

THE MEDICAL NEWS ของสารแพทย์

ปีที่ 18 ฉบับที่ 456 ประจำเดือนเมษายน พ.ศ. 2559



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

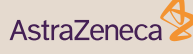


คำนิยมสี่ฟว
ขาหรือเขม
ก็ชนะได้

สำหรับผู้อ่านฉบับนี้ทางบรรณาธิการ

1-30/04/16

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE



- เทคนิคใหม่ช่วยตั้งครีมาในมดลูก
- อนามัยโลกเตือนยุโรปรับมือไวรัสซิกา
- อังกฤษไฟเขียวตัดต่อดีเอ็นเอตัวอ่อนมนุษย์

รายงาน
พิเศษ
10 ปีแห่งความภาคภูมิใจ
เซเว่น อีที 2016
มอบทุนต่อยอดงานวิจัยสู่สากล

เกาะติด
งานประชุม
สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก จัดประชุมใหญ่
"Common Pitfall and Misconception
in Pediatric Infectious Disease"

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

MADILOT[®]

Hypertension effective

Hypertension with Renal impairment



MADILOT[®] TABLET (Manidipine hydrochloride Tablets)

MADILOT[®] TABLET is an oral preparation of manidipine hydrochloride, a long-acting calcium antagonist antihypertensive agent. MADILOT[®] TABLET produces a satisfactory long-acting antihypertensive effect by dilating blood vessels, mainly by calcium channel blockade. Clinically, it has been proven that MADILOT[®] 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. **DOSAGE 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[®] 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, 15th Floor,
Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330
Tel. : +66-2097-9300 Fax : +66-2097-9398-9

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ทพ 479/2557



RABIES KILLS 1 PERSON EVERY 10 MINUTES
RABIES : NO COMPROMISE!

The vaccine of choice for Rabies prophylaxis

- Widely documented efficacy after confirmed exposure to rabid animals.^(2,3,4,5,7)
- Approved for
 - IM & ID regimen^(2,4,6,7)
 - Infants, children, adults and pregnant women^(1,2,3,7)
- WHO prequalified vaccine⁽⁸⁾
- Administered in over 100 countries since its launch in 1985.⁽⁹⁾

VERORAB[™]

References:
1. World Health Organization. Rabies vaccines WHO position paper. Weekly epidemiological record. 2010; 65, 309-320 2. Sunthararajam P, Wernli MJ, Wernli DA, et al. New purified vero cell vaccine prevents rabies in patient bitten by rabid animals. The Lancet. 1986;2:129-31. 3. Chutvongse S, Supich C, Wilde H. Acceptability and efficacy of purified vero-cell rabies vaccine in Thai children exposed to rabies. Asia Pac J Public Health. 1988;2(3):179-84. 4. Chutvongse S, Wilde H, Supich C, Baer GM, Fishbein DB. Postexposure prophylaxis for rabies with antiserum and intradermal vaccination. The Lancet. 1990;335:896-8. 5. Wang XJ, Lang J, Tao XR, et al. Immunogenicity and safety of purified vero-cell rabies vaccine in severely rabies-exposed patients in China. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2000;31(2):387-94. 6. Health. Vol 31 No. 2 June 2000: 387-94. 6. Suvarensorn K, Wilde H, Benavongkulphai M, et al. Survival of neutralizing antibody in previously rabies vaccinated subjects: a prospective study showing long lasting immunity. Vaccine. 2006;24(18):3678-80. 7. Stephen Toovey Preventing rabies with the Verorab vaccine: 1985-2006 Twenty years of clinical experience. Travel Medicine and Infectious Disease (2007) 5, 323-348. 8. WHO prequalified vaccines. The World Health Organization page. Available from: URL: http://www.who.int/immunization/standardized_vaccine_quality/PQ_vaccine_list/en/index.html Accessed 03/2013
9. Rabies vaccine WHO position paper. Weekly epidemiological record. 2010; 65, 309-320. 10. Sunthararajam P, Wernli MJ, Wernli DA, et al. New purified vero cell vaccine prevents rabies in patient bitten by rabid animals. The Lancet. 1986;2:129-31. 11. Chutvongse S, Supich C, Wilde H. Acceptability and efficacy of purified vero-cell rabies vaccine in Thai children exposed to rabies. Asia Pac J Public Health. 1988;2(3):179-84. 12. Chutvongse S, Wilde H, Supich C, Baer GM, Fishbein DB. Postexposure prophylaxis for rabies with antiserum and intradermal vaccination. The Lancet. 1990;335:896-8. 13. Wang XJ, Lang J, Tao XR, et al. Immunogenicity and safety of purified vero-cell rabies vaccine in severely rabies-exposed patients in China. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2000;31(2):387-94. 14. Health. Vol 31 No. 2 June 2000: 387-94. 15. Suvarensorn K, Wilde H, Benavongkulphai M, et al. Survival of neutralizing antibody in previously rabies vaccinated subjects: a prospective study showing long lasting immunity. Vaccine. 2006;24(18):3678-80. 16. Stephen Toovey Preventing rabies with the Verorab vaccine: 1985-2006 Twenty years of clinical experience. Travel Medicine and Infectious Disease (2007) 5, 323-348. 17. WHO prequalified vaccines. The World Health Organization page. Available from: URL: http://www.who.int/immunization/standardized_vaccine_quality/PQ_vaccine_list/en/index.html Accessed 03/2013

NEW

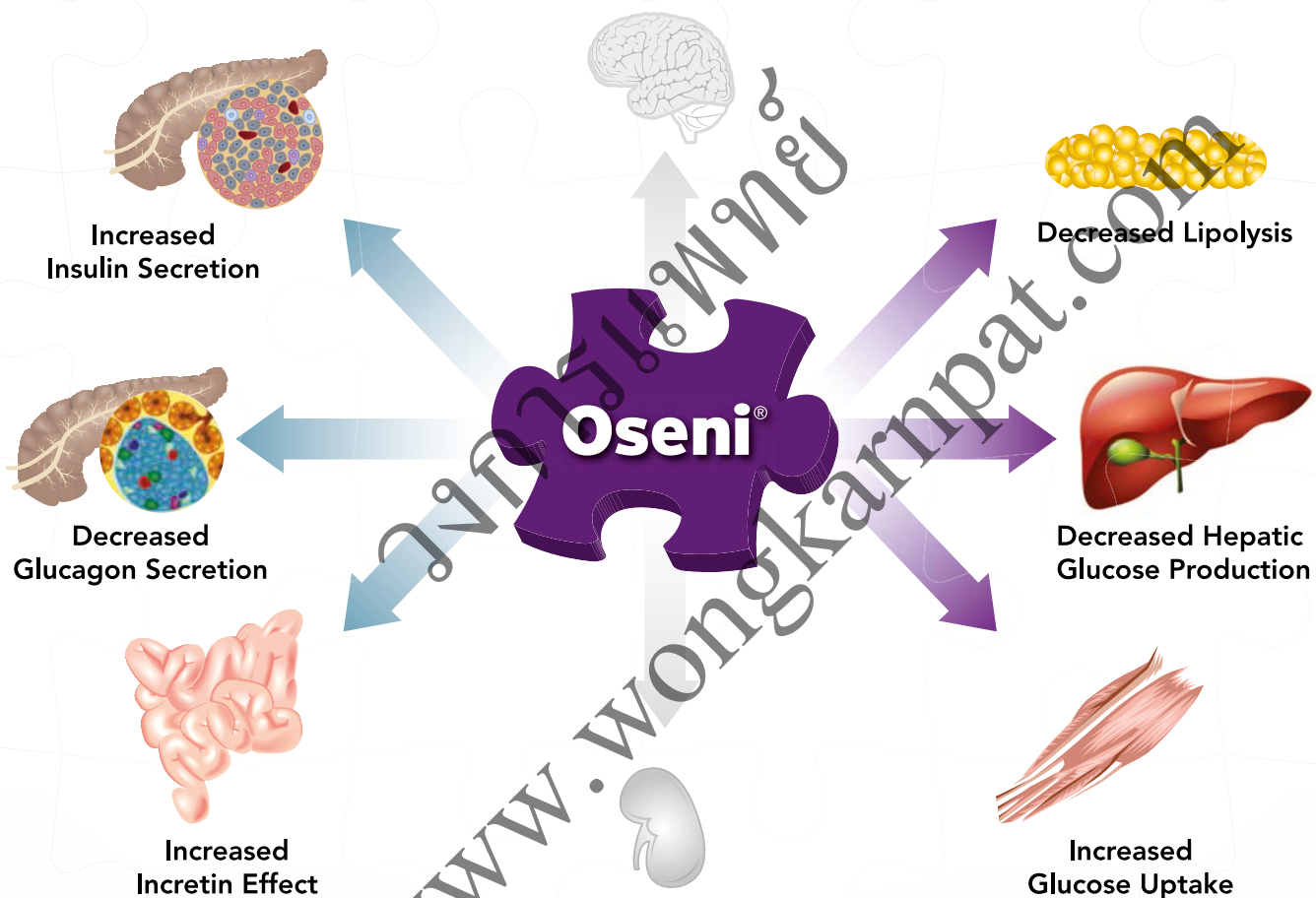
Oseni[®]

alogliptin and pioglitazone

Corrected **6 of 8** core defects in diabetes¹

Alogliptin Increased
Insulin Secretion

Pioglitazone Decreased
Insulin Resistance



Adapted DeFronzo, RA Diabetes Care 2009;58:773-95

OSEN[®] ABBREVIATES PRESCRIBING INFORMATION:

COMPOSITION: OSEN[®] (25MG/15MG) Tablets: Each tablet contains alogliptin 25 mg and pioglitazone 15 mg. OSEN[®] (25MG/30MG) Tablets: Each tablet contains alogliptin 25 mg and pioglitazone 30 mg. **INDICATION:** For monotherapy and combination therapy, OSEN[®] 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. OSEN[®] 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 OSEN[®] is necessary for patients with mild renal impairment (creatinine clearance [CrCl] ≥ 60 mL/min). The dose of OSEN[®] 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). OSEN[®] is not recommended for patients with severe renal impairment or ESRD. **CONTRAINDICATIONS:** History of a serious hypersensitivity reaction to alogliptin or pioglitazone, components of OSEN[®], 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 OSEN[®]. 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 occur when used 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 anovulatory women. Macrovascular Outcomes: There have been no clinical studies establishing conclusive evidence of macrovascular risk reduction with OSEN[®] 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)

Reference

1.DeFronzo RA. Vascular Health and Risk Management 2010;6 671-690

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ. 137/2559

TH/ALOP/2016-00003

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



บริษัท ไทเคด้า (ประเทศไทย) จำกัด
เลขที่ 57 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330






edarbi[®]
azilsartan medoxomil
40 mg+80 mg tablets


edarbyclor[®]
azilsartan medoxomil/chlorthalidone
40/12.5mg • 40/25mg tablets



When their hypertension is out of control
**AZL-M/CLD offer superior SBP
reduction across the 24-hour
dosing interval ($P < 0.001$)¹**

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 40 mg and 80 mg.

INDICATION: Essential hypertension in adults.

CONTRAINDICATION: Hypersensitivity to the active substance or any of the excipients, second and third trimester of pregnancy.

SPECIAL PRECAUTION: Congestive heart failure, renal artery stenosis, aortic or mitral stenosis, hypertrophic obstructive cardiomyopathy.

DOSAGE & ADMINISTRATION: Initially 40 mg once daily, titrate up to a maximum of 80 mg once daily if needed.

ADVERSE REACTIONS: Dizziness, diarrhoea, blood creatinine phosphokinase increased.

DRUG INTERACTION: Lithium, NSAIDs, K-sparing diuretic.

PACKING: 4x7 tablets.

EDARBYCLOR

ACTIVE INGREDIENT: Azilsartan medoxomil and chlorthalidone.

INDICATION: Edarbyclor is indicated for the treatment of hypertension, to lower blood pressure.

CONTRAINDICATIONS: Patients with anuria. Do not coadminister aliskiren with Edarbyclor in 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 trimesters of pregnancy reduces fetal renal function and increases fetal and neonatal morbidity and death.

In patients with an activated renin-angiotensin system, such as volume- or salt-depleted patients (e.g., those being treated with high doses of diuretics). Symptomatic hypotension may occur after initiation of treatment with Edarbyclor. Monitor for worsening renal function in patients with renal impairment. Consider withholding or discontinuing Edarbyclor if progressive renal impairment becomes evident. Hypokalemia is a dose-dependent adverse reaction that may develop with chlorthalidone. Co-administration of digitalis may exacerbate the adverse effects of hypokalemia. Hyperuricemia may occur or frank gout may be precipitated in certain patients receiving chlorthalidone or other thiazide diuretics.

DOSAGE & ADMINISTRATION: Edarbyclor is for oral use and may be taken with or without food. The recommended starting dose of Edarbyclor is 40/12.5 mg taken orally 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: 4x7 tablets.



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

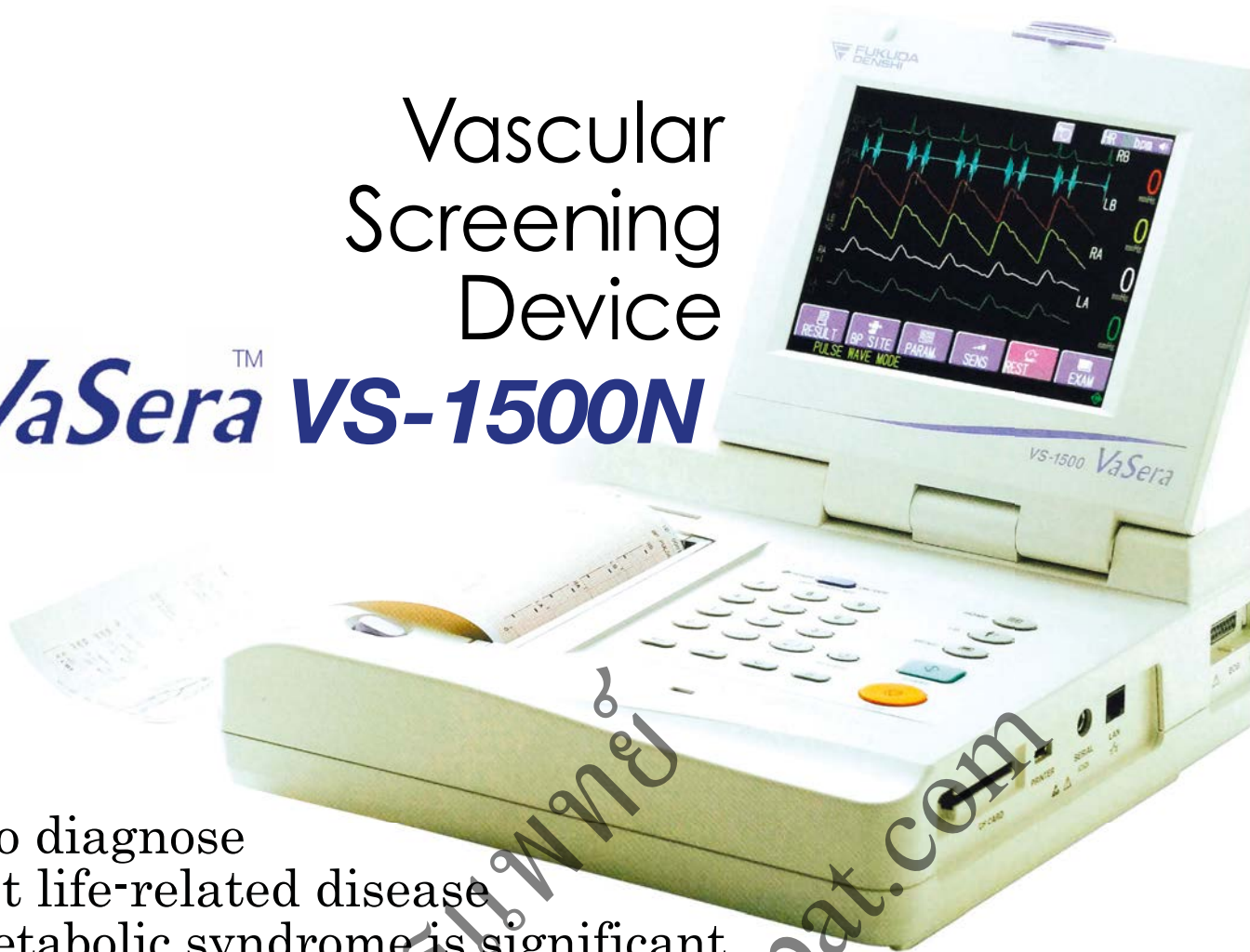


หมายเหตุ:
เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

Further Information is available on request
โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่: ชค. 410/2558
TH/EDA/2015-00014

Vascular Screening Device

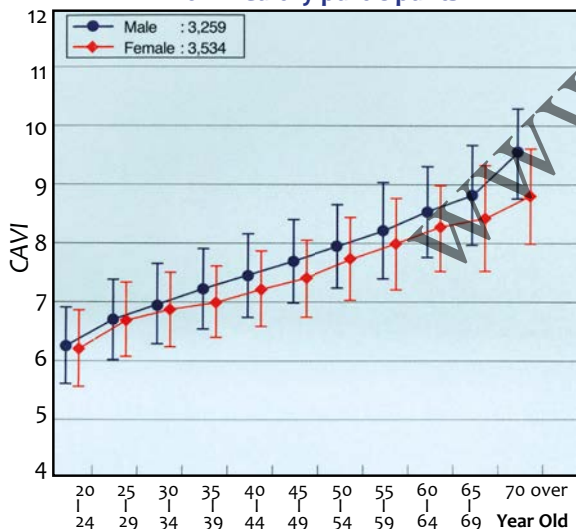
VaSeraTM VS-1500N



Help to diagnose against life-related disease and metabolic syndrome is significant, because the disease may cause myocardium infarction and arteriosclerosis.

CAVI Cardio Ankle Vascular Index

Average CAVI/gender/Age-group Graph from healthy participants



CAVI criteria

CAVI < 8.0	In normal range
8.0 ≤ CAVI < 9.0	Borderline
9.0 ≤ CAVI	Possible Arteriosclerosis

ABI criteria

(Based on the AHA/ACC diagnostic criteria 2005)

1.3 ≤ ABI	Non-compressible
1.00 ≤ ABI ≤ 1.29	Normal
0.91 ≤ ABI ≤ 0.99	Borderline (equivocal)
0.41 ≤ ABI ≤ 0.90	Mild to moderate peripheral disease
ABI ≤ 0.40	Severe peripheral arterial disease



ทอจ. ไดนามิค ซิสเต็มส์ 1095/11 ถนนนครไชยศรี แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300

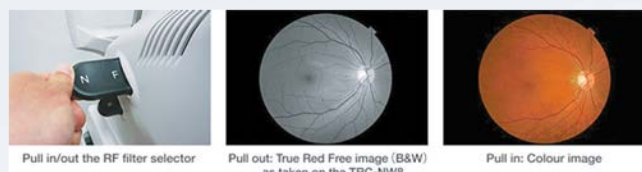
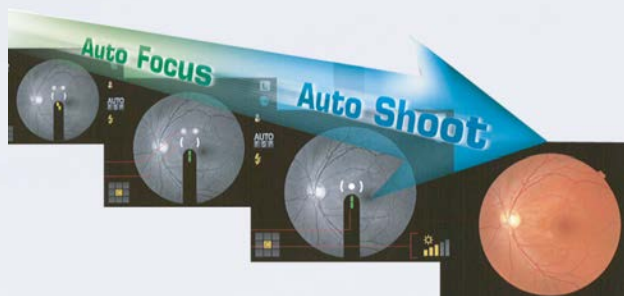
โทรศัพท์ 02-241-4225, 02-668-6004-5 โทรสาร 02-243-1179 มือถือ 081-439-4424

โฆษณาต่อผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข
อ่านคำเตือนในฉลากและเอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์ก่อนใช้

TRC-NW8

Non-Mydriatic Retinal Camera

เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตาดิจิทัล ชนิดไม่ขยายม่านตา



CT-800

Computerized Tonometer

เครื่องวัดความดันลูกตา



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

ผลิตในประเทศญี่ปุ่น

โฆษณาต่อผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขพ. 1177/2558

ท่านมั่นใจได้อย่างไรว่าเครื่องมือแพทย์ในสถานพยาบาลของท่าน

แม่นยำ มาตรฐาน และปลอดภัย

เครื่องทดสอบเครื่องมือแพทย์ **Biomedical Test Equipment** ช่วยท่านได้



เครื่องทดสอบความปลอดภัยเครื่องมือทางการแพทย์



288+ Electrical Medical Safety Analyzer

เครื่องทดสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้าจากเครื่องมือทางการแพทย์ตามมาตรฐาน IEC60601-1, IEC62353, VDE0751, NFPA-99, AS-NZS 3551 สำหรับมืออาชีพ ที่มีปริมาณงานมาก มีระบบ Auto Sequence และมีเครื่องพิมพ์าริโค้ดแบบไร้สาย



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

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องตัดด้วยไฟฟ้า



Multi-Flo Infusion Pump Analyzer

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องจ่ายของเหลวทางหลอดเลือด



Rigel Med eKit

ชุดสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์แบบ "เคลื่อนที่" สำหรับทำ Check List ในงาน Field Calibration



CITREX H4 Ventilator tester for mobile use

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องช่วยหายใจ และไปป์ไลน์ แก๊สทางการแพทย์แบบมือถือ



PF-300 Ventilator & Anesthesia Analyser

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องช่วยหายใจ และเครื่องรมยาสลบได้ในเครื่องเดียวกัน

ยินดีต้อนรับสู่สาธิตสินค้า
ถึงที่ทำงานของท่าน

เครื่องตรวจสอบความปลอดภัยของระบบไฟฟ้าในอาคาร



MI 3152 Electrical Installation Safety

ตรวจสอบความปลอดภัยระบบไฟฟ้าในอาคาร โรงพยาบาล



MI 2892 Power Quality Analyzer

ตรวจสอบคุณภาพทางไฟฟ้าและอนุรักษพลังงาน

เครื่องตรวจวัดสภาพแวดล้อมในอาคาร โรงพยาบาล



MI 6201 Multinorm Indoor Environment Quality

ตรวจสอบคุณภาพอากาศและอาชีวอนามัย



MI 6301 FonS Sound level meter

ตรวจวัดระดับเสียงดังในอาคาร โรงพยาบาล



MI 6401 Poly Environment Quality

ตรวจสอบคุณภาพอากาศ

สนใจติดต่อ: คุณเฉลิมพร 08-5489-3461, คุณมนัสนันท์ 08-7714-3630, คุณสุกฤษฎิ์ 08-2003-6661



บริษัท เมASURETRONIX 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



www.measuretronix.com/rigel-biomedical

สารสาร

THE MEDICAL NEWS

วงการแพทย์

คณะที่ปรึกษาเกิดดีมีศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิชาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์
ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์
ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนา ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณินธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออ่อนนุกูล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรรคนะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วาทะ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรญาชะลิต

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนกุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกพร ขจรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา อิศรานนท์ ลิขิตพิสิฐกุล

โทรศัพท์ติดต่อ หรือสมัครสมาชิกได้ที่

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

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



คุณถูกใส่ชุดประเสริฐจากเทศกาลสงกรานต์

ทุกทิศทางถิ่นฐานรอบบ้านไทย

ประเพณีสืบตามตำนานอง

สืบสาม สืบสี่ สืบห้า เมษายน

พร้อมพักภาระการงานกลับบ้านเดิม

คุณพ่อ แม่ ท่านชื่นใจไม่มีใดเท่า

เป็นวันรวมพบญาติทุกคน

ได้ทำบุญมหาสงกรานต์ทุกศด้า

ได้ตั้งจิตจะทำดีต่อใครใคร

อายุ วรรณะ สุขะ พละ จงมีสุ

สุขชื่นใจลิตพลกรังเรียนเพียรการงาน

คุณเรือนไกลเพื่อนพ้องพี่น้องพอง

ต่างจดดองปีใหม่สมัยเดิม

วันมหาสงกรานต์ วันเนา เถลิงศก เสริม

เยี่ยมยอดเพิ่มกราบเท้าท่านบรรพชน

พี่น้องเราได้เรียงได้ไม้สืบสน

มีมงคลดวงดีตระกูลขุนโจกโชย

ได้ร่อนน้ำขอพรท่าน ท่านอวยให้

ได้มุ่งใจพาสุขไปให้แก่ท่าน

สุขเคียงคู่ครอบครัวสุดแสนหวาน

สุขเบิกบานมองโลกสวยด้วยนิรันดร์.

ด้วยความปรารถนาดีจาก บริษัท สารสาร จำกัด

ผู้ผลิตวารสารวงการแพทย์

(สโรจน์ ทรัพย์สุนทร ประธานรื้อยกรอง)

คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

รัฐบาลได้ตั้งสถาบันเคลื่อนการปฏิรูปประเทศเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการบริหารประเทศ คณะอนุกรรมการสาธารณสุขได้วางแนวทางที่จะปฏิรูปอยู่ 3-4 อย่าง อันหนึ่งในนโยบายคือ ตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board) เป็นคณะกรรมการกลางระดับชาติ กำหนดนโยบาย ประสาน บูรณาการ กำกับติดตาม การทำงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขาธิการ คณะกรรมการประกอบด้วย อธิบดีของทุกกรมของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงบประมาณ อธิบดีกรมบัญชีกลาง ผู้แทนคนบด ผู้แทนสภาวิชาชีพ ผู้แทนจากกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และอื่น ๆ อีก หวังว่าประเทศไทยจะได้มีแนวนโยบายระยะยาว ไม่ใช่เปลี่ยนตามรัฐมนตรีคนเดียว

ในปัจจุบันมีกลุ่มหนึ่งมากำหนดนโยบายเรื่องสุขภาพของประเทศไทย ไม่ได้มาจากการเลือกตั้ง แต่กำหนดนโยบายต่าง ๆ ทางด้านสาธารณสุขโดยไม่ได้มองรอบด้าน ที่สำคัญคือใช้องค์กรจัดตั้งมาวางนโยบายโดยไม่ใช้ผู้ที่มีความรู้จริงมาเป็นคนกำหนดนโยบายของชาติ เมื่อครั้งที่ประเทศไทยเกิดวิกฤติทางการเงิน ต่างประเทศลงข่าวว่าประเทศไทยปกครองโดยคนที่ไม่มีการศึกษา เพราะคนที่ไปเลือกตั้งไม่มีการศึกษา การประชุมนโยบายสุขภาพแห่งชาติโดยใช้ตัวแทนจัดตั้งมาจากที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ มาออกความเห็น มีผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข และแพทย์อยู่ไม่กี่คน ตัวอย่างเรื่องการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นเรื่องทางวิชาการ ควรเป็นเรื่องที่ต้องเอาผู้มีความรู้ด้านนี้มาคิด กลับเอาชาวบ้านที่ไม่มีความรู้ด้านนี้มาออกความเห็นลงมติ เมื่อหลายปีก่อนแพทย์หลายคนคิดว่าจะผลักดันเรื่องให้ประเทศไทยเป็นศูนย์ของการรักษาโรคในเขตอาเซียนซึ่งจะต้องใช้ผู้ที่มีความรู้ทางเศรษฐกิจและทางการแพทย์มาช่วยกันคิด ปรากฏว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติลงมติให้รัฐบาลหยุดสนับสนุนโรงพยาบาลที่ดูแลคนต่างชาติและห้ามสนับสนุนโรงพยาบาลที่ทำเพื่อกำไร คนพวกนี้ไม่เข้าใจเรื่องเศรษฐกิจ ไม่มีใครทำงานเพื่อชาติทุน แม้แต่โรงพยาบาลที่ไม่หวังกำไรไปแจกผู้ถือหุ้นก็ต้องการกำไรเพื่อเอาเงินไปพัฒนาโรงพยาบาล การที่มีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารักษาในโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลได้รายได้ไม่ถึงครึ่งของเงินที่เข้ามาในประเทศ เพราะผู้ป่วยไม่ได้มาคนเดียว เขาต้องเอาญาติมาด้วย ต้องจ่ายค่าโรงแรม ค่าอาหาร ค่าท่องเที่ยว และซื้อสินค้า ประเทศได้เงินเข้าประเทศ ได้เงินภาษีนำไปพัฒนาประเทศ ถึงเวลาแล้วที่ควรเลิกการประชุมที่มีคนไม่กี่คนวางแผนแล้วเอาคนที่ไม่รู้เรื่องมาประชุมสนับสนุน คนเหล่านั้นใช้เงินค่าเดินทาง ค่าที่พัก จากกองทุนสุขภาพแห่งชาติผมไม่แปลกใจว่าทำไมต่างประเทศเขาถึงว่าเราว่าปกครองโดยคนที่ไม่มีความรู้

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 456 ประจำเดือนเมษายน 2559



3 โลกกว้างทางแพทย์

- สุขภาพจิตในผู้ป่วยผ่าตัดลดความอ้วน
- วิตามินดีขนาดสูงสำหรับป้องกันความเสื่อมด้านหน้าที่
- ยาเม็ดคุมกำเนิดและความเสี่ยงต่อการแท้ง
- ยาต้านไวรัสโรคเอดส์ในผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากไวรัส

7 Get Up

- เทคนิคใหม่ช่วยตั้งครกในมดลูก
- อนามัยโลกเตือนยุโรปรับมือไวรัสชิคา
- อังกฤษไฟเขียวตัดต่อดีเอ็นเอตัวอ่อนมนุษย์

9 Movement

10 ข่าวสารการแพทย์

- คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินปรับระบบนิยามผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน มี ร.พ.รองรับหลังพ้นวิกฤติ 72 ชั่วโมง
- เด็กไทยเกิดใหม่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียกว่า 1.2 หมื่นคน

12 รายงานพิเศษ

เปิดตัวนวัตกรรมยา
ยกระดับการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน

14 In Focus

ค่านิยมสีผิว
ขาวหรือเข้ม ก็ชนะได้

17 Special

ศิริราช โรงเรียนแพทย์แห่งเดียวในไทย
ตรวจกรองทารกแรกเกิดป้องกันภาวะปัญญาอ่อน
และโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก 40 โรค

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

น้ำแล้ง

21 รายงานพิเศษ

16 ปีแห่งความภาคภูมิใจ
เซเรบอส อวอร์ด 2016
มอบทุนต่อยอดงานวิจัยสู่สากล

22 รายงานพิเศษ

ฟิลิปส์เจาะตลาดเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ
ตอบโจทย์ความท้าทายด้านสุขภาพในไทย

23 ปกป้องข้าว

เครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ เผยความสำเร็จ ปี 2558
จำนวนผู้ป่วยโรคหืดแอดมิตลดลง 29%

24 Systematic Review

การร้อยไหมช่วยยกกระชับใบหน้า

25 เสียงแพทย์

การผลักดันกฎหมายเพื่อปฏิรูปสาธารณสุข (ตอนที่ 1)

27 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

แผ่นแปะอินซูลินอัจฉริยะ

29 รอบรู้เรื่องยา

จากไวรัสมาเป็นยารักษา มะเร็ง

31 ภาณาสาระ

ชากับกระดูก

33 Radar

อ้วน-ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนส่งผลต่อการเรียนรู้จดจำในเพศหญิง

34 จุฬาปริทัศน์

ร.พ.จุฬาลงกรณ์ ร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ
เปิดตัววารสาร “จุฬาฯ”

35 หลากสีสัน

สวนโมกขพลาราม

37 เจเนราโร

การรักษาอาการชักต่อเนื่องและอาการชักที่ไม่ตอบสนองต่อยา
(Status epilepticus and refractory status epilepticus)

42 เกาะติดงานประชุม

สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย
จัดการประชุมใหญ่ประจำปี พ.ศ. 2559
“Common Pitfall and Misconception in Pediatric
Infectious Disease”

44 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS

การตั้งครรภ์และการติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง
(Pregnancy and Human Immunodeficiency
Viral Infection)





JAMA. 2016;315(2):150-163.

บทความเรื่อง Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis รายงานว่า การผ่าตัดลดความอ้วนสัมพันธ์กับการลดน้ำหนักได้อย่างคงที่และสุขภาพดีขึ้นในผู้ป่วยอ้วนมาก แม้ปัญหาทางจิตอาจพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ขอรับการผ่าตัดลดความอ้วน แต่ก็ยังไม่มีความเกี่ยวข้องกับความชุกของปัญหาทางจิตดังกล่าว และยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าปัญหาทางจิตสัมพันธ์กับผลลัพธ์หลังการผ่าตัดหรือไม่

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของปัญหาทางจิตในผู้ป่วยที่ขอรับการผ่าตัดลดความอ้วนและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดความอ้วน เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางจิตก่อนการผ่าตัดและผลลัพธ์ด้านสุขภาพหลังการผ่าตัดลดความอ้วน และเพื่อ

สุขภาพจิตในผู้ป่วยผ่าตัดลดความอ้วน

ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการผ่าตัดและการดำเนินโรคทางคลินิกของปัญหาทางจิต

การศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูลการศึกษาที่ตีพิมพ์ระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 1988 ถึงเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2015 จากฐานข้อมูล PubMed, MEDLINE on OVID และ PsycINFO คุณภาพของการศึกษาที่รวบรวมประเมินจากเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่ออคติ และประเมินคุณภาพของหลักฐานตามเกณฑ์ GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)

มีการศึกษาที่สอดคล้องกับเกณฑ์การศึกษารวม 68 ฉบับ โดยมีการศึกษา 59 ฉบับ รายงานความชุกของปัญหาทางจิตก่อนการผ่าตัด (ผู้ป่วย 65,363 ราย) และการศึกษาอีก 27 ฉบับ ได้รายงานความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางจิตก่อนการผ่าตัดและผลลัพธ์หลังการผ่าตัด (50,182 ราย) ในผู้ป่วยขอรับการผ่าตัดลดความอ้วนและผู้ป่วยผ่าตัดลดความอ้วนพบว่า ภาวะซึมเศร้าและรับประทานไม่หยุดเป็นปัญหาทางจิตที่พบบ่อยที่สุด จากการประมาณค่าความชุก (19% [95% CI

14%-25%] และ 17% [95% CI 13%-21%] ตามลำดับ) จากการศึกษาพบหลักฐานที่ไม่สอดคล้องกันด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางจิตก่อนการผ่าตัดและผลลัพธ์ด้านการลดน้ำหนัก หลังการผ่าตัด และแม้ไม่พบว่าภาวะซึมเศร้าหรือรับประทานไม่หยุดสัมพันธ์กับผลต่างด้านน้ำหนักตัว แต่พบว่า การผ่าตัดลดความอ้วนสัมพันธ์กับการลดลงหลังการผ่าตัดในด้านความชุกของภาวะซึมเศร้า (การศึกษา 7 ฉบับ ลดลง 8%-74%) และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (การศึกษา 6 ฉบับ ลดลง 40%-70%)

ปัญหาทางจิตโดยเฉพาะซึมเศร้าและรับประทานไม่หยุดสามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยผ่าตัดลดความอ้วน โดยพบหลักฐานที่ไม่สอดคล้องกันเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางจิตก่อนการผ่าตัด และผลลัพธ์ด้านการลดน้ำหนักหลังการผ่าตัด และพบหลักฐานคุณภาพปานกลางที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการผ่าตัดลดความอ้วนและอัตราที่ต่ำลงของภาวะซึมเศร้าหลังการผ่าตัด

วิตามินดีขนาดสูงสำหรับป้องกันความเสี่ยงด้านหน้าที่

JAMA Intern Med. Published online January 4, 2016.

บทความเรื่อง Monthly High-Dose Vitamin D Treatment for the Prevention of Functional Decline: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า ภาวะพร่องวิตามินดีสัมพันธ์กับสมรรถภาพทางกายที่เสื่อมลง โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของวิตามินดีขนาดสูงต่อการลดความเสี่ยงการเสื่อมถอยด้านการทำงาน

การศึกษามีรูปแบบเป็นการศึกษาแบบสุ่มปกปิด 2 ทางเทียบกับยาหลอก โดยศึกษาที่เมืองซูริก ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ระยะการตรวจคัดกรองอยู่ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม ค.ศ. 2010 และนัดครั้งสุดท้ายในเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2011 การวิเคราะห์มีขึ้นในช่วงวันที่ 15 มิถุนายน ค.ศ. 2012 ถึงวันที่ 10 ตุลาคม ค.ศ. 2015 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ชายและผู้หญิงอายุ 70 ปีหรือมากกว่าซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนและมีประวัติการหกล้ม

การศึกษาได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับวิตามินดี 3 ขนาด 24,000 IU (กลุ่ม 24,000 IU), กลุ่มที่ได้รับวิตามินดี

3 ขนาด 60,000 IU (กลุ่ม 60,000 IU) และกลุ่มที่ได้รับวิตามินดี 3 ขนาด 24,000 IU ร่วมกับ calcifediol 300 ไมโครกรัม (กลุ่ม 24,000 IU ร่วมกับ calcifediol)

จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ การฟื้นฟูด้านหน้าที่ของร่างกายส่วนล่าง (ประเมินจาก Short Physical Performance Battery) และระดับของ 25-hydroxyvitamin D ที่อย่างน้อย 30 นาโนกรัม/มิลลิลิตรที่ 6 และ 12 เดือน จุดยุติทุติยภูมิ ได้แก่ รายงานการหกล้มในแต่ละเดือน ทั้งนี้การวิเคราะห์ได้ปรับตามอายุ เพศ และดัชนีมวลกาย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยอาสาสมัคร 200 คน (ชายและหญิงอายุ ≥ 70 ปี และมีประวัติหกล้ม) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 78 ปี (ช่วง 67.0%-134 ราย จาก 200 ราย) เป็นผู้หญิง และ 58.0% (116 ราย จาก 200 ราย) มีภาวะพร่องวิตามินดี (< 20 นาโนกรัม/มิลลิลิตร) ที่เริ่มต้นการศึกษา ผลจากการวิเคราะห์แบบ Intent-to-treat analyses ชี้ว่า แม้การรักษาด้วยวิตามินดีขนาด 60,000 IU และ 24,000 IU ร่วมกับ calcifediol มีแนวโน้มที่จะทำให้ 25-hydroxyvitamin D ถึงระดับอย่างน้อย 30 นาโนกรัม/มิลลิลิตร ($p=0.001$) มากกว่าขนาด 24,000 IU แต่ก็ไม่ได้มีผลดีกว่าในแง่การฟื้นฟูการ



ทำงานของร่างกายส่วนล่างตามที่พบว่าไม่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ($p=0.26$) อย่างไรก็ตาม การติดตามเป็นระยะ 12 เดือนพบว่า อุบัติการณ์ของการหกล้มต่างกันอย่างมากโดยพบอุบัติการณ์ที่สูงกว่าในกลุ่ม 60,000 IU group (66.9%; 95% CI 54.4%-77.5%) และกลุ่ม 24,000 IU ร่วมกับ calcifediol group (66.1%; 95% CI 53.5%-76.8%) เทียบกับกลุ่ม 24,000 IU group (47.9%; 95% CI 35.8%-60.3%) ($p=0.048$) จำนวนเฉลี่ยของการหกล้มต่างกันเล็กน้อยระหว่างแต่ละกลุ่ม และสอดคล้องตามอุบัติการณ์ของการหกล้ม โดยกลุ่ม 60,000 IU (ค่าเฉลี่ย 1.47) และกลุ่ม 24,000 IU ร่วมกับ calcifediol (ค่าเฉลี่ย 1.24) มีจำนวนเฉลี่ยของการหกล้มสูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่ม 24,000 IU (ค่าเฉลี่ย 0.94) ($p=0.09$)

ถึงแม้ขนาดวิตามินดีที่สูงกว่าในแต่ละเดือนได้ผลดีกว่าในแง่การเพิ่ม 25-hydroxyvitamin D ให้ถึงระดับ 30 นาโนกรัม/มิลลิลิตร แต่ก็ไม่มีประโยชน์ต่อการทำงานของร่างกายส่วนล่าง ขณะที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการหกล้มเมื่อเทียบกับขนาด 24,000 IU

ผลลัพธ์จำกัดแคลอรีหรือออกกำลังกายแอโรบิกต่อการใช้ออกซิเจนสูงสุด และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุอ้วนมาก

JAMA. 2016;315(1):36-46.

บทความเรื่อง Effect of Caloric Restriction or Aerobic Exercise Training on Peak Oxygen Consumption and Quality of Life in Obese Older Patients with Heart Failure with Preserved Ejection Fraction: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า กว่า 80% ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่การบีบตัวของหัวใจไม่ลดลง (HFPEF) มักมีปัญหาน้ำหนักเกินหรืออ้วน โดยที่การทนต่อการออกกำลังกายได้น้อยเป็นอาการหลักของ HFPEF เรื้อรังและเป็นตัวบ่งชี้หลักของคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

การศึกษานี้ได้ประเมินผลของการควบคุมแคลอรี (อาหาร) หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (ออกกำลังกาย) ต่อการฟื้นฟูความทนต่อการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุซึ่งเป็น HFPEF และมีภาวะอ้วน

การศึกษามีรูปแบบเป็น randomized, attention-controlled, 2×2 factorial trial มีขึ้นระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2009 ถึงเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2014 ในโรงพยาบาลวิทยาลัยแพทย์ ซึ่งจากผู้ป่วยที่คัดกรองเบื้องต้น 577 ราย ได้รวบรวมผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะอ้วน (ค่าเฉลี่ย [SD]: อายุเท่ากับ 67 ปี [5]; ดัชนีมวลกายเท่ากับ 39.3 [5.6]) โดยมี HFPEF เรื้อรังซึ่งอาการทรงตัวรวม 100 ราย (ตัดออกเนื่องจากไม่สอดคล้องกับเกณฑ์การรวบรวม 366 ราย เนื่องจากสาเหตุอื่น 31 ราย และปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษา 80 ราย)



ผู้ป่วยได้รับการควบคุมอาหาร หรือออกกำลังกาย หรือทั้ง 2 อย่างเป็นเวลา 20 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ สมรรถภาพการออกกำลังกายประเมินจากการใช้ออกซิเจนสูงสุด (Vo2, มิลลิลิตร/กิโลกรัม/นาที; co-primary outcome) และคุณภาพชีวิตประเมินจากแบบสอบถาม Minnesota Living with Heart Failure (MLHF) Questionnaire (คะแนน 0-105 โดยคะแนนที่สูงกว่าชี้ว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับหัวใจล้มเหลวที่ต่ำกว่า; co-primary outcome) จากคนไข้ทั้ง 100 ราย ได้สุ่มเป็นกลุ่มออกกำลังกาย 26 ราย ควบคุมอาหาร 24 ราย ควบคุมอาหารร่วมกับออกกำลังกาย 24 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย ซึ่งจากจำนวนนี้มีผู้ป่วยเข้าร่วมจนเสร็จสิ้นการศึกษารวม 92 ราย อัตราการเข้าร่วมออกกำลังกายเท่ากับ 84% (SD 14%) และการเกาะติดอาหารเท่ากับ 99% (SD 1%) จากการวิเคราะห์หิโทธิพลหลักพบว่า การใช้ออกซิเจนสูงสุดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งจากการออกกำลังกาย (1.2 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/นาที

[95% CI 0.7-1.7], $p < 0.001$ และการควบคุมอาหาร 1.3 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/นาที [95% CI 0.8-1.8], $p < 0.001$) โดยที่การออกกำลังกายร่วมกับควบคุมอาหารช่วยให้ค่าการใช้ออกซิเจนสูงสุดเพิ่มขึ้นอีก (หิโทธิพลร่วมเท่ากับ 2.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/นาที) และไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติด้านคะแนน MLHF จากการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร (หิโทธิพลหลัก: การออกกำลังกายเท่ากับ -1 หน่วย [95% CI -8 ถึง 5], $p = 0.70$; การควบคุมอาหารเท่ากับ -6 หน่วย [95% CI -12 ถึง 1], $p = 0.08$) การเปลี่ยนแปลงของการใช้ออกซิเจนสูงสุดสัมพันธ์เชิงบวกกับการเปลี่ยนแปลงด้านร้อยละของมวลกายไร้ไขมัน ($r = 0.32$; $p = 0.003$) และการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อต้นขาประเมินจากอัตราส่วนไขมันแทรกระหว่างมัดกล้ามเนื้อ ($r = 0.27$; $p = 0.02$) ทั้งนี้ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการศึกษา โดยน้ำหนักตัวลดลง 7% (7 กิโลกรัม [SD 1]) ในกลุ่มควบคุมอาหาร, 3% (4 กิโลกรัม [SD 1]) ในกลุ่มออกกำลังกาย, 10% (11 กิโลกรัม [SD 1]) ในกลุ่มออกกำลังกายร่วมกับควบคุมอาหาร และ 1% (1 กิโลกรัม [SD 1]) ในกลุ่มควบคุม

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนและมี HFPEF ซึ่งอาการทรงตัวพบว่าการจำกัดแคลอรีหรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพิ่มการใช้ออกซิเจนสูงสุด และมีผลลัพธ์ดีขึ้นเมื่อทำร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าวิธีใดมีผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตตามที่ประเมินจากแบบสอบถาม MLHF Questionnaire

ยาเม็ดคุมกำเนิดและความเสี่ยงพิการแต่กำเนิด

BMJ 2016;352:h6712.

บทความเรื่อง Maternal Use of Oral Contraceptives and Risk of Birth Defects in Denmark: Prospective, Nationwide Cohort Study รายงานข้อมูลจากการศึกษาประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในช่วงใกล้การตั้งครรภ์และความเสี่ยงต่อความพิการรุนแรงแต่กำเนิด

การศึกษามีรูปแบบเป็นการศึกษาวิจัยเชิงสังเกตแบบไปข้างหน้า การศึกษาได้รวบรวมข้อมูลการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและความพิการรุนแรงแต่กำเนิดจากการคลอดมีชีวิต 880,694 ราย ในทะเบียนของประเทศเดนมาร์กระหว่างปี ค.ศ. 1997-2011 โดยอนุมานการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดครั้งสุดท้ายตามใบสั่งยา ผลลัพธ์หลัก ได้แก่

จำนวนของความพิการรุนแรงแต่กำเนิดจากการติดตามระยะเวลา 1 ปี (ประเมินตามเกณฑ์ European Surveillance of Congenital Anomalies) โดยประมาณ prevalence odds ratios ต่อความพิการรุนแรงแต่กำเนิดและชนิดของความพิการแต่กำเนิดด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้น

ความชุกของความพิการรุนแรงแต่กำเนิด (ต่อ 1,000 ราย) คงที่ในทุกกลุ่มของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด (25.1 ในกลุ่มที่ไม่เคยใช้; 25.0 ในกลุ่มที่ใช้ > 3 เดือนก่อนเริ่มตั้งครรภ์ [กลุ่มอ้างอิง]; 24.9 ในกลุ่มที่ใช้ 0-3 เดือนก่อนเริ่มตั้งครรภ์ [ใช้ล่าสุด] และ 24.8 ในกลุ่มที่ใช้หลังเริ่มตั้งครรภ์) จากข้อมูลไม่พบการเพิ่มขึ้นด้านความชุกของความพิการรุนแรงแต่กำเนิดจากการใช้ยาเม็ด

คุมกำเนิดในผู้หญิงที่ใช้ล่าสุดจนถึงก่อนตั้งครรภ์ (prevalence odds ratio 0.98 [95% confidence interval 0.93-1.03]) หรือใช้หลังเริ่มตั้งครรภ์ (0.95 [0.84-1.08]) เมื่อเทียบกับกลุ่มอ้างอิง และไม่พบการเพิ่มขึ้นด้านความชุกของกลุ่มย่อยความพิการรุนแรงแต่กำเนิด (เช่น แขนขาพิการ) อนึ่ง จากการศึกษาไม่ทราบแน่ชัดว่าผู้หญิงกลุ่มตัวอย่างได้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดล่าสุดตามใบสั่งยาหรือไม่ นอกจากนี้จำนวนความพิการแต่กำเนิดที่น้อยทำให้จำแนกผลลัพธ์ได้ยาก ผลลัพธ์อาจได้รับอิทธิพลจากตัวแปรกวนและการวิเคราะห์ที่ไม่ได้รวมข้อมูลของโฟเลตอันเป็นกลไกที่มีบทบาทสำคัญ

การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ รวมถึงระหว่างตั้งครรภ์น่าจะไม่มีสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อความพิการรุนแรงแต่กำเนิด



ผลออกกำลังกายต่อปวดหลังส่วนล่าง

JAMA Intern Med. Published online January 11, 2016.

บทความเรื่อง Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis รายงานว่า แนวทางเวชปฏิบัติปัจจุบัน และข้อมูลจากการศึกษาทบทวนยังคงขาดคำแนะนำที่แน่ชัดสำหรับการป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง การศึกษานี้ได้ประเมินประสิทธิผลของการรักษาสำหรับป้องกันภาวะปวดหลังส่วนล่าง โดยรวบรวมข้อมูลการศึกษาเปรียบเทียบแนวทางการป้องกันภาวะปวดหลังส่วนล่างจากฐานข้อมูล MEDLINE, EMBASE, Physiotherapy Evidence Database Scale และ Cochrane Central Register of Controlled Trials นับตั้งแต่ก่อตั้งจนถึงวันที่ 22 พฤศจิกายน ค.ศ. 2014

นักวิจัยได้สังเคราะห์ข้อมูลและประเมินความเสี่ยงต่ออคติตามดัชนี Physiotherapy Evidence Database Scale รวมถึงประเมินคุณภาพของหลักฐานด้วย Grading of Recommendations Assessment, Development และ Evaluation system ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง และผลลัพธ์รอง ได้แก่ การลาป่วยที่สัมพันธ์กับภาวะปวดหลัง



ส่วนล่าง โดยคำนวณ relative risks (RRs) และ 95% CIs ด้วยตัวแบบ random-effects models

จากการสืบค้นพบงานวิจัยที่อาจสอดคล้องกับเกณฑ์การศึกษา 6,133 ฉบับ ซึ่งจากจำนวนนี้มีงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ 23 ฉบับ (จากการศึกษาเปรียบเทียบ 21 ฉบับ รวมอาสาสมัคร 30,850 ราย) ที่สอดคล้องกับเกณฑ์การศึกษา เมื่อพิจารณาตามค่า RRs (95% CIs) พบว่ามีหลักฐานคุณภาพปานกลางที่ชี้ว่า การออกกำลังกายร่วมกับการให้ความรู้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง (0.55 [0.41-0.74]) โดยมีหลักฐานคุณภาพต่ำไม่พบว่ามีผลต่อการลาป่วย (0.74 [0.44-1.26]) ขณะที่หลักฐานคุณภาพต่ำถึงต่ำมากเสนอว่าการ

ออกกำลังกายเพียงอย่างเดียวอาจลดความเสี่ยงทั้งต่อการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง (0.65 [0.50-0.86]) และการลาป่วย (0.22 [0.06-0.76]) สำหรับการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวมีหลักฐานคุณภาพปานกลางถึงต่ำมากชี้ว่าไม่มีผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง (1.03 [0.83-1.27]) หรือการลาป่วย (0.87 [0.47-1.60]) โดยมีหลักฐานคุณภาพต่ำถึงต่ำมากชี้ว่า เข็มขัดพยุงหลังไม่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง (1.01 [0.71-1.44]) หรือการลาป่วย (0.87 [0.47-1.60]) และมีหลักฐานคุณภาพต่ำชี้ว่า แผ่นรองเท้าไม่มีผลป้องกันการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง (1.01 [0.74-1.40])

หลักฐานในปัจจุบันเสนอว่า การออกกำลังกายเพียงอย่างเดียวหรือรวมกับการให้ความรู้มีผลดีต่อการป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง โดยที่การรักษาอื่น เช่น การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว การใช้เข็มขัดพยุงหลัง และแผ่นรองเท้าไม่มีผลต่อการป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง อย่างไรก็ตาม ยังไม่ทราบผลที่แน่ชัดของการให้ความรู้ การออกกำลังกาย หรือการปรับสรีระช่วยป้องกันการลาป่วยได้หรือไม่เนื่องจากคุณภาพของหลักฐานอยู่ในระดับต่ำ

ยาต้านวัณโรคเชิงยับยั้งในผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากวัณโรค

N Engl J Med 2016;374:124-134.

บทความเรื่อง Intensified Antituberculous Therapy in Adults with Tuberculous Meningitis รายงานว่า ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากวัณโรคมีกรุนแรงถึงแก่ชีวิต ซึ่งแม้การรักษาโดยให้ยาต้านวัณโรคโดยเร็วและการรักษาเสริมด้วย glucocorticoids ช่วยให้การรอดชีวิตดีขึ้น แต่ก็ยังคงพบผู้ป่วยเสียชีวิตราว 1 ใน 3 การศึกษานี้ได้ตั้งสมมติฐานว่า การรักษาด้วยยาต้านวัณโรคแบบเข้มข้นจะเพิ่มการกำจัดเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* ในสมองและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย

การศึกษามีรูปแบบเป็นการศึกษาแบบสุ่มปกปิด 2 ทางเปรียบเทียบกับยาหลอกในผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ใหญ่ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งตรวจพบเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากวัณโรคและรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล 2 แห่งในประเทศเวียดนาม การศึกษาได้เปรียบเทียบสูตรยาด้านวัณโรคมาตรฐานระยะ 9 เดือน (รวม rifampin 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน) กับสูตรยาด้านวัณโรค



เข้มข้นซึ่งรวม rifampin ขนาดสูง (15 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน) และ levofloxacin (20 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน) สำหรับการรักษาในช่วง 8 สัปดาห์แรก โดยกำหนดให้การเสียชีวิตภายใน 9 เดือนหลังการสุ่มเป็นผลลัพธ์หลัก

การศึกษาได้รวบรวมผู้ป่วย 817 ราย (ติดเชื้อเอชไอวี 349 ราย) โดย 409 รายได้สุ่มให้ได้รับการรักษามาตรฐาน และ 408 รายได้รับการรักษาแบบเข้มข้น ระหว่างการติดตามในระยะ 9 เดือนพบผู้ป่วยเสียชีวิต 113 รายในกลุ่มรักษาเข้มข้น และ 114 รายในกลุ่มรักษามาตรฐาน (hazard ratio 0.94; 95% confidence interval

0.73-1.22; $p = 0.66$) จากการศึกษาไม่พบหลักฐานว่ามีผลต่างที่มีนัยสำคัญจากการรักษาแบบเข้มข้นในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมหรือในกลุ่มย่อยโดยอายุจากวันผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *M. tuberculosis* ที่ติดเชื้อ isoniazid รวมถึงไม่พบผลต่างที่มีนัยสำคัญด้านผลลัพธ์รองระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งนี้จำนวนรวมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่นำไปสู่การหยุดยาไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม (64 เหตุการณ์ในกลุ่มรักษามาตรฐาน และ 95 เหตุการณ์ในกลุ่มรักษาแบบเข้มข้น ค่า $p = 0.08$)

การรักษาด้วยยาต้านวัณโรคแบบเข้มข้นไม่สัมพันธ์กับอัตราที่สูงขึ้นของการรอดชีวิตในผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากวัณโรคเมื่อเทียบกับการรักษามาตรฐาน

ผลลัพธ์ต่อไตจาก Aliskiren ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Lancet. Published Online: 13 January 2016.

บทความเรื่อง Renal Outcomes with Aliskiren in Patients with Type 2 Diabetes: A Prespecified Secondary Analysis of the ALTITUDE Randomised Controlled Trial อ้างถึงผลลัพธ์เบื้องต้นจากการศึกษา ALTITUDE ซึ่งว่า ยา aliskiren ไม่มีประโยชน์ต่อการทำงานของไต (การเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวของซีรัมครีเอตินินและไตวายระยะสุดท้าย) เมื่อให้เสริมกับการรักษาด้วย angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors หรือ angiotensin receptor blockers (ARBs) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไตวายเรื้อรัง หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด การศึกษานี้จึงได้วิเคราะห์ prespecified analysis จากการศึกษ ALTITUDE เพื่อวิเคราะห์ผลของ aliskiren ต่อการทำงานของไตในผู้ป่วยทุกราย และผลลัพธ์หลักด้านไตในผู้ป่วยกลุ่มย่อย

การศึกษา ALTITUDE ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบด้วยวิธีสุ่มและปกปิด 2 ทางได้สุ่ม (1:1) ให้ผู้ป่วย 8,561 รายซึ่งเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไตวายเรื้อรัง หรือโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับ aliskiren 300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือยาหลอกเสริมการรักษาด้วย ACE inhibitors หรือ ARBs การสุ่มได้แบ่งชั้นตามค่าแอลบูมินต่อครีเอตินินในปัสสาวะเมื่อเริ่มต้นการศึกษาและ

ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ป่วยและคณะวิจัยทั้งหมดไม่ทราบข้อมูลการรักษาที่ได้รับ และมีฐานการติดตามมีระยะเวลา 2.6 ปี (IQR 2.0-3.2) ในการวิเคราะห์หัตถิยาภูมิได้ตรวจผลลัพธ์ระยะสั้นด้านการทำงานของไตที่จำเพาะมาก่อนจากการเปลี่ยนระยะของไข่ขาวรั่วในปัสสาวะ (กล่าวคือการเปลี่ยนจาก normoalbuminuria, microalbuminuria และ macroalbuminuria) และอัตราการเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองไต (eGFR) การศึกษาได้ประเมินผลลัพธ์ทั้งหมดในกลุ่ม intention to treat อนึ่ง ผลลัพธ์หลักด้านการทำงานของไตจากการศึกษา ALTITUDE ได้แก่ระดับซีรัมครีเอตินินที่สูงเป็นเท่าตัวต่อเนื่องไตวายระยะสุดท้าย หรือการเสียชีวิตจากโรคไต

ยา aliskiren ลดการดำเนินโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ (hazard ratio [HR] 0.83, 95% CI 0.75-0.93) และเพิ่มการถดถอย (HR 1.29, 95% CI 1.19-1.39) ด้านการเปลี่ยนระยะของภาวะไข่ขาวรั่วในปัสสาวะ อัตราการเปลี่ยนแปลงของค่า eGFR รายปีเท่ากับ -3.1 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตรต่อปี (95% CI -2.9 ถึง -3.3) ในกลุ่มที่ได้รับ aliskiren และ -3.0 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตรต่อปี (-2.8 ถึง -3.2) ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (p = 0.52) ค่า eGFR ในช่วง 6 เดือนแรก มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญจาก

การรักษาด้วย aliskiren เทียบกับยาหลอก (-2.5 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร, 95% CI -2.9 ถึง -2.2 เทียบกับ -1.4 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร, 95% CI -1.7 ถึง -1.0; p < 0.0001) ค่า eGFR ในระยะหลังไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม (-2.8 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตรต่อปี, 95% CI -3.0 ถึง -2.6 จาก aliskiren เทียบกับ -3.1 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตรต่อปี, 95% CI -3.3 ถึง -2.8 จากยาหลอก; p = 0.068) ซึ่งจากการศึกษาไม่พบประโยชน์ของ aliskiren ต่อจุดยุติปฐมภูมิด้านโรคไตในประชากรโดยรวมซึ่งสอดคล้องกับในกลุ่มย่อยของผู้ป่วยอีกหลายกลุ่ม

ยา aliskiren ไม่มีประโยชน์ต่อผลลัพธ์ด้านไตทั้งในกลุ่มประชากรโดยรวมและกลุ่มย่อย แต่พบว่า มีผลชะลอการดำเนินโรคไปสู่ microalbuminuria และ macroalbuminuria รวมถึงกระตุ้นการถดถอยกลับสู่ microalbuminuria และ normoalbuminuria โดยควรมีการศึกษาเพิ่มเติมว่าผลลัพธ์ระยะสั้นดังกล่าวมีข้อบ่งชี้หรือมีประโยชน์ใช้แทนผลลัพธ์ทางคลินิกหรือไม่ หรือมีความไม่จำเพาะเจาะจงที่ขัดขวางความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ตัวแทนและผลลัพธ์ทางคลินิกหรือไม่

Ibuprofen และ Fosfomycin สำหรับติดเชื้อทางเดินปัสสาวะไม่ซับซ้อนในผู้หญิง

BMJ 2015;351:h6544.

บทความเรื่อง Ibuprofen versus Fosfomycin for Uncomplicated Urinary Tract Infection in Women: Randomised Controlled Trial รายงานข้อมูลจากการศึกษาผลการรักษาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะแบบไม่ซับซ้อนด้วย ibuprofen ต่อการลดอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะโดยไม่ทำให้อาการการเป็นซ้ำ หรือภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาได้รับรวมผู้หญิงอายุ 18-65 ปีซึ่งมีอาการของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะโดยไม่มีการเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรงพยาบาลทั่วไป 42 แห่งในประเทศเยอรมนี และสุ่มให้ได้รับการรักษาด้วย fosfomycin แบบให้ครั้งเดียวขนาด 3 กรัม (n = 246 โดยมีข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ 243 ราย) หรือ ibuprofen 3 x 400 มิลลิกรัม (n = 248 โดยมีข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ 241 ราย) เป็นระยะ 3 วัน (รวมถึงยาหลอกในทั้ง 2 กลุ่ม) การจ่ายยาปฏิชีวนะเพิ่มเติมในทั้ง 2 กลุ่มได้จ่ายเฉพาะกรณีจำเป็นเนื่องจากอาการไม่ทุเลา รุนแรงขึ้น หรือมีอาการเป็นซ้ำ จุดยุติปฐมภูมิได้แก่จำนวนของคอร์สยาปฏิชีวนะที่ได้รับระหว่าง 0-28 วัน (สำหรับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและโรคอื่น) และภาวะอาการระหว่าง 0-7 วัน

ผู้หญิง 248 รายในกลุ่มที่ได้รับ ibuprofen มีคอร์สยาปฏิชีวนะที่น้อยกว่าอย่างมี

นัยสำคัญ แต่ขณะเดียวกันก็มีการอาการโดยรวมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และพบอาการกรวยไตอักเสบมากกว่า จากการศึกษพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง 4 เหตุการณ์ซึ่งทำให้องค์การอนามัยโลก และ 1 ในเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเป็นผลจากยาที่ศึกษา ทั้งนี้จำเป็นจะต้องพิจารณาผลลัพธ์อย่างถี่ถ้วนเนื่องจากอาจเป็นผลลัพธ์เฉพาะในผู้หญิงที่มีอาการไม่รุนแรงถึงรุนแรงปานกลาง แทนที่จะเป็นผู้หญิงติดเชื้อทางเดินปัสสาวะแบบไม่ซับซ้อนทั้งหมด

2 ใน 3 ของผู้หญิงที่ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะแบบไม่ซับซ้อนและได้รับการรักษาด้วย ibuprofen มีอาการดีขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งยาปฏิชีวนะ ซึ่งการรักษาอาการเบื้องต้นเป็นแนวทางที่อาจนำมาหารือกับผู้หญิงที่ต้องการหลีกเลี่ยงยาปฏิชีวนะโดยที่สามารถยอมรับภาวะอาการที่มากขึ้น

สหราชอาณาจักรเพิ่มภาษาพยาบาลอียู

บีบีซี - สหราชอาณาจักรปรับข้อบังคับใหม่ กำหนดพยาบาลและผดุงครรภ์จากประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป (อียู) ต้องรู้ภาษาอังกฤษ

สภาการพยาบาลและผดุงครรภ์แถลงว่า นับตั้งแต่นี้เป็นต้นไปพยาบาลและผดุงครรภ์จากต่างประเทศ รวมถึงจากกลุ่มประเทศอียูจะต้องพิสูจน์ให้เห็นว่ามีทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษในระดับสูง เพื่อให้สอดคล้องกับหลักปฏิบัติในการทำงานและการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยจะทดสอบครบทุกทักษะทั้งฟัง พูด อ่าน และเขียน



ด้านตัวแทนสมาคมผู้ป่วยกล่าวว่า พยาบาลจากต่างประเทศเป็นกำลังสำคัญในภาคการสาธารณสุขของสหราชอาณาจักร อย่างไรก็ตามพบปัญหาเรื่องเรียนจากผู้ป่วยถึงข้อบกพร่องของเจ้าหน้าที่ชาวต่างชาติ โดยเฉพาะปัญหาด้านการสื่อสาร และการขาดความเข้าใจในกระบวนการและ

หัตถการ จึงเรียกร้องให้ทุกฝ่ายร่วมกันปรับปรุงมาตรฐานการคัดเลือกบุคลากร ตลอดจนจัดการฝึกอบรมที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ข้อมูลสถิติเผยว่า พยาบาลและผดุงครรภ์ชาวต่างชาติมีจำนวนราว 99,000 คน จากจำนวนที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 690,000 คน ซึ่งในระหว่างนี้สหราชอาณาจักรก็กำลังพยายามระดมพยาบาลต่างชาติเพื่อบรรเทาปัญหาขาดแคลนบุคลากรและประหยัดงบประมาณในการว่าจ้างบุคลากรจากภาคเอกชน

อังกฤษจ่อเก็บภาษีน้ำตาลร้านค้าแพโรงพยาบาล

บีบีซี - บริการสาธารณสุขแห่งชาติ (NHS) ของอังกฤษเตรียมเก็บภาษีน้ำตาลสำหรับโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพในสังกัด อันเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการสู้โรคอ้วน

สื่อท้องถิ่นรายงานว่า NHS มีแผน



เก็บภาษีในอัตราร้อยละ 20 สำหรับเครื่องดื่มผสมน้ำตาลและอาหารหวานทุกประเภท ในร้านค้าแพโรงโรงพยาบาลในสังกัดภายในปี พ.ศ. 2563 โดยย้ำว่า บุคลากรของ NHS มีภาระรับผิดชอบที่จะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชน พร้อมเรียกร้องให้หน่วยงานรัฐมนตรีนำมาตราการนี้ไปขยายผลในระดับประเทศ

ด้านผู้บริหาร NHS อังกฤษมั่นใจว่า มาตรการเก็บภาษีน้ำตาลจะชักจูงให้บุคลากร ผู้ป่วย และญาติ หลีกเลี่ยงการซื้อ

ของหวาน ขณะเดียวกันก็จะช่วยให้ NHS มีรายได้เพิ่มขึ้นราวปีละ 20-40 ล้านปอนด์ ซึ่งเงินได้ส่วนนี้จะนำไปใช้เพื่อการยกระดับสุขภาพของบุคลากร NHS ต่อไป ทั้งนี้ NHS จะทยอยเก็บภาษีเป็นลำดับในขั้นตอนการต่อสัญญาร้านค้า

มาตรการเก็บภาษีน้ำตาลนี้จะส่งผลให้ NHS ของอังกฤษเป็นหน่วยงานรัฐแห่งแรกที่เก็บภาษีน้ำตาล ขณะที่รัฐบาลของเวลส์และไอร์แลนด์เหนือยังไม่มีแผนเก็บภาษีน้ำตาลสำหรับบริการ NHS ของตน

บีบีซี - คลินิกเอกชนในอังกฤษเปิดตัวเครื่องมือช่วยตั้งครรภ์ด้วยการปฏิสนธิภายในมดลูก

ศ. นิค แม็คคลอน เจ้าของคลินิกเปิดเผยว่า เทคนิคช่วยตั้งครรภ์แบบใหม่ซึ่งอาศัยแคปซูลบรรจุไข่และอสุจิ และนำไปฝังในมดลูกนี้ไม่ใช่เพียงเทคโนโลยีฉาบฉวย โดยยืนยันว่าเทคนิคช่วยตั้งครรภ์ซึ่งมีต้นทุนต่อครั้งสูงถึง 700 ปอนด์นี้ช่วยลดระยะเวลาการพักตัวอ่อนไว้ในภาชนะเพาะเลี้ยง อันจะส่งผลดีต่อการลดความเสี่ยงด้านพันธุกรรม และปัญหาสุขภาพจากการผสมตัวอ่อนนอกมดลูก

เทคนิคใหม่ช่วยตั้งครรภ์ในมดลูก

แหล่งข่าวรายงานด้วยว่า แม้เทคนิคใหม่นี้สามารถปฏิสนธิตัวอ่อนได้ภายในร่างกาย ทว่าก็ยังคงต้องนำตัวอ่อนที่ได้ออกมาตรวจสอบความสมบูรณ์ในห้องปฏิบัติการก่อนที่จะปลูกถ่ายกลับไปในมดลูกอีกครั้ง โดยคณะที่ปรึกษาสำนักงานการเจริญพันธุ์มนุษย์และตัวอ่อนวิทยา (HFEA) ของอังกฤษซึ่งเป็นผู้อนุมัติอุปกรณ์ช่วยตั้งครรภ์ในมดลูกดังกล่าวเปิดเผยว่า ยังไม่มีหลักฐานว่าเทคนิคช่วยตั้งครรภ์นี้มี

ประสิทธิภาพดีกว่าหรือด้อยกว่าเทคนิคช่วยตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ขณะที่อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น



อนามัยโลกเตือนยุโรปรับมือไวรัสซิกา

รอยเตอร์ส - องค์การอนามัยโลกเตือนยุโรปเตรียมมาตรการรับมือการระบาดของไวรัสซิกา

แถลงการณ์ขององค์การอนามัยโลกเรียกร้องให้กลุ่มประเทศในทวีปยุโรปเตรียมพร้อมรับมือการระบาดของไวรัสซิกา โดยระบุว่าแม้ก่อนหน้านี้ไม่เคยพบอุบัติการณ์ของไวรัสซิกามาก่อน แต่ก็มีความเสี่ยงที่อาจปะทุขึ้นในช่วงฤดูใบไม้ผลิและฤดูร้อนนี้ พร้อมชี้ว่าประเทศใดก็ตามที่พบยุงลายแล้วแต่เสี่ยงต่อการระบาดของไวรัสซิกาทั้งสิ้น

ด้านเจ้าหน้าที่ระดับสูงขององค์การอนามัยโลกเปิดเผยว่า ที่ผ่านมามีนักท่องเที่ยวติดไวรัสซิกาจำนวนหนึ่งเดินทางเข้าสู่ทวีปยุโรป แต่ไวรัสไม่ได้ระบาดต่อเนื่องจากอยู่นอกฤดูแพร่พันธุ์ของยุง จึงน่าวิตกว่าไวรัสอาจฉวยโอกาสแพร่ระบาดในช่วงย่างเข้าสู่ฤดูใบไม้ผลิและฤดูร้อนที่จะถึงนี้



เมืองอิตาลีฉลองทารกคนแรกในรอบ 28 ปี



บีบีซี - เมืองออสตานาทางตอนเหนือของอิตาลีจัดงานฉลองได้ทารกคนแรกในรอบ 28 ปี นับเป็นกำลังใจสำคัญท่ามกลางความพยายามแก้ปัญหาชาวเมืองท้องถิ่นฐาน

นายกเทศมนตรีเมืองออสตานาเผยว่า การลดลงของประชากรเริ่มเห็นชัดเจนแต่คริสต์ทศวรรษที่ 70 ทำให้จนถึงปัจจุบันเมื่อนับรวมท่อน้อยพาโบลซึ่งเป็นประชากรคนล่าสุดแล้วคงเหลือประชากรอยู่เพียง 85 คนเท่านั้น และฝ่ายบริหารท้องถิ่นกำลังหาทางแก้ไขด้วยการสร้างงานและเสนอสิทธิประโยชน์ด้านที่ดินทำกินเพื่อรั้งคนในท้องถิ่นเอาไว้

อนึ่ง ปัญหาประชากรวัยหนุ่มทั้งถิ่นฐานกำลังเป็นปัญหาในเมืองตามหุบเขา บางเมืองแก้ปัญหาด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งเสนอให้บ้านอยู่อาศัยฟรี ขณะที่บางแห่งใช้มาตรการฟิสิกส์ด้วยการออกกฎหมายห้ามประชากรเจ็บป่วย

อังกฤษไฟเขียวตัดต่อดีเอ็นเอตัวอ่อนมนุษย์



ซีเอ็นเอ็น - สภากฎหมายอนุมัติการตัดต่อดีเอ็นเอตัวอ่อนมนุษย์เพื่อการวิจัยเป็นครั้งแรก

เป็นที่คาดหวังว่า การอนุมัติตัดต่อดีเอ็นเอตัวอ่อนจะนำไปสู่การยกระดับองค์ความรู้ด้านพัฒนาการของตัวอ่อนและการแท้งในช่วงตั้งครรภ์ระยะแรก อย่างไรก็ตาม กฎหมายอังกฤษยังคงห้ามนำตัวอ่อนที่ผ่านการตัดต่อดีเอ็นเอไปปลูกถ่ายในครรภ์ และกำหนดให้ใช้ตัวอ่อนส่วนเกินที่ได้จากคู่สามีภรรยาซึ่งเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก

อีกด้านหนึ่งมีเสียงทักท้วงว่า การเปิดไฟเขียวให้ตัดต่อดีเอ็นเอตัวอ่อนเพื่อการวิจัยจะปูทางไปสู่ “การออกแบบทารก” ซึ่งเกินเลยจากการแก้ไขภาวะบกพร่องด้านสุขภาพไปสู่การประดิษฐ์มนุษย์ที่สมบูรณ์แบบทั้งด้านรูปร่างหน้าตาและสติปัญญา ซึ่งเชื่อว่าจะมีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับปั้นแต่งทารกให้ออกมาสมบูรณ์แบบตามจินตภาพในศตวรรษนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยด้วย Logistic Regression

วันและอัตราค่าลงทะเบียน

1. สถิติที่จำเป็นสำหรับการวิจัยทางคลินิก

วันที่ 17 - 19 พฤษภาคม 2559

โดย หน่วยงานโรคทางคลินิก*

อัตราค่าลงทะเบียน 4,000 บาท

2. Linear regression

วันที่ 6 มิถุนายน 2559

โดย ศ.ดร.สุวิทย์ คุ้มกัน

อัตราค่าลงทะเบียน 1,500 บาท

3. Logistic regression

วันที่ 7 - 8 มิถุนายน 2559

โดย ผศ.ดร.สุวิทย์ คุ้มกัน โภษะ

อัตราค่าลงทะเบียน 3,000 บาท

4. Survival analysis

วันที่ 9 - 10 มิถุนายน 2559

โดย ศ.ดร.ศิริมา ทอดภัย

อัตราค่าลงทะเบียน 3,000 บาท

* วิทยากรหน่วยงานโรคทางคลินิก

ผศ.ดร.สุวิทย์ คุ้มกัน DPH (Biostatistics)
 ศ.ดร.สุวิทย์ คุ้มกัน PhD (Epidemiology & Population Health)
 ศ.ศิริมา ทอดภัย PhD (Statistics)
 นาย สุวิทย์ คุ้มกัน MSc (Statistics)
 นางสาว สุวิทย์ คุ้มกัน MSc (Statistics)
 ศ.ดร.ศิริมา ทอดภัย PhD (Statistics)

สถานที่จัดประชุม

ห้องประชุม 624 อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 6
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วิธีการลงทะเบียน

สามารถลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่
www.sirirajconference.com

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

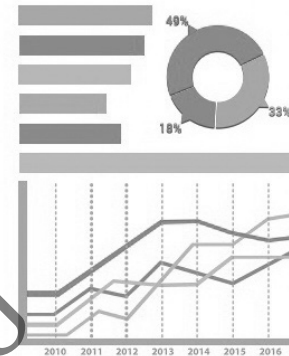
คุณพัชรินทร์ ทับวิโรจน์
 หน่วยงานโรคทางคลินิก สถานส่งเสริมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 โทรศัพท์ 02-419-2688
 โทรสาร 02-412-5994
 E-mail: patcharin.tab@mahidol.ac.th

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติ

สถิติที่จำเป็น

สำหรับการวิจัยทางคลินิก:

สถิติพื้นฐาน, Linear regression,
 Logistic regression และ Survival analysis



หน่วยงานโรคทางคลินิก สถานส่งเสริมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

หน่วยโรคทางคลินิก สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะจัดการประชุมเชิงปฏิบัติเรื่อง **“การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยด้วย Logistic Regression”** (Workshop on Logistic Regression) สถิติที่จำเป็นสำหรับการวิจัยทางคลินิก: สถิติพื้นฐาน, Linear regression, Binary logistic regression, Survival analysis สำหรับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทั่วไปที่สนใจ ระหว่างวันที่ 7-8 มิถุนายน พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุม 624 อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.sirirajconference.com หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณพัชรินทร์ ทับวิโรจน์ โทรศัพท์ 0-2419-2688 โทรสาร 0-2412-5994 หรือที่ E-mail: patcharin.tab@mahidol.ac.th



ชมรมการนอนหลับผิดปกติ ภายใต้สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการประจำปี 2559

ชมรมการนอนหลับผิดปกติ ภายใต้สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2559 ในวันศุกร์ที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการนอนหลับผิดปกติ และแลกเปลี่ยนความรู้ วิชาการใหม่ ๆ แนวความคิดเห็นทางด้านการนอนหลับที่ผิดปกติระหว่างสมาชิกเพื่อนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยมีค่าลงทะเบียน 500 บาท/ท่าน ผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ชมรมการนอนหลับผิดปกติ (Sleep disorder club) โทรศัพท์ 0-2716-5995 โทรสาร 0-2716-6004 หรือที่ E-mail: thaisleepmedicine@gmail.com

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การดำเนินงานตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทุกสิทธิ” ได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศที่ยึดหลักการช่วยชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ถือเป็นนโยบายเพื่อสังคม (CSR) ที่ผ่านการดำเนินงานอาจมีข้อติดขัดบางประการ ทั้งในเรื่องนิยามผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน การเบิกจ่ายเงินและการส่งต่อผู้ป่วย โดยจากการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่เห็นด้วยในหลักการ ทั้งในเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยวิกฤติสีแดงตาม 25 กลุ่มอาการที่เห็นตรงกันทั้งโรงพยาบาลและผู้ป่วย โดยหากมีข้อสงสัยจะมีหน่วยงานกลางคือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นที่ปรึกษาและให้ความเห็นภายใน 15 นาที ส่วนในเรื่องรูปแบบการเบิกจ่ายเงินนั้น เห็นด้วยกับการจ่ายแบบราคากลางค่ารักษาพยาบาล (Fee schedule) ให้มีการปรับราคากลางที่ทุกส่วนมีความพอใจ สำหรับการดำเนินการหลัง 72 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยพ้นวิกฤติที่ต้องหาโรงพยาบาลรับส่งต่อ กองทุนประกันสังคมใช้โรงพยาบาล

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ปรับระบบนิยามผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน มี ร.พ.รองรับหลังพ้นวิกฤติ 72 ชั่วโมง



ต้นสังกัด กองทุนสวัสดิการข้าราชการ กรมบัญชีกลางจะได้กำหนดระเบียบขึ้นมารองรับ เช่น ให้อยู่โรงพยาบาลเดิมต่อไป โดยกำหนดอัตราการเบิกจ่ายส่วนต่างผู้ป่วยจ่ายเพิ่มเอง ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้โรงพยาบาลต้นสังกัดและเพิ่มการจัดทำเรื่องศูนย์สำรองเตียง

คนพิการขาดทั้งไทย ได้รับขาเทียมฟรีภายในปี 2559

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขได้มอบให้สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ จัดทำโครงการมอบแขนขาเทียมให้คนพิการทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คนพิการแขนขาขาดทั้งรายเก่าและรายใหม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ร่างกายอุปกรณ์เสริมและเทียม รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นที่มีคุณภาพ เพื่อส่งเสริมให้คนพิการแขนขาขาดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โครงการมอบแขนขาเทียมให้คนพิการทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2559 จัดขึ้นในจังหวัดตราด พิจิตร โขก เลย์ นครราชสีมา อุตรดิตถ์ โดยตั้งเป้าหมายจัดหาและซ่อมอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการฟรี 1,500 ราย พร้อมพัฒนาทักษะบุคลากรในการจัดทะเบียนและดูแลคนพิการ 1,000 คน โดยทำงานร่วมกับหน่วยกายอุปกรณ์โรงพยาบาลศูนย์



โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ ประมาณ 200 แห่ง ทั้งนี้ กรมการแพทย์ได้มอบรถทำแขนขาเทียม มูลค่า 12.5 ล้านบาท จำนวน 1 คัน ให้แก่โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก ซึ่งภายในรถประกอบด้วยอุปกรณ์สำหรับทำแขนขาเทียม เช่น หัวชุดเข้าขาเทียม ตู้อบความร้อน เครื่องขัดกระดาษทราย ระบบดูดฝุ่น เป็นต้น นอกจากนี้สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติยังมีรถทำแขนขาเทียม จำนวน 2 คัน ไว้ให้บริการประชาชนทั่วประเทศ โดยให้บริการออกหน่วยเคลื่อนที่ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว รวม 55 ครั้ง

เด็กไทยเกิดใหม่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียกว่า 1.2 หมื่นคน

นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์

การแพทย์ กล่าวว่า ประเทศไทยพบพาหะธาลัสซีเมียประมาณร้อยละ 30-40 ของประชากร หรือประมาณ 18-24 ล้านคน และมีผู้ป่วยโดยรวมประมาณ 6 แสนคนในแต่ละปี และมีมารดาที่เสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 5 หมื่นราย มีเด็กเกิดใหม่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย 12,125 ราย ซึ่งการรักษาสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการปลูกถ่ายไขกระดูก แต่ไม่สามารถทำได้ทุกคน เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสูงมาก และต้องมีผู้บริจาคไขกระดูกที่เข้ากับผู้ป่วยได้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานะหน่วยงานที่มีภารกิจหลักในการตรวจวินิจฉัย ยืนยัน และพัฒนาระบบประกันคุณภาพทางห้องปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงของประเทศ ได้มีการคิดค้นและพัฒนาชุดทดสอบสำหรับตรวจหาความผิดปกติของยีนอัลฟาธาลัสซีเมีย 1 (α -thalassemia 1) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ซึ่งสามารถตรวจหาความผิดปกติของยีนธาลัสซีเมียที่พบในประเทศไทยได้ครบทั้ง 2 ชนิด คือ ชนิด SEA (Southeast Asia) และชนิด Thai (ไทย) โดยอาศัย



หลักการการเพิ่มปริมาณดีเอ็นเอและการตรวจวิเคราะห์ความผิดปกติของยีน (Relative Quantitative PCR) นับเป็นนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ครั้งแรกของโลกที่สามารถตรวจหาความผิดปกติของโรคธาลัสซีเมียทั้ง 2 ชนิดได้ในเวลาเดียวกัน ช่วยลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและให้ผลการตรวจที่รวดเร็วแม่นยำมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบดังกล่าวกระจายไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้ง 14 แห่งทั่วประเทศแล้ว เพื่อช่วยสนับสนุนการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียของประเทศไทยไปสู่กระบวนการป้องกันและลดการแพร่กระจายของโรคธาลัสซีเมียได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

รมว.สร. มั่นใจไทยมีศักยภาพเป็นศูนย์กลางด้านการวิจัยและผลิตยาได้

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า เรื่องสุขภาพทั่วโลกให้ความสนใจในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกับหลายหน่วยงาน เช่น สปสช., สสส., สวรส., สช. เป็นต้น โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ การดูแลสุขภาพประชาชน สิ่งเพิ่มขึ้นทุกวันคือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อีกไม่กี่ปีประชากรไทย 1 ใน 3 จะเป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่การสนับสนุนงบประมาณในการจัดการกับโรคที่เป็นปัญหาระดับโลก เช่น เอชไอวี มาลาเรีย และวัณโรค จากกองทุนโลกจะยุติลง โดยสิ่งที่ไทยจะทำได้คือ การพึ่งตนเอง และร่วมมือทำงานกับกองทุนโลกต่อไป นำความรู้มาใช้เพื่อประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรค โดยเฉพาะในชายแดนประเทศเพื่อนบ้านที่ต้องร่วมมือกำจัดโรคไปพร้อม ๆ กันจึงจะประสบความสำเร็จ ซึ่งขณะนี้ไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปีละกว่า 4 แสนล้านบาท ในจำนวนนี้เป็นค่ายากว่า 1.4 แสนล้านบาท โดยส่วนใหญ่เป็นการนำเข้าจากต่างประเทศ รัฐบาลมีนโยบายที่จะให้ประเทศไทยพึ่งตัวเองได้ด้านยา ต้องนำเอาศักยภาพที่มีมาบูรณาการสร้างสิ่งที่ประเทศไทยไม่เคยทำมาก่อน คือ



“การวิจัยและผลิตยา” ทำให้สิ่งนี้เกิดขึ้นให้ได้ว่า รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขพร้อมที่จะให้การสนับสนุน โดยขอให้เป็นงานวิจัยเพื่อตอบสนองตลาดและความต้องการของประชาชนนำไปสู่การใช้ได้จริง



ถือเป็นอีกหนึ่งในความภาคภูมิใจของบริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด ที่ได้มุ่งมั่นวิจัยและพัฒนาวัตกรรมการรักษาที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งได้มีการเปิดตัวอย่างยิ่งใหญ่เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ ที่ผ่านมา ณ โรงแรมพลาซ่า แอทธินี กรุงเทพฯ



สำหรับนวัตกรรมที่ได้มีการกล่าวถึงในครั้งนี้คือ ยาเบาหวานตัวใหม่ ซึ่งจะเป็นตัวช่วยให้แพทย์สามารถรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ด้วยกลไกการออกฤทธิ์ต่ออวัยวะที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้มากถึง 6 ใน 8 อวัยวะด้วยกัน นั่นจึงเป็นที่มาของการจัดงานในครั้งนี้ ซึ่งจัดขึ้นภายใต้ธีม SIX IN THE CITY โดยมี **มร.ปีเตอร์ หวง ประธานบริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด** กล่าวต้อนรับ

กิจกรรมภายในงาน ได้รับเกียรติจาก **ศ.นพ.ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์** ผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม โรงพยาบาลราชวิถี มาเป็นวิทยากร ร่วมด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอีก 4 ท่านที่จะมาบอกถึงความสำคัญของยาเบาหวานตัวใหม่ในหัวข้อต่าง ๆ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีความน่าสนใจ อาทิเช่น



Knowing the unknown missing piece: The true challenges of the 8 core-defects

โดย รศ.พญ.อภิรดี ศรีวิจิตรกมล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Filling in the gaps: Pharmacological benefits of the unique combination

โดย รศ.ดร.เนติ สุขสมบูรณ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Unfolding the map: The evidence of efficacy and safety of the new alternatives

โดย รศ.นพ.พงศ์อมร บุนนาค คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

และ **Completing the bigger picture: The art of caring for the diabetic CVD patients with safety**

โดย รศ.นพ.ดิลก ภิโยทัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์





หลังจากทราบความสำคัญของยาเบาหวานตัวใหม่กันเป็นที่เรียบร้อยแล้ว **นพ.เพชร รอดอารีย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวานและเมตาบอลิซึม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล** จะนำทุกท่านไปทราบถึงประโยชน์ของยาและความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มใด เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและบรรลุเป้าหมายในการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้าน Nephrologist, Cardiologist และ Endocrinologist ทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ **พล.อ.ต.นพ.อนุตตร จิตตินันท์, น.อ.นพ.กฤษฎา ศาสตรวาท และ รศ.นพ.ธงชัย ประภูภินันท์**

ก่อนจะเข้าสู่ช่วงไฮไลต์ในพิธีการเปิดตัวนวัตกรรมยาอย่างเป็นทางการ เพื่อต่อยอดความสามารถของยาในการออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลจากอวัยวะที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้มากที่สุดถึง 6 ใน 8 อวัยวะด้วยกัน ซึ่งถือเป็นความภาคภูมิใจอย่างยิ่งของทาเคดาก่อนนี้ได้รับเกียรติจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน ได้แก่



ศ.เกียรติคุณ พญ.วรรณิ นิธิยานันท์ นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

รศ.นพ.ธวัชชัย พิรรณนดิษฐ์ นายกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย

ศ.เกียรติคุณ นพ.อภิชาติ วิชญาณรัตน์ ประธานชมรมโรคอ้วนแห่งประเทศไทย

ศ.เกียรติคุณ นพ.เทพ หิมะทองคำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพธารินทร์

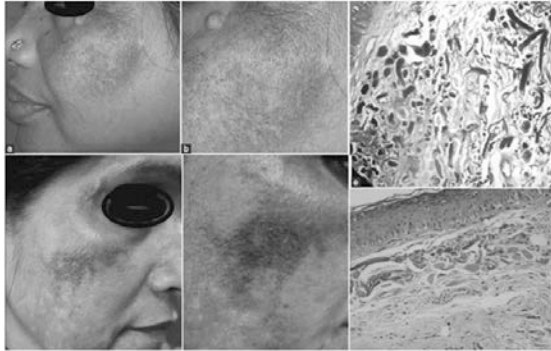
Rony Golczewski Regional Marketing Director

และ **มร.ปีเตอร์ หวง** ประธานบริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด ร่วมเปิดตัวนวัตกรรมยาใหม่ในครั้งนี้



ปิดท้ายด้วยกิจกรรมบนเวที โดยทุกท่านจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับการรับประทานที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งได้รับเกียรติจาก **รศ.พญ.อภิสนี บุญญาวรกุล** นักโภชนาการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่นอกจากจะยกตัวอย่างอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพแล้ว ยังบอกถึงเคล็ดลับดี ๆ เกี่ยวกับเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และดีต่อสุขภาพร่างกายอีกด้วย

ไฮโดรควิโนน



ผลจากสารไฮโดรควิโนน

เมลานินในผิวหนัง โดยกระบวนการสร้างเมลานินนั้นมีความซับซ้อนหลายขั้นตอน เมลานินมี 2 ชนิดคือ ยูเมลานิน (eumelanin) และฟีโอเมลานิน (pheomelanin) ยูเมลานินมีสีดำเข้ม ขณะที่ฟีโอเมลานินมีสีน้ำตาลแดง เมลาโนไซต์จะสร้างเมลานินเก็บไว้ใน “ถุงเก็บ” เรียกว่าเมลานินโซม จากนั้นเมลานินโซมจะส่งเมลานินโซมที่สร้างเสร็จแล้ว กระจายออกไปยังเซลล์ผิวหนังโดยทั่ว ทำให้เห็นสีผิวคล้ำขึ้น เซลล์ผิวหนังเองมีการผลิตเซลล์ออกตลอดเวลาโดยจะหลุดลอกออกเป็นขี้ไคล เมลานินในเมลานินโซมก็เช่นกัน จะมีการย่อยสลายตัวและหลุดลอกออกไปพร้อม ๆ กับเซลล์ผิวหนัง กระบวนการสร้าง ถ่ายเท และสลายตัวของเม็ดสีนี้เกิดขึ้นวนเวียนอยู่ตลอดเวลา

“คนผิวขาวหรือผิวคล้ำล้วนมีจำนวนเซลล์เมลานินโซมเท่ากัน ที่ต่างกันก็คือ ถุงเมลานินโซมของคนผิวคล้ำจะมีเมลานินที่เจริญเต็มที่กว่า สีเข้มกว่า มีสัดส่วนยูเมลานินมากกว่า ตัวเมลานินโซมเองก็มีความใหญ่กว่า จำนวนมากกว่า และย่อยสลายยากกว่าอีกด้วย ความสำคัญของสีผิวจึงอยู่ที่เม็ดสีเมลานิน มีหน้าที่ปกป้องเซลล์ผิวหนังจากอันตรายจากแสงแดด เปรียบได้กับปีกนกที่ธรรมชาติให้ติดมากับผิวหนังมนุษย์นั่นเอง สิ่งที่เกิดขึ้นได้ว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตร้อนใกล้เส้นศูนย์สูตร ผิวจะคล้ำกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่น โดยเป็นกลไกทางธรรมชาติที่อาศัยเมลานินในการปกป้องเซลล์ผิวหนังไม่ให้เป็นมะเร็งหรือเสื่อมสภาพจากการโดนแดดจัดและร้อนแรง ซึ่งสอดคล้องกับสถิติที่พบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคขาดเม็ดสีเมลานินแต่กำเนิดจะมีความเสี่ยงสูงมากในการเกิดมะเร็งผิวหนัง” พญ.ภาวิณี กล่าว

ผศ.พญ.สุวิรากร โอภาสวงศ์ ประธานคณะอนุกรรมการประชาสัมพันธ์ สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ปัจจุบันได้เกิดกระแสความนิยมการมีผิวที่ขาว โดยเฉพาะจากการโฆษณาของผลิตภัณฑ์ทำให้ผิวขาว



ในสื่อต่าง ๆ ซึ่งไม่ได้เน้นแต่เฉพาะที่ใบหน้าและแขนขา แต่ได้สร้างกระแสไปถึงที่ผิวบริเวณซอกแขน ข้อศอก หัวเข่า และจุดซ่อนเร้นอื่น ๆ ทำให้เกิดคำถามขึ้นว่าผลิตภัณฑ์เหล่านี้มีความจำเป็นหรือไม่ อย่างไร และมีประสิทธิภาพแค่ไหน ซึ่งโดยทางวิชาการแล้ว ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ไม่มีความจำเป็นแต่อย่างใด ความเป็นจริงแล้ว การที่ร่างกายของเราสร้างสีผิวขึ้นมาก็เหมือนเป็นการสร้างเกราะป้องกันอันตรายจากสี โดยเฉพาะรังสีอัลตราไวโอเลตหรือรังสียูวีในแสงแดด โดยตัวการที่ทำให้ผิวของเรา มีสีอย่างที่เราเห็นก็คือ เม็ดสีที่ทางวิชาการเรียกว่า เมลานิน โดยตัวเมลานินจะทำหน้าที่ดูดกลืนรังสียูวีเอาไว้ ไม่ให้ผ่านเข้าไปทำอันตรายถึงถึงถึงชั้นในและอวัยวะภายใน ดังนั้น การกระทำใด ๆ ที่พยายามกำจัดปริมาณเมลานินเพื่อให้ผิวขาวขึ้นก็เท่ากับเป็นการลดเกราะคุ้มกันตามธรรมชาติที่เรามีอยู่นั่นเอง

“การนิยมผิวขาวเป็นค่านิยมของคนไทยและคนเอเชียมาแต่โบราณที่นิยมผิวสีอ่อน ทั้งนี้เพราะผิวที่ขาวจะสื่อถึงความอ่อนเยาว์ ดูสะอาด สดใส รวมถึงอาจสื่อถึงความมีชีวิตที่สดวกสบาย ไม่กรำแดดกรำฝน และยังเป็นการดึงดูดเพศตรงข้าม อันนี้จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการศึกษาค้นคว้าหาสารต่าง ๆ ที่มีคุณสมบัติทำให้ผิวอ่อนางลง เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้ที่อยากจะมีผิวขาว ซึ่งผลิตภัณฑ์ช่วยให้ผิวขาวที่มีขายในท้องตลาดจัดเป็นเครื่องสำอางเพื่อเสริมความงาม ไม่ได้มุ่งใช้สำหรับผู้ที่เปื้อนฝ้า หรือโรคผิวหนังที่มีการสร้างเม็ดสีผิวมากผิดปกติ เช่น ผิวเป็นรอยด่าง หรือเป็นปานดำ ดังนั้น ผลิตภัณฑ์ที่ช่วยให้ผิวขาวเหล่านี้จึงสามารถซื้อหาได้ทั่วไป ผู้ใช้จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการเลือกใช้ อย่าเชื่อแต่คำโฆษณาอย่างเดียว เพราะใช้แล้วผิวหนังอาจไม่ได้ขาวผ่องอย่างที่คาดหวัง หรืออาจเกิดการระคายเคือง เป็นผื่นแพ้ ต้องเสียเงินทองและเวลาในการรักษา” ผศ.พญ.สุวิรากร กล่าว

ผศ.พญ.สุวิรากร กล่าวอีกว่า สิ่งสำคัญที่สุดที่ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ต้องตระหนักว่าประสิทธิผลในการทำให้ผิวขาวจะไม่ได้

เกิดขึ้นอย่างทันที แต่จะค่อยเป็นค่อยไป และผลที่ได้ไม่ถาวร เมื่อหยุดใช้ ผิวก็จะกลับมาเข้มเหมือนเดิมตามกรรมพันธุ์ของตนเอง ขณะเดียวกันผู้ใช้ก็ต้องเข้าใจว่าความไวของคนเราในการตอบสนองต่อสารทำให้ผิวขาวในผลิตภัณฑ์อาจแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการเกิดอาการแพ้สารในเครื่องสำอางที่บางคนก็แพ้ แต่บางคนก็ไม่แพ้ ดังนั้น หลังจากใช้ผลิตภัณฑ์ผิวขาวเหล่านี้แล้ว บางคนจะรู้สึกว่าใบหน้าขาวขึ้นจริง ขณะที่บางคนอาจไม่รู้สึกว่าใบหน้าหรือผิวดวงจะขาวขึ้นเท่าไร หรือยังเหมือนเดิม

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ เช่น ขณะที่ใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ ได้หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดด้วยหรือไม่ มีการรับประทานยาคุมกำเนิดในขณะนั้นด้วยหรือไม่ มีความเครียด หรืออดนอน ในช่วงที่ใช้ผลิตภัณฑ์หรือไม่ เพราะสิ่งเหล่านี้มีส่วนเร่งให้ผิวหนังของเราสร้างเม็ดสีได้เพิ่มขึ้น และด้านประสิทธิภาพของสารในผลิตภัณฑ์ได้ จึงเป็นการยากที่จะได้ผลตามปรารถนาทุกราย

ทั้งนี้สีผิวของคนเราขึ้นอยู่กับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม มีปัจจัยหลัก ๆ อยู่ 2 ปัจจัยที่กำหนดสีผิวของคนเรา คือปัจจัยที่ 1 กรรมพันธุ์กับสิ่งแวดล้อม เรื่องของกรรมพันธุ์เป็นสิ่งที่ควบคุมไม่ได้ ถ้าเกิดมาเป็นคนผิวดำ ให้ถือว่าเรื่องของสีผิวเป็นเพียงค่านิยมซึ่งก็ต่างกันไปในแต่ละเชื้อชาติ อย่างเช่น ฝรั่งเศสที่มีผิวขาว ก็อยากที่จะมีผิวสีเข้ม ถึงกับต้องยอมไปเสี่ยงกับมะเร็งผิวหนังอาบแดดทั้งตัว ปัจจัยที่ 2 ซึ่งพอที่จะป้องกันได้คือ สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะจากแสงแดด เพราะรังสีอัลตราไวโอเล็ตในแสงแดดเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เซลล์ในผิวหนังสร้างเมลานินออกมา อย่างไรก็ดี การที่คนเราอยากมีผิวขาวจึงพยายามที่จะเอาชนะธรรมชาติด้วยวิธีต่าง ๆ มีการค้นคว้าหาสารสังเคราะห์หรือสารจากธรรมชาติที่จะสามารถช่วยกลบสีผิว ลดการสร้างสีผิว หรือแม้กระทั่งการเร่งการสร้างเม็ดสีผิว การลอกผิว ฯลฯ เพื่อให้ผิวขาวขึ้น แต่สารเหล่านั้นมีผลชั่วคราว พอหยุดใช้ ผิวก็น่าจะกลับไปมีสีเข้มตามกรรมพันธุ์ของตนเหมือนเดิม

นอกจากจะขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์และการได้รับแสงแดดแล้ว กระบวนการสร้างเมลานินยังขึ้นอยู่กับระดับฮอร์โมนในร่างกายที่ควบคุมการสร้างเมลานินอีกด้วย อย่างเช่นในสตรี



ตั้งครรภ์ ผู้ที่รับประทานยาคุมกำเนิดหรือใช้เครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของฮอร์โมนเพศ อาจมีผลทำให้ร่างกายหลังฮอร์โมนกระตุ้นการสร้างเมลานินให้มากขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดฝ้า หรือสีผิวคล้ำลงได้ รวมถึงความเครียด กังวล และอดนอน ก็มีผลต่อฮอร์โมนที่กระตุ้นการสร้างเมลานินได้เช่นกัน เรื่องของฮอร์โมนเป็นเรื่องที่ควบคุมได้ยาก แต่ก็ป้องกันได้บางส่วน เช่น เปลี่ยนวิธีการคุมกำเนิดด้วยการรับประทานยาคุมเป็นวิธีอื่น หรือหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องสำอางที่ผสมฮอร์โมนเพศ รวมถึงการทำจิตใจให้สบาย พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น

โดยสรุป การปกป้องผิวให้พ้นจากแสงแดดจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดเพราะเป็นธรรมชาติ ปลอดภัย และประหยัดที่สุดในการรักษาสภาพผิวไม่ให้เข้มขึ้น ซึ่งยังช่วยป้องกันไม่ให้ใบหน้าเกิดฝ้า หรืออักเสบจากการถูกแดดเผาอีกด้วย แต่ถ้าไม่สามารถหลีกเลี่ยงแสงแดดได้ ก็ควรป้องกันผิวโดยการทาด้วยโลชั่นกันแดดอย่างสม่ำเสมอ ถ้ามีการใช้สารช่วยให้ผิวขาวร่วมด้วย ควรมุ่งหวังเพียงฟื้นฟูสภาพผิวของเราให้กลับสู่สภาพเดิมก็ถือว่าได้ผลดีที่สุดแล้ว

นอกจากนี้สูตรตำรับช่วยให้ผิวขาวที่ผสมสารมากชนิดและมีราคาแพงไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้ว่าประสิทธิภาพจะดีกว่าตำรับที่มีราคาถูกกว่าเสมอไป หลักการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ทำให้ผิวขาวก็จะเหมือนกับการเลือกใช้เครื่องสำอางทั่ว ๆ ไป คือใช้ผลิตภัณฑ์ที่ตัวเรารู้สึกว่าใช้แล้วดี คือไม่แพ้ ไม่มีอาการระคายเคือง และราคาไม่แพง ที่สำคัญคือ ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ควรผสมสารป้องกันแสงแดดร่วมด้วย ดังนั้น หากเรามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสีผิวและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องก็จะทำให้มีวิจารณญาณเป็นของตัวเอง ไม่หลงเป็นเหยื่อของการโฆษณาและการสร้างค่านิยมเรื่องต้องผิวขาวเท่านั้นถึงจะสวยหรือดูดี เพราะถ้าแพ้ผลิตภัณฑ์ก็อาจมีอันตรายถึงเสียโฉมได้



ศิริราช โรงเรียนแพทย์แห่งเดียวในไทย

ตรวจรอกทารกแรกเกิดป้องกันภาวะปัญญาอ่อน และโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก 40 โรค



...ภายหลังเกิดอุบัติเหตุเคราะห์ร้าย ลูกซึ่งเป็นที่รักตาย เป็นที่สลดใจด้วยการที่รักษาเจ็บไข้ เห็นแต่ว่าลูกเรา พิทักษ์รักษาเพียงนี้ ยังได้ความทุกข์เวทนาแสนสาหัส

ลูกเราถูกรื้อถอนจากทั้งปวงจะได้ความลำบาก ทุกเวทนายิ่งกว่านี้ประการใด ยิ่งทำให้ปวงม ปราบกนาที่จะให้มีโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น ภายหลัง กรมหมื่นดำรงราชานุภาพคิดการที่จะตั้งโรงพยาบาล ทำความเห็นมายื่น เห็นว่าเป็นการที่จะจัดการตลอดได้ จึงได้ตั้งท่านทั้งหลายเป็นคอมมิตตีจัดการ และได้ปรึกษากับแม่เล็กเสาวภาพ่องศรี มีความชื่นชมในการที่จะสงเคราะห์แก่คนที่ได้รับความลำบากด้วยป่วยไข้นี้ด้วย

ยอมยกทรัพย์สินสมบัติของลูกที่ตายให้เป็นส่วน ในการทำโรงพยาบาลนี้ เป็นต้นทุน...

จากความโศกเศร้าพระราชหฤทัยที่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าเสาวภา พ่องศรี พระวรราชเทวีที่ตองสูญเสียสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ ประชวรและสิ้นพระชนม์ด้วยโรคบิด จึงมีพระราชประสงค์พระราชทานโรงพยาบาลเพื่อเป็น พระราชกุศล เมื่อเสร็จสิ้นงานพระเมรุพระราชทานเพลิง พระศพแล้ว ได้พระราชทานไม้ที่ใช้สร้างพระเมรุมาศจำนวน 15 หลังมาเป็นวัสดุสำหรับก่อสร้างโรงพยาบาลวังหลัง ทั้งยัง ได้พระราชทานพระราชทรัพย์ในส่วนของเจ้าฟ้าศิริราชฯ จำนวน 700 ชั่ง (56,000 บาท) เป็นค่าก่อสร้างอีกด้วย ตามพระราชปรารภของพระองค์ในพระราชหัตถเลขาถึง คณะกรรมการสร้างโรงพยาบาล ณ พระที่นั่งจักรีมหาปราสาท ลงวันอังคาร เดือนอ้าย แรม 7 ค่ำ ปีชวดสัมฤทธิ์ศก จุลศักราช 1250 ก่อกำเนิดเป็นคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โรงเรียนแพทย์ที่มีอายุเก่าแก่ที่สุดของ ประเทศไทย โดยมีต้นกำเนิดมาจากโรงเรียนแพทยากร และ พัฒนามาจนกระทั่งเป็นคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นประธานแถลงข่าว “ศิริราชตรวจกรองทารกแรกเกิด ป้องกันปัญญาอ่อน โรงเรียนแพทย์แห่งเดียวในไทย” ร่วมกับ ศ.เกียรติคุณ พญ.พรสวรรค์ วสันต์ ที่ปรึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และ ผศ.นพ.นิธิวัตร วัฒนวิจารณ์ สาขาวิชาเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ พร้อมทีมแพทย์และบุคลากรสหสาขาวิชา ณ ห้องประชุมคณะฯ ตึกอำนวยการ ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช



ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า โรงพยาบาลศิริราชได้ทำการรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ล้ำหน้าทันสมัยมาใช้ควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเชี่ยวชาญในการรักษา ไม่เพียงแต่การให้บริการทางการแพทย์ที่ครบวงจร ยังส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกเพศทุกวัย โดยเริ่มตั้งแต่ให้คำแนะนำแนวทางป้องกันและแก้ปัญหาด้านพันธุกรรมและความพิการแต่กำเนิดในเด็ก โดยเฉพาะปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย มีบทบาทในการชี้นำสังคม โดยการสร้างองค์ความรู้ทางพันธุกรรมและความพิการแต่กำเนิดในเด็กไทย ตลอดจนร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประเทศชาติและประชาชนคนไทย

สำหรับโครงการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะปัญญาอ่อน ต่อมไทรอยด์บกพร่อง และ ฟิเคยู (เฟินนิลคีโตนูเรีย) นั้น คณะฯ ดำเนินการมาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2548 และได้บรรจุให้เป็นภาระงานประจำเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2548 (ซึ่งเป็นวันพระราชสมภพของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี หรือสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสิริวัณณวชิรพันธุ์) เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระองค์ที่ทรงห่วงใยในสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกหมู่เหล่าเสมอมา โดยเป็นการดำเนินงานร่วมกันของสาขาวิชาเวชพันธุศาสตร์ สาขาวิชาต่อมไร้ท่อ สาขาวิชา

ทารกแรกเกิด ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ตลอดจนการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ นอกจากนี้ยังขยายการตรวจกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกอีก 40 โรค นับเป็นมาตรฐานสากลและเป็นการพัฒนางานการตรวจกรองทารกแรกเกิดในประเทศไทยให้ทัดเทียมนานาชาติอย่างมีประสิทธิภาพเป็นผลสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่ง



ด้านผู้ริเริ่มโครงการ ศ.เกียรติคุณ พญ.พรสวรรค์ วสันต์ ที่ปรึกษาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้กล่าวถึงความสำคัญของการตรวจกรองทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะปัญญาอ่อนนี้ว่า โรงพยาบาลศิริราชได้ดำเนินการตรวจกรองมาแล้วกว่า 10 ปี เป็นการดำเนินงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชา ได้ร่วมกันตรวจกรองทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลศิริราชไปแล้วจำนวนประมาณ 300,000 ราย โดยพบต่อมไทรอยด์บกพร่อง 80 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1 ต่อ 3,000 และฟิเคยู 6 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1 ต่อ 40,000 ซึ่งทารกเหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ 14 วัน สามารถป้องกันภาวะปัญญาอ่อนได้ นับว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี

ต่อมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้ขอให้โรงพยาบาลศิริราชตรวจกรองทารกแรกเกิดใน 9 โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร และอีก 4 โรงพยาบาลของรัฐ ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา ซึ่งได้ตรวจทารกแรกเกิดของกรุงเทพมหานครไปแล้วทั้งสิ้นประมาณ 200,000 ราย โดยได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.อย่างต่อเนื่อง เป็นปีที่ 6 นับเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนั้นตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.ทบทวนในการตรวจกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค ซึ่งสามารถตรวจโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกได้ถึง 40 โรค นับเป็นมาตรฐานสากลและเป็นการพัฒนางานการตรวจกรองทารกแรกเกิดในประเทศไทยให้ทัดเทียมนานาชาติอย่างมีประสิทธิภาพ



สำหรับ ผศ.นพ.นิวัตร วัฒนวิจารย์ สาขาวิชาเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ได้กล่าวเพิ่มเติมถึงขั้นตอนการตรวจกรองทารกแรกเกิดนั้น เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้สตรีที่มาฝากครรภ์และก่อนคลอด เพื่อให้เข้าใจและเห็นความสำคัญว่ามีประโยชน์ต่อทารกซึ่งเป็นลูกเขาอย่างไร หลังจากนั้นเมื่อทารกเกิดมาได้อายุ 48-72 ชั่วโมง พยาบาลก็จะเจาะเลือดจากสันเท้าเด็กลงในกระดาษซับเลือดเพื่อนำส่งห้องปฏิบัติการสาขาวิชาเวชพันธุศาสตร์ เพื่อวิเคราะห์สารในเลือด เช่น ฮอริโมนหรือกรดอะมิโนที่อยู่ในเลือด หากทารกชายใดมีผลผิดปกติก็จะรีบติดต่อมารดาของทารก หรือโรงพยาบาลที่ทารกชายนั้นเกิด เพื่อติดตามมาตรวจวินิจฉัยและรักษาก่อนอายุ 14 วันต่อไป ทารกที่ได้รับการรักษาก่อนอายุ 14 วัน ก็จะพ้นความเสี่ยงจากความพิการและภาวะปัญญาอ่อนได้

ส่วนการตรวจกรองทารกแรกเกิดแบบขยายเพิ่มจำนวนโรคเป็น 40 โรคนั้น โรคที่ตรวจกรองเพิ่มเติมเป็นกลุ่มโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ซึ่งเป็นโรคพันธุกรรมที่ส่วนใหญ่เป็นยีนแฝง ดังนั้น อาจไม่เคยมีใครในครอบครัวมีอาการของโรคนี้มาก่อน แต่พ่อแม่อาจมีประวัติเป็นญาติกัน หรือมาจากภูมิลำเนาเดียวกัน ทารกที่เป็นโรคนี้ตอนแรกเกิดจะไม่มีอาการผิดปกติ แต่หลังจากนั้นจะเริ่มมีอาการทางสมอง เช่น ชี้นไม้ดูดนม อาเจียน เลือดเป็นกรด ชักไค้ และเสียชีวิตหรือสมองพิการในที่สุด อาการผิดปกติทางสมองเกิดจากเซลล์ขาดเอนไซม์ที่จะไปย่อยสลายสารที่เป็นพิษ เช่น สารประเภทกรดซึ่งจะไปทำลายสมอง หรือเซลล์นั้นไม่สามารถสร้างพลังงานได้ก็ทำให้สมองหรืออวัยวะไม่สามารถทำงานได้เช่นกัน อาการของโรคในกลุ่มนี้ไม่จำเพาะและแยกได้ยากจากโรคอื่น เช่น การติดเชื้อ ดังนั้น ทารกที่เป็นโรคนี้อาจเสียชีวิตหรือพิการโดยไม่ได้รับการวินิจฉัย ฉะนั้น การตรวจกรองโรคในกลุ่มนี้จึงทำให้สามารถตรวจพบทารกที่ยังไม่มีอาการหรืออาการน้อยได้รวดเร็วและได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการเสียชีวิตและพิการในที่สุด ซึ่ง

การตรวจกรองแบบขยายเพิ่มจำนวนโรคนี้ใช้เลือดในกระดาษซับเลือดเหมือนตรวจกรอง 2 โรค แต่ใช้เทคโนโลยีล่าสุดที่เป็นมาตรฐานในต่างประเทศ เรียกว่า Tandem Mass Spectrometry (TMS) เพื่อให้สามารถวิเคราะห์สารจำนวนมากในเวลาอันรวดเร็ว ทางศิริราชเป็นโรงเรียนแพทย์แห่งแรกที่ได้เริ่มทำการตรวจกรองด้วยเทคโนโลยีนี้ และคาดว่าจะสามารถช่วยป้องกันการเสียชีวิตและพิการของทารกได้อีกเป็นจำนวนมาก

ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ กล่าวเพิ่มเติมว่า คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีความยินดีที่จะช่วยคัดกรองทารกแรกเกิดไทยให้เติบโตเป็นพลเมืองที่มีสุขภาพดีที่จะสร้างประโยชน์ต่อประเทศชาติในอนาคตต่อไป สำหรับมารดา และ/หรือโรงพยาบาลใดที่มีความประสงค์จะตรวจกรองทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะปัญญาอ่อน และตรวจโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก 40 โรค สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ห้องปฏิบัติการสาขาวิชาเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โทรศัพท์ 0-2419-5675, 0-2419-5978 E-mail: somporn.lia@mahidol.ac.th



น้ำแล้ง

ขณะนี้ประเทศไทยกำลังเผชิญกับภัยแล้ง ถึงขนาดโรงพยาบาลรัฐบาล 4 แห่งขาดน้ำที่จะใช้ในการล้างเครื่องมือ !! ทำให้ถึงเป็นเช่นนี้ คำตอบสั้น ๆ แบบกำปั้นทุบดิน คือ ฝนไม่ตกในฤดูกาลที่ควรจะต้องตก หรือไม่ตกมากพอ

แต่คงจะไม่ใช่ว่าคำตอบง่าย ๆ เช่นนี้ปัจจุบันนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น วิกฤติการณ์ตามธรรมชาติจาก El Nino ภาวะโลกร้อน ฯลฯ

แต่สำหรับผม สาเหตุที่เรามีปัญหาจากภัยแล้งนั้นมาจาก Man Made (จากฝีมือมนุษย์) หรือ Man ไม่ Make (จากมนุษย์ไม่ทำอะไร) เองต่างหาก !!!

บางปีประเทศไทยมีฝนตกชุกมากจนน้ำท่วม ประเด็นที่สำคัญง่าย ๆ คือ ฝนตกเท่าไร เราต้องเก็บไว้ให้ได้มากที่สุด และเราต้องใช้น้ำให้เกิดประโยชน์สูงสุด ไม่ทิ้งไม่ขว้าง ใช้แบบประหยัด ใช้อย่างคุ้มค่า ฯลฯ

และปัจจุบันนี้มีปัญหาจากภัยธรรมชาติเข้ามาแทรกคือ ฝนไม่ตกตามฤดูกาล ส่วนใหญ่มาจากการที่เราทำให้โลกร้อนมากยิ่งขึ้น ด้วยการเผาผลาญ fossil fuel เช่น ถ่านหิน ไม้ น้ำมัน ฯลฯ

เราจะต้องเก็บน้ำฝนไว้ให้มากที่สุด ด้วยการปลูกป่า ปลูกต้นไม้ทั่วประเทศ ตั้งแต่เหนือจดใต้ เพราะต้นไม้โดยเฉพาะต้นไม้ใหญ่ ๆ ที่มีรากยาวใหญ่จะดูดซับน้ำไว้แล้วจึงค่อย ๆ ปล่อน้ำออกมา ถ้าไม่มีต้นไม้ น้ำก็จะไหลไปทางที่ต่ำทันที แผ่นดินก็จะไม่ซับน้ำไว้ ฉะนั้น การที่มนุษย์ตัดไม้ทำลายป่าจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้น้ำท่วมบ้านเรือน และยังทำให้มีน้ำแล้งอีกด้วยประชาชนทุก ๆ คนมีส่วนช่วยเรื่องน้ำท่วม น้ำแล้ง ด้วยการให้ความร่วมมือกับรัฐบาลในการบริหารจัดการน้ำให้ถูกต้องเหมาะสม เริ่มต้นด้วยการไม่ตัดไม้ ทำลายป่า รวมทั้งต้องพยายามปลูกต้นไม้ให้มาก ๆ

เราต้องมีที่เก็บน้ำทั่วประเทศ ตั้งแต่เหนือจดใต้ จะเรียกว่าอะไรก็ได้แต่ อาจเป็นเขื่อน อ่างเก็บน้ำ บึง หรือทะเลสาบ ฯลฯ เราควรมีที่เก็บน้ำไว้ให้ได้มากที่สุดเวลาฝนตก สำหรับผมการสร้างเขื่อนไม่น่ามีปัญหา ถ้าประชาชนทั้งประเทศ (รวมทั้งรัฐบาล) เป็นคนดี ที่เก่ง เพราะคนดีคือคนที่พูดกันด้วยเหตุและผล ที่เห็นแก่ส่วนรวม ไม่ใช่ใคร่จะสร้างลูกเดียว หรือไม่ยอมสร้างลูกเดียว ถ้าเราเป็นคนเก่ง เราก็จะหาข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ว่าการสร้างเขื่อนมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร การไม่สร้างเขื่อนมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร และการสร้างเขื่อนมีข้อดีมากกว่าข้อเสีย หรือการไม่สร้างเขื่อนมีข้อดีมากกว่าการสร้าง ถ้าเราเป็นคนดี เราก็จะตัดสินใจปัญหานี้ได้ง่าย ๆ เราต้องตัดสินใจปัญหาทั้งหมดของประเทศด้วยสมอง ไม่ใช่ตัดสินใจปัญหาด้วยหัวใจ เท่าที่ทราบจากเพื่อนที่เคยทำงานไฟฟ้า เขาบอกว่าเขื่อนนั้นเอามาใช้ผลิตไฟฟ้าไม่ได้มาก เพราะต้องเก็บไว้สำหรับการเกษตร จึงเอามาใช้ผลิตไฟฟ้าเพียงเมื่อต้องการน้ำ

เราควรมีที่เก็บน้ำไว้ทั่วประเทศ จะได้ป้องกันน้ำท่วม และก็ป้องกันน้ำแล้งได้มากพอสมควร ผมเองยังคงเชื่อว่าเขื่อนใหญ่ ๆ หรืออ่างเก็บน้ำใหญ่ ๆ ควรมีทางน้ำเชื่อมกันหรือภาคใต้ เราก็สูบน้ำขึ้นไปใส่เขื่อนหรืออ่างเก็บน้ำที่อยู่ทางเหนือ และในกรณีที่ฝนตกหนักมาก เร็วและหนักกว่าที่ที่เก็บน้ำเราจะรองรับได้ เราต้องมีระบบที่จะกระจายน้ำไปเก็บไว้ทั่วประเทศ และยังต้องมี "ทางด่วน" ถ้าน้ำมามากจริง เร็วจริง ๆ ให้ไหลลงสู่ทะเลอย่างรวดเร็วที่สุด

เก็บน้ำไว้ได้มากที่สุดทั่วประเทศแล้ว ยังต้องใช้น้ำให้เป็นประโยชน์สูงสุดอีกด้วย ทุก ๆ คนต้องมีส่วนช่วย เช่น เวลา

ล้างหน้า อาบน้ำ ควรเอาขันรอง อย่าเปิดน้ำไว้ตลอดเวลาขณะล้างมือ ล้างหน้า แปรงฟัน หรือเวลาอาบน้ำ ใช้ขันตักก็จะเป็นการช่วยลดภาวะโลกร้อนด้วยทางหนึ่ง เพราะการเลี้ยงวัวต้องใช้น้ำและเนื้อที่มาก การปลูกข้าวต้องใช้น้ำมาก ฯลฯ

และทุก ๆ คนต้องมีส่วนช่วยลดภาวะโลกร้อน ด้วยการพยายามไม่เปิดเครื่องทำความเย็น หรือเปิดพัดตี ๆ เช่นที่บ้านผมเปิดแอร์ 25-26 องศาเซลเซียสเท่านั้น ปิดไฟ ปิดแอร์เวลาออกจากห้อง เวลาจอดรถให้ดับเครื่อง ขับรถไม่เร็วเกินไป เพราะถ้าขับเร็วจะกินน้ำมันมากกว่าขับพอดี ๆ การใช้ fossil fuels (เช่น น้ำมัน เฟอร์นิเจอร์ ฯลฯ) จะเป็นการเผาผลาญพลังงานและทำให้เกิด carbon dioxide ฯลฯ ซึ่งมีส่วนทำให้โลกร้อน ฉะนั้น ควรหันมาใช้ renewable energy (พลังงานที่ยั่งยืน) เช่น จากลมหรือพลังงานแสงแดด ทุกบ้านอีกหน่อยควรมีเครื่องผลิตพลังงานจากแสงแดด ทั้งนี้รัฐบาลและเอกชนต้องช่วยกันสนับสนุนอุปกรณ์การติดตั้งเครื่องผลิตพลังงานจากแสงแดดในราคาที่คุ้มค่างานลงทุน

ดังนั้น นี่เป็นเหตุผลว่า ทำไมผมมีความเห็นว่าปัญหาต่าง ๆ ของโลกนี้อยู่ที่มนุษย์เราเองว่า เราก่อเหตุเองทั้งนั้น ด้วยการทำสิ่งที่ไม่ควร และไม่ทำในสิ่งที่ควรทำ จริงไหมครับ

ขอประชาสัมพันธ์หนังสือสำหรับประชาชนที่น่าสนใจ เรื่องโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร (200 บาท) และเรื่องปวดท้อง (190 บาท) ท่านที่สนใจติดต่อได้ที่หน่วยทางเดินอาหาร ชั้น 2 อาคารภูมิสิริ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทรศัพท์ 0-2256-4265, 0-2256-4356 E-mail: division_gi@yahoo.com

โครงการ “เซเรบอส อวอร์ด 2016” ครอบคลุม 16 ปีแห่งความภาคภูมิใจ มอบทุนต่อยอดงานวิจัยไทยสู่สากล ล่าสุดประกาศสานต่อโครงการอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้แพทย์ เกษตรกร นักโภชนาการ พยาบาล และนักวิจัยไทยร่วมส่งผลงานด้านโภชนาการ วิทยาศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อเข้ารับทุนสนับสนุนรวม 500,000 บาท โดยไม่มีข้อผูกมัดใด ๆ ทั้งสิ้น

ศ.เกียรติคุณ นพ.จอมจักร จันทรสกุล ประธานคณะกรรมการพิจารณาทุนวิจัย เซเรบอส อวอร์ด กล่าวว่า โครงการทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด (Cerebos Award) ก่อตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมและเปิดโอกาสให้นักวิจัยไทย ไม่ว่าจะเป็น แพทย์ เกษตรกร นักโภชนาการ พยาบาล นักวิทยาศาสตร์ และนักวิชาการทั่วไป ได้ร่วมส่งผลงานวิจัยเพื่อขอรับทุนวิจัยเกี่ยวกับทางด้านโภชนาการ วิทยาศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลิตภัณฑ์อาหาร สมุนไพร และยา รวมทั้งพฤติกรรม การบริโภคที่มีผลต่อโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพ อันเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม อีกทั้งเพื่อเป็นการยกระดับความสามารถในการแข่งขันทางวิชาการของประเทศไทยไปสู่การยอมรับในระดับโลก โดยได้รับการสนับสนุนด้วยดีจาก บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด โดยโครงการทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด จะมอบทุนวิจัยประเภทวงเงินไม่เกิน 500,000 บาทต่อปี ซึ่งสามารถแบ่งให้โครงการวิจัยได้ไม่เกิน 5 โครงการต่อปี

ที่ผ่านมาได้รับความสนใจจากนักวิจัยไทยจำนวนมาก มีผลงานวิจัยที่ได้รับทุนวิจัยจากโครงการฯ ไปแล้ว 48 ผลงาน โดยแต่ละงานวิจัยล้วนเป็นประโยชน์ต่อสังคม บางงานวิจัยสามารถใช้เป็นพื้นฐานและต่อยอดในการพัฒนางานวิจัยในศาสตร์ที่ลึกซึ้ง และก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม

ด้าน ดร.ลักขณา ลีละยุทธโยธิน กรรมการ บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด กล่าวถึงที่มาของการสนับสนุนโครงการทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด มายาวนานกว่า 16 ปี ว่า เซเรบอส



ดร.กมล ไชยสิทธิ์

16 ปีแห่งความภาคภูมิใจ เซเรบอส อวอร์ด 2016 มอบทุนต่อยอดงานวิจัยสู่สากล



ศ.เกียรติคุณ นพ.จอมจักร จันทรสกุล และ ดร.ลักขณา ลีละยุทธโยธิน ร่วมแถลงข่าวโครงการเซเรบอส อวอร์ด 2016

เล็งเห็นว่าประเทศไทยมีทรัพยากรบุคคลที่มีความคิดสร้างสรรค์ มีความสามารถทัดเทียมนานาประเทศได้เป็นอย่างดี แต่ยังคงขาดแคลนในเรื่องของการสนับสนุนส่งเสริมทุนวิจัยที่ไม่เพียงพอ

นอกจากนี้ในงานแถลงข่าวเปิดโครงการทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2016 ยังได้จัดให้มีการนำเสนอผลงานวิจัยซึ่งเคยได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด เรื่อง “เภสัชชาวนาของสาร capsaicin ในพริกชี้ฟ้าสดและฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของพริกชี้ฟ้าสดต่อน้ำตาลในเลือดในอาสาสมัครผู้ป่วยสุขภาพดี” โดย ดร.กมล ไชยสิทธิ์ นักกำหนดอาหารเพื่อผู้ป่วยระยะเรื้อรัง ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวมัลโลฟ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ซึ่งเป็นหนึ่งในผลงานวิจัยที่ประสบความสำเร็จอีกด้วย

“เซเรบอสเล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงให้การสนับสนุนทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด แก่นักวิจัยไทยอย่างต่อเนื่องมาตลอดเป็นระยะเวลากว่า 16 ปี และตั้งใจจะสานต่อโครงการดี ๆ เช่นนี้ต่อไป จึงขอเชิญชวนนักวิจัยร่วมส่งผลงานวิจัยเพื่อเข้ารับการคัดเลือกจากคณะกรรมการ และคาดหวังว่าผลงานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกจะบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของคณะผู้จัดทำโครงการฯ ด้วย” ดร.ลักขณา กล่าว

สำหรับคณะกรรมการพิจารณาทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด ประกอบด้วย นักวิชาการอิสระ เช่น แพทย์ เกษตรกร นักโภชนาการ นักวิชาการ และนักวิทยาศาสตร์ โดยมี ศ.เกียรติคุณ นพ.จอมจักร จันทรสกุล เป็นประธานในการพิจารณา แนวทางการพิจารณาประกอบไปด้วย 4 หัวข้อหลักด้วยกันคือ 1. การนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อไป 2. ความคิดริเริ่ม 3. โอกาสที่จะทำงานวิจัยให้สำเร็จ และ 4. ความสำคัญทางวิชาการ วิธีการวิจัย และการดำเนินงาน

ทั้งนี้ผู้ที่สนใจสามารถส่งผลงานเข้าขอรับทุนได้ตั้งแต่วันนี้จนถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยสามารถดาวน์โหลดใบขอรับทุนได้ที่ <http://www.brandsworld.co.th> หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2650-9777

ฟิลิปส์เจาะตลาดเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ ตอบโจทย์ความท้าทายด้านสุขภาพในไทย



นายวิโรจน์ วิทยาเวโรจน์



น.ส.สิริวรรณ ปัทมกุลการ

ตามที่บริษัทรอยัลฟิลิปส์ ได้มีการประกาศทิศทางและกลยุทธ์การดำเนินธุรกิจใหม่ทั่วโลก เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 เพื่อแยกการบริหารธุรกิจออกเป็น 2 บริษัท โดยบริษัทแรกจะมุ่งเน้นการทำธุรกิจสำหรับเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ (HealthTech) ซึ่งมาจากการรวมกลุ่มธุรกิจเครื่องมือแพทย์และกลุ่มธุรกิจคอนซูเมอร์ไลฟ์สไตล์ และอีกหนึ่งบริษัทจะมุ่งเน้นการทำธุรกิจสำหรับโซลูชันไฟฟ้าแสงสว่าง (Lighting Solutions)

สำหรับประเทศไทย กลุ่มธุรกิจไฟฟ้าและอุปกรณ์แสงสว่าง (Lighting Solutions) จะถูกบริหารภายใต้ชื่อ บริษัท ฟิลิปส์ อิเล็กทรอนิกส์ (ประเทศไทย) จำกัด และกลุ่มธุรกิจสำหรับเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ (HealthTech) จะถูกบริหารภายใต้ชื่อ บริษัท ฟิลิปส์ (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งถือเป็นหนึ่งในกลยุทธ์การสร้างความมั่นคงเพื่อให้แต่ละบริษัทมีเป้าหมายทางธุรกิจที่ชัดเจนและสามารถสร้างการเติบโตได้มากขึ้น

นายวิโรจน์ วิทยาเวโรจน์ ประธานและกรรมการผู้จัดการ บริษัท ฟิลิปส์ (ประเทศไทย) จำกัด กล่าวว่า ภายในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ประชากร 1 ใน 3 คน จะเป็นที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ส่งผลให้เกิดความท้าทายที่ไม่ได้กระทบแค่ผู้สูงอายุกลุ่มเดียวเท่านั้น แต่รวมไปถึงรัฐบาล ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ผู้ดูแลบ้าน และสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของบ้าน

ฟิลิปส์เข้าใจถึงความท้าทายที่ประเทศไทยต้องเผชิญในระยะยาว จึงพัฒนานวัตกรรมที่สามารถตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครบวงจร ทั้งกลุ่มธุรกิจเครื่องมือแพทย์ และธุรกิจเครื่องใช้ไฟฟ้าในครัวเรือนชิ้นเล็ก โดยครอบคลุมทุกด้านของสุขภาพ ดังนี้

ความเป็นอยู่ที่ดี (Healthy Living) - เสริมสร้างให้คนมีสุขภาพที่แข็งแรง ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

การป้องกัน (Prevention) - ช่วยให้ผู้คนสามารถดูแลจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง

การตรวจวินิจฉัย (Diagnosis) - สร้างความมั่นใจได้ถึงความต้องการของการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ครั้งแรก

การรักษา (Treatment) - ช่วยให้วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น และเห็นผลการรักษาที่ดีขึ้น

การดูแลรักษาตัวเองที่บ้าน (Home Care) - ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพักฟื้นและดูแลจัดการโรคเรื้อรังได้จากที่บ้าน

ด้าน **น.ส.สิริวรรณ นิกิจจาทร ผู้จัดการทั่วไปกลุ่มธุรกิจ Personal Health บริษัท ฟิลิปส์ (ประเทศไทย) จำกัด** กล่าวว่า วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องควรเริ่มต้นจาก “ความเป็นอยู่ที่ดี” และ “การป้องกัน” ที่สามารถทำได้ที่บ้าน ด้วยนวัตกรรมเครื่องใช้ไฟฟ้าในครัวเรือนชิ้นเล็กของฟิลิปส์ อาทิ หม้อทอด Airfryer ที่ให้ผู้บริโภคสามารถปรุงอาหารได้โดยไม่ต้องเติมน้ำมัน สามารถลดไขมันได้สูงได้ถึง 80% และเครื่องฟอกอากาศที่สามารถให้ข้อมูลคุณภาพของอากาศในบ้าน ณ เวลานั้น และปรับสภาพอากาศให้บริสุทธิ์ขึ้นได้ทันที หรือหากมีปัญหาด้านสุขภาพ “การตรวจวินิจฉัย” ด้วยเครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพก็มีความสำคัญยิ่งเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อการรักษาที่ถูกต้อง อาทิ เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่อง CT และเครื่อง MRI เป็นต้น และ “การรักษา” ที่ถูกต้องและทันท่วงทีที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยให้รอดชีวิตได้ อาทิ เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจแบบอัตโนมัติ (AED) นอกจากนี้ “การดูแลรักษาตัวเองที่บ้าน” ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตัวเองได้ที่บ้าน อาทิ หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติจากการนอนหลับสามารถใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (CPAP) จะช่วยให้เพิ่มคุณภาพการนอนหลับได้ดีมากยิ่งขึ้น



เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (CPAP)



เครื่องอัลตราซาวด์



เครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ เผยความสำเร็จ ปี 2558 จำนวนผู้ป่วยโรคหืดแอดมิดลดลง 29%

กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับเครือข่ายคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย (Easy Asthma and COPD Clinic Network) จัดงานประชุมใหญ่เครือข่ายคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประจำปี ครั้งที่ 12 (12th EACC Annual Meeting) เผยในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา สามารถลดจำนวนผู้ป่วยโรคหืดแอดมิดได้มากถึง 29% หรือทำให้ภาครัฐลดภาระรายจ่ายลงมากกว่า 100 ล้านบาท สำหรับในปีนี้โรงพยาบาลที่ได้รับรางวัล EACC Excellence Award 2015 ประเภท Asthma ได้แก่ โรงพยาบาลหนองฉาง จ.อุทัยธานี และรางวัลประเภท COPD ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จ.ลำพูน

รศ.นพ.วัชร บุญสวัสดิ์ ประธานเครือข่ายคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย (Easy Asthma and COPD Clinic Network) กล่าวว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2558 เป็นเวลากว่า 5 ปี เครือข่ายคลินิกโรคหืดฯ สามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้านอนพักรักษาตัวจากประมาณ 66,000 ครั้ง เหลือเพียงประมาณ 45,000 ครั้งเท่านั้น โดยในปี พ.ศ. 2558 ที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและนอนในโรงพยาบาลลดลงกว่า 29% เมื่อคำนวณเป็นเงินออกมาสามารถลดค่าใช้จ่ายไปได้กว่า 100 ล้านบาท ซึ่งเป็นผลสำเร็จที่น่าประทับใจอันเกิดจากความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่มีส่วนสำคัญช่วยผลักดันให้การดำเนินงานเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างต่อเนื่อง สำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับรางวัล EACC Excellence Award 2015 ประเภท Asthma ได้แก่ โรงพยาบาลหนองฉาง จ.อุทัยธานี และรางวัลประเภท COPD ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จ.ลำพูน จึงอยากสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมคลินิกโรคหืดฯ เพื่อรับการบริการเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยปัจจุบันผู้ป่วยที่เข้าร่วม กว่า 90% จะได้รับการวัดสมรรถภาพปอดเพื่อให้การรักษามีความถูกต้องต่อความรุนแรงของโรคและจะได้รับการยาพ่นรักษา ทำให้โรคสงบลง สามารถใช้ชีวิตแบบคนปกติทั่วไปได้ และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย และนอกจากโรคหืดแล้ว การพัฒนาทางด้านการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา ก็มีผลสัมฤทธิ์ในการบริหารจัดการดีขึ้นด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะทางด้านเครื่องมือแพทย์และเวชภัณฑ์ในการรักษา ได้มีการกระจายเครื่องวัดสมรรถภาพปอดเพิ่มมากขึ้นในโรงพยาบาลระดับอำเภอ และได้มีการพัฒนายาขยายหลอดลมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

“ในปี พ.ศ. 2559 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล และมลภาวะทางอากาศต่าง ๆ เช่น ฝุ่นละออง หรือควันจากท่อไอเสียรถยนต์ที่เพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี รวมไปถึงการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นโดยทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ซึ่งจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) จำนวนผู้ป่วยทั่วโลกอาจสูงถึง 325 ล้านคน และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนมากมาจากประเทศที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งในความเป็นจริง หลายเคสสามารถป้องกันได้หากได้รับการรักษาที่ถูกต้อง”

รศ.นพ.วัชร กล่าว

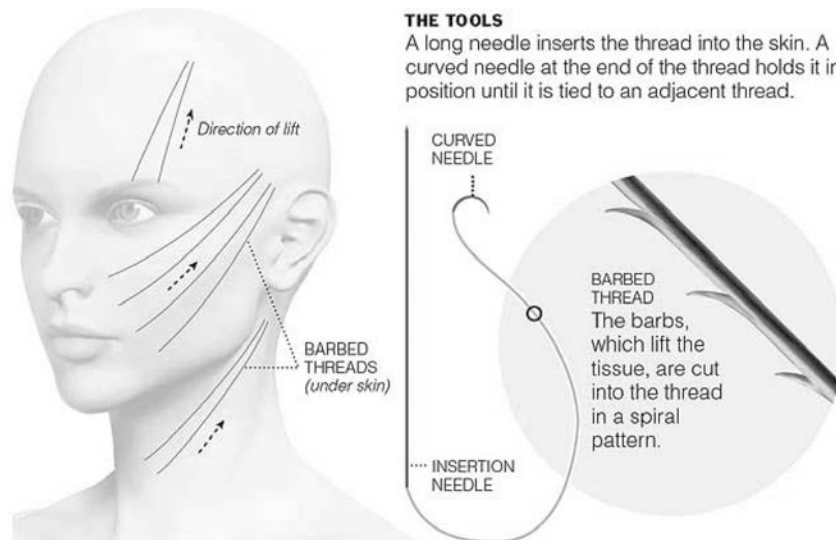
โรงพยาบาลหนองฉาง จ.อุทัยธานี
รับรางวัล EACC Excellence Award 2015



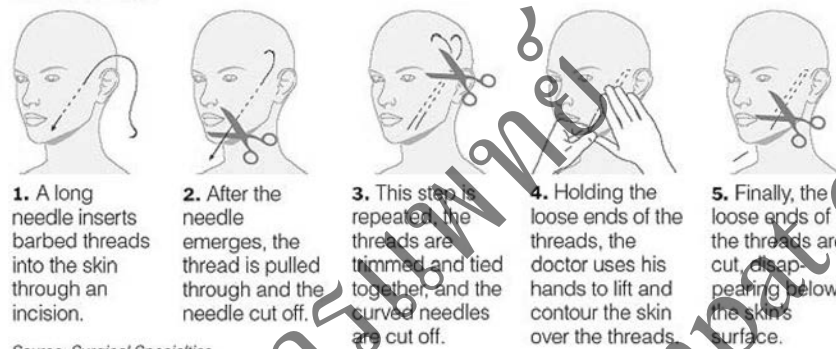
รศ.นพ.วัชร บุญสวัสดิ์

รศ.นพ.วัชร กล่าวทิ้งท้ายว่า เครือข่ายคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่ายจะไม่ประสบความสำเร็จเลยหากไม่ได้รับความร่วมมือร่วมใจของ “ผู้ให้” ทุกคนจากหลากหลายสาขาวิชาชีพที่มาดำเนินงานในเครือข่ายฯ ร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งในด้านการกำหนดนโยบาย ดัชนีชี้วัด และผลักดันให้มีระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณภาพ





THE PROCEDURE



Source: Surgical Specialties

การร้อยไหมช่วยยกกระชับใบหน้า

เมื่อเวลาผ่านไป ปัญหาเรื่องความหย่อนคล้อยของใบหน้าเริ่มสร้างปัญหาให้แก่สาว ๆ หรือบุคคลซึ่งใส่ใจในการดูแลผิวพรรณและความสวยงาม การดูแลปัญหาหย่อนคล้อยของเนื้อเยื่อบนใบหน้าทำได้หลายวิธี ได้แก่ ฉีดโบท็อกซ์ ฉีดฟิลเลอร์ ร้อยไหมหน้าเรียว การใช้เครื่องมือเลเซอร์ชนิดต่าง ๆ การผ่าตัดดึงหน้าให้กระชับ ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อบ่งชี้ที่แตกต่างกันไปแต่ละตำแหน่งของปัญหาที่มี การผ่าตัดเทคนิคใหม่นิยมผ่าตัดส่องกล้อง ทำผ่าตัดแผลเล็กเจ็บตัวน้อยที่เรียกว่า minimal invasive surgery ศัลยแพทย์หันมาดึงหน้าแผลเล็กเช่นกันที่เรียกว่า minilift จนมีการใช้ไหมที่มีขนาดเล็ก เปิดโพรงแล้วใช้ไหมสอดเข้าไปเกาะเกี่ยวเนื้อเยื่อใบหน้าให้ยกตึงคล้ายการดึงหน้า ปี พ.ศ. 2547 เริ่มมีการใช้ไหมก้างปลาที่มีเงี่ยงสามารถเกาะเนื้อเยื่อรอบข้างได้มากขึ้น เมื่อไหมมีการพัฒนามากขึ้น เทคนิคก็พัฒนามากขึ้น ปลอดภัยมากขึ้น แต่ด้วยเป็นเทคนิคใหม่ จึงยังต้องรอผลการศึกษาในระยะยาวต่อมา

การร้อยไหมมีขั้นตอนดังนี้ เริ่มด้วยการทำความสะอาดใบหน้าให้สะอาด ทำให้ผิวหนังชาโดยการฉีดหรือทายาชา การร้อยไหมมีเงี่ยง แพทย์จะสอดไหมในชั้นความลึกระดับไขมันใต้ผิวหนัง ส่วนไหมไม่มีเงี่ยงแพทย์จะสอดในชั้นใต้ผิวหนัง

การสอดไหมให้อยู่ในระนาบต้องอาศัยทักษะความชำนาญและประสบการณ์ของแพทย์ ปริมาณที่ร้อยมากน้อยตามความเหมาะสม ตั้งแต่ 2-100 เส้น หลังทำการร้อยไหมแพทย์จะดึงไหมให้ตึงเพื่อเกี่ยวกับเนื้อเยื่อรอบข้างเล็กน้อย ทำให้หน้าตึงเรียวขึ้น หลังทำการร้อยไหมผิวจะมีอาการบวมแดงและมีรอยขีดตามแนวการสอดไหม ซึ่งรอยเหล่านี้มักหายภายใน 1-2 สัปดาห์ มีความเชื่อว่าการสอดไหมเข้าผิวหนังจะกระตุ้นให้ผิวหนังสร้างเส้นใยคอลลาเจน ซึ่งเส้นใยคอลลาเจนใหม่นี้ช่วยให้ผิวหนังบนใบหน้าที่ย่อนคล้อยมีความกระชับตึงขึ้น

จากการรวบรวมข้อมูลในฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ มีรายงานถึงผลของการร้อยไหม พบรายงานของการใช้ไหมมีเงี่ยงช่วยยกกระชับใบหน้าหนึ่งรายงาน การร้อยไหมเป็นวิธีใหม่ที่น่าสนใจแต่ต้องรอข้อมูลทางการแพทย์เชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการร้อยไหมมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป การร้อยไหมแบบมีเงี่ยงเป็นวิธีหนึ่งของ การยกกระชับใบหน้า เริ่มมีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุน การร้อยไหมให้ผลชั่วคราวและผลที่ได้ขึ้นกับประสบการณ์ของแพทย์ที่ทำการร้อยไหมด้วย

การผลักดันกฎหมายเพื่อปฏิรูปสาธารณสุข (ตอนที่ 1)

เมื่อวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2559 นพ.เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานกรรมการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (ประธาน กมธ.สร.สนช.) ได้เชิญ กมธ.สร.สนช. ที่ปรึกษา ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ของ กมธ.สร.สนช. เข้าร่วมประชุมร่วมกับคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (กมธ.สร.สปท.) เพื่อ “พิจารณาผลักดันกฎหมายเพื่อการปฏิรูปด้านสาธารณสุข”

ทั้งนี้ กมธ.สร.สปท. ได้นำเสนอต่อที่ประชุมว่า ควรจะมีการเสนอร่างกฎหมาย 3 ร่าง คือ

1. ร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการเขตสุขภาพ โดยมีข้อเสนอว่า ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board) โดยกำหนดให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และให้รองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นรองประธาน และให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน และมีคณะกรรมการที่มาจากทั้งที่กำหนดตามตำแหน่ง และตามการสรรหา โดยให้มีอำนาจหน้าที่ที่สำคัญข้อแรก คือ กำหนดทิศทางและนโยบายหลักด้านสุขภาพของประเทศ และอื่น ๆ และยังกำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับเขต (Area Health Board) ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการ ผู้รับบริการ และกำหนดให้มีสำนักงานเขตสุขภาพ (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) โดยให้สำนักงานเขตสุขภาพเป็นสำนักงานเลขานุการการบริหารงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพ (secretariat body of regional public health board) ซึ่งการเสนอแบบนี้ ผู้เขียนเรื่องนี้ไม่เห็นด้วย เพราะจะเลียนแบบกรมมีองค์กรมหาชนตระกูล ส. ซึ่งมีปัญหาการบริหารงานที่ขาดธรรมาภิบาล มีข้อครหาเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน ซึ่งผู้เขียนเชื่อว่กำลังถูกดำเนินการตรวจสอบและยังไม่เป็นที่สิ้นสุดยุติ หรือมีการประกาศผลการสอบสวนในขณะนี้

องค์กรตระกูล ส. หมายถึงองค์กรที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะเหมือนองค์กรมหาชน ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และอื่น ๆ อีก



สำนักงานเหล่านี้บริหารงานโดยคณะกรรมการที่มีที่มาจากการกำหนดตามตำแหน่ง และกรรมการที่มาจากการสรรหา เหมือนกับคณะกรรมการชุดใหม่ คือ คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Board) ที่ กมธ.สร.สปท. นำเสนอโดยไม่คิดเพี้ยน

โดยสถานการณ์ที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนแล้วว่า คณะกรรมการในองค์กรตระกูล ส. ที่กล่าวถึงเหล่านี้ ผู้ที่มาเป็นกรรมการตามตำแหน่ง (ซึ่งมักจะเป็นรัฐมนตรีหรือข้าราชการระดับสูง (เช่น ปลัดกระทรวง หรือผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ) มักจะไม่มีเวลามาประชุมกรรมการ (บอร์ด) โดยส่วนมากจะมอบหมายให้ “ผู้แทน” มาประชุม (แบบไม่เข้าหน้ากัน) และผู้แทนเหล่านี้ก็มักจะไม่แสดงความคิดเห็นอะไร (ไปตรวจดูรายงานการประชุมขององค์กรเหล่านี้ได้) หรือไม่คัดค้านการนำเสนอที่ไม่เหมาะสม/ถูกต้องของกรรมการ/บริหารสำนักงาน จนทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับความไม่สุจริตโปร่งใสของการบริหารองค์กรต่าง ๆ เหล่านี้ดังกล่าวแล้ว

และกรรมการที่มาจากการสรรหาในองค์กรเหล่านี้ทั้งหมด เริ่มต้นก็มาจากพวกของกลุ่มสามพรานฟาร์ม (หรือกลุ่มสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่มี ศ.นพ.ประเวศ วะสี เป็นหัวหน้ากลุ่ม หรือบางที่เรียกว่าเป็น “ผู้นำทางจิตวิญญาณ”) ที่เป็นผู้ดำเนินการเสนอให้รัฐบาลที่บริหารประเทศในขณะนั้นให้ความเห็นชอบในการออกกฎหมายเพื่อจัดตั้งองค์กรเหล่านั้น และในร่างกฎหมายเหล่านั้นพวกเขาก็กำหนดบทเฉพาะกาลให้พวกเขาเข้ามาเป็นกรรมการบอร์ดและเป็นผู้บริหารองค์กร ซึ่งพวกเขาก็จะกำหนดระเบียบปฏิบัติในการบริหารองค์กรและการใช้จ่ายเงิน และกำหนดกฎระเบียบในการสรรหากรรมการชุดต่อไป ซึ่งทำให้พวกเขาสามารถเข้ามาเป็นกรรมการและสืบทอดการเป็นผู้บริหารองค์กร เพื่อกำหนดทิศทางในการ “ขับเคลื่อนองค์กรต่อไป”

จะเห็นได้ว่า องค์การต่าง ๆ เหล่านั้นล้วนมีกรรมการหรือผู้บริหารองค์กรจากผู้ที่มียาชื่อเข้าประชุม “สามพรานฟอรัม” เป็นประจำ

และเมื่อ “คนในกลุ่มนี้” สามารถเข้ามาเป็น “กรรมการที่มีเสียงข้างมาก” และเป็นหัวหน้าสำนักงาน (ไม่ว่าจะเป็นผู้อำนวยการ สวรส. ผู้จัดการ สสส. เลขาธิการ สปสช. หรือเลขาธิการ สช. ฯลฯ) เป็นผู้กุมอำนาจการบริหารจัดการในองค์กร ก็ “ถืออำนาจ” ในการทำงานบริหารในองค์กรเหล่านั้น โดยการ “อ้างว่าตีความกฎหมายไม่เหมือนกัน” เช่นการอ้างความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ให้เป็น “สุขภาพะ” ที่พวกเขาตีความกว้างไกลไปครอบคลุมทุกเรื่องตั้งแต่การเมือง การสวดมนต์ การทำหนังสือพิมพ์ที่ “สนับสนุนสื่อสร้างสรรค์” หรือตีความกฎหมายไปถึงการเอาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) ไปให้แก่หน่วยงานที่ไม่ใช่ “หน่วยบริการ” รวมถึงเอาไปให้มูลนิธิต่าง ๆ รวมทั้งการบริหารงานที่เอื้อประโยชน์ให้พวกพ้อง ฯลฯ

แต่พวกเขากลับมากำหนดให้มีการ “ประหยัดเงินค่ายาหรือค่ารักษาผู้ป่วย” กล่าวคือ กำหนดรายการยาและรายการรักษา “แบบเหมาโหล” คือกำหนดให้ผู้ป่วยทุกคนต้องรับการรักษาด้วยยาหรือวิธีการรักษาแบบเดียว ทั้ง ๆ ที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการแพทย์ เช่น การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตทางช่องท้องเป็นวิธีการแรก (CAPD-first) ซึ่งผู้ป่วยบางคนมีสภาพที่ไม่เหมาะสมจะใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีนี้ จนทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยวิธีนี้มีอัตราการตายสูงที่สุดในโลก กล่าวคือมีอัตราการตายเฉลี่ย 40% ในโรงพยาบาลบางแห่งมีผู้ป่วย (ที่รักษาด้วยวิธีนี้) ตายมากกว่า 50%

หรือการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่ สปสช. ให้ใช้ยาที่จัดซื้อโดยองค์กรเภสัชกรรมเท่านั้น ก็ทำให้ผู้ป่วยในระบบ 30 บาท มีอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยของ TDRI

(ข้อสังเกต เมื่อ สปสช. แสดงสถิติการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีผู้ป่วยตายมาก พอมีผู้เชี่ยวชาญนำไปพินิจพิจารณา สปสช. ก็ลบ website ที่ (เขาคิดมีการคัดลอกไว้แล้ว ไม่นับสถิติหายหมด) และงานวิจัยของ TDRI ที่ออกมาให้ข่าวว่า มีความเหลือล้นใน “ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย” สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) และผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ กล่าวคือ ผู้ป่วยในระบบ 30 บาท มีอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ

เมื่อมีนักวิชาการอื่นได้นำผลการวิจัยเรื่องนี้ของ TDRI ออกไปวิเคราะห์ต่อว่า ผลลัพธ์การรักษาที่แตกต่างกันนี้เนื่องจากผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการนั้น ผู้ป่วยได้รับยาที่แพทย์เป็นผู้เลือกใช้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยในระบบ 30 บาทนั้น ผู้ป่วยได้รับยาเหมือนกันหมดและเป็นยาที่จัดซื้อมาโดยองค์กรเภสัชกรรม (รักษาแบบเหมาโหล) ไม่ได้รับยาที่เหมาะสมกับอาการป่วยของตนตามความเห็นของแพทย์ผู้รักษา เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยในระบบ 30 บาท ตายมากกว่าผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ นักวิจัยของ TDRI ก็ออกมาโต้แย้ง และไม่ยอมรับการวิเคราะห์/วิจารณ์ของนักวิชาการกลุ่มอื่น

ล่าสุดมีข่าวว่านักวิจัยของ TDRI ได้ “ทำการปรับปรุง” งานวิจัยชิ้นนี้ โดยตัดข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับการเปรียบเทียบอัตราการตายระหว่างผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) และผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการออก และไม่สรุปผลลัพธ์การรักษาที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย 2 กองทุนนี้ออกไป แต่ไปเพิ่มค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลใน 365 วันของกลุ่มตัวอย่างแทน และบทสรุปของงานวิจัยดั้งเดิมสรุปว่า “ผู้ป่วยในสูงอายุที่ตายภายใต้ระบบสวัสดิการข้าราชการมีอายุสูงกว่าผู้ป่วยใน

ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) หรือกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยในระบบ 30 บาท ตายเร็วกว่าผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ

แต่บทสรุปของงานวิจัยฉบับปรับปรุงใหม่สรุปเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการกับผู้ป่วยในระบบ 30 บาท เป็นการเบี่ยงประเด็น เพราะถ้าจะเปรียบเทียบเฉพาะค่ารักษาที่แตกต่างกัน (TDRI เรียกว่าไม่เป็นธรรม) ระหว่างผู้ป่วยในของ 2 ระบบ ก็ไม่ต้องเสียเงินเสียเวลาจ้างและรอผลงานวิจัยของ TDRI ให้เสียเงินเสียเวลา เพราะตัวเลขงบประมาณค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้ง 2 ระบบนี้มันเห็นได้ชัดเจนอยู่แล้ว

แสดงว่าทั้ง TDRI และ สปสช. พยายามปกปิดบิดเบือนผลการวิจัยเรื่องผู้ป่วยของ สปสช. ตายมากและตายเร็วกว่าระบบสวัสดิการข้าราชการ

และ สปสช. ก็ยังไม่แก้ไขตัวข้อยาเหมาโหล และการบังคับให้แพทย์ใช้ยาเฉพาะเหมาโหลที่มีผลเสียหายต่อผู้ป่วยของ สปสช. แต่อย่างใด (ไม่สนใจว่าใครจะตายจากการกระทำของตัวเองหรือไม่)



(อ่านต่อฉบับหน้า)

แผ่นแปะอินซูลินอัจฉริยะ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากกว่า 387 ล้านคนทั่วโลก และเป็นที่คาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2 ที่มีอาการรุนแรงนั้นจะต้องควบคุมระดับของปริมาณน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับค่าปกติด้วยการฉีดอินซูลินอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ไม่สะดวกและก่อให้เกิดความเจ็บปวดโดยเฉพาะต่อผู้ป่วยเด็ก ซึ่งก็ได้มีความพยายามที่จะพัฒนาระบบการให้อินซูลินแบบต่าง ๆ เพื่อทดแทนความไม่สะดวกและความเจ็บปวดจากการฉีดดังกล่าว ตัวอย่างเช่น อินซูลินแบบสูดพ่น อุปกรณ์ชนิดแบบปราศจากเข็ม ปากกาอินซูลิน อินซูลินแบบสเปรย์ อินซูลินแบบเม็ดสำหรับรับประทาน อินซูลินแบบแผ่นปิด เป็นต้น แต่นอกจากปัญหาของความไม่สะดวกและความเจ็บปวดแล้วการได้รับปริมาณของอินซูลินที่ไม่ถูกต้องสามารถส่งผลให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยได้ ตัวอย่างเช่น สูญเสียการมองเห็น สูญเสียอวัยวะ หรือเสียชีวิต เป็นต้น ซึ่งก็มีการพัฒนาเครื่องมือที่คอยตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและให้อินซูลินโดยอัตโนมัติ แต่อุปกรณ์ดังกล่าวจะต้องมีการใช้ชิ้นส่วนและเครื่องมือต่าง ๆ จำนวนมาก และมีขนาดใหญ่ เช่น เซ็นเซอร์ ปัมป์ สายสวน และเข็ม ที่ยังคงไม่สะดวกในการใช้งานและต้องมีการเปลี่ยนบางชิ้นส่วนอย่างสม่ำเสมอ

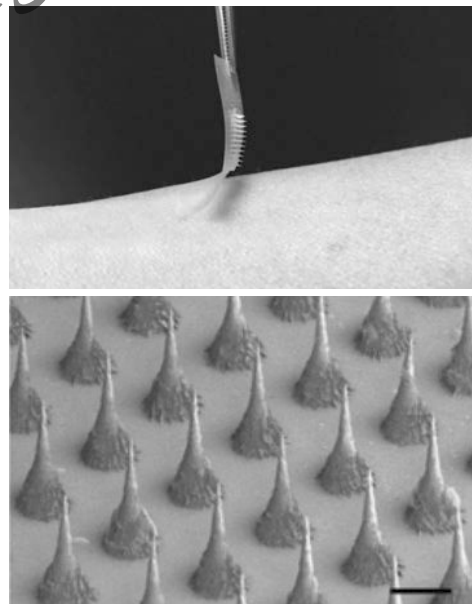


ตัวอย่างของระบบการให้อินซูลินแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นเพื่อทดแทนการฉีดอินซูลิน⁽¹⁻³⁾

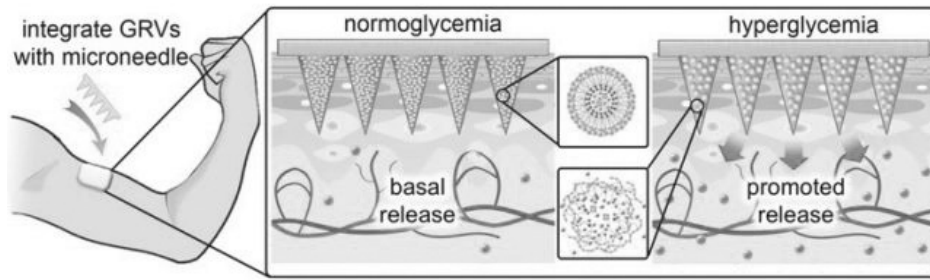
ระบบตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด
และการให้อินซูลินโดยอัตโนมัติ⁽⁴⁾



เมื่อไม่นานมานี้ ได้มีการพัฒนาแผ่นแปะอินซูลินอัจฉริยะขึ้นมาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดและสะดวกต่อการใช้งาน อีกทั้งควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะมีแตกต่างจากแผ่นแปะอินซูลินซึ่งมีการพัฒนามาก่อนหน้าที่สามารถปล่อยอินซูลินได้อย่างช้า ๆ เมื่อใช้งานเพียงรูปแบบเดียวเท่านั้น ในกรณีของแผ่นแปะอัจฉริยะนี้สามารถที่จะทราบถึงปริมาณของน้ำตาลในเลือดและปรับการให้อินซูลินให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อพบวาระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมีค่ามากขึ้นเช่นเดียวกับกลไกในธรรมชาติ โดยแผ่นแปะอินซูลินอัจฉริยะนี้มีลักษณะเป็นแผ่นบางขนาดเล็กที่ประกอบไปด้วยเข็มขนาดเล็กจำนวนมากหลายร้อยเล่ม ซึ่งผลิตขึ้นจากการรวมกรดไฮยาลูโรนิก และ 2-ไนโตรอิมิดาโซลเข้าด้วยกัน ซึ่งทำให้มีลักษณะปลายด้านหนึ่งชอบน้ำและอีกด้านหนึ่งไม่ชอบน้ำ จากนั้นจึงใส่อินซูลินและเอนไซม์ที่ถูกออกแบบมาเพื่อทำการตรวจจับน้ำตาลกลูโคสเข้าไปในโครงสร้างดังกล่าว เมื่อปิดแผ่นดังกล่าวลงไปบนผิวหนัง เข็มขนาดเล็กดังกล่าวจะเจาะเข้าไปยังหลอดเลือดด้านล่างใต้ผิวหนัง ในสภาวะปกติ อินซูลินจะมีการปล่อยจากแผ่นแปะดังกล่าวอย่างช้า ๆ เนื่องจากการละลายของวัสดุ แต่เมื่อมีการเพิ่มระดับของน้ำตาลในเลือด น้ำตาลส่วนเกินจะถูกเปลี่ยนโดยเอนไซม์ไปเป็นกรดกลูโคนิกซึ่งดูดซับออกซิเจน ทำให้ส่วนปลายของโครงสร้างวัสดุที่ไม่ชอบน้ำขาดออกซิเจนและเปลี่ยนสมบัติเป็นชอบน้ำ จึงทำให้เกิดการละลายตัวของโครงสร้างและปล่อยอินซูลินออกมาอย่างรวดเร็ว



ภาพแสดงตัวอย่างแผ่นแปะอินซูลินอัจฉริยะและโครงสร้างของเข็มขนาดเล็กจำนวนมากบนแผ่นแปะ โดยขนาดของสเกลบาร์เท่ากับ 200 ไมครอน⁽⁶⁻⁷⁾

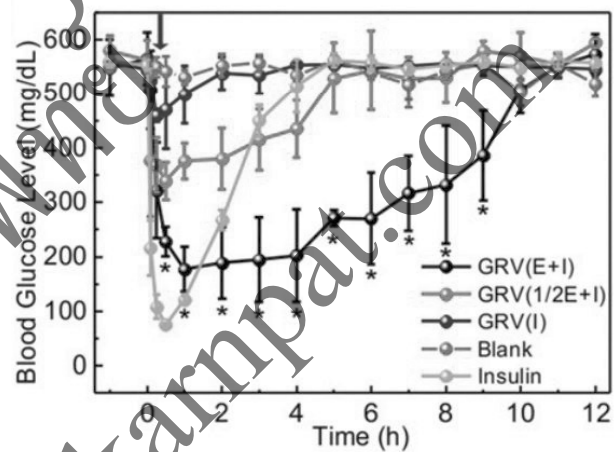


ภาพแสดงการทำงานของแผ่นแปะอินซูลินอัจฉริยะในการควบคุมการปล่อยอินซูลินที่น้อยหรือมากขึ้นกับระดับของน้ำตาลในเลือด⁽⁶⁾

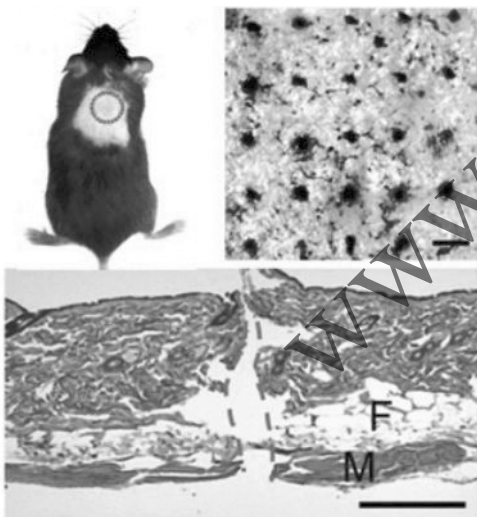
จากการทดสอบแผ่นแปะกับหนูทดลองที่ถูกกระตุ้นให้เป็นเบาหวานประเภทที่ 1 โดยปิดบริเวณด้านหลังของหนูทดลองเมื่อเทียบกับการให้อินซูลินแบบปกติพบว่า ในกรณีของอินซูลินปกตินั้น ระดับของน้ำตาลในเลือดหนูทดลองลดลงอย่างรวดเร็วสู่ระดับปกติ แต่คงอยู่ไม่นานก็มีค่าสูงกลับขึ้นไปอีกครั้งอย่างรวดเร็วเช่นกัน แต่ในกรณีของการให้อินซูลินแบบใหม่นี้พบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงสู่ระดับปกติได้ภายในระยะเวลาครึ่งชั่วโมง แต่ยังคงรักษาระดับปกติดังกล่าวได้นานอีกหลายชั่วโมง

ในอนาคตคาดว่าจะการใช้แผ่นแปะอัจฉริยะนี้สามารถช่วยลดความเจ็บปวดที่เกิดจากการฉีดอินซูลินได้ นอกจากนี้ยังสะดวกต่อการใช้งานและมีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างรวดเร็วและกินระยะเวลานาน ไม่มีความเสี่ยงจากการลดระดับของน้ำตาลในเลือดมากเกินไปเหมือนกับการฉีดอินซูลินที่อาจเกิดขึ้นหากมีการฉีดมากเกินไป นอกจากนั้นแผ่นแปะอินซูลินนี้สามารถที่จะถูกปรับให้ควบคุมระดับน้ำตาล

ได้ตามค่าที่ต้องการโดยการปรับปริมาณของเอนไซม์ที่ใช้ รวมทั้งในอนาคตสามารถที่จะปรับการใช้งานให้เหมาะสมกับความแตกต่างของแต่ละบุคคล เช่น น้ำหนัก ความไวต่ออินซูลิน เป็นต้น



กราฟแสดงระดับน้ำตาลในเลือดของหนูทดลองภายหลังการทดสอบด้วยแผ่นแปะที่ใส่อินซูลินแบบต่าง ๆ โดย GRV(E+I), GRV(1/2E+I) และ GRV(I) คือแผ่นแปะที่ใส่อินซูลินในโครงสร้างกรดไฮยาลูโรนิก และ 2-ไนโตรอิมิดาโซล โดยมีเอนไซม์หรือไม่มีเอนไซม์ที่ Blank คือ แผ่นแปะที่ไม่มีอินซูลิน และ Insulin คือ อินซูลิน⁽⁶⁾



ภาพแสดงการทดสอบแผ่นแปะอัจฉริยะบนด้านหลังของหนูทดลองที่ถูกกระตุ้นให้เกิดภาวะเบาหวานประเภทที่ 1 ซึ่งจะสังเกตเห็นรูเจาะที่เกิดจากการแทงทะลุของเข็มขนาดจิ๋วบนแผ่นแปะผ่านชั้นไขมัน (F) และกล้ามเนื้อ (M) โดยขนาดของสเกลบาร์เท่ากับ 500 ไมครอน (ขวาบน) และ 100 ไมครอน (ล่าง)⁽⁶⁾

เอกสารอ้างอิง

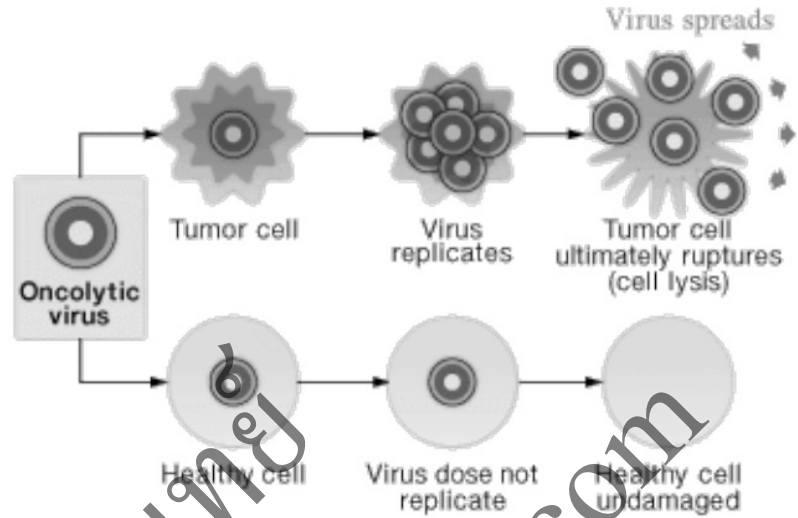
1. <http://www.steadyhealth.com/articles/fda-approved-inhaled-insulin-for-diabetes>
2. <http://www.nydailynews.com/life-style/health/nasal-spray-put-daily-insulin-injections-article-1.1201155>
3. http://biomed.brown.edu/Courses/BI108/BI108_2003_Groups/Diabetes_Technology/alternatives.htm
4. <http://www.express.co.uk/life-style/health/487920/Type-2-diabetes-study>
5. M. M. Al-Tabakha and A. I. Arida (2008), Indian J. Pharm. Sci., 70(3), p. 278.
6. J. Yua, Y. Zhanga, Y. Yea, R. DiSantona, W. Suna, D. Ransona, F. S. Liglera, J. B. Busec and Z. Gu. PNAS, 112, p. 8260.
7. <https://www.sciencedaily.com/releases/2015/06/150622154548.htm>

จากไวรัสมาเป็นยารักษามะเร็ง

จากข่าวดังในวงการแพทย์เกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ในการใช้ไวรัส “Oncorine H101”^(1,2) ละลายเซลล์มะเร็ง โดยการรักษามะเร็งวิธีนี้ทางโรงพยาบาลฟู้ด้าได้รับความร่วมมือจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยจีหนาน ในการคิดค้นวิจัยและพัฒนาแนวทางใหม่ ๆ เพื่อการรักษาโรคมะเร็ง โดยไวรัสตัวใหม่ที่ค้นพบครั้งนี้มีชื่อว่า Oncorine H101 ซึ่งได้พัฒนาต่อยอดมาจากการวิจัยไวรัส Onyx-015 ซึ่งมีคุณสมบัติในการยับยั้งและทำลายเซลล์มะเร็งเป็นการเฉพาะ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อเซลล์ข้างเคียงเหมือนวิธีการรักษาอื่น ๆ ทั้งนี้จากการทดลองรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวนนับ 1,000 คน พบว่ากว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายังคงมีชีวิตและใช้ชีวิตตามปกติสุขเหมือนคนทั่วไป สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เหมาะสมจะเข้ารับการรักษาดังกล่าวนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะเข้ารับการผ่าตัดได้แล้ว และอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งไต และมะเร็งโพรงจมูก สำหรับข้อดีของไวรัสชนิดใหม่นี้คือ การไม่ส่งผลกระทบต่อเซลล์ข้างเคียง กล่าวคือในการรักษาจะไม่เห็นอาการผอมว่อง หรืออาการรุนแรงอื่น ๆ อย่างมากก็แค่มีอาการข้างเคียงเพียงเล็กน้อยเหมือนกับอาการแพ้อากาศเท่านั้น ซึ่งเทคโนโลยีดังกล่าวนี้เป็นที่ศึกษากันมานานของนักวิจัยที่เรียกว่า Oncolytic virotherapy

Oncolytic virotherapy⁽¹⁻³⁾

หลักการของ Oncolytic virotherapy คือการใช้ Oncolytic virus ใส่เข้าไปในตัวผู้ป่วย จากนั้น Oncolytic virus จะเข้าไปในเซลล์โดยเซลล์มะเร็งจะมีผลให้เกิด virus replicates จากนั้นจึงเกิดเซลล์แตก โดยกลไกนี้จะเกิดในเซลล์มะเร็งเท่านั้น



รูปที่ 1 Oncolytic virotherapy⁽⁴⁾

การศึกษาเกี่ยวกับ Oncolytic virotherapy⁽³⁾

ในการศึกษาโดยใช้ไวรัสมาปรับปรุงโครงสร้างเพื่อรักษาโรคมะเร็งนั้น มีมากมายที่ใช้กันในปัจจุบัน เช่น

- การใช้ Herpes simplex virus

Herpes simplex virus (HSV)⁽⁶⁾ เป็นไวรัสตัวแรก ๆ ที่มีการพัฒนาปรับปรุงเพื่อใช้ในการรักษามะเร็ง เพราะว่าเป็นไวรัสที่รู้จักกันดี มีอันตรายไม่มากโดยเป็นสาเหตุของเริม herpes simplex virus type 1 (HSV-1) mutant ที่ได้ใช้สายพันธุ์ 1716 เมื่อไปใช้กับเซลล์มะเร็งแล้วเป็นผลให้ไม่แบ่งตัวและเป็นสาเหตุให้เซลล์แตก ซึ่งได้ผลดีจากผลการทดลองใน in vivo cancer models ซึ่ง HSV สายพันธุ์ 1716 สามารถทำให้มะเร็งนั้นลดลงและเพิ่มอัตราการอยู่รอดได้ดีขึ้น oncolytic viruses ที่ใช้ HSV ในการพัฒนาที่มีการทำ clinical trials เช่น ที่รู้จักในนาม OncoVEX GM-CSF พัฒนาโดย Amgen ซึ่งประสบผลสำเร็จในการทดลอง phase III trial สำหรับ advanced melanoma

- การใช้ adenovirus⁽¹⁻⁵⁾

Oncolytic virus ตัวแรกที่ได้จากการปรับปรุงโครงสร้างชื่อ H101 โดย Shanghai Sunway Biotech โดยประวัติ คือ Dr.Frank นักวิทยาศาสตร์ชาวอเมริกันคนแรกที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ไวรัสมารักษามะเร็ง ท่านได้ทำการปรับโครงสร้างภายในของ Adenovirus type 5 ให้มันกลายเป็นยาทดสอบของ Onyx-015 แต่ยาตัวนี้มีข้อบกพร่องมากจึงไม่สามารถใช้ในการรักษาได้ ต่อมา ดร.หูฟาง จากประเทศจีนก็ได้ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับยาไวรัส

ชนิดคล้ายกันเหมือนกัน หลังจากกลับสู่ประเทศจีน ดร.หูฟาง ได้ร่วมมือกับ บริษัทเทคโนโลยีชีวภาพสามมิติประเทศจีน (Shanghai Sunway Biotech) ชื่อสิทธิบัตรการวิจัยทั้งหมดของห้องทดลอง Dr.Frank และทำการปรับ โครงสร้างของ Adenovirus type 5 อย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานการวิจัยของ Dr.Frank ในที่สุดประสบความสำเร็จในการศึกษาไวรัสตัวแรกในโลก ที่สามารถละลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งยาตัวนี้ก็คือ Oncorine

ยาตัวนี้สามารถแยกสลายเซลล์มะเร็งโดยตรง ทำให้เนื้องอกยุบตัวลง ใช้รักษาเนื้องอกที่รักษาด้วยเคมีบำบัดและฉายแสงไม่ได้ผลอย่างเช่นเนื้องอก ศีรษะ คอ มะเร็งปอด มะเร็งตับ และมะเร็งที่ทำให้เกิดเป็นน้ำในช่องท้องและ ช่องทรวงอก สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ 68% Oncorine สามารถเพิ่มผลการให้ เคมีบำบัดได้ขึ้น 80% ทำให้เนื้องอกที่ไม่ไวต่อการให้เคมีบำบัดและฉายแสง กลายเป็นเนื้องอกที่ไวต่อการให้เคมีบำบัดและการฉายแสง และสามารถเพิ่ม ภูมิคุ้มกันต่อต้านมะเร็งตามลักษณะให้แข็งแกร่งมากขึ้น โดยผ่านช่องทางการ สร้างโปรตีนด้วยความร้อน (heat shock protein)

นอกจากนี้ยังมีไวรัสชนิดอื่น ๆ อีกที่มีการศึกษาถึงผลการรักษามะเร็ง เช่น

- **Vesicular stomatitis virus (VSV)**^(6,7) เป็น rhabdovirus ชนิดหนึ่งที่มีรูปร่างซับซ้อน ลักษณะเหมือนกระสุนปืน ในปี ค.ศ. 2000 Stojdl, Lichty และคณะ ได้แสดงให้เห็นว่า VSV เมื่อเข้าไปในเซลล์มะเร็งแล้ว มีผลต่อ cytolytic replication cycle อย่างรวดเร็วและเป็นผลทำให้ malignant cell ตายอย่างรวดเร็ว
- **Poliovirus**⁽⁶⁾ เป็น neuropathogen ธรรมชาติ และเป็นตัวเลือกที่ชัดเจนที่นำมาใช้กับเนื้องอกที่พัฒนามาจากเซลล์ประสาท สำหรับการ translation ของ poliovirus นั้นขึ้นกับเนื้อเยื่อเฉพาะที่เรียกว่า internal ribosome entry site (IRES) ในปี ค.ศ. 2000 Gromeier และคณะ ได้ทำการแทนที่ poliovirus IRES ด้วย rhinovirus IRES, เรียกว่า PV1(RIPO) virus ซึ่งมีผลในการทำลายเซลล์เนื้องอกในสมอง (malignant glioma cells) ในขณะที่ไม่มีผลกับเซลล์อื่น
- **Reovirus**⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นคำย่อของ Respiratory Enteric Orphan virus ที่ปกติติดเชื้อที่ respiratory และ bowel systems ซึ่งปกติคนส่วนใหญ่

จะได้รับเชื้อโดยไม่มีอาการ Reolysin เป็น ผลิตภัณฑ์ที่ได้มาจาก reovirus ที่กำลังอยู่ใน clinical trials สำหรับมะเร็งหลายชนิด

- **Senecavirus**⁽⁶⁾ รู้จักในชื่อของ Seneca Valley Virus เป็น wild-type oncolytic picornavirus ค้นพบในปี ค.ศ. 2001 จาก tissue culture contaminate ที่ Genetic Therapy, Inc. ถูกแยกออกมาครั้งแรก ในชื่อ SW-001 ซึ่งได้ถูกพัฒนาเป็น anti-cancer therapeutic โดย Neotropix, Inc. ในชื่อว่า NTX-010 สำหรับมะเร็งใน neuroendocrine และมะเร็งปอด

จากข้อมูลที่กล่าวมาในข้างต้นจะเห็นได้ว่า

Oncolytic virotherapy เป็นเทคโนโลยีทางการรักษามะเร็งอีกทางเลือกหนึ่งที่มีผลเฉพาะต่อ เซลล์มะเร็งและไม่มีผลต่อเซลล์ปกติอื่น ๆ แต่ทั้งนี้ คงยังต้องมีการศึกษาค้นคว้าต่อไปในการเลือกใช้ว่า ไวรัสกลุ่มใดเหมาะสมกับมะเร็งชนิดใด และการปรับเปลี่ยนโครงสร้างนั้นจะทำให้เกิดไวรัสชนิด ก่อโรคชนิดใหม่ขึ้นมาหรือไม่ ความปลอดภัยและ ความสามารถในการนำไปใช้จริงเป็นไปได้มากน้อย ขนาดไหน ถ้าสามารถควบคุมและให้ผลที่มี ประสิทธิภาพแล้ว ในอนาคตคงช่วยเหลือผู้ป่วย มะเร็งได้อย่างมากเลยทีเดียว



เอกสารอ้างอิง

1. เทคโนโลยีใหม่การใช้ไวรัส "Oncorine H101" ละลายเซลล์มะเร็ง. <http://www.fudacancerthailand.com/index.php/news/156-oncorine-h101>
2. "ร.พ.ฟู้ด้า กว้างใจ" วิจัยพบไวรัสตัวใหม่ รักษา มะเร็งระยะสุดท้ายโดยไม่ผลข้างเคียง. <http://www2.manager.co.th/mwebboard/listComment.aspx?QNumber=346142&MBrowse=33>
3. Russell SJ, Peng K-W, Bell JC. ONCOLYTIC VIROTHERAPY. *Nature biotechnology*. 2012;30(7):10.1038/nbt.2287. doi:10.1038/nbt.2287.
4. Oncolytic virus HF10 project. http://www.takara-bio.com/medi_e/gene.html
5. Oncolytics Biotech: What Is All The Excitement About?. <http://seekingalpha.com/article/1070591-oncolytics-biotech-what-is-all-the-excitement-about>
6. Oncolytic virus. http://en.wikipedia.org/wiki/Oncolytic_virus
7. รูปร่างของไวรัส (morphology of virus). http://lms.thaicyberu.go.th/officialtcu/main/advcourse/presentstu/course/bm521/pantipa09_1/Virus/shapevirus.htm



บทนำ

ชา นับเป็นเครื่องดื่มที่ดื่มกันอย่างแพร่หลายทั่วโลกมานับแต่โบราณ ต้นชา (*Camellia sinensis*) ให้ใบชาซึ่งสามารถนำไปแปรรูปได้ชาชนิดต่าง ๆ โดยแบ่งออกเป็นชา 3 ชนิดใหญ่ ๆ ได้แก่

- ชาเขียว ผลิตโดยการนำใบชาสดมาทำแห้งอย่างรวดเร็ว โดยการนึ่งด้วยไอน้ำ หรือคั่วในหม้อทองแดง จึงแทบไม่เกิดการหมัก เป็นชาที่บริโภคเป็นอันดับ 2 ของโลก (ร้อยละ 20 ของการบริโภคชาทั้งหมด)
- ชาดำ ผลิตโดยนำใบชามาทิ้งไว้ให้เหี่ยว แล้วนำมาหมักอบ จากนั้นทิ้งให้เกิดกระบวนการหมัก ซึ่งเปลี่ยน catechins ในใบชาให้กลายเป็น theaflavins อันเป็นที่มาของสีและกลิ่นของชาดำ หลังจากกระบวนการหมัก จึงนำใบชาไปทำแห้ง ชาดำเป็นชาที่บริโภคเป็นอันดับ 1 ของโลก (ร้อยละ 78 ของการบริโภคชาทั้งหมด)
- ชาอู่หลง เป็นชาที่ผ่านการหมักเพียงบางส่วน (ประมาณครึ่งหนึ่งของชาดำ) เป็นชาที่บริโภคเป็นอันดับ 3 ของโลก (น้อยกว่าร้อยละ 2 ของการบริโภคชาทั้งหมด)

ด้วยกระบวนการที่แตกต่างกัน ชาแต่ละชนิด

จึงมีปริมาณ catechins และ caffeine แตกต่างกัน โดยชาเขียวจะมีปริมาณ catechins มากกว่าชาดำและชาอู่หลง ในขณะที่ปริมาณ caffeine นั้น ชาดำจะมีมากที่สุด ตามด้วยชาอู่หลง ชาเขียว และใบชาสด

ชาไม่ได้เป็นแค่เครื่องดื่มเท่านั้น หากยังมีการใช้เป็นสมุนไพรหรืออาหารฟังก์ชันแต่โบราณ ตำรายาไทยใช้น้ำชาเป็นน้ำกระสายยาในตำรับยาแก้ขัดปัสสาวะ และกล่าวว่าน้ำชามีรสฝาด ชุ่มคอ แก้ท้องร่วง ท้องเสีย ขับปัสสาวะ บำรุงธาตุ ตำรายาจีนกล่าวว่า ชามีคุณสมบัติเย็น มีรสขมเล็กน้อยสรรพคุณคือ แก้ท้องเสีย แก้อ่อนใน กระหายน้ำ ช่วยย่อย ขับปัสสาวะ บำรุง

หัวใจ ส่วนในปัจจุบันเนื่องจากสารประกอบ catechins หรือ polyphenols ในชาโดยเฉพาะชาเขียวมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ชาจึงอาจมีผลดีต่อโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม หลายคนอาจคาดไม่ถึงว่าชาอาจจะมีผลดีต่อสุขภาพกระดูกด้วยเช่นกัน

ชาส่งผลกระทบต่อกระดูก

อนุมูลอิสระ หรือ oxidative stress นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กระดูกพรุน โดยเพิ่มการตาย (apoptosis) ของเซลล์สร้างกระดูก (osteoblast) และเซลล์กระดูก (osteocyte) ทำให้จำนวนเซลล์สร้างกระดูกและอัตราการสร้างกระดูก (bone formation rate) ลดลงที่สุดในที่สุด อนุมูลอิสระยังเพิ่มการเปลี่ยนรูปร่าง (differentiation) และการทำงานของเซลล์สลายกระดูก (osteoclast) อีกด้วย นอกจากนี้สารเคมีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบ เช่น $\text{TNF-}\alpha$, IL-1, IL-6, IL-7, IL-17 และ prostaglandin E_2 ยังเพิ่มการสร้างเซลล์สลายกระดูกและการสลายกระดูก ดังนั้นชา โดยเฉพาะชาเขียวซึ่งอุดมไปด้วยสารประกอบ polyphenols ที่มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ และต้านการอักเสบ จึงสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะ



กระดูกพรุนได้ ดังที่แสดงให้เห็นโดยการศึกษาในหลอดทดลองและสัตว์ทดลอง ดังนี้

- การศึกษาในหลอดทดลองจากช่องกง พบว่าสารสกัดชาเขียวซึ่งมีสารประกอบ polyphenols ที่พบมากที่สุดคือ EGCG นั้น สามารถลดจำนวนเซลล์สลายกระดูกได้โดยการออกฤทธิ์ขึ้นกับความเข้มข้นของสารสกัดที่ใช้ และเมื่อนำหนู mice ตัวเมียที่ถูกฝังเซลล์มะเร็งมาเสริมสารสกัดชาเขียวในขนาด 0.6 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยการกินเป็นเวลา 28 วัน หนู mice กลุ่มดังกล่าวจะมีปริมาณกระดูก (bone volume) มากกว่าหนูในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
- เมื่อนำหนู rat ตัวเมียที่ถูกทำให้แก่ หรือถูกตัดรังไข่มาเสริมด้วยสารประกอบ polyphenols จากชาเขียวในขนาด 0.1% หรือ 0.5% (โดยน้ำหนัก/ปริมาตร) ซึ่งสอดคล้องกับการดื่มชาเขียว 1 หรือ 4 แก้วในมนุษย์ ตามลำดับ เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ผลปรากฏว่าสารประกอบดังกล่าวช่วยรักษามวลกระดูกของกระดูกต้นขา และทำให้โครงสร้างของกระดูกฟองน้ำและกระดูกที่บดกระดูกแข็งดีขึ้น นอกจากชาเขียวแล้ว ชาดำก็ยังมีผลดีต่อกระดูก ดังที่ปรากฏในการศึกษา

ต่อไปนี้

- การศึกษาจากอินเดียโดย Das และคณะ ได้แบ่งหนู rat เพศเมียเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 ตัว ได้แก่ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่โดนตัดรังไข่ ทั้ง 2 ข้าง และกลุ่มที่โดนตัดรังไข่และได้รับการเสริมสารสกัดชาดำ หลังจากการศึกษาผ่านไปเป็นเวลา 28 วัน การเสริมชาดำช่วยลดความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหนาแน่นของกระดูก เนื่องจากการขาดฮอร์โมนเพศหญิง
- การศึกษาทางระบาดวิทยาในผู้หญิงออสเตรเลียจำนวน 1,188 คน โดยติดตามผลเป็นเวลา 10 ปี พบว่าผู้ที่ดื่มชาตั้งแต่ 3 ถ้วยต่อวัน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักเนื่องจากภาวะกระดูกพรุนลดลง 30% เมื่อเทียบกับผู้ที่ดื่มชาไม่เกิน 1 ถ้วยต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ การศึกษาดังกล่าวยังพบความสัมพันธ์เชิงผกผันระหว่างปริมาณฟลาโวนอยด์ที่บริโภคกับความเสี่ยงของกระดูกหักเนื่องจากภาวะกระดูกพรุนอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยบางงานที่ไม่พบผลดีของชาต่อสุขภาพกระดูก เช่น ในงานวิจัยหนึ่งที่ได้เสริมสารสกัดชาเขียวลงในอาหารหนู mice เพศผู้ด้วยความเข้มข้นร้อยละ 1 หรือ 2 โดยน้ำหนักต่อน้ำหนัก เป็นเวลา 6 สัปดาห์ กลับพบว่าการเสริมสารสกัดชาเขียวกลับลดการสะสมเนื้อกระดูก (bone accumulation) ความแตกต่างที่เกิดขึ้นระหว่างการศึกษานี้กับการศึกษาอื่น อาจจะเป็นเพราะความแตกต่างในเรื่องขนาดสารสกัด การออกแบบการทดลอง และอายุของสัตว์ทดลอง

สรุป

ด้วยข้อมูลจากงานวิจัย และความปลอดภัยที่มีมาอย่างยาวนาน ชาจึงมีศักยภาพเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาสุขภาพของกระดูก อย่างไรก็ตาม ชาอาจมีผลไม่พึงประสงค์อื่น ๆ เช่น ทำให้นอนไม่หลับเนื่องจากมีคาเฟอีน หรือลดการดูดซึมธาตุเหล็ก เนื่องจาก tannins ในชาสามารถจับกับธาตุเหล็กได้ หรือชาอาจมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งการเพิ่มหรือลดระดับน้ำตาลในเลือด



ดังนั้น จึงควรดื่มชาในปริมาณที่พอดีและในเวลาที่เหมาะสม (หลีกเลี่ยงการดื่มชาในเวลาเย็นและก่อนนอน) ตลอดจนไม่ควรผสมน้ำตาลและครีมลงในชา เช่นนี้ ชา ก็จะเป็นตัวเลือกสำหรับสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ชยันต์ พิเชียรสุนทร และวิเชียร จีรวงศ์. คู่มือเภสัชกรรมแผนไทย เล่ม 1 น้ำกระสายยา. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์, 2548.
- วิจิต วัฒนวิบูล. อาหารสมุนไพรในทัศนะจีน-ตะวันตก. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2538.
- Braun L. and Cohen M. (eds). Herbs & Natural Supplements: An evidence-based guide Volume 2. Chatswood: Elsevier, 2015.
- Das A. S., Mukherjee M. and Mitra C. Evidence for a prospective anti-osteoporosis effect of black tea (*Camellia sinensis*) extract in a bilaterally ovariectomized rat model. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition 13 (2004): 210-216.
- Hayat K., Iqbal H., Malik U. et al. Tea and its consumption: benefits and risks. Critical Reviews in Food Science and Nutrition 55 (2015): 939-954.
- Luo K. W., Ko C. H., Yue G. G.-L. et al. Green tea (*Camellia sinensis*) extract inhibits both the metastasis and osteolytic components of mammary cancer 4T1 lesions in mice. Journal of Nutritional Biochemistry 25 (2014): 395-403.
- Myers G., Prince R. L., Kerr D. A. et al. Tea and flavonoid intake predict osteoporotic fracture risk in elderly Australian women: a prospective study. The American Journal of Clinical Nutrition 102 (2015): 958-965.
- Shen C. L., Yeh J. K., Cao J. J. et al. Green tea and bone health: evidence from laboratory studies. Pharmacological Research 64 (2011): 155-161.
- Shen C. L., Chyu M. C. and Wang J. S. Tea and bone health: steps forward in translational nutrition. The American Journal of Clinical Nutrition 98 (2013): 1694S-1699S.
- Vuong Q. V. Epidemiological evidence linking tea consumption to human health: a review. Critical Reviews in Food Science and Nutrition 54 (2014): 523-536.



อ้วน-ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน

ส่งผลต่อการเรียนรู้จดจำในเพศหญิง



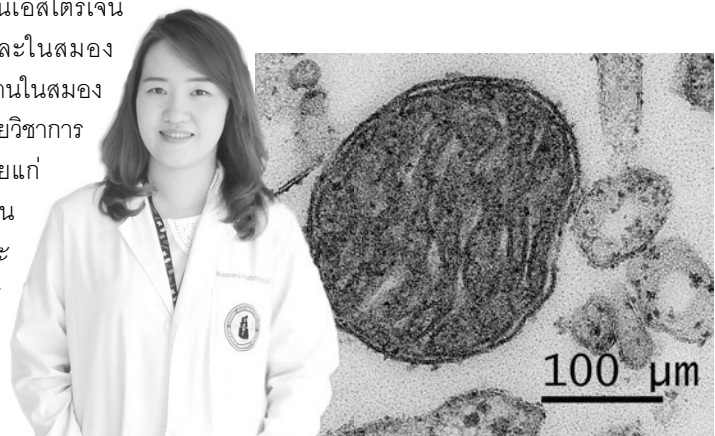
เป็นที่ทราบกันดีว่าความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ รวมถึงหญิงที่มีภาวะอ้วนและการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจากการตัดรังไข่ ยังทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ความเครียด และส่งผลต่อการเรียนรู้จดจำอีกด้วย

ดร.วาสนา ปรัชญาสกุล อาจารย์ประจำศูนย์วิจัยและฝึกอบรมสาขาโรคทางไฟฟ้าของหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เปิดเผยว่า ภาวะอ้วนเนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินทั้งในเนื้อเยื่อส่วนปลายและในสมอง ทั้งยังทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานของไมโทคอนเดรียซึ่งเป็นองค์ประกอบที่อยู่ในเซลล์และเป็นแหล่งสร้างพลังงานของเซลล์ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียการเรียนรู้จดจำ นอกจากนี้การศึกษที่ผ่านมายังพบอีกว่าภาวะอ้วนเพียงอย่างเดียวหรือการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนสำคัญในเพศหญิงจากการตัดรังไข่หรือจากภาวะหมดประจำเดือนเพียงอย่างเดียวจะส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียการเรียนรู้จดจำผ่านทางการสูญเสียการปรับเปลี่ยนที่จุดประสานประสาทในสมองส่วนฮิปโปแคมปัส ซึ่งเป็นสมองที่มีบทบาทสำคัญในการเรียนรู้จดจำ โดยในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ฮิปโปแคมปัสนับเป็นหนึ่งในบริเวณของสมองที่ถูกทำลาย ทำให้มีปัญหาด้านความจำและการกำหนดทิศทางในระยะแรกของโรค นอกจากนี้ฮิปโปแคมปัสอาจถูกทำลายได้จากภาวะเลือดมีออกซิเจนน้อย สมองอักเสบ หรือภาวะชักส่งผลให้ผู้ป่วยจะมีอาการสูญเสียการเรียนรู้จดจำได้

อย่างไรก็ตาม ผลของภาวะอ้วนร่วมกับการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนต่อความไวของการทำงานของอินซูลินในเนื้อเยื่อส่วนปลายและในสมองการทำงานของไมโทคอนเดรียในสมอง การปรับเปลี่ยนที่จุดประสานประสาทในสมองส่วนฮิปโปแคมปัส และการเรียนรู้จดจำ ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน ฝ่ายวิชาการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) จึงสนับสนุนทุนวิจัยแก่ **ดร.วาสนา ปรัชญาสกุล** โดยมี **ศ.ดร.ทพญ.สิริพร จักรทิพการ** เป็นนักวิจัยที่ปรึกษา ในโครงการ “ผลร่วมของการขาดเอสโตรเจนกับภาวะอ้วนจากการเหนี่ยวนำโดยการบริโภคอาหารไขมันสูงต่อภาวะดื้อต่ออินซูลินในสมอง การปรับเปลี่ยนที่จุดประสานประสาท ความจดจำ ความเครียดออกซิเดชันในสมองและการทำงานของไมโทคอนเดรียในสมอง” โดยมีสมมติฐานว่าภาวะอ้วนจะเร่งการเกิดภาวะต่าง ๆ

ดังที่กล่าวมาข้างต้น รวมถึงเร่งการสูญเสียการเรียนรู้จดจำในกรณีที่มีภาวะขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจากการตัดรังไข่ โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผ่าตัดหูดอก กับกลุ่มผ่าตัดรังไข่ แต่ละกลุ่มย่อยจะให้อาหารปกติหรืออาหารไขมันสูงเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ จากนั้นตัวอย่างเลือดจะถูกเก็บเพื่อตรวจตัวชี้วัดเมตาบอลิซึม การทดสอบการเรียนรู้จดจำจะถูกทำการทดสอบก่อนเก็บตัวอย่างสมอง จากนั้นตัวอย่างสมองจะถูกนำไปตรวจภาวะต่าง ๆ

ผลการศึกษาพบว่าภาวะดื้อต่ออินซูลินในเนื้อเยื่อส่วนปลาย ภาวะเครียดออกซิเดชัน การสูญเสียการปรับเปลี่ยนที่จุดประสานประสาทในสมองส่วนฮิปโปแคมปัสจะถูกตรวจพบตั้งแต่สัปดาห์ที่ 8 ในกลุ่มผ่าตัดรังไข่อย่างเดียว กลุ่มอ้วนอย่างเดียว และกลุ่มที่มีภาวะอ้วนร่วมกับการตัดรังไข่ แต่ผลเสียดังกล่าวจะแย่มากที่สุดในกลุ่มที่มีภาวะอ้วนร่วมกับการตัดรังไข่ ขณะที่ภาวะดื้อต่ออินซูลินในสมอง การสูญเสียการทำงานของไมโทคอนเดรียในสมอง และการสูญเสียการเรียนรู้จดจำจะถูกตรวจพบก่อนในกลุ่มที่มีภาวะอ้วนร่วมกับการตัดรังไข่ คือถูกตรวจพบตั้งแต่สัปดาห์ที่ 8 แต่ภาวะดังกล่าวจะถูกตรวจพบตามมาในกลุ่มผ่าตัดรังไข่อย่างเดียวหรือกลุ่มอ้วนอย่างเดียวในสัปดาห์ที่ 12 จึงสรุปได้ว่าภาวะอ้วนจะสามารถเร่งการสูญเสียการเรียนรู้จดจำในภาวะขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนได้จากภาวะที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด ดังนั้น ปัจจัยใดก็ตามที่มีผลต่อการลดภาวะอ้วน เช่น การจำกัดการรับประทานอาหาร หรือการออกกำลังกาย จะสามารถช่วยลดอันตรายที่เกิดขึ้นจากภาวะอ้วนในสตรีที่ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนได้



ร.พ.จุฬาลงกรณ์ ร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ เปิดตัววารสาร “ฟ.จุฬา”



ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ



ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ (ที่ 4 จากซ้าย)
รศ.นพ.ฉันทชัย สิทธิพันธ์ (ที่ 3 จากซ้าย)
ผศ.(พิเศษ) นพ.สุรินทร์ อัครวิฑูรติพิทย์
(ขวาสุด) ร่วมเปิดตัววารสาร “ฟ.จุฬา”

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำคลังความรู้ ผนึกเนื้อหาความเป็นเลิศและกิจกรรมทางการแพทย์ของสองสถาบัน ลงในวารสาร “ฟ.จุฬา” ฉบับปฐมฤกษ์ ซึ่งได้เปิดตัวไปเมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมา

ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คือเป็นสถาบันต้นแบบทางการแพทย์ที่มีคุณธรรมด้วยคุณภาพ มาตรฐานระดับนานาชาติ และมีพันธกิจคือ 1. ให้บริการรักษาพยาบาล พินทุสมรรถภาพ ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นเลิศด้วยการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์และการพยาบาล 2. สนับสนุนการค้นคว้าวิจัย ฝึกอบรม และบริการวิชาการที่เป็นแหล่งอ้างอิงในระดับสากล และ 3. บริหารจัดการองค์กรให้มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพทางการเงิน มีธรรมาภิบาล เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของบุคลากร

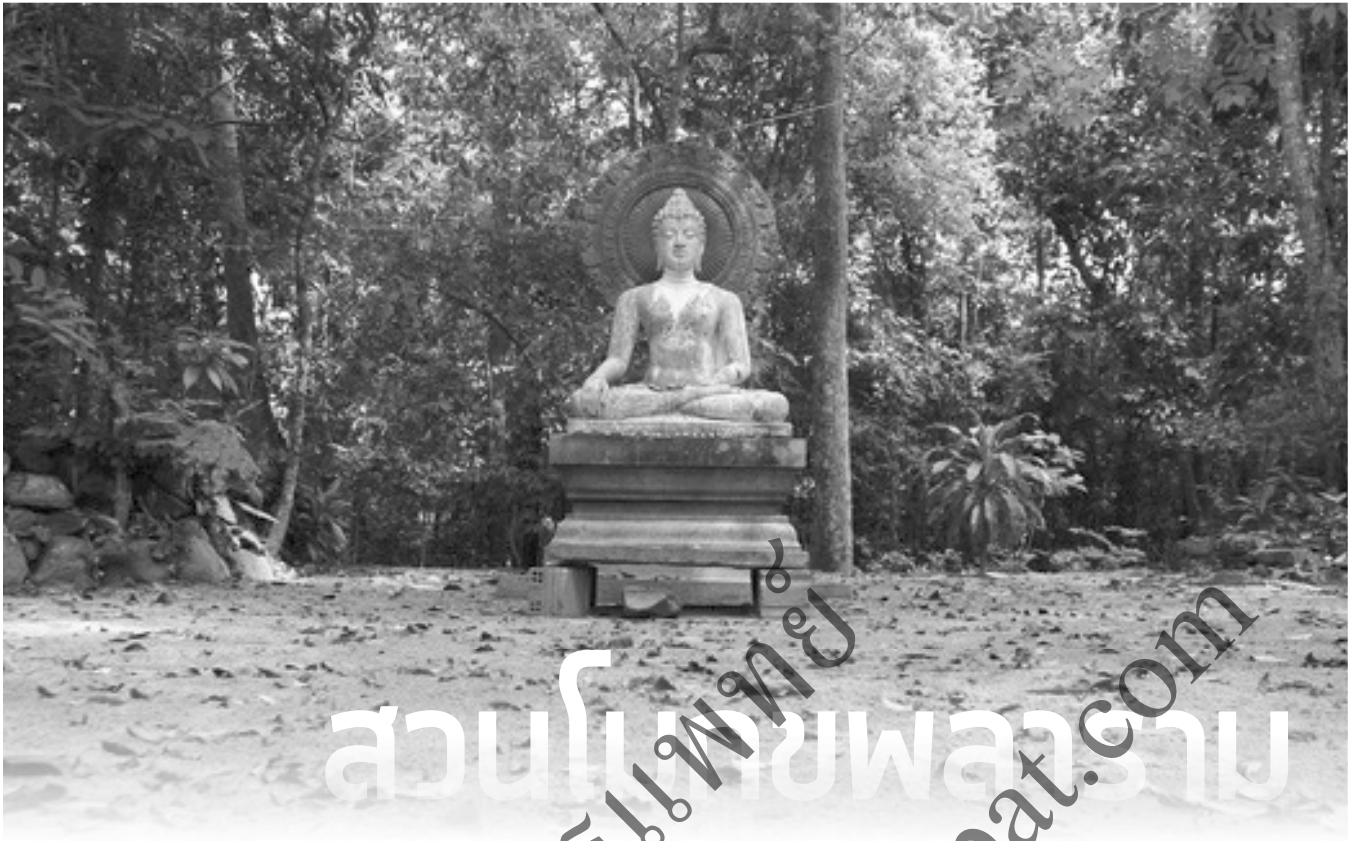
โดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่ให้การรักษาในระดับตติยภูมิ รวมทั้งรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ทั่วประเทศเพื่อให้การรักษามาถึงที่สุด จากอดีตถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 102 ปีที่โรงพยาบาลได้พัฒนาปรับปรุงการบริการ การรักษา การพัฒนานวัตกรรม รวมถึงจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และเพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับทุกปี จึงสร้างอาคารรักษาพยาบาลเพิ่มเติม โดยในอนาคตอันใกล้จะเปิดตัวอาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์อย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งเทียบพร้อมด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเพื่อช่วยให้การวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำ

ล่าสุด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ร่วมกันจัดทำวารสาร “ฟ.จุฬา” ขึ้น เพื่อรวบรวมเรื่องราวต่าง ๆ ภายในรั้วบ้านเลขที่ 1873 มาถ่ายทอดเป็นวารสารที่มีคุณค่าต่อไป

รศ.นพ.ฉันทชัย สิทธิพันธ์ รองคณบดีฝ่ายวางแผน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวถึง วารสาร “ฟ.จุฬา” เกิดจากความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มุ่งมั่นตั้งใจถ่ายทอดเรื่องราวต่าง ๆ ร่วมกันผ่านวารสาร “ฟ.จุฬา” ภายใต้คอนเซ็ปต์ “One Chula” เพื่อเผยแพร่ให้บุคลากรและประชาชนได้รับทราบข่าวสารเรื่องราวดี ๆ ของสองสถาบัน ตั้งแต่โรงพยาบาลเริ่มเปิดให้บริการเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2475 และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เริ่มเปิดการเรียนการสอนเมื่อวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2490 ไม่ว่าจะเป็นเรื่องราวของโรงพยาบาล จากตึกอำนวยการซึ่งเป็นตึกแรกของโรงพยาบาล ไปจนถึงตึกที่ครบครันและทันสมัยที่สุดในอาเซียนอย่างอาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ อีกทั้งเรื่องราวของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มีการค้นคว้าวิจัย การนวัตกรรมการ เทคนิค และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยจนประสบผลสำเร็จเป็นครั้งแรกมาบรรจุอยู่ในวารสาร “ฟ.จุฬา”

ผศ.(พิเศษ) นพ.สุรินทร์ อัครวิฑูรติพิทย์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้านภาพลักษณ์องค์กร กล่าวว่า การเปิดตัววารสาร “ฟ.จุฬา” ฉบับปฐมฤกษ์อย่างเป็นทางการเล่มนี้ถือเป็นฤกษ์ยามมงคลอย่างยิ่ง เพราะเป็นเดือนแห่งวันคล้ายวันพระราชสมภพของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี องค์อุปนายก ผู้อำนวยการสภากาชาดไทยไม่เพียงเท่านั้น ในวารสาร “ฟ.จุฬา” ยังได้รับพระเมตตาจากสมเด็จพระวันรัต เจ้าอาวาสวัดบวรนิเวศวิหาร ผ่านบทความข้อคิดเตือนใจในคอลัมน์ “มรสุมทางใจ” นอกจากนี้เนื้อหาที่จัดพิมพ์ภายในวารสาร “ฟ.จุฬา” ทั้ง 28 หน้า ประกอบไปด้วยข่าวนวัตกรรมทางการแพทย์ และเรื่องราวความเป็นเลิศในด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมถึงให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องโรคที่คัดสรรเนื้อหาเป็นอย่างดี ตีพิมพ์ลงในคอลัมน์ต่าง ๆ ถึง 14 คอลัมน์ เป็นต้น





เนื่องจากฉันลาหยุดได้แค่ 3 วัน จึงเกิดความคิดอยากไปสวนโมกขพลาราม หลังจากสอบถามทางวัดแล้วก็ตัดสินใจบินไปสวนโมกขพลารามเลย พอออกจากท่าอากาศยานสุวรรณภูมิจึงนั่งรถทัวร์เข้าเมืองเพื่อไปต่อรถตู้ไปยังสวนโมกขพลารามต่อไป พอไปที่แผนกประชาสัมพันธ์ของวัดเพื่อแลกบัตรประชาชนและรอรับกุญแจจากพระ ก็ได้ยินเสียงคนคุยกันว่า “ให้ไปอยู่ที่บ้านใจใครคนเดียวเลยหรือ”

แต่เนื่องจากฉันไม่สนใจพึ่งพาใครสักคน จึงรีบเร่งหอบกระเป๋าเดินไปตามหาบ้านใจใคร

บ้านใจใครเป็นเรือนพักที่กันห้องด้วยฝาปูนง่าย ๆ จำนวน 20 ห้อง



ปรากฏว่า...ฉันพักอยู่คนเดียวจริง ๆ พอตีมีแม่ชีเดินผ่านมา ฉันก็ถามเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องนอนและกิจกรรมของวัด

พอฉันได้เสื้อและหมอนก็เปิดกุญแจห้องเข้าไป ก็พบว่าห้องปูนาคับ ๆ มีหน้าต่างบานพับ 1 บาน และเพดานก็เจาะรูให้แสงแดดส่องเข้ามาได้ ทั้งห้องมีเตียงนอนไม้...เป็นเฟอร์นิเจอร์เพียงชิ้นเดียว

หลังจากปิดกวาดห้องแล้วก็ปูเสื่อบนเตียง จากนั้นก็อาบน้ำเพื่อเตรียมเข้าร่วมสวดมนต์ตอนกลางคืนของวัด เกือบ 2 ทุ่มก็เสร็จพิธี ระหว่างทางเดินกลับมามีคนมาถามฉันว่าฉันต้องไปนอนที่ไหน

คืนนั้นฉันกลับเข้ามาในห้อง ซึ่งไฟจะเปิดให้ในเวลา 18.00-22.00 น. ก็พบตุ๊กแกตัวใหญ่รออยู่ที่เพดานห้อง ฉันและตุ๊กแกต่างมองกันนิ่ง ๆ สักครู่ ในที่สุดฉันก็เริ่มทำใจได้ว่าอะไรจะเกิดก็เกิด จากนั้นก็ตัดสินใจอ่านหนังสือธรรมะไปพร้อมกับหลยตุ๊กแกบนเพดานเป็นระยะ ๆ

ทันใดนั้นก็มีไฟฉายมาส่องที่หน้าต่างห้องของฉัน เสียงหญิงฝรั่งพูดทักทายฉัน ฉันรีบเปิดประตูไปคุย เธอบอกว่านอนที่เรือนนี้เหมือนกันแต่เป็นด้านที่เปิดหน้าต่างไปสู่อุโมงค์และมีแสงแดดตอนเช้าส่องเข้ามาได้ ส่วนห้องของฉันนั้นทึบเกินไป แต่เนื่องจากฉันตั้งใจมาอยู่อย่างง่าย ๆ จึงไม่อยากเปลี่ยนห้องอะไร พวกเรานัดกันว่าพรุ่งนี้เที่ยงจะไปนั่งทำสมาธิกันที่ชั้น 2 ของบ้านพัก

ฉันอ่านหนังสือจนกระทั่งผล็อยหลับไป ต่อมาก็สะดุ้งตื่นกลางดึกพบว่าไฟทั้งห้องดับมืดหมด มีเพียงแสงไฟเล็กน้อยที่ส่องลอดออกมาจากห้องหน้าต่างนอก

ท่ามกลางความมืดที่ต้องอยู่ตามลำพัง จู่ ๆ ฉันก็รู้สึกเหนื่อยเกินกว่าจะต่อสู้กับอะไร ฉันได้แต่ปล่อยตัวไปตามสบาย และคิดแต่ว่าอะไรจะเกิดก็เกิด



คนเราทุกวันนี่ อั้นรุมไว้ด้วยนาสิ่งที่ไม่ดี
และสุกทั้งๆ ที่ทุกคนก็เฝ้าในสิ่งเดียวกัน
คือ ไม่ทำอะไรเอง

ท่านพุทธทาส ภิกขุ
facebook: อุนนทิสฺส

เย็นอยู่ ด้วยจิตว่าง

คงเหมือน ทานหนัก ด้วยจิตว่าง
ยกผลลงบน ไม้คานม้วน ทานลงบน
ก้น อานาการ คานม้วน ออานาการ ก้น
คานม้วน แล้วในหัว แต่หัว

ท่านผู้ใด ว่างได้ ด้วยจิตว่าง
ไม่มีที่ ทานหนัก ด้วยจิตว่าง
"สีลปะ" ในหัว หัว
เป็น "เคล็ด" ที่ ใครคิดได้ สีลปะใจ ๆ

ฉันเริ่มตามดูลมหายใจและทำให้ใจให้สงบ

จนจบหนึ่งฉันรู้สึก...ว่าง...ไม่มีตัวฉัน

และในที่สุดฉันก็พลอยหลับไปอีกครั้ง

ตอนเช้ามีผู้คนมาร่วมสวดมนต์ และพระในวัดได้เปิดเทปบรรยาย
ธรรมะของท่านพุทธทาสให้ฟัง ท่านเทศน์ว่า ดีที่สุดซึ่งอยู่เหนืออดขึ้นไปอีกก็คือ
ความว่าง ถ้าเราไม่มีตัวตนก็ไม่มีทุกข์ หรือคนเรากลับมีก็เพราะเรายังมีตัวตน
แต่ถ้าเราไม่มีตัวตนก็ไม่กลัวอะไร

ธรรมะข้อนี้ช่วยมาไขข้อข้องใจให้ฉันได้ว่า "ทำไมเมื่อคืนฉันจึงผ่าน
การอยู่ตามลำพังมาได้โดยไม่ทุกข์หรือกลัวมาก"

เพราะฉันไม่มีตัวตน...ฉันกลายเป็นความว่างนั่นเอง

จากนั้นฉันก็ไปทานข้าวที่ร้านอาหารด้านหน้าวัด ทั้งนี้เพราะฉันแค่
ใส่เสื้อผ้าสีสุภาพมาแต่ไม่ได้นุ่งขาวห่มขาวมาจึงไม่กล้าไปทานข้าวที่โรงฉัน
จากนั้นก็เดินไปดูสระน้ำนาฬิกาและธารน้ำไหลซึ่งปัจจุบันมีน้ำไหลน้อยมาก

ฉันเดินดูไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งพบร้านหนังสือของวัด และได้ขยซื้อ
หนังสือมากองใหญ่ ก่อนจะไปร่วมนั่งทำสมาธิกับหญิงฝรั่งที่นัดกันไว้เมื่อคืน

ตอนบ่ายมีฝนตกพริ้ว ๆ ทำให้ฉันต้องออกมา นั่งหน้าเรือนพักเพื่อดู
ต้นไม้ที่ชุ่มฉ่ำไปด้วยน้ำฝน ท้องฟ้าหลังฝนตกหมาด ๆ ค่อนข้างร่มครึ้มและ
เย็นสบาย ฉันได้แต่นั่งดูความเขียวขจีของใบไม้ หยดน้ำที่ไหลหยดลงมาตาม
กิ่งก้านของต้นไม้ พร้อมกับได้กลิ่นไอดินลอยขึ้นมาเตะจมูกอย่างไม่รู้เบื่อ

จิตช่วงนั้นของฉันนิ่งและอยากนั่งเฉย ๆ
โดยไม่ต้องทำอะไรเลย เพียงแต่เฝ้าดูใบไม้ที่พัดไหว
หรือกิ่งก้านที่ยกย้ายไปมาอย่างขึ้นชม

จนตกเย็นก็ไปนั่งสมาธิและเข้าร่วมสวดมนต์
เย็นอีกครั้ง

คืนนี้ไม่มีตุ๊กแกบนเพดานของห้องนอน
อีกแล้ว

แต่คืนนี้จู่ ๆ จิตของฉันก็สับสนและอึดอัด
ไปหมดโดยไม่มีสาเหตุ ฉันได้แต่พยายามข่มใจด้วย
การนั่งอ่านหนังสือคนเดียวท่ามกลางความเงียบไป
อย่างไม่มีสมาธิ จนกระทั่งพลอยหลับไปเอง

บรรยากาศก็เหมือนกับคืนแรก แต่ใจฉัน
ไม่สงบเท่าคืนแรก

ฉันจึงได้เรียนรู้อีกอย่างว่า...ใจเราจะสงบ
หรือไม่ ล้วนขึ้นกับตนเองทั้งสิ้น

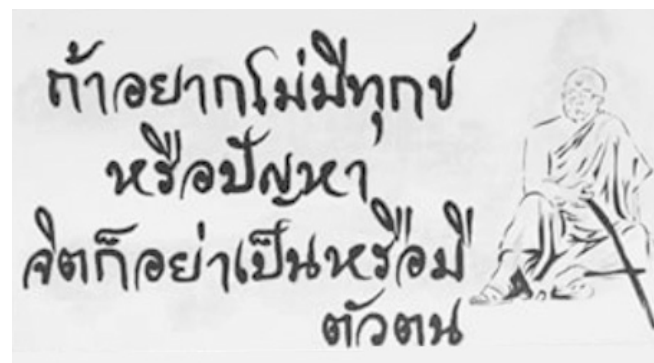
ประสบการณ์พักค้างในสวนโมกข์ครั้งแรกนี้
ทำให้ฉันได้เรียนรู้หลายอย่าง

การที่ฉันผ่านการอยู่คนเดียวท่ามกลาง
ความมืดมาได้ เพราะฉันคิดอะไรไม่ออก ได้แต่ปล่อย
ตัวไปตามสภาพอะไรจะเกิดก็เกิด แต่ในที่สุด
ก็พบเองว่าไม่มีอะไร

พอเราไม่คิดอะไร ก็ไม่มีอะไรเกิดขึ้น

พอเราว่าง อะไรจะเกิดขึ้นก็ไม่โดนตัวเรา
เพราะเราเป็นความว่างเสียแล้ว

รวมทั้งได้เรียนรู้ว่า เราจะสงบหรือไม่ก็ล้วน
ขึ้นกับตนเอง...ไม่ใช่จากสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพราะ
บรรยากาศในวันที่ 2 ก็เหมือนเดิม แต่ใจฉันไม่รู้สึก
สงบนิ่งเหมือนวันแรก



ถ้าอยากไม่มีทุกข์
หรือปัญหา
ก็อย่าเป็นหรือมี
ตัวตน

32nd Annual Meeting

The Royal College of Physicians of Thailand



VALUE - BASED MEDICAL PRACTICE

Wednesday 27th 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 28th 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 UGB
- 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 29th 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)

27th-29th April 2016 Peach, Royal Cliff Pattaya



For more information, please contact:

7th 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



Bagó Group



B.L.Hua & Co.,Ltd.

cordially invite you to attend symposium

AOM in the Era of Antimicrobial Resistance - The Rational Use of Antibiotics

Moderator :

Prof. Kulkanya Chokephaibulkit, MD.

*Head of Division of Infectious Disease, Department of Pediatrics,
Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University*

Speaker :

Dr.Prof. Enrique Mansilla, MD.

President Association of ENT Buenos Aires (AOCBA)

26th April, 2016

13.30-15.00

The Sukosol Bangkok



12.00-13.00

Lunch at Patummat
Restaurant



The Royal College of Otolaryngologists Head and Neck Surgeons of Thailand
and B.L.Hua & Co.,Ltd.

cordially invite you to attend
Luncheon Symposium

From Acute Otitis Media to Recurrent Otitis Media Rational Use of Antibiotics

Moderator :

Asst.Prof. Wichit Cheewaruangroj, MD.

*Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital
Mahidol University*

Speaker :

Dr.Prof. Enrique Mansilla, MD.

President Association of ENT Buenos Aires (AOCBA)

27th April 2016

12.00-13.00

The Zign, Pattaya



สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

การประชุมใหญ่ประจำปี 2559 ครั้งที่ 20

Common Pitfall and Misconception in

Pediatric Infectious Disease

29 เมษายน-1 พฤษภาคม 2559 ณ โรงแรม เดอะ ชายน์ พัทยา จังหวัดชลบุรี

วันศุกร์ที่ 29 เมษายน 2559

- 08.00 ลงทะเบียน
- 10.00-10.30 **PL-1 What's new in RED BOOK 2015**
รศ.พญ.วนัษา พงษ์สามารถ
- 10.30-11.00 **PL-2 Zika fever: What pediatrician should know?**
รศ.(พิเศษ)นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์
- 11.00-11.30 **PL-3 Insensible use of antibiotics**
ศ.พญ.กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ
- 11.30-12.00 **PL-4 ทำยังไงถึงจะไม่ถูกฟ้อง?**
ศ.(เกียรติคุณ)นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
- 12.00-13.00 **LUNCH ห้องอาหาร โรงแรม**
- 13.00-13.30 **PL-5a Approach in acute undifferentiated fever**
นพ.วิศิษฐ์ มูลศาสตร์
- PL-5b Approach to patient with SIRS**
น.พ.ญ.ศิริพร ผ่องจิตสิริ
- 13.30-14.15 **IS-1a MSD**
- IS-1b Sanofi Pasteur**
- 14.15-15.15 **Free paper**
Moderator: รศ.นพ. ภพ โกศลารักษ์
ศ.พญ.กฤษณา เพ็งสา
- 15.15-15.30 **Mini break+coffee**
- 15.30-16.00 **PL-6a Post exposure management in school**
ผศ.นพ.เกรียงศักดิ์ สิมบักดีกุล
- PL-6b Post exposure management in hospital**
นพ.นพพร อภิวัฒนากุล
- 16.00-16.45 **IS-2a Pfizer**
- IS-2b MSD**
- 16.45-17.15 **ประชุมใหญ่สามัญประจำปี**
สมาคมโรคติดเชื้อ

CME
17.5
Credits

วันเสาร์ที่ 30 เมษายน 2559

- 08.00-08.50 **Meet the experts**
A: TB รศ.พ.อ.นพ.พิริ้งกูร รัตพานิช รศ.พญ.อัมย์วีร์ กูอนกิจ
B: Wireless technology and medical application in ped ID
รศ.พญ.จรรยาพร พรหมพานิช วานเดอพิทท์ นพ.พรเทพ สวนดอก
C: Spot diagnosis
ศ.พญ.อุษา ทิสยากร พญ.วีรวรรณ หัตถสิงห์
- 09.00-10.15 **S-1 Management of life threatening infection**
รศ.พญ.วราณี พรหมพานิช วานเดอพิทท์
ผศ.นพ.ชนเมธ เทชะแสนศิริ
พ.อ.นพ.ดุสิต สดวาร์
Moderator: รศ.พ.อ.นพ. วีระชัย วัฒนวิเวศ
- 10.15-10.45 **Coffee break**
- 10.45-11.45 **PL-7a Salmonella infection**
รศ.พญ.กมลวิชัย เล่าประสงฆ์วัฒนา
PL-7b Rickettsial infection
รศ.พญ.เพ็ญนิภาห์ โอโบลอร์เฟอร์
- 11.45-12.00 **IS-3a GSK**
- IS-3b Bivalys**
- 12.00-13.00 **LUNCH ห้องอาหาร โรงแรม**
- 13.00-13.30 **PL-8a Leptospirosis**
พญ.อุษณีย์ ศรีรวมโพธิ์ทอง
- PL-8b Melioidosis**
พญ.ชาธิยา อานันท์
- 13.30-14.15 **IS-4a Biogenetech**
- IS-4b Pfizer**
- 14.15-15.15 **S-2 Confusing vaccination program**
ศ.พญ. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ
รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์
Moderator: รศ.นพ.พิษณุ พันธุ์เจริญ
- 15.15-15.30 **Mini break+coffee**
- 15.30-17.00 **Case Discussion**
Moderators: รศ.พญ.วนัษา พงษ์สามารถ
พญ.อุษณีย์ ศรีรวมโพธิ์ทอง
- case 1** สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
case 2 โรงพยาบาลศิริราช
case 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 18.30 **Dinner PIDST**

กรุณาลงในสมุดรื้อพร้อมค่าลงทะเบียนและค่าที่พักภายใน :

สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ **คุณรุ่งรัตน์ หนูบัน**

Tel. 02-7166-534-5 Email: rungrat.no@pidst.or.th

วันอาทิตย์ที่ 1 พฤษภาคม 2559

- 08.00-08.50 **Meet the experts**
A: Vaccine
ศ.(เกียรติคุณ)นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
พญ.พัชร์เพ็ญ สิริคุตต์
- B: ID case consultation**
พญ.ปิยรัชต์ สันตะรัตติวงศ์ พญ.รัชต์ ศักดิ์สวัสดิ์
- C: Antibiotic**
ศ.พญ.ภากรรอง ลุ่มพิพานนท์
พญ.กิจจาวรรณ เขตรวาทิตย์
- 09.00-09.30 **PL-9a Update on antibiotic treatment in AOM & sinusitis**
Prof. Ron Dagan
- PL-9b Pediatric Streptococcal infection**
รศ.พ.ด.พญ.พญ.อุทัยวิไล สามโกเศศ
- 09.30-10.15 **IS-5a Sanofi Pasteur**
- IS-5b GSK**
- 10.15-10.45 **Coffee break**
- 10.45-11.30 **S-3 Debate of the year**
Moderator: ผศ.นพ. โอฬาร พรหมลิขิต
- A: RSV rapid test: To use or not to use**
Pro: พญ.อุมาพร อันทพิทเทเวศ
Con: พญ.อรุณี กลิ่นกล่อม
Commentator: ศ.พญ.ศศิธร ลิขิตกุล
- B: Influenza vaccine in young children: Half or full dose**
Pro: นพ.พนิต ทัตติยเสถียร
Con: พญ.ชลมาลี สุทธิพงศ์
Commentator: รศ.(พิเศษ)นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์
- C: Procalcitonin in acute febrile illness: To use or not to use**
Pro: รศ.พญ.อังฉรา ตั้งสลาพรพงษ์
Con: รศ.นพ.นิรันดร์ วรณประภา
Commentator: รศ.พ.อ.นพ. วีระชัย วัฒนวิเวศ

อัตราค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน	ภายใน 31 มี.ค. 59	หลัง 31 มี.ค. 59	หลัง 12 เม.ย. 59
Intern*, Pediatric Resident* (ต้องแจ้งวิทยากรรับรอง)	3,600	3,800	
สมาชิก สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก	3,800	4,000	ลงทะเบียน
แพทย์ใช้ทุน, แพทย์ทั่วไป, พยาบาล	4,000	4,200	พนักงาน
สมาชิก สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก อายุ 60-70 ปี ศรีราชา **	2,000	2,200	4,200
สมาชิก สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก อายุ 71 ขึ้นไป **	ฟรี	2,200	

www.pidst.or.th

สนับสนุนการจัดพิมพ์ โดย

SANOFI PASTEUR



การรักษาอาการชักต่อเนื่องและอาการชักที่ไม่ตอบสนองต่อยา (Status epilepticus and refractory status epilepticus)

อาการชักต่อเนื่อง (status epilepticus: SE) เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญมาก เนื่องจากมีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อสมองและเพิ่มโอกาสในการเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม อาการชักต่อเนื่องเป็นกลุ่มของอาการที่มีลักษณะต่าง ๆ กันหลายรูปแบบ ซึ่งอาจแบ่งออกได้เป็นชนิดต่าง ๆ ได้แก่ อาการชักต่อเนื่องทั่วตัว (generalized convulsive SE: GCSE) อาการชักต่อเนื่องเฉพาะจุด (focal motor SE) อาการชักต่อเนื่องแต่ไม่ปรากฏอาการ (non-convulsive SE: NCSE) และอาการชักต่อเนื่องที่ไม่ตอบสนองต่อยา (refractory SE) เป็นต้น สำหรับวิธีการรักษาอาการชักต่อเนื่องนั้น ก็มีความแตกต่างกันไปเช่นเดียวกัน โดยขึ้นอยู่กับชนิดของอาการชักที่เกิดขึ้น อายุของผู้ป่วย และสาเหตุของอาการชัก

คำจำกัดความและระบาดวิทยาของอาการชักต่อเนื่อง

โดยทั่วไปแล้วคำจำกัดความของอาการชักต่อเนื่องที่มีการยอมรับกันแพร่หลายคือ อาการชักที่ปรากฏอยู่อย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 30 นาที หรืออาการชักที่เกิดขึ้นซ้ำ โดยระหว่างการชักในแต่ละครั้งนั้นอาการไม่กลับมาเป็นปกติตามคำจำกัดความนี้ จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของอาการชักต่อเนื่องอยู่ระหว่าง 10-41 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี หรือโดยประมาณจะมีผู้ป่วยรายใหม่ราว 125,000-195,000 รายต่อปี อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงอุบัติการณ์ของ

โรคอาจมากกว่านี้ เนื่องจากในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการชักแบบ NCSE อาจไม่ได้รับการวินิจฉัยเนื่องจากต้องอาศัยการตรวจคลื่นสมอง

อัตราการเสียชีวิตจากอาการชักต่อเนื่องนั้นอยู่ที่ประมาณ 20% โดยขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการชักด้วย อาการชักต่อเนื่องที่มีสาเหตุมาจากโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อ ภาวะสมองขาดออกซิเจน ฯลฯ จะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่า สาเหตุที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ หรือเรื้อรัง เช่น การขาดยา การดื่มแอลกอฮอล์ หรือเนื้องอกในสมอง เป็นต้น

สำหรับคำจำกัดความของอาการชักต่อเนื่องชนิดต่าง ๆ มีดังตาราง

ชนิดของ SE	คำจำกัดความ
Generalized convulsive SE	อาการชักทั้งตัวอย่างชัดเจน ร่วมกับมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
Focal motor SE	อาการชักที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ ร่วมกับระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (ในอดีตเรียกว่า complex partial SE)
Non-convulsive SE without coma	อาการชักที่ตรวจวินิจฉัยได้ด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง โดยอาจเกิดขึ้นเฉพาะจุดหรือเกิดขึ้นทั่วทั้งสมองก็ได้ ร่วมกับมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงแต่ไม่รุนแรง บางครั้งเรียกว่า dyscognitive focal SE
Non-convulsive SE with coma	อาการชักที่ตรวจวินิจฉัยได้ด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง โดยอาจเกิดขึ้นเฉพาะจุดหรือเกิดขึ้นทั่วทั้งสมองก็ได้ ร่วมกับมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงรุนแรง มักพบเกิดขึ้นตามหลังการชักแบบ GCSE บางครั้งเรียกว่า subtle SE
Refractory SE	อาการชักต่อเนื่องที่ยังคงปรากฏอยู่แม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม benzodiazepine และยากันชักในกลุ่ม second-line แล้วอย่างน้อย 1 ชนิด
Super refractory SE	อาการชักต่อเนื่องที่ปรากฏอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงหลังจากที่รักษาด้วยยาสลับไปแล้ว รวมถึงอาการชักที่สงบไปแล้วแต่กลับเป็นอีกหลังจากเริ่มลดยาสลับ

การตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุของอาการชักต่อเนื่อง

กระบวนการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุของอาการชักต่อเนื่องนั้น ควรจะกระทำร่วมกันไปกับกระบวนการรักษาเพื่อยุติอาการชัก ประวัติของผู้ป่วยที่ควรรวบรวม ได้แก่ ประวัติอาการชักที่ผ่านมานในอดีต และการรักษาที่เคยได้รับ รวมไปถึงยาหรือสารต่าง ๆ (รวมถึงยาเสพติด) ที่มีการใช้ร่วมกัน การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีเป้าหมายเพื่อหาสาเหตุที่สามารถรักษาได้ เช่น infection, toxin ingestion, renal and liver failure ระดับยาในกระแสเลือดและความผิดปกติทาง metabolic ต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจพิจารณาเจาะเก็บน้ำในช่องไขสันหลัง (lumbar puncture for cerebrospinal fluid) เพื่อส่งตรวจหาการติดเชื้อร่วมด้วย โดยเฉพาะในผู้ป่วย HIV/AIDS ส่วนการตรวจพิเศษอื่น ๆ นั้น สามารถพิจารณาทำการตรวจได้ตามลักษณะอาการทางคลินิกที่ขึ้น

การตรวจทางรังสี เช่น CT หรือ MRI brain นั้น ควรทำเมื่อสามารถควบคุมอาการชักได้แล้ว ส่วนการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองนั้น อาจยังไม่จำเป็นในระหว่างที่ผู้ป่วยยังมีอาการชักให้เห็นชัดเจน แต่จะมีประโยชน์ในกรณีที่ผู้ป่วยหยุดชักแล้วแต่ยังไม่มียาในกระแสเลือด เนื่องจากอาจจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการชักต่อเนื่องแบบ NCSE

การรักษาอาการชักต่อเนื่องแบบ GCSE

การรักษาช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (Prehospital treatment) เนื่องจากอาการชักที่เกิดขึ้นอยู่นานจะมีโอกาสที่จะเกิดอาการดื้อต่อยา (pharmacoresistance) และรักษาให้กลับเป็นปกติได้ยากกว่าอาการชักที่เพิ่งเริ่มไม่นาน และมีโอกาสเกิดภาวะบาดเจ็บของเซลล์สมองมากกว่าด้วย ดังนั้น การเริ่มต้นรักษาตั้งแต่ออกมาถึงโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ ยาที่เหมาะสมสำหรับใช้รักษาเป็นชนิดแรกคือ ยาในกลุ่ม benzodiazepines โดยเฉพาะยา lorazepam เนื่องจากมีข้อมูลจากการศึกษา VA Cooperative Study ซึ่งเปรียบเทียบระหว่างการให้ยาชนิดต่าง ๆ 4 กลุ่มคือ lorazepam, phenytoin, phenobarbital หรือ diazepam + phenytoin ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำในการรักษาอาการชักต่อเนื่อง และพบว่ายา lorazepam สามารถทำให้อาการชักหยุดลงได้คิดเป็น 65% ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วย phenobarbital หรือ diazepam + phenytoin และดีกว่าการใช้ phenytoin เดียว ๆ

มีการศึกษาเปรียบเทียบการให้ยาในกลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ diazepam 5-10 มิลลิกรัม หรือ lorazepam 2-4 มิลลิกรัม เพื่อรักษาอาการชักต่อเนื่องโดยบุคลากรเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

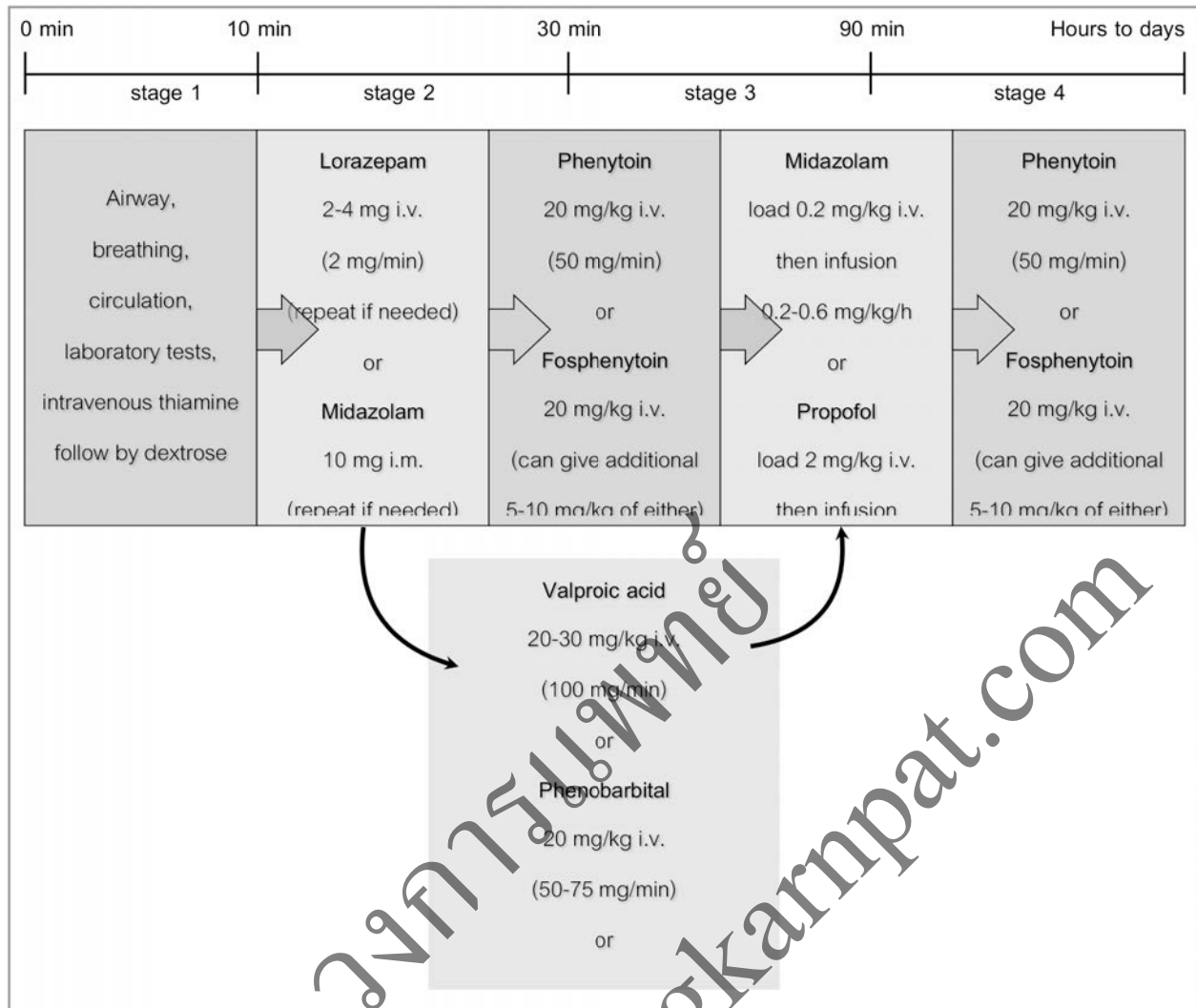
(paramedics) ก่อนมาถึงโรงพยาบาล และพบว่าสามารถยุติอาการชักได้ดีกว่าการไม่ได้รับยา และยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจน้อยกว่าอีกด้วย ส่วนการศึกษาชื่อ Rapid Anticonvulsant Medication Prior to Arrival Trial (RAMPART) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการให้ยา lorazepam 4 มิลลิกรัมในผู้ใหญ่ หรือ 2 มิลลิกรัมในเด็ก ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เทียบกับการให้ยา midazolam 10 มิลลิกรัมในผู้ใหญ่ หรือ 5 มิลลิกรัมในเด็ก ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพื่อรักษาอาการชัก พบว่ายา midazolam นั้นให้ผลในการรักษาดีเท่ากับการให้ยา lorazepam ด้วยข้อมูลดังกล่าวนี้ ทำให้ในปัจจุบันมีคำแนะนำให้เลือกใช้ยา lorazepam ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือ midazolam ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สำหรับการรักษาอาการชักก่อนมาถึงโรงพยาบาล

สำหรับการให้ยาเพื่อรักษาอาการชักด้วยตนเองที่บ้าน นั้น มีข้อมูลการศึกษาพบว่า การใช้ยา diazepam ชนิดสวนเข้าทางทวารหนัก (rectal diazepam) สามารถใช้ได้ผลดี และในปัจจุบันมีการผลิตยา midazolam ในรูปยาอมและยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อด้วย เป็นทางเลือกที่สามารถนำมาใช้ได้เช่นกัน

การรักษาที่โรงพยาบาล (Hospital management) เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแล้ว ควรตรวจวัดสัญญาณชีพต่าง ๆ และดูแลการหายใจของผู้ป่วยก่อนเป็นอันดับแรก จากนั้นจึงพิจารณาให้ยากันชักซึ่งได้แก่ ยาในกลุ่ม benzodiazepines ดังกล่าวแล้วข้างต้น ส่วนการเลือกใช้อันถัดไป (second-line antiepileptic drugs: AEDs) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาต้านชักชนิดแรกที่ใช้ไปแล้วนั้น ในปัจจุบันยังมีวิธีปฏิบัติที่แตกต่างกันอยู่ โดยยาที่มีใช้และทำการการศึกษา ได้แก่ ยา phenytoin, fosphenytoin, valproic acid, phenobarbital, levetiracetam และ lacosamide ชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ตัวอย่างของแนวทางในการเลือกให้ยากันชักเพื่อรักษาอาการชักต่อเนื่องในโรงพยาบาล ดังภาพที่ 1

สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา ยาที่นิยมเลือกใช้ต่อจากยาในกลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ ยา phenytoin และ fosphenytoin โดยขนาดยาที่ใช้เท่ากันคือ 20 มิลลิกรัม/กิโลกรัม น้ำหนักตัว ยา fosphenytoin นั้นมีข้อดีเหนือ phenytoin คือ ทำให้เกิดอาการข้างเคียงน้อยกว่า และสามารถให้อย่างรวดเร็วได้โดยไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือความดันโลหิตลดลง แต่มีข้อจำกัดคือ ราคาค่อนข้างแพง

ในปัจจุบันข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาที่ใช้เป็น second-line AEDs นั้นยังไม่ชัดเจน เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่มีจำนวนอาสาสมัครไม่มากนักและมีรูปแบบในการศึกษาแตกต่างกัน จึงยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป



ภาพที่ 1 แผนการรักษาอาการชักต่อเนื่องแบบ GCSE

(ดัดแปลงจาก Betjemann JP, Lowenstein DH. Status epilepticus in adults. Lancet Neural 2015;14:615)

แต่จากการวิเคราะห์แบบ meta-analysis และข้อมูลที่มีอยู่พบว่า ยา valproic acid นั้นมีประสิทธิภาพในการยุติอาการชักต่อเนื่องได้ดีที่สุดคือ 75.7% ของผู้ป่วยที่มีอาการ ตามด้วยยา phenobarbital (73.6%), levetiracetam (68.5%) และ phenytoin (50.2%) ส่วนยา lacosamide นั้นยังไม่มีข้อมูลมากพอที่จะวิเคราะห์

ในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการชักต่อเนื่องอยู่หลังจากได้ให้การรักษาด้วยยาในกลุ่ม benzodiazepines และยาในกลุ่ม second-line AEDs ไปแล้วอย่างน้อย 1 ชนิด จะถือว่าผู้ป่วยมีอาการชักต่อเนื่องที่ดื้อต่อยาหรือ refractory status epilepticus ซึ่งในอดีตมีคำแนะนำให้พิจารณาเลือกให้ยากันชักในกลุ่ม second-line AEDs เพิ่มอีกหนึ่งชนิด แต่ในระยะหลังนี้มีแนวโน้มที่จะแนะนำให้นำเอายาสลบ เช่น propofol หรือ midazolam มาใช้ในการรักษาเร็วขึ้น โดยถ้าผู้ป่วยยังคงมีอาการชักอยู่นานกว่า 30-60 นาที อาจพิจารณาเริ่มใช้ยาเหล่านี้ได้เลย เนื่องจากมีหลักฐาน

พบว่าอาการชักที่ต่อเนื่องนานกว่านี้มีแนวโน้มจะทำให้เกิดภาวะดื้อต่อยามากขึ้นและเกิดอันตรายต่อเซลล์ประสาทได้มาก อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจเลือกใช้ยาเหล่านี้จะต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดและมีการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้

การรักษาอาการชักต่อเนื่องแบบ Focal motor SE และ NCSE

ปัจจุบันแนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการชักแบบ focal motor SE และ NCSE นั้นยังไม่มีข้อมูลมากนัก การรักษาที่นำมาใช้ในเวชปฏิบัติจึงยังคงคล้ายคลึงกับที่ใช้ในการรักษา GCSE เพียงแต่มีความรุนแรงดำน้อยกว่า เนื่องจากเชื่อว่าไม่มีอาการชักทั้งตัวที่เสี่ยงต่อการเกิด metabolic dysfunction ที่รุนแรง อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานค่อนข้างมากที่แสดงให้เห็นว่าแม้แต่ในกรณีที่เป็น

NCSE ที่เป็นต่อเนื่องอยู่นานก็สามารถทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทที่รุนแรงได้ ดังนั้น จึงควรพิจารณาให้การรักษาโดยเร็วจึงจะให้ผลดี

สำหรับการเลือกให้ยาเพื่อหยุดอาการชักแบบ focal motor SE และ NCSE นั้นจะเริ่มด้วยยากันชักในกลุ่ม benzodiazepines 1-2 ครั้งก่อน คล้ายกับที่ใช้ในการรักษาอาการชักแบบ GCSE หากอาการชักยังคงดำเนินต่อไปควรเลือกให้ยาในกลุ่ม second-line AEDs ต่อไป และหากยังไม่ได้ผลอีกควรพิจารณาเลือกใช้เป็นยาในกลุ่ม benzodiazepines ชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเป็นระยะ ๆ ร่วมกับยา second-line AEDs เช่น ยา phenytoin/fosphenytoin, valproic acid, levetiracetam และ phenobarbital เป็นต้น ส่วนการใส่ท่อช่วยหายใจและการให้ยาสลบชนิดฉีดหรือฉีด inhaled anesthetics นั้น จะพิจารณาเป็นทางเลือกสุดท้ายหากใช้วิธีข้างต้นทั้งหมดแล้วยังไม่ได้ผล โดยเฉพาะถ้าให้ยาซ้ำแล้วหลายครั้งแต่ยังไม่ได้ผล

ผู้ป่วยที่ช่วงเริ่มต้นมีอาการชักแบบ GCSE บางรายอาจกลายเป็น NCSE with coma หรือ subtle SE ได้ กลุ่มนี้ควรให้การรักษเหมือนกันกับการรักษา GCSE โดยให้พิจารณาปรับเพิ่มยาให้อาการชักยุติลงโดยเร็วที่สุด และพิจารณาให้ยาสลบโดยเร็วหากยังปรากฏอาการชักอยู่

อาการชักต่อเนื่องแบบ refractory SE หรือ super refractory SE

อาการชักต่อเนื่องแบบ refractory SE นั้น หมายถึงอาการชักต่อเนื่องที่ยังคงปรากฏอยู่แม้จะได้ให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ในขนาดที่เหมาะสม และให้ยา second-line AEDs ไปแล้ว ส่วน super refractory SE นั้นจะหมายถึงอาการชักต่อเนื่องที่ยังคงปรากฏอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงหลังจากที่ได้ให้ยาสลบแล้ว จากการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาอาการชักในแบบ convulsive SE พบว่ามีผู้ป่วยราว 48% ที่อาการชักเปลี่ยนไปเป็นแบบ non-convulsive seizures และมี 15% ที่ได้รับการตรวจคลื่นสมองและวินิจฉัยว่ามี NSE ซึ่งข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่า การติดตามผู้ป่วยและทำการตรวจคลื่นสมองเพื่อดูว่ายังคงมีอาการชักอยู่หรือไม่นั้น เป็นสิ่งสำคัญมาก

ข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการชักต่อเนื่องมีอยู่ประมาณ 23-43% ที่กลายเป็นอาการชักต่อเนื่องที่ไม่ตอบสนองต่อยา และมีโอกาสเสียชีวิตได้ราว 17-39% โดยมากแล้วอัตราการเสียชีวิตมักขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการชักและอายุของผู้ป่วยเป็นหลัก อาการชักแบบ refractory SE

นั้นมักจะพบได้บ่อยในโรคที่มีการบาดเจ็บของสมองอย่างเฉียบพลันรุนแรง เช่น ischemic stroke และการติดเชื้อในสมอง เป็นต้น ส่วนในผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักอยู่เดิม หรือชักจากการขาดยานั้นจะพบได้น้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีอาการชักแบบ refractory SE มักจะไม่กลับเป็นปกติอย่างสมบูรณ์หลังจากที่หยุดชักแล้ว ทำให้ต้องอยู่ในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และต้องทำการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายต่อเป็นเวลานาน อีกทั้งยังมีโอกาสที่จะกลายเป็นโรคลมชักที่ต้องให้การรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไปอีกด้วย

การรักษา refractory SE และ super refractory SE นั้นมุ่งเน้นในการควบคุมอาการชักให้ได้โดยเร็วเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทให้ได้มากที่สุด โดยพยายามหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจนาน และภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด ร่วมกับการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการชักต่าง ๆ ที่สามารถรักษาได้ เช่น สาเหตุทาง metabolic, การติดเชื้อ การอักเสบต่าง ๆ เป็นต้น ยาที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก ได้แก่ propofol, midazolam และ thiopental เนื่องจากในผลการศึกษที่ผ่านมาพบว่า ให้ผลการรักษาตลอดจนอาการข้างเคียงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนยา pentobarbital นั้นใช้เป็นยาอันดับสองในกรณีที่ใช้ยาอันดับแรกแล้วยังไม่ได้ผล ยาทั้งหมดข้างต้นจะให้แบบ bolus dose ก่อนแล้วตามด้วยการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำอย่างช้า ๆ เพื่อให้ระดับยาในกระแสเลือดเพียงพอและสม่ำเสมอ อาการข้างเคียงที่ควรสังเกตและเฝ้าระวังระหว่างการให้ยากันชักเหล่านี้ ได้แก่ infusion syndrome ในกรณีที่ใช้ยา propofol โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก, tachyphylaxis ในกรณีที่ใช้ยา midazolam และ hypotension ในยา pentobarbital

ในขณะที่ให้ยากันชักเพื่อรักษาอาการชัก refractory SE ควรมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โดยเป้าหมายของการรักษาคือ ตรวจพบมี electrographic seizure suppression และ burst-suppression EEG pattern (มี background cerebral suppression อย่างน้อย 10 วินาที สลับกับมี cerebral activity 1-2 วินาที) ต่อเนื่องกันเป็นเวลาอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมงก่อนที่จะลดยาลง ในระหว่างนี้สามารถให้ยากันชักสำหรับใช้ต่อเนื่องกับ (maintenance AEDs) ผู้ป่วยไปพร้อมกัน เพื่อให้ระดับยากันชักสูงเพียงพอก่อนที่จะลดยา

กรณีที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการชักซ้ำอีกหลังจากที่ลดยาลงแล้ว ถือว่าเป็น super refractory SE ซึ่งในปัจจุบันข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาภาวะนี้ยังมีไม่มากนัก มีรายงานการใช้ยา ketamine ฉีดแบบ bolus dose ตามด้วยการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ

สามารถยุติการชักได้ผลดี ข้อดีของยา ketamine คือ อาจจะมีคุณสมบัติช่วยป้องกันอันตรายต่อเซลล์ประสาท (neuroprotective) ได้ผ่านทางการควบคุมระบบ N-methyl-D-aspartate (NMDA) activity และทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดน้อยกว่า สำหรับยาอื่น ๆ ที่อาจพิจารณานำมาใช้ได้ตามที่มีข้อมูลในรายงานการศึกษา ได้แก่ ยาในกลุ่ม inhaled anesthetics เช่น isoflurane และ desflurane, IV lidocaine (ในผู้ป่วยเด็ก), magnesium (ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการชักจาก eclampsia) และ IV pyridoxine ในเด็กทารกที่มีอาการชักจากภาวะ inborn error in metabolism of pyridoxine เป็นต้น

สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักแบบ refractory SE นั้น มีรายงานการศึกษาพบว่า การใช้ ketogenic diet สามารถช่วยยุติอาการชักได้ แต่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของทีมนักโภชนาการ และ มีนักโภชนาการร่วมดูแล และห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเอนไซม์ pyruvate carboxylase และ beta-oxidation

ยาอื่น ๆ ที่เริ่มมีการให้ความสนใจในการนำเอามาใช้เพื่อรักษา new-onset refractory SE (NORSE) ได้แก่ steroids, IV immunoglobulins และการทำ plasma exchange เนื่องจากมีแนวคิดเกี่ยวกับการเกิด refractory SE ว่าอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน เช่น ภาวะ anti-NMDA receptor encephalitis

และ voltage-gated potassium antibody-mediated encephalitis เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ก่อนเลือกใช้ยาในกลุ่มนี้ควรต้องมีการตรวจวินิจฉัยร่วมกันกับฝ่ายรังการติดเชื้อมาก่อนการให้ยา

สรุป

อาการชักต่อเนื่องเป็นภาวะที่พบได้ค่อนข้างบ่อย และมีผลกระทบทำให้เกิดความเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้น จึงต้องทำการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาทันท่วงที ยาที่ใช้ในการยุติอาการชักมีอยู่หลายกลุ่ม และมีแนวทางในการเลือกใช้ที่แตกต่างกันสำหรับอาการชักในแต่ละลักษณะ จึงควรเลือกใช้ยาให้เหมาะสม โดยควบคู่ไปกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อรักษาสาเหตุต่าง ๆ ที่สามารถรักษาได้

References

- DeLorenzo RJ, Hauser WA, Towne AR, et al. A prospective, population based epidemiologic study of status epilepticus in Richmond, Virginia. *Neurology* 1996;46(4):1029-1035.
- Hesdorffer DC, Logroscino G, Cascino G, Annegers JF, Hauser WA. Incidence of status epilepticus in Rochester, Minnesota, 1965-1984. *Neurology* 1998;50(3):735-741.
- Towne AR, Waterhouse EJ, Boggs JG, et al. Prevalence of non-convulsive status epilepticus in comatose patients. *Neurology* 2000;54(2):340-345.
- Kamel H, Betjemann JP, Navi BB, et al. Diagnostic yield of electroencephalography in the medical and surgical intensive care unit. *Neurocrit Care* 2013;19(3):336-341.
- Treatment of convulsive status epilepticus. Recommendations of the Epilepsy Foundation of America's Working Group on Status Epilepticus. *JAMA* 1993;270(7):854-859.
- Brophy GM, Bell R, Claassen J, et al. Neurocritical Care Society Status Epilepticus Guideline Writing Committee. Guidelines for the evaluation and management of status epilepticus. *Neurocrit Care* 2012;17(1):3-23.
- Mayer SA, Claassen J, Lokin J, Mendelsohn F, Dennis LJ, Fitzsimmons BF. Refractory status epilepticus: frequency, risk factors, and impact on outcome. *Arch Neurol* 2002;59(2):205-210.
- Allredge BK, Gelb AM, Isaacs SM, et al. A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out of hospital status epilepticus. *N Engl J Med* 2001;345(9):631-637.
- Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein D, et al. NETT Investigators. Intramuscular versus intravenous therapy for prehospital status epilepticus. *N Engl J Med* 2012;366(7):591-600.
- Prasad M, Krishnan PR, Sequeira R, Al Roomi K. Anticonvulsant therapy for status epilepticus. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;9:CD003723.
- Rivello JJ Jr, Claassen J, LaRoche SM, et al. Neurocritical Care Society Status Epilepticus Guideline Writing Committee. Treatment of status epilepticus: an international survey of experts. *Neurocrit Care* 2013;18(2):193-200.
- Meierkord H, Boon P, Engelsens B, et al. European Federation of Neurological Societies. EFNS guideline on the management of status epilepticus in adults. *Eur J Neurol* 2010;17(3):348-355.
- Novy J, Logroscino G, Rossetti AO. Refractory status epilepticus: a prospective observational study. *Epilepsia* 2010;51(2):251-256.
- Shorvon S, Ferlisi M. The treatment of super refractory status epilepticus: a critical review of available therapies and a clinical treatment protocol. *Brain* 2011;134(Pt 10):2802-2818.
- Gaspard N, Foreman B, Judd LM, et al. Intravenous ketamine for the treatment of refractory status epilepticus: a retrospective multicenter study. *Epilepsia* 2013;54(8):1498-1503.
- Mirsattari SM, Sharpe MD, Young GB. Treatment of refractory status epilepticus with inhalational anesthetic agents isoflurane and desflurane. *Arch Neurol* 2004;61(8):1254-1259.
- Hamano S, Sugiyama N, Yamashita S, et al. Intravenous lidocaine for status epilepticus during childhood. *Dev Med Child Neurol* 2006;48(3):220-222.
- Visser NA, Braun KP, Leijten FS, van Nieuwenhuizen O, Wokke JH, van den Bergh WM. Magnesium treatment for patients with refractory status epilepticus due to POLG1 mutations. *J Neurol* 2011;258(2):218-222.
- Caraballo RH, Flesler S, Armeno M, et al. Ketogenic diet in pediatric patients with refractory focal status epilepticus. *Epilepsy Res* 2014;108(10):1912-1916.



สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย จัดการประชุมใหญ่ประจำปี พ.ศ. 2559

“Common Pitfall and Misconception in Pediatric Infectious Disease”



สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย
จัดการประชุมใหญ่ประจำปี พ.ศ. 2559 ครั้งที่ 20 ชูธีม
“Common Pitfall and Misconception in Pediatric
Infectious Disease” ระหว่างวันที่ 29 เมษายน-
1 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ณ โรงแรม เดอะ ซายน์
พทยา จ.ชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและ
พัฒนาองค์ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมทางด้าน
วิชาการโรคติดเชื้อในเด็กแก่แพทย์และบุคลากร
ทางการแพทย์โดยเฉพาะสาขากุมารเวชศาสตร์

รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์ นายก
สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย กล่าวว่า
สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย เป็นองค์กร
ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในด้านวิชาการ
ที่เกี่ยวข้องกับเด็กไทยและโรคติดเชื้อโดยตรง รวมทั้ง
ยังมีหน้าที่หลักในการส่งเสริมและพัฒนาองค์ความรู้ที่
ถูกต้องและเหมาะสมแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์
ของประเทศไทย

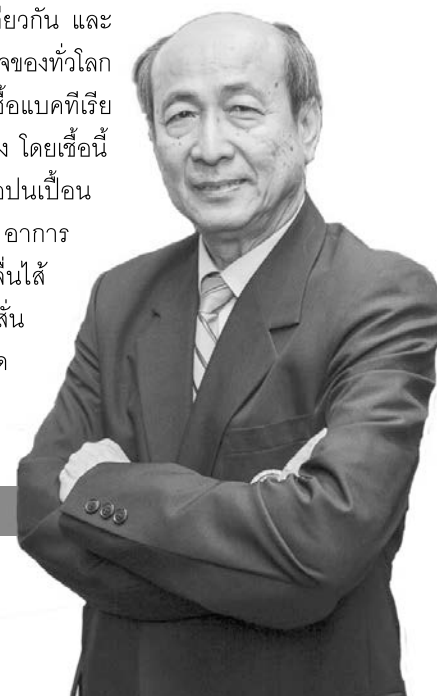
ล่าสุดทางสมาคมฯ มีกำหนดจัด การประชุมใหญ่
ประจำปี พ.ศ. 2559 ครั้งที่ 20 ชูธีม “Common Pitfall
and Misconception in Pediatric Infectious Disease”
ระหว่างวันที่ 29 เมษายน-1 พฤษภาคม พ.ศ. 2559
ณ โรงแรม เดอะ ซายน์ พทยา จ.ชลบุรี เพื่อสนับสนุน
ส่งเสริมองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับเวลา เศรษฐฐานะ
สิ่งแวดล้อม และบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งเน้นเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะให้เหมาะสม ซึ่งเป็นหนึ่ง
ในความมุ่งมั่นที่คณะกรรมการสมาคมฯ พยายามผลักดัน
และเน้นย้ำในการประชุมเป็นประจำทุกปีมาอย่างต่อเนื่อง

โดยในปัจจุบันยังมีความเข้าใจผิดอย่างมากเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็น
ยารักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย แต่กลับพบว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะในอัตรา
สูงมากในกลุ่มที่ไม่จำเป็นและไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะ เช่น ไข้หวัด น้ำมูกไหล เจ็บคอ
ท้องเสีย เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัส เพราะฉะนั้น
ยาปฏิชีวนะนอกจากจะไม่ทำให้โรคที่เป็นอยู่หายเร็วขึ้นแล้ว ในทางตรงกันข้ามอาจ
ทำให้มีผลเสียต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นยังก่อให้เกิด
เชื้อดื้อยาและเสียเงินค่ารักษาแพงขึ้น ดังนั้น แพทย์ในเวชปฏิบัติต้องตระหนักถึง
การใช้ยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมและตรงกับชนิดของโรคและเชื้อก่อโรคที่จะรักษา เพราะ
ปัญหาดังกล่าวกำลังส่งผลกระทบต่อภาพรวมในการใช้ยาปฏิชีวนะในประเทศไทย
โดยปัจจุบันยาปฏิชีวนะเกือบทุกตัวผู้ป่วยสามารถเดินเข้าไปซื้อในร้านขายยาได้
ซึ่งนอกจากจะเสี่ยงต่อการดื้อยาสูงแล้ว ยังเป็นการเพิ่มยาปฏิชีวนะที่มียันตรายเข้าสู่
ร่างกายโดยเปล่าประโยชน์ โรคที่เป็นอยู่ก็ไม่หายเร็วขึ้น และสิ้นเปลืองเงินโดยไม่
จำเป็น

ด้วยเหตุนี้ทางสมาคมฯ จึงอยากจะมีนโยบายควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะ
ให้มากขึ้น โดยเริ่มจากต้นน้ำซึ่งก็คือแพทย์ผู้สั่งจ่าย ควรจะต้องตระหนักในการใช้
ยาปฏิชีวนะที่จำเป็นและเหมาะสม ยังจะต้องเพิ่มบทบาทในการเป็นผู้ให้คำแนะนำ
เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจ
ที่ถูกต้องอีกด้วย

รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี กล่าวต่อว่า ในการประชุมจึงมีหัวข้อที่เกี่ยวกับ
ยาปฏิชีวนะ รวมถึงหัวข้ออื่น ๆ ที่น่าสนใจ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นเรื่องที่แพทย์ต้อง
ให้ความสนใจ ได้แก่ Zika fever: What pediatrician should know? โรคนี้ไม่ใช่
โรคใหม่ เกิดขึ้นจากไวรัสซิกาซึ่งเป็นเชื้อที่มีความใกล้เคียงกับไข้เลือดออกแต่ก็และ
ใช้ซิคุนกุลยา เนื่องจากมีพาหะนำโรคโดยยุงชนิดเดียวกัน และ
กำลังมีการระบาดในหลายประเทศจึงทำให้เป็นที่สนใจของทั่วโลก
รวมทั้งประเทศไทย Salmonella infection เป็นเชื้อแบคทีเรีย
ในประเทศเขตร้อน ซึ่งประเทศไทยมีอัตราความชุกสูง โดยเชื่อนี้
จะอยู่ในธรรมชาติ สามารถติดต่อกันได้จากรูขี้สูก หรือปนเปื้อน
ในอาหาร ก่อโรคในเด็กและคนที่ร่างกายอ่อนแอ อาการ
ทั่วไปที่พบมีตั้งแต่ไม่มีอาการ ไปจนถึงมีอาการคลื่นไส้
อาเจียน ท้องเดิน ปวดศีรษะ ปวดท้อง มีไข้ หนาวสั่น
อ่อนเพลีย และรุนแรงถึงขั้นเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด
โดยอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ Confusing vaccine
program ปัจจุบันวัคซีนที่ใช้ในประเทศไทยมีการ

รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์



เปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นและเหมาะสมขึ้น เนื่องจากมีข้อมูลทางระบาดวิทยาใหม่ ๆ ออกมา การเปลี่ยนแปลงนี้อาจส่งผลต่อแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย จนเกิดคำถามตามมา เช่น วัคซีนหัด ไข้มองอกเสเบเจี เป็นต้น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดความคุ้มค่า ในการป้องกันโรคได้มากที่สุด **Case Discussion** นำกรณีศึกษาผู้ป่วยจากสถาบันต่าง ๆ มาให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้วิเคราะห์ว่าจะทำอย่างไรหากอยู่ในสถานการณ์ขณะนั้น โดยจะได้เรียนรู้จากผู้ป่วยจริง ซึ่งต้องใช้ทั้งองค์ความรู้ สามัญสำนึก ศิลปะทาง การแพทย์ ผนวกเข้าด้วยกัน เพื่อรักษาผู้ป่วยให้รอดชีวิต โดยจะมีอาจารย์แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญคอยให้คำแนะนำ **Tuberculosis หรือ TB** วัณโรคเป็นปัญหามานานและ นับวันจะมีความซับซ้อนขึ้น สำหรับวัณโรคในเด็กเป็นวัณโรคที่สืบเนื่องมาจากผู้ใหญ่ หากผู้ใหญ่มีการควบคุมดี รักษาดี จะไม่ถ่ายทอดมาถึงเด็ก แต่เนื่องจากการควบคุม ในผู้ใหญ่ยังเป็นปัญหาและปัญหามีความซับซ้อนมากขึ้นที่เป็นวัณโรคดื้อยา ทำให้ไม่มี อารุธที่จะใช้ในการรักษา ประกอบกับยารักษาวัณโรคส่วนใหญ่เป็นยาที่พัฒนามา สำหรับใช้ในผู้ใหญ่เป็นหลัก วัณโรคในเด็กจึงยังเป็นปัญหาเรื่องการรักษาและรักษาได้ยาก **Symposium ที่สนับสนุนโดยบริษัทยาและเวชภัณฑ์** ซึ่งจะมานำเสนอผลิตภัณฑ์ รวมทั้งให้ข้อมูลความรู้ใหม่ ๆ ความก้าวหน้าซึ่งจะช่วยสนับสนุนความมั่นใจให้แก่แพทย์ ในการรักษาและวัคซีนที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

สำหรับไฮไลต์ในการประชุมครั้งนี้ **รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี** กล่าวว่า ไม่อยาก ให้พลาดในทุก ๆ หัวข้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง **Confusing vaccine program** ซึ่งจะมี อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้มาฉายข้อข้องใจต่าง ๆ เกี่ยวกับวัคซีน เนื่องจาก วัคซีนหลายตัวลงไปถึงระดับรากหญ้า ระดับหมู่บ้าน เพราะฉะนั้น หากมีการ เปลี่ยนแปลงตารางการให้วัคซีนที่ยึดถือมาโดยตลอด จะต้องคำนึงถึงในส่วนนี้ซึ่งเป็น ส่วนใหญ่ของประเทศด้วย แต่ในขณะเดียวกันวัคซีนเสริมก็มีบ้างขาดบ้าง แพทย์ควร ทำอย่างไรให้ดีที่สุด **Zika fever: What pediatrician should know?** ซึ่งเป็นปัญหา ในหญิงตั้งครรภ์และอาจทำให้ทารกเกิดความพิการได้ จึงต้องมีการมาอัปเดต องค์ความรู้ว่าทำอย่างไรหากพบความผิดปกติเกิดขึ้น เนื่องจากปัจจุบันยังเป็นโรคที่รักษา ไม่ได้และไม่มียาวัคซีน และ **Case Discussion** โดยจะนำกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีความยาก และซับซ้อน จำนวน 3 ราย มาให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เรียนรู้จากผู้ป่วยจริง เพื่อฝึก การตัดสินใจภายใต้ขีดความสามารถต่าง ๆ

ทางด้านวิทยากรทุกท่านล้วนแล้วแต่เป็นอาจารย์แพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติ ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจริง โดยอาจารย์แต่ละท่านมีการทบทวนในประเด็น และมีความถนัดที่แตกต่างกัน เช่น ไวรัส แบคทีเรีย วัณโรค เป็นต้น จึงมั่นใจได้ว่ากลุ่ม เป้าหมายของการประชุมครั้งนี้ ได้แก่ กุมารแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวนกว่า 500 คน จะได้รับองค์ความรู้ที่ครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ได้จริง ในเวชปฏิบัติ



“การแพทย์ทุกวันนี้เจริญก้าวหน้าและ เปลี่ยนแปลงทุกนาที อาจารย์ทุกท่านจะต้องไปกรอง และตรวจสอบว่าข้อมูลเหล่านี้จริงหรือไม่จริง ดีหรือไม่ดี เหมาะหรือไม่เหมาะ เพราะฉะนั้น องค์ความรู้ที่ได้กลับไป จะเป็นมุมมองของเหล่าคณาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน โรคติดต่อในเด็ก ซึ่งถ้าผู้เข้าร่วมประชุมไปค้นคว้าเอง อาจจะต้องใช้ระยะเวลาเป็นปีกว่าจะได้ข้อสรุป ดังนั้น จึงคุ้มค่า ค่ำเวลามากในการเข้าร่วมประชุม” **รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี** กล่าว

ท้ายนี้ **รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี** กล่าวว่า นอกจาก องค์ความรู้ที่จะได้รับแล้ว ยังเป็นการสร้างเครือข่าย ให้ลูกศิษย์ได้มาเจออาจารย์ ได้มีช่องทางในการติดต่อ สื่อสาร ประสานงาน ดำเนินงานร่วมกัน หากมีโรคใหม่ ๆ ที่เป็นปัญหาเกิดขึ้นในอนาคตจะได้ร่วมกันต่อสู้เพื่อ ผลประโยชน์ของประเทศ นอกจากนี้ยังได้ประโยชน์ทาง ด้านสังคม เพราะการประชุมครั้งนี้จะเป็นโอกาสให้ได้ มาพบปะกันในหมู่แพทย์ ได้เห็นการดำเนินชีวิตของ อาจารย์แพทย์หลายท่าน ซึ่งแพทย์รุ่นหลังสามารถ จะยึดเป็นแบบอย่างได้ เรียกได้ว่าเป็นการเชื่อมโยงทั้ง องค์ความรู้ การสร้างเครือข่าย และทางด้านสังคมเข้าไว้ ด้วยกันในการประชุมครั้งนี้

ผู้ที่สนใจสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ได้ที่ โทรศัพท์ 0-2716-6534-5 E-mail: rungrat.no@pidst.or.th หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมทาง www.pidst.net



วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
11-13 พฤษภาคม 2559 	สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2559 "Quality Care in Maternal and Fetal Medicine" ณ ห้องประชุมแสนสุข (Grand Hall) โรงแรมบางแสนเฮอริเทจ อ.บางแสน จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2718-1489, 08-7695-7659 โทรสาร 0-2718-1488 E-mail: mfm_th@yahoo.com, por.boon@hotmail.com www.thai-smfm.com
11-13 พฤษภาคม 2559 	ชมรมกุมารแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการระยะสั้นประจำปี พ.ศ. 2559 "Pediatric Cardiac Emergency and Critical care" ณ ห้องประชุม 1-3 ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	E-mail: spctthailand@yahoo.com www.thaipediatrics.org
13 พฤษภาคม 2559 	สาขาวิชาออร์โธปิดิกส์เด็ก ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	Club Foot Hands on Workshop 2016 ณ ห้องประชุมตึกแรก อีตรางกูร ณ อยุธยา สำนักงานภาควิชาออร์โธปิดิกส์ อาคาร 3 ชั้น 9 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2201-1656 โทรสาร 0-2201-1599 E-mail: sasithorn.phu@mahidol.ac.th www.rcost.or.th
14-15 พฤษภาคม 2559 	American Society of Neuroradiology (ASNR) ชมรมประสาทรังสีวิทยา แห่งประเทศไทย และภาควิชา รังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	การประชุมวิชาการ The Brain Imaging Symposium: ASNR International Imaging Series ณ ห้องประชุม ตึกภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	www.thai-neuroimaging.org
17-19 พฤษภาคม 2559 	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมเชิงปฏิบัติ "สถิติที่จำเป็นสำหรับการวิจัยทางคลินิก" (Workshop on Essential Statistics for Clinical Research) ณ ห้องประชุม 624 อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2419-2688 โทรสาร 0-2412-5994 E-mail: patcharin.tab@mahidol.ac.th www.sirirajconference.com
19-20 พฤษภาคม 2559 	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ ชมรมออร์โธปิดิกส์ภาคใต้	การประชุมราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ส่วนภูมิภาค พ.ศ. 2559 "Master secrets in orthopaedic surgery" ณ โรงแรมโซฟิเทล กระบี่ ไบควอเตอร์ ภูเก็ต สปา รีสอร์ท จ.กระบี่	โทรศัพท์ 0-2716-5436-7 โทรสาร 0-2716-5440 E-mail: secretariat@rcost.or.th www.rcost.or.th
19-21 พฤษภาคม 2559 	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับโครงการจัดตั้งชมรม ศัลยเสวนา ภาควิชาศัลยศาสตร์	การประชุมศัลยเสวนา BB Meeting Surgical Forum 5 th "Breast Surgical Practices & Management of Complications" ณ โรงแรมโซฟิเทล กระบี่ ไบควอเตอร์ ภูเก็ต สปา รีสอร์ท จ.กระบี่	โทรศัพท์ 0-7445-1403-4 โทรสาร 0-7442-9384 E-mail: kpiyapor@gmail.com http://medinfo2.psu.ac.th/surgery
27 พฤษภาคม 2559 	ชมรมการนอนหลับผิดปกติ ภายใต้สมาคมประสาทวิทยา แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 10 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2716-5995 โทรสาร 0-2716-6004 E-mail: thaisleepmedicine@gmail.com www.neurothai.org
31 พฤษภาคม- 3 มิถุนายน 2559 	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการและงานประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ เนื่องในโอกาส มหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2559 และภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ครบ 99 ปี "Best Basics" ณ ห้องประชุมราชบัณฑิตยสถาน ชั้น 1-2 ห้องประชุมอวย เกตุสิงห์ ชั้น 3 อาคารศรีสวรินทิรา โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-4638, 08-3024-1895 โทรสาร 0-2419-4780 E-mail: sianrn@hotmail.com www.sirirajconference.com



32nd Annual Meeting

The Royal College of Physicians of Thailand

and

MEDA

Cordially invite you to attend **Dinner Symposium**

New Perspective of Diagnosis and Management of Steatohepatitis



New Perspective of Diagnosis and Management of Steatohepatitis

Speaker : ศศ.ดร.บพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Prevention and Treatment of Steatohepatitis with Silymarin: from Clinical Studies to Real Life

Speaker : พล.ต.บพ.อนุชิต จูฑะพุทธิ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



Case Study: How to Diagnosis and Treatment of Alcoholic and Non-Alcoholic Fatty Liver Disease

Speaker : พล.บพ.เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล

โรงพยาบาลราชวิถี

Wednesday, April 27th, 2016

18:30-20:00

Room A1-A2

PEACH, Royal Cliff Beach Hotel, Pattaya



Legalon®

Varicella Vaccine-GCC[®] inj.

Live attenuated varicella-zoster virus vaccine



Protects the people from
Varicella Disease

คณะแพทย์ ร.พ.รามาริบัติ เยี่ยมเยือนคณะแพทย์ ร.พ.ศิริราช



ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล พร้อมด้วยคณะผู้บริหารของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าเยี่ยมเยือนคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พร้อมด้วยคณะผู้บริหารคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ให้เกียรติต้อนรับ ทั้งยังได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเสนอแนะแนวทางความร่วมมือทางด้านการแพทย์ในอนาคต ณ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อไม่นานมานี้

เดือนแห่งการรณรงค์มะเร็งปากมดลูก

ศ.พญ.สุกฤทธา วิไลลักษณ์ นายกสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย เป็นประธานในพิธีเปิดกิจกรรมเดือนแห่งการรณรงค์มะเร็งปากมดลูก ซึ่งจัดโดย สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย ร่วมกับ สมาพันธ์แพทยนานาชาติด้านมะเร็งนรีเวช (GFIG: Gynecologic Cancer Intergroup) เนื่องในโอกาสงานประชุมวิชาการนานาชาติด้านมะเร็งนรีเวช เพื่อรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมสร้างความตระหนัก และกระตุ้นเตือนให้หญิงไทยเรียนรู้วิธีการป้องกัน รักษา รับมืออย่างถูกต้อง โดยมี ศ.นพ.เดวิด แกฟเนีย และ ศ.นพ.วิลเลียม สมอล ร่วมงาน ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ศ.ศูนย์วิจัยถ.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



ไฟเซอร์ ชวนคนไทยเลิกกังวลอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ



นพ.สิปปพงษ์ เอ่งฉ้วน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ แพทย์เวชศาสตร์ชะลอวัย ด้านสมรรถภาพทางเพศ โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่ และ พญ.จิตรดาว จางวางกร แพทย์วิทยาศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับ บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจในหัวข้อ “พูด...ชัด ๆ ED ไม่ใช่เรื่องใหญ่” โดยเป็นการถ่ายทอดสดสัญญาณระหว่าง 3 เมืองใหญ่ในประเทศไทย ประกอบด้วย กรุงเทพฯ พัทยา และเชียงใหม่ เพื่อมุ่งสร้างความตระหนักถึงอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยาปลอม

ในการรักษา รวมไปถึงการสร้างความเข้าใจว่าอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศไม่ใช่เรื่องที่ต้องกังวล หากดูแลและรักษาตนเองอย่างถูกต้อง โดยมีกิจกรรมภายในงานอีกมากมาย อาทิ การเสวนาเรื่อง “ยาปลอมกับเรื่องที่ (ไม่) เป็นเรื่องใน ED” และ “พูดยังไงให้ ED เป็นเรื่องง่าย ๆ” ซึ่งมีผู้สนใจเข้าร่วมงานเป็นจำนวนมาก ณ โรงแรมแกรนด์ไฮแอท เอราวัณ กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้

ไบเออร์ ปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวก ร.พ.ส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

ไบเออร์ นำทีมผู้บริหารระดับภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเข้าเยี่ยมคลินิกวัยรุ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ พร้อมให้การสนับสนุนด้านการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกภายในโรงพยาบาล เพื่อมอบสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและดียิ่งขึ้นสำหรับผู้ป่วย นำโดย มร.เคลาส์ ซีเลอร์ รองประธานอาวุโส และหัวหน้าฝ่ายการดำเนินการเชิงพาณิชย์ แผนกฟาร์มาซูติคัล ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก บริษัทไบเออร์ และทีมงาน ร่วมกันปรับปรุงห้องให้นมบุตรและห้องปฐมพยาบาลเด็กเล็กให้ดูสะอาดตาและใหม่ยิ่งขึ้นด้วยการติดวอลเปเปอร์ติดผนังใหม่พร้อมมอบเฟอร์นิเจอร์ ของเล่น และอุปกรณ์ตกแต่งในห้องเลี้ยงเด็ก ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ เมื่อไม่นานมานี้



วงการแพทย์ 2559

สัญจรทั่วไทย



วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2559 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคอีสาน ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ร.พ.เบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๒๐ พงษ์ จ.ศรีสะเกษ



ร.พ.ปทุมราชวงศา จ.อำนาจเจริญ



ร.พ.ประโคนชัย จ.บุรีรัมย์



ร.พ.โนนคูณ จ.ศรีสะเกษ



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่นำเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เกษตรกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการแพทย์**

☐ 1 ปี (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
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคารดี ส่งจ่าย ปณ.ต.ส่งชั้น 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

☐ เช็คขีดคร่อม A/C PAYEE ONLY ส่งจ่ายในนาม บ.สรรพสาร จก.

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาท้อปส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร 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 และส่งแฟกซ์ได้ที 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



Newly Launched

UpToDate[®] MobileComplete[™]

Answers Doctors' Questions
– Even When They're Offline

Meeting **UpToDate** team at the
**32nd RCPT (The Royal College
of Physicians of Thailand)
Annual Meeting**
at booth **#B22**

DATE: 27th-29th April 2016

VENUE: Peach@Royal Cliff Pattaya

Contact us to set up meeting appointment to discuss
your needs on improving quality of care, clinical
efficiency and see a live demo of UpToDate Anywhere:

ภญ.ลิลลี่ วังวิวัฒน์

ผู้จัดการทั่วไป ประเทศไทย ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม

เบอร์โทรศัพท์ 02-688-4615

เบอร์มือถือ 081-827-1101

E-mail: lily.Wangviwat@wolterskluwer.com

คุณมด ชูรัตน์

ผู้จัดการฝ่ายลูกค้า ประเทศไทย ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม

เบอร์โทรศัพท์ 02-883-9262

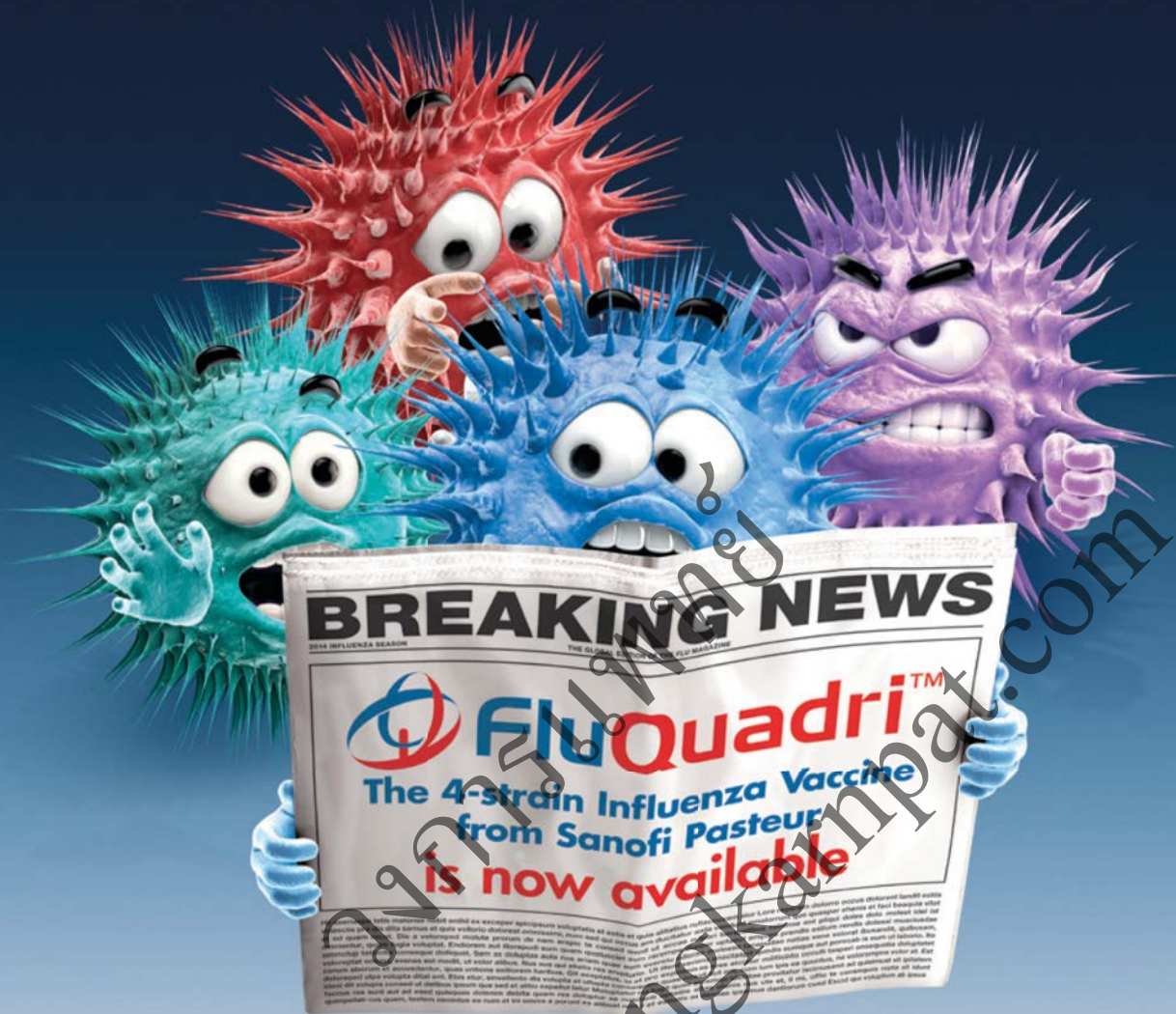
เบอร์มือถือ 081-935-3500

E-mail: mot.churath@wolterskluwer.com

Download our eBook to find out more benefits of UpToDate Anywhere.

<http://learn.uptodate.com/utda-apr>





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 epidemics²
- Quadrivalent influenza vaccine (QIV) enables you to provide effective protection against two influenza A strains and NOW two influenza B strains^{1,2}
- 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^{1,*} and Myron J. Levin² 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. Belshe¹, Saint Louis University School of Medicine, Division of Infectious Diseases and Immunology, 1100 S. Grand Blvd., DRC-8th floor, St. Louis, USA .Vaccine 28S (2010) D45-D53.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
 ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ.852/2558