

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

ปีที่ 17 ฉบับ 440 ประจำวันที่ 16-30 มิถุนายน พ.ศ. 2558



ผู้สูงอายุไทย
สูงวัยอย่างทรงพลัง

สำหรับผู้อ่านฉบับนี้ทางกรมกานัน

16-30/06/15

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE



เกาะติด
งานประชุม

คณะแพทยศาสตร์ มธ.
จัดประชุมอายุรศาสตร์
ประจำปี 2558

รายงานพิเศษ เด็กไทยห่างไกลไวรัสโรต้า

Radar

นวัตกรรม 3D Printing
เทคโนโลยีการพิมพ์แบบสามมิติ
อีกก้าวหนึ่งของการช่วยดูแลผู้ป่วย

ทุกฉบับเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์
โดยทีมงานคุณภาพ

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



กด



ได้ที

www.facebook.com/วงการแพทย์

WE'RE TAKING A
STAND AGAINST
INFLUENZA



Influenza protection

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา
Further information is available on request from Sanofi Pasteur Ltd.
Tel.: 02-264-9999 Fax: 02-264-8800 www.sanofi-pasteurthailand.com
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขท 703/2556

NAME : Vaxigrip, suspension for injection, inactivated influenza vaccine (split vaccine), 1 prophylaxis of influenza, especially in those who run an increased risk of associated complication.
CA : Hypersensitivity to the active substance to any of the excipients, eggs, chicken proteins, neomycin, formaldehyde and octadecyl, immunization should be postponed in patients with febrile illness or acute infection. All : Local reactions are redness, swelling, pain, induration and systemic reactions are fever and malaise. These reactions usually disappear within 1-2 days without treatment. Storage : The product should be stored at 2-8 °C.

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

Prevention starts with you!

SANOFI PASTEUR

กว่าจะเป็นยา

วงจรการผลิตยาตามสูตรตำรับ และมาตรฐานคุณภาพทุกขั้นตอน

“โรคยา ปรมาลาภา” การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ ในปัจจุบันจะเห็นได้ว่าหลาย ๆ คนหันมาดูแลสุขภาพให้ความสำคัญกันมากขึ้น การเลือกอาหารที่ดีมีประโยชน์ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิตใจให้เบิกบานแจ่มใส เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงมีอายุยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี ตรงกันข้ามถ้าหากจะเลย ไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บก็จะถามหา ซึ่งแต่ละโรคก็มีความแตกต่างกันไป หมอที่ตรวจรักษาโรคก็ใช้การวิเคราะห์และแก้ปัญหาแต่ละรายไป โรคบางโรครักษาก็หาย ไม่รักษาก็หาย แต่โรคบางโรคไม่ว่าจะได้รับการรักษาอย่างไรก็ไม่หาย การเลือกยาที่ดีมีคุณภาพก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาอาการของโรคได้

จากกรณีที่มีกระแสข่าวกล่าวอ้างผลิตภัณฑ์ยาที่ผลิตในประเทศหรือยาสามัญที่ใช้อยู่ในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนมีราคาถูก-แพงต่างกัน เนื่องจากผู้ผลิตผลิตยานิดเดียวกัน โดยแบ่งเป็น 2 เกรด โดยยาที่จำหน่ายราคาถูกกว่าผสมแป้งหรือใช้สารอื่นที่ไม่ใช่ตัวยาสำคัญในปริมาณมากเพื่อลดต้นทุน เป็นเหตุให้ไม่มีคุณภาพและประสิทธิภาพในการใช้

นพ.พพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม ได้ให้ข้อมูลว่า ยาที่จำหน่ายในประเทศแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ **1. ยาดั้งเดิม (Original drugs)** คือยาจากผู้ผลิตรายแรกที่คิดค้นสูตรตำรับ เป็นยาที่ผ่านการวิจัยและพัฒนา ซึ่งจะต้องผ่านกรรมวิธีต่าง ๆ มากมายหลายขั้นตอน เริ่มจากการศึกษาวิจัยผ่านกระบวนการทดลอง ซึ่งต้องเริ่มในการศึกษาสารตั้งต้นจำนวนมาก โดยมีการศึกษาว่าตัวใดจะมีคุณสมบัติในการรักษาโรค และก่อนนำมาผลิตเป็นยาจะต้องมีการทดลองกับ

สัตว์ทดลอง และทดลองในมนุษย์ เพื่อให้แน่ใจว่าสารที่วิจัยขึ้นมานั้นมีฤทธิ์ในการรักษาจริง และผลข้างเคียงน้อยที่สุด กว่าที่จะสำเร็จเป็นยาแต่ละตัวได้นั้น ต้องใช้เวลาในการศึกษาวิจัยเป็นสิบปี และต้องใช้เงินลงทุนจำนวนมาก ผู้ผลิตยาดั้งเดิมจะได้รับสิทธิบัตรผูกขาดในการผลิตยาดังกล่าว เมื่อสิทธิบัตรสิ้นสุดลง ผู้ผลิตรายอื่นก็สามารถผลิตยานั้นออก

จำหน่ายได้ ซึ่งส่วนใหญ่ยาดังแบบจะเป็นยาจากประเทศในยุโรปหรือสหรัฐอเมริกา **2. ยาสามัญ (Generic drugs)** คือยาที่มีตัวยาสาคัญเป็นชนิดเดียวกันกับยาดั้งเดิม โดยจะผลิตมาหลังจากยาดั้งเดิมได้รับการรับรองและอนุมัติให้ใช้ในการรักษาโรคแล้ว อาจจะไม่ลอกเลียนสูตรยาดั้งเดิมเมื่อยาเหล่านั้นหมดสิทธิบัตรแล้ว ซึ่งจะลดต้นทุนในการผลิตยาสามัญได้มาก เนื่องจากไม่ได้ทำการศึกษาและวิจัยเอง **ทำให้ยาสามัญมีราคาถูกกว่ายาดั้งเดิมหลายเท่าตัว** เมื่อยาดั้งเดิมหมดสิทธิบัตรแล้ว การนำมาผลิตก็สามารถทำได้ เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงยาของประชาชน แต่ที่**สำคัญคือต้องมีการควบคุมมาตรฐานในการผลิตให้ได้ยาที่มีคุณภาพที่ดี**



สิ่งที่เหมือนกันระหว่างยาดั้งเดิมกับยาสามัญ คือชนิดของตัวยาสำคัญ ขนาดความแรงของยา รูปแบบยา การดูดซึม การออกฤทธิ์ อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา และวิธีการใช้ยา ซึ่งก่อนที่จะจำหน่ายได้ ยาสามัญต้องผ่านการศึกษาคือชีวสมมูล เพื่อทดสอบประสิทธิภาพการรักษาเปรียบเทียบกับยาดั้งเดิม หรือที่เรียกว่า Bioequivalence ก่อน หากยาสามัญที่ผลิตมี Bioequivalence กับยาดั้งเดิมก็จะเป็นหลักประกันอย่างหนึ่งว่า ยาสามัญน่าจะมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจากยาดั้งเดิม

สิ่งที่ต่างกันระหว่างยาดั้งเดิมกับยาสามัญ คือแหล่งที่มาของวัตถุดิบซึ่งอาจเป็นแหล่งเดียวกันหรือคนละแหล่ง แหล่งผลิตยาสารอื่น ๆ ในตำรับที่ไม่ใช่ตัวยาสำคัญ เทคโนโลยีและกรรมวิธีการผลิต ฯลฯ ซึ่งบางครั้งสิ่งที่แตกต่างกันเหล่านี้ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษาได้ผลแตกต่างจากยาดั้งเดิม แม้ว่าจะมีสารออกฤทธิ์เป็นสารชนิดเดียวกันก็ตาม

ดังนั้น โครงสร้างต้นทุนของยาดั้งเดิมจะมีต้นทุนในการพัฒนาวิจัย ต้นทุนวัตถุดิบและบรรจุภัณฑ์ ต้นทุนค่าแรง ค่าใช้จ่ายในการบริหารและการขาย และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งประเทศในยุโรปหรือสหรัฐอเมริกาจะมีค่าใช้จ่ายเหล่านี้สูง

โดยเฉพาะงานวิจัยและพัฒนาจะต้องมีการลงทุนสูง ยาดั้งเดิมจึงตั้งราคาเอาไว้แพงเพื่อให้คุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายที่ต้องลงทุนไป

ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม กล่าวต่อว่า ผลิตภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรมกว่าที่จะมีการผลิตออกสู่ท้องตลาดได้นั้น สถาบันวิจัยและพัฒนาองค์การเภสัชกรรม ได้ทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับเปรียบเทียบกับชีวประสิทธิผลระหว่างผลิตภัณฑ์ยาสามัญและผลิตภัณฑ์ยาดั้งเดิม โดยเปรียบเทียบอัตราการดูดซึมและปริมาณยาที่ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดที่ระยะเวลาต่าง ๆ หลังจากให้ผลิตภัณฑ์ยาทั้ง 2 ตำรับในมนุษย์ เป็นการพิสูจน์ว่ายาสามัญมีความเท่าเทียมกับผลการรักษาด้วยยาดั้งเดิม และสามารถใช้ทดแทนกันได้ ยาสามัญที่องค์การเภสัชกรรมผลิตมีการยื่นขอขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข มีสูตรตำรับที่แน่นอนว่าจะต้องใส่ตัวยาสำคัญ สารประกอบอะไรลงไปเป็นปริมาณเท่าไร วัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตจะต้องผ่านการ Approved source หรือตรวจสอบคุณภาพจากแหล่งวัตถุดิบต่าง ๆ ตามมาตรฐานก่อน ในกระบวนการผลิตนั้นองค์การเภสัชกรรมดำเนินการผลิตยาตามสูตรตำรับทุกประการ ดำเนินการผลิตตามหลักเกณฑ์ที่ดีในการผลิตยา หรือ GMP ซึ่งปัจจุบันเป็นเกณฑ์มาตรฐานสากล GMP-PIC/S ที่จะต้องผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐานทุกหัวข้อที่เข้มข้น **มีการควบคุมคุณภาพทั้งกระบวนการผลิตตั้งแต่วัตถุดิบ ระหว่างการผลิต อุปกรณ์การบรรจุ จนเป็นยาสำเร็จรูป** อุปกรณ์การบรรจุที่ใช้จะใช้อุปกรณ์ภายในประเทศหรือประเทศใกล้เคียง ค่าแรงจะต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับยาดั้งเดิม จึงทำให้ต้นทุนต่ำกว่า สามารถกำหนดราคาขายได้ต่ำกว่า ดังนั้น ประเด็นที่ว่ายาที่ราคาถูกเพราะมีการผสมแป้งลงไปมากกว่ายาที่มีราคาแพงจึงเป็นการเข้าใจผิด ไม่ว่าจะยาแพงหรือยาถูกต้องมีตัวยาสำคัญซึ่งมีฤทธิ์ในการรักษาเท่ากัน มีคุณภาพที่เทียบเท่ากัน

“องค์การเภสัชกรรมมีความมุ่งมั่นที่จะผลิตยาที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพในการรักษาอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นการลดงบประมาณการซื้อยาจากต่างประเทศ และเป็นที่ยั่งยืนยาแก่ประชาชนต่อไป” ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม กล่าว



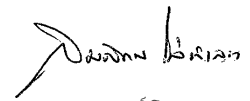
อนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา อัตราตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ในประเทศไทยไม่ได้ลดลงอย่างที่ควรจะเป็น อัตราตายของมารดาในปี พ.ศ. 2556 เท่ากับ 31.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในประเทศที่พัฒนาแล้วมักจะต่ำกว่า 10 อัตราตายของมารดาในเขตสุขภาพ ต่ำสุดในเขต กทม. 21.78 ต่อแสน สูงสุดในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งสูงถึง 56.40 ต่อแสน สาเหตุการตายโดยตรงอันดับ 1 ของมารดา คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (30%) รองลงมาคือความดันโลหิตสูง (17%) ตามด้วยก้อนอุดตันในเส้นเลือด (emboli) (13%) การติดเชื้อ (12%) การทำแท้ง (10%) ท้องนอกมดลูก (6%) ประมาณ 43% เกิดจากสาเหตุทางอ้อม ที่สำคัญคือโรคหัวใจและหลอดเลือด (21%) การติดเชื้อ (20%) ปอดบวม (14%) โรคเอดส์ (9%) โรคต่อมไทรอยด์ (7%) ที่สำคัญคือโรคที่เป็นสาเหตุการตายนั้นเป็นโรคที่ป้องกันได้ ถ้ามีการฝากครรภ์ที่ดีและได้ทำคลอดในสถานที่ที่พร้อม, 86% เสียชีวิตในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหนักใกล้ตายแล้วรีบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใหญ่ คนไทยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง หวังแต่ให้ทางราชการช่วย ในประเทศที่พัฒนาแล้ว มารดาที่ตั้งครรภ์จะศึกษาหาความรู้เพื่อดูแลตนเองให้ปลอดภัย ในสถานอนามัยและโรงพยาบาลขนาดเล็กจะต้องประเมินความเสี่ยงและส่งต่อไปสู่แพทย์ก่อนที่จะสายเกินไป

มารดาที่ตั้งครรภ์ 20% อายุต่ำกว่า 20 ปี และ 9.9% อายุมากกว่า 35 ปี คลอดก่อนกำหนด

10.4% ถึงแม้ว่ารัฐบาลกำหนดค่าแรงขั้นต่ำไว้วันละ 300 บาท ปรากฏว่า 35% มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่าเดือนละ 9,000 บาท, 38.8% ของครัวเรือนมีเงินไม่พอใช้และมีหนี้สิน, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึง 6 เดือนมีถึง 23.9%, มารดาที่ให้นมบุตรเกิน 6 เดือนพบเพียง 5.1% ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้ลูกกินนมแม่มากและนานที่สุดกว่าส่วนอื่นของประเทศไทย เขตที่ให้กินนมแม่มากและนานเป็นอันดับ 2 คือเขต 1 หรือภาคเหนือตอนบน ปรากฏว่าทั้ง 2 เขตเป็นเขตที่เด็กพัฒนาการสมวัยน้อยที่สุดในประเทศ ถ้าให้ลูกกินนมแม่แต่แม่ขาดอาหาร วิตามินและเกลือแร่ เด็กก็จะขาดด้วยการกินนมแม่ถึงแม้ว่าเป็นสิ่งที่ดีแต่การให้อาหารเสริมหลังจาก 4-6 เดือนก็มีความสำคัญมาก จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กไทยมีการพัฒนาการล่าช้าถึง 27.3% ที่พบบ่อยคือด้านภาษาและการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเมื่อ 15 ปีที่แล้วถึงปัจจุบันพบว่าไม่ดีขึ้นเลย ด้านภาษากลับเลเวลลงกว่าเดิม อาจเป็นเพราะปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์มาก ขาดการพูดคุยเล่นกับเด็กโดยตรง ที่ผ่านมามีเมื่อทราบว่าเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยก็ไม่ได้มีการแก้ไข ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยจะได้จัดการอบรมอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และจะมีการอบรมกุมารแพทย์ให้ทราบถึงวิธีการแก้ปัญหา พ่อแม่และผู้ปกครองต้องมีส่วนร่วม

ความจริงควรมีการสอนเรื่องการดูแลเด็กตั้งแต่ชั้นมัธยมปลายในการศึกษาพื้นฐาน มีการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้มีคุณภาพ องค์กรส่วนท้องถิ่นจะต้องมีระบบดูแลเด็กในท้องถิ่นของตน กรมอนามัยเน้นอยากให้เด็กไทย **แข็งแรง จดลาด อารมณ์ดี มีความสุข** ความจริงไม่พอเพราะที่กล่าวมานั้นเรื่องส่วนบุคคล เราต้องการให้เด็กไทยมีคุณสมบัติมากกว่านั้น เราอยากเห็นเด็กไทยมีวินัย มีจริยธรรมที่ดี ซื่อสัตย์ ไม่คดโกง พูดได้หลายภาษา มีจิตอาสา ช่วยเหลือผู้ที่ด้อยโอกาส เป็นคนช่างสังเกต ทั้งหมดนี้ต้องฝึกตั้งแต่วัยเด็กเล็ก การมาฝึกอบรมตอนโตทำได้ยากและไม่ค่อยได้ผล อย่างที่โบราณกล่าวไว้ว่า ไม่อ่อนดัดง่าย ไม่แก้ดัดยาก เราเอาคนเลวเข้าคุกแต่ไม่สามารถแก้สันดานเลวของเขาได้ วันแรกที่ปล่อยนักโทษออกมาเขาก็กลับไปทำผิดเหมือนเดิม การที่จะให้เด็กไทยพัฒนาได้จะต้องให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู และครูมีความรู้ในเรื่องเหล่านี้ ส่วนความรู้ทางวิชาการควรไปเน้นตอนชั้นมัธยม ครูและผู้ปกครองควรทราบเรื่องการพัฒนาการของสมองว่าช่วงใดควรเรียนเกี่ยวกับอะไร ถ้าเราสอนเร็วไป สมองยังไม่พร้อม ประโยชน์ก็จะได้น้อย ถ้าเราสอนช้าไป การเรียนก็ไม่ได้ผลอย่างที่ควรจะเป็น


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษาภคิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตูจิตินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิช 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.วรวิทย์ จรรยาวิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาถ ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม 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

วณิด วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

ลาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิลัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกพร ขจรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสุทธิกุล

โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345

แฟกซ์ 0-2435-2345 ต่อ 181

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 199

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด

71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์

เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Contents

The Medical News ฉบับที่ 440 วันที่ 16 - 30 มิถุนายน 2558



3 โลกกว้างทางแพทย์

- การใช้ยาต้านซึมเศร้าช่วงตั้งครรภ์ระยะท้าย และ Persistent Pulmonary Hypertension ในทารก
- ติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเบาหวานชนิดที่ 2
- ป้องกัน Cognitive Decline ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- Metformin ในผู้ป่วย Advanced Pancreatic Cancer

7 Get Up

- วิจัยร่นอ้วนเสี่ยงมะเร็งลำไส้
- ออกกำลังกายต่ออายุได้อีก 5 ปี
- ผลกระทบสาธารณสุขเนปาลส่อบานปลาย

9 Movement

10 เกาะติดงานประชุม

คณะแพทยศาสตร์ มธ. จัดประชุมอายุรศาสตร์ ประจำปี 2558
"Multidisciplinary Update in Critical Care Medicine"

12 ข่าวสารการแพทย์

- กรมควบคุมโรค เผยผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี 57 เกือบครึ่งเป็นชายรักชายและสาวประเภทสอง เร่งวิจัยแก้ปัญหา
- สธ. จับมือเครือข่ายสุขภาพ ขจัดตาบอดจากต้อกระจก ให้หมดไปจากประเทศไทยในปี 2560

14 รายงานพิเศษ

เด็กไทยห่างไกลไวรัสโรต้า

16 ปกตินกะข้าว

มาตรการแก้ปัญหาการค้ารักษาแพงคืบหน้า
คิดราคายาไม่เกินราคาป้ายฉลาก

17 ปกตินกะข้าว

กรมวิทย์ฯ เตรียมความพร้อมห้องปฏิบัติการ
รองรับการปรับเปลี่ยนชนิดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ

18 In Focus

ผู้สูงอายุไทย
สูงวัยอย่างทรงพลัง

21 Special

พญ.พรจิต ประพัฒน์วิชัย

ยึดหลักคุณธรรม คิดดี พูดดี ทำดี

24 เสี้ยวหนึ่งของชีวิต

Medical Hub

25 หลากสีสัน

หน้ากาก

27 เสียงแพทย์

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวังโย (ตอนที่ 10)

29 จุฬาปริทัศน์

ผู้ดูแลตัวช่วยสำคัญผู้ป่วยอัลไซเมอร์

32 Systematic Review

การผ่าตัดเสริมจมูกช่วยลดคัดจมูก

33 เฉพาะโรค

ปอดอักเสบในผู้สูงอายุ (Pneumonia in the Elderly)

37 มุมนิติเวช

ใบส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อโดยพนักงานสอบสวน

41 Radar

นวัตกรรม 3D Printing เทคโนโลยีการพิมพ์แบบสามมิติ
อีกก้าวหนึ่งของการช่วยดูแลผู้ป่วย

42 ข่าวบริการ

44 IT News/Book Shop

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

CME PLUS

โรคติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ (Infectious Disease During Pregnancy) ตอนที่ 3

การติดเชื้ออีสุกอีใส และงูสวัด (Chickenpox, zoster) ในหญิงตั้งครรภ์

การใช้ยาต้านซึมเศร้าช่วงตั้งครรภ์ระยะท้าย และ Persistent Pulmonary Hypertension ในทารก

JAMA. 2015;313(21):2142-2151.

บทความเรื่อง Antidepressant Use Late in Pregnancy and Risk of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn รายงานว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ระหว่างการตั้งครรภ์และความเสี่ยงต่อ persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) เป็นที่ถกเถียงกันนับตั้งแต่สำนักงานอาหารและยาสหรัฐอเมริกา แจ้งเตือนเมื่อปี ค.ศ. 2006

การศึกษานี้ได้ประเมินความเสี่ยงต่อ PPHN จากการให้ยาต้านซึมเศร้าแต่ละกลุ่มในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์โดยใช้ข้อมูลจาก Medicaid Analytic eXtract ปี ค.ศ. 2000-2010 จาก 46 รัฐในสหรัฐอเมริกา รวมถึงกรุงวอชิงตัน และติดตามจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2010 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ 3,789,330 รายซึ่งเข้าร่วมใน Medicaid ในช่วงไม่เกิน 2 เดือนนับตั้งแต่มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายจนถึงอย่างน้อย 1 เดือนหลังคลอด โดยศึกษาในผู้หญิงที่ตรวจพบโรคซึมเศร้า และวิเคราะห์ logistic regression analysis ปรับคะแนนความโน้มเอียงในกลุ่มควบคุมสำหรับตัวแปรรบกวน

การศึกษาได้ประเมินผลเปรียบเทียบระหว่างการให้ SSRI และ non-SSRI แบบยาเดี่ยวระหว่าง 90 วันก่อนคลอดเทียบกับไม่ได้ให้ยา และติดตาม PPHN ระหว่าง 30 วันแรกหลังคลอด

ผู้หญิง 128,950 ราย (3.4%) ได้รับการจ่ายยาต้านซึมเศร่าอย่างน้อย 1 ชุดในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ โดย 102,179 ราย (2.7%) ได้รับ SSRI และ 26,771 ราย (0.7%) ได้รับ non-SSRI โดยรวมตรวจพบ PPHN ในทารก 7,630 ราย

ซึ่งไม่ได้รับยาต้านซึมเศร้า (20.8; 95% CI 20.4-21.3 per 10,000 births) เทียบกับ 322 รายซึ่งแม่ได้รับ SSRIs (31.5; 95% CI 28.3-35.2 per 10,000 births) และ 78 รายซึ่งแม่ได้รับ non-SSRIs (29.1; 95% CI 23.3-36.4 per 10,000 births) และความสัมพันธ์ระหว่างการให้ยาต้านซึมเศร้าและ PPHN อ่อนลงเมื่อเพิ่มการปรับตัวแปรรบกวน

ค่า odds ratios ที่ยังไม่ได้ปรับสำหรับ SSRI เท่ากับ 1.51 (95% CI 1.35-1.69) และเท่ากับ 1.10 (95% CI 0.94-1.29) หลังจากเฉพาะผู้หญิงที่มีอาการซึมเศร้าและปรับสำหรับ high-dimensional propensity score ขณะที่ odds ratios สำหรับ non-SSRI เท่ากับ 40 (95% CI 1.12-1.75) และ 1.02 (95% CI 0.77-1.35) ตามลำดับ และเมื่อจำกัดผลลัพธ์เฉพาะ primary PPHN พบว่า odds ratio ที่ปรับแล้วสำหรับ SSRIs เท่ากับ 1.28 (95% CI 1.01-1.64) และสำหรับ non-SSRIs เท่ากับ 1.14 (95% CI 0.74-1.74)

ข้อมูลจากการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์นี้อาจสอดคล้องกับข้อมูลความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อ PPHN จากการให้ SSRIs ในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำและเพิ่มขึ้นน้อยกว่าที่รายงานในการศึกษาก่อนหน้านี้



ไทรอยด์ผิดปกติไม่มีอาการและความเสี่ยงกระดูกหัก

JAMA. 2015;313(20):2055-2065.

บทความเรื่อง Subclinical Thyroid Dysfunction and Fracture Risk: A Meta-analysis รายงานว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ที่ไม่มีอาการและกระดูกหักยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน การศึกษานี้จึงได้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างไทรอยด์ผิดปกติที่ไม่มีอาการและกระดูกหักของสะโพก กระดูกสันหลัง

ตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากกระดูกสันหลัง หรือที่ตำแหน่งใดก็ตาม ข้อมูลในการศึกษารวบรวมจากฐานข้อมูล MEDLINE และ EMBASE (ถึงวันที่ 26 มีนาคม ค.ศ. 2015) โดยรวบรวมการศึกษา prospective cohort study 13 การศึกษาซึ่งมีข้อมูลการทำงานของต่อมไทรอยด์และกระดูกหักในสหรัฐอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ระดับการทำงานของต่อมไทรอยด์จำแนกเป็น euthyroidism (thyroid-stimulating hormone [TSH] 0.45-4.49 mIU/L), subclinical hyperthyroidism (TSH < 0.45 mIU/L) และ subclinical hypothyroidism (TSH ≥ 4.50-19.99 mIU/L) โดยมี thyroxine concentrations ปกติ ผลลัพธ์หลักในการศึกษา ได้แก่ กระดูกสะโพกหัก และผลลัพธ์รอง ได้แก่ กระดูกหักที่ตำแหน่งใด ๆ กระดูกหักที่ตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากกระดูกสันหลัง และกระดูกสันหลังหัก

ข้อมูลในการศึกษารวบรวมจากฐานข้อมูล MEDLINE และ EMBASE (ถึงวันที่ 26 มีนาคม ค.ศ. 2015) โดยรวบรวมการศึกษา prospective cohort study 13 การศึกษาซึ่งมีข้อมูลการทำงานของต่อมไทรอยด์และกระดูกหักในสหรัฐอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ระดับการทำงานของต่อมไทรอยด์จำแนกเป็น euthyroidism (thyroid-stimulating hormone [TSH] 0.45-4.49 mIU/L), subclinical hyperthyroidism (TSH < 0.45 mIU/L) และ subclinical hypothyroidism (TSH ≥ 4.50-19.99 mIU/L) โดยมี thyroxine concentrations ปกติ ผลลัพธ์หลักในการศึกษา ได้แก่ กระดูกสะโพกหัก และผลลัพธ์รอง ได้แก่ กระดูกหักที่ตำแหน่งใด ๆ กระดูกหักที่ตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากกระดูกสันหลัง และกระดูกสันหลังหัก

จากกลุ่มตัวอย่าง 70,298 ราย พบว่า 4,092 ราย (5.8%) เป็น subclinical hypothyroidism และ 2,219 ราย (3.2%) เป็น subclinical hyperthyroidism ระหว่าง 762,401 person-years ของการติดตามพบกระดูกสะโพกหักใน 2,975 ราย (4.6%; 12 การศึกษา), กระดูกหักที่ตำแหน่งใด ๆ ใน 2,528 ราย (9.0%; 8 การศึกษา), กระดูกหักที่ตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากกระดูกสันหลังใน 2,018 ราย (8.4%; 8 การศึกษา) และกระดูกสันหลังหักใน 296 ราย (1.3%; 6 การศึกษา) จากการวิเคราะห์ปรับตามอายุและ

เพศพบว่า hazard ratio (HR) สำหรับ subclinical hyperthyroidism vs euthyroidism เท่ากับ 1.36 สำหรับกระดูกสะโพกหัก (95% CI 1.13-1.64; 146 เหตุการณ์ใน 2,082 ราย vs 2,534 รายใน 56,471 ราย) สำหรับกระดูกหักที่ตำแหน่งใด ๆ พบว่า HR เท่ากับ 1.28 (95% CI 1.06-1.53; 121 เหตุการณ์ใน 888 ราย vs 2,203 รายใน 25,901 ราย) สำหรับกระดูกหักที่ตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากกระดูกสันหลังมี HR เท่ากับ 1.16 (95% CI 0.95-1.41; 107 เหตุการณ์ใน 946 ราย vs 1,745 รายใน 21,722 ราย) และสำหรับกระดูกสันหลังหักมี HR เท่ากับ 1.51 (95% CI 0.93-2.45; 17 เหตุการณ์ใน 732 ราย vs 255 รายใน 20,328 ราย) และพบว่า TSH ที่ต่ำกว่าสัมพันธ์กับอัตรากระดูกหักที่สูงกว่า โดย TSH ที่ต่ำกว่า 0.10 mIU/L มี HR เท่ากับ 1.61 สำหรับกระดูกสะโพกหัก (95% CI 1.21-2.15; 47 เหตุการณ์ใน 510 ราย); สำหรับกระดูกหักที่ตำแหน่งใด ๆ มี HR เท่ากับ 1.98 (95% CI 1.41-2.78; 44 เหตุการณ์ใน 212 ราย); สำหรับกระดูกหักที่ตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากกระดูกสันหลังมี HR เท่ากับ 1.61 (95% CI 0.96-2.71; 32 เหตุการณ์ใน 185 ราย) และสำหรับกระดูกสะโพกหักมี HR เท่ากับ 3.57 (95% CI 1.88-6.78; 8 เหตุการณ์ใน 162 ราย) ความเสี่ยงใกล้เคียงกันหลังปรับปัจจัยเสี่ยงกระดูกหักตัวอื่น จากการศึกษานี้พบว่า endogenous subclinical hyperthyroidism (ตัดกลุ่มที่ไทรอยด์อักเสบ) สัมพันธ์กับ HRs ที่เท่ากับ 1.52 (95% CI 1.19-1.93) สำหรับกระดูกสะโพกหัก, 1.42 (95% CI 1.16-1.74) สำหรับกระดูกหักที่ตำแหน่งใด ๆ และ 1.74 (95% CI 1.01-2.99) สำหรับกระดูกสันหลังหัก และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง subclinical hypothyroidism และความเสี่ยงกระดูกหัก

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า subclinical hyperthyroidism สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อกระดูกสะโพกหักและกระดูกหักที่ตำแหน่งอื่น โดยเฉพาะผู้ที่ระดับ TSH ต่ำกว่า 0.10 mIU/L และผู้ที่ เป็น endogenous subclinical hyperthyroidism ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินว่าการรักษา subclinical hyperthyroidism สามารถป้องกันกระดูกหักได้หรือไม่



ติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเบาหวานชนิดที่ 2

N Engl J Med 2015;372:2197-2206.

บทความเรื่อง Follow-up of Glycemic Control and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes อ้างอิงการศึกษา Veterans Affairs Diabetes Trial รายงานว่า การลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัด ไม่ได้ลดอัตราของเหตุการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มตัวอย่าง 1,791 รายได้อย่างมีนัยสำคัญเทียบกับการรักษามาตรฐาน (มัธยฐานการติดตาม 5.6 ปี) โดยบทความนี้ได้รายงานผลจากการติดตามต่อในผู้ป่วยดังกล่าว

ภายหลังสิ้นสุดการศึกษา นักวิจัยได้ติดตามกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยฐานข้อมูลกลางระบบหัตถการการรับเข้าโรงพยาบาล และการเสียชีวิต (complete cohort โดยมีข้อมูลการติดตามสำหรับ 92.4% ของกลุ่มตัวอย่าง) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยอมรับให้เก็บ

ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยสำรวจปีละครั้งและทบทวนระยะเป็นระยะ (survey cohort โดยมีข้อมูลการติดตามสำหรับ 77.7%) ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ระยะเวลาจนถึงเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรงครั้งแรก (หัวใจวาย สโตรค หัวใจล้มเหลวที่เพ่งเป็นหรือรุนแรงขึ้น การตัดอวัยวะจาก ischemic gangrene หรือการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด) และผลลัพธ์รอง ได้แก่ การตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และการตายทุกสาเหตุ

ความต่างของระดับ glycated hemoglobin ระหว่างกลุ่มที่รักษาอย่างเคร่งครัด และกลุ่มรักษามาตรฐานเฉลี่ยอยู่ที่ 1.5 percentage points ระหว่างการศึกษา (มัธยฐาน 6.9% vs 8.4%) และลดลงมาที่ 0.2-0.3 percentage points ภายใน 3 ปีหลังสิ้นสุดการรักษา จากมัธยฐานการติดตาม 9.8 ปี พบว่ากลุ่มที่รักษาอย่างเคร่งครัดมีความเสี่ยงต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์หลักเทียบกับกลุ่มรักษามาตรฐาน (hazard ratio 0.83; 95% confidence interval [CI] 0.70-0.99; $p = 0.04$) โดยมี absolute reduction ของความเสี่ยงเหตุการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรงเท่ากับ 8.6 เหตุการณ์ต่อ 1,000 person-years ขณะที่การตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่ลดลง (hazard ratio 0.88; 95% CI 0.64-1.20; $p = 0.42$) แต่ไม่พบการลดลงของการตายรวม (hazard ratio ในกลุ่มที่รักษาเคร่งครัดเท่ากับ 1.05; 95% CI 0.89-1.25; $p = 0.54$; มัธยฐานการติดตามเท่ากับ 11.8 ปี)

ข้อมูลจากการติดตามร่วม 10 ปี พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสัมผัสควบคุมน้ำตาลอย่างเคร่งครัดเป็นเวลา 5.6 ปี มีเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำลง 8.6 เหตุการณ์ต่อ 1,000 person-years เทียบกับกลุ่มรักษามาตรฐาน แต่ไม่พบผลลัพธ์ที่ดีขึ้นด้านอัตราการรอดชีวิตโดยรวม

เสริม Isoflavone ต่อการทำงานของปอดและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหอบหืด

JAMA. 2015;313(20):2033-2043.

บทความเรื่อง Effect of a Soy Isoflavone Supplement on Lung Function and Clinical Outcomes in Patients with Poorly Controlled Asthma: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า soy isoflavone มีการใช้กันแพร่หลายเพื่อรักษาโรคเรื้อรัง แม้มีข้อมูลสนับสนุนจำกัด โดยบางข้อมูลเสนอว่าการเสริม soy isoflavone อาจเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยหอบหืดที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี

การศึกษาได้ประเมินผลของการเสริม soy isoflavone เพื่อเพิ่มการควบคุมหอบหืดในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี โดยศึกษาจากโรงพยาบาลโรคทางเดินหายใจและภูมิแพ้ 19 แห่งในเครือข่าย American Lung Association Asthma Clinical Research Centers ระหว่างเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2010 ถึงเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2012 ในผู้ใหญ่และเด็กอายุตั้งแต่ 12 ปี รวม 386 ราย ซึ่งยังคงอาการของหอบหืดแม้ได้รับยาควบคุมและรับประทานถั่วเหลืองน้อย และผู้ป่วย 345 ราย (89%) ได้ตรวจสมรรถภาพปอดที่ 24 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริม soy isoflavone ซึ่งมี 100 มิลลิกรัมของ total isoflavones ($n = 193$) หรือยาหลอก ($n = 193$) วันละครั้งเป็นเวลา 24 สัปดาห์ ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของปริมาตรอากาศที่หายใจออกใน 1 วินาที (FEV₁) ที่ 24 สัปดาห์ ผลลัพธ์รอง ได้แก่ อาการ การเกิดอาการหอบหืด คะแนน Asthma Control Test score (พิสัย 5-25 โดยคะแนนที่สูงกว่าชี้ว่ามีการควบคุมที่ดีกว่า) ตลอดจน systemic และ airway biomarkers ของการอักเสบ

ความแตกต่างก่อน-หลังของค่าเฉลี่ย FEV₁ ก่อนให้ยาขยายหลอดลมตลอด 24 สัปดาห์เท่ากับ 0.03 ลิตร (95% CI -0.01 to 0.08 L) ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก และ 0.01 ลิตร (95% CI -0.07 to 0.07 L) ในกลุ่มที่ได้รับ soy isoflavone



ซึ่งไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.36$) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการตาม Asthma Control Test (placebo 1.98 [95% CI 1.42-2.54] vs soy isoflavones, 2.20 [95% CI 1.53-2.87] โดยค่าเป็นบวกชี้ว่ามีอาการลดลง), จำนวนครั้งที่มีการหอบหืด (placebo, 3.3 [95% CI 2.7-4.1] vs soy isoflavones, 3.0 [95% CI 2.4-3.7]) และความแตกต่างของ exhaled nitric oxide (placebo -3.48 ppb [95% CI -5.99 to -0.97 ppb] vs soy isoflavones, 1.39 ppb [95% CI -1.73 to 4.51 ppb]) ไม่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากการเสริม soy isoflavone เทียบกับยาหลอก ค่าเฉลี่ย plasma genistein เพิ่มขึ้นจาก 4.87 นาโนกรัม/มิลลิลิตร เป็น 37.67 นาโนกรัม/มิลลิลิตร ($p < 0.001$) ในกลุ่มที่เสริม soy isoflavone

ข้อมูลจากผู้ใหญ่และเด็กอายุตั้งแต่ 12 ปีซึ่งควบคุมโรคหอบหืดได้ไม่ดีแม้ได้รับยาชี้ว่า การเสริม soy isoflavone เมื่อเทียบกับยาหลอกแล้วไม่ได้ช่วยให้การทำงานของปอดหรือผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น จึงไม่แนะนำให้ใช้ soy isoflavone สำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมหอบหืดได้ไม่ดี



ป้องกัน Cognitive Decline ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

Lancet. 2015;385(9984):2255-2263.

บทความเรื่อง A 2 Year Multidomain Intervention of Diet, Exercise, Cognitive Training, and Vascular Risk Monitoring Versus Control to Prevent Cognitive

Decline in At-Risk Elderly People (FINGER): A Randomised Controlled Trial รายงานว่า ข้อมูลการศึกษาแบบ observational study ได้ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงด้านหลอดเลือดและรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ปรับได้สัมพันธ์กับความเสื่อมของสมอง ซึ่งการศึกษา Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER) นี้ได้ประเมินการใช้แนวทางหลายสาขาเพื่อป้องกัน cognitive decline ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรอายุ 60-77 ปี โดยมีเกณฑ์การรวบรวมได้แก่ คะแนน CAIDE (Cardiovascular Risk Factors, Aging and Dementia) Dementia Risk Score อย่างน้อย 6 คะแนน และการรับรู้ที่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย ประเมินตามอายุหรือต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย การศึกษาได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มได้รับแทรกแซงหลายสาขา (อาหาร ออกกำลังกาย ฝึกการรู้คิด ติดตามความเสี่ยงด้านหลอดเลือด) หรือกลุ่มควบคุม (ให้คำแนะนำด้านสุขภาพทั่วไป) ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ความต่างของการรู้คิดประเมิน

จากคะแนน neuropsychological test battery (NTB) Z score และวิเคราะห์แบบ modified intention to treat (ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดที่ประเมินอย่างน้อยหนึ่งครั้งนับจากพื้นฐาน)

ระหว่างวันที่ 7 กันยายน ค.ศ. 2009 ถึงวันที่ 24 พฤศจิกายน ค.ศ. 2011 มีผู้ได้รับการตรวจคัดกรอง 2,654 ราย และได้สุ่มให้ 1,260 รายอยู่ในกลุ่มทดลอง (n = 631) หรือกลุ่มควบคุม (n = 629) โดย 591 ราย (94%) ในกลุ่มทดลองและ 599 ราย (95%) ในกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินหลังพื้นฐานอย่างน้อย 1 ครั้ง และรวมอยู่ใน modified intention-to-treat analysis ความแตกต่างก่อน-หลังของค่าเฉลี่ยคะแนน NTB total Z score ที่ 2 ปี เท่ากับ 0.20 (SE 0.02, SD 0.51) ในกลุ่มทดลอง และ 0.16 (0.01, 0.51) ในกลุ่มควบคุม ความต่างระหว่างทั้ง 2 กลุ่มด้านการเปลี่ยนแปลงของคะแนน NTB total score ต่อปีเท่ากับ 0.022 (95% CI 0.002-0.042, p = 0.030) และโดยรวมมีผู้ถอนตัวจากการศึกษา 153 ราย (12%) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พบใน 46 ราย (7%) ในกลุ่มทดลอง เทียบกับ 6 ราย (1%) ในกลุ่มควบคุม โดยพบอาการปวดกล้ามเนื้อมากที่สุด (32 ราย [5%] ในกลุ่มทดลอง vs ไม่พบในกลุ่มควบคุม)

ข้อมูลจากการศึกษานี้เสนอว่าการรักษาร่วมกันหลายสาขา อาจเพิ่มหรือคงการทำงานของสมองในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้

ความเสี่ยงทางพันธุกรรม และประโยชน์จากการรักษาด้วย Statin

Lancet. 2015;385(9984):2264-2271.

บทความเรื่อง Genetic Risk, Coronary Heart Disease Events, and the Clinical Benefit of Statin Therapy: An Analysis of Primary and Secondary Prevention Trials รายงานว่า genetic variants สัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งการศึกษานี้ได้ทดสอบสมมติฐานว่า genetic variants เพิ่มความเสี่ยงการเกิดเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นซ้ำหรือไม่ และระบุผู้ที่จะได้ประโยชน์มากขึ้นจากการรักษาด้วย statin

การวิเคราะห์ที่ใช้ข้อมูลจากการศึกษา community-based cohort study (การศึกษา Malmo Diet and Cancer Study) การศึกษาการป้องกันระดับปฐมภูมิ (การศึกษา JUPITER และ ASCOT) และการป้องกันทุติยภูมิ (การศึกษา CARE และ PROVE IT-TIMI 22) ด้วย statin โดยมีผู้ป่วย 48,421 ราย และมีรายงาน 3,477 เหตุการณ์ การศึกษาได้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเสี่ยงทางพันธุกรรมจาก genetic variants 27 ชนิด กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำปรับปัจจัยเสี่ยงมาตรฐาน นอกจากนี้ยังได้ประเมิน relative และ absolute risk reductions ของเหตุการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการรักษาด้วย statin แบ่งชั้นตามความเสี่ยงทางพันธุกรรม แล้วจึงรวมข้อมูลจากแต่ละการศึกษาใน meta-analysis

การแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระดับความเสี่ยงทางพันธุกรรมเป็นระดับต่ำ (quintile 1), ปานกลาง (quintiles 2-4) และระดับสูง (quintile 5) ทำให้เห็นความชันที่มีนัยสำคัญด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ โดย hazard ratio ปรับพหุตัวแปรสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสำหรับความเสี่ยงทางพันธุกรรมปานกลางเท่ากับ 1.34 (95% CI 1.22-1.47, p < 0.0001) และสำหรับความเสี่ยงสูงเท่ากับ 1.72 (1.55-1.92, p < 0.0001) เทียบกับความเสี่ยงต่ำ สำหรับประโยชน์จากการรักษาด้วย statin ใน randomised trial ทั้ง 4 การศึกษาพบว่ามีความชันที่มีนัยสำคัญ



(p = 0.0277) ของ relative risk reductions ที่เพิ่มขึ้นในระดับความเสี่ยงต่ำ (13%), ความเสี่ยงปานกลาง (29%) และความเสี่ยงสูง (48%) นอกจากนี้ยังพบ absolute risk reductions ที่มากกว่าในกลุ่มความเสี่ยงสูง (p = 0.0101) โดยมี number needed to treat สำหรับการป้องกันเหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 ครั้ง ที่ต่ำลงประมาณ 3 เท่าในงานวิจัยที่ศึกษาการป้องกันปฐมภูมิ และในการศึกษาดังกล่าวพบว่า number needed to treat สำหรับการป้องกันเหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 ครั้งใน 10 ปี เท่ากับ 66 ในผู้ที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรมต่ำ, 42 ในผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง และ 25 ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการศึกษา JUPITER และเท่ากับ 57, 47 และ 20 ตามลำดับในการศึกษา ASCOT

คะแนนความเสี่ยงทางพันธุกรรมสามารถระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงขึ้นทั้งต่อการเกิดเหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดได้รับประโยชน์จากการรักษาด้วย statin มากที่สุด

Metformin ในผู้ป่วย Advanced Pancreatic Cancer

Lancet. Published Online: 8 June 2015

บทความเรื่อง Metformin in Patients with Advanced Pancreatic Cancer: A Double-Blind, Randomised, Placebo-Controlled Phase 2 Trial รายงานว่า มีข้อมูลจากการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง metformin และการออกฤทธิ์ต้านมะเร็งและผลกระทบต่อผลข้างเคียงหลายชนิด รวมถึงมะเร็งตับอ่อน ซึ่งเสนอแนะว่า metformin อาจมีข้อบ่งใช้ในด้านมะเร็งวิทยาด้วย การศึกษานี้จึงประเมินประสิทธิภาพของการเพิ่ม metformin ร่วมกับ systemic therapy มาตรฐานในผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะลุกลาม และรายงานข้อมูลจากการศึกษาทางคลินิก และ survival endpoint ของ metformin สำหรับข้อบ่งใช้ด้านมะเร็งวิทยา

การศึกษามีขึ้นประเทศในเนเธอร์แลนด์จากผู้ป่วยอายุ 18 ปีหรือมากกว่าซึ่งเป็นมะเร็งตับอ่อนระยะลุกลาม โดยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับ gemcitabine (1,000 มิลลิกรัม/ตารางเมตร) ทางหลอดเลือดดำในวันที่ 1, 8 และ 15 ทุก 4 สัปดาห์ และ erlotinib (100 มิลลิกรัม) แบบยารับประทาน วันละครั้งร่วมกับ metformin แบบยารับประทานหรือยาหลอก วันละ 2 ครั้ง ขนาดยา metformin เพิ่มขึ้นจาก 500 มิลลิกรัม (ในสัปดาห์แรก) เป็น 1,000 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 การสุ่มได้แบ่งชั้นตามโรงพยาบาล สถานะโรคเบาหวาน และระยะของมะเร็ง และจุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ การรอดชีวิตโดยรวมที่ 6 เดือนใน intention-to-treat population ระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม ค.ศ. 2010 ถึงวันที่ 3 มกราคม ค.ศ. 2014 มีผู้ป่วย 121 ราย ที่สุ่มให้ได้รับ gemcitabine และ erlotinib ร่วมกับยาหลอก (n = 61) หรือ metformin (n = 60) การรอดชีวิตโดยรวมที่ 6 เดือนเท่ากับ 63.9% (95% CI 51.9-75.9) ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก และ 56.7% (44.1-69.2) ในกลุ่มที่ได้รับ metformin (p = 0.41) โดยไม่พบความต่างด้านการรอดชีวิตโดยรวม (มัธยฐาน 7.6 เดือน [95% CI 6.1-9.1] vs 6.8 เดือน [95% CI 5.1-8.5] ในกลุ่ม metformin; hazard ratio [HR] 1.056 [95% CI 0.72-1.55]; log-rank p = 0.78)



ผลข้างเคียงระดับ grade 3-4 ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ neutropenia (15 ราย [25%] ในกลุ่มยาหลอก vs 15 [25%] ในกลุ่ม metformin), ผื่นผิวหนัง (6 ราย [10%] vs 4 ราย [7%]), ท้องร่วง (3 ราย [5%] vs 6 ราย [10%]) และ อ่อนเพลีย (2 ราย [3%] vs 6 ราย [10%])

การเพิ่ม metformin ไม่ได้ช่วยให้ผลลัพธ์ดีขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะลุกลามซึ่งได้รับการรักษาด้วย gemcitabine และ erlotinib การศึกษาในภายหลังควรรวมการศึกษาขนาดใหญ่ในกลุ่ม biguanide ที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น และควรเน้นไปที่ผู้ป่วย hyperinsulinaemia และผู้ป่วยมะเร็งซึ่งไวต่อ energetic stress เช่น สูญเสียการทำงานของ AMP kinase ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อ cellular energy homeostasis

Sitagliptin ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเบาหวานชนิดที่ 2



N Engl J Med. Published online June 8, 2015.

บทความเรื่อง Effect of Sitagliptin on Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลผลลัพธ์ระยะยาวต่อเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการเพิ่ม sitagliptin ซึ่งเป็น dipeptidyl peptidase 4 inhibitor ในการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด

การศึกษาได้สุ่มให้ผู้ป่วย 14,671 ราย ได้รับ sitagliptin หรือยาหลอกร่วมกับการรักษาเดิม และให้ antihyperglycemic therapy ตามความจำเป็นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลตามเป้าหมาย ในผู้ป่วยทั้งหมด สำหรับการประเมิน non-inferior ต่อยาหลอกของ sitagliptin ได้ใช้ relative risk เท่ากับ 1.3 เป็น marginal upper

boundary ผลลัพธ์หลักด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดประกอบด้วย ผลรวมของการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิต สโตรคที่ไม่ถึงแก่ชีวิต หรือการเข้าโรงพยาบาลเนื่องจาก unstable angina

ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 3.0 ปี พบความต่างเล็กน้อยด้านระดับ glycosylated hemoglobin (least-squares mean difference สำหรับ sitagliptin vs placebo เท่ากับ -0.29 percentage points; 95% confidence interval [CI] -0.32 to -0.27) โดยรวมพบผลลัพธ์หลักในผู้ป่วย 8,369 รายที่ได้รับ sitagliptin (11.4%; 4.06 per 100 person-years) และ 851 รายในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (11.6%; 4.17 per 100 person-years) จากการศึกษาพบว่า sitagliptin ไม่ได้ดีกว่ายาหลอกสำหรับผลลัพธ์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด (hazard ratio 0.98; 95% CI 0.88-1.09; p < 0.001) และอัตราการเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากหัวใจล้มเหลวไม่ต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม (hazard ratio 1.00; 95% CI 0.83-1.20; p = 0.98) และไม่พบความต่างที่มีนัยสำคัญด้านอัตราของตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (p = 0.07) หรือมะเร็งตับอ่อน (p = 0.32)

การเพิ่ม sitagliptin ในการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรง การเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากหัวใจล้มเหลว หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น

บีบีซี - ปัญหาน้ำหนักเกินในช่วงวัยรุ่นอาจทำให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรคมะเร็งลำไส้เมื่ออายุมากขึ้น

วารสาร Gut รายงานผลการศึกษาในชายชาวสวีเดนร่วม 240,000 คน โดยติดตามเป็นเวลา 35 ปี ระบุว่าวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงขึ้นเป็นเท่าตัว และความเสี่ยงดังกล่าวยิ่งสูงขึ้นในวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน โดยการศึกษาชี้ว่า ปัญหาความอ้วนในช่วงวัยรุ่นตอนปลายซึ่งเด็กเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นช่วงเวลาที่สัมผัสกับสาเหตุต่อการกำหนดความเสี่ยงมะเร็ง และจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาบทบาทของความอ้วนในช่วงวัยเด็ก

วัยรุ่นอ้วนเสี่ยงมะเร็งลำไส้

และวัยรุ่นต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ด้านเจ้าหน้าที่กองทุนวิจัยมะเร็งโลกให้ความเห็นว่า หลักฐานจากการศึกษานี้เสนอแนะว่าความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ ขณะที่งานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงความอ้วนและความเสี่ยงต่อมะเร็งก็ถือว่ายังอยู่ในวัยตั้งไข่ จึงควรที่จะมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อรวบรวมหลักฐานสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมัน

ในช่วงวัยรุ่นและความเสี่ยงมะเร็งเมื่ออายุมากขึ้น

หนึ่ง โรคมะเร็งลำไส้เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ของโลก โดยมีตัวเลขผู้ป่วยรายใหม่ราวปีละ 1.4 ล้านราย และเชื่อกันว่าการบริโภคเนื้อแดงผ่านกระบวนการและการสะสมไขมันหน้าท้องมีความเชื่อมโยงกับมะเร็งดังกล่าว



ออกกำลังกายต่ออายุได้อีก 5 ปี

บีบีซี - การออกกำลังกายเป็นประจำเมื่อเข้าสู่วัยชราช่วยให้อายุยืนยาวขึ้นเช่นเดียวกับการเลิกสูบบุหรี่

ข้อมูลจากการศึกษาในชายสูงวัย 5,700 คนในประเทศนอร์เวย์รายงานว่า ผู้ที่ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมงอาจมีอายุขัยยาวกว่าประมาณ 5 ปี เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย โดยเห็นผลทั้งจากการออกกำลังกายเบา ๆ และการบริหารร่างกายถึงขั้นเรียกเหงื่อ และการออกกำลังกายมี



ประโยชน์ด้านการลดอัตราการตายเทียบเท่ากับการเลิกสูบบุหรี่เลยทีเดียว จึงควรที่ภาครัฐจะต้องหันมาส่งเสริมการออกกำลังกาย

ในผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจัง

อีกด้านหนึ่งมูลนิธิโรคหัวใจแห่งประเทศอังกฤษชี้ว่า การออกกำลังกายเป็นประจำมีประโยชน์ต่อสุขภาพหัวใจของทุกวัย ซึ่งมีผลพลอยได้ทำให้อายุขัยยืนยาวขึ้น จึงเสนอแนะให้ออกกำลังกายเป็นประจำเท่าที่จะสามารถทำได้ เพราะยิ่งเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันให้กระฉับกระเฉงก็จะเป็นการดีต่อสุขภาพหัวใจ

ปลาเหล็กสู้โลหิตจาง

บีบีซี - นักวิทยาศาสตร์แคนาดาใช้ปลาเหล็กเสริมธาตุเหล็กระหว่างประกอบอาหารสำหรับแก้ปัญหาพร่องธาตุเหล็กในแถบชนบทของกัมพูชา

ผลงานปลาเหล็กแก้ปัญหาพร่องธาตุเหล็กของ ดร.คริสโตเฟอร์ ชาร์ลส์ ได้รับแรงบันดาลใจจากงานวิจัยซึ่งชี้ว่า การปรุงอาหารในภาชนะเหล็กช่วยเพิ่มปริมาณธาตุเหล็กในอาหาร จึงนำมาสู่แนวคิดหล่อขึ้นเหล็กเป็นรูปปลาสำหรับให้ชาวบ้านในเขตชนบทของกัมพูชาใส่ลงในหม้อระหว่างการปรุงอาหาร โดยเขาชี้ว่า การใช้ปลาเหล็กอย่าง



ถูกวิธีจะสามารถตอบสนองความต้องการธาตุเหล็กได้ราว 3 ใน 4 สำหรับผู้ใหญ่ ขณะที่ให้ปริมาณธาตุเหล็กเกินพอสำหรับเด็ก

จากการทดสอบในชาวบ้านหลายร้อยคนพบว่า กว่าครึ่งของชาวบ้านที่ใช้

ปลาเหล็กไม่มีปัญหาโลหิตจางอีกเลยหลัง 12 เดือน โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าวิธีนี้ได้ผลดีกว่ามากเมื่อเทียบกับการสั่งจ่ายธาตุเหล็ก เพราะปลาถือเป็นสัญลักษณ์นำโชคในกัมพูชา อีกทั้งปลาเหล็กก็มีสนนราคาที่ต้องได้ จึงทำให้เป็นที่ยอมรับของชาวบ้านมากกว่า

ปัจจุบันปลาเหล็กมีใช้กันแล้วราว 2,500 ครั้วเรือน ขณะที่ผู้ผลิตก็ได้กระจายปลาเหล็กรวม 9,000 ชิ้นไปยังโรงพยาบาลและองค์กรนอกภาครัฐหลายแห่งในกัมพูชาแล้ว

ชิมเคร้าพาหัวใจล้มเหลวทรุดหนัก

ปีปีซี - ผลการศึกษาใหม่เรียกร้องตรวจคัดกรองและรักษาโรคชิมเคร้าในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นตัวการทำให้เสี่ยงต่อโรคทรุดหนัก

ผลการศึกษานานเล็กรายงานนี้ประชุม European Society of Cardiology ระบุว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะชิมเคร้าระดับปานกลางหรือรุนแรงมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อ

การเสียชีวิตภายใน 1 ปี โดยตั้งข้อสังเกตว่าโรคชิมเคร้าอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ใส่ใจรับประทานยาหรือไม่เข้ารับการรักษาโดยเร็ว และเรียกร้องให้มีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อที่จะประเมินความเชื่อมโยงได้แน่ชัด

ด้านมูลนิธิโรคหัวใจแห่งอังกฤษให้ความเห็นว่า โรคชิมเคร้านั้นเป็นที่ทราบกันดีในฐานะปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และมักพบ



ในผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจที่รุนแรง ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจจึงควรได้รับการรักษาทั้งร่างกายและจิตใจควบคู่กัน และผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับทางเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง

โรงพยาบาลสหรัฐฯ ลดแจกนมผงทารก

รอยเตอร์สเฮลธ์ - โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาเริ่มลดการแจกนมผงทารกฟรี อันเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



นักวิจัยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อแห่งสหรัฐอเมริกาเปิดเผยว่า การที่โรงพยาบาลแจกนมผงทารกแก่หญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นเป็นการส่งสัญญาณว่านมผงทารกมีประโยชน์เทียบเท่ากับนมแม่ เพื่อป้องกันการส่งสัญญาณดังกล่าว โรงพยาบาลหลายแห่งทยอยยกเลิกการแจกของขวดซึ่งภายในเป็นตัวอย่งนมผงทารกและคุปองส่วนลด ซึ่งจากการสำรวจพบว่ามีโรงพยาบาลที่ยังคงแจกนมผงเพียง 1 ใน 3 ของทั่วประเทศหรือลดลงกว่าร้อยละ 73

การสำรวจใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลและคลินิกทำคลอดทุกแห่งในสหรัฐอเมริกา และเก็บข้อมูลทุก 2 ปีเพื่อตรวจสอบการแจกตัวอย่างนมผงให้แก่แม่โดยพบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งต่างก็มีอัตราการแจกลดลงอย่าง

เห็นได้ชัด โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีอัตราการทำคลอดที่สูง ซึ่งจากการติดตามครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2556 พบว่า อัตราการแจกนมผงในกลุ่มโรงพยาบาลที่มีอัตราการทำคลอดอย่างน้อย 5,000 ราย ลดลงเหลือไม่ถึงร้อยละ 12

ด้านนักวิจัยให้ความเห็นว่า การแจกนมผงทารกอาจเป็นสาเหตุให้ผู้หญิงถอยออกจากการเล่นลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยกทั้งอาจส่งผลกระทบต่อความพยายามที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และระยะเวลาการเลี้ยงด้วยนมแม่ ตามที่พบจากการสำรวจว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวลดลงเหลือเพียงร้อยละ 60 ที่สัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด

ผลกระทบสาธารณสุขเนปาลส่อบานปลาย

ซีเอ็นเอ็น - หายนะจากแผ่นดินไหวครั้งใหญ่เป็นผลให้เกิดวิกฤติสาธารณสุขในเนปาล และสถานการณ์ยิ่งเลวร้ายจากการที่สถานพยาบาลส่วนใหญ่ในพื้นที่ห่างไกลได้รับความเสียหายหนัก

เจ้าหน้าที่ภาคสนามเปิดเผยว่าความเสียหายจากแผ่นดินไหวได้ส่งผลกระทบต่ออย่างร้ายแรงต่อระบบสาธารณสุขของเนปาล และเป็นอุปสรรคในการช่วยเหลือ

ผู้ประสบภัย นอกจากนี้ยังนำมาซึ่งความจำเป็นเร่งด่วนในการแก้ปัญหาโภชนาการ สุขอนามัย และการป้องกันโรคระบาดจากการที่ผู้ประสบภัยอาศัยอยู่หนาแน่นในศูนย์พักพิง โดยเฉพาะไทฟอยด์และอหิวาตกโรค

เป็นที่คาดการณ์ว่าหลังจากที่เนปาลสามารถบรรเทาความจำเป็นเร่งด่วนด้านอาหาร น้ำดื่ม และการรักษาผู้บาดเจ็บได้แล้ว ก็ยังคงต้องเผชิญกับความท้าทายด้าน

สาธารณสุขอีกนานัปการ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสบภัย โดยเฉพาะหลังเกิดแผ่นดินไหวครั้งที่ 2 ซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากไม่กล้ากลับเข้าบ้านและกลายเป็นผู้ที่อยู่อาศัย



คณะแพทยศาสตร์ มธ. จัดประชุมอายุรศาสตร์ ประจำปี 2558

“Multidisciplinary Update in Critical Care Medicine”

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จัดประชุมอายุรศาสตร์ ประจำปี พ.ศ. 2558 หัวข้อ “Multidisciplinary Update in Critical Care Medicine” ระหว่างวันที่ 22-24 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ณ ห้องประชุมสโมสร ชั้น 4 อาคารคุณากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ที่มีภาวะวิกฤติแก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริม พัฒนาอาจารย์แพทย์ในการนำความรู้ในเวชปฏิบัติและการวิจัยถ่ายทอดสู่สังคม และเพื่อเปลี่ยนความรู้วิชาการกับบุคลากรสหวิชาชีพอื่น ๆ กระตุ้นให้มีการช่วยเหลือกัน ทำงานอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพ

รศ.นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กล่าวว่า นโยบายที่สำคัญประการหนึ่งของภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คือการสนับสนุนการพัฒนาทางด้านวิชาการ ด้วยเหตุนี้จึงได้มีการจัดประชุมวิชาการขึ้นเป็นประจำทุกปี โดยได้มีการปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในขณะนั้น เพื่อเป็นแหล่งความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์

ผศ.นพ.ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง กรรมการ/เลขานุการฝ่ายวิชาการ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กล่าวถึงที่มาของการจัดประชุมวิชาการว่า ปัจจุบันคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น เห็นได้จากอายุเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจาก 65 ปี เป็น 75 ปีในปัจจุบัน ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่าประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในไม่ช้า เมื่อจำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้นก็จะมีโรคทางอายุรศาสตร์ตามมา เช่น โรคสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น โรคต่าง ๆ เหล่านี้บางครั้งอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยขั้นวิกฤติที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤติ หรือ ICU และต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวมจากสหวิชาชีพ รวมทั้งต้องมีการพัฒนาความรู้ทางวิชาการให้ทันสมัยและเป็นมาตรฐานอยู่เสมอ เพื่อการนำไปใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

โดยการประชุมอายุรศาสตร์ประจำปี พ.ศ. 2558 จัดขึ้นในหัวข้อ “Multidisciplinary Update in Critical Care Medicine” หรือ “การพัฒนาความรู้อันทันสมัยในการดูแลผู้ป่วยอายุรศาสตร์เวชบำบัดวิกฤติแบบสหวิชาชีพ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ที่มีภาวะวิกฤติแก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริม พัฒนาอาจารย์แพทย์ในการนำความรู้ในเวชปฏิบัติและการวิจัยถ่ายทอดสู่สังคม และเพื่อเปลี่ยนความรู้วิชาการกับบุคลากรสหวิชาชีพอื่น ๆ กระตุ้นให้มีการช่วยเหลือกัน ทำงานอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพ

หัวข้อการประชุมตลอด 3 วัน มุ่งเน้นความรู้เกี่ยวกับโรคทางอายุรศาสตร์ ครอบคลุมตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ผู้เข้าร่วมการประชุมจะได้รับทราบถึงวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสม และ



รศ.บพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา

พศ.บพ.ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง



สามารถนำไปใช้ในเวชปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในโรคนั้น ๆ โดยหัวข้อการบรรยายที่น่าสนใจในวันแรก ได้แก่ Neuromuscular weakness in ICU, Recanalization therapy in acute Ischemic stroke, Update of therapeutic hypothermia in critical care, Refractory status epilepticus in ICU, Critical points for parenteral nutrition in the ICU, Plasmapheresis, Management of anemia and red cell transfusion in adult critically ill patients, Thrombocytopenia in intensive care settings: Solving the mysteries, Cancer-associated acute venous thromboembolism

หัวข้อการบรรยายในวันที่สอง ได้แก่ Common skin problems in ICU, Desensitization of medication in ICU, Scleroderma renal crisis, Dealing with GI bleeding in ICU, Emergencies in GI Cancer patients, Common liver problems in critical care setting, Acute and acute-on-chronic liver failure, Critical care in nephrology, Drug-induced acute kidney injury, Intravenous chloride: Does it matter?, Continuous renal replacement therapy: Fundamental and application, Peritoneal dialysis in critical patients, Update glycemic control in critical illness



ส่วนในวันสุดท้าย ได้แก่ Approach to the patient with severe pneumonia with septic shock and ARDS, Diagnosis of acute myocardial infarction: Are you confident?, Premature ventricular contractions in ICU patients: Friend or Foe?, Cardiogenic shock: How to manage this difficult situation

ทั้งนี้ การประชุมเปิดกว้างให้แก่ผู้ที่สนใจ ได้แก่ แพทย์จบใหม่ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น โดยสามารถสมัครลงทะเบียนได้ฟรีโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย คาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมการประชุมไม่ต่ำกว่า 300 คน

“ผู้เข้าร่วมการประชุมจะได้รับความรู้ใหม่ ๆ ที่ทันสมัยที่สามารถนำไปดูแลผู้ป่วยในด้านอายุรศาสตร์เวชบำบัดวิกฤติได้อย่างมั่นใจมากขึ้น ด้วยความรู้ที่เป็นมาตรฐาน เป็นการเปิดโลกทัศน์ให้ทราบถึงแนวทางใหม่ ๆ ในการรักษาในปัจจุบัน ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรจะต้องติดตาม นอกจากนี้แพทย์ที่เข้าประชุมยังจะได้รับคะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง 16.5 หน่วยกิตอีกด้วย”

ผศ.นพ.ณรงค์กร กล่าว

รศ.นพ.สมบัติ กล่าวเพิ่มเติมว่า นอกจากหัวข้อการบรรยายทางวิชาการแล้ว ไฮไลต์พิเศษในการประชุมวิชาการครั้งนี้คือ การจัดงานคืนสู่เหย้าในวันสุดท้ายของการประชุมที่ได้รวบรวมศิษย์เก่าอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มาพบปะสังสรรค์กัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งนำเสนอผลงานวิจัย ถ่ายทอดสู่อายุรแพทย์รุ่นน้อง อันจะเป็นประโยชน์ต่อไป และจะมีการมอบรางวัลศิษย์เก่าดีเด่นที่คัดเลือกโดยคณาจารย์และศิษย์เก่าในการประชุมครั้งนี้ เพื่อเป็นกำลังใจในการทำงานให้แก่ศิษย์เก่าที่ปฏิบัติหน้าที่อื่นเป็นประโยชน์ สร้างชื่อเสียงให้แก่ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รวมทั้งทำประโยชน์ให้แก่ชุมชนและประเทศชาติโดยในปีนี้เป็นการจัดครั้งแรก เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นและเป็นประเพณีที่จะสืบต่อไปต่อไป

“หัวข้อการประชุมที่คัดเลือกมานี้ เป็นหัวข้อที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทันทีในเวชปฏิบัติ และยังสามารถนำความรู้ที่ได้นี้ไปต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในการทำงานวิจัยได้ โดยพยายามเน้นหัวข้อที่เป็น Hot Topic เน้นที่ความสนใจของผู้ฟังเป็นหลัก ซึ่งในแต่ละปีจะมีแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจ พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมมีความพึงพอใจกว่า 90% จึงอยากจะขอเชิญชวนทุกท่านมาเข้าร่วมการประชุม โดยสามารถเลือกเข้าร่วมประชุมตลอดทั้ง 3 วัน หรือเลือกเข้าร่วมในหัวข้อที่สนใจเป็นพิเศษได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” **รศ.นพ.สมบัติ** กล่าวทิ้งท้าย

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณนงลักษณ์ หรือคุณรุ่งทิพา โทรศัพท์ 0-2926-9793-4 E-mail: nokglakra@gmail.com หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://med.tu.ac.th>

กรมควบคุมโรค เผยผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี 57 เกือบครึ่งเป็นชายรักชายและสาวประเภทสอง เร่งวิจัยแก้ปัญหา

นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า ประเทศไทยต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์ มาเป็นเวลา 31 ปี สามารถควบคุมปัญหาการแพร่ระบาดได้ผลดีในอันดับต้น ๆ ของโลก ในปี พ.ศ. 2557 คาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ทั่วประเทศ 426,707 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 7,324 คน ในจำนวนนี้พบว่าร้อยละ 46.7 เป็นกลุ่มชายรักชายและสาวประเภทสอง ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี



สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ พบมากถึงร้อยละ 19.8 และมีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่เคยตรวจหาการติดเชื้อและรู้ผล ส่วนอีก 2 ใน 3 ไม่เคยตรวจ จึงไม่รู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง อาจถ่ายทอดเชื้อให้คู่่นอนชายวงไปเรื่อย ๆ ทั้งชายและหญิง จึงต้องเร่งพัฒนาโดยการศึกษาวิจัยระบบบริการเฉพาะกลุ่ม เพื่อนำข้อมูลที่ได้จาก 2 โครงการที่กล่าวมา ไปกำหนดนโยบายเพื่อยุติปัญหาเอดส์อย่างตรงสภาพปัญหา สำหรับยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 นี้ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน ทุกสิทธิประกันสุขภาพ เข้าถึงบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยสนับสนุนให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น มีคู่นอนหลายคน ฉีดยาเสพติดเข้าเส้น เข้ารับบริการตรวจเลือดดูการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อผลเลือดบวกจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทันที ไม่ต้องรอให้ระดับ CD4 ต่ำ ซึ่งมีผลวิจัยพบว่านอกจากจะเป็นการรักษาโรคแล้ว ยังช่วยป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่นได้อีกวิธีหนึ่ง โดยตั้งเป้ายุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 คือเด็กทารกแรกเกิดไม่มีการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่วัยผู้ใหญ่ลดลงน้อยกว่า 1,000 รายต่อปี ผู้ติดเชื้อทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหลังการวินิจฉัย

องค์การเภสัชกรรมจับมือเครือข่าย เติมน้ำพัฒนายาเลิกบุหรี่ช่วยผู้ติดบุหรี่

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรมเปิดเผยว่า เพื่อเป็นการช่วยผู้ติดบุหรี่ และให้ประชาชนเข้าถึงยามากขึ้น ส่งผลให้ลดการเกิดโรคและมีชีวิตที่ยืนยาว องค์การเภสัชกรรมจึงร่วมมือกับเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) พัฒนายาเลิกสูบบุหรี่ได้แก่ ยาเม็ดอมสารสกัดสมุนไพรหนวดดอกขาว และยาเม็ด Cytisine โดยองค์การเภสัชกรรมกำลังดำเนินการพัฒนายาเม็ดอมสารสกัดสมุนไพรหนวดดอกขาว ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ได้สะดวกกว่ารูปแบบเดิมที่เป็นชาซอง และกำลังพัฒนายาเม็ด Cytisine ซึ่งเป็นสารที่สกัดได้จากพืช และมีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศแถบยุโรปตะวันออกมานานกว่า 50 ปีแล้ว โดยมีความปลอดภัยและมีประสิทธิผลไม่น้อยกว่านิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy), Bupropion hydrochloride และ Varenicline tartrate ทั้งนี้ องค์การเภสัชกรรมมีแผนในการศึกษาทางคลินิกของยาเม็ดอมสารสกัดสมุนไพรหนวดดอกขาว และยาเม็ด Cytisine ในเร็วนี้ ๆ ซึ่งการศึกษาทางคลินิกจะเป็นการพิสูจน์ถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาเลิกสูบบุหรี่ และยังเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ใช้ยา คาดว่าจะสามารถผ่านการขึ้นทะเบียนได้ภายใน 2 ปี เมื่อองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตออกมาสู่ท้องตลาดแล้ว

จะทำให้ค่าใช้จ่ายมีราคาถูกลง ลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ อันจะส่งผลให้ผู้ที่ยากลำบากหรือสามารถเข้าถึงยาเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น มีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการเกิดโรค และมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป



เปิดตัวศูนย์ให้คำปรึกษา 1323 และศูนย์เรียนรู้ สำหรับวัยรุ่น

พญ.พรรณพิมล วิปุลากร รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า กรมสุขภาพจิตเป็นเจ้าภาพหลักของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของวัยรุ่น ได้เปิดตัว ศูนย์ให้คำปรึกษา 1323 และศูนย์เรียนรู้ ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น เพื่อมุ่งหวังให้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยให้ผู้คนในสังคมไทย กลับมาดูแลสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนไทย เพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรม ความรุนแรง และสารเสพติดในสังคม โดยศูนย์ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์สายด่วน สุขภาพจิต 1323 จะเป็นการให้บริการปรึกษาปัญหาการพนันและปัญหา สุขภาพจิตที่มีมากที่สุดถึง 10 คู่สาย จาก 31 คู่สาย ที่อยู่ในโรงพยาบาล/สถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ เป็นการดูแลให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญก่อน ปัญหาจะบานปลาย ตลอดจนมีบริการส่งต่อเครือข่ายสุขภาพกรณีฉุกเฉิน โดยให้บริการปรึกษาไม่น้อยกว่า 50,000 ราย ส่วนศูนย์เรียนรู้และสาธิตสำหรับ วัยรุ่น จะเป็นศูนย์วิชาการที่สร้างนวัตกรรมและพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัย (New Media) เป็นมิตรและเข้าถึงวัยรุ่น อาทิ Application: Love Say Play และ ค้นพบความสุขกับลูกวัยรุ่น โดยเน้นให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมคิดและทำ ซึ่งในวันนี้นักได้ มีการมอบรางวัลการประกวดภาพยนตร์สั้นทักษะชีวิตวัยรุ่น (Life Skills) และการประกวดตราสัญลักษณ์และคำขวัญสายด่วนฯ เลิกพนัน 1323 ที่ออกแบบ และผลิตโดยวัยรุ่นจากสถาบันการศึกษาต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นความ มีคุณค่าของตนเองและเห็นถึงความสำคัญของปัญหาวัยรุ่นในปัจจุบัน ซึ่งจะ



นำไปสู่การมีภูมิคุ้มกันต้านต่อสิ่งกระตุ้นและความ เสี่ยงต่าง ๆ รอบตัวได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ ในปีหน้ามีแผนที่จะเปิดระบบ training online สำหรับบุคลากรสาธารณสุข และครู เพื่อพัฒนา ความรู้และทักษะในการให้บริการแนะนำปรึกษาเด็ก และวัยรุ่นในประเด็นปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาซึมเศร้า เพศ เกม โดยที่ไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทาง เพียงสมัครผ่านระบบออนไลน์ก็สามารถเรียนรู้ จนจบหลักสูตรพร้อมรับใบประกาศทันที

สร. จับมือเครือข่ายสุขภาพ ขจัดตาบอดจากต้อกระจก ให้หมดไปจากประเทศไทยในปี 2560

นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย รองปลัด กระทรวงสาธารณสุข รักษาการราชการแทนปลัด กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ผลสำรวจภาวะ ตาบอดและสายตาดูเลือนราง ปี พ.ศ. 2556 โดย โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ กรมการแพทย์ พบ คนไทยอายุ 50 ปีขึ้นไปมีความชุกตาบอดร้อยละ 0.6 สาเหตุที่พบมากที่สุดเกิดจากต้อกระจกร้อยละ

70 คาดว่ามีจำนวนตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ตกค้างไม่ต่ำกว่า 70,000 ราย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความลำบากในการดำรงชีวิต เสี่ยงภาวะข้างเคียง เช่น ต้อหิน ม่านตาอักเสบ ฯลฯ ที่อาจตาบอดถาวรได้หากไม่ได้รับการรักษา ทั้งนี้สาเหตุที่มีผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการด้วยเหตุผลต่าง ๆ ได้แก่ ไม่รู้ว่าปล่อยไว้ ตาจะบอดถาวร กลัวการรักษา กลัวจะไม่มีค่ารักษา มีความลำบากในการเดินทาง จึงได้ทำโครงการแก้ไขปัญหตาบอดจากต้อกระจก เป็นความร่วมมือระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ราชวิทยาลัย จักษุแพทย์แห่งประเทศไทย สำนักงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวง อื่นที่เกี่ยวข้อง โดยให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศปรับกระบวนการทำงาน เน้นคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในชุมชนในช่วงเวลา 3 เดือนนี้ มีนายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2558 เน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่ตาบอดจากต้อกระจกทุกสิทธิ์ขึ้นทะเบียน และรอผ่าตัดโดยเร็ว (Fast Track) หากพื้นที่ใดมีผู้ป่วยจำนวนมากจะมี ทีมเสริมจากทุกภาคส่วนมาช่วย ทำให้กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถบริหารทั้งคน เงิน ของได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความเท่าเทียมกันทางด้านบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือแพทย์ ด้านจักษุของแต่ละพื้นที่





เด็กไทยห่างไกลไวรัสโรต้า



โครงการ “เด็กไทยห่างไกลไวรัสโรต้า”
มอบวัคซีนป้องกันอุจจาระร่วงในเด็กเล็กจากเชื้อไวรัสโรต้าจำนวน 500 โดส

โครงการ “เด็กไทยห่างไกลไวรัสโรต้า” จัดทำโดยสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโรต้าของเด็ก ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค โดยการรณรงค์ให้กุมารแพทย์ให้ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้าและการป้องกันที่ถูกต้องแก่พ่อแม่ผู้ปกครอง ซึ่งสมาคมฯ จะถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กุมารแพทย์เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารกับพ่อแม่เกี่ยวกับเรื่องเชื้อไวรัสโรต้า รวมถึงการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์แผ่นพับและวิดีโอให้ความรู้แก่พ่อแม่ตามโรงพยาบาลและคลินิก

ในประเทศไทยพบว่าเด็กร้อยละ 60 ติดเชื้อไวรัสโรต้าแล้วเมื่ออายุ 1 ปี และร้อยละ 80-90 ติดเชื้อไวรัสโรต้าแล้วเมื่ออายุ 2 ปี ซึ่งเชื้อไวรัสโรต้าค่อนข้างทนและมีชีวิตอยู่ได้นานเป็นวัน ๆ จึงยากที่จะระวัง หากเด็กได้รับเชื้อจะมี



อาการไข้ซึ่งอาจสูงถึง 39 องศาเซลเซียส อาจจะอาเจียนมากถึง 7-8 ครั้งต่อวัน และท้องร่วงและถ่ายเป็นน้ำ ซึ่งอาจบ่อยถึง 7 ครั้งต่อวัน บางรายอาการอาจรุนแรงจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์จะรักษาตามอาการเนื่องจากไม่มียาหรือการรักษาโดยเฉพาะ หากอาการรุนแรง

อาจทำให้เกิดภาวะขาดน้ำซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะช็อก และ

หากรักษาไม่ทันก็อาจเสียชีวิตได้

ล่าสุด โครงการ “เด็กไทยห่างไกลไวรัสโรต้า” ได้จัดกิจกรรมเพิ่มการเข้าถึงไปยังกลุ่มเด็กด้อยโอกาส โดยสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยมอบวัคซีนป้องกันอุจจาระร่วงในเด็กเล็กจากเชื้อไวรัสโรต้าจำนวน 500 โดส ให้แก่องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไรที่ดูแลเด็กด้อยโอกาส 5 องค์กร ได้แก่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนปากเกร็ด เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโรต้าของเด็ก โดยมี บริษัท แก๊สซิสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด หรือ GSK เป็นผู้ร่วมบริจาควัคซีนดังกล่าว

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ผู้ดำเนินโครงการ “เด็กไทยห่างไกลไวรัสโรต้า” กล่าวว่า “ไวรัสโรต้าเป็นเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กทารกและเด็กเล็กทั่วโลก สำหรับประเทศไทยในแต่ละปีมีเด็กป่วยด้วยโรคท้องร่วงและต้องมาพบแพทย์กว่า 131,000 ราย และถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษานอนในโรงพยาบาลกว่า 56,000 ราย ขณะที่ทั่วโลกมีเด็กเสียชีวิตจากโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้าปีละกว่า 500,000 คน เชื้อตัวนี้ค่อนข้างทน และปนเปื้อนอยู่ในสิ่งแวดล้อม ติดต่อกันได้ง่ายเพียงแค่สัมผัสสิ่งของและเอามือเข้าปากก็ติดโรคได้ เด็กคนหนึ่งสามารถแพร่กระจายเชื้อสู่เด็กอีก 20 คนได้





โครงการ **“เด็กไทยห่างไกลไวรัสโรต้า”** พยายามถ่ายทอดความรู้ให้แพทย์เข้าใจและอธิบายต่อให้พ่อแม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการป้องกันผ่านสื่อสิ่งพิมพ์และวิดีโอตามสถานพยาบาลต่าง ๆ เพราะสิ่งสำคัญในตอนนี้เป็น การให้ความรู้ประชาชนและชุมชน เพื่อให้รู้และสนใจวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดโรค หมอช่วยรักษาอาการของโรค แต่การป้องกันไม่ให้ป่วยต้องเริ่มจากตัวผู้ป่วยเอง”

ผศ.นพ.ชนเมธ เตชะแสนศิริ หัวหน้าหน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กล่าวว่า “เด็กทุกคนถ้าอายุ 2-3 ขวบ ต้องเคยเป็นโรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากเชื้อไวรัสโรต้ามาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ทารกอายุ 3-4 เดือนก็สามารถติดเชื้อได้ แต่จะพบบ่อยในเด็กอายุระหว่าง 1-2 ขวบ ไวรัสโรต้าเป็นโรคที่ติดต่อง่ายแต่ป้องกันยาก วิธีการป้องกันทารกและลูกน้อยจากเชื้อไวรัสโรต้าที่สำคัญคือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตลอดจนการสร้างสุขอนามัยที่ดี การรักษาความสะอาด การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำเป็นการช่วยป้องกันได้ในระยะสั้น แต่ไม่สามารถป้องกันได้ครบถ้วนสมบูรณ์ เพราะฉะนั้นการรับวัคซีนจึงเป็นการป้องกันที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้”



นางสาวกิริตา ประสงค์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนปากเกร็ด หนึ่งในองค์กรที่ได้รับการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กเล็กจากเชื้อไวรัสโรต้า กล่าวว่า “สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนปากเกร็ดมีเด็กในความดูแลประมาณ 310 ราย ซึ่งมักจะป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในช่วงหน้าร้อน โดยเฉพาะในเดือนเมษายนที่ผ่านมา มีเด็กอายุ 3-18 เดือน ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงหลายราย สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนปากเกร็ดขอขอบคุณสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และ GSK ที่ตระหนักถึงความสำคัญและสนับสนุนให้เด็กของสถานสงเคราะห์ได้มีโอกาสรับวัคซีนไวรัสโรต้าในครั้งนี้ ซึ่งจะช่วยให้เด็กในสถานสงเคราะห์มีสุขภาพแข็งแรง มีภูมิต้านทาน และไม่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้อยากให้มีการสนับสนุนเรื่องวัคซีนเสริมให้เด็กในสถานสงเคราะห์ทุกแห่งมากขึ้น นอกเหนือจากวัคซีนปกติตามเกณฑ์ที่ควรจะได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ วัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโรต้า”



ท้ายนี้ **ศ.นพ.สมศักดิ์** เน้นย้ำว่า “สำหรับโรคอุจจาระร่วงรุนแรงในเด็ก สิ่งสำคัญที่สุดคือ การป้องกันซึ่งทำได้และตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง ไม่ใช่การรักษาซึ่งต้องพึ่งคนอื่นคือแพทย์ ถ้าป้องกันได้ก็ไม่เป็นโรค ภายใต้โครงการ **“เด็กไทยห่างไกลไวรัสโรต้า”** สมาคมฯ ได้เสนอแนะรัฐบาลให้พิจารณาจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการให้วัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโรต้ามาโดยตลอด และส่งเสริมแพทย์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อโรคชนิดนี้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง เพราะผู้ปกครองบางคนมีเงินแต่ไม่รู้ว่ามีวัคซีนป้องกันแล้ว ก็พลาดโอกาสตรงนี้ไป ปัจจุบันยังไม่มียาฆ่าเชื้อไวรัสโรต้า มีแต่วัคซีนป้องกันไม่ให้เกิดโรค จึงอยากให้รัฐบาลสนับสนุนการป้องกัน ไม่ใช่รอให้เป็นแล้วค่อยรักษา หากป้องกันโรคได้ก็จะลดอัตราการเข้ารักษาที่โรงพยาบาล แพทย์สามารถไปรักษาโรคอื่น ๆ ทรพยากรประเทศก็สูญเสียน้อยลง และที่สำคัญที่สุดคือไม่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิต”

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ทุกประเทศทั่วโลกบรรจุวัคซีนไวรัสโรต้าอยู่ในแผนการสร้างภูมิคุ้มกันแห่งชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง เช่น เอเชียใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อลดอัตราการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเสียชีวิต

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เผยผลการประชุม คณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินการ แก้ไขปัญหาการค้าค่ารักษาพยาบาลแพงมีความคืบหน้า ให้โรงพยาบาลเอกชนคิดราคายาไม่เกินราคาป้ายฉลากที่ติดจากผู้ผลิตหรือผู้นำเข้า ส่วนเรื่องการรักษาผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน คลอด 5 แนวทางปฏิบัติชัดเจนขึ้น ประชาชนไม่ต้องจ่าย พร้อมดำเนินการในอีก 2 เดือน



มาตรการแก้ปัญหาการค้ารักษาแพงคืบหน้า คิดราคายาไม่เกินราคาป้ายฉลาก

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ แก้ไขปัญหาการค้าค่ารักษาพยาบาลราคาแพงของโรงพยาบาลเอกชน ได้เสนอผลสรุปใน 3 เรื่อง ได้แก่ การคิดราคาค่ายา การรักษาผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน และระบบการตรวจสอบอัตราค่ารักษาพยาบาล และการให้ข้อมูลประชาชน

ประเด็นแรก เรื่องราคาค่ายา ที่ประชุมได้มีมติให้กำหนด อัตราเรียกเก็บที่เกี่ยวกับยา 2 รายการ คือ 1. ราคายาให้จำหน่าย ได้ไม่เกินราคาที่ติดมาจากโรงงานผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายราคาเดียวกันทั่วประเทศ เป็นไปตามพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542 ของกระทรวงพาณิชย์ 2. ค่าบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับยา ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีต้นทุนแตกต่างกัน เช่น การเตรียมยาเคมีบำบัด การเตรียมสารละลายหรือสารอาหารที่ให้ทางหลอดเลือดดำ การให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยเฉพาะราย การให้การบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน การเพิ่มระบบงานในการเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยด้านยาแก่ผู้ป่วย เป็นต้น และได้

เพิ่มทางเลือกแก่ประชาชนหากเห็นว่ายาในโรงพยาบาลมีราคาสูง สามารถนำไปสั่งยาไปซื้อที่ร้านขายยาได้ โดยกระทรวงสาธารณสุข จะร่วมกับสภาเภสัชกรรมดูแลมาตรฐานร้านขายยาทั่วประเทศ มีเภสัชกรเป็นผู้ควบคุมและจ่ายยา ทางกระทรวงสาธารณสุข จะส่งเรื่องการกำหนดราคายาให้คณะกรรมการว่าด้วยสินค้าและบริการของกระทรวงพาณิชย์เพื่อออกประกาศใช้โดยเร็ว และให้เวลาผู้ผลิตหรือจำหน่ายยา ร้านยา โรงพยาบาลเอกชน พัฒนาความร่วมมือเพื่อรองรับระบบใหม่โดยเร็วที่สุด

ประเด็นที่ 2 เรื่องระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินวิกฤติ ที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ที่ประชุมได้มีมติให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน บริหารจัดการระบบใน 5 แนวทาง ดังนี้ 1. มีระบบพิสูจน์และรับรองผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินจากโรงพยาบาลเอกชนไม่เกิน 15 นาที 2. ปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมงแรกให้สมเหตุสมผล 3. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤติหลังจาก 72 ชั่วโมงแรกกลับโรงพยาบาลต้นสังกัด 4. กรณีผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ให้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากพระราชบัญญัตินี้ก่อน และ 5. กรณีมีประกันสุขภาพเอกชน ให้เป็นทางเลือกว่าจะใช้ระบบประกันสุขภาพเอกชนก่อน หรือเรียกเก็บจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คาดว่าจะใช้เวลาปรับระบบประมาณ 2 เดือน เพื่อให้ระบบมีความสมบูรณ์ขึ้น ประชาชนไม่ต้องจ่ายเงิน

ประเด็นที่ 3 เรื่องระบบการตรวจสอบอัตราค่ารักษาพยาบาล และการให้ข้อมูลประชาชน ที่ประชุมให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจัดทำเว็บไซต์รวบรวมอัตราค่ารักษาพยาบาลในโรคที่ต้องมีการนัดผ่าตัดล่วงหน้า จำนวน 77 รายการที่ได้จากโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผ่าตัดตาต้อกระจก เพื่อให้ประชาชนสามารถตรวจสอบราคา ทราบข้อมูลล่วงหน้า ก่อนไปรับบริการ คาดว่าจะเสร็จสมบูรณ์ในอีก 1 เดือน



กรมวิทย์ฯ เตรียมความพร้อมห้องปฏิบัติการ รองรับการปรับเปลี่ยนชนิดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เตรียมความพร้อมห้องปฏิบัติการที่จะตรวจวิเคราะห์คุณภาพของวัคซีนเพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนชนิดของวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอในแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กตามนโยบายของประเทศ

นพ.อภิชาติ มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เปิดเผยว่า ปัจจุบันวัคซีนโปลิโอมี 2 ชนิดคือ ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (Oral Polio Myelitis Vaccine: OPV) เตรียมจากเชื้อไวรัสโปลิโออ่อนฤทธิ์ ซีโรทัยป์ 1, 2 และ 3 สายพันธุ์เซบิน ให้โดยการรับประทาน และชนิดเชื้อตาย (Inactivated Polio Myelitis Vaccine: IPV) ที่ผลิตโดยการทำให้เชื้อไวรัสโปลิโอตายด้วยความร้อนหรือสารเคมี ให้โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

จากข้อมูลการใช้วัคซีนชนิดรับประทานพบว่า ผู้ได้รับวัคซีนอาจเกิดอาการโรคโปลิโอที่เป็นผลข้างเคียงจากวัคซีน OPV (Vaccine-associated paralytic poliomyelitis: VAPP) การเกิด VAPP จะไม่ทำให้เกิดการระบาดของโรคโปลิโอ แต่หากเชื้อไวรัสที่นำมาผลิตวัคซีนมีการกลายพันธุ์ (Circulating Vaccine derived poliovirus: cVDPV) หลังจากที่ได้วัคซีนแล้วจะเป็นสาเหตุของการระบาดของโรคโปลิโอได้ ซีโรทัยป์ที่เป็นสาเหตุของการเกิด cVDPV มากกว่า 90% คือ โปลิโอไวรัส ซีโรทัยป์ 2 ดังนั้น เพื่อลดการเกิด cVDPV และทำการกวาดล้างโรคโปลิโอ ทางองค์การอนามัยโลก (WHO) จึงมีแผนการปรับเปลี่ยนการใช้วัคซีนชนิดรับประทานที่มีไวรัส 2 สายพันธุ์ (bivalent OPV: bOPV) โดยใช้ร่วมกับวัคซีน IPV แทนวัคซีนโปลิโอชนิดรับประทานที่มีองค์ประกอบของไวรัส 3 สายพันธุ์ (trivalent Oral Polio Myelitis Vaccine: tOPV) ซึ่งเป็นไปตามมติของการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly: WHA) โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ทุกประเทศใช้วัคซีน IPV ก่อนสิ้นปี พ.ศ. 2558 เพื่อให้มั่นใจว่าเด็กที่ได้รับวัคซีน bOPV จะยังคงมีภูมิคุ้มกันต่อโปลิโอไวรัสซีโรทัยป์ 2 ที่ไม่มีอยู่ใน bOPV

ทั้งนี้ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ได้กำหนดให้โรงงานหยุดผลิตวัคซีนเดิมชนิด 3 สายพันธุ์ ทุกประเทศจะทำลายวัคซีนเดิมที่เหลือ ซึ่ง



คาดว่าจะช่วยทำให้ทั่วโลกมีโอกาสบรรลุเป้าหมายปิดฉากสุดท้ายของการกวาดล้างโปลิโอได้มากขึ้น และลดการเกิดโรคโปลิโอที่เป็นผลข้างเคียงจากการได้รับวัคซีนชนิด 3 สายพันธุ์ได้ ขณะนี้หลายประเทศได้ตกลงและดำเนินการตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

นพ.อภิชาติ กล่าวต่อว่า สำหรับประเทศไทยมีนโยบายสอดคล้องกับแผนจัดการปิดฉากสุดท้ายของการกวาดล้างโปลิโอตามมติของการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก โดยคณะกรรมการพัฒนาบัญญัติหลักแห่งชาติกำลังพิจารณาการนำวัคซีน IPV มาใช้ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ เพื่อให้สามารถจัดซื้อวัคซีน IPV มาใช้ได้ทันในปี พ.ศ. 2558 โดยหน่วยงานภาครัฐที่ทำหน้าที่ในการควบคุมคุณภาพชีววัตถุของประเทศคือ สถาบันชีววัตถุ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีหน้าที่หลักในการตรวจวิเคราะห์คุณภาพประกอบการขึ้นทะเบียนและการรับรองรุ่นการผลิตของวัคซีนก่อนอนุญาตให้จำหน่ายในประเทศ โดยการรับรองรุ่นการผลิตพิจารณาจากเอกสารสรุปรายงานการผลิตและการตรวจสอบคุณภาพของวัคซีน และเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงในการตรวจวิเคราะห์คุณภาพและความปลอดภัยของชีววัตถุ ซึ่งมีความพร้อมทางห้องปฏิบัติการที่จะตรวจวิเคราะห์คุณภาพของวัคซีนทั้งชนิด bOPV ที่อยู่ระหว่างการขึ้นทะเบียนและ IPV ที่มีการขึ้นทะเบียนแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ได้ตามข้อกำหนดที่เป็นมาตรฐานสากล เช่น ความแรง ความปลอดภัย และคุณสมบัติทางเคมี-ฟิสิกส์ของวัคซีน จึงมั่นใจได้ว่ากรมวิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถรองรับการปรับเปลี่ยนชนิดของวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอในแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กตามนโยบายของประเทศได้ และกวาดล้างโรคโปลิโอให้หมดไปจากโลก





ผู้สูงอายุไทย สูงวัยอย่างทรงพลัง



รศ.พ.พ.ไพจิตร นกสร



พ.พ.สุพรรณ ศรีธรรมมา



พศ.ดร.วิสิริ สิริไตรย์

ในช่วงเวลา 2 ทศวรรษที่ผ่านมา สถานการณ์ทางประชากรของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เป็นที่น่าสังเกตว่า อัตราเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุเร็วกว่าประชากรในวัยอื่น ๆ ทั้งหมด ทำให้ในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว คาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 14 ล้านคน โดยผลสำรวจล่าสุดพบว่ามีผู้สูงอายุกว่า 1 ล้านคนที่สุขภาพไม่ดี นอนติดเตียง ต้องพึ่งคนอื่นดูแล และมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะต้องอยู่ลำพัง ไร้ลูกหลานดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุของการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนี้ เป็นเพราะภาวะเจริญพันธุ์ที่เคยสูงในอดีต ทำให้ประชากรในรุ่นที่เคยเป็นเด็กซึ่งเกิดมาเป็นจำนวนมากในอดีตค่อย ๆ หายเข้าสู่วัยแรงงานและวัยผู้สูงอายุในที่สุด

เมื่อพิจารณาอัตราส่วนทางเพศของประชากรในประเทศไทยจะพบว่า อัตราส่วนทางเพศเมื่อแรกเกิดจะมีเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุกลับพบว่ามีผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สะท้อนถึงอัตราการตายที่สูงกว่าของประชากรเพศชาย นอกจากนี้ปัญหาสำคัญที่ผู้สูงอายุไทยประสบคือ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสุขภาพ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ 2 ใน 3 มีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก เพราะการที่ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นก็ไม่ได้หมายถึงประชากรผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น แต่ดูเหมือนว่าช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้นนั้นจะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับด้วย

โดยโรคที่เป็นกันมากในกลุ่มผู้สูงอายุคือ ปวดหลัง ปวดเอว ไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ อีกทั้งยังพบว่าภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุนั้นเป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงาน

หาเลี้ยงชีพได้ ประเด็นหนึ่งที่มีจะมีการพูดถึงกันบ่อยด้วยความห่วงใยคือ เรื่องของการที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง แต่ประเทศไทยยังโชคดีเนื่องจากสถาบันครอบครัวยังคงเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีบุตรส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุตร มีเพียงร้อยละ 2 ของผู้สูงอายุที่มีบุตรแต่อยู่คนเดียว อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ยังได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรเสมอ มีผู้สูงอายุไทยจำนวนไม่มากนักที่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัวหรือญาติพี่น้อง แต่ก็ไม่ควรชะล่าใจ เพราะภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจในปัจจุบันอาจจะส่งผลกระทบต่อความสามารถของครอบครัวในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่น่าห่วงใย ทำอย่างไรจึงจะให้ประชากรที่มีอายุยืนยาวขึ้นมีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นภาระของบุตรหลาน ช่วยเหลือตนเองได้ต่อไป

รศ.พ.พ.ไพจิตร นกสร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า สังคมไทยในปัจจุบันกำลังเปลี่ยนแปลงและก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการบริการทุก ๆ ด้านที่จะ

เปลี่ยนแปลงไปทั้งเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา รวมทั้งการสาธารณสุขและการแพทย์ โดยจะมีผู้สูงอายุที่ต้องการบริการและการดูแลมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุก็ยังคงจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในอนาคตทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม การศึกษา

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เล็งเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่จะมาถึงในอนาคตอันใกล้นี้ จึงได้มุ่งพัฒนาและการแก้ไข ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้จากการจัดการ ประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2550 ครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2553 และครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ 22-24 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ที่ผ่านมา เพื่อติดตามความก้าวหน้าของ ความรู้ความเข้าใจด้านการแพทย์ สังคมศาสตร์ และการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ ผลงานศึกษาวิจัย ประสพการณ์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการ ปรับปรุงบริการและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพให้มากที่สุด พร้อมทั้ง ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบถ้วนในระดับ นานาชาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรี สังคมยอมรับในระดับนานาชาติ และ เป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจ อาเซียน

“การจัดการประชุมวิชาการแห่งชาติด้าน สูงวัยและผู้สูงอายุติดต่อกัน 3 ครั้ง แสดงถึงความ มุ่งมั่นของเราที่จะดำเนินการเรื่องนี้อย่างจริงจัง เนื่องจากเป็นเรื่องสำคัญของประเทศในอนาคต ทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมน่าจะมีความท้าทายที่จะช่วยกันในเรื่องนี้ ในฐานะที่เราเป็นผู้ดูแลทางด้านทางการแพทย์ และสาธารณสุข และเรื่องอื่น ๆ เช่น เรื่องทางสังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น จึงอยากจะสร้างความตระหนัก



ให้สังคมเห็นถึงความสำคัญของสังคมผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งจะนำไปสู่การ เตรียมความพร้อมในการรับมือและพัฒนาสังคมผู้สูงอายุต่อไป” **รศ.นพ.โสภณ กล้าว**

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข กล่าวว่า ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 15.9 ของประชากรทั้งประเทศ และประชากร มีอายุยืนยาวขึ้น โดยผู้ชายมีอายุเฉลี่ย 72 ปี ผู้หญิงมีอายุเฉลี่ย 78.6 ปี จาก แนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคทางตา และอื่น ๆ ตามมาอีก มากมาย

ไม่เพียงเท่านั้น จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2557 ยังระบุว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 10,014,699 คน และมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปีละประมาณ 500,000 คน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 95 มีโรคเรื้อรังประจำตัว โรคที่เกิดจากความชรา หรือปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า และ คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Ageing Society) มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ จึง ต้องเร่งเตรียมการรองรับเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขใน ครอบครัว

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการพัฒนางานสาธารณสุข ตามแนวพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเทิดพระเกียรติพระบรม วงศานุวงศ์ทุกพระองค์ และขับเคลื่อนนโยบายของรัฐบาลภายใต้ กรอบแนวคิด “ลดความเหลื่อมล้ำ ค้ำจุนกัน สร้างสรรค์สังคม”

โดยมีนโยบายการพัฒนาแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ระบบ การสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ให้เกิดผลเป็นรูปธรรม มีความต่อเนื่องอย่างยั่งยืน เน้นการทำงานเชิงบูรณาการกับทุกภาคส่วน

ทั้งนี้ได้จัดทำแผนบูรณาการพัฒนากลุ่ม วัยผู้สูงอายุ พ.ศ. 2558-2567 (10 ปี) โดยมียุทธศาสตร์ ในการดำเนินงาน คือ 1. สนับสนุนส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยระบบคัดกรอง



ที่มีประสิทธิภาพ มีระบบฐานข้อมูลที่ดี 2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน และ 3. พัฒนาการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ซึ่งมีการดำเนินงานและบริการที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การตรวจคัดกรองและการตรวจประเมินสุขภาพ การประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในการดูแลสุขภาพ การสร้างและพัฒนาทีมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver), ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) จัดให้มีหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit) และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนาความร่วมมือในกลุ่มประเทศอาเซียนให้มีความเชี่ยวชาญหรือความเป็นเลิศด้านผู้สูงอายุ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดทักษะประสบการณ์และเทคโนโลยีด้านผู้สูงอายุให้แก่ประเทศสมาชิกในอาเซียน และประเทศอื่น ๆ ต่อไป

ผศ.ดร.วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สภาวิชาชีพ กล่าวว่า ประเด็นผู้สูงอายุ มาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้น สัดส่วนของเด็กน้อยลง ซึ่งเป็นปกติของประเทศไทยกำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว ถ้าประเทศไทยไม่มีการเตรียมความพร้อมจะเกิดปัญหาตามมาอย่างมาก ทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม การประกอบอาชีพ การดูแลรักษาพยาบาล เป็นต้น แต่สำหรับประเทศที่มีการเตรียมความพร้อมอย่างดีตั้งแต่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางประชากร แทนที่จะเป็นปัญหาที่จะกลายเป็นพลังทางบวกโดยผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยสามารถที่จะทำประโยชน์และมีบทบาทต่าง ๆ ในสังคม

การดูแลผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการมองในมิติที่หลากหลาย เพราะชีวิตของผู้สูงวัยแต่ละคนมีมิติ



หลากหลายคาบเกี่ยวกัน ทั้งด้านสุขภาพอนามัย จิตใจ ศรัทธาความเชื่อ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การสื่อสาร เทคโนโลยี การดูแลการใช้ชีวิต การอยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม โดยปัจจุบันมีผลงานด้านวิชาการและงานวิจัยที่โดดเด่นตัวอย่างจริงจากชุมชนและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ของประเทศไทย รวมทั้งบทเรียนจากต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศในกลุ่มอาเซียน รวมทั้งประเทศที่มีความก้าวหน้าและประสบการณ์การเป็นสังคมสูงวัย เช่น ญี่ปุ่นและเกาหลี ซึ่งแสดงให้เห็นแนวทางการพัฒนาสังคมสูงวัยในประเทศและในอาเซียนที่จะนำไปสู่อาเซียนสูงวัยอย่างทรงพลัง

“ประเทศไทยสามารถเป็นตัวอย่างที่ดีของการนำเสนอต้นแบบด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นต้นแบบที่เป็นรูปธรรมและสะท้อนให้เห็นว่าในประเทศไทยและอาเซียนมีความก้าวหน้าและนวัตกรรมที่ต้องสนับสนุนให้ขยายผลและพัฒนาเพิ่มเติมต่อไป เช่น ต้นแบบด้านการดูแลรักษาพยาบาลแบบรอบด้าน อาคารที่อยู่อาศัยระบบสวัสดิการในอนาคต ผู้สูงอายุเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมพลังใจ ต้นแบบชุมชนดูแลผู้สูงอายุ และเทคโนโลยีเอื้อความสะดวกกับชีวิตประจำวัน เป็นต้น” **ผศ.ดร.วีรสิทธิ์** กล่าว

ผศ.ดร.วีรสิทธิ์ ยังได้เน้นย้ำถึงหลักการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1. มองผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง สร้างการแพทย์แบบมนุษยธรรม มนุษย์สัมพันธ์ และปฏิสัมพันธ์ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีลักษณะนิสัยเหมือนเด็กคือ มีจิตใจอ่อนแอ น้อยใจง่าย และมีความกังวล ถ้าไม่สร้างมนุษยธรรม มนุษย์สัมพันธ์ และปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การดูแลรักษาพยาบาลก็จะไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร 2. มองรูปแบบแนวทางการบริการรักษาสุขภาพแบบนอกกรอบ นำการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุไปถึงที่บ้าน ถึงในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุจะได้ไม่ต้องเดินทาง เพราะในการเดินทางแน่นอนว่ามีความยากลำบาก เสี่ยงอุบัติเหตุ และเสียค่าใช้จ่าย และ 3. สร้างศักยภาพของผู้สูงอายุให้รู้จักในการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง ซึ่งจะเป็นการลดปัญหาทางการแพทย์ได้ในอนาคต

“ประเทศไทยมีอัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ภายใน 5-10 ปีข้างหน้าจะกลายเป็นสังคมสูงวัย ดังนั้น เราต้องเตรียมทุกอย่างให้พร้อม ดูแลให้ครบทุกมิติ มีตัวอย่างให้เห็นว่าแนวทางการพัฒนาสังคมสูงวัยควรจะเป็นอย่างไร คาดหวังอยากให้สังคมสูงวัยของประเทศไทยเป็นผู้สูงอายุที่ทรงพลัง อยู่ในสังคมสูงวัยที่มีความพร้อมของการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ทั้งทางกาย ใจ เศรษฐกิจ สังคม ทั้งผู้สูงอายุที่มีความพร้อม ยังสามารถช่วยสังคมและประกอบกิจการอาชีพได้อยู่ และผู้สูงอายุที่ต้องได้รับความช่วยเหลือซึ่งก็ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างยั่งยืน เพื่อให้พึ่งตนเองได้ ไม่ใช่เป็นการสงเคราะห์หยิบยื่นในแต่ละครั้งไป” **ผศ.ดร.วีรสิทธิ์** กล่าวทิ้งท้าย





พญ.พรจิต ประพัฒน์นิชัย

ยึดหลักคุณธรรม คิดดี พูดดี ทำดี



“เราจะเป็นโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของประชาชน โดยชุมชนมีส่วนร่วม” ปณิธานและแนวทางการทำงานตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีที่ **พญ.พรจิต ประพัฒน์นิชัย อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี แพทย์ดีเด่นแพทยสภา พ.ศ. 2557 สาขาผู้บริหาร** มุ่งมั่นตั้งใจทำเพื่อโรงพยาบาลและผู้ป่วยในชุมชน จากเริ่มต้นบรรจุรับราชการครั้งแรกที่โรงพยาบาลปัตตานีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 เป็นเวลา 17 ปีที่ได้สร้างความน่าเชื่อถือและมีผลงานจนได้รับแต่งตั้งให้ไปเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์เป็นเวลา 4 ปีจึงย้ายกลับมาเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลปัตตานีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนเกษียณในปี พ.ศ. 2556 เป็นเวลา 10 ปีภารกิจของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่ประกอบด้วยงานหลัก ๆ 3 ด้านคือการบริหาร **พญ.พรจิต** ได้พัฒนาโรงพยาบาล

ปัตตานีบนเนื้อที่ 25 ไร่ มีการวางผังหลักของโรงพยาบาลได้ดีตามมาตรฐานของโรงพยาบาลทั่วไปสามารถขยายการรองรับบริการประชาชนจาก 300 กว่าเตียง เป็น 500 เตียง รวมทั้งมีหอผู้ป่วยวิกฤติมากขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วย มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จัดหาโดยเงินงบประมาณ เงินบำรุงและที่ได้จากการบริจาค รวมทั้งการจัดหาเครื่องมือราคาแพงโดยการเช่าใช้ เช่น CT scan เครื่องสลายนิ่ว เป็นโรงพยาบาลแรกใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีเครื่อง Arthroscope **พญ.พรจิต** ยังบริหารให้สถานะการเงินของโรงพยาบาลเป็นบวกมีความมั่นคงและเพื่อใช้พัฒนาโรงพยาบาลทั้งระบบ ซึ่งความสามารถตั้งแต่เป็นรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์จนมาสู่การเกษียณอายุในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี

พญ.พรจิต เกิดเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2496 จบมัธยมศึกษาจากโรงเรียน

เตรียมอุดมศึกษา ได้คะแนนเป็นอันดับสองของประเทศในสายวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2514 สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เกษียณอายุราชการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี ผลงานดีเด่นของท่านคือ การพัฒนาโรงพยาบาลปัตตานีจนได้บริการที่ดีมีคุณภาพ และได้รับรางวัลแพทย์สตรีดีเด่นสาขาบริการดีเด่นประจำปี พ.ศ. 2547 ท่านดูแลคนไข้ทุกระดับเป็นอย่างดี อีกทั้งส่งเสริมบุคลากรของโรงพยาบาลให้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการตั้งชมรมจริยธรรมในโรงพยาบาลพร้อมจัดกิจกรรมต่าง ๆ

ด้านการครองตน ท่านมีครอบครัวที่อบอุ่น สมรสกับ นพ.ศิริพงษ์ จันทรัศมิ์ มีบุตร-ธิดาอย่างละคน ซึ่งสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทและปริญญาเอก มีหน้าที่การงานดี กตัญญู ดูแลพ่อแม่อย่างดี ท่านเป็นคนที่วางตัวดี เหมาะสมกับกาลเทศะ ดูแลสุขภาพดี ทำให้มวลกายอยู่ในเกณฑ์คงที่ ไม่เคยเจ็บป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เป็นคนที่มีคุณธรรม จริยธรรม ปฏิบัติตนภายในกรอบของจรรยาบรรณและกฎหมาย ไม่มีปัญหาการร้องเรียนทั้งด้านส่วนตน และการบริหารงาน ท่านเป็นคนเปิดเผย จริงใจ ตรงไปตรงมา เป็นคนที่มีวินัยสูง มุ่งมั่นและติดตามรับผิดชอบงานที่ทำอย่างต่อเนื่อง ท่านเป็นคนที่ใฝ่รู้ ศึกษาต่อด้านกฎหมายและการบริหารงาน พร้อมทั้งนำความรู้มาถ่ายทอดให้ผู้ร่วมงานด้วยหลักคุณธรรม ศีลธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณข้าราชการ โดยใช้หลักการทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต คือ ศีล 5 และอิทธิบาท 4 ด้วยการ “คิดดี พูดดี ทำดี”

การครองคน ท่านให้เกียรติผู้ร่วมงาน สื่อสารสร้างความเข้าใจได้ดี ไม่เลือกปฏิบัติทั้งผู้ร่วมงานและผู้รับบริการไม่ว่าเชื้อชาติและศาสนาใด ทำให้คนอยากร่วมงานด้วย สามารถสร้างทีมงานได้ดีทั้งระดับบริหารและระดับทีมปฏิบัติงาน ท่านเป็นคนที่เมตตาใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ให้ความช่วยเหลือภายใต้ความถูกต้อง



ดูแลผู้ได้บังคับบัญชาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเป็นอย่างดี ส่งเสริมผู้ได้บังคับบัญชาในการพัฒนาตนและพัฒนางาน ส่งเสริมคนดี มีการให้รางวัลดีเด่นแก่ลูกจ้างชั่วคราว และประกาศเกียรติคุณผลงานดีเด่นของข้าราชการเป็นประจำเพื่อสร้างวัฒนธรรมของ “คนดีศรีโรงพยาบาลปัตตานี” ด้วยความเชื่อมั่นที่เห็นในตัวผู้อำนวยการที่มุ่งมั่นในการพัฒนาโรงพยาบาลปัตตานี ทำให้คหบดีในจังหวัดบริจาคหอผู้ป่วยพิเศษทั้งอาคาร ราคา 37 ล้านบาท นอกจากนี้ยังบริจาคสร้างสะพานที่เชื่อมต่อบ้านพักกับโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่มาดูแลผู้ป่วยได้สะดวกขึ้น รวมทั้งบริจาคเครื่องมือแพทย์

ในส่วนของการครองงาน พญ.พรจิต ปฏิบัติงานในหน้าที่และนอกเหนือหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ เต็มใจ มีจิตมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานที่รับผิดชอบ ตอบสนองนโยบายทุกระดับ เพื่อให้หน่วยงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้านคุณภาพ บริหาร บริการ และวิชาการสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เกิดประโยชน์ต่อส่วนราชการ และประชาชนในพื้นที่ อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างสันติสุข

ในด้านการบริการ ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่สำคัญคือสามารถลดจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่สูงกว่าได้เป็นจำนวนมาก พร้อมทั้งเพิ่มจำนวนการรับมารักษาต่อในโรงพยาบาลปัตตานีเพิ่มขึ้น สร้างความน่าเชื่อถือที่ประชาชนและชุมชนมีต่อโรงพยาบาลมากขึ้น ปัญหาการร้องเรียนน้อย จากการที่ได้พัฒนาทั้งคน ระบบบริการ ส่งผลให้โรงพยาบาลได้ผ่านการรับรองคุณภาพและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และผ่านการ Reaccredit นอกจากนี้ยังทำให้โรงพยาบาลปัตตานีผ่านมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ระดับทองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึงปัจจุบัน ผ่านมาตรฐานงานบริการพยาบาล ห้องปฏิบัติการงานเภสัชกรรมจากสมาคมวิชาชีพ และผ่าน





มาตรฐานงานโภชนาการจากจุฬาลงกรณ์ เป็นโรงพยาบาลต้นแบบแห่งแรกของภาคใต้ โรงพยาบาลปัตตานีได้รับรางวัล “ความเสียสละอย่างมีอุดมการณ์ของหน่วยงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้” จากสำนักงาน ก.พ.ร. ในปี พ.ศ. 2555

ในด้านวิชาการ ตัวท่านเองมีผลงานวิชาการจำนวน 4 ฉบับ และเมื่อเป็นผู้บริหารได้ส่งเสริมบุคลากรให้มีการพัฒนาวิชาการในระดับพื้นที่ ระดับกระทรวง และได้จัดสรรเงินสวัสดิการสนับสนุนในการพัฒนาวิชาการและงานวิจัย จนเกิดผลงานดีเด่น คือการสนับสนุนแพทย์ Orthopedics ในการผลิต External fixator เพื่อใช้รักษาผู้ป่วยกระดูกหักโดยไม่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ จนได้รับรางวัลวิจัยดีเด่นระดับชาติและนานาชาติ ซึ่งสร้างชื่อเสียงให้โรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และประเทศ

พญ.พรจิต แม้มีพื้นเพเป็นคนกรุงเทพฯ แต่ได้ทำงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ตลอดชีวิตราชการบนความทุ่มเท เสียสละ เป็นที่ยกย่องของสังคมโดยมีหลักฐานประจักษ์มากมาย เช่น

ปี พ.ศ. 2547 ได้รับรางวัลแพทย์สตรีดีเด่น สาขาบริการดีเด่น จากสมาคมแพทย์สตรีแห่งประเทศไทย



ประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ปี พ.ศ. 2552 ได้รับรางวัลผู้บริหารดีเด่นและเปี่ยมคุณธรรม จากสมาคมนักบริหารสาธารณสุข

ปี พ.ศ. 2552 ได้รับรางวัลผลงานดีเด่นอันดับ 1 ด้านคุณธรรม จริยธรรม จากกระทรวงสาธารณสุข

ปี พ.ศ. 2555 ได้รับรางวัลศิษย์เก่าแพทย์ศิริราชดีเด่น สาขาผลงานดีเด่น เป็นที่ยกย่องเชิดชู

ปี พ.ศ. 2556 ได้รับรางวัล ตราดาวอวอร์ด (TARA ward) รางวัลสำหรับคนปลุกหัวใจสังคมด้วย “หัวใจพระโพธิสัตว์” จากเสถียรธรรมสถานและสาวิกาธิชาลัย และยังได้รับรางวัลระดับจังหวัดและระดับพื้นที่อีกมากมาย

พญ.พรจิต ประพิณวนิชย์ จึงถือเป็นแพทย์ตัวอย่างที่ได้ดำรงชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ที่ยึดถือตามหลักคำสอนของสมเด็จพระบรมราชชนกที่ว่า

“ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง

ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง

ลาภทรัพย์และเกียรติยศจะตกแก่ท่านเอง

ถ้าท่านทรงธรรมะแท้จะอาภัพโลภให้บริสุทธิ์”





สมัยที่ผมเป็นเลขาธิการแพทยสภา ช่วงปี พ.ศ. 2546-2550 โครงการ “30 บาท” กำลังดังมากทั้งทาง “ดี” และ “ไม่ดี” แต่รัฐบาลชุดเดียวกันที่ทำโครงการ 30 บาทก็ยังเสนอให้ประเทศไทยเป็น Medical Hub หรือศูนย์บริการทางการแพทย์สำหรับชาวต่างประเทศอีกด้วย ผมเป็นคนเดียว (รอบ ๆ ตัวผม) ที่ออกมาให้ข้อคิดที่ไม่ควรที่จะประชาสัมพันธ์สนับสนุนให้ประเทศไทยเป็น Medical Hub มากในขณะนั้น เพราะผมเห็นว่าโครงการ 30 บาทนั้นจะทำให้งานแพทย์ พยาบาล ฯลฯ เพิ่มขึ้นอย่างมาก ฉะนั้น 2 โครงการนี้มันขัดกันอยู่ในตัว พุดง่าย ๆ โครงการ 30 บาททำให้โรงพยาบาลภาครัฐต้องการบุคลากรเพิ่มมากขึ้นมาก และจำเป็นมาก แต่ในเวลาเดียวกันถ้ารัฐบาล promote หรือสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็น Medical Hub ของทวีปเอเชีย หรือของโลกอย่างรวดเร็วเกินไป ทั้ง ๆ ที่เรายังไม่พร้อมทางภาครัฐ จะทำให้มีชาวต่างชาติมาตรวจรักษาที่ประเทศไทยเป็นจำนวนมากในเวลาอันสั้นมาก และส่วนใหญ่ที่มาจะมาเข้าที่โรงพยาบาลเอกชน ฉะนั้นความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนจะเพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็ว จนทำให้เกิดสมองไหลของแพทย์ พยาบาล จากภาครัฐไปยังภาคเอกชน เพราะภาคเอกชนมีค่าตอบแทนมากกว่าภาครัฐมากมาย

ผมไม่ได้คัดค้านการเป็น Medical Hub ของไทย เพียงแต่อยากให้รัฐบาลทำให้

ทางการแพทย์ของภาครัฐเข้มแข็ง ตั้งตัวได้เสียก่อน ต้องมีวิธีการที่จะทำให้ภาครัฐมีบุคลากรที่ดี เก่ง มีคุณภาพอย่างเพียงพอ ทำให้แพทย์ไม่ต้องการที่จะย้ายออกไปอยู่ภาคเอกชนโดยสรุปก็คือต้องทำให้บุคลากรเหล่านี้มีความสุขในการทำงาน ในการมีชีวิตอยู่ ได้ทำในสิ่งที่เขาอยากทำ มีศักยภาพที่จะทำได้ มีเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เขา แพทย์หลายคนได้รับการฝึกมาอย่างดี แต่พอมาอยู่โรงพยาบาลไม่มีเครื่องมือต่าง ๆ ที่เหมาะสมให้ มีคำตอบแทนที่เหมาะสมและปรับตลอดตามกาลเวลา ไม่ควรน้อยกว่าภาคเอกชนมากนัก มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม ไม่ควรต้องอยู่เวรบ่อยเกินไปนัก (แต่ขณะนี้อาจยังจำเป็นอยู่เพราะบุคลากรมีน้อย) มีโอกาสก้าวหน้า มีโอกาสและได้รับการสนับสนุนให้ไปประชุมวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งควรมีโรงเรียนที่ดีให้ลูก ๆ อยู่โดยไม่ต้องส่งลูกให้ไปอยู่ที่กรุงเทพฯ หรือที่เมืองใหญ่ ซึ่งทั้งหมดนี้มันเป็นลูกโซ่พ่วงกันไปทั้งหมด รัฐบาลต้องพัฒนาระบบการศึกษา พัฒนาครูให้มีคุณภาพ และกระจายโรงเรียนที่ดีให้มีอยู่ทั่วประเทศ รวมทั้งอาจสนับสนุนให้โรงเรียนทุกโรงเรียนเล่นกีฬา และสนับสนุนให้มีโรงเรียนประจำมาก ๆ จะได้ไม่มีปัญหาเรื่องรับส่งลูกหลาน เรื่องการดูแลลูก ๆ ฯลฯ

เรื่อง Medical Hub ถึงแม้ไม่ประชาสัมพันธ์มาก ถ้าทำดีแบบยั่งยืน แบบน้ำบ่อทราย ชาวต่างประเทศก็จะพอใจ ตัดใจและปากต่อปากจะทำให้ประเทศไทยเป็นที่

เลื่องลือว่าดีมากทางด้านการแพทย์ เมื่อฝ่ายการแพทย์ของรัฐมั่นคง อยู่ตัวแล้ว จะไหมโรงกระตุ้น สนับสนุน ประชาสัมพันธ์ให้ไทยเป็น Medical Hub เท่าไหร่ผมก็ไม่ว่า ที่พูดมาทั้งหมดนี้ก็เพียงแต่ว่าจะสนับสนุนเมื่อไหร่เท่านั้น ไม่ใช่ว่าด้านการเป็น Medical Hub

คราวนี้หันมาดูโรงพยาบาลเอกชน และค่าบริการที่ “แพงมาก” ที่เป็นเช่นนี้ส่วนหนึ่งเพราะโรงพยาบาลเอกชนไม่มีคู่แข่งจากภาครัฐ และประชาชนต้องการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว และสะดวก (แต่ต้องไม่แพงมาก) ประมาณ 25-30 ปีมาแล้ว ผมมีความเห็นว่าแพทย์ไทยส่วนใหญ่ยังต้องทำร้าน (คลินิกหรือสมัยนี้ทำที่โรงพยาบาลเอกชน) เพราะเงินเดือนจากภาครัฐน้อย แพทย์ส่วนใหญ่จึงทำคลินิกและออกจากบ้านแต่เช้า ไปทำร้าน หรือไปทำที่โรงพยาบาลเอกชน แล้วจึงมาโรงพยาบาลรัฐบาล หลังเลิกงานหลายคนก็ไปทำร้านหรือโรงพยาบาลเอกชนต่อ กว่าที่จะกลับถึงบ้านได้ก็อาจเป็นเวลา 21.00-22.00 น. ทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี แพทย์ไม่มีเวลาพักผ่อน อยู่กับครอบครัวไม่มีงานอดิเรก อ่านหนังสือ เขียนหนังสือตามที่น่าจะเป็น ผมจึงคิดว่าถ้าเราแยก “ร้าน” มาไว้ที่โรงพยาบาลรัฐจะทำให้เกิดประโยชน์อย่างมากมาย ทั้งต่อตัวแพทย์เอง ผู้ป่วย นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และโรงพยาบาล และแพทย์ยังน่าที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย กล่าวคือแพทย์อาจออกจากบ้านแต่เช้าเช่นเดิม ตรงมาที่โรงพยาบาลรัฐเลย อาจมาถึง 6.00-7.00 น. รถไม่ติดด้วยช่วงนี้ มาดูผู้ป่วยพิเศษที่โรงพยาบาลรัฐ ถ้าไม่มีผู้ป่วยพิเศษก็อาจดูผู้ป่วยทั่วไป สอนหนังสือนักศึกษาแพทย์ อ่าน เขียนตำรา คิดเรื่องงานวิจัย บริหาร หรือเขียนบทความให้ประชาชนอ่าน หรือแม้แต่ไปเดิน ไปวิ่ง เต้นแอโรบิค หรือเล่นเทนนิสก็ได้ (ถ้ามีที่) ตอนเย็นก็ไม่ต้องรีบกลับไปจากโรงพยาบาล อยู่ดูผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยธรรมดา หลังเวลาราชการ นักศึกษาแพทย์และแพทย์ก็จะได้ประโยชน์อีก แพทย์อาจใช้เวลาทำงานนอกเวลาที่เงิน 20.00 น. รับประทานอาหาร (ราคาก็ถูก) แล้วจึงกลับบ้าน ถ้าทำอย่างนี้ทุกคนทุกฝ่าย จะได้ประโยชน์ รวมทั้งโรงพยาบาลรัฐจะมีรายได้เพิ่มจากผู้ที่สามารถจ่ายเพิ่มได้ จะได้เอามาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป แพทย์จะได้ไม่ต้องเหนื่อย เสียเวลาไปบนท้องถนนกับการขับรถ และน่าที่จะลดสมองไหลด้วย

หน้ากาก

โลกนี้คือโรงละคร...ที่มีละครชีวิตแสดงอยู่
ละครชีวิตมีตำแหน่งให้สวม...เพื่อเป็นที่
ประจักษ์ตรงกันถึงหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ

จุดประสงค์การแสดงละครก็มีการสวม
หน้ากาก...เพื่อทำให้ผู้ดูทราบบทบาทของตัวละคร
ทุกคนในโลกนี้เป็นนักแสดงที่มีตำแหน่ง
ให้เล่นตามบทในละครชีวิตที่ได้รับมอบหมายมา
ล้วนเป็นนักแสดงที่มีบทให้แสดงแตกต่างกัน
ออกไป

บางคนก็มีหลายบทบาทจนทำให้เกิด
ความสับสนจนกระทั่งแสดงผิดพลาดบทหน้าที่
ขึ้นมา

ในละครชีวิต...เราต้องเป็นทั้งพ่อแม่-ลูก
ในครอบครัว เป็นเจ้านาย-ลูกน้องในที่ทำงาน หรือ
เป็นพ่อค้า-ลูกค้าในการซื้อขาย

เราต้องจำบทบาทในแต่ละสถานะให้ได้
จึงจะไม่สับสนแล้วแสดงออกมาผิดพลาด
อันทำให้เนื้อเรื่องของละครชีวิตไม่เป็นสุขหรือ
เส้นทางเดินของชีวิตเป็นทุกขนั้นเอง

เวลาเราอยู่ในบทบาทไหนก็ต้องเล่นให้
สมบทบาทนั้น ๆ อย่างเต็มความสามารถ แต่เมื่อ
เราไปสวมอีกบทบาทหนึ่งก็ต้องถอดบทบาทเดิม
ทิ้งไป เช่น เราเป็นเจ้านายก็ต้องสั่งลูกน้องให้
ทำงาน แต่พอเราเป็นลูกน้องก็ต้องรับคำสั่งของ
เจ้านาย ถ้าเราลืมตัวว่าเป็นลูกน้องของเขายู่แล้ว
ดันไปสั่งงานกับเจ้านายแทนก็จะเกิดปัญหาตามมา
ไม่รู้จบ...เพราะแสดงผิดพลาดบทบาทในละครชีวิต
นั่นเอง

ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ทุกเช้าที่มาทำงานแล้วขับรถ
ไปจอดที่ลานจอดรถ ปรากฏว่าจะมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยนายหนึ่ง
ชื่อ...สมชาย กุลกิจจมาค้อยโบกหาที่ว่างให้จอดรถ จากนั้นก็วิ่งมาคอยเปิด
ประตูรถให้ลงพร้อมทั้งช่วยหิ้วกระเป๋าและเอกสารต่าง ๆ เพื่อนำไปวางไว้ยัง
ห้องทำงานให้เป็นประจำทุกเช้าเป็นเวลานานติดต่อกันหลายปี...จนเกิดความ
เคยชินและยึดติดในการได้รับการปฏิบัติเยี่ยงนี้

ต่อมาผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่านนี้เกษียณอายุราชการ ในวันแรก
ที่มาติดต่อธุระกับโรงพยาบาลพบว่า ต้องวนรถหาที่จอดอยู่นานมาก และพอ
ลงจากรถมาพบกับสมชายที่ยืนดูแลลานจอดรถอยู่แถวนั้น ก็พบว่าสมชาย
เพียงแค่มองมือไหว้ทำความเคารพแล้วรีบเดินหนีไป...ไม่ได้กุลกิจจมาช่วย
หิ้วสัมภาระเหมือนแต่ก่อน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่านนี้รู้สึกเป็นทุกข์มากกว่า ตนเองหมด
อำนาจจนไม่ได้รับการปรนนิบัติเช่นเดิม

ผู้อำนวยการอาจไม่ทุกข์ใจเลย ถ้าเพียงแต่ตระหนักรู้วาทบทเดิม
ได้จบลงไปแล้ว และท่านกำลังก้าวเข้าสู่บทบาทใหม่ ซึ่งท่านต้องแสดงตาม
บทบาทใหม่...ในวัยเกษียณ...ให้เหมาะสมอันจะทำให้ละครชีวิตนี้ดำเนินไปได้
อย่างมีความสุข

ตำแหน่งหน้าที่ในละครชีวิตเปรียบเหมือนกับหน้ากากในการแสดง
ละคร เพื่อระบุถึงบทบาทที่ต้องรับผิดชอบแสดงให้ดีและเหมาะสมกับบทบาทที่
ได้รับมา ซึ่งเมื่อเกษียณแล้วก็ต้องยอมละจากบทบาทเดิมเพื่อไปแสดงใน
บทบาทใหม่ที่รับมา...ก็เท่านั้น

ในการแสดงละครมีการใช้หน้ากากเพื่อระบุบทบาทที่แตกต่างกันไป
ซึ่งทำให้ทั้งนักแสดงและผู้ชมละครเข้าใจตรงกัน

หน้ากาก...มักถูกสร้างให้เหมือนสัญลักษณ์ที่ต้องการสื่อออกไปมาก
ที่สุด บ้างแกะสลักจากไม้ บ้างจากเปเปอร์มาเช่ ผ้า โลหะ และอื่น ๆ หน้ากาก
บางชิ้นใช้ปิดหน้าผู้แสดง เช่น หน้ากากละครดิน ดี ซี (dixi) ของจีน บ้างก็
ใช้สวมเพื่อครอบศีรษะ เช่น โขนไทย จนเกิดเป็นงานศิลปะบนหน้ากากขึ้น
ซึ่งมีความวิจิตรพิสดารตามการประดับประดาที่เกิดขึ้นจากจินตนาการ ทั้งมี

ความสวยงามหรือน่ากลัวตามแต่ใจของผู้สรรสร้างขึ้น

ในบางยุคสมัยได้นำหน้ากากมาใช้ในชีวิตจริง จึงเป็นการผสมผสานระหว่างการแสดงและชีวิตจริงเข้าด้วยกัน ดังเช่น

1. หน้ากาก V



“หน้ากาก V” ออกแบบโดย *Alan Moore* และ *David Lloyd* เป็นการ์ตูนในปี ค.ศ. 1980 เรื่อง “V for Vendetta” (Vendetta เป็นภาษาอิตาลี หมายถึง การล้างแค้น) โดยมีต้นแบบมาจาก **กาย ฟอคซ์ (Guy Fawkes)** ชายชาวอังกฤษ ในช่วงปี ค.ศ. 1605 สมัยพระเจ้าเจมส์ที่ 1 ซึ่งมีเรื่องพิพาทกับนักบวชคริสต์นิกายคาทอลิก ช่วงนั้นมีการปราบปรามพวกคาทอลิกอย่างโหดเหี้ยม **กาย ฟอคซ์ (Guy Fawkes)** ได้ตั้งตัวเป็นหัวหน้า และต่อต้านการปกครองที่กดขี่ของพระเจ้าเจมส์ที่ 1 และบรรดาขุนนาง **กาย ฟอคซ์ (Guy Fawkes)** วางแผนที่จะระเบิดสภา เพื่อฆ่าเหล่าขุนนางและพระเจ้าเจมส์ที่ 1 โดยจะจุดระเบิดในวันที่ 5 พฤศจิกายน ค.ศ. 1605 แต่มาถูกจับได้เสียก่อน เหตุการณ์นั้นเรียกว่า “**กบฏดินปืน (Gunpowder Plot)**”

ในปี ค.ศ. 2005 การ์ตูนเรื่อง “V for Vendetta” ได้ถูกสร้างออกมาเป็นภาพยนตร์ เรื่อง “V for Vendetta” (เพชฌฆาตหน้ากากพญายม) หลายคนคงได้รู้จัก “หน้ากาก V” จากภาพยนตร์เรื่องนี้ในเรื่อง “V” ชายหนุ่มลึกลับ หนูทดลองที่รอดชีวิตมาจากการทดลองไวรัสของรัฐบาลกลับมาล้างแค้นและต่อสู้กับการปกครองของรัฐบาลที่ไม่ถูกต้องใช้อำนาจข่มเหงปกครองประชาชน โดยสวมหน้ากาก **กาย ฟอคซ์ (Guy Fawkes)** มีหลายเหตุการณ์ประจักษ์ในหลาย ๆ ประเทศที่ใช้ “หน้ากาก V” หรือหน้ากาก **กาย ฟอคซ์ (Guy Fawkes)** นี้เป็นสัญลักษณ์

2. หน้ากากเวนิส

ในช่วงศตวรรษที่ 18 ถือเป็นยุคที่รุ่งเรืองมากของการสวมหน้ากากของชาวเวนิส ผู้คนในสาธารณรัฐเวนิสสวมหน้ากากออกจากบ้านถึงปีละ 8 เดือนด้วยซ้ำ ผู้คนทั้งยากดีมีจนซ่อนหน้าตาสถานะของตนไว้ภายใต้หน้ากาก และ

ใช้ชีวิตสุดเหวี่ยงแบบไม่ต้องแคร์ใคร และบางครั้งก็เพื่อมีเซ็กซ์กันโดยไม่ต้องกลัวว่าใครจะจำได้

แต่หลังจากการยึดครองของกองทัพของนาโปเลียนในปี ค.ศ. 1797 จึงมีการสั่งห้ามการจัดงานเฉลิมฉลองงานรื่นเริงเป็นเวลาหลายปี ผู้คนไม่ได้รับอนุญาตให้ใช้หน้ากากเปเปอร์มาเช่เพื่อปกปิดหน้าตา และงานเต้นรำสวมหน้ากากก็ถูกห้ามจนกระทั่งปี ค.ศ. 1970 ประเพณีดั้งเดิมดังกล่าวถูกฟื้นฟูขึ้นมาใหม่ เมื่อกลุ่มของอดีตนักศึกษาคณะเคมี ออฟฟิฟน์ อาร์ต ได้เปิดร้านขายหน้ากากสมัยใหม่แห่งแรกของกรุงเวนิสขึ้นในปี ค.ศ. 1978



ดังจะเห็นได้ว่าการนำหน้ากากมาใช้ในชีวิตจริงในบางยุคบางสมัยเพื่อสื่อสารบางอย่าง เช่น หน้ากากของ **กาย ฟอคซ์** ที่นำมาใช้เพื่อการประท้วง หรือหน้ากากเวนิสที่นำมาใช้เพื่อปกปิดตนเองจากการกระทำต่าง ๆ

อย่างไรก็ดี เมื่อถอดหน้ากากก็ต้องกลับมาเป็นตนเอง ก็เหมือนกับเมื่อหมดตำแหน่งก็ต้องคืนกลับสู่ความเป็นสามัญ...ไปตามธรรมดาของโลก

เอกสารอ้างอิง

1. ASTV ผู้จัดการ. เทศกาลสวมหน้ากาก ‘เวนิสคาร์นิวัล’. 29 กรกฎาคม 2548. ที่มาจาก <http://www.manager.co.th/Around/ViewNews.aspx?NewsID=9480000101036>

2. Momypedia. หน้ากาก V. 28 พฤษภาคม 2556. ที่มาจาก <http://www.momypedia.com/blog/2533-19305/>

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทย ด้วยความหวังใจ (ตอนที่ 10)

(ต่อจากฉบับที่แล้ว)

สปสช. แจกเงินให้มูลนิธิและองค์กรที่ไม่ใช่ หน่วยบริการ

นอกจาก สปสช. จะนำเงินกองทุนไปจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์เอง โดยไม่ถูกต้องดังกล่าวแล้ว สปสช. ยังนำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปจัดสรรให้แก่มูลนิธิต่าง ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยบริการตามความหมายในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมูลนิธิเหล่านั้นยังมีความเกี่ยวเนื่องกับบุคคลต่าง ๆ ที่เป็นกรรมการหรืออนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น มูลนิธิแพทย์ชนบท มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และอีกหลาย ๆ มูลนิธิ⁽²⁾ และให้แก่องค์กรอื่น ๆ ถึง 51 หน่วยงาน และเมื่อสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ได้ตรวจสอบทุกท่วงแล้ว สปสช. ได้ออกระเบียบย้อนหลังในลักษณะล้างความผิดเดิม

สัญญาระหว่าง สปสช. และมูลนิธิไม่ถูกระเบียบ ราชการ

อนึ่ง นอกจากความผิดที่ สปสช. นำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปแจกจ่ายให้หน่วยงานอื่นที่มีชื่อสถานบริการแล้วยังมีผู้เปิดเผยสัญญาที่ สปสช. ทำกับมูลนิธิต่าง ๆ ในการรับเงินจาก สปสช. ไปดำเนินการตามโครงการต่าง ๆ นั้น มิได้มีรายละเอียดของโครงการ ให้มีการยกเว้นการวางหลักประกันเพื่อเป็นการประกันการปฏิบัติตามสัญญาและเป็นหลักประกันความเสียหายทั้งปวงตามสัญญานี้ เป็นการปฏิบัติที่ผิดระเบียบของทางราชการในการจัดซื้อจัดจ้างทั้งสิ้น และไม่มีรายงานผลการปฏิบัติงานหรือการประเมินผลว่ามูลนิธิหรือองค์กรต่าง ๆ นั้น ได้ใช้เงินของมูลนิธิอย่างคุ้มค่าหรือมีผลผลิตที่เกิดประโยชน์แก่ประเทศชาติอย่างไรบ้าง

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สปสช.

มีการรวบรวมจำนวนเงินที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติที่มีประธานมูลนิธิชื่อ ศ.นพ.ประเวศ วะสี และเลขาธิการมูลนิธิชื่อ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ได้ทำสัญญารับเงินจาก สปสช. เป็นจำนวนเงิน 14,829,085 บาท (สิบสี่ล้านแปดแสนสองหมื่นเก้าพันแปดสิบห้าบาท) โดย นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิเป็นผู้ลงนามเซ็นสัญญากับเลขาธิการ สปสช.

อาจจะยังมีรายการอื่นอีกที่ สปสช. แจกให้แก่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ แต่ประชาชนที่ติดตามเรื่องนี้ยังไม่สามารถสืบค้นพบเจอได้ จึงน่าจะถือว่าเป็นเพียงตัวอย่างเล็กน้อย เป็นต้นทางที่ผู้มีหน้าที่

ตรวจสอบและแก้ไขปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันภาครัฐจะต้องติดตามตรวจสอบนำเงินกลับคืนมาให้เป็นเงินสำหรับรักษาความเจ็บป่วยของประชาชนให้ถูกต้อง

ลำดับ	ชื่อกองทุน / ส่วนแบ่ง / หน่วยงาน	แหล่งงบประมาณ (หมวดกองทุน)	หน่วยงานที่ของบประมาณ / โครงการ / วัตถุประสงค์	งบประมาณ (บาท)	กิจกรรม / ผลผลิต / ข้อสังเกต
1	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	4,134,560	• ประชุม/อบรม/ทำสื่อ • จัดค่ายความรู้ / เครือข่ายฯ/งาน/สื่อเผยแพร่ • ทำสัญญาฯกับ สปสช. ส่วนกลาง (เนื้อหาโครงการเห็นชอบกับ สปสช. ส่วนกลาง)
2	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	615,475	• ประชุม/อบรม/ทำสื่อ • จัดค่ายความรู้ / เครือข่ายฯ/งาน/สื่อเผยแพร่ • ทำสัญญาฯกับ สปสช. ส่วนกลาง (เนื้อหาโครงการเห็นชอบกับ สปสช. ส่วนกลาง)
3	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	6,000,000	• ประชุม/อบรม/ทำสื่อ • จัดค่ายความรู้ / เครือข่ายฯ/งาน/สื่อเผยแพร่ • ทำสัญญาฯกับ สปสช. ส่วนกลาง

รูปที่ 5 ข้อมูลการรับเงิน สปสช. ของเลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ผลกระทบจากการบริหารที่ไม่สุจริต และผิดกฎหมายของ สปสช.

นพ.สุทัศน์ ศรีวิไล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป⁽³⁾ กล่าวว่า “ความจริงที่ทุกคนรับรู้คือ เงินเหมาจ่ายรายหัว 2,895 บาท ถึงหน่วยบริการโดยเฉลี่ยไม่ถึง 60% บางพื้นที่ได้เพียงหลักร้อยบาทต่อหัวประชากร ซึ่งสะท้อนการจัดสรรงบประมาณที่ไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการบริหารงบประมาณที่ไม่ชอบด้วยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พอมีปัญหาในการบริหารจัดการขึ้นมา โดยหน่วยบริการเกิดปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงินกว่า 400 แห่ง และที่เกิดวิกฤติเรื่องการเงินยากจะฟื้นฟูสภาพ 105 แห่ง ซึ่งเกิดจากปัจจัยหลัก ๆ คือการได้รับงบน้อย เนื่องจากประชากรน้อย การบริหารภายใต้งบจำกัดก็จะส่งผลกระทบต่อประชาชน ซึ่งเราไม่อยากให้เกิดกับประชาชน เพราะประชาชนต้องได้รับการดูแลที่ดีที่สุด เรามีข้อเสนอให้มีการปรับปรุง ปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดสรร กระบวนการบริหารจัดการในเรื่องการเงินการคลังเป็นเงินของรัฐบาล (เงินงบประมาณ) ที่ สปสช. นำมาบริหาร โดยเราเป็นโรงพยาบาลผู้ให้บริการ ดังนั้น ถ้าเมื่อไหร่ที่การบริหารจัดการมีปัญหาจะต้องมาคุยกัน มาหาทางแก้ไขให้ดีขึ้น เพื่อประชาชนจะได้รับบริการที่ดีขึ้น”

การให้บริการโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน

	โรงพยาบาลรัฐ	โรงพยาบาลเอกชน
การเลือกผู้ให้บริการ	ไม่ได้	ได้
การจ่ายค่ารักษา	ไม่ได้	ได้
อัตราค่าบริการ	สปสช. กำหนดและ จ่ายไม่เกินที่กำหนด	โรงพยาบาลกำหนด
การเลือกไม่ใช้หรือยา	รพ. แผนการจ่าย	เรียกเก็บจากผู้ป่วย
การตรวจสอบมาตรฐาน	ถูกตรวจสอบการวิจัย และ แผนการรักษา	ผู้ให้บริการมีหมอ หรือไปทำการเลือก
บุคลากร	งานหนัก รพ. ไม่มีเงิน ค่าตอบแทนหรือได้เพิ่ม	ถือว่าการบุคลากร มีค่า และสภาพงานดีถูก

ที่มา : เอกสาร ส.อ.บ. ส.อ.บ. ปีการศึกษา 2555 การบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

รูปที่ 6 ภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ทวงสัญญาคืนความสุขให้ประชาชนจาก คสช., ครม. และนายกรัฐมนตรี

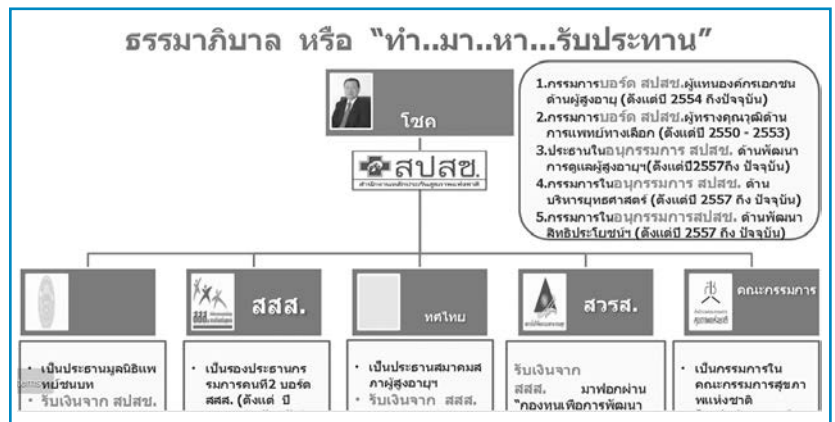
ถามหาความรับผิดชอบของรัฐบาลในการตรวจสอบแก้ไข และปราบปรามการคอร์รัปชัน เพื่อคืนความสุขและสุขภาพดีให้แก่พี่น้องประชาชนคนไทย

ขอฝากคำถามนี้ไปถึงพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา หัวหน้า คสช. นายกรัฐมนตรี และประธานกรรมการปราบปรามการทุจริต ของประเทศไทยว่า ถึงเวลาที่ท่านคนเดียวที่สวมหมวกทุกใบในการบริหารประเทศจะหันมาแก้ปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขของข้าราชการและบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขหรือยัง? รัฐบาล แก้ไขปัญหาให้โรงพยาบาลได้รับงบประมาณในการดูแลรักษา สุขภาพประชาชนได้ตามมาตรฐาน ไม่ใช้รับฟังแต่รองนายกรัฐมนตรีฝ่ายสังคมที่รายงานท่านว่า เรื่องสาธารณสุขเรื่องเล็ก เขาจะดูแลแก้ไขเอง

แต่ความจริงที่เกิดขึ้นก็คือ โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับเงินเพียง

60% ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่รัฐบาลจัดสรรมาสำหรับประชาชน 48 ล้านคน แต่ สปสช. นำเงินนี้ไปแจกจ่ายแก่หน่วยงานอื่น แทนที่จะจัดสรรให้แก่โรงพยาบาลดังกล่าวแล้ว ส่งผลให้โรงพยาบาลขาดเงินทำงาน ผู้ป่วยไม่รับยาตามมาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย เกิดความทุกข์ทั้งข้าราชการ บุคลากรที่ทำงานดูแลรักษาและให้บริการประชาชน

บุคลากรทำงานหนัก ค่าตอบแทนการทำงานเหมือนข้าราชการทั่วไป แต่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตลอดเวลา ในขณะที่เดียวกันก็ถูกกำหนดบังคับให้จ่ายยาหรือใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่เหมาะสมในการรักษาความเจ็บป่วยของประชาชน ต้องสู้รบตบตีกับ สปสช. เพื่อร้องขอให้ได้รับงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรมาแล้ว ให้เต็มตามจำนวนที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วย และเศร้าใจที่มองเห็นหายนะของระบบบริการสาธารณสุขที่กำลังตั้งเหวจากากรที่ สปสช. ทำผิดกฎหมาย ผิดคุณธรรม ไม่มีธรรมาภิบาล

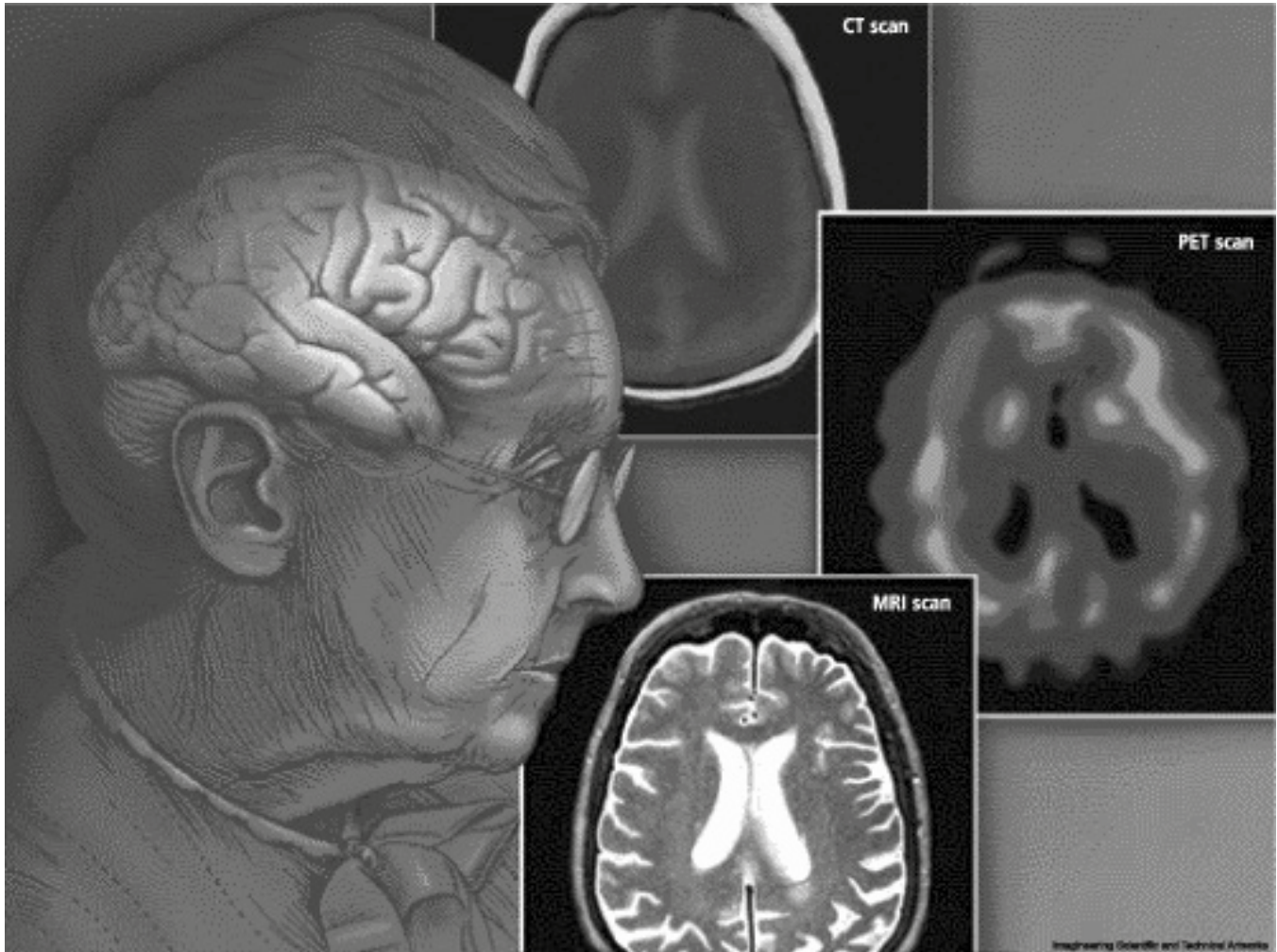


รูปที่ 7 ความเชื่อมโยงระหว่างกรรมการบอร์ดหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับผลประโยชน์จากงบประมาณแผ่นดิน

ถามหาความรับผิดชอบของหน่วยงานที่มีหน้าที่ประเมินความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงินงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในรอบ 13 ปี เพื่อตรวจสอบและทวงคืนเงินกองทุนมาให้ผู้ป่วยในระบบ 30 บาท

เอกสารอ้างอิง

1. <http://thaipublica.org/2015/03/public-health-services-57/> เปิดรายงานดีเอสไอระบุ สปสช. ไม่มีหน้าที่ซื้อขาย-เวชภัณฑ์ แถมเอาเงินส่วนลดจากองค์การเภสัชไปใช้เอง เทียบต่างประเทศ ซื้อรถตู้ ให้เงินทำวิจัย - 4 ปี ได้เงินไปกว่า 240 ล้านบาท
2. <http://thaipublica.org/2015/01/public-health-services-53/> บอร์ด สปสช. ใช้เงินเหมาจ่ายรายหัวของประชาชนผิดประเภท ผลประโยชน์ทับซ้อน สวมหมวกหลายใบ “นพ.วิชัย-นพ.ณรงค์ศักดิ์-นิมิตร-สุนทร” รับเงินจาก สปสช. เข้าข่ายผิด พ.ร.บ.กองทุนหลักประกัน-กฎหมาย ป.ป.ช. มาตรา 100
3. <http://thaipublica.org/2015/01/sutas-sriwilai/> นพ.สุทัศน์ ศรีวิไล ประธานชมรม รพท./รพท. ตั้งคำถาม “อนาคตระบบสาธารณสุขไทย” ต่ออาการกัดกร่อนผู้ให้บริการสุขภาพ - ทวงข้อเสนอกับปัญหาเรื้อรัง 12 ปีจาก สปสช.



ผู้ดูแลตัวช่วยสำคัญ ผู้ป่วยอัลไซเมอร์

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



Alzheimer

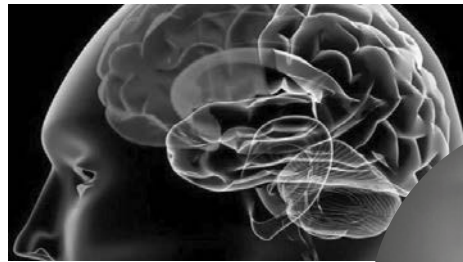
พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงาน รวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน ในระยะสุดท้ายของโรคจะสูญเสียความจำทั้งหมด และจะค่อย ๆ แย่ลงจนถึงอาการสุดท้าย คือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และเสียชีวิตเพราะอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

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



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





“ที่สำคัญผู้ดูแลจะต้องให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้พอเพียงและถูกหลักโภชนาการ ดูแลเรื่องการออกกำลังกายตามความเหมาะสม รวมถึงการมีกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การพาออกนอกบ้านเพื่อทำกิจกรรม หรือการเข้ากลุ่มกับผู้สูงอายุด้วยกัน หากผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์อยู่ในช่วงระยะเริ่มต้นซึ่งความจำยังไม่บกพร่องมาก ควรหากิจกรรมฝึกความจำให้แก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยชะลออาการของภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ได้ สิ่งสำคัญนอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว ตัวผู้ดูแลเองก็ควรจะดูแลร่างกายและจิตใจของตนเองด้วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ตลอดเวลาอาจก่อให้เกิดความเครียดหรือปัญหาด้านอารมณ์ บางครั้งผู้ดูแลอาจรู้สึกผิด ไม่มั่นใจในสิ่งที่ตนเองทำว่าถูกต้องหรือไม่ ดังนั้นนอกจากผู้ดูแลจะมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์แล้ว ต้องดูแลสุขภาพจิตของตนเองด้วย”



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





การผ่าตัดเสริมจมูก ช่วยลดคัดจมูก

รูปทรงจมูกคนเอเชีย โดยเฉพาะคนไทยส่วนใหญ่ มักจะมีสันจมูกเตี้ยกว่าชาวตะวันตก บางรายมีทรงจมูกสัน ปลายเซิด ส่งผลให้ช่องรูจมูกแบนเล็ก ผู้ป่วยบางคนมี โรคทางจมูก เช่น โรคเยื่อโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ผนังกันจมูกคด อาจส่งผลต่อการหายใจ ทำให้คัดจมูก ทำให้การหายใจติดขัด หายใจได้ไม่สะดวกเต็มที่

การผ่าตัดเสริมจมูกเป็นการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนรูปทรงของจมูก เพื่อให้รับกับโครงสร้างใบหน้าและจมูกของคนไข้ ส่วนใหญ่การแก้ไขปัญหารูจมูกดังกล่าว แพทย์ อาจใช้กระดูกอ่อนจากซี่โครง หลังใบหู หรือซิลิโคนที่เหลาอย่างเหมาะสมกับโครงสร้างใบหน้าเพื่อ ปรับรูปทรงจมูกให้สวยงามมากขึ้น การผ่าจะยกจมูกทำให้จมูกส่วนที่แคบที่สุดที่เรียกว่า nasal valve กว้างขึ้น นอกจากนี้พบว่า การเสริมจมูกดังกล่าวสามารถช่วยทำให้การหายใจสะดวกมากขึ้นได้ เทคนิคการผ่าตัดเสริมจมูก แพทย์จะสร้างแผลที่ขอบโพรงจมูก (Rim Incision) เพื่อสร้างช่องว่าง ในการสอดใส่กระดูกอ่อนหรือซิลิโคนที่เหลาให้พอดีกับโครงสร้างของผู้รับการเสริมจมูก กระดูกอ่อน หรือซิลิโคนดังกล่าวจะถูกใส่เข้าไปใต้เยื่อหุ้มกระดูก จากนั้นจะตรวจสอบตำแหน่งว่าอยู่ตรงกลาง หรือไม่ ซึ่งระยะเวลาในการผ่าตัดคือ 30 นาที-1 ชั่วโมง และระยะพักฟื้นหลังจากผ่าตัดเสร็จ คนไข้ สามารถกลับบ้านได้ การใช้ยาระงับความเจ็บปวดก่อนการผ่าตัดนั้น คนไข้สามารถเลือกใช้ได้ ทั้งยาชาเฉพาะที่ หรือการวางยาสลบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของแพทย์

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า การผ่าตัดเสริมจมูกในคนเอเชียจะช่วยปรับให้ nasal valve ซึ่งเป็นจุดที่แคบที่สุดในจมูกกว้างขึ้น เสริมทำให้ปีกจมูกและด้านข้างของจมูกมีเสถียรภาพ มากขึ้น ทำให้การหายใจดีขึ้น

กล่าวโดยสรุป การเสริมจมูกในคนเอเชียสามารถช่วยลดอาการคัดจมูก ทำให้การหายใจดีขึ้น





ปอดอักเสบในผู้สูงอายุ (Pneumonia in the Elderly)

ปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ในผู้ป่วยอายุ ≥ 65 ปี และเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยในสถานดูแลผู้สูงอายุ (nursing home) ของสหรัฐอเมริกา ปอดอักเสบเป็นสาเหตุอันดับ 3 ที่ทำให้ผู้ป่วยอายุ ≥ 65 ปี ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในปอดอักเสบคือ หนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด (empyema), ติดเชื้อเข้ากระแสเลือด และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

ยิ่งอายุมากขึ้นก็เกิดโรคปอดอักเสบบ่อยขึ้น อัตราการเกิดปอดอักเสบในคนอายุ 85 ปี สูงขึ้นเป็น 2 เท่าของคนอายุ 65 ปี

สาเหตุก่อโรคมีมากมายในผู้สูงอายุ ยิ่งอายุมากขึ้น ปอดจะเปลี่ยนแปลงจนเกิดการเพิ่ม work of breathing ทั้งนี้เพราะ

- มี elastic recoil ลดลง
- ลด expiratory flow
- เพิ่ม air trapping
- ลดความยืดหยุ่นของปอด (lung compliance)
- กล้ามเนื้อหายใจก็ลดจำนวนลงและทำงานได้ไม่ดี
- การทำงานของเยื่อและขนอ่อนของหลอดลม (mucociliary clearance) ของผู้สูงอายุช้าลง และไม่มีประสิทธิภาพทำให้ง่ายต่อการติดเชื้อ
- ภูมิคุ้มกันลดลง และ phagocytosis ลดลงทำให้ง่ายต่อการติดเชื้อ

ผู้สูงวัยมักมีเชื้อแบคทีเรียสะสมในทางเดินหายใจส่วนบนอยู่มาก รวมทั้งสะสมอยู่ในกระเพาะอาหารได้บ่อย อีกทั้งเชื้อแบคทีเรียสะสมยิ่งเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับยาลดกรดและ H_2 blocker





นอกจากนี้โรคประจำตัวของผู้สูงวัยก็เพิ่มอัตราการเกิดปอดอักเสบ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหืด เบาหวาน มะเร็ง ภาวะหัวใจวาย ไตวาย ตับแข็ง และภาวะกดภูมิคุ้มกันต่าง ๆ

ทั้งหมดร่วมกันทำให้เพิ่มอัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้สูงวัย

อาการ

ส่วนใหญ่มักมาด้วย หอบเหนื่อย (75%), ไอ (75%), มีเสมหะมาก (52%), pleuritic chest pain (31%), ไอเป็นเลือด (10%)

อาการของระบบอื่นในร่างกายที่พบ ได้แก่ อ่อนเพลีย (86%), เบื่ออาหาร (61%), เหงื่อออก (50%), หนาวสั่น (35%), ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (28%)

อาการแสดง ได้แก่ ไข้ (59%), หายใจเร็ว (66%), หัวใจเต้นเร็ว (39%), หายใจมีเสียงวี๊ด (81%)

อาการเหล่านี้มักไม่เฉพาะเจาะจงต่อโรคปอดอักเสบ บางรายงานพบว่าผู้สูงวัยที่มีโรคปอดอักเสบมาด้วยอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงมากถึง 35% นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อยที่เป็นปอดอักเสบแล้วพบว่า ผู้ป่วยสูงวัยมักมีอาการอยู่นาน 1-3 วัน ซ้ำกว่าคนหนุ่มสาวที่เป็นปอดอักเสบซึ่งมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

ที่ห้องฉุกเฉินนิยมแบ่งชนิดของปอดอักเสบเป็น community acquired pneumonia, healthcare associated pneumonia, ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (aspiration pneumonia) เพราะเชื้อก่อโรคแตกต่างกัน

ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่มักถูกจัดเข้าไปในกลุ่ม healthcare associated pneumonia ซึ่งการวินิจฉัยของกลุ่มนี้คือ

1. พักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย (last admission) ภายใน 90 วัน และขณะนั้นได้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน > 2 วัน



2. อยู่ในสถานดูแลผู้สูงวัย (nursing home)

3. ได้รับการฉีดยารักษาตัวที่บ้าน เช่น ยาฆ่าเชื้อ

4. ฟอกเลือดล้างไตสม่ำเสมอภายใน 30 วัน

5. สมาชิกในครอบครัวติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน

มีรายงานพบมีการติดเชื้อดื้อยาในผู้สูงวัยถึง 19% โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวมาก และสมรรถภาพของปอดไม่ค่อยดี เชื้อดื้อยาที่พบบ่อยคือ *Staphylococcus aureus* (31%) รองลงมาคือ เชื้อกรั่มลบ เช่น *P. aeruginosa* (28%) และพบ *Streptococcus pneumoniae* (25%)



ผู้ป่วยสูงอายุพบว่า เชื้อ *Streptococcus pneumoniae* ก่อโรคปอดอักเสบชุมชน (community acquired pneumonia) ได้บ่อย > 50% เหมือนผู้ป่วยอายุน้อย

ส่วนผู้ที่กลืนผิดปกติ ชัก ใส่สายยางให้อาหาร หรือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงมักเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลักได้บ่อย

Staphylococcus aureus ก่อให้เกิดชนิดของปอดอักเสบภายหลังติดเชื้อไวรัสได้บ่อย (post viral pneumonia) มักเพาะเชื้อได้ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ไปแล้ว 1-4 วันแล้วเกิดปอดอักเสบขึ้น

เชื้อก่อโรคปอดอักเสบ

ชนิดของปอดอักเสบ	Community acquired (CAP)	Hospital acquired (HAP)	Aspiration pneumonia
เชื้อพบบ่อยในผู้สูงอายุ	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i> Enterobacteriaceae group B streptococci <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Legionella</i> <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>S. aureus</i> <i>P. aeruginosa</i> Klebsiella spp. <i>Escherichia coli</i> Acinetobacter spp. Enterobacter spp. และเชื้อก่อโรคใน CAP	<i>S. pneumoniae</i> <i>S. aureus</i> <i>H. influenzae</i> <i>P. aeruginosa</i> มักมี anaerobic ร่วมด้วย ได้แก่ Bacteroides, Prevotella, Fusobacterium, Peptostreptococcus

ยาปฏิชีวนะที่ใช้

ชนิดของปอดอักเสบ	Community acquired (CAP)	Hospital acquired (HAP)	Aspiration pneumonia
รักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล	Azithromycin Clarithromycin Doxycycline Moxifloxacin Levofloxacin (ถ้ามีโรคประจำตัวก็ควรเพิ่ม Amoxicillin/clavulanate หรือ 2 nd /3 rd generation cephalosporin)		Clindamycin Amoxicillin/clavulanate
รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล	Moxifloxacin Levofloxacin Ceftriaxone + azithromycin	Piperacillin-tazobactam Cefepime Meropenam (ถ้ามี MRSA ก็ให้เพิ่ม vancomycin)	Clindamycin Piperacillin-tazobactam Ampicillin-sulbactam Ceftriaxone + clindamycin



การรักษาควรเริ่มแต่เนิ่น ๆ และให้ตรงกับเชื้อก่อโรค การเพาะเชื้อจากเลือด 2 specimens มักพบเชื้อได้น้อยแต่ก็ยังแนะนำให้ทำ การเก็บเสมหะมาตรวจซึ่งก็ทำได้ยากเพราะผู้สูงวัยมักไม่มีแรงไอ การดูดเสมหะมาตรวจทำให้ผู้สูงวัยทรมานและไม่พบว่าเพิ่มอัตราการพบเชื้อมากขึ้นแต่อย่างใด แพทย์จึงควรเริ่มให้การรักษาโดยเร็วมากกว่า

เอกซเรย์ปอดช่วยในการวินิจฉัยปอดอักเสบได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ถ้าครั้งแรกเอกซเรย์ปอดแล้วพบว่าปกติ ในเวลาต่อมาก็ควรเอกซเรย์ปอดซ้ำ เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับสารน้ำที่เพียงพอแล้วก็อาจพบความผิดปกติจากเอกซเรย์ปอดได้



แพทย์ฉุกเฉินควรใช้ pneumonia severity scores มาช่วยประเมินเพื่อแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่ม ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อยอาจให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ไม่แนะนำให้ใช้ CURB-65 ในผู้ป่วยสูงวัยเพราะ CURB-65 ไม่มีการประเมินว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่



ทั้งที่การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไม่นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล

แพทย์ควรแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำหัตถการ การกู้ชีพ และการใส่ท่อช่วยหายใจไว้ตั้งแต่เริ่มแรก เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงเมื่อไรก็ได้ พบว่าผู้ป่วยที่หายใจได้ไม่ดีแต่สามารถใช้ Non-invasive ventilator ได้นั้นจะช่วยลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจได้จาก 50% เหลือเพียง 21% และลดระยะเวลาพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติได้อีกด้วย

สรุป

ปอดอักเสบพบบ่อยในผู้สูงวัย อันเนื่องจากมีโรคประจำตัวมาก และปอดเสื่อมตามอายุ โดยทั่วไปผู้สูงวัยมักไม่แสดงอาการมากนักจนทำให้วินิจฉัยภาวะนี้ได้ยาก การรักษาควรเริ่มแต่เนิ่น ๆ และรักษาตามชนิดของปอดอักเสบ

เอกสารอ้างอิง

1. Perara T. Pulmonary emergencies in the elderly. In: Kahn J H., Magauran BG., Olshaker JS., editors. Geriatric emergency medicine: principles and practice. New York: Cambridge University Press; 2014:185-97.

ใบส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อโดยพนักงานสอบสวน

Document Sending by the Police to Physician for Complete Autopsy after Post-Mortem Inquest

การส่งศพมายังสถานที่ หน่วยงาน หรือสถานพยาบาลของรัฐเพื่อรับการตรวจศพต่อภายหลังจากการที่ได้มีการ “ชันสูตรพลิกศพ ที่ที่พบศพ” (ภาพที่ 1) เรียบร้อยแล้วนั้นเป็นอำนาจสั่งการของผู้มีหน้าที่โดยตรงคือ หัวหน้าคณะในการชันสูตรพลิกศพ ซึ่งโดยทั่วไปจะเป็น “พนักงานสอบสวน” นั่นเอง โดยที่แพทย์หาใช่เป็นผู้ที่มีอำนาจในการสั่งให้มีการส่งศพมาเพื่อรับการตรวจไม่ ทั้งนี้เพราะแพทย์ใช้หัวหน้าคณะ (ทีม) ในการชันสูตรพลิกศพนั่นเอง แต่อย่างไรก็ตาม แพทย์ยังคงมีอำนาจทางอ้อมในการระบุให้พนักงานสอบสวนส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อได้โดยอาศัย “ข้อความในบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” เป็นสำคัญ



.....การส่งศพมาเพื่อการ “ตรวจศพ” นั้น แพทย์ต้องเข้าใจเสียก่อนว่า มิใช่เรื่องการ “ชันสูตรพลิกศพ” เพราะการชันสูตรพลิกศพต้องทำ ณ ที่ที่ศพถูกพบร่วมกับเจ้าพนักงานอื่นด้วยการนำส่งในครั้งนี้เป็นกระบวนการ “หลังจากที่ได้มีการชันสูตรพลิกศพเรียบร้อยแล้วแต่ยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ” โดยเฉพาะในเรื่องราวเหตุแห่งการตายและพฤติการณ์แห่งการตาย.....ฯ

การส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง:

เป็นไปตามกฎหมายมาตรา 151 และมาตรา 152 ดังนี้¹

“มาตรา 151 ในเมื่อมีการจำเป็นเพื่อพบเหตุของการตาย เจ้าพนักงานผู้ทำการชันสูตรพลิกศพมีอำนาจสั่งให้ผ่าศพแล้วแยกธาตุส่วนใด หรือจะให้ส่งทั้งศพหรือบางส่วนไปยังแพทย์หรือพนักงานแยกธาตุของรัฐบาลก็ได้

มาตรา 152 ให้แพทย์หรือพนักงานแยกธาตุของรัฐบาลปฏิบัติดังนี้

(1) ทำรายงานถึงสภาพของศพ หรือส่วนของศพตามที่พบเห็น หรือตามที่ปรากฏจากการตรวจพร้อมทั้งความเห็นในเรื่องนั้น

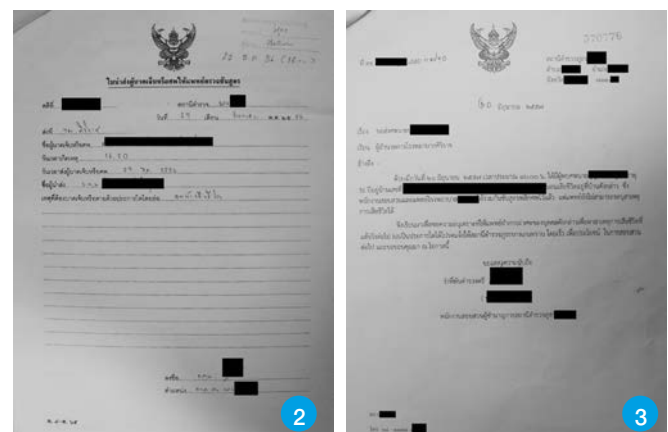
(2) แสดงเหตุที่ตายเท่าที่จะทำได้

(3) ลงวันเดือนปีและลายมือชื่อในรายงาน แล้วจัดการส่งไปยังเจ้าพนักงานผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ”

2. การนำส่งตรวจและแบบฟอร์ม

เราได้ทราบมาแล้วว่าแพทย์มิใช่เจ้าพนักงานผู้เป็นหัวหน้าคณะฯ ในการชันสูตรพลิกศพแม้ว่าจะเป็น “เจ้าพนักงานก็ตาม” แต่หัวหน้าคณะฯ จะหมายถึง “พนักงานสอบสวน” เป็นส่วนใหญ่ (กรณีชันสูตรพลิกศพการตายผิดธรรมชาติโดยทั่วไป) ตามมาตรา 150¹

แบบฟอร์มที่พนักงานสอบสวน (ตำรวจ) เขียนเพื่อให้นำศพมารับการตรวจต่อ นั้น มีด้วยกัน 2 รูปแบบ



แบบฟอร์มที่ 1: (ภาพที่ 2)

ใช้แบบ “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” ซึ่งเป็นแบบฟอร์มเฉพาะของสำนักงานตำรวจแห่งชาติที่ใช้เหมือนกันทั้งหมดทั่วประเทศ

แบบฟอร์มที่ 2: (ภาพที่ 3)

ใช้แบบหนังสือราชการคือ ทำเป็นหนังสือที่ออกจากส่วนราชการนั้น ๆ โดยตรง

3. เหตุผลที่ระบุเพื่อให้มีการส่งศพตรวจต่อ

การส่งศพมาเพื่อการ “ตรวจศพ” นั้น แพทย์ต้องเข้าใจเสียก่อนว่ามีใช่เรื่องการ “ชันสูตรพลิกศพ” เพราะการชันสูตรพลิกศพต้องทำ ณ ที่ที่ศพถูกพบร่วมกับเจ้าพนักงานอื่นด้วย การนำส่งในครั้งนี้เป็นกระบวนการ “หลังจากที่ได้มีการชันสูตรพลิกศพเรียบร้อยแล้วแต่ยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ” โดยเฉพาะในเรื่องสาเหตุแห่งการตายและพฤติการณ์แห่งการตาย (ตามมาตรา 154 ประกอบมาตรา 151 และมาตรา 152)¹

“มาตรา 154 ให้ผู้ชันสูตรพลิกศพทำความเห็นเป็นหนังสือแสดงเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย ผู้ตายคือใคร ตายที่ไหน เมื่อใด ถ้าตายโดยคนทำร้าย ให้กล่าวว่าใครหรือสงสัยว่าใครเป็นผู้กระทำผิดเท่าที่จะทราบได้”

แท้ที่จริงแล้ว ในมาตรา 154 ได้ระบุถึง “วัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ” ไว้อย่างชัดเจน ดังนั้น แม้ว่าแพทย์จะได้ทำการ

ชันสูตรพลิกศพเรียบร้อยแล้ว แต่หากยังไม่บรรลุนิติภาวะคดีในประการหลักของมาตรา 154 แพทย์ย่อมต้องสมควรส่งมารับการตรวจต่อ (มาตรา 152) ทุกราย ซึ่งหากจำแนกตามวัตถุประสงค์ในการชันสูตรพลิกศพ (รวมการตรวจศพ) แล้ว กรอบวัตถุประสงค์ของแพทย์อาจจำแนกได้ดังนี้

วัตถุประสงค์หลัก คือ (1) ผู้ตายคือใคร (2) ผู้ตายตายมานานแล้วเท่าใด และ (3) สาเหตุแห่งการตาย

วัตถุประสงค์รอง คือ (ก) สถานที่ตาย (ข) พฤติการณ์ที่ทำให้ตาย

ประการสำคัญที่สุดก็คือ เมื่อผ่านการชันสูตรพลิกศพแล้ว หากแพทย์ยังเห็นว่ารายละเอียดที่ได้จากการชันสูตรพลิกศพหลักยังไม่สมบูรณ์และเกรงว่าจะเกิดปัญหาในเรื่องมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม^{2,3,4} (แพทย์ต้องไม่ลืมว่าการชันสูตรพลิกศพถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย) แล้วแพทย์จำเป็นต้องให้มีการนำศพมารับการตรวจต่อทุกกรณีเพื่อความปลอดภัยของแพทย์เอง

พิจารณาวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ (และตรวจศพ)

วัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพตามมาตรา 154 นั้น ต้องถือว่าเป็น “วัตถุประสงค์ของกฎหมายในเรื่องการชันสูตรพลิกศพโดยแท้” แต่หากพิจารณาถึง “ผู้ที่มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพ” ซึ่งก็คือ “เจ้าพนักงาน” ที่เกี่ยวข้องแล้ว ไม่ว่าจะเป็น (ก) การชันสูตรพลิกศพที่ตายผิดธรรมชาติโดยทั่วไปตามมาตรา 148 หรือ (ข) การชันสูตรพลิกศพที่ตายผิดธรรมชาติกรณีพิเศษคือ การตายที่เกิดจากการกระทำของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่าปฏิบัติราชการตามหน้าที่ หรือการตายที่อยู่ในระหว่างการควบคุมของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่าปฏิบัติราชการตามหน้าที่แล้ว จะเห็นได้ว่ามีแพทย์ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องเสมอ และเมื่อพิจารณาเฉพาะ “แพทย์” เท่านั้นในฐานะเจ้าพนักงานแล้ว จะเห็นได้ว่า

วัตถุประสงค์หลักของแพทย์:

วัตถุประสงค์หลักนี้ “น่าจะเชื่อ” หรือ “น่าจะเป็นหน้าที่ของแพทย์โดยตรง” กล่าวคือ สภาพแห่งศพตามวัตถุประสงค์ 3 ประการนี้ แพทย์จะเป็นผู้ที่ให้คำตอบ ทั้งนี้เป็นไปตาม “หลักเกณฑ์ทางการแพทย์” ทั้งสิ้น

ก. ผู้ตายเป็นใคร

ในเรื่องผู้ตายเป็นใครนี้ “มิได้หมายความว่า แพทย์จะต้องบอกชื่อเสียงเรียงนามของผู้ตายได้” แต่หมายความว่า แพทย์ต้องบอกได้ว่าผู้ตายนั้นเป็นใครในทางการแพทย์ เช่น เพศ อายุ ลักษณะพิเศษแห่งโรค (ที่อาจมี) ลักษณะแห่งโรคหรือสภาวะแห่งการทำงาน เช่น ฟันบิ่น ต้นแขนอันเป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อหน้าขึ้นแสดงถึงการเป็นกรรมกร เป็นต้น

ข. ตายมานานแล้วเพียงใด

เป็นหลักในทางนิติเวชศาสตร์ที่แพทย์ต้องเป็นผู้ที่ให้คำตอบ แม้ว่าจะดูแล้วไม่สำคัญนัก แต่ก็ต้องถือว่า “สำคัญยิ่งในทางคดี” เพราะเวลาที่ตายจะมีประโยชน์ต่อพนักงานสอบสวนในการหาสถานที่อยู่ของผู้ตาย และจะเกี่ยวพันกับผู้ที่อยู่กับผู้ตายในขณะนั้น ๆ เป็นต้น

ค. สาเหตุแห่งการตาย

เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับแพทย์ และต้องอาศัย

แพทย์เท่านั้นในการให้ “คำตอบ” นี้ในทางคดี

วัตถุประสงค์รองของแพทย์:

ส่วนวัตถุประสงค์รองนี้น่าจะมีใช้หน้าที่ของแพทย์ ซึ่งแน่นอนที่สุดว่าน่าจะเป็นหน้าที่หลักของ “พนักงานสอบสวน” ในฐานะที่มีหน้าที่ในการสืบสวนสอบสวนตามมาตรา 131 นั้นเอง

“มาตรา 131 ให้พนักงานสอบสวนรวบรวมหลักฐานทุกชนิดเท่าที่สามารถจะทำได้ เพื่อประสงค์จะทราบข้อเท็จจริงและพฤติการณ์ต่าง ๆ อันเกี่ยวกับความผิดที่ถูกล่ามโซ่เพื่อจะรู้ตัวผู้กระทำผิดและพิสูจน์ให้เห็นความผิดหรือความบริสุทธิ์ของผู้ต้องหา”

หมายเหตุ:

เมื่อวัตถุประสงค์หลักของแพทย์ยังไม่บรรลุคือ แพทย์ยังไม่สามารถให้คำตอบได้แล้ว แพทย์จำเป็นต้องส่งศพเพื่อการ “ตรวจต่อ” (มาตรา 151 ประกอบมาตรา 152)¹ อย่างหลีกเลี่ยงมิได้

อุทาหรณ์ย่อย:

เคยมีกรณีเกิดขึ้นกับแพทย์ใช้ทุนในคณะแพทย์หนึ่งที่เข้ามาแจ้งในห้องประชุมได้รับทราบ กรณีที่ทางสถาบันดังกล่าวได้จัดให้มีการ “เปิดใจ” หรือที่เรียกว่า “Ventilation” เพื่อให้ได้รับทราบถึงผลแห่งการเรียนการสอนที่คณะแพทย์นั้นได้ให้กับบัณฑิต (แพทย์) เมื่อแพทย์ต้องออกไปประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใช้ทุน) จริง ๆ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งมีแพทย์ที่ใช้ทุนท่านหนึ่งได้กล่าวถึง “**การชันสูตรพลิกศพโครงกระดูกที่ต้องไปชันสูตรพลิกศพร่วมกับพนักงานสอบสวน**” และได้ตั้งคำถามว่า “**ต้องทำการส่งตรวจต่ออีกหรือไม่เพียงใด**” ทำให้ทราบว่าแพทย์ดังกล่าวยังไม่ทราบถึง “**หน้าที่แห่งตนโดยแท้**” โดยเฉพาะในส่วนที่แพทย์มีหน้าที่ “**ต้องทำให้เกิดความกระจ่างในวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพโดยเฉพาะในวัตถุประสงค์หลัก**” เมื่อแพทย์ทำการชันสูตรพลิกศพแล้วยังไม่ทราบเลยว่า

ก. ผู้ตายเป็นใคร (พิจารณาวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพตามที่กล่าวมาแล้ว) (มีใช้เพียงแต่ชื่อ และ/หรือนามสกุลของผู้ตายเพียงอย่างเดียว) เพราะหากเป็นชื่อของผู้ตายเท่านั้นแล้ว แพทย์ย่อมต้องกล่าวถึงอย่างไรเสีย แพทย์ก็ไม่ทราบชื่อได้หมดเป็นแน่แท้ แต่ความหมายที่ว่า “ผู้ตายเป็นใครในที่นี้นั้น” หมายถึง คำตอบของแพทย์ในทางการแพทย์ดังที่กล่าวแล้ว กล่าวคือเมื่อแพทย์ยังไม่ทราบว่าผู้ตายเป็นใครย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้เสียแล้วที่จะต้องส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152) ทั้งนี้ยังอาจต้องหมายถึง การที่แพทย์ต้องส่งตรวจต่อ (investigation) เพื่อหาถึงขั้นตอนการตรวจอย่างซับซ้อน เช่น การตรวจหาดีเอ็นเอ (DNA จากในแกนของกระดูกยาวคือ Medulla) ด้วย เมื่อหน้าที่ของแพทย์ยังไม่สิ้นสุด ภายหลังจากการชันสูตรพลิกศพจึง “ต้อง” ทำการส่งศพตรวจต่ออย่างแน่นอน เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในดานนิติเวชศาสตร์) นั้นเอง^{2,3,4}

ข. ผู้ตายตายมานานแล้วเพียงใด ก็เป็นคำถามที่ต้องการคำตอบโดยเฉพาะจากแพทย์ ซึ่งแน่นอนที่สุดเมื่อแพทย์ยังไม่สามารถให้คำตอบในเรื่อง วัน เวลา ในการเสียชีวิตได้แล้ว จึงเป็นไปได้ที่แพทย์จะ “ไม่ส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 152)”

ค. สาเหตุแห่งการตายเป็นประเด็นสำคัญ เพราะแพทย์ดูแลโครงกระดูกย่อมไม่ละเอียดอย่างแน่นอน เนื่องจากในการชันสูตรพลิกศพถือว่าใช้เวลาอันสั้นมาก อีกทั้งยังไม่มีเครื่องมือช่วยอย่าง

เพียงพอในการที่จะให้คำตอบ (ทางการแพทย์) ในประการนี้ จึงจำเป็นต้องส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 152) อย่างแน่นอน

สรุป:

คำตอบในกรณีอุทธรณ์ของแพทย์ใช้ทุน (แพทย์เพิ่มพูนทักษะ) ที่กล่าวข้างต้นนั้นก็คือ เมื่อแพทย์ได้ทำการชันสูตรพลิกศพโครงกระดูกดังกล่าวแล้ว แพทย์ “จำต้อง” ให้พนักงานสอบสวนส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152) อย่างหลีกเลี่ยงมิได้

แพทย์จะทำประการใดเพื่อให้พนักงานสอบสวนส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152)¹

ภายหลังจากการที่แพทย์ได้ทำการชันสูตรพลิกศพพร้อมกับ “เจ้าพนักงานอื่น” เรียบร้อยแล้ว (แล้วแต่กรณีว่าจะเป็น 2 หรือ 4 ฝ่าย) หากแพทย์เห็นว่ายังมีความจำเป็นที่จะต้องส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อแล้ว ย่อมเป็นการไม่ยากที่จะทำให้ “พนักงานสอบสวนต้องส่งศพมาเพื่อรับการตรวจ”

ประการที่ 1: แนวทางปฏิบัติ

การที่จะให้พนักงานสอบสวนส่งศพมาตรวจต่อนั้นอาจทำได้ง่าย ๆ คือ การที่แพทย์ระบุไว้ใน “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” ดังนี้

ก. ในช่องว่างของ “สาเหตุการตาย” ให้แพทย์ระบุว่า “ยังมีปรากฏเหตุตายชัดเจน”

ข. ในช่องการดำเนินการกับศพ ให้แพทย์ระบุว่า “ให้ส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ” (มาตรา 152) นั่นเอง

ประการที่ 2: เหตุผลที่แพทย์ระบุดังกล่าวข้างต้นจะเป็นเหตุให้ต้องมีการส่งศพเพื่อการตรวจต่อ

กรณีแห่งข้อสงสัย:

แพทย์อาจสงสัยว่า เหตุใดการที่แพทย์ระบุไว้ใน “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” เพียงเท่าที่กล่าวนั้นแล้ว จะเป็นเหตุให้ “พนักงานสอบสวน” ต้องส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ ในประการนี้คำตอบอยู่ที่ “กระบวนการดำเนินการต่อจากการชันสูตรพลิกศพ” ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับกฎหมายอีกฉบับหนึ่งคือ “พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534”⁵ นั่นเอง เพราะในมาตรา 25 ระบุดังนี้

“มาตรา 25 ถ้ามีเหตุอันควรสงสัยว่าคนตายด้วยโรคติดต่ออันตรายหรือตายโดยผิดธรรมชาติ ให้นายทะเบียนผู้รับแจ้งรับแจ้งต่อเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่ออันตรายหรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ และให้รอการออกมรณบัตรไว้ก่อนจนกว่าจะได้รับความเห็นชอบจากเจ้าพนักงานดังกล่าว”

ตัวอย่างที่ 1: การที่แพทย์ได้ระบุไว้ว่า “ยังมีปรากฏเหตุที่ตาย” ก็หมายความว่า “ยังไม่ทราบสาเหตุแห่งการตาย” ย่อมทำให้นายทะเบียนตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534⁵ ไม่สามารถที่จะออก “มรณบัตร” (ภาพที่ 4) ได้

ตัวอย่างที่ 2: แพทย์เขียนเอกสารใน “ใบรับแจ้งการตาย” (ภาพที่ 5) ในส่วนของภาษาอังกฤษที่เป็นตัวพิมพ์ครบถ้วน อันสามารถที่จะทราบถึงสาเหตุแห่งการตายได้แล้ว แต่แพทย์มิได้ระบุในภาษาไทยว่า “ชราภาพ” อันเป็นสาเหตุแห่งการตายในภาษาไทย เพียงเท่านั้นนายทะเบียนยังต้องให้ญาติของผู้ป่วยนำเอกสารดังกล่าวกลับมาให้แก่แพทย์เพื่อดำเนินการให้ครบถ้วนเสียก่อนเพราะถือว่าใบรับแจ้งการตายยังไม่สมบูรณ์

ข้อสังเกต:

ในปัจจุบันนี้การเป็นเจ้าพนักงาน (หมายถึงทุกระดับหรือในระดับต่าง ๆ) ย่อมต้องระงับการปฏิบัติงานในหน้าที่แห่งตนเพื่อมิให้เข้าในทำนองที่ว่า “ประมาท” หรือ “บกพร่องในหน้าที่” อันอาจเข้าข่ายกรณีมาตรา 157 แห่งประมวลกฎหมายอาญาได้

“มาตรา 157 ผู้ใดเป็นเจ้าพนักงาน ปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ เพื่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด หรือปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยทุจริตต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงสิบปี หรือปรับตั้งแต่สองพันบาทถึงสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

ผลที่ตามมาเมื่อแพทย์ไม่ได้ระบุสาเหตุการตาย:

เมื่อแพทย์มิได้ระบุเหตุแห่งการตาย นายทะเบียนก็ย่อมไม่สามารถที่จะออก “มรณบัตร” ได้

“มาตรา 26 ให้นายทะเบียนอำเภอ นายทะเบียนท้องถิ่น แล้วแต่กรณีจัดทำทะเบียนคนเกิด ทะเบียนคนตาย จากสูติบัตร และมรณบัตรตามแบบพิมพ์และวิธีการที่ผู้อำนวยการทะเบียนกลางกำหนด”

ผลที่เกิดก็คือ ทำให้กระบวนการในการจัดการกับศพนั้นต้องมีอันหยุดชะงัก เช่น

- (1) การเคลื่อนย้ายศพ
- (2) การจะเผา หรือฝังตามประเพณี
- (3) การเรียกร้องสิทธิ เช่น ในด้านฉาปนกิจสงเคราะห์
- (4) การคัดชื่อออกจากทะเบียนบ้าน
- (5) การเรียกร้องสิทธิอื่น ๆ

จะเห็นได้ว่า การขาดซึ่ง “มรณบัตร” (ภาพที่ 4) ไม่อาจดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ มากมาย และมรณบัตรก็ต้องโยงกับ “ใบรับแจ้งการตาย (ข้อสันนิษฐานสาเหตุการตายโดยแพทย์)” (ภาพที่ 5) หรือ “หนังสือรับรองการตาย” (ภาพที่ 6) แล้วแต่กรณีนั่นเอง

Form 1: หนังสือรับรองการตาย (Certificate of Death) - หน้า 1

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป (General Information)

ส่วนที่ 2: ข้อมูลการตาย (Death Information)

ส่วนที่ 3: ข้อมูลการชันสูตร (Autopsy Information)

ส่วนที่ 4: ข้อมูลการชันสูตร (Autopsy Information) - หน้า 2

Form 2: ใบรับแจ้งการตาย (Certificate of Death) - หน้า 1

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป (General Information)

ส่วนที่ 2: ข้อมูลการตาย (Death Information)

ส่วนที่ 3: ข้อมูลการชันสูตร (Autopsy Information)

ส่วนที่ 4: ข้อมูลการชันสูตร (Autopsy Information) - หน้า 2

จึงเห็นได้ว่า การที่แพทย์เพียงระบุไว้ใน “บันทึก รายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” ว่า “ยังไม่ปรากฏสาเหตุแห่งการตาย” และให้นำศพมารับการตรวจต่อแล้ว พนักงานสอบสวน (หรือผู้มีหน้าที่อื่น) ย่อมต้องส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อนั่นเอง

ประเด็นสำคัญ

1. การที่แพทย์ยังไม่อาจจะระบุสาเหตุแห่งการตายได้ แพทย์ “จะต้อง” ไม่ออกหนังสือรับรองการตายหรือใบรับแจ้งการตายที่ระบุถึงสาเหตุการตายไว้ “เด็ดขาด”
2. แพทย์จะต้องไม่ “มีปากเสียง (ทะเลาะ/โต้แย้ง)” กับญาติของผู้ตาย และ/หรือพนักงานสอบสวน, พนักงานอื่น เรื่องการขอให้ส่งศพตรวจ กล่าวคือ แพทย์แจ้งแต่เพียงว่า “ยังไม่ทราบสาเหตุการตายอย่างชัดเจน และจำเป็นต้องส่งศพเพื่อรับการตรวจ” แพทย์ไม่จำเป็นต้องอธิบายให้เกิดความเข้าใจหรือเสียเวลาไปกับการอธิบายให้ญาติต่าง ๆ ของผู้ตายได้เข้าใจ

แนวทางปฏิบัติ:

ก. แพทย์อาจแจ้งเพียงต่อพนักงานสอบสวนว่า ขอให้ส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ และพนักงานสอบสวน (ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมในการชันสูตรพลิกศพ) และมีอำนาจอย่างเต็มที่ (กรณี 2 ฝ่าย) ก็จะเป็นผู้ดำเนินการต่อเอง หรือหากเป็น 4 ฝ่ายแล้ว พนักงานอัยการก็จะแจ้งให้พนักงานสอบสวนนำศพเพื่อรับการตรวจต่อเช่นเดียวกัน โดยที่แพทย์ไม่ต้อง “ทะเลาะ/โต้แย้ง” หรือมีเรื่องราวกับญาติของผู้ตาย กรณีที่ญาติของผู้ตายไม่ต้องการให้นำศพมาเพื่อการรับการตรวจด้วยเหตุหนึ่งเหตุใดก็ตาม (ต้องไม่ลืมว่าไม่มีใครต้องการให้ญาติของตนที่เสียชีวิตแล้วทำการตรวจศพต่อ แต่เหตุที่ต้องดำเนินการเพราะเหตุผลทางด้านกฎหมาย “คดี”)

ข. หากเป็นกรณีที่ผู้ตายนับถือศาสนาอิสลาม หรือศาสนาอื่นที่มีข้อตกลงกับหน่วยงานในภาครัฐอย่างเป็นทางการแล้ว แพทย์ยังคงต้องให้มีการนำศพมาตรวจต่อเช่นเดียวกัน แต่กระบวนการดำเนินการกับศพในการนำศพมาตรวจต่อ (มาตรา 152) ต้องหลีกเลี่ยงการดำเนินการที่อาจขัดกับหลักของศาสนาให้มากที่สุด เช่น

- (1) อาจดำเนินการตรวจศพจากภายนอกอย่างละเอียดอีกครั้ง
- (2) จำเป็นต้องตรวจด้วยเครื่องมือ เช่น อัลตราซาวนด์ หรือเอกซเรย์ เพื่อเป็นหลักฐาน
- (3) จำเป็นต้องส่งเลือด และ/หรือปัสสาวะในการวิเคราะห์หรือสารผิดปกติ

สรุป

การที่แพทย์ได้ทำการชันสูตรพลิกศพผู้เสียชีวิตที่ถูกแจ้งว่า “ตายผิดธรรมชาติ” นั้น เมื่อแพทย์เห็นว่ายังไม่บรรลุวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพอย่างเพียงพอ ซึ่งอาจกระทบถึง “ตำแหน่งหน้าที่แห่งตน” ในฐานะที่ตนเป็น “เจ้าพนักงานตามกฎหมายแล้ว” แพทย์สมควรดำเนินการให้มีการส่งศพมายังสถานที่

(โรงพยาบาล) ที่สามารถทำการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152) ทั้งนี้พนักงานสอบสวนจะเป็นผู้เขียนใบนำส่งศพดังกล่าว ได้รับการชันสูตรพลิกศพไว้แล้ว) มายังสถานที่ที่สามารถตรวจได้ โดยแบบฟอร์มที่นำส่งจะมีด้วยกัน 2 แบบ

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม พ.ศ. 2555)”.
3. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.
4. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
5. พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 108/ตอนที่ 203/ฉบับพิเศษ หน้า 97/22 พุทธศักราช พ.ศ. 2534.

เทคโนโลยีการพิมพ์แบบสามมิติจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของคนไทยดีขึ้น และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ โดยสามารถนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้ในการทำจำลองอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลจากเครื่อง CT Scan โดยโมเดลจำลองนี้จะนำมาใช้ในการวินิจฉัยและวางแผนการผ่าตัดให้แก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังสามารถนำไปขึ้นรูปอวัยวะเทียมเพื่อใช้ทดแทนอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายที่เสียหายหรือสูญเสียจากอุบัติเหตุ เช่น กระโหลกศีรษะเทียม จากเมื่อก่อนที่แพทย์ต้องทำการปั้นแต่งด้วยมือภายหลังการเปิดแผลผ่าตัดในท้องผ่าตัด ปัจจุบันสามารถใช้เทคโนโลยีนี้พิมพ์ชิ้นงานออกมาได้เลย ทำให้ลดเวลาในการผ่าตัดได้ชิ้นงานที่มีรายละเอียด ถูกต้องแม่นยำ และมีความสวยงามเสมือนจริงมากกว่าอีกด้วย

ดร.กฤษณ์ไกรภ สิทธิเสรีประทีป นักวิจัยอาวุโส ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ (เอ็มเทค) สวทช. และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการใช้เทคโนโลยีการพิมพ์แบบสามมิติในการออกแบบอวัยวะเทียมและเครื่องมือแพทย์ ได้กล่าวถึงประโยชน์ของเทคโนโลยีการพิมพ์แบบสามมิติต่อวงการแพทย์ว่า การใช้ 3D Printing ในวงการแพทย์จำเป็นต้องมีส่วนประกอบคือ ใช้ข้อมูลของคนไข้หรือ CT Scan มาช่วยในการสร้างโมเดลตรงนี้เป็นอันดับแรก หลังจากนั้นก็นำมาใช้แล้วแต่ Application ตัวอย่างเช่น คนไข้เกิดอุบัติเหตุ หรือคนไข้เป็นเนื้องอกมา เราก็สามารถใช้เทคโนโลยี 3D Printing ได้ หรือว่าคนไข้มีการสูญเสีย เช่น ฟันหายหรือกระดูกหาย เราก็สามารถนำเทคโนโลยีตัวนี้มาช่วยได้ นอกจากนี้ในอนาคตเราอาจจะมีกรสแกนข้อมูลทุกส่วนของร่างกายเก็บไว้ เช่น ถ้าในกรณีอุบัติเหตุ หากเราสแกนข้อมูลส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไว้ จะทำให้ทราบว่ารูปร่างหน้าตาของอวัยวะก่อนเกิดอุบัติเหตุเป็นอย่างไร เราก็สามารถผลิตขึ้นมาใหม่ให้เหมือนของเดิมได้ทันที ซึ่งจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้

ทั้งนี้ในส่วนของอวัยวะเทียม เราผลิตจากพลาสติกโมเดล โดยเราสามารถขึ้นเป็นพลาสติกโมเดลหรืออะคริลิกโมเดลที่สามารถใส่ในร่างกายได้ หรือจะผลิตเป็นวัสดุที่เป็นส่วนประกอบหนึ่งของกระดูกที่เรียกว่า hydroxyapatite ได้และสามารถปลูกถ่ายในร่างกายได้ ซึ่งวัสดุที่ใช้มีด้วยกันหลายประเภท แต่ที่เราเลือกใช้คือวัสดุที่อยู่ในร่างกายได้ อาจมีการต่อต้านบ้างเล็กน้อย เช่น มีพังผืดมาคลุม แต่ส่วนที่เข้ากันได้ก็จะเจริญเติบโตกลายเป็นกระดูกต่อไป เช่น กระโหลกศีรษะ หรือกระดูกแขน



นวัตกรรม 3D Printing เทคโนโลยีการพิมพ์แบบสามมิติ อีกก้าวหนึ่งของการช่วยดูแลผู้ป่วย

“ขณะนี้มีการนำนวัตกรรม 3D Printing มาใช้ทางการแพทย์โดยออกมาเป็นอวัยวะเทียมสำเร็จรูป เหมือนอวัยวะของจริง เร็ว ละเอียด และสวยงาม ชิ้นงานที่ได้จะมีรูปร่าง รูปทรงที่ถูกต้อง และมีความสมดูลายขาว เนื่องจากสแกนและออกแบบด้วยคอมพิวเตอร์ เราสามารถกำหนดได้ด้วยว่าส่วนไหนที่เราต้องการให้กระดูกเข้าไปไหน ส่วนไหนต้องการความแข็งแรง เราสามารถวางแผนได้ล่วงหน้า ทำให้ประสิทธิภาพหรือผลการผ่าตัดดีขึ้นกว่าเดิม เรียกว่าเป็นวิวัฒนาการของการผ่าตัดโดยเทคโนโลยี 3D Printing ทั้งนี้เราใช้เทคโนโลยี 3D Printing อันดับแรกทางด้านการผ่าตัดกระดูก กระโหลกศีรษะ ตั้งแต่กระดูกด้านบนจนถึงกระดูกล่าง กระดูกท่อนอื่น เช่น แขน สำหรับคนไข้ที่เป็นมะเร็ง หรือทางด้านฟัน/ทันตกรรมนำมาใช้ในงานออกแบบข้อฟันหรือการฝังรากฟันเทียม เหล่านี้เป็นเทคโนโลยีที่เข้ามาช่วยทำให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนไทยดีขึ้น”

สุดท้ายนี้ **ดร.กฤษณ์ไกรภ** ฝากเพิ่มเติมด้วยว่า ในอนาคตเราหวังว่าวงการแพทย์ วงการทันตกรรม และอุตสาหกรรม จะหันมาใช้เทคโนโลยี 3D Printing มากขึ้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อคนไทย นอกจากนี้ยังอยากให้มีการส่งเสริมการใช้นวัตกรรมที่พัฒนาในประเทศ และส่งเสริมให้เกิดอุตสาหกรรมภายในประเทศ ให้ไทยมีสังคมที่สร้างสรรค์ ช่วยผู้ประกอบการคนไทยและนักวิจัยไทยให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง



วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
22-24 กรกฎาคม 2558 	สาขาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	การประชุมวิชาการอายุรศาสตร์ ประจำปี พ.ศ. 2558 "Multidisciplinary Update in Critical Care Medicine" ณ ห้องประชุมสโมสร ชั้น 4 อาคารคุณากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต	โทรศัพท์ 0-2926-9793-4 E-mail: nokglakra@gmail.com http://med.tu.ac.th
22-24 กรกฎาคม 2558 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการฟื้นฟูความรู้เวชปฏิบัติ "การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการบริการปฐมภูมิ" ณ ห้องประชุมทองจันทร์ หงส์ดลารมย์ อาคารเรียนรวมและหอสมุด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1330-2 โทรสาร 0-7442-9921 E-mail: chada_5614@hotmail.com, sampai@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
23-24 กรกฎาคม 2558 	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล	การอบรมฟื้นฟูวิชาการ "อุบัติเหตุทางมือ ครั้งที่ 35" ณ ห้องประชุม 910 ABC ชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวม ด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ	โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542 โทรสาร 0-2201-2607 E-mail: academic.rama@gmail.com http://academic.ra.mahidol.ac.th
30-31 กรกฎาคม 2558 	สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือด และรังสีร่วมรักษาไทย	การประชุมวิชาการ "Doppler Ultrasonography from basic to advance" ณ โรงแรมอิมพีเรียลแม่งิง จ.เชียงใหม่	โทรศัพท์ 08-8901-3311 E-mail: tsvir.acting@gmail.com www.tsvir.or.th
5-7 สิงหาคม 2558 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 31 "Medicine beyond the boundaries" ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1301-2 โทรสาร 0-7442-9924 E-mail: rsomtawi@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
5-8 สิงหาคม 2558 	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล	การอบรมเชิงปฏิบัติการ "Current Practice in Respiratory Care for Adult to Children 2015" ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค และ ห้องประชุม ชั้น 8-9 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์ และโรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ	โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542 โทรสาร 0-2201-2607 E-mail: academic.rama@gmail.com http://academic.ra.mahidol.ac.th
6-7 สิงหาคม 2558 	ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการ "Meet the Experts in Dermatology 2015" ณ ห้อง Grand Ballroom โรงแรมเซาตัน แกรนด์ สุขุมวิท	โทรศัพท์ 0-2419-7000 ต่อ 4332-3 โทรสาร 0-2414-1021, 0-2411-5031 E-mail: dermatologyconference@ gmail.com www.sirirajderm.com
21-23 ตุลาคม 2558 	สมาคมโภชนาการ แห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	การประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 9 "โภชนาการดีถ้วนหน้า ตามรอยพระบาทเจ้าฟ้าฯนักโภชนาการ" ณ รอยัลพารากอนฮอลล์ ชั้น 5 สยามพารากอน กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 08-1701-8345 โทรสาร 0-2950-7423 E-mail: tcn.conference@gmail.com www.tcn-conference.com
25-27 พฤศจิกายน 2558 	สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน แห่งประเทศไทย	4 th Annual Conference for Thai Emergency Physicians: ACTEP 2015 ณ เดอะ รีเจนท์ ชะอำบีช รีสอร์ท หัวหิน	โทรศัพท์ 0-2354-8223-4 โทรสาร 0-2354-8224 E-mail: contact@taem.or.th www.taem.or.th www.facebook.com/actep

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

Highlight International Congress 2015

Date	Title	City	Country	Contact
21-31 August 2015 	Palliative Medicine and End of Life Care: 2015 Update Including Related Topics in Neurology Eastern Mediterranean Cruise August 2015	Rome	Italy	www.continuingeducation.net
22-25 August 2015 	IAHCP LONDON MEDICAL CONFERENCE AUGUST 2015-48 th International Medical Conference-Progress in Medical Practice and Education	London	United Kingdom	www.iahcp.org.uk/london-conference-three
22-26 August 2015 	20 th Annual Mayo Cardiovascular Review Course for Cardiology Boards and Recertification	Rochester	United States of America	http://cecourses.mayo.edu/cvboardreview
23-26 August 2015 	Australian & New Zealand Society of Occupational Medicine (ANZSOM) Annual Scientific Meeting	Brisbane	Australia	www.anzsom.org.au/www/content/default.aspx?cid=896&fid=738
23-26 August 2015 	CAST 2015-Congress of the Asian Society for Transplantation	-	Singapore	www.cast2015singapore.org
29 August-2 September 2015 	WFSICCM-Congress of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine	Seoul	South Korea	www.wfsiccm2015.com
1-4 September 2015 	EUSTM-2015-3 rd Annual Congress of the European Society for Translational Medicine	Vienna	Austria	www.eutranslationalmedicine.org/eustm-2015
2-4 September 2015 	IMRP 2015-International Meeting on Respiratory Pathogens 2015	Furama RiverFront Singapore	Singapore	www.isirv.org
3-4 September 2015 	2015 Health Conference: Health and Wellness in the Age of Big Data- A Common Ground Conference	Madrid	Spain	http://healthandsociety.com/the-conference

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



อุปกรณ์ชาร์จแบบไร้สาย

ชีวิตไม่ต้องผูกติดกับสายชาร์จให้ยุ่งยากอีกต่อไป ด้วย Qi Aircharge อุปกรณ์ชาร์จแบบไร้สาย เพียงติดตั้งไว้ที่โต๊ะทำงาน โต๊ะประชุม หรือเฟอร์นิเจอร์อื่น ๆ ก็ช่วยให้การใช้งานสมาร์ทโฟนไม่สะดุด และไม่ต้องหาที่เสียบสายชาร์จแบบตึกหัวนวย Qi Aircharge มาพร้อมกับสายยูเอสบี ขนาดความยาว 2 เมตร และใช้ช่องเจาะฝักรขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเพียง 80 มิลลิเมตรบนตัวเฟอร์นิเจอร์เท่านั้น ในการทำงานจะใช้วิธีการส่งผ่านพลังงานแม่เหล็กไฟฟ้า ผู้ใช้งานสามารถติดตั้งอุปกรณ์ภาคส่ง (Qi Sender) ได้อย่างง่ายดายในหลาย ๆ จุด โดยใช้อุปกรณ์ภาครับ (Qi Receiver) เพียงชิ้นเดียว

หูฟังไร้สายเล็กที่สุดในโลก

เอาใจคนรักเสียงเพลงด้วย Earin หูฟังไร้สายขนาดเล็กที่สุดในโลก โดยมีขนาดเล็กกะทัดรัด เส้นผ่าศูนย์กลางเพียง 14 มิลลิเมตร ความยาว 20 มิลลิเมตร และมีน้ำหนักเพียง 5 กรัมเท่านั้น สวมใส่สบายด้วยดีไซน์แบบ In-Ear ลดเสียงรบกวนจากภายนอก ทำให้ได้คุณภาพเสียงดี สามารถใช้งานติดต่อกัน 2.5-3 ชั่วโมง ร่วมกับสมาร์ทโฟนในระบบ iOS, Android และ Windows ผ่าน Bluetooth 3.0 และ 4.0 นอกจากนี้ในชุดของหูฟังยังมาพร้อมกับตัวเคปซูลที่ใช้เก็บหูฟังที่ทำหน้าที่เป็นที่ชาร์จแบตเตอรี่หูฟังไปในตัวได้ด้วย



ลำโพงจานบินลอยได้

สำหรับคนที่ชื่นชอบงานดีไซน์สวย แปลก และยังชอบฟังเพลงด้วยแล้ว ต้องถูกใจกับ HELIUM LEVITATE ลำโพงลอยได้ ในขณะที่กำลังเล่นเพลงมันจะล่องลอยพร้อมหมุนไปรอบ ๆ คล้ายจานบิน ด้วยการออกแบบโดยใช้เทคโนโลยีสนามแม่เหล็กเพื่อให้ตัวลำโพงหมุนลอยอยู่บนแท่น สามารถชาร์จไฟเพื่อใช้งานต่อเนื่องได้นานถึง 5 ชั่วโมง ตัวลำโพงมีขนาด 3 วัตต์ มีช่องไมโครโฟนสำหรับใช้เป็น Hands Free เชื่อมต่อการทำงานกับสมาร์ทโฟนผ่าน Bluetooth

[Book Shop]

อย่าให้หมอฆ่าคุณ

ผู้เขียน: KONDO MAKOTO

ผู้แปล: ชุตินันท์ ยมมานิตชัย

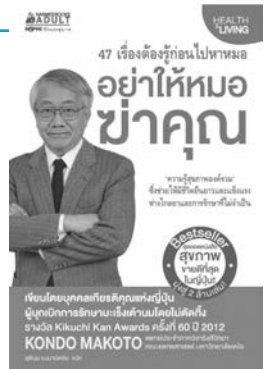
สำนักพิมพ์นานมีบุ๊ค, ราคา 185 บาท

“อย่าให้หมอฆ่าคุณ” คือหนังสือสุขภาพที่ขายดีมากที่สุดในญี่ปุ่นและกำลังมียอดขายพุ่งสูง 2 ล้านเล่ม และยังแรงไม่หยุด ผู้เขียนคือแพทย์ผู้คิดต่างซึ่งมีประสบการณ์การรักษาคอนไข่มามากกว่า 40 ปี และยังได้รับรางวัลเกียรติคุณด้านการรักษามะเร็งเต้านมโดยไม่ตัดทิ้ง ภายในเล่มรวบรวม 47 เรื่องต้องรู้ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ตกเป็น “ลูกค้ำ” ของหมอ ด้วยความรู้สุขภาพของครวซึ่งจะช่วยให้

คุณมีชีวิตยืนยาวและแข็งแรงทั้งกายและการรักษาที่ไม่จำเป็น เช่น เราควรจะไปหาหมอเมื่อไหร่ อย่าเชื่อใจหมอที่สั่งยา 3 ขนานขึ้นไป มะเร็งคือโรคที่มีอัตราการรักษาคิดพลาดสูงสุด ฯลฯ นี่คือข้อเท็จจริง คำแนะนำและความรู้จากคุณหมอคุณธรรมแห่งยุคผู้ชาญฉลาดแล้วความจริง ผู้อ่านหนังสือเล่มนี้จะได้รับความรู้สุขภาพในมุมมองที่ต่างออกไป สามารถเลือกวิธีดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวเองได้โดยไม่สิ้นเปลืองกับวิธีการรักษาที่ไม่จำเป็น ไม่ถูกเลี้ยงใช้และจะได้ไม่เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร

KONDO MAKOTO บุคคลเกียรติคุณแห่งญี่ปุ่น เกิดปี ค.ศ. 1948 เชี่ยวชาญการรักษา

มะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา อีกทั้งยังให้ความรู้ด้านโรคเมะเร็งและสุขภาพของครวแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องมาตลอด 40 ปี เป็นผู้บุกเบิกการรักษาเมะเร็งเต้านมโดยไม่ต้องตัดเต้านมทิ้ง ทำให้ได้รับรางวัลบุคคลเกียรติคุณ Kikuchi Kan Awards ครั้งที่ 60 ประจำปี ค.ศ. 2012 มีผลงาน Bestseller เกี่ยวกับเมะเร็งมาแล้วหลายเล่มในญี่ปุ่น



พลัง 10 นาทีช่วยให้เราไม่แก่

ผู้เขียน: Park, Min-Soo

ผู้แปล: กาญจนา ประสพเนตร

สำนักพิมพ์นานมีบุ๊ค, ราคา 195 บาท

หนังสือ “พลัง 10 นาทีช่วยให้เราไม่แก่” เขียนโดย “แพทย์เฉพาะทางผู้นำด้านสุขภาพ” และเจ้าของ “สถาบันวิจัยการบริหารจัดการด้านสุขภาพ” ของเกาหลี ภายในเล่มแนะนำวิธีง่าย ๆ ให้คุณเลือกใช้ชีวิตอย่างเป็นสุข เพียงลงทุนวันละ 10 นาที เพื่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้อ่อนเยาว์และแข็งแรง ทั้งวิธีบริหารร่างกายที่ทำให้ทันที่

การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เต็มที่แต่ไม่มีอะไรซับซ้อนเลย รวมทั้งเทคนิคการบริหารจัดการกับอารมณ์ทั้งด้านบวกและลบ เพื่อเดินทางไปสู่ชีวิตที่เรียกว่า “อยู่ดีมีสุข” อย่างสมบูรณ์ แล้วคุณจะไม่แปลกใจว่าเวลาเพียง 10 นาที สร้างชีวิตใหม่ได้อย่างน่าอัศจรรย์

Park, Min-Soo จบการศึกษาด้านคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยโซล จากนั้นศึกษาต่อระดับปริญญาโทด้านสาธารณสุขศาสตร์ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยโคเรีย ก่อนจะจบปริญญาเอกด้านแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยโซล

ปัจจุบันท่านเป็นผู้ช่วยการ ND แคร่คลินิกรในฐานะแพทย์เฉพาะทางผู้นำด้านสุขภาพและเป็นผู้ก่อตั้งสถาบันวิจัยการบริหารจัดการด้านสุขภาพ และทำงานเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ





กรมสุขภาพจิต เปิดตัวสายด่วน 1323

พญ.พรรณพิมล วิปุลากร รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต พร้อมด้วย พล.อ.ณพล บุญทับ ประธานมูลนิธิสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และ พล.ต.ฉลองรัฐ นาคอาทิตย์ ผู้อำนวยการสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล ร่วมพิธี เปิดตัวศูนย์ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 และ ศูนย์เรียนรู้และสาธิตสำหรับวัยรุ่น เพื่อยกระดับการให้บริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก วัยรุ่น และครอบครัวในปัจจุบัน ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



รณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค, ดร.วิชาร์ด บราวน์ รักษาการผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย, ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และ นพ.วันชาติ ศุภจตุรัส ผู้อำนวยการสำนักงานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ร่วมกันแถลงข่าว การจัดงานรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก ประจำปี พ.ศ. 2558 พร้อมร่วมพิธีเปิดสัญลักษณ์การรณรงค์ “หนูนกกฎหมายบุหรี่ใหม่ เพื่อคุณภาพชีวิตคนไทย” ณ กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี เมื่อไม่นานมานี้



ช่วยเหลือประเทศเนปาล

ฯพณฯ นายชวนตา อธิการี เอกอัครราชทูตเนปาลประจำประเทศไทย รับมอบ เงินจำนวน 1,200,000 บาท (หนึ่งล้านสองแสนบาท) พร้อมเครื่องอุปโภค บริโภค เครื่องนุ่งห่ม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี ศ.คลินิก นพ.นครชิตเทพ ต้นเผ่าพงษ์ รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นตัวแทนมอบ เพื่อนำไปช่วยเหลือชาวเนปาลที่ประสบภัยพิบัติจากเหตุการณ์แผ่นดินไหว ณ สถานเอกอัครราชทูตเนปาลประจำประเทศไทย เมื่อไม่นานมานี้



ฉลองครบรอบ 43 ปี เครือโรงพยาบาลเปาโล

ผศ.นพ.วีระยะ เกาเจริญ ผู้อำนวยการแพทย์ โรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน นำทีมผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล และตัวแทนพนักงาน เปิดงาน ฉลองครบรอบวันเกิด 43 ปี เครือโรงพยาบาลเปาโล รักษาอย่างเข้าถึง ดูแลอย่างเข้าใจ ซुकอนเซ็ปต์ “ผู้รับ และผู้ให้” เพื่อขอบคุณลูกค้าที่มีส่วนผลักดันและให้การยอมรับกับมาตรฐานการรักษาและบริการ ด้วยการส่งต่อ Paolo cupcake Birthday เพื่อสุขภาพแก่ลูกค้าผู้ใช้บริการและประชาชนทั่วไป พร้อมทั้งเชิญชวนทุกท่านเป็นผู้ให้ ร่วมเป็นเจ้าของโปรแกรมตรวจสุขภาพ ซุกแบ่งปันน้ำใจ โดยรายได้ส่วนหนึ่งร่วมทำบุญในโครงการ One love Changes one life จะนำไปมอบให้แก่เด็กด้อยโอกาสทางการศึกษา ณ โรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน เมื่อไม่นานมานี้



อยู่อย่างไร ห่างไกลกรดไหลย้อน

นพ.บุญชัย โควาศิษฐ์บุรณะ แพทย์ประจำศูนย์โรคทางเดินอาหารและตับกรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ ร่วมกับ พญ.วนิษา ปัญญาคำเลิศ ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพสตรีกรุงเทพ และ พญ.จิราวดี จัตุหะศรี แพทย์ประจำศูนย์ หู คอ จมูก กรุงเทพ ร่วมกันเป็นวิทยากรในงาน “อยู่อย่างไร ห่างไกลกรดไหลย้อน” เพื่อแนะวิธีปรับพฤติกรรมสร้างความเข้าใจในสถานการณ์โรคกรดไหลย้อนของประเทศไทยในปัจจุบัน รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคกรดไหลย้อน เช่น เครียดกินแล้วนอนเสี่ยงกรดไหลย้อน การดื่มน้ำกรดไหลย้อนลงกล่องเสียง เหตุใดแม่ท้องจึงมักเป็นกรดไหลย้อน แนวทางการรักษาและการป้องกันโรค พร้อมโชว์เทคโนโลยีการตรวจกรดไหลย้อนด้วยเครื่อง Bravo ที่โรงพยาบาลกรุงเทพ เมื่อไม่นานมานี้

วงการแพทย์ 2558

สัญจรทั่วไทย

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจร
ทั่วไทย 2558 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ
ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์
ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ
เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ร.พ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา



ร.พ.จุฬารัตน์
จ.นครศรีธรรมราช



ร.พ.ควนกาหลง จ.สตูล



ร.พ.ควนโดน จ.สตูล



ร.พ.ร่อนพิบูลย์
จ.นครศรีธรรมราช





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ความรู้ในเรื่องของแพทย์
ข่าวสารความคืบหน้า
วิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ บทความ
ผลงานวิจัย ตารางงานสัมมนา
และบทความทางวิชาการ
symposium
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพ
ทางด้านเวชกรรม



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแพทย์ เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.medicthai.net
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยไม่ขาดตกบกพร่อง

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก. ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร ----

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก. 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
โทร. 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

หมายเหตุ

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education



CME PLUS

The logo features the text "CME PLUS" in a bold, sans-serif font. "CME" is red and "PLUS" is blue. The letters "C", "M", and "E" are decorated with small red dots. The logo is centered within a large, light gray circle. To the right of the circle, there is a green leafy branch with two red ladybugs and several water droplets. Scattered around the circle are several small green leaves and a few white pills.

ศูนย์ประชุมพีช ผู้นำด้านสถานที่ จัดงานประชุมและนิทรรศการแห่งเอเชีย



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ mice@royalcliff.com

ให้การจัดงานของท่านพิเศษกว่าใคร เพียงบอกรหัส **WKP15** รับทันทีข้อเสนอพิเศษจากเรา



เติมเต็มทุกความต้องการ
ในการจัดงานทุกรูปแบบ
ด้วยมาตรฐานระดับนานาชาติ

- พื้นที่จัดงาน 15,000 ตรม.
- Hall: 10,000 ที่นั่ง
- Grand Ballroom : 2,000 ที่นั่ง
- ห้องประชุมย่อย 53 ห้อง
- 11 ห้องอาหารรับประทานด้วยรางวัล
- บริการชุดอาหารว่างเมนูสุขภาพเลิศรส
- ทีมจัดงานเลี้ยง และกาลาดินเนอร์
- 1,020 ห้องพักและห้องสวิตเซอร์ระดับห้าดาว เพียงไม่กี่ก้าวจากศูนย์ประชุม
- ระบบภาพ แสง สี เสียงครบครัน
- ห้องครัวเอนกประสงค์ภายในศูนย์ประชุม
- บริหารงานอย่างมืออาชีพจากประสบการณ์ในด้าน 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 | www.royalcliff.com

คู่มือเพื่อการซื้อ-ขาย บริการธุรกิจแวดวงยนตรกรรมครบวงจร

นิตยสารที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารเพื่อเป็นคู่มือการตัดสินใจซื้อ-ขาย รถยนต์ทั้งใหม่และเก่า และแวดวงยนตรกรรมที่ทันสมัย น่าติดตาม

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



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



วางแผนทุกเช้าวันอังคาร

สนใจสอบถามราคาพิเศษติดต่อ

02-435-2345 ต่อ 119

ขอเชิญเข้าร่วมงานประชุมวิชาการ

AGE OF ARTHRITIS

Enlightenment Zone

วันเสาร์ที่ 15 สิงหาคม 2558

เวลา 08.15-16.00 น.

ณ ห้อง 910 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

08.15-08.20 : **Opening**

08.20-09.10 : **Arthritis Approach: Tips and tricks**

09.10-10.00 : **Rheumatoid Arthritis round up**

10.00-10.30 : **Coffee Break and Exhibition time**

10.30-11.20 : **Spectacular Spondyloarthritis**

11.20-12.10 : **Crystal-Induced Arthritis (CIA)**

12.10-12.40 : **Lunch Symposium I**

12.40-13.10 : **Lunch Symposium II**

13.10-14.00 : **Inter-Division session: Septic Arthritis**

14.00-14.50 : **Petit Pediatric Arthritis**

15.00-16.00 : **Disease Discussion**

พศ.พญ.กนกรัตน์ นันทิรุจ

พศ.พญ.ปารวี สุวรรณาลัย

พศ.นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ

อ.พญ.ประภาพร พิสิษฐ์กุล

พศ.พญ.ปารวี สุวรรณาลัย/ID

อ.พญ.โสเมธชัย วิไลยุค

พศ.พญ.กนกรัตน์ นันทิรุจ

พศ.นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ

พศ.พญ.ปารวี สุวรรณาลัย

อ.พญ.ประภาพร พิสิษฐ์กุล

ค่าลงทะเบียน 500 บาท (ไม่สามารถเบิกค่าลงทะเบียนได้)

Fellow เก้าของหน่วย AIR, Resident ทุกปีของรามาธิบดี,

นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ลงทะเบียนฟรี

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่: คุณเสาวลักษณ์ พัฒนวงศ์สวัสดิ์

หน่วยโรคภูมิแพ้ อิมมูโนวิทยาและโรคข้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โทร. 02-201-1477 ต่อ 11