

Precise and integrated patient data for visible safety and measurable efficiency.

Medical minds think alike.



Mindray's One Solution is an advanced ecosystem of fully interoperable patient monitoring and life support devices that promote visible safety and measurable efficiency across all points of pre-, peri-, and post-operative care.

1
SOLUTION



www.mindray.com

mindray
healthcare within reach

Impacting Outcomes Link by Link



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

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

Powerful Partners, in glycaemic control.¹



LANTUS
insulin glargine



APIDRA
insulin glulisine



Reference
1. Mayer G et al. A Stepwise Approach to Basal-Insulin Therapy in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Basal-Insulin Treatment Failure. Endocrine Practice. 2011;17:395-403.

LANTUS® Abbreviated Prescribing Information

1. NAME AND PRESENTATION: Lantus® 100 Units/mL solution for injection of insulin glargine is available in a vial (15 mL), cartridge (3 mL), or pre-filled pen (3 mL) as SoloStar® or OptiStar®. **2. THERAPEUTIC INDICATIONS:** For the treatment of adults, adolescents and children of 4 years or above with diabetes mellitus, where treatment with insulin is required. **3. POSOLOGY AND METHOD OF ADMINISTRATION:** Lantus® should be administered once daily at any time but at the same time every day. The dosage and timing of dose of Lantus® should be individually adjusted. Lantus® can also be given together with either a short-acting insulin or an oral antidiabetic. When changing from a treatment regimen with an intermediate or long-acting insulin to a regimen with Lantus®, a change of the dose of the basal insulin may be required and the concomitant antidiabetic treatment may need to be adjusted. Dose metabolic monitoring is recommended. Administration: Lantus® is administered subcutaneously, should not be administered intravenously and mixing or dilution with any other product must be avoided. For further details on handling Lantus® (vial, cartridge, or pre-filled pen) are in the instruction for use which is included in the full prescribing information. **4. CONTRA-INDICATIONS:** Hypersensitivity to insulin glargine or to any of the excipients. **5. SPECIAL WARNINGS AND PRECAUTIONS FOR USE:** Hypoglycaemic episodes may occur when the treatment regimen is changed. The initial symptoms of hypoglycaemia may be changed, be milder or be absent in certain risk groups. As a result of hypoglycaemia or insulin impairment the ability to concentrate and react may be affected, possibly constituting a risk in operating a vehicle or machinery. In patients with renal impairment or severe hepatic impairment, insulin requirements may be diminished. In the elderly, progressive deterioration of renal function may lead to a steady decrease in insulin requirements. The Lantus cartridges should only be used with OptiStar or SoloStar and should not be used with any other reusable pen as the dosing accuracy has only been established with the listed pens. **6. DRUG INTERACTIONS:** Substances that may increase susceptibility to hypoglycaemia or reduce the blood-glucose-lowering effect are detailed in the full SmPC. **7. PREGNANCY AND LACTATION:** No clinical data are available. Lactating women may require adjustments in insulin dose. **8. UNDESIRABLE EFFECTS:** Hypoglycaemia may occur if the insulin dose exceeds the requirement. A marked change in blood sugar level may cause temporary visual impairment. Lipoatrophy and lipohypertrophy may occur at the injection site. Injection site reactions including redness, pain, itching, there, swelling, or inflammation. For uncommon, rare and very rare adverse events see full SmPC. **9. OVERDOSEAGE:** Insulin overdose may lead to severe and sometimes life-threatening hypoglycaemia. Mild episodes of hypoglycaemia can usually be treated with oral carbohydrates. **10. PHARMACOLOGICAL PROPERTIES:** Insulin and analogues for injection, long-acting. ATC Code: A10AD04.

Apidra® 100 U/ml Abbreviated Prescribing Information

1. NAME AND PRESENTATION: Apidra® 100 Units/mL solution for injection of insulin glulisine is available in a vial (10 mL), cartridge (3 mL), or pre-filled pen (3 mL) as OptiStar® or SoloStar®. **2. THERAPEUTIC INDICATIONS:** Treatment of adults, adolescents and children of 4 years or above with diabetes mellitus, where treatment with insulin is required. **3. POSOLOGY AND METHOD OF ADMINISTRATION:** Apidra® should be given shortly (0-15 min) before or soon after meals. It should be used in regimens that include an intermediate or long acting insulin or basal insulin analogue and can be used with oral hypoglycaemic agents. The dosage of Apidra® should be individually adjusted. Apidra® should be given by subcutaneous injection in the abdominal wall, thigh or deltoid or by continuous subcutaneous pump infusion in the abdominal wall. Injection sites and infusion sites should be rotated from one injection to the next within an injection area (abdomen, thigh or deltoid). After injection, the site of injection should not be massaged. Patients must be educated in the use of proper injection techniques. Apidra® must not be mixed with any preparation other than 100 U/ml human insulin and when used with a subcutaneous insulin infusion pump, Apidra® must not be mixed with other insulins or any other insulin. Apidra® can also be administered intravenously. This should be carried out by health care professionals. It must not be mixed with glucose or heparin solution or with any other insulin. For further details on handling Apidra® are in the instruction for use which is included in the full prescribing information. **4. CONTRA-INDICATIONS:** Hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients. Hypoglycaemia. **5. SPECIAL WARNINGS AND PRECAUTIONS FOR USE:** Transferring a patient to a new type or brand of insulin should be done under strict medical supervision. The use of inadequate dosages or discontinuation of treatment, especially in insulin-dependent diabetes, may lead to hyperglycaemia and diabetic ketoacidosis, conditions which are potentially lethal. The time of occurrence of hypoglycaemia depends on the action profile of the insulin used and may, therefore, change when the treatment regimen is changed. Apidra contains metacresol, which may cause allergic reactions. For all details see the full SmPC. Apidra® cartridges should only be used with OptiStar® or SoloStar® and should not be used with any other reusable pen as the dosing accuracy has only been established with the listed pens. **6. DRUG INTERACTIONS:** Substances that may affect glucose metabolism, enhance the blood-glucose-lowering activity and increase susceptibility to hypoglycaemia, and substances that may reduce the blood-glucose-lowering activity are detailed in the full SmPC. **7. PREGNANCY AND LACTATION:** There are no adequate data on the use of insulin glulisine in pregnancy. Breast-feeding mothers may require adjustments in insulin dose and diet. **8. UNDESIRABLE EFFECTS:** Symptoms of hypoglycaemia usually occur suddenly. Local hypersensitivity reactions (redness, swelling and itching at the injection site) may occur during treatment with insulin. Lipoatrophy may occur at the injection site as a consequence of failure to rotate injection sites within an area. Systemic hypersensitivity reactions which may include urticaria, chest tightness, dyspnea, allergic dermatitis and pruritus. Severe cases of generalized allergy, including anaphylactic reaction, may be life-threatening. For uncommon, rare and very rare side effects see full prescribing information. **9. OVERDOSEAGE:** Hypoglycaemia may occur as a result of an excess of insulin activity relative to food intake and energy expenditure. There is no specific data available concerning overdose with insulin glulisine. However, hypoglycaemia may develop over sequential days. **10. PHARMACOLOGICAL PROPERTIES:** Insulin and analogues for injection, fast-acting. ATC Code: A10AB06. Insulin glulisine is a recombinant human insulin analogue and has a more rapid onset of action and a shorter duration of action than regular human insulin.

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขค.260/2555

TH.GLA.12.02(08)



หมายเหตุ เป็นยาให้ใช้เฉพาะตามพยานา
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
Further information is available on request

sanofi-aventis (Thailand) Ltd.

87/2 CRC Tower, 24th Fl., All Seasons Place, Wireless Rd., Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330
Tel. 0 2264 9999 Fax. 0 2264 9997

SANOFI DIABETES

อันตรายจากการใช้เครือข่ายสังคมทางอินเทอร์เน็ต

ปัจจุบันคนไทยจำนวนไม่น้อยติดการใช้ Facebook หรือ Line กันมากขึ้น หลายคนนำมาใช้ทำธุรกิจโฆษณาขายของ ใช้ติดต่อเพื่อนเก่า ๆ สมัยเด็ก ๆ ใช้ส่งข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว ในขณะที่เดียวกันสื่อเหล่านี้ก็มีอันตรายเหมือนดาบสองคม เด็กหลายคนถูกหลอกไปข่มขืน จนกระทั่งในต่างประเทศไม่ให้เกิดอายุต่ำกว่า 13 ปีใช้ social media บางแห่งแนะนำไม่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีใช้ด้วยซ้ำ เพราะไม่มีความจำเป็นต้องใช้ พ่อแม่ซื้อโทรศัพท์ธรรมดาให้ใช้ ซึ่งก็เพียงพอ ถ้าจะใช้ internet ก็ให้ใช้เครื่องที่บ้าน เด็กเสียเวลาไปกับการใช้ Facebook หรือ Line วันละหลายนาทิจึงหรือหลายชั่วโมง ทำให้เวลาที่จะไปศึกษาหาความรู้หรือทำงานลดลง

ในต่างประเทศมีการศึกษาพบว่า Facebook ทำให้ผลงานของบริษัทลดลงไป 1.5% บริษัทในประเทศอังกฤษสูญเสียผลงานไป 2.2 พันล้านปอนด์ต่อปี ข้อเสียของการใช้สื่อทางสังคม (social media) อาจสรุปได้ดังนี้

ข้อมูลส่วนตัวเราอาจจะถูกขโมยไป ทำให้คนร้ายรู้ว่าเราซื้ออะไร นามสกุลอะไร วันเดือนปีเกิด บ้านอยู่ที่ไหน ทำงานอะไร บางครั้งบอกหมดว่าเคยเรียนที่ไหนมาก่อน เคยทำงานที่ไหน ตำแหน่งอะไร ถ้าเราไปสมัครงานที่ไหน นายจ้างจะรู้ประวัติเราหมด ถ้าติดต่อธนาคารทางอินเทอร์เน็ต เขาอาจทราบบัญชีและรหัสของเรา ข้อมูลที่เราให้เป็นส่วนตัวเฉพาะบางคนก็อาจจะรั่วไปยังเพื่อนฝูงของเขาได้ แม้ว่าเราลบออกแล้วข้อมูลใน Facebook ยังอยู่ ข้อมูลเหล่านี้ อาจมาทำลายเรามาภายหลังได้

ต้องระลึกไว้เสมอว่าข้อมูลใดที่เราเขียนลงไปไม่เป็นความลับอีกต่อไป เราไม่สามารถลบออกได้

ถ้าเรื่องใดเราไม่สามารถพูดหรือเขียนในที่สาธารณะได้ ห้ามเขียนลงไป เรื่องที่เราเขียนลงไปนั้นแล้วอาจจะมีคนกลับมาถามหรือฟ้องเราได้ถ้าพบคนที่ไม่หวังดี เมื่อเรากลายเป็นคนสำคัญ เราอาจถูกคนเอาข้อความเก่าของเราที่มีจุดอ่อนมาเผยแพร่ให้เราเสียชื่อเสียง ข้อมูลข่าวสารใน social media อาจเป็นเรื่องไม่จริง อาจเป็นข่าวลือ เราเสียเวลาอ่านโดยไม่สาระ

เราไม่มีทางควบคุมข้อมูลที่เราส่งไป อย่างน้อยมีส่วนกลางที่เก็บข้อมูลเหล่านี้ไว้ แม้แต่ข้อมูลใน e-mail ของบริษัทต่าง ๆ เขาก็มีคนตรวจสอบข้อความใน e-mail ทุกฉบับไม่มีความลับ ห้ามใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ของทำงานติดต่อกับ social media เพราะไม่ใช่เครื่องของเรา มีการตรวจสอบตลอดเวลา

เสียเวลาที่จะทำประโยชน์อย่างอื่น บางคนส่งภาพเกือบทุกชั่วโมง ไปเที่ยวที่ใด รับประทานอาหารอะไร ที่ไหนบอกหมด หมดเวลาไปกับเรื่องที่ไม่ใช่ประโยชน์ แถมอาจเป็นผลร้ายตามมาด้วย

เราไม่ทราบว่าเขาติดต่อกับใคร แม้ใน Line ที่เป็นกลุ่มอาจมีคนที่ไม่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับเรา บางคนบอกหมดว่าจะไปเที่ยวที่ไหนวันไหน ทำให้ใจรู้ว่าวันไหนเราไม่อยู่บ้าน เข้ามาขโมยของในบ้านได้

เวลาที่มีเรื่องไม่สบายใจ จงอย่าระบายลงในสื่อ online ทำให้คนอื่นรู้ว่าเราเป็นอย่างไร บางคนระบายเรื่องการทำงาน ปรากฏว่าหัวหน้างานอ่านด้วย เลยปลดคนนั้นออก เวลาเรามีเรื่องเศร้า เราอยากระบายออก ควรเขียนในกระดาษแล้วฉีกทิ้ง หรือเล่าให้คนที่เราไว้วางใจและหวังดีต่อเราฟังเท่านั้น

อย่าลงข้อความหรือภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ เรื่องศาสนา เรื่องการเมือง เพราะจะเป็นอันตราย

ต่อเรา ถ้ามีคนที่ไม่เห็นตรงกัน นอกจากนี้ยังกลายเป็นประวัติด้วยว่าเราอยู่ในกลุ่มใด

อย่าไปเถียงหรือทะเลาะกับคนอื่นในสื่อทางสังคม ใจเย็นอย่าตอบโต้เขา อาจจะเถียงพยายามทำให้เราโกรธโดยไม่เคารพยำเกรง การตอบโต้ทันทีด้วยความอารมณ์ทำให้เกิดความเสียหายได้มาก

ปัจจุบันความเป็นส่วนตัวของเราลดน้อยลง เราถูกกล้องวงจรปิดบันทึกตามที่เราไป โดยเราไม่ได้บอกเขา โทรศัพท์มือถือก็สามารถถ่ายภาพเราโดยที่เราไม่ได้รับรู้ บางคนไปดื่มสุรากับเพื่อนแล้วเกิดเมา ทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม อาจถูกคนบันทึกภาพไปลงใน Facebook ให้เราเสียหายได้ บางคนลงภาพและข้อความด้วยความคะนอง ส่งให้เพื่อนสนิทดู กลายเป็นภาพที่กระจายไปทั่วประเทศ ถึงแม้ว่าเราลบออกแล้ว แต่ปรากฏว่าเราลบที่อื่นไม่ได้จนจากเครื่องของเรา

โดยสรุปแล้วของทุกอย่างมีทั้งข้อดีและข้อเสีย เรายังไม่มีระบบป้องกันความเป็นส่วนตัวอย่างแท้จริง การใช้เครือข่ายทางสังคมผ่านอินเทอร์เน็ต นอกจากทำให้เสียเวลาแล้ว ยังอาจมีผลร้ายตามมาได้

ในสหรัฐอเมริกา เวลาประชุมเขาให้ทุกคนปิดโทรศัพท์มือถือรวมทั้งคอมพิวเตอร์ด้วย ในประเทศไทยขณะประชุมยังส่งและอ่าน Line กันอยู่ นั่งรับประทานอาหารด้วยกันยังไม่คุยกัน ก้มหน้าก้มตา ดูแต่จอมือถือ ขาดการสบตาและมนุษย์สัมพันธ์กับคนด้วยกัน

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษาจิตตัมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตูจิตินดา ศ.กิตาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตูจิตินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรย์วานิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอหนันตกุล รศ.นพ.วิสูตร พงศ์ศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วณิด วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แบบดิสไซม์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ซาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาญณะ, สุรินทร์ ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสุทธิกุล

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

Contents

The Medical News ฉบับที่ 417 วันที่ 1 - 15 กรกฎาคม 2557

3 โลกกว้างทางแพทย์

- ผลตรวจคัดกรองและปรับการดำเนินชีวิตต่ออุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- สเตตินและกิจกรรมทางกายในชายสูงอายุ
- เบาหวานในฐานะปัจจัยเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้หญิง
- ความเสี่ยงโรคไตระยะสุดท้ายและเสียชีวิตหลัง Cardiovascular Events ในโรคไตเรื้อรัง

7 ข่าวสารการแพทย์

- หญิงไทยอายุ 15-49 ปี มีปัญหาเลือดจางกว่า 4 ล้านคน เสี่ยงตกเลือด ลูกในครรภ์โตช้า สมอไม่ดี
- กรมวิทย์ฯ ร่วมกับ 60 โรงพยาบาลเครือข่าย ผนึกกำลังแบคทีเรียดื้อยา ด้วยโปรแกรมยูเน็ต (WHONET) รวดเร็วทันต่อสถานการณ์

9 Special

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย จัดประชุมใหญ่สามัญประจำปี พร้อมมอบรางวัล “Care Team ในดวงใจ” เพื่อส่งเสริมและเป็นกำลังใจให้แก่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโครงการ ๔๔ พรรษามหาราชนา

12 Movement

13 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

วิธีการลดรอบเอว

14 In Focus

ยกระดับ...ไทย ‘ผู้นำ’ เครื่องมือแพทย์
เพิ่มขีดความสามารถแข่งขันทางเศรษฐกิจ รองรับ AEC

17 Get Up

- รู้สึกลำบากขณะลดสมอเสื่อม
- กระแสเซลล์ฟีนอลีนลดการรวมความงาม
- ขลิบหนังหุ้มปลายอาจช่วยลดมะเร็งต่อมลูกหมาก

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

น่ารู้ในจีน

21 เสียงแพทย์

30 บาทรักษาทุกโรคเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ (ต่อ)

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ทองคำขนาดนาโนสำหรับเพิ่มการนำไฟฟ้าของแผ่นแปะหัวใจ

25 จุฬาลงกรณ์

นวัตกรรมรักษามะเร็งเต้านมชนิด “เฮอรัท” ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้นานขึ้น

28 Systematic Review

การแปรผันด้วยแปลงสีพื้นไฟฟ้าเปรียบเทียบกับแปลงสีพื้นปกติ

29 เฉพาะโรค

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

33 มุมนิติเวช

แพทย์มีส่วนในการประเมินค่าเสียหายให้แก่ผู้ป่วย
(รายงานผู้ป่วย 1 ราย)

37 R2R

นวัตกรรมชุดสื่อสารฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล ร.พ.ระนอง
ลดช่องว่างด้านการแพทย์ฉุกเฉินไทย

38 ปักตะเข็บ

สธ. ปรับโฉม “หมออนามัยทั่วไทย” เป็นทัพหน้า
ลุยงานสร้างนำซ่อม ลดปัญหาเจ็บป่วย

39 ปักตะเข็บ

เมียนมาร์ ฟาร์-เมิด เอ็กซ์โป 2014
เปิดตลาดยาและอุปกรณ์การแพทย์สู่เมียนมาร์

40 เกาะติดงานประชุม

สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย
จัดอบรมวิชาการต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 29

42 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษาก่อน

สมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะ VI (Human immunodeficiency virus : HIV)



ผลตรวจคัดกรองและปรับการดำเนินชีวิต ต่ออุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

BMJ 2014;348:g3617.

บทความเรื่อง Effect of Screening and Lifestyle Counselling on Incidence of Ischaemic Heart Disease in General Population: Inter99 Randomised Trial รายงานข้อมูลจากงานวิจัยแบบ randomised controlled community based trial ในเดนมาร์ก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการให้คำปรึกษาด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะ 10 ปี ที่ระดับประชากร

นักวิจัยสุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยอายุระหว่าง 30-60 ปี จำนวน 59,616 คน เป็นกลุ่มทดลอง (n = 11,629) และกลุ่มควบคุม (n = 47,987) โดยกลุ่มทดลองได้รับการตรวจคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และให้คำปรึกษารูปแบบการดำเนินชีวิตรวม 4 ครั้งในระยะเวลา 5 ปี ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพได้รับคำปรึกษารูปแบบการดำเนินชีวิตที่ปรับเปลี่ยนบุคคลในทุก visit (ที่พื้นฐาน หลังปีแรก และปีที่ 3) ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้เข้าร่วมกิจกรรมให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มอีก 6 ครั้ง เพื่อให้คำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ อาหาร และการออกกำลังกาย และผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดได้เข้าร่วมกิจกรรมให้คำปรึกษาครั้งสุดท้ายหลังจาก 5 ปี ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการส่งต่อไปยังแพทย์ทั่วไปหากจำเป็นต้องได้รับการรักษา และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในกลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มควบคุม และผลลัพธ์รอง ได้แก่ สโตรค, combined events (โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สโตรค หรือทั้งสองอย่าง) และการตาย



มีผู้เข้าร่วมวิจัย 6,091 คน (52.4%) ในกลุ่มทดลอง เข้าร่วมที่พื้นฐานจาก 5,978 คน ซึ่งสามารถติดตามที่ 5 ปี (เสียชีวิต 59 คน และอหิวา 54 คน) พบว่ามีผู้เข้าร่วม 4,028 คน (67.4%) และมีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 3,163 คนจากการติดตามที่ 10 ปี จากการศึกษากับผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 2,782 คน จาก 58,308 คน ซึ่งไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่พื้นฐาน และพบผู้ที่เป็นสโตรค 1,726 คน จาก 58,940 คน ซึ่งไม่มีประวัติสโตรคที่พื้นฐาน จากการศึกษากับพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในด้าน primary endpoint (hazard ratio for ischaemic heart disease 1.03, 95% confidence interval 0.94-1.13) หรือ secondary endpoints (stroke 0.98, 0.87-1.11; combined endpoint 1.01, 0.93-1.09; total mortality 1.00, 0.91-1.09)

โปรแกรมแทรกแซงเป็นรายบุคคลด้วยการตรวจคัดกรอง ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตในระยะเวลา 5 ปีไม่มีผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สโตรค หรือการตายในระดับประชากรภายหลัง 10 ปี



อาหารโปรตีนวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านม

BMJ 2014;348:g3437.

บทความเรื่อง Dietary Protein Sources in Early Adulthood and Breast Cancer Incidence: Prospective Cohort Study รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ prospective cohort study จากบุคลากรทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างอาหาร แหล่งโปรตีนที่รับประทานในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นหญิงวัยทอง 88,803 คนในการศึกษา Nurses' Health Study II ซึ่งได้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับอาหารในปี ค.ศ. 1991 มาตราวัดผลลัพธ์ ได้แก่ อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมที่รายงานเองและยืนยันจากผลตรวจทางพยาธิวิทยา

มีรายงานโรคมะเร็งเต้านม 2,830 ราย ระหว่างการติดตามเป็นระยะเวลา 20 ปี การรับประทานเนื้อแดงในปริมาณมากขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงมะเร็งเต้านม

โดยรวม (relative risk 1.22, 95% confidence interval 1.06-1.40; $P_{trend} = 0.01$, for highest fifth vs lowest fifth of intake) ขณะที่การรับประทานสัตว์ปีก ปลา ไข่ ถั่วเปลือกอ่อน และถั่วเปลือกแข็ง ไม่สัมพันธ์กับมะเร็งเต้านมโดยรวม เมื่อประเมินความสัมพันธ์ตามสถานะประจำเดือนพบว่า การรับประทานสัตว์ปีกมากขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อมะเร็งเต้านมในหญิงวัยทอง (0.73, 0.58-0.91; $P_{trend} = 0.02$, for highest fifth vs lowest fifth of intake) แต่ไม่รวมถึงหญิงก่อนวัยทอง (0.93, 0.78-1.11; $P_{trend} = 0.60$, for highest fifth vs lowest fifth of intake) จากการประเมินผลของการเปลี่ยนอาหารแหล่งโปรตีนพบว่า การรับประทานถั่วเปลือกอ่อนหนึ่งหน่วยบริโภค/วัน ทดแทนเนื้อแดงหนึ่งหน่วยบริโภค/วัน สัมพันธ์กับความเสี่ยงมะเร็งเต้านมที่ต่ำลง 15% ในหญิงทั้งหมด (0.85, 0.73-0.98) และต่ำลง 19% ในหญิงก่อนวัยทอง (0.81, 0.66-0.99) และการรับประทานสัตว์ปีกหนึ่งหน่วยบริโภค/วัน ทดแทนเนื้อแดงหนึ่งหน่วยบริโภค/วัน สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลง 17% ต่อมะเร็งเต้านมโดยรวม (0.83, 0.72-0.96) และต่ำลง 24% สำหรับมะเร็งเต้านมในวัยทอง cancer (0.76, 0.59-0.99) นอกจากนี้การทดแทนเนื้อแดงหนึ่งหน่วยบริโภค/วัน ด้วยถั่วเปลือกอ่อน ถั่วเปลือกแข็ง สัตว์ปีก และปลารวมกันหนึ่งหน่วยบริโภค/วัน สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลง 14% ต่อมะเร็งเต้านมโดยรวม (0.86, 0.78-0.94) และมะเร็งเต้านมก่อนวัยทอง (0.86, 0.76-0.98)

การรับประทานเนื้อแดงน้อยในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม และการทดแทนเนื้อแดงด้วยถั่วเปลือกอ่อน สัตว์ปีก ถั่วเปลือกแข็ง และปลาอาจลดความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมได้



AMA Intern Med. Published online June 9, 2014.

บทความเรื่อง Statins and Physical Activity in Older Men: The Osteoporotic Fractures in Men Study รายงานว่า อาการปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย และอ่อนแรง เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยจากการใช้ยาสแตติน และอาจลดกิจกรรมทางกายในชายสูงอายุ นักวิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาสแตตินและกิจกรรมทางกายในชายที่เข้าร่วมในงานวิจัย Osteoporotic Fractures in Men Study (n = 5,994) ซึ่งมีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า โดยรวบรวมระหว่างเดือนมีนาคม ค.ศ. 2000 ถึงเมษายน ค.ศ. 2002 และติดตามถึงปี ค.ศ. 2009

การใช้ยาสแตตินประเมินจากการเบิกยา (ได้รับยาใน 30 วันที่ผ่านมา โดย cross-sectional analyses (n = 4,137) ได้จำแนกการใช้ยาเป็น users และ non-users และใน longitudinal analyses (n = 3,039) ได้จำแนกเป็น prevalent

สแตตินและกิจกรรมทางกายในชายสูงอายุ

users (ใช้ที่พื้นฐานและตลอดการศึกษา), new users (เริ่มใช้ระหว่างการการศึกษา) และ non-users (ไม่เคยใช้) มาตรฐานผลลัพธ์ ได้แก่ รายงานการทำกิจกรรมทางกายที่พื้นฐานและการติดตาม 2 visits ตาม Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) และใน visit 3 ได้ตรวจ metabolic equivalents (METs [kilocalories per kilogram per hour]) และระยะการทำกิจกรรมปานกลาง (METs ≥ 3.0) กิจกรรมหนัก (METs ≥ 6.0) และพฤติกรรมที่ทำให้เคลื่อนไหวน้อย (METs ≤ 1.5)

ที่พื้นฐานพบว่า 989 คน (24%) เป็น users และ 3,148 คน (76%) เป็น non-users ความแตกต่างที่ปรับแล้วของ PASE พื้นฐานระหว่าง users และ non-users เท่ากับ -5.8 points (95% CI -10.9 ถึง -0.7 points) มีชาย 3,039 คนที่สามารถรวมเข้าใน longitudinal analysis โดย 727 คน (24%) เป็น prevalent users, 845 คน (28%) เป็น new users และ 1,467 คน (48%) เป็น non-users คะแนน PASE ลดลงเฉลี่ย (95% CI) 2.5 จุด (2.0-3.0) ต่อปีสำหรับ non-users และ 2.8 จุด (2.1-3.5) ต่อปีสำหรับ prevalent users ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (0.3 [-0.5 ถึง 1.0] points) สำหรับกลุ่ม new users พบว่า คะแนน PASE รายปีต่ำลงในอัตราที่เร็วกว่า non-users (difference of 0.9 [95% CI 0.1-1.7] points) จากชาย 3,071 คนซึ่งมีข้อมูลกิจกรรมทางกายพบว่า 1,542 คน (50%) เป็น users โดยผู้ที่ได้รับยา มีผลลัพธ์ที่ต่ำกว่าด้าน METs (0.03 [95% CI 0.02-0.04] METs less) และการทำกิจกรรมปานกลาง (5.4 [95% CI 1.9-8.8] fewer minutes per day) การทำกิจกรรมหนัก (0.6 [95% CI 0.1-1.1] fewer minutes per day) แต่มีพฤติกรรมที่ทำให้เคลื่อนไหวน้อยมากกว่า (7.6 [95% CI 2.6-12.4] greater minutes per day)

การใช้ยาสแตตินสัมพันธ์กับการลดลงของการทำกิจกรรมทางกายในชายสูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน แม้หลังจากปรับตามประวัติทางการแพทย์และตัวแปรอื่นที่มีศักยภาพ

ประโยชน์และความเสี่ยงให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด หลังการบาดเจ็บที่สมอง

JAMA Intern Med. Published online June 10, 2014.

บทความเรื่อง Benefits and Risks of Anticoagulation Resumption Following Traumatic Brain Injury รายงานว่า ความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการเกิดเลือดออกจากการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหลังการบาดเจ็บที่สมองทำให้เป็นอุปสรรคในการรักษาผู้ป่วยอายุมาก และทำให้เกิดคำถามว่าควรกลับมาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหลังสมองบาดเจ็บหรือไม่ และหากจำเป็นก็ควรให้เมื่อใด

นักวิจัยประเมินความเสี่ยงการเกิดลิ่มเลือดอุดตันและเลือดออกจากการกลับมาให้ยา warfarin หลังการบาดเจ็บที่สมอง การศึกษาทำในผู้ป่วยเบิกสวัสดิการ Medicare อายุอย่างน้อย 65 ปี ซึ่งเข้ารับการรักษานอกจากการบาดเจ็บที่สมองระหว่างปี ค.ศ. 2006-2009 โดยผู้ป่วยได้รับยาในเดิวก่อนหน้าจะเกิดการบาดเจ็บ (n = 10,782) นักวิจัยได้ให้ warfarin ในแต่ละ 30 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาลเนื่องจากการบาดเจ็บที่สมอง โดยกำหนดให้การเกิดลิ่มเลือดอุดตันและเลือดออกหลังจากออกจากโรงพยาบาลเนื่องจากการบาดเจ็บที่สมองเป็นผลลัพธ์หลัก การเกิดเลือดออกประเมินจากรหัส International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification โดยครอบคลุม hemorrhagic stroke, upper gastrointestinal bleeding, adrenal hemorrhage และเลือดออกที่อวัยวะอื่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตันครอบคลุม ischemic stroke, pulmonary embolism, deep venous thrombosis และ myocardial infarction โดยที่ผลรวมของ hemorrhagic หรือ ischemic stroke เป็นผลลัพธ์รอง



ผู้ป่วยสวัสดิการ Medicare ซึ่งมีการบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (64%) และมีเชื้อสายยุโรป (92%) มีฐานอายุ (SD) เท่ากับ 81.3 (7.3) ปี และ 82% มี atrial fibrillation จากการติดตามระยะ 12 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาลพบว่า 55% ได้รับ warfarin ในระยะ 1 ถึงมากกว่า 30 วัน นักวิจัยได้ประเมิน lagged effect ของการใช้ warfarin use ต่อผลลัพธ์ โดยพบว่าการใช้ warfarin ในช่วงก่อนหน้าสัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (relative risk [RR] 0.77 [95% CI 0.67-0.88]) ขณะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อเลือดออก (RR 1.51 [95% CI 1.29-1.78]) และการใช้ warfarin ในช่วงก่อนหน้าสัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยง hemorrhagic หรือ ischemic stroke (RR 0.83 [95% CI 0.72-0.96])

ข้อมูลจากการศึกษานี้ชี้ว่า แม้การกลับมาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำให้มีความเสี่ยงต่อเลือดออกสูงขึ้นแต่ก็มี net benefit จากการกลับมาให้ warfarin หลังออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากการบาดเจ็บที่สมองสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในแง่ของการลดสโตรค



เบาหวานในฐานะปัจจัยเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้หญิง

The Lancet. 2014;383(9933):1973-1980.

บทความเรื่อง Diabetes as a Risk Factor for Stroke in Women Compared with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis of 64 Cohorts, Including 775,385 Individuals and 12,539 Strokes รายงานว่า โรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและความพิการในผู้ป่วยทั่วโลก อีกทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อโรคหลอดเลือด แต่ยังไม่ชัดเจนว่าเพศมีผลต่อความแตกต่างด้านความเสี่ยงโรคหลอดเลือดจากเบาหวานหรือไม่

นักวิจัยจึงดำเนินการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis เพื่อประเมินผลของเบาหวานต่อความเสี่ยงโรคหลอดเลือดเปรียบเทียบระหว่างหญิงและชาย โดยสืบค้น

งานวิจัยแบบ prospective, population-based cohort studies จากฐานข้อมูล PubMed ซึ่งตีพิมพ์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1966 ถึงวันที่ 16 ธันวาคม ค.ศ. 2013 และคัดเลือกจากงานวิจัยที่รายงานค่า relative risk (RR) จำเพาะตามเพศสำหรับโรคหลอดเลือดจากเบาหวาน นักวิจัยรวมค่า RRs จำเพาะตามเพศและอัตราส่วนเปรียบเทียบระหว่างผู้หญิงและผู้ชายใน random-effects meta-analysis ซึ่งถ่วงน้ำหนักด้วยส่วนกลับของความแปรปรวน

การวิเคราะห์ครอบคลุมข้อมูลจาก cohort study 64 การศึกษา รวมผู้เข้าร่วมวิจัย 775,385 คน และพบ fatal และ non-fatal stroke 12,539 ราย ค่า pooled maximum-adjusted RR ของโรคหลอดเลือดจากเบาหวานเท่ากับ 2.28 (95% CI 1.93-2.69) ในผู้หญิง และ 1.83 (1.60-2.08) ในผู้ชาย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ชายที่เป็นเบาหวานพบว่า ผู้หญิงที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสูงกว่า กล่าวคือ มี pooled ratio ของ RRs เท่ากับ 1.27 (1.10-1.46; $I^2 = 0\%$) โดยไม่ปรากฏว่ามีอคติจากแหล่งตีพิมพ์งานวิจัย และความแตกต่างระหว่างเพศนี้คงที่ในกลุ่มหลักของโรค ผู้เข้าร่วมวิจัย และรูปแบบการศึกษา

ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดจากโรคเบาหวานสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในผู้หญิงเทียบกับผู้ชาย โดยไม่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างด้านเพศในปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ข้อมูลนี้สนับสนุนว่าผู้ชายและผู้หญิงได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยอันเป็นผลจากเบาหวานแตกต่างกัน และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อระบุกลไกที่เกี่ยวข้องทั้งด้านชีววิทยา พฤติกรรม หรือสังคม

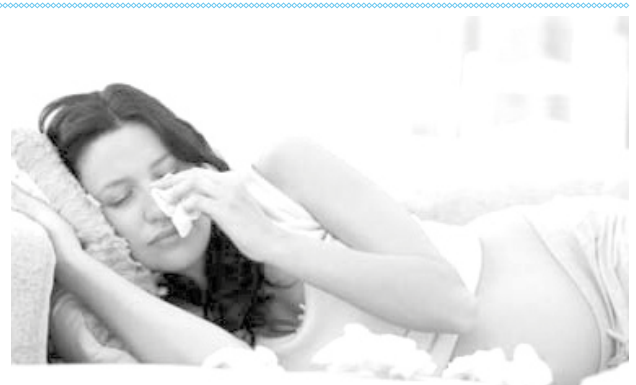
ความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดจากโรคเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรง

JAMA Psychiatry. Published online June 11, 2014.

บทความเรื่อง Pregnant Women with Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Preterm Birth รายงานว่า โรคเครียดจากเหตุการณ์ร้ายแรงพบได้ในประมาณ 8% ของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะที่มีความเครียดรุนแรง รวมถึงความเครียดจากเหตุการณ์ร้ายแรงมีความเชื่อมโยงแบบไม่แน่นอนกับการคลอดก่อนกำหนด ขณะที่การรักษาด้วยยาทางจิตเวชมักเกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด การศึกษาว่าโรคทางจิตเวชหรือการรักษาสัมพันธ์โดยอิสระกับการคลอดก่อนกำหนดหรือไม่จึงอาจเป็นประโยชน์ต่อทั้งแพทย์และผู้ป่วยในการเลือกแนวทางการดูแลรักษา

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจพบโรคเครียดจากเหตุการณ์ร้ายแรงหรือการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าและ benzodiazepine ระหว่างตั้งครรภ์กับความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด โดยตั้งสมมติฐานว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มเป็นโรคเครียดจากเหตุการณ์ร้ายแรง และหญิงที่ได้รับยาต้านซึมเศร้าหรือยาคลายเครียดมีแนวโน้มสูงกว่าต่อการคลอดก่อนกำหนด นักวิจัยศึกษาจากหญิงตั้งครรภ์ 2,654 คน ซึ่งรวมรอบก่อนครบอายุครรภ์ 17 สัปดาห์ โดยติดตามการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง และการใช้ยาต้านซึมเศร้าและ benzodiazepine มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนดประเมินจากการคลอดก่อนครบอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ แนวโน้มการตรวจพบโรคทางจิตเวชประเมินจาก Composite International Diagnostic Interview and the Modified PTSD Symptom Scale และติดตามข้อมูลการใช้ยาด้วยการสัมภาษณ์

ข้อมูลจาก recursive partitioning analysis แสดงอัตราที่สูงขึ้นของการคลอดก่อนกำหนดในผู้หญิงที่เป็นโรคเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรง และผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์จาก logistic



regression analysis ที่ชี้ว่ามีความเสี่ยงสำหรับผู้หญิงที่มีแนวโน้มเป็นทั้งโรคเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรงและซึมเศร้ารุนแรง (odds ratio [OR] 4.08 [95% CI 1.27-13.15]) โดยแต่ละคะแนนที่เพิ่มขึ้นใน Modified PTSD Symptom Scale (range 0-110) สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้น 1-2% ต่อการคลอดก่อนกำหนด และค่า odds ของการคลอดก่อนกำหนดมีระดับสูงในผู้หญิงที่ใช้ serotonin reuptake inhibitor (OR 1.55 [95% CI 1.02-2.36]) และผู้หญิงที่ใช้ benzodiazepine medication (OR 1.99 [95% CI 0.98-4.03])

ผู้หญิงที่มีแนวโน้มตรวจพบทั้งโรคเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรงและภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น 4 เท่า ซึ่งความเสี่ยงนี้สูงกว่าจากยาต้านซึมเศร้าและ benzodiazepine และไม่เป็นผลจากยาต้านซึมเศร้าและ benzodiazepine

นมสูตรผ่านการย่อย และ β -Cell Autoimmunity

JAMA. 2014;311(22):2279-2287.

บทความเรื่อง Hydrolyzed Infant Formula and Early β -Cell Autoimmunity: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า กระบวนการที่นำไปสู่การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มักเริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็กอ่อน การได้รับอาหารโปรตีนเชิงซ้อนอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อ β -cell autoimmunity ในเด็กที่มีพันธุกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ขณะที่นมผงทารกสูตรผ่านการย่อยอย่างเต็มที่ไม่มีส่วนประกอบของโปรตีนเต็มโมเลกุล

นักวิจัยศึกษาผลลัพธ์ของนมผงสูตรผ่านการย่อยอย่างเต็มที่ต่อการลดอุบัติการณ์สะสมของ autoantibodies จากเบาหวานในเด็กเล็ก โดยศึกษาจากทารก 2,159 คนที่ไวต่อการเกิดโรคจากกลุ่มยีน HLA และมีญาติลำดับที่หนึ่งเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2002 ถึงเดือนมกราคม ค.ศ. 2007 ใน 15 ประเทศ นักวิจัยสุ่มให้เด็ก 1,078 คนได้รับนม casein hydrolysate และ 1,081 คนได้รับนมผงสูตรนมวัวทั่วไปและเสริมด้วย casein hydrolysate 20% โดยติดตามจนถึงวันที่ 16 เมษายน ค.ศ. 2013

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ผลบวกต่อ autoantibodies จากเบาหวานอย่างน้อย 2 ตัว โดยวิเคราะห์ autoantibodies ต่ออินซูลิน, glutamic acid decarboxylase และ insulinoma-associated-2 (IA-2) molecule ด้วย radiobinding assays และ islet cell antibodies ร่วมกับ immunofluorescence ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 7.0 ปี (มัธยฐาน 6.3 ปี)

ค่า absolute risk ของผลบวกต่อ islet autoantibodies 2 ตัวหรือมากกว่าเท่ากับ 13.4% ในเด็กที่ได้รับนมสูตรย่อยโปรตีน ($n = 139$) vs 11.4% ในเด็กที่ได้รับนมวัวทั่วไป ($n = 117$) ค่า hazard ratio ที่ยังไม่ได้ปรับสำหรับการมีผลบวกต่อ islet autoantibodies 2 ตัวหรือมากกว่าในกลุ่มที่สุ่มให้ได้รับ casein hydrolysate เท่ากับ 1.21 (95% CI 0.94-1.54)



เทียบกับกลุ่มที่ได้รับนมวัว ขณะที่ hazard ratio ที่ปรับแล้วสำหรับความเสี่ยง HLA ระยะการให้นมแม่ การใช้วิตามินดี ระยะการให้นมสูตรที่ศึกษาและการกินนม และภูมิภาคเท่ากับ 1.23 (95% CI 0.96-1.58) และพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางคลินิกด้านอัตราการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างทั้งสองกลุ่ม

ข้อมูลจากการศึกษาในทารกที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ชี้ว่า การใช้นมสูตรผ่านการย่อยไม่ได้ลดอุบัติการณ์ของ autoantibodies จากเบาหวานภายหลัง 7 ปี เทียบกับนมผงสูตรทั่วไป

ความเสี่ยงโรคไตระยะสุดท้ายและเสียชีวิตหลัง Cardiovascular Events ในโรคไตเรื้อรัง



Circulation. Published online before print June 4, 2014.

บทความเรื่อง Risk of End-Stage Renal Disease and Death after Cardiovascular Events in Chronic Kidney Disease รายงานว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 (glomerular filtration rate < 60 ml/min/1.73 m²) มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังต่ำกว่า และยังคงไม่มีข้อมูลแน่ชัดเกี่ยวกับผลกระทบจากเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อความเสี่ยงการกำเริบไปสู่โรคไตระยะสุดท้ายหรือการตายทุกสาเหตุก่อนโรคไตระยะสุดท้าย

นักวิจัยศึกษาแบบ retrospective cohort study จากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2,964 คน ซึ่งส่งรักษาต่อยังคลินิกโรคไตที่ Sunnybrook Health Sciences Centre ของแคนาดา ระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2001 ถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2008 ข้อมูลเหตุการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ (หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย และสโตรค) ไตวายระยะสุดท้าย และการตายทุกสาเหตุรวบรวมจากข้อมูลผู้ป่วยใน จากมัธยฐานการติดตาม 2.76 ปี (IQR 1.45-4.62) พบว่า มีผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด 447 คน (15%) และในช่วงเดียวกันพบว่า 318 คน (11%) เป็นไตวายระยะสุดท้าย และ 446 คน (15%) เสียชีวิตจากทุกสาเหตุก่อนเป็นไตวายระยะสุดท้าย (156 คน [5%] เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และ 290 คน [10%] เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น) เมื่อวิเคราะห์ในฐานตัวแปรที่ขึ้นกับเวลาพบว่า เหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการเกิดไตวายระยะสุดท้าย (HR = 5.33, 95% CI 3.74-7.58) และการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุก่อนไตวายระยะสุดท้าย (HR = 4.15, 95% CI 3.30-5.23) และค่า HE สำหรับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเทียบกับการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นก่อนไตวายระยะสุดท้ายเท่ากับ 12.38 (95% CI 8.30-18.45) vs 2.13 (95% CI 1.57-2.87)

เหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดพบได้บ่อยในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5 และสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงไตวายระยะสุดท้ายและการตายจากทุกสาเหตุก่อนไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งแนวทางการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอาจช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าว

หญิงไทยอายุ 15-49 ปี มีปัญหาเลือดจางกว่า 4 ล้านคน เสี่ยงตกเลือด ลูกในครรภ์โตช้า สมองไม่ดี

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากรายงานผลการตรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งล่าสุดในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 โดยสำนักสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปีทั่วประเทศที่มี 17 ล้านกว่าคน ประมาณร้อยละ 25 มีภาวะโลหิตจางหรือประมาณ 4 ล้านกว่าคน ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางหากตกเลือดจากการคลอดจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป โรคโลหิตจางเป็นภาวะที่ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติ ทำให้มีออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ น้อยกว่าปกติ ส่งผลให้เจ็บป่วยง่ายเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำกว่าคนปกติ และยังมีผลถึงพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็ก ทั้งทางด้านร่างกายและสติปัญญา ทารกจะมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ป่วยบ่อย เติบโตช้า เชื้อรา เชื้อยีสต์ อ่อนเพลียง่าย เรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน ดังนั้น หญิงที่รู้ตัวว่าตั้งครรภ์ขอให้รีบไปฝากครรภ์ตั้งแต่นั้น ๆ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อลูกในครรภ์ เนื่องจากจะได้รับการตรวจว่ามีปัญหาโลหิตจางหรือไม่ สามารถแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อลูกได้อย่างทันที่ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดหรือแท้งบุตรซึ่งจะสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ รวมทั้งยังเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้



สธ. ร่วมมือ กอ. สร้างโรงพยาบาล 120 เตียงที่ทุ่งสีกัน เพิ่มการเข้าถึงบริการคน กทม. เขตดอนเมือง หลักสี่



นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนร่วมมือกับกองทัพอากาศ โดยกองทัพอากาศได้มอบที่ดินบริเวณทุ่งสีกันจำนวน 12 ไร่ ซึ่งเป็นที่ราชพัสดุ อยู่ใกล้แขวงสีกัน เขตดอนเมือง เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขก่อสร้างโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงโดยใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างกองทัพอากาศกับกระทรวงสาธารณสุข ทั้งการรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ดูแลประชาชนทางโซนเหนือของ กทม.

คือเขตดอนเมือง เขตหลักสี่ พื้นที่ใกล้เคียงประมาณ 300,000 คน ซึ่งขณะนี้ไม่มีโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเพียงแห่งเดียว โดยโรงพยาบาลแห่งใหม่นี้จะให้การดูแล ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเฉพาะทาง หากมีอาการรุนแรงจะมีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลใหญ่ เช่น โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หรือโรงพยาบาลราชวิถี หรือโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ที่อยู่ในพื้นที่ กทม. เป็นต้น นอกจากนี้ยังใช้เป็นสถานที่พัฒนาบุคลากรทั้งการสอนและฝึกอบรมนักศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนรวมถึงพื้นที่ปริมณฑลด้วย เนื่องจากมีปัญหการเข้าถึงบริการต่ำกว่าทุกเขตทั่วประเทศ ซึ่งใน กทม. มีโรงพยาบาลที่สังกัดหลายหน่วยงาน เช่น กทม. โรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ สังกัดทหารและตำรวจ รวมถึงเอกชน รวมทั้งหมดประมาณ 900 กว่าแห่ง ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง มีโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลระดับชุมชนน้อยมาก จึงต้องเร่งพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานบริการสุขภาพในพื้นที่ กทม. โดยจะก่อสร้างโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น หรือมีสถานบริการสาธารณสุขไม่เพียงพอ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น โดยได้มอบหมายให้กรมการแพทย์เป็นผู้ดำเนินการจัดบริการร่วมกับกองทัพอากาศต่อไป คาดว่าจะเริ่มก่อสร้างได้ในเร็ว ๆ นี้

กรมวิทย์ฯ ร่วมกับ 60 โรงพยาบาลเครือข่าย **เฝ้าระวังแบคทีเรียดื้อยา ด้วยโปรแกรมฮูเน็ต (WHONET)** รวดเร็วก้นต่อสถานการณ์



นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์

การแพทย์ กล่าวว่า สถานการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาด้านจุลชีพหรือยาปฏิชีวนะในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงได้ร่วมมือกับเครือข่ายโรงพยาบาล 60 แห่งทั่วประเทศ จัดทำฐานข้อมูลรายงานสถานการณ์ด้วยโปรแกรม WHONET เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วก้นต่อสถานการณ์และส่งผลต่อการรักษาโรค ทั้งนี้สถานการณ์ปัญหาการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียในประเทศไทย จากการศึกษาวิจัยและเฝ้าระวังปัญหาเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าขณะนี้ปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพหรือยาปฏิชีวนะของ

เชื้อแบคทีเรียในประเทศไทยค่อนข้างน่าเป็นห่วง เพราะเชื้อหลายชนิดมีแนวโน้มการดื้อยามากขึ้นเป็นลำดับ จากการรวบรวมข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ ร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาล 60 แห่งทั่วประเทศ เก็บรวบรวมข้อมูลการดื้อยาของเชื้อโรคแต่ละชนิดพบว่า เชื้อโรคหลายชนิดมีอัตราการดื้อยาสูง เช่น เชื้อสเตรปโตค็อกคัส นิวโมเนียอี (*Streptococcus pneumoniae*) ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบที่พบในเด็กอายุไม่เกิน 5 ขวบ มีการดื้อยามากขึ้นเป็นลำดับจาก 47% ในปี พ.ศ. 2541 เพิ่มขึ้นเป็น 65.6% ในปี พ.ศ. 2556 เชื้อเอ็นเทอโรค็อกคัส เฟซีียม (*Enterococcus faecium*) มีอัตราการดื้อยา vancomycin เฉลี่ยในรอบ 10 ปี (พ.ศ. 2545-2555) 0.8% เพิ่มขึ้นเป็น 3.2% ในปี พ.ศ. 2556 โดยสิ่งที่น่าตกใจและวงการแพทย์กังวลมากที่สุดขณะนี้คือ การดื้อยาของเชื้อในกลุ่มเอซิโนโทแบคเตอร์ (*Acinetobacter*) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มักฉวยโอกาสก่อโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจผ่านเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยไอซียู เชื้อเหล่านี้ดื้อต่อยาทุกตัวและมีแนวโน้มดื้อยาในกลุ่ม carbapenems ซึ่งเป็นยาที่ดีที่สุดสำหรับการรักษาโรคติดเชื้อจากแบคทีเรียแกรมลบ โดยมีอัตราการดื้อยา imipenem เพิ่มขึ้นจาก 14.4% ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 66.3% ในปี พ.ศ. 2556 นอกจากนี้ยังพบเชื้อ เช่น อีโคไล (*E. coli*) และเคลบซิลลา นิวโมเนียอี (*Klebsiella pneumoniae*) มีแนวโน้มดื้อยาในกลุ่ม carbapenems อย่างต่อเนื่องด้วย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยก็เป็นกังวลจึงได้ร่วมกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เฝ้าระวังเรื่องนี้อย่างใกล้ชิด

แปรงฟันด้วย**ขนแปรงแข็ง** เสี่ยงทำให้เหงือกพัง

ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย เปิดเผยว่า กรมอนามัยโดยสำนักทันตสาธารณสุข ได้สำรวจพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากของคนไทยในปี พ.ศ. 2554 จำนวน 3,391 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้แปรงสีฟันขนนุ่มหรือนุ่มพิเศษร้อยละ 52 เลือกใช้ขนนุ่มปานกลางร้อยละ 41 และเลือกใช้ขนแปรงแข็งร้อยละ 6 นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่เคยอ่านข้อมูลในฉลากแปรงสีฟันร้อยละ 57 ทั้ง ๆ ที่แปรงสีฟันเป็นสินค้าที่ควบคุมฉลากตามกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค ต้องระบุข้อมูลให้เพียงพอต่อการเลือกซื้อของประชาชน อาทิ ความอ่อนนุ่มของขนแปรง ลักษณะปลายขนแปรง วัสดุที่ใช้ผลิต และอายุที่เหมาะสมสำหรับแปรงสีฟันเด็ก เป็นต้น ซึ่งการเลือกซื้อแปรงสีฟันควรดูที่ขนแปรงเป็นอันดับแรก เนื่องจากเป็นส่วนที่สัมผัสฟันและเหงือกโดยตรงในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ ซึ่งการวิจัยยืนยันว่าขนแปรงชนิดแข็ง ปานกลาง นุ่ม สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้เหมือนกัน โดยผู้ใช้อาจรู้สึกว่ขนแปรงแข็งทำความสะอาดฟันได้ดีกว่า แต่ขนแปรงชนิดแข็งจะทำอันตรายต่อเหงือกและทำให้เหงือกร่นตามมา และยัง

ทำให้วัสดุอุดฟันบางประเภทเสียหายได้ในขณะที่ขนแปรงชนิดปานกลางหรือนุ่มปานกลางอาจมีผลเช่นเดียวกับขนแปรงแข็งหากใช้วิธีแปรงฟันที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น เพื่อความปลอดภัยให้เปลี่ยนมาใช้ขนแปรงนุ่มปลอดภัยที่สุด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ได้ออกประกาศให้แปรงสีฟันทุกยี่ห้อ ทุกรุ่น ต้องระบุข้อมูล 5 ข้อ คือ 1. ความอ่อนนุ่มของขนแปรง 2. ลักษณะปลายขนแปรงฟัน เช่น ปลายมน ปลายเรียวแหลม 3. วัสดุที่ใช้ทำขนแปรงและด้ามแปรง 4. วิธีใช้ข้อแนะนำ และ 5. แปรงสีฟันเด็กต้องระบุกลุ่มอายุที่เหมาะสมบนฉลากด้วย เช่น ต่ำกว่า 3 ปี 3-6 ปี 6-12 ปี เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลเพียงพอในการใช้ประกอบการเลือกแปรงสีฟัน



สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

จัดประชุมใหญ่สามัญประจำปี พร้อมมอบรางวัล

“Care Team ในดวงใจ”

เพื่อส่งเสริมและเป็นกำลังใจให้แก่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ในโครงการ ๘๔ พรรษามหาราชนฯ



จากการตระหนักและเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว ในโอกาสที่สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จัดการประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2557 จึงได้มีการมอบรางวัล “Care Team (ทีมผู้ดูแล) ในดวงใจ” กิจกรรมหนึ่งในโครงการ “๘๔ พรรษามหาราชนฯ” รวมพลังบริหารผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๗ รอบ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔” เพื่อเป็นการส่งเสริม สนับสนุน และเป็นกำลังใจให้ทีมผู้ดูแลที่มีความตั้งใจติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ภายใต้การดูแลในโครงการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ อันก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างทีมรักษาและผู้ป่วย โดยมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เข้าร่วมโครงการ 84 คน และทีมผู้ดูแลจาก 25 โรงพยาบาลทั่วประเทศที่มีผลการรักษาดีขึ้นตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ทั้งนี้โครงการ ๘๔ พรรษามหาราชนฯ จัดขึ้นโดยความร่วมมือของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย และชมรมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นการน้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และร่วมเทิดพระเกียรติเนื่องในโอกาสเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายได้มีโอกาสเข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยโครงการนี้มีระยะดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 และปีนี้เป็นปีที่ 3 ของโครงการ โดยมี บริษัท ซาโนฟี่-อเวนติส (ประเทศไทย) จำกัด ให้การสนับสนุน

“เบาหวาน” คือ 1 ใน 5 โรคภัยที่คุกคามคนไทยมากที่สุด แม้จะไม่ใช่โรคติดต่อแต่เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ทั้งเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องนับว่ามีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลให้คำแนะนำ เพื่อช่วยลดปัจจัยที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ส่วนใหญ่มักพบในเด็กซึ่งเป็นอนาคตและกำลังสำคัญของชาติ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้นอกจากจะต้องพึ่งอินซูลินตลอดชีวิตแล้ว ยังต้องคอยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหาร จิตอินซูลินทุกวัน ตลอดจนตรวจและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยตนเองเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนในระยะยาว



สำหรับทีมที่ได้รับรางวัล “Care Team (ทีมผู้ดูแล) ในดวงใจ” มีดังนี้

รางวัลประเภทดีเด่น 2 รางวัล ได้แก่



1. ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลเบาหวานชนิดที่ 1 สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลเบาหวานชนิดที่ 1 หน่วยต่อมไร้ท่อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รางวัลประเภทดี 2 รางวัล ได้แก่



1. ทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลเบาหวานชนิดที่ 1 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง

รางวัลประเภทชมเชย 4 รางวัล ได้แก่



1. ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลเบาหวานชนิดที่ 1 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลเบาหวานชนิดที่ 1 หน่วยต่อมไร้ท่อ กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลเบาหวาน หน่วยต่อมไร้ท่อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. ทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ทีมผู้ชนะจะได้รับเงินรางวัลพร้อมเกียรติบัตรจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ พร้อมกันนี้ภายในงานยังได้มีการมอบประกาศ

เกียรติคุณทีมงานจัดการเบาหวานยอดเยี่ยมและผู้สนับสนุนโครงการ ๘๔ พรรษามหาราชาฯ อีกด้วย



เฉพาะหน้าได้ดี ซึ่งจะส่งผลให้การควบคุมเบาหวานดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเด็ก ทีมผู้ดูแลไม่เพียงแต่ต้องดูแลผู้ป่วย ยังรวม

ศ.เกียรติคุณ พญ.วรรณิ นิธิยานันท์ นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ ในฐานะประธานโครงการ ๘๔ พรรษามหาราชาฯ กล่าวว่า เบาหวานเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และมีภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมาก การดูแลที่ดีถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ทีมผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้การรักษาเป็นไปตามมาตรฐานสากล ช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเบาหวาน ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตัวเองและแก้ไขปัญหา

ไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การรักษาต้องเป็นองค์รวมที่อาศัยความร่วมมืออันดีระหว่างทีมกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้เป็นเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ ๘๔ พรรษามหาราชาฯ จะได้รับการรักษาในรูปแบบที่เข้มงวด ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจและเรียนรู้ที่จะนำข้อปฏิบัติทั้งเรื่องการฉีดอินซูลิน การวัดระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน และจากความมุ่งมั่นเอาใจใส่ของทีมผู้ดูแลก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการจนถึงปัจจุบัน



รศ.พญ.ไพรัชญา นาควัชร
กุมารแพทย์ต่อมไร้ท่อ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล หัวหน้าทีมสหสาขา
วิชาชีพดูแลเบาหวานชนิดที่ 1 สาขาวิชา
ต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ภาควิชา
กุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล ผู้ซึ่งได้รับรางวัล “Care
Team (ทีมผู้ดูแล) ในดวงใจ” ประเภท
ดีเด่น กล่าวถึงสาเหตุที่เข้าร่วมโครงการนี้ว่า

จากการที่ได้พูดคุยปรึกษากันในทีมแล้ว เราเห็นประโยชน์ที่คนไข้ของโรงพยาบาลศิริราชจะได้รับจากโครงการนี้โดยเฉพาะคนไข้ ที่สภาพเศรษฐกิจยากจน บางรายอาจจะไม่มีโอกาสซื้อแผ่นตรวจน้ำตาล เนื่องจาก ไม่ได้ครอบคลุมอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เขาไม่มีโอกาสจะเลือก ตรวจได้บ่อยเหมือนคนไข้รายอื่น ๆ เพราะเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าผู้ป่วยที่เป็น เบาหวานถ้าสามารถเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลได้บ่อยจะมีความสัมพันธ์กับการ ควบคุมเบาหวานที่ดีขึ้น การจัดโครงการนี้จึงเป็นการเปิดโอกาสให้คนไข้มีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น มีโอกาสได้รับยาที่ดี ได้รับแผ่นตรวจน้ำตาล และมีโอกาสเข้าร่วมการฝึกอบรม วิธีการดูแลตัวเอง ตลอดจนครอบครัวได้มาฝึกปฏิบัติจริง

“ทั้งนี้จุดแข็งของทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลศิริราช ปัญหาไม่ได้ อยู่ตรงที่การขาดความรู้ แต่อยู่ที่การทำให้คนไข้ยอมรับในสิ่งที่เขาเป็น และให้ความ

ร่วมมือในการรักษา สิ่งนี้ถือเป็นสิ่งที่ยาก รวมถึงการ ดูแลคนไข้เด็กที่กำลังเติบโตเป็นผู้ใหญ่ซึ่งจะมีบางช่วง ของอายุที่ทำให้เขาปั่นป่วน เกิดความรู้สึกว่าเขาไม่ เหมือนคนอื่น ตรงจุดนี้แพทย์จะมีบทบาทในการ ดูแลให้คำปรึกษาอย่างมาก เนื่องจากเราไม่ได้ดูแลคนไข้ แค่เฉพาะว่าเขาเป็นอะไร แต่ต้องดูแลในเรื่องของจิตใจ ด้วย ดังนั้น ความยากลำบากจึงอยู่ตรงที่เราต้องอดทน ให้กำลังใจเพื่อให้เขารู้สึกว่าไม่โดดเดี่ยว ที่สำคัญ เราต้องพยายามเน้นความสำคัญของครอบครัว เพราะ บางครอบครัวเมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่นก็จะปล่อยให้ทำเอง ทุกอย่าง ซึ่งจริง ๆ แล้วเด็กก็ยังคงต้องการความรัก ความอบอุ่น ต้องการให้พ่อแม่คอยดูแล หรือมีคน ใกล้ชิดที่เข้าใจ ด้วยเหตุนี้ความยากลำบากของการเป็น โรคเบาหวานเรื้อรังจึงอยู่ที่การหาว่าอะไรที่จะให้เขา ตระหนัก และเกิดความรู้สึกอยากดูแลตัวเองจริง ๆ เพราะฉะนั้น หัวใจในการดูแลเบาหวานคือ ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลเบาหวาน ทั้งฝ่ายทีมผู้ดูแล ผู้รับบริการ ได้แก่ เด็กและครอบครัว ที่สำคัญเวลาที่ เราดูแลเขา เราไม่ได้มองเฉพาะแค่ที่ตัวโรค แต่ต้อง มองที่จิตใจของเขาด้วย”



ด้าน ผศ.พญ.ธนิณี สหกิจรุ่งเรือง
กุมารแพทย์ต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ จากทีมสหสาขาวิชาชีพดูแล
เบาหวานชนิดที่ 1 หน่วยต่อมไร้ท่อ ภาควิชา
กุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ซึ่งได้รับรางวัล
“Care Team (ทีมผู้ดูแล) ในดวงใจ”
ประเภทดีเด่น กล่าวถึงจุดยากในการดูแล
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ว่า จุดยากในการ
ดูแลเบาหวานในเด็กจะมีคามยากต่างกัน

ในแต่ละช่วงวัย สำหรับวัยเด็กเล็กที่ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ความยากคือ พวกเขา จะไม่เข้าใจเหตุผลว่าเมื่อถึงเวลาทำไมคุณแม่ต้องมาเจาะเลือด และตัวคุณแม่เอง ก็จะรู้สึกทุกข์ที่ทำให้ลูกเจ็บตัว แทนที่จะเป็นผู้ดูแลปกป้องลูก ซึ่งในช่วงต้นเราต้องคอย ให้กำลังใจแก่ครอบครัวให้ผ่านความรู้สึกแบบนี้ไปให้ได้ก่อน นอกจากนี้ในเด็กเล็ก บางครั้งก็ควบคุมได้ยาก ยกตัวอย่างเช่น ในเรื่องของกรับประทานอาหาร ในเด็กเล็ก จะมีความยากในเรื่องของการปรับอาหาร คือทำอย่างไรที่จะปรับอาหารเพื่อไม่ให้ น้ำตาลสวิง แต่เมื่อเด็กเริ่มเข้าสู่ชั้นประถมศึกษาจะเริ่มดีขึ้น เด็กส่วนใหญ่จะปรับตัว ได้ไม่ยาก จุดสำคัญจะอยู่ที่โรงเรียน เด็กหลายคนต้องไปฉีดยาที่โรงเรียน เด็กบางคน ก็ไม่ยอมให้เพื่อนทราบ หรือเพื่อนและคุณครู รวมถึงสังคมอาจจะไม่เข้าใจถึงความ สามารถของเด็กกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในเรื่องของการทำกิจกรรมต่าง ๆ เราไม่ได้จำกัด ทั้งนี้เราต้องพยายามสร้างความเข้าใจกับสาธารณะให้รู้จักกับโรคเหล่านี้มากขึ้น เพราะบางครั้งเพื่อนและคุณครูอาจจะไม่เข้าใจ และดูแลพวกเขาเหมือนกับคนป่วยมาก ทำให้อารมณ์เสียแบ่งแยก โดยในส่วนของเด็กวัยรุ่น ความยากของกลุ่มนี้คือ เด็กวัยรุ่น ส่วนใหญ่อยากเป็นตัวของตัวเอง ต้องการความเป็นอิสระจากพ่อแม่ แต่ด้วยความ

เป็นโรคเบาหวานทำให้พ่อแม่ต้องเข้ามาดูแลมากกว่า เด็กทั่วไป รวมถึงการสื่อสารที่ไม่ดีนักก็จะนำไปสู่ความ ไม่เข้าใจ ความล้มเหลวในการควบคุมน้ำตาล เพราะ ฉะนั้น ปัญหาของเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นเรื่องของ ทศนคติ เรื่องของการสื่อสารในครอบครัว

“หลักในการดูแลคนไข้เบาหวานเมื่อเขารู้ตัวว่า เป็นเบาหวานใหม่ ๆ สิ่งแรกที่เกิดขึ้นคือ ตกใจ จะทำ อย่งไรที่จะทำให้เขาสามารถก้าวข้ามผ่านตรงนี้ได้ อันดับแรกคือ การติดต่อญาติให้คนไข้ ได้แก่ ความรู้ เรามั่นใจว่าในทีมให้เต็มที่เท่าที่บุคลากรทางการแพทย์จะสามารถช่วยได้ แต่อย่างไรก็ตาม จาก ประสบการณ์ทำงานด้านเบาหวานมาหลายปีทำให้ พบว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ใช่กุญแจ แห่งความสำเร็จ เพราะความรู้ต้องคู่มากับทัศนคติ ที่ดีของคนไข้ที่มองโรคนี้ไม่ใช่ศัตรูตัวร้าย ไม่ใช่อุปสรรค ในชีวิต ซึ่งกว่าที่แต่ละครอบครัวจะถึงเส้นชัยว่า เบาหวานคือเพื่อน เบาหวานคือส่วนหนึ่งของชีวิต ความยากคือระยะเวลาที่แต่ละครอบครัวจะเดินทางไป ถึงเส้นชัย ซึ่งบางคนก็ถึงเร็ว บางคนถึงช้า หรือ บางคนก็ยังไม่ถึง แต่ไม่ว่าพวกเขาจะเป็นอย่างไร ก็ตามแต่ ในระหว่างทางเราต้องคอยดูแลสนับสนุน เป็นเพื่อน เป็นอะไรหลาย ๆ อย่างสำหรับเขา”

ขอแสดงความยินดีกับ นพ.นิรันดร์ วิเศษฐสมิต ผู้รับรางวัลแพทย์ดีเด่นในชนบทคนที่ 40

ขอแสดงความยินดีกับ นพ.นิรันดร์ วิเศษฐสมิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี เป็นผู้ได้รับรางวัลแพทย์ดีเด่นในชนบทของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คนที่ 40 ประจำปี พ.ศ. 2556 คุณหมอผู้เสียสละไปทำงานในชนบทที่ห่างไกลและอันตรายตั้งแต่จบแพทย์เป็นเวลาร่วม 20 ปี ในภาวะที่วิกฤติทั้งเหตุการณ์ความรุนแรงและความหลากหลายทางวัฒนธรรม กลับเป็นโอกาสให้พัฒนาระบบการสื่อสาร การดูแลแบบองค์รวม และการเยียวยาจิตใจของบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติ และคนในชุมชนให้สามารถอยู่กันได้อย่างสันติสุข เป็นตัวอย่างที่ดียิ่งให้แพทย์ที่จบใหม่เห็นคุณค่าของการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน และเรียนรู้ถึงความสุขของชีวิตแพทย์ในชนบท โดยมี ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นประธานงานแถลงข่าว “ประกาศผลและมอบรางวัลแพทย์ดีเด่นในชนบท ประจำปี พ.ศ. 2556” ร่วมกับ ผศ.นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช, รศ.นพ.อนุพันธ์



ตันติวงศ์ ประธานคณะกรรมการคัดเลือกแพทย์ดีเด่นในชนบท ประจำปี พ.ศ. 2556 โดยมี ผศ.นพ.ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์ เป็นผู้ดำเนินรายการ ณ ห้องประชุมคณะฯ ตึกอำนวยการ ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช



OB & GYN UPDATE & PRACTICAL 2014

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเชิญแพทย์และผู้สนใจเข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 เรื่อง “OB & GYN UPDATE & PRACTICAL 2014” เพื่อทบทวนและเสริมสร้างความรู้ใหม่ในทางเวชปฏิบัติแก่สูตินรีแพทย์ แพทย์ทั่วไป และบุคลากรอื่นที่สนใจให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ โดยอิงหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ระหว่างวันที่ 23-25 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ณ อาคารแพทยพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนใจติดต่อขอรายละเอียดและส่งใบลงทะเบียนได้ที่ นางสาวศศิธร ทองอินทร์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4288, 0-2256-4371, 08-9105-5933 โทรสาร 0-2251-9933 E-mail : sasikaew@hotmail.com หรือ sasikaew@gmail.com Website : www.md.chula.ac.th หรือ www.cu-obgyn.com

ปัจจุบันนี้ช่วงเช้าตอนตื่นในช่วงวันหยุด ผมมักดื่มโอวัลติน 1 แก้ว ประกอบด้วย โอวัลติน 1 ช้อนชา (5 ช้อนชาให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี) คอฟฟี่เมต 1 ช้อนชา และน้ำตาล ½ ช้อนชา ซึ่งก็อร่อยกำลังดีสำหรับผม ถ้าอยู่บ้านและหิวก็รับประทานขนมปังปิ้ง 2 แผ่น ทานเนยและ marmalade (ทำจากส้ม) (หลังหรือก่อนการเดิน 1 ชั่วโมงในตอนเช้า) กลางวัน ตอน 10.30-11.30 น. รับประทานกล้วยเดี่ยว 1 ชาม สมัยก่อนรับประทาน 2 ชามทีเดียว แต่เดี๋ยวนี้พยายามรับประทานชามเดียวเท่านั้น ถึงแม้ยังไม่อ้วนแต่ก็หยุดรับประทาน แต่พอ 3-4 โมงเย็นรับประทานกล้วยเดี่ยวอีกชาม และ ตอนเย็นรับประทานปลาแซลมอนรมควัน 50 กรัม กับสลัดผักสด 1 จานใหญ่ ตามด้วย ข้าวต้มปลา กุ้ง ถั่วเล็ก ๆ 1 ถ้วย หรือข้าว 1 จานกับหมูหรือไก่ 1 ชิ้นกับผักสด ตามด้วย ผลไม้สด ซึ่งมักเป็นแอปเปิ้ล ส้ม ชมพู หรือแตงโม

ด้วยวิธีนี้และด้วยการเดินทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมง น้ำหนักผมลดลงไป 3 กก. แต่ บอกตรง ๆ ว่ายากมาก ต้องมีวินัย และอาจ ขึ้นกลับมาได้โดยง่าย แต่ที่ตกลงคือ พุงซึ่ง เจ้าหน้าทีโรงพยาบาลฯ เคยวัดได้ 97 ซม. (ปี พ.ศ. 2556), 96 ซม. (ปี พ.ศ. 2557) และ ตอนนี้อาการงอแงเริ่มลดลง แต่ผมกลับวัดรอบ เอวได้ 100-102 ซม. !! (ไม่ควรใหญ่กว่า 90 ซม.) แสดงว่าเมื่อก่อนพุงใหญ่มากกว่านี้แน่นอน ผมจึงถือได้ว่าเป็นผู้ที่อ้วนลงพุง (หรือตรงพุง เท่านั้น) ซึ่งมีอันตรายเป็นอย่างยิ่ง เพราะอ้วน ที่ไหนก็ได้ แต่ไม่ควรอ้วนที่พุง

บางคนชอบพูดว่าให้รับประทาน อาหารเช้าเหมือนพระราชา อาหารกลางวัน เหมือนเจ้าชาย อาหารเย็นเหมือนยาจก! แต่ ผมขอเสริมหน่อยว่า รวมแล้วทั้งวันพลังงาน ที่รับประทานเข้าไปจะต้องน้อยกว่าพลังงาน ที่จะเอาไปใช้ ไม่ว่าจะได้รับประทานกี่มื้อ ถ้า รับประทานอาหารเช้ามาก อาหารกลางวัน มาก ถึงแม้ไม่รับประทานอาหารเย็นเลยก็ยัง อาจอ้วนได้ หรือน้ำหนักยังไม่ลด สรุปง่าย ๆ ก็คือ ถ้าปริมาณอาหารที่รับประทานต่อวัน



วิธีการลดรอบเอว

เท่ากัน รับประทาน 3 มื้อจะดีกว่ารับประทาน มื้อเดียว เพราะในการรับประทานแต่ละมื้อ ร่างกายจะต้องใช้พลังงานในการย่อย ดูดซึม อาหาร นี่เป็นเหตุผลทำไมบางคน โดยเฉพาะ พระ) จันอาหารวันละ 1 มื้อ ยังอ้วนได้ เพราะ ถ้าพลังงานที่รับประทานเข้าไปเป็นจำนวน มากกว่าพลังงานที่จะใช้ในแต่ละวัน ผู้นั้นก็ จะอ้วนอยู่ดี ผมคิดว่าถ้ารับประทานอาหารเพียง มื้อละ 1 จาน ข้าว 1-2 ทัพพี และกับข้าวไม่ เกินจานต่อมื้อถึงแม้รับประทาน 3 มื้อ ผมว่า ไม่อ้วนแน่

หลักการของการลดน้ำหนักจะต้อง รู้ว่าสารอาหารกลุ่มอะไรที่ให้พลังงานมากที่สุด นั่นก็คือไขมัน ซึ่งให้พลังงาน 9 หน่วยกิโล แคลอรีต่อ 1 กรัม แป้งและโปรตีนให้พลังงาน เท่ากัน คือ 4 หน่วยต่อ 1 กรัม การรับประทาน อาหารควรรับประทาน 3 มื้อ ไม่ให้รับประทาน ครั้งเดียวต่อวัน และอาหารเช้าควรให้พลังงาน 25% ของปริมาณพลังงานทั้งหมดที่รับประทาน ต่อวัน อาหารกลางวัน 50% อาหารเย็น 25% เพราะอาหารเย็นส่วนใหญ่รับประทานเสร็จ ก็นอน จึงทำให้พลังงานถูกสะสมไว้ในร่างกาย

ในรูปแบบของไขมัน ควรรับประทาน

อาหารอย่างน้อย 3-4 ชั่วโมง

ก่อนนอน (จะได้ช่วย

ป้องกันโรคกรด

ไหลย้อนอีกด้วย)

และถ้าเป็นไปได้

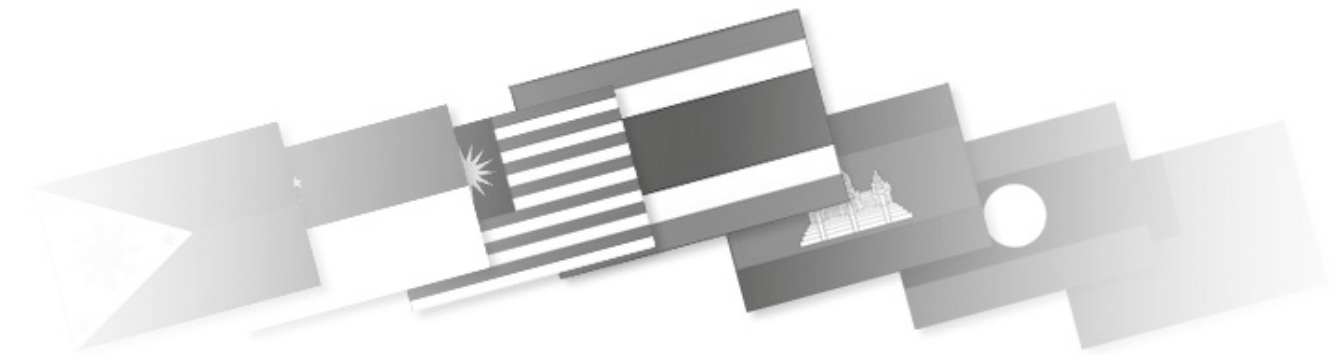
ควรพยายามออก

กำลังกายภายใน 2 ชั่วโมงก่อนอาหารเย็น เพราะการทำเช่นนี้จะทำให้เราไม่หิวมาก และ การออกกำลังกายช่วงนี้จะทำให้อัตราการ เผาผลาญของร่างกายอยู่ในอัตราส่วนที่สูง พลังงานจะได้ไม่ถูกสะสมไว้ในร่างกาย

วิธีการรับประทานควรดื่ม น้ำ 1-2 แก้ว ก่อนรับประทานอาหารเช้า น้ำจะได้ไปกินที่ของ อาหาร แล้วเริ่มต้นรับประทานอาหารเช้าที่ให้ พลังงานน้อยก่อน เช่น ชูบผัก ตามด้วยสลัด (ใช้น้ำสลัดที่ใส เช่น น้ำส้ม balsamic และน้ำมัน มะกอก) ตามด้วยปลาทะเล (ดีกว่าปลาน้ำจืด) ควรเคี้ยวช้า ๆ นาน ๆ เพราะร่างกายกว่าจะ รู้ว่าอิ่มจะต้องใช้เวลา 20 นาที ฉะนั้นถ้าเรา รับประทานเราจะรับประทานได้มาก แต่ถ้า เราค่อย ๆ เคี้ยว พูดไปด้วย รับประทาน ไปด้วย 20 นาทีผ่านไปเราจะอิ่มแล้วถึงแม้ยัง รับประทานไปไม่ได้มาก ถ้ารับประทานปลา แล้วยังไม่อิ่มอาจรับประทานเนื้อไก่ที่ไม่มีหนัง และข้าวสวย 1 ทัพพี ข้าว หรือแป้งชนิดอื่น ๆ เช่น ขนมปัง มันฝรั่ง ฯลฯ ถ้ารับประทานมาก จะอ้วนได้ ฉะนั้น ถ้าจะลดน้ำหนัก นอกจาก ของมัน ๆ แล้ว ยังควรรับประทานแป้งต่าง ๆ ให้น้อยที่สุดที่ร่างกายรับได้ ผู้ที่ชอบรับประทาน ข้าว ตอนแรกอาจอดข้าวไม่ได้ แต่ค่อย ๆ ทำไป อีกหน่อยจะชินเอง

การที่จะลดน้ำหนัก ลดพุงได้ จะต้อง มีความรู้และมีวินัยที่ดี ควรเริ่มต้นคุมน้ำหนัก ควบคุมพุงตนเองตั้งแต่วัยเยาว์ ไม่ใช่ว่าให้ เป็นโรคก่อนแล้วจึงมาเริ่มต้นคิด หรือทำ





ยกระดับ...ไทย ‘ผู้นำ’ เครื่องมือแพทย์

เพิ่มขีดความสามารถแข่งขันทางเศรษฐกิจ รองรับ AEC

ปัจจุบันประเทศไทยต้องพึ่งพาการนำเข้าเครื่องมือแพทย์เป็นจำนวนมาก การจะพัฒนาอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ไทยให้เข้มแข็งและแข่งขันในตลาดโลกได้นั้น จำเป็นต้องลดการนำเข้าและหันมาพัฒนาการผลิตเครื่องมือแพทย์ทดแทน โดยตั้งเป้าหมายเพื่อยกระดับอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์สู่สากล

ด้วยเหตุนี้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ รองรับนโยบาย Medical Hub ของกระทรวงสาธารณสุข และการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ในปี พ.ศ. 2558 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) จึงได้ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการพัฒนาสถานประกอบการด้านเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทยในการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการและสถิติต่าง ๆ งบประมาณ ครุภัณฑ์ และบุคลากรในการพัฒนาสถานประกอบการด้านเครื่องมือแพทย์

นพ.บุญชัย สมบูรณ์สุข เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กล่าวว่า ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) รวมถึงการเป็นศูนย์กลางด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Product Hub) ซึ่งการเป็นศูนย์กลางด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการผลิตจะต้องมีระบบประกันคุณภาพที่เป็นไปตามมาตรฐานสากล และผลิตภัณฑ์มีคุณภาพ ปลอดภัย เป็นที่ยอมรับ สามารถแข่งขันได้ในตลาดสากล ดังนั้น อย. และ TCELS จึงได้ร่วมมือกันในการดำเนินการพัฒนาสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์ เช่น การเตรียมการขอรับการรับรองตามระบบคุณภาพ ISO 13485 การเตรียมการ

การเป็นศูนย์กลางด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการผลิตจะต้องมีระบบประกันคุณภาพที่เป็นไปตามมาตรฐานสากล และผลิตภัณฑ์มีคุณภาพ ปลอดภัย เป็นที่ยอมรับ สามารถแข่งขันได้ในตลาดสากล

ขอรับการรับรอง CE MARK เป็นต้น โดยจะมีการสนับสนุนด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ ครุภัณฑ์ และบุคลากรซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ทั้งสองหน่วยงานจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการนำไปประยุกต์ใช้กันจะเป็นประโยชน์ต่อไป

สำหรับระบบคุณภาพ ISO 13485 เป็นระบบคุณภาพของสถานที่ผลิตเครื่องมือแพทย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ซึ่งผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ประสงค์จะส่งสินค้าออกไปขายต่างประเทศ เช่น กลุ่มประเทศสหภาพยุโรป จะต้องได้รับการรับรองระบบคุณภาพ ISO 13485 การลงนามข้อตกลงความร่วมมือในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ไทยให้ได้มาตรฐานระบบการจัดการด้านระบบคุณภาพระดับสากล ISO 13485 นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจให้กับอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ไทยในการรองรับการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ในปี พ.ศ. 2558 และการแข่งขันในเวทีสากลอีกด้วย

“การลงนามข้อตกลงความร่วมมือในครั้งนี้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการ



ผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย โดยเป็นโครงการที่เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง ออย. และ TCELS ที่จะเป็ประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถในการแข่งขันของผู้ประกอบการด้านเครื่องมือแพทย์ที่มีอยู่จำนวน 300-400 ราย ซึ่งเป็นจำนวนไม่น้อยในประเทศไทย ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการนำขีดความสามารถและจุดแข็งของทั้งสองหน่วยงานมาผนวกกันโดย ออย. มีหน้าที่หลักในการดูแลคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพของอาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ ตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 หรือพูดง่าย ๆ คือ เป็นผู้กำกับควบคุมที่จะอนุมัติหรืออนุญาตก่อนที่เครื่องมือแพทย์นั้นจะออกสู่ท้องตลาด ขณะเดียวกันทาง TCELS ก็มีศักยภาพ กระบวนการพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์ การศึกษาวิจัย การช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งของบุคลากร เมื่อมีการร่วมกันทำงานจึงคิดว่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่ออุตสาหกรรมของประเทศไทย ซึ่งยังต้องการการดูแลเอาใจใส่จากรัฐบาล รวมถึงต้องการการสนับสนุนทางด้านวิชาการและเทคนิคต่าง ๆ”



นพ.บุญชัย กล่าวต่อว่า ในโครงการพัฒนาศักยภาพอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ที่จะได้ร่วมมือกันครั้งนี้ หลัก ๆ แล้วทาง TCELS จะมีนักวิชาการและผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านระบบที่จะช่วยพัฒนากระบวนการผลิตของอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทยให้สามารถผ่านระบบ ISO 13485 ซึ่งตรงนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในเมื่อประเทศไทยจะต้องแข่งขันกับประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปิดเสรีทางการค้าซึ่งจะมีผู้ประกอบการจากต่างประเทศเข้ามา รวมทั้งส่งสินค้ามาสู่ตลาดในประเทศไทยอีกมากมาย เพราะฉะนั้นสินค้าที่ผลิตด้วยวัตถุดิบจากต่างประเทศหรือในประเทศ เรื่องของระบบคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในขณะนี้ประเทศไทยมีผู้ประกอบการจำนวนหนึ่งซึ่งผ่านและอยู่ในระบบคุณภาพอยู่บ้างแล้ว แต่ก็ยังมีผู้ประกอบการอีกจำนวนหนึ่งที่ต้องพัฒนาตนเอง ทำความเข้าใจ รวมทั้งได้รับการรับรองตรงนี้ ซึ่งถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะได้รับอนุมัติอนุญาต ในการนำเครื่องมือแพทย์มาใช้ในประเทศไทย

เรามุ่งเน้นการพัฒนาสถานประกอบการทางด้านเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทยให้สามารถมีศักยภาพที่จะแข่งขันในทางเศรษฐกิจ เพื่อลดการนำเข้าเครื่องมือแพทย์จากต่างประเทศ เน้นผลิตเองในประเทศไทยให้ได้มาตรฐานสากล



ด้าน นายนเรศ ดำรงชัย ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) กล่าวว่า เพื่อให้ได้รับการรับรองระบบคุณภาพ ISO 13485 หนึ่งในกระบวนการของระบบบริหารคุณภาพคือ กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับลูกค้าซึ่งต้องมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกำหนด หรือระบุข้อกำหนดของสินค้าและบริการ เช่น ต้องมีการทดสอบผลิตภัณฑ์จากห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานทุกล็อตก่อนออกสู่ตลาด ซึ่งในเรื่องนี้ TCELS ได้ทำความตกลงกับศูนย์ทดสอบผลิตภัณฑ์ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ (PTEC) โดยจะให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบ การทดสอบ และ/หรือการรับรองมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ตลาดต่อไป โดยผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมและดาวน์โหลดแบบฟอร์มเพื่อยื่นขอรับการสนับสนุนได้สองช่องทางคือ www.tceles.or.th หรือ www.ptec.or.th

“เรามุ่งเน้นการพัฒนาสถานประกอบการทางด้านเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทยให้สามารถมีศักยภาพที่จะแข่งขันในทางเศรษฐกิจ เพื่อลดการนำเข้าเครื่องมือแพทย์จากต่างประเทศ เน้นผลิตเองในประเทศไทยให้ได้มาตรฐานสากลแข่งขันได้ ตามเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ชาติ ถึงแม้จะทราบดีว่าทุกวันนี้ประเทศไทยเป็นฐานการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญหลาย ๆ อย่างของโลก เช่น ถุงมือยาง ถุงยางอนามัย หรือเครื่องมือแพทย์ที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งประเทศไทยมีความสามารถอยู่แล้ว แต่ในเรื่องของมาตรฐานก็ยังคงเป็นปัญหาสำหรับผู้ประกอบการผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์ โดยเฉพาะผู้ประกอบการไทยที่ไม่ได้เป็นลักษณะของการมาลงทุนจากต่างประเทศเป็นผู้ประกอบการไทยจริง ๆ ซึ่งจะมีขนาดค่อนข้างเล็กและจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนให้มากขึ้นกว่านี้”

นายนเรศ กล่าวอีกว่า ที่ผ่านมามีการทำงานร่วมกันมาโดยตลอด ในครั้งนี้ถือเป็นอีกก้าวหนึ่งที่ทั้งสองหน่วยงานเห็นว่ามีผลสำคัญ เนื่องจากประเทศไทยกำลังจะต้องเตรียมตัวในการเปิดประตูสู่ตลาดอาเซียนและตลาดโลก แม้ประเทศไทยจะมีศักยภาพสูงมากในการเป็นฐานการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพดี แต่จะทำได้ อย่างไรถ้ามาตรฐานการผลิตยังไม่ไปถึงจุดที่เป็นมาตรฐานโลกได้อย่างเต็มตัว นี่จึงเป็นโจทย์ที่ทั้ง TCELS และ ออย. ตระหนักร่วมกันมาโดยตลอด

อย่างไรก็ดี ทาง TCELS มีการจัดเวทีพูดคุยกับผู้ประกอบการอยู่อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ทราบถึงความต้องการความช่วยเหลือของเอกชนซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งความช่วยเหลือทางเทคนิค การช่วยยกมาตรฐาน เรื่องขององค์ความรู้ เรื่องของข้อมูลข่าวสาร ทั้งหมดถือเป็นภารกิจที่ TCELS ให้การช่วยเหลือเอกชนอยู่



แม้บทบาทหลักของ TCELS จะมุ่งเน้นในเรื่องของการสร้างองค์ความรู้ในการทำงานวิจัย การสนับสนุนทุนวิจัย ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญ แต่ก็ยังให้ความสำคัญ

ในเรื่องของการสร้างความแข็งแกร่งให้แก่เอกชนในเรื่องการลงทุน การร่วมทุน การยกระดับมาตรฐาน ซึ่งในครั้งนี้นับมีความยินดีอย่างยิ่งที่ได้ร่วมกับพันธมิตรอย่าง อย. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญของประเทศ

นอกจากนี้แล้ว TCELS ยังได้มีการสนับสนุนผู้ประกอบการที่ต้องการจะนำผลิตภัณฑ์ต้นแบบของตนเองมารับการทดสอบมาตรฐาน ทั้งเรื่องของคุณสมบัติและความปลอดภัยด้านไฟฟ้า ความปลอดภัยในการใช้กับร่างกายมนุษย์ ซึ่งในปีนี้ได้มีการเปิดเป็นโครงการสนับสนุนให้เอกชนที่มีผลิตภัณฑ์อยู่แล้วเข้ามาทดสอบโดยสามารถยื่นเรื่องเข้ามาเพื่อขอการสนับสนุนการทดสอบเหล่านั้นได้

“ถือเป็นการสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้มีความคิดสร้างสรรค์ได้นำเสนอแนวคิดใหม่ ๆ โดยการนำเทคโนโลยีที่มีอยู่ไปสร้างรูปแบบการใช้งานใหม่ในด้านการแพทย์



หรือสุขภาพ ตอบโจทย์ความต้องการของตลาดและผู้ใช้ สร้างโอกาสในการต่อยอดแนวคิดที่มีศักยภาพไปสู่การสร้างนวัตกรรม ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนาต่อไปในอนาคต เพื่อเป็นการจุดประกายให้ผู้สนใจได้เห็นช่องว่างและโอกาสของการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มความสนใจในการดูแลเรื่องสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้ประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชน อาทิ โรงพยาบาล และสถานพยาบาลต่าง ๆ จำเป็นต้องปรับตัว เพิ่มการลงทุน โดยเฉพาะการลงทุนด้านอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการ และสามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น”

นายเนเรศ กล่าวเพิ่มเติมว่า หวังว่าการทำงานของ TCELS กับพันธมิตรในภาคเอกชนและการทำงานร่วมกับ อย. ในครั้งนี้จะนำไปสู่การยกระดับขีดความสามารถของเอกชนไทย และนำไปสู่เป้าหมายที่เราอยากเห็นคือ การสร้างความสามารถในการแข่งขันทางด้านเศรษฐกิจ อุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย

“ประเทศไทยมีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการนำเข้าเครื่องมือแพทย์จากต่างประเทศปีละหลายหมื่นล้านบาท ในขณะที่อุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ในบ้านเรายังไม่เติบโตเท่าที่ควร ทั้งที่มีวัตถุดิบมากมายในประเทศที่จำเป็นต่อการผลิตเครื่องมือแพทย์บางชนิด เช่น ยางพาราและเม็ดพลาสติก ดังนั้น สิ่งสำคัญที่สุดในขณะนี้ก็คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกัน ปรึกษาหารือกันเพื่อการทำงานที่สอดคล้องทั้งด้านยุทธศาสตร์และทิศทาง อันจะนำไปสู่การสร้างอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ไทยให้แข่งขันได้ และบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ของประเทศ”

แม้ประเทศไทยจะมีศักยภาพสูงมากในการเป็นฐานการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพดี แต่จะทำได้อย่างไรถ้ามาตรฐานการผลิตยังไม่ถึงจุดที่เป็นมาตรฐานโลกได้อย่างเต็มตัว

ทั้งนี้ทั้งสองหน่วยงานจะให้ความร่วมมือกันโดยใช้ศักยภาพของทั้งสองหน่วยงานอย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการทีมงาน และบุคลากรในการพัฒนาสถานประกอบการผลิตด้านเครื่องมือแพทย์ให้มีศักยภาพในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ

สำหรับผู้สนใจหากต้องการสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาสถานประกอบการด้านเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย สามารถสอบถามได้ที่กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ อย. โทรศัพท์ 0-2590-7149 ในวันและเวลาราชการ

รู้สองภาษาชะลอสมองเสื่อม

บีบีซี – นักวิจัยชี้ การรู้ภาษาที่สองช่วยชะลอสมองเสื่อม และเห็นผลแม้เพิ่งเรียนเมื่อวัยชรา

ผลการวิจัยซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร Annals of Neurology ระบุว่า การเรียนรู้อย่างน้อยสองภาษาส่งผลดีต่อการพัฒนาทักษะของสมอง โดยเฉพาะการอ่านและเขาวนปัญญาในอาสาสมัครที่รู้ภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ โดยเห็นผลทั้งในผู้ที่เรียนภาษาที่สองตั้งแต่วัยเด็กและผู้เพิ่งมาเรียนเอาเมื่อหลังวัยเกษียณ

ด้านผู้วิจัยให้ความเห็นว่า ตามที่ประชากรหลายล้านคนทั่วโลกหันมาเรียนภาษาที่สองเมื่ออายุมาก การรู้ภาษาที่สองจึงอาจเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพสมองในคนสูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมทั้งในประเด็นผลลัพธ์ของการรู้มากกว่าหนึ่งภาษาต่อความเสื่อมของการรับรู้ทางสติปัญญา และผลของ



การใช้ภาษาที่สองในชีวิตประจำวันเปรียบเทียบกับการเรียนรู้ภาษาแต่เพียงผิวเผิน

อนึ่ง ก่อนหน้านี้นักวิจัยระบุว่า การรู้สองภาษาสามารถชะลอการเกิดอาการสมองเสื่อมได้หลายปี ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเชื่อว่าการศึกษาลักษณะนี้จะปูทางไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันความเสื่อมถอยของสติปัญญาได้



บีบีซี – มลพิษอากาศเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและลิ้มเลือดในปอด

ทีมนักวิจัยของวิทยาลัยสุขภาพอนามัยและเวชศาสตร์เขตร้อนกรุงลอนดอนวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างโรคหัวใจและหลอดเลือด และมลพิษอากาศระยะสั้นจากกลุ่มประชากรในอังกฤษและแคว้นเวลส์ โดยพบว่ามลพิษอากาศระยะสั้นสัมพันธ์กับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและ

มลพิษอากาศทำหัวใจเต้นผิดจังหวะ

การเกิดลิ้มเลือดในปอด และเห็นผลชัดเจนที่สุดในเพศหญิงและผู้ที่อายุมากกว่า 75 ปี

ด้านมูลนิธิโรคหัวใจแห่งอังกฤษแถลงว่า ข้อมูลนี้เป็นหลักฐานใหม่ที่ไม่เพียงสนับสนุนผลลัพธ์จากหลายการศึกษา ซึ่งชี้ว่ามลพิษอากาศอาจทำให้โรคหัวใจและโรคระบบไหลเวียนเลือด เช่น หัวใจวายที่เป็นอยู่แล้วยิ่งรุนแรงขึ้นในประชากรกลุ่มเสี่ยง และยังได้ชี้ให้เห็นความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการเกิดลิ้มเลือดในปอดและหัวใจเต้นผิดจังหวะ อย่างไรก็ตาม การศึกษายังคงมีข้อจำกัดและยังสาวไม่ถึงความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจวาย

อีกด้านหนึ่งมีรายงานจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า โลกมีผู้เสียชีวิตจากมลพิษอากาศสูงถึงราว 7 ล้านคน เมื่อปี พ.ศ. 2555 อีกทั้งชี้ว่ามลพิษอากาศอาจสัมพันธ์กับโรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคเมะเร็ง

กระแสเซลฟี่หนุนคัลยกรรมความงาม

บีบีซี – กระแสเซลฟี่ที่บ้านเป็นดอกเห็ดส่งผลให้มูลค่าธุรกิจศัลยกรรมเสริมความงามในสหรัฐฯ พุ่งขึ้นเป็น 12,800 ล้านดอลลาร์ และมีที่ทำว่าจะทะยานขึ้นไปอีก

ส่วนหนึ่งของแพทย์ศัลยกรรมพลาสติกสหรัฐฯ เปิดเผยว่า ความนิยมการถ่ายรูปตัวเองและเผยแพร่ทางสื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงเฟซบุ๊กและทวิตเตอร์ ทำให้ผู้หญิงชาวอเมริกันจำนวนมากกลายเป็นตัวจักรสำคัญในการสร้างรายได้ให้แก่ธุรกิจเสริมความงาม และทำให้อัตราการเข้ารับบริการเสริมความงามสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ด้านผลสำรวจโดยสมาคมแพทย์ศัลยกรรมพลาสติกและตกแต่งแห่งสหรัฐฯ เปิดเผยว่า สัดส่วนผู้ขอรับบริการสวยด้วยแพทย์จากเหตุผลเพื่อต้องการให้ตัวเองดูดีบนโลกออนไลน์กำลังเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยเฉพาะการเสริมจมูก ปาก และตกแต่งเปลือกตา ซึ่งแพทย์อาวุโสให้ความเห็นว่าสื่อสังคมที่ให้บริการเผยแพร่ภาพเป็นตัวการสำคัญทำให้หญิงสาวมองภาพตัวเองด้วยสายตาดำเนิน และต้องการแก้ไขความงามของตัวเองให้สมบูรณ์พร้อมก่อนจะนำภาพตัวเองไปประชันทางอินเทอร์เน็ต



อดนอนทำลายศักยภาพสมอง ส่งผลร้ายไม่ต่างเหล่าและกัญชา



ฮัฟโพลด์ – การอดนอนหลับขี้ตานอนอ่านหนังสือสอบอาจยิ่งทำให้คะแนนต่ำลง ตามที่ผลวิจัยใหม่ชี้ส่งผลเสียต่อสมองเทียบเท่าการดื่มเหล้าหนัก ๆ และสูบกัญชา

การศึกษาซึ่งวิเคราะห์จากนักศึกษา 43,000 คน จากงานวิจัย American College Health Association's National College Health Assessment (NCHA) พบว่า การอดนอนเป็นตัวพยากรณ์สำคัญของปัญหาผลการเรียน นอกจากนี้ยังได้เสนอแนะให้สถาบันการศึกษาทบทวนมาตรการรณรงค์ต่อต้านการดื่มเหล้าและปัญหาความเครียดเป็นหลัก โดยชี้ว่าการส่งเสริมการนอนหลับเพียงพออาจเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวนักศึกษาและสถาบัน

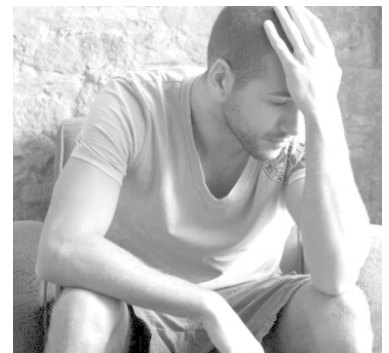
นักวิจัยคาดหวังให้สถาบันการศึกษาจัดทำแผนตรวจคัดกรองปัญหาการนอนหลับในหมู่นักศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาปีหนึ่งซึ่งมีแนวโน้มปัญหาการนอนหลับรุนแรงที่สุดจากปัจจัยด้านภาวะอารมณ์ที่อยู่ในช่วงโหยหาเสรีภาพและสภาพร่างกายที่เอื้อต่อการนอนดึก ซึ่งการช่วยให้นักศึกษามีผลการเรียนที่ดีในช่วงปีหนึ่งจะเป็นตัวชี้วัดที่มีนัยสำคัญว่านักศึกษาจะเรียนต่อหรือยุติการเรียนไว้เพียงเท่านั้น

ขลิบหนังหุ้มปลายอาจช่วยลดมะเร็งต่อมลูกหมาก

รอยเตอร์ส – ข้อมูลจากการศึกษาในแคนาดาชี้ การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายอาจช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากในภายหลัง

ผลการสำรวจในชายกว่า 3,000 คน โดยนักวิจัยของมหาวิทยาลัยควิเบคของแคนาดาพบว่า ผู้ที่ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศตั้งแต่ยังเป็นทารกมีอัตราการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากต่ำกว่าชายที่ไม่ได้ขลิบราวร้อยละ 14 โดยตั้งข้อสังเกตว่าอาจเป็นผลจากการขลิบช่วยลดการติดเชื้อโรคระบาดทางเพศสัมพันธ์อันเป็นสาเหตุเพิ่มความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

นักวิจัยยอมรับว่า ในขณะนี้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า การขลิบสามารถป้องกันมะเร็งต่อมลูกหมากได้จริง และยังไม่มีความชัดเจนสำหรับป้องกันมะเร็งต่อมลูกหมาก และปัจจุบันยังคงไม่มีผู้ใดทราบว่าเหตุใดมะเร็งต่อมลูกหมากจึงพบมากที่สุดชายที่มีเชื้อสายแอฟริกันและมักพบบ่อยในประเทศที่พัฒนาแล้ว



รอยเตอร์ส – ฝรั่งเศสเริ่มต้นโครงการจ่ายค่าตอบแทนแก่ประชาชนที่ขี่จักรยานไปทำงาน อันเป็นส่วนหนึ่งของแผนใช้จักรยานส่งเสริมสุขภาพ ลดมลพิษ และการใช้เชื้อเพลิงฟอสซิล

ฝรั่งเศสทดลองจ้างปั่นจักรยาน

ฝรั่งเศสเป็นประเทศล่าสุดในยุโรปที่ผุดโครงการจ่ายค่าตอบแทนแก่ประชาชนที่ใช้จักรยานเป็นพาหนะเดินทางเช่นเดียวกับเนเธอร์แลนด์ เดนมาร์ก เยอรมนี เบลเยียม และอังกฤษ โดยในกรณีของฝรั่งเศสนั้นมีภาคเอกชนและหน่วยงานรัฐหลายสิบองค์กรซึ่งมีพนักงานรวมกันราว 10,000 คน ได้ร่วมลงนามในสัญญาจ่ายค่าตอบแทนให้กิโลเมตรละ 25 ยูโรเซ็นต์แก่ผู้ที่ปั่นจักรยานไปทำงาน

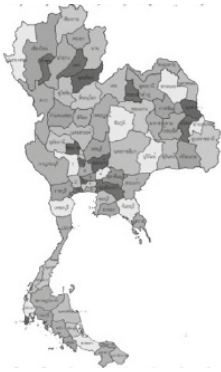
ด้านกระทรวงคมนาคมฝรั่งเศสเปิดเผยว่า หากโครงการนำร่องระยะ 6 เดือนนี้ประสบความสำเร็จก็จะขยายไปสู่โครงการในระดับที่ใหญ่ขึ้น และคาดหวังว่ามาตรการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับการปั่นจักรยานไปทำงานจะส่งเสริมการเดินทางด้วยจักรยานให้เพิ่มขึ้นอีกราวครึ่งหนึ่ง จากเดิมที่มีสัดส่วนอยู่ราวร้อยละ 2.4 ของรูปแบบการเดินทางระหว่างบ้านถึงที่ทำงานทั้งหมด

อนึ่ง มาตรการส่งเสริมการใช้จักรยานเป็นพาหนะที่หลายประเทศนำมาใช้ มีด้วยกันหลายรูปแบบ ทั้งการงดเว้นภาษี จ่ายค่าตอบแทนให้ตามระยะทางเป็นกิโลเมตร รวมไปถึงการสนับสนุนด้านการเงินสำหรับนำไปซื้อจักรยาน

เมื่อไม่นานมานี้ ดิฉันได้ไปเที่ยวประเทศจีน การเดินทางไปในสถานที่ต่าง ๆ ก็ทำให้พบเห็นชีวิตและวัฒนธรรมของผู้คนที่แตกต่างกันไป

มีเกร็ดที่น่าสนใจ...น่ารู้ในจีนมากมายซึ่งอยากนำมาเล่าสู่กันฟัง

1. อาหารรสชาติอร่อยที่สุดในจีนต้องไปกินที่กวางเจา
2. อาหารที่มีราคาแพงมากที่สุดในจีนคือ เนื้องูและเนื้อแมว (เปรียบเหมือนมังกรกับเสือในตำนานจีน)
3. ประเทศจีนใหญ่กว่าประเทศไทย 19 เท่า และแผนที่ประเทศจีนดูเหมือนไก่ ส่วนแผนที่ประเทศไทยดูคล้ายขวาน



แผนที่ประเทศไทย



แผนที่ประเทศจีน

4. จากคุณหมิงไปปักกิ่งนั่งรถไฟนาน 3 วัน แต่ถ้านั่งเครื่องบินใช้เวลาเพียง 3.5 ชั่วโมง
5. รถไฟความเร็วสูงในประเทศจีนมีความเร็ว 300 กิโลเมตร/ชั่วโมง ซึ่งมีเพียงเส้นทางเดียวในประเทศ และใช้สำหรับเดินทางจากปักกิ่งไปเซี่ยงไฮ้เท่านั้น
6. สนามบินใหญ่อันดับที่ 1 คือ เซี่ยงไฮ้ รองลงมาตามลำดับคือ ปักกิ่ง กวางเจา และคุณหมิง



น่ารู้ในจีน

7. แบงค์ 50 หยวนถูกปลอมบ่อยมากกว่าแบงค์ราคาอื่น
8. ธนาคารจีนแลกเปลี่ยนเงินสกุลต่าง ๆ ด้วยอัตราแลกเปลี่ยนเท่ากันทุกที่ทั้งที่สนามบินและทั่วประเทศจีน
9. สาวจีนมักสอบถามถึงฐานะของชายหนุ่มเพื่อพิจารณาเลือกคู่ครองโดยจะถามหนุ่มว่า
 - มีบ้านหรือไม่ เพื่อให้รู้ว่าอยู่กับใครและรวยไหม
 - เดินทางไปทำงานอย่างไร เพื่อให้รู้ว่ามีรถไหม
 แต่ในปัจจุบันสาวจีนมักถามหนุ่มประโยคเดียวคือ มีที่จอดรถหรือไม่ เพื่อให้รู้ว่ามีครบทุกอย่างแล้วหรือยัง ทั้งนี้เพราะบ้านและที่จอดรถในจีนมีราคาแพงมาก ซึ่งถ้าหนุ่มจีนมีที่จอดรถแล้วก็ย่อมแสดงว่ามีฐานะดี
10. หมีแพนด้าที่มีชื่อเสียงดัง ๆ มักอยู่ที่มณฑลเสฉวน



11. ภาษาจีนทั้งหมดมี 56,000 ตัว แต่คำที่ใช้ปกติมี 7,000 ตัว
12. คนที่เที่ยวเก่งมักมาจากมณฑลเสฉวน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีแผ่นดินไหวครั้งใหญ่เมื่อปี ค.ศ. 2008 ที่มณฑลเสฉวน จึงอาจทำให้ชาวเสฉวนชอบท่องเที่ยวเพื่อใช้ชีวิตให้คุ้มค่ามากที่สุด
- ค.ศ. 2008 มีแผ่นดินไหวที่เสฉวนซึ่งนับเป็นแผ่นดินไหวขนาดใหญ่ครั้งที่ 2 ในประเทศจีน ซึ่งมีความรุนแรงถึง 8.0 ริกเตอร์ มีคนเสียชีวิตไปกว่า 100,000 คน ส่วนใหญ่ 80% ของผู้ตายมักเป็นนักเรียน เพราะนักเรียนจีนมักนอนในช่วงเวลา 12.00-14.00 น. ที่โรงเรียน และแผ่นดินไหวเกิดในช่วงเวลานั้นจึงทำให้เด็กนักเรียนหนีออกมาไม่ทัน
13. ค.ศ. 2008 ประเทศจีนเกิดเหตุการณ์สำคัญ 2 เรื่อง คือ โอลิมปิก 2008 และแผ่นดินไหวที่เสฉวน

14. คนเสฉวนเล่นไพ่กระดาษจอกเก่งตั้งแต่เด็ก



15. จางอิ๋หมว เป็นผู้กำกับภาพยนตร์ชาวจีนที่มีชื่อเสียงระดับนานาชาติ จางอิ๋หมวได้สร้างอิทธิพลทางวัฒนธรรมในประเทศจีน 4 แห่ง ดังนี้

- กุ้ยหลิน
- หางโจวซีหู
- ลีเจียง
- จางเจียเจีย

16. ตั้งตั้งเช่า พบในทิเบต มณฑลชิงไห่ มณฑลเสฉวน มณฑลกานซู มณฑลยูนนาน และแถบเทือกเขาหิมาลัยในอินเดีย ภูฏาน และเนปาล มีสรรพคุณในการบรรเทาอาการหอบและเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ รวมถึงเชื่อว่ารักษาโรคมะเร็งได้อีกด้วย สำหรับตั้งตั้งเช่าที่ทิเบตจะมีราคาแพงและดีที่สุด

ตั้งตั้งเช่าเป็นสมุนไพรจีนชนิดหนึ่งที่ตอนฤดูหนาวจะเป็นตัวหนอน แต่พอฤดูร้อนตัวหนอนนี้จะแปรเปลี่ยนเป็นเห็ด คนไทยเราเรียกว่า “เห็ดหนอน” ในช่วงฤดูร้อนมีเห็ดชนิดหนึ่งวางขายไว้บนดิน พอไขแตกเป็นตัวอ่อน ตัวหนอนก็มุดลงดิน และถูกสปอร์ของราชนิดหนึ่งที่มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cordyceps sinensis (Berk.) Saec. สอดแทรกเข้าไปในตัวหนอนซึ่งเป็นช่วงเวลาของฤดูหนาว ตัวหนอนถูกราคาอาศัยเป็นปรสิตก็ค่อย ๆ ตายไป เหลือเพียงซาก



17. ในประเทศจีนจะไม่พบเห็น 4 อย่าง ได้แก่

• สุนัขไม่มีเจ้าของ เพราะการเลี้ยงสุนัขต้องพาไปตรวจมีบัตรประชาชน และต้องเสียภาษี รวมทั้งต้องเตรียมถุงขี้ของสุนัขที่ถ่ายตามทางเดินด้วย มิฉะนั้นเจ้าของจะถูกปรับเงิน

- ปิมน้ำมันในเมือง เพราะปิมน้ำมันจะไปตั้งอยู่แถบชานเมือง
- หญิงตั้งครรภ์เดินไปมามากมายตามท้องถนน ทั้งนี้เพราะเขามักมาเดินตามท้องถนนเฉพาะตอนเช้าหรือเย็นเท่านั้น
- มอเตอร์ไซค์ใช้น้ำมัน เพราะจีนใช้มอเตอร์ไซค์ไฟฟ้ากันเยอะซึ่งเวลาที่แทบไม่มีเสียงเลย

18. หญิงถือป้ายตามถนนข้างทางของจีนก็เพื่อรับซื้อผลไม้สอง

19. James Hilton ได้แต่งหนังสือเรื่อง Lost Horizon แล้วกล่าวถึงดินแดนที่บริสุทธิ์และงดงามที่ถูกตัดออกจากโลกภายนอก ผู้คนอาศัยอยู่อย่างสุขสงบ มีชีวิตที่ยืนยาว ใช้ชีวิตอย่างเรียบง่ายและมีความสุขว่า แชงกริลล่า (Shangri-La) ซึ่งแปลมาจากคำว่า ชัมบาลา (Shambhala) ในภาษาทิเบตที่หมายถึงทางนำไปสู่ดวงตะวันและดวงจันทร์โดยดวงจิต ซึ่งเมืองแชงกริลล่าในนิยายจะอยู่ระหว่างรอยต่อของจีนกับทิเบต และมีนักเดินทางมากมายที่พยายามค้นหาว่าแชงกริลล่าอยู่แห่งไหนใด ดินแดนที่มีเทือกเขาสูงเสียดฟ้า เบื้องบนปกคลุมด้วยหิมะ เบื้องล่างเป็นหุบเขาที่ปลูกด้วยทุ่งหญ้าเขียวขุ่ม ท้องน้ำอุดมสมบูรณ์ด้วยแร่ทองคำซึ่งต่อมาทางการเงินจึงได้ค้นพบว่าเมืองใดคือเมืองที่ว่านั้น และในปี พ.ศ. 2545 จีนได้เปลี่ยนชื่อเมืองจางเจี้ยนเป็น แชงกริลล่า

20. จี๊เสฉวนเป็นจังหวัดที่มีประวัติยาวนานกว่า 300 ปีแล้ว แพร่หลายในมณฑลเสฉวน มณฑลยูนนาน และมณฑลกุ้ยโจว ทางภาคตะวันตกเฉียงใต้ของจีน ศิลปะการแสดงของจี๊เสฉวนมีความประณีตงดงามและมีชีวิตชีวา โดยเฉพาะศิลปะการเปลี่ยนหน้าพ่นไฟ และเบิกตาทิพย์อันมหัศจรรย์และยอดเยี่ยมของจี๊เสฉวนเป็นที่เลื่องลือและชมชอบของผู้ชมอย่างยิ่ง

ศิลปะการเปลี่ยนหน้าของจี๊เสฉวนเป็นศิลปะพิเศษที่มีเฉพาะในจี๊เสฉวนเท่านั้น นักแสดงจะเปลี่ยนแปลงสีหน้าลักษณะต่าง ๆ ไปตามอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดของตัวบุคคลในบทแสดง วิธีการเปลี่ยนหน้านั้นจะแบ่งเป็น 3 วิธีคือ การลูบหน้า เป่าหน้า และดึงผิวน้ำ



การเดินทางไปในที่ต่าง ๆ เพื่อเรียนรู้ความแตกต่าง... อันทำให้โลกใบนี้งดงาม

30 บทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายประชานิยมที่แท้จริงหรือ (ต่อ)

ทั้งนี้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและปัญหาเร่งด่วนของสาธารณสุขในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2551 และได้รายงานผลการศึกษาต่อวุฒิสภาเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 โดยย่อ ดังนี้

1. ความเสี่ยงของระบบหลักประกันสุขภาพ และการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังมีปัญหาเรื่องงบประมาณไม่เพียงพอ ปัญหาความเสี่ยงในระบบบริการ ขาดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บุคลากรขาดแคลน สปสช. จ่ายงบประมาณไม่ทันการ (มีงบคงค้างจ่ายในแต่ละปี) ระบบสารสนเทศยังมีปัญหา การจัดการข้อร้องเรียนของประชาชนมีปัญหา มาตรฐานทางบัญชีของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ขัดแย้งกัน การกระจายตัวของงบประมาณมีความเหลื่อมล้ำซ้ำซ้อน และมีการจ่ายชดเชยข้ามกองทุน

2. ปัญหาวิกฤตการเงินโรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สรุปได้ประเด็นหลัก คือ

2.1 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำลังเผชิญภาวะวิกฤตทางการเงินในระดับที่ต้องดำเนินมาตรการแก้ไขโดยด่วน

2.2 กลไกการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาทางการเงินอย่างซ้ำซ้อนต่อเนื่อง สาเหตุมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลไม่สอดคล้องกับสภาพค่าใช้จ่ายจริงของโรงพยาบาล

และปัญหาอื่น ๆ อีกมากมาย หากอ่านได้จากรายงาน การพิจารณาการศึกษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและปัญหาเร่งด่วนของสาธารณสุข โดยคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขประสบกับปัญหาความขาดแคลนทรัพยากรในการทำงาน และประชาชนคนป่วยมีความเสี่ยงต่อการไม่ได้รับความสะดวกสบายและความเสี่ยงต่อความเสียหายจากการได้รับการบริการที่ไม่ได้มาตรฐานจากการขาดแคลนทรัพยากรดังกล่าวมาทั้งหมดแล้ว แต่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกลับมีสภาพคล่องทางการเงินจนล้นเหลือ สามารถจ้างบุคลากรในอัตราค่าจ้างสูงมาก มีงบประมาณแผ่นดินที่ได้รับในการบริหารสำนักงานเป็นจำนวนมาก และยังนำเงินจากงบประมาณแผ่นดินที่ควรจะใช้จ่ายสำหรับการรักษาประชาชน แต่ถูกนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการบริหารสำนักงานและจ่ายค่าตอบแทนแก่พนักงานเพิ่มขึ้น ทั้งจำนวนพนักงานและอัตราค่าจ้าง

ทั้งนี้มีการอธิบายว่า ควรจ่ายค่าจ้างและค่าตอบแทนแก่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในราคาสูง เพราะเป็นผู้มีหน้าที่บริหารเงินงบประมาณปีละหลายแสนล้านบาท ซึ่งองค์กรอื่น ๆ ที่มีผู้บริหารเงินงบประมาณสูง ๆ ก็ได้รับค่าบริหารในอัตราสูง ๆ

แต่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้บริหารให้เงินออกเงยเหมือนบริหารธุรกิจ เขามีหน้าที่เพียงแค่ “จ่ายเงินงบประมาณแผ่นดิน” ในส่วนค่าหัวในการรักษาพยาบาลประชาชนให้แก่โรงพยาบาลตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเท่านั้น โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเจ้าหน้าที่ประจำสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เหมือนสำนักบัญชีในการรับงบประมาณจากรัฐบาล และจ่ายให้แก่โรงพยาบาลเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรจะทำหน้าที่จ่ายเงินให้ตามจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีศักยภาพหรือความสามารถในการรักษา

ผู้ป่วยไม่เหมือนกัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับต้นจะมีราคาถูกกว่าค่ารักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับสูง และผู้ป่วยที่มีอาการหนักอาจจะต้องถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลระดับต้นไปรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลระดับสูง แต่ไม่ได้โอนค่ารักษาพยาบาลตามไปจ่ายด้วย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายค่ารักษาไม่เท่ากับต้นทุนที่โรงพยาบาลระดับสูงต้องใช้ในการรักษาผู้ป่วยจริง ทำให้โรงพยาบาลระดับสูงจำนวนมากเกิดปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน แม้แต่โรงพยาบาลระดับต้นที่รักษาผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยไม่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น โรงพยาบาลชุมชนก็ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลประชาชนไม่เท่ากับค่าใช้จ่ายที่จ่ายในการรักษาจริง ทำให้โรงพยาบาลทุกระดับมีปัญหาขาดดุลไปจนถึงขาดสภาพคล่องทางการเงิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พยายามแก้ปัญหาโดยการเก็บเงินไว้ไปจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยใน (นอนในโรงพยาบาล) เองโดยไม่จ่ายล่วงหน้าให้แก่โรงพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยเป็นเงินเหมาจ่ายตามที่รัฐบาลจ่ายมาให้ล่วงหน้า และ สปสช. ยังเอาเงินที่ควรจะให้แก่โรงพยาบาลโดยตรงไปซื้อยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ เอง โดยใช้อ้างว่าประหยัดงบประมาณเพราะซื้อจำนวนมากจะได้ราคาถูก แต่การทำเช่นนั้นนอกจากจะเป็นการทำผิดพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว สปสช. ยังได้ผลประโยชน์ตอบแทนจากบริษัทยาและองค์การเภสัชกรรมเป็นจำนวนเงินหลายร้อยล้านบาท และ สปสช. เอาเงินส่วนลดและผลประโยชน์ตอบแทนนี้ไปใช้เป็นสวัสดิการของพนักงานเจ้าหน้าที่ สปสช. เอง และก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาลได้

การที่ สปสช. ดำเนินการเช่นนี้เป็นการปฏิบัติหน้าที่ผิดพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ได้ชี้ว่าเป็นการดำเนินการที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากงบประมาณที่นำไปซื้อยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ นั้น เป็นงบประมาณของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาล ฉะนั้นเมื่อได้เงินทอนกลับคืนมา เงินส่วนนั้นก็ควรส่งให้โรงพยาบาลนำไปใช้สอย ไม่ใช่เงินที่ สปสช. จะเอาไปใช้เป็นประโยชน์ของ สปสช.

แต่ถึงแม้ สตง. จะมีมติดังกล่าว แต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ไม่ได้ดำเนินการลงโทษเลขาธิการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่อย่างใด

ผลกระทบของการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีต่อระบบประกันสังคมและสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ

นอกจากความขาดแคลนทรัพยากรในการจัดการบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำให้คุณภาพมาตรฐานการบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพไม่ดีเท่าที่ควรแล้ว ยังทำให้การให้บริการสาธารณสุขในระบบประกันสังคม และระบบรักษาพยาบาลในสวัสดิการข้าราชการตกต่ำลงไปด้วย ซึ่งจะอธิบายให้เห็นว่า เหตุใดคุณภาพมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยในระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการข้าราชการจะพลอยตกต่ำกว่ามาตรฐานไปได้

ในระบบประกันสังคม ผู้ประกันตน ได้แก่ ลูกจ้างเอกชนจะต้องถูกหักเงินเดือน 5% ทุกเดือนสมทบกับจำนวนเงินเท่ากันจากนายจ้าง และจากรัฐบาลอีก 2.75% สมทบเข้าสู่กองทุนประกันสังคม เพื่อให้สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ แก่ลูกจ้าง รวมทั้งมีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ผู้ประกันตนสามารถเลือกโรงพยาบาลที่จะไปรับการรักษาได้ รวมทั้งได้รับสิทธิในการไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน มีสิทธิพักรักษาตัวในห้องพักพิเศษ แต่ก็จะถูกจำกัดสิทธิในการได้รับยาเท่ากับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเหมือนกับระบบ 30 บาท เพราะผู้บริหารเงินกองทุนประกันสังคม อ้างเอากำไรได้รับยา “ไม่ด้อยกว่าบัญชียาหลักแห่งชาติ” เหมือนในระบบ 30 บาท และผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินเพิ่มเองในกรณีที่แพทย์เห็นว่าผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องได้รับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ระบบรักษาพยาบาลในสวัสดิการข้าราชการ ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการมีสิทธิได้รับยาที่จำเป็นในการรักษาความเจ็บป่วยตามที่แพทย์สั่งการรักษาเห็นเหมาะสม มีสิทธิเบิกค่าห้องพิเศษด้วย ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการข้าราชการสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับค่าหัวในการรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาท ทำให้กรมบัญชีกลางผู้รับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการพยายามที่จะ “หั่นงบประมาณ” ในระบบสวัสดิการข้าราชการให้น้อยลง โดยการแก้ไขพระราชกฤษฎีกาสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการใหม่ในปี พ.ศ. 2553 โดยแก้ไขจาก “การเบิกจ่ายได้ตามที่จ่ายจริง” มาเป็นให้ “เบิกได้ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด” เท่านั้น และกรมบัญชีกลางก็เริ่มประกาศกำหนดการจำกัดรายการยาที่จะให้ข้าราชการเบิกได้หรือไม่ได้ รวมทั้งการกำหนดเครื่องมือแพทย์และอวัยวะเทียมที่จะให้ข้าราชการเบิกได้หรือไม่ได้อีกด้วย โดยการเอาจำนวนเงินเป็นหลักว่าจะประหยัดหรือตัดงบประมาณไปได้เป็นจำนวนเท่าใด โดยมีได้คำอ้างว่า **คุณภาพการรักษาผู้ป่วยจะดีหรือไม่** ซึ่งนับเป็นการละเมิดสิทธิข้าราชการทำให้ข้าราชการและครอบครัวได้รับยาที่ “ไม่เหมาะสมที่สุด” ในการรักษาความเจ็บป่วยตามประกาศกำหนดของกรมบัญชีกลาง

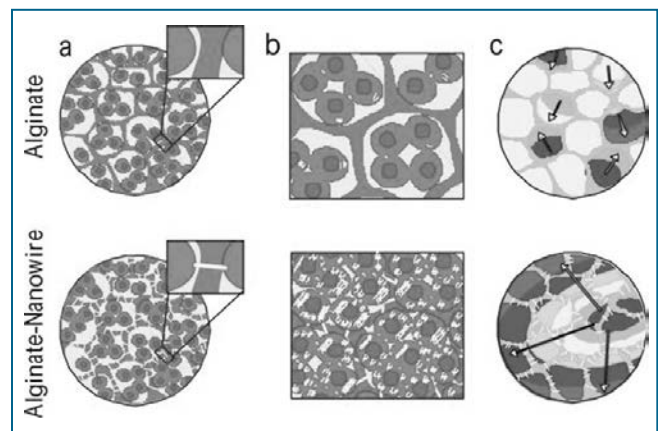
และชมรมพิทักษ์สิทธิข้าราชการได้นำเรื่องไปฟ้องต่อศาลปกครอง ให้เพิกถอนคำสั่งของกรมบัญชีกลางที่ให้อำนาจและเครื่องมือแพทย์ รวมทั้งอวัยวะเทียมทั้งหลายที่จะใช้กับผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ โดยศาลปกครองก็ได้รับคำร้องนี้ไว้พิจารณา และกรมบัญชีกลางได้ชะลอคำสั่งนี้ไว้ไม่ให้มีผลในการใช้บังคับชั่วคราว

ทองคำขนาดนาโนสำหรับการนำไฟฟ้า ของแผ่นแปะหัวใจ

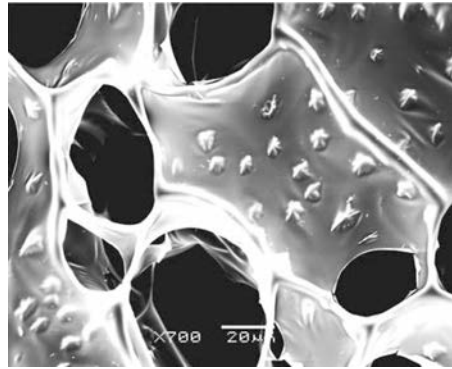
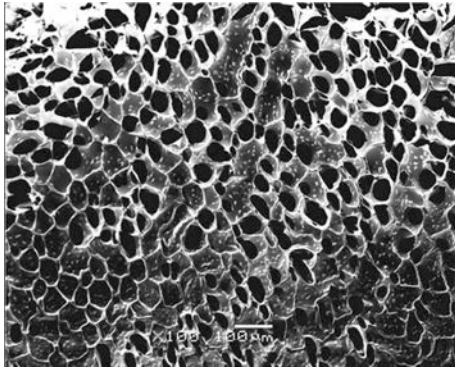
การใช้แผ่นแปะหัวใจ (heart patch) เป็นอีกหนึ่งวิธีในการศึกษาที่จะรักษาเนื้อเยื่อหัวใจในบริเวณที่ตายหรือเสียหายจากอาการหัวใจวาย เนื่องจากเซลล์เนื้อเยื่อหัวใจนั้นจะไม่สามารถที่จะแบ่งตัวหรือการรักษาส่อมแซมตัวเองได้ ทำให้เนื้อเยื่อในบริเวณดังกล่าวไม่สามารถที่จะบีบตัวได้อย่างที่ควรจะเป็น ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการสูบฉีดโลหิตไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง โดยแผ่นแปะหัวใจมีลักษณะเป็นแผ่นวัสดุที่มีรูพรุนจำนวนมากที่สามารถจะรองรับการเจริญของเซลล์เนื้อเยื่อหัวใจที่เพาะเลี้ยงลงไปเพื่อนำไปแปะบนพื้นผิวของหัวใจที่เสียหายได้เพื่อเปลี่ยนบริเวณที่เสียหายดังกล่าวกลับเป็นเนื้อเยื่อหัวใจใหม่ขึ้นมาทดแทน แต่ถึงแม้จะพบว่าสามารถสร้างเนื้อเยื่อหัวใจใหม่ขึ้นมาได้จากการใช้แผ่นแปะหัวใจนี้ แต่ปัญหาหนึ่งที่พบคือเนื้อเยื่อหัวใจในธรรมชาตินั้นมีความสามารถในการนำไฟฟ้าได้ แต่แผ่นแปะหัวใจที่พัฒนาขึ้นนั้นโดยทั่วไปไม่สามารถที่จะนำไฟฟ้าได้ เนื่องจากมักผลิตขึ้นจากพอลิเมอร์ซึ่งมีสมบัติการนำไฟฟ้าต่ำซึ่งจะไม่ขัดขวางการส่งผ่านสัญญาณไฟฟ้าระหว่างเซลล์เนื้อเยื่อหัวใจได้ ทำให้การทำงานร่วมกันของเซลล์เนื้อเยื่อหัวใจนั้นผิดปกติไปจากปกติ

ดังนั้น จึงมีการศึกษาพัฒนาให้แผ่นแปะหัวใจสามารถนำไฟฟ้าได้มากขึ้น โดยการทดลองผสมเส้นลวดทองคำขนาดนาโนปริมาณความเข้มข้น 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ลงไปในโครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์ที่ผลิตขึ้นจากวัสดุในกลุ่มอัลจิเนตพอรุนเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการนำไฟฟ้าระหว่างเซลล์ในระหว่างที่เซลล์เนื้อเยื่อหัวใจยังไม่สามารถสร้างโปรตีนที่ทำหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างเต็มที่ ซึ่งการใช้วัสดุประเภทนี้มีข้อดีคือ สามารถนำไฟฟ้าได้ดีมากและมีขนาดเล็กมากจนไม่ไปรบกวนโครงสร้างของโครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์โดยเส้นลวดนี้มีขนาดความยาวประมาณ 1 ไมครอน และมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 30 นาโนเมตร ซึ่งมีความยาวเพียงพอที่จะเชื่อมผ่านความหนาของผนังของโครงร่างรองรับเซลล์ประเภทอัลจิเนตที่สร้างขึ้นได้ โครงร่างที่ผสม

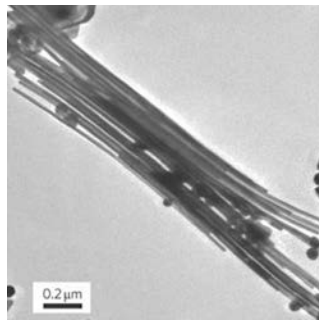
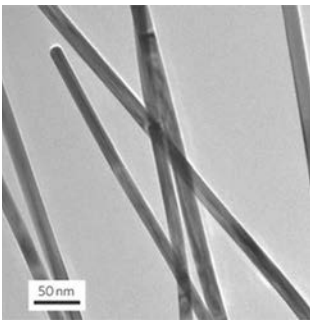
เส้นลวดทองคำนี้จะมีค่าความแกร่งตัวของโครงสร้างเพิ่มมากขึ้นประมาณ 3 เท่า เมื่อนำไปทดสอบเปรียบเทียบกับโครงร่างที่เพาะเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อหัวใจ (คาร์ดิโอไมโอไซต์ และไฟโบรบลาสต์) ลงบนโครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์ทั้งสองประเภทและทำการตรวจวัดการส่งผ่านสัญญาณไฟฟ้าระหว่างเซลล์ดังกล่าว จากการศึกษาพบว่าเซลล์เนื้อเยื่อหัวใจสามารถเจริญบนโครงร่างดังกล่าวได้ดี นอกจากนี้พบว่าในกรณีของโครงร่างปกตินั้นจะสามารถมีระยะทางการส่งผ่านเพียงประมาณ 100 ไมครอน หรือ 0.1 มิลลิเมตร ในขณะที่ระยะทางการส่งผ่านสัญญาณไฟฟ้าในโครงร่างที่มีการผสมเส้นลวดทองคำขนาดนาโนนั้นค่าเพิ่มขึ้นที่ประมาณ 2 มิลลิเมตร ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับระยะทางการส่งผ่านสัญญาณไฟฟ้าในเนื้อเยื่อหัวใจในธรรมชาติที่ระดับของเซนติเมตรแล้วยังคงต่ำกว่า แต่ก็ถือว่ามีความเพิ่มขึ้นอย่างมาก



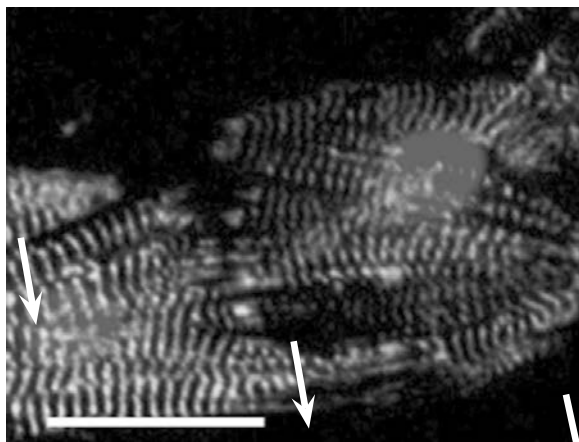
ภาพแสดงโครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์เนื้อเยื่อหัวใจที่ไม่มี (บน) และมี (ล่าง) เส้นลวดทองคำขนาดนาโนที่เชื่อมการนำไฟฟ้าของเซลล์เนื้อเยื่อหัวใจเข้าด้วยกันจะพบว่าในกรณีที่ไม่มีส่วนผสมเส้นลวดทองคำนั้น เซลล์จะมีการบีบตัวเป็นจังหวะเดียวกันในพื้นที่เล็ก ๆ อันจำกัดที่แยกจากกัน แต่เมื่อผสมเส้นลวดทองคำลงไปแล้วจะส่งผลให้เซลล์ทั่วทั้งโครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์สามารถบีบตัวเป็นจังหวะเดียวกัน^[2]



ภาพแสดงการกระจายตัวของกลุ่มเส้นลวดทองคำขนาดนาโนที่รวมตัวกันในผนังของโครงร่างรองรับเซลล์ที่ผลิตจากวัสดุประเภทอัลจิเนต^[2]



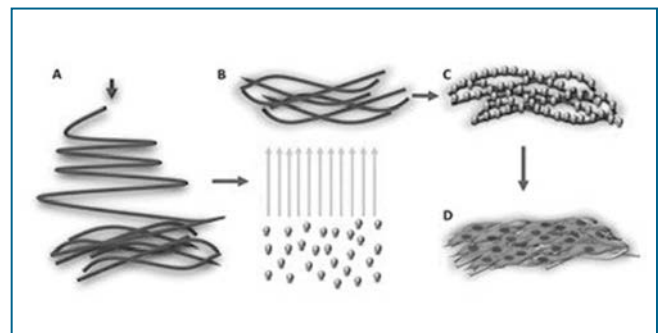
ภาพแสดงขนาดและรูปทรงของเส้นลวดทองคำขนาดนาโนที่ทดลองผสมลงในโครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์เนื้อเยื่อหัวใจ^[2]



ภาพถ่ายจากกล้องฟลูออเรสเซนซ์แสดงถึงส่วนของทองคำขนาดนาโน (ลูกศร) ที่กระจายตัวในโครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์เพื่อเชื่อมต่อสัญญาณไฟฟ้าระหว่างเซลล์หัวใจที่เพาะเลี้ยงบนโครงร่างดังกล่าว (นิวเคลียสของเซลล์มีลักษณะทรงกลมสีฟ้า)^[3]

นอกจากการผสมเส้นลวดทองคำขนาดนาโนลงไปในเรื่องของโครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์แล้ว ยังมีการศึกษาเทคนิคการสร้างโครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์ที่มีความสม่ำเสมอในการนำไฟฟ้าที่เพิ่มมากขึ้น โดยผลิตขึ้นจากการปั่นด้วยไฟฟ้าของวัสดุในกลุ่มพอลิคาโพรแลคโตนและเจลาติน เพื่อให้ได้เส้นใย

นาโนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 250 นาโนเมตร แล้วเคลือบผิวเส้นใยดังกล่าวด้วยทองคำที่มีความหนาประมาณไม่กี่นาโนเมตร จากการศึกษาพบว่าเซลล์เนื้อเยื่อหัวใจสามารถเจริญบนโครงร่างดังกล่าวได้ดี และมีการเรียงตัวตามแนวการเรียงตัวของเส้นใย นอกจากนี้ยังมีการนำสัญญาณไฟฟ้าที่ดีอีกด้วย นอกจากนี้การประยุกต์ใช้งานทางด้านการเพิ่มประสิทธิภาพของแผ่นแปะหัวใจแล้ว แนวความคิดดังกล่าวสามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับเซลล์ประเภทอื่นหรือการทำงานในลักษณะต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการสื่อสารระหว่างเซลล์ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นได้อีกด้วย



ภาพแสดงกระบวนการผลิตโครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์เนื้อเยื่อหัวใจจากการปั่นด้วยไฟฟ้าของวัสดุในกลุ่มพอลิคาโพรแลคโตนและเจลาติน แล้วเคลือบผิวเส้นใยดังกล่าวด้วยทองคำที่มีความหนาในระดับนาโนเมตร^[4]

เอกสารอ้างอิง

1. <http://newsoffice.mit.edu/2011/gold-nanowire-heart-0926>
2. Tal Dvir, Brian P. Timko, Mark D. Brigham, Shreesh R. Naik, Sandeep S. Karajanagi, Oren Levy, Hongwei Jin, Kevin K. Parker, Robert Langer and Daniel S. Kohane (2011) Nature Nanotechnology. 6, pp. 720-725.
3. <http://vectorblog.org/2011/09/could-nanotechnology-improve-treatment-of-heart-attack-and-heart-failure/>
4. Michal Shevach, Ben M. Maoz, Ron Feiner Assaf Shapira and Tal Dvir (2013) J. Mater. Chem. B. 1, pp. 5210-5217.
5. <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/07/130717132416.htm>

กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลชลบุรี
ร่วมกับ บริษัทแคตส์ดอกคอมฯ ขอเชิญร่วมงานสัมมนาวิชาการ



BETA 1,3/1,6 GLUCAN กับ ระบบภูมิคุ้มกัน



ศุกร์ที่ 1 สิงหาคม 2557

ณ ห้องประชุมเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 9
โรงพยาบาลชลบุรี เวลา 12.30 - 16.30 น.

เรียนเชิญผู้ที่สนใจ

- ✓ เทรนด์ ดูแลสุขภาพตัวเอง ตามวิถีชาวญี่ปุ่น
- ✓ อีกหนึ่งทางเลือกในการดูแลตนเอง จากโรคมะเร็งและเบาหวาน
- ✓ เหตุผลที่จำเป็นต้องรับประทาน เบต้ากลูแคน จากยีสต์ดำสายพันธุ์ อะอูโรโอะบาซเดียม



วิทยากร

ภก.พงษ์ศักดิ์ สง่าศรี

อาจารย์มหาวิทยาลัย

“เทรนด์ อาหารบำบัดมีมานาน
และแพร่หลายในประเทศญี่ปุ่น
เบต้ากลูแคนคือ
คำตอบที่ชัดเจน”



วิทยากร

ภก.ประเสริฐ วิเศษนคร

เภสัชกรชำนาญการ

“อยากให้ทุกคนรู้จัก
นวัตกรรมนี้จากญี่ปุ่น
เพราะคนไทยก็สามารถ
อายุยืนเหมือนคนญี่ปุ่น
ได้เช่นกัน”



Dr. Kazushige Iinuma

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิคุ้มกันวิทยา ผู้เชี่ยวชาญจากโรงงาน Aureo

“เบต้ากลูแคนจากยีสต์ดำ
คือสิ่งที่จะช่วย
สร้างโลกใบใหม่
ที่ปราศจากโรคร้ายต่างๆ
ได้จริง”



Mr. Toshimasa Shishido

“กว่า 15 ปี
ที่ได้รับการยืนยันคุณภาพ
บวกกับการวิจัยอย่างต่อเนื่อง
รวมถึงสิทธิบัตรรับรอง
มากกว่า 35 ประเทศ
ทั่วโลก”

เปิดตัว

สุดยอดนวัตกรรม

การมีรูปร่างที่สมบูรณ์แบบ ตามวิถี ชาวญี่ปุ่น

อาทิตย์ที่ 3 สิงหาคม 2557

ณ ห้องประชุม แคตส์ดอกคอมฯ
อิมพีเรียลลาตพริว ชั้น 4
เวลา 13.00 - 16.00 น.

เรียนเชิญผู้ที่สนใจ

- ✓ อยากกลับไปใส่กางเกง กระโปรงตัวโปรดอีกครั้ง
- ✓ อายุมากขึ้น พุงใหญ่ขึ้น เหวหน้าขึ้น
- ✓ ปวดหัว ใจสั่น เบลอ จากการใช้น้ำหนัก
- ✓ วัย 40 อยากกลับมาดูเป็นวัย 30 อยาก 40 ยังแจ๋ว

- ** ครั้งแรกของเมืองไทย กับสูตรลดน้ำหนักจากญี่ปุ่น
- ** โปรโมชั่นโดนใจ พิเศษสุด ๆ ในงานเท่านั้น
- ** สนุกกับกิจกรรม และรับผลิตภัณฑ์ภายในงาน ฟรี!!

สอบถามรายละเอียดและสำรองที่นั่งโทร

02 934 9411-5

www.cats.co.th

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจทันที



www.wongkarnpat.com



กด



Like

ได้ที่ www.facebook.com/Wongkarnpat

นวัตกรรมรักษามะเร็งเต้านม ชนิด “เฮอร์ทู” ช่วยยืดชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้นานขึ้น



โรคมะเร็งเต้านมนับเป็นมหันตภัยร้ายแรงสำหรับผู้หญิงทั่วโลก โดยสถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติองค์การอนามัยโลกพบว่า ทุก 1 ใน 8 คนมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้ จากสถิติทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประมาณ 6,255,000 คน และทุก 1 นาทีมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 คน ดังนั้น ถ้า 1 ชั่วโมงก็เสียชีวิตถึง 60 คน สำหรับสถิติในประเทศไทยใน 1 วันพบผู้ป่วย 37 คน และเสียชีวิตวันละ 14 คน เฉลี่ยประมาณ 2 ชั่วโมงเสียชีวิต 1 คน จึงถือเป็นภัยเงียบของผู้หญิงที่น่ากลัวมาก

สาเหตุของโรคมะเร็งนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่คาดว่าพันธุกรรมมีส่วนสำคัญ พบว่าคนที่มีความผิดปกติตรงเป็นโรคมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าคนทั่วไป และควรได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมทุกปี ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการใช้ฮอร์โมนเสริม เป็นต้น

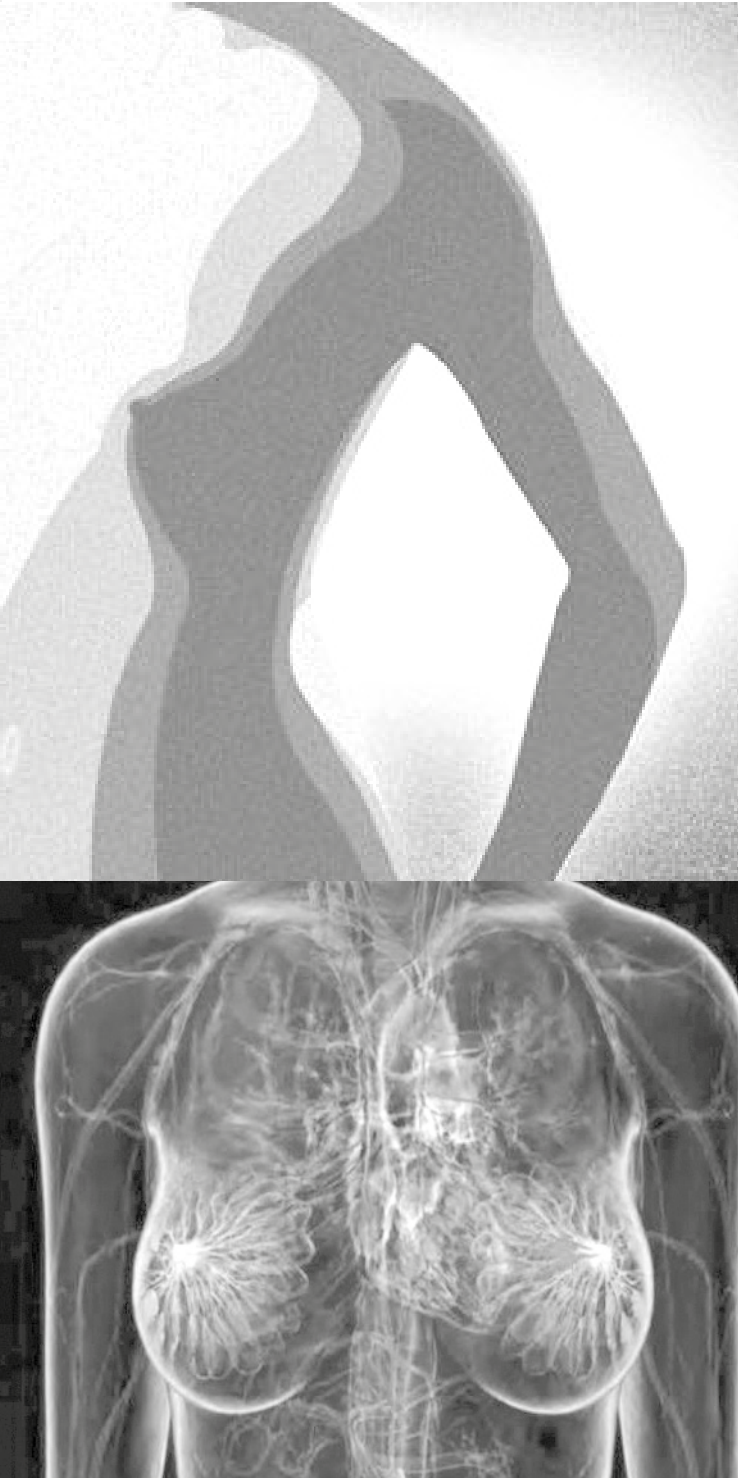
มะเร็งเต้านมที่ตรวจพบโดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 3 สายพันธุ์ใหญ่ ๆ คือ สายพันธุ์ตอบสนองต่อฮอร์โมนเพศหญิง ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากที่สุด สายพันธุ์เฮอร์ทู (HER2) พบได้ประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด และชนิดไตรโบลปะที่ยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจนพบได้ประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ของมะเร็งทั้งหมด อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติแล้ว ยังคงมีโอกาสกลับมาเป็นมะเร็งเต้านมได้อีก



จากหลักฐานที่มีพบว่า การกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมเกี่ยวข้องกับยีนบางอย่างในร่างกาย หรือสาเหตุบางประการ เช่น การหลงเหลือของเซลล์มะเร็งต้นกำเนิด หรือสเต็มเซลล์ในร่างกาย รวมถึงการดื้อยาที่แพทย์สั่งการได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง ล่าช้า และภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ โดยการกลับมาเป็นมะเร็งเต้านมซ้ำหลังการรักษา มีระยะเวลาเฝ้าระวังประมาณ 12 ปี

มี 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ การเป็นซ้ำในบริเวณเดิมและบริเวณใกล้เคียง ซึ่งเป็นการกำเริบเฉพาะที่ ส่วนการกำเริบในต่อมน้ำเหลืองใกล้ ๆ เรียกว่า การกำเริบบริเวณใกล้เคียง และถ้ามีการกำเริบในบริเวณอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกายจะเรียกว่า การกำเริบแบบมีการแพร่กระจาย การรักษามะเร็งกำเริบเฉพาะที่แม้ว่าจะทำได้ยากกว่าการรักษาครั้งแรก แต่ก็ไม่ได้เป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย ซึ่งการรักษาระยะนี้มักหวังผลเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย รักษาคุณภาพชีวิตและบำบัดอาการของโรคเป็นหลัก ปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจายให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องตรวจคัดเลือกรูปแบบเพื่อให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งยาที่ได้รับจะสามารถต่อต้านเซลล์มะเร็งได้อย่างเจาะจงที่เรียกว่ารักษาตามเป้าหมายที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพให้การรักษาลดผลข้างเคียงต่อเนื่องปกติของร่างกาย

มะเร็งเต้านมสายพันธุ์เฮอร์ทูเป็นมะเร็งที่เกิดจากการกลายพันธุ์เพิ่มปริมาณของยีนก่อมะเร็งเฮอร์ทู และมีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว หากรักษาไม่ถูกต้องตรงตามกลไกการเกิดโรคอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันสั้น สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสายพันธุ์เฮอร์ทูในระยะแพร่กระจายนั้น การรักษามาตรฐานทั่วไปอันดับแรกนั้นมักให้ยาฉีดกลุ่มยาต้านเฮอร์ทูควบคู่ยาเคมีบำบัด ซึ่งพบว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยที่รักษามาตรฐานนี้ยังคงมีการพัฒนาของโรครุนแรงมากขึ้นในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งสาเหตุเกิดจากการดื้อยา



สาเหตุของโรคมะเร็งนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด
แต่คาดว่าพันธุกรรมมีส่วนสำคัญ
พบว่าคนที่มีญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งเต้านม
หรือมะเร็งรังไข่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูง

ล่าสุดนักวิจัยได้คิดค้นนวัตกรรมใหม่เป็นยาชนิดเพื่อรักษาโรคมะเร็งเต้านมสายพันธุ์เฮอร์ทูที่นำมาใช้ร่วมกับยาต้านเฮอร์ทูตัวเดิม และยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันการดื้อยา โดยยาตัวใหม่นี้มีประสิทธิภาพยับยั้งและขัดขวางการรวมตัวกันของโปรตีนเฮอร์ทูกับโปรตีนเฮอร์ทูชนิดอื่น ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุของการดื้อยาตัวเดิม ช่วยลดการลุกลามของโรคและช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วย

ปัจจุบันยาด้านเฮอร์ทูรุ่นใหม่นี้ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในสหภาพยุโรป สหรัฐอเมริกา สวิตเซอร์แลนด์ และประเทศอื่น ๆ รวมกว่า 40 ประเทศ สำหรับประเทศไทยได้รับการอนุมัติให้ใช้รักษาผู้ป่วยได้เมื่อต้นปีที่ผ่านมา จึงนับเป็นก้าวสำคัญของวงการแพทย์ที่นำนวัตกรรมล่าสุดในการรักษามะเร็งเต้านมเข้ามาใช้เพื่อความหวังใหม่และกำลังใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายหรือระยะสุดท้ายให้มีชีวิตอยู่เพื่อครอบครัวและคนที่รักได้ยาวนานยิ่งขึ้น

ถึงแม้ว่าเทคโนโลยีจะมีความก้าวหน้าช่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้มีชีวิตยืนยาวมากขึ้นก็ตาม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเองตลอดจนกำลังใจจากคนใกล้ชิดก็ยังมีส่วนสำคัญในการต่อสู้กับโรคมะเร็ง ควรมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง รักษาสุขภาพกายและใจให้แข็งแรง เพื่อการได้อยู่กับคนที่รักให้นานที่สุด

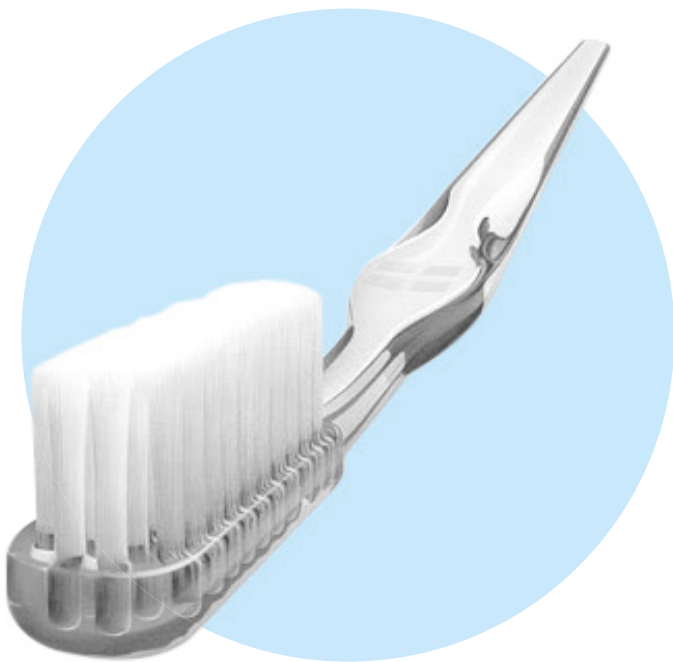


การแปรงฟันเป็นกระบวนการทำความสะอาดฟันเพื่อให้ฟันมีสุขภาพแข็งแรง สามารถทำหน้าที่บดเคี้ยวอาหารได้ดีและมีรอยยิ้มที่สวยงาม การแปรงฟันที่ถูกต้องประกอบด้วย แปรงฟันทั่วทุกซี่ และทุกด้าน เน้นบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง ได้แก่ ฟันกราม และ ฟันด้านลิ้น ใช้แปรงขนอ่อน แปรงด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และใช้เวลาอย่างน้อย 2 นาที ในช่วงหลังที่เทคโนโลยีเริ่มเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันได้เริ่มมีการผลิตแปรงสีฟันไฟฟ้าเกิดขึ้น เพื่อมุ่งหวังในการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ใช้

แปรงสีฟันไฟฟ้ามี 2 ประเภท ได้แก่ 1. แปรงสีฟันไฟฟ้าแบบอเล็กทริกจะมีการหมุน 3,000-7,500 รอบต่อนาที ผู้ใช้ต้องเคลื่อนไหวมือเพื่อให้การแปรงฟันสะอาดและทั่วถึง ขนแปรงจะเคลื่อนไหวไปหน้าและหลัง ช่วยให้การกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์และลดการเกิด เหงือกอักเสบได้ 2. แปรงสีฟันไฟฟ้าแบบโซนิกจะมีการหมุน 30,000-40,000 รอบต่อนาที จะมีการเคลื่อนไหวไปข้างหน้าและถอยหลัง และมีการสั่นร่วมด้วย การหมุนอย่างรวดเร็วของแปรงสีฟันไฟฟ้าจะสามารถช่วยลดการอักเสบของเหงือกได้



การแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันไฟฟ้า เปรียบเทียบกับแปรงสีฟันปกติ



ได้มีการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยรวบรวมข้อมูลการวิจัย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-2014 จากฐานข้อมูล Cochrane พบข้อมูลที่ศึกษา การใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าทุกประเภทเปรียบเทียบกับการใช้แปรงสีฟันปกติ การศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่าแปรงสีฟันไฟฟ้ามีประสิทธิภาพมากกว่า แปรงสีฟันปกติ แปรงสีฟันไฟฟ้าที่ทำงานด้วยการหมุนและสั่นจะจัด คราบฟันและช่วยลดการอักเสบของเหงือกได้ดีกว่าแปรงสีฟันปกติทั้ง ในแบบระยะสั้นและระยะยาว ในรายงานวิจัยไม่ได้กล่าวถึงเรื่องเหงือกร่น ซึ่งเป็นปัญหาที่ทันตแพทย์มักกล่าวถึง

กล่าวโดยสรุป การใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าอย่างเหมาะสมจะจัด คราบฟัน ช่วยลดการอักเสบของเหงือกได้ดีกว่าแปรงสีฟันปกติทั้งใน แบบระยะสั้นและระยะยาว

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการอุดกั้นในปอดอย่างถาวร (irreversible airflow obstruction) ซึ่งมีปฏิกิริยาอักเสบเกิดขึ้นในปอดอย่างต่อเนื่อง (progressive and abnormal inflammatory response of lung) โดยทั่วไปมักหมายถึงรวมถึง 2 โรคคือ chronic bronchitis โดยมีเสมหะอย่างน้อย 3 เดือนใน 2 ปีติดกัน และ emphysema เป็นการทำลายเนื้อปอดจนมีลักษณะปอดโป่งพอง โดยดูจากพยาธิวิทยา

พยาธิสรีรวิทยา

เป็นการอักเสบที่เกิดจาก neutrophil, CD8 lymphocyte และ macrophage ร่วมกันสร้างสาร tumor necrosis factor, leukotriene B4, interleukin-8 ออกมาทำลายเนื้อปอด มีการเพิ่มทั้งจำนวนและขนาดของ goblet cell ภายในเยื่อหลอดลมจนเกิดการสร้างเมือกมาอุดตันทางเดินหายใจ มีการทำลายเซลล์ endothelium ของผนังหลอดลมจนทำให้การทำงานของเยื่อและขนอ่อนของหลอดลม (mucociliary clearance) เสียไปจนไม่สามารถกำจัดแบคทีเรียและเมือกออกไปได้ ตลอดจนมีการทำลายเนื้อปอดและถุงลมจนเสียความยืดหยุ่นของปอด ร่วมกับมีหลอดลมอุดตันจนทำให้เวลาหายใจออกเกิดมีหลอดลมตีบได้

นอกจากนี้การอุดตันของหลอดลมและหลอดเลือดในปอดก็ทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สเสียไป ดังนั้น อาจพบทั้งภาวะขาดออกซิเจนและภาวะเลือดคั่งคาร์บอนไดออกไซด์ร่วมกัน ตลอดจนภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรังจะทำให้ผนังหลอดเลือดในปอดหนาตัวขึ้นจนเกิดความดันเลือดในปอดสูงที่เรียกว่า pulmonary hypertension ซึ่งถ้ามีภาวะเลือดขึ้นและหัวใจซีกขวาวาย (right side heart failure) ร่วมด้วยที่เรียกว่า cor pulmonale ตามมาในท้ายสุด

มีอีกกลไกหนึ่งที่อธิบายพยาธิสรีรวิทยาของโรคนี้คือการสูญเสียสมดุลของ protease และ antiprotease จนทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อของปอด เช่น โรคกรรมพันธุ์ที่ชื่อว่า α_1 antitrypsin deficiency เพราะไม่มี α_1 antitrypsin มายับยั้งการทำงานของเอนไซม์ neutrophil elastase ทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อปอด ซึ่งในคนทั่วไปอาจเกิดจากกลไก oxidant และ antioxidant เสียสมดุล

การสูบบุหรี่ทำให้มีสาร oxidant และทำลายปอดด้วยทั้ง 2 กลไก แม้หยุดสูบบุหรี่แล้วยังมีการทำลายเนื้อปอดต่อไป พบว่า 15% ของผู้สูบบุหรี่เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) ขึ้นันแสดงว่ามีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อมร่วมกัน พบว่าปัจจัยเสี่ยงมาจาก passive smoking หรือเป็นโรคทางเดินหายใจบ่อยตั้งแต่เด็กตลอดจนการสูดดมมลพิษทางอากาศก็เป็นสาเหตุของโรคนี้ได้

สาเหตุที่ทำให้การกำเริบ

มักเกิดจากการติดเชื้อไวรัส rhinovirus, respiratory syncytial virus, coronavirus, influenza virus มีโอกาสพบเชื้อแบคทีเรียก่ออาการกำเริบได้เพียง 50% เท่านั้น ได้แก่ *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Pseudomonas aeruginosa*

อย่างไรก็ดี พบว่า 1/3 ของ COPD ที่มีอาการกำเริบมักหาสาเหตุที่กระตุ้นให้อาการกำเริบไม่ได้

อาการ

อาการกำเริบมักมาด้วยหอบเหนื่อยมากขึ้น เสมหะมากขึ้น และสีของเสมหะเปลี่ยนไป อาการหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) ที่เคยเรียกว่า blue bloater หรืออาการของโรคถุงลมปอดโป่งพอง (emphysema) ที่เรียกว่า pink puffer ก็ไม่นิยมใช้กันแล้ว ทั้งนี้เพราะอาการที่มามากคล้าย ๆ กันหมดแล้ว การหายใจแบบ pursed lip ก็เพื่อเพิ่มความดันในหลอดลมเมื่อขณะหายใจออก ซึ่งจะทำให้ทางเดินหายใจเปิดโล่งได้บ้าง

ผู้ป่วยจะมีภาวะขาดออกซิเจนในเลือดอยู่บ่อย ๆ จนกระตุ้นศูนย์หายใจให้เร่งผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น แต่เมื่อโรคเป็นมากขึ้นก็จะไม่สามารถหายใจเร็วพอที่จะขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายได้ จึงเกิดคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด ไตจะพยายามเก็บสารไบคาร์บอเนต (H_2CO_3) เข้าสู่ร่างกายเพื่อรักษาสมดุลกรดในเลือด เมื่อมีอาการหายใจว้ายเฉียบพลันเกิดขึ้น ร่างกายอาจเกิด respiratory acidosis ขึ้นจึงอาจตรวจพบความผิดปกติของ arterial blood gas ดังนี้คือ pH ต่ำ, PCO_2 สูง และ HCO_3^- สูงได้

ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการแยลงอย่างทันทีทันใด และการดูภาพรังสีทรวงอกอาจจะวินิจฉัยได้ยากในกรณีที่มีลมรั่วเล็กน้อยหรือเมื่อผู้ป่วยมี bullous emphysema ขนาดใหญ่ก็ได้ ดังนั้น อาจต้องทำการตรวจคอมพิวเตอร์ทรวงอก (CT chest) เพื่อช่วยวินิจฉัยโรค

นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ cor pulmonale ซึ่งจะมีภาวะเลือดขึ้น มีความดันในหลอดเลือดดำสูง และมี venous stasis ก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด venous thromboembolism อีกด้วย โดยเฉพาะถ้ามีอาการหอบรุนแรงมากและแยลงเร็วก็ให้สงสัยว่าเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด (pulmonary embolism) ซึ่งควรพิจารณาส่งเลือดตรวจหา D-dimer test ด้วย ถ้าพบวาระดับ D-dimer สูงก็ควรส่งตรวจคอมพิวเตอร์ทรวงอกและฉีดสี (CT chest with angiogram) ต่อไป

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹⁾

ระดับความรุนแรง	อาการทางคลินิก	สมรรถภาพปอด
Mild	ไม่มีอาการหอบเหนื่อยขณะพัก ไม่มีอาการกำเริบ	FEV ₁ ≥ 80%
Moderate	มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย อาการกำเริบไม่รุนแรง	FEV ₁ 50-79%
Severe	มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน อาการกำเริบรุนแรงมาก	FEV ₁ 30-49%
Very Severe	มีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลา อาการกำเริบรุนแรงมาก และบ่อย	FEV ₁ < 30% FEV ₁ < 50% ร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง

การสืบค้น

ในระยะแรกอาจยังไม่มีอาการ แต่ถ้าตรวจสมรรถภาพของปอดด้วย spirometry (ดังรูปที่ 1) ก็จะพบ FEV₁ ลดลง ซึ่งก็ให้การวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว สำหรับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกอาจพบ hyperinflated lung, vascular lung markings ลดลง, เจาหัวใจเล็กลง, มีเจาหัวใจโตขึ้นจากภาวะ cor pulmonale ได้ จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบ P pulmonale (peaked p waves ใน lead II, III, aVF), low QRS และ poor R progression ใน precordial lead ส่วนการส่งเลือดตรวจพบ B type natriuretic peptide (BNP) > 100 pg/ml จะช่วยแยกโรคหัวใจล้มเหลวออกจากโรค COPD หรือหอบหืดได้



รูปที่ 1 การตรวจสอบสมรรถภาพของปอดด้วย spirometry

ตารางที่ 2 Differential Diagnosis of COPD⁽²⁾ (จาก Global Initiative for COPD 2007)

Differential Diagnosis of COPD	
Diagnosis	Suggestive Features*
COPD	Onset in midlife. Symptoms slowly progressive. Long smoking history. Dyspnea during exercise. Largely irreversible airflow limitation.
Asthma	Onset early in life (often childhood). Symptoms vary from day to day. Symptoms at night/early morning. Allergy, rhinitis, and/or eczema also present. Family history of asthma. Largely reversible airflow limitation.
Congestive Heart Failure	Fine basilar crackles on auscultation. Chest X-ray shows dilated heart, pulmonary edema. Pulmonary function tests indicate volume restriction, not airflow limitation.
Bronchiectasis	Large volumes of purulent sputum. Commonly associated with bacterial infection. Coarse crackles/clubbing on auscultation. Chest X-ray/CT shows bronchial dilation, bronchial wall thickening.
Tuberculosis	Onset all ages. Chest X-ray shows lung infiltrate or nodular lesions. Microbiological confirmation. High local prevalence of tuberculosis.
Obliterative Bronchiolitis	Onset in younger age, nonsmokers. May have history of rheumatoid arthritis or fume exposure. CT on expiration shows hypodense areas.
Diffuse Panbronchiolitis	Most patients are male and nonsmokers. Almost all have chronic sinusitis. Chest X-ray and HRCT show diffuse small centrilobular nodular opacities and hyperinflation.

*These features tend to be characteristic of the respective diseases, but do not occur in every case. For example, a person who has never smoked may develop COPD (especially in the developing world, where other risk factors may be more important than cigarette smoking); asthma may develop in adult and even elderly patients.

การรักษา

เป้าหมายของการรักษา⁽⁴⁾ คือ

1. ป้องกันหรือชะลอการดำเนินโรค
2. บรรเทาอาการโดยเฉพาะอาการหอบเหนื่อย
3. ทำให้ exercise tolerance ดีขึ้น
4. ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น
5. ป้องกันและรักษามภาวะแทรกซ้อน
6. ป้องกันและรักษามภาวะอาการกำเริบ
7. ลดอัตราการเสียชีวิต

การรักษาที่ลดอัตราการตายได้คือ การหยุดสูบบุหรี่และให้ long term oxygen therapy เท่านั้น สิ่งสำคัญของการรักษา คือ ประเมินอาการได้เร็วและให้การช่วยหายใจได้ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยมีอาการหอบมากควรเลือกใส่ท่อหลอดลมแบบรวดเร็ว (rapid sequence intubation)

สำหรับการตั้งเครื่องช่วยหายใจนั้น ควรเลือกให้ tidal volume 6-8 มล./กก. อัตราการหายใจ 8-10 ครั้ง/นาที และ flow rate 80-100 ลิตร/นาที โดยยอมรับให้มีภาวะ permissive hypercapnia เกิดขึ้นได้ ถ้าช่วยหายใจเร็วเกินไป (hyperventilation) ก็จะทำให้มีผู้ป่วยที่มี chronic metabolic alkalosis อยู่ก่อนแล้วเกิด respiratory alkalosis เพิ่มขึ้นมากจนก่ออาการชักและหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมกับมีภาวะโพแทสเซียมต่ำในเลือดตามมาได้

การใช้หน้ากากช่วยหายใจ (non-invasive positive pressure ventilation : NIPPV) ดังรูปที่ 2 เพื่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีอาการหอบมาก ซึ่งจะช่วยลดอัตราการใส่ท่อหลอดลมได้ โดยเลือกใช้ nasal หรือ full face mask ก็ได้ พิจารณาเลือกใช้ mode CPAP หรือ BiPAP ก็ได้ สำหรับ nasal CPAP ให้เลือกตั้ง 5-10 ซม.น้ำ ส่วน BiPAP ให้ใช้ EPAP 2-4 ซม.น้ำ และ IPAP 8-10 ซม.น้ำ เพื่อป้องกันการกด hypoxic drive ของผู้ป่วย รวมทั้งแพทย์ควรให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยเพื่อให้มี O_2 Sat ประมาณ 90% ก็เพียงพอ



รูปที่ 2 การใช้หน้ากากช่วยหายใจ

การเลือกใช้ยา

ควรใช้ β_2 agonist และ anticholinergic drug ร่วมกัน การใช้ anticholinergic เพื่อช่วยยับยั้ง muscarinic receptor อันจะทำให้ยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดลม รวมทั้งลดการหลั่งเยื่อเมือกเข้าไปในหลอดลมตามมาได้ นอกจากนี้ยังมีการใช้ long acting β_2 agonist หรือ tiotropium เพื่อช่วยในการรักษาอาการหอบด้วย รวมทั้งอาจให้ methylprednisolone 125 มก. เข้าเส้นเลือดทุก 6-8 ชั่วโมง และต่อด้วย prednisolone 40 มก./วัน กินจนครบ 10 วัน

แพทย์ควรให้ยาฆ่าเชื้อในกรณีที่มีอาการหอบร่วมกับเสมหะมาก และสีเสมหะเปลี่ยนไปโดยเลือกยาที่ครอบคลุมเชื้อ *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis* ซึ่งอาจเลือกใช้ respiratory fluoroquinolone (เช่น levofloxacin, gatifloxacin) หรือให้ cephalosporin รวมระยะเวลาทั้งหมดนาน 10-14 วัน

สำหรับการให้ยาลดเสมหะมักช่วยบรรเทาอาการได้บ้างแต่ไม่พบมีประโยชน์ชัดเจนนัก

ตารางที่ 3 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽⁴⁾

กลุ่มยา	ชื่อสามัญ	ขนาดยา	ความถี่การบริหารยาทุก (ชั่วโมง)
1. ยาขยายหลอดลม 1.1 β_2 agonist 1.1.1 ชนิดออกฤทธิ์สั้น ชนิดรับประทาน	salbutamol terbutaline	2 มก. 2.5 มก.	4-6 4-6
ชนิดสูด	salbutamol	100, 200 มก. (MDI & DPI)	4-6
1.1.2 ชนิดออกฤทธิ์ยาว	bambuterol procaterol	10 มก. 25, 50 มก.	24 8-12
ชนิดสูด	salmeterol formoterol	25-50 มก. 12 มก. (DPI)	12 12
1.2 Anticholinergic 1.2.1 ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นผสมกับ β_2 agonist	ipratropium + fenoterol หรือ ipratropium + salbutamol	0.02 มก. + 0.05 มก. (MDI) 21 มก. + 120 มก. (MDI)	6-8 6-8
1.2.2 ชนิดสูดออกฤทธิ์ยาว	tiotropium	18 มก./วัน (DPI)	24
1.3 Xanthine derivative	Sustained release theophylline	< 400 มก./วัน	12-24
2. คอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูด	beclomethasone budesonide fluticasone	1,000-2,000 มก./วัน 800-1,600 มก./วัน 500-1,000 มก./วัน	12 12 12
3. ยาสผสมระหว่าง β_2 agonist ชนิดออกฤทธิ์ยาวกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด	formoterol + budesonide salmeterol + fluticasone	9/320-18/640 มก./วัน 100/500-100/1,000 มก./วัน	12 12

การประเมินความรุนแรงของภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคและแนวทางในการรักษา⁽⁴⁾

ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่

1. มีอาการกำเริบรุนแรงมาก
2. โรคเดิมมีความรุนแรงอยู่ในระดับที่ 4
3. มีโรคหรือภาวะอื่นที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น
4. ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาการกำเริบ
5. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถได้รับการดูแลที่เหมาะสมที่บ้านได้

การรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. การให้ออกซิเจน โดยปรับอัตราไหลของออกซิเจนเพื่อให้ได้ระดับ O_2 Sat > 90% และระวังไม่ให้ออกซิเจนมากเกินไปจนเกิดภาวะซึมซับจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด (CO_2 narcosis)

2. ยาขยายหลอดลม ใช้ β_2 agonist +/- anticholinergic เป็นยาหลักเบื้องต้น โดยให้ผ่านทาง metered dose inhaler ร่วมกับ spacer 4-6 puffs หรือให้ผ่านทาง nebulizer ซึ่งถ้าไม่ดีขึ้นสามารถให้ซ้ำได้ทุก 20 นาที จนกว่าอาการจะดีขึ้นหรือมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น ใจสั่นหรือหัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้น

3. **คอร์ติโคสเตียรอยด์** ให้ในรูปของยาฉีด เช่น hydrocortisone ขนาด 100-200 มก. หรือ dexamethasone 5-10 มก. เข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หรือยารับประทาน prednisolone 30-60 มก./วัน ในช่วงแรก และเมื่ออาการดีขึ้นแล้วจึงปรับลดขนาดยาลง ระยะเวลารวมของการใช้ยา 7-14 วัน

4. **ยาด้านจุลชีพ** พิจารณาให้ทุกราย โดยยาที่เลือกใช้ควรออกฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อได้กว้าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประวัติการได้รับยาด้านจุลชีพของผู้ป่วยรายนั้นในอดีต ประกอบกับข้อมูลระบาดวิทยาของพื้นที่นั้น ๆ

5. **การให้ aminophylline ทางหลอดเลือดดำ** แม้ว่าประโยชน์ยังไม่ชัดเจน อาจพิจารณาให้ในรายที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่น ๆ แต่ต้องระวังภาวะเป็นพิษจากยา

6. การใช้เครื่องช่วยหายใจ

• **Non-invasive positive pressure ventilation (NIPPV)** ใช้ในกรณีที่ไม่มีเครื่องมือและบุคลากรพร้อมในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาข้างต้นเริ่มมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรงหรือตรวจพบ PaCO_2 45-60 มม.ปรอท หรือ pH 7.25-7.35

ข้อห้ามใช้ NIPPV ได้แก่

1. หยุดหายใจ
2. มีความผิดปกติในระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น
3. มีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือไม่ร่วมมือ
4. มีรูปหน้าผิดปกติ
5. ผู้ป่วยที่เพิ่งผ่าตัดบริเวณใบหน้าหรือทางเดินอาหาร
6. ผู้ป่วยที่มีเสมหะปริมาณมาก
7. ผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนรุนแรงหรือมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

หลังการใช้ NIPPV ควรประเมินการตอบสนองหลังการใช้ ½-1 ชั่วโมง โดยดูจากระดับความรู้สึกตัว อาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยและอัตราการหายใจ และ/หรือค่า pH และ PaCO_2 ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็ให้พิจารณาใส่ท่อหลอดลมโดยทันที

• Invasive mechanical ventilation

ข้อบ่งชี้ของการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

1. มีข้อห้ามใช้ NIPPV
2. ไม่ตอบสนองต่อการใช้ NIPPV
3. acute respiratory acidosis (pH < 7.25)
4. มีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขได้

เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค

ออกจากโรงพยาบาล⁽⁴⁾ ประกอบด้วย

1. อาการผู้ป่วยดีขึ้นใกล้เคียงก่อนการกำเริบของโรค
2. hemodynamic status คงที่เป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
3. ความถี่ของการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดเพื่อบรรเทาอาการลดลง
4. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถบริหารยาชนิดสูดได้อย่างถูกวิธี และรับทราบแผนการรักษาต่อเนื่องพร้อมการนัดหมายตรวจติดตามอาการ

ตารางที่ 4 การประเมินความรุนแรงของภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค⁽¹⁾

ระดับ	อาการ	การรักษา
กลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย	มีอาการหอบไม่มาก	- การรักษาสามารถเป็นแบบผู้ป่วยนอกได้ - เพิ่มขนาดและความถี่ของยาขยายหลอดลมชนิดสูด - สำหรับคอร์ติโคสเตียรอยด์พิจารณาให้เป็นราย ๆ โดยให้เป็น prednisolone ขนาด 20-30 มก./วัน นาน 5-7 วัน - ส่วนยาด้านจุลชีพพิจารณาให้ในกรณีที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรีย
กลุ่มที่มีความรุนแรงมาก	1. มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจมากขึ้น หรือมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง เช่น abdominal paradox หรือ respiratory alternans 2. $\text{P} > 120$ ครั้ง/นาที หรือมี hemodynamic instability 3. Peak expiratory flow < 100 ลิตร/นาที 4. $\text{O}_2 \text{ Sat} < 90\%$ หรือ $\text{PaO}_2 < 60$ มม.ปรอท 5. $\text{PaCO}_2 > 45$ มม.ปรอท และ pH < 7.35 6. ชีพ สับสน หรือหมดสติ 7. มีอาการแสดงของหัวใจห้องขวาล้มเหลวที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น ขาบวม เป็นต้น	- การรักษาเหมือนในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวปฏิบัติการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย; สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตุลาคม 2553:1-92.
2. GOLD Executive Committee. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention; Updated 2007:1-28.
3. วัชราน บัญญัติ. Update COPD 2011. Srinagarind Med J 2011;26(Suppl):43-7.
4. คณะทำงานแนวปฏิบัติการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวปฏิบัติการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. นันทา มาระเนตร, อรรถ นานา, สุรีย์ สมประดิลกุล, สุนทรี จักรศิริมงคล, วรรณดา เอียดประพาล บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ : บริษัท ยูนิเจนอุลตราไวโอเล็ต จำกัด. กรุงเทพฯ: ตุลาคม 2553:1-85.

แพทย์มีส่วนในการประเมินค่าเสียหายให้แก่ผู้ป่วย (รายงานผู้ป่วย 1 ราย)

Physician: The Key Person for Evaluation of Patient's Damage (A Case Report)

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือได้รับอันตรายไม่ว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้หนึ่งผู้ใด หรือเพราะเหตุแห่งความประมาทของผู้หนึ่งผู้ใด การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นนั้นอาจจำแนกได้อย่างคร่าว ๆ ดังนี้

ก) ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกายเพราะมุ่งต่อการทำร้ายร่างกายโดยตรง

ข) ผู้ป่วยถูกทำร้ายเพราะมุ่งต่อทรัพย์สิน เช่น ทำร้ายร่างกายเพื่อนำทรัพย์สินของผู้ป่วยไปเป็นของตนหรือเพื่อประโยชน์ประการหนึ่งประการใด

ค) ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเพราะความประมาท เช่น การที่ผู้ขับรถไม่ระมัดระวังชนผู้ป่วยทำให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น กระดูกหัก

หน้าที่ของแพทย์ไม่ว่าจะเป็นด้านจริยธรรม^{1,2,3} หรือด้านกฎหมาย เช่น ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 374⁴ หรือพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน⁵ เป็นต้น ทำให้แพทย์จำเป็นต้องให้การรักษายาบาล บำบัด พ้นทุกข์ ฯลฯ ตามแนวทางแห่งวิชาชีพเวชกรรม³ เสมอหรือเรียกได้ว่า “อย่างหลีกเลี่ยงมิได้” นั่นเอง และเมื่อสิ้นสุดการรักษา (อาจไม่สิ้นสุดการรักษาแต่มีความจำเป็นต้องทำการเรียกร้องสิทธิ เช่น การฟ้องร้องเพราะเหตุจำเป็น เช่น การที่เกรงว่าจะขาดอายุความแล้ว) หรือเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลจนกระทั่งหายหรือไม่หายแต่สภาพแห่งร่างกายคงที่แล้ว (stable) สิ่งตามมา (อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้) ในสังคมก็คือ “การฟ้องร้อง” หรือ “การเรียกร้องสิทธิ” ในความเสียหายที่เกิดขึ้น (ในทำนองที่ว่า “ผู้ทำผิดต้องรับผิดชอบ”) นั่นเอง

การบาดเจ็บของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บนั้น ภายหลังจากการได้รับการรักษายาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern-Western Medicine) แล้ว สภาพของผู้ป่วยอาจมีอยู่ประการหนึ่งประการใดดังนี้

1. หายสนิท (completely healed)

หมายถึง การที่สภาพของผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับการรักษา บำบัด พ้นทุกข์ ฯลฯ แล้ว มีสภาพกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติทั้งในด้าน รูปร่าง (shape or structure) และ/หรือการทำงาน (functions) และ/หรือสภาพของจิตใจ

2. ไม่หายแต่อยู่ในสภาพคงที่แล้ว (stable conditions)

หมายถึง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา บำบัด พ้นทุกข์ ฯลฯ แล้ว สภาพของผู้ป่วย

2.1 จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง (continuing management)

2.2 สูญเสียความสามารถของร่างกายอย่างถาวร (permanent impairment)

2.3 มีความผิดปกติ (บกพร่อง) ทางจิตใจประการหนึ่งประการใด

ระยะเวลาที่เริ่มการฟ้องร้อง

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยทำการฟ้องร้องหรือเรียกร้องสิทธิในความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้น อาจเป็นในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา บำบัด พ้นทุกข์ จนถึงที่สุดแล้ว หรืออาจเป็นระยะเวลาหนึ่งเวลาใดในขณะที่ยังอยู่ในช่วงการได้รับการรักษา บำบัด พ้นทุกข์ ฯลฯ อยู่ก็ได้ ทั้งนี้เพราะเหตุแห่งความจำเป็นโดยเฉพาะเหตุในทางกฎหมาย เช่น

ก. กฎหมายกำหนดอายุความแห่งการฟ้องร้องไว้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องทำการฟ้องร้องในเวลาที่ถูกกำหนดไว้

ข. ผู้ป่วย (ผู้เสียหาย) ต้องการให้มีการดำเนินการทางคดีคู่ขนานไปกับการรักษา เพื่อมิให้เป็นการเสียเวลา

ค. อื่น ๆ

การฟ้องร้องในความเสียหายที่เกิดขึ้น

ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นอาจจำแนกออกได้อย่างคร่าว ๆ เป็น 2 ด้าน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ผู้ป่วยสามารถฟ้องร้องได้ 2 ด้านที่สำคัญ คือ

1. การฟ้องร้องทางแพ่ง⁶

การฟ้องร้องทางแพ่งอาจเรียกได้อย่างสั้น ๆ ว่า “การฟ้องร้องเพื่อความรับผิดชอบในความเสียหายทางละเมิด” หรือเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายที่อาจเข้าได้กับ “จำนวนเงิน” เป็นต้น

2. การฟ้องร้องทางอาญา⁴

การฟ้องร้องทางอาญา หมายถึง การฟ้องร้องเพื่อให้ผู้กระทำความผิด (ทั้งเจตนาหรือประมาทแล้วแต่กรณี) ต้องได้รับโทษประการหนึ่งประการใดในทางอาญา เช่น ประหารชีวิต จำคุก กักขัง ปรับ ริบทรัพย์สิน นั่นเอง

ทั้งนี้นอกจาก 2 ด้านที่กล่าวถึงข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยอาจฟ้องร้องในด้านอื่น ๆ ได้อีกหากผู้ที่เป็นคู่กรณีของผู้ป่วยมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์แห่งการที่จะถูกฟ้องร้องได้ เช่น การฟ้องร้องทางจริยธรรม การฟ้องร้องทางวินัย การฟ้องร้องทางแรงงาน เป็นต้น

การฟ้องร้องทางแพ่ง⁶

ความรับผิดชอบทางแพ่งทั้งที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุหรือเกิดขึ้นอันเนื่องจากการกระทำโดยเจตนาที่จะต้องรับผิดชอบซึ่งค่อนข้างใกล้เคียงกัน ปัญหาความเสียหายที่เกิดขึ้นในทางคดีแพ่งกรณีที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุที่มีคู่กรณี เช่น อุบัติเหตุจราจรมักจะมีผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 ฝ่ายคือ ฝ่าย

ที่ได้รับความเสียหายอันเนื่องจากการเกิดอุบัติเหตุ (ผู้ป่วย) และฝ่ายที่เป็นผู้ทำให้เกิดอุบัติเหตุ (ผู้กระทำ) แต่มีอยู่บ้างที่ทั้ง 2 ฝ่ายมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น ประมาททั้งสองฝ่าย โดยทั่วไปฝ่ายที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุก็พยายามทำทุกวิถีทางที่จะให้ตนเองรับผิดชอบน้อยที่สุด ในขณะที่เดียวกันฝ่ายที่ได้รับความเสียหายก็จะพยายามให้เห็นว่าความเสียหายกับตนเองนั้นมากที่สุด ทั้งนี้เป็นไปตามหลักกรรมดานั่นเอง

สำหรับความเสียหายที่ผู้เสียหายได้รับโดยทั่วไปแล้วจะเห็นได้ว่ามีอยู่หลายส่วนด้วยกัน เช่น การเสียค่ารักษาพยาบาล การเสียรายได้เพราะการขาดงาน การเสียอวัยวะบางส่วนไป การเสียหายของทรัพย์สิน การเสียค่าใช้จ่ายในพาหนะที่ต้องไป ๆ มา ๆ เพื่อการรักษา เป็นต้น และผู้กระทำให้เกิดอุบัติเหตุนั้นก็มักจะปฏิเสธความรับผิดชอบโดยมักให้ไปเรียกร้องเอาที่กับ “บริษัทประกันภัย” เช่น ประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ดังนั้น ผู้เอาประกันจึงมักปิดให้ไปเรียกร้องเอาที่กับบริษัทประกันภัยทั้งหมดตามความเข้าใจของตน แต่แท้จริงแล้วผู้ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุดังกล่าวจึงยังคงต้องรับผิดชอบในความเสียหายทางแพ่งในส่วนต่าง ๆ ที่เกินกว่าที่เอาประกันไว้ด้วย

หากมีการฟ้องร้องต่อศาลแล้วค่าเสียหายเท่าใดนั้น คงเป็นเรื่องที่ศาลจะเป็นผู้พิจารณาให้ ทั้งนี้เป็นไปตามกฎหมายมาตรา 438 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์⁶ ดังนี้

มาตรา 438

“ค่าสินไหมทดแทนจะพึงใช้โดยสถานใดเพียงใดนั้น ให้ศาลวินิจฉัยตามควรแก่พฤติการณ์และความร้ายแรงแห่งละเมิด
อนึ่ง ค่าสินไหมทดแทนนั้น ได้แก่ การคืนทรัพย์สินอันผู้เสียหายต้องเสียไปเพราะละเมิดหรือใช้ราคาทรัพย์สินนั้น รวมทั้งค่าเสียหายอันจะพึงบังคับให้ใช้เพื่อความเสียหายอย่างใด ๆ อันได้เกิดขึ้นนั้นด้วย”

การเรียกร้องค่าเสียหายทางแพ่ง

การเรียกร้องค่าเสียหายทางแพ่งนั้นเป็นสิทธิอย่างหนึ่งที่ผู้เสียหายสามารถกระทำได้

1. สิทธิทางแพ่ง

เป็นสิทธิเรียกร้องความเสียหายที่คนไข้ (ผู้ป่วย) ต้องเสียไปอันเนื่องมาจากการกระทำละเมิดของผู้หนึ่งผู้ใด เป็นการเรียกร้องสิ่งที่เสียประโยชน์ไปเพื่อรับกลับคืนมา และสิ่งที่เรียกร้องมักเป็นรูปของ “ตัวเงิน” หรือแม้จะเป็นค่าเสียหายอย่างอื่นก็จะฟ้องขอให้มีการชดเชยในรูปของตัวเงินเช่นเดียวกัน ทำให้มีการใช้สิทธิทางแพ่งมาก และเนื่องจากสิทธิทางแพ่งเป็นเรื่องของเอกชนโดยตรงจึงไม่เกี่ยวข้องกับพนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการ เว้นเสียแต่จะเป็นเรื่องทางแพ่งที่เกี่ยวข้องกับทางอาญาร่วมด้วยเท่านั้น

2. หลักในการรับผิดชอบทางแพ่ง

หลักในการรับผิดชอบทางแพ่งนี้มีบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420⁶ ดังนี้

มาตรา 420

“ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้น

ทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

ในกฎหมายไทยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ปัจจุบันมิได้มีบัญญัติของความหมายคำว่า “อุบัติเหตุไว้” แต่น่าจะใกล้เคียงกับคำว่า “ประมาทเลินเล่อ” ในมาตรา 420 เพราะความประมาทจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น และก็ไม่น่าจะเหมือนกับคำว่า “การกระทำโดยประมาท” ในมาตรา 59 แห่งประมวลกฎหมายอาญา² ที่ว่า

“การกระทำโดยประมาท ได้แก่ กระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่”

คำว่า “ประมาทเลินเล่อ” ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์นั้น หมายถึง ไม่จงใจแต่ไม่ใช้ความระมัดระวังตามสมควรที่จะใช้รวมถึงในลักษณะที่บุคคลมีความระมัดระวังจะไม่กระทำด้วย⁷

3. บทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับการละเมิดต่อร่างกายและอนามัยทางแพ่ง

การที่บุคคลใด ๆ ได้รับความเสียหายจากอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บย่อมจะต้องมาทำการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล และบางส่วนอาจต้องถูกรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลด้วย โดยการบาดเจ็บของเขาเหล่านั้นอาจเกิดจากการกระทำของบุคคลอื่น เช่น การทำร้ายร่างกาย การได้รับอุบัติเหตุจากการจราจรหรือการกระทำโดยประมาทประเภทต่าง ๆ เช่น การทำของหล่นโดยอุบัติเหตุใส่ศีรษะผู้อื่นทำให้เกิดการบาดเจ็บ เป็นต้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวเหล่านั้นถือว่าได้รับความเสียหายต่อร่างกาย เรียกว่าบุคคลนั้นถูกกระทำละเมิด และเมื่อผู้ป่วยถูกกระทำละเมิดก็ย่อมมีสิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับผู้กระทำละเมิดได้ ซึ่งมีบัญญัติไว้ในกฎหมายแพ่งและพาณิชย์เช่นเดียวกัน ดังนี้⁸

มาตรา 444

“ในกรณีทำให้เสียหายแก่ร่างกายหรืออนามัยนั้น ผู้ต้องเสียหายชอบที่จะได้ชดเชยค่าใช้จ่ายอันตนต้องเสียไป และค่าเสียหายเพื่อการที่เสียความสามารถประกอบการทำงานสิ้นเชิงหรือแต่บางส่วน ทั้งในเวลาปัจจุบันและในเวลาอนาคตด้วย

ถ้าในเวลาที่พักพิวาคคีเป็นพันวิสัยจะหยั่งรู้ได้แน่ว่าความเสียหายนั้นได้มีแท้จริงเพียงใด ศาลจะกล่าวในคำพิพากษาว่ายังสงวนไว้ซึ่งสิทธิที่จะแก้ไขคำพิพากษานั้นอีกภายในระยะเวลาไม่เกินสองปีก็ได้”

มาตรา 446

“ในกรณีทำให้เขาเสียหายแก่ร่างกายหรืออนามัยก็ดี ในกรณีทำให้เขาเสียเสรีภาพก็ดี ผู้ต้องเสียหายจะเรียกร้องเอาค่าสินไหมทดแทนเพื่อความที่เสียหายอย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงินด้วยอีกก็ได้ สิทธิเรียกร้องอันนี้ไม่โอนกันได้ และไม่ตกสืบไปถึงทายาท เว้นแต่สิทธินั้นจะได้รับสภาพกันไว้โดยสัญญาหรือได้เริ่มฟ้องคดีตามสิทธินั้นแล้ว

อนึ่ง หญิงที่ต้องเสียหาย เพราะผู้ใดทำผิดอาญาเป็นทุจริตกรรมแก่ตนก็ย่อมมีสิทธิเรียกร้องทำนองเดียวกัน”

ค่าเสียหายทางแพ่งต่อร่างกายและอนามัย

เรื่องค่าสินไหมทดแทน (ค่าเสียหาย) เพื่อการละเมิดต่อร่างกายและอนามัยนั้นจะเกี่ยวข้องกับคำว่า “ละเมิด” ตามพจนานุกรมฉบับ

ราชบัณฑิตยสถานบัญญัติไว้⁵ ซึ่งมีความหมายดังนี้ **(ก) ล่วงเกิน ฝ่ายิน**
ล่วงล้ำโดยพลการ

ค่าเสียหายในทางแพ่งอาจจำแนกได้เป็น

1. **ค่าความเสียหายที่เป็นตัวเงิน** ซึ่งประกอบด้วยค่าเสียหายดังต่อไปนี้

1.1 **ค่ารักษาพยาบาล** รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าดมยาสลบ ค่าเผือก ค่ากายภาพบำบัด ค่าห้องพัก ฯลฯ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 829/2509) ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ถ้าผู้เสียหายมีสิทธิได้รับสวัสดิการจากหน่วยงานของผู้ป่วยเอง เช่น เป็นข้าราชการ ผู้เสียหายยังมีสิทธิเรียกร้องเอาจากผู้กระทำละเมิดต่อตนได้อีก (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2455/2519)

1.2 **ค่าใช้จ่ายอันจำเป็นที่ต้องใช้ระหว่างรักษาพยาบาล** อาจเรียกว่า “ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการรักษาพยาบาล” หมายถึงค่าใช้จ่ายอันจำเป็นในระหว่างรักษาพยาบาล เช่น ค่ารถไปโรงพยาบาล ค่าจ้างคนเฝ้าไข้ ค่าพาหนะในการไปเยี่ยมไข้ของเจ้าของไข้ ค่าพักโรงแรมของคนเฝ้าไข้ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 450/2516, 1794/2517, 1182/2526)

1.3 **ค่าเสียหายเพื่อการที่เสียความสามารถประกอบกิจการงานสิ้นเชิงหรือบางส่วนในปัจจุบัน** (ตามมาตรา 444) คือ ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้ระหว่างเจ็บป่วย หรือค่าสินไหมทดแทนในการที่ขาดการทำงานในช่วงการรักษาพยาบาล

1.4 **ค่าเสียหายเพื่อการที่เสียความสามารถประกอบกิจการงานสิ้นเชิงหรือบางส่วนในเวลาคอนาคต** (ตามมาตรา 444) คือค่าการสูญเสียอวัยวะ (ค่าสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจการงาน) เป็นค่า “ที่ต้องสูญเสียความสามารถในการทำงาน” เป็นความเสียหายเพราะเสียความสามารถประกอบกิจการงาน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 444 (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 247/2538) ส่วนการที่ต้องสูญเสียอวัยวะแล้วทำให้ผู้นั้นต้องตกใจและกระทบกระเทือนจิตใจเพราะสูญเสียอวัยวะไม่มีบทบัญญัติกฎหมายให้เรียกร้องได้ แต่เป็นเรื่องของการเสียหายเพราะร่างกายพิการไปเป็นความเสียหายแก่ร่างกาย (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1447/2523)

- ค่าเสียไตไปหนึ่งข้าง ศาลกำหนดค่าเสียหาย 100,000 บาท (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2960/2524)

- ขาซ้ายหักและพิการไปตลอดชีวิต ศาลกำหนดค่าเสียหาย 40,000 บาท (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 3452/2524)

- นิ้วมือขวา (มือข้างถนัด) ขาดไป 4 นิ้ว ศาลกำหนดค่าเสียหาย 120,000 บาท (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1376/2526)

- เข้าขาสสูญเสียการทำงาน ไม่สามารถนั่งพับเพียบได้ นั่งยอง ๆ ไม่ได้ ไม่สามารถวิ่งออกกำลังกายได้ กำหนดค่าเสียหายให้ 10,000 บาท (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2480/2532)

2. **ค่าความเสียหายอันมิใช่เป็นตัวเงิน**

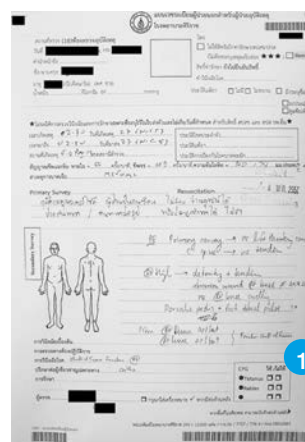
ความเสียหายที่มิใช่ตัวเงินมีบัญญัติไว้ในมาตรา 446 หมายถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ร่างกายและอนามัยแต่ไม่อาจคำนวณให้เห็นเป็นตัวเงินอย่างชัดเจน เช่นเดียวกับค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินดังกล่าวมาแล้ว ดังเช่น “ค่าเสียหายทางจิตใจ” ที่ไม่มีบทบัญญัติของกฎหมายบัญญัติไว้ชัดเจนแต่ก็เรียกร้องได้ในฐานะ “ความเสียหายอย่างอื่นอันมิใช่เป็นตัวเงินตามมาตรา 446 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์”⁶

อาจหมายถึงความเจ็บปวดทรมานทุกขทรมานระหว่างรักษาพยาบาล หรือเพราะต้องทุพพลภาพพิการต่อไปและความชอกช้ำระกำใจเพราะถูกทำละเมิด โดยศาลจะกำหนดให้ตามพฤติการณ์และความร้ายแรงแห่งละเมิด⁷ ซึ่งเคยกำหนดให้สูง 100,000 บาท (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1859/2518) แต่การที่บิดาโศกเศร้าเสียใจต่อการถึงแก่กรรมของบุตรเรียกค่าสินไหมทดแทนไม่ได้ เพราะไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 477/2514)

ดังนั้น จึงสามารถแยกความเสียหายในส่วนนี้ออกได้เป็น 2 กรณีด้วยกัน ซึ่งทั้งสองกรณีนี้นั้นผู้ถูกกระทำละเมิดสามารถเรียกร้องได้ร่วมกัน มีชื่อว่าเรียกกรณีหนึ่งแล้วจะตัดสิทธิในการเรียกร้องอีกกรณีหนึ่งคือ

2.1 ค่า “**ขาดความสุขสำราญ**” เพราะร่างกายพิการทำให้สังคมรังเกียจ อับอายขายหน้า ไม่ได้เล่นกีฬา ไม่ได้สมรส ขาดความสุขสำราญ เป็นค่าเสียหายเกี่ยวกับความรู้สึกทางจิตใจอันมิใช่เป็นตัวเงิน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 446 ค่า “**ขาดความสุขสำราญ**” เป็นเรื่องการขาดหรือสูญเสียความสุขสำราญจากความรู้สึกที่ดี (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 247/2538)

2.2 ค่า “**ทนทุกข์ทรมาน**” เป็นเรื่องของการต้องทนยอมรับความเจ็บปวดหรือทรมาน เป็นค่าเสียหายอันมิใช่ตัวเงินชนิดหนึ่ง แต่ก็มีค่าเสียหายเดียวกับค่า “**ขาดความสุขสำราญ**” จึงไม่ซ้ำซ้อนกัน (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 247/2538) ซึ่งก็คือ “ค่าทรมานที่ได้รับความเจ็บปวดและตกใจ” เป็นเรื่องค่าเสียหายในการที่ได้รับความตกใจและทุกข์ทรมานจากเหตุที่เกิดขึ้น (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2488/2523) เช่น โจทก์ได้รับบาดเจ็บสาหัสเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล 15 วัน ทั้งยังต้องไปรักษาตัวที่บ้านอีกหลายเดือนจึงค่อยเคลื่อนไหวได้สะดวกแต่ก็ยังไม่ปกติ สมควรกำหนดค่าป่วยเจ็บที่ต้องทนทุกข์ทรมาน 10,000 บาท (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2480/2532)



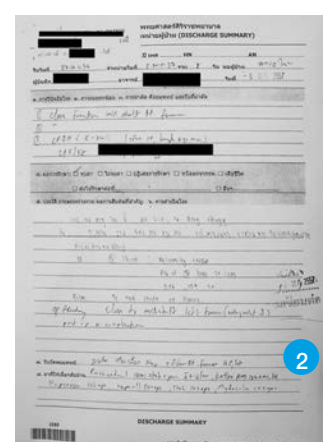
กรณีอุทธรณ์ (ผู้ป่วย 1 ราย) (ภาพที่ 1)

ประวัติ:

ผู้ป่วยชาย อายุ 14 ปี นั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ ซึ่งถูกชนโดยรถจักรยานยนต์อีกคันหนึ่ง ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ขาขวา

การตรวจร่างกาย:

ผู้ป่วยรายนี้มีต้นขาขวาช้ำและเจ็บมาก และตำแหน่งดังกล่าวเห็นสภาพของการงอผิดรูป ซึ่งผลการตรวจเพิ่มเติมโดยการเอกซเรย์พบว่า มี “กระดูกต้นขาขวาหัก”



การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล: (ภาพที่ 2)

ผู้ป่วยถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้รับการผ่าตัดเพื่อจัดและยึดกระดูกที่หักด้วยโลหะ

การติดตามการรักษา:

ผู้ป่วยจำเป็นต้องมาติดตามการรักษาตามที่แพทย์ได้นัดไว้อย่างสม่ำเสมอ

การฟ้องร้อง:

ผู้ป่วย (โดยผู้มีอำนาจในที่นี้คือนายความ) ขอทราบรายละเอียดในการบาดเจ็บ รวมถึงการรักษา และระยะเวลาแห่งการรักษา

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ซื้อการทำรถจักรยานยนต์ซึ่งถูกชนโดยรถจักรยานยนต์อีกคันหนึ่ง ทำให้ได้รับบาดเจ็บจนถึงมีกระดูกต้นขาขวาหัก และได้รับการผ่าตัดจัดและยึดกระดูกที่หักให้เข้าที่

ประการที่ 2: การบาดเจ็บของผู้ป่วยรายนี้เป็นการบาดเจ็บที่มีใช้ความผิดของผู้ป่วยเป็นแน่แท้ ทั้งนี้เนื่องจาก “ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ซื้อการทำรถจักรยานยนต์” หรือ “ผู้ป่วยคือผู้โดยสาร” จึงมีผู้ใช้ที่ขับยานพาหนะ

ประการที่ 3: การบาดเจ็บของผู้ป่วยนั้นเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการกระทำของฝ่ายอื่นอันมิใช่ตัวผู้ป่วยเอง เท่ากับเป็นการที่ผู้ป่วยถูกกระทำละเมิดแล้ว จึงมีสิทธิในการเรียกค่าเสียหายในมูลละเมิด

ประการที่ 4: ค่าเสียหายที่ผู้ป่วยสามารถเรียกได้นั้นจะประกอบด้วยค่าเสียหายที่เป็นตัวเงิน 4 มูลสำคัญคือ 1. ค่ารักษาพยาบาล 2. ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในระหว่างการรักษาพยาบาลอันเกี่ยวเนื่องจากการบาดเจ็บนั้น 3. ค่าเสียหายที่ต้องเสียไปในขณะบาดเจ็บอันไม่สามารถจะประกอบการทำงานได้ และ 4. ค่าเสียหายที่อาจเกิดขึ้นอันเป็นผลตามมาในอนาคตด้วย อีกทั้งยังประกอบด้วยค่าเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงินอีก 2 มูลสำคัญ คือ 1. ค่าความทรมานทุกขเวทนา และ 2. ค่าขาดความสุขสำราญ

ประการที่ 5: การดำเนินการฟ้องร้องนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการขอเอกสารทางการแพทย์ประกอบการฟ้องร้อง เพื่อให้เห็นถึงสภาพแห่งการบาดเจ็บ ระยะเวลาแห่งการรักษา รวมถึงสภาพของผู้ป่วยในขณะที่ยังอยู่ในช่วงการรักษาด้วย

ประการที่ 6: สิ่งสำคัญหรือจำเป็นที่ฝ่ายผู้ป่วยจะต้องรับทราบเพื่อการฟ้องร้อง (ภาพที่ 3) ก็คือ

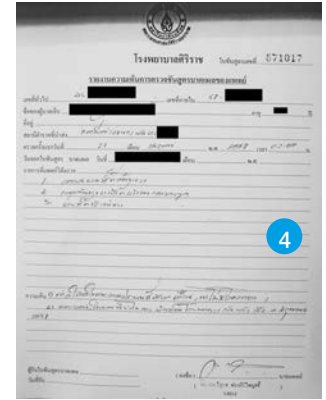
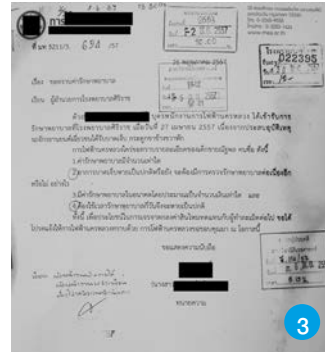
ก. ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตามจริง ณ ขณะที่ฟ้อง

ข. ระยะเวลาที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายและสามารถปรับให้เป็นตัวเงินได้

ค. สภาพของร่างกายผู้ป่วยที่สามารถกลับคืนดังเดิมได้มากน้อยเพียงใด เพื่อปรับเข้ากับการเรียกร้องในกรณีที่ทำกรบพร่องในร่างกายย่อมส่งผลถึงการเรียกร้องค่าเสียหายในอนาคตได้

ง. สภาพที่เจ็บปวดและทรมานที่อาจแสดงถึงค่าเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงินได้

จ. การป่วยเจ็บที่ไม้อาจประกอบภารกิจตามปกติได้ เป็นการแสดงให้เห็นถึงค่าเสียหายในส่วนที่ไม่เป็นตัวเงินได้เช่นเดียวกัน



ประการที่ 7: เอกสารทางการแพทย์ (ภาพที่ 4)

แพทย์จำเป็นต้องออกเอกสารเพื่อให้ครอบคลุมถึงความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งนี้แพทย์อาจจะระบุในการบรรยายอย่างเฝ้าระวังแพทย์ทั่วไป ซึ่งแน่นอนที่สุดว่า “แพทย์จะต้องถูกนำสืบในชั้นศาลต่อไป”

สรุป

ค่าเสียหายในทางแพ่งที่ผู้ป่วยจะเรียกร้องกรณีที่ได้รับบาดเจ็บจากอันตรายต่อร่างกายและอนามัยนั้นอาจจำแนกได้เป็น 6 ส่วน คือ ค่าเสียหายที่เป็นตัวเงินประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอันจำเป็นที่ต้องใช้ระหว่างรักษาพยาบาล ค่าเสียหายเพื่อการที่เสียความสามารถประกอบการทำงานสิ้นเชิงหรือแต่บางส่วนในเวลาปัจจุบัน และค่าเสียหายเพื่อการที่เสียความสามารถประกอบการทำงานสิ้นเชิงหรือแต่บางส่วนในอนาคต กับค่าเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงินประกอบด้วย ค่าขาดความสุขสำราญ และค่าทรมานทุกขเวทนา ซึ่งการฟ้องร้องนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยเอกสารทางการแพทย์ประกอบเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. http://www.tmc.or.th/service_law02_17.php
2. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนการพิจารณาเกี่ยวกับคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2548. ราชกิจจานุเบกษา, 2548: 122 (ตอนพิเศษ 50ง) ลงวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2548: 18-38. <http://law.longdo.com/law/532/sub39995>.
3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
4. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>
5. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125 ตอนที่ 44ก. วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2551.
6. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB03/%BB03-20-9999-update.pdf>
7. ดำรงศุ บุญยืน. กระทรวงสาธารณสุขกับปัญหาอุบัติเหตุและพลวเหตุ. ในการประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2531. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์, 2531: 71-5.
8. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. <http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-6-search.asp>
9. วิฑูรย์ อังประพันธ์. นิติเวชศาสตร์ ฉบับกฎหมายกับเวชปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2530: 169.

นวัตกรรมชุดสื่อสารฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล ร.พ.ระนอง ลดช่องว่างด้านการแพทย์ฉุกเฉินไทย



เจ้าของผลงานวิชาการดีเด่น



อธิบายถึงการทำงานของนวัตกรรม



นวัตกรรมชุดสื่อสารฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล

การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการให้บริการที่ปฏิบัติต่อบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือป่วยกะทันหันซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ ซึ่งในการดำเนินการตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินพบว่ายังประสบปัญหาอุปสรรคหลายประการ โดยเฉพาะระบบการสื่อสารสั่งการและการประสานงานที่เป็นไปอย่างยากลำบากในพื้นที่ต่างจังหวัดที่มีสภาพเป็นภูเขาสลับซับซ้อน จึงกลายเป็นช่องว่างของการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลของประเทศไทย

ด้วยเหตุนี้ในการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2557 ซึ่งจัดขึ้นโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงได้มีการจัดประกวดผลงานทางวิชาการเพื่ออุดช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉินไทยที่เกิดขึ้น โดย **โรงพยาบาลระนองสามารถคว้ารางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2557 ประเภทนำเสนอด้วยนวัตกรรมด้วยผลงานเรื่อง “ชุดสื่อสารฉุกเฉินสำหรับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล”**

คุณสุวรรณ ยอดแก้ว และ คุณพนม วงศ์ท่าเรือ เจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการโรงพยาบาลระนอง เจ้าของผลงานวิชาการชิ้นนี้ร่วมกันเล่าถึงที่มาที่ไปของการผลิตชุดสื่อสารฉุกเฉินสำหรับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลจนได้รับรางวัลในครั้งนี้ว่า จังหวัดระนองเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารสั่งการ เพราะพื้นที่ของจังหวัดส่วนใหญ่เป็นภูเขาและเทือกเขาสูงทำให้สัญญาณการสื่อสารไม่ทั่วถึง ส่งผลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในบางกรณีเป็นไปอย่างยากลำบากเพื่อการแก้ปัญหาดังกล่าว พวกเราจึงได้ออกแบบประดิษฐ์นวัตกรรมชุดสื่อสารฉุกเฉินสำหรับศูนย์สั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีสื่อสารสั่งการของศูนย์เฝ้าระวังโรงพยาบาลระนองให้ครอบคลุมพื้นที่การปฏิบัติงานเพื่อให้ประชาชนทั่วทุกพื้นที่ในจังหวัดระนองได้รับการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง

ทั้งนี้ นวัตกรรมชุดสื่อสารฉุกเฉินสำหรับศูนย์สั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบถ่ายทอดสัญญาณผ่านคลื่นความถี่วิทยุสื่อสารจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการไปยังพื้นที่ที่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร โดยมีส่วนประกอบหลัก ได้แก่ เครื่องวิทยุสื่อสารและอินเตอร์เฟส ชุดสายอากาศและสายนำสัญญาณ และชุดเชื่อมต่อ

อินเตอร์เน็ต โดยเฉพาะชุดอินเตอร์เฟสที่ประดิษฐ์และพัฒนาขึ้น โดยใช้อุปกรณ์และวงจรแบบง่ายไม่ต้องใช้กระแสไฟจากภายนอก มีต้นทุนอุปกรณ์ 250 บาท เมื่อรวมกับส่วนประกอบอื่นแล้วมีราคาแค่ 18,000 บาท ในขณะที่ชุดอุปกรณ์ดังกล่าวที่มีขายในท้องตลาดมีราคาประมาณ 90,000-120,000 บาท

จากการทดลองนำไปใช้ โดยการนำไปติดตั้งในพื้นที่ที่มีปัญหาการติดต่อสื่อสารในพื้นที่อำเภอสุขสำราญ และอำเภอกระบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เป็นภูเขาสลับซับซ้อน ผลปรากฏว่าผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่สามารถติดต่อสื่อสารกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการได้ในระดับดี ส่วนที่ติดตั้งในพื้นที่อำเภอกระบุรีและอำเภอละอุ่นซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกลในจังหวัดระนองสามารถติดต่อได้ในระดับดีมาก

ด้าน **นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)** กล่าวว่า ผลงานวิชาการชิ้นนี้เป็นผลงานที่มีคุณค่าเหมาะสมจะได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น เพราะนวัตกรรมชุดสื่อสารฉุกเฉินสำหรับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลระนองผลิตขึ้นมานี้สามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ยากต่อการติดต่อสื่อสารได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะส่งผลให้การปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความรวดเร็วถูกต้อง และมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยเกือบทั่วทุกภูมิภาคมีอีกหลายพื้นที่ที่ห่างไกลและเป็นภูเขาทำให้สัญญาณในการสื่อสารเพื่อเข้าให้การช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปอย่างยากลำบาก หากมีการขยายผลการดำเนินการและนำไปใช้แก้ปัญหาด้านการสื่อสารของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไปจะเป็นการช่วยชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินได้มากขึ้นอีกด้วย

ปัจจุบันนวัตกรรมชุดสื่อสารฉุกเฉินสำหรับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งจัดทำขึ้นโดยคุณสุวรรณ ยอดแก้ว และคุณพนม วงศ์ท่าเรือ เจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการโรงพยาบาลระนอง ได้ถูกนำไปกระจายติดตั้งยังศูนย์สื่อสารสั่งการหลากหลายพื้นที่ห่างไกลในจังหวัดระนอง ส่งผลให้สามารถลดช่องว่างทางด้านการแพทย์ฉุกเฉินและช่วยเหลือชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินได้เป็นจำนวนมากอีกด้วย



สร. ปรับโฉม “หมออนามัยทั่วไทย” เป็นทัพหน้า ลุยงานสร้างนำซ่อม ลดปัญหาเจ็บป่วย



นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เร่งพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ สมานฉันท์ ประชาชนมีสุขภาพดี ป่วยแล้วได้รับบริการเร็ว โดยปรับกระบวนการของหมออนามัยให้เป็นหน่วยรบทัพหน้า ลุยงานสร้างนำซ่อม ลดปัญหาเจ็บป่วย ออกเยี่ยมดูแลประชาชน รู้วิถีชีวิตเสมือนเป็นญาติสนิท เป็นบุคลากรที่นั้งอยู่ในหัวใจของประชาชนเป็นอันดับ 1 และปรับบทบาทของสาธารณสุขอำเภอให้เป็นผู้ควบคุมการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพที่มีประมาณ 40 ฉบับให้จริงจัง และเป็นนักเฝ้าระวังภัยสุขภาพในพื้นที่ เพื่อกระตุ้นหน่วยงานเกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขจัดการ

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กล่าวถึงนโยบายการพัฒนาด้านสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดียิ่งขึ้นว่า ในปี พ.ศ. 2557-2560 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับระบบบริการหลัก 2 ด้าน เพื่อสร้างความสุขและเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ประชาชนทุกคน ด้านแรกคือ การพัฒนาการสาธารณสุขในระดับอำเภอทั่วประเทศ ซึ่งจะดูแลในระดับตำบล ลงไปถึงหมู่บ้านชุมชน หัวใจสำคัญก็คือ เป็นเครือข่ายของการปฏิบัติงานเพื่อสร้างนำซ่อม ลดการเจ็บป่วยของประชาชน ในภาพรวมสาเหตุการป่วยขณะนี้ร้อยละ 65 เป็นโรคจากพฤติกรรม แนวโน้มรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ อันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และเสียชีวิตจากโรคเมะเร็งมากเป็นอันดับ 1 ปีละกว่า 60,000 คน และยังมีปัญหาในด้านสังคมจิตวิทยาเพิ่มขึ้นอีกหลายเรื่อง เช่น การตั้งครกก่อนวัยอันควรปีละกว่า 1 แสนคน ยาเสพติด อุบัติเหตุจราจร เป็นต้น จึงต้องเร่งสร้างความเข้มแข็งงานด้านนี้ระดับอำเภอและบูรณาการความร่วมมือจากองค์กรอื่น ๆ นอกสังกัดที่เกี่ยวข้อง และนวัตกรรมเทคโนโลยีจากกรมวิชาการต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข

นพ.ณรงค์ กล่าวต่อว่า การพัฒนาในระดับอำเภอดังกล่าวจะมีการปรับการทำงานของสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งถือว่าเป็นปฏิบัติการในระดับทัพหน้าของกระทรวงสาธารณสุข โดยฟื้นฟูวัฒนธรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่แบบเดิมภารกิจหลักคือ การออกเยี่ยมดูแลประชาชนทุกคนตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงสูงอายุปัจจุบัน สร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชาวบ้านแบบญาติสนิท รู้ปัญหาและดูแลทุกข์สุขของประชาชนในพื้นที่อย่างดี เป็นการดูแลคนทั้งกายและจิตวิญญาณอย่างสมบูรณ์แบบ ทำให้ในอดีตนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคลากรที่นั้งอยู่ในหัวใจของประชาชนสูงเป็นอันดับ 1 ส่วนงานบริการรักษา



พยาบาลเป็นการบริการ และจะเพิ่มบริการตรวจรักษาโรคเรื้อรังที่ต้องพบแพทย์เป็นประจำ เริ่มจาก 2 โรคคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อให้ประชาชนได้รับการใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลใหญ่ในอำเภอ

นอกจากนี้ จะเพิ่มการบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขซึ่งขณะนี้ มีประมาณ 40 ฉบับ เช่น กฎหมายด้านขยะ เติร์ราควาญ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่ส่งผลกับสุขภาพ ความปลอดภัยของประชาชน กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ อาหาร ให้จริงจังทุกจังหวัด รวมทั้งงานที่ขาดหน่วยงานดูแล เช่น การควบคุมเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ โดยเฉพาะคลอรีนตกค้างในน้ำประปาทุกประเภท โดยปรับบทบาทของสาธารณสุขอำเภอให้เป็นผู้ควบคุมกำกับการใช้กฎหมาย และเป็นผู้ตรวจสอบเฝ้าระวังสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่ เป็นเสมือนนักเฝ้าระวังภัยในพื้นที่ ซึ่งประเด็นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งจัดการแก้ไขให้ถูกหลักทางวิชาการ โดยจะประชุมเครือข่ายหมออนามัย ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทยในเร็ว ๆ นี้ เพื่อชี้แจงและวางมาตรการในทางปฏิบัติให้เป็นแนวเดียวกันทั่วประเทศ สอดรับกับพระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนที่มีผลบังคับใช้แล้วตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. นี้ มั่นใจว่าการพัฒนา ความเข้มแข็งของอำเภอ ตำบลหมู่บ้านจะเป็นหัวใจสำคัญทำให้งานนโยบายบรรลุผลสำเร็จ สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

นพ.ณรงค์ กล่าวต่ออีกว่า บริการด้านที่ 2 คือ ด้านการจัดบริการรักษาพยาบาลประชาชนที่เจ็บป่วยทั่วประเทศ ซึ่งค่าเฉลี่ยประชาชนเข้าถึงบริการ 2-3 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งระบบเดิมเป็นการดูแลรายจังหวัด แต่ละโรงพยาบาลดำเนินการต่างคนต่างทำ แต่การบริการระบบใหม่นี้ได้แบ่งการบริหารจัดการออกเป็นเขตบริการสุขภาพทั้งหมด 13 เขต รวม กทม. ด้วย ดูแลประชาชนในอัตราใกล้เคียงกันประมาณ 5 ล้านคน ซึ่งจะมีการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันทั้งโรงพยาบาล เครื่องมือแพทย์ บุคลากรร่วมกันภายใน 5-6 จังหวัดเป็นเครือข่ายบริการเดียวกัน ลงทุนพัฒนาโรงพยาบาลต่าง ๆ ตามความจำเป็นในพื้นที่ เพื่อดูแลรักษาประชาชนที่เจ็บป่วยตั้งแต่เล็กน้อย ป่วยฉุกเฉินจนถึงขั้นรุนแรง ต้องใช้เทคโนโลยีการรักษาเฉพาะ เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ อุบัติเหตุ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางสมอง เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐานเหมือนกันทุกเขตบริการ และอยู่ใกล้บ้าน

เมียนมาร์มีพื้นที่ขนาดใหญ่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมีจุดเชื่อมต่อพรมแดนในประเทศต่าง ๆ ทั้งไทย ลาว อินเดีย จีน ทำให้ได้เปรียบในการเชื่อมต่อไปยังประเทศต่าง ๆ ประกอบกับปัจจุบันทางภาครัฐได้มีการสนับสนุนงบประมาณทางด้านอุตสาหกรรมยา และการแพทย์ในเมียนมาร์มีการก่อสร้างโรงพยาบาลและคลินิกต่าง ๆ เพิ่มขึ้นอย่างมาก มีบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่อง จนในปัจจุบันมีเกือบ 30,000 คน ด้วยการเติบโตดังกล่าวทำให้ความต้องการทางด้านยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในเมียนมาร์เพิ่มขึ้นอย่างมาก ถือเป็นช่องทางหนึ่งสำหรับนักลงทุนต่างชาติ



เมียนมาร์ ฟาร์-เมิด เอ็กซ์โป 2014 เปิดตลาดยาและอุปกรณ์การแพทย์สู่เมียนมาร์

บริษัท วีเอ็นยู เอ็กซิบิชั่นส์ เอเชีย แปซิฟิค จำกัด จากประเทศไทย จึงได้ร่วมกับบริษัท มิง วี นิทรรศการและการโฆษณา จำกัด (Minh Vi Exhibition & Advertising Service Co., Ltd. หรือ VEAS) และสมาคมผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศเมียนมาร์ สานต่อความสำเร็จ จัดงานเมียนมาร์ ฟาร์-เมิด เอ็กซ์โป 2014 งานแสดงสินค้าและการประชุมนานาชาติด้านอุตสาหกรรมเภสัชกรรมและอุปกรณ์การแพทย์ในประเทศเมียนมาร์ ครั้งที่ 2 ขึ้นในระหว่างวันที่ 10-12 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ณ ศูนย์ประชุมเมียนมาร์ (Myanmar Convention Center หรือ MCC) กรุงย่างกุ้ง ประเทศเมียนมาร์



คุณอนุชา พันธุ์พิเชษฐ์ ผู้จัดการโครงการ บริษัท วีเอ็นยู เอ็กซิบิชั่นส์ เอเชีย แปซิฟิค จำกัด กล่าวว่า เมียนมาร์เป็นประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกับหลายประเทศ ทั้งไทย ลาว อินเดีย จีน จึงเป็นที่ยอมรับถึงศักยภาพในการเติบโตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสาธารณสุข โดย GDP ด้านสาธารณสุขภาคทางการแพทย์ล่าสุดขยายตัว 2.1%

ประกอบกับเมื่อไม่นานมานี้มีการตั้งโรงพยาบาลและคลินิกระดับมาตรฐานสากลแห่งใหม่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ส่งผลให้อุปสงค์ของผลิตภัณฑ์คุณภาพด้านเภสัชกรรม อุปกรณ์การแพทย์ และวัสดุทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้น โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 10-15% ต่อปี ในอีก 5 ปีข้างหน้า ประกอบกับจำนวนบริษัทจดทะเบียนที่มีเพียง 250 บริษัท ในการนำเข้าและกระจายผลิตภัณฑ์ทางเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์ จึงทำให้เมียนมาร์เป็นตลาดที่มีศักยภาพสูงสำหรับผู้ประกอบการด้านสาธารณสุขและอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในท้องถิ่นและต่างประเทศ

การจัดงานเมียนมาร์ ฟาร์-เมิด เอ็กซ์โป 2014 งานแสดงสินค้าและการประชุมนานาชาติด้านอุตสาหกรรมเภสัชกรรมและอุปกรณ์การแพทย์ในประเทศเมียนมาร์ ซึ่งถือเป็นครั้งที่ 2 หลังจากที่เคยครั้งแรกประสบความสำเร็จอย่างมาก จึงเป็นการสืบสานภารกิจในการเป็นเวทีที่จะรวบรวมธุรกิจจากทั้งในและต่างประเทศด้านสาธารณสุขมาไว้ด้วยกันเพื่อสร้างความร่วมมือทางธุรกิจ แลกเปลี่ยนข้อมูล รวมถึงการติดตามกระแสความเคลื่อนไหวด้านเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ จากประเทศรอบโลก เช่น เยอรมนี อิตาลี สวิตเซอร์แลนด์ ฝรั่งเศส โรมาเนีย เกาหลี สิงคโปร์ มาเลเซีย เวียดนาม ไทย จีน ใต้หวัน อินโดนีเซีย อินเดีย ปากีสถาน เมียนมาร์ เป็นต้น โดยในปีนี้จะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 10-12 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ณ ศูนย์ประชุมเมียนมาร์ (Myanmar Convention Center หรือ MCC)

กรุงย่างกุ้ง ประเทศเมียนมาร์ มีผู้เข้าร่วมแสดงสินค้าจากทั่วโลกกว่า 100 บริษัท และผู้เข้าชมทั่วไปกว่า 2,500 คน จากทั้งในและต่างประเทศ



Dr. San Lwin ผู้แทนสมาคมผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศเมียนมาร์ กล่าวว่า ปัจจุบันทางภาครัฐของเมียนมาร์มีการสนับสนุนงบประมาณทางด้านอุตสาหกรรมยา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีการส่งเสริมให้ประชากร

ภายในประเทศตระหนักถึงการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น และอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อุตสาหกรรมยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์เติบโตก็คือ บทบาทของภาคเอกชน ซึ่งประกอบไปด้วยโรงพยาบาลและคลินิกต่าง ๆ ที่มีการเติบโตเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2012 มีการเติบโตเพิ่มขึ้น 10-15% และคาดว่าจะมีการเติบโตมากขึ้นเรื่อย ๆ ในอีก 5 ปีข้างหน้า รวมทั้งยังมีจำนวนแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นด้วย โดยปัจจุบันมีจำนวนประมาณ 30,000 คน ทั้งภาครัฐและเอกชน มีการเติบโตของสาธารณสุขภาคต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น ประเทศที่มีการนำเข้า หรือจำหน่ายส่งออกยา และเครื่องมือแพทย์ขนาดใหญ่อย่างอินเดียและไทยก็มีตลาดที่เติบโตขึ้นอย่างมาก เชื่อว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะมีส่วนช่วยส่งเสริมอุตสาหกรรมยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในเมียนมาร์ให้เติบโตได้มากยิ่งขึ้น



Mr. Soe Myint Central executive committee member จากสมาคมผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศเมียนมาร์ กล่าวว่า เมียนมาร์มีอัตราการเติบโตทางการตลาดอย่างมาก

ส่วนแบ่งการตลาดของอุตสาหกรรมยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ มีอัตราการเติบโตถึง 11.5% ซึ่งจัดเป็นอันดับสองในภูมิภาค การจัดงานเมียนมาร์ ฟาร์-เมิด เอ็กซ์โป 2014 ครั้งนี้จะเป็นโอกาสทางธุรกิจที่ดีที่จะได้พบปะพูดคุยกันแบบใกล้ชิดกับผู้เชี่ยวชาญระดับโลกมากมาย ได้พบกับ Local Exhibitor และผู้ที่อยู่ในวงการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์เวชสำอาง ที่อยู่ในเมียนมาร์และในภูมิภาคเดียวกัน มองหาผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ช่วยส่งเสริมกันในการร่วมกันค้นหาคำตอบที่จะช่วยยกระดับอุตสาหกรรมยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ในเอเชียให้มีระดับที่สูงขึ้น

สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย

จัดอบรมวิชาการต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 29

สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ก่อตั้งมาแล้วกว่า 30 ปี ด้วยวัตถุประสงค์หลักเพื่อเป็นศูนย์กลางในการจัดรวบรวมข้อมูลและข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิกเกี่ยวกับโรคต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน ทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ และช่วยส่งเสริมวิชาการ การวิเคราะห์ หรือวิจัยโรคของต่อมไร้ท่อและฮอร์โมนแก่แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์สาขาวิชาชีพอื่น และประชาชนทั่วไป ซึ่งกิจกรรมทางด้านการส่งเสริมวิชาการทางสมาคมฯ ได้มีการจัดประชุมวิชาการเป็นประจำทุกปี และจัดกิจกรรม Endocrine Weekend โดยเป็นกิจกรรมที่เชิญผู้เชี่ยวชาญทางด้านต่อมไร้ท่อที่สำเร็จการฝึกอบรมจากต่างประเทศมาร่วมบรรยายให้ความรู้แก่สมาชิก การอบรมวิชาการ Basic Endocrinology การอบรมวิชาการต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ และงานประชุมวิชาการประจำปีที่นอกจากจะเป็นการร่วมรับฟังความก้าวหน้าทางวิชาการแล้ว ยังเป็นโอกาสในการสังสรรค์ในหมู่มวลสมาชิกด้วย

ทางสมาคมฯ ยังเป็นผู้จัดการฝึกอบรมและการสอบเพื่อวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติเพื่อสร้างผู้เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่อให้แก่ประเทศ รวมทั้งมีกิจกรรมที่ทำร่วมกับทางราชวิทยาลัยสมาคมวิชาชีพอื่น ๆ หน่วยงานราชการ และเอกชน อาทิ เป็นหนึ่งในคณะกรรมการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการควบคุมนโยบายการดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเรื่องอ้วนลงพุงลดเค็มครั้งหนึ่ง เบาหวานในเด็ก และร่วมกับบริษัทผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ในการจัดกิจกรรมในโอกาสสำคัญต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพ อาทิ วันเบาหวานโลก เป็นต้น

นอกจากนี้ทางสมาคมฯ ยังมีความร่วมมือทางด้านวิชาการกับหน่วยงานวิชาการต่าง ๆ ทั้งในระดับภูมิภาค และระดับโลกด้วย อาทิ การเป็นสมาชิกของ ASEAN Federation of Endocrine Societies (AFES) ซึ่งมีการจัดกิจกรรมประชุมวิชาการ

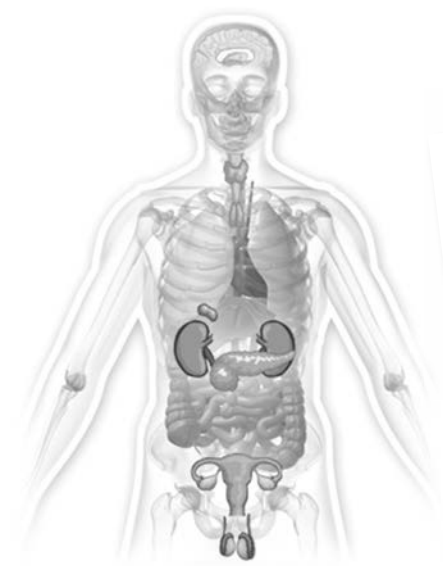


รศ.นพ.อรรถชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์

ทุก ๆ 2 ปี หมุนเวียนไปในหมู่ประเทศสมาชิก และประเทศไทย ก็เคยเป็นเจ้าภาพจัดประชุมวิชาการระดับภูมิภาคมาแล้วหลายครั้ง การเป็นสมาชิกกับ International Society of Endocrinology (ISE) ซึ่งมีการจัดประชุมวิชาการ International Congress of Endocrinology (ICE) เป็นประจำทุก 2 ปี หมุนเวียนไปตามประเทศต่าง ๆ ในทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชีย ซึ่งในปีนี้ทางสมาคมฯ ก็ได้รับเชิญให้เข้าไปร่วมในงานประชุม The International Congress of Endocrinology (ICE) ที่ชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกาด้วย จะเห็นได้ว่าทางสมาคมฯ ได้รับการยอมรับทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก

ล่าสุด ทางสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย มีกำหนดจัดงานอบรมวิชาการต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 29 ในระหว่างวันที่ 23-25 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศูนย์วิจัยกรุงเทพฯ เพื่อให้แพทย์ได้ฟื้นฟูและได้รับข้อมูลทางวิชาการใหม่ ๆ ที่มีประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต่อมไร้ท่อ

รศ.นพ.อรรถชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์ นายกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กล่าวว่า โรคในระบบต่อมไร้ท่อเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางวิชาการและ



เทคโนโลยีเกี่ยวกับโรคในระบบต่อมไร้ท่อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ทางสมาคมฯ พยายามจัดกิจกรรมทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้

สมาชิกและแพทย์ผู้สนใจได้ทันฟูและได้รับข้อมูลทางวิชาการใหม่ ๆ ที่มีประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต่อมไร้ท่อ โดยในปีนี้ทางสมาคมฯ จะจัดงานอบรมวิชาการต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 29 ในระหว่างวันที่ 23-25 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 แก่แพทย์ทั่วไป และในวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 จะมีการจัดงานอบรมวิชาการ Basic Endocrinology Radiology and Cytology for Endocrinologists ครั้งที่ 8 ณ ห้องประชุมสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ ด้วย

สำหรับการอบรมวิชาการต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 29 นี้ เหมาะสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ที่ปฏิบัติงานในสาขาอายุรศาสตร์ที่ต้องการจะได้ความรู้ที่ทันสมัยและครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยมีหัวข้อที่น่าสนใจ ได้แก่ Management of Pregestational diabetes, Pituitary incidentaloma, Management of thyroid disease during pregnancy, Medullary thyroid carcinoma, Management of hyperglycemia in non-ICU setting, Postoperative pituitary assessment, Management of diabetes emergency, Vitamin D deficiency: Metabolic consequences, Hyperparathyroidism: Diagnosis and management, Management of CV risk in diabetes, Long term consequences of Bariatric surgery, Hormonal replacement in Hypopituitarism, Risk assessment and monitoring in Osteoporosis, Management of Galactorrhea

and Prolactinoma เป็นต้น โดยวิทยากรที่มาร่วมบรรยายจะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ภายในประเทศ

นอกจากกิจกรรมทางด้านวิชาการแล้ว งานอบรมวิชาการครั้งนี้ยังเปิดโอกาสให้บริษัทผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมออกบูธนำเสนอ ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ และวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการใหม่ ๆ ซึ่งแพทย์จะได้รับความรู้ตรงส่วนนี้กลับไปด้วย รวมทั้งมีการขายหนังสือทางวิชาการ ซึ่งหนังสือวิชาการของทางสมาคมฯ ได้รับความสนใจอย่างมากจากผู้เข้าร่วมงานเป็นประจำทุกปี

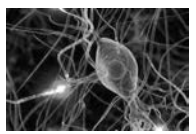
“จึงอยากจะเชิญชวนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสาขาอายุรศาสตร์เข้าร่วมงานอบรมวิชาการครั้งนี้ เชื่อว่าผู้ที่เข้าร่วมงานประชุมจะได้ประโยชน์ทางวิชาการเกี่ยวกับโรคทางต่อมไร้ท่อที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติว่ามีความก้าวหน้าทางวิชาการอย่างไร เทคโนโลยีใหม่ ๆ เป็นอย่างไร และจะสามารถเข้าถึงความก้าวหน้าทางวิชาการได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ได้รับข้อมูลใหม่ ๆ พื้นฟูความรู้เดิม รวมทั้งได้มีโอกาสพูดคุยซักถามโดยตรงจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์ในโรคต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด” **รศ.นพ.ธวัชชัย** กล่าวทิ้งท้าย

ผู้สนใจสามารถส่งใบสมัคร พร้อมค่าลงทะเบียนได้ที่

ศ.คลินิก นพ.ชัยชาญ ตรีจนวงศ์ สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 10 ช.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท (รวมค่าเอกสาร อาหารกลางวัน น้ำชา และอาหารว่างทุกวัน) โดยเช็คส่วนตัว หรือเช็คธนาคาร ส่งจ่ายสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย (ต่างจังหวัดเพิ่มค่าธรรมเนียม 30 บาท) หรือโอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช ชื่อบัญชี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย เลขที่บัญชี 016-2-85763-6 (หากใช้วิธีการโอนเงิน กรุณาส่งโทรสารใบโอนเงินมาที่ 0-2716-6338) สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2716-6337 www.facebook.com/thethaiendocrine.thailand, www.thaiendocrine.org

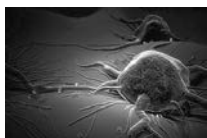
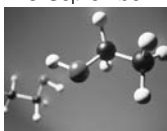


42 | ວາງກອນພາຍ 1 - 15 ກອກພັນ 2557

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
2-6 กันยายน 2557 	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์ แห่งประเทศไทย และรังสีวิทยาสมาคม แห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่ทางวิชาการประจำปี ครั้งที่ 51/2557 ณ โรงแรมโซฟิเทล เซ็นทาราแกรนด์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5963 โทรสาร 0-2716-5964 www.rcrt.or.th
10-12 กันยายน 2557 	กระทรวงสาธารณสุข	การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2557 จ.เชียงใหม่	www.moph.go.th
14-17 ตุลาคม 2557 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 29 และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี	www.rtcog.or.th
23-25 ตุลาคม 2557 	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia Pacific Orthopaedic Association (APOA)	การประชุม The 18 th Biennial Congress of Asia Pacific Orthopaedic Association (APOA) and the 36 th Annual Meeting of the Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand (RCOST) ณ ศูนย์การประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคิลฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5436 โทรสาร 0-2716-5440 E-mail: apoa2014@rcost.or.th www.apoa2014.com
27-29 ตุลาคม 2557 	สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่ง แห่งประเทศไทย ร่วมกับ สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่ง เสริมสวยแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการนานาชาติ The 14 th International Congress of the Oriental Society of Aesthetic Plastic Surgery "Achieving Excellence in Aesthetic Surgery" ณ ศูนย์การประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคิลฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6214 โทรสาร 0-2716-6966 E-mail: osaps2014@gmail.com www.osaps2014.org
28-30 พฤศจิกายน 2557 	International Parkinson and Movement Disorder Society ร่วมกับชมรมโรคพาร์กินสันไทย	งานประชุมวิชาการ 4 th Asian and Oceanian Parkinson's Disease and Movement Disorders Congress ณ พัทยา จ.ชลบุรี	www.movementdisorders.org/ AOPMC2014
5-7 ธันวาคม 2557 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	งานประชุมวิชาการ Two Days in Cardiology ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน จ.เพชรบุรี	www.thaiheart.org
11-12 ธันวาคม 2557 	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ แห่งประเทศไทย	The 9 th Congress of the Asia-Pacific Vitreo-Retina Society in Conjunction with the 34 th Annual Academic Meeting of the Royal College of Ophthalmologists of Thailand	www.rcopt.org
11-13 ธันวาคม 2557 	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย	4 th 2014 AOCPRM Asia-Oceanian Conference of Physical and Rehabilitation Medicine Rehabilitation for all: From Bench to Community	http://rehabmed.or.th

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อขอรับบริการกลุ่มงานการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สสวสสาร จำกัด 71/17 ถนนบรมราชชนนี แขวงจตุจักร อภิบาล เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2014

Date	Title	City	Country	Contact
24-27 August 2014 	Australian & New Zealand Society of Occupational Medicine (ANZSOM) Annual Scientific Meeting	Adelaide	Australia	www.anzsom.org.au/www/content/default.aspx?cid=739&fid=738
26-27 August 2014 	3 rd International Conference on Social Sciences, Health, and Environment (ICOSSHE 2014)	Bali	Indonesia	http://iamure.com/icoshe2014/
8-9 September 2014 	2014 International Conference on Medical and Bioengineering (ICMBE 2014)	Tbilisi	Georgia	www.icmbe.org
10-12 September 2014 	3 rd European Conference on Mental Health	Tallinn	Estonia	www.evipro.fi/joomla/index.php/3rd-european-conference-on-mental-health
15-17 September 2014 	Cancer Diagnosis at the Crossroads: Precision Medicine Driving Change	Seattle, Washington	United States of America	www.healthtech.com/Precision-Medicine-Cancer/
16-18 September 2014 	Global Cancer Summit 2014	Hyderabad, Andhra Pradesh	India	www.cancersummit.org
21-23 September 2014 	Cologne Klenk Symposium 2014-30 th Ernst Klenk Symposium in Molecular Medicine on DNA Damage Response and Repair Mechanisms in Aging and Disease	Cologne	Germany	www.zmmk.uni-koeln.de/klenk_symposium_2014/
22-24 September 2014 	Challenges in Malaria Research: Core science and innovation	Oxford	United Kingdom	www.challenges-in-malaria-research.com/2014/
24-28 September 2014 	End Pain	Dearborn	United States of America	www.IntegrativeMedicineConference.com

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

มอบธงเจ้าภาพ

นพ.ธัญชัย สุระ หัวหน้าหน่วยเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ และโครงการธาลัสซีเมีย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ให้เกียรติเป็นประธานในพิธีมอบธงเจ้าภาพให้แก่ พ.อ.รศ.นพ.กิตติ ต่อจรัส ผู้อำนวยการกองพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในการเป็นเจ้าภาพจัดงานชมรมฯ ครั้งที่ 26 และวันธาลัสซีเมียโลก ครั้งที่ 14 ซึ่งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจะเป็นเจ้าภาพจัดงานในปี พ.ศ. 2558 โดยมี สมาชิกชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเข้าร่วมกิจกรรมและแสดงความยินดีเป็นจำนวนมาก ณ ห้องประชุมอรรถดิลก วิชาชีพ ชั้น 5 อาคาร ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อไม่นานมานี้



เปิดตัวโครงการ

รศ.นพ.ธัญ สุภัทรพันธุ์ กรรมการบริหาร มูลนิธิรามาธิบดีฯ และ นางชัชฌิ อนันต์วัฒนพงษ์ ผู้จัดการทั่วไป บริษัท ดีเอสจี อินเตอร์เนชั่นแนล (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) โดยผลิตภัณฑ์ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ “เซอร์เทนตี” เปิดตัว โครงการ “อ้อมบุญ อ้อมใจ กับผ้าอ้อมผู้ใหญ่เซอร์เทนตี ปี 2” เพื่อนำรายได้ส่วนหนึ่งจากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์และการกดไลค์ผ่าน เฟซบุ๊กเซอร์เทนตี จัดหาเครื่องมือแพทย์ มูลนิธิรามาธิบดี โดยมี ท่านหญิง ปัทมรังษี-ปัทมวดี เสนาณรงค์, พิศมัย วิไลศักดิ์ และ แพท-ณปภา ตันตระกูล ร่วมรณรงค์ ณ โถงเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 1 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อไม่นานมานี้

สนับสนุนงานประชุม

นายวิสุทธิ์ กาญจนขวัญดี ผู้จัดการผลิตภัณฑ์ ชั้นโทร์ ทีพลัส บริษัท ทิปโก้ เอฟ แอนด์ บี จำกัด ผู้ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาอู่หลงพร้อมดื่ม “ทีพลัส” นำผลิตภัณฑ์ ชาอู่หลง “ทีพลัส” ร่วมสนับสนุนงานประชุมใหญ่ สามัญประจำปีของสมาคมพยาบาลทหารบก พร้อมมอบผลิตภัณฑ์ให้แก่ เจ้าหน้าที่และพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพต่อไป โดยมี พล.ต.สมหญิง ทรัพย์พ่วง นายกสมาคมพยาบาลทหารบก ร่วมแสดงความยินดี ณ ห้องประชุมอาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เมื่อไม่นานมานี้



เปิดแคมเปญใหม่

นางสาวสุวรรณา โชคดีอนันต์ รองประธานเจ้าหน้าที่บริหารอาวุโส บริษัท มุ่งพัฒนา อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด (มหาชน) และ นายเมธิ์ เลอสมิตร์กุล ผู้อำนวยการฝ่ายการตลาด บริษัท มุ่งพัฒนา อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด (มหาชน) ผู้ผลิตและจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สำหรับแม่ และเด็ก แบรด์ “พีเจ้น” เปิดตัวแคมเปญใหม่ “Nikori Cycle” หรือ “วงจรแห่งความสุข” ภายใต้แนวคิด “เพราะเราเข้าใจ เราจึงเชี่ยวชาญ” เพื่อเป็นตัวช่วยหลักที่สำคัญให้แก่คุณแม่และทุกคนในครอบครัวให้เหมือนได้ใกล้ชิดกับผู้เชี่ยวชาญ และให้ทุกคนในครอบครัวได้มีช่วงเวลาแห่งความสุขร่วมกัน เต็มเต็มวงจรแห่งความสุขให้ทุกคนได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นแคมเปญที่ต่อยอดความสำเร็จจากแคมเปญ “Pigeon MEET THE EXPERT” ณ ร้านออเดรย์ คาเฟ่ ซอยทองหล่อ 11 เมื่อไม่นานมานี้



วงการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย

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



ร.พ.โนนคูณ จ.ศรีสะเกษ



ร.พ.บุณฑริก จ.อุบลราชธานี



ร.พ.บึงบัว จ.ศรีสะเกษ





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เกษตรกร 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 ไม่เล่ม **620** บาท ☐ 2 ปี (24 ฉบับ) + CPE PLUS ไม่เล่ม **1,200** บาท (แถม 2 เดือน)

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคาร สังกัด ปณ.คลังเงิน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาถือปัส ปันเกล้า 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

- ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
- บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบสมัครรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
- เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

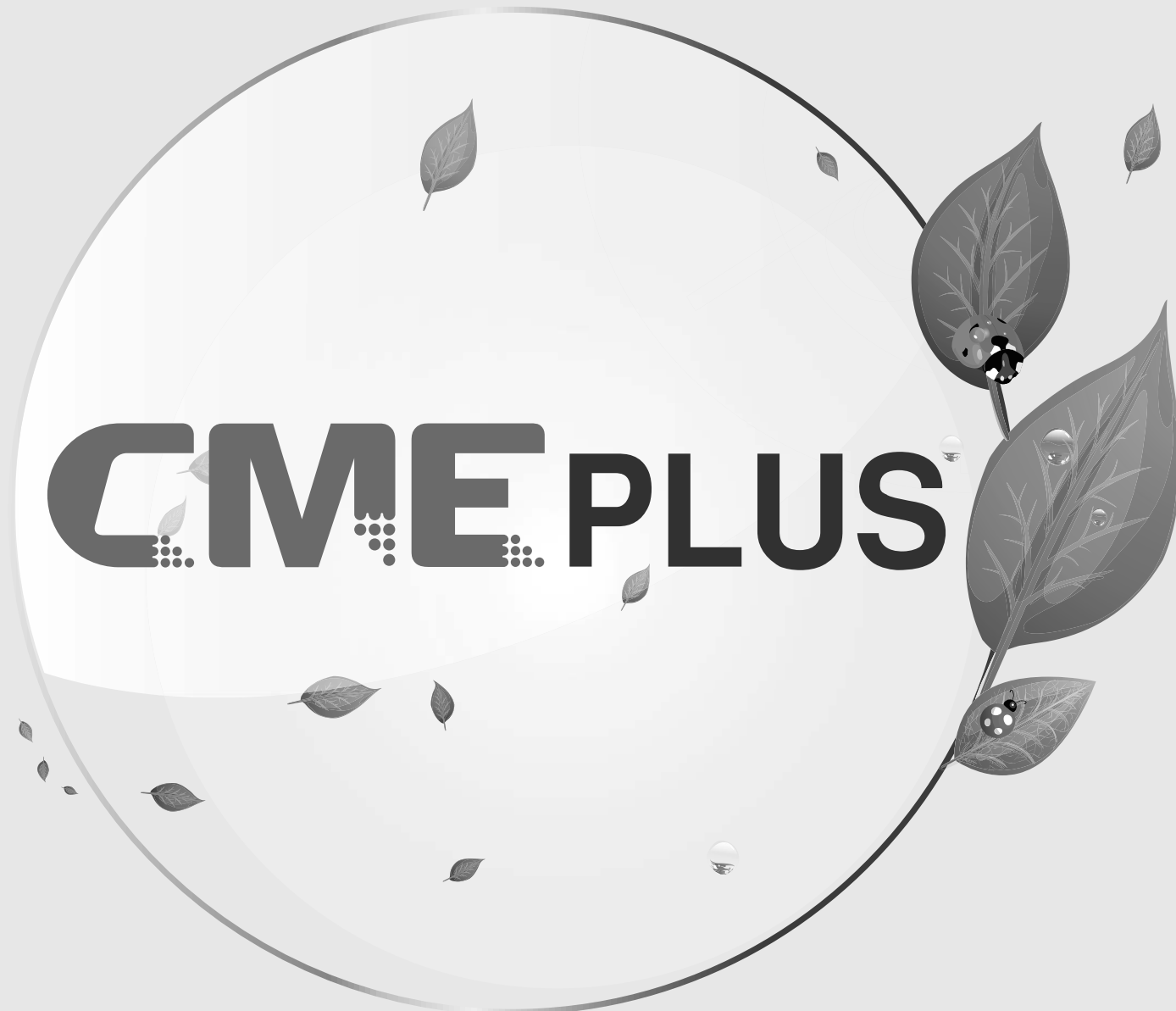
แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education



CME PLUS

TRITACE®

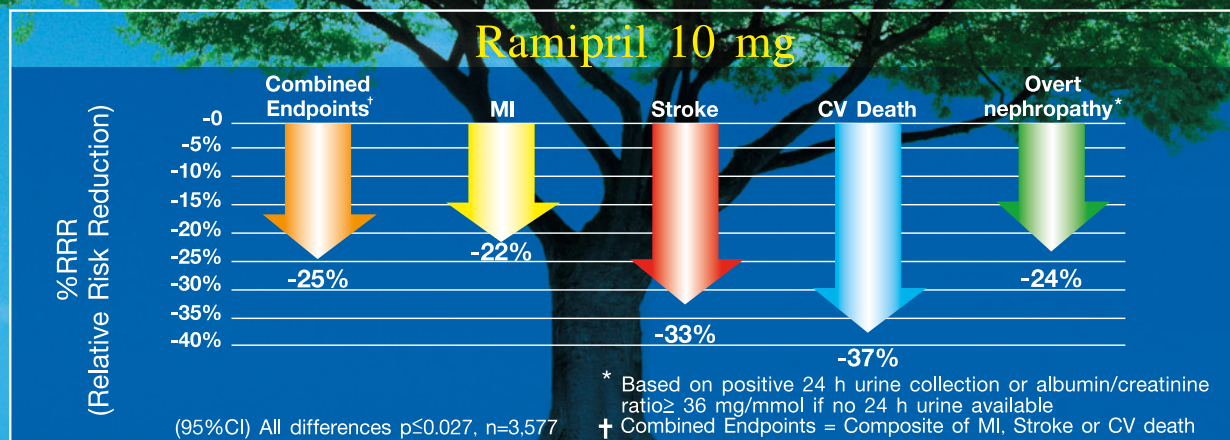


Approved indications in Thailand

- ▶ Hypertension
- ▶ Congestive heart failure
- ▶ Reduction in mortality in patients after myocardial infarction
- ▶ Prevention of myocardial infarction, stroke or cardiovascular death and reduction of need for revascularization procedures in patients with an increased cardiovascular risk.
- ▶ Prevention of myocardial infarction, stroke or cardiovascular death in diabetic patients.
- ▶ Decreases rate of progression of renal insufficiency in non-diabetic and diabetic overt nephropathy
- ▶ Reduces albumin excretion in non-diabetic and diabetic incipient nephropathy

Reference :

TRITACE® Prescribing Information



modified from table 3

Reference :

HOPE study investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. Lancet 2000;355:253-59. 3,577 people with diabetes who has previous cardiovascular event or at least one other cardiovascular risk factor (55 years of age or older) were randomized to ramipril 10 mg/day or placebo. The primary outcome was a composite of myocardial infarction, stroke, or death from cardiovascular causes. The results were reported for a median follow-up period of 4.5 years.

TRITACE®

Abbreviated Prescribing Information

1. NAME AND PRESENTATION: Tritace is available as tablet containing 2.5, 5 and 10 mg ramipril.
2. THERAPEUTIC INDICATIONS: Prevention of myocardial infarction, stroke or cardiovascular death and reduction of need for revascularization procedures in patients with an increased cardiovascular risk such as manifest coronary heart disease (with or without a history of myocardial infarction), a history of stroke, or a history of peripheral vascular disease. Tritace is indicated for the treatment hypertension, congestive heart failure as adjunctive therapy. It reduces mortality of patients with acute myocardial infarction with clinical heart failure. Prevention of myocardial infarction, stroke or cardiovascular death in diabetic patients. Decreases rate of progression of renal insufficiency in non-diabetic and diabetic overt nephropathy. Reduces albumin excretion in non-diabetic and diabetic incipient nephropathy.
3. POSOLOGY AND METHOD OF ADMINISTRATION:
Prevention of myocardial infarction, stroke or cardiovascular death: The initial dose is 2.5 mg once a day increased to the usual dose of 10 mg.
Hypertension: The initial dose is 2.5 mg once a day. The usual dose is 2.5 to 5 mg, the maximum dose is 10 mg daily.
Congestive heart failure: The initial dose is 1.25 mg once a day. The maximum daily dose is 10 mg.
Post myocardial infarction: The initial dose is 5 mg daily, divided into two single doses of 2.5 mg each
Treatment of diabetic or non-diabetic nephropathy: The initial dose is 1.25 mg once daily increase to the maintenance dose of 5 mg once daily.
See full SmPC for details.
4. CONTRA-INDICATIONS: Hypersensitivity to ramipril, any of the excipients, or to any other ACE inhibitor. History of angioneurotic oedema. Haemodynamically relevant renal artery stenosis. Hypotensive or haemodynamically unstable patients. Pregnancy. Lactation. Extracorporeal treatments such as dialysis must be avoided.
5. SPECIAL WARNINGS AND PRECAUTIONS FOR USE: Warnings: Angioedema occurring during treatment necessitates immediate discontinuation of the drug. Precautions: Assessment of renal function: should be done prior to initiation of therapy and during treatment. Impaired renal function, impaired liver function hyperkalaemia, hyperstimulated renin angiotensin system: see full SmPC.
6. DRUG INTERACTIONS: Vasopressor sympathomimetics: close BP monitoring recommended. Lithium Salts: Excretion may be reduced. Combination with antidiabetics: close blood glucose monitoring is recommended. See full SmPC.
7. PREGNANCY AND LACTATION: Tritace must not be used during pregnancy or by breast-feeding women.
8. EFFECTS ON ABILITY TO DRIVE: Some adverse effects (e.g. some symptoms of a reduction in blood pressure such as lightheadedness, dizziness) may impair the patient's ability to concentrate and react.
9. UNDESIRABLE EFFECTS: Common: a dry (non-productive) tickling cough occurs. Uncommon: nausea, headache, drowsiness, lightheadedness or impaired reactions.
For other effects see full SmPC.
10. OVERDOSAGE: May cause excessive peripheral vasodilation. bradycardia, electrolyte disturbances, and renal failure.
11. PHARMACODYNAMIC PROPERTIES: ATC code C09AA05

Further information:

sanofi-aventis (Thailand) Ltd. 87/2 CRC Tower 24th Floor, All Seasons Place. Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330 Tel. 02-264-9999 Fax 02-264-9996-7

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์ และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตเลขที่: พ.ศ. 681/2555 TH.RAM.12.06(01)

SANOFI DIABETES



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)¹

** 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-desacyl-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