

จุลสาร

สมาคมแพทยระบ

ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



ปีที่ 10 ฉบับที่ 44

เมษายน 2545

ISSN 0857 - 6351

<http://www.thaigastro.org>

ฉบับที่ 44

- เรื่องจำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ
- แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง
เฉียบพลันในผู้ใหญ่
- Feeding problems in ICU



สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จัดพิมพ์
โดยอนุมัติของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย กำหนดออกทุก 2 เดือน แจกจ่ายโดยไม่คิดมูลค่าแก่สมาชิก
ของสมาคมฯ ตลอดจนห้องสมุดโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำ
จังหวัดทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้โรคระบบทางเดิน
อาหาร และประชาสัมพันธ์กิจกรรมของสมาคมฯ

สำนักงาน:-

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

รพ.ศิริราช

ถ.พชรานนท

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 412-0586

โทรสาร 411-5013, 412-0586

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 10 ฉบับที่ 44

เมษายน 2545

ISSN 0857-6351

รายนามคณะผู้จัดทำจุลสาร

ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงศศิประภา	บุญญพิสิฏฐ์
	นายแพทย์อุดม	คชินทร
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมชาย	ลีลาภุศลวงศ์
กองบรรณาธิการ	แพทย์หญิงโฉมศรี	โฆษิตชัยวัฒน์
	นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู	จันทรสุนทรกุล
	นายแพทย์ทวีศักดิ์	แทนวันดี
	นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธิ
	นายแพทย์นุสนธิ์	กัลดเจริญ
	นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง
	นายแพทย์พูลชัย	จรัสเจริญวิทยา
	นายแพทย์มานิต	ลีโทชวลิต
	นายแพทย์ยุทธนา	ศตวรรษธำรง
	พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์	เสาวรส
	นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์
	แพทย์หญิงสุพร	ตรีพงศ์ภรณา
	นายแพทย์สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์
	พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จุฑะพุทธิ
พิมพ์ที่	ศุภวนิช การพิมพ์	
จำนวน	1,500 เล่ม	

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ปีที่ 10 ฉบับที่ 44 เมษายน 2545



	หน้า
รายนามคณะกรรมการอำนวยการ	4
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	
สารจากนายกสมาคม	10
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 3/2545	12
Interesting Topics Review	
Feeding problems in ICU	23
แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่	32
พ.ร.บ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ	78
ถามตอบจากภาพ	106
บรรณาธิการแถลง	109
ใบสมัครเป็นสมาชิกสมาคม	113

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคม

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคม

วาระปี 2544-2545

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นายแพทย์มานิต ลีโทขวลิต | | อุปนายก |
| 4. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี | | เลขาธิการ |
| 5. แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ | | เหรัญญิก |
| 6. นายแพทย์จรินทร์ โรจนบวรวิทยา | | ประธานฝ่ายปฏิคม |
| 7. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ | | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 8. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย | | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 9. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 10. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัต นกุล | | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี่ |
| 11. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง | | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 12. นายแพทย์สุชา คุระทอง | | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 13. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธ์ | | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 14. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช | | กรรมการกลาง |
| 15. นายแพทย์คณิต อธิสุข | | กรรมการกลาง |
| 16. แพทย์หญิงโสมศรี ไชยิตชัยวัฒน์ | | กรรมการกลาง |
| 17. นายแพทย์นุสนธิ์ กัดัดเจริญ | | กรรมการกลาง |
| 18. นายแพทย์บัญญัติ โอวาทฟารพร | | กรรมการกลาง |
| 19. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล | | กรรมการกลาง |
| 20. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์ จั่วงพานิช | | กรรมการกลาง |

21. แพทย์หญิงลินดา	บราวน์	กรรมการกลาง
22. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์	เสาวรส	กรรมการกลาง
23. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู	จันทร์สุนทรกุล	กรรมการกลาง
24. นายแพทย์วิกิจ	วีรานูวัตดี	กรรมการกลาง
25. แพทย์หญิงวิณา	วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
26. นายแพทย์สถาพร	มานัสสถิตย	กรรมการกลาง
27. นายแพทย์สมชาย	ลีลากุลดวงศ์	กรรมการกลาง (ผู้ช่วยเลขาธิการ)
28. พันเอกนายแพทย์สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	กรรมการกลาง
29. นายแพทย์สุริยะ	จักกะพาก	กรรมการกลาง
30. นายแพทย์องอาจ	ไพโรสณทรางกูร	กรรมการกลาง
31. พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จุฑะพุทธิ	กรรมการกลาง
32. นายแพทย์อุดม	คชินทร	กรรมการกลาง
33. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
34. นายแพทย์เกรียงไกร	อัศววงศ์	ที่ปรึกษา
35. นายแพทย์จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
36. นายแพทย์พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
37. นายแพทย์เต็มชัย	ไชยนุวัต	ที่ปรึกษา
38. พลตรีนายแพทย์วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
39. นายแพทย์สมหมาย	วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
40. นายแพทย์สวัสดิ์	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
41. นายแพทย์สังข์พันธ์	อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
42. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์	จารุจินดา	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย

- | | | |
|---------------------------------|-----------------|------------|
| 1. นายแพทย์กำธร | เผ่าสวัสต์ | ประธาน |
| 2. นายแพทย์จรินทร์ | โรจน์บวรวิทยา | อนุกรรมการ |
| 3. แพทย์หญิงโสมศรี | โหมะตชัยวัฒน์ | อนุกรรมการ |
| 4. แพทย์หญิงชุติมา | ประมุขสินทรัพย์ | อนุกรรมการ |
| 5. นายแพทย์ธีระ | พิรัชวิสุทธิ์ | อนุกรรมการ |
| 6. นายแพทย์นุสนธิ์ | กัลลเจริญ | อนุกรรมการ |
| 7. นายแพทย์บัญญัติ | โอวาทฟารพร | อนุกรรมการ |
| 8. นายแพทย์ประวิทย์ | เลิศวีระศิริกุล | อนุกรรมการ |
| 9. นายแพทย์พลรัตน์ | วิไลรัตน์ | อนุกรรมการ |
| 10. นายแพทย์พิศาล | ไม้เรียง | อนุกรรมการ |
| 11. นายแพทย์มานิต | ลีโทชวลิต | อนุกรรมการ |
| 12. นายแพทย์ยุทธนา | ศตวรรษธำรง | อนุกรรมการ |
| 13. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู | จันทร์สุนทรกุล | อนุกรรมการ |
| 14. แพทย์หญิงวโรชา | มหาชัย | อนุกรรมการ |
| 15. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ | เสาวรส | อนุกรรมการ |
| 16. นายแพทย์ศตวรรษ | ทองสวัสต์ | อนุกรรมการ |
| 17. นายแพทย์สถาพร | มานัสสถิตย์ | อนุกรรมการ |
| 18. นายแพทย์เสถียร | เตชะไพฑูรย์ | อนุกรรมการ |
| 19. พันเอกนายแพทย์สุรพล | ชินรัตน์กุล | อนุกรรมการ |
| 20. พันเอกนายแพทย์สุรพล | สุวรรณคีรีรัฐ | อนุกรรมการ |

21. นายแพทย์สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
22. นายแพทย์องอาจ	ไพโรสณทรางกูร	อนุกรรมการ
23. พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จุฑาทุทธิ	อนุกรรมการ
24. นายแพทย์อุดม	คชินทร	อนุกรรมการ
25. นายแพทย์อุทัย	แก้วเอี่ยม	อนุกรรมการ
26. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
27. นายแพทย์เกรียงไกร	อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
28. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	ที่ปรึกษา
29. นายแพทย์พิณิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
30. นายแพทย์พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	ที่ปรึกษา
31. แพทย์หญิงศศิประภา	บุญญพิสิฐฐ์	ที่ปรึกษา
32. นายแพทย์สวัสดิ์	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
33. นายแพทย์สุชา	คูระทอง	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายโรคตับ

1. นายแพทย์ไพโรจน์	เหลือองโรจนกุล	ประธาน
2. แพทย์หญิงชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	รองประธาน
3. นายแพทย์ทวีศักดิ์	แทนวันดี	กรรมการ
4. นายแพทย์เดิมีชัย	ไชยนุวัตติ	กรรมการ
5. นายแพทย์ยง	ภูววรรณ	กรรมการ
6. แพทย์หญิงวโรชา	มหาชัย	กรรมการ
7. พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จู่ทะพุทธิ	กรรมการ
8. นายแพทย์ธีระ	พิริชวิสุทธ์	เลขานุการ

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

1. นายแพทย์ธีระ	พิริชวิสุทธ์	ประธาน
2. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
3. นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	อนุกรรมการ
4. นายแพทย์สุริยะ	จักกะพาก	อนุกรรมการ
5. แพทย์หญิงนภาพร	จำรูญกุล	อนุกรรมการ
6. นายแพทย์สมชาย	ลีลากุลสงวงศ์	อนุกรรมการ

รายนามคณะอนุกรมฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

- | | | |
|--|-----------------|-------------|
| 1. นายแพทย์พิศาล | ไม้เรียง | ประธาน |
| 2. นายแพทย์เกรียงไกร | อัครวงศ์ | อนุกรรมการ |
| 3. นายแพทย์กำธร | เผ่าสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |
| 4. นายแพทย์จรินทร์ | โรจน์บวรวิทยา | อนุกรรมการ |
| 5. แพทย์หญิงเจลิยว | ประสงค์สุขสันต์ | อนุกรรมการ |
| 6. แพทย์หญิงโฉมศรี | โฆษิตชัยวัฒน์ | อนุกรรมการ. |
| 7. นายแพทย์ทวิศักดิ์ | แทนวันดี | อนุกรรมการ |
| 8. นายแพทย์ธีระ | พิรัชวิสุทธิ | อนุกรรมการ |
| 9. นายแพทย์บัญญัติ | โอวาทฟ้ารพร | อนุกรรมการ |
| 10. นายแพทย์พลรัตน์ | วิไลรัตน์ | อนุกรรมการ |
| 11. นายแพทย์รังสรรค์ | กฤษนิมิตร | อนุกรรมการ |
| 12. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส | | อนุกรรมการ |
| 13. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล | | อนุกรรมการ |
| 14. นายแพทย์ศตวรรษ | ทองสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |
| 15. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | | อนุกรรมการ |
| 16. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑาทุทธิ | | อนุกรรมการ |
| 17. นายแพทย์อุดม | คชินทร | อนุกรรมการ |
| 18. นายแพทย์อุคร | ศรีวัฒน์ | อนุกรรมการ |

สารจากนายกสมาคม

เรียน ท่านสมาชิกสมาคมที่รักและเคารพทุกท่าน

พบกันอีกครั้งในจุลสารเล่มใหม่ค่ะ หลายท่านคงจะเพิ่งกลับจากการประชุมวิชาการกลางปีของสมาคมเมื่อต้นเดือนกรกฎาคม ณ จ.นครราชสีมา คิดว่าเนื้อหาของการประชุมคงจะเป็นที่น่าพอใจของทุกๆท่านนะคะ สำหรับผู้ที่ไม่ได้ไปร่วมประชุมไปก็น่าเสียดาย เพราะเรื่องที่วิทยากรนำมาบรรยายและทำ symposium เป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก ตั้งแต่ management of benign liver lesion ท่านวิทยากรได้แสดงภาพการตรวจด้วย ultrasound, CT และ MRI และแนวทางการแยกโรคให้เราได้อย่างละเอียด นอกจากนี้ยังมีเกี่ยวกับ practical points in hepatology, การรักษา chronic hepatitis C, hepatocellular carcinoma ตลอดจนการอภิปรายเรื่อง Controversion on *H.pylori* eradication ซึ่งเป็นการอภิปรายที่สนุกสนานมาก ผู้ที่เข้าร่วมประชุมเกือบ 300 ท่าน จะเข้าร่วมประชุมตลอดรายการ เพราะเรื่องที่น่าสนใจนั้นน่าสนใจมาก

นอกจากทางด้านวิชาการแล้ว ทางสมาคมได้เปลี่ยนแปลงให้มีการร่วมรับประทานอาหารและสังสรรค์ร่วมกันระหว่างผู้เข้าประชุม, ผู้ติดตามและผู้แทนบริษัทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ รวมทั้งมีการแสดงของบริษัทต่างๆ ร่วมแสดงบนเวทีด้วย ซึ่งแสดงได้ดีมาก (มีอาชีพรองถ่ายเลยนะคะ) เราได้โฆษกของงานนี้คืออาจารย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ และอาจารย์สมชาย ลีลากุลดวงศ์

ซึ่งสามารถทำให้ผู้ร่วมงานสนุกสนานมาก คิดว่าเป็นการเริ่มต้นการจัด
สนทนาการที่ดี และทำให้พวกเราได้ join กันเต็มที่ ได้ทำความรู้จักคุ้นเคยซึ่ง
กันและกัน ระหว่างแพทย์, ผู้ติดตาม และบริษัทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์
คิดว่าคงจะจัดให้มีการสนทนาการแบบนี้ในการประชุมครั้งต่อไปค่ะ

การสอบแพทย์เฟลโลว์เพื่อวุฒิมัธยมศึกษาผู้เชี่ยวชาญโรกระบบทางเดิน
อาหารได้เสร็จสิ้นไปแล้ว แม้ผลการสอบครั้งนี้จะมีผู้เสียใจบ้าง แต่ก็ขอให้
กำลังใจและอย่าท้อใจนะค่ะ เพราะการสอบย่อมมีสอบผ่านและสอบไม่ผ่าน
บ้างเป็นธรรมดา ขอให้กำลังใจว่าให้กลับมาขอมใหม่และคิดว่าถึงแม้ท่านจะ
สอบไม่ผ่านแต่การที่ท่านได้ผ่านการฝึกอบรมตลอดเวลา 2 ปี นั้น ก็ทำให้ท่าน
ได้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการที่จะไปทำงานและช่วย
เหลือผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี

การประชุมวิชาการประจำปี 2545 จะเป็นการจัดร่วมกับ 2nd
International Symposium on Viral Hepatitis and Perspectives from the
Asian Regions ระหว่างวันที่ 9-12 ธันวาคม 2545 ที่จังหวัดเชียงใหม่
ขอเรียนเชิญท่านสมาชิกเข้าร่วมประชุมกันอย่างอบอุ่นเหมือนเช่นเคยนะค่ะ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐ
นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม
ครั้งที่ 3/2545 วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2545 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องจากรูเมือง โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | รองตำแหน่งนายก |
| 3. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 4. แพทย์หญิงชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ | เหรัญญิก |
| 5. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 6. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายปฏิคม |
| 7. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 8. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี |
| 9. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 10. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 11. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส | กรรมการกลาง |
| 12. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 13. นายแพทย์สมชาย ลีลากุลวงศ์ | กรรมการกลาง
(ผู้ช่วยเลขาธิการ) |
| 14. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ | กรรมการกลาง |
| 15. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | กรรมการกลาง |

- | | |
|---|-------------|
| 16. นายแพทย์อุดม คชินทร | กรรมการกลาง |
| 17. แพทย์หญิงลินดา บราวน์ | กรรมการกลาง |
| 18. นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 19. นายแพทย์เต็มชัย ไชยนุวัตติ | ที่ปรึกษา |
| 20. พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 21. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 22. นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 23. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. นายแพทย์มานิต สีโทชวลิต | อุปนายก |
| 2. นายแพทย์สุชา คุระทอง | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 3. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 4. แพทย์หญิงวิณา วงศ์พานิช | กรรมการกลาง |
| 5. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช | กรรมการกลาง |
| 6. นายแพทย์คณิต อธิสุข | กรรมการกลาง |
| 7. นายแพทย์บัญญัติ โอวาทพิารพร | กรรมการกลาง |
| 8. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 9. นายแพทย์นุสนธิ์ กัดเจริญ | กรรมการกลาง |
| 10. แพทย์หญิงโฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ | กรรมการกลาง |
| 11. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์ จัวงพานิช | กรรมการกลาง |

12. นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์	กรรมการกลาง
13. นายแพทย์องอาจ ไพโรสถนธรางกูร	กรรมการกลาง
14. นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก	กรรมการกลาง
15. แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
16. นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
17. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
18. นายแพทย์สัจพันธ์ อิศรเสนา	ที่ปรึกษา

เปิดประชุมเวลา 10.00 น. โดยมีแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์
เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. การจัดประชุม World Congress of Gastroenterology (WCOG) 2002 ที่ผ่านมานั้น ได้ประสบความสำเร็จและลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณคณะกรรมการทุกท่านที่ร่วมใจกันเตรียมงานประชุมตลอดระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมา
2. ได้รับจดหมายแจ้งจาก OMGE/OMED Education Committee เพื่อขอให้สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ส่งแพทย์เข้าร่วมประชุม "Train and Trainer Workshop" ระหว่างวันที่ 18-20 เมษายน 2545 ณ ประเทศกรีซ ดั่งนั้นที่ประชุมมีมติให้ส่งนายแพทย์พิศาล ไม้เรียง และแพทย์หญิงโคมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ ไปร่วมประชุมดังกล่าว

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2545

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2545 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 สรุปการประชุม World Congress of Gastroenterology 2002

นายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ขอขอบคุณคณะกรรมการทุกท่านที่ร่วมกันดำเนินการเตรียมงานประชุมครั้งนี้ จนประสบความสำเร็จอย่างดียิ่ง
2. มีผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมครั้งนี้ประมาณ 5,900 ท่าน นับว่าเป็นการประชุมแพทย์ที่ใหญ่ที่สุดเท่าที่เคยจัดมาในประเทศไทย
3. สมาคมจะได้รับเงินจำนวนหนึ่งจากการจัดประชุมครั้งนี้ ดังนั้นจึงขอฝากคณะกรรมการอำนวยการพิจารณาเรื่องการบริหารการเงินของสมาคมด้วย
4. เนื่องจากยังไม่มีตัวแทนของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยเข้าไปในคณะกรรมการบริหารของ Asian Pacific of Association of Gastroenterology (APAGE) ดังนั้นจึงขอให้สมาคมพิจารณหาแนวทางที่จะส่งตัวแทนเข้าไปมีส่วนร่วมในคณะกรรมการบริหารดังกล่าว และประเทศไทยมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดประชุม APAGE ได้ในอนาคต
5. หลังเสร็จการประชุม World Congress of Gastroenterology 2002 ทาง OMGE จะเข้ามาตั้ง Endoscopy Center ที่ประเทศไทย

โดยมีนายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ เป็นผู้ประสานงาน สำหรับความคืบหน้าจะแจ้งให้ที่ประชุมทราบต่อไป

6. ขอให้สมาคมพิจารณาค่าตอบแทนแก่คณะกรรมการดำเนินการเตรียมจัดประชุม World Congress of Gastroenterology 2002 ด้วย
7. เนื่องจากมีของบางรายการที่เหลือจากการจัดประชุม WCOG เช่น กระเป๋า และไวน์ ซึ่งขณะนี้เก็บอยู่ที่สำนักงานของสมาคมชอยศุณยวิชัย น่าจะนำมาใช้ในการประชุมครั้งต่อไปได้
ที่ประชุมมีมติให้นำไวน์ที่เหลือออกจำหน่าย

นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ยังไม่สามารถสรุปค่าใช้จ่ายต่างๆของการจัดประชุมนี้ได้

แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าปัญหาค่าใช้จ่ายรถบัสนั้น เกิดขึ้นจาก ทาง PCO ไม่ได้ส่งเงินมาให้ตามกำหนด ดังนั้นในอนาคตเพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นควรที่จะให้ PCO โอนเงินก่อนเริ่มประชุม

3.2 ความคืบหน้าในการเตรียมจัดประชุมวิชาการกลางปี 2545

นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. กำหนดวันจัดประชุมวิชาการกลางปี 2545 คือวันที่ 7-9 กรกฎาคม 2545 ณ โรงแรมสีมาธานี จังหวัดนครราชสีมา

2. อัตราค่าลงทะเบียนแพทย์สมาชิก 1,500 บาท และไม่ใช่แพทย์สมาชิก 1,700 บาท
 3. ขณะนี้แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย กำลังดำเนินการจัดเตรียมโปรแกรมการประชุม
 4. จากกรณีที่มิชของระลึก ซึ่งเหลือจากการจำหน่ายในการประชุม WCOG 2002 นั้น จะนำใส่ในกระเป๋าแจกให้ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการกลางปีในครั้งนี้ด้วย
- ที่ประชุมมีมติเห็นชอบในหลักการที่เสนอ**

3.3 พิจารณางบประมาณแต่ละฝ่าย ประจำปี 2545

แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. สรุปกระแสเงินสดระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2545 ตามเอกสารการประชุมหมายเลข 1/2545
2. ได้สำรองจ่ายค่ารถบัส งวดที่ 2 เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2545 จำนวน 3 ล้านบาท นั้น ขณะนี้ได้รับเงินคืนจำนวนดังกล่าวจาก นายแพทย์เต็มชัย ไชยนุวัติ เรียบร้อยแล้ว
3. ได้สำรองจ่ายค่าจัดงานที่บางไทร จำนวน 750,000 บาท นั้น ขณะนี้ได้รับเงินคืนเรียบร้อยแล้ว
4. ได้สำรองจ่ายบางรายการเช่นเพื่อถวายสมเด็จพระเจ้าจำนวน 1 ล้านบาท และจัดซื้อ LCD projector และชมรมพยาบาลเอ็นโดสโคปีย์ (ตามเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1/2545)

นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมช่วยพิจารณางบประมาณแต่ละฝ่ายประจำปี 2545 (ตามเอกสารประกอบการประชุม)

ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาตามเอกสารที่เสนอและมีมติรับรองเอกสารประกอบการประชุมดังกล่าว

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

1. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1.1 จะมีการพิจารณาการเสนอผลงานวิจัยของ Fellow ปีที่ 2 ว่ามีสิทธิ์สอบหรือไม่ และจะมีการพิจารณาขอรับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยของ GI Motility Club of Thailand ในวันพฤหัสบดีที่ 21 มีนาคม 2545 เวลา 08.30-15.00 น. ณ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ

1.2 ได้มีการประชุมคณะกรรมการฝ่ายวิจัยเรื่องการพิจารณาอนุมัติเงินทุนสนับสนุนการวิจัยของ Fellow ปีที่ 1 (ตามเอกสารประกอบการประชุม) ซึ่ง Fellow จะต้องมิใช่เสร็จให้ครบถ้วนและจะต้องนำเสนอผลการทำวิจัยแก่คณะกรรมการฝ่ายวิจัยก่อนสอบอย่างน้อย 2 เดือน

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

2. นายแพทย์เต็มชัย ไชยบุรวิติ ได้เสนอในประชุมดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ให้ที่ประชุมช่วยพิจารณาการออกไป Certificate ของ Endoscopy ด้วย

ที่ประชุมมีมติมอบหมายให้พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ดำเนินการพิจารณาเรื่องดังกล่าว และให้ดำเนินการเสร็จสิ้นก่อนการประชุมวิชาการกลางปี 2545

2.2 ขอให้สมาคมพิจารณาเรื่องการปรับปรุงโครงสร้างและแนวนโยบายของสมาคมเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาสมาคมในอนาคต

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และมีมติให้มีการประชุมเพื่อปรับปรุงโครงสร้างของสมาคม ก่อนการประชุมวิชาการกลางปีที่จังหวัดนครราชสีมา

2.3 ฝากให้ที่ประชุมช่วยพิจารณากฎของแพทยสภาเกี่ยวกับการไม่อนุญาตให้บริษัทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์สนับสนุนแพทย์ไปร่วมประชุมรวมทั้งค่าตอบแทน ซึ่งอาจจะมีปัญหาในการจัดประชุมครั้งต่อไป

ที่ประชุมมีมติให้นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี สอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนี้

3. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ Homepage ของสมาคม โดยมีนายแพทย์สมชาย ลีลากุลวงศ์ เป็นประธาน

4. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการจัดประชุมวิชาการประจำปี 2545 โดยร่วมกับ The 2nd International

symposium on viral hepatitis and perspectives from the ASEAN Region ระหว่างวันที่ 9-12 ธันวาคม 2545 ณ โรงแรม Westin จังหวัดเชียงใหม่ นั้น จะมีการบรรยายเป็นภาษาอังกฤษ 1 วัน และภาษาไทย 1 วัน

5. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ได้จัดทำ First announcement สำหรับการจัดประชุม The 2nd International symposium on viral hepatitis and perspectives from the ASEAN Region เรียบร้อยแล้ว

ที่ประชุมได้เสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมเข้าไปร่วมจัดการประชุมกับชมรมโรคตับ และ Asia Hep โดยที่ประชุมมีมติให้แต่งตั้งที่ปรึกษาเพิ่มเติมคือนายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล, นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ และนายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา และมอบหมายให้นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ พิจารณาเรื่องสถานที่ออกบูธ และรายละเอียดต่างๆ

6. นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้รับคำปรึกษาจากนายแพทย์ทองดี ชัยพานิช ว่านายแพทย์วิบูลย์ สัจกุล ได้ปรึกษากับนายแพทย์ทองดี เกี่ยวกับปัญหาเรื่องบัญชีรายรับ-รายจ่ายของราชวิทยาลัยและสมาคมต่างๆ ดังนั้นจึงขอทราบข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบการเงินของ

สมาคมฯ ด้วยเพื่อเป็นแนวทางไปประกอบพิจารณาปรับปรุงระเบียบการเงิน
ของสมาคมอื่น ๆ ต่อไป

**ที่ประชุมมีมติอนุญาตให้สมาคมต่างๆ สามารถทราบกฎข้อ
บังคับและระเบียบการเงินของสมาคมได้ เพื่อยึดถือเป็นแนว
ทางในการปฏิบัติ เพราะข้อมูลทุกอย่างถูกต้องและสามารถ
ตรวจสอบได้**

7. แพทย์หญิงชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้
บริษัทฯ ได้สอบถามเกี่ยวกับอัตรา สำหรับ Exhibitor คนไทย โดยขอให้คิด
เป็นอัตราเงินไทยและจ่ายเป็นเงินไทยได้หรือไม่

**ที่ประชุมมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และกำหนดให้ใช้
อัตราคงที่ 44 บาท/USD**

8. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขอให้แต่
ละชมรมที่อยู่ภายใต้สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย นำ
เสนอกิจกรรม กฎเกณฑ์ต่างๆ ให้แก่สมาคมด้วย

**ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางและมีมติให้แต่
ละชมรมเสนอกฎเกณฑ์ และให้ประธานแต่ละชมรมร่วมปรึกษาหารือ
แนวทางต่างๆ กับคณะกรรมการอำนวยการสมาคม**

9. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. มีสมัครสมาชิกใหม่จำนวน 3 ท่าน คือ หม่อมหลวงนายแพทย์ทยา กิตติยากร เป็นสมาชิกสามัญ และนายแพทย์สาธิต คุระทอง เป็นสมาชิกสมทบ และแพทย์หญิงภริทัย เตริกุล เป็นสมาชิกสมทบ ซึ่งฝ่ายเลขาธิการสมาคมได้ตรวจสอบคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับสมาคม

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 3 ท่าน

2. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมครั้งต่อไปวันศุกร์ที่ 10 พฤษภาคม 2545

ปิดประชุมเวลา 12.00 น.

นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี

บันทึกการประชุม

1. Feeding problems in ICU

แนวทางการรักษาภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยไอซียู



พ.อ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ

แผนกโรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับ รพ.พระมงกุฎเกล้า

บทนำ

ผู้ป่วยอาการหนักที่รับไว้รักษาในหอรับบาลผู้ป่วยหนัก มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งได้แก่ Gram negative oropharyngeal colonization and aspiration pneumonia, reflux esophagitis, gastroparesis, bacterial overgrowth syndrome, bacterial translocation and sepsis, pseudo-obstruction and ileus, diarrhea and pseudomembranous colitis, acalculous cholecystitis, acute pancreatitis, acute mesenteric ischemia

ภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยไอซียูเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย มีอุบัติการณ์ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่รับเข้าไว้ในไอซียู¹ สาเหตุ

3 อย่างที่พบได้บ่อยได้แก่ drug-induced diarrhea, *Clostridium* (C)

difficile และ tube feedings ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ fecal impaction, ischemic bowel, intestinal fistula, neoplastic processes, pancreatic insufficiency, sepsis และ hypoalbuminemia.² จากการสำรวจขั้นต้นของ พ.ต.หญิงโสภกา ทิพยเนตร รองหัวหน้าหอบริบาลผู้ป่วยอาหารหนัก กองอายุรกรรม ร.พ.พระมงกุฎเกล้าในช่วงเดือนกันยายนถึงธันวาคม พ.ศ.2541 พบว่ามีผู้ป่วยท้องเสียเดือนละสองถึงเจ็ดรายคิดเฉลี่ย 16 รายจากยอดเก้าสิบหก ราย หรือประมาณร้อยละ 16.7.

Drug-induced diarrhea

ยาที่เป็นสาเหตุของท้องร่วงที่พบบ่อยคือ ยารักษาโรคเก๊าท์ (colchicin), ยารักษาหัวใจเต้นผิดปกติ(digitalis), ยาระบาย, ยาปฏิชีวนะ (erythromycin, tetracyclin) และยาเคลือบกระเพาะ(magnesium sulfate) เป็นต้น เราควรนึกถึงสาเหตุนี้ก่อนเพราะเป็นการง่ายที่จะหยุดยาที่เป็นสาเหตุ ยาที่พบบ่อยว่าเป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงดัง ตารางที่ 1.

ตารางที่ 1 ยาที่พบบ่อยที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง.³

- **Gastrointestinal drugs:**

Magnesium-containing antacids, laxatives, Misoprostol และ Olsalazine

- **Cardiac drugs**

Digitalis, Quinidine, Procainamide, Hydralazine, Beta blockers
Angiotensin-converting enzyme inhibitors และ Diuretics

- Antibiotics

Clindamycin, Ampicillin, Cephalosporins และ Erythromycin

- Chemotherapeutic agents

- Hypolipidemic agents

Clofibrate, Gemfibrozil, Lovastatin และ Probucol

- Neuropsychiatric drugs

Lithium, Fluoxetine (Prozac), Alprazolam (Xanax), Valproic acid, Ethosuximide และ L-Dopa

- Others

Theophylline, Thyroid hormones, Colchicine และ NSAIDs

Clostridium(C.) difficile diarrhea

C. difficile diarrhea เป็นสาเหตุสำคัญของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยหนัก พบอุบัติประมาณ 20-30%⁴ *C. difficile* เป็นเชื้อแบคทีเรียที่ไม่พึ่งออกซิเจนที่ผู้ป่วยได้รับเข้าไประหว่างที่อยู่โรงพยาบาล (nosocomial infections) เกิดการเจริญเติบโตที่ผิดปกติหลังจากได้รับยาปฏิชีวนะ อันเป็นผลมาจากแบคทีเรียปกติในลำไส้ถูกยาปฏิชีวนะทำลายหมด ทำให้เชื้อนี้สามารถเจริญแทนที่ และสร้าง endotoxin ชนิด A และ B จากนั้นเกิดการทำลายของเยื่อลำไส้ใหญ่. ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง มีไข้และท้องเสียซึ่งมักไม่มีเลือดปน แต่จะตรวจพบเม็ดเลือดแดง และเม็ดเลือดขาวออกมากับอุจจาระ จนถึงทำให้เกิดภาวะ Pseudomembranous colitis (PMC)

โดยจะเกิดได้กับยาปฏิชีวนะเกือบทุกตัว แต่ที่พบบ่อยได้แก่ยาในกลุ่ม cephalosporin, ampicillin และ clindamycin เป็นต้น อาการท้องเสียอาจเกิดได้แม้ได้รับยาปฏิชีวนะเพียงครั้งเดียว จนกระทั่งถึงการได้รับยาปฏิชีวนะเมื่อแปดอาทิตย์ก่อนหน้านี้ได้.

อีกสาเหตุหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะ bacterial overgrowth ที่มักมองข้ามได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา หรือป้องกันการเกิดโรคกระเพาะอาหาร (stress-induced peptic ulcer disease) เพราะไม่ว่าจะเป็นยา H2 receptor antagonists หรือ proton pump inhibitors ล้วนเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะ bacterial overgrowth อันอาจนำไปถึงอาการท้องเสียได้ แต่อุบัติการณ์ยังไม่แน่ชัดนัก.

การวินิจฉัยภาวะ PMC นั้นทำได้โดยการตรวจจุลจากรหา toxin B ของเชื้อ ซึ่งมีความไวร้อยละ 70-100 แต่มีความจำเพาะร้อยละ 95-99 ปัจจุบันเหล่านี้ช่วยสนับสนุนให้นึกถึงภาวะนี้ดัง ตารางที่ 2. นอกจากนี้ การตรวจด้วยกล้องส่อง sigmoidoscopy หรือ colonoscopy ก็สามารถมองเห็นลักษณะของ pseudomembrane ที่ติดอยู่บนเยื่อลำไส้ใหญ่ได้ ซึ่งพบส่วนใหญ่ที่ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย ในขณะที่ส่วนน้อยพบที่ลำไส้ใหญ่ด้านขวา จึงควรนึกถึงภาวะนี้ในผู้ป่วยทุกรายที่มี leukemoid reaction โดยไม่มีคำอธิบาย หรือ ในผู้ป่วยหนักที่มีไข้สูง เม็ดเลือดขาวเพิ่ม โลหิตเป็นพิษและมีท้องเสียร่วมด้วย(ซึ่งมักถ่ายเป็นน้ำหรือมักไม่มีเลือดปน⁴

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สนับสนุนให้นึกถึงภาวะ PMC.⁵

- การได้รับยากลุ่มเซฟาโลสปอริน
- อยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน
- ท้องเสียหลังได้รับยาปฏิชีวนะมานานมากกว่าหกวัน
- พบเม็ดเลือดขาวในอุจจาระและ semiformal stool

การตรวจยืนยันภาวะ bacterial overgrowth ทำได้โดยส่องกล้องหรือการใส่สายยางลงไปถึงส่วนลำไส้เล็ก (enteroscopy or jejunal intubation aspiration) เพื่อดูดน้ำย่อยออกมาเพาะเชื้อ ซึ่งถือเป็น gold standard แต่ทำได้ยากและถือเป็นหัตถการที่ invasive. การทำ breath test อันได้แก่การทำ glucose-H₂ breath test หรือ [14C or 13C] Xylose breath tests โดยเฉพาะประการหลังทำได้ง่ายและเชื่อถือได้ดี.

การรักษา คือ การให้หยุดยาที่สงสัยทำให้เกิด ร่วมกับการให้ยาในรูปกิน metronidazole 250 มก.วันละสี่เวลา หรือ vancomycin 125 มก.วันละสี่เวลา เป็นระยะเวลาประมาณสัปดาห์ ยาทั้งสองตัวนี้ได้ผลในการรักษาพอ ๆ กัน โดยที่ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายในหนึ่งถึงสัปดาห์ และหายเป็นปกติภายในสองสัปดาห์ ในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น organ failure, progressive colitis หรือ peritonitis ควรรีบปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดอย่างรีบด่วน.

Osmotic diarrhea

มักเกิดกับผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยาง (enteral feeding) โดยอาจเป็นอาหารที่ทางโภชนาการของโรงพยาบาลเตรียมขึ้นเองหรือเป็นอาหารสำเร็จรูปที่มีขาย อาหารเหล่านี้ยังมีความเข้มข้นสูง ก็จะต้องทำให้เกิดท้องเสียได้ง่าย หรือถ้าเป็นสูตรที่มีนมวัวผสมอยู่ คนไข้อาจท้องเสียเพราะในนมวัวมีน้ำตาล lactose ที่ทำให้เกิด osmotic diarrhea ได้ในผู้ป่วยที่ไม่มีน้ำย่อยที่ใช้ย่อย lactose (secondary lactase deficiency) อุบัติการณ์การท้องเสียจาก nasogastric tube feedings in critically ill patients พบได้ประมาณ 40%⁶

ดังนั้นถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยจะท้องเสียเพราะสาเหตุนี้ควรให้หยุดให้อาหารทางสายยางเป็นเวลา 48 ชั่วโมง โดยเปลี่ยนเป็นให้ทางอื่น เช่น การให้สารอาหารหยดเข้าทางเส้นเลือดดำแทนในระหว่างที่อดอาหารทางสายยางนี้ ถ้าหากอาการท้องเสียลดลงแล้วหายไปในที่สุดให้สงสัยว่าน่าจะมีสาเหตุมาจากความเข้มข้นของส่วนผสมของอาหารที่ให้นี้ วิธีการแก้ไขทำได้โดยให้เจือจางอาหารให้มีความเข้มข้นน้อยลงในการเริ่มให้ครั้งต่อไป และ/หรือ ให้เปลี่ยนสูตรอาหารที่ไม่มีส่วนผสมของนมวัวแทน.

สารอื่นที่อาจเป็นสาเหตุของ osmotic diarrhea ได้แก่ mannitol, sorbital, lactulose, magnesium sulfate, sodium sulfate, sodium phosphate, sodium citrate, magnesium containing antacid, และ unabsorbed sugar เป็นต้น. ท้องเสียจากสารต่างๆเหล่านี้บางครั้งแพทย์ผู้รักษาอาจมองข้ามไป เช่น theophylline เม็ดหรือฉีดไม่ทำให้ท้องเสีย แต่ถ้า

เปลี่ยนเป็นชนิดน้ำให้ทางสายยางให้อาหาร จะทำให้ผู้ป่วยท้องเสียได้ ทั้งนี้ เพราะใน theophylline elixir มีส่วนผสมของ sorbitol ค่อนข้างสูง คือ 13 กรัม sorbitol ต่อ theophylline 100 มก. ดังนั้นถ้าให้ theophylline 200 มก. จะได้ sorbitol 26 มก. ซึ่งขนาด 20 มก. ก็ทำให้เกิดอาหารท้องเสียใน คนส่วนมากได้ นอกจากนี้ยาน้ำอื่นที่อาจมีส่วนผสมของ sorbitol รวมด้วยได้ แก่ acetaminophen, cough preparations, codeine, cimetidine, isoniazid, lithium และ vitamins เป็นต้น.²

การวินิจฉัยภาวะ osmotic diarrhea อาศัยการคำนวณ osmotic gap ในอุจจาระจากสูตร:

stool osmotic gap = (stool osmolarity) - .2 X (ผลบวกความเข้มข้นของ stool sodium+potassium) โดยมีค่ามากกว่า 100 mmol/L.

บทสรุป

ภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยไอซียู เป็นภาวะที่พบได้บ่อย ซึ่งการรักษาขึ้นอยู่กับอาการสาเหตุเพื่อทำการแก้ไข ขั้นตอน การวินิจฉัย สาเหตุของอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยไอซียูสามารถสรุป ได้ดัง ตารางที่ 3.

ตารางที่ 3 ขั้นตอนการวินิจฉัยหาสาเหตุของอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วย
ไอซียู.

1. วินิจฉัยแยกโรคที่เป็นอันตรายแก่ชีวิตผู้ป่วยออกให้ได้ก่อนเช่น ischemic bowel syndrome, acalculous cholecystitis, acute pancreatitis, peritonitis, และ upper and lower GI bleeding เป็นต้น.
2. ทบทวนยาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดว่ามีตัวใดบ้างที่อาจเป็นสาเหตุได้ โดยเฉพาะยาล้างในรูปยาเกิน.
3. ทบทวนอาหารผสม หรือสูตรอาหารว่ามีความเข้มข้นมากเกินไปหรือมีนมวัวผสมอยู่หรือไม่.
4. ตรวจทางทวารหนักเพื่อหาว่าสาเหตุเกิดจาก impaction feces หรือ sphincteric incontinence หรือไม่.
5. ตรวจอุจจาระ microscopic cells, culture for bacterias, Clostridium toxin, stool sodium, potassium และ osmolality
6. ทำการรักษาตามอาการและสาเหตุที่คิดว่าควรจะเป็น

References

1. Ringel AF, Jameson GL, Foster ES. Diarrhea in the intensive care patient. Crit Care Clinics 1995; 11: 465-77
2. Edes TE, Walk BE, Austin JL. Diarrhea in tube-feed patients: Feeding formula not necessarily the cause. Am J Med 1990; 88:91-3
3. Harrison's Textbook of Medicine, 14th edition, 1998
4. Liolios A, Propello JM, and Benjamin E. Gastrointestinal complications in the intensive care unit. Clinics in chest medicine. June, 1999; 20(2):329-345
5. Manabe YC, Vinetz JM, Moore RD, Merz C, Charache P, Bartlett JG. Clostridium difficile colitis: an efficient clinical approach to diagnosis. Ann Intern Med 1995; 123:835-40
6. Ritz MA, Fraser R, Tam W, and Dent J. Impacts and patterns of disturbed Gastrointestinal Function in Critically Ill Patients. Am J Gastroenterol 2000;95:3044-3052

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
ร่วมกับ สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

บทนำ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการพัฒนาประเทศจนก้าวหน้าไประดับหนึ่ง มีการสาธารณสุขและสาธารณสุขโลกที่ดีขึ้น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข และถึงแม้จะมีอัตราการตายน้อยกว่าในเด็กแต่อัตราป่วยก็ยังคงมีจำนวนค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ ทำให้มีการสิ้นเปลืองทรัพยากรของประเทศสำหรับใช้ในการดูแลรักษาพยาบาลและการขาดงานก็ทำให้สูญเสียแรงงานที่จำเป็นในการพัฒนาประเทศเป็นจำนวนมาก จากการสำรวจประชากรทั่วประเทศโดยกระทรวงสาธารณสุขในปี 2543 พบว่ามีรายงานโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (acute diarrhea) มากเป็นอันดับแรกด้วย อัตราป่วยรวม 1,892.9 ต่อแสนประชากรอัตราการตาย 0.5 ต่อแสนประชากร คิดเป็นอัตราการตายรวมร้อยละ 0.03 และพบว่าอัตราการตายสูงที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป (1.4 ต่อแสนประชากร) ⁽¹⁾ ดังนั้นเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่เป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพจึงควรมีคู่มือแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับแพทย์ทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรเป็นคู่มือที่เหมาะสมสำหรับการรักษาผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ในประเทศไทย (สำหรับคู่มือการดูแลรักษาอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กซึ่งจัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ตีพิมพ์ในเดือนกันยายน 2543) ⁽²⁾

เป้าหมายหลักและความครอบคลุมของคู่มือ

เป้าหมายหลักของคู่มือฉบับนี้เพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับแพทย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่ทั้งในเมืองและในชนบท โดยจะให้ได้ครอบคลุมทุก

พื้นที่ของประเทศไทย ไม่ว่าจะผู้ที่มีอาการอุจจาระร่วงเฉียบพลันนั้นจะเป็นคนไทยหรือชาวต่างประเทศที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แนวทางการปฏิบัติที่กล่าวถึงในคู่มือนี้เหมาะสำหรับแพทย์ทั่วไป พยาบาลเวชปฏิบัติ และบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ คู่มือนี้ไม่ได้เขียนขึ้นสำหรับประชาชนดังนั้นจึงไม่มีคำอธิบายหรือคำแนะนำสำหรับประชาชน แต่มีคำแนะนำสำหรับแพทย์ที่ควรจะให้แก่ประชาชน

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่

การดูแลรักษาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่ควรปฏิบัติตามขั้นตอนดังแสดงไว้ในแผนภูมิ นอกจากนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจแต่ละขั้นตอนของแผนภูมิ รวมทั้งเข้าใจคำจำกัดความของคำสำคัญต่างๆ ที่ใช้ในแผนภูมิและเพื่อให้เกิดความชัดเจน รวมทั้งสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องต่อไป จึงขอขยายความและให้รายละเอียดดังนี้

อุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่ (acute diarrhea in adults) หมายถึงอาการอุจจาระร่วงอย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 24 ชม. หรือถ่ายเป็นมูกเลือด 1 ครั้งหรือมากกว่า⁽²⁾ โดยอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและเป็นอยู่ไม่นานเกิน 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ต้องไม่มีประวัติอุจจาระร่วงเป็นๆ หายๆ มาก่อนหน้านี้

(ในกรณีที่มีการระบาด หากมีผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 1 ครั้งหรือมากกว่าใน 24 ชม. ก็ให้ถือว่าเป็นอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้ตามนิยามของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข)

การซักประวัติ

ประวัติผู้ป่วยอุจจาระร่วง : ควรจะต้องถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ที่อยู่ อาชีพ วันเวลาที่เริ่มเป็น ระยะเวลาที่เป็น จำนวนครั้งที่ถ่าย ลักษณะอุจจาระ สี กลิ่น (โดยเฉพาะควรต้องถามเจาะจงลงไปว่าลักษณะของอุจจาระเป็นมูกเลือดหรือไม่ เป็นน้ำใสเหมือนน้ำขาวขาวหรือไม่) ปริมาณอุจจาระที่ถ่ายแต่ละครั้งมากน้อยเพียงใด การดำเนินโรครุนแรงมากขึ้นหรือน้อยลง มีไข้ร่วมด้วยหรือไม่ ไข้กี่วัน ไข้สูงหรือไม่ มีปวดท้องหรือไม่ ปวด

ตรงตำแหน่งใด ปวดอย่างไร ปวดมากน้อยเพียงใด ปวดร้าวไปไหน มีปวดเบ่งที่ทวารหรือไม่ มีคลื่นไส้ อาเจียนหรือไม่ ลักษณะของสิ่งที่อาเจียนออกมาเป็นอย่างไร อาการที่เป็นนั้นเป็นเรื่องของอุจจาระร่วงเด่นกว่า หรืออาเจียนเด่นมากกว่า

ประวัติเกี่ยวกับความรุนแรงของการเสียน้ำและเกลือแร่: โดยซักเกี่ยวกับอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำงานไหวหรือไม่ กระหายน้ำ ปากคอแห้งหรือไม่ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้หรือไม่ มีหน้ามืดจะเป็นลมหรือซีมลงหรือไม่ ปัสสาวะครั้งสุดท้ายเมื่อไร

ประวัติเกี่ยวกับสาเหตุของอุจจาระร่วง: เช่น ประวัติการรับประทานอาหารหรือน้ำดื่มหรือแหล่งน้ำที่ไม่สะอาดที่อาจปนเปื้อนเชื้อโรค อาหารที่เตรียมไม่สะอาด อาหารที่ตั้งทิ้งไว้นานๆ หรือรับประทานอาหารบางชนิด เช่น อาหารทะเล (อาจติดเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus*) อาหารจำพวกเค้ก ขนมปัง แยม (อาจติดเชื้อจากเชื้อ *Staphylococcus aureus* หรือ *Bacillus cereus*) เป็นต้น^(4,5) ประวัติการเดินทางไปต่างจังหวัดโดยเฉพาะจังหวัดชายทะเล ประวัติการใช้ยาที่อาจทำให้อุจจาระร่วงได้เช่น ยาปฏิชีวนะ (ทำให้เกิด antibiotic associated diarrhea เช่น penicillin, cephalosporin, clindamycin เป็นต้น) ยารักษาโรคเกาต์ (colchicine) ยาลดความอ้วน (ซึ่งอาจมียาละลายไขมันมาด้วย) ยาลดกรด (ที่มีสารพวก magnesium compound อยู่ด้วย) ยาสมุนไพร (เช่น ชุมเห็ดเทศ มะขามแขก สมอไทย มะกา ยาตำ รงทอง) เป็นต้น แม้กระทั่งสุรา ยาฆ่า หรือยาเสพติดก็อาจทำให้เกิดอุจจาระร่วงได้เช่นกัน

ประวัติทางด้านระบาดวิทยาและภาวะแทรกซ้อน: มีคนใกล้ชิดที่มีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่ อุจจาระร่วงที่เป็นนั้นเป็นที่บ้าน หรือในโรงพยาบาล หรือในสถานสงเคราะห์ที่มีการอยู่อย่างแออัดหรือไม่ มีประวัติอุจจาระร่วงเป็นๆหายๆ มาก่อน เกิดอาการอุจจาระร่วงครั้งนี้หรือไม่ มีประวัติอื่นที่อาจบ่งบอกถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่ เช่น ประวัติทางเพศสัมพันธ์ที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อ HIV (Human Immunodeficiency Virus) ประวัติการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น prednisolone หรือเคมีบำบัด มีโรคประจำตัวบางอย่างที่อาจมีผลแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายทำให้ต้องดูแลเป็น

พิเศษหรือไม่ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคตับแข็ง เป็นต้น รวมทั้งจะต้องซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยแยกโรคอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: โรคและภาวะที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

- Appendicitis
 - Adnexitis
 - Diverticulitis
 - Peritonitis from bowel perforation
 - Systemic infections; e.g. malaria, measles และอื่น
 - Inflammatory enterocolitis
 - Mesenteric artery/venous occlusion
-

นอกจากนี้ยังต้องซักประวัติเพื่อวินิจฉัยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (ดังแสดงในตารางที่ 2) ซึ่งโรคเหล่านี้อาจต้องการการตรวจวินิจฉัยและรักษาเป็นพิเศษแตกต่างไปจากผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันธรรมดา สำหรับรายละเอียดดูได้จากใน ส่วน "ภาคผนวก" ของคู่มือนี้

ตารางที่ 2: โรคหรือภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

- Acute diarrhea in elderly (age ≥ 65 years old)
 - Outbreak diarrhea
 - Traveler's diarrhea
 - Antibiotic-associated diarrhea (clostridium associated diarrhea)
 - Enterohemorrhagic *Escherichia coli* (EHEC) diarrhea or Shiga-toxin producing *E coli*; (STEC) diarrhea
-

-
- Nosocomial diarrhea (hospital acquired diarrhea)
 - Institutional diarrhea
 - HIV-related diarrhea
 - Acute diarrhea in immunocompromised host
 - Acute diarrhea in septicemic prone conditions
-

การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันจะต้องตรวจดูภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ (signs of dehydration) โดยจะต้องตรวจ ชีพจร (pulse) ความดันโลหิต (blood pressure) ทั้งท่านอนและท่านั่ง ความดันหลอดเลือดดำ (jugular venous pressure) ความเต่งของผิวหนัง (skin turgor) ตูปาก คอและเยื่อในปากว่าแห้งหรือไม่ มีตาบวมลึก (sunken eye balls) หรือไม่มี capillary filling เป็นปกติหรือไม่ รวมทั้งควรชั่งน้ำหนักตัวหากสามารถชั่งได้ อาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ของผู้ใหญ่อาจจะสังเกตได้ยากกว่าในเด็กเล็ก ดังนั้นผู้ตรวจจะต้องพยายามตรวจดูอย่างพิถีพิถันและให้ความสำคัญกับสิ่งที่ตรวจพบต่างๆ อย่างเต็มที่ (ดูตารางการประเมินภาวะขาดน้ำและเกลือแร่)

การตรวจหน้าท้องเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องกระทำทุกราย การคลำจะต้องทำทั้ง light palpation และ deep palpation ซึ่งในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันไม่ควรจะมี tenderness, guarding, rigidity หรือ rebound tenderness ใดๆ ถ้ามีให้สงสัยทันทีว่าอาจจะไม่ใช่อุจจาระร่วงเฉียบพลันธรรมดาแต่อาจเป็นโรคอื่นที่มีอาการคล้ายอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1) หรือเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2) ถ้าตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจหน้าท้องจะต้องตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติมทันที เช่น CBC, urine examination, acute abdomen series, vaginal examination เป็นต้น

การตรวจร่างกายในระบบอื่นๆ นอกเหนือจากระบบทางเดินอาหารก็มีความสำคัญ เพราะผู้ป่วยอาจมีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่อาจเป็นปัญหาแทรกซ้อนในการดูแลรักษา เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคไต โรคตับแข็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น หรือการตรวจพบอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อ HIV ก็อาจทำให้แผนการดูแลรักษาแตกต่างออกไปจากที่แสดงในแผนภูมิ

การแบ่งผู้ป่วยตามอาการนำเด่น (Major Presentation)

ผู้ป่วยอุจจาระร่วงส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการอุจจาระร่วงเป็นอาการนำที่เด่นกว่าอาการอื่น ๆ กล่าวคือส่วนใหญ่มักเริ่มต้นด้วยอาการอุจจาระร่วงก่อน และเป็นรุนแรงหรือเด่นชัดกว่าอาการอื่น ต่อมาจึงตามมาด้วยอาการอื่น เช่น อาเจียน ปวดท้อง มีไข้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางกลุ่มอาจจะมีอาการนำเด่นเป็นอาการอาเจียน กล่าวคือเริ่มต้นด้วยอาการอาเจียนก่อน ซึ่งมักเป็นค่อนข้างรุนแรง ต่อมาจึงตามด้วยอาการอุจจาระร่วง โดยที่อาการอุจจาระร่วงอาจจะเป็นไม่รุนแรงหรือไม่กี่ครั้งก็ได้ ดังนั้นเมื่อซักประวัติตรวจร่างกายแล้วควรแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีอาการอุจจาระร่วงเป็นอาการเด่น (diarrhea as major presentation) กับกลุ่มที่มีอาการอาเจียนเป็นอาการเด่น (vomiting as major presentation) (ดูแผนภูมิ)

กลุ่มที่มีอาการอาเจียนเป็นอาการเด่น (Vomiting as major presentation)

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนเป็นอาการเด่นอาจจะมีสาเหตุจาก bacterial preformed toxin-induced food poisoning หรือจาก viral gastroenteritis ก็ได้

1. อาหารเป็นพิษจากสารพิษทนความร้อนของเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial preformed heat-stable toxin induced food poisoning)

ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีสาเหตุจากการรับประทานสารพิษของแบคทีเรียที่ปนเปื้อนอยู่ในอาหาร แบคทีเรียเหล่านี้ได้แก่ *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* เป็นต้น ซึ่งสารพิษที่แบคทีเรียเหล่านี้สร้างขึ้นมักเป็นสารพิษที่ทนต่อความร้อน (Heat

stable) แม้จะนำอาหารไปอุ่นให้ร้อนก็ไม่สามารถทำลายสารพิษได้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมี อาการหลังรับประทานอาหารประมาณ 6-24 ชั่วโมง โดยมีประวัติรับประทานอาหาร ประเภทที่ทิ้งค้างไว้นาน เช่น ข้าวผัด ขนมจีน ขนมปังสังขยา ขนมไส้ครีม แยม เยลลี่ เค้ก เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเริ่มต้นด้วยอาการอาเจียนซึ่งมักเป็นรุนแรง ร่วมกับมีอาการ ปวดท้อง แต่มักไม่มีไข้ ต่อมาจึงมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำหรือเป็นอุจจาระเหลว โดย อาการอุจจาระร่วงมักเป็นไม่รุนแรง ไม่ถ่ายเป็นมูกเลือด ส่วนใหญ่อาการอุจจาระร่วงไม่ ทำให้มีการเสียน้ำและเกลือแร่จากร่างกายมากนัก แต่อาการอาเจียนอาจทำให้เสียน้ำ และเกลือแร่ได้มากกว่า ซึ่งถ้าเป็นมากอาจทำให้มี metabolic alkalosis ได้ โดยทั่วไป อาการจะดีขึ้นเร็ว โดยเฉพาะอาการอาเจียนจะหายไปได้เองภายในเวลา 24-48 ชม.⁽⁶⁾

การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการและการรักษาประคับประคอง กล่าวคือถ้าผู้ป่วยยังพอรับประทานได้ควรให้ Oral Rehydration Salts Solution (ORS) หรือ Oral Rehydration Therapy (ORT) ถ้าอาเจียนมากรับประทานไม่ได้ก็ให้เป็นสารน้ำ และเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำ (intravenous fluid) การให้ยาแก้อาเจียน (anti-emetics) เช่น metoclopramide, domperidone โดยการกินมักไม่ค่อยได้ผล ถ้าอาเจียนมากและ จำเป็นอาจให้ในรูปของยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ นอกจากนี้ถ้ามีอาการ ปวดท้องมาก ก็อาจให้ antispasmodics เช่น hyoscine, hyoscyamine, dicyclomine เป็นต้น

2. อุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัส (Viral gastroenteritis)

การเกิดอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสในผู้ใหญ่พบได้น้อยกว่าในเด็กมาก ส่วนใหญ่ เกิดจากเชื้อ Norwalk virus⁽⁶⁾ ส่วนน้อยอาจเกิดจากเชื้อไวรัสอื่นๆ เช่น Rotavirus, Adenovirus, Astrovirus, Calicivirus, Coronavirus, Enterovirus, และ small round virus-like particles เป็นต้น ส่วนใหญ่ติดต่อทางน้ำดื่มและอาหาร มีระยะฟักตัว ประมาณ 18-72 ชม. ในรายที่มีอาการชัดเจนมักเริ่มด้วยอาการใช้ด่า ๆ ไอ หัวัดเล็กน้อย ซึ่งมักเป็นอยู่ 1-2 วัน ต่อจากนั้นจะมีอาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัวบ้าง

อาการอาเจียนจะเป็นรุนแรงในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ อาการอุจจาระร่วงอาจเป็นได้ตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก หรืออาจถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากได้ แต่จะไม่มีมูก ไม่มีเลือด ในบางรายอาการอุจจาระร่วงและอาเจียนอาจยืดเยื้อนานเป็นอาทิตย์ได้⁽⁶⁾

การรักษาสามารถให้การรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยอาหารเป็นพิษจากสารพิษทนความร้อนของเชื้อแบคทีเรีย กล่าวคือถ้าผู้ป่วยยังพอรับประทานได้ควรให้ ORS หรือ ORT ถ้าอาเจียนมารับประทานไม่ได้ก็ต้องให้สารน้ำและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยทุกรายไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะหรือยาด้านอุจจาระร่วง (antidiarrheal drugs) อื่น ๆ ส่วนใหญ่หายได้เองในเวลา 3-4 วัน แต่บางรายอาจเป็นนานถึง 7-10 วัน⁽⁹⁾

กลุ่มที่มีอาการอุจจาระร่วงเด่น (Diarrhea as major presentation)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้แบ่งได้อีกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือกลุ่มที่ถ่ายเหลวหรือเป็นน้ำ (Watery diarrhea) กับกลุ่มที่ถ่ายเป็นมูกปนเลือด (Mucous bloody diarrhea)

1. กลุ่มที่ถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำ (Watery diarrhea)

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีอาการถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำ สีเหลืองหรือเขียวอ่อน ในรายที่เป็นรุนแรงอาจเป็นน้ำใสคล้ายน้ำข้าวข้าว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ไม่มากนัก และส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่สร้างสารพิษในลำไส้ (enterotoxin induced diarrhea) เช่น *Vibrio cholerae* O1, *Vibrio cholerae* O139, และ *Vibrio cholerae* non O1/non O139, Enterotoxigenic *E. coli*, Enteropathogenic *E. coli* เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มที่ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำบางรายอาจเกิดจากเชื้อ อื่นๆ เช่น *Vibrio parahaemolyticus*, *Salmonella*, *Aeromonas*, *Plesiomonas shigelloides*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica* และ *Clostridium difficile* โดยที่เชื้อเหล่านี้บางตัวอาจจะเป็น invasive bacteria แต่ถ้ามีอาการไม่รุนแรงก็อาจถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำได้เช่นเดียวกับผู้ป่วย enterotoxin induced-diarrhea โดยเฉพาะในช่วงวันแรกๆของโรค อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มหลังนี้ก็สามารุให้การดูแล

รักษาได้ในรูปแบบเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มที่ถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำจาก enterotoxin induced-diarrhea เช่นกัน

2. กลุ่มที่ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด (Mucous-bloody diarrhea)

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้คือผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระมีมูกปนเลือด โดยที่มูกและเลือดนั้นผสมคลุกเคล้ามากับอุจจาระ ไม่สามารถแยกออกจากเนื้ออุจจาระอย่างชัดเจน เมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบว่าเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวเป็นจำนวนมาก (โดยทั่วไปจะมากกว่า 20 ตัวต่อ high power field) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีไข้ ปวดศีรษะ ปวดท้องหรือปวดเบ่งที่ทวารหนัก ถ่ายบ่อย โดยอุจจาระที่ออกในแต่ละครั้งจะมีปริมาณไม่มาก และผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ หรือมีก็ไม่รุนแรง เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก invasive bacteria ได้แก่ *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, Enteroinvasive *E. coli*, Enterohemorrhagic *E. coli* หรือ parasites เช่น *Entamoeba histolytica* และ *Balantidium coli* เป็นต้น สำหรับเชื้อที่ไม่เป็น invasive bacteria บางตัวเช่น *Vibrio parahaemolyticus*, *Aeromonas* และ *Plesiomonas*⁽¹⁰⁾ เป็นต้น บางครั้งก็สามารถทำให้ถ่ายเป็นมูกเลือดได้ โดยเฉพาะในระยะท้ายๆ หรือวันหลังๆ ของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

การประเมินความรุนแรงของอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่ (Assessment of severity of diarrhea in adults)⁽¹¹⁾

ในผู้ใหญ่ที่มีการขาดน้ำและเกลือแร่ไม่มากหรือไม่รุนแรงอาจจะตรวจพบอาการแสดงของการขาดน้ำได้ยากกว่าในเด็ก เนื่องจากผู้ใหญ่มักมีกลไกในการแก้ไขภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ได้ดีกว่าในเด็ก จากการที่มี body fluid reserve มากกว่า มีไตที่มี compensatory mechanisms ดีกว่า ร่วมกับมีความสามารถในการแก้ไขภาวะกระหายน้ำได้ดีกว่าในเด็ก อีกทั้ง tissue elasticity ในผู้ใหญ่ก็ไม่ดีเท่ากับในเด็กทำให้ fluid shift จากใน extracellular space เคลื่อนไหวได้ช้ากว่าในเด็ก ดังนั้นอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ในผู้ใหญ่จึงมักไม่ปรากฏเด่นชัดเท่ากับในเด็กเล็ก เพราะฉะนั้นการตรวจ

ร่างกายหาอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ในผู้ใหญ่จึงมีความสำคัญมาก โดยทั่วไปในการประเมินภาวะความรุนแรงของอุจจาระร่วงควรจะต้องใช้ทั้งอาการ (subjective symptoms) และอาการแสดง (objective signs) ร่วมกันในการประเมินความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง โดยแบ่งความรุนแรง (severity of diarrhea and dehydration) ได้เป็น 3 ระดับ (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3: การประเมินความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่

	ไม่รุนแรง (Mild)	รุนแรงปานกลาง (Moderate)	รุนแรงมาก (Severe)
อาการ (subjective symptoms)	ยังแข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่รบกวนการประกอบอาชีพ ไม่อ่อนเพลีย รู้สึกไม่ซีมี ทำงานหนักได้ และไม่กระหายน้ำ	อ่อนเพลีย ไม่มีแรง แต่ยังสามารถเดินไปไหนมาไหนได้ สามารถดำเนินชีวิตและทำงานเบา ๆ ได้แต่ทำด้วยความลำบาก อาจต้องมีคนมาช่วยดูแลหรือช่วยอำนวยความสะดวกบ้าง อาจต้องหยุดงานหรือนอนพักผ่อนอยู่กับบ้าน และกระหายน้ำบ้าง	อ่อนเพลียมาก จนไม่มีแรง เดินไม่ค่อยไหว ต้องนั่งหรือนอนอยู่กับเตียง หรือนอนในรพ. อาจต้องหยุดงาน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือช่วยตัวเองได้ อาจมีอาการซีมีไม่ค่อยรู้สึกตัว กระหายน้ำมาก หรือมีปัสสาวะออกน้อย
อาการแสดง (objective signs)	<ul style="list-style-type: none"> ● ชีพจร ● ความดันโลหิต (systolic) ● Postural hypotension ● Jugular venous pressure 	<ul style="list-style-type: none"> ● เร็ว ● ปกติหรือต่ำลง 10-20 mmHg ● อาจมีหรือไม่มีก็ได้ ● อาจมองเห็นหรือไม่เห็นในท่านอนราบก็ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ● เร็ว ● ต่ำลงมากกว่า 20 mmHg ● มี ● มองไม่เห็นในท่านอนราบ

<ul style="list-style-type: none"> ● ปากคอแห้ง ● Skin turgor ● Surken eye ball ● Capillary refill 	<ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มี ● ดี ● ไม่มี ● กลับคืนสู่ปกติใน 2 วินาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีบ้าง ● ปานกลาง ● เล็กน้อย ● กลับคืนสู่ปกติใน 3 วินาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีมาก ● เลว (ผิวหนังตั้งนานเกิน 2 วินาที) ● มากชัดเจน ● กลับคืนสู่ปกติหลัง 4 วินาที
---	---	--	--

อาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ (Clinical dehydration)

ในแผนภูมิการรักษาดูจากรวงนี้แบ่งผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำออกเป็นกลุ่มที่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ (watery diarrhea with clinical dehydration) กับกลุ่มที่ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ (watery diarrhea without clinical dehydration) โดยกลุ่มที่มีอาการแสดงของการขาดน้ำหมายถึงกลุ่มที่มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ระดับปานกลางหรือรุนแรงมาก (moderate to severe dehydration) และควรได้รับการดูแลรักษาแตกต่างไปจากผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่หรือพบแต่ไม่รุนแรง (mild)

กลุ่มผู้ป่วยอุจจาระร่วงเป็นน้ำที่มีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ (Watery diarrhea with clinical dehydration)

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากจนสามารถตรวจพบอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่มักเป็นผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง (อหิวาตกโรค) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ *Vibrio cholerae* serogroup O1 แต่เชื้ออื่นๆ เช่น *Vibrio cholerae* O139⁽¹²⁾, *Vibrio cholerae* non-O1/non O139⁽¹³⁾ ก็สามารถทำให้เกิดอาการอุจจาระร่วงอย่างแรงได้เช่นเดียวกับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง รวมทั้งเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus*, *Aeromonas*⁽¹⁴⁾ และ diarrheagenic *E. coli*^(15,16) บางตัวก็สามารถทำให้มีอาการอุจจาระร่วงเป็นน้ำได้เช่นเดียวกัน โดยถึงแม้อาการจะไม่รุนแรงเท่ากับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง แต่ก็สามารถทำให้เกิดอุจจาระร่วงรุนแรงจนพบอาการแสดงของการขาดน้ำปานกลาง

หรือรุนแรงได้ ผู้ป่วยเหล่านี้สมควรได้รับการดูแลรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ถ่ายเป็นน้ำอย่างรุนแรงคล้ายอหิวาต์ (cholera-like diarrhea)

สำหรับผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง (อหิวาตกโรค) นอกจากจะมีอาการถ่ายเป็นน้ำอย่างรุนแรงร่วมกับการตรวจพบอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่แล้ว ยังมีอาการอื่นๆที่ช่วยประกอบในการวินิจฉัยโรคด้วย กล่าวคืออาการถ่ายเป็นน้ำมักเป็นขึ้นทันทีในเวลาอันรวดเร็ว (abrupt onset) หรือภายในไม่กี่ชั่วโมง แล้วนำไปสู่อาการขาดน้ำและเกลือแร่อย่างรุนแรงในเวลาอันสั้น (rapid progression) ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีไข้หรือมีไข้ก็ไม่สูงมาก อาจมีอาการอาเจียนรุนแรงได้ ไม่ค่อยมีอาการปวดท้องหรือถ้าปวดก็มักเป็นไม่รุนแรง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเป็น "ตะคริว" โดยที่ไม่มีอาการเกร็งแข็งเป็นก้อนของกล้ามเนื้อ^(12,17) โรคอุจจาระร่วงอย่างแรงส่วนใหญ่มักพบในคนที่มีเศรษฐกิจไม่ค่อยดี เช่นกรรมกร คนงานก่อสร้าง อย่างไรก็ตามคนที่มีความสะอาดก็เป็นที่โรคนี้ได้ โดยเฉพาะในแหล่งที่เป็น endemic area ของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เช่นนนทบุรี สมุทรปราการ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม หรือในช่วงที่มีการระบาด (epidemics) โดยเฉพาะในช่วงฤดูร้อน อาจพบ ผู้ป่วยติดเชื้อ *Vibrio cholerae* O1 ที่มีอาการไม่รุนแรงได้ ดังนั้นผู้ป่วยอุจจาระร่วงในแหล่งและช่วงที่มีการระบาดเหล่านี้จึงควรจะได้รับ การดูแลรักษาเสมือนว่าเป็นผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ไม่ว่าจะมีอาการรุนแรงหรือไม่ก็ตาม

ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเป็นน้ำที่มีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่เหล่านี้ควร จะได้รับการตรวจอุจจาระอย่างละเอียดด้วยกล้องจุลทรรศน์และต้องส่งเพาะเชื้อเพื่อหาสาเหตุทุกราย ในการตรวจอุจจาระทางกล้องจุลทรรศน์จะไม่ค่อยพบเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาว แต่ควรเจาะจงมองหาแบคทีเรียที่การเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วเป็นแบบ shooting star โดยอาศัยกล้อง dark-field microscopy ซึ่งจะดูได้ง่าย แต่ถ้าไม่มีกล้องดังกล่าวอาจดูได้ด้วยการปรับหรือแสงของกล้องจุลทรรศน์ให้พอเหมาะ หรือดูร่วมกับการใช้ polyvalent *V. cholerae* O1/O139 antiserum หยดลงบนอุจจาระ ถ้าพบว่าแบคทีเรียหยุดการเคลื่อนไหวบ่งบอกว่าน่าจะเป็นการติดเชื้ออุจจาระร่วงอย่างแรง

ส่วนผลการเพาะเชื้อส่วนใหญ่จะรายงานว่าเป็นเชื้ออุจจาระร่วงอย่างแรงได้ใน 24-48 ชม. ถ้าพบว่าเป็นเชื้ออุจจาระร่วงอย่างแรงจะต้องรีบแจ้งสาธารณสุขอำเภอหรือจังหวัดเพื่อทำการสืบสวนและควบคุมการระบาดโดยรีบด่วนต่อไป

การรักษา เนื่องจากหลักสำคัญที่สุดของการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้อยู่ที่การแก้ไขภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ถ้าสามารถให้การรักษาในส่วนนี้ได้ดีแล้วอัตราตายและโรคแทรกซ้อนจะน้อยลงอย่างมาก ส่วนยาปฏิชีวนะและยาด้านอุจจาระร่วงมีความสำคัญน้อยกว่ามาก ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะต้องทำการทดแทนน้ำและเกลือแร่ให้รวดเร็วและเพียงพอ โดยต้องคำนวณปริมาณที่ต้องการทดแทนให้ใกล้เคียงมากที่สุดกับปริมาณที่เสียไปมากที่สุด การที่ผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้ใหญ่) ยังสามารถลุกไปเข้าห้องน้ำเองได้ อาจจะไม่บอกปริมาณอุจจาระที่ถ่ายได้ไม่แน่นอนจากคำบอกเล่า และทำให้ประเมินผิดพลาดได้ สำหรับผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลจำเป็นต้องตรวจปริมาณอุจจาระที่ถ่ายแต่ละครั้งให้แม่นยำ ถ้าเป็นไปได้ควรตรวจอุจจาระจาก bed pan เพื่อจะได้ทราบว่าผู้ป่วยถ่ายอุจจาระไปมากน้อยเพียงใด ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจอุจจาระได้ให้ประเมินจากอาการและการตรวจร่างกาย (ตาม ตารางที่ 3) ทั้งนี้จะต้องคำนวณให้ทดแทนทั้งส่วน pretreatment deficit และ concurrent loss หรือ on going loss และต้องติดตามประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆ ด้วย

ในรายที่เสียน้ำและเกลือแร่ไม่มากนัก ควรแก้ไขด้วยการให้รับประทาน ORS โดยให้รับประทานประมาณ 1-1.5 เท่าของปริมาณอุจจาระที่ถ่าย⁽¹⁸⁾ ในรายที่ไม่สามารถรับประทานได้หรือมีอาการเจ็บมากอาจจะต้องให้ทดแทนน้ำและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำ โดยให้ในรูปของ Ringer lactate หรือ Acetar สำหรับในรายที่มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่รุนแรงมาก (severe dehydration) ชัดเจน ต้องแก้ไขโดยเร็วที่สุดโดยเร่งให้ครั้งหนึ่งของปริมาณที่ต้องการจะให้ภายใน 4 ชั่วโมงแรก (หรือ 100 มล. ต่อ กก.) และที่เหลือให้ต่อจนครบภายใน 24 ชั่วโมง⁽¹⁹⁾ การให้ทดแทนทางหลอดเลือดดำให้ได้เร็วๆ อาจต้องใช้เข็มเบอร์ใหญ่ (เบอร์ 20 หรือต่ำกว่า) หรือให้พร้อมกันที่เดือยทั้งสองแขนหรือขา ในรายที่มี

อาการรุนแรงมากอาจต้องให้สารน้ำและเกลือแร่มากถึง 10 ลิตรต่อวัน เมื่ออาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่หายไปแล้วจึงค่อยลดอัตราการให้น้ำเกลือลง ไม่ควรให้น้ำเกลือซ้ำในตอนต้นแล้วไปเร่งในตอนหลังเมื่ออาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือเมื่อมีภาวะไตวายเกิดขึ้นแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก (dynamic) จึงควรติดตามดูความก้าวหน้าของโรคและประเมินภาวะขาดน้ำและเกลือแร่อย่างอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาและควรให้รับประทาน ORS ร่วมไปด้วยระหว่างที่ให้น้ำเกลือเข้าหลอดเลือดดำ

การให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงหรือมีอาการคล้ายอหิวาต์ (cholera-like diarrhea) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นและถ่ายอุจจาระน้อยลง รวมทั้งลดปริมาณการทดแทนน้ำและเกลือแร่ลงด้วย⁽²⁰⁾ เนื่องจากผลการเพาะเชื้อจากอุจจาระมักจะได้มาภายหลัง ซึ่งจะไม่ทันกับการตัดสินใจ ดังนั้นจึงควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะไปเลย การเลือกยาปฏิชีวนะควรเลือกโดยยึดถือตามข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับความไวต่อยาปฏิชีวนะของ *Vibrio cholerae* 01 สายพันธุ์ที่มีการระบาดในช่วงเวลานั้นเป็นหลัก จากข้อมูลล่าสุดในปี 2544 พบว่ามีเชื้อ *Vibrio cholerae* 01 ส่วนใหญ่เป็น serotype Inaba ซึ่งเชือดังกล่าวไวต่อยาพื้นฐาน คือ tetracycline, cotrimoxazole, ampicillin, chloramphenicol และ norfloxacin⁽²¹⁾ ดังนั้นตามสถานการณ์ปัจจุบันถ้าจะเลือกให้ยาปฏิชีวนะควรเลือกเป็น tetracycline (250 มก.) 2 เม็ดวันละ 4 ครั้งนาน 3 วัน หรือ doxycycline (100 มก.) 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งนาน 3 วัน ถ้าผู้ป่วยแพ้ยาข้างต้นอาจพิจารณาให้ยา cotrimoxazole (80/400 มก.) 2 เม็ด วันละ 2 ครั้งติดต่อกัน 3 วัน หรือยา norfloxacin (400 มก.) 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งนาน 3 วัน สำหรับในรายที่ตั้งครรภ์ควรให้เป็น furazolidone 100 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน

กลุ่มผู้ป่วยอุจจาระร่วงเป็นน้ำที่ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ (Watery diarrhea without clinical dehydration)

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่พบได้มากที่สุด ในบรรดาผู้ป่วยที่มีอาการอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่ กล่าวคือ อุจจาระร่วงเฉียบพลันส่วนใหญ่มักเป็นชนิดที่มีอาการไม่รุนแรง ถ่ายเหลวหรือเป็นน้ำปนเนื้ออุจจาระบ้าง โดยทั่วไปถ่ายประมาณ 4-6 ครั้งต่อวัน ไม่รุนแรง ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ ใช้ไม่ค่อยมีหรือมีไม่บ่อยสูงและมักจะไม่เกิน 2 วัน อาการปวดท้องและอาเจียนอาจมีรุนแรงได้ในวันแรกๆ แต่จะค่อยๆ หายไปในวันต่อมา และไม่มี abdominal tenderness ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังแข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพได้ตามปกติ ไม่รู้สึกอ่อนเพลีย รู้สึกดี ไม่ซึม สามารถทำงานหนักได้ และไม่รู้สึกระคายน้ำ ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องตรวจอุจจาระ ถ้าตรวจก็มักจะไม่มีพบเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวหรือมีจำนวนน้อย (ไม่เกิน 20 ต่อ high power field) รวมทั้งไม่พบ shooting star bacteria ส่วนใหญ่อาการจะเป็นอยู่ไม่กี่วันและหายไปเองภายใน 1-2 สัปดาห์⁽²²⁾ อย่างไรก็ตามควรเฝ้าติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด เพราะผู้ป่วยอุจจาระร่วงในกลุ่มนี้อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงได้ในบางราย

การรักษา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ที่ไม่รุนแรง การทดแทนจึงสามารถทำได้ด้วยการให้ ORT เป็นส่วนใหญ่และไม่จำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยทั่วไปไม่มีความจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ยกเว้นในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ดูรายละเอียดและข้อบ่งชี้ในภาวะอื่นๆ ในภาคผนวก) การพิจารณาให้ยาด้านอุจจาระร่วงต้องคำนึงถึงประสิทธิผลและผลแทรกซ้อนของยาด้านอุจจาระร่วงแต่ละชนิดด้วย โดยการเลือกว่าจะใช้ยาด้านอุจจาระร่วงตัวใดให้พิจารณาจากข้อมูลซึ่งได้ทบทวนไว้ในตอนท้ายของคู่มือนี้

กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายเป็นมูกเลือด (Mucous-bloody diarrhea)

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีไข้สูง (ส่วนใหญ่สูงมากกว่า 38.5 °C) แต่มักเป็นไม่เกิน 2-3 วัน อุจจาระในวันแรกๆ อาจมีลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำ ต่อมาจึงมีลักษณะเป็นมูกเลือด ในรายที่เป็นมูกเลือดชัดเจนผู้ป่วยอาจสังเกตเห็นได้ด้วยตาเปล่า แต่ในรายที่สังเกตเห็นไม่ได้หรือมองเห็นไม่ชัดเจน แพทย์ควรทำ rectal examination และล้วงเอาอุจจาระออกมาดูด้วยตนเอง ผู้ป่วยจะมีอาการถ่ายบ่อยหลายครั้งมาก อาจมีอาการปวดเบ่งที่ทวารหนัก (tenesmus) อุจจาระที่ออกแต่ละครั้งมักมีปริมาณไม่มาก อาการปวดท้องและอาเจียน อาจเป็นรุนแรงได้ ส่วนใหญ่มักไม่ค่อยมีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากปริมาณอุจจาระที่ออกแต่ละครั้งมีจำนวนไม่มาก สำหรับการตรวจอุจจาระถึงแม้จะเห็นเป็นมูกเลือดชัดเจนด้วยตาเปล่านั้นก็ควรตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อยืนยันและตรวจให้แน่ใจว่าไม่มีสาเหตุอื่นที่ต้อการการรักษาที่แตกต่างออกไป เช่น *Entamoeba histolytica*, *Balantidium coli* เป็นต้น (ซึ่งต้องรักษาด้วย metronidazole 500 มก. วันละ 4 ครั้งนาน 7 วัน) การตรวจอุจจาระพบแต่เม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวเป็นจำนวนมาก โดยไม่พบเชื้อหรือพยาธิอื่นๆ ช่วยยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ซึ่งสามารถให้การรักษาได้ตามแผนภูมิที่แสดงไว้ สำหรับเชื้อที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้แก่ *Shigella*, *Salmonella*, Enteroinvasive *E. Coli*, และ *Campylobacter*, (*Yersinia* เกือบไม่พบเลยในประเทศไทย) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีเชื้อบางอย่าง เช่น *Vibrio parahaemolyticus*, *Aeromonas*, *Plesiomonas* เป็นต้น ซึ่งในบางโอกาสก็อาจทำให้มีการถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดเหมือนกับคนไข้ในกลุ่มนี้ได้เช่นกัน

การรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะไม่ขาดน้ำและเกลือแร่มากดังได้กล่าวมาแล้ว แต่การให้น้ำและเกลือแร่ทดแทนก็ยังคงกระทำในผู้ป่วยทุกราย เพียงแต่อาจจะไม่ต้องรีบด่วนและไม่ต้องให้เป็นจำนวนมากนัก สามารถให้ในรูปของ ORT (ซึ่งเป็นการให้สารละลายเกลือแร่สูตรที่ไม่เหมือนขององค์การอนามัยโลกได้) โดยไม่จำเป็นต้องให้เข้าทางหลอดเลือดดำ ดังนั้นการรักษาจึงมุ่งเน้นที่การให้ยาปฏิชีวนะที่สามารถทำลายเชื้อในลำ

ได้ โดยให้เป็นแบบ empiric เพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและลดอาการถ่ายบ่อยหรือปวดเบ่งที่ทวาร โดยทั่วไปยาปฏิชีวนะที่ควรให้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ norfloxacin 400 มก. วันละ 2 ครั้งนาน 3 วัน ในรายที่สงสัยว่าจะอาจจะมีการติดเชื้อเข้ากระแสเลือดหรือเพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนสู่กระแสเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะติดเชื้อเข้ากระแสเลือดง่าย เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน โรคตับแข็ง เป็นต้น ควรให้เป็น ciprofloxacin 500 มก. วันละ 2 ครั้งนาน 5-7 วัน

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ห้ามให้ยาด้านอุจจาระร่วง โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้(antiperistaltics)เช่น loperamide, diphenoxylate, codeine เป็นข้อห้ามเพราะอาจทำให้เชื้อโรคเพิ่มจำนวนในลำไส้มากขึ้นและอาจติดเชื้อเข้ากระแสเลือดมากขึ้นได้

การตรวจอุจจาระ

โดยทั่วไปถ้าเป็นไปได้ควรตรวจอุจจาระผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่ทุกราย⁽²³⁾แต่ในความเป็นจริงไม่สามารถทำได้ทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ถ่ายอุจจาระให้ตรวจได้ทันที ประกอบกับความจำกัดในด้านทรัพยากรและจำนวนผู้ป่วยที่ต้องให้บริการ จึงทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ต้องให้การรักษาไปก่อนโดยไม่ได้ตรวจดูอุจจาระ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในช่วงวันแรกของโรคอุจจาระร่วง อย่างไรก็ตามการตรวจอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์ควรแนะนำให้ทำทันที ในกลุ่มผู้ป่วยที่ถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากร่วมกับมีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ (watery diarrhea with clinical dehydration) และในกลุ่มผู้ป่วยที่ถ่ายเป็นมูกเลือด (bloody diarrhea) สำหรับผู้ป่วยที่ถ่ายเป็นน้ำแต่ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ (watery diarrhea without clinical dehydration) ไม่จำเป็นต้องทำการตรวจอุจจาระทุกราย⁽²⁴⁾เนื่องจากส่วนใหญ่จะหายได้เองในเวลาอันสั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคและภาวะที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (ตารางที่ 1) และผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบ

พลาซมิดที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ(ตารางที่2) ก็สมควรจะต้องทำการตรวจจุลจากรูปร่าง เช่นกัน

ในการตรวจจุลจากรูปร่างควรให้ผู้ป่วยเก็บอุจจาระที่ถ่ายเสร็จใหม่ๆ (fresh stool examination) โดยทั่วไปไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง โดยจะต้องตรวจหา shooting star bacteria เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว พยาธิและไข่พยาธิ โดยเฉพาะ *Entamoeba histolytica* cyst และ/หรือ trophozoites⁽²⁵⁾ สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยเป็น immunocompromised host เช่น ผู้ป่วย HIV จะต้องทำการตรวจย้อมสีพิเศษ (special staining) เช่น Acid fast bacilli (AFB) stain, modified AFB stain สำหรับ *Cryptosporidium* และ modified trichrome stain สำหรับ microsporidia เป็นต้น

หมายเหตุ การตรวจจุลแบคทีเรีย ซึ่งเคลื่อนที่เหมือนดาวตกหรือเหมือนลูกดอก (shooting star หรือ darting motile bacteria) นั้น วิธีที่ดีที่สุดคือการดูด้วย dark field microscopy⁽²⁶⁾ ซึ่งเป็นกล้องจุลทรรศน์ที่มีใช้น้อยในห้องปฏิบัติการทั่วไปในประเทศไทย อย่างไรก็ตามอาจใช้กล้องจุลทรรศน์ธรรมดาโดยการปรับแสงจาก condenser และ/หรือ diaphragm ให้พอเหมาะ (ปรับ condenser ให้ต่ำที่สุด หรือปรับ condenser ให้สูงสุด ร่วมกับการปรับ diaphragm ให้รูแสงผ่านเล็กที่สุด) หรือตรวจร่วมกับการใช้ polyvalent *V. cholerae* O1/O139 antiserum หยดลงไป ถ้าพบว่าเชื้อหยุดการเคลื่อนไหว แสดงว่าน่าจะเป็น *V. cholerae*

การเพาะเชื้อจากอุจจาระ

โดยทั่วไปผลเพาะเชื้อจากอุจจาระมักจะได้ผลกลับมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายดีแล้ว ส่วนใหญ่จึงมักจะไม่ค่อยมีประโยชน์มากนักในการช่วยตัดสินใจให้การรักษาระยะต้น อย่างไรก็ตามการเพาะเชื้อจากอุจจาระก็มีประโยชน์สำหรับรายที่ได้รับการรักษาเบื้องต้นแล้วไม่ดีขึ้น หรือในแง่ระบาดวิทยาเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อที่มีความสำคัญ เช่น เชื้อ *Vibrio cholerae* O1, *Salmonella* spp, *Shigella* spp. เป็นต้น⁽²⁷⁾ ดังนั้นจึงแนะนำให้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำ

และมีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ (watery diarrhea with clinical dehydration) กับกลุ่มที่มีการถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด (mucous-bloody diarrhea) เป็นหลัก⁽²⁸⁾ โดยอาจจะไม่จำเป็นต้องทำในผู้ป่วยกลุ่มที่ถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำและไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ (watery diarrhea without clinical dehydration) (ดูแผนภูมิ)

เพื่อให้การเพาะเชื้อจากอุจจาระได้ผลดี ควรเก็บอุจจาระที่เพิ่งถ่ายใหม่ๆ และควรส่งถึงห้องปฏิบัติการภายใน 2 ชม. ในกรณีที่ไม่สามารถถ่ายได้เองควรเก็บจาก rectal swab โดยเก็บใส่ transport media เช่น Cary-Blair หรือ enrichment media เช่น alkaline peptone water, Selenite-F broth เป็นต้น เนื่องจากการเพาะเชื้อแต่ละตัวจากอุจจาระมีขั้นตอนและรายละเอียดสำหรับการเพาะเชื้อแตกต่างกัน นอกจากนี้ความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการของแต่ละแห่งก็แตกต่างกันด้วย การกำหนดว่าจะทำการเพาะเชื้อตัวใดบ้าง ใช้ media อะไรในการเพาะเชื้อ ทำมาน้อยเพียงใดจึงจะเหมาะสมสำหรับประเทศไทย และเมื่อไรควรจะส่งตรวจเพิ่มเติมที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลศูนย์หรือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ รายละเอียดเหล่านี้ให้ดูได้จากคู่มือการตรวจและเพาะเชื้อจากอุจจาระที่จัดทำโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล⁽²⁹⁾

การให้สารละลายน้ำและเกลือแร่ทางปากและหลอดเลือดดำ (ORS, ORT and IV fluid replacement)

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันจึงขอให้คำจำกัดความของการให้สารละลายน้ำและเกลือแร่ทางปากแบบ ORS และ ORT ดังนี้

Oral Rehydration Salts (ORS) Solution หมายถึงการให้ทดแทนสารน้ำและเกลือแร่ด้วยสูตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งประกอบด้วย sodium chloride 3.5 กรัม, glucose 20 กรัม (หรือ, sucrose 50 กรัม), trisodium citrate dihydrate 2.9 กรัม, (หรือ sodium bicarbonate 2.5 กรัม) และ potassium chloride 1.5 กรัม ในน้ำสะอาด

1 ลิตร ซึ่งเมื่อผสมแล้ว จะได้สารละลายเกลือแร่ที่มี sodium 90, potassium 20, chloride 80, HCO₃ 30 และ glucose 111 mmol/L⁽¹¹⁾ ผู้ป่วยอุจจาระร่วงในผู้ใหญ่ที่มีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ชนิดปานกลางและรุนแรงควรจะทดแทนด้วย ORS เพราะจะทดแทนการขาดได้รวดเร็วและเพียงพอมากกว่าการให้ทดแทนด้วย ORT

Oral Rehydration Therapy (ORT) หมายถึงการให้ทดแทนสารน้ำและเกลือแร่ด้วยสารน้ำและเกลือแร่สูตรที่ไม่เหมือนขององค์การอนามัยโลก กล่าวคือ การให้สารน้ำสูตรที่มีส่วนผสมของ sodium ต่ำกว่า 90 mmol/L เช่น สูตรเกลือแร่ที่มี sodium 40 mmol/L (ซึ่งให้ทดแทนเกลือแร่จากการออกกําลังกาย) การเติมเกลือประมาณ 1/3 ช้อนชา (ประมาณ 1 หยิบนิ้วมือ) ในเครื่องดื่มพวกน้ำอัดลมไม่มีสีที่มีน้ำตาลอยู่ด้วย หรือการผสมสารละลายเกลือแร่และน้ำตาลขึ้นใช้เองตามบ้าน เป็นต้น การใช้ ORT เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของการขาดน้ำไม่รุนแรง หรือใช้ทดแทนหลังจากได้แก้ไขภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ส่วนใหญ่ไปแล้วและต้องการให้เพื่อป้องกันการขาดที่อาจจะเกิดเล็กน้อยๆในภายหลัง หรือเพื่อประคับประคองไม่ให้เกิดการขาดน้ำและเกลือแร่เพิ่มเติม เป็นต้น

การใช้ ORS หรือ ORT ในผู้ใหญ่มีโอกาสที่จะเกิด hyponatremia และ hypernatremia น้อยกว่าในเด็กมาก⁽³⁰⁾ ยกเว้นในผู้ป่วยสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ซึ่งอาจมีปัญหาได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่ทั่วไป ดังนั้นในผู้สูงอายุที่มีการเสียน้ำและเกลือแร่เป็นจำนวนมากจึงแนะนำให้ตรวจ serum electrolytes ทุกรายเพื่อประเมินภาวะสมดุลของเกลือแร่และจะได้รีบแก้ไขก่อนที่จะมีปัญหารุนแรงต่อไป⁽³¹⁾

ปัจจุบันมีข้อมูลจาก Cochrane Database of Systemic Review พบว่า reduced osmolarity ORS และ rice-based ORD มีประโยชน์มากกว่า WHO-ORS กล่าวคือสามารถช่วยลดปริมาณอุจจาระและลดปริมาณน้ำเกลือที่ต้องให้ทางหลอดเลือดดำลงได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยอหิวาต์ และสามารถใช้อย่างปลอดภัยทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยไม่เกิด hyponatremia^(32,33) หรือ hypernatremia

การให้สารละลายเกลือแร่เข้าหลอดเลือดดำในผู้ใหญ่ ควรให้เป็น Ringer lactate solution, normal saline (NSS) หรือ Acetar⁽¹¹⁾ เนื่องจากมี potassium ผสมอยู่แล้ว ทำให้ไม่จำเป็นต้องไปเติม potassium ในน้ำเกลือ ซึ่งทำให้เกิดความยุ่งยากในการเตรียมและเกิดความสับสนในการคำนวณ สำหรับสารน้ำอื่น ๆ ที่สามารถใช้ทดแทนได้แทน Ringer lactate ได้แก่ Acetar หรือ 0.9 % normal saline solution (NSS)⁽³⁴⁾ การให้น้ำเกลือเข้าทางหลอดเลือดดำควรให้เฉพาะในรายที่มีการเสียน้ำและเกลือแร่อย่างรุนแรง หรือมีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ปานกลางหรือรุนแรง หรือในรายที่มีอาการอาเจียนมากจนไม่สามารถรับประทาน ORS หรือ ORT ได้เพียงพอ

การให้อาหารสำหรับผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ผู้ใหญ่ที่มีอาการอุจจาระร่วงไม่แนะนำให้อดอาหาร ควรรับประทานอาหารต่อไปเหมือนปกติโดยเฉพาะในรายที่มีอาการไม่รุนแรง ในรายที่มีอาการรุนแรงปานกลางหรือมาก อาจแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนๆ ที่ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก น้ำข้าว ขนมปังเค็ม น้ำซูป น้ำผลไม้ น้ำมะพร้าว นมถั่วเหลือง เป็นต้น ส่วนนมสดไม่ควรรับประทานมากเพราะอาจเกิดอุจจาระร่วงเพิ่มขึ้นจากภาวะ lactase deficiency แต่อาจให้รับประทาน โยเกิร์ต ซึ่งมีการย่อย lactose ไปส่วนหนึ่งแล้วและยังมีผลช่วยปรับสมดุลของจุลินทรีย์ในลำไส้ได้ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด หรือหวานจัด ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีมันมาก ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นอาหารไขมันต่ำ นอกจากนี้ไม่ควรรับประทานเครื่องดื่มเช่น กาแฟ หรือน้ำดื่มบำรุงกำลังต่างๆ ถ้าจะรับประทานเครื่องดื่มพวกน้ำอัดลมไม่มีสี ควรเติมเกลือประมาณ 1/3 ช้อนชาในน้ำอัดลม 1 ขวด (375 มล.)

การให้ยาด้านอุจจาระร่วง (Antidiarrheal drugs)

เนื่องจากผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันส่วนใหญ่มักหายได้เอง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาใดๆ ก็ตามก็จะต้องดูเหมือนว่าได้ผล แต่ถ้าทำการศึกษาแบบ double-blinded placebo control ก็พบว่ายาส่วนใหญ่ไม่มีหลักฐานที่ยืนยันได้แน่ชัดว่าได้ผลดีในการลดระยะเวลาเจ็บป่วยหรือลดปริมาณการถ่ายอุจจาระอย่างมีนัยสำคัญและถ้าผลการ

ศึกษาพบว่าพอลจะได้รับบ้าง ส่วนใหญ่ก็คือสามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วยลงได้เป็นช่วงเวลานั้นๆ เช่น ลดได้เพียง 1 วันหรือเพียงไม่กี่ชั่วโมง หรือทำให้อุจจาระมีลักษณะเป็นก้อนมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นการใช้ยาต้านอุจจาระร่วงจึงไม่มีความจำเป็นมากนักโดยเฉพาะในรายที่มีอาการไม่รุนแรง ส่วนในรายที่เป็นรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมากการรักษาที่มุ่งเน้นที่การทดแทนน้ำและเกลือแร่ให้เพียงพอ การให้ยาต้านอุจจาระร่วงอาจจะพอให้ได้ในรายที่ต้องทำงานต่อเนื่อง ไม่สามารถหยุดงานได้หรือต้องเดินทางไกล เป็นต้น และควรจะต้องเลือกยาในกลุ่มที่มีผลเป็น antisecretory หรือสามารถลดปริมาณอุจจาระที่ถ่ายได้เป็นหลัก ส่วนยาในกลุ่มอื่นๆ ถ้าจะใช้จะต้องพิจารณาถึงผลดีผลเสียและประโยชน์ที่ได้ที่จะได้รับจากข้อมูลที่จะกล่าวถึงข้างล่างนี้ สำหรับกลุ่มที่ถ่ายเป็นมูกเลือด (bloody diarrhea) ไม่แนะนำให้ใช้ยาต้านอุจจาระร่วงทุกตัว โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ (antiperistaltics) เป็นข้อห้ามสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้

ยาลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Antiperistaltics): ได้แก่ loperamide, diphenoxylate, codeine, tincture opium ยาในกลุ่มนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระน้อยครั้งลงและมีปริมาณอุจจาระลดลงด้วย⁽³⁵⁻³⁷⁾ แต่บางชนิดอาจมีการเสพติดถ้าใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือถ้าให้ในขนาดสูงอาจกดการหายใจโดยเฉพาะในเด็กหรือคนสูงอายุ จึงไม่ควรใช้ในเด็กเล็กและผู้สูงอายุ ยาที่มีผลแทรกซ้อนน้อยที่สุดในกลุ่มนี้คือ loperamide ถ้าต้องการจะให้ก็ควรให้ไม่เกิน 1-2 เม็ด (2 มก.) ต่อวัน ไม่ควรให้เป็นจำนวนมาก ถ้ารับประทานมากเกินไปอาจทำให้มีอาการท้องอืดแน่นท้อง อืดอัดในท้อง ปวดมวนท้อง และปวดเมื่อยตัวได้ ยานี้ห้ามใช้ในรายที่ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดหรือเป็น invasive diarrhea เพราะอาจทำให้เกิดภาวะ toxic megacolon ได้ นอกจากนี้ยังห้ามใช้ในรายอุจจาระร่วงที่มีไข้สูงหลายวันหรือมีภาวะที่มีโอกาสติดเชื้อเข้ากระแสเลือดง่าย (diarrhea in septicemic prone conditions)

ยาต้านฤทธิ์ Cholinergic (Anticholinergics): ได้แก่ hyoscine, hyoscyamine, dicyclomine เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้ไม่ค่อยได้ผลในการลดปริมาณอุจจาระ

หรือทำให้ถ่ายน้อยลง แต่มีผลทำให้อาการปวดท้องลดลงได้ดีกว่า⁽³⁸⁾ ยาในกลุ่มนี้ไม่ควรให้ขนาดสูงนักเพราะอาจทำให้มีผลแทรกซ้อน เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ใจสั่น บัสสาวะไม่ออก ในรายที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต หรือเป็นต้อหิน (glaucoma) ต้องระวังเป็นพิเศษ ดังนั้นในรายที่มีอาการปวดท้องรุนแรงมากอาจให้ยาในกลุ่มนี้ได้ด้วยความระมัดระวัง ทั้งนี้ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ได้มีอาการปวดท้องเนื่องมาจากเยื่อช่องท้องอักเสบด้วย

ยาออกฤทธิ์ดูดซับสารพิษ (Adsorbents): ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด เช่น activated charcoal, kaolin, pectin, dioctahedral smectite, attapulgite (anhydrous aluminium silicate), aluminium hydroxide, bismuth salts เช่น bismuth subsalicylate, bismuth subcitrate เป็นต้น⁽³⁹⁻⁴¹⁾ หลักการทำงานของยาในกลุ่มนี้คือไปดูดซับ enterotoxin ที่สร้างจาก bacteria ไม่ให้ไปเกาะกับผนังลำไส้ และทำให้ bile acids ไม่สามารถออกฤทธิ์ต่อเยื่อลำไส้ ดังนั้นถ้าจะให้จึงควรให้เร็วที่สุดก่อนที่ enterotoxin จะไปเกาะกับผนังลำไส้ คือให้ภายใน 24-48 ชม. แรกจึงจะได้ผลดี ส่วนใหญ่จะลดปริมาณอุจจาระได้ไม่มากหรือไม่ทำให้อุจจาระร่วงหายเร็วขึ้น แต่ทำให้อุจจาระมีลักษณะเป็นเนื้อมากขึ้น ไม่เป็นน้ำ ส่วนใหญ่เป็นยาที่ค่อนข้างปลอดภัยเพราะไม่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย ยกเว้นยาในกลุ่ม bismuth salts ซึ่งอาจมีผลทำให้อุจจาระเป็นสีดำและลิ้นดำและมีอาการซึมได้ในผู้ใหญ่⁽⁴²⁾ ประสิทธิภาพของยาในกลุ่มนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูดซับ enterotoxin ซึ่งแตกต่างกันแล้วแต่ชนิด ยาที่มีประสิทธิภาพในการดูดซับค่อนข้างต่ำ ได้แก่ activated charcoal, aluminium hydroxide, kaolin, pectin, tannic acid ยาที่มีประสิทธิภาพในการดูดซับ enterotoxin สูงและได้ผลดีกว่า ได้แก่ dioctahedral smectite, attapulgite (anhydrous aluminium silicate) และ bismuth salts ทั้งหลาย ยาที่มีประสิทธิภาพในการดูดซับสูงเหล่านี้ส่วนใหญ่มักจะมีราคาค่อนข้างแพง

Probiotics: เช่น *Lactobacillus acidophilus*, *Saccharomyces boulardii* ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการไปแบ่งตัวเพิ่มจำนวนในลำไส้แล้วสร้าง metabolites ที่สามารถทำให้ pH ในอุจจาระเป็นกรดมากขึ้น และยับยั้งการเจริญเติบโตของ enteropathogens

ป้องกันการ colonize ของแบคทีเรียที่ผั่งเยื่อบุลำไส้ นอกจากนี้ยังสร้างกรดไขมันสั้น ชนิดไม่อิ่มตัว (short chain fatty acid) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการซ่อมแซมลำไส้ ทำให้ลำไส้สามารถดูดซึมน้ำและเกลือแร่กลับได้ดีขึ้น⁽⁴³⁻⁴⁵⁾ แต่กลไกการออกฤทธิ์อาจจะค่อนข้างช้า จึงไม่ค่อยได้ประโยชน์ในรายที่อุจจาระร่วงหายได้เองในเวลาอันสั้น แต่จะได้ประโยชน์ในรายที่อุจจาระร่วงเป็นยึดเชื้อหรือมีแนวโน้มว่าจะเป็นนานหรือในรายที่เป็นอุจจาระร่วงจากการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน⁽⁴⁶⁾ โดยทั่วไปจึงไม่นิยมใช้ในรายอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

Antisecretory drugs: เช่น aspirin, indomethacin, chlorpromazine, encephalinase inhibitor ยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์เป็น antiprostaglandin หรือออกฤทธิ์ต่อ cyclic AMP หรือ protein kinase ในเยื่อบุลำไส้ ทำให้ลำไส้มีการหลั่งน้ำและเกลือแร่ลดลงแต่เนื่องจากฤทธิ์ antisecretory ของยาเหล่านี้ยังคงค่อนข้างอ่อน ในขณะที่ต้องใช้ขนาดยาที่ค่อนข้างสูง⁽⁴⁷⁾ และมีผลแทรกซ้อนค่อนข้างมาก⁽⁴⁸⁾ จึงไม่เป็นที่นิยมและยังอยู่ในระหว่างการวิจัยเพื่อหาตัวยาหรืออนุพันธ์ที่ออกฤทธิ์ได้ดีกว่า^(49,50)

ปัจจุบันมียาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ต่อ 5-hydroxytryptamine (5HT) หรือ serotonin ซึ่งเป็น neurotransmitter ที่พบทั้งในสมองและในระบบประสาทของทางเดินอาหาร (enteric nervous system, ENS) ซึ่ง ENS นี้มีหน้าที่สำคัญในการควบคุม motility และ secretory function ปัจจุบันพบ 5HT receptor ในทางเดินอาหารอย่างน้อย 6 ชนิดและแต่ละชนิดที่มีบทบาทสำคัญในการออกฤทธิ์แตกต่างกัน ยาที่ออกฤทธิ์เป็น 5-HT3 antagonist พบว่ามีผลยับยั้งการกระตุ้น extrinsic sensory neurons ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และ ท้องเฟ้อ และทำให้ลด peristalsis และ secretory reflex ช่วยทำให้ถ่ายอุจจาระลดน้อยลงและถ่ายเป็นก้อนมากขึ้น^(51,52) ส่วนยา octreotide แม้จะเป็น antisecretory drug ที่ดี แต่ต้องให้โดยการฉีดเข้าใต้ผิวหนังเท่านั้น และมีราคาแพงมาก จึงไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน⁽⁵³⁾

ยาสมุนไพร (Herbal medicine): มียาสมุนไพรหลายชนิดที่มีบันทึกในเอกสารทางการแพทย์โบราณว่าสามารถรักษาโรคอุจจาระร่วงได้ เช่น ฟ้าทะลายโจร เมล็ดหรือเปลือกทับทิม เปลือกมังคุด แต่ไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีเพียงพอที่จะยืนยันผลของยาต่างๆ เหล่านั้น มีเพียงการศึกษาทางวิทยาศาสตร์บ้างเล็กน้อย ซึ่งยังเป็นหลักฐานที่อ่อนและไม่เพียงพอที่จะให้การรับรองผลของการรักษา อย่างไรก็ตามยาสมุนไพรก็นำมาใช้ในการรักษาทางเลือก (alternative medicine) โดยเฉพาะในรายที่เป็นอุจจาระร่วงเฉียบพลันชนิดไม่รุนแรง และหากจะใช้ยาสมุนไพรรักษาก็ควรใช้ร่วมกับ ORS หรือ ORT เสมอ ส่วนในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมาก ผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด และผู้ป่วยอุจจาระร่วงในกลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ไม่ควรใช้ยาสมุนไพรในการรักษาเพราะอาจทำให้เสียเวลาหรือเสียโอกาสการรักษาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในรายที่ต้องการการรักษาโดยเร่งด่วน

การให้ Specific antibiotics หลังจากทราบผลเพาะเชื้อแล้ว

ส่วนใหญ่เมื่อทราบผลเพาะเชื้อจากอุจจาระ ผู้ป่วยมักหายจากอุจจาระร่วงแล้ว ในกรณีที่ทราบผลเพาะเชื้อแล้วและอาการอุจจาระร่วงยังไม่หาย ควรจะต้องให้การรักษาที่ถูกต้องและจำเพาะสำหรับเชื่อนั้นๆ โดยดูตามผล sensitivity ของเชื้อที่เพาะได้ในกรณี queทราบผล สำหรับในกรณีที่ไม่ทราบผล sensitivity อาจอาศัยแนวทางตามตารางข้างล่างนี้เพื่อเป็นข้อพิจารณาว่าควรจะให้ยาปฏิชีวนะหรือไม่หรือเลือกให้ตัวใด ทั้งนี้ต้องระลึกไว้เสมอว่าเชื้อบางตัวถึงแม้จะเพาะเชื้อขึ้น แต่ก็มิได้หมายความว่าจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะเสมอไปในทุกราย มีเพียงบางรายเท่านั้นที่จะได้ประโยชน์จากการให้ยาปฏิชีวนะ

กรณีอุจจาระร่วงไม่หายภายหลังจากได้รับการรักษาตามขั้นตอนในแผนภูมิ

หากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและจำเพาะสำหรับเชื่อนั้น ๆ หรือได้รับการรักษาตามขั้นตอนในแผนภูมิแล้ว แต่อาการอุจจาระร่วงยังไม่หายภายใน 3-5 วัน หรือภายใน 14 วันตั้งแต่เริ่มมีอาการอุจจาระร่วง แสดงว่าอาจจะมีสาเหตุอื่น ๆ นอกเหนือจากเชื้อก่อโรคดังได้กล่าวไปแล้ว ในกรณีเช่นนี้จำเป็นต้องสืบค้นหาสาเหตุต่อไปด้วยการตรวจ

เพิ่มเติมอื่นๆ เช่น การทำ repeat stool examination, repeat stool culture, sigmoidoscopy, barium enema เป็นต้น⁽⁵⁶⁾

ตารางที่ 4 เชื้อที่เป็นสาเหตุของอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่สมควรให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ^(21,54)

เชื้อที่เป็นสาเหตุ	ยาปฏิชีวนะที่แนะนำ	ยาปฏิชีวนะที่อาจใช้ทดแทนได้
<i>Vibrio cholerae</i> El Tor Inaba	Tetracycline, 500 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน	Doxycycline, 100 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Norfloxacin, 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Cotrimoxazole, 160/800 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Furazolidone ¹ 100 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน
<i>Vibrio cholerae</i> El Tor Ogawa	Tetracycline, 500 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน	Norfloxacin, 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Cotrimoxazole, 160/800 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Furazolidone ¹ 100 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน
<i>Vibrio cholerae</i> O139	Tetracycline, 500 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน	Doxycycline, 100 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Norfloxacin, 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Cotrimoxazole, 160/800 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Furazolidone ¹ 100 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน
<i>Shigella dysenteriae</i>	Norfloxacin, 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน	Nalidixic acid 500 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 5 วัน Cotrimoxazole, 160/800 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ofloxacin ² 300 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ciprofloxacin ² 500 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Azithromycin ² 250 มก. ครั้งเดียว Ceftriaxone ³ 1 g. วันละ 2 ครั้ง นาน 5-7 วัน
<i>Shigella</i> species อื่น ๆ	Norfloxacin 400 มก. วัน ละ 2 ครั้ง นาน 3 days	Amoxicillin 500 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน Nalidixic acid 500 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 5 วัน Azithromycin ² 250 มก. ครั้งเดียว Ceftriaxone ³ 1 g. วันละ 2 ครั้ง นาน 5-7 วัน
<i>Clostridium difficile</i>	หยุดยาปฏิชีวนะที่ใช้ก่อน หน้านี้ Metronidazole 500 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 10-14 วัน	Vancomycin 125-250 มก., วันละ 4 ครั้ง นาน 10-14 วัน

¹ = ใช้ในรายผู้ป่วยดั่งครรภ์ ² = กรณีสงสัยมีการติดเชื้อรุนแรง ³ = กรณีสงสัยมีการติดเชื้อเข้ากระแสเลือด

ตารางที่ 5 เชื้อที่เป็นสาเหตุของอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งไม่มีความจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ยกเว้นในบางกรณี^(21,54)

เชื้อที่เป็นสาเหตุ	กรณีที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ	ยาปฏิชีวนะที่ใช้ได้
<i>Vibrio cholerae</i> non O1/non O139	ยาปฏิชีวนะไม่มีความจำเป็น ยกเว้นในกรณี - septicemic prone conditions e.g. cirrhosis, uncontrolled diabetes mellitus - immunocompromised hosts	Tetracycline 500 mg. วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน Doxycycline 100 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Norfloxacin, 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ofloxacin ² 300 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ciprofloxacin ² 500 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ceftazidime ² , 1 ก. ทุก 6 ชม. นาน 5-7 วัน.
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	ยาปฏิชีวนะไม่มีความจำเป็น ยกเว้นในกรณี - severe ill patients, - traveler's diarrhea, - septicemic prone conditions, e.g. cirrhosis, uncontrolled diabetes mellitus - immunocompromised hosts	Tetracycline 500 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน Doxycycline 100 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Norfloxacin, 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ofloxacin ² 300 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ciprofloxacin ² 500 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Gentamicin ³ , 80 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 5-7 วัน Cefotaxime ³ , 1 g q.i.d. X 5-7 วัน
<i>Salmonella</i> (Non-Typhi)	ยาปฏิชีวนะไม่มีความจำเป็น ยกเว้นในกรณี - ผู้ป่วยสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) - severely ill patients, - immunocompromised hosts, - septicemic prone conditions e.g. patients with prosthesis, valvular heart disease, severe atherosclerosis, malignancy, uremia, uncontrolled diabetes mellitus	Norfloxacin, 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ofloxacin ² 300 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ciprofloxacin ² 500 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Cefotaxime ³ , 1 ก. วันละ 4 ครั้ง นาน 5-7 วัน Ceftriaxone ³ 1 ก. วันละ 2 ครั้ง นาน 7-10 วัน

เชื้อที่เป็นสาเหตุ	กรณีที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ	ยาปฏิชีวนะที่ใช้ได้
<i>Aeromonas</i> species	ยาปฏิชีวนะไม่มีความจำเป็นยกเว้นในกรณี - septicemic prone conditions, e.g. cirrhosis, uncontrolled diabetes mellitus - immunocompromised hosts,	Cotrimoxazole, 160/800 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน (ถ้าเชื่อใจต่อยา) Norfloxacin, 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ofloxacin ² 300 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ciprofloxacin ² 500 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ceftriaxone ³ 1 ก. วันละ 2 ครั้ง นาน 5-7 วัน
<i>Plesiomonas shigelloides</i>	ยาปฏิชีวนะไม่มีความจำเป็นยกเว้นในกรณี - severely ill patients, - immunocompromised host	Cotrimoxazole, 160/800 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน (ถ้าเชื่อใจต่อยา) Norfloxacin, 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ofloxacin ² 300 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ciprofloxacin ² 500 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ceftriaxone ³ 1 ก. วันละ 2 ครั้ง นาน 5-7 วัน
Enteroinvasive <i>E. coli</i> (EIEC) Enterotoxigenic <i>E. coli</i> (ETEC) Enteropathogenic <i>E. coli</i> (EPEC) Enteroaggregative <i>E. coli</i> (EAaggEC)	ยาปฏิชีวนะไม่มีความจำเป็นยกเว้นในกรณี - severely ill patients, - traveler's diarrhea - immunocompromised hosts, - septicemic prone conditions e.g. uncontrolled diabetes mellitus	TMP-SMZ, 160/800 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน (ถ้าเชื่อใจต่อยา) Norfloxacin, 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ofloxacin ² 300 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ciprofloxacin ² 500 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ceftriaxone ³ 1 ก. วันละ 2 ครั้ง นาน 5-7 วัน
Enterohaemorrhagic <i>E. coli</i> (EHEC)	ห้ามให้ยาปฏิชีวนะ เพราะอาจทำให้อาการเลวลง ⁽⁵⁵⁾	
<i>Campylobacter jejuni</i>	ยาปฏิชีวนะไม่มีความจำเป็นยกเว้นในกรณี - severely ill patients, - traveler's diarrhea - immunocompromised hosts,	Erythromycin 500 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 5 วัน Norfloxacin, 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ofloxacin ² 300 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน Ciprofloxacin ² 500 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน

เชื้อที่เป็นสาเหตุ	กรณีที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ	ยาปฏิชีวนะที่ใช้ได้
<i>Yersinia enterocolitica</i>	ยาปฏิชีวนะไม่มีความจำเป็นยกเว้นในกรณี - severely ill patients, - associated bacteremia, - immunocompromised hosts	Doxycycline+ aminoglycoside + Cotrimoxazole หรือ Fluoroquinolone

¹ = ใช้ในรายผู้ป่วยตั้งครบก ² = กรณีสงสัยมีการติดเชื้อรุนแรง ³ = กรณีสงสัยมีการติดเชื้อเข้ากระแสเลือด

ภาคผนวก

โรคหรือภาวะที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่สมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยแยกหรือดูแลเป็นพิเศษแตกต่างไปจากที่แสดงไว้ในแผนภูมิ กล่าวคือ

อุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้สูงอายุ (Acute diarrhea in elderly) เนื่องจากอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่พบในผู้ป่วยสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) อาจจะมีอัตราตายและอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป^(31,57,58) ประกอบกับผู้สูงอายุมักจะมีโรคหัวใจ โรคปอด โรคไต โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร่วมอยู่ด้วย ทำให้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ การรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต้องระมัดระวังเรื่องการเสียสมดุลของเกลือแร่ซึ่งอาจเกิดบ่อยกว่าผู้ป่วยทั่วไป โดยต้องระวัง hyponatremia หรือ hypernatremia การทดแทนน้ำและเกลือแร่ก็ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และอาจจะต้องตรวจ serum electrolytes เป็นระยะ และแก้ไขให้ทันที่ ผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับการตรวจอุจจาระและเพาะเชื้อทุกราย การให้ยาก็ไม่ควรให้ยาพวกที่ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ (antiperistaltics) เช่น loperamide, diphenoxylate เป็นต้น เพราะอาจทำให้เกิดอาการท้องผูกหรือมีการติดเชื้อเข้ากระแสเลือดได้ง่ายกว่าปกติ การให้ยาปฏิชีวนะก็มีความจำเป็นต้องให้บ่อยกว่าผู้ป่วยทั่วไป ถึงแม้อาการอุจจาระร่วงจะเป็นไม่รุนแรงก็ตาม โดยเฉพาะในรายถ่ายเป็นมูกเลือดและมีไข้สูง หรือเป็นอุจจาระร่วงที่เกิดจาก invasive bacteria เช่น *Shigella*, Enteroinvasive *E. coli* เป็นต้น และโดยเฉพาะอย่างยิ่งอุจจาระร่วงที่เกิดจาก

Salmonella spp. ซึ่งตามปกติในผู้ป่วยอื่นไม่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ แต่ในคนสูงอายุจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด

อุจจาระร่วงเฉียบพลันในกรณีที่มีการระบาด (Outbreak diarrhea) อุจจาระร่วงเฉียบพลันที่มีผู้เป็นในคราวเดียวกันมากกว่า 2 คนจากเชื้อตัวเดียวกันและพบในท้องถิ่นเดียวกันอาจจะเป็นต้นเหตุของการระบาดของเชื่อนั้นๆ ในบริเวณนั้นก็ได้ ถ้าพบจะต้องเฝ้าระวังมัดระวังและติดตามอย่างใกล้ชิดดูว่ามีการระบาดจริงหรือไม่⁽⁵⁹⁻⁶²⁾ การที่จะรู้ว่าการระบาดของเชื่อนั้นๆ จริงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระเพื่อยืนยัน ดังนั้นถ้าพบหรือสงสัยว่าจะมีการระบาดจะต้องส่งตรวจอุจจาระและเพาะเชื้อที่ส่งสัยทันที กรณีที่พบว่าการระบาดจริงจะต้องแจ้งไปยังสาธารณสุขอำเภอหรือสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้เจ้าหน้าที่รีบเข้าไปทำการควบคุมและป้องกันการระบาดของเชื่อนั้นๆ โดยเฉพาะเชื้อที่อาจเป็นปัญหาทางสาธารณสุข เช่น เชื้อ *Vibrio cholerae* 01, *Vibrio cholerae* O139, *Shigella* spp. (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง *Shigella dysenteriae* type 1), *Salmonella* spp. เป็นต้น ในกรณีที่สงสัยว่ามีการระบาดหรือทราบแน่ชัดแล้วว่ามีการระบาดของเชื้อใดเชื้อหนึ่งจะต้องให้การรักษาผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการอุจจาระร่วงเฉียบพลันด้วยยาปฏิชีวนะที่สามารถยับยั้งการแพร่กระจายของเชื่อนั้น ไม่ว่าจะผู้ป่วยนั้นๆจะมีอาการมากหรือน้อยเพียงใด⁽⁶³⁾

(ในกรณีที่มีการระบาด หากมีผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 1 ครั้งหรือมากกว่าใน 24 ชม. ก็ให้ถือว่าเป็นอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้ตามนิยามของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข และให้ดำเนินการเฝ้าระวังและติดตามเช่นเดียวกับผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน)

อุจจาระร่วงเฉียบพลันในนักเดินทาง (Traveler's diarrhea) หมายถึง อุจจาระร่วงที่เกิดในชาวต่างประเทศโดยเฉพาะผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมายังประเทศด้อยพัฒนาหรือประเทศกำลังพัฒนาแล้วเกิดอาการอุจจาระร่วง

เจ็บพหลัน สำหรับชาวต่างประเทศที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยส่วนใหญ่ที่เกิด
อุจจาระร่วงมักเกิดจากการติดเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus* จากการรับประทานอาหาร
ทะเล⁽⁶⁴⁾ ดังนั้นการรักษา traveler's diarrhea ในประเทศไทยจึงควรให้การรักษาเช่นเดียวกับ
กับการติดเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus* ด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ เช่น tetracycline หรือ
norfloxacin ร่วมกับยาต้านอุจจาระร่วงตัวใดตัวหนึ่งเพื่อทำให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระน้อยลง
เร็วขึ้น⁽⁶⁵⁾

**อุจจาระร่วงเจ็บพหลันจากเชื้อ Clostridium difficile (Clostridium difficile
associated diarrhea)** หมายถึงอุจจาระร่วงที่เกิดจากการได้รับยาปฏิชีวนะ ซึ่งยา
ปฏิชีวนะจะไปลดจำนวนจุลินทรีย์ประจำถิ่น (normal flora) ในลำไส้ใหญ่ แล้วทำให้มีการ
เพิ่มจำนวนของเชื้อ *Clostridium difficile* ชนิดที่สามารถสร้าง toxins (toxin A และ
toxin B) ไปทำให้เยื่อลำไส้ใหญ่ให้มีการอักเสบและเกิดอาการถ่ายเป็นน้ำหรือมูกเลือด
ก็ได้ ในรายที่เป็นรุนแรงหรือเรื้อรังอาจทำให้เกิด pseudomembrane ปกคลุมตามเยื่อ
ของลำไส้ใหญ่ การวินิจฉัยสามารถทำได้โดยการตรวจ *C. difficile* toxin assay ด้วยวิธี
ELISA หรือ ทำ sigmoidoscopy หรือ colonoscopy พบ pseudomembrane สำหรับ
การรักษานอกจากการแก้ไขภาวะขาดน้ำและเกลือแร่แล้ว หลักสำคัญก็คือการหยุดยา
ปฏิชีวนะที่เป็นสาเหตุไปก่อนถ้าสามารถหยุดได้ โดยเฉพาะยาที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยได้
แก่ clindamycin, lincocin, ampicillin กลุ่ม cephalosporins, aminoglycosides
เป็นต้น ส่วนใหญ่อาการอุจจาระร่วงมักจะดีขึ้นหลังหยุดยาปฏิชีวนะ ในรายที่ยังไม่ดีขึ้น
อาจจำเป็นต้องให้ metronidazole 250 มก. รับประทานวันละ 4 ครั้ง นาน 10-14 วัน ถ้า
อาการยังไม่ดีขึ้นอาจเปลี่ยนเป็น vancomycin 125-250 มก. รับประทานวันละ 4 ครั้ง
นาน 10-14 วัน⁽⁶⁶⁾

**อุจจาระร่วงเจ็บพหลันจากเชื้อ Enterohemorrhagic Escherichia coli,
(EHEC diarrhea Shiga-toxin producing E coli, STEC diarrhea)** อุจจาระร่วงเจ็บพ
หลันที่สำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นเลือด และมีอัตราตายสูงอาจมีสาเหตุมา

จากเชื้อ Enterohemorrhagic *Escherichia coli* โดยเฉพาะ *E. coli* O157:H7 ซึ่งสามารถสร้างสารพิษ shiga-like toxins และทำให้ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อน เช่น hemolytic uremic syndrome และไตวายได้^(67,68) ในบางประเทศมีการแพร่ระบาดจนทำให้มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก⁽⁶⁹⁾ จึงจำเป็นที่จะต้องเฝ้าระวัง หากมีผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการเข้าได้กับโรคนี้ กล่าวคือ ถ่ายเป็นน้ำหรือเหลวในช่วง 1-2 วันแรก แล้วต่อมาถ่ายอุจจาระมีเลือดปน (ไม่มีมูก) หรือเป็นเลือดสดจำนวนมาก ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีไข้ บางรายอาจมีเกล็ดเลือดต่ำ ร่วมกับมีปัสสาวะปนเลือดและปัสสาวะออกน้อย จะต้องรีบพิสูจน์และส่งเพาะเชื้อด้วยวุ้นเพาะเชื้อพิเศษ เช่น sorbital-MacConkey agar หรือ Rainbow agar ถ้าตรวจเพาะเชื้อพบดังกล่าวจะต้องรีบแจ้งสาธารณสุขอำเภอหรือจังหวัด เพื่อหาทางควบคุมการระบาดของเชื้อดังกล่าวโดยด่วน การรักษามุ่งเน้นที่การให้สารละลายเกลือแร่เข้าทางหลอดเลือดเพื่อป้องกันไตวาย และบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการฟอกเลือด (hemodialysis) การให้ยาปฏิชีวนะอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงหรืออาการหนักขึ้นได้เท่าที่ผ่านมาจากการสำรวจในประเทศไทยพบแต่เชื้อที่สร้าง shiga-like toxin แต่ยังไม่พบเชื้อที่ก่อให้เกิดอาการรุนแรง และยังไม่เคยพบการระบาดของเชื้อในกลุ่มนี้

Nosocomial diarrhea (Hospital acquired diarrhea) อุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลอาจมีสาเหตุที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป กล่าวคืออาจมีสาเหตุจากยารักษาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล (รวมทั้งยาปฏิชีวนะ) หรืออาจเกิดจากอาหารที่ได้รับทางสายยางมีความเข้มข้นสูงเกินไป (osmotic diarrhea) หรืออาจเกิดจากการติดเชื้อของอาหารที่ได้รับระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลก็ได้⁽⁷⁰⁻⁷²⁾ ผู้ป่วยเหล่านี้สมควรได้รับการตรวจอุจจาระและเพาะเชื้อหาสาเหตุตั้งแต่นั้น รวมทั้งการรักษาก็ต้องรักษาตามสาเหตุที่พบนั้นๆ เช่น การปรับเปลี่ยนยาที่รักษาในโรงพยาบาล การปรับอาหารให้เหมาะสมหรือมีความเข้มข้นน้อยลง หรือให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้ากระแสเลือดโดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยรุนแรง หรือมีโรคแทรกซ้อนหลายอย่าง หรือเป็นคนไข้หลังผ่าตัด เป็นต้น

อุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เกิดในสถาบัน (Institutional diarrhea) อุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในผู้ที่พำนักอยู่ในสถานบำบัดหรือสถานสงเคราะห์ ซึ่งมีผู้พำนักอยู่อย่างแออัด จำเป็นต้องระวังการแพร่กระจายติดต่อกันในระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในสถาบันหรือสถานสงเคราะห์เดียวกันนั้น ถึงแม้สถานบำบัดหรือสถานสงเคราะห์นั้นจะมีผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันเกิดขึ้นเพียงรายเดียวก็ต้องป้องกันด้วยการแยกผู้ป่วย และให้การรักษาย่อยโดยรีบด่วน การเพิ่มมาตรการในเรื่องสุขลักษณะอนามัยในสถาบันหรือสถานสงเคราะห์เป็นสิ่งจำเป็น ควรจะตรวจอุจจาระและเพาะเชื้อเพื่อหาสาเหตุตั้งแต่ต้น และให้การรักษาที่จำเพาะสำหรับเชื่อนั้นๆ โดยรีบด่วน ก่อนที่จะมีการแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นในสถาบัน การให้ empiric treatment ด้วยยาปฏิชีวนะอาจจะเป็นสิ่งจำเป็น (ยกเว้นในราย *Salmonella spp.* ซึ่งการให้ยาปฏิชีวนะอาจทำให้มีเชื้อค้างอยู่ในลำไส้ผู้ป่วยนาน และแพร่กระจายสู่ผู้อื่นได้ง่าย) ถ้าเป็นไปได้ควรจะแยกผู้ป่วยจนกว่าจะเพาะเชื้อไม่พบเชื้ออีกต่อไป (73-75)

อุจจาระร่วงเฉียบพลันในคนไข้ติดเชื้อโรคเอดส์ (HIV-related acute diarrhea) อุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เกิดในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV (Human Immunodeficiency Virus) ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพราะอาจเป็นการติดเชื้อที่ไม่พบในผู้ป่วยปกติหรือเชื้อฉวยโอกาส เช่น *Mycobacterium*, *Cryptosporidium*, *Cyclospora* และ *Microsporidia* เป็นต้น สำหรับในรายที่มี CD4⁺ cell count สูงกว่า 500 ตัว/ลบ.มม. สามารถให้การรักษได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยปกติเหมือนในแผนภูมิ ส่วนในรายที่มี CD4⁺ cell count ต่ำกว่า 500 ตัว/ลบ.มม. ควรจะต้องได้รับการตรวจเป็นพิเศษ นอกจากการตรวจอุจจาระและเพาะเชื้อตามปกติแล้ว คือต้องตรวจ stool AFB, modified AFB และ modified trichrome stain ด้วยเพื่อตรวจหาเชื้อ *Mycobacterium*, *Cryptosporidium*, *Cyclospora* และ *Microsporidia* ด้วย รวมทั้งต้องทำ *C. difficile* toxin assay ด้วย (72,73) ถ้าพบเชื้อที่เป็นสาเหตุซึ่งอาจเป็นเชือดังกล่าวหรือเชื้อพยาธิ เช่น *Giardia*, *Isospora*, *Entamoeba histolytica* ก็ได้ สำหรับในรายที่มีอุจจาระเป็นมูกเลือด

จะต้องตรวจหา cytomegalovirus ด้วยการทำ sigmoidoscopy หรือ colonoscopy และ biopsy ด้วยจึงจะวินิจฉัยได้ การรักษาจะต้องให้ยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสม (ดูตารางที่ 6) และในรายที่สมควรให้ยารักษาอาจจะต้องพิจารณาให้นานกว่าปกติ เพื่อให้แน่ใจว่าเชื้อถูกกำจัดหมดไปจริงและเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันบกพร่องจึงอาจจะหายช้ากว่าปกติได้ นอกจากนี้การดูแลเรื่องโภชนาการก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนไข้ในกลุ่มนี้เนื่องจากผู้ป่วยมักมีภาวะขาดสารอาหารร่วมอยู่ด้วย

ตารางที่ 6 ยาปฏิชีวนะสำหรับเชื้อที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่มี CD4⁺ cell count ต่ำกว่า 500 ตัว/ลบ.มม.

เชื้อที่เป็นสาเหตุ	ยาปฏิชีวนะที่ควรให้
Giardia lamblia	Metronidazole 500 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 7-10 วัน
Isoospora belli	Cotrimoxazole 320/1600 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 28 วัน
Cryptosporidium parvum	Paromomycin 500 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน > 14 วัน Nitazoxanide 1000 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน > 14 วัน
Enterocytozoon bienersi	Metronidazole 500 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 14 วัน Albendazole 200 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 14 วัน
Septata intestinalis	Albendazole 200 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 14 วัน
Cytomegalovirus	Ganciclovir 5 มก./กก./วัน นาน 14 วัน

อุจจาระร่วงเฉียบพลันในคนไข้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acute diarrhea in immunocompromised patients) อุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เกิดในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเหตุอื่นที่ไม่ใช่การติดเชื้อ HIV เช่น ในผู้ป่วยที่รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังรับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสติดเชื้อลูกกลมเข้าสู่กระแสเลือดได้ง่ายกว่าคนปกติมาก^(78,79) จึงสมควรได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ต้นเมื่อมีอาการอุจจาระร่วง (หลังจากได้ส่งอุจจาระตรวจและเพาะเชื้อแล้ว) โดยไม่

คำนี้ว่าอุจจาระร่วงที่เกิดจะเป็นชนิดใดหรือมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะควรเลือกยาปฏิชีวนะที่สามารถครอบคลุมเชื้อแกรมลบ และควรบริหารยาเข้าทางการฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่มากพอในกระแสเลือดร่วมกับการให้สารละลายเกลือแร่เข้าทางหลอดเลือดด้วยเพื่อรักษาสมดุลของเกลือแร่ให้ดี เกือบป้องกันไม่ให้มีภาวะช็อคหรือความดันต่ำ สำหรับในรายที่มีอุจจาระเป็นมูกเลือดนอกเหนือจากการตรวจหา invasive bacteria แล้ว ยังต้องตรวจหา cytomegalovirus ด้วย ซึ่งตรวจได้โดยการทำ sigmoidoscopy หรือ colonoscopy และ biopsy

อุจจาระร่วงเฉียบพลันในภาวะที่ติดเชื้อในกระแสเลือดง่าย (Acute diarrhea in septicemic prone condition) ผู้ป่วยบางกลุ่มที่อาจจะยังไม่ถือว่าเป็นภูมิคุ้มกันบกพร่องชัดเจน แต่เมื่อมีอุจจาระร่วงเฉียบพลันแล้วอาจมีเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป และอาจทำให้มีผลแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมามาก เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี (uncontrolled diabetes mellitus) ผู้ป่วยโรคตับแข็ง (cirrhosis) ซึ่งมีโอกาสติดเชื้อ *Vibrios* หรือ *Aeromonas* ในกระแสเลือดง่ายกว่าปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วย uremia, metastatic malignancy, aortic aneurysm, prosthetic heart valve, vascular graft, orthopedic prosthesis ก็จะมีโอกาสติดเชื้อ *Salmonella* spp. ในกระแสเลือดได้ง่ายและอาจเกิดเป็นฝีได้เฉพาะที่หรือเกิดเป็น vegetation ที่ลิ้นหัวใจเป็นต้น⁽⁸⁰⁾ ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการตรวจอุจจาระ เพาะเชื้อจากเลือดและจากอุจจาระพร้อมทั้งให้ยาปฏิชีวนะในรูปของยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดดำตั้งแต่ต้น

คณะวิทยาการ

1. รศ.นพ.สถาพร มานัสสภิตชัย
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงวันดี วารวิทย์
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี
3. ศาสตราจารย์วันเพ็ญ ชัยคำภา
ภาควิชาจุลชีววิทยาและอิมมูโนโลยี คณะเวชศาสตร์เขตร้อน
4. ผศ.นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
5. รศ.พญ.โอมศรี ไชยรัตน์
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี
6. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ
แผนกโรคระบบทางเดินอาหาร กองอายุรกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้า
7. นายแพทย์บุญชัย ไควดิสัยบุรณะ
กลุ่มงานอายุรกรรม รพ.บำราศนราดูร
8. รศ.พญ.สยามพร ศิรินาวัน
ภาควิชาโรคพยาธิวิทยาโรคติดเชื้อ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี
9. รศ.พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์
10. รศ.ดร.อรุษา สุดเจริญกุล
ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
11. รศ.จุไรรัตน์ นิลกุล
ภาควิชาจุลชีววิทยาคลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล
12. รศ.นพ.ฉัตรชัย ศรีไชย
ภาควิชาจุลชีววิทยาคลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล
13. นายบุญช่วย เอี่ยมโกลลาภ
กลุ่มงานจุลชีววิทยา รพ.บำราศนราดูร
14. นายแพทย์ธวัช ฉายนีย์โชติน
ที่ปรึกษาสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง
15. นายแพทย์ศุภชัย ฤกษ์งาม
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรคติดต่อ

16. นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์
ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรคติดต่อ
17. แพทย์หญิงมยุรา กุสมภ์
ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์
18. นายแพทย์ศิริศักดิ์ วิจารณ์ทาวาท
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ
19. นายแพทย์บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ
20. นายแพทย์พิทยา เหล่ารักษ์พงศ์
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ
21. เกสัชกรหญิงสุนณา พรพัฒน์กุล
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ
22. เกสัชกรหญิงดร.ธารมกล จันทร์ประภาพ
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
23. นางสาวกรองแก้ว ศุภวัฒน์
กลุ่มงานבקเตรียมการแพทย์ ฝ่ายבקเตรียมการได้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
24. นางสาวศรีวรรณ หัตยานานนท์
กลุ่มงานבקเตรียมการแพทย์ ฝ่ายבקเตรียมการได้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
25. นายแพทย์สุริยะ คุณะรัตน์
กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง
26. แพทย์หญิงชวนพิศ สุทธินันท์
แผนกอายุรกรรม รพ.มหาราชนครราชสีมา
27. นายแพทย์พิพัทธ์ สีมาขจร
แผนกกุมารเวชกรรม รพ.มหาราชนครราชสีมา
28. นางสาวมยุรี เปาประดิษฐ์
กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง
29. นางสาววรรณ เทพสุนทร
กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง
30. นางจุฑารัตน์ ถาวรนันท์
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ สถานะสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2543.
2. วันดี วราวิทย์ จิราตรี วัชรดุลย์ ยง ภู่วรรณ บุษบา วิวัฒน์เวคิน ประพันธ์ อ่าน เป็รียง พรพิมล พัวประดิษฐ์ สุภา นริกุล นิยะดา วิทยาศาสตร์ แนวปฏิบัติการรักษาโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 2543.
3. สุริยะ คุณะรัตน์ นิยามโรคติดต่อประเทศไทย 2542 กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ;2544
4. Ramakrishna BS, Kang G, Rajan DP, Mathan M, VI M. Isolation of *Vibrio cholerae* O139 from the drinking water supply during an epidemic of cholera. Trop Med Int Health 1996;6:854-8.
5. CDC. Diagnosis and Management of Foodborne Illnesses: A Primer for Physicians. Morb Mortal Wkly Rep 2001;50(RR-2):1-70.
6. Tauxe RV, Hughes JM. Foodborne disease. In: Mandel GF, Bennett JE, Dohr R, eds. Principles and Practices of Infectious Diseases. 4th ed. New York: Churchill Livingstone; 1997. p. 1012.
7. Kapikian AZ, Estes MK, Chanock RM. Norwalk group of viruses. In: Fields BN, Knipe DM, Howley PM, eds. Fields Virology. 3rd ed. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott-Raven; 1996. p. 783-810.
8. Tallett S, MacKenzie C, Middleton P, Kerzner B, Hamilton R. Clinical, laboratory, and epidemiologic features of a viral gastroenteritis in infants and children. Pediatrics 1977;60(2):217-22.
9. Blacklow NR, Greenberg HB. Viral gastroenteritis. N Engl J Med 1991;325:252-61.

10. Kain KC, Kelly MT. Clinical features, epidemiology, and treatment of *Plesiomonas shigelloides* diarrhea. J Clin Microbiol 1989;27(5):998-1001.
11. WHO. The management and prevention of acute diarrhea: practical guidelines. 1993;3rd ed. Geneva.
12. Bhattacharya SK, et al. Clinical profile of acute diarrhea cases infected with the new epidemic strain of *Vibrio cholerae* O139: designation of the disease as cholera. J Infect 1993;27:11-5.
13. Campos E, Bolanos H, Acuna MT, Diaz G, Matamoros MC, Raventos H, et al. *Vibrio mimicus* diarrhea following ingestion of raw turtle eggs. Appl Environ Microbiol 1996;62(4):1141-4.
14. Alabi SA, Odugbemi T. Occurrence of *Aeromonas* species and *Plesiomonas shigelloides* in patients with and without diarrhoea in Lagos, Nigeria. J Med Microbiol 1990;32(1):45-8.
15. Sack RB, Gorbach SL, Banwell JG, Jacobs B, Chatterjee BD, Mitra RC. Enterotoxigenic *Escherichia coli* isolated from patients with severe cholera-like disease. J Infect Dis 1971;123(4):378-85.
16. Sack DA, McLaughlin JC, Sack RB, Orskov F, Orskov I. Enterotoxigenic *Escherichia coli* isolated from patients at a hospital in Dacca. J Infect Dis 1977;135(2):275-80.
17. Fukuda JM, Yi A, Chaparro L, Campos M, Chea E. Clinical characteristics and risk factors for *Vibrio cholerae* infection in children. J Pediatr 1995;126(6):882-6.
18. Cheney CP, Wong RK. Acute infectious diarrhea. Med Clin North Am 1993;77(5):1169-96.
19. Seas C, DuPont HL, Valdez LM, et al. Practical guideline for treatment of cholera. Drugs 1996;51:966-73.

20. Mahalanabis D, Molla AM, Sack DA. Clinical Management of Cholera. In: Barua D, Greenough WB, editors. Cholera. New York: Plenum; 1992. p. 253.
21. Bangtrakulnonth A, Tishyadhigama P, Ratchtrachenchai O-a, Supawat K. Annual report of the confirmed enteropathogenic bacteria in Thailand during the year 1997-1998: National Institute of Health, Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health 1998.
22. Alvarado T. Faecal leucocytes in patients with infectious diarrhoea. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1983;77(3):316-20.
23. Thorne GM. Diagnosis of infectious diarrheal diseases: infectious diarrhea. *Infect Dis Clin N Am* 1988;2(3):747-74.
24. Pryor WM, Bye WA, Curran DH, Grohmann GS. Acute diarrhoea in adults: a prospective study. *Med J Aust* 1987;147(10):490-3.
25. Speelman P, McGlaughlin R, Kabir I, Butler T. Differential clinical features and stool findings in shigellosis and amoebic dysentery. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 1987;81:549-51.
26. Benenson AS, Islâm MR, Greenough WB. Rapid identification of *Vibrio cholerae* by darkfield microscopy. *Bull WHO* 1964;30:827-831.
27. Koplán JP, Fineberg HV, Ferraro MJB, Rosenberg ML. Value of stool cultures. *Lancet* 1980;2:413-6.
28. Bauer TM, Lalvani A, Fahrenbach J, et al. Derivation and validation of guidelines for stool cultures for enteropathogenic bacteria other than *Clostridium difficile* in Hospitalized adults. *JAMA* 2001;285:313-19.
29. จัตรชัย ศรีไชย วีระพงศ์ ปรัชญาสิทธิกุล จุไรรัตน์ นิลกุล เกศรา วัตถักษร ศรีสุรางค์ ตันติมาวานิช จงรักษ์ เพิ่มมงคล. แนวทางที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในการตรวจวินิจฉัยโรคอุจจาระร่วงจากแบคทีเรียทางห้องปฏิบัติการ 1 ed: ออฟเซทครีเอชั่น; 2544.

30. Bahl R, Bhandari N, Bhan MK. Reduced-osmolarity oral rehydration salts solution multicentre trial: implications for national policy. *Indian J Pediatr* 1996;63(4):473-6.
31. Bennett RG, Greenough WB. Approach to acute diarrhea in the elderly. *Gastroenterol Clin N Am* 1993;22(3):517-33.
32. Fontaine O, Gore SM, Pierce NF. Rice-based oral rehydration solution for treating diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;4
33. Kim Y, Hahn S, Garner P. Reduced osmolarity oral rehydration solution for treating dehydration caused by acute diarrhoea in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;4
34. Rahman O, Bennis ML, Alam AN, *et al*. Rapid intravenous rehydration by means of a single polyelectrolyte solution with or without dextrose. *J Pediatr* 1988;113:654-660.
35. Multicentre general practice comparison of loperamide and diphenoxylate with atropine in the treatment of acute diarrhoea in adults. *Br J Clin Pract* 1979;33(3):77-9.
36. Bergstrom T, Alestig K, Thoren K, Trollfors B. Symptomatic treatment of acute infectious diarrhoea: loperamide *versus* placebo in a double-blind trial. *J Infect* 1986;12(1):35-8.
37. van Loon FP, Bennis ML, Speelman P, Butler C. Double blind trial of loperamide for treating acute watery diarrhoea in expatriates in Bangladesh. *Gut* 1989;30(4):492-5.
38. Reves R, Bass P, DuPont HL, Sullivan P, Mendiola J. Failure to demonstrate effectiveness of an anticholinergic drug in the symptomatic treatment of acute travelers' diarrhea. *J Clin Gastroenterol* 1983;5(3):223-7.

39. Wakinson MA. A lack of therapeutic response to kaolin in acute childhood diarrhea treated with glucose electrolyte solution. *J Trop Pediatr* 1982;28:308.
40. Leber W. A new suspension form of smectite (Liquid 'Diasorb') for the treatment of acute diarrhoea: a randomized comparative study. *Pharmatherapeutica* 1988;5(4):256-60.
41. Zaid MR, Hasan M, Khan AA. Attapulgit in the treatment of acute diarrhoea: a double-blind placebo- controlled study. *J Diarrhoeal Dis Res* 1995;13(1):44-6.
42. DuPont HL, Flores Sanchez J, Ericsson CD, Mendiola Gomez J, DuPont MW, Cruz Luna A, et al. Comparative efficacy of loperamide hydrochloride and bismuth subsalicylate in the management of acute diarrhea. *Am J Med* 1990;88(6A):15S-19S.
43. Kaila M, Isolauri E, Saxellin M, Arvilommi H, Vesikari T. Viable versus inactivated *Lactobacillus* strain GG in acute rotavirus. *Arch Dis Child* 1995;72:51-3.
44. Elmer GW, Surawicz CM, McFarland LV. Biotherapeutic agents. A neglected modality for the treatment and prevention of selected intestinal and vaginal infections. *JAMA* 1996;275(11):870-6.
45. Guandalini S, Pensabene L, Zikri MA, et al. *Lactobacillus* GG administered in oral rehydration solution to children with acute diarrhea: A multicenter European trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30:50-60.
46. McFarland LV, Surawicz CM, Greenberg RN, Elmer GW, Moyer KA, Melcher SA, et al. Prevention of beta-lactam-associated diarrhea by *Saccharomyces boulardii* compared with placebo. *Am J Gastroenterol* 1995;90(3):439-48.

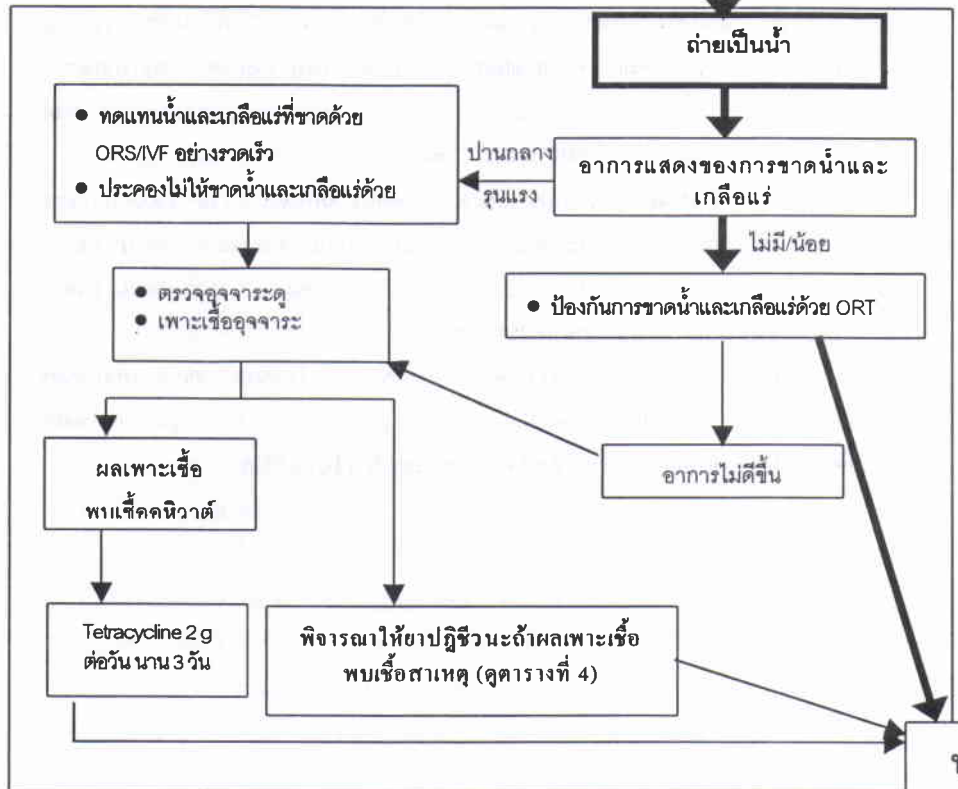
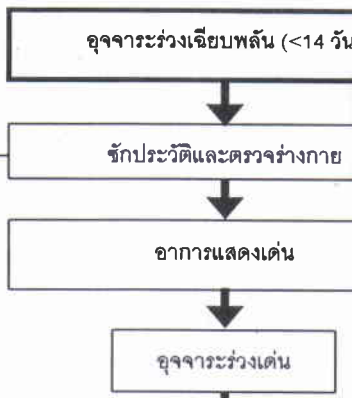
47. Castor B, Thoren A, Barkenius G. Failure of aspirin in symptomatic treatment of acute diarrhoea. *J Diarrhoeal Dis Res* 1991;9(1):29-32.
48. Islam MR, Sack DA, Holmgren J, Bardhan PK, Rabbani GH. The use of chlorpromazine in the treatment of cholera and other severe acute watery diarrheal diseases. *Gastroenterology* 1982;82(6):1335-40.
49. Okhuysen PC, DuPont HL, Ericsson CD, Marani S, Martinez-Sandoval FG, Olesen MA, *et al.* Zaldaride maleate (a new calmodulin antagonist) versus loperamide in the treatment of traveler's diarrhea: randomized, placebo-controlled trial. *Clin Infect Dis* 1995;21(2):341-4.
50. Roge J, Baumer P, Berard H, Schwartz JC, Lecomte JM. The enkephalinase inhibitor, acetorphan, in acute diarrhoea. A double-blind, controlled clinical trial versus loperamide. *Scand J Gastroenterol* 1993;28(4):352-4.
51. Hamza H, Ben Khalifa H, Baumer P, Berard H, Lecomte JM. Racecadotril versus placebo in the treatment of acute diarrhoea in adults. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13 Suppl 6:15-9.
52. Lecomte JM. An overview of clinical studies with racecadotril in adults. *Int J Antimicrob Agents* 2000;14(1):81-7.
53. Abbas Z, Moid I, Khan AH, Jafri SM, Shah SH, Abid S, *et al.* Efficacy of octreotide in diarrhoea due to *Vibrio cholerae*: a randomized, controlled trial. *Ann Trop Med Parasitol* 1996;90(5):507-13.
54. Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, Thielman NM, Slutsker L, Tauxe RV, *et al.* Practice Guidelines for the Management of Infectious Diarrhea. *Clin Infect Dis* 2001;32:331-51.
55. Trachtman H, Christen E. Pathogenesis, treatment and therapeutic trials in hemolytic uremic syndrome. *Curr Opin Pediatr* 1999;11(2):162-8

56. Bellaiche G, Le Pennec MP, Slama JL, Ley G, Choudat L, Giacomini T, et al. [The value of rectosigmoidoscopy and the bacteriologic culture of colon biopsies in the etiologic diagnosis of acute diarrhea of adults. A prospective study of 65 patients]. *Ann Gastroenterol Hepatol (Paris)* 1996;32(1):11-7.
57. Lew JF, Glass RI, Gangarosa RE, Cohen IP, Bern C, Moe CL. Diarrheal deaths in the United States, 1979 through 1987: a special problem for the elderly. *JAMA* 1991;265:3280-4.
58. Ramakrishna BS. Gastrointestinal infections in the elderly. In: Sharma OP, editor. *Geriatrics and Gerontology*: ANB Publishers. New Delhi.; 1999. p. 186-195.
59. Sriratanaban A, Reinprayoon S. *Vibrio parahaemolyticus*: a major cause of travelers diarrhea in Bangkok. *Am J Trop Med Hyg* 1982;31:128-30.
60. Murphy GS BL, Echeverria P, et al. Ciprofloxacin and loperamide in the treatment of bacillary dysentery. *Ann Intern Med* 1993;118:582-6.
61. Aronsson B, Mollby R, Nord CE. Antimicrobial agents and *Clostridium difficile* in acute enteric disease: epidemiological data from Sweden, 1980-1982. *J Infect Dis* 1985;151(3):476-81.
62. Boyce TG, Swerdlow DL, Griffin PM. *Escherichia coli* 0157:H7 and the hemolytic-uremic syndrome. *N Engl J Med* 1995;333:364-8.
63. Karmali MA, Petric M, LIM C, et al. The association between idiopathic hemolytic uremic syndrome and infection by verotoxin-producing *Escherichia coli*. *J Infect Dis* 1985;151:775-82.
64. Carter AO, Borczyk AA, Carlson JA, et al. A severe outbreak of *Escherichia coli* 0157:H7-associated hemorrhagic colitis in a nursing home. *N Engl J Med* 1987;317:1496-500.

65. McFarland LV. Epidemiology of infectious and iatrogenic nosocomial diarrhea in a cohort of general medicine patients. *Am J Infect Control* 1995;23(5):295-305.
66. Cunha BA. Nosocomial diarrhea. *Crit Care Clin* 1998;14(2):329-38.
67. Mylotte JM, Graham R, Kahler L, Young L, Goodnough S. Epidemiology of nosocomial infection and resistant organisms in patients admitted for the first time to an acute rehabilitation unit. *Clin Infect Dis* 2000;30(3):425-32.
68. Daniels NA, Bergmire-Sweet DA, Schwab KJ, Hendricks KA, Reddy S, Rowe SM, *et al.* A foodborne outbreak of gastroenteritis associated with Norwalk-like viruses: first molecular traceback to deli sandwiches contaminated during preparation. *J Infect Dis* 2000;181(4):1467-70.
69. Gupta DN, Sen D, Saha MR, Sengupta PG, Sikder SN, Ghosh S, *et al.* Report of an outbreak of diarrhoeal disease caused by cholera followed by rotavirus in Manipur. *Indian J Public Health* 1990;34(1):62-5.
70. Hedberg CW, Levine WC, White KE, Carlson RH, Winsor DK, Cameron DN, *et al.* An international foodborne outbreak of shigellosis associated with a commercial airline. *JAMA* 1992;268(22):3208-12.
71. Khuri-Bulos NA AK, Shehabi A, Shami K. Foodhandler-associated Salmonella outbreak in a university hospital despite routine surveillance cultures of kitchen employees. *Infect Control Hops Epidemiol* 1994;15:311-4.
72. ธวัช ฉายนีย์โยธิน ศุภชัย ฤกษ์งาม ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์ จุฑารัตน์ ถาวรนนท์. คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ของโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2542.
73. Reves RR MA, Bartlett AV, *et al.* Child day care increases the risk of clinic visits for acute diarrhea and diarrhea due to Rotavirus. *Am J Epidemiol* 1993;137:97-107.

74. *Bacillus cereus* food poisoning associated with fried rice at two child day care centers—Virginia, 1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1994;177-8.
75. Emont SL, Cote TR, Dwyer DM, Horan JM. Gastroenteritis outbreak in a Maryland nursing home. Md Med J 1993;42(11):1099-103.
76. Weber R, Ledergerber B, Zbinden R, Altwegg M, Pfyffer GE, Spycher MA, et al. Enteric infections and diarrhea in human immunodeficiency virus-infected persons: prospective community-based cohort study. Swiss HIV Cohort Study. Arch Intern Med 1999;159(13):1473-80.
77. Ramakrishna BS. Prevalence of intestinal pathogens in HIV patients with diarrhea: Implications for treatment. Indian J Pediatr 1999;66:29-36.
78. Kraus A, Guerra-Bautista G, Alarcon-Segovia D. *Salmonella* Arizona arthritis and septicemia associated with rattlesnake ingestion by patients with connective tissue diseases. A dangerous complication of folk medicine. J Rheumatol 1991;18(9):1328-31.
79. van Kraaij MG, Dekker AW, Verdonck LF, van Loon AM, Vinje J, Koopmans MP, et al. Infectious gastro-enteritis: an uncommon cause of diarrhoea in adult allogeneic and autologous stem cell transplant recipients. Bone Marrow Transplant 2000;26(3):299-303.
80. Poulos JE, Cancio M, Conrad P, Nord HJ, Altus P. Non O1 *Vibrio cholerae* septicemia and culture negative neutrocytic ascites in a patient with chronic liver disease. J Fla Med Assoc 1994;81(10):676-8.

โรคและภาวะที่อาจมีอาการหรืออาการแสดงที่คล้ายกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เช่น Appendicitis, Adnexitis, Diverticulitis, Peritonitis, Inflammatory bowel disease, Ischemic enterocolitis, Mesenteric artery occlusion เป็นต้น (โปรดแนวทางการรักษาเฉพาะโรค)



ORS = Oral Rehydration Salts Solution เป็นการให้น้ำเกลือแร่สุดรองค์การอนามัยโลก

IVF = Intravenous Fluid เป็นการให้น้ำเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำซึ่งควรให้เป็น Ringer lactate solution

โรคหรือภาวะฉุกเฉินร่วงเฉียบพลันที่ต้องการการตรวจวินิจฉัยหรือดูแลเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยอุจจาระร่วงสูงอายุ (มากกว่า 65 ปีขึ้นไป เช่น Traveler's diarrhea, Antibiotics associated diarrhea, EHEC diarrhea, Outbreak diarrhea, HIV related diarrhea, Immunocompromised host, Institutional diarrhea, Nosocomial diarrhea, Septicemic prone conditions เป็นต้น (โปรดแนวทางการรักษาเฉพาะโรค)

อาเจียนเด่น

Toxin induced food poisoning or viral gastroenteritis

- รักษาตามอาการ
- ป้องกันและรักษาภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ด้วยORT/ORS/IVF

ถ่ายเป็นมูกเลือด

ตรวจอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์และเพาะเชื้อ

E.histolytica
trophozoites +ve

Metronidazole
500 มก. วันละ 3
ครั้ง นาน 7 วัน

Norfloxacin 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน

อาการไม่ดีขึ้น

- ตรวจอุจจาระซ้ำด้วยกล้องจุลทรรศน์
- ตามผลเพาะเชื้อจากอุจจาระ
- พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม

อาการไม่ดีขึ้น

พิจารณาทำ sigmoidoscopy
หรือ colonoscopy + biopsy

ORT = Oral Rehydration Therapy เป็นการใช้น้ำเกลือแร่สูตรทดแทนอื่น ๆ หรือ Acetar solution โดยให้ครึ่งหนึ่งของปริมาณที่ขาดใน 4 ชม. แรก

ร่าง
พระราชบัญญัติแห่งชาติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ.....

.....

.....

.....

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพ
ของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๓๕ และมาตรา ๔๘ ของรัฐธรรมนูญแห่ง
ราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

.....

.....

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า "พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่ง
ชาติ พ.ศ....."

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในพระราช
กิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

"บริการสาธารณสุข" หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้
โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษา
พยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึง
การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น

"สถานบริการ" หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสหภาพชาติไทย หน่วยบริการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆและสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

"หน่วยบริการ" หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้

"เครือข่ายหน่วยบริการ" หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายบริการตามพระราชบัญญัตินี้

"ค่าบริการ" หมายความว่า เงินที่ผู้รับบริการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในการรับบริการสาธารณสุขแต่ละครั้ง

"ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข" หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่

- (๑) ค่าสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- (๒) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (๓) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
- (๔) ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์
- (๕) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์
- (๖) ค่าทำคลอด
- (๗) ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ
- (๘) ค่ารับบาลทารกแรกเกิด
- (๙) ค่ารพพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (๑๐) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
- (๑๑) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ
- (๑๒) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริหารสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

"กองทุน" หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"คณะกรรมการ" หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน" หมายความว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

"เลขาธิการ" หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขาแล้วแต่กรณี

"พนักงานเจ้าหน้าที่" หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งโดยคำแนะนำของคณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน แล้วแต่กรณี ให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

"รัฐมนตรี" หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้และให้มีอำนาจแต่งตั้งเจ้าหน้าที่กับออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวงและประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด ๑

สิทธิการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา ๕ บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา ๖ บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา ๕ ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำ

การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำที่พึงพอมีต่อผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ

ในกรณีที่บุคคลไม่มีสิทธิเลือกหน่วยบริการเป็นอย่างอื่นตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติ คณะรัฐมนตรี หรือคำสั่งอื่นใด ให้การใช้สิทธิเข้ารับการบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น

มาตรา ๗ บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องหรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับการบริการจากหน่วยบริการได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขจากกองทุน ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๘ ผู้ซึ่งมีสิทธิตามมาตรา ๕ ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา ๖ อาจเข้ารับการบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการบุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา ๖ และแจ้งให้สำนักงานทราบภายในสามสิบวันนับแต่ให้บริการ โดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนั้นจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๙ ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลดังต่อไปนี้ ให้เป็นไปตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งใดๆที่กำหนดขึ้น

สำหรับส่วนราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้ใช้สิทธิดังกล่าวตามพระราชบัญญัตินี้

- (๑) ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ
- (๒) พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๓) พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ
- (๔) บิดามารดา คู่สมรส หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (๑) (๒) หรือ (๓)

ในการนี้ ให้คณะกรรมการมีหน้าที่จัดการให้บุคคลดังกล่าวสามารถได้รับบริการสาธารณสุขตามที่ได้ตกลงกันกับรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แล้วแต่กรณี

การกำหนดให้บุคคลตามวรรคหนึ่งประเภทใด หรือหน่วยงานใด ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ได้เมื่อใด ให้เป็นไปตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสามใช้บังคับแล้ว ให้รัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แล้วแต่กรณี ดำเนินการจัดสรรเงินในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกานั้นให้แก่กองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และระยะเวลาที่ตกลงกับคณะกรรมการ

มาตรา ๑๐ ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม การขยายบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่กรรมการและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

ให้คณะกรรมการจัดเตรียมความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม และเมื่อได้ตกลงเกี่ยวกับความพร้อมให้บริการสาธารณสุขกับคณะกรรมการประกันสังคมแล้ว ให้คณะกรรมการเสนอรัฐบาลเพื่อตรา

พระราชกฤษฎีกากำหนดระยะเวลาการเริ่มให้บริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้แก่ผู้มีสิทธิดังกล่าว

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสองใช้บังคับแล้ว ให้สำนักงานประกันสังคมส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนตามจำนวนที่คณะกรรมการและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

มาตรา ๑๑ ในกรณีที่ลูกจ้างซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนผู้ได้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้ว ให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนเงินทดแทน แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

ในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้เป็นลูกจ้างของนายจ้างที่ไม่มีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน ให้สำนักงานมีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนแทนลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนเพื่อชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

ในกรณีที่บริษัทผู้รับประกันภัยรถหรือบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัดมีหน้าที่ต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถที่เข้ารับบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งให้สำนักงานมีอำนาจออกคำสั่งให้บริษัทดังกล่าวชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา นี้ ให้ถือเป็นการจ่ายค่าสินไหมทดแทนในส่วนของค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

มาตรา ๑๒ ในกรณีที่ผู้ประสบจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถผู้ได้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้ว ให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย แต่ไม่เกินจำนวนค่าสินไหมทดแทนตามภาระหน้าที่ที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องจ่ายตาม

กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

ในกรณีที่บริษัทผู้รับประกันภัยรถหรือบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัดมีหน้าที่ต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถที่เข้ารับบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งให้สำนักงานมีอำนาจออกคำสั่งให้บริษัทดังกล่าวชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา^{นี้}ให้ถือเป็นการจ่ายค่าสินไหมทดแทนในส่วนของค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

มาตรา ๑๓ ในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติ^{นี้}เป็นผู้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากการประกันภัย ให้สำนักงานมีสิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนในส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากผู้มีหน้าที่ต้องชำระ แต่ไม่เกินจำนวนเงินที่เอาประกันภัย ในการ^{นี้} ให้สำนักงานมีอำนาจออกคำสั่งให้บุคคลดังกล่าวชำระเงินภายในระยะเวลาที่กำหนด ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

มาตรา ๑๔ ในกรณีที่เหตุให้การรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติ^{นี้}เกิดจากการกระทำของผู้ใด และผู้เข้ารับการบริการสาธารณสุขดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าสินไหมทดแทนจากผู้^{นั้น}หรือจากบุคคลหรือกองทุนใด ให้สำนักงานมีสิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ในส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากผู้^{ที่}ทำให้เกิดเหตุ บุคคล หรือกองทุนซึ่งมีหน้าที่ต้องชำระเงิน^{นั้น}และมีอำนาจออกคำสั่งให้บุคคลดังกล่าวชำระเงินภายในระยะเวลาที่กำหนดส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

การเรียกเก็บเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา^{นี้}ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด โดยต้องคำนึงถึงภาวะของสำนักงานและของผู้มีหน้าที่ต้องชำระประกอบด้วย ในการ^{นี้} คณะกรรมการอาจมอบหมายให้หน่วยงานอื่นของรัฐหรือเอกชนเป็นผู้ดำเนินการแทน โดยให้มีการหักค่าใช้จ่ายจากเงินที่เรียกเก็บได้ตามสมควร

มาตรา ๑๕ ในกรณีที่มีผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๕ มาตรา ๙ มาตรา ๑๐ หรือมาตรา ๑๑ เป็นผู้มิสิทธิได้รับค่าสินไหมทดแทนตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถตามมาตรา ๑๒ จากกการประกันภัยตามมาตรา ๑๓ หรือจากบุคคลหรือกองทุนใดตามมาตรา ๑๔ ด้วย ให้สำนักงานเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๑๒ มาตรา ๑๓ หรือมาตรา ๑๔ ตามลำดับ แต่คณะกรรมการอาจวางระเบียบกำหนดลำดับและเงื่อนไขการเรียกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๑๓ และมาตรา ๑๔ เป็นอย่างอื่นก็ได้

มาตรา ๑๖ ในกรณีที่บุคคลใดมีความประสงค์หรือมีข้อตกลงที่จะให้ตนหรือบุคคลใดได้รับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้ในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๕ ให้สำนักงานที่กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐานเพื่อมิให้สิทธิประโยชน์ของประชาชนทั่วไปอันพึงได้รับจากบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๕ ต้องถูกกระทบกระเทือน

หมวด ๒

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๑๗ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า "คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" ประกอบด้วย

- (๑) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ
- (๒) ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดทบวงมหาวิทยาลัย และผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ
- (๓) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง

(๔) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหากำไรและดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนห้าคน

- (ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน
- (ข) งานด้านสตรี
- (ค) งานด้านผู้สูงอายุ
- (ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช
- (จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น
- (ฉ) งานด้านผู้ไร้แรงงาน
- (ช) งานด้านชุมชนแออัด
- (ฌ) งานด้านเกษตรกร
- (ฉ) งานด้านชนกลุ่มน้อย

(๕) ผู้แทนภาคเอกชนผู้ประกอบอาชีพด้านสาธารณสุข โดยการคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนหนึ่งคน

(๖) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนหกคนซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมาย และสังคมศาสตร์ ด้านละหนึ่งคน

องค์กรเอกชนตาม (๔) ต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานก่อนครบกำหนดสิบห้าวันนับแต่วันที่มิเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกรรมการตาม (๓) (๔) และ (๕) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้กรรมการตาม (๑) (๒) (๓) (๔) และ (๕) ดำเนินการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการตาม (๖)

หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสี่ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้เลขานุการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ

มาตรา ๑๘ กรรมการตามมาตรา ๑๗ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) (๕) และ (๖) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่ง หากยังมีได้มีการคัดเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๗ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) และ (๕) หรือแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๑๗ วรรคหนึ่ง (๖) ขึ้นใหม่ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลงและให้ผู้ได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวันจะไม่ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในการนี้ให้คณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

มาตรา ๑๙ นอกจากการพ้นตำแหน่งตามวาระตามมาตรา ๑๘ วรรคหนึ่งแล้ว กรรมการตามมาตรา ๑๗ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) (๕) และ (๖) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

- (๑) ตาย
- (๒) ลาออก
- (๓) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (๕) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๖) คณะรัฐมนตรีให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

มาตรา ๒๐ การประชุมคณะกรรมการ ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

ในการประชุม ถ้ามีการพิจารณาเรื่องที่กรรมการผู้ใดมีส่วนได้เสีย กรรมการผู้นั้นมีหน้าที่แจ้งให้คณะกรรมการทราบและมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นแต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียง

วิธีการประชุม การปฏิบัติงานของคณะกรรมการ และส่วนได้เสียซึ่งกรรมการมีหน้าที่ต้องแจ้ง ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๒๑ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินการเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

(๒) ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

(๓) กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๕

(๔) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

(๕) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการคัดเลือกและถอดถอนเลขาธิการตามมาตรา ๓๓ และกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามของเลขาธิการตามมาตรา ๓๔

(๖) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา ๔๓

(๗) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ตามมาตรา ๔๔

(๘) สนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา ๕๐

(๙) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชน ที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหากำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา ๕๐

(๑๐) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและ มาตรฐานบริการสาธารณสุข

(๑๑) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

(๑๒) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา ๒๒ ให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ควบคุมดูแลสำนักงานให้ดำเนินกิจการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ อำนาจหน้าที่เช่นว่านี้ให้รวมถึง

(๑) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงาน

(๒) อนุมัติแผนการเงินของสำนักงาน

(๓) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกระเบียบข้อบังคับ ประกาศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล

การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล และการดำเนินการอื่นของสำนักงาน

มาตรา ๒๓ คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ให้นำมาตรา ๒๐ มาใช้บังคับกับการประชุม วิธีการประชุม และการปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการและอนุกรรมการโดยอนุโลม

มาตรา ๒๔ ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการตรวจสอบชั้นคณะหนึ่งมีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบการบริหารเงินและการดำเนินงานของสำนักงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบแบบแผนที่เกี่ยวข้อง มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพมีความโปร่งใสและมีผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๒๕ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการแล้วแต่กรณี มีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง มาให้ด้วยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

มาตรา ๒๖ ให้กรรมการและอนุกรรมการได้รับเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ ตามที่รัฐมนตรีกำหนด

หมวด 3

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๒๗ ให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี

กิจการของสำนักงานไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่

น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

มาตรา ๒๘ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งอยู่ที่กรุงเทพมหานคร หรือในเขตจังหวัดใกล้เคียง

ให้คณะกรรมการมีอำนาจจัดตั้ง รวมหรือยุบเลิกสำนักงานสาขาในเขตพื้นที่ โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

การจัดตั้งสำนักงานสาขาให้คำนึงถึงความจำเป็นและความคุ้มค่าในการดำเนินการเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่าย และให้คณะกรรมการมีอำนาจมอบหมายให้หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนทำหน้าที่สำนักงานสาขาแทนก็ได้ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๒๙ ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน

(๒) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข

(๓) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ

(๔) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

(๕) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๙

(๖) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(๗) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ

(๘) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน

(๙) ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่างๆ

(๑๐) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใดๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน

(๑๑) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินงานของสำนักงาน

(๑๒) มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน

(๑๓) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน เสนอต่อคณะรัฐมนตรีและเผยแพร่ต่อสาธารณชน

(๑๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมาย

มาตรา ๓๐ ทรัพย์สินของสำนักงานไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดี

มาตรา ๓๑ บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สำนักงานได้มาโดยมีผู้บริจาคให้ หรือได้มาโดยการซื้อหรือแลกเปลี่ยนจากรายได้ของสำนักงาน ให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสำนักงาน

ให้สำนักงานมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้และจัดหาผลประโยชน์จากทรัพย์สินของสำนักงาน

มาตรา ๓๒ การเก็บรักษาและการใช้จ่ายเงินของสำนักงานให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

การบัญชีของสำนักงาน ให้จัดทำตามหลักสากลตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี และการพัสดุของสำนักงาน ตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการทราบอย่างน้อยปีละครั้ง

มาตรา ๓๓ ให้สำนักงานมีเลขาธิการเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด นโยบาย มติ และประกาศของคณะกรรมการและเป็นผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานทุกตำแหน่ง ให้คณะกรรมการเป็นผู้คัดเลือกเพื่อแต่งตั้งและถอดถอนเลขาธิการ

มาตรา ๓๔ เลขาธิการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) สามารถทำงานให้แก่สำนักงานได้เต็มเวลา

- (๓) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
- (๔) ไม่เป็นหรือเคยเป็นบุคคลล้มละลาย
- (๕) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๖) ไม่เคยต้องคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลให้ทรัพย์สินตกเป็นของแผ่นดินเพราะรื้อถอนคดีหรือมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติ
- (๗) ไม่เป็นผู้บริหารหรือพนักงานของรัฐวิสาหกิจอื่น หรือกิจการอื่นที่แสวงหากำไร
- (๘) ไม่เป็นข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้าง ซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- (๙) ไม่เป็นข้าราชการการเมือง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาท้องถิ่น หรือผู้บริหารท้องถิ่น
- (๑๐) ไม่เป็นกรรมการหรือที่ปรึกษาพรรคการเมือง หรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง
- (๑๑) ไม่เคยถูกไล่ออก ปลดออก หรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือบริษัทมหาชนจำกัด เพราะทุจริตต่อหน้าที่
- (๑๒) ไม่เป็นหรือภายในระยะเวลาหนึ่งปีก่อนวันได้รับแต่งตั้ง ไม่เคยเป็นกรรมการหรือผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจในการจัดการหรือมีส่วนได้เสียในนิติบุคคลซึ่งเป็นผู้สัญญา ผู้เข้าร่วมงานหรือมีประโยชน์ได้เสียเกี่ยวข้องกับกิจการของสำนักงาน
- (๑๓) คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด มาตรา ๓๕ เลขานุการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ
- (๑) ตาย
- (๒) ลาออก
- (๓) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 34
- (๔) ขาดการประชุมคณะกรรมการเกิดสามครั้งติดต่อกันโดยไม่มีเหตุอันสมควร
- (๕) คณะกรรมการถอดถอนจากตำแหน่งเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

(๖) ถูกเลิกสัญญาจ้าง

มาตรา ๓๖ ให้เลขาธิการมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อตำแหน่งเลขาธิการว่างลงและยังไม่มีกรรมการแต่งตั้งเลขาธิการคนใหม่ หรือในกรณีเลขาธิการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นการชั่วคราว ให้คณะกรรมการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทนเลขาธิการ

ให้ผู้รักษาการแทนมีอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกับเลขาธิการ

มาตรา ๓๗ ภายในระยะเวลาสามปีนับแต่พ้นจากตำแหน่ง ห้ามมิให้ผู้เคยดำรงตำแหน่ง เลขาธิการ เป็นกรรมการ ผู้บริหาร ผู้มีอำนาจในการจัดการ หรือผู้มีส่วนได้เสีย ในนิติบุคคลซึ่งเป็นผู้สัญญาผู้เข้าร่วมงาน หรือมีประโยชน์ได้เสียเกี่ยวข้องกับกิจการของสำนักงาน

มาตรา ๓๘ เลขาธิการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) บรรจุ แต่งตั้ง เลื่อน ถด ตัดเงินเดือน หรือค่าจ้าง ลงโทษทางวินัยเจ้าหน้าที่ และถูกจ้างของสำนักงาน ตลอดจนให้เจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานออกจากตำแหน่ง ทั้งนี้ ตามข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด และในกรณีของเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในสำนักตรวจสอบ ให้ฟังความเห็นของคณะอนุกรรมการตรวจสอบประกอบการพิจารณาด้วย

(๒) ออกระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานโดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ ข้อกำหนด นโยบาย หรือมติของคณะกรรมการ

ในกิจการที่เกี่ยวกับบุคคลภายนอก ให้เลขาธิการเป็นผู้แทนของสำนักงาน เพื่อการนี้เลขาธิการจะมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่ใดของสำนักงานปฏิบัติงานเฉพาะอย่างแทนก็ได้ แต่ต้องเป็นไปตามข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๓๙ ให้มีสำนักตรวจสอบขึ้นในสำนักงานทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะอนุกรรมการตรวจสอบ และให้รับผิดชอบขึ้นตรงต่อคณะอนุกรรมการตรวจสอบและรายงานเลขาธิการตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

หมวด 4

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๔๐ ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า "กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและสนับสนุนการบริหารจัดการของสำนักงาน

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาสถานบริการในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย

มาตรา ๔๑ กอบทุนประกอบด้วย

- (๑) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
- (๒) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
- (๓) เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
- (๔) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
- (๕) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
- (๖) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
- (๗) เงินหรือทรัพย์สินใดๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน

เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุนไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดินตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ในการเสนอขอรับงบประมาณตาม (๑) ให้คณะกรรมการจัดทำคำขอต่อคณะรัฐมนตรี โดยพิจารณาประกอบกับรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

มาตรา ๔๒ ในแต่ละปี ให้คณะกรรมการจัดสรรเงินไม่เกินร้อยละห้าของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขรายปีของกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน

มาตรา ๔๓ การรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๔๔ ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่ เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำความผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำความผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๔๕ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำความผิดได้แต่ยังไม่รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา ๔๔ เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำความผิดได้

มาตรา ๔๖ ภายในสามเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ให้คณะกรรมการเสนองบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินของกองทุนในปีที่ล่วงมาซึ่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบรับรองแล้วต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ

งบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินดังกล่าวให้รัฐมนตรีเสนอต่อนายกรัฐมนตรี เพื่อนำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และจัดให้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

หมวด 5

หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา ๔๗ ให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ แล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตนตามมาตรา ๖

การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๔๘ ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนาจความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคลในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(๒) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัยแนวทางการวินิจฉัย ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(๓) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการ อย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(๔) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (๑) และ (๒) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(๕) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

มาตรา ๔๙ หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๗ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๕๐ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือร่วมกับองค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและ

บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

หมวด ๖

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริหารสาธารณสุข

มาตรา ๕๑ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า "คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข" ประกอบด้วย

(๑) ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ

(๒) ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ เลขาธิการทันตแพทยสภา เลขาธิการแพทยสภา เลขาธิการสภาการพยาบาล เลขาธิการสภาเภสัชกรรม นายกษัตริย์บัญชา และนายกษัตริย์บัญชา หนังสือพิมพ์แห่งชาติ

(๓) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสองคน

(๔) ผู้แทนผู้ประกอบการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม เภสัชกรรม และเวชกรรม วิชาชีพละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสองคน

(๕) ผู้แทนประกอบโรคศิลปะ สาขาละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนหนึ่งคน

(๖) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร และดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เลือกกลุ่มละหนึ่ง และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนห้าคน

(ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน

(ข) งานด้านสตรี

- (ค) งานด้านผู้สูงอายุ
- (ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช
- (จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น
- (ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน
- (ช) งานด้านชุมชนแออัด
- (ฌ) งานด้านเกษตรกร
- (ฉ) งานด้านชมกลุ่มน้อย

(๗) ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนสี่คนโดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยหนึ่งคน

องค์กรเอกชนตาม (๖) ต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานก่อนครบกำหนดสิบห้าวันนับแต่วันที่มิได้มีการคัดเลือกกรรมการถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมกลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกรรมการตาม (๓) (๔) (๕) และ (๖) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้กรรมการตาม (๑) (๒) (๓) (๔) (๕) และ (๖) ดำเนินการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการตาม (๗)

หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสี่ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้เลขานุการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

มาตรา ๕๒ วาระการดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่งและการประชุมของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานให้นำมาตรา ๑๘ มาตรา ๑๙ และมาตรา ๒๐ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๕๓ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๘

(๒) กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ

(๓) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

(๔) รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายบริการต่อคณะกรรมการ พร้อมทั้งเปิดเผยรายงานดังกล่าวและคำวินิจฉัยของคณะกรรมการตามมาตรา ๖๔ ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัด ณ ที่ทำการของหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการนั้น และที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล สำนักงานในกรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา ในท้องที่ซึ่งหน่วยบริการนั้นตั้งอยู่ เป็นเวลาไม่น้อยกว่าสามสิบวัน

(๕) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการ

(๖) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ได้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับความเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

(๗) สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(๘) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

มาตรา ๕๔ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมายได้

ให้นำมาตรา ๒๐ มาใช้บังคับการประชุม วิธีการประชุม และวิธีปฏิบัติของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานโดยอนุโลม

มาตรา ๕๕ ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และคณะกรรมการมีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง มาให้ด้วยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

มาตรา ๕๖ ให้กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานและอนุกรรมการได้รับค่าเบี้ยประกัน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่น ในการปฏิบัติหน้าที่ ตามที่รัฐมนตรีกำหนด

หมวด ๗ พนักงานเจ้าหน้าที่

มาตรา ๕๗ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามราชบัญญัตินี้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการ หรือของเครือข่ายหน่วยบริการ ในระหว่างเวลาทำการเพื่อตรวจสอบ สอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนาหรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบ หรือกระทำการอย่างอื่นตามสมควรเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอันจะปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบการกระทำผิด ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจยึดหรืออายัดหลักฐาน ทรัพย์สิน หรือสิ่งของ เพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไป

วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด แล้วแต่กรณี

มาตรา ๕๘ ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวแก่บุคคลซึ่งเกี่ยวข้อง

บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา ๕๙ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

หมวด ๘

การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

มาตรา ๖๐ ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตาม มาตรฐานให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา

คณะกรรมการสอบสวนตามวรรคหนึ่งให้มีจำนวนตามความเหมาะสมประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา มีหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็นต่อเลขาธิการเพื่อมีคำสั่งตามมาตรา ๖๑

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานอาจแต่งตั้งไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะ เพื่อให้ดำเนินการสอบสวนโดยเร็วได้

การสอบสวนต้องกระทำให้เสร็จภายในสามสิบวัน ถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีกให้รายงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณามีคำสั่งให้ขยายเวลาได้เท่าที่จำเป็น

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และให้มีอำนาจขอให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียนหรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง มาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

มาตรา ๖๑ ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา ๖๐ ปรากฏว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้เลขาธิการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง

(๒) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนหนึ่งแสนบาท สำหรับการกระทำผิดแต่ละครั้งและให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับและในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่ง ให้เลขาธิการมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในการนี้ถ้าศาลปกครองเห็นว่าคำสั่งให้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมายก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัด ทรัพย์สินหรืออายัดทรัพย์สินทอดตลาดเพื่อชำระค่าปรับได้

(๓) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหา หรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา ๖๒ ในกรณีที่ผู้รับบริการผู้ใดไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับการบริการสาธารณสุขที่กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้จากหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเรียกค่าบริการจากตนโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนดหรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควรให้ผู้นั้นมีสิทธิร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวนและให้นำความในมาตรา ๖๐ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ถ้าผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการไม่ได้กระทำการที่ถูกเรียกร้องให้เลขาธิการแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ผลการสอบสวนดังกล่าว

ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่าหน่วยบริการมีกระทำการที่ถูกร้องเรียนให้เลขาธิการมีอำนาจดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นปฏิบัติตามผู้ร้องเรียนให้เหมาะสมหรือถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียนนั้น สำหรับกรณีร้องเรียนว่าหน่วยบริการว่าไม่อำนวยความสะดวกหรือไม่ปฏิบัติตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียน

(๒) ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผู้ร้องเรียนพร้อมดอกเบี้ยร้อยละสิบห้าต่อปีนับแต่วันที่เก็บค่าบริการ

นั้นจนถึงวันที่จ่ายเงินคืน ในกรณีที่ไม่มีการปฏิบัติตามคำสั่งให้นำความในมาตรา ๖๑ (๒) มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๖๓ ในกรณีที่กระทำผิดของหน่วยบริการตามมาตรา ๖๑ หรือมาตรา ๖๒ เป็นการกระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้งให้เลขาธิการรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น

(๒) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการให้มีการเพิกถอนใบอนุญาตสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

(๓) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการวินัยแก่ผู้บริหารของหน่วยบริการในกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

(๔) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ ให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าของที่ของรัฐ

มาตรา ๖๔ ผู้ร้องเรียนหรือหน่วยบริการที่ได้รับคำสั่งจากเลขาธิการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามหมวดนี้ให้มีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งหรือวันที่ได้รับทราบคำสั่งแล้วแต่กรณี

คำวินิจฉัยอุทธรณ์ของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด

หลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๖๕ เมื่อเลขาธิการดำเนินการตามมาตรา ๖๑ และมาตรา ๖๒ หรือเมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์คำสั่งตามมาตรา ๖๔ ผลเป็นประการใดแล้วให้เลขาธิการรายงานผลการดำเนินการหรือคำวินิจฉัยต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อทราบ

หมวด ๙ บทกำหนดโทษ

มาตรา ๖๖ ผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว คณะกรรมการสอบสวนหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา ๒๕ มาตรา ๕๕ มาตรา ๕๗ หรือมาตรา ๖๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๖๗ ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา ๕๘ วรรคสาม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๖๘ ในระยะเริ่มแรก มิให้นำบัญญัติมาตรา ๖ มาตรา ๗ มาตรา ๘ มาตรา ๑๑ มาตรา ๑๒ มาตรา ๑๓ และมาตรา ๑๔ มาใช้บังคับ จนกว่าจะได้มีการจัดเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการสาธารณสุขตามบทบัญญัติดังกล่าว

เมื่อได้มีการจัดเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งแล้ว ให้รัฐมนตรีประกาศกำหนดระยะเวลาการเริ่มให้บริการสาธารณสุขในราชการจากนุเบกษา ซึ่งต้องไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๖๙ ให้ตราพระราชกฤษฎีกาตามมาตรา ๙ และมาตรา ๑๐ ภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ และหากไม่เสร็จให้ขยายระยะเวลาได้ครั้งละหนึ่งปี โดยให้สำนักงานหรือสำนักงานประกันสังคม แล้วแต่กรณีรายงานเหตุผลที่ไม่อาจดำเนินการได้ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ และจัดให้มีการเผยแพร่รายงานนั้นต่อ

ถาม-ตอบจากภาพ

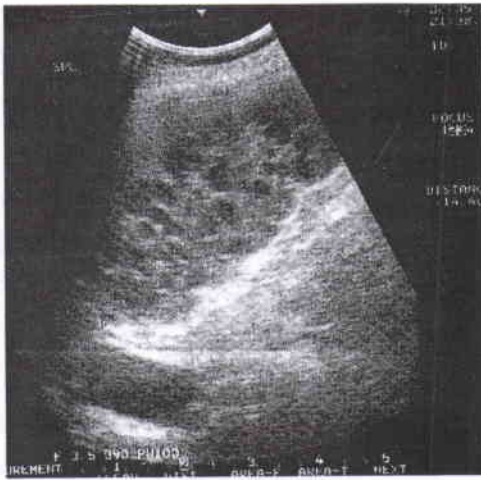


Figure 1



Figure 2

A 52 year old Thai male was referred to Siriraj hospital from Surin province because he had prolonged high graded fever and jaundice with abdominal discomfort for one month. He was treated as melioidosis with intravenous ceftazidime 2 gm every 8 hours because he has been living in an endemic area, and serum titer of melioidosis was slightly high(1:160). Ultrasound upper abdomen at that time showed hepatosplenomegaly with multiple hypoechoic lesions of spleen (as figure 1). After two weeks of parenteral antibiotic, he was still having high graded fever and jaundice.

On admission, physical examination revealed high graded fever, moderately pale, mild jaundice and left pleural effusion. Abdominal examination was demonstrated hepatosplenomegaly without tenderness on percussion. Laboratory findings are as following: 1) CBC : Hct 22%, wbc 13,800 /mm³, PMN 73%, L 13%, Platelets 401,000 /mm³. 2) LFT : SGOT 49 IU/ml, SGPT 29 IU/ml, TB 2.2 mg/dl, DB 1.8 mg/dl, alk phos 238 U/L, GGT 184 U/L, alb 3.3 g/dl, glob 5.0 g/dl. 3) Repeated melioidosis titer was negative and anti HIV- non reactive. 4) CXR: left pleural effusion. 5) pleural fluid analysis showed exudative finding with presence of some reactive mesothelial cells, scattered neutrophils and lymphocytes. 7) pleural

biopsy showed chronic pleuritis. 8) CT chest and upper abdomen demonstrated left lung collapse with large amount of left pleural effusion and left hilar adenopathy, spleen had several low dense nodules corresponding with microabscess, similar finding in liver and right kidney (as figure 2).

Finally, the exploration of abdomen was done due to persistent fever from splenic abscess that showed splenomegaly with marked adhesion surrounding. Then, splenectomy was done and cut surface demonstrated multiple abscesses varying in size. Histology revealed AFB stain-positive. One week later after splenectomy, he has much clinically improved and treated with short course antituberculosis regimen (2 IRZE/4 IR).

Phunchai Charuscharoenwittaya ,M.D.

Somchai Leelakusolvong ,M.D.

Division of Gastroenterology ,Siriraj Hospital, Mahidol University

บรรณาธิการแถลง

ผ่านพ้นไปด้วยดีกับงานประชุมกลางปีของสมาคมฯ ที่โคราช นำรัก
มากครับสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม และตัวแทนบริษัทฯ ที่ทำให้เมืองโคราช ซึ่ง
มีที่ท่องเที่ยวไม่มากนักจึงทำให้การประชุมทั้ง 3 วันของเรามีผู้ฟังไม่น้อยลง
จนกระทั่งถึงวันสุดท้าย เรื่องวิชาการนั้นไม่ต้องพูดถึงเพราะแน่นไปด้วยเนื้อ
หาดีแล้ว แต่ที่จะต้องขอขอบคุณอีกครั้งด้วยใจจริงคือความร่วมมือของบริษัท
ยานางานวัน join together ที่ทุ่มเทและร่วมมือกับสมาคมอย่างดีจนทำให้
งานเป็นที่ชื่นชอบของคนส่วนใหญ่คุ้มกับสิ่งที่ลงทุนไปครับ

ฉบับนี้เนื้อหาเปลี่ยนไปบ้างประกอบด้วยไม่มีเรื่อง Interhospital
conference ที่เราดไป 2 ครั้ง เพราะติดเรื่องการประชุมก่อนหน้านี้กับเรื่อง
ประกาศผลสอบ fellow ผมนำเอา guideline เรื่อง "แนวทางการดูแลรักษาผู้
ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่" ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี
อาจารย์หมอสถาพร มานัสสฤติย์ เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงใหญ่มาลงไว้ด้วย อันนี้
เป็นคนละ version กับ Guideline ของ acute diarrhea in adults ของ
World Congress of Gastroenterology แต่จะมีส่วนที่เหมือนกันอยู่บ้าง แต่
เป็น guideline ที่ผ่านการประชุมปรึกษาหารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
หลายครั้ง น่าสนใจมากครับ, หัวข้อ topics review ผมก็นำเรื่อง Feeding
problems in ICU ของอาจารย์หมอสุรพล สุรางค์ศรีรัฐ มาลงไว้

สิ่งที่น่าเป็นห่วงสำหรับวงการแพทย์ในบ้านเรา ถ้าพวกเราสมาชิกทุก
ท่าน ไม่ทราบก็จงทราบว่าพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการ

พิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรไปแล้วและกำลังอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของวุฒิสมาชิกเพื่อประกาศใช้นั้น กำลังเป็นภัยที่คืบเข้ามาโดยที่พวกเราไม่รู้เรื่องกันเลย

ผลลงถามอาจารย์แพทย์หรือแพทย์ fellow แพทย์ประจำบ้านหลายๆ ท่าน ทุกคนก็ตอบเป็นเสียงเดียวกันว่าไม่รู้เลยว่ารายละเอียดของ พ.ร.บ. นี้เป็นอย่างไร จะมีผลกระทบอย่างไรต่อดัวแพทย์และวงการแพทย์ของไทย ตลอดจนองค์กรอย่างไร ผมเองมีความรู้สึกว่แรกที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับโครงการ 30 บาทที่ผมเขียนจดหมายถึงแพทยสภานั้นเป็นความหวังใยอย่างแท้จริง(แต่ด้วยความไม่เท่าทัน จึงโดนหลอกใช้เป็นเครื่องมือโดน press ข้าวไปทั่ว แถบมีบางคนคิดว่าผมอยากดังเลยเขียนจดหมายไปแพทยสภา ทั้งๆที่ผมเขียนเป็นแบบ confidential letter เมื่อ 7 เดือนที่แล้ว) แต่พอได้อ่านรายละเอียดของ พ.ร.บ.ฉบับนี้ อาทิในมาตรา 17 ในเรื่องขององค์ประกอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีอยู่ 23 คนโดยมีกรรมการเพียง 4 คน ที่อยู่ในวงการให้บริการสาธารณสุข ถ้าเพื่อนสมาชิกรู้ไปมากกว่านั้นว่าอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการชุดนี้ (ในมาตรา 21) มีอำนาจสั่งฟ้าอย่างไร คงจะตกใจกันเป็นทิวแถว หลังจากอ่านเนื้อหาของ พ.ร.บ. นี้แล้ว ผมคิดว่าจำเป็นที่พวกเราที่เป็นแพทย์ควรจะได้ทราบรายละเอียดของ พ.ร.บ. ฉบับนี้ จึงเอามาลงในจุลสาร เพื่อให้ทันกับสถานการณ์ ถ้าพวกเราพอมีเวลา รบกวนช่วยอ่านรายละเอียดใน พ.ร.บ. นี้คงจะมีส่วนช่วยวุฒิสภาฯ ที่มีกรรมการธิการที่เป็นทั้งประธานและเลขานุการที่มาจากแพทย์ไม่มากนักน้อย

และพ.ร.บ.ฯ ฉบับนี้ อยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของสว. ซึ่งต้องส่งกลับคือ สส. ภายในวันที่ 1 กันยายน 2545 ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ 3 แนวทาง คือ รัฐบาลคือแพ่ง ใช้กฎหมายนี้ หรือตั้งกรรมาธิการร่วม หรือ ประกาศใช้ตาม แนวนโยบายของวุฒิสมาชิกฯ ซึ่งไม่ทราบเช่นกันว่าจะออกมาเป็นแนวทางใด อย่างไรก็ดี มีความจำเป็นที่พวกเราควรทราบเนื้อหาของ พ.ร.บ. หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อวงการวิชาชีพเราพอสมควร จะมีการควบคุมการตรวจสอบมากขึ้น ฟ้องร้องมากขึ้น

ฉบับนี้ออกจะเป็นการเมืองพอสมควร แต่ผมว่าจำเป็นครับ ผมก็เลย ดัดบทความของ Journal Watch ของผมไปก่อน เนื่องจากเนื้อที่กระดาก จำกัด พบกันใหม่กับฉบับหน้า เวลาของผมที่จะต้อง บ้าย บาย ไกล่เข้าไปทุกทีแล้วครับ

รักและเคารพ

นพ.สมชาย ลีลาภุศลวงศ์

srsll@mahidol.ac.th

ใบสมัครสมาชิกสมาคม

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ "สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย" โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง) [] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

1. ชื่อ.....

FirstName.....

นามสกุล.....

Last Name.....

ยศ, ตำแหน่งทางวิชาการ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

คุณวุฒิ.....

2. ท่านปฏิบัติงานด้านโรกระบบทางเดินอาหาร

[] น้อยกว่า 50% ของเวลาทำงาน

[] มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้) บ้านเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

4. ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร..... E-mail.....

ตำแหน่ง.....

5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ [] บ้าน [] ที่ทำงาน

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯครั้งนี้ คือ

1.).....

2.).....

การสมัครสมาชิกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1. ใบสมัครสมาชิกฯ

2. ค่าสมัครสมาชิกฯ จำนวน 1,000.00 บาท (ตลอดชีพ)

สถานที่รับสมัคร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกผะอับ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

หมายเหตุ: ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ แล้วเท่านั้น

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเงินเป็นค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพแล้ว เป็นจำนวนเงิน 1,000.00 บาท (=หนึ่งพันบาทถ้วน=) ซึ่งข้าพเจ้าได้ชำระเป็น

[] เงินสด

[] เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)