



จุฬารัฐ จับมือกรมอนามัย

เปิดหลักสูตรผู้บริหารด้านการแพทย์และสุขภาพ
"เวฟา (VELA)" รุ่นที่ 2 ขับเคลื่อนไทยสู่ Medical Hub โลก

นานาสาระ:

การรักษา ANCA Vasculitis (Part II)

รายงานพิเศษ

ครบ 1 ปี เว็บไซต์ CaregiverThai.com

เผย 3 หัวข้อยอดฮิตของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเข้าชมมากที่สุด

SPEEDA™

Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine⁷

- ✓ HIGH PURITY^{1,2,7}
- ✓ HIGH IMMUNOGENICITY^{3,3,4,5,6}
In All age groups⁵ including Children⁶
- ✓ ID and IM ADMINISTRATION⁷



BIOVALYS

- References:
- (1) Cha Li, Gao Jun, Hou Jianying, et al. Preparation of Rabies Vaccine for Human Use by Cell Culture in Bioreactor. *Chin J Biotechnology*, 2006; 19(3): 288-291.
 - (2) Cha Li, Gao Jun, Hou Jianying, et al. Safety and Immune Effect of Adjuvant-free Rabies Vaccine. *Chin J Biotechnology*, 2006; 19(2): 206-208.
 - (3) Tantswischen T., Sibunnuang S., Tantswischen T., et al. Safety and immunogenicity of chromatographically purified Vero cell rabies vaccine for intradermal pre- and post-exposure rabies prophylaxis. *Expert Rev Vaccines*, 2014; 13(12): 1559-1571.
 - (4) Xiaowei Zhang, Zhenggang Zhu, Chuanlin Wang. Persistence of Rabies antibody 5 years after post exposure prophylaxis with Vero cell antirabies vaccine and antibody response to a single booster dose. *Chin Vaccine Immunol*, 2011; 18(9): 1475-1478.
 - (5) Yuan Fang, Li Chen, Man-Qing Liu, Zheng-Gang Zhu, Ze-Rong Zhu, Quan Hu. Comparison of safety and immunogenicity of PVRV and PCECV immunized in patients with WHO Category II animal exposure: A study based on different age groups. *PLoS Negl Trop Dis*, 2014; 8(12): e3412; 1-7.
 - (6) Angsuwatharakon P., Khomvilai S., Limsuwun K., et al. Immunogenicity and safety of WHO-approved TRC-D regimen with a chromatographically purified Vero cell rabies vaccine with or without rabies immunoglobulin in children. *Expert Rev Vaccines*, 2016; 17(2): 105-108.
 - (7) SPEEDA™ Package Insert

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขศ. 720/2564

เลขทะเบียนตำรับยาที่ 1A 5/57 (B)

สำหรับผู้ที่สนใจเนื้อหาข่าวหรือบทความที่น่าสนใจ

1-31/03/24

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE



ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ
Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านก่อน ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจ

กด



ได้ที่ www.facebook.com/วงการแพทย์



ภาคเหนือ

เชียงใหม่, แม่ฮ่องสอน, ลำปาง, ลำปาง,
เชียงราย, น่าน

ภาคอีสาน

อุดรธานี, ศรีสะเกษ, อุบลราชธานี, มหาสารคาม,
ร้อยเอ็ด, นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์,
สกลนคร, ขอนแก่น

ภาคกลาง

ประจวบคีรีขันธ์, ฉะเชิงเทรา, สิงห์บุรี, พิจิตร, พิษณุโลก, พังงร,
นครสวรรค์, อุทัยธานี, อ่างทอง, ฉะเชิงเทรา,
กาญจนบุรี, นครปฐม, สุพรรณบุรี, สิงห์บุรี,
สมุทรสงคราม, ปทุมธานี, นนทบุรี, ราชบุรี, เพชรบุรี

ภาคใต้

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

THE MEDICAL NEWS **วงการแพทย์ 2567**
THE MEDICINE JOURNAL **วงการยา**
สัญจรทั่วประเทศ



โรคอ้วนในเด็ก

วันที่ 4 มีนาคม เป็นวันอ้วนโลก (World Obesity Day) องค์การอนามัยโลกอยากให้การรณรงค์ในเรื่องนี้ เนื่องจากประชากรโลกมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักตัวเกินมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2540 เด็กไทยมีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 5.8 ในปี พ.ศ. 2544 ความชุกของโรคอ้วนในเด็กปฐมวัย และเด็กวัยเรียนเพิ่มเป็นร้อยละ 7.9 และ 6.7 ตามลำดับ ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าเด็กไทยอายุ 1-5 ปี มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนร้อยละ 8.5 และเด็กอายุ 6-11 ปี มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนร้อยละ 8.7 และเด็กอายุ 12-14 ปี มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ. 2566 พบว่าเด็กไทยอายุ 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 9.13 เด็กวัยเรียน 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 13.4 เด็กในเมืองอ้วนกว่าเด็กในชนบท เด็กในกรุงเทพฯ อ้วนกว่าเด็กในต่างจังหวัด

สาเหตุที่เด็กอ้วน กลุ่มหนึ่งเกิดจากพันธุกรรม มีโรคทางพันธุกรรมหลายอย่างที่ให้อ้วน ผู้ที่มีปัญหาโรคอ้วนมักจะมีคนในครอบครัวอ้วนด้วย แต่ที่เป็นปัญหาในปัจจุบันเป็นเพราะรับประทานอาหารปริมาณมากและรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เด็กชอบกินน้ำอัดลมซึ่งมีน้ำตาลจำนวนมาก กินผลไม้ซึ่งมีรสหวาน กินนมที่มีรสหวาน ชอบอมลูกอมซึ่งมีรสหวาน กินอาหารสำเร็จรูปที่หาซื้อง่ายในร้านสะดวกซื้อ พวกของทอดต่าง ๆ ขนมขบเคี้ยว อาหารกินเล่นที่เก็บได้นาน นิ่งดูโทรทัศน์พร้อมอาหารกินเล่น เด็กบางคนพ่อแม่ให้เงินใช้มากและซื้อได้โดยไม่มีข้อจำกัด พ่อแม่บางคนเข้าใจผิดอยากให้อ้วนและกินอาหารมาก ๆ จะเห็นได้ว่าพ่อแม่พาลูกมาหาแพทย์เพราะลูกผอมไม่กินอาหารมากกว่าที่จะมาพบแพทย์เพราะลูกอ้วนในปัจจุบันเด็กไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ชอบเล่น iPad หรือโทรศัพท์มือถือ ไม่ออกไปวิ่งเล่นกับเพื่อน ในสมัยก่อนเด็กเล่นเตะฟุตบอลในสนาม แต่ปัจจุบันนั่งเล่นเตะฟุตบอลบนจอ ความสะดวกสบายในสมัยปัจจุบันทำให้ไม่ได้ออกกำลังกาย ขึ้นบันไดก็ใช้ลิฟต์แทน เดินไปโรงเรียนก็กลายเป็นนั่งรถไป มีเครื่องผ่อนแรงจนร่างกายไม่ได้ใช้พลังงานของตน สิ่งแวดล้อมไม่ดีและไม่ปลอดภัยทำให้ไม่สามารถไปวิ่งเล่นนอกบ้านได้

ผลเสียจากการที่เด็กอ้วนมีหลายประการ เช่น เด็กเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น มีไขมันในเลือดสูง มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีน้ำหนักตัวมากทำให้ข้อต่อรับน้ำหนักมากจนเป็นโรคปวดข้อเพิ่มขึ้น มีไขมันในตับสูง หายใจลำบากนอนกรน บางคนมีอาการหยุดหายใจเวลานอนหลับ เด็กที่อ้วนมาก ๆ มักถูกเพื่อนแกล้งหรือล้อเลียน ทำให้ความมั่นใจในตนเองลดลง เวลาติดเชื้อมีอาการหนักและมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าเด็กทั่วไป เราจะเห็นว่าเด็กอ้วนเวลาเป็นโรคไข้เลือดออกโรคไข้หวัดใหญ่ โรคโควิด-19 จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเด็กทั่วไปมาก

เราจะป้องกันไม่ให้เด็กอ้วนได้โดยให้กินนมแม่อย่างน้อยใน 6 เดือนแรกของชีวิต ให้เด็กได้เล่นออกกำลังกาย กำหนดเวลาที่จะใช้หน้าจอไม่ให้มากเกินไป หลีกเลี่ยงการกินน้ำผลไม้คั้น น้ำดื่มที่มีน้ำตาล กินอาหารช้า ๆ เพราะถ้าเรากินเร็วกว่าที่ร่างกายจะรู้ว่าอิ่มเราก็กินเกินไปแล้ว อย่าให้รางวัลเป็นของกิน ถ้าเป็นไปได้ให้อาหารจากบ้านไปรับประทานอาหารกลางวันโรงเรียน กินอาหารที่บ้านร่วมกันและกินเป็นที่ ให้เด็กได้ลองกินอาหารใหม่ ๆ ไม่ซ้ำซาก ให้เด็กได้นอนพักผ่อนให้เพียงพอ การนอนไม่พอทำให้ฮอร์โมนไม่สมดุล เป็นผลให้อ้วนอยากกินอาหารมากขึ้น ที่สำคัญคือ พ่อแม่หรือผู้ปกครองต้องเป็นตัวอย่งที่ดีด้วย




ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents



The Medical News ฉบับที่ 551 ประจำเดือนมีนาคม 2567

3 สมาคมกีฬาเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย

กัญชา กับ กีฬา

5 โลกกว้างทางแพทย์

- Dementia Prevention and Treatment: A Narrative Review
- Solving the puzzle of Long COVID
- Social Determinants of Health and Disparities in Hypertension and Cardiovascular Diseases

9 Get Up

- Reporting Use of AI in Research and Scholarly Publication—JAMA Network Guidance
- Fakes vs Facts of using isosorbide dinitrate
- ความชุกของภาวะก่อนเบาหวานในประเทศไทย

11 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

แล้วความเค็มล่ะ?

12 Movement

13 In Focus

จุฬาฯ จับมือกรมอนามัย เปิดหลักสูตรผู้บริหารด้านการแพทย์และสุขภาพ “เวฟา (VELA)” รุ่นที่ 2 ขับเคลื่อนไทยสู่ Medical Hub โลก

17 Special

นพ.เพ็ญศักดิ์ แซ่หว่าง
แพทย์ดีเด่นในชนบท ประจำปี 2565

21 บทสาระ:

การรักษา ANCA Vasculitis (Part II)

23 รายงานพิเศษ

มหัศจรรย์ของมะพร้าว
ประโยชน์ดี ๆ จากธรรมชาติสู่สุขภาพดี

25 รอบรู้เรื่องยา

ทานยาอยู่ บริจาคเลือดได้หรือไม่

27 รายงานพิเศษ

ครบ 1 ปี เว็บไซต์ CaregiverThai.com
เผย 3 หัวข้อยอดฮิตของผู้ดูแลผู้ภาวะสมองเสื่อมเข้าชามมากที่สุด

30 มุมพิเศษ

การแปลผลระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตอนที่ 7

คณะที่ปรึกษา และคอลัมนิสต์

ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิช ศ.นพ.มนตรี ตูจันดา ศ.พญ.ชนิกา ตูจันดา ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.พญ.ธันนดา ตระการวณิช ผศ.พญ.รพีพร ไรจน์แสงเรือง พ.ต.ท.นพ.ณัฐวุฒิ โยธินอุปไมย อ.นพ.สันติ สิลัยรัตน์ พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา พญ.พัทธ์ธีรา ดิษยวรรณวัฒน์ พญ.วรินทิพย์ สว่างศรี นพ.ธนาวุฒม์ ไสภักดี ดร.ภก.สิขวัฒน์ นักร้อง ผศ.ดร.ภก.ประยุทธ์ ภูวรัตนาวีโร

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

กรรมการบริหาร

วาทณี วิชิตกุล

กรรมการผู้จัดการ

สิริพร แสงเทียนฉาย

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, มณัญญา นาควิสัย

อาร์ตไดเรกเตอร์ สุกัญญา หิรัญยะวะลิต

ดีไซน์เนอร์ อาทิตย์ ศานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

งานโฆษณา ภิญาพัชร์ ธนากุลจิราทิพย์

พัชรินทร์ ภายหอม, ปิยะวรรณ หาปัญนะ

กนกอร ขจรศักดิ์, มณัญญา นาควิสัย

ช่างภาพ ศพพล ไชยทุ่งจีน

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



กัญชา กับ กีฬา

ขอบคุณรูปภาพจาก <https://www.cannamd.com/pro-athletes-who-use-marijuana/>

กัญชา (Cannabis) ถูกใช้อย่างแพร่หลายทั้งในแง่ของการแพทย์และสันทนาการ รวมถึงปัจจุบันที่เริ่มมีความสนใจในการใช้กัญชาเพื่อการเสริมสมรรถภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการบาดเจ็บในนักกีฬา โดยการทบทวนงานวิจัยในปี ค.ศ. 2020 สํารวจพบว่า มีนักกีฬาถึง 23% ที่ใช้กัญชาหรือใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา

สารสกัดจากกัญชาที่ได้รับความนิยมคือ Tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) โดยผลิตภัณฑ์จากกัญชาจะมีสัดส่วนของสารสกัดเหล่านี้ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับผลิตภัณฑ์ที่ต้องการ สาร THC นอกจากทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายแล้ว ยังมีการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทด้วย ส่วนสาร CBD ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและช่วยในการนอนหลับ ลดปวด และการควบคุมอารมณ์ จึงได้รับความนิยมมากขึ้นจากกลุ่มนักกีฬา

สำหรับสาร THC ยังไม่มีผลการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลต่อการออกกำลังกาย และผลต่อประสิทธิภาพหรือสมรรถนะของนักกีฬา ในขณะที่สาร CBD ได้รับความนิยมจากการใช้ในนักกีฬา เนื่องจากได้รับการถอดถอนจากรายชื่อสารต้องห้ามขององค์กรต่อต้านการใช้สารต้องห้ามโลก (World Anti-Doping Agency; WADA) หรือว่าด้า ในปี ค.ศ. 2018 ซึ่งเหตุผลหลักสำหรับความนิยมที่มากขึ้นเนื่องจากสาร CBD ไม่มีผลต่อจิตและประสาท โดยผลของสาร CBD ต่อนักกีฬามีดังนี้

ผลต่อการนอนหลับและการคลายกังวล

นักกีฬามักมีปัญหานอนหลับหรือมีภาวะนอนหลับไม่เพียงพอจากสาเหตุหลายประการ เช่น ผลจากอาหารเสริม/เครื่องดื่มก่อนการแข่งขัน เวลาที่ทำการแข่งขัน ผลจากการเดินทางเป็นเวลานาน และความกังวลที่เกี่ยวข้องกับการแข่งขัน ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาผลของสาร CBD ต่อการนอนหลับและการคลายกังวลในกลุ่มประชากรที่มีสุขภาพแข็งแรงหรือคนไข้โรคพาร์คินสัน แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีผลการศึกษาของการใช้ CBD เพื่อการนอนหลับหรือคลายกังวลในนักกีฬา

ผลต่อการลดปวดและการอักเสบของกล้ามเนื้อ

ภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ไม่ดี เนื่องจากนักกีฬามีตารางการฝึกหรือแข่งขันที่มากกว่าคนทั่วไป นักกีฬาจึงมักมองหาสิ่งที่ช่วยบรรเทาอาการปวดโดยเฉพาะยาแก้อักเสบ (Non-steroidal anti-inflammatory drug; NSAIDs) หรือยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) การช้ยาเหล่านี้เป็นประจำมักมีผลข้างเคียงจากยาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การศึกษาในปี ค.ศ. 2020 จาก International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism ที่ศึกษาการใช้กัญชาในนักกีฬารักบี้ในสหราชอาณาจักร พบว่ามีนักกีฬารักบี้ถึง 26% ที่เคยใช้หรือกำลังใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีสาร CBD แต่มีนักกีฬาเพียง 14% ที่ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปว่าจำเป็นต้องใช้ขนาดสาร CBD เท่าไรเพื่อลดปวดหรือลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ

ถึงแม้กัญชาจะมีประโยชน์ตามที่กล่าวไปข้างต้น แต่การใช้กัญชาก็ต้องระวังผลข้างเคียงเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารสกัดกัญชาแบบสังเคราะห์ ซึ่งมักมีผลข้างเคียงที่รุนแรงและคาดเดาผลลัพธ์ได้ยาก

ผลข้างเคียงจากกัญชา

1. เกิดภาวะง่วงซึม ซึ่งสามารถทำให้เปลี่ยนการรับรู้ ทำให้อารมณ์แปรปรวน มีผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อนักกีฬาและบุคคลที่เกี่ยวข้อง
2. เกิดผลต่อร่างกายโดยตรง เช่น ปากแห้ง คอแห้ง มีอัตราการเต้นของหัวใจสูงกว่าปกติ ความดันโลหิตสูง และเวียนศีรษะ
3. ความคิดและความจำที่เปลี่ยนแปลงในผู้ที่ใช้กัญชาเป็นระยะเวลานาน

ในปี ค.ศ. 2024 วาด้ายังคงกำหนดให้กัญชาอยู่ในกลุ่ม S8 Cannabinoids ที่ห้ามใช้เฉพาะในการแข่งขัน (In-competition) โดยสารต้องห้ามในหมวดนี้คือ Tetrahydrocannabinol หรือ THC ซึ่งห้ามทั้งสารจากธรรมชาติและสารสังเคราะห์ เช่น

- กัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชา
- สารสกัด THC จากธรรมชาติและสังเคราะห์
- สาร Cannabinoid สังเคราะห์ที่ออกฤทธิ์เหมือนสาร THC

และมีข้อยกเว้น (Exceptions) คือ Cannabidiol หรือ CBD

วาด้ายังได้พบปัญหาในการจำแนกนักกีฬาออกเป็นกลุ่มที่มีการใช้กัญชาในขณะแข่งขัน จากกลุ่มที่ไม่ได้ใช้กัญชาในขณะแข่งขัน แต่ยังมีสาร THC หลงเหลืออยู่ในปัสสาวะ โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับสาร THC เป็นประจำ เกณฑ์การตรวจสาร THC จากปัสสาวะจะอยู่ที่ 150 นาโนกรัม/มิลลิลิตร สำหรับผลการตรวจสารต้องห้าม (Adverse analytic finding; AAF) ในปี ค.ศ. 2021 ตรวจพบสาร THC อยู่ที่ 4%

ในกลุ่มนักกีฬาที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์สามารถยื่นข้อยกเว้นการใช้ยาเพื่อการรักษา (Therapeutic use exemptions; TUE) เพื่อรักษาโรคปวดเหตุพยาธิสภาพเส้นประสาท (Neuropathic pain) ตามแนวทางการรักษาของวาด้าเพื่อทำการแข่งขันกีฬา ซึ่งวาด้าจะพิจารณาตามเกณฑ์การพิจารณา

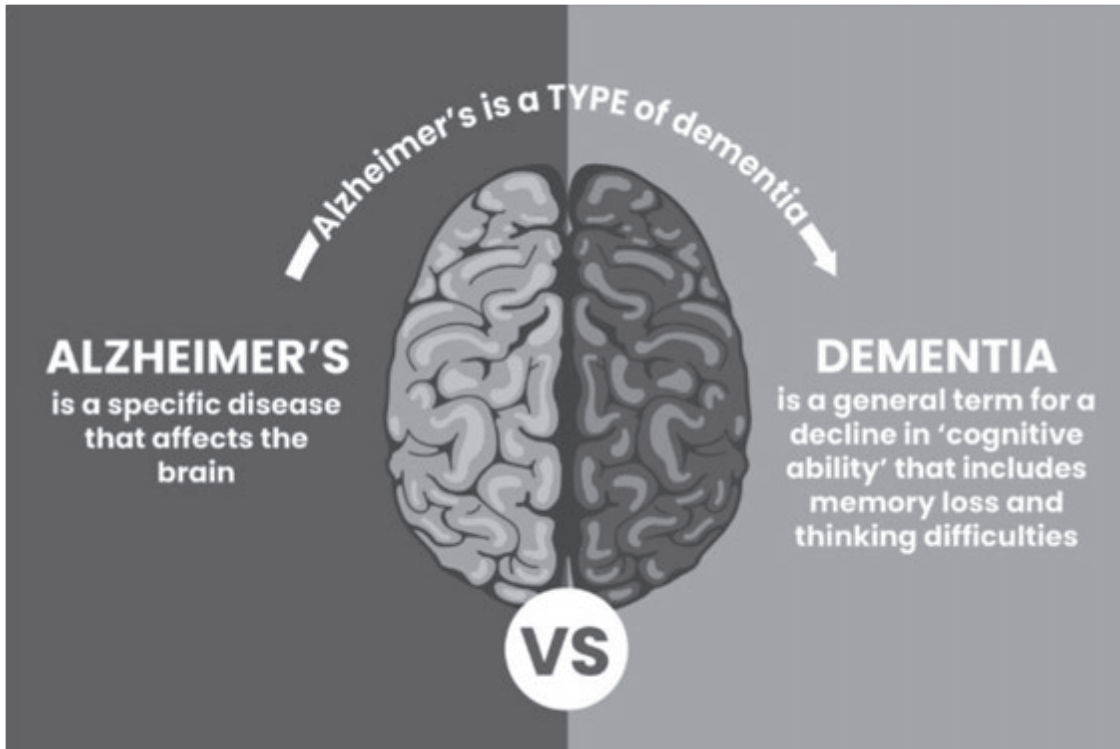
นักกีฬาควรมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของกัญชา ตรวจสอบและระมัดระวังการใช้กัญชา รวมถึงสารที่อาจปนเปื้อนสารสกัดจากกัญชาในขณะการแข่งขัน หากใช้กัญชาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ควรปรึกษาแพทย์ประจำทีม (Team physician) เพื่อตรวจสอบเกณฑ์การพิจารณาของวาด้า และยื่นแบบฟอร์มข้อยกเว้นการใช้ยาเพื่อการรักษา



เอกสารอ้างอิง

1. www.wada-ama.org/en/athletes-support-personnel/therapeutic-use-exemptions-tues
2. www.wada-ama.org/en/prohibited-list?item-id=5038
3. www.usada.org/athletes/substances/marijuana-faq
4. Burr J. F., Cheung C. P., Kasper A. M., Gillham S. H., & Close G. L. (2021). Cannabis and Athletic Performance. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 51 (Suppl 1), 75-87.

Dementia Prevention and Treatment: A Narrative Review



ในปัจจุบันทั่วโลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการแล้ว และเมื่อพิจารณาข้อมูลของประเทศไทยก็พบว่า มีแนวโน้มจะเป็นสังคมผู้สูงอายุในอีกไม่นานนี้ ซึ่งรัฐบาลนำโดยกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้มีมาตรการแนวทาง ตลอดจนคำแนะนำเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ประเด็นหนึ่งที่มีความน่าสนใจคือ การป้องกันและรักษาภาวะความจำเสื่อม ซึ่งเป็นภาวะที่สมองมีการทำงานแย่งลงจนส่งผลต่อชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยกลุ่มอาการหลาย ๆ อย่างรวมกัน เช่น หลงลืมง่าย คิดเงินไม่ถูก หางของไม้เจอบาง หลงทางในที่คุ้นเคย มีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นต้น เมื่อไม่นานมานี้ Reuben ได้ตีพิมพ์บทความที่น่าสนใจลงในวารสาร JAMA เกี่ยวกับประเด็นนี้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า dementia พบประมาณ 10% ในผู้ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป และเพิ่มมากถึง 30% ในผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 90 ปี ซึ่งอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชนชาวไทย (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าบุคคลที่เกิดมาแล้วจะมีชีวิตต่อไปอีกกี่ปี ปี พ.ศ. 2566 ประมาณการ) คือ 74.92 ปี สำหรับเพศชาย และ 81.05 ปี สำหรับเพศหญิง ซึ่งพบว่ามีความเป็นไปได้ที่จะพบปัญหาจาก dementia ในประชากรไทยได้มากขึ้น ประเด็นสำคัญที่ได้จากบทความนี้คือ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์จากอดีตจนถึงปัจจุบันพบว่า “ยังไม่มียาใดหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารใดที่สามารถป้องกันและรักษา dementia ได้” แสดงให้เห็นว่า 1. ควรมาตรการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างเหมาะสมในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องข้อบ่งชี้ 2. มีโอกาสสูงในการนำวิธีที่ไม่ใช่ยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยี (AI, sensor, telemedicine) เข้ามาช่วยในการดูแลประชากรกลุ่มนี้ได้ ทั้งในเรื่องของการตรวจจับปัญหา วินิจฉัย การจดจำพฤติกรรมและแยกแยะพฤติกรรมที่เป็นรูปแบบซ้ำ ๆ และรูปแบบที่ผิดปกติจนนำไปสู่การทำนายความเสี่ยง และป้องกันก่อนเกิดปัญหาได้

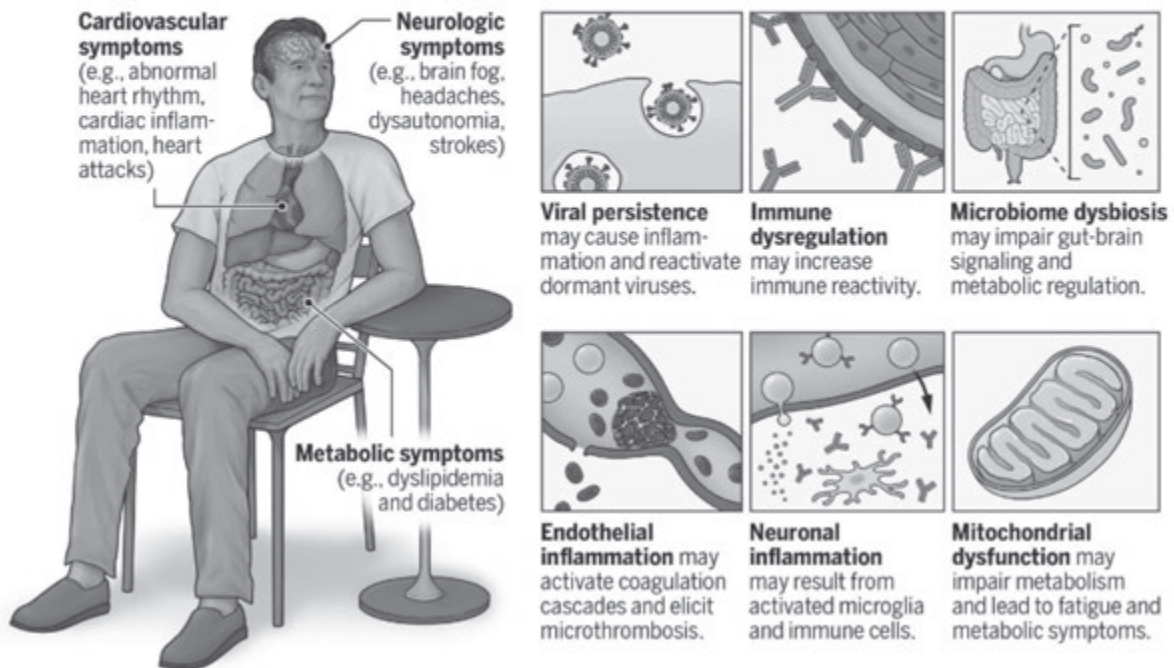
ที่มา: Reuben DB, Kremen S, Maust DT. Dementia Prevention and Treatment: A Narrative Review. JAMA Intern Med. 2024 Mar 4. doi: 10.1001/jamainternmed.2023.8522. Epub ahead of print. PMID: 38436963.

Solving the puzzle of Long COVID

ขณะนี้เรากำลังผ่านปีที่ 5 ของการระบาดของโรค COVID-19 จึงทำให้มีข้อมูลในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคนี้มากพอที่จะระบุประเด็นสำคัญบางอย่างที่เกิดขึ้นแก่ประชากรทั้งโลกได้ ประเด็นที่มีความน่าสนใจหนึ่งคือ การเกิดภาวะ long COVID คือ ภาวะที่เกิดจากการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งอาการเหล่านี้อาจจะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มเป็น COVID-19 ต่อเนื่องเป็นระยะยาว หรืออาจจะเกิดขึ้นภายหลังที่หายจากอาการทั้งหมดแล้ว จากเดิมที่นิยามภาวะ long COVID จะหมายถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาซึ่งจำกัดอยู่ที่ระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี แต่ในปัจจุบันเมื่อมีข้อมูลทางระบาดวิทยามากขึ้น จึงทำให้พบข้อมูลอาการของภาวะผิดปกติในระยะยาวมากขึ้น โดยแบ่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะออกได้เป็น 3 กลุ่มที่สำคัญ คือ 1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การเต้นของหัวใจผิดปกติ การอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ หัวใจวายเฉียบพลัน 2. ระบบประสาทและสมอง เช่น การหลงลืม ปวดศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุ การเกิดภาวะ stroke และ 3. ภาวะ metabolic syndrome เช่น ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวาน ประเด็นที่สำคัญในทางปฏิบัติคือ จะต้องแยกภาวะ long COVID ออกจากการดำเนินไปของการเกิดโรคตามความเสี่ยงเฉพาะของแต่ละบุคคลให้ได้อย่างถูกต้อง และอาจจะต้องมีการทำนายความเสี่ยงเฉพาะของแต่ละบุคคลว่าภาวะ long COVID จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อระบบใด ซึ่งทั้ง 3 ระบบที่กล่าวถึงข้างต้นโดยปกติแล้วจะมีลำดับเวลาของการดำเนินไปที่ชัดเจนคือ metabolic syndrome → cardiovascular disease → neurologic disorders

Many forms of Long Covid

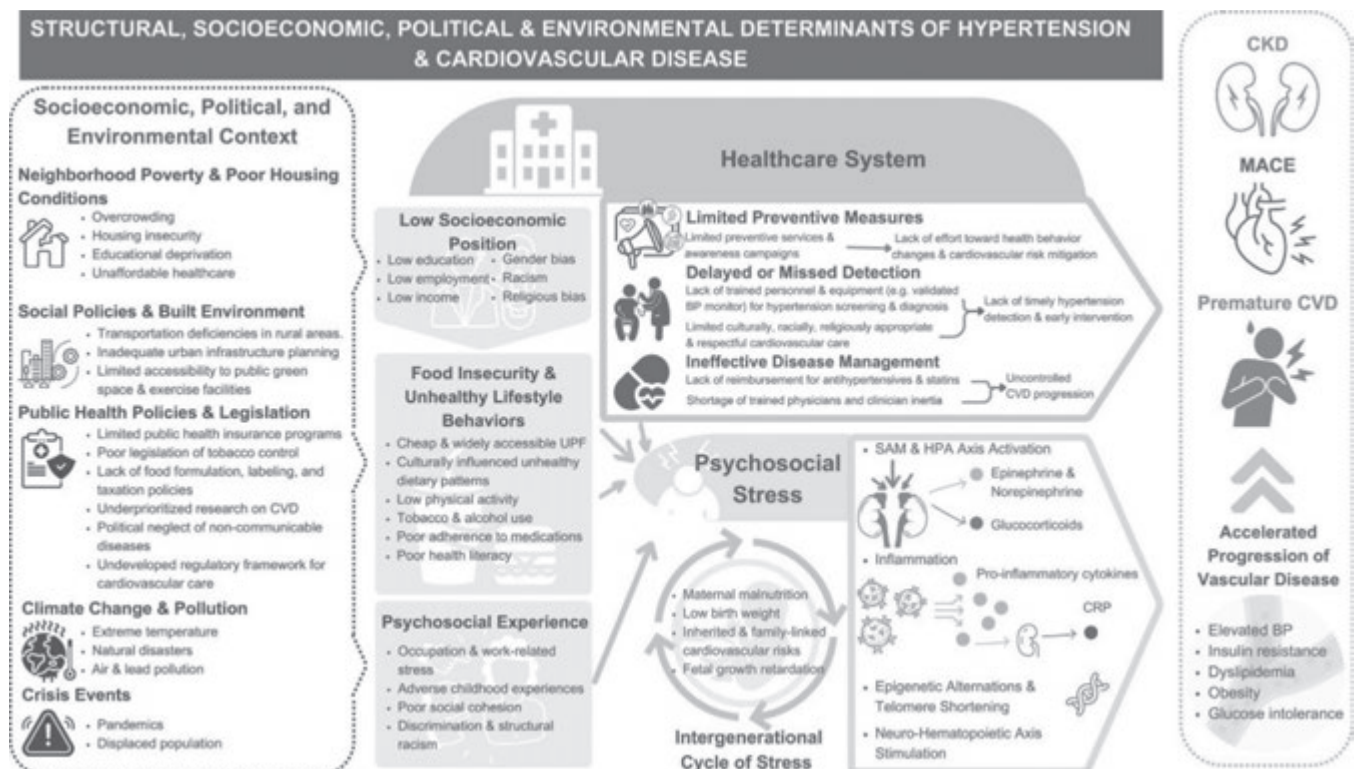
Long Covid is a multisystemic disease with sequelae that affect almost all organ systems. Various putative mechanisms that underlie these sequelae are not mutually exclusive and may explain the myriad health effects seen in Long Covid. Therapeutics that target these pathways, such as antivirals, anti-inflammatory agents, microbiome restoration, and anticoagulant drugs, may ameliorate symptoms.



ที่มา: https://www.science.org/doi/10.1126/science.adl0867?utm_campaign=SciMag&utm_source=Facebook&utm_medium=ownedSocial&fbclid=IwAR05Cd5WZKwaHNKfZhESHbKo9_UNNB8j4s0WMnIAyFvpUGgApXLwKhSDTE

Social Determinants of Health and Disparities in Hypertension and Cardiovascular Diseases

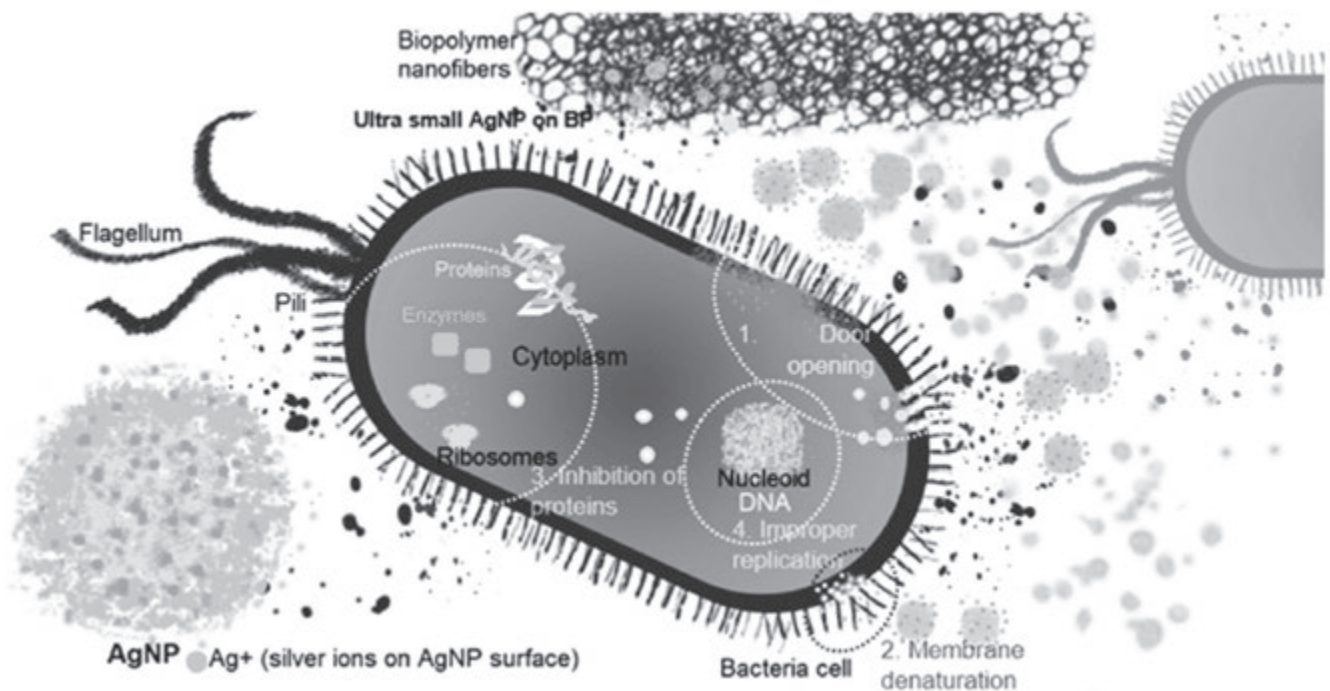
องค์ความรู้จากอดีตจนถึงปัจจุบันที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดคือ เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านพฤติกรรม หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ในช่วงเป้าหมาย (< 130/80 mmHg) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่งจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (target organs damage) ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น และนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตได้ ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีมากขึ้นถึงขั้นที่ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน จึงมีการระบุปัจจัยที่เรียกว่า Social Determinants of Health and Disparities ซึ่งเป็นปัจจัยก่อนเกิดปัจจัยด้านพฤติกรรม ซึ่ง Chaturvedi และคณะ นำเสนอประเด็นนี้และตีพิมพ์เป็นบทปริทัศน์ลงในวารสาร Hypertension ว่า ปัจจัยก่อน ได้แก่ 1. ความมั่นคงทางการเงินและความกินดีอยู่ดี 2. นโยบายทางสังคม 3. การเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขและการคมนาคม และ 4. ภาวะภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง แปรปรวน และมลพิษทางอากาศ ซึ่งเป็นภาพใหญ่ที่รัฐหรือผู้ปกครองจะต้องคิดและสร้างให้เกิด ecosystem ที่ดีและลดความเหลื่อมล้ำให้ได้ จากนั้นจะต้องลงทุนเกี่ยวกับการวิจัยและการติดตามเพื่อให้ได้ข้อมูลความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อไป



ที่มา: Chaturvedi A, Zhu A, Gadela NV, Prabhakaran D, Jafar TH. Social Determinants of Health and Disparities in Hypertension and Cardiovascular Diseases. Hypertension. 2024 Mar;81(3):387-399. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21354. Epub 2023 Dec 28. PMID: 38152897; PMCID: PMC10863660.

Assessment of contamination in ophthalmic drops and the development of preventive measures and detection methods for nosocomial infections arising from the use of ophthalmic drops in hospital settings

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแสดงให้เห็นข้อมูลสำคัญและน่าสนใจที่จะนำไปต่อยอดเป็นนวัตกรรม เพื่อส่งเสริมการดูแลด้านการใช้ยาหยอดตา ดังนี้ 1. ยาหยอดตาสามารถเกิดการปนเปื้อนของเชื้อจุลชีพหลังเปิดใช้งานได้ ทั้งตัวยานที่อยู่ในบรรจุภัณฑ์และพื้นผิวภายนอกของบรรจุภัณฑ์ 2. ในบริบทของบางประเทศรวมถึงประเทศไทย การใช้ยาหยอดตาบางชนิดในโรงพยาบาลจะเป็นแบบใช้ร่วมกัน โดยพยาบาลจะเป็นผู้บริหารยาให้ ซึ่งยังคงสามารถพบรายงาน การติดเชื้อที่ตาและผิวหนังรอบดวงตาได้ ประเด็นที่ยังเป็นช่องว่างซึ่งสามารถนำไปพัฒนาเป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้ผู้ใช้ยาปลอดภัยมากขึ้นคือ การตรวจสอบการปนเปื้อนของเชื้อจุลชีพ “ก่อน” ใช้ยาหยอดตา ซึ่งประสิทธิภาพของ นวัตกรรมจะต้องครอบคลุมการระบุการปนเปื้อนของเชื้อจุลชีพได้อย่างครอบคลุมทั้งเชื้อไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อรา Poowaruttanawiwit และคณะ ดำเนินการวิจัยและพัฒนาจนทำให้ได้นวัตกรรมชุดตรวจการปนเปื้อนของยาหยอดตาก่อน บริหารให้แก่ผู้ป่วย คือ “การทำปฏิกิริยาทางเคมีของ silver nanoparticles กับเชื้อจุลชีพ และทำให้เกิดการเปลี่ยนสีของ สารละลาย” หากมีการปนเปื้อนจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจาก silver nanoparticles ไปเป็น silver ทำให้สีของสารละลาย เปลี่ยนจากใสไปเป็นขุ่น ตามสมการเคมีอย่างง่ายคือ $AgNP + microorganisms \rightarrow Ag^+ + e^-$ ดังนั้น จึงสามารถประยุกต์ใช้ ปฏิกิริยาเคมีดังกล่าวในการตรวจการปนเปื้อนของเชื้อจุลชีพเบื้องต้นได้ อย่างไรก็ตาม ในช่วงต้นนวัตกรรมดังกล่าวจะถูกใช้ในกรณีที่หากผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อที่ตาแล้วจะทำให้เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงมากจนไม่คุ้มค่าทาง เกสซ์เศรษฐศาสตร์ในอนาคตจะต้องมีการวิจัยและพัฒนาต่อไปเพื่อให้ได้ชุดตรวจที่มีประสิทธิภาพ และต้นทุนต่ำเหมาะสำหรับ ใช้ในกรณีทั่ว ๆ ไปได้



Reporting Use of AI in Research and Scholarly Publication–JAMA Network Guidance

เป็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งว่าในปัจจุบันวารสารทางการแพทย์ชั้นนำให้การยอมรับการนำ artificial intelligence (AI) เข้ามามีส่วนร่วมในการรายงานผลการวิจัยและเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์มากขึ้น ตัวอย่างที่ชัดเจนมากได้แก่ วารสาร JAMA ซึ่งมี impact สูงมากและมีจำนวนผู้อ่าน รวมถึงมีการอ้างอิงบทความวิจัยที่ถูกตีพิมพ์ลงในวารสารนี้มากเป็นลำดับแรก ๆ ของโลก เปิดโอกาสและมีแนวทางที่ชัดเจนในการนำ AI เพื่อเข้ามาช่วยในการเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์ลงในวารสาร เนื้อหาที่สำคัญของแนวทางดังกล่าว คือ 1. ต้องนำเสนออย่างโปร่งใสว่าใช้ AI ในการเตรียมบทความในขั้นตอนใดบ้าง โดยใส่รายละเอียดใน acknowledgement section 2. ในกรณีที่ใช้ AI เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวิจัยจะต้องอธิบายให้ชัดเจนในส่วนระเบียบวิธีวิจัยว่าใช้ในการทำอะไร อย่างไร ซึ่งวารสารจะกำหนด reporting guidelines มาให้ และเป็นที่น่าสังเกตว่าวารสารทางการแพทย์อื่น ๆ เองก็ยอมรับการใช้ AI มากขึ้นบนหลักการที่สำคัญคือ “ชัดเจน โปร่งใส ทั้งนี้เพื่อยังคงรักษาความมี internal validity สูงของงานวิจัย”

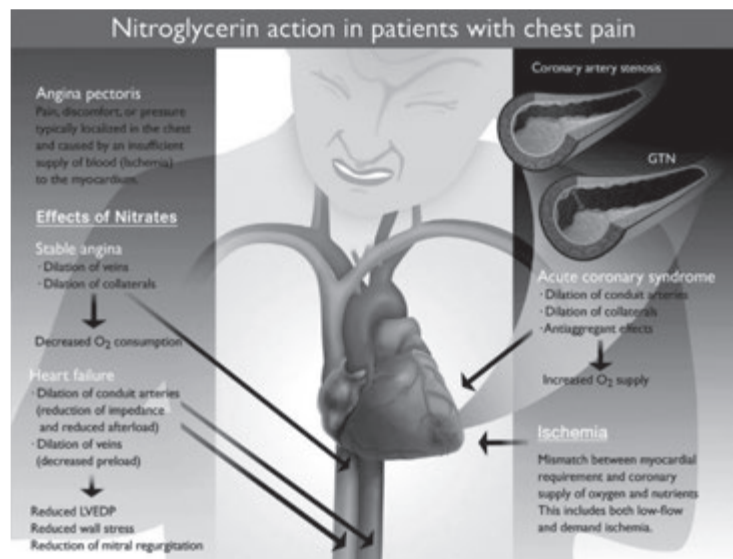
Box. Examples of AI-Related Reporting Guidelines

CONSORT-AI for clinical trial reports evaluating interventions with an AI component ¹⁵
SPIRIT-AI for clinical trial protocols evaluating interventions with an AI component ¹⁶
MI-CLAIM for studies including clinical AI modeling ¹⁷
CLAIM for studies describing applications of AI in medical imaging ¹⁸
MINIMAR (MINimumInformation for Medical AIReporting) for studies of AI in health care ¹⁹
DECIDE-AI for studies describing the early-stage live clinical evaluation of AI-based decision support systems ²⁰
Recommendations for Reporting Machine Learning Analyses in Clinical Research for studies of machine learning analyses ²¹

ที่มา: Flanagan A, Pirracchio R, Khera R, Berkwits M, Hswen Y, Bibbins-Domingo K. Reporting Use of AI in Research and Scholarly Publication–JAMA Network Guidance. JAMA. 2024 Mar 7.

Fakes vs Facts of using isosorbide dinitrate

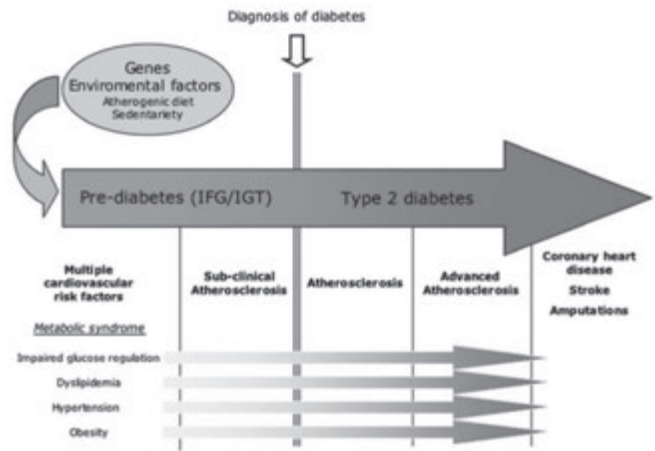
ในช่วงที่ผ่านมามีการกล่าวถึงประเด็นเกี่ยวกับการใช้ยา isosorbide dinitrate ที่คลาดเคลื่อนไปจากข้อมูลที่ต้องการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยแนะนำว่า “ให้คนทั่วไปพก isosorbide dinitrate ติดตัว และในกรณีที่มีอาการแน่นหน้าอกให้นำยานี้มาอมได้ลั้นจะช่วยให้ออกซิเจนได้” ซึ่งข้อความดังกล่าว “ไม่เป็นความจริง และไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์รับรอง” ข้อมูลที่ต้องการ คือ 1. คนทั่วไปไม่จำเป็นต้องใช้ยานี้หากมีอาการเจ็บหน้าอก และควรหาสาเหตุของอาการให้ชัดเจนว่าเกิดจากอะไร 2. ข้อบ่งชี้ของยานี้คือ ช่วยบรรเทาอาการเจ็บแน่นอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในกรณีที่เป็นแบบ stable angina แต่หากเป็น heart attack ในกรณี myocardial infarction จะไม่สามารถบรรเทาอาการได้ และ 3. ยามีประสิทธิภาพเพียงบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกได้เท่านั้น “ไม่ลดการตาย ไม่ช่วยเพิ่มความดัน ไม่สามารถรักษาภาวะลิ้นเลือดอุดตันได้” ดังนั้น คำแนะนำที่เหมาะสมคือ หากคนทั่วไปมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงให้รีบไปโรงพยาบาล แต่หากเป็นผู้ป่วย stable angina ให้ใช้ยานี้อมได้ลั้นด้วยวิธีการที่ถูกต้องแล้วรีบไปโรงพยาบาล เพราะ “ยานี้เพียงช่วยให้มีอาการเจ็บหน้าอกดีขึ้น แต่ไม่ได้ช่วยให้หายจากโรค”



ที่มา: Balasubramanian S, Chowdhury YS. Isosorbide. 2023 May 16. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 32491771.

ความชุกของภาวะก่อนเบาหวานในประเทศไทย

โรคเบาหวานถูกจัดให้เป็นโรคที่มีความเสี่ยงเทียบเท่ากับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยจะสังเกตได้ว่าเมื่อประเมินด้วย Thai CV risk score ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบโรคเบาหวานร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวานเป็นโรคร่วมด้วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นหากสามารถจัดการป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวานหรือชะลอการเกิดโรคนี้ออกไปให้ได้นานขึ้นก็จะทำให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นในอัตราเร็วที่ช้าลง จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์พบข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้นว่า โรคเบาหวานเกิดขึ้นได้จาก 2 กลไกที่สำคัญ คือ 1. การกำหนดของปัจจัยด้านพันธุกรรม และ 2. การกระตุ้นของปัจจัยภายนอก เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ภาวะที่เกิดก่อนโรคเบาหวานคือ pre-diabetes



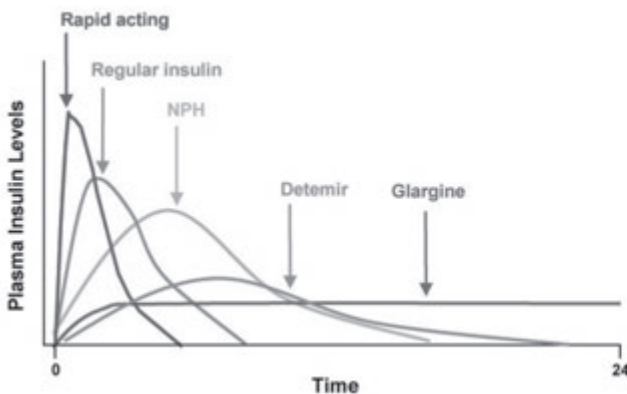
(impaired fasting glucose ในช่วง 100-125 mg/dL) จะเป็น turning point ที่สำคัญของการดำเนินต่อไปของโรคหรือการตรวจพบของโรค จากข้อมูลทางระบาดวิทยาของประเทศไทยในปัจจุบันพบข้อมูลที่น่าสนใจว่าในประชากรอายุ 30-45 ปี ความชุกของ pre-diabetes คือ 11% ซึ่งจัดว่าสูงมาก เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้มีสัดส่วนค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุอื่น ๆ และเป็นช่วงอายุเริ่มต้นของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งประชากรวัยนี้มักยังไม่ตระหนักต่อความรุนแรงของโรค แต่กลับมีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสปัจจัยต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การเกิดโรคได้มาก เช่น ไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณสูงเกินไป ภาวะเครียด และมีคุณภาพการนอน/การพักผ่อนต่ำ ดังนั้น หากมีวิธีการใด ๆ ทางทางการแพทย์ที่จะป้องกันประชากรกลุ่มนี้ไม่ให้เกิดโรคเบาหวานได้ หรือชะลอการเกิดโรคให้ห่างออกไปได้นานที่สุด ก็จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการเสียชีวิตได้ช้าลง

ที่มา: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ

Insulin glargine (เฉพาะ U-100) สามารถใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีประวัติ severe hypoglycemia ได้แล้ว

เมื่อไม่นานมานี้มีคำประกาศของบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2567 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาว่า ให้ Insulin glargine (เฉพาะ U-100) อยู่ในบัญชี (หมายความว่า เป็นรายการยาที่มีหลายข้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งจ่ายไม่ถูกต้อง หรือเป็นรายการยาที่มีราคาแพง) ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่จำเป็นจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเป้าหมายการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งวันมีโอกาสเข้าถึงการใช้ยานี้ได้มากขึ้น โดยแพทย์เฉพาะทางจะต้องเป็นผู้พิจารณาสั่งจ่ายยาตามข้อบ่งชี้ที่บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2567 มีการระบุไว้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมหรือพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองให้ได้ และต้องมีการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากยานี้มีราคาสูงและไม่ได้มีใช้ในทุกรัฐบาล อาจทำให้เกิดความไม่คุ้มค่าทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ในบางกรณีได้

ที่มา: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/20533.pdf>



Insulin glargine sterile sol (cartridge เฉพาะ 100 IU/ml) (3 mL), (pre-filled pen เฉพาะ 100 IU/ml) (3 mL)

เงื่อนไข

- ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 โดยใช้ร่วมกับ prandial insulin อย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป
- สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดค่อนข้างรุนแรง (severe hypoglycemia) จาการใช้ conventional insulin

คำแนะนำ

ผู้ป่วยควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การใช้ยา insulin glargine เกิดประโยชน์สูงสุด

หมายเหตุ

ยารับ Insulin glargine ความแรง 100 IU/ml ขนาด 3 ml รูปแบบ cartridge มีราคาสูงสุดที่ต่อรองได้ 220 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) และยารับ Insulin glargine ความแรง 100 IU/ml ขนาด 3 ml รูปแบบ pre-filled pen มีราคาสูงสุดที่ต่อรองได้ 278.20 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ประกาศมีผลบังคับใช้ เงื่อนไข และรายละเอียดอื่น ๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซด์ http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/

แล้วความเค็มล่ะ?

ถ้าเรามีพันธุกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการเป็นโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus, DM) เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เราเป็น ถ้าเราไม่ระวังตัวเรื่องอาหารการกิน เราจะมีโอกาสเป็นโรค DM ได้ง่าย อาจเป็นตั้งแต่อายุน้อย แต่ถ้าเรามีพฤติกรรมที่เหมาะสมตั้งแต่เด็ก เราอาจไม่เป็น DM หรือเป็นเมื่อมีอายุมาก หรือเป็นแต่ไม่รุนแรง

ฉะนั้นทุกท่านจึงควรเริ่มต้นด้วยการไม่ใส่น้ำตาลบนโต๊ะอาหารหรือนอกครัวเลย น้ำตาลมีมากพอแล้วในสารอาหาร แม้แต่การปรุงอาหารก็ไม่ควรใส่น้ำตาลมาก การที่ท่านไม่ใส่น้ำตาลต่างหากเลยบนโต๊ะอาหาร หรือในชา กาแฟ ท่านก็ยังจะได้รับน้ำตาลมากพอแล้วในสารอาหาร และน้ำตาลที่ท่านอาจใส่ในการปรุงอาหาร รวมทั้งน้ำตาลเทียมด้วยที่ท่านไม่ควรกิน น้ำตาลถ้ากินมากเกินไปและไม่ได้ใช้ รวมทั้งแป้ง ไขมัน สารอาหารต่าง ๆ ที่ให้พลังงานจะทำให้เราอ้วนง่าย พออ้วนแล้วเรามีสิทธิ์ที่จะเป็นโรคต่าง ๆ มากมาย เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมอง ไขมันในเลือดสูง นอนกรนและหยุดหายใจ กระดูกเสื่อม และโรคมะเร็ง 13 ชนิด ฯลฯ

องค์การอนามัยโลกแจ้งว่าโรคอ้วนมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งถึง 13 ชนิด คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ เต้านม ตับ ตับอ่อน หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ถุงน้ำดี ต่อมลูกหมาก มดลูก รังไข่ ไทรอยด์ multiple myeloma (โรคของระบบเลือด) และ meningioma (สมอง) มะเร็งที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนมากที่สุด คือ มะเร็งเต้านม ตับ ลำไส้ใหญ่ ส่วนเกลือ หรือ sodium, Na นั้นก็เหมือนน้ำตาล เกลือมีความสำคัญต่อความเป็นอยู่ของมนุษย์มาก เราจะขาดเกลือไม่ได้ เกลือมีหน้าที่รักษาความเหมาะสมของปริมาณพลาสมาในร่างกาย ความเป็นกรดต่าง ช่วยในการส่งข้อมูล (transmission) ของเส้นประสาท การทำงานของเซลล์ในร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อบีบและหดตัว แต่ความต้องการเกลือของมนุษย์ต่อวันมีน้อยมาก คือ ประมาณ 300-500 มก. ของ sodium เท่านั้น เกลือมีสาร 2 ตัว คือ Na, sodium 40% และ chloride CL 60% เกลือมีอยู่ในอาหารทุกชนิดในธรรมชาติ

เกลือมีประโยชน์ในการช่วยทำให้เก็บอาหารไว้ได้นาน เพราะเชื้อโรคไม่สามารถเจริญเติบโตในอาหารที่มีความเค็มมากได้ แต่ถ้ามนุษย์กินเกลือมากเกินไปจะมีโทษได้ ทำให้นำไปสู่โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นป่อเกิดของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองได้ รวมทั้งมะเร็งของกระเพาะอาหาร โรคอ้วน กระดูกพรุน (osteoporosis) เพราะจะทำให้มีการดึง calcium ออกมาจากกระดูก โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ผู้ที่อายุ 14 ปีขึ้นไป กิน Na, sodium ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม หรือ 5 กรัมเกลือ หรือ 1 ช้อนชาเกลือ หรือน้ำปลา ไม่เกิน 3 ช้อนชา ขณะที่ CDC ของสหรัฐอเมริกา และ AHA (American Heart Association) ต่างก็แนะนำให้กิน Na เกิน 2,300 มก./วัน เช่นกัน (ความต้องการ Na ของร่างกายมีเพียงไม่เกิน 500 มก./วัน) เมื่อกินเกลือมากเกินไป ไตจะมีปัญหาในการจัดการกับเกลือที่

มีมากเกินไปในร่างกาย ทำให้ร่างกายต้องเก็บน้ำไว้เพิ่มขึ้น เพื่อช่วยลดความเข้มข้นของเลือด ทำให้ร่างกายมีปริมาณน้ำในระบบหมุนเวียนโลหิตมากขึ้น ทำให้มีผลต่อหัวใจ สมอง หลอดเลือดใหญ่ ไต ฯลฯ ถึงแม้ว่าจะไม่ทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้น

อาหารที่มีเกลือมากคือ อาหารแปรรูป อาหารสำเร็จรูป 75% ของเกลือในอเมริกามาจากอาหารเหล่านี้ 25% เท่านั้นที่มาจากการใส่เกลือในครัวหรือบนโต๊ะอาหาร อาหารบางอย่างมีเกลือไม่มาก แต่ถ้ากินมากก็จะทำให้ร่างกายได้รับเกลือมาก เช่น ขนมปัง พิซซ่า แฮม เบคอน ซุป พวกของกินเล่นทั้งหลาย มันทอด ข้าวโพดคั่ว เนยแข็ง ไข่ ฯลฯ

Sodium and potassium (K) มีฤทธิ์ตรงกันข้าม sodium ทำให้ความดันโลหิตสูง potassium จะทำให้ความดันโลหิตต่ำด้วยการคลายตัวของหลอดเลือด และช่วยขับไล่ sodium ออกจากร่างกาย ร่างกายมนุษย์ต้องการ potassium วันละ 3,510 มก. (หรือ 90 mmol/วัน) แต่ชาวอเมริกันกิน K เพียง 2,900 มก./วัน อาหารที่มี K สูง คือ ผัก เช่น มะเขือเทศ ผลไม้ เช่น น้ำมะพร้าว

40 กว่าเปอร์เซ็นต์ของชาวอเมริกันมีความดันโลหิตสูง อัตรานี้จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ 1 ใน 10 ของเด็กอายุระหว่าง 8-12 ปี และ 1 ใน 8 ของเด็กวัย 13-17 ปี มีความดันโลหิตสูง ประชากรไทยประมาณ 11 ล้านคนมีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตัวเองมีโรคนี้ (จึงควรวัดเป็นระยะ ๆ) และ/หรือการรักษายังไม่เข้าเป้า

มีประชากรในโลกเสียชีวิตจากการกินเกลือมากไปปีละ 1.89 ล้านคน!

การลดการกินเกลือเป็นวิธีการป้องกันการเสียชีวิตที่คุ้มค่าที่สุด

ลงทุน 1 ดอลลาร์สหรัฐฯ จะได้คืน 12 ดอลลาร์สหรัฐฯ เป็นอย่างน้อย

ในปี ค.ศ. 2013 องค์การอนามัยโลกประกาศว่าต้องการลดเกลือลง 30% ภายในปี ค.ศ. 2025 แต่ท่าทางจะไม่เข้าเป้า ผมจึงขอวิงวอนให้ทุก ๆ ท่านโปรดอย่ากินอาหารสำเร็จรูป อาหารแปรรูปมากเกินไป รวมทั้งพยายามใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ให้น้อยที่สุดในการปรุงอาหาร และพยายามไม่มีอะไรเค็มบนโต๊ะอาหารเลย เช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ถ้าท่านไม่กินเค็ม ไม่กินหวาน และแถมด้วยการออกกำลังกายให้ดัชนีมวลกาย (BMI – body mass index) และรอบพุงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ท่านแทบจะไม่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเลย ซึ่งทั้งสองโรคนี้จะนำไปสู่ภาวะไตวาย การฟอกเลือด และเปลี่ยนถ่ายไตในที่สุด

หัดไม่กินเค็ม ไม่กินหวาน ร่างกายจะค่อย ๆ ปรับตัวจนชินได้เองครับ ขอให้ทุก ๆ คนโชคดีด้วยพฤติกรรมของตัวเอง

การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 18 สถาบันโรคระบบทางเดินอาหารฯ

สถาบันโรคระบบทางเดินอาหารและตับ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 18 สถาบันโรคระบบทางเดินอาหารและตับ นันทนา-เกรียงไกร โชติวัฒน์พันธุ์ Most Frequently Asked Topic in Gastroenterology and Hepatology ระหว่างวันที่ 9-11 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ณ โรงแรมภูเก็ตแกรนด์รีสอร์ท แอนด์ สปา จ.ภูเก็ต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความก้าวหน้า และวิทยาการใหม่ ๆ เกี่ยวกับโรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับให้แก่อายุรแพทย์ สาขาโรคระบบทางเดินอาหาร ศัลยแพทย์ แพทย์ผู้สนใจทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์

ผู้สนใจเข้าร่วมการประชุมสามารถลงทะเบียนได้ที่ <https://forms.gle/YSpCQ8sfmRHa5dBy6> อัตราค่าลงทะเบียน 5,000 บาท สามารถตรวจสอบรายชื่อผู้ลงทะเบียนได้ที่ <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1B7LntbvUaUoUOW5Q4yTcSwztzKqQDKRFxMtXE4hcag/edit?usp=sharing> การจองที่พัก <https://forms.gle/MJNS5H7438yWqLU4A> โรงแรมภูเก็ตแกรนด์รีสอร์ท แอนด์ สปา ในอัตราพิเศษ - ห้อง Deluxe ราคา 2,700 บาท/ห้อง/คืน/2 ท่าน รวมอาหารเช้า เก็อนโซเตียงเสริม/บุคคลเข้าพักเพิ่มเติม/เก็อนโซการเข้าพักของเด็ก ■ เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี: พักฟรีกับผู้ปกครอง และใช้เตียงที่มีอยู่ในห้องพักรวมอาหารเช้าฟรี ■ เด็กอายุระหว่าง 3-11ปี: พักกับผู้ปกครอง และใช้เตียงที่มีอยู่ในห้อง แต่จ่ายค่าอาหารเช้า 250 บาทต่อคนต่อมื่อ ■ เด็กอายุมากกว่า 12 ปี: พักกับผู้ปกครอง ใช้เตียงที่มีอยู่ในห้อง หรือใช้เตียงเสริม จ่ายค่าอาหารเช้า 1,000 บาทต่อคนต่อมื่อ ติดต่อประสานงานลงทะเบียนและจองห้องพัก คุณบุษกมล ร่มสกุล โทรศัพท์ 074-451965-9 ต่อ 401, 095-619-9226 E-mail: bulhan.nkc@gmail.com



การประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 32



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมกับ มูลนิธิกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จัดการประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 32 ประจำปีงบประมาณ 2567 เรื่อง “นวัตกรรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จากแล็บสู่ชีวิต” ระหว่างวันที่ 5-7 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี จ.นนทบุรี ทั้งนี้ ภายในงานผู้เข้าร่วมประชุมจะได้พบกับ Keynote Speech โดยวิทยากรชาวไทยและต่างประเทศ การบรรยายผลงานพิเศษจากนักวิทยาศาสตร์การแพทย์เกียรติยศ, DMSc Award, นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ดีเด่น, นักวิทยาศาสตร์การแพทย์รุ่นใหม่, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนระดับประเทศ และการนำเสนอผลงานทางวิชาการด้านงานวิชาการ และด้านงานประจำสู่งานวิจัย R2R

ผู้สนใจเข้าร่วมการประชุมสามารถลงทะเบียนได้ที่ <https://register.dmsc.moph.go.th/67/Index.php> โดยการประชุมครั้งนี้เป็นแบบ Onsite ไม่เสียค่าลงทะเบียน ทั้งนี้เปิดลงทะเบียนล่วงหน้าทาง Online เท่านั้น ระหว่างวันที่ 20 กุมภาพันธ์-30 เมษายน พ.ศ. 2567 สำหรับผู้ที่ไม่ได้ลงทะเบียนสามารถรับชมถ่ายทอดสดผ่าน Facebook Live สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม คุณอรุณรัตน์, คุณธนวรรณ โทรศัพท์ 02-951-0000 ต่อ 99187, 99051 E-mail: thanawan.m@dmsc.mail.go.th



จุฬาฯ จับมือกรมอนามัย เปิดหลักสูตรผู้บริหารด้านการแพทย์และสุขภาพ “เวฟา (VELA)” รุ่นที่ 2 ขับเคลื่อนไทยสู่ Medical Hub โลก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการพัฒนาหลักสูตร Lifelong Learning ด้านสุขภาพและการแพทย์ พร้อมเปิดตัวหลักสูตรผู้บริหารด้านการแพทย์และสุขภาพ “เวฟา” รุ่นที่ 2 หรือ “Vitality Enhancement & Longevity Academy (VELA)” Batch 2 สำหรับผู้ที่สนใจทั่วไป บุคคลในภาคธุรกิจบริการด้านสุขภาพและการแพทย์ กลุ่มธุรกิจที่เกี่ยวข้อง และบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งในและต่างประเทศ โดยมี ศ.นพ.ดร.นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล รองอธิการบดีด้านการติดตามและประเมินผลยุทธศาสตร์แผนการงบประมาณ และสุขภาพะ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ พญ.นงนุช ภัทรอนันตนิพ ผู้ช่วยอธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมลงนามความร่วมมือในครั้งนี้ เมื่อวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2567 ณ เรือนจุฬานฤมิต



ศ.นพ.ดร.นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล รองอธิการบดี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า เรื่องของสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมการเรียนรู้ จากความสำเร็จของหลักสูตร “เวฟา” รุ่นแรกซึ่งได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี การลงนามความร่วมมือระหว่าง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และเปิดตัวหลักสูตร Lifelong Learning ด้านสุขภาพและการแพทย์ หลักสูตร “เวฟา” รุ่นที่ 2 ในครั้งนี้เป็นอีกก้าวสำคัญในการต่อยอดองค์ความรู้ในเรื่องนี้ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาผู้นำองค์กรทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนให้มีความพร้อม เพื่อขับเคลื่อนประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางการแพทย์ระดับโลก Medical Hub ของโลก นอกจากนี้ยังช่วยยกระดับมาตรฐานการบริการและนวัตกรรมด้านสุขภาพให้ทัดเทียมกับมาตรฐานสากล



พญ.นงนุช ภัทรอนันตนพ ผู้ช่วยอธิบดีกรมอนามัย กล่าวว่า กรมอนามัยมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของคนไทยและมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ การลงนามความร่วมมือในครั้งนี้ถือเป็นก้าวสำคัญในการเปิดโอกาสให้ผู้บริหารและบุคลากรในภาคธุรกิจบริการด้านสุขภาพและการแพทย์ รวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุขได้เข้าถึงความรู้และเทคโนโลยีล่าสุด มีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพและการแพทย์ของประเทศ เพื่อเป็นผู้นำในการพัฒนาและบริหารจัดการองค์กรให้พร้อมต่อการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพนานาชาติ

ภายหลังพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีการเปิดตัวหลักสูตรผู้บริหารด้านการแพทย์และธุรกิจสุขภาพ หลักสูตร “เวฟา” รุ่นที่ 2 โดยคุณกุลวดี ศิริภัทร์ ที่ปรึกษาโครงการอบรมหลักสูตร “เวฟา”, ศ.ดร.สิทธิกร พงศ์พานิช ประธานอำนวยการหลักสูตร, นพ.กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง ผู้แทนจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ ผศ.ดร.นพ.อมรพันธุ์ เสรีมาศพันธุ์ ประธานดำเนินการหลักสูตร

หลักสูตร “เวฟา” รุ่นที่ 2 (Vitality Enhancement & Longevity Academy (VELA) Batch 2) เป็นหลักสูตรระยะสั้น มีเนื้อหาที่มุ่งเน้นองค์ความรู้ที่ล้ำสมัย เช่น การแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) เวชศาสตร์ฟื้นฟูสภาวะเสื่อม (Reverse Aging) สุขภาพเพศกับกรมีอายุยืน (Sexual Health & Longevity) เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) การนอนหลับ และสุขภาพจิต (Sleep and Mental Health) โดยผสมผสานการเรียนรู้ในหลากหลายรูปแบบ (Learning Experiences) ได้แก่ การบรรยายสรุปประเด็นสำคัญ โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลก (Executive Brief) ขยายเครือข่ายผู้นำเปิดมุมมอง และโอกาสใหม่ ๆ (Extensive Networking) เปิดประสบการณ์นวัตกรรมสุขภาพล้ำสมัยจากทั่วโลก (Innovation Showcase) เสวนาประเด็นร้อน ด้านธุรกิจกฎหมาย และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง (Panel Discussion) สรรค์สร้างโปรเจกต์พร้อมต่อยอดธุรกิจอย่างยั่งยืน (Capstone Project) เยี่ยมชมนวัตกรรมในสถานที่จริงทั้งในและต่างประเทศ (Exclusive Site Visit) เพื่อยกระดับศักยภาพของผู้บริหาร/ผู้ประกอบการด้านธุรกิจและการให้บริการด้านสุขภาพทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ได้นำความรู้ที่ได้จากการอบรมหลักสูตรนี้ไปใช้พัฒนาองค์กรและพัฒนาธุรกิจให้มีความโดดเด่นในด้านมาตรฐานการให้บริการทัดเทียมกับกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์ระดับนานาชาติ

ศ.ดร.สถียรกร พงศ์พานิช ผู้ช่วยอธิการบดีงานด้านกิจการพิเศษ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประธานอำนวยการหลักสูตร “เวฟา” เปิดเผยว่า หลักสูตรนี้พัฒนาขึ้นสำหรับผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพในระยะยาว เป็นหลักสูตรของบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในโครงการ Lifelong Learning เพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต หลักสูตร “เวฟา” 2 จะมีความแตกต่างจากหลักสูตร “เวฟา” 1 ที่ความหลากหลายของเนื้อหาหลักสูตรมากยิ่งขึ้น ทั้งในด้านนวัตกรรมทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมือของคณะและหน่วยงานต่าง ๆ ในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังว่าในอนาคตหลักสูตร “เวฟา” จะเป็น Grand Slam ของประเทศไทยที่ช่วยพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต ทำให้สุขภาพของคนไทยดีขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้ผู้ที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตร “เวฟา” ยังสามารถสะสม Credit ไว้สำหรับต่อยอดเพื่อที่จะศึกษาต่อที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในอนาคตได้

ผศ.ดร.นพ.อมรพันธุ์ เสรีมาศพันธุ์ ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านนาโนชีวเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประธานดำเนินการหลักสูตร “เวฟา” กล่าวว่า หลักสูตร “เวฟา” มีเนื้อหาเกี่ยวกับการแพทย์เพื่อการดูแลสุขภาพ รวมถึงเรื่องวิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งเป็นเรื่องใกล้ตัว สามารถนำไปใช้ได้จริง มีผลอ้างอิงทางงานวิจัย เมื่อผู้เข้าอบรมนำไปปฏิบัติจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพและการดูแลร่างกายให้มีสุขภาพที่ดี เป้าหมายของหลักสูตรนี้ทางจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรมอนามัยมองเห็นร่วมกันว่าการที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีไม่ใช่เรื่องของยาหรืออาหารเสริม แต่เป็นเรื่องของการปรับพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนวิถีชีวิต (Lifestyle Modification) ให้ดีขึ้นเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต หลักสูตรนี้จัดอบรมระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2567 เฉพาะวันพุธบ้าง รวม 16 ครั้ง





รศ.นพ.ปริตตา วาณิชยเศรษฐกุล แพทย์โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ผู้เข้าอบรมหลักสูตร “เวฟา” รุ่นที่ 1 เผยถึงความประทับใจที่มีต่อหลักสูตรนี้ว่า หลักสูตร “เวฟา” ไม่เพียงแต่เพิ่มความรู้ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในเรื่องสุขภาพของตัวเองแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อคนรอบข้าง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติอีกด้วย ความรู้ทางสุขภาพนั้นเป็นความรู้ที่ไม่หยุดนิ่ง การเข้าอบรมแลกเปลี่ยนความรู้กับอาจารย์และผู้เข้าอบรมด้วยกันช่วยตอบคำถามในสิ่งที่อยากรู้ อยากรู้ให้ผู้บริหารไม่ว่าจะระดับสูงหรือระดับปฏิบัติการ ผู้มีความเชี่ยวชาญทางศาสตร์ต่าง ๆ ไม่จำเป็นต้องเป็นสายวิทยาศาสตร์สุขภาพเท่านั้น สามารถเข้าร่วมการอบรมในหลักสูตรนี้ได้ ประโยชน์ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ การได้เพื่อนและความร่วมมือกัน หลักสูตรนี้ให้มากกว่าที่เราหวัง ได้มากกว่าที่เราคิด และทำให้เราสามารถประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาตัวเอง พัฒนาความรู้ และพัฒนางาน เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพดี พร้อมรับกับสังคมที่จะมีผู้สูงอายุยืนยาวขึ้นโดยมีสุขภาพดี

ผู้ที่สนใจสามารถดูรายละเอียดหลักสูตรและสมัครเข้าร่วมอบรมหลักสูตรผู้บริหารด้านการแพทย์และสุขภาพ “เวฟา (VELA)” รุ่นที่ 2 หรือ “Vitality Enhancement & Longevity Academy (VELA)” Batch 2 ภายใต้อาจารย์ร่วมมือระหว่างจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ที่เว็บไซต์ <https://lifelong.chula.ac.th/vela> หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ กองนวัตกรรมบริการสุขภาพะ กรมอนามัย โทรศัพท์ 02-590-4564



ศ.นพ.อภิชาติ อัครวมงคลกุล คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นประธานงานแถลงข่าว “ประกาศผลพร้อมมอบรางวัล แพทย์ดีเด่นในชนบท ประจำปี 2565” พร้อม ผศ.นพ.สมุท จงวิศาล ประธานคณะกรรมการคัดเลือกแพทย์ดีเด่นในชนบท และ นพ.เพ็ชรศักดิ์ แซ่หว่อง แพทย์ดีเด่นในชนบท ประจำปี 2565 ณ ห้องประชุมจุฬาภรณ์ ชั้น 2 ตึกสยามินทร์ โรงพยาบาลศิริราช

นพ.เพ็ชรศักดิ์ แซ่หว่อง แพทย์ดีเด่นในชนบท ประจำปี 2565

สำหรับแพทย์ดีเด่นในชนบท ประจำปี 2565 คณะกรรมการฯ ได้คัดเลือกให้ นพ.เพ็ชรศักดิ์ แซ่หว่อง นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี เป็นผู้ได้รับรางวัลแพทย์ดีเด่นในชนบทของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปี 2565

รางวัลแพทย์ดีเด่นในชนบทก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2516 เพื่อเชิดชูเกียรติแพทย์ผู้อุทิศตนปฏิบัติหน้าที่ในชนบท และมีส่วนสำคัญในการพัฒนาบริการทางการแพทย์และงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ให้เจริญก้าวหน้า เป็นแบบอย่างที่ดีแก่เพื่อนร่วมวิชาชีพและนักศึกษาแพทย์ โดยเฉพาะบัณฑิตแพทย์ที่ต้องออกไปปฏิบัติงานในชนบทให้มีทัศนคติที่ดีและมองเห็นคุณค่าของการทำประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชนและสังคมในชนบท รางวัลนี้จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี โดยที่แพทย์ผู้รับรางวัลจะได้รับเกียรติให้แสดงปาฐกถาอุดม ไปชะกฤษณะ เพื่อเป็นเกียรติและอนุสรณ์แด่ ศ.เกียรติคุณ นพ.อุดม ไปชะกฤษณะ อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ท่านเป็น “ครูแพทย์” ที่สำคัญของศิริราชที่มีความรู้กว้างขวางลึกซึ้งในวิทยาการหลายสาขา เป็นผู้ที่เอาใจใส่ ดูแล สนับสนุน และส่งเสริมการปฏิบัติงานของแพทย์ไทยในชนบทอย่างดีตลอดมา แม้ว่าท่านจะครบเกษียณอายุราชการแล้ว ท่านยังไปเยี่ยมเยียน เป็นกำลังใจ และเป็นพี่ปรึกษาแก่แพทย์ที่ทำงานในชนบท โดยเฉพาะการถ่ายทอดความรู้และ



ทักษะในการทำผ่าตัดต่าง ๆ ต่อมาเป็นเวลาหลายปี นามของท่านจึงสมควรปรากฏเพื่อเป็นตัวอย่างอันดี แก่บุคคลรุ่นหลังสืบไป โดยบรรดาศิษย์และญาติมิตรของท่านอาจารย์ได้ร่วมกันบริจาคเงินจำนวนหนึ่ง ก่อตั้ง “ทุนศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม โปะชะกฤษณะ” ใช้ดอกผลดำเนินงานเกี่ยวกับ “ปาฐกถาอุดม โปะชะกฤษณะ” และเป็นรางวัลแก่แพทย์ดีเด่นในชนบท

ผศ.นพ.สมุท จงวิศาล ประธานคณะกรรมการคัดเลือกแพทย์ดีเด่นในชนบท กล่าวถึงการคัดเลือกแพทย์ดีเด่นในชนบทว่า คณะกรรมการฯ มีการพิจารณาคุณสมบัติหลายประการ ประกอบด้วย การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การบริหาร มนุษยสัมพันธ์ ความเสียสละ ความใฝ่รู้ในวิชาการ ความเป็นผู้นำที่ดี และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม รวมทั้งระยะเวลา ในการปฏิบัติงานทางการแพทย์ในชนบทติดต่อกันไม่น้อยกว่า 5 ปี และไม่จำกัดว่าจะต้องเป็นศิษย์เก่า แพทย์ศิริราช

สำหรับปี 2565 ได้มีการเสนอชื่อแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทให้คณะกรรมการฯ พิจารณาจำนวน 11 คน จากนั้นจึงเดินทางไปเยี่ยมชมการปฏิบัติงาน โดยมีการสัมภาษณ์แพทย์ ผู้ร่วมงาน และผู้มารับบริการ ตลอดจนเยี่ยมชมผลงานและโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการพิจารณาขั้นสุดท้ายเพื่อคัดเลือกแพทย์ที่มีความเหมาะสมที่สุด นอกจากนี้ยังนำผลงานแพทย์ที่เคยตรวจเยี่ยมและสัมภาษณ์เมื่อปีก่อนมาพิจารณา

เป็นที่น่ายินดีที่ประเทศไทยมีแพทย์ที่มุ่งมั่นทำงานเพื่อมอบประโยชน์สุขให้แก่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชนบท อีกทั้งยังมีผลงานประจักษ์เป็นที่ยอมรับจากประชาชนในระดับท้องถิ่นจนถึงระดับชาติ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ในที่สุดคณะกรรมการฯ สามารถคัดเลือกแพทย์ดีเด่นในชนบท ประจำปี 2565 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ อีกทั้งยังเป็นผู้อุทิศตนปฏิบัติราชการในจังหวัดห่างไกล รวมทั้งปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในความเชี่ยวชาญอย่างครอบคลุมถึงครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม นับเป็น





การประยุกต์ใช้ความรู้ ความชำนาญ ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการและทรัพยากรสุขภาพ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสุดความสามารถ มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาองค์กรและชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่บุคลากรและประชาชนในท้องถิ่นและพื้นที่ใกล้เคียงอย่างยั่งยืน เป็นแบบอย่างและเป็นแรงบันดาลใจที่ดีของการทำงานอย่างมีความสุขในทุกระดับการบริการสาธารณสุข

จากนั้น ศ.นพ.อภิชาติ อัครวมงคลกุล คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประกาศผลให้ นพ.เพ็ชรศักดิ์ แซ่หว่อง นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี เป็นผู้ได้รับรางวัลแพทย์ดีเด่นในชนบท ประจำปี 2565 พร้อมกล่าวประกาศเกียรติคุณ นพ.เพ็ชรศักดิ์ ว่า ท่านเป็นแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ ไม่ว่าจะเป็นด้าน การครองตน การครองคน และการครองงาน ยึดถือการปฏิบัติงานบนปณิธานที่จะใช้ศักยภาพของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด จากผลงานของแพทย์ท่านนี้ที่ประจักษ์สู่สาธารณชนเป็นเครื่องพิสูจน์ว่าท่านเป็นผู้ใช้ศาสตร์ทางการแพทย์และศิลปะในเสียงเพลงเพื่อการต่อลมหายใจให้ผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง จนเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง ไม่เพียงแคในหน่วยบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังคงใส่ใจประชาชนทุกหมู่เหล่าทุกสถานะ ทุกเชื้อชาติ อย่างเท่าเทียมกันตลอดมาจนได้รับการเรียกขานว่า “หมอหนังร้อง” เนื่องจากได้ประพันธ์เพลง ขับร้อง และจัดคอนเสิร์ตการกุศลอยู่เสมอ เพื่อหาทุนช่วยเหลือผู้ป่วยและชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นนักพูด นักเขียน นักกิจกรรม ในหัวข้อ “เรื่องเล่าเร้าพลัง (Empowerment)” และเขียนหนังสือ “หน้าต่างความดีงาม” เพื่อเผยแพร่มุมมองและทัศนคติในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อสังคม เพื่อหาทุนในการจัดกิจกรรม ได้แก่ ก่อตั้งหน่วยโรคระบบทางเดินหายใจเด็กและกองทุน โครงการมีชีวา

นอกจากนี้ **นพ.เพียรศักดิ์ แซ่หว่าง** ยังได้รับเกียรติจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ HA Thailand ให้จัดแสดงมินิคอนเสิร์ต “นักรบเสื้อขาว เธอผู้ไม่ยอมแพ้” เพื่อให้กำลังใจแก่บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทั่วประเทศไทยที่ได้ร่วมมือกันเพื่อต่อสู้กับเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งมีผู้รับชมการถ่ายทอดสดมากกว่า 10,000 คน รวมถึงเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยมีการวางแผนคิดและร่วมก่อตั้ง “โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์” ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเด็กแห่งแรกในเขตบริการสุขภาพที่ 10 และในระดับภูมิภาค ด้วยเหตุนี้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จึงมีมติให้ **นพ.เพียรศักดิ์ แซ่หว่าง** เป็น**ผู้รับรางวัลแพทย์ดีเด่นในชนบท ประจำปี 2565** เพื่อเป็นเกียรติประวัติ เป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่แพทย์ท่านอื่นสืบไป

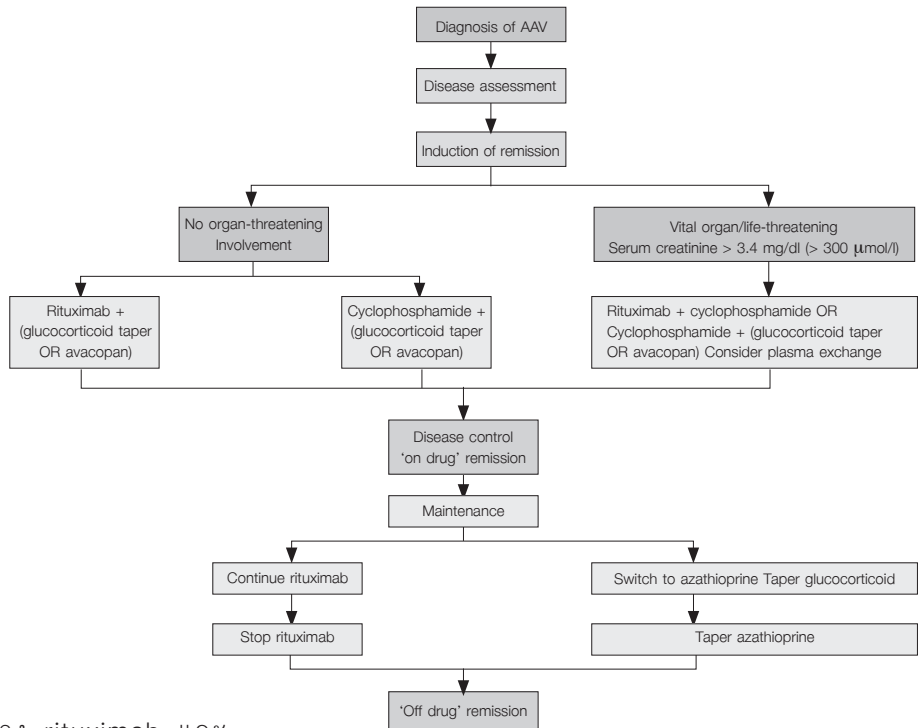
สำหรับรางวัลแพทย์ดีเด่นในชนบท ประกอบด้วย โล่เกียรติยศและเงินรางวัลจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 200,000 บาท บริษัท บางจาก คอร์ปอเรชั่น จำกัด (มหาชน) จำนวน 50,000 บาท และบริษัท เทอรูโม (ประเทศไทย) จำกัด จำนวน 20,000 บาท



การรักษา ANCA Vasculitis (Part II)

แนวทางการรักษา ANCA vasculitis ที่มีผลต่อไต (รูปที่ 1) ถ้าผู้ป่วยมีการทำงานของไตลดลงอย่างมาก หรือลดลงอย่างรวดเร็ว (Scr > 4 มก./ดล.) การใช้ rituximab หรือสเตียรอยด์ยังมีหลักฐานไม่แน่ชัดว่าได้ประโยชน์ แต่อาจพิจารณาให้ใช้ร่วมกับ cyclophosphamide

ยา cyclophosphamide ยังคงเป็นยาหลักที่ใช้เริ่มต้นรักษา ถ้าไตวายมากพิจารณาให้ rituximab ทุกสัปดาห์ 4 ครั้ง ร่วมกับ cyclophosphamide ฉีดเข้าหลอดเลือด 2 ครั้งร่วมกับสเตียรอยด์ จากการศึกษา RITUXVAS trial พบว่า การให้ rituximab ร่วมกับ cyclophosphamide และสเตียรอยด์ได้ผลดีเท่ากับการให้ cyclophosphamide (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 แนวทางการเลือกระหว่าง rituximab และ cyclophosphamide

Rituximab	Cyclophosphamide
• เด็ก, วัยรุ่น	• ไม่สามารถใช้ rituximab ได้
• หญิงก่อนหมดประจำเดือน	• โรคไตรุนแรง (Scr > 4 มก./ดล.) อาจให้ร่วมกับการใช้ cyclophosphamide เข้าหลอดเลือด
• ชายที่ต้องการมีบุตร	
• คนสูงอายุ	
• ต้องการงดใช้สเตียรอยด์	
• โรคกลับเป็นซ้ำ	
• PR3-ANCA disease	

- พิจารณาหยุดยากดภูมิคุ้มกันกับผู้ป่วยที่ต้องฟอกเลือดนานเกิน 3 เดือน หรือผู้ที่ไม่มีอาการของระบบอื่น
- พิจารณาลดขนาดยา prednisolone ลงอย่างรวดเร็ว ถ้าเริ่มต้นให้การรักษาด้วยยา cyclophosphamide รับประทาน หรือ rituximab โดยพยายามลดให้เหลือ 5 มก. ในเวลา 6 เดือน สัปดาห์แรกให้ขนาด 1 มก./กก./วัน ในสัปดาห์แรก และลดลงตาม ตารางที่ 2 ในกรณีที่มีอาการรุนแรงให้ pulse methylprednisolone รวม 1-3 กรัม แต่ต้องระวังผลข้างเคียงของสเตียรอยด์ขนาดสูงด้วย ในบางรายอาจพิจารณาให้ avacopan แทนสเตียรอยด์

รูปที่ 1 แนวทางการรักษา ANCA vasculitis

ตารางที่ 2 การปรับลดยา prednisolone

'Reduced-corticosteroid dose' in PEXIVAS trial

Week	< 50 kg	50-75 kg	> 75 kg
1	50	60	75
2	25	30	40
3-4	20	25	30
5-6	15	20	25
7-8	12.5	15	20
9-10	10	12.5	15
11-12	7.5	10	12.5
13-14	6	7.5	10
15-16	5	5	7.5
17-18	5	5	7.5
19-20	5	5	5
21-22	5	5	5
23-52	5	5	5
> 52	Investigator's local practice		

• พิจารณาทำ plasma exchange ถ้า Scr > 3-4 มก./ดล. มีค่าไตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือต้องบำบัดทดแทนไตเมื่อมีเลือดออกในปอด (pulmonary hemorrhage) เพราะสามารถลดการเกิดไตวายได้ร้อยละ 4.6-6

• ผู้ที่มีอาการร่วมกันระหว่าง anti-GBM และ ANCA-associated vasculitides มักจะมีอาการเด่นไปทาง anti-GBM ดังนั้น จึงมักเป็นข้อบ่งชี้ที่ต้องทำ plasma exchange แต่ผู้ป่วยที่เป็น double positive มักกลับเป็นซ้ำบ่อย จึงต้องได้ยาระยะยาวต่อไป

การให้ยาระยะยาว (Maintenance Therapy)

ยาที่นิยมใช้ในการป้องกันการเกิดโรคเป็นซ้ำในระยะยาว ได้แก่ azathioprine, cyclophosphamide, MMF แต่ mycophenolate mofetil (MMF) จะได้ผลไม่ค่อนยดีเทียบเท่า methotrexate ซึ่งได้ผลดีพอกับ azathioprine

ยาที่แนะนำคือ azathioprine ซึ่งอาจให้ได้นานถึง 4 ปี การศึกษา Maintenance of Remission Using Rituximab in Systemic ANCA-associated (MAINRITSAN) พบว่าหลังจากให้ rituximab ในระยะเริ่มต้นไปแล้ว ตามด้วยการให้ rituximab ต่อ จะลดทั้งการเกิดเป็นซ้ำแบบรุนแรงและไม่รุนแรงได้ ความถี่ของการให้อาจดูจากปริมาณ CD19+ B cells ที่กลับมาเพิ่มใหม่หรือระดับ ANCA ก็ได้ แต่การใช้เกณฑ์ของ CD19+ จะทำให้ใช้ยา rituximab ขนาดน้อยกว่า

• ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา azathioprine ได้ พิจารณาให้ MMF หรือ methotrexate แทน แต่ถ้า eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ม.² ไม่ควรให้ methotrexate ต่อ

แนวทางการเลือก rituximab หรือ azathioprine ในการใช้ระยะยาว (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แนวทางการเลือก rituximab หรือ azathioprine ในการใช้ระยะยาว

Rituximab	Azathioprine
• โรคกลับเป็นซ้ำ	• ระดับ IgG < 300 มก./ดล.
• PR3-ANCA disease	• ไม่มียา rituximab
• อายุมาก	
• ลดขนาดสเตียรอยด์	
• แพ้ azathioprine	

โรคกลับเป็นซ้ำ

ผู้ป่วยที่มีโรคกลับเป็นซ้ำจำเป็นต้องให้ยาใหม่ โดยแนะนำให้ใช้ rituximab พบว่าผลของการตอบสนองไม่ต่างจากการเริ่มให้ในการรักษาครั้งแรก

ถ้าจะตัดสินใจให้ cyclophosphamide ต้องคำนึงถึงปริมาณสะสมของ cyclophosphamide ด้วยไม่ควรให้เกิน 36 กรัม เพราะจะเพิ่มโอกาสเป็นมะเร็ง การศึกษา RAVE trial พบว่าการให้ rituximab จะทำให้โรคสงบได้มากกว่า cyclophosphamide โดยเฉพาะในกลุ่ม PR3-AAV โดยมีอัตราทำให้โรคสงบได้มากกว่าร้อยละ 90 ภายใน 4 เดือน จากการศึกษา RITAZAREM trial ในกลุ่มที่โรคเป็นใหม่แต่อาการไม่รุนแรงให้พิจารณาเพิ่มขนาดยากดภูมิ โดยหลีกเลี่ยง cyclophosphamide ยาที่มีการใช้และมีการศึกษามาก่อนคือ MMF และสเตียรอยด์ แต่อาจมีผลทำให้โรคกลับเป็นซ้ำบ่อยขึ้น

โรคที่ต่อต้านการรักษา

พิจารณาการเพิ่มขนาดสเตียรอยด์ (ทั้งแบบฉีด และรับประทาน) ร่วมกับ rituximab ถ้าเดิมยังไม่ได้รับ หรือให้ cyclophosphamide มาก่อนอาจทำ plasma exchange ร่วมด้วย ต้องแยกภาวะอื่นออกไปด้วย ได้แก่ การติดเชื้อ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มะเร็ง ยา หรือการติดเชื้อ บางครั้งการที่ไตเสื่อมเพิ่มขึ้นอาจไม่ได้เกิดจากโรคกำเริบเสมอไป แต่อาจเกิดจากไตอักเสบเรื้อรังจนมีโปรตีนรั่วออกมาเพิ่มขึ้น อาจจำเป็นต้องตัดชิ้นเนื้อไตตรวจเพื่อประเมินการอักเสบของไต มีบางการศึกษาที่ไม่ใหญ่มากแนะนำให้ใช้ rituximab ในรายที่ต่อต้านการรักษา

กรณีที่มีเลือดออกในปอดจนทำให้ร่างกายมีการขาดออกซิเจนแนะนำให้ทำ plasma exchange ร่วมกับสเตียรอยด์ หรือ cyclophosphamide เพราะถ้าเลือดออกในปอดจนมีภาวะพร่องออกซิเจนจะเป็นดัชนีที่บ่งถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

การปลูกถ่ายไต

ควรชะลอไปก่อนจนกว่าโรคจะสงบนานมากกว่า 6 เดือน โรคสามารถเป็นซ้ำได้แม้จะปลูกถ่ายไตแล้วในอัตราประมาณ 0.02-0.03 คนต่อปี



เอกสารอ้างอิง

- KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody (ANCA)-Associated Vasculitis Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) ANCA Vasculitis Work Group Open Access DOI: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.008>



มหัศจรรย์ของมะพร้าว ประโยชน์ดีๆ จากธรรมชาติสู่สุขภาพดี

เทรนด์รักสุขภาพยังคงเป็นกระแสที่คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเป็นลำดับต้น ๆ โดยเฉพาะเรื่องของการกิน การเลือกรับประทานอาหารเป็นยา หรือการเลือกอาหารจากธรรมชาติที่ให้ประโยชน์มีคุณค่าสารอาหารที่ร่างกายต้องการกันมากขึ้น

หนึ่งในนั้นก็คือ “มะพร้าว” เรียกว่าเป็นสุดยอดอาหารเพื่อสุขภาพ หรือ Super Food ที่นิยมอย่างมาก มะพร้าวรับประทานได้ทั้งเนื้อและน้ำ มีรสหวาน หอม อร่อย นำมาทำเป็นอาหารและเครื่องดื่มได้หลากหลายเมนู เหนือสิ่งอื่นใดมะพร้าวมีประโยชน์สูง เพราะอุดมไปด้วยสารอาหารและแร่ธาตุที่จำเป็นต่อร่างกาย ได้แก่ โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต ไฟเบอร์ วิตามินบี วิตามินซี โซเดียม โพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม ฟอสฟอรัส เหล็ก สังกะสี โครเมียม ฯลฯ^{1,2} ประโยชน์ดี ๆ ที่ได้จากคุณค่าสารอาหารในมะพร้าวที่น่าสนใจ ได้แก่

- **เพิ่มความสดชื่นและช่วยบรรเทาอาการอ่อนเพลีย** น้ำมะพร้าวมีกลูโคสและฟรุกโตสที่ร่างกายสามารถนำไปใช้เป็นพลังงานได้ทันที จึงทำให้รู้สึกสดชื่น นอกจากนี้ยังมีเกลือแร่ วิตามินบี ไนอะซิน โพลีเอซิด แคลเซียม ฟอสฟอรัส แมกนีเซียม ที่ช่วยเพิ่มความสดชื่น บรรเทาความอ่อนเพลีย

- **ลดอาการบวม** น้ำ โปแทสเซียมในน้ำมะพร้าวมีส่วนช่วยลดปริมาณโซเดียมในร่างกาย ช่วยลดความดันโลหิต และลดอาการบวม
- **ต้านอนุมูลอิสระ ช่วยบำรุงผิวพรรณ** ในน้ำมะพร้าวมีวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ เช่น สังกะสี ทองแดง แมงกานีส และซีลีเนียม ซึ่งสารเหล่านี้เป็นสารต้านอนุมูลอิสระตามธรรมชาติของร่างกาย ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้แก่ร่างกาย และในมะพร้าวอ่อนมีฮอร์โมนเอสโตรเจนธรรมชาติ ซึ่งอาจช่วยทำให้ผิวพรรณเปล่งปลั่ง
- **บล็อกการดูดซึมน้ำตาลและไขมัน** ในมะพร้าวธรรมชาติพบว่ามีโครเมียม ซึ่งเป็นแร่ธาตุสำคัญที่ร่างกายขาดไม่ได้และพบได้น้อยในธรรมชาติ มีส่วนช่วยในการทำงานของโปรตีน ช่วยเผาผลาญไขมันและคาร์โบไฮเดรต โครเมียมช่วยฮอร์โมนอินซูลินในกระบวนการเผาผลาญน้ำตาลไปเป็นพลังงาน รักษาสมดุลน้ำตาลในกระแสเลือดและระดับความดันโลหิต ช่วยบล็อกการดูดซึมน้ำตาลและไขมันจึงช่วยลดการสะสมไขมัน สามารถควบคุมน้ำหนัก อีกทั้งยังรักษาสมดุลน้ำตาลในกระแสเลือดและระดับความดันโลหิต นอกจากนี้ยังช่วยควบคุมการทำงานของอินซูลินในกลุ่มคนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคเบาหวานที่เกิดจากการบริโภคยากลุ่มสเตียรอยด์ แต่อย่างไรก็ตาม ร่างกายสามารถที่จะดูดซึมโครเมียมได้อย่างจำกัด

มีรายงานการวิจัยพบว่าการบริโภคโครเมียมอย่างปลอดภัยสามารถบริโภคโครเมียมในรูปแบบของอาหารเสริม ส่วนมากอยู่ในรูปโครเมียม (Cr3+) ในอะซิน, โครเมียม (Cr3+) พิโคลิเนต, โครเมียม (Cr3+) ฮิสติดีเนต และโครเมียม (Cr3+) ไดนิโคซิเลต³

มะพร้าวจึงน่าจะเป็นตัวเลือกแรก ๆ ที่คนรักสุขภาพทั้งหลายนึกถึง ทั้งให้คุณประโยชน์ช่วยเสริมสร้างสุขภาพ และคุณประโยชน์ด้านความงามไปพร้อม ๆ กันอีกด้วย ทั้งนี้ควรรับประทานให้พอดีและเหมาะสมกับสุขภาพของตัวเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไต คนที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ควรระมัดระวังในการรับประทานมะพร้าว



เอกสารอ้างอิง

1. Coconut Meat. Available: <https://frida.fooddata.dk/food/704?lang=en>. February 1, 2024.
2. Elisenda Carbalido. 2022. Coconut Copra Properties. Available: <https://www.botanical-online.com/en/food/coconut-copra>. February 1, 2024.
3. A. Swaroop, M. Bagchi, H.G. Preuss, S. Zafra-Stone, T. Ahmad, D. Bagchi. 2019. The Nutritional Biochemistry of Chromium (III). Available: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780444641212000088>. February 1, 2024.

ทานยาอยู่ บริจาคเลือดได้หรือไม่

ในภาวะการณปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นสภาวะแวดล้อม อากาศ ฝุ่น มลพิษ หรือการระบาดของโรคต่าง ๆ ตามฤดูกาล รวมถึงโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ซึ่งต้องรับประทานยาบางชนิดอยู่เป็นประจำ แต่อยากบริจาคเลือดเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสังคม จึงอาจเกิดคำถามหรือข้อสงสัยสำหรับผู้ประสงค์จะบริจาคเลือด ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและปลอดภัยแก่ประชาชนทั่วไป



รูปที่ 1 การบริจาคเลือด⁽¹⁾

ยาที่จำเป็นต้องงดรับประทานก่อนมาบริจาคโลหิต⁽²⁻⁶⁾ เพราะอาจมีผลต่อเลือด ได้แก่

- ยาแก้ปวดข้อ ยาแอสไพริน และต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือ NSAID ควรหยุดรับประทานยาแล้ว 2 วัน จึงมาบริจาคโลหิต⁽³⁾ เพราะว่ายาลเหล่านี้มีผลต่อคุณลักษณะของเลือด ยาแก้ปวดข้อกลุ่ม NSAIDs ทำงานโดยยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ไซโคลออกซิเจเนส (COX) ซึ่งมีหน้าที่ผลิตสาร prostaglandins โดย prostaglandins มีหลายชนิด ทำหน้าที่หลายอย่างในร่างกาย เช่น ควบคุมความเจ็บปวด อักเสบ และการแข็งตัวของเลือด

สำหรับผู้ที่ใช้ aspirin⁽⁴⁾

- ถ้าไม่ได้หยุดยาสามารถบริจาคได้และนำไปใช้ได้ เฉพาะเม็ดเลือดแดง
- หากต้องการบริจาคเกล็ดเลือดแบบ apheresis ต้องหยุดยาอย่างน้อย 2 วันก่อนบริจาค
- สำหรับผู้ใช้ aspirin ในกรณีที่ทำ bypass แล้วต้องใช้นานี้เป็นประจำ เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อ

การเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันแก่ผู้บริจาคได้ ดังนั้นจึงไม่รับบริจาคเลือดในคนกลุ่มนี้

สำหรับผู้ที่ใช้ NSAIDs⁽⁴⁾

- ถ้าไม่ได้หยุดยาสามารถบริจาคได้และนำไปใช้ได้ เฉพาะเม็ดเลือดแดง
- หากต้องการบริจาคเกล็ดเลือดแบบ apheresis ต้องหยุดยาอย่างน้อย 2 วันก่อนบริจาค

- ยาปลูกผม finasteride ควรหยุดรับประทานยาแล้ว 1 เดือน จึงมาบริจาคโลหิต⁽⁵⁾ เพราะยาอาจส่งผลกระทบต่อระดับฮอร์โมนเพศชายในร่างกาย ซึ่งฮอร์โมนเพศชายมีบทบาทต่อการแข็งตัวของเลือด และหญิงตั้งครรภ์หากได้รับเลือดที่มีตัวยา finasteride ปนเปื้อน กรณีเด็กในครรภ์เป็นเพศชายจะมีปัญหาอวัยวะเพศกำกวมได้
- ยาปฏิชีวนะ โดยทั่วไปควรหยุดรับประทานยาแล้ว 7 วัน หรือหายขาดจากการติดเชื้อนั้น ๆ แล้ว เพราะผู้บริจาคโลหิตที่มีการติดเชื้ออยู่ซึ่งอาจแพร่เชื้อเข้าสู่กระแสโลหิตส่งมาถึงผู้ป่วยได้ และยาปฏิชีวนะบางตัวอาจมีผลต่อคุณลักษณะของเลือดได้ และกรณีที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม เช่น
 - o การใช้ในกรณีที่มีการติดเชื้อต่าง ๆ ต้องมีระยะหยุดยามาแล้ว ดังนี้
 - o หากได้รับยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานต้องหยุดยามาอย่างน้อย 5 วัน จึงจะสามารถบริจาคได้
 - o หากได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีดต้องหยุดยามาอย่างน้อย 10 วัน จึงจะสามารถบริจาคได้
 - o หากเคยมีการติดเชื้อหนองในเทียม (Chlamydia) ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต้องสิ้นสุดการรักษาอย่างน้อย 5 วัน และหายจากโรคมายาอย่างน้อย 2 สัปดาห์
- Antifungals ในกรณีที่เป็นยารับประทานต้องหยุดยาอย่างน้อย 7 วันก่อนบริจาค และกรณีที่เป็นยาทาสามารถบริจาคได้
- ยารักษาสิวที่เป็นอนุพันธ์ของวิตามินเอ เช่น isotretinoin ควรหยุดรับประทานยาอย่างน้อย 1 เดือน⁽⁶⁾ ซึ่งระดับวิตามินเอที่สูงอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของเลือด ระดับไขมันในเลือด และการทำงานของตับ

ยากี่ขุ่นรับประทานยาสามารถบริจาคโลหิตได้⁽²⁻⁶⁾ เพราะว่า ยาเหล่านี้ไม่มีผลต่อคุณลักษณะของเลือด เช่น

- ยาเบาหวานที่ไม่ใช่อินซูลิน
 - o Anti-diabetic agents ชนิด oral medication (ยาชนิดรับประทาน)
 - หากใช้การควบคุมระดับน้ำตาลด้วยยารับประทาน โดยไม่มีอาการแทรกซ้อนใด ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น
 - หากเป็นผู้ที่เคยมีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดสูง ในบางช่วง ได้แก่ เบาหวานในภาวะตั้งครรรภ์ หรือ pre-diabetes (abnormal blood sugar) เมื่อระดับน้ำตาลกลับมาสู่ภาวะปกติแล้วสามารถบริจาคได้
- ยาลดกรด
- ยาแก้แพ้
- ยาลดกรดยุงริก
- ยาลดไขมันในเลือด
- ยาคุมกำเนิด

คุณสมบัติผู้บริจาคโลหิต^(7,8)

1. อายุ 17 ปีบริบูรณ์-70 ปี
2. รู้สึกสบายดี สุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะบริจาคโลหิต
3. นอนหลับพักผ่อนเพียงพออย่างน้อย 5 ชั่วโมง
4. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงภายใน 6 ชั่วโมง
5. น้ำหนัก 45 กิโลกรัมขึ้นไป
6. กรณีรับประทานยาต่าง ๆ ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ก่อน
7. งดดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมาบริจาคโลหิต 24 ชั่วโมง
8. อยู่ในระหว่างตั้งครรรภ์ หรือให้นมบุตรไม่ควรบริจาคเลือด
9. คลอดบุตร หรือแท้งบุตร ควรเว้น 6 เดือน
10. งดบริจาคเลือดสำหรับผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
11. เคยใช้ยารักษาหรือป้องกันโรคเชไอวี
12. อดฟัน ขูดหินปูน ควรเว้น 3 วัน/ถอนฟัน รักษารากฟัน ควรเว้น 7 วัน
13. ท้องเสีย ท้องร่วง ควรเว้น 7 วัน
14. เจาะหู ผิวน้ำแข็ง สัก ลบรอยสัก ผังเข็ม ควรเว้น 4 เดือน
15. ผ่าตัดเล็ก ควรเว้น 7 วัน/ผ่าตัดใหญ่ ควรเว้น 6 เดือน
16. เคยป่วยและได้รับโลหิตหรือส่วนประกอบของโลหิต ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา

17. เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะหรือเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (stem cells)
18. เคยถูกเข็มที่เป็อนเลือดตำในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา
19. เคยป่วยเป็นโรคตับอักเสบ
20. คู่ของท่าน หรือบุคคลในครอบครัวเป็นโรคตับอักเสบบนระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา
21. เคยตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคตับอักเสบบ
22. ท่านเคยป่วยเป็นโรคมาลาเรียในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา
23. เคยเข้าไปในพื้นที่ที่มีเชื้อมาลาเรียชุกชุมในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา
24. มีประวัติป่วยเป็นโรคไข้วัดใหญ่/โรคไข้วัดออก/โรคไข้วัดกา/โรคโควิด-19 หรือโรคซิคุนคุนยา ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา
25. ได้รับวัคซีนป้องกันโรค
26. มีประวัติเสพยาเสพติด
27. เคยถูกควบคุมตัวหรือจองจำในเรือนจำติดต่อกันเกิน 72 ชั่วโมง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
28. เคยมีน้ำหนักลด มีไข้ มีต่อมน้ำเหลืองโต โดยไม่ทราบสาเหตุในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี

จากข้อมูลข้างต้นเป็นข้อมูลทั่วไปที่ระบุเกณฑ์เบื้องต้น แต่ถ้าต้องการรายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มยาอื่น ๆ สามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมได้จากเกณฑ์การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตในกรณีมีการใช้ยาที่เว็บไซต์ https://blooddonationthai.com/?jet_download=16605 ของสภากาชาดไทยได้ และหวังว่าบทความนี้จะประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้อยากบริจาคเลือดได้

เอกสารอ้างอิง

1. ให้เลือดให้ชีวิต “วันบริจาคโลหิตโลก 14 มิ.ย.” <https://www.thaipbs.or.th/news/content/328620>
2. ยากับการบริจาคโลหิต. <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/linech4/>
3. ยาแก้ปวดข้อ ข้ออักเสบ-กลุ่มเอ็นเสด (NSAIDs). <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/service-knowledge-article-info-old.php?id=472>
4. เนช้การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตในกรณีมีการใช้ยา. https://blooddonationthai.com/?jet_download=16605
5. ยาฟินาสเตอไรด์ (Finasteride). https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/HPH/admin/download_files/154_49_1830c2Q.pdf
6. <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/13/ยารักษาผิว-isotretinoin-อันตรายที่ไม่ควรมองข้าม/>
7. งานธนาคารเลือด. คุณสมบัติผู้บริจาคโลหิตเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนบริจาคโลหิต. <https://www.hospital.tu.ac.th/bloodbanktu/page/blooddonorcontent/>
8. 12 ข้อควรรู้ก่อนไปบริจาคเลือด. https://www.bangpakok3.com/care_blog/view/305



เผย 3 หัวข้อยอดฮิตของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเข้าชมมากที่สุด

นับตั้งแต่การเปิดตัวเว็บไซต์ CaregiverThai.com โดยสาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลเชิงช่างผู้ดูแล ให้ความรู้และพลังใจในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เข้ามาใช้งานกว่า 85,000 วิวในปีที่ผ่านมา และจากการศึกษาพฤติกรรมการเข้าใช้งานผู้ดูแลติดตามเนื้อหามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาสมองเสื่อม สารอาหารจำเป็นที่ร่างกายต้องการ และแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล เว็บไซต์ CaregiverThai.com พร้อมรับฟังความต้องการจากผู้ดูแลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ <https://forms.gle/8vnWBvHpLs5p2hvUA> เพื่อให้ทีมงานพัฒนาเนื้อหาที่เป็นประโยชน์และตรงตามความต้องการของผู้ดูแลมากที่สุด อยู่เคียงข้างผู้ดูแล ให้ความรู้และพลังใจในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยปี พ.ศ. 2565 สูงถึง 7.7 แสนคน เป็นชาย 2.5 แสนคน และหญิง 5.1 แสนคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ที่มี 6.8 แสนคน ทั้งนี้ยังไม่รวมจำนวนผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่อายุไม่ถึง 60 ปี เมื่อเห็นแนวโน้มว่าประเทศไทยอาจจะมีจำนวนของผู้มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นเมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยระดับสมบูรณ์ ดังนั้น การสร้างความเข้าใจและองค์ความรู้ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมให้กับญาติและคนที่ใกล้ชิด เพื่อการดูแลอย่างถูกสุขลักษณะและสร้างความสุขกาย สบายใจของทั้งผู้ดูแลและผู้มี



ภาวะสมองเสื่อมจึงมีความจำเป็น ในขณะที่เดียวกันการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจจะช่วยสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Friendly Community) ได้

หลังจากที่เว็บไซต์ CaregiverThai.com พลังใจผู้ดูแลสมอง เริ่มเปิดใช้งานในช่วงปลายปี พ.ศ. 2565 มีผู้ใช้งานเข้ามามากกว่า 85,000 จิวในปีที่ผ่านมา เราพบว่ามียอดฮิตที่น่าสนใจคือ เนื้อหาที่คนเข้าอ่านมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาสมองเสื่อม สารอาหารจำเป็นที่ร่างกายต้องการ และแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล ทำให้เราว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังเป็นมือใหม่ ต้องการข้อมูลเพื่อดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และการปรับตัวปรับใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

ผศ.พญ.สิรินทร กล่าวต่อว่า ในส่วนของแบบประเมินทดสอบความเครียด ในปี พ.ศ. 2566 พบว่าระดับของความเครียดผู้ดูแลสูงกว่าปกติมากถึง 48% จากจำนวนของผู้ดูแลที่เข้ามาทำแบบประเมิน โดยปัญหาที่พบเป็นประจำ ได้แก่ รู้สึกไม่มีความสุขและเครียด รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ ซึ่งเกิดได้จากการที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ๆ โดยไม่มีความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความรู้ในการจัดการดูแล ก่อให้เกิดความกังวล เพราะต้องจัดการดูแลไปตามความคิดของตนเอง ซึ่งไม่ทราบว่าจะเหมาะสมหรือไม่ หลายครอบครัวไม่มีคนช่วย และไม่มีเครือข่ายหรือเพื่อนฝูงที่มีประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกันที่จะช่วยคิด ช่วยทำ ทำให้เกิดความเครียดและไม่รู้ว่าจะมีรับมือกับความเครียดเหล่านี้ได้อย่างไร ซึ่งจะมีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้สามารถบรรเทาได้หากผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งข้อมูลและเครือข่ายของผู้ดูแลที่เข้มแข็ง ช่วยให้มีความรู้ คำแนะนำ และเพิ่มเติมข้อมูลใหม่ ๆ ที่ต้องเรียนรู้กันตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น เว็บไซต์ CaregiverThai.com ที่มีปณิธานในการจัดทำเว็บไซต์เพื่อดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะ เมื่อผู้ดูแลมีความสุข สามารถจัดการปัญหาที่ผ่านเข้ามาอย่างมืออาชีพจะทำให้ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ดี มีคุณภาพชีวิต ทั้งสำหรับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ตลอดปีที่ผ่านมาทีมงานได้พัฒนา ปรับปรุง เพิ่มเติม ทั้งส่วนเนื้อหาและวิธีการนำเสนอที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงข้อมูลและนำไปใช้ได้โดยง่าย อาทิ

1. เพิ่มคลิปวิดีโอใน YouTube CaregiverThai Channel เป็นการถ่ายทำวิดีโอภาคปฏิบัติที่ละขั้นตอนให้ผู้ดูแลติดตามได้ในแต่ละหมวด ดังนี้

- เข้าใจภาวะสมองเสื่อม เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น
- รอบรู้เรื่องการดูแล เช่น การทำแผลท่อเจาะคอ การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน เป็นต้น
- วันวาน ณ ปัจจุบัน รวมเรื่องเล่าแบ่งปันประสบการณ์ของผู้ดูแลจากหลากหลายครอบครัว

2. เพิ่มหมวดเนื้อหา “เตรียมตัวสู่สูงวัย” สำหรับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมานาน เริ่มจะเข้าสู่วัยสูงอายุให้รู้เท่ารู้ทัน และวิธีการที่ต้องเตรียมดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ร่างกายและจิตใจแกร่งพร้อมรับทุกสถานการณ์

3. ติดตั้ง “ปุ่มอ่านให้ฟัง” เพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้ดูแลที่ไม่มีเวลาอ่านจากหน้าเว็บไซต์ สามารถเปิดฟังในขณะที่ทำอย่างอื่นไปพร้อมกันได้ เริ่มจากเนื้อหาใน “วันวาน ณ ปัจจุบัน” ก่อน

ผศ.พญ.สิรินทร กล่าวสรุปว่า เรายังคงพัฒนาเว็บไซต์ CaregiverThai.com ให้เป็นช่องทางเข้าถึงความรู้เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยน เตรียมตัวเตรียมใจ เตรียมสูงวัย และแชร์ประสบการณ์ เพื่อแบ่งเบาความทุกข์ร้อนในใจ ความกตัญญู การเสียสละในระหว่างการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ในเดือนมีนาคมนี้เราจัดทำแบบสอบถามเพื่อสำรวจ และเปิดรับฟังความเห็นและความต้องการของผู้ดูแลทั่วประเทศ ขอเชิญชวนผู้ดูแลทุกท่านร่วมกันทำแบบสอบถามนี้ เพื่อบอกอาจารย์ว่ายังขาดเหลืออะไรอีกบ้างไหม อยากรู้ได้อะไรอีก ตรงไหนที่ยังสามารถพัฒนาได้อีก บอกข้อมูลแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของพื้นที่ที่คุณมีอยู่เพื่อแบ่งปันให้กับคนอื่น ๆ เพื่อให้เว็บไซต์ตรงความต้องการมากที่สุด และเป็นประโยชน์มากที่สุด

CaregiverThai.com เคียงข้างผู้ดูแล เสริมความรู้และพลังใจ

เว็บไซต์ CaregiverThai.com ตัวช่วยสำคัญและพัฒนาตัวผู้ดูแลในครอบครัว เป็นระดับมืออาชีพด้วยความรู้และพลังใจจากเครือข่ายของผู้ดูแล เพราะผู้ดูแลที่มีคุณภาพเป็นหัวใจที่ช่วยชะลออาการสมองเสื่อม และทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทีมงานคัดเนื้อหาที่รวบรวมไว้เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระผู้ดูแล โดยจะเพิ่มเนื้อหาใหม่ ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นสื่อกลางสร้างชุมชนที่เคียงข้างผู้ดูแล ช่วยแบ่งปันและสนับสนุนกันและกัน





การแปลผลระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตอนที่ 7

หมวดที่ 3 ข้อยกเว้นทั่วไป

การประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง

3.1 ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้

3.1.1 การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษ จนไม่สามารถ
ครองสติได้

คำว่า “ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา” นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่
150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

ข้อความข้างต้นเป็นเนื้อหาส่วนหนึ่งในกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

โทษภัยพิบัติที่ 1

- ผู้เสียชีวิตขับรถชนกับเสาเกาะกลางถนนเสียหลักพลิกคว่ำ เมื่อเวลาเที่ยงคืน
- ยังไม่เสียชีวิตทันที มีผู้ภัยมาปฐมพยาบาลและทำการกู้ชีพ แต่ไม่สำเร็จ **เสียชีวิตเมื่อเวลาตี 2**
- ผ่าชั้นสุตรพลิกศพและเจาะเก็บเลือดเมื่อเวลา 8 โมงเช้า พบบาดแผลฉีกขาดเปิดหลายตำแหน่ง อวัยวะ
ภายในฉีกขาดหลายส่วน
- ตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดศพอยู่ที่ **145 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์**

โทษภัยพิบัติที่ 2

- ผู้เสียชีวิตขับรถชนกับเสาเกาะกลางถนนเสียหลักพลิกคว่ำ เมื่อเวลาเที่ยงคืน **เสียชีวิตทันที**
- ผ่าชั้นสุตรพลิกศพและเจาะเก็บเลือดเมื่อเวลา 8 โมงเช้า พบบาดแผลฉีกขาดเปิดหลายตำแหน่ง
อวัยวะภายในฉีกขาดหลายส่วน
- ตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดศพอยู่ที่ **155 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์**

คำถาม โจทย์ปัญหาทั้ง 2 กรณี เข้าข้อยกเว้นตามกฎหมายประกันภัย และบริษัทประกันภัยสามารถปฏิเสธความคุ้มครองได้หรือไม่?

ตอบแบบผิวเผินง่าย ๆ ก็ต้องตอบว่า

- กรณีที่ 1 ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่ถึง 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าไม่ได้อยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา ไม่เข้าข้อยกเว้นที่ประกันภัยจะไม่คุ้มครอง บริษัทประกันภัยต้องจ่ายให้ความคุ้มครอง

- กรณีที่ 2 ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป ถือว่าอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา เข้าข้อยกเว้นที่ประกันภัยจะไม่คุ้มครอง หรือพุดง่าย ๆ ก็คือ เมาแล้วขับ ประกันอุบัติเหตุไม่จ่าย

พอดตอบแบบนี้ก็ได้ไปเจอกันที่ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) หรือศาลแพ่งคดีผู้บริโภคครับ

ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงคือ

1. การกำจัดและการลดลงของแอลกอฮอล์ในร่างกายขณะที่ยังมีชีวิต
2. การเปลี่ยนแปลงระดับแอลกอฮอล์ในเลือดหลังจากเสียชีวิตไปแล้ว

ในบทความหลายตอนที่ผ่านมามีได้สาธยายรายละเอียดข้อมูล ข้อเท็จจริงและความเห็นที่เกี่ยวกับทั้ง 2 ปัจจัยโดยละเอียดแล้ว ในวันนี้จะขอแยกเอาความรู้ทั้งหมดมาปรับใช้แก้โจทย์ปัญหาให้กระจ่างกันไปเลยนะครับ

ข้อเท็จจริงที่สำคัญที่สุดของโจทย์ปัญหาทั้ง 2 กรณี คือ **ณ ขณะที่เกิดอุบัติเหตุ** ผู้เอาประกันภัยอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา คือมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไปหรือไม่

โจทย์ปัญหากรณีที่ 1

- ผู้เสียชีวิตยังมีชีวิตอยู่ต่อไปอีก 2 ชั่วโมง
- จากข้อเท็จจริงที่ว่า ในขณะที่ยังมีชีวิตระดับแอลกอฮอล์จะลดลงประมาณ 15-20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ต่อชั่วโมง
- ดังนั้น หากทำการเจาะตรวจระดับแอลกอฮอล์ทันทีหลังเสียชีวิต สมมติว่าได้ 145 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ก็ต้องบวกกลับไปประมาณ 15-20 ต่อชั่วโมง นั่นคือบวก 30-40
- ก็จะพบว่าระดับแอลกอฮอล์ขณะเกิดอุบัติเหตุมีค่าเท่ากับ 145+30 หรือ 145+40 ไม่ว่าจะใช้สมการใดผลลัพธ์ก็เกิน 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
- แต่ข้อเท็จจริงตามโจทย์คือ ทำการเจาะตรวจระดับแอลกอฮอล์เวลา 8 โมงเช้า อยู่ที่ระดับ 145 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
- จากข้อเท็จจริงที่ว่า หลังจากเสียชีวิตไปแล้วระดับแอลกอฮอล์ในเลือดศพอาจเพิ่มขึ้นจากกระบวนการสร้างแอลกอฮอล์ของแบคทีเรียในศพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีศพที่มีการบาดเจ็บมีแผลเปิด มีอวัยวะฉีกขาด อาจเพิ่มได้สูงสุด 15-20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
- หากนำทุกปัจจัยมาคำนวณรวบยอดแล้วจะได้สมการ
145 ลบด้วย 15 ถึง 20 (จากการสร้างของแบคทีเรียหลังเสียชีวิต) บวกด้วย 30-40 (จากการลดลงขณะมีชีวิตสองชั่วโมง)
- เบ็ดเสร็จสุทธิจะได้ระดับแอลกอฮอล์**ขณะที่เกิดอุบัติเหตุ**มีค่าระหว่าง **155-170** มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
- ดังนั้น กรณีนี้บริษัทประกันภัยจึงไม่คุ้มครอง
- โดยส่วนใหญ่กรณีลักษณะนี้ ญาติผู้เสียชีวิตซึ่งเป็นผู้รับผลประโยชน์ตามกฎหมายก็มักจะคิดว่าไม่ถูกต้องไม่ได้รับความเป็นธรรม และนำเรื่องร้องเรียนไปที่ คปภ. หรือศาลแพ่ง เพราะระดับแอลกอฮอล์ที่เห็นด้วยตาเปล่าคือ 145 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

โจทย์ปัญหากรณีที่ 2

- ผู้เสียชีวิต เสียชีวิตทันทีหลังเกิดอุบัติเหตุ
- ไม่ต้องนำข้อเท็จจริงเรื่องการกำจัดและการลดลงของแอลกอฮอล์ในร่างกายขณะที่ยังมีชีวิตมาคำนวณ
- ดังนั้น หากทำการเจาะตรวจระดับแอลกอฮอล์ทันทีหลังเสียชีวิต สมมติว่าได้ 155 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ก็ไม่ต้องบวกลบคูณหารจากตัวแปรใดเลย ได้ค่าเท่าไรก็คือค่าระดับแอลกอฮอล์ขณะที่เกิดอุบัติเหตุ
- แต่ข้อเท็จจริงตามโจทย์คือ ทำการเจาะตรวจระดับแอลกอฮอล์เวลา 8 โมงเช้า อยู่ที่ระดับ **155** มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

• จากข้อเท็จจริงที่ว่า หลังจากเสียชีวิตไปแล้วระดับแอลกอฮอล์ในเลือดศพอาจเพิ่มขึ้นจากกระบวนการสร้างแอลกอฮอล์ของแบคทีเรียในศพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีศพที่มีการบาดเจ็บมีแผลเปิด มีอวัยวะฉีกขาด อาจเพิ่มได้สูงสุด 15-20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

- นำปัจจัยข้างต้นมาคำนวณจะได้สมการ

155 ลบด้วย 15 ถึง 20 (จากการสร้างของแบคทีเรียหลังเสียชีวิต)

เปิดเสร็จสุทธิจะได้ระดับแอลกอฮอล์ขณะที่เกิดอุบัติเหตุมีค่าระหว่าง **135-140** มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

- ดังนั้น กรณีนี้บริษัทประกันภัยจึงต้องคุ้มครองและจ่ายผลประโยชน์ให้กับผู้รับผลประโยชน์
- แต่ระดับแอลกอฮอล์ที่เห็นด้วยตาเปล่าคือ 155 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ บริษัทประกันภัยจึงไม่ให้ความคุ้มครอง
- หากญาติผู้เสียชีวิตซึ่งเป็นผู้รับผลประโยชน์ตามกฎหมายจะมีความรู้ในเรื่องของแอลกอฮอล์ ก็มักจะนำเรื่องร้องเรียนไปที่ คปภ. หรือศาลแพ่ง

โจทย์ปัญหาข้างต้นเป็นเพียงแค่หนึ่งตัวอย่างที่หยิบยกมาอธิบายให้เห็นภาพและเข้าใจง่าย กรณีปัญหาที่เกิดขึ้นจริงบางกรณีก็ไม่สามารถหาข้อสรุปได้ชัดเจน ต้องอาศัยการชั่งน้ำหนักพยานหลักฐานและข้อมูลทั้งทางวิชาการและข้อมูลอื่น ๆ หลายอย่างประกอบกัน และบทสรุปต้องอาศัยดุลยพินิจของผู้ตัดสินข้อพิพาทเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีข้อมูลข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการพิสูจน์ว่าแอลกอฮอล์ที่ตรวจพบในศพนั้นเกิดจากกระบวนการสร้างของแบคทีเรียในศพหรือไม่ ซึ่งหากมีโอกาสจะได้อธิบายในบทความตอนต่อไป

อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญของบทความในตอนนี้เป็นคือ ความรู้ และธรรมาภิบาล หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจหรือการประกันภัยต้องส่งเสริมความรู้ให้ประชาชน ไม่ให้ถูกบริษัทประกันภัยเอาเปรียบ และบริษัทประกันภัยก็ต้องมีธรรมาภิบาลในการประกอบธุรกิจ และเหนือสิ่งใดทั้งปวงคือ เมาไม่ขับครับ





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

นิตยสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ:
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
ได้ข้อมูลถูกต้องทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

ธนาคารดี ส่งจ่าย ปณ.ตลิ่งชัน 10170 ตั๋วแลกเงิน

เช็คขีดคร่อม A/C PAYEE ONLY ส่งจ่ายในนาม บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด

เข็มนาฬิกาสาขา.....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

1. ถ้าชำระเงินด้วยวีธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัคร ที่หมายเลขแฟกซ์ 0-2423-2286
2. บริษัทจะจัดส่งนิตยสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว

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

ด้วยประสบการณ์กว่า **20** ปี ... ที่เราสร้างสรรค์และพัฒนา ด้านสื่อ สิ่งพิมพ์ และโฆษณา **บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด**

พัฒนางานด้านสื่อ สิ่งพิมพ์ และโฆษณา โดยเน้นการสร้างสรรค์ผลงานที่ดี มีคุณภาพ มาอย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า 20 ปี ด้วยทีมงานที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการผลิตสื่อ สิ่งพิมพ์ และโฆษณา เราพร้อมที่จะเป็นเพื่อนคู่คิด เป็นมิตรคอยแนะนำให้คำปรึกษา เพื่อให้ทุก ๆ ผลงานที่ผลิตจากเราไป เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ของการส่งเสริมการขายที่ทำให้สินค้าของคุณประสบความสำเร็จในธุรกิจการตลาด



บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด

www.wongkampat.com



www.facebook.com/Wongkampat



ขอเชิญเข้าร่วมการประกวด
การนำเสนอผลงานวิชาการ

มหกรรม 80 ปี กรมการแพทย์

ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต



SCAN FOR REGISTRATION

กำหนดเปิดรับผลงาน

30 เมษายน – 30 พฤษภาคม 2565
ประกาศผลการพิจารณาการนำเสนอ
วันที่ 16 มิถุนายน 2565

ประเภทการนำเสนอ

Research, Technology Assessment (On site)

1  Oral presentation

2  Poster presentation
(e-poster)

3  Innovation
presentation
(demonstration)

การประกาศผล

วันที่ 10 กรกฎาคม 2565
รับรางวัลในวันสุดท้ายของการประชุมวิชาการ

ประเภทรางวัล

- รางวัลชนะเลิศอันดับที่ 1
- รางวัลรองชนะเลิศอันดับที่ 1
- รางวัลรองชนะเลิศอันดับที่ 2

ทุกท่านที่นำเสนอมจะได้รับประกาศนียบัตร
สามารถเลือกประกวด และไม่ประกวด

รางวัล

รางวัลชนะเลิศอันดับที่ 1
เงินสด 10,000 บาท

รางวัลรองชนะเลิศอันดับที่ 1
เงินสด 5,000 บาท

รางวัลรองชนะเลิศอันดับที่ 2
เงินสด 3,000 บาท