



ดีโอบคือดีอยา

'ศิริราช' เปิดตัวศูนย์วิจัยยักษะดีต่อโบทูลินัมที่อกซัน
แห่งแรกในเอเชียอาคเนย์



Special

รามาช เปิดตัว CaregiverThai.com

พลังใจสู่สมองเสื่อม แหล่งข้อมูลช่วยผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

นานาสาระ

บทบาทของ Ferroptosis ในการก่อให้เกิด vascular calcification ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE



ทุกความเคลื่อนไหวในการแพทย์
www.wongkarnpat.com

ด้วยประสบการณ์กว่า **20 ปี** ...

ที่เราสร้างสรรค์และพัฒนา
ด้านสื่อสิ่งพิมพ์ และโฆษณา

บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด



พัฒนางานด้านสื่อสิ่งพิมพ์ และโฆษณา
โดยเน้นการสร้างสรรค์ผลงานที่มีคุณภาพ
อย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า 20 ปี
ด้วยทีมงานที่มีความเชี่ยวชาญ
เรื่องการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ และโฆษณา

เราพร้อมที่จะเป็นพันธมิตร เป็นมิตร
คอยแนะนำให้คำปรึกษา เพื่อให้ทุก ๆ ผลงาน
ที่ผลิตจากเราไปเป็นหนึ่งในกลุ่มธุรกิจของ
การส่งเสริมการขายที่ทำให้สินค้าของลูกค้า
ประสบผลสำเร็จในธุรกิจการตลาด



www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจ

กด



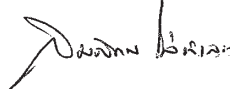
ได้ที่ www.facebook.com/วงการแพทย์



ชีวิตหลังเกษียณ

ในแต่ละประเทศกำหนดอายุที่ต้องออกจากงานเพราะอายุแตกต่างกัน เมื่อสามสี่ร้อยปีก่อนหน้านี้มนุษย์เรามีอายุเฉลี่ยระหว่าง 26-40 ปี คนมักจะตายก่อนที่ร่างกายจะทำงานไม่ไหว สมัยก่อนคนอายุสั้น ไม่มีการให้บำเหน็จบำนาญเมื่อออกจากงาน คนจึงทำงานจนกว่าจะตาย เมื่อร้อยกว่าปีมานี้คนเริ่มมีอายุยืนขึ้น ประเทศเยอรมันเป็นประเทศแรกที่มีการให้บำเหน็จบำนาญแก่คนที่ทำงานถึงอายุที่เกษียณ อายุที่เกษียณจากการทำงานเริ่มเปลี่ยนไปจากเดิมเนื่องจากคนมีอายุยืนขึ้นและมีสุขภาพดีขึ้น ประเทศที่คนอายุสั้นจะให้เกษียณเร็วกว่าประเทศที่คนมีอายุเฉลี่ยยาว เช่น ประเทศกัมพูชาจะเกษียณเมื่ออายุ 55 ปี ประเทศไทยกำหนดให้เกษียณที่อายุ 60 ปี ประเทศส่วนใหญ่ในยุโรปและสหรัฐฯ จะเกษียณที่อายุ 65-68 ปี ในเดือนพฤศจิกายนนี้ ประธานาธิบดี โจ ไบเดน ของสหรัฐฯ อายุ 80 ปี นับเป็นประธานาธิบดีที่มีอายุมากที่สุดของสหรัฐฯ ก่อนหน้านี้ประธานาธิบดีโรนัลด์ เรแกน เป็นประธานาธิบดีสหรัฐฯ ตอนอายุ 70-78 ปี ซึ่งนับว่าอายุสูงมากในสมัยนั้น Mahathir Mohamad เป็นนายกรัฐมนตรีของมาเลเซียเมื่ออายุ 56-78 ปี (รวม 22 ปี) แล้วได้รับเลือกกลับมาเป็นนายกรัฐมนตรีอีกครั้งเมื่ออายุ 93-95 ปี ความจริงการเกษียณอายุเป็นเรื่องของคนที่เป็นข้าราชการหรือคนที่ทำงานกับองค์กรของรัฐหรือเอกชนเท่านั้น คนที่ทำงานส่วนตัวไม่มีการเกษียณอายุ เราทำจนกว่าเราทำไม่ไหวหรือไม่อยากทำเอง

หลังจากเกษียณจากงานประจำแล้ว เราจะมีชีวิตอย่างไรเพราะเราจะต้องอยู่ต่อไปอีก 10-40 ปี บางคนอยากออกจากงานก่อนเวลาเพื่อไปประกอบอาชีพใหม่ เพราะถ้ารอจนถึงวัยเกษียณแล้วอายุจะมากเกินไปที่จะไปทำงานใหม่ ในสหรัฐฯ ชีวิตหลังเกษียณมี 6 แบบด้วยกัน 1. ทำงานเต็มเวลาต่อ 2. ทำงานต่อแบบไม่เต็มเวลา (part time) 3. ออกจากงานแล้วไปทำงานสบาย ๆ 4. ไปทำงานนันทนาการสบาย ๆ 5. กลับไปทำงาน part time 6. กลับไปทำงานเต็มเวลาใหม่ จะเห็นว่าส่วนใหญ่ยังทำงานมากกว่าที่จะอยู่เฉย ๆ บางคนออกไปเลี้ยงหลาน บางคนไปเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือสังคม บางคนไปเขียนหนังสือเล่าประสบการณ์ของชีวิต คนที่จะเกษียณจะต้องเตรียมตัวอย่างไร มีเรื่องต้องคำนึงอยู่หลายอย่าง คือ 1. การเงิน เราต้องทราบว่ามีรายได้จากที่ใดจำนวนเท่าไร รายจ่ายเป็นอย่างไร 2. เราจะไปอยู่ที่ไหน จะอยู่ในเมืองหรือในชนบท หรือชนเมือง ปัจจุบันมีคนสร้างบ้านพักคนชราอยู่ 3 แบบด้วยกัน คือ Retirement home สำหรับคนที่แข็งแรงดีที่ช่วยตัวเองได้, Assist home มีแพทย์และพยาบาลช่วยดูแลด้านสุขภาพ และ Nursing home สำหรับผู้พิการ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สถานที่พักอาศัยควรเป็นที่อากาศดี ไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป พวกยุโรปและอเมริกาชอบอยู่ประเทศไทยเพราะไม่หนาวเกินไป ไม่มีภัยธรรมชาติ ค่าใช้จ่ายถูก คนมีอัธยาศัยดี 3. วางแผนเรื่องการออกกำลังกาย นอกจากให้อดทนแล้วจะต้องให้มีกำลัง มีการยืดหยุ่น และมีการทรงตัวที่ดีด้วย ควรมีการเดินให้มากขึ้น 4. ควรมีนโยบายที่จะช่วยเหลือผู้อื่นเป็นอาสาสมัครต่าง ๆ 5. ดูแลเรื่องอาหาร รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ไม่กินของทอดหรือไขมันมาก ไม่กินหวาน ไม่กินเค็ม 6. มีการตรวจสุขภาพเป็นระยะ ๆ คนไทยมีโรคที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ในระยะแรกอาจไม่มีอาการ ถ้าไม่ตรวจจะไม่รู้ ทำให้รักษาช้าจนมีผลเสียมาก 7. ติดต่อกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมชั้นเรียนเป็นระยะ 8. ไปเที่ยวในประเทศและต่างประเทศก่อนที่จะไปไม่ไหว 9. ไปดูหนัง รับประทานอาหารนอกบ้าน ไปนวดบ้าง 10. ไปอยู่กับธรรมชาติ เดินในสวนประมาณ 150 นาทีต่อสัปดาห์ 11. มีสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัขหรือแมว เป็นเพื่อน 12. บางคนไปเข้าเรียนเรื่องใหม่ ๆ ที่แต่เดิมไม่มีเวลา เช่น เรียนวาดรูป เรียนดนตรี เรียนเต้นรำ เรียนเรื่องที่ตนเองสนใจ 13. อย่าอยู่คนเดียว ควรมีเพื่อนญาติ หรือสัตว์เลี้ยงอยู่เป็นเพื่อน 14. ศึกษาธรรมะ ควบคุมอารมณ์ และฝึกสมาธิ


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 535 ประจำเดือนพฤศจิกายน 2565



3 Get Up

- Respiratory syncytial virus infections have been featured in the news a lot lately
- แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหัดในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยเด็ก พ.ศ. 2563-2564
- การจัดการการแพ้ NSAIDs

5 โลกกว้างทางแพทย์

- Optimal INR level in patients with atrial fibrillation with EHRA type 2 valvular heart disease receiving warfarin
- SAME-TT2R2 score for prediction of suboptimal time in therapeutic range in a Thai population with atrial fibrillation
- Cost-effectiveness of warfarin care bundles and novel oral anticoagulants for stroke prevention in patients with atrial fibrillation in Thailand

9 In Focus

ดีอโปคือดีอียา

‘ศิริราช’ เปิดตัวศูนย์วินิจฉัยภาวะดีอต่อไขสันหลังที่อกชินแห่งแรกในเอเชียอาคเนย์

13 Special

รามาฯ เปิดตัว CaregiverThai.com

พลังใจสู้สมองเสื่อม แหล่งข้อมูลช่วยผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

17 Movement

18 เสี่ยงหนึ่งของชีวิต

มีแพทย์เท่าไรจึงจะพอ

19 นานาสาระ

บทบาทของ Ferroptosis ในการก่อให้เกิด vascular calcification ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

21 รายงานพิเศษ

มูลนิธิวัคซีนเพื่อประชาชน ร่วมกับ สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย ส่งมอบวัคซีน IPD 3,000 โดส ภายใต้โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส เพื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงปีที่ 7

25 รอบรู้เรื่องยา

ดาวเรือง ไม่ได้มีแต่สวย

27 รายงานพิเศษ

ร.พ.จุฬาลงกรณ์ ได้รับรางวัลคุณภาพการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระดับนานาชาติแห่งแรกของไทย

30 มุมมิติเวช

Hyperthermia/Heat Stroke ตอนที่ 2

คณะที่ปรึกษา และคอลัมนิสต์

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

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

กรรมการผู้จัดการ

สิริพร แสงเทียนฉาย

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, มณัญญา นาควิสัย

อาร์ตไวด์เรเตอร์ สุกัญญา หิรัญยะสวัสดิ์

ดีไซเนอร์ อาทิตย์ ศานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

งานโฆษณา ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์

พัชรินทร์ ภายหอม, ปิยะวรรณ หาปัญนะ

กนกอร ขจรศักดิ์, มณัญญา นาควิสัย

ช่างภาพ ศุภพล 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

Respiratory syncytial virus infections have been featured in the news a lot lately

โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่มีรายงานอุบัติการณ์มากขึ้นในช่วงหน้าหนาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กคือการติดเชื้อไวรัส RSV (Respiratory Syncytial Virus) ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาในระบบทางเดินหายใจทั้งส่วนบนและส่วนล่างได้ ในปัจจุบันยังไม่มีทั้งยาในการรักษาแบบเฉพาะเจาะจง และยังไม่มีวัคซีนที่ใช้ในการป้องกันโรค (อยู่ระหว่างการพัฒนา) แต่มีรายงานว่า การใช้ palivizumab, a humanized murine monoclonal antibody อาจช่วยป้องกันได้ อย่างไรก็ดีตาม ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่ามีความคุ้มค่าทางการแพทย์หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทย ประเด็นที่สำคัญที่ต้องแจ้งแก่ประชาชนให้ทราบ หากสงสัยว่าติดเชื้อคือ อาการแสดงของโรคที่ช่วยแยกโรคนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองหรือเร่งเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการดังกล่าว เช่น น้ำมูกไหล จมูกอุดตัน ไอ จาม ในบางรายอาจพบอาการไข้และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อร่วมด้วย สำหรับการรักษาในกรณีเด็ก การจัดการเกี่ยวกับอาหาร พลังงาน น้ำ และออกซิเจน เป็นการรักษาทางเลือกหลักสำหรับยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพ และปลอดภัย ได้แก่ ยาแก้ปวด paracetamol ในกรณีไข้ต่ำ ibuprofen ในกรณีไข้สูง (ใช้ได้ตั้งแต่เด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไป) ยาละลายเสมหะ เช่น carbocysteine เป็นต้น สำหรับการจัดการเสมหะสามารถทำ

Respiratory syncytial virus (RSV) infection	
RSV spreads easily by contact with infected droplets of saliva or mucus. 	Highest-risk populations Young children, especially babies younger than 2 year People with weakened immune system
Symptoms Begin 5 to 7 days after exposure Fever Runny nose or nasal congestion Chest congestion	Fluids Medications to relieve fever or treat other symptoms, such as wheezing
Treatment There is no specific treatment for RSV infections. Symptoms usually improve within 1 to 2 weeks. Antibiotics are not helpful for RSV infections.	Prevention Cover coughs and sneezes. Wash hands frequently. Do not share cups or utensils. Avoid contact with people who have a cold.

Table 2. Treatment for Acute Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis

Recommended therapies

Maintain nutrition and hydration status

Maintain oxygen saturation $\geq 90\%$

Therapies not routinely recommended

Antibiotics

Bronchodilators

Chest physiotherapy

Epinephrine

Excessive nasal suction of secretions

Nebulized hypertonic saline*

Systemic or inhaled corticosteroids

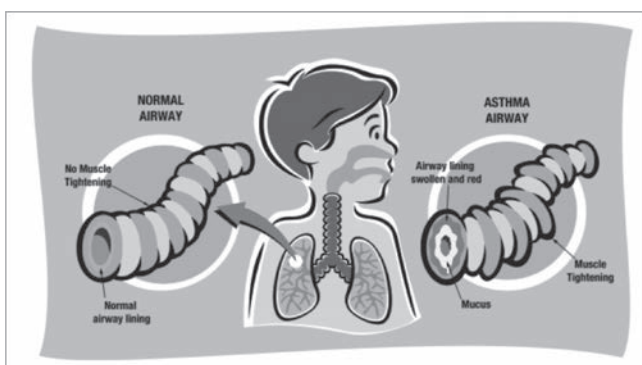
*—When the hospital stay is shorter than three days.

nasal suction และ lubrication ได้ ซึ่งมีข้อควรระวังคือ การเกิดเลือดกำเดาไหลหากมีการกระแทกของอุปกรณ์กับเยื่อโพรงจมูก การห้ามเลือดให้ประคบเย็นหรือใช้ยาหดหลอดเลือดชนิดออกฤทธิ์เฉพาะที่ oxymetazoline ในช่วงเวลาสั้น ๆ หรือเฉพาะเมื่อมีอาการ

ที่มา: Jain H, Schweitzer JW, Justice NA. Respiratory Syncytial Virus Infection. [Updated 2022 Jun 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459215/>

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก

พ.ศ. 2563-2564



โรคหืดในผู้ป่วยเด็กเป็นภาวะผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และหากได้รับการจัดการที่ไม่เหมาะสมจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีแนวทางการรักษาโรคนี้ประกาศออกมาอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ ๆ ที่ปรากฏ สำหรับประเทศไทยแนวทางล่าสุดในการรักษาโรคนี้ในผู้ป่วยเด็กคือ แนวทาง

การวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก พ.ศ. 2563-2564 ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญคือ 1. การแบ่งการจัดการตามอายุ คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี และ 6-18 ปี ทั้งการแยกโรค การประเมินความรุนแรง และการรักษาโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา และ 2. มีการระบุอย่างชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับแนวทางการใช้ยากลุ่ม biologic (Add-on biologic type 2 targeted treatment) สำหรับรายละเอียดบุคลากรทางการแพทย์สามารถติดตามได้จากแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก (ฉบับสมบูรณ์) พ.ศ. 2564 หรือแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก (ฉบับย่อ) พ.ศ. 2563-2564

ที่มา: https://allergy.or.th/2016/pdf/2021/Final-Thai-Pediatric-Asthma-Guideline-2021_AAIAT-TPRC_Full_Version_24Jun2022.pdf?fbclid=IwAR1kDJ4ivnj1a_Os40hoCWvWzVNRthmp8C_2dzugEsJAIHAzrqsmwOwONLs

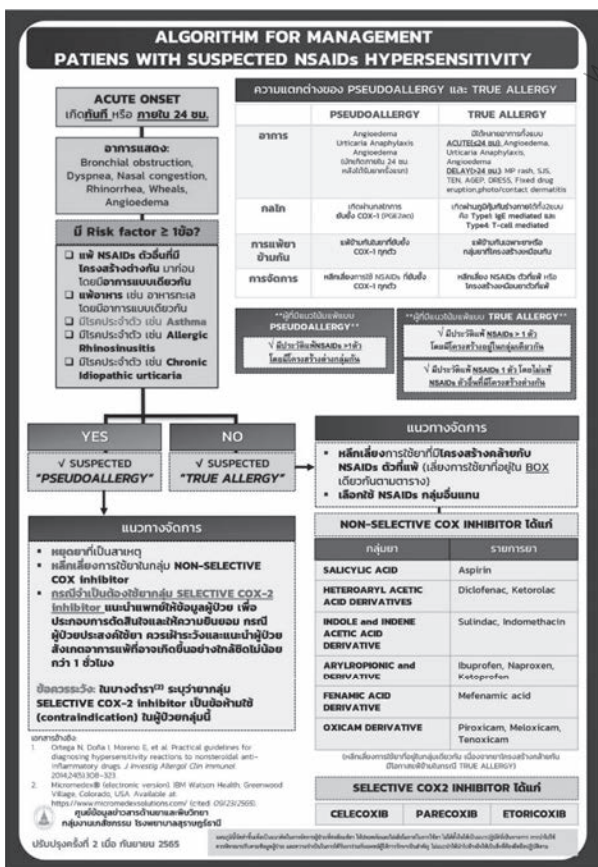
ตัวชี้วัดโรคความดันโลหิตสูงจากการประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงตัวชี้วัด
เพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (DM-HT)
Preventing Hypertension ประจำปีงบประมาณ 2566



ดูแลผู้ป่วย 2. การวินิจฉัยจะต้องทำอย่างรัดกุมและสมเหตุผล โดยต้องแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงก่อนเสมอ ทั้งนี้หากผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงเป้าหมายได้ก็จะไม่ต้องถูกวินิจฉัยและไม่ต้องใช้ยาไปตลอดชีวิตอย่างสมเหตุผล เนื่องจากยานอกจากจะมีประสิทธิภาพแล้ว ต้องอย่างลืมน่าจะมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นร่วมด้วยเสมอ

ที่มา: http://www.thaincd.com/document/file/download/others/1.QA%E0%B8%8A%E0%B8%B5%E0%B9%89%E0%B9%81%E0%B8%88%E0%B8%87_KPIDMHT_%E0%B8%9B%E0%B8%B5_66.pdf

การจัดการการแพ้ NSAIDs

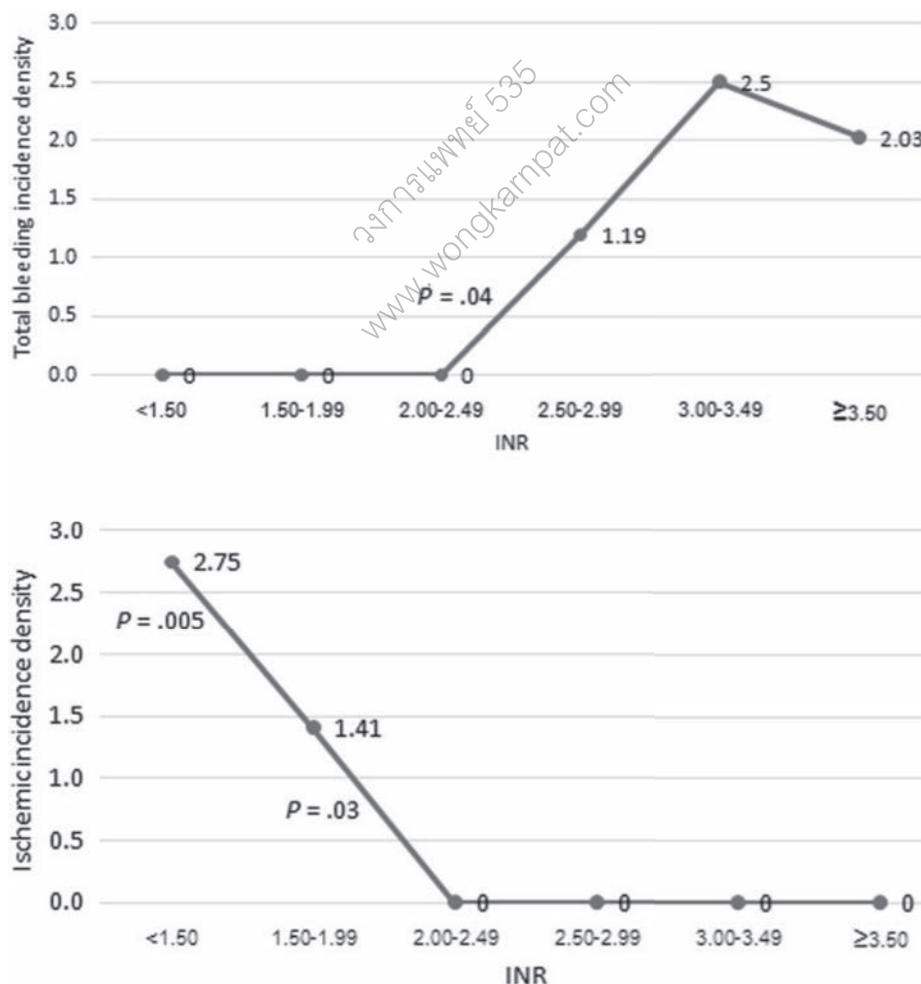


NSAIDs เป็นยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่มีการใช้บ่อยและแพร่หลายในประชาชนชาวไทย การใช้ยานี้อย่างเหมาะสมจะทำให้หายจากการอักเสบและปวดกล้ามเนื้อได้ อย่างไรก็ตามเนื่องจากยาในกลุ่มนี้แบ่งออกเป็นอีกหลายกลุ่มย่อยตามโครงสร้างทางเคมีและกลไกการออกฤทธิ์ รวมถึงยังมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ายาแต่ละตัวมีประสิทธิภาพ ค่าทางเภสัชจลนศาสตร์ ค่าทางเภสัชพลศาสตร์ และความปลอดภัยแตกต่างกัน ดังนั้น การเลือกใช้ยาก่อนรับประทานของผู้ป่วยควรได้รับอย่างรอบด้านก่อนเสมอ กรณีหนึ่งที่น่าสนใจคือการแพ้ยาก่อนรับประทานได้ทั้งแบบ true allergy และ pseudoallergy นอกจากนี้การแพ้แบบ true allergy ยังแบ่งออกเป็นอีก 4 กลุ่มตามกลไกการแพ้ยา ดังนั้น ในการจัดการกรณีที่เกิดการแพ้ยาบุคลากรทางการแพทย์จะต้องประเมินก่อนว่าอาการแพ้ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการแพ้ยาจริงหรือไม่ แพ้แบบใด จากนั้นให้หยุดยาที่ทำให้แพ้ หากเป็น true allergy เป็นการแพ้ที่รุนแรงถึงเสียชีวิตได้หรือไม่ จากนั้นจึงพิจารณาปรับเปลี่ยนการใช้ยาให้เหมาะสมตามข้อมูลของผู้ป่วย โดยมีหลักการคือ หากเป็นการแพ้แบบ true allergy ที่ไม่รุนแรงก็สามารถเปลี่ยนเป็นยาโครงสร้างทางเคมีที่ไม่เหมือนกันได้ แต่หากเป็น true allergy ที่รุนแรงจะห้ามใช้ยากลุ่ม NSAIDs สำหรับ pseudoallergy ให้หลีกเลี่ยงการใช้ non-selective cyclooxygenase inhibitor หรือใช้ selective cyclooxygenase 2 inhibitor ด้วยความระมัดระวัง

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและพิษวิทยา กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Optimal INR level in patients with atrial fibrillation with EHRA type 2 valvular heart disease receiving warfarin

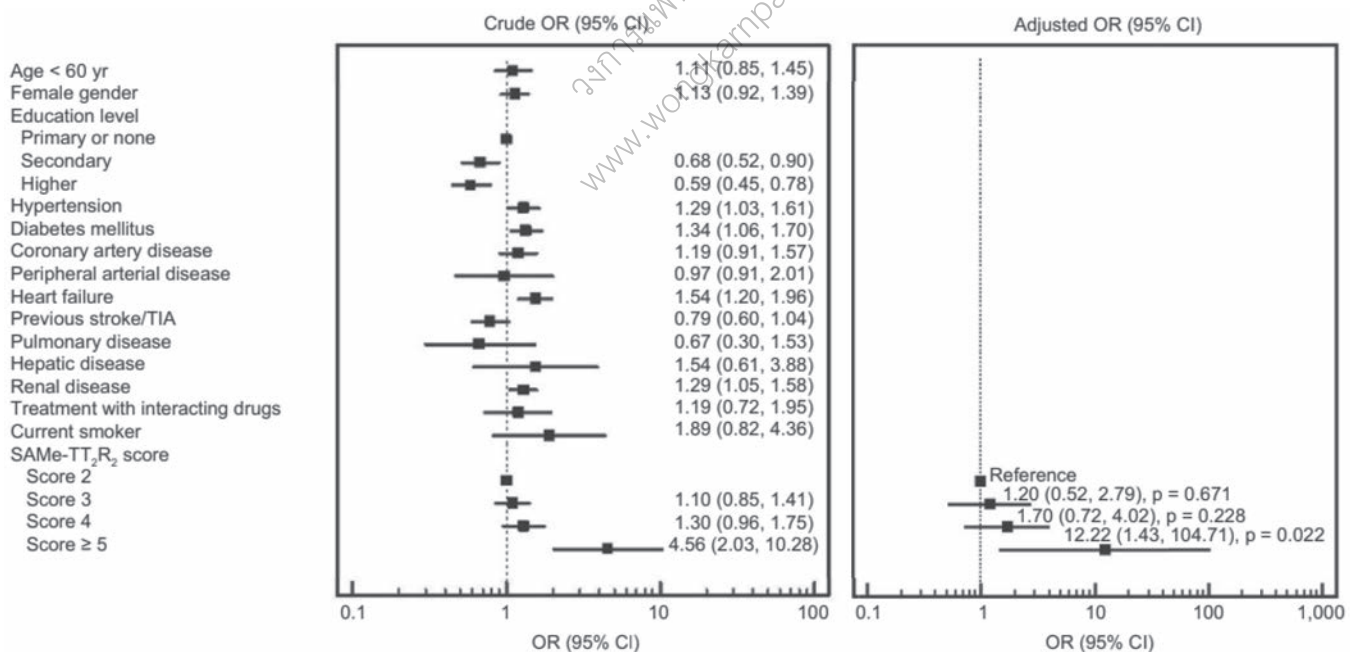
Warfarin เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน ซึ่งเป็นทางเลือกการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างไรก็ตาม ยานี้มี therapeutic index แคบ ดังนั้น ผู้ป่วยจะต้องใช้ยาอย่างระมัดระวัง การติดตามด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยหลังใช้ยานี้ที่สำคัญคือ การติดตามระดับ INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมาย แต่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าเป้าหมายดังกล่าวมีความแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ในปัจจุบันมีงานวิจัยทางคลินิกในอาสาสมัครชาวไทยที่แสดงให้เห็นว่าค่า INR เป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยชาวไทยในข้อบ่งใช้ atrial fibrillation with valvular Heart valves, Rheumatic or Artificial type 2 valvular heart disease คือ 2.00-2.49 ซึ่งไม่ใช่ 2.00-3.00 ตามคำแนะนำโดยทั่วไป ดังนั้น ในทางปฏิบัติหากพบผู้ป่วยที่ใช้ warfarin ในข้อบ่งใช้นี้อาจพิจารณาปรับขนาดยา warfarin ให้ยืดหยุ่นตามค่า INR และความเสี่ยงในการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันและภาวะเลือดออกผิดปกติของผู้ป่วยแบบเฉพาะรายมากขึ้นได้



ที่มา: Luengsupabul S, Methavigul K, Methavigul R. Optimal INR level in patients with atrial fibrillation with EHRA type 2 valvular heart disease receiving warfarin. J Arrhythm. 2020 Apr 15;36(3):425-9. doi: 10.1002/joa3.12342. PMID: 32528567; PMCID: PMC7279990.

SAMe-TT2R2 score for prediction of suboptimal time in therapeutic range in a Thai population with atrial fibrillation

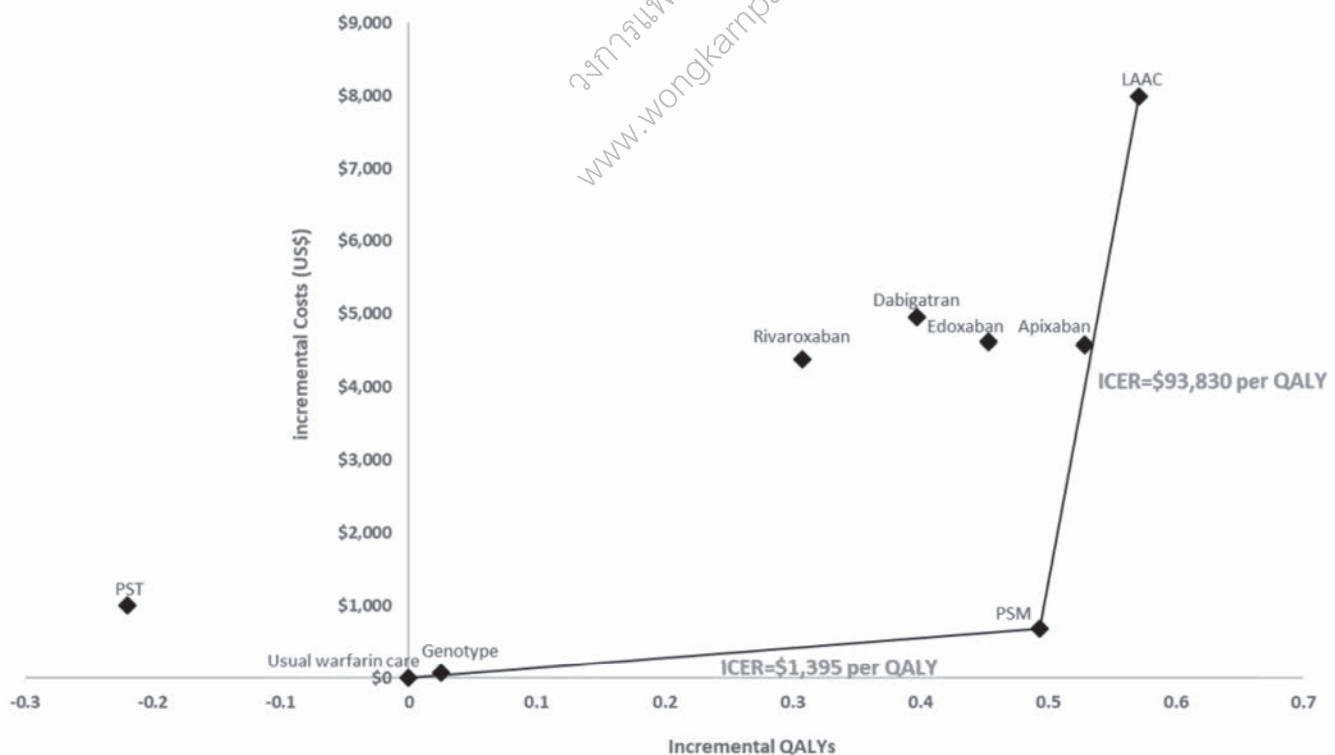
เครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงพื้นฐานของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วย atrial fibrillation มาอย่างแพร่หลาย คือ CHA2DS2-VASc score อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยในอาสาสมัครชาวไทยที่แสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือดังกล่าวสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานทางคลินิกได้ดีเพียงใด การนำมาใช้เป็นเพียงการปฏิบัติตามคำแนะนำของแนวทางจากต่างประเทศเท่านั้น Krittayaphong และคณะ ได้พบปัญหาที่น่าสนใจ 2 ประการของการใช้ CHA2DS2-VASc score คือ สามารถใช้ประเมินความเสี่ยงพื้นฐานของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเท่านั้น แต่ไม่ได้คิดถึงในกรณีที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ warfarin อยู่ด้วย และมีงานวิจัยพบว่าการใช้ CHA2DS2-VASc score ในคนเอเชียยังสามารถทำนายผลได้ไม่แน่นอน ดังนั้น คณะวิจัยจึงสร้างเครื่องมือใหม่ ได้แก่ SAMe-TT2R2 score และทดสอบการใช้งาน ผลการวิจัยพบว่า คะแนน SAMe-TT2R2 เป็นตัวทำนายอิสระเพียงตัวเดียวของ TTR ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ใน patients with non-valvular atrial fibrillation (NVAF) ที่ได้รับการรักษาด้วย warfarin อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสถิติ C ต่ำ คะแนนประเมินที่ได้จากการใช้เครื่องมือนี้ ก็อาจมีอำนาจในการนำไปปฏิบัติที่จำกัด



ที่มา: Krittayaphong R, Winijkul A, Pirapatdit A, Chiewwit P, Komoltri C, Boonyapisit W, Arunsiriwattana S, Bunyapipat T, Apiyasawat S, Rattanasumawong K, Yindeengam A; Cool-AF Investigators. SAMe-TT2R2 score for prediction of suboptimal time in therapeutic range in a Thai population with atrial fibrillation. Singapore Med J. 2020 Dec;61(12):641-6. doi: 10.11622/smedj.2019143. Epub 2019 Nov 4. PMID: 31680175; PMCID: PMC7930301.

Cost-effectiveness of warfarin care bundles and novel oral anticoagulants for stroke prevention in patients with atrial fibrillation in Thailand

แนวทางการรักษากลุ่มเลือดอุดตันต่าง ๆ แสดงข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกันว่า novel oral anticoagulants มีประสิทธิภาพ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความปลอดภัยมากกว่าการใช้ยา warfarin อย่างไรก็ตาม การนำองค์ความรู้ดังกล่าวมาใช้จำเป็นต้องพิจารณาบริบทอื่นร่วมด้วย สิ่งหนึ่งที่สำคัญ ได้แก่ คำนวณทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ ในบริบทของประเทศไทย novel oral anticoagulants เป็นยาที่มีราคาแพงกว่า warfarin หลายเท่าตัว ดังนั้น คำถามที่สำคัญคือ หากเปลี่ยนมาใช้ยากลุ่มนี้แทน warfarin จะมีความคุ้มค่าทางเภสัชเศรษฐศาสตร์เป็นอย่างไร Ng และคณะ ดำเนินการวิจัยความคุ้มค่าทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ในมุมมองของสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Markov model พบว่า novel oral anticoagulants ทุกตัวไม่คุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย ณ ขณะนี้ (USD 5,104 as the threshold of willingness-to-pay per QALY หรือประมาณ 195,840.48 บาท) อย่างไรก็ตาม หากมีการปรับเพดานความคุ้มค่า 160,000 บาท ต่อไปในอนาคตซึ่งมีความเป็นไปได้สูงที่จะมีการปรับข้อมูลดังกล่าวก็อาจเปลี่ยนแปลงไปได้



ที่มา: Ng SS, Nathisuwan S, Phrommintikul A, Chaiyakunapruk N. Cost-effectiveness of warfarin care bundles and novel oral anticoagulants for stroke prevention in patients with atrial fibrillation in Thailand. *Thromb Res*. 2020 Jan;185:63-71. doi: 10.1016/j.thromres.2019.11.012. Epub 2019 Nov 15. PMID: 31770689.

Prevalence and associated factors of uncontrolled hypertension among hypertensive patients: a nation-wide survey in Thailand

Table 3 Multivariate analysis for factors associated with uncontrolled hypertension among Thai adults with hypertension

Variables	Adjusted odds ratio	95% CI	p-value
Gender			
Female	1		
Male	1.16	(1.10–1.20)	<0.001
Age (years)	0.97	(0.97–0.97)	<0.001
Region			
Northeast	1		
Northern	1.21	(1.14–1.29)	<0.001
Central	1.20	(1.13–1.28)	<0.001
Southern	1.48	(1.38–1.59)	<0.001
Hospital level			
First level	1		
Middle level	1.23	(1.16–1.30)	<0.001
Standard/advance level	1.12	(1.03–1.22)	0.009
Diabetes mellitus			
No	1		
Yes	1.16	(1.08–1.23)	<0.001
Smoking			
Never	1		
Ex-smoker	1.04	(0.96–1.11)	0.334
Current smoker	1.08	(0.97–1.19)	0.155
Duration of hypertension (years)	1.00	(0.99–1.01)	0.120
BMI (kg/m ²)			
< 25	1		
25–29.99	1.19	(1.13–1.24)	<0.001
30–34.99	1.42	(1.32–1.52)	<0.001
≥ 35	1.70	(1.51–1.92)	<0.001
LDL (mg/dL)			
< 100	1		
> 100	1.17	(1.11–1.22)	<0.001
Number of antihypertensive medications			
0	1		
1	1.39	(1.13–1.70)	0.002
2	1.80	(1.47–2.20)	<0.001
≥ 3	2.32	(1.89–2.86)	<0.001

LDL low-density lipoprotein cholesterol, BMI body mass index

Adjusted for gender, age, regions, hospital levels, diabetes comorbidity, smoking status, duration of hypertension, body mass index, LDL level and number of antihypertensive medications

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะผิดปกติที่อาจนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนของอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกายที่สำคัญ เช่น ไต หัวใจและหลอดเลือด ตา สมอง ซึ่งนำไปสู่ความพิการและการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เกิดภาวะ uncontrolled hypertension อาจทำให้เกิดภาวะ hypertensive crisis และมี targeted organs damage ได้ Sakboonyarat และคณะ จึงดำเนินการวิจัย cross sectional analytical study เพื่อรายงานความชุก และวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในอาสาสมัครชาวไทยจำนวน 65,667 ราย ผลการวิจัยพบความชุกของ uncontrolled hypertension ในผู้ชายและผู้หญิงไทย ร้อยละ 25.6% (95% CI 25.1-26.2) และ 23.9% (95% CI 23.5-24.3) ตามลำดับ ซึ่งถือว่ามากพอสมควร และปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่จะส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงเป้าหมายได้คือ เพศชาย การมีโรคเบาหวานร่วมด้วย การมีน้ำหนักเกิน การมีระดับ LDL-C สูง และการต้องใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกันหลายชนิด ในทางปฏิบัติบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจึงสามารถแนะนำผู้ป่วยให้ควบคุมปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ให้กลับมาเป็นปกติก็จะสามารถลดความเสี่ยงดังกล่าวได้

ที่มา: Sakboonyarat B, Rangsin R, Kantiwong A, Mungthin M. Prevalence and associated factors of uncontrolled hypertension among hypertensive patients: a nation-wide survey in Thailand. BMC Res Notes. 2019 Jul 4;12(1):380. doi: 10.1186/s13104-019-4417-7. PMID: 31272496; PMCID: PMC6610935.



ดื่อบคือดื่อยา

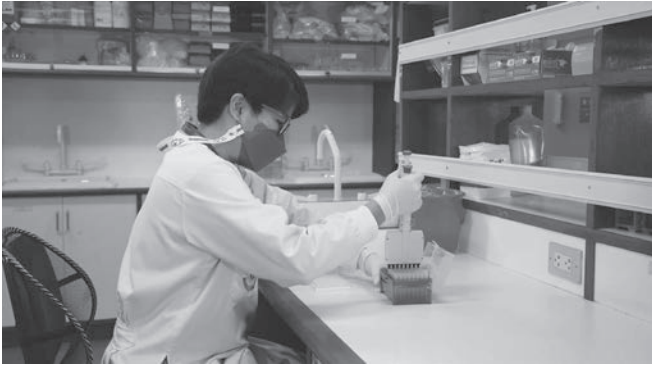
‘ศิริราช’ เปิดตัวศูนย์วิจัยภาวะดื่อบทูลินัมที่อกชิน

แห่งแรกในเอเชียอาคเนย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จัดงานแถลงข่าว ‘ศิริราช’ เปิดตัวศูนย์วิจัยภาวะดื่อบทูลินัมที่อกชินแห่งแรกในเอเชียอาคเนย์ “สวยปลอดภัย ไม่เสี่ยงดื่อบ” โดยมี ศ.นพ.อภิชาติ อัครมงคลกุล คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นประธานแถลงข่าวร่วมกับ ศ.คลินิก นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช, ศ.พญ.รังสิมา วณิชภักดีเดชา ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, รศ.ดร.นพ.ยุทธนา ศรีนวลประเสริฐ ภาควิชาวิทยาภูมิคุ้มกัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, อ.พญ.ยุวดี พิทักษ์ปฐพี ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และ ภญ.กิตติวรรณ รัตนจันทร์ ผู้บริหารสูงสุดบริษัท เมิร์ซ เอสเอทีเอส ประเทศไทย

ศ.นพ.อภิชาติ อัครมงคลกุล คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า ในฐานะที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถาบันทางการแพทย์ที่สร้างสรรค์สุขภาพแก่มวลมนุษยชาติ สร้างสรรค์องค์ความรู้ใหม่ ๆ ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้คนให้ดีขึ้นด้วยงานวิจัยและนวัตกรรม ไปสู่การเป็น Smart Hospital ในการดูแลสุขภาพพยาบาล ตลอดจนเป็นต้นแบบขององค์ความรู้ระดับประเทศและนานาชาติ เพื่อคุณภาพชีวิตของคนไทย ซึ่งที่ผ่านมาเราได้รับรู้ถึงอุปสรรคของการเกิดภาวะดื่อบทูลินัมที่อกชินมาสักระยะหนึ่ง จึงมีเป้าหมายที่จะพัฒนาองค์ความรู้ในการรับมือกับภาวะดื่อบทูลินัมที่เกิดจากการใช้ ‘ใบทูลินัมที่อกชิน’ เพื่อให้ประชาชนในวงกว้างได้เข้าถึงความรู้ และการตรวจวินิจฉัย





ภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด พร้อมกันนี้แพทย์ที่ทำการรักษาก็จะมีความรู้ความเข้าใจถึงการทำให้ผลการความงามอย่างถูกวิธีด้วยเช่นกัน เนื่องด้วยประเทศไทยในปัจจุบัน การทำให้ผลการความงามอย่างการฉีดสาร ‘โบทูลินัมท็อกซิน’ ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้ารับบริการโดยที่อาจยังไม่มีความรู้ครอบคลุม และนำมาสู่ความเสี่ยงเกิดภาวะดื้อโบได้ ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงทางด้านสาธารณสุขในกรณีที่ผู้ป่วยอาจมีความต้องการใช้โบทูลินัมท็อกซินเพื่อการรักษาโรคทางระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อในอนาคต

ศ.คลินิก นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช กล่าวว่า ปัจจุบันมีผู้ขอรับการรักษาดด้วยโบทูลินัมท็อกซินด้วยปัญหาโรคเกี่ยวกับเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ ตลอดจนนำมาใช้ทางด้านการแพทย์และความสวยงามกันมากขึ้น มักจะรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานที่ผ่านมาพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับสารโบทูลินัมท็อกซินในปริมาณมากหรือได้รับการรักษาต่อเนื่องยาวนานอาจทำให้ดื้อโบทูลินัมท็อกซินได้ นำไปสู่การพัฒนาของทีมวิจัย “การพัฒนาการตรวจวินิจฉัยทางวิทยาภูมิคุ้มกันเพื่อช่วยร่วมแก้ปัญหาทางคลินิก” เพื่อร่วมกันศึกษาวิจัยและพัฒนาในการตอบโจทย์ท้าทายนี้ อันจะนำไปสู่การเลือกวิธีการรักษาต่อไปให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งการพัฒนาการตรวจวัดปริมาณแอนติบอดีต่อโบทูลินัมท็อกซินโดยเฉพาะบริเวณที่ออกฤทธิ์นี้เป็นการพัฒนาที่ยังไม่เคยมีผู้คิดพัฒนาต่อยอด จึงถือได้ว่าเป็นครั้งแรกของโลกและได้รับการตีพิมพ์ในวารสารนานาชาติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ศิริราชจึงถือเป็นแรกที่เดียวในโลกในขณะนี้ที่สามารถตรวจวัดปริมาณและให้การดูแลรักษาผู้ที่สงสัยไม่ตอบสนองต่อโบทูลินัมท็อกซินได้มากที่สุด อย่างไรก็ตาม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลได้ดำเนินการจัดตั้ง “ศูนย์บูรณาการความเป็นเลิศทางการแพทย์

ศิริราช” Siriraj Integrated Center of Excellence (SiCOE) ที่มีการบริการทางการแพทย์ที่โดดเด่น เป็นเลิศ บูรณาการร่วมกับการศึกษาวิชาการ และการวิจัย เพื่อให้เป็นศูนย์การแพทย์ต้นแบบทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยผู้มารับบริการ ทั้งในสังคมไทยและสังคมโลก ซึ่งศูนย์วินิจฉัยภาวะดื้อต่อโบทูลินัมท็อกซินศิริราชนี้ เป็นการบูรณาการระหว่างคลินิกและปรีคลินิก เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลด้านคลินิกคัดกรองประวัติผู้ป่วยในการวินิจฉัยและเลือกวิธีการรักษาให้เหมาะสม และอาจเป็นแนวทางการรักษาที่มีมาตรฐานในวงการแพทยเวชศาสตร์ความงามทั้งในระดับประเทศและนานาชาติต่อไป

อ.พญ.ยุวดี พิทักษ์ปฐพี อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวเสริมว่า โบทูลินัมท็อกซินมีความจำเป็นต่อการรักษาโรคทางระบบประสาทในหลาย ๆ โรค โดยกลุ่มผู้ป่วยคลินิกฉีดยาโบทูลินัมท็อกซินของสาขาประสาทวิทยาที่มารับการรักษามากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีก และภาวะกล้ามเนื้อคอบิดเกร็ง ซึ่งการดื้อโบทูลินัมท็อกซินพบได้ในผู้ป่วยที่มารักษาภาวะกล้ามเนื้อคอบิดเกร็ง เนื่องจากมีการใช้ยาขนาดสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีกที่ใช้ยาขนาดน้อยกว่า ทั้งนี้โบทูลินัมท็อกซินจะช่วยลดอาการกล้ามเนื้อกระตุกและบิดเกร็ง



ได้ผลดีมากเมื่อเทียบกับการรักษาโดยการรับประทานยา ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะดี้อยา โดยเฉพาะที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อคอปิดเกร็งจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านประสิทธิภาพการรักษาและระยะเวลาของยาออกฤทธิ์ที่ลดลง

จากความท้าทายของตัวเลขเคสดี้อยาโบทูลินัมที่อกซิ่นที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นในปีที่ผ่านมา ศ.พญ.รังสิมา วณิชภักดีเดชา อาจารย์ประจำภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ รศ.ดร.นพ.ยุทธนา ศรีนวลประเสริฐ อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาภูมิคุ้มกัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จึงพยายามที่จะแก้ไขวิกฤตของผู้ป่วยที่สงสัยเรื่องภาวะดี้อยาโดยการริเริ่มก่อตั้งศูนย์วินิจฉัยภาวะดี้อยาโบทูลินัมที่อกซิ่นโดยการคิดหาวิธีทดสอบวัดปริมาณแอนติบอดี หรือภูมิคุ้มกันในเลือดผู้ป่วยที่ส่งผลให้การรักษาด้วยโบทูลินัมที่อกซิ่นเกิดความล้มเหลว รวมไปถึงพัฒนาชุดความรู้ใหม่ให้กับแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยป้องกันการรักษาที่อาจทำให้ร่างกายผู้ป่วยประสบภาวะดี้อยาโบทูลินัมที่อกซิ่นมากกว่าเดิม



ศ.พญ.รังสิมา วณิชภักดีเดชา ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่าภาวะดี้อยาโบทูลินัมที่อกซิ่นเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาสักระยะหนึ่งแล้วแต่ยังไม่ได้เป็นที่จับตาในวงการแพทย์เท่าไรนัก ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเกิดจากการที่ส่วนประกอบในโครงสร้างของโบทูลินัมที่อกซิ่นกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาต่อต้าน ซึ่งจากตัวเลขข้อมูลล่าสุดจากการส่งตรวจเลือดของผู้ป่วยที่สงสัยว่า จะมีภาวะดี้อยาโบทูลินัมในช่วงปี พ.ศ. 2564-2565 จำนวน 137 ราย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 79 รายที่มีผลการตรวจเป็นบวกและยืนยันว่ามีภาวะดี้อยาโบทูลินัมที่อกซิ่น คิดเป็นสัดส่วนถึง 58% ทั้งนี้ในตัวเลขดังกล่าว

สามารถจำแนกได้ว่าผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่อโครงสร้างโปรตีน 2 รูปแบบ โดยมีผู้ป่วยที่มีภาวะดี้อยาต่อ Core neurotoxin (โครงสร้างหลักในการออกฤทธิ์) อยู่ที่ 48% ติดต่อกัน Complexing proteins (โครงสร้างเสริมที่ไม่จำเป็นต่อการออกฤทธิ์) อยู่ที่ 18% และติดต่อกัน Core neurotoxin และ Complexing proteins อยู่ที่ 8% จากผลการศึกษาพบว่าบางรายที่ติดต่อกัน Complexing proteins อาจจะยังสามารถใช้โบทูลินัมที่มีความบริสุทธิ์สูงที่ปราศจาก Complexing proteins ได้เห็นผลอยู่ แต่ในเคสส่วนใหญ่พบว่าติดต่อกัน Core neurotoxin นั้นต้องรอเวลาให้ระดับแอนติบอดีลดลงเท่านั้น ในฐานะแพทย์จึงอยากแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกเข้ารับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและคลินิกที่มีคุณภาพ เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะดี้อยาโบทูลินัมที่อกซิ่นในอนาคต



รศ.ดร.นพ.ยุทธนา ศรีนวลประเสริฐ ภาควิชาวิทยาภูมิคุ้มกัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวเสริมว่า การทดสอบเพื่อตรวจวัดปริมาณแอนติบอดีต่อโบทูลินัมที่อกซิ่นนั้นได้ผ่านกระบวนการพัฒนาและการตรวจสอบความถูกต้องทางคลินิกจนสามารถนำมาให้บริการทางคลินิกในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จึงเป็นจุดเริ่มต้นในการเปิดศูนย์วินิจฉัยภาวะดี้อยาโบทูลินัมที่อกซิ่น ซึ่งศูนย์ฯ ดังกล่าวเป็นการบูรณาการระหว่างคลินิกและปรีคลินิก เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลทางด้านคลินิก เช่น ประวัติการฉีดโบทูลินัมที่อกซิ่นของผู้ป่วยว่าเคยฉีดชนิดใดบ้าง ปริมาณมากน้อยเพียงใด ลักษณะการไม่ตอบสนองเพื่อหาแนวทางการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการสนับสนุนการทำงานของแพทย์ในการเลือกวิธีรักษาหรือเลือกโบทูลินัมที่อกซิ่นได้อย่างเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาฉีดได้อีกครั้งอย่างปลอดภัย

ในการก่อตั้งศูนย์วินิจฉัยภาวะดี้อยาโบทูลินัมที่อกซิ่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ร่วมกับ



เมอร์ซ เอสเรติกส์ ประเทศไทย บริษัทชั้นนำระดับโลก ผู้ผลิตและจัดจำหน่ายเครื่องอัลตราซาวด์ และเวชภัณฑ์สำหรับใช้ในคลินิก เสริมความงาม ในการริเริ่ม “โครงการส่งตรวจภาวะดื้อโบ” เพื่อเพิ่มช่องทางให้คนไทยได้เข้าถึงการรักษาภาวะดื้อโบทูลินัมที่อกขึ้นได้อย่างขึ้น ซึ่งนอกจากการมารับการทดสอบที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลแล้ว ทางบริษัทยังได้อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยโดยรวมร่วมมือกับพันธมิตรคลินิกความงามมากกว่า 40 แห่งทั่วกรุงเทพมหานคร ในการสร้างเครือข่ายในการช่วยเก็บข้อมูล และตัวอย่างเลือดของผู้ป่วยที่สงสัยว่าตัวเองจะมีภาวะดื้อโบ รวมถึงการนำส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจที่ศูนย์วินิจฉัยภาวะดื้อต่อโบทูลินัมที่อกขึ้นในขั้นตอนถัดไป และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเพื่อบรรเทาความกังวลและช่วยลดความรุนแรงของภาวะดื้อโบได้อีกด้วย ทั้งนี้ยังตั้งเป้าหมายจำนวนคลินิกร่วมโครงการให้ถึง 100 คลินิก ในปีถัดไปอีกด้วย

ภญ.กิตติวรรณ รัตนจันทร์ ผู้บริหารสูงสุดบริษัท **เมอร์ซ เอสเรติกส์ ประเทศไทย** กล่าวว่า เมอร์ซ เอสเรติกส์ ประเทศไทย รู้สึกเป็นเกียรติที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการประสานงานจัด “โครงการส่งตรวจภาวะดื้อโบ” ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเกิดขึ้นจากความห่วงใยของเราต่อความปลอดภัยของประชาชนทั่วไป ที่ปัจจุบันความนิยมเข้ารับการบำบัดการฉีดโบทูลินัมที่อกขึ้นเพื่อเสริมความงามเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เราจึงอยากมุ่งเน้นการขับเคลื่อนการตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะดื้อโบทูลินัมที่อกขึ้นออกสู่วงกว้างมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เมอร์ซ เอสเรติกส์ ยังเปิดช่องทางการสื่อสารใหม่เพื่อให้ความรู้เรื่องภาวะดื้อโบทูลินัมที่อกขึ้น และคำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป หากสงสัยว่าตนเองมีภาวะดื้อโบทูลินัมที่อกขึ้น



รามาฯ เปิดตัว CaregiverThai.com

พลังใจสู่สมองเสื่อม แหล่งข้อมูลช่วยผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม



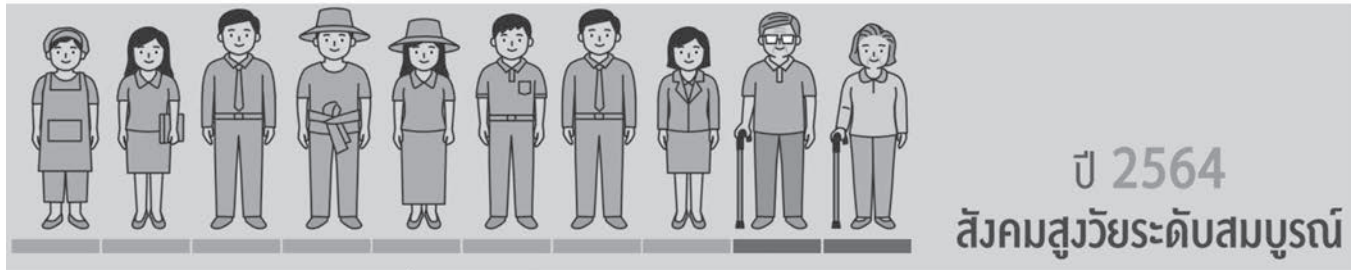
เนื่องในวันที่ 21 กันยายน เป็นวันอัลไซเมอร์โลก และวันที่ 29 ตุลาคม เป็นวันหลอดเลือดสมองโลก ทั้งอัลไซเมอร์และความผิดปกติของหลอดเลือดสมองล้วนเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะสมองเสื่อม (ประมาณ 90% ของผู้มีภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด)

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 6.8 แสนคน จากประชากรรวม 66.7 ล้านคน (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564 โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลใกล้ชิดทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้น สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จึงเปิดตัวแพลตฟอร์มแหล่งข้อมูลช่วยผู้ดูแล **CaregiverThai.com พลังใจสู่สมองเสื่อม** เคียงข้างให้ความรู้และพลังใจในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เปิดใช้งานได้ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายนที่ผ่านมาเป็นต้นไป ซึ่งเป็นผลจากการศึกษาของโครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแบบบูรณาการตามบริบทสังคมไทย

ผศ.พญ.สิรินทร จันศิริกาญจน สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพียง 1 คนส่งผลกระทบอย่างมากต่อการใช้ชีวิตของสมาชิกที่เหลือในครอบครัวด้วย ในปัจจุบันแม้ภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์จะป้องกันไม่ได้ แต่ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากความเสื่อมของหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD: ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ และภาวะอ้วนลงพุง) สามารถป้องกันและชะลอได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (NCD) ให้ดี เมื่อมีอาการสมองเสื่อมแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรักษาให้หายกลับไปเป็นปกติได้ อาการสมองเสื่อมและชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับผู้ดูแล ความเข้าใจ และทัศนคติของผู้ดูแลและครอบครัว



ปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน
มีจำนวนผู้สูงอายุ 12.5 ล้านคน
ร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด



ที่มา: รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564 โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (นส.มส.)

สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

caregiverThai.com เคียงข้างผู้ดูแล เสริมความรู้และพลังใจ

ผศ.พญ.สิรินทร กล่าวถึงที่มาของเว็บไซต์ CaregiverThai.com ว่า แรงบันดาลใจเกิดจากการที่ได้เห็นความรัก ความเพียรพยายาม และความปรารถนาดีของผู้ดูแลซึ่งเป็นครอบครัวของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่ต้อง **ปรับใจ** (เพราะผู้มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปแบบไม่คาดคิด) **ปรับตัว** (เพราะผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะบกพร่องในการดำเนินชีวิตของตนเอง) และ **ต้องการคำแนะนำ** ให้ผู้ดูแลสามารถจัดการการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีคุณภาพ CaregiverThai.com จะช่วยพัฒนาตัวผู้ดูแลในครอบครัวเป็นระดับมืออาชีพด้วยความรู้และพลังใจจากเครือข่ายผู้ดูแล

เว็บไซต์ CaregiverThai.com เป็นผลจากการศึกษาของโครงการวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแบบบูรณาการตามบริบทสังคมไทย ซึ่งพบว่าผู้ดูแลที่มีคุณภาพเป็นหัวใจที่ช่วยชะลออาการสมองเสื่อมและทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี คณะทำงานจึงได้ออกแบบและรวบรวมข้อมูลพื้นฐานจำเป็นมาสร้างเป็นแพลตฟอร์มในรูปแบบเว็บไซต์ **caregiverThai.com พลังใจผู้ดูแล** โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. **ดูแลหัวใจเธอไปด้วยกัน - เสริมพลังใจให้ผู้ดูแล** แบ่งปันประสบการณ์ แสวงหาความช่วยเหลือจากเครือข่ายผู้ดูแล ดูแลกาย-ใจของตนเองระหว่างการดูแล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลไปพร้อม ๆ กัน

2. **เป็นแหล่งข้อมูล** โดยรวบรวมหัวข้อที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล ข้อมูลสุขภาพ คำแนะนำอุปกรณ์และการใช้ สิทธิสวัสดิการจากรัฐ แหล่งความช่วยเหลือ ปฏิทินการอบรมและกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทั่วประเทศ

1 พ.ย. เปิดประตูสร้างพลังใจให้ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

นับตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายนเป็นต้นไป เว็บไซต์ **CaregiverThai.com พลังใจผู้ดูแล** พร้อมเปิดให้บริการเคียงข้างให้ความรู้และพลังใจในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม สามารถหาคำตอบเรื่องภาวะสมองเสื่อมและการดูแล ประกอบด้วยเนื้อหาหลัก 8 หัวข้อ ดังนี้ 1. เข้าใจภาวะสมองเสื่อม 2. มุมผู้ดูแล 3. รอบรู้เรื่องการดูแล 4. อุปกรณ์ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม 5. กฎหมาย/สิทธิ/สวัสดิการ 6. แบบนี้ต้องรับมือ 7. เอกสารสำหรับดาวนโหลดเพื่อใช้งาน อาทิ เช็กलिस्टเตรียมรับผู้ป่วยกลับบ้าน ตารางยา ตารางบันทึกความดัน-ชีพจร ฯลฯ และ 8. Caregiver Connect เพื่อช่วยประสานความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลที่ประสบปัญหาได้ เสมือนเป็นเพื่อนคู่คิด ให้ความรู้ คำแนะนำ และสร้างพลังใจให้ผู้ดูแลผ่านเว็บไซต์ที่เข้าถึงได้ตลอดเวลา

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) 94,968 คน



ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสวัสดิการของรัฐ ปี 2564

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	1,039,729 คน
อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ)	44,807 คน
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver)	94,968 คน
ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (care manager)	15,144 คน
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	13,387 คน

ที่มา: รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564 โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผ.)
สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

จำนวนผู้สูงอายุ 12.5 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 6.8 แสนคน



ที่มา: รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564 โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผ.)
สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

“ทีมงานคัดเนื้อหาที่รวบรวมไว้เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระผู้ดูแล โดยจะเพิ่มเนื้อหาใหม่ ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ และเป็นสื่อกลางสร้างชุมชนที่เคียงข้างผู้ดูแล ช่วยแบ่งปันและสนับสนุนกันและกัน ด้วยความปรารถนาอย่างยิ่งว่าจะช่วยเสริมพลังให้ผู้ดูแล พร้อมดูแลหัวใจเธอไปด้วยกัน และสร้างพื้นที่ในบ้านและครอบครัวอันเป็นจุดเริ่มต้นของชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป” ผศ.พญ.สิรินทร กล่าวสรุป

สถานการณ์เมื่อประเทศไทยก้าวสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564 โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย กล่าวถึงประชากรสูงอายุในประเทศไทยดังนี้ “ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก เมื่อ 50 ปีก่อนประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด”

สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุจากสถิติที่อยู่ในระบบพบว่า ปี พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมามีประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 6.8 แสนคน เป็นผู้ชาย 2.0 แสนคน ผู้หญิง 4.8 แสนคน และยังไม่นับรวมกับจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อายุไม่ถึงเกณฑ์เป็นผู้สูงอายุ เมื่อเทียบกับตัวเลขจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสวัสดิการของรัฐ ประเภทผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ในปี พ.ศ. 2564 มีเพียง 94,968 คน ในปัจจุบันการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นการดูแลโดยคนในครอบครัว การเสริมพลังให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้ จึงเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในสังคมไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Friendly Community) ในยุคสังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์อาจเกิดวิกฤติด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมจากจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้การดูแลด้วยครอบครัวหรือสถานดูแลไม่สามารถครอบคลุมได้อีกต่อไป สิ่งที่จะช่วยให้สังคมไทยดำเนินไปได้ตามวัฒนธรรมของเราคือ การสร้างชุมชนที่มีความเข้าใจให้การยอมรับและร่วมดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ดำเนินชีวิตอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่คุ้นชินได้นานที่สุดอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิต และมีความปลอดภัยมากขึ้น โดยบูรณาการหน่วยงานทุกภาคส่วนและภาคประชาชนเพื่อพัฒนาเครือข่ายชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมให้เกิดขึ้นทั่วประเทศ



วงการแพทย์ 535
www.wongkarnpat.com



The 25th Bangkok International Symposium on HIV Medicine 2023

25th Bangkok International Symposium on HIV Medicine 2023
@ Samyan Mitrtown Hall, Bangkok, Thailand
Only limited of 250 onsite participants

Hybrid Conference | Wednesday to Friday 18-20 January 2023

January 18, 2023 (Wednesday)

Session 1 : COVID

- Prevent strategies for COVID-19: the importance of the hepatitis in current and future pandemics
- Mechanisms, risk factors and management of long COVID - Cooper Memorial History
- Regularly in health: how has COVID-19 prepared us for future pandemics? Large Memorial History

Session 2 : Prevention

- Screening & early treatment: the and cancer - evidence from ANRS IAS. What are the lessons for Asia?
- New HIV prevention modalities in low middle income countries: The way forward to ending AIDS in 2030
- Challenges in HIV prevention in adolescents and young adults in the Asia Pacific

Workshop

- Pediatric and adolescent HIV workshop: Pediatric diagnosis, Policy and implementation in Asia (Grand rounds discussion)
- Novel approaches to improve adherence, persistence of ART in adolescents: Pediatric and adolescent learning cases
- ART and comorbidities workshop - cardiovascular management, regimens in elderly, first-line failure
- Roundtable discussion on OTC transition in Asia: Efficiency and Safety

January 19, 2023 (Thursday)

Breakfast biostatistics session

- How not to report the statistical review

Session 1 : Tuberculosis

- Is ending TB feasible?
- Managing TB in children and adolescents
- Management of MDR TB

Session 2 : Hepatic diseases and aging

- Chronic liver hepatitis: Progress and challenges in Asia Pacific
- Managing NAFLD in people living with HIV
- Managing drug, fatty and comorbidities in HIV

Workshop

- CD4 count and age associated infectious TB co-infection, Hepatitis B & difficult cases
- Lab workshop

January 20, 2023 (Friday)

Session 1 : Prevention and management of comorbidities

- Cardiovascular disease prevention and management in HIV
- Advances in pediatric endocrinology of pharmacology
- Workshop: prevention and treatment

Session 2 : Treatment update

- Progress: latest HIV medication
- Managing geriatric challenges
- Treatment update in adolescents and young adults ready
- ART: What's new?

Thai participant will gain CME, CPE, and CMTE credits

<https://bangkoksymposium.hivnat.org/>

ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ร่วมกับ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย จัดการประชุมวิชาการ **The 25th Bangkok International Symposium on HIV Medicine 2023** ระหว่างวันที่ 18-20 มกราคม พ.ศ. 2566 ในรูปแบบ Hybrid Conference ณ สามย่าน มิตรทาวน์ ฮอลล์ กรุงเทพฯ

ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนโดย Scan QR Code หรือ <https://bangkoksymposium.hivnat.org/> สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ Symposium Manager: Mrs. Kesdao Nanthapisal E-mail: kesdao.n@hivnat.org Tel. +66(0) 2652-3040 Ext. 123 Symposium Coordinator: Ms. Natthapa Pitayanon E-mail: natthapa.p@hivnat.org Tel. +66(0) 2652-3040 Ext. 0

New Normal and Update in Surgical Management

การประชุมวิชาการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 37 ประจำปี 2566 จัดโดยภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ แห่งประเทศไทย ภายใต้ธีม **"New Normal and Update in Surgical Management"** ระหว่างวันที่ 1-4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ณ โรงแรม ดิเอ็มเพรส จ.เชียงใหม่

ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนโดย Scan QR Code หรือ <https://www.med.cmu.ac.th/rcst2023/> สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 053-936132 อัตราค่าลงทะเบียน แพทย์ ลงทะเบียนก่อนวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ราคา 2,500 บาท ลงทะเบียนหลังวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ราคา 3,000 บาท แพทย์ประจำบ้าน ลงทะเบียนก่อนวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ราคา 1,500 บาท ลงทะเบียนหลังวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ราคา 2,000 บาท พยาบาล ลงทะเบียนก่อนวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ราคา 1,000 บาท ลงทะเบียนหลังวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ราคา 1,500 บาท นักศึกษาแพทย์ ไม่มีค่าใช้จ่าย

การประชุมวิชาการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
ครั้งที่ 37 ประจำปี 2566

- 1-4 February 2023
- Pre-congress 1 February 2023
- Main congress 2-3 February 2023
- Post congress 4 February 2023

New Normal and Update in Surgical Management
1-4 กุมภาพันธ์ 2566

สถานที่ โรงแรมดิเอ็มเพรส เชียงใหม่

Research presentation and contest on 2nd-3rd February 2023
Please send abstract to research.surgery37@gmail.com
Deadline 30th November 2022

For more information about research contact and presentation please contact รศ.วิภาดาภิเษก นันทปาล 053936132
For more information about congress please contact กษาณวิภาดาภิเษก 053-936132, 053-83532-3 Surgery CMU
<https://www.med.cmu.ac.th/rcst2023/>



มีแพทย์เท่าไรจึงจะพอ

ข้อมูลจากแพทยสภา ณ วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2565 พบว่ามีแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาที่มีชีวิตอยู่จำนวน 68,600 คน เป็นชาย 36,373 คน หญิง 32,227 คน พบว่าจากแพทย์ที่ติดต่อดี 66,544 คน แพทย์อยู่ใน กทม. 32,077 คน ต่างจังหวัด 34,467 คน

จากข้อมูลแค่นี้จะเห็นได้ทันทีว่าการกระจายแพทย์ยังไม่ดีเท่าที่ควร กล่าวคือ 32,077 คน จาก 66,544 คน หรือ 48.20% อยู่ใน กทม. ซึ่งมีประชากรรวมกันแล้วคง 10 ล้านคน หรือมีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 318 คน และมีแพทย์ 34,467 คนต่อประชากรในต่างจังหวัด 56 ล้านคน หรือแพทย์ 1 คนต่อประชากร 1,625 คน

จากจำนวนแพทย์ที่ติดต่อดี 66,544 คนต่อประชากรทั้งประเทศ 66 ล้านคน จะได้ค่าเฉลี่ยแพทย์ต่อประชากรทั้งประเทศอยู่ที่ 992 คน ซึ่งถือว่าไม่เลวทีเดียว สมัยที่ผมเป็นรองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิตของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (พ.ศ. 2524-2528) ซึ่งสมัยนั้นคณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ดูแลโรงพยาบาลในภาคตะวันออกและอีสานใต้ คือ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ ศรีสะเกษ สุรินทร์ จำได้ว่าตอนนั้นที่ศรีสะเกษมีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 88,000 คน!

ด้วยเหตุนี้ผมจึงพูดเสมอว่า ถ้าเราสามารถเพียงแต่กระจายแพทย์ให้ไปอยู่ได้ทั่วประเทศ ประชาชนจะได้ประโยชน์ทันทีอย่างมากมาย แต่เรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องเล็ก ไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะขึ้นอยู่กับสวัสดิการของแพทย์ ความก้าวหน้าทางด้านวิชาการ วิชาชีพ เงินเดือน และค่าตอบแทนอื่น ๆ ความปลอดภัย และที่ผมพูดเสมอมาคือ โรงเรียนที่ดีพอสำหรับลูก ๆ แพทย์ (และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ด้วย) ถ้าประเทศไทยมีโรงเรียนที่ดี ได้มาตรฐานทั่วประเทศ อย่างเช่นที่ประเทศอังกฤษที่มีโรงเรียนประจำที่ดี มีชื่อเสียงกระจายอยู่ทั่วประเทศ มีโรงเรียนที่ดีทั้งภาครัฐและเอกชนอยู่ในทุกจังหวัด ผมคิดว่าบรรดาแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และข้าราชการอื่น ๆ คงยินดีมากกว่านี้ที่จะไปอยู่ต่างจังหวัด หรือกลับไปอยู่ที่บ้านเกิดเมืองนอน เพราะถ้าที่แพทย์อยู่ไม่มีโรงเรียนที่ดีให้ลูกไปเรียนพอ แพทย์จะต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มในการส่งลูกไปเรียนที่ กทม. หรือเมืองใหญ่ ๆ

สมัยหนึ่งช่วงที่ผมเป็นรองคณบดี (พ.ศ. 2524-2528) มีโครงการ MESRAP หรือ medical education for students in the rural area program หรือโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท โดยเรารับเด็กนักเรียนจากจังหวัดต่าง ๆ ที่ได้รับการจัดสรรโควต้าตามความจำเป็นของแต่ละจังหวัดเพื่อให้เด็กนักเรียนเข้าเรียนที่จุฬาฯ เช่น ถ้าที่สุรินทร์มี 2 ที่ เด็กในจังหวัดสุรินทร์จะแข่งกันเองในจังหวัดนี้ โดยไม่ต้องแข่งกับเด็กนักเรียนทั่วประเทศ เด็กที่เข้ามาได้โดยภาพรวมมักจะมีความรู้ อ่อนกว่าที่สมัครจากทั่วประเทศ แต่นี่เป็นการเปิดโอกาสให้เด็กต่างจังหวัดในจังหวัดต่าง ๆ มีโอกาสเข้าเรียน โดยมีข้อแม้ว่าเมื่อเรียนจบแล้วต้องกลับไปอยู่ยังจังหวัดนั้น ๆ ที่ได้โควต้ามาเรียน เด็กพวกนี้ในภาพรวมเท่าที่ทราบ เท่าที่จำได้ มีปัญหามากในการเรียนในปีแรก ๆ อาจารย์ต้องช่วยกันอย่างเต็มที่ แต่ในที่สุดก็เรียนไปได้ด้วยดี และปัจจุบันนี้ผมยังพบลูกศิษย์จากโครงการ MESRAP ที่เป็นแพทย์ผู้ใหญ่

ที่ประสบความสำเร็จในชีวิตเป็นอย่างดี ทั้งในหน้าที่การงาน ชีวิตส่วนตัว ที่ผมพบหลายคนก็เป็น ผอ.ร.พ.ศูนย์ สสจ. เช่น ที่สุรินทร์ ฯลฯ นี่ก็เป็นเครื่องพิสูจน์ว่าเด็กต่างจังหวัดถ้าให้โอกาสเขา ถ้าเขามีโอกาสเขาสามารถทำได้ อย่างที่ผมพูดเสมอว่า ความรู้พัฒนาได้ ทุกคนสามารถพัฒนาความรู้ของตนเองได้ และสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต

แต่สิ่งที่ผมหวังคือ ผมคิดในตอนนั้นว่าโครงการ MESRAP จะช่วยให้โรงเรียนต่าง ๆ ในต่างจังหวัดพัฒนาขึ้นได้มาก เพราะจะต้องพยายามหาครูที่เก่ง ที่ดี มาสอนเด็ก ๆ จะได้ไม่มีการส่งเด็กมาเรียนใน กทม. หรือเมืองใหญ่ ๆ แต่เหตุการณ์ไม่เป็นเช่นนั้น อย่างน้อยเท่าที่ควร เด็ก ๆ ต่างจังหวัดยังเข้ามาเรียน ม.ปลายที่โรงเรียนดัง ๆ ใน กทม. โดยเฉพาะโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา ฯลฯ

การกระจายแพทย์ให้ไปทำงานหรืออยู่กระจายไปทั่วประเทศ ไม่ใช่เรื่องเล็ก รัฐบาลต้องพยายามทำทุกรูปแบบเพื่อนำความเจริญในทุก ๆ ด้านมาสู่ท้องถิ่นนั้นก่อน ตั้งแต่การคมนาคม ถนน รถไฟ เครื่องบิน รถเมล์ โรงเรียนที่ดีได้มาตรฐาน ความปลอดภัย รวมทั้งค่าตอบแทน ความก้าวหน้าของแพทย์และข้าราชการสายอื่น ๆ ทำอย่างไรเราจึงไม่ต้องย้ายที่ทำงาน (กระทรวงสาธารณสุข) ของแพทย์เมื่อเขามีความก้าวหน้าทางด้านวิชาชีพไปยังจังหวัดอื่น ๆ อย่างเช่นที่อังกฤษเมื่อเป็นแพทย์ใหญ่ ซึ่งที่อังกฤษเรียกว่า Consultant เขาก็จะอยู่ที่นั่นไปจนเกษียณ เงินเดือนก็เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามความสามารถและเวลาที่ทำงาน เขาไม่ต้องย้ายไปไหน นอกจากจะสมัครใจด้วยตนเอง ขอย้ายไปที่อื่น หรือสมัครไปเป็นศาสตราจารย์ในโรงเรียนแพทย์ ถ้าเป็นเช่นนั้นแพทย์ทั้งหลายก็ไม่ต้องย้ายที่อยู่อาศัยบ่อย ๆ ลูก ๆ ก็จะได้เรียนที่โรงเรียนเดียวกัน แต่ที่อังกฤษลูก ๆ นอกจากจะมีโอกาสอยู่ในโรงเรียนของรัฐประจำเมือง จังหวัด ที่ดีแล้ว ยังอาจไปเรียนหนังสือที่โรงเรียนประจำที่ดี ๆ สอนเก่ง แต่อาจแพงมาก เช่น Eaton, Harrow, Winchester, Marlborough, Malvern, Rugby ฯลฯ ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้น ถ้าบิดามารดาที่เป็นแพทย์ย้ายเด็ก ๆ ก็ไม่เดือดร้อนอยู่แล้ว เพราะอยู่โรงเรียนประจำ ประเด็นคือ ที่อังกฤษความเจริญมันไปทั่วถึงทุกแห่ง

ฉะนั้นการกระจายแพทย์เป็นเรื่องใหญ่ที่รัฐบาลต้องเป็นผู้นำจริง ๆ ในการคิด ส่วนการผลิตแพทย์เพิ่มหรือไม่เพิ่มก็เป็นเรื่องใหญ่มากที่ผมจะเสนอความคิดเห็นในโอกาสต่อไป แต่ขอบอก ณ ตอนนี้อย่างเดียวว่าประเทศไทยควรมีคณะกรรมการแห่งชาติอย่างน้อย 2 คณะกรรมการ (ถ้ายังไม่มี) คือ คณะกรรมการกำลังคนของชาติ ดูแลความต้องการการผลิตของทุก ๆ วิชาชีพ อาชีพ เช่น ครู แพทย์ วิศวกร สถาปนิก ทันตแพทย์ เภสัชกร อาชีวฯ PhD ฯลฯ เท่าไหร่ นักเรียนจะได้เรียนสาขาที่ประเทศหรือสังคมต้องการ จบแล้วจะได้มีงานทำ มีเงินเดือนที่ดีพอ

ส่วนคณะกรรมการแห่งชาติอีกชุดคือ คณะกรรมการเกษตรแห่งชาติ เพื่อดูความต้องการการผลิตสินค้า อาหารต่าง ๆ ไม่ให้มากเกินไป หรือน้อยไป ฯลฯ



บทบาทของ Ferroptosis ในการก่อให้เกิด vascular calcification ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

กระบวนการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (vascular calcification) เป็นกระบวนการที่เกิดจาก apoptosis ของ vascular smooth muscle cell (VSMC) ทำให้เกิด apoptotic bodies จากเซลล์ที่สลายตัวออกมาเป็นแกนกลางและมีแคลเซียมมาสะสม นอกจากนี้ยังมีกระบวนการ “ferroptosis” ซึ่งมีส่วนที่ก่อให้เกิด VC เช่นกัน

Ferroptosis คือ กระบวนการที่ทำให้เกิดการตายของเซลล์ (cell death) โดยไม่ใช่ apoptosis แต่สัมพันธ์กับธาตุเหล็ก รายงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 2012 มีลักษณะคือ มีการสะสมของเหล็ก เกิดกระบวนการ lipid peroxidation มีการสะสมของ reactive oxygen species และ lipid peroxides ทำให้เกิดการตายของเซลล์ ซึ่งจะเกิดก่อนและนำมาซึ่ง VC อย่างไรก็ดี VC อาจเกิดโดยไม่มีการตายของเซลล์ก็ได้ การเกิดการตกผลึกของแคลเซียมฟอสเฟตจะเกิดเมื่อสารยับยั้งการตกผลึกลดลง สารเหล่านี้ ได้แก่ carboxylated-phosphorylated matrix GLa protein หรือ pyrophosphate ที่หลั่งจากเซลล์ของระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลึกของแคลเซียมฟอสเฟตจะทำให้เซลล์ของระบบหลอดเลือดกลายเป็นเซลล์กระดูกอ่อน (osteochondrogenic cells)

ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) ผลึกเหล่านี้จะกระตุ้นสารก่อการอักเสบ (pro-inflammatory cytokines) จากแมคโครฟาจ ทำให้เกิด VC เพิ่มขึ้น ผลึกแคลเซียมฟอสเฟตจะถูกจับเข้าไปในเซลล์หลอดเลือด และถูกสลายโดยไลโซโซม ทำให้ระดับแคลเซียมในเซลล์เพิ่มสูงขึ้น ทำให้หน้าที่การทำงานของเซลล์เปลี่ยนไปและเกิดการตายของเซลล์ ปรากฏการณ์นี้สนับสนุนว่า การเกิด VC นำมาก่อนการตายของเซลล์

ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของธาตุเหล็ก ทำให้เกิด oxidative stress เกิดความผิดปกติของไมโทคอนเดรีย ทำให้เซลล์เกิดการทำลายและตายไปจนเกิด VC ตามมา ในที่สุด การกระตุ้นการเกิด oxidative stress ส่วนหนึ่งเกิดจากการสะสมของธาตุเหล็กในเซลล์

โดยกระบวนการ ferroptosis นั้น Ye และคณะ ศึกษาการให้สารยับยั้งกระบวนการ ferroptosis คือ ferrostatin-1 จะลดการเกิด VC ได้ ผู้วิจัยศึกษาการแสดงออกของ SLC7A11 ซึ่งเป็นตัวควบคุมการเกิด ferroptosis และเป็นช่องทางในการดูดซึม cystine เพื่อแลกกับ glutamate cystine จะถูกเปลี่ยนเป็น cysteine ซึ่งเป็น rate-limiting step ของการสร้าง glutathione ซึ่งเป็นขั้นตอนในการปกป้องเซลล์จาก oxidative stress และจำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตของเซลล์ ถ้าร่างกายมีระดับแคลเซียมฟอสเฟตสูงจะทำให้ระดับ SCECA11 ลดลงและเกิด VC ได้ง่ายยิ่งขึ้น ระดับ glutathione ที่ลดลงจะเพิ่มการสร้างสารอนุมูลอิสระ ทำให้เซลล์ตายและเกิด VC ในที่สุด

สาร glutathione peroxidase 4 (GPX4) เป็นสารที่ช่วยป้องกันเซลล์จาก oxidative stress และ ferroptosis ถ้าระดับแคลเซียมฟอสเฟตในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจะทำให้ GPX4 ลดลง และทำให้ระดับ RUNX2 และ BMP2 ซึ่งเป็นสารกระตุ้นให้เกิด VC ง่ายยิ่งขึ้น และมีระดับเพิ่มขึ้น

การศึกษานี้สรุปได้ว่า ferroptosis เกิดจากผ่านกระบวนการ SLC7A11/glutathione/GPX4 signaling pathway ทำให้เกิด VC โดยเฉพาะในผู้ป่วย CKD ดังนั้น กระบวนการ ferroptosis จึงเป็นกระบวนการใหม่ที่เพิ่งมีผู้กล่าวถึง โดยมากจะเกิดจากการหลังธาตุเหล็กในรูปอิสระ เช่น การฉีดธาตุเหล็กเข้าหลอดเลือดในผู้ป่วย CKD เพราะผู้ป่วย CKD จะมี hepcidin เพิ่มขึ้นทำให้ธาตุเหล็กจะสะสมในเซลล์เพิ่มขึ้นเพราะไม่สามารถขนส่งจากเซลล์สู่พลาสมาผ่าน ferroportin ได้ เนื่องจากถูก hepcidin ขัดขวางไว้ ระดับ ferritin จะสูงขึ้น (ferritin คือ เหล็กสะสมในร่างกาย) ธาตุเหล็กจะทำให้เกิด apoptosis และ VC ตามมา

กระบวนการ ferroptosis เป็นเรื่องใหม่ที่ต้องมีการศึกษาต่อใน experimental model การพัฒนายาที่ช่วยยับยั้งหรือลดการเกิด VC ได้ ตัวอย่างยาที่มีในท้องตลาดขณะนี้คือ metformin และ sodium glucose cotransporter 2 inhibitor ทั้ง 2 ชนิดนี้จะลดกระบวนการ ferroptosis และช่วยลดการเกิด VC ได้ วิตามินเคก็เช่นกัน มีฤทธิ์ต้าน ferroptosis ผ่านทาง ferroptosis suppressor protein 1 ลดการเปลี่ยนวิตามินเคเป็น hydroquinone ซึ่งเป็นสารต่อต้านอนุมูลอิสระและตัวต้านการเกิดปฏิกิริยา lipid peroxidation ผู้ป่วยไตวายมักมีการพร่องวิตามินเค ทำให้เกิด VC ได้ง่ายขึ้น ดังนั้น การให้วิตามินเคทดแทนจะช่วยลดการเกิด VC ได้

สรุป การเกิด ferroptosis เป็นปรากฏการณ์ใหม่ที่นำไปสู่การเกิด VC ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วย CKD กระบวนการนี้สัมพันธ์กับปริมาณเหล็กที่มากเกินไปในเซลล์ของผู้ป่วย ก่อให้เกิดการสร้างอนุมูลอิสระ และ lipid peroxidation การศึกษาเบื้องต้นในหลอดทดลองพบว่าแคลเซียมและฟอสฟอรัสจะกระตุ้นให้เกิด ferroptosis ใน VSMC และการยับยั้ง ferroptosis จะลดการเกิด VC ได้ การนำเอายาที่ลดการเกิด ferroptosis จะลดการเกิด VC ได้ ซึ่งยังต้องมีการศึกษาต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- Tilman B. Drüeke, Ziad A. Massy. Kidney Int 2022;12(6):1209-11.
- <https://doi.org/10.1016/j.kint.2022.08.031>



มูลนิธิวัคซีนเพื่อประชาชน ร่วมกับ สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย سلمอบวัคซีน IPD 3,000 โดส ภายใต้โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส เพื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงปีที่ 7

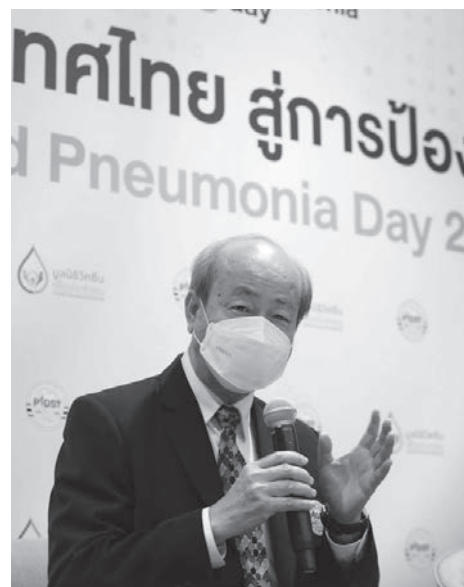
มูลนิธิวัคซีนเพื่อประชาชน และสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย จัดงานแถลงข่าว “เดินหน้าประเทศไทย สู้การป้องกันโรค IPD” รณรงค์ให้ความรู้ เสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส สาเหตุสำคัญก่อให้เกิดโรคไอพีดี (IPD) และเรียนรู้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคอย่างถูกวิธี พร้อมสานต่อโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส เพื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงปีที่ 7 เพื่อให้เด็กไทยได้รับวัคซีน IPD กันถ้วนหน้า

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดให้วันที่ 12 พฤศจิกายนของทุกปี เป็นวันปอดอักเสบโลก หรือ World Pneumonia Day เพื่อสร้างความตระหนักและความสำคัญ พร้อมร่วมรณรงค์ปลุกจิตสำนึก เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบแก่ประชาชนทั่วโลก ซึ่งจะช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบ ซึ่งถือได้ว่าเป็นโรคติดเชื้อที่มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตสูงสุดโรคหนึ่ง เรียกได้ว่าเป็นภัยเงียบที่ทำให้ผู้คนเสียชีวิตไปแล้วกว่า 2.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2562 โดยในจำนวนนี้เป็นเด็กกว่า 672,000 คน¹ และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้คนนับล้านเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเสียชีวิตมากขึ้น และโรค Invasive Pneumococcal Disease (IPD) ก็เป็นเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคปอดอักเสบ และหลาย ๆ คนอาจไม่ทราบว่าโรค IPD ยังคงเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปีด้วย² ดังนั้น การสร้างการตระหนักรู้ในโรคนี้ รวมไปถึงการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นเรื่องที่ทุกคนควรให้ความสำคัญ



รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์ กรรมการและ
ปฎิคมสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย กรรมการ
มูลนิธิวัคซีนเพื่อประชาชนเปิดเผยว่า “โรค IPD คือ โรคติดเชื้อ
 ชนิดลุกลามที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อแบคทีเรียชื่อ “นิวโมคอคคัส
 หรือ *Streptococcus pneumoniae*” โดยทั่วไปแล้วเชื้อชนิดนี้
 มักอาศัยอยู่ในโพรงจมูกและลำคอ ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่
 โดยยังไม่ก่อโรค แต่เมื่อใดที่ร่างกายอ่อนแอหรือมีการติดเชื้อไวรัส
 เชื้อชนิดนี้ก็จะรุกรานไปอวัยวะข้างเคียง ทำให้เกิดการติดเชื้อ
 ในกระแสเลือด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือปอดอักเสบรุนแรง
 โดยอาการของการติดเชื้อ IPD มีได้หลายอย่างขึ้นกับอวัยวะที่มี
 การติดเชื้อ หากเป็นโรคปอดอักเสบมักจะมีอาการไข้ ไอ หายใจ
 หอบเหนื่อย หากมีการติดเชื้อที่ระบบประสาท เช่น เยื่อหุ้มสมอง
 อักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูง ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน
 คอแข็ง ในเด็กเล็กจะมีอาการงอแง ซึม ชัก และอาจเสียชีวิตอย่าง
 รวดเร็ว หากเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยก็จะมีอาการไข้สูง
 หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว อาจมีภาวะช็อก และอาจเสียชีวิตได้
 โรค IPD มักมีความรุนแรงสูงแตกต่างจากโรคหวัดทั่วไป เด็ก ๆ
 ที่ป่วยเป็นโรค IPD มักจำเป็นต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล
 เป็นเวลานาน โดยเฉลี่ยแล้วนานถึง 12 วัน⁴ และเสียค่าใช้จ่าย
 ในการรักษาแต่ละครั้งโดยเฉลี่ยมากกว่า 50,000 บาท แม้จะรับ
 การรักษาจากโรงพยาบาลรัฐก็ตาม⁵ นอกจากนี้เด็กที่หายป่วย
 จากโรค IPD บางคนอาจมีผลกระทบระยะยาว เช่น สูญเสีย
 การได้ยิน พิการทางสมอง การเคลื่อนไหวผิดปกติ และมีอาการชัก⁶
 จะเห็นได้ว่าโรค IPD ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและ
 พัฒนาการของเด็กเท่านั้น แต่ยังทำให้ครอบครัวต้องสูญเสีย
 รายได้จากค่ารักษาพยาบาล และขาดรายได้เนื่องจากจำเป็นต้อง
 หยุดงานเพื่อดูแลลูก ดังนั้น หากลูกหลานมีอาการใกล้เคียงกับ

โรค IPD ควรได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์อย่างรวดเร็ว
 เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและโอกาสการเกิดผลกระทบระยะยาว
 นอกจากนี้เชื้อนิวโมคอคคัสยังสามารถทำให้เกิดโรคต่าง ๆ
 ได้อีกหลายชนิดแม้ไม่รุนแรง แต่ก็พบได้บ่อย เช่น โรคไซนัสอักเสบ
 โรคหูชั้นกลางอักเสบ แพทย์สามารถวินิจฉัยโรค IPD จากการซัก
 ประวัติ จากอาการ และการตรวจร่างกายผู้ป่วย เช่น การเอกซเรย์
 ปอดและการตรวจเสมหะ หรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อ
 ยืนยันว่าอาการของโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรียนิวโมคอคคัส
 และเมื่อตรวจพบเชื้อแบคทีเรียนิวโมคอคคัสแล้ว แพทย์จะทำ
 การให้ยาต้านจุลชีพหรือยาปฏิชีวนะในขนาดที่เหมาะสมกับโรค
 และอาการ แต่ถึงอย่างนั้นก็ตามก็พบว่าในประเทศไทย
 เชื้อนิวโมคอคคัสมีอัตราการดื้อยาปฏิชีวนะสูงขึ้น ซึ่งเกิดจากการใช้
 ที่ไม่ถูกวิธี ทำให้พบปัญหาเชื้อดื้อยามากขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้
 กระบวนการรักษามีความซับซ้อน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา
 มากขึ้น นับได้ว่าสูญเสียทั้งเศรษฐกิจและกำลังของประเทศ
 เป็นอย่างมาก จึงเป็นหน้าที่ของทุก ๆ ฝ่ายในการรณรงค์ให้ความรู้
 แก่ประชาชนทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกัน
 เพื่อให้จำนวนผู้ป่วยลดน้อยลง ดังนั้น การป้องกันโรค IPD ด้วย
 การฉีดวัคซีนจึงเข้ามาเป็นบทบาทสำคัญ ซึ่งปัจจุบันองค์กรต่าง ๆ
 ในภาครัฐก็พร้อมที่จะช่วยกันผลักดันวัคซีน IPD เข้าสู่แผนการ
 สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้ประชาชนเองก็สามารถดูแลตนเอง
 ได้ด้วยวิธีง่าย ๆ เพื่อให้ห่างไกลจากโรค IPD อาทิ หลีกเลี่ยงการไป
 สถานที่แออัด สวมหน้ากากอนามัย เว้นและรักษาระยะห่าง ดูแล
 สุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ปรึกษาแพทย์เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันที่
 เหมาะสม”





ด้าน ศ.พญ.กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ นายกรัฐมนตรีโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย กรรมการมูลนิธิวัคซีนเพื่อประชาชน กล่าวว่า “โรค IPD มักพบบ่อยในเด็กเล็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปีที่สุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ ก็ตาม นอกจากนี้ยังพบบ่อยในเด็กที่มีโรคประจำตัวโดยไม่ขึ้นกับอายุ เช่น เด็กที่เป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุต่าง ๆ ภาวะไม่มีม้ามหรือการทำงานของม้ามบกพร่อง โรคเรื้อรังของอวัยวะต่าง ๆ เช่น โรคปอด (รวมทั้งหอบหืดรุนแรง) โรคหัวใจ โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน และโรคที่เสี่ยงต่อเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เช่น น้ำในกระดูกไขสันหลังรั่ว ใส่ชุดประสาทหูเทียม จากข้อมูลอัตราการเกิดโรค IPD จะเห็นว่าเด็กที่เป็น IPD มีภาวะเสี่ยงเหล่านี้เพียงประมาณ 1/3 เท่านั้น อีก 2/3 เป็นเด็กเล็กที่ไม่ได้มีภาวะเสี่ยงอื่นใด นอกจากอายุน้อยโดยเฉพาะที่น้อยกว่า 1 ปี เพราะ IPD เป็นโรคของเด็กเล็กเป็นหลัก นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อายุเกิน 65 ปี ก็นับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะถ้ามีโรคประจำตัว เช่น โรคปอด โรคหัวใจ ภูมิคุ้มกันต่ำจากสาเหตุต่าง ๆ และโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทางสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย จึงมีคำแนะนำให้ฉีดวัคซีน IPD ให้กับเด็ก โดยในเด็กทารกเริ่มฉีดได้เมื่ออายุ 2 เดือนขึ้นไป และฉีดเข็มต่อไปเมื่ออายุได้ 4 เดือน และ 6 เดือน และครั้งสุดท้ายในช่วงอายุ 12-15 เดือน⁷ วัคซีน IPD ที่ใช้ในปัจจุบันมีหลายชนิด แต่ละชนิดมีความสามารถในการครอบคลุมสายพันธุ์ของเชื้อ IPD ที่แตกต่างกันออกไป วัคซีนที่ครอบคลุมสายพันธุ์ก่อโรคในประเทศไทยได้มากกว่าจะป้องกันโรคได้กว้างกว่า วัคซีนที่ใช้ในปัจจุบันทุกชนิดสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรค IPD ของสายพันธุ์ที่บรรจุอยู่ในวัคซีนได้ดีมาก⁸ และเป็นวัคซีนที่มีความปลอดภัยสูง จึงทำให้หลาย ๆ ประเทศทั่วโลกต่างบรรจุวัคซีน IPD อยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ซึ่งทำให้เด็ก ๆ ในประเทศเหล่านั้นเข้าถึงวัคซีนกันอย่างทั่วหน้า และการที่เด็ก ๆ เข้าถึงวัคซีนได้มากกว่า 70% จะส่งผลให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ ซึ่งหมายถึงผู้ที่ไม่ฉีดวัคซีนจะสามารถได้รับภูมิคุ้มกันทางอ้อมไปด้วย ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังซึ่งเป็นสมาชิกในบ้านกับเด็กเล็ก และเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรค IPD เช่นกันได้รับการป้องกันไปด้วย ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลของประเทศไทยแล้วพบว่า การบรรจุวัคซีน IPD เข้าสู่แผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะมีความคุ้มค่าอย่างมาก ช่วยประหยัดงบประมาณของภาครัฐในการรักษาได้เป็นอย่างดี ในขณะนี้ประเทศไทยมีเด็กไทยเพียงแค่ 10% เท่านั้นที่เข้าถึงวัคซีน IPD เนื่องจากยังไม่ถูกบรรจุอยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคซึ่งหมายถึงรัฐยังไม่ได้ให้ฟรี ยังคงเป็นวัคซีนที่คุณพ่อคุณแม่ต้องเสียเงินซื้อเองอยู่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พวกเราทุกคนควรช่วยกันผลักดันให้เด็กไทยเข้าถึงวัคซีน IPD กันมากขึ้น ซึ่ง ณ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญได้มีโครงการฉีดวัคซีน IPD นำร่องที่จังหวัดมหาสารคาม เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่วัคซีน IPD จะบรรจุอยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้เด็กไทยทั่วประเทศ เด็ก ๆ ในจังหวัดมหาสารคามสามารถเข้าถึงวัคซีนได้ฟรี ก่อนจังหวัดอื่น นอกจากนี้ทางกรุงเทพมหานครกำลังดำเนินโครงการให้วัคซีน IPD แก่เด็กในกรุงเทพมหานครแล้ว ที่จริงแล้วหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ก็สามารถมีบทบาทสำคัญในการผลักดันหรือทำให้เด็ก ๆ ได้รับวัคซีนจำเป็นตัวนี้โดยเร็วที่สุดได้เช่นกัน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอาจจัดสรรงบประมาณบางส่วนมาซื้อวัคซีน IPD ให้เด็ก ๆ ในเขตปกครองของตนเช่นเดียวกับกรุงเทพมหานคร และดังเช่นในวันนี้ สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย และมูลนิธิวัคซีนเพื่อประชาชน ก็ได้จัดทำโครงการที่สำคัญนี้โดยได้รับการสนับสนุนวัคซีนจากไฟเซอร์ เพื่อให้เด็ก ๆ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อ IPD ได้เข้าถึงวัคซีน และได้รับการป้องกันมากขึ้น”





นพ.มานิต ธีระตันติกานนท์ ประธานกรรมการมูลนิธิ
วัคซีนเพื่อประชาชน และอดีตอธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า
 “มูลนิธิฯ ยังคงมีความมุ่งมั่นเดินทางรณรงค์ และให้ความสำคัญ
 กับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรคและลดการเสียชีวิต
 จากโรคมาอย่างต่อเนื่อง โดยสำหรับในปีนี้มีมูลนิธิวัคซีนเพื่อ
 ประชาชนยังคงเดินทางสานต่อความร่วมมือกับสมาคมโรคติดเชื้อ
 ในเด็กแห่งประเทศไทยในโครงการจัดหาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ
 นิวโมคอคคัส 13 สายพันธุ์ เพื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่องเป็นปีที่ 7
 เด็กกลุ่มนี้ได้แก่ เด็กที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น เป็นโรคมะเร็ง
 ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ติดเชื้อเอชไอวี หรือมีโรคประจำตัว
 เช่น โรคหัวใจ โรคตับ โรคไต โรคปอด เด็กที่ไม่มีม้าม เด็กกลุ่มนี้
 มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ IPD มากกว่าในเด็กปกติหลายเท่า
 อีกทั้งมีโอกาสเสียชีวิตหรือพิการได้มาก หากเด็ก ๆ เหล่านี้
 ได้รับวัคซีนก็จะช่วยลดโอกาสเจ็บป่วย ลดค่ารักษาพยาบาล
 ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการที่พ่อแม่ต้องหยุดงานเพื่อมา
 ดูแลลูกที่ป่วย ซึ่งมูลนิธิฯ ได้ให้ความสำคัญเรื่องการสร้างเสริม
 ภูมิคุ้มกันสำหรับเด็กไทย โดยเน้นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง
 สำหรับเด็กที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และสมควรได้รับการป้องกัน
 เป็นอันดับแรก นอกจากนี้มูลนิธิฯ พร้อมผลักดันให้ทุกภาคส่วน
 ที่เกี่ยวข้องเล็งเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันที่ดี

เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทย ซึ่งในปัจจุบันวัคซีนนับเป็น
 เครื่องมือสำคัญในการดูแลสุขภาพ และเป็นอาวุธที่สำคัญที่สุด
 ในการป้องกันโรค โดยเฉพาะในวัยเด็กซึ่งเป็นวัยที่ภูมิคุ้มกันยังทำงาน
 ไม่สมบูรณ์ และมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อจากโรคต่าง ๆ โดย
 ในปีนี้เราได้ส่งมอบวัคซีนป้องกันโรค IPD 13 สายพันธุ์ เพื่อเด็ก
 กลุ่มเสี่ยงจำนวน 3,000 โดส แก่โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ
 มากกว่า 35 โรงพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อให้สามารถเข้าถึงเด็ก
 ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และไม่สามารถเข้าถึงการป้องกันได้เพิ่มขึ้น
 และทั่วถึงยิ่งขึ้น โดยจะครอบคลุมทั่วทุกภูมิภาคในประเทศไทย
 ซึ่งมีเด็กในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค IPD มากกว่าหลายพันคนที่ได้รับ
 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันไปแล้วภายใต้โครงการฯ นี้”



เอกสารอ้างอิง

1. World Pneumonia Day 2022. Access 10 Nov 2022. <https://stopppneumonia.org/>
2. Isaacman DJ et al. International Journal of Infectious Disease. 2010;14:e197-e209.
3. สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย. โรคไอพีดี (IPD). Access 10 Nov 2022. <https://www.pidst.or.th/A744.html>
4. Baldo V, et al. Prev Med Rep. 2015;2:27-31.
5. Dilokthornsakul P, et al. Vaccine. 2019;37:4551-4560.
6. World Health Organization. Pneumococcal vaccines WHO position paper—2012. Wkly Epidemiol Rec. 2012;87(14):129-144.
7. ตารางการให้วัคซีนในเด็กไทย แนะนำโดยสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย 2565. Access 10 Nov 2022. <https://www.pidst.or.th/A1150.html>
8. Moore MR, et al. Lancet Infect Dis. 2015;15(3):301-309.

ดาวเรือง ไม่ได้มีแต่สวย

ดอกดาวเรืองเป็นดอกไม้ชนิดหนึ่งซึ่งตามความเชื่อของคนโบราณจะเชื่อกันว่าการปลูกไว้ในบ้านจะช่วยนำเงินทองเข้ามาให้ช่วยหนุนนำให้ชีวิตมีความเจริญรุ่งเรือง เนื่องจากมีสีเหลืองทองนั่นเอง นอกจากนี้ดาวเรืองยังเป็นดอกไม้ที่แข็งแรง ปลูกง่าย โตเร็ว และทนทาน จึงมีความหมายอันเป็นมงคลซึ่งหมายถึงความมั่นคง โดยมักสื่อความหมายถึงครอบครัวใหม่ หรือทางด้านความรักด้วย⁽¹⁾ ปัจจุบันก็มีอยู่ด้วยกัน 5 สายพันธุ์ ได้แก่ ดาวเรืองอเมริกัน (American Marigold), ดาวเรืองฝรั่งเศส (French Marigolds), ดาวเรืองนักร้อง (Nugget Marigolds), ดาวเรืองซิกเนต (Signet Marigold) และดาวเรืองใบ (Foliage Marigold)⁽¹⁾

ชื่ออื่น ๆ คำปู้จู้หลวง (ภาคเหนือ), พอทู (กะเหรี่ยง), ดาวเรืองใหญ่ (ทั่วไป), บ่วงซัวเก็ก (จีนแต้จิ๋ว), หมอกสำอาง (ไทยใหญ่), วานโช่วจี้ (จีนกลาง)^(1,2)

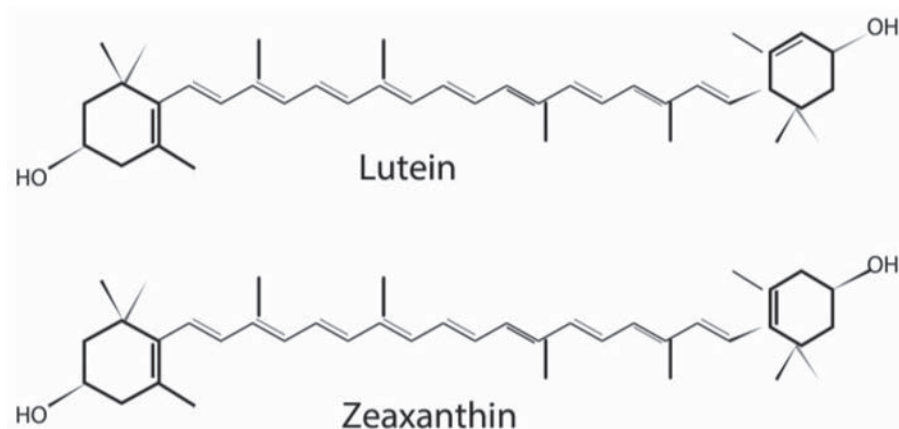
มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Tagetes erecta* L.

ชื่อสามัญ Marigold อยู่ในวงศ์ COMPOSITAE



รูปที่ 1 ดาวเรือง⁽³⁾

สำหรับสรรพคุณแผนโบราณระบุว่า ต้น ขับลมในลำไส้ แก้ปวดท้อง แก้จุกเสียด, ใบ แก้ฝีหนอง, ดอก แก้ปวดฟัน แก้ตาเจ็บ บำรุงตับ ขับร้อน ขับลม ละลายเสมหะ แก้เวียนหัว แก้ตาแดงตาเจ็บเนื่องจากลมและไฟ แก้แผลมีหนอง ขับของเสีย^(4,5) สารสำคัญที่พบในดอกดาวเรืองเป็นสารให้สีในกลุ่มแคโรทีนอยด์ คือ ลูทีน (lutein) พบประมาณ 88% และซีแซนทีน (zeaxanthin) พบประมาณ 5% ซึ่งทั้ง 2 ชนิดเป็นแคโรทีนอยด์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนเป็นวิตามินเอในร่างกายได้ (non-provitamin A carotenoids) เรียกกลุ่มย่อยนี้ว่า แซนโทฟิลล์ (xanthophylls)⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังพบสารสำคัญในกลุ่ม flavonoids, terpenoids และ steriods⁽⁴⁾ ซึ่งมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต่าง ๆ อีก



รูปที่ 2 Lutein และ Zeaxanthin สารให้สีในกลุ่มแคโรทีนอยด์ที่พบมากในดาวเรือง⁽⁷⁾

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา^(4,7)

การศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของดอกดาวเรือง พบว่า

- ดาวเรืองมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งหลายชนิด และจากการวิจัยพบว่าสารสกัดด้วยน้ำจากดอกดาวเรืองฝรั่งเศสมีสารพฤกษเคมีพวก phenolics, saponins และ tannins ในปริมาณที่สูง จึงส่งผลให้สารสกัดด้วยน้ำจากดอกดาวเรืองมีประสิทธิภาพในการเป็นสารต้านอนุมูลอิสระจากปฏิกิริยา DPPH และ ABTS radical scavenging และยับยั้งกิจกรรมของเอนไซม์ α -glucosidase ได้
- มีฤทธิ์ขับพยาธิตัวกลม *Caenorhabditis elegans* และยับยั้งการวางไข่ของพยาธิชนิดนี้
- ด้านอาการซึมเศร้า ช่วยให้อาการคลายความกังวล
- ด้านเบาหวาน (ยับยั้งเอนไซม์ α -glucosidase และ α -amylase)
- ลดไขมัน (ยับยั้งเอนไซม์ pancreatic lipase)
- สารต้านอนุมูลอิสระในกลุ่มไตรเทอปีน ฟลาโวนอยด์ และซาโปนิน ซึ่งมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียและไวรัส
- ด้านอักเสบ และบรรเทาปวด เช่น น้ำดอกแห้ง 7-8 ดอกไปต้มกับน้ำในปริมาณที่พอเหมาะแล้วจิบทั้งวัน ก็สามารถลดอาการปวดฟันได้⁽³⁾
- บรรเทาโรคผิวหนัง โดยมีสารคาเลนดูลา (Calendula) ซึ่งมีคุณสมบัติช่วยบรรเทาปัญหาผิวหนัง เช่น โรคผิวหนังอักเสบ แผลเป็น และผิวหนังแห้งแตก มีงานวิจัยที่พบว่าสารสกัดเมทานอลจากดอกดาวเรืองอาจมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ย่อยโปรตีนบางชนิดที่ทำให้ผิวหนังแห้งเหี่ยว และเกิดริ้วรอยได้ เช่น เอนไซม์ไฮยาลูโรนิเดส (Hyaluronidase) และเอนไซม์อีลาสเตส (Elastase)
- ฆ่าแมลง กำจัดยุง

งานวิจัยเกี่ยวกับดาวเรือง⁽⁸⁻¹³⁾

งานวิจัยสรรพคุณทางยาของดอกดาวเรืองนั้น Mahantesh, et al. (2012) รายงานว่าดอกดาวเรืองมีประสิทธิภาพในการเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ สามารถใช้นำบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากอนุมูลอิสระ และนำมาใช้เป็นยาสมุนไพรในการรักษาโรคได้หลากหลาย (Manikandan, et al. 2016) โดย Chew, et al. (1996) รายงานว่าสารสกัดจากดอกดาวเรืองมีฤทธิ์ในการป้องกันการเกิดโรคเมอเร็ง ยับยั้งการเกิดปฏิกิริยา auto-oxidation ในเซลล์ไขมัน (Zhang, et al. 1991) ป้องกันการเกิดโรคเสื่อมสภาพ (Fullmer and Shao, 2001) มีศักยภาพในการต้านอนุมูลอิสระ (Martin, et al. 1996) และสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานที่มีสาเหตุจากการขาดอินซูลิน (Ebrahimi, et al. 2016) ซึ่งดาวเรืองแต่ละสีจะมีสารประกอบทางเคมีพวก phenolics, terpenoids, tocopherols, carotenoids, quinones, coumarins และ volatile oil ในปริมาณและชนิดของสารที่แตกต่างกัน ทำให้มีสรรพคุณทางยาที่แตกต่างกัน (Muley, et al. 2009)

จากที่กล่าวมาทำให้เห็นว่าดาวเรืองมีสารสำคัญต่าง ๆ มากมายหลายชนิด อีกทั้งยังมีผลทางเภสัชวิทยาทำให้สามารถออกฤทธิ์และมีสรรพคุณในด้านต่าง ๆ แต่ทั้งนี้บางงานวิจัยยังเป็นการศึกษาในหลอดทดลองจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป แต่จากสรรพคุณทางด้านการแพทย์แผนโบราณที่ใช้กันมานานทำให้ผู้เขียนคิดว่ามีแนวโน้มที่จะให้ผลการวิจัยสอดคล้องกันถ้าผู้วิจัยศึกษาภูมิปัญญาดั้งเดิมถึงวิธีหรือกระบวนการปรุงยา ซึ่งมีผลต่อวิธีที่จะสกัดสารสำคัญที่จะนำมาศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ดอกดาวเรือง สรรพคุณบำรุงสายตา-ผิวพรรณ บรรเทาอาการป่วยก็ได้. https://www.technologychaoban.com/thai-local-wisdom/article_161930
2. ดอกดาวเรือง ประโยชน์ดี ๆ สรรพคุณเด่น ๆ และข้อมูลงานวิจัย. <https://www.disthai.com/ดอกดาวเรือง>
3. สมุนไพรแก้ปวดฟัน พืชอาหารให้บรรเทาแบบไม่ต้องพึ่งยา! <https://health.kapook.com/view133348.html>
4. กฤติยา ไชยนอก. ดาวเรือง ... ดอกไม้วัยฟอส. <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/ดาวเรือง/>
5. นันทวัน บุญประภักดิ์ และอรนุช โชคชัยเจริญพร. บรรณานุกรม. สมุนไพร: ไม้พื้นบ้าน. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชนจำกัด; 2541.
6. วิมล ศรีสุข. ลูทีนและซีแซนทีน: ความสัมพันธ์กับโรคตา. จุลสารข้อมูลสมุนไพร 2558;32(2):11-9.
7. Koushan K, Rusovici R, Li W, Ferguson LR, Chalam KV. The Role of Lutein in Eye-Related Disease. *Nutrients*. 2013;5(5):1823-39. <https://doi.org/10.3390/nu5051823>
8. Jamnian Chompoo, Shetshutchai Nilaporn, Jutamas Merasanud and Ratri Boonruangrod. Effect of Aqueous Extract of Marigold Flowers on Antioxidants and Inhibition of α -Amylase and α -Glucosidase Activities. *KHON KAEN AGR. J.* 47(2): 293-306 (2019).doi: 10.14456/kaj.2019.24 from: https://ag2.kku.ac.th/kaj/PDF.cfm?filename=9_99_614.pdf&id=3688&keeptrack=12
9. Mahantesh S.P., A.K. Gangawane and C.S. Patil. Free radicals, antioxidants, diseases and phytomedicines in human health: future prospects. *World Res. J. Med. Aroma Plant* 2012;1:6-10.
10. Manikandan R., A.V. Anand, S. Kumar and Pushpa. Phytochemical and in vitro antidiabetic activity of Psidium guajava leaves. *Pharmacogn. J.* 2016;8:392-4.
11. Chew B.P., M.W. Wong and T.S. Wong. Effects of lutein from marigold extract on immunity and growth of mammary tumours in mice. *Anticancer Res.* 1996;16:3689-94.
12. Fullmer L.A. and A. Shao. The role of lutein in eye health and nutrition. *Am. Asso. Cereal Chem.* 2001;46:408-13.
13. Martin K.R., M.L. Eallila and J.C. Smith. β -Carotene and lutein protect HepG2 human liver cells against oxidant-induced damage. *J. Nutr.* 1996;126:2098-106.

ร.พ.จุฬาลงกรณ์ ได้รับรางวัลคุณภาพการรักษา ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระดับนานาชาติ แห่งแรกของไทย



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดงานแถลงข่าว การได้รับรางวัลคุณภาพการดูแลผู้ป่วย “รางวัลคุณภาพการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับนานาชาติ” จากสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งอเมริกา Bronze Award from the American Heart Association (AHA) Get with the Guidelines heart failure เป็นแห่งแรกของประเทศไทย โดยมี รศ.นพ.สุพจน์ ศิริมหาโชตะ นายกสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นผู้มอบรางวัล และ รศ.นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รับมอบ พร้อมด้วยคณะผู้บริหาร แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ศูนย์โรคหัวใจ เข้าร่วมงานและร่วมแสดงความยินดี ณ ห้องประชุม 302 ชั้น 3 อาคารรัตนวิทยาพัฒน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ซึ่งรางวัลคุณภาพการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระดับนานาชาติแสดงถึงศักยภาพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระดับสากลที่ได้มาตรฐานตามตัวชี้วัดของสมาคมโรคหัวใจสหรัฐอเมริกา (AHA) ซึ่งได้แก่ มาตรฐานการได้รับยาที่เหมาะสม มาตรฐานการติดตามผู้ป่วย และมาตรฐานการประเมินการทำงานของหัวใจ





ผศ.นพ.สมชาย ปรีชาวัฒน์ หัวหน้าศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กล่าวว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวคือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ตามที่ต้องการ ซึ่งนับเป็นภัยเงียบที่ใกล้ตัวของคนไทยในช่วงวัยสูงอายุ รวมถึงวัยทำงาน ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจจนนำไปสู่ความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวได้ทั้งสิ้น ปัจจุบันมีผู้ป่วยทั่วโลกมากกว่า 70 ล้านคน ประสบกับภาวะหัวใจล้มเหลว โดยคาดว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วย 1 ล้านคนที่ประสบกับภาวะหัวใจล้มเหลว และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่มักจะเสียชีวิตภายใน 5 ปี

ผศ.พญ.สมนพร บุญยะรัตเวช สองเมือง หัวหน้าหน่วยอายุรศาสตร์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กล่าวว่า การใช้ชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่เหนื่อยหอบ และมีอายุยืนขึ้นได้ ถ้าหากได้รับยาที่เหมาะสม ได้รับการประเมินการทำงานของหัวใจที่แม่นยำ และได้รับการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง

หน่วยของเรามีบุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ครบครันที่สามารถวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างครบวงจร และมุ่งเน้นการดูแลติดตามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างใกล้ชิดจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อมุ่งหวังลดอัตราการเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น กลับมาอนโรยบายาลช้ำน้อยลง และการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยอันเป็นเป้าหมายที่สำคัญ



รศ.พญ.ศรียญา ภูวนันท์ หัวหน้าอนุสาขภาวะหัวใจล้มเหลวและอายุรศาสตร์การปลูกถ่ายหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กล่าวถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (QUALITY IS OUR PRIORITY) และการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องอาศัยสหสาขาวิชาชีพในการดูแล ได้แก่ แพทย์พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร นักกายภาพหัวใจ เป็นต้น ซึ่งการเน้นเรื่องคุณภาพจากการดูแลผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นได้โดยความสำเร็จของการได้รางวัลคุณภาพในครั้งนี้มาจากความทุ่มเทของทุกฝ่ายที่ปฏิบัติตามเป้าหมายของมาตรฐานนโยบายการดูแลผู้ป่วย การมุ่งเน้นให้ความรู้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ

ตัวชี้วัดของรางวัลเป็นไปตามแนวเวชปฏิบัติ (guidelines) มาตรฐาน ซึ่งได้แก่ การได้รับยามาตรฐานที่เหมาะสม การได้รับการติดตามต่อเนื่อง การประเมินการทำงานของหัวใจที่แม่นยำ และการรักษาความเสี่ยงร่วม เช่น



ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งเราคาดหวังว่าหากผู้ป่วยได้รับการรักษาตามตัวชี้วัดเหล่านี้ ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีอายุยืนยาวขึ้น ดังนั้น รางวัลนี้จึงมีขึ้นเพื่อวัดผลว่าเราได้ทำตาม guidelines มากน้อยเพียงใด และกระตุ้นให้เราทำให้ได้ตามเป้าหมาย โดยเกณฑ์เป้าหมายคือ ต้องทำให้ได้มากกว่าร้อยละ 85 ของแต่ละตัวชี้วัดจึงจะได้รับตรวจคุณภาพนี้

การได้รับรางวัลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งอเมริกา **Bronze Award from the American Heart Association (AHA) Get with the Guidelines heart failure** เป็นแห่งแรกของประเทศไทย ในครั้งนี้เสมือนเป็นตราสัญลักษณ์แห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานระดับสากลที่เกิดจากความทุ่มเทของทุกภาคส่วนเป็นแรงบันดาลใจในการพัฒนาดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขต่อไป



Hyperthermia/Heat Stroke ตอนที่ 2

บทความตอนที่แล้วได้อธิบายถึงกลไกในการปรับสมดุลอุณหภูมิของร่างกาย ในบทความตอนนี้จะกล่าวถึงความผิดปกติเมื่อร่างกายต้องอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่มีความร้อนสูงเป็นเวลานาน หรือที่เรียกว่าภาวะ Heat stroke

Heat stroke คือ สภาวะที่ร่างกายไม่สามารถปรับลดอุณหภูมิได้เพียงพอต่ออุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้น เด็กเล็ก คนชรา ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ โรคสมอง ผู้ที่ใช้ยาบางอย่าง เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาจิตเวชบางกลุ่ม มีความเสี่ยงต่อการเกิด Heat stroke มากกว่าปกติ

การเกิด Heat stroke พบได้ในหลายสถานการณ์ เช่น

- เด็กหรือหนุ่มสาวที่ออกกำลังกายหนักในสภาวะอากาศร้อน เช่น ฝึกทหาร ฝึกซ้อมกีฬา
- สภาพอากาศที่มีคลื่นความร้อนเป็นเวลานาน กรณีหลังนี้มักส่งผลต่อผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี การเสียชีวิตจะพบได้เมื่อมีคลื่นความร้อนเกิดขึ้นแล้วประมาณ 1 สัปดาห์
- เด็กที่ถูกทิ้งไว้ในรถที่จอดตากแดดเป็นเวลานาน มีการศึกษาเกี่ยวกับอุณหภูมิของรถที่จอดตากแดด โดยศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่ออุณหภูมิภายในรถ เช่น การจอดตากแดด การจอดในร่มเงา การเปิดแง้มกระจกรถ สีของรถ ขนาดของรถ



ช่วงเวลาของวัน พบว่าอุณหภูมิภายในห้องโดยสารของรถที่จอดตากแดดเป็นเวลานานสูงได้ถึง 70 องศาเซลเซียส สีของรถไม่มีอิทธิพลต่ออุณหภูมิในห้องโดยสาร ขนาดของรถที่เล็กกว่า สะสมความร้อนได้เร็วกว่าและมีอุณหภูมิสูงสุดมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับรถที่ใหญ่กว่า การเปิดแง้มกระจกหน้าประมาณ 2 นิ้วไม่ช่วยลดความร้อน แต่หากเปิดกระจกหน้าต่างหมด สามารถลดความร้อนได้ แต่ความร้อนก็ยังสูงถึง 50 องศาเซลเซียส การจอดในร่มเงาช่วยลดความร้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ อุณหภูมิสูงสุดอยู่ที่ 44 องศาเซลเซียส



ขอบคุณภาพข่าวจากเว็บไซต์ PPTV

อาการของ Heat stroke ได้แก่ ผิวหนังร้อน แห้ง ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตต่ำ อาการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นฉับพลันทันใด หรืออาจมีอาการนำ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ เป็นตะคริว เกิดขึ้นก่อน

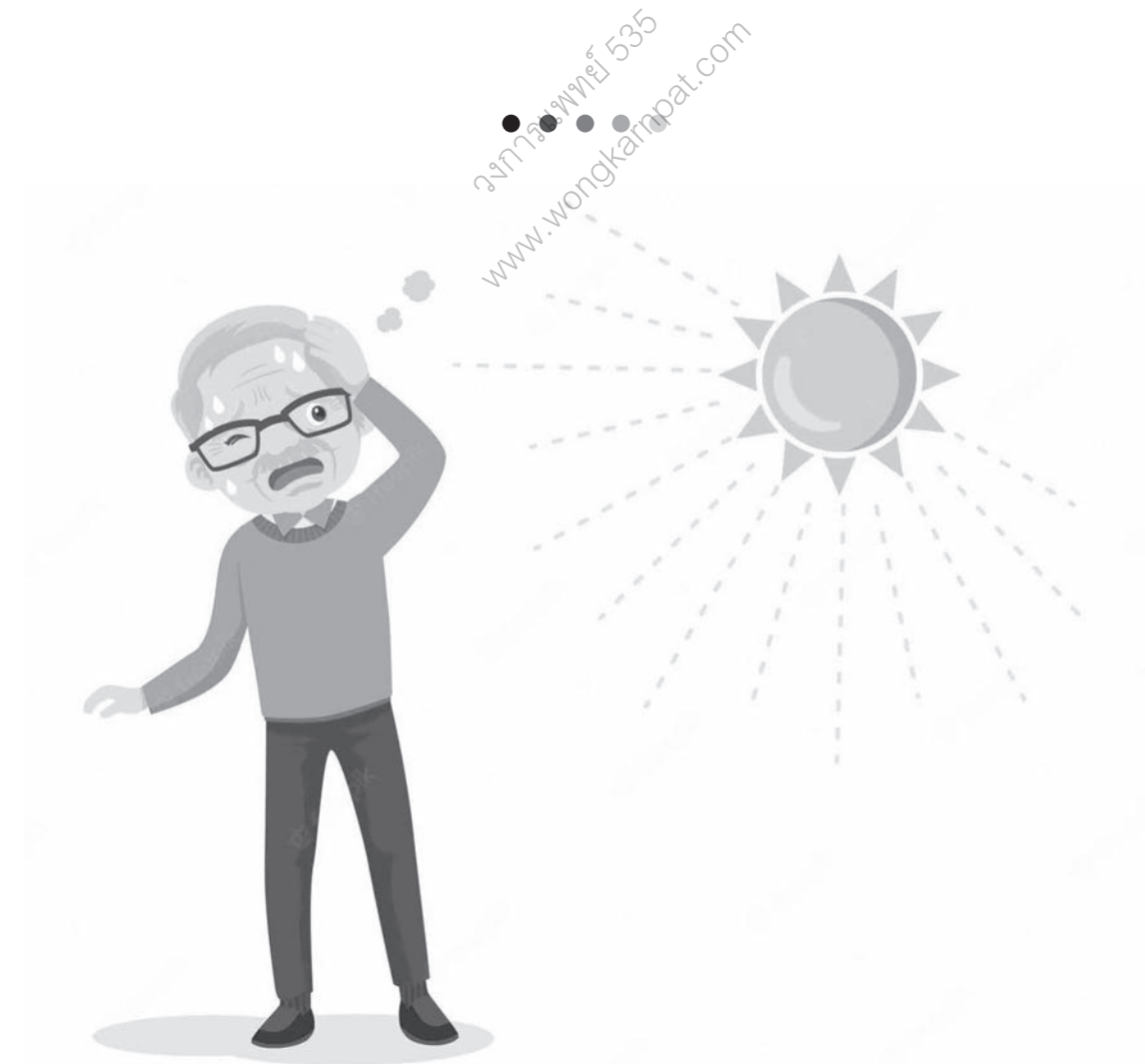
เมื่อกระแสเลือดมีอุณหภูมิสูงถึง 42 องศาเซลเซียส จะเกิดกลไกทางสรีรวิทยาของร่างกายคือ หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัว เพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลกลับและออกจากหัวใจ หัวใจห้องขวาและซ้ายเกิดการทำงานไม่ประสานกัน เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่สามารถสูบฉีดเลือดออกไปได้ตามปกติ เนื้อเยื่อต่าง ๆ จึงขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติตามมา

การวินิจฉัย Heat stroke ในผู้ป่วยที่มีชีวิตสามารถทำได้โดยง่ายจากอุณหภูมิร่างกายที่สูงกว่าปกติ ร่วมกับอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน ต่างจากการวินิจฉัยสาเหตุการเสียชีวิตจากการผ่าศพ หากเกิด Heat stroke แล้วยังมีชีวิตอยู่อย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต การผ่าตรวจศพอาจพบความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ได้ เช่น เลือดออกใต้เยื่อชั้นในของหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม ปอดอักเสบติดเชื้อ เซลล์ตับและเซลล์ท่อไตตาย เลือดออกที่ต่อมหมวกไต เกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดเล็กทั่วร่างกาย แต่หากเสียชีวิตทันที การผ่าศพจะไม่พบความผิดปกติที่จำเพาะ การวินิจฉัยต้องอาศัยประวัติ ข้อมูลสภาวะแวดล้อมของที่เกิดเหตุ และการผ่าศพที่ไม่พบสาเหตุการเสียชีวิตอื่น

การวัดอุณหภูมิจากทวารหนักศพเป็นการตรวจวัดที่ใช้ช่วยในการวินิจฉัยสาเหตุการเสียชีวิตได้ โดยหากทราบเวลาเสียชีวิตที่แน่นอนและทำการตรวจวัดอุณหภูมิจากทวารหนักศพในเวลาอันสั้นหลังเสียชีวิต หากพบว่าอุณหภูมิสูงและการผ่าศพไม่พบความผิดปกติอื่นเป็นสาเหตุให้อุณหภูมิสูง เช่น เลือดออกในสมอง ได้รับสารกลุ่ม Salicylate เกินขนาด ก็สามารถวินิจฉัยสาเหตุการเสียชีวิตได้ว่าเกิดจาก Heat stroke

การเสียชีวิตจากภาวะ Heat stroke ที่เกิดขึ้นในประเทศเราตามที่ปรากฏเป็นข่าวอยู่เป็นระยะนั้น จะเห็นว่าเกิดขึ้นใน 2 สถานการณ์ คือ การฝึกทหารหรือการซ้อมกีฬาอย่างหนักหน่วงกลางแจ้งที่ อากาศร้อนจัด และเด็กถูกทิ้งในรถของพ่อแม่ผู้ปกครองหรือรถโรงเรียน ส่วนคลื่นความร้อนที่ทำให้มีผู้เสียชีวิต มักจะเกิดขึ้นในฤดูร้อนของประเทศแถบยุโรปเสียส่วนใหญ่

เมื่อทราบดังนี้แล้วว่าการอาศัยในประเทศที่มีอากาศร้อนชื้นเกือบตลอดทั้งปี มีอุณหภูมิในช่วงกลางวัน สูงในระดับที่สามารถทำให้เกิด Heat stroke ได้ถ้าประกอบกิจกรรมอย่างไม่ระมัดระวัง ไม่ว่าจะฝึกทหาร ซ้อมกีฬากลางแจ้งอย่างหนักหน่วง หรือปล่อยทิ้งเด็กไว้ในรถที่จอดตากแดด รายงานข่าวทุกครั้งที่เกิด เหตุการณ์เช่นนี้ก็มักจะทิ้งท้ายว่า ขอให้เป็นกรณีสุดท้าย แต่กรณีดังกล่าวก็ยังเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก อาจเป็น เพราะความเคยชินกับสภาพอากาศร้อนของผู้คนจึงทำให้ไม่ระหนักถึงอันตรายที่แฝงอยู่ ดังนั้น การใช้ชีวิต อย่างมีสติและระมัดระวังของปัจเจกบุคคล รวมถึงการสื่อสารของภาครัฐให้ประชาชนตระหนักถึงอันตราย จากสภาพอากาศร้อนจึงเป็นหนทางเดียวที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโศกนาฏกรรมแบบเดิมซ้ำ





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

นิตยสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ
ทางด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งนิตยสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก นิตยสารวงการแพทย์

○ 1 ปี (12 ฉบับ) 720 บาท

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก นิตยสารวงการยา

○ 1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม 620 บาท

○ 1 ปี (CPE online) 350 บาท

ประเภทสมาชิก ☐ ใหม่ ☐ ต่ออายุ หมายเลขสมาชิก (ถ้ามี).....

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคาร สังกัด ปณ.ดลิ่งขึ้น 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

☐ เช็คบัตรเครดิต A/C PAYEE ONLY ส่งจ่ายในนาม บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด

เขื่อนอาคารสาขา.....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. ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร
กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน
(PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัคร
ที่หมายเลขแฟกซ์ 0-2423-2286

2. บริษัทจะจัดส่งนิตยสารและใบเสร็จรับเงิน
พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน
หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระ
ค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. 0-2435-8111, 0-2435-8444

ต่อ 101

แฟกซ์ 0-2423-2286



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

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

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

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

THE MEDICAL NEWS **วงการแพทย์** THE MEDICINE JOURNAL **วงการยา** **2565** สัจจกรทั่วไทย

วงการแพทย์ 535
www.wongkampat.com

