

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์

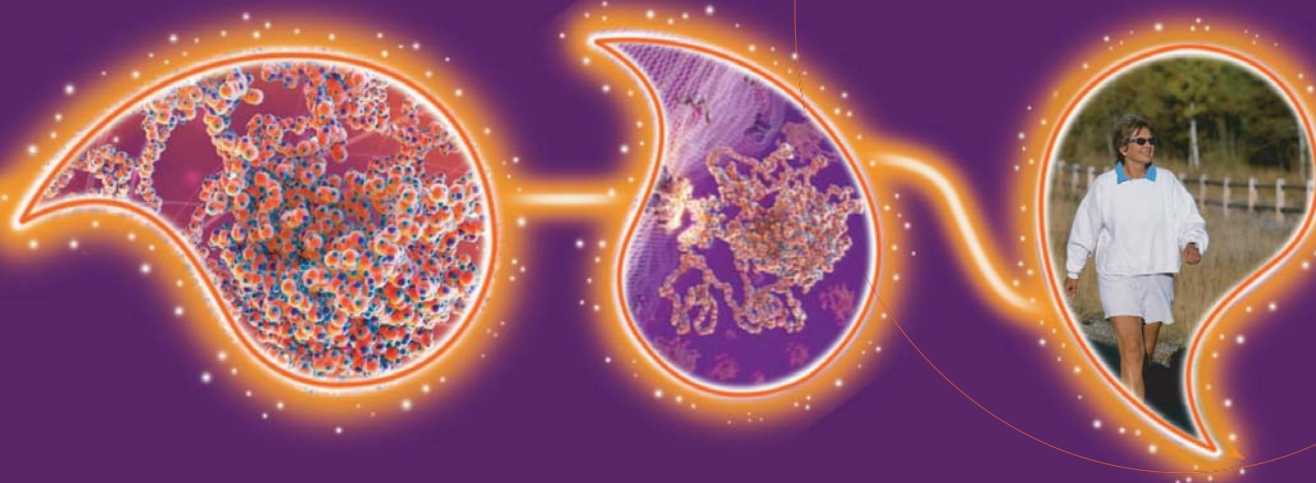
sanofi pasteur
The vaccines division of sanofi-aventis Group

MIRCERA®

Methoxy polyethylene glycol epoetin beta

**C.E.R.A. (Continuous Erythropoietin Receptor Activator),
a novel agent acting differently at the receptor level¹**

- long half-life
- provide correction of anaemia
- stable maintenance of Hb levels
- extended administration intervals in patients with CKD on dialysis and not on dialysis.



Further information is available on request
Roche Thailand Ltd.
27-29th Floor, Rasa II Tower, 555 Phaholyothin Road, Chatujak
Bangkok 10900 Thailand Tel: 0-2918-2500 Fax: 0-2937-0383



เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติม
ในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ. 374/2552

Reference:

1. A. L. M. DE FRANCISCO et al., Continuous Erythropoietin Receptor Activator (C.E.R.A.) administered at extended administration intervals corrects anaemia in patients with chronic kidney disease on dialysis, J Clin Pract. December 2006;60,12, 1687 - 1696.
2. MIRCERA's package insert

MIRCERA® Methoxy polyethylene glycol epoetin beta²

Therapeutic Class of Drug: MIRCERA® is the first molecule of a new class of Continuous Erythropoietin Receptor Activators called methoxy polyethylene glycol epoetin beta. **Type of Dosage Form:** Solution for injection supplied as a sterile, ready to use liquid in: Single dose pre-filled syringes. **Route of Administration:** Subcutaneous or intravenous. **Single dose pre-filled syringes:** containing 50 µg, 75 µg, 100 µg, 150 µg, 200 µg methoxy polyethylene glycol epoetin beta in 0.3 ml. **Therapeutic Indication(s):** MIRCERA® is indicated for the treatment of anemia associated with chronic kidney disease (CKD) including patients on dialysis and patients not on dialysis. **Dosage and Administration:** **Patients currently not treated with an Erythropoiesis Stimulating Agent:** The recommended starting dose of MIRCERA® is 0.6 microgram/kg body weight, administered once every two weeks as a single i.v. or s.c. injection in order to increase the hemoglobin to greater than 11 g/dl **Patients currently treated with an Erythropoiesis Stimulating Agent:** Patients currently treated with an ESA can be converted to MIRCERA® administered once a month or, if desired, once every two weeks as a single i.v. or s.c. injection. The starting dose of MIRCERA® is based on the calculated previously given weekly dose of epoetin at the time of substitution as described in Table 1.

Table 1. Conversion from Epoetin Alfa

Previous Weekly Epoetin Alfa Dose (Units/week)	MIRCERA® Dose	
	Once Monthly (mcg/month)	Once Every Two Weeks (mcg/q2w)
<8000	120	60
8000-16,000	200	100
>16,000	360	180

Special Dosage Instructions: **Pediatric use:** MIRCERA® is not recommended for use in patients aged less than 18 years due to a lack of data on safety and efficacy. **Contraindications:** MIRCERA® is contraindicated in patients with: Uncontrolled hypertension. Known hypersensitivity to the active substance or any of the excipients. **Warnings and Precaution:** **Blood pressure monitoring:** As with other ESAs, blood pressure may rise during treatment of anemia with MIRCERA®. Blood pressure should be adequately controlled before, at initiation of and during treatment with MIRCERA®. If high blood pressure is difficult to control by drug treatment or dietary measures, the dose of MIRCERA® must be reduced or withheld. **Interactions with other Medicinal Products and other Forms of Interaction:** No interaction studies have been performed. **Pregnancy:** There are no adequate data on the use of MIRCERA® in pregnant women. **Undesirable Effects:** Based on the results of 1789 patients, approximately 6% of patients treated with MIRCERA® are expected to experience adverse reactions. The most frequent reported adverse reaction was hypertension (common) **Overdose:** The therapeutic range of MIRCERA® is wide and individual response to therapy must be considered when MIRCERA® treatment is initiated. **Storage:** Store in the refrigerator at 2°C to 8°C. Keep the pre-filled syringe in the outer carton in order to protect from light. Do not freeze. **Packs:** 1 Pre-filled syringe containing 50 µg, 75 µg, 100 µg, 150 µg, 200 µg in 0.3 ml

Made for F. Hoffmann-La Roche Ltd, Basel, Switzerland
by Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Germany

MIR148-8/8/2012, 1000

ยอดขายอันดับ 1
ในประเทศอังกฤษ
และอีก 10 ประเทศทั่วโลก*

ผลิตภัณฑ์ที่ถูกแนะนำสูงสุด
จากแพทย์ เภสัชกรสำหรับรอยผิวแตกลาย
และรอยแผลเป็น**



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

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

* ยอดขายอันดับ 1 ในกลุ่มผลิตภัณฑ์ดูแลผิวเป็นและรอยผิวแตกลาย อังกฤษ (IRI Infoscan ปี 2011) ออสเตรเลีย (Synovate ปี 2011) แคนาดา (Nielsen ปี 2010) เนเธอร์แลนด์ (Nielsen ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Synovate ปี 2011) แอฟริกาใต้ (Nielsen ปี 2010) เบลารุส (Nielsen ปี 2010) บอตสวานา (Medswana ปี 2009) เคนยา (Consumer Insight ปี 2011) สวีเดน (PharmIndustry ปี 2009) นาอูรู (Namparm Pharmaceuticals ปี 2009)

** ผลิตภัณฑ์ที่ถูกแนะนำสูงสุดจากแพทย์ เภสัชกร สำหรับรอยแผลเป็นและรอยผิวแตกลาย จากการสำรวจจาก แพทย์ เภสัชกร อังกฤษ (The Thinking Shop, Strategic Research Consultancy ปี 2008) ออสเตรเลีย (Colmar Brunton ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Colmar Brunton ปี 2010) แอฟริกาใต้ (Synovate ปี 2010)

Impacting Outcomes Link by Link



ZOLL® Strengthens the Hospital Chain of Survival by providing superior technology while remaining a trusted, dependable partner in the treatment and care of cardiac arrest. ZOLL's products provide you with the quality and reliability you expect. Our innovative products and solutions comprise a fully integrated resuscitation system with all the tools you need to impact outcomes.

SAINTMED

ZOLL®

©2011 ZOLL Medical Corporation, Chelmsford, MA, USA. "Advancing Resuscitation. Today.," and ZOLL are registered trademarks of ZOLL Medical Corporation in the United States and/or other countries.

A D V A N C I N G R E S U S C I T A T I O N . T O D A Y . ®



pendant

การบริหารจัดการพื้นที่ในโรงพยาบาลแนวใหม่



SAINTMED

mindray



Siriraj International Conference in Medicine and Public Health

SICMPH 2014 | 21-25 JULY

@ Faculty of Medicine Siriraj Hospital,
Mahidol University, Thailand

Healthcare for the AEC



Register online for the early bird rates at

<http://www.sirirajconference.com>

February 15 - June 15, 2014

Contact : siriraj.conference@gmail.com



ใหม่! ชาอุ่นที่ พลัส





ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ขอเชิญกุมารแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เข้าร่วม

การประชุมใหญ่กุมารเวชศาสตร์ ครั้งที่ 76

Science and Innovations in Pediatric Practice

CME
13.5
credits

วันที่ 24-25 ตุลาคม 2556 ณ โรงแรม Le Méridien Chiang Mai จังหวัดเชียงใหม่

Pre-Congress Scientific Program 1

เรื่อง Clinical Practice of Mechanical Ventilation in Infants and Children

วันที่ 23 ตุลาคม 2556

ณ ห้องประชุม 402 อาคารนันทน์ กรมแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- 08:30-09:00 น. ลงทะเบียน
- 09:00-09:10 น. **INTRODUCTION**
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 09:10-09:40 น. Acute Respiratory Failure in Infants and Children
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 09:40-10:10 น. Physiologic effects of mechanical ventilation
พ.อ. นพ.สุวิทย์ สวรร
- 10:10-10:40 น. Coffee break
- 10:40-12:00 น. **VENTILATORY SUPPORT FOR ACUTE HYPOXEMIC RESPIRATORY FAILURE**
• Mode of choice: Volume vs. pressure controlled mode
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
• Open lung strategies in pressure controlled mode
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
• Strategies to prevent ventilator-associated lung injuries
พ.อ. นพ.สุวิทย์ สวรร
- 12:00-13:00 น. Lunch
- 13:00-14:30 น. **WEANING STRATEGIES TO LIBERATE THE PATIENT FROM MECHANICAL VENTILATION**
• How to select the weaning mode
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
• Weaning using conventional mode of ventilation
พ.อ. นพ.สุวิทย์ สวรร
• Weaning using HFV
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 14:30-15:00 น. Coffee break
- 15:00-15:30 น. **ABG interpretation at the bedside: Practical consideration**
พ.อ. นพ.สุวิทย์ สวรร
- 15:30-16:00 น. Common pitfalls in pediatric mechanical ventilation
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 16:00-16:30 น. Q & A คณะวิทยากร

Pre-Congress Scientific Program 2

เรื่อง แนวทางเวชปฏิบัติกรมดูแล บ่อยวัน และรักษาโรคอ้วนในเด็ก

วันที่ 23 ตุลาคม 2556

ณ ห้องประชุม 401 อาคารนันทน์ กรมแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- 08:15-08:45 ลงทะเบียน
- 08:45-09:00 น. เปิดประชุม โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โสภณเสนา
ประธานการประชุมนานาชาติและคณะกรรมการ จัดหา และดูแล
สุขภาพของโรคอ้วนในเด็ก
- 09:20-09:40 น. แนวทางเวชปฏิบัติกรมดูแล บ่อยวัน และ พิจารณา พฤติกรรม
รักษาโรคอ้วนในเด็ก ของ สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
- 09:40-10:00 Dietary management นพ. วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 10:00-10:20 Behavior modification อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 10:20-10:30 Q & A
- 10:30-10:45 พักผ่อนระหว่างการประชุม
- 10:45-12:05 Management of co-morbidities in obese children
10:45-11:05 Impaired glucose tolerance and type 2 DM นพ. วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 11:05-11:25 Dyslipidemia นพ. วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 11:25-11:45 NASH นพ. วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 11:45-12:05 Obstructive sleep apnea นพ. วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 12:05-12:15 Q & A
- 12:15-13:00 พักผ่อนระหว่างการประชุม
- 13:00-14:40 Workshop: การให้คำแนะนำด้านอาหาร วินิจฉัย เกณฑ์โรค และดูแล
การให้คำแนะนำด้านอาหารในการป้องกัน วินิจฉัย เกณฑ์โรค และ
รักษาโรคอ้วนในเด็ก
- 13:20-14:40 กิจกรรม 4 ฐาน
ฐานที่ 1 การเตรียมความพร้อม 1000 กิโลแคลอรี และ 1500 กิโลแคลอรี
และการปรับพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนัก
ฐานที่ 2 อาหารในโรงเรียน
ฐานที่ 3 ปริมาณอาหาร
ฐานที่ 4 เรียนรู้คุณค่าอาหาร จากโภชนาการ *ฐานละ 20 นาที
- 14:40-15:00 Q & A
Prevention of obesity
เตรียมความพร้อมเพื่อลดน้ำหนัก

วันพฤหัสบดีที่ 24 ตุลาคม 2556

- 07:30-08:15 น. ลงทะเบียน
- 08:30-09:00 น. พิธีเปิด
โดย ศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์ ได้เสนา
นายกสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
คณะเสนาบดีกรมแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 09:00-09:30 น. การบรรยายพิเศษ
Plenary 1: Primary prevention of asthma
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 09:30-10:00 น. Plenary 2: Gut Micro-Biome and the Pediatricians
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 10:00-10:30 น. Plenary 3: Comprehensive care for hemophilia
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 10:30-11:00 น. พิธีเปิดประชุม
- 11:00-12:00 น. ปาฐกถา อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
อนาคตของกุมารเวชศาสตร์ในประเทศไทย
ศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 12:15-14:00 น. Industry Symposium
14:00-14:15 น. พิธีเปิดประชุม
- 14:15-15:00 น. MEET THE EXPERTS
ME 1: What's new in ID?
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
ME 2: Wheezing associated respiratory illness
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
ME 3: Nephrotic Syndrome, what pediatrician should know
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
ME 4: The journey of the travelling bugs
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
ME 5: All about screening for congenital hypothyroidism
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์

วันศุกร์ที่ 25 ตุลาคม 2556

- 15:00-16:15 น. การบรรยายพิเศษ
Symposium 1
Adolescent & HIV infection: Current status & future trends
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 15:00-16:15 น. การบรรยายพิเศษ
Symposium 2
Infective endocarditis
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 19:00-21:00 น. งานเลี้ยงและสังสรรค์
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์

- 08:15-10:15 น. การบรรยายพิเศษ
T1: Updates in diagnosis and therapy in pediatric neuromuscular disorders
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 08:45-09:15 น. T3: Chronic diarrhea: What's New?
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 09:15-09:45 น. T5: Therapeutic hypothermia in perinatal asphyxia
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 09:45-10:15 น. T7: Emerging infectious diseases
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 08:15-10:15 น. การบรรยายพิเศษ
T2: Intensive management of IDDM
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 08:45-09:15 น. T4: What's new in ARDS?
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 09:15-09:45 น. T6: Diagnosing pediatric malignancies by general pediatricians
อ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 09:45-10:15 น. T8: All about hematuria
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 10:15-10:45 น. พิธีเปิดประชุม
- 10:45-12:00 น. การบรรยายพิเศษ
Symposium 3
Advances in diagnosis and management of thalassemia
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 10:45-12:00 น. การบรรยายพิเศษ
Symposium 4
Recent advances on food allergy for pediatricians
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 12:15-14:00 น. Industry Luncheon Symposium
14:00-14:15 น. พิธีเปิดประชุม
- 14:15-15:00 น. Free paper presentation 1, 2
Pro & Con Debate
- 15:00-15:25 น. D1: Circumcision: To circ or not to circ?
Con: รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
Pro: รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 15:25-15:50 น. D2: Probiotics: To use or not to use in acute diarrhea?
Con: รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
Pro: รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 15:50-16:15 น. D3: Nasal irrigation: To perform or not to perform in URI
Con: รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
Pro: รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
- 15:00-16:15 น. CPG Forum
CPG 1: Neonatal Cholestasis
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
CPG 2: UTI 2013: Changing what we did
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์
CPG 3: Tuberculosis
รศ. นพ.วิวัฒน์ บวรวิวัฒน์

ขอสงวนสิทธิ์ในสิ่งที่ปรากฏในเอกสาร

สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

เป็น 9 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 50 ปี แห่งที่ 2 ของศูนย์วิจัย

คณะแพทยศาสตร์เชียงใหม่ แขวงบางกอก 1 เขตบางกอก กรุงเทพมหานคร 10310

โทรศัพท์ 0-2716-6200-1 ต่อ 104 โทรสาร 0-2716-6202



บริษัทเภสัชภัณฑ์

HOE

HOE

HOE Pharmaceuticals Sdn Bhd.

สารภาพ

THE MEDICAL NEWS

วงการแพทย์

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

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

กรรมการบริหาร

วามณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวะลี

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ขาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญนะ, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสิฐกุล

โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 แฟกซ์ 0-2884-7299

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700



เฉลิมพระเกียรติ ๒๓ ตุลาคม ปีมหาราชรัลึก'

พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว

บาร์มปดั่งฟ้า

บัดนทร์ไทย

สูงส่งเหนือดวงใจ

ท่อมทัน

พระเกียรติเลื่องระบือไกล

สกลทั่ว

พลกต่างรักยังล้น

ปิ่นเกล้าชาวสยาม

ทรงพระเมตตาทั่วทั้ง

แดนทอง เราเอย

เสด็จฯ เยี่ยมประชามอง

เพื่อรู้

เลิกลาสนธิ์ไททอง

สูงสู

ยอดมิ่งผู้ทุกผู้

ชั่วฟ้าดินสลาย

(สำหรับ ทรัพย์สิน ทรัพย์สิน)

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ

ข้าพระพุทธเจ้าชาวคณะบริษัท สรรพสาร จำกัด ผู้ผลิตหนังสือพิมพ์และนิตยสาร สมัยครถ้วน,

งาน การศึกษาและอาชีพ, Job Request, Job Cyber, Job Fair, ตลาดสด, ตลาดบ้าน, วงการแพทย์, วงการยา

ทำอย่างไรให้อายุยืน

ใน 20 ปีข้างหน้าเราจะมีคนไทยจำนวนมากที่อายุเกิน 90 ปี และจะมีบางคนอายุเกินร้อยปี อย่างไรก็ตาม อายุเป็นเพียงตัวเลข คนที่อายุยืนจะต้องมีสุขภาพที่ดี การไม่มีโรคอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ เราจะต้องแข็งแรง ไปไหนมาไหนได้ ช่วยตัวเองได้ มีความคิด มีความรู้และมีความจำดีด้วย ถ้าอายุเกินร้อยปีแน่นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาเหมือนผัก ไปไหนไม่ได้ ช่วยตัวเองไม่ได้ก็คงไม่มีประโยชน์ในทางทฤษฎีเราอาจจะว่าทำอย่างไรไม่ให้ป่วย เราจะต้องป้องกันโรคได้อย่างไร ซึ่งเราพอหาอ่านได้จะไม่กล่าวในที่นี้ จากการที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่คลินิกมา 40 กว่าปี ดูเด็กตั้งแต่แรกเกิดรวมทั้งพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ทวดของเด็ก มีผู้ป่วยหลายคนอายุเกิน 90 ปีที่ยังแข็งแรง พุดคุยสนุก ได้มีโอกาสสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาใช้ในการเป็นบทเรียนพอสรุปได้ว่า

1. พันธุกรรม คนที่อายุยืนมักจะมียีน น้อง พ่อ แม่ที่อายุยืนด้วย
2. อยู่เป็นครอบครัว ได้คุยกับลูกหลาน เพื่อนฝูงทุกวัน ไม่โดดเดี่ยว ถ้าอยู่คนเดียวแต่ใช้ Facebook และ Line คุยกับเพื่อนทุกวันจะทดแทนได้หรือเปล่า ผมไม่ทราบ คงไม่เกี่ยวกับการได้ยินเสียงและการเห็นใบหน้าทาง
3. มีอารมณ์ขัน หัวเราะประจำ บางคนชอบพูดล้อเล่นด้วย ถ้าเขาพูดล้อเล่นไม่เป็น เขาก็มีเพื่อนสนิทที่ชอบพูดล้อเล่นจะได้หัวเราะกันทุกวัน
4. ที่สำคัญที่สุดอันหนึ่งคือ มีงานทำ ชีวิตมีความหมาย บางคนทำงานสังคมสงเคราะห์ หมอก็ยังดูคนไข้อยู่ บางคนเลี้ยงหลานหรือช่วยงานบ้าน บางคนยังหารายได้ด้วย คนที่ไม่มีอะไรทำมักจะอายุสั้น ที่คิดว่าจะไปเที่ยวให้ทั่วโลก ปรากฏว่าไม่กี่ปีก็หมดแล้วไม่รู้จะไปไหนต่ออยู่โดยไม่มีงานทำมักเจตาตาย
5. เป็นคนที่มองโลกในแง่บวก เขาจะมองทุกเรื่องในแง่ดี เลย์ไม่เครียด คนที่มองแต่ในแง่ลบจะมีความสุข มักอายุสั้น เหตุการณ์อย่างเดียวกันอยู่ที่เราจะมีมองอย่างไร

6. ยังสนใจเรื่องเพศ บางคนอายุ 90 ปีแล้วภรรยาเสียชีวิตแล้วยังไปอาบอบนวดอยู่ต้องคอยแนะนำกลัวไปติดโรคเอดส์หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มา สิ่งมีชีวิตอยู่เพื่อสืบพันธุ์ เมื่อหมดหน้าที่แล้ว ร่างกายก็จะเสื่อมถอยตายไป ถ้าเราฉีดฮอร์โมนเพศชาย เช่น testosterone ให้แทนอาจทดแทนได้บ้าง แต่คงไม่เท่ากับการมีความรัก การสัมผัสดี ผู้ชายที่ฉีดน้ำอสุจิออกบ่อย ๆ จะป้องกันการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากได้

7. กินผักและผลไม้สดประจำ มักไม่กินเนื้อสัตว์ใหญ่ มักใช้วิธีต้มหรือย่าง ไม่กินของผัดหรือทอดน้ำมัน

8. นอนวันละ 7-8 ชั่วโมง คนที่นอนน้อยกว่า 5 ชั่วโมง หรือนอนมากกว่าวันละ 10 ชั่วโมงมักจะอายุสั้น 9. ออกกำลังกาย โดยการเดินมาก ทำงานบ้าน ทำสวน ฝึกกล้ามเนื้อทุกส่วน ไม่เห็นใครวิ่ง บางคนอายุ 80 ปีไปวิ่งตอนเช้าถูกรถชนตาย บางคนถูกหมาไล่กัด พอถึงฤดูฝนวิ่งไม่ได้ ฝนตกน้ำท่วม พวกวิ่งมาราธอนหรือวิ่งแข่งเร็วมักอายุสั้น พวกออกกำลังมาก ๆ เช่น ดีเทนนิส มักมีปัญหาหาพนัก

10. ไม่สูบบุหรี่ แต่มักกินเหล้าวันละเล็กน้อยทุกวัน ไม่ได้กินจนเมา

11. มักจะมีความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สวดมนต์ ไหว้พระประจำทุกวัน

12. ดูโทรทัศน์ไม่เกินวันละ 2 ชั่วโมง คนที่ดูโทรทัศน์เกินวันละ 4 ชั่วโมงมักอายุสั้น เพราะไม่ได้ทำกิจกรรม ไม่ได้สังสรรค์ ไม่ได้ออกกำลังกาย

13. ไม่อ้วน เขาไม่กินจังก์ฟู้ด เขากินพอไม่ให้หัวไม่กินอาหารรสจัด กินแป้งและน้ำตาลน้อย

14. ชอบคิดวิเคราะห์ ฟังข่าวมากี่คิดวิเคราะห์ วิเคราะห์ ใช้สมองตัดสินใจ บางคนชอบเล่นไพ่ ได้คิดเลข มีเพื่อนคุย ส่วนเกมช่วยจำมักไม่ได้เล่น ความจริงยังไม่มีข้อมูลว่าเกมช่วยจำจะทำให้สมองดีขึ้นหรือไม่

15. บางคนมีเพื่อนฝูงมาก โดยเฉพาะพวกผู้หญิง ไปกินอาหารและไปเที่ยวด้วยกันประจำ จะได้ไม่เหงา

16. บ้านมีแสงสว่างทำให้ดูสดใส ถ้ามืดแล้วทำให้ซึมเศร้า ตอนกลางคืนมักเปิดไฟที่พื้นเพื่อไม่ให้เดินหกล้ม

17. มีที่เป็นส่วนตัว ที่ระบือหรือได้ดินไม้แล้วนั่งตีหมาแพ ชมธรรมชาติ ปล่อยใจให้สบาย

18. มีสัตว์เลี้ยงเป็นเพื่อน ทำให้ไม่เหงา และไม่ต้องกลัวการกินยา

19. บริจาคเงินช่วยเหลือผู้เดือดร้อน ให้แล้วมีความสุข ตนเองใช้ไม่หมดอยู่แล้ว

20. ที่สำคัญที่สุดคือคนพวกนี้ไม่เครียด รู้วิธีกำจัดความเครียด ไม่สนใจคนโน้นคนนี้ ไม่กลัวเรื่องอดีตเลยไปแล้วไม่เอามาคิด ไม่กังวลเรื่องอนาคต อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด คิดแต่เรื่องปัจจุบัน

ทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่ได้สังเกตจากคนที่อายุยืนแล้ว ในทางการแพทย์เรายังคงมีการศึกษา ให้วัคซีนตรวจหาโรคและทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อไม่ให้ป่วยจะได้ อายุยืน

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 400 วันที่ 16 - 31 ตุลาคม 2556

3 โลกกว้างทางแพทย์

- ตรวจความหนาแน่นกระดูกซ้ำ และผลลัพธ์การพยากรณ์กระดูกหัก
- การตายระยะยาวหลังตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่
- CABG และ PCI ในผู้ป่วยเบาหวาน

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. เปิดข้อมูลความรุนแรงสังคมไทย รอบ 5 ปีมีเด็กและสตรีถูกทำร้ายทุก 20 นาที
- สธ. ควบคุมมาตรฐานคลินิกความงามทั่วไทย ติดป้ายคลินิกมาตรฐาน อยากรสวย อย่าเสี่ยง

8 สรรสารกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง

ผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุอีโปติน (Epoetin): ปัญหา Pure Red Cell Aplasia และข้อเสนอนโยบายแก้ไขเบื้องต้น

10 Get Up

- เครียดวัยกลางคนเสี่ยงสมองเสื่อม
- เทคโนโลยีใหม่คุมชาเทียมด้วยคลื่นสมอง
- อนุมัติติดบ่อเทียมเพื่อผู้ป่วยเบาหวาน

12 Movement

13 In Focus

รู้ทัน 'วัยทอง'

16 Talk of the Town

ชุดนักศึกษา 'จำกัดสิทธิ' หรือ 'ความเหมาะสม'

17 Special

ศ.คลินิก พญ.มุกดา หวังวีรวงศ์

"เพราะเด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก ๆ"

หัวใจสำคัญของกุมารแพทย์คือ ต้องอดทน และละเอียดอ่อน"

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

CPR

21 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

หนักrugไปตามฝันที่...ปรากฏ

23 เสียงแพทย์

การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข (ตอนที่ 3)

25 จุฬาปริทัศน์

ผู้ดูแลตัวช่วยสำคัญผู้ป่วยอัลไซเมอร์

28 Systematic Review

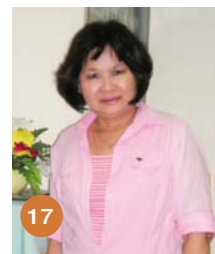
การผ่าตัดต่อมทอนซิล

29 เฉพาะโรค

อาหารสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Nutritional Management in COPD)

33 มุมนิเวศ

ความไม่แน่ชัดในการวินิจฉัยผู้ป่วยทางคดี: ปัญหาทางนิติเวชคลินิกโดยแท้



37 ปกึณกะข่าว

ไวทัลไลฟ์ฟูลองครบรอบ 12 ปี

เผยแนวคิดเรื่องสุขภาพแห่งอนาคต

38 Radar

Therapeutic Hypothermia

แนวทางใหม่รักษาเซลล์สมองตายจากภาวะหัวใจหยุดเต้น

40 ปกึณกะข่าว

สื่อรณรงค์บริจาคโลหิตสภากาชาดไทย

กระตุ้นยอดผู้บริจาคโลหิตเพิ่ม

41 เกาะจัดงานประชุม

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

จัด "AEC in Ob-Gyn Practice 2013: Episode II"

นำเสนอข้อมูลล่าสุดทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

42 ข่าวบริการ

44 IT News/Book Shop

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ในสมัยครุสมาธิ

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

ก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 2

ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Virus)



ตรวจความหนาแน่นกระดูกซ้ำ และผลลัพธ์การพยากรณ์กระดูกหัก

JAMA. 2013;310(12):1256-1262.

บทความวิจัยเรื่อง Repeat Bone Mineral Density Screening and Prediction of Hip and Major Osteoporotic Fracture รายงานว่า การตรวจคัดกรองกระดูกพรุนจากความหนาแน่นกระดูก (bone mineral density-BMD) เป็นวิธีการที่แนะนำสำหรับผู้ใหญ่อายุมาก แต่ยังไม่ชัดเจนว่าการตรวจ BMD ช่วยการประเมินความเสี่ยงกระดูกหักดีขึ้นหรือไม่

นักวิจัยศึกษาว่าการเปลี่ยนแปลงของ BMD หลัง 4 ปีให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้านความเสี่ยงกระดูกหักจาก BMD ที่เส้นฐานหรือไม่ และประเมินการเปลี่ยนแปลงของการจัดกลุ่มความเสี่ยงกระดูกหักหลังตรวจ BMD ครั้งที่สอง

นักวิจัยศึกษาจากผู้ชาย 310 ราย และผู้หญิง 492 รายในการศึกษา Framingham Osteoporosis Study ซึ่งได้ตรวจ BMD กระดูกคอสะโพกสองครั้งระหว่างปี ค.ศ. 1987-1999 โดยให้ความเสี่ยง hip fracture หรือ major osteoporotic fracture จนถึงปี ค.ศ. 2009 หรือ 12 ปีหลังการตรวจ BMD ครั้งที่สองเป็นมาตรวัดผลลัพธ์หลัก

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุเฉลี่ย 74.8 ปี และ mean (SD) BMD change เท่ากับ -0.6% ต่อปี (1.8%) จากมัธยฐานการติดตาม 9.6 ปี มีผู้เข้าร่วมวิจัย 76 รายเกิด hip fracture และ 113 รายเกิด major osteoporotic fracture โดย percent BMD change รายปีต่อ SD ที่ลดลงสัมพันธ์กับความเสี่ยง hip

fracture (hazard ratio [HR], 1.43 [95% CI, 1.16-1.78]) และ major osteoporotic fracture (HR, 1.21 [95% CI, 1.01-1.45]) หลังปรับตาม BMD ที่เส้นฐาน จากการติดตามที่ 10 ปี พบว่า SD ที่ลดลงแต่ละ 1 ใน percent BMD change รายปีเทียบกับ mean BMD change สัมพันธ์กับกระดูกหักที่เพิ่มขึ้น 3.9 รายต่อ 100 คน ผลจากการวิเคราะห์เส้นโค้ง receiver operating characteristic (ROC) ชี้ว่า การเพิ่ม BMD change ในโมเดลที่ใช้ BMD ที่เส้นฐานไม่ทำให้ประสิทธิภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดย area under the curve (AUC) เท่ากับ 0.71 (95% CI, 0.65-0.78) สำหรับโมเดลที่ใช้ BMD เส้นฐานเทียบกับ 0.68 (95% CI, 0.62-0.75) สำหรับโมเดลที่ใช้ BMD percent change นอกจากนั้นการเพิ่ม BMD change ในโมเดลที่ใช้ BMD เส้นฐานก็ไม่ทำให้ประสิทธิภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (AUC, 0.72 [95% CI, 0.66-0.79]) เมื่อใช้ net reclassification index พบว่า การตรวจ BMD ครั้งที่สองมีส่วนผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการจัดกลุ่มใหม่เป็นกลุ่มความเสี่ยงสูงต่อ hip fracture เพิ่มขึ้น 3.9% (95% CI, -2.2% ถึง 9.9%) ขณะที่ลดสัดส่วนการจัดเป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำเท่ากับ -2.2% (95% CI, -4.5% ถึง 0.1%)

ข้อมูลจากผู้ชายและผู้หญิงอายุเฉลี่ย 75 ปี ซึ่งไม่ได้รับการรักษา พบว่า การตรวจ BMD ซ้ำหลัง 4 ปีไม่ได้ช่วยในการพยากรณ์ hip fracture หรือ major osteoporotic fracture ดีขึ้น การตรวจ BMD ซ้ำภายใน 4 ปี เพื่อปรับปรุงการจำแนกความเสี่ยงกระดูกหักจึงอาจไม่จำเป็นในผู้ใหญ่ในกลุ่มอายุนี้นี้

ผลลัพธ์ Aliskiren ต่อการลุกลามโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยภาวะก่อนความดันเลือดสูง

JAMA. 2013;310(11):1135-1144.

บทความเรื่อง Effect of Aliskiren on Progression of Coronary Disease in Patients with Prehypertension: The AQUARIUS Randomized Clinical Trial รายงานว่า การลดความดันเลือดและการยับยั้ง renin-angiotensin-aldosterone system เป็นเป้าหมายในการรักษาโรคหลอดเลือดแดงแข็ง อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของการยับยั้ง renin ต่อการลุกลามของโรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่มีการศึกษามาก่อน

นักวิจัยศึกษาผลของการยับยั้ง renin ด้วย aliskiren ต่อการลุกลามของภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว (Aliskiren Quantitative Atherosclerosis Regression Intravascular Ultrasound Study) โดยเปรียบเทียบ aliskiren กับยาหลอกในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ 613 ราย ซึ่งมีความดันเลือดซิสโตลิกระหว่าง 125-139 mmHg (ภาวะก่อนความดันเลือดสูง) และปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 2 ตัว การศึกษามีขึ้นในโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์และโรงพยาบาลชุมชน 103 แห่ง ในยุโรป ออสเตรเลีย ตลอดจนภูมิภาคอเมริกาเหนือและอเมริกาใต้ (รวบรวมระหว่างเดือนมีนาคม ค.ศ. 2009 ถึงกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2011 และสิ้นสุดการติดตามในวันที่ 31 มกราคม ค.ศ. 2013)

ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตรวจ intravascular ultrasound (IVUS) หลอดเลือดหัวใจ และสุ่มให้ได้รับ aliskiren 300 มิลลิกรัม (n = 305) หรือยาหลอก (n = 308) แบบยารับประทานเป็นเวลา 104 สัปดาห์ การลุกลามวัดจากการตรวจ IVUS ซ้ำหลังรักษาแล้วอย่างน้อย 72 สัปดาห์ โดยกำหนดให้การเปลี่ยนแปลงของ percent atheroma volume (PAV) จากเส้นฐานถึงสิ้นสุด

การศึกษาเป็น primary efficacy parameter และการเปลี่ยนแปลงของ atheroma volume (TAV) และร้อยละของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มี atheroma regression เป็น secondary efficacy parameter รวมถึงได้ประเมินผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและความทนต่อยา

มีข้อมูลผลตรวจอัลตราซาวนด์ที่เส้นฐานและการติดตามในผู้เข้าร่วมวิจัย 458 ราย (74.7%) โดยพบว่า PAV ซึ่งเห็น primary IVUS efficacy parameter ไม่แตกต่างกันระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยที่รักษาด้วย aliskiren (-0.33%; 95% CI, -0.68% ถึง 0.02%) และยาหลอก (0.11%; 95% CI, -0.24% ถึง 0.45%) (between-group difference, -0.43% [95% CI, -0.92% ถึง 0.05%]; p = 0.08) สอดคล้องกับ TAV ซึ่งเป็น secondary IVUS efficacy parameter ที่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับ aliskiren (-4.1 mm³; 95% CI, -6.27 ถึง -1.94 mm³) และยาหลอก (-2.1 mm³; 95% CI, -4.21 ถึง 0.07 mm³) (between-group difference, -2.04 mm³ [95% CI, -5.03 ถึง 0.95 mm³]; p = 0.18) และไม่พบผลต่างที่มีนัยสำคัญด้านสัดส่วนผู้เข้าร่วมวิจัยที่เกิดการลดลงของ PAV (56.9% vs 48.9%; p = 0.08) และ TAV (64.4% vs 57.5%; p = 0.13) ในกลุ่ม aliskiren และกลุ่มยาหลอก

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีภาวะก่อนความดันเลือดสูงและเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบชี้ว่า การรักษาด้วย aliskiren เมื่อเทียบกับยาหลอกแล้วไม่ทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นหรือชะลอการลุกลามของการแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจ ผลลัพธ์นี้ไม่สนับสนุนการใช้ aliskiren เพื่อลดหรือป้องกันการลุกลามของภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจ



ผลลัพธ์ควบคุมอาหารและออกกำลังกายต่อข้อเข่าเสื่อม

JAMA. 2013;310(12):1263-1273.

บทความเรื่อง Effects of Intensive Diet and Exercise on Knee Joint Loads, Inflammation, and Clinical Outcomes Among Overweight and Obese Adults with Knee Osteoarthritis: The IDEA Randomized Clinical Trial รายงานว่า โรคข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis - OA) อันเป็นสาเหตุสำคัญของอาการปวดเรื้อรังและความพิการมีสาเหตุจากปัจจัยด้านชีวกลศาสตร์ และการอักเสบและกำเริบขึ้นจากโรคอ้วน นักวิจัยจึงศึกษาว่าการลด $\geq 10\%$ ของน้ำหนักตัวจากการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย หรือควบคุมอาหารอย่างเดียวสามารถฟื้นฟูผลลัพธ์ทางกลไกและผลลัพธ์ทางคลินิกได้ดีกว่าการออกกำลังกายอย่างเดียวหรือไม่

นักวิจัยศึกษาแบบ single-blind ระยะ 18 เดือนที่มหาวิทยาลัย Wake Forest University ระหว่างเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2006 และเมษายน ค.ศ. 2011 การปรับอาหารและออกกำลังกายทำที่ศูนย์วิจัยโดยกลุ่มออกกำลังกายสามารถเลือกกลับไปทำที่บ้าน ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ใหญ่มากที่น้ำหนักเกินและอ้วน 454 ราย (อายุ ≥ 55 ปี และมีดัชนีมวลกาย 27-41) ซึ่งมีการปวดและมีผลเอกซเรย์ระบุว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม

การแทรกแซงประกอบด้วย การลดน้ำหนักอย่างเคร่งครัดด้วยการคุมอาหารร่วมกับออกกำลังกาย การลดน้ำหนักอย่างเคร่งครัดด้วยการคุมอาหาร หรือการออกกำลังกาย โดย mechanistic primary outcomes ประกอบด้วยแรงอัดในข้อเข่าและระดับ plasma IL-6 และ secondary clinical outcomes ประกอบด้วยรายงานอาการปวด (range, 0-20), การทำงาน (range, 0-68), การเคลื่อนไหวและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (range, 0-100)

ผู้ป่วย 399 ราย (88%) เข้าร่วมการศึกษาจนเสร็จสมบูรณ์ น้ำหนักที่ลดลงเฉลี่ยในกลุ่มคุมอาหารและออกกำลังกายเท่ากับ 10.6 กิโลกรัม (11.4%) กลุ่มควบคุมอาหารเท่ากับ 8.9 กิโลกรัม (9.5%) และสำหรับกลุ่ม

ออกกำลังกายเท่ากับ 1.8 กิโลกรัม (2.0%)

หลังจาก 18 เดือนพบว่า แรงอัดในข้อเข่า

มีระดับต่ำกว่าในกลุ่มที่ควบคุมอาหาร (mean, 2,487 N; 95% CI, 2,393-2,581) เทียบกับกลุ่มออกกำลังกาย (2,687 N; 95% CI, 2,590-2,784, pairwise difference $[\Delta]_{\text{exercise vs diet}} = 200$ N; 95% CI, 55-345; $P = 0.007$) ความเข้มข้นของ IL-6 อยู่ในระดับต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมอาหารและออกกำลังกาย (2.7 pg/mL; 95% CI, 2.5-3.0) และกลุ่มควบคุมอาหาร (2.7 pg/mL; 95% CI, 2.4-3.0) เทียบกับกลุ่มออกกำลังกาย (3.1 pg/mL; 95% CI, 2.9-3.4; $\Delta_{\text{exercise vs diet + exercise}} = 0.39$ pg/mL; 95% CI, -0.03 ถึง 0.81; $P = 0.007$; $\Delta_{\text{exercise vs diet}} = 0.43$ pg/mL; 95% CI, 0.01-0.85, $P = 0.006$) โดยกลุ่มควบคุมอาหารและออกกำลังกายมีอาการปวดน้อยกว่า (3.6; 95% CI, 3.2-4.1) และการทำงานที่ดีกว่า (14.1; 95% CI, 12.6-15.6) เทียบกับกลุ่มควบคุมอาหาร (4.8; 95% CI, 4.3-5.2) และกลุ่มออกกำลังกาย (4.7; 95% CI, 4.2-5.1, $\Delta_{\text{exercise vs diet + exercise}} = 1.02$; 95% CI, 0.33-1.71; $P_{\text{pain}} = 0.004$; 18.4; 95% CI, 16.9-19.9; $\Delta_{\text{exercise vs diet + exercise}} = 4.29$; 95% CI, 2.07-6.50; $P_{\text{function}} < 0.001$) และกลุ่มที่ควบคุมอาหารร่วมกับออกกำลังกาย (44.7; 95% CI, 43.4-46.0) ยังมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มออกกำลังกายเช่นกัน (41.9; 95% CI, 40.5-43.2; $\Delta_{\text{exercise vs diet + exercise}} = -2.81$; 95% CI, -4.76 ถึง -0.86; $P = 0.005$)

ข้อมูลจากผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นข้อเข่าเสื่อมซึ่งมีน้ำหนักเกินหรืออ้วนชี้ว่า หลังจากผ่านไป 18 เดือน กลุ่มที่ควบคุมอาหารร่วมกับออกกำลังกาย และกลุ่มควบคุมอาหารลดน้ำหนักลงได้มากกว่าและมีระดับ IL-6 ลดลงมากกว่ากลุ่มออกกำลังกาย นอกจากนี้กลุ่มที่ควบคุมอาหารยังมีแรงอัดในข้อเข่าลดลงมากกว่ากลุ่มออกกำลังกาย



การตายระยะยาวหลังตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่

N Engl J Med 2013;369:1106-1114.

บทความเรื่อง Long-Term Mortality after Screening for Colorectal Cancer อ้างถึงข้อมูลจากการศึกษาเปรียบเทียบชี้ว่า การตรวจหาเลือดในอุจจาระลดการตายจากมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่ อย่างไรก็ดี ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่การตรวจยังคงมีประโยชน์ รวมถึงผลลัพธ์จำเพาะตามอายุและเพศ

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยร่วมวิจัย 46,551 รายซึ่งมีอายุระหว่าง 50-80 ปีที่เข้าร่วมในการศึกษา Minnesota Colon Cancer Control Study ได้รับการดูแลมาตรฐาน (กลุ่มควบคุม) หรือตรวจเลือดในอุจจาระปีละครั้งหรือสองปีครั้ง การตรวจคัดกรองมีขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 1976-1982 และระหว่างปี ค.ศ. 1986-1992 โดยนักวิจัยได้ใช้ National Death Index เพื่อปรับข้อมูลสถานะของผู้เข้าร่วมวิจัยและระบุสาเหตุการตายจนถึงปี ค.ศ. 2008

มีผู้เข้าร่วมวิจัยเสียชีวิต 33,020 ราย (70.9%) จากการติดตาม

ระยะ 30 ปี โดย 732 รายเกิดจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ 200 รายจาก 11,072 ราย (1.8%) ในกลุ่มตรวจปีละครั้ง, 237 รายจาก 11,004 ราย (2.2%) ในกลุ่มตรวจสองปีครั้ง และ 295 รายจาก 10,944 ราย (2.7%) ในกลุ่มควบคุม การตรวจคัดกรองลดการตายจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (relative risk ของการตรวจปีละครั้งเท่ากับ 0.68; 95% confidence interval [CI], 0.56-0.82 และ relative risk ของการตรวจสองปีครั้งเท่ากับ 0.78; 95% CI, 0.65-0.93) ระหว่าง 30 ปีของการติดตาม อย่างไรก็ดี ไม่พบการลดลงของการตายทุกสาเหตุ (relative risk ของการตรวจปีละครั้งเท่ากับ 1.00; 95% CI, 0.99-1.01 และ relative risk ของการตรวจสองปีครั้งเท่ากับ 0.99; 95% CI, 0.98-1.01) การลดลงของการตายเนื่องจากมะเร็งลำไส้ใหญ่เห็นได้ชัดกว่าในผู้ชายเทียบกับผู้หญิงในกลุ่มที่ตรวจสองปีครั้ง

ผลของการตรวจหาเลือดในอุจจาระต่อการตายจากมะเร็งลำไส้ใหญ่มียังคงมีผลหลัง 30 ปี แต่ไม่มีผลต่อการตายจากทุกสาเหตุ การลดลงของการตายจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มียังสนับสนุนผลลัพธ์ของการตัดตึงเนื้อที่ผนังลำไส้ใหญ่ด้วย

ผล 2 ปี และ 1 ปี ของ Adjuvant Trastuzumab ใน HER2-Positive Breast Cancer



Lancet. 21 September 2013;382(9897):1021-1028.

บทความเรื่อง 2 Years versus 1 Year of Adjuvant Trastuzumab for HER2-Positive Breast Cancer (HERA): An Open-Label, Randomised Controlled Trial รายงานว่า trastuzumab มีประสิทธิภาพดีต่อมะเร็งเต้านมที่มีการแสดงออกของยีน HER2 ที่มากเกินไป โดยมีระยะการให้ adjuvant trastuzumab ที่ 1 ปีเป็นมาตรฐาน แต่เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับระยะการรักษาที่ดีที่สุด นักวิจัยจึงเปรียบเทียบการรักษาด้วย trastuzumab ระยะ 2 ปี กับระยะ 1 ปี และเปรียบเทียบการรักษาด้วย trastuzumab 1 ปีกับการสังเกตโดยมีมาตรฐานการติดตาม 8 ปี สำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษา HERceptin Adjuvant (HERA)

การศึกษา HERA เปรียบเทียบการรักษาด้วย trastuzumab 1 ปี และ 2 ปี และสังเกตหลัง standard neoadjuvant chemotherapy, adjuvant chemotherapy หรือทั้งสองอย่างในผู้ป่วย 5,102 รายที่เป็น HER2-positive early breast cancer นักวิจัยกำหนดให้การอยู่รอดโดยโรคสงบเป็น primary endpoint การเปรียบเทียบการรักษาด้วย trastuzumab 2 ปี และ 1 ปี ประเมินจากการวิเคราะห์ในผู้ป่วย 3,105 รายที่โรคสงบเป็นเวลา 12 เดือนหลังการสุ่มรักษาด้วย trastuzumab และกำหนดผลให้มี disease-free survival อย่างน้อย 725 ราย นอกจากนี้ยังได้เปรียบเทียบการรักษาด้วย trastuzumab

1 ปีกับการสังเกตอย่างเดียวนับผู้ป่วย 3,399 ราย โดยมีมาตรฐานการติดตาม 8 ปี (range 0-10)

นักวิจัยพบ disease-free survival 367 รายจากผู้ป่วย 1,552 รายในกลุ่ม 1 ปี และ 367 รายจาก 1,553 รายในกลุ่ม 2 ปี (hazard ratio [HR] 0.99, 95% CI 0.85-1.14, $p = 0.86$) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ grade 3-4 และการลดลงของ left ventricular ejection fraction ระหว่างการรักษาพบมากกว่าในกลุ่มรักษา 2 ปี เทียบกับ 1 ปี (เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ grade 3-4 เท่ากับ 342 [20.4%] vs 275 [16.3%] และการลดลงของ left ventricular ejection fraction เท่ากับ 120 [7.2%] vs 69 [4.1%]) ค่า HRs สำหรับการเปรียบเทียบการรักษาด้วย trastuzumab 1 ปีกับการสังเกตเท่ากับ 0.76 (95% CI 0.67-0.86, $p < 0.0001$) สำหรับการรอดชีพโดยโรคสงบ และ 0.76 (0.65-0.88, $p = 0.0005$) สำหรับการรอดชีพโดยรวม โดยมีผู้ป่วย 884 ราย (52%) จากกลุ่มสังเกตที่เปลี่ยนมารักษาดูแลด้วย trastuzumab

การรักษาด้วย trastuzumab ระยะ 2 ปี ไม่ได้มีผลดีกว่าการรักษา ระยะ 1 ปีในผู้ป่วย HER2-positive early breast cancer การรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี มีผลลัพธ์ด้านการรอดชีพโดยโรคสงบและการรอดชีพโดยรวมที่ดีอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับการสังเกต และทำให้ยังคงเป็นการรักษามาตรฐาน



ความแตกต่างทางเพศต่ออาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุน้อย

JAMA Intern Med. Published online September 16, 2013.

บทความเรื่อง Sex Differences in Acute Coronary Syndrome Symptom Presentation in Young Patients รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับผลจากความแตกต่างทางเพศต่ออาการแสดงของกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome - ACS) ในผู้ป่วยอายุน้อย และปัจจัยที่ทำให้ไม่พบอาการปวดหน้าอกเมื่อเกิดอาการแสดงของ ACS

นักวิจัยประเมินความแตกต่างทางเพศต่ออาการแสดงของ ACS และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สังคมประชากร อัตลักษณ์ทางเพศ ปัจจัยทางจิตสังคมและคลินิก ตัวบ่งชี้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการไม่พบอาการปวดหน้าอกในผู้ป่วยอายุน้อยที่เป็น ACS โดยศึกษาแบบ prospective cohort study จากผู้ป่วย 1,015 ราย (30% เป็นผู้หญิง) โดยผู้ป่วยมีอายุ 55 ปี หรือน้อยกว่า นอนโรงพยาบาลเนื่องจาก ACS และเข้าร่วมในการศึกษา GENESIS PRAXY (Gender and Sex Determinants of Cardiovascular Disease: From Bench to Beyond

Premature Acute Coronary Syndrome) (มกราคม ค.ศ. 2009 – กันยายน ค.ศ. 2012) และติดตามผลลัพธ์ด้วย McSweeney Acute and Prodromal Myocardial Infarction Symptom Survey ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล

มีฐานอายุในทั้งสองเพศเท่ากับ 49 ปี โดยพบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มสูงกว่าที่จะเป็น non-ST-segment elevation myocardial infarction (37.5 vs 30.7; $p = 0.03$) และมาโดยไม่มีอาการปวดหน้าอกเทียบกับผู้ชาย (19.0% vs 13.7%; $p = 0.03$) ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดหน้าอก รายงานว่ามีอาการโดยรวมน้อยกว่าและไม่พบรูปแบบชัดเจนของอาการที่ปราศจากอาการปวดหน้าอก ผลลัพธ์จาก multivariate model ชี้ว่าเพศหญิง (odds ratio [OR], 1.95 [95% CI, 1.23-3.11]; $p = .005$) และหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (OR, 2.07 [95% CI, 1.20-3.56]; $p = 0.009$) สัมพันธ์โดยอิสระกับอาการแสดงของ ACS ที่ไม่มีอาการปวดหน้าอก ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดหน้าอกไม่ได้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มที่มีอาการปวดหน้าอกในด้านชนิดของ ACS, troponin level elevation หรือการตีบของหลอดเลือดหัวใจ

อาการปวดหน้าอกเป็นอาการ ACS ที่พบบ่อยที่สุดในทั้งสองเพศ และแม้ผู้หญิงมักมีแนวโน้มสูงกว่าที่จะมาโดยไม่มีอาการปวดหน้าอกเทียบกับผู้ชาย อย่างไรก็ตาม การที่ไม่พบอาการปวดหน้าอกก็ไม่สัมพันธ์กับตัวบ่งชี้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

CABG และ PCI ในผู้ป่วยเบาหวาน

The Lancet Diabetes & Endocrinology, Early Online Publication, 13 September 2013

บทความเรื่อง Comparison of Coronary Artery Bypass Surgery and Percutaneous Coronary Intervention in Patients with Diabetes: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials รายงานว่า ทางเลือกการรักษาระหว่าง coronary artery bypass surgery (CABG) และ percutaneous coronary intervention (PCI) สำหรับการทำให้ revascularization ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและมีหลอดเลือดหัวใจตีบหลายจุดซึ่งมีสัดส่วนราว 25% ของการทำ revascularization ยังคงเป็นที่ถกเถียงกัน นักวิจัยจึงได้ศึกษาผลต่างด้านการตายจากทุกสาเหตุระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ทำ CABG หรือ PCI ด้วย systematic review และ meta-analysis จากการศึกษาแบบ randomised controlled trials (RCTs) ที่เปรียบเทียบ CABG และ PCI โดยรวบรวมข้อมูลจาก Medline, Embase และ Cochrane Central Register of Controlled Trials จากวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1980 ถึงวันที่ 12 มีนาคม ค.ศ.

2013 สำหรับงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในภาษาอังกฤษ

งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานและมีหลอดเลือดหัวใจตีบหลายจุด และสุ่มให้ผู้ป่วยร่วมวิจัยทำ CABG (ด้วยหลอดเลือดแดงในอย่างน้อย 80% ของผู้เข้าร่วมวิจัย) หรือ PCI (ด้วยหลอดเลือดอย่างน้อย 80% ของผู้เข้าร่วมวิจัย) และแยกรายงานผลลัพธ์ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีระยะการติดตามอย่างน้อย 12 เดือน การคำนวณ

risk ratios (RR) และ 95% CIs สำหรับข้อมูลแบบ pooled data ทำด้วย random-effects models และประเมินความแตกต่างด้วย I^2 ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตายทุกสาเหตุในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ทำ CABG เทียบกับผู้ป่วยที่ทำ PCI จากการติดตามที่ 5 ปี (หรือนานที่สุด)



งานวิจัยที่นำมาศึกษามีจำนวน 8 ชิ้น รวมผู้เข้าร่วมวิจัย 7,468 ราย ซึ่ง 3,612 รายในจำนวนนี้เป็นโรคเบาหวาน การศึกษา RCTs 4 ชิ้น (BMS; ERACI II, ARTS, SoS, MASS II) ใช้หลอดเลือดธรรมดา และอีก 4 ชิ้น (DES; FREEDOM, SYNTAX, VA CARDS, CARDia) ใช้หลอดเลือดชนิดเคลือบยา จากการติดตามเฉลี่ย 5 ปี (หรือนานที่สุด) พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นโรคเบาหวานซึ่งทำ CABG มีการตายจากทุกสาเหตุต่ำกว่าผู้ที่ทำ PCI (RR 0.67, 95% CI 0.52-0.86; $p = 0.002$; $I^2 = 25\%$; 3,131 patients, eight trials) ขณะที่ผลลัพธ์ในผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานไม่พบประโยชน์ด้านการตาย (1.03, 0.77-1.37; $p = 0.78$; $I^2 = 46\%$; 3,790 patients, five trials; p interaction = 0.03) ทั้งนี้ นักวิจัยไม่พบความแตกต่างด้านผลลัพธ์จากการทำ PCI ด้วยหลอดเลือดธรรมดาหรือ

หลอดเลือดชนิดเคลือบยา และไม่สามารถระบุสาเหตุชัดเจนของ heterogeneity ในกรณีนี้พบ

การทำ revascularization ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีหลอดเลือดตีบตันหลายจุดด้วย CABG ลดการตายระยะยาวได้ประมาณหนึ่งในสาม เทียบกับการทำ PCI ด้วยหลอดเลือดธรรมดาหรือหลอดเลือดชนิดเคลือบยา ทำให้ CABG เป็นทางเลือกที่ควรพิจารณาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

เจลเดกซ์โทรสสำหรับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในการก่อกำเนิด

The Lancet, Early Online Publication, 25 September 2013

บทความวิจัยเรื่อง Dextrose Gel for Neonatal Hypoglycaemia (The Sugar Babies Study): A Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial รายงานว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บทางสมองที่พบได้บ่อยและสามารถป้องกันได้ และแม้ที่ผ่านมามีการใช้เจลเดกซ์โทรสเพื่อแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน แต่ก็ยังไม่มีข้อมูลจำกัดสำหรับการใช้ในทารก นักวิจัยจึงศึกษาว่าการรักษาด้วยเจลเดกซ์โทรสให้ผลดีกว่าการป้อนอาหารอย่างเดียวหรือไม่สำหรับการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระยะแรกเกิดในทารกที่มีความเสี่ยง



นักวิจัยศึกษาจากโรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศนิวซีแลนด์ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม ค.ศ. 2008 ถึงวันที่ 31 พฤศจิกายน ค.ศ. 2010 โดยสุ่มให้ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 35-42 สัปดาห์ คลอดมาแล้วไม่เกิน 48 ชั่วโมงและเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้รับ 40% dextrose gel ขนาด 200 มิลลิกรัม/กิโลกรัม หรือเจลยาหลอก การสุ่มได้แบ่งชั้นตามเบาหวานในมารดาและน้ำหนัก

แรกเกิด ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การรักษาล้มเหลวประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 2.6 มิลลิโมล/ลิตรหลังการรักษาสองครั้ง และวิเคราะห์แบบ intention to treat

จากทารกที่ศึกษา 514 ราย พบว่า 242 ราย (47%) เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและมีจำนวนทารกในการวิเคราะห์รวม 237 ราย แบ่งเป็น 118 ราย (50%) ในกลุ่มเดกซ์โทรส และ 119 ราย (50%) ในกลุ่มยาหลอก เจลเดกซ์โทรสลดความถี่ของการรักษาล้มเหลวได้ดีกว่าเทียบกับยาหลอก (16 [14%] vs 29 [24%]; relative risk 0.57, 95% CI 0.33-0.98; $p = 0.04$) โดยที่ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ทารก 3 ราย (3%) ในกลุ่มยาหลอกมีน้ำตาลในเลือดลดลงมาที่ 0.9 มิลลิโมล/ลิตรหนึ่งครั้ง แต่ไม่พบอาการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น

การรักษาด้วยเจลเดกซ์โทรสสามารถทำได้ง่ายและประหยัดค่าใช้จ่าย และควรพิจารณาเป็นการรักษาแบบ first line สำหรับรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับเด็กคลอดก่อนกำหนดในระยะท้าย และเด็กคลอดครบกำหนดในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

สร. เปิดข้อมูลความรุนแรงสังคมไทย รอบ 5 ปี มีเด็กและสตรีถูกทำร้ายทุก 20 นาที

นายสรวงศ์ เทียนทอง รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ขณะนี้ความรุนแรงในเด็กและสตรีเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทุกวันในสังคมไทย และนับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น จากสถิติการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาลทั่วประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2554 มีเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงต้องส่งเข้ารับบริการจำนวน 117,506 ราย เฉลี่ยปีละ 23,501 ราย หรือเกือบทุก 20 นาที ล่าสุดปี พ.ศ. 2554 มีเด็กและสตรีถูกกระทำจำนวน 22,565 ราย เป็นเด็ก 11,491 ราย เป็นหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป 11,074 ราย โดยปัญหาที่พบในกลุ่มเด็กอันดับ 1 คือ การถูกล่วงละเมิดทางเพศพบ 8,518 ราย รองลงมาคือทางร่างกาย 2,413 ราย และทางด้านจิตใจ 262 ราย ผู้ทำร้าย



ส่วนใหญ่คือ คนรู้จัก สาเหตุหลักคือ ผู้กระทำได้รับแรงกระตุ้นจากสื่อลามก ความใกล้ชิดและโอกาสเอื้ออำนวย รองลงมาคือ การดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ส่วนการบาดเจ็บในกลุ่มผู้หญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป อันดับ 1 คือ การถูกกระทำต่อร่างกาย เช่น ถูกทุบตี 8,716 ราย ผู้ทำร้ายส่วนใหญ่เป็นผู้ใกล้ชิด เช่น สามี แฟน สาเหตุอันดับ 1 ได้แก่ การนอกใจ ทะเลาะ หึงหวง รองลงมาคือ เมาส์รา และใช้สารเสพติดอื่น ๆ จากปัญหาดังกล่าวจึงต้องเร่งกระตุ้นให้สังคมไทยเกิดความตระหนัก และร่วมกันแก้ไขป้องกัน ซึ่งในส่วนของการกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งหน่วยบริการเฉพาะคือ ศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศ ให้บริการแบบสหวิชาชีพและครบวงจรทั้งด้านการแพทย์ ซึ่งให้การดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ การสังคมสงเคราะห์ ด้านกฎหมายจนถึงขณะนี้ดำเนินการครบ 100 เปอร์เซ็นต์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปรวม 95 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีทั้งหมด 743 แห่ง หากพบเด็กหรือสตรีถูกทำร้ายหรือเหตุการณ์ที่มีการทำร้ายรุนแรงเกิดขึ้น ขอให้โทรศัพท์แจ้งที่หมายเลข 1669 ทันที จะส่งโรงพยาบาลออกปฏิบัติการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเครือข่ายใกล้เคียงที่เกิดเหตุที่สุดภายใน 15 นาที

สร. ควบคุมมาตรฐานคลินิกความงามทั่วไทย ตัดป้ายคลินิกมาตรฐาน อียากสวย อย่าเสี่ยง

น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2556 นี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจะจัดโครงการอบรมผู้ประกอบการกิจการคลินิกเวชกรรมทุกประเภท ซึ่งมีประมาณ 14,000 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 326 แห่งทั่วประเทศ เพื่อชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้เป็น

แนวทางเดียวกันทั่วประเทศ โดยได้กำหนดมาตรฐานของคลินิกเวชกรรมทุกประเภทจะต้องแสดงหลักฐาน 5 ประการดังต่อไปนี้ 1. ชื่อสถานพยาบาล รวมทั้งเลขที่ใบอนุญาต 11 หลักติดที่หน้าสถานพยาบาล 2. แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลในที่ติดตั้งและเปิดเผย 3. แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมประจำปีของปีปัจจุบัน 4. มีแพทย์อยู่ประจำจริง โดยต้องแสดงชื่อ รูปถ่าย รวมทั้งเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ และ 5. แสดงราคาค่ารักษาที่ชัดเจนติดที่หน้าห้องตรวจ เพื่อให้ประชาชนแยกแยะได้ง่ายยิ่งขึ้น โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ตั้งคณะกรรมการในการตรวจประเมินมาตรฐานของคลินิกความงามมาตรฐาน 1 ชุด ประกอบด้วย ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนภาคเอกชน และสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทุกสาขา ซึ่งในหลักเกณฑ์การประเมิน อาจจะมีการกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติม เช่น มาตรฐานของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในคลินิกต้องผ่าน อย. สถานที่มีความสะอาด ปลอดภัย มีเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิตกรณีฉุกเฉิน ซึ่งจะช่วยแก้ไขในกรณีที่เกิดปัญหา เช่น การแพ้ยาในเบื้องต้นได้ หากผ่านเกณฑ์จะได้รับตราสัญลักษณ์ คลินิกมาตรฐาน อียากสวย อย่าเสี่ยง มีอายุ 2 ปี และจะมีการสุ่มตรวจในระหว่างนั้น หากพบว่าไม่เป็นไปตามเงื่อนไขจะยกเลิกการรับรองและยึดใบอนุญาต พร้อมทั้งดำเนินคดีตามกฎหมาย คือพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541



ในบรรดาผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุที่ได้มาจากการบวนการชีวเทคโนโลยีที่นำมาใช้ทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและแพร่หลายมากที่สุดตัวหนึ่งคือ ยาอีโปติน ในประเทศไทยมีผลิตภัณฑ์ยาต้นแบบและผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุอีโปตินที่ขึ้นทะเบียนในลำดับถัดมาโดยบริษัทอื่นอีกหลายบริษัท ซึ่งผู้เขียนได้เคยนำเสนอว่า ในประเทศไทย ยาอีโปตินที่ขึ้นทะเบียนในลำดับถัดมาที่ไม่ใช่ยาต้นแบบ หรือที่เรียกกันว่า Non-innovator intended copies biologic product ซึ่งขึ้นทะเบียนโดยอาศัยผลการศึกษาวิจัยของตนเองตั้งแต่ด้านคุณภาพ การทดลองในสัตว์ การทดลองในมนุษย์ เพื่อค้นหาและยืนยันความปลอดภัยและประสิทธิภาพของตน โดยไม่มีการเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์ยาต้นแบบแต่ประการใด ด้วยเหตุนี้ ณ ขณะนี้เขียนบทความนี้ ผลิตภัณฑ์ยาอีโปตินในประเทศไทยทุกตำรับที่ **ไม่ใช่**ผลิตภัณฑ์ยาต้นแบบจะ **ไม่เรียกว่า**ผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุคล้ายคลึง (biosimilars)



ผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุอีโปติน (Epoetin):

ประเด็นที่อยู่ในความสนใจของบุคลากรทางการแพทย์ตลอดจนสถานพยาบาลคือ ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงที่เรียกว่า Pure Red Cell Aplasia หรือ PRCA ซึ่งมีความพยายามในประเทศไทยที่จะหามาตรการในการติดตาม ฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดอาการดังกล่าว เช่น การจัดทำการลงทะเบียนการใช้ยา การออกหนังสือเตือนการใช้ยาอีโปตินกับการเกิด PRCA หากมีการบริหารยาโดยการฉีดเข้าใต้ผิวหนัง หรือ แม้แต่การที่กระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งที่ ๙๔๒/๒๕๕๖ เรื่อง **แก้ไขทะเบียนตำรับยา epoetin ชนิด alpha และ beta** โดยเชื่อว่ามาตรการทบทวนทะเบียนตำรับยาอีโปตินในประเทศไทยทุกตำรับที่เคยได้รับการอนุมัติทะเบียนมาก่อนอาจจะช่วยแก้ปัญหาคุณภาพยาอีโปตินที่อาจเชื่อมโยงกับการเกิด PRCA ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรทางการแพทย์อาจมีความเชื่อว่าการดังกล่าวอาจมีสาเหตุมาจากการใช้ยาอีโปตินที่ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ยาต้นแบบ ซึ่งอาจมีคุณภาพด้อยกว่า จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจว่า ปัญหาการเกิด PRCA เกี่ยวข้องมากน้อยเพียงใดกับผลิตภัณฑ์ยาอีโปตินที่ขึ้นทะเบียนในลำดับถัดมาที่ไม่ใช่ยาต้นแบบ และควรมีมาตรการใดที่จะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ใช้ ตลอดจนเกิดความเป็นธรรมกับผู้ประกอบการที่ขึ้นทะเบียนยาอีโปตินในประเทศไทย เพราะการสรุปเชื่อมโยงว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมาจากผลิตภัณฑ์อื่นที่ไม่ใช่ยาต้นแบบโดยไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างแท้จริงสนับสนุน ดูจะไม่เป็นธรรมและไม่เป็นวิทยาศาสตร์เท่าใดนัก อีกทั้งพึงเข้าใจว่า การเกิด PRCA เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์อีโปตินต้นแบบเช่นกัน ดังนั้น มาตรการที่จะนำมาใช้เพื่อแก้ปัญหา PRCA จึงควรมีมาตรฐานการดำเนินการอย่างเสมอภาคกันไม่ว่าจะเป็นกับผลิตภัณฑ์ยาต้นแบบหรือผลิตภัณฑ์อีโปตินของผู้ประกอบการรายอื่นที่ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว

ในเบื้องต้นหากมีความสงสัยว่าการเกิด PRCA สัมพันธ์กับปัญหาด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์ยาอีโปตินของบริษัทอื่น มาตรการตรวจสอบคุณภาพ (Quality Testing) ของผลิตภัณฑ์อีโปตินทุกรุ่นการผลิตของทุกบริษัทไม่ว่าจะเป็นบริษัทยาต้นแบบหรือไม่ใช่ยาต้นแบบ ก่อนการอนุญาตให้นำออกจำหน่ายได้ หรือเรียกว่า Lot Release เช่น การตรวจหาการจับตัวของโมเลกุลขนาดใหญ่ขึ้น

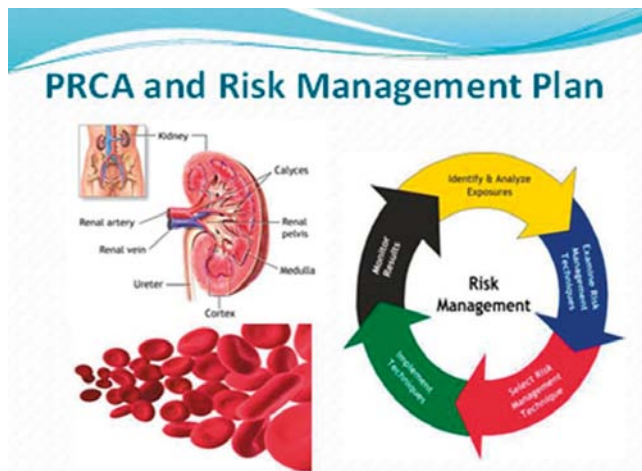


และข้อเสนอแนวทางแก้ไขเบื้องต้น

(aggregate) จนไปกระตุ้นการตอบสนองของภูมิคุ้มกันในร่างกายจนเกิดปัญหา PRCA น่าจะเป็นมาตรการที่เร่งดำเนินการได้ก่อน และมีความเป็นธรรมกับทุกบริษัท หากพบว่า ยาอีโปตินรุ่นการผลิตใดไม่เป็นไปตามคุณภาพมาตรฐานที่กำหนดก็ไม่สามารถออกมาจำหน่ายได้ ดังนั้น ยาอีโปตินที่จำหน่ายในตลาดย่อมผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วจากหน่วยงานที่ได้มาตรฐาน ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานของทางราชการ เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือหน่วยงานภาคเอกชนที่รัฐให้การรับรองเพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพแทนก็ได้ อีกทั้งมาตรการนี้จะช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้ยานี้ว่ามีการประกันคุณภาพผลิตภัณฑ์นี้ในทุกกระบวนการผลิตของทุกบริษัท

นอกเหนือจากมาตรการตรวจสอบคุณภาพทุกรุ่นการผลิตแล้ว ปัญหา PRCA จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังการใช้ยาอย่างใกล้ชิด และยังไม่ชัดเจนว่า หากมีอาการไม่พึงประสงค์เช่นนั้นเกิดขึ้น ปัญหานี้เกิดจากผลิตภัณฑ์ของบริษัทใด เพราะการเกิด PRCA ไม่ได้เกิดกับผู้ทุกราย และอาจใช้เวลานาน 12-24 เดือนกว่าจะเกิดอาการนี้ หากผู้ป่วยคนใดที่ไม่เกิดอาการนี้ในช่วงเวลาการใช้ดังกล่าว ก็มักจะไม่มีเกิดอาการนี้ ที่สำคัญ ผู้ป่วยที่ใช้น้ำอย่างต่อเนื่องอาจได้รับยาจากผู้ผลิตหลายราย เนื่องจากสถานพยาบาลอาจจัดซื้อจัดหาจากผู้ผลิตต่างรายตามการประมูลจัดซื้อที่ได้ทั้งนี้การใช้ยาในผู้ป่วยจึงอาจไม่สามารถจะติดตาม (traceability) ได้ว่า หากอาการ PRCA เกิดขึ้นแล้ว เกิดขึ้นมาจากผลิตภัณฑ์ของผู้ผลิตรายใด ทำให้การสรุปสาเหตุที่แท้จริงของปัญหานี้ว่ามาจากผลิตภัณฑ์ใดจึงทำได้ยากในทางปฏิบัติ

ด้วยเหตุนี้การติดตาม เฝ้าระวัง และจัดการความปลอดภัยหรือความเสี่ยง (Risk Management Plan: RMP) จากการใช้อิโต้นของทุกบริษัทที่จำหน่ายในท้องตลาดด้วยกลไกหรือมาตรฐานเดียวกันจึงน่าจะเป็นทางออกที่ดีประการหนึ่งในการพิสูจน์ไปข้างหน้าว่า ปัญหา PRCA สัมพันธ์กับผลิตภัณฑ์ของบริษัทใดบริษัทหนึ่งหรือไม่ ทั้งนี้ต้องมั่นใจว่าการจัดโครงสร้างแผนบริหารจัดการความเสี่ยง (protocol) จะมีมาตรฐานและความรัดกุมเพียงพอที่เมื่อนำไปสูการปฏิบัติแล้วจะช่วยให้สามารถจัดการความเสี่ยงที่จะเกิด PRCA ได้จริง และเชื่อมโยงได้กับผลิตภัณฑ์ที่ใช้ และเพื่อให้มีมาตรฐานการดำเนินการแบบเดียวกันควรใช้โครงสร้างแผนจัดการความเสี่ยงมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งหน่วยงานภาครัฐอาจร่วมกับภาคเอกชนช่วยกันจัดทำและนำมาใช้บังคับกับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ของทุกบริษัท มิฉะนั้นหากให้แต่ละบริษัทดำเนินการจัดทำแผนจัดการความเสี่ยงของแต่ละบริษัทขึ้นมาเองอาจเกิดความหลากหลายในคุณภาพมาตรฐานการเฝ้าระวัง และการจัดการความเสี่ยง ตลอดจนความเข้มงวดในการจัดเก็บข้อมูล จนอาจไม่สามารถหาข้อสรุปอย่างน่าเชื่อถือได้ ดังนั้น จึงควรเร่งให้มีการจัดทำโครงสร้างแผนบริหารจัดการความเสี่ยงมาตรฐานและนำไปบังคับใช้โดยเร็ว



ดังนั้น ในเบื้องต้นการวางแผนจัดการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการเกิด PRCA และสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ผลิตภัณฑ์ยาอีโต้นที่ได้รับการอนุมัติขึ้นทะเบียนจากสำนักงาน อย. แล้ว ควรมุ่งเน้นไปที่การตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ยาทุกรุ่นการผลิตก่อนปล่อยให้มีการวางจำหน่ายได้ และการบังคับใช้มาตรฐานแผนการจัดการความเสี่ยงกับผลิตภัณฑ์อีโต้นของทุกบริษัท นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความใส่ใจเป็นพิเศษกับการบริหารยาอีโต้นด้วยการฉีดเข้าใต้ผิวหนัง เพราะมีหลักฐานว่ามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเกิด PRCA เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยาด้วยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ อาจกำหนดให้มีการแก้ไขเอกสารกำกับยาให้แสดงข้อความคำเตือนดังกล่าวโดยใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่เป็นพิเศษ และอาจดีกรอบให้เห็นชัด เพื่อช่วยให้นักบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องได้ตระหนัก และหากทำได้ พยายามหลีกเลี่ยงการบริหารยาในผู้ป่วยด้วยการฉีดเข้าใต้ผิวหนัง หากไม่สามารถทำได้ต้องแจ้งเตือนผู้ป่วยให้เฝ้าสังเกตอาการที่อาจบ่งชี้ว่านำไปสู่การเกิด PRCA ซึ่งมีความร้ายแรงและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้

อย่างไรก็ตาม ผู้อ่านบางท่านอาจมีข้อสงสัยว่ามาตรการของกระทรวงสาธารณสุขในการออกคำสั่งให้มีการทบทวนทะเบียนยาอีโต้นทั้งชนิดแอลฟาและบีตาที่กล่าวมาข้างต้นจะช่วยแก้ไข้ปัญหาหรือป้องกันการเกิด PRCA ได้หรือไม่ ในขณะที่ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการเกิด PRCA เกิดกับผลิตภัณฑ์เป็นการเฉพาะ กระบวนการทบทวนดังกล่าวจะช่วยแก้ไข้ปัญหาได้ตรงจุดหรือไม่ และการทบทวนทะเบียนยาดังนั้นจะทบทวนในลักษณะใด

ในประเด็นนี้ผู้เขียนขอให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การทบทวนทะเบียนยาดังที่ว่านั้นหมายถึงการให้ผู้ประกอบการตัดสินใจว่าจะขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ของตนในรูปแบบยาชีววัตถุใหม่ที่ใช้ข้อมูลการทดสอบของตนเองทั้งหมดทั้งด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพ ซึ่งได้มาจากผลการศึกษาทั้งที่ไม่ได้ทำในมนุษย์และที่ทำในมนุษย์ ตามข้อกำหนดการยื่นข้อมูลแบบใหม่ที่แนบท้ายคำสั่ง ช่องทางนี้คือ ช่องทางที่เรียกว่าการขึ้นทะเบียนแบบใช้ข้อมูลของบริษัทตนเองทั้งหมด หรือ Standalone registration ที่ผู้เขียนได้นำเสนอไปในบทความก่อนๆ แล้ว หรือจะขึ้นทะเบียนแบบยาชีววัตถุคล้ายคลึง (biosimilar approach) โดยมีรายละเอียดการทดสอบเฉพาะที่ต้องดำเนินการตาม “แนวทางเฉพาะในการประเมินยา epoetin แบบชีววัตถุคล้ายคลึง” ที่แนบท้ายคำสั่งกระทรวงฯ พร้อมกับแบบฟอร์มข้อกำหนดการยื่นส่งข้อมูล โดยความเห็นส่วนตัวผู้เขียนเชื่อว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่น่าจะเลือกขึ้นทะเบียนในช่องทางแรกคือ การขึ้นทะเบียนแบบ Standalone เพราะผลิตภัณฑ์อีโต้นที่มีในขณะนี้ไม่ใช่ยาต้นแบบมีลักษณะการพัฒนาแบบ Non-innovator intended copies biologic product มาตั้งแต่ต้น จึงมีข้อมูลที่ต้องการจะยื่นส่งอยู่แล้ว แต่ต้องจัดให้มีรูปแบบและปริมาณข้อมูลตามข้อกำหนดใหม่ และอาจมีส่วนต้องศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม จึงไม่น่าจะมีบริษัทใดมายื่นขึ้นทะเบียนแบบยาชีววัตถุคล้ายคลึง เพราะหากจะพัฒนายาอีโต้นแบบยาชีววัตถุคล้ายคลึงต้องอยู่ในแผนการวิจัยและพัฒนามาตั้งแต่ต้น ในขณะที่การขึ้นทะเบียนแบบยาชีววัตถุคล้ายคลึงเพิ่งจะเริ่มมีในครั้งใหม่ที่สำคัญการขึ้นทะเบียนแบบนี้เกี่ยวข้องกับการเลือกตัวผลิตภัณฑ์อ้างอิงที่จะใช้ ต้องมีการสกัดตัวยาสกัดออกจากผลิตภัณฑ์อ้างอิง และทำการทดสอบที่เรียกว่า comparability exercise อย่างเป็นลำดับขั้นมาโดยตลอดทั้งระดับด้วยสำคัญและผลิตภัณฑ์ยา ระยะเวลาในการศึกษาเปรียบเทียบต่าง ๆ น่าจะมากกว่า 3 ปี และไม่น่าจะเป็นไปได้ที่จะจัดหาข้อมูลตามที่กำหนดได้ภายในเวลาเพียง 1 ปี ตามที่คำสั่งกระทรวงฯ ระบุ เว้นแต่จะเป็นการขอขึ้นทะเบียนใหม่ครั้งแรกของยาอีโต้นที่พัฒนาในรูปแบบยาชีววัตถุคล้ายคลึง กรณีนี้ก็นำข้อมูลที่มีอยู่มาขึ้นทะเบียนได้เลย

ในลักษณะดังกล่าว การทบทวนทะเบียนตามคำสั่งกระทรวงฯ จึงอาจไม่ได้มุ่งหมายไปที่การแก้้ปัญหาการเกิด PRCA โดยตรงเฉพาะหน้า แต่ น่าจะมุ่งไปที่การสร้างมาตรฐานด้านคุณภาพให้เกิดขึ้นกับทุกผลิตภัณฑ์อีโต้นที่อยู่ในประเทศไทย เพราะการขึ้นทะเบียนที่ผ่านมาน่าจะเกิดขึ้นมานานจนมาตรฐานคุณภาพมีความหลากหลายได้ การทบทวนทะเบียนในครั้งนี้จึงช่วยรับประกันมาตรฐานคุณภาพเดียวกันของยาอีโต้นจากทุกบริษัท และช่วยสร้างความมั่นใจในการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้นนั่นเอง แล้วพบกันใหม่ในฉบับถัดไปของเดือนพฤศจิกายนครับ

*หมายเหตุ เนื้อหาในบทความนี้เป็นความเห็นทางวิชาการอิสระของผู้เขียน ไม่เกี่ยวข้องกับหรือสะท้อนนโยบายหรือจุดยืนของหน่วยงานต้นสังกัด และมิได้สะท้อนมุมมองของบริษัทฯ แต่อย่างใด บทความนี้สนับสนุนพื้นที่การนำเสนอโดยบริษัท เอเพ็กซ์เซล่า จำกัด เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง



เครียดวัยกลางคนเสี่ยงสมองเสื่อม

บีบีซี – ความเครียดในช่วงวัยกลางคนอาจทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมสูงขึ้น

ผลการศึกษาจากหญิงชาวสวีเดน 800 คน รายงานว่า ผู้หญิงที่ต้องร่นวายุกับปัญหาชีวิต เช่น การหย่าร้าง หรือการพลัดพรากมักมีแนวโน้มที่สูงขึ้นต่อการเป็นอัลไซเมอร์เมื่ออายุมากขึ้น และพบด้วยว่าการที่ผู้หญิงต้องเผชิญกับความเครียดที่รุนแรงมากก็จะส่งผลให้ความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมยิ่งสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว

นักวิจัยคาดว่าสาเหตุน่าจะเกิดจากฮอร์โมนความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อความผิดปกติของสมอง ซึ่งฮอร์โมนความเครียดอาจสูงต่อเนื่องหลายปีนับจากผ่านพ้นเหตุสะเทือนใจ โดยนักวิจัยเสนอแนะให้มีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผล และติดตามว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและโรคสมองเสื่อมเกิดขึ้นในผู้ชายด้วยหรือไม่ ตลอดจนควรมีการศึกษาว่าการจัดการความเครียดและการบำบัดพฤติกรรมสามารถลดการเกิดสมองเสื่อมหรือไม่



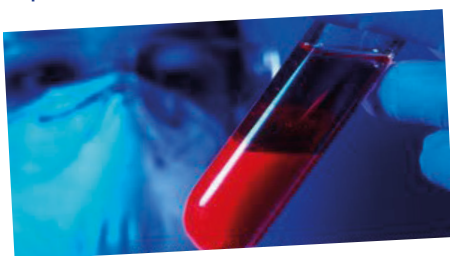
นอนกลางวันกระตุ้นการเรียนรู้

บีบีซี – ให้เด็กเล็กนอนหลับสักหนึ่งชั่วโมงเต็มหลังอาหารเที่ยงจะช่วยให้สมองพร้อมสำหรับการเรียนรู้

นักวิจัยสหรัฐรายงานผลการศึกษาในวารสาร Proceedings of the National Academy of Sciences ว่า การนอนกลางวันจะช่วยให้เด็กเล็กอายุระหว่าง 3-5 ปี สามารถจดจำเนื้อหาที่เรียนได้ดีขึ้น และสามารถเห็นประโยชน์ของการนอนกลางวันได้ตั้งแต่ช่วงบ่ายไปจนถึงวันรุ่งขึ้น โดยผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการนอนกลางวันอาจเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจำและการเรียนรู้ของเด็ก

การสนับสนุนให้เด็กเล็กนอนกลางวันอ้างอิงจากการตรวจการทำงานของสมองระหว่างที่เด็กนอนหลับพบว่า สมองส่วนที่ควบคุมการเรียนรู้และการประมวลข้อมูลใหม่มีการทำงานมากขึ้นในระหว่างที่เด็กนอน ซึ่งเป็นเหตุผลให้เด็กที่ได้นอนกลางวันสามารถจดจำเนื้อหาในชั้นเรียนอนุบาลได้ดีกว่า

ด้านผู้เชี่ยวชาญเปิดเผยว่า เด็กเล็กต้องการนอนหลับวันละ 11-13 ชั่วโมง เพื่อที่จะพักผ่อนอย่างเต็มที่ให้พร้อมสำหรับการเรียนรู้ในวันต่อไป และการศึกษาชิ้นนี้เป็นหลักฐานชี้ว่าการนอนกลางวันก็สำคัญเทียบเท่ากับการนอนกลางคืน และการนอนไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบทำให้เด็กเหนื่อยล้า งอแง หลงลืม และขาดสมาธิ



โลกคุมเอชไอวีได้ผล

บีบีซี – รายงานสหประชาชาติระบุ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีและการตายจากโรคเอดส์ลดลงอย่างฮวบฮาบ

โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (ยูเอ็นเอดส์) เผยว่า อัตราตายลดลงจาก 2.3 ล้านรายอันเป็นสถิติสูงสุดในช่วงปี พ.ศ. 2548 ลงมาเหลือ 1.6 ล้านรายเมื่อปีก่อน ขณะที่การติดเชื้อเอชไอวีลดลงหนึ่งในสามนับจากปี พ.ศ. 2544 ลงมาเหลือ 2.3 ล้านราย และยังเห็นตัวเลขชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยเด็กซึ่งลดลงจากระดับกว่า 500,000 ราย ลงมาเหลือราว 250,000 รายเมื่อปีก่อน โดยผู้สำรวจเชื่อว่าการลดลงของอัตราตายและการติดเชื้อในเด็กน่าจะเป็นผลจากการเข้าถึงยาต้านไวรัสที่ทั่วถึง

ยูเอ็นเอดส์เชื่อว่า ประชาคมโลกกำลังคืบหน้าไปสู่เป้าหมายการหยุดยั้งและจัดการระบาดของโรคเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2558 และเชื่อว่าน่าจะเป็นประสบความสำเร็จเกินเป้าหมายเดิมที่จะช่วยให้ผู้ป่วย 15 ล้านคนสามารถเข้าถึงการรักษาในอีกสองปีข้างหน้า ตามที่องค์การอนามัยโลกกำลังปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อเปิดเกณฑ์การเข้าถึงการรักษาให้กว้างขึ้น

อย่างไรก็ดี รายงานระบุด้วยว่า การให้บริการด้านเอชไอวียังคงเดินหน้าไปอย่างล่าช้า โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงสุด เช่น กลุ่มผู้ขายเสฟติคชนิดฉีด ขณะเดียวกันก็ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มการแก้ไขปัญหามารูณทางเพศต่อผู้หญิงและเด็กหญิงอันเป็นกลุ่มหนึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

เทคโนโลยีใหม่คุมขาเทียมด้วยคลื่นสมอง

Yahoo! – พัฒนาเทคโนโลยีใหม่ควบคุมขาเทียมชีวประติสรีรด้วยคลื่นสมอง นับเป็นความหวังใหม่สำหรับผู้สูญเสียอวัยวะ

นายแซค วอเตอร์ ซึ่งเสียขาขาตั้งแต่ได้เข้าลงมาจากอุบัติเหตุเมื่อปี พ.ศ. 2542 กลายเป็นคนแรกในสหรัฐที่ได้ใช้ขาเทียมชีวประติสรีรซึ่งสามารถสั่งการด้วยคลื่นสมอง โดยเขาเปิดเผยว่า ขาเทียมชีวประติสรีรนี้ได้ผลดียิ่ง และช่วยให้เขาสามารถเดินขึ้นลงที่ราบ ที่ลาด และบันไดได้อย่างคนปกติ ซึ่งการใช้งานก็ทำได้ง่ายเพียงแค่เคลื่อนไหวไปตามที่ใจคิด

นักวิจัยเปิดเผยว่า ขาเทียมชีวประติสรีรนี้สามารถทำได้ทั้งการงอเข่าและข้อเท้าซึ่งเป็นไปไม่ได้เลยสำหรับขาเทียมทั่วไป โดยแพทย์ได้ผ่าตัดเชื่อมเส้นประสาทของวอเตอร์กับกล้ามเนื้อต้นขา ส่วนที่เข้าขาเทียมก็ติดตั้งเซนเซอร์รับสัญญาณจากกล้ามเนื้อสำหรับสั่งการเคลื่อนไหวตามที่คอมพิวเตอร์ประมวลผล

ผลงานนี้เป็นความสำเร็จของสถาบันกายภาพบำบัดชิคาโก โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทัพบกสหรัฐ เพื่อนำไปพัฒนาขาเทียมสำหรับทหารผ่านศึกที่ได้รับบาดเจ็บจากสมรภูมิอิรักและอัฟกานิสถาน



เรียกร้องยุโรประดับตรวจมะเร็งลำไส้

รอยเตอร์ส – นักวิจัยฝรั่งเศสเรียกร้องกลุ่มประเทศยุโรปหันมาสนับสนุนการตรวจมะเร็งลำไส้เป็นประจำ ซึ่งคุ้มค่าต่อการลดอัตราการตาย

นักวิจัยจากสถาบันวิจัยเชิงป้องกันสากลแห่งฝรั่งเศสกล่าวในการประชุมโรคมะเร็งแห่งยุโรปที่กรุงอัมสเตอร์ดัมว่า ที่ผ่านมามีหลายประเทศในยุโรปต่างทุ่มงบประมาณไปกับการตรวจมะเร็งเต้านมและต่อมลูกหมากจนทำให้เกิดผลกระทบจากการตรวจถี่เกินไป ขณะที่ในมะเร็งลำไส้ การตรวจอย่างกระชั้นชิดมีผลเสียเล็กน้อย และมีประโยชน์อย่างชัดเจนในด้านการลดอัตราการตาย

ความแตกต่างด้านนโยบายการตรวจมะเร็งลำไส้ของแต่ละประเทศส่งผลถึงอัตราการตายผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ต่างกันไปด้วย โดยผู้เชี่ยวชาญได้เรียกร้องให้รัฐบาลส่งเสริมให้ประชาชนที่อายุมากกว่า 50 ปีตรวจมะเร็งลำไส้เป็นประจำทุกปี ขณะเดียวกันก็กำหนดให้การตรวจมะเร็งลำไส้บรรจุอยู่ในแผนงานบริการสาธารณสุขระดับประเทศ

อนุมัติتبอ่อนเทียมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

รอยเตอร์ส – สำนักงานอาหารและยาสหรัฐ (เอฟดีเอ) อนุมัติتبอ่อนเทียมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สามารถอ่านค่าน้ำตาลและตัดการจ่ายอินซูลินโดยอัตโนมัติ

ชุดتبอ่อนเทียมประกอบด้วยปั๊มอินซูลินและเซนเซอร์ตรวจค่าน้ำตาลซึ่งจะตัดการจ่ายอินซูลินทันทีเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดปรับมาอยู่ในค่าที่กำหนด เบื้องต้นกำหนดให้ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปี แต่บริษัทเมดิโตนิกซึ่งเป็นผู้ผลิตประกาศจะขยายผลการศึกษาลงถึงเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปีด้วย

อนึ่ง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อันเป็นโรคเบาหวานที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมจำเป็นต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำและต้องใช้อินซูลินวันละหลายครั้ง เนื่องจากระดับอินซูลินที่น้อยหรือมากเกินไปอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายรวมถึงไตวาย โรคหัวใจ และการบาดเจ็บของสมอง



ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดประชุมวิชาการ เรื่อง **Musculoskeletal Imaging : Basic to Advance**

ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอเชิญร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง Musculoskeletal Imaging : Basic to Advance ระหว่างวันที่ 23-24 มกราคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุม อาคาร เอ็ม อาร์ ไอ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยสามารถชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป ถ้าเป็นเงินสด ที่ “นางฉวีวรรณ ศรีไชยปลัด” ณ ห้องธุรการภาควิชา รังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือโอนเงินผ่าน ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น ชื่อบัญชี “นางฉวีวรรณ ศรีไชยปลัด” เลขที่บัญชี 551-2-469627 และโปรดแฟกซ์สำเนาใบโอนเงินไปที่หมายเลข 043-348389 หรือสแกน ส่งมาที่ e-mail : srichaipad@yahoo.com สอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณปริดา จันทร, คุณฉวีวรรณ ศรีไชยปลัด ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โทรศัพท์ 043-363178, 043-348389

Wednesday, January 22, 2014 17.00 - 19.00 pm Welcome party Thursday, January 23, 2014		Friday, January 24, 2014	
7.30 - 8.30 am	Registration	9.00 - 10.00 am	Advanced imaging of inflammatory arthritis (Rubin)
8.30 - 9.00 am	Open ceremony	10.00 - 10.15 am	Coffee break
9.00 - 10.00 am	Knee MRI: meniscus, bone and ligaments (Rubin)	10.15 - 11.00 am	Practical MRI of knee articular cartilage (Rubin)
10.00 - 10.15 am	Coffee break	11.00 - 12.00 pm	Shoulder imaging: rotator cuff and impingement (Rubin)
10.15 - 11.00 am	MSK MRI tips and techniques (Rubin)	12.00 - 13.00 pm	Lunch
11.00 - 12.00 pm	MRI of muscle disorders (Rubin)	13.00 - 14.00 pm	Shoulder imaging: instability and labrum (Rubin)
12.00 - 13.00 pm	Lunch	14.00 - 14.15 pm	Coffee break
13.00 - 13.45 pm	Femoracetabular impingement: truth or fiction (Rubin)	14.15 - 15.00 pm	MRI of degenerative disc disease of the spine (Warthorn)
13.45 - 14.00 pm	Coffee break	15.00 - 16.00 pm	MRI of spinal infection (Lewerat)
14.00 - 15.00 pm	Foot MRI: common and uncommon cases (Punthip)		
15.00 - 16.00 pm	MRI of tumor and tumor-like lesions (Prasanna)		

โรงพยาบาลสระบุรีได้รับรางวัลเป็นหน่วยงานต้นแบบ ในการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสาร



สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ร่วมลง MOU กับโรงพยาบาลสระบุรี เป็นเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหน่วยงานของรัฐ ระดับจังหวัดให้เป็นหน่วยงานต้นแบบในการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารของราชการ ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 โดย **นพ.ชุตติเดช ตาบ-องครักษ์** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี เป็นตัวแทนของจังหวัดสระบุรี ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เมื่อปลายเดือนกันยายนที่ผ่านมา ณ ห้องประชุมกรุงธนบอลรูม โรงแรมรอยัลริเวอร์

อาจารย์ **มช. คว้**รางวัล ต้นแบบคนดีศรีแผ่นดินและคนดีศรีเชียงใหม่

รศ.นพ.ชายชาญ โพธิรัตน์ หัวหน้าหน่วยวิชาโรคระบบการหายใจ เวชบำบัด วิกฤตและภูมิแพ้ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับรางวัล “ต้นแบบคนดีศรีแผ่นดินและคนดีศรีเชียงใหม่” ประจำปี พ.ศ. 2556 จาก กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เมื่อปลายเดือนกันยายนที่ผ่านมา ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติ มหาวิทยาลัยนอร์ท-เชียงใหม่ อ.หางดง จ.เชียงใหม่





รู้ทัน ‘วัยทอง’

ข้อมูลล่าสุดเมื่อวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2556 พบประชากรโลกมีจำนวนทั้งสิ้น 7,180 ล้านคน ในจำนวนนี้พบว่ามีอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 12.8 และทางองค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่าในอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2566) ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 200 ล้านคน ทำให้ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีมากกว่า 1,100 ล้านคน นอกจากนี้ยังมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุอาจมีถึงร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด

สำหรับประเทศไทย ตัวเลขล่าสุดมีประชากรทั้งประเทศประมาณ 67 ล้านคน อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีถึงร้อยละ 11.9 หรือประมาณ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงประมาณร้อยละ 55.6 หรือ 4.5 ล้านคน

รศ.พญ.มยุรี จิรภิญโญ หัวหน้าหน่วยสตรีวัยหมดระดู ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และนายกสมาคมวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยความหมายของสังคมผู้สูงอายุ หมายถึง ประเทศที่มีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ อัตราการเกิดน้อยลง เนื่องจากปัจจุบันนิยมครองสถานะโสดกันมากขึ้น แต่งงานช้าลง มีการคุมกำเนิดที่ดีขึ้น การแพทย์ดีขึ้นทำให้อัตราตายลดลง และมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยอายุขัยเฉลี่ยของหญิงไทยจะอยู่ที่ 73 ปี เมื่อเทียบกับ 10 ปีก่อนซึ่งอยู่ที่ 71 ปี

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ แน่นอนว่าโอกาสในการเกิดโรคต่าง ๆ ย่อมมากขึ้นตามไปด้วย มีการสำรวจพบว่าในวัย 60-69 ปี เป็นโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 69.9 และร้อยละ 83.3 ในวัย 90 ปี จึงต้องมีการดูแลสุขภาพให้ดี เพื่อที่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยจะได้เป็นสังคมที่มีคุณภาพ และปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

รศ.พญ.มยุรี กล่าวอีกว่า หญิงไทยเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู หรือที่เรียกกันว่า ‘วัยทอง’ มักพบปัญหาหลายประการด้วยกัน โดยอาการที่นำมาก่อน

ประมาณ 2-3 ปี มีตั้งแต่ร้อนวูบวาบ อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ เริ่มเฉื่อยชา เบื่อหน่าย ซึ่งอาการเหล่านี้จะปรากฏมากบ้าง น้อยบ้างแตกต่างกันไป อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการทำงานของรังไข่ มีการสร้างฮอร์โมนลดลง และเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดูอาจมีภาวะต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย อาทิ ภาวะที่เกิดขึ้นกับอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ ช่องคลอดแห้ง ปัสสาวะบ่อยขึ้น ปัสสาวะเล็ด กลั้นไม่อยู่ ทางเดินปัสสาวะอักเสบได้ง่าย เนื่องจากเยื่อต่าง ๆ บางลง ขณะเดียวกันผิวหนังจะแห้งและมีอาการคันร่วมด้วย



“อาการที่เกิดขึ้นในช่วงวัยทองดังที่กล่าวมานี้ ใช่ว่าจะเกิดขึ้นกับผู้หญิงทุกราย บางรายอาจเป็นมาก บางรายอาจเป็นน้อย เช่น อาการร้อนวูบวาบ ซึ่งแพทย์จะพิจารณาว่ามีอาการมากน้อยระดับไหน โดยอาการส่วนใหญ่มักจะเกิดในช่วงกลางคืน ทั้งอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก นอนไม่ได้ ต้องลุกขึ้นมาอาบน้ำ พอนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ตื่นเช้าก็จะไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์

ไม่ดี หากอาการเหล่านี้เป็นมาจนรบกวนชีวิตประจำวัน และถ้าไม่มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แพทย์จะรักษาด้วยการให้ฮอร์โมน เพราะฮอร์โมนถือว่าเป็นยาที่ดีที่สุดสำหรับกลุ่มที่มีอาการร้อนวูบวาบ โดยฮอร์โมน นอกจากจะช่วยรักษา

อาการร้อนวูบวาบแล้ว

รศ.พญ.มยุรี จิรภิญโญ



ในรายที่มีอาการ
หงุดหงิด เจ็บขา
เปื้อนหน้า การให้
ฮอร์โมนก็อาจช่วยได้
เช่นกัน”

นอกจากนี้

เมื่อเข้าสู่วัยทองยังอาจ
เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกได้ เนื่องจากฮอร์โมน
เอสโตรเจนลดลง ทำให้กระดูกบางลงและมีโอกาส
เป็นโรคกระดูกพรุน กระดูกหักได้ ในผู้ป่วยบางราย
จะมีอาการปวดเมื่อยตามตัว ปวดกระดูก ปวด
กล้ามเนื้อร่วมด้วย ซึ่งเมื่อเกิดอาการต่าง ๆ ดังที่
กล่าวมา ถ้าเป็นเพียงเล็กน้อยคงไม่เดือดร้อนอะไร
 แต่ถ้าเป็นมาก ๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อาจต้อง
พิจารณาให้ฮอร์โมนในการรักษา โดยเฉพาะในราย
ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี แต่ทั้งนี้การใช้ฮอร์โมนจะต้อง
มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน และต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์

“การเปลี่ยนแปลงของกระดูกเป็นอีกภาวะ
หนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้หญิงวัยนี้ ซึ่งผู้หญิงจะมีโอกาส
เกิดโรคกระดูกพรุนมากกว่าผู้ชาย เนื่องมาจาก
ลักษณะทางกรรมพันธุ์และฮอร์โมนที่แตกต่างกัน
โดยฮอร์โมนที่สร้างจากรังไข่ช่วงที่มีประจำเดือน เช่น
ฮอร์โมนเอสโตรเจนนั้นจะมีผลดีต่อกระดูก แต่เมื่อ
หมดประจำเดือนจะไม่มีการสร้างฮอร์โมนตัวนี้ จึง
ทำให้การทำลายกระดูกเกิดเร็วขึ้น ในช่วง 5 ปีแรก
ผู้หญิงจะมีการทำลายกระดูกค่อนข้างเร็ว คนที่มีการ
สะสมของมวลกระดูกได้ไม่ดีตั้งแต่ในวัยเด็ก โอกาส
เกิดกระดูกบาง กระดูกพรุน จะเร็วกว่าปกติ แต่เรา
สามารถชะลอการสูญเสียของมวลกระดูกให้ช้าลง
ได้ด้วยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่
มีแคลเซียมสูง ๆ ในบางราย การรับประทานอาหาร
อาจไม่เพียงพอ อาจต้องรับประทานแคลเซียมเสริม
ส่วนในรายที่กระดูกพรุนแล้วจะมียารักษาสำหรับ
โรคกระดูกพรุนโดยเฉพาะเพื่อลดการทำลายของ

กระดูก ซึ่งยาบางตัวจะมีคุณสมบัติทั้งลดการทำลายและเพิ่มการสร้างมวลกระดูก
หรือในบางรายอาจมีการพิจารณาให้ฮอร์โมนโดยเฉพาะในผู้หญิงที่อายุน้อย
ดังที่ได้กล่าวแล้วก็จะช่วยลดโอกาสของกระดูกพรุนและกระดูกหักได้”

แม้การให้ฮอร์โมนจะมีผลดี แต่ก็อาจมีผลเสียได้ ในปัจจุบันองค์กรที่
เกี่ยวกับวัยทองจึงได้ออกแนวทางปฏิบัติการให้ยาสำหรับผู้หญิงกลุ่มนี้ โดยมี
ข้อกำหนดการให้ฮอร์โมน โดยจะให้เฉพาะช่วงที่มีอาการร้อนวูบวาบที่มีอาการ

มากจนรบกวนชีวิตประจำวัน หรือหมดประจำเดือนเร็วกว่ากำหนด
คือก่อนอายุ 40 ปี โดยตนเองตามธรรมชาติ หรือถูก
ตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง หรือในรายที่มีอาการช่องคลอด
แห้ง เป็นต้น โดยจะพิจารณาให้ขนาดยาฮอร์โมนที่ต่ำ
สุดที่ให้ผลในการรักษาอาการได้ และให้ระยะเวลาสั้น
ที่สุดคือเมื่อไม่มีอาการแล้ว สามารถหยุดยาได้ แต่ถ้า
ในรายที่หมดประจำเดือนเร็วกว่ากำหนดจะพิจารณาให้ถึงอายุ
เฉลี่ยของผู้หญิงที่หมดประจำเดือน คือประมาณอายุ 50 ปี
และถ้ามีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ซึมเศร้า แพทย์

จะให้ยาด้านซึมเศร้า หรือปวดเมื่อยตามตัว แพทย์

จะให้ยาแก้ปวดเมื่อย ซึ่งเป็นการให้ยารักษาตามอาการแทนการให้ฮอร์โมน

อย่างไรก็ตาม ก่อนการให้ฮอร์โมน แพทย์จะต้องซักประวัติ ตรวจ
ร่างกาย ตรวจเต้านม ตรวจภายในอย่างละเอียดก่อน เนื่องจากอาจมีความเสี่ยง
ของมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และโรคหลอดเลือดและหัวใจ โดยเฉพาะใน
ผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปี หรือหมดประจำเดือนมานานกว่า 10 ปี ดังนั้น การให้
ฮอร์โมนในผู้หญิงวัยนี้จึงต้องมีข้อบ่งชี้ ต้องไม่มีข้อห้ามใช้ และต้องอยู่ในความ
ดูแลของแพทย์

รศ.พญ.มยุรี กล่าวเพิ่มเติมว่า ในวันวัยทองโลกซึ่งตรงกับวันที่ 18
ตุลาคมของทุกปี แต่ละประเทศทั่วโลกจะมีการจัดงาน ซึ่งในปีนี้มีสมาคมวัยหมดประจำ
เดือนนานาชาติ (International Menopause Society) ร่วมกับสมาคมวัยหมดประจำ
เดือนแห่งประเทศไทย จัดให้มีการรณรงค์ดูแลสุขภาพในสตรีวัยหมดประจำเดือนขึ้น ซึ่งประเด็น
หลักที่จะรณรงค์ในแต่ละปีนั้นแตกต่างกันออกไป สำหรับในปีนี้เป็นประเทศไทยและ
ทางสมาคมวัยหมดประจำเดือนนานาชาติจัดงานขึ้นภายใต้หัวข้อ **‘Oncology in midlife
and beyond’** รณรงค์เกี่ยวกับการดูแล ป้องกัน และลดความเสี่ยงให้พ้นจาก
โรคมะเร็งซึ่งพบได้บ่อยขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ไม่ว่าทั้งหญิงและชาย นอกจากโรค
เรื้อรังต่าง ๆ ที่พบได้บ่อย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือดสูง
โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคอ้วน เป็นต้น

โดยข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
ระบุว่ามะเร็งเป็นโรคที่พบได้บ่อยเมื่ออายุมากขึ้น และเป็นสาเหตุการตายอันดับ
2 (ร้อยละ 20-25) รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 35-40
ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนในประเทศไทยพบเป็นสาเหตุการตายได้เป็นอันดับ
1 โดยมีสตรีที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณร้อยละ 20-25 ในแต่ละปี

สำหรับมะเร็ง 10 อันดับแรกที่พบบ่อยในหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม
ร้อยละ 37 มะเร็งปากมดลูกร้อยละ 14.4 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ร้อยละ 8.1 มะเร็งปอดร้อยละ 6.8 มะเร็งตับและท่อน้ำดีร้อยละ 4.0 มะเร็งรังไข่
ร้อยละ 3.7 มะเร็งมดลูกร้อยละ 3.0 มะเร็งช่องปากร้อยละ 2.9 มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
ร้อยละ 2.4 และมะเร็งไทรอยด์ร้อยละ 2.3 ส่วนสาเหตุการตายจากมะเร็ง



ในหญิงไทยที่พบได้บ่อยคือ มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งรังไข่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งช่องปากและกระเพาะอาหาร

การดูแลร่างกาย ควรเอาใจใส่ในการป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเอง การรับประทานอาหารที่ได้ครบทุกหมวดหมู่และรับประทานอาหารสุขภาพที่มีประโยชน์ งดเหล้า บุหรี่ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวันให้มีคุณภาพ การควบคุมน้ำหนักอย่าให้อ้วน และการพบแพทย์เพื่อรับการตรวจร่างกายและการตรวจคัดกรองเพื่อหามะเร็งระยะเริ่มต้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งในผู้หญิงจะพบมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกได้บ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 50 ของมะเร็งทั้งหมด เพราะฉะนั้นจึงควร



ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน และถ้าอยู่ในสถานที่ที่มีเครื่องตรวจเต้านมแมมโมแกรมได้ ควรได้รับการตรวจเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอเพื่อได้ทราบตั้งแต่ระยะเนิ่น ๆ ทำให้การดูแลรักษาได้ผลดี สามารถหายขาดเพื่อลดอัตราการตายจากมะเร็งได้

นอกจากนั้นต้องหมั่นสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลำได้ก้อน มีแผลเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ปวดท้อง ระบบขับถ่ายผิดปกติ มีเลือดออก ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เป็นต้น ควรพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติ และในวัยนี้ควรได้รับการเจาะเลือดตรวจร่างกาย ตรวจ

ภายใน เอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นหัวใจ เป็นประจำทุกปีอย่างสม่ำเสมอ

ในด้านการป้องกัน The World Cancer Research Fund (WCRF) และ The American Institute of Cancer Research (AICR) แนะนำเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก ในการป้องกันโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วยงดสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนักตัว ออกกำลังกาย (อย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง/สัปดาห์) ดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าวันละ 15 กรัม (เทียบเท่าเบียร์ทั่วไปประมาณ 1½ แก้ว/วัน) รับประทานอาหารประเภทผัก เส้นใยพืชและผลไม้ ลดอาหารประเภทไขมัน คาร์โบไฮเดรต

“ที่ผ่านมาเรามีการจัดกิจกรรมมาโดยตลอด ปีที่แล้วเน้นเรื่องโรคอ้วน ปีนี้เราจัดเน้นการรณรงค์ให้เห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดมะเร็งในวัยทอง เพื่อให้ผู้หญิงในวัยนี้ดูแลรักษาตนเอง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองโรค เนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกที่พบมากในผู้หญิงไทยนั้น สามารถตรวจคัดกรองได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ เพราะถ้ารู้เร็วก็สามารถรักษาให้หายขาดได้”

รศ.พญ.มยุรี ยังบอกอีกว่า อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งมีแนวโน้มพบได้มากขึ้น เนื่องจากการมีชีวิตที่ยืนยาวของคนทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ดังนั้น แผนนโยบายแห่งชาติด้านสาธารณสุขควรตระหนักถึงความสำคัญในการเข้าถึงการตรวจค้น การตรวจคัดกรองมะเร็ง และการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงทุกชุมชนได้ รวมถึงการให้ความรู้แก่ประชาชนในการตระหนักถึงความสำคัญของโรค ลดความเสี่ยงทั้งจากการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การหมั่นตรวจและสังเกตตนเองเมื่อมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น และพบแพทย์เพื่อสามารถตรวจวินิจฉัยได้แต่เนิ่น ๆ ทำให้การดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคได้ดีขึ้น เพื่อให้คนวัยนี้สามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โดยเฉพาะมะเร็งที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

“การดูแลผู้ป่วยวัยทองจะต้องเข้าใจและให้เวลากับผู้ป่วย เพราะในวัยนี้จะพบปัญหาหลายด้าน โดยเฉพาะเรื่องของอารมณ์ โดยธรรมชาติแล้วเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีอารมณ์หงุดหงิด ไม่ได้ตั้งใจทั้งในหน้าที่การงาน ครอบครัว รวมถึงปัญหาโรคทางกาย เพราะฉะนั้นในฐานะแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยวัยนี้จะต้องให้เวลา เข้าใจ รับฟัง ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ” **รศ.พญ.มยุรี** กล่าวทิ้งท้าย

ชุดนักศึกษา ‘จำกัดสิทธิ์’ หรือ ‘ความเหมาะสม’



เมื่อไม่นานมานี้ มีเรื่องราวร้อนแรงในรั้วมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งเกี่ยวกับเครื่องแบบนักศึกษาที่มีบางคนคิดว่าการแต่งชุดนักศึกษาคือการจำกัดสิทธิเสรีภาพอย่างหนึ่ง ซึ่งประเด็นดังกล่าวทำให้เกิดความคิดแตกแขนงออกเป็นสองฝ่าย ทั้งฝ่ายที่สนับสนุน และฝ่ายที่เห็นต่าง Talk of The Town ฉบับนี้จึงขอเสนอความคิดเห็นของเหล่านักศึกษาแพทย์ว่ามีคิดเห็นอย่างไรกับการแต่งชุดนักศึกษากันบ้าง...



นศพ.หทัย ทองวิฑูโกมาลย์

“จริง ๆ แล้ว การแต่งชุดนักศึกษาคือการแต่งกายเรียบร้อย แต่หากจะลงรายละเอียดว่าการแต่งกายเรียบร้อยมันเป็นอย่างไร ก็สามารรถแยกย่อยออกมาได้อีกหลายแบบ การจะให้ให้นักศึกษาแต่งกายเรียบร้อยได้ดูเหมือนจะเป็นเรื่องยาก จึงต้องมีระเบียบกฎเกณฑ์ออกมาเพื่อให้นักศึกษารู้ว่าการแต่งกายระดับไหนคือความเรียบร้อย แต่ผมไม่ได้มองว่าการออกมาเรียกร้องเกี่ยวกับชุดนักศึกษาเป็นสิ่งที่ผิด เพราะสำหรับผมไม่ค่อยใส่ใจเรื่องการแต่งกาย ถือว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยสำหรับผม แต่สำหรับบางคนอาจจะคิดว่าเป็นเรื่องใหญ่ จึงออกมาแสดงความคิดเห็นหรือเรียกร้องว่าเป็นการจำกัดสิทธิเสรีภาพ ซึ่งในความคิดผมเห็นว่า การเรียกร้องในส่วนนี้ทำให้เกิดการแต่งกายที่หลากหลายมากขึ้น แต่ก็ทำให้มีช่องว่างระหว่างฐานะมากขึ้นเช่นกัน ส่วนตัวคิดว่ายังมีอีกหลายมุมที่เราจะสามารถแสดงความคิดเห็นได้ โดยแสดงสิทธิเสรีภาพได้มากกว่าเรื่องการแต่งกาย”



นศพ.วินัสันท์ เพ็ญกาไว

“การใส่ชุดนักศึกษาไม่ได้เป็นเรื่องที่สร้างความลำบากให้กับชีวิตถึงขนาดว่าใส่ไม่ได้ ความจริงแล้วการแสดงสิทธิเสรีภาพมันต้องอยู่ในกฎ หนูไม่เห็นว่าการใส่ชุดธรรมดาจะเป็นการแสดงสิทธิเสรีภาพตรงไหน และถ้าแต่งตัวไม่เรียบร้อยมา ยิ่งดูเหมือนกับว่าไม่เคารพสถานที่มากกว่า การใส่ชุดนักศึกษาทำให้รู้ตัวว่ากำลังทำอะไรและอยู่ในบทบาทไหน แต่ถ้าเลือกที่จะไม่ใส่ชุดนักศึกษาก็ควรจะใส่ชุดที่เรียบร้อย ซึ่งถ้าเป็นตัวเองก็ควรจะเลือกใส่ชุดนักศึกษา เพราะรู้สึกว่ามันลำบากกับการที่ต้องมานั่งหาชุดอื่นใส่ การใส่ชุดนักศึกษามันง่ายกว่ามาก ที่สำคัญคือในฐานะนักศึกษาควรทำหน้าที่ของเราให้ดี คือการตั้งใจเรียนให้ดีที่สุด”



นศพ.ภาวินี เหมพรหมราช

“รู้สึกภูมิใจที่ได้ใส่ชุดนักศึกษา ใส่แล้วรู้สึกดี ไม่ต้องคิดมากด้วยว่าจะต้องใส่ชุดอะไร ดูเป็นระบบ ระเบียบ ยิ่งเป็นนักศึกษาแพทย์ด้วยแล้วเมื่อใส่ชุดนักศึกษา เสื้อกาวน์ ก็แสดงออกถึงความ เป็นแพทย์อย่างหนึ่งด้วย คนไข้ก็สามารถรู้ได้ว่าเราเป็นนักศึกษาแพทย์ สามารถเข้ามาพูดคุยหรือซักถามได้ ทั้งนี้หากนักศึกษาบางคนไม่ยอมใส่ชุดนักศึกษา ก็ต้องใส่ชุดที่สุภาพ เสื้อผ้าที่ยาวและคลุมเข่า ซึ่งการใส่ชุดนักศึกษาก็น่าจะง่ายกว่าไม่ต้องคิดมากด้วย ส่วนตัวแล้วมองว่าการแสดงออกถึงสิทธิเสรีภาพไม่จำเป็นจะต้องแสดงออกทางด้านการแต่งกายเท่านั้น สามารถแสดงออกทางด้านความคิด ไม่ว่าจะเป็นทางด้านสังคมหรือเรื่องอะไรก็ได้ แต่ต้องอยู่ในขอบเขตที่ถูกต้อง ไม่รบกวนคนอื่น หรือว่าทำร้ายคนอื่น”





ศ.คลินิก พญ.มุกดา หวังวีรวงศ์

“เพราะเด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก ๆ

หัวใจสำคัญของกุมารแพทย์คือ ต้องอดทน และละเอียดอ่อน”

ถ้าเอ่ยถึง ศ.คลินิก พญ.มุกดา หวังวีรวงศ์ หัวหน้าแผนกโรคภูมิแพ้ ภูมิคุ้มกัน และโรคข้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เชื่อว่าหลาย ๆ คนคงนึกถึงภาพของคุณหมอผู้ใจดีที่เปี่ยมด้วยรอยยิ้ม ความเป็นมิตรที่มีให้กับหนูน้อยที่เจ็บป่วยและครอบครัวอยู่เสมอ ไม่ว่าคนนั้นจะเป็นใคร คุณหมอก็มีความห่วงใยให้การรักษาที่ดีที่สุดกับทุกคนด้วยความคิดที่ว่า “ถ้าเป็นลูกเรา หลานเรา จะต้องให้การรักษาที่ดีที่สุด”

ศ.คลินิก พญ.มุกดา สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ พ.ศ. 2520 จากนั้นจึงศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้านแผนกกุมารเวชกรรมที่โรงพยาบาลเด็ก กรมการแพทย์ จวบจนับตรกumar เวชศาสตร์ ปี พ.ศ. 2524 หลังจากจบการศึกษาได้ไปทำงานที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งประมาณ 4-5 ปี จึงย้ายกลับมาทำงานที่โรงพยาบาลเด็ก ประมาณปี พ.ศ. 2530 หลังจากนั้นได้เป็น Fellow โรคระบบหายใจเด็กที่โรงพยาบาลรามาธิบดี และได้ไปศึกษาต่อที่ St. Christopher's Hospital for Children, Temple University, Philadelphia ประเทศสหรัฐอเมริกา

ศ.คลินิก พญ.มุกดา เล่าถึงจุดเริ่มต้นของการเรียนแพทย์ให้ฟังว่า เนื่องจากสมัยเด็กค่านิยมในสมัยนั้นต้องเป็นแพทย์ และคิดว่าถ้าเป็นแพทย์จะได้ช่วยดูแลพ่อแม่ พี่น้องตัวเอง ญาติ ตลอดจนจนถึงคนอื่น โดยเลือกเป็นกุมารแพทย์หรือหมอเด็ก เพราะการดูแลคนไข้เด็กจะเป็นอะไรที่ตรงไปตรงมา เด็กจะน่ารัก ไม่มีมารยา เวลาป่วยก็จะดูออก พอหายป่วยจะกินและเล่นได้ เราสามารถ

รู้จากลักษณะท่าทางอาการของเขาได้เลยว่าเขาดีขึ้นแล้ว สิ่งนี้เป็นธรรมชาติของเด็ก ซึ่งต่างจากการดูแลรักษาคนไข้ผู้ใหญ่ที่บางครั้งอาจจะมีปัญหาทางกาย ควบคุมกับทางใจ ด้วยสาเหตุนี้จึงทำให้หมอตัดสินใจเลือกการเป็นหมอเด็ก

สำหรับบทบาทหน้าที่

ปัจจุบัน ศ.คลินิก พญ.มุกดา เป็นหัวหน้าหน่วยโรคภูมิแพ้ ภูมิคุ้มกัน และโรคข้อ รับผิดชอบโรคหอบหืด จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ แพ้อาหาร และโรคแพ้ต่าง ๆ โรคทางภูมิคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิด และโรคข้อ รวมทั้งสอนแพทย์ประจำบ้านสาขากุมารเวชศาสตร์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาโรคภูมิแพ้ ภูมิคุ้มกัน และนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิตด้วย





นอกจากนี้ **ศ.คลินิก พญ.มุกดา** ได้เล่าถึงประสบการณ์กว่า 35 ปีของการเป็นกุมารแพทย์ให้ฟังว่า จุดที่ยากที่สุดในการดูแลคนไข้เด็ก โดยเฉพาะพวกเด็กเล็ก ๆ คือเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ขวบ เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้เขาไม่สามารถให้ประวัติเราได้ เพราะเขายังเล็ก ยังไม่สามารถพูดสื่อสารให้เข้าใจได้ ดังนั้นจุดที่ยากที่สุดในกลุ่มคนไข้เด็กที่ยังสื่อสารกับเราไม่ได้ ประวัติจากพ่อแม่จะเป็นสิ่งสำคัญมาก ถ้าเราได้ประวัติมาดี การที่จะวินิจฉัยโรคก็จะผิดไป จุดยากจึงอยู่ที่การซักประวัติจากพ่อแม่ เราต้องซักประวัติให้ละเอียดร่วมกับการตรวจร่างกายเพื่อเป็นส่วนประกอบในการวินิจฉัยโรคของเรา

“หัวใจสำคัญของการเป็นหมอเด็กที่ดี สำหรับหมอคิดว่าคงต้องใช้ความอดทน และละเอียดอ่อน เพราะว่าคนไข้เด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก ๆ เพราะฉะนั้นวิธีการรักษา การให้ยาในคนไข้เด็กจะถือว่าเขาเป็นผู้ใหญ่ตัวเล็ก ๆ ที่เพียงแค่อัดขนาดปริมาณยาลงไม่ได้ เพราะโรคของเด็กบางโรคก็จะไม่เหมือนกับในผู้ใหญ่ เราต้องใช้ความละเอียดเพิ่มมากขึ้นสำหรับคนไข้เด็ก และในส่วนที่หมอเด็กต้องอดทนคือ เราต้องอดทนต่อเสียงร้องไห้ เพราะเวลาที่เด็กร้องไห้ หมอจะตรวจไม่ได้ หมอเด็กแต่ละคนจึงต้องมีกลยุทธ์ของตัวเองในการหลอกล่อให้เด็กสงบเพื่อที่จะตรวจร่างกายได้ นอกจากนี้เราต้องมีความเห็นอกเห็นใจพ่อแม่ โดยเฉพาะเด็กที่หมอดูแลอยู่จะเป็นกลุ่มเด็กโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลารักษานาน ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ต้องดีมาก เพราะถ้าความสัมพันธ์ไม่ดี เวลาที่ให้มาตามนัด พ่อแม่ก็ไม่อยากพาลูกมาพบหมอ เราต้องให้เขามีความรู้สึกว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน ถามทุกข์สุขในครอบครัว เขาจะได้เกิดความรู้สึกว่าเราใส่ใจที่จะให้การดูแลของเขา เขาจะไว้วางใจหมอ หมอพูดอะไรก็เชื่อ และจะมาทุกครั้งที่หมอนัด”

รู้สึกที่เราใส่ใจที่จะให้การดูแลของเขา เขาจะไว้วางใจหมอ หมอพูดอะไรก็เชื่อ และจะมาทุกครั้งที่หมอนัด”

ศ.คลินิก พญ.มุกดา ยังกล่าวถึงความสุขที่ได้จากการเป็นกุมารแพทย์ให้ฟังว่า ความสุขที่หมอได้จากการทำงานตรงจุดนี้ส่วนใหญ่ได้มาจากคนไข้ หมอมีความสุขกับคนไข้ มีความสุขกับเพื่อนและผู้ร่วมงาน จึงทำให้เราอยากทำงานอยู่ตรงนี้ หมอเชื่อว่าการทำงานทุกที่จะต้องมีปัญหา สำหรับหมอจะใช้วิธีการปล่อยวาง ไม่คิดมาก คนไข้เป็นกำลังใจและทำให้เรามีความสุข โดยเฉพาะเวลาที่เขาหายและมาหา เรามีความรู้สึกว่าได้ช่วยเขา เป็นความรู้สึกที่ชื่นใจ

“เวลาที่หมอเจอกับปัญหา ยอมรับว่าบางครั้งรู้สึกท้อ รู้สึกว่าเราควรจะทำอะไรกับชีวิตเราอย่างไร แต่ทุกครั้งก็มักจะได้อกำลังใจจากคนไข้ที่มาหาเราเสมอ สิ่งที่ทำให้หมอมีความสุขคือ การได้สอนหนังสือ ดูแลคนไข้ ทำให้เราปล่อยวาง โดยหมอมิคิดที่ตัวเองยึดถืออยู่เสมอคือ ทำทุกอย่างให้ดีที่สุด เราพอใจในตรงนี้ พอใจในสิ่งที่มืออยู่”

ศ.คลินิก พญ.มุกดา กล่าวต่อว่า นอกจากการดูแลรักษาคนไข้เด็กที่เป็นโรคภูมิแพ้แล้ว อีกหนึ่งโครงการที่หมอดูแลรับผิดชอบอยู่คือ โครงการบ้านปลอดบุหรี่ ซึ่ง **ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ** เลขาธิการมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาคนเป็นผู้ริเริ่มและชวนหมอมาร่วมทำ โครงการบ้านปลอดบุหรี่เป็นโครงการที่ดี เพราะว่าบุหรี่ยี่ห้อหนึ่งหรือสองมีอันตรายมาก โดยเฉพาะบุหรี่ยี่ห้อสอง

“หัวใจสำคัญของการเป็นหมอเด็กที่ดี สำหรับหมอคิดว่าคงต้องใช้ความอดทน และละเอียดอ่อน เพราะว่าคนไข้เด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก ๆ





จะมีอันตรายมากกว่าบุหรี่มือหนึ่ง นอกจากจะเป็นสาเหตุทำให้เด็กเป็นโรคหอบหืดแล้ว ยังมีผลทำให้เด็กที่เป็นโรคหอบหืดอยู่แล้วมีอาการมากขึ้น และมีผลต่อโรคระบบหายใจ รวมทั้งมะเร็งปอดและชนิดอื่น ๆ มากมาย โดยเราเริ่มทำโครงการบ้านปลอดบุหรี่นี้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเราประสบความสำเร็จและได้ขยายโครงการทำต่อไป

อย่างไรก็ตาม ศ.คลินิก พญ.มุกดา ยังได้กล่าวเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคภูมิแพ้ในปัจจุบันด้วยว่า โรคภูมิแพ้โดยเฉพาะโรคหอบหืดยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ไม่ใช่แค่เฉพาะในประเทศไทย แต่เป็นปัญหาทั่วโลก อีกทั้งอุบัติการณ์การเกิดโรคภูมิแพ้วันก็จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมลภาวะที่เป็นพิษของสิ่งแวดล้อม ซึ่งโรคภูมิแพ้สามารถเกิดได้จากหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน และหนึ่งในนั้นคือ กรรมพันธุ์ ส่วนสาเหตุที่เหลือจากนั้นคือ สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและนอกบ้าน สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยร่วมที่จะทำให้เกิดโรคภูมิแพ้ รวมทั้งปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเองก็จะมีส่วนทำให้เขาแพ้เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยโรคภูมิแพ้สามารถเกิดได้ทุกช่วงอายุ แล้วแต่ว่าจะเป็นในระบบไหน และคาดว่าน่าจะมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

“นอกจากนี้หมอยังมีความเป็นห่วงเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กในปัจจุบัน ซึ่งถ้ามองแบบองค์รวมจะเห็นว่าสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันมีปัญหาหนัก โดยเฉพาะเรื่องของอาหารจังก์ฟู้ด (junk food) ที่เป็นสาเหตุทำให้เด็กอ้วน ทำให้เราต้องประสบปัญหาเรื่องของเด็กอ้วนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในส่วนของพ่อแม่อาจจะมองว่าลูกอ้วนน่ารัก แต่เวลาที่เด็กพวกนี้ป่วยจะมีปัญหาและน่าสงสาร โดยเฉพาะถ้าเป็นไข้เลือดออกไม่สามารถแทงน้ำเกลือได้ นอกเหนือจากนั้นก็ยังมีโรคอื่น ๆ ตามมา รวมถึงเรื่องของ EQ, IQ ตลอดจนปัญหาความรุนแรงในเด็ก แม้ว่าพ่อแม่จะเป็นบุคคลสำคัญของลูก แต่อย่าลืมว่าสิ่งแวดล้อมและสื่อก็จะมีส่วนมาก เราจึงต้องใช้ความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่ายร่วมกัน เพื่อลดความก้าวร้าวที่จะนำไปสู่ปัญหาบุหรี่และยาเสพติด”

สุดท้ายนี้ ศ.คลินิก พญ.มุกดา ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาคนไข้เด็กว่า ในการดูแลรักษาเด็ก หมออยากให้มันเป็นแบบองค์รวม สิ่งนี้ถือเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะในบางครั้งถ้าเราคิดว่าเรารักษาเขาเฉพาะหน้าตามอาการที่ป่วย แต่ในบางโรคที่แสดงออกในขณะนี้ บางครั้งไม่ได้จบแค่เพียงเท่านี้ ถ้าเรามีใจหรือดูแลแบบองค์รวม เราก็จะทราบและมองปัญหาได้กว้างขึ้น สิ่งนี้จะทำให้



เราไม่พลาด และพ่อแม่ของคนไข้จะมีความรู้สึกว่า หมอใส่ใจ หมอเห็นลูกของเขาเหมือนกับลูกหลานของหมอ โดยตัวหมอเองจะสอนลูกศิษย์เสมอว่า สำหรับคนไข้เด็กเราต้องดูแลรักษาเป็นแบบองค์รวม ซึ่งถ้าสามารถทำแบบนี้ได้ เราก็จะประสบความสำเร็จในการที่จะดูแลรักษาผู้ป่วย หมอจะบอกกับลูกศิษย์ให้ถามตัวเองก่อนการรักษาเสมอว่า ถ้าเป็นลูกหลานเรา จะให้การรักษแบบนี้หรือไม่ ถ้าตอบตัวเองในตอนนี้ว่าทำ แสดงว่าเราได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่คนไข้ แต่ถ้าตอบตอนนี้ไม่ได้ หมอคิดว่าเป็นการไม่ยุติธรรมกับคนไข้ เราคิดว่าเราทำดีที่สุดให้แก่คนไข้ แต่การดีที่สุดของเราก็ต้องถามเขาด้วย เพราะบางครั้งการดีที่สุดของเราอาจทำให้คนไข้ต้องไปกู้ยืมเป็นหนี้สิน แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นหมอไม่ได้หมายความว่าคนจนจะไม่มีสิทธิที่จะได้อะไร เนื่องจากปัจจุบันสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิอย่างอื่นที่จะมาช่วยได้ ซึ่งถ้าสิทธิเหล่านี้ไม่ได้จริง ๆ หมอก็จะพยายามหาทุนอย่างอื่นช่วยเหลือ เพื่อให้เขาได้รับการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

CPR

ความสามารถของบุคคลต่าง ๆ ที่ทำการปฐมพยาบาล กู้ชีพ ผู้ที่หัวใจหยุดเต้น หรือหยุดหายใจ มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในอดีตเคยมีตัวอย่างจริงมาแล้วคือ ในการคัดเลือกนักกีฬาเยาวชนเทนนิสที่ กรุงเทพมหานคร มีนักกีฬาคนหนึ่งอายุประมาณ 16 ปี หัวใจวายคาสนาม แต่ไม่มีเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถในการปฐมพยาบาล กู้ชีพ หรือ cardio (หัวใจ) pulmonary (ปอด) resuscitation (ช่วยให้ฟื้น) เลย แต่คุณพ่อของนักกีฬาที่เป็นแพทย์ระบบทางเดินหายใจที่เชียงใหม่ ได้รับโทรศัพท์จากคุณพ่อของเพื่อนนักกีฬาที่เคราะห์ร้ายผู้นี้ โดยถูกถามว่าลูกคุณหัวใจหยุดเต้น จะช่วยกู้ชีพ (ทำ CPR) จะต้องทำอะไร ?!

ผมมีความเห็นมานานแล้วว่าสนามแข่งขันกีฬาทุกระดับต้องมีระบบการกู้ชีพ มีบุคลากรทางด้านแพทย์ พยาบาล ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ แต่เป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญของวิธีการกู้ชีพ มีเครื่องมือตั้งแต่เครื่องมือเป่าปาก (ambu bag), เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (automated external defibrillator) รถพยาบาล ระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีความสามารถทางด้านนี้เป็นอย่างดีที่ได้ติดต่อกันไว้ล่วงหน้าแล้ว ฯลฯ

แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ในวงการกีฬายังไม่มีระบบการกู้ชีพที่ทันสมัยและทันต่อเหตุการณ์อย่างเพียงพอ ในขณะที่ผมเป็นสมาชิกวุฒิสภา 2551-2554 ผมได้เริ่มทำเรื่องนี้ แต่ออกมาเสียก่อนเนื่องจากครบวาระของการเป็นสมาชิกวุฒิสภา แต่ปัจจุบันนี้ได้ถูกเชิญให้กลับไปช่วยอนุกรรมการฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬาของวุฒิสภา โดยมีท่าน ส.ว.จรัส จึงยิ่งเรื่องรุ่ง เป็นทั้งประธานกรรมการการกีฬา และประธานอนุกรรมการฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา แต่ปัจจุบันนี้ประธานอนุฯ คือ ท่าน ส.ว.อโณทัย ฤทธิปัญญาวงศ์ ซึ่งคณะอนุกรรมการฯ กำลังทำอะไรหลายเรื่องอยู่ เช่น อยากให้มีระบบการกู้ชีพในสนามกีฬาทุกสนามในระดับที่จำเป็นต่าง ๆ มีการให้สมาคมกีฬาทุกสมาคมมีฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬามีโครงการทำให้เด็กไทยสูง รูปร่างใหญ่โต มีการใช้ความรู้ทางโภชนาการและจิตวิทยามากขึ้น ฯลฯ

แต่สำหรับผม ความสามารถในการ “ปั๊มหัวใจ” หรือกู้ชีพนั้นมีความสำคัญมากต่อประชาชนชาวไทยทุกคน และประเทศไทยไม่ใช่เฉพาะต่อนักกีฬาในสนามกีฬาเท่านั้น ฉะนั้นจึงไม่ควรฝึกเฉพาะแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้มีความรู้ทางด้านนี้เท่านั้น เมื่อเร็ว ๆ นี้มีแพทย์ 2 คนที่ผมรู้จักดีมาก หัวใจหยุดเต้น แต่สามารถกู้ชีพไว้ได้ทัน (คนหนึ่งตีเทนนิสกับเพื่อน ๆ

แพทย์อยู่ในโรงพยาบาล) ซึ่งถ้าเกิดขึ้นข้างนอก ไม่มีเพื่อนที่เล่นด้วยเป็นแพทย์ ผมไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้น

ด้วยเหตุนี้เอง ผมจึงอยากให้รัฐบาลคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างจริงจังและทำอย่างต่อเนื่อง ด้วยการจัดตั้งระบบการฝึกอบรมประชาชนทุก ๆ คนให้มีความรู้ ความสามารถในการทำ CPR อาจเริ่มต้นด้วยการบังคับให้ผู้ที่สอบ

(ต้องสอบ) ใบขับขี่รถยนต์ จักรยานยนต์ ผู้ที่เรียนวิชาดินแดน (ร.ด.) ผู้ที่เป็นทหาร ตำรวจ ผู้ที่เป็นนักบิน เจ้าหน้าที่เครื่องบิน เจ้าหน้าที่ทางด้านกีฬา ฯลฯ ให้เข้ารับการฝึกอบรมก่อน แล้วจึงค่อย ๆ ขยายการฝึกอบรมไปกว้างขึ้น ๆ จนครอบคลุมไปทั่วประเทศ โดยนำวิธีการทำ CPR ไปบรรจุไว้ในโรงเรียนตั้งแต่ชั้นมัธยมต้นหรือปลาย เป็นภาคบังคับไปเลย ผมทราบดีว่าการทำ CPR มีความสำคัญ เพราะสภากษัตริย์ไทย โดยศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย สภากษัตริย์ไทย และสำนักงานยุวกษัตริย์ได้ทำหน้าที่นี้อยู่แล้ว ภายใน 1 เดือนเศษ สำนักงานยุวกษัตริย์ได้จัดการฝึกอบรมเรื่องการปฐมพยาบาล (train the trainers) ให้แก่คณาจารย์จากโรงเรียนทั่วประเทศไป 4 รุ่น รุ่นละประมาณ 60-69 คน เพื่อนำความรู้ไปสอนต่อ แต่ละรุ่นจะใช้เวลา 3 วัน 4 คืน (ไม่ได้เรียนเฉพาะการทำ CPR แต่เรียนเรื่องการปฐมพยาบาลเรื่องอื่น ๆ ด้วย รวมทั้งการทำ CPR ในเด็ก 1 ปี มากกว่า 1 ปี และในผู้ใหญ่) ซึ่งผมเห็นว่าเรื่อง CPR มีความสำคัญมาก ที่สำนักงานยุวกษัตริย์สามารถทำได้ เพราะเราได้รับงบประมาณสนับสนุนโดยเฉพาะเรื่องนี้จาก IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies หรือสหพันธ์สภากษัตริย์และสภาเสี้ยววงเดือนแดงระหว่างประเทศ) เรามีบุคลากรที่เก่ง ที่พร้อม แต่เรามิงบจำกัด ถ้าเรามีแนวร่วม NGO จากภาคเอกชนและภาครัฐ เช่น จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ บริษัทห้างร้านที่ใหญ่โตต่าง ๆ เช่น บริษัท ปตท. ปูนซีเมนต์ บิ๊กซี ฯลฯ มาช่วยสนับสนุนเรื่องงบประมาณ เครื่องมือ เราคงจะทำได้มากกว่านี้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์มหาศาลต่อประเทศไทย เพราะแต่ละคนหัวใจอาจหยุดเต้นได้ทุกเมื่อ

หนีกรุงไปตามฝันที่...ปราก

เมื่อไม่นานมานี้ ฉันได้ไปประชุมนานาชาติด้านการศึกษาที่เรียกกันว่า AMEE 2013 (An International Association For Medical Education 2013) ระหว่างวันที่ 24-28 สิงหาคม ที่ผ่านมา ณ กรุงปราก

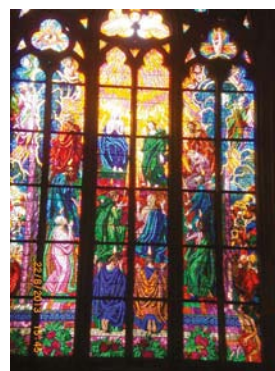
กรุงปรากนับเป็นเมืองโรแมนติกมากแห่งหนึ่ง กรุงปรากเป็นเมืองหลวงของสาธารณรัฐเช็ก ซึ่งถูกปกครองแบบคอมมิวนิสต์มานาน 40 ปี ปัจจุบันได้รับการประกาศให้เป็นเมืองมรดกโลกด้านวัฒนธรรม เมื่อ ค.ศ. 1992 ทั้งนี้เพราะมีการอนุรักษ์บ้านเมืองให้คงสถาปัตยกรรมโบราณ เป็นเมืองแห่งปราสาทร้อยยอด ทิวทัศน์เมืองมีแต่บ้านเรือนสีชมพูและส้มเหมือนสีลูกกวาดทั้งเมือง ตลอดทั้งเมืองมักมีเสียงเพลงล่องลอยอยู่ตลอดเวลา

กรุงปรากมีแม่น้ำวัลตาวาไหลผ่านเมือง และมีการสร้างสะพานหลายแห่งเพื่อข้ามแม่น้ำหลักสายนี้ สะพานหนึ่งที่มีชื่อเสียงเรียกว่า **สะพานชาร์ลส์** บนสะพานมีแผงขายภาพวาด สร้อย และกำไลที่เป็นศิลปะของเช็กมากมาย แต่ละร้านมักมีบัตรประจำตัวของเจ้าของแผง

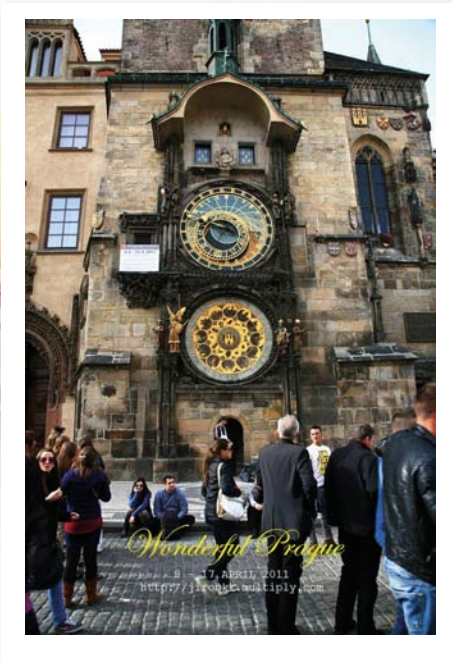
พระเจ้าชาร์ลส์ที่ 4 ทรงโปรดให้สถาปนิกและช่างก่อสร้างชื่อ ปีเตอร์ พาร์เลอร์ (Peter Parler) ให้สร้างสะพานที่ทันสมัยในยุคนั้น ในความคิดเริ่มแรกคือ การสร้างแล้วสามารถที่จะใช้ประโยชน์ในการแข่งขันการต่อสู้บนหลังม้า และหลายปีผ่านไปการตกแต่งสะพานแห่งนี้ก็ประดับประดาด้วยรูปปั้นนักบุญจำนวนมากมาย รูปปั้นที่น่าสนใจและเก่าแก่ที่สุดคือ รูปปั้นของ จอห์น เนโปมุก (John Nepomuk) ในตำนานกล่าวไว้ว่า ถ้าคุณได้เอามือลูบกับแผ่นจารึกทองแดงที่อยู่ตรงฐานของรูปปั้นนั้น แล้วก็จะได้หวนกลับมายังกรุงปรากอีกครั้ง นักท่องเที่ยวล้วนแต่เอามือลูบแผ่นจารึกนั้นทั้งสิ้น จนกลายเป็นแผ่นสีทองแวววาว



ปราสาทปราก (Prague Castle) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 885 เคยเป็นปราสาทของกษัตริย์แห่งเช็กในอดีต อีกทั้งเคยได้รับการรับรองจากกินเนสส์บุ๊กว่าเป็นปราสาทโบราณที่ใหญ่ที่สุดในโลก มีการเชื่อมโยงกันระหว่างส่วนประกอบต่าง ๆ ของปราสาทที่ใหญ่และซับซ้อนที่สุดในโลก ครอบคลุมพื้นที่ถึง 70,000 ตารางเมตร ภายในปราสาทจะมีมหาวิหารเซนต์วิตัส (St. Vitus Cathedral) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1344 ด้วยศิลปะแบบโกธิค ซึ่งมีภาพประดับด้วยหินสีที่ผนังโบสถ์อย่างสวยงาม (ดังภาพ) ตลอดจนมีทำเนียบประธานาธิบดีที่ยังคงใช้งานอยู่จนถึงปัจจุบัน



จัตุรัสเมืองเก่า (Old Town Square) และหอนาฬิกา
ดาราศาสตร์ (Town Hall Clock) ตั้งอยู่ใจกลางเมืองเก่า แวดล้อมด้วยสถาปัตยกรรมบารอค โกธิค และโรโคโคที่อลังการ จัตุรัสเมืองเก่าเป็นอีกย่านที่น่านั่ง มีคาเฟ่หลายร้านให้เลือก นอกจากนี้ยังมีนาฬิกาดาราศาสตร์ (Astronomical clock) สร้างขึ้นกว่า 500 ปีมาแล้ว ทุกชั่วโมงกลไกจะทำงานให้ตุ๊กตาอัครสาวก 12 คนของพระเยซูผลัดกันโผล่หน้าออกมาจากหน้าต่างทักทายฝูงมหาชนแน่นขนัดที่คอยชมอยู่เบื้องล่าง เมื่อ 500 กว่าปีก่อนเทคโนโลยียังไม่พัฒนาเหมือนในปัจจุบัน การใช้กลไกที่ซับซ้อนพอที่จะทำให้ตุ๊กตาหมุนออกมาทักทายผู้คนได้ขนาดนี้ถือว่าเป็นความสำเร็จอย่างมาก



ร้านค้าส่วนใหญ่ตั้งอยู่ใจกลางกรุงปราก บริเวณจัตุรัสเวนเซสลาส และถนนซึ่งอยู่ใกล้กับจัตุรัสเมืองเก่า ของที่ระลึกจากปรากมักเป็นเครื่องแก้วคริสตัล เครื่องประดับโกเมนแบบโบฮีเมีย หุ่นกระบอกและหุ่นชักใยที่ทำจากไม้ นอกจากนี้ยังมีเหล้า Becherovka ซึ่งเป็นเหล้าสมุนไพรซึ่งมีคุณสมบัติช่วยย่อยอาหาร ก็เป็นของที่ระลึกที่แสดงถึงความเป็นเช็กอย่างยิ่ง

พิพิธภัณฑ์มูคา เป็นพิพิธภัณฑ์รวบรวมภาพวาดของอัลฟอน มูคา (Alfons Mucha) ซึ่งเป็นศิลปินชาวเช็กที่โด่งดังจากการวาดภาพของนักแสดงหญิงชาวปารีส ชื่อซาร่าห์ เบอรรินฮาร์ด เพื่อนำไปโฆษณาหน้าโรงภาพยนตร์ในปารีสระหว่างช่วง ค.ศ. 1887-1904 จนในที่สุดก็ตัดสินใจกลับมาสร้างชื่อเสียงให้แก่ปราก พิพิธภัณฑ์แห่งนี้ถูกสร้างโดยอิวาน เลนเดล (Ivan Lendl) นักกีฬาเทนนิสชาวเช็กผู้มีความรักในศิลปะของมูคาเป็นอย่างมาก



อาหารประจำชาติเช็ก คือ หมู กะหล่ำปลี และแป้งต้ม ซึ่งมักจะเสิร์ฟกับเบียร์

เบียร์เช็ก ชาวเช็กชื่นชอบการดื่มเบียร์มาก เบียร์ครึ่งลิตร ราคาถูกกว่าโชดาหรือกาแฟหนึ่งทีเสียอีก ยี่ห้อเบียร์ที่รู้จักกันแพร่หลาย ได้แก่ Pilsner Urquell และ Budweiser

ขนมเตรดนิค (Trdelník) เป็นขนมของชาวฮังการีที่มาโด่งดัง นิยมกันมากในสาธารณรัฐเช็กและสาธารณรัฐสโลวัก ชื่อ Trdelník มาจาก trdlo แปลว่าไม้ปั่นเอง โดยการใช้แป้งที่นวดแล้วมาห่อม้วนไม้แล้วนำไปย่างบนเตา หลังจากนั้นก็นำขึ้นมาคลุกกับน้ำตาล ราคาประมาณ 50 โครนา (100 บาท)



ปรากฏใช้ภาษาเช็กเป็นภาษาราชการ ซึ่งภาษาเช็กเป็นหนึ่งในภาษาสลาวิกตะวันตก และพูดกันแพร่หลายในสาธารณรัฐเช็ก

พลเมืองของสหภาพยุโรปสามารถเข้ารับการรักษาและดูแลที่ปรากฏได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพียงแสดงบัตรประกันสุขภาพกลุ่มสหภาพยุโรปที่ยังไม่หมดอายุ ส่วนผู้ที่เดินทางมาจากประเทศอื่น ๆ นอกสหภาพยุโรปควรแน่ใจว่ามีประกันสุขภาพที่สามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายการรักษาทางแพทย์ที่อาจเกิดขึ้น แม้เช็กจะมีบริการรักษาฉุกเฉินฟรีสำหรับทุกคน แต่ค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากนี้ผู้ใช้บริการต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ภายในเมืองมีร้านขายยาซึ่งให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงตั้งอยู่ทั่วไป

การท่องเที่ยวในปรากเดินทางด้วยรถไฟใต้ดินจะสะดวกมาก อย่างไรก็ดี เนื่องจากฉันไปกับกลุ่มเพื่อนซึ่งมีอุปกรณ์สื่อสารและเตรียมการเดินทางมาอย่างดี ดังนั้น ฉันจึงขี้เกียจค้นหาเส้นทางและมักเดินตามกลุ่มเพื่อนไปเรื่อย ๆ จนวันหนึ่งฉันเกิดหลงทางกับกลุ่มเพื่อนในขณะที่กำลังเดินทางไปยังพิพิธภัณฑ์มูคา แต่เนื่องจาก

เห็นว่ามีร้านนวดแผนไทยอยู่มากในปราก ฉันจึงลองเสี่ยงเดินเข้าไปในร้านเพื่อถามทาง ก็พบว่ามิหนุ่ยไทยจำนวนมากมาทำงานในร้านนวดแผนไทย ซึ่งเธอเหล่านั้นก็ล้วนมีน้ำใจช่วยแนะทางให้จนกระทั่งฉันสามารถเดินทางกลับมายังโรงแรมได้อย่างปลอดภัย



การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

(ตอนที่ 3)

ปัญหาในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

ในปัจจุบันนี้การดำเนินงานตามภาระรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม มีอะไรบ้าง

มาตรา ๔๒ กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนและราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในหน้าที่รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขขาดเอกภาพ

การทำงานของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งการบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ที่ไม่ถ้วนหน้าสำหรับพลเมืองไทย 65 ล้านคน) ทำให้เกิดการบริหารจัดการที่ขาดเอกภาพ หรือเป็นการทำงานที่ “ขาดการบูรณาการ” กล่าวคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้กำหนดงบประมาณและกำหนดนโยบายด้วยโดยไม่รับฟังความคิดเห็นของ “หน่วยบริการ” ว่าขาดแคลนงบประมาณอย่างมากมายมหาศาลเพียงใด แต่ สปสช. ไปกำหนดอัตราการจัดจ่ายตาม สปสช. ต้องการ (โดยไม่ใช้หน้าที่ตามกฎหมาย) สปสช. จะกำหนดจำนวนเงินงบประมาณรักษาโรคอะไรเป็นจำนวนเท่าไร? ตามแต่ที่ สปสช. จะส่งระเบียบการมาให้กระทรวงสาธารณสุขทุกปี รวมทั้งการกำหนดโครงการพิเศษว่าจะรักษาโรคใดบ้าง ไม่รักษาโรคใดบ้าง

การทำงานของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งการบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ที่ไม่ถ้วนหน้าสำหรับพลเมืองไทย 65 ล้านคน) ทำให้เกิดการบริหารจัดการที่ขาดเอกภาพ หรือเป็นการทำงานที่ “ขาดการบูรณาการ”

กระทรวงสาธารณสุขมีภาระงานมากขึ้นแต่ขาดทรัพยากรในการทำงาน

กระทรวงสาธารณสุขมีความขาดแคลนทรัพยากรทุกอย่างที่จำเป็นในการทำงาน ได้แก่ ขาดงบประมาณ ขาดอาคารสถานที่ เวชภัณฑ์ เทคโนโลยี ขาดบุคลากร และที่สำคัญที่สุดคือ ขาด “อำนาจ” ในการจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในการทำงานเหล่านี้จากเงินงบประมาณแผ่นดินโดยตรง ต้องไป “ร้องขอ” จากหน่วยงานอื่น ซึ่งเท่ากับว่ากระทรวงสาธารณสุขตกเป็น “เมืองขึ้น” หรือเป็น “ลูกน้องใต้การควบคุมและบังคับบัญชาขององค์กรตระกูล ส.” ส่วนอัตราค่าจ้างก็ต้องไปร้องขอจากสำนักงาน ก.พ.

ทั้งนี้หลังจากการก่อตั้งสถาบันตระกูล ส. กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณในการทำงานน้อยลงกว่าเดิมเป็นอันมาก จะเห็นได้ว่างบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ที่ สสส. กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รับงบประมาณส่วนนี้โดยตรง ต้องไปขอแบ่งมาจาก สปสช. และไม่ได้ทำงานการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับ สสส.

ส่วนงบประมาณการป้องกันและควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ได้เป็นผู้รับงบประมาณโดยตรง แต่ต้องไปรับงบประมาณจาก สปสช. ตามแต่ที่ สปสช. จะจัดสรรมาให้ งบประมาณในการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุก็อยู่ที่

สสส. งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ที่ สพฉ. (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ)

ส่วนงบประมาณการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพ หลังการเจ็บป่วยก็ต้องไปขอจาก สปสช. ในขณะที่ผู้ป่วยมี จำนวนมากขึ้น จนทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีแต่ภาระงาน ที่มากขึ้นหลายเท่าตัว ไม่สามารถร้องของบประมาณที่จำเป็น ในภาระงานให้เท่ากับจำนวนที่ต้องจ่ายจริง

กระทรวงสาธารณสุขขาดงบประมาณที่จะพัฒนาอาคาร สถานที่ เต็ม เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีต่าง ๆ ฯลฯ ซึ่งเป็น ข้อมูลที่เห็นได้อย่างชัดเจนตามรายงานของโรงพยาบาลระดับ ต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขยังไม่สามารถกำหนดอัตรากำลัง ของบุคลากรได้เอง ต้องไปขอ “โควตา” จากสำนักงาน ก.พ. จึงทำให้ไม่สามารถจัดสรรบุคลากรให้ทำงานได้ตามคุณภาพ มาตรฐาน

นอกจากนั้นสถานการณ์การเกิดโรคภัยไข้เจ็บของ ประชาชนไม่ได้ลดลง อัตราตาย อัตราการบาดเจ็บ และอัตรา การเกิดโรคภัยต่าง ๆ ก็มีเพิ่มขึ้นทุกปี นับว่าสถานะสุขภาพ ของประชาชนไทยไม่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับสถานะสุขภาพของ ประเทศอื่น ๆ

ฉะนั้นกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถกำหนดงบประมาณ กำหนดแผนการป้องกันแก้ไขปัญหาในการบริการ สาธารณสุข ไม่มีอำนาจในการกำหนดอัตรากำลังหรือพัฒนา กระบวนการทำงานหรือเทคโนโลยีใด ๆ ได้เอง ต้องทำตาม การกำหนดของ สปสช. ที่เปลี่ยนระเบียบการใหม่ทุกปี โดย ไม่ได้รับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานจริง ทำให้การบริหาร จัดการและการดำเนินการในระบบสาธารณสุขมีปัญหาอุปสรรค มากมายเพิ่มขึ้นทุกปี

การปฏิรูประบบสาธารณสุข

การแก้ปัญหาในระบบสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็น เร่งด่วน

ในการบริหารจัดการในระบบการดูแลสุขภาพหรือระบบ สาธารณสุขนั้น ถ้าสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ มีความครอบคลุมและเป็นธรรม จะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพ ดี ลดอัตราการเจ็บป่วย แต่ถึงแม้จะเจ็บป่วยก็สามารถที่จะไป รับการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพได้ทุกคนอย่างเป็นธรรม และไม่มี ภาระค่าใช้จ่ายมาเป็นอุปสรรคในการเข้ารับการรักษาพยาบาล รวมทั้งได้รับความสะดวกและปลอดภัยจากการไปรับบริการ สาธารณสุข

ในการบริหารจัดการในระบบการดูแลสุขภาพ หรือระบบสาธารณสุขนั้น ถ้าสามารถทำได้อย่าง มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ มีความครอบคลุม และเป็นธรรม จะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดอัตราการเจ็บป่วย แต่ถึงแม้จะเจ็บป่วยก็สามารถ ที่จะไปรับการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพได้ทุกคน อย่างเป็นธรรม

ข้อเสนอในการปฏิรูประบบสาธารณสุขของ สวรส. ได้มีการ อ้างเอกสารขององค์การอนามัยโลกว่า เครือข่ายของระบบ สาธารณสุขหรือระบบการดูแลสุขภาพควรมีหน่วยงาน ใดบ้าง เพื่อให้สามารถดำเนินการในระบบสาธารณสุข (ระบบ ดูแลรักษาสุขภาพ) ให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

The WHO Health System Framework

เค้าโครงของ The WHO Health System Framework⁽⁹⁾ ต้องประกอบไปด้วย

1. System Building Block ได้แก่ การสร้างระบบใน การสาธารณสุขหรือการดูแลสุขภาพ การสร้างระบบสาธารณสุขหรือการดูแลสุขภาพต้อง ประกอบด้วย

- Leadership/Governance ภาวะผู้นำในการบริหาร จัดการทั้งระบบ
- Healthcare Financing การจัดสรรงบประมาณ ในระบบสาธารณสุข
- Health Workforce การจัดสรรบุคลากรเพื่อทำงาน ในระบบการแพทย์และสาธารณสุข
- Medical Products and Technologies การจัดหา ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
- Information and Research การจัดการข้อมูลหรือ สถิติการเจ็บป่วย และการทำวิจัย
- Service Delivery การให้บริการทางการแพทย์และ สาธารณสุข

(อ่านต่อฉบับหน้า) >>>

Epiduo® Gel

adapalene 0.1% / benzoyl peroxide 2.5%

Epiduo® Gel is fixed-dose combination with Adapalene and Benzoyl peroxide (BPO)

once daily gel



Presentation: EPIDUO® 0.1%/2.5% Gel (Adapalene 0.1% Benzoyl peroxide 2.5%) Gel. **Indication:** Cutaneous treatment of Acne vulgaris when comedones, papules and pustules are present. **Dosage and Administration:** Applied to the entire acne affected areas once a day in the evening. **Contraindication:** Hypersensitivity. **Precaution and Warnings:** Do not apply to cuts, abrasions or eczematous skin. Avoid contact with the eyes, mouth, nostrils or mucous membranes. **Side Effects:** dry skin, contact dermatitis, burning and skin irritation. **Pregnancy and Lactation:** Avoid during pregnancy and lactation.



ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ศศ.1329/2555

For more information please contact
GALDERMA Tel. 0-2734-4777 ext. 4901, direct line : 0-2735-4985
US Summit Corporation (Overseas)
52/184 Ramkamhaeng Rd., Hua-Mark, Bangkok, Bangkok 10240

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology



สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

การประชุม **Advances in Arthritis/Autoimmune Meeting** ครั้งที่ 1

วันศุกร์ที่ 22 พฤศจิกายน 2556

ณ ห้องกมลทิพย์ โรงแรมเดอะสุโกศล กรุงเทพมหานคร

CME
7.25
Credits

08.15-08.30 น. :	พิธีเปิด โดยนายกสมาคมฯ	
08.30-09.15 น. :	Advances in Ankylosing Spondyloarthropathy	พญ.ปวีณา เชี่ยวชาญวิศวกิจ
09.15-10.00 น. :	Advances in Psoriatic Arthritis	พญ.วันรัชดา คัชมาตย์
10.00-10.30 น. :	Coffee Break	
10.30-11.15 น. :	Advances in Osteoarthritis	นพ.พรชัย เดชานูนงษ์
11.15-12.00 น. :	Advances in Gout	นพ.รัตตะพล ภัคโชตานนท์
12.00-12.15 น. :	Lunch	
12.15-12.45 น. :	<i>Luncheon symposium I</i>	
12.45-13.15 น. :	<i>Luncheon symposium II</i>	
13.15-13.30 น. :	พัก	
13.30-14.15 น. :	Advances in Rheumatoid Arthritis I : Pathogenesis and Diagnosis	พญ.ปารวี สุวรรณาลัย
14.15-15.00 น. :	Advances in Rheumatoid Arthritis II : Management	พญ.มนาริปี ไอลศิริ
15.00-15.15 น. :	Coffee Break	
15.15-16.00 น. :	Advances in Arthritis of Systemic Diseases	พญ.ศุภราภรณ์ วังแก้ว
16.00-17.00 น. :	<i>Dinner symposium</i>	
17.00 น. :	อาหารเย็น	

เชิญชวนแพทย์ผู้สนใจ แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์

ติดต่อสอบถามได้ที่ สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

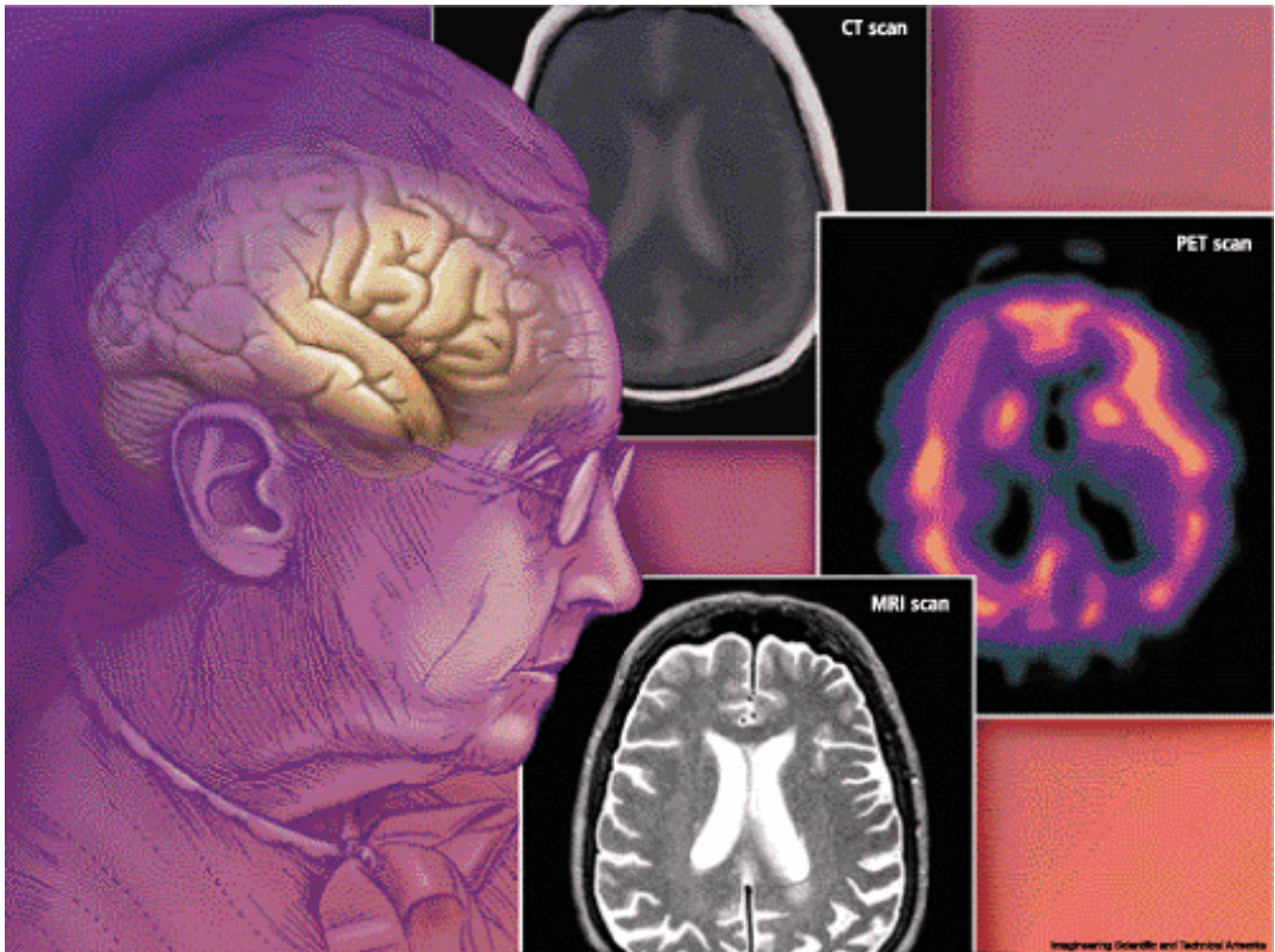
ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 0-2716-6524, 081-658-1524 โทรสาร 0-2716-6525

website : www.thairheumatology.org e-mail : toojaisai@yahoo.co.uk



สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย



ผู้ดูแลตัวช่วยสำคัญ ผู้ป่วยอัลไซเมอร์

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



Alzheimer

พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงาน รวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน ในระยะสุดท้ายของโรคจะสูญเสียความจำทั้งหมด และจะค่อย ๆ แย่ลงจนถึงอาการสุดท้าย คือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และเสียชีวิตเพราะอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

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



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

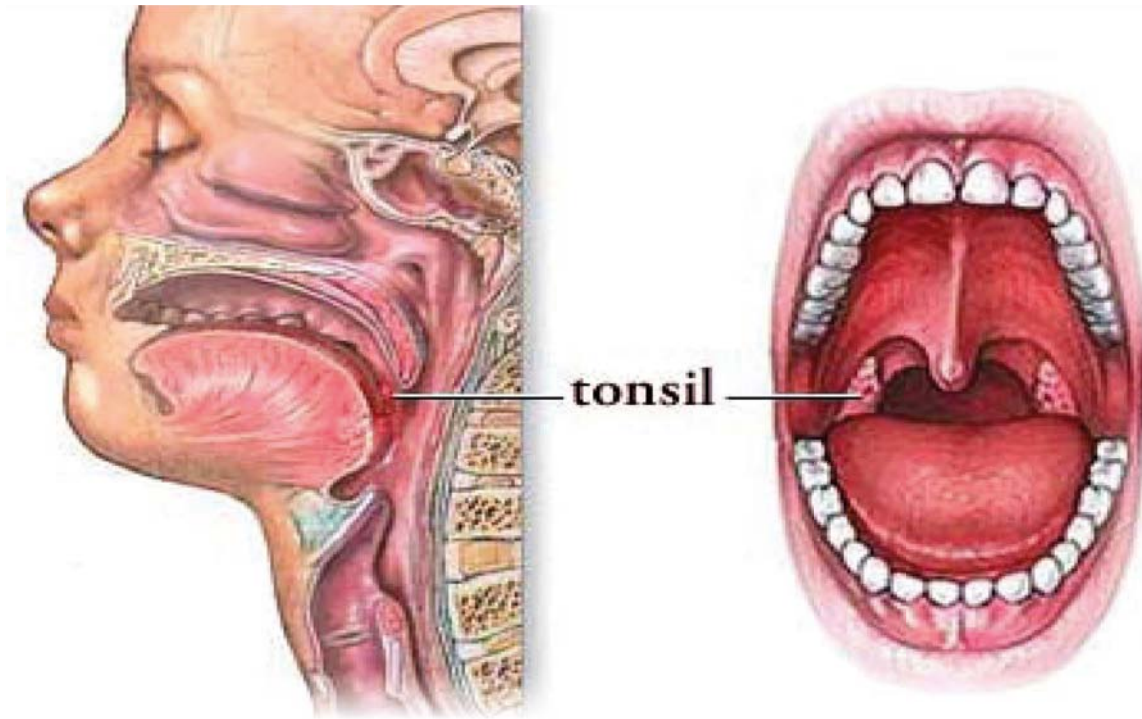


“ที่สำคัญผู้ดูแลจะต้องให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้พอเพียงและถูกหลักโภชนาการ ดูแลเรื่องการออกกำลังกายตามความเหมาะสม รวมถึงการมีกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การพาออกนอกบ้านเพื่อทำกิจกรรม หรือการเข้ากลุ่มกับผู้สูงอายุด้วยกัน หากผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์อยู่ในช่วงระยะเริ่มต้นซึ่งความจำยังไม่บกพร่องมาก ควรหากิจกรรมฝึกความจำให้แก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยชะลออาการของภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเ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



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





การผ่าตัดต่อมทอนซิล

ต่อมทอนซิล (tonsil) เป็นต่อมน้ำเหลืองภายในช่องคอ อยู่ด้านข้างของคอ ข้างลิ้นไก่ และโคนลิ้น มีส่วนที่สร้างภูมิคุ้มกันโรค เพื่อต่อต้านกับเชื้อโรคและสารแปลกปลอมต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย ต่อมาอาจมีขนาดโต (tonsillar hypertrophy) (เซลล์ในต่อมถูกกระตุ้นให้เพิ่มจำนวน) หรือมีการอักเสบเรื้อรัง (chronic tonsillitis) (ทำให้ผู้ป่วยมีไข้ เจ็บคอ กลืนลำบากเป็น ๆ หาย ๆ) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (allergic rhinitis), โรคจมูกอักเสบชนิดไม่แพ้ (non-allergic rhinitis), โรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง (chronic rhinosinusitis) (เนื่องจากมีน้ำมูกไหลลงคอ) หรือมีการอักเสบติดเชื้อของลำคอบ่อย ๆ (recurrent acute pharyngotonsillitis)

การผ่าตัดต่อมทอนซิล (tonsillectomy) จะทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ในเรื่องของการติดเชื้อเรื้อรัง (chronic tonsillitis) หรือเป็น ๆ หาย ๆ (recurrent acute tonsillitis) (ทำให้มีไข้ เจ็บคอ กลืนเจ็บ หรือกลืนลำบากเรื้อรังหรือเป็น ๆ หาย ๆ) จนรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ต้องหยุดเรียนหรือขาดงานบ่อย) หรือมีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้เกิดอาการนอนกรน (snoring) และ/หรือมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea) หรือในรายที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งของต่อมทอนซิล (carcinoma of tonsils)

การผ่าตัดต่อมทอนซิลก่อให้เกิดความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัด มีหลายปัจจัยที่ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ การรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อลดอัตราปวดภายหลังการผ่าตัดต่อมทอนซิล พบ 7 รายงานวิจัยที่กล่าวถึงการใช้ยาภายนอกเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด โดยได้รวบรวมผู้ป่วยจำนวน 593 คน เป็นผู้ป่วยเด็กจำนวน 397 คน และผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 196 คน ติดตามอาการปวดแผลผ่าตัดช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 24 ชั่วโมง ถึง 2 สัปดาห์ รายงานดังกล่าวพบว่ายาภายนอกที่ช่วยบรรเทาปวดได้ดี ได้แก่ Lidocaine spray มีประสิทธิภาพสูงสามารถลดความรุนแรงของอาการปวดหลังผ่าตัดได้ดี ยาภายนอกที่ลดอาการปวดรองลงมาคือ Benzylamine spray แต่อาจพบอาการแสบขณะใช้ แต่ปริมาณไม่มาก

กล่าวโดยสรุป การทำการผ่าตัดควรทำในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน และการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดภายนอก ยาที่ใช้ได้ดี ได้แก่ Lidocaine spray, Benzylamine spray

อาหารสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Nutritional Management in COPD)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) คือโรคที่มีหลอดลมตีบซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายกลับเป็นปกติได้ (not fully reversible airway obstruction)

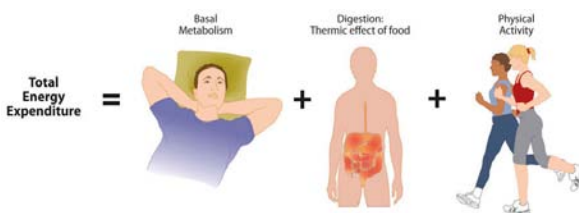
COPD แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) และถุงลมโป่งพอง (Emphysema)

การรักษา COPD จะมุ่งเน้นให้หยุดสูบบุหรี่และรักษาตามอาการ เพื่อเพิ่มคุณภาพให้ดำรงชีวิตในสังคมได้ดี

การรักษาน้ำหนักตัวของผู้ป่วยให้คงที่นับเป็นปัจจัยสำคัญของการรักษาโรค COPD

เมื่อมีอาการหอบเหนื่อยนั้น ผู้ป่วย COPD ต้องการเพิ่มการใช้พลังงานในขณะพัก (Resting Energy Expenditure, REE) ขึ้นไปอีก 10-15% แต่ถ้าผู้ป่วย COPD ไม่ชดเชยพลังงานทดแทนให้เพียงพอโดยการกินอาหารเพิ่มขึ้นก็จะทำให้น้ำหนักตัวลดลง

ปริมาณแคลอรีที่ใช้ต่อวันและต่อกิจกรรม⁽³⁾



พลังงานที่ได้รับจากการเผาผลาญอาหารคำนวณเป็นแคลอรี พลังงานที่ใช้ไปทั้งหมดต่อวันเรียกว่า Total Energy Expenditure (TEE) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. Resting Energy Expenditure (REE) พลังงานพื้นฐานที่ใช้ไปและใช้ไปในการควบคุมอุณหภูมิร่างกายในขณะพักต่อวันซึ่งเป็นพลังงานเกือบ 70% ของทั้งหมดที่ถูกใช้ไป

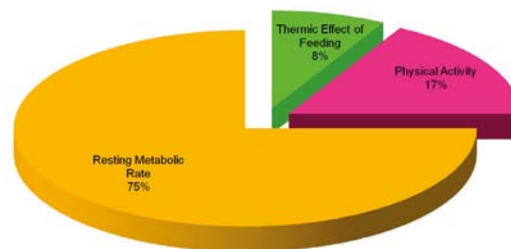
2. Activity Energy Expenditure (AEE) พลังงานที่ใช้ไปในกิจกรรม

สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับและใช้ไปจะมีผลต่อน้ำหนักตัว

ถ้าน้ำหนักตัวคงที่แสดงว่า พลังงานที่ได้รับ = TEE

ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นแสดงว่า พลังงานที่ได้รับ > TEE

ถ้าน้ำหนักตัวลดลงแสดงว่า พลังงานที่ได้รับ < TEE



วิธีการคำนวณพลังงาน

1. คำนวณ Resting Energy Expenditure (REE)

สูตรที่ 1

ชาย: REE (Calories) = 11 x body weight in pounds

หญิง: REE (Calories) = 10 x body weight in pounds

สูตรที่ 2

ชาย: REE (Calories) = 66.47 + 13.75 (weight, kg) + 5 (height, cm) - 6.76 (age, yr)

หญิง: REE (Calories) = 655.1 + 9.65 (weight, kg) + 1.84 (height, cm) - 4.68 (age, yr)

หมายเหตุ: kilograms (pound/2.2), cm = centimeters (inches x 2.54),

age = age (years)

2. Activity Factor (AF) สำหรับแต่ละกิจกรรม

AEE = REE x AF

กิจกรรม	Activity Factor	
	ชาย	หญิง
ขณะพัก: นอนหลับ	1	1
นั่งเฉย ๆ หรือนอนเล่น เช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ	1.3	1.3
ทำงานเบา: ทำงานในสำนักงาน เดินหรือยืนนาน 16 ชม.	1.6	1.5
ทำงานหนักปานกลาง: ขี่จักรยาน ดีเทนนิส เดินรำ	1.7	1.6
ทำงานกระฉับกระเฉง: ทำสวน ออกค่ายทหาร ทำงานขุดเจาะเหมืองแร่ ปั่นเขา	2.1	1.9
ทำงานหนักมาก: ทำงานก่อสร้าง นักกีฬาที่ฝึกซ้อม	2.4	2.2

3. พลังงานทั้งหมดที่ต้องการต่อวัน (แคลอรี)

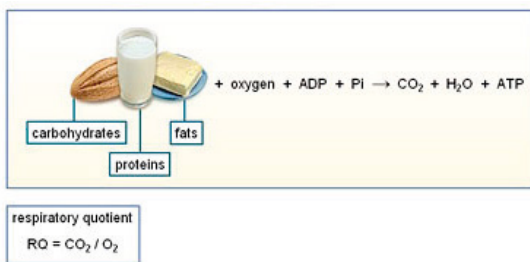
TEE = REE + AEE แคลอรี/วัน

อาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรค COPD ควรกินอาหารเพื่อ

- ให้มีน้ำหนักตัวคงที่
- ให้กล้ามเนื้อหายใจทำงานได้ดี
- เสริมภูมิคุ้มกันเพื่อต่อต้านกับเชื้อโรค

การให้อาหารที่เหมาะสมจะช่วยลดระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดและการหายใจดีขึ้น ซึ่งคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน จะถูกเผาผลาญเพื่อให้เกิดพลังงาน พร้อมทั้งได้เป็นคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำออกมา



Respiratory Quotient (RQ) = ปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ที่ผลิตขึ้น/ปริมาณออกซิเจนที่ใช้ไป

RQ แตกต่างกันไปในอาหารแต่ละประเภท เช่น

RQ ของคาร์โบไฮเดรต = 1

RQ ของไขมัน = 0.7

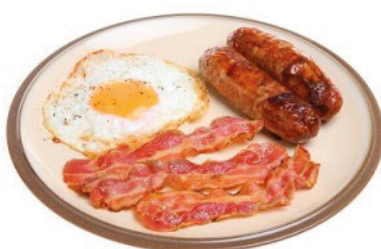
RQ ของไขมัน = 0.8

นั่นแสดงว่าการกินคาร์โบไฮเดรตจะผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ออกมามากที่สุด และการกินไขมันจะผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ออกมาน้อยที่สุด



การกินอาหารที่มีไขมันสูงและคาร์โบไฮเดรตต่ำจะลด RQ นั่นคือลดการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ในผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มักหอบเหนื่อยหรือมีระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงภายหลังจากกินอาหารที่มีสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตสูงก็ควรเปลี่ยนมากินอาหารที่มีสัดส่วนของไขมันสูงแทน



งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร CHEST เดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1993⁽⁹⁾ พบว่า อาหารที่มีไขมันสูง (ปริมาณไขมัน 55% ของสารอาหารทั้งหมด) จะมีประโยชน์กับผู้ป่วยมากกว่าอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง (ปริมาณคาร์โบไฮเดรต 55% ของสารอาหารทั้งหมด) เพราะจะลดการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์และลดการใช้ออกซิเจนมาช่วยหายใจ ซึ่งนั่นก็คือ การลด RQ ซึ่งจะทำให้การหายใจดีขึ้น

ในกรณีผู้ป่วย COPD มีอาการคงที่ก็อาจไม่ต้องกินอาหารที่มีไขมันสูงและคาร์โบไฮเดรตต่ำ เพราะในบางรายก็ทนต่อผลข้างเคียงจากการกินอาหารที่มีไขมันสูงไม่ได้ จนอาจมีอาการท้องอืดหรือท้องเสียเกิดขึ้นได้

นอกจากนี้ผู้ป่วย COPD บางรายอาจมีโรคหัวใจร่วมด้วย ซึ่งการกินอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงย่อมไม่ดีต่อสุขภาพ

สมาคมโภชนาการในอเมริกาแนะนำให้กินอาหารเพื่อชดเชยพลังงานที่ใช้ไป แต่ไม่ใช่ให้กินอาหารปริมาณมากเกินไปเพราะปริมาณอาหารที่มากเกินไปจะทำให้ผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ออกมาจากการกินอาหารที่มีสัดส่วนคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วย COPD ต้องหายใจหอบมากขึ้นเพื่อขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกไปจากร่างกาย

การกินอาหารโปรตีนเพื่อป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อลีบเล็ก กล้ามเนื้ออ่อนแรง และการหายใจดีขึ้น โดยทั่วไปแนะนำให้กินโปรตีน 1.2-1.7 ก./กก./วัน หรือประมาณ 20% ของสารอาหารที่ให้พลังงานทั้งหมด

นอกจากนี้ควรดื่มน้ำ 2-3 ลิตร/วัน เพื่อให้เสมหะไหลออกได้ง่ายและปากไม่แห้ง

อาหารช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค เพราะให้ทั้งพลังงานและช่วยสร้างภูมิคุ้มกันแก่ร่างกาย ดังนั้นจึงควรกินอาหารที่ให้พลังงานมากขึ้นเพื่อต้องการเพิ่มพลังงานในการหายใจมากขึ้น

การเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตที่กินเข้าไปทำให้ผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ออกมา ซึ่งทำให้ปอดต้องทำงานมากขึ้นในการขับออก ดังนั้น แนะนำให้กินอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตต่ำและไขมันสูง โดยมีปริมาณโปรตีนที่เพียงพอ

อาหารที่แนะนำในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- เลือกอาหารอ่อน กินง่าย โดยไม่ต้องเคี้ยวมาก เช่น ซุป ไข่เจียว พาสต้า พายปลา โยเกิร์ต
- ดื่มน้ำที่มีพลังงาน เช่น นมหรือช็อกโกแลต
- เพิ่มสารอาหารโปรตีน

- เพิ่มอาหารที่ให้พลังงาน เช่น ครีม เนย ไข่ นม น้ำตาล แยม น้ำผึ้ง น้ำเชื่อม

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease แนะนำให้เสริมอาหารและออกกำลังกายร่วมด้วย การออกกำลังกายทำให้ออกแรงได้นานขึ้น หอบเหนื่อยน้อยลง การทำงานของหัวใจดีขึ้น และกล้ามเนื้อหายใจทำงานดีขึ้น สำหรับการออกกำลังกายที่ดีจะทำให้ร่างกายใช้พลังงานน้อยลง และมีระดับ REE ที่ปกติด้วย

สารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) วิตามินและเกลือแร่

การเกิดอนุมูลอิสระในปอด ได้แก่ จากการสูบบุหรี่ สูดดมมลพิษก็จะกระตุ้นให้เกิดเอนไซม์ elastase ออกมาทำลายปอดมากขึ้น จึงทำให้ปอดถูกทำลายได้ง่าย

ระบบต่อต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant system) ต้องใช้สารอาหารบางอย่างมาช่วยเสริม เช่น สารทองแดง ซีรีเนียม ธาตุเหล็ก วิตามินซีและอี

การสูบบุหรี่จะเกิดการผลิตสารอนุมูลอิสระ (free radical) ออกมาทำให้เกิดการอักเสบและหลอดเลือดตีบ สารต้านอนุมูลอิสระจะช่วยลดการอักเสบที่เกิดจาก free radical ได้

ผู้ที่สูบบุหรี่มากจะมีระดับวิตามินซีในเลือดต่ำ รวมทั้ง **American Journal of Clinical Nutrition**⁽⁹⁾ เคยรายงานว่า การกินวิตามินซีเพิ่มขึ้นจะทำให้ปอดทำงานดีขึ้น

ผู้ที่สูบบุหรี่บ่อยหรือมีอาการหอบกำเริบบ่อย มักมีระดับสารต้านอนุมูลอิสระในเลือดต่ำ เช่น ascorbic acid วิตามินอี เบต้าแคโรทีน ซีรีเนียม สำหรับการเสียสมดุลระหว่างสารอนุมูลอิสระและการต่อต้านอนุมูลอิสระจะทำให้เกิดการอักเสบในปอดและอาการหอบแย่ลงตามไปด้วย

การได้รับสารต้านอนุมูลอิสระจะทำให้การดำเนินของโรคช้าลง ปอดทำงานดีขึ้น และอาการหอบกำเริบน้อยลง ดังนั้น จึงแนะนำให้กินผักและผลไม้เพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มสารต้านอนุมูลอิสระในผู้ป่วย COPD

ปลาแซลมอน แมคเคอเรล ชาร์ดิน เฮอริง และทูน่ามีน้ำมันโอเมก้า-3 มาก ซึ่งดีต่อหัวใจ และช่วยลดการอักเสบในผู้ป่วยโรค COPD

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรค COPD ยังเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกพรุนเพราะสูบบุหรี่ ระดับวิตามินดีต่ำ body mass index (BMI) ต่ำ มวลกล้ามเนื้อต่ำ และมีการใช้ยาสเตียรอยด์ แพทย์จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยโรค COPD

กินนม เนย และโยเกิร์ต เพื่อเพิ่มปริมาณแคลเซียมให้ร่างกาย

ผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ชนิดสูดออกฤทธิ์ยาว หรือกินสเตียรอยด์ ควรกินแคลเซียมหรือวิตามินดีทดแทน ซึ่งสมาคมโภชนาการในอเมริกาในปี ค.ศ. 2008 รายงานว่า โรค COPD ควรกินแคลเซียม 1,200 มิลลิกรัม/วัน และวิตามินดี 1,000 หน่วย/วัน เพื่อป้องกันกระดูกบาง

วิธีการกินอาหารที่ช่วยให้การหายใจดีขึ้น

- กินอาหารที่ให้พลังงานสูงในตอนเช้า
- ควรกิน 6 มื้อเล็ก ๆ/วัน แทนการกิน 3 มื้อใหญ่/วัน เพื่อไม่ให้เหนื่อยง่าย ขณะกินอาหาร รวมทั้งควรให้เลิฟอาหารหวานหลังกินอาหารหลักไปแล้ว 30-60 นาที
- เคี้ยวช้า ๆ เพื่อให้ละเอียดจะได้ไม่กลืนอากาศเข้าไปมากในขณะกลืน
- เลือกกินอาหารที่เคี้ยวง่าย
- จำกัดเกลือเพราะเกลือทำให้ร่างกายบวมน้ำและหายใจเหนื่อยขึ้น
- กินอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดีเพื่อเสริมกระดูก
- เลี่ยงอาหารที่ผลิตแก๊สมาก เพราะจะทำให้ท้องตึงจนหายใจลำบาก เช่น บรอกโคลี กะหล่ำปลี ถั่ว ข้าวโพด แดงควา แดงโม หัวหอม แอปเปิ้ลดิบ อาหารทอด น้ำอัดลม

- กินในท่านั่งเพื่อให้ปอดทำงานได้ดี
- ดื่มน้ำหลังกินอาหารเสร็จ โดยไม่ควรดื่มน้ำบ่อยระหว่างกินอาหารเพราะจะอิ่มเร็ว นอกจากนี้ควรดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อให้เสมหะไหลออกง่าย และป้องกันภาวะขาดน้ำ

- ดมออกซิเจนในขณะที่กินอาหาร เพราะการกินและย่อยอาหารล้วนต้องใช้ ออกซิเจนทั้งสิ้น

- จำกัดการกินอาหารที่มีคาเฟอีน เพราะคาเฟอีนรบกวนการดูดซึมยาบางอย่าง และทำให้ใจสั่น

- พักผ่อนหลังกินอาหารเสร็จ

การแก้ปัญหาภาวะน้ำหนักลดลง

น้ำหนักลดลงทำให้พยากรณ์โรคไม่ดี เมื่อ body mass index (BMI) ลดลง > 21% จากน้ำหนักของคนปกติ

Renzetti and colleagues⁽⁹⁾ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหลอดเลือดตีบรุนแรงก็มักมีน้ำหนักน้อย

Vandenbergh et al.⁽¹⁰⁾ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีน้ำหนักลดลงมักเสียชีวิตได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวคงที่

เมื่อผู้ป่วยน้ำหนักลดลงจะทำให้

- ง่ายต่อการติดเชื้อ

- อ่อนแรงและเหนื่อยง่าย

- กล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง

ถ้าต้องการพลังงานเพิ่มหรือเพิ่มน้ำหนักควรกิน

- อาหารโปรตีนที่มีพลังงานสูง

- อาหารเส้นใยสูง

- อาหารที่มีเกลือแร่และวิตามิน

- อาหารเสริม

การแก้ปัญหาภาวะน้ำหนักเพิ่ม

ภาวะอ้วน คือ BMI เพิ่มขึ้น 20% จากค่าปกติ โดยจะทำให้ปอดต้องเพิ่มการหายใจมากขึ้นไปด้วย

เมื่อผู้ป่วยอ้วนจะก่อให้เกิด

- หัวใจและปอดทำงานมากขึ้น
- ร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น
- การหายใจลำบากขึ้น เพราะน้ำหนักที่เพิ่มรอบอกและท้อง ยิ่งอ้วนก็ทำให้

ทรวงอกขยายตัวได้ยากและกะบังลมทำงานได้ไม่ดี นอกจากนี้ยังพบมี obstructive sleep apnea มากขึ้นในคนอ้วน

ดังนั้น ควรแนะนำให้ผู้ป่วยพยายามกินมื้อละน้อยและถี่ขึ้น เพื่อไม่ให้กระเพาะอาหารไปตีงจนกีดขวางการทำงานของกะบังลมก็ทำให้ไม่เหนื่อยมากนัก อาหารมื้อละน้อย ๆ ก็ไม่ทำให้เกิดการสูดลำบาก รวมทั้งใช้พลังงานในการเคี้ยวและย่อยน้อยลง รวมทั้งควบคุมน้ำหนักตัวร่วมกับการออกกำลังกาย

นอกจากนี้ควรกินอาหารที่มีเส้นใยมากเช่น ผัก ถั่ว เมล็ดธัญพืช ข้าว ผลไม้ เส้นใยในอาหารทำให้ระบบย่อยทำงานดีขึ้น ช่วยลดระดับน้ำตาลและไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด ควรกินเส้นใย 20-35 กรัม/วัน เพื่อให้ลำไส้ทำงานดีขึ้น

รวมทั้งแนะนำให้คนอ้วนที่มี BMI > 30 กก./ม.² ควรลดน้ำหนักลงด้วย

คำแนะนำสำหรับการมีน้ำหนักตัวเพิ่ม

- กินครบ 3 มื้อ และลดอาหารว่าง
- กินผักและผลไม้
- ลดอาหารไขมันและน้ำตาล
- ออกกำลังกาย
- พยายามไม่ให้มีน้ำหนักเพิ่มหรือลดลง

0.5 กก./สัปดาห์

สรุป

ในขณะที่อาการของโรค COPD แย่ลงไปตามกาลเวลาก็ทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อให้การรักษาด้วยอาหารได้เหมาะสม อันจะทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตและพยากรณ์ของโรคดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Robert M. Rogers, M.D., F.C.C.P., James H. Dauber, F.C.C.P., Sanders Mark H., M.D., F.C.C.P., Claypool William D., M.D., F.C.C.P., Openbrier Diana, RN., Irwin Margaret, R.N., MN. Nutrition and COPD: State-of-the-Art Minireview. CHEST 1984 June;85(6):63S-66S.
2. Emiel F.M. Wouters, MD, PhD, FCCP. Nutrition and Metabolism in COPD. CHEST 2000;117:274S-280S.
3. Linda Houtkooper. Calorie Need Estimates. The University of Arizona College of Agriculture and Life Sciences Tuscon, Arizona. Available from: <http://cals.arizona.edu/pubs/health/az1390.pdf>.
4. COPD and Nutrition: Eat Better, Breathe Better. Project Angel Food For Life for Love, for as long as it takes. Available from: <http://www.angelfood.org/site/pp.asp?c=etlQK6OYG&b=5107485>.
5. Chapter 10: Specialized Nutrition For More Severe COPD. COPD Big Fat Reference Guide (BFRG). 2009 December 3. Available from: http://www.copdbfrg.org/?page_id=1013.
6. Biederman Judi. Diet in the Management of COPD. Good nutrition can help COPD patients feel better. Advance Respiratory Care & Sleep Medicine. 2013 March 19. Available from: <http://respiratory-care-sleep-medicine.advanceweb.com/Columns/COPD-Advantage/Diet-in-the-Management-of-COPD.aspx>
7. Nutrition screening in patients with COPD. 2012 March 9. Available from: <http://www.nursingtimes.net/nutrition-screening-in-patients-with-copd/5042392.article>
8. Ilaria St. Florian, MS, RD. Nutrition and COPD - Dietary Considerations for Better Breathing. Today's Dietitian 2009 February; 11(2):54. Available from: http://www.todaysdietitian.com/newarchives/td_020909p54.shtml.
9. Renzetti AD, McClement JH, Lift BD. The Veterans Administration cooperative study of pulmonary function-mortality in relation to respiratory function in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Med 1966;41:115-29.
10. Vandenberg E, Van De Woestigne K, Cyselen A. Weight changes in the terminal stages of chronic obstructive lung disease. Am Rev Respir Dis 1967;96:556-65.
11. Engelen J, Schols A, Lamers R, et al. Different patterns of chronic tissue wasting among emphysema and chronic bronchitis patients. Clin Nutr 1999;18:275-280.
12. ดร.นพ.ประสงค์ เทียนบุญ พบ. MCN (Nutrition), FICN (Nutrition), PhD (Nutrition). การประเมินภาวะโภชนาการด้วยการวัดสัดส่วน (Anthropometry and body composition assessment of nutritional status). Available from: <http://www.med.cmu.ac.th/dept/nutrition/DATA/COMMON/cmunit-deptped/ped601-prasong/ped601-anthropometric%20assessment-prasong.pdf>.

การประกอบวิชาชีพเวชกรรมต่อคนไข้รายหนึ่ง ที่กระทำโดยแพทย์หลายคน หลายสาขา หลายครั้ง หลายกลุ่ม อาจเกิดกรณีที่มีความเห็นต่างกัน และหากความต่างดังกล่าวนี้เป็นความต่างที่ “เป็นประเด็นในทางคดี” ย่อมทำให้แพทย์ที่ต้องทำการสรุป (ประเด็นแห่งคดี) เกิดความยุ่งยากหรือลำบากในการสรุป (ประเด็น) ทั้งนี้ต้องยอมรับว่าในประเด็นที่เกี่ยวกับความผิดในเรื่อง “ชีวิตและร่างกาย” นั้น สิ่งสำคัญแห่งการตรวจพบ หรือรายงานทางการแพทย์เป็นเอกสารหรือพยานหลักฐานที่สำคัญใน “สำนวนแห่งคดี” โดยเฉพาะเมื่อพบบัญญัติของกฎหมายเป็นเพียง “ข้อความ” “คำ” หรือ “รายละเอียดในรูปลายลักษณ์อักษรเท่านั้น” สิ่งที่จะทำให้เกิดความชัดเจนเพื่อปรับเข้ากับบัญญัติของกฎหมายก็คือ “เอกสารในทางการแพทย์” นั่นเอง ตัวอย่างเช่น ตามมาตรา 297(8)¹ บัญญัติไว้ว่า

“(8) ทพพลภาพ หรือป่วยเจ็บด้วยอาการทุกขเวทนาเกินกว่ายี่สิบวันหรือจนประกอบกรณียกิจตามปกติไม่ได้เกินกว่ายี่สิบวัน”

ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นประการใดก็ตาม เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกรธน ถูกผลักตกลงมาจากที่สูง ถูกวางยา ฯลฯ แต่สิ่งที่ต้องปรับเข้าประเด็นแห่งการดำเนินคดีก็คือ ต้องเป็นประการหนึ่งประการใดตามนี้ คือ

ก. ทพพลภาพ (ตลอดไป)

ข. ป่วยเจ็บด้วยอาการทุกขเวทนาเกินกว่ายี่สิบวัน

ค. ป่วยเจ็บจนประกอบกรณียกิจตามปกติไม่ได้เกินกว่ายี่สิบวัน

การที่จะทราบว่าเป็นกรณี ก. กรณี ข. หรือกรณี ค. ได้นั้นขึ้นอยู่กับ “เอกสารทางการแพทย์ที่ระบุไว้” เช่น ระบุว่า “ใช้เวลาในการรักษาสองเดือน (หรือประมาณสองเดือนก็ใกล้เคียงกัน)” เป็นต้น ก็จะปรับเข้ากับข้อ ค. ทันที ทำให้ผู้ที่จะนำไปใช้ดำเนินคดี เช่น พนักงานสอบสวนสามารถนำมาประกอบคำฟ้องในส่วนตามมาตรา 297(8) ได้ทันทีเพื่อเสนอต่อพนักงานอัยการ เป็นต้น

แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในทางการแพทย์ก็คือ บางครั้งทางการแพทย์ไม่สามารถที่จะระบุถึงสภาพแห่งการบาดเจ็บที่แท้จริงเพื่อให้เข้ากับ “บทบัญญัติของกฎหมายได้ทุกกรณี” หมายความว่า “หากการตรวจพบอยู่ในสภาพที่ไม่อาจตัดสินใจได้ชัดเจน เช่น ไม่แน่ใจว่ามีกระดูกหักหรือไม่ ย่อมถือว่าอยู่ในเกณฑ์กำกวมหรือยังไม่ชัดเจนจัดเป็นเกณฑ์สีเทา “Grey Zone” เช่นนี้ จะทำให้แพทย์ที่มีหน้าที่สรุปเพื่อทำเอกสาร (ใช้ในทางคดีความ) เกิดความยุ่งยากลำบาก “กระอักกระอ่วนใจในการทำรายงาน” (ใบรับรองแพทย์) ถึงการบาดเจ็บหรืออันตรายที่ได้รับจากการบาดเจ็บอย่างแท้จริงของผู้ป่วย

ความไม่แน่ชัดในการวินิจฉัยผู้ป่วยทางคดี: ปัญหาทางนิติเวชคลินิกโดยแท้

Uncertained Diagnosis In Trauma:
The Medico-Legal Problem Proper

.....เมื่อเกิดความเห็นที่ขัดแย้งกันในการวินิจฉัยและความขัดแย้งเป็น “ประเด็นในทางคดี” ว่าจะเป็คดีที่เข้าข่าย “อันตรายบาดเจ็บสาหัสในทางกฎหมายหรือไม่” เช่นนี้สมควรยิ่งที่จะต้องให้มีการตรวจซ้ำจึงเป็นการดีที่สุด หรือจำต้องขอความเห็นเพิ่มขึ้น (second opinion) ซึ่งในรายนี้ได้ทำการส่งตรวจการเอกซเรย์ใหม่และขอให้อ่านผลใหม่..... ฯลฯ

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ป่วย 1 ราย) (YH รายมีกระดูกปลายนิ้วแตก)

ผู้ป่วยชาย อายุ 44 ปี มารับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ด้วยประวัติว่าถูกทำร้ายร่างกาย และบาดเจ็บตามร่างกายหลายตำแหน่ง (ภาพที่ 1)

ประวัติ:

ผู้ป่วยมีเรื่องทะเลาะกันกับชายคู่่อริ เวลาประมาณ 20 นาฬิกาเศษ ต่อมาถูกทำร้ายด้วยหมัด (ถูกตอย) และไม้ (ตี) ผู้ป่วยยกมือและแขนรับเพื่อป้องกันตัว ได้รับบาดเจ็บที่มือ แขน และนิ้ว แต่ไม่ได้สลบ เข้ารับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล (เอกชน) แห่งหนึ่งเมื่อเวลา 00.21 น. ของวันที่ 8 กรกฎาคม 2556

ตรวจร่างกาย: (โดยแพทย์ที่หน่วยอุบัติเหตุ)

แรกรับการรับรู้ (Glasgow Coma Scale = 15 คะแนน)

- แขนและขามีบาดแผลถลอก และฟกช้ำหลายตำแหน่ง (multiple abrasions along the arms and legs)

- บาดแผลถลอกที่ด้านซ้ายของใบหน้าและตอนหน้าของหน้าอกส่วนบน (abrasion at right cheek and upper chest)

- บาดแผลถลอกที่นิ้วเท้าด้านขวา (abrasions at right toes)

- เจ็บมากที่นิ้ววงซ้าย (severe pain at left ring finger)

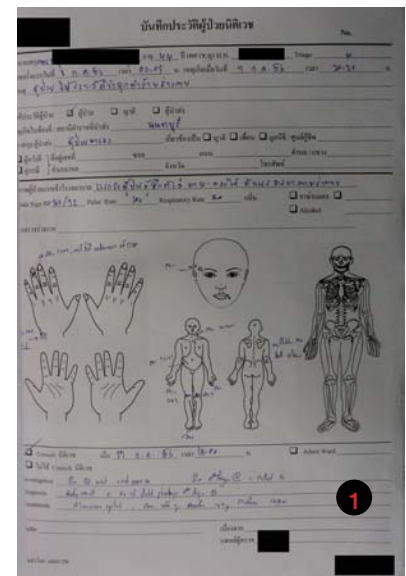
- บาดแผลถลอกและฟกช้ำตามร่างกายอีกหลายตำแหน่ง (other multiple soft tissue injury)

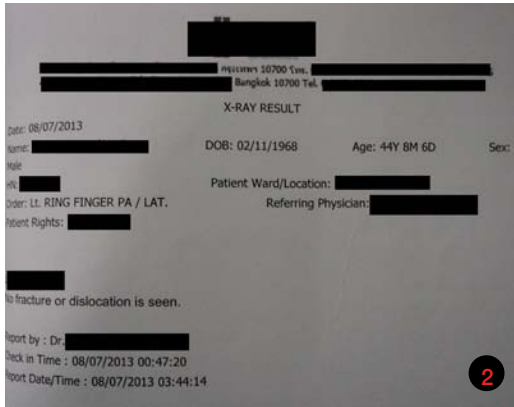
ผลการตรวจเอกซเรย์ (X Ray):

- Left ring finger: (08/07/13): **No fracture or dislocation is seen.**

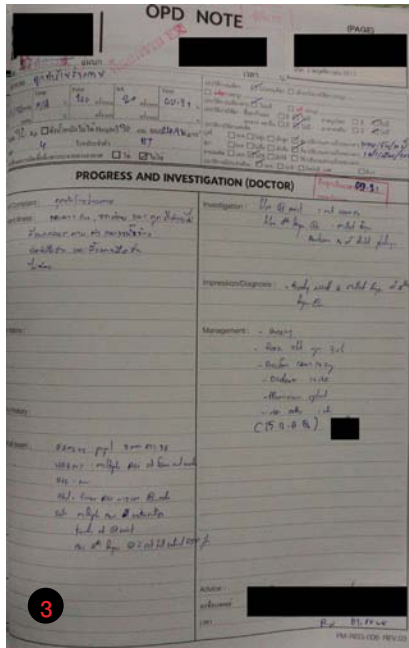
(ภาพที่ 2)

แพทย์ผู้ตรวจเห็นว่าน่าจะมีกระดูกแตกที่บริเวณปลายนิ้ววงซ้าย (clinical fracture) จึงได้ให้คำวินิจฉัยว่า “กระดูกส่วนปลายของนิ้ววงซ้ายแตก” (fracture





of distal phalanx of left 4th finger) โดยได้รับการรักษาอย่างผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุไว้พลางก่อน แล้วได้นัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ทางกระดูกและแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ด้วย และนัดพบแพทย์ผู้ตรวจซ้ำอีกในหนึ่งสัปดาห์ต่อมา (ภาพที่ 3)



ต่อมาผู้ป่วยได้รับการตรวจทั้งจากแพทย์ทางกระดูก (orthopedist) และแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยทางคดี (นิติเวชคลินิก) หากแต่การที่ไม่ชัดเจนในสิ่งตรวจพบว่า “มีกระดูกปลายนิ้วนางซ้ายแตกหรือไม่” แม้ไม่ส่งผลการรักษาเพราะ “หากมีการแตกของกระดูกแต่ไม่เคลื่อนที่” กับ “การที่มีเพียงแตกการบาดเจ็บเท่านั้น” การรักษาก็หาได้แตกต่างกันไม่ แต่อาจมีความแตกต่างในระยะเวลาแห่งการรักษาซึ่งจะมีผลต่อการให้ความเห็นในการหายของการบาดเจ็บคือ มีผลทางนิติเวชศาสตร์นั่นเอง แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์จึงยังคงรอความชัดเจนในการวินิจฉัย

สรุปทางการแพทย์:

1. แพทย์ทางศัลยกรรมกระดูก (Orthopedist)

แล้วเห็นว่ามีการแตกปลายนิ้วนางซ้ายแตก

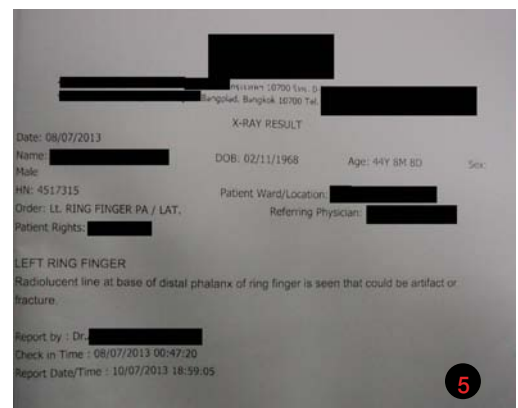
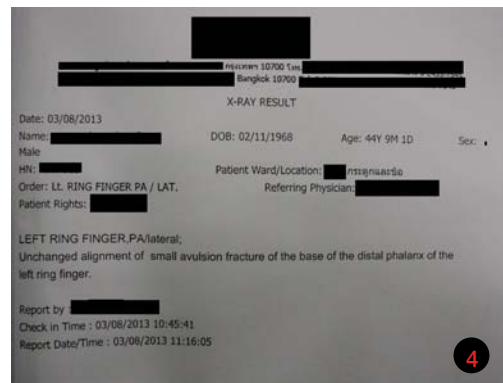
2. แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ เมื่อดูสภาพแห่งการบาดเจ็บแล้ว อยู่ในเกณฑ์ก้ำกึ่งระหว่างการมีกระดูกแตกที่ปลายนิ้วนางซ้าย หรือไม่มีกระดูกแตก เมื่อได้ดูผลจากการเอกซเรย์ (X Ray) แล้วก็เห็นว่า “ไม่น่าจะมีกระดูกแตก”

ต่อมาพนักงานสอบสวนได้มีเอกสาร “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” เพื่อการสรุปการบาดเจ็บกรณีที่ผู้ป่วยได้แจ้งความร้องทุกข์ต่อพนักงานสอบสวนเพื่อการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ที่ทำร้ายผู้ป่วย

เมื่อได้มีการสืบค้นในคราวการนัดติดตามการรักษาผู้ป่วยในวันที่ 3 สิงหาคม 2556 จึงได้ส่งทำการตรวจเอกซเรย์ซ้ำ รวมถึงการขอให้มีการทบทวนการอ่านผลทางเอกซเรย์ใหม่ด้วย

ก. การส่งเอกซเรย์ ครั้งที่ 2: (03/08/13): *Unchanged alignment of small fracture of the base of the distal phalanx of the left ring finger.* (ภาพที่ 4)

ข. ผลอ่านเอกซเรย์ ครั้งที่ 1 ซ้ำอีกครั้ง: (08/07/13): *Radiolucent line at base of distal phalanx of ring finger is seen that could be artifact or fracture.* (ภาพที่ 5)



ผู้ป่วยได้มาติดตามการรักษาอีก โดยทั้งแพทย์ทางศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ (Orthopedist) และแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ได้นัดให้มารับการตรวจและได้ทำการส่งตรวจเอกซเรย์ซ้ำพบว่า มีกระดูกส่วนปลายหักที่ปลายนิ้วนางซ้ายแตก (*Unchanged alignment of small fracture of the base of the distal phalanx of the left ring finger*) เป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยรายนี้มีกระดูกส่วนปลายนิ้วนางซ้ายแตกจริง ทำให้แพทย์ทางด้านนิติเวชศาสตร์ลงความเห็นได้ง่ายขึ้น

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: การตรวจพบในทางคลินิกบางกรณียากต่อการที่จะลงความเห็น

ในทางการแพทย์นั้นในบางครั้งจะเกิดความไม่ชัดเจน ทั้งนี้เพราะการที่จะชี้ชัดถึงสิ่งที่มีอยู่ (ตรวจพบ) นั้นเป็นการยาก หากเทียบกับสิ่งที่ไม่สามารถที่จะระบุได้ว่าเป็น “สีขาว” หรือ “สีดำ” เนื่องจากอยู่ในเกณฑ์กลาง ๆ คือ “สีเทานั้นเอง เทียบเคียง เช่น การอ่านผล Acid Phosphatase Test จากตัวอย่าง (sample) ที่ป้ายจากในช่องคลอด (vagina) เพื่อดูว่าจะมีปฏิกิริยาทางเคมีเพื่อสนับสนุนการตรวจพบส่วนประกอบของน้ำอสุจิด้วยวิธีเคมีนั้นต้องดูว่ามีสีม่วงเกิดขึ้นหรือไม่ แต่เมื่อดูปฏิกิริยาแห่งสีจริง ๆ ในบางครั้งบอกได้ยากว่ามีสีม่วงเกิดขึ้นหรือไม่ในระยะเวลาที่กำหนด เป็นต้น

ดังนั้น ในการอ่านผลเอกซเรย์ก็เช่นเดียวกัน ซึ่งบางครั้งไม่สามารถที่จะระบุได้ว่ามีกระดูกหักหรือไม่

กรณีอุทาหรณ์:

ตามอุทาหรณ์นี้พบว่า ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเนื่องจากถูกทำร้ายมาด้วยอาวุธ (ไม้) แต่จากการตรวจพบว่ามีบาดแผลมากหลายตำแหน่ง ซึ่งบาดแผลที่มีความสำคัญที่สุดคือ “บาดแผลที่บริเวณปลายนิ้วนางของมือซ้ายมีกระดูกแตกหรือไม่” ซึ่งในประเด็นนี้มีความเห็นแตกต่างกัน

ก. แพทย์ทางอุบัติเหตุ (แพทย์ด้านแรก) และแพทย์ทางศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์ เห็นว่า มีกระดูกหัก

ข. แพทย์ทางรังสี เห็นว่า **“ไม่มีกระดูกหัก”** (แตก)

ค. แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ ดูจากเอกซเรย์และผลอ่านของรังสีแพทย์ เห็นว่า **“ไม่มีกระดูกหัก”** แต่ไม่มั่นใจในผลการตรวจเช่นเดียวกัน

โดยหลักเมื่อยังไม่มั่นใจในผลที่ตรวจจำเป็นต้องรอเพื่อการวินิจฉัยให้ถูกต้องที่สุดก่อนลงความเห็นในทางคดี (ในกรณีนี้ต่อมาได้มีการส่งให้อ่านเอกซเรย์ซ้ำและมีการถ่ายภาพเอกซเรย์ใหม่ซึ่งยืนยันการมีกระดูกแตกที่ปลายนิ้วนางซ้าย)

ประการที่ 2: ความสำคัญในทางนิติเวชศาสตร์และในทางคดี

กระดูกที่แตกหรือหักหากมีเพียงเล็กน้อย ยิ่งหากไม่มีการเคลื่อนที่ของกระดูกด้วยแล้ว **“การรักษา”** หรือการดำเนินการ **“ทางคลินิก”** อาจไม่มีความแตกต่างกันเลย ดังเช่นในกรณีตามอุทาหรณ์ เพราะการรักษาอาจกระทำเพียงการทำให้กระดูกนิ้วไม่เคลื่อนไหวได้ง่ายเท่านั้น (splinting) โดยการตามกระดูก (finger split) หรือโดยการจับมัดคู้กับนิ้วข้างเคียง (buddy) ก็น่าจะเพียงพอแล้ว

แต่ในทางคดีแล้วเรื่องกระดูกหัก (แตก) นับว่ามีความสำคัญอย่างมาก โดยความสำคัญในทางคดีนั้นอยู่ที่การลงความเห็นของแพทย์เพื่อแสดงถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บ เพื่อที่พนักงานสอบสวนหรือ “ผู้ที่จะนำคดีขึ้นสู่ศาลกรณีที่มีการฟ้องร้องเอง” นั้นจะระบุถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ได้รับ ทั้งนี้เพราะในบทระบบัญญัติของกฎหมาย¹ กล่าวคือ

ทำร้ายร่างกายไม่เป็นอันตรายต่อกาย (มาตรา 391)

มาตรา 391¹ ผู้ใดใช้กำลังทำร้ายผู้อื่น โดยไม่ถึงกับเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ทำร้ายร่างกายเป็นอันตรายต่อกาย (มาตรา 295)

มาตรา 295¹ ผู้ใดทำร้ายผู้อื่น จนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจของผู้อื่นนั้น ผู้นั้นกระทำความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ทำร้ายร่างกายเป็นอันตรายบาดเจ็บสาหัส (มาตรา 297)

มาตรา 297¹ ผู้ใดกระทำความผิดฐานทำร้ายร่างกายจนเป็นเหตุให้ผู้ถูกกระทำรับอันตรายสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงสิบปี อันตรายสาหัส นั้น คือ

(1) ตาบอด หูหนวก ลิ้นขาด หรือเสียนานประสาท

(2) เสียววัยวะสืบพันธุ์ หรือความสามารถสืบพันธุ์

(3) เสียนิ้ว ขา มือ เท้า นิ้วหรืออวัยวะอื่นใด

(4) หน้าที่เสียใจอย่างติดตัว

(5) แขนงู

(6) จิตพิการอย่างติดตัว

(7) ทุพพลภาพ หรือป่วยเจ็บเรื้อรังซึ่งอาจถึงตลอดชีวิต

(8) ทุพพลภาพ หรือป่วยเจ็บด้วยอาการทุกขเวทนาเกินกว่าสี่สิบวันหรือจนประกอบกรณีก็จตามปกติไม่ได้เกินกว่าสี่สิบวัน

แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ที่กล่าวอ้างว่า การที่จะแสดงถึงความรุนแรงของสภาพแห่งการบาดเจ็บที่ได้รับนั้น มิใช่จะต้องอยู่ที่ “ต้องมีกระดูกหักเท่านั้น” แต่อาจจะเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ เช่น

ก. อาจมีการบดบีบทำลายกล้ามเนื้อ ทำให้ได้รับบาดเจ็บแต่ตัวกระดูกก็ไม่ได้มีการหัก

ข. การที่มีเส้นเอ็นฉีกขาดแต่กระดูกมิได้แตกหรือหัก

ค. การมีการบาดเจ็บและมีเลือดออก เช่น เลือดที่ออกในข้อเข่า เป็นต้น

ง. การที่มีเลือดออกในช่องอกหรือช่องท้อง

จ. อื่น ๆ

สิ่งที่กล่าวมาแสดงว่ามีการบาดเจ็บโดยไม่มีการกระดูกแตกหรือหัก แต่ต้องถือว่าเป็นอันตรายบาดเจ็บอย่างรุนแรงซึ่งในทางกฎหมายถือว่าเป็น **“อันตรายบาดเจ็บสาหัส”** แล้ว

อธิบาย: โดยทั่วไปจะเป็นดังที่กล่าวมาแล้วนั่นเอง คือ

กรณีที่ 1: มีกระดูกหักถือเป็นการบาดเจ็บรุนแรง

กรณีที่ 2: มิได้มีกระดูกหักแต่มีเส้นเอ็นขาด มีเลือดออกในข้อ มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง ฯลฯ ก็ถือเป็นอันตรายที่รุนแรงได้

แต่กรณีที่มีการกล่าวอ้างถึงการบาดเจ็บอย่างรุนแรงโดยการกระทำของคู่กรณีนั้น คู่กรณีย่อมต้องมีข้อต่อสู้อย่างเต็มที่และหากมีการกล่าวอ้างถึงเพียง **“การบาดเจ็บที่ไม่อาจตรวจพบได้”** เป็นเพียงในลักษณะที่ **“เจ็บ”** หรือในทางการแพทย์เรียกว่า **“Subjective Symptom”** เท่านั้นแล้ว ในบางครั้งแพทย์ยากที่จะพิสูจน์ว่า “มีอยู่จริงหรือไม่” และที่สำคัญคือ หากมิได้มีอยู่จริงจะมีเท่ากับว่า “แพทย์ถูกผู้ป่วยใช้เป็นเครื่องมือในทางอาญา” ซึ่งต้องถือว่าเป็นการไม่ชอบธรรมอย่างแน่แท้ อีกทั้งการพิสูจน์ในคดีอาญานั้น โจทก์ก็ต้องพิสูจน์

จนกระทั่งเห็นเป็นที่ประจักษ์ (unreasonable doubt) หากมีข้อสงสัยย่อมต้องยกประโยชน์ให้กับจำเลย

ประการที่ 3: กรณีเกิดความเห็นที่ขัดแย้งกัน

ในรายดังกล่าวตามกรณีอุทธรณ์นี้ เมื่อเกิดความเห็นที่ขัดแย้งกันในการวินิจฉัยและความขัดแย้งเป็น **“ประเด็นในทางคดี”** ว่าจะเป็นคนตีที่เข้าข่าย **“อันตรายบาดเจ็บสาหัสในทางกฎหมายหรือไม่”** เช่นนี้สมควรยิ่งที่จะต้องให้มีการตรวจซ้ำจึงเป็นการดีที่สุด หรือจำเป็นต้องขอความเห็นเพิ่มขึ้น (second opinion) ซึ่งในรายนี้ได้ทำการส่งตรวจทางเอกซเรย์ใหม่และขอให้อ่านผลใหม่ คือ

ก. การให้อ่านผลใหม่ เพราะเหตุแห่งความสงสัยในผลการอ่านในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจครั้งแรกซึ่งได้ผลอ่านยังไม่แน่ชัด ได้ผลอ่านดังนี้ **“Radiolucent line at base of distal phalanx of ring finger is seen that could be artifact or fracture”** ซึ่งผลที่ได้ยังไม่ชัดเจนเช่นเดียวกัน

ข. การส่งเอกซเรย์ซ้ำ (25 วันจากวันแรก) ได้ผลอ่านชัดเจนว่า **“Unchanged alignment of small fracture of the base of the distal phalanx of the left ring finger”** แสดงให้เห็นว่า แท้ที่จริงแล้วมีกระดูกส่วนปลายนิ้ววงซ้ายแตกจริง

สรุปได้ว่าผู้ป่วยตามอุทธรณ์รายนี้นับว่าได้ความกระจ่างจากการตรวจในครั้งหลังทำให้ง่ายต่อแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ที่จะทำการสรุปผลให้กับพนักงานสอบสวนต่อไป

ประการที่ 4: ผลสรุปในเอกสารเพื่อให้กับพนักงานสอบสวน (รายการที่แพทย์ได้ตรวจและความเห็น)

ในรายนี้เมื่อผลทางคดีไม่ชัดเจน แพทย์ทางด้านนิติเวชศาสตร์จึงยังคงรอผลการตรวจอีกครั้ง ทั้งจากแพทย์ทางกระดูก “ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์” และ “ผลทางรังสี” ที่สมควรจะมีการส่งตรวจเพิ่มเติม ซึ่งในรายนี้นับว่าเป็นการโชคดีที่ผลในครั้งหลังนี้สนับสนุนการมีกระดูกแตก (fracture) ทำให้แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์สามารถสรุปผลให้กับพนักงานสอบสวนตาม **“ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร”** ได้ง่าย โดยในรายนี้ต้องถือว่า “มีกระดูกแตก” ซึ่งส่งผลกระทบต่อคดีคือการที่ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกายจนเป็นเหตุให้เกิดกระดูกแตก (ในทางคดีโดยพนักงานสอบสวนจึงเข้าข่ายกรณีบาดเจ็บสาหัส)

หมายเหตุ:

คำว่า **“สาหัส”** แพทย์จะไม่ใช่ผู้ใช้หรือเขียนลงในเอกสาร **“ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพ”**

ให้แพทย์ตรวจชันสูตร” ในส่วน “รายการที่แพทย์ได้ตรวจและความเห็น” โดยเด็ดขาด ทั้งนี้เพราะ **“คำว่าสาหัสเป็นคำวินิจฉัย”**²

ประการที่ 5: ความลำบากใจของแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์เกี่ยวกับคำวินิจฉัยทางคลินิก

หลายครั้งที่แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์รู้สึกหนักใจในการตรวจของแพทย์หลายฝ่าย เช่น หากแพทย์ทางรังสียืนยันว่า “ไม่มีกระดูกหักจากเอกซเรย์” แต่แพทย์ทางกระดูก (ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์) ยืนยันโดยใช้คำว่า **“Clinical Fracture”** (ซึ่งพบได้เป็นประจำ) เช่นนี้และแจ้งกับคนไข้เช่นนั้นด้วยว่า “มีกระดูกหัก” ทำให้แพทย์ที่จะลงความเห็นในทางคดีทำได้ลำบากเพราะขาดหลักฐานที่ยืนยันอย่างชัดเจน แต่หากมีแพทย์ทางคลินิกหลายท่านลงความเห็นในเรื่อง **“clinical fracture”** สอดคล้องกัน ก็อาจเชื่อได้ว่ามีกระดูกหักจริงได้ และถือว่าเป็นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญหลายคนที่มีความเห็นตรงกัน

หมายเหตุ:

การลงความเห็นในทางคดีนั้นบางครั้งและบางคนจะเห็นว่าเป็นเรื่องง่าย จะให้ความเห็นอย่างใดก็ได้ในประการนี้จึงต้องขอเรียนว่า แพทย์จำเป็นต้องดำเนินการให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานแห่งวิชาชีพเวชกรรม^{3,4,5} อีกทั้งการลงความเห็นของแพทย์ในแต่ละครั้งต้องไม่ลืมว่า “มิใช่จะมีแพทย์ท่านนั้นเพียงท่านเดียวที่สามารถกระทำได้” เพราะผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องอาจให้แพทย์ท่านอื่นที่ตรวจและอาจมีหลักฐานทางการแพทย์จากการสืบค้นมายืนยัน เช่น การนำเอกซเรย์ที่ฉายในมุมที่เห็นกระดูกหักมายืนยัน เป็นต้น ทำให้มีผลต่อแพทย์ที่ลงความเห็นว่าการกระดูกไม่หักได้

สรุป

การตรวจผู้ป่วยทางคดี (นิติเวชคลินิก) ในเวชปฏิบัตินั้น มีความสำคัญยิ่ง เพราะเอกสารที่สรุปเพื่อใช้ประกอบในทางคดีนั้น จะเป็นพยานหลักฐานที่จะใช้ประกอบในการดำเนินคดี เช่น พนักงานสอบสวนจะปรับการดำเนินคดีว่าอยู่ในระดับใด ประการใด โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับการทำร้ายร่างกาย หมายความว่าอาจเป็นคดีที่ร้ายร่างกายไม่เป็นอันตรายต่อกาย ทำร้ายร่างกายเป็นอันตรายต่อกาย หรือทำร้ายร่างกายเป็นอันตรายบาดเจ็บสาหัส ซึ่งข้อสรุปเป็นเอกสารโดยแพทย์นั้นสมควรยิ่งที่จะต้องอยู่ภายใต้มาตรฐานหรือพื้นฐานแห่งการตรวจพบและการสืบค้นนั่นเอง ทั้งนี้แพทย์ต้องไม่ลืมว่า **“แพทย์ต้องให้ความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย”**

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>
2. สงกรานต์ นิยมเสน, อานันท์ กรัยวิเชียร, เอื้อ บัวหลวง. พยานทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักทำเนียบนายกรัฐมนตรี, 2514: 3.
3. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/ 2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม 2555)”.
4. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม 2555.
5. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.

ไวทัลไลฟ์ฉลองครบรอบ 12 ปี

เผยแนวคิดเรื่องสุขภาพแห่งอนาคต



“ไวทัลไลฟ์” ผู้บุกเบิกศูนย์ส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์แห่งการชะลอวัยแห่งแรก ๆ ของภูมิภาคเอเชีย ฉลองครบรอบ 12 ปี เปิดตัวการดูแลสุขภาพองค์รวมเฉพาะบุคคลรูปแบบใหม่ ‘Future Health’ ยกระดับการใช้ชีวิตของลูกค้าให้มีสุขภาพกายและใจที่ดีที่สุด ผ่านการสร้างเสริมระบบภูมิคุ้มกัน การสร้างความแข็งแรงของร่างกาย ไปจนถึงกระบวนการฟื้นฟูร่างกาย



มร.แอนโทนี่ จิตต์ ดัน

มร.แอนโทนี่ จิตต์ ดัน ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัท ไวทัลไลฟ์ คอร์ปอเรชั่น จำกัด กล่าวว่า “ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวทัลไลฟ์ เริ่มก่อตั้งปี ค.ศ. 2001 เป็นศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแห่งแรก ๆ ในเอเชีย ได้รับการรับรองจาก World Council for Clinical Accreditation ในปี ค.ศ. 2007 และล่าสุดในปี ค.ศ. 2013 ได้รับการรับรองด้านเซลล์บำบัดจากสถาบัน Baden-Württemberg Institute ประเทศเยอรมนี

โดยตลอดระยะเวลา 12 ปีที่ผ่านมา ไวทัลไลฟ์ถือเป็นผู้ริเริ่มการสร้างสุขภาพนิสัยที่ดี ตลอดจนริเริ่มกระบวนการรักษาเพื่อฟื้นฟูร่างกาย”

“ในวาระครบรอบ 12 ปี ไวทัลไลฟ์ได้นำเสนอโปรแกรมดูแลสุขภาพแห่งอนาคต ‘Future Health’ ถือเป็นครั้งแรกของการนำเสนอนวัตกรรมการรักษาแบบใหม่ที่มีความแตกต่าง ถือเป็นอีกหนึ่งนวัตกรรมที่ไวทัลไลฟ์ได้ริเริ่มคิดค้นโดยนำเทรนด์การรักษาล่าสุดผ่านงานวิจัยทางการแพทย์ ตลอดจนการนำเทคโนโลยีและความห่วงใยของเรามาสถิตผสานสู่รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบใหม่แห่งศตวรรษที่ 21”

มร.แอนโทนี่ กล่าวเพิ่มเติมอีกว่า การปรับวิถีชีวิตของการมีสุขภาพที่ดีแต่เนิ่น ๆ ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเริ่มให้ความสนใจ จะเห็นได้ว่าหลายประเทศในภูมิภาคเอเชียมีอัตราโรคร้ายที่เกิดขึ้นจากรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้องเพิ่มสูงขึ้น ล่าสุดกระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ตัวเลขผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยอาจเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า หรือจำนวนกว่า 4 ล้านคน ในอีก 8 ปีข้างหน้า ซึ่งจากสถิติด้านสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่า 5 ปีที่ผ่านมา มีอัตราผู้ที่เป็นโรคอ้วนซึ่งอายุน้อย ระหว่าง 20-29 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 36 ในกลุ่มเพศชาย และสูงขึ้นถึงร้อยละ 47 ในกลุ่มเพศหญิง



การริเริ่มโปรแกรม ‘Future Health’ ถือได้ว่าเป็นการดำเนินการเชิงรุกจากโปรแกรมทางการแพทย์รูปแบบต่าง ๆ เพื่อสร้างสมดุลและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกัน โดยผ่านการออกแบบโปรแกรมอาหารและการออกกำลังกายเฉพาะบุคคล ตลอดจนการพัฒนากระบวนการทดสอบทางวิทยาศาสตร์ และกระบวนการฟื้นฟูใหม่ล่าสุด

“เป้าหมายของเราคือการทำให้ลูกค้าทุกคนตลอดจนครอบครัวมีสุขภาพที่ดี ในขณะที่ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเข้าใจและห่วงใยในสุขภาพของตนเองอยู่แล้ว เราจึงต้องการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และปฏิบัติสำหรับการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดีในกลุ่มเด็กด้วยเช่นกัน” **มร.แอนโทนี่** กล่าวทิ้งท้าย

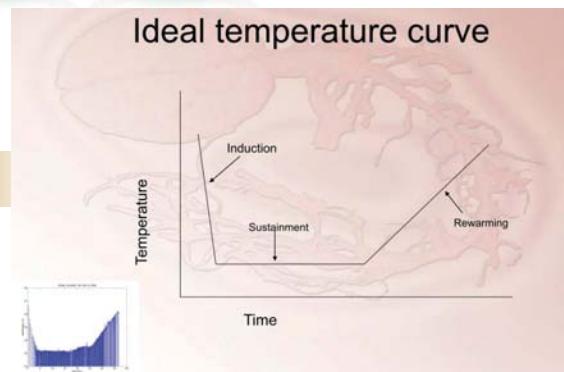
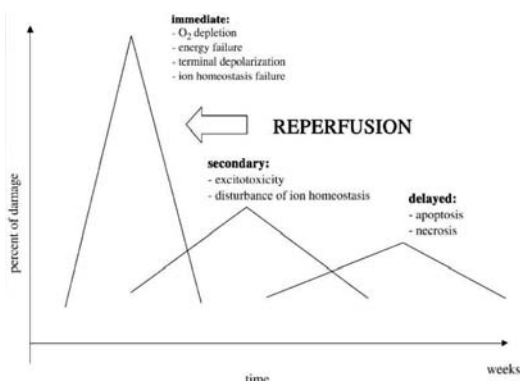
Therapeutic Hypothermia

แนวทางใหม่รักษาเซลล์สมองตายจากภาวะหัวใจหยุดเต้น



พศ.บพ.สมบัติ มุ่งกวีพงษ์

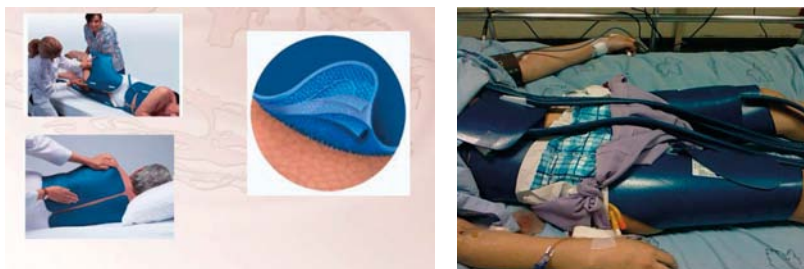
Therapeutic Hypothermia คือวิธีการรักษาที่แพทย์ใช้ในการรักษาเซลล์สมองจากการขาดออกซิเจนหรือการขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจนหรือขาดเลือดจากการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือ Cardiac Arrest เนื่องจากไม่มีกรรมวิธีใดที่จะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีเท่ากับหัวใจของมนุษย์ เพราะฉะนั้นเมื่อหัวใจหยุดเต้น ไม่ว่าจะมีการปั๊มหัวใจ หรือมีอุปกรณ์ดีแค่ไหน ก็จะต้องมีสมองบางส่วนขาดเลือดและออกซิเจนอย่างแน่นอน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่แม้ว่าจะปั๊มให้หัวใจกลับมาเต้นได้แล้ว แต่ก็ไม่สามารถนำการทำงานของสมองกลับมาได้ ทำให้เกิดภาวะเจ้าหญิงนิทราหรือเจ้าชายนิทรา แต่ปัจจุบันมีเทคนิคในการช่วยเหลือผู้ที่ภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งนอกจากจะทำให้หัวใจกลับมาเต้นอีกครั้งแล้ว ยังช่วยคงสภาพของสมองให้กลับมาทำงานได้ ด้วยเทคนิคการลดอุณหภูมิร่างกาย Therapeutic Hypothermia ถือเป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่สามารถรักษาเซลล์สมองตายเนื่องจากภาวะหัวใจหยุดเต้น



พศ.นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษ์ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและภาวะวิกฤติทางสมอง โรงพยาบาลพญาไท 2 อินเทอร์เน็ตชนแนล กล่าวว่า Therapeutic Hypothermia เป็นแนวทางการรักษาเพื่อกอบกู้สมองหลังเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งเป็นวิธีการรักษาทางการแพทย์เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดกับเซลล์สมอง เนื่องจากถ้าเมื่อใดก็ตามที่สมองของมนุษย์ขาดเลือดไปเลี้ยงจะส่งผลให้เซลล์สมองตายได้ภายในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้น เมื่อเกิดมีภาวะหัวใจหยุดเต้นขึ้นมาจะต้องปั๊มหัวใจช่วยชีวิต นั่นก็หมายความว่าในระหว่างนั้นสมองก็จะขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ปัจจุบันจึงมีวิธีการรักษาด้วยการลดอุณหภูมิของร่างกายให้ต่ำกว่าปกติ เพื่อช่วยให้สมองที่ได้รับอันตรายกลับคืนมา โดยจะต้องทำทันทีหลังจากช่วยให้ผู้ป่วยหัวใจกลับมาเต้นได้เรียบร้อยแล้ว เพื่อรักษาเซลล์สมองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ว่าสมองของมนุษย์จะสร้างใหม่ไม่ได้ แต่สร้างคอนเนกชันใหม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาปกติได้อีกครั้ง

ขั้นตอนการรักษาด้วย Therapeutic Hypothermia แพทย์จะเริ่มขั้นตอนโดยการลดอุณหภูมิของร่างกายให้ต่ำกว่าปกติอยู่ที่อุณหภูมิแกนกลางประมาณ 33 องศาเซลเซียส และควบคุมให้คงที่ตลอดเวลาประมาณ 24 ชั่วโมง โดยก่อนการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีนี้ แพทย์จะต้องประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผลแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น โอกาสการติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด เป็นต้น รวมทั้งเตรียมป้องกันอาการร่วมบางอย่าง เช่น อาการหนาวสั่น เป็นต้น เพื่อให้ได้ผลตอบสนองที่ดีต่อการรักษาด้วยการลดอุณหภูมิ และหลังจากควบคุมอุณหภูมิได้ตามระยะเวลาที่กำหนดจะดำเนินการปรับสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้กลับมาอยู่ในสภาวะปกติ โดยตลอดขั้นตอนการรักษาค่าใช้เวลาประมาณ 3 วัน

การควบคุมอุณหภูมิใน Therapeutic Hypothermia มี 3 เฟสใหญ่ ๆ คือ Induction, Sustainment และ Rewarming โดยมีคำจำกัดความคือ Fast Induction, Smooth Sustainment and Slow Rewarming แม้ว่าในอดีตจะควบคุมอุณหภูมิได้ยาก



Surface cooling

แต่ปัจจุบันสามารถทำได้ง่ายขึ้นด้วยเทคนิคที่มีการพัฒนามากขึ้น ได้แก่ Surface cooling แผ่นแปะไฮโดรเจล ซึ่งมีข้อดีคือแนบสนิทกับผิวหนังทำให้การดูดซับความร้อนทำได้ดีมาก โดยจะแปะตามจุดที่ระบายความร้อนของร่างกาย ได้แก่ รักแร้ ขาหนีบ คอ ขาพับ เป็นต้น และ Intravascular Hypothermic Machine แพทย์สามารถควบคุมอุณหภูมิได้เพียงแค่เสตไปที่ตัวเครื่อง ตัววัดอุณหภูมิจะใช้สายสอดไปที่หลอดเลือดอาหารเพื่อวัดอุณหภูมิแกนกลาง ไม่ใช่อุณหภูมิผิวนอก ทำให้วัดอุณหภูมิได้แม่นยำมากขึ้น

“หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Therapeutic Hypothermia ไม่จำเป็นต้องมีการดูแลอะไรเพิ่มเติมเป็นพิเศษ แต่ต้องไปรักษาที่สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น เช่น หากผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตายจากหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ซึ่งพบได้ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ก็ต้องไปเปิดหลอดเลือด หรือหัวใจเต้นผิดปกติก็ต้องไปใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น”

สำหรับการรักษาด้วย Therapeutic Hypothermia นอกเหนือจากรักษาในกรณีของผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นแล้ว ยังสามารถใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน สมองบวมได้อีกด้วย เนื่องจากใช้หลักการเดียวกันกับสมองขาดเลือด เพียงแต่วิธีการจะยุ่งยากกว่า ส่วนใหญ่การรักษาได้ผลดี แต่ยังมีบางส่วนที่ยังไม่สามารถคาดเดาและควบคุมได้

ผศ.นพ.สมบัติ กล่าวเพิ่มเติมว่า ศาสตร์ทางด้าน Therapeutic Hypothermia นี้มีการศึกษามาได้สักระยะหนึ่งแล้ว โดย International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) ในปี ค.ศ. 2005 ได้ยก Therapeutic Hypothermia ให้เป็น level 1 to recommendation ในผู้ป่วย Cardiac Arrest ต่อมาในปี ค.ศ. 2010 ทาง American Heart Association ซึ่งเป็นองค์กรที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดได้ออกไกด์ไลน์ใหม่ โดยเพิ่ม Chain of Survival จากเดิมที่มีเพียง 4 chain คือ 1. Early Access

2. Early CPR 3. Early Defibrillation 4. Early Advanced Care เพิ่มเป็น 5 chain คือเพิ่ม 5. Post Cardiac Arrest Care ที่มีใจความสำคัญคือ แนะนำให้ทำ Therapeutic Hypothermia ในผู้ป่วยหลัง Cardiac Arrest โดยควบคุมอุณหภูมิของร่างกายอยู่ที่ประมาณ 32-34 องศาเซลเซียส หรือ 89.6-93.2 องศาฟาเรนไฮต์ ประมาณ 12-14 ชั่วโมง โดยยกให้เป็น Class 1 Recommendation มี Level of Evidence หรือ LOE อยู่ในระดับ B มีค่า Number need to treat (NNT) = 6-7 ซึ่งเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาหลัง Cardiac Arrest ด้วยวิธี Therapeutic Hypothermia แล้ว จะมีโอกาสกลับมาเป็นปกติมากกว่าประมาณ 3 เท่า

“แม้ปัจจุบัน Therapeutic Hypothermia จะเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ แต่ในประเทศไทยก็ยังไม่มีการอบรมอย่างเป็นทางการ ไม่มีการวางระบบอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งบางครั้งขัดกับความเชื่อเก่า ๆ เช่น ผู้ป่วยหลัง Cardiac Arrest จะต้องทำให้ร่างกายอุ่นอยู่เสมอ ทั้งที่ความเป็นจริงต้องลดอุณหภูมิร่างกาย เป็นต้น จึงทำให้ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเพียงไม่กี่แห่งที่มีเครื่องมือและแพทย์ที่มีความรู้ทางด้านนี้ รวมทั้งบริบทของประเทศไทยจะต้องมีการปรับปรุงในหลาย ๆ ด้าน เช่น ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากการจราจรในประเทศไทยค่อนข้างติดขัด จำเป็นจะต้องหาเครื่องมือบางอย่างเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยหลัง Cardiac Arrest ตั้งแต่บนรถฉุกเฉิน แตกต่างจากในต่างประเทศที่ใช้เวลาเพียง 5 นาที ก็ถึงโรงพยาบาล มีเพียงน้ำแข็งก็เพียงพอ รวมทั้งมีการใช้การป้องกันโรงพยาบาล คือ รถลิฟต์เปลวเพลิงมีการทำ Therapeutic Hypothermia ถ้าเป็นรถแดงแสดงว่าไม่มี จะเห็นได้ว่าสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นได้ง่ายในประเทศที่มีการพัฒนาระบบดี ๆ แต่สำหรับประเทศไทยยังต้องมีการพัฒนาอีกหลายด้าน”

ผศ.นพ.สมบัติ กล่าวทิ้งท้ายว่า Therapeutic Hypothermia เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ได้รับการพิสูจน์แล้วจากทั่วโลกว่ามีประโยชน์ชัดเจน เป็นสิ่งที่ควรทำให้เกิดให้ได้ในประเทศไทย แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะเลยไป ทั้งที่ความเป็นจริงแล้วไม่จำเป็นต้องใช้ความพร้อมอะไรมากมาย เครื่องมือที่ใช้ราคาไม่แพง ปรับเพียงแค่แนวความคิดเท่านั้นว่าการปั๊มหัวใจช่วยผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และฟื้นคืนมา ไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่ต้องรีบส่งต่อไปให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทำการรักษาต่อด้วยการลดอุณหภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับฟื้นคืนชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ ไม่ใช่มีแค่เพียงร่างที่ยังหายใจอยู่เท่านั้น



Intravascular Hypothermic Machine

สื่อรณรงค์บริจาคโลหิตสภาอากาศไทย

กระตุ้นยอดผู้บริจาคโลหิตเพิ่ม



โครงการแบรนด์...พลังเพื่อเลือกใหม่ 2556



ทีมหัวโต โปรดักชั่น มหาวิทยาลัยศิลปากร



ทีมซูเปอร์เกิร์ล มหาวิทยาลัยศรีปทุม

“โลหิต” เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นมากในการช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยทั่วประเทศให้รอดจากความตาย ซึ่งในปัจจุบันโลหิตที่ได้รับการบริจาคยังไม่เพียงพอกับความต้องการในการช่วยชีวิตผู้ป่วยในแต่ละปี ดังนั้น การรณรงค์ขอรับบริจาคโลหิตจึงเป็นสิ่งเร่งด่วนที่มีความจำเป็นมาก เพราะชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องการโลหิตเพื่อรักษาชีวิตแขวนอยู่บนความเป็นความตายนาที่ต่อนาที่

พญ.สร้อยสอาด พิฤสธ ผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภาอากาศไทย กล่าวว่า ตลอดหลายปีที่ผ่านมา ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภาอากาศไทย เกิดปัญหาเรื่องการจัดหาโลหิตที่ไม่เพียงพอ และไม่สม่ำเสมอ สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่เข้าใจของผู้บริจาคโลหิตหน้าใหม่ ๆ โดยศูนย์ฯ ได้จัดกิจกรรมให้ความรู้และรณรงค์เชิญชวนให้ร่วมบริจาคโลหิตอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภาอากาศไทย มีเป้าหมายในการจัดหาโลหิตในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลจำนวน 600,000 ยูนิตต่อปี และในส่วนจังหวัดอื่น ๆ ทั่วประเทศ รวมแล้วต้องจัดหาโลหิตให้ได้ 1,950,000 ยูนิตต่อปี จึงจะเพียงพอต่อความต้องการ ซึ่งปริมาณการใช้โลหิตนั้นมีเพิ่มขึ้น 8-10% ทุกปี ดังนั้น ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จึงต้องสร้างพันธมิตรและเครือข่ายภาคีร่วมในการกระตุ้นให้มีผู้บริจาคโลหิตเพิ่มขึ้น

ด้วยสาเหตุดังกล่าวข้างต้น บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ผู้ผลิตแบรนด์ซูเปอร์เกิร์ล ร่วมกับ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภาอากาศไทย จัดโครงการ “แบรนด์...พลังเพื่อเลือกใหม่ 2556” เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระบรมราชูปถัมภ์สภาอากาศไทย เนื่องในโอกาสสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 86 พรรษา เชิญชวนนิสิตและนักศึกษาคณะใหม่จากสถาบันการศึกษาทั่วประเทศร่วมบริจาคโลหิต สร้างจิตสำนึกในการเป็น “ผู้ให้” ตั้งเป้าโลหิตที่ได้รับบริจาคจำนวน 86,000 ยูนิตหรือไม่ต่ำกว่า 34,400,000 ซีซี พร้อมประกาศผลผู้ชนะกิจกรรมการประกวดวิดีโอคลิป และโปสเตอร์รณรงค์การบริจาคโลหิต รับโล่พระราชทานจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และทุนการศึกษา

“ทีมหัวโต โปรดักชั่น” นักศึกษาคณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มหาวิทยาลัยศิลปากร คิวรางวัลชนะเลิศประเภทวิดีโอคลิป เล่าว่า ไอเดียในการสร้างผลงานวิดีโอคลิปเรื่องนี้เริ่มต้น

มาจากสนใจในงานที่สะท้อนอารมณ์ที่สื่อถึงความรู้สึกก่อน จึงคิดหาวิธีที่จะสื่อถึงเรื่องราวให้ออกมา เลยนหาสิ่งที่เป็สัญลักษณ์เพื่อสื่อถึงความหมายว่าต้องการความช่วยเหลือ เลยลองใช้ขวดน้ำเปล่า ๆ ใบใหญ่ ๆ เพื่อที่จะให้เด็กไปขอเลือดเพื่อมาให้แม่ได้เยอะ ๆ และเด็กใช้เพื่อสื่อถึงความรู้สึกที่บริสุทธิ์ น่าสงสาร และบอกให้รู้ว่าต้องการเลือดเพื่อที่จะไปช่วยแม่จริง ๆ นะ ทีมของเรารู้สึกภูมิใจมากที่ได้รับรางวัลนี้จากโครงการ “แบรนด์...พลังเพื่อเลือกใหม่ 2556” เพราะได้ใช้ฝีมือเปิดประสบการณ์ใหม่ ๆ ได้สื่อถึงการบริจาคเลือดผ่านผลงานของเรา ที่สำคัญเรายังได้ช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นมาร่วมบริจาคเลือดเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น และเป็นตัวแทนคนรุ่นใหม่ในการแสดงพลังเพื่อช่วยเหลือสังคมด้วย โดยสามารถเข้าชมผลงานของพวกเขาได้ที่ <http://www.youtube.com/watch?v=XYWCirvp34U>

“ทีมซูเปอร์เกิร์ล” นักศึกษาคณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม รับรางวัลชนะเลิศประเภทสื่อโปสเตอร์ กล่าวว่า ทีมซูเปอร์เกิร์ลตั้งใจและภูมิใจที่ได้รับรางวัลนี้ เพราะเป็นครั้งแรกที่ได้ส่งผลงานเข้าประกวดด้วย โดยจุดเริ่มต้นของแนวคิดในการสร้างผลงานชิ้นนี้มาจากความคิดที่หลากหลาย โดยคิดคำให้เป็นคอนเซ็ปต์ของงานก่อน ซึ่งก็คือ “ต่างคน ต่างมา ต่างใจ แต่สายเลือดเดียวกัน” หลังจากนั้นก็สื่อความหมายผ่านภาพและตัวหนังสือออกมาอย่างเข้าใจได้ง่าย เน้นสื่อถึงการสนับสนุนให้ทุก ๆ คนเข้ามาช่วยกันบริจาคเลือด ไม่ว่าจะมื่ออาชีพอะไรก็ตาม สามารถช่วยกันบริจาคเลือดเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้โดยที่เราไม่ต้องแบ่งแยก การสร้างโปสเตอร์ชิ้นนี้ขึ้นมาเพื่อต้องการจะสื่อให้ทุกคนในสังคมเห็นแก่ส่วนรวม ได้ร่วมเป็น “ผู้ให้” ชีวิตที่มีค่ากับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย

สำหรับผู้สนใจสามารถบริจาคโลหิตได้ทุกวัน ที่ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภาอากาศไทย ถนนอังรีดูนังต์ โทรศัพท์ 0-2263-9600-99 หรือ www.blooddonationthai.com



น้อง ๆ ร่วมบริจาคโลหิตในโครงการ





ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

จัด “AEC in Ob-Gyn Practice 2013: Episode II”

นำเสนอข้อมูลล่าสุดทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เตรียมจัดงานประชุมวิชาการ ครั้งที่ 28 และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2556 โดยมีหัวข้อเรื่อง (THEME) ดังนี้ “Application, Evidence, Comprehension (AEC) in Ob-Gyn Practice 2013: Episode II” ระหว่างวันที่ 26-29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศุนย์วิจัย ด.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ เพื่อนำเสนอข้อมูลล่าสุดทางด้านสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ให้สูตินรีแพทย์ แพทย์ทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์นำไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติได้



รศ.นพ.มงคล เบญญาภิบาล ประธานการจัดประชุมวิชาการฯ กล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการจัดงานว่า เพื่อให้สูตินรีแพทย์ แพทย์ทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้เข้าอบรมได้เพิ่มพูนความรู้และทักษะทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ส่งเสริมการศึกษาวิจัย และแนวทางวิชาการและ

ส่งเสริมให้มีการศึกษาต่อเนื่องทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ตลอดจนให้สูตินรีแพทย์และบุคลากรทั่วประเทศได้มีโอกาสสามารถพบปะสังสรรค์กัน ในปีนี้การจัดประชุมวิชาการ ครั้งที่ 28 และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2556 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จัดขึ้นในระหว่างวันที่ 26-29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศุนย์วิจัย ด.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ โดยในปีนี้มี THEME งานประชุมว่า “Application, Evidence & Comprehension (AEC) in Ob-Gyn Practice 2013: Episode II” ที่เป็น Episode II เนื่องจากในช่วงกลางปีที่ผ่านมา ทางราชวิทยาลัยฯ ได้จัดงานประชุมกลางปีขึ้นโดยใช้ชื่อว่า Advance,

Essential & Controversy (AEC) in Ob-Gyn Practice 2013 การจัดงานประชุมในครั้งนี้จึงเสมือนเป็นการจัดต่อเนื่องจากการประชุมคราวที่แล้ว เพื่อเป็นการเตรียมตัวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน หรือ AEC ในระยะเวลาอันใกล้นี้ด้วย

การจัดงานแบ่งออกเป็น Pre-congress Workshop ซึ่งจัดในวันอังคารที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 มี 3 เรื่อง ได้แก่ เรื่อง “Pessary Use in Pelvic Organ Prolapse (POP)” โดยคณะอนุกรรมการโครงการส่งเสริมสุขภาพสตรี เรื่อง “เมื่อหมอบสูติฯ ได้รับความหมายศาล...แนวทางในการจัดการความเสียหาย” โดยคณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอด/ต่อเนื่องร่วมกับคณะอนุกรรมการจริยธรรม และเรื่อง “หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการสายงานแพทย์” โดยคณะอนุกรรมการวิจัย/นโยบายและแผนงาน หลังจากนั้นในวันพุธที่ 27-วันศุกร์ที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 จะเป็น Main Congress โดยเป็นการจัดการประชุม 2 ห้องคู่ขนานกันไป ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมารซึ่งสามารถจุคนได้ประมาณ 500

คน และห้องพักรกิตติยาภาซึ่งจุคนได้ประมาณ 400 คน

ไฮไลท์สำคัญของงานประชุมในครั้งนี้คือ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้รับเกียรติจาก **นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข** มาแสดงปาฐกถาเกียรติยศ “หลวงไวทยะทรงกูร” เรื่อง สาธารณสุขไทยกับมาตรฐานการดูแลสุขภาพสตรี ส่วนหัวข้อหลัก ๆ ในงานประชุมวิชาการปีนี้มีทั้งหัวข้อทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และทางด้านสังคมด้วย โดยจะเป็นหัวข้อที่ทันสมัย และมีข้อมูลล่าสุดต่าง ๆ จากวิทยากรผู้มีความเชี่ยวชาญในด้านนั้น ๆ มาให้ความรู้ อาทิ Down Syndrome Screening: Any New Updated Methods?; Anti-aging Care: Hormonal vs Non-hormonal Treatment, Pros & Cons; Cesarean Section on Demand; The 3Bs: Bleeding, Bowel & Bladder Injury in GYN Surgery; Gestational Diabetic Mellitus (GDM): New Approach for Management; CPG: Chronic pelvic pain; Pregnancy in the Migrants: The Shooting Problems in Thai OB-GYN; Management of Women with Abnormal Cervical Cancer Screening Results เป็นต้น นอกจากนี้ในงานยังมีการประกวด มอบรางวัล และนำเสนอผลงานวิจัยดีเด่นของท่านสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยด้วย

การจัดงานประชุมวิชาการปลายปีในครั้งนี้มีความแตกต่างจากการจัดงานประชุมในปีอื่น ๆ อยู่ 2 ประการ ประการแรกคือ เวลาการจัดงาน ซึ่งปกติงานประชุมวิชาการปลายปีจะจัดประมาณช่วงเดือนตุลาคมของทุกปี แต่เนื่องจากในปีนีทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้เป็นเจ้าภาพจัดงานประชุมวิชาการนานาชาติ The 23rd Asian & Oceanic of Obstetrics & Gynaecology หรือ AOCOG2013 ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอก คอนเวนชัน เซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์ จึงเลื่อนงานประชุมวิชาการปลายปีออกไปเป็นปลายเดือนพฤศจิกายน ส่วนประการที่สองคือ สถานที่จัดงาน โดยทั่วไปงานประชุมวิชาการปลายปีจะจัดที่ต่างจังหวัด แต่เพื่อให้การบริหาร



จัดการทำได้ง่ายขึ้น ในปีนี้จึงจัดงานประชุมวิชาการที่อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศุนย์วิจัย กรุงเทพฯ

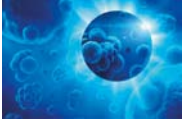
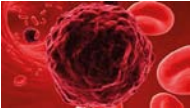
“สำหรับความคาดหวังจากการประชุมวิชาการในครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในเวชปฏิบัติประจำวันได้ และมีมุมมองในเรื่องสุขภาพสตรีไทยที่กว้างไกลมากขึ้น จึงอยากจะขอเชิญชวนสูตินรีแพทย์ แพทย์ทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ มาเข้าร่วมประชุมวิชาการในครั้งนี้ ซึ่งนอกจากจะได้รับความรู้แล้ว ยังเป็นเวทีที่จะได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และยังถือเป็นการพบปะสังสรรค์กันในหมู่วมวลสมาชิกด้วย คาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมประชุมไม่น้อยกว่า 800 คน โดยผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับคะแนน CME 17 หน่วยกิต” **รศ.นพ.มงคล** กล่าวทิ้งท้าย

ผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศุนย์วิจัย ด.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ โทรศัพท์ 0-2716-5721-22 โทรสาร 0-2716-5720 E-mail: congressrtcog@hotmail.com โดยดาวนโหลดแบบฟอร์มลงทะเบียนได้ที่ www.rtcog.or.th

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
13-15 พฤศจิกายน 2556 	ภาควิชาการเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	การประชุม "From Guidelines to Clinical Practice 2013" ณ ห้องประชุมตรีเพชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15	โทรศัพท์ 0-2419-5960, 5962 www.sirirajconference.com
14-16 พฤศจิกายน 2556 	สมาคมมันทนากโรคหัวใจและ หลอดเลือดแห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia-Pacific Society of Interventional Cardiology (APSIC)	งานประชุมวิชาการนานาชาติ 9 th Asian Interventional Cardiovascular Therapeutics (AICT 2013)	www.aict2013.com
21-22 พฤศจิกายน 2556 	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 41 พ.ศ. 2556 "ก้าวต่อไปของจิตเวชศาสตร์ในระบบสุขภาพไทย" ณ โรงแรมโกลเด้น ทิวลิป ซอฟเฟอริน	โทรศัพท์/โทรสาร 0-2640-4488 E-mail: rcpsych.th@gmail.com www.rcpsycht.org
23-24 พฤศจิกายน 2556 	สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย ร่วมกับมะเร็งวิทยาสมาคม แห่งประเทศไทย และ สมาคมรังสีรักษาและมะเร็ง วิทยาแห่งประเทศไทย	การประชุมโรคมะเร็งสหสาขา 2556 TCC (Thai Collaborative Cancer) Meeting 2013 ณ โรงแรมเดอะชานน์ พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6441, 0-2718-1537, 0-2318-7560 โทรสาร 0-2716-6442 E-mail: tccmeeting2013@gmail.com www.tgcsthai.com, www.tcco.or.th, www.thastro.org
26-29 พฤศจิกายน 2556 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการครั้งที่ 28 และการประชุมสามัญประจำปี "Application, Evidence, Comprehension (AEC) in OB-GYN Practice 2013: Episode II" ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ข.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5721-22 โทรสาร 0-2716-5720 E-mail: pr_rtcog@rtcog.or.th, sc_rtcog@rtcog.or.th
27-29 พฤศจิกายน 2556 	ชมรมแพทย์ผิวหนังเด็ก แห่งประเทศไทย	การอบรมระยะสั้น Pediatric Dermatology 2013 ณ ห้องมงคลานัน ดึก สก. ชั้น 10 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โทรศัพท์ 0-2256-4951, 0-2256-4971 โทรสาร 0-2256-4911
28-29 พฤศจิกายน 2556 	อนุสาขา Sports Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย	การอบรมเชิงปฏิบัติการ "Advanced Knee reconstructive course : New and innovation Cadaveric Workshop 2013" ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-2716-5438 E-mail: aunchaleej@rcost.or.th
28-29 พฤศจิกายน 2556 	หน่วยมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับ PCT-onco และ PCT palliative care (medicine)	การประชุมวิชาการ Holistic Care in Common Cancer ณ ห้องประชุมชั้น 2 อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-5394-5480 โทรสาร 0-5328-9232 E-mail: ks_kade@yahoo.com
28-29 พฤศจิกายน 2556 	กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	งานประชุมวิชาการ กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ครั้งที่ 4 ประจำปี 2556 "Common Pediatric Infectious Diseases and Preventative Medicine" ณ ห้องประชุมบุรพัตน์ ชั้น 3 อาคาร "คุ้มเกล้าฯ" โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.	โทรศัพท์ 0-2534-7306, 0-2534-7307 E-mail: jmekmullica@yahoo.com, fthitiporn@gmail.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกองบรรณาธิการ โทรทัศน์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สสสส จำกัด 71/17 ถนนบรมราชชนนี แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Hight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
2-4 December 2013 	Tumour Models London	London	United Kingdom	http://tumour-models.com
5-6 December 2013 	Pharma Ed's Solubility Summit 2013	Philadelphia	United States of America	www.pharmaedresources.com/brochures/SolubilitySummitDecember2013.pdf
5-8 December 2013 	3 rd Annual Echo on Marco Island: Case-Based Approach	Marco Island	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2013R017
11-13 December 2013 	16 th Asia Pacific Regional Conference of Alzheimer's Disease	Hong Kong	China	www.aprc2013-hongkong.com
19-21 December 2013 	6 th Annual The Heart Beat of Cardiology: Practical Application of Echocardiography	Chicago	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2013R018
20-21 December 2013 	Macro Trend Conference on Health and Medicine: Paris 2013	Paris	France	www.macrojournals.com/conferences/health_and_medicine_paris_2013
23-29 December 2013 	1-Week Hands-on Workshop on Human/Cancer Cell Culture Techniques & MTT Assay	Pune, Maharashtra	India	www.icscb.org/workshops/cellcultureworkshop
29-30 December 2013 	International Conference on Chemical, Agricultural and Medical Sciences (CAMS-2013)	Kuala Lumpur	Malaysia	www.iicbe.org/2013/12/29/32
2-5 January 2014 	International Conference on Yoga Research and Its Applications: Diabetes, Prevention and Education	Bengaluru, Karnataka	India	http://svyasa.org/news-events/20th-incofyra-dec-19-22-2013/

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong Karn Pat Editorial Team at E-mail: hp_14_dna@hotmail.com or send your information to our company, Sapphasan Co., Ltd. 71/17 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 #110 Fax 0-2884-7299

สมาร์ทโฟนจอโค้ง Samsung Galaxy Round

เลิกจำเจอกับโทรศัพท์รูปแบบธรรมดาไปได้เลย เมื่อพบกับ **Samsung Galaxy Round** สมาร์ทโฟนที่มาพร้อมกับหน้าจอที่บิดโค้งตัวแรกของโลก ขนาด 5.7 นิ้ว แบบ Full HD Super AMOLED ตัวบอดี้โค้งรับกับหน้าจอ ช่วยให้การจับถือสะดวกขึ้น และมีฟีเจอร์การทำงานที่สามารถเอียงเครื่องเพื่อดูเวลาหรือระบบแจ้งเตือนต่าง ๆ ใช้ระบบปฏิบัติการ Android 4.3 ตัวประมวลผล 2.3 GHz quad-core Qualcomm Snapdragon processor แรม 3 GB หน่วยความจำในตัว 32 GB กล้องหลัง 13 ล้านพิกเซล และแบตเตอรี่ความจุ 2,800 mAh



คีย์บอร์ดกันน้ำ Logitech Washable Keyboard K310

คุณเคยมีปัญหากับการทำน้ำหกใส่คีย์บอร์ดจนต้องบอกเลิก หรือรำคาญกับความสกปรกบนคีย์บอร์ดไหม Logitech แก้ปัญหาให้คุณแล้ว ด้วย **Logitech Washable Keyboard K310** คีย์บอร์ดรูปแบบใหม่ สามารถนำมาล้างทำความสะอาดได้ พร้อมทั้งออกแบบให้สวยงาม ทันสมัย น้ำหนักเบา แถมปุ่มกดบนแป้นพิมพ์ถูกออกแบบให้มีลักษณะลอยตัวเว้นระยะห่างของปุ่มแต่ละปุ่ม ทำให้หมดปัญหาการพิมพ์ผิดเพราะกดโดยปุ่มที่อยู่ติดกัน

Intelligent Glass แว่นตาช่วยอ่านภาษาญี่ปุ่น

NTT DoCoMo เปิดตัวแว่นตาอัจฉริยะ **"Intelligent Glass"** ช่วยนักท่องเที่ยวอ่านภาษาญี่ปุ่นในร้านค้าหรือเมนูอาหาร โดยจะวิเคราะห์ตัวอักษรผ่านแว่นตา แล้วดึงข้อมูลจากการเชื่อมต่อเครือข่ายไร้สายแล้วแปลภาษาออกมาทางหน้าจอ เบื้องต้นรองรับการแปลภาษาญี่ปุ่น จีน เกาหลี และอังกฤษ นอกจากนี้ยังมีความสามารถในการวิเคราะห์ใบหน้าของบุคคลหรือนามบัตรได้ และรองรับการทักสกรีนบนพื้นโต๊ะหรือกำแพงผิวเรียบโดยสวมแว่นที่มากับแว่น



[Book Shop]



เหยื่อหมอ? : ความซับซ้อนของภาวะแทรกซ้อน

ผู้เขียน : **อาตุล กาวานดี**
ผู้แปล : **นพ.บวรศม ลิระพันธ์**
สำนักพิมพ์มติชน ราคา 210 บาท

เหยื่อหมอ? : ความซับซ้อนของภาวะแทรกซ้อน คือหนังสือที่เกิดขึ้นเพราะความขัดแย้งกันเองของวงการแพทย์ที่ฟังดูตลกอยู่ในที ขณะที่วิชาการแพทย์เป็นหลักวิทยาศาสตร์ที่เป็นเหตุเป็นผลและเสนอจะตรงไปตรงมา แต่หมอต้องใช้วิชาจัดการกับผู้ป่วยซึ่งเป็นมนุษย์ที่มีความซับซ้อนและไม่อาจคาดเดาได้ ผลก็คือ ป่อยครั้งการรักษาก่อความผิดพลาดหรือเกิดสิ่งที่เกิดความควบคุมของหมอ และนี่คือความท้าทายหลักที่ทำให้นายแพทย์อาตุล กาวานดี เขียนหนังสือเล่มนี้ขึ้นมา

งานเขียนชิ้นนี้ดึงดูดความสนใจของผู้อ่านมาแล้วทั่วโลก เพราะอัดแน่นไปด้วยเบื้องลึกเบื้องหลังของแพทย์ฝึกหัดที่กำลังก้าวสู่การเป็น

ศัลยแพทย์มืออาชีพ ศิลปะของการเป็นแพทย์ โอกาสที่แพทย์จะเดินออกนอกเส้นทางจนเสียคน การจัดการกับความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นอยู่เป็นประจำ และหลากหลายความลึกซึ้งของการรักษาโรค

นายแพทย์กาวานดี หยิบกรณีศึกษาที่ประสบด้วยตนเองมาตลอดการประกอบวิชาชีพศัลยแพทย์ของตนมาบอกเล่าเพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจว่า ในการลงมือแต่ละครั้งมีความไม่แน่นอนพ่วงตามมามากมายเสมอหมอบอกว่ามีความเสี่ยงมาหลายสิบปีก็สามารถเสียผู้เสียคนได้ไม่ต่างจากมนุษย์ปุถุชนทั่วไป การแพทย์ที่ว่ารู้หน้าไปไกลก็ยังมีเรื่องประหลาดและความลึกซึ้งที่ยังไม่มีใครสำรวจไปถึง

วิทยาศาสตร์เกิดมาเพื่อตอบปัญหาที่เราสงสัย แต่มีอีกหลายสิ่งที่เราไม่สามารถหาคำตอบได้ สำคัญที่สุดคือ เราต้องตระหนักไว้เสมอว่าการแพทย์ไม่มีคำว่าสมบูรณ์แบบ และแพทย์ก็เป็นมนุษย์ที่มีจิตใจและความอ่อนไหว ไม่ใช่หุ่นยนต์

สัตว์บำบัดโรค

ผู้เขียน : **ศ.นพ.วิโรจน์ ไวกานิชิก**
สำนักพิมพ์เนชั่นบุ๊คส์ ราคา 155 บาท



นอกจากมนุษย์ด้วยกันแล้ว สิ่งมีชีวิตที่เราเรียกว่าเพื่อนได้อย่างเต็มปากอีกชนิดก็คือ สัตว์เลี้ยง ทราบหรือไม่ว่า นอกจากสัตว์เหล่านั้นจะเป็นเพื่อนแก้เหงาให้กับเราได้แล้ว สัตว์จำนวนไม่น้อยยังทำหน้าที่บำบัดโรคให้กับเราโดยไม่รู้ตัว หรือแม้แต่สัตว์ที่เห็นว่า

น่าจะเป็นสัตว์ดุร้ายหรือมีพิษ บางครั้งพิษเหล่านั้นก็อาจช่วยบำบัดรักษาโรคให้มนุษย์ได้เช่นกัน

มารู้จักกับการรักษาโรคด้วยสัตว์บำบัดกับการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก อาทิ ปลาช่วยรักษาโรคกระดูกอักเสบ การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก ผึ้งรักษาโรคไขข้ออักเสบ หนังสือ "สัตว์บำบัดโรค" เล่มนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอหลักการเบื้องต้นเกี่ยวกับสัตว์บำบัดที่มีการกล่าวถึงอย่างละเอียดตลอดจนหลักฐานสนับสนุนทางวิชาการต่าง ๆ เหมาะเป็นคู่มือเพิ่มความรู้อาสาสมัครสุขภาพ ผู้ที่รักสัตว์ และอยากมีความรู้ถึงประโยชน์ที่อาจไม่ทราบมาก่อนของสัตว์

รอยัลคัลฟ สนับสนุนการแข่งขันเทนนิสอาชีพ

โรงแรมรอยัล คัลฟ โฮเต็ล กรุ๊ป สนับสนุนการแข่งขันเทนนิสอาชีพ รายการ 'สิงห์ พัทธยา แชมป์เปียนชิพ ทีเอทีพี ทัวร์ 2556' ซึ่งเงินรางวัล 500,000 บาท ที่สนามเทนนิส ฟิตส์คลับ ศูนย์รวมการออกกำลังกายและสุขภาพของโรงแรมรอยัล คัลฟ โฮเต็ล กรุ๊ป ที่เพียบพร้อมไปด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่กีฬา ทั้งห้องฟิตเนส และสระว่ายน้ำ เพื่อให้ให้นักกีฬาได้เตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการแข่งขัน โดยมีผู้เข้าร่วมแข่งขันอาชีพเข้าชิงในรอบสุดท้ายทั้งประเภทเดี่ยวและประเภทคู่ อาทิ ภาสวิญญ์ บุรพาฤทธา, เด่น จันทรักษ์, กฤตบุญ พรหมมณีนี, พงศ์ศิริ นิโรจน์, กมลวรรณ บัวแย้ม, อธิรญา ศรีพรหม, ธมจันทร มอมขุนทด, บุญยวีร์ ธรรมไชยวัฒน์ และ พลบูรณ์ ผลพิช เมื่อไม่นานมานี้



ไฟเซอร์ หนุน 'รอบรู้การปวดประจำเดือน'

บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด ผู้นำด้านนวัตกรรมยาคุณภาพของโลกและของไทย โดย ญ.ลักษณะวรรณ ตั้งไพบูลย์ ผู้จัดการอาวุโส (ที่ 5 จากซ้าย) ร่วมด้วย อาจารย์สิริษา นิยมสุข ผู้ช่วยรองฝ่ายกิจการนักเรียน โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ เตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ (ที่ 4 จากซ้าย) คุณกุลธิดา สันะบรรจง ผู้จัดการฝ่ายสื่อสารองค์กร บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด (ที่ 6 จากซ้าย) และ มินท์-ลลิตา ไพศาล พิธีกรรายการสตรอบอร์รี่ส์เค้ (ที่ 3 จากซ้าย) จัดกิจกรรม 'รอบรู้การปวดประจำเดือน'

เพื่อให้ความรู้กับกลุ่มนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาเรื่องอาการปวดประจำเดือนตั้งแต่สาเหตุของอาการปวดประจำเดือน ไปจนถึงการบรรเทา รักษาอย่างถูกวิธี โดยล่าสุดได้ไปจัดกิจกรรมที่โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ เตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ และจะเดินทางไปจัดกิจกรรมให้นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวนกว่า 15,000 คน รวมทั้งสิ้น 50 โรงเรียน เมื่อไม่นานมานี้

ร.พ.ปิยะเวท ต้อนรับคณะแพทย์จากประเทศโอมาน

นพ.สุรพงษ์ ลูกหนูमारเจ้า ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร (ที่ 4 จากซ้าย) นพ.มนตรี กัณห์รัตนชัย เจ้าหน้าที่บริหารกลุ่มการแพทย์ (ที่ 2 จากซ้าย) และ ทีมแพทย์จากโรงพยาบาลปิยะเวท ร่วมต้อนรับ Dr.Abdulah AL-Harthy MD, FRCS ผู้ชำนาญการ Sultan Qaboos University (ที่ 4 จากขวา) ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยแพทย์ที่ใหญ่ที่สุดของประเทศโอมาน Dr.Khalifa Nasser Al-Wahaibi MD, FRCS Senior Consultant General and Vascular Surgery (ที่ 3 จากซ้าย) พร้อม

คณะแพทย์และพยาบาลจากมหาวิทยาลัยดังกล่าว เข้าหารือนวัตกรรมและแนวทางการรักษาโรคหัวใจของโรงพยาบาลปิยะเวท และเยี่ยมชมสถานที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ พร้อมเยี่ยมชมสถาบันการแพทย์ผสมผสานตริยา เมื่อไม่นานมานี้



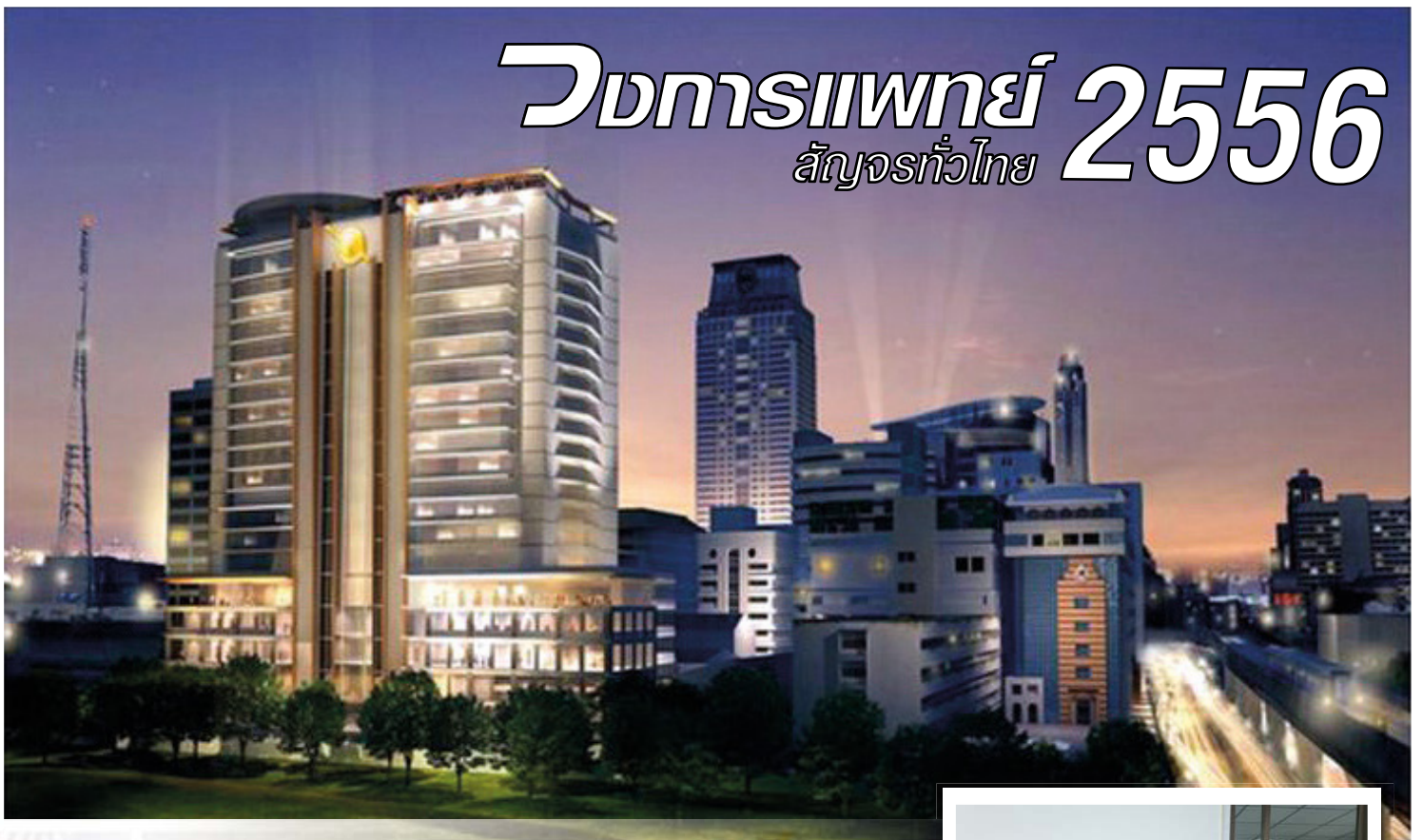
เต็ดตรา แพ้ค เปิดตัวเฟซบุ๊ก 'นมถั่วเหลืองกล่อง ต้มแล้ว YOUNG'



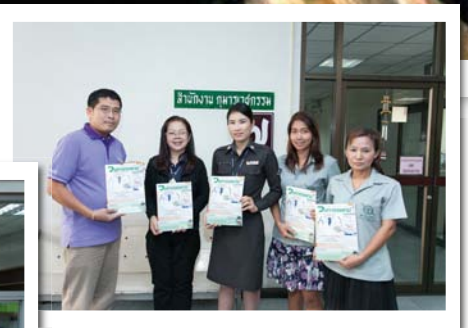
เต็ดตรา แพ้ค บริษัทชั้นนำด้านกระบวนการผลิตและบรรจุภัณฑ์สำหรับอาหารและเครื่องดื่ม เปิดตัวเฟซบุ๊ก 'นมถั่วเหลืองกล่อง ต้มแล้ว YOUNG' พื้นที่สุขภาพสุดฮิปบนโลกออนไลน์ สำหรับคนรุ่นใหม่ใส่ใจเรื่องสุขภาพ ได้สัมผัสประสบการณ์ความอ่อนวัยสไตล์ที่แตกต่างจากบริโภคนมถั่วเหลืองกล่องที่นอกจากจะปกป้องทุกคุณค่าเพื่อมอบคุณประโยชน์สูงสุดให้แก่ร่างกายแล้ว ยังเป็นตัวเลือกที่เหมาะสมกับไลฟ์สไตล์ที่เร่งรีบของคนรุ่นใหม่อีกด้วย พร้อมกันนี้ยังได้จัดกิจกรรมออนไลน์บนเฟซบุ๊กเพื่อให้แฟน ๆ และผู้ที่สนใจสามารถเข้ามาเป็นส่วนร่วมกับแคมเปญได้มากขึ้น ผู้ที่สนใจสามารถเข้าชมและ คลิก Like นมถั่วเหลืองกล่อง ต้มแล้ว YOUNG ได้ที่ www.facebook.com/SoyYoungBox

วงการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย



สำนักงานนายแพทย์ใหญ่



สำนักงานกุมารเวชกรรม



สำนักงานรังสีวิทยา



ห้องสมุด



สำนักงานทันตกรรม



วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณนาย

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร



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

หมายเหตุ

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS



ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias

The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS)

Z. eljko Reiner* (ESC Chairperson) (Croatia) Alberico L. Catapano* (EAS Chairperson)* (Italy), Guy De Backer (Belgium), Ian Graham (Ireland), Marja-Riitta Taskinen (Finland), Olov Wiklund (Sweden), Stefan Agewall (Norway), Eduardo Alegria (Spain), M. John Chapman (France), Paul Durrington (UK), Serap Erdine (Turkey), Julian Halcox (UK), Richard Hobbs (UK), John Kjekshus (Norway), Pasquale Perrone Filardi (Italy), Gabriele Riccardi (Italy), Robert F. Storey (UK), David Wood (UK).

European Heart Journal (2011) 32, 1769-1818

ESC/EAS GUIDELINES doi:10.1093/eurheartj/ehf158

7.1 Statin Side effects and interactions

Statins differ in their absorption, bioavailability, plasma protein binding, excretion and solubility. Lovastatin and simvastatin are prodrugs, whereas the other available statins are administered in their active form. Their absorption rate varies between 20 and 98%. **Many statins undergo significant hepatic metabolism via cytochrome P450 isoenzymes (CYPs), except pravastatin, rosuvastatin, and pitavastatin.** These enzymes are expressed mainly in the liver and gut wall.

Interactions

A number of important drug interactions with statins have been described that may increase the risk of side effects. Inhibitors and inducers of enzymatic pathways involved in statin metabolism are summarized in a table in Addendum III of these guidelines. **All currently available statins, except pravastatin, rosuvastatin, and pitavastatin, undergo major hepatic metabolism via the CYPs.** These isoenzymes are mainly expressed in liver and intestine. Pravastatin does not undergo metabolism through the CYP system but is metabolized by sulfation and conjugation. CYP3A isoenzymes are the most abundant, but other isoenzymes such as CYP3A4, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, and CYP2D6 are also involved in the metabolism of statins. Thus, other pharmacological substrates of these CYPs may interfere with statin metabolism. Conversely statin therapy may interfere with the catabolism of other drugs that are metabolized by the same enzymatic system.

Drug-drug Interaction of Statins

Concomitant drugs	Statins	Pravastatin	Simvastatin	Fluvastatin	Atorvastatin	Pitavastatin	Rosuvastatin
Ethanol		▲	▲	▲	▲	▲	▲
Cyclosporin		+	+	+	+	+	+
Nicotinic Acid		+	+	+	+	+	+
Warfarin			+	+	+	+	+
Concomitant anticoagulants			+	+	+	+	+
Itraconazole / Miconazole			X	+	+	+	+
Erythromycin			+	+	+	+	+
Clarithromycin			+	+	+	+	+
Telithromycin			+	+	+	+	+
HIV Protease Inhibitors			X	+	+	+	+
Antiviral (Efavirenz)			+	+	+	+	+
Antion-exchange resin (Cholestyramine)			+	+	+	+	+
Ranitidine			+	+	+	+	+
Omeprazole, Cimetidine			+	+	+	+	+
Fluconazole			+	+	+	+	+
Rifampicin			+	+	+	+	+
Digoxin			+	+	+	+	+
Oral Contraceptives			+	+	+	+	+
Antacids			+	+	+	+	+

X : Contraindications for coadministration

▲ : Avoid Coadministration

+

: Coadministration with caution



*Recommended dose 1-2 mg od.
Maximum dose 4 mg od.

LIVALO TAB 2 mg

(Pitavastatin calcium)

1. Brand Name LIVALO TAB 2mg. Each tablet contains 2 mg of pitavastatin calcium. 2. Physicochemical Properties Nonproprietary name: Pitavastatin calcium. Chemical name: (+)-Monocalcium bis[(3R,5S,6E)-7-[2-(cyclopropyl-4-(4-fluorophenyl)-3-quinolyl)-6-(3,5-dihydroxy-5-heptenoate)]-3,5-dihydroxy-5-heptenoate. Molecular formula: $C_{38}H_{46}F_2N_2O_8$. Molecular weight: 880.98. Inactive ingredients: Lactose, hydroxypropylcellulose, hydroxypropylmethylcellulose, Magnesium Aluminum silicate, Magnesium Stearate, Triethyl Citrate, Hydrated Silicon Dioxide, Titanium Dioxide, Canauba Wax. 3. Indications Hypercholesterolemia, Familial hypercholesterolemia. 4. Dosage and Administration The usual dosage for an adult is 1-2 mg of pitavastatin calcium once daily after an evening meal. The dosage may be adjusted according to the patient's age and symptoms. When lowering of the LDL cholesterol level is insufficient, the dosage may be increased to a maximum of 4 mg per day. 5. Pharmacological Action Pitavastatin calcium inhibits HMG-CoA reductase, which is a rate-determining enzyme involved with biosynthesis of cholesterol, in a manner of competition with the substrate so that it inhibits cholesterol synthesis in the liver. As a result, the expression of LDL-receptors followed by the uptake of LDL from blood to liver is accelerated, and then the plasma total cholesterol decreases. Further, the sustained inhibition of cholesterol synthesis in the liver decreases VLDL secretion into blood, thus plasma triglyceride levels decrease. 5.1 Plasma concentration after single dose oral administration In 6 healthy adult male humans, single dose oral administration of pitavastatin calcium (2 mg or 4 mg) was performed under fasted conditions. Unchanged pitavastatin and its lactone, the main metabolite, were mainly found in plasma. Effect of food: single dose oral administration demonstrated a delay in T_{max} and decrease in C_{max}, but no significant difference in AUC. 5.2 Metabolism Pitavastatin calcium was metabolized by cyclization to its lactone, β-oxidation on the side-chain, hydroxylation of the quinoline ring, and glucuronide or sulfate conjugation. The main excretion route was faeces excretion (rats, dogs). In human, the unchanged pitavastatin and its lactone metabolite were minimally observed in blood, and the other metabolites such as propionate derivative and 8-hydroxide were minimally observed. Meanwhile, the unchanged pitavastatin, its lactone, dehydro-lactone, 8-hydroxide and these conjugates were minimally observed in urine. 5.3 Urinary excretion After single oral administration of pitavastatin calcium (2 mg or 4 mg) in 6 healthy adult male humans, the urinary excretion rate of the unchanged pitavastatin was less than 0.6%, and that of its lactone metabolite was less than 1.3%. The total excretion rate of the unchanged pitavastatin and its lactone was less than 2% of the dose. 5.4 Drug-metabolizing enzymes Pitavastatin calcium was minimally metabolized in study using human hepatic microsomes, and the 8-hydroxide occurred mainly by CYP2C9 metabolism (in vitro). An inhibitory study against model substrates of CYP species demonstrated that pitavastatin calcium did not affect the metabolism of tolbutamide, a substrate for CYP2C9 and testosterone, a substrate for CYP3A4 (in vitro). 5.5 Plasma protein binding rate Plasma protein binding rate of pitavastatin calcium was as high as 99.5% to 99.6% with 4% human serum albumin and 94.3% to 94.9% with 0.06% human O-1-acid glycoprotein (in vitro). 6. Contraindications Don't administer to the following patients (1) Patients with a history of hypersensitivity to any of the components of this product (2) Patients with severe hepatic disorders or biliary atresia. In these patients, plasma concentration of this product rises, and the frequency of development of adverse reactions may increase. In addition, hepatic disorders may be aggravated. (3) Patients receiving cyclosporine [Plasma concentration of this product rises, and the frequency of development of adverse reactions may increase. In addition, severe adverse reactions such as rhabdomyolysis may occur]. (4) Pregnant women, women suspected of being pregnant, or lactating women [See "Use during pregnancy, childbirth and lactation".] Relative Contraindications (As a general rule, the coadministration of this product is contraindicated in the following situation. If the use of this product is considered essential, it should be administered carefully.) For patients with abnormal clinical laboratory values related to renal function, coadministration with fibrinolytic agents should not be approved except when that coadministration is considered indispensable. [Rhabdomyolysis is more likely to occur]. 7. Precautions related to dosage and administration (1) In the case of administration to patients with hepatic disorders, the starting dose should be set to 1 mg per day and the maximal dose should be 2 mg per day. (2) In the case of an increase in dosage of this drug, rhabdomyolysis-related adverse events may occur. When the dosage is increased to 4 mg, some attention should be given to early signs of rhabdomyolysis such as CK (CPK) elevation, myoglobinuria, myalgia and weakness. (In overseas clinical studies, doses of 8 mg or above were discontinued due to several cases of rhabdomyolysis and related adverse events.). 8. Adverse Reactions In the clinical studies conducted by the time of approval, adverse reactions were found in 197 patients (22.2%) out of 888 patients. Of them, adverse reactions in subjective and objective symptoms were seen in 50 patients (5.6%). The main symptoms were abdominal pain, rash, malaise, numbness and pruritus. Adverse reactions pertaining to clinical laboratory values were found in 167 patients (18.8%), and the main changes were elevations of γ-GTP, CK (CPK), serum ALT (GPT) and serum AST (GOT). 9. Package LIVALO TAB 2 mg STP: 100T

References

- European Heart Journal (2011) 32, 1769-1818 doi:10.1093/eurheartj/ehf158
- Ref.: Package inserts

BIOPHARM
Embracing life

Further Information Please Contact :
BIOPHARM CHEMICAL CO., LTD.
7th Floor, Biohouse Bldg, 55 Sukhumvit 39 Rd. Klongton Nua, Wattana,
Bangkok 10110 Tel. 0-2258-9999

Livalo
Less is MORE

ใบอนุญาตเลขที่ ๒๓. 425/2555

Cervarix™ demonstrated 93%* efficacy against CIN3+ irrespective of HPV type**†

The efficacy was higher than would be expected from a vaccine that is efficacious against HPV 16 and 18^{†1,3-4}



* In an analysis of CIN3+ lesions, conducted irrespective of HPV type, Cervarix™ showed 93% efficacy (95% CI: 78.9–98.7)[†]

** TVC-naïve cohort: includes all vaccinated subjects (15-25 years, who received at least one dose of vaccine) who had normal cytology, were HPV DNA negative for 14 oncogenic HPV types and seronegative for HPV-16 and HPV-18 at baseline^{1,2}

† Based on a comparison with epidemiology data, which can vary in different regions⁴

Abbreviated Prescribing Information. Based on full International Product Information (version number 12)

Cervarix™. Human Papillomavirus vaccine Types 16 and 18 (Recombinant, AS04 adjuvanted). **Composition:** Human Papillomavirus type 16 L1 protein 20 micrograms, Human Papillomavirus type 18 L1 protein 20 micrograms, 3-O-desacetyl-4'-monophosphoryl lipid A (MPL) 50 micrograms, Aluminium hydroxide, hydrated 0.5 milligrams Al³⁺. **Indications:** For females from 9-25 years for the prevention of persistent infection, premalignant cervical lesions and cervical cancer (squamous-cell carcinoma and adenocarcinoma) caused by oncogenic Human Papillomaviruses (HPV). For females from 26 years of age onwards: available data support the safety and immunogenicity in women aged 26 - 55 years. Efficacy studies in women aged 26 - 55 years are ongoing. **Administration:** The recommended vaccination schedule is 0, 1, 6 months intramuscularly in the deltoid region. **Contraindications:** Subjects with known hypersensitivity to any component of the vaccine. **Special Precautions:** Precede vaccination by a review of the medical history (especially with regard to previous vaccination and possible occurrence of undesirable events) and a clinical examination. As with all injectable vaccines, appropriate medical treatment and supervision should always be readily available in case of a rare anaphylactic event following the administration of the vaccine. Syncope (fainting) can occur following, or even before, any vaccination as a psychogenic response to the needle injection. It is important that procedures are in place to avoid injury from faints. As with other vaccines, the administration of Cervarix™ should be postponed in subjects suffering from acute severe febrile illness. However, the presence of a minor infection, such as a cold, should not result in the deferral of vaccination. Cervarix™ should under no circumstances

be administered intravascularly or intradermally. No data are available on subcutaneous administration of Cervarix™. As for other vaccines administered intramuscularly, Cervarix™ should be given with caution to individuals with thrombocytopenia or any coagulation disorder since bleeding may occur following an intramuscular administration to these subjects. As with any vaccine, a protective immune response may not be elicited in all vaccinees. Cervarix™ is a prophylactic vaccine. It is not intended to prevent progression of HPV-related lesions present at the time of vaccination. Cervarix™ does not provide protection against all oncogenic HPV types. Vaccination is primary prevention and is not a substitute for regular cervical screening (secondary prevention) or for precautions against exposure to HPV and sexually transmitted diseases. In subjects with impaired immune responsiveness such as HIV infected patients or patients receiving immunosuppressive treatment, an adequate immune response may not be elicited. Duration of protection has not fully been established. **Interactions:** can be given concomitantly with: reduced antigen diphtheria-tetanus-acellular pertussis vaccine (dTpa), inactivated poliovirus vaccine (IPV) and the combined dTpa-IPV vaccine; hepatitis A (inactivated) vaccine (HepA), hepatitis B (rDNA) vaccine (HepB) and the combined HepA-HepB vaccine. If Cervarix™ is to be given at the same time as another injectable vaccine, the vaccines should always be administered at different injection sites. There is no evidence that the use of hormonal contraceptives has an impact on the efficacy of Cervarix™. As with other vaccines it may be expected that in patients receiving immunosuppressive treatment an adequate response may not be elicited. **Pregnancy and Lactation:** data are insufficient to recommend use during pregnancy. Vaccination should, therefore, be postponed until after completion of pregnancy. Cervarix™ should only be used during breast-feeding when the possible advantages outweigh the possible risks. Serological

data suggest a transfer of anti-HPV16 and anti-HPV18 antibodies via the milk during the lactation period in rats. However, it is unknown whether vaccine-induced antibodies are excreted in human breast milk. **Undesirable Effects:** **Clinical trial data:** Headache, myalgia, injection site reactions including pain, redness, swelling, fatigue, gastrointestinal including nausea, vomiting, diarrhoea and abdominal pain, itching/pruritus, rash, urticaria, arthralgia, fever ($\geq 38^\circ\text{C}$) Upper respiratory tract infection, lymphadenopathy, dizziness, other injection site reactions such as induration, local paraesthesia, allergic reactions (including anaphylactic and anaphylactoid reactions). **Post marketing data:** angioedema, syncope or vasovagal responses to injection, sometimes accompanied by tonic-clonic movements.

Full Prescribing Information is available from **GlaxoSmithKline (Thailand) Limited**, 12th Floor, Wave Place, 55 Wireless Road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330 Thailand Tel: 0-2655-4567 Fax: 0-2655-4568

GSK is committed to the effective collection and management of human safety information relating to our products and we encourage healthcare professionals to report adverse events to us on 081 903 4499

References:

1. Cervarix™ Prescribing Information.
2. Paavonen J et al. *Lancet* 2009;374:301–314.
3. Howell-Jones R et al. *Br J Cancer* 2010;103:209–216.
4. Bosch FX et al. *Vaccine* 2008;26:S:K1–K16.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา