



แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ โรงพยาบาลรามารัตน์

ซักประวัติ

- 80% เกิดจากเชื้อไวรัสหรือสาเหตุอื่นที่ไม่ต้องให้ยาต้านจุลชีพ
- ส่วนน้อยเกิดจากเชื้อแบคทีเรียซึ่งควรให้ยาต้านจุลชีพ
- การให้ยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็นจะเพิ่มความรุนแรงของปัญหาเชื้อดื้อยา

กรณีที่ไม่ให้ยาต้านจุลชีพ

- Common cold/ Rhinitis/ Pharyngitis/ Tonsillitis
- Acute otitis media และ Rhinosinusitis ที่ไม่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่ควรให้ยาต้านจุลชีพ

อาการ

- ใช้สูงร่วมกับตาแดง น้ำตาไหล ไอ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เสียงแหบ น้ำมูกใส น้ำมูกมาก จามบ่อย
- ใช้ต่ำๆ หรือไม่มีไข้ เจ็บคอไม่มาก ไม่เจ็บคอ มีผื่นผิวหนัง มีแผลในช่องปาก
- ต่อม้ำเหลืองบริเวณลำคอโต 2 ข้าง เป็น chain (น่าจะเป็น infectious mononucleosis หรือการติดเชื้อไวรัสชนิดอื่น)

Pharyngitis/ Tonsillitis
เฉพาะที่เกิดจากเชื้อ
group A beta hemolytic
streptococcus (GABHS)

ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป
และมีลักษณะ ≥ 3 ข้อ

ดังต่อไปนี้

- ไข้สูง เช่น 39°C ร่วมกับเจ็บคอมาก
- มีจุดหนองที่ต่อมทอนซิล หรืออาจมีลิ้นไก่บวมแดง
- ต่อม้ำเหลืองบริเวณลำคอโต และกดเจ็บ (ตำแหน่งเดียว)
- ไม่มีอาการของโรคหวัด เช่น น้ำมูก ไอ จามที่เด่นชัด

ยาต้านจุลชีพ ได้แก่
(ดูข้อมูลหน้า 2)

Acute otitis media

ที่ได้ยืนยันการวินิจฉัยด้วยการ
ตรวจด้วย otoscope/
microscope

ร่วมกับมีลักษณะอย่างใดอย่าง
หนึ่ง ดังนี้

- เด็กอายุ < 2 ปี
- มีหนองไหลออกจากหู
- อาการรุนแรง
- ไม่สามารถมาติดตามผลการรักษา
- หากมีไข้ ปวดหูหลังจากเป็นหวัดเป็นมากกว่า 72 ชั่วโมง

ยาต้านจุลชีพ ได้แก่
(ดูข้อมูลหน้า 3)

Acute bacterial
rhinosinusitis

ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง
ดังนี้

- มีอาการของ Rhinitis นานกว่า 10 วัน โดยที่ไม่เกี่ยวกับภูมิแพ้
- เป็น Rhinitis นานกว่า 3-4 วันแล้วมีอาการแย่ลง เช่น มีไข้ใหม่ ปวดศีรษะ
- มีอาการรุนแรง เช่น ไข้สูง ร่วมกับ facial pain หรือ postnasal drip หรือ purulent discharge อย่างน้อย 1 ข้อ
- (การ x-ray sinus อาจไม่ช่วยในการวินิจฉัย)

ยาต้านจุลชีพ ได้แก่
(ดูข้อมูลหน้า 5)

ยาต้านจุลชีพสำหรับรักษาทอนซิลอักเสบ หรือ คอหอยอักเสบจาก group A beta hemolytic streptococcus (GABHS)

ยา	ระยะเวลาการรักษา	ขนาดยา	
		ขนาดยาในเด็ก	ขนาดยาในผู้ใหญ่
1. ยาที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก			
Amoxicillin ^[1]	10 วัน	50 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 1-3 ครั้ง	ครั้งละ 500 mg วันละ 2-3 ครั้ง
2. ถ้าแพ้ amoxicillin/penicillin			
2.1 Non-Type I hypersensitivity/non-immediate hypersensitivity			
Cephalexin ^[2]	10 วัน	40 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง	ครั้งละ 500 mg วันละ 2 ครั้ง
2.2 Type I hypersensitivity/immediate hypersensitivity			
Roxithromycin ^[1,3,4]	10 วัน	5-8 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง	ครั้งละ 300 mg แบ่งให้วันละ 1-2 ครั้ง
Azithromycin ^[2]	5 วัน	12 mg/kg/day วันละ 1 ครั้ง	ครั้งละ 500 mg วันละ 1 ครั้ง
Clarithromycin ^[2]	10 วัน	15 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง	ครั้งละ 250 mg วันละ 2 ครั้ง หรือ ครั้งละ 500 mg MR วันละ 1 ครั้ง
Clindamycin ^[2]	10 วัน	20-30 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง (maximum 300 mg/dose)	ครั้งละ 300 mg วันละ 3 ครั้ง

ผู้สูงอายุปรับขนาดยาตาม creatinine clearance

References:

- พิสนธิ์ จงตระกูล. แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดตีไซน์; 2554.
- Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2012;55(10):e86-102.
- Rulid [package insert]. Bangkok: Sanofi-Aventis (Thailand) Co., Ltd.; 2012.
- Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. Drug Information Handbook with International trade names index. 20th ed. MD: American Society of Health-System Pharmacists; 2012.

ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา^[1]

1. อายุ < 2 ปี หรือมีอาการรุนแรงมาก (เช่น ไข้สูง ≥ 39 องศาเซลเซียส หรือปวดหูมากกว่า 2 วัน แนะนำให้ใช้ยา 10 วัน
2. อายุ 2-5 ปี แนะนำให้ใช้ยา 7 วัน
3. อายุ ≥ 6 ปี แนะนำให้ใช้ยา 5-7 วัน
4. อายุ > 18 ปี แนะนำให้ใช้ยา 7 วัน

ยา	ขนาดยา	
	ขนาดยาในเด็ก	ขนาดยาในผู้ใหญ่
1. ยาที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก		
Amoxicillin ^[2]	80-90 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง	ครั้งละ 500 mg วันละ 3 ครั้งหรือถ้าสงสัยเชื้อดื้อยา เพิ่มเป็น ครั้งละ 1000 mg วันละ 3-4 ครั้ง
2. ควรประเมินผู้ป่วยภายใน 48 - 72 ชั่วโมง - หากยังมีไข้สูง ปวดหูมาก เยื่อหุ้มสมองแดง ควรส่งต่อแพทย์หู คอ จมูกและพิจารณาเปลี่ยนยาเป็น		
Amoxicillin/clavulanate ^[1,5]	90/6.4 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง	moderate to severe: ครั้งละ 875/125 mg วันละ 2 ครั้ง หรือครั้งละ 500/125 mg วันละ 3 ครั้ง
Ampicillin/sulbactam ^[6]	< 30 kg]: 25-50 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง [≥ 30 kg]: ครั้งละ 375-750 mg วันละ 2 ครั้ง	ครั้งละ 750 mg วันละ 2 ครั้ง
Cefditoren ^[5,7,8]	9-18 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง	ครั้งละ 400 mg วันละ 2 ครั้ง
Levofloxacin ^[4,5,9,10]	ควรเลือกใช้เฉพาะกรณีไม่มียาอื่น หรือ microbiological proven drug-resistant strain < 5 ปี 16-20 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ≥ 5 ปี 8-10 mg/kg/day ให้วันละ 1 ครั้ง	ครั้งละ 500-750 mg วันละ 1 ครั้ง
3. ถ้าแพ้ amoxicillin/penicillin		
3.1 Non-Type I hypersensitivity/non-immediate hypersensitivity		
Cefditoren ^[5,7,8]	9-18 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง	ครั้งละ 200-400 mg วันละ 2 ครั้ง
Levofloxacin ^[4,5,9,10]	< 5 ปี 16-20 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ≥ 5 ปี 8-10 mg/kg/day ให้วันละ 1 ครั้ง	ครั้งละ 500-750 mg วันละ 1 ครั้ง
3.2 Type I hypersensitivity/ immediate hypersensitivity		
Azithromycin ^[4,5,11]	10 mg/kg วันละ 1 ครั้ง (5 วัน)	ครั้งละ 500 mg วันละ 1 ครั้ง (5 วัน)
Clarithromycin ^[4,5,12-16]	15 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง	ครั้งละ 250-500 mg วันละ 2 ครั้ง
Levofloxacin ^[4,5,9,10]	< 5 ปี 16-20 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ≥ 5 ปี 8-10 mg/kg/day ให้วันละ 1 ครั้ง	ครั้งละ 500-750 mg วันละ 1 ครั้ง

ผู้สูงอายุปรับขนาดยาตาม creatinine clearance

References:

1. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2013;131(3):e964-99.
2. พิสนธิ์ จงตระกูล. แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์; 2554.
3. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2004;113(5):1451-65.
4. Lexi-Comp, Inc. (Lexi-Drugs™). Lexi-Comp, Inc.; August 25, 2014.
5. DrugPoints® System [database on the Internet]. Ann Arbor (MI): Truven Health Analytics; 2014 [cited 2014 Aug 25]. Available from: www.micromedexsolutions.com. Subscription required to view.
6. Unasyn [package insert]. Bangkok: Pfizer (Thailand) Co., Ltd.; 2012.
7. Meiacet Fine Granules [Package insert]. Tokyo: Meiji Seika Pharma Co., Ltd. n.d.
8. Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. Drug Information Handbook with International trade names index. 20th ed. MD: American Society of Health-System Pharmacists; 2012.
9. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis*. 2012;54(8):e72-e112.
10. Cravit [package insert]. Bangkok: Interthai Pharmaceutical Manufacturing Ltd.; 2013.
11. Zithromax [package insert]. Bangkok: Pfizer (Thailand) Co., Ltd.; 2013.
12. Crixan [package insert]. Dewas: Ranbaxy Laboratories Limited; n.d.
13. Claron [package insert]. Bangkok: Siam Bheasach Co., Ltd.; 2004.
14. Klacid [package insert]. Bangkok: Abbott Laboratories Limited; 2005.

ยาต้านจุลชีพสำหรับรักษา Acute Bacterial Rhinosinusitis

ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา^[1]

1. Child: 7-14 days
2. Adult: 5-7 days

ยา	ขนาดยา	
	ขนาดยาในเด็ก	ขนาดยาในผู้ใหญ่
1. ยาที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก		
Amoxicillin ^[2]	80-90 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง	ครั้งละ 500 mg วันละ 3 ครั้งหรือถ้าสงสัยเชื้อดื้อยา เพิ่มเป็น ครั้งละ 1000 mg วันละ 3-4 ครั้ง
2. ควรประเมินภายใน 3-5 วัน หากยังไม่ดีขึ้นหรือมีผลแทรกซ้อน ควรพิจารณาเปลี่ยนยาหรือส่งพบผู้เชี่ยวชาญ		
Amoxicillin/clavulanate ^[1]	90/6.4 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง	[Immediate release]: ครั้งละ 875/125 mg วันละ 2 ครั้ง หรือ ครั้งละ 500/125 mg วันละ 3 ครั้ง [Sustained release]: ครั้งละ 2000 mg/125 mg วันละ 2 ครั้ง
Cefditoren ^[7,8,9]	9 - 18 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง	ครั้งละ 200-400 mg วันละ 2 ครั้ง
Levofloxacin ^[1,9-11]	< 5 ปี 16-20 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ≥ 5 ปี 8-10 mg/kg/day ให้วันละ 1 ครั้ง	ครั้งละ 500-750 mg วันละ 1 ครั้ง
กรณีมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการรุนแรงพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพชนิดฉีด		
3. ถ้าแพ้ amoxicillin/penicillin		
3.1 Non-Type I hypersensitivity/non-immediate hypersensitivity		
Cefditoren ^[7,8,9]	9-18 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง	ครั้งละ 200-400 mg วันละ 2 ครั้ง
Levofloxacin ^[4,9-11]	< 5 ปี 16-20 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ≥ 5 ปี 8-10 mg/kg/day ให้วันละ 1 ครั้ง	ครั้งละ 500 mg วันละ 1 ครั้ง
3.2 Type I hypersensitivity/ immediate hypersensitivity		
Clarithromycin ^[10,11]	15 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง	ครั้งละ 500 mg วันละ 2 ครั้ง
Doxycycline ^[1,9,10]	ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็ก	ครั้งละ 200 mg แบ่งให้วันละ 1-2 ครั้ง
Levofloxacin ^[1,4,9-11]	< 5 ปี 16-20 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ≥ 5 ปี 8-10 mg/kg/day ให้วันละ 1 ครั้ง	ครั้งละ 500 mg วันละ 1 ครั้ง

ผู้สูงอายุปรับขนาดยาตาม creatinine clearance

References:

1. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis*. 2012;54(8):e72-e112.
2. พิสนธิ์ จงตระกูล. แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์; 2554.
3. Goldenberg D, Goldstein BJ. *Handbook of Otolaryngology: Head and Neck Surgery*. New York: Thieme Medical Publishers; 2010.
4. Sachdeva A, Dutta AK. *Advance in pediatrics*. 2nd ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2012.
5. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2004;113(5):1451-65.
6. Unasyn [package insert]. Bangkok: Pfizer (Thailand) Co., Ltd.; 2012.
7. Poachanukoon O, Kitcharoensakkul M. Efficacy of cefditoren pivoxil and amoxicillin/clavulanate in the treatment of pediatric patients with acute bacterial rhinosinusitis in Thailand: a randomized, investigator-blinded, controlled trial. *Clin Ther*. 2008;30(10):1870-9.
8. Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. *Drug Information Handbook with International trade names index*. 20th ed. MD: American Society of Health-System Pharmacists; 2012.
9. DrugPoints® System [database on the Internet]. Ann Arbor (MI): Truven Health Analytics; 2014 [cited 2014 Aug 25]. Available from: www.micromedexsolutions.com. Subscription required to view.
10. Lexi-Comp, Inc. (Lexi-Drugs™). Lexi-Comp, Inc.; August 25, 2014.
11. Cravit [package insert]. Bangkok: Interthai Pharmaceutical Manufacturing Ltd.; 2013.
12. Gehanno P, Boucot I, Berche P, Uhlich J. Clinical efficacy and tolerability of cefixime in the treatment of acute sinusitis. *Drugs*. 1991;42 Suppl 4:19-24.



แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคท้องร่วง (หรืออุจจาระร่วง) เฉียบพลัน
สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ โรงพยาบาลรามธิบดี

ซักประวัติ

การวินิจฉัยและการรักษา

โดยส่วนใหญ่ภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลันมักจะหายได้เองด้วยการรักษาแบบประคับประคอง
การให้สารน้ำทางปากหรือหลอดเลือดดำ มีกรณีที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะน้อยมาก
และบางกรณีเช่น อุจจาระร่วงที่เกิดจากเชื้อ *Salmonella* sp.
ยาปฏิชีวนะจะทำให้มีเชื้อค้างอยู่ในอุจจาระเป็นเวลานานขึ้น

กรณีไม่ให้ยาด้านจุลชีพ

อาหารเป็นพิษ

- มีอาการอาเจียนเป็นอาการเด่น

ท้องร่วงชนิด non-invasive (แบคทีเรียยังไม่ลุกล้ำเข้าไปในผนังลำไส้)

- ถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูก หรือถ่ายเป็นน้ำอย่างน้อย 3 ครั้ง

กรณีให้ยาด้านจุลชีพ

1. ท้องร่วงชนิด invasive (แบคทีเรียลุกล้ำเข้าไปในผนังลำไส้)

- มีไข้ $> 38^{\circ}C$ และอุจจาระมีเลือดปน เห็นได้ด้วยตาเปล่า หรือตรวจพบ RBC และ WBC ในอุจจาระ

2. Severe acute watery diarrhea และสงสัย cholera

ยา	ขนาดยา	
	ขนาดยาในเด็ก	ขนาดยาในผู้ใหญ่
1. ยาที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก		
Norfloxacin ^[1]	15-20 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง x 3-5 days	400 mg วันละ 2 ครั้ง x 3-5 days
2. กรณี Traveler's diarrhea		
Azithromycin ^[2-4]	10 mg/kg/day x 3 days	ครั้งละ 500 mg วันละ 1 ครั้ง x 1-3 days หรือ ครั้งละ 1000 mg ครั้งเดียว
3. กรณีแพ้ยาในกลุ่ม Fluoroquinolones		
Cefixime ^[9,10]	7.5-10 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 1-2 ครั้ง x 5 days	ครั้งละ 400 mg วันละ 1 ครั้ง x 1-3 days
Ceftriaxone ^[5-9]	50-100 mg/kg/day IV/IM แบ่งให้วันละ 1-2 ครั้ง x 5 days	ครั้งละ 2 g IV/IM วันละ 1 ครั้ง x 7-14 days
4. กรณี Cholera		
Doxycycline ^[4,11]	2-4 mg/kg ครั้งเดียว	ครั้งละ 300 mg ครั้งเดียวหรือ ครั้งละ 100 mg วันละ 2 ครั้ง x 3 days

References:

1. พิสนธิ์ จงตระกูล. แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2554
2. Connor BA. Traveler's Diarrhea [Internet]. 2013 [cited 2014 Sep 2]. Available from: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/chapter-2-the-pre-travel-consultation/travelers-diarrhea>
3. Yates J. Traveler's diarrhea. Am Fam Physician. 2005;71(11):2095-100.
4. DrugPoints® System [database on the Internet]. Ann Arbor (MI): Truven Health Analytics; 2014 [cited 2014 Sep 2]. Available from: www.micromedexsolutions.com. Subscription required to view.
5. Barr W, Smith A. Acute diarrhea. Am Fam Physician. 2014;89(3):180-9.
6. Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, Thielman NM, Slutsker L, Tauxe RV, et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. Clin Infect Dis. 2001;32(3):331-51.
7. Manatsathit S, Dupont HL, Farthing M, Kositchaiwat C, Leelakusolvong S, Ramakrishna BS, et al. Guideline for the management of acute diarrhea in adults. J Gastroenterol Hepatol. 2002;17 Suppl:S54-71.
8. Farthing M, Salam MA, Lindberg G, Dite P, Khalif I, Salazar-Lindo E, et al. Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. J Clin Gastroenterol. 2013;47(1):12-20.
9. Diniz-Santos DR, Silva LR, Silva N. Antibiotics for the empirical treatment of acute infectious diarrhea in children. Braz J Infect Dis. 2006;10(3):217-27.
10. Epocrates. Traveler's Diarrhea [Internet]. [cited 2014 Sep 2]. Available from: <https://online.epocrates.com/u/2942601/Traveler%27s+diarrhea/Treatment/Tx+Details>
11. World Health Organization. (2010). Recommendations for clinical management of cholera. Retrieved from <http://www.cdc.gov/cholera/treatment/antibiotic-treatment.html#ten>

รายนามผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาตามโครงการ Antibiotic Smart Use

- | | | | |
|-----|---------------|-----------------|--|
| 1. | ผศ. กำธร | มาลาธรรม | ประธานคณะกรรมการเกี่ยวกับการใช้ยาต้านจุลชีพและวัคซีน |
| 2. | ผศ. ธงชัย | พงศัฒพัฒน์ | ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา |
| 3. | อ. พอพล | โรจนพันธุ์ | สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ |
| 4. | ผศ. ชาญ | เกียรติบุญศรี | หัวหน้าสาขาวิชาโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤติ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ |
| 5. | อ. พงศ์เทพ | ธีระวิทย์ | สาขาวิชาโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤติ ภาควิชาอายุรศาสตร์ |
| 6. | อ. ศุภมาส | เชิญอักษร | สาขาวิชาโรคทางเดินอาหารและตับ ภาควิชาอายุรศาสตร์ |
| 7. | อ. อัครวิทย์ | พูลสมบัติ | สาขาวิชาโรคทางเดินอาหารและตับ ภาควิชาอายุรศาสตร์ |
| 8. | อ. พรเทพ | ต้นเผ่าพงษ์ | สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ |
| 9. | ผศ. ชนเมธ | เตชะแสนศิริ | หัวหน้าสาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ |
| 10. | อ. นพพร | อภิวัดนากุล | สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ |
| 11. | อ. สุกิตรา | ชัยสวณียากรณ์ | สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ |
| 12. | ผศ. ธีรเดช | คุปตานนท์ | สาขาวิชาโรคระบบหายใจ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ |
| 13. | ผศ. วิภารัตน์ | มนุญากร | สาขาวิชาโรคภูมิแพ้ ภูมิคุ้มกันและโรคข้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ |
| 14. | อ. อารักษ์ | วิบูลผลประเสริฐ | ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน |
| 15. | อ. ธิดาทิต | ประชานุกุล | ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน |
| 16. | อ. มนทร์รัตน์ | จินดา | ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว |
| 17. | ภญ. ศุภศิลา | สระเอี่ยม | เภสัชกร |
| 18. | ภญ. พาขวัญ | ปุ่นนุปรุต | เภสัชกร |