

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

ปีที่ 18 ฉบับที่ 455 ประจำเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

มูลนิธิโรคไต
เปิดโอกาสแพทย์ไทยทุกสาขา
คว้าทุนศึกษาทุนงานและวิจัยทางการแพทย์ที่ญี่ปุ่น

สำหรับแพทย์ไทย

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 of 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).

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

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ทพ 479/2557

สำหรับแพทย์ไทย

1-31/03/16

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

atb
always beside you.

MINARINI

- คืบหน้า! กระดูกอ่อนซ่อมแซมอวัยวะ
- สาธารณสุขอังกฤษอนุมัติไฟฟ้า
- สหรัษฎะ ยกเลิกห้ามเกย์บริจาคเลือด

รายงานพิเศษ แพทย์แผนกโรคไตและโรคระบบทางเดินอาหาร
การประกอบวิชาชีพเวชกรรมทางโรคไตและโรคไต

เฉพาะโรค โรค Autoimmune Myopathy
จากยาในกลุ่ม Statins



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

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

Takeda

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: Complete heart failure, renal artery stenosis, aortic or mitral stenosis, hemodynamic obstruction, cardiac myopathy.
DOSAGE & ADMINISTRATION: 40 mg, 80 mg, 40 mg once daily, 80 mg up to a maximum of 80 mg once daily if needed.
ADVERSE REACTIONS: Dizziness, diarrhea, blood creatinine phosphatase increased.
DRUG INTERACTION: Lithium, NSAIDs, long-acting diuretic.
PACKING: 427 tablets.

EDARBYCLOR
ACTIVE INGREDIENT: Azilsartan medoxomil and chlorthalidone
INDICATION: Chlorthalidone is indicated for the treatment of hypertension, to lower blood pressure.
CONTRAINDICATIONS: Patients with anuria. Do not co-administer 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 trimester 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 diuretic), 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. Hypotension is a dose-dependent adverse reaction that may develop with chlorthalidone. Co-administration of edarbyclor may exacerbate the adverse effects of hypotension. Hypertension may occur at high and 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:** 427 tablets.

Introducing...



NEW Oseni®

alogliptin and pioglitazone

25 mg/30 mg TABLETS

25 mg/15 mg TABLETS

OSENI® ABBREVIATES PRESCRIBING INFORMATION:

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



TAKEDA (THAILAND) LTD.

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



เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

Further Information is available on request

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

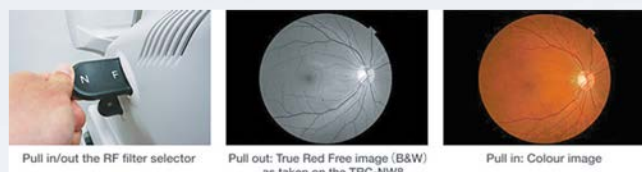
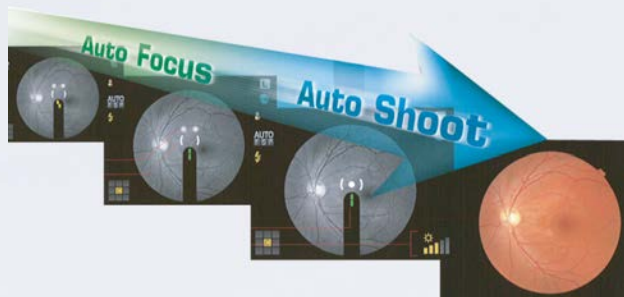
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พ.ศ. 865/2558

TH/ALOP/2015-00036

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

ผลิตในประเทศไทย

โฆษณาต่อผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขพ. 1177/2558

เครื่องทดสอบเครื่องมือทางการแพทย์ Biomedical Test Equipment



RIGEL เป็นผู้ผลิตเครื่องมือสอบเทียบทางการแพทย์ ที่ได้มาตรฐาน IEC 60601 & IEC 62353

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

เครื่องทดสอบความปลอดภัยเครื่องมือทางการแพทย์



288+ Electrical Medical Safety Analyzer

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



Safe Test 60 Electrical Medical Safety Analyzer

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



Uni-Pulse Defibrillator Analyzer

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



Uni-Sim Vital Signs Simulator

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



Apollo 600 Portable Appliance Testing

ตรวจสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้าของเครื่องใช้ไฟฟ้าแบบมือถือ



Uni-Therm High Current Electrosurgical Analyzer

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

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องช่วยหายใจและไปป์ไลน์ แก๊สแบบมือถือ



PF-300 Ventilator & Anesthesia Analyser

เครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องช่วยหายใจและเครื่องรมยาสูด

ยินดีเข้าไปสาธิตสินค้า
ถึงที่ทำงานของท่าน

เครื่องตรวจสอบความปลอดภัยของระบบไฟฟ้าในอาคาร



MI 3152 Electrical Installation Safety

ตรวจสอบความปลอดภัยระบบไฟฟ้าในอาคารโรงพยาบาล



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, คุณมนัสสินทร์ 08-7714-3630, คุณสุกฤษฎิ์รัตน์ 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

คณะที่ปรึกษาเกิดคึกคัก

ศ.นพ.มนตรี ตู๊จินดา ศ.ภิชาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย
ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์
ศ.พญ.ชนิกา ตู๊จินดา ศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์
ศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออ่อนตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรศณะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมพลัด

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนกุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญะ, กนกพร ขจรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ ลิขิตพิสิฐกุล

โทรศัพท์ติดต่อ หรือสมัครสมาชิกได้

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

เจ้าของ บริษัท สารสาร จำกัด 71/16 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

สมาพันธ์สภาวิชาชีพกับการแก้ไขร่างเบื้องต้นของรัฐธรรมนูญ

เมื่อวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2559 คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ได้แจกแจงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับร่างเบื้องต้น และให้ประชาชนหรือองค์กรต่าง ๆ ได้เสนอข้อแก้ไขภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 สมาพันธ์สภาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยนายกสภาวิชาชีพ 10 สภา ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาทนายความ สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภาสถาปนิก สัตวแพทยสภา สภาเทคนิคการแพทย์ สภากายภาพบำบัด และสภาวิชาชีพบัญชี ได้ประชุมและลงนามร่วมกันเสนอความเห็นร่วมกันส่งไปที่ประธานคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ สิ่งที่ต้องการแก้ไขเกี่ยวกับสุขภาพมีดังนี้

มาตรา ๔๐ บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการประกอบอาชีพ การควบคุมหมายเพื่อจัดระเบียบการประกอบอาชีพต้องไม่ลักษณะเป็นการเลือกปฏิบัติ ที่ประชุมขอให้ตัดคำว่า “หรือก้าวก่ายการจัดการศึกษาของสถาบันการศึกษา” ซึ่งอยู่ตอนท้ายออก เนื่องจากว่าหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพจะต้องให้สภาวิชาชีพรับรองด้วย มหาวิทยาลัยอาจให้ใบปริญญาได้ แต่ถ้าสภาวิชาชีพไม่รับรอง บัณฑิตที่จบมาจะไม่สามารถประกอบวิชาชีพได้

ในหมวดที่ ๔ หน้าที่ของประชาชนชาวไทย มีอยู่เพียงมาตราเดียวคือ มาตรา ๔๗ บุคคลมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พิตักษ์รักษาไว้ซึ่งชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ และการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

(๒) ป้องกันประเทศ และรักษาเกียรติภูมิ ผลประโยชน์ของชาติ และสาธารณสมบัติของแผ่นดิน

(๓) ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด

(๔) เข้ารับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาภาคบังคับ

(๕) รับราชการทหารตามที่กฎหมายบัญญัติ

(๖) เคารพและไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น และไม่กระทำการใดที่อาจก่อให้เกิดความแตกแยกหรือเกลียดชังในสังคม

(๗) ไปใช้สิทธิเลือกตั้ง หรือลงประชามติอย่างอิสระ โดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมของประเทศเป็นสำคัญ

(๘) ร่วมมือและสนับสนุนการอนุรักษ์และคุ้มครองสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการดูแลสุขภาพ

(๙) เสียภาษีอากรตามที่กฎหมายบัญญัติ

(๑๐) ไม่ร่วมมือหรือสนับสนุน

การทุจริตและประพฤติมิชอบทุกรูปแบบ

สภาวิชาชีพมีความเห็นว่าประชาชนจะต้องให้ความสนใจดูแลสุขภาพของตนเองจะได้ไม่ป่วย จะให้ผู้อื่นมาออกกำลังแทนหรือรับประทานอาหารแทนไม่ได้ ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราเกินขนาด มีการใส่หมวกนิรภัยเวลาขี่รถจักรยานยนต์ไม่รับประทานอาหารหวานจัดหรือเค็มจัด เป็นต้น จึงขอให้เดิม **รวมทั้งการดูแลสุขภาพ** ในตอนท้ายของข้อ (๘)

หมวด ๕ หน้าที่ของรัฐ

มาตรา ๕๐ รัฐต้องดำเนินการให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษามัคบังคับที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงโดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ในวรรคสุดท้ายกำหนดไว้ว่า การศึกษาทั้งปวงต้องมุ่งพัฒนาผู้เรียนให้เป็นคนดี มีวินัย ภูมิใจในชาติ สามารถเชี่ยวชาญได้ตามความถนัดของตน และมีความรับผิดชอบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ สมาพันธ์สภาวิชาชีพขอให้เดิม **โดยต้องมีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานและจริยธรรม** ในตอนท้ายประโยค

มาตรา ๕๑ รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุข และการบริหารสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนามิติปัญหาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด **โดยผู้ให้การบริการสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครอง**

ในรัฐธรรมนูญฉบับนี้กล่าวถึงสุขภาพโดยตรงเพียงมาตราเดียว สมาพันธ์สภาวิชาชีพขอให้เดิมคำว่า **การบริหารสุขภาพ** เพราะบุคลากรด้านสุขภาพให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และได้ขอเดิม **โดยผู้ให้การบริการสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครอง** คนที่ทำดีช่วยเหลือผู้อื่นเราจะต้องคุ้มครองให้เขาปลอดภัยและมีกำลังใจในการทำงาน ในประเทศที่พัฒนาแล้วมักจะมีกฎหมายคุ้มครองบุคลากรที่เข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินอันตรายถึงชีวิตจากการถูกฟ้องร้องทั้งทางแพ่งและอาญา มิฉะนั้นจะไม่มีใครเสี่ยงเข้าไปช่วยดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ แล้วปล่อยให้ตายหมด

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

CONTENTS

The Medical News ฉบับที่ 455 ประจำเดือนมีนาคม 2559



37



22



41



4



19



7

3 โลกกว้างทางแพทย์

- ผลลัพธ์ระยะยาว Triptorelin ในเคมีบำบัดมะเร็งเต้านม
- Selexipag สำหรับความดันโลหิตเลือดแดงปอดสูง
- ตรวจ Cardiac Troponin I ในผู้ป่วยสงสัยกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- ความเสี่ยงเผาผลาญน้ำตาลบกพร่อง และภาวะก่อนเบาหวานตามสูตรเบาหวานชนิดที่ 2

7 Get Up

- คืบหน้า! กระดูกอ่อนซ่อมแซมอวัยวะ
- สาธารณสุขอังกฤษอนุมัติบุหรี่ไฟฟ้า
- สหรัฐฯ ยกเลิกห้ามเกย์บริจาคเลือด

9 Movement

10 ข่าวสารการแพทย์

- สธ.ใช้ 4 ยุทธศาสตร์แก้ปัญหาสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำเข้าถึงบริการ
- สบส.จัดทำคู่มือ "มาตรฐานการทดสอบเครื่องมือตรวจวัดทางการแพทย์" ครั้งแรกในประเทศไทย

12 รายงานพิเศษ

แพทย์สมาคมแพทยระมัดระวังการโฆษณา
การประกอบวิชาชีพเวชกรรมทางโซเชียลมีเดีย

13 In Focus

มูลนิธิทาคาเคด้าเปิดโอกาสแพทย์ไทยทุกสาขา
คว้าทุนศึกษาดูงานและวิจัยทางการแพทย์ที่ญี่ปุ่น

17 Special

ดร.นพ.เกริกวิชัย ศิลปวิทยาท
เมธีวิจัย สกว. อาจารย์ประจำศูนย์วิจัยและฝึกอบรม
สาขาโรคทางไฟฟ้าของหัวใจ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
แนะโรคหัวใจสลาย เป็นแล้วอาจถึงตาย

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

การตรวจคัดกรองหาโรค

21 นานาสาระ

เซเลเนียมกับความเครียดต่อการเป็นมะเร็ง

24 Systematic Review

การเสริมจมูกในคนจมูกสั้น

25 เสียงแพทย์

การปฏิรูประบบสาธารณสุขในสมัย คสช. (ตอนที่ 2)

27 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

เส้นใยพอลิเมอร์แบบอ่อนนุ่มสำหรับงานทางด้านสรีรวิทยาไฟฟ้า

29 รอบรู้เรื่องยา

พลาสติกต่อต้านจุลินทรีย์

32 Radar

เทคนิคใหม่ในการรักษาโรคกระดูกสะโพกเสื่อมด้วย
"การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแนวใหม่แบบไม่ตัดกล้ามเนื้อ"

33 จุฬาปริทัศน์

ความเป็นมาของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
โรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

35 หลากสีสัน

ความสุข

37 เฉพาะโรค

โรค Autoimmune Myopathy จากยาในกลุ่ม Statins

41 เกาะติดงานประชุม

สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)
จัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2559
"Quality Care in Maternal and Fetal Medicine"

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

CME PLUS

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections)

โรคติดเชื้อ Non-tuberculous Mycobacteria

(Non-tuberculous Mycobacteriosis)

ผลลัพธ์ระยะยาว Triptorelin ในเคมีบำบัดมะเร็งเต้านม

JAMA. 2015;314(24):2632-2640.

บทความเรื่อง Ovarian Suppression with Triptorelin during Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy and Long-term Ovarian Function, Pregnancies, and Disease-Free Survival: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า ปัจจุบันผลลัพธ์การรักษาก่อนการผ่าตัดของมดลูกจากการให้ luteinizing hormone-releasing hormone analogues (LHRHa) ระหว่างเคมีบำบัดยังคงเป็นที่ถกเถียงกันเนื่องจากขาดข้อมูลการทำงานของมดลูกและการตั้งครรภ์ในระยะยาว รวมถึงความกังวลด้านความปลอดภัยจากปฏิกิริยาด้านลบระหว่างฮอร์โมนบำบัดและเคมีบำบัด

การศึกษานี้ได้ประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของ ovarian suppression ด้วย LHRHa ระหว่างเคมีบำบัดสำหรับมะเร็งเต้านม โดยศึกษาแบบ parallel, randomized, open-label, phase 3 superiority trial จากโรงพยาบาล 16 แห่งในอิตาลี การศึกษาได้รวบรวมผู้ป่วยหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือนซึ่งเป็นมะเร็งเต้านมชนิด hormone receptor-positive หรือ hormone

receptor-negative ระยะ stage I-III รวม 281 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม ค.ศ. 2003 ถึงเดือนมกราคม ค.ศ. 2008 และติดตามรายปีครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 3 มิถุนายน ค.ศ. 2014

ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด (adjuvant หรือ neoadjuvant) อย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) หรือได้รับเคมีบำบัดร่วมกับ triptorelin (กลุ่ม LHRHa group) จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ อุบัติการณ์ของภาวะหมดประจำเดือนจากเคมีบำบัด จุดยุติในภายหลัง ได้แก่ การทำงานของมดลูกในระยะยาว (ประเมินจากการมีประจำเดือน โดยระบุจากการกลับมามีประจำเดือนอย่างน้อย 1 รอบ) การตั้งครรภ์ และการรอดชีวิตโดยปราศจากโรค

มีผู้หญิงได้รับการสุ่ม 281 ราย (มัธยฐานอายุ 39 ปี [range 24-45]) โดยมีมัธยฐานการติดตามเท่ากับ 7.3 ปี (interquartile range 6.3-8.2 years) ค่าประมาณอุบัติการณ์สะสมที่ 5 ปีของการกลับมามีประจำเดือนเท่ากับ 72.6% (95% CI 65.7%-80.3%) ในผู้หญิง 148 ราย ในกลุ่ม LHRHa และ 64.0% (95% CI 56.2%-72.8%) ในผู้หญิง 133 รายในกลุ่มควบคุม (hazard ratio [HR] 1.28 [95% CI 0.98-1.68]; $p=0.07$; age-adjusted HR 1.48 [95% CI 1.12-1.95])

$p=0.006$) โดยพบการตั้งครรภ์ 8 ราย (ค่าประมาณอุบัติการณ์สะสมที่ 5 ปี เท่ากับ 2.1% [95% CI 0.7%-6.3%]) ในกลุ่ม LHRHa และ 3 ราย (ค่าประมาณอุบัติการณ์สะสมที่ 5 ปี เท่ากับ 1.6% [95% CI 0.4%-6.2%]) ในกลุ่มควบคุม (HR 2.56 [95% CI 0.68-9.60]; $p=0.14$; age-adjusted HR 2.40 [95% CI 0.62-9.22]; $p=0.20$) อัตราการรอดชีวิตโดยปราศจากโรคเท่ากับ 80.5% (95% CI 73.1%-86.1%) ในกลุ่ม LHRHa และ 83.7% (95% CI 76.1%-89.1%) ในกลุ่มควบคุม (LHRHa vs control: HR 1.17 [95% CI 0.72-1.92]; $p=0.52$)

จากผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนซึ่งเป็นมะเร็งเต้านมชนิด hormone receptor-positive หรือ hormone receptor-negative พบว่า การให้ triptorelin ร่วมกับเคมีบำบัดเมื่อเทียบกับการให้เคมีบำบัดอย่างเดียวสัมพันธ์กับความน่าจะเป็นของการฟื้นฟูการทำงานของมดลูกในระยะยาวที่สูงกว่าโดยไม่มีความแตกต่างที่สำคัญทางสถิติด้านอัตราการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ไม่พบผลต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติด้านการรอดชีวิตโดยปราศจากโรคในผู้หญิงที่ได้รับ triptorelin และผู้ที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างเดียว

ความเสี่ยงมะเร็งชนิดที่ 2 หลังการรักษา Hodgkin's Lymphoma

N Engl J Med 2015;373:2499-2511.

บทความเรื่อง Second Cancer Risk Up to 40 Years after Treatment for Hodgkin's Lymphoma รายงานว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากมะเร็ง Hodgkin's lymphoma มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อ malignant neoplasms ที่สัมพันธ์กับการรักษา ขณะที่ยังไม่มีความชัดเจนด้านความเสี่ยงระยะยาวต่อมะเร็งชนิดที่ 2 จากการรักษาอันมีผลข้างเคียงน้อยกว่าซึ่งเริ่มเป็นที่รู้จักในช่วงปลายทศวรรษที่ 80

การศึกษาได้รวบรวมผู้ป่วย 3,905 รายในประเทศเนเธอร์แลนด์ซึ่งรอดชีวิตมาแล้วอย่างน้อย 5 ปีนับจากเริ่มการรักษามะเร็ง Hodgkin's lymphoma ระหว่างปี ค.ศ. 1965-2000 ขณะอายุระหว่าง 15-50 ปี โดยได้เปรียบเทียบความเสี่ยงมะเร็งชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยกับความเสี่ยงที่คาดหวังตามอุบัติการณ์โรคมะเร็งในกลุ่มประชากรทั่วไป และเปรียบเทียบความเสี่ยงจำเพาะการรักษาภายในกลุ่มผู้ป่วย

จากมัธยฐานการติดตามระยะ 19.1 ปี พบมะเร็งชนิดที่ 2 รวม 1,055 รายในผู้ป่วย 908 ราย

โดยมี standardized incidence ratio (SIR) เท่ากับ 4.6 (95% confidence interval [CI] 4.3-4.9) ในกลุ่มทดลองเทียบกับประชากรทั่วไป ความเสี่ยงยังคงสูงขึ้นที่ 35 ปีหรือนานกว่าหลังการรักษา (SIR 3.9; 95% CI 2.8-5.4) โดยอุบัติการณ์สะสมของมะเร็งชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองที่ 40 ปีเท่ากับ 48.5% (95% CI 45.4-51.5) แต่อุบัติการณ์สะสมของมะเร็งชนิดที่ 2 ไม่ต่างกันจากรยะเวลาที่ศึกษา (ค.ศ. 1965-1976, 1977-1988 หรือ 1989-2000) ($p=0.71$ สำหรับ heterogeneity) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการศึกษามะเร็งเต้านมอยู่ที่ระดับต่ำกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย supradiaphragmatic-field radiotherapy ซึ่งไม่รวม axilla เทียบกับผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย mantle-field irradiation (hazard ratio 0.37; 95% CI 0.19-0.72)



แต่ความเสี่ยงมะเร็งเต้านมก็ไม่ต่ำกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในช่วงปี ค.ศ. 1989-2000 เทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาใน 2 ช่วงก่อน ขนาดสะสมของ procarbazine ที่เท่ากับ 4.3 กรัมหรือมากกว่าต่อตารางเมตรของพื้นที่ผิวกาย (สัมพันธ์กับภาวะหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ) สัมพันธ์กับความเสี่ยงมะเร็งเต้านมที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (hazard ratio สำหรับการเปรียบเทียบกับไม่ได้รับเคมีบำบัดเท่ากับ 0.57; 95% CI 0.39-0.84) ขณะที่มีความเสี่ยงสูงกว่าต่อมะเร็งทางเดินอาหาร (hazard ratio 2.70; 95% CI 1.69-4.30)

ความเสี่ยงมะเร็งชนิดที่ 2 ไม่ต่ำกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในช่วงปีปฏิทินล่าสุด (ค.ศ. 1989-2000) เทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในช่วงเวลาก่อนหน้านี้ ด้วยเหตุนี้จึงยังคงจำเป็นที่จะต้องตระหนักถึงความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อมะเร็งชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากมะเร็ง Hodgkin's lymphoma

Selexipag สำหรับความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง

N Engl J Med 2015;373:2522-2533.

บทความเรื่อง Selexipag for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension รายงานว่า ข้อมูลจากการศึกษา phase 2 ของ selexipag ซึ่งเป็น oral selective IP prostacyclin-receptor agonist แสดงให้เห็นประโยชน์ในการรักษาภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงจึงนำมาสู่การศึกษา phase 3 โดยสุ่มให้ผู้ป่วยภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง 1,156 รายได้รับ ยาหลอก หรือ selexipag ปริมาณตามผู้ป่วย (สูงสุด 1,600 ไมโครกรัม วันละ 2 ครั้ง) ซึ่งไม่อยู่ระหว่างได้รับการรักษาภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง หรือได้รับ endothelin-receptor antagonist หรือ phosphodiesterase type 5 inhibitor หรือทั้งสองอย่าง จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ ผลรวมการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ หรือภาวะ

แทรกซ้อนจากภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงจนถึงสิ้นสุดการรักษา (7 วันหลังได้รับ selexipag หรือยาหลอกครั้งสุดท้าย)

เหตุการณ์จุดยุติปฐมภูมิเกิดขึ้นในผู้ป่วย 397 ราย โดยมีอัตรา 41.6% ในกลุ่มที่ได้รับ ยาหลอก และ 27.0% ในกลุ่มที่ได้รับ selexipag (hazard ratio ในกลุ่มที่ได้รับ selexipag เทียบกับ กลุ่มที่ได้รับยาหลอกเท่ากับ 0.60; 99% confidence interval 0.46-0.78; $p < 0.001$) โดยมีอัตราการกลายของโรคและการนอนโรงพยาบาลใน 81.9% ของเหตุการณ์ ผลของ selexipag ต่อจุดยุติปฐมภูมิใกล้เคียงกับในกลุ่มย่อยของผู้ป่วยซึ่งไม่ได้รับการรักษาเริ่มต้น และในกลุ่มย่อยของผู้ป่วยซึ่งได้รับการรักษาที่เริ่มต้น (รวมถึงในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งสองตัว) เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ

รวม 105 รายในกลุ่มยาหลอก และ 100 ราย ในกลุ่ม selexipag โดยรวมมีผู้ป่วย 7.1% ในกลุ่ม ยาหลอก 14.3% ในกลุ่ม selexipag ที่หยุดยา เนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยมากที่สุดในกลุ่ม selexipag สอดคล้องกับผลข้างเคียงจาก prostacyclin ได้แก่ ปวดศีรษะ ท้องร่วง คลื่นไส้ และปวดกราม

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงชี้ว่า ความเสี่ยงต่อจุดยุติปฐมภูมิของการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญจากการรักษาด้วย selexipag เทียบกับยาหลอก โดยไม่พบผลต่างที่มีนัยสำคัญด้านอัตราตายระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม



การทำงานของต่อมไทรอยด์ขณะเริ่มตั้งครรภ์ต่อไอคิวและลักษณะสมองวัยเด็ก

Lancet Diabetes Endocrinol. 2016;4(1):35-43.

บทความเรื่อง Association of Maternal Thyroid Function during Early Pregnancy with Offspring IQ and Brain Morphology in Childhood: A Population-Based Prospective Cohort Study รายงานว่า ฮอรโมนไทรอยด์สัมพันธ์กับ พัฒนาการทางสมองในช่วงแรก เนื่องจากต่อมไทรอยด์ของตัวอ่อนยังไม่สมบูรณ์จนกว่าอายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ การเคลื่อนย้ายของเซลล์ประสาทและพัฒนากายทางสมองระหว่างอยู่ในครรภ์จึงต้องพึ่งพาฮอรโมนไทรอยด์ของแม่เป็นหลัก แม้แนวทางเวชปฏิบัติปัจจุบันส่วนใหญ่เน้นไปที่การป้องกันผลกระทบจากระดับฮอรโมนไทรอยด์ที่ต่ำ แต่ข้อมูลจากการศึกษาในสัตว์ทดลองชี้ว่าระดับฮอรโมนไทรอยด์ที่สูงและต่ำล้วนส่งผลกระทบต่อพัฒนากายทางสมองของลูก การศึกษานี้จึงมีขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของต่อมไทรอยด์ของแม่ต่อไอคิวของระดับสติปัญญา (ไอคิว) และลักษณะของสมองในเด็ก

จากการศึกษา population-based prospective cohort study ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษา Generation R Study (Rotterdam, Netherlands) นี้ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการทำงานของฮอรโมนไทรอยด์ของแม่ต่อไอคิวของเด็ก (ประเมินจากแบบทดสอบวัดความสามารถ

ทางสติปัญญาที่ไม่ใช่ภาษา) และลักษณะของสมอง (ประเมินจาก MRI) นักวิจัยรวบรวมผู้หญิงซึ่งมีตัวอ่อนอย่างชัดเจนในช่วงเริ่มตั้งครรภ์ (< 18 สัปดาห์) และมีกำหนดคลอดระหว่างวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2002 ถึงวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2006 และวิเคราะห์ข้อมูลการทำงานของ thyroid-stimulating hormone, free thyroxine, thyroid peroxidase antibodies (ที่สัปดาห์ที่ 9-18 ของการตั้งครรภ์) และไอคิวของเด็ก (ประเมินที่มัธยมศึกษาอายุ 6.0 ปี [95% range 5.6-7.9 years]) หรือการตรวจ MRI สมอง (ที่มัธยมศึกษาอายุ 8.0 ปี [6.2-10.0]) นักวิจัยวิเคราะห์ได้ปรับสำหรับตัวแปรกวน ได้แก่ ระดับ human chorionic gonadotropin รวมถึง thyroid-stimulating hormone และ free thyroxine ในเด็ก

มีข้อมูลไอคิวเด็กจากแม่ลูก 3,839 คู่ และมีข้อมูล MRI จากเด็ก 646 ราย ระดับ free thyroxine ของแม่มีความสัมพันธ์กับไอคิวเด็ก

($p = 0.0044$) ปริมาตรสมองเนื้อเทาของเด็ก ($p = 0.0062$) และปริมาตรของ cortex ($p = 0.0011$) ซึ่งระดับ free thyroxine ที่ต่ำและสูงของแม่ส่งผลให้ไอคิวเฉลี่ยของเด็กลดลง 1.4-3.8 คะแนน ขณะที่ระดับ thyroid-stimulating hormone ของแม่ไม่สัมพันธ์กับไอคิวหรือลักษณะสมองของเด็ก ความสัมพันธ์ทั้งหมดยังใกล้เคียงกันภายหลังตัดผู้หญิงที่มีภาวะ overt hypothyroidism และ overt hyperthyroidism และภายหลังการปรับระดับ human chorionic gonadotropin รวมถึง thyroid-stimulating hormone และ free thyroxine หรือของเด็ก thyroid peroxidase antibodies (continuous หรือ positivity)

ระดับ free thyroxine ที่ต่ำและสูงของแม่ระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับไอคิวที่ต่ำกว่า รวมถึงปริมาตรสมองเนื้อสีเทาและปริมาตรของ cortex ที่ต่ำกว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระดับ free thyroxine ที่สูงของแม่และไอคิวที่ต่ำของเด็กเสนอแนะว่า การรักษาด้วย levothyroxine สำหรับผู้หญิงที่มีภาวะ subclinical hypothyroidism ระหว่างตั้งครรภ์อาจเสี่ยงต่อผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ด้านพัฒนากายทางสมองของเด็ก หากการรักษานั้นมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการทำงานของไทรอยด์ให้ถึงระดับสูง (high-normal)



ตรวจ Cardiac Troponin I ในผู้ป่วยสงสัยกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Lancet. 2015;386(10012):2481-2488.

บทความเรื่อง High-sensitivity Cardiac Troponin I at Presentation in Patients with Suspected Acute Coronary Syndrome: A Cohort Study รายงานว่า กลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุหลักของการรับเข้ารักษาฉุกเฉินและเป็นภาระใหญ่ในการดูแลรักษาด้วยเหตุนี้แผนยุทธศาสตร์เพื่อระบุผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำและสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้จึงน่าจะมีประโยชน์ที่เด่นชัด

การศึกษานี้ได้ศึกษาแบบ prospective cohort study จากผู้ป่วย 6,304 รายที่สงสัยว่าเป็นกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการนำส่งยังโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิในสกอตแลนด์ โดยได้วัดระดับ plasma troponin ด้วย high-sensitivity cardiac troponin I assay สำหรับ derivation cohort และ validation cohort ได้ประเมินค่าทำนายผลลบของ troponin แต่ละระดับสำหรับผลลัพธ์หลักด้านกล้ามเนื้อหัวใจตาย



(index myocardial infarction หรือ subsequent myocardial infarction) หรือการเสียชีวิตจากโรคหัวใจที่ 30 วัน

ผู้ป่วย 782 ราย (16%) จาก 4,870 ราย ใน derivation cohort เกิด index myocardial infarction โดยพบผู้ป่วยอีก 32 ราย (1%) ที่ต้องนำส่งซ้ำจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ 75 ราย (2%) เสียชีวิตจากโรคหัวใจที่ 30 วัน ในผู้ป่วยที่ไม่พบกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อถึงโรงพยาบาลพบว่าระดับ troponin ต่ำกว่า 5 นาโนกรัม/ลิตรใน 2,311 ราย (61%) จาก 3,799 ราย โดยมีค่าการ

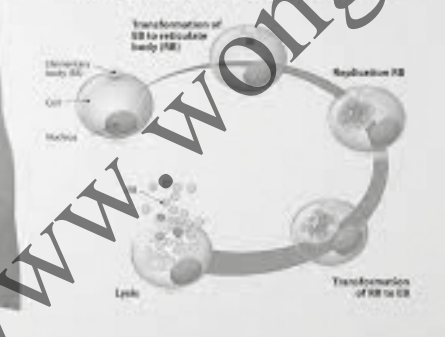
ทำนายผลลบเท่ากับ 99.6% (95% CI 99.3-99.8) สำหรับผลลัพธ์หลัก ค่าการทำนายผลลบคงที่ในแต่ละกลุ่มซึ่งจำแนกตามอายุ เพศ ปัจจัยเสี่ยงและโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นมาก่อน จาก validation cohort 2 กลุ่มพบว่า ระดับ troponin ต่ำกว่า 5 นาโนกรัม/ลิตรในผู้ป่วย 594 ราย (56%) จาก 1,061 ราย โดยมีค่าการทำนายผลลบโดยรวมเท่ากับ 99.4% (98.8-99.9) ซึ่งที่ 1 ปีพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่ำกว่าต่อกล้ามเนื้อหัวใจตายและการเสียชีวิตจากโรคหัวใจเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับ troponin เท่ากับ 5 นาโนกรัม/ลิตร หรือมากกว่า (0.6% vs 3.3%; adjusted hazard ratio 0.41, 95% CI 0.21-0.80; $p < 0.0001$)

ระดับ plasma troponin ที่ต่ำชี้ให้เห็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำมาต่อเหตุการณ์ของโรคหัวใจซึ่งสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ การนำแนวทางนี้มาปฏิบัติจึงอาจลดอัตราการรับผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญอันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อทั้งผู้ป่วยและบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพ

Azithromycin และ Doxycycline สำหรับติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis*



LIFE CYCLE OF THE CHLAMYDIA



N Engl J Med 2015;373:2512-2521.

บทความเรื่อง Azithromycin versus Doxycycline for Urogenital *Chlamydia trachomatis* Infection รายงานว่า การติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ที่ระบบขับถ่ายปัสสาวะเป็นปัญหาที่พบบ่อยและนำไปสู่ปัญหาเรื้อรังสืบพันธุ์ โดยมีการศึกษาหลายฉบับชี้ให้เห็นปัญหาด้านประสิทธิผลของ azithromycin สำหรับการติดเชื้อ *chlamydia*

การศึกษานี้ได้เปรียบเทียบผลลัพธ์ของ oral azithromycin ด้วย doxycycline ในการรักษาการติดเชื้อ *chlamydia* ระบบขับถ่ายปัสสาวะในวัยรุ่นเพื่อประเมินความไม่ด้อยกว่าของ azithromycin (1 กรัม) ต่อ doxycycline (100 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน) โดยติดตามการรักษาโดยตรง จุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ การไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ 28 วันหลังเริ่มให้ยาโดยประเมินจาก nucleic acid amplification

testing, ประวัติทางเพศ และ outer membrane protein A (OmpA) genotyping ของ *C. trachomatis* strains

มีอาสาสมัครได้รับ azithromycin 284 ราย และได้รับ doxycycline จากจำนวนทั้งสิ้น 567 ราย โดยรวบรวม per-protocol population จากอาสาสมัคร 155 รายในแต่ละกลุ่ม (65% เป็นชาย) จากการศึกษาไม่พบการไม่ตอบสนองต่อการรักษาในกลุ่มที่ได้รับ doxycycline ขณะที่พบ 5 รายในกลุ่มที่ได้รับ azithromycin (3.2%; 95% confidence interval 0.4%-7.4%) ผลต่างด้านอัตราการไม่ตอบสนองระหว่างทั้ง 2 กลุ่มเท่ากับ 3.2 percentage points โดยมี upper boundary ของค่า 90% confidence interval เท่ากับ 5.9 percentage points ซึ่งเกินจากจุดตัด 5 percentage point cutoff สำหรับระบุความไม่ด้อยกว่าของ azithromycin

จากการศึกษาในประชากรติดตามการรักษาการติดเชื้อ *chlamydia* ระบบปัสสาวะพบว่า ประสิทธิภาพของ azithromycin เท่ากับ 97% และประสิทธิภาพของ doxycycline เท่ากับ 100% โดยไม่พบความไม่ด้อยกว่าของ azithromycin ในบริบทนี้

ความเสี่ยงเผาผลาญน้ำตาลบกพร่อง และภาวะก่อนเบาหวานลามสู่เบาหวานชนิดที่ 2



Lancet. 2016;4(1):44-51.

บทความเรื่อง Lifetime Risk of Developing Impaired Glucose Metabolism and Eventual Progression from Prediabetes to Type 2 Diabetes: A Prospective Cohort Study ซึ่งว่า ปัจจุบันยังคงมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับความเสี่ยงตลอดชีวิตของการเกิดภาวะเผาผลาญน้ำตาลบกพร่องรวมถึงภาวะก่อนเบาหวาน เช่นเดียวกับข้อมูลสำหรับความเสี่ยงการกำเริบจากภาวะก่อนเบาหวานไปสู่โรคเบาหวาน และการเริ่มใช้อินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่เคยรักษามาก่อน การศึกษานี้จึงมีขึ้นเพื่อคำนวณความเสี่ยงตลอดชีวิตของภาวะเผาผลาญน้ำตาลบกพร่องตั้งแต่ระดับปกติ (normoglycaemia) จนถึงภาวะก่อนเบาหวาน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จนถึงการใช้อินซูลิน

การศึกษา prospective population-based cohort analysis นี้ใช้ข้อมูลจากการศึกษา Rotterdam Study โดยระบุการวินิจฉัยจากระเบียบแพทย์ทั่วไป จัดหมายจำหน่ายผู้ป่วย ข้อมูลจ่ายยา และระดับน้ำตาลขณะอดอาหารจากการตรวจตามนัด ภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ

ภาวะก่อนเบาหวาน และโรคเบาหวานระบุจากเกณฑ์ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารขององค์การอนามัยโลก (ระดับน้ำตาลปกติ: ≤ 6.0 มิลลิโมล/ลิตร; ภาวะก่อนเบาหวาน: > 6.0 มิลลิโมล/ลิตร และ < 7.0 มิลลิโมล/ลิตร และโรคเบาหวาน ≥ 7.0 มิลลิโมล/ลิตร หรือการชั่งยาลดน้ำตาล) การศึกษาได้คำนวณความเสี่ยงตลอดชีวิตด้วย survival analysis ที่ปรับปรุงแล้วและปรับความเสี่ยงการเสียชีวิต นอกจากนี้ได้ประมาณความเสี่ยงการลุกลามจากภาวะก่อนเบาหวานไปสู่โรคเบาหวาน และจากโรคเบาหวานที่ต้องใช้อินซูลินไปสู่โรคเบาหวานที่ต้องใช้อินซูลิน ตลอดจนคำนวณปีที่มีการเผาผลาญน้ำตาลเป็นปกติ

การศึกษาได้ใช้ข้อมูลจากอาสาสมัคร 10,050 รายจากการศึกษา Rotterdam Study ระหว่างการติดตามจนถึง 14.7 ปี (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 1997 ถึงวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2012) พบอาสาสมัคร 1,148 รายเกิดภาวะก่อนเบาหวาน prediabetes, 828 รายเกิดโรคเบาหวาน และ 237 รายเริ่มการใช้อินซูลิน ที่อายุ 45 ปีพบว่า ความเสี่ยงตลอดชีวิตเท่ากับ 48.7% (95% CI

46.2-51.3) สำหรับภาวะก่อนเบาหวาน, 31.3% (29.3-33.3) สำหรับโรคเบาหวาน และ 9.1% (7.8-10.3) สำหรับการใช้อินซูลิน ในอาสาสมัครอายุ 45 ปีพบว่า ความเสี่ยงตลอดชีวิตสำหรับการลุกลามจากภาวะก่อนเบาหวานไปสู่โรคเบาหวานเท่ากับ 74.0% (95% CI 67.6-80.5) และ 49.1% (38.2-60.0) ของอาสาสมัครที่เป็นเบาหวานเมื่ออายุ 45 ปีได้เริ่มใช้อินซูลิน ทั้งนี้ความเสี่ยงตลอดชีวิตลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ขณะที่สูงขึ้นตามค่า BMI และรอบเอวที่เพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ยพบว่าอาสาสมัครที่อ้วนมากมีการเกิดภาวะเผาผลาญน้ำตาลบกพร่องเร็วกว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักตัวปกติราว 10 ปี

ภาวะเผาผลาญน้ำตาลบกพร่องส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยผลการศึกษาได้เน้นย้ำความจำเป็นที่จะต้องมีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพก่อนและควรเริ่มโดยเร็วเท่าที่จะทำได้ นอกจากนี้ความเสี่ยงตลอดชีวิตของภาวะก่อนเบาหวานและโรคเบาหวานในผู้ที่น้ำหนักตัวปกติก็สนับสนุนให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ที่ไม่มีภาวะอ้วนเช่นกัน

ความเสี่ยงเสียชีวิตและสโตรกในผู้ป่วยล้างไตและมี AF

Circulation. December 17, 2015.

บทความเรื่อง Risks of Death and Stroke in Patients Undergoing Hemodialysis with New-Onset Atrial Fibrillation: A Competing-Risk Analysis of a Nationwide Cohort รายงานว่า การใช้ยา oral anticoagulant (OAC) ในผู้ป่วยล้างไตซึ่งพบ atrial fibrillation (AF) ยังคงเป็นที่ถกเถียงกันเนื่องจากยังไม่มีข้อมูลชัดเจนถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ การศึกษานี้จึงประเมินความเสี่ยงต่อหลอดเลือดสมองตีบในผู้ป่วยล้างไตซึ่งเพิ่งพบ AF โดยเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาหัวใจเต้นผิดจังหวะ

การศึกษามีรูปแบบเป็น nationwide, population-based, propensity score-matched cohort study โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล from Taiwan's National Health Insurance Research Database ระหว่างปี ค.ศ. 1988-2011 สำหรับผู้ป่วยล้างไตที่เพิ่งเป็น non-valvular AF โดยเทียบเคียงกับผู้ป่วยที่ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ จุดยุติทางคลินิก ได้แก่ หลอดเลือดสมองตีบ (ถึงแก่ชีวิตหรือไม่ถึงแก่ชีวิต) การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านหัวใจและหลอดเลือดที่ร้ายแรง

เมื่อเทียบกับกลุ่มเทียบเคียงพบว่า ผู้ป่วย AF (n = 6,772) มีความเสี่ยงสูงกว่าต่อหลอดเลือดสมองตีบ (adjusted hazard ratio [aHR] 1.27, 95% confidence interval [CI] 1.13-1.43), all-cause death (aHR 1.59, 95% CI 1.52-1.67), การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาล (aHR 1.83, 95% CI 1.71-1.94), กล้ามเนื้อหัวใจตาย (aHR 1.33, 95% CI 1.17-

1.51) และการอยู่โรงพยาบาลเนื่องจากหัวใจล้มเหลว (aHR 1.90, 95% CI 1.76-2.05) เมื่อพิจารณาการเสียชีวิตในโรงพยาบาลในฐานะ competing risk พบว่า AF เพิ่มความเสี่ยงต่อหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญ (HR 1.56, 95% CI 1.45-1.68) แต่ไม่รวมถึงความเสี่ยงสำหรับหลอดเลือดสมองตีบและกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ค่าการทำนายของคะแนน CHA2DS2-VASc สำหรับหลอดเลือดสมองตีบก็ต่ำลงใน competing risk model

ความเสี่ยงสโตรกสูงกว่าเล็กน้อยในผู้ป่วยล้างไตที่เพิ่งเป็น AF เทียบกับในผู้ป่วยที่ไม่เป็น AF และมีนัยสำคัญเมื่อปรับ competing risk ด้านการเสียชีวิตในโรงพยาบาล



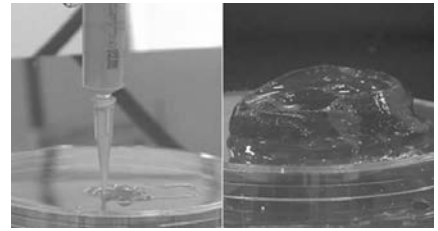
คืบหน้า! กระดูกอ่อนซ่อมแซมอวัยวะ

ปีปีซี - การผ่าตัดซ่อมแซมอวัยวะด้วยกระดูกอ่อนจากเซลล์มนุษย์อาจทำได้จริงในอีก 3 ปีข้างหน้า

ศาสตราจารย์เอียน วิเทเกอร์ สรุปแนวทางการรักษาโดยสังเขปว่า กระบวนการนี้เป็นการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ด้วยเซลล์ของมนุษย์ จากนั้นจึงนำมาขึ้นรูปด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ ก่อนนำไปเพาะจนได้คุณสมบัติตามต้องการ โดยมองว่าเนื้อเยื่อที่สร้างขึ้นใหม่จะมีบทบาทในการซ่อมแซม

กระดูกหรือหักที่ขาดไป และในภายหน้ายังใช้ซ่อมแซมอวัยวะที่มีขนาดใหญ่ เช่น กระดูกกล้ามเนื้อ และหลอดเลือดได้อีกด้วย

ศาสตราจารย์วิเทเกอร์ กล่าวว่าในขั้นตอนต่อไปทางคณะวิจัยจะเริ่มการศึกษาในสัตว์ทดลองและเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบมาตรฐานด้านจริยธรรมก่อนที่จะนำมาใช้ในการรักษาจริง โดยคาดว่าหากเทคโนโลยีนี้ได้รับการอนุมัติก็จะถูกนำไปสู่การซ่อมแซมอวัยวะส่วนที่ขาดหายไปได้



ภายในระยะเวลาเพียง 2 เดือน ทั้งยังสามารถเลี้ยงการนำเนื้อเยื่อจากส่วนอื่นมาใช้อันเป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่อง หรือผลเป็นที่ตาแห่งอื่น

สาธารณสุขอังกฤษอนุมัติบุหรี่ไฟฟ้า

ปีปีซี - สำนักงานสาธารณสุขอังกฤษ (PHE) อนุมัติบุหรี่ไฟฟ้ายี่ห้อหนึ่งในฐานะอุปกรณ์ช่วยเลิกบุหรี่

มติดังกล่าวทำให้มองกันว่าบุหรี่ไฟฟ้าอาจกลายเป็นอุปกรณ์ที่สามารถสั่งจ่ายในบริการสาธารณสุขแห่งชาติของอังกฤษ (NHS) โดยผู้บริหาร PHE เปิดเผยว่าการรับรองบุหรี่ไฟฟ้ามีขึ้นจากสถิติปัจจุบันที่ชี้ว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอุปกรณ์ช่วยเลิกบุหรี่ที่ได้รับความนิยมมากที่สุด และ PHE ต้องการเพิ่มทางเลือกที่ทั้งปลอดภัยและมีประสิทธิภาพซึ่งนักสูบสามารถใช้ได้อย่างสะดวกใจ

อีกด้านหนึ่งมีเสียงทักท้วงจากผู้เชี่ยวชาญรวมถึงสมาคมแพทย์แห่งอังกฤษซึ่งชี้ว่า ประโยชน์และโทษจากบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่เพิ่งเกิดใหม่ยังไม่มีข้อมูลที่ละเอียดเพียงพอ ซึ่งแพทย์อาจหลีกเลี่ยงสั่งจ่ายบุหรี่ไฟฟ้าแก่ผู้ป่วยหากปราศจากข้อมูล



ว่ามีประโยชน์ที่ชัดเจน

ด้าน NHS เปิดเผยว่า ปัจจุบันชาวอังกฤษจำนวนมากตั้งใจจะเลิกหรืออยู่ระหว่างพยายามเลิกสูบบุหรี่ และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หนักสูบบุหรี่ไปพึ่งบุหรี่ไฟฟ้ามีจำนวนสูงขึ้นเป็นลำดับ โดยมีสถิติที่น่าสนใจว่า 9 ใน 5 ของนักสูบที่ใช้นิรไฟฟ้าร่วมกับบริการช่วยเลิกบุหรี่ของ NHS สามารถเลิกบุหรี่ได้เป็นผลสำเร็จ

ปีปีซี - สำนักงานสาธารณสุขอังกฤษ (PHE) ชวนผู้ปกครองดาวน์โหลดแอปพลิเคชันคำนวณปริมาณน้ำตาลในอาหารและเครื่องดื่ม เพื่อร่วมป้องกันฟันผุ โรคอ้วน เบาหวานชนิดที่ 2 และส่งเสริมโภชนาการที่ดี

แหล่งข่าวรายงานว่า การวัดปริมาณน้ำตาลผ่านแอปพลิเคชันสามารถทำได้โดยสแกนที่บาร์โค้ดของผลิตภัณฑ์ ซึ่งแอปพลิเคชันจะแสดงปริมาณน้ำตาลเป็นจำนวนก้อนหรือกรัม เบื้องต้นสามารถใช้กับผลิตภัณฑ์อาหารและ

ชวนโหลดแอปพลิเคชันคำนวณน้ำตาล

เครื่องดื่มในอังกฤษแล้วกว่า 75,000 รายการ และคาดว่าจะส่งผลดีต่อการสร้างความตระหนักถึงปริมาณน้ำตาลส่วนเกินที่ซ่อนอยู่ในอาหารและเครื่องดื่ม

ด้านข้อมูลสถิติชี้ว่า ปัจจุบันเด็กอายุระหว่าง 4-10 ปีในอังกฤษได้รับน้ำตาลส่วนเกินราวปีละ 22 กิโลกรัม หรือเทียบเป็นน้ำตาลราว 5,500 ก้อน ซึ่งปัญหานี้เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่โรคฟันผุ น้ำหนักขึ้น รวมถึงปัญหาสุขภาพร้ายแรงในอนาคต เช่น โรคหัวใจ เบาหวานชนิดที่ 2 และมะเร็งบางชนิด

อนึ่ง ผู้สนใจอาจทดลองดาวน์โหลดแอปพลิเคชันคำนวณปริมาณน้ำตาลได้ที่ App Store และนอกจากแอปพลิเคชันดังกล่าวแล้ว PHE ยังสนับสนุนมาตรการลดการบริโภคน้ำตาลผ่านแผนเก็บภาษีน้ำตาลและจำกัดการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มรสหวานในห้างสรรพสินค้า รวมถึงในสื่อโทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต ตลอดจนจกักการทำตลาดของผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มรสหวาน

สหรัฐฯ ยกเลิกห้ามเกย์บริจาacleือด

ซีเอ็นเอ็น – สำนักงานอาหารและยาสหรัฐอเมริกา (เอฟดีเอ) ประกาศยกเลิกข้อบังคับห้ามชายรักร่วมเพศบริจาคเลือดตลอดชีวิต

ข้อบังคับใหม่ระบุว่า ชายรักร่วมเพศสามารถบริจาคเลือดได้ในกรณีที่เว้นจากการมีเพศสัมพันธ์กับชายมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน โดยผู้บริหาร FDA เปิดเผยว่า มติดังกล่าวเป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย รวมถึงการปรึกษาร่วมกับคณะที่ปรึกษาภายนอก และหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง และถึงเวลาแล้วที่ FDA จะต้องทบทวนข้อบังคับดังกล่าวโดยอ้างอิงตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์

ข้อบังคับห้ามชายรักร่วมเพศและชายที่มีรสนิยมรักสองเพศมีขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2526 อันเป็นจุดเริ่มต้นของวิกฤติโรคเอดส์ซึ่งในครั้งนั้นยังมีน้อยคนที่เข้าใจกระบวนการแพร่ระบาดของโรค จนเมื่อปี พ.ศ. 2549 จึงเริ่มมีเสียงทักท้วงว่าข้อบังคับไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และการแพทย์รองรับ และเรียกร้องให้ FDA ทบทวนนโยบายอันมีลักษณะเป็นการกีดกันที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มรักร่วมเพศโดยเฉพาะ



เช็กวัยใสเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศ

ฟ็อกซ์นิวส์ – การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

ผลสำรวจจากเด็กวัยมัธยมในเกาหลีใต้ชี้ว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยสัมพันธ์กับสัดส่วนที่สูงขึ้นของวัยรุ่นที่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในวัยรุ่นชาย โดยเด็กที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่อมัธยมชั้นปีที่ 1 มี

ความเสี่ยงสูงกว่าเด็กที่รู้จักเพศสัมพันธ์เมื่ออยู่มัธยมชั้นปีที่ 6 ถึง 3 เท่า

ด้านนักวิจัยกล่าวว่า การเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วทั้งที่ยังขาดความรู้ด้านเพศศึกษาทำให้เด็กมีระยะเวลาของการมีเพศสัมพันธ์นานขึ้น และนำไปสู่การมีคู่นอนหลายคนโดยฝากข้อเสนอนี้ไปยังผู้ปกครองให้ตระหนักในกิจกรรมทางเพศของเด็กทั้งที่ยังอายุน้อย รวมถึงควรใส่ใจด้วยว่าเด็ก

มีกิจกรรมทางเพศอย่างไร และทำไปด้วยวัตถุประสงค์ใด

สังคมเกาหลีใต้ยังคงหลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องเพศโดยเปิดเผย ขณะที่เนื้อหาวิชาเพศศึกษาก็ไม่เคยมีการปรับปรุงเลยตลอด 10 ปีที่ผ่านมา ท่ามกลางสภาพสังคมปัจจุบันที่เด็กสามารถเข้าถึงสื่อลามกออนไลน์ได้อย่างง่ายดายและตั้งแต่อายุยังน้อย

คุมอาหารร่วมออกกำลังกายฟื้นฟูหัวใจล้มเหลว

เฮลธ์เดย์นิวส์ – การควบคุมอาหารและหมั่นออกกำลังกายเป็นประจำอาจช่วยฟื้นฟูการทำงานของหัวใจและความสามารถในการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

การศึกษาโดยนักวิจัยสหรัฐอเมริกาเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการควบคุมอาหารอย่างเดียว ออกกำลังกายอย่างเดียว และการคุมอาหารร่วมกับออกกำลังกาย และการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย (กลุ่มควบคุม) ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวซึ่งการบีบตัวของหัวใจไม่ต่ำลงพบว่า การคุมอาหารร่วมกับออกกำลังกายไม่เพียงช่วยให้มีความทนต่อการออกกำลังกายสูงขึ้น หากยังช่วยลดเซลล์ไขมันในกล้ามเนื้อขาซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการออกกำลังกายสูงขึ้นด้วยอีกทางหนึ่ง

ด้านนักวิจัยเสนอแนะให้มีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของอาหารต่อมวลกล้ามเนื้อ และสำคัญว่าข้อมูลจากการศึกษานี้สนับสนุนแนวทางการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวโดยครอบคลุมทั้งการปรับอาหารและการออกกำลังกาย



ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

จัดประชุมส่วนภูมิภาค ประจำปี 2559

ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ ชมรมออร์โธปิดิกส์ภาคใต้ จัดการประชุมส่วนภูมิภาค ประจำปี พ.ศ. 2559 ในวันที่ 19-20 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ณ โรงแรม โซฟีเทล กระบี่ โทคีธรา ใน Theme - Master secrets in orthopaedic surgery โดยก่อนการประชุม 1 วัน ในวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 จะมีการจัด 1 day trip ทะเลกระบี่ (ทะเลแหวก ถ้ำมรกต) ผู้สนใจ โดยเฉพาะสมาชิกในภาคใต้มาร่วมประชุมและมาร่วมกิจกรรม โดยพร้อมเพรียงกัน โดยสามารถติดต่อลงทะเบียนได้ที่ ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย โทรศัพท์ 0-2716-5436-7 หรือศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.rcost.or.th



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
การประชุมวิชาการเรื่อง
การอบรมระยะสั้นหลักสูตรนิติเวชศาสตร์
และกฎหมายทางการแพทย์สำหรับภูมิภาค

ลงทะเบียนออนไลน์

<http://academic.ra.mahidol.ac.th>



วันที่ 2 - 4 พฤษภาคม 2559

ณ ห้องประชุมท่านผู้หญิงวิระยา ขวกุล ชั้น 5

อาคารศูนย์การแพทย์ศิริกิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

หลักสูตรนิติเวชศาสตร์และ กฎหมายทางการแพทย์ สำหรับภูมิภาค ประจำปี 2559

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดการอบรมระยะสั้นหลักสูตรนิติเวชศาสตร์และกฎหมายทางการแพทย์ สำหรับภูมิภาค ประจำปี พ.ศ. 2559 ระหว่างวันที่ 2-4 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมท่านผู้หญิงวิระยา ขวกุล ชั้น 5 อาคาร ศูนย์การแพทย์ศิริกิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้สนใจ สามารถกรอกรายละเอียดใบสมัครและส่งไปที่ งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณปิยะดา ลิ้มปทุมย์, คุณรจนา บุญเลิศกุล, คุณกรกมล สุนทรพิทักษ์กุล, คุณกัณฐมณี กอดแก้ว โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542

สร.ใช้ 4 ยุทธศาสตร์แก้ปัญหาสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำเข้าถึงบริการ

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า นโยบายของรัฐบาลได้เร่งแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ และลดข้อจำกัดด้านสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงยาที่มีราคาสูงโดยกำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ 4 ประเด็นหลัก คือ 1. ระบบบริการ เน้นบูรณาการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ศูนย์ความเป็นเลิศ และระบบส่งต่อ และตั้งกลุ่มการดูแลปฐมภูมิ (primary care cluster) จังหวัดละ 1 กลุ่ม เน้นในพื้นที่เขตเมือง เพิ่มอัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ ให้มีหมอครอบครัว 1 ทีมต่อประชากร 10,000 คน 2. งานส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มสัดส่วนงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เน้นสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยเพิ่มการลงทุนในมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า และมีระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน 3. การเงิน การคลัง เน้นความยั่งยืนของระบบ ให้ประเทศลงทุน



ได้ระยะยาว โดยใช้หลัก “ดี-ป่วย รวย-จน ช่วยกัน” โดยมีระบบสุขภาพที่ทำให้คนไทยมีสุขภาพดี เป็นธรรมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า 4. ระบบบริหารจัดการ ปรับโครงสร้างการบริหารงาน และพัฒนากลไกการทำงาน โดยมีคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board) และคณะกรรมการสุขภาพในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ สร้างระบบ e-Health ประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้จากฐานเดียวอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการพึ่งพาต่างประเทศ เพิ่มการเข้าถึงยาของคนไทย ภายใต้การอภิบาลระบบสุขภาพที่ดี และการบริหารจัดการที่เป็นธรรม

สร.ตั้งเป้าอีก 8 ปีข้างหน้า ไทยปลอดการระบาดของโรคมาลาเรีย

นพ.โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุข ยกระดับการจัดการโรคมาลาเรียของประเทศจากการควบคุมโรคเป็นการกำจัดโรค โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคมาลาเรียระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2560-2569) และแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) วงเงินงบประมาณ 2,280 ล้านบาท มียุทธศาสตร์ 4 ข้อ คือ 1. เร่งรัดกำจัดการแพร่เชื้อในประเทศไทย ไม่ให้มีผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ เน้นระบบเฝ้าระวัง ค้นหาเร็ว รักษาเร็ว และกำจัดเชื้อได้อย่าง 2. พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการ และรูปแบบในการกำจัดโรคมาลาเรียที่เหมาะสมกับพื้นที่ 3. สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศและนานาชาติ ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อเนื่อง ยั่งยืน และ 4. ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจาก



โรคมาลาเรีย ตั้งเป้าให้ทุกอำเภอของประเทศไทยไม่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียในพื้นที่ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปี ภายในปี พ.ศ. 2567 โดยผ่านความเห็นชอบในหลักการจากคณะกรรมการบริหารกำจัดมาลาเรียแห่งชาติที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อเตรียมนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติต่อไป

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จับมือสหรัฐอเมริกา ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในภูมิภาคอาเซียน

นพ.วีรวุฒิ อิมสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กล่าวว่า ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความก้าวหน้าด้านการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง และผู้นำด้านนี้ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มาโดยตลอด ประเทศไทยและสหรัฐอเมริกา มีความยินดีที่มีความร่วมมือกับประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคนี้ และเชื่อมั่นว่าด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วน จะทำให้การแก้ปัญหาโรคมะเร็งของภูมิภาคนี้ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้นในอนาคต นอกจากนี้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ยังมีความร่วมมือกับศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (U.S.-CDC) ผ่านทางศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกา ด้านสาธารณสุข เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease) เพิ่มเติมจากเดิมที่มีความร่วมมือเฉพาะด้านโรคติดต่อ เนื่องจากปัจจุบัน



โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของคนไทยและคนทั่วโลก ทำให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 2 ประเทศได้มีการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันมากขึ้น รวมถึงความร่วมมืองานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ซึ่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีความก้าวหน้าและประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี และประเทศไทยโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติก็เป็นแกนนำหลักในการถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์ในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งให้แก่ประเทศเพื่อนบ้านมาอย่างต่อเนื่อง

สบส.จัดทำคู่มือ “มาตรฐานการทดสอบ เครื่องมือตรวจวัดทางการแพทย์” ครั้งแรกในประเทศ

น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กรม สบส.) กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สถาบันมาตรวิทยาแห่งชาติ ผู้ใช้เครื่องมือในโรงพยาบาล ผู้แทนจำหน่ายเครื่องมือแพทย์และผู้ประกอบการห้องปฏิบัติการจัดทำคู่มือมาตรฐานการทดสอบเครื่องมือแพทย์ที่ใช้สำหรับตรวจวัดทางการแพทย์ ประกอบการตรวจวินิจฉัย การรักษาของแพทย์อย่างเที่ยงตรงแม่นยำ ซึ่งมีประมาณ 200,000 เครื่องในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ทั้งนี้เพื่อควบคุมประสิทธิภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานระหว่างใช้งานและภายหลังใช้งาน และตรวจสอบตามระยะเวลา เป็นการจัดทำอย่างเป็นทางการครั้งแรก ซึ่งยังไม่เคยมีการจัดทำมาก่อนในประเทศ ซึ่งขณะนี้จัดทำสำเร็จแล้ว 3 รายการ ได้แก่ เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดดำหรือเรียกว่าเครื่องให้น้ำเกลืออัตโนมัติ เครื่องตรวจวัดความดันโลหิตระบบดิจิทัล และเครื่องวัดอุณหภูมิร่างกายทางช่องหูด้วยอินฟราเรด ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการจัดพิมพ์ พร้อมประกาศใช้อย่างเป็นทางการในเร็ว ๆ นี้ และอยู่ระหว่างดำเนินการยกย่องวิธีการทดสอบ



เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญอีก 9 รายการ เช่น เครื่องให้สารสลบในห้องผ่าตัด เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วย ตัวอ่อนเด็ก เป็นต้น คาดว่าจะเสร็จภายในปีนี้ และประกาศใช้เพื่อให้เป็นมาตรฐานกลางของประเทศในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ และเป็นผู้นำด้านนี้ในประชาคมอาเซียนด้วย

แพทยสภาเตือนแพทย์ระมัดระวัง การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรมทางโซเชียลมีเดีย



แพทยสภา ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ออกเตือนแพทย์และสถานพยาบาลต่าง ๆ ในการโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรมต่อประชาชนทางโซเชียลมีเดีย

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา พร้อมด้วย ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ พล.อ.ต.นพ.อิทธพร คณะเจริญ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกันแถลงข่าว เนื่องจากปัจจุบันกระแสของการโฆษณาทางโซเชียลมีเดียเกี่ยวกับศัลยกรรมเพื่อความงามนั้นทวีมากขึ้น ผู้บริโภคและผู้ดำเนินการสถานพยาบาล และแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลนั้น ต้องระมัดระวังในการที่ผู้อื่นมาเผยแพร่เรื่องการรักษาพยาบาลของตนหรือการดำเนินการในสถานพยาบาลของตนในโซเชียลมีเดีย เป็นไปในทำนองความสามารถ ความเชี่ยวชาญเกินกว่าความเป็นจริง เพราะข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 ที่บังคับใช้กับแพทย์ หมวด 7 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล ข้อ 36 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องไม่โฆษณาสถานพยาบาล หรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาสถานพยาบาลที่ตนเป็นผู้ดำเนินการในลักษณะทำนองโอ้อวดของสถานพยาบาลนั้น หรือกิจกรรมอื่นของสถานพยาบาลเกินกว่าที่เป็นจริง

ส่วนแพทย์ที่ไม่ใช่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องระมัดระวังในการที่ผู้อื่นมาเผยแพร่เรื่องการรักษาพยาบาลของตน หรือการดำเนินการในสถานพยาบาลของตน โดยเฉพาะการลงรูปถ่ายต่าง ๆ ในโซเชียลมีเดีย เป็นไปในทำนองเข้าข่ายโอ้อวดความสามารถ ความเชี่ยวชาญเกินกว่าความเป็นจริง เพราะข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 อาจจะมีผิดข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 ในหมวด 3 การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข้อ 8 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่โฆษณา ใช้จ้างหรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตน ซึ่งมีบทลงโทษทางจริยธรรมตั้งแต่ตักเตือน พักใช้ และเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้

และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ได้มีบทในการอนุญาตให้และห้ามโฆษณาภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไข

ในการโฆษณาสถานพยาบาล

ในกรณีของสถานพยาบาลมีกฎหมายของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นกฎหมายในชั้นของพระราชบัญญัติ ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กล่าวว่า ทางกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้ดูแลและให้อนุญาตสถานพยาบาลและคลินิกต่าง ๆ ในการโฆษณาซึ่งต้องปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2546) เรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการโฆษณาสถานพยาบาล หากสถานพยาบาลซึ่งรวมทั้งโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนไม่ปฏิบัติตามก็จะมีโทษโดยต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท และให้ปรับอีกวันละไม่เกิน 10,000 บาท นับแต่วันที่ฝ่าฝืน ทั้งนี้ จนกว่าจะระงับการโฆษณาดังกล่าว

ส่วนกรณีการห้ามโฆษณาที่สำคัญนั้น เช่น การใช้ข้อความอันเป็นเท็จ หรือข้อความที่ไม่มีมูลความจริง ทั้งหมดซึ่งทำให้ประชาชนเข้าใจผิด ไม่สามารถกระทำได้ รวมทั้งการโฆษณาถึงการสถานพยาบาลหรือการโฆษณาความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ ในการรักษาพยาบาล คุณภาพหรือประสิทธิภาพของผู้ประกอบวิชาชีพ หรือสรรพคุณของเครื่องมือเครื่องใช้ของสถานพยาบาลหรือกรรมวิธีการรักษา หรือโรคที่ให้การรักษาหรือเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษา เป็นไปในทำนองให้เข้าใจผิด โดยไม่ถูกต้องตามหลักการที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ หรือทำให้ประชาชนเกิดความคาดหวังในสรรพคุณเกินความจริง

พล.อ.ต.นพ.อิทธพร คณะเจริญ ในฐานะคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กล่าวว่า สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคได้มีนโยบายคุ้มครองประชาชนทางด้านความงามแบบครบวงจร โดยจะจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่งเพื่อรับเรื่องร้องเรียนและแก้ปัญหาให้แก่ประชาชน โดยอาศัยผู้ซึ่งดูแลกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอันประกอบด้วย สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทยสภา ทันตแพทยสภา สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ดูแลคลินิกต่าง ๆ ตำรวจ บก.ปคบ. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค โดยทำงานร่วมกันเพื่อมาดูแลประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อนจากการเข้ารับบริการ สามารถโทรศัพท์แจ้งได้ที่ สคบ. 1166 ตลอด 24 ชั่วโมง



มูลนิธิทาเคดาเปิดโอกาสแพทย์ไทยทุกสาขา คว้าทุนศึกษาทุนและวิจัยทางการแพทย์ที่ญี่ปุ่น



นับเป็นระยะเวลา 51 ปี ที่มูลนิธิทาเคดาได้มอบโอกาสให้แก่แพทย์ไทยในการเดินทางไปศึกษาทุนและวิจัยทางการแพทย์ที่ประเทศญี่ปุ่น เพื่อนำความรู้ที่ได้กลับมาพัฒนาวงการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย รวมทั้งยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทย โดยไม่มีเงื่อนไขของการใช้ทุนใด ๆ ทั้งสิ้น

ซึ่งได้มอบหมายให้แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์เป็นผู้พิจารณาคัดเลือกแพทย์ในทุกสาขาวิชาที่มีคุณสมบัติเหมาะสมให้ได้รับทุนมูลนิธิทาเคดาเป็นประจำทุกปี จนถึงปัจจุบันมีแพทย์ไทยได้รับทุนมูลนิธิทาเคดาแล้วทั้งสิ้น 190 ท่าน



ศ.พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์

อดีตนายกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และประธานพิจารณาฝ่ายทุน

ศ.พญ.สมศรี กล่าวว่า ทุนมูลนิธิทาเคดาเป็นทุนที่ดีและให้ประโยชน์มาก เพราะเปิดโอกาสให้แพทย์ไทยไปศึกษาทุนและวิจัยทางการแพทย์ที่ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่มีขีดความสามารถทางการแพทย์สูงและมีความเชี่ยวชาญในหลาย ๆ ด้าน แพทย์ที่เดินทางไปสามารถเลือกสาขาที่ประเทศญี่ปุ่นมีความเชี่ยวชาญหรือสาขาที่ตนเองมีความสนใจ เพื่อนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับกลับมาประยุกต์ใช้กับงานในสถานปฏิบัติงานของตนเอง ก่อให้เกิด

ประโยชน์ทั้งต่อองค์กร ผู้ป่วย และประเทศชาติ รวมทั้งยังเป็นการสร้างเครือข่ายประสานงานด้านการแพทย์ระหว่างประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นอีกด้วย

“แม้ปัจจุบันจะมีหลายองค์กรที่มอบทุนให้แก่แพทย์ไทย แต่ถ้าหากเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างทุนและผู้ที่ต้องการทุน ยังคงมีไม่เพียงพอ ประกอบกับแพทย์ที่มีโอกาสได้รับทุนส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพฯ ทำให้การกระจายทุนนั้นไม่ครอบคลุมไปสู่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด

ดังนั้น เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้แก่แพทย์ที่อยู่ต่างจังหวัดได้มีโอกาสไปเพิ่มพูนทักษะความรู้ที่ต่างประเทศ แพทยสมาคมฯ จึงคัดเลือกแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ต่างจังหวัดให้ได้รับการพิจารณา ก่อนแต่ในอนาคตมีความเป็นไปได้ที่มูลนิธิทาเคดาจะเพิ่มจำนวนทุน เพื่อเพิ่มโอกาสให้แพทย์ไทยได้ไปเพิ่มพูนความรู้ยังประเทศญี่ปุ่นได้มากยิ่งขึ้น”

Mr. Peter ได้กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับทุนมูลนิธิทาเคดาดังนี้

มูลนิธิทาเคดาจัดตั้งขึ้นที่ประเทศญี่ปุ่น เมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2506 และในปี พ.ศ. 2509 คุณชิเบ ทาเคดา อดีตประธานกรรมการบริหารบริษัท ทาเคดา ประเทศญี่ปุ่น ได้มีโอกาสเดินทางมาเยือนประเทศไทย และได้ทราบว่าแพทย์ไทยยังขาดแคลนทุนสำหรับการไปศึกษาทุนยังต่างประเทศ จึงได้จัดตั้งทุนมูลนิธิทาเคดาสำหรับประเทศไทยเพื่อมอบทุนแก่แพทย์ให้เดินทางไปศึกษาทุนที่ประเทศญี่ปุ่น โดยได้มอบหมายให้เป็นหน้าที่ของแพทยสมาคมฯ ดำเนินการพิจารณาคัดเลือกแพทย์ไทยที่มีความเหมาะสมและมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดของแพทยสมาคมฯ

จากจำนวน 1 ทุนเมื่อปี พ.ศ. 2509 ขยายเป็น 6 ทุน ต่อเนื่องมาเป็น 8 ทุน ในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น ทุนระยะสั้น 3 เดือน (Regular Scholarship for 3 months) จำนวน 4 ทุน ทุนระยะสั้น 6 เดือน (Scholarship for Studying 6 months) จำนวน 3 ทุน และทุนศึกษาวิจัยทาเคดาสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์ระยะยาว 12-24 เดือน (Young Basic Medical Research Fellowship) จำนวน 1 ทุน โดยในการให้ทุนจะประกอบด้วยค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายระหว่างการศึกษาดูงานจนจบการศึกษา ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2509-2558 มูลนิธิทาเคดาได้ให้การสนับสนุนแพทย์ไทยในการศึกษาดูงานที่ประเทศญี่ปุ่น รวมมูลค่ากว่า 187 ล้านบาท หรือเท่ากับ 63 ล้านบาทโดยประมาณ

สำหรับทุนมูลนิธิทาเคดา ในปี พ.ศ. 2559 ได้มีพิธีมอบทุนในการประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2558 ของแพทยสมาคมฯ โดยมีแพทย์ที่ผ่านการคัดเลือกให้ได้รับทุนทั้งสิ้น จำนวน 8 ทุน ดังนี้



Mr. Peter Huang

President of Takeda (Thailand) Ltd.

ประธานบริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด

ทุนศึกษาวิจัยทางเคศสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์ระยะยาว 12-24 เดือน (Young Basic Medical Research Fellowship) จำนวน 1 ทุน



“รู้สึกดีใจมากที่ได้รับโอกาสไปศึกษาดูงานที่ประเทศญี่ปุ่น เพราะเป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าทั้งวิธีการผ่าตัดและวิชาการทางด้าน Cerebrovascular ซึ่งประเทศไทยมีผู้ป่วยจำนวนมาก และในต่างจังหวัดยังมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้ไม่มากและยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ประกอบกับความชอบส่วนตัว จึงสนใจไปศึกษาวิจัยทางด้านนี้”

โดยจะนำความรู้ที่ได้กลับมาใช้ที่โรงพยาบาลของตนเองก่อน พัฒนาให้สามารถทำเคสเหล่านี้ได้มากขึ้น และพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดให้ดีขึ้น โดยทุนมูลนิธิทาคาเคดาก็คือเป็นทุนที่ดีมาก เปิดโอกาสให้แก่แพทย์ในต่างจังหวัดซึ่งมีโอกาสเข้าถึงทุนได้น้อยกว่าแพทย์ที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ให้ได้ไปศึกษาดูงานที่ประเทศญี่ปุ่น อยากจะเชิญชวนให้แพทย์รุ่นถัดไปเข้ามาติดต่อและสมัครทุนมูลนิธิทาคาเคดา นอกจากจะเป็นการเปิดโอกาสให้แก่ตนเองแล้ว ยังได้เปิดโลกให้แก่ตนเองและการแพทย์ของคนไทยด้วย”



นพ.ตรีภพ แะจ้าว

โรงพยาบาลหัวหิน

ฝึกอบรมด้าน Fellowship for Advance Cerebrovascular and Skull Base Surgery at Teishinkai Hospital, Sapporo, Japan

ทุนระยะสั้น 6 เดือน (Scholarship for Studying 6 months) จำนวน 3 ทุน



นพ.อาทิตย์ บุญญสุภา

โรงพยาบาลสระบุรี

ฝึกอบรมด้าน Hand and Microsurgery (Regence and Clinical Attention) at Nara Medical University, Nara, Japan

“รู้สึกดีใจที่ได้รับมอบทุนสนับสนุนความตั้งใจ เป็นเหมือนรางวัลให้ชีวิต เป็นเหมือนกำลังใจให้เราพัฒนาตนเอง และนำความรู้ไปใช้ได้จริง โดยไปฝึกอบรมที่ Nara Medical University ด้าน Hand and Microsurgery (Regence and Clinical Attention) เนื่องจากสระบุรีเป็นจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก และยังเป็นจังหวัดที่เป็นทางผ่านสู่จังหวัดอื่น ๆ ในภาคอีสาน

ผ่านถนนเส้นหลักคือ ถนนพหลโยธินและถนนมิตรภาพอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจึงมีทั้งจากการทำงานและการจราจร โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่มือ จำเป็นต้องใช้เทคนิคการผ่าตัดทางด้านจุลศัลยกรรมเข้ามาช่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ และผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น ซึ่งต้องขอขอบคุณมูลนิธิทาคาเคดา และแพทย์สมาคมฯ ที่ให้โอกาสแพทย์ที่อยู่ในต่างจังหวัดที่มีโอกาสไม่มากนักในการได้รับทุนไปศึกษาดูงาน ฝึกฝนตนเองถึงต่างประเทศ เพื่อนำความรู้กลับมาใช้ในสถานปฏิบัติงาน”



“รู้สึกดีใจมากที่ได้รับทุนมูลนิธิทาคาเคดา ได้ไปศึกษาดูงานทางด้านโรคทางเดินอาหารส่วนบนและมะเร็งเต้านม ซึ่งประเทศญี่ปุ่นถือว่ามีชื่อเสียงระดับโลก โดยตั้งเป้าว่าจะนำความรู้กลับมาช่วยในเรื่องการสอน และนำเอาเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้

ในงานบริการผู้ป่วยในเขตภาคใต้ ซึ่งมีอุบัติการณ์ของโรคทางเดินอาหารส่วนบนมากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ

โดยทุนมูลนิธิทาคาเคดาก็คือเป็นทุนที่ดีมากทุนหนึ่งในประเทศไทย ส่วนหนึ่งคือเปิดโอกาสโดยเฉพาะแพทย์จากต่างจังหวัดก่อน ให้มีโอกาสเข้าถึงทุนดี ๆ แบบนี้ และยังเป็นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับประเทศญี่ปุ่นด้วย หากแพทย์ท่านใดสนใจที่จะศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม อยากให้ลองมาสมัครกัน เพื่อให้ผู้ป่วยของเราได้รับการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีแก่คนไทยแน่นอน”



นพ.ศุภวัฒน์ เล้าหวิริยะกมล

ภาควิชาศัลยศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ฝึกอบรมด้าน Division of Breast Surgery National Cancer Center Hospital at Nation Cancer Center Hospital, Chuo-ku, Tokyo, Japan



พญ.พลอยพลิน พิกุลสด

โรงพยาบาลศิริราช

ฝึกอบรมด้าน Establishment and Characterization of Patient Derived Xenograft Model and Cell Lines of Leukemia & Lymphoma Using Highly Immunodeficient Mice
at Center for AIDS Research, Kumamoto University, Kumamoto, Japan

“ตอนแรกรู้สึกกังวลเพราะทราบว่า มีผู้สมัครขอรับทุนค่อนข้างเยอะ และเราก็อยู่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นที่ทราบว่าคุณนี่จะให้แก่แพทย์ที่อยู่ต่างจังหวัดก่อน แต่เนื่องจากหัวข้อการวิจัยมีความน่าสนใจและยังไม่มีใครทำในประเทศ จึงคิดว่าน่าจะจะเป็นเหตุผลให้ได้รับการคัดเลือก ซึ่งมีความรู้สึกเป็นเกียรติและดีใจที่จะได้ไปศึกษาต่อที่ประเทศญี่ปุ่น โดยไปฝึกอบรมเรื่อง Cell Lines เป็นการนำเซลล์มะเร็งของผู้ป่วยมาทดลองเพาะเลี้ยงเพื่อประเมินการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนที่จะใช้ยา เป็นการพยากรณ์ว่าผู้ป่วยคนไหนจะตอบสนองต่อยาแบบใด ซึ่งเมื่อทราบแล้วจะได้ให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างตรงจุดมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำความรู้ที่ได้กลับมาใช้ในการวิจัยต่อยอดกับโครงการอื่น ๆ ในประเทศต่อไปได้

ซึ่งต้องขอขอบคุณทางมูลนิธิทาเคดะและแพทย์สมาคมฯ ที่ได้มอบทุนแก่แพทย์อย่างต่อเนื่องมากกว่า 50 ปี ช่วยให้แพทย์ไทยได้มีองค์ความรู้ใหม่ ๆ กลับมาช่วยพัฒนาวงการแพทย์ให้ก้าวหน้าต่อไป”



ทุนระยะสั้น 3 เดือน (Regular Scholarship for 3 months) จำนวน 4 คน



ประกอบกับโรงพยาบาลดำเนินสะดวก และในจังหวัดราชบุรีเองไม่มีผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้มากนัก ตนเองจึงอยากจะไปศึกษาต่อทางด้านนี้

โดยจะนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลของตนเอง แบ่งปันเพื่อนร่วมงานในชุมชน และโรงพยาบาลใกล้เคียง ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นจำนวนมาก โดยทุนมูลนิธิทาเคดะถือว่าเป็นทุนที่ดีมาก ซึ่งตนเองสนใจมานานแล้ว ถือเป็นทุนที่เปิดโอกาสให้แก่แพทย์ที่ทำงานในต่างจังหวัดและกรุงเทพฯ ได้ไปเพิ่มพูนทักษะความรู้ทางงานวิจัยในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเปิดโอกาสให้แพทย์ได้เห็นโลกกว้าง และนำความรู้ที่ได้มาซึ่งทั้งในประเทศและภูมิภาค”

“รู้สึกเป็นเกียรติอย่างมากที่ได้รับทุนนี้ โดยจะได้ไปศึกษาทางด้าน Clinical Observation at Urogynae Division and Antenatal Care Unit for High Risk Pregnancy ซึ่งในจังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่ผู้หญิงนิยมมีลูกมากจึงทำให้มีปัญหาด้านนี้ค่อนข้างมาก



พญ.อุววรรณ แกนบัว

โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

ฝึกอบรมด้าน Clinical Observation at Urogynae Division and Antenatal Care Unit for High Risk Pregnancy
at Department of Obstetrics and Gynecology, Saitama Medical School, Saitama Medical University



พญ.อุววรรณ น้อยพิทักษ์

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ฝึกอบรมด้าน Neuroendoscopic Surgery
at Nagoya Daini Red Cross Hospital, Nagoya-Shi, Japan

“รู้สึกดีใจที่ได้รับทุนมูลนิธิทาเคดะ รู้สึกว่าเป็นทุนที่มีประโยชน์ต่อวงการแพทย์ของประเทศไทยเป็นอย่างมาก และถือเป็นก้าวอย่างที่สำคัญในความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นในการส่งเสริมการพัฒนาความร่วมมือทางวงการแพทย์

โดยผมได้รับโอกาสไปดูงานเรื่องการผ่าตัดส่องกล้อง ซึ่งคิดว่าจะสามารถนำเทคโนโลยีของประเทศญี่ปุ่นมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยให้ได้มากที่สุด ทั้งการพัฒนาระบบการรักษาให้ดียิ่งขึ้น และนำมาต่อยอดเพื่อศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อคิดค้นอุปกรณ์การผ่าตัดที่สามารถผลิตได้ในประเทศไทยเพื่อลดค่าใช้จ่าย และทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงเทคโนโลยีที่สูงขึ้นได้มากขึ้น รวมทั้งนำมาสอนนักศึกษาแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านของประสาทศัลยแพทย์ต่อไป ต้องขอขอบคุณทางมูลนิธิทาเคดะที่เปิดโอกาสแพทย์ไทยได้รับทุนนี้ ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวแพทย์เองและผู้ป่วยในประเทศไทย”





uw.ต่อตระกูล กองกัน

โรงพยาบาลสงวนครุฑ

ฝึกอบรมด้าน Hepatobiliary and Pancreatic Surgery Liver Transplantation at Tokyo Woman's Medical University, Tokyo, Japan

“รู้สึกดีใจและภาคภูมิใจมากที่ได้รับทุนมูลนิธิทาเคดาในครั้งนี้ โดยจะไปศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการผ่าตัดตับ และการเปลี่ยนตับที่ Tokyo Woman's Medical University ซึ่งมีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียงเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก โดยเหตุผลที่เลือกไปศึกษาทางด้านนี้ เนื่องจากเป็นงานในส่วนที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ยังขาดอยู่ เพราะโดยภาระงานแล้ว เราให้การดูแลผู้ป่วยใน 14 จังหวัดภาคใต้ ซึ่งยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ทางเรายังไม่มีศักยภาพพอที่จะให้การดูแล จำเป็นต้องส่งต่อไปที่กรุงเทพฯ จึงคิดว่าถ้าได้ไปเรียนและกลับมาทำงานตรงนี้เพิ่มเติมก็จะช่วยผู้ป่วยใน 14 จังหวัดภาคใต้ได้มากขึ้น

ต้องขอขอบคุณมูลนิธิทาเคดาและแพทย์สมาคมฯ ที่ได้ให้การช่วยเหลือและเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาทางด้านการแพทย์และดูแลประชากรของบ้านเรามานานหลาย 10 ปี ขอขอบคุณตนเอง แพทย์มหาวิทยาลัย และแทนประชาชนใน 14 จังหวัดภาคใต้ที่จะได้รับการรักษาที่ดียิ่งขึ้น”



“ผมเป็นหมอออร์โธปิดิกส์ ได้รับทุนไปฝึกอบรมด้านการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม โดยไปดูในเรื่องการวิเคราะห์ การเคลื่อนไหวของข้อเทียมที่ Osaka University ซึ่งเป็นแล็บที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านนี้เป็นอันดับต้น ๆ ของโลก และ

ในประเทศไทยยังไม่มีแล็บที่ทำทางด้านนี้ โดยเป็นแล็บที่สามารถจะวิเคราะห์การเคลื่อนไหว หลังจากผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเทียมไปแล้วว่าสามารถขยับและเคลื่อนไหวได้ดีมากน้อยแค่ไหน และเมื่อกลับมาจะพยายามจัดตั้งแล็บภายใต้ความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและญี่ปุ่น ซึ่งต้องขอขอบคุณมูลนิธิทาเคดาและแพทย์สมาคมฯ ที่มีแหล่งทุนดี ๆ ให้แก่แพทย์ไทย เพราะถึงแม้โรงเรียนแพทย์จะมีแหล่งทุนแต่ก็มีข้อจำกัด แพทย์หลาย ๆ ท่านมีความสามารถแต่โอกาสอาจจะน้อย ทุนจากมูลนิธิทาเคดานี้จะช่วยเพิ่มโอกาสให้แพทย์มีความรู้มากขึ้น และนำความรู้ที่นั่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในประเทศไทย”



uw.จตุรงค์ ปรรัตนบณิวงศ์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และภาควิชาบำบัด

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ฝึกอบรมด้าน Three Dimensional Analysis of the Artificial Joint at Orthopedic Biomaterial Science, Graduate School of Medicine, Osaka University, Osaka, Japan



คุณประภาพรรณ พรหมนาศ

(ผู้จัดการฝ่ายรัฐกิจสัมพันธ์)
Government Affairs Manager

คุณประภาพรรณ ผู้ดูแลโครงการทุนมูลนิธิทาเคดา ประเทศไทย ได้กล่าวถึงรายละเอียดสำหรับผู้ที่ต้องการขอรับทุนมูลนิธิทาเคดานี้

บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด ดำเนินธุรกิจในประเทศไทยโดยยึดถือพันธกิจที่ว่า “มุ่งมั่นพัฒนาเภสัชภัณฑ์ที่มีความเป็นเลิศ” ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมความก้าวหน้าด้านการแพทย์ด้วยการเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานเพื่อสาธารณสุขในประเทศไทย มุ่งประสานความร่วมมือกับองค์กรภาครัฐสร้างเสริมให้ประชาชนคนไทยได้มีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

โดยอยากจะเชิญชวนแพทย์ที่สนใจเข้าร่วมขอรับทุนมูลนิธิทาเคดา จะต้องมีความสอดคล้องตามข้อกำหนดของแพทย์สมาคมฯ คือ เป็นสมาชิกของแพทย์สมาคมฯ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี อายุไม่เกิน 55 ปี และไม่มีโอกาสไปต่างประเทศ ผู้สมัครขอรับทุนไม่จำเป็นต้องอยู่ต่างจังหวัด แต่ถ้าปฏิบัติงานอยู่ต่างจังหวัดจะได้รับพิจารณาการพิจารณา ก่อนโดยการฝึกอบรมนั้นต้องให้ประโยชน์

แก่ประชาชนส่วนรวม อีกทั้งเป็นงานที่มีประโยชน์กระจายไปทั่วประเทศ ซึ่งผู้สมัครจะต้องติดต่อสถาบันที่จะไปฝึกอบรมและดูงาน ตลอดจนรายละเอียดต่าง ๆ ด้วยตนเอง และได้รับจดหมายรับรองจากสถาบันในประเทศญี่ปุ่น ระบุระยะเวลาที่จะฝึกอบรมและดูงานในสถาบันนั้น ๆ เป็นลายลักษณ์อักษรก่อนสมัครขอรับทุน โดยในการให้ทุนจะประกอบด้วยค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายระหว่างการศึกษาดูงานจนจบการศึกษา

อย่างไรก็ดี การมอบทุนมูลนิธิทาเคดาในลักษณะของทุนให้เปล่าที่ผู้รับทุนไม่ต้องมีภาระผูกพันหรือกลับมาทำประโยชน์ใด ๆ ให้แก่บริษัท อีกทั้งบริษัทไม่เข้าไปมีส่วนร่วมในการพิจารณาคัดเลือกผู้ได้รับทุนขององค์กร แต่ละแห่งที่ได้รับมอบหมายสิทธิ์สรรหา นั้น ยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่องใน 7 ประเทศหลัก ได้แก่ ไต้หวัน จีน ไทย เกาหลี อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ เวียดนาม และอื่น ๆ รวมกว่า 1,450 ท่านแล้วในปัจจุบัน

แพทย์ที่สนใจสมัครขอรับทุนมูลนิธิทาเคดา สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ โทรศัพท์ 0-2318-8170, 0-2314-4333 โทรสาร 0-2314-6305 E-mail: math@loxinfo.co.th, www.mat.or.th

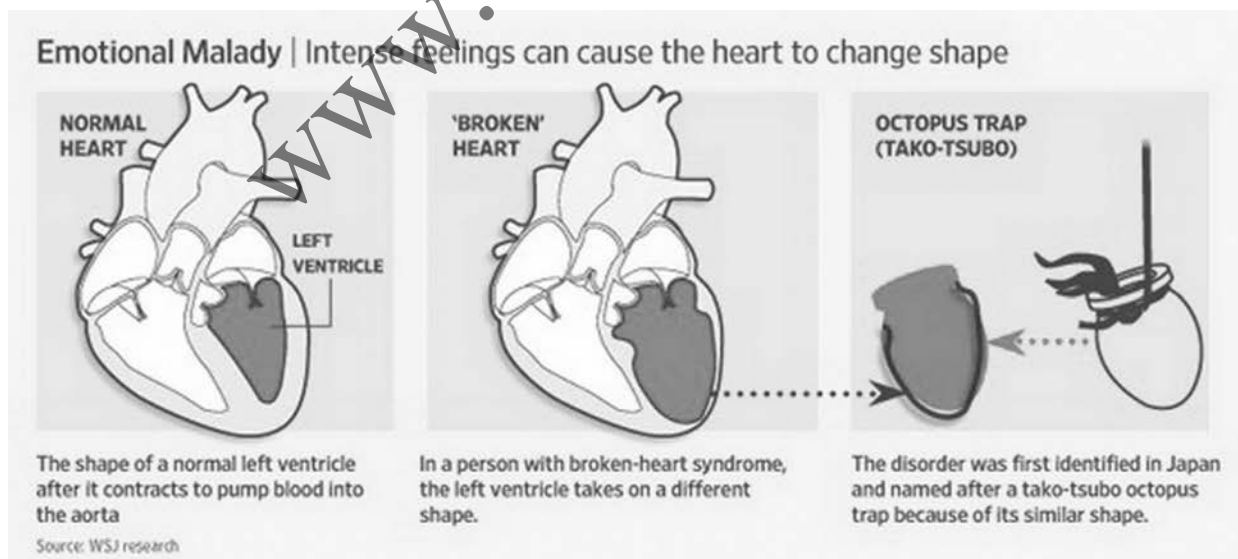
ดร.นพ.เกริกวิชัย ศิลปวิทยาทร

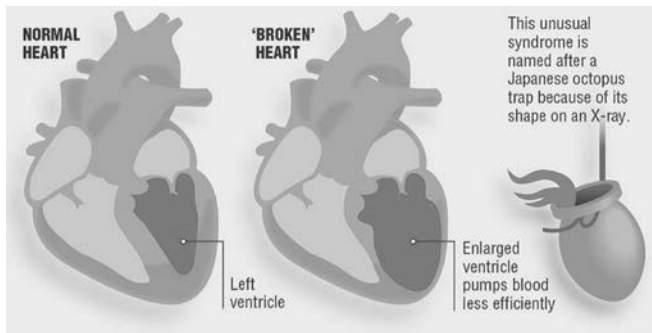
เมธีวิจัย สกว. อาจารย์ประจำศูนย์วิจัย และฝึกอบรมสาขาโรคทางไฟฟ้าของหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แนะโรคหัวใจสลาย เป็นแล้วอาจถึงตาย



“วันวาเลนไทน์” ที่ผ่านไปเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ เชื่อว่าเป็นอีกวันหนึ่งที่หลายคนคงตั้งหน้าตั้งตาคอยให้มาถึง เพราะเป็นวันแห่งความรัก เป็นวันที่ทำให้ใครหลาย ๆ คนมีความสุข เพราะมีโอกาสได้บอกรักใครบางคน หรืออาจจะมีโอกาสมีคนมาบอกรัก สำหรับคนที่ลุ่มหลงในรักคงไม่มีอะไรน่าเป็นห่วง แต่คนที่ไม่ลุ่มหลงในรัก หรือที่ถูกรเรียกว่า “คนนอกหัก” บางคนอาจจำเป็นต้องมาพบแพทย์โดยด่วน เนื่องจากเวลาออกหักโดนบอกเลิก หรือได้รับการแจ้งข่าวร้ายที่ทำให้เสียใจมาก ๆ ทันทีทันใด เช่น ป่วยเป็นมะเร็ง หรือคนในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหัน อาจมีอาการเจ็บบริเวณหน้าอก หรือหายใจไม่ออก ซึ่งส่วนใหญ่แล้วหัวใจของเราไม่ได้เป็นอะไร แต่เชื่อว่าคนที่ชอบอ่านนิยายคงต้องเคยอ่านเจอเรื่องราวที่ตัวละครไม่ลุ่มหลงในความรัก หรือต้องพลัดพรากจากคนรักจนถึงขั้นขาดใจตายกันมาบ้างแล้ว ทำให้หลายคนเกิดความสงสัย และคงเคยตั้งคำถามในใจว่า “หัวใจสลาย” มีอยู่จริงหรือ และมันรุนแรงมากจนถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้จริงหรือไม่

ดร.นพ.เกริกวิชัย ศิลปวิทยาทร เมธีวิจัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) อาจารย์ประจำศูนย์วิจัยและฝึกอบรมสาขาโรคทางไฟฟ้าของหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ซึ่งเคยคว้ารางวัลรองชนะเลิศในการแข่งขันชิงรางวัลนักวิจัยรุ่นใหม่ ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในสาขาสรีรวิทยา พยาธิวิทยา และเภสัชวิทยา ประจำปี พ.ศ. 2557 ณ กรุงวอชิงตัน ดีซี ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวถึงภาวะหัวใจสลายว่า ในทางการแพทย์มีชื่อเรียกอยู่หลายชื่อ อาทิ กลุ่มอาการหัวใจสลายหรือกลุ่มอาการรอกหัก (Broken Heart Syndrome), โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมที่ถูก





เหนียวมาจากภาวะเครียด (Stress Induced Cardiomyopathy), กลุ่มอาการที่หัวใจห้องล่างส่วนปลายโป่งพอง (Apical Ballooning Syndrome) หรือในญี่ปุ่นจะใช้ชื่อว่า “Takotsubo Cardiomyopathy” ซึ่งเป็นกลุ่มโรคหัวใจอีกชนิดหนึ่งที่กำลังเป็นที่สนใจที่พบได้ทั่วโลก โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกขึ้นมา หรือหายใจไม่ออกภายหลังจากการเผชิญกับภาวะที่บีบคั้นทางอารมณ์อย่างรุนแรง

อาการดังกล่าวเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนบีบตัวได้น้อยลง ซึ่งสาเหตุหรือกลไกที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติไปยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียด (Stress hormone) ถูกหลั่งออกมาในระดับที่สูงมากทันทีทันใด ซึ่งจะไปมีผลต่อหลอดเลือดหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนบีบตัวได้น้อยลงหรือนิ่งไป โรคนี้ถูกนิยามเป็นครั้งแรกโดยแพทย์ชาวญี่ปุ่นในปี ค.ศ. 1990 โดยเรียกภาวะนี้ว่า “Takotsubo Cardiomyopathy” เนื่องจากว่าเมื่อฉีดสีเข้าไปในห้องหัวใจโดยตรง และบันทึกภาพการเคลื่อนไหวของหัวใจด้วยเอกซเรย์ในผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ จะเห็นหัวใจโป่งพองเป็นกระเปาะเหมือนไหที่ประมงชาวญี่ปุ่นใช้ใส่ปลาหมึก (“Tako” แปลว่า ปลาหมึก, “Tsubo” แปลว่า ไห)

โรคหัวใจสลายนี้พบได้ทั่วโลก และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะสตรีที่หมดประจำเดือน ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ร่างกายขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทนต่อฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียด หรือ Stress hormone ได้น้อยลง อย่างไรก็ตาม โรคนี้สามารถเกิดขึ้นกับใครก็ได้โดยไม่จำเป็นว่าจะต้องมีประวัติโรคหัวใจร่วมด้วยหรือไม่ ผู้ป่วยโรคนี้มักมีอาการคล้ายกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ หน้ามืด นอกจากนี้ยังอาจตรวจพบความผิดปกติของ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และตรวจพบความผิดปกติของผลเลือดเหมือนที่ตรวจพบในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยการฉีดสีเพื่อตรวจดูหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งในผู้ป่วยโรคหัวใจสลายนี้มักตรวจไม่พบว่ามีย้อนรอยของหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

ดร.นพ.เกริกวิรัช กล่าวเพิ่มเติมว่า เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจของผู้ป่วยบีบตัวได้น้อยลง ซึ่งผู้ป่วยบางรายพบว่าหัวใจสามารถบีบตัวได้เพียงร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับหัวใจของคนปกติ ดังนั้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจสลายจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และติดตามเฝ้าระวังภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาล ซึ่งโดยทั่วไปอาการต่าง ๆ จะค่อย ๆ ดีขึ้นภายใน 1-8 สัปดาห์ แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจรุนแรงมากจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้น ผู้ที่มีอาการดังกล่าวจึงควรรีบมาพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายว่ามีความผิดปกติของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วยหรือไม่



สำหรับผลงานสำคัญที่ผ่านมา **ดร.นพ.เกริกวิรัช** เคยได้รับรางวัลรองชนะเลิศในการแข่งขันชิงรางวัลนักวิจัยรุ่นใหม่ ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในสาขาสรีรวิทยา พยาธิวิทยา และเภสัชวิทยา ประจำปี พ.ศ. 2557 ณ กรุงวอชิงตัน ดีซี ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นเวทีระดับโลกที่คัดเลือกผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือดจากทั่วโลกให้เหลือเพียง 5 เรื่อง เพื่อเข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัยในงานประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ โดยมีคู่แข่งจากโรงเรียนแพทย์ที่มีชื่อเสียงของสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ อาทิ มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และมหาวิทยาลัยอิมพีเรียล คอลเลจ ลอนดอน ซึ่งเป็นครั้งแรกในรอบกว่า 63 ปีที่มีผลงานที่ทำในประเทศไทยตลอดทั้งโครงการถูกคัดเลือกให้เข้าร่วมนำเสนอในเวทีแห่งนี้ โดยผลงานวิจัยที่ได้รับรางวัลในครั้งนั้น **ดร.นพ.เกริกวิรัช**

ได้พัฒนาวิธีการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบใหม่ โดยอาศัยวิธีการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสซึ่งเป็นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 บริเวณลำคอ เพื่อลดปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในกรณีที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งนี้ ข้อมูลจากสถาบันโรคทรวงอกพบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจต้องนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย

วันละ 1,185 ราย โดยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ประมาณ 470 รายต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ

2 คน ขณะที่สหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ป่วยใหม่

ที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

มากกว่า 1 ล้านคนต่อปี แสดงให้เห็นว่า

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่พบได้

ทั่วโลก โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลด้วย

อาการแน่นบริเวณหน้าอกอย่างรุนแรง เหงื่อออกใจสั่น ปวดร้าว

ไปบริเวณกราม แขนซ้ายหรือบริเวณสะบักหลัง ผู้ป่วยบางราย

อาจมาพบแพทย์ด้วยอาการจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่คล้ายกับ

อาการที่พบในผู้ป่วยโรคกระเพาะหรือกรดไหลย้อน

สาเหตุของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากการตีบหรืออุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงที่นำเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งวิธีการรักษาในปัจจุบันสามารถทำได้โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการสวนหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น เพื่อรักษาการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่นำเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจและป้องกันการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อย่างไรก็ตาม การที่ปล่อยให้เลือดไหลกลับเข้าไปเลี้ยงในบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่มีการขาดเลือดอยู่นั้นอาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อหัวใจได้โดยตรง และทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจตามมาได้ ซึ่งเรียกว่า “ภาวะบาดเจ็บ

ของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดจากการที่ปล่อยเลือดกลับ

ไปเลี้ยงใหม่” ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่สามารถป้องกัน

ภาวะนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นที่มาของงานวิจัยชิ้นนี้

ทั้งนี้ทีมผู้วิจัยพบว่า การกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส

บริเวณลำคอสามารถลดปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ถึง

ร้อยละ 59 ในหัวใจของสัตว์ทดลองที่ถูกเหนี่ยวนำให้เกิด

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขึ้น

ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น

ถ้าปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจตายมีขนาดใหญ่

และหากรอดชีวิตมาได้ก็มีโอกาสเกิด

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะหัวใจ

ล้มเหลวตามมา ซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วย

ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มี

ค่าใช้จ่ายตามมาอีกมาก ดังนั้น ถ้าแพทย์สามารถ

ลดปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจตายลงได้ก็จะสามารถป้องกัน

การเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต

ที่ดีขึ้น

เทคนิคการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสบริเวณลำคอ

ปัจจุบันใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษาด้วย

ยาและโรคซึมเศร้า เป็นต้น ในส่วนของโรคหัวใจได้มีการเริ่ม

นำเอาเทคนิคนี้มาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ซึ่งผลการศึกษาเบื้องต้นเป็นที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตาม ยังไม่ได้

มีการนำเอาเทคนิคนี้มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลงานวิจัยขั้นต้นของทีมวิจัยจึง

แสดงให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะนำเทคนิคการกระตุ้น

เส้นประสาทเวกัสนี้มาใช้ในผู้ป่วยภาวะดังกล่าว โดยผลงานวิจัยนี้

ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฮาร์ตริธึม ซึ่งเป็นวารสารวิชาการ

อันดับหนึ่งในสาขาโรคทางสรีรวิทยาไฟฟ้าของหัวใจเป็นที่

เรียบร้อยแล้ว



การตรวจคัดกรองหาโรค

อะไรคือการตรวจคัดกรองหาโรค? การตรวจคัดกรอง หรือ screening คือการนำเอาประชาชนที่มีสุขภาพดีที่ยังไม่มีอาการมาตรวจหาโรคที่เราทราบว่าถ้าพบรอยโรคจะมีโอกาสที่จะรักษาให้หายขาดได้ เพื่อที่จะลดอัตราการเสียชีวิตหรือความทุพพลภาพ

องค์การอนามัยโลกวางแนวทางเวชปฏิบัติไว้ว่าการตรวจคัดกรองหาโรค โรคหนึ่งควรที่จะเป็นโรคที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข มีเครื่องมือ อุปกรณ์ในการวินิจฉัย รักษาโรคได้ โรคควรอยู่ในระยะที่ยังไม่ปรากฏตัว โรคนี้ควรมีวิธีการตรวจคัดกรองที่เป็นที่ยอมรับของประชาชน การดำเนินการของโรคควรเป็นที่ทราบ มีนโยบายที่ชัดเจนว่าจะรักษาใคร ค่าใช้จ่ายในวิธีการคัดกรองควรที่จะคุ้มค่า และการตรวจคัดกรองควรต้องทำต่อเนื่อง

ตัวอย่างการตรวจคัดกรองหาโรคมะเร็งที่สำคัญคือ การตรวจคัดกรองหามะเร็งของปากมดลูก เต้านม และลำไส้ใหญ่

ทั้งนี้เพราะมะเร็งของลำไส้ใหญ่เกิดจากติ่งเนื้อธรรมดาที่ไม่ใช่มะเร็ง แต่จะค่อย ๆ โตขึ้นและใช้เวลา 5-20 ปีก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง ความเสี่ยงที่จะเกิดติ่งนี้มักจะเริ่มเมื่ออายุ 50 ปี โดยประมาณ ทางแพทย์จึงได้มีแนวทางการตรวจคัดกรองเพื่อที่จะค้นหาติ่งเนื้อก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง (หรือตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มต้น) เมื่อประชาชนมีอายุ 50 ปี

การตรวจคัดกรองหาโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่มีหลายวิธี เช่น การตรวจอุจจาระหาเลือด เนื่องจากติ่งเนื้อธรรมดา ๆ ที่ยังไม่ใช่มะเร็งอาจมีแผล และแผลนี้อาจมีเลือดออก (หรือมีมะเร็งและมีเลือดออก) การตรวจอุจจาระหาเลือดจึงเป็นวิธีการคัดกรองวิธีหนึ่งแต่อาจตรวจไม่พบเลือด เนื่องจากติ่งเนื้อหรือมะเร็งถ้ามีวันที่ตรวจอาจไม่มีเลือดออก แต่อย่างไรก็ตาม การตรวจเลือดในอุจจาระมีข้อมูลทางการแพทย์ว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ แต่เนื่องจากปัญหาที่ได้กล่าวไว้แล้ว วิธีตรวจอุจจาระหาเลือดจะต้องตรวจทุกปี วิธีนี้อาจจะเหมาะสม

ที่สุดสำหรับประชากรทั้งประเทศ เพราะมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด แต่เมื่อตรวจพบเลือด ผู้นั้นจะต้องถูกส่งไปหาแพทย์เพื่อทำการตรวจด้วยการส่องกล้องเข้าดูลำไส้ใหญ่

วิธีตรวจคัดกรองอื่น ๆ ของการหาโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ คือ การตรวจด้วยกล้องเพื่อดูลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (sigmoidoscopy) หลักการนี้มีอยู่ว่า มะเร็งมักจะเป็นที่ส่วนปลาย (ล่าง) ของลำไส้ใหญ่มากกว่าส่วนบน ถ้าส่วนล่างไม่มี ส่วนบนก็ไม่น่าจะมีวิธีนี้แพทย์มักไม่นิยม แต่ถ้าใช้จะต้องทำทุก 5 ปี วิธีอื่น ๆ คือสวนแป้งแบบเรียบและถ่ายภาพเอกซเรย์ การทำเอกซเรย์ชนิดนี้ด้วยการส่องกล้องไม่ได้ ถ้าตรวจไม่พบอะไร จะต้องทำทุก 5 ปี อีกวิธีหนึ่งคือ การตรวจหาโรคด้วยการทำ virtual computer scan (CT) ซึ่งถ้าปกติก็ต้องทำทุก 5 ปี

การตรวจคัดกรองที่ดีที่สุดในแง่ของผลคือ การตรวจด้วยการส่องกล้องเข้าไปดูทั้งลำไส้ใหญ่ หรือที่แพทย์เรียกว่า colonoscopy วิธีนี้ดีที่สุด เพราะเรามองลำไส้ด้วยตาเปล่า และถ้าเห็นรอยโรคสามารถตัดออกได้เลย และเอาไปตรวจทางพยาธิวิทยาว่าเป็นติ่งเนื้อธรรมดาหรือเป็นโรคมะเร็ง แต่ข้อเสียของวิธีนี้คือ 1. กล้องมีราคาแพง 2. แพทย์ผู้ตรวจต้องมีความชำนาญ ซึ่งในประเทศไทยยังมีแพทย์และเครื่องมือไม่พอกับความต้องการ 3. จะต้องเตรียมตัวก่อนทำ คือต้องถ่ายท้องให้หมดจนไม่มีอุจจาระเหลือตกค้างอยู่ในลำไส้ ซึ่งอาจไม่สะดวกต่อผู้ป่วยบางคน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาแทรกซ้อนจากการรับประทานยาถ่ายที่เป็นน้ำถึง 2 ลิตรได้ หรืออาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น จากลำไส้ทะลุ ฯลฯ ด้วยเหตุนี้เอง แนวทางเวชปฏิบัติของหลายประเทศจึงแนะนำว่า ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปอาจหยุดทำการส่องกล้องทั้งนี้จะต้องดูผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป

การเตรียมตัวเพื่อการส่องกล้องคือ 2 วันก่อนวันส่องกล้อง วันแรกรับประทานอาหารอ่อนที่ไม่มีเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ วันที่ 2 ควรรับประทานอาหารที่เป็นน้ำ และตอนเย็นรับประทานยาถ่ายและปฏิบัติตัวตามที่แพทย์แนะนำ และเข้ามาส่องกล้อง หรือถ้าจะเตรียมตัววันเดียวก็มาทำการส่องกล้องตอนบ่ายของวันรุ่งขึ้น โดยตอนเช้ารับประทานยาถ่ายให้อุจจาระออกมาหมด

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

เซเลเนียมกับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง



บทนำ

มะเร็งนับเป็นภัยร้ายที่คุกคามชีวิตผู้คนทั่วโลกอย่างรุนแรง ข้อมูลในปี พ.ศ. 2555 จากองค์การอนามัยโลกแสดงให้เห็นว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 14 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งสูงถึง 8.2 ล้านคน จำนวนผู้ป่วยใหม่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 70% ใน 20 ปีต่อไป สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 3,917 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2546 ที่มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพียง 2,958 คน โดยมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งหลอดลมและปอด แม้ว่าในปัจจุบันจะมีวิธีการรักษา มะเร็ง เช่น เคมีบำบัด หรือการฉายรังสี แต่วิธีการรักษาดังกล่าวมีผลข้างเคียงสูง และกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การหาทางเลือกอื่นจึงเป็นโจทย์ที่ท้าทายสำหรับนักวิจัย โภชนาการก็นับเป็นทางเลือกหนึ่งที่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันและรักษามะเร็ง

เซเลเนียม ซึ่งเป็นแร่ธาตุที่ร่างกายต้องการในปริมาณเล็กน้อย (essential trace mineral) และมีหน้าที่หลักในฐานะส่วนประกอบของ เอนไซม์กลูตาไธโอน เปอร์ออกซิเดส ซึ่งช่วยป้องกันเยื่อหุ้มเซลล์จากการถูกทำลายด้วยอนุมูลอิสระ นับเป็นสารอาหารหนึ่งที่ได้รับควมสนใจ



ในฐานะตัวป้องกันโรคมะเร็ง ผู้ใหญ่อายุระหว่าง 14-70 ปี ต้องการเซเลเนียม วันละ 55 ไมโครกรัม อาหารที่เป็นแหล่งของเซเลเนียม ได้แก่ เครื่องในสัตว์ และอาหารทะเล (0.4-1.5 ไมโครกรัม/น้ำหนักสด 1 กรัม), กล้ามเนื้อสัตว์ (0.1-0.4 ไมโครกรัม/น้ำหนักสด 1 กรัม), ธัญพืช (< 0.1 ถึง > 0.8 ไมโครกรัม/น้ำหนักสด 1 กรัม), ผลิตภัณฑ์จากนม (< 0.1 ถึง 0.3 ไมโครกรัม/วัน) และผักและผลไม้ (< 0.1 ไมโครกรัม/น้ำหนักสด 1 กรัม) ปริมาณเซเลเนียมในพืชขึ้นกับปริมาณเซเลเนียมในดินที่เพาะปลูกพืช นั้น ๆ

กลไกในการป้องกันมะเร็งของเซเลเนียม

นอกเหนือจากฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระโดยการทำงานในฐานะ ส่วนหนึ่งของกลูตาไธโอน เปอร์ออกซิเดสแล้ว เซเลเนียมอาจจะช่วยป้องกัน มะเร็งได้โดยการหยุดการดำเนินวัฏจักรของเซลล์ โดยยับยั้ง cyclin dependent kinase (Cdk) ซึ่งเป็นตัวควบคุมการดำเนินวัฏจักรของเซลล์ นอกจากนี้เซเลเนียมยังสามารถเพิ่มการตายของเซลล์มะเร็งได้อีก โดยการกระตุ้น Bax ซึ่งเป็น proapoptotic protein กลไกอื่น ๆ ที่เซเลเนียม สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเนื้อร้าย ได้แก่ ฤทธิ์ต้านการอักเสบ และการยับยั้งการสร้างหลอดเลือดมาเลี้ยงเนื้องอก

ผลจากงานวิจัย

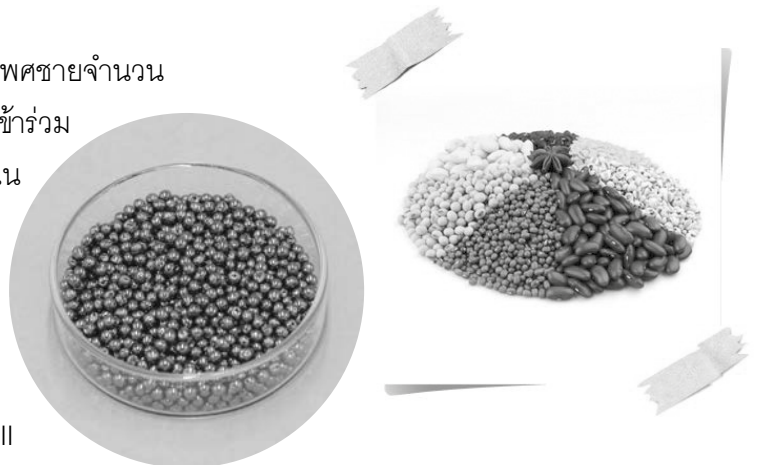
งานวิจัยจากในสัตว์ทดลองและในมนุษย์พบความสัมพันธ์เชิง ผกผันระหว่างระดับเซเลเนียมในร่างกายและความเสี่ยงต่อการ เป็นมะเร็ง Huang และคณะ ได้ฝังเซลล์ SW480 colon cancer cells ในร่างกายหนูเป็ดที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง จากนั้นแบ่งหนูเป็ดออก เป็นกลุ่มที่ได้รับ selenite ซึ่งเป็นสารประกอบเซเลเนียม โดยการฉีดเข้า ทางช่องท้องในขนาด 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน และกลุ่มควบคุม ผลปรากฏว่าหนูที่ได้รับการฉีด selenite มีปริมาณเนื้องอกต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาทางระบาดวิทยาในชาวเนเธอร์แลนด์เพศชายจำนวน 58,279 คน และเพศหญิงจำนวน 62,573 คน โดยติดตามผู้เข้าร่วม การวิจัยเป็นระยะเวลา 16.3 ปี พบว่าระดับเซเลเนียมใน เล็บเท้ามีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับความเสี่ยงต่อ การเป็นมะเร็งหลอดอาหารชนิด ESCC (esophageal squamous cell carcinoma) นอกจากนี้ยังมีการศึกษา ทางคลินิกที่นำผู้ที่เคยมีประวัติป่วยเป็นมะเร็งผิวหนัง ชนิด basal cell carcinoma หรือ squamous cell



carcinoma มาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม ทดลองจำนวน 653 คน ได้รับเซเลเนียม 200 ไมโครกรัม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาหลอก ผลปรากฏว่าเซเลเนียมไม่มีผลต่ออุบัติการณ์ ของมะเร็งผิวหนังทั้ง 2 ชนิด แต่กลับช่วยลด อุบัติการณ์ของมะเร็งทั้งหมดและการตายจาก โรคมะเร็ง

มีการทดลองเสริมเซเลเนียมในรูปแบบ ของอาหารเสริมที่ประกอบด้วย beta-carotene 15 มิลลิกรัม, วิตามินซี 200 มิลลิกรัม, วิตามินอี 36 มิลลิกรัม, ไบโอฟลาวิน 4.5 มิลลิกรัม, ในอาซีน 45 มิลลิกรัม และเซเลเนียมยีสต์ 50 มิลลิกรัม) ในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการ รักษาด้วย cisplatin และ cyclophosphamide โดยเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอกซึ่งได้รับ อาหารเสริมสูตรที่เหมือนกับสูตรข้างต้น เพียงแต่ไม่มีเซเลเนียม หลังจากผ่านไป 3 เดือน ผลปรากฏว่าการเสริมเซเลเนียมช่วยทำให้ กลูตาไธโอน เปอร์ออกซิเดส ทำงานดีขึ้น และ ลดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้อีกด้วย



อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางรายงานก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเซเลเนียมกับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง หรืออาจได้ผลตรงกันข้ามเสียด้วยซ้ำ เช่น การศึกษาการป้องกันมะเร็งโดยเซเลเนียมและวิตามินอี (The Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial: SELECT) ไม่พบว่าการเสริมเซเลเนียมและ/หรือวิตามินอีจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ปอด และลำไส้ใหญ่

หรือการศึกษาทางระบาดวิทยาในอิหร่านที่พบว่า ระดับเซเลเนียมในดินมีสหสัมพันธ์เชิงบวก (positive correlation) กับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งหลอดอาหาร

สรุป

การศึกษาในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปถึงผลของเซเลเนียมต่อร่างกายได้อย่างชัดเจน จึงควรติดตามผลการรักษาต่อไป อนึ่ง ถ้าร่างกายได้รับเซเลเนียมมากเกินไป (ปริมาณสูงสุดของเซเลเนียมคือ 400 ไมโครกรัม/วัน) อาจเกิดความเป็นพิษซึ่งมีอาการได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้า ผอมว่อง ท้องร่วง อาการผิดปกติของระบบประสาท เป็นต้น การได้รับเซเลเนียมในปริมาณที่พอเพียงจากอาหารจึงเป็นแนวทางที่ดีที่สุด



เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ตะวันออก, 2557.
- Alpers DH, Stenson WF, Taylor BE, et al. Manual of Nutritional Therapeutics. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- Burk RF and Levander OA. Selenium. in ME Shils, M Shike, AC Ross, et al. (eds.), Modern Nutrition in Health and Disease, pp 312-325. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- Clark LC, Combs GF, Turnbull BW, et al. Effects of selenium supplementation for cancer prevention in patients with carcinoma of the skin: a randomized controlled trial. Journal of American Medical Association 1996;276:1957-1963.
- Cooper GM and Hausman RE. The Cell: A Molecular Approach. Sunderland: Sinauer, 2009.
- Huang F, Nie CL, Yang Y, et al. Selenite induces redox-dependent Bax activation and apoptosis in colorectal cancer cells. Free Radical Biology & Medicine 2009;46:1186-1196.
- Lippman SM, Klein EA, Goodman PJ, et al. Effect of selenium and vitamin E on risk of prostate cancer and other cancers: The Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT). Journal of American Medical Association 2009;301:39-51.
- Semnani S, Roshandel G, Zendenbad A, et al. Soils selenium level and esophageal cancer: an ecological study in a high risk area for esophageal cancer. Journal of Trace Elements in Medicine and Biology 2010;24:174-177.
- Sieja K and Talerzyk M. Selenium as an element in the treatment of ovarian cancer in women receiving chemotherapy. Gynecologic Oncology 2004;93:320-327.
- Steevens J, van Den Brandt PA, Goldbohm RA, et al. Selenium status and the risk of esophageal and gastric cancer subtypes: The Netherlands Cohort Study. Gastroenterology 2010;138:1704-1713.
- World Health Organization. Cancer (online) available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> (access date 28 January 2016)
- Zeng HW and Combs GF. Selenium as an anticancer nutrient: roles in cell proliferation and tumor cell invasion. Journal of Nutritional Biochemistry 2008;19:1-7.



๖

การเสริมจมูกในคนจมูกสั้น

สาวเอเชียโดยเฉพาะคนไทยบางคนมีใบหน้าที่ยาวเล็ก อาจส่งผลให้จมูกสั้นตามไปด้วย ปัญหาจมูกสั้นอาจเป็นปัญหาใหญ่สำหรับน้องบางคน เพราะเขาจะรู้สึกว่าจมูกไม่สวย โดนเพื่อนล้อ รู้สึกเป็นปมด้อย จึงอยากแก้ไขให้ได้จมูกที่ยาวสวยขึ้น ความยาวของจมูกที่เคยมีผู้ทำการวิจัย ผู้ชายจมูกยาวเฉลี่ย 4.85 เซนติเมตร ในผู้หญิงจมูกยาวเฉลี่ย 4.6 เซนติเมตร โดยวัดความยาวจมูกจากจุดที่ต่ำที่สุดที่ฐานจมูกถึงจุดที่สูงที่สุดที่ปลายจมูก การที่จมูกสั้นกว่าค่าเฉลี่ยก็ถือว่าจมูกสั้น ซึ่งถ้าสั้นมาก คือจมูกยาว 3-3.5 เซนติเมตร ถือว่าสั้นมากจะเสริมได้ยาก และมีความเสี่ยงมากหากเสริมจมูกไม่เหมาะสม จมูกจะไม่สวยและอาจมีความเสี่ยงปลายจมูกทะลุได้

การเสริมจมูกในกรณีจมูกสั้นทำได้ 2 กรณี คือ 1. เหลาซิลิโคนให้ขนาดพอเหมาะกับจมูก ซึ่งจะได้จมูกที่เสริมแล้วมีรูปทรงที่สวยงามมากขึ้น หากเสริมไม่เหมาะสมจะทำให้ไม่รับกับใบหน้า และอาจเสี่ยงจมูกทะลุได้ 2. การผ่าตัดต่อความยาวจมูก septal extension graft โดยใช้กระดูกอ่อนจากผนังกันจมูก กระดูกอ่อนหลังหูดต่อเพิ่มความยาวจมูกจะทำให้ได้จมูกที่ได้รูปทรงยาวขึ้น และสวยงาม จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ในฐานข้อมูล PubMed ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1974-2016 พบข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมจมูกในคนจมูกสั้น โดยแนะนำให้ทำ septal extension graft ด้วยกระดูกอ่อนของตัวเองจากกระดูกอ่อนที่โครงหรือกระดูกอ่อนจากผนังกันจมูก และมีกระดูกอ่อนรองที่ปลายจมูกเพื่อลดแรงดึงที่ปลายจมูก

กล่าวโดยสรุป จมูกสั้นสามารถผ่าตัดเสริมจมูกให้ได้รูปทรงที่ยาวสวยเข้ากับใบหน้ามากขึ้น จากข้อมูลเชิงประจักษ์แนะนำให้เสริมด้วยวิธี septal extension graft โดยใช้กระดูกอ่อนของตัวเอง



การปฏิรูประบบสาธารณสุขในสมัย คสช.

(ตอนที่ 2)

(ต่อจากฉบับที่แล้ว)

ต่อมาในภาคผนวก ง. ปฏิรูปการแพทย์แผนไทย ได้เสนอแผนการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย 6 ประเด็น โดยเสนอแนวทางดังนี้คือ

1. กำหนดให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ
2. จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ
3. ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงยาแผนไทยและยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึง โดยแก้ไขกฎหมายยกเว้นกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

วิพากษ์ ข้อเสนอเหล่านี้ได้มองข้ามความสำคัญของกรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของกระทรวงสาธารณสุขไปอย่างสิ้นเชิง แทนที่จะเสนอปรับปรุงการทำงานภาคราชการ กลับจะไปจัดตั้งหน่วยงานใหม่ให้สิ้นเปลือง และทำงานในรูปแบบองค์กรนอกราชการแบบคณะกรรมการ ซึ่งจะสิ้นเปลืองงบประมาณในการจ้างบุคลากร โดยกำหนดค่าจ้างในระดับสูงมากกว่าภาคราชการและยังยากต่อการตรวจสอบเรื่องประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความซื่อสัตย์สุจริต การมีผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ความโปร่งใสขององค์กรเหมือนที่เคยเกิดขึ้นแล้วใน สปสช. และ สสส.

ต่อมาในภาคผนวก จ. ปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉิน ได้เสนอแผนการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ประเด็นคือ

- พัฒนามาตรการป้องกันและการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนที่ครบวงจร
- พัฒนาระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว
- สร้างความครอบคลุมของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระดับประชาชนและระดับชุมชน
- พัฒนาห้องฉุกเฉินและระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล
- พัฒนากลไกด้านสิทธิการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

วิพากษ์ จะเห็นได้ว่าข้อเสนอการปฏิรูปนี้เป็นงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ส่วนการบริหารการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลนั้น ก็ต้องขึ้นอยู่กับ การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในสถานพยาบาล ซึ่งคณะ

กรรมธิการสาธารณสุข สปช. ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ให้ครบถ้วนแต่อย่างใด

ต่อมาในภาคผนวก ฉ. ปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ โดยได้เสนอให้มีการจัดทำร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ และจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาทำงาน

วิพากษ์ เป็นการตั้งหน่วยงานมาทำงานซ้ำซ้อนกับ สสส. และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณให้มาทำงานที่มีหน่วยงานรับผิดชอบอยู่แล้ว

ภาคผนวก ช. ปฏิรูปประเด็นอื่น ๆ มีข้อเสนอประเด็นย่อย เช่น

1. ปฏิรูประบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว
2. การควบคุมโฆษณาอาหารในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็กและเยาวชน
3. รายงานฉลากโภชนาการ
4. รายงานการปฏิรูปการเฝ้าระวังและควบคุมมะเร็งตับที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบีและซี

วิพากษ์ จะเห็นได้ว่าประเด็นต่าง ๆ ในภาคผนวก ช. ล้วนเป็นภาระที่กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินมีหน้าที่รับผิดชอบทั้งสิ้น

หลังจากอ่านและวิพากษ์ข้อเสนอของคณะกรรมการสาธารณสุข สปช. ที่ได้เสนอไว้ต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติแล้ว ผู้เขียนขอสรุปเสนอผู้บริหารประเทศในขณะนี้ (ได้แก่ คสช., ครม. และ สนช.) ดังนี้

ข้อเสนอของคณะกรรมการสาธารณสุข สปช. ไม่ได้แก้ไขปัญหของระบบสาธารณสุขและการประกันสุขภาพแต่อย่างใดทั้งสิ้น แต่เป็นการทำให้กลุ่มคนที่เริ่มจัดตั้งองค์กรมมหชนตามพระราชบัญญัติเฉพาะด้านสาธารณสุข (เช่น สวรส., สสส., สปสช., สช., สพฉ., สรพ., สมสส. และ ฯลฯ) เข้ามาเสนอประเด็นปฏิรูประบบสาธารณสุข เพื่อทำให้กลุ่มของพวกเขาสามารถขยายอำนาจมากขึ้นและยาวนานขึ้นในการกุมอำนาจ

การบริหารสาธารณสุขและการประกันสุขภาพ แต่ไม่ได้แก้ปัญหาพื้นฐานในการบริหารสาธารณสุขและการประกันสุขภาพเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนแต่อย่างใด

ผู้เขียนขอเสนอว่า การปฏิรูปใด ๆ จะไม่สำเร็จได้ถ้าไม่แก้ปัญหาที่มีอยู่ในขณะนี้เสียก่อน ซึ่งปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขและการประกันสุขภาพของไทยมีปัญหาสำคัญ ดังนี้คือ

1. การขาดเอกภาพในการบริหารงานจนเป็นอุปสรรคในการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีภาระหน้าที่ในการรับผิดชอบตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ให้นำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข

แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รับงบประมาณเพื่อดำเนินการตามภาระหน้าที่เหล่านี้ แต่ต้องไปขอรับงบประมาณส่วนใหญ่มาจาก สปสช. และไม่ได้รับความร่วมมือจาก สปสช. ในการทำงานตามหลักธรรมาภิบาล ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ดังที่ทราบกันดีอยู่แล้ว

2. การ “ขับเคลื่อน” ให้เกิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขตามที่ คสช. แต่งตั้งสมาชิก สปช. และ สปท. ล้วนเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์กรมหาชนที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะทางด้านสาธารณสุข ซึ่งมีบุคลากร กรรมการ และผู้บริหารสำนักงาน ล้วนเป็นผู้ที่สามารถกำหนดข้อบังคับและระเบียบให้กระทรวงสาธารณสุขต้องทำตาม (ถ้าไม่ทำตามก็จะไม่ได้รับงบประมาณมาทำงานบริการประชาชน) ทำให้งานบริการประชาชนขาดคุณภาพมาตรฐานที่ดีในทางการแพทย์ ประชาชนได้รับอันตราย และมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตไม่ดี

3. การใช้อำนาจในการบริหารองค์กร ส. ต่าง ๆ ล้วนเป็นการบริหารตามมติของคณะกรรมการ ซึ่งมาจากคนกลุ่มเดียวกันและเวียนเทียนกันมาเป็นกรรมการ โดยกลุ่มกรรมการที่มาจากองค์กรเอกชนไม่ได้รับการคัดเลือกตามคุณสมบัติ เช่น ความรู้ ความเชี่ยวชาญ หรือความเข้าใจในด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือการประกันสุขภาพ แต่มาใช้กระบวนการกลุ่มเป็นมติในการตัดสินใจสั่งการโดยไม่ยึดโยงกับกฎหมายที่ตนถืออยู่ (ละเมิดกฎหมาย) แต่ไม่ยอมรับว่าผิด กลับแก้ตัวว่า “ตีความกฎหมายไม่เหมือนกัน” ทำให้เกิดความเสียหายต่องบประมาณแผ่นดินและมาตรฐานทางการแพทย์

4. กลุ่มคนเหล่านี้ (จากองค์กร ส. ต่าง ๆ) ยังมีความสามารถ “สร้างภาพ” ว่าเป็นคนดีมีความสามารถ ทำให้ผู้บริหารประเทศเชื่อถือและไว้วางใจ แต่งตั้งให้เป็น สปช. และ สปท. เพื่อให้มาเสนอการปฏิรูปและขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิรูป แต่แท้ที่จริงแล้ว ข้อเสนอ

ในการปฏิรูปล้วนเพื่อขยายอำนาจและขยายเวลาให้กลุ่มตนเสวยอำนาจในการบริหารระบบสาธารณสุขต่อไป คือแก้ปัญหาความกระหายอำนาจของกลุ่มตน มิได้ต้องการแก้ปัญหาให้ประชาชนแต่อย่างใด

ข้อเสนอในการแก้ปัญหาและการปฏิรูประบบสาธารณสุข

ผู้เขียนในฐานะที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุขมานาน และได้ติดตามตรวจสอบการทำงานขององค์กรมหาชนตามพระราชบัญญัติเฉพาะเหล่านี้มานานนับ 10 ปี จึงขอเสนอความคิดเห็นในฐานะประชาชนเจ้าของประเทศที่มองเห็นหายนะของคุณภาพมาตรฐานการแพทย์ไทย และการสิ้นเปลืองงบประมาณแผ่นดินไปในการบริหารงานที่ไม่เหมาะสม ขอเสนอการแก้ปัญหาและการปฏิรูประบบสาธารณสุขและการประกันสุขภาพดังนี้

1. ยุติการทำงานของบอร์ด สวรส., สสส., สปสช., สช., สพน. และตั้งบอร์ดใหม่ มาจากบุคลากรที่ไม่เคยเป็นบอร์ดในองค์กรนั้น ๆ มาก่อนเลย เพื่อมาประชุมพิจารณาหาทางออกในการทำงานให้สอดคล้องสุจริต มีธรรมาภิบาล ยึดผลประโยชน์ของประชาชนและประเทศชาติเป็นที่ตั้ง

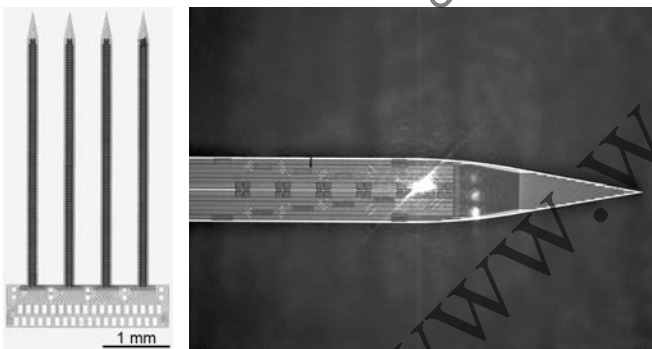
2. ให้คณะกรรมการบอร์ดที่ตั้งขึ้นใหม่พิจารณาทบทวนแก้ไขกฎหมาย ที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขและการประกันสุขภาพ รวมทั้งยกเลิกการทำงานซ้ำซ้อนที่สิ้นเปลืองงบประมาณ ทั้งที่ชอบและไม่ชอบด้วยกฎหมาย

3. แก้ไขปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร (คน เงิน ของ) ในการทำงานตามภาระหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข และปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ระบบประกันสุขภาพ โดยยึดหลักการบริหารตามธรรมาภิบาล ยึดหลักการมีคุณภาพมาตรฐานและการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อประชาชนและรัฐบาลในการดูแลรักษาสุขภาพมาตรฐานการแพทย์และการจัดสรรงบประมาณร่วมจากภาครัฐและประชาชน (เฉพาะผู้ที่สามารถจ่ายภาษีสุขภาพได้ตามความเป็นธรรม)

ส่วนประเด็นรายละเอียดในการปฏิรูปและแก้ไขประเด็นต่าง ๆ นั้น เป็นภารกิจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม ที่จะต้องดำเนินการให้สำเร็จ ถ้าผู้บริหารกระทรวงไม่สามารถทำได้ ก็คงต้องปรับเปลี่ยนหาคนที่เข้าใจระบบมาดำเนินการปฏิรูปให้ได้ตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และยึดประโยชน์สุขของประชาชนเป็นเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จต่อไป

เส้นใยพอลิเมอร์แบบอ่อนนุ่ม สำหรับงานทางด้านสรีรวิทยาไฟฟ้า

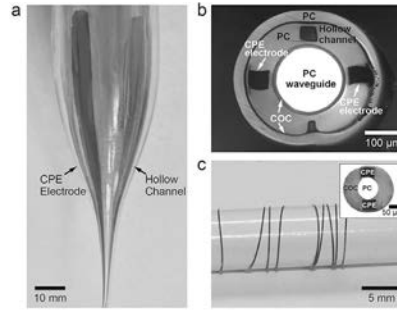
อุปกรณ์ทางการแพทย์ด้านออปโตอิเล็กทรอนิกส์สำหรับงานทางด้านสรีรวิทยาไฟฟ้าสำหรับการบันทึกหรือกระตุ้นระบบประสาทในปัจจุบันนั้น มักจะมีลักษณะเป็นเส้นลวดขนาดเล็กซึ่งมักผลิตจากโลหะ สารกึ่งตัวนำ หรือแก้ว ซึ่งมีสมบัติที่แข็งและความแข็งแรงที่สูงกว่าเนื้อเยื่อทั่วไปมาก ซึ่งความแตกต่างนี้อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อโดยรอบอุปกรณ์อันเนื่องมาจากเคลื่อนที่ขนาดตำระหว่างเนื้อเยื่อและอุปกรณ์ในระหว่างการใช้งานได้ทำให้โดยทั่วไปแล้วอุปกรณ์เหล่านี้จึงเหมาะสำหรับการใช้งานในระยะสั้น แต่ไม่ประสบความสำเร็จสำหรับการใช้งานในระยะยาว เนื่องจากจะมีการลดลงของค่าอัตราส่วนของสัญญาณต่อสัญญาณรบกวนและจำนวนเซลล์โดยรอบ ทำให้มีความพยายามที่จะพัฒนาอุปกรณ์ที่มีความยืดหยุ่น อ่อนนุ่มและมีความแข็งแรงที่ลดลง เพื่อลดโอกาสที่จะทำความเสียหายแก่เซลล์และเนื้อเยื่อโดยรอบ



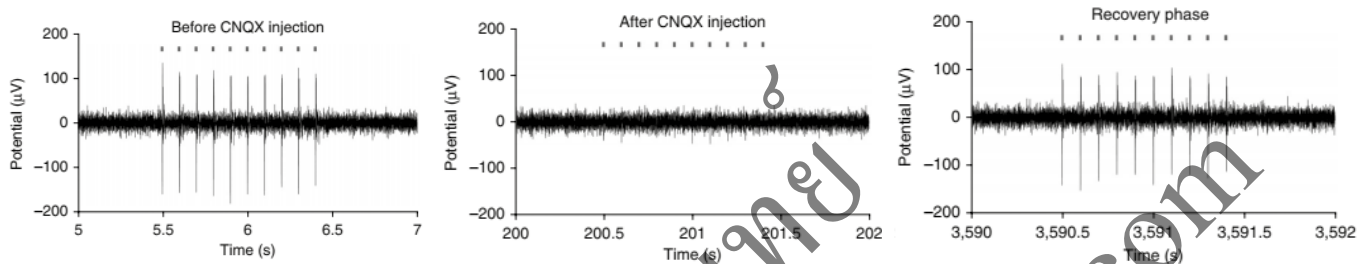
ภาพแสดงหัววัดทางระบบประสาทที่ค่อนข้างใหญ่ มักจะผลิตขึ้นจากโลหะ สารกึ่งตัวนำ หรือแก้ว ซึ่งมีลักษณะที่แข็ง มีความแข็งแรงที่สูงกว่าเนื้อเยื่อทั่วไปมาก⁽¹⁻²⁾

ทีมวิจัยจากสถาบันเทคโนโลยีแห่งแมสซาชูเซตส์ ได้พัฒนาเส้นใยพอลิเมอร์ชนิดใหม่สำหรับการใช้งานด้านสรีรวิทยาไฟฟ้าที่มีความนิ่มและความแข็งแรงใกล้เคียงกับเนื้อเยื่อในธรรมชาติ โดยทีมวิจัยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการผลิตที่เรียกว่า กระบวนการรีดด้วยความร้อน (thermal drawing process) ซึ่งมักจะใช้งานสำหรับการผลิตใยแก้ว

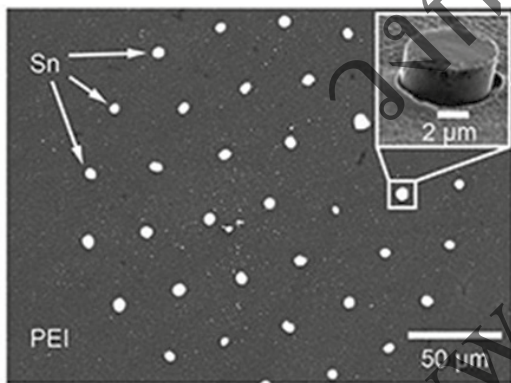
นำแสง มาใช้สำหรับการผลิตเส้นใยพอลิเมอร์นำแสงดังกล่าว โดยเริ่มจากการเตรียมวัสดุรูปทรงเริ่มต้นขนาดใหญ่ให้มีส่วนประกอบที่ทำหน้าที่ต่าง ๆ และการจัดเรียงส่วนประกอบต่าง ๆ ดังกล่าวตามต้องการ โดยวัสดุรูปทรงเริ่มต้นนี้อาจจะมีขนาดใหญ่ได้ในระดับของนิ้ว ซึ่งทำให้มีความสะดวกต่อการเตรียม จากนั้นให้ความร้อนจนมีลักษณะอ่อนตัวแล้วจึงทำการรีดด้วยแรงดึงให้มีขนาดที่เล็กลงโดยยังคงรักษาการจัดเรียงส่วนประกอบต่าง ๆ ไว้เช่นเดิม ซึ่งการลดลงของเส้นผ่านศูนย์กลางของวัสดุเริ่มต้นในแต่ละครั้งที่ผ่านกระบวนการนั้นอยู่ที่ประมาณ 200 เท่า โดยสามารถที่จะนำวัสดุผ่านกระบวนการรีดได้หลายครั้งขึ้นอยู่กับการขึ้นรูปเส้นผ่านศูนย์กลางสุดท้ายที่ต้องการ ซึ่งพบว่าสามารถทำได้สูงสุดถึงล้านเท่าจนอยู่ในระดับไมโครเมตร ทั้งนี้พอลิเมอร์ที่เลือกใช้งานจะต้องมีอุณหภูมิคล้ายแก้ว อุณหภูมิหลอมเหลว และความหนืดหลอมที่ใกล้เคียงกัน โดยพอลิเมอร์ที่เลือกใช้ในงานวิจัยนี้ได้แก่ พอลิคาร์บอเนตและโคพอลิเมอร์ของไซคลิกโอเลฟินส์ สำหรับใช้เป็นส่วนของการนำแสง และคาร์บอนไดออกไซด์พอลิเอทิลีนสำหรับใช้เป็นส่วนของอิเล็กโทรด ซึ่งรูปแบบการจัดเรียงของส่วนประกอบต่าง ๆ ในเส้นใยพอลิเมอร์นี้สามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามความต้องการในการใช้งาน ตัวอย่างเช่น สามารถผลิตให้หัววัดขึ้นเดียวทำงานได้หลากหลายหน้าที่ทั้งการกระตุ้น การวัด และการปลดปล่อยยาโดยประกอบไปด้วยส่วนของการนำแสง ท่อลวงสำหรับนำส่งยา และอิเล็กโทรดสำหรับการนำส่งสัญญาณไฟฟ้า เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้การศึกษาหรือวินิจฉัยหรือแม้แต่การรักษาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดขึ้นพร้อมกัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นข้อได้เปรียบเมื่อเปรียบเทียบกับอุปกรณ์ที่ทำหน้าที่เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือใช้ในการผลิตอิเล็กโทรดแบบพอลิเมอร์คอมโพสิตขนาดเล็กที่ประกอบไปด้วยอิเล็กโทรดจำนวนมากในเนื้อพอลิเมอร์สำหรับการบันทึกสัญญาณของเซลล์ประสาท เป็นต้น



ภาพแสดงกระบวนการดึงยึดด้วยความร้อนที่ใช้ในการผลิตเส้นใยพอลิเมอร์นำแสงขนาดจิ๋วจากวัสดุรูปทรงเริ่มต้นขนาดใหญ่ที่ภายในประกอบไปด้วยส่วนประกอบต่าง ๆ สำหรับการทำหน้าที่ที่แตกต่างกัน⁽³⁻⁴⁾



ภาพแสดงตัวอย่างการศึกษาการทำงานของเส้นใยพอลิเมอร์หลายหน้าที่ทั้งกระตุ้น ตรวจวัด และนำส่งยา โดยการฝังในหนูทดลองแล้วทำการกระตุ้นเซลล์ประสาทด้วยแสงสีฟ้าและตรวจวัดสัญญาณไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้น (ภาพซ้าย) จากนั้นทำการปลดปล่อยยาและตรวจวัดสัญญาณไฟฟ้าที่ลดลงอันเป็นผลจากยาที่ให้ (ภาพกลาง) และวัดสัญญาณไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นใหม่ภายหลังจากยาหมดฤทธิ์ซึ่งทั้งหมดนี้ทำโดยเส้นใยพอลิเมอร์ที่พัฒนาขึ้น⁽⁵⁾



ภาพแสดงการกระจายตัวของอิเล็กโทรดขนาดเล็กในเนื้อพอลิอีเทอร์อีไมด์สำหรับการบันทึกสัญญาณของเซลล์ประสาท⁽⁶⁾

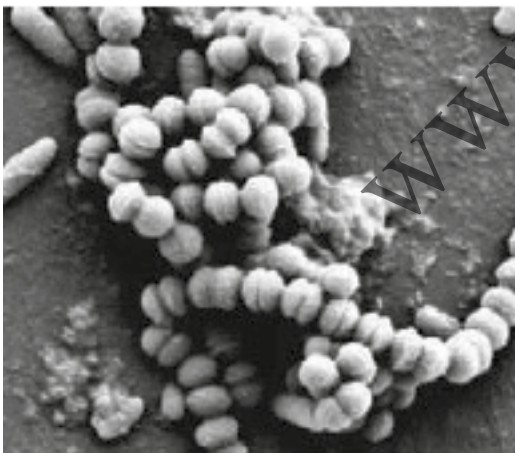
จากการศึกษาความเข้ากันได้ทางชีวภาพโดยการทดสอบกับเซลล์และเนื้อเยื่อประสาท พบว่าเส้นใยพอลิเมอร์นี้ก่อให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านสิ่งแปลกปลอมของร่างกายเพียงเล็กน้อย แสดงให้เห็นแนวโน้มว่าจะสามารถใช้งานเส้นใยพอลิเมอร์ที่พัฒนาขึ้นนี้ในการศึกษาทางสรีรวิทยาทางไฟฟ้าแบบระยะยาวได้โดยไม่ก่อให้เกิดความเสียหายของเนื้อเยื่อโดยรอบของอวัยวะต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น สมอง ไขสันหลัง และระบบประสาทส่วนปลาย หรือใช้ในการเพิ่มความสามารถในการตรวจวัดทางกลหรือทางเคมีของระบบประสาทในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

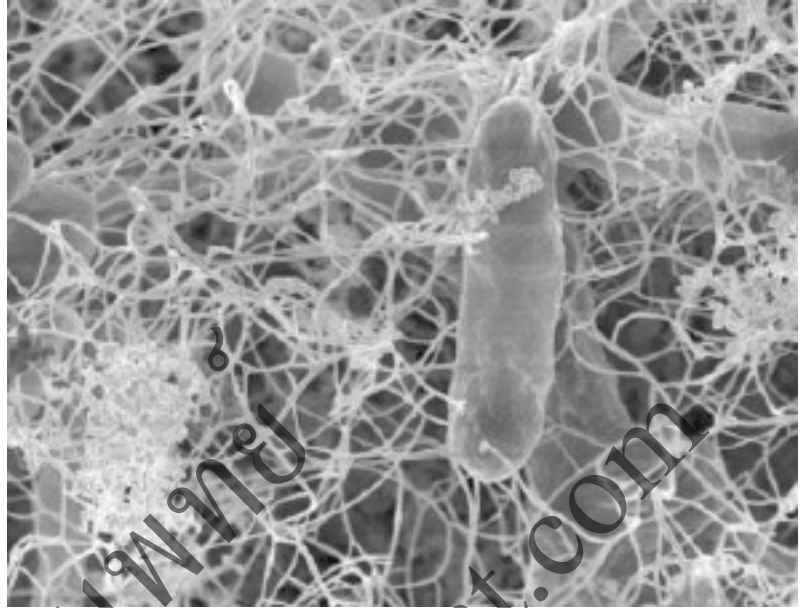
1. https://www.imtek.de/laboratories/materials_processing/research/neural
2. <http://www.scienceandtechnologyresearchnews.com/imec-ku-leuven-and-nerf-combine-electronics-and-photonics-in-neural-probes/>
3. <http://spie.org/newsroom/technical-articles/6102-optoelectronic-fibers-interrogate-brain-function?pf=true&ArticleID=x116002>
4. <http://news.mit.edu/2015/fibers-deliver-simultaneous-stimuli-0119>
5. A. Canales, X. Jia, U. P. Froriep, R. A. Koppes, C. M. Tringides, J. Selvidge, C. Lu, C. Hou, L. Wei, Y. Fink and P. Anikeeva (2015) Nature Biotechnology, 33, pp. 277.

พลาสติกต่อต้านจุลินทรีย์

ในปัจจุบันวัสดุที่ใช้ผลิตภาชนะบรรจุและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีหลายประเภท เช่น โลหะ พลาสติก ยาง ฯลฯ ซึ่งวัสดุพลาสติกนั้นเป็นที่นิยมนำมาใช้งานมากที่สุด เนื่องจากราคาถูก น้ำหนักเบา หลากสีส้น ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแต่อย่างใดก็ตาม มีปัจจัยบางอย่างที่เป็นจุดอ่อนของวัสดุพลาสติกโดยเฉพาะที่ผลิตเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์คือ สามารถเกิดการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ได้ง่ายโดยเกิดได้จากระยะเวลาการใช้ ลักษณะการใช้ หรือองค์ประกอบของสารบนอุปกรณ์ ซึ่งมักก่อให้เกิดการติดเชื้อได้โดยเฉพาะที่ตำแหน่งผ่าตัด หรือบนอวัยวะเทียมต่าง ๆ เช่น ข้อเทียม ลิ้นหัวใจเทียม หรือแม้กระทั่งในคอนแทคเลนส์ เนื่องจากเกิดการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์บนอุปกรณ์เหล่านั้น และการติดเชื้อในขณะรับการรักษาตามสถานพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ทั่วโลก ระดับของความรุนแรงจากการติดเชื้อนี้มีตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงเสียชีวิตร้อยละ 80 ของการติดเชื้อเหล่านี้มีสาเหตุมาจากการเกิดไบโอฟิล์ม (Biofilm) ของแบคทีเรียซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ยังหาทางยับยั้งไม่ให้เกิดไม่ได้



รูปที่ 1 แสดงชั้น Biofilm ของเชื้อแบคทีเรียชนิด *Pseudomonas* และ *Staphylococcus* spp. บนพื้นผิวพลาสติก⁽¹⁾



รูปที่ 2 ภาพถ่ายลักษณะการเกิดไบโอฟิล์มของ *Staphylococcus aureus* ที่เกิดบนอุปกรณ์ปลูกถ่ายหัวใจจากกล้อง SEM⁽²⁾

การติดเชื้อในขณะรับการรักษาส่วนมากมีสาเหตุมาจากการใช้สายยาง (catheter) ใส่เข้าไปในร่างกายผู้ป่วย ตัวอย่างของการรักษาที่ต้องสอดใส่สายยาง เช่น การสวนทวารในผู้ป่วยที่ต่อมลูกหมากโต หรือการสอดท่ออาหารในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ เป็นต้น ซึ่งการติดเชื้อเหล่านี้มีสาเหตุมาจากการเกิดไบโอฟิล์ม (Biofilm) ที่เกิดกับสายยางที่แพทย์ใส่เข้าไป

ไบโอฟิล์ม (Biofilm) คือโครงสร้างยึดเกาะกับพื้นผิว สร้างโดยกลุ่มของแบคทีเรียที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ประกอบด้วยสารต่าง ๆ หลายชนิดทำหน้าที่เป็นชั้นปกป้องแบคทีเรียที่อาศัยอยู่ภายใน รวมทั้งสร้างสภาวะที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของแบคทีเรียที่อยู่ภายในไบโอฟิล์ม (Biofilms) ซึ่งที่เราสามารถพบเห็นได้เป็นประจำ ได้แก่ คราบแบคทีเรียในปาก (Dental plaque) สารสกปรกเหนียว ๆ ที่อุดตันอยู่ตามท่อน้ำทิ้ง หรือแม้แต่เมือกเหนียวในน้ำเสียก็จัดเป็นไบโอฟิล์มชนิดหนึ่ง

สิ่งที่ทำให้ไบโอฟิล์มเป็นปัญหากับการรักษาโรคตามโรงพยาบาลนั้นเนื่องมาจากเมื่อแบคทีเรียหลายชนิดที่อยู่ในร่างกายอย่างอิสระมาดำรงชีวิตอยู่ร่วมกัน แล้วสร้างสารจำพวกโพลีแซคคาไรด์และเส้นใยอะมัลลอยด์ขึ้นมาจนเกิดเป็นไบโอฟิล์ม ไบโอฟิล์มนี้จะช่วยป้องกันแบคทีเรียจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและเป็นอันตรายกับพวกมัน เช่น ยาปฏิชีวนะ



รูปที่ 3 แสดงการทำงานของสารต่อต้านจุลินทรีย์ ใช้เทคโนโลยี Self Assembling Monolayer End groups (SAMES)⁽¹⁾

ต่าง ๆ ดังนั้น การให้ยาฆ่าเชื้อเพียงอย่างเดียวจึงไม่มีผลต่อการรักษาโรค ถ้าไม่ทำลายไบโอฟิล์มด้วย ซึ่งไบโอฟิล์มเหล่านี้สามารถพบได้ในเครื่องมือแพทย์ทั่วไป เช่น สายยาง ท่อให้อาหาร ท่อหายใจ และท่อสวนปัสสาวะ เป็นต้น ดังนั้น จึงมีแนวคิดในการผลิตวัสดุพลาสติกที่ต้านจุลินทรีย์ต่าง ๆ ได้

ตัวอย่างเทคโนโลยีด้านพลาสติกต้านจุลินทรีย์

พลาสติกต่อต้านจุลินทรีย์สามารถสังเคราะห์ขึ้นได้โดยเทคโนโลยีที่มีชื่อว่า Self Assembling Monolayer End groups (SAMES) ซึ่งเทคโนโลยีนี้คือการปรับปรุงสภาพพื้นผิวของพลาสติกด้วยกลุ่มอะตอมหรือโมเลกุลบางอย่างที่เกาะบนสายโซ่พอลิเมอร์ สามารถผลิตได้โดยการเติมสารบางชนิดลงในพลาสติก ซึ่งกลุ่มอะตอมหรือโมเลกุลของสารเหล่านี้จะรวมตัวกันที่บริเวณชั้นนอกสุดของพื้นผิวพลาสติกนั้น ๆ เพียงชั้นเดียว (Monolayer) ดังรูปที่ 3 ทั้งนี้เพื่อต่อต้านการเกาะติดของสิ่งมีชีวิตขนาดเล็ก เช่น แบคทีเรีย รา และเชื้อกลุ่มสาหร่าย เป็นต้น

ในปัจจุบันการเลือกใช้กลุ่มอะตอมหรือโมเลกุลของสารต่อต้านจุลินทรีย์ในเทคโนโลยี SAMES จะขึ้นอยู่กับชนิดพลาสติกที่ต้องการปรับปรุงสภาพพื้นผิว ตัวอย่างเช่น

- **พอลิยูรีเทน (Polyurethane หรือ PU)** จะใช้โมเลกุลของ Alkyl Ammonium Chloride เป็นสารต่อต้านจุลินทรีย์โดยผลการทดลองพบว่าสามารถต่อต้านเชื้อจุลินทรีย์ได้จริง โมเลกุลเหล่านี้สามารถผสมเข้าเป็นเนื้อเดียวกันกับพอลิเมอร์ในระหว่างกระบวนการสังเคราะห์ได้ ผลจากการเติมสารต่อต้านจุลินทรีย์ชนิดนี้ทำให้พอลิเมอร์แสดงคุณสมบัติการดูดซึมน้ำต่ำ มีความแข็งแรงและมีความสามารถในการขึ้นรูปดีเยี่ยม อีกทั้งสามารถกำจัดแบคทีเรียชนิด Gram-positive ได้ ทั้งนี้อุปกรณ์ทางการแพทย์ชนิด PU ได้แก่ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีส่วนประกอบของฉนวนกันความร้อนหรือฉนวนไฟฟ้า เป็นต้น

- **พอลิคาร์บอเนต (Polycarbonate หรือ PC)** ทางศูนย์วัสดุศาสตร์ของ Bayer (Bayer Material Science) ได้พัฒนาสารต่อต้านจุลินทรีย์ขึ้น

โดยใช้อนุภาคซิลเวอร์นาโน (Nano Silver) เป็นสารเติมแต่งในการควบคุมการเจริญเติบโตของแบคทีเรียบนพื้นผิวพลาสติกเหล่านี้ ซึ่งสามารถยับยั้งแบคทีเรียได้ทั้งในกลุ่ม Gram-positive เช่น Bacillus, Listeria, Staphylococcus เป็นต้น และกลุ่ม Gram-negative เช่น E. coli, Salmonella เป็นต้น ทั้งนี้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มักใส่สารต่อต้านจุลินทรีย์ชนิดนี้ เช่น อุปกรณ์ในระบบการขับถ่ายปัสสาวะ และอุปกรณ์ภายในที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค เป็นต้น

กลุ่มผลิตภัณฑ์ BANBAX ที่เป็นเม็ดพลาสติกชนิดต่าง ๆ ที่ได้ผสมสารเติมแต่งประเภทยับยั้งและต่อต้านแบคทีเรียด้วยเทคโนโลยีนาโน ผสมสารต้านแบคทีเรียนี้ ในกระบวนการผลิตเม็ดพลาสติกจากโรงงานโดยตรงจึงทำให้สารต้านเชื้อแบคทีเรียสามารถทำงานได้อย่างทั่วถึงและไม่ถูกชะล้างหลุดลอกออกไป สามารถปกป้อง



คนที่คุ้นรักจากเชื้อแบคทีเรียได้อย่างต่อเนื่อง และยาวนาน โดยที่ไม่ส่งผลกระทบต่อ คุณสมบัติเชิงกลของเม็ดพลาสติก อีกทั้งยังสามารถ ผสมกับพลาสติกได้หลายชนิดไม่ว่าจะเป็น พอลิเอทิลีน (Polyethylene หรือ PE), พอลิพรอพิลีน (Polypropylene หรือ PP), เอบีเอส (ABS), พอลิสไตรีนทนแรงกระแทกสูง (High Impact Polystyrene หรือ HIPS) เป็นต้น

นอกจากนี้นักวิทยาศาสตร์และวิศวกร จาก Montana State University ได้ค้นพบว่าการใช้ อนุพันธ์สารประกอบของ Chitosan จากเปลือก ของปูและกุ้ง ซึ่งสามารถเป็นสารต่อต้านจุลินทรีย์ ได้ในการทดลองพบว่า สารนี้สามารถป้องกันการ เกาะตัวของแบคทีเรียและยีสต์ได้ ดังนั้น จึงอาจจะนำไปพัฒนาใช้กับอุปกรณ์ทาง การแพทย์ เช่น ลิ้นหัวใจเทียม คอนแทคเลนส์ สะโพกและหัวเข่าเทียม หรือวัสดุอุปกรณ์ที่ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าอุตสาหกรรมการผลิตอุปกรณ์ ทางการแพทย์ที่ใช้วัสดุประเภทพลาสติกสามารถ เติบโตได้อย่างต่อเนื่องต่อไป เนื่องจากสามารถ แก้ไขปัญหาการติดเชื้อบนอุปกรณ์ได้ซึ่งถือว่าสามารถ

ตอบโจทย์ที่ต้องการได้ นอกจากนี้ยังอาจจะนำไปสู่การพัฒนาในอุตสาหกรรม อื่น ๆ ต่อไป เช่น อุตสาหกรรมบรรจุภัณฑ์อาหารประเภทกล่องหรือฟิล์ม พลาสติก หากมีการใช้สารต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย เช่น เติมสาร Nisin หรือ Chlorine dioxide เพื่อช่วยยืดอายุอาหารให้เก็บได้นานยิ่งขึ้น เป็นต้น จาก การวิจัยพบว่าคุณสมบัติการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียของพอลิเอทิลีนความ ทนทานสูงที่ผสมสารยับยั้งเชื้อแบคทีเรียชนิดไตรโคลซานในช่วง 1.0-5.0 เปอร์เซ็นต์โดยน้ำหนัก แบคทีเรียที่ทดสอบ ได้แก่ *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), *Bacillus subtilis* (*B. subtilis*) และ *Escherichia coli* (*E. coli*)

นักวิทยาศาสตร์จากมหาวิทยาลัยนอตติงแฮม นำโดย ศาสตราจารย์ มอร์แกน อเล็กซานเดอร์ และศาสตราจารย์มาร์ติน ดีไวส์ จาก คณะเภสัชศาสตร์ และศาสตราจารย์พอล วิลเลียม จากคณะวิทยาศาสตร์ การแพทย์ระดับโมเลกุล สามารถสร้างพอลิเมอร์ชนิดใหม่ที่ต่อต้านการเกาะ ของแบคทีเรีย ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดไบโอฟิล์มได้ โดยหลักการที่นำมาใช้ ในการต้านการจับของแบคทีเรียบนพื้นผิวก็คือ การเปลี่ยนแปลงประกอบ ทางเคมีจากเดิมที่เป็นแบบชอบน้ำ (hydrophilic) หรือไม่ชอบน้ำเลย (hydrophobic) ให้เป็นพื้นผิววัสดุแบบที่มีทั้งส่วนที่ชอบน้ำและส่วนที่ ไม่ชอบน้ำในโมเลกุลเดียวกัน (amphiphilic) ซึ่งจะมีผลทำให้แบคทีเรีย ไม่สามารถเข้ามาจับบนพื้นผิววัสดุได้ ซึ่งทฤษฎีนี้เป็นเพียงแค่ทฤษฎีขั้นต้น ที่ใช้ในการอธิบายผลการทดลองที่เกิดขึ้นเท่านั้น แต่ด้วยหลักการดังกล่าว ทำให้สามารถป้องกันการจับของแบคทีเรียบนพื้นผิววัสดุได้ อีกทั้งยังไม่เกิด ข้อบกพร่องเช่นเดียวกับการใช้ยาปฏิชีวนะหรือยาต้านจุลินทรีย์

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการที่จะมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ และวัสดุบรรจุภัณฑ์ต่าง ๆ ที่สามารถต้านเชื้อจุลินทรีย์ได้นั้นจะช่วยลด ปัญหาการติดเชื้อในผู้ป่วย และรวมถึงการป้องกันหรือลดอาหารจาก เชื้อต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์โดยตรงถึงผู้บริโภคและลดปัญหาด้าน สาธารณสุขได้เป็นอย่างดี



เอกสารอ้างอิง

1. พลาสติกต่อต้านจุลินทรีย์ในอุปกรณ์ทางการแพทย์. http://www.polymersplace.com/2010_11/pdf/pttpm_11.pdf
2. วัสดุชนิดใหม่ลดการก่อไบโอฟิล์มบนเครื่องมือแพทย์. <http://ruethairat007.blogspot.com/2012/08/blog-post.html>
3. อภิสิทธิ์ โฆษิตชัยยงค์ และคณะ. สมบัติของวัสดุและความสามารถในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียของพอลิเอทิลีนความทนทานสูงที่ผสมไตรโคลซาน. วารสารวิจัยและนวัตกรรมเพื่ออุตสาหกรรมไทย ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2553
4. พลาสติกต้านแบคทีเรีย. http://www.polymersplace.com/2012_20/pdf/pttpm_20.pdf
5. Bacterial Biofilms in Patients with Indwelling Urinary Catheters: Catheter Biofilms. http://www.medscape.org/viewarticle/582018_2

เทคนิคใหม่ในการรักษาโรคกระดูกสะโพกเสื่อมด้วย “การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแนวใหม่แบบไม่ตัดกล้ามเนื้อ”

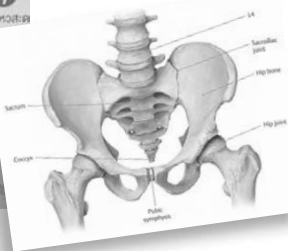
นับเป็นทางเลือกใหม่ในการรักษาโรคกระดูกสะโพกเสื่อม เมื่อศูนย์ข้อสะโพกและข้อเข่ากรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ นำเทคนิคใหม่ในการรักษาโรคกระดูกสะโพกเสื่อมด้วย “เทคนิคการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแนวใหม่แบบไม่ตัดกล้ามเนื้อ” (direct anterior approach total hip replacement) ซึ่งเป็นการผ่าตัดโดยการเข้าด้านหน้า ไม่ตัดกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก เจ็บปวดน้อย แผลเล็ก เคลื่อนไหวสะดวก ภาวะแทรกซ้อนน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวไว ลดอัตราการเกิดข้อสะโพกหลุดหลังการผ่าตัด เพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น

นพ.วัลลภ สำราญเวชย์ ผู้อำนวยการศูนย์ข้อสะโพกและข้อเข่ากรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ กล่าวว่า ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อสะโพกมากขึ้น โดยสถิติของโรคข้อเสื่อมข้ออักเสบเท่ากับ 3.5% ของจำนวนประชากรทั้งหมดที่อายุ 25 ปี พบว่ามีอัตราข้อเสื่อมเท่ากับ 4.9% ที่อายุ 45 ปี พบว่ามีอัตราข้อเสื่อมเท่ากับ 19.2% และเมื่ออายุถึง 60 ปีมีโอกาสเกิดข้อเสื่อมสูงถึง 37.4% สำหรับประเทศไทยนั้น มีอุบัติการณ์ของการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมปีละกว่า 25,000 ราย สำหรับสาเหตุของโรคข้อสะโพกเสื่อมที่คนไทยเป็นกันมากคือ โรคข้อสะโพกตายเป็นการขาดเลือด โดยโรคข้อสะโพกเสื่อมนั้นส่วนใหญ่เกิดจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นอายุที่มากขึ้นทำให้กระดูกผิวข้อสึกกร่อน โรครูมาตอยด์ แต่สำหรับวัยกลางคนจากสถิติพบว่า มีปัญหากระดูกสะโพกเสื่อมได้เช่นกัน สาเหตุเนื่องมาจากติ่มแอ็กสอยล์มากเกินไป หรือบางคนรับประทานยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ปริมาณมาก ส่งผลให้เลือดหนืดไหลเวียนไม่ดี ไม่สามารถเลี้ยงหัวกระดูกสะโพกซึ่งยืนขึ้นได้ด้านบนได้ เป็นสาเหตุทำให้หัวกระดูกสะโพกตาย รวมถึงการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมาก่อน หรือกระดูกสะโพกหัก เป็นต้น อาการของโรคจะปวดสะโพกเรื้อรังทั้งในขณะขยับตัวและนอนหลับ รู้สึกตึงเมื่อเวลาลุกนั่ง เจ็บเวลาเดินลงน้ำหนัก ขึ้นลงบันไดไม่สะดวก โดยแนวทางการรักษาในแต่ละระยะของการไม่เหมือนกัน เริ่มตั้งแต่ให้ยา กายภาพจนถึงการผ่าตัด โดยการผ่าตัดแบบเดิมนั้นจะทำการผ่าตัดโดยเข้าทางด้านหลังสะโพก (posterior approach) หรือเข้าทางด้านข้างสะโพก (lateral approach) ซึ่งในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเทคนิคการรักษาเพื่อ

ให้ผู้ป่วยฟื้นตัวไวและลดอัตราการเกิดข้อสะโพกหลุดหลังการผ่าตัด โดยใช้ “เทคนิคการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแนวใหม่แบบไม่ตัดกล้ามเนื้อ (direct anterior approach total hip replacement)”

นพ.พนธกร พานิชกุล ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ ศูนย์ข้อสะโพกและข้อเข่ากรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ เปิดเผยว่า เทคนิคการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแนวใหม่แบบไม่ตัดกล้ามเนื้อ (direct anterior approach total hip replacement) เป็นการผ่าตัดรูปแบบใหม่ เป็นการผ่าตัดที่แตกต่างจากการผ่าตัดด้วยวิธีดั้งเดิม โดยจะผ่าตัดเข้าจากด้านหน้าข้อสะโพก (direct anterior approach) เข้าระหว่างกล้ามเนื้อ Tensor fascia lata และ Sartorius ซึ่งจะไม่มีการตัดกล้ามเนื้อใด ๆ ขณะผ่าตัด และรูปแบบการผ่าตัดนั้นผู้ป่วยจะนอนหงายขณะผ่าตัด ทำให้กายวิภาคไม่ผิดท่ามากนัก การใส่ข้อสะโพกเทียมทำได้ตรงจุดและสามารถประเมินความยาวของขาได้แม่นยำขึ้นมากกว่าการผ่าตัดแบบเดิมที่ต้องนอนตะแคงข้างและมีการบิดขา สามารถใช้เอกซเรย์ C-ARM ขณะผ่าตัด เพื่อช่วยเพิ่มความแม่นยำในการใส่ข้อสะโพกเทียมและประเมินความสั้นยาวของสะโพก โดยขนาดของบาดแผลผ่าตัดนั้นจะมีความยาวประมาณ 3-4 นิ้ว ซึ่งมีขนาดเล็กกว่าการผ่าตัดแบบเดิม (แบบเดิมแผลยาวประมาณ 6 นิ้ว) แผลผ่าตัดจะอยู่ด้านหน้า (anterior) และสามารถซ่อนแผลใต้อยู่นอกบิกินี (Bikini incision) ในกรณีที่มีผู้ป่วยต้องการอีกด้วย

การผ่าตัดรูปแบบนี้กำลังได้รับความนิยมมากขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา โดยเทคนิคนี้จะไม่มีการตัดกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อสะโพกทำให้ข้อสะโพกเทียมหลุดน้อยกว่าวิธีเดิม เนื่องจากไม่มีการตัดกล้ามเนื้อที่เป็นตัวช่วยเพิ่มความมั่นคงของข้อสะโพกเทียม สามารถผ่าพร้อมกัน 2 ข้างได้ในคราวเดียว อัตราการสูญเสียเลือดน้อยกว่า 550 ซีซี/2 ข้าง เนื้อเยื่อเสียหายน้อย อัตราการเกิดข้อสะโพกหลุดหลังผ่าตัดลดลง เพิ่มความแม่นยำในการควบคุมความยาวของขา อีกทั้งยังใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย ทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยเร็วกว่าปกติ ลดอาการเจ็บหลังผ่าตัด สามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีรถเข็นของลำตัว (limping) หลังผ่าตัด สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ ทำงานและเล่นกีฬาได้เร็วขึ้นภายใน 4 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแล้ว แพทย์ชี้ว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแนวใหม่นี้มีการฟื้นตัวไวมาก หลังผ่าตัดข้อสะโพกเทียมผู้ป่วยสามารถเดินเองได้ 1 วันหลังผ่าตัด โดยในหลาย ๆ ราย ผู้ป่วยสามารถเดินได้ทันทีภายในวันที่ผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีการฟื้นฟูร่างกายหลังการผ่าตัดด้วยเครื่องทดแทนในสภาวะไร้น้ำหนัก Alter G (Anti Gravity Treadmill) ซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกและข้อเข่า ช่วยฟื้นฟูร่างกายหลังการผ่าตัดได้รวดเร็วโดยไม่ต้องกังวลถึงความเจ็บปวดเนื่องจากไม่มีการลงน้ำหนักที่ข้อ ทางศูนย์ข้อสะโพกและข้อเข่ากรุงเทพยังมีเทคโนโลยีด้านคอมพิวเตอร์สร้างภาพจำลองสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล (Digital template Surgical Planning) เพื่อให้ข้อเทียมที่ใส่เข้าไปไม่อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ลดความผิดพลาดในการวางข้อเทียม ทำให้ผลการรักษามีความแม่นยำ วัสดุข้อเทียมที่เราเลือกใช้ยังเลือกวัสดุที่ทันสมัย ประกอบไปด้วยข้อสะโพกเทียมชนิดพิเศษ วัสดุผิวข้อที่ทำจากเซรามิก (Ceramic) เพื่อให้อายุการใช้งานของข้อสะโพกเทียมยืนยาวมากที่สุด

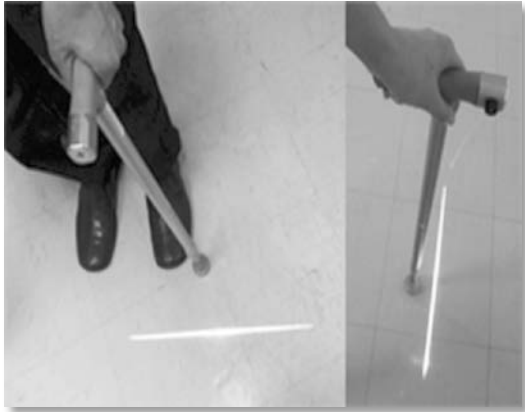


ความเป็นมาของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ โรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

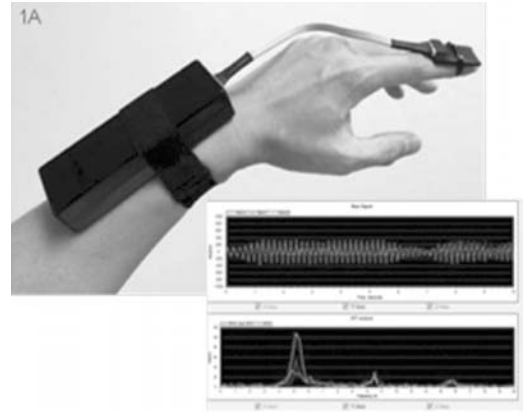
ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2549 เพื่อเป็นศูนย์เชี่ยวชาญกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาความเคลื่อนไหวผิดปกติด้วยวิทยาการที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่องและครบวงจร ในลักษณะของสหสาขาวิชา รวมถึงการเผยแพร่ความรู้แก่ แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ผู้ดูแลตลอดจนประชาชนทั่วไป โดยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน การจัดทำหนังสือ คู่มือความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน การจัดทำเว็บไซต์ www.chulapd.org และการจัดงานประชุมวิชาการเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ เป็นต้น

นอกจากนี้ทางศูนย์ฯ ได้ดำเนินการศึกษาวิจัยที่ครอบคลุมทั้งการศึกษาทางระบาดวิทยา สาเหตุของโรคหรือปัจจัยเสี่ยง ในการเกิดโรค การดำเนินของโรค การรักษาใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด การประเมินการตอบสนองต่อการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และการพัฒนาอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ โดยริเริ่มจัดทำโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 (Nationwide Thai PD Registry) เพื่อศึกษาความชุกของโรคพาร์กินสันในประเทศไทยและสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั่วประเทศ เพื่อใช้ในการติดตามและเฝ้าระวังโรคพาร์กินสันในประเทศไทย และเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อุปนายิกาผู้อำนวยการสภากาชาดไทย ซึ่งส่งผลให้ทราบถึงความชุกของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในประเทศไทย ลักษณะอาการทางคลินิก ยาที่ใช้รักษาและการเข้าถึงการรักษา จากฐานข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีปัญหาการเดินติดขัดอย่างน้อยร้อยละ 50 จึงได้ศึกษาค้นคว้าอย่างต่อเนื่องในการประดิษฐ์ไม้เท้าพาร์กินสัน และแจกให้กับผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีปัญหาการเดินติดขัดเพื่อป้องกันการหกล้ม รวมถึงได้คิดค้นเทคนิคป้องกันการเดินติดขัดและการหกล้มต่างๆ เช่น

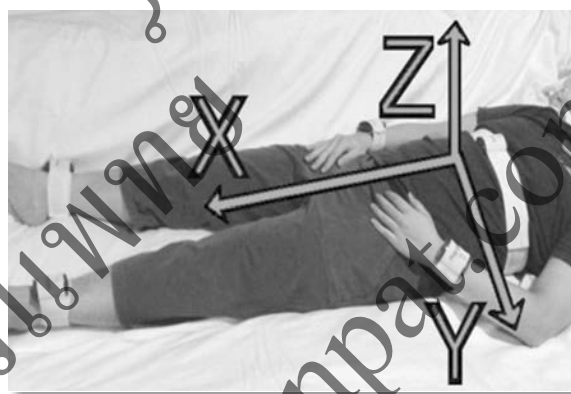
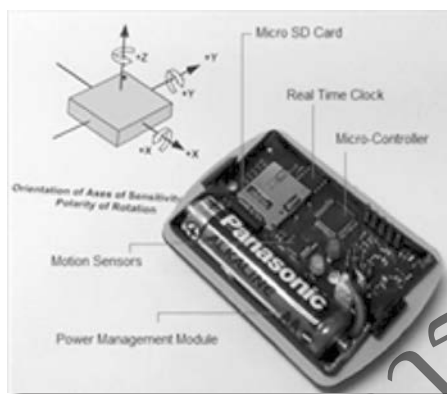
การประยุกต์ทำรำไทย เพื่อสร้างความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อ หรือการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้พัฒนาอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ เช่น เครื่องวิเคราะห์การสั่นช่วยในการวินิจฉัยของแพทย์ (Tremor Assessment Device) และ เครื่องมือวัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (Quantitative Wearable Sensors) เพื่อติดตามการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยตลอดทั้งวัน เพื่อประเมินผลการรักษาและใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการหกล้ม และพัฒนาอุปกรณ์ช่วยในการเดินและการทรงตัว ซึ่งอุปกรณ์ที่พัฒนาขึ้นมายังมีราคาถูกกว่าเครื่องมือที่ผลิตในต่างประเทศอีกมาก สามารถนำไปใช้ได้จริง และได้รับความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเรียบร้อยแล้ว



ไม่ทำพาร์กิ้นสันพระราชทาน



อุปกรณ์วิเคราะห์อาการสั่น



อุปกรณ์วิเคราะห์อาการสั่น

จากผลงานการวิจัยดังที่ได้กล่าวมา ศูนย์ฯ จึงได้รับการคัดเลือกให้ได้รับรางวัล **“หน่วยปฏิบัติการวิจัย (RU) ที่มีผลงานดีเด่น”** จากกองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2557

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กิ้นสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติมีความมุ่งมั่น พัฒนาองค์ความรู้เพื่อการวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยโรคพาร์กิ้นสัน พร้อมทั้งส่งเสริมความรู้ให้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป เพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ท่านสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ **ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กิ้นสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย** ปัจจุบันตั้งอยู่ที่ อาคาร ส.ธ. หรือตึกผู้สูงอายุ ชั้น 7 โทรศัพท์ 08-1107-9999 หรือ 0-2256-4000 ต่อ 2501-2503 อีเมล info@chulapd.org เว็บไซต์ www.chulapd.org





ความสุข

หลายคนมองหาความสุข...ฉันเองก็มองหาความสุข

สังคมบอกว่าชีวิตของเราจะมีความสุขได้ก็ต้องมีชื่อเสียง เงินทอง จึงทำให้ทุกคนเร่งทำงานมากและขยันให้มาก

เมื่อไม่นานมานี้ ฉันอ่านบทความเกี่ยวกับชายหนุ่มคนหนึ่งซึ่งบังเอิญสามารถสร้างโปรแกรมบางอย่างขึ้นมาได้ และชายทำเงินได้อย่างมหาศาล

ในที่สุดเขาก็รวยพอที่จะหาซื้อทุกอย่างที่เขาเคยฝันอยากได้ เช่น ซื้อมอเตอร์ไซด์ 2-3 คัน เพื่อขับสลับเปลี่ยนไปมา หรืออยู่ในบ้านที่ใหญ่โตหรูหราอย่างราชา มันดูราวกับว่าเขาได้ทุกอย่างที่เคยฝันเอาไว้

แต่เขากลับพบว่า....เขาไม่มีความสุข

ท้ายสุด ชายหนุ่มกลับโยนหาชีวิตที่เรียบง่ายเหมือนแต่ก่อน

แล้วจริง ๆ ความสุขของชีวิตคืออะไร

มีงานวิจัยหนึ่งที่ยาวนานที่สุดในโลก โครงการศึกษาการพัฒนาในผู้ใหญ่ ทำโดยมหาวิทยาลัยฮาวาร์ด เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1938 โดยผู้เริ่มโครงการวิจัยได้ติดตามศึกษาชีวิตของวัยรุ่นชาย 2 กลุ่ม

กลุ่มแรกเป็นนักศึกษาชายปี 2 ของมหาวิทยาลัยฮาวาร์ดจำนวน 268 คน ซึ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการศึกษาจากสถาบันที่มีชื่อเสียง

กลุ่มที่ 2 เป็นเด็กวัยรุ่นอายุราว 12-16 ปี ที่เติบโตขึ้นมาในตึกเมืองบอสตันจำนวน 456 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เติบโตขึ้นมาในความยากจนข้นแค้นอย่างแสนสาหัส

ทุก ๆ 2 ปี ทีมนักวิจัยจะขอให้ผู้ถูกวิจัยจำนวน 724 คนนี้ ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความพอใจในชีวิตพวกเขา ไม่ว่าจะเป็นความพอใจในชีวิต ในชีวิตแต่งงาน ความพอใจในหน้าที่การงาน หรือแม้แต่ความพอใจทางสังคม หลายครั้งที่ทีมนักวิจัยได้ขอไปสัมภาษณ์พวกเขาที่บ้าน เพื่อถือโอกาสพูดคุยกับภรรยา หรือลูก ๆ หลาน ๆ ของพวกเขาด้วย

นอกจากนี้ทุก ๆ 5 ปี จะมีการตรวจสอบสุขภาพของพวกเขาลำดับด้วย

ทีมนักวิจัยได้เห็นพวกเขาเติบโตขึ้นไปประกอบอาชีพต่าง ๆ

บางคนเป็นแพทย์ ในขณะที่บางคนก็เป็นคนงาน

บางคนพยายามได้แต่ไปจนประสบความล้มเหลว แต่บางคนก็กลับทำสิ่งตรงกันข้าม

จนในที่สุดเวลาผ่านไป 75 ปี กระทั่งเหลือคนที่ยังมีชีวิตอยู่ในโครงการเพียง 60 คนเท่านั้น ซึ่งล้วนมีอายุประมาณ 90 ปี ซึ่งแก่กว่าอายุของหัวหน้าโครงการคนสุดท้ายคือ Robert Waldinger ที่มีอายุ 75 ปี

นับเป็นงานวิจัยที่ยาวนานมากและไม่เคยมีมาก่อนในประวัติศาสตร์โลก ทั้งนี้เพราะงานวิจัยโดยทั่วไปมักทำกันนาน 10-20 ปีก็มักเลิก อาจเพราะงบประมาณหมด ผู้ทำวิจัยเบื่อหรือเสียชีวิต ด้วยเหตุผลต่าง ๆ นานา

หัวหน้าโครงการคนที่ 4 Robert Waldinger กล่าวว่า พวกเขาเรียนรู้ว่า “ความร่ำรวย” “ความโด่งดัง” หรือ “แม้แต่การทำงานอย่างหนักหน่วง” ไม่ใช่คำตอบของการมีชีวิตที่ดี หรือสุขภาพที่ดีแม้แต่ทีเดียว

แต่เป็น “ความสัมพันธ์ที่ดี” ต่างหากที่นำมาซึ่งสิ่งเหล่านั้น

“Good relationships keep us happier and healthier.”

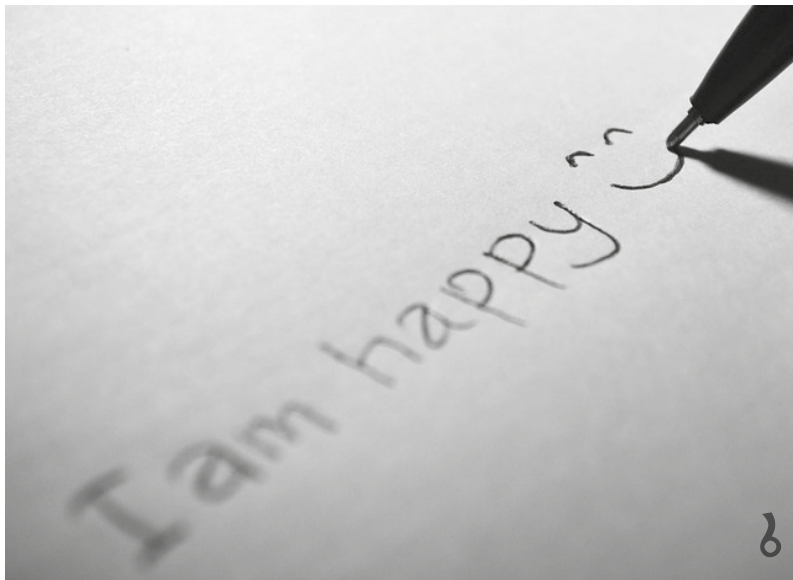
Robert Waldinger บอกต่อว่า มีบทเรียนรู้ที่ล้ำค่าอีก 3 บท ซึ่งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ นั่นก็คือ

1. Connection is really good for us, loneliness kills.

ความสัมพันธ์ดีต่อเรา แต่ความเหงาโดดเดี่ยวจะฆ่าเรา

2. Quality, Not Quantity.

มันไม่สำคัญที่ปริมาณ แต่เป็น “คุณภาพของความสัมพันธ์” ต่างหากที่จะเป็นตัวบ่งชี้



3. Good relationships don't just protect our bodies they protect our brains.

หากคุณมีความสัมพันธ์อบอุ่นและมั่นคงกับใครสักคนที่คุณสามารถไว้วางใจและพึ่งพาได้ไม่เพียงแต่ช่วยให้คุณมีสุขภาพกายที่ดีเท่านั้น แต่ยังดีต่อสมองของคุณด้วย

ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีในที่นี้ไม่ได้หมายถึงความสัมพันธ์ที่ราบรื่นสุด ๆ ไม่ทะเลาะกันเลย

แต่เป็นความสัมพันธ์ที่คุณรู้ว่า เมื่อถึงเวลาที่ต้องการจริง ๆ คุณจะมีคนที่พึ่งพาได้

มีหนังสือขายดีใน Amazon เล่มหนึ่งชื่อว่า "The Top Five Regrets of the Dying" เขียนโดย Bronnie Ware ซึ่งเป็นคนดูแลผู้ป่วยที่รู้ตัวว่ากำลังจะเสียชีวิตและกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อรอวันตาย โดยเธอจะอยู่กับผู้ป่วยเหล่านี้ในช่วง 3-12 สัปดาห์สุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

ในช่วงเวลาดังกล่าว เธอได้มีโอกาสดูแลและรับฟังความในใจของผู้ป่วยเหล่านี้ เมื่อถามถึงสิ่งที่เสียใจหรือสิ่งใด ๆ ก็ตามที่อยากจะย้อนอดีตไปเปลี่ยนแปลงนั้น เธอพบว่ามีอยู่ 5 ประเด็นหลัก ๆ คือ

1. พวกเขาน่าจะใช้ชีวิตตามความต้องการที่แท้จริงของตัวเอง มากกว่าตามความคาดหวังของคนอื่น

2. พวกเขาจะไม่ทำงานหนัก เพราะท้อที่สุดแล้ว

เมื่อพวกเขาหมดลมหายใจ จะไม่มีอะไรที่ติดตัวพวกเขาไปเลยสักอย่างเดียว

3. พวกเขาน่าจะกล้าแสดงความรู้สึกของตัวเองให้มากกว่านี้

4. พวกเขาจะอยู่กับเพื่อนเก่า ๆ ให้นานกว่านี้

5. พวกเขาน่าจะทำให้ชีวิตมีความสุขมากกว่านี้

เป็นเรื่องน่าแปลกใจมาก เพราะสุดท้ายแล้วคนที่กำลังจะเสียชีวิตกลับตระหนักว่า ความสุขนั้นอยู่ที่ตัวเราเอง จุดเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นไปตามความต้องการของตนเองนั้น ไม่ว่าจะสำเร็จหรือล้มเหลว มักมีความหมายกับชีวิตมากกว่านัก

การวิจัยที่ยาวนานที่สุดในโลก หรือแม้แต่สิ่งที่คนกำลังจะตายเสียดยมากที่สุด ล้วนบอกพวกเราตรงกันว่า จงใช้ชีวิตให้มีความสุขจากการมีความสัมพันธ์ที่ดี ไม่ใช่จากทรัพย์สิน หรือเงินทอง

เพราะจริง ๆ แล้วชีวิตเราก็เหมือนที่ มาร์ก เทเวน บอกไว้ว่า

มันช่างสั้น และก็สั้นเหลือเกิน

สั้นเกินกว่าที่จะเอาเวลามาโกรธ ทะเลาะ

อิจฉาริษยา กัน

ควรจะมีแต่เวลาที่เรารักกันเท่านั้น

ซึ่งแค่นั้น...มันก็แทบจะไม่พออยู่แล้ว





Probiotics

พศ.ดร.พิพรรณ หงษ์กัณธิ์ ภาควิชาเทคโนโลยีชีวภาพอุตสาหกรรม คณะอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วัยกับการเปลี่ยนแปลงประชากร โปรไบโอติกในระบบทางเดินอาหาร

สาเหตุ ผลกระทบและการควบคุม

แปรปรวนในระดับจีโนม-สปีชีส์ระหว่างบุคคลค่อนข้างสูงมาก สืบเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ วัย พันธุกรรม และปัจจัยแวดล้อมต่างๆ อันได้แก่ สุขภาพ ชนิดอาหารที่รับประทาน เผ่าพันธุ์ และภูมิประเทศ ตลอดช่วงชีวิตของเราได้รับเชื้อจุลินทรีย์และใช้ชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คงที่ โรคภัย ยา และอาหารการกิน ที่มีความผันผวนอยู่ตลอดเวลา

การเปลี่ยนแปลงของจุลินทรีย์ประจำถิ่นในลำไส้มีความชัดเจนมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยชรา สืบเนื่องจากความสามารถในการรับจุลินทรีย์ที่ลดน้อยลง ประกอบกับปัญหาสุขภาพในช่องปากและฟันที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้รับประทานอาหารที่มีความหลากหลายน้อยลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกายอันเกิดจากวัยที่สูงขึ้น การเคลื่อนไหวของร่างกายที่ลดน้อยลง ร่วมกับการบีบรัดตัวของลำไส้ที่ลดลง ส่งผลให้กากอาหารค้างอยู่ในลำไส้นานขึ้น อันจะส่งผลให้กลุ่มจุลินทรีย์ที่มีประโยชน์ในลำไส้โดยเฉพาะ bifidobacteria มีจำนวนและความหลากหลายลดลง ซึ่งสัมพันธ์กับดัชนีชี้วัดความทรุดโทรมของสภาพร่างกาย (frailty index) และภาวะอัมพฤกษ์เพิ่มขึ้น

การเสริมแบคทีเรียโปรไบโอติก และกากใยอาหารพรีไบโอติกซึ่งเปรียบเสมือนปุ๋ยที่ไปเสริมการเพิ่มจำนวนโปรไบโอติกที่เป็นแบคทีเรียประจำถิ่นในลำไส้ได้อย่างจำเพาะ จัดเป็นยุทธวิธีในการปรับสมดุลของระบบนิเวศของจุลินทรีย์ประจำถิ่นในลำไส้ทั้งในส่วนองค์ประกอบของจุลินทรีย์ อันจะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้น และยังช่วยบรรเทา ฟันผุ ป้องกันร่างกายจากโรคอันเกี่ยวเนื่องกับวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มี bifidobacteria เพิ่มขึ้นช่วยบรรเทาอาการท้องผูก เพิ่มภูมิคุ้มกันที่ติดตัวมาแต่กำเนิด และช่วยลดการเกิดภาวะอัมพฤกษ์ อันจะนำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพต่างๆ อีกมากมายที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการให้พรีไบโอติก โปรไบโอติก และซินไบโอติกที่มีคุณภาพสูงนับเป็นนวัตกรรมอาหารเสริมที่มีศักยภาพสูงในการป้องกัน บรรเทา และรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้ยืนนานอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

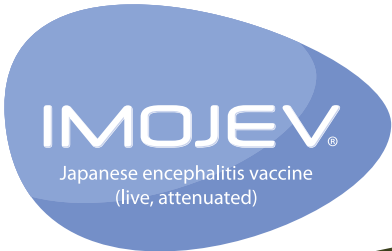
ระบบทางเดินอาหารของเราเป็นแหล่งอาศัยของกลุ่มจุลินทรีย์ที่อยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่นในจำนวนมหาศาล หลากหลายชนิดมากกว่า 1000 สปีชีส์ที่แตกต่างกัน มีทั้งพวกที่ก่อประโยชน์ และพวกฉวยโอกาสก่อโรค กระจ่ายไปตามอวัยวะในทางเดินอาหารทุกส่วนนับตั้งแต่ในช่องปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีการก่อตัวของแบคทีเรียกลุ่มต่างๆ ในจำนวนที่มากที่สุด โดยอาศัยพึ่งพากันและกันอย่างซับซ้อนและคงสภาพอย่างสมดุล โดยจุลินทรีย์ประจำถิ่นที่พบในลำไส้คนเรามีทั้งพวกที่ก่อประโยชน์ และพวกฉวยโอกาสก่อโรค กลุ่มที่มีประโยชน์ได้แก่ แบคทีเรียแลคติก ซึ่งเป็นกลุ่มแบคทีเรียที่สามารถผลิตกรดไขมันสายสั้นหลากหลายชนิดจากการหมักซึ่งเป็นการสลายอาหารที่สำคัญให้กับเซลล์ลำไส้ใหญ่ และ bifidobacteria ที่เป็นแบคทีเรียประจำถิ่นกลุ่มใหญ่ที่มีความสำคัญที่สุดในลำไส้ของคนเรา เป็นจีโนมที่มีผลการวิจัยคุณสมบัติการเป็นโปรไบโอติกที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพในด้านต่างๆ มากมาย โดยจำนวนและความหลากหลายของจุลินทรีย์ประจำถิ่นในลำไส้ โดยเฉพาะชนิดที่มีประโยชน์มีบทบาทสำคัญมากต่อการดำรงชีวิตของคนเราตั้งแต่แรกเกิด โดยเฉพาะสัดส่วนที่สูงของแบคทีเรียโปรไบโอติกในวัยทารก และสัดส่วนที่ต่ำในผู้ที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่าภาวะอัมพฤกษ์มักเกิดกับผู้สูงอายุค่อนข้างมาก นั้นมีความสัมพันธ์กับการลดลงของกลุ่ม lactobacilli และ bifidobacteria ที่เป็นแบคทีเรียประจำถิ่นในลำไส้

โครงสร้างที่ซับซ้อนกลุ่มประชากรของจุลินทรีย์ที่อาศัยในทางเดินอาหารมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดช่วงชีวิตของเรา เริ่มตั้งแต่ยังเป็นทารกอยู่ในครรภ์ซึ่งทางเดินอาหารยังคงปลอดเชื้อ การก่อตัวของจุลินทรีย์ในลำไส้เริ่มขึ้นทันทีที่ทารกคลอด และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงจุดสูงสุดเมื่อเข้าสู่ระยะ 9-10 เดือน และหลังจาก 1-2 ขวบ ก็เริ่มคงที่ในช่วง 10^9 - 10^{10} เซลล์ต่อกรัมอุจจาระ ตลอดช่วงวัยเด็ก โดยความหลากหลายของจุลินทรีย์ที่พบตามจุดต่างๆ ของลำไส้ก็มีความแตกต่างกัน และชนิดของจุลินทรีย์ที่เข้าไปก่อตัวในลำไส้มีความ

สนับสนุนโดยกลุ่มบริษัทบีเอส

อ่านข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ Probiotics ได้ที่



The logo for IMOJEV, featuring the brand name in a bold, sans-serif font inside a blue oval shape.

IMOJEV®

Japanese encephalitis vaccine
(live, attenuated)

INTRODUCING THE ADVANCE IN
JAPANESE ENCEPHALITIS VACCINATION

Committed to protecting against Japanese encephalitis

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

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

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

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ รศ 664/2557

spTHmojev-PRC-16-10

SANOFI PASTEUR 

โรค Autoimmune Myopathy จากยาในกลุ่ม Statins

ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า ยาในกลุ่ม statins นั้นมีส่วนช่วยในการลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ และโดยทั่วไปแล้ว ยาในกลุ่มนี้ค่อนข้างปลอดภัยและมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นได้ไม่มากนัก โดยในแง่ของการเกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อจากยาในระดับรุนแรง กล่าวคือ มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และมีระดับเอนไซม์ในกล้ามเนื้อ creatine kinase เพิ่มขึ้นนั้น มีโอกาสเกิดขึ้นได้ราว 1 ใน 10,000 คนที่ใช้ยาเท่านั้น และสามารถหายเองได้ภายหลังจากหยุดใช้ยาแล้ว อย่างไรก็ตาม ได้มีรายงานเกี่ยวกับความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาในกลุ่ม statins ซึ่งแตกต่างไปจากความผิดปกติแบบเดิม นั่นคือ statin-associated autoimmune myopathy ซึ่งมีลักษณะทางคลินิกคือ มีการอักเสบและการบาดเจ็บของเซลล์กล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง และตรวจพบว่ามีสารสร้าง autoantibodies ต่อเอนไซม์ 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A (HMG-CoA) reductase ขึ้นด้วย ผู้ป่วยที่เกิดภาวะ autoimmune myopathy ชนิดนี้มักจะยังคงมีความผิดปกติอยู่แม้ว่าจะหยุดยา statin ไปแล้ว และมักจะต้องได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกัน (immunosuppressive therapy)

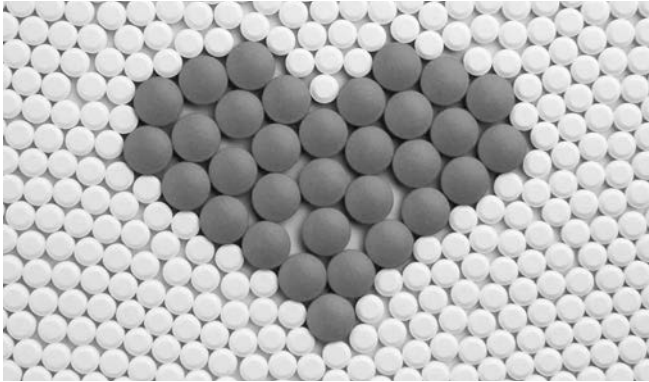


อุบัติการณ์ของโรคและลักษณะทางคลินิก

โรค statin-associated autoimmune myopathy เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย ในปัจจุบันยังไม่ทราบอุบัติการณ์ที่แน่ชัดมากนัก แต่คาดว่าน่าจะมีอยู่ราว 2-3 รายต่อประชากร 100,000 รายที่มีการใช้ยาในกลุ่ม statins ผู้ป่วยอาจเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วะยะแรกๆ หลังจากเริ่มใช้ยา หรืออาจเกิดขึ้นหลังจากมีการใช้ยาไปแล้วนานหลายปีก็ได้ อาการผิดปกติที่มักพบเกิดขึ้นได้แก่ ปวดตามกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่สามารถลุกจากที่นั่ง หรือก้าวขึ้นบันได หรือยกของหนักได้ เป็นต้น อาการเหล่านี้มักจะยังคงปรากฏอยู่ต่อไปแม้ว่าจะหยุดใช้ยา statin ไปแล้ว ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมักมีอาการไม่รุนแรง แต่ในบางรายก็อาจมีอาการมากได้เช่นกัน

กลไกการเกิดโรค

ปัจจุบันกลไกของการเกิดโรคนี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่มีการตั้งสมมติฐานว่าน่าจะเกิดจากความผิดปกติของการสร้างภูมิคุ้มกันทำให้เกิด autoantibodies ต่อเอนไซม์ HMG-CoA เกิดขึ้น โดยจากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติส่วนใหญ่จะมีสารพันธุกรรมชนิด class II HLA allele แบบ DRB1*11:01 และมีการสร้างเอนไซม์ HMG-CoA ในเซลล์กล้ามเนื้อและเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายภายหลังจากที่ได้รับยาในกลุ่ม statin ไปแล้วอย่างชัดเจน ซึ่งอาจทำให้เพิ่มโอกาสที่จะมีการสร้างสาร autoantibodies และทำให้เกิดโรคได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีสารพันธุกรรมแบบนี้มากถึง 25-57 เท่า อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยังมี



ผู้ที่มีการพันธุกรรมชนิดนี้อยู่แต่ไม่ได้เกิดโรคอยู่ไม่น้อย ดังนั้นจึงแสดงว่าน่าจะมีปัจจัยอื่นที่เกื้อหนุนให้เกิดเป็นโรคได้ง่ายขึ้น เช่น ปัจจัยในแง่ของสิ่งแวดล้อม หรือปัจจัยทางพันธุกรรมอื่น ๆ

นอกจากสารพันธุกรรมดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังอาจมีความเป็นไปได้ว่า เมื่อยา statin เข้าสู่ร่างกายและจับกับเอนไซม์ HMG-CoA แล้ว อาจทำให้โครงสร้างของเอนไซม์เปลี่ยนแปลงไป และมีส่วนของเอนไซม์ที่ตามปกติไม่ปรากฏเป็นตัวกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (cryptic epitopes) ปรากฏขึ้นมา ทำให้เกิดกระบวนการกระตุ้นการสร้างสาร autoantibodies ในผู้ที่มีความเสี่ยงอยู่แล้วได้

หลังจากที่มีการสร้าง autoantibodies ขึ้นแล้ว การมีระดับเอนไซม์ HMG-CoA ในเซลล์ต่าง ๆ สูง โดยเฉพาะในเซลล์กล้ามเนื้อที่ออกขึ้นใหม่ ๆ เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้ยังมีการสร้าง autoantibodies มากขึ้นไปอีก และทำให้โรคไม่สงบลง แม้ว่าจะได้หยุดยา statin ไปแล้ว

ในแง่ของกลไกในการเกิดการบาดเจ็บหรือทำลายเซลล์ในผู้ป่วยโรค statin-associated autoimmune myopathy นั้น ก็ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดเช่นกัน แต่คาดว่าน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับ autoantibodies ต่อเอนไซม์ HMG-CoA ที่อาจทำให้มีการสร้าง protein ที่เรียกว่า membrane attack complex บนผิวเซลล์กล้ามเนื้อ และมีการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อตามมา โดยหลักฐานที่ช่วยสนับสนุนแนวความคิดนี้ก็คือ การพบวาระดับ anti-HMG-CoA นั้น มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและระดับของเอนไซม์ creatine kinase อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากตามปกติแล้วเอนไซม์ HMG-CoA ที่อาจเป็นต้นทางของการเกิดโรคนั้นไม่ได้อยู่บนผิวเซลล์ ดังนั้น จึงน่าจะมีปัจจัยอื่นที่เป็นกลไกร่วมของการเกิดโรคด้วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การวินิจฉัย

1. การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยโรค statin-associated autoimmune myopathy มักจะมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่ส่วนต้นของ

แขนหรือขา (proximal muscle weakness) และมีอาการทั้งสองข้างพอ ๆ กัน

2. ระดับของเอนไซม์ creatine kinase เมื่อทำการตรวจวัดระดับเอนไซม์ในเลือดจะพบว่าสูงขึ้นและมักจะมากกว่า 2,000 IU/L หรือมากกว่า 10 เท่าของค่าสูงสุดในภาวะปกติ (upper limit of the normal range 0-150 IU/L)

3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (electromyography) จะพบว่ามีศักย์ไฟฟ้าจากกล้ามเนื้อ (motor-unit potentials) ขณะมีการกระตุ้นลดลง แต่มีศักย์ไฟฟ้าในระยะที่ไม่ถูกกระตุ้นสูงขึ้นกว่าปกติ ซึ่งเป็นลักษณะที่แสดงว่ามีการอักเสบภายในเซลล์กล้ามเนื้อเกิดขึ้น

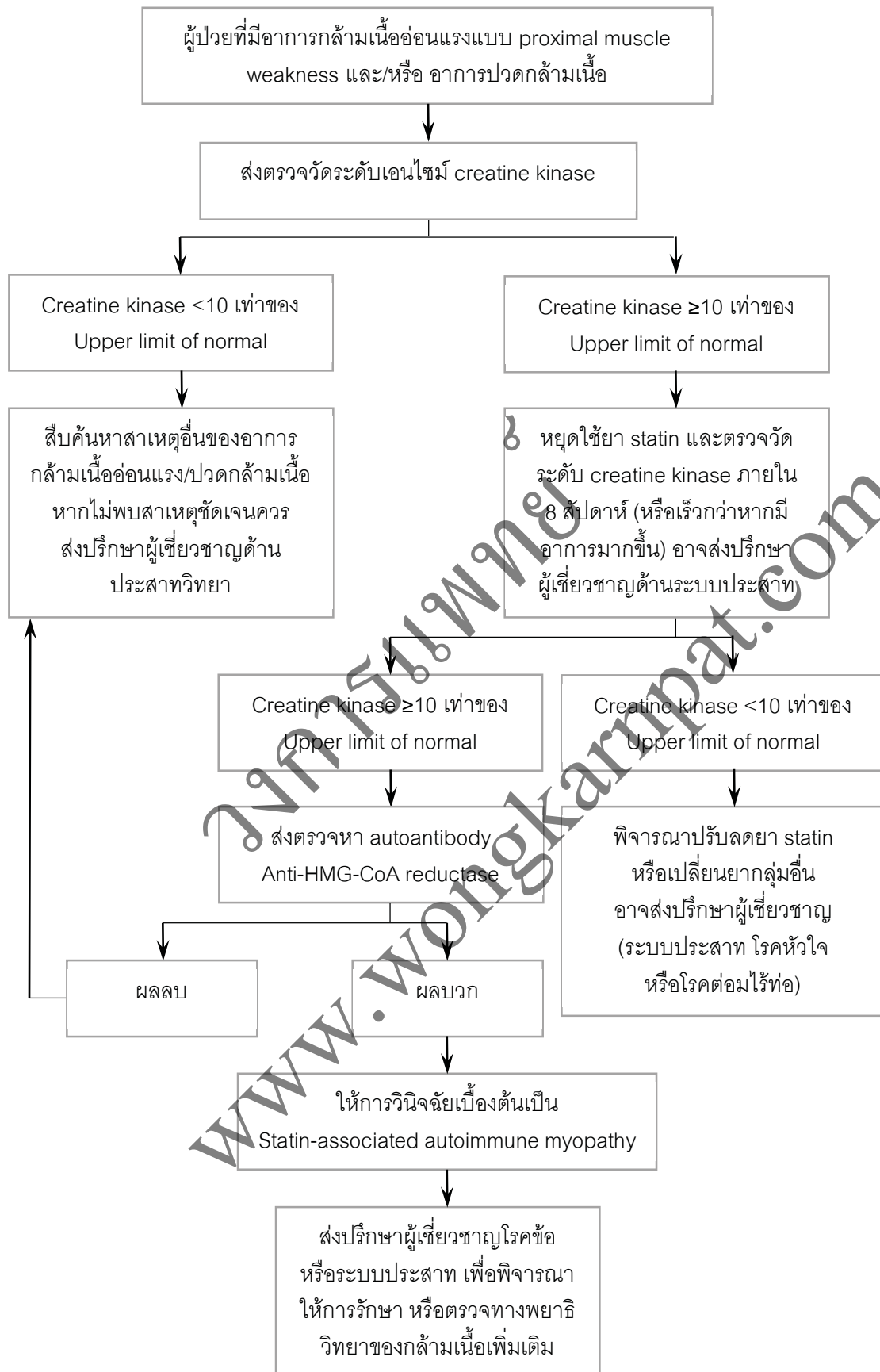
4. การตรวจด้วย magnetic resonance imaging (MRI) จะพบมีการบวมของเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อได้

5. การตรวจทางพยาธิวิทยา จะพบมีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อ (muscle necrosis) และมีการอักเสบของเซลล์ ร่วมกับมีเซลล์อักเสบต่าง ๆ เช่น macrophages, plasmacytoid dendritic cells แทรกตัวอยู่ในเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อโดยเฉพาะบริเวณ endomysial และ perivascular regions โดยลักษณะทางพยาธิวิทยาดังกล่าวนี้ใช้ในการแยกโรคจากโรค polymyositis และ inclusion-body myositis ได้ โดยจะพบว่ามีเซลล์อักเสบชนิด lymphocyte หรือ rimmed vacuoles แทรกอยู่ในเซลล์กล้ามเนื้อ แต่ไม่มีการตายของกล้ามเนื้อในโรค polymyositis และ inclusion-body myositis ตามลำดับ

6. การตรวจหา autoantibody ต่อเอนไซม์ HMG-CoA reductase (anti-HMG-CoA reductase) สามารถตรวจพบได้จากในเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ และมีความสัมพันธ์กับโรคนี้อย่างชัดเจน โดยจะพบในผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 92 และแทบจะไม่พบในผู้ที่มีโรคกล้ามเนื้ออักเสบชนิดอื่น จึงเป็นการตรวจที่มีส่วนช่วยในการยืนยันการวินิจฉัยอย่างมาก

สำหรับแนวทางในการสืบค้นและตรวจวินิจฉัยโรค statin-associated autoimmune myopathy มีดังแผนภาพต่อไปนี้





แผนภาพที่ 1: แนวทางการสืบค้นและวินิจฉัยโรค statin-associated autoimmune myopathy
(ดัดแปลงจาก Mammen A L. Statin-Associated Autoimmune Myopathy. NEJM 2016;374:664-9.)

การรักษา

ผู้ป่วยโรค statin-associated autoimmune myopathy บางรายมีอาการดีขึ้นหรือหายไปได้เองหลังจากที่หยุดใช้ยา statin โดยไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอื่นใดเพิ่มเติม ดังนั้น สำหรับในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการไม่รุนแรงอาจอาศัยการหยุดใช้ยาแต่เพียงอย่างเดียวก็ได้ สำหรับในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรืออาการไม่ดีขึ้นหลังจากที่หยุดยาไปแล้ว หรือแย่งสมควรได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิร่วมไปกับการหยุดยา statin

ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษาโรคนี้ แต่จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ผู้เชี่ยวชาญแนะนำการใช้ยา prednisolone ในขนาด 1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวต่อวัน และในรายที่มีอาการรุนแรงอาจพิจารณาใช้ยาอื่น ๆ เช่น methotrexate, azathioprine หรือ mycophenolate mofetil ร่วมด้วยได้ สำหรับในรายที่มีอาการรุนแรงมาก หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาหลังจากที่หยุดยาไปแล้ว 8-12 สัปดาห์ อาจพิจารณาใช้ยาอื่น เช่น intravenous immunoglobulin หรือ rituximab ร่วมด้วยได้ สำหรับผู้ป่วยบางรายที่อาจมีข้อจำกัดของการใช้ยากดภูมิ หรือเป็นเบาหวาน อาจพิจารณาเลือกใช้ยา intravenous immunoglobulin หรือ rituximab เป็นตัวแรกก็ได้

หลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นและมีกำลังของกล้ามเนื้อกลับมาเป็นปกติแล้ว ควรพิจารณาปรับลดยากดภูมิลงอย่างช้า ๆ และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาจมีผู้ป่วยบางรายที่กลับเป็นซ้ำหลังจากที่ปรับลดยา และอาจจำเป็นต้องใช้ยา

กดภูมิต่อไปเป็นเวลานาน สำหรับผู้ป่วยที่อาการต่าง ๆ ดีขึ้น แต่ผลการตรวจวัดระดับเอนไซม์ creatine kinase กลับไม่ลดลงนั้น ในปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนว่า จำเป็นต้องปรับเพิ่มยาหรือไม่ แต่สำหรับในรายที่มีระดับเอนไซม์ creatine kinase ลดลงสู่ระดับปกติแล้ว แต่แรงของกล้ามเนื้อไม่กลับมาเป็นปกติ กรณีนี้อาจมีสาเหตุจากการที่กล้ามเนื้อมีการอักเสบอย่างรุนแรงและมีการสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ทำให้เนื้อเยื่อกล้ามเนื้อถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อไขมัน ซึ่งสามารถยืนยันการวินิจฉัยได้ด้วยการตรวจ MRI

สรุป

ยาในกลุ่ม statins นั้น โดยทั่วไปแล้วมีความปลอดภัยสำหรับใช้เพื่อการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เกิดความผิดปกติจากการใช้ยา และส่วนหนึ่งก็อาจเกิดโรค statin-associated autoimmune myopathy ได้ ผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดโรคนี้มักมีอาการปวดกล้ามเนื้อ และ/หรือมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงร่วมกับการตรวจพบว่ามีระดับเอนไซม์ creatine kinase เพิ่มขึ้นมาก การวินิจฉัยโรคนี้ อาจทำได้ด้วยการตรวจหา autoantibody คือ anti-HMG-CoA reductase และการตรวจทางพยาธิวิทยาในบางราย การรักษาภาวะนี้สามารถทำได้โดยการหยุดใช้ยา statin และอาจพิจารณาการใช้ยากดภูมิร่วมด้วยหากมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาซ้ำหรือมีการดำเนินโรครุนแรงอาจมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออย่างถาวรได้

References

- Ganga HV, Slim HB, Thompson PD. A systematic review of statin-induced muscle problems in clinical trials. *Am Heart J* 2014;168:6-15.
- Law M, Rudnicka AR. Statin safety: a systematic review. *Am J Cardiol* 2006;97(8A):52C-60C.
- Hansen KE, Hildebrand JP, Ferguson EE, Stein JH. Outcomes in 45 patients with statin-associated myopathy. *Arch Intern Med* 2005;165:2671-6.
- Echaniz-Laguna A, Mohr M, Tranchant C. Neuromuscular symptoms and elevated creatine kinase after statin withdrawal. *N Engl J Med* 2010;362:564-5.
- Needham M, Fabian V, Knezevic W, Panegyres P, Zilko P, Mastaglia FL. Progressive myopathy with up-regulation of MHC-I associated with statin therapy. *Neuromuscul Disord* 2007;17:194-200.
- Grable-Espinoza P, Katzberg HD, Greenberg SA, Srinivasan J, Katz J, Amato AA. Immune-mediated necrotizing myopathy associated with statins. *Muscle Nerve* 2010;41:185-90.
- Christopher-Stine L, Casciola-Rosen LA, Hong G, Chung T, Corse AM, Mammen AL. A novel autoantibody recognizing 200-kd and 100-kd proteins is associated with an immune-mediated necrotizing myopathy. *Arthritis Rheum* 2010;62:2757-66.
- Mammen AL, Chung T, Christopher Stine L, et al. Autoantibodies against 3-hydroxy-3-methylglutaryl-coenzyme A reductase in patients with statin-associated autoimmune myopathy. *Arthritis Rheum* 2011;63:713-21.
- Ramanathan S, Langguth D, Hardy TA, et al. Clinical course and treatment of anti-HMGCR antibody-associated necrotizing autoimmune myopathy. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm* 2015;2(3):e96.
- Allenbach Y, Drouot L, Rigolet A, et al. Anti-HMGCR autoantibodies in European patients with autoimmune necrotizing myopathies: inconsistent exposure to statin. *Medicine (Baltimore)* 2014;93:150-7.
- Alfirevic A, Neely D, Armitage J, et al. Phenotype standardization for statin-induced myotoxicity. *Clin Pharmacol Ther* 2014;96:470-6.
- Allenbach Y, Benveniste O. Acquired necrotizing myopathies. *Curr Opin Neurol* 2013;26:554-60.
- Lahaye C, Beaufrére AM, Boyer O, Drouot L, Soubrier M, Tournadre A. Immune-mediated myopathy related to anti 3-hydroxy-3-methylglutaryl-coenzyme A reductase antibodies as an emerging cause of necrotizing myopathy induced by statins. *Joint Bone Spine* 2014;81:79-82.
- Hamann PD, Cooper RG, McHugh NJ, Chinoy H. Statin-induced necrotizing myositis — a discrete autoimmune entity within the "statin-induced myopathy spectrum." *Autoimmun Rev* 2013;12:1177-81.
- Padala S, Thompson PD. Statins as a possible cause of inflammatory and necrotizing myopathies. *Atherosclerosis* 2012;222:15-21.
- Klein M, Mann H, Pleštilová L, et al. Increasing incidence of immune-mediated necrotizing myopathy: single-centre experience. *Rheumatology (Oxford)* 2015;54:2010-4.
- Alshehri A, Choksi R, Bucelli R, Pestronk A. Myopathy with anti-HMGCR antibodies: perimysium and myofiber pathology. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm* 2015;2:e124.
- Brewster LM, Mairuhu G, Sturk A, van Montfrans GA. Distribution of creatine kinase in the general population: implications for statin therapy. *Am Heart J* 2007;154:655-61.
- Chung T, Christopher-Stine L, Paik JJ, Corse A, Mammen AL. The composition of cellular infiltrates in anti-HMG-CoA reductase-associated myopathy. *Muscle Nerve* 2015;52:189-95.
- Tidball JG. Inflammatory processes in muscle injury and repair. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2005;288:R345-53.



สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) จัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2559

“Quality Care in Maternal and Fetal Medicine”

สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) จัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2559 เรื่อง “การดูแลอย่างมีคุณภาพในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์” (Quality Care in Maternal and Fetal Medicine) ระหว่างวันที่ 11-13 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมแสนสุข (Grand Hall) โรงแรมบางแสนเฮอริเทจ อ.บางแสน จ.ชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นศูนย์กลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ เผยแพร่วิทยาการอันทันสมัย

และพัฒนาการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับทางด้านสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ให้ดียิ่งขึ้น

พล.อ.ต.ผศ.นพ.วิบูลย์ เรืองชัยนิคม ประธานฝ่ายจัดประชุมวิชาการสมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) กล่าวว่า สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และพัฒนาความรู้ต่าง ๆ ที่ทันสมัยให้แก่แพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ทางสมาคมฯ จึงได้วางนโยบายจัดการประชุมวิชาการขึ้นปีละ 1 ครั้งต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบันซึ่งเป็นการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2559 เรื่อง “การดูแลอย่างมีคุณภาพในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์” (Quality Care in Maternal and Fetal Medicine) ระหว่างวันที่ 11-13 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมแสนสุข (Grand Hall) โรงแรมบางแสนเฮอริเทจ อ.บางแสน จ.ชลบุรี

เริ่มต้นการประชุมในวันแรกด้วย การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (Pre-congress workshops) ใน 3 หัวข้อ โดยคณะกรรมการฯ ได้ร่วมกันคัดเลือกหัวข้อที่มีความสำคัญ และเป็นปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์จะต้องพบอยู่เสมอ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำความรู้ที่ได้กลับไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง โดยสามารถเลือก workshop ในหัวข้อที่สนใจมากที่สุด 1 หัวข้อ จาก 3 หัวข้อ ดังต่อไปนี้

Pre-congress workshops 1: Practical point in electronic fetal monitoring การใช้เครื่อง electronic fetal monitoring และการแปลผลที่ถูกต้องยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงานทางด้านนี้ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ตามต่างจังหวัดที่ยังขาดประสบการณ์ในการแปลผลซึ่งอาจทำให้



การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ผิดพลาดจนนำไปสู่ผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ต่อทารกในครรภ์ และอาจนำไปสู่การฟ้องร้องได้ ในการประชุมครั้งนี้จะมีการนำตัวอย่างกราฟของหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหามาเสนอ และชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เห็นถึงวิธีการอ่านกราฟที่มีความแตกต่างกันอย่างถูกต้องและแม่นยำ

Pre-congress workshops 2: Emergency management in postpartum

มารดาตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของหญิงตั้งครรภ์ที่พบได้บ่อย การดูแลปัญหามารดาตกเลือดหลังคลอดยังเป็นปัญหาที่สำคัญของบ้านเราโดยเฉพาะในต่างจังหวัด บางครั้งทีมงานอาจจะขาดทักษะในการดูแลรักษาและไม่มีเวลาในการค้นหาแนวทางการรักษาใหม่ ๆ เนื่องจากมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก การประชุมครั้งนี้จะมีการให้ความรู้ที่ทันสมัยและสถิติการรักษาที่เหมาะสม ประหยัดและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในโรงพยาบาลทุกระดับ

Pre-congress workshops 3: Common problems in breastfeeding

เป็นที่ทราบกันดีว่านมแม่เป็นแหล่งสารอาหารที่ดีที่สุดของทารก แต่การเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของบ้านเราอยู่ เนื่องจากคุณแม่ส่วนใหญ่ยังคงมีความรู้และความเข้าใจในประโยชน์และวิธีการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ยังไม่ดีพอ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในด้านนี้ยังขาดประสบการณ์ในการแก้ปัญหา ในการประชุมครั้งนี้ทางคณะกรรมการฯ ได้เชิญทีมวิทยากรที่ทำงานด้านนี้มาเป็นเวลานานซึ่งมีทั้งความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่เป็นอย่างดี มาถ่ายทอดเทคนิคให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

พล.อ.ต.ผศ.นพ.วิบูลย์ กล่าวอีกว่า ในปีนี้ทางสมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) ได้รับเกียรติจาก **นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย** มาบรรยายในหัวข้อ **Quality care to improve maternal and perinatal mortality in Thailand** เป็นการเน้นคุณภาพในการพัฒนาเพื่อป้องกันอัตราการตายของมารดาและทารกในประเทศไทย นับเป็นไฮไลท์ที่ผู้เข้าร่วมประชุมพลาดไม่ได้ เนื่องจากมีความน่าสนใจเพราะเกี่ยวกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแพทย์และพยาบาลต้องเดินตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การทำงานสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

นอกจากนี้ยังมีหัวข้อในการประชุมที่สำคัญต่าง ๆ อีกมากมาย ไม่ว่าจะเป็น **แนวทางการรักษาความผิดปกติของทารกในครรภ์** เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมทราบว่าในปัจจุบันมีการพัฒนาและก้าวหน้าไปถึงขั้นไหน และในกรณีของโรงพยาบาลต่างจังหวัดหรือโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถไม่เพียงพอจะได้ทราบแนวทางว่าความผิดปกติระดับไหนควรจะส่งต่อไปที่ใดบ้าง และ **การติดเชื้อไวรัสของหญิงตั้งครรภ์** เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าเชื้อไวรัสที่กำลังเป็นที่สนใจ ทั้งไวรัสไข้เลือดออกและไวรัสไข้หวัดใหญ่ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าในมารดาตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออกและไวรัสไข้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้น ดังนั้น ในการวางแผนป้องกันและดูแลรักษาจึงต้องอาศัยทีมและแนวทางการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกในครรภ์

ส่วนหัวข้ออื่น ๆ ก็มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน อาทิ **การดูแลภาวะวิกฤติที่สำคัญของทั้งมารดาและทารกในช่วงที่อยู่ในห้องคลอด ภาวะเครียดของคุณแม่ระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด นวัตกรรมใหม่ ๆ ทางด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์** รวมทั้งผู้เข้าร่วมประชุมยังจะได้ **รับฟังประสบการณ์ตรงของแพทย์ที่ถูกฟ้องร้อง** เมื่อแพทย์ถูกฟ้องร้องจะมีวิธีการเตรียมตัว เตรียมใจอย่างไรเพื่อรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น

ทั้งนี้คาดหวังว่าผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ แพทย์ทั่วไป พยาบาลสูตินรีเวช พยาบาลห้องคลอด พยาบาลห้องทารกแรกเกิด พยาบาลห้องกุมารเวช นักวิชาการ และผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ประมาณ 800 คน จะสามารถนำความรู้ในแต่ละหัวข้อที่ได้รับ



จากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจากหลากหลายสถาบัน ได้แก่ **ศ.นพ.เอื้อน ตันติสินธร, ศ.นพ.ธีระทองสง, รศ.นพ.ดวงสิทธิ์ วัฒนการาร, รศ.นพ.เอกชัย ไคววาริสาร, พญ.ยุพียง แห่งเชาวนิช และ อ.ดร.มาลี เกื้อนพคุณ** เป็นต้น ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานได้ เนื่องจากการประชุมครั้งนี้ทางคณะกรรมการฯ ได้พยายามเลือกหัวข้อที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงานทางด้านนี้โดยตรง เพราะในแต่ละหัวข้อเป็นปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานต้องพบเจอและเสนอแนะเข้ามา

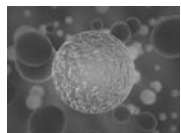
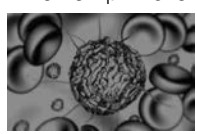
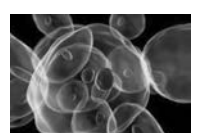
ท้ายนี้ **พล.อ.ต.ผศ.นพ.วิบูลย์** เน้นย้ำว่า หลักสำคัญในการดูแลมารดาและทารกในครรภ์ให้มีความปลอดภัยนั้นนอกจากจะขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะ และการเอาใจใส่แล้ว เรื่องของการสื่อสารก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะการสื่อสารที่ดีจะช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากในการดูแลทางการแพทย์ แม้จะให้การดูแลอย่างดีด้วยความรู้ ทักษะ และความตั้งใจที่จะให้ผู้ป่วยปลอดภัย แต่ต้องยอมรับว่าบางครั้งอาจเกิดภาวะวิกฤติหรือภาวะฉุกเฉินที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ดังนั้น การสื่อสารที่ดีจะสามารถทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นคลี่คลายไปได้ด้วยดี

สำหรับผู้สนใจเข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2559 เรื่อง **“การดูแลอย่างมีคุณภาพในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์” (Quality Care in Maternal and Fetal Medicine)** ระหว่างวันที่ 11-13 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมแสนสุข (Grand Hall) โรงแรมบางแสน เฮอริเทจ อ.บางแสน จ.ชลบุรี สามารถลงทะเบียนออนไลน์ หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.thai-smfm.com หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2718-1489, 08-7695-7659 โทรสาร 0-2718-1488 E-mail: mfm_th@yahoo.com, por.boon@hotmail.com ID Line: 0876957659

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
30 มีนาคม-1 เมษายน 2559 	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2559 (EMS Forum) “เคลื่อนพลังคุณภาพการแพทย์ฉุกเฉิน” ณ ศูนย์ประชุมอิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี	โทรศัพท์ 0-2872-1669 โทรสาร 0-2872-1602-5 E-mail: thanomsri@thainhf.org www.niems.go.th
1 เมษายน 2559 	สมาคมศัลยกรรมและเวชศาสตร์เพื่อการเสริมสวยประเทศไทย ร่วมกับสมาคมศัลยกรรมเสริมสวยประเทศเกาหลี	การประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ Live Cosmetic Surgery Workshop 2016 ณ โรงพยาบาลไทยวัชกุญชร กรุงเทพมหานคร	โทรศัพท์ 09-9146-5956 E-mail: admin@cosmeticsurgery.or.th www.cosmeticsurgery.or.th
2-3 เมษายน 2559 	สาขาวิชาศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	การประชุมสัมมนาด้านศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม ครั้งที่ 10 “Best Practice in HNB Surgery” ณ ห้องบรรยาย อวย เกตุสิงห์ อาคารศิริราชวินิตรา ชั้น 3 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	โทรศัพท์ 0-2419-8016, 0-2419-8073 E-mail: sisuhnb@gmail.com www.sirirajconference.com
26-28 เมษายน 2559 	ราชวิทยาลัยโสต คอ นสิกแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการปี พ.ศ. 2559 ครั้งที่ 1 ณ โรงแรมเดอะไชน่ พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2354-7711 ต่อ 93685, 93073 โทรสาร 0-2354-4109 www.rcot.org
27-29 เมษายน 2559 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 32 ประจำปี พ.ศ. 2559 “Value-Based Medicine Practice” ณ ศูนย์ประชุมพีช โรงแรมรอยัล คลิฟ พัทยา	โทรศัพท์ 0-2716-6744, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: rcpt.annual@rcpt.org, rcptmail@gmail.com www.rcpt.org
27-29 เมษายน 2559 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2559 “STRONG: Skills, Trends and Reviews in O aNd G” ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซอยสุขุมวิท 11 (ใกล้ BTS สถานีนาana) กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5721-2, 09-0669-5722 โทรสาร 0-2716-5720 E-mail: congressrtcog@hotmail.com www.rtcog.or.th
11-13 พฤษภาคม 2559 	สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2559 “Quality Care in Maternal and Fetal Medicine” ณ ห้องประชุมแสนสุข (Grand Hall) โรงแรมบางแสนไฮอริเทจ 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
19-20 พฤษภาคม 2559 	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	การประชุมราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ส่วนภูมิภาค พ.ศ. 2559 “Master secrets in orthopaedic surgery” ณ โรงแรมโซฟิเทล กระบี่ ไบโคธรา กอล์ฟ แอนด์ 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 ร่วมกับโครงการจัดตั้งชมรมศัลยเสวนา ภาควิชาศัลยศาสตร์	การประชุมศัลยเสวนา BB meeting Surgical Forum 5 th “Breast Surgical Practices & Management of complications” ณ โรงแรมโซฟิเทล กระบี่ ไบโคธรา กอล์ฟ แอนด์ สปา รีสอร์ท จ.กระบี่	โทรศัพท์ 0-7445-1403-4 โทรสาร 0-7442-9384 E-mail: kpiyapor@gmail.com http://medinfo2.psu.ac.th/surgery

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานแพทย์ โทร. 0-2435-2345 ต่อ 226 โทร./แฟกซ์ 0-2435-4024
บริษัท สสสพสาร จำกัด 71/16 ถนนบรมราชชนนี แขวงจตุจักร อภิบาล เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2016

Date	Title	City	Country	Contact
7-9 April 2016 	12 th International Conference on Psychiatry "Psychiatry in General Medicine"	Jeddah	Saudi Arabia	http://jed.sghgroup.com.sa/index.php?option=com_content&view=article&id=293&Itemid=42&lang=en
8-10 April 2016 	8 th International Conference on Thrombosis and Hemostasis Issues in Cancer (ICTHIC)	Bergamo	Italy	www.ictthic.com
19-21 April 2016 	The Reproductive Health Summit 2016	London	United Kingdom	http://lifescienceevents.com/Reproductive2016
19-22 April 2016 	Drug Discovery Chemistry	San Diego	United States of America	www.drugdiscoverychemistry.com
23-28 April 2016 	20 th European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine	Estoril	Portugal	www.esprm2016.com/en
23-30 April 2016 	Primary Care including Topics in Palliative Care Iberian Treasures Cruise	Monte Carlo	Monaco	www.continuingeducation.net
25-26 April 2016 	Stem Cell Research & Regenerative Medicine Conference	Boston	United States of America	www.gtcbio.com/conferences/stem-cell-research-regenerative-medicine-overview
25-27 April 2016 	Stem Cell Summit	Boston	United States of America	www.gtcbio.com/conferences/stem-cell-summit-overview
28-29 April 2016 	ICFSR 2016-5 th International Conference on Frailty and Sarcopenia Research	Philadelphia	United States of America	www.frailty-sarcopenia.com

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



แถลงข่าวแม่วัยรุ่น: วาระแห่งชาติ

คณะกรรมการคลินิกแม่วัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดงานแถลงข่าว “แม่วัยรุ่น: วาระแห่งชาติ” โดยมี รศ.นพ.พัญญ พันธ์บุรณะ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ประธานคณะกรรมการคลินิกแม่วัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการแถลงข่าว ภายในงานมีการกล่าวถึงประเด็นที่น่าสนใจ โดยมี อ.พญ.จิราภรณ์ อรุณากูร หน่วยเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก เด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์, ผศ.นพ.สัณญา ภัทรราชย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และ ศ.พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์

หน่วยเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอกเด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ร่วมให้ข้อมูลแก่สื่อมวลชน เพื่อช่วยกระตุ้นเตือนวัยรุ่นไทยให้ตระหนักถึงปัญหาของแม่วัยรุ่น ณ ห้องประชุมท่านผู้หญิงวิระยา ชวกุล ชั้น 5 อาคารศูนย์การแพทย์ศิริกิติ เมื่อไม่นานมานี้



ออกหน่วยแพทย์พิวหนังเคลื่อนที่

สมาคมแพทย์พิวหนังแห่งประเทศไทย จัดกิจกรรมออกหน่วยแพทย์พิวหนังเคลื่อนที่ “40 ปี สมาคมแพทย์พิวหนังฯ ออกหน่วย 4 ภาค” ที่จังหวัดอุดรธานี นำโดย รศ.นพ.นฤมล นพคุณ นายกสมาคมแพทย์พิวหนังแห่งประเทศไทย และ ผศ.พญ.สุวิภากร โอภาสวงศ์ ประธานประชาสัมพันธ์สมาคมแพทย์พิวหนังแห่งประเทศไทย โดยการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ได้รับเกียรติจาก นพ.ธรรมบุญ วิสิฐธนวรรธ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ให้เกียรติต้อนรับ ภายในงานนอกจากจะมีการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคพิวหนังแล้ว ยังมี

การจัดบรรยายทางวิชาการให้แก่แพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาลอุดรธานีและโรงพยาบาลใกล้เคียง เรื่องโรคติดต่อทางพิวหนัง โรคเรื้อน เรื่องของสิ่ว โรคของผมและผิวหนัง ณ ห้องประชุมชั้น 7 โรงพยาบาลอุดรธานี เมื่อไม่นานมานี้



เปิดตัวแคมเปญใหม่ 2559

คุณตุลย์วงศ์ศุภสวัสดิ์ ผู้จัดการทั่วไป บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ผู้นำในตลาดอาหารเสริมสุขภาพของเมืองไทย แถลงข่าวถึงนโยบายการทำการตลาดในปี พ.ศ. 2559 พร้อมเปิดตัวแคมเปญใหม่ “แบรนด์ตู่ซูปักกัด... สอบครั้งสำคัญ ต้องมุ่งมั่นทำให้เต็มที่” ซึ่งเป็นแคมเปญส่งเสริมเด็กไทยให้ทุ่มเท เอาชนะทุกการสอบ โดยมี ดร.อภิสิทธิ์ ฉัตรทนานนท์, คุณศรัณย์ภัค เพ็ญชาติ, คุณโอปนินิ วิวรรณวรางค์, คุณกษกร แก้วศรีชัย, คุณศิรดา ไตรตรีงษ์ทัศน์ และ คุณมนอำไพ สิงห์เสนี ร่วมงานดังกล่าว ณ ห้องคอนเซอรัวาทอรี ชั้น 7 โรงแรมแลนด์มาร์ค กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



นำเข้าเก้าอี้แนวไฟฟ้าเพื่อสุขภาพ

กลุ่มบริษัทซัมมิต เพิ่มไลน์ธุรกิจ นำเข้า “เก้าอี้แนวไฟฟ้า Family Inada” การ์นิคุณภาพ ความนิยมในญี่ปุ่นมากกว่า 50 ปี มีคุณสมบัติยอดเยี่ยมดูแลสุขภาพระดับ World Class จับตลาดไฮเอนด์ เตรียมเปิดโชว์รูมสุขภาพครบวงจรย่านสุขุมวิท เมษายน พ.ศ. 2559 นี้ โดยได้รับเกียรติจาก มร.เคซุเกะ คารากิ เลขาธิการเอกสถานทูตญี่ปุ่นประจำประเทศไทย, มร.นิชิมุ อินาดะ CEO Founder บริษัท Family Inada จำกัด ประเทศญี่ปุ่น และนายสรรเสริญ จุฬางกูร ประธานใหญ่ กลุ่มบริษัทซัมมิต ผู้ผลิตชิ้นส่วนรถยนต์รายใหญ่ของประเทศไทย ร่วมเป็นเกียรติในงานแถลงข่าวเปิดตัวเก้าอี้แนวไฟฟ้าเพื่อสุขภาพ Family Inada Chair เมื่อไม่นานมานี้



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

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา..... บัญชี..... เลขที่.....

☐ ธนาคารกรุงไทย สาขา..... บัญชี..... เลขที่.....

☐ ธนาคารกรุงเทพ สาขา..... บัญชี..... เลขที่.....

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา..... บัญชี..... เลขที่.....

☐ ธนาคารกรุงไทย สาขา..... บัญชี..... เลขที่.....

☐ ธนาคารกรุงเทพ สาขา..... บัญชี..... เลขที่.....

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 และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2435-4024

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 109

โทร./แฟกซ์ 0-2435-4024

Continuing Medical Education

CME PLUS

www.wongkarnpat.com



ใหม่!

ก๊าล์

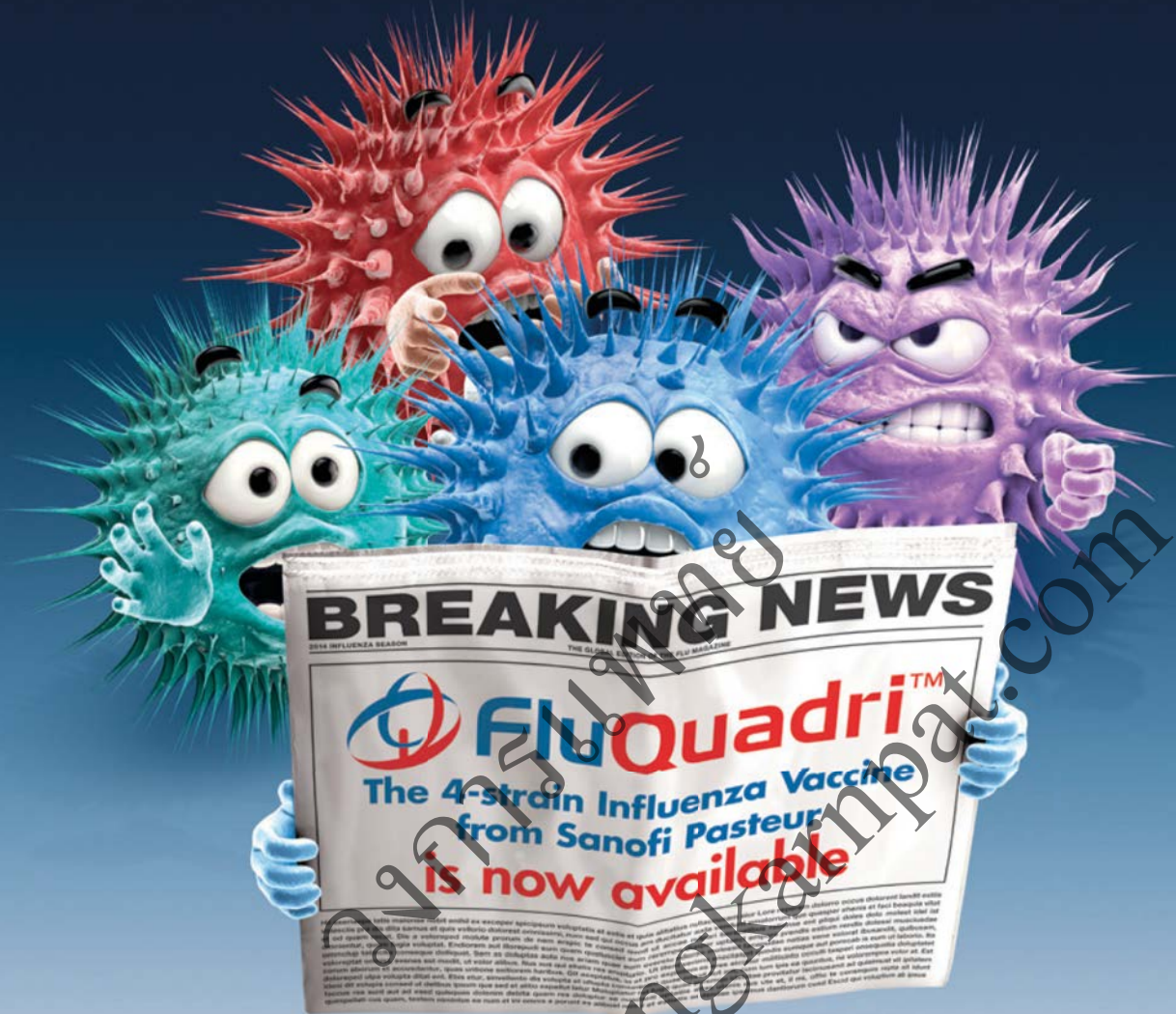
ดีไลท์โยเกิร์ต

อร่อยเต็มที
ได้ประโยชน์ทุกวัน



นมเปรี้ยวดีไลท์





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