

# วงการแพทย์

ปีที่ 18 ฉบับ 454 ประจำเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559



ISSN 1513-590X  
9 771513590012



ผลการศึกษาเตือน  
อาเซียน  
เตรียมแผนการรับมือ  
โรคเมเร็งร้าย

สำหรับผู้อ่านอย่างเราที่พร้อมรบกวน

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์  
[www.wongkarnpat.com](http://www.wongkarnpat.com)

## MADILOT<sup>®</sup>

Hypertension effective

### Hypertension with Renal impairment

**MADILOT<sup>®</sup> TABLET (Manidipine hydrochloride Tablets)**  
MADILOT<sup>®</sup> TABLET is an oral preparation of manidipine hydrochloride, a long-acting calcium antagonist antihypertensive agent. MADILOT<sup>®</sup> TABLET produces a satisfactory long-acting antihypertensive effect by dilating blood vessels, mainly by calcium channel blockade. Clinically, it has been proven that MADILOT<sup>®</sup> TABLET made possible good control of blood pressure in a single dose once a day, and it is useful for treatment of essential hypertension (mild or moderate), hypertension with renal impairment and severe hypertension. **INDICATION:** Mild or moderate Essential Hypertension, Hypertension with renal impairment, Severe Hypertension. **DOSE AND ADMINISTRATION:** Usually, for adults, a dose of 10-20 mg as manidipine hydrochloride once a day is orally administered after breakfast, starting with the initial daily dose of 5 mg. The dosage can be increased gradually, if necessary. **PRECAUTION:** MADILOT<sup>®</sup> TABLET may rarely cause an excessive drop of blood pressure. In such a case appropriate measure, such as dosage reduction and cessation, should be taken. **CONTRAINDICATION:** The administration of this drug to pregnant women or women suspected of being pregnant or nursing mother should be avoided. **USAGE IN THE ELDERLY:** Start with a low dose. **ADVERSE REACTION:** Rash and pruritus, facial hot flushes, dizziness, headache, nausea, vomiting may infrequently occur. If any abnormality is found, appropriate measures, e.g. discontinuation of this drug, should be taken. **DRUG INTERACTIONS:** (1) May intensify the action of other antihypertensive drugs, any combination with other drugs should be made with caution. (2) Other calcium antagonists (nifedipine) reportedly increase the blood digoxin concentration. (3) The action of other calcium antagonists (nifedipine, etc.) is reported to be intensified in combination with cimetidine. **STORAGE:** Store below 25 °C. **EXPIRATION:** 3 years. **PACKAGING:** Tablets 10 mg - Cartons of 10 sheets (10 Tabs/sheet) Tablets 20 mg - Cartons of 10 sheets (10 Tabs/sheet).

Further information available on request  
**Takeda (Thailand) LTD.**  
57 Park Ventures Ecoplex Building, 15<sup>th</sup> Floor,  
Wireless Road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330  
Tel. : +66-2097-9300 Fax : +66-2097-9398-9

โทรทุกสายเบอร์หนึ่ง โทร 479-2557

SYMPOSIUM IN THIS ISSUE



เกาติต งานประชุม ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 32 ประจำปี 2559 ชู Theme "Value-Based Medical Practice"

Systematic Review การรักษาศีลยติที่ไบหู เฉพาะโรค

ความก้าวหน้าใหม่ ๆ ของการรักษาผู้ป่วย HIV



**edarbi<sup>®</sup>**  
azilsartan medoxomil  
40 mg • 80 mg tablets

**edarbyclor<sup>®</sup>**  
azilsartan medoxomil/chlorthalidone  
40/12.5 mg • 40/25 mg tablets

Superior SBP reduction across the 24-hour dosing interval (P<0.001)<sup>1</sup>

Reference: 1.William C et al. Hypertension 2012;60:310-318. This study was funded by Takeda Global Research and Development Center, Inc (Takeda).

For detailed information please consult full prescribing information  
**edarbi**  
ACTIVE INGREDIENT: Azilsartan medoxomil 40mg and 80mg  
INDICATION: Essential hypertension in adults  
CONTRAINDICATION: Hypersensitivity to the active substance or any of the excipients, second and third trimester of pregnancy  
SPECIAL PRECAUTION: Concomitant heart failure, renal artery stenosis, aortic or mitral stenosis, hypotensive, obstructive cardiomyopathy  
DOSAGE & ADMINISTRATION: 40mg or 80mg once daily, once up to the maximum of 80mg once daily if needed  
ADVERSE REACTIONS: Dizziness, diarrhea, blood creatinine phosphatase increased  
DRUG INTERACTION: Lithium, NSAIDs, heparin, diuretic  
PACKING: 4/7 tablets

**edarbyclor**  
ACTIVE INGREDIENT: Azilsartan medoxomil and chlorthalidone  
INDICATION: Hypertension in adults  
CONTRAINDICATIONS: Patients with acute or chronic renal failure with edarbyclor or patients with diabetes. Second and third trimester of pregnancy  
WARNING & PRECAUTIONS: Use of drugs that act on the renin-angiotensin system during the second and third trimester of pregnancy reduce fetal and neonatal morbidity and death. In patients with an activated renin-angiotensin system, such as volume- or salt-depleted patients (eg, those being treated with high doses of diuretics), symptomatic hypotension may occur after initiation of treatment with edarbyclor. Consider withholding or discontinuing edarbyclor if progressive renal impairment becomes evident. Hypotension is a dose-dependent adverse reaction that may develop with orthostatic. Co-administration of diuretic may accentuate the adverse effects of hypotension. Hypotension may occur in frail patients who may be susceptible to certain patients receiving orthotalkin or other diuretic.  
DOSAGE & ADMINISTRATION: edarbyclor is to be used once daily with or without food. The recommended starting dose of edarbyclor is 40/12.5 mg taken once daily. The dosage may be increased to 40/25 mg after 2 to 4 weeks.  
ADVERSE REACTIONS: Adverse reactions associated with treatment with edarbyclor have generally been mild and transient in nature. The most common adverse reactions were dizziness and fatigue. **PACKING:** 4/7 tablets.

Further information is available on request  
โทรทุกสายเบอร์หนึ่ง โทร 479-2557  
โทรทุกสายเบอร์หนึ่ง โทร 479-2557  
TAKEDA/2015-0013

Introducing...



NEW

Oseni®

alogliptin and pioglitazone

25 mg/30 mg TABLETS

25 mg/15 mg TABLETS

**OSENI® ABBREVIATES PRESCRIBING INFORMATION:**

**COMPOSITION:** OSENI® (25MG/15MG) Tablets: Each tablet contains alogliptin 25 mg and pioglitazone 15 mg. OSENI® (25MG/30MG) Tablets: Each tablet contains alogliptin 25 mg and pioglitazone 30 mg.  
**INDICATION:** For monotherapy and combination Therapy, OSENI® is indicated as an adjunct to diet and exercise to improve glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus in multiple clinical settings when treatment with both alogliptin and pioglitazone is appropriate. **DOSAGE AND ADMINISTRATION:** The recommended starting dose for all patients is 25 mg/15 mg or 25 mg /30 mg once daily without regard to meals. OSENI® dose can be titrated up to a maximum of 25 mg/30 mg once daily based on glycemic response as determined by hemoglobin A1c. For patients with renal impairment, No dose adjustment of OSENI® is necessary for patients with mild renal impairment (creatinine clearance [CrCl] ≥ 60 mL/min). The dose of OSENI® is 12.5 mg/15 mg or 12.5 mg/30 mg once daily for patients with moderate renal impairment (CrCl ≥30 to < 60 mL/min). OSENI® is not recommended for patients with severe renal impairment or ESRD. **CONTRAINDICATIONS:** History of a serious hypersensitivity reaction to alogliptin or pioglitazone, components of OSENI®, such as anaphylaxis, angioedema or severe cutaneous adverse reactions. Do not initiate in patients with NYHA Class III or IV heart failure. **PRECAUTIONS:** Congestive Heart Failure: Pioglitazone can cause dose-related fluid retention which may lead to or exacerbate congestive heart failure. Pioglitazone is not indicated for patients with NYHA Class III or IV. Pancreatitis: There have been postmarketing reports of acute pancreatitis in patients taking alogliptin. Hypersensitivity Reactions: Use caution in patients with a history of angioedema to another DPP-4 inhibitor because it is unknown whether such patients will be predisposed to angioedema with OSENI®. Hepatic Effects: There have been postmarketing reports of fatal and non-fatal hepatic events in patients taking pioglitazone or alogliptin. Edema: In controlled clinical trials, edema was reported more frequently in patients treated with pioglitazone than in placebo-treated patients and is dose related. Fracture: The risk of fracture should be considered in the care of patients, especially female patients, treated with pioglitazone and attention should be given to assessing and maintaining bone health according to current standards of care. Urinary Bladder Tumors: pioglitazone should not be used in patients with active bladder cancer and the benefits of glycemic control versus unknown risks for cancer recurrence with pioglitazone should be considered in patients with a prior history of bladder cancer. Hypoglycemia: May aware when using with insulin and insulin secretagogues. Macular edema: Macular edema has been reported in postmarketing experience in diabetic patients who were taking pioglitazone or another thiazolidinedione. Ovulation: Pioglitazone may result in ovulation in some premenopausal an ovulatory women. Macrovascular Outcomes: There have been no clinical studies establishing conclusive evidence of macrovascular risk reduction with OSENI® or any other antidiabetic drug. **DRUG INTERACTIONS:** Alogliptin. No significant drug-drug interactions were observed with the CYP-substrates or inhibitors tested. An inhibitor of CYP2C8 (e.g., gemfibrozil) significantly increases the exposure (area under the concentration-time curve or AUC) and half-life of pioglitazone. An inducer of CYP2C8 (e.g., rifampin) may significantly decrease the exposure (AUC) of pioglitazone. **STORAGE:** Store below 30 °C. **PACKAGING:** Aluminium blister, one blister contains 7 tablets, four blisters are packed in a paper carton. (7 tablets x 4)



TAKEDA (THAILAND) LTD.

57 Park Ventures Ecoplex Building, 15th Floor, Wireless Road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330  
Tel. +66 2697-9300 Fax. +66 2697-9398-9



เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล  
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

Further Information is available on request

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

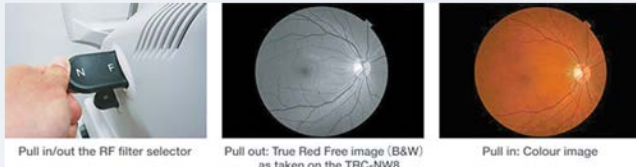
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ศ.ศ. 865/2558

TH/ALOP/2015-00036

## TRC-NW8

### Non-Mydriatic Retinal Camera

เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตาดิจิทัลชนิดไม่ขยายม่านตา



Pull in/out the RF filter selector

Pull out: True Red Free image (B&W) as taken on the TRC-NW8

Pull in: Colour image

## CT-800

### Computerized Tonometer

เครื่องวัดความดันลูกตา



Nozzle Cover



## Topcon Instruments (Thailand) Co., Ltd.

77/162 Sinnsathorn Tower, 37 Floor, Krungdhonburi Road, Klongtongsai, Klongsarn, Bangkok 10600, THAILAND

Tel : (662)-440-1152 (Automatic) Fax : (662)-440-1158

Notice the warnings on the label and accompanying before use

ผลิตในประเทศไทย

โฆษณาต่อผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขพ. 1177/2558

# เครื่องทดสอบเครื่องมือทางการแพทย์ Biomedical Test Equipment



RIGEL เป็นผู้ผลิตเครื่องมือสอบเทียบทางการแพทย์ ที่ได้มาตรฐาน IEC 60601 & IEC 62353

ที่มีประสบการณ์ยาวนาน 44 ปี ได้รับรางวัล The Queen's Award ในปี 2012 รับประกันคุณภาพและความเชื่อมั่น

## เครื่องทดสอบความปลอดภัยเครื่องมือทางการแพทย์



### 288+ Electrical Medical Safety Analyzer

เครื่องทดสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้าจากเครื่องมือทางการแพทย์ตามมาตรฐาน IEC60601-1, IEC62353, VDE0751, NFPA-99, AS-NZS 3551



### Safe Test 60 Electrical Medical Safety Analyzer

เครื่องทดสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้าจากเครื่องมือทางการแพทย์ตามมาตรฐาน IEC60601-1, IEC62353, VDE0751, NFPA-99



### Uni-Pulse Defibrillator Analyzer

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องกระตุ้นหัวใจทางการแพทย์ตามมาตรฐาน IEC60601-2-4 & Waveform Capture, Store & Replay, Built-in 12 lead ECG



### Uni-Sim Vital Signs Simulator

เครื่องทดสอบวิเคราะห์เครื่องวัดสัญญาณชีพ (6 in 1 Vital Signs Simulator IBP, NIBP, SPO2, ECG, Temperature, Respiration)



### Apollo 600 Portable Appliance Testing

ตรวจสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้าของเครื่องใช้ไฟฟ้าแบบมือถือ



### Uni-Therm High Current Electrosurgical Analyzer

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องตัดเนื้อด้วยไฟฟ้า



### Rigel Med eKit

ชุดสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์แบบ "เคลื่อนที่" สำหรับทำ Check List ในงาน Field Calibration

### Multi-Flo Infusion Pump Analyzer

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องจ่ายของเหลวทางหลอดเลือด



## เครื่องตรวจสอบความปลอดภัยของระบบไฟฟ้าในอาคาร



### CITREX H4 Ventilator tester for mobile use

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องช่วยหายใจและไปป์ไลน์ แก๊สแบบมือถือ



### MI 3152 Electrical Installation Safety

ตรวจสอบความปลอดภัยระบบไฟฟ้าในอาคาร โรงพยาบาล



### MI 2892 Power Quality Analyzer

ตรวจสอบคุณภาพทางไฟฟ้าและอนุรักษ์พลังงาน



### PF-300 Ventilator & Anesthesia Analyser

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องช่วยหายใจและเครื่องรมยาสูด

## เครื่องตรวจวัดสภาพแวดล้อมในอาคาร โรงพยาบาล



### MI 6201 Multinorm Indoor Environment Quality

ตรวจสอบคุณภาพอากาศและอาชีวอนามัย



### MI 6301 FonS Sound level meter

ตรวจวัดระดับเสียงดังในอาคาร โรงพยาบาล



### MI 6401 Poly Environment Quality

ตรวจสอบคุณภาพอากาศ



ยินดีเข้าไปสาธิตสินค้า  
ถึงที่ทำงานของท่าน

สนใจติดต่อ: คุณเฉลิมพร 08-5489-3461, คุณมนัสสินทร์ 08-7714-3630, คุณสุทธิรัตน์ 08-2003-6661



## บริษัท เมเจอร์โทรนิคส์ จำกัด

2425/2 ถนนลาดพร้าว ระหว่างซอย 67/2-69 แขวงสะพานสอง เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310

โทร. 0-2514-1000, 0-2514-1234 แฟกซ์ 0-2514-0001, 0-2514-0003

Internet: <http://www.measuretronix.com> E-mail: [info@measuretronix.com](mailto:info@measuretronix.com)



[www.measuretronix.com/rigel-biomedical](http://www.measuretronix.com/rigel-biomedical)

### คณะที่ปรึกษาเกิดฉบับคัด

ศ.นพ.มนตรี ตูจันดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย์  
 ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์  
 ศ.พญ.ชนิกา ตูจันดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข  
 นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์  
 ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวิชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน  
 ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุนนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ  
 รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออ่อนตกุล  
 รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรรคระวิภาส  
 พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจนพงษ์

### กรรมการบริหาร

วანი วิชิตกุล

### ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

### ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

### กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

### อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะระสิต

### แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ

### พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

### ประสานงานเตรียมฉบับ

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

### งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

### งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกอร ขจรศักดิ์

### ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา อิศรานนท์ สิทธิพิสิฐกุล

โทรศัพท์ติดต่อ หรือสมัครสมาชิกได้ที่

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 225, 109 โทร./แฟกซ์ 0-2435-4024

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/16 ถ.บรมราชชนนี  
 แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

## เกณฑ์จริยธรรมใหม่ของอเมริกาที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

แพทยสมาคมของบึงคัจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับบริษัทยาและเครื่องมือแพทย์มากกว่า 10 ปีแล้ว ในปี พ.ศ. 2559 สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ได้ออกเกณฑ์จริยธรรมฉบับที่ 10 ซึ่งแตกต่างจากเดิมในบางเรื่อง เช่น การให้ของขวัญตามเทศกาล เช่น วันเกิด วันมงคลสมรส วันปีใหม่ ไม่สามารถทำได้ ยกเว้นการให้หรือรับของขวัญจากบุคลากรทางการแพทย์และญาติสายตรง ห้ามให้เป็นเงินสดหรือเช็คของขวัญ

งานนิทรรศการทางการแพทย์จะต้องแสดงชื่อบริษัทที่เป็นผู้สนับสนุนไว้เด่นชัด ห้ามมิให้บริษัทจัดการจับสลากรางวัลหรือเล่นเกมเสี่ยงโชคระหว่างการจัดงานนิทรรศการ บริษัทต้องไม่เสนอสิ่งจูงใจเป็นตัวเงินเพื่อเชิญชวนให้แพทย์มาแวะชมนิทรรศการของตน ทั้งนี้รวมถึงการจ่ายเงินสด ตัวเงิน และ/หรือเงินบริจาคให้แก่การกุศลหรือสมาคม บริษัทอาจจัดการแข่งขันในสถานที่แสดงนิทรรศการได้ถ้าเกี่ยวกับความรู้ทางการแพทย์ แต่ของรางวัลที่แจกต้องเกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือเภสัชกรรม และต้องมีมูลค่าไม่เกินชิ้นละ 500 บาท

การสนับสนุนแพทย์เพื่อเข้าร่วมประชุมทางวิชาการจะต้องไม่มีข้อผูกมัด ไม่ควรทำกับตัวบุคคล ควรให้สถาบันขอให้บริษัทสนับสนุนถ้าเป็นประโยชน์ต่อวิชาการและผู้ป่วย ห้ามมิให้บริษัทจัดประชุมสำหรับแพทย์ในต่างประเทศ ยกเว้นการประชุมดังกล่าวเป็นการประชุมระดับภูมิภาคหรือระดับนานาชาติที่มีผู้เข้าประชุมจากหลายประเทศ การสนับสนุนการเดินทางทุกประเภทของผู้เข้าร่วมประชุมควรเป็นขั้นประหยัด สถานที่จัดประชุมต้องไม่ใช่สถานที่ที่มีชื่อเสียงหรือฟุ้งเฟ้อ สถานที่จัดประชุมควรเป็นที่สะดวกในการเดินทาง เข้าถึงง่าย ปลอดภัย ตรวจสอบได้ ไม่ควรใช้สถานที่ที่เน้นความบันเทิง กิจกรรมกีฬา การอุปถัมภ์แพทย์จะต้องจำกัดเฉพาะค่าเดินทาง ค่าลงทะเบียน ค่าอาหาร และค่าที่พักเท่านั้น และจำกัดเฉพาะช่วงเวลาและสถานที่ของการจัดงาน บริษัทสามารถดูแลเรื่องการลงทะเบียนประชุม การจองที่พักและประสานงานเกี่ยวกับการประชุมให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ การเบิกค่าใช้จ่ายโดยใช้ใบเสร็จรับเงินอย่างเป็นทางการสามารถทำได้ แต่ไม่สามารถจ่ายเงินสดล่วงหน้าให้แก่แพทย์ และต้องไม่จ่ายค่าเสียเวลาของแพทย์ในการเข้าร่วมประชุม การสนับสนุนแพทย์ต้องไม่มีเงื่อนไข

บริษัทสามารถสนับสนุนเครื่องดื่ม และ/หรืออาหารระหว่างการประชุมได้ ในกรณีที่เป็นกรรรับรองสำหรับผู้เข้าร่วมประชุมเท่านั้น เป็นการรับรองที่ไม่ฟุ้งเฟ้อและเหมาะสม ราคาไม่เกิน 2,500 บาท ถ้าเป็นการประชุมในต่างประเทศต้องปฏิบัติตามมาตรฐานของประเทศเจ้าภาพ บริษัทถูกห้ามไม่ให้จัดหรือจ่ายเงินสำหรับการบินเหิงหรือกิจกรรมสันทนาการใด ๆ บริษัทไม่ควรอำนวยความสะดวกหรือจ่ายเงินใด ๆ ให้แก่ผู้ติดตาม

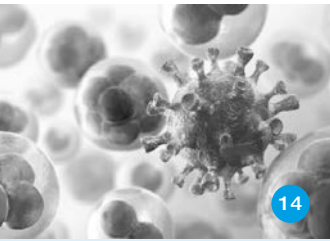
การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นทั่วโลก เพื่อแสดงถึงความมีธรรมาภิบาลของบริษัท และป้องกันการฉ้อโกงจากประชาชนที่มีการตัดสินใจบนแพทย์ให้เข้าโดยไม่เหมาะสม ถ้าแบ่งแพทย์กลุ่มใหญ่ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ดูแลรักษาผู้ป่วยและกลุ่มที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงมีความต้องการให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยเพราะมีความสำคัญโดยตรงกับอนาคตของแพทย์ ถ้ารักษาหายก็จะไม่มีชื่อเสียงและมีผู้ป่วยมากขึ้น มีรายได้มากขึ้นตามมา โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในภาคเอกชน ถ้ายาไม่ดี รักษาไม่ได้ผล ต่อให้เสียอาหารอย่างไร แพทย์ก็ไม่ใช้สถานบริบาลภาคเอกชน ผู้ป่วยไปหาแพทย์มีความผูกพันกับแพทย์ แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่สามารถจะจงเลือกแพทย์ได้ โรงพยาบาลของรัฐถ้าทำดีมาก มีผู้ป่วยมากขึ้น แพทย์ต้องทำงานหนักขึ้น โดยรายได้เท่าเดิม เป็นเสมือนลงโทษคนทำดี ส่วนแพทย์ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงมักจะเน้นเรื่องค่ารักษาพยาบาล ต้องการให้ประหยัด ผลการรักษาไม่มีผลกระทบต่อตน มีความระแวงว่าแพทย์ใช้ยามากเพราะต้องการเอาใจบริษัทยาเพื่อผลประโยชน์อื่น เราจะต้องทำให้ทุกอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ จะได้เข้าใจกันดีขึ้น

หลักเกณฑ์บางอย่างเป็นวัฒนธรรมตะวันตกซึ่งแตกต่างจากวัฒนธรรมตะวันออก การไปเยี่ยมเยียนกัน หรือวันสำคัญของเทศกาลทางตะวันตก เขาไม่มีการให้ของขวัญ ยกเว้นวันคริสต์มาสที่เขาให้ของแก่เด็ก ๆ ส่วนพวกตะวันออกเวลาไปเยี่ยมผู้ใหญ่ เขามักจะต้องมีของติดมือเล็ก ๆ น้อย ๆ ไปให้เป็นสิริมงคล เวลาไปต่างประเทศกลับมาจะต้องมีของเล็ก ๆ น้อย ๆ มาให้ลูกหลาน ผู้ร่วมงานญาติหรือเพื่อนสนิท แต่ทางตะวันตกนั้นเขาไม่ให้เห็น ตัวใครตัวมัน ต่างคนต่างอยู่ วัฒนธรรมเราต้องรักษาไว้ มิฉะนั้นลักษณะประจำชาติจะหายไป ถูกพวกตะวันตกกลืนหมด แต่เราต้องป้องกันไม่ให้สินน้ำใจกลายเป็นการติดสินบน

  
 ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

# Contents

The Medical News ฉบับที่ 454 ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2559



14



33



39



41



17

## 3 โลกกว้างทางแพทย์

- ระยะเวลาเก็บเม็ดเลือดแดงต่อระดับ Lactate ในเด็กเลือดจางรุนแรง
- การลดอุณหภูมิสำหรับความดันกะโหลกศีรษะสูงหลังสมองบาดเจ็บ
- คู่มือการอักเสบไข้สมองในข้ออักเสบสะเกิดเงินระยะแรก (TICOPA)
- การใช้ Warfarin ร่วมกับ Sulfonylureas และภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรง

## 7 Get Up

- เม็กซีโกอนุมัติวัคซีนเด็งกีตัวแรก
- จีนเข้มงวดควบคุมวิจัยยาใหม่
- ออสเตรเลียชนะคดีของบุหรี่

## 9 Movement

## 10 ข่าวสารการแพทย์

- สธ.เผยไทยลดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกเกือบเป็นศูนย์ เตรียมขอรับรองจากองค์การอนามัยโลก
- สบส.หนุน 172 ร.พ.เอกชนใน 15 จังหวัดท่องเที่ยวชั้นนำ และเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

## 12 รายงานพิเศษ

ทาเคดา จัด Takeda Annual Certification 2015  
สอบวัดระดับผู้แทนฝ่ายขายและการตลาด  
“พัฒนาความรู้ คู่คุณธรรม นำธุรกิจยั่งยืน”

## 14 In Focus

ผลการศึกษาเตือนอาเซียน  
เตรียมแผนการรับมือโรคเมอร์ส

## 17 Special

โครงการห้องเรียนคอมพิวเตอร์สำหรับเด็กป่วยในโรงพยาบาล  
ใช้ไอทีเป็นสื่อเรียนรู้ ลดความวิตกกังวลต่อโรคและอาการเจ็บป่วย

## 20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

มะเร็งของลำไส้ใหญ่

## 21 ปกป้องข่าว

ร.พ.จุฬาลงกรณ์ ยกกระดับความเป็นเลิศ  
เตรียมเปิด “อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์”  
ยกระดับบริการผู้ป่วยระดับพรีเมียมทุกขนชั้น

## 22 เกาะจัดงานประชุม

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย  
จัดการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 32 ประจำปี 2559  
Theme “Value-Based Medical Practice”

## 24 Systematic Review

การรักษาคลอียดที่ใบหู

## 25 รอบรู้เรื่องยา

ระบบนำส่งยาจากเลนส์สัมผัส

## 27 หลากสีสัน

นิทานชีวิต

## 29 เสียงแพทย์

การปฏิรูประบบสาธารณสุขในสมัย คสช. (ตอนที่ 2)

## 31 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

กระตุ้นการรักษาแผลด้วยไฟฟ้า

## 33 เฝ้าระวังโรค

ความก้าวหน้าใหม่ ๆ ของการรักษาผู้ป่วย HIV

## 39 Radar

Mobile CT & Stroke Treatment Unit  
หน่วยรักษาอัมพาตเฉียบพลันเคลื่อนที่ รายแรกของเอเชีย

## 40 รายงานพิเศษ

สนช.ห่วงภาวะอ้วนลงพุง ต้นเหตุโรคเรื้อรัง  
เปิดเวทีระดมแนวทางแก้ปัญหา

## 41 R2R

“เก้าอี้ห้องยิ้ม” ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ

## 42 ข่าวบริวาร

## 44 IT News/Book Shop

## 45 ภาพข่าว

### CME PLUS

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections)

โรคติดเชื้อ Non-tuberculous Mycobacteria

(Non-tuberculous Mycobacteriosis)



## ระยะเก็บเม็ดเลือดแดงต่อระดับ Lactate ในเด็กเลือดจางรุนแรง

JAMA. 2015;314(23):2514-2523.

บทความเรื่อง Effect of Transfusion of Red Blood Cells with Longer vs Shorter Storage Duration on Elevated Blood Lactate Levels in Children with Severe Anemia: The TOTAL Randomized Clinical Trial รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดเกี่ยวกับผลของระยะการเก็บเม็ดเลือดแดงต่อการลำเลียงออกซิเจน จึงมีการศึกษาเพื่อทดสอบว่าเม็ดเลือดแดงที่เก็บรักษาไว้นานกว่ามีผลลัพธ์ด้าน tissue oxygenation ที่ไม่ด้อยกว่าเม็ดเลือดแดงที่เพิ่งเก็บ โดยประเมินจากการลดลงของระดับ lactate ในเลือดและการเพิ่มขึ้นของ cerebral tissue oxygen saturation ในเด็กที่มีภาวะเลือดจางรุนแรง

การศึกษาแบบ randomized non-inferiority trial มีขึ้นในเด็ก 290 ราย (อายุ 6-60 เดือน) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมาลาเรีย หรือ sickle cell disease และได้รับการรักษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2013 ถึงเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2015 ยังโรงพยาบาลในกรุงกัมปาลาของยูกันดา โดยมีระดับฮีโมโกลบินเท่ากับ 5 กรัม/เดซิลิตร หรือต่ำกว่า และมีระดับ lactate เท่ากับ 5 มิลลิโมล/ลิตร หรือมากกว่า การศึกษาได้สุ่มให้ผู้ป่วยได้รับเม็ดเลือดแดงที่เก็บไว้ระหว่าง 25-35 วัน (กลุ่มเลือดเก็บไว้นาน; n=145) เทียบกับ 1-10 วัน (กลุ่มเลือดเก็บใหม่; n=145) โดยเลือดทั้งหมดได้ผ่านกระบวนการลดเม็ดเลือดขาวก่อนจัดเก็บ ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับเม็ดเลือดแดง 10 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ระหว่าง 0-2 ชั่วโมง และได้รับเพิ่มอีก 10 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ระหว่าง 4-6 ชั่วโมงหากมีข้อบ่งชี้

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับ lactate เท่ากับ 3 มิลลิโมล/ลิตร หรือต่ำกว่าที่ 8 ชั่วโมงประเมินจาก non-inferiority margin ซึ่งเทียบเท่า absolute difference ที่เท่ากับ 25% ผลลัพธ์รอง ได้แก่

non-invasive cerebral tissue oxygen saturation ระหว่างการให้เลือดครั้งแรก การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์จากห้องปฏิบัติการ จนถึง 24 ชั่วโมง ตลอดจนการรอดชีวิตและสุขภาพที่ 30 วันหลังให้เลือด โดยติดตามการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จนถึง 24 ชั่วโมง

ค่าเฉลี่ย (SD) ระดับฮีโมโกลบินในเด็กทั้ง 290 ราย เท่ากับ 3.7 กรัม/เดซิลิตร (1.3) และค่าเฉลี่ยระดับ lactate เท่ากับ 9.3 มิลลิโมล/ลิตร (3.4) มัธยฐาน (interquartile range) ระยะการจัดเก็บเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 8 วัน tissue oxygenation สำหรับเม็ดเลือดแดงที่เพิ่งเก็บเทียบกับ 32 วัน (30-34) สำหรับเม็ดเลือดแดงที่จัดเก็บไว้นานโดยไม่มี overlap สัดส่วนของการได้จุดยุติปฐมภูมิเท่ากับ 0.61 (95% CI 0.52-0.69) ในกลุ่มที่ได้รับเลือดเก็บไว้นานเทียบกับ 0.58 (95% CI 0.49-0.66) ในกลุ่มที่ได้รับเลือดเพิ่งเก็บ (between-group difference 0.03 [95% CI -0.07 to ∞], p < 0.001) ซึ่งถึง non-inferiority margin ค่าเฉลี่ยระดับ lactate ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้ง 2 กลุ่มที่ 0, 2, 4, 6, 8 หรือ 24 ชั่วโมง และจากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Kaplan-Meier และ global non-linear regression ก็ไม่พบความต่างที่มีนัยสำคัญด้านการลดลงของ lactate ระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม นอกจากนี้ ผลลัพธ์จากการประเมินทางคลินิก, cerebral oxygen saturation, electrolyte abnormalities, เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์, การรอดชีวิต และการฟื้นตัวที่ 30 วันก็ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม

จากการศึกษาในเด็กที่มีภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากเลือดจางรุนแรงพบว่า การให้เลือดที่เก็บรักษาไว้นานไม่ด้อยกว่าเลือดที่เพิ่งเก็บ ในด้านการลดระดับ lactate ในเลือดอันเป็นการสนับสนุนประสิทธิภาพของการให้เม็ดเลือดแดงผ่านการเก็บรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนรุนแรงและเลือดเป็นกรดจากเลือดจาง

## Ibrutinib ในการรักษาแรกสำหรับมะเร็ง CLL

N Engl J Med 2015;373:2425-2437.

บทความเรื่อง Ibrutinib as Initial Therapy for Patients with Chronic Lymphocytic Leukemia รายงานว่า โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดลิมโฟไซต์ (chronic lymphocytic leukemia: CLL) พบบ่อยในผู้สูงอายุซึ่งมักมีโรคร่วมและมีข้อจำกัดทั้งการกดภูมิคุ้มกันและการกดไขกระดูก ซึ่งการศึกษา international, open-label, randomized phase 3 trial นี้ได้เปรียบเทียบ ibrutinib และ chlorambucil ในผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่เคยรักษามาก่อนและเป็น CLL หรือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด small lymphocytic lymphoma

ผู้ป่วยอายุ 65 ปีหรือมากกว่าซึ่งไม่เคยรักษามาก่อน และเป็น CLL หรือ small lymphocytic lymphoma ได้รับการสุ่มให้รักษาด้วย ibrutinib หรือ chlorambucil โดยจุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ การรอดชีวิตโดยโรคสงบประเมินโดยคณะกรรมการอิสระ

มัธยฐานอายุของผู้ป่วยเท่ากับ 73 ปี ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 18.4 เดือน พบว่า ibrutinib มีการรอดชีวิตโดยโรคสงบที่นานกว่า chlorambucil อย่างมีนัยสำคัญ (median, not reached vs 18.9 months) โดยมีความเสี่ยงการลุกลามหรือเสียชีวิตต่ำกว่า chlorambucil ถึง 84% (hazard ratio 0.16; p < 0.001) นอกจากนี้ ibrutinib ยังยืดระยะการรอดชีวิตโดยรวมได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีการคาดประมาณอัตราการรอดชีวิตที่ 24 เดือน เท่ากับ 98% เทียบกับ 85% จาก chlorambucil โดยกลุ่มที่ได้รับ ibrutinib มีความเสี่ยง

สัมพัทธ์ต่อการเสียชีวิต

ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ

chlorambucil 84%

(hazard ratio 0.16;

p = 0.001) การรักษา

ด้วย ibrutinib มีการตอบสนองโดยรวมสูงกว่า chlorambucil (86% vs 35%;

p < 0.001) และมีอัตราการเพิ่มขึ้นของฮีโมโกลบินและเกล็ดเลือดจากค่าเริ่มต้น

ที่สูงกว่า ด้านเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกระดับที่เกิดขึ้นในอย่างน้อย 20%

ของผู้ป่วยที่ได้รับ ibrutinib ประกอบด้วยท้องร่วง อ่อนเพลีย ไอ และคลื่นไส้

ขณะที่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกระดับที่เกิดขึ้นในอย่างน้อย 20% ของ

ผู้ป่วยที่ได้รับ chlorambucil ประกอบด้วยคลื่นไส้, neutropenia, เลือดจาง

และอาเจียน อนึ่ง ในกลุ่มที่ได้รับ ibrutinib group พบเลือดออกระดับ grade 3

ในผู้ป่วย 4 ราย และ grade 4 ใน 1 ราย โดยที่ 87% ในกลุ่มที่ได้รับ ibrutinib

ยังคงรับยาต่อไป

การรักษาด้วย ibrutinib ได้ผลดีกว่า chlorambucil ในผู้ป่วยที่

ไม่เคยได้รับการรักษาซึ่งเป็น CLL หรือ small lymphocytic lymphoma

โดยประเมินจากการรอดชีวิตโดยโรคสงบ การรอดชีวิตโดยรวม อัตราการ

ตอบสนอง และการเพิ่มขึ้นของตัวแปรทางโลหิตวิทยา





# การลดอุณหภูมิสำหรับความดันกะโหลกศีรษะสูงหลังสมองบาดเจ็บ

N Engl J Med 2015;373:2403-2412.

บทความเรื่อง Hypothermia for Intracranial Hypertension after Traumatic Brain Injury รายงานว่า การลดอุณหภูมิในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บสามารถลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ แต่ประโยชน์ของการลดอุณหภูมิต่อการทำหน้าที่ยังไม่ชัดเจน

การศึกษาได้สุ่มให้ผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท แม้ได้รับการรักษาในระยะที่ 1 (รวมถึง mechanical ventilation และ sedation management) ได้รับการรักษามาตรฐาน (กลุ่มควบคุม) หรือลดอุณหภูมิ (32-35 °C) ร่วมกับการรักษามาตรฐาน ในกลุ่มควบคุมได้เสริมการรักษาในระยะที่ 2 (เช่น osmotherapy) ในกรณีจำเป็นเพื่อควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ ขณะที่ในกลุ่มลดอุณหภูมิได้เสริมการรักษาในระยะที่ 2 เฉพาะเมื่อการลดอุณหภูมิไม่สามารถควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ โดยเสริมการรักษาในระยะที่ 3 (barbiturates และ decompressive craniectomy) ในทั้ง 2 กลุ่มหากไม่สามารถควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะด้วยการรักษาในระยะที่ 2 ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ คะแนนจาก Extended Glasgow Outcome Scale (GOS-E; range 1-8 โดยคะแนนที่ต่ำกว่าชี้ว่ามีผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ต่ำกว่า) ที่ 6 เดือน โดยประมาณผลลัพธ์การรักษาดังวิธี

ordinal logistic regression ซึ่งปรับสำหรับปัจจัยทำนายผลและแสดงเป็นค่า common odds ratio (โดย odds ratio < 1.0 แสดงว่ามีผลดีในแง่ของไปทางการลดอุณหภูมิ)

การศึกษาได้รวบรวมผู้ป่วย 387 รายจากโรงพยาบาล 47 แห่งใน 18 ประเทศ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2009 ถึงเดือนตุลาคม ค.ศ. 2014 โดยพบว่าจำเป็นต้องใช้การรักษาในระยะที่ 3 เพื่อควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะใน 54% ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและ 44% ของผู้ป่วยในกลุ่มลดอุณหภูมิ ค่า common odds ratio ที่ปรับแล้วสำหรับคะแนน GOS-E เท่ากับ 1.53 (95% confidence interval 1.02-2.30; p = 0.04) ซึ่งชี้ว่ากลุ่มลดอุณหภูมิมีผลลัพธ์ที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบผลลัพธ์ที่ดี (คะแนน GOS-E ระหว่าง 5-8 ซึ่งชี้ว่ามีความพิการปานกลางหรือมีการฟื้นตัวที่ดี) ใน 26% ของผู้ป่วยในกลุ่มลดอุณหภูมิ และใน 37% ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (p = 0.03)

การลดอุณหภูมิร่วมกับการรักษามาตรฐานเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท หลังสมองบาดเจ็บไม่มีผลลัพธ์ที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาตรฐานอย่างเดียว

## การเฝ้าระวังอาการและผ่าตัดหลังเคมีรังสีบำบัดในมะเร็งไส้ตรง

Lancet. Published Online: 16 December 2016

บทความเรื่อง Watch-and-wait Approach Versus Surgical Resection after Chemoradiotherapy for Patients with Rectal Cancer (the

OnCoRe Project): A Propensity-Score Matched Cohort Analysis ชี้ว่าการเฝ้าระวังอาการด้วย watch-and-wait approach หลังได้ clinical complete response จากเคมีรังสีบำบัดเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งไส้ตรง การศึกษานี้ได้ประเมินความปลอดภัยของแนวทาง watch and wait โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านมะเร็งวิทยาาระหว่างผู้ป่วยที่ดูแลด้วยแนวทาง watch and wait ซึ่งมี clinical complete response และผู้ป่วยผ่าตัด (การรักษามาตรฐาน)

การศึกษา Oncological Outcomes after Clinical Complete Response in Patients with Rectal Cancer (OnCoRe) ศึกษาแบบ propensity-score matched cohort analysis study ซึ่งรวมผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุที่ตรวจพบ rectal adenocarcinoma โดยไม่มี distant metastases และได้รับเคมีรังสีบำบัดก่อนการผ่าตัด (45 Gy ใน 25 daily fractions ร่วมกับเคมีบำบัดสูตร fluoropyrimidine-based) จากศูนย์มะเร็งในเมืองแมนเชสเตอร์ของอังกฤษ ระหว่างวันที่ 14 มกราคม ค.ศ. 2011 ถึงวันที่ 15 เมษายน ค.ศ. 2013 ผู้ป่วยซึ่งมี clinical complete response ได้รับการดูแลตามแนวทาง watch and wait ขณะที่ผู้ป่วยซึ่งไม่มี complete clinical response ได้รับการผ่าตัดในกรณีที่สามารถทำได้ การศึกษายังได้รวมข้อมูลทะเบียนของผู้ป่วยซึ่งมี clinical complete response และดูแลตาม watch and wait ระหว่างวันที่ 10 มีนาคม ค.ศ. 2005 ถึงวันที่ 21 มกราคม ค.ศ. 2015 จากศูนย์มะเร็งอีก 3 แห่ง

การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบได้เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่

ดูแลตาม watch and wait และกลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธี propensity-score matching (T stage, อายุ และ performance status) จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ การรอดชีวิตโดยปราศจากโรคเป็นซ้ำนับจากวันที่เริ่มเคมีรังสีบำบัด จุดยุติทุติยภูมิ ได้แก่ การรอดชีวิตโดยรวมและการรอดชีวิตโดยไม่ต้องเปิดทวารเทียม โดยให้ค่า p ที่น้อยกว่า 0.01 ชี้ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในศูนย์มะเร็งเมืองแมนเชสเตอร์มีจำนวน 259 ราย โดย 228 รายได้รับการผ่าตัด และ 31 รายซึ่งมี clinical complete response ได้รับการดูแลตาม watch and wait ภายหลังมีผู้ป่วยที่เพิ่มเข้ามาในกลุ่ม watch and wait อีก 98 รายจากข้อมูลทะเบียน ซึ่งในจำนวนนี้ (มีฐานระยะการติดตาม 33 เดือน [IQR 19-43]) พบว่า 44 ราย (34%) เกิดการเป็นซ้ำเฉพาะที่ (actuarial rate ที่ 3 ปี เท่ากับ 38% [95% CI 30-48]) โดย 36 ราย (88%) จาก 41 รายที่เกิดการเป็นซ้ำแบบไม่ลุกลามได้รับการรักษา salvage ข้อมูลจาก matched analyses (ผู้ป่วย 109 รายในแต่ละกลุ่ม) ไม่พบผลต่างด้านการรอดชีวิตโดยปราศจากโรคเป็นซ้ำที่ 3 ปี ระหว่างกลุ่ม watch and wait และกลุ่มผ่าตัด (88% [95% CI 75-94] จาก watch and wait vs 78% [63-87] จากการผ่าตัด; time-varying p = 0.043) เช่นเดียวกับที่ไม่พบผลต่างด้านการรอดชีวิตโดยรวมที่ 3 ปี (96% [88-98] vs 87% [77-93]; time-varying p = 0.024) ในทางกลับกันผู้ป่วยที่ดูแลตาม watch and wait มีผลลัพธ์ด้านการรอดชีวิตโดยไม่ต้องเปิดทวารเทียมที่ 3 ปี ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกลุ่มผ่าตัด (74% [95% CI 64-82] vs 47% [37-57]; hazard ratio 0.445 [95% CI 0.31-0.63; p < 0.0001) โดยมี absolute difference ในผู้ป่วยซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงการเปิดทวารเทียมถาวรที่ 3 ปี ระหว่างทั้ง 2 กลุ่มเท่ากับ 26% (95% CI 13-39)

ผู้ป่วยมะเร็งไส้ตรงที่ดูแลตาม watch and wait จำนวนมากสามารถหลีกเลี่ยงการผ่าตัดใหญ่และการเปิดทวารเทียมถาวรโดยเสี่ยงต่อความปลอดภัยด้านมะเร็งวิทยาที่ 3 ปี ซึ่งข้อมูลนี้ควรมีส่วนในการตัดสินใจเมื่อเริ่มทำเคมีรังสีบำบัด





## คุมการอักเสบเข้มงวดในข้ออักเสบสะเกิดเงิน ระยะแรก (TICOPA)

Lancet. 2015;386(10012):2489-2498.

บทความเรื่อง Effect of Tight Control of Inflammation in Early Psoriatic Arthritis (TICOPA): A UK Multicentre, Open-Label, Randomised Controlled Trial รายงานว่าการรักษาโดยเร็วและควบคุมการอักเสบอย่างเข้มงวดช่วยให้มีผลลัพธ์ที่ดีในข้ออักเสบรูมาตอยด์ แต่เนื่องจากแนวทางนี้ยังไม่มีการศึกษาในข้ออักเสบสะเกิดเงิน จึงมีการศึกษาเพื่อประเมินผลของการควบคุมอย่างเข้มงวดในข้ออักเสบสะเกิดเงินที่เพิ่งตรวจพบด้วย treat-to-target approach

การศึกษามีรูปแบบเป็น open-label multicentre randomised controlled trial โดยรวบรวมผู้ใหญ่ (อายุ  $\geq 18$  ปี) ซึ่งเพิ่งตรวจพบข้ออักเสบสะเกิดเงิน (มีอาการมาแล้ว  $< 24$  เดือน) และไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคจากศูนย์โรคข้อ 8 แห่งในสหราชอาณาจักร ผู้ป่วยได้รับการสุ่มให้รักษาด้วยการควบคุมอย่างเข้มงวด (ประเมินทุก 4 สัปดาห์ และปรับเปลี่ยนขึ้นหากยังไม่ถึง minimal disease activity criteria) หรือได้รับการรักษามาตรฐาน (การรักษาตามแนวทางของแพทย์ผู้รักษาและประเมินทุก 12 สัปดาห์) เป็นระยะเวลา 48 สัปดาห์ ผลลัพธ์ทางคลินิกมีการประเมินทุก 12 สัปดาห์ โดยมีผลลัพธ์หลัก ได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้

American College of Rheumatology (ACR) 20% (ACR20) response ที่ 48 สัปดาห์ โดยวิเคราะห์แบบ intention to treat ร่วมกับ multiple imputation สำหรับ ACR components ที่หายไป ตลอดจนความคุ้มค่าของการรักษา

ระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม ค.ศ. 2008 ถึงวันที่ 21 มีนาคม ค.ศ. 2015 มีผู้ป่วยที่รวบรวมเข้ามาในการศึกษา 206 ราย โดยสุ่มเป็นกลุ่มควบคุมเข้มงวด ( $n = 101$ ) หรือกลุ่มรักษามาตรฐาน ( $n = 105$ ) ในกลุ่ม intention-to-treat พบว่า ค่า odds ของการได้ ACR20 response ที่ 48 สัปดาห์สูงกว่าในกลุ่มควบคุมเข้มงวดเทียบกับกลุ่มรักษามาตรฐาน (odds ratio 1.91, 95% CI 1.03-3.55;  $p = 0.0392$ ) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงมีรายงานในผู้ป่วย 20 ราย (10%) (25 เหตุการณ์ใน 14 ราย [14%] ของกลุ่มควบคุมเข้มงวด และ 8 เหตุการณ์ใน 6 ราย [6%] ของกลุ่มรักษามาตรฐาน) ระหว่างการศึกษา โดยไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่ไม่คาดคิดหรือการเสียชีวิต

การควบคุมความรุนแรงของโรคข้ออักเสบสะเกิดเงินอย่างเข้มงวดตาม treat-to-target approach ช่วยให้มีผลลัพธ์ของข้อที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งตรวจพบโดยไม่มียารักษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่ไม่คาดคิด

## ผลระยะยาวปรับวิถีชีวิต หรือ metformin ต่อเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดขนาดเล็ก

Lancet Diabetes Endocrinol. 2015;3(11):866-875.

บทความเรื่อง Long-term Effects of Lifestyle Intervention or Metformin on Diabetes Development and Microvascular Complications over 15-Year Follow-up: the Diabetes Prevention Program Outcomes Study รายงานว่า แนวทางการป้องกันที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นเพื่อรับมือกับการระบาดของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั่วโลก ซึ่งการศึกษานี้ได้ประเมินผลระยะยาวของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและ metformin ต่อการป้องกันโรคเบาหวานจากที่พบในการศึกษา Diabetes Prevention Program (DPP) และประเมินว่ามาตรการดังกล่าวสามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดขนาดเล็กจากโรคเบาหวานได้หรือไม่

การศึกษา DPP (ค.ศ. 1996-2001) เป็นการศึกษา randomised trial เปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มงวด หรือ metformin กับ ยาหลอกในอาสาสมัครที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อโรคเบาหวาน โดยอาสาสมัครได้รับการฝึกอบรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเมื่อสิ้นสุดการศึกษา DPP อาสาสมัคร 2,776 ราย (88%) ที่ยังคงมีชีวิตอยู่ได้รับการติดตามในการศึกษา DPP Outcomes Study (DPPOS ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน ค.ศ. 2002 ถึงวันที่ 2 มกราคม ค.ศ. 2014) และวิเคราะห์แบบ intention to treat ตามการรักษาที่ได้รับในการศึกษา DPP ระหว่างการศึกษา DPPOS ได้เสริมการปรับวิถีชีวิตปีละ 2 ครั้งในกลุ่มปรับวิถีชีวิต และให้ metformin แบบ unmasked ในกลุ่มที่ได้รับ metformin ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเกิดโรคเบาหวานและความชุกของโรคหลอดเลือดขนาดเล็ก อนึ่ง การประเมินผลด้านโรคหลอดเลือดขนาดเล็กประเมินจากผลลัพธ์รวมด้านหลอดเลือดขนาดเล็กซึ่งประกอบด้วย nephropathy, retinopathy และ neuropathy

จากมัธยฐานระยะการติดตาม 15 ปี พบว่าอุบัติการณ์ของ

เบาหวานลดลง 27% ในกลุ่มปรับวิถีชีวิต (hazard ratio 0.73, 95% CI 0.65-0.83;  $p < 0.0001$ ) และลดลง 18% ในกลุ่มที่ได้รับ metformin (0.82, 0.72-0.93;

$p = 0.001$ ) เทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก โดยมีผลต่างระหว่างลดลงตามระยะเวลาซึ่งที่ 15 ปีพบว่า อุบัติการณ์สะสมของเบาหวานเท่ากับ 55% ในกลุ่มปรับวิถีชีวิต, 56% ในกลุ่มที่ได้รับ metformin และ 62% ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก ความชุกของผลลัพธ์รวมด้านหลอดเลือดขนาดเล็กเมื่อสิ้นสุดการศึกษาไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างแต่ละกลุ่ม (ยาหลอก 12.4%, 95% CI 11.1-13.8; metformin 13.0%, 11.7-14.5; ปรับวิถีชีวิต 11.3%, 10.1-12.7) อย่างไรก็ตาม ในผู้หญิง ( $n = 1,887$ ) พบว่าการปรับวิถีชีวิตสัมพันธ์กับความชุกที่ต่ำกว่า (8.7%, 95% CI 7.4-10.2) เทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (11.0%, 9.6-12.6) และ metformin (11.2%, 9.7-12.9) โดยมีการลดลงในกลุ่มปรับวิถีชีวิตเท่ากับ 21% ( $p = 0.03$ ) เทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก และ 22% ( $p = 0.02$ ) เทียบกับกลุ่มที่ได้รับ metformin และเมื่อเทียบกับอาสาสมัครที่เป็นเบาหวานแล้วพบว่า ผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานมีความชุกของภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กต่ำกว่า 28% (relative risk 0.72, 95% CI 0.63-0.83;  $p < 0.0001$ )

การปรับวิถีชีวิตหรือการให้ metformin สามารถลดการเกิดโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญตลอดระยะเวลา 15 ปี และแม้ไม่พบผลต่างของผลลัพธ์รวมด้านหลอดเลือดขนาดเล็กระหว่างแต่ละกลุ่ม แต่พบว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานมีความชุกของภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กต่ำกว่า ผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งสนับสนุนความสำคัญของการป้องกันโรคเบาหวาน



# การใช้ Warfarin ร่วมกับ Sulfonylureas และภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรง



BMJ 2015;351:h6223.

บทความเรื่อง Association between Use of Warfarin with Common Sulfonylureas and Serious Hypoglycemic Events: Retrospective Cohort Analysis รายงานผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการให้ warfarin กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรงในผู้สูงอายุซึ่งรักษาด้วย glipizide และ glimepiride ในกลุ่ม sulfonylureas

การศึกษาเป็น retrospective cohort analysis จากการเรียกเก็บค่ายาและค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยอายุ 65 ปีหรือมากกว่าที่ใช้สิทธิ์ Medicare กลุ่มตัวอย่างรวมผู้ป่วย 465,918 ราย ซึ่งเป็นเบาหวานและได้รับการจ่ายยา glipizide หรือ glimepiride ระหว่างปี ค.ศ. 2006-2011 (4,355,418 person quarters) โดย 71,895 ราย (15.4%) ยังได้รับ warfarin (416,479 person quarters ที่ใช้ warfarin) ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเข้าห้องฉุกเฉินหรือรับเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะน้ำตาลต่ำใน person quarters ที่ได้รับ warfarin ร่วมกับ glipizide/glimepiride เทียบกับอัตราใน quarters ที่ได้รับ glipizide/glimepiride อย่างเดียว โดยปรับลักษณะบุคคลด้วย multivariable logistic regression และผลลัพธ์รอง ได้แก่ ภาวะตกหกล้มและการเปลี่ยนแปลงของ consciousness/mental status

ใน quarters ที่ได้รับ glipizide/glimepiride พบว่า การรับเข้า

โรงพยาบาลหรือเข้าห้องฉุกเฉินเนื่องจากภาวะน้ำตาลต่ำเกิดขึ้นบ่อยกว่าใน person quarters ที่ได้รับ warfarin ร่วมด้วยเทียบกับใน quarters ที่ไม่ได้รับ warfarin (294/416,479 vs 1,903/3,938,939; adjusted odds ratio 1.22, 95% confidence interval 1.05-1.42) ความเสี่ยงภาวะน้ำตาลต่ำจากการใช้ยาร่วมกันมีระดับสูงกว่าในผู้ที่ใช้ warfarin เป็นครั้งแรก และในผู้ที่อายุระหว่าง 65-74 ปี การใช้ warfarin ร่วมกับ glipizide/glimepiride ยังสัมพันธ์กับการรับเข้าโรงพยาบาลหรือเข้าห้องฉุกเฉินเนื่องจากภาวะตกหกล้ม (3,919/416,479 vs 20,759/3,938,939; adjusted odds ratio 1.47, 1.41-1.54) และการเปลี่ยนแปลงของ consciousness/mental status (2,490/416,479 vs 14,414/3,938,939; adjusted odds ratio 1.22, 1.16-1.29) อนึ่ง อาจมีปัจจัยที่ไม่ได้ศึกษาซึ่งสัมพันธ์กับทั้งการใช้ warfarin และการเกิดน้ำตาลต่ำที่รุนแรง และข้อมูลนี้อาจไม่สามารถใช้กับประชากรกลุ่มอื่นนอกจากผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้สวัสดิการ Medicare ข้อมูลจากการศึกษาชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการให้ warfarin ร่วมกับ glipizide/glimepiride และการรับเข้าโรงพยาบาลหรือเข้าห้องฉุกเฉินเนื่องจากภาวะน้ำตาลต่ำและภาวะที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่ม warfarin และเสนอแนะว่าอาจมีอันตรายที่มียาสำคัญระหว่างการรักษา



## ความสัมพันธ์ปวดสะโพกและผลภาพรังสีของข้อเสื่อม

BMJ 2015;351:h5983.

บทความเรื่อง Association of Hip Pain with Radiographic Evidence of Hip Osteoarthritis: Diagnostic Test Study รายงานข้อมูลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่าง

อาการปวดสะโพกและข้อเสื่อมที่ยืนยันจากภาพถ่ายรังสี โดยอาศัยการประเมินข้อเสื่อมจากภาพถ่ายรังสีเชิงกรานในกลุ่มประชากรของการศึกษา Framingham Osteoarthritis Study และ Osteoarthritis Initiative ร่วมกับรายงานของอาสาสมัครด้านการเกิดอาการปวดและตำแหน่งที่ปวด ได้แก่ ด้านหน้า ขาหนีบ ด้านหลัง ก้น และหลังส่วนล่าง โดยที่ในการศึกษา Framingham ยังได้ตรวจจากรูปการปวดจากการหมุนข้อเสื่อมในอาสาสมัครที่มีอาการปวดสะโพก นอกจากนี้ยังได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อเสื่อมที่ยืนยันจากภาพถ่ายรังสีและอาการปวดสะโพก โดยในผู้ป่วยรายที่มีอาการปวดสะโพกซึ่งสงสัยว่าเป็นข้อเสื่อมยังได้คำนวณความไว ความจำเพาะ ค่าการทำนายผลบวกและค่าการทำนายผลลบของภาพถ่ายรังสีในฐานะการตรวจวินิจฉัย

จากการศึกษา Framingham study (n = 946) พบว่ามีเพียง 15.6% ของสะโพกในผู้ป่วยปวดสะโพกเป็นประจำที่เป็นข้อเสื่อม

ยืนยันจากภาพรังสี และ 20.7% ของสะโพกที่เป็นข้อเสื่อมยืนยันจากภาพรังสี มีอาการปวดเป็นประจำ ความไวของข้อเสื่อมยืนยันจากภาพรังสีสำหรับอาการปวดสะโพกที่บริเวณขาหนีบเท่ากับ 36.7% ความจำเพาะเท่ากับ 90.5% ค่าการทำนายผลบวกเท่ากับ 6.0% และค่าการทำนายผลลบเท่ากับ 98.9% ซึ่งผลลัพธ์ไม่ต่างกันนักสำหรับอาการปวดสะโพกตำแหน่งอื่น หรือสำหรับอาการปวดจากการหมุนข้อเสื่อมจากการศึกษา Osteoarthritis Initiative study (n = 4,366) พบว่ามีเพียง 9.1% ของสะโพกในผู้ป่วยมีอาการปวดเป็นประจำที่เป็นข้อเสื่อมอีกเสบยืนยันจากภาพรังสี และ 23.8% ของสะโพกที่เป็นข้อเสื่อมอีกเสบยืนยันจากภาพรังสีมีอาการปวดเป็นประจำ ความไวของข้อเสื่อมยืนยันจากภาพรังสีสำหรับปวดสะโพกที่บริเวณขาหนีบเท่ากับ 16.5% ความจำเพาะเท่ากับ 94.0% ค่าการทำนายผลบวกเท่ากับ 7.1% และค่าการทำนายผลลบเท่ากับ 97.6% ซึ่งผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันมากนักสำหรับอาการปวดสะโพกตำแหน่งอื่น

อาการปวดสะโพกมักไม่พบในข้อเสื่อมอีกเสบยืนยันจากภาพรังสี และสะโพกที่มีอาการปวดก็มักไม่ปรากฏข้อเสื่อมจากภาพรังสี ซึ่งการที่ส่วนใหญ่ของอาสาสมัครสูงอายุที่สงสัยว่าเป็นข้อเสื่อม (ปวดขาหนีบหรือด้านหน้า และ/หรือมีอาการปวดจากการหมุนข้อเสื่อม) ไม่มีข้อเสื่อมจากภาพรังสีชี้ว่าในหลายกรณี การวินิจฉัยจากภาพรังสีอย่างเดียวอาจทำให้มองข้ามข้อเสื่อม

# เม็กซิโกอนุมัติวัคซีนแดงที่ตัวแรก

**ปีบีซี - กระทรวงสาธารณสุขเม็กซิโกแถลง** รับรองการใช้วัคซีน Dengvaxia อันเป็น วัคซีนป้องกันไข้แดงที่ตัวแรกของโลก

กระทรวงสาธารณสุขเม็กซิโก แถลงว่า การรับรองวัคซีน Dengvaxia ดังกล่าว ทำให้เม็กซิโกก้าวขึ้นมาเป็นหัวแถวในการ รับมือกับไข้แดงที่ โดยเบื้องต้นจะมีการ ฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนอายุระหว่าง 9-49 ปี รวบรวม 40,000 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ การแพร่ระบาดของไข้แดงที่ซึ่งมักพบในแถบ เส้นศูนย์สูตรหรือใกล้เส้นศูนย์สูตร

ด้านองค์การอนามัยโลกชี้ว่า ไข้แดงที่เป็นสาเหตุหลักของการรับเข้ารับรักษา ยังโรงพยาบาลในกลุ่มประเทศละตินอเมริกา และเอเชีย และส่วนใหญ่มีกระบาดในเด็ก ขณะที่อัตราการตายจากไข้แดงที่ซึ่งมีอยู่เป็น พายัพอยู่ที่ราว 22,000 คนต่อปี อนึ่ง วัคซีน Dengvaxia เป็นผลลัพธ์จากการวิจัยและ พัฒนาโดยบริษัทซานofi ด้วยงบประมาณ กว่า 1,600 ล้านดอลลาร์ และมีประสิทธิภาพ ป้องกันไวรัสแดงที่ 4 สายพันธุ์



## ตายจากเสพยาในสหรัฐฯ พุ่งสูงเป็นประวัติการณ์

**เอเอฟพี - เจ้าหน้าที่ยาเสพติดเผยอัตรา** การเสียชีวิตจากเสพยาเกินขนาดใน สหรัฐอเมริกาทำสถิติพุ่งสูงเป็น ประวัติการณ์ โดยมีสาเหตุสำคัญมาจาก ยาแก้ปวดและเฮโรอีน

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ แห่งสหรัฐอเมริกา (ซีดีซี) เผยว่า อัตราการ เสียชีวิตจากยาเสพติดเมื่อปีก่อนพุ่งแซงหน้า ขึ้นไปที่กว่า 47,000 ราย โดยสูงขึ้นถึงร้อยละ 14 ภายในปีเดียว โดยส่วนใหญ่เป็นการ เสียชีวิตจากการเสพยาในกลุ่ม opioid มาก เกินขนาดทั้งในรูปยาแก้ปวดหรือเฮโรอีน และอัตราการตายจากการเสพยาเกินขนาด มีตัวเลขสูงกว่าการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

บนท้องถนนถึง 1.5 เท่า เจ้าหน้าที่กล่าวถึงว่า อีกด้านหนึ่ง ยาเสพติดก็กำลังเป็น ปัญหาสำคัญที่ บ่อนทำลายทั้งครอบครัวและชุมชน ซึ่งใน การที่จะยับยั้งแนวโน้มการแพร่ระบาดและ ลดการเสียชีวิตนั้นจำเป็นที่จะต้องอาศัย



มาตรการป้องกันการติดยาเสพติด ขณะ เดียวกันก็ต้องให้ความช่วยเหลือและการ รักษาสำหรับผู้ที่ติดยาเสพติดจากการ เสพยาในกลุ่ม opioid ด้วย

ด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สหรัฐอเมริกา กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุข กำลังประชาสัมพันธ์แนวทางการจ่ายยากกลุ่ม opioid สำหรับแพทย์ และปรับปรุงการบำบัด ฟันฟูผู้ติดยาเสพติดอันเป็นส่วนหนึ่งของ มาตรการแก้ปัญหาค่าการเสียชีวิตจากการเสพยา เกินขนาด นอกจากนี้ยังได้จัดการรณรงค์ เพิ่มการใช้ยา naloxone ซึ่งเป็น antidote ออกฤทธิ์เร็วสำหรับการช่วยเหลือในผู้ที่มา ด้วยอาการเสพยาเกินขนาด

**รอยเตอร์ส - จีนประกาศยกระดับควบคุม** การวิจัยพัฒนายาใหม่ ชี้ยังคงหย่อนยาน แม้พยายามผลักดันปรับปรุงคุณภาพ การผลิตให้ทัดเทียมคู่แข่งต่างชาติ

แถลงการณ์ของสำนักงานอาหาร และยาของจีนระบุว่า แม้ที่ผ่านมาหลาย มณฑลเริ่มมีความคืบหน้าในการกวาดล้าง คุณภาพข้อมูลการวิจัยสำหรับพัฒนาใหม่ แต่ก็พบด้วยว่ายังคงมีอีกหลายมณฑลที่ ยังไปไม่ถึงไหน ตามที่ผลการสุ่มตรวจข้อมูล วิจัยที่ ่องให้เห็นข้อมูลบกพร่องหรือ ไม่สมบูรณ์ ซึ่งมาตรการยกระดับคุณภาพ การวิจัยยานี้เป็นส่วนหนึ่งของความพยายาม

ปฏิรูประบบสาธารณสุขผ่านการส่งเสริม คุณภาพยาผลิตในประเทศ ลดการพึ่งพา ยาต้นแบบและยาใหม่จากต่างประเทศ

อีกด้านหนึ่ง บริษัทต่างชาติ ก็กำลังเผชิญความท้าทายครั้งใหญ่จากบริษัทยา สัญชาติจีน ซึ่งพัฒนาศักยภาพการแข่งขัน สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงนโยบายกำหนด เพดานราคาขายของรัฐบาลกลางเพื่อลดภาระ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาซึ่งสอดคล้องจะพุ่งถึง 1.3 ล้านล้านดอลลาร์ในอีก 5 ปีข้างหน้า

## จีนเข้มควบคุมวิจัยยาใหม่

โดยมีรายงานด้วยว่า บริษัทยาจีนยังคงมีการ เติบโตเป็นตัวเลข 2 หลัก ขณะที่บริษัทยา ต่างชาติมียอดขายชะลอตัวลงนับตั้งแต่ การเปิดโปงคดีรับสินบนเมื่อ 2 ปีก่อน



# กินข้าวพาลูกไกลโรคอ้วน

**ยาฮู!** - การศึกษาล่าสุดชี้ การรับประทานอาหารเช้าให้ช้าลงสามารถป้องกันการรับประทาน  
อาหารมากเกินไปและน้ำหนักขึ้นในเด็กโดยไม่จำเป็นต้องปรับอาหาร

ผลการศึกษาโดยนักวิจัยสหรัฐอเมริกาและเม็กซิโกชี้ว่า การรอเป็นเวลา 30 วินาที  
ก่อนที่จะรับประทานอาหารเช้าต่อไปช่วยให้เด็กรู้สึกอิ่มจนไม่รับประทานอาหารเช้ามากเกินไป ซึ่งทำให้  
เห็นผลต่างที่ชัดเจนด้านน้ำหนักตัวซึ่งลดลงระหว่างร้อยละ 2-5.7 ที่ 6 เดือน และร้อยละ 3.4-4.8  
ที่ 1 ปีในเด็กกลุ่มที่ปรับพฤติกรรมให้ดื่มน้ำ 1 แก้วก่อนรับประทานอาหารเช้า และเว้นระยะ  
30 วินาทีก่อนรับประทานต่อไป ขณะที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4-5.8 ที่ 6 เดือน และร้อยละ 8.3-  
12.6 ที่ 1 ปีในกลุ่มที่ไม่ได้ปรับพฤติกรรม

ด้วยผลลัพธ์ดังกล่าวทำให้หลายรัฐในเม็กซิโกติดต่อให้คณะนักวิจัยนำการปรับ  
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าดังกล่าวมาใช้ในโรงเรียน ขณะที่นักวิจัยมีแผนศึกษาเพิ่มเติม  
ในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นทั้งในเม็กซิโกและรัฐแคลิฟอร์เนียของสหรัฐอเมริกา ตลอดจนศึกษา  
ในกลุ่มฮิสแปนิกอันเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย



## กาแฟลดเสี่ยงตายก่อนวัยอันควร

**เมดิคอลนิวส์ทูเดย์ - หลักฐานใหม่ชี้**  
**การดื่มกาแฟวันละ 4-5 แก้วอาจช่วย**  
**ลดการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งก่อนวัยอันควร**

ผลการศึกษารายงานในวารสาร  
American Journal of Epidemiology ชี้ว่า  
การดื่มกาแฟวันละ 4 แก้วอาจลดความ  
เสี่ยงมะเร็งเมลาโนมาได้ถึงร้อยละ 20  
และการดื่มกาแฟเป็นประจำอาจ  
ลดความเสี่ยงการเสียชีวิตจากหลาย  
ปัจจัย รวมถึงโรคหัวใจและโรคเบาหวาน  
นอกจากนี้ยังยืนยันว่า การดื่มกาแฟวันละ

5 แก้ว หรือประมาณวันละ 400 มิลลิกรัม  
ไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อสุขภาพใน  
ระยะยาว

จากการเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่าง  
ที่ไม่ดื่มกาแฟพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มกาแฟ  
วันละ 4-5 แก้วมีความเสี่ยงต่ำสุดต่อการ  
เสียชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ รวมถึงโรคเบาหวาน  
หัวใจ ทางเดินหายใจ ไส้หัดใหญ่ และการ  
ฆ่าตัวตาย โดยสันนิษฐานว่า ประโยชน์  
ด้านลดความเสี่ยงการเสียชีวิตของกาแฟ  
อาจเป็นผลมาจากการออกฤทธิ์ของกาแฟ

ต่อการอักเสบ การทำงานของปอด ความ  
ไวอินซูลิน และภาวะซึมเศร้า



## ออสเตรเลียชนะคดีของบุหรี่

**รอยเตอร์ส - ศาลอนุญาโตตุลาการถาวรไม่รับคำฟ้องของบริษัทฟิลิป มอริส** กล่าวหา  
**กฎหมายบุหรี่ของเปล้าของออสเตรเลียเป็นการละเมิดทรัพย์สินทางปัญญา**

มองกันว่ากรณีที่ศาลอนุญาโตตุลาการถาวรแถลงไม่รับคำฟ้องของบริษัทฟิลิป มอริส  
ถือเป็นชัยชนะของออสเตรเลีย ซึ่งเป็นประเทศแรกที่บังคับให้ผู้ผลิตถอดตราสัญลักษณ์สินค้า  
ทั้งหมดออกจากซองบุหรี่ รวมถึงประเทศอื่นที่มีแผนจะก้าวตาม

ด้านเจ้าหน้าที่ระดับสูงของออสเตรเลียออกมาขานรับมติดังกล่าว โดยชี้ว่ากฎหมาย  
บุหรี่ของเปล้าเป็นมาตรการทางสาธารณสุขที่ชอบด้วยกฎหมายและสอดคล้องกับหลักสากล  
อย่างไรก็ดี แหล่งข่าวระบุว่าด้วยผลแพ้คดีนี้จะไม่ส่งผลต่อคดีที่ออสเตรเลียโดนฟ้องร้อง  
ต่อองค์การการค้าโลก หรือผ่านช่องทางกฎหมายด้านอื่น



# Clinical Research: Research Methodology & Data Analysis



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
การอบรมเชิงปฏิบัติการ  
“Clinical Research : Research  
Methodology & Data Analysis”



กลุ่มสาขาวิชาระบาดวิทยาคลินิกและชีวสถิติ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี จัดโครงการฝึกอบรม **Clinical Research: Research  
Methodology & Data Analysis** ระหว่างวันที่ 21-25 มีนาคม พ.ศ. 2559  
ณ ห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ ชั้น 3 ห้อง 317 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวม  
ด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล  
รามาธิบดี (อาคารสร้างใหม่ 9 ชั้น อยู่ติดกับสนามเทนนิส) ผู้สนใจสามารถ  
ลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://academic.ra.mahidol.ac.th> หรือ [www.acmrrama.com](http://www.acmrrama.com) สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ น.ส.ปวีณา ปันเงิน งานบริการวิชาการ  
ชั้น 1 อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท  
0-2201-2193, 0-2201-1542, 0-2201-2670 โทรสาร 0-2201-2607

## คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จัดโครงการบริจาคปฏิทินตั้งโต๊ะและแผ่นซีดีเก่า มอบให้แก่มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย และสมาคมคนพิการเคลื่อนไหวสากล



สืบเนื่องจากปีที่ผ่านมา ทางภาควิชาเภสัชวิทยาและพิษวิทยา ร่วมกับงานบริการ  
และสนับสนุนเทคนิคการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร  
ได้จัดทำโครงการเพื่อรวบรวมปฏิทินตั้งโต๊ะและแผ่นซีดีเก่าที่ไม่ใช้แล้ว เพื่อเดินทางนำไป  
มอบให้แก่มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ เพื่อทำหนังสือ  
อักษรเบรลล์และใช้ทำสื่อการเรียนการสอนให้ผู้พิการทางสายตาเมื่อเดือนมิถุนายน และ

เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ที่ผ่านมา จำนวนทั้งหมด 5,240 ฉบับ และได้รวบรวมแผ่นซีดีเก่าที่ไม่ใช้แล้ว จำนวน 50 แผ่นไปยังสมาคม  
คนพิการเคลื่อนไหวสากล (สพค.) เพื่อนำไปขายรีไซเคิลแปลงเป็นเงินเพื่อดูแลคนพิการที่ยากลำบากทั่วประเทศต่อไปนั้น ในปีนี้  
ทางผู้จัดทำโครงการเพื่อรวบรวมปฏิทินตั้งโต๊ะและแผ่นซีดีเก่าที่ไม่ใช้แล้วขึ้นอีกครั้ง ซึ่งผู้สนใจสามารถร่วมบริจาค โดยจัดส่งปฏิทิน  
ตั้งโต๊ะและแผ่นซีดีเก่ามาที่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000 หรือ  
สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ผศ.ดร.ปัทมวรรณ เขื่อนก่อง โทรศัพท 0-3425-3840-4 ต่อ 24269

# สร.เผยไทยลดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกเกือบเป็นศูนย์ เตรียมขอรับรองจากองค์การอนามัยโลก



**ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข** กล่าวว่า ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้สถานบริการสาธารณสุขดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยผสมผสานเข้ากับระบบบริการอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่ให้บริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ และให้นมผสมสำหรับทารกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 และเริ่มมีการให้ยาต้านไวรัสสูตร Zidovudine (AZT) ในแม่และทารกเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 และมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเรื่อยมา จนกระทั่งได้แนะนำให้ยา Highly

Active Antiretroviral Therapy (HAART) โดยเร็วที่สุดและต่อเนื่องหลังคลอด เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นการดำเนินการตามมาตรฐานสากลเช่นเดียวกับหลายประเทศ ซึ่งจากผลการดำเนินงานในช่วงปี พ.ศ. 2553-2554 ความครอบคลุมในการให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกอยู่ในระดับสูง คือหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 94.1 และเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อร้อยละ 99 ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ทำให้มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดร้อยละ 1.80-2.01 ซึ่งการให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกมีกระบวนการดำเนินงานที่มีมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับของทั้งระดับสากลและผู้ให้บริการ ทั้งนี้ผลลัพธ์การดำเนินงานสามารถควบคุมการติดเชื้อในทารกแรกเกิดได้ โดยเฉพาะเชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิส แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีศักยภาพมีความพร้อมที่จะเข้าสู่การรับรองจากองค์การอนามัยโลกในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก

## สร.ร่วมมือโรงเรียนแพทย์ปรับพฤติกรรมผู้ป่วยควบคู่การใช้ยา

**ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข** กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขมีแผนการดำเนินงานป้องกันการควบคุมโรคเบาหวานโดยเริ่มจากกลุ่มเสี่ยงไปถึงกลุ่มที่มีภาวะดื้ออินซูลิน ตั้งเป้าหมายดังนี้ ลดอัตราป่วยรายใหม่ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เลิกสูบบุหรี่ได้ ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ได้รับการประเมินความเสี่ยงและมีการะแทรกซ้อนและความพิการลดลงใน 3 กลุ่มหลักคือ 1. กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง จะไม่ให้ป่วย ใช้แผนพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัย 5 กลุ่มวัย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น ลดการบริโภคน้ำตาล เพิ่มการออกกำลังกาย 2. กลุ่มป่วย จะมีการคัดกรองตรวจตั้งแต่เริ่มแรก รู้ผล และรักษาได้รวดเร็ว ใช้แผนพัฒนาคุณภาพระบบบริการและเชื่อมโยงบูรณาการกับระบบสุขภาพสาขาอื่น ๆ เช่น หลอดเลือดสมอง ตา ไต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และ 3. กลุ่มพิการหรือรายที่ซับซ้อน จะดำเนินงานผ่านเขตสุขภาพพื้นที่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล โดยบูรณาการผ่านระบบสุขภาพ อำเภอ ตำบล จัดการสุขภาพซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขและทีมหมอครอบครัวดูแลเพื่อให้คนในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้เอง และจะร่วมกับโรงเรียนแพทย์

พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนที่เน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ความรู้ความเข้าใจ จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ รวมถึงกำหนดตัวอย่างหรือต้นแบบที่ดีเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกิน เช่น การตั้งคลินิก NCD ก็จะสามารถลดการเพิ่มของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เช่นกัน



# สร.เปิดคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกครบวงจร ในโรงพยาบาลใหญ่ ร้อยละ 80 ในปี 2559



**ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข** กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยเป็น 1 ใน 13 สาขาหลักที่จะเร่งรัดพัฒนาให้เป็นทางเลือกของประชาชน และยังเป็น 1 ใน 5 เรื่องหลักที่เร่งรัดปฏิรูป เพื่อบรรลุระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอีก 20 ปีข้างหน้า และเป้าหมายสุขภาพระดับโลก เพื่อสนับสนุนการที่ประเทศไทยจะเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

ด้านบริการสุขภาพ บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ยาและผลิตภัณฑ์ยาเพื่อสุขภาพ งานบริการวิชาการและงานวิจัย โดยได้บูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาสมุนไพรต่อยอดทั้งด้านการรักษาและผลิตภัณฑ์ ดังนี้ 1. ผลักดันให้เกิดแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย (พ.ศ. 2560-2564) 2. ผลักดันเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ เชื่อมโยงกับการแพทย์แผนปัจจุบันให้เกิดระบบการแพทย์ที่เอื้อซึ่งกันและกัน เพิ่มทางเลือกให้ประชาชน 3. ส่งเสริมการวิจัยเพื่อสร้างการยอมรับและเชื่อมั่นให้แก่ประชาชน และ 4. จัดตั้งกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นครั้งแรก เพื่อการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม นำร่อง 12 จังหวัด โดยมีเป้าหมายพัฒนาให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร รักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม ภูมิแพ้ อย่างน้อย 1 คลินิก ร้อยละ 80 ในปี พ.ศ. 2559 และมีบริการการแพทย์แผนไทยคู่ขนานแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 70 โดยศาสตร์การรักษา ได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย นวดไทย การฝังเข็มในแพทย์แผนจีนหรือการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง โดยสวดมนต์ บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลโครงสร้าง เป็นต้น

## สบส.หนุน 172 ร.พ.เอกชนใน 15 จังหวัดท่องเที่ยวชั้นนำ และเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

**น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) กระทรวงสาธารณสุข** กล่าวว่า กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้วางแผนความร่วมมือโดยเร่งให้การสนับสนุนและพัฒนาโรงพยาบาลรัฐและเอกชนให้ได้มาตรฐาน ผ่านการรับรองมาตรฐานที่สภากลุ่มยอมรับคือ เอชเอ (HA: Hospital Accreditation) หรือเจซีไอ (JCI: The Joint Commission International) อย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อสร้างชื่อเสียงให้ไทยก้าวขึ้นสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติอันดับ 1 ของโลก สนองนโยบายรัฐบาลในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่ออนาคต และไม่มีผลกระทบต่อคนไทย โดยเป้าหมายหลักในปีี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเน้นหนักส่งเสริมพัฒนาโรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ใน 2 แหล่งเศรษฐกิจสำคัญของประเทศ ให้ได้รับการรับรองคุณภาพเอชเอ หรือเจซีไอ ซึ่งคาดว่าจะมีชาวต่างชาติเดินทางเข้ามาจำนวนมากขึ้น ได้แก่ 10 จังหวัดท่องเที่ยวชั้นนำคือ กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต ชลบุรี เชียงใหม่ สุราษฎร์ธานี สงขลา กระบี่ ประนครศรีอยุธยา พังงา และประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 163 แห่ง ซึ่งขณะนี้ได้รับการรับรองไปแล้ว 65 แห่ง ยังเหลือ 98 แห่ง ปีนี้จะให้ผ่านการรับรองร้อยละ 50 และแหล่งที่ 2 คือในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ 5 จังหวัดคือ ตาก มุกดาหาร สระแก้ว สงขลา และตราด ซึ่งมีโรงพยาบาลเอกชน 9 แห่ง ได้รับการรับรองแล้ว 4 แห่ง เหลืออีก 5 แห่ง ปีนี้มีเป้าหมายพัฒนาให้ผ่าน



การรับรองร้อยละ 30 และในปีแรกนี้จะจัดตั้งศูนย์ล่ามแปลภาษาใน 2 พื้นที่นี้ด้วย เพื่ออำนวยความสะดวกชาวต่างชาติ เบื้องต้นอาจเป็นอาหรับ จีน ญี่ปุ่น เวียดนาม พม่า ต่อไปจะขยายศูนย์ล่ามตามแหล่งท่องเที่ยว ทั้งนี้ในภาพรวมการพัฒนาในรอบ 10 กว่าปี ไทยมีโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนที่ผ่านการรับรองมาตรฐานเอชเอ และเจซีไอแล้ว 97 แห่ง ซึ่งถือว่ามีจำนวนมากที่สุดในอาเซียน โดยอยู่ในกทม. 45 แห่ง และต่างจังหวัด 52 แห่ง มั่นใจว่ายอดผู้ใช้บริการในปี พ.ศ. 2559 จะไม่ต่ำกว่า 1.2 ล้านครั้งอย่างแน่นอน

# ทาเคดา จัด Takeda Annual Certification 2015

## สอบวัดระดับผู้แทนฝ่ายขายและการตลาด

# “พัฒนาความรู้ คุณธรรม นำธุรกิจยั่งยืน”



‘ทาเคดา’ มินโยบายมุ่งเน้นให้ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดมีมาตรฐานสูง ทั้งด้านความรู้ทางวิชาการ ทักษะ คุณธรรม และจริยธรรมในการทำงาน จึงได้จัดให้มีการสอบวัดระดับผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี โดยในครั้งนี้เป็นครั้งที่ 4 ซึ่งจะมีการวัดผลทั้งการสอบข้อเขียนและ Role Play ครอบคลุมเรื่องโรค ความรู้ ผลิตภัณฑ์ และทักษะการขาย เพื่อให้ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดที่มีคุณภาพและจริยธรรมในการนำเสนอและให้บริการทางด้านข้อมูลนวัตกรรมยาแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

ในโอกาสนี้ได้รับเกียรติจาก **ศ.นพ.สมชาย เอี่ยมอ่อง** นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นประธานเปิดงาน ‘Takeda Annual Certification 2015’ ซึ่งจัดขึ้น ณ โรงแรม แลนมาร์ค เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558

**ศ.นพ.สมชาย** กล่าวว่า ขอแสดงความยินดีกับทาเคดาที่ได้จัด Takeda Annual Certification 2015 ขึ้น ถือเป็นครั้งแรกที่ได้เห็นบริษัทเอกชนจัดการสอบวัดระดับความรู้ในลักษณะนี้เพื่อประเมินความรู้ความสามารถของบุคลากร ซึ่งโดยส่วนตัวแล้วค่อนข้างประทับใจ คิดว่าเป็นสิ่งที่ดีมาก เพราะเป็นหลักประกันที่ทำให้มั่นใจได้ว่าทุกคนจะมีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านวิชาการ ทักษะ คุณธรรม จริยธรรมในการทำงาน รวมถึงเรื่องโรค ความรู้ ในผลิตภัณฑ์ และทักษะการขาย เพื่อพัฒนาธุรกิจให้ก้าวไปในทิศทางเดียวกัน และเติบโตอย่างยั่งยืน

“ผมคิดว่าการทำธุรกิจของบริษัทเอกชน ถ้าพูดอย่างตรงไปตรงมาแล้ว เป้าหมายก็คงจะเป็น

เรื่องของกำไร แต่ถ้ากำไรหรือผลประโยชน์นั้นได้มาอย่างถูกต้อง มีคุณธรรมด้วยแล้ว ก็ย่อมเป็นสิ่งที่ดี การจัดส่งผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดในครั้งนี้ จะทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจในบริษัทมากขึ้น ซึ่งแน่นอนว่าย่อมจะส่งผลดีต่อธุรกิจในระยะยาว” **ศ.นพ.สมชาย** กล่าว

**ศ.นพ.สมชาย** กล่าวอีกว่า โดยส่วนตัวแล้ว ได้ยินชื่อเสียงของทาเคดามานาน ทราบว่าในการคัดเลือกบุคลากรเข้ามาทำงาน บริษัทจะคัดเลือกจากผู้ที่มีความสนใจจริง ๆ ในวงการแพทย์ ด้วยเล็งเห็นว่าผู้ที่มีความสนใจใฝ่รู้จะสามารถทำงานออกมาได้อย่างดี สำหรับผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดถือเป็นฟันเฟืองสำคัญของบริษัท ทั้งผู้ที่กำลังก้าวเข้ามาสู่วิชาชีพนี้ หรืออยู่ในวิชาชีพมานานแล้ว จะต้องทุ่มเทอย่างจริงจังใน 2 เรื่อง คือ

1. ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่นำไปขาย ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตัวยานั้น ๆ อย่างถ่องแท้และถูกต้อง ไม่ใช่อ่านมาจากเอกสารแล้วท่องมาพูดแบบนกแก้ว นกขุนทอง ซึ่งนั่นหมายความว่าต้องรู้จริงในข้อมูลที่มานำเสนอ โดยในปัจจุบันข้อมูลยาต่าง ๆ นั้นจะมีการนำเสนอในการประชุมวิชาการ การจัดอบรมทางวิชาการ เพื่อให้แพทย์จากต่างจังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งอาจารย์จากโรงเรียนแพทย์มาร่วมรับฟัง รวมทั้งในการจัดอบรมภาคประชาชน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาที่ถูกต้องแก่ประชาชนอีกด้วย

2. Relationship หรือการสร้างความสัมพันธ์และความรู้สึกที่ดีระหว่างผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดกับแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมาก ไม่เฉพาะในการซื้อขายยาหรือผลิตภัณฑ์เท่านั้น แต่การแสดงความใส่ใจต่อกันในวาระโอกาสต่าง ๆ ที่เห็นสมควรก็เป็นสิ่งสำคัญที่ละเลยไม่ได้

**ศ.นพ.สมชาย** ยังเน้นย้ำอีกว่า ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดเป็นผู้ที่มีผลต่อการเลือกใช้ยาของแพทย์อย่างยิ่ง เพราะฉะนั้น จะต้องมีความรู้





ทางวิชาการที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่มานำเสนอ รู้ว่าผลิตภัณฑ์ยาที่ใช้มีปัญหาอย่างไร ปัญหาที่ว่านี้ไม่ได้หมายถึงผลข้างเคียง แต่หมายถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ซึ่งควรจะรู้จัก ไม่ใช่รู้แค่ตำราหรือเอกสารที่บริษัทแจกให้อย่างเดียว และควรจะ ต้องมีการพูดคุยกับแพทย์ว่ามีปัญหาอะไรจากการ ใช้จ่ายเหล่านั้นบ้าง เพราะมีผู้แทนฝ่ายขายและ การตลาดของบางบริษัทที่มุ่งเน้นการนำเสนอข้อมูล ของผลิตภัณฑ์ยาในด้านบวก ไม่มีการพูดถึงด้านลบเลย ซึ่งในความเป็นจริงแล้วควรจะพูดทั้ง 2 ส่วน เพื่อที่ แพทย์จะได้พิจารณาเลือกจ่ายยาที่มีคุณภาพมาใช้กับ ผู้ป่วยต่อไป

นอกจากนี้ต้องให้ความสำคัญกับเรื่องของการศึกษา ควรมีการอัปเดต ความรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันมีแหล่งให้เข้าถึงข้อมูลหรือติดตามข้อมูลได้ง่าย เช่น อินเทอร์เน็ต เพื่อดูว่าผลิตภัณฑ์ยาที่อยู่ในความดูแลนั้นมีความก้าวหน้าไป ถึงไหน ซึ่งเชื่อว่าบริษัทมีการทำในส่วนนี้อยู่แล้ว ก่อนจะนำข้อมูลออกไปสู่แพทย์

ท้ายนี้ ศ.นพ.สมชาย ได้ฝากบทหรือयरongsัน ๆ เพื่อเป็นขวัญและ กำลังใจในการสอบ และถือโอกาสนี้อวยพรในเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. 2559 ดังนี้

งานทำทนาย	รายเรียงปู	อยู่เบื้องหน้า
แม่นยำ	ธาราเขียว	เลียวลดไหล
แม่นยำแรง	พายุกล้า	เธอฝ่าฟันไป
เพื่อคนไข้	ปลอดภัยภัย	ทั้งจักระ
ประทับใจ	ในตัวเธอ	เสมอมา
สูงสุดค่า	ดุจอดมณี	อันเจิดฉาย
ดุจเดือนดาว	ดุจตะวัน	อันเปลิดพราย
เปล่งประกาย	สถิตอยู่	ศุนภ
คือบทกลอน	จำเริญใจ	ให้ชูเชิด
จิตบรรเจิด	โสมส่องแสง	สว่างหล้า
เธอคือความหวัง	ความสำเร็จ	ของทาเคดา
ดุจมวลลา	มอบจากใจ	ปีใหม่เอ๋ย



# ผลการศึกษาเตือนอาเซียน เตรียมแผนการรับมือโรคมะเร็งร้าย

- องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งมากขึ้นกว่า 70%
- โรคมะเร็งจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจมากยิ่งขึ้น หากมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น
  - ควรมีการเพิ่มแนวทางการรักษาโรคมะเร็งเพื่อลดภาระที่ตามมา
  - การตรวจคัดกรองมะเร็งมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

## มะเร็งในประเทศไทย

### จุดประสงค์

- เพื่อนำเสนอข้อมูลทางสถิติที่สำคัญแก่สื่อมวลชนเกี่ยวกับภาพรวมของโรคมะเร็งในประเทศไทย
- เพื่อเปรียบเทียบภาระโรคของโรคมะเร็งต่อโรคไม่ติดต่อ (ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสภาวะสุขภาพที่สำคัญในประเทศที่กำลังพัฒนา) โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของการเกิดโรคและการเสียชีวิต

### กระบวนการ

วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาระโรคของโรคมะเร็งที่มีต่อผู้ป่วยในประเทศไทยเพิ่มเติมจากผลการศึกษาวิจัย ACTION

### ผลการวิจัย

1. ภาพรวมของโรคมะเร็งในประเทศไทย: การเกิดของโรค, คนไข้รายใหม่ต่อปี/ต่อวัน, มะเร็ง 5 ประเภทที่ตรวจพบมากที่สุดในแต่ละเพศ

จำนวนประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2558: ชาย 31,922,490 หญิง 33,032,823<sup>2</sup>

- ชาย

ประเภท	อุบัติการณ์ (ต่อ 100,000 ราย)	คนไข้รายใหม่ (ต่อปี/ต่อวัน)
ตับและท่อน้ำดี	33.9	10,822/30
หลอดลม หรือปอด	22.7	7,246/20
ลำไส้	14.4	4,597/13
ต่อมลูกหมาก	7.1	2,266/6
ต่อมน้ำเหลือง	6.2	1,979/5

- หญิง

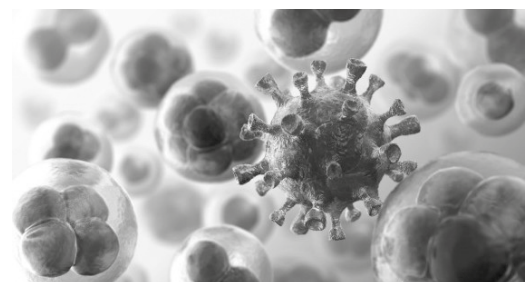
ประเภท	อุบัติการณ์ (ต่อ 100,000 ราย)	คนไข้รายใหม่ (ต่อปี/ต่อวัน)
เต้านม	28.5	9,414/26
ปากมดลูก	14.4	4,757/13
ตับและท่อน้ำดี	12.9	4,261/12
ลำไส้	11.2	3,700/10
หลอดลม หรือปอด	10.1	3,336/9

2. อ้างอิงจากรายงานสถิติการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2557 จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข<sup>3</sup> พบว่า

- จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดในปีดังกล่าวอยู่ที่ 435,600 ราย
- จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งมีทั้งหมด 70,000 ราย (16%) และจำนวนดังกล่าวนี้
  - มากกว่าผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่า (32,200 ราย หรือ 7%)
  - มากกว่าผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจถึง 3 เท่า (24,000 ราย หรือ 6%)
  - มากกว่าผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานถึง 6 เท่า (11,000 ราย หรือ 3%)

3. โรคไม่ติดต่อ (NCDs) ถือเป็นโรคเรื้อรังที่สร้างภาระโรคสูงที่สุดหากอ้างอิงจากการดูแลสุขภาพ (ทางเศรษฐกิจ อัตราการเสียชีวิตและความทุกข์ทรมาน) ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา

- NCDs ประกอบไปด้วย โรคหลอดเลือดสมอง (CVD), โรคมะเร็ง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), โรคเบาหวาน (DM), ความผิดปกติทางระบบประสาท<sup>4</sup>
- อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ (พ.ศ. 2557) รายงานจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค อยู่ที่ 101,510 ราย<sup>5</sup>



■ การเสียชีวิตที่มาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (CHD), CVD, DM, COPD และโรคมะเร็ง อยู่ที่ 18,079, 32,229, 11,389, 7,834, 31,389 ตามลำดับ

■ มะเร็งคร่าชีวิตกว่า 31% จากอัตราการเสียชีวิต ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทั้งหมด

**บทสรุปและข้อแนะนำ**

• มะเร็งเป็นตัวการสำคัญที่คร่าชีวิตผู้คนเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อทั้งหมด ซึ่งทางภาครัฐอาจจะต้องพิจารณาลำดับความสำคัญทางด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้



■ จัดลำดับความสำคัญของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง

■ จัดเตรียมการรักษาที่มีมาตรฐานให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มักพบได้บ่อย

■ จัดหาแนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐานรวมทั้งทรัพยากร และนวัตกรรมใหม่สำหรับการรักษาโรคมะเร็งทั้งแบบการผ่าตัด อาทิ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด และการรักษาด้วยยา หรือการฉายแสงด้วยเทคนิคใหม่ เป็นต้น (การฉายแสง, ยา)

■ จัดตั้งระบบทะเบียนของโรคมะเร็งในประเทศไทยให้มีมาตรฐาน เปิดโอกาสแพทย์สามารถลงทะเบียนผู้ป่วยได้ง่ายและสะดวกขึ้น รวมถึงมีการอัปเดตข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถนำมาใช้เป็นแหล่งทรัพยากรหลักในการศึกษาวิจัยในอนาคตต่อไป

**การศึกษาของ ACTION<sup>6</sup>**

**จุดประสงค์**

เพื่อประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ และอัตราการเสียชีวิตของโรคมะเร็งในกลุ่มประเทศอาเซียน

**แนวทางการศึกษา**

การศึกษาเชิงสังเกตฉบับนี้ได้ทำการศึกษา



ผศ.พญ.เอี่ยมแซ สุขประเสริฐ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวว่า “ปัจจุบันมีโปรแกรมหลากหลายที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อลดผลกระทบของโรคมะเร็งต่อครอบครัวของประเทศไทย อาทิ โปรแกรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง นวัตกรรมและแนวทางการรักษาแบบใหม่ และการจัดตั้งระบบทะเบียนของโรคมะเร็งในประเทศไทย เพื่อปรับปรุงด้านการเข้าถึงข้อมูลและงานวิจัย อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทางภาครัฐจะสามารถนำมาพิจารณาในการลดภาระจากโรคมะเร็งได้ต่อไป”

ผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 9,513 รายทั่วประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งประกอบไปด้วย กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว มาเลเซีย พม่า ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม ในช่วง 1 ปีหลังจากได้รับการวินิจฉัยทั้งที่โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ทั้งนี้ได้มีการจัดการสัมภาษณ์ผู้ป่วยอยู่ 2 ช่วงการวินิจฉัยคือ 3 เดือน และ 12 เดือน ผลลัพธ์หลักของงานวิจัยนี้คือ การประสบปัญหาทางการเงิน ซึ่งนิยามว่ามากกว่า 30% ของรายได้ต่อครัวเรือนนั้นได้ถูกนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาลตลอด 12 เดือนหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัย และผลลัพธ์รองคือ การเสียชีวิต คุณภาพชีวิต ผลกระทบทางจิตใจ และสถานะของโรค

**1. ประเด็นสำคัญจากการศึกษาของ ACTION (ทั่วประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้)**

○ กว่า 70% ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยนั้นเสียชีวิตและประสบกับปัญหาทางการเงินภายใน 1 ปี (โดยจำนวน 23% ยังมีชีวิตอยู่และไม่ประสบปัญหาทางการเงิน)

○ ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางการเงินและการเสียชีวิตคือ ระยะของโรคมะเร็งที่พบ ประเภทของมะเร็ง และฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ

○ ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพประสบปัญหาทางการเงินและเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ

**2. ประเด็นสำคัญจากข้อมูลของประเทศไทย**

○ การศึกษาผู้ป่วยจำนวน 1,206 ราย ได้จากศูนย์มะเร็ง 7 แห่งทั่วประเทศ ประกอบไปด้วย กรุงเทพฯ ชลบุรี ลพบุรี ลำปาง สุราษฎร์ธานี อุบลราชธานี และปทุมธานี

○ ประเภทมะเร็งที่ตรวจพบ 5 อันดับแรกจากการศึกษานี้คือ มะเร็งนรีเวช 338 ราย (28%), มะเร็งเต้านม 217 ราย (18%), มะเร็งลำไส้/ระบบ



นพ.ภัทรวิวัฒน์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักตรวจราชการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า “เราสามารถปรับปรุงและพัฒนาผลที่ตามมาของโรคมะเร็งและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ หากมีการจัดตั้งโปรแกรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่มีคุณภาพและครอบคลุมประชากรให้ได้มากที่สุด ซึ่งการตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มต้น (ในมะเร็งบางประเภท) ยังจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาให้ทางภาครัฐ คนไข้ และครัวเรือน”

ทางเดินอาหาร 193 ราย (16%), มะเร็งในศีรษะและลำคอ 187 ราย (15.5%) และมะเร็งระบบทางเดินหายใจและทรวงอก 72 ราย (6%) ตามลำดับ

○ กว่า 40% ของผู้ป่วยทั้งหมดตรวจพบมะเร็งในระยะที่ 3 หรือ 4 (มะเร็งระยะสุดท้าย)

○ 26% ของผู้ป่วยชาวไทยเสียชีวิตภายในปีแรกหลังได้รับการวินิจฉัย

**3. ข้อคิดเห็นจากแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงคำแนะนำแก่ผู้ตั้งนโยบาย**

○ ภาครัฐควรให้ความสำคัญต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะในช่วงปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัย

○ การรักษาโรคมะเร็งสามารถให้ผลการรักษาที่ดีขึ้น และสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ด้วย ถ้ามีโปรแกรมการตรวจคัดกรองที่มีคุณภาพและครอบคลุมประชากรได้อย่างทั่วถึง



○ การตรวจพบมะเร็งในระยะแรก ๆ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งภาครัฐ ตัวบุคคล และครัวเรือน และท้ายที่สุดจะช่วยพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศได้

○ ภาครัฐควรตระหนักถึงความสำคัญของโรคมะเร็งเป็นลำดับต้น ๆ โดยเล็งเห็นว่าเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับหลายหน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐ และยิ่งส่งผลกระทบต่อครัวเรือน เศรษฐกิจ และสังคม

○ ควรมีการระดมทุนเพิ่มเติมในการรักษามะเร็ง เพื่อเปิดโอกาสให้คนไข้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ปัจจุบันมีเพียงกลุ่มคนที่มีรายได้ปานกลางที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และทราบถึงการรักษาต่าง ๆ ที่มีในปัจจุบันมากขึ้น

**ข้อมูลอ้างอิง**

1. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, et al. Cancer in Thailand. Bangkok Cancer Registry Unit, National Cancer Institute Thailand; 2015.
2. ข้อมูลประชากรกลางปี Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health 2014. (Accessed January 4<sup>th</sup>, 2016, at <http://bps2.moph.go.th/content/ข้อมูลประชากรกลางปี>.)
3. Public Health Statistic. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2014. (Accessed January 4<sup>th</sup>, 2016, at <http://bps2.moph.go.th/content/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82-%E0%B8%9B%E0%B8%B5-2557>.)
4. Noncommunicable disease. World Health Organisation, 2015. (Accessed January 4<sup>th</sup>, 2016, at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.)
5. จำนวนอัตราตายโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บประจำปีงบประมาณ 2557. Bureau of Non Communicable Disease, Ministry of Public Health, 2016. (Accessed January 4<sup>th</sup>, 2016, at <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.)
6. ACTION Study Group, Kimman M, Jan S, Yip CH, Thabrany H, Peters SA, Bhoo-Pathy N, Woodward M. Catastrophic health expenditure and 12-month mortality associated with cancer in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight countries. BMC Med. 2015 Aug 18;13:190.

# โครงการห้องเรียนคอมพิวเตอร์ สำหรับเด็กป่วยในโรงพยาบาล ใช้ไอทีเป็นสื่อเรียนรู้ ลดความวิตกกังวล ต่อโรคและอาการเจ็บป่วย



สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ในฐานะฝ่ายเลขานุการโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จัดเยี่ยมชม “โครงการเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี” ณ โรงพยาบาลชลบุรี จ.ชลบุรี โดยสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงห่วงใยเด็กป่วยในโรงพยาบาลที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน ๆ ทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา จึงพระราชทาน “ห้องเรียนคอมพิวเตอร์สำหรับเด็กป่วยในโรงพยาบาล” และแนวทางการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เด็กป่วยได้เรียนและเล่นอย่างมีความสุข ด้วยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้เกิดการต่อยอดและขยายผลจนปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ถึง 29 แห่ง ใน 26 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ

ดร.ชฎามาศ ธุวะเศรษฐกุล รองผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) และกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีเปิดเผยว่า “สืบเนื่องจากที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีพระราชทานห้องเรียนคอมพิวเตอร์สำหรับเด็กป่วยในโรงพยาบาล



ดร.ชฎามาศ ธุวะเศรษฐกุล

โดยเริ่มนำร่องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ. 2539 ต่อมากระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ได้มีความร่วมมือในการนำแนวพระราชดำริดังกล่าวขยายผลไปสู่โรงพยาบาลในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย จำนวน 26 แห่ง และมีเด็กป่วยได้รับบริการภายใต้โครงการนี้กว่า 20,000 คนต่อปี”

“โดยโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กป่วยเรื้อรังซึ่งขาดโอกาสทางการศึกษาได้มีโอกาสเรียน และเรียนได้ทันเพื่อนเมื่อออกจากโรงพยาบาล โดยใช้อีโอทีเป็นสื่อในการเรียนรู้ และสร้างความเพลิดเพลินให้เด็กลดความวิตกกังวลต่อโรคและอาการเจ็บป่วย ด้วยความร่วมมือในการดำเนินงานของ 3 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สพฐ. ที่สนับสนุนครูผู้สอนประจำศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนการจัดตั้งห้องศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาล และกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดย สวทช. ที่สนับสนุนนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในศูนย์การเรียนรู้เพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาล”

สำหรับแนวทางการจัดการเรียนการสอนและประสานงานด้านการศึกษา นอกจากการเรียนการสอนที่ถูกจัดขึ้นในโรงพยาบาล โดยใช้เทคนิคการสอนแบบต่าง ๆ ตามระดับความสามารถและความสนใจของนักเรียน ทั้งการสอนแบบเดี่ยวแบบกลุ่ม และการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ต่าง ๆ แล้ว ศูนย์การเรียนรู้ในโรงพยาบาลยังมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้เด็กป่วยมีโอกาสเข้าถึงการศึกษาได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยเด็กป่วยที่อยู่ในระบบการศึกษาจะมีครูที่โรงพยาบาลแจ้งโรงเรียนเพื่อขอให้เด็กเข้าเรียนตามปกติหลังจากออกจากโรงพยาบาล ขณะที่เด็กป่วยที่ไม่อยู่ในระบบการศึกษาจะมีครูที่โรงพยาบาลช่วยสอนหนังสือให้เบื้องต้น แล้วประสานส่งเด็กเรียน กศน. และเด็กป่วยที่ได้รับการศึกษามาบ้างจะมีครูที่โรงพยาบาลช่วยสอนหนังสือแล้วประสานส่งเด็กเรียน กศน.



นพ.เกศดา จันทรสว่าง

**นพ.เกศดา จันทรสว่าง รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี** กล่าวถึงการดำเนินการโครงการดังกล่าวในโรงพยาบาลชลบุรีว่า โรงพยาบาลชลบุรีเป็น 1 ใน 29 แห่งจากโรงพยาบาลทั่วประเทศที่เข้าร่วมโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามพระราชดำริฯ (มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างกรรมมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาการดำเนินงานโครงการฯ โดยโรงพยาบาลชลบุรีจัดให้มี “ศูนย์การเรียนรู้สำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี และโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วย” ขึ้น ได้ดำเนินงานในหลายส่วน อาทิ การนำ eDLTV ไปใช้ในการสอนเด็กป่วย การสร้างกรรมมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาล และรูปแบบการเรียนการสอนข้างเตียงสำหรับเด็กป่วยที่ไม่สามารถมาเรียนหนังสือที่ห้องเรียนได้ เป็นต้น

ด้านเสียงสะท้อนบางส่วนจากเด็กป่วยที่ได้รับบริการจากศูนย์ฯ ดังกล่าวเกี่ยวกับบทบาทของศูนย์ฯ ที่ช่วยกระตุ้นพัฒนาการและทักษะในด้านการเรียนต่าง ๆ ราวแรก **นายวิวัฒน์ พรหมแดง หรือน้องเต๋า** อายุ 21 ปี จากเด็กน้อยตัวเล็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี



นายวิวัฒน์ พรหมแดง หรือน้องเต๋า

ให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสงบำบัดพร้อมทั้งได้รับบริการทางการศึกษาในโครงการศูนย์การเรียนรู้สำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี และโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วย ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2549 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ซึ่งขณะนั้นเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนชุมชนบ้านบางเส่ย จ.ชลบุรี โดยน้องเต๋าล้ำถึงความรู้สึกเมื่อครั้งเข้ารับบริการในศูนย์ฯ ให้ฟังว่า “ผมมีความสุขสนุกกับการเรียน เรียนไปยิ้มไป หัวเราะไป กล้าคิด กล้าทำ กล้าแสดงออกมากขึ้น ทำให้ได้เรียนอย่างต่อเนื่อง ได้ทำกิจกรรมที่หลากหลายตามความชอบของตนเอง และได้เรียนวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศตามโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วย เช่น โปรแกรมพื้นฐานการใช้งานคอมพิวเตอร์เบื้องต้น และมีครูคอยช่วยให้กำลังใจให้คำปรึกษาทั้งด้านการเรียน การดูแลตนเอง ทำให้ไม่เครียด เป็นผลดีต่อการรักษา จนกระทั่งผมได้ศึกษาต่อในระดับชั้นหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปีที่ 2 ในสาขาช่างยนต์ ในโรงเรียนเทคนิคสัตหีบเพราะใกล้ที่อยู่อาศัยและสะดวกกับการเดินทาง” โดยปัจจุบันน้องเต๋าคบการศึกษามาจากโรงเรียนเทคนิคสัตหีบแล้วเมื่อปี พ.ศ. 2558 ในระดับชั้นหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาช่างยนต์ และทำงานที่โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา



ด.ญ.ปัญญาวีรย์ บุศรีรัตนานนท์ หรือน้องไอซ์

ขณะที่อีกหนึ่งเยาวชน **ด.ญ.ปัญญาวีรย์ บุศรีรัตนานนท์ หรือน้องไอซ์** อายุ 9 ขวบ ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ปัจจุบันเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนนวมวิทย์ฯ ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2555 และได้เข้าเรียนในศูนย์การเรียนรู้สำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาลชลบุรี โดยน้องไอซ์เล่าให้ฟังว่า “หนูรู้สึกมีความสุขเมื่อเข้ารับบริการในศูนย์ฯ และสนุกกับการเรียนและการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย ศูนย์ฯ แห่งนี้ช่วยให้หนูเป็นเด็กที่ร่าเริง ยิ้มแย้มแจ่มใส และกล้าแสดงออกมากขึ้น โดยเฉพาะการแสดงออกซึ่งความสามารถพิเศษที่หนูชอบ ได้แก่ การร้องเพลงจีน และการเต้น

โดยจะมีคุณครูช่วยเสริมช่วยดูแลในทักษะด้านต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด และหนูยังได้เรียนวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศตามโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยด้วย”



ดร. พญ. อติศรีสุดา เฟื่องฟู

**ดร. พญ. อติศรีสุดา เฟื่องฟู** **สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี** เล่าถึงการส่งผลการดำเนินงานโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาลเข้าประกวดในระดับนานาชาติว่า “จากผลการดำเนินงานของโครงการฯ ในปี พ.ศ. 2558 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดส่งผลการดำเนินงานโครงการดังกล่าว ในชื่อ **‘Holistic School in Hospital’** เข้าประกวดระดับนานาชาติ ในรายการ 2015 United Nations Public Service Awards (2015 UNPSA) ด้วย ซึ่งจัดขึ้นโดย United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA) ผลปรากฏว่า **ได้รับรางวัลชนะเลิศ (1<sup>st</sup> place winner)** ในสาขาการส่งเสริมแนวทางการดำเนินการของภาครัฐโดยรวมในยุคข้อมูลข่าวสาร (Category 3 - Promoting Whole of Government Approaches in the Information Age) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และหน่วยงานที่ร่วมกันดำเนินงานโครงการศูนย์เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามพระราชดำริฯ ได้ทูลเกล้าถวายรางวัล UNPSA แต่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เพื่อเป็นการเฉลิมพระเกียรติในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2558



# มะเร็งของลำไส้ใหญ่



โรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่เป็นเรื่องที่สำคัญที่ประชาชนชาวไทยเป็นกันมากและสามารถป้องกันรักษาได้มากพอสมควร ผมจึงขอนำมาเขียนให้อ่านอีกครั้งหนึ่ง ตอนแรกนึกว่าเพิ่งเขียนไปหยก ๆ แต่พอไปเช็คดูปรากฏว่าเขียนไปเมื่อ พ.ศ. 2555! 3 ปีล่วงมาแล้ว เร็วมากเลยครับ

เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกบอกว่าเนื้อแปรรูป (ไส้กรอก แฮม เบคอน รวมทั้งแหนม กุนเชียง ฯลฯ ด้วย) ทำให้ประชาชนที่รับประทานมีความเสี่ยง (relative risk) เพิ่มขึ้น 18% หรือถ้าเขียนให้เข้าใจง่ายขึ้น จากปกติที่คนอเมริกันมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้อันหนึ่ง 5 คนใน 100 คน

ถ้าทุก ๆ คนชาวอเมริกันรับประทานเนื้อแปรรูปวันละ 50 กรัม (เท่ากับไส้กรอก 1 ชิ้น หรือเบคอน 1-2 ชิ้น) ทุกวันตลอดชีวิต คน 100 คนที่รับประทานแบบนี้จะเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้นจาก 5 คน เป็น 5.9 คน องค์การอนามัยโลกยังบอกด้วยว่า เนื้อแดง (เนื้อวัว หมู แพะ ม้า ฯลฯ) ก็น่าจะทำให้เป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่ด้วย

มะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดจากอะไร มะเร็งลำไส้ใหญ่มาจากกรรมพันธุ์ (genetic) ประมาณ 25% อีก 75% ที่ไม่มีญาติพี่น้องเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แพทย์จะเรียกว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง หรือ average risk ทั้งพวกที่มีสาเหตุจาก genetic หรือไม่มีพฤติกรรมของคนมีส่วนช่วยทำให้เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือลดความเสี่ยงลงได้บ้าง พฤติกรรมที่นำมาสู่ความเสี่ยงคือ การรับประทานเนื้อแปรรูป เนื้อแดงบ่อย ๆ ตามที่ได้กล่าวไว้แล้ว นอกจากนี้ยังเกิดจากการรับประทานมันส์ดี ๆ หนึ่งสัปดาห์ การรับประทานอาหารจนทำให้ร่างกายอ้วน หรือจะอ้วนจากสาเหตุอะไรก็ตาม การรับประทานผักและผลไม้ไม่บ่อย ไม่ออกกำลังกาย การรับประทานของปิ้งย่างหมักดอง (เค็ม หวาน มัน ทอด) มากเกินไป

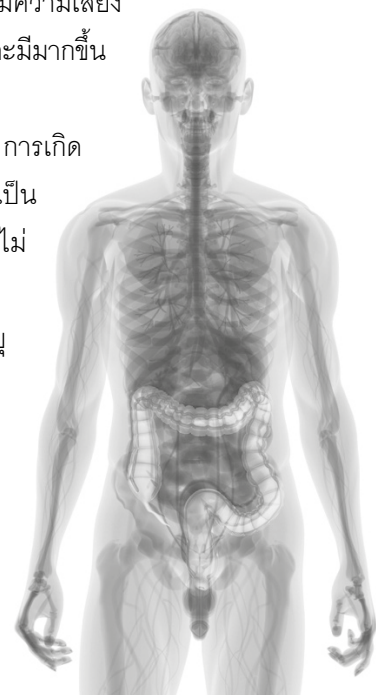
ฉะนั้น การดูแลสุขภาพของตนเองโดยเฉพาะสำหรับมะเร็งของลำไส้ใหญ่ ควรต้องเริ่มตั้งแต่เด็ก โดยคุณพ่อ คุณแม่ คุณครู ฯลฯ สอนให้รับประทานสารอาหารที่ดี ๆ เช่น ปลายทะเล ผัก ผลไม้ พยายามหลีกเลี่ยงของทอด มัน เค็ม หวาน ปิ้งย่าง หมักดอง ดูแลตนเองไม่ให้อ้วน โดยให้ดื่มนมลดไขมัน (น้ำหนักตัวเป็นปกติโลกกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรกำลังสอง) ให้อยู่ต่ำกว่า 23 พุงชายหญิงเล็กกว่า 90, 80 เซนติเมตร ตามลำดับ

แต่ข้อดีของมะเร็งลำไส้ใหญ่ก็คือ ถึงแม้เราอาจจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่บ้าง(แต่ต้องพยายามลดความเสี่ยง) เช่น ชอบรับประทานเนื้อแปรรูป เนื้อแดง ฯลฯ แต่สำหรับโรคนี้นั้นทางการแพทย์ก็ยังมีวิธีช่วยไว้ก่อนอันหนึ่งคือ การไปตรวจคัดกรองหา “ว่าที่” มะเร็งของลำไส้ใหญ่ หรือมะเร็งของลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้น ด้วยการเอาประชาชนที่มีความเสี่ยงปานกลางไปตรวจคัดกรองหาเมื่อมีอายุ 50 ปี ทั้งนี้เพราะว่าความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่จะมีมากขึ้นเมื่ออายุ 50 ปี (แต่อายุน้อยกว่า 50 ปีก็เป็นได้)

เพราะทางการแพทย์ทราบว่ามะเร็งของลำไส้ใหญ่ไม่ได้อยู่ดี ๆ เป็นมะเร็ง แต่รอยโรคอันแรกคือ การเกิดติ่งเนื้อ (adenomatous polyp) ขึ้นมาในลำไส้ใหญ่ ซึ่งยังไม่ใช่มะเร็ง แต่ติ่งเนื้อนี้จะค่อย ๆ โตจนในที่สุดจะกลายเป็นมะเร็ง ซึ่งอาจใช้เวลา 5-20 ปี ฉะนั้น ถ้าเราตรวจคัดกรองด้วยวิธีต่าง ๆ เราก็จะทราบว่ามีการติ่งเนื้อหรือไม่ ถ้าพบและตัดติ่งเนื้อออก ผู้นั้นก็จะไม่เป็นมะเร็งจากติ่งเนื้อ

แต่สำหรับผู้ที่มีญาติเป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่ ควรไปปรึกษาแพทย์ทันทีที่ทราบ ไม่ต้องรอจนอายุ 50 ปี

**ขอประชาสัมพันธ์หนังสือสำหรับประชาชนที่สนใจ เรื่องโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร (200 บาท) และเรื่องปวดท้อง (190 บาท) ท่านที่สนใจติดต่อได้ที่ หน่วยทางเดินอาหาร ชั้น 2 อาคารภูมิสิริฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทรศัพท์ 0-2256-4265, 0-2256-4356 E-mail: division\_gi@yahoo.com**





# ร.พ.จุฬาลงกรณ์ ยกระดับความเป็นเลิศ เตรียมเปิด “อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์” ยกระดับบริการผู้ป่วยระดับพรีเมียมทุกชั้น



หอผู้ป่วยสามัญ



ศ.นพ.สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ



ศูนย์การวินิจฉัยด้วยภาพ (Imaging center), MRI-เวชศาสตร์นิวเคลียร์



หน่วยเอกซเรย์หลอดเลือด รังสีร่วมรักษา

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย แดงข่าวความคืบหน้าการเปิดให้บริการอาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ อาคารรักษาพยาบาลรวม และศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สอดรับกับวิสัยทัศน์ของทีมผู้บริหารที่ตระหนักถึงการให้บริการรักษาโรคอย่างครบวงจรแก่ประชาชนทุกระดับ ณ ห้องประชุมชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์

ศ.นพ.สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้มุ่งมั่นยกระดับการรักษาโรคสำหรับประชาชนชาวไทยอย่างต่อเนื่อง โดยได้วางยุทธศาสตร์ในการบริหารงานบริการทางการแพทย์ที่เหนือระดับสู่มาตรฐานสากล รองรับการบริหารงานในระดับอาเซียนและระดับนานาชาติ รวมถึงการอำนวยความสะดวกในทุก ๆ ด้านให้ผู้มารับบริการทุกระดับชั้นที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เกิดความคล่องตัวสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น

โดยมีวิสัยทัศน์ในการวางแผนขับเคลื่อนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วย “จุดเปลี่ยนแห่งมิตรภาพ การบริการสุขภาพของคนไทยทุกชนชั้น สู่มาตรฐานสากล ไม่ว่าจะยากดีมีจน ทุกคนสัมผัสได้ ด้วยหัวใจกาชาด” ภายใต้คอนเซ็ปต์ 1. เห็นเห็นความสำคัญในการเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่คนไทยทุกชนชั้น 2. การบริการรักษาโรคของอาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ในรูปแบบ Premium Hospital ในราคา “คนไทยทุกชนชั้นพึงจ่ายได้” 3. ระบบบริหารจัดการตามมาตรฐานสากล เป็นต้น

ดังนั้น สืบเนื่องจากการจัดสร้างอาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ อาคารรักษาพยาบาลรวมเฉลิมพระเกียรติฯ และศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ เป็นโครงการขนาดใหญ่มาก สามารถรองรับผู้ป่วย IPD ได้ถึง 1,332 เตียง อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์จะช่วยแก้ไขปัญหานับตั้งแต่ความไม่เพียงพอและปัญหาโครงสร้างอาคารรักษาพยาบาลที่กระจุกกระจายไม่เป็น one-stop service ทำให้เสียเวลาในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดความเสี่ยงได้ แก้ไขปัญหาความไม่พอเพียงและการกระจายของห้อง ICU ห้องผ่าตัด ที่เดิมกระจายอยู่ตามตึกต่าง ๆ ไม่สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากร และห้องฉุกเฉินยังมีขนาดคับแคบ ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และห้องพักสำหรับผู้ป่วยไม่เพียงพอ

อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์เป็นศูนย์รวมการบริการทางการแพทย์ที่ครบวงจรภายใต้เดียว (one-stop service) ด้วยความสูง 29 ชั้น มีพื้นที่ใช้สอย 224,752.25 ตารางเมตร มีการจัดระเบียบพื้นที่อย่างเป็นสัดส่วน (Zoning) โดยแยกเป็นพื้นที่การักษาพยาบาล พื้นที่การเรียนการสอน พื้นที่พักอาศัย เป็นต้น ปัจจุบันนี้หน่วยงานต่าง ๆ ที่กระจายอยู่ตามตึกย่อย ๆ ภายในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เริ่มทยอยเปิดให้บริการในอาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์แล้ว อาทิ

- ชั้น 19 หอผู้ป่วยสามัญ + ระบบการทำความสะอาด
- ชั้น 28 ห้องพิเศษเดี่ยว
- ชั้น 7 หน่วยเอกซเรย์หลอดเลือด รังสีร่วมรักษา
- ชั้น 2 ศูนย์การวินิจฉัยด้วยภาพ (Imaging center), MRI-เวชศาสตร์นิวเคลียร์

นอกจากความพร้อมในการเปิดให้บริการของอาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ และศูนย์ต่าง ๆ ในแต่ละชั้น ยังมีความพร้อมในเรื่องของความสะอาดและมีระบบความปลอดภัยที่เป็นเลิศ โดยแบ่งประเภทพื้นที่ตามความเสี่ยงตามมาตรฐาน NHS-National Patient Safety Agency จากประเทศอังกฤษ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตั้งแต่พื้นที่ที่มี 1. ความเสี่ยงสูงมาก เช่น ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ห้องผู้ป่วยติดเตียง 2. พื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น แผนกฉุกเฉิน แผนกคลอดเชื้อ ห้องแล็บ แผนกเนอร์สซอรี่ 3. พื้นที่ที่มีความเสี่ยงปานกลาง เช่น ห้องตรวจแผนกผู้ป่วย ห้องพักรักษา แผนกจ่ายยา แผนกบริการผู้ป่วยนอก ห้องประชุม 4. พื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่ำ เช่น สำนักงาน ห้องพัสดุ พื้นที่รอบนอก ลานจอดรถ ดังนั้น ผู้มาใช้บริการอาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ทุกชนชั้นจะสัมผัสได้ถึงความทันสมัย ความสะอาด ความปลอดภัยแบบครบวงจรอย่างแท้จริง



ห้องพิเศษเดี่ยว



32<sup>nd</sup> RCPT Annual Meeting  
The Royal College of Physicians of Thailand

“VALUE-BASED MEDICAL PRACTICE”

27<sup>th</sup> - 29<sup>th</sup> April 2016  
PEACH @ Royal Cliff Pattaya

PEACH

## ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

จัดการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 32 ประจำปี 2559

## ชู Theme “Value-Based Medical Practice”

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 32 ประจำปี พ.ศ. 2559 ชู Theme “Value-Based Medical Practice” ระหว่างวันพุธที่ 27-วันศุกร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2559 ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการด้านการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน รวมทั้ง เพื่อเพิ่มทักษะในการรักษาด้วยเครื่องมือทางการแพทย์และนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ซึ่งจะช่วยให้แพทย์เกิดการพัฒนาตัวเองอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้แล้วยังเป็นโอกาสอันดีที่จะได้พบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างความสมัครสมานสามัคคีระหว่างกันอีกด้วย

ศ.นพ.อมร ลีลาวัศม์ ประธานคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการประจำปี กล่าวว่าการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 32 ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 มีกำหนดจัดขึ้นระหว่างวันพุธที่ 27-วันศุกร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2559 ณ โรงแรมรอยัลคลิฟ บีช รีสอร์ท

พัทยา จ.ชลบุรี โดยมี Theme ของการจัดประชุมว่า “Value-Based Medical Practice” เพราะวิทยาการด้านการแพทย์เพิ่มพูนขึ้นมากจนมีวิธีการดูแลรักษาโรคที่ หลากหลายและปลอดภัยมากขึ้น แต่ค่าใช้จ่ายต่อทางเลือกของการรักษาแต่ละวิธี โดยเฉพะวิธีใหม่ ๆ ก็เพิ่มขึ้น ยกตัวอย่างเช่น ยาที่ใช้รักษาตับอักเสบบีเรื้อรัง จากโรคติดต่อไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี การรักษาโรคนี้ในอดีตดั้งเดิมในยุคที่ยังไม่มี ยารักษา ก็ทำได้แค่ติดตามดูแลผู้ป่วยจนโรคจะกลายเป็นเนื้อร้ายแล้วรีบให้การผ่าตัด รักษา ต่อมามีการรักษาด้วยยา interferon และ ribavirin ซึ่งจะต้องฉีดยา interferon สัปดาห์ละครั้ง นาน 48 สัปดาห์ การรักษาวิธีนี้จะทำให้หายจากโรคได้ประมาณ ร้อยละ 50 แต่ทำให้มีอาการแทรกซ้อนจากยา เช่น ไข้ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย ซีด ผื่น เป็นต้น ปัจจุบันมียารับประทานที่สะดวก รับประทานนาน 4-12 สัปดาห์ เป็นยาที่มีฤทธิ์ข้างเคียงน้อยกว่ามาก และรักษาโรคหายสูงถึงร้อยละ 90 ขึ้นไป แต่ค่ารักษาโดยเฉพาะค่ายาจะสูงมากจนผู้ป่วยหลาย ๆ รายไม่สามารถจ่ายได้ ทำให้ ผู้ป่วยโรคนี้หลายรายเข้าไม่ถึงยารักษา และเป็นยาที่รัฐบาลยังไม่อนุมัติให้เบิก ค่ายาได้ แนนอนว่าถ้าให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อชนิดนี้เลือกวิธีการรักษา ผู้ป่วยทั้งหลายก็ ออกจากได้ยารับประทานขนาดนี้เพราะหายขาดมากกว่า บริหารยาสะดวกกว่า และ ยังมิตฤทธิ์ข้างเคียงน้อยกว่าด้วย แต่จะหาอย่างไรดีที่จะทำให้รัฐบาลสนองตอบ โดยการอนุมัติให้ใช้ยารักษาใหม่และเบิกได้ตามสิทธิ์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ ผู้ป่วยและผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้นในการเลือกวิธีการรักษาบนพื้นฐานของ เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์

ส่วนตัวอย่างของความรูใหม่ ๆ ในการป้องกันโรค เช่น วัคซีนป้องกัน ไข้เลือดออกชนิดใหม่ ก็จะมีการบรรยายเล่าความคืบหน้าให้ฟังถึงงานวิจัยที่แสดงถึง ประสิทธิภาพในการป้องกันไข้เลือดออกเท่าที่มีการศึกษาในประเทศไทยมาจนถึง ปัจจุบัน เป็นต้น

การประชุมวิชาการประจำปีครั้งนี้ ได้ใช้ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรม รอยัลคลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี เป็นสถานที่จัดการประชุม ซึ่งเป็นไปตาม เสียงส่วนใหญ่ที่แจ้งมาและจากการสอบถามทางอีเมลหลังการประชุมปีที่แล้วเสร็จสิ้น เหตุผลที่ออกมาจัดที่พัทยาในโรงแรมแห่งนี้ก็คือ การมี “Value-Based Medical Meeting” เพราะนอกจากจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้แล้ว ยังเป็น



การเพิ่มคุณภาพชีวิตในขณะที่ประชุมในพญาด้วย อีกทั้งยังเป็นการประชุมที่ กระชับเพียง 3 วัน ระหว่างวันพุธที่ 27-วันศุกร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2559 ซึ่งต้อง ขอบคุณคณะอนุกรรมการวิชาการที่จัดเต็มในด้านวิชาการพร้อมคุณภาพชีวิต

สำหรับรูปแบบเนื้อหาสาระของการประชุมวิชาการตลอด 3 วัน จะยังคง ความทันสมัยและมีความหลากหลายเช่นเดิม ทั้ง **Workshop** เป็นการบรรยาย ในช่วงเวลาเดียวกันทั้งหมดใน 10 เรื่อง ได้แก่ Hematology morphology, EKG interpretation, Electrolytes interpretation and spot diagnosis in nephrology, Infectious disease, All about mechanical ventilation, Diagnosis at a glance in rheumatic diseases, Practical points in nutrition prescription, How to spot diagnosis neurological case in 1 minute, Tips and tricks of chest imaging interpretation และ Essential skin signs for Internists โดยสามารถลงทะเบียน เลือกเข้าฟังได้ทีละ 1 เรื่อง รวมทั้ง **Symposium, Clinical case seminar case, Meet the experts, Guidelines, Landmark clinical study และ Breakthroughs in internal medicine** ซึ่งราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้รับเกียรติจากวิทยากรซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ทั้งไทยและต่างประเทศที่มีความ เชี่ยวชาญในโรคต่าง ๆ มาให้ความรู้ และแบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

“ไฮไลท์สำคัญอยู่ที่เนื้อหาสาระของการประชุมวิชาการตลอด 3 วัน ไม่ว่าจะ เป็นความรู้ทางวิชาการด้านการแพทย์ ความก้าวหน้าในการวินิจฉัย การตรวจ รักษาที่ทันสมัยด้วยเครื่องมือและนวัตกรรมต่าง ๆ รวมทั้งยาใหม่ ๆ เกี่ยวกับ โรคตับอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนิตติ โรคเฉียบพลันต่าง ๆ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกพรุน เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นหัวข้อที่ทาง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมต่าง ๆ ร่วมกันพิจารณา คัดเลือก โดยเป็นหัวข้อที่ครอบคลุมทุกด้านในการวินิจฉัย การตรวจรักษาตลอด ในช่วงปีที่ผ่านมาและในอนาคตอันใกล้ ซึ่งแพทย์ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถติดตาม ความก้าวหน้าเหล่านี้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาตัวเองอยู่เสมอและนำไปประยุกต์ใช้ ในเวชปฏิบัติทั่วไปได้ อีกทั้งยังจะได้รับ CME จำนวน 18.5 หน่วยกิต จากการเข้าร่วม ประชุมวิชาการประจำปีครั้งนี้อีกด้วย” ศ.นพ.อมร กล่าว

ศ.นพ.อมร กล่าวอีกว่า อีกหนึ่งความพิเศษของการประชุมวิชาการ ประจำปีครั้งนี้ คือมีการจัดบรรยายใน Section ภาษาอังกฤษ เนื่องจากเข้าสู่ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน หรือ AEC เป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยได้รับเกียรติจาก วิทยากรจากต่างประเทศคือ สหรัฐอเมริกา มาเป็นผู้บรรยายให้ความรู้ ทั้งนี้ นอกจากจะเพื่อรองรับผู้เข้าร่วมประชุมจากประเทศเพื่อนบ้าน ไม่ว่าจะเป็น สิงคโปร์ มาเลเซีย พม่า เวียดนาม ยังเป็นการสร้างเครือข่ายวิชาชีพทางการแพทย์ ระดับนานาชาติให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นไปในอนาคต

ในการประชุมประจำปีแบบ “Value-Based Medical Meeting” ต้องมี พิธีมอบวุฒิบัตรและบัตรสมาชิกภาพแก่อายุรแพทย์ที่สอบได้วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญ ทั้งสาขาอายุรศาสตร์ทั่วไปและอายุรศาสตร์ต่อยอด รวมทั้ง พิธีมอบรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่นในด้านต่าง ๆ และรางวัล อายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2559 เพื่อ ประกาศเกียรติคุณความดีงามและแบบอย่าง ที่น่าสรรเสริญให้เป็นเยี่ยงอย่างแก่ อายุรแพทย์รุ่นหลังต่อไป

“ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย คาดหวังว่าจะมี ผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 2,000-

2,500 คน ซึ่งประกอบไปด้วย อายุรแพทย์ แพทย์ ทั่วไป และสมาชิกของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่ง ประเทศไทย ผมหวังว่าผู้เข้าร่วมประชุมจะใช้เวลาของ การประชุมวิชาการนี้ให้คุ้มค่า เพิ่มพูนวิชาการ เรียนรู้ เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตัวเอง ให้มากที่สุด และยังเป็นโอกาสอันดีที่จะได้พบปะ เพื่อนฝูงในสาขาวิชาเดียวกันและต่างสาขา เพื่อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานระหว่างกัน รวมทั้งได้มาชื่นชมและดูแบบอย่างของผู้ที่ได้รับรางวัล อายุรแพทย์ดีเด่นและอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่นว่ามี การทำงานอย่างไร เสียสละอย่างไร เพื่อที่เราจะได้ ยึดถือเป็นแบบอย่าง จึงอยากเชิญชวนทุกท่านให้มา ร่วมประชุมวิชาการในครั้งนี้ ซึ่งจัดระหว่างวันพุธที่ 27-วันศุกร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2559 ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคิลี บีช รีสอร์ท พญา จ.ชลบุรี” ศ.นพ.อมร กล่าวทิ้งท้าย

ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนได้ทางเว็บไซต์ [www.rcpt.org/conference/2016](http://www.rcpt.org/conference/2016) หรือสอบถามข้อมูล เพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2716-6744, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: [rcpt.annual@rcpt.org](mailto:rcpt.annual@rcpt.org), [rcptmail@gmail.com](mailto:rcptmail@gmail.com)





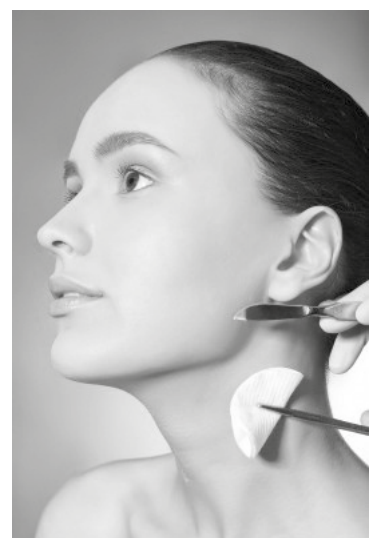
## การรักษาคีลอยด์ที่ใบหู

คีลอยด์ (keloid) เป็นความผิดปกติของผิวหนังที่มีลักษณะนูนหนา แข็ง ไม่ทราบสาเหตุการเกิดชัดเจน มักเกิดตามหลังการเกิดบาดแผล เช่น แผลมีดบาด แผลผ่าตัด แผลที่เจาะหู คีลอยด์พบมากในคนเอเชียและคนผิวดำ พบบ่อยในคนที่ปลูกฝีป้องกันโรคฝีดาษมาก่อน หลายรายพบแผลเป็นนูนหนาบริเวณหัวไหล่ บางรายไปเจาะหูมาก็สามารถพบแผลเป็นชนิดนี้ได้ โดยพบเป็นตุ่มนูนแข็งบริเวณรอยเจาะหู โดยส่วนใหญ่นิยมเจาะหูที่ตึงหูในวัยรุ่นสมัยใหม่นิยมเจาะหูหลายตำแหน่งของใบหู บางตำแหน่งเจาะผ่านกระดูกอ่อนของใบหู ก้อนคีลอยด์ที่ใบหูอาจมีตั้งแต่ขนาดเล็กเท่าเม็ดถั่วเขียวจนถึงขนาดใหญ่ 2-3 เซนติเมตร

การรักษาคีลอยด์ที่ใบหู พบว่าการฉีดสารคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในบริเวณแผลเป็นนูนหนาเหล่านั้น โดยช่วงแรกคีลอยด์จะอ่อนนุ่มลง ช่วงแรกฉีดทุก 1-2 สัปดาห์ จนนิ่มและมีขนาดลดลงก็จะฉีดห่างออกไปเป็นเดือนละครั้ง หรือ 2-3 เดือนต่อครั้ง นอกจากนี้ยังมีการรักษาโดยการฉีดสารต้านมะเร็ง ได้แก่ 5-Fluorouracil ฉีดทุกสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ จะช่วยลดการนูนหนาของคีลอยด์ที่ใบหูได้ แพทย์บางท่านอาจใช้วิธีการผ่าตัดร่วมกับการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์หรือ 5-Fluorouracil เข้าไปในแผล หรืออาจใช้ความเย็นจี้บริเวณที่เป็น บางรายอาจใช้แสงเลเซอร์หรือการปิดแผ่นซิลิกาเจลร่วมในการรักษาด้วย การเลือกวิธีการรักษาขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าการรักษาคีลอยด์ที่ใบหูจากการรักษาด้วยการใช้ยาร่วมกันระหว่างการฉีดสารคอร์ติโคสเตียรอยด์ ได้แก่ Triamcinolone และสารต้านมะเร็ง ได้แก่ 5-Fluorouracil ให้ผลการรักษาดีกว่าการใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงอย่างเดียว กรณีที่คีลอยด์มีขนาดใหญ่ควรพิจารณาผ่าตัดและใช้ยาดังกล่าวร่วมด้วย

**กล่าวโดยสรุป** การรักษาคีลอยด์ที่ใบหูในกรณีที่คีลอยด์มีขนาดเล็ก การใช้ Triamcinolone ร่วมกับ 5-Fluorouracil พบว่าได้ผลดี ในกรณีที่คีลอยด์มีขนาดใหญ่ ควรผ่าตัดร่วมกับใช้ยาดังกล่าวร่วมด้วย ทั้งนี้การเลือกชนิดและวิธีการรักษาเป็นดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษา



# ระบบนำส่งยาจากเลนส์สัมผัส

การใช้ยาหยอดตาหรือป้ายตาเพื่อรักษาโรคที่เกิดในตาโดยเฉพาะบริเวณส่วนหน้าของลูกตานั้นเป็นสิ่งที่จักษุแพทย์นิยมใช้เป็นอย่างมาก ร้อยละ 90 ของการใช้ยาเพื่อรักษาโรคตานั้นเป็นยาหยอดตาหรือป้ายตา แต่จากความเป็นจริงแล้วการหยอดตานั้นมีประสิทธิภาพต่ำเนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปริมาณของยาที่หยอดนั้นประมาณร้อยละ 1-5 สามารถซึมผ่านกระจกตาเข้าไปได้ ส่วนอีกร้อยละ 95-99 นั้นสูญเสียไปจากการระเหย การเกิดเมตาบอลิซึมของยา การยึดเกาะกับโปรตีน การกะพริบตาและไหลออกนอกตา การดูดซึมผ่านเยื่อตาซึ่งมีพื้นที่ใหญ่กว่า หรือไหลไปยังท่อน้ำตา และถูกดูดซับเข้ากระแสเลือด ทำให้ยาที่หยอดนั้นมียาระยะเวลาอยู่ที่บริเวณลูกนัยน์ตาเพื่อการแทรกซึมผ่านทางกระจกตาเพียงแค่อายุประมาณ 2-5 นาที ซึ่งยาที่สูญเสียไปนั้นถือว่าการเสียค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลือง และปริมาณยาส่วนใหญ่ที่ถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดยังอาจส่งผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ไม่สามารถให้ปริมาณยาจำนวนมากในการรักษาได้ นอกจากนี้ด้วยประสิทธิภาพที่ต่ำนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการหยอดยาหลายครั้งต่อวัน ซึ่งผู้ป่วยอาจจะหลงลืมและส่งผลต่อความตรงเวลาต่อแผนการรักษาของการใช้ยาดังกล่าว<sup>(1)</sup>

ระบบการนำส่งยาผ่านทางเลนส์สัมผัสถือได้ว่าเป็นอีกหนึ่งเทคนิคทางเลือกที่ได้รับความสนใจจากนักวิทยาศาสตร์ในการนำส่งยาแบบไม่ต้องผ่าตัดและสะดวกต่อการใช้งาน เนื่องจากเลนส์สัมผัสนั้นเป็นเครื่องมือแพทย์ที่มีการใช้งานปกติโดยบุคคลทั่วไปและพบเห็นกันทั่วไปในชีวิตประจำวันกันอยู่แล้ว โดยวิธีการใช้งานนั้น เลนส์สัมผัสจะวางคลุมอยู่ด้านบนของส่วนกระจกตาพอดี และถูกแยกจากกันด้วยฟิล์มน้ำตาที่มีความหนาเพียง 2-3 ไมครอนที่บริเวณด้านหลังของเลนส์สัมผัสเท่านั้น ซึ่งด้วยเหตุที่ฟิล์มน้ำตาด้านหลังเลนส์สัมผัสนี้จะเกิดการรวมตัวกับน้ำตาบริเวณอื่นในปริมาณที่จำกัดมาก ทำให้ยาที่ปลดปล่อยออกจากเลนส์สัมผัสจะสามารถแพร่ผ่านทางฟิล์มน้ำตาด้านหลังนี้ไปยังกระจกตาได้โดยไม่สูญเสียไป ซึ่งประมาณได้ว่าร้อยละ 50-70 ของยาที่บรรจุในเลนส์สัมผัสนั้นจะสามารถแพร่ผ่านกระจกตาไปได้ ซึ่งนับว่าเป็นปริมาณยาที่สูงมากเมื่อเทียบกับการใช้ยาหยอดตา ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้สามารถใช้ปริมาณยาน้อยลงเพื่อให้ได้ระดับความเข้มข้นของยาในการรักษาที่ต้องการ ซึ่งจะเป็นการลด

ค่าใช้จ่ายและลดความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงและความเป็นพิษของยาจากการใช้งานในปริมาณที่สูงได้ด้วย

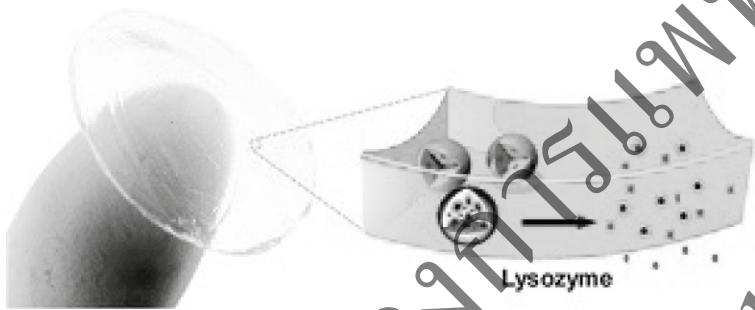
นอกจากจะสามารถช่วยเพิ่มชีวปริมาณออกฤทธิ์ หรือชีวประสิทธิผลของยาแล้ว การปลดปล่อยยาผ่านทางเลนส์สัมผัสนั้นยังมีข้อดีคือ มีแนวโน้มที่จะสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Patient Compliance) ซึ่งเป็นปัญหาหลักในการรักษาโดยการให้ยาทั่วไป โดยเฉพาะในการรักษาโรคที่ต้องใช้ระยะเวลานาน และโรคที่ต้องมีความถี่ในการให้ยาสูง เนื่องจากการใส่เลนส์สัมผัสเพียงครั้งเดียวสามารถออกแบบให้ปลดปล่อยยาออกมาได้ตามระยะเวลาและรูปแบบที่กำหนดได้โดยไม่ต้องดำเนินการโดยผู้ใช้งาน นอกจากนี้การให้ยาผ่านทางเลนส์สัมผัสยังมีประสิทธิภาพในการรักษามากกว่า เพราะการปลดปล่อยยามีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่าการให้ยาโดยวิธีหยอดตา เนื่องจากในการหยอดตานั้นจะมีช่วงเวลาที่มีความเข้มข้นของยาในเนื้อเยื่อจะมีค่าสูงเมื่อเริ่มต้นที่อาจส่งผลต่อความเป็นพิษของยาได้ และจะมีค่าลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเวลาผ่านไปจากสาเหตุต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จนมีระดับความเข้มข้นของยาที่ต่ำกว่าระดับการรักษา ทำให้จะมีบางช่วงเวลาปราศจากยาในการรักษาในระหว่างแต่ละครั้งของการหยอดตาอีกด้วย จะเห็นได้ว่าความเข้มข้นของยาที่ให้การหยอดตานั้นจะมีรูปแบบที่ไม่สม่ำเสมอจากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า การให้ยาเพื่อรักษาโรคต้อหินผ่านทางเลนส์สัมผัสสามารถลดความดันในลูกตาได้เท่ากับกับการให้ยาทางการหยอดตา ถึงแม้ว่าจะใช้ปริมาณยาในเลนส์สัมผัสเพียง 1 ใน 6 ส่วนของยาหยอดตา

โดยทั่วไปแล้ววิธีการใส่ยาในเลนส์สัมผัสที่ง่ายและสะดวกที่สุดคือ การแช่เลนส์สัมผัสในสารละลายของยา<sup>(2)</sup> เพื่อให้ยาเกิดการดูดซับเข้าไปในเลนส์ ซึ่งถึงแม้จะพบว่าปริมาณยาที่ปลดปล่อยออกมามีปริมาณสูงกว่าการหยอดตา แต่วิธีนี้ก็มีข้อด้อยคือ ปริมาณการดูดซับนั้นยังคงค่อนข้างต่ำ โดยปริมาณการดูดซับนั้นจะขึ้นกับความเข้มข้นของสารละลายยาที่ใช้ ความหนาของเลนส์สัมผัส น้ำหนักโมเลกุลของยา ความสามารถในการละลายของยาในเจล นอกจากนี้อัตราการปลดปล่อยยาออกจากเลนส์สัมผัสที่ใส่ยาด้วยการแช่ในสารละลายยานั้นจะค่อนข้างรวดเร็วมาก โดยจะปลดปล่อยยาออกมาหมดภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้นมากเกินไป ในปัจจุบันจึงได้มีการศึกษาวิจัยเทคนิคต่าง ๆ เพื่อพัฒนาระบบนำส่งยาทางเลนส์สัมผัสนี้ให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

## ตัวอย่างงานวิจัยในการใช้ระบบนำส่งยาด้วยเลนส์สัมผัส

นักวิจัยของคณะจักษุแพทย์ Harvard Medical School และ The Massachusetts Institute of Technology ของสหรัฐอเมริกา ร่วมกันพัฒนาเลนส์สัมผัสที่สามารถช่วยปล่อยยาแก้โรคต้อหินเข้าไปในลูกนัยน์ตา รักษาโรคต้อหินที่ตาบอดอย่างไม่อาจหายได้ เลนส์สัมผัสนี้จะค่อยจ่ายยา latanoprost ซึ่งเป็นยารักษาต้อหิน ทำให้ต้อหินเข้าสู่ลูกนัยน์ตาอย่างไม่ให้ขาดสาย<sup>(4)</sup> โดยหลักการของระบบนี้คือ ใช้วิธี encapsulate ตัวยา latanoprost ใส่ใน polymer films และใช้ contact lens ที่เป็น hydrogel<sup>(5)</sup> โดยนักวิจัยได้กล่าวว่า "ปกติการใช้ยาหยอดกับคนไข้โรคต้อหินจะไม่ค่อยให้ผลดีนัก แต่ด้วยเลนส์ที่ออกแบบใหม่นี้สร้างขึ้นเพื่อมุ่งรักษาโรคต้อหินโดยเฉพาะ และยังคงใช้เป็นวิธีการจ่ายยาให้กับโรคตาอื่น ๆ ได้อีกด้วย"

นักวิจัยจาก University of California Los Angeles (UCLA) School of Dentistry ประเทศสหรัฐอเมริกา นำเสนอผลงานวิจัยคอนแทคเลนส์ Nanodiamond<sup>(6,7)</sup> สำหรับรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหิน (Glaucoma) ในราคาประหยัด โดยคอนแทคเลนส์ดังกล่าวเกิดจากการนำสาร Nanodiamonds มาเคลือบพอลิเมอร์โคโตน สำหรับกักเก็บยา Timolol maleate ซึ่งปัจจุบันนิยมใช้เป็นยารักษาโรคต้อหินในรูปแบบน้ำยาหยอดตา ระบบนำส่งยา Nanodiamonds นี้ช่วยลดปัญหาการใช้ยาหยอดตาที่ผู้ป่วยจะได้รับปริมาณยา Timolol maleate เพียงร้อยละ 5 เนื่องจากน้ำยาบางส่วนไหลออกจากตาผู้ป่วย และช่วยป้องกันการปลดปล่อยยาอย่างรวดเร็วได้ (Burst release) จากการทดลองพบว่า เมื่อคอนแทคเลนส์สัมผัสกับเอนไซม์ Lysozyme ที่อยู่ในน้ำตา โคโตนจะแตกตัว และยา Timolol maleate จะซึมผ่านออกจากคอนแทคเลนส์ในปริมาณคงที่เป็นเวลา 1 วัน โดย Nanodiamonds คือ คาร์บอนที่มีขนาดเล็กขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5 นาโนเมตร มีรูปร่างคล้ายลูกฟุตบอล ผลิตภัณฑ์จากผลพลอยได้จากการทำเหมือง (Conventional mining) และกระบวนการกลั่น (Refining processes) สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการแพทย์ เนื่องจากผิวของ Nanodiamond มีคุณสมบัติดูดซับน้ำและโมเลกุลต่าง ๆ รวมทั้งยา และค่อย ๆ ปลดปล่อยยาที่ดูดซับเข้าสู่ร่างกายได้ (Drug-delivery system)



รูปที่ 1 คอนแทคเลนส์ Nanodiamond<sup>(7)</sup>

อีกเทคนิคหนึ่งที่มีการศึกษาคือ การประทับโมเลกุล (Molecular imprint)<sup>(8)</sup> ซึ่งทำโดยการสร้างช่องว่างในเนื้อเลนส์สัมผัสที่มีความสามารถในการยึดเกาะกับโมเลกุลของยาที่ต้องการใช้งานได้สูง ทำโดยการผสมยาที่ต้องการใช้งานเข้ากับมอนอเมอร์หรือสารตั้งต้นในการเตรียมพอลิเมอร์สำหรับผลิตเป็นเลนส์สัมผัส จากนั้นทำการบ่มให้แข็งตัว ในระหว่างการเกิดปฏิกิริยาพอลิเมอร์ไรเซชันนั้น มอนอเมอร์ที่ใช้งานจะเข้าล้อมรอบยาและเกิดการแข็งตัวในลักษณะการจัดเรียงดังกล่าว เนื่องจากการเชื่อมขวางในระหว่างการเกิดปฏิกิริยา เมื่อทำการสกัดยาและมอนอเมอร์ที่ไม่เกิดปฏิกิริยาออกก็ทำให้เกิดช่องว่างในเลนส์สัมผัสที่มีลักษณะที่รับรู้ลักษณะของโมเลกุล

ยาดังกล่าว เมื่อทำการใส่ยาเข้าไปอีกครั้งในเลนส์สัมผัส ด้วยการแช่ในสารละลายยาจะทำให้โมเลกุลยาสามารถเข้าไปยึดเกาะได้ดีในรูปแบบที่เหมาะสมกับการยึดเกาะสูงสุดที่สร้างไว้ก่อนหน้า ส่งผลให้มีประสิทธิภาพในการใส่ยาและช่วยชะลอการปลดปล่อยยาออกจากเลนส์สัมผัสได้ โดยเทคนิคดังกล่าวได้นำไปทดลองการปลดปล่อยยาประเภทต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น Timolol, Norfloxacin, Ketotifen fumarate และ Hyaluronic acid เป็นต้น จากการศึกษาในกระต่ายทดลองพบว่า เลนส์สัมผัสแบบนี้ที่ใส่ยา Timolol ด้วยวิธีประทับโมเลกุลนี้จะสามารถคงความเข้มข้นของยาในน้ำตาได้นานกว่า 2 เท่าเมื่อเทียบกับการแช่เลนส์สัมผัสในสารละลายยาโดยตรงเท่านั้น หรือนานกว่า 3 เท่าเมื่อเทียบกับการหยอดยาตา

โดยหลักการแล้ว ถึงแม้ว่าจะมีข้อดีจำนวนมาก แต่การใช้งานเลนส์สัมผัสนั้นยังคำนึงถึงความสามารถในการนำมาใช้งานได้จริงในด้าน

1. การใส่ยาเข้าไปในเลนส์สัมผัสนั้นจะต้องไม่ส่งผลต่อสมบัติการใช้งานของเลนส์สัมผัส เช่น ความใส ความแข็งแรง การซึมผ่านของออกซิเจน และการแก้ไขสายตาด้วยเลนส์สัมผัส
2. ระยะเวลาในการปลดปล่อยยาผ่านทางเลนส์สัมผัสนั้นจะต้องมีระยะเวลาที่นานเพียงพอและควบคุมเพื่อรักษาโรคได้ จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการปลดปล่อยยานั้นจะขึ้นอยู่กับสมบัติของเลนส์สัมผัสเองและประเภทของยาที่ใช้งานว่ามีสมบัติชอบน้ำมากน้อยเพียงใด และมีน้ำหนักโมเลกุลมากน้อยเพียงใด

ดังนั้น จึงยังคงต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบนำส่งยาชนิดนี้กันอีกต่อไป เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการรักษาและมีความปลอดภัยในการใช้ยาต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. จินตมัย สุวรรณประทีป. ปลดปล่อยยารักษาโรคตาจากเลนส์สัมผัส (ตอนที่ 1). [http://www.wongkapat.com/viewpat.php?id=810#\\_VTp1fmUeSo](http://www.wongkapat.com/viewpat.php?id=810#_VTp1fmUeSo)
2. จินตมัย สุวรรณประทีป. ปลดปล่อยยารักษาโรคตาจากเลนส์สัมผัส (ตอนที่ 2). [http://www.wongkapat.com/viewpat.php?id=887#\\_VT0fuSgQqkp](http://www.wongkapat.com/viewpat.php?id=887#_VT0fuSgQqkp)
3. จินตมัย สุวรรณประทีป. ปลดปล่อยยารักษาโรคตาจากเลนส์สัมผัส (ตอนที่ 3). [http://www.wongkapat.com/viewpat.php?id=939#\\_VT0ftyGqqkp](http://www.wongkapat.com/viewpat.php?id=939#_VT0ftyGqqkp)
4. ทำเลนส์สัมผัส ปรารถนาโรคต้อหิน. <http://www.thairath.co.th/content/388897>
5. Innovative Contact Lens Delivers Glaucoma Medication Continuously for a Month. [http://www.masseyeandear.org/news/press\\_releases/archived/2013/2013\\_Drug\\_Dispensing\\_Contacts/](http://www.masseyeandear.org/news/press_releases/archived/2013/2013_Drug_Dispensing_Contacts/)
6. คอนแทคเลนส์ Nanodiamonds ช่วยรักษาผู้ป่วยโรคต้อหิน. <https://functionalmat.wordpress.com/2014/03/03/คอนแทคเลนส์-nanodiamonds/>
7. UCLA-developed contact lens uses a nanodiamond gel to deliver glaucoma drugs. <http://www.fiercedrugdelivery.com/story/ucla-developed-contact-lens-uses-nanodiamond-gel-deliver-glaucoma-drugs/2014-02-19>

# นิทานชีวิต



วันหนึ่งฉันนั่งรถแท็กซี่เพื่อไปทำธุระ  
บางอย่าง

ขณะนั่งอยู่บนรถแท็กซี่ ก็มีสายโทรศัพท์  
จากโรงพยาบาลมาปรึกษาเรื่องผู้ป่วย หลังจาก  
ฉันวางสายแล้ว คนขับรถแท็กซี่ก็เริ่มชวนคุย

“คุณหมอเป็นหมอหรือครับ ผมมีเรื่อง  
ปรึกษาหน่อยครับ”

ฉันแอบทำหน้าที่เป็มมาก คงจะปรึกษา  
เรื่องโรคต่าง ๆ นั้นแหละ ฉันอยากมีเวลาพักบ้าง  
ที่เป็นตัวฉันเอง โดยไม่ใช่เป็นหมอตลอดเวลา  
แบบนี้

“ถามมาสิคะ มีอะไรหรือคะ”

“คุณหมอเชื่อเรื่องตายแล้วเกิดใหม่  
ไหมครับ”

ฉันคิดในใจ....คนนี่มาแปลก มาถาม  
เรื่องความเชื่อ

“หมอก็เชื่อคะ มีอะไรหรือคะ”

“ลูกผมอายุ 4 เดือน นอนคว่ำแล้วพลิกตัว  
ขึ้นมาเองไม่ได้ เสียชีวิตไปเลย ผมและภรรยา  
กลับมาเห็นลูกก็เข้าไปแล้ว ผมเสียใจมาก ผมทำใจ

ไม่ได้ตลอด 2 สัปดาห์ วันนี้เพิ่งเป็นวันแรกที่ผมออกมาขับรถแท็กซี่อีกครั้ง  
ครับ”

“แล้วคุณมีลูกกี่คนคะ”

“ผมมีลูกสาวอีกคนอายุ 5 ขวบแล้ว ผมกลัวมาก ทุกครั้งที่ผม  
ออกจากบ้านไปไหนก็จะโทรศัพท์กลับไปถามภรรยาเสมอให้ไปดูลูกสาวว่า  
ยังปลอดภัยอยู่ไหม”

“ผมคิดถึงลูกชายอายุ 4 เดือนมาก เขากำลังน่ารัก ทุกเช้าก่อน  
ออกจากบ้านไปทำงาน ผมก็ต้องไปกอดรัดพาดเหยียงเขาเสมอ แต่วันนี้  
ไม่มีแล้ว ผมคิดถึงเขามาก”

คนขับรถแท็กซี่เหลือบมองหน้าฉันผ่านกระจกมองหลังแล้ว  
กล่าวว่า “คุณหมอเชื่อเรื่องว่าตายแล้วไปเกิดใหม่ไหม ญาติผู้ใหญ่หลายคน  
บอกว่าลูกเป็นเทวดา เกิดมาให้เราชื่นชมแป๊บเดียว แล้วนี่เขารับกรรมแทนเรา  
หมดแล้ว ก็ไปเกิดใหม่และสลายไปแล้ว”

ฉันนั่งคิดตามสักพักก็ค่อยตอบว่า “หมอคิดว่าคุณเชื่อแบบไหน  
ก็ได้ที่ทำให้คุณสบายใจก็พอแล้ว”

“หมอคิดว่า ชีวิตเป็นแบบฝึกหัดนะ แบบฝึกหัดของคนไม่เหมือนกัน  
เช่น เพื่อนหมอคิดคนหนึ่งทำงานมาก เขาเป็นหญิงโสดและทั้งชีวิตมีแต่งงาน  
เธอทำงานทุ่มเทมากจนนาน ๆ ถึงจะกลับบ้านไปหาพ่อแม่สักที เวลา  
ผ่านไป 10 ปี บริษัทก็จ้างเธอให้ออกจากงาน อาจด้วยเหตุผลอะไร  
ก็ไม่ทราบได้ เช่น อาจเพราะเงินเดือนของเธอสูงเกินไป ผู้ให้เธอออก



แล้วไปจ้างเด็กใหม่ที่ได้ถึง 2 คนหรือเปล่านั้นไม่รู้ เธอเสียใจมาก เธอใช้เวลาเกือบปีว่าเธอจะทำได้ แต่ในที่สุดเธอก็ผ่านความทุกข์นั้นมาได้ จนกลับมาเป็นปกติอีกครั้ง”

ฉันหยุดพักสักครู่ ก่อนจะเล่าต่อว่า “คุณอาจมองว่าเรื่องของเธอไม่เห็นมีอะไรเลย ก็แค่สูญเสียงานก็หาเอาใหม่ได้ แต่งานเป็นสิ่งที่เธอต้องการมากที่สุด พอเธอสูญเสียงาน เธอก็แทบตัวดิน ก็เหมือนคนที่สนใจเรื่องลูกมากที่สุด พอสูญเสียลูกก็เป็นทุกข์ แบบฝึกหัดชีวิตเหล่านี้มาเพื่อเตือนเราให้ฝ่าฟันกับความทุกข์ใจต่อการสูญเสียสิ่งที่เราต้องการมากที่สุดหรือรักที่สุดไป ถ้าคุณผ่านไปได้ก็จะต้องไปเผชิญกับการสูญเสียอื่น ๆ ในแบบฝึกหัดของชีวิตในบทต่อไปอีก มันเหมือนการทำข้อสอบ ถ้าเราผ่านข้อนี้ไปได้แล้ว ให้ทำอีกก็ครั้งเราก็ทำได้ แต่เราก็จะไปเจอข้อสอบอื่น ๆ ต่อไป จนกว่าเราจะผ่านได้ทุกข้อแล้วนั่นแหละ เราก็จะไม่เป็นทุกข์”

ฉันหยุดคิดสักครู่แล้วจึงพูดต่อไป “คุณรักลูกมาก ลูกคนนี้คุณตายจากกัน แต่ลูกสาวคนโตถ้าเขาเติบโตขึ้นแล้วไปมีชีวิตของตนเองจนไม่มีเวลากลับมาใกล้ชิดกับคุณอีก แบบนี้คุณก็จากเป็น ดังนั้น สนใจและเลี้ยงดูคนที่อยู่ด้วยให้ดีที่สุดเถอะค่ะ เพราะเราไม่รู้จะอยู่ด้วยกันแบบนี้ไปอีกนานแค่ไหน หวังลูกสาวที่ยังอยู่ด้วยกันเถอะ แทนที่จะอาลัยอาวรณ์ลูกที่จากไปแล้ว”

คนขับรถแท็กซี่เริ่มคลี่ยิ้มออกมา “คุยกับหมอล้วนแล้วหัวผมโล่งเลยครับ ผมรู้สึกว่าจะอะไรที่หนัก ๆ อยู่ก็หายไป ขอขอบคุณมากนะคะครับ”

“ขอบคุณคุณมากเหมือนกัน เพราะการได้คุยกับคุณ ก็กระตุ้นให้หมอได้ไตร่ตรองบางเรื่องไปด้วยเหมือนกัน”

ฉันเคยอ่านบทความหนึ่งซึ่งเขียนไว้ได้น่าสนใจ

แมว... ชอบกินปลา  
แต่กลับว่ายน้ำไม่เป็น

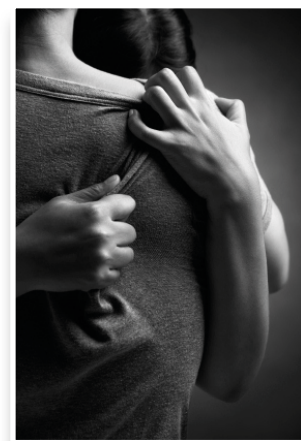
ปลา... ชอบกินไส้เดือน  
แต่ก็ไม่สามารถขึ้นบกมาขุดไส้เดือนได้

สวรรค์... เอาเหยื่อมากมายมาล่อเรา  
แต่ก็... ไม่ให้ได้มันมาโดยง่ายตาย

เรื่องใหญ่สักเท่าใดของวันนี้  
ถึงพรุ่งนี้... ก็กลายเป็นเรื่องเล็ก  
จิบจ้อย

เรื่องใหญ่สักเท่าใดของปีนี้  
ถึงปีหน้า... ก็กลายเป็นนิทาน

อย่างมาก... พวกเราก็เป็นเพียงแค่  
คนที่มี “นิทาน” ไว้เล่าให้คนอื่นฟัง





IMOJEV®

Japanese encephalitis vaccine  
(live, attenuated)

INTRODUCING THE ADVANCE IN  
JAPANESE ENCEPHALITIS VACCINATION

# Committed to protecting against Japanese encephalitis



IMOJEV® powder and diluent\* for suspension for injection. Japanese encephalitis vaccine (live, attenuated). \*0.4% sodium chloride solution. **QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION:** After reconstitution, one dose (0.5 mL) contains: • Live, attenuated, recombinant Japanese encephalitis virus\*: 4.0 - 5.8 log PFU **PHARMACEUTICAL FORM:** Powder and diluent for suspension for injection. The powder is a white to creamy white homogeneous cake which might be retracted from the sides of the vial. The diluent is a clear solution. After reconstitution, IMOJEV® is a colourless to amber suspension.

**CLINICAL PARTICULARS:** Therapeutic indications. IMOJEV® is indicated for prophylaxis of Japanese encephalitis caused by the Japanese encephalitis virus, in subjects from 12 months of age and over. **PHARMACOLOGICAL PROPERTIES:** Mechanism of action. The vaccine is a live attenuated virus. Following administration, the virus replicates locally and elicits neutralising antibodies and cell-mediated immune responses that are specific to the Japanese encephalitis virus. Available results indicate that protection is mainly mediated by neutralising antibodies. **PHARMACEUTICAL PARTICULARS:** Powder: • Mannitol • Lactose monohydrate • Glutamic acid • Potassium hydroxide • Histidine • Human Serum Albumin. Diluent: • Sodium chloride • Water for injections. No adjuvant or antimicrobial preservative is added.

**Shelf life.** 3 years. After reconstitution: the product should be used once reconstituted. **Special precautions for storage:** Store in a refrigerator (2-8°C). Do not freeze. Keep the vials in the outer carton in order to protect from light. For storage conditions of the reconstituted product **Nature and contents of container.** One dose of powder and one dose of diluent in separate vials (type I glass), each equipped with a stopper (halo-butyl) and a flip off cap (aluminium), with one syringe (polypropylene) and two needles (stainless steel). Pack size of 1 powder vial and 1 diluent vial, 1 syringe and 2 needles. **MARKETING AUTHORISATION HOLDER.** Manufactured by: GPOMBP Co., Ltd. - 241 Moo 7 Gateway City Industrial Estate, Huasamrong, Plaengyao, Chachoengsao 24190. For Sanofi Pasteur Ltd. as a product owner.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา  
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ สศ 664/2557

sp11Hmojev-RC-16-10

SANOFI PASTEUR 

# 32<sup>nd</sup> Annual Meeting

The Royal College of Physicians of Thailand



## VALUE - BASED MEDICAL PRACTICE

### Wednesday 27<sup>th</sup> April 2016

#### 08.30-10.00 Symposium

- What the internist needs to know about heart failure
- Achievement on the best outcomes of special AKI
- Appropriate selection of antibiotic
- Value-based ICU (Intensive care unit): save more lives and solve high costs
- Accessibility and practical use of antidote program in Thailand

#### 08.30-10.00 Guidelines

- Guidelines for the management of hemophilia
- The ASEAN consensus on H.pylori management in the limited resource setting

#### 10.00-10.30 Break / Poster visit

#### 10.30-12.00 Spot diagnosis / Interactive

- Hematomorphology
- EKG
- Electrolyte interpretation and spot diagnosis in nephrology
- Infectious disease
- All about mechanical ventilation
- Diagnosis at a glance in rheumatic diseases
- Practical points in nutrition prescription
- How to spot diagnosis neurological case in 1 minute
- Tips and tricks of chest imaging interpretation
- Essential skin signs for Internists

#### 12.00-13.30 Luncheon symposium

- Symposium by MSD (Thailand) Ltd.
- Symposium by Rottapharm (Thailand) Ltd.
- Symposium by Siam Pharmaceutical Co.,Ltd.
- Symposium by Omron Healthcare (Thailand) Co.,Ltd.

#### 13.30-15.00 Guidelines

- Treatment of Malaria
- New Thai rheumatism association guideline for biologic treatment in rheumatoid arthritis

#### 13.30-15.00 Landmark clinical study

- 13.30-14.15 • Thalassemia: From the evidence to clinical practice
- 14.15-15.00 • Best evidence in venous thromboembolism management: What we should or should not do?
- 13.30-14.15 • PCSK 9-inhibition: the treatment evolution for dyslipidemia in high-risk patients
- 14.15-15.00 • Duration of DAPT following drug-eluting stent placement and acute coronary syndrome
- 13.30-14.15 • Blood pressure in early autosomal dominant polycystic kidney disease.
- 14.15-15.00 • Landmark clinical study in neurology

#### 13.30-15.00 Free papers

#### 15.00-15.30 Break / Mini oral poster

#### 15.30-18.00 Convocation ceremony and honorific

#### 18.30-20.00 Dinner symposium

- Symposium by Rottapharm (Thailand) Ltd.
- Symposium by Berlin Pharmaceutical Co.,Ltd.
- Symposium by Abbott Laboratories Ltd.

### Thursday 28<sup>th</sup> April 2016

#### 07.30-08.30 Meet the experts

- Clinical pearls in multiple myeloma
- Practical issues in atrial fibrillation
- Cost effectiveness of screening for health problems in the elderly
- Diabetes and osteoporosis
- Strategies to counteract with difficult hypertension, Value-based practice in glomerular disease
- Current management of UGIB
- Use of expensive immunomodulators (biologic) in developing countries.
- Liver nodules - What should I do in an asymptomatic annual check-up patient and in a cirrhotic patient.
- Common pitfalls of gout for general practitioners
- Respiratory therapy secrets

#### 08.30-09.30 Symposium

- Erythrocytosis: What internists need to know?
- Atrial fibrillation in 2016
- Hepatocellular carcinoma: state of the art and value-based management
- Oral nutrition supplement vs dietary supplement: How to recommend?
- Physical activity and cardiometabolic risk reduction
- Medical genetics in the era of precision medicine.
- Pulmonary vascular diseases: From newest guidelines to real practice

#### 09.30-10.00 Break / Poster visit

#### 10.00-10.15 Opening ceremony

#### 10.15-10.45 Vikit Viranuvatti Plenary Lecture

#### 10.45-11.30 Presidential lecture

#### 11.30-12.00 Annual general business meeting

#### 12.00-13.30 Luncheon symposium

- Symposium by Sanofi Pasteur Ltd.
- Symposium by MSD (Thailand) Ltd.
- Symposium by Novartis (Thailand) Ltd.
- Symposium by Roche Diagnostics (Thailand) Ltd.

#### 13.30-15.00 Best abstract for Resident

#### 13.30-15.00 Best Abstract of the Year Award (member)

#### 14.00-15.00 Guidelines

- Infective endocarditis, Pericarditis, Sudden cardiac death
- New guidelines of hyponatremia

#### 15.00-15.30 Break

#### 15.30-16.30 Guidelines

- Update role of nutrition management in cancer cachexia
- Stroke and epilepsy
- Thai COPD guideline: Newest version, The core of cough guideline.
- Chronic hepatitis C – New drugs, new guidelines

#### 16.30-18.00 Medicine tournament

#### 18.30-22.00 Gala dinner

### Friday 29<sup>th</sup> April 2016

#### 07.30-08.30 Meet the experts

- Management of thyrotoxicosis
- Management of cholangiocarcinoma
- Practical solutions to infection preventions
- Key-value use of DMARDs for Internists
- Skin signs in systemic diseases
- Feeding the critically ill patients
- How to maximize benefits from consulting poison centers
- Nutrition and longevity
- Sleep disorders in neurology

#### 08.30-10.00 Symposium

- Challenges in stable coronary artery disease
- Cost effectiveness in screening for cognitive impairment and dementia care
- Value-based of CEA or fecal occult blood test or CT colonography vs colonoscopy for routine annual check up
- Rheumatic features of systemic disease.
- Immune-mediated neurological disorders
- Adaptation of treatment from asthma guideline to fit your local practice and patient population.
- Ectopic and visceral fat in obesity and human health

#### 08.30-10.00 Landmark clinical study

- 08.30-09.15 • GI and Liver
- 09.15-10.00 • Landmark clinical study in infectious diseases
- 08.30-09.15 • Recent studies on sepsis resuscitation and the new surviving sepsis campaign guidelines
- 09.15-10.00 • Personal genomics for healthy aging society
- 08.30-09.15 • Idiopathic pulmonary fibrosis: Seeing light at the end of the tunnel
- 09.15-10.00 • Androgen replacement therapy

#### 10.00-10.30 Break / Poster visit

#### 10.30-12.00 Clinical case seminar case

- 10.30-11.15 • Challenging cases in thrombocytopenia
- 11.15-12.00 • Statins for the very old: is it really worth?
- 10.30-11.15 • Syncope
- 11.15-12.00 • Difficult to manage heart failure
- 10.30-11.15 • Case approach in chronic kidney disease for internists
- 11.15-12.00 • How to manage difficult patients with nutritional problem?
- 10.30-11.15 • Postoperatively profound shock: A critical approach
- 11.15-12.00 • Dealing with thoracic malignancy: Pulmonologists view
- 10.30-11.15 • Use-value in SLE diagnosis and management: case demonstration
- 11.15-12.00 • Headache
- 10.30-11.15 • Clinical case seminar case infectious disease
- 11.15-12.00 • Drug allergy: when to test, avoid, challenge or desensitize?

#### 10.30-12.00 Guidelines

- Uses of muscle paralysis in the ICU, Mechanical ventilation in ARDS
- Thai anaphylaxis guideline.

#### 10.30-12.00 Research highlights: From research to clinical impact

#### 12.00-13.30 Luncheon symposium

- Symposium by Sanofi- Aventis (Thailand) Ltd.
- Symposium by Takeda (Thailand) Ltd.
- Symposium by AstraZeneca (Thailand) Ltd.
- Symposium by Biopharm Chemicals Co.,Ltd.

#### 13.30-15.00 Breakthroughs in internal medicine 2015

#### 15.00-15.30 Break / Mini oral poster

#### 15.30-17.00 Medicine tournament (Final round)

27<sup>th</sup>-29<sup>th</sup> April 2016 Peach, Royal Cliff Pattaya



For more information, please contact:

7<sup>th</sup> Floor, The Royal Golden Jubilee Building, 2 Soi Soonvijai, New Petchburi Road, Huay-Kwang, Bangkok 10310, Thailand

Tel: +668 2716 6744 Ext 12 | +668 1450 4719 | +668 9139 4555

Fax: +668 2718 1652 E-mail address: rcpt.annual@rcpt.org



# การปฏิรูประบบสาธารณสุขในสมัย คสช.

## (ตอนที่ 2)

**ความขาดแคลนของทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุขต้องได้รับการแก้ไข ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคลงบประมาณ อาคารสถานที่ เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ**

ในตอนที 1 ผู้เขียนได้วิพากษ์ไว้ว่าคณะกรรมการสาธารณสุขของ สปช. ไม่ได้กล่าวถึงการแก้ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรในการทำงานให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ไม่ว่าจะเป็นการขาดงบประมาณ อาคารสถานที่ เทคโนโลยี เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ รวมทั้งการขาดแคลนกำลังคนในการทำงานให้การดูแลรักษาสุขภาพแก่ประชาชน

ทั้งนี้ในภาคผนวก ก. คณะกรรมการสาธารณสุข สปช. ได้เสนอทศรูลงสำหรับผู้บริหารในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เป็นวาระปฏิรูปที่ 22 โดยเสนอแนวทางการปฏิรูป 3 แนวทาง กล่าวคือ

**1. ระบบบริหารจัดการ** โดยจัดตั้งคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ

ซึ่งผู้เขียนเรื่องนี้ได้แสดงความไม่เห็นด้วยในบทความตอนที่ 1 แล้วว่า เป็นการให้ประชาชนที่ไม่ได้มีการกำหนดคุณสมบัติด้านความรู้ความเข้าใจระบบมาทำหน้าที่ “ตัดสินใจ” ในการบริหารระบบ จึงไม่จำเป็นผลดีต่อการบริหารงานแต่อย่างใด และในที่สุดแล้วก็จะสามารถเลือก “พวกพ้อง” ของกลุ่มตนมาเป็นกรรมการ (เหมือนที่เกิดขึ้นใน สปสช. หรือ สสส. มาก่อนแล้ว) มารับผลประโยชน์ ทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องกฎหมาย

**2. ระบบพัฒนาเครือข่าย** มีทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพเป็นทีมแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งไม่มีรายละเอียดว่า ทีมแพทย์ประจำครอบครัวนี้มีภารกิจอย่างไรบ้าง ต้องออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหรือไม่/อย่างไร

ซึ่งในปัจจุบันนี้บุคลากรทางการแพทย์ก็มีจำนวนน้อย ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นตลอดเวลา (ดูจากสถิติผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นตลอดมาทุกปี) ทำให้แพทย์แต่ละคนมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น การที่จะกำหนดให้มีทีม “แพทย์ประจำครอบครัว” ก็คงต้องมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมออกไปตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ก็จะทำให้ภาระงานของแพทย์เพิ่มมากขึ้นไปอีก ซึ่งในที่สุดแล้วก็จะทำให้แพทย์ไม่มีเวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพได้

**3. ระบบสนับสนุน** มีกลไกการเงินที่พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์

จำเพาะพื้นที่ และพัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมโยงทั้งระบบ

ในที่นี้คณะกรรมการจะเน้นเรื่อง “การเงินเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชน” และการพัฒนาระบบข้อมูล แต่ไม่ได้กล่าวถึง “ความพอเพียงของการเงิน” ในการที่จะจัดสรรให้แก่สถานพยาบาลที่จะได้ใช้ในการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน

**วิพากษ์** ข้อเสนอตามบทสรุปสำหรับผู้บริหารนี้ไม่ได้กล่าวถึงการจัดสรรทรัพยากรในการทำงานให้เหมาะสมกับเนื้องานที่จะต้องทำเลย เป็นการกล่าวอ้างลอย ๆ ว่าจะมีรูปแบบการบริหารจัดการโดยเอาประชาชนมาร่วมเป็นกรรมการบริหารให้มีอำนาจเป็นนิติบุคคล

แล้วก็น่าจะเกิดความสับสนอลหม่าน เหมือนการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เสร็จแล้วแต่ไม่ได้เตรียมทรัพยากรในการทำงานให้พร้อม จึงเกิดปัญหาความยุ่งเหยิงมาจนถึงปัจจุบัน ถ้าปล่อยให้ทำการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (หรือจะเรียกว่าบริการสุขภาพก็ตาม) ตามที่ สปช. เสนอ ก็คงไม่สามารถเกิดความสำเร็จราบรื่นได้ เพราะไม่ได้มีการกำหนดรายละเอียดในการจัดสรรทรัพยากรว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างใด ทั้ง ๆ ที่ทรัพยากรเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะต้องจัดสรรให้เพียงพอต่อภาระงาน มีใช้แก่แต่ผู้บริหารเท่านั้น

ต่อมาในภาคผนวก ข. เป็นวาระการปฏิรูปที่ 23 ระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใหม่ ๆ แต่มีคำอธิบายในวงเล็บว่าเป็นการปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

ทั้งนี้ คณะกรรมการสาธารณสุข สปช. ได้เสนอวิธีการคือ

1. ส่งเสริมสนับสนุนบุคคล ท้องถิ่น และชุมชนให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตนเองและชุมชน

2. ปรับปรุงการอภิบาลระบบสุขภาพไปสู่การอภิบาลโดยเครือข่าย

3. สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุม พร้อมทั้งจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพ

**วิพากษ์** โดยรายละเอียดในข้อเสนอนี้เป็นการผลิตกันให้ประชาชนมาทำหน้าที่ร่วมกับภาคราชการ ในรูปแบบเป็นคณะกรรมการนิติบุคคล ซึ่งเป็นการทำให้ประชาชนมาใช้อำนาจรัฐโดยไม่มีกำหนดคุณสมบัติเฉพาะเรื่องความรู้ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ และวิธีการคัดเลือกประชาชนมาเป็นกรรมการ (ไม่ใช่

ผู้แทนประชาชนโดยชอบธรรม) ก็จะกลายเป็นการมีส่วนร่วมโดยพรรคพวกและผู้ไม่มีความรู้ ความเข้าใจ แต่คงจะต้องมีค่าตอบแทนในการทำงานต่าง ๆ (เพิ่มค่าใช้จ่ายจากงบประมาณแผ่นดิน) ส่วนข้าราชการหรือบุคลากรสาธารณสุขคงไม่สามารถเป็นผู้นำในการบริหารจัดการที่ดีได้ เพราะถูกลดบทบาทเหลือเพียง 1 เสียงเหมือนกรรมการอื่น ๆ ทั้ง ๆ ที่มีความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในงานที่ทำอยู่โดยตรง (เหมือนที่เกิดขึ้นแล้วในองค์กร สปสช.)

ต่อมาในภาคผนวก ค. เป็นวาระปฏิรูปที่ 24 ระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดยข้อเสนอในการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ได้แยกออกเป็น 2 ประเด็นคือ

- การปฏิรูปการอภิบาลระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ
- การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพของประเทศ: การจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.)

และข้อเสนอในการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ทั้งนี้ในรายละเอียดข้อเสนอการปฏิรูปการอภิบาลระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพนั้น ได้กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพไม่มีการประสานกันในการวางแผน กำกับ การจัดบริการ และการอภิบาลในภาพรวมอย่างเป็นระบบ

และได้เสนอให้มีการออกพระราชบัญญัติจัดตั้งกรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... รวมทั้งปรับวิธีการปฏิบัติงานภายในกระทรวงสาธารณสุข และปรับวิธีการปฏิบัติงานของหน่วยงานผู้รับประกัน

ในขณะเดียวกันนี้ มีข่าวในสื่อมวลชนทั่วไปว่า มีความพยายามของกลุ่มบุคคลที่ต้องการออกพระราชบัญญัติกำกับการประกันสุขภาพภาครัฐ พ.ศ. .... โดยนายอัมมาร สยามวาลา และ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นผู้ดำเนินการ ทั้งนี้เมื่ออำนาจพระราชบัญญัติเหล่านี้แล้ว จะเห็นความพยายามของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ในความหวังที่จะเข้ามามี "อำนาจ" ในการบริหารสภาพประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างยาวนาน 2 วาระ 10 ปี และกีดกันไม่ให้รัฐมนตรี หรือข้าราชการที่เป็นกรรมการสภาพประกันสุขภาพมีอำนาจในการออกเสียงลงคะแนนในการบริหารงานเลย

ในส่วนของ การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพของประเทศ ก็ได้มีความพยายามที่จะเสนอให้มีองค์กรกลางในการทำหน้าที่เป็น "Clearing house" ในการจ่ายเงินรวม 3 ระบบการประกันสุขภาพ คือระบบหลักประกันสุขภาพ ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ โดยเรียกชื่อว่าสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.) โดย นพ.เทียม อังสาชน (ผู้เป็นอนุกรรมการปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ ในคณะกรรมการสาธารณสุข สปสช.) จะมาเป็นผู้อำนวยการ สมสส. ให้ขึ้นอยู่กัสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

(คนเหล่านี้ถนัดในการเสนอให้สำนักงานแล้วก็จงตำแหน่งผู้บริหารได้เลย)

**วิพากษ์** จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการสาธารณสุข สปสช. ได้เสนอการปฏิรูปทางด้านสาธารณสุข โดยมีเป้าประสงค์อย่างเดียวที่ไม่ได้กล่าวออกมาตรง ๆ แต่วิธีการนำเสนอการปฏิรูปล้วนมีเข็มมุ่งในการทำให้กลุ่มพวกตระกูล ส. ทั้งหลายหรือกลุ่มสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่มี ศ.นพ.ประเวศ วะสี เป็นหัวหน้ากลุ่มนั้น สามารถเข้ามายุติกุมอำนาจในการบริหารกิจการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการประกันสุขภาพของประเทศเป็นสำคัญ ไม่ได้แสวงหาทางออกในการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานและมั่นคงยั่งยืนเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนแต่อย่างใดทั้งสิ้น

ในประเด็นการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพนั้น คณะกรรมการสาธารณสุข สปสช. ได้เสนอให้มีการปฏิรูปในประเด็นที่สำคัญคือ

1. การบูรณาการ 3 กองทุนหลัก ภายใต้หน่วยงานเดียวกัน เพื่อความโปร่งใสในการบริหารการเงิน การจัดทำสิทธิประโยชน์พื้นฐานกลางสำหรับประชาชนชาวไทยทุกคน การติดตามตรวจสอบคุณภาพการรักษายาบาล เปรียบเทียบระหว่าง 3 กองทุน และผลลัพธ์ของการรักษา

2. การแก้ปัญหาค่าใช้จ่าย โดยให้ประชาชนที่มีศักยภาพสามารถจ่ายเงินเพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน เพื่อให้มีทางเลือกสำหรับการรักษายาบาลมากขึ้น

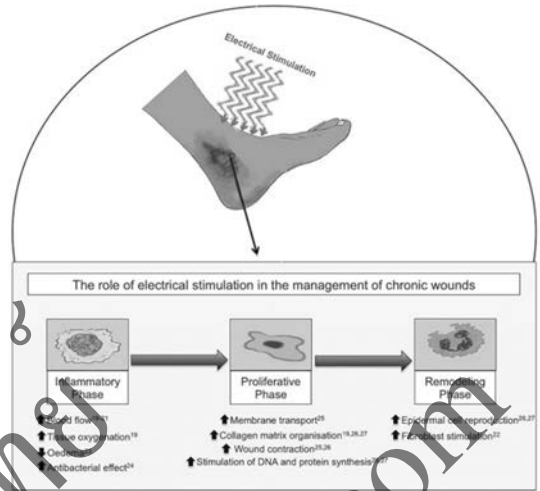
3. เพิ่มรายได้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ โดยใช้ระบบภาษีผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่เป็นภัยต่อสุขภาพ จัดให้แรงงานต่างด้าวเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพให้มากขึ้น รวมทั้งประกันสุขภาพนักท่องเที่ยว การพัฒนาสุขภาพไทยให้มีคุณภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่ายจากการใช้จ่ายต่างประเทศ และสนับสนุนการร่วมลงทุนด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชน

4. การบริหารจัดการด้านการเงิน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุ้มค่า โดยบริหารแบบเขตสุขภาพ ใช้ทรัพยากรร่วมกัน แยกงบประมาณเงินเดือนบุคลากรออกจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และปรับปรุงการทำงานของโรงพยาบาลรัฐให้ยืดหยุ่นมากขึ้น

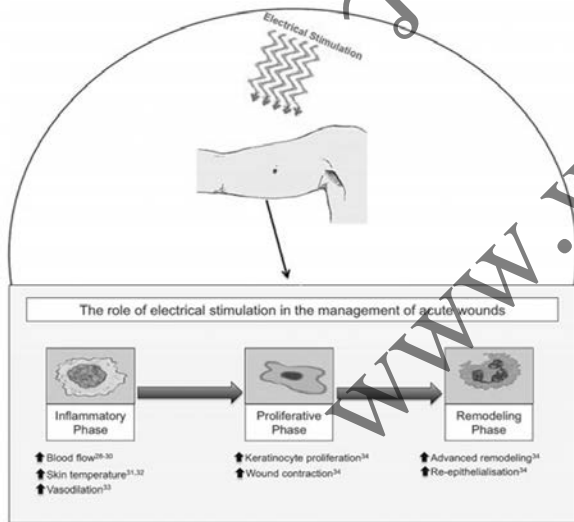
**วิพากษ์** จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการสาธารณสุข สปสช. นอกจากจะมีข้อเสนอเพื่อให้กลุ่มพวกตนเองเข้าไปมีอำนาจเบ็ดเสร็จในการบริหารระบบสาธารณสุขและการประกันสุขภาพแล้ว (อ้างให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม แต่ก็คงเป็นประชาชนที่พวกกลุ่มสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเลือกสรรมาเหมือนที่เคยเกิดขึ้นแล้วในองค์กร ส. ต่าง ๆ) ข้อเสนอของคณะกรรมการสาธารณสุข สปสช. ยังมองเห็นแต่ความผิดพลาดของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้เสนอแก้ไขการบริหารจัดการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) แต่อย่างใด แต่ต้องการที่จะยึดกุมอำนาจมากขึ้นโดยการคุมการบริหารทั้ง 3 กองทุนเท่านั้น

# กระตุ้นการรักษาแผลด้วยไฟฟ้า

การหายตัวที่ช้าของบาดแผลแบบเรื้อรังบริเวณผิวหนัง ถือได้ว่าเป็นความท้าทายต่อการรักษาและมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น แผลที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดดำบริเวณเท้า และแผลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าการสร้างหรือการเกิดหลอดเลือดใหม่ถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการรักษาบาดแผล ซึ่งโดยทั่วไปพบว่าหากมีการสร้างหลอดเลือดใหม่ในบริเวณบาดแผลที่ไม่เพียงพอแล้ว จะส่งผลให้ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาแผลนั้นเพิ่มมากขึ้นและกลายเป็นแผลเรื้อรังได้ การใช้เทคนิคการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าพบว่าสามารถช่วยเพิ่มการรักษาตัวของบาดแผลทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังได้ ผ่านการช่วยกระบวนการสร้างหลอดเลือดใหม่ดังกล่าวให้เกิดขึ้นได้รวดเร็วมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้มีการเจริญของการเข้ามาของเซลล์คีราติโนไซต์และแมคโครฟาจ รวมทั้งไฟโบรบลาสต์ และการสร้างโปรตีนในระยะต่าง ๆ ของการรักษาตัวของบาดแผล ทั้งนี้การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าสามารถใช้ได้ทั้งในรูปแบบของกระแสตรงหรือกระแสสลับหรือแบบเป็นช่วง

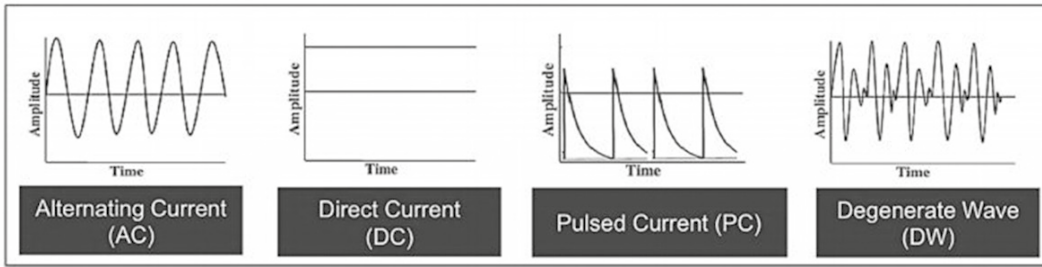


ภาพแสดงบทบาทของการช่วยรักษาตัวของบาดแผลแบบประเภทเรื้อรังด้วยการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าในระยะต่าง ๆ ของการรักษาตัวของบาดแผล<sup>(1)</sup>

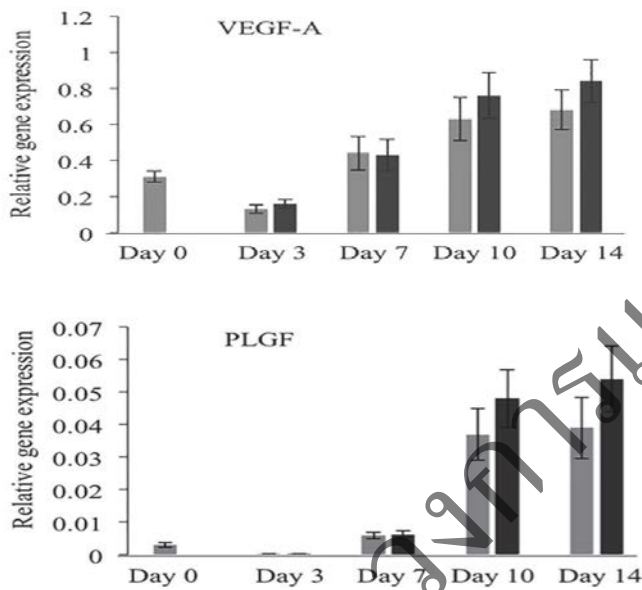


ภาพแสดงบทบาทของการช่วยรักษาตัวของบาดแผลแบบประเภทเฉียบพลันด้วยการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าในระยะต่าง ๆ ของการรักษาตัวของบาดแผล<sup>(1)</sup>

ถึงแม้เทคนิคการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าจะไม่ใช่เทคนิคใหม่และมีการทดลองใช้งานในการรักษาบาดแผลประเภทต่าง ๆ แต่ที่มียุคจากประเทศอังกฤษได้พัฒนารูปแบบของคลื่นกระแสไฟฟ้าที่ใช้งานในการกระตุ้นการรักษาบาดแผลแบบใหม่ที่เรียกว่าคลื่นรูปแบบไซน์ที่ลดลง (degenerate sine wave) ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างจากคลื่นไฟฟ้าที่ใช้งานทั่วไป โดยพบว่าจะสามารถช่วยในการรักษาที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้รูปแบบของกระแสตรงหรือกระแสสลับโดยทั่วไป จากการทดสอบในห้องปฏิบัติการพบว่า การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าจากการใช้คลื่นรูปแบบไซน์ที่ลดลงดังกล่าวสามารถเพิ่มปริมาณการสร้างคอลลาเจนของเซลล์ไฟโบรบลาสต์ได้ดี เมื่อนำเทคนิคการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าดังกล่าวไปศึกษาในคน โดยทำการเจาะผิวหนังที่บริเวณท้องแขนด้านในของอาสาสมัครสุขภาพดีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 มิลลิเมตร และเปรียบเทียบการรักษาตัวของบาดแผลเปรียบเทียบกับระหว่างการใช้การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าด้วยคลื่นรูปแบบไซน์ที่ลดลง และการรักษาตัวเองตามปกติเป็นระยะเวลาสูงสุด 90 วัน พบว่ากลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับการกระตุ้นบริเวณบาดแผลด้วยไฟฟ้ามีการเพิ่มขึ้นของการไหลเวียนของเลือดเข้าไปยังบาดแผล รวมทั้งมีการเพิ่มขึ้นของการสร้างใหม่ของหลอดเลือด และมีการรักษาตัวของบาดแผลที่เร็วกว่าจากการวัดขนาดและปริมาตรของบาดแผลที่สร้างขึ้นที่ระยะเวลาต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของเทคนิคดังกล่าวในการช่วยรักษาบาดแผล



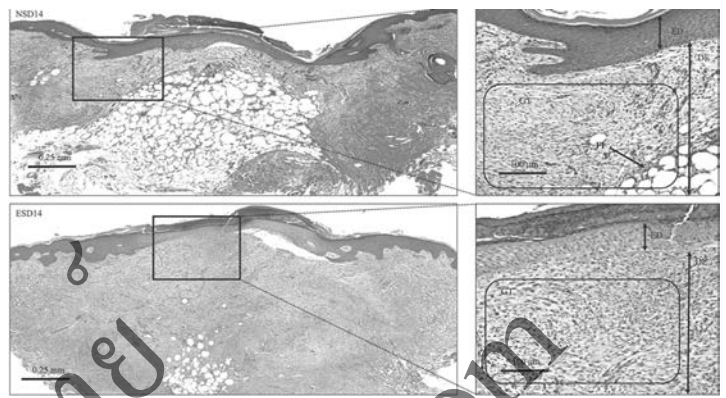
ภาพแสดงคลื่นรูปแบบไซน์ที่ลดลง (degenerate sine wave) ซึ่งพบว่าจะสามารถช่วยในการรักษาที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้รูปแบบของกระแสตรงหรือกระแสสลับหรือแบบเป็นช่วงโดยทั่วไป<sup>(1)</sup>



กราฟเปรียบเทียบปริมาณการแสดงออกของยีน VEGF-A และ PLGF ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ปริมาณการสร้างใหม่ของหลอดเลือดระหว่างบาดแผลปกติ (สีเทา) และบาดแผลที่กระตุ้นด้วยไฟฟ้า (สีดำ) ซึ่งพบว่าจะมีการแสดงออกของยีนดังกล่าวในบาดแผลที่กระตุ้นด้วยไฟฟ้าที่มากกว่า<sup>(2)</sup>



ภาพที่วัดจากระบบวัดภาพสามมิติแสดงการเปรียบเทียบระหว่างบาดแผลปกติ (ซ้าย) และบาดแผลที่กระตุ้นด้วยไฟฟ้า (ขวา) ที่ระยะเวลา 10 วันหลังจากการเริ่มทดสอบ ซึ่งพบว่าบาดแผลที่กระตุ้นด้วยไฟฟ้าจะมีการรักษาตัวที่เร็วกว่าจากการวัดขนาดและปริมาตรของบาดแผล<sup>(3)</sup>



ภาพเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลภายหลังจากการย้อมด้วยสี H&E เปรียบเทียบระหว่างบาดแผลปกติ (บน) และบาดแผลที่กระตุ้นด้วยไฟฟ้า (ล่าง) ที่ระยะเวลา 14 วันหลังจากการเริ่มทดสอบ ซึ่งพบว่าบาดแผลที่กระตุ้นด้วยไฟฟ้าจะมีการเจริญของเนื้อเยื่อแกรนูลเลชันที่มากกว่าและมีปริมาณไขมันที่น้อยกว่า<sup>(2)</sup>

ปัจจุบันทีมวิจัยได้ร่วมมือกับบริษัทเอกชนในการพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของอุปกรณ์และวัสดุปิดแผลที่ใช้หลักการกระตุ้นทางไฟฟ้าดังกล่าวที่สามารถช่วยในการรักษาแผลบริเวณผิวหนังเรื้อรังได้รวดเร็วมากขึ้น โดยจะใช้ระยะเวลาประมาณ 5 ปี และมีเป้าหมายที่จะพัฒนาให้เป็นรูปแบบของวัสดุปิดแผลที่สามารถเพิ่มหน้าที่การทำงานในการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าเพื่อช่วยเพิ่มความรวดเร็วในการรักษาบาดแผลทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังที่เกิดขึ้นจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การผ่าตัด อุบัติเหตุ การบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา การบาดเจ็บทางการทหาร เป็นต้น

**เอกสารอ้างอิง**

1. S. Ud-Din and A. Bayat (2014) Healthcare, 2, p.445.
2. S. Ud-Din, A. Sebastian, P. Giddings, J. Colthurst, S. Whiteside, J. Morris, R. Nuccitelli, C. Pullar, M. Baguneid and A. Bayat (2015), PLoS One, 30, p.e0124502.
3. <http://www.sciencedaily.com/releases/2015/05/150514095243.htm#>
4. <http://www.manchester.ac.uk/discover/news/new-findings-support-university-bid-for-bandages-to-enter-the-electronic-age/>



## ความก้าวหน้าใหม่ ๆ ของการรักษาผู้ป่วย HIV

ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา การรักษาโรคติดเชื้อ HIV มีการพัฒนาขึ้นอย่างมาก เนื่องจากการค้นพบยาต้านไวรัส (antiretroviral therapy: ART) ใหม่ ๆ ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนในปัจจุบันโรคติดเชื้อ HIV ที่เคยถูกมองว่าเป็นโรคร้ายที่คร่าชีวิต กลายมาเป็นเพียงโรคที่มีการติดเชื้ออย่างเรื้อรังเท่านั้น การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ และการเริ่มต้นรักษาที่เร็วขึ้นก็ช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และลดโอกาสในการแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่นลดลงได้มากอีกด้วย ซึ่งทำให้ความหวังในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ดีขึ้นเรื่อย ๆ เป็นลำดับ

### ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อ HIV

โรคติดเชื้อ HIV ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ดังจะเห็นได้จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่รายงานว่าในปี ค.ศ. 2013 มีผู้ป่วยมากถึง 1.5 ล้านรายทั่วโลกที่เสียชีวิตจากโรคนี้ และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 2.1 ล้านรายเลยทีเดียว

อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 ที่ผ่านมามีจำนวนผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วยจากโรคนี้ก็มีแนวโน้มที่ลดลง ทั้งนี้เนื่องมาจากการปรับแผนกลยุทธ์ใหม่ในการจัดการโรคติดเชื้อ HIV และโรคเอดส์ที่เรียกว่า “90-90-90” นั่นคือ สามารถวินิจฉัยผู้ติดเชื้อ HIV อย่างน้อย 90% ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด ผู้ติดเชื้ออย่างน้อย 90% ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และในจำนวนผู้ที่ได้รับการรักษาอย่างน้อย 90% สามารถจำกัดจำนวนเชื้อไวรัสในร่างกายได้ และมีระดับภูมิคุ้มกันที่ดี ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันประเทศส่วนใหญ่ในโลกยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าวนี้ได้ แต่ก็ช่วยทำให้แนวโน้มของการรักษาโรคติดเชื้อ HIV ดีขึ้นมาเรื่อย ๆ

### การวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV

ในปัจจุบันวิธีการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV ได้รับการพัฒนาไปมากทำให้สามารถตรวจได้ง่าย และได้ผลการตรวจอย่างรวดเร็ว ผู้ที่ต้องการรับการตรวจสามารถขอรับการตรวจได้เร็วขึ้นโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์ ทำให้มีจำนวน

ผู้ที่เข้ารับการตรวจเพิ่มมากขึ้นถึง 33% จากปี ค.ศ. 2009-2013 การส่งตรวจและทราบสถานการณ์การติดเชื้อของตนเองมีส่วนช่วยทำให้การเข้าถึงการรักษา ตลอดจนการหาวิธีการป้องกันการกระจายเชื้อทำได้ง่ายขึ้น ปัจจุบันการส่งตรวจเพื่อค้นหาการติดเชื้อ แนะนำให้ทำในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ เช่น ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่ร่วมเพศกับชาย (Men who have sex with men: MSM) หรือผู้ที่มีคู่นอนหลายคน ควรทำการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งหรือมากกว่า
2. ผู้ที่มีประวัติใช้ยาชนิดฉีดที่มีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ควรทำการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนเมื่อเข้ารับการตรวจฝากครรภ์
4. ผู้ที่มีอาการแสดงของโรคที่เป็นสัญญาณว่ามีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรืออาจมีการติดเชื้อไวรัส HIV ดัง

ตารางที่ 1

## การรับยาต้านไวรัส

**ควรเริ่มต้นที่ที่ตรวจพบหากเป็นไปได้** จากการศึกษาวิจัยชื่อ HPTN 052 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมการศึกษาคู่ที่มีผลตรวจการติดเชื้อที่ไม่เหมือนกัน (serodiscordant couples) กว่า 1,700 คู่ พบว่าการเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่แรกช่วยลดโอกาสการแพร่เชื้อไปสู่คนที่ยังไม่ติดเชื้อได้มากถึง 96% และในการศึกษาที่ชื่อ PARTNER ที่มีผู้เข้าร่วมส่วนหนึ่งเป็นคู่รักร่วมเพศและไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยพบว่าเมื่อมีการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อหลังจากติดตามไปเป็นเวลา 3 ปี ยังไม่มีการแพร่เชื้อเกิดขึ้นเลย ผลการศึกษาทั้ง 2 ชิ้นดังกล่าวบ่งชี้ว่า การเริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่วะยะแรกมีส่วนช่วยทั้งในแง่ของการรักษาและการป้องกัน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลคือ การใช้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และเคร่งครัดเท่านั้น

สำหรับแนวทางปฏิบัติที่เผยแพร่โดย World Health Organization (WHO) ได้ระบุว่าควรเริ่มให้ยาต้านไวรัสแก่

ตารางที่ 1 โรคหรืออาการแสดงที่ควรได้รับคำแนะนำเพื่อการตรวจหาการติดเชื้อ HIV

อาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง	อาการแสดงที่บ่งชี้ว่าอาจมีการติดเชื้อ HIV
Cerebral toxoplasmosis	Anal cancer
Cervical cancer	Aseptic meningitis
Cryptococcal meningitis	Bacterial pneumonia
Cytomegalovirus retinitis or pneumonitis	Guillain-Barré syndrome
HIV encephalopathy	Infective retinal diseases
Kaposi sarcoma	Lymphadenopathy of unknown cause
Non-Hodgkin lymphoma	Mononucleosis-like syndrome
Persistent cryptosporidiosis	Multidermal or recurrent herpes zoster
Pneumocystis pneumonia	Oral candidiasis
Primary cerebral lymphoma	Fever of unknown origin
Progressive multifocal leukoencephalopathy	Unexplained blood dyscrasia
Recurrent bacterial infections	Vaginal intraepithelial neoplasia
Tuberculosis	
Wasting syndrome	

ที่มา: ดัดแปลงจาก the British HIV Association, UK national guidelines for HIV testing.





ผู้ติดเชื้อทุกรายที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 500 cells/ $\mu$ L ไม่ว่าจะมีการหรือไม่ และควรพิจารณาให้ยาสำหรับในรายที่ค่อนข้างเป็นผู้ไม่ติดเชื้อ หรือเป็นผู้ป่วยเด็ก หรือมีการติดเชื้อฉวยโรคร่วมด้วย เป็นต้น

**การตรวจประเมินก่อนการเริ่มยาต้านไวรัส** ผู้ติดเชื้อไวรัส HIV ควรได้รับการตรวจประเมินในด้านต่าง ๆ ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ซึ่งแบ่งเป็นประเภท ได้แก่

1. การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 และจำนวนไวรัสรวมถึง genotypic resistant testing และ subtypes ก่อนเริ่มต้นการรักษา เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบหลังจากให้การรักษาไปแล้ว และปรับเปลี่ยนยาหากพบว่า มีภาวะดื้อยาของเชื้อไวรัส

2. การตรวจหาการติดเชื้ออื่นที่อาจมีร่วมด้วย เช่น ไวรัสตับอักเสบ A, B, C, CMV, toxoplasmosis, syphilis และการติดเชื้อฉวยโรคระยะแฝง (Latent TB infection) เป็นต้น เนื่องจากอาจมีผลต่อการเลือกชนิดของยาต้านไวรัสที่ต้องใช้

3. การตรวจหาความผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการรักษา ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, transaminase levels, urinalysis, fasting blood glucose, serum lipids และ HLA-B\*5701 เป็นต้น

**วิธีการเริ่มยาต้านไวรัส** ยาต้านไวรัสที่มีใช้กันอยู่ในปัจจุบันนั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 กลุ่มตามกลไกการออกฤทธิ์ของยา ได้แก่ Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) หรือ nucleotide reverse transcriptase inhibitors (NtRTIs), Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTIs), Protease inhibitor boosted with ritonavir (PI/r) หรือ with cobicistat (PI/c), C-C chemokine receptor antagonist (CCR5 inhibitors) และ Integrase strand transfer inhibitor (INSTI) สำหรับ European AIDS Clinical Society (EACS) มีคำแนะนำการเริ่มยาสำหรับผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนด้วยยาสูตรที่มียาในกลุ่ม NRTI หรือ NtRTI 2 ชนิด ร่วมกับยาในกลุ่ม NNRTI หรือ PI/r หรือ INSTI อย่างน้อย 1 ชนิด ตัวอย่างสูตรยาที่แนะนำโดย EACS ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** สูตรยาต้านไวรัสที่แนะนำสำหรับผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เคยได้รับการรักษา

Regimen Type	Recommended Combinations
NNRTI-based regimens	EFV + ABC/3TC <sup>a</sup> or TDF/FTC <sup>a</sup> RPV <sup>b</sup> + ABC/3TC <sup>a</sup> or TDF/FTC <sup>a</sup> EFV/TDF/FTC <sup>a</sup> RPV/TDF/FTC <sup>a,b</sup>
PI/r-based regimens	ATV/r + ABC/3TC <sup>a</sup> or TDF/FTC <sup>a</sup> DRV/r + ABC/3TC <sup>a</sup> or TDF/FTC <sup>a</sup>
INSTI-based regimens	EVG/COBI/TDF/FTC <sup>a</sup> DTG/ABC/3TC <sup>a</sup> or DTG + TDF/FTC <sup>a</sup> RAL + ABC/3TC <sup>a</sup> or TDF/FTC <sup>a</sup>

**ที่มา:** ดัดแปลงจาก the European AIDS Clinical Society guidelines.

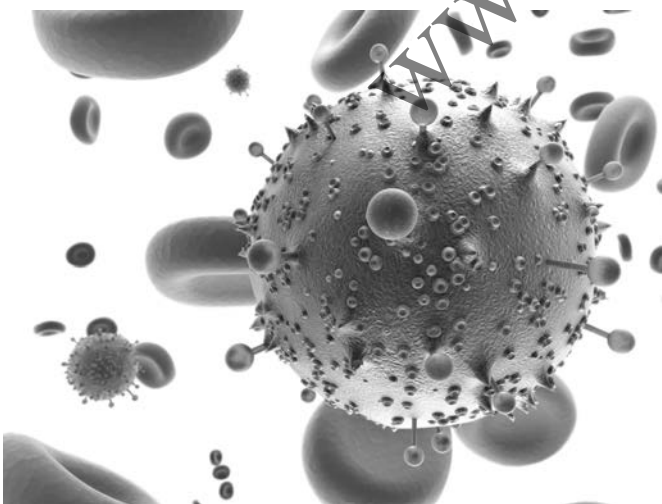
(คำย่อ: 3TC = lamivudine; ABC = abacavir; ATV/r = atazanavir (boosted with ritonavir); COBI = cobicistat; DRV/r = darunavir boosted with ritonavir; DTG = dolutegravir; EFV = efavirenz; EVG = elvitegravir; FTC = emtricitabine; INSTI = integrase strand transfer inhibitor; NNRTI = non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor; PI/r = protease inhibitor boosted with ritonavir; RAL = raltegravir; RPV = rilpivirine; TDF = tenofovir)

โดยทั่วไปสูตรยาที่แนะนำให้ใช้จะเป็นสูตรที่มียา TDF หรือ ABC โดยที่ยาสูตรที่มี ABC จะเหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไตอยู่เดิม เนื่องจากยา TDF อาจทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของไตได้ อย่างไรก็ตาม ยา ABC ก็อาจเพิ่มความเสียหายของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เช่นกัน จึงต้องระมัดระวังในผู้ติดเชื้อที่มีประวัติอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ และต้องระวังอาการแพ้ยาที่รุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีผลการตรวจ HLA-B\*5701 เป็นบวก

สำหรับยาในกลุ่ม NNRTI นั้น ยาตัวแรกที่แนะนำให้ใช้คือ EFV หรือ RPV แต่เนื่องจากโอกาสเกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วยยา RPV มากกว่า และยา EFV ในปัจจุบันมีราคาค่อนข้างถูก จึงแนะนำการใช้ EFV ก่อน

ยาในกลุ่ม PI/r มีประสิทธิภาพในการควบคุมการเพิ่มจำนวนของเชื้อที่ตีเทียบเท่ากับยาในกลุ่ม NNRTIs และมีหลักฐานว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื้อต่อยาน้อยกว่า จึงเหมาะสำหรับผู้ติดเชื้อที่ยังไม่สามารถทำการตรวจหาการดื้อยาหรือยังไม่ทราบผลการตรวจ โดยยาที่แนะนำให้ใช้ ได้แก่ ATV/r หรือ DRV/r

ยากลุ่มใหม่ที่สุดสำหรับการรักษาโรคติดเชื้อ HIV ก็คือยากลุ่ม INSTIs ซึ่งในปัจจุบันมียาที่ได้รับการรับรองให้ใช้ได้ อยู่ 3 ชนิดคือ raltegravir (RAL), elvitegravir (EVG) และ dolutegravir (DTG) โดยยา RAL นั้นมีหลักฐานการศึกษาที่เปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาเหล่านี้กับยา EFV และพบว่าไม่แตกต่างกันในแง่ของการควบคุมจำนวนของเชื้อไวรัสในเลือด แต่พบว่ายา DTG อาจมีข้อดีกว่าในแง่ของความเสี่ยงในการเกิดเชื้อดื้อยาน้อยกว่า



จำนวนเม็ดยาที่ผู้ติดเชื้อต้องรับประทานเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งของการรักษาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในปัจจุบันมีการพัฒนาโดยรวมยาชนิดต่าง ๆ ในสูตรเข้ามาไว้ในเม็ดเดียว เพื่อช่วยทำให้การบริหารยาทำได้ง่ายขึ้น และลดโอกาสที่จะเกิดการขาดยาเป็นบางชนิดได้ ในปัจจุบันมียาหลายสูตรที่อยู่ในรูปแบบเม็ดเดี่ยวได้ ดังนั้น จึงควรเลือกใช้ยาในรูปแบบนี้เสมอหากสามารถทำได้

### การเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส

ในกรณีที่การรักษาไม่ได้ผล คือไม่สามารถทำให้จำนวนเชื้อไวรัสในเลือดลดลงได้มากพอ หรือจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 ไม่เพิ่มขึ้นตามเป้าหมาย หรือในบางครั้งแม้ผลการรักษาจะได้ผลดี แต่ในบางกรณี เช่น เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง หรือมีปฏิกิริยาระหว่างกันของยา (drug-drug interaction) อย่างมาก หรือเป็นเหตุถึงตั้งครุภ เป็นต้น ก็อาจจะจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนสูตรยาที่ใช้อยู่เป็นสูตรอื่น ตัวอย่างเช่น

- กรณีเกิดอาการข้างเคียงทางจิตประสาท (neuro-psychiatric adverse effect) ระหว่างการใช้ยาในกลุ่ม NNRTI ควรพิจารณาเปลี่ยนยาไปเป็นกลุ่ม INSTI-based regimen เช่น EVG/COBI/TDF/FTC เป็นต้น
- สำหรับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมจำนวนเชื้อได้ดีขณะได้รับยาในกลุ่ม PI/r แต่มีระดับไขมันในเลือดสูง อาจพิจารณาปรับสูตรยาเป็น RPV/TDF/FTC เนื่องจากมีหลักฐานว่าสามารถควบคุมจำนวนเชื้อไวรัสได้ดี และช่วยทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลงด้วย
- สำหรับหญิงตั้งครรภ์ อาจเปลี่ยนสูตรยาเป็นสูตรที่ไม่ใช้ยา EFV เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด ความพิการคือ neural tube defect ในครรภ์ โดยอาจเปลี่ยนเป็นสูตรยาแบบ PI-based ได้แก่ LPV/r, SQV/r, ATV/f หรือ DRV/r
- อาจพิจารณาปรับสูตรยาให้เป็นสูตรที่จำนวนเม็ดยาลดลง เพื่อช่วยทำให้รับประทานยาได้ง่าย และได้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

สำหรับกรณีที่การรักษาไม่ได้ผล (virologic failure) ก่อนการเปลี่ยนสูตรยา ควรตรวจประเมินในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา อาการข้างเคียง จำนวน



เชื้อไวรัสในเลือดหรือระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ประวัติการใช้ยาในอดีต และผลการตรวจการดื้อยาต่าง ๆ (ถ้ามี) เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเปลี่ยนสูตรยาที่เหมาะสม แต่โดยทั่วไปแล้ว เมื่อเปลี่ยนยาควรเลือกใช้ยาที่มีข้อมูลว่าได้ผลและไม่มี การดื้อต่อยาอย่างน้อย 2-3 ชนิด และไม่ควรเพิ่มยาใหม่เข้าไป ในสูตรยาที่ใช้อยู่แล้ว เนื่องจากอาจทำให้เกิดการดื้อยาใหม่ที่เพิ่มเข้าไปได้ จากข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมา ยาในกลุ่ม INSTIs (RAL, EVG, DTG) สามารถใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี ปัญหาเชื้อดื้อต่อยาหลายขนาน และมีโอกาสเกิดการดื้อต่อยา DTG น้อยที่สุด ส่วนยา RAL และ EVG นั้นอาจเกิดปัญหา เชื้อดื้อยาขึ้นได้บ้าง และมักจะเกิดการดื้อข้ามชนิดกันได้ ดังนั้น หากเลือกเปลี่ยนยา DTG อาจเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด สำหรับในกลุ่มนี้

### การรักษาโรคติดเชื้อ HIV ที่มีโรคร่วม

การมีโรคร่วมอื่น ๆ ของผู้ติดเชื้อ HIV เป็นปัญหา ทำหายที่สำคัญสำหรับการเลือกวิธีการรักษาโรคติดเชื้อ เนื่องจากโรคร่วมบางชนิดมีผลโดยตรงกับการเลือกใช้ยา หรือ ยาที่ใช้ในการรักษาโรคร่วมนั้นอาจมีปฏิกิริยาต่อกันกับยา ต้านไวรัสได้ ดังนั้น หากผู้ป่วยมีโรคร่วมจึงควรพิจารณาปรับ การรักษาให้เหมาะสมเป็นราย ๆ ไป เช่น

#### ผู้ป่วยวัณโรค (tuberculosis coinfection)

ในปัจจุบันยังคงแนะนำให้ผู้ป่วยวัณโรครับยาด้วยสูตรยาวัณโรค มาตรฐาน (2HRZ±E + 4HR) และควรเริ่มยาด้านไวรัส โดย แนะนำให้ใช้สูตร EFV/TDF/FTC หรือ EFV/ABC/3TC หรือ RAL + TDF/FTC แต่ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่ม

ยาด้านไวรัสนั้นยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป เนื่องจากผู้ เชี่ยวชาญจำนวนหนึ่งเห็นว่าการเริ่มยาเร็วที่สุดจะช่วยลด โอกาสการเสียชีวิตได้ ในขณะที่อีกจำนวนหนึ่งแนะนำให้รอ การรักษาวัณโรคแล้วระยะหนึ่งก่อนเพื่อลดโอกาสของการเกิด อาการข้างเคียงหรือปฏิกิริยาต่อกันของยา สำหรับ EACS แนะนำการเริ่มยาด้านไวรัสภายใน 2 สัปดาห์หลังการเริ่มยา วัณโรค หากผู้ป่วยมีระดับ CD4 น้อยกว่า 100 cell/ $\mu$ L และ อาจเริ่มยาใน 8-12 สัปดาห์ หากมีระดับ CD4 มากกว่านี้

**ผู้ป่วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ cryptococcal meningitis** จากข้อมูลการศึกษาในแถบแอฟริกาเกี่ยวกับการ เริ่มยาด้านไวรัสในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่ากลุ่มที่เริ่มยาด้านไวรัส ซ้ำกว่า (5 สัปดาห์) ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ เริ่มยาเร็ว (ภายใน 1-2 สัปดาห์)

**ผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส hepatitis C** ในปัจจุบันมียาด้านไวรัสสำหรับโรคตับอักเสบชนิด C มากขึ้น แต่เมื่อต้องรักษาผู้ป่วยที่เป็น HIV-HCV coinfection อาจมีข้อ จำกัดในการใช้ยา กล่าวคือ ยาด้านไวรัสหลายชนิด เช่น ATV, DRV, EFV และ LPV นั้นไม่ควรใช้ร่วมกับยาด้านไวรัส ตับอักเสบ simeprevir (SMV) และ boceprevir เป็นต้น ดังนั้น หากมีการเลือกใช้ยาเพื่อรักษาทั้ง 2 โรคร่วมกันอาจพิจารณา เลือกใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาต่อกันน้อยกว่า เช่น sofosbuvir (SOF), ribavirin (RBV), daclatasvir (DCV), ledipasvir (LDV) เป็นต้น ทั้งนี้สูตรยาที่เลือกใช้ให้พิจารณา ตามชนิดของ HCV genotype

### การจัดการเพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการรักษาโรคติดเชื้อ HIV ให้ได้ผลดีคือ การรักษาที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ แพทย์ ผู้ทำการรักษาควรทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อเรื่องนี้และมีมาตรการต่าง ๆ ที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น มีการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม สร้าง ความเชื่อมั่นโยงระหว่างบุคลากรในทีม และ ระหว่างบุคลากร กับผู้ป่วยที่ดี ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและเหมาะสม กับระดับการศึกษาของผู้ป่วย เลือกใช้ยาที่มีความเหมาะสม กับรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ป่วย พยายามใช้สูตรยาที่มีจำนวน เม็ดยาน้อย ติดตามการรักษาด้วยข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่

สามารถเห็นและเข้าใจได้ชัดเจนโดยผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยที่มีผลการรักษาดี และพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง หากยังไม่ดีพอ และติดตามดูอาการอื่น ๆ ตามความเหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

## สรุป

การรักษาโรคติดเชื้อ HIV ในปัจจุบันได้รับการพัฒนาไปมากจนทำให้อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคนี้นลดลงเรื่อย ๆ รวมไปถึงการรักษาที่หากเริ่มต้นได้เร็วยังสามารถ

เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อีกด้วย ดังนั้น การดูแลผู้ติดเชื้อ HIV จึงต้องอาศัยการตรวจวินิจฉัยที่มีความรวดเร็ว เริ่มต้นการรักษาตั้งแต่ระยะแรก และเลือกใช้ให้เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ในกรณีที่มีข้อจำกัดกับการใช้ยา เช่น การมีโรคร่วม หรือมีข้อจำกัดในการใช้ยาต่าง ๆ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนยาเพื่อช่วยทำให้การรักษา มีความราบรื่นมากยิ่งขึ้น โดยจุดประสงค์หลักที่สำคัญที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่สุด



## REFERENCES

- World Health Organization. HIV fact sheet. December 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>. Accessed December 11, 2014.
- United Kingdom National Institute for Health and Care Excellence. Increasing the uptake of HIV testing among men who have sex with men. March 2011. <http://www.nice.org.uk/guidance/ps34/chapter/1-recommendations# recommendation-5-outreach-providing-rapid-point-of-care-tests>. Accessed December 16, 2014.
- Nachega JB, Uthman OA, del Rio C, et al. Addressing the Achilles' heel in the HIV care continuum for the success of a test-and-treat strategy to achieve an AIDS-free generation. *Clin Infect Dis*. 2014;59 Suppl 1:S21-27.
- British HIV Association. UK National Guidelines for HIV testing. September 2008. <http://www.bhiva.org/hivtesting2008.aspx>. Accessed December 9, 2014.
- European AIDS Clinical Society (EACS). Guidelines version 7.1. November 2014. <http://eacsociety.org/Portals/0/GUIDELINES/English%20PDF%20-%20Version%207.1.pdf>. Accessed December 16, 2014.
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. The HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493-505.
- Rodger A, Bruun T, Cambiano V, et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2014. Abstract 153LB.
- Clinicaltrials.gov. Early Antiretroviral Treatment and/or Early Isoniazid Prophylaxis Against Tuberculosis in HIV-infected Adults (ANRS 12136 TEMPRANO). NCT00495651. [www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00495651](http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00495651). Accessed January 20, 2014.
- Clinicaltrials.gov. Strategic Timing of Antiretroviral Treatment (START). NCT00867048. [www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00867048](http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00867048). Accessed January 20, 2014.
- International Antiviral Society USA. Practice Guidelines. July 2014. <http://www.iasusa.org/guidelines>. July 2014. Accessed January 8, 2014.
- Mesplede T, Quashie PK, Zanichelli V, Wainberg MA. Integrase strand transfer inhibitors in the management of HIV-positive individuals. *Ann Intern Med*. 2014;160(3):123-129.
- Astuti N and Maggiolo F. Single-Tablet Regimens in HIV Therapy. *Infect Dis Ther*. 2014;3(1):1-17.
- Trottier B, Machouf N, Huchet E, et al. Tolerability is more important than simplicity for treatment durability. *J Int AIDS Soc*. 2014;17 (4 Suppl 3):19765.
- Boulware DR, Meza DB, Muzoora C, et al. Timing of antiretroviral therapy after diagnosis of cryptococcal meningitis. *N Engl J Med*. 2014;370(26):2487-2498.
- Molina JM, et al. All-oral therapy with sofosbuvir plus ribavirin for the treatment of HCV genotypes 1, 2, 3 and 4 infection in patients coinfecting with HIV (PHOTON-2). *Lancet*. In press.

# Mobile CT & Stroke Treatment Unit

## หน่วยรักษาอัมพาตเฉียบพลันเคลื่อนที่ รายแรกของเอเชีย

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเมินการว่าทุก ๆ ปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคนพิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิต และ 2/3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากประสิทธิภาพในการป้องกันและการรักษาที่ยังไม่เท่าประเทศที่พัฒนาแล้ว รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงครองสาเหตุการตายอันดับ 1 ของผู้ชายและผู้หญิงไทยติดต่อกันมา 3 ปี นับจากปี พ.ศ. 2552 แซงขึ้นมาจากอันดับที่ 2 จากปี พ.ศ. 2543 และยังเป็นสาเหตุของความพิการอันดับที่ 2 ในผู้หญิงและอันดับที่ 3 ในผู้ชาย ประเมินการว่ามีประชากรไทยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 150,000 คนต่อปี หรือคนไทยเป็นโรคนี้ 1 รายทุก 4 นาที และเสียชีวิต 1 รายทุก 10 นาที

**นพ.สุรัตน์ บุญญะการกุล ผู้อำนวยการศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพญาไท 1** เผยว่า “โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองมีความผิดปกติ ทั้งแบบที่หลอดเลือดอุดตัน และแบบหลอดเลือดสมองแตก ทำให้สมองหยุดการทำงานไปอย่างเฉียบพลัน จากการที่สมองไม่มีเลือดไปเลี้ยงหรือมีเลือดออกแทรกทับในเนื้อสมอง ความฉับไวเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาอาการหลอดเลือดอุดตัน หากผู้ป่วยได้รับการสแกนสมองและรับยาละลายลิ่มเลือดที่ตรงกับกลุ่มอาการโดยเร็วที่สุดจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการจากโรคดังกล่าวได้มากยิ่งขึ้น แต่เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลเกิน 4.30 ชั่วโมง ทำให้ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลาที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การรักษานักผู้ป่วยในกรุงเทพฯ และปริมณฑลซึ่งมีปัญหการจราจรติดขัด หน่วยรักษาอัมพาตเฉียบพลันเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลพญาไท 1 จึงถูกออกแบบมาเพื่อขจัดปัญหาเรื่องดังกล่าวโดยเฉพาะ”

“รถคันนี้สามารถเริ่มรักษาผู้ป่วยอัมพาตเฉียบพลันได้ตั้งแต่หน้าบ้านผู้ป่วย เมื่อรถไปถึงบ้านผู้ป่วย ทีมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินจะทำการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยทันที นำผู้ป่วยมาถ่ายภาพสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์สมองเคลื่อนที่ (Mobile CT Scanner) วิเคราะห์ผลเลือดอย่างรวดเร็วด้วยเครื่องปฏิบัติการเคลื่อนที่ (Mobile Laboratory) ส่งภาพสมองผ่านระบบ



อินเตอร์เน็ตและทำการสื่อสารทางไกล (Video Conference) กับทีมประสาทแพทย์ที่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลเพื่อพิจารณาการให้ยาละลายลิ่มเลือดในกรณีที่ต้องมีการใช้การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ หรือต้องใช้ห้องผ่าตัด ก็สามารถเตรียมห้องผ่าตัดให้พร้อมสำหรับทำการผ่าตัดทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบการให้บริการแบบลัดขั้นตอนทั้งหมด อันจะส่งผลคืออย่างยิ่งต่อผลลัพธ์การรักษารักษาอัมพาตจากเส้นเลือดอุดตันในสมอง โดยปัจจุบันทั้งโรงพยาบาลพญาไท 1 ยังมีการรักษาด้วยวิธีการลากก้อนเลือด หรือ Clot Retrieval ที่เป็นการรักษาที่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลกว่าได้ประสิทธิภาพมากที่สุดวิธีหนึ่ง”

ด้าน **ดร.นพ.เกริกยศ ชลายนเดชะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 1** ผู้ผลักดันโครงการนี้ เปิดเผยว่า “กว่า 5 ปีที่โรงพยาบาลพญาไท 1 ได้ก่อตั้งศูนย์โรคหลอดเลือดสมองพญาไท 1 โดยถือเป็นโรงพยาบาลเอกชนรายแรก ๆ ที่เปิดให้บริการศูนย์เฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจร มุ่งเน้นถึงความพร้อมของการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกขั้นตอน ตั้งแต่เทคโนโลยีการรักษา หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติที่ดูแลเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งดูแลโดยทีมสหสาขาและสามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งโครงการ Stroke Network ที่ขยายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังพื้นที่ต่างจังหวัดผ่านทางโรงพยาบาลเครือข่ายที่เป็นพันธมิตร ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยอัมพาตเฉียบพลันในพื้นที่ต่างจังหวัดให้รอดพ้นจากความพิการและลดการเสียชีวิตได้เป็นอย่างมาก ถือเป็นภารกิจที่โรงพยาบาลพญาไท 1 มีความภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่ง”



# สนช.ห่วงภาวะอ้วนลงพุง ต้นเหตุโรคเรื้อรัง เปิดเวทีระดมแนวทางแก้ปัญห



คณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ร่วมกับคณะอนุกรรมการส่งเสริมวัดกรรมการแพทย์และสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และกรุงเทพมหานคร (กทม.) จัดการสัมมนา “แนวทางการบูรณาการงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตชุมชนเมืองอย่างยั่งยืน” ณ อาคารรัฐสภา

**นายสุรชัย เลี้ยงบุญเลิศชัย รองประธาน สนช. คนที่ 1** กล่าวว่า จากการสำรวจสุขภาพของประชาชนคนไทย พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีแนวโน้มต่อภาวะโรคอ้วนลงพุงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และควรหาแนวทางป้องกันเพื่อสร้างสุขภาพชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชน

**นพ.โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข** กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขเน้นการป้องกันโรคมากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา โดยมีแนวทางการดำเนินงานตามองค์การอนามัยโลกคือ ลดตายก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs 25% การบริการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงให้ได้ 90% ของพื้นที่ เมื่อพบว่าป่วยแล้ว ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้รับยาและเทคโนโลยีที่จำเป็นครอบคลุม 80% ส่วนแนวทางการป้องกันคือ ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดการบริโภคยาสูบ ลดการบริโภคไขมัน เน้นการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เป็นต้น

**นพ.พิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ ผู้อำนวยการ สวรส.** กล่าวว่า การสร้างองค์ความรู้ถือเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยพัฒนาการทำงาน เมื่อทุกหน่วยงานมีการนำนโยบาย หรือมาตรการ หรือการกำหนดแนวทางไปดำเนินงานต่าง ๆ ก็ควรมีการศึกษาวิจัยไปพร้อมกับการปฏิบัติงานด้วย เพื่อจะได้มีมติเห็นชอบว่าจากที่ได้ดำเนินการไปแล้วมีผลลัพธ์ออกมาเป็นเช่นไร มีจุดปรับปรุงหรือเสนอแนะตรงไหน เพื่อการเดินหน้าการทำงานกันต่อไป ได้ถูกทิศทาง

โดยนักวิจัยจาก สวรส. และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ชี้ว่า รัฐบาลควรส่งเสริมและระดมทรัพยากรในการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ กทม. ในการป้องกันโรค

พร้อมให้หน่วยงานคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่การประเมินติดตามเกี่ยวกับปัจจัยของภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรของโรงพยาบาล สาธารณสุข และประชาชนในพื้นที่ระดับชุมชน เป็นต้น

**นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย** กล่าวว่า กรมอนามัยมีมาตรการสำคัญเพื่อส่งเสริมให้คนไทยไร้พุง โดยการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เช่น องค์กรต้นแบบไร้พุง หรือ รพ.สต.ด้านอาหารและโภชนาการ การจัดการแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง/เอื้อต่อสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกฎหมาย/กฎระเบียบ เช่น ระบบเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ หรือเมนูไร้พุง/เมนูสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เช่น คลินิกไร้พุงคุณภาพ หรือคลินิก NCD คุณภาพ เป็นต้น และการสื่อสารและการสร้างกระแสด้านโภชนาการ เช่น การรณรงค์ หรือการเยี่ยมบ้านอีกด้วย

**นพ.ชวินทร์ ศิรินาค รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กทม.** กล่าวว่า การดำเนินงานของ กทม. แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1. ด้านอาหาร มีมาตรการป้องกันโรคอ้วนและภาวะทุพโภชนาการในโรงเรียนกรุงเทพมหานคร 2. ด้านการออกกำลังกาย กรุงเทพมหานครมีศูนย์เยาวชน 38 แห่ง ศูนย์กีฬา 12 แห่ง และสวนสาธารณะ 34 แห่ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนสำหรับใช้ออกกำลังกาย 3. ด้านอารมณ์ มีการจัดกิจกรรมอบรมฝึกคลายเครียดโดยวิธีหัวเราะบำบัด

**ผศ.ดร.เฉลิม ชัยวัชราภรณ์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** นำเสนอแนวทางการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีปัญหาโรคอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อว่า อันดับแรกคือ ต้องมีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง รวมทั้งต้องมีผู้ที่เข้าใจถึงวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เป็นผู้ให้คำอธิบาย ซึ่งหลักของการออกกำลังกายที่ถูกต้องเพื่อลดน้ำหนักคือ 1. เหนื่อยให้พอดี 2. เหนื่อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 3. เหนื่อยต่อเนื่อง 30 นาที โดยอาจหากิจกรรมที่เหมาะสมซึ่งเป็นกิจกรรมที่ใช้แรงกระแทกน้อย เช่น การเดิน หรือว่ายน้ำ หรือใช้อุปกรณ์ออกกำลังกาย อาทิ ม้าโยก หรือจักรยาน

ทั้งนี้ สนช.จะรวบรวมประเด็นสำคัญที่ได้รับจากการสัมมนา มาจัดทำเป็นรายงานนำเสนอต่อที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ และรัฐบาล เพื่อดำเนินการต่อไป

# “เก้าอี้ล้อเข็น” ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ

สกว.สนับสนุนนักวิจัย มจร. ออกแบบ “เก้าอี้ล้อเข็น” ที่เหมาะกับบริบทสังคมไทย เพื่อช่วยบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กพิการทั้งในกรุงเทพฯ และชนบทที่ห่างไกล หวังกระตุ้นให้เด็กบำบัดอย่างสม่ำเสมอและช่วยเหลือตัวเองได้ในอนาคต

รศ.ดร.อภิศักดิ์ ธีระวิสิษฐ์ ผู้อำนวยการฝ่ายสำนักงาน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) พร้อมด้วย ผศ.ดร.ชูจิต ตรีรัตนพันธ์ หัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อการออกแบบผลิตภัณฑ์ร่วมกับชุมชนที่สามารถช่วยในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการทางกายภาพในชนบทที่ห่างไกล คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และการออกแบบ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี (มจธ.) มอบ “เก้าอี้ล้อเข็น” สำหรับการฟื้นฟูเด็กพิการ แก่ นางอรพรรณ สุวรรณรัตน์ รองประธานมูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการ ณ โรงเรียนศรีสังวาลย์

ผศ.ดร.ชูจิต กล่าวว่า การฝึกกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กพิการทางกายภาพ จึงเป็นแรงบันดาลใจให้นักวิจัยพัฒนาแนวทางการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมต่อการใช้ชีวิตและบำบัดรักษา ตลอดจนพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเด็กที่มีความพิการทางสมอง อายุระหว่าง 3-9 ปี รวมทั้งสร้างทัศนคติและแรงจูงใจที่ดีในการบำบัด ซึ่งจะสามารถช่วยพยุงอาการของเด็กไม่ให้แย่ลงหรือฟื้นฟูจนดีขึ้น ทั้งนี้พัฒนาการของเด็กในช่วงขวบปีแรกจนถึง 7 ปี เป็นช่วงที่เด็กมีพัฒนาการสูงสุด หากพ้นจากช่วงนี้ไปและไม่เคยรับการฟื้นฟูด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้กล้ามเนื้อข้อต่อต่าง ๆ มีอาการเกร็งหรือยึดติดมากขึ้น การพัฒนาจะไม่ได้ผลอย่างเต็มที่ ส่งผลให้เด็กไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในอนาคต

จากการลงพื้นที่ในจังหวัดมหาสารคามเพื่อสังเกตการณ์การใช้ชีวิตประจำวันและพูดคุยกับครอบครัวเด็กพิการทางสมองที่มีปัญหาในการบำบัดฝึกฝน รวมถึงการอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันพบว่าส่วนใหญ่จะทำกิจกรรมบนพื้น ดังนั้นการพัฒนาอุปกรณ์ในโครงการวิจัยจึงเน้นที่การสนับสนุนให้เด็กมีการ













เคลื่อนไหวได้ด้วยตัวเองไปรอบ ๆ ภายในบ้านอย่างมีอิสระและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความสนุกสนานและได้รับการฝึกฝนในการควบคุมการเคลื่อนไหวของที่นั่งตามศักยภาพที่มี เพื่อสร้างแรงกระตุ้นให้เด็กมีความอยากรู้ อยากเห็นกับสิ่งรอบตัวมากขึ้น และทดลองสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวมากขึ้น คณะผู้วิจัยจึงได้ออกแบบพัฒนาต้นแบบ “เก้าอี้ล้อเข็น” ซึ่งมีลักษณะของเก้าอี้ทรงเตี้ยและมีล้อ เพื่อให้เด็กใช้แขนขาช่วยในการเคลื่อนที่ตามที่ต้องการ ซึ่งจะกระตุ้นให้เด็กพัฒนากล้ามเนื้อให้แข็งแรงมากยิ่งขึ้น โดยเก้าอี้ดังกล่าวมีรูปร่างและสีสันสดใส เป็นที่ชื่นชอบของเด็ก จึงสามารถดึงดูดให้เด็กเข้ามาใช้งาน ที่สำคัญคือ ปลอดภัย ไม่ซับซ้อน เด็กสามารถขึ้นใช้งานได้เอง เหมือนของเล่นเด็กปกติทั่วไปที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้ และมีการใช้งานหลากหลายรูปแบบ เช่น เคลื่อนที่โดยใช้ขาหรือมือ ทำให้เด็กที่มีความแตกต่างกันสามารถใช้งานในลักษณะที่เหมาะสมกับตนเองได้

การวิจัยนี้ได้รับความอนุเคราะห์จากศูนย์บริการคนพิการ โรงเรียนศรีสังวาลย์ ซึ่งได้รับคำแนะนำและทดสอบผลิตภัณฑ์จนได้ผลเป็นที่น่าพอใจจากครูกายภาพบำบัด อย่างไรก็ตาม การใช้เก้าอี้พลาสติกตามแบบที่พัฒนามาเบื้องต้นจะต้องมีค่าใช้จ่ายในการขึ้นรูปทำแม่พิมพ์ฉีดพลาสติกในราคาสูง และต้องผลิตจำนวนมากจึงจะคุ้มทุน ผู้วิจัยได้สรรหาเก้าอี้ที่มีลักษณะใกล้เคียงในท้องตลาดมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบ โดยได้รับความอนุเคราะห์จากบริษัท ไฟโอเนียร์ อินดรัสเทียล คอร์ปอเรชั่น จำกัด เพื่อใช้ในโครงการวิจัยและมอบให้โรงเรียนศรีสังวาลย์นำไปใช้งาน ส่วนโครงสร้างเหล็กที่รองรับเก้าอี้และการประกอบล้อทั้งหมดได้รับการช่วยเหลือจากบริษัท เฟอร์นิสดี ในการทำต้นแบบ ทำให้คณะผู้วิจัยจึงสามารถผลิต “เก้าอี้ล้อเข็น” ได้สำเร็จในราคาต้นแบบตัวละไม่เกิน 3,500 บาท รับน้ำหนักตัวเด็กได้ถึง 60 กิโลกรัม และได้ยื่นจดสิทธิบัตรด้านการออกแบบผลิตภัณฑ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ปัจจุบันผู้วิจัยได้นำ “เก้าอี้ล้อเข็น” ไปมอบให้แก่ศูนย์บริการคนพิการในโรงเรียนศรีสังวาลย์ จำนวน 2 ตัว เพื่อใช้ในกิจกรรมกายภาพบำบัดในโรงเรียน ซึ่งมีเด็กพิการในชั้นอนุบาลและชั้นประถมศึกษารวม 195 คน รวมถึงครอบครัวเด็กที่พิการทางสมองที่มหาสารคามจำนวน 1 ตัว ศูนย์ดูแลสุขภาพและพัฒนาเด็กเล็ก อบต.วังแสง จ.มหาสารคาม จำนวน 1 ตัว ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1 ตัว และได้รับการคัดเลือกจาก มจร. ทูลเกล้าฯ ถวายแด่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในงานมหกรรมวิจัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558



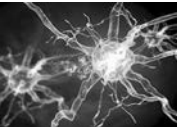






พศ.ดร.ชูจิต ตรีรัตนพันธ์

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
2-4 มีนาคม 2559 	สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2559 ครั้งที่ 56 ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5901, 0-2716-5994 โทรสาร 0-2716-6004 E-mail: nstt2004@gmail.com www.neurothai.org
5-6 มีนาคม 2559 	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 83 "Travelling Road for Best Practice" ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-7220, 08-5261-0066 www.rcat.in.th www.rcat.org
13-16 มีนาคม 2559 	สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 48 "Blood Disorders: Quest for Cure" ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5977 โทรสาร 0-2716-5978 E-mail: joi@tsh.or.th www.tsh.or.th
15-18 มีนาคม 2559 	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	การอบรมระยะสั้นประจำปี พ.ศ. 2559 "Pearls & Pitfalls in Infectious Diseases" ณ ห้องประชุม SALON B โรงแรมสวิสโซเทล เลอ คองคอร์ด ถ.รัชดาภิเษก วิทยawang กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6874 โทรสาร 0-2716-6807 E-mail: orathai@idat@gmail.com www.idthai.org
19-22 มีนาคม 2559 	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ American Institute for Radiologic Pathology (AIRP)	การประชุมวิชาการ AIRP 2016 "RCRT-AIRP I: Neuro-Breast Imaging" ณ ห้องประชุมใหญ่ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5963 โทรสาร 0-2716-5964 E-mail: rcrt.secretariat@gmail.com www.rcrt.or.th
23-25 มีนาคม 2559 	สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2559 "41st DST Annual Meeting 2016" ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ แอนด์ บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์	โทรศัพท์ 0-2716-6857, 0-2716-5256, 0-2716-6661-3 ต่อ 9012 โทรสาร 0-2716-6857 E-mail: contact@dst.or.th www.dst.or.th
23-25 มีนาคม 2559 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	การประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี ณ โรงแรมเรดิสัน บลู สุขุมวิท	โทรศัพท์ 0-2718-0060-5 โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: thaiheart@thaiheart.org www.thaiheart.org
23-25 มีนาคม 2559 	สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2559 "Better Care, Better Outcome for Common Pediatric Respiratory Diseases" ณ ห้องประชุมอาคาร อปร. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	E-mail: rassu@mahidol.ac.th, apassornw@yahoo.com www.thaipeidlung.org
23-25 มีนาคม 2559 	กลุ่มเครือข่าย MAC	การประชุมวิชาการ Menopause Academic Conference 2016 (MAC 2016) "The MAC Quantier" ณ โรงแรมเบอร์เคิลีย์ ประตูน้ำ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2201-2805 กด 0 E-mail: pentipa.pra@mahidol.ac.th www.sirirajconference.com
24-26 มีนาคม 2559 	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย และรังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 53/2559 "Practical CT and MRI in Daily Practice" ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ ลาดพร้าว ถ.พหลโยธิน กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5963 โทรสาร 0-2716-5964 E-mail: rcrt.secretariat@gmail.com www.rcrt.or.th

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานการแพทย์ โทร. 0-2435-2345 ต่อ 226 โทร./เฟกซ์ 0-2435-4024  
บริษัท สสพสาร จำกัด 71/16 ถ.นบราชชนนี แขวงจตุรรมุขนิรันดร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp\_14\_dna@hotmail.com



## Highlight International Congress 2016

Date	Title	City	Country	Contact
15-17 March 2016 	Immune Checkpoint Inhibitors 2016	Boston	United States of America	<a href="http://immune-checkpoint.com">http://immune-checkpoint.com</a>
15-18 March 2016 	36 <sup>th</sup> ISICEM	Brussels	Belgium	<a href="http://www.intensive.org">www.intensive.org</a>
17-19 March 2016 	The Second Menactrims Congress- MENACTRIMS (Middle East North Africa Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis)	Amman	Jordan	<a href="http://www.diaedu.com">www.diaedu.com</a>
18-19 March 2016 	2016 Symposium Silent Contributors Injury/Illness/Performance	Bruce	Australia	<a href="http://sma.org.au/state-branches/act/conferences-and-events/bone-health-in-sport-symposium">http://sma.org.au/state-branches/act/conferences-and-events/bone-health-in-sport-symposium</a>
21-25 March 2016 	Hospitalist and Internal Medicine Review and Update: Inpatient and Outpatient Care	Florida	United States of America	<a href="http://ams4cme.com/live-cme-courses/sem1a-3020160321.html">http://ams4cme.com/live-cme-courses/sem1a-3020160321.html</a>
22-25 March 2016 	AEIBC-HOU-Advanced ECG Interpretation Boot Camp	Texas	United States of America	<a href="http://www.medicusofhouston.com/aeibc_houston.html">www.medicusofhouston.com/aeibc_houston.html</a>
28 March-1 April 2016 	Family Medicine: Improving Your Outcomes Through Diagnosis and Treatment	Florida	United States of America	<a href="http://ams4cme.com/live-cme-courses/sem1a-3020160328.html">http://ams4cme.com/live-cme-courses/sem1a-3020160328.html</a>
29-30 March 2016 	7 <sup>th</sup> World Cardiothoracic Meeting	Atlanta	United States of America	<a href="http://cardiothoracic.conferenceseries.com">http://cardiothoracic.conferenceseries.com</a>
30 March-3 April 2016 	2016 ASLMS Annual Conference-2016 Annual Conference of the American Society for Laser Medicine and Surgery	Boston	United States of America	<a href="http://www.aslms.org/annualconference/futuremeetings.shtml">www.aslms.org/annualconference/futuremeetings.shtml</a>

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong Karn Pat Editorial Team at E-mail: [hp\\_14\\_dna@hotmail.com](mailto:hp_14_dna@hotmail.com) or send your information to our company, Sapphasan Co., Ltd. 71/16 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 # 226 Tel./FAX 0-2435-4024



## แบตเตอรี่เคสอัจฉริยะ กันน้ำได้

Mophie Juice Pack H2Pro แบตเตอรี่เคส โดดเด่นด้วยคุณสมบัติกันน้ำได้ 100% พร้อมเป็นแบตเตอรี่สำรองขนาดความจุ 2,750 mAh สำหรับ iPhone 6S และ iPhone 6 ใช้งานได้ยาวนาน 14 ชั่วโมงสำหรับการสนทนา และ 10 ชั่วโมงในการท่องเว็บ รวมถึงการเล่นวิดีโอหรือเพลงได้นานถึง 50 ชั่วโมง ตัวเคสถูกออกแบบมาให้มีความทนทานต่อแรงสั่นสะเทือน และแรงกระแทกจากการตกได้ 1.2 เมตร ผลิตจากพลาสติกทำให้มีน้ำหนักเบา พกพาสะดวก ป้องกันน้ำ ฝุ่นละออง และอยู่ในน้ำลึกได้ถึง 1.2 เมตร นาน 30 นาที



## อุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลแบบพกพา โหลดไวทันใจ

Lacie Rugged Thunderbolt อุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลแบบพกพา ความจุ 2 TB ถ่ายโอนข้อมูลรวดเร็วด้วยพอร์ต Thunderbolt รองรับการใช้งานผ่าน MacBook ผลิตด้วยวัสดุคุณภาพสูง จึงกันกระแทกเมื่อต้องตกจากที่สูงกว่า 2 เมตร ทนต่อแรงกดทับถึง 1 ตัน พร้อมกันละอองน้ำและฝุ่น หมัดกั้วลเรื่องสายเชื่อมต่อหาย เพราะถูกออกแบบให้มีสายติดกับตัวเครื่องที่สามารถจัดเก็บได้เป็นอย่างดี และสะดวกพร้อมใช้งานได้ทุกที่โดยไม่ต้องเสียบปลั๊กไฟให้ยุ่งยาก พร้อมขนาดที่สามารถพกพาได้สะดวก รับประกันสินค้า 3 ปี

## หูฟังบลูทูธสปอร์ต เอาใจคนรักสุขภาพ

Roman S330 และ Roman S3020 หูฟังเอาใจคนรักสุขภาพที่ชอบความบันเทิงขณะออกกำลังกาย ทำจากวัสดุคุณภาพสูงเหมาะกับลักษณะใบหูใช้ทุกวัย ทำให้ไม่ร่วงหล่นง่าย สามารถกันเหงื่อได้ดี น้ำหนักเบาเพียง 12 กรัม ดีไซน์ทันสมัยใหม่ล่าสุดด้วย Bluetooth version 4.1 ช่วยให้ประหยัดพลังงาน สามารถใช้งานได้ยาวนานต่อเนื่อง 5 ชั่วโมง รองรับการเชื่อมต่อสมาร์ตโฟนได้ 2 เครื่องในเวลาเดียวกัน อีกทั้งยังสามารถกำจัดเสียงรบกวนได้อย่างยอดเยี่ยม



## [ Book Shop ]



### ชีวิตดีขึ้นทุก ๆ ด้าน ด้วยการจัดบ้านแค่ครั้งเดียว

ผู้เขียน: คนโต มารีเอะ  
ผู้แปล: โยซูเกะ, ปฏิพล ตั้งจักรวรานนท์  
สำนักพิมพ์วีเลิร์น, ราคา 180 บาท

คนเราใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตอยู่ที่บ้าน แต่หลายคนกลับมองว่ามันเป็นแค่ที่ซุกหัวนอน และมองข้าวของภายในบ้านเป็นเพียงของตกแต่งหรือเครื่องอำนวยความสะดวกเท่านั้น ทว่าไม่ว่าข้าวของเหล่านั้นมีพลังบางอย่างที่สามารถเปลี่ยนชีวิตให้ดีขึ้นได้อย่างไร

นำอักษรชัย  
หนังสือเล่มนี้เขียนขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบ้านอันดับ 1 ของโลก และกลายเป็นหนังสือขายดีอันดับ 1 ในญี่ปุ่น เยอรมัน อังกฤษ และอเมริกา ภายในเล่มแนะนำเคล็ดลับการจัดบ้านที่เรียบง่าย ทรงพลัง และมีหลักจิตวิทยารองรับ ซึ่งไม่เพียงช่วยให้บ้านของคุณหายรกแบบถาวรหลังจากลงมือจัดบ้านแค่ครั้งเดียว แต่ยังช่วยให้ชีวิตของคุณดีขึ้นในทุก ๆ ด้านตั้งแต่เรื่องการเงิน การเรียน ความสัมพันธ์ ไปจนถึงสุขภาพ

โดยนำเสนอผ่านมุมมองที่น่าสนใจหลายเรื่อง อาทิ ทิ้งเอกสารประกอบการเรียนอย่างน้อย 80% แล้วคุณจะเรียนเก่งขึ้นอีกหลายเท่า, ยิ่งจากบ้านบ่อยเท่าไรบ้านยิ่งรกมากเท่านั้น, แต่เอาของทั้งหมดออกจากกระเป๋าทุกวันแล้ว คุณจะมีเงินเก็บมากขึ้น, ถ้าคุณมอบความรักให้กับข้าวของในบ้าน โชคดีจะวิ่งเข้าสู่ชีวิตคุณมากขึ้น, แต่เก็บของที่วางระเกะระกะให้เข้าที่แล้ว คุณก็จะมีผิวพรรณที่สดใสเปล่งปลั่ง เป็นต้น



### 101 ท่า ปรับสรีระหัวจดเท้า

ผู้เขียน: มิเอะโกะ ซะอิโตะ  
ผู้แปล: กิ่งดาว ไตรยสุนันท์  
สำนักพิมพ์อินสปายร์, ราคา 165 บาท

มิเอะโกะ ซะอิโตะ คือเทรนเนอร์ปรับสรีระและเรียวกา (leg conscious) ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการปรับบุคลิกภาพแก้ปัญหาเรื่องโครงสร้างกระดูกผิดรูปและเรียวกาแก่สุขภาพสตรีชาวญี่ปุ่นมากกว่า 30 ปี เคล็ดลับต่าง ๆ ภายในเล่ม ผู้เขียนได้ค้นพบจากการฟื้นฟูร่างกายด้วย

ตนเองหลังประสบอุบัติเหตุขาหัก และเธอยังพบว่าความสวยงามของเธียวานั้นสัมพันธ์กับความสมดุลของโครงสร้างกระดูก ดังนั้น การมีเรียวกาตรงสวยคือการสร้างสมดุลให้กระดูกทุกส่วน ช่วยปรับสรีระทำให้รูปร่างสวยงามขึ้นนั่นเอง หนังสือเล่มนี้จะอธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาเรื้อรังอย่างแท้จริง เช่น อยู่ในอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องเป็นเวลานานจนเคยชิน ทำให้โครงสร้างกระดูกผิดรูปและร่างกายขาดสมดุล

พร้อมแนะนำท่าบริหารที่ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ได้ตรงจุดตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า โดยใช้เวลานั้น ๆ เพียงไม่กี่วินาทีซึ่งการันตีผลลัพธ์ด้วยประสบการณ์ตรงกว่า 30 ปี หนังสือเล่มนี้เหมาะสำหรับผู้ที่อยากเปลี่ยนตัวเองเป็นคนใหม่ให้สวยสมบูรณ์แบบอย่างสุขภาพดีและมั่นใจในทุกอิริยาบถ

## สร.แถลงข่าวค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย นพ.อำนาจ กาจจีนะ อธิบดีกรมควบคุมโรค และ นายประภักดิ์ กิจวิทย์ ผู้ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ร่วมแถลงข่าว “การรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อถวายเป็นพระราชกุศล เฉลิมพระเกียรติ 70 ปี แห่งการครองราชย์ สสนองพระราชปณิธานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว กำจัดโรคเรื้อนให้หมดไปจากประเทศไทย ตั้งเป้าในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่ไม่เกิน 100 คน และพิการไม่เกิน 20 คน” ณ กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี เมื่อไม่นานมานี้



## สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย จัดกิจกรรม One Gift for One Life

นพ.วิสิทธิ์ สุภัทรพงษ์กุล นายกสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย เป็นประธานในการจัด “กิจกรรม One Gift for One Life” โดย สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย และความร่วมมือจาก สโมสรโรตารีกรุงเทพสุวรรณภูมิ เพื่อรณรงค์ให้ความรู้ ได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อ HPV (Human Papilloma Virus) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมแนวทางการปฏิบัติและการดูแลอย่างถูกวิธี พร้อมส่งเสริมสุขภาพสร้างภูมิคุ้มกัน ชีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้แก่น้อง ๆ สถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพร จ.ปทุมธานี โดยมี คุณวีรวัลย์ กรมสุริยศักดิ์ รักษาการในตำแหน่งผู้ปกครองสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพร จ.ปทุมธานี ให้เกียรติต้อนรับและเป็นตัวแทนรับมอบ เมื่อไม่นานมานี้



## สถาบันนิวทริเซียจับมือสมาคมโรคภูมิแพ้ฯ จัดประชุมวิชาการโรคแพ้โปรตีนนมวัวในเด็ก

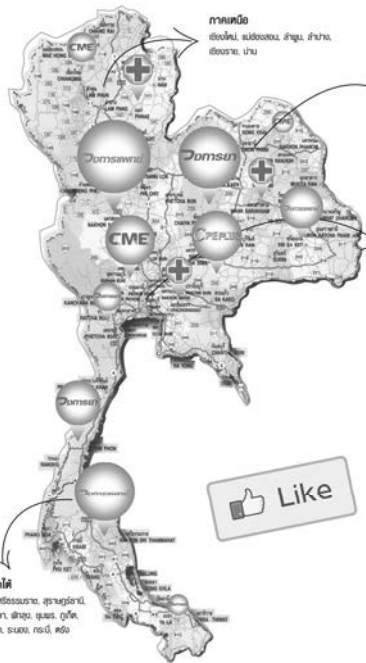
สถาบันนิวทริเซีย ร่วมกับ สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย จัดประชุมในหัวข้อเรื่อง “Practical Tolerance Induction in Food Allergy: more than a “nice” concept in management of CMPA?” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลักดันการรักษาโรคแพ้โปรตีนนมวัวในเด็กแนวใหม่ พร้อมส่งเสริมการแนะนำโภชนาการที่ถูกต้องในเด็กที่เป็นภูมิแพ้ โดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิระดับโลก อาทิ Prof.Udo Herz, Science Director-Healthcare Nutrition สถาบันนิวทริเซีย ดานอน; Dr.Adam Fox, Consultant Paediatric Allergist in Children’s Allergy Service at Guy’s & St. Thomas’s Hospitals ประเทศอังกฤษ และ ศ.พญ.จรุงจิตร์ งามไพบูลย์ นายกสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย มาเป็นวิทยากรในการอบรมกุมารแพทย์และแพทย์เฉพาะทางด้านโรคภูมิแพ้จากทั่วประเทศ ณ ห้องบอลรูมโรงแรมเจดับบลิว แมริออท กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



## รามาศ รับมอบ “เครื่องตรวจหลอดเลือดสมองด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง”

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล รับมอบ “เครื่องตรวจหลอดเลือดสมองด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง” จาก คุณนิพนธ์ อติชาตการ ที่ได้บริจาคเงินจำนวน 4,500,000 บาท โดยมี ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ รองคณบดีฝ่ายการคลังและการพัสดุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล และ ศ.พญ.ดิษยา รัตนการ หัวหน้าศูนย์โรคหลอดเลือดสมองและการตรวจหลอดเลือดสมองด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พร้อมทีมแพทย์รับมอบ ณ หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์รามาริบัติ ชั้น 2 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ เมื่อไม่นานมานี้





**ภาคเหนือ**  
เชียงใหม่, แม่ฮ่องสอน, ลำปาง, กำแพงเพชร, พะเยา

**ภาคอีสาน**  
อุดรธานี, ศรีสะเกษ, อุบลราชธานี, มหาสารคาม, ร้อยเอ็ด, นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์, อำนาจเจริญ

**ภาคกลาง**  
พระนครศรีอยุธยา, ฉะเชิงเทรา, สิงห์บุรี, อ่างทอง, นครปฐม, นครสวรรค์, อุทัยธานี, ชัยนาท, สิงห์บุรี, อ่างทอง, นครปฐม, นครสวรรค์, อุทัยธานี, ชัยนาท, สิงห์บุรี, อ่างทอง, นครปฐม, นครสวรรค์, อุทัยธานี, ชัยนาท

**ภาคใต้**  
นครศรีธรรมราช, สุราษฎร์ธานี, สงขลา, ปัตตานี, ยะลา, นราธิวาส, สตูล, ภูเก็ต,พังงา, ระนอง, กระบี่, ตรัง



**นพ.สุทัศน์ ศรีวิไล และเจ้าหน้าที่**  
ร.พ.เจียงรายประชานุเคราะห์ จ.เจียงราย



**นพ.นวดล มงคลดี**  
ร.พ.เจียงแสน จ.เจียงราย



**พญ.สุธิดา เลียงสว่างวงศ์**  
ร.พ.เทิง จ.เชียงราย



**นพ.สุระ คุณคงคาพันธ์**  
ร.พ.แม่สาย จ.เชียงราย



**นพ.ธนกรณ์ เตชะทวีไพศาล**  
ร.พ.สมเด็จพระยุพราชเชียงของ จ.เชียงราย

**www.wongkarnpat.com**  
**วงการแพทย์ 2559**  
สัญจรทั่วไทย

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการ  
วงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2559 ได้นำวารสารวงการแพทย์  
ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ  
โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์  
ในโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดี  
จากแพทย์ พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลด้วย  
ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ  
เพื่อสังคมต่อไป





## วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



## วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่นำเสนอเนื้อหาสาระ:  
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน  
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย  
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ  
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง  
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ  แพทย์ สาขา .....

เภสัชกร กลุ่ม .....

อื่น ๆ .....

สถานที่ทำงาน ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร  บ้าน  ที่ทำงาน ที่อยู่.....

..... รหัส..... โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... FAX.....

มือถือ.....

มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการแพทย์**

1 ปี (12 ฉบับ) **720** บาท

มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการยา**

1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม **620** บาท

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

**WEB SITE สำหรับ**  
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร  
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย  
ข้อมูลถึงมือท่านทันที  
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา  
เพียงคลิกเข้ามาที่  
[www.wongkarnpat.com](http://www.wongkarnpat.com)  
ได้ข้อมูลดูใจกันถ้วน

Website Adviser  
Medical  
Magazine Online



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

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาทีโอปอ บินเกล้า เลขที่ 264-205319-4

ธนาคารกรุงไทย สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาทีโอปอ บินเกล้า เลขที่ 264-205319-4

ธนาคารกรุงไทย สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

สนใจติดต่อ บ.สรรพसार จก.

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 109 โทร./แฟกซ์ 0-2435-4024

### หมายเหตุ

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

**0-2435-4024**

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

**แผนกสมาชิกสัมพันธ์**

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 109

โทร./แฟกซ์ 0-2435-4024

# Continuing Medical Education

**CME PLUS**

www.wongkarnpat.com

www.wongkarnpat.com





สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย  
การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 31

ระหว่างวันที่ 11-13 มีนาคม 2559

ณ เดอะ กรีนเนอร์ รีสอร์ท เขาใหญ่ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา



FROM  
TO **PURE  
PRACTICE**

วันที่ 11 มีนาคม 2559

11.00-11.45 น.	New concept of hyperuricemia and gout นพ.อนรรฆ ชื่อสุวรรณ
11.50-12.25 น.	Symposium I
12.25-13.00 น.	Lunch
13.00-13.45 น.	Treating-to-target in SLE พญ.นันทนา กลิตานนท์
13.45-14.20 น.	Symposium II
14.20-14.45 น.	Coffee break & Poster tour
14.45-15.30 น.	Fibrotic syndrome and new therapeutic approaches พญ.รัตนาดี ณ นคร
15.30-16.15 น.	Case discussion: Dilemma in SSc management พญ.กนกรัตน์ นันทิรุจ นพ.ชยวี เมืองจันทร์
16.15-16.50 น.	Symposium III
16.50-17.00 น.	พัก
17.00-18.00 น.	Rheumatology Rivalry นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ
18.00-22.00 น.	Dinner

วันที่ 12 มีนาคม 2559

08.00-08.30 น.	Opening ceremony พิธีมอบประกาศนียบัตรฯ อนุสาขาโรคข้อและรูมาติสซั่ม
08.30-09.15 น.	Food and rheumatic diseases นพ.พงศ์ธร ณรงค์ฤกษ์นาวิน
09.15-10.00 น.	New pathogenesis and treatment in APS พญ.บุญจรัส ศิริไพฑูรย์
10.00-10.30 น.	Coffee break & Poster tour
10.30-11.15 น.	New imaging procedures in Rheumatology; from bench to bedside พญ.น้ำผึ้ง นำการุณอรุณโรจน์
11.15-11.50 น.	Symposium IV
11.50-13.00 น.	Lunch การประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2559 (สมาชิกสมาคมฯ)

วันที่ 12 มีนาคม 2559 (ต่อ)

13.00-13.45 น.	Treatment consideration in rheumatic patients with co-viral infection นพ.วรวิทย์ เล่าไพโรจน์
13.45-14.20 น.	Symposium V
14.20-15.30 น.	Coffee break & Poster tour
15.30-16.15 น.	Case discussion: Vasculitis and vasculitis mimic พญ.อุษณรา กุลวิสุทธิ พญ.อรรรชนี มหรรษานุเคราะห์
16.15-16.50 น.	Symposium VI
16.50-17.45 น.	Guideline for Biological Therapy in Rheumatoid Arthritis นพ.วรวิทย์ เล่าไพโรจน์
17.45-18.00 น.	พัก
18.00-22.00 น.	Gala Dinner

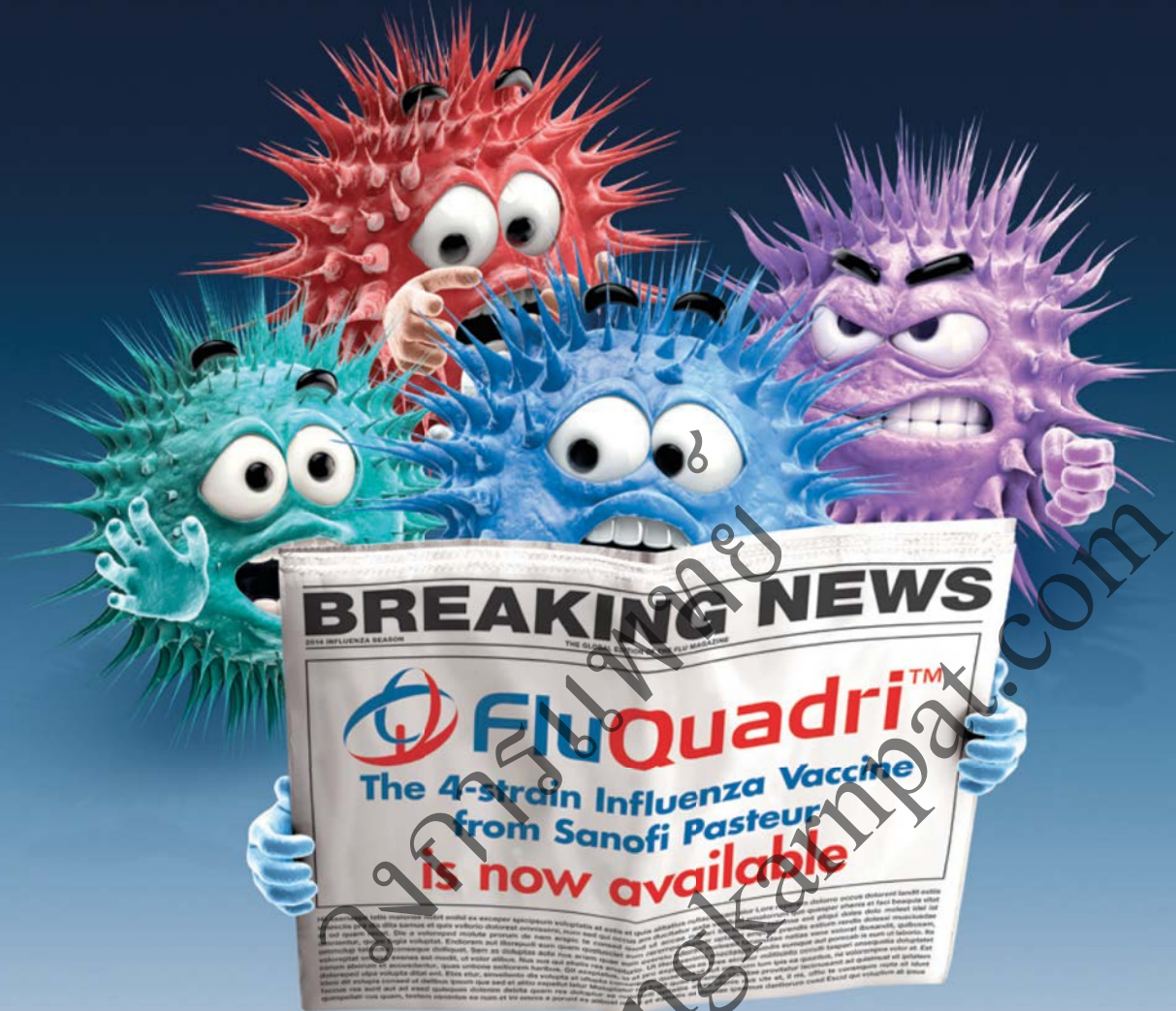
วันที่ 13 มีนาคม 2559

08.30-09.15 น.	Stem cell in Rheumatic disease นพ.พรชัย เตชานูวงศ์
09.15-10.00 น.	Rheumatic manifestations of hematologic diseases พญ.สิริพร มานวงษ์ชัย
10.00-10.30 น.	Coffee break & Poster tour
10.30-11.15 น.	What to do before and after 5 years of treatment of osteoporosis? พญ.สิริพร จุทอง
11.15-11.50 น.	Symposium VII
11.50-12.20 น.	Rheumatology Rivalry: Championship Round นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ
12.20-12.30 น.	พิธีปิดและส่งมอบตำแหน่ง
12.30 น.	Lunch

ติดต่อลงทะเบียน : สำนักงานสมาคมฯ

โทรศัพท์ 0-2716-6524, 08-1658-1524 โทรสาร 0-2716-6525

E-mail: toojaisai@yahoo.co.uk, Website: www.thairheumatology.org



# Advancing the level of protection

- The morbidity and mortality burden of influenza infections means that public health agencies worldwide recommend vaccination to try and protect against seasonal epidemics<sup>2</sup>
- Quadrivalent influenza vaccine (QIV) enables you to provide effective protection against two influenza A strains and NOW two influenza B strains<sup>1,2</sup>
- Quadrivalent influenza vaccine (QIV) provides broader protection further reduces the burden of influenza

## PRESCRIBING INFORMATION

**INDICATIONS AND USAGE:** FluQuadri™ is an inactivated quadrivalent influenza vaccine for the prevention of influenza disease caused by influenza types A and B viruses contained in the vaccine  
**I:** approved for use in persons 6 months of age and older. **D:** IM Childn ≥9 yr 1 dose, 0.5-mL, 36 mth to 8 yrs 1 or 2 doses, 0.25 mL each. If 2 doses, administer at least 1 mth apart. **CI:** Hypersensitivity to egg protein or after previous dose of any influenza vaccine. **R:** Inj site pain or tenderness, erythema, swelling; irritability, abnormal crying, malaise, drowsiness, appetite loss, vomiting, fever P/P: Vaccine inj (pre-filled syringe) 0.25 mL (for ped patient 6-35 mth) x 5's, 10's. 0.5 mL (for patient ≥36 mth) x 5's, 10's

## Reference:

1. The rationale for quadrivalent influenza vaccines, Christopher S. Ambrose<sup>1,\*</sup> and Myron J. Levin<sup>2</sup> 1MedImmune, LLC; Gaithersburg, MD USA; 2University of Colorado School of Medicine; Aurora, CO USA, Human Vaccines & Immunotherapeutics 8:1, 81-88; January 2012; G 2012 Landes Bioscience.
2. The need for quadrivalent vaccine against seasonal influenza Robert B. Belshe<sup>1</sup>, Saint Louis University School of Medicine, Division of Infectious Diseases and Immunology, 1100 S. Grand Blvd., DRC-8<sup>th</sup> floor, St. Louis, USA. Vaccine 28S (2010) D45-D53.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา  
 ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ๙๙.๘๕๒/๒๕๕๘