





## ศูนย์โรคหัวใจ ร.พ.จุฬาลงกรณ์

### รับรางวัลเหรียญทอง Gold Award

จาก The American Heart Association

ก้าวสู่โรงพยาบาลหัวใจมาตรฐานระดับโลกแห่งแรกของไทย





2024  
GET WITH THE  
GUIDELINES

GOLD

HEART FAILURE

- นานาสาระ: **ลดเค็ม ลดโรค**
- แพทย์แผนจีน
- การดูแลแม่หลังคลอดตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน

**SYMPOSIUM**  
IN THIS ISSUE




สำหรับผู้อ่านฉบับนี้โปรดกรรรมทำนั้

1-31/08/24

# EntroVac®


Enterovirus Type 71 Vaccine, Inactivated  
(Human Diploid Cell)




**Composition/Strength<sup>1</sup>**  
Inactivated type 71 enterovirus (Inactivated type 71 antigen) 0.5 ml per pre-filled syringe containing 100 U antigen of enterovirus type 71

**Therapeutic indication<sup>1</sup>**  
This vaccine can induce immunity against EV71 to prevent hand, foot, and mouth disease (HFMD) caused by infection of EV71.

**Summary of Product Characteristics<sup>1</sup>**  
**Physiology and method of administration**  
The vaccine is safe for EV71 susceptible aged from 6 months to 5 years old. The vaccine is recommended to be administered through intramuscular injection, shake up before using. The recommended position is the distal of the upper arm. Primary immunization is 2 doses, at an interval of one month, 0.5ml per person per time.  
**Undesirable effects**  
Very common: pyrexia  
Common: pain, erythema, swell, induration, decreased appetite, irritability postvaccinal, diarrhea, nausea, vomiting, fatigue, hypersensitivity  
Uncommon: pruritus  
Contraindication  
1. Subjects allergic to active and any non-active component or substances used in the preparation of the vaccine, including eggwhite, formaldehyde and kanamycin sulfate.  
2. Subjects suffering from fever or in the period of acute disease.  
3. Subjects suffering from serious chronic disease or with allergic constitution.  
**Special warning and precautions**  
1. No intravascular injection.  
2. First aid in case of severe allergic reaction should be prepared. The recipients shall be observed for at least 30 minutes on site following injection.  
3. In the following situation, this vaccine should be used cautiously:  
3.1 Subjects with thrombocytopenia or hemorrhagic disease, as the administration of this vaccine may cause bleeding.  
3.2 Subjects who are receiving immunosuppressive therapy or with immune deficiency disorder, as the immune response to this vaccine may be reduced. For subjects with chronic immunodeficiency, even if the underlying illness may result in limited immune response, vaccination is nevertheless recommended.  
3.3 Subjects with uncontrolled epilepsy and other progressive nervous system disease.  
4. Similar with other vaccines, this vaccine may not generate 100% protective efficacy for vaccine recipients.  
5. This vaccine must be stored out of the reach for children.  
6. Do not use the vaccine if it is abnormally turbid or the container shows crack.  
7. When opening the container and injecting the vaccine, do not let disinfected contact the vaccine.  
8. Freezing is strictly forbidden. The vaccine shall be administered immediately after the container is opened. Interval should be at least one month or more between vaccinating this vaccine and injecting immunoglobulin, lest affecting the immune effect.  
**Pregnancy and lactation** Not applicable **Shelf life** 24 months **Storage** Store and ship at 2-8°C, protect from light. Freezing is strictly forbidden. **Manufacturer** INSTITUTE OF MEDICAL BIOLOGY CHINESE ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES (Nunan Province, P.R. China Distributed by Biovalys Co., Ltd. 23 Soi, Udomsak 37, Sukhumvit 103 Road, Bangkok, Prakanong, Bangkok 10260, Thailand TEL: (66) 2391 6116 www.biovalys.com  
**Reference:** 1. EntroVac summary of product characteristics



โปรดอ่านใบชี้แจงข้อควรระวังก่อนใช้วัคซีน  
ก่อนฉีดวัคซีนให้เด็ก (10-1564-0603)



โปรดอ่านใบชี้แจงข้อควรระวังก่อนใช้วัคซีน  
ก่อนฉีดวัคซีนให้เด็ก (10-1564-0603)

บทความเคลื่อนไหวทางการแพทย์  
[www.wongkarnpat.com](http://www.wongkarnpat.com)

## www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ  
Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร  
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านก่อน ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา  
เพียงคลิกเข้ามาที่ [www.wongkarnpat.com](http://www.wongkarnpat.com) ได้ข้อมูลถูกใจ

กด Like ไลก์ที่ [www.facebook.com/wongkarnpat](https://www.facebook.com/wongkarnpat)





**ภาคเหนือ**  
เชียงใหม่, แม่ฮ่องสอน, ลำปาง, ลำปาง,  
เชียงราย, น่าน

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

**ภาคกลาง**  
ประจวบคีรีขันธ์, ฉะเชิงเทรา, สิงห์บุรี, พิจิตร, พิษณุโลก, เพชร,  
นครสวรรค์, อุทัยธานี, ช่างทอง, ฉะเชิงเทรา,  
กาญจนบุรี, นครปฐม, สุพรรณบุรี, สิงห์บุรี,  
สุพรรณบุรี, นครปฐม, นครปฐม, นครปฐม

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

THE MEDICAL NEWS  
**วงการแพทย์ 2567**  
THE MEDICINE JOURNAL  
สัญจรทั่วไทย

วงการแพทย์ 556 สัญจรทั่วไทย  
www.wongkarnpat.com



# การกินนมแม่อย่างเดียว ในหกเดือนแรกของชีวิต

ในสัปดาห์แรกของเดือนสิงหาคมถือเป็นสัปดาห์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโลก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์ทั่วโลก เห็นด้วยกับองค์การอนามัยโลกว่าเด็กทุกคนควรกินนมแม่ในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด และกินนมแม่เป็นอาหารอย่างเดียวในหกเดือนแรกของชีวิต หลังจากนั้นยังกินนมแม่พร้อมอาหารตามวัยต่อไปได้ถึงอายุสองปีหรือนานกว่านั้น ในปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าการกินนมแม่อย่างเดียวในหกเดือนแรกของชีวิตเพียงร้อยละ 14 และได้เพิ่มเป็นร้อยละ 29 ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดให้เด็กอายุต่ำกว่าหกเดือนกินนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่าร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2568 ประเทศรอบบ้านเราทำได้ดีกว่าเราทั้งสิ้น

ทำไมเด็กไทยจึงกินนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่าเพื่อนบ้านและเด็กต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทย เราจะแก้ไขอย่างไรเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าประเทศที่ยากจนและพัฒนาน้อยที่สุดมีอัตราการกินนมแม่อย่างเดียวก่อนอายุต่ำกว่าหกเดือนสูงสุด เช่น รวันดา (86.9%), บุรุนดี (82.3%), ศรีลังกา (82%) ประเทศที่มีรายได้ปานกลาง เช่น ประเทศไทยกลับมีการกินนมแม่น้อยที่สุด สาเหตุที่แม่ในประเทศไทยไม่ได้ให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียวนั้นมีหลายประการ เช่น กลัวว่านมตนเองมีน้อย ไม่พอให้ลูกกิน ความจริงนมแม่ยิ่งดู นมยิ่งออกมาก ในวันแรก ๆ เด็กอาจจะไม่มีแรงดูดมากพอทำให้ออกน้อย บางทีต้องให้พ่อช่วยดูดตอนเริ่มแรก พอเริ่มออกแล้วต่อไปก็ไม่มีปัญหา แม่บางคนให้กินน้ำเพื่อล้างปาก กลัวว่าจะเป็นคราบนม ความจริงใช้ผ้าเช็ดออกได้ง่าย ไม่ต้องกินน้ำตาม บางคนกลัวน้ำไม่พอ ความจริงในนมมีน้ำอยู่เพียงพออยู่แล้ว แม่บางคนเข้าใจผิดคิดว่านมวัวดีกว่านมแม่ เพราะบริษัทขายนมอ้างว่าได้เติมสารหลายอย่างเข้าไป ความจริงนมคนเหมาะสำหรับคนที่สุด ที่บริษัทเติมสารเข้าไปในนมวัวเพื่อที่จะได้เหมือนนมคน ไม่ใช่ทำให้ดีกว่านมคน แม่บางคนต้องไปทำงานหลังจากคลอดบุตรทำให้ไม่สามารถให้เด็กดูดนมจากเต้าได้ บางคนส่งลูกไปอยู่กับปู่ย่าตายายในต่างจังหวัดเลยให้กินนมไม่ได้ แม่หลายคนไม่ทราบข้อดีของนมแม่ ในระยะหลังเด็กคลอดโดยการผ่าออกมากขึ้นโดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนทำให้ไม่สะดวกในการให้กินนมแม่ในวันแรก ประโยชน์ของนมแม่มีมากมาย นอกจากเป็นแหล่งอาหารที่ดีของลูกแล้ว ยังช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ของแม่ นมแม่ช่วยลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และโรคหูน้ำหนวกในเด็ก ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ลดโรคภูมิแพ้ นมแม่ไม่ต้องซื้อ ไม่ต้องชง พร้อมดื่มได้เลย เด็กที่กินนมแม่บางครั้งมีอาการตัวเหลืองได้ แต่ถ้าได้หยุดนมแม่ 24 ชั่วโมงแล้วกลับมากินใหม่ได้ แม่ที่ให้นมบุตรจะต้องไม่ขาดอาหาร เพราะถ้าแม่ขาดวิตามินบี 1 ลูกก็จะขาดด้วย นมแม่ขาดวิตามินเค เราต้องฉีดวิตามินเคให้แก่เด็กเกิดใหม่ในหกชั่วโมงแรกแก่เด็กทุกคน นมแม่ขาดวิตามินดี ธาตุเหล็ก แคลเซียม และสังกะสี ดังนั้น หลังหกเดือนเราต้องให้อาหารเสริมแก่เด็ก เชื้อไวรัส สารพิษและยาหลายอย่างผ่านมาจากนมแม่ได้ เพราะฉะนั้นสูติแพทย์และกุมารแพทย์ต้องแนะนำการให้นมบุตรแก่แม่ รวมทั้งการใช้เครื่องดูดนม เนื่องจากประเทศไทยไม่ได้ให้แม่หยุดงานโดยจ่ายเงินเดือนในหกเดือนแรกหลังคลอดเหมือนประเทศที่พัฒนาแล้ว สถานที่ทำงานจะต้องช่วยแม่โดยจัดที่ให้แม่ปั้มนม ไม่ใช่ให้ไปปั้มนมในห้องน้ำ มีที่ล้างเครื่องปั้มนม มีที่เก็บนม บางครั้งต้องให้ความรู้เรื่องนมแม่แก่พ่อและผู้ใหญ่ในบ้านด้วย ความจริงเราควรสอนเรื่องประโยชน์และวิธีให้นมแม่แก่เด็กไทยทุกคนตั้งแต่ชั้นมัธยมปลาย เพราะเกือบทุกคนได้มีโอกาสใช้ความรู้นี้ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมดีกว่าหลายวิชาที่เรียนแล้วไม่ได้ใช้



  
ศ.นพ. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

# Contents

The Medical News ฉบับที่ 556 ประจำเดือนสิงหาคม 2567

## 3 สมาคมกีฬาเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย

ความสำคัญของกล้ามเนื้ออกันต่อการป้องกันความเสี่ยงของการบาดเจ็บรายครึ่งส่วนล่างจากการเล่นกีฬา

## 5 โลกกว้างทางแพทย์

- Which beta-blockers can potentially treat his myocardial infarction while causing minimal bronchoconstriction?
- Topical Colloidal Silver for the Treatment of Recalcitrant Chronic Rhinosinuitis
- Liraglutide ความหวังใหม่ในการรักษา Alzheimer's disease?

## 9 Get Up

- หากนักวิจัยคือนักตั้งคำถาม บุคลากรทางการแพทย์คือ “นักตั้งคำถามและสร้างคำตอบ”
- สาระสำคัญของแนวทางการรักษาไมเกรนฉบับล่าสุด
- ACEI/ARB are the drug of choice for hypertension in CKD

## 11 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

โรคพิษสุนัขบ้า

## 12 Movement

## 13 In Focus

ศูนย์โรคหัวใจ ร.พ.จุฬาฯ รับรางวัลเหรียญทอง Gold Award จาก The American Heart Association  
ก้าวสู่โรงพยาบาลหัวใจมาตรฐานระดับโลกแห่งแรกของไทย

## 17 Special

ศิริราช ผนัก MIT จัด Hackathon ค้นหาโซลูชันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครั้งแรกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผ่านแคมเปญ ‘Siriraj x MIT Hacking Medicine’ หัวข้อ ‘Scaling Aged Care in Developing Countries’

## 21 bananas

ลดเค็ม ลดโรค

## 23 แพทย์แผนจีน

การดูแลแม่หลังคลอดตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน

## 25 รอบรู้เรื่องยา

วิตามินบีรวมฟองฟู่มีผลต่อสมองอย่างไร

## 27 รายงานพิเศษ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จัดประชุมสัมมนาวิชาการประจำปี 2567  
“Artificial Intelligence Integrated into Urban Medicine (การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์กับเวชศาสตร์เขตเมือง)”

## 30 มุมนี้พิเศษ

คนหาย หาทีไหน ตอนที่ 2

### คณะที่ปรึกษา และคอลัมนิสต์

ศ.ภิกษา นพ.ทินิจ 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.พัทธธีรา ดิษยวรรณวัฒน์ พญ.วรินทิพย์ สว่างศรี นพ.ธนาวุฒม์ ไสภักดี ดร.ภก.สิขวัฒน์ นักร้อง ผศ.ดร.ภก.ประยุทธ์ ภูวรัตนาวีโร

### บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

### กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

### กรรมการผู้จัดการ

สิริพร แสงเทียนฉาย

### กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, มนูญญา นาควิสัย

อาร์ตไดเรกเตอร์ สุกัญญา หิรัญยะวะลิต

ดีไซเนอร์ อาทิตย์ คานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

งานโฆษณา ภิญาพัชร์ ธนากุลจิราทิพย์

พัชรินทร์ ภายหอม, ปิยะวรรณ หาปัญนะ

กนกอร ขจรศักดิ์, มนูญญา 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

# ความสำคัญของกล้ามเนื้ออกันต่อการป้องกันความเสี่ยงของการบาดเจ็บรยางค์ส่วนล่างจากการเล่นกีฬา

การบาดเจ็บจากการเล่นกีฬาเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในกิจกรรมกีฬาหลากหลายประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกีฬาที่มีการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว การกระโดด หรือในกีฬาที่มีการปะทะ เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การลดทอนคุณภาพชีวิตเมื่อได้รับบาดเจ็บ จากการศึกษาข้อมูลการวิจัยในช่วงที่ผ่านมาพบว่าการบาดเจ็บรยางค์ส่วนล่าง เช่น การบาดเจ็บบริเวณข้อเข่าและข้อเท้าเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยจากการเคลื่อนไหวและการเล่นกีฬาในลักษณะดังกล่าว การเตรียมความพร้อมของร่างกายโดยเฉพาะการพัฒนาการทำงานของกล้ามเนื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการเคลื่อนไหวอย่างมีคุณภาพเพื่อลดความเสี่ยงการบาดเจ็บรยางค์ส่วนล่าง

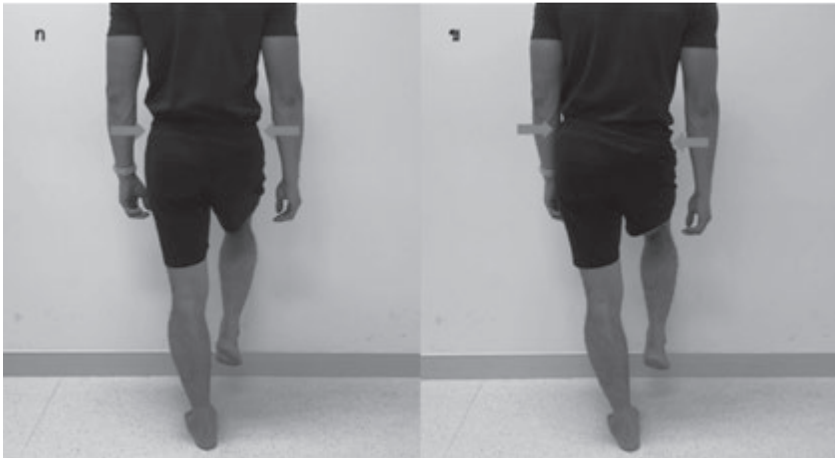
เมื่อพูดถึงการเตรียมความพร้อมต่อการพัฒนาการทำงานของกล้ามเนื้อเพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของข้อเข่าหรือข้อเท้า เรามักจะให้ความสนใจต่อการพัฒนาการทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณข้อต่อส่วนล่าง เช่น การพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (quadriceps) และต้นขาด้านหลัง (hamstring) อย่างไรก็ตาม การทำงานของกล้ามเนื้ออกันเป็นอีกหนึ่งกลุ่มกล้ามเนื้อที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันและการเล่นกีฬาในการช่วยลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บรยางค์ส่วนล่าง นอกเหนือจากการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อต่อ และแกนกลางลำตัว

กล้ามเนื้ออกันเป็นกลุ่มกล้ามเนื้อ 3 มัด ประกอบด้วยกล้ามเนื้อกลูเตียสแมกซิมัส (gluteus maximus) กล้ามเนื้อกลูเตียสมีเดียส (gluteus medius) และกล้ามเนื้อกลูเตียสมินิมัส (gluteus minimus) ที่มารวมกันเป็นกล้ามเนื้อที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของร่างกาย กลุ่มกล้ามเนื้ออกันทั้ง 3 มัดกล้ามเนื้อมีส่วนช่วยในการรักษาความมั่นคงของแกนกลางลำตัวและกระดูกเชิงกราน รวมถึงช่วยรักษาแนวของรยางค์ส่วนล่างให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมขณะที่มีการเคลื่อนไหว ซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หรือการเล่นกีฬา นอกจากความสามารถในการควบคุมความมั่นคงของลำตัวและกระดูกเชิงกรานที่มี

ความสำคัญต่อการเคลื่อนไหว การทำงานของกล้ามเนื้ออกันยังมีความสำคัญต่อการควบคุมข้อต่ออื่น ๆ ของรยางค์ส่วนล่าง จากข้อมูลวิจัยในช่วงที่ผ่านมาได้มีการศึกษาบทบาทของกล้ามเนื้ออกันต่อการเคลื่อนไหวในท่าทางต่าง ๆ เช่น การวิ่ง การย่อ และการกระโดด ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวในลักษณะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บรยางค์ส่วนล่าง พบว่าการทำงานของกล้ามเนื้ออกันมีส่วนช่วยในการควบคุมแนวของข้อเข่าในการลดการบิดเข่า (internal rotation) ของข้อเข่าขณะลงสู่พื้น (landing) จากกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของข้อเข่าได้ รวมถึงยังมีบทบาทต่อการควบคุมการเคลื่อนไหวข้อเท้า หากกล้ามเนื้ออกันทำงานได้ไม่ดีอาจมีผลต่อการวางเท้าที่ไม่เหมาะสมขณะเคลื่อนไหว และเสี่ยงต่อการบาดเจ็บข้อเท้าได้ อีกทั้งยังพบการเพิ่มขึ้นของแรงที่มากกระทำต่อข้อต่อต่าง ๆ ของรยางค์ส่วนล่างในขณะที่เคลื่อนไหว เมื่อกล้ามเนื้ออกันไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ การทำงานของกล้ามเนื้ออกันจึงไม่ได้ควบคุมเพียงข้อต่อบริเวณสะโพกเท่านั้น แต่ยังมีส่วนช่วยในการควบคุมการเคลื่อนไหวและลดแรงที่มากกระทำต่อข้อต่อของรยางค์ส่วนล่าง ดังนั้น เมื่อกล้ามเนื้ออกันทำงานผิดปกติจึงส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้ออกันทางชีวกลศาสตร์ การออกแรง รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บ หรือการบาดเจ็บซ้ำของรยางค์ส่วนล่างได้

การทำงานของกล้ามเนื้ออกันจะสามารถสังเกตได้ง่าย ๆ จากการประเมินการเคลื่อนไหวด้วยการตรวจ Trendelenburg ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อดูความมั่นคงของกระดูกเชิงกรานในท่าทางการยืนด้วยขาเพียงข้างเดียว (รูปที่ 1) โดยจะเห็นได้ว่าจากรูปที่ 1(ก) เมื่อกล้ามเนื้ออกันทำงานได้ดีจะทำให้สามารถรักษาความมั่นคงของกระดูกเชิงกรานในขาข้างที่ยืนได้ในทางตรงกันข้ามจากรูปที่ 1(ข) หากกล้ามเนื้ออกันไม่สามารถทำงานได้จะมีอาการเอนของลำตัวไปทางด้านข้างเพื่อพยายามรักษาการทรงตัวของร่างกาย

รวมถึงการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแบบไอโซเมตริก (isometric) ในท่าทางต่าง ๆ ด้วยมาตรวัดกำลัง



**รูปที่ 1** การตรวจ Trendelenburg (ก) กล้ามเนื้อ  
ก้นทำงานได้อย่างปกติ (ข) กล้ามเนื้อก้น  
ไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ



**รูปที่ 2** การประเมินการเหยียดสะโพกในท่านอนคว่ำ

กล้ามเนื้อแบบมือถือถือ (handheld dynamometer) เช่น การประเมิน  
การเหยียดสะโพกในท่านอนคว่ำ (prone hip extension) เป็น  
การประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อกลูเตียสแมกซิมัส (รูปที่ 2)  
การกางขาในท่านอนตะแคง (side lying hip abduction) ทั้งรูปแบบ  
การกางขาแบบปกติ [รูปที่ 3(ก)] และการกางขาแบบเฉียงด้านหลัง  
[รูปที่ 3(ข)]

กล้ามเนื้อก้นจึงเป็นอีกหนึ่งกลุ่มกล้ามเนื้อที่ควร  
ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาการทำงานของกล้ามเนื้อเพื่อลด  
ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการบาดเจ็บรยางค์ส่วนล่างจาก  
การเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน และการเล่นกีฬา

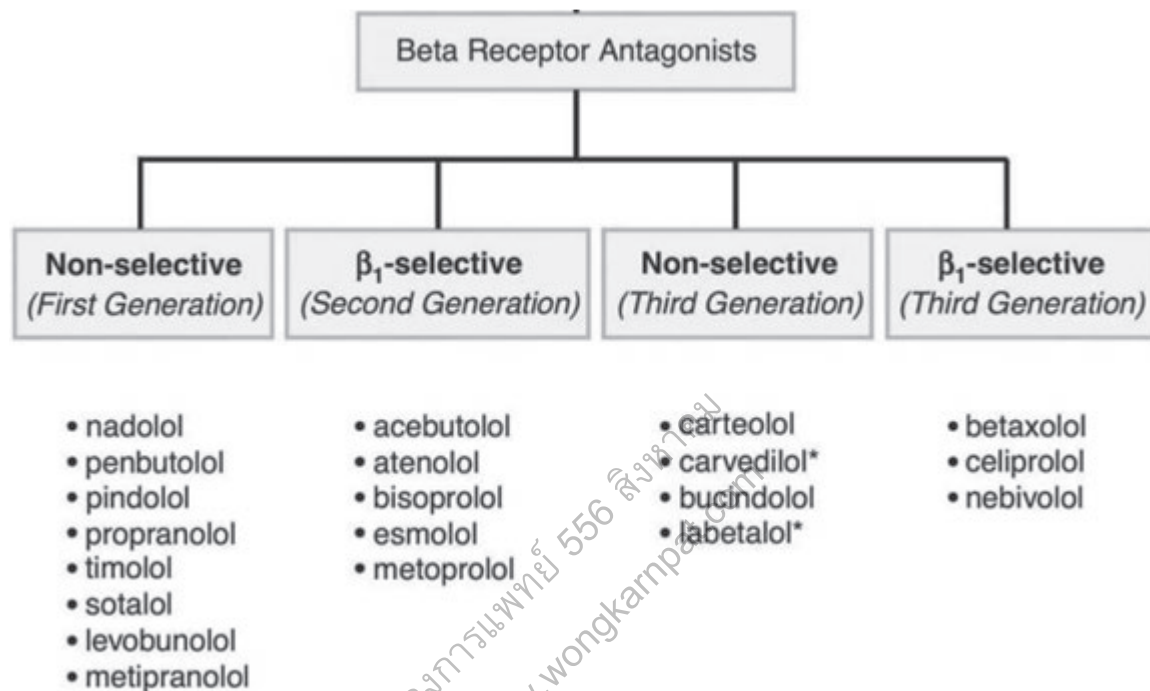


**รูปที่ 3** การประเมินการกางขาในท่านอนตะแคง (ก) การกางขาแบบปกติ (ข) การกางขาแบบเฉียงด้านหลัง

#### เอกสารอ้างอิง

- Buckthorpe M, Stride M, Villa FD. Assessing and treating gluteus maximus weakness—a clinical commentary. Int J Sports Phys Ther. 2019;14(4):655-69.
- Rinaldi VG, Prill R, Jahnke S, Zaffagnini S, Becker R. The influence of gluteal muscle strength deficits on dynamic knee valgus: A scoping review. J Exp Orthop. 2022;9(1):81.
- วัชรพล เทพา, พิสิฐฐ์ เลิศวานิช. การทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อก้นภายหลังจากการบาดเจ็บของรยางค์ส่วนล่าง. คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดหนังสือ  
เวชศาสตร์ทันยุค. เวชศาสตร์ทันยุค. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2567.

# Which beta-blockers can potentially treat his myocardial infarction while causing minimal bronchoconstriction?



ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุทั้ง genetic และ environmental factors การเกิดภาวะผิดปกติดังกล่าวจะนำไปสู่การเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนตามมาที่เรียกว่า targeted organ damage ได้แก่ โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด ไต ตา และสมอง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถเกิดภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่นได้ด้วย ซึ่งจะส่งผลต่อการพิจารณาให้การรักษา ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีที่เกิดภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับ MI และต้องเฝ้าระวังการเกิด bronchoconstriction แพทย์ผู้สั่งใช้ยาจะต้องคำนึงถึง compelling indication และนำไป balance กับโอกาสเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ เช่น ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหัวใจ คือ MI ยาลดความดันโลหิตที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่ระบุว่าสามารถใช้ได้และมีประโยชน์ ได้แก่ ยากลุ่ม ACEi, ARB, CCB, Thiazide diuretic หรือ beta-blocker เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้มี minimal bronchoconstriction ร่วมด้วย ดังนั้น จึงควรหลีกเลี่ยงยากลุ่ม beta-blocker หรือเลือกยาในกลุ่มนี้ที่มีกลไกการออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงกับ  $\beta_1$  มากที่สุดและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ระบุว่าสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย และควรใช้ร่วมกับยาลดความดันโลหิตกลุ่มอื่น ๆ ในขนาดต่ำ ๆ ทั้งสองตัว เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการรักษาแต่ยังคงปลอดภัย

ที่มา: Bennett M, Chang CL, Tatley M, Savage R, Hancox RJ. The safety of cardioselective  $\beta_1$ -blockers in asthma: literature review and search of global pharmacovigilance safety reports. ERJ Open Res. 2021 Mar 1;7(1):00801-2020. doi: 10.1183/23120541.00801-2020. PMID: 33681344; PMCID: PMC7917232.

# Topical Colloidal Silver for the Treatment of Recalcitrant Chronic Rhinosinusitis

Before oral antibiotics	Antibiotics	After oral antibiotics	After colloidal silver
Heavy <i>S. aureus</i>	Augmentin DF	Moderate <i>P. aeruginosa</i> + Heavy <i>S. aureus</i>	Moderate <i>S. pneumoniae</i> + Moderate <i>S. aureus</i>
Moderate <i>P. aeruginosa</i>	Ciprofloxacin	Light <i>P. stutzeri</i>	Withdrew due to other commitments
Heavy <i>H. influenzae</i>	Bactrim DS	No growth	
Heavy <i>S. aureus</i>	Augmentin DF	Heavy <i>S. maltophilia</i>	No growth
Moderate <i>S. aureus</i>	Augmentin DF	No growth	
Heavy <i>E. coli</i>	Augmentin DF	Moderate <i>E. coli</i>	Withdrew due to flush discomfort
Heavy <i>S. aureus</i>	Cephalexin	Moderate <i>S. aureus</i> + Light <i>H. influenzae</i>	Withdrew due to lack of efficacy

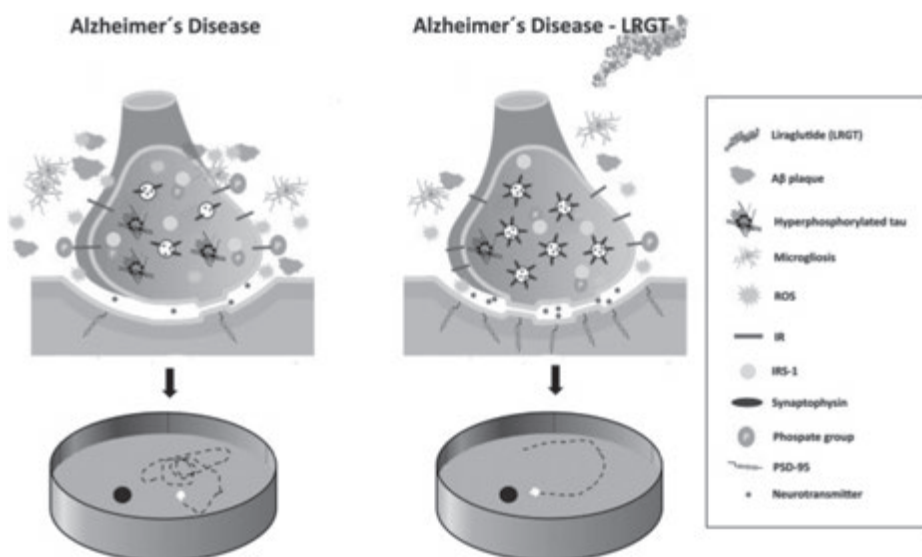
Recalcitrant Chronic Rhinosinusitis หมายถึงภาวะอักเสบเรื้อรังของโพรงจมูกและไซนัสที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบมาตรฐานหรือการรักษาด้วยยาและวิธีการทางการแพทย์ที่ได้รับการแนะนำแล้ว ซึ่งปกติจะมีระยะเวลาเกินกว่า 12 สัปดาห์ โรคนี้เป็นสาเหตุของอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล อาการปวดบริเวณใบหน้า และการสูญเสียการรับกลิ่น ลักษณะของ Recalcitrant CRS คือ ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางยา เช่น ยาปฏิชีวนะ สเตียรอยด์ หรือยาลดอาการแพ้ทั้งในรูปแบบรับประทานหรือพ่นจมูก มักต้องมีการรักษาเพิ่มเติม เช่น การผ่าตัดไซนัส (Endoscopic Sinus Surgery; ESS) เพื่อช่วยระบายของเหลวในไซนัสและลดการอักเสบ มีปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมอื่น ๆ เช่น ภูมิแพ้ ริดสีดวงจมูก โรคหืด หรือภาวะภูมิคุ้มกันต่ำที่ทำให้โรคนี้อาจรักษาได้ยากขึ้น ในการจัดการผู้ป่วยที่มี Recalcitrant CRS แพทย์อาจพิจารณาการรักษาในรูปแบบที่เข้มงวดขึ้น เช่น การใช้ยาสเตียรอยด์ที่สูงขึ้น หรือการปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาใหม่ตามอาการ ซึ่งการจัดการดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยได้ Bennett และคณะ จึงได้พัฒนานวัตกรรมใหม่เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว โดยมีหลักการว่าการรักษาควรเป็นการกำจัดเชื้อจุลชีพได้อย่างกว้างขวางออกฤทธิ์แบบเฉพาะที่ และต้องปลอดภัยต่อเซลล์เป้าหมาย (เซลล์ในระบบโพรงจมูก ช่องปากและลำคอ และตา) นวัตกรรมใหม่ที่กลุ่มวิจัยนำเสนอ ได้แก่ Topical Colloidal Silver ซึ่งได้รับการวิจัยทั้งในห้องปฏิบัติการแล้วพบว่าสามารถฆ่าเชื้อจุลชีพได้อย่างกว้างขวางมาทดลองวิจัยในมนุษย์ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อใช้สารดังกล่าวบริหารในลักษณะ sinonasal rinses พบว่าปลอดภัยในกลุ่มอาสาสมัครแต่ยังไม่เห็นว่าการใช้ oral antibiotics ซึ่งผู้วิจัยเสนอแนะว่าจะต้องมีการพัฒนาตำรับและวิจัยต่อไปในอนาคต ซึ่งในทางทฤษฎียังมีช่องทางในการพัฒนาอีกมากมาย

ที่มา: Ooi ML, Richter K, Bennett C, Macias-Valle L, Vreugde S, Psaltis AJ, Wormald PJ. Topical Colloidal Silver for the Treatment of Recalcitrant Chronic Rhinosinusitis. *Front Microbiol.* 2018 Apr 11;9:720. doi: 10.3389/fmicb.2018.00720. PMID: 29696011; PMCID: PMC5905234.



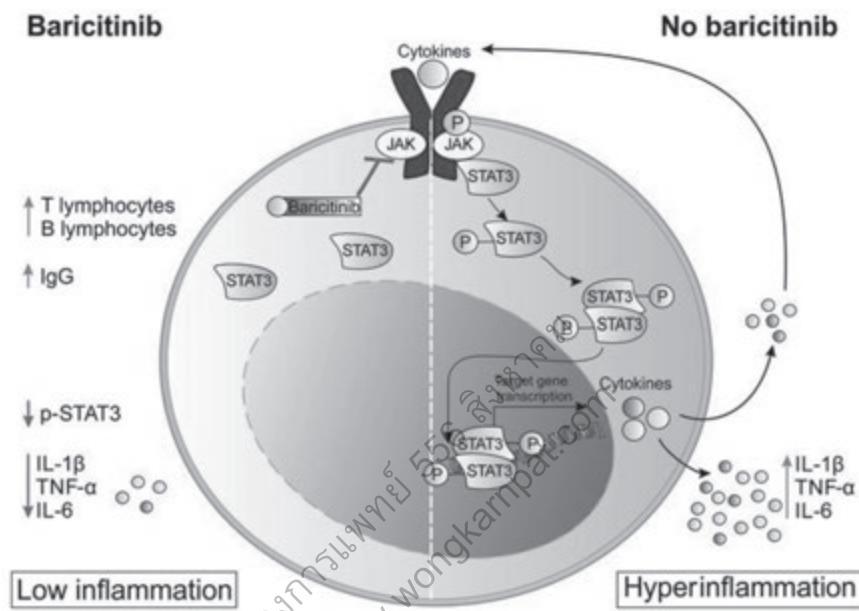
# Liraglutide ความหวังใหม่ในการรักษา Alzheimer's disease?

องค์ความรู้จากอดีตจนถึงปัจจุบันทำให้ทราบว่าสาเหตุของการเกิด Alzheimer's disease มาจากการเปลี่ยนแปลงด้านพันธุกรรมส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติหลายประการในสมอง และส่งผลแสดงออกเป็นความผิดปกติในเรื่องพฤติกรรม โดยเฉพาะในเรื่อง memory และ cognitive function ซึ่งในปัจจุบันมียาเพียงจำนวนน้อยที่ US FDA รับรองให้ใช้ในโรคนี้และทั้งหมดเป็นยารักษาตามอาการ อย่างไรก็ตาม เมื่อเทคโนโลยีในปัจจุบันมีการพัฒนามากขึ้น มียาใหม่ที่ได้รับการรับรองจำนวนมาก จึงมีการวิจัยเพื่อหาอรรถประโยชน์จากการใช้ยาใหม่นั้น ๆ มากขึ้น ซึ่ง Alzheimer's disease ก็เป็นหนึ่งในโรคที่จะสร้างมูลค่าได้สูงหากสามารถรักษาหรือส่งเสริมให้อาการแสดงดีขึ้นได้ ในปัจจุบันมีข้อมูลผลงานวิจัยที่น่าสนใจของยาดัวหนึ่ง ได้แก่ Liraglutide ซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และยังได้รับการอนุมัติให้ใช้ในการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ยานี้อยู่ในกลุ่มยา GLP-1 receptor agonists (Glucagon-Like Peptide-1 receptor agonists) ซึ่งทำงานโดยการเลียนแบบฮอร์โมน GLP-1 ในร่างกาย Liraglutide ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยกระตุ้นการหลั่งอินซูลินเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง ยับยั้งการหลั่งกลูคากอนซึ่งเป็นฮอร์โมนที่เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด ชะลอการย่อยและการดูดซึมอาหารในกระเพาะอาหาร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอิ่มได้นานขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมน้ำหนัก อย่างไรก็ตาม ในการประชุม AAIC (Alzheimer's Association International Conference) ที่ Philadelphia มีการเสนอผลงานวิจัย ELAD Study ที่เป็น RCT ของการใช้ Liraglutide 1.8 mg vs placebo นาน 1 ปี ในผู้ป่วย mild Alzheimer's disease ผลการศึกษาพบว่า primary endpoint คือ cerebral glucose metabolic rate in cortical region ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ secondary endpoints คือ brain volume และ cognitive function scores พบว่ากลุ่มที่ได้รับ Liraglutide ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ placebo อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวอย่างที่พบว่ามีความเป็นไปได้ที่จะสามารถช่วยชะลอการลุกลามของโรค Alzheimer's disease ได้ แต่นี่อาจเป็นเพียงข้อมูลสำหรับสร้างคำถามใหม่และออกแบบระเบียบวิธีวิจัยในอนาคตให้ primary outcome ตรงกับข้อบ่งใช้การรักษามากขึ้น และต้องอย่าลืมว่างานวิจัยส่วนใหญ่ขณะนี้ยังอยู่ในระดับหลอดทดลอง และสัตว์ทดลองเท่านั้น



ที่มา: <https://aaic.alz.org/releases-2024/glp-drug-liraglutide-may-protect-against-dementia.asp>

# A non-randomized clinical trial suggests that daily oral abrocitinib 200 mg may be effective and well tolerated for treating prurigo nodularis and chronic pruritus of unknown origin in adults

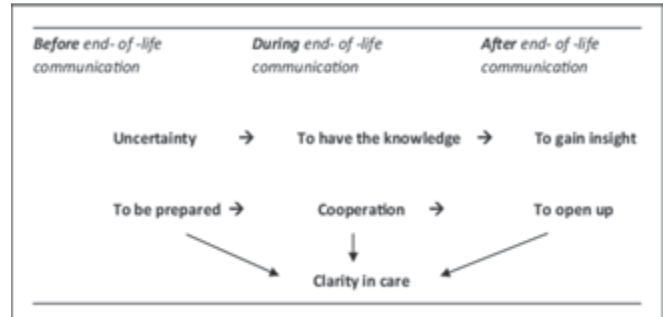


Prurigo nodularis and chronic pruritus of unknown origin เป็นภาวะผิดปกติทางระบบภูมิคุ้มกันที่มีอาการแสดงออกทางผิวหนัง ได้แก่ การอักเสบและอาการคัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ภาวะดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบปกติไม่ว่าจะเป็นการใช้ antihistamine, corticosteroids ทั้งในรูปแบบ topical และ oral route จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันจึงมียาตัวใหม่ ๆ ที่ออกฤทธิ์ ณ ตำแหน่งเป้าหมายของพยาธิสภาพการเกิดโรคได้ดีมากขึ้น ตัวอย่างยาดังกล่าว ได้แก่ abrocitinib, baricitinib ซึ่งเป็นยาด้านการอักเสบที่อยู่ในกลุ่ม JAK inhibitors (Janus kinase inhibitors) ยานี้ถูกออกแบบมาเพื่อลดการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันที่เกินปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการอักเสบในโรคต่าง ๆ โดย abrocitinib, baricitinib ทำงานโดยการยับยั้งเอนไซม์ JAK (Janus kinase) ที่เกี่ยวข้องกับการส่งสัญญาณในกระบวนการอักเสบและการทำงานของเซลล์ภูมิคุ้มกันในร่างกาย การยับยั้งเอนไซม์นี้ช่วยลดการอักเสบและอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคผิวหนังแพ้ผิวหนัง abrocitinib, baricitinib ได้รับการอนุมัติให้ใช้ในการรักษาโรค Atopic Dermatitis หรือผิวหนังแพ้ผิวหนังในผู้ใหญ่และวัยรุ่นที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบอื่น ๆ เช่น ยาทาเฉพาะที่ ยานี้ช่วยลดอาการอักเสบและคันในผู้ป่วยโรคผิวหนัง แต่อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่สำคัญของการใช้ยานี้คือ ยามีราคาสูงมาก ทำให้ลดการเข้าถึงการใช้ยาของผู้ป่วย และจำเป็นจะต้องมีการประเมินความคุ้มค่าของการรักษาอย่างรัดกุม ซึ่งประเด็นที่สำคัญที่สุดคือ การวินิจฉัยและระบุข้อบ่งชี้ของการใช้ยาจะต้องกระทำอย่างถูกต้อง เนื่องจากจะเป็นจุดเริ่มต้นของการรักษา (ปัญหา) ทั้งหมด

ที่มา: Kwatra SG, Bordeaux ZA, Parthasarathy V, et al. Efficacy and Safety of Abrocitinib in Prurigo Nodularis and Chronic Pruritus of Unknown Origin: A Non-randomized Controlled Trial. JAMA Dermatol. 2024;160(7):717-724. doi:10.1001/jamadermatol.2024.1464

# หากนักวิจัยคือนักตั้งคำถาม บุคลากรทางการแพทย์คือ “นักตั้งคำถามและสร้างคำตอบ”

ในการให้การบริบาลผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องนำเอาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์มาพิจารณาพร้อมกับข้อจำกัดในทางปฏิบัติที่มีต่อการให้การบริบาลผู้ป่วยแบบเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะรายนั้น ๆ ดังนั้น ทักษะที่มีความจำเป็นอย่างมากคือ ทักษะการตั้งคำถาม ซึ่งจะเป็จุดเริ่มต้นของการได้มาซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ที่จะนำไปกำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายในการรักษา และตามมาด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนั้น หากนักวิจัยคือ นักตั้งคำถาม บุคลากรทางการแพทย์คือ “นักตั้งคำถามและสร้างคำตอบ” โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ท้าทาย เช่นในกรณี “การบริบาลผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิต” บุคลากรทางการแพทย์จะต้องร่วมกับผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องในการตั้งคำถามให้มากและครอบคลุม จากนั้นจะต้อง “สร้างคำตอบ” ที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยรายนั้น ๆ เพื่อให้เกิด the end of life's quality of life ซึ่งจากงานวิจัยของ Anderson และคณะ ชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครบถ้วนและเพียงพอเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิด the end of life's quality of life ได้อย่างมาก ดังนั้น



บุคลากรทางการแพทย์ในทุกระดับจึงควรได้รับการศึกษาเรื่องการสื่อสาร และการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อนำไปใช้บริบาลผู้ป่วยภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

**ที่มา:** Anderson RJ, Bloch S, Armstrong M, Stone PC, Low JT. Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliat Med.* 2019 Sep;33(8):926-941. doi: 10.1177/0269216319852007. Epub 2019 Jun 11. PMID: 31184529; PMCID: PMC6691601.

## สาระสำคัญของแนวทางการรักษาไมเกรนฉบับล่าสุด

ไมเกรนเป็นโรคที่พบบ่อยในชุมชน ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การรักษาทั้งการให้ยาและไม่ให้ยา ในแง่การรักษาโดยการให้ยาก็ ไรคนี้ จะมีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก้ปวดซึ่งเป็นยาที่อันตรายและมีกลไกบางอย่างที่อาจก่อให้เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ได้หลายประการ ในปัจจุบัน International Headache Society global practice recommendations for the acute pharmacological treatment of migraine ได้ออกแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการ โดยการให้ยาของภาวะไมเกรนที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้ 1. จะต้องมีการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ โดยแนวทางใหม่เสนอให้ใช้แบบสอบถามที่กำหนดให้ และจะมีคำแนะนำที่ค่อนข้างเฉพาะ แบ่งออกเป็น Optimal level และ Essential level 2. มีการนำเสนอข้อมูลที่เป็นปัจจุบันจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์เกี่ยวกับ the comparative efficacy of triptans versus NSAIDs ซึ่งจะทำให้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถจ่ายยาแก้ปวดให้แก่ผู้ป่วยได้สามารถตัดสินใจบนหลักฐานทางวิชาการได้ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางใหม่มีการนำเสนอข้อมูลละเอียดถึงระดับขนาดของยาแก้ปวดที่ให้ต่อประสิทธิภาพการรักษาและเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น 3. มีการนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์เกี่ยวกับยารักษาตามอาการ เช่น กลุ่มยาแก้คลื่นไส้



อาเจียน และประเด็นสุดท้ายที่มีประโยชน์มากคือ มีการนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษาภาวะนี้ในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ด้วย เช่น ในเด็ก และผู้สูงอายุ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องควรอ่านแนวทางใหม่นี้และนำไปเทียบเคียงกับแนวทางการรักษาของประเทศไทย หรือการรักษาที่ตนเองปฏิบัติอยู่และเลือกใช้อย่างเหมาะสมต่อไป

**ที่มา:** Puledda F, Sacco S, Diener H-C, et al. International Headache Society global practice recommendations for the acute pharmacological treatment of migraine. *Cephalalgia.* 2024;44(8). doi:10.1177/03331024241252666

# The FDA has approved an epinephrine nasal spray, called neffy, to treat serious allergic reactions

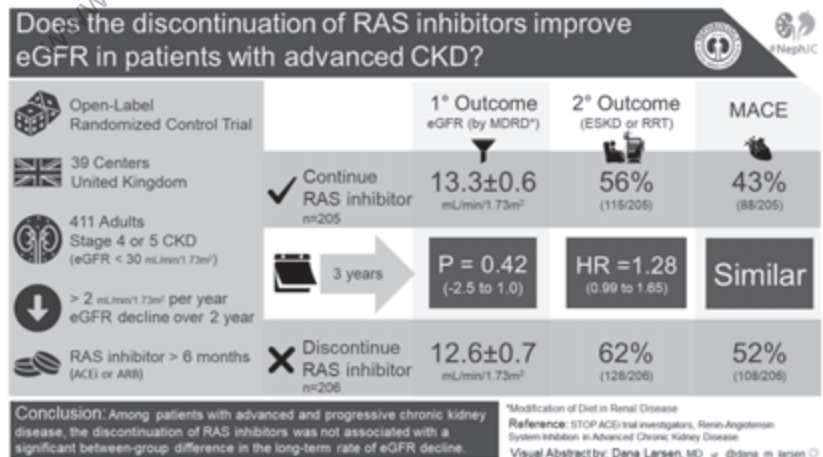
“Serious allergic reactions” เป็นปฏิกิริยาทางระบบภูมิคุ้มกันที่รุนแรงมาก ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ในอดีตที่ผ่านมา มีงานวิจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการภาวะนี้เพื่อหยุด ลด หรือบรรเทาอาการแสดงของภาวะอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย จนในปัจจุบัน องค์การอาหารและยาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้รับรอง “epinephrine nasal spray” ซึ่งมีงานวิจัยมากพอที่พบว่า จะสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในทางปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่า ยาดังกล่าวจะยังไม่ถูกนำมาใช้ในประเทศไทย แต่บุคลากรทางการแพทย์ก็ควรทราบข้อมูลบางอย่างไว้ล่วงหน้าและพร้อมรับมือเมื่อความรู้ใหม่ ๆ มาถึง



ที่มา: [https://www.webmd.com/allergies/news/20240809/fda-approves-first-nasal-spray-for-allergic-reactions?ecd=soc\\_fb\\_240813\\_cons\\_news\\_epinephrinenasalssprayapproved&linkId=10000279912535&fbclid=IwY2xjawEqUvIleHRuA2FbQixMQABHT7mGJqgHK1VAdARSIWZF7Itw-jtY9jSEBpxQYxOpDP\\_mLA5qAzesXA\\_aem\\_3nU4COokfRv7PNM3-f9I2g](https://www.webmd.com/allergies/news/20240809/fda-approves-first-nasal-spray-for-allergic-reactions?ecd=soc_fb_240813_cons_news_epinephrinenasalssprayapproved&linkId=10000279912535&fbclid=IwY2xjawEqUvIleHRuA2FbQixMQABHT7mGJqgHK1VAdARSIWZF7Itw-jtY9jSEBpxQYxOpDP_mLA5qAzesXA_aem_3nU4COokfRv7PNM3-f9I2g)

# ACEi/ARB are the drug of choice for hypertension in CKD

ความรู้จากอดีตที่ว่ายาในกลุ่ม ACEi/ARB มีฤทธิ์ Renoprotective แต่อาจพิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มอื่นแทนหากการทำงานของไตของผู้ป่วยลดลงมาก ๆ ได้ถูกเปลี่ยนไปแล้ว จากงานวิจัยใหม่ ๆ เช่น STOP ACEi ที่ยืนยันแล้วว่า “The discontinuation of RAS inhibitors was not associated with a significant between-group difference in the long-term rate of decrease in the eGFR.” ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังคงสามารถใช้ยาในกลุ่มนี้ในผู้ที่มีการทำงานของไตลดลงได้ เพียงแต่ต้องติดตามการตอบสนองการรักษาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ในปัจจุบันจึงมีหลักฐาน



เชิงประจักษ์ทางการแพทย์เกี่ยวกับขนาดการใช้ยาและข้อบ่งชี้ของยาในผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย ตัวอย่างข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่น่าสนใจ เช่น 1. In patients with diabetic kidney disease, albuminuria and normal blood pressure, treatment with an ACEi or ARB may be considered. 2. Monitor changes in blood pressure, serum creatinine and serum potassium within 2-4 weeks of initiation or increase in the dose of an ACEi or ARB. Continue ACEi or ARB therapy unless serum creatinine rises by more than 30% within 4 weeks following initiation of treatment or an increase in dose.

ที่มา: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2022 Nov;102(5S):S1-S127. doi: 10.1016/j.kint.2022.06.008. PMID: 36272764.

# โรคพิษสุนัขบ้า

ชีวิต คือ การบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่เกิดจนตาย เราต้องเรียนรู้วิธีบริหารความเสี่ยงต่อปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ในชีวิตให้ได้ เพื่อผ่อนหนักเป็นเบา หรือหลีกเลี่ยงปัญหาไปเลย

สำหรับผม วิธีการที่ดีที่สุดคือ การป้องกัน เช่น ดูแลสุขภาพ ตั้งแต่ยังเยาว์วัย เพื่อที่จะไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และจะได้มีสุขภาพที่ดีตอนสูงวัย ดูแลเรื่องการศึกษาศึกษาที่สังคมต้องการ เพื่อที่จะมีงานรายได้ที่ดี แต่ยังคงรู้จักการใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักการออม การลงทุน โดยใช้สมองใช้เงินไปต่อเงินให้เราอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับการดูแลสุขภาพ การป้องกันสร้างเสริมสุขภาพ สำคัญมาก วิธีป้องกันโรคต่าง ๆ มีหลากหลายวิธี ตั้งแต่อาหาร ออกกำลังกาย นอนให้พอ 7-9 ชั่วโมงต่อคืน ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หรือดื่มไม่เกิน 2 หน่วยแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ต่อวัน ไม่ว่าจะชายหรือหญิง โดย 1 หน่วยแอลกอฮอล์สัปดาห์ต่อวัน คือ 8 กรัมแอลกอฮอล์ หรือ 25 ซีซีของวิสกี้ หรือไวน์ 80 ซีซี หรือเบียร์ 200 ซีซี ไม่ใช่สารเสพติด มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะ ๆ และมีทัศนคติที่เป็นบวก ฯลฯ ส่วนใหญ่แล้ววิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้เป็นการป้องกันโรคชนิดต่าง ๆ ที่เราเรียกว่า โรคไม่ติดต่อ หรือโรค NCDs (non-communicable diseases) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของชาวโลกถึง 70 กว่า%

ส่วนโรคติดต่อก็มีวิธีการป้องกันที่หลากหลาย เริ่มต้นด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ (ถ้ามีวัคซีน) ตามที่แพทย์แนะนำเป็นครั้งแรก ตามด้วยการหลีกเลี่ยงเชื้อด้วยวิธีการต่าง ๆ



สำหรับโรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส ซึ่งมีอยู่ได้ในสัตว์ที่เลี้ยงลูกด้วยนม (mammals) คือ สุนัข แมว ลิง ค่างคาว ฯลฯ ในประเทศที่เจริญแล้วมีการฉีดวัคซีนป้องกันให้สัตว์เลี้ยงอย่างดีจึงไม่มีโรคนี้ ทั่วโลกยังมีการเสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณปีละ 59,000 คน 99% มาจากสุนัข ซึ่งเป็นที่น่าเสียดาย เพราะโรคนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการเอาสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในผู้ที่ยังไม่โดนสุนัขกัด (pre-exposure prophylaxis; PrEP) แพทย์ไม่ได้แนะนำให้ประชาชนทั่วไปฉีด ยกเว้นสัตวแพทย์ และบุคลากรอื่น ๆ ที่ทำงานใกล้ชิดกับสัตว์ที่อาจเป็นโรคนี้ได้ แต่ในความเห็นส่วนตัวของผม คนไทยมีความเสี่ยง

ต่อการถูกสุนัขกัดในชีวิตประจำวัน เพราะประเทศไทยมีสุนัขจรจัดหรือสุนัขที่อยู่ตามถนนทั่ว ๆ ไป วันดีคืนดีอาจมากัดเราได้ และถ้าถูกกัดถึงแม้ว่าสุนัขตัวนั้นอาจจะดูดี ดูไม่เป็นโรค เราก็ไม่สามารถทราบได้ ถ้าถูกกัดเราก็ต้องรีบไปโรงพยาบาลพบแพทย์ที่มีความรู้ทางด้านนี้ เพื่อการให้การรักษาที่เหมาะสมอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทันที เพราะถ้าใครถูกกัดและไม่ไปพบแพทย์ทันที ถ้ามีอาการจากโรคพิษสุนัขบ้าจะต้องเสียชีวิตทุกคน ไม่มีการรักษา การป้องกันจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด

การที่เราจะรอดจนสุนัขตายจะช้าไป หรือเราไม่สามารถที่จะติดตามสุนัขตัวนี้ต่อไปได้ เพราะเป็นสุนัขกลางถนน สมัยก่อนพูดกันว่าต้องรอดูว่าสุนัขตายหรือไม่ภายใน 10 วัน ถ้าไม่ตายก็ไม่แน่ว่าจะเป็นโรคเดี๋ยวนี้แพทย์ไม่ให้ออแล้ว คนที่โดนกัดถ้าไม่เคยฉีดวัคซีนมาก่อนต้องรีบไปพบแพทย์เลย หลังจากทำความสะอาดแผลทุกแผลด้วยการเช็ดล้างแผลด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อยแผลละ 15 นาที ไปพบแพทย์จะฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้ให้ 5 เข็ม (post-exposure prophylaxis; PEP) และอาจให้ RIG (rabies immunoglobulin) ที่ผลิตมาจากม้าหรือคนด้วย โดย RIG นี้ต้องฉีดรอบ ๆ แผล และในแผลทุก ๆ แผล

ผมเคยไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามา 3 เข็มนานมาแล้ว โดยไม่จำเป็นต้องไปฉีด booster (กระตุ้น) dose อีก เพราะร่างกายมีความจำทางด้านเชื้อนี้ดีมาก ถ้าเราโดนสุนัขกัดเมื่อไหร่ เรายังไปพบแพทย์ฉีด booster ที่แขนได้เลย 2 เข็ม ห่างกัน 3 วัน โดยไม่ต้องฉีด RIG ที่ต้องฉีดรอบ ๆ แผล

และแล้วผมก็โชคไม่ดี โดนสุนัขกัดจนได้? ที่แท้คือ ผมเดินในหมู่บ้านที่มีรั้วรอบขอบชิด อยู่ดี ๆ มีสุนัขตัวเล็ก ๆ 2 ตัววิ่งออกจากบ้านหลังหนึ่ง แล้วมากัดผมเลยทั้ง 2 ตัวจนเลือดออก พอกัดเสร็จผู้ชายที่จูงสุนัขจึงค่อยออกมาจากบ้านแล้วขอโทษ อ้างว่าสุนัขตัวเล็ก ๆ 2 ตัววิ่งกระซากจนโช้หลุด ปรากฏว่าสุนัข 2 ตัวนี้กัดคนมาแล้ว 4 คน เจ้าของน่าจะมีความระมัดระวังดูแลสุนัขให้ดีกว่านี้ ถึงแม้สุนัขได้รับการฉีดวัคซีนมาแล้ว แต่ก็ไม่แน่นอน 100% ว่าจะไม่เป็นโรค

ในความโชคไม่ดีของผมก็ยังมีโชคดีอยู่บ้าง ในการที่ผมขอวางแผนล่วงหน้า ชอบป้องกัน ชอบบริหารความเสี่ยง จึงได้ไปฉีดวัคซีนตามที่ได้กล่าว (PrEP) ผมจึงรีบทำแผลอยู่นาน ถูจนเจ็บแล้วกลับกทม. เลย โดยได้โทรศัพท์คุยกับคุณหมอที่สถานเสาวภาล่วงหน้าว่าควรปฏิบัติตนเองอย่างไร คุณหมอก็แนะนำตามที่ผมทำอยู่แล้ว ผมฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักอยู่แล้วทุก 10 ปี และครั้งสุดท้ายฉีดได้ไม่ถึง 4 ปี จึงไม่ต้องฉีดซ้ำ และไม่ต้องกินยาปฏิชีวนะเพราะแผลสะอาด ผมกลับมากทม. ฉีดวัคซีนเพิ่ม 2 เข็ม โดยห่างกัน 3 วัน และไม่ต้องฉีด RIG รอบ ๆ แผลทุกแผล

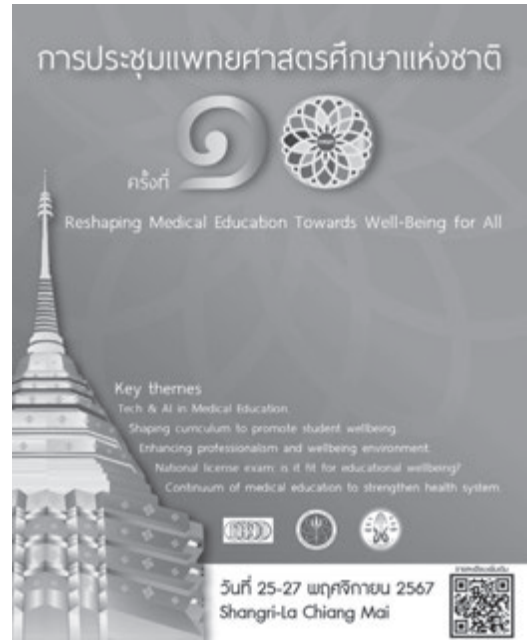
จึงขอเรียนให้ทราบว่าคุณโดนสุนัขกัด แมวกัด จะต้องทำอย่างไร ส่วนตัวผมอยากแนะนำให้ทุกท่านที่เดินบนถนนพิจารณาไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าป้องกันไว้ก่อน ถึงแม้จะต้องจ่ายเงินเอง ถ้าไม่ฉีดป้องกันแล้วถูกกัดจะต้องฉีดวัคซีน 5 เข็ม อาจจะต้องฉีด RIG เป็นโปรตีนที่ทำจากม้าหรือคน ฉีดรอบ ๆ แผล และในแผลทุกแผล และอาจมีอาการแพ้ได้ อาจต้องได้รับการฉีดป้องกันโรคบาดทะยัก ถ้าไม่ได้ฉีดทุก 10 ปี อาจจะต้องกินยาปฏิชีวนะ ซึ่งอาจมีอาการแพ้ยาได้เช่นผม ขอให้ทุกท่านโชคดีนะครับ ด้วยการวางแผนบริหารความเสี่ยงทุกอย่างในชีวิต

# การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 10

กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย จัดงานประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 10 (National Congress on Medical Education 2024) ภายใต้หัวข้อ Reshaping Medical Education Towards Well-Being for All ระหว่างวันที่ 25-27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ณ โรงแรมแชงกรี-ลา จ.เชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดการศึกษาแพทยศาสตร์ของประเทศให้ได้บัณฑิตที่มีคุณภาพ และคุณธรรม สามารถรับใช้สังคมได้ตามความต้องการ โดยให้สอดคล้องกับนโยบายด้าน การแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ในการประชุมครั้งนี้กำหนดหัวข้อการประชุม โดยมีคณะกรรมการวิชาการรวบรวมข้อมูลด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 5 ด้าน คือ 1. การจัดการศึกษา (ก่อน/หลังปริญญา และการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต) 2. การพัฒนาหลักสูตร 3. การพัฒนา จรรยาบรรณ (soft skill) เพื่อความเป็นมืออาชีพ และการพัฒนาระบบนิเวศทางการศึกษา 4. การสอนเพื่อใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม และ 5. เทคโนโลยีและปัญญาประดิษฐ์ เพื่อส่งเสริมการศึกษาแพทยศาสตร์ โดยมุ่งเน้นสุขภาพของผู้เรียน/บุคลากร ผู้ให้และผู้รับบริการ และประชาชน

ผู้สนใจเข้าร่วมการประชุมสามารถลงทะเบียนได้ที่ <https://ncme2024.org/register/> หรือ Scan QR Code สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายข้อมูลทั่วไป นางสาวกมลรัตน์ แซ่ลิ้ม โทรศัพท์ 02-256-4454 ต่อ 114 ฝ่ายลงทะเบียน โทรศัพท์ 02-256-4193 E-mail: [register.ncme2024@gmail.com](mailto:register.ncme2024@gmail.com)



## The Seventh Siriraj Antimicrobial Stewardship (7<sup>th</sup> AMS) Conference



สาขาวิชาโรคติดเชื้อและอายุรศาสตร์เขตร้อน ภาควิชาอายุรศาสตร์ ร่วมกับ WHO Collaborating Centre for Antimicrobial Resistance (AMR) Prevention and Containment คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และ ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช จัดการประชุมวิชาการ The Seventh Siriraj Antimicrobial Stewardship (7<sup>th</sup> AMS) Conference ระหว่างวันที่ 23-24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ณ ห้องประชุมอวย เกตุสิงห์ อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดื้อยาต้านจุลชีพ และการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล ซึ่งผู้เข้าอบรมสามารถดำเนินการส่งเสริม การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล (antimicrobial stewardship program) ในโรงพยาบาล ได้อย่างเหมาะสม

เนื้อหาโดยสังเขป วันที่ 1: Principles and practices of AMS, Diagnostic stewardship in Infectious Diseases, Clinical practice guideline for infectious clinical syndromes, Clinical practice guideline for specific pathogens วันที่ 2: PK/PD applications of antimicrobial therapy: Case-based discussion, Antimicrobial adverse drug reactions: Case-based approach, Top ten papers in antimicrobial stewardship, Revival of old antimicrobials

ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนได้ที่ <https://www2.si.mahidol.ac.th/sirirajconference/event/sm/content/3321/TH/32751> หรือ Scan QR Code อัตราค่าลงทะเบียน วันนี้-วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ท่านละ 2,000 บาท วันที่ 1-31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ท่านละ 2,500 บาท สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สาขาโรคติดเชื้อและอายุรศาสตร์เขตร้อน ภาควิชาอายุรศาสตร์ โทรศัพท์ 02-419-7783-4 หรือ <https://www2.si.mahidol.ac.th/sirirajconference>



## ศูนย์โรคหัวใจ ร.พ.จุฬาฯ รับรางวัลเหรียญทอง Gold Award จาก The American Heart Association ก้าวสู่โรงพยาบาลหัวใจมาตรฐานระดับโลกแห่งแรกของไทย

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยศูนย์โรคหัวใจ จัดงานแถลงข่าว ได้รับรางวัลเหรียญทอง Gold Award จาก The American Heart Association รางวัลคุณภาพมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก้าวสู่โรงพยาบาลหัวใจมาตรฐานระดับโลกแห่งแรกของประเทศไทย

รศ.นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ให้บริการวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบครบวงจร มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้รับรางวัล Gold Award จาก The American Heart Association (AHA) จากสมาพันธ์แพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ประจำปี พ.ศ. 2567 ในการดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ป่วย heart failure เป็นความภาคภูมิใจของ ทางโรงพยาบาลที่ได้รับรางวัลดังกล่าวได้เป็นแห่งแรกของประเทศไทย ผ่านการรับรองมาตรฐานระดับนานาชาติ นับว่าเป็นการปิดหมุดของ ประเทศที่สำคัญ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิง ชน 3





โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด มีเทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยให้บริการวินิจฉัยดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจแบบครบวงจร จากทีมอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์สูง ให้บริการวินิจฉัยดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความซับซ้อนเป็นพิเศษ มุ่งให้บริการแก่ประชาชนทุกระดับ และเป็นที่ยังทางสุขภาพของประชาชนคนไทย

**ผศ.พญ.ยุวรีย์ พิตติโชค รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายยุทธศาสตร์องค์กรและทรัพยากรบุคคล** กล่าวว่า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้รับรางวัล Gold Award จาก The American Heart Association (AHA) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเจาะลึกในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว นับเป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานระดับนานาชาติ ปัจจุบันโรงพยาบาลมีนโยบายพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยทุกด้านไม่เพียงเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจเท่านั้น มุ่งเน้นการวางแผนการรักษาให้ดีที่สุดเพื่อความปลอดภัยในทุกขั้นตอน ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยการสร้างระบบ เริ่มตั้งแต่การวางแผนการดำเนินการให้มีคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องยาและเครื่องมือการตรวจวินิจฉัยต้องมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างดีที่สุด

รางวัลที่ได้รับในครั้งนี้เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ประเภทหัวใจล้มเหลว ให้ได้ตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือที่เรียกว่า guidelines ในการดูแลผู้ป่วยตลอด 2 ปีที่ผ่านมา และได้รับการยอมรับจากนานาชาติ ได้รับรางวัลเหรียญทอง สิ่งเหล่านี้เป็นเครื่องหมายยืนยันในมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วย เป็นความภาคภูมิใจของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรของศูนย์โรคหัวใจ รวมถึงทุกหน่วยงานที่ร่วมกันรักษามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย และพร้อมพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไปอย่างยั่งยืน

**รศ.พญ.ศรียุญา ภูวนันท์ หัวหน้าอนุสาขาวิชาภาวะหัวใจล้มเหลวและอายุรศาสตร์การปลูกถ่ายหัวใจ** (Heart failure and transplant cardiology) และเป็น clinical champion ของรางวัลนี้ ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้เข้าร่วมโครงการคุณภาพของ The American Heart Association ชื่อโครงการ The American Heart Association Get with the Guidelines of Heart Failure (โครงการคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว) ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ที่ผ่าน



จนถึงปัจจุบัน การได้มาซึ่งรางวัลคุณภาพ Gold Award อันทรงเกียรตินี้ โรงพยาบาลต้องผ่านการตรวจรับรองเกณฑ์หรือตัวชี้วัดต่าง ๆ ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 2 ปี (ห้ามตกเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยตลอด 730 วัน)

ในปัจจุบันมีงานวิจัยที่ในระดับสากลรับรองว่าหากผู้ป่วยได้รับการรักษาตามเกณฑ์ตัวชี้วัดเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีสมรรถนะการออกกำลังกายที่ดีขึ้น และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยบางรายก่อนเข้ารับการรักษามีอาการเหนื่อยมาก มีภาวะน้ำท่วมปอดต้องนอนโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้ง หลังได้รับการรักษาตามเกณฑ์ดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น และไม่เคยกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกเลย ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการหนักถูกส่งตัวมาจากแพทย์โรคหัวใจจากต่างโรงพยาบาลอื่นเพื่อปลูกถ่าย (เปลี่ยน) หัวใจที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แต่หลังจากได้รับการดูแลตามมาตรฐานดังกล่าว ผู้ป่วยกลับมีอาการดีขึ้นและไม่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจอีก

ความสำเร็จของการได้รับรางวัล Gold Award ของ The American Heart Association Get with the Guidelines of Heart Failure ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นี้จะเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่มีผู้สนับสนุนและดำเนินการหลังบ้าน ซึ่งบุคคลเหล่านี้ ได้แก่ อ.นพ.ธนวินทร์ สุขศิริวิบุตร์, นพ.พีรวัฒน์ ภูวตันฐิติ, พญ.ธมลวรรณ ไอสถนากร, พว.ภาวินี นาควโรจน์, พว.ลัดดาวัลย์ ไกรรักษ์, น.ส.จินดารัตน์ ชาวคำ และอาจารย์แพทย์โรคหัวใจและแพทย์ฝึกอบรมทุกท่าน พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร รวมถึงบริษัท โนวาติส (ประเทศไทย) จำกัด

รศ.นพ.สุพจน์ ศรีมหาโชตะ หัวหน้าสาขาวิชาอายุรศาสตร์หัวใจและหลอดเลือด กล่าวว่า ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) แท้ที่จริงแล้วไม่ใช่ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันอย่างที่บางท่านอาจเข้าใจผิด แต่ภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นเป็นภาวะที่หัวใจ “ซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องปั๊ม (pump) น้ำ” หรือในที่นี้คือ ปั๊มเลือด ทำงานได้ลดลง ปั๊มเลือดได้น้อยลง ดังนั้น เลือดจึงไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลง และขณะเดียวกันเมื่อปั๊มเสียการทำงานจะมีน้ำคั่งบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น น้ำคั่งในปอด (ซึ่งจะทำให้





ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ นอนแล้วหายใจอึดอัด ต้องลุกขึ้นมา นั่ง) หรือน้ำคั่งบริเวณขา (ผู้ป่วยอาจมีขาบวม) น้ำคั่งในช่องท้อง (ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องอืด) เป็นต้น ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเกิดได้กับผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจทุกประเภท หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจทุกประเภทมีโอกาสที่จะมีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ โรคหัวใจที่เป็นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวได้บ่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคลิ้นหัวใจรั่ว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือจากภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ภาวะหัวใจล้มเหลวจัดเป็นโรคหรือภาวะที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ในปัจจุบันมีผู้ป่วยมากกว่าประมาณ 64 ล้านคนทั่วโลกประสบภาวะหัวใจล้มเหลว อุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยยังไม่มีตัวเลขแน่ชัด แต่คาดว่า มีผู้ป่วยไทยประมาณ 4 ล้านคนประสบภาวะหัวใจล้มเหลว **ภาวะหัวใจล้มเหลวถือว่าน่ากลัวกว่าโรคมะเร็งบางชนิด เพราะมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง** ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการเสียชีวิตที่ 1 ปี ประมาณร้อยละ 20-30 และอัตราการเสียชีวิตที่ 5 ปี เกินร้อยละ 50 กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะเสียชีวิตที่ 5 ปี การรักษามาตรฐานของภาวะ

หัวใจล้มเหลวคือ การรักษาสาเหตุของโรคหัวใจที่ทำให้หัวใจบีบเลือดได้ผิดปกติ การให้ยาตามมาตรฐานตามเวชปฏิบัติ (guideline-directed medical therapy) การฝังเครื่องไฟฟ้าอิเล็กทรอนิกส์ในหัวใจ และในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาจจำเป็นต้องได้รับการใส่เครื่องพุงหัวใจ หรือการปลูกถ่ายหัวใจ

**ผศ.(พิเศษ) นพ.สมชาย ปรีชาวัฒน์ หัวหน้าศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย** กล่าวว่า ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นศูนย์ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกมิติ ทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการฝังเครื่องไฟฟ้าอิเล็กทรอนิกส์หัวใจ การจี้ไฟฟ้าหัวใจ การสวนหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยไม่ต้องผ่าตัด การเปลี่ยนลิ้นหัวใจด้วยสายสวน การผ่าตัดหัวใจทุกชนิดทั้งชนิดทั่วไปและชนิดซับซ้อน การฝังเครื่องปั๊มหัวใจเทียม การปลูกถ่ายหัวใจ โดยมีอาจารย์แพทย์ที่มีความชำนาญมากประสบการณ์ในการรักษาและมีฝีมือที่ตีมากมาย ศูนย์โรคหัวใจมีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการวินิจฉัยและการรักษาหัวใจที่ทันสมัยระดับสากล เรามีความมุ่งหวังในการพัฒนาศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ให้มีคุณภาพยิ่ง ๆ ขึ้น และมีนวัตกรรมปรับใช้กับผู้ป่วยคนไทย และก้าวพัฒนาต่อไปเพื่อเป็นที่พึ่งของการรักษาโรคหัวใจแก่ประชาชนชาวไทยทุกคน



# ศิริราช พนัก MIT จัด Hackathon ค้นหาโซลูชันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ครั้งแรกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผ่านแคมเปญ 'Siriraj x MIT Hacking Medicine' หัวข้อ 'Scaling Aged Care in Developing Countries'



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จับมือ สถาบันเทคโนโลยีแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts Institute of Technology หรือ MIT) จัดตั้งโครงการ 'Siriraj x MIT Hacking Medicine' ภายใต้หัวข้อ 'Scaling Aged Care in Developing Countries' พร้อมเตรียมจัดการแข่งขัน Hackathon (แฮ็กกาธอน) ครั้งใหญ่ในไทย เปิดเวทีระดมไอเดียค้นหาสุดยอดนวัตกรรมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในวันที่ 29 ตุลาคม-2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 นี้

สองสถาบันผู้นำระดับนานาชาติจัดงานแถลงข่าวเปิดตัวโครงการ 'Siriraj x MIT Hacking Medicine' ภายใต้หัวข้อ 'Scaling Aged Care in Developing Countries' ณ ห้องประชุมสิรินธร ชั้น 1 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ โดยภายในงานได้รับเกียรติจาก ศ.นพ.อภิชาติ อัครวงคกุล คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ศ.ดร.นพ.ยงยุทธ ศิริวัฒน์อักษร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช และ ศ.เซน ชู (Prof.Zen Chu) ผู้อำนวยการ MIT Hacking Medicine Initiative และ Harvard-MIT Health Sciences & Technology Program ร่วมให้ข้อมูลความร่วมมือครั้งสำคัญ พร้อมอภิปรายปัญหาผู้สูงอายุ หนึ่งในปัญหาใหญ่ระดับโลกของปัจจุบันและอนาคต

ศ.นพ.อภิชาติ อัครวงคกุล คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เผยว่า ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ซึ่งมาพร้อมกับปัญหาหลากหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งร่างกายและจิตใจ ปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ ไปจนถึงปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่ยังไม่ทั่วถึง การแก้ไขปัญหาล้ำหน้าอย่างเร่งด่วนจึงเป็นสิ่งที่สังคมควรตระหนักถึงมากที่สุด เพื่อหาวิธีรับมือสังคมผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งเป็นสิ่งที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลศิริราชให้ความสำคัญและมุ่งมั่นพัฒนาโครงการและงานวิจัยมาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงโครงการล่าสุดบนความร่วมมือกับ MIT สถาบันเทคโนโลยีที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นหนึ่งในมหาวิทยาลัยที่ดีที่สุดในโลก เป็นการต่อยอดความมุ่งมั่นของศิริราชที่อยากขยายความร่วมมือให้สังคมและประชาชนได้รับรู้ถึงปัญหานี้ และร่วมกันนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาทำให้ปัญหาผู้สูงอายุมีการแก้ไขมากขึ้น



“การร่วมมือกับ MIT ครั้งนี้นับเป็นการยกระดับการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ให้มีประสิทธิภาพและขยายวงกว้างมากขึ้น ซึ่งไม่ใช่อยู่เพียงแต่ในวงการแพทย์ แต่ความร่วมมือครั้งนี้จะเป็นการระดมความคิดและการสนับสนุนในสหสาขาทุกวิชาชีพที่จะมาร่วมกันสร้างสรรค์เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ ๆ ต่อเนื่องไปในอนาคต เพื่อให้ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลอย่างครบวงจร โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ที่จะเข้าร่วมโครงการนี้ล้วนมีพลัง มีจินตนาการ การสร้างสรรค์ มีความรู้และทักษะความสามารถ ผสมรวมกับวิทยาการของ MIT จะทำให้เกิดการสร้างสรรค์ใหม่ ๆ มากมายให้กับผู้คนและสังคมของเรา นอกจากนี้ความร่วมมือครั้งนี้ยังจะสร้างแรงบันดาลใจ แรงผลักดัน และเป็นโอกาสให้คนรุ่นใหม่ได้ใช้ศักยภาพบนเวทีระดับนานาชาติอีกด้วย” ศ.นพ.อภิชาติ กล่าว

โครงการ ‘Siriraj x MIT Hacking Medicine’ ภายใต้หัวข้อ ‘Scaling Aged Care in Developing Countries’ ประกอบด้วยงานประชุมวิชาการซึ่งจะจัดขึ้นในวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยจะมีผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติ สตาร์ทอัพ และกลุ่มนักลงทุนหลากหลายอุตสาหกรรมมาร่วมเป็นวิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในแง่มุมต่าง ๆ และร่วมกันถกปัญหาสู่โซลูชันที่ยั่งยืน อาทิ ศ.นพ.อภิชาติ อัครวงคกุล คุณบดี





คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (โรงพยาบาลศิริราช), ดร.ธนเดช ช่วงสุวรรณิชย์ (Singapore-MIT Alliance), ผศ.ดร.ทีรณีย์ เทศศรีวิชัย (WHO, ประเทศไทย), Prof. Deborah Lucas (Former Chief Economist of US Congress), Prof. Zen Chu (MIT-Harvard), Dr. Fredy Nguyen (MIT | Mt Sinai | Mass General), Hesong Tang (Xiang He Capital, Beijing), Carmen Yuen (Temasak backed VC) และ Dorathea Koh (Y Combinator Alumni)

ต่อด้วยการแข่งขัน “Hackathon” ระดมไอเดียสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนา ณ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 1-3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 งาน Hackathon ครั้งใหญ่ในประเทศไทยที่ถูกออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการระดมไอเดียเพื่อคิดค้นสุดยอดนวัตกรรมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยเปิดโอกาสให้นักเรียน นักศึกษา นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และประชาชนทั่วไปที่มีไอเดียในการพัฒนาการดูแลสุขภาพ ทั้งในด้านวิศวกรรมศาสตร์ แพทยศาสตร์ การออกแบบ การจัดการนโยบาย และการจัดการธุรกิจ เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ชนะการแข่งขันจะได้รับ **“Golden Tickets”** เพื่อเข้าร่วม ‘MIT Grand Hack 2025’ ที่จะจัดขึ้นที่เมืองบอสตัน รัฐแมสซาชูเซตส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา อีกด้วย

ศ.ดร.นพ.ยงยุทธ ศิริวัฒน์อักษร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช กล่าวถึงการแข่งขัน “Hackathon” ระดมไอเดียสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนา ณ กรุงเทพมหานคร ว่า “การจัด Hackathon ของศิริราชบนความร่วมมือกับ MIT ถือเป็นครั้งแรกในอาเซียนที่มีการจัดโครงการรวบรวมสุดยอดความคิดเพื่อสร้างสรรค์แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเราเชื่อว่าความร่วมมือสำคัญครั้งนี้จะต่อยอดไปสู่การแก้ปัญหาสังคมผู้สูงอายุ สิ่งที่เราอยากเห็นคือการขยายวงกว้างของการแก้ไขปัญหา ไม่อยากให้อยู่แค่ในวงการแพทย์ เพื่อร่วมกับหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นวิศวกร นักวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี สุขูชั้นในรูปแบบนวัตกรรมที่จับต้องได้ ใช้ได้ในระดับชุมชนท้องถิ่น และผลักดันให้เกิดการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง และการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ต่อไปอย่างยั่งยืนในอนาคต”





ด้าน ศ.เซน ชู (Prof.Zen Chu) ผู้อำนวยการ MIT Hacking Medicine Initiative และ Harvard-MIT Health Sciences & Technology Program กล่าวว่า “MIT ไม่ได้เป็นสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์ แต่เรามีความเชี่ยวชาญด้านวิศวกรรมและเทคโนโลยี เราประสบความสำเร็จอย่างมากจากโครงการ ‘MIT Hacking Medicine’ ได้จัดการแข่งขัน Hackathon มามากกว่า 200 ครั้งในกว่า 30 ประเทศ และสามารถก่อตั้งบริษัทสตาร์ทอัพมากกว่า 100 แห่งในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ทั้งยังได้รับเงินทุนสนับสนุนโครงการมากกว่า 2.5 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ นอกจากนี้เรายังพัฒนาโซลูชันที่เกิดขึ้นจากการระดมไอเดียให้สอดคล้องกับการใช้ชีวิตของชุมชนท้องถิ่นแต่ละพื้นที่อีกด้วย โดยเฉพาะการพัฒนาอุปกรณ์เทคโนโลยี (device) สำหรับผู้สูงอายุ การร่วมมือกับศิริราชนั้น จะยิ่งทำให้เราไปถึงเป้าหมายของ MIT Hacking Medicine ได้อีกเท่าตัว โดยเฉพาะถ่ายทอดวิทยาการเหล่านี้ให้แก่ศิริราช เพื่อร่วมมือสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด”

ผู้ที่สนใจเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสุดยอดการประชุม ‘Siriraj x MIT Hacking Medicine’ หัวข้อ ‘Scaling Aged Care in Developing Countries’ หรือเข้าร่วมการแข่งขัน Hackathon สมัครได้แล้วทางเว็บไซต์ [www.SirirajxMITHackingMedicine.com](http://www.SirirajxMITHackingMedicine.com) หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ทางอีเมล [SirirajxMITHackMed@gmail.com](mailto:SirirajxMITHackMed@gmail.com)



# ลดเค็ม ลดโรค

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) หรือโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคมะเร็ง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง กำลังเป็นภาวะวิกฤตระดับโลก (Global Crisis) มีการรายงานจากองค์การอนามัยโลกว่าภาระโรค (Burden of disease) มากกว่าครึ่งเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 30% ของภาระโรคในกลุ่มนี้เกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>(1)</sup> สำหรับสังคมไทยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูงขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.4 นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของโรคหัวใจเพิ่มจาก 109.4 ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 793.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2552 โรคหลอดเลือดสมอง 48.76 ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 228.19 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2552 โรคไตวายเพิ่มจาก 217.05 ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 512.65 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2552 และจากการศึกษาภาระโรคในปี พ.ศ. 2547 พบว่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังคิดเป็น 50% ซึ่งสูงกว่าโรคติดต่อถึง 3 เท่า ซึ่งภาระโรคที่เกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดคิดเป็น 12% ในปี พ.ศ. 2548 โดยประชากรยังมีอายุมากขึ้นจะแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้น<sup>(2)</sup> การศึกษาผลกระทบของการบริโภคโซเดียมต่อภาวะสุขภาพ พบว่าการบริโภคโซเดียมในปริมาณมากทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องซ้ายหนา และเกิดการสะสมของพังผืดในกล้ามเนื้อหัวใจ ไตและหลอดเลือด

เป็นที่ทราบกันดีว่าการรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง หรืออาหารที่มีรสเค็มมากเกินไปเป็นปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไต และโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น การลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจึงเป็นหนึ่งในวิธีการสำคัญในการลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก คนส่วนใหญ่บริโภคโซเดียม 4,310 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเป็นปริมาณที่มากกว่าที่องค์การอนามัยโลกแนะนำคือ ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือ (เค็ม) ในปริมาณมากสามารถเพิ่มความดันโลหิตและความดันในไตได้ ทำให้ไตต้องทำงานหนักขึ้น เมื่อไตต้องทำงานหนักเกินไปเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความเสื่อมสภาพของระบบไตและอาจส่งผลต่อการทำงานของระบบอื่น ๆ ในร่างกายได้ด้วย

## ปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรส

ร่างกายต้องการโซเดียมในปริมาณเพียงเล็กน้อยเพื่อควบคุมความดันโลหิต เมื่อเป็นโรคไตร่างกายจะไม่สามารถกักจัดโซเดียมส่วนเกินออกไปได้ จะทำให้เกิดมีน้ำคั่งและเกิดอาการบวม ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง มีน้ำท่วมปอดและอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ปลาเค็ม แยม เบคอน ไข่กรอก อาหารดอง ขนมขบเคี้ยว เนยแข็ง นอกจากนี้ยังมีอาหารรสจัดแต่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบด้วย เช่น ขนมปัง เนื่องจากมีการใช้ผงฟู เป็นต้น

อาหาร	หนึ่งหน่วยบริโภค	โซเดียม (มิลลิกรัม)
น้ำปลา	1 ช้อนโต๊ะ	1,160 - 1,420
ซอสปรุงรส	1 ช้อนโต๊ะ	1,150
ซีอิ๊วขาว	1 ช้อนโต๊ะ	960 - 1,420
ซอสหอยนางรม	1 ช้อนโต๊ะ	420 - 490
กะปิ	1 ช้อนโต๊ะ	1,430 - 1,490
เกลือ	1 ช้อนชา	2,000
ผงชูรส	1 ช้อนชา	492
ผงปรุงรส	1 ช้อนชา	815
ซอสมะเขือเทศ	1 ช้อนโต๊ะ	170
น้ำจิ้มไก่	2 ช้อนโต๊ะ	410 - 455
เครื่องปรุงรวมหมูแรม	1 ช้อนโต๊ะ	1,130

ปริมาณโซเดียมที่ควรรับประทานต่อวันไม่ควรเกิน 2,000 มิลลิกรัม ซึ่งเท่ากับปริมาณเกลือ 1 ช้อนชา, น้ำปลา 1-2 ช้อนโต๊ะ ดังนั้นในอาหาร 1 มื้อ ไม่ควรใส่เกลือเกิน 1/3 ช้อนชา หรือน้ำปลาไม่ควรเกิน 1-2 ช้อนชา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง และโรคไตในอนาคต

## อาหารที่โซเดียมมาก

- เกลือ จัดเป็นอาหารที่มีโซเดียมถึง 40% มีรสเค็มจัด เกลือ 1 ช้อนชา (5 กรัม) จะมีโซเดียมอยู่ประมาณ 2,000 มิลลิกรัม
  - ซอสรสเค็ม น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสปรุงรส ซอสถั่วเหลือง ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว ซุปผง ผงปรุงรสต่าง ๆ เช่น รสไก่ รสหมู รสกุ้ง
  - ซอสที่มีรสเค็มซ่อนอยู่ เช่น ซอสพริก ซอสเปรี้ยว ซอสมะเขือเทศ ซีอิ๊วหวาน น้ำส้มพริกดำ น้ำจิ้มไก่ ฯลฯ
  - อาหารตากแห้งทุกชนิด เช่น ปลาแดดเดียว หมูแดดเดียว
  - อาหารหมักดอง เนยแข็ง ไข่เค็ม กะปิ เต้าหู้ยี้ แหนม เบคอน ผักดองเปรี้ยว หอยดอง ไข่กรอกอีสาน ปลาร้า ปลาเจ่า ปลาจ่อม ผลไม้ดอง
  - อาหารเค็มเกลือ ซุปซอง ข้าวต้ม/โจ๊กของ ขนมกรุบกรอบ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เนย เนยเทียม ข้าวโพดคั่ว
  - เนื้อสัตว์ปรุงรสหรืออาหารแปรรูป ไข่กรอก กุนเชียง หมูหยอง หมูแผ่น เนื้อสัตว์ปรุงรสต่าง ๆ เนยแข็ง
  - สารเจือปนในอาหาร (food additives) จะไม่มีรสเค็ม แต่มีส่วนผสมของโซเดียม ผู้ที่ต้องจำกัดโซเดียมจึงจำเป็นต้องจำกัดสารเหล่านี้ด้วย คือ ผงชูรส ผงฟู สารกันบูด ควรหลีกเลี่ยงอาหารดังนี้
- ของแห้ง ของเค็มและรมควัน เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม กุ้งแห้ง หมูแรม เบคอน ไข่กรอก เป็นต้น

2. ซุปก้อนหรือซองสำเร็จรูปทุกชนิด อาหารของสำเร็จรูปต่าง ๆ
3. ผักดองและผลไม้กระป๋อง รวมทั้งน้ำผลไม้กระป๋อง
4. สารเคมีบางชนิดที่ใช้ในการประกอบอาหาร เช่น ผงชูรส ผงฟู โซดาทำขนมซึ่งจะมีโซเดียม
5. อาหารที่ผสมเกลือ เช่น ถั่วอบเนย ถั่วทอด มันฝรั่งทอด ข้าวโพดคั่ว ฯลฯ
6. แป้งสำเร็จรูปพร้อมที่จะนำมาประกอบอาหาร เช่น แป้งทำขนม เค้ก แพนเค้ก เป็นต้น
7. เนยหรือมาร์جرينที่ผสมเกลือ
8. น้ำและเครื่องดื่มเกลือแร่ที่มีโซเดียมผสมอยู่ด้วย
9. น้ำพริกแกงสำเร็จรูปต่าง ๆ ควรลด เพราะมีการผสมเกลือและสารกันบูด

ในกรณีที่ได้รับประทานอาหารนอกบ้านควรเลี่ยงผงชูรส อาหารสำเร็จรูป อาหารผ่านการถนอมอาหาร เช่น หมัก ดอง ตากแห้ง อาหารแปรรูป และงดปรุงรสเพิ่มขณะรับประทาน

**วิธีการลดเค็ม**

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำเพื่อลดเค็มและลดโรคไต โดยสิ่งที่เราสามารถทำได้คือ

1. ลดการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง: อาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงส่วนใหญ่จะเป็นอาหารแปรรูป และอาหารหมักดอง เช่น ผักดอง ผักกาดดอง ผลไม้กระป๋อง ไข่เค็ม เนื้อเค็ม ปลาแห้ง หมูยอ เต้าเจี้ยว ถั่วเน่า ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่ดัดแปลงที่มีปริมาณโซเดียมสูง ดังนั้น ควรเลือกบริโภคอาหารที่สดใหม่และไม่ผ่านการแปรรูปมากนัก เช่น ผักสดผลไม้ และเนื้อสัตว์ที่ไม่มีการเติมเค็มเพิ่ม
2. อ่านฉลากโภชนาการ: อ่านป้ายกำกับบนภาชนะอาหารเพื่อตรวจสอบปริมาณโซเดียมที่มีอยู่ในอาหาร ควรเลือกอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ
3. รับประทานอาหารที่เตรียมเอง: การเตรียมอาหารเองจะช่วยควบคุมปริมาณเกลือได้ดีกว่าการรับประทานอาหารที่ร้านอาหารหรืออาหารสำเร็จรูป ชิมอาหารก่อนปรุงทุกครั้ง
4. ใช้ส่วนผสมของสมุนไพรและเครื่องเทศ เพื่อแต่งรสและกลิ่นของอาหาร
5. ลดการใช้เครื่องปรุงรสในอาหาร เช่น ผงปรุงรส น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสปรุงรส เต้าเจี้ยว และผงชูรส
6. ใช้รสอื่นมาทดแทน เช่น ใช้รสเปรี้ยวจากมะนาว รสเผ็ดจากพริก ทำให้สามารถลดรสชาติเค็มลงไป พร้อมกับยังเจริญอาหารได้
7. เสริมการรับประทานผักและผลไม้: ผักและผลไม้เป็นที่มาของความหลากหลายของวิตามินและแร่ธาตุที่มีประโยชน์ การรับประทานผักและผลไม้สดช่วยลดการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือสูง นอกจากนี้ยังช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันให้แข็งแรง

8. ดื่มน้ำเปล่าให้เพียงพอ: การดื่มน้ำเปล่าอย่างเพียงพอช่วยลดปริมาณเกลือในร่างกาย นอกจากนี้ น้ำเปล่ายังช่วยในการล้างของเสียและสารพิษออกจากร่างกาย ดังนั้น ควรดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน

**ตัวอย่างฉลากโภชนาการของนมพร้อมดื่มพาสเจอร์ไรส์**

ข้อมูลโภชนาการ		
หน่วยบริโภค : 1 กล่อง (200 มล.)		
จำนวนหน่วยบริโภคต่อกล่อง : 1		
คุณค่าทางโภชนาการต่อหน่วยบริโภค		
พลังงานทั้งหมด กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน 70 กิโลแคลอรี)		
	ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*	
ไขมันทั้งหมด	8 ก. 12 %	
ไขมันอิ่มตัว	5 ก. 25 %	
โคเลสเตอรอล	15 มก. 5 %	
โปรตีน	6 ก. 12 %	
คาร์โบไฮเดรต	6 ก. 2 %	
ใยอาหาร	0 ก. 0 %	
น้ำตาล	6 ก. 12 %	
โซเดียม	75 มก. 3 %	
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*		
วิตามินเอ	10 %	
วิตามินบี 2	20 %	
เหล็ก	0 %	
วิตามินบี 1	6 %	
แคลเซียม	25 %	
* ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำไว้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี		
ความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่ต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี ควรได้รับสารอาหารต่างๆ ดังนี้		
ไขมันทั้งหมด	น้อยกว่า	65 ก.
ไขมันอิ่มตัว	น้อยกว่า	20 ก.
โคเลสเตอรอล	น้อยกว่า	300 มก.
คาร์โบไฮเดรต	น้อยกว่า	300 ก.
ใยอาหาร	น้อยกว่า	25 ก.
โซเดียม	น้อยกว่า	2,400 มก.
พลังงาน(กิโลแคลอรี)ต่อกรัม : ไขมัน = 9 ; โปรตีน = 4 ; คาร์โบไฮเดรต = 4		

นอกจากนี้ยังมีคำแนะนำของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในวิธีการของการลดเค็ม คือ

1. ลดการเค็ม โดยเฉพาะการเค็มเครื่องปรุง
2. ลดการรับประทานน้ำปรุง เช่น น้ำส้มตำ น้ำยำ น้ำแกง
3. ลดการรับประทานอาหารแปรรูป ได้แก่ ไก่กรอก ไตปลา ปลาจุก พริกแกง และกะปิ

การลดเค็มเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและลดโรคไต นอกจากนี้การรักษารอคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ก็มีความสำคัญในการชะลอไตเสื่อมเช่นเดียวกัน หากมีอาการที่เกี่ยวข้องกับไต เช่น อากาบบวม ปัสสาวะเป็นฟอง ควรพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมต่อไป



**เอกสารอ้างอิง**

1. Mean salt intake in adults aged 25 years and older in the Americas, 2000-2019. ENLACE Data Portal. Pan American Health Organization, 2023. [Internet] Available online at <https://www.paho.org/en/enlace/salt-intake>.
2. กลุ่มส่งเสริมโภชนาการวัยรุ่นและวัยทำงาน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, กินเค็มน้อยลงลดโรค พิชิตโรคความดันฯ, พิมพ์ครั้งที่ 4, บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, หน้า 9, 93.



# การดูแลแม่หลังคลอด ตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน



การดูแลหลังคลอดของชาวจีนมีมาตั้งแต่สมัยราชวงศ์ฮั่น ราวกว่า 2,000 ปี การดูแลหลังคลอดเป็นการปรับสภาพร่างกาย ของคุณแม่ ความแข็งแรงของคุณแม่จะถูกสร้างขึ้นใหม่ในช่วงนี้ รวมถึงบางโรคหรืออาการเรื้อรังในอดีตก็อาจได้รับการบำบัดไป พร้อม ๆ กัน จึงไม่น่าแปลกใจที่คุณแม่หลายท่านจะดูสวยและมีสุขภาพแข็งแรงกว่าเดิม ซึ่งการดูแลหลังคลอดหรือการอยู่ไฟ สำหรับการแพทย์แผนจีนแล้วมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากไม่ได้รับการดูแลที่ดีอาจทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ในวันข้างหน้าได้ง่าย เช่น ปวดเวียนศีรษะ ปวดหลัง ปวดเอว ประจำเดือนมาไม่ปกติ ตกขาวมาก หน้าเป็นฝ้า ผม่ว่ง มือเท้าเย็น เป็นต้น

หลังคลอดบุตร คุณแม่จะอยู่ในภาวะซีและเลือดพร่อง การฟื้นฟูร่างกายให้กลับมาต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ ดังนั้น ในช่วงนี้จึงจำเป็นต้องดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งชาวจีนเชื่อว่าช่วงนี้ควรงดรับประทานอาหารที่มีฤทธิ์เย็นและของเย็น อาหารดิบ ๆ อาหารที่มีรสจัด เช่น แตงโม สาลี่ ส้ม พัก มะระ น้ำเย็น สลัดผัก อาหารรสเผ็ด เค็ม หวาน เปรี้ยว และอาหารมัน ๆ ไม่ควรทำงานหนักเกินไป ไม่ยกของหนัก ไม่ยืนนานเกิน ไม่อาบน้ำเย็น ไม่ตากลมเย็น เป็นต้น

หลังคลอดสัปดาห์แรกควรพักผ่อนให้มาก อาจรับประทานยาจีนแซ่ฮ่วยทิง เพื่อช่วยขับน้ำคาวปลา เนื่องจากหากมีน้ำคาวปลาตกค้างแล้ว เมื่อถึงวัยกลางคนจะทำให้มีอาการปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว ยิ่งเข้าสู่วัยทองอาการจะยิ่งชัดขึ้น ประกอบด้วยยา 7 ชนิด คือ ตังกุย หงฮวา โกลูหัวบัว เกาเหริน เอียะบ้อเช่า จิง ซะเอมเทศ ให้รับประทานหลังจากคลอดแล้ว 3-4 วัน แนะนำรับประทานครบ 7 วัน วันละ 1 ชูต ในช่วงสัปดาห์แรกยังไม่ควรรับประทานอาหารที่ช่วยเร่งน้ำนมนัก เพราะช่วงนี้ที่อาน้ำนมจะขยาย หากรีบเร่งน้ำนมจะทำให้ที่อาน้ำนมอุดตันได้ง่าย ทำให้เต้านมตึงคัดหรือบวม แต่ให้รับประทานอาหารรสอ่อนและย่อยง่ายเพื่อฟื้นฟูการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ สัปดาห์ที่ 2 สามารถเริ่มให้อาหารที่ช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนมได้

ในส่วนของอาหารที่ชาวจีนนิยมประกอบอาหารเพื่อรับประทาน เช่น คากิต้มถั่วลิสง ชุปปลา ชุปกระดูกหมู นมสด ส่วนอาหารที่ช่วยให้อมดลูกเข้าอู่และฟื้นฟูร่างกาย เช่น น้ำมันงาผัดตับหรือเซียงจี้ไก่แก้วน้ำมันงา ไช้ไก่ ถั่วเหลือง ถั่วแดง ถั่วดำ ข้าวเหนียว รากบัว ผัก ผลไม้ และมักใช้ขิง เหล้า หรือเครื่องยาจีนในการประกอบอาหาร นอกจากนี้คุณแม่ควรทำจิตใจให้เบิกบาน อาบน้ำอุ่นไม่แช่ตัวในอ่างน้ำ หากสระผมก็ควรรีบเป่าผมให้แห้ง

แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาตามศาสตร์การแพทย์ควรได้รับการรักษาและคำปรึกษาแนะนำจากแพทย์แผนจีนที่มีใบประกอบโรคศิลปะ เพื่อความปลอดภัยและความถูกต้อง



# วิตามินบีรวมฟองฟู่มีผลต่อสมองอย่างไร

จากที่ผู้เขียนได้มีโอกาสศึกษาบทความวิชาการเกี่ยวกับวิตามินบีรวมเม็ดฟองฟู่ (vitamin B complex effervescent tablets) กับสมรรถนะของสมอง ซึ่งคิดว่าคงเป็นประโยชน์ในการที่จะทำความเข้าใจและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ จึงสรุปข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการมาในบทความนี้

## ยาเม็ดฟองฟู่ (effervescent tablets) คืออย่างไร

สำหรับการบริหารยา วิตามิน หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในรูปแบบรับประทานปกติ เช่น รูปแบบเม็ด แคปซูล หรือแบบน้ำ เป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยมมาอย่างยาวนาน โดยเฉพาะรูปแบบเม็ดซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความสะดวกในการบริหาร อย่างไรก็ตาม ผลิตภัณฑ์รูปแบบเม็ดมีข้อจำกัดในด้านเภสัชจลนศาสตร์จากความซับซ้อนของระบบทางเดินอาหาร มีผลทำให้กระบวนการแตกตัวและการดูดซึมเกิดขึ้นช้าเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบสารละลาย แต่รูปแบบสารละลายก็มีข้อจำกัดเรื่องความคงตัวของยาหรือสารสำคัญ ดังนั้น ผลิตภัณฑ์รูปแบบเม็ดฟองฟู่จึงเป็นเทคโนโลยีที่เข้ามามีบทบาทเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิธีการรับประทานยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในรูปแบบเดิม โดยคุณสมบัติของเม็ดฟองฟู่สามารถแก้ไขข้อจำกัดของทั้งตำรับเม็ดผง และน้ำ เช่น ความสะดวกในการพกพา รับประทานได้ง่ายโดยเฉพาะในคนที่มีปัญหาในการกลืน รสชาติที่อร่อย ลดความคลาดเคลื่อนของปริมาณยาหรือวิตามินจากการตักหรือตวงผง รวมไปถึงคุณสมบัติการแตกตัวและดูดซึมของตำรับที่มีประสิทธิภาพเหนือกว่ารูปแบบเม็ดทั่วไป ซึ่งจากการศึกษาของ Meisner M และคณะ แสดงให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์เม็ดฟองฟู่ที่ประกอบด้วยแมกนีเซียมและวิตามินบี 6 ใช้เวลาเพียงแค่  $82.67 \pm 2.73$  วินาทีในการแตกตัว แต่ยังไม่พบการศึกษาค่าชีวประสิทธิผล (bioavailability) ของวิตามินรวมเม็ดฟองฟู่เปรียบเทียบกับรูปแบบเม็ดปกติ แต่จากข้อมูลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบค่าชีวประสิทธิผล (bioavailability) ของการรับประทาน acetaminophen ในรูปแบบยาเม็ดฟองฟู่ แคปซูล และแบบเม็ดทั่วไปในอาสาสมัครสุขภาพดี ได้ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบเม็ดฟองฟู่มีความสามารถในการดูดซึมเร็วที่สุดจากค่า T<sub>max</sub> ที่ 60 นาที เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบแคปซูล (60 นาที) และแบบเม็ดทั่วไป (120 นาที) ตัวยาสามารถเข้าสู่กระแสเลือดในปริมาณมากที่สุด (C<sub>max</sub> = 15.25 µg/ml) เมื่อเทียบกับแคปซูล (11.29 µg/ml) และแบบเม็ดทั่วไป (6.61 µg/ml) โดยอาจกล่าวได้ว่ารูปแบบเม็ดฟองฟู่เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการดูดซึมยาเร็วกว่า และเข้าถึงระดับยาในเลือดสูงสุดได้เร็วกว่า นอกจากนี้การรับประทานวิตามินเม็ดฟองฟู่แต่ละครั้งต้องละลายวิตามิน 1 เม็ดในน้ำหรือเครื่องดื่มปริมาตร 200 มิลลิลิตรขึ้นไป ร่างกายจึงได้รับน้ำในปริมาณที่มากกว่าการรับประทานวิตามินรูปแบบอื่น ส่งผลดีต่อการรับประทานวิตามินหลายชนิดที่ละลายได้ดีในน้ำ เช่น วิตามินซี วิตามินบี อีกทั้งยังส่งผลดีต่อร่างกายเนื่องจากการดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวันซึ่งมีส่วนสำคัญในการรักษาสมดุลของระบบร่างกาย จากคุณสมบัติดังกล่าวทำให้ผลิตภัณฑ์ในรูปแบบเม็ดฟองฟู่เป็นอีกทางเลือกที่ผู้บริโภคให้ความสนใจเพิ่มขึ้น

วิตามินบีมีบทบาทสำคัญในกระบวนการต่าง ๆ ของระบบประสาทและสมอง ดังนี้

### 1. ช่วยในการผลิตพลังงานสำหรับสมอง

- o วิตามินบี เช่น B1 (ไทอามีน), B2 (ไรโบฟลาวิน) และ B3 (ไนอาซิน) มีบทบาทในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน เพื่อผลิตพลังงานที่จำเป็นสำหรับการทำงานของสมอง

### 2. สนับสนุนการทำงานของระบบประสาท

- o วิตามินบี 6 (ไพริดอกซิน) มีส่วนสำคัญในการสังเคราะห์สารสื่อประสาท เช่น เซโรโทนิน และโดปามีน ซึ่งมีผลต่ออารมณ์ ความจำ และการรับรู้

### 3. ลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม

- o วิตามินบี 9 (โฟเลต) และ B12 (โคบาลามิน) มีบทบาทในการสร้างสารสื่อประสาทและป้องกันการเสื่อมของสมอง การขาดวิตามินบีเหล่านี้ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมอื่น ๆ

### 4. ลดระดับ homocysteine ในเลือด

- o วิตามินบี 12, บี 6 และโฟเลต มีบทบาทในการลดระดับ homocysteine ในเลือด ซึ่งเป็นสารที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและปัญหาทางสมอง

## การศึกษาวิจัยของวิตามินบีต่าง ๆ ก็มีผลต่อสมอง

### • บทบาทของวิตามินและแร่ธาตุต่อสมอง

วิตามินและแร่ธาตุที่แม่ร่างกายต้องการในปริมาณเล็กน้อย แต่หากได้รับในปริมาณที่ไม่เพียงพอสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายในภาพรวมได้อย่างรุนแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ สารอาหารรองมีบทบาทต่อระบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย ทั้งระบบพลังงาน ระบบเอนไซม์ ฮอริโมน ซึ่งจำเป็นต่อการเจริญเติบโต ความแข็งแรงของร่างกาย และการทำงานของสมอง ภาวะขาดสารอาหารรองในช่วงพัฒนาสมองในช่วงแรกของชีวิตส่งผลในระยะยาวต่อคุณภาพการศึกษา การทำงาน และสุขภาพจิต ดังนั้น การรับประทานสารอาหารรองให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก

สำหรับวิตามินบีรวมนั้นมีความสำคัญต่อการทำงานของสมอง เนื่องจากวิตามินบีรวมเป็นทั้งโคแฟกเตอร์ (cofactor) และโคเอนไซม์ (coenzyme) ที่มีความเกี่ยวข้องกับวัฏจักรกรดซิตริก (citric acid cycle) ซึ่งเป็นวัฏจักรที่สำคัญในการสร้างพลังงานในไมโทคอนเดรีย ซึ่งสมองเป็นอวัยวะที่ใช้พลังงานถึงร้อยละ 20 ของร่างกาย ดังนั้น วัฏจักรในการสร้างพลังงานจึงมีความสำคัญต่อสมองมาก นอกจากนี้ วิตามินบีรวมยังมีความเกี่ยวข้องกับวัฏจักรโฟเลต (folate cycle) และวัฏจักรเมไธโอนีน (methionine cycle) โดยวัฏจักรทั้งสองนี้เป็นวัฏจักรที่ทำงานร่วมกันและอาศัยวิตามินบีเป็นโคแฟกเตอร์ โดยพบว่าโฟเลต เมแทบอลิซึมและระดับของโฟเลตมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์และปรีชาปัญญา นอกจากนี้ทั้งสองวัฏจักรนี้มีหน้าที่ในการกำจัด homocysteine ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายหลายส่วน

รวมถึงสมองด้วย ดังนั้น วิตามินบีรวมจึงทำหน้าที่เสมือนสารป้องกันระบบประสาทได้ (neuroprotection) ปัจจุบันพบว่าการศึกษาเฉพาะวิตามินบีรวมต่อสมรรถภาพของสมองยังมีจำกัด โดยการศึกษาส่วนใหญ่ มักจะเป็นผลมาจากวิตามินรวมและแร่ธาตุต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถแยกประโยชน์ของวิตามินบีรวมจากสารอาหารรองอื่น ๆ ต่อสมองได้อย่างชัดเจน

## • บทบาทของวิตามินบีรวมเม็ดฟองฟู่ต่อปรีชานปัญญาและความจำ

จากการศึกษาของ Scholey A และคณะ ในปี ค.ศ. 2013 เป็นการศึกษาแบบ double-blind, placebo-controlled, randomized, balance-crossover ในอาสาสมัครผู้ใหญ่สุขภาพดีช่วงอายุระหว่าง 21-39 ปี จำนวน 20 ราย ที่ทำการศึกษากการตอบสนองของสมองแบบจับหลังจากรับประทานวิตามินบีรวมที่มีส่วนประกอบของวิตามินซี แคลเซียม แมกนีเซียม และสังกะสี ในรูปแบบเม็ดฟองฟู่ร่วมด้วย ด้วย Rapid Visual Information Processing (RVIP) พบว่าวิตามินบีรวมชนิดนี้สามารถกระตุ้นสมองส่วน dorsolateral prefrontal regions, parietal lobe และ hippocampus ซึ่งเป็นสมองส่วนที่มีหน้าที่หลักเกี่ยวกับปรีชานปัญญาและความจำที่เกี่ยวข้องกับการจดจำข้อมูลเพื่อใช้งาน (working memory) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ White DJ และคณะ ในปี ค.ศ. 2014 เป็นการศึกษาแบบ double-blind, placebo-controlled, randomized, balance-crossover ในอาสาสมัครผู้ใหญ่สุขภาพดีช่วงอายุระหว่าง 21-39 ปี จำนวน 20 ราย ทำการทดสอบการทำงานของสมองด้วย steady-state visually evoked potential (SSVEP) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดกระบวนการกระตุ้นสมองส่วน prefrontal region พบว่าสมองของผู้ที่ได้รับวิตามินบีรวมชนิดนี้ได้รับกระตุ้นในบริเวณ prefrontal region จึงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปรีชานปัญญาได้เช่นเดียวกัน

## • บทบาทของวิตามินบีรวมเม็ดฟองฟู่ต่อสมาธิ

จากการศึกษาของ Carroll D และคณะ ในปี ค.ศ. 2000 เป็นการศึกษาแบบ double-blind randomized-control trial ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยชายสุขภาพดีช่วงอายุระหว่าง 18-42 ปี จำนวน 80 ราย ด้วยแบบประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ ความกังวล ภาวะเศร้า ความตึงเครียด ความเหนื่อยล้า และไม่สามารถจดจ่อ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับวิตามินบีรวมที่มีส่วนประกอบของวิตามินซี แคลเซียม แมกนีเซียม และสังกะสี ในรูปแบบเม็ดฟองฟู่ร่วมด้วย และกลุ่มที่ได้รับยาหลอก พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนหัวข้อ "ไม่สามารถจดจ่อ" ในผู้ป่วยที่ได้รับวิตามินบีรวมชนิดนี้ลดลงจาก  $3.26 \pm 1.41$  คะแนน เหลือ  $2.61 \pm 1.20$  คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ต่อมาการศึกษาของ Kennedy DO และคณะ ในปี ค.ศ. 2011 เป็นการศึกษาแบบ randomized, placebo-controlled, double-blind, parallel-groups trial ที่ทำการศึกษาในอาสาสมัครชายสุขภาพดีช่วงอายุระหว่าง 30-55 ปี จำนวน 198 ราย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับวิตามินบีรวมที่มีส่วนประกอบของวิตามินซี แคลเซียม แมกนีเซียม และสังกะสี ในรูปแบบเม็ดฟองฟู่ร่วมด้วย และกลุ่มที่ได้รับยาหลอก ด้วยการประเมินด้วยตนเองผ่านทางโทรศัพท์ด้วยเครื่องมือ visual analog scales (VAS) โดยประเมินในวันที่ 28 หลังได้รับวิตามินบีรวมชนิดนี้หรือยาหลอก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับวิตามินบีรวมชนิดนี้มีความตื่นตัว (alert) เพิ่มขึ้นจาก  $58.3 \pm 1.1$  คะแนน เป็น

$62.6 \pm 1.1$  คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.049$ ) และพบว่ากลุ่มที่ได้รับวิตามินบีรวมชนิดนี้มีสมาธิเพิ่มขึ้นจาก  $58.4 \pm 1.1$  คะแนน เป็น  $64.2 \pm 1.3$  คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ( $p = 0.014$ )

## • บทบาทของวิตามินบีรวมเม็ดฟองฟู่ต่อความเครียดและความวิตกกังวล

จากการศึกษาของ Carroll D และคณะที่ได้กล่าวไปข้างต้น นอกจากจะศึกษาเรื่องผลต่อสมาธิแล้ว ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์เครียดและความวิตกกังวลอีกด้วย โดยเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ General Health Questionnaire (GHQ-28) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประเมินเกี่ยวกับอาการทางกาย ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ ปัญหาในการเข้าถึงสังคม และภาวะซึมเศร้า, Hospital Anxiety and Depression (HADS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประเมินเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า, Perceive Stress Scale (PSS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความเครียด และแบบประเมินด้วยตนเอง ผลการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับวิตามินบีรวมที่มีส่วนประกอบของวิตามินซี แคลเซียม แมกนีเซียม และสังกะสี ในรูปแบบเม็ดฟองฟู่ร่วมด้วย เทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของ GHQ-28 ลดลงจาก  $16.0 \pm 7.0$  คะแนน เหลือ  $13.9 \pm 6.4$  คะแนนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในส่วนของ HADS-anxiety พบว่ามีคะแนนลดลงจาก  $5.2 \pm 3.1$  คะแนน เหลือ  $4.1 \pm 2.7$  คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนคะแนน PSS ก็พบว่าลดลงจาก  $20.7 \pm 5.0$  คะแนน เหลือ  $19.4 \pm 5.5$  คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ( $p < 0.05$ ) และสุดท้ายคะแนนจากแบบประเมินด้วยตนเองพบว่ามีคะแนนความกังวลลดลงจาก  $3.18 \pm 1.43$  คะแนน เหลือ  $2.74 \pm 1.31$  คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย ( $p < 0.05$ ) ผลจากการศึกษาเหล่านี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในรูปแบบ systematic review และ meta-analysis ของ Young LM และคณะ ในปี ค.ศ. 2019 ที่พบว่าวิตามินบีรวมชนิดนี้มีประโยชน์ต่ออารมณ์ โดยเฉพาะลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าวิตามินบีรวมมีผลการศึกษาวิจัยที่น่าสนใจมากที่เดียวกับการป้องกันและดูแลสมอง อีกทั้งเมื่อเตรียมเป็นรูปแบบเม็ดฟองฟู่ด้วยแล้วจะทำให้เพิ่มอัตราการดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้โดยเร็ว ซึ่งจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลสมอง แต่การใช้ควรปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญก่อนใช้ เพื่อความปลอดภัยและถูกต้อง

## ข้อมูลอ้างอิง

1. เรวดี เจนร่วมจิต และกัณฐิรา ปริญญารักษ์. ประโยชน์ของวิตามินบีรวมเม็ดฟองฟู่ (vitamin B complex effervescent tablets) ต่อสมรรถภาพของสมอง (brain performance). บทความวิชาการ. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชกรรม. [https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article\\_detail&subpage=article\\_detail&id=1531](https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1531)
2. Smith A. D., Refsum H. Homocysteine, B Vitamins, and Cognitive Impairment. Annual Review of Nutrition. 2016;36:211-39.
3. Kennedy D. O. B Vitamins and the Brain: Mechanisms, Dose and Efficacy—A Review. Nutrients. 2016;8(2):68.
4. Stough C., et al. The Neurocognitive Effects of Vitamin B Supplementation in Healthy Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental. 2012;27(6):527-33.



## คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จัดประชุมสัมมนาวิชาการประจำปี 2567 “Artificial Intelligence Integrated into Urban Medicine (การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์กับเวชศาสตร์เขตเมือง)”

ปัจจุบันเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ Artificial intelligence (AI) และ Robotics เป็นเทคโนโลยีที่ได้เข้าไปมีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์หลาย ๆ ด้าน รวมถึงในสาขาสุขภาพและการแพทย์ก็เป็นอีกสาขาหนึ่งที่น่าเทคโนโลยี AI และ Robotics มาใช้ประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างภาพทางการแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรค การเก็บข้อมูลและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การใช้หุ่นยนต์เพื่อการผ่าตัด การเรียนการสอน การวิจัย ฯลฯ



**ผศ.นพ.จักราวุธ มณีฤทธิ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล** กล่าวว่า คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มุ่งมั่นพัฒนายกระดับการจัดบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ สร้างองค์ความรู้ วิจัย และสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะในเขตเมือง ได้เล็งเห็นความสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จึงได้จัดประชุมสัมมนาวิชาการประจำปี 2567 ภายใต้หัวข้อ “Artificial Intelligence Integrated into Urban Medicine (การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์กับเวชศาสตร์เขตเมือง)” เพื่อเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจ



ในเรื่อง **AI: Artificial Intelligence** หรือปัญญาประดิษฐ์ นำมาประยุกต์ใช้พัฒนานวัตกรรมด้านต่าง ๆ รวมถึงการเรียนการสอนและการวิจัย โดยมี รศ.นพ.อนันต์ มโนมัยพิบูลย์ อธิการบดีมหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุม ซึ่งจัดขึ้นเมื่อเดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา ณ ห้องประชุม 1-2 ชั้น 6 อาคารที่ปิงกรศรีมิโฮติ

**ผศ.นพ.จักรารุธ** กล่าวว่า ปัจจุบันโลกได้รับการขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงและพัฒนาอยู่ตลอดเวลา เทคโนโลยีเข้ามาแทรกซึมในชีวิตประจำวันทั้งการสื่อสาร การขนส่งหรือการเดินทาง รวมไปถึงการแพทย์ที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพให้การรักษา ส่งผลดีทั้งผู้ให้บริการและผู้ขอรับบริการ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นด้านเวชศาสตร์เขตเมืองก็มีการพัฒนาโดยนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของคนเมืองด้วย และการจัดงานประชุมสัมมนาวิชาการครั้งนี้ เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และเป็นเวทีให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล บุคลากรส่วนงานอื่น ๆ ของมหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช และในเครือกรุงเทพมหานคร ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์ สาธารณสุข เวชศาสตร์เขตเมือง การเผยแพร่งานวิจัยและนวัตกรรมใหม่ ๆ รวมไปถึงให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำ AI มาใช้ในการเรียนการสอน การวิจัย การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วย

**รศ.นพ.อนันต์ มโนมัยพิบูลย์ อธิการบดีมหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช** กล่าวว่า ปัญญาประดิษฐ์ หรือที่เราคุ้นเคยในนามย่อว่า AI เป็นผลลัพธ์จากเทคโนโลยีที่ได้รับการพัฒนาในรูปแบบโปรแกรมหรือเครื่องมือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการทำงาน ช่วยวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลจำนวนมากได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว ก่อให้เกิดการริเริ่มนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย อาทิ การพัฒนาเครื่องมือและอุปกรณ์ การเข้าถึงการรักษา การคัดกรองโรคเบื้องต้น รวมถึงการวินิจฉัย ถือเป็นยกระดับการรักษาสภาพให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งความสำคัญของเทคโนโลยีจะมีความก้าวหน้าในสังคมทั่วโลกให้เราตื่นตัวถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลในฐานะผู้นำด้านเวชศาสตร์เขตเมืองและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้นำเทคโนโลยีและปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาประยุกต์ใช้กับการดำเนินงาน

“ดุสิตโมเดล” ที่มุ่งเน้นผู้คนในสังคมเมือง ดำเนินงานผ่านระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์และโทรเวชกรรม Vajira@home รวมไปถึงนำนวัตกรรมล้ำสมัยอย่าง For Xair System เครื่องเอกซเรย์แบบพกพาที่มาพร้อม AI จากฟูจิฟิล์มมาใช้ในภารกิจคัดกรองวัณโรคเชิงรุก เพื่อลดขั้นตอนการตรวจและประมวผล

ทั้งนี้ภายในงานยังได้รับเกียรติจาก นพ.สุรค์เมธ มหาศิริมงคล ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปาฐกถาพิเศษในหัวข้อ “AI กับการพัฒนาระบบโรงพยาบาล” รวมถึงวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้าน AI หลากหลายสาขา ร่วมบรรยายและเสวนาทางวิชาการ แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จากบุคลากรด้านการแพทย์ สาธารณสุข เติบโตความรู้ล่าสุดเกี่ยวกับปัญญาประดิษฐ์ (AI) มุ่งเน้นความเข้าใจบทบาทสำคัญของเวชศาสตร์เขตเมือง อีกทั้งมีกิจกรรม Workshop การใช้ Chat GPT อย่างมืออาชีพ



# คนหาย หาค่าไหน ตอนที่ 2

ต่อเนื่องจากตอนที่แล้วที่ว่าด้วยเรื่องคนหาย ยังมีข้อมูลที่น่าสนใจอีกมากมายที่อยากรนำมาแบ่งปันผู้อ่านทุกท่าน ขออนุญาตไม่เท่าความย้อนความในตอนก่อน (ซึ่งมีข้อมูลที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง) และขอเข้าสู่ประเด็นเนื้อหาในบทความตอนนี้เลย



## แนวทางการปฏิบัติในการแจ้งคนหาย

### 1. การแจ้งคนหายหรือแจ้งเบาะแสคนหาย

- ผู้ที่สามารถแจ้งความคนหายได้ คือ ญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับคนหายที่สามารถให้ข้อมูลของคนหายได้
- โดยสามารถแจ้งคนหายหรือแจ้งเบาะแสคนหายที่สถานีตำรวจใกล้บ้านหรือสถานีตำรวจในพื้นที่ที่คนหายได้หายตัวไป หรือกองบุคคลสูญหายและศพนิรนาม สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม หรือสำนักงานยุติธรรมจังหวัด กระทรวงยุติธรรม หรือศูนย์ดำรงธรรม กระทรวงมหาดไทย หรือองค์กร/มูลนิธิต่าง ๆ เช่น มูลนิธิกระจกเงา เป็นต้น
- เอกสารที่ควรเตรียมสำหรับแจ้งความ ได้แก่ เอกสารหลักฐานของคนหาย ประกอบด้วย บัตรประชาชน, ทะเบียนบ้าน, รูปถ่ายหน้าตรงของคนหายที่ปัจจุบันที่สุด, ประวัติการรักษาทางการแพทย์ การผ่าตัด การทำฟัน การรักษาโดยเครื่องมือแพทย์ เป็นต้น (ถ้ามี), สิ่งส่งตรวจสารพันธุกรรม (ถ้ามี), เอกสารหลักฐานของผู้แจ้ง ประกอบด้วย บัตรประชาชน และทะเบียนบ้าน



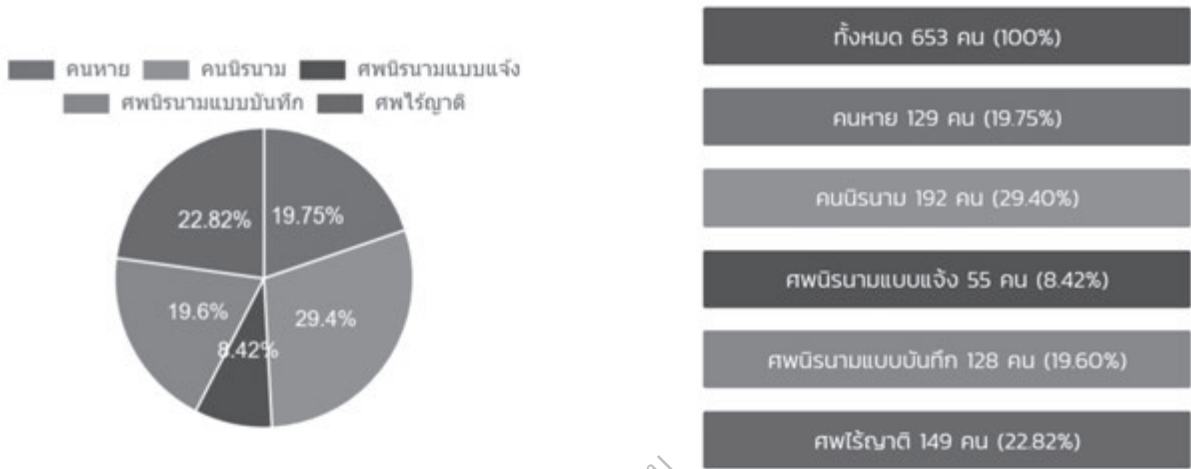
- ข้อมูลที่สำคัญในการแจ้งคนหาย คือ รูปพรรณสัณฐาน ตำหนิแผลเป็น รอยสัก การแต่งกาย ทรัพย์สินติดตัว และข้อมูลทางการแพทย์
- หากแจ้งความกับพนักงานสอบสวนแล้ว ครอบครัวต้องไปพบตำรวจฝ่ายสืบสวนเพื่อให้ลงพื้นที่ ออกติดตามหา ถ้าได้แค่ใบแจ้งความกลับบ้านโดยไม่ได้พบฝ่ายสืบสวน ส่วนใหญ่จะไม่มีกระบวนการติดตามหาในพื้นที่
- ควรขอชื่อ ยศ และเบอร์โทรศัพท์มือถือ ของตำรวจที่รับแจ้งความและตำรวจฝ่ายสืบสวน ที่รับผิดชอบเรื่อง เพื่อให้ในการติดต่อประสานงาน และสามารถติดตามข้อมูลคนหายได้ที่ ศูนย์ข้อมูลคนหาย มูลนิธิกระจกเงา ([www.backtohome.org](http://www.backtohome.org)), สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (<https://missingperson.police.go.th>) และสำนักงานเลขานุการของ ค.พ.ศ. สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ (<https://www.thaimissing.go.th>)

## 2. หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านคนหาย

- หน่วยงานที่รับแจ้งต้องดำเนินการตรวจสอบเบื้องต้นก่อนว่ามีศพนิรนามหรือคนนิรนาม ซึ่งเป็นบุคคลที่ญาติต้องการตามหาอยู่ที่ใด หากพบให้แจ้งญาติทราบเพื่อติดต่อยังหน่วยงานที่รับแจ้งศพนิรนาม หรือรับแจ้งคนนิรนามนั้น ๆ
- หน่วยงานที่รับแจ้งต้องตรวจสอบต่อว่าเคยมีการแจ้งคนหายรายดังกล่าวมาก่อนหรือไม่ เพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนในการรับแจ้งคนหาย และประโยชน์ในการดึงข้อมูลเดิมมาดำเนินการต่อในการหายตัวครั้งล่าสุด เมื่อหน่วยงานที่รับแจ้งตรวจสอบจนมั่นใจแล้วว่าไม่เคยมีการรับแจ้งคนหายรายนั้น ๆ มาก่อน ให้บันทึกข้อมูลลงในแบบแจ้งคนหาย (แบบ คพศ.1) พร้อมทั้งส่งแบบ คพศ.1 เอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รูปถ่าย วัตถุพยาน และข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรายละเอียดสามารถดูได้ในเอกสารแบบ คพศ.1 มายังสำนักงาน ค.พ.ศ. โดยทันที และให้คำแนะนำผู้แจ้งให้ดำเนินการแจ้งความคนหายที่สถานีตำรวจด้วย (กรณีที่ไม่ได้แจ้งที่สถานีตำรวจ)
- ให้พนักงานสอบสวนผู้รับแจ้งรีบแจ้งศูนย์วิทยุเครือข่ายในสังกัดและหน่วยข้างเคียง รวมทั้งด่านตรวจคนเข้าเมือง เพื่อสกัดค้นตามด่านใกล้เคียงหรือจุดที่คาดว่าผู้ถูกล่อลวงลักพา จะผ่านไปโดยด่วน เป็นต้น รวมทั้งรีบดำเนินการสืบสวนติดตามคนหายโดยต่อเนื่องจนกว่าจะพบตัว
- เมื่อสำนักงานได้รับแจ้งเรื่องคนหายจากหน่วยงานที่รับแจ้งแล้ว ให้ดำเนินการบันทึกข้อมูลลงสู่ระบบฐานข้อมูลกลางของ ค.พ.ศ. และดำเนินการพิสูจน์อัตลักษณ์บุคคลตามระบบของ ค.พ.ศ. หากสามารถระบุตัวได้ให้ดำเนินการแจ้งผลกลับไปยังพนักงานสอบสวนเพื่อติดต่อญาติ หากยังพิสูจน์ไม่ได้ให้ดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โดยส่งข้อมูลรูปถ่ายและข้อมูลอัตลักษณ์บุคคลเบื้องต้นไปยังภาคประชาสังคมเพื่อดำเนินการเผยแพร่สู่สาธารณชน ทั้งนี้หากมีการดำเนินการใด ๆ หรือมีข้อมูลเพิ่มเติม ให้หน่วยงานที่รับแจ้งหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานรายงานมายังสำนักงาน และหากสำนักงานมีการดำเนินการใด ๆ หรือมีข้อมูลเพิ่มเติม สำนักงานต้องรายงานไปยังหน่วยงานที่รับแจ้งหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้วยเช่นเดียวกัน เพื่อประโยชน์ในการติดตามคนหาย ความสมบูรณ์ของฐานข้อมูล และทราบถึงสถานภาพของคนหายรายนั้น ๆ

- เมื่อพนักงานสอบสวนพบตัวคนหายแล้ว และสามารถติดต่อญาติและส่งตัวคนหายคืนญาติได้แล้ว ให้ดำเนินการบันทึกข้อมูลลงในแบบแจ้งคนหายได้คืน (แบบ คพศ.5) กลับมายังสำนักงานโดยทันที เพื่อดำเนินการปิดการดำเนินการ

แผนภูมิสถิติคนหาย คนนิรนาม ศพนิรนามและศพไร้ญาติ ตั้งแต่ ม.ค. พ.ศ.2566 - ธ.ค. พ.ศ.2566



ขอขอบคุณข้อมูลจากสำนักงาน ค.พ.ศ.

ข้อมูลด้านบนเป็นสถิติคนหาย คนนิรนาม ศพนิรนาม และศพไร้ญาติ ในปี พ.ศ. 2566 จากเว็บไซต์ของสำนักงาน ค.พ.ศ. ทางสำนักงาน ค.พ.ศ. มิได้หมายเหตุนี่ว่าเป็นสถิติรวมของทั้งประเทศ หรือเป็นข้อมูลตัวเลขจากเฉพาะสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ แต่เชื่อว่าไม่ใช่สถิติของประเทศที่มีประชากรเกือบ 70 ล้านคน เมื่อจำแนกเพศในกลุ่มต่าง ๆ ก็พบว่าอัตราส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิงอยู่ที่ตั้งแต่ 60:40 ขึ้นไป ทั้งจำนวนคนหาย คนนิรนาม ศพนิรนาม และศพไร้ญาติ

คณะกรรมการพัฒนาระบบการติดตามคนหายและการพิสูจน์ศพนิรนาม หรือ ค.พ.ศ. ถือกำเนิดขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเมื่อปี พ.ศ. 2558 ปีหน้าก็จะครบ 10 ปี เชื่อเหลือเกินว่ายังมีระบบระเบียบอีกหลายอย่างที่รอการปรับปรุง พัฒนา และบูรณาการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในกระบวนการดังกล่าวตามเจตนารมณ์ของการมีคณะกรรมการชุดนี้





## 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](http://www.wongkarnpat.com)  
ได้ข้อมูลถูกต้องทันควัน

Website Adviser  
Medical  
Magazine Online



[www.wongkarnpat.com](http://www.wongkarnpat.com)  
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

ธนาคารดี ส่งจ่าย ปณ.ดลิ่งชั้น 10170  ตั๋วแลกเงิน

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

เข็มนาฬิกา .....สาขา.....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**

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

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



# การประชุมวิชาการสัญจร

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

ร่วมกับ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

# ครั้งที่ 38

## วันที่ 16 - 18 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ณ ห้องประชุมสีหราชบอลรูม  
โรงแรมสีหราช จังหวัดอุดรดิตถ์

**ฟรี!** CME 11.5 เครดิต

✓ ค่าลงทะเบียนประชุม  
✓ อาหารกลางวัน และอาหารว่าง

เวลา	วันพุธที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2567	วันพฤหัสบดีที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2567	วันศุกร์ที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2567
08.00 - 08.45	ลงทะเบียน		
08.45 - 09.00	พิธีเปิด		
09.00 - 09.30	<b>Lecture 1</b> <b>Practical Approach to Common Poisoning</b> ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชัย วนานุกูล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	<b>Lecture 10</b> <b>Rheumatic Manifestation in Systemic Diseases</b> อาจารย์ แพทย์หญิงนิตยาชาติ เข้มมลาต โรงพยาบาลสระบุรี	<b>Lecture 17</b> <b>Practical Management of Thalassemia</b> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงฉวีรัตน์ หาดทวีพันธุ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
09.30 - 10.00	<b>Lecture 2</b> <b>Hyperglycemia Emergencies: Evolving Landscape of Diagnosis and Treatment</b> ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอภิญญา ศรีวีจิตรภมา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	<b>Workshop 1</b> <b>Imaging in Rheumatology</b> นางสาวกานต์โกหญิง แพทย์หญิงอินทิรา อุไรเลิศ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	<b>Lecture 18</b> <b>Paraneoplastic and Autoimmune Encephalitis</b> รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประวีร์น ไล่หิเสนา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
10.00 - 10.30	<b>Lecture 3</b> <b>Nutrition Management in Critical Care</b> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์นริศร ลักษณ์นบุรีศรี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	<b>Lecture 11</b> <b>Case-Based Approach in Hyponatremia</b> พินเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเนาวนิตย์ นาท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	<b>Workshop 3</b> <b>Blood Smear</b> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงฉวีรัตน์ หาดทวีพันธุ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
10.30 - 11.00	BREAK	BREAK	BREAK
11.00 - 11.30	<b>Lecture 4</b> <b>Common Skin Problems</b> อาจารย์ นายแพทย์ขนิษฐา กักรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	<b>Lecture 12</b> <b>Case-Based Approach in Hypokalemia</b> พินเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเนาวนิตย์ นาท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	<b>Lecture 19</b> <b>Approach to Dementia</b> อาจารย์ นายแพทย์กวีวัน พรหมสมบัติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
11.30 - 12.00	<b>Lecture 5</b> <b>EGFR TKI in Advanced NSCLC</b> อาจารย์ นายแพทย์ศุภวัฒน์ รุ่งโรจน์วัฒนา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	<b>Workshop 2</b> <b>Management of HIV-Infected Patients: Cases Discussion</b> เรืออากาศเอก นายแพทย์ศิโรต พุฒินิรันดร์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	<b>Lecture 20</b> <b>Optimizing Bone Health in Adults: Identification, Prevention &amp; Treatment of Osteoporosis</b> รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงหทัยกาญจน์ นิมิตรพงษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
12.00 - 12.45	Lunchtime Symposium <b>Multi-Organ Protective Effects of SGLT2i Across the CRM Continuum</b> ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอภิญญา ศรีวีจิตรภมา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พินเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเนาวนิตย์ นาท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้ดำเนินบรรยาย: อาจารย์ นายแพทย์อายุส นเรธา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ บริษัท เบลูริงเจอร์ อินเทล (ไทย) จำกัด	Lunchtime Symposium <b>A Good Night's Sleep: A Guide to a Better Health</b> รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประวีร์น ไล่หิเสนา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้ดำเนินบรรยาย: อาจารย์ แพทย์หญิงนวลกลีบ จารุขลิต โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ บริษัท เอชซี (ประเทศไทย) มาร์เก็ตติ้ง จำกัด	Lunchtime Symposium <b>Close Care Gap in Osteoporosis with RANKL Inhibitor</b> รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงหทัยกาญจน์ นิมิตรพงษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้ดำเนินบรรยาย: อาจารย์ นายแพทย์ศุภวัฒน์ รุ่งโรจน์วัฒนา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ บริษัท แอนเจน (ประเทศไทย) จำกัด
13.00 - 13.30	<b>Lecture 6</b> <b>Oncologic Emergency</b> อาจารย์ นายแพทย์ศุภวัฒน์ รุ่งโรจน์วัฒนา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	<b>Lecture 13</b> <b>Management of Multidrug-Resistant Organisms</b> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเลลานี ไพฑูรย์พงษ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	<b>การบรรยายให้ความรู้แก่ประชาชน ครั้งที่ 1/2567</b> ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ <b>วันศุกร์ที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2567</b> <b>เวลา 09:00 - 12:00 น.</b> ณ ห้องประชุมเมสสิกัน อาคาร 100 ปี การสาธารณสุขไทย ชั้น 7 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
13.30 - 14.00	<b>Lecture 7</b> <b>Interpretation and Proper Clinical Use of Cardiac Investigations</b> พลตรี รองศาสตราจารย์ นายแพทย์นริศนรินทร์ ศินสนบุตร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	<b>Lecture 14</b> <b>Upper GI Bleeding</b> รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์เฉลิมรัฐ บัณฑิตกุล โรงพยาบาลราชวิถี	
14.00 - 14.45	High Tea Symposium <b>Oral GLP1RA Bridging the Gap for the Future</b> พลตรี รองศาสตราจารย์ นายแพทย์นริศนรินทร์ ศินสนบุตร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้ดำเนินบรรยาย: รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไฉยม กองศรี โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก บริษัท ไบโวนอร์ดิส ฟาร์มา (ประเทศไทย) จำกัด	High Tea Symposium <b>4D Strategy for CKD</b> รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ขจรศักดิ์ ทพฤกษ์ โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ ผู้ดำเนินบรรยาย: อาจารย์ นายแพทย์จิตติพงศ์ ภูประเสริฐ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ บริษัท แอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด	09:00 - 09:30 น. <b>ลงทะเบียน</b>
14.45 - 15.00	BREAK	BREAK	09:30 - 10:00 น. <b>โรคที่พบบ่อย/สำคัญ ในผู้สูงอายุ</b> อาจารย์ นายแพทย์กวีวัน พรหมสมบัติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
15.00 - 15.30	<b>Lecture 8</b> <b>Pitfalls in TB Management</b> อาจารย์ แพทย์หญิงกานงนา ทวีธีระโรจน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	<b>Lecture 15</b> <b>Drug and Herbal Hepatotoxicity</b> รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์เฉลิมรัฐ บัณฑิตกุล โรงพยาบาลราชวิถี	10:00 - 10:30 น. <b>โรคเบาหวานกับภาวะแทรกซ้อน</b> อาจารย์ นายแพทย์ศุภวัฒน์ รุ่งโรจน์วัฒนา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
15.30 - 16.00	<b>Lecture 9</b> <b>Pre-operative Evaluation for Patients Undergoing Non-Cardiac Surgery</b> รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไฉยม กองศรี โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	<b>Lecture 16</b> <b>Current Management of COPD</b> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์มนะพล กุลปรานิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	10:30 - 11:00 น. <b>ถาม - ตอบ - แลกเปลี่ยน</b> ดำเนินการบรรยายโดย: แพทย์กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

### ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

▶ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

☎ โทรทัศน์ 0-2716-6744 ต่อ 11

☎ มือถือ 08-1450-4719 , 08-9139-4555

✉ Email: suchitra.rcpt@gmail.com



ผู้เข้าร่วมประชุมที่ประสงค์จองห้องพัก โปรดติดต่อ โรงแรมสีหราช  
โทรศัพท์: 056-832790-7  
056-832780-4  
Email: info@seeharajhotel.com



### ลงทะเบียน

เข้าร่วมประชุม

<< สแกน QR code  
หรือ www.rcpt.org

ภายในวันที่ 4 ตุลาคม 2567