 ประจำวันที่ 16-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์

www.wongkarnpat.com



Practice with Spirit, Achieve with Partners

we're same  
**BREATH**

**"เพราะเรามี... ลมหายใจเดียวกัน"**  
11 ปีแห่งความสำเร็จ  
**Easy Asthma/COPD Clinic Network**

www.wongkarnpat.com

## แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา เพียงคลิกเข้ามาที่ [www.wongkarnpat.com](http://www.wongkarnpat.com) ได้ข้อมูลถูกใจกันควีน



กด Like ได้ที่ [www.facebook.com/วongkarnpat](http://www.facebook.com/วongkarnpat)



สำหรับผู้อ่านวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น

16-28/02/15

SYMPOSIUM IN THIS ISSUE



**Get Up**

- มาลีไฮเพนวิกฤตติ์โบลลา
- วิจัยตัวอย่างดินฟ้าพัฒนาใหม่
- อนามัยโลกตั้งกองทุนฉุกเฉิน

**รายงานพิเศษ**

ภาวะทุพโภชนาการในแม่และเด็กไทย ปัญหาสำคัญที่ไม่ควรหลงลืม และละเอียด

**เกาะติดงานประชุม**

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ จัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 31



## Quadrivalent Influenza Vaccine

Advancing the level of protection

- Current influenza B epidemiology strongly supports the need for extended protection<sup>1,2</sup>
- Quadrivalent influenza vaccine (QIV) enables you to provide effective protection against two influenza A strains and NOW two influenza B strains
- Quadrivalent influenza vaccine (QIV) provides broader protection further reduces the burden of influenza

Reference:  
1. Ambrose CS, Levin MJ. The rationale for quadrivalent influenza vaccines. Hum Vaccine Immuno. 2012; 8(1):81-88.  
2. Belshe RB. The need for quadrivalent vaccine against seasonal influenza. Vaccine 2010; 28S:D45-D53.

# Hot Topics



# and Latest Trends in Emergency Medicine

**MARCH 24, 2015**

Time	Topic	Speaker
8.30-9.00	Registration	- EM Vajira Staff
9.00-9.20	Opening Remark: Emergency Medicine in 2020: Vajira Hospital's Roadmap	- Dean Dr Prayuth Sirivongs <i>Department of Emergency Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok</i>
9.20-9.50	Keynote Speaker: Advancing Emergency Medicine Towards 2020: Latest Trends and the Future	- Dr Sapna Pawa <i>Department of Emergency Medicine, Mount Sinai St Luke's Roosevelt Hospital Center, New York, USA</i>
9.50-10.15	Pediatric Emergency Medicine: What's New?	- Dr James Young <i>Department of Emergency Medicine, Mount Sinai St Luke's Roosevelt Hospital Center, New York, USA</i>
10.15-10.25	Morning Break	
10.25-11.00	Bedside Emergency Ultrasound : Beyond Your Imagination!	- Dr Alissala Vanichkulbodee <i>Department of Emergency Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok</i>
11.00-12.00	Emergency Medicine Challenge, Round 1	- Dr Rapeeporn Rojsangruang - Dr Chunlanee Sangketchon <i>Department of Emergency Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok</i>
12.00-13.00	Lunch Symposium : Updates in ACS	- Sanofi Aventis (Plavix)
13.00-13.25	Hot Topics in Emergency Medicine (Non Trauma) in USA	- Dr Kyle Cramer <i>Department of Emergency Medicine, Mount Sinai St Luke's Roosevelt Hospital Center, New York, USA</i>
13.25-13.50	Hot Topics in Acute Trauma Management in USA	- Dr Tatiana Vladimirovna <i>Department of Emergency Medicine, Emory University, Atlanta, USA</i>
13.50-14.40	Toxicologic Emergencies: Cutting -Edge Knowledge You May Have Missed!	- Dr Rittirak Othong - Dr Supa Niruntarai <i>Department of Emergency Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok</i>
14.40-14.50	Afternoon Break	
14.50-14.30	Advances in Pre-hospital Care	- Dr Watchara Petchratchanon <i>Department of Emergency Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok</i> - Dr Nattapon Cherdhirunkorn <i>Department of Emergency Medicine, Samitivej Thonburee Hospital, Bangkok</i>

Time	Topic	Speaker
14.30-14.50	What's New in Disaster Management?	- Dr Chatbodin Jettanasilapin <i>Department of Emergency Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok</i>
14.50-15.10	Role of Simulation in Disaster Training	- Dr Viral Patel <i>Department of Emergency Medicine, Montefiore Medical Center, New York, USA</i>
15.10-16.00	Emergency Medicine Challenge, Final Round	- Dr Rapeeporn Rojsangruang - Dr Chunlanee Sangketchon <i>Department of Emergency Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok</i>

## SIMULATION WARS MARCH 25, 2015

Time	Topic	Speaker
9.00-9.20	Introduction	Dr Viral Patel, Dr Sapna Pawa, Dr Kyle Cramer, Dr James Young, and EM Vajira Staff
	Round 1	
9.20-10.00	Matchup 1	Team 1 VS Team 2
10.00-10.40	Matchup 2	Team 3 VS Team 4
10.40-10.55	Morning Break	
10.55-11.35	Matchup 3	Team 5 VS Team 6
11.35-12.15	Matchup 4	Team 7 VS Team 8
12.15-13.15	Lunch Symposium: Hypertensive Emergencies	Great Eastern Drug Co., Ltd. (Cardepine)
	Round 2 (Semifinal)	
13.15-13.55	Matchup 5	Winners from Matchup 1 VS Matchup 2
13.55-14.35	Matchup 6	Winners from Matchup 3 VS Matchup 4
14.35-14.50	Afternoon Break	
	Final Round	
14.50-15.30	Last Matchup	Winners from Matchup 5 VS Matchup 6
15.30-15.50	Closing Ceremony	Dr Viral Patel, Dr Sapna Pawa, EM Vajira Staff

หมายเหตุ : การประชุมวันที่ 25 มีนาคม 2558 จัดไว้เพื่อแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินเท่านั้น

### สนใจติดต่อ

คุณ รัตนาดี เกษรา E-mail: ssssinesine@gmail.com โทรศัพท์: 02-244-3189

สถานที่จัดประชุม : 24 มีนาคม 2558 ห้องประชุมพิเศษ ชั้น 11 ตึกมหาชชีราวุธ

: 25 มีนาคม 2558 ห้องบรรยาย 1-2 ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ชั้น M ตึกเพชรรัตน์ วิทยาลัยพยาบาล อ.สามเสน เขตดุสิต

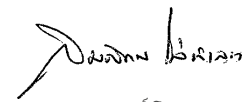
# ธรรมชาติกับสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู

ถ้าเราได้อ่านประวัติของแฝดสยาม (อินกับจัน) ที่เกิดมาตัวติดกันซึ่งเกิดจากไข่ใบเดียวกัน พันธุกรรมเหมือนกัน อยู่ในสิ่งแวดล้อมเหมือนกันเพราะตัวติดกัน ไปไหนไปด้วยกัน แต่ทำไมนิสัยต่างกัน คนน้องเอาแต่ใจ ตีแม่เหล่า สือบบุหรี แต่คนพี่ใจเย็น ไม่ตีแม่เหล่า ไม่สือบบุหรี แต่เวลาน้องตีแม่เหล่าจันแม่ พี่ก็เมตตาเพราะเลือดติดต่อกัน แอลกอฮอล์ผ่านทางกระแสเลือดจากคนหนึ่งสู่อีกคนได้ ปัญหาที่มีอยู่ว่าทำไม พันธุกรรมเหมือนกัน สิ่งแวดล้อมเหมือนกัน แต่นิสัยไม่เหมือนกัน อาจเป็นเพราะการเลี้ยงดูไม่เหมือนกันทั้ง ๆ ที่พ่อแม่เดียวกัน เลี้ยงพร้อมกัน เวลาให้อาหารหรือของเล่น แม่มักจะให้น้องก่อน เพราะเห็นว่าเล็กกว่า พี่ต้องรอให้ป้อนน้องก่อน ผลที่เกิดตามมาคือ น้องได้ทุกอย่างดังใจ ไม่ถูกฝึกให้อดทน ไม่รู้จักรอ ส่วนพี่ถูกฝึกให้ใจเย็นเพราะต้องรอตลอด ในชีวิตจริงไม่มีใครตามใจเราทุกอย่างเหมือนแม่ คนที่รอไม่เป็นก็จะอึดอัดใจเพราะไม่ได้ดังใจ แต่คนที่รอเป็น มีความอดทน สามารถปรับตัวได้ (ความจริงเราควรปฏิบัติต่อลูกทุกคนเหมือนกันจะได้ไม่อิจฉากัน เวลาป้อนอาหารควรให้พร้อมกัน สลับคนละคำ) ปัจจุบันเราทราบว่ายีนกับยีน

(genes) ซึ่งเราเปลี่ยนแปลงไม่ได้ เหมือนเราวาดรูปด้วยปากกา เราลบไม่ได้ แต่ยีนของเราไม่เปิดทำงานทุกอันตลอดเวลา บางส่วนของยีนเปิดทำงาน บางส่วนปิดอยู่ การที่ยีนใดทำงาน ยีนใดปิดมีตัวควบคุมที่เรียกว่า อีพีเจเนติกส์ (epigenetics) ซึ่งเปรียบเสมือนเราเขียนด้วยดินสอสามารถลบได้ สิ่งนี้ขึ้นกับสิ่งแวดล้อม การอบรมเลี้ยงดู ถ้าเรามีเปียโนสองเครื่องที่เหมือนกันทุกอย่าง เหมือนกับพันธุกรรมที่เหมือนกัน แต่เครื่องไหนจะเล่นเพลงได้เพราะอยู่ที่เรากดคีย์ที่ใดและกดอย่างไร เหมือน epigenetics ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ตามผู้เล่นดนตรีนั้น ปัจจุบันเรามีลูกหนึ่งหรือสองคน พ่อแม่รักลูกมากเลยตามใจทุกอย่าง ไม่ฝึกเด็กให้รู้จักอดทนและไม่รู้จักรอ เด็กในอนาคตจะมีปัญหาเอาแต่ใจ ไม่อดทน เพราะไม่เคยถูกฝึก ในต่างประเทศเขาได้ทำการทดลองแบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มหนึ่งเวลาเด็กอยากกินขนมต้องรียให้ทันที ไม่ให้ขัดใจเด็กและไม่ให้เด็กร้อง อีกกลุ่มหนึ่งเขาให้รอโดยให้เหตุผลเมื่อติดตามต่อไปจนเป็นผู้ใหญ่ เด็กที่ถูกฝึกให้รู้จักรอจะประสบความสำเร็จในชีวิต ส่วนเด็กที่รอไม่เป็นจะประสบความล้มเหลว กุมารแพทย์ชาวอเมริกันที่สอนชาวบ้านให้ตามใจเด็กทุกอย่าง

โดยไม่ให้ขัดใจเพราะกลัวว่าจะขัดขวางการพัฒนาของเด็ก ปรากฏว่าบุตรของเขาคณะหนึ่งฆ่าตัวตาย เพราะชีวิตจริงไม่มีใครตามใจเหมือนพ่อแม่ ถ้าเราไม่ฝึกอบรมลูกเลยก็คงเหมือนสัตว์ที่สอนแต่วิธีหากิน แต่ไม่ได้สอนจริยธรรมและการอยู่ร่วมกันกับคนอื่น

ถ้าเราอยากทราบว่ายีนกับสิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องกับอะไร เราคงต้องดูเด็กแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันที่แยกกันเลี้ยงในสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน เมื่อเวลาผ่านไปหลายสิบปี ถ้ากลับมาพบกันจะมีอะไรที่เหมือนกันหรือคล้ายกัน จะพบว่าหน้าตา ความสูง และน้ำหนัก รวมทั้งเสียงคล้ายกัน โรคบางอย่าง เช่น โรคจิต โรคคอทิสติก โรคเบาหวาน จะเป็นคล้ายกัน ส่วนสติปัญญานั้น อาจจะมีอิทธิพลจากพันธุกรรมประมาณ 75% การชอบของก็มักจะมึรสนิยมคล้ายกัน



ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

## คณะที่ปรึกษาเกียรติยศ

ศ.นพ.มนตรี ตูจิตินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตูจิตินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิมล จรรยาวิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุณนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพินิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอนันตกุล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวาทพงษ์

## THE MEDICAL NEWS **วงการแพทย์**

### กรรมการบริหาร

วานี วิชิตกุล

### ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

### ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

### กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

### อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวะลิต

### แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

### พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

### ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

### งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

### งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกอร ขจรศักดิ์

### ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

### 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

# Contents

The Medical News ฉบับที่ 432 วันที่ 16 - 28 กุมภาพันธ์ 2558



### 3 โลกกว้างทางแพทย์

- การล้างตัวด้วย Chlorhexidine และการติดเชื้อจากการดูแลรักษา
- เปรียบเทียบควบคุมความดันโลหิตเข้มงวดในหญิงตั้งครรภ์
- ความเสี่ยงเลือดออกจาก Dabigatran ใน Atrial Fibrillation

### 7 Get Up

- มาลีเฮพันวิกฤติอีโบล่า
- วิจัยตัวอย่างดินพัฒนายาใหม่
- อนามัยโลกตั้งกองทุนฉุกเฉิน

### 9 Movement

### 10 รายงานพิเศษ

ภาวะทุพโภชนาการในแม่และเด็กไทย  
ปัญหาสำคัญที่ไม่ควรหลงลืมและละเลย

### 12 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. จับมือ ม.สงขลราชฯ ผลิตหม้อพ่นไฐ้ใหม่ เป็นหม้อโรงพยาบาล และลดทุกซ์ชุมชน
- สธ. เร่งสร้าง “นักระบาดวิทยามืออาชีพ” ให้ได้ 350 คน

### 14 รายงานพิเศษ

ทาเคด้า จัด Azilsartan-M/Chlorthalidone Launch Symposium  
ยกระดับการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

### 16 เกะตีดงานประชุม

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย  
จัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 31  
“Medicine Beyond Frontiers: Towards a Healthier AEC”

### 18 In Focus

“เพราะเรามี... ลมหายใจเดียวกัน”  
11 ปีแห่งความสำเร็จ  
Easy Asthma/COPD Clinic Network

### 21 Special

ศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เดินหน้าพัฒนาคุณภาพ  
เจาะลึกมาตรฐานการรักษาเฉพาะโรค ด้วยการรับรองมาตรฐาน  
การรักษาผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม “CCPC TKR” เพื่อความ  
ปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วยตามมาตรฐานระดับสากล JCI

### 24 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

แบ่งและการตีคอล์ฟ

### 25 หลากสีสัน

สติมา...ปัญญาเกิด

### 27 เสียงแพทย์

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวังโย  
(ตอนที่ 5)

### 29 จุฬาปริทัศน์

ภาวะโลหิตจางกับการตั้งครรภ์

### 32 Systematic Review

สตีรอยด์ป้องกันอาการบวมภายหลังผ่าตัดศัลยกรรมใบหน้า

### 33 เฉพาะโรค

ภาวะเพื่อคั่งและหลงลืมของผู้ป่วยสูงอายุในห้องฉุกเฉิน

### 37 มุมนี้ตีเวซ

พินัยกรรมชีวิต: แนวทางปฏิบัติที่ต้องรู้

### 41 Radar

คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมอง  
ความหวังใหม่เพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต

### 42 ข่าวบริการ

### 44 IT News/Book Shop

### 45 ภาพข่าว

CME PLUS โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections)

วัณโรค (Tuberculosis)

## การล้างตัวด้วย Chlorhexidine และการติดเชื้อจากการดูแลรักษา

JAMA. 2015;313(4):369-378.

บทความเรื่อง Chlorhexidine Bathing and Health Care-Associated Infections: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า การล้างตัวผู้ป่วยวิกฤติทุกวันด้วย chlorhexidine เป็นวิธีที่ใช้กันแพร่หลายและอาจลดการติดเชื้อจากการดูแลรักษาได้ นักวิจัยจึงศึกษาว่าการล้างตัวผู้ป่วยวิกฤติทุกวันด้วย chlorhexidine ลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อจากการดูแลรักษาได้หรือไม่ โดยศึกษาแบบ pragmatic cluster randomized, crossover study จากผู้ป่วยวิกฤติ 9,340 คนในรัฐเทนเนสซีของสหรัฐอเมริกา ระหว่างเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2012 ถึงกรกฎาคม ค.ศ. 2013



การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการล้างตัวผู้ป่วยด้วยผ้าชุบ 2% chlorhexidine หรือผ้าที่ไม่ได้ชุบสารต้านจุลชีพเป็นเวลา 10 สัปดาห์ก่อนเข้าสู่ช่วง washout 2 สัปดาห์ซึ่งล้างตัวด้วยผ้าที่ไม่ได้ชุบสารต้านจุลชีพ แล้วจึงสลับวิธีล้างตัวอีก 10 สัปดาห์ ซึ่งระหว่างการศึกษานี้ได้สลับวิธีล้างตัวรวม 3 ครั้ง

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ผลรวมของ central line-associated bloodstream infections (CLABSIs), catheter-associated urinary tract infections (CAUTIs), ventilator-associated pneumonia (VAP) และการติดเชื้อ *Clostridium difficile* ผลลัพธ์รอง ได้แก่ อัตราของการมีผลบวกต่อเชื้อดื้อยาหลายตัว การปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในตัวอย่างเลือด การติดเชื้อใน

กระแสเลือดอันเนื่องมาจากการดูแลรักษา และอัตราของผลลัพธ์หลักตามหน่วยวิกฤติ

ระหว่างช่วงการล้างตัวด้วย chlorhexidine พบการติดเชื้อ 55 ราย ได้แก่ CLABSI 4 ราย, CAUTI 21 ราย, VAP 17 ราย และ *C. difficile* 13 ราย และระหว่างช่วงการล้างตัวด้วยผ้าไม่ได้ชุบสารต้านจุลชีพพบการติดเชื้อ 60 ราย ได้แก่ CLABSI 4 ราย, CAUTI 32 ราย, VAP 8 ราย และ *C. difficile* 16 ราย อัตราของผลลัพธ์หลักเท่ากับ 2.86 per 1,000 patient-days ระหว่างช่วงล้างตัวด้วย chlorhexidine และ 2.90 per 1,000 patient-days ระหว่างช่วงควบคุม (rate difference -0.04; 95% CI -1.10 to 1.01; p = 0.95) ภายหลังจากการปรับตัวแปรที่พื้นฐานไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้านอัตราของผลลัพธ์หลัก โดยการล้างตัวด้วย chlorhexidine ไม่ได้เปลี่ยนอัตราของผลลัพธ์รองจากการติดเชื้อ รวมถึงการติดเชื้อในกระแสเลือดระหว่างรักษาในโรงพยาบาล การปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในตัวอย่างเลือดหรือการติดเชื้อดื้อยาหลายตัว และจากการวิเคราะห์กลุ่มย่อยก็ไม่พบความต่างด้านผลลัพธ์หลักระหว่างหน่วยวิกฤติแต่ละแห่ง

ข้อมูลจากการศึกษานี้ชี้ว่า การล้างตัวด้วย chlorhexidine ไม่ได้ลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อจากการดูแลรักษา ได้แก่ CLABSIs, CAUTIs, VAP หรือ *C. difficile* ซึ่งผลลัพธ์นี้ไม่สนับสนุนการล้างตัวด้วย chlorhexidine ทุกวันในผู้ป่วยวิกฤติ

## เข้าโรงพยาบาลจากปอดอักเสบต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

JAMA. 2015;313(3):264-274.

บทความเรื่อง Association between Hospitalization for Pneumonia and Subsequent Risk of Cardiovascular Disease รายงานว่า ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังการติดเชื้อยังคงไม่มีข้อมูลชัดเจน นักวิจัยจึงศึกษาว่าการเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากปอดอักเสบสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งในระยะสั้นและระยะยาวหรือไม่

การศึกษาใช้ข้อมูลจากการศึกษา Cardiovascular Health Study (CHS n = 5,888; enrollment age  $\geq$  65 years; enrollment period 1989-1994) และ Atherosclerosis Risk in Communities study (ARIC n = 15,792; enrollment age 45-64 years; enrollment period 1987-1989) โดยติดตามกลุ่มตัวอย่างถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2010 และจับคู่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนที่เข้าโรงพยาบาลเนื่องจากปอดอักเสบกับกลุ่มควบคุม 2 คน ผู้ป่วยปอดอักเสบและกลุ่มควบคุมได้รับการติดตามโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นเวลากว่า 10 ปีหลังการจับคู่ นักวิจัยได้ประมาณ hazard ratios (HRs) สำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดในแต่ละช่วงเวลาโดยปรับปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่มีอาการ โรคร่วม และความสามารถในการทำกิจกรรม โดยที่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (กล้ามเนื้อหัวใจตาย สโตรค และโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นผลลัพธ์หลัก)

จากผู้ป่วยปอดอักเสบ 591 คนในการศึกษา CHS พบว่า 206 คนเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในช่วง 10 ปีหลังเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากปอดอักเสบ โดยที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

สูงสุดในช่วงปีแรก โรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดขึ้นในผู้ป่วย 54 คน และกลุ่มควบคุม 6 คนในช่วง 30 วันแรก (HR 4.07; 95% CI 2.86-5.27) ในผู้ป่วย 11 คน และกลุ่มควบคุม 9 คน ระหว่าง 31 และ 90 วัน (HR 2.94; 95% CI 2.18-3.70) และในผู้ป่วย 22 คน และกลุ่มควบคุม 55 คน ระหว่าง 91 วัน และ 1 ปี (HR 2.10; 95% CI 1.59-2.60) ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สูงขึ้นยังต่อเนื่องไปถึงปีที่ 11 โดยพบโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย 4 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน (HR 1.86; 95% CI 1.18-2.55) จากการศึกษา ARIC พบผู้ป่วย 112 คนเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังในช่วง 10 ปีเข้าโรงพยาบาลจากผู้ป่วยปอดอักเสบ 680 คน โรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดขึ้นในผู้ป่วย 4 คน และกลุ่มควบคุม 3 คนในช่วง 30 วันแรก (HR 2.38; 95% CI 1.12-3.63) ผู้ป่วย 4 คน และกลุ่มควบคุม 0 คน ระหว่าง 31 และ 90 วัน (HR 2.40; 95% CI 1.23-3.47) ผู้ป่วย 11 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน ระหว่าง 91 วัน และ 1 ปี (HR 2.19; 95% CI 1.20-3.19) และผู้ป่วย 8 คน และกลุ่มควบคุม 7 คน ระหว่างปีที่สอง (HR 1.88; 95% CI 1.10-2.66) แต่หลังจากปีที่ 2 พบว่า ค่า HRs ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติอีกต่อไป

การเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากปอดอักเสบสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สูงขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งเสนอแนะว่าโรคปอดอักเสบอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด





## เปรียบเทียบควบคุมความดันโลหิตเข้มงวดในหญิงตั้งครรภ์

**N Engl J Med 2015;372:407-417.**

บทความเรื่อง

Less-Tight versus Tight

Control of Hypertension in

Pregnancy รายงานว่า ผลของการ

ควบคุมความดันโลหิตแบบ less-tight

control เทียบกับแบบการควบคุมแบบ tight

control ต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์

ยังไม่มีข้อมูลชัดเจน

นักวิจัยได้ศึกษาจากหญิงตั้งครรภ์ 14 สัปดาห์ 0 วัน ถึง 33 สัปดาห์ 6 วัน ซึ่งมี nonproteinuric preexisting hypertension หรือ gestational hypertension, มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 90-105 มิลลิเมตรปรอท (หรือ 85-105 มิลลิเมตรปรอทกรณีได้รับยาลดความดันโลหิต) และทารกในครรภ์มีชีวิต โดยสุ่มให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมความดันโลหิตแบบ less-tight control (เป้าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท) หรือแบบ tight control (เป้าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอท) ผลลัพธ์หลักได้แก่ การแท้งหรือต้องดูแลทารกแรกเกิดเป็นพิเศษนานกว่า 48 ชั่วโมง ระหว่าง 28 วันแรกหลังคลอด

ผลลัพธ์รอง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของแม่ที่เกิดขึ้นในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด หรือจนกว่าออกจากโรงพยาบาล

จากผู้หญิงที่เข้าร่วมในการศึกษา 987 คน พบว่า 74.6% มีความดันโลหิตสูงอยู่เดิม อัตราของผลลัพธ์หลักใกล้เคียงกันระหว่างผู้หญิง 493 คนที่ควบคุมความดันโลหิตแบบ less-tight control และ 488 คนที่ควบคุมความดันโลหิตแบบ tight control (31.4% and 30.7% respectively; adjusted odds ratio 1.02; 95% confidence interval [CI] 0.77-1.35) เช่นเดียวกับอัตราภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของแม่ (3.7% and 2.0% respectively; adjusted odds ratio 1.74; 95% CI 0.79-3.84) แม้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 4.6 มิลลิเมตรปรอท (95% CI 3.7-5.4) ในกลุ่มที่ควบคุมแบบ less-tight control ภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง ( $\geq 160/110$  มิลลิเมตรปรอท) พบใน 40.6% ของผู้หญิงในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตแบบ less-tight control และ 27.5% ในกลุ่มควบคุมแบบ tight control ( $p < 0.001$ )

จากการศึกษาไม่พบความต่างที่มีนัยสำคัญด้านความเสี่ยงต่อการแท้ง การดูแลทารกเป็นพิเศษหลังคลอด หรือภาวะแทรกซ้อนของแม่ โดยรวมแม้ว่าการควบคุมความดันโลหิตแบบ less-tight control สัมพันธ์กับความถี่ที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญของภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงระหว่างตั้งครรภ์

## Sodium Zirconium Cyclosilicate สำหรับโพแทสเซียมในเลือดสูง

**N Engl J Med 2015;372:222-231.**

ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (serum potassium level  $> 5.0$  mmol per liter) สัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่สูงขึ้นในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ไตวายเรื้อรัง หรือเบาหวาน นักวิจัยได้ศึกษาว่า sodium zirconium cyclosilicate (ZS-9) ซึ่งเป็น selective cation exchanger ตัวใหม่สามารถลดระดับ serum potassium ได้หรือไม่ในผู้ป่วยโพแทสเซียมสูง

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วย 753 คนซึ่งมีภาวะโพแทสเซียมสูงได้รับ ZS-9 (ที่ขนาด 1.25 กรัม, 2.5 กรัม, 5 กรัม หรือ 10 กรัม) หรือยาหลอกวันละ 3 ครั้งเป็นเวลา 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมปกติ (ระดับ serum potassium ระหว่าง 3.5-4.9 มิลลิโมลต่อลิตร) ที่ 48 ชั่วโมงได้รับ ZS-9 หรือยาหลอกวันละครั้งในวันที่ 3-14 (maintenance phase) จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ exponential rate ของการเปลี่ยนแปลงด้านค่าเฉลี่ยระดับ serum potassium ที่ 48 ชั่วโมง

ที่ 48 ชั่วโมงพบว่า ค่าเฉลี่ยของ serum potassium ลดลงจาก 5.3 มิลลิโมลต่อลิตรที่พื้นฐาน เป็น 4.9 มิลลิโมลต่อลิตรในกลุ่มที่ได้รับ 2.5 กรัมของ ZS-9, 4.8 มิลลิโมลต่อลิตรในกลุ่มที่ได้รับขนาด 5 กรัม และ 4.6 มิลลิโมลต่อลิตรในกลุ่มที่ได้รับขนาด 10 กรัม โดยมี mean reductions เท่ากับ 0.5, 0.5 และ 0.7 มิลลิโมลต่อลิตร ตามลำดับ ( $p < 0.001$  for all comparisons) และลดลงมาที่ 5.1 มิลลิโมลต่อลิตรในกลุ่มที่ได้รับ 1.25 กรัม และกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (mean reduction เท่ากับ 0.3 มิลลิโมลต่อลิตร) ในผู้ป่วยที่ได้รับ 5 กรัมของ

ZS-9 และกลุ่มที่ได้รับ 10 กรัมของ ZS-9 พบว่า ระดับ serum potassium คงที่อยู่ที่ระดับ 4.7 มิลลิโมลต่อลิตร และ 4.5 มิลลิโมลต่อลิตร ระหว่างช่วง maintenance phase เทียบกับระดับสูงกว่า 5.0 มิลลิโมลต่อลิตรในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก ( $p < 0.01$  for all comparisons) อัตราของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับ ZS-9 และกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (12.9% และ 10.8% ในช่วง initial phase และ 25.1% และ 24.5% ในช่วง maintenance phase) โดยปัญหาที่อกร่วมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในทั้งสองกลุ่ม

ผู้ป่วยโพแทสเซียมสูงซึ่งได้รับ ZS-9 มีการลดลงของโพแทสเซียมที่ 48 ชั่วโมงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก และมีระดับโพแทสเซียมเป็นปกติในช่วง 12 วันของ maintenance therapy



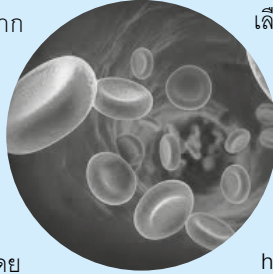
# ความเสี่ยงเลือดออกจาก Dabigatran ใน Atrial Fibrillation

JAMA Intern Med. 2015;175(1):18-24.

บทความเรื่อง Risk of Bleeding with Dabigatran in Atrial Fibrillation รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่า dabigatran etexilate mesylate สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อเลือดออกเทียบกับ warfarin sodium ในเวชปฏิบัติตามความเป็นจริงหรือไม่ นักวิจัยจึงได้เปรียบเทียบความเสี่ยงต่อเลือดออกจาก dabigatran และ warfarin โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าโครงการ Medicare

ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ที่เพิ่งตรวจพบ atrial fibrillation ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ค.ศ. 2010 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม ค.ศ. 2011 และผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย dabigatran หรือ warfarin ภายใน 60 วันหลังตรวจพบ โดยติดตามผู้ป่วยไปจนถึงหยุดยาหรือเปลี่ยนยาต้านลิ่มเลือด เสียชีวิต หรือจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม

กลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นกลุ่มที่ได้รับ dabigatran (n = 1,302) และกลุ่มที่ได้รับ warfarin (n = 8,102) โดยได้ประเมินเหตุการณ์ของเลือดออกและจำแนกเป็นเลือดออกรุนแรงและไม่รุนแรง เหตุการณ์ของเลือดออกรุนแรงประกอบด้วย intracranial hemorrhage, hemoperitoneum และการรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยฉุกเฉินเนื่องจากปัสสาวะเป็นเลือด มีเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ หรือเลือดออกที่อวัยวะอื่น โดยใช้คะแนนความโน้มเอียงปรับลักษณะระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม และประมาณความเสี่ยงเลือดออกด้วยตัวแบบ



Cox proportional hazards regression models จากนั้นได้ประมาณความเสี่ยงต่อเลือดออกสำหรับ 4 กลุ่มย่อยของผู้ป่วยความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 75 ปีหรือมากกว่า ผู้ป่วยเชื้อสายแอฟริกัน ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่า 7 โรค

การรักษาด้วย dabigatran สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อเลือดออกเทียบกับ warfarin โดยมี hazard ratios เท่ากับ 1.30 (95% CI 1.20-1.41) สำหรับเหตุการณ์ของเลือดออกทั้งหมด, 1.58 (95% CI 1.36-1.83) สำหรับเลือดออกรุนแรง และ 1.85 (95% CI 1.64-2.07) สำหรับเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ ความเสี่ยงต่อ intracranial hemorrhage สูงกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับ warfarin โดยมี hazard ratio เท่ากับ 0.32 (95% CI 0.20-0.50) สำหรับ dabigatran เทียบกับ warfarin การรักษาด้วย dabigatran สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อเลือดออกรุนแรงและเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้สำหรับกลุ่มย่อยที่วิเคราะห์ทั้งหมด ความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกรุนแรงในผู้ที่ได้รับ dabigatran สูงอย่างเห็นได้ชัดในผู้ป่วยเชื้อสายแอฟริกันและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การรักษาด้วย dabigatran สัมพันธ์กับอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นต่อเลือดออกรุนแรงและความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ ขณะเดียวกันก็สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อ intracranial hemorrhage ดังนั้น จึงควรพิจารณาการจ่ายยา dabigatran ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยความเสี่ยงสูง

## เบาหวานชนิดที่ 2 และอุบัติการณ์ของหัวใจและหลอดเลือด

Lancet Diabetes Endocrinol 2015;3:105-13.

บทความเรื่อง Type 2 Diabetes and Incidence of Cardiovascular Diseases: A Cohort Study in 1.9 Million People รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ละโรค นักวิจัยจึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 12 โรค

การศึกษาใช้ข้อมูลบริการปฐมภูมิ การรับเข้าโรงพยาบาล ทะเบียนโรค และข้อมูลมรณบัตรจากโครงการ CALIBER ซึ่งรวบรวมข้อมูลประชาชนในอังกฤษจากฐานข้อมูลสุขภาพ 4 ชุด โดยศึกษาจากผู้ที่มีอายุ 30 ปีหรือมากกว่าระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1998 ถึงวันที่ 25 มีนาคม ค.ศ. 2010 ซึ่งปลอดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พื้นฐาน จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ ประวัตติครั้งแรกของโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างใดอย่างหนึ่งใน 12 โรค นักวิจัยได้เปรียบเทียบเส้นโค้งอุบัติการณ์รวมของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และประมาณ hazard ratios (HRs) จำเพาะสาเหตุด้วยตัวแบบ Cox models

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีจำนวน 1,921,260 คน ซึ่งในจำนวนนี้ 1,887,062 คน (98.2%) ไม่เป็นโรคเบาหวาน และ 34,198 คน (1.8%) เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษพบการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดครั้งแรก 113,638 เหตุการณ์ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 5.5 ปี (IQR

2.1-10.1) จากผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า 6,137 คน (17.9%) เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดครั้งแรก โดยโรคที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (พบใน 992 คน [16.2%] จาก 6,137 คน) และหัวใจล้มเหลว (866 คน [14.1%] จาก 6,137 คน) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (adjusted HR 2.98 [95% CI 2.76-3.22]), ischaemic stroke (1.72 [1.52-1.95]), stable angina (1.62 [1.49-1.77]), หัวใจล้มเหลว (1.56 [1.45-1.69]) และกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิต (1.54 [1.42-1.67]) แต่มีความสัมพันธ์แบบกลับต่อหลอดเลือดเอออร์ตาโป่งพองในช่องท้อง (0.46 [0.35-0.59]) และเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (0.48 [0.26-0.89]) แต่ไม่สัมพันธ์กับหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือการเสียชีวิตฉับพลันจากโรคหัวใจ (0.95 [0.76-1.19])

โรคหัวใจล้มเหลวและโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งความต่างระหว่าง relative risks ของโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ละโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาจมีนัยสำหรับการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกและรูปแบบการวิจัย





## น้ำหนักเปลี่ยนในวัยทองและความเสี่ยงกระดูกหัก

BMJ 2015;350:h25.

บทความเรื่อง Postmenopausal Weight Change and Incidence of Fracture: Post Hoc Findings from Women's Health Initiative Observational Study and Clinical Trials รายงานผลจาก post hoc analysis จากงานวิจัย Women's Health Initiative Observational Study and Clinical Trials เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวในวัยทองและกระดูกหัก และความสัมพันธ์ระหว่างการลดน้ำหนักโดยสมัครใจและไม่สมัครใจต่อความเสี่ยงกระดูกหัก

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยทอง 120,566 คนในสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีอายุ 50-79 ปีที่พื้นฐาน (1993-1998) และติดตามถึงปี 2013 (ติดตามเฉลี่ย 11 ปีจากพื้นฐาน) นักวิจัยได้ติดตาม percentage change รายปีของน้ำหนักตัวจากพื้นฐานถึง 3 ปี และแบ่งเป็นกลุ่มน้ำหนักคงที่ (เปลี่ยนแปลง < 5%) น้ำหนักลด (≥ 5%) หรือน้ำหนักขึ้น (≥ 5%) โดยปรับตัวแบบ Cox proportional hazards regression models ตามอายุ เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ ดัชนีมวลกายที่พื้นฐาน การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า ระดับการออกกำลังกาย การใช้พลังงาน การได้รับแคลเซียมหรือวิตามินดี คะแนนสมรรถภาพทางกาย การตัดรังไข่ออก การตัดมดลูกออก ประวัติกระดูกหัก คะแนนโรคร่วม และการใช้ยา ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเกิดกระดูกหักซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รายงานใน ส่วน upper limbs, lower limbs

และ central body และตรวจสอบกระดูกสะโพกหักจากเวชระเบียน กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.3 ปี ค่า percentage change รายปีเฉลี่ยเท่ากับ 0.30% (95% confidence interval 0.28-0.32) โดยรวมพบว่า 79,279 คน (65.6%) มีน้ำหนักคงที่, 18,266 คน (15.2%) น้ำหนักลดลง และ 23,021 คน (19.0%) น้ำหนักขึ้น เมื่อเทียบกับการมีน้ำหนักคงที่พบว่า น้ำหนักตัวที่ลดลงสัมพันธ์กับอัตราอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น 65% ต่อกระดูกหักของสะโพก (adjusted hazard ratio 1.65, 95% confidence interval 1.49-1.82) ส่วน upper limbs (1.09, 1.03-1.16) และ central body (1.30, 1.20-1.39) ขณะที่น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับอัตราอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นของกระดูกหักที่ส่วน upper limb (1.10, 1.05-1.18) และ lower limb (1.18, 1.12-1.25) เมื่อเทียบกับน้ำหนักคงที่พบว่าการลดน้ำหนักโดยไม่สมัครใจสัมพันธ์กับอัตราอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น 33% สำหรับกระดูกสะโพกหัก (1.33, 1.19-1.47) และอัตราอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นของกระดูกสันหลังหัก (1.16, 1.06-1.26) และการลดน้ำหนักโดยสมัครใจสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นของกระดูกหักส่วน lower limbs (1.11, 1.05-1.17) และอุบัติการณ์ที่ลดลงของกระดูกสะโพกหัก (0.85, 0.76-0.95)

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น น้ำหนักที่ลดลง และการลดน้ำหนักโดยสมัครใจสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นของกระดูกหัก แต่มีความสัมพันธ์ต่างกันตามตำแหน่งที่เกิดกระดูกหัก จึงควรที่แพทย์จะตระหนักถึงรูปแบบของกระดูกหักภายหลังจากน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลง

## Glibenclamide, Metformin และ Insulin สำหรับรักษาเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์

BMJ 2015;350:h102.

บทความเรื่อง Glibenclamide, Metformin, and Insulin for the Treatment of Gestational Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis รายงานผลการศึกษาระบบ systematic review และ meta-analysis เพื่อสรุปผลลัพธ์ระยะสั้นของการศึกษาเปรียบเทียบ ซึ่งศึกษาผลของ glibenclamide หรือ metformin เทียบกับ insulin หรือ glibenclamide เทียบกับ metformin ในผู้หญิงที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา

การศึกษาที่นำมาวิเคราะห์เป็นการศึกษาเปรียบเทียบซึ่งตีพิมพ์ฉบับเต็ม ศึกษาในผู้หญิงซึ่งมีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา เปรียบเทียบ glibenclamide vs insulin, metformin vs insulin หรือ metformin vs glibenclamide และมีข้อมูลผลลัพธ์ต่อแม่หรือทารก โดยรวบรวมจากฐานข้อมูล Medline, CENTRAL และ Embase ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม ค.ศ. 2014 และประเมินผลลัพธ์หลัก 14 ข้อ และผลลัพธ์รอง 16 ข้อ

นักวิจัยได้วิเคราะห์บทความวิจัย 15 ฉบับ รวมกลุ่มตัวอย่าง 2,509 คน ความต่างที่มีนัยสำคัญสำหรับผลลัพธ์หลักใน glibenclamide vs insulin เห็นได้จากน้ำหนักแรกเกิด (mean difference 109 กรัม [95% confidence interval 35.9-181]), ทารกตัวโต (risk ratio 2.62 [1.35-5.08]) และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด (risk ratio 2.04 [1.30-3.20]) ใน metformin vs insulin เห็นความต่างที่มีนัยสำคัญด้านน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น



ของแม่ (mean difference -1.14 kg [-2.22 to -0.06]), อายุครรภ์ขณะคลอด (mean difference -0.16 weeks [-0.30 to -0.02]) และการคลอดก่อนกำหนด (risk ratio 1.50 [1.04-2.16]) โดยมีแนวโน้มสำหรับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด (risk ratio 0.78 [0.60-1.01]) และใน metformin vs glibenclamide เห็นความต่างที่มีนัยสำคัญสำหรับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของแม่ (mean difference -2.06 kg [-3.98 to -0.14]), น้ำหนักแรกเกิด (mean difference -209 g [-314 to -104]), ทารกตัวโต (risk ratio 0.33 [0.13-0.81]) และทารกน้ำหนักมาก (risk ratio 0.44 [0.21-0.92]) ผลลัพธ์รอง 4 ข้อมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าสำหรับ metformin ในการเปรียบเทียบระหว่าง metformin และ insulin และมีผลลัพธ์รองหนึ่งข้อที่ metformin ได้ผลลัพธ์ต่ำกว่าในการเปรียบเทียบระหว่าง metformin และ glibenclamide อัตราการล้มเหลวพบสูงกว่าจากการรักษาด้วย metformin เทียบกับ glibenclamide

ที่ระยะสั้นพบว่า ในผู้หญิงที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยานั้น glibenclamide มีผลลัพธ์ที่ดีน้อยกว่า insulin และ metformin อย่างชัดเจน ขณะที่ metformin (ร่วมกับ insulin เมื่อจำเป็น) ได้ผลดีกว่า insulin เล็กน้อย ซึ่งจากผลลัพธ์นี้เห็นว่าไม่ควรใช้ glibenclamide ในการรักษาผู้หญิงที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์หากสามารถใช้ insulin หรือ metformin



# มาลีเฮพันวิกฤตือโบล่า

**บีบีซี** – มาลีประกาศปลอดจากอีโบล่า หลังไม่พบผู้ติดเชื้อเพิ่มตั้งแต่ธันวาคมปีก่อน

ผู้ติดเชื้อคนล่าสุดพ้นตัวจากไวรัสอีโบล่าและออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ต้นเดือนธันวาคมปีก่อน สอดคล้องกับรายงานของสหประชาชาติซึ่งระบุว่าตัวเลขผู้ติดเชื้อในกินี เซียร์ราลีโอน และไลบีเรีย ต่างลดลงอยู่ในระดับต่ำสุดนับตั้งแต่กลางปีก่อน ขณะที่ตัวเลขผู้เสียชีวิตและผู้ติดเชื้ออยู่ที่ราว 8,429 คน และ 21,296 คน

มาลีพบผู้ติดเชื้ออีโบล่าคนแรกเป็นเด็กวัย 2 ขวบที่เดินทางมาจากกินี และเสียชีวิตเมื่อเดือนตุลาคมปีก่อน โดยคาดว่าอาจมีผู้ได้รับเชื้อจากการสัมผัสราว 300 คน หนึ่งไวรัสอีโบล่ามีระยะฟักตัวนาน 21 วัน ซึ่งประเทศที่พบการระบาดจะต้องปลอดจากผู้ติดเชื้อรายใหม่ติดต่อกัน 2 ระยะ หรือ 42 วันจึงจะสามารถประกาศว่าปลอดจากอีโบล่า



## วิจัยตัวอย่างดินพัฒนายาใหม่

**บีบีซี** – นักวิจัยสหรัฐฯ ขอความร่วมมือภาคสาธารณะร่วมกันส่งตัวอย่างดินเพื่อตรวจสอบสารประกอบที่อาจนำไปสู่การพัฒนาใหม่

จากข่าวการค้นพบสารต้านปฏิชีวนะจากตัวอย่างดิน ทำให้คณะนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยรอกคิเฟลเลอร์ของสหรัฐอเมริกาสนใจที่จะตรวจสอบตัวอย่างดินจากทั่วทุกมุมโลก โดยที่ผ่านมาได้วิเคราะห์ตัวอย่างดินจากชายหาด ป่า และทะเลทรายแล้วใน 5 ทวีป แต่ยังคงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคประชาชนจากทั่วทุกมุมโลกช่วยกันส่งตัวอย่างดินเพื่อที่จะวิเคราะห์ได้อย่างทั่วถึง

ในการสำรวจครั้งนี้ นักวิจัยได้ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับดินในพื้นที่ภูมิศาสตร์เฉพาะ หรือไม่เคยได้รับการสำรวจมาก่อน เช่น ถ้ำ เกาะ และบ่อน้ำพุร้อน เนื่องจากเชื่อว่าอาจเป็นแหล่งของสารประกอบชนิดใหม่ซึ่งนักวิทยาศาสตร์ไม่เคยพบมาก่อน

ซึ่งจากการศึกษาตัวอย่างดินที่มีอยู่ราว 185 ตัวอย่างก็พบสารประกอบที่น่าจะนำไปสู่การพัฒนาที่มีอยู่ในปัจจุบันให้ดีขึ้น รวมถึงยาสำหรับโรคมะเร็งและวัณโรคคือยา

อีกด้านหนึ่งมีข่าวว่าคณะวิจัยของมหาวิทยาลัยอเบอร์ดีนกำลังสำรวจตัวอย่างดินจากกันทะเลเพื่อนำมาพัฒนาใหม่เช่นเดียวกัน ซึ่งจากการศึกษาก็พบว่ามีแบคทีเรียราว 15 สายพันธุ์ที่น่าศึกษาเพิ่มเติมจากแบคทีเรียกันทะเลกว่า 1,500 สายพันธุ์ โดยคณะนักวิจัยเตรียมยกทัพไปเก็บตัวอย่างที่ร่องลึกกันมหาสมุทรนอกชายฝั่งชิลีที่ระดับความลึก 8,000 เมตรในเร็ว ๆ นี้



## อดนอนป่วยรุนแรงลงขวดเหล้า

**บีบีซี** – นักวิจัยสหรัฐฯ ชี้ การอดหลับอดนอนเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาการดื่มเหล้าและใช้ยาเสพติดในหมู่วัยรุ่น

ผลการศึกษาซึ่งรายงานในวารสาร Alcoholism: Clinical and Experimental Research ชี้ให้เห็นแนวโน้มต่อปัญหาการดื่มเหล้าหัวราน้ำและใช้ยาเสพติดในหมู่วัยรุ่นอเมริกันที่มีปัญหาการนอนหลับ โดยชี้ว่าการนอนหลับเป็นส่วนสำคัญของการตัดสินใจที่สมเหตุสมผล และเรียกร้องให้ผู้ปกครองใส่ใจกับตารางการพักผ่อนของลูกให้มากขึ้น

จากการสำรวจระหว่างปี พ.ศ. 2537-2545 พบว่าวัยรุ่นที่อดนอนอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งมีแนวโน้มสูงกว่าต่อการดื่มเหล้า มีเพศสัมพันธ์โดยขาดการไตร่ตรอง หรือใช้ยาเสพติด

ในอนาคตและในกลุ่มที่นอนน้อยกว่าก็จะยิ่งเห็น

ความสัมพันธ์กับปัญหาดังกล่าวชัดเจนขึ้น ขณะที่การนอนหลับนานขึ้นแต่ละชั่วโมงสัมพันธ์กับการลดลงของปัญหาติดเหล้า

ด้านผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า วัยรุ่นทุกวันนี้เสี่ยงต่อปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอเพราะแวดล้อมไปด้วยปัจจัยรบกวน รวมถึงคอมพิวเตอร์ แต่ข้อมูลนี้ก็เป็นหลักฐานที่ยืนยันให้เห็นผลกระทบจากการนอนน้อยต่อความสามารถในการตัดสินใจ โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการลองดื่มเหล้าหรือใช้ยาเสพติด



# ข้าวญี่ปุ่นบูมตลาดจีน

รอยเตอร์ส - ข้าวญี่ปุ่นกำลังเป็นสินค้าชั้นสูงตัวใหม่ที่กำลังได้รับความนิยมในประเทศจีน เหตุผู้บริโภคร่วงความปลอดภัยข้าวที่ผลิตในประเทศ

แม้ข้าวที่จีนนำเข้าจากญี่ปุ่นเมื่อปีก่อนมีตัวเลขอยู่เพียง 160 ตัน ทว่าปริมาณดังกล่าวสูงขึ้นเป็น 3 เท่าจากตัวเลขเมื่อปี พ.ศ. 2556 โดยพ่อค้าข้าวรายหนึ่งให้ความเห็นว่า ปัญหาการปนเปื้อนยาฆ่าแมลงสูงเกินค่ามาตรฐานของข้าวที่ผลิตในประเทศทำให้ข้าวจากญี่ปุ่นได้รับความนิยมมากขึ้นในฐานะอาหารปลอดภัยสำหรับผู้มีรายได้สูง เนื่องจากราคาขายปลีกตามห้างสรรพสินค้าพุ่งไปถึงกิโลกรัมละ 74 หยวน หรือสูงกว่าราว 10 เท่าเมื่อเทียบกับข้าวที่ผลิตในประเทศ



อุปสงค์ต่อข้าวจากญี่ปุ่นที่นับวันจะสูงขึ้นทำให้ผู้ผลิตบางรายหันมาปลูกข้าวญี่ปุ่น โดยชูดขายว่าปลอดภัยกว่าข้าวท้องถิ่นเนื่องจากใช้น้ำจากแหล่งปลอดภัยและมีการควบคุมคุณภาพอย่างเข้มงวด อย่างไรก็ตามพบว่าข้าวญี่ปุ่นที่ปลูกในจีนบางยี่ห้อนั้นปลูกในแถบอุตสาหกรรมแบตเตอรี่ซึ่งยังคงมีความกังวลถึงปัญหาการรั่วไหลของตะกั่วกรด แม้ทิศทางข้าวญี่ปุ่นในจีนดูจะไปได้ดีสวย แต่การส่งออกไปยังจีนยังคงไม่สามารถเติบโตได้อย่างรวดเร็วนักอันเนื่องมาจากกระบวนการอนุมัติที่ล่าช้า ทำให้ผู้บริโภครุ่นหนึ่งหันไปมองข้าวจากประเทศไทยในฐานะอาหารปลอดภัยในราคาเอื้อมถึงได้

# ลุ่นปล่อยยุงจีเอ็มโอในสหรัฐฯ

เอพี - หมูเกาะฟลอริดาศิษย์ของสหรัฐฯ เตรียมปล่อยยุงตัดต่อพันธุกรรม หากสำนักงานอาหารและยา (เอฟดีเอ) อนุมัติปล่อยยุงเพื่อควบคุมโรคเดงกีและชิคุนกุนยา

เจ้าหน้าที่ระดับสูงเปิดเผยว่า โครงการนี้จะเป็นการใช้ยุงในฐานะยารักษาโรคเดงกีและชิคุนกุนยาซึ่งกำลังรุนแรงขึ้นในสหรัฐอเมริกาอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศและการคมนาคมซึ่งเปิดทางให้นักท่องเที่ยวนำโรคระบาดมาแพร่ในสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะในหมู่เกาะคีย์ซึ่งอยู่ทางตอนใต้สุดของประเทศ

อย่างไรก็ดี โครงการนี้ยังคงเผชิญแรงต้านจากภาคประชาชนดังจากกระแสวิตกต่อผลกระทบจากยุงตัดต่อพันธุกรรม โดยล่าสุดมีผู้ลงชื่อในเว็บไซต์ Change.org เพื่อต่อต้านโครงการวิจัยใช้ยุงควบคุมโรคแล้วกว่า 130,000 รายชื่อ ซึ่งทางผู้เกี่ยวข้องเองก็ยอมรับว่าทัศนคติเชิงลบต่อการตัดต่อพันธุกรรมยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ



# อนามัยโลกตั้งกองทุนฉุกเฉิน

รอยเตอร์ส - องค์การอนามัยโลกจะจัดตั้งกองทุนรับมือเหตุเฉพาะหน้าและคณะทำงานฉุกเฉินเพื่อรับมือเหตุวิกฤติหลังโดนวิจารณ์หนักจากความล่าช้ารับมือไวรัสอีโบล่า

ดร.มากาเรต เชน ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกแถลงว่า การระบาดของไวรัสอีโบล่าสะท้อนถึงความจำเป็นที่องค์การอนามัยโลกจะต้องยกระดับมาตรการรับมือเหตุวิกฤติ รวมถึงการจัดสรรกำลังคนสำหรับภารกิจภาคสนาม โดยยอมรับอย่างตรงไปตรงมาว่า วิกฤติอีโบล่าครั้งนี้มีความรุนแรงเกินศักยภาพขององค์การอนามัยโลก ซึ่งชาติสมาชิกต่างก็เข้าใจดีว่าโลกยังขาดแคลนกลไกที่มีประสิทธิภาพสำหรับการปกป้องความมั่นคงด้านสาธารณสุข



รายงานชี้ว่า ชาติสมาชิกที่เป็นผู้บริจาครายใหญ่ต่างเห็นพ้องต่อการตั้งกองทุนรับมือเหตุฉุกเฉิน โดยคาดว่าจะมีประมาณเบื้องต้นน่าจะอยู่ที่ราว 100 ล้านดอลลาร์ พร้อมทัพบุคลากรที่สามารถเข้าถึงพื้นที่ได้อย่างทันท่วงทีอีกราว 1,500 คน ซึ่งการยกเครื่ององค์การอนามัยโลกครั้งนี้จะถือเป็นหนึ่งในการปฏิรูปครั้งใหญ่ที่สุดนับตั้งแต่การสถาปนาองค์การอนามัยโลกเลยทีเดียว

## คณะกรรมการแพทยสภา วาระ 2558-2560

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานเชิญประชุมคณะกรรมการแพทยสภาวาระใหม่ พ.ศ. 2558-2560 ครั้งแรก โดยได้แต่งตั้ง นพ.เรื่อน สมณะ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นประธานชั่วคราว ในการลงคะแนนเสียงเลือกนายกแพทยสภา และอุปนายกแพทยสภาคนที่ 1 และ 2 โดยคณะกรรมการแพทยสภาได้มีมติเป็นเอกฉันท์เลือกกรรมการในการดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ดังนี้



ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา



ศ.คลินิก นพ.อำนาจ กุศลานันท์



รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร



นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์



พล.อ.ต.นพ.อิทธพร คณะเจริญ



รศ.นพ.ภาคภูมิ สุปียพันธ์



พญ.ชัญวลี ศรีสุโข

1. นายกแพทยสภา ได้แก่ ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
2. อุปนายกแพทยสภาคนที่ 1 ได้แก่ ศ.คลินิก นพ.อำนาจ กุศลานันท์
3. อุปนายกแพทยสภาคนที่ 2 ได้แก่ รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร
4. เลขาธิการแพทยสภา ได้แก่ นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์
5. รองเลขาธิการแพทยสภา ได้แก่ พล.อ.ต.นพ.อิทธพร คณะเจริญ
6. เภรัญญิกแพทยสภา ได้แก่ รศ.นพ.ภาคภูมิ สุปียพันธ์

มติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 2/2558 มีมติให้แต่งตั้ง พญ.ชัญวลี ศรีสุโข เป็นโฆษกแพทยสภา

## โครงการประกวดบทความ หัวข้อ “ความเสมอภาคทางสุขภาพ”

คณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการร่วมคณะแพทยศาสตร์ สยามสถาบัน พ.ศ. 2558: จุฬาฯ-รามฯ-ศิริราช Joint Conference in Medical Sciences 2015 (JCMS 2015) ขอเชิญผู้สนใจร่วมส่งบทความเข้าประกวดในโครงการประกวดบทความ หัวข้อ “ความเสมอภาคทางสุขภาพ” ความยาว 5-10 หน้ากระดาษที่สามารถถ่ายทอดเรื่องราวประสบการณ์และแนวคิดที่มีต่อความเสมอภาคทางสุขภาพ ผู้ส่งผลงานสามารถส่งได้เพียง 1 เรื่องและยังไม่เคยเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ผู้ชนะการประกวดจะได้รับโล่พระราชทาน พร้อมเงินสด 30,000 บาท ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ งานบริการวิชาการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 0-2201-1542, 0-2201-2606 หรือทาง [www.jcms2015.com](http://www.jcms2015.com) หอดเขตส่งผลงานวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2558





# ภาวะทุพโภชนาการในแม่และเด็กไทย ปัญหาสำคัญที่ไม่ควรหลงลืมและละเลย

ด้วยตระหนักถึงภัยคุกคามจากภาวะทุพโภชนาการในแม่และเด็กไทย ที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ปัจจัยสำคัญคือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งมักเป็นปัญหาในคุณแม่ที่ได้รับอาหารน้อยเกินไป แต่ปัจจุบันยังคงมีปัญหาหนึ่งที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าปัญหาแรก ปัจจัยดังกล่าวคือ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์และในทารกแรกเกิด

นักวิชาการกลุ่มหนึ่งซึ่งประกอบด้วยสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และนักโภชนาการ จากสถาบันต่าง ๆ ของประเทศไทย จึงได้ร่วมกันจัดตั้ง เครือข่ายโภชนาการช่วงแรกของชีวิต ประเทศไทย (Early Life Network Thailand) ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความสำคัญของโภชนาการในช่วงแรกของชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในระยะต่อมาของทุกคนในทุกช่วงวัย



เครือข่ายโภชนาการช่วงแรกของชีวิตจะดำเนินงานในรูปแบบของสมาคมที่ไม่แสวงหากำไร โดยเน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโภชนาการในช่วงแรกของชีวิต ผ่านกิจกรรมให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งด้านการสร้างแนวทางการปฏิบัติงานและการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้มีความสามารถในการให้ความรู้และดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารก รวมทั้งเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจะขยายขีดความสามารถในการทำงานสู่ระดับประเทศ ครอบคลุมประชาชนทั่วไปทุกระดับชั้น

**รศ.นพ.วิทยา ธิรวิพันธุ์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และประธานเครือข่ายโภชนาการช่วงแรกของชีวิต** กล่าวว่า เพื่อแก้ไขปัญหภาวะทุพโภชนาการในแม่และเด็กไทยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีเป้าหมายที่ชัดเจน นักวิชาการซึ่งประกอบด้วยสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และนักโภชนาการจากสถาบันต่าง ๆ ของประเทศไทย จึงได้ร่วมกันจัดตั้งเครือข่ายโภชนาการช่วงแรกของชีวิตขึ้น โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ หวังจะเป็นผู้เริ่มหรือจุดประกายให้หน่วยงานต่าง ๆ ได้เห็นความสำคัญของปัญหภาวะทุพโภชนาการในแม่และเด็กไทย อันจะเป็นประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก รวมถึงเด็กเล็ก ให้ได้รับโภชนาการที่ถูกต้อง สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง เพื่อจะได้ไม่เป็นโรคภัยแรงในอนาคต

ทั้งนี้ในปัจจุบันประชาชนไทยมีปัญหาสุขภาพในทุก ๆ ด้าน ซึ่งถ้าไฟกัสนในเรื่องโภชนาการแล้ว ขณะนี้พบว่ามีปัญหาโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ไม่ถูกสัดส่วน (มากหรือน้อยจนเกินไป) รับประทานอาหารผิดเวลา รวมทั้งขาดการออกกำลังกาย และเมื่อไฟกัสนคนทั่วไป โดยเฉพาะผู้หญิงก็พบว่ามีปัญหาทั้งขาดอาหารและอาหารเกิน แต่ส่วนมากจะค่อนข้างมาทางอาหารเกิน ทำให้มีผู้หญิงอ้วนมากขึ้น และถ้าผู้หญิงอ้วนตั้งครรภ์ ปัญหา ก็จะยิ่งมากขึ้นไปอีก เพราะจะส่งผลกระทบต่อลูก

“จากปัญหาโภชนาการที่ไม่ถูกต้องจากการรับประทานอาหาร ทำให้นักวิชาการที่ทำงานเกี่ยวกับทางด้านอาหารของแม่และเด็กเป็นหลัก ต้องมานั่งพูดคุยกันว่า จะดูแลและแก้ไขปัญหานี้อย่างไร โดยเราเลือกที่จะไฟกัสนสิ่งที่ชำนาญและสนใจก่อน หลังจากนั้นถ้าเป็นไปได้จะขยายวงให้กว้างออกไป



ซึ่งคนที่รับผิดชอบก็อาจจะไม่ใช่เฉพาะเครือข่ายโภชนาการช่วงแรกของชีวิตแล้ว แต่จะเกี่ยวกับคนที่ต้องดูแลสุขภาพคนทั่วไปด้วยที่จะต้องร่วมมือกัน” **รศ.นพ.วิทยา** กล่าว

ล่าสุด เครือข่ายโภชนาการช่วงแรกของชีวิตได้จัดการประชุมวิชาการครั้งที่ 1 โภชนาการในช่วงแรกของชีวิต: สิ่งสำคัญที่ท่านหลงลืมและละเลย? ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโภชนาการในช่วงแรกของชีวิต อันจะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารก รวมทั้งเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ



“ สตรีตั้งครรภ์มักจะมีคำถามมากมาย เช่น โภชนาการในช่วงแรกขอชีวิตคืออะไร และสำคัญอย่างไร? สถานการณ์ล่าสุดของโภชนาการในแม่และเด็กไทยเป็นอย่างไร? ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหารการกินในสตรีตั้งครรภ์จนถึงเด็กอายุ 2 ขวบเป็นอย่างไร? คนอ้วนต้องเตรียมตัวอย่างไรก่อนตั้งครรภ์? เมื่อตั้งครรภ์น้ำหนักควรเพิ่มขึ้นเท่าไร? สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักน้อยจะมีผลอย่างไร? ออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์อันตรายหรือไม่? กินอย่างไรให้ลูกฉลาดและหุ่นดี? เป็นต้น ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขก็ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์จะต้องสามารถตอบคำถามเหล่านี้ได้ ”



**รศ.นพ.วิทยา** กล่าวว่า สตรีตั้งครรภ์มักจะมีคำถามมากมาย เช่น โภชนาการในช่วงแรกของชีวิตคืออะไร และสำคัญอย่างไร? สถานการณ์ล่าสุดของโภชนาการในแม่และเด็กไทยเป็นอย่างไร? ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหารการกินในสตรีตั้งครรภ์จนถึงเด็กอายุ 2 ขวบเป็นอย่างไร? คนอ้วนต้องเตรียมตัวอย่างไรก่อนตั้งครรภ์? เมื่อตั้งครรภ์น้ำหนักควรเพิ่มขึ้นเท่าไร? สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักน้อยจะมีผลอย่างไร? ออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์อันตรายหรือไม่? กินอย่างไรให้ลูกฉลาดและหุ่นดี? เป็นต้น ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์จะต้องสามารถตอบคำถามเหล่านี้ได้

สำหรับหัวข้อการประชุมในการประชุมวิชาการครั้งที่ 1 **โภชนาการในช่วงแรกของชีวิต: สิ่งสำคัญที่ผ่านหลังลืมและละเลย?** มีหลายเรื่องที่น่าสนใจและเป็นเรื่องที่อยู่ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเรื่องอาหารที่ต้องรับประทานกันอยู่ทุกวัน แต่กลับไม่ค่อยได้สนใจ

กันว่ารับประทานอาหารไปเพื่ออะไร รู้แต่ว่ารับประทานเพราะหิว เพราะอร่อย หรือเพราะอยากจะรับประทาน คำนี้ถึงเรื่องคุณประโยชน์กันค่อนข้างน้อย ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว อาหารเป็น 1 ในปัจจัย 4 ของชีวิต แต่กลับหลงลืมและละเลยที่จะให้ความสำคัญอย่างถูกต้อง เพราะฉะนั้นการประชุมในครั้งนี้จึงอยากจะทำให้หันมาใส่ใจกับอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก

ภายในงานนอกจากจะได้รับความรู้และเอกสารวิชาการประกอบการประชุมทุกหัวข้อแล้ว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้าร่วมประชุมจากกว่า 180 โรงพยาบาล ยังจะได้รับเอกสารความรู้เกี่ยวกับโภชนาการช่วงแรกของชีวิต โรงพยาบาลละ 50 ชุด ชุดละ 8 เรื่อง รวมทั้งโปสเตอร์ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการช่วงแรกของชีวิต และหนังสือปกแข็ง ซึ่งเปรียบเสมือนตำราที่รวบรวมความรู้ให้สามารถนำไปใช้อ้างอิงได้ หากโรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนสนใจนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ สามารถติดต่อเข้ามาทางเครือข่ายโภชนาการช่วงแรกของชีวิตได้

**รศ.นพ.วิทยา** กล่าวอีกว่า เนื่องจากการประชุมวิชาการครั้งนี้ได้รับการตอบรับมากกว่าที่คิดไว้ จึงมีความพยายามที่จะจัดเป็นประจำทุกปี และคิดว่าการจัดเฉพาะที่กรุงเทพฯ อาจจะไม่เพียงพอ เพราะการเดินทางลำบากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ต่างจังหวัด และจุดสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ปัญหาไม่ได้อยู่เฉพาะที่กรุงเทพฯ และกรุงเทพฯ ไม่ใช่ที่แก้ปัญหาก็อาจจะมีความปัญหาโภชนาการของแต่ละท้องถิ่นที่แตกต่างกันออกไปในอนาคตจึงอยากจะไปศึกษาและจัดการประชุมหรือการบรรยายที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละภูมิภาค รวมทั้งต่อไปอาจจะมีการจัดกิจกรรมร่วมกัน โดยให้แต่ละท้องถิ่นนำเสนอปัญหาในรูปแบบการอภิปราย การทำวิจัย หรือลงภาคสนาม เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาโภชนาการร่วมกัน

“เราวางเป้าหมายความสำเร็จไว้ทั้งในระยะใกล้และระยะไกล ระยะใกล้คือหวังว่าประเทศไทยจะมีจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่อ้วนลดลง ซึ่งตัวเลขอาจจะมีความเป็นไปได้ยากและเป็นความฝันพอสมควร ระยะใกล้คือ หวังว่าสตรีตั้งครรภ์หรือคุณแม่ที่เลี้ยงลูกเล็ก ๆ จะสามารถดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องได้ แต่ทั้งนี้แล้ว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์จะต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้เสียก่อน” **รศ.นพ.วิทยา** กล่าว



ท้ายนี้ **รศ.นพ.วิทยา** ยังได้ฝากถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลคุณแม่ตั้งครรภ์ว่า ส่วนใหญ่ที่ได้รู้มาจะเน้นการดูแลเกี่ยวกับโรคอยู่ตลอดเวลา แต่ในความเป็นจริงแล้ว ต้องรักษาคน ไม่ใช่รักษาโรค ต้องดูแลคน ไม่ใช่ดูแลโรค เพราะฉะนั้นปัจจัยของคนที่มีสุขภาพที่ดี ไม่ได้อยู่ที่ว่าคนคนนั้นจะไม่เป็นโรค แต่ยังต้องมีความเป็นอยู่ที่ดี ถูกสุขลักษณะ รับประทานอาหารที่ดีและมีประโยชน์ มีการดำเนินชีวิตที่ดี เป็นต้น จึงอยากฝากไว้ว่า ให้มองวิธีการดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้กว้างขึ้นกว่าเดิม จากแพทย์เพื่อรักษาโรค เป็นแพทย์เพื่อป้องกันโรค พยากรณ์โรค และคำนึงถึงการมีสุขภาพที่ดีด้วย

## สร. จับมือ ม.สงขลานครินทร์ ผลิตหมอพันธุ์ใหม่ เป็นหมอโรงพยาบาล และลดทุกข์ชุมชน



**นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข** กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ร่วมมือกันปฏิรูประบบบริการสุขภาพควบคู่ไปกับระบบการจัดการเรียนการสอนในการผลิตแพทย์ในโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการมากกว่า 20 ปี ซึ่งครั้งนี้นับเป็นการสร้างบัณฑิตแพทย์แนวใหม่ของไทยในศตวรรษที่ 21 ซึ่งปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อน โดยพัฒนาศักยภาพ

ของโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นฐานร่วมผลิตแพทย์ในโครงการดังกล่าว เริ่มครั้งแรกในประเทศ ทั้งนี้การผลิตแพทย์ในโครงการฯ ที่ผ่านมาใช้ฐานการผลิตที่โรงพยาบาลศูนย์ 37 แห่ง ผลของความร่วมมือครั้งนี้ นอกจากจะเป็นผลดีช่วยให้งบประมาณของแต่ละหน่วยงานถูกนำมาใช้ร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการและหน่วยงานในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแล้ว จะทำให้นักศึกษาแพทย์มีความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่ทั้งผู้ให้การรักษาผู้เจ็บป่วยและการเข้าถึงชุมชนเพื่อสร้างสุขภาพประชาชนให้เหมาะกับวิถีชีวิตชาวบ้านเพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วย เป็นหมอกของชุมชนที่ทำงานเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการขั้นพื้นฐานกับระบบบริการตติยภูมิ สถาบันเชี่ยวชาญเฉพาะทาง คาดว่าจะเริ่มตั้งแต่ปีการศึกษา 2559 เป็นต้นไป โดยจะปรับระบบบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อม โดยดำเนินการในโรงพยาบาลขนาด 90 เตียงขึ้นไป ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาสูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และอื่น ๆ เริ่มแห่งแรกที่โรงพยาบาลห้วยยอด อ.ห้วยยอด จ.ตรัง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เพื่อใช้จัดการเรียนการสอนภาคคลินิกชั้นปีที่ 4-6 ซึ่งเป็นภาคปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย โดยจะร่วมกันจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อกำหนดแนวทางรายละเอียดการดำเนินงานต่อไป

## สร. จับมือ สพฉ. ผนึกกำลัง “เครื่องเออีดี” ในพื้นที่เสี่ยงเกิดภาวะฉุกเฉิน

**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข** กล่าวว่า ปัญหาการหมดสติจากหัวใจหยุดเต้นจัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นทั้งที่บ้านและที่สาธารณะ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของคนไทยปีละประมาณ 54,000 ราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 6 ราย รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ กว่าครึ่งหนึ่งเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักเกิดในผู้ที่เป็โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งบางครั้งบุคคลเหล่านี้อยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงจะเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น สถานีขนส่ง

ต่าง ๆ โรงแรม สนามกีฬา แหล่งท่องเที่ยว เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รมรณงค์ติดตั้งเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ หรือเครื่องเออีดี Automated External Defibrillator (AED) ในสถานที่สาธารณะที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินทั้งในเมือง ชนบท หรือบนเกาะ ในระยะเริ่มต้นนี้ตั้งเป้าหมายรณรงค์ติดตั้งให้ได้ 3,000 แห่งภายใน 3 ปีทั้งในเมืองและชนบท พื้นที่เกาะต่าง ๆ และได้มอบหมายให้ สพฉ.ฝึกอบรมการปฐมพยาบาล ฝึกการปั๊มหัวใจ ช่วยฟื้นคืนชีพให้แก่ประชาชนทั่วไปทุกอาชีพ เพื่อให้มีความรู้และมีทักษะการช่วยชีวิตเบื้องต้นระหว่างที่รอรับการช่วยเหลือจากทีมแพทย์กู้ชีพทางหมายเลข 1669 เพื่อนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยเหลือเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตให้ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้มากถึงร้อยละ 45 ถือเป็นการยกมาตรฐานการกู้ชีพของไทยให้สูงขึ้น



# สร. เร่งพัฒนาศูนย์รักษาโรคมะเร็งในภาคอีสาน ป้องกันมะเร็งตับและท่อน้ำดี



**ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข** กล่าวว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนอันดับ 1 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 7 นี้ พบผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 5,000-6,000 ราย มากที่สุดคือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี รองลงมาคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปอด ได้จัดระบบการรักษาเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการส่งผู้ป่วยไปผ่าตัดและรังสีรักษา โดยพัฒนาศักยภาพการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น มีติกรังสีวินิจฉัยรองรับผู้ป่วย เริ่มให้บริการเคมีบำบัดในปี พ.ศ. 2557 ในปีนี้จะเพิ่มการรักษาด้วยเครื่องฉายแสงที่ทันสมัย งบประมาณ 67 ล้านบาท รักษา มะเร็งได้ทุกชนิด ปลอดภัยสูง จะเริ่มให้บริการวันที่ 17 กุมภาพันธ์นี้ ให้บริการฉายแสงในและนอกเวลาราชการวันละ 70 ราย จะลดคิวรอฉายแสงให้สั้นลงจาก 6 เดือน เหลือ 2 เดือนครึ่ง นอกจากนี้ยังจะเพิ่มเครื่องฝังแร่มูลค่า 30 ล้านบาท ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เริ่มให้บริการเดือนมีนาคมนี้ โดยตั้งเป้าฝังแร่ผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกวันละ 4-5 คน

## สร. เร่งสร้าง “นิกระบาดวิทยามืออาชีพ” ให้ได้ 350 คน

**ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข** กล่าวว่า ปัจจุบันระบบนิเวศวิทยาทั่วโลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้เชื้อโรคมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอด และมีความเสี่ยงที่อาจมีโรคติดต่อตัวใหม่ ๆ เกิดขึ้นในโลกตามมาอีก อาจมีต้นตอมาจากสัตว์ป่า สัตว์เลี้ยง หรือคนก็ได้ โดยเฉพาะหลังจากการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปลายปีนี้ อาจเพิ่มความเสี่ยงเกิดโรคระบาดที่ไทยควบคุมสำเร็จแล้วได้อีก ซึ่งในรอบ 13 ปีมานี้ ประเทศไทยมีประสบการณ์รับมือเชื้อโรคอันตรายตัวใหม่ ซึ่งล้วนเป็นเชื้อไวรัสหลายโรคเป็นผลสำเร็จจนเป็นที่ยอมรับระดับโลก เช่น โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และอีโบลา เป็นต้น เครื่องมือที่ทำให้แก้ไขปัญหาดังกล่าวได้สำเร็จของไทยคือ ความรู้ความเชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาปัญหา สาเหตุ และปัจจัยความเสี่ยงต่าง ๆ ในการเกิดโรค และแนวทางจัดการปัญหาเพื่อควบคุมและป้องกันการ



แพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ ทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติ โดยเรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขต้องเร่งดำเนินการก็คือ การเร่งผลิตนิกระบาดวิทยา เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยมีแพทย์เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนามเพียง 128 คน ร้อยละ 60 ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด เฉลี่ย 1 คนต่อประชากร 350,000 คน ซึ่งยังต่ำกว่ามาตรฐานโลก ดังนั้น จึงได้ตั้งเป้าหมายพัฒนาแพทย์ปศุสัตว์ ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนาม เพิ่มให้ได้จำนวน 350 คน ภายในระยะเวลา 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2567 เฉลี่ยนิกระบาดวิทยา 1 คนต่อประชากร 200,000 คน โดยไทยตั้งเป้าเป็นผู้นำในภูมิภาคทางด้านระบาดวิทยาภาคสนามภายในปี พ.ศ. 2563

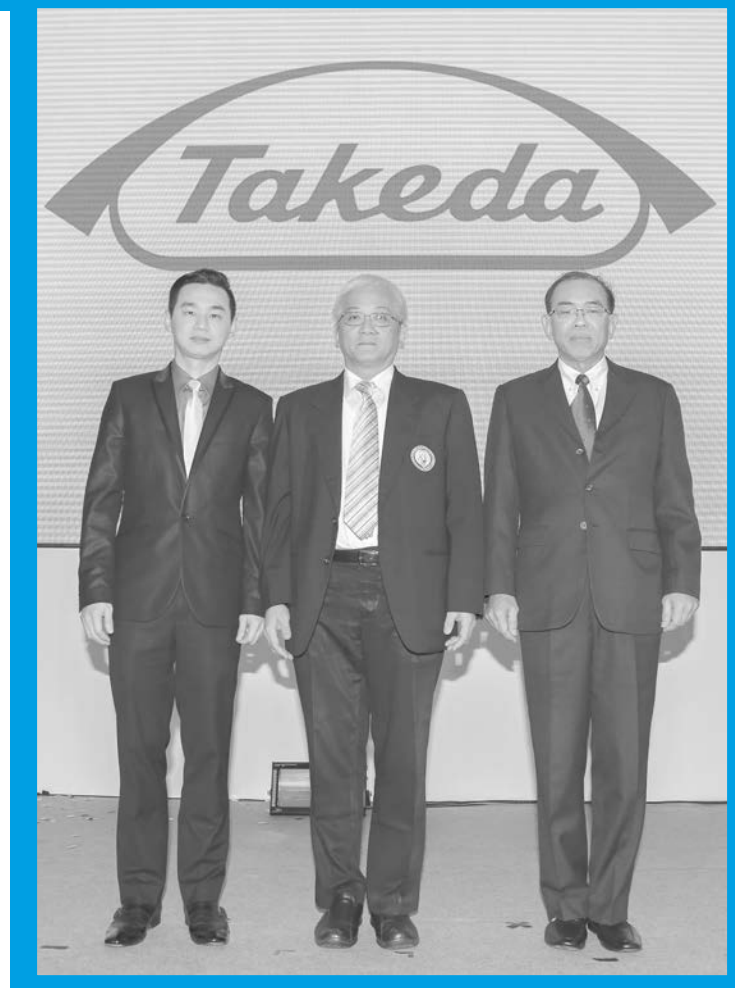


# ทาเคดา จัด Azilsartan-M/Chlorthalidone Launch Symposium ยกระดับการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด จัดงาน Azilsartan-M/Chlorthalidone Launch Symposium ขึ้น ณ โรงแรมอินเตอร์คอนติเนนตัล เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม ที่ผ่านมา โดยวัตถุประสงค์ของการจัดงานครั้งนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งในพันธกิจของทาเคดาที่ได้มุ่งมั่นสร้างสรรค์นวัตกรรมยาที่มีคุณค่าและมีประโยชน์เพื่อช่วยเหลือและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

“ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่คนไทยกว่า 10 ล้านคนต้องเผชิญ ทาเคดาจึงได้เปิดตัวยาใหม่ Fix dose combination ที่นำเอา ARB (Azilsartan Medoxomil) ร่วมกับยา Thiazide like diuretic (Chlorthalidone) เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมความดันโลหิตได้ดีพอเมื่อใช้ยาเดี่ยว หรือใช้ในการรักษาเริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดในการลดความดันโลหิตให้ได้ตามต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น Better Health, Brighter Future” **มร.ปีเตอร์ หวง กรรมการผู้จัดการ บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด** กล่าว

ในโอกาสนี้ได้รับเกียรติจาก **พล.ต.นพ.ชুমพล เปี่ยมสมบุรณ์** นายกษมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, **ศ.นพ.พีระ บุรณะกิจเจริญ** นายกษมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย และ **ภก.ปรีชา ยิ่งวัฒนากุล** ผู้อำนวยการฝ่ายการตลาด บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด ร่วมพิธีเปิดงานอย่างเป็นทางการ







ภายในงานมีการเสวนาซึ่งได้กล่าวถึงความสำคัญของการลดความดันโลหิตให้ได้ถึงเป้าหมาย และการบริโภคเค็มที่เป็นอุปสรรคให้การคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามต้องการ การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยและแนวทางการพิจารณายาให้สอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงเป็นทางเลือกที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

เริ่มต้นด้วยการเสวนาในหัวข้อ **Gap and Burden of hypertension: How much do we really know?** โดยมี รศ.นพ.ดำรงส ตริสุโกศล สาขาหทัยวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นผู้ดำเนินการเสวนา พร้อมปูพื้นฐานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนจะลงลึกในรายละเอียดของหัวข้อการประชุม

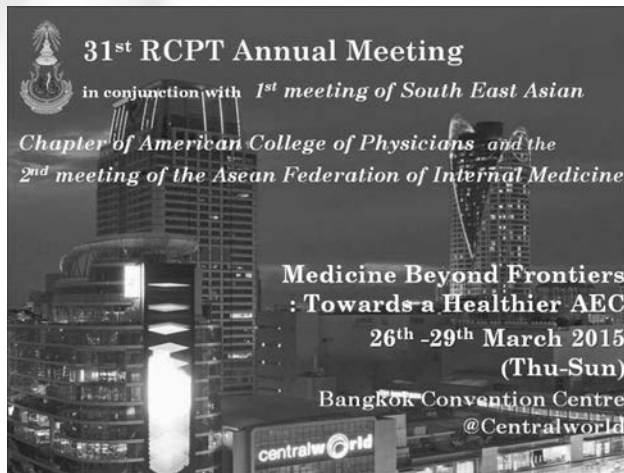
นอกจากนี้ยังเสริมทัพด้วยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิที่มาให้ความรู้และร่วมแบ่งปันประสบการณ์ในหลากหลายหัวข้อที่น่าสนใจ ได้แก่ หัวข้อ **All you need to know about salt and hypertension management Insights of salt intake and blood pressure, friends or foes?** โดย ศ.นพ.พีระ บุรณะกิจเจริญ สาขาวิชาความดันโลหิตสูง ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และนายกสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หัวข้อ **All diuretics are the same?** โดย ผศ.สุรภินาทีสุวรรณ ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หัวข้อ **What's unique clinical benefit of Chlorthalidone Finding the**

**right combination: Azilsartan-M/Chlorthalidone** โดย ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หัวข้อ **Better control of hypertension with T2DM** โดย ศ.นพ.ชัยชาญ ติโรจนวงศ์ สาขาโรคเบาหวาน และต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลราชวิถี หัวข้อ **Tips and tricks of treating Thai Hypertensive patients** โดย ศ.นพ.อภิชาติ สุนทรธรรม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และในตอนท้ายยังเปิด **Panel Discussion** ตอบข้อซักถามแก่ผู้เข้าร่วมประชุมอีกด้วย





# ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 31 “Medicine Beyond Frontiers: Towards a Healthier AEC”



ศ.เกียรติคุณ นพ.อมร ลีลารัตน์

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 31 ชู Theme “Medicine Beyond Frontiers: Towards a Healthier AEC” ระหว่างวันที่ 26-29 มีนาคม พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ อายุรแพทย์ และแพทย์ผู้สนใจ อีกทั้งยังเป็นโอกาสที่จะได้ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและกิจกรรมอื่น ๆ กับสมาคมหรือชมรมต่าง ๆ ในวิชาชีพเวชกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ศ.เกียรติคุณ นพ.อมร ลีลารัตน์ ประธานคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 กล่าวว่า ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิชาการอายุรศาสตร์ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของแพทยสภา ในหลักใหญ่ ๆ คือ ส่งเสริมและควบคุมมาตรฐานของอายุรแพทย์ให้ถึงพร้อมด้วยคุณภาพทัดเทียมระดับสากล ด้วยคุณธรรมอันดีงามที่จะเชิดชูเกียรติแห่งการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและประโยชน์ต่อประเทศชาติและส่วนรวม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวจึงได้กำหนดจัดการประชุมวิชาการใหญ่ไว้ปีละครั้งคือ

การประชุมวิชาการประจำปี และการประชุมวิชาการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง สำหรับการจัดการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นการประชุมครั้งที่ 31 ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ จะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 26-29 มีนาคม พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ โดยการประชุมวิชาการประจำปีครั้งนี้เป็นการจัดในรูปแบบใหม่ที่มีความแตกต่างจากการประชุมครั้งที่ผ่าน ๆ มา ซึ่งส่วนใหญ่สถานที่จัดประชุมจะเป็นต่างจังหวัด เพื่อให้มีโอกาสดำรงสรรค์และทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว แต่เนื่องจากในปีที่ผ่านมา สมาชิกราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ประมาณครึ่งหนึ่งให้ความเห็นว่าอยากให้มาจัดที่กรุงเทพฯ บ้าง เพื่อให้ได้รับความรู้ทางวิชาการเพิ่มมากขึ้น การประชุมวิชาการครั้งนี้จึงมุ่งเน้นทางด้านวิชาการเป็นหลัก โดยเปลี่ยนสถานที่จัดประชุมมาเป็นโรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ

การประชุมครั้งนี้ยังรวมการประชุมระดับนานาชาติ 2 แห่งคือ **The 1<sup>st</sup> Meeting of Southeast Asian Chapter of American College of Physicians (ACP)** ซึ่งประกอบด้วยประเทศอินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ และไทย และ **The 2<sup>nd</sup> Meeting of the Asean Federation of Internal Medicine (AFIM)** ที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมด้วย ทั้งนี้

การที่ประเทศไทยเข้าสู่  
การเป็นประชาคมเศรษฐกิจ  
อาเซียนจะทำให้ราชวิทยาลัย  
อายุรแพทย์ฯ มีเครือข่ายวิชาชีพ  
ทางการแพทย์ระดับนานาชาติเข้ามา  
ด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับสมาชิกในด้านวิชาการ การจัดประชุม  
ในกรุงเทพฯ จะทำให้การบริหารจัดการประชุมนานาชาติดังกล่าว  
คล่องตัวขึ้น

ด้านเนื้อหาของการประชุมจะยังคงรูปแบบที่หลากหลาย  
เช่นเดิม ได้แก่ symposium, clinical case seminar, meet the  
experts, workshops, clinical guidelines, landmark studies ของ  
subspecialties และ breakthroughs in internal medicine โดยใน  
ปีนี้จะเน้นเรื่อง revalidation ซึ่งได้วิทยากรจากต่างประเทศที่  
เชี่ยวชาญมาบรรยาย ไม่เพียงเท่านั้น ในยุคที่มีผู้สูงวัยมากขึ้นและ  
โรคความเสื่อมกลายเป็นเรื่องปกติที่จะพบได้ทั่วไป เชื่อว่าการ  
ออกกำลังกายเพื่อทำให้เซลล์รู้สึกกระปรี้กระเปร่าก็เป็นกลยุทธ์หนึ่ง  
ในการชะลอความเสื่อมหรือสุขภาพของอวัยวะต่าง ๆ น่าสงสัยว่า  
การออกกำลังกายจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งสารบางชนิด  
ออกมาหล่อเลี้ยงเซลล์ให้คงสภาพความเป็นหนุ่มสาวไว้ แต่ถ้าหาก  
เซลล์เกิดเสื่อมสลายไปก่อน ศาสตร์ที่กำลังมาแรงและนักวิทยาศาสตร์  
ผู้พิชิตจะ ศาสตร์นี้เป็นจริงและได้รับรางวัลโนเบลไปแล้วคือ เรื่อง  
การทำให้ adult cells กลับไปเป็น immature cells อีกครั้ง ก็อาจจะ  
เป็นเรื่องที่ชาวอายุรศาสตร์ต้องติดตามและพัฒนาความรู้ให้ทันกาล  
หรือ beyond ไปอีก ดังชื่อ Theme ของการประชุมครั้งนี้ “Medicine  
Beyond Frontiers: Towards a Healthier AEC”

นอกจากนี้ในหัวข้ออื่น ๆ ยังได้วิทยากรชาวไทยจาก  
คณะแพทยศาสตร์สถาบันต่าง ๆ ซึ่งแต่ละท่านล้วนแล้วแต่เป็น  
ผู้เชี่ยวชาญและได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ โดยทางคณะ  
อนุกรรมการวิชาการได้คัดเลือกมาอย่างดีที่สุด รวมทั้งยังมีพิธีมอบ  
วุฒิปัตร์และบัตรสมาชิกภาพ (fellowship, FRCP) และรางวัล  
อายุรแพทย์ดีเด่นและอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่นประจำปี เพื่อ  
ประกาศเกียรติคุณนามความดีและเป็นแบบอย่างของอายุรแพทย์  
ที่น่าสรรเสริญ

**ศ.เกียรติคุณ นพ.อมร** กล่าวอีกว่า การเข้าร่วมการประชุม  
วิชาการเพื่ออัปเดตความรู้ยังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับแพทย์ แม้ว่าใน  
ปัจจุบันจะมีช่องทางให้ค้นคว้าหาความรู้ได้หลากหลายมากขึ้น ทำให้  
ดูเหมือนว่าความสำคัญของการเข้าร่วมการประชุมวิชาการลดลงไป  
แต่ในความเป็นจริงแล้วการเดินทางมาเข้าร่วมการประชุมวิชาการ  
มีความสำคัญเพราะไปร่วมครั้งหนึ่งจะได้รับความรู้ใหม่ ๆ ที่  
น่าสนใจ ได้ฟัง ได้เห็นอะไรที่แตกต่างและกว้างขึ้นจากประสบการณ์  
ของวิทยากรที่มาบรรยาย และยังเป็นโอกาสให้ได้พบปะแลกเปลี่ยน

ความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างละเอียดและสนุกสนานมากขึ้น  
กว่าการค้นคว้าด้วยตนเอง เพราะฉะนั้นการประชุมวิชาการ  
ในปัจจุบันจึงยังคงมีประโยชน์อย่างมาก

ทั้งนี้ ในส่วนของประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับนั้น  
เนื่องจากแต่ละคนมีเป้าหมายและความสนใจของการมาเข้าร่วม  
ที่แตกต่างกันออกไปตามหัวข้อการประชุมที่มีความหลากหลาย  
ซึ่งอาจจะมีทั้งเรื่องที่น่าสนใจ เรื่องที่ไม่น่าสนใจ เรื่องการทำวิจัย หรือ  
มาฟังการบรรยายจากวิทยากรจากต่างประเทศ แต่แน่นอนที่สุดคือ  
จะได้ทราบความก้าวหน้าทางวิชาการและการวิจัยทางอายุรศาสตร์  
สาขาต่าง ๆ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เป็นการ  
กระตุ้นและส่งเสริมให้สมาชิกราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ทำการ  
ศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางขึ้น รวมทั้งมาร่วมแสดงความยินดีและ  
ชื่นชมกับอายุรแพทย์ดีเด่นประจำปี ซึ่งสามารที่จะยึดเป็น  
แบบอย่างในการดำเนินชีวิตได้ และคาดว่าจะการประชุมจะเป็นแหล่ง  
ที่จะเพิ่มการรู้จักกันและความสามัคคีของอายุรแพทย์อีกด้วย

“คาดหวังว่าการประชุมวิชาการครั้งนี้จะมีผู้เข้าร่วม  
ประมาณ 2,500-3,000 คน โดยเชื่อมั่นว่าผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้จะ  
ได้ความรู้ทางวิชาการครบครัน และยังคงสอดคล้องกับคำปฏิญาณของ  
ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ข้อหนึ่งว่า “ข้าจักปรับปรุงตนเพื่อเพิ่ม  
ความรู้ความชำนาญในวิชาชีพตามควรอยู่เป็นนิจ” ผมขอขอบคุณ  
ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย กรรมการบริหาร  
ราชวิทยาลัยฯ ประธานคณะอนุกรรมการวิชาการและอนุกรรมการ  
วิชาการ ที่ได้ร่วมกันจัดการประชุมวิชาการครั้งนี้ให้มีเนื้อหาสาระที่  
เข้มข้น ทั้งในระดับแพทย์ อายุรแพทย์ หรือแม้แต่แพทย์ประจำบ้าน  
และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด รวมทั้งการให้ความรู้ที่น่าสนใจ  
สู่ประชาชนในวันอาทิตย์ เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจ  
เกี่ยวกับโรค วิถีปฏิบัติตน และแนวทางในการป้องกันโรคอีกด้วย”

**ศ.เกียรติคุณ นพ.อมร** กล่าวทิ้งท้าย

อัตราค่าลงทะเบียน สำหรับแพทย์สมาชิก 5,500 บาท  
สมาชิกสามัญที่เกษียณอายุ (60 ปีขึ้นไป) 3,500 บาท สมาชิกสามัญ  
อายุ 65 ปีขึ้นไปยกเว้นค่าลงทะเบียน Main Congress สมาชิก  
วิสามัญ 4,000 บาท แพทย์ที่ไม่ได้เป็นสมาชิก 7,000 บาท บุคลากร  
สาธารณสุข หรือนิสิต/นักศึกษาแพทย์ 3,000 บาท และผู้ติดตาม  
(ผู้ใหญ่หรือเด็กสูงเกิน 120 ซม.) 3,000 บาท

**สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์**

**0-2716-6744, 08-1450-4719, 08-9139-**

**4555 โทรศัพท์ 0-2718-1652 E-mail:**

**rcpt.annual@rcpt.org,**

**rcptmail@gmail.com หรือ**

**ดูรายละเอียดเพิ่มเติม**

**ทาง www.rcpt.org**

# “เพราะเรามี... ลมหายใจเดียวกัน” 11 ปีแห่งความสำเร็จ Easy Asthma/COPD Clinic Network



ปัจจุบันในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหืดประมาณ 3 ล้านคน พบในเด็กร้อยละ 10 และผู้ใหญ่ร้อยละ 5 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณปีละ 1,500 คน เฉลี่ยถึง 3 คนต่อวัน โดยพบว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตดังกล่าวสามารถป้องกันได้หากมีการจัดระบบที่จะเพิ่มบทบาทของพยาบาลและเภสัชกรในการร่วมดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรคหืดรวมทั้งแนวทางในการรักษาโรค ความรู้เรื่องยา และวิธีการใช้ยาพ่นชนิดต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแลรักษาโรคหืดที่เป็นระบบทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการดำเนินงานด้วยความมุ่งมั่นตลอดระยะเวลา 11 ปี ของเครือข่ายคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย (Easy Asthma and COPD Clinic Network) ซึ่งนำโดย รศ.นพ.วัชรา บุญสวัสดิ์ ประธานเครือข่ายคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย และความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีความมุ่งมั่นหวังเช่นเดียวกันคือ อยากรักษาผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี และหายใจได้เต็มปอดดังเช่นคนปกติ นำไปสู่ความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วยทั่วประเทศ

รศ.นพ.วัชรา กล่าวในงานประชุมใหญ่ ครั้งที่ 11 ของเครือข่ายคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย ภายใต้แนวคิด “เพราะเรามี... ลมหายใจเดียวกัน” ว่า การประชุมในครั้งนี้มุ่งเน้นเรื่องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถมีลมหายใจในสภาพแวดล้อมเดียวกันกับคนทั่วไป นอกจากนี้การประชุมดังกล่าวยังเป็นเวทีที่เปิดโอกาสให้สมาชิกได้นำเสนอแนวทางการรักษาโรค แลกเปลี่ยน และแบ่งปันความรู้ระหว่างกัน

เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป และภายในงานยังมีการประกาศผลและมอบรางวัลแก่โรงพยาบาลที่ส่งผลงานเข้าประกวด โดยโรงพยาบาลที่ได้รับรางวัล EACC Excellence Award 2014 ในปีนี้ประเภท COPD ในกลุ่ม Advanced Experience ได้แก่ โรงพยาบาลชัยภูมิ และรางวัลประเภท ASTHMA ในกลุ่ม Advanced Experience ได้แก่ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

สำหรับเครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ มีการดำเนินงานมาเป็นเวลา 11 ปี โดยได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จึงทำให้การดำเนินงานของเครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีคลินิกโรคหืดแบบง่ายจำนวน 1,374 แห่งทั่วประเทศ รวมทั้งในโรงพยาบาลชุมชนที่ห่างไกลซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากจำนวน 98 โรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2551 ทำให้ผู้ป่วยในทุกภูมิภาคสามารถเข้ารับการรักษาได้โดยสะดวก และลดอัตราการทรุดหนักของโรคเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



ในปี พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและนอนในโรงพยาบาลลดลงกว่า 40% ซึ่งนับเป็นความสำเร็จประการสำคัญของเครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ อันเกิดจากความร่วมมือร่วมใจในการทำงานของทุกภาคส่วนที่มีส่วนสำคัญในการช่วยผลักดันให้การดำเนินงานเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากขาดหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งไป ความสำเร็จที่จะเห็นจำนวนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นย่อมไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม และยังคงต้องทำงานร่วมกันต่อไป เพื่อให้เครือข่ายเข้มแข็งอย่างยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากทั้ง 2 โรคเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการความต่อเนื่องในการรักษา



การทำงานของเครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ จะมุ่งเน้นการทำแนวทางการรักษาให้มีมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบทุกขั้นตอนอย่างมีคุณภาพ ตั้งเป้าให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถมีลมหายใจในสภาพแวดล้อมเดียวกันกับคนปกติทั่วไปและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจะได้เรียนรู้ ฝึกอบรม และปฏิบัติให้สามารถรักษาผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เช่นเดียวกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อกระจายองค์ความรู้ในการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้นอย่างทั่วถึงอยู่ในชุมชนของเขาเอง

นอกเหนือจากองค์ความรู้หลักในแนวทางการรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว ยังจัดให้มีการจัดอบรมบุคลากรในเครือข่ายที่เหมาะสมกับองค์ความรู้เฉพาะทางของสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ทั้งความรู้เฉพาะของแพทย์ ความรู้เฉพาะของพยาบาล และของเภสัชกร เพื่อให้ทุกฝ่ายได้รับข้อมูลในส่วนงานที่ตนเองรับผิดชอบต่อผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ แล้วจึงนำองค์ความรู้เหล่านั้นมาบูรณาการเป็นภาพรวม รวมถึงการทำงานของโรงพยาบาลเครือข่ายเองก็สามารถทำการสืบค้นประวัติ และแบ่งปันกรณีศึกษาของผู้ป่วยต่อกันได้

ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยมีโอกาสเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ต้องการลดอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืดให้ลดลงอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ปี เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเอง รวมถึงช่วยลดการสูญเสียงบประมาณด้านการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อีกด้วย

“ขณะนี้เครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ มีความสำเร็จมาก แม้ในช่วงแรกจะยังไม่ได้รับความสนใจมากนัก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะบุคลากรไม่มีเวลา และคิดว่าการจัดตั้งเครือข่ายอาจจะเป็นการเพิ่มภาระงาน แต่พอเริ่มทำกลับพบว่าได้ผลดีอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อได้รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหืดที่บอกกับเราว่ารู้สึกเหมือนตายแล้วเกิดใหม่ ทำให้คนทำงานรู้สึกมีกำลังใจ ถึงแม้จะเหนื่อยแต่ผลลัพธ์ที่ออกมาถือว่าคุ้มค่า จนเกิดการบอกต่อและขยายเป็นเครือข่ายที่ใหญ่ขึ้น” **รศ.นพ.วัชรา** กล่าว

**รศ.นพ.วัชรา** กล่าวอีกว่า ความสำเร็จของเครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ ประการแรก เกิดขึ้นจากจิตวิญญาณของความเป็นวิชาชีพ ทุกคนยินดีที่จะทำงานหนักโดยไม่ได้อะไรตอบแทนเพิ่ม ประการที่สอง เครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ เป็นเรื่องง่าย ไม่ซับซ้อน โดยได้มีการทำให้แนวทางการรักษาจากเล่มหนา ๆ เข้าใจยาก มาทำให้เข้าใจง่ายขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้ ประการที่สาม โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาง่าย เห็นผลเร็วใน 3-6 เดือน และประการสุดท้าย นโยบายสนับสนุนของ สปสช. โรงพยาบาลที่มีอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่ำก็จะได้เงินตอบแทนเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลนั้นไม่ขาดทุน ทั้งหมดนี้ทำให้อัตราผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ. 2556-2557 มีจำนวนลดลงร้อยละ 20 ต่อปี และคาดว่าในอนาคตประเทศไทยจะมีอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเหลือศูนย์ได้ภายใน 5 ปี

“เป้าหมายของเราคือ อยากให้ผู้ป่วยโรคหืดไม่ต้องนอนโรงพยาบาล เพราะตามทฤษฎีแล้วไม่มีเหตุผลที่ผู้ป่วยโรคหืดต้องนอนโรงพยาบาลหรือต้องหอบมาโรงพยาบาล เพราะโรคมันเข้าใจได้โดยตรง ปัญหาที่พบคือ จะมารักษาก็ต่อเมื่อมีอาการ เพราะฉะนั้นจึงต้องให้ความรู้ โดยการรักษาโรคหืดนั้นไม่ยาก เพียงแต่คนส่วนใหญ่ไม่เข้าใจคอนเซ็ปต์การรักษาว่าจะต้องรักษาโรคไม่ใช้รักษาเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น นี่คือความยากของโรค” **รศ.นพ.วัชรา** กล่าว

ด้าน **นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** กล่าวว่า การดำเนินงานอย่างจริงจังของเครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ ทำให้โครงการนี้เกิดความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งยังเป็นตัวอย่างที่ดีที่ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม



อ.พ.พีรพล และ รศ.นพ.วัชรา ในพิธีเปิดงาน



เป็นพันธมิตรในการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งการถ่ายทอดเทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านการรักษาโรค รวมถึงความร่วมมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาที่ใช้รักษาโรคได้อย่างทั่วถึง เหล่านี้นับเป็นตัวอย่างความร่วมมือที่มุ่งเน้นประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

“ในโอกาสครบ 11 ปีของการประชุมเครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ ผมขอขอบคุณคนทำงานทุก ๆ ฝ่ายที่ช่วยให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพ และมีผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตลอดเวลา 11 ปี จนทำให้การรักษาโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังของประเทศไทยมีมาตรฐานเทียบเท่าสากล แม้แต่ในโรงพยาบาลเล็ก ๆ ที่อยู่ห่างไกล ผู้ป่วยเองก็สามารถเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งมีแนวทางการรักษาที่เป็นแบบแผนเช่นเดียวกับโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ประจำจังหวัดได้ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระงบประมาณด้านการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งยังเป็นการยกระดับของระบบสาธารณสุขในประเทศไทยอีกด้วย” **นพ.พีรพล** กล่าว

**นายกนิษฐ์ สังข์สุวรรณ หัวหน้ากลุ่ม**

**งานพัฒนาคุณภาพและตรวจสอบทางการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** กล่าวว่า ภาครัฐและภาคเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมและสนับสนุนเครือข่ายคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย โดยมีเป้าหมายไปในแนวทางเดียวกันคือ ลดอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ให้เหลือศูนย์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง

“จากการประชุมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ในเรื่องการบริหารงบประมาณที่



ผ่านมา แนวทางในการทำงานร่วมกันในปีนี้และปีต่อ ๆ ไปมีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งเดิมนั้นมีความชัดเจนอยู่ในระดับหนึ่ง แต่ว่าตอนนี้เรียกได้ว่าเป็นจุดเน้นที่จะทำร่วมกัน เมื่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นในประเด็นเดียวกันจะนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้เข้มแข็งขึ้น อีกทั้งได้มีการพูดถึง Admission rate near Zero ใน 2 โรคคือ โรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อนโยบายระดับประเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกันแล้ว ย่อมส่งผลถึงระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอต่อไป ซึ่งตรงนี้เป็นสิ่งสำคัญ เมื่อนโยบายชัด แต่ระดับก็จะมีบทบาทที่แตกต่างกันไป การที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จได้ แต่ละคนต้องรับบทบาทและปฏิบัติงานในบทบาทของตนเองให้ดีที่สุด” **นายกนิษฐ์** กล่าว

ขณะที่ **รศ.ภญ.สุณี เลิศสินอุดม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และเภสัชกรประจำคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย** กล่าวว่า แนวทางการรักษาของคลินิกโรคหืดฯ จะมีการอบรมทีมแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพื่อให้แต่ละคนมีความเชี่ยวชาญในส่วนงานที่ตนเองต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ปกติผู้ป่วยโรคหืดจะทุกข์ทรมานมาก แต่ปัจจุบันเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดฯ อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้าห้องฉุกเฉินลดลง เวลาเจอสิ่งกระตุ้นก็มีอาการน้อยลงและสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

**อ.อุไรวรรณ แซ่ฮุย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และพยาบาลประจำคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย** กล่าวว่า ที่คลินิกโรคหืดฯ จะจัดให้มีการอบรมแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลเพื่อสอนการประเมินความรุนแรงของโรค การตรวจสมรรถภาพปอด (Peak Flow Meter) การให้การรักษา การใช้ยาอย่างถูกวิธีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งการจัดเวิร์คช็อปจำลองเหตุการณ์ การซักประวัติคนไข้ การสูดยา เป็นต้น เพื่อให้เกิดแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับการประชุมในครั้งนี้จะช่วยเพิ่มองค์ความรู้ และแนวทางการรักษาอื่น ๆ เพื่อให้คนไข้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งถ้าหากทุกภาคส่วนมีความร่วมมือในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลของคลินิกฯ จะทำให้ผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสได้เข้ามารับการรักษาได้อย่างทั่วถึง

ในส่วนของภาคเอกชน **นายวิริยะ จงไพศาล กรรมการผู้จัดการใหญ่ บริษัท แก๊สซิสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด หรือ GSK** กล่าวว่า GSK ได้ร่วมสนับสนุนเครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ ตั้งแต่เริ่มต้น ทั้งในแง่ขององค์ความรู้ แนวทางการรักษาโรค การพัฒนาเครื่องมือ วิธีการและนวัตกรรมในการรักษาผู้ป่วย รู้สึกประทับใจและชื่นชมต่อการดำเนินงานของเครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ ที่มีความมุ่งมั่นในการช่วยเหลือผู้ป่วยตลอด 11 ปีที่ผ่านมา โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น และทั่วถึงยิ่งขึ้น สอดรับกับนโยบาย “ยาดีเข้าถึงได้” ของ GSK ซึ่งทางบริษัทฯ พร้อมร่วมมือกับเครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ และหน่วยงานภาครัฐด้านสุขภาพ ตลอดจนจนทุกภาคส่วนในการสนับสนุนและส่งเสริมด้านสุขภาพของผู้ป่วย และสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขของประเทศ

# ศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

## เดินหน้าพัฒนาคุณภาพ เจาะลึกมาตรฐานการรักษาเฉพาะโรค ด้วยการรับรองมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม “CCPC TKR”

เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วยตามมาตรฐานระดับสากล JCI



อ.บพ.สมเกียรติ วสุวิญญกุล

ก้าวสู่ปีที่ 4 “โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์” เดินหน้าพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย ล่าสุดได้รับการรับรองมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม “CCPC TKR”

เพิ่มขีดความมั่นใจให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อการดูแลรักษาที่ครอบคลุมครบวงจรตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัด ตามมาตรฐานสากล JCI ตอกย้ำเจตนารมณ์ของการเป็นผู้ให้บริการที่มีคุณภาพเป็นเลิศทั้งในด้านการแพทย์และให้บริการด้วยใจ ซึ่งนับเป็นโรงพยาบาลรัฐแห่งแรกในประเทศไทยที่ได้รับการรับรองมาตรฐานดังกล่าวนี้

อ.บพ.สมเกียรติ วสุวิญญกุล รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารคุณภาพ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ให้สัมภาษณ์ว่า หนึ่งใน

ยุทธศาสตร์หลักของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ในปี พ.ศ. 2558 นี้คือ เน้นการการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพขององค์กรเป็นสิ่งสำคัญ ด้วยความร่วมมือจากบุคลากรทุกคนและทุกหน่วยงานในการดำเนินงานและขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพ เพื่อมอบการบริการทางการแพทย์ที่ดีที่สุดและผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดตามมาตรฐานสากลของ JCI (Joint Commission International) ซึ่งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ได้รับการรับรองมาตรฐานสากล JCI เมื่อปลายปี พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นเครื่องมือทางคุณภาพในการชี้วัดและรับรององค์กรเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ตามหลักเกณฑ์การวัดผลในหลายหมวด ได้แก่ เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสากล (IPSG), การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (QPS), การจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกและความปลอดภัย (FMS), การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (PCI), การเข้าถึงและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย (ACC), สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว (PFR), การประเมิน



ผู้ป่วย (AOP), การดูแลผู้ป่วย (COP), การดูแลด้านวิสัญญีและด้านศัลยกรรม (ASC), การให้การศึกษแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (PFE), การจัดการด้านยาและการใช้ยา (MMU), การจัดการสารสนเทศและการสื่อสาร (MCI) รวมทั้งประเด็นด้านคุณวุฒิและการฝึกฝนของบุคลากร (SQE) และการกำกับดูแลกิจการ การนำ และทิศทางองค์กร

“ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จะได้รับการดูแลตั้งแต่ก้าวแรกที่เข้ามาใช้บริการจนกระทั่งกลับออกจากโรงพยาบาล จนถึงมีการติดตามผลการรักษา โดยที่ทุกระบวนการจะได้รับการตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพตามข้อกำหนดในการรักษามาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ตัวผู้ป่วยและครอบครัวจึงมั่นใจได้ว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเข้มข้น โดยคนไทยสามารถเข้าถึงมาตรฐานการรักษา



รศ.นพ.กิติ เจริญชลวานิช

พยาบาลตามแบบฉบับของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่สั่งสมประสบการณ์ความเชี่ยวชาญมาอย่างยาวนาน ผผนวกกับอีกหนึ่งมาตรฐานการให้บริการระดับสากล JCI ทำให้มีทางเลือกในการรักษาพยาบาลที่ดีอีกทางหนึ่ง”

ทั้งนี้ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ยังคงมุ่งมั่นเดินหน้ารักษามาตรฐานการบริการทางการแพทย์ และพัฒนาคุณภาพให้สูงอีกมากยิ่งขึ้น โดยในปีที่ผ่านมาได้ดำเนินการขอการรับรองคุณภาพมาตรฐาน CCPC เฉพาะโรค โดยเริ่มต้นที่ศูนย์ออร์โธปิดิกส์ ซึ่งได้ผ่านการรับรองไปเมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไข้ของโรงพยาบาลเรามีมากจนติดท็อป 5 เป็นโรคที่ต้องการการรักษาระยะยาว บางรายต้องการการผ่าตัดจึงคิดว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ ต้องทำให้มีคุณภาพและปลอดภัย ดังนั้นทางคุณหมอ กิติ เจริญชลวานิช ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ จึงได้ดำเนินการขอการรับรองมาตรฐาน CCPC ซึ่งเชื่อว่าประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับคือ การดูแลรักษาที่มีมาตรฐานอย่างดีที่สุดตามแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสากล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีและมีความเสี่ยงน้อยที่สุดจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ และผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังการผ่าตัด รวมถึงการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในทีมแพทย์ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ มากยิ่งขึ้น” **อ.นพ.สมเกียรติ** กล่าว

ด้าน **รศ.นพ.กิติ เจริญชลวานิช ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์** กล่าวถึงการให้บริการการผ่าตัดข้อสะโพกและข้อเข่าเทียมว่า ทางโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ได้ให้บริการการผ่าตัดข้อสะโพกและข้อเข่าเทียมมาแล้วกว่า 1,000 ราย ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอย่างปลอดภัย มีคุณภาพเป็นมาตรฐานเดียวกัน อ้าองอิงแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นสากล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน บรรเทาอาการเจ็บปวด แก้ไขการทำงานของ





ข้อเข่า ปรับข้อที่ผิดปกติให้คืนสภาพ ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจครบถ้วนตลอดการรักษา เสริมสร้างให้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดียิ่งขึ้น โดยแนวทางการดูแล รักษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น แบ่งออกเป็น 3 แนวทาง ได้แก่ การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการรักษา ตามอาการ เช่น ทำกายภาพบำบัด การควบคุม น้ำหนัก เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยานาน ๆ การรักษาโดยใช้ยา และสุดท้ายคือ การผ่าตัด การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (TKR) (Total Knee Replacement) ใช้เทคนิค Minimally Invasive Surgery (แผลเล็กเจ็บน้อย) ทำให้คนไข้เสียเลือดน้อย ฟันตัวเร็ว โดยทำให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อภายใน น้อยลง อาการปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่า ผู้ป่วยสามารถ เดินได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

“โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จะ ดูแลรักษาคอนไซตั้งแต่มารับบริการจนถึงกลับบ้าน และ ให้การติดตามอย่างต่อเนื่องไปหลังจากกลับบ้านไปแล้ว โดยการนัดหมายตรวจและโทรศัพท์ติดตามอาการ การปฏิบัติตัว การใช้งานข้อเทียม ซึ่งคนไข้จะปลอดภัย สูงสุด และได้รับการดูแลตามมาตรฐานสูงสุด ไม่ว่าจะ เข้ารับการรักษากับแพทย์คนใดก็ตาม ไม่ว่าจะเลือกใช้ วิธีการผ่าตัดอย่างไร คนไข้จะต้องได้รับประสิทธิภาพ ในการรักษาสูงสุด รวมทั้งต้องปลอดภัย”

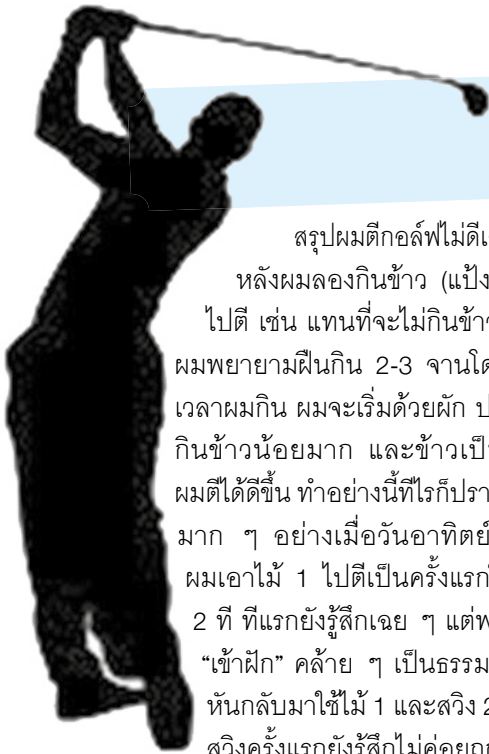
สำหรับโปรแกรมการรักษาที่จะขอการรับรอง มาตรฐานโปรแกรมการดูแลทางคลินิกได้นั้น จะต้อง



ถูกตรวจสอบมาตรฐานรวมทั้งสิ้น 6 มาตรฐานด้วยกัน โดยรวมคือ มุ่งเน้น เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสากล มุ่งเน้นให้เกิดโปรแกรมการรักษา ที่เป็นมาตรฐานอ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล มีการวัดผลการดำเนินงานของโปรแกรมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้น ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีสื่อ การให้ความรู้ที่เหมาะสม เน้นการดูแลตนเองเมื่อมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หลังการรักษา มีการวัดผลความพึงพอใจของผู้ป่วยและมีการพัฒนาให้ ดียิ่งขึ้นด้วยบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ ที่ผ่านการ ประเมินแล้วว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และมีการจัดการด้านเครื่องมือและ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

“นอกจากนี้ภายในปี พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ยังเตรียมการ Re-Accredit ตาม JCI ฉบับ 5<sup>th</sup> Edition ด้วยแนวทางการ พัฒนาคุณภาพให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการติดตาม KPI และสนับสนุน ให้เกิด CQI และเชื่อว่าในอีก 3 ปี จะขอการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค เพิ่มอีก 4 โรคคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดในสมอง ดังนั้น ตัวผู้ป่วยและครอบครัวจึงมั่นใจได้ว่า โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ มีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ทางการแพทย์และความปลอดภัยอย่างเข้มข้น และวันนี้นักไทยสามารถ เข้าถึงมาตรฐานการรักษายาบาลตามแบบฉบับของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล ที่สั่งสมประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญมาอย่างยาวนาน ผงกกับ อีกหนึ่งมาตรฐานการให้บริการระดับสากล JCI ทำให้มีทางเลือกในการรักษา พยาบาลที่ดีมากอีกทางหนึ่ง” **อ.นพ.สมเกียรติ** กล่าว





## แป้งและการตีกอล์ฟ

สรุปผมตีกอล์ฟไม่ดีเลยใน 1 ปีหลัง แต่ระยะ 2-3 ครั้ง หลังผมลองกินข้าว (แป้ง) มากกว่าปกติในคืนก่อนที่จะ ไปตี เช่น แทนที่จะไม่กินข้าวสวยเลย หรือกินเพียง 1 จาน ผมพยายามฝืนกิน 2-3 จานโดยเอาข้าวเป็นหลัก (เมื่ออื่น ๆ เวลาผมกิน ผมจะเริ่มด้วยผัก ปลา ไก่ ก่อนจนเกือบอิ่ม ทำให้ กินข้าวน้อยมาก และข้าวเป็นที่สุดท้ายที่กิน) ปรากฏว่า ผมตีได้ดีขึ้น ทำอย่างนี้ที่ไรก็ปรากฏว่าตีดีขึ้นเกือบทุกทีที่กินข้าว มาก ๆ อย่างเมื่อวันอาทิตย์ที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ผมเอาไม้ 1 ไปตีเป็นครั้งแรกในปีนี้ ปรากฏว่าผมลองสวิงดู 2 ที ที่แรกยังรู้สึกเฉย ๆ แต่พอครั้งที่ 2 พบว่าวงสวิงของผม “เข้าฝัก” คล้าย ๆ เป็นธรรมชาติ feel natural มาก ผมเลย หันกลับมาใช้ไม้ 1 และสวิง 2 ที่ก่อนตี ก็จะเป็นอย่างนี้ทุกที สวิงครั้งแรกยังรู้สึกไม่ค่อยถูก แต่สวิงครั้งที่ 2 รู้สึกว่าใช่แล้ว พอตีไปก็จะตีได้ดี ปรากฏว่าตี 18 หลุม ตีได้ดีทุกครั้ง (ไม้ 1) ไม่ตกน้ำเลย ไปไกล และค่อนข้างตรง ปกติผมตีแล้วจะเลี้ยวขวามาก ตอนนั้นก็ยังเลี้ยว แต่เลี้ยวน้อย และไกลกว่าเดิม ตีได้ 170-180 บางครั้งได้ถึง 200-220!

ซึ่งทั้งหมดนี้ ถ้าจะให้ผมวิเคราะห์ก็คงมาจากการที่ผมกินข้าว (แป้ง) มาก ทำให้ร่างกายมี glycogen ในตับและกล้ามเนื้อมาก ซึ่ง glycogen มีส่วนสำคัญในการออกกำลังกายมาก เช่น ในพรีเมียร์ลีกอังกฤษตอนนี้ ช่วงคริสต์มาสถึงปีใหม่ที่มีการแข่งขัน 5 แมตช์ภายในไม่กี่วัน บางช่วงเล่น 2 แมตช์ภายใน 48 ชั่วโมง ทำให้ glycogen หมดตัว ผมควรไปกระซิบบอก Louis van Gaal ผู้จัดการทีม Man U ให้นักฟุตบอลของทีมตัวเองกินแป้ง เช่น มันฝรั่ง ขนมปังมาก ๆ ทันทีภายใน 2 ชั่วโมงหลังการแข่งขันเสร็จ เพราะ ช่วง 2 ชั่วโมงนี้ร่างกายสามารถดูดซึมและสร้าง glycogen ได้มากกว่าช่วงเวลาอื่น ยิ่งกินแป้งมากช่วงนี้ นักฟุตบอลหรือนักกีฬาอื่น ๆ ก็สร้าง glycogen ได้มากที่สุดและจะไม่ค่อยรู้สึกเมื่อยล้าในการเล่นครั้งต่อไป และถ้ายังได้ แชนัวร์ร้อนด้วยจะยิ่งดีใหญ่

ฉะนั้นที่คิดว่า “แก่” นั้นอาจจะไม่เป็นความจริงเสมอไป อันนี้ผม ไม่ได้หมายถึงผม แต่หมายถึงทุก ๆ ท่านที่มีอายุ 70-80 ปี หรืออาจจะ น้อยกว่านั้นด้วยซ้ำไป ลองคิดดูสิครับว่าเด็กอายุ 10 ขวบ ตัวเล็กนิดเดียว ทำไมตีไกลได้ ทั้ง ๆ ที่กล้ามเนื้อและตัวเขาเล็กนิดเดียว แต่เราตัวใหญ่ เป็นผู้ใหญ่ กล้ามเนื้อ ตัวโตกว่าเด็กมากมาย ถึงแม้กล้ามเนื้ออาจจะเหี่ยวบน ยังตีได้ไม่ไกลเท่าเด็กเลย ทั้งนี้เพราะวงสวิงของเด็กถูกต้อง ดีกว่า ดีเต็ม วงสวิงเลย ใช้ทั้งตัวตี กล้ามเนื้อทั้งตัวใหญ่กว่า มีแรงรวมกันมากกว่า แขนของเราเสียอีก มันถึงไปไกลได้ ฉะนั้นตีเต็มวงสวิง ดีกว่าวิธี จะตีได้ดีกว่า ไกลกว่า และแม่นกว่าผู้ที่มีตัวใหญ่โต แต่ตีไม่ถูกวงสวิง หรือตีไม่เต็มวงสวิง

มันไม่น่าเชื่อเลยว่าไม้ 1 ที่ผมเคยตีได้ไม่ไกล ไม่ตรง ตีตกน้ำ ตีไม่ถูก ด้วยซ้ำ แต่พอตีถูกวงสวิง (เท่าที่ผมทราบว่าเป็นวงสวิง) ก็จะไปตีได้ไกลกว่าเดิม คือได้ถึง 170-220 ตรงกว่า และดูง่ายไปหมด ทุก ๆ ครั้งที่เคยตีหลุม ที่มีน้ำที่ระยะ 150 หลาดักหน้า ผมจะตีวางเพราะกลัวจะตกน้ำ ตอนนั้นก็กลับ

ตีข้ามไปได้ง่ายตาย เหมือนเทวดามาจับขวางไป ไม่น่าเชื่อ!! คล้าย ๆ เป็นคนละคนทีเดียว ถ้าผมยังจำ วงสวิงนี้ได้ ซึ่ง smooth (ลื่น) มาก ผมจะตีได้ดี แต่ทั้งหมดนี้ผมคิดว่ามันเกิดจากการที่ผมกินข้าว (สวย) มากกว่าปกติ ทำให้แขนผมไม่ล้า ไม่เหนื่อย (แต่ปกติ ก็ไม่รู้สึกเหนื่อยอยู่แล้วเพราะผมเดินเกือบทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมง) ยกไม้ก็รู้สึกว่ามีน้ำหนัก ไม่เทอะทะ สมัยก่อนที่ไม่ค่อยกินข้าว รู้สึกไม่มันแก้งก้าง ยกแทบ ไม่ไหว ทั้ง ๆ ที่ไม่รู้สึกว่าเหนื่อย

เห็นไหมครับว่าวิทยาศาสตร์การกีฬามีความ สำคัญมาก ทั้ง ๆ ที่ผมสอนอยู่ตลอดเวลา ผมยังลืมน ไปเลย ฉะนั้นผมจึงอยากเป็นกำลังใจให้ท่านผู้สูงอายุ ทุก ๆ ท่านว่า ท่านยังไม่ “แก่” เกินไปที่จะตีกอล์ฟ ควบไปตีที่ท่านยังเดินได้ เพียงแต่ท่านอาจจะต้องซ่อม เดินบ่อย ๆ เช่น เดินทุกวัน วันละ 30-60 นาที เหวี่ยง แขนขาไปมา ยืดตัว หมุนรอบเอว ฯลฯ 1 วันก่อนที่ จะตีกอล์ฟ หรือออกกำลังกายอย่างอื่นที่อาจจะต้อง เล่นนานหน่อย ควรพยายามกินอาหารที่มีแป้ง มาก ๆ ซึ่งก็คือข้าว ขนมปัง มันฝรั่ง แป้งสำหรับ คนไทยก็คือข้าว ข้าวจะเป็นสารอาหารที่ให้พลังงาน ดีที่สุด สำหรับการออกกำลังกายที่หนัก รวดเร็ว เช่น วิ่ง 100-200 เมตร ยกน้ำหนัก เตະฟุตบอล ส่วนไขมัน ซึ่งเป็นสารอีกชนิดที่ให้พลังงาน แต่เอาไว้ใช้สำหรับ การออกกำลังกายเบา ๆ เช่น เดิน วิ่งเหยาะ ๆ ส่วน โปรตีนร่างกายไม่ใช้ในการออกกำลังกายเลย

แต่ประเด็นมีอยู่ว่าปกติร่างกายคนเรามักมี glycogen เพียง 500 กรัม คือ 100 กรัมอยู่ในตับ อีก 400 กรัมอยู่ในกล้ามเนื้อ 500 กรัมของ glycogen (คือแป้ง) จะให้พลังงานทั้งหมดเพียง 2,000 กิโลแคลอรี ซึ่งถ้าหมดหรือเหลือน้อยก็จะทำให้เพลีย หหมดแรง เมื่อยล้า ฉะนั้นการกินแป้งมาก ๆ จะช่วยทำให้ร่างกาย สร้าง glycogen ได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะถ้ามีการแข่งขัน กีฬาติดต่อกันทุกวัน เช่น กอล์ฟ (4 วันติดต่อกัน อย่างใน Grand Slam) หรือฟุตบอล 48 ชั่วโมง เล่น 2 แมตช์ ถ้ากินอาหารที่มีแป้งน้อยจะทำให้ร่างกาย ปรับตัว รื้อฟื้นไม่ทัน ทำให้กล้ามเนื้อล้า และนอกจาก ไม่มีแรงหรือล้าแล้ว ยังทำให้นักกีฬาบาดเจ็บได้ง่าย อีกด้วย

นี่คือคุณค่าของวิทยาศาสตร์การกีฬา

# สติมา..ปัญญาเกิด

การทำงานในห้องฉุกเฉินต้องทำงานประสานกับแพทย์เฉพาะทางหลากหลายสาขา ทั้งพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เวิร์ปและพนักงานขับรถ ทั้งนี้เพราะเราต้องทำการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในและนอกโรงพยาบาล การทำงานกับผู้คนหลากหลายมักมีปัญหาด้านการประสานงานเสมอ แต่เราควรมุ่งเป้าไปที่งานสำเร็จเป็นสำคัญ แต่จะดียิ่งขึ้นถ้างานสำเร็จไปพร้อมกับมิตรภาพที่ดีต่อกันด้วย

วันหนึ่งมีแพทย์รุ่นน้องโทรศัพท์มาปรึกษากับฉันว่า ในการรถหน้าอกกู้ชีพนั้น แพทย์ควรคำสั่งชีพจรที่ตำแหน่งไหนเพื่อประเมินว่าสัญญาณชีพกลับมาแล้ว

ฉันถามด้วยความสงสัยว่า “ทำไมละคะ ก็แนวทางมาตรฐานกำหนดให้เรากล่าวชีพจรที่คออะไร”

“ผมว่าแล้วใหม่ละ หมอหัวใจดันบอกให้คำสั่งชีพจรที่ขาหนีบ” แพทย์รุ่นน้องรายนี้เล่าให้ฟังอย่างโกรธ ๆ ว่า “วันนั้นมีคนไข้หัวใจหยุดเต้นมาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ในขณะที่ผมเริ่มทำการรถหน้าอกกู้ชีพอยู่นั้น ทางโรงพยาบาลก็ได้ตามทีมกู้ชีพมาช่วยกันพอดีมีหมอหัวใจคนหนึ่งตามลงมาด้วย ท่าทางของเขาดูหงุดหงิดไม่พอใจที่ถูกตาม”

“ในช่วงเวลานั้น หมอหัวใจก็เริ่มสั่งยาและเข้าควบคุมสั่งการรถหน้าอกกู้ชีพแทน ระหว่างนั้นหมอหัวใจก็พูดจาเสียงดังโมโหใส่พยาบาลหลายครั้ง ส่วนผมในฐานะแพทย์ฉุกเฉินก็พยายามช่วยคำสั่งชีพจรที่คอเป็นระยะ ๆ แล้วก็ถอยมาอยู่ห่าง ๆ ทันใดนั้นหมอหัวใจก็หันมาหงุดหงิดใส่ผมแล้วบอกว่า คำสั่งชีพจรที่ขาหนีบสิวะ ด้วยความโมโหที่ผมก็อยู่ช่วยคนไข้และพยายามช่วยเหลืออยู่ ผมจึงตอบสวนกลับว่า ที่ถูกต้องคำสั่งชีพจรที่คอสิครับ ตามมาตรฐานกู้ชีพของสมาคมโรคหัวใจปี ค.ศ. 2010 นะ”

หมอหัวใจหน้าแดงขึ้นมาทันทีด้วยความโกรธพร้อมกับตะโกนว่า “บอกให้คำสั่งชีพจรที่ขาหนีบก็ทำตามไปสิ”

“ผมไม่อยากจะเถียงกับเขา จึงคำที่ขาหนีบไปอย่างนั้นเอง ทั้งที่ไม่เห็นด้วย พวกเราใช้เวลารถหน้าอกกู้ชีพกันนาน 30 นาทีในที่สุดคนไข้ก็เสียชีวิต”

“ผมอยากถามพี่ว่า สิ่งที่ถูกเราควรคำสั่งชีพจรที่ไหน ผมจะได้ไปแจ้งหมอหัวใจให้เขาทำให้ถูกต้องตามมาตรฐานนะครับ”

ฉันเริ่มเข้าใจสถานการณ์และถามต่อไปว่า “น้องคิดว่าถ้าไปบอกหมอหัวใจแบบนั้น เขาจะรู้สึกขอบคุณไหม”

“อ้อ ผมไม่สนใจเรื่องขอบคุณ ขอแค่ทำให้ถูกต้องพอ” แพทย์รุ่นน้องตอบทันทีโดยไม่ต้องคิด

ฉันอธิบายอย่างใจเย็นว่า “ในช่วงวิกฤติแบบนี้ เวลาใครมีอาการ เราไม่ควรไปอธิบายอะไร ในขณะที่นั้นหมอหัวใจมีบทบาทในการเป็นผู้นำ ดังนั้น คำสั่งการของเขาจะผิดหรือถูกก็เป็นความรับผิดชอบของเขาเอง”

ฉันหยุดคิดหาคำพูดสักพักแล้วจึงพูดต่อว่า “ผู้นำที่ดีมีหลายแบบ ในบางคนก็เปิดกว้างรับความคิดเห็นของคนอื่น แต่ผู้นำบางคนก็ไม่เป็นไปตามนั้น เช่นเดียวกับกับลูกน้องที่ดีก็ควรทำตามคำสั่งของผู้นำ และเสนอแนะบางอย่างเมื่อมีโอกาส เดียวนี้เรามีหลักสูตรการบริหารเจ้านายให้เรียนกันเป็นเดือน ๆ เลยนะ” แพทย์รุ่นน้องยังถามต่ออย่างคาใจว่า “แล้วกรณีนี้ ผมจะทำยังไงดีละครับ เขาถึงจะได้รักษาให้ถูกต้อง”

“พี่ถามหน่อยสิคะ ในขณะที่หมอสองคนทะเลาะกัน หมอก็เริ่มละความใส่ใจในการรักษาที่มีต่อคนไข้ คนในทีมเองก็เริ่มหันมาสนใจการทะเลาะกันของหมอมากกว่าคนไข้ ในขณะที่วิกฤติเราควรตั้งสติให้มั่นแล้วสนใจแต่เป้าหมาย นั่นคือการรถหน้าอกกู้ชีพแก่คนไข้ เรื่องอื่น ๆ รอบตัวถือเป็นเรื่องเล็กน้อย...เถียงแพ้ยั้งแต่คนไข้รอดก่อนแล้วค่อยมาว่ากันทีหลัง...เกมชนะแล้วคนแพ้ยั้ง”

“ตอนนั้นผมก็ไม่ได้เถียงกันหรอกครับ แค่มองไปเฉย ๆ” แพทย์รุ่นน้องของฉันเริ่มพูดเสียงอ่อย ๆ

ฉันตอบแบบหยอก ๆ ไปด้วยว่า “แล้วเรายังแบกความไม่พอใจมาจนถึงวันนี้อีก นี่มันก็ผ่านมาหลายวันแล้วนะ”

“ถ้าไม่ได้เถียงกันก็ดีแล้ว เมื่ออารมณ์สงบเราก็ค่อยหาเวลา มาเอาแนวทางปฏิบัติหรือมาตรฐานตามตำราไปเสนอให้หมอหัวใจพิจารณาที่เท่านั้น แต่ถ้าน้องเคยมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน แม้ในยามฉุกเฉินเร่งด่วนเช่นนี้ก็จะไม่ทู่เมียงกันรุนแรงนัก”

แพทย์รุ่นน้องยังคงสงสัยต่อว่า “แล้วเราเอามาตรฐานกู้ชีพไปให้หมอหัวใจดูทีหลังแบบนี้ แล้วเขาจะไม่โกรธหรือครับ เดียวเขาหาว่ามาหยาบหน้าอีก”

“การให้ด้วยเจตนาดีย่อมทำให้ผู้รับรู้สึกรู้ใจได้ค่ะ อย่างไรก็ตามเราก็คิดแทนเขาไม่ได้ แต่เรามั่นใจว่าเราให้ด้วยความหวังดีก็พอ”

หลายครั้งที่แพทย์ฉุกเฉินต้องเผชิญกับภาวะฉุกเฉินที่เร่งเร้าทั้งอารมณ์ของญาติ ของตัวแพทย์เองและของทีม ซึ่งถ้าเรารู้สึกไม่ได้ แล้วปล่อยให้ความเร่งเร้าต่าง ๆ พาเราไป เช่น ญาติที่

ร้องไห้ออกมาไม่พอใจ ทีมพยาบาลที่ตกใจจนมือไม้สั่น หรือตัวเราเองที่รื้อรจนไปหมด ก็ยิ่งทำให้เกิดปัญหามานพลาไปไม่ได้โดยการรักษาก็ไม่ได้ผล

หน้าที่ของแพทย์ฉุกเฉินต้องคุ้มครองของเราให้สงบเป็นสำคัญ เมื่อสติมา...ปัญญาาก็จะเกิด ทำให้คิดหาวิธีจัดการกับความเครียด และโรคฉุกเฉินที่มารุมเร้าในช่วงเวลาสั้น ๆ นั้นได้เป็นอย่างดี...งานได้ผลและคนเป็นสุข



มีเรื่องหนึ่งเล่าว่า เศรษฐีกับพวกไปเที่ยวฟาร์มแห่งหนึ่ง ทุกคนสนุกสนานกับธรรมชาติและกิจกรรมในฟาร์มมาก แต่ขณะที่กำลังจะเดินออก เศรษฐีคนนั้นก็พบว่า “นาฬิกาพก” รุ่นเก่าที่ภรรยาซื้อให้ในวันเกิดหายไป

“มันต้องตกอยู่ในคอกม้าอย่างแน่นอน”

เขากับเพื่อนช่วยกันกระจายกันเดินหา “นาฬิกา” ทั่วคอกม้า แต่เดินหาเท่าไรก็ไม่พบ เขาจึงไปแจ้งเจ้าของฟาร์มให้ช่วยเหลือ

เจ้าของฟาร์มก็แสนดีเกณฑ์คนที่ว่างงานอยู่เกือบ 20 คนไปค้นหา มีทั้งคนลุงที่ประจำอยู่คอกม้า ผู้หญิงที่ทำความสะอาด และเด็กชายคนหนึ่ง

ทุกคนจะกระจายกันค้นหา มีการตะโกนบอกกันเป็นระยะ ๆ ว่าค้นตรงนั้นแล้วไม่เจอ ให้คนนั้นไปหาตรงนี้ ใช้เวลาค้นหาประมาณ 1 ชั่วโมงก็หา “นาฬิกา” ไม่เจอ

เศรษฐีเริ่มสิ้นหวัง คิดว่าคงต้องสูญเสียนาฬิกาเรือนนี้ไปอย่างแน่นอน

ขณะที่พนักงานของฟาร์มจะเดินจากไป เด็กชายคนนั้นเดินย้อนกลับมาหาเศรษฐีคนนี้อีกครั้ง

“ขอผมลองเข้าไปดูอีกทีนะคะครับ แต่ขอผมเข้าไปคอกม้าคนเดียว”

แม้จะรู้สึกว่าจะเสียเวลาเปล่า แต่เมื่อเด็กน้อยมีน้ำใจ เขาก็พยักหน้าทั้งที่ไม่มั่นใจว่าจะหาเจอ พวกเพื่อน ๆ ก็ป็นลับหลังว่าพวกเราและคนของฟาร์มตั้งเอยะยังหาไม่เจอเลย

“ไปหาคนเดียวจะเจอได้อย่างไร”

แต่ไม่ถึง 15 นาที เด็กชายคนนี้ก็เดินออกมาด้วยรอยยิ้ม เขาชวนาฬิกาให้ดู “ใช่เรือนนี้หรือเปล่าครับ”

เศรษฐีดีใจมาก เพราะนั่นคือ “นาฬิกาพก” แสนรักที่เขากำลังค้นหาอยู่

เขากล่าวขอบคุณและให้สินน้ำใจกับเด็กน้อย แต่ก็ยังคาใจว่า

“เธอหาเจอได้อย่างไร”

เด็กน้อยยิ้มแฉ่ง บอกว่าพอเข้าไปข้างในคนเดียว เขาก็เพียงแต่นั่งเงิบ ๆ แล้วค่อย ๆ เปลี่ยนจุดนั่งไปเรื่อย ๆ “แค่จุดที่ 3 ผมก็ได้ยินเสียงตึกตอก ตึกตอก”

เขาเล่าต่อไปว่า “ผมแค่เดินตามเสียงนั้นไปก็เจอนาฬิกาเรือนนี้”

การค้นหานาฬิกาเรือนนี้ทั้ง 2 ครั้ง ทุกคนคุยกันไปหากันไป

ทุกคนพยายามมองหาตัว “นาฬิกา”

แต่ไม่ได้คิดจะฟัง “เสียง” ของนาฬิกา

เสียงพูดคุยกลบเสียงดังของนาฬิกาไปสิ้น

เรื่องเล่าเรื่องนี้สอนให้รู้ว่าการแก้ปัญหาไม่ได้มีเพียงหนทางเดียว

เราสามารถค้นหา “นาฬิกา” ได้ 2 แบบ...จะ “ดู” หรือจะ “ฟัง”

ทุกปัญหาก็เช่นกัน เราจะแก้ปัญหาแบบที่คนส่วนใหญ่ทำ หรือเราจะมองปัญหาให้ละเอียด มองให้ครบทุกองค์ประกอบ

บางทีการแก้ปัญหาอาจมีหลายหนทาง

และอีกเรื่องหนึ่งที่ “เด็ก” คนนี้สอนเราก็คือ ในวิกฤติที่คิดว่าปัญหาหนักหนาสาหัส

บางครั้งเราต้องนั่ง

ต้องมี “สติ” ทำใจให้สงบ...เมื่อมีสมาธิจึงจะค้นพบ “ทางออก”

ค่ะต้องนั่ง และเงิบเท่านั้น

เราจึงจะได้ยินเสียง “นาฬิกา”



# มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทย ด้วยความหวังใย (ตอนที่ 5)

## สมุดปกขาวของ สปสช.

ความขัดแย้งระหว่าง สธ. และ สปสช. นั้น แม้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะตั้งคณะกรรมการเพื่อแก้ไข ก็ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข หรือ สปสช.

นี้แสดงถึง “ความไม่เป็นเอกภาพในการบริหารราชการแผ่นดิน” ในระบบสาธารณสุข กล่าวคือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดของกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถที่จะแก้ไข “ปัญหาและอุปสรรค” ในการจัดการด้านบริการสาธารณสุขและการประกันสุขภาพที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบของตนได้ เพราะไม่ได้รับความร่วมมือจาก สปสช.

ซึ่ง สปสช. ถือว่าหน่วยงานของตนไม่ได้อยู่ใต้บังคับบัญชาของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพราะรัฐมนตรีก็มีเพียง 1 เสียงเท่ากับกรรมการคนอื่น ๆ

แต่ในขณะที่เดียวกันรัฐมนตรีก็ลืมไปว่าตนเองนั้นมีหน้าที่บริหารงานในกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินไปด้วยดี ก็เลยไม่มาฟังปัญหาและอุปสรรคในการทำงานของข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขเลย ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาเรื่องการขาดงบประมาณในการดำเนินการของโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งของกระทรวงสาธารณสุข จนทำให้การรักษาโรค/ความเจ็บป่วยของประชาชนนั้นไม่มีคุณภาพมาตรฐานเนื่องจากความขาดแคลนทั้งงบประมาณ อาคารสถานที่ เวชภัณฑ์ เทคโนโลยี และบุคลากร ทำให้ประชาชนไม่ได้รับความสะดวกสบายในการไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข หรือประชาชนได้รับความเดือดร้อน/เสียหายจนต้องไปฟ้องร้องโรงพยาบาลมากขึ้น

ต่อมา สปสช. จึงได้ออกสมุดปกขาวเพื่อชี้แจงข้อเท็จจริงในเรื่อง “ความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช.”

แต่สมุดปกขาวของ สปสช. เองก็น่าจะไม่ชี้แจงข้อเท็จจริงเท่านั้น แม้แต่ชื่อก็ทำให้ผู้อ่านสมุดปกขาวของ สปสช. เกิดความเข้าใจผิดจากความเป็นจริงในเรื่อง “ความขัดแย้งระหว่างกระทรวง



สาธารณสุข และ สปสช.” กล่าวคือ สปสช. ใช้ชื่อสมุดปกขาวนี้ว่า “ความเข้าใจผิดและข้อเท็จจริงการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”<sup>(1)</sup>

โดย สปสช. ได้ออกข่าวประชาสัมพันธ์ว่า “สปสช. ออกสมุดปกขาวแจงข้อเท็จจริงหลังมีการให้ข้อมูลบิดเบือนโจมตี ทั้งประเด็นโรงพยาบาลขาดทุน และการให้งบสนับสนุนหน่วยงานที่ไม่ใช่โรงพยาบาล ยืนยันความเข้าใจผิด เชื่อหลังจากนี้คงไม่มีการบิดเบือนข้อมูลให้ร้ายกันอีก”

ข้างบนนี้เป็นข้อความที่ได้มาจากข่าวประชาสัมพันธ์ของ สปสช. เองที่กล่าวว่า “มีการให้ข้อมูลบิดเบือนโจมตี สปสช.” ซึ่งถ้าประชาชนเชื่อตามที่ สปสช. “แจงข้อเท็จจริง” แล้วก็จะเข้าใจว่านี่คือการที่ สปสช. “กล่าวหา” ว่าการที่ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขออกมาให้ข่าวเรื่องที่โรงพยาบาลขาดทุนและการที่ สปสช. ให้งบประมาณสนับสนุนหน่วยงานที่ไม่ใช่โรงพยาบาลนั้นเป็นการให้ข้อมูลบิดเบือนโจมตี สปสช. โดยไม่มีมูลความจริง

ทั้ง ๆ ที่ในความเป็นจริงนั้น โรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขก็มีตัวเลขขาดทุนจริง<sup>(2)</sup> แม้โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย<sup>(3)</sup> ที่รับรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาทที่ส่งมารักษาต่อจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต่างก็ขาดทุนจริงจากการรับรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ คำว่า “ขาดทุน” ก็คือการที่โรงพยาบาลได้รับเงินค่าให้การรักษารักษาผู้ป่วยในระบบจาก สปสช. น้อยกว่าต้นทุนค่ารักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลต้องใช้จ่ายในการรักษาผู้มีสิทธิประกันสุขภาพในระบบ 30 บาทของ สปสช.

ส่วนการที่กล่าวว่า สปสช. จ่ายงบสนับสนุนหน่วยงานที่ไม่ใช่โรงพยาบาลก็เป็นเรื่องจริงที่มีหลักฐานยืนยัน<sup>(4)</sup> เช่น ในข้อ 6 ของรายงาน สตง. ที่กล่าวถึงการเอาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปให้หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการ

รายละเอียดของสมุดปกขาว<sup>(5)</sup> ของ สปสช.<sup>(6)</sup> จะขอวิเคราะห์โดยละเอียดดังนี้

เริ่มจากข้อถกเถียงกันแล้วว่า “เป็นความเข้าใจผิด” การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และอธิบายว่าเป็นความเข้าใจผิดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขว่าการบริหารกองทุนฯ ทำให้โรงพยาบาลขาดทุน และการนำเงินกองทุนฯ ไปสนับสนุนหน่วยงานที่ไม่ใช่หน่วยบริการผิพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยจะขอวิเคราะห์ตามเนื้อหาของสมุดปกขาวดังนี้คือ

1. การแยกบทบาทหน้าที่ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
2. เน้นผลงานและผลลัพธ์เป็นหลัก และส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันในการจัดบริการ
3. มีความโปร่งใส รับผิดชอบและตรวจสอบได้ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน

**1. การแยกบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ** ดูเหมือนว่าจะดี แต่ในความเป็นจริงการบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขนั้น กฎหมายได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย แต่รัฐไม่ได้จัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นในการทำงานตามภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขตามกฎหมาย แต่รัฐกลับออกกฎหมายกำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐอีกหน่วยงานหนึ่งเป็นผู้มีอำนาจบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุขเกือบทั้งหมด ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวจะต้องให้ความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารจัดการงบประมาณตามความจำเป็นในการเกิดความเจ็บป่วยของประชาชน โดยบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นจากทั้งประชาชนผู้รับบริการสาธารณสุขและบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้ให้บริการประชาชน

แต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกลับไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการจัดสรรงบประมาณในการให้การดูแลรักษาประชาชน แม้ผู้บริหารสูงสุดในระดับข้าราชการประจำคือ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะได้ร้องขอให้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้พอเพียงในการให้บริการประชาชน สปสช. โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ไม่ยอมรับฟังและแก้ไข จึงทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานแก่ประชาชน โดยคณะกรรมการหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. ไม่ได้อยู่ได้บังคับบัญชาของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นเพียงผู้กำกับดูแลเท่านั้น รมว.มีเสียงเพียง 1 เสียงในฐานะประธานกรรมการ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่ก็ไม่ได้เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่อยู่ในบังคับบัญชาของคณะรัฐมนตรี เป็นอุปสรรคต่อการนำนโยบายของรัฐบาลไปสู่การปฏิบัติ จึงทำให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการทำงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ได้

และในการปฏิบัติจริงก็จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. ไม่ได้รับฟังความคิดเห็นและความจำเป็นของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขที่ร้องขอให้มีการแก้ไขการจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลที่จำเป็นต้องทำงานในภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ

จึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. ก่อให้เกิดการขาดเอกภาพ<sup>(6)</sup> ในการจัดทำบริการสาธารณะ และเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ

**2. การเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีอำนาจออกความเห็นในคณะกรรมการ** ตามความเชื่อว่า ประชาชนควร “มีส่วนร่วมในการบริหารกิจการบ้านเมือง”

แต่เป็นความเข้าใจผิดของคำว่า “มีส่วนร่วม” การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ใช่เข้ามาใช้อำนาจในการบริหารราชการแผ่นดิน เนื่องจากประชาชนไม่มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารราชการแผ่นดิน เช่น ประชาชนมาเป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาออกเสียงใน “การจำกัดขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข และกำหนดกฎระเบียบในการจัดสรรงบประมาณ” ซึ่งทำให้เกิดความผิดพลาดในสาระสำคัญของการ “กำหนดขอบเขตการบริการสาธารณสุข” ตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากคนเหล่านี้ไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจหรือประสบการณ์ในการจัดบริการสาธารณสุขแต่อย่างใด ทำให้กรรมการส่วนใหญ่ที่เป็นกลุ่มคนมีผลประโยชน์ทับซ้อนในองค์กร (ที่เป็นกรรมการมานาน เป็นอนุกรรมการหลายชุดมาอย่างต่อเนื่อง) สามารถขึ้นนำการกำหนดวิธีการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เหมาะสมตลอดมา

แต่หลักการที่ถูกต้องนั้น ประชาชนควรมี “มีส่วนร่วมในการตรวจสอบการบริหารราชการแผ่นดิน” ไม่ใช่ไปร่วมในการ “ใช้อำนาจบริหารราชการแผ่นดิน” เนื่องจากประชาชนเหล่านี้ไม่ได้เป็น “ผู้แทนของประชาชนส่วนรวม” และไม่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติหรือความรู้ในด้านการแพทย์และสาธารณสุขแต่อย่างใดทั้งสิ้น

■ อ่านต่อฉบับหน้า



# ภาวะโลหิตจางกับการตั้งครรภ์

<<< ต่อจากฉบับที่แล้ว

## ภาวะโลหิตจางจากความผิดปกติของฮีโมโกลบิน (Hemoglobinopathy)

ความผิดปกติของฮีโมโกลบิน หมายถึง ความผิดปกติของการสร้าง Globin ทำให้มีการสร้าง Alpha-globin หรือ Beta-globin ที่มีลักษณะโครงสร้างผิดปกติ ชนิดที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ HbE (มีความผิดปกติของ Beta-globin) และ Hb constant spring (HbCS ซึ่งเป็นความผิดปกติของ Alpha-globin)

การวินิจฉัยในกลุ่มที่เป็น Heterozygous trait ผู้ป่วยจะไม่มีอาการ แต่ตรวจพบโดย Hemoglobin electrophoresis ใน Homozygous HbE อาจพบมี Mild anemia, Homozygous HbCS จะพบความรุนแรงระดับอ่อนไปจนถึงขั้นปานกลาง ม้ามโตเล็กน้อย มีตัวเหลือง ตาเหลือง และมี Reticulocyte เพิ่มขึ้น และยืนยันการวินิจฉัยโดยใช้ Hemoglobin electrophoresis

ในกรณีที่เกิดร่วมกับ Thalassemia trait เช่น Beta-thalassemia HbE ทำให้เกิดอาการทางคลินิกที่รุนแรงได้

## ภาวะโลหิตจางชนิด Megaloblastic (Megaloblastic anemia)

เป็นภาวะโลหิตจางซึ่งมีเม็ดเลือดแดงที่มีลักษณะเป็น Macrocyte โดยจะมีขนาดของเซลล์ใหญ่กว่าปกติ สาเหตุที่สำคัญเกิดจากการขาด Folic acid และการขาดวิตามิน B12 ซึ่งสารดังกล่าวมีความสำคัญต่อการสังเคราะห์ DNA จึงทำให้การเจริญของนิวเคลียสของเซลล์ผิดปกติ เซลล์เม็ดเลือดแดงที่เกิดขึ้นจะแตกง่าย (Fragile) และมีอายุสั้นลง นอกจากนี้ยังพบว่า การเจริญเติบโตของ Granulocyte และเกล็ดเลือดผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะ Neutropenia และ Thrombocytopenia ร่วมด้วย

จากการย้อมสีจะพบเม็ดเลือดแดงติดสีปกติ มีขนาดโต พบ Hypersegmented neutrophils, Howell-Jolly bodies และ Basophilic

stripping การตรวจ RBC indices จะพบ MCH, MCHC ปกติ, MCV สูงขึ้น (> 100 fl)

### ชนิดต่าง ๆ ของภาวะโลหิตจางชนิด Megaloblastic

ภาวะโลหิตจางจากการขาด Folic acid ซึ่ง Folic acid มีอยู่ในอาหารทั่วไป พบมากในผักใบเขียว ผลไม้ ไข่ นม เนยแข็ง เป็นต้น การดูดซึม Folic acid จากอาหารเกิดขึ้นบริเวณ Jejunum เป็นส่วนใหญ่ ในสตรีไม่ตั้งครรภ์ต้องการ Folic acid 50-100 ไมโครกรัมต่อวัน ในสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการเพิ่มขึ้นเป็นวันละ 150-300 ไมโครกรัม และพบว่า Estrogen และ Progesterone ที่เพิ่มขึ้น ทำให้การดูดซึม Folic acid ได้น้อยลง ปริมาณของ Folic acid ที่ควรได้รับจากอาหารคือ 800-1,000 ไมโครกรัมต่อวัน ในขณะที่ตั้งครรภ์ โดยปกติ ปริมาณ Folic acid ที่ได้รับจากอาหารมักเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

### การขาด Folic acid อาจเกิดขึ้นได้ในภาวะดังต่อไปนี้

1. มีความต้องการ Folic acid มากกว่าปกติ เช่น ครรภ์แฝด ระยะเวลาห่างระหว่างการตั้งครรภ์สั้น
2. ภาวะ Malabsorption
3. รับประทานที่ขัดขวางการดูดซึม Folic acid ได้แก่ Phenobarbital, Phenytoin, Glutemide, Isoniazid
4. รับประทานที่ขัดขวางการทำงานของ Folic acid ได้แก่ Trimethoprim-Sulfamethoxazole, Pyrimethamine
5. Hemolytic anemia

### การวินิจฉัย

โดยอาศัยประวัติร่วมกับลักษณะของการตรวจเลือด ดังกล่าวข้างต้น การตรวจ Serum folate มีค่าต่ำ (Fasting level น้อยกว่า 3 ไมโครกรัมต่อลิตร)



**การรักษา**

ใช้ Folic acid ชนิดรับประทานในขนาดไม่ต่ำกว่า 1 มิลลิกรัมต่อวัน โดยให้วันละ 2-3 ครั้ง ภายหลังจากการรักษา 4-7 วันจะพบมีจำนวนของ Reticulocyte เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น

การให้ Folic acid ในขนาด 4 มิลลิกรัมต่อวันก่อนการตั้งครรภ์ยังช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดข้อบกพร่องของ Neural tube defect อีกด้วย

**ภาวะโลหิตจางจากการขาดวิตามิน B12**

วิตามิน B12 พบเฉพาะในอาหารเนื้อสัตว์เท่านั้น การดูดซึมวิตามิน B12 เกิดขึ้นที่ลำไส้เล็กส่วน Ileum ซึ่งการดูดซึมจำเป็นต้องใช้ Intrinsic factor ซึ่งสร้างจาก Parietal cell ในกระเพาะอาหาร ในสตรีตั้งครรภ์ควรได้รับวิตามิน B12 จากอาหารวันละ 10 มิลลิกรัม

**สาเหตุการขาดวิตามิน B12**

1. การขาด Intrinsic factor (เรียกภาวะนี้ว่า Pernicious anemia) เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดกระเพาะอาหารออกทั้งหมด ผู้ป่วยที่มี Anti-intrinsic factor antibody
2. การดูดซึมวิตามิน B12 ผิดปกติ เช่น Ileal resection
3. ผู้รับประทานมังสวิรัตอย่างเคร่งครัดเป็นเวลานาน
4. การติดเชื้อพยาธิ Fish tapeworm (Diphyllobothrium latum)

**การวินิจฉัย**

โดยอาศัยประวัติร่วมกับลักษณะการตรวจเลือด และการตรวจระดับของ Serum vitamin B12 การตรวจ Schilling test เป็นวิธีการวัดการดูดซึมของวิตามิน B12 แต่ต้องใช้สารกัมมันตภาพรังสี จึงไม่ควรใช้ในสตรีตั้งครรภ์

**การรักษา**

ให้ Cyanocobalamin (วิตามิน B12) 1,000 ไมโครกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ในกรณีที่เกิดไขสันหลังไม่ได้ควรให้ต่อไปเดือนละครั้งตลอดชีวิต

**ภาวะโลหิตจางจากการเสียเลือดอย่างเฉียบพลัน**

ส่วนใหญ่มีสมาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ได้แก่ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกไม่บีบรัดตัว ภายหลังคลอด มดลูกแตก และรกเกาะติดแน่นในระยะแรกของการตั้งครรภ์ สาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ การแท้ง การตั้งครรภ์นอกมดลูก และการตั้งครรภ์ไปลาออก

การรักษาในระยะแรกอาจจำเป็นต้องให้เลือด โดยให้ Whole blood หรือ Packed red cells ร่วมกับ Volume expander เพื่อให้มีปริมาณเลือดไปยังอวัยวะที่สำคัญเพียงพอ เมื่อเลือดหยุดแล้ว ผู้ป่วยฟื้นคืนอันตราย และไม่เสี่ยงต่อการเสียเลือดซ้ำอีก อาจพิจารณาการรักษาโดยการให้ธาตุเหล็กทดแทนเช่นเดียวกับในภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

**ภาวะโลหิตจางจากการแตกของเม็ดเลือดแดง**

อาจเกิดความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น Hereditary spherocytosis, Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) deficiency, Pyruvate Kinase deficiency หรือเกิดขึ้นภายหลัง เช่น Autoimmune hemolytic anemia (AIHA), Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria หรืออาจเกิดจากการใช้ยา

การใช้ยาแล้วทำให้เม็ดเลือดแดงแตก มักรุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะ G6PD deficiency ร่วมด้วย แต่ภาวะดังกล่าวพบในสตรีได้น้อย เนื่องจากเป็นความผิดปกติชนิด X-linked recessive

**ภาวะโลหิตจางจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง**

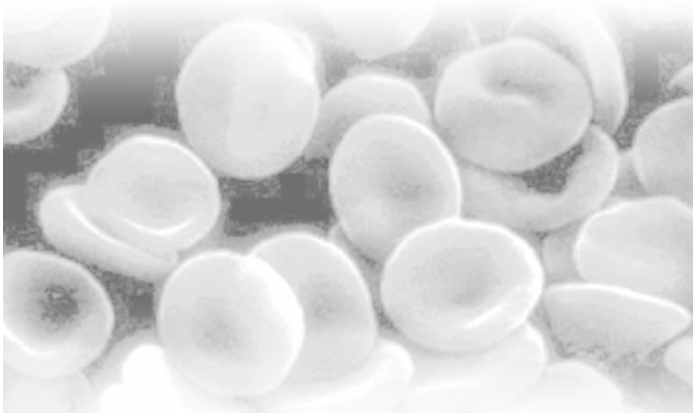
ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น วัณโรค SLE, Rheumatoid arthritis เนื่องมาจากชนิด รวมทั้งตับแข็ง และโรคไตเรื้อรัง จะพบภาวะโลหิตจางร่วมด้วย โดยแต่ละสาเหตุจะมีกลไกการเกิดภาวะโลหิตจางที่แตกต่างกันไป มักพบภาวะโลหิตจางไม่รุนแรง (ฮีโมโกลบินมากกว่า 7 กรัมต่อเดซิลิตร) เม็ดเลือดแดงมีลักษณะติดสีปกติ ขนาดปกติ หรือติดสีจางเล็กน้อย ขนาดเล็กกว่าปกติเล็กน้อย การรักษาโดยให้ธาตุเหล็ก Folic acid หรือสารอาหารอื่นมักไม่ได้ผล แต่อย่างไรก็ตาม ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าวควรให้ธาตุเหล็กและ Folic acid เสริมไปด้วย เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และ Folic acid



## ภาวะโลหิตจางจาก Aplastic anemia

อันตรายที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์คือ การเสียเลือดและการติดเชื้อ การรักษาโดยใช้ Testosterone ในขนาดสูงมีประโยชน์ แต่อาจทำให้เกิด Virilization ต่อทารกเพศหญิง ในรายที่อาการรุนแรง การรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูกเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุด การให้เลือดเม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด พิจารณาตามความเหมาะสม

การคลอด ควรเลือกให้คลอดทางช่องคลอดเพื่อลดการเสียเลือด



## ผลของภาวะโลหิตจางต่อการตั้งครรภ์

สาเหตุของภาวะโลหิตจางมีความสำคัญมากกว่าผลของภาวะโลหิตจางที่มีต่อการตั้งครรภ์ เช่น ในการตั้งครรภ์ที่คู่สมรสเป็น Alpha-thalassemia trait อาจเกิดภาวะ Hydrops fetalis ในสตรีที่เป็น Sickle cell anemia อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้มาก

ภาวะโลหิตจางทำให้เพิ่มอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายของมารดาเพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อ การตกเลือด และภาวะหัวใจล้มเหลว

ในอดีตมีรายงานว่าภาวะโลหิตจางอาจมีความสัมพันธ์กับการแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย และเพิ่มอัตราการตายปริกำเนิด แต่รายงานในปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด และมีหลายรายงานพบว่า ค่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบินที่สูงเกินไป (สูงกว่า 13.2 กรัมต่อเดซิลิตร ในอายุครรภ์ 13-18 สัปดาห์) ทำให้เพิ่มอัตราการตายปริกำเนิด ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย การคลอดก่อนกำหนด และ Pre-eclampsia

สำหรับทารกนั้น ภาวะโลหิตจางในมารดาไม่มีผลกระทบต่อทารกโดยตรง เพราะฮีโมโกลบินส่วนใหญ่ของทารกคือ HbF มีความสามารถ

ในการรวมตัวกับออกซิเจนได้ดีกว่า HbA ถึงแม้มารดามีภาวะโลหิตจางอย่างมาก ทารกก็สามารถเจริญเติบโตได้ตามปกติ

## ข้อแนะนำเมื่อพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

สตรีที่มาฝากครรภ์ทุกรายต้องตรวจหาความเข้มข้นของโลหิต ถ้าพบว่ามีภาวะโลหิตจางพึงปฏิบัติดังนี้

1. ถามประวัติความเป็นอยู่และอาชีพให้ละเอียด เพื่อการประเมินในเบื้องต้นว่า ภาวะโลหิตจางเกิดจากการกินอยู่ โรคประจำตัว หรือจากพยาธิในลำไส้
  2. ถามประวัติครอบครัวว่ามีญาติเป็นโรคโลหิตจางดับโต ม้ามโต หรือไม่ เพราะโรคธาลัสซีเมียมีความชุกมากในคนไทย
  3. ถ้าประวัติและการตรวจร่างกายชวนสงสัยว่าจะเป็นธาลัสซีเมีย ให้ตรวจ Hemoglobin electrophoresis ก่อนให้การรักษา
  4. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการให้ธาตุเหล็กรับประทานในระยะหนึ่งแล้ว ควรตรวจค่าความเข้มข้นของโลหิตอีกครั้ง ถ้าค่าความเข้มข้นของโลหิตไม่สูงขึ้น ให้สงสัยว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ หรือมีขณะนั้นผู้ป่วยอาจเป็นธาลัสซีเมีย ควรตรวจ Hemoglobin electrophoresis
  5. ในการทำคลอดสตรีที่มีภาวะโลหิตจางจะต้องระมัดระวังไม่ให้เสียโลหิตมากในระหว่างการคลอด และพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะด้วย เพราะผนังมดลูกตำแหน่งที่รกเกาะเป็นตำแหน่งที่จะติดเชื้อได้ง่าย
  6. ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติของ Hemoglobin electrophoresis ควรทำการตรวจดังกล่าวในสามีผู้ป่วยด้วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยทารกในครรภ์ และให้คู่สมรสพิจารณาว่าควรจะมีการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปหรือไม่
- สำหรับประเทศไทยซึ่งมีความชุกของธาลัสซีเมียสูง และมักเป็น Thalassemia trait ซึ่งไม่แสดงอาการ ผู้ป่วยโรคนี้มักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยจนกว่าจะมีบุตรที่เป็นโรคดังกล่าว การแพร่กระจายของโรคจึงมีสูงในประเทศไทย

ในอดีตมีรายงานว่าภาวะโลหิตจางอาจมีความสัมพันธ์กับการแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย และเพิ่มอัตราการตายปริกำเนิด แต่รายงานในปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด และมีหลายรายงานพบว่า ค่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบินที่สูงเกินไป (สูงกว่า 13.2 กรัมต่อเดซิลิตร ในอายุครรภ์ 13-18 สัปดาห์) ทำให้เพิ่มอัตราการตายปริกำเนิด ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย การคลอดก่อนกำหนด และ Pre-eclampsia



## สเตียรอยด์ป้องกันอาการบวม ภายหลังผ่าตัดศัลยกรรมใบหน้า

การผ่าตัดศัลยกรรมใบหน้าเป็นการผ่าตัดที่กำลังได้รับความนิยมมากขึ้นเนื่องด้วยสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป การมีบุคลิกภาพที่ดีทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น สามารถเปิดโอกาสให้กับชีวิตได้หลากหลายมากขึ้น การผ่าตัดศัลยกรรมใบหน้าที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือ การผ่าตัดเสริมจมูก โดยมากการผ่าตัดเสริมจมูกใช้การระงับปวดด้วยการฉีดยาชาเฉพาะตำแหน่ง การผ่าตัดทำโดยเปิดแผลผ่านเนื้อเยื่อรอบกระดูกจมูก ทำการตัดแต่งเสริมเนื้อเยื่อรอบกระดูกและกระดูกอ่อนของจมูก การผ่าตัดทำให้เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อบริเวณจมูก ทำให้เกิดอาการบวมขึ้นเนื่องจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในบริเวณที่ทำการผ่าตัด อาการบวมจะเกิดขึ้นในเวลา 24-72 ชั่วโมง โดยจะมีอาการบวมมากใน 72 ชั่วโมง ต่อจากนั้นอาการบวมจะค่อย ๆ ยุบลงภายในเวลา 7 วัน หากอาการบวมเพิ่มขึ้นภายหลังผ่าตัด 3 วัน ควรเฝ้าระวังภาวะเลือดคั่งและการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

การผ่าตัดศัลยกรรมใบหน้า หากต้องการให้เกิดอาการบวมภายหลังผ่าตัดน้อยที่สุดสามารถป้องกันได้ขณะผ่าตัด โดยหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนกับเนื้อเยื่อรอบข้างบริเวณที่ผ่าตัด การดูแลภายหลังการทำศัลยกรรมใบหน้าเพื่อลดอาการบวมโดยใช้ความเย็นประคบบริเวณที่บวมด้วย Cold pack หรือน้ำแข็งใส่ถุงพลาสติกห่อผ้าไว้ ศัลยแพทย์อาจให้ยาสเตียรอยด์เพื่อลดการบวมขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยยาที่นิยมใช้ ได้แก่ dexamethasone

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า การให้ยาสเตียรอยด์ขณะผ่าตัดช่วยลดอาการบวมในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดี ส่วนอาการบวมหลังผ่าตัดเกิน 72 ชั่วโมงพบว่า การให้สเตียรอยด์ไม่ช่วยลดอาการบวมมากนัก

**กล่าวโดยสรุป** สเตียรอยด์ช่วยลดอาการบวมภายหลังผ่าตัดศัลยกรรมใบหน้าในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ศัลยแพทย์ควรใช้ดุลพินิจในการให้ยาสเตียรอยด์ตามความเหมาะสม

# ภาวะเพ้อคลั่งและหลงลืม ของผู้ป่วยสูงอายุในห้องฉุกเฉิน



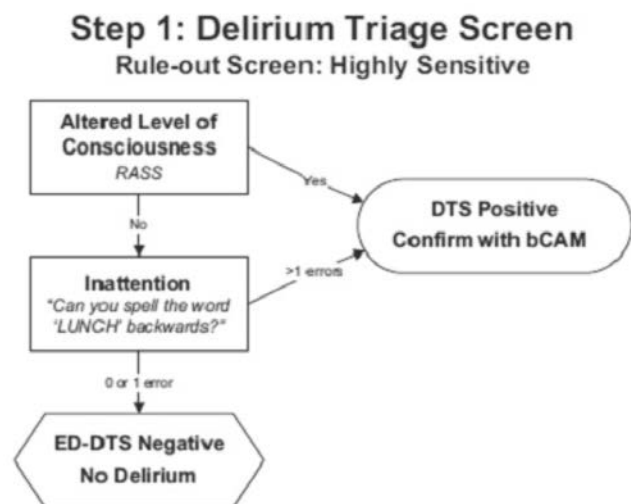
ผู้ป่วยสูงอายุอาจมาด้วยภาวะเพ้อคลั่ง (delirium) หรือภาวะหลงลืม (dementia) ได้ที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งแพทย์ฉุกเฉินต้องทำการสืบค้นอย่างละเอียดเพื่อให้การรักษาได้อย่างปลอดภัย

ภาวะ delirium ในห้องฉุกเฉินทั่วโลกพบได้ประมาณ 8.3-17.2%<sup>1-3</sup> โดยในประเทศไทยการศึกษาของ Sri-On<sup>4</sup> และคณะที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล พบภาวะ delirium 11% ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โดยพบว่ามากกว่า 50% ของจำนวนผู้ที่เป็น delirium มักไม่ถูกตรวจพบโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จากการศึกษาของ Han<sup>2</sup> และคณะ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินไม่พบว่าเป็น delirium มักจะเป็นชนิด hypoactive subtype

ภาวะ delirium มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่นานขึ้น และเพิ่มการใช้บุคลากรจำนวนมากในการดูแล เช่น ต้องช่วยกันผูกมัดผู้ป่วย เป็นต้น นับว่าภาวะ delirium เป็นโรคหนึ่งที่มีความสำคัญทีเดียว มีการพัฒนาการใช้ screening tool ในแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินขึ้นมาหลายชนิด ได้แก่ ปี ค.ศ. 2013 Geriatric Emergency Department Guidelines ได้แนะนำให้ตรวจและรักษาผู้ป่วยในกลุ่มที่มาด้วย delirium, encephalopathy

หรือมีอาการสับสน อย่างละเอียด รวมทั้งระบุให้ใช้ยาหรือผูกมัดผู้ป่วยในกลุ่มนี้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นอย่างแท้จริงเท่านั้น

ปี ค.ศ. 2013 Geriatric Emergency Department Guidelines ได้จัดทำ screening tool ขึ้น โดยแนะนำให้ใช้ Brief Confusion Assessment Method (bCAM)<sup>5</sup> เพื่อประเมิน ซึ่ง screening tool ประกอบด้วย 2 ส่วน (ดังรูปที่ 1) คือ



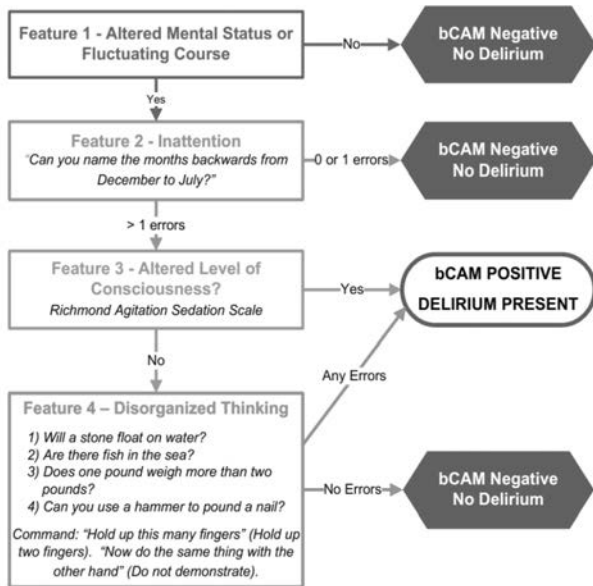
รูปที่ 1 การคัดกรองภาวะ delirium (Delirium Triage Screen) ในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

คะแนน	ลักษณะ	คำอธิบาย
+4	ต่อสู้	ต่อสู้มีความรุนแรงเป็นอันตรายต่อบุคลากรในทันทีทันใด
+3	กระวนกระวายมาก	ดึงท่อหรือสายสวนต่าง ๆ ก้าวร้าว
+2	กระวนกระวาย	มีการเคลื่อนไหวอย่างไม่มีเป้าหมายบ่อยครั้ง ต้านเครื่องช่วยหายใจ
+1	พักผ่อนไม่ได้	กระสับกระส่าย หวาดวิตก มีการเคลื่อนไหวที่ไม่ก้าวร้าวรุนแรง
0		ตื่นตัวและสงบ
-1	ง่วงซึม	ปลุกตื่นด้วยเสียงเรียก แต่ตื่นไม่เต็มที่และสบตาได้นาน $\geq 10$ วินาที
-2	หลับตื้น	ปลุกตื่นในช่วงสั้น ๆ และสบตาเมื่อเรียกได้ $< 10$ วินาที
-3	หลับปานกลาง	มีการเคลื่อนไหวหรือลืมตาเมื่อเรียก (แต่ไม่สบตา)
-4	หลับลึก	ไม่ตอบสนองต่อเสียงแต่มีการเคลื่อนไหวหรือลืมตาเมื่อกระตุ้นทางกาย
-5	ปลุกไม่ตื่น	ไม่ตอบสนองต่อเสียงหรือการกระตุ้นทางกาย

คะแนน +1 ถึง +4 เป็น delirium ชนิด hyperactive  
 คะแนน -3 ถึง 0 เป็น delirium ชนิด hypoactive  
 คะแนน + และ - ระหว่างการประเมินเป็น delirium ชนิด mixed type

**Brief Confusion Assessment Method (bCAM) Flow Sheet**



1. เริ่มต้นที่ triage โดยดูที่ระดับการรู้สึกตัวโดยใช้ Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) ดังตารางที่ 1
  2. ประเมินด้วย bCAM (ดังรูปที่ 2)
- ถ้าทำการคัดกรองภาวะ delirium แล้วพบมีความผิดปกติของ RASS ก็ให้ส่งไปทดสอบด้วย bCAM ต่ออีกที แต่ถ้าไม่พบความผิดปกติของ RASS ก็ให้ผู้ป่วยระกอดคำว่า กลางวัน กลับหลังถ้าผิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 แสดงว่าไม่มีภาวะ delirium



รูปที่ 2 Brief Confusion Assessment Method (bCAM)  
 ที่มา: ได้รับอนุญาตจาก Vanderbilt University. The Brief Confusion Assessment Method (bCAM). JAMA. 2001;286:2703-10.

หลังจากทำการทดสอบภาวะ delirium ด้วย RASS และ bCAM แล้ว ก็ควรมีการทดสอบภาวะ dementia ร่วมด้วย โดยอาจใช้ The Short Blessed Test (SBT) for ED Dementia Screening ช่วยประเมิน

ทั้งนี้การทดสอบการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกต้องเข้าใจถึงความแตกต่างของภาวะ delirium และ progression ของโรค dementia ดังแสดงความแตกต่างของทั้ง 2 ภาวะไว้ในตารางที่ 2

ข้อควรระวังกรณีผู้ป่วยต้องรออยู่ที่ห้องฉุกเฉินหรือต้องนอนโรงพยาบาลคือ กลุ่มผู้ป่วยที่

1. การมองเห็นหรือการได้ยินลดน้อยลง
2. มีความจำลดลง
3. เจ็บป่วยรุนแรง
4. กลุ่มที่ dehydration หรือมีภาวะ prerenal azotemia

ตารางที่ 2 อาการแสดงของภาวะ delirium และ dementia<sup>6</sup>

อาการแสดง	delirium	dementia
ระยะเวลาเริ่มมีอาการ (onset)	แบบฉับพลัน	แบบค่อยเป็นค่อยไป
ลักษณะของโรค (course)	มีการเปลี่ยนแปลงแบบขึ้นลง	การเปลี่ยนแปลงแบบคงที่
attention	ผิดปกติ	โดยทั่วไปมักจะไม่เปลี่ยนแปลง
ความรู้สึกตัว (consciousness)	มักจะผิดปกติ	โดยทั่วไปมักจะไม่เปลี่ยนแปลง
การเห็นภาพหลอน (hallucinations)	มักจะมี	โดยทั่วไปมักไม่พบ

เมื่อวินิจฉัยภาวะ delirium แล้วก็ต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะนี้ขึ้นได้ คือ

1. การติดเชื้อโดยส่วนใหญ่เป็นทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อในปอด รวมทั้งที่สำคัญคือ มักจะลืมมองหาการติดเชื้อในระบบประสาท
2. ยา โดยเฉพาะยาในกลุ่ม anticholinergic ยากลุ่มยานอนหลับ ยาแก้ปวดกลุ่ม narcotics
3. ภาวะผิดปกติของปริมาณสารน้ำในร่างกาย
4. การใช้ alcohol และภาวะ withdrawal
5. ถ้าตรวจพบความผิดปกติของระบบประสาท เฉพาะที่ก็อาจคิดถึงกลุ่ม stroke syndrome

โดยถ้ามี 1-2 ข้อจะเพิ่มอัตราการเกิด delirium ขึ้นในโรงพยาบาล 2.5 เท่า ถ้า 3-4 ข้อ จะเพิ่ม 9 เท่า

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ delirium ซึ่งไม่อยู่หนึ่งควรจัดการด้วยความระมัดระวังในด้านความปลอดภัยและให้เกิดการบาดเจ็บน้อยที่สุด โดยต้องจัดหาสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย มีแสงสว่างพอประมาณ ไม่มีเสียงดังเกินไป



ระมัดระวังการใช้ยาที่เพิ่มภาวะ delirium ทำการรักษาการติดเชื้อ ให้สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ที่เหมาะสม จัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ (ให้ออกซิเจน เลือด และควบคุมความดันโลหิต)

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มาด้วยภาวะเพ้อคลั่ง (delirium) หรือภาวะหลงลืม (dementia) ที่ห้องฉุกเฉิน ควรต้องทำการสืบค้นอย่างละเอียดเพื่อหาสาเหตุและให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม อันจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความปลอดภัย



### เอกสารอ้างอิง

1. Han JH, Eden S, Shintani A, Morandi A, Schnelle J, Dittus RS, et al. Delirium in older emergency department patients is an independent predictor of hospital length of stay. *Acad Emerg Med* 2011;18:451-7.
2. Han JH, Zimmerman EE, Cutler N, Schnelle J, Morandi A, Dittus RS, et al. Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Acad Emerg Med* 2009;16:193-200.
3. Hustey MF, Meldon WS, Smith MD, Lex CK. The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med* 2003;41:678-83.
4. Sri-On J, Tirrell GP, Vanitkulbadee A, Niruntarai S, Liu SW. The prevalence, risk factors and short-term outcomes of delirium in Thai elderly emergency department patients: Electronic presentation, American College of Emergency Physician; Geriatric session, Chicago US 2014.
5. Han JH, Wilson A, Vasilevskis EE, Shintani A, Schnelle JF, Dittus RS, et al. Diagnosing delirium in older emergency department patients: validity and reliability of the delirium triage screen and the Brief Confusion Assessment Method. *Ann Emerg Med* 2013;62:457-65.
6. Geriatric Emergency Department Guidelines. American College of Emergency Physicians, The American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, The Society for Academic Emergency Medicine. 2013. Available from: [http://www.saem.org/docs/education/geri\\_ed\\_guidelines\\_final.pdf?sfvrsn=2](http://www.saem.org/docs/education/geri_ed_guidelines_final.pdf?sfvrsn=2). Accessed August 29, 2014.

# พินัยกรรมชีวิต: แนวทางปฏิบัติที่ต้องรู้

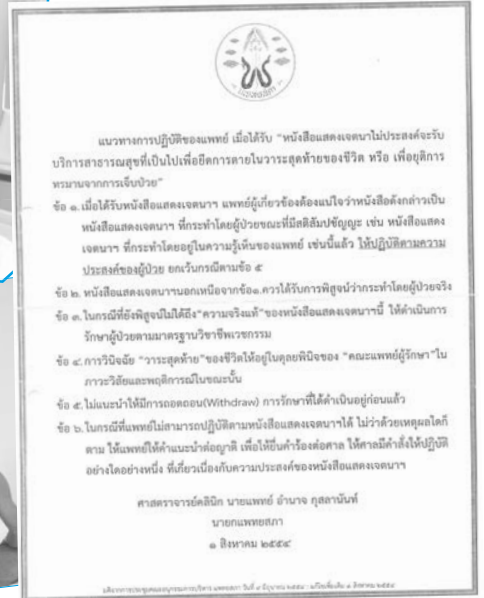
## Living Will: Practical Point for Doing

มีหลายท่านที่รับทราบถึงมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550<sup>1</sup> ในเรื่อง “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน” หรือที่เรียกกันอย่างย่อ ๆ ง่าย ๆ ว่า “พินัยกรรมชีวิต” หรือ “Living Will” แล้วจะเกิดความยินดีปรีดายิ่ง ประกอบกับ “ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (5 เมษายน พ.ศ. 2554) เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553”<sup>2</sup> ซึ่งออกตาม “กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553”<sup>3</sup> ได้มีการชะลอการใช้ออกไปโดยมีการตั้งคณะกรรมการขึ้นชุดหนึ่งเพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสม<sup>4</sup> ตาม “ต้นแบบ” ในประกาศฯ จึงเสมือนกับว่า “เปิดกว้างให้มีการทำพินัยกรรมแห่งชีวิตได้อย่างอิสระและไม่มีรูปแบบที่แน่นอน” ประหนึ่งว่า “กฎหมายให้ทำอะไรก็ได้” หลายฝ่ายจึงเกิดการทำพินัยกรรมดังกล่าวในรูปแบบต่าง ๆ มากมาย

### ตัวอย่าง:

นาย ก. ได้ทำพินัยกรรมแห่งชีวิตขึ้น โดยกล่าวว่า “ผมได้ทำพินัยกรรมแห่งชีวิตแล้ว” ตอนนั้นสบายแล้ว โดยมั่นใจว่าในบั้นปลายชีวิตจะไม่ทรมานอีกต่อไป โดยให้ทนายความประจำตัวเป็นผู้จัดทำขึ้นให้โดยผู้ป่วยลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ เมื่อนาย ก. ให้ทนายทำพินัยกรรมแห่งชีวิตขึ้นมาแล้ว บุคคลภายนอก (อันประกอบด้วยแพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์) จะทราบได้อย่างไรว่า “นาย ก. ได้ทำพินัยกรรมแห่งชีวิตฉบับนั้นจริง” และมีเจตนาจริงเช่นนั้นจริงหรือไม่

ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงหาได้อยู่ที่ “มีการทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will) หรือไม่เท่านั้น” แต่อยู่ที่ผลแห่งพินัยกรรมดังกล่าว “จะมีหรือเป็นไปตามนั้นหรือไม่” เมื่อถึงคราวที่ต้องการให้ “พินัยกรรมชีวิตมีผล” หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ เมื่อถึงคราวที่มีผู้ยื่นเอกสารดังกล่าวในฐานะพินัยกรรมแห่งชีวิตให้แก่ “แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ต้องดูแลผู้นั้น (ขณะนั้นถือว่าเป็น “ผู้ป่วยแล้ว” และไม่สามารถแสดงเจตนาได้แล้ว)” แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์จะปฏิบัติตามเนื้อหาหรือรายละเอียดที่มีอยู่ในพินัยกรรมแห่ง



ชีวิตหรือไม่ และหากบุคลากรเหล่านั้นไม่ปฏิบัติตาม สิ่งที่ได้กระทำมาตั้งแต่ต้นก็ย่อมปราศจากประโยชน์หรือ “คุณค่า” ขึ้นมาทันที นั่นคือ “ทำไปแล้วก็ไม่ได้ประโยชน์อะไร” หรือ “การทำหรือไม่ทำก็ไม่มีความต่างกัน”

.....การที่แพทย์ซึ่งกำลังต้องตัดสินใจทำการดำเนินการกับผู้ป่วย (หนัก) ได้เห็นพินัยกรรมแห่งชีวิตซึ่งเป็นเอกสาร “หนึ่งฉบับ” ที่ยื่นเข้ามาระบุว่า “ไม่ให้แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ ต้องกระทำการเพื่อการช่วยชีวิต” (เพราะผู้ป่วยประสงค์เช่นนั้น) จึงเท่ากับแพทย์มีเวลาเพียงน้อยนิดในการพิจารณาว่าเอกสารนั้นถูกต้องและชอบด้วยกฎหมาย.....

### มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550<sup>1</sup>

**มาตรา 12**  
**บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้**

**การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง**

**เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ**

มาตรา 12 นี้เป็นบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ 2 กรณีที่สำคัญที่สามารถทำพินัยกรรมแห่งชีวิตได้ คือ

1. เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต
2. เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

## พินัยกรรมแห่งชีวิต

ความสำคัญของพินัยกรรมแห่งชีวิตอยู่ที่ “การที่จะให้เกิดผลต่อผู้ทำเมื่อถึงคราวที่ผู้ทำอยู่ในสภาวะที่ถูกระงับไว้ และไม่ต้องกรำให้ดำเนินการประการหนึ่งประการใดทางการแพทย์อันเป็นการยืดการตายแห่งชีวิตของผู้ที่ทำพินัยกรรมนั้น” องค์ประกอบที่สำคัญคือ

1. **มีผู้ที่ต้องการทำ** ในขณะที่ทำคือ “บุคคลทั่วไป” ซึ่งในขณะที่ทำนั้น “ยังไม่อยู่ในฐานะของผู้ป่วยแต่ประการใด” และพินัยกรรมชีวิตนั้นก็ยังไม่มีผลแต่ประการใดกับผู้ทำนั้น แต่ผลจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อผู้นั้นเป็น “ผู้ป่วย” ตามองค์ประกอบของกฎหมายเสียก่อน และเพราะเหตุที่ผลมิได้บังเกิดขึ้นทันที แต่จะบังเกิดผลในภายหลัง (ในอนาคต) ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายกับ **“การทำพินัยกรรม (Will)”** ที่ว่าพินัยกรรม (จัดการทรัพย์สิน) จะมีผลก็ต่อเมื่อผู้ทำพินัยกรรมถึงแก่ความตายเสียก่อน (กำหนดการเผื่อตาย) จึงทำให้ความล้มละลายคล้ายคลึงนี้นำมาปรับใช้โดยเรียกเป็น “พินัยกรรมแห่งชีวิต” นั้นเอง เพราะจะมีผลก็ต่อเมื่อเป็น “ผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่บทบัญญัติแห่งกฎหมายบัญญัติไว้เสียก่อน”

- พินัยกรรม** เกี่ยวข้องกับการจัดการทรัพย์สิน
- พินัยกรรมชีวิต** เกี่ยวข้องกับการจัดการเพื่อให้มีการดำเนินการทางการแพทย์แก่ร่างกาย
- พินัยกรรม** มีผลเมื่อผู้กระทำถึงแก่ความตาย (เป็นการกำหนดการเผื่อตาย)
- พินัยกรรมแห่งชีวิต** มีผลเมื่อผู้กระทำมีสภาพเป็นผู้ป่วยตามบทบัญญัติของมาตรา 12 (เป็นการกำหนดการดำเนินการทางการแพทย์)

2. **วัตถุประสงค์ที่ทำ** เพื่อให้เกิดผลเมื่อผู้ทำนั้นเป็น **“ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของโรค”** หรือ **“ผู้ป่วยที่ได้รับความสะดวกสบายจากการเจ็บป่วย”** กล่าวคือ เป็นผู้ป่วยตามคุณสมบัติฯ ที่กฎหมายบัญญัติไว้ (มาตรา 12) จึงเท่ากับเป็นการกำหนดการให้การดูแลรักษาพยาบาลทางการแพทย์ (advance medical directive) ไว้นั่นเอง

3. **ให้มี “สภาพบังคับหรือกึ่งบังคับ”** หรือ “ให้มีผลต่อการดำเนินการหรือการกระทำต่อผู้ใด” ในที่นี้คือ “แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์” ที่ดูแลผู้ทำพินัยกรรมแห่งชีวิตในขณะที่ผู้นั้นเป็น “ผู้ป่วยตามคุณสมบัติฯ (มาตรา 12)” แล้ว

## พินัยกรรมแห่งชีวิตเป็นหมัน

หมายถึง พินัยกรรมแห่งชีวิตที่ได้ทำไปแล้วนั้น “ไม่เกิดผลตามเจตนารมณ์ของผู้กระทำ” กล่าวคือ เมื่อผู้กระทำอยู่ในสภาพของผู้ป่วยตามคุณสมบัติฯ (มาตรา 12)<sup>1</sup> แล้ว แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ปฏิบัติตามพินัยกรรมแห่งชีวิตนั้น

- อธิบายความ:**
- 1. แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ปฏิบัติตามพินัยกรรมแห่งชีวิตนั้น ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพของผู้ป่วยตามคุณสมบัติฯ ยังคงได้รับการปฏิบัติต่อเยี่ยง “ผู้ป่วยปกติ”

- ตัวอย่าง เช่น**
- เมื่อมีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ก็ได้รับการใส่ท่อ
- เมื่อมีความจำเป็นต้องทำการกัซซิฟ ก็ได้รับการกัซซิฟ

- เมื่อจำเป็นต้องทำการล้างไต ก็ได้รับการล้างไต
  - เมื่อจำเป็นต้องถูกย้ายไป ณ หออภิบาล ก็ถูกย้ายไปหออภิบาล
  - เมื่อจำเป็นต้องเจาะคอ ก็ได้รับการเจาะคอ
- ทั้ง ๆ ที่สิ่งที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้แล้วว่า “ไม่ต้องกรำให้กระทำต่อตนเองผู้ซึ่งทำพินัยกรรมแห่งชีวิตนั้น”

### หมายเหตุ:

ต้องไม่ลืมว่า ในขณะที่ผู้ป่วย (คือผู้ทำพินัยกรรมฯ) ไม่อยู่ในสภาพที่จะแสดงเจตนาได้อีกแล้ว

2. เหตุผลที่แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ปฏิบัติตามพินัยกรรมแห่งชีวิตนั้น

หมายความว่า แม้ว่าจะมีผู้หนึ่งผู้ใดแสดงว่าผู้ป่วยได้ทำพินัยกรรมแห่งชีวิตไว้ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีพร้อมก็ตาม แต่แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ในขณะที่ได้ดูแล “ผู้ป่วย” ท่านนี้ “ไม่เชื่อว่ามีพินัยกรรมอยู่จริง”

3. แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์เห็นว่า “ตนเองต้องทำตามหน้าที่” เป็นหน้าที่ที่ “ต้องกระทำ” อันเป็นผลจาก

**ประการแรก: เป็นผลจากมิกฎหมายบัญญัติไว้ซึ่งประกอบด้วย**

- ก. คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย (16 เมษายน พ.ศ. 2541)<sup>5</sup>
- ข. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา<sup>6</sup>
- ค. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 28<sup>7</sup>
- ง. มาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายอาญา<sup>8</sup>
- จ. คำวินิจฉัยของคณะกรรมการกฤษฎีกา ชุดที่ 10 “เรื่องเสรีที่ 250/2546”<sup>9</sup>

**ประการที่ 2: เป็นผลจากสภาพจิตใจและความเชื่อของแพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ว่า**

- ก. แพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ “มีหน้าที่” ตามวิชาชีพฯ ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วย
- ข. ไม่สมควรยิ่งที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตไปต่อหน้าต่อตา เพราะ “การที่ไม่ได้ทำอะไรเลย” แม้จะเป็นผู้ป่วยในระยะท้ายของโรคก็ตาม
- ค. การปล่อยให้ผู้อื่นตายไปต่อหน้าต่อตาโดยไม่ได้อะไรเลยแม้ว่าจะเป็นผู้ป่วยหนักก็ตาม ก็อาจถือได้ว่า “เป็นบาป” ได้เช่นเดียวกัน

การที่แพทย์ไม่ดำเนินการตามข้อกำหนดที่เขียนไว้ในพินัยกรรมแห่งชีวิตจึงเท่ากับเป็นการที่พินัยกรรมแห่งชีวิตนั้น **“เป็นหมันไปโดยปริยาย”**

## การที่แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่เชื่อว่า “มีพินัยกรรมฯ” อยู่จริงนั้น

ผู้ที่อ้างถึง “พินัยกรรมฯ” และคงยืนยันว่า “มีพินัยกรรมฯ” จริง ๆ เป็นพินัยกรรมที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนารมณ์ไว้ตั้งแต่แรก ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ แต่ในขณะที่ผู้ป่วยไม่ทราบไม่รับรู้ไม่รู้ว่า ไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์จะเชื่อได้อย่างไรว่า “เอกสาร คือ พินัยกรรมฯ” นั้นเป็นพินัยกรรมจริง



ในเรื่องพินัยกรรมนี้ หากเป็นพินัยกรรมปกติ (กำหนดในเรื่องทรัพย์สิน)<sup>10</sup> เมื่อผู้ทำพินัยกรรมถึงแก่ความตาย ทายาทหรือผู้รับพินัยกรรมต้องการให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในพินัยกรรมโดยประสงค์จะให้ “บุคคลภายนอกหรือบุคคลที่ 3” ดำเนินการ (ปฏิบัติ) ตามพินัยกรรมนั้น จะไม่มีบุคคลที่ 3 ไດ ๆ กล่าวที่จะปฏิบัติตาม ทั้งนี้เพราะบุคคลที่ 3 จะทราบหรือมั่นใจได้อย่างไรว่า “พินัยกรรมนั้นเป็นพินัยกรรมที่แท้จริงหรือไม่” หรือแม้จะเป็นพินัยกรรมที่แท้จริง แต่อาจถูกยกเลิกในเวลาต่อมาแล้วก็ได้ ทางที่ดีที่สุดก็คือ ขอให้ทายาทหรือผู้มีส่วนได้เสีย “ไปร้องขอต่อศาลเพื่อให้ศาลมีคำสั่งหรือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก” เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เพราะบุคคลภายนอกที่จะต้องปฏิบัติตามสิ่งที่ระบุไว้ในพินัยกรรมหาทราบได้ว่า “พินัยกรรมนั้น ๆ เป็นพินัยกรรมจริงหรือไม่” และหากตนเองต้องกระทำประการหนึ่งประการใดเกี่ยวกับทรัพย์สินซึ่งไม่ถูกต้องเพราะเหตุแห่งพินัยกรรมแล้ว บุคคลที่ 3 นั้นย่อมต้องรับผิดชอบในทางแพ่งด้วย กล่าวคือ

**ก. พินัยกรรมนั้นเป็นพินัยกรรมปลอมทั้งฉบับมาตั้งแต่ต้น** หมายความว่ามิได้มีพินัยกรรมเลย มีแต่การปลอมหรือทำพินัยกรรมปลอมเพื่อแสดงว่ามีพินัยกรรมอยู่จริงเพื่อต้องการให้มีผลในการบังคับ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการที่จะได้รับทรัพย์สินหรือสิทธิที่ระบุไว้ในพินัยกรรม

**ข. มีการทำพินัยกรรมจริงแต่พินัยกรรมฉบับดังกล่าวถูก “ยกเลิก” โดยพินัยกรรมฉบับหลังแล้ว** หรือไม่ผู้ทำพินัยกรรมก็ยกเลิกด้วยเจตนาประการหนึ่งประการใดไปแล้ว เช่นนี้ การที่บุคคลภายนอกจะปฏิบัติตามย่อมเป็นการเสี่ยงต่อตนเอง

**ตัวอย่าง:**

พินัยกรรมฉบับหนึ่งระบุว่า ให้เงินในบัญชีเลขที่ 123 ของธนาคาร X เป็นของนาย ก. เช่นนี้ธนาคารจะทราบได้อย่างไรว่าเป็นเช่นนั้น และหากมิได้เป็นเช่นนั้นหรือพินัยกรรมมิได้ระบุหรือมิได้มีพินัยกรรมอยู่จริง แล้วธนาคารไปดำเนินการตามที่พินัยกรรม (อ้างว่ามีอยู่) และมีการโอนเงินหรือยอมให้นำไป ก. ถอนเงินออกจากบัญชีเลขที่ 123 ย่อมทำให้ทายาทโดยธรรม (อันแท้จริง) เกิดความเสียหายได้ เพราะแท้จริงแล้วเงินในบัญชีเลขที่ 123 ของธนาคาร X ต้องถือว่าเป็น “กองมรดกของผู้ตาย” และธนาคาร X ย่อมต้องถูกฟ้องร้องในสิ่งที่ธนาคาร X ได้กระทำไป และแน่นอนที่สุดก็คือ ธนาคารต้องรับผิดชอบต่อเงินในบัญชีเลขที่ 123 ที่ธนาคาร X จ่ายให้แก่ นาย ก. ไปแล้ว

ในเรื่องพินัยกรรมแห่งชีวิตก็เช่นเดียวกัน ซึ่งหากลองคิดถึงหลักความจริงดูก็จะพบว่า พินัยกรรมแห่งชีวิตจะถูกนำมาใช้ (มาแสดง) ก็ต่อเมื่อ

1. ผู้นั้นเป็นผู้ป่วย (ในสถานพยาบาล)
2. ผู้ป่วยนั้นเป็นผู้ป่วยที่หนัก (อาการรุนแรง) และมักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังหรืออยู่ในระยะท้ายของโรค
3. ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะที่จะแสดงเจตนาได้อีกต่อไป
4. เหตุแห่งการใช้พินัยกรรมแห่งชีวิตอาจเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลอื่นที่ถูกส่งตัวมา หรืออาจเป็นผู้ป่วยที่ป่วยอยู่ก่อนในโรงพยาบาลนั้น ๆ แล้วเกิดสภาพที่เลวลง (complication, sequelae) ในโรงพยาบาลแห่งนั้น
5. เหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเกิดขึ้นต่อหน้าแพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้อง “ดำเนินการทางการแพทย์ประการหนึ่งประการใดหรือหลายประการเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ถึงแก่ความตาย” เช่น การกู้ชีพ เป็นต้น

6. การเกิดเหตุขึ้นนั้นจำเป็นต้องรีบ “ตัดสินใจเพื่อการรักษา” หมายถึง ต้องรีบดำเนินการทางการแพทย์ประการหนึ่งประการใด (มักเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการกู้ชีพ เช่น การเจาะคอ การใส่ท่อช่วยหายใจ การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า เป็นต้น) ไม่อาจรือได้

**ผลแห่งการแสดงผลพินัยกรรมแห่งชีวิตต่อหน้าแพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์**

การที่แพทย์ซึ่งกำลังต้องตัดสินใจทำการดำเนินการกับผู้ป่วย (หนัก) ได้เห็นพินัยกรรมแห่งชีวิตซึ่งเป็นเอกสาร “หนึ่งฉบับ” ที่ยื่นเข้ามาระบุว่า “ไม่ให้แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ ต้องกระทำการเพื่อการช่วยชีวิต” (เพราะผู้ป่วยประสงค์เช่นนั้น) จึงเท่ากับแพทย์มีเวลาเพียงน้อยนิดในการพิจารณาว่าเอกสารนั้นถูกต้องและชอบด้วยกฎหมาย และตัดสินใจว่า “จะไม่ทำการใด ๆ กับผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ” ซึ่งการพิจารณาประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- ก. ผู้ป่วยมีเจตนาที่จะกระทำพินัยกรรมแห่งชีวิตนั้น
- ข. ผู้ป่วยทำพินัยกรรมแห่งชีวิตในขณะที่รู้สติและมีสติสัมปชัญญะ
- ค. ผู้ป่วยมิได้กระทำไปในขณะที่ถูกข่มขู่ สำนัดญัด หรือกลั่นแกล้ง
- ง. ผู้ป่วยมิได้ยกเลิกพินัยกรรมแห่งชีวิต อีกทั้งยังคงมีความประสงค์ให้เป็นไปเช่นนั้นอยู่ตลอดจนถึงขณะที่มาพบแพทย์ขณะนี้

เวลาที่แพทย์ต้องตัดสินใจมีเพียงเล็กน้อย (น้อยนิด) เมื่อเทียบกับ “พินัยกรรม” เมื่อเกิดข้อสงสัย บุคคลที่ 3 (ผู้ที่ถูกขอให้ปฏิบัติตามพินัยกรรม) ยังให้ศาลเป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจว่า “พินัยกรรมนั้นแท้จริงหรือไม่” ดังนั้น ในทางปฏิบัติจึงไม่มีแพทย์ท่านใดกล้าตัดสินใจว่า “พินัยกรรมแห่งชีวิตนั้นมีอยู่จริง” แต่แพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์จะต้องรีบทำการกู้ชีพให้แก่ผู้ป่วยตามหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพเสียก่อนและโดยทันทีเสียด้วย จึงเท่ากับว่า “พินัยกรรมแห่งชีวิตนั้นไม่มีผลบังคับ (เป็นหมัน)” นั่นเอง

**แนวทางการแก้ไขปัญหาที่จะทำให้พินัยกรรมแห่งชีวิต มีผล (ไม่เป็นหมัน)**

แนวทางการแก้ไข หมายถึง การที่ทำให้พินัยกรรมเป็นพินัยกรรมแห่งชีวิตมีผลเมื่อถึงคราวที่ต้องการให้มันมีผล อาทิ หลักในการกระทำได้ดังนี้ คือ

**1. ต้องทำในรูปแบบที่น่าเชื่อถือ** (เนื่องจากขณะนี้ยังไม่มีรูปแบบที่แน่นอนเพราะรูปแบบที่สำนักงานสุขภาพแห่งชาติเสนอออกมานั้น ในขณะนี้มิได้ถูกนำมาใช้)

เนื่องจาก “แบบของพินัยกรรมแห่งชีวิต” มิได้มีกำหนดไว้เป็นกฎหมายเช่นเดียวกับ “พินัยกรรม” ที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์<sup>10</sup> ซึ่งมีถึง 7 แบบ และหากทำตามแบบหนึ่งแบบใดก็ย่อมถือว่า “สมบูรณ์” แล้ว แต่แม้กระนั้นก็ยังเกิดปัญหาขึ้นได้ ตัวอย่างในแบบที่ทำกันอยู่เป็นประจำ เช่น การทำแบบ “เขียนเองทั้งฉบับ” หรือ การทำแบบ “วันเดือนปี (แบบปกติ)”

ก็ยิ่งเกิดปัญหาขึ้นถึง “ความน่าเชื่อถือ” ได้ เพราะไม่เชื่อว่ามีกรเขียนหรือทำพินัยกรรมไว้จริงนั่นเอง

ดังนั้น “พินัยกรรมแห่งชีวิต” ที่มีได้กำหนดรูปแบบไว้ จึงทำให้ผู้ที่จะต้องปฏิบัติตาม “เกิดความไม่แน่ใจ” หรือ “เกิดความลังเล” ว่า จะปฏิบัติตามนี้หรือไม่ เพราะการปฏิบัติตามที่ระบุไว้ในเนื้อแห่งพินัยกรรมแห่งชีวิตคือ “สิ่งซึ่งตเว้นการที่จะต้องกระทำเพื่อการช่วยชีวิต” แท้ที่จริงจึงเข้าข่ายความผิดตามบทบัญญัติต่าง ๆ แห่งกฎหมาย และที่ชัดเจนคือ มาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายอาญานั้นเอง ผลที่ตามมาคือ “โทษตามกฎหมายเหล่านั้น” แม้ว่าโทษทั่วไปจะไม่รุนแรงอย่างในมาตรา 374 จะเป็นเพียง “ลหุโทษ” คือ จำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ<sup>8</sup> แต่ก็ทำให้ผู้ใดที่ต้องโทษหรือถูกฟ้องร้องในบทบัญญัติแห่งกฎหมายนี้ “ไม่สบายใจเป็นแน่แท้”

แล้วรูปแบบที่น่าเชื่อถือเป็นอย่างไร และมีหรือไม่ สำหรับคำตอบนี้จะเห็นได้ว่า “ไม่มีความชัดเจน” ดังนั้น การที่จะใช้ “รูปแบบ” เป็นตัวชี้วัดว่าจะเกิดความสมบูรณ์ และ/หรือ “ความสมหวัง” แก่ผู้กระทำนั้นคงไม่อาจคาดหวังได้ จึงจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยที่ตามมาเป็นสำคัญ

## 2. ต้องทำโดยบุคคลที่น่าเชื่อถือ

หมายความว่า พินัยกรรมแห่งชีวิตนั้นสมควรกระทำโดยผู้ซึ่งรู้จักโดย “ผู้ที่จะให้มีผลใช้บังคับต่อ” นั่นคือ แพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติตามพินัยกรรมแห่งชีวิต เพราะเชื่อว่าเป็นพินัยกรรมแห่งชีวิตฉบับแท้จริง เช่น กระทำโดยแพทย์ที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จัก หรือเป็นอาจารย์แพทย์ในโรงเรียนแพทย์ เป็นต้น หรืออย่างน้อยที่สุดต้องกระทำโดยแพทย์ในสถานพยาบาล และมีสิ่งที่ยืนยันว่าได้กระทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลด้วย เช่น การที่มีการประทับตราของสถานพยาบาลเป็นสำคัญ

## 3. ต้องทำในสถานที่ที่น่าเชื่อถือ

สถานที่ที่น่าเชื่อถือ หมายความว่า สถานที่ที่ทำแล้วจะทำให้ผู้ที่จะต้องปฏิบัติตามเชื่อถือว่า “มีการทำจริง” ซึ่งจะทำให้เขาปฏิบัติตาม เนื่องจากผลที่ผู้กระทำต้องการนั้นคือ ให้แพทย์ และ/หรือ บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติ (หรือปฏิบัติตาม) ดังนั้น สถานที่ที่สมควรทำพินัยกรรมแห่งชีวิตก็คือ “โรงพยาบาล” นั่นเอง และหากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีชื่อเสียงย่อมทำให้เป็นที่น่าเชื่อถือไปด้วย

เหตุผลที่การทำพินัยกรรมแห่งชีวิต ณ สถานพยาบาล (โรงพยาบาล) ขนาดใหญ่และมีชื่อเสียงจะทำให้เกิดผลได้มากกว่าก็คือ

ก. โรงพยาบาลขนาดใหญ่และมีชื่อเสียงย่อมเป็นที่รู้จักกันในวงการแพทย์ และยิ่งหากเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน เช่น HA หรือ JCIA ด้วยแล้ว ย่อมเป็นการเสริมความน่าเชื่อถือขึ้นไปอีกด้วย ทั้งนี้หากเปรียบเทียบการทำพินัยกรรมแห่งชีวิตในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลหรือคลินิกขนาดเล็ก ย่อมทำให้ไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ

ข. หากเกิดข้อสงสัยย่อมสามารถสอบถามได้จากผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมในการทำพินัยกรรมนั้นได้โดยง่าย เนื่องจากในวงการแพทย์ สำหรับแพทย์เองแม้ว่าจะมีแพทย์ (ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม) อยู่กว่า 50,000 คน แต่ผู้ที่จะเกี่ยวข้องกับการทำ “พินัยกรรมแห่งชีวิต” มักมีอยู่ในวงจำกัดและมักเป็นที่รู้จักกัน ยิ่งเป็นสถานพยาบาลใหญ่หรือโรงเรียนแพทย์ด้วยแล้ว ยิ่งทำให้ทราบถึงผู้ที่ทำพินัยกรรมได้เป็นอย่างดี และเมื่อเกิดข้อสงสัยขึ้น ย่อมสามารถสอบถามผู้ที่มีส่วนร่วมในการกระทำพินัยกรรมฉบับนั้น ๆ ได้ง่าย และทำให้ผู้ที่ได้รับทราบเข้าใจ และในที่สุดก็จะเป็นไปตามสิ่งที่ระบุไว้ใน “พินัยกรรมแห่งชีวิต”

## สรุป

การทำพินัยกรรมแห่งชีวิตมิได้หมายความว่า “ได้มีการทำพินัยกรรมแห่งชีวิตไว้แล้ว” ก็เป็นการอุ่นใจได้ว่าจะต้องเป็นไปตามสิ่งที่ตนเองต้องการ (ในบั้นปลายแห่งชีวิต) เพราะพินัยกรรมแห่งชีวิตที่สร้างขึ้นนั้นก็เพื่อ “ให้มีผลต่อผู้อื่นให้กระทำต่อตน (ในที่นี้คือไม่ต้องมากระทำการใด ๆ กับตน) โดยให้มีผลต่อแพทย์ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ให้ทำตามเนื้อหาที่ระบุไว้ในพินัยกรรมฯ” และจะมีผลอะไร หากได้ทำพินัยกรรมแห่งชีวิตที่สร้างขึ้นแล้วแต่กลับไม่มีผลบังคับเมื่อถึงคราวที่ต้องการให้มีผลบังคับ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ “ไม่ทำเสียดีกว่านั่นเอง” ดังนั้น การทำพินัยกรรมแห่งชีวิตจึงต้องพิถีพิถันเป็นอย่างยิ่งไม่น้อยไปกว่าการทำพินัยกรรมตามปกติ

## เอกสารอ้างอิง

- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124/ตอนที่ 16 ก/หน้า 1/19 มีนาคม พ.ศ. 2550.
- ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ลงวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2554. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 ตอนพิเศษ 56 ง วันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 หน้า 13-15.
- กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 127 ตอนที่ 65 ก วันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2553 หน้า 18-22.
- คำสั่งกรมการแพทย์ที่ 28/2555 ลงวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2555. เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานศึกษาผลกระทบตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553
- คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และ คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2542.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124/ตอนที่ 16 ก/หน้า 1/19 มีนาคม พ.ศ. 2550.
- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125 ตอนที่ 44 ก. วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2551.
- ประมวลกฎหมายอาญา. <http://legal-informatics.org/file/3.pdf>
- เรื่องเสรีจที่ 250/2546. บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. เรื่อง การปฏิเสธการถ่ายเลือดของกลุ่มศาสนาคริสต์นิกายพระเยซูชา. มีนาคม พ.ศ. 2546.
- ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB03/%BB03-20-9999-update.pdf>



# คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมอง

## ความหวังใหม่เพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต

สำหรับผู้สูงอายุแล้ว ภาวะบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยที่กระทบกระเทือนต่อการทำงานของสมองมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง “อัมพฤกษ์ อัมพาต” ได้โดยไม่ทันตั้งตัว ความหวังในการรักษาโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ยังถูกพูดถึงอย่างต่อเนื่อง



**นพ.นที รักษาวารรณ แพทย์โรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โรงพยาบาลกรุงเทพ** ยอมรับว่า ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตหลายราย ต้องใช้ชีวิตอยู่ทั้งที่ขยับร่างกายไม่ได้ครึ่งซีก มีปัญหาการพูด การกลืน ซึ่งที่ผ่านมามีการรักษาทำได้เพียงกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูให้กล้ามเนื้อกลับมาใช้งานได้อีกครั้ง แม้จะไม่ดีเท่าเดิม 100% โดยในช่วง 20 ปี

ที่ผ่านมา ทีมแพทย์และนักวิจัยจากประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนา**เทคนิค Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)** เพื่อรักษาความผิดปกติของสมองด้วยการกระตุ้นสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กยิงเข้าไปยังสมอง เพื่อปรับการทำงานของสมองจากที่ผิดปกติซึ่งโดยเหินยวนำให้เกิดกระแสไฟฟ้าที่สร้างจากสนามแม่เหล็ก ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ความพยายามรักษาความผิดปกติของสมองด้วยการใช้สนามแม่เหล็กถูกพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่นานมานี้ค้นคว้าจะค้นเคยกกับการฝังแบตเตอรี่ไฟฟ้ากระตุ้นสมองเพื่อรักษาโรคพาร์กินสัน แต่วันนี้เทคโนโลยีในปัจจุบันสามารถรักษาความผิดปกติของสมองโดยไม่จำเป็นต้องผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ [Non Invasive Brain Stimulation (NIBS) Service] ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายไปได้มาก ปัจจุบันเทคนิค rTMS ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (US FDA) ให้ใช้เป็นการรักษามาตรฐานใน 2 โรค ได้แก่ คนไข้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อยาต้านอาการซึมเศร้า และในคนไข้ที่มีอาการปวดหัวไมเกรนแบบมีอาการนำ แต่เทคนิคดังกล่าวถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยระบบประสาท คนไข้โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรืออ่อนแรงครึ่งซีก อาการปวดที่หน้า ปากครึ่งซีก โรคลมชัก และโรคทางจิตเวช ดิเดนนูหรือ ประสาทหลอน












ออทิสติก โดยใน 1 ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลกรุงเทพได้นำเทคโนโลยี rTMS เข้ามาให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการทางเลือกในการรักษาความผิดปกติทางสมองและไขสันหลัง อัมพฤกษ์อัมพาตครึ่งซีก และอาการผิดปกติทางจิตเวช

เทคโนโลยี rTMS ในประเทศไทย โรงพยาบาลกรุงเทพได้ศึกษาและพัฒนาเทคนิคการใช้งานและการให้บริการ Non Invasive Brain Stimulation (NIBS) Service จนมีความชำนาญ สามารถวินิจฉัยและออกแบบการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายที่แตกต่างกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เทคโนโลยีนี้ยังเป็นเรื่องใหม่มากรสำหรับประเทศไทย แต่เป็นแนวทางที่การแพทย์ทั่วโลกยอมรับ โดยอาศัยเทคนิคการสร้างสนามไฟฟ้าในสมองโดยอาศัยการยิงคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเป็นชุด ๆ ผ่านกะโหลกศีรษะ เพื่อให้ไฟฟ้ากระแสตรงช่วยเหินยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในของสมองตามแนวทาง neuroplasticity ซึ่งเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของสมองเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของการเชื่อมต่อของใยประสาท (synapse) และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถปรับแก้ได้โดยการสร้างสนามไฟฟ้าให้เกิดขึ้นในสมอง การเริ่มต้นรักษา “เริ่มจากสร้างภาพสมองด้วยเครื่อง MRI แล้วนำมาใช้ในการวางตำแหน่งขดลวดเพื่อกระตุ้นการรักษาด้วยเทคนิค rTMS จำเป็นต้องทำควบคู่กับการทำกายภาพบำบัด ซึ่งผลการรักษาช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดีขึ้นกว่า 50-60%



**นพ.นที** กล่าวว่า การยิงคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเป็นชุด ๆ เข้าไปยังสมองจะช่วยคนไข้ที่มีภาวะบาดเจ็บของสมองและไขสันหลังเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมองทั้งแบบกระตุ้นและแบบยับยั้งในแต่ละโรคที่มีความแตกต่างกันไป การรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายจะขึ้นอยู่กับความผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์บางรายอาจต้องมาใช้เครื่อง rTMS รักษาต่อเนื่องจนจบคอร์สนานอย่างน้อย 10-14 ครั้งจึงจะเห็นผลของการรักษา อย่างไรก็ตาม วันนี้การรักษาด้วย rTMS เริ่มต้นจากโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากความผิดปกติของสมอง โดยได้รับความสนใจจากผู้ป่วยชาวต่างชาติที่มีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีนี้มาก่อนแล้ว โดยในอนาคตการรักษาด้วย rTMS ในประเทศไทยคาดว่าจะขยายไปยังโรคอื่นเพิ่มเติม เช่น โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตเวช โรคปวดศีรษะข้างเดียว โรคลมชัก ปวดเรื้อรัง หรือไมเกรนที่มีอาการนำ รวมถึงความผิดปกติของสมองในเด็กก็สามารถรักษาได้ด้วย

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
12-13 มีนาคม 2558 	ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	CU-EYE IMAGING CONFERENCE (CUEI) "ALL ABOUT IMAGING IN THE EYE" ณ ห้องประชุมพรหมทัตตเวที ชั้น 3 อาคาร อปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โทรศัพท์ 0-2256-4142 ต่อ 0 www.ChulaOphthalmology.org
17-20 มีนาคม 2558 	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	งานประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 "Common & Rare Items in OB-GYN 2015" ณ ห้องประชุมราชปนัดดาสิรินธร ชั้น 1-2 และห้องประชุมอวย เกตุสิงห์ อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 1-3 โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-4638, 08-4375-9490 โทรสาร 0-2419-4780 E-mail: sianrn@hotmail.com www.sirirajconference.com
19 มีนาคม 2558 	ชมรมกุมารแพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคม แพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	การประชุม Fetal Echocardiogram: From Basic to Update ณ ห้องกลมพร โรงแรมเดอะสุโกศล กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-0060-5 โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: o_thaiheart@hotmail.co.th www.thaiheart.org
19-21 มีนาคม 2558 	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์ แห่งประเทศไทย และรังสีวิทยา สมาคมแห่งประเทศไทย	52 <sup>nd</sup> RCRT Scientific Meeting "Emergency Radiology: Right time-Right Now" ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาซ่า ลาดพร้าว กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5963 โทรสาร 0-2716-5964 E-mail: thercrt@gmail.com www.rcrt.or.th http://meeting2015.rcrt.or.th
25-27 มีนาคม 2558 	ชมรมโรคระบบหายใจและ เวชบำบัดวิกฤตในเด็ก แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 "Pediatric Critical Care: The Essentials" ณ อาคาร อปร. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2201-1649, 0-2201-1727, 08-9158-5183 E-mail: cherygunner@gmail.com www.thaipedlung.org
26-27 มีนาคม 2558 	ชมรมต้อกระจกและแก้ไข สายตาผิดปกติแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี "Cataract Day 2015" ณ โรงแรม เดอะสุโกศล กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-0715-6 โทรสาร 0-2718-0717 www.rcopt.org
26-29 มีนาคม 2558 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการครั้งที่ 31 "Medicine beyond Frontiers: Towards a healthier AEC" ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ แอนด์ บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอทเซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6744, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: rcpt.annual@rcpt.org, rcptmail@gmail.com www.rcpt.org
28-29 มีนาคม 2558 	สาขาวิชาศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับชมรมศัลยแพทย์ต่อมไร้ท่อ แห่งประเทศไทย	The 9 <sup>th</sup> HNB Seminar 2015 "Difficult Issues in Head, Neck and Breast Surgery" ณ ห้องประชุมอภิตยสารทิดิคุณ ดิถุสยามินทร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-8016 E-mail: su.r2543@gmail.com www.sirirajconference.com
22-24 เมษายน 2558 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2558 "www.wonderwoman @rtcog.or.th" ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5721-22 โทรสาร 0-2716-5720 E-mail: pr_rtcog@rtcog.or.th, sc_rtcog@rtcog.or.th www.rtcog.or.th

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มกองการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 188 โทรสาร 0-2435-2345 ต่อ 181  
บริษัท สสพสาร จำกัด 71/17 ถนนบรมราชชนนี แขวงจตุรรมุข เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp\_14\_dna@hotmail.com

## Highlight International Congress 2015

Date	Title	City	Country	Contact
15-17 April 2015 	IMF-INTERNATIONAL MEDICAL FORUM	Kiev	Ukraine	<a href="http://medforum.in.ua/en/about-project">http://medforum.in.ua/en/about-project</a>
15-18 April 2015 	ADI 2015-30 <sup>th</sup> International Conference of Alzheimer's Disease International	Perth	Australia	<a href="http://www.alzint.org">www.alzint.org</a>
16-17 April 2015 	Burjeel Medicine Update Conference	Abu Dhabi	United Arab Emirates	<a href="http://menaconf.com/index.php?cmd=cms__view&amp;article_id=703">http://menaconf.com/index.php?cmd=cms__view&amp;article_id=703</a>
16-18 April 2015 	HIV Drug Therapy in the Americas 2015	Mexico City	Mexico	<a href="http://www.hivamericas.org">www.hivamericas.org</a>
16-18 April 2015 	VS-Venous Symposium	New York	United States of America	<a href="http://venous-symposium.com">http://venous-symposium.com</a>
17-20 April 2015 	CIPD 2015-IV International Congress of Dual Pathology	Barcelona	Spain	<a href="http://www.cipd2015.com">www.cipd2015.com</a>
21-23 April 2015 	Drug Discovery Chemistry	San Diego	United States of America	<a href="http://www.drugdiscoverychemistry.com">www.drugdiscoverychemistry.com</a>
22 April 2015 	Electronic Prescribing In Hospitals: Moving Forward	London	United Kingdom	<a href="http://www.healthcareconferencesuk.co.uk/electronic-prescribing-in-hospitals-epma-eprescribing">www.healthcareconferencesuk.co.uk/electronic-prescribing-in-hospitals-epma-eprescribing</a>
22-26 April 2015 	SG-ANZICS 2015-3 <sup>rd</sup> SG-ANZICS Intensive Care Forum 2015	Suntec Convention Centre	Singapore	<a href="http://www.sg-anzics.com">www.sg-anzics.com</a>

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](mailto: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



## แอปตรวจสอบมาตรฐานรถฉุกเฉิน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จัดทำแอปพลิเคชัน EMS Certified เพื่อตรวจสอบมาตรฐานและเพื่อสร้างความมั่นใจในบริการรถปฏิบัติการฉุกเฉินและรถกู้ชีพฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน โดยโทรศัพท์เคลื่อนที่ในระบบ IOS สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <https://itunes.apple.com/th/app/emscertified/id906291602?l=th&mt=8> ส่วนโทรศัพท์เคลื่อนที่ในระบบ Android สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <https://play.google.com/store/apps/details?id=app.akexorcist.barcodescanner>

## แฟลชไดรฟ์ ยูเอสบี ปีมะแม



แฟลชไดรฟ์ ยูเอสบี ที่มาพร้อมแพ็คเกจรูป 8 เหลี่ยมและกล่องที่เป็นเอกลักษณ์โดดเด่น เพื่อเป็นการเฉลิมฉลองปีมะแมและเทศกาลตรุษจีน ด้วยความจุ 16 GB วัสดุยางที่แข็งแรง คงทน รองรับหลากหลายระบบปฏิบัติการ เช่น Windows® 8.1, Windows 8, Windows 7, Windows Vista®, Mac OS X v.10.6.x+, Linux v.2.6.x+ รับประกันสินค้า 5 ปี และสนับสนุนทางด้านเทคนิคฟรี

## ลำโพงดีไซน์สวยล้ำ

ลำโพงรุ่น WAM7500 แบบตั้งพื้น และรุ่น WAM6500 แบบพกพา พร้อมแบตเตอรี่ ผลิตจากวัสดุคุณภาพสูง กระจายเสียงได้ 360 องศา ด้วยเทคโนโลยี Ring Radiator ที่สร้างเสียงหนักแน่น ด้วยเสียงเบสและก้องกังวานด้วยเสียงแหลม แต่ถูกผสมเสียงให้ออกมาได้อย่างสมดุล สามารถเชื่อมต่อกับทีวี ซาวด์บาร์ และอุปกรณ์พกพาต่าง ๆ และยังถูกออกแบบมาให้มีรูปลักษณ์ที่สอดคล้องกับการตกแต่งภายในบ้านทุกรูปแบบ



## [ Book Shop ]

### สมเด็จพระพุฒาจารย์ (โต พรหมรังสี) มหาเถระผู้ทรงคุณวิเศษ

ผู้เรียบเรียง : นพธัญ แสงไชย  
สำนักพิมพ์อมรินทร์ธรรมะ ราคา 149 บาท

เรื่องราวของบุคคลผู้เป็นเลิศ ถือเป็นแบบอย่างที่คุณคนควรศึกษาและนำมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในชีวิตทั้งประวัติ เหตุการณ์สำคัญ ประสบการณ์ในการปฏิบัติธรรม ข้อปฏิบัติอันเป็นแบบอย่าง และหลักธรรมคำสอนของครูบาอาจารย์

สมเด็จพระพุฒาจารย์ (โต พรหมรังสี) มหาเถระผู้ทรงคุณวิเศษ เป็นเสมือนตำนานพระมหาเถระที่มีตัวตนอยู่จริง ๆ ในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น ภาพถ่ายของท่านเป็นที่จดจำ ยากจะลืมเลือน สมเด็จพระพุฒาจารย์มีมรดกตกทอดที่เป็นเรื่องราวอันน่าเหลือเชื่อ ไม่ว่าจะชาติกำเนิดอันคลุมเครือ ลึกลับ และสูงส่ง ไม่ว่าจะเป็นการค้นพบบทสวดมนต์ภาษาบาลีที่โด่งดังที่สุดบทหนึ่งในประเทศไทย “ชินบัญชร” รวมถึงพระเครื่องสำคัญซึ่งโด่งดังระดับโลก ทุกเรื่องราวหล่อหลอมให้ท่านเป็นพระเถระอาจารย์ที่เป็นที่รู้จักมากที่สุดรูปหนึ่งในประเทศไทย

“สมเด็จพระพุฒาจารย์ผู้ทรงคุณวิเศษ” เป็นหนึ่งในหนังสือชุด สุดยอดสงฆ์ ซึ่งประกอบไปด้วยเรื่องราวของครูบาอาจารย์องค์สำคัญของประเทศไทย อ่านคำสอนในหนังสือชุดนี้แล้วนอกจากจะเป็นสิริมงคลแก่ชีวิต การเรียนรู้และปฏิบัติตามอาจนำไปสู่ความหลุดพ้น สิ้นสุดความทุกข์ทั้งปวงเจกชนที่ครูบาอาจารย์ทั้งหลายได้กระทำไว้ให้เห็นเป็นแบบอย่างแล้ว



## แค่เปลี่ยนชุด มนุษย์ก็เปลี่ยนไป

ผู้เขียน : ฐิติขวัญ เหลี่ยมศิริวัฒนา  
สำนักพิมพ์อมรินทร์ธรรมะ ราคา 175 บาท

10 เรื่องราวของผู้ชายธรรมดาที่ถูกผ้าวิเศษเสกให้เป็นยอดคน หนังสือเล่มนี้รวมเรื่องราวเด็ด ๆ ของชีวิต “พระใหม่” ที่บวชปีล่าสุดกับ “พระอาจารย์นวลจันทร์ กิตติปัญโญ” เจาะเบื้องลึกเบื้องหลังชีวิตคนหนุ่มรุ่นใหม่ที่ล้วนแต่มาแก้ปัญหา กิเลสหนา และบ้าพลัง อาทิ พระหนุ่มลูกครึ่งเยอรมันขวัญใจญาติโยมที่ขึ้นเทศน์เมื่อไหร่เป็นต้องโดนใจทุกธรรมมาสน์, ลูกชายพระลามะจากลิกซิมที่มาบวชกับพระไทยและเข้าใจธรรมะได้โดยไม่ต้องพึ่งภาษาพูด, หนุ่มลูกครึ่งอังกฤษที่พลิกชีวิตจากขี้ยามาหาพระพุทธศาสนาได้ด้วยตัวเอง, 4 “เสือ” ที่ผ่านชีวิตด้านมืดมาแล้วทุกอย่างทั้งสุรา ยา นารี และมีคดีติดตัวมาครบทุกคน และอื่น ๆ อีกมากมายที่คัดสรรมาอย่างดีแล้ว ร่วมเรียนรู้บทเรียนชีวิตที่พลิกได้ด้วยธรรมไปพร้อม ๆ กับพวกเขาในหนังสือเล่มนี้



## เลี้ยงรับรอง

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ในการเลี้ยงรับรองอาหารค่ำเพื่อเป็นเกียรติแก่ ศ.อากิระ เอ็นโด และ ศ.นพ.โดนัลด์ เอ เฮนเดอร์สัน ผู้ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2557 และคู่สมรส ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ โดยมีผู้บริหารระดับสูง ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมงานเลี้ยงด้วย ณ โรงแรมแมนดาริน โอเรียนเต็ล บางรัก กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



## แสดงความยินดี

ศ.นพ.จอมจักร จันทรสกุล และ ดร.ลักขณา ลีละยุทธโยธิน กรรมการ บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ร่วมแสดงความยินดีกับ รศ.ดร.นพ.กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, รศ.นพ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ดร.สรัญญา แก้วประเสริฐ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล และ น.ส.สุชาดา จาปะเกษตร์ โรงพยาบาลพุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา ที่ได้รับ “รางวัลทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด” 2014 ณ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย เมื่อไม่นานมานี้



## ตอกย้ำความสำเร็จ

นพ.วิโรจน์ ตระการวิจิตร ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลนครธน เป็นตัวแทนรับ “รางวัลบริการทางการแพทย์ยอดเยี่ยม Hospital Quality Award 2014 ระดับ Platinum” ต่อเนื่องเป็นปีที่ 3 จาก บริษัท เอไอเอ จำกัด นับเป็นอีกหนึ่ง ความภาคภูมิใจ และตอกย้ำความสำเร็จในการพัฒนาการรักษาและบริการให้ก้าวไกล ไปอีกระดับหนึ่ง โดยมี คุณเบญจวรรณ สุขจรรยากุล รองผู้อำนวยการฝ่ายการเงิน และบัญชี และ คุณปิยะเดช ทองสีมา ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร โรงพยาบาล นครธน เข้าร่วมงานดังกล่าว ณ เอไอเอ เทรนนิ่ง เซ็นเตอร์ สาทร เมื่อไม่นานมานี้



## ชนะเลิศนวัตกรรม

ทีมนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ คิววาร์รางวัลชนะเลิศ ผลงานนวัตกรรมเรื่อง “แอปพลิเคชันการป้องกันมะเร็งเต้านม และการฟื้นฟูสุขภาพ หลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม” แอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้ป้องกันมะเร็งเต้านมผ่าน SMART PHONE ในโครงการ “คนรุ่นใหม่ร่วมใจต้านภัยมะเร็งเต้านม ปีที่ 1” กิจกรรม การรณรงค์ป้องกันและสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสถาบันมะเร็ง แห่งชาติ ร่วมกับ บริษัท ไอ.ซี.ซี. อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล จำกัด (มหาชน) ผู้จัดการหน่วย ผลิตภัณฑ์วาโก้ ณ ลานอีเดน ชั้น 2 ศูนย์การค้าเซ็นทรัลเวิลด์ เมื่อไม่นานมานี้



## ชูความเป็นเลิศ

พญ.นิศารัตน์ ใจดี ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท นำทีมคณะสื่อมวลชนร่วมงาน “Love your Liver...Live Longer” ณ บูราน โริสอร์ท สวนผึ้ง จ.ราชบุรี ชูความเป็นเลิศด้านโรคตับและทางเดินอาหาร โดยได้เรียนเชิญ นพ.ณัฐวุฒิ ศิริมนตราภรณ์ แพทย์อายุรกรรม ผู้เชี่ยวชาญโรคตับและทางเดิน อาหาร โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท มาให้ความรู้เกี่ยวกับโรคตับ วิธีการดูแลรักษาแบบองค์รวมและการรักษาโดยการเปลี่ยนตับ พร้อมร่วมสนทนาประสบการณ์จาก คนไข้ตัวจริงที่ได้รับการเปลี่ยนตับ โดย คุณเพ็ญศรี แซ่โค้ว เจ้าของบูราน โริสอร์ท สวนผึ้ง จ.ราชบุรี เมื่อไม่นานมานี้



# วาระการแพทย์ 2558

## สัญจรทั่วไทย

วาระการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวาระการแพทย์สัญจร  
ทั่วไทย 2558 ได้นำวาระการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ  
ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวาระการแพทย์ให้แก่แพทย์  
ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคอีสาน ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ  
เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ร.พ.โนนคูณ จ.ศรีสะเกษ



ร.พ.ปทุมราชวงศา จ.อำนาจเจริญ



ร.พ.เมืองบุรีรัมย์ จ.ศรีสะเกษ



ร.พ.บุรณบุรีรัมย์ จ.อุบลราชธานี





## วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



## วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ:  
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาในทุกด้าน  
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](http://www.wongkarnpat.com)  
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน**

Website Adviser  
Medical  
Magazine Online



[www.wongkarnpat.com](http://www.wongkarnpat.com)  
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

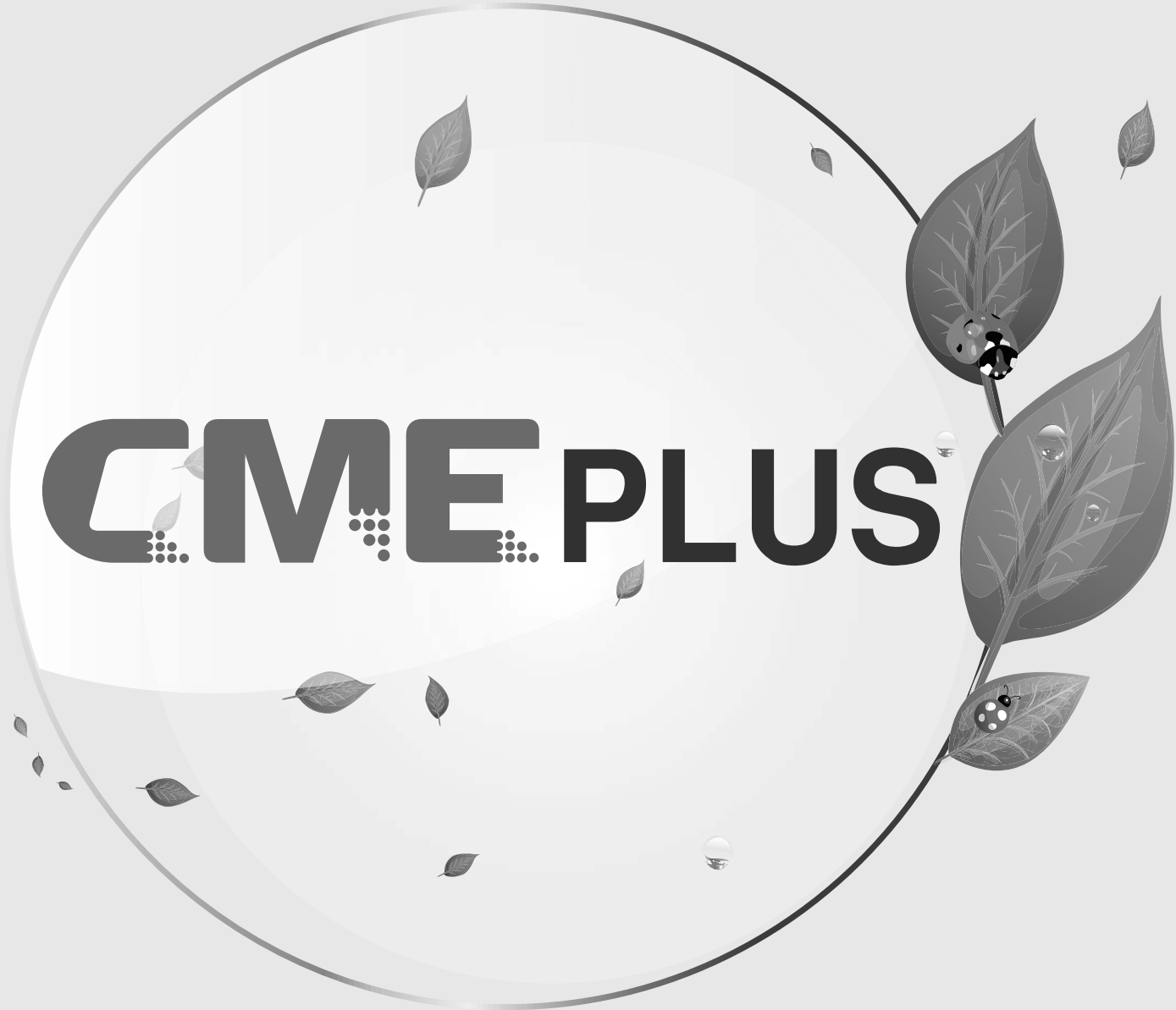
ธนาคารตี สั่งจ่าย ปณ.ตลิ่งชัน 10170  ตัวแลกเงิน  
 เช็คขีดคร่อม A/C PAYEE ONLY สั่งจ่ายในนาม บ.สรรพสาร จก.  
 เชื่อกับธนาคาร .....สาขา.....เลขที่เช็ค.....  
 โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.  
 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาทีโอปัส ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4  
 ธนาคารกรุงเทพ สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

**สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก.**  
 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงจตุรรมนรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700  
 โทร. 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

**หมายเหตุ**  
 1. ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร  
 กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน  
 (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย  
 2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน  
 พร้อมระบุหมายเลขที่สมาชิกให้ท่าน  
 หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระ  
 ค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว  
 3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถ  
 ชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต  
 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

CONTINUING MEDICAL EDUCATION



**CME PLUS**

# ศูนย์ประชุมพีช ผู้นำด้านสถานที่ จัดงานประชุมและนิทรรศการแห่งเอเชีย



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ [mice@royalcliff.com](mailto:mice@royalcliff.com)

ให้การจัดงานของท่านพิเศษกว่าใคร เพียงบอกรหัส **WKP15** รับทันทีข้อเสนอพิเศษจากเรา



**PEACH**  
PATTAYA EXHIBITION AND  
CONVENTION HALL

BEST CONVENTION  
HOTEL IN THAILAND  
BY INTERNATIONAL  
HOTEL AWARDS  
in association with  
**HSBC**  
★★★★★

## เต็มเต็มทุกความต้องการ ในการจัดงานทุกรูปแบบ ด้วยมาตรฐานระดับนานาชาติ

- พื้นที่จัดงาน 15,000 ตรม.
- Hall: 10,000 ที่นั่ง
- Grand Ballroom : 2,000 ที่นั่ง
- ห้องประชุมย่อย 53 ห้อง
- 11 ห้องอาหารรับประกันด้วยรางวัล
- บริการชุดอาหารว่างเมนูสุขภาพเลิศรส
- ธีมจัดงานเลี้ยง และกาสิโนเนอร์
- 1,020 ห้องพักและห้องสวิตเซอร์ระดับ  
ห้าดาว เพียงไม่กี่ก้าวจากศูนย์ประชุม
- ระบบภาพ แสง สี เสียงครบครัน
- ห้องครัวเอนกประสงค์ภายในศูนย์ประชุม
- บริหารงานอย่างมืออาชีพจาก  
ประสบการณ์ในด้าน MICE กว่า 30 ปี

**PEACH**  
PATTAYA EXHIBITION AND  
CONVENTION HALL



**ROYAL CLIFF HOTELS GROUP**  
THE STATE OF EXCLUSIVITY & FASCINATION

353 ถ.พระตำหนัก เมืองพัทยา จ. ชลบุรี 20150, ประเทศไทย  
T: (+66 38) 250421 | F: (+66 38) 250511  
[www.peachthailand.com](http://www.peachthailand.com) | [www.royalcliff.com](http://www.royalcliff.com)

## คู่มือเพื่อการซื้อ-ขาย บริการธุรกิจแวดวงยานยนต์ครบวงจร

นิตยสารที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารเพื่อเป็นคู่มือการตัดสินใจซื้อ-ขาย รถยนต์ที่ใหม่และค่า  
และแวดวงยานยนต์ที่ทันสมัย น่าติดตาม

facebook [@taatsn-rodcyber](#)  
Google [taatsn-rodcyber](#)



- Test Drive
- Off-road
- Motor Sport
- Modify
- It's Sport
- Scoop
- On Tour
- Law in Life
- Concept Car
- Car Care
- Special รถแต่ง
- Classic Car

วางแผนทุกเช้าวันอังคาร

สนใจสอบถามราคาพิเศษติดต่อ

**02-435-2345** ต่อ 119



การประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติ  
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี  
ในโอกาสฉลองพระชนมายุ ๕ รอบ ๒ เมษายน ๒๕๕๘



การประชุมวิชาการร่วมคณะแพทยศาสตร์สามสถาบัน พ.ศ. ๒๕๕๘:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย - รามบhorn - ศิริราช

**Joint Conference in Medical Sciences 2015:**

**Chula - Rama - Siriraj**



**JCMS 2015**

**Health Equity through Innovation and Collaboration**

วันที่ ๔ - ๖ มิถุนายน ๒๕๕๘

ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ



ลงทะเบียนออนไลน์ตั้งแต่วันนี้ถึงวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๘

รายละเอียดเพิ่มเติม [www.jcms2015.com](http://www.jcms2015.com)

ผู้สนับสนุนหลักการจัดประชุมวิชาการ JCMS 2015



ผู้สนับสนุนการจัดพิมพ์โปสเตอร์

