



ISSN 1513-590X
9 771513590012

Volume 26, No. 555, July 2024

ผู้นำนิตยสารทางการแพทย์ที่มีผู้อ่านมากที่สุด ปีที่ 26 ฉบับที่ 555 ประจำเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567



เอ็นไอเอโซว์ 3 นวัตกรรม รองรับโรครักษายาก โรคค่าใช้จ่ายสูงด้วยเอไอและดีฟเทค

นานาสาระ:

การใช้ยา Erythropoietin ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

แพทย์แผนจีน

สะกิดตาเงิน ในมุมมองแพทย์แผนจีน

สำหรับผู้อ่านที่ลงทะเบียนสมาชิกรวมทั้งท่าน

1-31/07/24

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE



WEUPHORIA®

13-Valent Pneumococcal Polysaccharide Conjugate Vaccine (PCV13-TT)¹

Composition/Strength¹
The vaccine is supplied as 0.5 mL/vial or in a single-dose pre-filled syringe with 0.5 mL suspension for intramuscular injection. Each dose (0.5 mL) of the vaccine contains:

Pneumococcal polysaccharide serotype 1.....2.6 µg	Pneumococcal polysaccharide serotype 14.....2.75 µg
Pneumococcal polysaccharide serotype 3.....2.5 µg	Pneumococcal polysaccharide serotype 18C.....3.25 µg
Pneumococcal polysaccharide serotype 4.....3.0 µg	Pneumococcal polysaccharide serotype 19A.....2.6 µg
Pneumococcal polysaccharide serotype 5.....2.5 µg	Pneumococcal polysaccharide serotype 19F.....2.75 µg
Pneumococcal polysaccharide serotype 6A.....2.5 µg	Pneumococcal polysaccharide serotype 23F.....3.0 µg
Pneumococcal polysaccharide serotype 7F.....2.85 µg	Pneumococcal polysaccharide serotype 6B.....6.0 µg
Pneumococcal polysaccharide serotype 9V.....2.5 µg	

Therapeutic indication¹
The vaccine elicits immune responses in recipients following immunization, and is indicated for the prevention of invasive disease caused by 13 serotypes (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F and 23F) of streptococcus pneumoniae.

Dosage and administration¹
The vaccine is indicated for use in infants and children 6 weeks through 5 years of age (before the 6th birthday). Since this product is a suspension containing an adjuvant, shake vigorously immediately prior to use to obtain a homogeneous, white suspension in the vaccine container. This product is for intramuscular injection only. The preferred sites for injection are the anterolateral aspect of the thigh in infants and the deltoid muscle of the upper arm in toddlers and children. The vaccine should not be injected in and/or near the areas where nerve trunks and/or blood vessels may locate.

Contraindications¹
Hypersensitivity to any component of the product, including active substances, excipients, or tetanus toxoid, etc.

Adverse Reactions¹
Systemic adverse reactions: Very common: fever, diarrhea / Common: crying, cough, nausea/vomiting, fatigue/somnolence, allergic reaction / Uncommon: myalgia
Local adverse reactions: Very common: redness / Common: swelling, pain, induration / Uncommon: pruritus / Rare: rash (vaccination site)

Storage condition¹
Transport and store refrigerated at 2°C to 8°C, protect from light. DO NOT FREEZE. Discard if the vaccine has been frozen.

Shelf life¹
The Shelf life of the vaccine is 24 months. Please use before the expiration date printed on the label or small box.

Manufacturer¹
Yuli Waiwan Biotechnology Co., Ltd. 83 Dongfeng South Road, High-Tech Zone, Yuli, Yunnan, China

Distributed by¹
Biovalys Co., Ltd. 23 Soi. Udomsuk 37, Sukhumvit 103 Road, Bangkaj, Prakanong, Bangkok 10260, Thailand
TEL: (66) 2383 8316
www.biovalys.com

Reference:
1.WEUPHORIA Package Insert

ทุกความเคลื่อนไหวของวงการแพทย์
www.wongkarmpat.com

www.wongkarmpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ
Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านก่อนใคร ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarmpat.com ได้ข้อมูลถูกใจ

กด Like ไลก์ที่ www.facebook.com/วongkarmpat



ภาคเหนือ
เชียงใหม่, แม่ฮ่องสอน, ลำปาง, ลำพูน,
เชียงราย, น่าน

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

ภาคกลาง
ประจวบคีรีขันธ์, ฉะเชิงเทรา, สิงห์บุรี, พิจิตร,
นครสวรรค์, อุทัยธานี, ช่างทอง, 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
2567
สัญจรทั่วประเทศ

www.wongkarnpat.com 2567
www.wongkarnpat.com 2567



การเทียบคุณวุฒิปู่ที่สำเร็จการศึกษา จากต่างประเทศ

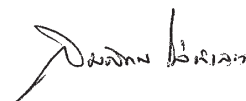
คนที่ไปเรียนชั้นอุดมศึกษาจากต่างประเทศ ถ้าจะมาเรียนต่อในประเทศไทยหรือรับราชการในประเทศไทยจะต้องมาเทียบคุณวุฒิตบมาตรฐานของประเทศไทยก่อน การที่ต้องมีระบบตรวจสอบที่รัดกุม เพราะบางคนทำประกาศนียบัตรปลอมหรือได้รับปริญญาจากสถาบันที่ไม่มีมาตรฐาน กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้ตั้งอนุกรรมการด้านการพิจารณาคุณวุฒิปู่สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษาเป็นผู้พิจารณาคุณสมบัติของผู้ที่จบจากต่างประเทศว่าเทียบเท่ากับมาตรฐานของไทยหรือไม่ ผู้ที่ต้องการเทียบคุณวุฒิต้องนำปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตรของคุณวุฒิปู่ที่จะขอให้พิจารณา พร้อมสำเนาใบบันทึกผลการศึกษา (Transcript) ของคุณวุฒิปู่ที่สำเร็จการศึกษา เขาต้องขอใบปริญญา/ประกาศนียบัตรของคุณวุฒิปู่ที่สำเร็จการศึกษาก่อนคุณวุฒิปู่ขอให้พิจารณาพร้อมทั้งใบบันทึกผลการศึกษาด้วย หนังสือเดินทาง (Passport) ที่มีการประทับตราตรวจคนเข้าเมือง และวีซ่าของประเทศที่เดินทางไปศึกษา ถ้าต้องการเทียบคุณวุฒิปู่เอกต้องมืวิทยานิพนธ์และผลงานวิทยานิพนธ์ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการด้วย สถาบันที่ไปศึกษาจะต้องได้รับการรับรองจากรัฐบาลหรือองค์กรเอกชนที่ทำหน้าที่รับรองสถาบันการศึกษาของประเทศนั้น ๆ นอกจากนี้จะต้องมีชื่อหลักสูตรที่ไปศึกษาในสถาบันที่ไปศึกษาด้วย จำนวนหน่วยกิตที่ได้รับจะต้องสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำของไทย ประเทศที่มีการศึกษาพื้นฐาน (ชั้นประถมและมัธยม) รวมกันต่ำกว่า 12 ปีจะถือว่ามาตรฐานของคุณวุฒิปู่ต่ำกว่าของไทย เช่น ประเทศฟิลิปปินส์มีการศึกษาพื้นฐาน 11 ปี ประเทศเมียนมาร์มีการศึกษาพื้นฐาน 10 ปี คนที่จบปริญญาจากประเทศเหล่านี้จะถูกนับว่ามาตรฐานต่ำกว่าของไทย ถึงแม้ว่าคนไทยที่ไปเรียนจบมัธยมศึกษาจากประเทศไทยที่ใช้เวลา 12 ปีแล้วก็ตาม

ในช่วงหลังนี้มีการเรียนทางไกลมากขึ้น คนได้ปริญญาจากต่างประเทศแต่ไม่เคยไปเรียนในต่างประเทศเลย บางคนได้ปริญญาจากสหรัฐอเมริกา หรือสหราชอาณาจักร แต่เรียนที่ประเทศไทยหรือสิงคโปร์ เจ้าหน้าที่จะตรวจสอบว่ามหาวิทยาลัยซึ่งให้ปริญญาบัตรนั้นมีหลักสูตรทางไกลที่ได้รับการจดทะเบียนหรือรับรองถูกต้องตามกฎหมายจากรัฐบาลในประเทศที่หน่วยงานดำเนินการจัดการศึกษาตามหลักสูตรนั้นตั้งอยู่หรือประเทศที่ตั้งเห็นชอบให้ดำเนินการได้ และได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่มีหน้าที่รับรองของประเทศที่สถาบันนั้นตั้งอยู่ เช่น นักเรียนศึกษาทางไกลอยู่ในประเทศไทย หลักสูตรจะต้องได้รับการจดทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมายในประเทศไทยด้วย มีนักเรียนจำนวนมากที่อยู่ในประเทศไทยแต่เรียนทางไกลจากประเทศฟิลิปปินส์ โดยที่หลักสูตรนั้นไม่เคยจดทะเบียนในประเทศไทยทำให้ไม่สามารถรับรองคุณวุฒิปู่ได้

คุณวุฒิตบมาตรฐานคุณวุฒิปู่ระดับอุดมศึกษาของไทยมี 6 คุณวุฒิปู่ ได้แก่ 1. อนุปริญญา 2. ปริญญาตรี 3. ประกาศนียบัตรบัณฑิต 4. ปริญญาโท 5. ประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง 6. ปริญญาเอก

ในทางการแพทยการจะบอกว่าตนเองเป็นผู้เชี่ยวชาญจะต้องได้รับการรับรองจากแพทยสภาก่อน การได้ American Board จากสหรัฐอเมริกาจะต้องมาสอบขอหนังสืออนุมัติจากราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องของไทยก่อนจึงจะเป็นผู้เชี่ยวชาญได้ หลักสูตรระยะสั้นในประเทศไทยจะใช้อ้างอิงได้ต้องได้รับการรับรองจากแพทยสภาเช่นกัน

เมื่อเร็ว ๆ นี้มีแพทย์อ้างว่าได้รับปริญญาเอกจาก California University สร้างความสับสนให้กับคนจำนวนมาก เราคุ้นเคยกับ University of California และ California State University ซึ่งได้รับการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพในสหรัฐอเมริกาและประเทศไทย ส่วน California University ไม่เคยได้รับการรับรองจากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมของไทย จึงไม่น่าจะนำมาอ้างได้



ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 555 ประจำเดือนกรกฎาคม 2567

3 สมาคมกีฬาเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย

ทำไมนักกีฬาจึงเสี่ยงต่อการขาดธาตุเหล็ก?

5 โลกกว้างทางแพทย์

- ผลการเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่และเชื้อสาเหตุโรคติดต่อเชื้อทางเดินหายใจ (Flu project) สัปดาห์ที่ 28/2567
- Role of Exercise in Pulmonary Hypertension: Evidence from Bench to Bedside
- เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับเชื้ออะแคนทามีบา

9 Get Up

- The potential anti-arrhythmic effect of SGLT2 inhibitors
- การออกกำลังกายแต่ละชนิดจะช่วยลดภาวะนอนไม่หลับได้อย่างไร

11 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

ผู้สูงอายุกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

12 Movement

13 In Focus

เอ็นไอเอไอซ์ 3 นวัตกรรมรองรับโรครักษายาก
โรคค่าใช้จ่ายสูงด้วยเอไอและดีพีเทค

17 Special

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ผสานความร่วมมือครั้งสำคัญ
ผนึกกำลัง 10 องค์กรทางการแพทย์ชั้นนำของประเทศ
ลงนามความร่วมมือการศึกษาทางการแพทย์ผ่านแพลตฟอร์ม
MedUMORE มุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางคลังความรู้การแพทย์
ระดับนานาชาติ

21 นานาสาระ

การใช้ยา Erythropoietin ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

23 รายงานพิเศษ

ศูนย์พัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคเขตร้อน
ประสบความสำเร็จในการบรรจุชุดทดสอบใหม่เข้าโครงการ สปสช.
เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วย
โรคไข้ดิน หรือไข้แมลิออยด์

25 รอบรู้เรื่องยา

ระบบนำส่งยาระดับนาโนประเภทพอลิเมอร์ (polymer-based
nanocarriers) กับการป้องกันการถูกทำลายของตัวยาก่อนการดูดซึม

27 แพทย์แผนจีน

สะกิดเงิน ในมุมมองแพทย์แผนจีน

30 มุมนิติเวช

คนหาย หาทิไหน

คณะที่ปรึกษา และคอลัมนิสต์

ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ 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 ภูวรัตน์าวีวิธ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

กรรมการผู้จัดการ

สิริพร แสงเทียนฉาย

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, มณัญญา นาควิสัย

อาร์ตไดเรกเตอร์ สุกัญญา หิรัญยะวะลิต

ดีไซเนอร์ อาทิตย์ ศานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

งานโฆษณา ภิญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์

พัชรินทร์ ภายหอม, ปิยะวรรณ หาปัญนะ

กนกอร ขจรศักดิ์, มณัญญา นาควิสัย

ช่างภาพ ศพล 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

ทำไมนักกีฬาจึงเสี่ยงต่อ การขาดธาตุเหล็ก?

ธาตุเหล็กเป็นแร่ธาตุพื้นฐานที่ร่างกายนำไปใช้ในกระบวนการต่าง ๆ มากมาย เช่น การลำเลียงออกซิเจนและการผลิตพลังงานในระดับเซลล์ ซึ่งมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกีฬา ดังนั้น การได้รับ การใช้ประโยชน์ และการสะสมธาตุเหล็กในปริมาณที่เพียงพอจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อนักกีฬา อย่างไรก็ตาม ภาวะพร่อง/ขาดธาตุเหล็ก (Iron Deficiency: ID) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มนักกีฬา โดยมีการรายงานอัตราการเกิดโรค 15-35% ในนักกีฬาหญิง และ 3-11% ในนักกีฬาชาย นักกีฬาจะมีความเสี่ยงต่อการขาดธาตุเหล็กสูงขึ้นเมื่อมีปัจจัยเหล่านี้ร่วมด้วย

1. **เพศหญิง** จะมีการสูญเสียธาตุเหล็กไปกับประจำเดือน
2. **เล่นกีฬาประเภทที่ต้องทำน้ำหนักตัว/จำกัดน้ำหนัก** มีการจำกัดพลังงานในอาหาร ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับธาตุเหล็กจากอาหารไม่เพียงพอ
3. **เล่นกีฬาประเภทอดทน (endurance sports)** เช่น วิ่งมาราธอน ไตรกีฬา ทำให้เกิดการแตกของเม็ดเลือดแดง (haemolysis) ที่รุนแรงขึ้นจากแรงที่เท้ากระทบพื้นดิน
4. **การรับประทานอาหารมังสวิรัต** เนื่องจากเนื้อสัตว์เป็นแหล่งของธาตุเหล็กที่ดูดซึมได้ดีกว่าผัก การงดรับประทานเนื้อสัตว์ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับธาตุเหล็กในปริมาณที่ไม่เพียงพอ

นอกเหนือจากปัจจัย 4 ข้อดังกล่าวข้างต้นแล้ว การออกกำลังกายยังส่งผลให้ **1. เกิดการสูญเสียธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น** ได้จากการขับเหงื่อ ปัสสาวะเป็นเลือด (haematuria) เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร (GI) **2. เกิดการดูดซึมธาตุเหล็กที่ลำไส้ลดลง** (เนื่องจากการออกกำลังกาย --> การหลั่งสารอักเสบ IL-6 ที่เพิ่มขึ้น --> ตับหลังฮอร์โมน hepcidin เพิ่มขึ้น --> ลำไส้ดูดซึมธาตุเหล็กน้อยลง) จากการศึกษาของ Peeling, et al. (2008) พบว่าการออกกำลังกายส่งผลให้ระดับของ hepcidin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ควบคุมการดูดซึมธาตุเหล็กสูงขึ้นในช่วง 3-6 ชั่วโมงหลังออกกำลังกาย ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กลดลง (> 36%) ดังนั้น ในการวางแผนโภชนาการจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวด้วย

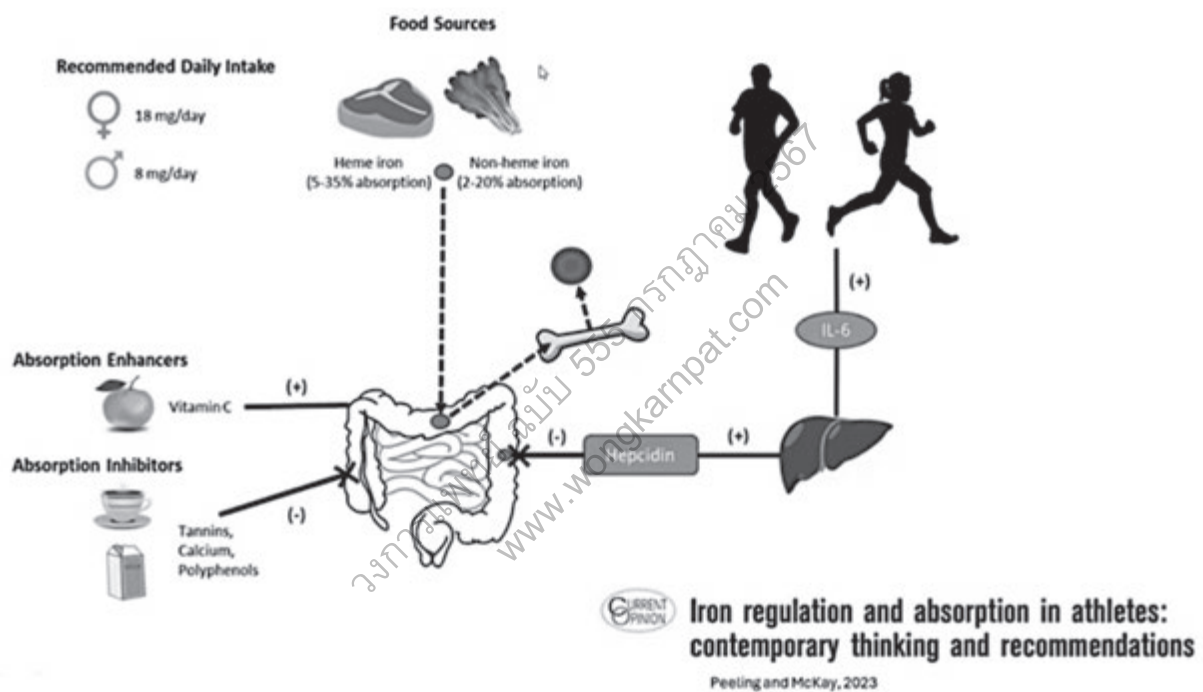
การประเมินและการรักษาการขาดธาตุเหล็กในนักกีฬา

การจำแนกระดับของการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มนักกีฬาใช้วิธีการตรวจวิเคราะห์ตัวบ่งชี้ในเลือด 3 ตัว ได้แก่ เฟอร์ริติน (ferritin) ความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hb) และ transferrin saturation โดยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ (ตามรายละเอียดดังตาราง) โดยในแต่ละระยะจะแนะนำให้ใช้วิธีการรักษาที่แตกต่างกันดังนี้ **ในระยะที่ 1: Iron deficiency** ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของภาวะพร่องเหล็ก แนะนำให้ใช้หลัก Food Approach หรือการเพิ่มการรับประทานอาหารที่เป็นแหล่งของธาตุเหล็กให้มากขึ้น **ในระยะที่ 2: Iron-deficient non-anemia (IDNA)** แนะนำให้รักษาโดยใช้วิธีการรับประทานธาตุเหล็กเสริม (oral iron supplement) และ **ในระยะที่ 3: Iron-deficient anemia (IDA)** แนะนำให้ใช้วิธีฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ (Intravenous iron approach)

	Different stages of iron deficiency	Serum ferritin (µg/L)	Haemoglobin concentration (g/L)	Transferrin saturation (%)
1	Iron deficiency	<35	>115	>16
2	Iron-deficient non-anaemia (IDNA)	<20	>115	<16
3	Iron-deficient anaemia (IDA)	<12	<115	<16

การวางแผนโภชนาการสำหรับนักกีฬาที่มีภาวะพร่องธาตุเหล็ก (ระยะที่ 1)

ในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของภาวะพร่องธาตุเหล็ก นักกีฬาสามารถเพิ่มการสะสมธาตุเหล็กได้จากการรับประทานอาหารที่เป็นแหล่งของธาตุเหล็กให้มากขึ้น โดยผู้ชายควรได้รับธาตุเหล็ก 8 มิลลิกรัมต่อวัน ผู้หญิงควรได้รับธาตุเหล็ก 18 มิลลิกรัมต่อวัน **อาหารที่เป็นแหล่งของธาตุเหล็ก** เช่น เนื้อแดง ไข่ ผักใบเขียว เป็นต้น ร่างกายจะสามารถดูดซึมธาตุเหล็กจากเนื้อสัตว์ (5-35%) ได้ดีกว่าในพืช (2-20%) แนะนำให้รับประทานอาหารดังกล่าวร่วมกับอาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้ม มะนาว เพื่อช่วยให้เกิดการดูดซึมที่ดีขึ้น และหลีกเลี่ยงการรับประทานร่วมกับอาหารที่มีสารแทนนินสูง เช่น ชา กาแฟ และอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ชีส เนื่องจากสารเหล่านี้จะขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก **เวลาที่เหมาะสมที่ควรรับประทาน** ควรเป็นตอนเช้า เมื่อไม่มีการออกกำลังกาย แต่หากมีการออกกำลังกาย ควรรับประทานอาหารเช้าที่หลังออกกำลังกาย เพื่อให้การย่อยและดูดซึมอาหารดังกล่าวเสร็จสิ้นก่อนที่ฮอร์โมน hepcidin จะเพิ่มสูงสุด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการดูดซึมธาตุเหล็กได้ลดลง (ตามรูป)

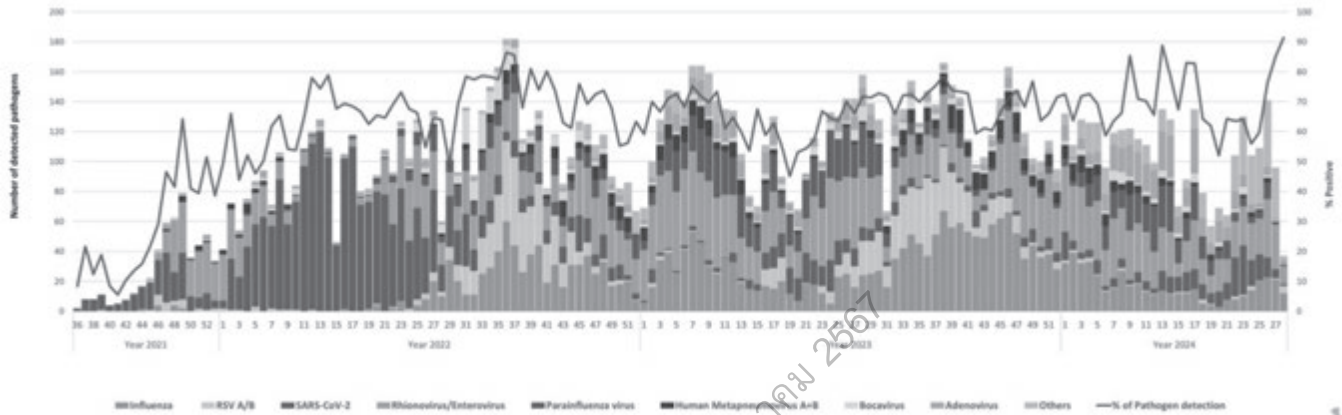


เอกสารอ้างอิง

1. Peeling P, Dawson B, Goodman C, Landers G, Trinder D. Athletic induced iron deficiency: new insights into the role of inflammation, cytokines and hormones. *European journal of applied physiology*. 2008;103(4):381.
2. Sim M, Garvican-Lewis LA, Cox GR, Govus A, McKay AKA, Stellingwerff T, & Peeling P. Iron considerations for the athlete: a narrative review. *European journal of applied physiology*. 2019;119(7):1463-78.

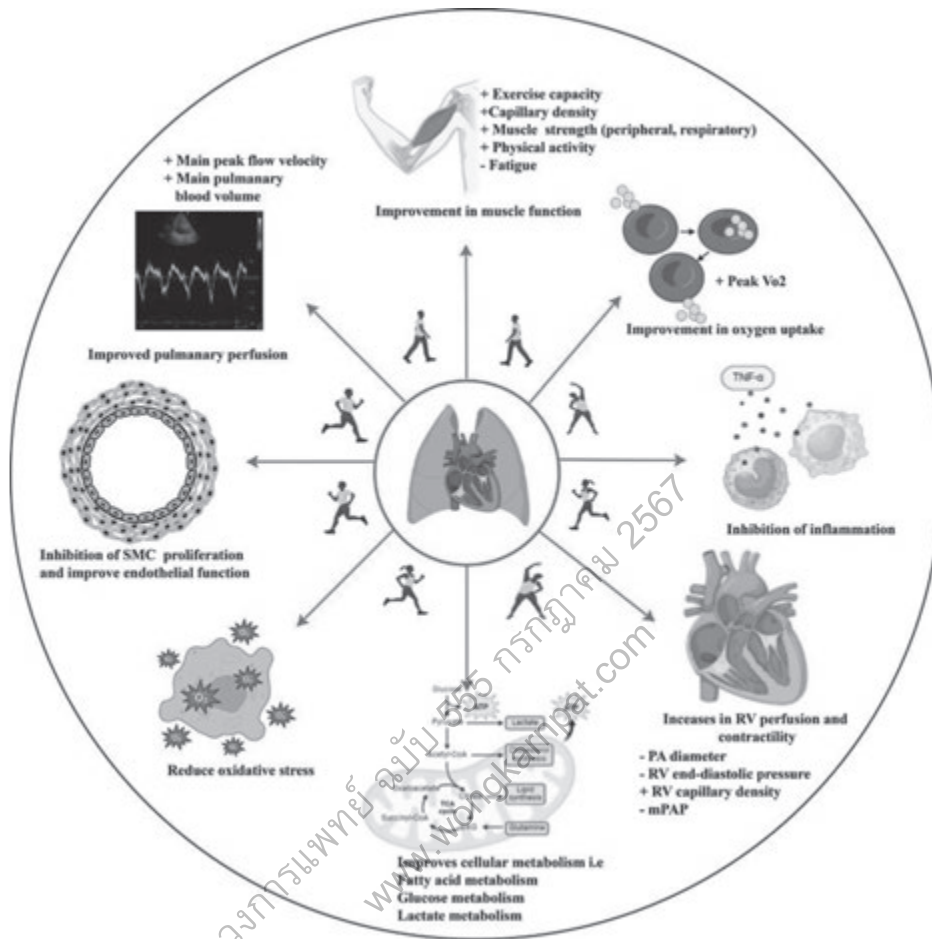


ผลการเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่และเชื้อสาเหตุโรคติดต่อทางเดินหายใจ (Flu project) สัปดาห์ที่ 28/2567



ในช่วงฤดูฝนเป็นช่วงที่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ได้มากที่สุด ซึ่งหากเกิดโรคแล้วผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง และในบางรายจะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังอาจเกิดร่วมกับโรคในระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ได้ ซึ่งจะยิ่งทำให้มีความรุนแรงของโรคมากขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จากรายงานของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าในสัปดาห์ที่ 28/2567 เชื้อทางเดินหายใจที่พบบ่อยจำแนกตามกลุ่มอายุในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มอายุน้อยกว่า 17 ปี พบเชื้อ Rhinovirus/Enterovirus มากที่สุด ในขณะที่กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 18-64 ปี พบเชื้อ SARS-CoV-2 มากที่สุด ข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การวางแผนนโยบายเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ โดยการกระตุ้นในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการจัดวัคซีน หรือเพิ่มมาตรการการป้องกันการติดเชื้อให้เข้มงวดมากขึ้น

Role of Exercise in Pulmonary Hypertension: Evidence from Bench to Bedside



การปรับพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ และจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ก็แสดงผลไปในทิศทางเดียวกันว่าหากดำเนินการปรับพฤติกรรมหลาย ๆ อย่างร่วมกันก็จะยิ่งทำให้เพิ่มโอกาสในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงเป้าหมาย < 130/80 mmHg ได้มากขึ้น ซึ่งการออกกำลังกายเป็นการปรับพฤติกรรมที่ต้นทุนต่ำ และสามารถทำได้ตลอดเวลาในทุก ๆ ช่วงวัย เพียงแต่จะต้องเลือกชนิด ความหนัก หรือระยะเวลาการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลด้วย เหตุผลหนึ่งมาจากปัจจัยดังที่ได้กล่าวข้างต้นจะส่งผลต่อพยาธิสรีรวิทยาของร่างกายแตกต่างกันออกไป ดังนั้น ในอนาคตการออกกำลังกายอาจจะเป็นการเพิ่ม physical activity ที่ไม่ได้มีนิยามจำกัดอยู่ที่ชนิดกีฬาที่จะเลือกปฏิบัติ แต่จะเป็นการออกกำลังกายแบบมุ่งเป้าว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรวิทยาใด ซึ่งในปัจจุบันก็มี device ที่สามารถวัด biomarkers บางอย่างได้แล้วและค่อนข้างแม่นยำด้วย ซึ่งอาจส่งผลดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น

ที่มา: https://karger.com/pls/article/12/1/66/908570/Role-of-Exercise-in-Pulmonary-Hypertension?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAR2mtfwbDSLgWjm7QQOQbL6IHbD6sAYrO-hsRbKLuURd7F7fQz1mPSFkHU_aem_HBIJa29A9j4SkCdqHG12Og

Effect of NSAIDs on BP and Management of Patients Taking NSAIDs

NSAIDs เป็นยาต้านการอักเสบที่ออกฤทธิ์ยับยั้ง cyclooxygenase enzymes ซึ่ง NSAIDs แต่ละตัวก็จะมีผลเฉพาะในการยับยั้งที่ต่างกัน อย่างไรก็ตาม NSAIDs ทุกตัวอย่างมีผลต่อหัวใจและหลอดเลือดทั้งสิ้น จึงเป็นที่มาของคำแนะนำว่าห้ามใช้ยาในกลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด ในภาวะความดันโลหิตสูงก็เช่นกัน ซึ่งมีการพบหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ว่าการใช้ NSAIDs จะส่งผลเพิ่มระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่ามีผลมากและมีทุกตัว ข้อมูลจากงานวิจัยแสดงให้เห็นผลของ NSAIDs แต่ละตัวต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต ดังนั้น การใช้ยาในกลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึงแม้จะยังไม่ใช่ข้อห้ามใช้ก็ตาม แต่ก็ต้องใช้เมื่อมีข้อบ่งใช้เท่านั้น และมีการติดตามผลลัพท์ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยอย่างใกล้ชิด และหยุดใช้ยาทันทีที่พบว่าพบโอกาสเกิดผลเสียมากกว่าผลดีที่จะได้รับ

Table 1. Cardiovascular Effects of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs

Medication	Change in systolic blood pressure (mm Hg; 95% CI) ^{1,5}	Change in diastolic blood pressure (mm Hg; 95% CI) ^{1,5}	Relative risk of hypertension vs. placebo (95% CI) ^{1,6}	Rate ratio of myocardial infarction vs. placebo (95% credibility interval) ⁷	Rate ratio of stroke vs. placebo (95% credibility interval) ⁷
Celecoxib (Celebrex)	2.6†	1.0†	1.2 (0.8 to 1.9)	1.4 (0.7 to 2.7)	1.1 (0.6 to 2.1)
Diclofenac	-0.5 (-1.5 to 0.6)	-0.56 (-1.2 to 0.07)	NA	0.8 (0.3 to 2.2)	2.9 (1.1 to 8.4)‡
Ibuprofen	3.5 (2.7 to 4.4)‡	1.2 (0.7 to 1.6)	2.8 (1.4 to 5.7)‡	1.6 (0.5 to 5.8)	3.4 (1.0 to 12)
Indomethacin	2.9 (-0.3 to 6.1)	1.6 (0.3 to 2.9)	NA	NA	NA
Nabumetone	1.7 (-0.02 to 3.4)	-0.1 (-1 to 0.86)	1.5 (0.5 to 4.5)	NA	NA
Naproxen (Naprosyn)	0.73 (-1 to 2.5)	-0.14 (-1.2 to 0.86)	2.1 (0.97 to 4.4)	0.8 (0.4 to 1.7)	1.8 (0.9 to 3.3)
Sulindac (Clinoril)	1.5 (-1.2 to 4.3)	0.17 (-1.3 to 1.7)	NA	NA	NA

CI = confidence interval; NA = not available.

*—Bayesian credibility intervals may be interpreted as conventional CIs because the study authors assumed minimally informative prior distributions.

†—The meta-analysis did not give statistics for mean blood pressure changes resulting from treatment with celecoxib compared with baseline.

‡—Statistically significant.

Information from references 1, and 5 through 7.

ที่มา:

- Polónia J. Interaction of antihypertensive drugs with anti-inflammatory drugs. *Cardiology*. 1997;88 Suppl 3:47-51. doi: 10.1159/000177507. PMID: 9397294.
- Szeto CC, Sugano K, Wang JG, Fujimoto K, Whittle S, Modi GK, Chen CH, Park JB, Tam LS, Vareesangthip K, Tsoi KKF, Chan FKL. Non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) therapy in patients with hypertension, cardiovascular, renal or gastrointestinal comorbidities: joint APAGE/APLAR/APSDE/APSH/APSN/PoA recommendations. *Gut*. 2020 Apr;69(4):617-629. doi: 10.1136/gutjnl-2019-319300. Epub 2020 Jan 14. PMID: 31937550.

เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับเชื้ออะแคนทามีบา

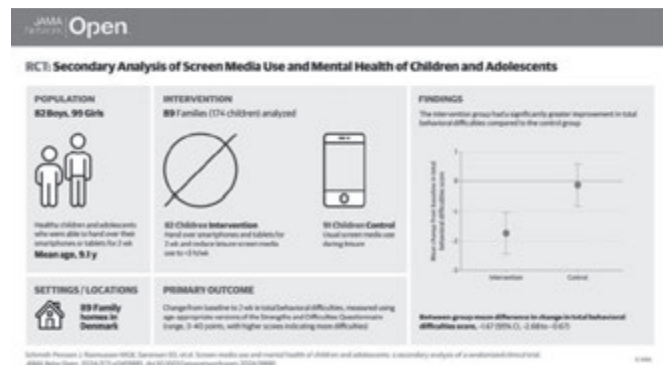
ในช่วงที่ผ่านมาพบข่าวการปนเปื้อนของเชื้ออะแคนทามีบาในน้ำใช้ของสถานที่พักอาศัยของประชาชนกลุ่มหนึ่ง ซึ่งการติดเชื้อมีลักษณะที่ต่างจากเชื้ออื่น ๆ ตามมาเชื้ออะแคนทามีบาเป็นเชื้อโปรโตซัวที่สามารถพบได้ตามธรรมชาติ ดำรงชีวิตได้ด้วยตัวเอง พบในสิ่งแวดล้อม เช่น ในดิน แหล่งน้ำตามธรรมชาติ ทั้งน้ำจืด น้ำเค็ม และน้ำกร่อย เชื้อนี้ทำให้เกิดโรคในคนจากการไปสัมผัสเชื้อโดยตรง เช่น ตา หรือผิวหนังที่มีแผล ทำให้มีอาการอักเสบบริเวณนั้น เช่น ทำให้เกิดตาอักเสบ หรือกระจกตาอักเสบที่รุนแรง ซึ่งในรายที่มีอาการรุนแรงมากอาจทำให้ตาบอดได้ ดังนั้น ในแหล่งน้ำใช้ต่าง ๆ ควรต้องมีการดูแลสุขอนามัยชุมชนให้ดี และมีการตรวจสอบเชื้อจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อนด้วยเสมอ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการตรวจเชื้อมีความก้าวหน้าอยู่ ในมาตรฐานการตรวจเชื้อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ก็ต้องมีแนวทางการประเมินความเสี่ยงของการปนเปื้อน และตรวจเชื้อจุลินทรีย์ที่เหมาะสมอยู่เป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ล่วงหน้า



ที่มา: https://www.eidcctrc.org/article-detail/22?fbclid=IwZXh0bG9hZW0CMTAAAR3LcN1wzwnYYSF-zodO-P3DOstYsSi4ENMIaNoM5oJIS19D-42oADsBVWc_aem_oWVOAW50WkwtkjVeloygZw

Does reducing leisure-time screen media use improve mental health among children and adolescents?

ปัญหาหนึ่งทีพบบ่อยมากในเด็กเล็กและเด็กโตในปัจจุบันคือ ปัญหาการติดหน้าจอ เนื่องจากในบริบทปัจจุบันมีการพัฒนา social media และ media technology เป็นอย่างมาก ทำให้เกิดเนื้อหาจำนวนมาก และเนื้อหาจำนวนมากนั้นก็เป็นที่เด็กสนใจ จึงมีคำถามงานวิจัยว่า หากสามารถลดระยะเวลาที่ใช้กับหน้าจอของเด็กเล็กและเด็กโตลง จะทำให้มีพัฒนาการทาง mental health ดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร งานวิจัย โดย Jesper Schmidt-Persson ดำเนินการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อผลของการลดระยะเวลาที่ใช้กับหน้าจอของเด็กเล็กและเด็กโตลง 2 สัปดาห์ ว่ามีความสัมพันธ์กับ mental health ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้คือ prespecified secondary analysis of a cluster randomized clinical trial with a 2-week follow-up included 89 families (with 181 children and adolescents) from 10 Danish municipalities in the region of Southern Denmark ผลลัพธ์หลัก ที่สนใจคือ ความแตกต่างของ total behavioral difficulties ก่อนและหลัง วิจัย 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครกลุ่มที่ถูกให้ลดระยะเวลา การใช้หน้าจอลงมี mental health ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นเรื่อง psychological symptoms อย่างไรก็ตาม ยังคงมีคำถามอยู่มากเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ เช่น หากไม่ลด ระยะเวลาแต่เลือก contents ให้เหมาะสมจะเป็นอย่างไร หรือไม่ลดเวลา

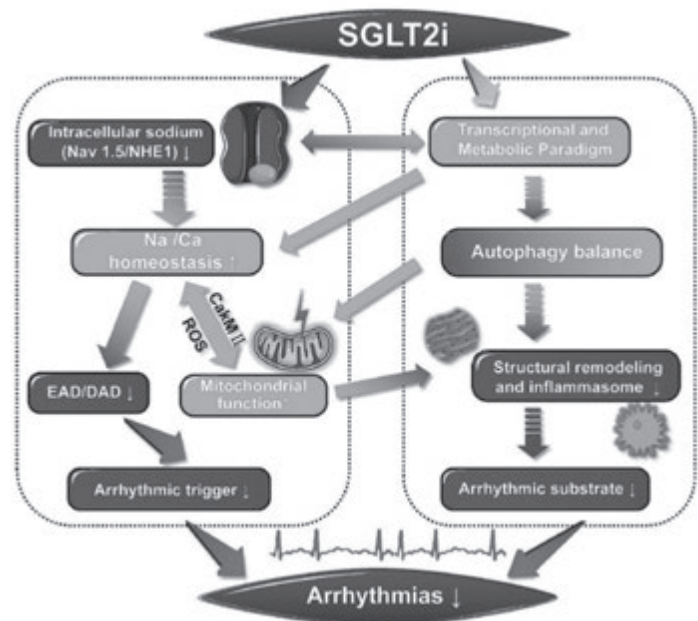


แต่จัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม และ/หรือร่วมกับเลือก contents ให้เหมาะสม จะเป็นอย่างไร นอกจากนี้งานวิจัยนี้เป็นเพียงผลการวิจัยในระยะสั้น เท่านั้น จะต้องมีการวิจัยในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นต่อไป

ที่มา: Schmidt-Persson J, Rasmussen MGB, Sorensen SO, Mortensen SR, Olesen LG, Brage S, Kristensen PL, Bilenberg N, Grøntved A. Screen Media Use and Mental Health of Children and Adolescents: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2024 Jul 1;7(7):e2419881. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.19881. PMID: 38995646; PMCID: PMC11245724.

The potential anti-arrhythmic effect of SGLT2 inhibitors

SGLT2 inhibitors เป็นยาในกลุ่มยับยั้งสารเอสจีแอลทีทู เป็นยาในกลุ่มใหม่สำหรับรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีกลไกยับยั้ง การดูดซึมน้ำตาลกลับสู่กระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือด หัวใจ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ซึ่งในปัจจุบันก็มีการค้นพบรายละเอียดเกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ ของยาในข้อบ่งชี้ต่าง ๆ มากขึ้น กลไกที่น่าสนใจอย่างหนึ่งของ ยาในกลุ่มนี้คือ anti-arrhythmic effect เนื่องจากข้อบ่งชี้ของยา ในปัจจุบันครอบคลุมสำหรับรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงในการเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ แต่ยังไม่รวมการเกิด cardiac arrhythmia ข้อมูล จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางเภสัชวิทยาพบว่ากลไก anti-arrhythmic effect ของยาในกลุ่มนี้จะเกี่ยวข้องกับการ improve mitochondria function ส่งผลสุดท้ายทำให้ลดสารตั้งต้นของการเกิด arrhythmic event ลดลง ซึ่งเป็นข้อมูลที่น่าสนใจและอาจนำไปสู่งานวิจัย ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อกำหนดข้อบ่งชี้เพิ่มเติมของยาในกลุ่มนี้ได้



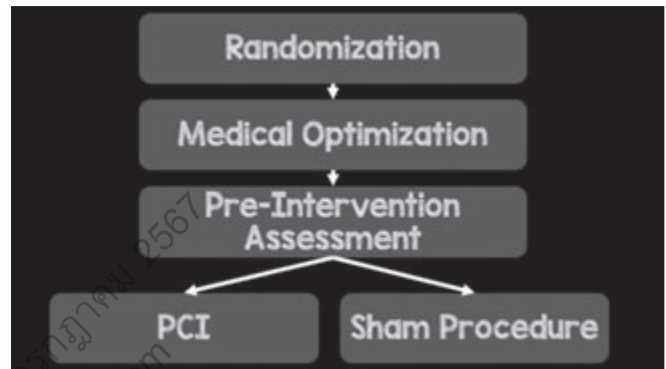
ที่มา: Duan HY, Barajas-Martinez H, Antzelevitch C, et al. The potential anti-arrhythmic effect of SGLT2 inhibitors. *Cardiovasc Diabetol* 23, 252 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12933-024-02312-0>

Placebo ที่เสมือนจริงที่สุดในกรณี invasive trial

ในการวิจัยทางคลินิกประเด็นที่มีความสำคัญอย่างมากประการหนึ่งคือ การมีตัวเปรียบเทียบที่ดี และการปกปิดไม่ให้อาสาสมัครทราบว่าตนเองได้รับ intervention หรือ comparator ซึ่งจากอดีตจนถึงปัจจุบันนักวิจัยสามารถสร้าง placebo และปกปิดได้เฉพาะกับการวิจัยการรักษาที่เป็น non-invasive intervention เท่านั้น แต่สำหรับ invasive placebo เช่น การทำหัตถการใด ๆ ยังไม่สามารถทำได้ จึงส่งผลทำให้อาจเกิดอคติในการวิจัยจนรบกวนผลลัพธ์หลักของการวิจัยได้ จนมาถึงปัจจุบันที่มีการนำเสนอผลการวิจัย ORBITA trial ซึ่งมีการนำ placebo procedure มาใช้ (การแสร้งว่าทำการขยายเส้นเลือด) เปรียบเทียบกับ intervention คือ percutaneous coronary intervention (PCI) ซึ่งจากการวิจัยพบว่า “In patients with medically treated angina and severe coronary stenosis, PCI did not increase exercise time by more than the effect of a placebo procedure. The efficacy of invasive procedures can be assessed with a placebo control, as is standard for pharmacotherapy.” แสดงให้เห็นแนวโน้มว่าอาจเกิด placebo procedure เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยในอดีตที่เปรียบเทียบกับ no treatment ดังนั้น นี่อาจเป็นจุดเริ่มต้นของ

การสร้างมาตรฐานใหม่ในการดำเนินการวิจัยแบบ invasive trial ที่ผู้วิจัยจะต้องพยายามสร้าง placebo procedure มาเปรียบเทียบกับอคติของการวัดผลลัพธ์ของงานวิจัย

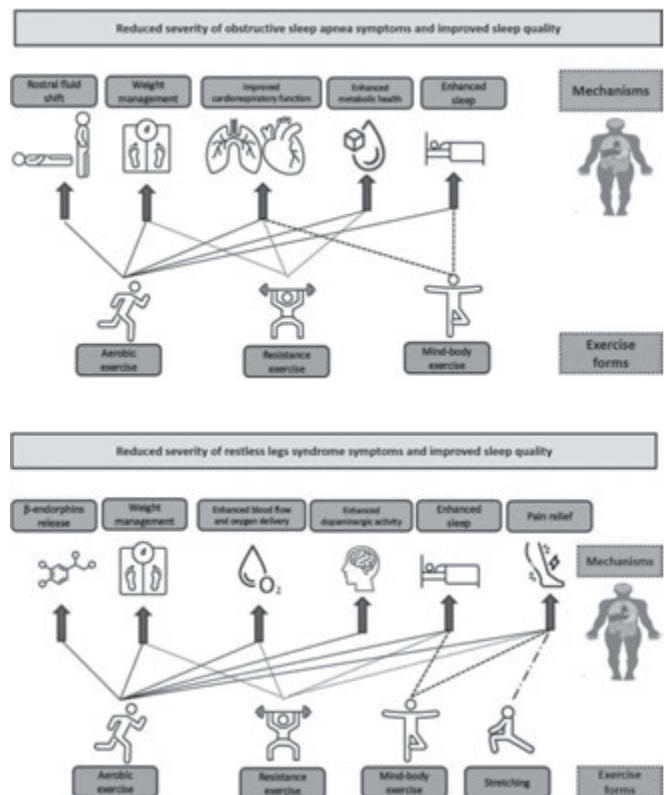
ที่มา: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32714-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32714-9/abstract)



การออกกำลังกายแต่ละชนิดจะช่วยลดภาวะนอนไม่หลับได้อย่างไร

คำถามว่า “การออกกำลังกายแต่ละชนิดจะช่วยในภาวะนอนไม่หลับได้อย่างไร” และ “การออกกำลังกายชนิดใดที่ช่วยมากที่สุด” เป็นคำถามสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ มักจะได้รับจากผู้ป่วย ซึ่งแต่ละคนก็จะตอบคำถามดังกล่าวแตกต่างกันออกไป เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่รับคำแนะนำไปใช้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกได้แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่ชัดเจนมากขึ้นที่อธิบายผลของการออกกำลังกายแต่ละชนิดต่อการนอนไม่หลับ โดย Christoforos D. Giannaki และคณะ ดำเนินการวิจัยและได้ข้อสรุปว่าการออกกำลังกายแต่ละชนิด (aerobic, resistance, mind body และ stretching) รวมทั้งความถี่และความถี่ของการออกกำลังกายจะส่งผลช่วยอาการใน “โรคนอนไม่หลับ (insomnia)” ได้แตกต่างกัน ทั้งนี้ผลดีที่จะเกิดขึ้นกับโรคขึ้นอยู่กับชนิด ความถี่ ระยะเวลา และความหนักของการออกกำลังกายแต่ละชนิดแบบเฉพาะ ดังนั้น การให้คำปรึกษาหรือแนะนำเกี่ยวกับเรื่องนี้ในอนาคตอาจจะต้องการทำแบบเฉพาะรายมากขึ้น และต้องมีการประเมินด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยควบคู่กันไปด้วย

ที่มา: https://link.springer.com/article/10.1007/s00421-024-05556-6?fbclid=IwZXh0bG9hZm90CMTAAAR3fsDLGjPAE74d2Q4U2Odv5h0x8BvjcmQa_DqS0TXzM-1Kd1fFF0qTJhrE_aem_v4My7vM_5-fndd300j9TJA



ผู้สูงอายุกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

ผมสูงอายุแล้วจึงต้องฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ทุกปี ฉีดป้องกันโรคบาดทะยัก ไอกรณ คอตีบ ทุก 10 ปี เคยฉีดป้องกัน งูสวัดหรือ herpes zoster ในปี พ.ศ. 2558 เคยฉีดป้องกัน โรคปอดบวมที่เกิดจากเชื้อ pneumococcus เมื่อ 2/11/2552, pneumococcus 13 เมื่อ 11/6/2558 และ pneumococcus 23 มาแล้วเมื่อปี พ.ศ. 2563 ฉีดป้องกันไข้หวัดใหญ่ครั้งสุดท้ายเมื่อ 7/12/2565 จะไปฉีดกลางปี 2566 แพทย์บอกว่าเร็วไปนิดจึงรอก่อน ปรากฏว่าลิ้มจนกระทั่งเมื่อ 25/12/2566 เพียง 1 ปีกว่าหลังฉีดเข็ม สุดท้ายผมกลับเป็นโรคไข้หวัดใหญ่เสียนี้? และหลังจากนั้น 1 เดือน ต้นมาเป็นโรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคไข้หวัดใหญ่ คือโรค เยื่อหุ้มสมองอักเสบแบบไม่มีเชื้อ หรือ post influenza meningitis ปวดหัวมาก ต้องเข้าโรงพยาบาล เจาะหลังดูน้ำไขสันหลังตั้ง 2 ครั้งเพื่อเป็นการวินิจฉัย รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ฯลฯ

ไข้หวัดใหญ่ต้องฉีดทุกปีเพราะเชื้อจะกลายพันธุ์ตลอดเวลา แต่ถึงแม้ฉีดก็ยังเป็นโรคได้ เพราะวัคซีนไม่ว่าเพื่อป้องกันโรคอะไร ก็ไม่ป้องกัน 100% อยู่แล้ว และในกรณีของเชื้อไข้หวัดใหญ่มีหลาย สายพันธุ์ด้วย แต่อย่างน้อยถ้าเราฉีดป้องกันโรค เราจะลดโอกาสที่จะ ติดเชื้อ และถ้าติดก็ไม่ค่อยเป็นอย่างรุนแรง ฉะนั้นหลังจากติดเชื้อ ไข้หวัดใหญ่ได้ 6 เดือน ผมจึงไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โดยอายุอย่างผม แพทย์แนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ แบบ high dose หรือฉีดในปริมาณที่มากขึ้น ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อน มากขึ้นนิด ราคาวัคซีนแพงกว่าปริมาณธรรมดา คือ อยู่ที่ 1,350 บาท ถูกที่สุดแล้วที่สถานเสาวภา แต่วัคซีน high dose นี้ (ปริมาณที่ฉีด 0.5 ซีซี) จะมีประสิทธิภาพในการป้องกันดีกว่าวัคซีน dose ธรรมดา ผมฉีดแล้วก็ไม่มีปัญหาอะไรทั้งสิ้น

ผมแนะนำให้ผู้สูงอายุทุก ๆ คน หรือผู้ที่มีโรคเสี่ยง (608) ไปฉีดป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และโรคอื่น ๆ ตามที่แพทย์แนะนำ ถึงแม้ผมเป็นแพทย์ ผมก็ยังต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอยู่ตลอดเวลา ในทุก ๆ โรค เพราะแพทย์ในประเทศไทยเฉพาะที่มีการอบรมและ สอบมีถึง 93 สาขาและอนุสาขา อย่างเช่น ผมฉีดวัคซีนป้องกันโรค ปอดบวมจากเชื้อ pneumococcus มาแล้ว แต่ปัจจุบันมีการพัฒนา ทางด้านการแพทย์ยิ่งขึ้น ต่อมาจึงฉีดอีก 2 เข็ม ส่วนวัคซีนป้องกัน งูสวัด หรือ herpes zoster ปัจจุบันนี้มีวัคซีนที่ทันสมัยมากขึ้นคือ ต้องฉีด 2 เข็ม ประสิทธิภาพจะดีกว่าเดิม ถึงแม้ผมฉีดวัคซีนป้องกัน งูสวัดมาแล้ว แต่แพทย์ยังแนะนำให้ผมไปฉีดยารุ่นใหม่และผมเอง ก็จะไปฉีดถึงแม้ผมต้องออกค่าใช้จ่ายเอง โดยความจริงวันนี้แพทย์ บอกว่าผมฉีดได้ทั้งวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และเข็มแรกของ งูสวัด แต่ผมคิดว่าผมสูงอายุแล้ว ฉีดทีละเข็มดีกว่า

สำหรับผม แพทย์แนะนำให้ฉีด COVID-19 ต่อทุกปี ฉีดมาแล้ว 6 เข็ม ติด COVID-19 แล้ว 2 ครั้ง แต่เนื่องจากผมอายุมากแล้ว

และยังมีคนติดเชื้อ COVID-19 ต่อเนื่องตลอดเวลา แพทย์จึงแนะนำให้ผมฉีด ผมฉีดครั้งสุดท้ายเมื่อ 24/4/2566 และจะฉีดวัคซีนป้องกัน โรคงูสวัด 2 เข็มด้วย โดยจะฉีดห่างกันอย่างน้อย 2 เดือน

ราคาวัคซีนสำหรับประชาชนทั่วไปที่สถานากาชาดไทยหรือ สถานเสาวภา มีดังนี้ influenza (influvac) ราคาปัจจุบันอยู่ที่ 350 บาท (fluarix tetra) 350 บาท (vaxigrip tetra) 350 บาท Influenza Efluelda ราคา 1,450 บาท

Pneumococcal (pneumovax 23) ป้องกันโรคปอดบวม จากเชื้อนี้ ราคา 1,300 บาท, Pneumococcal (Prenar 13) ป้องกัน โรคปอดบวมจากเชื้อนี้ ราคา 2,300 บาท, Pneumococcal (vaxneuvance 15) ป้องกันโรคปอดบวมจากเชื้อนี้ ราคา 2,300 บาท

Tdap (adacel) คอตีบ บาดทะยัก ไอกรณ ราคา 650 บาท, Tdap (boostrix) คอตีบ บาดทะยัก ไอกรณ ราคา 630 บาท, Tdap (boostagen) คอตีบ บาดทะยัก ไอกรณ ราคา 800 บาท

Shingles (zostavax) งูสวัด ราคา 4,750 บาท, Shingles (sky zoster) งูสวัด ราคา 3,850 บาท, Shingles (Shingrix) งูสวัด ราคา 5,200 บาท

แต่ขอเรียนว่าราคาทั้งหมดนี้เป็นราคาปัจจุบัน อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ผมนำมาเรียนให้ท่านผู้อ่านทราบพอเป็นสังเขป

อยากเรียนให้ท่านผู้อ่านสนใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคว่า การฉีดวัคซีนเป็นวิธีการป้องกันที่ดีที่สุดชนิดหนึ่ง แต่ถึงแม้ฉีดแล้วเราก็ต้องไม่ประมาท ต้องมีพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วย เช่น เมื่อเราฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 เราก็ต้องระวังตัว โดยเฉพาะถ้าทราบว่ามีภาวะระบาดของโรค COVID-19 ด้วยการอยู่ห่าง ๆ ผู้อื่น หรือที่ที่มีคนมาก ๆ ใส่หน้ากากตลอดเวลา ซึ่งจะ ช่วยป้องกันโรคที่ติดต่อทางระบบหายใจอื่น ๆ ได้ด้วย ล้างมือให้ สะอาดบ่อย ๆ ไม่เอามือจับหน้าตนเอง เวลาไอควรเอาแขนพับ ปิดปาก เวลารับประทานอาหารต้องใช้ช้อนกลาง ผมยังเห็นพวกเรา หลายคนรวมทั้งครอบครัวผมที่มีช้อนกลาง แต่ไม่ใช้ กลับใช้ช้อนหรือ ตะเกียบตนเองตักหรือคีบอาหาร ผมเองชอบมีช้อนหรือตะเกียบกลาง ของตนเอง ใช้ช้อนหรือตะเกียบกลางนี้ตักอาหาร แล้วจึงใช้ช้อนหรือ ตะเกียบส่วนตัวตักอาหารเข้าปาก ฯลฯ

วิธีการต่าง ๆ นี้จะเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้ตัวเราด้วยการฉีดวัคซีน ลดโอกาส จำนวนหรือปริมาณเชื้อโรคต่าง ๆ ที่จะมาสู่เรา เมื่อมีเชื้อโรคมาถึงตัวเราน้อย และเรามีภูมิคุ้มกันสูง เราก็จะสามารถ เอาชนะเชื้อโรคได้

อยากเรียนให้ทราบว่าผู้สูงอายุถ้าเป็นโรคไข้หวัดใหญ่จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองตีบ และอุดตันมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคไข้หวัดใหญ่ นี่จึงเป็นเหตุผลหนึ่ง ที่ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ครับ

การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งชาติ ครั้งที่ 6

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และมูลนิธิศูนย์วิชาการสารเสพติด (มศวส.) จัดการประชุมวิชาการเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2567 ภายใต้แนวคิด “สู่ออนาคตกับเวชศาสตร์ครอบครัวยุคใหม่” (The Next Generation of Family Medicine) ระหว่างวันที่ 17-20 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ณ โรงแรมแกรนด์ ริชมอนด์ สโตนีลีคอนเวนชั่น โฮเทล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการประชุมได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านวิชาการ และเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพิ่มความรู้และสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ในระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ภายในงานประกอบไปด้วย FMAC: Pre-Conference Workshop of NCFM 2024 ในวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2567 การประชุมหลัก NCFM 2024 ในวันที่ 18-19 ตุลาคม พ.ศ. 2567 และพิธีมอบวุฒิบัตร/อนุเมติบัตรในวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนได้ที่ www.thaincfm.com หรือ Scan QR Code อัตราค่าลงทะเบียน แพทย์สมาชิกราชวิทยาลัยฯ/สมาชิกสมาคมฯ 3,500 บาท แพทย์ทั่วไป/บุคลากรอื่น ๆ 4,000 บาท แพทย์ประจำบ้าน (ไม่มีตำรา) 2,500 บาท และ FMAC: Pre-Conference Workshop 1,000 บาท สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม คุณโสภิตสุดา ผันสืบ โทรศัพท์ 02-716-6651-2, 087-754-5427 E-mail: thaincfm@gmail.com

อัตราค่าลงทะเบียน	Early bird (jus 31 ต.ค. 67)	Regular
แพทย์สมาชิก ราชวิทยาลัยฯ/สมาชิกสมาคมฯ *	2,800	3,500
แพทย์ทั่วไป/บุคลากรอื่น ๆ *	3,000	4,000
แพทย์ประจำบ้าน (ไม่มีตำรา)	1,800	2,500
Pre-conference workshop	300 บาท/workshop	

การประชุมประจำปี 2567 วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย

8th Annual Meeting of Thai College of Emergency Physicians | AMTCEP 2024

เตรียมพบกับ "Navigating the Storm: Evolving Challenges in Emergency Medicine"

ระหว่างวันที่ 23 - 26 ตุลาคม 2567 ณ โรงแรม Centara Grand Central Plaza Ladprao, กรุงเทพฯ

วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (วจท.) จัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 8 “Navigating the Storm: Evolving Challenges in Emergency Medicine” ในรูปแบบ onsite และ online ระหว่างวันที่ 23-26 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ณ Centara Grand at Central Plaza Ladprao โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการบริหารผู้ป่วยฉุกเฉินและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลให้แก่แพทย์ฉุกเฉิน แพทย์ปฏิบัติงานในท้องฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพฉุกเฉิน นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ทั้งนี้ภายในงานมีกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ 1. การประชุมวิชาการประจำปี วุฒิแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 8 (AMTCEP 2024) 2. การจัด Pre-congress Workshop ในวันที่ 23 ตุลาคม พ.ศ. 2567 3. การประชุมสามัญประจำปีวุฒิมณฑลวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2566 ครั้งที่ 7 ในวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2567 4. การจัดประกวดวิจัยในรูปแบบ Oral และ Poster Presentation ในวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2567 5. พิธีรับวุฒิบัตรแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ที่จบการศึกษาในปี พ.ศ. 2567 และพิธีรับวุฒิบัตรสำหรับอาจารย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติฯ อนุสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนได้ที่ <https://amtcep2024.onvirtual-meeting.com/home.php> หรือ Scan QR Code อัตราค่าลงทะเบียน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 5,000 บาท แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 4,000 บาท แพทย์สาขาอื่น 5,500 บาท สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทรศัพท์ 094-939-6767 E-mail: tcep.tmc@gmail.com



เอ็นไอเอไอ 3 นวัตกรรมรองรับโรครักษายาก โรคค่าใช้จ่ายสูงด้วยเอไอและดีฟเทค

6
หนุนเทรนด์ Innovative Healthcare
พร้อมนำนวัตกรรมเข้าถึงทุกการดูแลสุขภาพ



สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) หรือ NIA หนุนเทคโนโลยี และนวัตกรรมขั้นสูงฝีมือคนไทยเพื่อรองรับกลุ่มโรคที่พบบ่อย และโรคที่มีค่าใช้จ่าย ในการรักษาสูง โดยเป็นนวัตกรรมด้านปัญญาประดิษฐ์ (AI) และเทคโนโลยีเชิงลึก (DeepTech) ได้แก่ เทคโนโลยีการส่งกลัองทางเดินอาหารด้วยเทคโนโลยี ปัญญาประดิษฐ์เพื่อรองรับการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ แพลตฟอร์มปัญญาประดิษฐ์ สำหรับการคัดกรองมะเร็งเต้านม และแพลตฟอร์มคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด จากกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วยปัญญาประดิษฐ์ โดยการส่งเสริมนวัตกรรมดังกล่าว มีเป้าหมายส่งเสริมให้เกิดการนำนวัตกรรมของไทยไปใช้ในวงกว้าง ลดการพึ่งพา เทคโนโลยีและอุปกรณ์การแพทย์ที่นำเข้าจากต่างประเทศ และช่วยทำให้งบประมาณ ด้านการรักษาพยาบาลของไทยมีราคาถูกลง



ดร.กริชพกา บุญเฟื่อง ผู้อำนวยการสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) กล่าวว่าหลายปีที่ผ่านมาอุตสาหกรรมทางการแพทย์ไทยมีความตื่นตัวในการพัฒนานวัตกรรมและกลไกการรักษาด้วยเทคนิคการแพทย์ขั้นสูงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มโรคที่พบบ่อยซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง ทั้งนี้ นอกจากจะทดแทนการนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศแล้ว ยังเป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาในหลายพื้นที่ด้วยนวัตกรรมทางการแพทย์ที่มีราคาถูกลง

NIA ในฐานะผู้กำหนดทิศทางนวัตกรรมของประเทศเห็นโอกาสและศักยภาพการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งเชิงเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะนวัตกรรมเพื่อการวินิจฉัยหรือรักษาด้วยเทคโนโลยีเชิงลึก ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อโรคที่รักษาได้ยาก การลดภาระบุคลากรทางการแพทย์ การรับมือสถานการณ์ทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ลดต้นทุนบริการทางสุขภาพ ตลอดจนเพิ่มมูลค่าให้กับนวัตกรรมทางการแพทย์ไทยให้ได้รับการยอมรับระดับโลก

“วงการแพทย์ของไทยถูกขับเคลื่อนด้วยการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ โดยประยุกต์วิธีการรักษากับนวัตกรรมและเทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCD) เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน และโรคหลอดเลือด ที่มีการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาด้วย Innovative Healthcare ซึ่งมีบทบาทช่วยส่งเสริมและปรับเปลี่ยนกระบวนการรักษาแบบเดิมให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำขึ้น โดยปัจจุบัน NIA มีการส่งเสริมกลุ่มนวัตกรรมเพื่อรองรับภาวะดังกล่าว ซึ่งมีตัวอย่างนวัตกรรมดังต่อไปนี้”

- **AI สำหรับการคัดกรองมะเร็งเต้านม** ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งของผู้หญิง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในผู้หญิง เพราะส่วนใหญ่ไม่มีอาการนำ ดังนั้น การเพิ่มโอกาสการรักษาจำเป็นจะต้องทำการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีภาวะเสี่ยงด้วยเทคโนโลยีการตรวจแมมโมแกรม แต่อย่างไรก็ตาม การอ่านภาพแมมโมแกรมยังมีความท้าทายหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสรีระของประชากร การขาดแคลนแพทย์รังสีผู้เชี่ยวชาญในการตรวจ และการเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองของกลุ่มผู้หญิงที่มีความเสี่ยง ผ่านโครงการ “การพัฒนาต่อยอดผลิตภัณฑ์ปัญญาประดิษฐ์สำหรับการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันในตลาดไทยและต่างประเทศ” โดยอาศัยเทคโนโลยีการประมวลผลข้อมูลขนาดใหญ่ เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ และเทคโนโลยี Web/Mobile application ช่วยแพทย์ในการวิเคราะห์รอยโรคและวินิจฉัยคัดกรองมะเร็งเต้านม ทำให้แพทย์สามารถตรวจจับความผิดปกติได้ในระยะเริ่มต้น โดยการอ่านผลด้วยแพทย์รังสีและระบบปัญญาประดิษฐ์ร่วมกันเพื่อแยก

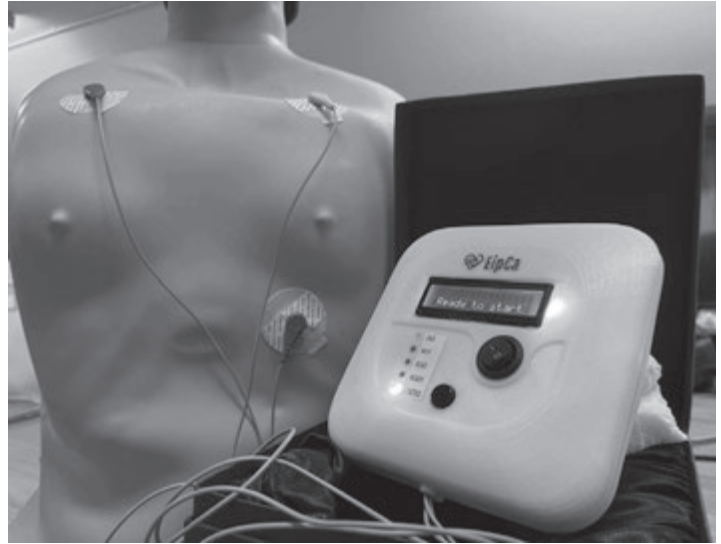
กลุ่มที่สงสัยจะมีความผิดปกติส่วนน้อยออกมาเพื่อดำเนินการต่อ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยในและต่างประเทศอย่างรวดเร็วและถูกต้องตามการยอมรับของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนสามารถแข่งขันในตลาดได้อย่างแท้จริง



• **DeepGI ส่องกล้องทางเดินอาหารด้วยเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์**

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรที่เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้สูงเป็นอันดับ 4 และมีแนวโน้มที่อัตราผู้ป่วยมะเร็งลำไส้จะเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการรักษาในปัจจุบันนิยมใช้วิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้อง Endoscopic เพราะมีค่าใช้จ่ายที่ถูกลง และรวดเร็วกว่าการผ่าตัดแบบเดิม อีกทั้งมะเร็งลำไส้เป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการพักตัว ดังนั้นหากตรวจพบได้เร็วจะทำให้มีโอกาสหายได้ รัฐบาลจึงสนับสนุนการตรวจคัดกรอง (Screening test) ในประชากรอายุมากกว่า 50 ปี ซึ่งมีจำนวนมากกว่า 12 ล้านคน ปัจจุบันสถานพยาบาลของรัฐจำนวน 13,364 แห่ง แต่มีหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหารที่มีศักยภาพและความพร้อมประมาณ 2,000 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชนประมาณ 370 แห่ง ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการทั้งด้านจำนวนสถานพยาบาลและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ เพราะการผ่าตัดแบบส่องกล้องต้องอาศัยแพทย์ที่มีความชำนาญและประสบการณ์สูงในการวินิจฉัย บริษัท อี.เอส.เอ็ม.โซลูชัน จำกัด ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือ EMR ในโรงพยาบาล ด้วยประสบการณ์มากกว่า 10 ปี และมีความชำนาญด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่องกล้อง จึงได้พัฒนาระบบ AI ที่เรียกว่า DeepGI มาช่วยตรวจจับความผิดปกติในทางเดินอาหารขณะส่องกล้อง และนำระบบดังกล่าวมาต่อยอดเทคโนโลยีให้มีความสามารถมากขึ้น เหมาะกับการใช้งาน และมีประสิทธิภาพ ภายใต้เทคโนโลยี “Scope-Life Studio” ที่ได้รับการสนับสนุนเงินทุนจาก NIA ซึ่งเชื่อมั่นว่าจะช่วยให้แพทย์ทำการตรวจรักษาแบบส่องกล้องได้แม่นยำ รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วยงบประมาณที่เข้าถึงได้ในการรักษาภายในประเทศ อีกทั้งยังสามารถแข่งขันในระดับโลกได้อีกด้วย





- EIPCA แพลตฟอร์มช่วยคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดจากกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วยปัญญาประดิษฐ์ โรคทางหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก และทุกปีจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวมากถึงปีละ 17.9 ล้านคน ซึ่งเกิดจากการคัดกรองโรคหัวใจที่ล่าช้าและเข้าถึงได้ยาก โดยในประเทศไทยมีศูนย์โรคหัวใจเพียง 37 แห่งเท่านั้น ทำให้การตรวจคัดกรองต้องใช้เวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อผู้เข้ารับการรักษาหนึ่งคน จากปัจจัยข้างต้นสนับสนุนให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนปรินส์รอยแยลส์วิทยาลัย เจ้าของรางวัลชนะเลิศรางวัลนวัตกรรมแห่งประเทศไทย ประจำปี 2566 คิดค้นและพัฒนา “EIPCA แพลตฟอร์มช่วยคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดจากกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วยปัญญาประดิษฐ์” เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองโรคหัวใจด้วยการตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบพกพาที่ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงการคัดกรองโรคหัวใจด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์เพื่อประมวลผลกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทำให้สามารถคัดกรองและประเมินความเสี่ยงได้ง่ายขึ้นด้วยตนเอง แต่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับเครื่องตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจในโรงพยาบาล ผ่าน 3 ขั้นตอน คือ 1. ทำแบบประเมินความเสี่ยง 2. วัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วย EIPCA-Device และ 3. รับผลผ่าน EIPCA-Web-Application ซึ่งสามารถใช้งานได้ในคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต และโทรศัพท์มือถือ เพื่อให้ผู้ตรวจทราบถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำหรือเข้ารับการรักษาได้อย่างทันที่ ซึ่งจะช่วยลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้





คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมมือครั้งสำคัญ ผนึกกำลัง 10 องค์กรทางการแพทย์ชั้นนำของประเทศ ลงนามความร่วมมือการศึกษาทางการแพทย์ผ่านแพลตฟอร์ม MedUMORE มุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางคลังความรู้การแพทย์ระดับนานาชาติ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จัดงานแถลงข่าวและพิธีลงนามทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านทางแพลตฟอร์ม MedUMORE ระหว่างคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กับ 10 องค์กรการแพทย์ชั้นนำของประเทศไทย ณ ห้องประชุมสดศรี วงศ์ถ้อยทอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย นำโดย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ

- แพทยสภา
- สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
- สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย
- สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
- ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย
- สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
- สภาเทคนิคการแพทย์
- Faculty of Medicine, University of Health Sciences, Lao People's Democratic Republic
- สมาคมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย

1-2-10 Med Ed Exponential

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับมูลนิธิคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ พัฒนา Online Learning Platform ภายใต้ชื่อ "MedUMORE" โดยในการจัดงานครั้งนี้นำเสนอภายใต้แนวคิด 1-2-10 (1 to 10) Med Ed Exponential ซึ่ง 1 หมายถึงวิสัยทัศน์ในการเป็นผู้นำด้านคลังความรู้ออนไลน์ด้านสุขภาพ การแพทย์



และสาธารณสุขที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย 2 หมายถึงการดำเนินงานมาเป็นปีที่ 2 และมีการเข้าชมกว่า 2 ล้านครั้ง สามารถรองรับการใช้งานทุกรูปแบบ ตอบโจทย์วิถีชีวิตคนรุ่นใหม่ และการเรียนรู้ที่ไม่จำกัดเพียงแค่นิตรา โดยรวบรวมเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ตลอดจนการประชุมวิชาการ และ 10 หมายถึงการเติบโตอย่างก้าวกระโดดของการศึกษาทางการแพทย์ หรือแบบ Exponential โดยการมีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมให้ความรู้ทางการแพทย์และประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของบุคลากรจาก 10 องค์กรแพทย์ ส่งเสริมให้ MedUMORE เป็นนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์สู่การเผยแพร่องค์ความรู้ทุกมิติบน Digital Platform ที่มีมาตรฐานเชื่อมต่อผู้ใช้งานทั่วโลกให้สามารถเข้าถึงได้สะดวกรวดเร็ว ต่อเนื่อง และปลอดภัย

รศ.พ.ฉันทชัย สิทธิพันธุ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เล็งเห็นถึงความสำคัญของนวัตกรรมทางการศึกษาเป็นอย่างยิ่ง และพร้อมที่จะผลักดันให้แพลตฟอร์ม MedUMORE เป็นโมเดลการเรียนการสอนที่จะเปลี่ยนแปลงรูปแบบการศึกษาแพทย์แบบดั้งเดิมไปสู่รูปแบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพและตอบโจทย์การพัฒนาบัณฑิตแพทย์ยุคใหม่ได้มากยิ่งขึ้น ดังนั้น การผสมผสานความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและองค์กรทางการแพทย์ชั้นนำในระดับประเทศและต่างประเทศมีส่วนช่วยให้แพลตฟอร์มการเรียนรู้อย่าง MedUMORE แข็งแกร่งและเป็นประโยชน์แก่ประเทศชาติและโลกอย่างมาก

ศ.พญ.นิจศรี ชาญณรงค์ รองคณบดีฝ่ายบริการวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เผยว่า นับจากเริ่มเปิดตัวเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 จวบจนถึงปัจจุบัน “MedUMORE” มีผู้เข้าชมครบมากกว่า 2 ล้านครั้ง ซึ่งเห็นได้ว่าแพลตฟอร์ม MedUMORE นี้สามารถตอบโจทย์เรื่องความรู้ทางการแพทย์ให้แก่ผู้ที่สนใจไม่ว่าจะเป็นนิสิตแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงประชาชนทั่วไปสามารถเข้ามาเรียนรู้ได้แบบไร้ขีดจำกัด สะดวกดูได้ทุกพื้นที่และเข้าใจง่าย ซึ่งองค์ความรู้ที่ให้บริการมีหลากหลายรูปแบบ อาทิ E-Book คลิปวิดีโอ และเทคโนโลยีเสมือนจริง AR/VR ซึ่งเร็ว ๆ นี้จะมีการนำเทคโนโลยี AI GPT Integration และ Multi Visual Learning เข้ามาเป็นตัวช่วยการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนด้วย

ซึ่งทิศทางการดำเนินงานในอนาคตอันใกล้ “MedUMORE” จะขยายความร่วมมือกับกลุ่มพันธมิตรไปในองค์กรต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีข้อมูลที่หลากหลายเหมาะสมกับนิสิตและนักศึกษาแพทย์ยุคใหม่ที่ต้องการข้อมูลความรู้ที่รวดเร็วทันสมัย จนในที่สุดจะสามารถพัฒนาให้ “MedUMORE” เป็นศูนย์กลางความรู้ออนไลน์ด้านการแพทย์ที่ครอบคลุมที่สุด พร้อมทั้งจัดระบบองค์ความรู้ด้านการแพทย์ที่มีอยู่ในหลาย Platform ให้อยู่ในที่เดียวกัน เพื่อเชื่อมต่อให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย นอกจากนี้



ยังมีการจัดประชุมวิชาการในรูปแบบใหม่ โดยที่จะบูรณาการองค์ความรู้ทางการแพทย์สู่ความเป็นเลิศ ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบการศึกษา และสร้างความเท่าเทียมด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นผู้นำและศูนย์กลางการเรียนรู้ระดับนานาชาติ



ผศ.(พิเศษ) นพ.สุรินทร์ อัครวิฑูรติพิทย์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริการวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสริมว่า “MedUMORE” ได้รวบรวมคอนเทนต์ด้านการแพทย์ไว้มากกว่า 2,000 คอนเทนต์ และคอร์สเรียนออนไลน์เนื้อหาทางการแพทย์มากกว่า 900 คอร์สเรียน และยังมินิวัดกรรมทางการแพทย์ที่ล้ำสมัย ให้ความรู้เรื่องโรคภัยต่าง ๆ ซึ่งเป็นเรื่องเด่นประเด็นร้อนในสังคมผ่านคลิปวิดีโอสั้นในช่วง “หมอบอกเล่า” โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ถ่ายทอดความรู้อย่างถูกต้อง โดยมุ่งเป้าหมายให้เกิดพฤติกรรมการแชร์ข้อมูลสุขภาพบนมาตรฐานความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้องในสื่อโซเชียล ซึ่งหลายครั้งสังคมส่งต่อข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง แต่หากเข้ามาสืบค้นใน MedUMORE ก็จะได้รับรู้ข้อมูลถูกต้องที่มาจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ โดยตรง พร้อมกล่าวถึงความพิเศษของแอปพลิเคชัน “MedUMORE” จะมีระบบจดจำประวัติการเข้าเรียน สามารถแนะนำเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้เรียนตามความสนใจในแต่ละบุคคล เหมาะสำหรับนักเรียน นิสิตและนักศึกษาแพทย์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ และคอร์สชมฟรีสำหรับประชาชนแบบไม่ต้อง Login เมื่อเรียนแล้วยังสามารถทำแบบทดสอบวัดความเข้าใจ และได้รับ Certificate เมื่อเรียนจบอีกด้วย

Future Education, Future Learners, and Future Healthcare

นอกจากนี้ภายในงานมีการเสวนาเรื่อง “Future Education, Future Learners, and Future Healthcare อนาคตการศึกษาเพื่อการแพทย์และสาธารณสุขยุคใหม่ของไทย” โดย **ศ.ดร.วิเลิศ ภูริวัชร** ผู้รักษาการแทนอธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวถึงวิสัยทัศน์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในการเป็นผู้นำด้านนวัตกรรมการศึกษา และความสำคัญของการสร้างบัณฑิตยุคใหม่ที่มีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพราะบทบาทของมหาวิทยาลัยนั้นนอกจากจะเป็นแหล่งรวมความรู้แล้วยังต้องเป็นแหล่งช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อตอบโจทย์ประชาชนชาวไทย ขยายขอบเขตกว้างถึง **Global citizen** หรือประชากรโลกนั่นเอง “วันนี้ผมภูมิใจกับคณะแพทยศาสตร์ที่มีแพลตฟอร์ม **MedUMORE** และภูมิใจที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ **MedUMORE** เป็นแหล่งการเรียนรู้ที่มีการรวบรวมเนื้อหาที่ครอบคลุมในหลายด้านและองค์ความรู้จากความร่วมมือของหลายองค์กรชั้นนำ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ สุขภาพเงินและการลงทุน ทักษะด้านบริหารและการจัดการจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่จะช่วยให้ท่านได้เติบโตขึ้นได้ ดังนั้น ปัจจุบันเราไม่ได้ก้าวตามโลกอีกต่อไป แต่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจะก้าวล้ำโลก เราเป็นผู้ที่ชี้นำในระดับโลก ความเป็น **Pioneer** หมายความว่าเรามีนวัตกรรมทางการแพทย์ที่เป็นผู้นำ (**Leading**) กล่าวโดยสรุปคือ เรานำองค์ความรู้มาขึ้นนำสังคม ชี้นำประชากรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และนี่คือบทบาทที่ยิ่งใหญ่ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย”



รศ.ดร.ชัชชาติ สิทธิพันธุ์ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร กล่าวถึงความสำคัญของการพัฒนาการทำงานในรูปแบบแพลตฟอร์ม เพราะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นลงได้ พร้อมทั้งยกตัวอย่างการที่กรุงเทพมหานครได้นำแพลตฟอร์มมาใช้ในการจัดการเรื่องร้องเรียน “คนมักจะร้องเรียนนอกเวลาราชการ ซึ่งมีมากถึง 60% ดังนั้น เป็นการดีที่ได้มีการพัฒนาแพลตฟอร์มระบบสาธารณสุขและการให้บริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยต่อประชาชนในเมืองหลวง และการมีส่วนร่วมสนับสนุนนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขและการแพทย์ของกรุงเทพฯ



พล.อ.ท.นพ.อิทธพร คณะเจริญ เลขาธิการแพทยสภา กล่าวถึงบทบาทของแพทยสภาในการกำกับมาตรฐานการศึกษาแพทยให้ได้คุณภาพ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าแพทยสภามีส่วนช่วยในการสร้างมาตรฐานการผลิตบัณฑิตแพทย์ ซึ่งมีแพทย์ที่จบการศึกษาประมาณปีละ 3,000 คน จาก 25 มหาวิทยาลัย ดูแลประชาชนทั่วประเทศ ขณะเดียวกันแพทย์เองจะต้องเรียนรู้ทักษะด้านการรักษาเพิ่มเติมจาก 14 ราชวิทยาลัย 95 สาขาความเชี่ยวชาญ ซึ่งการฝึกฝนและการเรียนรู้ทางการแพทย์นั้นจะหยุดนิ่งไม่ได้ และเสริมว่า “วันนี้ MedUMORE ตอบโจทย์หลายอย่างมาก ๆ ให้คุณหมอหลายท่านที่กระจายอยู่ทั่วประเทศที่ไม่มีเวลาเดินทางมาเข้าประชุมวิชาการหรืออัปเดตความรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอ การเรียนรู้ผ่าน MedUMORE แพทย์สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้จริง ซึ่งเป็นสิ่งที่แพทยสภาสันับสนุนและพร้อมขับเคลื่อนปัจจุบันแพทยสภาได้นำองค์ความรู้หลายชุดใส่เข้าไปและให้แพทย์เข้ามาทดลองเรียนรู้ ซึ่งเกิดประโยชน์อย่างมาก ตอบโจทย์การรักษาเป็นอย่างมาก แพทย์สามารถศึกษาหาความรู้ได้จากที่ใดก็ได้และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ได้ทันทีให้กับคนไข้ในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับการรักษาในเมืองหลวง”



รศ.นพ.จันชาย สิทธิพันธุ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวสรุปและเน้นย้ำแนวทางการดำเนินการของ MedUMORE ในฐานะผู้ขับเคลื่อนองค์ความรู้ทางการแพทย์ยุคใหม่ เพื่อให้เป็นแพลตฟอร์มของคนไทยที่คนต่างชาติเข้ามาเรียนรู้ เป็นศูนย์กลางแหล่งสืบค้นข้อมูลทางการแพทย์ที่ดีที่สุดภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกให้สอดคล้องกับ Future Healthcare และอนาคตการศึกษาเพื่อการแพทย์และสาธารณสุขของไทยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของคนไทยและสังคมโลกดีขึ้น



การใช้ยา Erythropoietin ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ภาวะซีด (Anemia) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) มีผลต่อร่างกายหลายระบบ รวมทั้งมีผลต่อคุณภาพชีวิต โรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้การเสื่อมลงของไตเร็วขึ้น และเพิ่มอัตราการตาย ภาวะซีดมีผลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยทำให้หัวใจหนาตัวขึ้น เพิ่มโอกาสเกิดหัวใจวายเลือดคั่ง สาเหตุเชื่อว่าเกิดได้จากภาวะ oxidative stress ความผิดปกติของไมโทคอนเดรีย หรือ myocyte และการเพิ่มการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเทติก การรักษาภาวะซีดด้วยการให้ยา erythropoietin จะมีผลต่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ช่วยให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น โดยออกฤทธิ์จับกับตัวรับฮอริโมนนี้ที่เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง

ผลของภาวะซีดต่อการทำงานของไตยังไม่แน่ชัด จากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าการให้ erythropoietin มีผลลดการเกิดพังผืดในไต โดยมีส่วนทำให้เกิด oxidative stress มีฤทธิ์ anti-apoptosis ช่วยทำให้หลอดเลือดแคพิลลารีในไตมีความแข็งแรง โดยมีผลต่อเซลล์เอนโดทีเลียม แต่อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษาทางด้านคลินิกก็ยังไม่ชัดเจน

การศึกษาของ Kawai และคณะ ที่เพิ่งตีพิมพ์ลงในวารสาร Kidney International Reports ในปี ค.ศ. 2024 พบว่าการเริ่มให้ยา erythropoietin stimulating agents (ESA) ชนิดออกฤทธิ์ยาวในผู้ที่มีค่าฮีโมโกลบิน ≤ 9 กรัม/ดล. เปรียบเทียบกับผู้ที่มีค่าฮีโมโกลบิน ≥ 9 กรัม/ดล. ในผู้ป่วย CKD ระยะก่อนล้างไต 2,732 ราย ระยะเวลา 7 ปี (ค.ศ. 2011-2018) พบว่าการเริ่มให้ ESA ซ้ำจะให้ผลไม่แตกต่างจากการให้ยาเร็วในด้านผลต่อไต แต่จะมีผลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และอัตราการตายโดยรวม ทางด้าน Japanese Society for Dialysis Therapy แนะนำให้รักษาระดับฮีโมโกลบินของผู้ป่วย CKD ระยะก่อนบำบัดทดแทนไตให้อยู่ในระดับ 11-13 กรัม/ดล. ซึ่งระดับนี้จะสูงกว่าระดับที่ยอมรับกันในประเทศตะวันตก ทำให้พบอุบัติการณ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศญี่ปุ่นต่ำกว่าชาติตะวันตก แต่อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน ล่าสุดนี้การศึกษา PREDICT trial ได้สุ่มผู้ป่วย CKD ระยะท้ายที่ไม่ได้เป็นเบาหวานออกเป็นกลุ่มที่มุ่งรักษาให้ค่าฮีโมโกลบินสูงเทียบกับกลุ่มที่มีค่าฮีโมโกลบินต่ำ

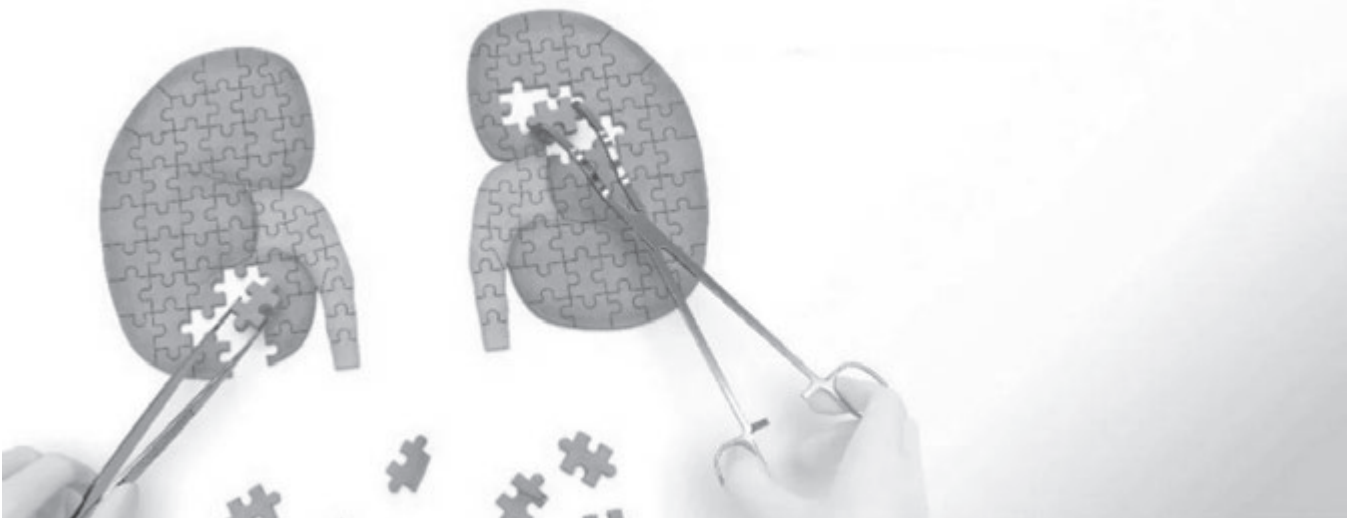
โดยใช้ ESA ชนิดออกฤทธิ์ยาว พบว่ากลุ่มที่มีค่าเป้าหมายของฮีโมโกลบินสูงจะเกิดอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การถูกตัดขา และการนอนโรงพยาบาล น้อยกว่ากลุ่มที่มีค่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า ดังนั้น ผู้ที่มีไตวายระยะท้ายควรมุ่งให้ระดับฮีโมโกลบินสูงขึ้น

การศึกษาของ Kawai และคณะ ที่ผ่านมาเน้นให้เห็นว่าการเริ่มรักษาช้าจะเพิ่มโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ป่วยที่นำมาศึกษาไม่ได้ระบุว่ามีความเสี่ยงโรคหัวใจเดิมอยู่เป็นจำนวนเท่าใด และไม่ได้ระบุสาเหตุของหัวใจวายอย่างชัดเจน เพราะอาจจะไม่เกิดจากภาวะซีดเพียงอย่างเดียว จึงทำให้ไม่สามารถสรุปผลของผู้ป่วยภาวะซีดต่อการเกิดโรคหัวใจได้ในทางตรงกันข้าม ภาวะหัวใจวายอาจทำให้ระดับฮีโมโกลบินเฉื่อย และดูเหมือนซีดลงเพราะปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ดังนั้น ระดับความรุนแรงของภาวะซีดจะบ่งชี้ถึงพยาธิสภาพของหัวใจ การให้ ESA อาจทำให้หัวใจวายทรุดลงได้

การเลือกชนิดของ ESA อาจมีผลต่อการรักษา ข้อมูลจากประเทศญี่ปุ่นพบว่าผู้ป่วยฟอกเลือดเกือบสองแสนรายพบอัตราการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 ถ้าใช้ ESA ที่ออกฤทธิ์ยาวเมื่อเทียบกับ ESA ที่ออกฤทธิ์สั้น โดยเฉพาะในผู้ที่ได้รับ ESA ที่ออกฤทธิ์ยาวในขนาดสูงและมี erythropoietin resistance index สูง อย่างไรก็ตาม การใช้ ESA ขนาดสูงจะสัมพันธ์กับอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งอัตราการตายจากโรคมะเร็งและการติดเชื้อ สาเหตุเชื่อว่าเกิดจากผลของ ESA ต่อเซลล์อื่น ๆ นอกเหนือจากเม็ดเลือดแดง ได้แก่ เอนโดทีเลียม, megakaryocytes และเซลล์มะเร็งเอง

ปัจจุบันนี้มียากกลุ่มใหม่คือ hypoxia-inducible factor prolyl hydroxylase inhibitors ที่สามารถใช้แทน ESA ชนิดออกฤทธิ์ยาวได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย CKD ระยะก่อนบำบัดทดแทนไต เพราะบริหารง่าย เป็นรูปแบบรับประทาน โอกาสเกิดผลข้างเคียงด้านหัวใจและหลอดเลือดไม่มาก เพราะยานี้เพิ่มระดับ erythropoietin ในเลือดอย่างพอดีใกล้เคียงธรรมชาติ อีกทั้งยังช่วยยับยั้งการสังเคราะห์ไขมันคอเลสเตอรอล และการกระตุ้นกระบวนการหายใจแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic respiration) ที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ

สรุป จากข้อมูลการวิจัย ESA ในประเทศญี่ปุ่นพบว่าจะต้องมีการพัฒนาแนวทางการรักษาภาวะซีดในผู้ป่วย CKD รวมทั้งจำกัดความด้วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตได้คุณภาพสูงที่สุด



เอกสารอ้างอิง: Prasad P, Yamagata K. Kidney Int Rep. 2024; p:1954-6.



ศูนย์พัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคเขตร้อน ประสบความสำเร็จในการบรรจุชุดทดสอบใหม่เข้าโครงการ สปสช. เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ในผู้ป่วยโรคไข้ดิน หรือไข้แมลิออยด์

ศูนย์พัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคเขตร้อน (Tropical Medicine Diagnostic Development Center) หรือ TropMed DC คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ประสบความสำเร็จครั้งสำคัญ ในการทำให้ชุดทดสอบ Melioidosis MUTM Hcp1-ICT ได้รับการบรรจุ ในสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือโครงการ Universal Coverage Benefit Package (UCBP) ของประเทศไทย การรวมชุดทดสอบนี้ เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพนับเป็นก้าวที่สำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้าง ศักยภาพการดูแลสุขภาพของคนในประเทศ



เมื่อวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งผลการพิจารณาปัญหาสุขภาพ และ/หรือเทคโนโลยีสำหรับการพัฒนา ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเข้าในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับปี พ.ศ. 2567 โดยรัฐบาลได้ประกาศ อย่างเป็นทางการว่าชุดทดสอบ Melioidosis MUTM Hcp1-ICT ได้เป็นส่วนหนึ่ง ของโครงการ สปสช. ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนไทยโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง สามารถเข้าถึงเครื่องมือวินิจฉัยที่สำคัญนี้ได้มากขึ้นผ่านโครงการบัตรทอง 30 บาท

ศูนย์ TropMed DC ถูกจัดตั้งขึ้นในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 เพื่อสนับสนุนงานวิจัยเชิงขยายผลในด้านการวินิจฉัยโรคทางเวชศาสตร์เขตร้อน โดยให้บริการด้านการพัฒนาธุรกิจ การให้คำปรึกษาด้านทรัพย์สินทางปัญญา การประเมินตลาด การสนับสนุนทางเทคนิค และอื่น ๆ สำหรับโครงการทั้งในระยะเริ่มต้นและระยะปลาย ภายใต้การกำกับดูแลของ รศ.นพ.วีระพงษ์ ภูมิรัตนประพิณ คณบดีคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี ศ.วิจัย ดร.เจตสุมน ประจำศรี รองคณบดีฝ่ายวิจัย เป็น Executive Director บริหารนโยบายของศูนย์ TropMed DC เพื่อสร้างความก้าวหน้าในด้านการวินิจฉัยโรคเขตร้อน โดยทีมงานและเจ้าหน้าที่ที่ปรึกษาโครงการ นายเมธัส โลจนะรุ่งสริ เป็นผู้รับผิดชอบในการนำชุดทดสอบ Melioidosis MUTM Hcp1-ICT เข้าเป็นส่วนหนึ่งของ สปสช. ในปีนี้

ชุดทดสอบ Melioidosis MUTM Hcp1-ICT เป็นเครื่องมือวินิจฉัยแบบรวดเร็วที่พร้อมใช้งานในเชิงพาณิชย์ชุดแรกสำหรับเชื้อไข้ดิน (Melioidosis) ถูกพัฒนาโดยทีมวิจัยภายใต้การนำของ ศ.ดร.นริศรา จันทราทิพย์ คณบดีคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล หลังจากการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์มาหลายปี โดยโครงการดังกล่าวได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากโครงการ iTPA หน่วยงาน Mahidol-Oxford Translational Innovation Partnership (MOTIP) จากมหาวิทยาลัยออกฟอร์ด ทุน Newton Fund จาก National Institutes of Health (NIH) ประเทศสหรัฐอเมริกา และทุนสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรม และสำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ โดยหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) ชุดทดสอบนี้สามารถช่วยลดปัญหาของการวินิจฉัยที่ยากของโรคmelioidosis เนื่องจากปัจจุบันไม่มีเครื่องมือวินิจฉัยที่แม่นยำ เชื่อถือได้ และให้ผลเร็ว วิธีการตรวจที่ยังใช้เป็นวิธีมาตรฐานคือ การเพาะเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งให้ผลช้าและมีความแม่นยำที่ต่ำ ทำให้ชุดทดสอบแบบรวดเร็วใหม่นี้เป็นเครื่องมือใหม่ในวงการวินิจฉัยโรคmelioidosis

การรวมชุดทดสอบ MUTM Hcp1-ICT ในโครงการ สปสช. เป็นก้าวสำคัญสำหรับการวินิจฉัยโรคmelioidosis ในประเทศไทย ชุดตรวจนี้สามารถช่วยให้กลุ่มเปราะบางจำนวนมากสามารถเข้าถึงการวินิจฉัยโรคmelioidosisที่รวดเร็วและแม่นยำได้มากขึ้น ซึ่งอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของโรคmelioidosisได้



ความสำเร็จนี้ยังช่วยให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของศูนย์ TropMed DC ต่อการวิจัยเชิงขยายผลและความตั้งใจที่จะจัดการกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศ ชุดทดสอบนี้คาดว่าจะเพิ่มการตรวจพบโรคและช่วยให้แพทย์ดูแลรักษาคนไข้ได้ดีขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาเบื้องต้นค้นพบว่าเมื่อมีการใช้ชุดตรวจพร้อมกับส่งผลไปเพาะเชื้อเพื่อยืนยันกลุ่มผู้ต้องสงสัยติดmelioidosis จะพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยตรงลดลงประมาณ 4,013 บาทต่อคน และลดการนอนโรงพยาบาลไปได้ 2.64 วัน เมื่อคาดการณ์จากผู้ป่วยที่มีความเป็นไปได้ในการติดเชื้อในประเทศจะสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมด 68,000,000 บาทต่อปี

ความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ในครั้งนี้เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนโครงการวิจัยเชิงขยายผล ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหน่วยงานต่าง ๆ และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของนวัตกรรมเครื่องมือวินิจฉัยโรคในการช่วยลดปัญหาทางสุขภาพของคนภายในประเทศ ศูนย์พัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคเขตร้อน (TropMed DC) มุ่งมั่นที่จะผลักดันและพัฒนางานวิจัยเชิงขยายผลในด้านการวินิจฉัยโรคเขตร้อนในประเทศไทยต่อไปเพื่อให้มีนวัตกรรมใหม่ ๆ มากขึ้น และสามารถแข่งขันในระดับโลกเพื่อสร้างผลกระทบที่ดีต่อสังคมและช่วยลดภาวะปัญหาด้านสุขภาพของคนในประเทศ รวมไปถึงในระดับภูมิภาคด้วย



Ref. ภาพจากเพจ Sierra Bioscience Co., Ltd.

ระบบนำส่งยาระดับนาโนประเภทพอลิเมอร์ (polymer-based nanocarriers) กับการป้องกันการถูกทำลายของตัวยาก่อนการดูดซึม

การบริหารยาโดยการให้ทางปาก (oral administration) เป็นช่องทางการบริหารยาที่สะดวกและได้รับความนิยมที่สุด อย่างไรก็ตาม ยาบางชนิดอาจเกิดปัญหาด้านการดูดซึมที่ไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวยาสำคัญหรือสารออกฤทธิ์ (active pharmaceutical ingredients; API) ที่จัดอยู่ในการจัดกลุ่มตัวยาตามสมบัติทางชีวเภสัชกรรมกลุ่ม 3 และ 4 (Biopharmaceutics Classification System [BCS] class III-IV)^(1,2) ซึ่งเกิดจากภายในทางเดินอาหารนั้นมีตัวกีดขวางทางกายภาพ ได้แก่ เซลล์เยื่อทางเดินอาหารและชั้นเมือก รวมถึงตัวกีดขวางทางชีวเคมี เช่น เอนไซม์ สภาวะความเป็นกรด หรือจุลินทรีย์ในทางเดินอาหาร เป็นต้น ทำให้ยาถูกทำลายก่อนการดูดซึมในระบบทางเดินอาหาร สำหรับค่า BCS class I-IV นั้นเป็นการจัดกลุ่มยาตามการละลายและการซึมผ่านของยา ซึ่งช่วยให้เข้าใจขั้นตอนการดูดซึมของยาและทำนายประสิทธิภาพของยาภายในร่างกาย ดังแสดงในรูปที่ 1 โดย BCS แบ่งยาออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ Class I: การละลายสูง การซึมผ่านสูง, Class II: การละลายต่ำ การซึมผ่านสูง, Class III: การละลายสูง การซึมผ่านต่ำ และ Class IV: การละลายต่ำ การซึมผ่านต่ำ

	High Solubility	Low Solubility
High Permeability	Class 1 High Solubility High Permeability (Rapid Dissolution for Biowaiver)	Class 2 Low Solubility High Permeability
Low Permeability	Class 3 High Solubility Low Permeability	Class 4 Low Solubility Low Permeability

รูปที่ 1 Biopharmaceutics Classification System⁽²⁾

โดยการใช้ระบบนำส่งยามาเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารยาให้มีประสิทธิภาพนั้น ระบบนำส่งยายังมีผลต่อการป้องกันตัวยาถูกทำลายก่อนการดูดซึมซึ่งมีหลายระบบที่มีการศึกษากัน แต่ในบทความนี้จะกล่าวถึงระบบนำส่งยาระดับนาโนประเภทพอลิเมอร์ (polymer-based nanocarriers) เท่านั้น

ระบบนำส่งยาระดับนาโนประเภทพอลิเมอร์ (polymer-based nanocarriers)^(1,3)

ในการพัฒนาระบบนำส่งยาได้มีการนำเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ปกป้องตัวยาสำคัญจากการทำลายโดยเอนไซม์ในทางเดินอาหาร สรุปดังตารางที่ 1 โดยพอลิเมอร์บางชนิดสามารถยับยั้งเอนไซม์ เช่น poly(acrylates), polycarbophil สามารถยับยั้ง activity ของเอนไซม์ trypsin ในระบบทางเดินอาหารได้ หรือการใช้ thiolated polymers ใน polymeric nanoparticles ก็มีผลปกป้องตัวยาสำคัญจากเอนไซม์ เช่น trypsin, α -chymotrypsin หรือ elastase ได้เช่นกัน และ thiolated polymer ยังมีสมบัติอื่น ๆ ในการเพิ่มการดูดซึมตัวยาสำคัญ ได้แก่ การเปิด tight junction ซึ่งเป็นโครงสร้างที่เกิดขวางการดูดซึมยาระหว่างเซลล์และความสามารถในการยับยั้ง P-glycoprotein ซึ่งเป็น efflux transporter บนผิวเซลล์ลำไส้ที่ทำหน้าที่ขับยาที่ถูกดูดซึมออกไปทาง lumen ของทางเดินอาหาร นอกจากนี้การใช้ chelating agent เช่น ethylenediaminetetraacetic acid (EDTA) หรือ diethylenetriaminepentaacetic acid (DTPA) จะเกิด chelation กับ divalent ion เช่น Ca^{2+} , Zn^{2+} ซึ่งเป็น co-factor ของเอนไซม์ต่าง ๆ เช่น เอนไซม์ protease จึงทำให้สารดังกล่าวสามารถยับยั้ง activity ของเอนไซม์ได้

จากข้อมูลของระบบนำส่งยาทางปากระดับนาโนโดยใช้พอลิเมอร์ (polymer) เป็นระบบเทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการนำส่งยา และสามารถป้องกันการถูกทำลายของตัวยาก่อนการดูดซึมในร่างกายได้ โดยสามารถสรุปจุดเด่นและจุดด้อยได้ดังนี้

จุดเด่น

1. การป้องกันการถูกทำลายของยา:

- พอลิเมอร์สามารถสร้างเกราะป้องกันรอบ ๆ ตัวยา เพื่อป้องกันการถูกทำลายโดยกรดในกระเพาะอาหารและเอนไซม์ในลำไส้ ทำให้ตัวยาสามารถถึงเป้าหมายได้โดยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. เพิ่มการดูดซึม:

- ขนาดระดับนาโนของอนุภาคช่วยเพิ่มพื้นที่ผิวสัมผัสและการละลายของยาในทางเดินอาหาร ซึ่งช่วยให้ยาถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้ดีขึ้น

3. การปล่อยยาอย่างคงที่:

- ระบบนำส่งยาดัวยพอลิเมอร์สามารถควบคุมการปล่อยยาที่ละน้อย ๆ ในระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้รักษา ระดับความเข้มข้นของยาในกระแสเลือดอย่างสม่ำเสมอ

ตารางที่ 1 ตัวอย่างเทคนิคที่ใช้เพื่อปกป้องตัวยาสำคัญจากการทำลายโดยเอนไซม์ในทางเดินอาหาร⁽¹⁾

เทคนิค	กลไกในการปกป้องตัวยาสำคัญ	ตัวอย่าง
การเคลือบฟิล์มชนิด enteric-coating	ปกป้องตัวยาสำคัญมิให้สัมผัสกับเอนไซม์ หรือกรด ในกระเพาะอาหารโดยตรง	พอลิเมอร์ เช่น poly(acrylates), polycarbophil
การใช้ enzyme inhibitor	ฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ที่ทำลายยาโดยตรง	Antipain, elastinal, Bowman-Birk inhibitor, soybean trypsin inhibitor, aprotinin
การใช้สารประกอบเชิงซ้อน (complexing agents)	ยับยั้งเอนไซม์ที่ทำลายตัวยาสำคัญแบบไม่แข่งขัน (non-competitive inhibition) โดยเกิด chelation กับ co-factor ของเอนไซม์ เช่น Ca^{2+} , Zn^{2+}	Ethylenediaminetetraacetic acid (EDTA), diethylenetriaminepentaacetic acid (DTPA)
การใช้ multifunctional polymer	โมเลกุลของ L-cysteine หรือหมู่ thiol บนสายพอลิเมอร์จับกับ co-factors ของเอนไซม์ที่ทำลายตัวยาสำคัญ รวมถึงการยับยั้ง P-gp บนผิวเซลล์ผนังลำไส้	Thiolated polymers
การทำให้อยู่ในรูป prodrug	ปกป้อง terminal carboxylic group หรือ amino group ของยาโครงสร้างโปรตีนหรือเปปไทด์ จากการย่อยโดยเอนไซม์ด้วยความระเกะระกะของโครงสร้าง (steric hindrance)	สังเคราะห์ยาซึ่งมีโครงสร้างโปรตีน หรือเปปไทด์ให้อยู่ในรูปอนุพันธ์ต่าง ๆ (derivatization) หรือสังเคราะห์โดยปฏิกิริยา cyclization
การใช้ absorption enhancer ในตำรับ	ทำหน้าที่เป็น buffer ช่วยลดความเป็นกรดในกระเพาะอาหาร เอนไซม์ที่ต้องอาศัยความเป็นกรด (เช่น pepsin) จึงไม่สามารถทำงานได้ รวมถึงเพิ่มความชอบไขมันของยาที่มีโครงสร้างเป็นเปปไทด์	Sodium N-[8-(2-hydroxybenzoyl) amino] caprylate (SNAC)

4. ลดผลข้างเคียง:

- o เนื่องจากตัวยาสามารถถึงเป้าหมายได้ตรงจุด การใช้ยาในขนาดที่น้อยลงจึงสามารถลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้

โดยรวมแล้วระบบนำส่งยาทางปากระดับนาโนโดยใช้พอลิเมอร์มีศักยภาพที่ดีในการเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการนำส่งยา แต่ก็มีผลข้างเคียงที่ต้องแก้ไขเพื่อให้ระบบนี้สามารถนำมาใช้ได้อย่างแพร่หลายและมีประสิทธิภาพสูงสุด

จุดด้อย

1. ความซับซ้อนในการผลิต:

- o การผลิตระบบนำส่งยาในระดับนาโนมีความซับซ้อนและต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงในการพัฒนาและผลิต

2. ความคงตัวของระบบ:

- o พอลิเมอร์บางชนิดอาจมีความคงตัวที่ไม่ดีในสภาวะแวดล้อมที่แตกต่างกัน เช่น ความเป็นกรด ความร้อน หรือแสงสว่าง ซึ่งอาจทำให้ต้องเลือกใช้เทคนิคเพิ่มเติมในการรักษาความคงตัวของยาและระบบ

3. ความปลอดภัยของวัสดุพอลิเมอร์:

- o พอลิเมอร์บางชนิดอาจมีปฏิกิริยาทางชีวภาพที่ไม่พึงประสงค์หรืออาจก่อให้เกิดการสะสมในร่างกาย ซึ่งต้องมีการศึกษาด้านความปลอดภัยอย่างละเอียด

เอกสารอ้างอิง

1. วงศกร สุชาวีอินทร์. บทความวิชาการเพื่อการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ เรื่องระบบนำส่งยาทางปากระดับนาโนกับการป้องกันการถูกทำลายของตัวยาก่อนการดูดซึม. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1490
2. Wu, Chi-Yuan & Benet, Leslie. (2005). Predicting Drug Disposition via Application of BCS: Transport/Absorption/Elimination Interplay and Development of a Biopharmaceutics Drug Disposition Classification System. Pharmaceutical research. 22. 11-23. 10.1007/s11095-004-9004-4.
3. Harun-Or-Rashid M, Aktar MN, Hossain MS, Sarkar N, Islam MR, Arafat ME, Bhowmik S, Yusa S-i. Recent Advances in Micro- and Nano-Drug Delivery Systems Based on Natural and Synthetic Biomaterials. Polymers. 2023;15(23):4563. <https://doi.org/10.3390/polym15234563>

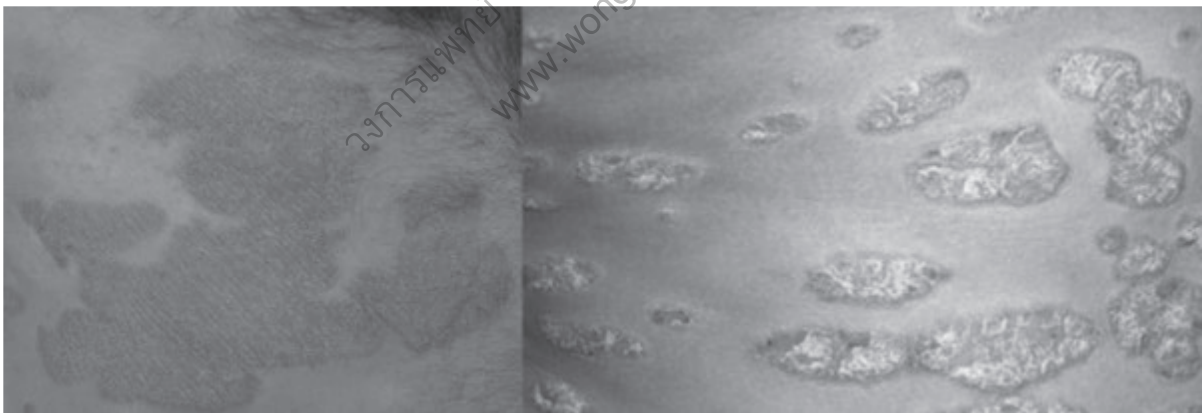
สะเก็ดเงิน ในมุมมองแพทย์แผนจีน

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคแพ้ภูมิตนเองชนิดหนึ่ง โดยเกิดจากภูมิคุ้มกันทำลายเซลล์ผิวหนังเองทำให้เกิดผื่นแดง แห้ง คัน เป็นแผ่นนูนหนา ตกสะเก็ดเป็นสีเงินหรือสีขาวลอกออกเป็นขุยคล้ายรังแคตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ข้อศอก ลำตัว หัวเข่า เล็บและข้อ พบผู้ใหญ่ประมาณ 0.51-11.43% และเด็กพบประมาณ 0-1.37% โรคสะเก็ดเงินไม่ใช่แค่โรคผิวหนังเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอีกด้วย หลักฐานแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของโรคสะเก็ดเงินกับโรคข้ออักเสบ โรคลำไส้อักเสบ กลุ่มอาการเมตาบอลิซึม โรคหลอดเลือดสมอง และความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งทั้งหมดนี้ถือได้ว่าเป็นโรคร่วมของโรคสะเก็ดเงิน

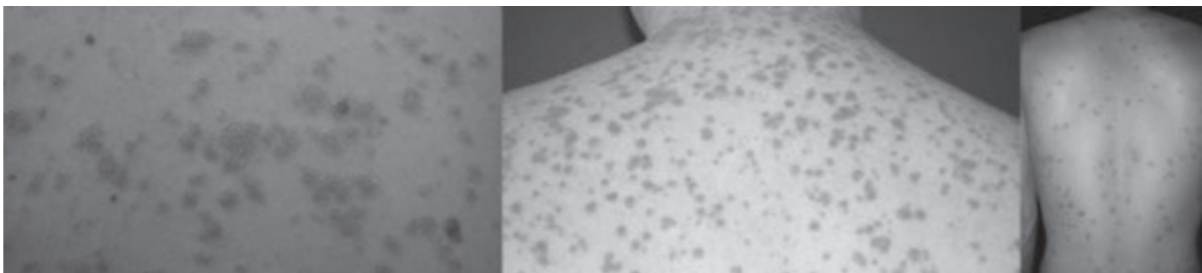
สาเหตุและการเกิดโรคสะเก็ดเงินยังไม่ได้รับการอธิบายอย่างครบถ้วน อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ การศึกษาแสดงให้เห็นว่าโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคที่เกิดจากเม็ดเลือดขาวอย่างแท้จริง โดยมีลักษณะการแทรกซึมของเซลล์อักเสบและการแพร่กระจายที่มากเกินไป และความแตกต่างของผิวหนังชั้นนอก เมื่อหนังกำพร้าเกิดการอักเสบเฉพาะที่ เม็ดเลือดขาวจะเข้าไปกระตุ้นหนังกำพร้าและผนังหลอดเลือดให้เกิดความผิดปกติ จึงทำให้เกิดการอักเสบหมุนเวียนเข้าไปซ้ำมาจนกลายเป็นสะเก็ดเงินในที่สุด

สะเก็ดเงินมีหลายรูปแบบ โดยแยกได้ดังนี้

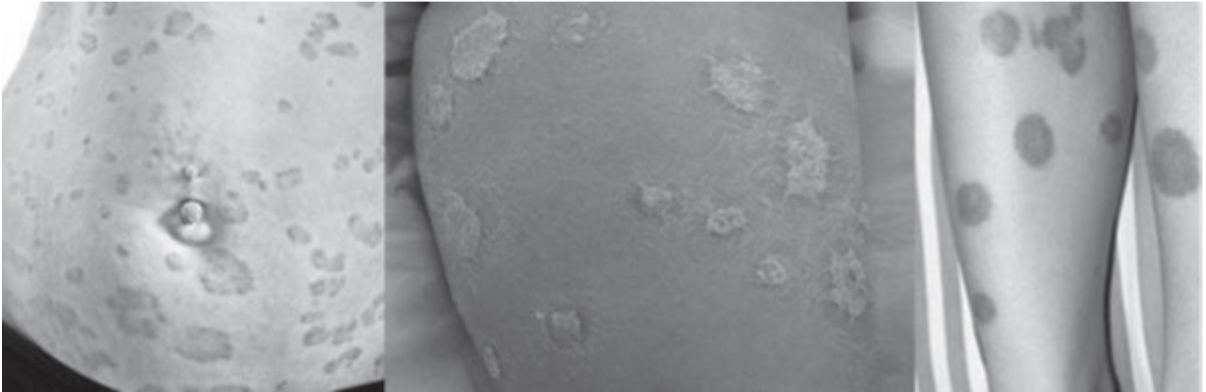
แบบแผ่นนูนหนา



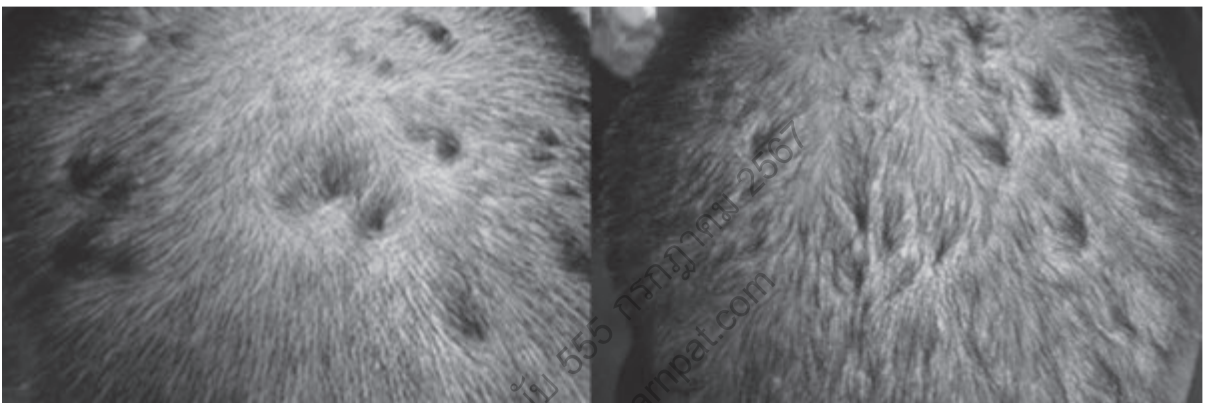
แบบหยดน้ำ



แบบกลมคล้ายเหรียญ



แบบขึ้นที่หนังศีรษะ



แบบขึ้นที่เล็บ



สะเก็ดมันแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1. ระยะเฉียบพลันเกิดจากภาวะเลือดร้อน

ลักษณะผื่น: มีผื่นใหม่ขึ้นไม่หยุด ลุกลามอย่างรวดเร็ว สีของผื่นเป็นสีแดงสด มีขุยมาก คันมาก หากขูดขุยออก จะพบจุดเลือดออก คอแห้ง กระจายน้ำบ่อย เจ็บคอ หงุดหงิดง่าย ท้องผูก

แนวทางการรักษา: ดับร้อนทำให้เลือดเย็น ลดอาการคัน

2. ระยะที่โรคสงบเกิดจากเลือดแห้ง (ขาดสารน้ำ)

ลักษณะผื่น: สีแดงซีด ขุยมากแต่ไม่หนา คัน ผิวค่อนข้างแห้ง
แนวทางการรักษา: พยายามบำรุงยีน ขจัดลมทำให้ผิวชุ่มชื้น

3. ระยะโรคเป็นมานานเกิดจากเลือดอุดตัน

ลักษณะผื่น: ผื่นเป็น ๆ หาย ๆ มาเป็นระยะเวลานาน สีของผื่นเป็นสีแดงคล้ำ ขุยหนา แข็งหลุดยาก คัน
แนวทางการรักษา: เพิ่มการไหลเวียนเลือด สลายเลือดคั่ง ลดอาการคัน

โภชนาบำบัด

ปรุงอาหารด้วยเกลือ น้ำตาลทราย และน้ำมะกรูด เนื่องจากของหมักดองมักกระตุ้นให้เกิดการอักเสบ
เนื้อสัตว์ที่รับประทานได้: ปลากระตี่ ปลาช่อน ปลาแรด ปลาสลิด ปลาหมอง เนื่องจากเนื้อแดงและ
สัตว์ปีกก่อให้เกิดการอักเสบ และทำให้อาการของโรคสะเก็ดเงินกำเริบขึ้นได้

ผักที่รับประทานได้: ตำลึง แดงกวา แดงไทย น้ำเต้า บวบงู บวบหอม บวบเหลี่ยม ผักชีล้อม ฟักเขียว
ฟักทอง ฟักแม้ว มะระ เนื่องจากพืชวงศ์แตงจะมีสรรพคุณแก้ร้อนใน ด้านการอักเสบ

ผลไม้ที่รับประทานได้: แก้วมังกร มะไฟ มะยม สตรอว์เบอร์รี่ สาลี่ แอปเปิ้ล เนื่องจากพืชวงศ์กุหลาบจะมี
สรรพคุณสมานแผล ส่วนวงศ์มะขามป้อมจะมีสรรพคุณด้านการอักเสบ

อื่น ๆ: ห้ามรับประทานของดิบ ของหมัก ของดอง ปลาร้า ข้าวปั้น ข้าวเหนียว ขนมจีน ชูชิ นม น้ำจิ้ม
น้ำสลัด มายองเนส เพราะอาหารเหล่านี้จะกระตุ้นการอักเสบ ทำให้ภูมิคุ้มกันผิดปกติ และทำให้การรักษา
เป็นไปได้ยากขึ้น

แนวทางการปฏิบัติตัว

- สัมผัสแสงแดดอ่อน ๆ โดยรังสียูวี (UV) อาจช่วยชะลอการเติบโตของเซลล์ผิว และช่วยในการบรรเทา
อาการสะเก็ดเงิน ทั้งนี้หากแดดจ้าควรทากันแดดและหลีกเลี่ยงการอยู่กลางแจ้งแดดจัด
เป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้ผิวไหม้แดด ซึ่งทำให้อาการของโรคสะเก็ดเงินรุนแรงขึ้น และอาจเพิ่ม
ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งผิวหนัง
- เข้านอนให้เป็นเวลาทุกคืน และนอนให้ได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ชั่วโมง
- จัดการความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม เช่น การเล่นโยคะ การทำสมาธิ การสวดมนต์



เอกสารอ้างอิง

1. Griffiths C. E., Barker J. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet. 2007;370:263-271. 10.1016/S0140-6736(07)61128-3 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Ramanunni A. K., Wadhwa S., Singh S. K., Sharma D. S., Khurshed R., Awasthi A. Treatment strategies against psoriasis: principle, perspectives and practices. Curr Drug Deliv. 2020;17:52-73. 10.2174/1567201816666191120120551 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Michalek I. M., Loring B., John S. M. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. J Eur Acad Dermatol. 2017;31:205-212. 10.1111/jdv.13854 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Oliveira M. F. S. P., Rocha B. O., Duarte G. V. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. Anais Brasileiros De Dermatologia. 2015;90:9-20. 10.1590/abd1806-4841.20153038 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. Armstrong A. W., Harskamp C. T., Armstrong E. J. Psoriasis and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of observational studies. J. Am Acad Dermatol. 2013;68:654-662. 10.1016/j.jaad.2012.08.015 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. Tangtaco J. A. A., Lara-Corrales I. Update in the management of pediatric psoriasis. Curr Opin Pediatr. 2017;29:434. 10.1097/MOP.0000000000000517 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Kurd S. K., Troxel A. B., Crits-Christoph P., Gelfand J. M. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. Arch Dermatol. 2010;146:891-895. 10.1001/archdermatol.2010.186 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Lowes M. A., Bowcock A. M., Krueger J. G. Review article pathogenesis and therapy of psoriasis. Nature. 2007;445:866-873. 10.1038/nature05663 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

คนหาย หาค้ไหน

คนทั้งคนจะหายไปได้อย่างไร คงเป็นสิ่งที่คนเมืองในยุคนี้คงสงสัยเป็นอันมากว่ายังมีเหตุการณ์ เช่นนี้อีกหรือ ทั้งยังคงไม่เคยผุดมาในความคิดเลยแม้แต่น้อยว่าหากเกิดกรณีแบบนี้กับตนเองจะอย่างไร ไม่นานมานี้ผมได้รับข่าวสารผ่านทาง facebook ของเพื่อนรุ่นเดียวกัน ประกาศหาคนหายซึ่งเป็นเพื่อน อีกคนที่หายตัวไป จุดที่หายก็ไม่ใช่ชนบทห่างไกล บ้านที่อยู่อาศัยของคนหายก็อยู่ละแวกเมืองสมุทรปราการ นี้เอง สุดท้ายไม่นานก็ไปพบเป็นศพที่ทำอัตวินิบาตกรรม

ประสบการณ์ตรงของผมเองในวัยเด็ก น่าจะเป็นช่วงวัยอนุบาลที่พอจะจำความได้บ้างแล้ว เวลานั้น อากงหรือคุณตาในวัยชรามีภาวะหลง ๆ ลืม ๆ จากโรคทางสมอง รวมถึงผลพวงจากพิษสุราเรื้อรัง หายออกจากบ้านหลายต่อหลายครั้ง แต่ทุกครั้งก็ยังมีตามเจอ จนครั้งสุดท้ายจากการหายชั่วคราวกลายเป็นการหายถาวร และไม่พบตัวอีกเลยจนกระทั่งปัจจุบัน ย้อนไปตอนนั้นพ่อแม่ของผมนั้นทำทุกวิถีทาง ตั้งแต่แจ้งความ ปิดประกาศ แจกใบปลิว ออกตามหาทุกซอกทุกมุม จนกระทั่งวิธีทางความเชื่อไสยศาสตร์ หามอดู หาพระ แต่สุดท้ายก็ลงเอยด้วยความล้มเหลว นี่เป็นที่มาของบทความที่จะคุยกันในวันนี้ครับ



มูลนิธิกระจกเงา น่าจะเป็นชื่อหน่วยงานที่ผู้อ่านเคยได้ยินผ่านหู และก็น่าจะคลั่งคล้ายคลั่งคลลาว่า เป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องคนหาย นอกจากนี้ก็ยังมีสถานีตำรวจใกล้บ้านที่ประชาชนทั่วไปจะยึดเป็นที่พึ่งแรกสุดในการตามหาคนหาย แต่ต้องบอกก่อนเลยว่า การตามหาคนหายไม่ใช่เรื่องเล็ก ไม่ใช่เรื่องง่าย ด้วยการเดินทางเคลื่อนย้ายของผู้คนในยุคนี้ที่ไร้ข้อจำกัด ไม่ว่าจะทางรถยนต์ เรือ หรือเครื่องบิน อีกทั้งต้องไม่ลืมว่าการป้อนข้อมูลและปัญหาไม่ได้มาจากการตามหาคนหายทางเดียว ในทางกลับกันยังมีข้อมูล การพบคนหรือศพนิรนาม จะทำอย่างไรให้สองสิ่งนี้มาบรรจบกัน เพื่อให้คนหายได้ถูกพบและคนนิรนาม ได้มีชื่อ

อีกหน่วยงานที่น่าจะไม่คุ้นหูคุ้นตากันเลยก็คือ คณะกรรมการพัฒนาระบบการติดตามคนหาย และการพิสูจน์คนนิรนามและศพนิรนาม หรือ ค.พ.ศ. มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ มีกรรมการ โดยตำแหน่งและกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ รวมแล้วราวสิบกว่าคน หน้าที่และอำนาจของ ค.พ.ศ. ได้แก่

1. จัดทำนโยบายแผนแม่บทและแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการติดตามคนหาย และการพิสูจน์คนนิรนามและศพนิรนาม เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ

ขั้นตอนการแจ้งคนหาย

1 คุณสมบัติของผู้แจ้ง

- เป็นญาติ หรือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนหาย
- ผู้ร้องเรียนต้องแจ้ง पुलिसสถาน (ตำรวจ) และเป็น ร้อยโท สิบนายสิบสอง สิบสามนายสิบสอง หรือตำรวจอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมแล้ว

2 เอกสารหลักฐาน

เอกสารหลักฐานของคนหาย

- บัตรประชาชน
- รูปโฉมหน้า
- ภาพถ่ายหน้าจริง
- บัตรวีซ่า (ถ้ามี)
- ตายบัตร (ถ้ามี)
- สิ่งของหรือเอกสาร (ถ้ามี)

เอกสารหลักฐานของผู้ดำเนินการแจ้ง

- บัตรประชาชน
- รูปโฉมหน้า

3 หน่วยงานรับแจ้ง

แจ้งที่ศูนย์ CIR
สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ชั้น 4 ถนนวิภาวดีรังสิต

สถานีตำรวจ สภ.เมือง หรือ สำนักงานยุติธรรมจังหวัด

วิธีดำเนินการ

รับแจ้ง - ตรวจสอบ - รับทราบ - แจ้งข่าว - ประสานงาน

CIR
สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ชั้น 4 ถนนวิภาวดีรังสิต

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ชั้น 4 ถนนวิภาวดีรังสิต ชั้น 4 ถนนวิภาวดีรังสิต ชั้น 4 ถนนวิภาวดีรังสิต

โทร: 0-2142-3638, 0-2142-3648 | โทร: 08-4200-1434 | โทร: 0-2142-3144

www.facebook.com/cir.thai | www.thaiinvesting.go.th

2. ให้ความเห็นหรือข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในเรื่องที่เกี่ยวกับการดำเนินการติดตามคนหาย และการพิสูจน์คนนิรนามและศพนิรนาม

3. ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินการติดตามคนหาย และการพิสูจน์คนนิรนามและศพนิรนามของหน่วยงานของรัฐต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบการติดตามคนหาย และการพิสูจน์คนนิรนามและศพนิรนาม

4. กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและแบบในการแจ้งการจับกุม การรวบรวมและการประสานข้อมูลเกี่ยวกับคนหาย คนนิรนามและศพนิรนามตามระเบียบนี้

5. กำหนดแนวทางให้หน่วยงานของรัฐถือปฏิบัติเพื่อประโยชน์ในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคนหาย คนนิรนามและศพนิรนาม

6. สนับสนุนและส่งเสริมภาคเอกชนและประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามคนหาย และการพิสูจน์คนนิรนามและศพนิรนาม

7. แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานตามที่ ค.พ.ศ. มอบหมาย

8. ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

นอกจาก ค.พ.ศ. จะทำหน้าที่เกี่ยวกับการออกนโยบาย กำหนดแนวทางหลักเกณฑ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับคนหาย คนนิรนามและศพนิรนามแล้ว ในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสนับสนุนการปฏิบัติงานติดตามคนหาย และการพิสูจน์คนนิรนามและศพนิรนาม พ.ศ. 2564 ยังกำหนดให้สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของ ค.พ.ศ. รับผิดชอบงานธุรการและงานเลขานุการของ ค.พ.ศ. และยังมีหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติการโดยตรงในการรับแจ้งและประสานข้อมูลคนหาย คนนิรนามและศพนิรนามด้วย

กล่าวถึงหน่วยงานให้พอคันทุกันพอเป็นพิธีแล้ว มาสู่ภาคปฏิบัติจริงเกี่ยวกับคนหาย คนนิรนามและศพนิรนามกันบ้าง ต่อไปนี้จะเป็นคำถามและคำตอบที่น่าสนใจ และน่าจะทำให้ทุกท่านพอมีไอเดียว่าแนวทางการติดตามและดำเนินการเกี่ยวกับคนหาย คนนิรนามและศพนิรนามจะเป็นไปอย่างไร

1. สามารถแจ้งคนหายได้ที่ไหน

ตอบ: สามารถแจ้งคนหายได้ที่สถานีตำรวจใกล้บ้าน หรือพื้นที่ที่คนหายได้หายตัวไป เจ้าหน้าที่ตำรวจจะส่งข้อมูลไปยังส่วนกลาง ณ สำนักงานยุติธรรมจังหวัดทั่วประเทศ หรือสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาระบบการติดตามคนหายและการพิสูจน์ศพนิรนาม (ค.พ.ศ.) สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม

เพิ่มเติมจากคำตอบข้อนี้ในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีข้างต้น ข้อ 14 ระบุว่า เมื่อหน่วยงานของรัฐได้รับแจ้งว่ามีคนหาย ให้หน่วยงานของรัฐนั้นแจ้งข้อมูลดังกล่าวให้สำนักงานและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องทราบโดยเร็ว และจัดส่งตัวผู้แจ้งพร้อมข้อมูลดังกล่าวไปยังสถานีตำรวจใกล้เคียงทันทีเพื่อดำเนินการตามหน้าที่และอำนาจต่อไป

2. ถ้าสถานีตำรวจไม่รับแจ้งความเนื่องจากคนหายยังหายไปไม่ครบ 24 ชั่วโมง ข้อนี้ น่าจะเป็นข้อที่ประชาชนทั่วไปเคยได้ยินได้ฟังมาว่า ถ้าหายตัวไปไม่ครบ 24 ชั่วโมง ตำรวจจะไม่รับแจ้งความ

ตอบ: ให้ผู้แจ้งอ้างอิงหนังสือ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เลขที่ 0001(กม.1)/051 ลงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2557 ลงนามโดย พล.ต.อ.จรัมพร สุระมณี ว่าตำรวจต้องรับแจ้งความคนหายทันที ไม่มีเงื่อนไขด้านเวลา

ยังมีข้อมูลที่น่าสนใจอีกมากมายเกี่ยวกับคนหาย คนนิรนามและศพนิรนาม ทั้งเรื่องแนวทางปฏิบัติอีกหลายประการที่ได้เกริ่นไว้เล็กน้อยแล้วข้างต้น เรื่องสถิติข้อมูลต่าง ๆ ขอได้โปรดติดตามต่อไปในบทความตอนหน้าครับ



วงการแพทย์ ฉบับ 555 กรกฎาคม 2567
www.wongkarnpat.com





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
ได้ข้อมูลถูกต้องทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

ธนาคาร สังกัด ปณ.ตลิ่งชัน 10170 ตู้แลกเงิน

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



Evolving and Emerging Issues in ID

วันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2567 เวลา 8:30-16:00 น. (Onsite)

ณ ห้องประชุมสโมสร คณะแพทยศาสตร์ ชั้น 4 อาคารคุณากร
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(สามารถเก็บหน่วยกิต CME และ CPE)

เวลา	หัวข้อ	เวลา	หัวข้อ
8:00-8:45	ลงทะเบียน	12:00-13:00	พักรับประทานกลางวัน
8:45-9:00	รศ.พญ.อังฉรา ตั้งสถาพรพงษ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ ให้เกียรติเป็นประธานเปิดงานประชุม	13:00-14:30	Interesting ID Case discussion Presenter: พญ. ณัฐนิชา , นพ.ชัยวัฒน์ Panelist: ศ. ดร. นพ. ชุภณา สอนกระต่าย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รศ.นพ.ภิญญ มุตสิกพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.อ. นพ. สมบัติ ลีลาสุภาศรี โรงพยาบาลพญาไท 2
9:00-9:45	Infection Prevention Issues in Reality: Lessons Learnt from my Parents ศ.นพ.อนุชา อภิสารธนรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์	14:30-14:45	พักรับประทานอาหารว่าง
9:45-10:15	Emerging issues in tuberculosis อ.นพ.สุทธิชัย วิสุทธิชัยกิจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์	14:45-15:15	Evolving trend in adult vaccination ศ.นพ.ธีระพงษ์ ตันทวิเชียร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
10:15-10:45	Complicated ARV management ศ.นพ.รนา ขจรเจริญพร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์	15:15-15:45	New antibacterial agents in Thailand 2024-2025 ผศ.ภญ. กิตติยา จันทรธานีวัฒน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
10:45-11:00	พักรับประทานอาหารว่าง	15:45-16:00	Q&A
11:00-11:30	Evolving issues in Transplant ID ผศ.พญ.ศศิบุษ รุจนเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์		
11:30-12:00	Advanced diagnostic tests in ID รศ.พญ.มันตรา สุวันทาร์ตน์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬา ภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์		



ลงทะเบียน (ฟรี)
สแกนคิวอาร์โค้ด