

สเปรย์พ่นจมูกดักจับ

และยับยั้ง **โควิด-19**
ทางเลือกใหม่ให้คนไทยอุ่นใจ
จาก **โควิด-19**



นิตยสาร:

บทบาทของ Rituximab ในการรักษา Focal Segmental Glomerulosclerosis

Special

ปกหมุด "Palliative Care" สานพลัง กทม.

วางระบบสังคม-ชุมชน เข้าใจวิถี "อยู่ดี" และ "ตายดี"

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

AMGEN

atb
always beside you

Pfizer

GED

BVL
BIOVALYS

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarmpat.com

www.wongkarmpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarmpat.com ได้ข้อมูลถูกใจ

กด

Like

ได้ที่ www.facebook.com/วงการแพทย์

ด้วยประสบการณ์กว่า **20** ปี ...

ที่เราสร้างสรรค์และพัฒนา
ด้านสื่อสิ่งพิมพ์ และโฆษณา

บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด



พัฒนางานด้านสื่อสิ่งพิมพ์ และโฆษณา
โดยเน้นการสร้างสรรค์ผลงานที่มีคุณภาพ
มาอย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า 20 ปี
ด้วยทีมงานที่มีความเชี่ยวชาญ
เรื่องการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ และโฆษณา

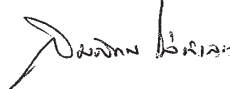
เราพร้อมที่จะเป็นเพื่อนคู่คิด เป็นมิตร
คอยแนะนำให้คำปรึกษา เพื่อให้ทุก ๆ ผลงาน
ที่ผลิตจากเราไปเป็นหนึ่งในกลุ่มยุทธศาสตร์
การส่งเสริมการขายที่ทำให้สินค้าของลูกค้า
ประสบผลสำเร็จในธุรกิจการตลาด



ปัญหาจากการใช้สื่อผ่านจอในเด็ก

เด็กรุ่นใหม่เมื่อเกิดมาก็มีโทรศัพท์มือถือและคอมพิวเตอร์อยู่ในบ้านแล้ว เมื่อก่อนนี้เราแนะนำไม่ให้เด็กต่ำกว่า 2 ขวบใช้สื่อผ่านจอ หลัง 2 ขวบ-5 ขวบไม่ควรใช้เกินวันละ 2 ชั่วโมง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โรงเรียนปิด เด็กต้องเรียนออนไลน์ พ่อแม่ต้องซื้อสมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตให้ลูก แคมต้องมี Wi-Fi ในบ้าน จากการสำรวจเด็กอายุ 9-18 ปี จำนวน 31,965 คน จาก 77 จังหวัดในช่วงกลางปี พ.ศ. 2565 พบว่าร้อยละ 81 ของเด็กมีแท็บเล็ตหรือสมาร์ทโฟนเป็นของตนเอง ร้อยละ 64 ของเด็กมีอินเทอร์เน็ต Wi-Fi ที่บ้าน ร้อยละ 85 ของเด็กใช้โซเชียลมีเดียทุกวันหรือเกือบทุกวัน การใช้อินเทอร์เน็ตนั้นมีถึงร้อยละ 55 ที่ใช้เพื่อพักผ่อนหรือการบันเทิง มีเพียงร้อยละ 29 ที่ใช้เพื่อการเรียนหรือการทำงาน เด็กติดการใช้สื่อผ่านจอ นั่งนาน ไม่ได้ออกกำลังกาย อ้วนขึ้นเพราะกินของจุจิบระหว่างการใช้อินเทอร์เน็ต เด็กนอนดึกตื่นสาย นอนไม่พอ ผลจากการสำรวจเด็กทั่วโลกในปัจจุบันพบว่า 1 ใน 5 ของเด็กมีปัญหาทางสุขภาพจิต เด็กมีปัญหาซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 37% ที่น่าเป็นห่วงคือ เด็กอายุ 10-14 ปี มีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นถึง 200% เราต้องมาพิจารณาว่าอะไรเกิดขึ้น เราทำอะไรผิดพลาด ปัจจุบันเด็กเกิดน้อยลง ในปี พ.ศ. 2564 เป็นปีแรกที่คนไทยตายมากกว่าเกิด 19,080 คน พ่อแม่พยายามทำให้ลูกเก่งและมีความสามารถหลายอย่างจึงส่งลูกไปเรียนพิเศษ นอกจากวิชาการแล้วยังให้เรียนดนตรี กีฬา ส่งลูกไปแข่งขันชิงรางวัล สร้างความกดดันให้แก่เด็ก เด็กขาดสิ่งพื้นฐานที่จะทำให้เด็กพัฒนาอย่างสมบูรณ์ เด็กขาดพ่อแม่ที่มีเวลาเพราะพ่อแม่ต้องทำงาน เด็กขาดระเบียบวินัย ขาดความรับผิดชอบ ขาดการนอนและขาดอาหารที่เหมาะสม ขาดการไปเล่นนอกบ้าน เด็กถูกตามใจ เด็กรู้สึกถ้าเขาอยากได้อะไร พ่อแม่ต้องหามาให้โดยเด็กไม่ต้องทำอะไรหรือรับผิดชอบอะไร เราจะแก้ปัญหาเหล่านี้ได้โดยต้องวางกฎเกณฑ์ที่พ่อแม่กำหนด ไม่ใช่เด็กกำหนด เด็กต้องรู้ว่าสิ่งใดจำเป็น สิ่งใดอยากได้ พ่อแม่ต้องกล้าปฏิเสธถ้าเด็กอยากได้แต่ไม่จำเป็น ให้อาหารที่ถูกสุขลักษณะ ใช้เวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น ไปเดิน ไปถีบจักรยาน เป็นต้น อาหารมื้อเย็นที่รับประทานพร้อมกันห้ามใช้โทรศัพท์มือถือหรือแท็บเล็ต ให้เด็กช่วยทำงานบ้านตามอายุที่เขาทำได้ กำหนดเวลาเข้านอนจะได้ไม่นอนดึกเกินไป สอนให้รู้จักรับผิดชอบ อย่าปกป้องเขามากเกินไปเวลาทำอะไรผิดอย่าถือกระเป๋ามาหาของบางอย่างที่ง่าย ๆ เช่น ปอกกล้วย ปอกเปลือกส้ม ต้องให้เขาทำเอง สอนให้เขารู้จักรอ เวลาเขาเบื่อจะต้องให้เขาแก้ปัญหาเอง หลีกเลี่ยงการใช้เทคโนโลยีในการแก้ปัญหา สอนให้รู้จักขอบคุณ ขอโทษ ผลัดกันเล่น มีการอ่านหนังสือ เล่นเกม ออกกำลังกายร่วมกัน เด็กต้องการความรักจากพ่อแม่ ให้พ่อแม่กอดจูบ หลีกเลี่ยงการใช้สื่อผ่านจอในขณะที่รับประทานอาหาร ในรถยนต์ ในภัตตาคาร ในศูนย์การค้า ในขณะที่เดิน ก่อนนอน 1 ชั่วโมง สถานที่สำหรับชาร์จและเก็บอุปกรณ์ช่วงกลางคืนไม่ควรใช้ห้องนอนเด็ก เลือกรายการที่เหมาะสมกับวัย ไม่ให้เล่นเกมหรือแอปพลิเคชันโดยไม่ขออนุญาต สอนให้มีมารยาทในการใช้สื่อ สุภาพ ไม่รังแกผู้อื่น ไม่ให้รหัสผ่านแก่ใคร ไม่ให้ข้อมูลส่วนตัว ไม่แชร์รูปส่วนตัว บางครั้งต้องติดตามเรื่องที่เด็กใช้ออนไลน์ เช่น เล่นเกมออนไลน์ เรื่องลามกอนาจาร คบเพื่อนใหม่ เข้าเว็บไซต์ที่ผิดกฎหมาย นัดพบเพื่อนออนไลน์ ถูกจีบออนไลน์ ถูกคุกคามทางเพศ ถูกผู้ใหญ่หลอกเรื่องทางเพศ และเรื่องการค้า ในระยะหลังมีการใช้อินเทอร์เน็ตมาเป็นเครื่องมือในการทำร้ายคนอื่น ยกตัวอย่างเช่น การโพสต์ข้อความ ภาพหรือคลิปวิดีโอคำทอ ล้อเลียน เสียดสี ประจาน ใส่ร้าย ระบายอารมณ์ ฯลฯ มุ่งทำให้เหยื่อเสียหาย อับอาย ถูกรังเกียจ รวมถึงการยุให้ฆ่าตัวตายเพราะชีวิตไร้ค่า เป็นคนอ่อนแอ ถ้ามีคนมาร่วมแสดงความคิดเห็น ตอบโต้ไปมา ยิ่งแชร์มากยิ่งบอบช้ำมาก คนรอบตัวเด็ก (ผู้ปกครอง ครู เพื่อน) ต้องรับฟังอย่างจริงจัง เป็นเพื่อน ปลอดภัย ให้ความรัก ความเป็นกันเอง ให้ความช่วยเหลือ เช่น ลบ ปิดกั้นแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง




 ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 534 ประจำเดือนตุลาคม 2565

3 Get Up

- Statins ประโยชน์มีมากกว่าโทษ
- COVID-19 booster recommendation by age
- รักษา acute cough ในเด็กอย่างไรดี

5 โลกกว้างทางแพทย์

- A proof of concept for structure-based vaccine design targeting RSV in humans
- Allergic Rhinitis in Children and Adolescents
- COVID-19 vaccine equity and booster doses

9 In Focus

สเปรย์พ่นจมูกดักจับและยับยั้งโควิด-19
ทางเลือกใหม่ให้คนไทยอุ่นใจจากโควิด-19

13 Special

ปึกหมุด "Palliative Care" สานพลัง กทม.
วางระบบสังคม-ชุมชน เข้าใจวิถี "อยู่ดี" และ "ตายดี"

17 Movement

18 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564

19 นานาสาระ

บทบาทของ Rituximab ในการรักษา Focal Segmental Glomerulosclerosis

21 รายงานพิเศษ

'ศิริราช' ร่วม Showcase d-Signature
ในงาน BOT Digital Finance Conference 2022

23 Radar

ม.มหิดล พัฒนานวัตกรรม "น้ำยาทำลายโปรตีนโปรลามีนส์"
ใช้ทดสอบเพื่อหาข้อบ่งชี้โรคภูมิแพ้ภูมิตนในแง่ข่าวสาลี

25 รอบรู้เรื่องยา

บ้านหลวงสีแดง อีกทางเลือกของภาวะความจำเสื่อม

27 รายงานพิเศษ

10 ปี แห่งการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพ
ฐานราระบบสุขภาพดิจิทัลไทย ยกกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน

30 มุมนิติเวช

Hyperthermia/Heat Stroke

คณะที่ปรึกษา และคอลัมนิสต์

ศ.ภิชาน นพ.พินิจ กุลละวณิช ศ.นพ.มนตรี ตูจันดา ศ.พญ.ชนิกา ตูจันดา ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.พญ.ธันดา ตระการวณิช ผศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง
พ.ต.ท.นพ.ณัฐวุฒิ โยธินอุปไมย อ.นพ.สันติ สิลัยรัตน์ พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา พญ.พัทธธิดา ดิษยวรรณวัฒน์ พญ.วรินทิพย์ สว่างศรี นพ.ธนาวุฒม์ ไสภักดี
ดร.ภก.สิริวัฒน์ นักร้อง ดร.ภก.ประยุทธ ภูวรัตนาวีโร

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

กรรมการผู้จัดการ

สิริพร แสงเทียนฉาย

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, มณัญญา นาควิสัย

อาร์ตไดเรกเตอร์ สุกัญญา หิรัญยะวะสิต

ดีไซน์เนอร์ อาทิตย์ ศานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

งานโฆษณา ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์

พัชรินทร์ ภายหลัง, ปิยะวรรณ หาปัญนะ

กนกอร ขจรศักดิ์, มณัญญา นาควิสัย

ช่างภาพ ศรพล ไชยทุ่งเงิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา สิริพร แสงเทียนฉาย

โทรศัพท์ติดต่อ หรือสมัครสมาชิกได้ที่

โทร. 0-2435-8111, 0-2435-8444 ต่อ 101

แฟกซ์ 0-2423-2286

เจ้าของ บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด

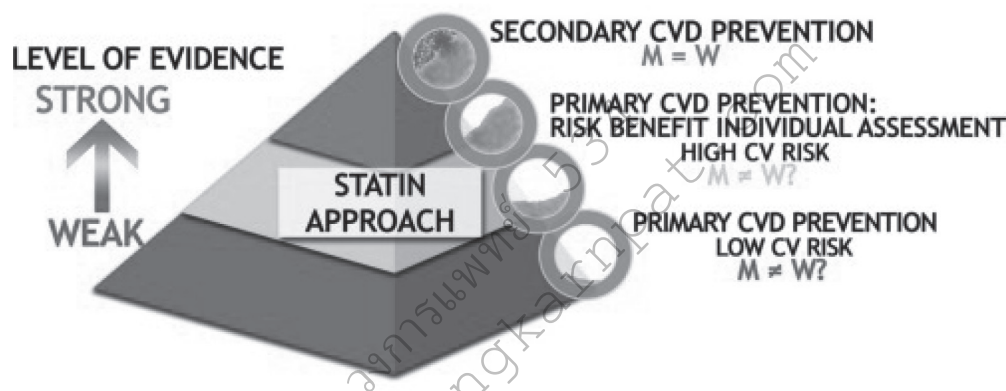
71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์

เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Statins ประโยชน์มีมากกว่าโทษ

ในปัจจุบันหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนแล้วว่ายาในกลุ่ม statins มีประโยชน์ในการลดการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ซึ่งเป็นประโยชน์ที่เหนือไปกว่าเพียงแค่การลดระดับไขมันในเลือด อย่างไรก็ตาม ประชาชนส่วนหนึ่งยังคงสับสนและมีคำถามเกี่ยวกับยานี้เป็นอย่างมาก เช่น จะต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิตหรือไม่ รับประทานยาเป็นครั้งคราวได้หรือไม่ ยาเป็นพิษต่อดับและกล้ามเนื้อหรือไม่ เป็นต้น ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะต้องช่วยกันในการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เช่น 1. ยานี้มีประโยชน์มากกว่าโทษหากรับประทานภายใต้การตรวจติดตามของแพทย์อย่างใกล้ชิด 2. ระยะเวลารับประทานยา ชนิดยา ขนาดการใช้ยา อาจเปลี่ยนแปลงไปขึ้นอยู่กับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับไขมันในเลือดประกอบกัน 3. ยานี้อาจมีผลข้างเคียง แต่เป็นผลข้างเคียงที่ในที่สุดแล้วผู้ป่วยจะสามารถทนได้ หรือสามารถปรับขนาดยาให้เหมาะสมได้ ในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียงแบบรุนแรงก็มีอาการแสดงที่จะสามารถใช้ติดตามก่อนที่จะมีอาการจะรุนแรงมากจนเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ และ 4. ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นหัวใจสำคัญที่สุดของการใช้ยานี้

ที่มา: Sizar O, Khare S, Jamil RT, et al. Statin Medications. [Updated 2022 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430940/>



COVID-19 booster recommendation by age

ในปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 มากในระดับหนึ่งแล้ว ดังนั้น จึงมีคำแนะนำเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนนี้แก่ประชาชนในกลุ่มอายุต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1. ยังคงไม่มีคำแนะนำสำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน และ 6 เดือน-4 ปี และ 2. ยังไม่มีคำแนะนำเกี่ยวกับความถี่ของการฉีดกระตุ้นที่ชัดเจน เช่น ฉีดในช่วงเดือนใด ฉีดในกรณีที่เกิดความชุกของการระบาดเป็นเท่าใดในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง เป็นต้น ประเด็นดังกล่าวยังคงต้องมีการวิจัยและติดตามอย่างใกล้ชิด

ที่มา: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/stay-up-to-date.html?fbclid=IwAR0XZmvqcWhegu85lQytGudJBQXCbWoqIH5SnZM3TJsDirK STR18WHV75s>

COVID-19 Booster Recommendations by Age

Ages	Booster
6 months – 4 years	None
5 – 11 years	Original (monovalent) booster (for those who received Pfizer-BioNTech primary series only)
12 – 17 years	Updated (bivalent) Pfizer booster
18 years and older	Updated (bivalent) Pfizer or Moderna booster (whichever is available)

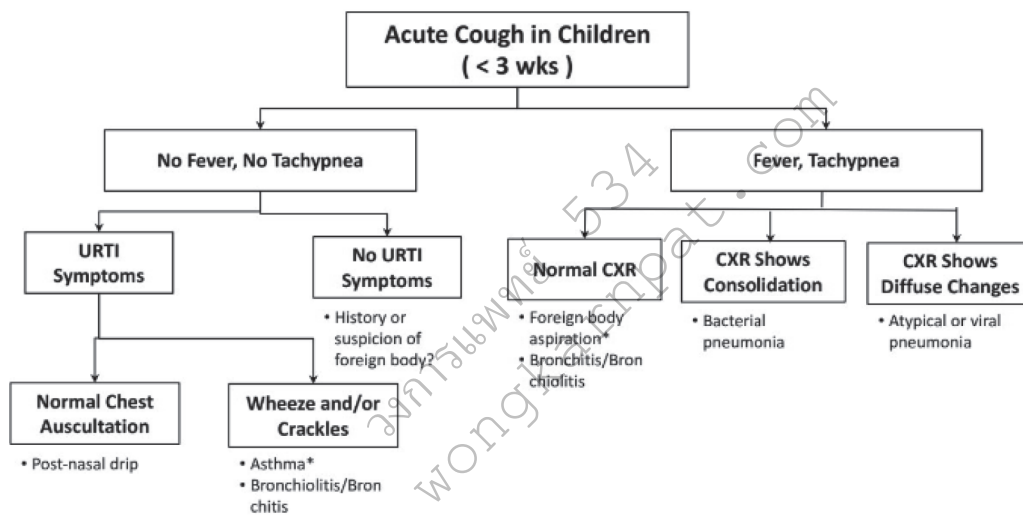


cdc.gov/coronavirus

รักษา acute cough ในเด็กอย่างไรดี

อาการไอเป็นอาการแสดงที่พบได้ในหลายโรค เช่น จมูกอักเสบภูมิแพ้ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคกรดไหลย้อน หรือแม้แต่โรคหัวใจ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอาการไอเป็นอาการแสดงอันสืบเนื่องมาจากภาวะอื่น ๆ ดังนั้นในการจัดการจะต้องค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงให้ได้ว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดมาจากสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงใด ในกรณีที่ค้นหาแล้วแต่ไม่สามารถระบุได้จึงจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา อย่างไรก็ตาม การรักษา acute cough ในเด็กเป็นสิ่งที่ต้องชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและผลเสียที่อาจเกิดขึ้น จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์แสดงให้เห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า 1. จะต้องพยายามหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงให้ได้ว่า acute cough ดังกล่าวเกิดจากอะไร และกำจัดสิ่งนั้น 2. ในกรณีที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้ก็สามารถเลือกใช้การรักษาด้วยยาได้ จากงานวิจัยของ Marseglia ระบุว่าในเด็กทารก เด็ก และเด็กโต สามารถเลือกใช้ยาแก้ไอที่ไม่ทำให้ง่วงนอนหรือมีนงงได้ เช่น levodropropizine อย่างไรก็ตาม ยาดังกล่าวอาจมีการใช้น้อยในประเทศไทย ดังนั้น ในเด็กกลุ่มดังกล่าวอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาก็ได้ เนื่องจากยาที่มีส่วนในสูงส่งผลข้างเคียงต่อระบบประสาทและสมอง ดังนั้น จึงมีโทษมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ

ที่มา: Marseglia GL, Manti S, Chiappini E, Brambilla I, Caffarelli C, Calvani M, et al. Acute cough in children and adolescents: A systematic review and a practical algorithm by the Italian Society of Pediatric Allergy and Immunology. Allergol Immunopathol (Madr). 2021 Mar 1;49(2):155-69.



ปฏิริยาระหว่างอาหารกับวาร์ฟาริน: ความจริงกับความเชื่อ

วาร์ฟารินเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่มีข้อบ่งชี้ในหลายโรค นอกจากนี้ยังสามารถเกิดอันตรกิริยากับทั้งยาสมุนไพร พืชผัก อาหารได้หลายชนิด อย่างไรก็ตาม ในการแนะนำผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์จะต้องแนะนำบนพื้นฐานของ “หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์” ซึ่งบางครั้งอาจสวนทางกับความรู้และความเชื่อของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาหารที่มีวิตามินเคเป็นส่วนประกอบจะทำให้ยาออกฤทธิ์ได้ลดลง ในขณะที่ cranberry เป็นผลไม้ที่มีหลักฐานว่าเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของ INR มาก และอาจนำไปสู่ภาวะเลือดออกผิดปกติได้ ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์สามารถตรวจสอบการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับอาหารได้จากฐานข้อมูล UpToDate และ MICROMEDEX รวมถึงงานวิจัยทางคลินิกต่าง ๆ และสร้าง

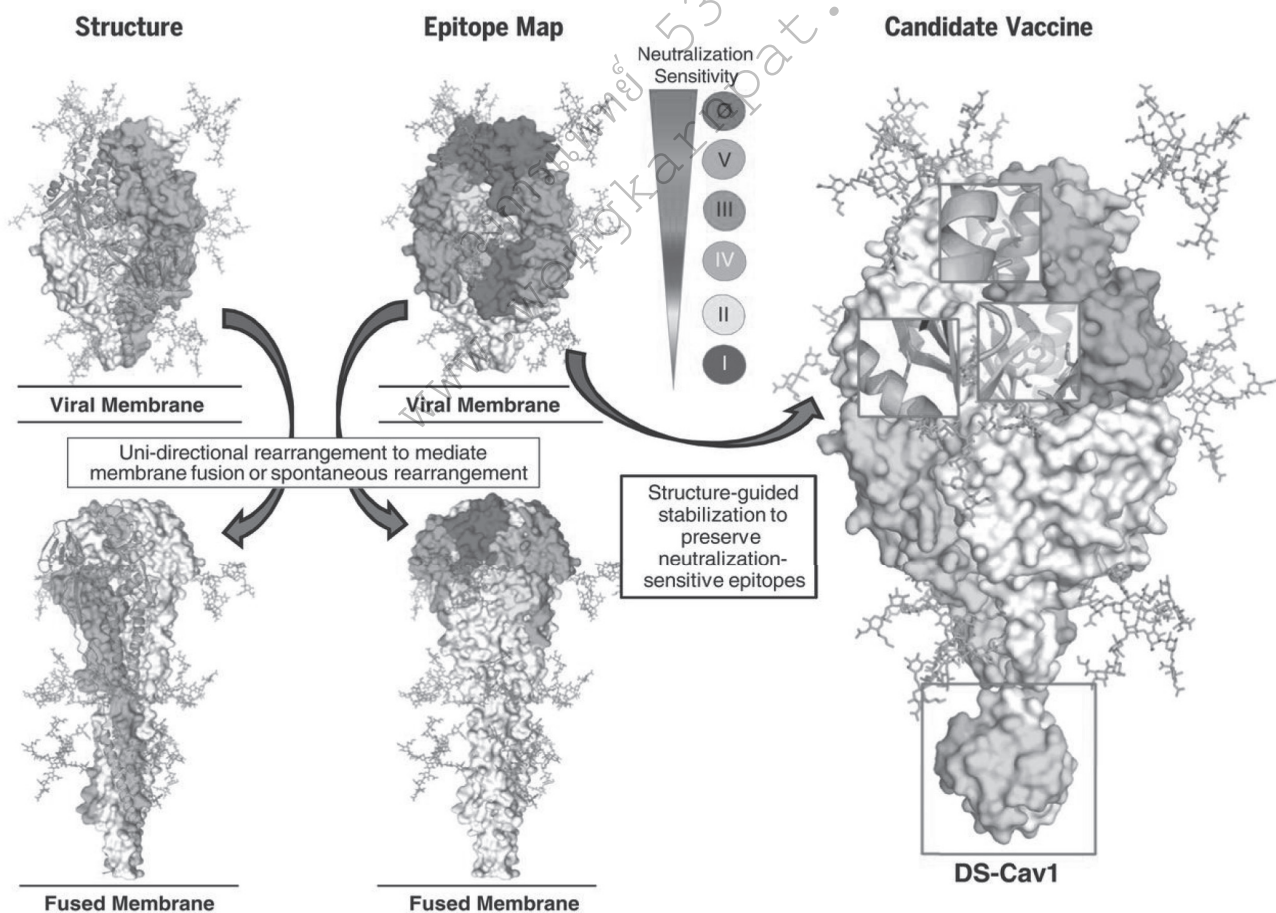


วิธีการสื่อสารให้ผู้ป่วยเฉพาะรายที่ตนดูแลอยู่ให้เข้าใจ และติดตามผลการปฏิบัติตัวควบคู่ไปกับการตอบสนองทางคลินิกอย่างใกล้ชิด

ที่มา: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/249934/170559>

A proof of concept for structure-based vaccine design targeting RSV in humans

Respiratory Syncytial Virus (RSV) เป็นไวรัสชนิดหนึ่งที่ก่อโรคทางระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในเด็ก โดยเฉพาะเด็กเล็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจทั้งส่วนบนและส่วนล่าง ในประเทศไทยการระบาดของเชื้อมักพบในฤดูฝนและฤดูหนาว อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีวัคซีนสำหรับป้องกันโรคนี้ ออกมาใช้ในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีการพัฒนาวัคซีนนี้อย่างต่อเนื่อง บทความปริทัศน์วรรณกรรมของ Crank และคณะ ได้แสดงให้เห็นแนวคิดในการพัฒนาวัคซีนชนิดนี้ให้เฉพาะเจาะจงกับมนุษย์มากขึ้น การทำวิศวกรรมโปรตีนได้ถูกนำมาใช้เพื่อรักษารูปแบบพรีฟิวชันของไกลโคโปรตีนของไวรัส RSV ฟิวชัน (F) ทำให้เกิดวัคซีนย่อยที่เสถียร (DS-Cav1) ซึ่งแสดงผลลัพธ์ที่มีแนวโน้มดี ในหนูและลิงแสม ข้อมูลงานวิจัยทางคลินิกระยะที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการทำให้เป็นกลางในซีรัมเพิ่มขึ้นมากกว่า 10 เท่าจากแอนติบอดีที่กำหนดเป้าหมายไปยังพื้นผิวจำเพาะของพรีฟิวชันของ RSV F การค้นพบดังกล่าวแสดงถึงข้อพิสูจน์ทางคลินิกของแนวคิดสำหรับการออกแบบวัคซีนตามโครงสร้าง ซึ่งมีความเป็นไปได้สูงที่จะประสบความสำเร็จได้ในอนาคต

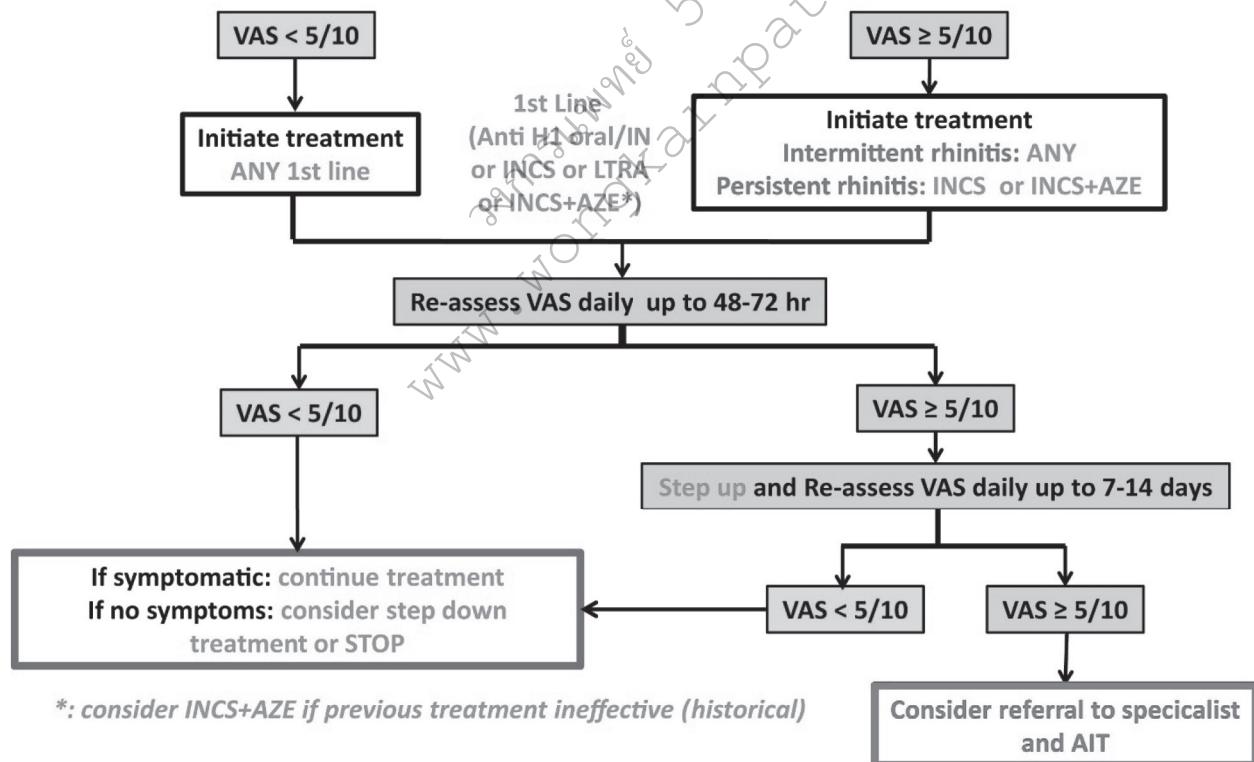


ที่มา: Crank MC, Ruckwardt TJ, Chen M, Morabito KM, Phung E, Costner PJ, et al. A proof of concept for structure-based vaccine design targeting RSV in humans. *Science*. 2019 Aug 2;365(6452):505-9. doi: 10.1126/science.aav9033. PMID: 31371616.

Allergic Rhinitis in Children and Adolescents

จมูกอักเสบภูมิแพ้เป็นภาวะผิดปกติของระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่พบได้บ่อยในเด็ก มีพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้อง 2 ประการ คือ “การแพ้ และการอักเสบ” แนวทางการรักษาในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การหาสาเหตุว่าตัวกระตุ้นคืออะไร และใช้การรักษาแบบภูมิคุ้มกันบำบัด ซึ่งกรณีนี้ที่พบว่ามีการใช้ยาอย่างแพร่หลายคือ การเกิดภาวะจมูกอักเสบภูมิแพ้จาก “ไรฝุ่น” งานวิจัยพบว่าหากพิสูจน์ทราบได้ว่าสาเหตุของการแพ้เกิดจากไรฝุ่น ผู้ป่วยที่ใช้ภูมิคุ้มกันบำบัดจะมีการตอบสนองดีและทำให้หายจากโรคได้ ในปัจจุบันมีภูมิคุ้มกันบำบัด 2 รูปแบบ ได้แก่ การฉีดเข้าใต้ผิวหนัง และแบบอมใต้ลิ้น จากงานวิจัยพบว่าภูมิคุ้มกันบำบัดทั้งคู่มีประสิทธิภาพดี แต่หากพิจารณาในบริบทของประเทศไทยอาจยังไม่คุ้มค่าทางการแพทย์ เนื่องจากมีเพดานความคุ้มค่าอยู่ที่ 160,000 บาท ซึ่งในอนาคตอันใกล้กำลังจะมีการทบทวนความเหมาะสมของตัวเลขนี้อ และปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทยต่อไป

Assessment of control in untreated symptomatic patient



ที่มา: Schuler Iv CF, Montejo JM. Allergic Rhinitis in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 2019 Oct;66(5):981-93. doi: 10.1016/j.pcl.2019.06.004. Epub 2019 Aug 5. PMID: 31466686.

COVID-19 vaccine equity and booster doses

โรค COVID-19 ถูกประกาศให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังแล้ว ดังนั้น สิ่งที่ต้องระลึกไว้เสมอคือ จะเกิดกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันฤทธิ์ป้องกันของวัคซีนก็จะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป นอกจากนี้การเพิ่มการติดต่อกันทางสังคมของประชาชนอาจทำให้เกิดการระบาดของ “เชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่” ซึ่งไม่ทราบว่าจะวัคซีนที่ได้รับอยู่หรือมีใช้อยู่ในปัจจุบันจะมีประสิทธิภาพป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคมมากขึ้นได้หรือไม่ บทความปริทัศน์ของ The Lancet Infectious Diseases กล่าวถึงประเด็นดังกล่าวไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้ “No one is safe until everyone is safe” หมายถึง ทุกคนยังต้องระมัดระวังตนเองจากการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม 608 ที่หากติดเชื้อแล้วจะเสี่ยงต่อการมีอาการรุนแรงมากขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจนเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นควรฉีดในห้วงเวลาที่เหมาะสมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักฐานทางระบาดวิทยา และข้อสังเกตที่สำคัญคือในปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำการฉีดวัคซีนในเด็กอายุน้อย ดังนั้น ประชากรกลุ่มนี้อาจเป็น spreader ได้ การวางแผนในเชิงสาธารณสุขจึงต้องมองทั้งภาพกว้างและแคบ โดยจำลองสถานการณ์ใส่ปัจจัยต่าง ๆ คำนวณ และพิจารณาประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นในกรณีที่ต้องให้การจัดการใด ๆ

Do I qualify for a COVID-19 vaccine booster and which one?			
Which primary vaccine series did you complete?	Pfizer-BioNTech	Moderna	Janssen (J&J)
You can get a booster if:	It's been at least 5 months since completing a primary series AND you are:	It's been at least 5 months since completing a primary series AND you are:	It's been at least 2 months since completing primary vaccination AND you are:
	Age 12+	Age 18+	Age 18+
If eligible, you can get a booster of:	Pfizer-BioNTech* Moderna Janssen (J&J) *Only Pfizer-BioNTech can be used as a booster in those age 12-17.	Moderna Pfizer-BioNTech Janssen (J&J)	Janssen (J&J) Pfizer-BioNTech Moderna
For more information, visit www.fda.gov/covid19vaccines .			
 U.S. FOOD & DRUG ADMINISTRATION			

ที่มา: The Lancet Infectious Diseases. COVID-19 vaccine equity and booster doses. Lancet Infect Dis. 2021 Sep;21(9):1193. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00486-2. Epub 2021 Aug 13. PMID: 34391506; PMCID: PMC8360703.

เพิกถอนใบสำคัญการขึ้นทะเบียน ตำรับผลิตภัณฑ์สมุนไพรจำนวน 6 ทะเบียน

ลำดับ	เลขทะเบียน	ชื่อผลิตภัณฑ์สมุนไพร
๑	G ๕๗๘/๖๔	ยาบรรเทาอาการปวดเมื่อย ตราฉันทะรินทร์
๒	G ๕๗๙/๖๔	ยาแคปซูลผสมกำลังข้างสาร ตราฉันทะรินทร์
๓	G ๕๘๐/๖๔	ยาแคปซูลผสมพุลควา ตราฉันทะรินทร์
๔	G ๕๘๑/๖๔	ยาฟ้าทะลายโจรแคปซูล ตราฉันทะรินทร์
๕	G ๖๐๕/๖๔	ยาบรรเทาโรคผิวหนัง ตราฉันทะรินทร์
๖	G ๖๓๗/๖๔	ยาแคปซูลผสมสมุนไพรสามสิบ ตราฉันทะรินทร์

สมุนไพร คือ “สารเคมีในรูปแบบหนึ่ง” ซึ่งมีความไม่ชัดเจนสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากอยู่ในรูปแบบตำรับหรือผลิตภัณฑ์ที่มีสมุนไพรและส่วนประกอบอื่น ๆ รวมกัน นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงรับรองน้อยมาก ในปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีคำสั่งที่ 279/2565 ให้เพิกถอนใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับผลิตภัณฑ์สมุนไพรจำนวน 6 ทะเบียน เนื่องจากประเด็นด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยไม่ชัดเจน บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยควรต้องรับทราบและแจ้งเตือนให้ผู้ป่วยเลิกและละเว้นการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว



สเปรย์พ่นจมูกดักจับและยับยั้งโควิด-19 ทางเลือกใหม่ให้คนไทยอุ่นใจจากโควิด-19

จากความตั้งใจในปีที่ร่วมผนึกกำลังจากองค์กรชั้นนำ ภาครัฐ-เอกชนทั้ง 5 ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), องค์การเภสัชกรรม และ บริษัท ไฮไบโอไซ จำกัด (บริษัทย่อยใน บมจ.โรจูคิส อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล) ในความร่วมมือพัฒนานวัตกรรมจนสามารถผลักดันงานวิจัยและพัฒนาจนเป็นผลิตภัณฑ์ “สเปรย์พ่นจมูกที่มีคุณสมบัติดักจับและยับยั้งเชื้อโควิด-19 ทางกายภาพบริเวณโพรงจมูก” ภายใต้แบรนด์ เวลล์ โควิทราป แอนติ-โคฟ นาซาล สเปรย์ สำเร็จได้ในที่สุดและได้รับอนุญาตจาก อย. แล้ว

นางวรรณ ไชยกำเนิด ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัท ไฮไบโอไซ จำกัด/ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัท โรจูคิส อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล จำกัด (มหาชน) และ ร.อ.นพ.นิมิตร ประสิทธิ์ดำรง ผู้เชี่ยวชาญกิตติมศักดิ์ บริษัท ไฮไบโอไซ จำกัด พร้อมด้วย รศ.นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ นพ.วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม ตัวแทนภาคีเครือข่ายร่วมแถลงพุดคุยถึงความสำเร็จในการสร้างนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ “ผลิตภัณฑ์สเปรย์พ่นจมูกดักจับและยับยั้งเชื้อโควิด-19 ทางกายภาพบริเวณโพรงจมูก” ได้สำเร็จ ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมระดับโลกจากแพทย์และ





ทีมนักวิจัยไทยในครั้งนี้ ณ ห้องประชุม THE MITR-TING ROOM สามย่านมิตรทาวน์ฮอลล์ ชั้น 5 โดยได้รับเกียรติจาก นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มาเป็นประธานในงาน

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในฐานะประธานในงานได้กล่าวถึงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยและของโลกในปัจจุบันว่า นับตั้งแต่เกิดการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 มีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมากในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย แม้จะมีแนวโน้มคลี่คลายดีขึ้น แต่โควิด-19 ก็ยังคงเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังจากสถานการณ์ที่ทีมวิจัยของไทยจากภาครัฐและเอกชนได้ร่วมกันดำเนินงานวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาวัคซีน ชุดตรวจเชื้อ เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการพัฒนาแอนติบอดีที่มีคุณสมบัติดักจับและยับยั้งเชื้อโควิด-19 ทางกายภาพบริเวณโพรงจมูก โดยพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบในรูปแบบของสเปรย์สำหรับพ่นจมูก ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่สำคัญอีกชิ้นหนึ่งของประเทศไทยที่จะปรากฏสู่สายตาชาวโลก และเป็นส่วนหนึ่งของความร่วมมือร่วมกันเพื่อให้ประเทศไทยก้าวพ้นสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ครั้งนี้ไปได้จนประสบผลสำเร็จและสามารถยืนหยัดลึกลับตรึงเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยถ่ายทอดองค์ความรู้ไปสู่ภาคเอกชนเพื่อนำไปต่อยอดในการทำการวิจัย สร้างเป็นผลิตภัณฑ์นวัตกรรมช่วยยับยั้งเชื้อโควิด-19 ได้ในที่สุด

พร้อมกันนี้ **นพ.นพพร** ยังได้กล่าวถึงการเปิดตัวผลิตภัณฑ์สเปรย์พ่นจมูกเพื่อยับยั้งเชื้อโควิด-19 ทางกายภาพบริเวณโพรงจมูก ภายใต้แบรนด์เวลล์ โควิแทรป ครั้งแรก



ของไทยและของโลกด้วยว่า “ผมขอชื่นชมในความสำเร็จของสเปรย์พ่นจมูกเพื่อยับยั้งเชื้อโควิด-19 ที่มีคุณสมบัติดักจับและยับยั้งเชื้อโควิด-19 ทางกายภาพบริเวณโพรงจมูก ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของ 5 ภาคีเครือข่ายจากภาครัฐและเอกชน คือ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), องค์การเภสัชกรรม และ บริษัท ไฮโปไฮ จำกัด ที่ได้ร่วมมือกันพัฒนานวัตกรรมไทยสู่ระดับโลก แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของคนไทย ซึ่งรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขพร้อมส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงในระบบสุขภาพของประเทศ และผลิตภัณฑ์นี้นับเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของประชาชนที่จะช่วยในการยับยั้งการติดเชื้อโควิด-19 ในวันนี้ผมรู้สึกเป็นเกียรติและยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้เห็นถึงความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้ง 5 จากภาครัฐและเอกชน หน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะที่ได้มุ่งมั่นและร่วมกันพัฒนานวัตกรรมแอนติบอดีที่มีคุณสมบัติเพื่อยับยั้งเชื้อโควิด-19 ให้เป็นนวัตกรรมสุขภาพต้นแบบในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพคนไทย และเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยมากยิ่งขึ้น และเพิ่มขีดความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประเทศไทย”

“สิ่งที่เกิดขึ้นในวันนี้ นับเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของความร่วมมือของภาควิชาการ ภาคเอกชน จนสามารถต่อยอดไปยังภาคธุรกิจได้ และเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของความร่วมมือในการวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ และพิสูจน์ให้โลกเห็นว่าการวิจัยสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ทันเวลาในสถานการณ์จริง”

นพ.นพพร กล่าว



ทางด้าน รศ.นพ.จันชาย สิทธิพันธุ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวถึงภาพรวมของสถานการณ์โควิด-19 ตลอดจนมุมมองด้านการแพทย์เกี่ยวกับโควิด-19 ในปัจจุบันว่า แม้สถานการณ์โควิด-19 จะมีแนวโน้มคลี่คลายดีขึ้นในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทว่าโควิด-19 ก็ยังคงเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตลอดจนคอยติดตามข่าวสารและงานวิจัยทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพราะยังมีงานวิจัยที่ยังคงศึกษาถึงผลกระทบกับสุขภาพในระยะยาวของผู้ติดเชื้อเช่นกัน นอกจากนี้งานวิจัยและนวัตกรรมของจุฬาฯ ในการป้องกันและรักษาผู้ป่วยโควิด-19 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ได้ร่วมกับคณะต่าง ๆ ยังมีอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์สำคัญระดับประเทศต่าง ๆ เช่น การพัฒนาวัคซีน ChulaCov 19, ชุดตรวจเชื้อ, เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น องค์การมีความยินดีและภูมิใจเป็นอย่างยิ่งที่จะนำองค์ความรู้จากการทำวิจัย โดยทีมนักวิจัยแพทย์จุฬาฯ คือการพัฒนาแอนติบอดีที่มีคุณสมบัติดักจับและยับยั้งเชื้อโควิด-19 ทางกายภาพบริเวณโพรงจมูก ซึ่งทีมนักวิจัยได้บ่มเพาะและพัฒนามาตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของการระบาด โดยได้รับการสนับสนุนทั้งจากภาคประชาชนและภาครัฐ คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทั่งสามารถพัฒนาแอนติบอดีต้นแบบได้และได้ยื่นจดสิทธิบัตรเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และมีความพร้อมที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้ไปสู่ภาคเอกชนเพื่อนำไปต่อยอดในการทำวิจัยทางคลินิก เพื่อสร้างเป็นผลิตภัณฑ์นวัตกรรมที่น่าจะมีส่วนช่วยป้องกันหรือรักษาโรคโควิด-19 จนเป็นผลสำเร็จได้ในวันนี้

“องค์ความรู้จากการวิจัยและความร่วมมือที่เกิดขึ้นในครั้งนี้จะทำให้เกิดนวัตกรรมที่สำคัญอีกชิ้นหนึ่งที่ประสบ

ความสำเร็จ และช่วยให้ประเทศไทยก้าวพ้นจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ครั้งนี้ได้อย่างปลอดภัย” รศ.นพ.จันชายกล่าว พร้อมกันนี้ได้กล่าวเสริมถึงเทคโนโลยี Human Monoclonal Antibody ว่า เทคโนโลยีดังกล่าวเป็นเทคโนโลยีทางชีวภาพขั้นสูง โดยพัฒนาจากการถอดรหัสแอนติบอดีที่ได้จากอาสาสมัครที่หายดีจากโควิด-19 โดยมีภูมิคุ้มกันในระดับดีเยี่ยม



สำหรับ นพ.วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม กล่าวถึงบทบาทขององค์การเภสัชกรรมในการบริหารจัดการและช่วยเหลือประชาชนในสถานการณ์โควิด-19 ในช่วงที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันว่า จากสถานการณ์โควิด-19 ช่วงที่ผ่านมาองค์การเภสัชกรรมในฐานะองค์กรหลักเพื่อความมั่นคงทางยาและเวชภัณฑ์ของประเทศได้ดำเนินการตามภารกิจวิจัย พัฒนา ผลิต จัดหา สำรอง กระจายยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ สนับสนุนให้กับระบบสาธารณสุขของประเทศ

องค์การเภสัชกรรมเป็นองค์กรหลักในการผลิตและจัดหาและเวชภัณฑ์ในสถานการณ์โควิด-19 มาอย่างต่อเนื่อง และมุ่งส่งเสริมให้มีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นนวัตกรรมสามารถผลิตขึ้นใช้ได้ในประเทศ ด้วยความเชี่ยวชาญในการผลิตยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐานยอมรับในระดับสากล องค์การเภสัชกรรมจึงได้ทำหน้าที่ในการผลิตและควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์นวัตกรรม “สเปรย์พ่นจมูกเพื่อยับยั้งเชื้อโควิด-19 ทางกายภาพบริเวณโพรงจมูก” โดยนวัตกรรมชิ้นนี้สามารถวิจัยและผลิตขึ้นใช้ได้ในประเทศ โดยผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ล่าสุดองค์การเภสัชกรรมได้รับใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์โดยมีขอบข่ายการอนุญาตให้ผลิตเครื่องมือแพทย์ในกลุ่ม Respiratory care service สำหรับผลิตภัณฑ์ Nasal spray solution จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และยังได้รับการรับรอง ISO-13485 : 2016 มาตรฐานระบบการจัดการคุณภาพสำหรับเครื่องมือแพทย์จากบริษัท UIC certification service ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ตรวจรับรองประเมินมาตรฐานสากลซึ่งแสดงได้ว่าสถานที่ผลิตแห่งนี้มีคุณภาพ ความปลอดภัย และระบบการจัดการคุณภาพสำหรับการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ดี

นอกจากนี้ **นพ.วิฑูรย์** ยังกล่าวถึงศักยภาพและความพร้อมในการผลิต ตลอดจนความมั่นใจในคุณภาพ ความปลอดภัย และความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์จากองค์การเภสัชกรรมว่า องค์การเภสัชกรรมมีความพร้อมที่จะผลิตนวัตกรรมสเปรย์ขึ้นจมูกสุดล้ำ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงนวัตกรรมสุขภาพในการป้องกันและช่วยรับมือกับสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 และยังส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงในระบบสุขภาพของประเทศ นวัตกรรมชิ้นนี้จึงถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลตัวเองเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 และเป็นนวัตกรรมสุขภาพในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนไทยให้พร้อมรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและในอนาคตได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

นางวรวรรณ ไชยกำเนิด ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัท ไฮไบโอไซ จำกัด/ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัท โรจิดิส อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด (มหาชน) กล่าวเสริมตอนท้ายว่า เพื่อให้ประชาชนไทยได้เข้าถึงนวัตกรรมสุขภาพอีกทางเลือกหนึ่งในการสร้างความอุ่นใจให้ประชาชนทั้งโลก



จากการติดเชื้อโควิด-19 เราดีใจและขอบคุณภาคีและพันธมิตรจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), องค์การเภสัชกรรม พร้อมด้วยหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) และอีกหลาย ๆ หน่วยงานที่มีส่วนช่วยผลักดันความสำเร็จร่วมกันในครั้งนี้

นางวรวรรณ กล่าวเสริมว่า นวัตกรรมสเปรย์พ่นจมูก ดักจับและยับยั้งเชื้อโควิด-19 ทางกายภาพบริเวณโพรงจมูก เวลล์ โควิทราป แอนติ-โคฟ นาซาล สเปรย์ (Vail Covitrap Anti-CoV Nasal Spray) ถือเป็นครั้งแรกของไทยที่พร้อมสู่สายตาของชาวโลกที่มีคุณสมบัติสามารถดักจับและยับยั้งเชื้อโควิด-19 ต่อเนื่อง 6 ชั่วโมง ด้วยหลักการทำงาน 2 กลไก ได้แก่ 1. ดักจับด้วย HPMC ที่ทำหน้าที่เคลือบบริเวณพื้นผิวโพรงจมูก ทำให้ความสามารถในการเกาะของเชื้อไวรัสที่บริเวณโพรงจมูกลดลง 2. ยับยั้งเชื้อไวรัสโควิด-19 ทางกายภาพที่เข้ามาในโพรงจมูกด้วยภูมิคุ้มกัน ใช้พื้นที่โพรงจมูกทั้ง 2 ข้าง สอดหัวพ่นเข้าไปในโพรงจมูกในแนวตั้งพ่นข้างละ 1-2 ครั้ง ใช้ได้ตามต้องการทุก 6 ชั่วโมง ได้ถึงวันละ 3 ครั้ง มีขนาด 15 มล. พร้อมในการจัดจำหน่ายในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ Official Line @Covitrap หรือ Facebook โควิทราป ตลอดจนเภสัชกรประจำร้านยาองค์การเภสัชกรรม, สถานพยาบาล The Senizens และสถานพยาบาล Panacura ได้ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป





พักหมด “Palliative Care” สานพลัง กทม. วางระบบสังคม-ชุมชน เข้าใจวิถี “อยู่ดี” และ “ตายดี”

สสส. – ชีวามิตร จัดเสวนาปักหมุดนโยบาย Palliative Care สานพลัง กทม. วางระบบสังคม-ชุมชน เข้าใจวิถี “อยู่ดี” และ “ตายดี” ด้าน ผอ.ร.พ.จุฬาฯ ชี้ หลักสูตรดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ต้องเป็นวิชาชีพชั้นนักศึกษาแพทย์ ลดขัดแย้ง ญาติ-ครอบครัว

จากการตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสนับสนุนให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้ เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมา ณ หอประชุมพระเทพประสิทธิ์มณเฑียร 71 ชั้น 9 อาคารภูมิพิพัฒน์ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) จับมือชีวามิตร จัดเสวนา “ปักหมุด Palliative Care ใน กทม.” แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอแนะปัญหา และแนะนำการขับเคลื่อนงานการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้เกิดขึ้นกับทุกช่วงเวลาของชีวิต

พญ.วันทนี วัฒนะ รองปลัดกรุงเทพมหานคร กล่าวว่า ปัจจุบันนี้ทั่วโลกให้ความสำคัญและเห็นความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือ Palliative Care ในการช่วยบรรเทาความทุกข์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข เพื่อผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในวันสุดท้าย และกรุงเทพมหานครได้ให้ความสำคัญต่อการจัดระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยทุกกลุ่มซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะท้าย มีการตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนระบบดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะฟื้นฟู ผู้ป่วยแบบประคับประคอง และจัดทำ Sand Box ขึ้นแล้ว 2 แห่ง คือ ราชพิพัฒน์โมเดล (โรงพยาบาลราชพิพัฒน์) ดุสิตโมเดล (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล หรือมหาวิทยาลัยวชิราวุธ) และมีแผนที่จะขยายผลทั่วทั้งกรุงเทพมหานคร



“วันนี้กรุงเทพมหานครได้เปิดศูนย์เวชศาสตร์เขตเมืองราชพิพัฒน์ขึ้น เพื่อการฟื้นฟูและการดูแลแบบประคับประคองที่จะรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มากขึ้น รวมถึงใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยการติดตามผู้ป่วยผ่านระบบ Telemedicine และมีระบบ Tele-Consult ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบขนส่งสารธารณสุข และสร้างระบบดูแลแบบครบวงจร เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคองได้สะดวกขึ้นและทั่วถึงขึ้น โดยมีแผนจะผลักดันผ่าน Service Plan ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดด้วย ทั้งนี้ กรุงเทพมหานครมีความเชื่อมั่นว่าหากทุกภาคส่วนร่วมมือกัน ประชาชนในกรุงเทพมหานครจะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น”

รศ.นพ.จันทชัย สิริพันธ์ คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในเมืองใหญ่มีความท้าทายในปัจจุบัน เพราะบริบทใน กทม. ประชาชนมีสิทธิการรักษาซับซ้อนและหลายรูปแบบ ปัจจัยสำคัญคือ การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้นจนจบ เน้นการเข้าถึงชุมชนและบ้านที่ต้องมีสถานบริการสาธารณสุข หรือ Primary Care เป็นหน่วยงานหลัก แต่ใน กทม. ยังมีไม่ครอบคลุมทำให้ไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง จึงเสนอให้สร้างเครือข่ายในชุมชน และเสริมกำลังให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีจากครอบครัวและชุมชน และผลักดันให้เกิดการวางโครงสร้างที่เหมาะสมรองรับกับสถานการณ์นี้ เช่น สร้างโรงพยาบาล หรือสถานที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ

“การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะต้องอาศัยความรู้ของประชาชน งานวิชาการ และแพทย์เฉพาะโรคนั้น ๆ โดยต้องวางระเบียบ กฎหมาย งบประมาณ โครงสร้างพื้นฐานที่ดี



และเหมาะสม หลักการสำคัญคือ ต้องบรรจุให้อยู่ในหลักสูตรภาคบังคับของนักศึกษาแพทย์ให้ได้เรียนรู้และเห็นแนวทางปฏิบัติว่านี่คือส่วนหนึ่งของการรักษา ไม่ใช่การทอดทิ้ง แต่เป็นการเพิ่มคุณค่าการดูแลที่ให้ผลลัพธ์ดีขึ้นตามสิทธิผู้ป่วย และต้องทำให้สังคมเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นหน้าที่ของทุกคน” **รศ.นพ.จันทชัย** กล่าว

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล หัวหน้าศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในฐานะนายกสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพของ กทม. ยังไม่มีรูปแบบโซนนิ่งการส่งต่อ หรือเครือข่ายชัดเจนเหมือนต่างจังหวัด ทำให้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายและการให้ยามอร์ฟีนยังไม่แข็งแรงพอที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงสังคมและวัฒนธรรมใน กทม. เป็นครอบครัวเดี่ยว ไม่เหมือนต่างจังหวัดที่อยู่กันแบบเครือญาติ การจะทำให้ Palliative Care เกิดขึ้นใน กทม. ได้ควรทำโซนนิ่งให้โรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายหรือให้ศูนย์สาธารณสุขแต่ละพื้นที่เป็นพี่เลี้ยง ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน วางระบบยาให้ผู้ป่วยเข้าถึง และเติมความรู้ให้ศูนย์สาธารณสุขที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน เช่น การใช้ยามอร์ฟีน การจัดการอาการปวด





การดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตให้อยู่สุขสบาย รวมถึงการใช้วิธีสื่อสารเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้รักษาตัวที่บ้านได้จนกว่าจะเสียชีวิต รวมถึงการมีสถานบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) ทำหน้าที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาดูแลต่อจนกว่าเขาจะเสียชีวิต หากไม่สามารถดูแลและเสียชีวิตที่บ้านได้

พญ.เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กล่าวว่า โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ได้ริเริ่มระบบการดูแลแบบ Palliative Care เมื่อปี พ.ศ. 2558 และได้ขยายแนวคิดไปสู่โรงพยาบาลอื่น ๆ ในขณะที่กรุงเทพมหานครก็ได้ผลักดันระบบ Palliative Care จนเดินทางมาถึงระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วย ประกอบกับเวลานี้กรุงเทพมหานครได้เข้าสู่การเป็นเมืองผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว การขับเคลื่อนจึงยังต้องเดินทางต่อ



“นโยบาย Sand Box เป็นส่วนหนึ่งในนโยบายสุขภาพดีของกรุงเทพฯ 9 ดี” ซึ่งเรื่องสุขภาพดีนั้นเป็นภารกิจสำคัญของทีมงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของ กทม. ที่ต้องมีการปรับการบริหารจัดการให้แพทย์ไปถึงประชาชน และยกระดับการบริการปฐมภูมิให้ก้าวหน้า โดยมีราชพิพัฒน์โมเดลเป็น System Manager ดูแลพื้นที่ 5 เขต คือ บางแค ทวีวัฒนา หนองแขม ดลิ่งชัน และภาษีเจริญ มีศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่เป็น Area Manager และปัจจุบันราชพิพัฒน์โมเดลได้พัฒนาไปสู่การตั้งศูนย์เวชศาสตร์เขตเมือง และศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

“นอกจากนโยบาย Sand Box จะนำเทคโนโลยีและระบบขนส่งสาธารณสุขเข้ามาใช้แล้ว ยังมีระบบอาสาสมัครเข้ามาเป็นส่วนเสริม เช่น อาสาสมัครคอนโด อาสาสมัครหมู่บ้าน จัดสรร มีอาสาสมัครซึ่งเป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่เพื่อเข้าถึงเทคโนโลยีได้มากขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถเข้าถึงเส้นเลือดฝอยของ กทม. ได้ และในอนาคตจะมีการขยายไปสู่โซนอื่น ๆ ต่อไป”

นางญาณี รัชต์บริรักษ์ รักษาการผู้อำนวยการสำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา สสส. กล่าวว่า คำว่า ‘เพื่อนตาย’ หมายถึงบุคคลที่แวดล้อมผู้ป่วยในการช่วยดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เป็นเพื่อน เป็นอาสาสมัครที่ช่วยแบ่งเบาภาระให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่มีจำกัด โดยมีหน้าที่ในการสนับสนุนให้เกิดปัจจัยแวดล้อมที่

เงื่อนไขให้เกิดการประคับประคองในชุมชน กทม. ได้ เพราะในสังคมกรุงเทพฯ อยู่กันเป็นปัจเจก การเข้าถึง Palliative Care จึงแตกต่างจากระบบในต่างจังหวัด

อย่างแรกคือ การทำให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจการไม่ยื้อชีวิต เข้าใจการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตจนถึงระยะท้าย รู้สิทธิในการแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาตัวเองในช่วงสุดท้ายของชีวิต (หรือการทำ Living Will) สองคือ ต้องมีความชัดเจนในเรื่องการผลักดันนโยบาย Palliative Care อย่างเป็นระบบ และสามคือ ความร่วมมือของโรงพยาบาลในทุกสังกัด ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่หลายโรงพยาบาลมีบริการการดูแลแบบประคับประคองแล้ว แต่จะออกแบบอย่างไรให้สามารถนำการดูแลนี้ไปใช้กับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือไม่ได้รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยทำพื้นที่นำร่องเหมือนในต่างจังหวัดที่มีระบบอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และอาสาสมัคร สร้างชุมชนเล็ก ๆ ที่จะดูแลกันเอง

“สิ่งสำคัญคือ เมื่อบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเองได้รับรู้ว่าคุณภาพของชีวิตระยะท้ายไม่จำเป็นต้องจบที่โรงพยาบาล แต่สามารถดูแลตัวเองที่บ้านได้หากมีความพร้อม ผู้ป่วยก็จะสามารถใช้ชีวิตในระยะท้ายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้” นางญาณี กล่าว

ศ.พิเศษ กิตติพงศ์ อรุณพัฒน์พงศ์ ประธานกรรมการ บริษัท ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด กล่าวว่า ได้สนับสนุนการเสริมทักษะ ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการอยู่ดีและตายดีให้กับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน อย่างโครงการห้องเรียนชีวิต “วิชาเพื่อนตาย” ที่จัดอบรมให้บุคลากร

สาธารณสุขมาแล้ว 2 ปี โดยอยากให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจเรื่องสิทธิของผู้ป่วย ไม่ใช่แค่รักษาอย่างเดียว แต่การสื่อสารที่ดีจะช่วยลดความขัดแย้ง ข้อพิพาท หรือข้อข้องใจของผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในระยะท้ายได้

“หาก Palliative Care ใน กทม. เกิดขึ้นจริง โดยมีศูนย์ดูแลในโรงพยาบาลหรือชุมชนที่ร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลหรือองค์กรต่าง ๆ คนกลุ่มเปราะบางจะเข้าถึงเรื่องนี้ได้ และช่วยประหยัดงบประมาณของภาครัฐอีกทางหนึ่ง เชื่อว่าการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการลดความเหลื่อมล้ำในสังคมได้ในมุมหนึ่ง หากทุกคนมีความเข้าใจและร่วมกันขับเคลื่อน” ศ.พิเศษ กิตติพงศ์ กล่าว

ในงานยังได้รับเกียรติจากผู้บริหารของกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ดร.นพ.สุขสันต์ กิตติศุภกร ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ร่วมด้วยคณะกรรมการและผู้บริหารของชีวามิตร ได้แก่ คุณปวีณา วิริยะประไพกิจ และคุณไรรัตน์ รังสิตพล รวมทั้งดารานักแสดงชั้นนำ “ดวง” สาวิกา กาญจนมาศ เข้าร่วมงาน

ติดตามข้อมูลและองค์ความรู้เพื่อการ “อยู่ดี” และ “ตายดี” จากชีวามิตร ได้ที่

- Website: <https://www.cheevamitr.com>
- Facebook: <https://www.facebook.com/Cheevamitr>
- Line: @cheevamitr
- Youtube: Cheevamitr Social Enterprise



การประชุมวิชาการประจำปี 2565 สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน

การประชุมวิชาการประจำปี 2565
สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน

Access to Care in Diabetes
วันที่ 15-16 ธันวาคม 2565

อัตราค่าลงทะเบียน

ประชุม on-site สมาชิกสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน 1,500 บาท บุคคลทั่วไป 1,800 บาท ณ โรงแรมจัสมิณี (สุขุมวิท 23) ห้อง Royal Jasmine ชั้น L

ประชุมแบบ virtual สมาชิกสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน 1,000 บาท บุคคลทั่วไป 1,300 บาท ผู้ร่วมประชุม ทั้ง on-site และ virtual สามารถรับฟังการบรรยายย้อนหลังได้เป็นเวลา 3 เดือน

พฤหัสที่ 15 ธันวาคม 2565		ศุกร์ 16 ธันวาคม 2565	
7:45-8:15	ลงทะเบียน	8:15-9:00	New standard Diabetes Self-Management Education and Support Amy Hsu-Fisch, MS, RD, LDR, BCADM, CDE และ Amy Hsu-Fisch, MS, RD, LDR, BCADM, CDE
8:15-8:30	เปิดงาน และพิธีเปิด (พร้อมกัน)	9:00-9:30	"Open your mouth, please" Oral health and diabetes management
8:30-9:15	Update ADA 2022 (พร้อมกัน) และพิธีเปิด (พร้อมกัน)	9:30-10:00	Prevalence of CDE (พร้อมกัน)
9:15-10:00	It is not just snoring... Obstructive Sleep Apnea matters	10:00-10:45	Role of DPP-4 inhibitors in the new era of anti-diabetic treatment
10:00-11:00	สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย (พร้อมกัน)	11:00-11:45	Update diabetes management of SGLT2 inhibitors in cardio-metabolic outcome
11:00-11:45	Update diabetes management of SGLT2 inhibitors in cardio-metabolic outcome (พร้อมกัน)	11:45-12:30	Holistic approach for nutrition intervention in diabetes management
11:45-12:30	Fixed-ratio combination therapy coming of age: From concept to patient care	12:30-13:30	Access to care: go one left behind
13:30-14:00	Automatic neuropathy: an overlooked problem	13:30-14:15	"Deep through mind" Depression evaluation and how to cheer up patients
14:00-15:00	Power pull DSC: DM is not hard to reach	15:00-16:15	"Mission possible" Diabetes remission (พร้อมกัน)
15:00-15:15	Break	16:15	ปิดงาน
15:15-15:45	Trick and tips for smoking cessation		
15:45-16:15	The hidden agenda: sexual problems in diabetes		

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม
Ins 02-348-7071, 089-898-6667
website : <http://www.thaide.org>

สแกน QR code ในบัตร
การประชุมวิชาการประจำปี 2565
เพื่อลงทะเบียนฟรี

สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานจัดการประชุมวิชาการประจำปี 2565 เรื่อง Access to Care in Diabetes ระหว่างวันที่ 15-16 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ในรูปแบบ Hybrid ณ ห้อง Royal Jasmine ชั้น L โรงแรม จัสมิณี (สุขุมวิท 23) กรุงเทพฯ ทั้งนี้อัตราค่าลงทะเบียนในรูปแบบ on-site สำหรับสมาชิกสมาคมฯ 1,500 บาท บุคคลทั่วไป 1,800 บาท และรูปแบบ virtual สมาชิกสมาคมฯ 1,000 บาท บุคคลทั่วไป 1,300 บาท โดยผู้ร่วมประชุมสามารถรับฟังการบรรยายย้อนหลังได้ 3 เดือน ค่าลงทะเบียนเข้าบัญชี "สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน" ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาพระราม 4 (อาคารสิรินรัตน์) ประเภทออมทรัพย์ เลขที่ 096-228-242-1 (รบกวน ส่งสำเนาการชำระเงินมาที่ E-mail: thaide1998@yahoo.co.th)

ผู้สนใจสามารถ Scan QR Code เพื่อลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม หรือ <https://goo.gl/forms/Gb3kdFNawPhVTC693> หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2348-7071, 089-898-6667 หรือ www.thaide.org สำหรับลิงค์เข้าประชุมแบบ virtual ผ่าน zoom จะทำการส่งให้ตามที่อยู่อีเมลที่ท่านลงทะเบียนไว้ภายในเวลา 3 วันก่อนวันประชุมจริง

10th MS FORUM 2022

ชมรมเอ็มเอสแห่งประเทศไทย ภายใต้สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการ 10th MS FORUM 2022 ระหว่างวันที่ 16-17 ธันวาคม พ.ศ. 2565 รูปแบบ on-site ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 7 รอบพระชนมพรรษา สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพฯ โดยมีเนื้อหาที่น่าสนใจเกี่ยวกับกลุ่มโรคปลอกประสาทเสื่อม รวมทั้งครอบคลุมถึงความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผู้สนใจสามารถ Scan QR Code เพื่อลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม หรือ <https://forms.gle/nvTWDCYNLnWhtSpt49> ผู้ที่เข้าร่วมการประชุมสามารถรับชม VDO การบรรยายย้อนหลังได้ อัตราค่าลงทะเบียน แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ผู้สนใจ และบุคลากรทางการแพทย์ 2,000 บาท หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย โทรศัพท์ 0-2716-5901, 0-2716-5994 หรือ E-mail: nstt2004@gmail.com

ชมรมเอ็มเอสแห่งประเทศไทย ภายใต้สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย
ขอเชิญแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ผู้สนใจเข้าร่วมประชุมวิชาการ

10th MS FORUM 2022
16-17 ธันวาคม 2565
ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 7 รอบพระชนมพรรษา สถาบันประสาทวิทยา

DAY 1 วันที่ 16 ธันวาคม 2565	DAY 2 วันที่ 17 ธันวาคม 2565
Theme 1: Basic camp: From science to practice (1-3) 08:30 - 09:20 u. 1. Basic neuroimmunology for neurologists 09:20 - 10:10 u. 2. Differential diagnosis white matter diseases (immune vs non-immune) 10:10 - 10:40 u. Break 10:40 - 11:30 u. 3. COVID19 in patients with MS, NMO 11:30 - 12:20 u. Symposium 1: Advances in MS and highly active treatment approaches 12:20 - 13:00 u. Lunch Theme 2: Advance technology made easy (4-6) 13:00 - 13:50 u. 4. Serum biomarkers in CNS demyelinating diseases 13:50 - 14:40 u. 5. Assessment of visual functions: from basics to OCTA 14:40 - 15:00 u. Break 15:00 - 15:50 u. 6. MRI in demyelinating diseases	Theme 3: Current situation practice (7-9) 08:30 - 09:20 u. 7. Practical use of drugs in real practice for NMO and MS in Thailand 09:20 - 10:10 u. 8. Reimbursement and economic consideration for NMO/MS and MS drugs 10:10 - 10:40 u. Break 10:40 - 11:30 u. 9. Learning from the real cases 11:30 - 12:20 u. Symposium 2: Moving forward: Satralizumab in patients with NMO/MS 12:20 - 13:00 u. Lunch 13:00 - 13:50 u. Symposium 3: Dimethyl Fumarate: A handy drug with clinical utility Theme 4: Future direction for CNS demyelinating diseases (10-11) 13:50 - 14:40 u. 10. Update treatment in NMO/MS 14:40 - 15:30 u. 11. Update treatment in MS

อัตราค่าลงทะเบียน (บาท Onsite)
สมาชิกสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2,000 บาท
แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ผู้สนใจ และบุคลากรทางการแพทย์ 2,000 บาท

อัตราค่าลงทะเบียน (บาท Virtual)
สมาชิกสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 1,000 บาท
แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ผู้สนใจ และบุคลากรทางการแพทย์ 1,300 บาท

อัตราค่าลงทะเบียน (บาท Hybrid)
สมาชิกสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 1,500 บาท
แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ผู้สนใจ และบุคลากรทางการแพทย์ 1,800 บาท

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย
อาคารเฉลิมพระเกียรติ 7 รอบพระชนมพรรษา ชั้น 7 ห้อง 707-708 ถนนพหลโยธิน กรุงเทพมหานคร 10310
โทรศัพท์ 02-716-5901, 02-716-5994 โทรสาร 02-716-6004 E-mail: nstt2004@gmail.com

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย MERCK

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564

ผมเพิ่งได้รับเอกสารเกี่ยวกับ “สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564” ที่ผลิตโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ตามกำหนดของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) เพื่อนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งผมเห็นว่าข้อมูลที่น่าสนใจ มีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างมาก จึงขอนำมาเล่าสู่กันฟัง

ในปี พ.ศ. 2564 ในโลกนี้มีประชากรรวมทั้งสิ้น 7,875 ล้านคน มีประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี 14% หรือ 1,082 ล้านคน ถือได้ว่าโลกเราเป็นสังคมสูงอายุแล้ว (มีผู้สูงอายุเกิน 60 ปี 10% ขึ้นไป) มีประชากรที่มีอายุเกิน 80 ปี (ผู้สูงอายุวัยปลาย) 2% หรือ 151 ล้านคน โดยทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือมีประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี มากกว่า 20% กล่าวคือ เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทวีปอื่น ๆ ต่างก็เป็นสังคมผู้สูงอายุ (เกิน 10%) แล้วทั้งนั้น ยกเว้นทวีปแอฟริกาที่ยังมีผู้สูงวัยไม่ถึง 10% ของประชากร

ประเทศที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดตามลำดับ คือ ญี่ปุ่น (35%), อิตาลี (30%), ไบรตุเกส (30%) ในปี ค.ศ. 2021 อาเซียนมีประชากรทั้งหมด 671 ล้านคน มีประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี ถึง 11% (อาเซียนจึงเป็นสังคมผู้สูงอายุไปแล้ว) และมีประชากรที่มีอายุเกิน 80 ปี ถึง 8.6 ล้านคนในปี ค.ศ. 2021 จากที่มีเพียง 7.6 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 หรือเพิ่มขึ้นถึง 13% มี 7 ประเทศในอาเซียนที่เป็นสังคมสูงอายุ คือ สิงคโปร์ 22%, ไทย 19%, เวียดนาม 13%, มาเลเซีย 11%, อินโดนีเซีย 10%, เมียนมาร์ 10%, บรูไน 10%

สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 มีประชากร 66.7 ล้านคน เมื่อ 50 ปีก่อนประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุถึง 12.5 ล้านคน หรือ 19% ของประชากรทั้งหมด

ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรที่มีอายุสูงยิ่งเพิ่มขึ้นเร็ว ในขณะที่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเฉลี่ย 4% ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเฉลี่ยถึง 7% ต่อปี

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากร 66.7 ล้านคน เป็นสตรี 34.5 ล้านคน ชาย 32.2 ล้านคน หรือชาย 93 คนต่อหญิง 100 คน ผู้สูงอายุชายมี 5.3 ล้านคน แบ่งออกเป็นผู้สูงอายุชายวัยต้น (60-69 ปี) 3.5 ล้านคน วัยกลาง (70-79 ปี) 1.4 ล้านคน วัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) 0.4 ล้านคน รวมผู้สูงอายุชายทั้งหมด 5.3 ล้านคน และผู้สูงอายุหญิงวัยต้น 4.1 ล้านคน วัยกลาง 2.1 ล้านคน วัยปลาย 1.0 ล้านคน รวมผู้สูงอายุหญิงทั้งหมด 7.2 ล้านคน

รวมทั้งสิ้นประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 12.5 ล้านคน โดยอัตราส่วนเพศของผู้สูงอายุชาย 74 คนต่อหญิง 100 คน อัตราส่วนเพศของผู้สูงอายุวัยต้น ชาย 83 คนต่อหญิง 100 คน วัยกลาง ชาย 67 คนต่อหญิง 100 คน วัยปลาย ชาย 40 คนต่อหญิง 100 คน

ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าหญิงมีอายุยืนกว่าชายในทุกวัย และหญิงมีอายุยืนมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเทียบกับชายในวัยกลางและปลาย

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในปี พ.ศ. 2564 ชาย 73.5 ปี หญิง 80.5 ปี และอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี ชาย 17.4 ปี (คือ ถ้ามีอายุ 60 ปี ในปี พ.ศ. 2564 น่าที่จะอยู่ต่อไปได้เฉลี่ยอีก 17.4 ปี) หญิง 23.2 ปี

ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่อยู่ภายใต้การดูแลของ อปท. 965 คน (พ.ศ. 2563), 910 คน (พ.ศ. 2564) และภายใต้การดูแลของ พม. 1,293 คน (พ.ศ. 2563), 1,286 คน (พ.ศ. 2564)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสวัสดิการของรัฐมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1,027,036 คน (พ.ศ. 2563), 1,039,729 คน (พ.ศ. 2564), อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ) 24,293 คน (พ.ศ. 2563), 44,807 คน (พ.ศ. 2564), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) 86,829 คน (พ.ศ. 2563), 94,968 คน (พ.ศ. 2564), ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) 13,615 คน (พ.ศ. 2563), 15,114 คน (พ.ศ. 2564), อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) 13,190 คน (พ.ศ. 2563), 13,387 คน (พ.ศ. 2564)

สวัสดิการด้านการเงินของรัฐสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ 9,663,169 คน งบประมาณ 76,280 ล้านบาท (พ.ศ. 2563), 10,488,013 คน งบประมาณ 79,300 ล้านบาท (พ.ศ. 2564), ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยหวัด บำเหน็จและบำนาญข้าราชการ 803,293 คน งบประมาณ 267,012 ล้านบาท (พ.ศ. 2563), 792,581 คน งบประมาณ 264,904 ล้านบาท (พ.ศ. 2564), ผู้รับบำเหน็จจากสิทธิประโยชน์ (กรณีชราภาพตามมาตรา 33 และมาตรา 39) 267,843 คน งบประมาณ 10,758 ล้านบาท (พ.ศ. 2563), 315,566 คน งบประมาณ 12,142 ล้านบาท (พ.ศ. 2564), บำเหน็จจากสิทธิประโยชน์ (กรณีชราภาพตามมาตรา 40) 22,880 คน งบประมาณ 83.42 ล้านบาท (พ.ศ. 2563), 23,406 คน งบประมาณ 96.51 ล้านบาท (พ.ศ. 2564), ผู้รับบำนาญจากสิทธิประโยชน์ (กรณีชราภาพตามมาตรา 33 และมาตรา 39) 295,981 คน งบประมาณ 8,192.80 ล้านบาท (พ.ศ. 2563), 390,950 คน งบประมาณ 11,734.51 ล้านบาท (พ.ศ. 2564), ผู้สูงอายุที่ประกันตนในระบบประกันสังคม (มาตรา 33, 39 และ 40) 1,016,015 คน (พ.ศ. 2563), 1,744,511 คน (พ.ศ. 2564), ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 81,243 คน (ร้อยละ 3.4 ของสมาชิกทั้งหมด 2,369,543 คน), ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 81,252 คน (ร้อยละ 3.3 ของสมาชิกทั้งหมด 2,453,968 คน), ผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนและได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ 4,678,596 คน งบประมาณ 3,349,870,504 บาท (ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563), 4,814,228 คน งบประมาณ 4,214,210,400 บาท (ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564) และสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี 8,807 ราย งบประมาณ 20 ล้านบาท (พ.ศ. 2563), 7,000 ราย งบประมาณ 21 ล้านบาท (พ.ศ. 2564)

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมในปี พ.ศ. 2564 มีชาย 2 แสนคน หญิง 4.8 แสนคน รวม 6.8 แสนคน มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียง 46,779 คน มีชมรมผู้สูงอายุ 29,276 ชมรม (พ.ศ. 2563), 29,359 ชมรม (พ.ศ. 2564), โรงเรียนผู้สูงอายุ 2,049 แห่ง (พ.ศ. 2563), 2,327 แห่ง (พ.ศ. 2564), มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) 1,589 แห่ง (พ.ศ. 2563 และ 2564)

ประเทศเราเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว และจะมีอัตราส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุก ๆ คนต้องพยายามเตรียมตนเองให้พร้อมที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ทั้งทางด้านการศึกษา การทำงาน การออม การลงทุน และทางด้านสุขภาพ ทุก ๆ คนต้องพยายามให้แต่ละคนพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุดในทุก ๆ เรื่อง และให้นานที่สุด และหวังว่าเมื่อถึงเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น ที่พัก ผู้ดูแล การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ รัฐบาลภาคเอกชน และสังคมจะมีระบบรองรับที่ดี

บทบาทของ Rituximab ในการรักษา Focal Segmental Glomerulosclerosis

มีการนำ Rituximab มาใช้การรักษาโรค glomerular disease หลายชนิด ได้มีการศึกษา สหสถาบันจากอิตาลีถึงการใช้ยานี้ในการรักษา focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) โดยที่ FSGS เป็นโรคไตที่อาจเกิดขึ้นได้เอง (primary FSGS) หรือเกิดจากโรคอื่น (secondary FSGS) เชื่อว่า primary FSGS เกิดจากความผิดปกติของยีน มีผลทำให้มีความผิดปกติของ ระบบภูมิคุ้มกัน เกิดการทำลาย podocyte (podocytopathy)

การรักษา primary และ secondary FSGS มีความแตกต่างกัน สำหรับ secondary FSGS นั้นต้องรักษาโรคดั้งเดิม เช่น ภาวะอ้วน หรือโรค HIV ส่วนการใช้ยาลด proteinuria เช่น angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEI) หรือ angiotensin receptor blocker (ARB) สามารถใช้ทั้ง primary และ secondary FSGS การแยกระหว่าง primary และ secondary จึงมีความสำคัญ แต่ก็ค่อนข้างยุ่งยาก อาจต้องรวมถึงการตรวจระดับยีน รวมทั้งการติดตามดูอาการ ในระยะยาว ที่ผ่านมามีผลการรักษาที่มีความหลากหลายเพราะสาเหตุ FSGS มีหลายชนิด

เดิมการรักษา FSGS จะใช้ยา corticosteroids ขนาดสูงเป็นระยะเวลานาน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องพบกับผลข้างเคียงต่าง ๆ จากยา บางครั้งไม่สามารถหยุดยาได้ ต้องใช้ยาไปตลอด และเพิ่มภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น จึงมีผู้พยายามนำสูตรยากดภูมิที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มาใช้ ได้แก่ Rituximab ซึ่งเป็นยาที่ลดระดับ B-cell ในร่างกาย ยานี้ได้ถูกนำมาใช้ในโรคไตหลากหลายชนิด รวมทั้ง FSGS เนื่องจาก primary FSGS มีความเกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน Rituximab จึงน่าจะ มีบทบาทใช้รักษาภาวะนี้ได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วย FSGS ที่ปลูกถ่ายไตมีโอกาสรื้อโรคจะกลับมาเป็นอีก สูงมากจากผลของ anti-nephrin antibodies ดังนั้น การใช้ Rituximab จะมีประโยชน์ในการลด แอนติบอดีเหล่านี้ ที่ผ่านมามีหลักฐานพอสมควรว่า Rituximab ใช้ได้ดีใน minimal change disease แต่การนำมาใช้ใน FSGS ยังไม่สรุปชัดเจน

ข้อมูลการศึกษาจากประเทศอิตาลี โดย Tedesco และคณะ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เชื่อว่าเป็น “primary FSGS” 31 ราย ระหว่างปี ค.ศ. 2009-2017 ติดตามนาน 12 เดือน (IQR 3.3-8.87) อัตราการตอบสนองของโรคต่อยาคือ ร้อยละ 39, 52 และ 42 ที่เวลา 3, 6 และ 12 เดือน ตามลำดับ ในช่วง 12 เดือนแรก ค่าซีรั่มครีอะตินินจะต้องยังคงเท่าเดิม ในขณะที่ค่าโปรตีนในปัสสาวะและค่าอัลบูมินในเลือดดีขึ้น และผู้ป่วยสามารถลดยากดภูมิคุ้มกันได้ มีผู้ป่วย 6 รายที่ต้องใช้ Rituximab ซ้ำอีกครั้งที่เวลา 12 เดือน เนื่องจากปริมาณโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น หรือโรคติดต่อการรักษา โดยผู้ป่วยต้องเข้ายาเพิ่มอีกในเดือนที่ 8 และ 10 เพราะระดับโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น มี 2 รายอาการดีขึ้นหลังให้ Rituximab ในขนาด 700-1,000 มก. ถ้าไม่ดีขึ้นถือว่า “ไม่ตอบสนอง” ต่อการรักษา ส่วนใหญ่ผู้ที่กลับมาเป็นจะเป็นในเดือนที่ 6 หลังจากเริ่มรักษา

ดังนั้น Rituximab น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษา FSGS ที่ติดต่อการรักษาในระยะยาวต่อไป ผู้ที่ตอบสนองดีต่อ Rituximab คือผู้ที่มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ < 5 gm การให้ Rituximab ซ้ำก็ยังคงติดตามไปว่า จะช่วยให้โรคดีขึ้นหรือไม่ และต้องระวังผลข้างเคียงของยาด้วย เช่น เพิ่มโอกาสการติดเชื้อ เป็นต้น



เอกสารอ้างอิง

- Guckler P, et al. KI Reports. eDOI: <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2022.06.002> Role of Rituximab in Focal Segmental



‘ศิริราช’ ร่วม Showcase d-Signature ในงาน BOT Digital Finance Conference 2022

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมเสวนาหัวข้อ “Business in the digital world: the evolution of digital identity” ในงาน BOT Digital Finance Conference 2022 ในฐานะที่เป็นองค์กรภาครัฐแห่งแรกที่เริ่มใช้งานระบบ d-Signature เพื่อใช้ในการลงลายมือชื่อดิจิทัลบนไฟล์สัญญา ข้อตกลง และเอกสารต่าง ๆ ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ รวมถึงมีระบบในการบริหารจัดการเอกสารต่าง ๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ มีผลทางกฎหมายตามมาตรฐานสากล ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารจากองค์กรชั้นนำระดับโลก เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ณ ห้องสัมมนาหลัก ชั้น 5 อาคารศูนย์การเรียนรู้ ธนาคารแห่งประเทศไทย

ศ.นพ.อภิชาติ อัครมงคลกุล คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวถึงที่มาในการพัฒนาโครงการ d-Signature ว่าที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เรามีเป้าหมายสู่การเป็น Smart Hospital อย่างเต็มรูปแบบ โดยการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการทำงาน ซึ่งรวมถึงกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง และการทำสัญญาต่าง ๆ ปัจจุบันมีเอกสารจำนวนมากและต้องจัดเก็บเป็นเวลานานหลายปี ทางคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้มองหาวิธีที่จะมาช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยการนำเอกสารจำนวนมากเหล่านี้เข้าไปอยู่ในดิจิทัลแพลตฟอร์ม ซึ่งช่วยให้เรามีระบบจัดเก็บเอกสารที่เป็นระเบียบ ส่งผลให้ทำงานต่าง ๆ ได้สะดวกรวดเร็วขึ้น รวมทั้งผลกระทบเชิงบวกกับธรรมชาติที่ดีขึ้น ซึ่งระบบ d-Signature นี้ช่วยลดความสิ้นเปลืองของทรัพยากรจากการลดปริมาณเอกสารจำนวนมาก

ในช่วงแรกของการพัฒนาโครงการจะพบอุปสรรค ซึ่งอุปสรรคที่สำคัญคือ การรวบรวมองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐของกรมบัญชีกลาง การมอบอำนาจตามแนวปฏิบัติของกรมพัฒนาธุรกิจการค้า การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ





คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และมาตรฐานธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ นำมาสร้างระบบให้ได้ตามมาตรฐาน พร้อมทั้งรองรับด้วยกฎหมาย และระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้งานได้จริง และมีผลทางกฎหมายตามมาตรฐานสากล เพื่อให้คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลมีความน่าเชื่อถือ ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ทั้งหน่วยงานภาครัฐและ ภาคเอกชน รวมทั้งประชาชนเกิดความมั่นใจในการบริหารจัดการ ในส่วนของความสำเร็ที่เกิดขึ้นในครั้งนี้เกิดจากความร่วมมือ อย่างดีเยี่ยมของทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นบริษัท PCC ผู้ร่วมพัฒนาระบบ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง รวมถึงคู่ค้าของศิริราชที่ร่วมกัน ผลักดันให้เกิดระบบที่มีประสิทธิภาพนี้ขึ้นมา

ในอนาคตทางคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีโครงการเดินหน้าสานต่อพันธกิจ เพื่อพัฒนาสู่สถาบันจรรยาบรรณ ที่สร้างสรรค์สุขภาพแก่ประชาชน สร้างสรรค์องค์ความรู้ใหม่ ๆ

ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้คนให้ดีขึ้นด้วยงานวิจัยและนวัตกรรม หลังจากที่สามารถพิสูจน์ได้ถึงการเป็นศูนย์กลางด้านวิชาการแพทย์ ที่มีความโดดเด่น และการกิจที่สำคัญคือ การนำพาโรงพยาบาล ศิริราชไปสู่การเป็นต้นแบบของ “Smart Hospital” เพราะฉะนั้น สิ่งที่จะพัฒนาในเฟสถัดไปของสิ่งสำคัญในการเป็น Smart Hospital คือ การพัฒนาแพลตฟอร์มให้เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อ ข้ามข้อจำกัดการใช้งานข้ามแพลตฟอร์ม การพัฒนาวิธีการยืนยัน ตัวตนให้สอดคล้องกับผู้ใช้งานมากขึ้น และการพิสูจน์การมอบอำนาจ แบบ Electronic รวมทั้งการควบคุม Version ของเอกสาร นอกจากนั้นคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีแผนที่จะขยายผล ในกระบวนการทำงานอื่น ๆ โดยนำนวัตกรรมมาพัฒนาต่อยอด ในทุก ๆ ด้าน อาทิ ด้านการวิจัย ด้านการศึกษา และด้านการบริการ ทางการแพทย์ เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศระดับสากลอย่างยั่งยืน



ม.มหิดล พัฒนานวัตกรรม “น้ำยาทำลายโปรตีนโพรลามีนส์” ใช้ทดสอบเพื่อหาข้อบ่งชี้โรคมะเร็งเต้านมในแป้งข้าวสาลี

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย โดยพบโรคจากอวัยวะจากมะเร็ง โรคหัวใจ โรคผิวหนังอักเสบจากมะเร็ง และโรคมะเร็งต่ออาหาร ซึ่งมักพบในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่

รศ.ดร.สุพล พิบูลโกคานันท์ ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาชีววิทยาศาสตร์เชิงระบบ (หลักสูตรนานาชาติ) Doctor of Philosophy (Ph.D.) in System Biosciences (International Program) สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เปิดเผยถึงข่าวดีสำหรับคนไทยที่เข้าข่ายเป็นโรคมะเร็งเต้านมในแป้งข้าวสาลีจะได้สัมผัสกับนวัตกรรม “น้ำยาทำลายโปรตีนโพรลามีนส์” ที่ใช้ในการทดสอบโรคมะเร็งเต้านมดังกล่าว ซึ่งผลิตโดยคนไทยได้อย่างมั่นใจในเร็ว ๆ นี้

โดยทั่วไปแล้วเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ซึ่งอาจแสดงออกในหลายระบบของร่างกาย เช่น ทางผิวหนัง ระบบทางเดินหายใจ และบางครั้งมีอาการแพ้อย่างรุนแรงโดยทั่วไปอาการที่แสดงออกอาจจะมีอาการคันปาก ริมฝีปากบวม ท้องเสีย น้ำมูกไหล แสบหน้าอก หายใจติดขัด ฯลฯ การทดสอบโรคมะเร็งเต้านมที่คลินิกโรคมะเร็งเต้านมจะประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางจะซักถามอาการ ถ้าพบว่าเคยมีอาการแพ้จะมีการทดสอบด้วยการใช้น้ำยาทำลายโปรตีนโพรลามีนส์ที่สัมผัสที่ผิวหนังก่อนสะกิดผิวหนังบริเวณนั้นด้วยปลายเข็ม แล้วประเมินอาการที่ผิวหนัง

ในขั้นตอนดังกล่าวจำเป็นต้องใช้การใช้น้ำยาทดสอบที่ปลอดภัยและมีความจำเพาะสูง โดยพบว่านวัตกรรม “น้ำยาทำลายโปรตีนโพรลามีนส์” ที่ได้พัฒนาขึ้นนี้สามารถตอบโจทย์ สร้างความมั่นใจแก่แพทย์ผู้ทำการวินิจฉัยและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยได้เป็นอย่างมาก ซึ่งโปรตีนโพรลามีนส์สามารถใช้ในการทดสอบเพื่อหาข้อบ่งชี้โรคมะเร็งเต้านมในแป้งข้าวสาลีได้เป็นอย่างดี เนื่องจากน้ำยาทดสอบทั่วไปไม่สามารถทำลายกลูเตนซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการแพ้ได้ ดังเช่นน้ำยาที่ได้รับการพัฒนาขึ้นดังกล่าว





เนื่องจากกลูเตนเป็นโปรตีนที่อยู่ในแป้งข้าวสาลีซึ่งในทางอุตสาหกรรม มักใช้ในกระบวนการผลิตอาหารประเภทเบเกอรี่ พาสต้า บะหมี่ อาหารเจ รวมทั้งเป็นส่วนประกอบของเครื่องปรุงรสอาหารจำพวกซีอิ๊วต่าง ๆ ฯลฯ เพื่อเพิ่มรสสัมผัสให้กับอาหาร ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ต่อกลูเตน ได้รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกลูเตนโดยไม่ทราบว่าตนเองแพ้ จะส่งผลให้เกิดอาการแพ้ต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาก่อน และในบางรายอาจเกิดการแพ้รุนแรงแบบเฉียบพลันได้

จากการทดสอบในเบื้องต้นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง โรคภูมิแพ้กับผู้เข้ารับการวินิจฉัยที่คลินิกโรคภูมิแพ้ประจำสถานพยาบาลรัฐ แห่งหนึ่งจนได้ผลเป็นที่น่าพอใจ และต่อมาได้รับอนุสิทธิบัตรดำเนินการ โดยสถาบันบริหารจัดการเทคโนโลยีและนวัตกรรม (INT) มหาวิทยาลัยมหิดล ก้าวต่อไปจะได้มีการพัฒนานวัตกรรม “น้ำยาทำลายโปรตีนโปรลามีนส์” สู่ผลิตภัณฑ์เพื่อขยายการใช้ประโยชน์ออกไปในวงกว้างทันทีที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

แม้อุบัติการณ์โรคภูมิแพ้จะไม่มีทีท่าว่าจะลดลง แต่ด้วยความมุ่งมั่น ของนักวิทยาศาสตร์ไทยที่เชื่อว่าการวินิจฉัยโรคภูมิแพ้ที่ถูกต้องและแม่นยำ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ไทยได้พ้นความเสี่ยง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตลอดจนช่วยลดการนำเข้าน้ำยากัดโปรตีนก่อภูมิแพ้ และช่วยยกระดับเศรษฐกิจ ของชาติให้เกิดความยั่งยืนได้ต่อไปในอนาคต

ติดตามข่าวสารที่น่าสนใจจากมหาวิทยาลัยมหิดลได้ที่ www.mahidol.ac.th



บัวหลวงสีแดง

อีกทางเลือกของภาวะความจำเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์เป็นภาวะที่พบมากขึ้นในปัจจุบันจนเป็นที่กังวลกันมากขึ้นว่าจะมีวิธีการป้องกันและรักษา กันได้อย่างไรบ้าง จากข่าวสารทางวงการแพทย์แผนไทยว่า แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้ทำการพัฒนาตำรับยา จากองค์ความรู้พื้นบ้านใช้ชื่อ กลีบบัวแดง ประกอบด้วย กลีบบัวแดง (บัวหลวง) บัวบก และพริกไทยดำ พร้อมทั้งเก็บข้อมูลพบว่า ช่วยให้นอนหลับดีขึ้นในผู้ป่วย และได้ร่วมกันทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าสารสกัดจากตำรับยา กลีบบัวแดงออกฤทธิ์ต้านกลไกการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ในหลายกลไกพร้อม ๆ กัน (multitarget activities)⁽¹⁾ นั้นทำให้เกิดการพัฒนา สมุนไพรจากองค์ความรู้แผนไทยสู่การศึกษาที่ได้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงการพิสูจน์ที่เป็นการวิจัยที่น่าเชื่อถือมากขึ้น และเป็น อีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาและป้องกันภาวะดังกล่าว



รูปที่ 1 บัวหลวง⁽²⁾

บัวหลวง (*Nelumbo nucifera* Gaertn.) ชื่อสามัญ Sacred lotus, Lotus stamen, East indian lotus อยู่ในวงศ์ NELUMBONACEAE

สรรพคุณทางยา

ดอกบัวหลวงใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของไต มีฤทธิ์ต้านจุลชีพ ขยายหลอดเลือด เพิ่มสมรรถภาพทางเพศ ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ปรับสมดุลของอุณหภูมิในร่างกาย ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดระดับไขมันในเลือด และต้านอนุมูลอิสระ ใบบัวหลวงใช้รักษาอาการท้องร่วง อาการไข้สูง รักษาโรคจิตสับสนหวาด โรคเรื้อน โรคผิวหนังอักเสบ ป้องกัน โรคอ้วน รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดระดับไขมันในเลือด และต้านอนุมูลอิสระ รากบัวหลวงใช้ในการรักษาอาการไข้สูง มีฤทธิ์ ขับปัสสาวะ รักษาโรคอ้วน ลดระดับน้ำตาลในเลือด และต้านอนุมูลอิสระ เมล็ดบัวหลวงใช้บำรุงม้าม แก้ไอ รักษาความผิดปกติ ของระบบประสาท อาการนอนไม่หลับ รักษาโรคความดันโลหิตสูง ต้านอักเสบ ต้านไวรัส ป้องกันโรคอ้วน และมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ

องค์ประกอบของสารออกฤทธิ์^(3,4)

บัวหลวงมีองค์ประกอบของสารออกฤทธิ์ เช่น อัลคาลอยด์ (Alkaloids), สเตียรอยด์ (Steroids), ไตรเทอร์ปีนอยด์ (Triterpenoids), ฟลาโวนอยด์ (Flavonoids), ไกลโคไซด์ (Glycosides) และพอลิฟีนอล (Polyphenol) เป็นต้น

โดยในส่วนต่าง ๆ ของบัวหลวงพบองค์ประกอบทางเคมี⁽³⁾ ดังนี้

เกสรบัว พบฟลาโวนอยด์หลายชนิด เช่น quercetin, luteolin, isoquercitrin, luteolin glucoside และมีรายงานพบสาร กลุ่มอัลคาลอยด์อีกด้วย

ดอกบัว พบสารกลุ่มฟลาโวนอยด์หลายชนิด เช่น quercetin, luteolin, isoquercitrin, luteolin glucoside, kaempferol, kaempferol 3-galactoglucoside, kaempferol 3-diglucoside

ดิบัว พบ methylcorypalline และอัลคาลอยด์ชนิดอื่น ๆ เช่น liensinine, isoliensinine, neferine, lotusine, nuciferine, pronuciferine, demethylcocclaurine และสารจำพวกฟลาโวนอยด์ เช่น galuteolin, hyperin, rutin

ใบ พบสารกลุ่มอัลคาลอยด์ เช่น dehydroroemerine, dehydronuciferine, dehydroanonaine, N-methylisococclaurine, roemerine, nuciferine, anonaine, pronuciferine, N-nornuciferine, nornuciferine, amepavine, N-methylcocclaurine และพบสารประกอบพวกฟลาโวนอยด์ เช่น quercetin, isoquercetin, nelumboside

ก้านบัว พบสารกลุ่มอัลคาลอยด์หลายชนิด เช่น roemerine, nornuciferine, nuciferine, arnepavine resin, tannin, asparagine

เหง้าบัว พบ quercetin และสารกลุ่มอัลคาลอยด์หลายชนิด เช่น nelumbine, nuciferine, N-nornuciferine, oxoushinsunine, N-noramepavine

จากการศึกษาของโรงพยาบาลอภัยภูเบศร ร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าสารสกัดจากตำรับยากลิบบัวแดงออกฤทธิ์ต้านกลไกการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ในหลายกลไกพร้อม ๆ กัน (multitarget activities) คือ มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ด้านการอักเสบ ปกป้องสมอง ช่วยฟื้นฟูความจำ ช่วยลดระดับฮอโมนความเครียดในสมองส่วนฮิปโปแคมปัสที่มีหน้าที่เปลี่ยนความจำระยะสั้นเป็นความจำระยะยาว อีกทั้งยังยับยั้งการสะสมของ amyloid-beta peptides และยับยั้งเอนไซม์แอซีทิลโคลีนเอสเตอเรส (acetylcholinesterase inhibitors) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่เร่งปฏิกิริยาการสลายตัวของสารสื่อประสาทในสมองที่ชื่อแอซีทิลโคลีน (acetylcholine) เป็นสารสื่อประสาทที่จำเป็นต่อความจำของมนุษย์ หากสารสื่อประสาทชนิดนี้ลดลงจะส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยกลไกนี้ของตำรับกลีบบัวแดงเป็นกลไกเดียวกันกับยารักษาสมองเสื่อมที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน⁽¹⁾

การศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเกี่ยวกับสมอง⁽³⁻⁵⁾

เกสรบัวหลวงมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ และมีรายงานการทดสอบฤทธิ์ในการยับยั้งเอนไซม์แอซีทิลโคลีนเอสเตอเรส (Acetylcholinesterase; AChE) ซึ่งอาจส่งผลในการป้องกันการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ มีรายงานการศึกษาฤทธิ์ของตำรับกลีบบัวแดงในหลอดทดลองพบว่าสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอซีทิลโคลีนเอสเตอเรส ยับยั้งการเกาะกลุ่มกันของโปรตีนเบต้าอะไมลอยด์ และป้องกันการทำลายเซลล์ประสาทจากพิษของเบต้าอะไมลอยด์ นอกจากนี้ยังมีผลการปกป้องเซลล์จากภาวะ oxidative stress ที่เป็นกระบวนการที่สำคัญที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพของภาวะความจำเสื่อม ส่วนผลการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าตำรับกลีบบัวแดงมีผลฟื้นฟูภาวะความจำเสื่อมทั้ง Spatial short-term memory (ความจำระยะสั้น) และ Spatial long-term memory (ความจำระยะยาว) รวมทั้งพบฤทธิ์ในการฟื้นฟูความจำในสัตว์ทดลองเช่นกัน สำหรับการศึกษาศึกษาพิษเฉียบพลันในหนู wistar พบว่ามีความปลอดภัยดี นอกจากนี้ยังมีการวิจัยในปัจจุบันที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอนหลับและความจำ และการศึกษาฤทธิ์ทำให้นอนหลับโดยสารอัลคาลอยด์ที่พบในบัวมีผลทำให้นอนหลับ สารสกัดเมทานอลจากเหง้าบัวทำให้ลดพฤติกรรมและกิจกรรมต่าง ๆ ในสัตว์ โดยเพิ่มการเกิด pentobarbitone-induced sleeping time ในหนู

นอกจากนี้ยังการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาในด้านอื่น ๆ เช่น ผลต่อเบาหวาน ต่อหัวใจ การลดปวด ด้านการอักเสบ ด้านจุลชีพ ลดอาการแทรกซ้อนในตาของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งยังไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสารสำคัญที่มีในบัวหลวงนั้นมีหลายชนิด และให้ผลต่อการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาในด้านต่าง ๆ แต่สำหรับสมองนั้นได้มีการพัฒนามาจากตำรับแพทย์พื้นบ้านและได้นำมาทำการศึกษาวิจัยจนมีความทันสมัย น่าเชื่อถือให้แพทย์สามารถนำมาใช้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาหรือป้องกันภาวะสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ได้



เอกสารอ้างอิง

1. อภัยภูเบศร ชูตำรับยา “กลีบบัวแดง” ตัวช่วยนอนไม่หลับ. <https://www.hfocus.org/content/2020/08/19922>
2. บัวหลวง. http://www.rspg.or.th/plants_data/herbs/herbs_03_5.htm
3. บัวหลวง ประโยชน์ดี ๆ สรรพคุณเด่น ๆ และข้อมูลงานวิจัย. <https://www.disthai.com/บัวหลวง>
4. เทพพิทักษ์ จีกร่าง และนพรัตน์ พุทธกาล. ผลของสารสกัดดอกบัวหลวงต่อหนูขาวสายพันธุ์ GK/Jcl. Journal of Science & Technology MSU. 2019;38(6):572-85. http://journal.msu.ac.th/upload/articles/article2554_23974.pdf
5. นกัสนา เกษรา, อาวีวรรณ ต้นทัพไทย, ปวีศรดา คัมภีระธัม, กัญญารัตน์ ระลึกชอบ และผกากรอง ขวัญข้าว. การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับกลีบบัวแดงในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564.



10 ปี

แห่งการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพ ฐานรากระบบสุขภาพดิจิทัลไทย ยุกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน

ปัจจุบันระบบข้อมูลข่าวสารและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีส่วนสำคัญในการใช้ชีวิตของผู้คนหลากหลายด้าน และเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพให้ข้อมูลต่าง ๆ มีความถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว ซึ่งในระบบสุขภาพก็เป็นอีกด้านหนึ่งที่มีการจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้มีการปรับเปลี่ยนระบบข้อมูลภายในเป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น อย่างเช่น เวชระเบียน ซึ่งเป็นเอกสารทางการแพทย์ที่ใช้บันทึกและรวบรวมประวัติของผู้ป่วย ทั้งประวัติส่วนตัว การรักษา การแพ้ยา ฯลฯ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการให้มีความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ ตลอดจนเพื่อการใช้ประโยชน์ในการเชื่อมต่อข้อมูลด้วยระบบออนไลน์ระหว่างโรงพยาบาล แต่เนื่องจากระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของประเทศไทยมีหลากหลายระบบและขาดการบูรณาการจึงทำให้มีข้อจำกัดในการนำมาใช้ประโยชน์ รวมทั้งไม่สามารถแลกเปลี่ยนเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของระบบสุขภาพ และการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพถือเป็นรากฐานของการบูรณาการและการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศประเภทต่าง ๆ เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้ รวมถึงสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา ระบบสุขภาพที่ก้าวไปข้างหน้าได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา สำนักงานพัฒนา มาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (สมสท.) เป็นหน่วยงานหลักที่มีบทบาทในการวิจัยและพัฒนา มาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ และพัฒนาแนวปฏิบัติด้านมาตรฐานระบบข้อมูล สุขภาพ เพื่อให้ประเทศไทยมีมาตรฐานข้อมูลสุขภาพที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้แบบไร้รอยต่อ และเป็นมาตรฐานที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล

ดร.นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน ผู้จัดการงานวิจัยอาวุโส สมสท. กล่าวว่า ระบบข้อมูล สารสนเทศสุขภาพของประเทศไทยก่อนหน้านี้มีข้อจำกัดในการนำมาใช้ประโยชน์ เนื่องจาก แหล่งข้อมูลแต่ละแหล่งมีมาตรฐานการบันทึกข้อมูลที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยง



PHARMACY



DIGITAL HEALTH



MEDICAL DEVICE



TELEMEDICINE

ข้อมูลกันได้และนำมาวิเคราะห์หัตถ์ยอดเยี่ยมได้ อย่างเช่น ข้อมูลด้านยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ดังนั้น ดร.นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน, นพ.ดวฤกษ์ สินธุณิษฐ์, นพ.เทียม อังสาชน รวมถึงหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ อาทิ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพ จึงนำมาสู่การจัดตั้งสำนักงานพัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (สมสท.) เมื่อปี พ.ศ. 2555 เพื่อให้เป็นศูนย์กลางในการวิจัยและพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา สมสท. ได้ศึกษาและพัฒนามาตรฐานข้อมูลการตรวจในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Thai Medical Laboratory Terminology; TMLT) ซึ่งอ้างอิงจากมาตรฐานคำศัพท์ทางการแพทย์สากล LOINC รวมทั้งพัฒนาบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานไทย (Thai Medicines Terminology; TMT) โดยอ้างอิงจากรหัสมาตรฐานคำศัพท์ทางการแพทย์ SNOMED CT ซึ่งในปัจจุบันกองทุนสุขภาพต่าง ๆ กรมบัญชีกลาง รวมถึงสถานพยาบาลได้นำมาตรฐานข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในหลากหลายด้าน เช่น บันทึกข้อมูลสำหรับการเบิกจ่าย หรือการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ

ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้เข้าเป็นสมาชิก SNOMED International ทำให้ผู้ใช้งานทุกคนที่อยู่ในประเทศไทยสามารถใช้มาตรฐานคำศัพท์ทางการแพทย์ SNOMED CT โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และสมสท. ได้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการเผยแพร่รหัส SNOMED CT ในประเทศไทย โดยมีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้งาน SNOMED CT ให้กับระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างไร้รอยต่อ

ทั้งนี้ผู้ใช้งานสามารถดาวน์โหลดไฟล์เผยแพร่บัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานไทย (TMT) และบัญชีรายการและรหัสมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ไทย (TMLT) ได้ที่เว็บไซต์ www.this.or.th โดยเว็บไซต์ดังกล่าวยังได้รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับมาตรฐานข้อมูลสุขภาพเพื่อเผยแพร่ให้กับผู้ที่สนใจอีกด้วย

ด้าน **นพ.ดาวฤกษ์ สิ้นธุณิษฐ์ ที่ปรึกษา สมสท.** กล่าวเสริมว่า สำหรับบัญชีรายการและรหัสมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ไทย (TMLT) สมสท. ได้ทำงานร่วมกับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับเทคโนโลยีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่มีการพัฒนาตลอดเวลา เพื่อปรับปรุงให้รหัสมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ไทย (TMLT) มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

ผศ.ดร.ประพัฒน์ สุริยผล ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศและนวัตกรรมข้อมูล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า กลุ่ม Standards and Interoperability Lab Thailand (SIL-TH) เป็นการรวมตัวกันของกลุ่มคนในวงการสุขภาพที่สนใจในการเรียนรู้และพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในบริบทของประเทศไทย โดยกลุ่ม SIL-TH ได้ศึกษาเรียนรู้มาตรฐาน HL7 FHIR ซึ่งเป็นมาตรฐานการส่งต่อข้อมูลสุขภาพระดับสากล และมีการนำไปใช้ในหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งสมาชิกในกลุ่ม SIL-TH ได้มีบทบาทในการผลักดันการใช้มาตรฐาน HL7 FHIR ในประเทศไทย โดยที่ผ่านมาได้พูดคุยกับหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเช่น ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข หรือ Government Big Data Institute (GBDI) เพื่อสนับสนุนการใช้มาตรฐาน HL7 FHIR ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยงานในองค์กรรัฐ รวมถึงเป็นส่วนสำคัญในการจัดทำโครงการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ ที่ใช้มาตรฐาน HL7 FHIR ด้วยเช่นกัน

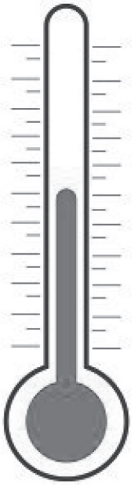
นายคิตคม สเลลันนท์ นักวิเคราะห์และจัดการข้อมูลระดับสูง สมสท. กล่าวถึงเครื่องมือและช่องทางการให้บริการด้านมาตรฐานข้อมูลสุขภาพว่า สมสท. ได้มีการพัฒนาเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการใช้งานรหัสมาตรฐานทางด้านข้อมูลสุขภาพที่ สมสท. ได้จัดทำขึ้น ได้แก่ TMT Browser/TMLT Browser ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการค้นหารหัส TMT และ TMLT หรือ TMT API/TMLT API เพื่อเป็นช่องทางให้หน่วยบริการต่าง ๆ สามารถเปิด API (Application Programming Interface) เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลรหัส TMT/TMLT เพื่อให้หน่วยบริการต่าง ๆ สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลรหัส TMT/TMLT ได้สะดวกและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

จากการสร้างรากฐานระบบสุขภาพดิจิทัลไทยที่มั่นคงตลอด 10 ปี ทำให้เห็นชัดเจนว่าการพัฒนาระบบมาตรฐานข้อมูลสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องมีการวางแผนแนวทางการดำเนินงานในระดับประเทศ เพื่อให้มีระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพต่างระบบมีการบูรณาการของข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทย



ข้อมูลจาก: การประชุมวิชาการ 30 ปี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เวทีหัวข้อ “10 ปี สำนักงานพัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (สมสท.) ผลงาน ความท้าทาย และทางข้างหน้า กับการพัฒนาและการใช้มาตรฐานรหัสทางการแพทย์” ณ โรงแรมอัสคิน แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ

Hyperthermia/Heat Stroke



ถึงแม้จะเป็นช่วงหน้าฝน แต่อากาศบ้านเรายังคงร้อนระอุ และก็ยังมิให้เห็นเป็นข่าวอยู่สำหรับกรณีเด็กไว้ในรถจนกระทั่งเด็กเสียชีวิต ทำให้บทความในตอนนี้จะได้กล่าวถึงภาวะ Hyperthermia/Heat Stroke คงไม่ถือว่าผิดฤดูกาลสำหรับประเทศที่มีแต่ฤดูร้อน ร้อนมาก และร้อนที่สุด

ก่อนอื่นขอเริ่มด้วยสภาวะปกติของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายมนุษย์เราก่อน ทุกท่านคงทราบว่ามนุษย์เป็นสัตว์เลือดอุ่น คำว่าเลือดอุ่นก็คือ อุณหภูมิร่างกายจะอยู่ในช่วงที่คงที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมภายนอก แม้เราจะอยู่ในเมืองหิมะหนาวเหน็บ ร่างกายของเราก็คงรักษาอุณหภูมิไว้ที่ประมาณ 37 องศาเซลเซียส

โดยปกติอุณหภูมิร่างกายโดยเฉลี่ยของมนุษย์เราจะอยู่ที่ 37 องศาเซลเซียส เมื่อวัดทางปาก และ 37.6 องศาเซลเซียส เมื่อวัดทางทวารหนัก ทั้งนี้อุณหภูมิร่างกายอาจไม่เท่ากันในแต่ละคน มีความแปรผันไปตามปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ โดยทั่วไปเด็กแรกคลอดและคนชราจะมีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าวัยอื่นประมาณ 1 องศาเซลเซียส หรือช่วงเวลาของวัน โดยช่วงบ่ายร่างกายจะมีอุณหภูมิสูงกว่าช่วงเวลาอื่น หรือการออกกำลังกายก็สามารถทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นได้ ฯลฯ แต่ไม่ว่าจะแปรผันด้วยปัจจัยใด อุณหภูมิร่างกายก็จะอยู่ในช่วง 37 องศาเซลเซียส (บวกลบ) ไม่มีต่ำลงไปถึง 34 องศาเซลเซียส หรือสูงไปถึง 40 องศาเซลเซียส ในภาวะปกติตามที่กล่าวไปในวรรคก่อนหน้า

การคงอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในค่าปกตินั้นเป็นผลลัพธ์จากการสร้างสมดุลระหว่างการสร้างความร้อนและการคายความร้อน ความร้อนในร่างกายนั้นเกิดจากกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย และจากสภาวะแวดล้อม ส่วนความร้อนที่เสียออกจากร่างกายจะเสียผ่านทางการนำความร้อน การแผ่รังสีความร้อน และการระเหยของเหงื่อ ในกรณีที่มิได้สวมใส่เสื้อผ้าและนั่งอยู่ในอุณหภูมิ



ห้องปกติ ร่างกายจะสูญเสียความร้อนผ่านการนำความร้อนสู่เก้าอี้ที่นั่งร้อยละ 3 ผ่านการนำความร้อนของอากาศร้อยละ 15 ผ่านการแผ่รังสีความร้อนร้อยละ 60 และผ่านการระเหยของเหงื่อร้อยละ 22 แต่หากอุณหภูมิแวดล้อมสูงกว่าอุณหภูมิร่างกาย ร่างกายก็จะได้รับความร้อนจากภายนอกผ่านการแผ่รังสี และการนำความร้อน ร่างกายสามารถปลดปล่อยความร้อนผ่านกลไกเดียวคือ การระเหยของเหงื่อ หากมีปัจจัยที่ทำให้เหงื่อระเหยไม่ได้ เช่น ความชื้นในอากาศสูง หรือการไม่มีการไหลเวียนของอากาศ อุณหภูมิร่างกายก็จะสูงขึ้น หากอยู่ในสภาวะนี้เป็นเวลานานก็จะทำให้เกิด heat stroke และเสียชีวิตในที่สุด

การระเหยของเหงื่อเป็นวิธีการคายความร้อนหลักเมื่อร่างกายมีอุณหภูมิสูงเกิน โดยเมื่อน้ำระเหยไป 1 กรัม จะทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานความร้อนไป 0.58 แคลอรี โดยปกติใน 1 วัน แม้จะอยู่ในห้องแอร์ ไม่มีเหงื่อออก ร่างกายก็จะมีการระเหยของเหงื่อออกไปทางผิวหนังและทางลมหายใจประมาณ 600 มิลลิลิตร หากอยู่ในอากาศร้อนร่างกายสามารถขับเหงื่อได้ 700 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ในผู้ที่ไม่เคยชินและร่างกายยังไม่ปรับให้เข้ากับอากาศร้อน หรือสูงถึง 1.5-2 ลิตรต่อชั่วโมง ในผู้ที่เคยชินและร่างกายปรับเข้ากับอากาศร้อนแล้ว เช่น คนไทยเรา



ในผู้ที่ไม่เคยชินและร่างกายยังไม่ปรับให้เข้ากับอากาศร้อน เริ่มแรกจะสามารถขับเหงื่อได้ 700 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หากต้องอยู่ในสภาพอากาศร้อนต่อเนื่อง เมื่อผ่านไป 10 วัน ความสามารถในการขับเหงื่อจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และจะเพิ่มเป็น 3 เท่าในเวลา 6 สัปดาห์

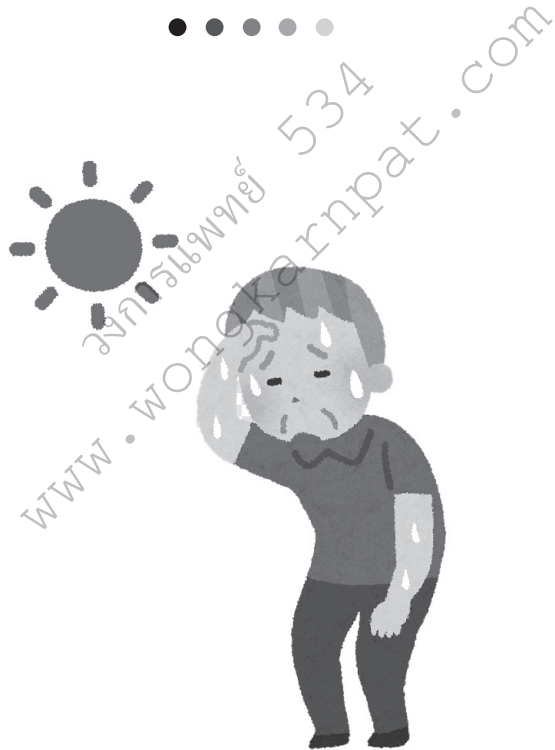
เหงื่อของคนเรานั้นมีเกลือโซเดียมคลอไรด์เป็นส่วนผสม เมื่ออัตราการขับเหงื่อน้อย ความเข้มข้นของโซเดียมคลอไรด์ในเหงื่อก็จะต่ำ และเมื่ออัตราการขับเหงื่อมากขึ้น ความเข้มข้นของโซเดียมคลอไรด์ในเหงื่อก็จะสูงขึ้นตามจนอาจสูงเท่ากับความเข้มข้นของโซเดียมในเลือด

คนที่อาศัยอยู่ในเขตร้อนชื้นตั้งแต่เด็กจะมีต่อมเหงื่อที่ทำงานได้ดีกว่าคนที่อยู่ในเขตอบอุ่นหรือหนาว แต่หากเด็กที่เกิดในเขตร้อนชื้นย้ายถิ่นฐานไปอยู่ในเขตอบอุ่นหรือหนาว ต่อมเหงื่อก็จะหยุดทำงานถาวร

ระบบการไหลเวียนและหลอดเลือดเป็นอีกกลไกหนึ่งในการปรับสมดุลอุณหภูมิของร่างกาย การไหลเวียนของเลือดสู่ผิวหนังจะเป็นการนำความร้อนจากอวัยวะภายในผ่านผิวหนังไปสู่ภายนอก และการขยายหรือหดตัวของหลอดเลือด ผิวหนังก็มีส่วนในการพาความร้อนสู่ภายนอกร่างกาย

สำหรับกระบวนการนำความร้อนนั้น โดยปกติความร้อนจากร่างกายจะถูกนำถ่ายเทไปสู่อากาศรอบตัวจนเกิดเป็นชั้นบาง ๆ ของอากาศรอบร่างกายที่มีความร้อนหรืออุณหภูมิใกล้เคียงกับร่างกาย หากอากาศชั้นบาง ๆ นี้อยู่นิ่งไม่ถ่ายเท ร่างกายเราก็จะรู้สึกอบอุ่นหรือร้อน อันเป็นหลักการเดียวกับการใส่เสื้อผ้าที่ทำให้อากาศส่วนนี้ไม่ถูกพัดพาหรือถ่ายเทไป กักเก็บอุณหภูมิความร้อนไว้ ทำให้เรารู้สึกอบอุ่น แต่หากเราถอดเสื้อผ้าแล้วเปิดพัดลม ลมก็จะพัดชั้นอากาศบาง ๆ นี้อยู่ตลอดเวลา ร่างกายก็จะถ่ายเทความร้อนสู่อากาศรอบตัวตลอดเวลา ทำให้เรารู้สึกเย็น เนื่องจากการเสียความร้อนตลอดเวลานั่นเอง

มาถึงตอนนี้ทุกท่านคงเข้าใจถึงระบบปกติที่ร่างกายเราใช้ในการรักษาอุณหภูมิให้คงที่ ซึ่งการรักษาสมดุลนี้ย่อมมีจุดมุ่งหมาย เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะเป็นปกติได้ก็ต่อเมื่ออยู่ในอุณหภูมิที่ปกติ หากร่างกายไม่สามารถคงอุณหภูมิให้อยู่ในเกณฑ์ปกติย่อมส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ จนนำไปสู่การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในที่สุด สำหรับพยาธิสภาพเมื่อร่างกายต้องเจอกับอุณหภูมิที่สูงเกินกว่าจะปรับตัวได้นั้นจะได้บรรยายในบทความตอนต่อไป





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

นิตยสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ
ทางด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา
☐ เภสัชกร กลุ่ม
☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งนิตยสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก นิตยสารวงการแพทย์
☐ 1 ปี (12 ฉบับ) 720 บาท

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก นิตยสารวงการยา
☐ 1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม 620 บาท
☐ 1 ปี (CPE online) 350 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

☐ ธนาคาร สังกัด ปณ.คลังเงิน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

☐ เช็คบัตรเครดิต A/C PAYEE ONLY สังกัดในนาม บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด
 เชื่อกธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีชื่อบริษัทในนาม บจก. วงการแพทย์ พลัส มีเดีย

☐ ธนาคารทหารไทย สาขาเซ็นทรัล ปิ่นเกล้า เลขที่บัญชี 209-2-47722-9

สนใจติดต่อ บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด
 71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
 โทร. 0-2435-8111, 0-2435-8444 ต่อ 101 แฟกซ์ 0-2423-2286

หมายเหตุ

- ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัคร ที่หมายเลขแฟกซ์ 0-2423-2286
- บริษัทจะจัดส่งนิตยสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
แผนกสมาชิกสัมพันธ์
 โทร. 0-2435-8111, 0-2435-8444
 ต่อ 101
 แฟกซ์ 0-2423-2286



ภาคเหนือ
เชียงใหม่, แม่ฮ่องสอน, ลำพูน, ลำปาง,
เชียงราย, ป่าน

ภาคอีสาน
อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, อุตรดิตถ์, มหาสารคาม,
ร้อยเอ็ด, นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์,
สกลนคร, ขอนแก่น

ภาคกลาง
ประจวบคีรีขันธ์, ฉะเชิงเทรา, สิงห์บุรี, พิจิตร,
นครสวรรค์, อุทัยธานี, อ่างทอง, ชัยนาท,
กาญจนบุรี, นครปฐม, สมุทรปราการ, สมุทรสาคร,
สมุทรสงคราม, ปทุมธานี, นนทบุรี, ราชบุรี, เพชรบุรี

ภาคใต้
นครศรีธรรมราช, สุราษฎร์ธานี,
สงขลา, พัทลุง, ชุมพร, ภูเก็ต,
พังงา, ระนอง, กระบี่, ตรัง

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์ 2565 THE MEDICINE JOURNAL สัจจกรทั่วไทย

