

ยาปฏิชีวนะ... ภัยร้ายในเด็ก



ISSN 1513-5896
9 771513589016

รู้ทันโรค 38
ตัดเส้นประสาทกำราบ
“ความดันโลหิตสูง”

เกาะติดงานประชุม 42
คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล จัดประชุมวิชาการ
Pharmacy Review and Update Series 2014:
Pharmacotherapy of Trauma Patients

รายงานพิเศษ 44
ประโยชน์ขอมสารโอทีพีพีในชาอู่หลง

มิวโคโซลวาน® พีแอล

แอมบรอกซอล ไฮโดรคลอไรด์ 75 มก.

ชนิดออกฤทธิ์นาน



- ช่วยจัดเสมหะในหลอดลม และบรรเทาอาการไอ
- ละลายเสมหะ ในโรคหลอดลมอักเสบ ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ที่มีการหลั่งเสมหะผิดปกติ และมีความบกพร่องของการขับเสมหะออก
- **สะดวก ผู้ใหญ่รับประทานวันละ 1 แคปซูล**



Boehringer
Ingelheim

บริษัท เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์ (ไทย) จำกัด
โทร 02-308-8500

อ่านคำเตือนในฉลากก่อนใช้ยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขท. 410/2556
ID.No.13-MUPL-MA#01

คณะที่ปรึกษาเกียรติยศ

ศ.นพ.มนตรี ผู้จินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
 ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ศ.พญ.ชนิกา ผู้จินดา
 นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา รศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
 ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิมล จรรยาวัฒน์
 รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตลิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค
 รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณิจธรรม ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิไล
 พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กองนันทกุล ภก.วิสุทธิ์ สุริยาภิวัฒน์
 ภก.ธีระ ฉกาจโรดม ภญ.ทัศน์ีย์ เขียวขจี
 ภก.วาทันต์ ร.ต.วิเศษ วัฒนวงศ์วุฒ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประครองพันธ์

กรรมการบริหาร

วาทัน วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแฮม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ทิรัญยยะลิต

แบบดไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนชาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ชนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ทยหอม

ปิยะวรรณ หาญณะ, สุรินัน ชนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา อิศรานนท์ สิทธิพิสุทธิ์กุล

โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 **แฟกซ์** 0-2884-7299

สนใจสมัครสมาชิกได้ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สรภสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

FAPA
Lifetime Achievement
Award



ภก.ศ.ดร.จอมจิน จันทรสกุล เป็นเภัชกร
 คนแรกที่ได้รับรางวัล FAPA Lifetime Achievement
 Award (FAPA LTAA) นับเป็นเกียรติประวัติอันสูงส่ง และ
 เป็นความภาคภูมิใจของเภัชกรไทยทุกคน

FAPA (Federation of Asian Pharmaceutical Associations) หรือ
 สมาพันธ์เภัชกรรมสมาคมแห่งเอเชีย เป็นองค์กรของเภัชกรชาวเอเชีย
 ที่ก่อตั้งเมื่อปี ค.ศ. 1964 ในปีนี้เป็นปีแรกที่จะมีการมอบรางวัล FAPA
 LTAA ซึ่งเป็นรางวัลอันทรงเกียรติที่จะมอบให้แก่เภัชกรที่ได้อุทิศตนตลอด
 ชีวิตการทำงานจนเป็นที่ประจักษ์ชัด ได้สร้างสรรค์สิ่งดี ๆ เพื่อประโยชน์
 ที่ไม่เฉพาะต่อวิชาชีพเภัชกรรมเท่านั้น แต่รวมถึงองค์กรของเภัชกรรม
 และสังคมโดยรวม

การคัดเลือกผู้สมควรได้รับรางวัล FAPA LTAA พิจารณาจาก
 ผลงานที่เกิดจากการปฏิบัติมากกว่าผลงานเชิงวิชาการ นั่นคือผลงานที่ทำ
 ต้องมีการพัฒนาที่ดีขึ้นในวิชาชีพเภัชกรรมที่มีผลในทางปฏิบัติและผลต่อ
 สังคม ผลงานเหล่านี้ต้องเป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศและระดับชาติ นับว่า
 เป็นรางวัลระดับนานาชาติอย่างแท้จริง

การมอบรางวัล FAPA LTAA ครั้งแรกนี้จะมีพิธีมอบในการประชุม
 FAPA Congress 2014 ในระหว่างวันที่ 9-12 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ณ เมือง
 ซาบา ประเทศมาเลเซีย เภัชกรไทยคงจะได้ร่วมเดินทางไปร่วมแสดงความ
 ยินดีกันถ้วนหน้า

ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประครองพันธ์

Contents

ฉบับ 188 ประจำเดือนมีนาคม 2557

3 โลกกว้างทางยา

- เสริมวิตามินอีไม่ใช่ออย่างที่หวัง
- อันตรายจากการใช้เทสโทสเตอโรน
- ยาลดความดันเพิ่มการหกล้มในผู้สูงอายุ

6 Hot News

- อย. เตือน “น้ำหมักเต็มพลัง ตราผู้ใหญ่สุพรรณ” สุดอันตราย
- สมุนไพรแก้เบาหวาน ห้ามกินต่อกันเกิน 7 วัน
- เตือนยาหยอดตาสมุนไพรถึงขั้นตาบอด

9 ก้นกระแส

คุณหมอน่าจะทำได้ดีกว่านี้

10 รอบรู้เรื่องยา

สารทาป้องกันยุง (Repellents)

12 กิศกยา

Northera ใช้รักษาโรคความดันโลหิตต่ำจากระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ

13 CPE PLUS

การใช้ยาในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

27 กฎหมายเภสัช

เพียรเจรจาให้เคียงคู่วิชาชีพ

30 แทะกล่อ่ง FDA

ยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใหม่

31 เกาะติดสถานการณ์

ยาปฏิชีวนะ...ภัยร้ายในเด็ก

35 อาคันตุกะ

ภญ.วุฒิรัต ธรรมวุฒิ คนเก่งมีมากมาย แต่คนที่พร้อมทุกโอกาสคงมีไม่มาก

38 รู้กับโรค

ตัดเส้นประสาททำร่าบ “ความดันโลหิตสูง”

40 ยากับชีวิต

ความเชื่อเรื่องโชคลางของคนเอเชีย

42 เกาะติดงานประชุม

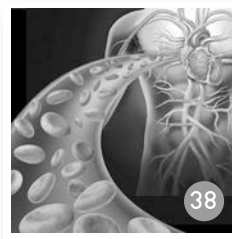
คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล จัดประชุมวิชาการ

Pharmacy Review and Update Series 2014: Pharmacotherapy of Trauma Patients

44 รายงานพิเศษ

ประโยชน์ของสารไอทีพีพีในชาอู่หลง

47 ข่าวบริการ



เชื้อแบคทีเรียสเตรปโตคอคคัสกลายเป็นเชื้อร้าย

HealthDay News: แพทย์เตือนว่าเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในทางเดินอาหารของคนปกติอาจแปลงร่างเป็นเชื้อร้ายที่รักษายาก รายงานฉบับใหม่จากแพทย์ในกรุงนิวยอร์ก นิวเม็กซิโก และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา รายงานคนไข้ 2 รายที่ติดเชื้อ Streptococcus group B ซึ่งกลายเป็นเชื้อที่ดื้อยา vancomycin ซึ่งเป็นยาที่มีฤทธิ์แรง และมักเลือกใช้เป็นตัวสุดท้าย

Dr.Elizabeth Scott จากศูนย์อนามัยและสุขภาพชุมชน วิทยาลัยชิคมอนกล่าวว่า ในสมัยก่อนเชื้อ Streptococcus group B ถือเป็นเชื้อที่รักษาได้ง่ายเพียงใช้ยาในกลุ่มเพนิซิลลิน หรือยาปฏิชีวนะทั่วไปก็ได้ผล ทุกครั้งที่มิข้อมูลการพบเชื้อตัวใหม่มักจะเก่งขึ้น ดื้อต่อยาเดิม ๆ ต้องค้นหายาปฏิชีวนะกลุ่มใหม่ ส่วนยาเก่า ๆ ก็จะใช้ไม่ได้ผล จึงนับเป็นข่าวร้ายในคนไข้ 2 รายใหม่นี้ คนไข้ 2 รายที่ติดเชื้อแบคทีเรีย Streptococcus group B ซึ่งมียีนที่สามารถป้องกันตนเองจากยา vancomycin

แม้ว่าจะมีคนไข้เพียง 2 รายซึ่งไม่เกี่ยวข้องกัน แต่แสดงว่าการก่อกลายพันธุ์ของเชื้อแบคทีเรียเกิดคนละตำแหน่งของยีน หรือเป็นเชื้อที่แพร่กระจายได้รวดเร็ว นอกจากเชื้อจะดื้อต่อยา vancomycin แล้ว ยังดื้อต่อยาปฏิชีวนะกลุ่มอื่นด้วย

เชื้อแบคทีเรีย Streptococcus group B เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และโลหิตเป็นพิษ ประมาณ 1 ใน 4 ของหญิงมีครรภ์จะมีเชื้อแบคทีเรียนี้ซึ่งอาจจะติดเชื้อในทารกคลอดใหม่ Streptococcus group B เป็น

สาเหตุของการติดเชื้อตามข้อและผิวหนังในผู้สูงอายุ และผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำ

Dr.Connie Park แพทย์โรคติดเชื้อ ศูนย์การแพทย์มอนเตฟิออเร กรุงนิวยอร์ก เป็นผู้ดูแลคนไข้ที่อยู่นิวยอร์ก เป็นสตรีอายุ 82 ปี เป็นโรคเบาหวานมีการติดเชื้อ Streptococcus group B ที่ข้อเท้าจากการผ่าตัดรักษาเข่าแตก เชื้อนี้ลุกลามไปตามเลือดหลังจากผ่าตัดเพื่อล้างทำความสะอาดแผล และต้องเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจาก vancomycin เป็นยา linezolid จนหายขาดในที่สุด

คนไข้รายที่สองเป็นชายชาวเม็กซิโก อายุ 48 ปี เกิดการติดเชื้อจากการล้างไต เป็นเชื้อ Streptococcus group B ซึ่งแพร่มาจากบาดแผลที่ผิวหนัง เมื่อนำมาเพาะเชื้อจึงทราบว่าดื้อต่อยา vancomycin จึงเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นจนหายดี คนไข้ 2 รายไม่เกี่ยวข้องกัน แสดงว่าการดื้อต่อยาต่างคนต่างเกิด ซึ่งไม่ทราบสาเหตุและจะเป็นปัญหาในอนาคตหากไม่มียาใหม่ ๆ ให้เลือกใช้



เสริมวิตามินอีไม่ได้อย่างที่หวัง

HealthDay News: ชาวอเมริกันที่สุขภาพดีไม่ควรกินวิตามินอี หรือเบต้าแคโรทีน เพื่อหวังจะให้ช่วยป้องกันโรคหัวใจหรือโรคมะเร็ง นั่นคือผลสรุปจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากคุณค่าที่จะได้จากการได้รับวิตามินเสริมไม่ชัดเจน ทั้งยังอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพในบางคน

มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากที่แสดงว่าวิตามินอีไม่ได้ช่วยป้องกันโรคหัวใจหรือโรคมะเร็ง ขณะที่เบต้าแคโรทีน นอกจากจะไม่มีประโยชน์แล้ว ยังอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดในบางคน ซึ่งเป็นพวกที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเหล่านี้ แต่ปัจจุบันนี้วิทยาศาสตร์ยังไม่พอเพียงที่จะชี้ชัดว่าประโยชน์ที่ได้รับกับโทษที่อาจจะเกิดจากการใช้วิตามินเสริมมีมากน้อยเพียงใด นั่นคือคำสัมภาษณ์ของ Dr.Michael LeFevre รองประธานคณะผู้เชี่ยวชาญ

โรคหัวใจและโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายสูงในชาวอเมริกัน ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรผู้ใหญ่ใช้อาหารเสริมทุกวัน แม้ว่าจะมีผลพิสูจน์น้อยมากที่บ่งว่ามีประโยชน์ต่อคนที่สุขภาพดี ดังนั้น เพื่อให้คำแนะนำที่ดีต่อประชาชน คณะผู้เชี่ยวชาญ 16 คนได้เจาะลึกถึงผลการศึกษากับวิตามินในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา

ผู้เชี่ยวชาญทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิตามินรวม 5 เรื่อง และอีก 24 เรื่องเกี่ยวกับการใช้วิตามินแต่ละชนิด จาก 3 ใน 5 เรื่องเกี่ยวกับวิตามินรวม พบว่าไม่ได้ประโยชน์อะไรจากการเสริมวิตามิน แต่อีก 2 เรื่อง หนึ่งในนั้นเป็นการศึกษาขนาดใหญ่ในชาวอเมริกัน และอีกหนึ่งการศึกษาในชาวฝรั่งเศส ที่พบว่าการใช้วิตามินรวมประจำวันอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในผู้สูงอายุชาย แต่ไม่มีอาสาสมัครผู้หญิง ในอีกการศึกษาหนึ่งในสตรีเพศก็ไม่พบประโยชน์อะไร

การศึกษาผลของวิตามินเดี่ยว ๆ หรือเป็นคู่มือไม่มาก แต่ขนาดที่ใช้มีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา จึงยากที่จะสรุปรวมกันได้ โดยเฉลี่ยแล้วการเสริมด้วยเบต้าแคโรทีนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดในผู้ที่สูบบุหรี่ 24%

คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญล่าสุด (24 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2014) ซึ่งแก้ไขจากปี ค.ศ. 2003 คือ ไม่พบการเปลี่ยนแปลงจากการใช้วิตามินรวมเสริมในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ตัวแทนผู้ค้าวิตามินรวมเห็นว่า คำแนะนำของคณะผู้เชี่ยวชาญค่อนข้างเจาะจงคือ ใช้ได้กับผู้มีสุขภาพดีที่อายุเกิน 50 ปี และไม่เกี่ยวกับเด็ก หญิงมีครรภ์ หรือผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางโภชนาการ รายงานนี้จึงไม่ใช่นำคำแนะนำให้เลิกใช้อาหารเสริมที่ส่วนใหญ่ใช้กัน

หลายท่านเห็นว่าการกินอาหารเสริมมีใช้กันเพื่อทดแทนการกินอาหารตามปกติ สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาชักชวนให้ทุกคนกินอาหารตามปกติแทนที่จะกินอาหารเสริม และสมาคมโรคมะเร็งเห็นว่าข้อมูลปัจจุบันไม่สนับสนุนให้กินอาหารเสริมเพื่อป้องกันมะเร็ง

หัวใจเต้นผิดปกติใช้ยาทำให้เลือดเหลว

HealthDay News: ผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติควรใช้ยาทำให้เลือดเหลว เพื่อลดความเสี่ยงจากเส้นเลือดสมองอุดตัน นี่คือการแนะนำล่าสุดจากสถาบันประสาทวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การใช้ยาทำให้เลือดเหลวมีความสำคัญในผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอที่เคยมีประวัติเป็นภาวะเส้นเลือดสมองอุดตัน หรืออุดตันเล็กน้อย

ภาวะหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Atrial Fibrillation: AF) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดสมองขาดเลือด เนื่องจากทำให้เลือดคั่งอยู่ในหัวใจส่วนบน เลือดอาจจะเกิดจับตัวเป็นลิ่มหลุดออกจากหัวใจไปยังสมอง และทำให้เส้นเลือดอุดตันได้ ประมาณ 5% ของผู้ที่เป็น AF ที่ไม่ได้รับการรักษามักจะเป็นสมองขาดเลือดภายในปีถัดมา

ยากันเลือดแข็งหรือจับเป็นลิ่ม หรือยาทำให้เลือดเหลว เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันเลือดไปยังสมองอุดตัน แต่อาจทำให้ตกเลือดได้ จึงต้องใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

ยากันเลือดแข็งตัวใหม่ ๆ มีออกมามากมาย เช่น นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 ยาใหม่เหล่านี้ เช่น dabigatran (Pradaxa), rivaroxaban (Xarelto) และ apixaban (Eliquis) เป็นยาที่ให้ผลดีเทียบเท่าหรือดีกว่าตัวเก่าคือ warfarin และมีการเกิดเลือดตกในสมองน้อยกว่า นอกจากนี้การใช้ยาตัวใหม่ ๆ ไม่ต้องไปเจาะเลือดบ่อย ๆ

คำแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญยังบอกว่า ยาทำให้เลือดเหลวตัวใหม่ไม่ห้ามใช้ในคนไข้ที่เป็น AF ที่สูงอายุ มีความจำเสื่อมหรือมีความเสี่ยงปานกลางต่อการหกล้ม แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ว่าจะให้ยากันเลือดแข็งตัวหรือไม่ และจะใช้ยาตัวใด เนื่องจากประโยชน์กับความเสถียรในคนไข้แต่ละคนไม่เหมือนกัน

ใช้พาราเซตามอลระหว่างตั้งครรภ์เสี่ยงเป็นไฮเปอร์ในเด็ก

HealthDay News: ว่าที่คุณแม่ที่กำลังตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหัว ตัวร้อน อาจจะต้องหยุดคิดก่อนว่า จะใช้ยาตัวใด การใช้ยาพาราเซตามอลนาน ๆ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นไฮเปอร์แอคทีฟ (attention deficit-hyperactivity disorder: ADHD) ในเด็กที่จะเกิดมา นี่คือการสรุปจากผลงานวิจัยระยะยาวล่าสุด

ยาพาราเซตามอลเป็นยาแก้ปวดยอดนิยมที่มีประจำทุกบ้าน เด็กที่เกิดจากแม่ที่กินยาพาราเซตามอลขณะตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะเป็น ADHD สูงขึ้น 40% นี่คือการวิจัยคุณแม่ชาวเดนมาร์กกว่า 64,000 คนที่มีลูกเกิดในระหว่างปี ค.ศ. 1996-2002 เมื่อเด็กอายุ 7 ขวบ เด็กเหล่านี้จะเริ่มใช้ยารักษาอาการ ADHD และมีปัญหาทางพฤติกรรมเหมือนเด็กที่เป็นไฮเปอร์แอคทีฟ ดังรายงานในวารสาร JAMA Pediatrics

หญิงมีครรภ์มักใช้ยาพาราเซตามอลเพื่อบำบัดอาการปวดหัวตัวร้อน หรือปวดเมื่อย เนื่องจากยาตัวอื่น เช่น แอสไพริน นาโปรเซน และไอบูโพรเฟน เป็นยาที่ไม่แนะนำให้ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ การเกิดเด็กที่มีภาวะ ADHD มีสูงขึ้นเมื่อใช้ยาพาราเซตามอลมากขึ้น Dr.Beate Ritz หัวหน้าภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส (UCLA) รายงาน

ผลจากการใช้ยาพาราเซตามอลมีมากที่สุดเมื่อหญิงมีครรภ์ใช้ยานาน 6 สัปดาห์ หรือนานกว่านั้น และผลการเกิด ADHD จะสูงขึ้นไปอีกในมารดาที่เคยใช้ยานานกว่า 20 สัปดาห์ เรามักนึกว่ายาพาราเซตามอลเป็นยาสามัญที่ปลอดภัยมาก ๆ การใช้ระหว่างตั้งครรภ์คงไม่เป็นไร หากใช้เพียงครั้งหรือสองครั้งคงไม่เป็นไร แต่ถ้าใช้ประจำโอกาสที่ลูกจะเกิด ADHD จะสูงขึ้นตามระยะเวลาที่ใช้ แต่เรายังไม่มียาที่ปลอดภัยกว่านี้

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ยังไม่เป็นที่ยุติ เนื่องจากไม่มีการวิจัยแบบสุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มควบคุม ซึ่งจะพิสูจน์ถึงสาเหตุที่แท้จริงระหว่างการใช้ยาพาราเซตามอลในหญิงมีครรภ์ที่ทำให้เด็กเกิดเป็น ADHA

ขาดธาตุเหล็กเพิ่มความเสียหายภาวะสมองขาดเลือด

HealthDay News: ระดับธาตุเหล็กในเลือดต่ำเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองขาดเลือดเนื่องจากเลือดเหนียวข้น ทั้งนี้จากการศึกษาข้อมูลใน 580 คนที่เป็นโรคทางพันธุกรรมที่หายากที่ทำให้เขามีเส้นเลือดในปอดขยายขึ้น โดยปกติเส้นเลือดเป็นตัวกั้นมิให้เลือดที่จับเป็นลิ่มเข้าไปในเส้นเลือดแดง แต่คนไข้เหล่านี้มีลิ่มเลือดที่หลุดออกไปได้ไปยังสมองและทำให้เส้นเลือดอุดตัน สมองจึงขาดเลือด

ผู้ที่มีธาตุเหล็กในเลือดต่ำจะมีเลือดข้นเหนียวขึ้นจากการรวมตัวของเซลล์เม็ดเลือดที่เป็นลิ่ม แม้แต่ผู้ที่มีระดับธาตุเหล็กในเลือดสูงปานกลางก็มีโอกาสเป็นภาวะสมองขาดเลือดสูงกว่าคนปกติเท่าตัว เช่นเดียวกับผู้ที่มีระดับธาตุเหล็กในเลือดในระดับกลางของค่าปกติ

Dr.Clair Shoulin จากสถาบันหัวใจและปอด

แห่งชาติ ที่อิมพีเรียลคอลเลจ ลอนดอน สังเกตว่ามีหลายคนมีภาวะที่ยอมให้ลิ่มเลือดผ่านระบบกรองเลือดในปอดไปได้แล้วไปอุดตันเส้นเลือดสมอง และทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด

การขาดธาตุเหล็กพบในประชากรราว 2,000 ล้านคนทั่วโลก ผลการวิจัยเมื่อเร็ว ๆ นี้แสดงว่าการขาดธาตุเหล็กเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดสมองขาดเลือด แต่การขาดธาตุเหล็กทำให้เกิดสมองขาดเลือดอย่างไร ยังไม่เป็นที่ทราบชัด หากเราเข้าใจกลไกนี้ก็น่าไปสู่การป้องกันโรคสมองขาดเลือดได้

เนื่องจากเกล็ดเลือดติดกันมากขึ้นหากขาดธาตุเหล็ก จึงคิดว่าอาจเป็นคำอธิบายสาเหตุการเกิดสมองขาดเลือด และต้องทำการวิจัยต่อไปเพื่อพิสูจน์กลไกนี้

ขั้นต่อไปของการทดสอบว่าเราสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดสมองขาดเลือดโดยรักษาการขาดธาตุเหล็ก แล้วดูผลว่าเกล็ดเลือดมีความเหนียวและเกาะกันน้อยลงหรือไม่ แต่ก็มีอีกหลายขั้นตอนในการเกิดลิ่มเลือดจะไปอุดตันเส้นเลือดสมอง ขณะนี้จึงยังไม่ชัดเจนว่าการเหนียวติดกันของเกล็ดเลือดมีความสำคัญแค่ไหนในกระบวนการทั้งหมดซึ่งต้องศึกษาต่อไป

HealthDay News: ยากันชักช่วยลดการตีตมในผู้ตีตมจัดได้ จากการศึกษายา topiramate (Topamax) ในผู้ตีตมเหล่านี้จัด 138 คน แล้วแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ครึ่งหนึ่งได้รับยา Topamax นาน 12 สัปดาห์ โดยให้ยาในขนาดสูงสุดคือ 200 mg/day ในขณะที่อีกกลุ่มได้รับยาหลอก คนใช้ 2 กลุ่มได้รับคำแนะนำเพื่อช่วยในการลดการตีตมเหล่านี้

เมื่อครบกำหนดการศึกษา กลุ่มที่ได้ยาหลอกมีการตีตมจัดคิดเป็น 5 เท่าของกลุ่มที่ได้รับยาจริง นอกจากนี้ กลุ่มที่ได้รับยา Topamax ไม่มีการตีตมจัดในช่วง 4 สัปดาห์

ยาช่วยลดเหล่านี้ในผู้ตีตมจัด

สุดท้ายของการศึกษา กลุ่มที่ได้รับยามีบางวันไม่ตีตม ในขณะที่กลุ่มได้รับยาหลอกยังคงประทุติเหมือนเดิม Dr.Henry Kranzlor ศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย รายงาน

การศึกษานี้ นับเป็นครั้งแรกที่ลองใช้ยา Topamax ในการลดการตีตมในคนที่มีความประสงค์จะลดการตีตมจัดให้กลับมาอยู่ในระดับปกติ แทนที่จะห้ามตีตมไปเลย การวิเคราะห์ต่อมาพบว่าได้ผลเฉพาะในคนที่มียีนเฉพาะ ซึ่งพบในคนผิวขาวราว 40% ที่จะได้ผลจากการใช้ยา Topamax ซึ่งจะเป็นวิธีการที่ใช้กับคนเฉพาะรายเพื่อช่วยลดการตีตม

อันตรายจากการใช้เทสโทสเตอโรน

HealthDay News: หลังจากสำนักงานอาหารและยาสหรัฐอเมริกา (FDA) ประกาศเตือนอันตรายจากการใช้เทสโทสเตอโรนในผู้ชายสูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญหลายคนต่างก็เป็นห่วงความปลอดภัยจากยาที่นิยมแพร่หลาย และได้เตือนให้มีการสอบสวนอย่างละเอียดในการใช้เทสโทสเตอโรนเสริมในผู้ชายสูงอายุที่มีระดับฮอร์โมนต่ำลง

ผู้สูงอายุควรได้รับคำเตือนให้ระมัดระวังการใช้ยาดังกล่าว ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ เช่น หัวใจวายและสมองขาดเลือด สหาคคมเอ็นโดไครน์ได้ออกคำเตือนหลังจากมีการศึกษา 3 เรื่องที่เปิดเผยถึงการให้เทสโทสเตอโรนที่ไม่ปลอดภัยในชายสูงอายุซึ่งมีประวัติการเป็นโรคหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ชายเหล่านี้มีการเกิดโรคหัวใจบ่อยกว่าผู้ชายที่ไม่ใช้เทสโทสเตอโรน

มีการศึกษาอันหนึ่งตีพิมพ์ในวารสาร PLoS One พบการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวายในผู้ชายที่อายุต่ำกว่า 65 ปีที่มีประวัติการเป็นโรคหัวใจ และในผู้ชายสูงอายุที่ไม่เคยมีอาการของโรคหัวใจมาก่อน

การรักษาด้วยเทสโทสเตอโรนมีการโฆษณาอย่างแพร่หลายว่าช่วยให้เตะบั้ง และเพิ่มกำลังทางเพศ โดยมีการใช้มากขึ้นเรื่อย ๆ แม้ว่าเทสโทสเตอโรนจะได้รับอนุญาตจาก FDA ให้ใช้รักษาโรคเกี่ยวกับอันทะ ต่อมพิทูอิทารี และไฮโปธาลามัส แต่ไม่ได้อนุญาตให้ใช้รักษาระดับฮอร์โมนที่ลดต่ำลง FDA ได้ประกาศว่ากำลังสอบสวนความเสี่ยงต่อการเกิดสมองขาดเลือด หัวใจวาย และการเสียชีวิตในผู้ชายสูงอายุที่ใช้เทสโทสเตอโรน

ขณะเดียวกันสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติสหรัฐอเมริกา กำลังทำรายงานผลการศึกษาในผู้สูงอายุราว 800 คนที่มีระดับเทสโทสเตอโรนต่ำ และมีอาการปรากฏ เช่น นกเขาไม่ขัน หย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยมีการติดตามสุขภาพหัวใจ ซึ่งจะให้ข้อมูลความปลอดภัยของการใช้เทสโทสเตอโรน

ยาลดความดันเพิ่มการหกล้มในผู้สูงอายุ

HealthDay News: ผู้สูงอายุที่ใช้ยาลดความดันโลหิตมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย กระดูกแขน ขา สะโพก ร้าว หรือตีระชบาดเจ็บ

อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาลดความดันโลหิต ได้แก่ การง่วงซึม และปัญหาในการทรงตัว ผู้สูงอายุที่ใช้ยาเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูงกว่าคนที่ไม่ใช้ยาเหล่านี้ราว 30-40% ความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในผู้ที่เคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน Dr.Mary Tinetti ศาสตราจารย์ด้านอายุรกรรมและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเยล รายงานผลการศึกษาในวารสาร JAMA Internal Medicine เธอเห็นว่าการใช้ยาลดความดันโลหิตเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตหลังจากหกล้ม การเกิดอันตรายเทียบกับประโยชน์ของยาลดความดันโลหิตจึงต้องชั่งน้ำหนักให้ดีกว่าก่อนการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ

Dr.Sarah Bessy จากคณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เขียนในบทบรรณาธิการวารสารเล่มเดียวกันว่า ยังไม่มียาลดความดันโลหิตกลุ่มใดที่ปลอดภัยกว่าตัวอื่น ๆ ดังนั้น การใช้ยาลดความดันโลหิตต้องใช้นขนาดต่ำสุด เพื่อให้ได้ความดันที่ต้องการ

ในการศึกษานี้ Tinetti และคณะ รวบรวมข้อมูลจากคนไข้ 5,000 รายที่มีอายุเกิน 70 ปีที่มีโรคความดันโลหิตสูง ในจำนวนนี้มี 14% ที่ไม่ใช้ยาในการลดความดันโลหิต ราว 55% ใช้ยาลดความดันโลหิตหนึ่งชนิด และ 31% ใช้ยาลดความดันโลหิตหลายตัว ในระหว่างการติดตามผล 3 ปี พบว่าคนไข้ 446 ราย (9%) มีการหกล้ม บาดเจ็บรุนแรง ความเสี่ยงต่อการหกล้มในคนที่ใช้ยาลดความดันโลหิตสูงกว่าคนที่ไม่ใช้ยา นอกจากนั้น คนที่เคยมีประวัติหกล้มแล้วจะมีโอกาสหกล้มสูงขึ้น แต่ทั้งนี้ไม่ได้เป็นการพิสูจน์ว่าการใช้ยาลดความดันโลหิตทำให้เกิดการหกล้ม ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งเห็นว่า การหกล้มกับการใช้ยาลดความดันโลหิตต้องพิจารณาจากสุขภาพโดยรวมของคนไข้ มีหลายการศึกษาที่รายงานยืนยันว่า การใช้ยาลดความดันโลหิตเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

คนไข้และแพทย์จำเป็นต้องระมัดระวังในการใช้ยาลดความดันโลหิต อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้ยาลดความดันโลหิตมีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงที่จะเกิดการหกล้มมาก

สร. เตือนยารีดไขมันเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต



ภก.ประพนธ์ อางตระกูล รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กล่าวว่า ขณะนี้กระแสนิยมของวัยรุ่นไทย นักเรียน นักศึกษา จำนวนมาก โดยเฉพาะผู้หญิงและหญิงข้ามเพศ

มีค่านิยมที่จะต้องมีรูปร่างผอมมาก เพรีียว คล้ายการ์ตูนญี่ปุ่น จึงจะเรียกว่ามีรูปร่างดี เพื่อที่จะสวมใส่เสื้อผ้าทันสมัยซึ่งมีขนาดเล็กมากได้ ทำให้วัยรุ่นที่อ้วนหรือเพียงแค่ว่ารู้สึกตัวตัวเองอ้วนหันมาลดน้ำหนักทางลัด คือไม่ออกกำลังกายสลายไขมัน แต่เข้าสถานบริการลดความอ้วน ซึ่งมีการเปิดบริการในปัจจุบันเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือใช้ยาลดน้ำหนักอย่างผิดวิธี จากการบอกต่อปากต่อปากจากเพื่อนที่ใช้ โดยสั่งซื้อยาทางอินเทอร์เน็ต จากร้านขายยาหรือสถานบริการลดความอ้วน หรือใช้ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น อาหารเสริม ชา กาแฟ น้ำผลไม้ที่โฆษณาว่ามีสรรพคุณช่วยลดน้ำหนัก ทำให้ได้รับผลข้างเคียงหรือพิษภัยจากการลักลอบใส่ยาลดความอยากอาหารดังกล่าว จนบางรายถึงกับเสียชีวิต เช่น ได้รับยาเกินขนาด มีโรคประจำตัวและห้ามใช้ยาประเภทนี้

ยาลดความอ้วนที่ใช้กันในปัจจุบันมี 2 กลุ่มคือ ยาที่ออกฤทธิ์ที่ระบบลำไส้ ยับยั้งการดูดซึมของสารอาหาร และยาที่ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง เพื่อลดความอยากอาหาร กินแล้วไม่หิวง่าย เช่น เฟนฟลูรามีน (Fenfluramine), เดกซ์เฟนฟลูรามีน (Dexfenfluramine), ไซบูทรามีน (Sibutramine) ซึ่ง อย. ได้เพิกถอนการขึ้นทะเบียนยาทุกตัวรับที่มีส่วนผสมของยาชนิดนี้ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 และ 2553 ตามลำดับ จึงทำให้ในประเทศไทยไม่มีการใช้ยาดังกล่าวแล้ว เนื่องจากมีข้อมูลการใช้ยาไซบูทรามีนในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular disease) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (heart attack) และการเกิดหลอดเลือดใน

สมองแตก (stroke) ได้ ที่เป็นปัญหาขณะนี้พบว่ามีการลักลอบเข้ามาทั้งสารเคมีหรือเป็นตัวยา

นอกจากนี้ยังพบการใช้ยาเฟนเทอร์มิน (Phentermine) ที่จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ซึ่งห้ามการผลิต ขาย นำเข้า และส่งออก โดยต้องดำเนินการโดย อย. เพียงผู้เดียวเท่านั้น หากโรงพยาบาลและคลินิกต่าง ๆ จะใช้ก็ต้องมาสั่งซื้อจาก อย. เท่านั้น ตลอดจนการใช้ยาดังกล่าวต้องมีแพทย์เป็นผู้ที่สั่งใช้โดยตรง ปัจจุบันองค์การสหประชาชาติได้แนะนำประเทศสมาชิกเฝ้าติดตามการใช้ยาลดความอ้วนกลุ่มนี้ เนื่องจากพบว่ามีการใช้ยาดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นในหลายประเทศ มีรายงานการใช้ยาในทางที่ผิด และพบว่าหาซื้อยาได้จากตลาดมืด

“คนที่ใช้ยาลดความอ้วนขณะนี้ ส่วนใหญ่ไม่ใช่กลุ่มคนอ้วนจริง เมื่อวัดค่าดัชนีมวลกายหรือค่าบีเอ็มไอ (BMI: Body Mass Index) มักพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่คนกลุ่มนี้ต้องการลดความอ้วน ซึ่งมักเกิดมาจากกระแสเลียนแบบดารา หรือต้องการทำตามเพื่อน ผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากการใช้ยาลดความอ้วน คือนอนไม่หลับ เวียนศีรษะ วิตกกังวล ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่า ท้องผูก หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดการติดยาได้”

ยาลดความอ้วนห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากฤทธิ์ของยาจะกระตุ้นอาการซึมเศร้าให้รุนแรงขึ้น และห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 13 ปี เนื่องจากเป็นวัยกำลังเจริญเติบโต ยาอาจมีผลต่อการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นหญิงสาว และปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับผลของยา รวมทั้งห้ามใช้ในหญิงมีครรภ์ด้วย เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อเด็กในครรภ์ ทำให้เด็กพิการหรือเสียชีวิตได้ การใช้ยาลดน้ำหนักที่ถูกต้องจะต้องอยู่ภายใต้การสั่งใช้และการควบคุมโดยแพทย์อย่างใกล้ชิด ใช้ร่วมกับการควบคุมอาหาร และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค เพราะยาลดน้ำหนักไม่สามารถรักษาโรคอ้วนให้หายขาด เมื่อหยุดยาน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นได้อีก

สำหรับการหาค่าดัชนีมวลกาย เพื่อประเมินว่าตนเองอ้วนหรือไม่นั้นมีวิธีการคิดง่าย ๆ คือ นำน้ำหนักตัวซึ่งหน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร ยกกำลังสอง แล้วนำมาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานสากล ค่าปกติอยู่ที่ 18-25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยแพทย์มักจะเริ่มใช้ยาลดความอ้วนหากมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรืออาจให้ในกรณีที่ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีความเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ



อย. เตือน “น้ำหมักเต็มพลัง ตราผู้ใหญ่อุสุพรรณ” สุดอันตราย



ดร.นพ.ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กล่าวว่า จากกรณีที่มีข่าวเกี่ยวกับการพบเครื่องดื่มน้ำหมักเต็มพลัง ตราผู้ใหญ่อุสุพรรณ ปนเปื้อนเชื้อโรคและสารเคมีที่เป็นวัตถุอันตรายและยา โดยมีกําจำหน่ายอย่างแพร่หลายเกือบทุกจังหวัดในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาทิ นครราชสีมา สกลนคร ขอนแก่น นครพนม เป็นต้น ซึ่งผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมีการโฆษณาโอ้อวดสรรพคุณทางยาที่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ จากการตรวจสอบปรากฏว่า ไม่พบการยื่นขออนุญาตจาก อย. แต่อย่างใด จากการตรวจสอบประวัติย้อนหลังพบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเคยดำเนินคดีกับผู้จำหน่ายน้ำหมักมาแล้วเมื่อ 3 ปีก่อน แต่ปัจจุบันยังพบการลักลอบขายยาและโฆษณาโอ้อวดสรรพคุณเกินจริงในการรักษาโรคอีก

ดร.นพ.ปฐม กล่าวเพิ่มเติมว่า ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มน้ำหมักเต็มพลัง ตราผู้ใหญ่อุสุพรรณ จัดเป็นยา เพราะมีการแสดงสรรพคุณที่ขลังว่าบำรุงร่างกาย และยังมีกรใส่ยาไซโปรเฮปทาดีน (Cyproheptadine) ซึ่งเป็นยาแผนปัจจุบันในกลุ่มยาแก้แพ้ (Antihistamine) อาจทำให้ผู้ใช้มีอาการง่วงซึม ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หัวใจเต้นเร็วได้ และด้วยเหตุที่น้ำหมักเต็มพลัง ตราผู้ใหญ่อุสุพรรณ ไม่ได้ขออนุญาตขึ้นทะเบียนตำรับ ยาจึงจัดเป็นยาเถื่อน ขอให้ผู้บริโภคอย่าได้หลงเชื่อซื้อยามาบริโภคโดยเด็ดขาด เพราะนอกจากเสียเงินโดยไม่จำเป็นแล้ว ยังไม่ปลอดภัยอีกด้วย

พร้อมกันนี้ยังขอเตือนไปยังผู้ผลิต ผู้ขาย ว่าอย่าได้กระทำการฝ่าฝืนกฎหมาย โดยผลิตและขายผลิตภัณฑ์นี้อีก มิฉะนั้นจะต้องได้รับโทษฐานผลิตและขายยาโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 10,000 บาท กรณีผลิตหรือขายยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 5,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และ อย. จะจับมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งตำรวจในการเฝ้าระวังและกวาดล้างผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายนี้ต่อไป

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ฝ้าระวังคุณภาพถุงยางอนามัย

นพ.อภิชาติ มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ถุงยางอนามัยเป็นผลิตภัณฑ์ชนิดแรกที่ประกาศเป็นเครื่องมือแพทย์ตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 (เดิม พ.ศ. 2531) ซึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องถุงยางอนามัย พ.ศ. 2556 (ฉบับแรก พ.ศ. 2532) กำหนดให้มีมาตรฐานและข้อกำหนดตาม มอก. 625-2554 หรือ ISO 4074 เป็นการทดสอบคุณภาพถุงยางอนามัยทางกายภาพ/กล และใช้มาตรฐาน มอก. 465 หรือ ISO 2859-1 สำหรับการชักตัวอย่างและเกณฑ์การ

ยอมรับขึ้นบกพร่อง ถุงยางอนามัยเป็นเครื่องมือแพทย์ที่ต้องมีใบอนุญาตการผลิตหรือนำเข้า และต้องมีการตรวจสอบคุณภาพทุกรุ่นก่อนออกจำหน่ายในท้องตลาด โดยห้องปฏิบัติการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ถ้าพบว่าถุงยางอนามัยรุ่นผลิตใดไม่เข้ามาตรฐาน ผู้ผลิตและผู้นำเข้าจะไม่สามารถนำออกจำหน่ายได้

ในปี พ.ศ. 2556 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สุ่มเก็บตัวอย่างถุงยางอนามัยจากร้านขายยา ผู้แทนจำหน่าย ผู้ผลิต โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานอื่น ๆ และตัวอย่างที่ส่งจากกรมควบคุมโรค รวม 357 ตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านความดันและปริมาตรขณะแตกของถุงยางอนามัย พบว่ามีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน มอก. 625-2554 ร้อยละ 100



สมุนไพรแก้เบาหวาน ห้ามกินต่อกันเกิน 7 วัน

นางเสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงกรณีใช้สมุนไพร “ปอบิด” รักษาโรคเบาหวาน แต่พบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการไตวายว่า ตามตำราการแพทย์แผนไทย ปอบิดเป็นสมุนไพรที่มีสารสำคัญอยู่ที่รากและเปลือกเป็นจำนวนมาก เมื่อทบทวนตำรายาในต่างประเทศ มีหลายประเทศนำมาใช้ เช่น อินเดียใช้รากผสมขมิ้นรักษาแผล อินโดนีเซียใช้รักษากระเพาะอาหาร พยาธิตัวตืด ประเทศแถบมลายูใช้บำรุงสุขภาพเด็กแรกเกิด เป็นต้น

จากรายงานการวิจัยยังพบว่า ปอบิดมีผลในการรักษาเบาหวานสามารถลดน้ำตาลในหนูทดลองได้ แต่มีผลข้างเคียงสามารถทำลายตับหนูได้ และมีการเกิดการกระตุ้นหัวใจในกบ โดยสมุนไพรดังกล่าวยังไม่มีการวิจัยด้านพิษวิทยา แต่มีการวิจัยด้านเภสัชศาสตร์ โดย รศ.รุ่งระวี

เต็มศิริฤกษ์กุล ภาควิชาเภสัชพฤกษศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า แม้ปอบิดจะมีผลลดน้ำตาลในเลือดได้ใกล้เคียงกับยาแผนปัจจุบัน แต่ยังไม่สามารถทดแทนยารักษาเบาหวานได้จริง และผู้ที่ใช้ตรวจภาวะการทำงานของตับและไตอย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน และห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติ หรือแม้แต่ครอบครัวมีประวัติเป็นโรคตับ หรือโรคไต



ผู้ป่วยเบาหวานมักจะมีตับอ่อน ไต หัวใจ ไม่แข็งแรง และเสี่ยงเกิดโรคแทรกซ้อนหากดูแลสุขภาพไม่ดี ซึ่งหลักการใช้สมุนไพรเป็นยานั้น ไม่ควรกินติดต่อกันเกิน 7 วัน เพราะปริมาณสารเคมีจากสมุนไพรควบคุมได้ยาก ฉะนั้นหากจะใช้สมุนไพรรักษาโรคไม่ควรกินต่อเนื่อง หรือกินอาหารเป็นยาแทน เพราะปริมาณความเข้มข้นของสมุนไพรที่ได้จะมีความเข้มข้นต่างกัน เช่น กินผักแก้มหรือน้ำคั้น เช่น ใบกะเพรา ใบบัวบก ก็มีฤทธิ์ลดน้ำตาลได้เช่นกัน แต่ต้องใช้หลักการเดียวกันคือ สลับสับเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ ไม่ให้เกิดความเสี่ยงจากผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้



เตือนยาหยอดตาสมุนไพรกึ่งขี้ตาบอด

ดร.น.พ.ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กล่าวว่า เมื่อไม่นานมานี้ อย. ได้รับแจ้งจากจักษุแพทย์ จากเครือข่ายเฝ้าระวังความปลอดภัยว่ามีผู้ป่วยอายุ 41 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน

ประสบอุบัติเหตุทางตาทำให้ตาซ้ายมองเห็นไม่ชัดมาหลายปี ไม่เจ็บปวด ไม่ได้พบแพทย์เพื่อการรักษา ช่วงปีใหม่เพื่อนซื้อยาหยอดตาสมุนไพรมาให้ ผู้ป่วยหยอดตาได้ 3-4 วัน แล้วมีอาการปวดตาซ้ายตาแดง และมัวลง แพทย์ตรวจพบตาบอดสนิท มีแผลติดเชื้อรุนแรงที่กระจกตา มีหนองในตา และได้รับการผ่าตัดควักตาออก ผลจากการเพาะเชื้อยาหยอดตาพบเชื้อชิวโมแนส ออโรจิโนซา

(*Pseudomonas aeruginosa*) แพทย์ลงความเห็นอย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยรายนี้ติดเชื้อรุนแรงและต้องสูญเสียดวงตาจากยาหยอดตาดังกล่าว และเมื่อเพาะเชื้อจากตาผู้ป่วยก็พบเชื้อชิวโมแนส ออโรจิโนซา ซึ่งเป็นเชื้อเดียวกับที่พบจากขูดยาหยอดตา

ข้อมูลเบื้องต้นของผลิตภัณฑ์ยาหยอดตามีชื่อว่า ตราหมอยอม ทำใหญ่ระบุรีรักษาตาแดง ตามัว ตาต้อ ริดสีดวงตา ผลการตรวจสอบไม่พบเลขทะเบียนยา ไม่ทราบชื่อสารสำคัญ ไม่พบข้อมูลใด ๆ บนอินเทอร์เน็ต ทั้งนี้ได้ติดตามผู้ผลิตและแหล่งผลิตยาสมุนไพรรายนี้ต่อไปเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภค

ดร.น.พ.ปฐม กล่าวต่อไปว่า เชื้อชิวโมแนส ออโรจิโนซา (*Pseudomonas aeruginosa*) เป็นเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรค พบได้ทั่วไป และเป็นสาเหตุสำคัญของอาการติดเชื้อที่กระจกตา ตาเป็นอวัยวะที่สำคัญ การใส่ยาหยอดตาจะต้องปราศจากเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค ดังนั้น ยาหยอดตาที่ไม่มีเลขทะเบียนตำรับยา และขายจากแหล่งที่ไม่เอาเรื่องถืออาจเป็นยาที่มีการผลิตโดยไม่ถูกสุขลักษณะ ยาไม่มีคุณภาพ ทำให้ติดเชื้อในตาถึงขั้นตาบอดได้ ซึ่งยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมายจะต้องมีเลขทะเบียนตำรับยาบนฉลาก เช่น G 888/57 เป็นต้น



คุณหมอน่าจะทำได้ดีกว่านี้

ความจริงเรื่องการบอกข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย และญาติมีการสอนอยู่แล้วในหลักสูตรของแพทย์ แต่บ่อยครั้งที่แพทย์หลายท่านมีทักษะด้านนี้เบาบาง แม้จะมี “บท” หรือขั้นตอนในการพูด การแสดงออก แต่คุณหมอก็คงตีบทไม่แตก ไม่สามารถทำให้นาทีนั้น ๆ ผ่านไปอย่างราบรื่น

เรื่องนี้มันได้เกิดขึ้นเฉพาะในประเทศไทยเท่านั้นนะครับ มันเกิดทั่วโลก อย่างเมื่อเร็ว ๆ นี้ ในเยอรมนีมีรายงาน ว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเมื่อได้รับคำบอกกล่าวข่าวร้ายจากแพทย์แล้วรู้สึกพึงพอใจเพียงครึ่งเดียวของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด แม้แพทย์จะมี “บท” หรือกระบวนการขั้นตอนที่เป็นมาตรฐานจนได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง

แต่ครั้งหนึ่งของผู้ป่วยยังไม่รู้สึกพอใจ

เรื่องนี้นักวิจัยในเยอรมนีบอกว่า มันเป็นเรื่องว่างระหว่างหมอกับผู้ป่วย หมอคิดว่าตัวเองรู้ความชอบของผู้ป่วย อีกทั้งระหว่างการเรียนเรื่องนี้ในสมัยเป็นนักศึกษาแพทย์ก็ไม่ได้ใส่ใจให้ดี และเป็นความเชื่อในวงกว้างว่า อาชีพหมอมควรมีทักษะในการสื่อสารโดยธรรมชาติ

ซึ่งผิดครับ !!

คุณหมอแคโรลา ไชฟาร์ท (Carola Seifart) แห่งมหาวิทยาลัยฟิลลิปส์ ในเมืองมาร์เบิร์ก ประเทศเยอรมนี (Philipps-University of Marburg) ผู้สนใจในเรื่องนี้บอกว่า แพทย์ทุกสาขาต้องมีหน้าที่ที่ต้อแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่รักษามะเร็ง (Oncologist) เพราะต้องบอกทั้งวินิจฉัย พยากรณ์โรค และบางทีการรักษาที่ทำไปแล้ว

ไม่ได้ผลนัก ในความเป็นจริงเรื่องนี้มี “บท” ที่เป็นมาตรฐานที่ยอมรับกันทั่วโลก ที่ชื่อว่า SPIKES เอาไว้ให้แพทย์ได้ทำตาม

SPIKES ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็สถานที่ที่เหมาะสม ในการบอกกล่าวข่าวร้าย ข้อมูลพื้นฐานว่าผู้ป่วยรู้หรือสงสัยประการใดในเรื่องภัยอันนี้มาบ้าง ความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้ วิธีการถ่ายทอดข้อมูลให้ผู้ป่วยเข้าใจ การรู้สึกเห็นอกเห็นใจและเข้าใจ รวมทั้งการสรุปข้อมูลและจบการสนทนา

คุณหมอแคโรลากล่าวว่า จากการวิจัยผู้ป่วยมะเร็ง 350 รายในศูนย์การแพทย์ใหญ่ 2 แห่งที่รักษามะเร็งในเยอรมนี มีเพียงร้อยละ 46 เท่านั้นที่พอใจการปฏิบัติตามขั้นตอนบอกกล่าวข่าวร้ายตาม SPIKES อาสาสมัครในครั้งนั้นบอกว่า หัวข้อที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยคือ วิธีการบอกกล่าวข้อมูลหรือความรู้ การกล่าวสรุป รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมที่ใช้ในการบอกกล่าวข่าวร้าย

จุดสำคัญอีกอันหนึ่งคือ ความแตกต่างในข้อมูลที่ผู้ป่วยอยากทราบกับข้อมูลทั้งหมดบอก

นักวิจัยแนะนำว่า แพทย์ควรถามหรือควรทราบมาก่อน รวมทั้งฟังความสนใจในเรื่องพยากรณ์โรคของผู้ป่วยกับผลที่จะกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อีกทั้งแพทย์ควรถามผู้ป่วยให้มั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่แพทย์ให้ และต้องใช้เวลาเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้สอบถาม

การบอกกล่าวข่าวร้ายควรทำเป็น 2 ครั้ง ด้วยเหตุที่ว่า เมื่อได้รับการบอกครั้งแรก ผู้ป่วยอาจจิตใจไม่สงบ ตัดสินใจอะไรไม่ได้ และก็มีผลการวิจัยก่อนหน้านี้อีกที่พบว่า ผู้ป่วยมักจำอะไรไม่ค่อยได้ในขณะเมื่อได้รับการบอกข่าวร้าย เรื่องวินิจฉัยโรค การได้พบแพทย์และได้พูดคุยเป็นครั้งที่ 2 จึงมีความสำคัญ

และบ่อยครั้งที่แพทย์จะพบว่า ผู้ป่วยเรียกร้องที่จะพูดคุยซักถามครั้งแล้วครั้งเล่า

ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยต้องการข้อมูลมาก ๆ การให้เวลาพูดคุยซักถามจึงมีความสำคัญมาก

(หาข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก *Annals of Oncology*, online February 6, 2014)



การถูกยุงกัดเป็นเรื่องปกติ แต่คงไม่ตืนักถ้า การถูกกัดนั้นจะนำมาซึ่งโรคที่อันตราย ยุงจัดเป็นพาหะ นำโรคที่สามารถนำโรคมาสู่คน โดยยุงที่กัดจะเป็นยุงตัวเมีย⁽¹⁾ สำหรับผู้ที่ถูกกัดนั้นจะสามารถเกิดโรคชนิดใดนั้น ขึ้นอยู่กับว่าเป็นยุงชนิดใด ดังนั้น การป้องกันยุงกัดจึง เป็นหนึ่งในการป้องกันโรคที่ติดต่อได้โดยยุง โดยการ ป้องกันยุงกัดสามารถทำได้โดยวิธีต่าง ๆ กัน เช่น การ กางมุ้ง การจุดยากันยุง การใช้ยาฆ่ายุง และการใช้สารทา ป้องกันยุง เป็นต้น



รูปที่ 1 ยุงพาหะนำโรค⁽²⁾

ชนิดของยุงและโรคที่นำมาโดยยุง⁽¹⁾

1. ยุงก้นปล่อง (Anopheles)
นำโรคไข้มาลาเรียซึ่งเกิดจากเชื้อพลาสโมเดียม ซึ่งเป็นโปรโตซัวชนิดหนึ่ง
2. ยุงลาย (Aedes)
นำโรคไข้เลือดออก ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส

ชนิดหนึ่ง

3. ยุงลายเสือ (Mansonia)
นำโรคโรคเท้าช้าง ซึ่งเกิดจากเชื้อพยาธิ พิลารียา

ชนิดหนึ่ง

4. ยุงรำคาญ (Culex)
นำโรคไข้สมองอักเสบ ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส

สำหรับอุปนิสัยการกินเลือดของยุงนั้น ยุง ก้นปล่อง ยุงรำคาญ และยุงลายเสือ กัดกินเลือดในเวลา กลางคืน ส่วนยุงลายจะกัดกินเลือดในเวลากลางวัน

สารทาป้องกันยุง⁽³⁾

สารทาป้องกันยุงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการ ป้องกันการระบาดของโรคที่เกิดจากยุงเป็นพาหะ โดย นิยามของสารทาป้องกันยุง หมายถึง สมุนไพรหรือ สารเคมีที่มีคุณสมบัติในการป้องกันกักรัดของยุง และ มีความปลอดภัยต่อผู้ใช้ สามารถนำมาใช้ทาผิวหนังได้

กลไกในการไล่อายของสารทาป้องกันยุง^(3,4)

สิ่งดึงดูดให้ยุงเข้ามาเกาะตามร่างกายก็คือ กลิ่นเหงื่อ และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ออกมาจากลม

หายใจ พวกมันจะมีระบบประสาทการรับรู้กลิ่นที่หลากหลาย เพื่อตรวจจับกลิ่นและ ระบุตำแหน่งของเหยื่อได้⁽³⁾ ร่างกายของคนเราจะส่งกลิ่นออกมา ซึ่งการปล่อยกลิ่นนั้น หมายความว่าจะมีการปล่อยสารประกอบต่าง ๆ ออกมาเป็นจำนวนมากเช่นกัน กลิ่นและสารเหล่านี้ก็จะเป็นตัวล่อให้ยุงเข้ามากัด สำหรับสารทาป้องกันยุงนั้นไม่ใช่ สารฆ่าแมลง แต่ป้องกันไม่ให้ยุงกัด โดยสารทาป้องกันยุงที่ดีต้องเคลือบผิวหนังของ ผู้ใช้ ทำให้ยุงไม่ได้กลิ่นของเหยื่อ หรือมีกลิ่นไปหยุดยั้งการกัดของยุง โดยไปรบกวน กลไกการรับรู้กลิ่นของเหยื่อ ซึ่งสารทาป้องกันยุงนั้นสามารถไล่อายได้ในระยะแค่ 2-3 นิ้ว จากผิวหนังที่ทา ฉะนั้นผู้ใช้จะยังคงเห็นยุงมาบินอยู่รอบ ๆ ตัว ตรวจพบได้ที่ยุงไม่กัด ไม่จำเป็นต้องทาสารฆ่า⁽⁴⁾



สารทาป้องกันยุง (Repellents)

สารที่ใช้ในผลิตภัณฑ์สารทาป้องกันยุง⁽³⁻⁶⁾

1. DEET (ชื่อทางเคมี N,N-diethyl-meta-toluamide or N,N-diethyl-3-methylbenzamide) เป็นสารสำคัญที่นิยมใช้ในผลิตภัณฑ์ไล่แมลง ซึ่งผลิตออกมาใน หลายรูปแบบ เช่น โลชั่นสเปรย์ โดยปริมาณ DEET ที่ใช้ทาผิวหนังและใช้ในผลิตภัณฑ์ ไล่แมลงคือ 4-100% โดยปกติร่างกายของคนเราจะส่งกลิ่นออกมามาก ซึ่งจะปล่อย สารประกอบต่าง ๆ ออกมาเป็นจำนวนมากเช่นกัน กลิ่นเหล่านี้ก็จะเป็นตัวล่อให้ยุง เข้ามากัด นักวิทยาศาสตร์ได้ติดตามปฏิกิริยาทางไฟฟ้าของเซลล์ประสาทรับกลิ่นของ ยุงเมื่อปล่อยให้มันได้กลิ่นของ DEET และพบว่า DEET ช่วยปิดกั้นเหงื่อของ ร่างกายจากยุงได้ แต่ไม่สามารถปิดกั้นคาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจได้⁽⁵⁾

2. Icaridin หรือ Picaridin (ชื่อทางเคมี 2-(2-hydroxyethyl)-1-piperidine carboxylic acid 1-methylpropyl ester) เป็นสารสำคัญที่ใช้ในผลิตภัณฑ์ไล่แมลง โดยปริมาณที่ใช้ในผลิตภัณฑ์ไล่แมลงคือ 5-20%

3. Ethyl butylacetyl amino propionate มีฤทธิ์ไล่อายและแมลงอื่น ๆ เช่น มด แมลงวัน เห็บ หมัด โดยปริมาณที่ใช้ในผลิตภัณฑ์ไล่แมลง ถ้ามีปริมาณมากกว่า 12.5% ห้ามใช้ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 4 ปี แต่ถ้ามีปริมาณน้อยกว่า 12.5% ห้ามใช้ใน เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี

4. IR3535 (ชื่อทางเคมี 3-[N-Butyl-N-acetyl]-aminopropionic acid, ethyl ester) เป็นสารไล่แมลงที่ผลิตโดยวิธีชีวสังเคราะห์ โดยไม่พบผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย รุนแรงในมนุษย์ โดยปริมาณที่ใช้ในผลิตภัณฑ์ไล่แมลงคือ 7.5-20.07%

5. Oil of Citronella หรือน้ำมันตะไคร้หอม ซึ่งใช้เป็นสารไล่ยุงและแมลงมากกว่า 50 ปี ซึ่งนอกจากจะใช้ในผลิตภัณฑ์ไล่แมลงชนิดของเหลวแล้ว ยังสามารถนำไปผลิตเป็นผลิตภัณฑ์ในรูปแบบอื่น เช่น ฐูปหอม เทียนหอมกันยุง เป็นต้น โดยปริมาณที่ใช้ในผลิตภัณฑ์ไล่แมลงคือ 6-20%

6. Oil of Lemon Eucalyptus ได้จากใบและกิ่งของต้นยูคาลิปตัส ใช้เป็นผลิตภัณฑ์ไล่แมลงในรูปแบบโลชั่น และสเปรย์ ซึ่งยังไม่พบผลข้างเคียงในมนุษย์ โดยปริมาณที่ใช้ในผลิตภัณฑ์ไล่แมลงคือ 30-40%

7. p-Menthane-3,8-diol เป็นสารสังเคราะห์ทางเคมีของ Oil of Lemon Eucalyptus ซึ่งใช้ทาบนผิวหนังหรือเสื้อผ้าเพื่อไล่ยุงและแมลงบางชนิด โดยปริมาณที่ใช้ในผลิตภัณฑ์ไล่แมลงคือ 8-10%

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากสารทาป้องกันยุง^(5,6)

อาการพิษที่เกิดจากผลิตภัณฑ์ไล่แมลงส่วนใหญ่มักเป็นเพียงการระคายเคืองจากการสัมผัสสารบริเวณนั้น โดยถ้าได้รับทางปากอาจทำให้เกิดการระคายเคืองในปากและลำคอ และอาจทำให้เนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหารบวมแดง หรือไหม้ได้ถ้าได้รับในปริมาณมากและความเข้มข้นสูง นอกจากนี้อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน และปวดท้องได้ ตัวอย่างของผลข้างเคียงจาก DEET ได้แก่ ลมพิษ ผื่นแดง ระคายเคือง ปากชา มึนงง ไม่มีสมาธิ ปวดหัว คลื่นไส้

ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของสารทาป้องกันยุง⁽⁵⁻⁶⁾

- การมีเชื้อจะชะล้างสารทาป้องกันยุง ทำให้หมดฤทธิ์เร็ว นอกจากนี้สารในเหยื่อยังสามารถดึงดูดยุงได้
- อุณหภูมิ และความชื้น โดยอุณหภูมิสูงจะทำให้สารระเหยเร็ว ยุงมีอัตราการบินสูง ความชื้นสูงทำให้การระเหยจะช้ากว่าความชื้นต่ำ
- กระแสลม ลมแรงจะทำให้สารระเหยเร็ว หมดฤทธิ์เร็ว
- ชนิดของยุง ประสิทธิภาพของสารทาป้องกันยุงต่อยุงต่างชนิดกันจะไม่เท่ากัน
- ผู้ใช้ ผิวหนังแต่ละคนจะดูดซึมสารทาป้องกันยุงได้ไม่เหมือนกัน คนที่ผิวหยาบจะทำให้สารทาป้องกันยุงหมดฤทธิ์เร็วกว่าคนที่ผิวละเอียด คนที่มีคาร์บอนไดออกไซด์ที่ผิวมากจะถูกยุงกัดได้เร็วกว่าคนที่ทาสารทาป้องกันยุงชนิดเดียวกัน

วิธีใช้สารทาป้องกันยุงที่ถูกต้อง⁽⁵⁻⁶⁾

1. ทาบนผิวหนังบาง ๆ ทั่วตัว โดยยุงจะกัดบริเวณที่ไม่ได้ทาสาร
2. ไม่ควรทาสารทาป้องกันยุงบริเวณผิวหนังในร่มผ้า แต่ควรฉีดสเปรย์บนเสื้อผ้า
3. ไม่ควรทาบนบริเวณที่เป็นแผล รวมทั้งผิวที่แพ้แดด และรอยผื่นคัน
4. หลีกเลี่ยงไม่ทาบริเวณรอบดวงตาและรอบปาก ถ้าใช้แบบสเปรย์ให้ฉีดสเปรย์ลงบนมือก่อนแล้วจึงทาที่ใบหน้า อย่าฉีดสเปรย์เข้าที่ใบหน้าโดยตรง
5. ห้ามเด็กใช้ผลิตภัณฑ์ด้วยตัวเอง ควรทาบนมือก่อนแล้วจึงทาให้เด็กอย่าขีดหรือเทลงบนมือของเด็ก
6. ใช้ในปริมาณที่เพียงพอสำหรับปกป้องผิว ไม่จำเป็นต้องทาให้หนา เพราะไม่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการไล่ยุง
7. ถ้าใช้แล้วเกิดผื่นหรือเกิดผลข้างเคียงควรล้างออกด้วยน้ำสบู่ แล้วไปพบแพทย์พร้อมก็นำผลิตภัณฑ์ไปด้วย
8. งดใช้ในสตรีมีครรภ์

9. เมื่อกลับเข้าบ้านควรล้างสารทาป้องกันยุงออกด้วยสบู่และน้ำ

คำแนะนำในการใช้สารทาป้องกันยุงเพื่อความปลอดภัย^(5,6)

- สารทาป้องกันยุงที่ได้รับการรับรองจาก ออย. มีความปลอดภัยต่อผู้ใช้
- ควรอ่านฉลากก่อนใช้ และปฏิบัติตามคำแนะนำในฉลาก เนื่องจากการใช้ผลิตภัณฑ์อย่างถูกต้องจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการไล่แมลง และลดอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ไม่ถูกต้องได้
- เด็กเล็กต่ำกว่า 4 ปี ไม่ควรใช้สารทาป้องกันยุงความเข้มข้นสูงกว่า 20% และไม่ควรรทาสารทาป้องกันยุงให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี
- ผู้ที่ใช้สารทาป้องกันยุงแล้วรู้สึกร้อนที่ผิวหนังให้ล้างออกด้วยสบู่และน้ำ และควรเปลี่ยนไปใช้ยาจุดกันยุงแทน
- ก่อนใช้ควรทาหรือพ่นที่ข้อพับแขนงอกก่อน ถ้าไม่เกิดอาการแพ้หรือระคายเคืองจึงใช้บริเวณอื่นได้
- ภายหลังการใช้ หากจะหยิบจับอาหารควรล้างมือเสียก่อน
- ควรใช้เฉพาะเมื่อจำเป็นเท่านั้น อย่าใช้ติดต่อกันเป็นประจำ

จากข้อมูลดังกล่าวมาแล้วขั้นต้นนั้น การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สารทาป้องกันยุงที่ดีมีคุณภาพได้มาตรฐาน การรับรอง และการใช้ที่ถูกต้องจะเป็นการใช้สารทาป้องกันยุงที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ท่านทราบหรือไม่ว่าโรคร้ายบางชนิดที่เกิดกับคนนั้นมียุงเป็นพาหะนำโรค. <http://www.dmj.ac.th/tipawan/health/mosquitoes.htm>
2. http://hps.anamai.moph.go.th/html/images/11441_003.gif
3. อุษาวดี ดาวระ. ความรู้เกี่ยวกับสารทาป้องกันยุง (repellent) พาหะโรคใช้เลือดออก. http://webdb.dmsc.moph.go.th/ffc_nih/a_nih_3_001c.asp?info_id=920
4. โฉชน์กันยุง...ช่วยปกป้องกลิ่นเหม็นของพวกเราจากยุงได้. <http://www.vcharkarn.com/vnews/140541>
5. ผลิตภัณฑ์ไล่แมลง (Insect Repellents). <http://www.fda.moph.go.th/psiond/download/km/insect%20repellent.pdf>
6. โซติมา วิไลวัลย์. ผลิตภัณฑ์ไล่ยุง (Insect Repellents). <http://www.chemtrack.org/News-Detail.asp?TID=1&ID=96>

Droxidopa (Northera) เป็นยาแคปซูล ใช้รักษาโรคหรือภาวะความดันโลหิตต่ำจากระบบประสาทอัตโนมัติ หรือ neurogenic orthostatic hypotension (NOH) นับเป็นยาตัวใหม่ที่ได้รับอนุมัติจาก US FDA ภาวะความดันโลหิตต่ำแบบ NOH นี้เป็นกันน้อย เป็นอาการเรื้อรังและมักมี

จากการรักษาเรื้อรัง) สำหรับยานี้กรรมการ FDA มีมติเห็นชอบ 16 ต่อ 1 เสียง โครงการพิจารณาเร่งด่วนนี้ทำให้มียาใหม่ออกมารวดเร็ว คนไข้เข้าถึงยาได้เร็วขึ้น สำหรับยาที่มีแนวโน้มดี ขณะเดียวกันบริษัทผู้ผลิตจะทำการวิจัยทางคลินิกต่อไปหลังจากที่ได้รับอนุมัติทะเบียนยาแล้ว เพื่อพิสูจน์ว่ายานี้

เป็นลมหมดสติ ทำให้คนไข้ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้

ประสิทธิภาพของยา droxidopa ได้จากการศึกษาทางคลินิกนาน 2 สัปดาห์ ในคนไข้ที่มีภาวะ NOH กลุ่มที่ได้รับยา droxidopa มีอาการต่าง ๆ ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก อาการเหล่านี้ ได้แก่



Northera ใช้รักษาโรคความดันโลหิตต่ำ

จากระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ

ความดันโลหิตลดลงขณะกำลังยืน ซึ่งเกิดในผู้ป่วยพาร์กินสัน ระบบต่าง ๆ เสื่อมถอย และระบบประสาทอัตโนมัติล้มเหลว

Dr.Norman Stockbridge ผู้อำนวยการฝ่ายยาโรคหัวใจและโรคไต ศูนย์ประเมินและวิจัยของ FDA กล่าวว่า ผู้มีภาวะ NOH มักจะถูกจำกัดการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องมีการเดินหรือการยืน วิธีการรักษาอาการนี้มีค่อนข้างจำกัด จึงต้องหาวิธีช่วยให้มียาใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาอาการเหล่านี้

FDA ได้พิจารณาทะเบียนยา droxidopa ในช่องทางเร่งด่วนสำหรับยาที่ใช้รักษาโรคภัยแรงที่มีผลการวิจัยทางคลินิกเบื้องต้นแสดงว่าได้ผลพอประมาณ ในกรณีนี้มีผลในการบรรเทาอาการเวียนศีรษะ

ให้ผลดีจริงทางคลินิก กล่าวคือ ยาที่ได้รับอนุมัตินี้มีผลการรักษาในระยะยาวในคนไข้ที่มีอาการ NOH ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง

ยา droxidopa นี้ FDA จัดเป็นยากำพร้า เนื่องจากมีจุดมุ่งหมายใช้รักษาโรคหรือภาวะที่เป็นกันน้อย มีคนไข้ราว 300,000 คนในสหรัฐอเมริกาและยุโรปที่มีภาวะดังกล่าว บริษัท Chelsea Therapeutics เจ้าของทะเบียนยา Northera คาดว่าจะมียอดขายราว 450 ล้านดอลลาร์ต่อปี

NOH เป็นความผิดปกติจากระบบประสาทชนิดเรื้อรัง เกิดจากการปล่อยสาร norepinephrine ที่ปลายประสาทน้อยเกินไป เส้นเลือดขยายตัว ความดันโลหิตลดลงทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ วิงเวียน หน้ามืด ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย ใจลอย และ

วิงเวียน รู้สึกจะเป็นลม หรือรู้สึกหน้ามืด เรียกว่ายานี้ให้ผลการรักษาได้ปานกลาง ส่วนอาการของคนไข้ที่ใช้ยานานกว่า 2 สัปดาห์ ยังไม่มีข้อมูล ชาวมิได้แจ้งว่ามีคนไข้ที่เข้าโครงการศึกษาทางคลินิกนี้กี่คน

ยา droxidopa (Northera) มีอาการข้างเคียงที่อาจจะพบได้รุนแรง จึงกำหนดให้ใส่คำเตือนติกรอบว่า ยานี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในท่านอน (supine hypertension) ซึ่งเป็นปัญหาในคนที่มระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ และอาจทำให้เกิดหัวใจวายได้ ดังนั้นคนไข้ต้องนอนราบ ยกตัวส่วนบนและศีรษะให้สูง





หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ
เภสัชกรรม

เรื่อง

การใช้ยาในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รหัส 1-000-CPE-062-1403-04

จำนวน 1.5 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง

วันที่รับรอง 1 กุมภาพันธ์ 2557

วันที่หมดอายุ 31 สิงหาคม 2557

โดย ผศ.ภก.อรรถการ นาคำ

ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงคำจำกัดความ พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงการจำแนกและจัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงแนวทางการรักษาด้วยยาของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำจำกัดความ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) คือ โรคที่แสดงถึงภาวะอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจแบบเรื้อรัง (chronic airflow limitation) และการเปลี่ยนแปลงที่ระดับเซลล์ต่าง ๆ ของพยาธิสภาพที่ปอด ผลที่เกิดจากภาวะผลกระทบนอกปอดที่สำคัญ (extrapulmonary effect) และโรคร่วมอื่นที่สำคัญ (comorbidities) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงควรจัดเป็นความผิดปกติของปอด แต่โรคร่วมอาจถูกนับเป็นความจำเป็นในเรื่องของการประเมินผลความรุนแรงและระบุในการรักษาที่เหมาะสม

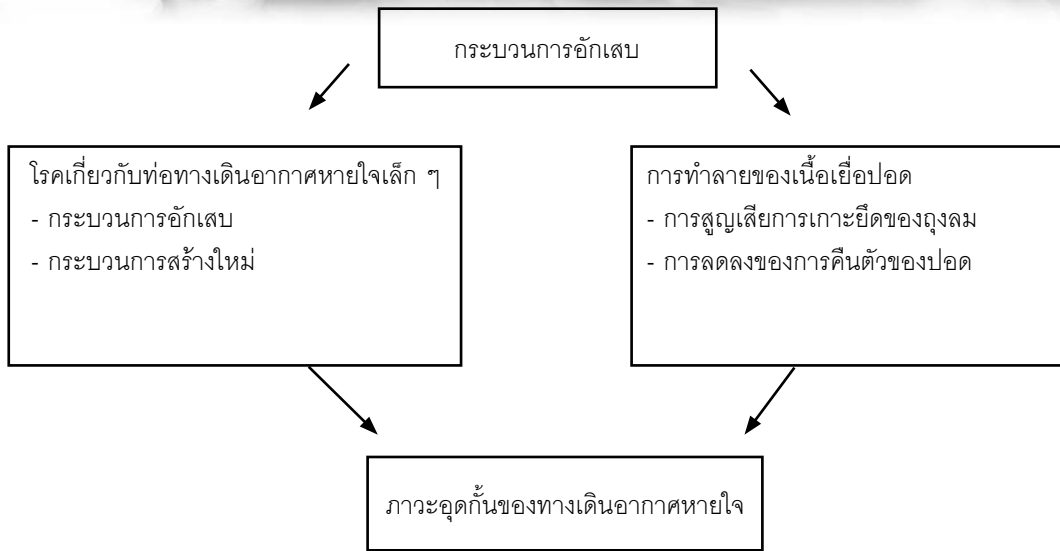
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปัจจุบันจัดเป็นโรคที่ป้องกันและรักษาได้เพื่อชะลอการดำเนินไปของโรค ผลกระทบที่เกิดภายนอกปอดที่สำคัญอาจก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคล ส่วนประกอบของปอดที่เกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจไม่สามารถแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์ (not fully reversible) ภาวะอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจมักจะรุนแรงและเกี่ยวเนื่องกับการตอบสนองต่อการอักเสบของปอดที่ผิดปกติจากการสัมผัสต่ออนุภาคที่เป็นอันตราย (noxious particle) และแก๊สพิษ (gases) ต่าง ๆ

การสูบบุหรี่จัดเป็นสาเหตุหลักและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แม้ในหลาย ๆ ประเทศมลภาวะที่เกิดจากการเผาไหม้ไม้และเชื้อเพลิงชีวภาพ (biomass fuels) ก็จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเช่นเดียวกัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเกิดในผู้สูงอายุ ซึ่งต่างจากโรคหืดซึ่งเกิดได้ทุกเพศ ทุกวัย

ภาวะอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจ

ภาวะอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากสาเหตุผสมระหว่างการอุดกั้นและอักเสบของท่อทางเดินอากาศหายใจเล็ก ๆ (obstructive bronchiolitis) และการทำลายของเนื้อเยื่อปอด (parenchymal destruction) จากการเกิดถุงลมโป่งพอง (emphysema) ซึ่งเกิดขึ้นแต่ละบุคคล (รูปที่ 1) กระบวนการอักเสบที่เรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการตีบแคบของท่อทางเดินอากาศหายใจเล็ก ๆ การทำลายเนื้อเยื่อปอด ตลอดจนการอักเสบส่งผลให้เกิดการสูญเสียการยึดเกาะของถุงลมต่อท่อทางเดินอากาศหายใจขนาดเล็ก และลดแรงดึงกลับของปอด (elastic recoil) ในทางกลับกัน การเปลี่ยนแปลงนี้ลดการเปิดของทางเดินอากาศหายใจขณะหายใจออก ส่งผลให้อากาศเสียค้างคั่งในปอดมากขึ้น ซึ่งภาวะอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจสามารถวัดได้ด้วย Spirometer

คำนิยามของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเน้นไปที่ภาวะถุงลมโป่งพอง (emphysema) และภาวะหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) ซึ่งไม่ได้กล่าวรวมในคำจำกัดความข้างต้น ถุงลมโป่งพองหรือการสูญเสียในการแลกเปลี่ยนแก๊สของปอด เป็นคำอธิบายทางพยาธิวิทยาที่พบได้บ่อยแต่ไม่ถูกตั้งนักเกี่ยวกับการใช้ทางคลินิกที่อธิบายเพียงส่วนเดียวในหลาย ๆ ส่วนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความเชื่อที่ว่าภาวะหลอดลมอักเสบเรื้อรังหรือการไอแบบมีเสมหะต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนในสองปีติดต่อกันนี้ยังใช้ได้ผลดีในทางคลินิกและการอธิบายทางระบาดวิทยา อย่างไรก็ตาม คำอธิบายนี้ไม่ได้



รูปที่ 1 กลไกการเกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจ

สะท้อนถึงปัจจัยหลักในภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังในด้านภาวะเจ็บป่วยและอัตราการตายของโรค เพราะผู้ป่วยบางรายที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก็อาจมีหรือไม่มีอาการไอแบบมีเสมหะก็ได้

ค่าจากเครื่อง Spirometer ใช้ในการจำแนกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ (ตารางที่ 1) โดยอาศัยค่า $FEV_1/FVC < 0.70$ และ $FEV_1 < 80\%$, 50% , 30% จากค่าที่ทำนายได้คร่าว ๆ จากผู้ป่วยค่านี้เป็นค่ามาตรฐานในการวินิจฉัยโรค การศึกษาที่เกิดจากการสู่มัประชากรอย่างง่ายพบว่า หลังจากได้รับยาขยายหลอดลม FEV_1/FVC ที่ต่ำกว่า 0.70 ในทุกกลุ่มอายุช่วยสนับสนุนการใช้ค่านี้

อย่างไรก็ตาม อายุมีผลต่อความจุของปอด การใช้อัตราส่วนที่ตายตัวอาจทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดว่าเป็นโรคสูงกว่าความเป็นจริงในคนสูงอายุ และเป็นโรคน้อยกว่าความเป็นจริงในผู้ใหญ่ที่อายุต่ำกว่า 45 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคที่ระดับความรุนแรงน้อย (mild) การใช้ค่าต่ำสุดของค่าปกติ (Lower Limit of Normal; LLN) ของค่า

FEV_1/FVC ซึ่งขึ้นกับการกระจายตัวอย่างปกติและการจำแนกที่ฐาน 5% ของประชากรที่แข็งแรงดีที่ผิดปกติเป็นวิธีการที่ลดความผิดพลาดของการจำแนกโรค โดยหลักการแล้ว Spirometer จะคำนวณถ้าสมการมีค่ามาตรฐานของ LLN อย่างไรก็ตาม สมการอ้างอิงโดยใช้ค่า FEV_1 หลังจากได้รับยาขยายหลอดลมและการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของการใช้ค่า LLN ยังคงต้องมีการศึกษาต่อไป

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการระดับน้อยถึงปานกลาง (Stages I and II) เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง ป้องกันการดำเนินไปของโรค และการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ การรักษาโรคในภาวะรุนแรงและภาวะรุนแรงมาก (Stages III and IV) ต้องการการประมวลแนวคิดด้านต่าง ๆ การรักษาพร้อมที่หลากหลายและความร่วมมือของแพทย์

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การจำแนกความรุนแรงของปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับยาขยายหลอดลมโดยใช้เครื่อง Spirometer		
Stage: I	Mild	$FEV_1/FVC < 0.70$ $FEV_1 \geq 80\%$ predicted
Stage: II	Moderate	$FEV_1/FVC < 0.70$ $50\% \leq FEV_1 < 80\%$ predicted
Stage: III	Severe	$FEV_1/FVC < 0.70$ $30\% \leq FEV_1 < 50\%$ predicted
Stage: IV	Very Severe	$FEV_1/FVC < 0.70$ $FEV_1 < 30\%$ predicted or $FEV_1 < 50\%$ predicted plus chronic respiratory failure

FEV_1 : forced expiratory in one second; FVC forced vital capacity; respiratory failure: arterial partial pressure of oxygen (PaO_2) less than 8 kPa (60 mmHg) with or without arterial partial pressure of CO_2 ($PaCO_2$) greater than 6.7 kPa (50 mmHg) while breathing air at sea level. (adapted: GOLD guideline 2011)



ในการประคับประคองผู้ป่วยเพื่อลดการดำเนินไปของโรค การให้ความรู้ คำแนะนำด้านการรักษาด้วยยาเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย คำแนะนำด้านโภชนาการและการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่จำเป็นที่ทุกกระบวนการต้องจัดสรรให้ผู้ป่วยทุกราย การประเมินประโยชน์ของการรักษาในแต่ละระดับความรุนแรงช่วยให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

การป้องกันโรคเป็นเป้าหมายที่สำคัญและเป็นเป้าหมายหลัก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายการรักษาดังต่อไปนี้

- การบรรเทาอาการ
- การชะลอการดำเนินไปของโรค
- การเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย
- การพัฒนาสภาวะทางสุขภาพ
- ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน
- ป้องกันและรักษาภาวะของโรคกำเริบ
- ลดอัตราการตาย

เป้าหมายเหล่านี้ควรดำเนินไปโดยให้มีผลข้างเคียงจากการรักษาให้น้อยที่สุด และเป็นสิ่งที่ทำทนายโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วม การรักษาที่ปรับเปลี่ยนไปแต่ละบุคคล และการรักษาบางประเภทยังขยายประโยชน์ไปในหลายด้าน การเลือกแผนการรักษา ประโยชน์และความเสี่ยงในแต่ละบุคคล ราคาทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ชุมชนควรนำมาพิจารณาเสมอ

ผู้ป่วยอาจได้รับการวินิจฉัยในช่วงแรกของโรคหรือช่วงหลังที่เกิดความพิการเกิดขึ้นแล้ว การประเมินด้วย Spirometer เป็นเครื่องมือวัดหลักในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และควรจัดสรรอย่างพอเพียงสำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ของการมีเครื่องมือนี้ในชุมชนเพื่อคัดกรองประชากรปกติ หรือคนที่สูบบุหรี่ยังคงเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ถึงความจำเป็น อย่างไรก็ตาม การให้คำแนะนำผู้ป่วย แพทย์ และชุมชนให้ตระหนักถึงอาการไอแบบมีเสมหะ และการหายใจลำบากไม่ใช่สิ่งที่ไร้สาระ และควรตระหนักในการดูแลรักษาโรคนี้

การรักษาที่เหมาะสมและการประเมินภาวะกำเริบของโรคควรเริ่มอย่างทันทีที่เป็นไปได้ การลดระดับความเข้มงวดในการรักษาเมื่อโรคควบคุมได้เป็นไปได้อย่างในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การลดลงของสมรรถภาพการทำงานของปอดมักจำเป็นต้องรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยาซึ่งเป็นข้อจำกัดของการเปลี่ยนแปลงของโรคนี้ การกำเริบในอาการและอาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ได้และทำให้คุณภาพชีวิตรวมถึงภาวะสุขภาพแย่ลง

การวินิจฉัยเบื้องต้น

การวินิจฉัยอาการทางคลินิกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรพิจารณาในผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการหอบเหนื่อยเรื้อรังหรือไอแบบมีเสมหะ และ/หรือมีประวัติต่อปัจจัยเสี่ยงของโรค การวินิจฉัยควรได้รับการยืนยันจากการวัดด้วยเครื่อง Spirometer การปรากฏของค่า $FEV_1/FVC < 0.70$ หลังได้รับขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์เร็วเป็นตัวช่วยยืนยันภาวะอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจซึ่งไม่สามารถผันกลับ

ได้อย่างสมบูรณ์

การประเมินอาการ

อาการพื้นฐานของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นที่ทราบกันดี อาการหลักของผู้ป่วย ได้แก่

Stage I: Mild COPD จะมีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะ อาการนี้จะปรากฏหลาย ๆ ปีก่อนที่จะเกิดภาวะทางเดินอากาศหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และมักถูกละเลยจากผู้ป่วยโดยคิดว่าเกิดจากอายุสูงขึ้น

Stage II: Moderate COPD ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการหอบเหนื่อยรบกวนการทำงานของทุกวัน โดยปกติผู้ป่วยระดับนี้มักจะแสวงหาการรักษาทางการแพทย์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางคนอาจจะไม่มีอาการไอ การผลิตเสมหะหรืออาการหอบเหนื่อย

โดยส่วนมาก Stage I: Mild COPD หรือ Stage II: Moderate COPD ผู้ป่วยจะไม่ค่อยมาพบแพทย์จนกระทั่งมีภาวะอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจรุนแรงมากขึ้น หรือสมรรถภาพการทำงานของปอดแย่ลงอย่างเฉียบพลันจากการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ

Stage III: Severe COPD อาการไอและอาการภาวะมีเสมหะยังคงเป็นอยู่ อาการหอบเหนื่อยเลวร้ายลง

Stage IV: Very Severe COPD อาการไอและภาวะมีเสมหะยังคงเป็นอยู่ อาการหอบเหนื่อยเลวร้ายลง อาจปรากฏอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงเกิดภาวะกำเริบของโรค

ปัจจุบันตามแนวทางการรักษาโดย GOLD guideline ยังคำนึงถึงระดับความรุนแรงของโรคโดยประเมิน

ตัวอย่างคำถามจาก Modified British Medical Research Council (mMRC) Questionnaires เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะการหายใจลำบากของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยอยู่ระดับใด

mMRC Grade 0 ฉันเพียงหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกายหนัก

mMRC Grade 1 ฉันมีอาการหายใจสั้นเมื่อต้องรีบหรือเดินขึ้นเนินเตี้ย ๆ

mMRC Grade 2 ฉันเดินช้ากว่าคนในอายุเดียวกันเพราะหายใจลำบาก หรือต้องหยุดหายใจเมื่อเดินก้าวขึ้นบันได

mMRC Grade 3 ฉันต้องหยุดหายใจแม้เดินเพียง 100 เมตรหรือเดินไม่กี่นาทีขึ้นบันได

mMRC Grade 4 ฉันหายใจลำบากเมื่อออกจากบ้านหรือเพียงแต่แต่งตัวหรือถอดเสื้อผ้า

และประเมิน COPD Assessment Test (CAT) ซึ่งสามารถประเมินโดยฐานข้อมูล online หรือประเมินโดยใช้ข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินอาการของตนเอง (ตารางที่ 2)

การลดปัจจัยเสี่ยง

การระบุ การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและรักษาในทุกโรค ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสูบบุหรี่ การ



ตารางที่ 2 แบบประเมิน CAT score

	1	2	3	4	5	
ข้าพเจ้าไม่เคยมีอาการไอ						ข้าพเจ้าไอตลอดเวลา
ข้าพเจ้าไม่มีเสมหะในปอดเลย						ปอดของข้าพเจ้าเต็มไปด้วยเสมหะ
ข้าพเจ้าไม่รู้สึกแน่นหน้าอกเลย						ข้าพเจ้ารู้สึกแน่นหน้าอกมาก
เมื่อเช้าข้าพเจ้าเดินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น ข้าพเจ้ายังคงหายใจได้คล่อง						เมื่อเช้าข้าพเจ้าเดินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น ข้าพเจ้า เหนื่อยและหอบอย่างมาก
ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้านโดยไม่ จำกัด						ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้านจำกัดมาก
ข้าพเจ้ามีความมั่นใจที่จะออกไป นอกบ้าน ทั้ง ๆ ที่ปอดข้าพเจ้ามีปัญหา						ข้าพเจ้าไม่มีความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้าน เพราะ ปอดข้าพเจ้ามีปัญหา
ข้าพเจ้านอนหลับสนิท						ข้าพเจ้านอนหลับไม่สนิทเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา
ข้าพเจ้ารู้สึกกระฉับกระเฉงอย่างมาก						ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย

สัมผัสสารพิษจากการทำงาน มลภาวะและสารระคายเคืองในอากาศ ทั้งภายในและภายนอกที่พอกอาศัย เป็นต้น ตั้งแต่การสูบบุหรี่จัดเป็น ปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลก การควบคุม การบริโภคยาสูบได้เกิดขึ้นทั้งในปัจเจกบุคคลและในส่วนรวม การลด การสัมผัสต่อฝุ่นจากการปฏิบัติงาน คาร์บอนและแก๊ส (occupational dusts, fumes, and gases) มลภาวะทางอากาศภายในและภายนอก ที่อยู่อาศัยก็เป็นเป้าหมายหลักในการป้องกันการเกิดและการดำเนิน ไปของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะคงที่คือ การ เพิ่มการรักษาขึ้นกับความรุนแรงของโรคและสภาวะทางคลินิกของ ผู้ป่วย การลดลงของความเข้มข้นของการรักษาพบในโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังซึ่งไม่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง สภาพของโรคมีแต่ภาวะคงที่และอาการค่อย ๆ ดำเนินเลวร้าย ลง การจัดการโรคมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีอาการไม่พึงประสงค์จาก การรักษาน้อยที่สุด ซึ่งขึ้นกับการประเมินระดับความรุนแรงของโรค และการตอบสนองต่อการรักษา

การจำแนกความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขึ้นกับการ ประเมินผลของแต่ละบุคคลของการประเมินความรุนแรงและการ ตอบสนองต่อการรักษาในการจัดการความรุนแรงของภาวะทางเดินอากาศ หายใจอุดกั้น (ตารางที่ 1) ให้ตามแนวทางการรักษาโดยทั่วไปโดยให้ ตามการรักษา แต่การเลือกการรักษาขึ้นกับอาการแสดงทางคลินิก ของผู้ป่วย การรักษาขึ้นอยู่กับความรู้ความต้องการในการยอมรับ คำแนะนำในการรักษา วัฒนธรรมและเงื่อนไขเฉพาะที่ และการเข้าถึง การรักษา

การรักษาทางเภสัชวิทยา (Pharmacologic treatment)

การรักษาทางเภสัชวิทยาใช้ป้องกันและควบคุมอาการ ลดความถี่และความรุนแรงของภาวะกำเริบ พัฒนาคุณภาพชีวิต เพิ่มความทนต่อการออกกำลังกาย การศึกษาเกือบทั้งหมดพบว่ายาที่ใช้รักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้ลดสมรรถภาพการทำงานของปอดในระยะยาวซึ่งเป็นลักษณะเด่นของโรคนี้ ถึงแม้ว่ามีหลักฐานเล็กน้อยว่าการรักษาด้วย long-acting β_2 -agonist, inhaled glucocorticosteroid และยาสูดผสมทั้งสองช่วยลดอัตราการลดลงของสมรรถภาพการทำงานของปอด ถึงอย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก็ยังคงใช้หลักในการลดอาการ และ/หรืออาการแทรกซ้อน เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตัวโรคจะดำเนินไปเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง คำแนะนำในการรักษาด้วยยากี่สะท้อนตามหลักการทั่วไปดังต่อไปนี้

- การรักษาที่มีแนวโน้มจะเพิ่มยามากขึ้นตามเท่าที่โรคมีความรุนแรงสูงขึ้น
- การรักษาโดยทั่วไปต้องการระดับของโรคให้อยู่ในระดับเดิมในระยะยาว โดยไม่รุนแรงขึ้นและปราศจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- ผู้ป่วยแต่ละรายมีการตอบสนองต่อการรักษาที่แตกต่างกันรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การติดตามควรดำเนินในช่วงที่เหมาะสม เพื่อให้แน่ใจว่าการเริ่มการรักษาไม่ได้เพิ่มราคาที่ได้รับไม่ได้จากผู้ป่วย ผลจากการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากให้ยาขยายหลอดลมหรือยาสูดพ่นสเตียรอยด์ก่อนได้รับการรักษา ปัจจุบันก็ยังไม่มีทราบประสิทธิภาพในการทำนายว่าการรักษานี้ช่วยลดอาการกำเริบของโรคได้หรือไม่ ยาที่ใช้และปรากฏในคำสั่งแพทย์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยขึ้นกับ



ตารางที่ 3 รูปแบบและขนาดการรักษาปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Drug	Inhaler (μ g)	Solution for Nebulizer (mg/ml)	Oral	Vials for Injection (mg)	Duration of Action (hours)
β_2-agonist					
Short-acting					
Fenoterol	100-200 (MDI)	1	0.05% Syrup		4-6
Levalbuterol	45-49 (MDI)	0.21, 0.42			6-8
Salbutamol	100, 200 (MDI & DPI)	5	5 mg Pill, 0.024% Syrup	0.1, 0.5	4-6
Terbutaline	400-500 (DPI)		2.5, 5 Pill		4-6
Long-acting					
Formoterol	4.5-12 (MDI & DPI)	0.01			12+
Arformoterol		0.0075			12+
Indacaterol	150-300 (DPI)				24
Salmeterol	25-50 (MDI & DPI)				12+
Anticholinergics					
Short-acting					
Ipratropium Br	20, 40 (MDI)	0.25-0.5			6-8
Oxipropium Br	100 (MDI)	1.5			7-9
Long-acting					
Tiotropium	18 (DPI), 5 (SMI)				24+
Combination Short-acting β_2-agonist plus anticholinergics in one inhaler					
Fenoterol/Ipratropium	200/80 (MDI)	1.25/0.5			6-8
Salmeterol/Ipratropium	75/15 (MDI)	1.5			6-8
Methylxanthines					
Aminophylline			200-600 mg Pill	240 mg	Up to 24
Theophylline (SR)			100-600 mg Pill		Up to 24
Inhaled glucocorticosteroids					
Beclomethasone	50-400 (MDI & DPI)	0.2-0.4			
Budesonide	100, 200, 400 (MDI & DPI)	0.2, 0.5			
Fluticasone propionate	50-500 (MDI & DPI)				
Combination Long-acting β_2-agonist plus glucocorticosteroids in one inhaler					
Formoterol/Budesonide	4.5/160, 9/320 (DPI)				
Salmeterol/Fluticasone propionate	50/100, 250, 500 (DPI)				
Systemic glucocorticosteroids					
Prednisolone			5-60 mg Pill		
Methylprednisolone			4, 8, 16 mg Pill		
Phosphodiesterase-4 inhibitors					
Roflumilast			500 mcg Pill		

หมายเหตุ ตารางนี้รวบรวมยาทั้งหมดในการใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งนี้ยาบางชนิดไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย

ระดับความรุนแรงของโรคและอาการทางคลินิก อย่างไรก็ตาม แบบแผนการรักษาจะมีความจำเป็นกับผู้ป่วยตามความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของอาการและความรุนแรงของภาวะอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจซึ่งขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ความถี่และความรุนแรงของภาวะกำเริบ การปรากฏของหนึ่งหรือมากกว่าของอาการแทรกซ้อน การปรากฏของภาวะระบบหายใจล้มเหลว โรคร่วมอื่น ๆ (เช่น โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการนอนหลับ) และภาวะสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป

กลุ่มของยาที่นิยมใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีไม่มาก (ตารางที่ 3) การเลือกใช้ในแต่ละกลุ่มขึ้นกับความสามารถในการเข้าถึงยาและการตอบสนองของผู้ป่วย

ยาขยายหลอดลม (Bronchodilators)

ยาขยายหลอดลมเพิ่ม FEV₁ หรือเปลี่ยนแปลงค่าแปรผันของ Spirometer โดยเปลี่ยนแปลงการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อเรียบรอบทางเดินอากาศหายใจ ช่วยในการเพิ่มอัตราการไหลของอากาศตอนหายใจออกโดยเพิ่มขนาดของทางเดินอากาศหายใจแทนที่จะเปลี่ยนแปลงแรงดึงกลับของปอด (elastic recoil) ยาทำให้ปอดว่างมีแนวโน้มลด dynamic hyperinflation ขณะพักและตอนออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงนี้โดยเฉพาะในภาวะโรคแย่ลงไม่สามารถพยากรณ์ได้จากค่า FEV₁ ที่ดีขึ้น ยาช่วยขยายหลอดลมโดยออกฤทธิ์หลักที่กล้ามเนื้อเรียบรอบทางเดินอากาศหายใจ โดยไม่ได้มีผลปรับสภาพการลดลงของการทำงานใน Stage I: Mild COPD หรือการพยากรณ์ของโรค (Evidence B)

ยาขยายหลอดลมเป็นยาหลักในการจัดการอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Evidence A) ยาถูกใช้เมื่อต้องการใช้ (as-needed) เพื่อบรรเทาอาการที่ยังมีอยู่หรืออาการที่เลวร้ายลง หรือให้เป็นประจำ (regular basis) เพื่อป้องกันหรือลดอาการ ผลข้างเคียงจากการใช้ยาขยายหลอดลมตามเภสัชวิทยาแล้วขึ้นกับขนาดการใช้ อาการไม่พึงประสงค์มีเล็กน้อยและหายไปอย่างรวดเร็วด้วยการหยุดยาชนิดสูดพ่น อาการไม่พึงประสงค์จะหายไปเร็วกว่าชนิดรับประทาน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มที่อายุจะสูงกว่าผู้ป่วยโรคหืดและมีแนวโน้มจะมีโรคร่วม ดังนั้น ความเสี่ยงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จึงสูงกว่า

ตารางที่ 4 ยาขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ยาขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาวะคงที่

- ยาขยายหลอดลมเป็นยาหลักในการจัดการอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ยาที่ควรใช้คือยาสูดพ่น
- การเลือกใช้ β_2 -agonist, Anticholinergic, Theophyllines หรือใช้หลายชนิดร่วมกันขึ้นกับว่ามียาชนิดใดอยู่และการตอบสนอง การบรรเทาอาการของแต่ละบุคคล และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- ยาขยายหลอดลมจ่ายแบบเมื่อต้องการใช้หรือใช้เป็นประจำเพื่อป้องกันและลดอาการ
- ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์นานมีประสิทธิภาพดีกว่าและมีความสะดวก
- การใช้ยาขยายหลอดลมร่วมกันแต่ต่างกลุ่มของการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาอาจเพิ่มประสิทธิผลและลดอาการไม่พึงประสงค์ เมื่อเทียบกับการเพิ่มขนาดยาขยายหลอดลมชนิดเดียว

เมื่อใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่น เพื่อให้ได้รับยาอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพต้องให้การฝึกฝนการใช้ยาเทคนิคพิเศษจากประสบการณ์และการวิจัยของผู้เขียนพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ยาสูดหลายรายขาดทักษะในการใช้ยาอย่างถูกต้องและต้องให้คำแนะนำซ้ำทุกครั้งที่พบผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ การเลือกชนิดยาสูดพ่นขึ้นกับว่ามียาชนิดใดอยู่ ราคา การสั่งโดยแพทย์ ทักษะและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจมีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพัทธ์ของการกดและสูดยาชนิด metered dose inhaler (MDI) มากกว่าอาสาสมัครสุขภาพดีที่มาทดสอบยาหรือผู้ป่วยโรคหืดที่ยังอายุน้อย มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสร้างความมั่นใจเรื่องทักษะการใช้ยาสูดพ่นให้ถูกต้องและตรวจสอบทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาพบในแต่ละครั้ง (ตารางที่ 4)

ทางเลือกอื่นในการเลือกรูปแบบยาขยายหลอดลมคือ อาจใช้ประเภทที่มีการกระตุ้นด้วยลมหายใจก่อนการปลดปล่อยยา (breath-activated) หรือใช้ spacer ช่วย การใช้รูปแบบผงแห้ง (dry powder inhalers; DPIs) อาจสะดวกและเพิ่มการติดของยาที่ปอด (drug deposit) โดยทั่วไปอนุภาคมีแนวโน้มจะติดที่หลอดลมส่วนกลางและติดที่ทางเดินอากาศหายใจ แต่อย่างไรก็ตาม จากการวิจัยและประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีปัญหาในเรื่องความไม่มีแรงเพียงพอในการสูดยาผงแห้งเข้าปอด ยาหลายรูปแบบจะมีในรูปแบบสารละลาย Nebulizer และช่วยในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงที่มีอัตราการหายใจเข้าต่ำจึงมีประสิทธิภาพดีกว่า อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อมูลจำกัดว่ามีประสิทธิภาพดีกว่าเครื่องมือแบบอื่น การใช้ยาแบบนี้ขึ้นกับการมีอุปกรณ์ ความเหมาะสมและด้านของราคาที่ย่อมแพงสูง ประโยชน์จะมีน้อยในเรื่องของการบรรเทาอาการและข้อจำกัดในการใช้ยาซ้ำ ยาในรูปแบบ Nebulizer ควรทำอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประโยชน์ในการแก้ไขภาวะที่มีอาการอยู่อย่างต่อเนื่อง

ความสำคัญต่อขนาดยาและการตอบสนองต่อการรักษา และค่า FEV₁ ในการใช้ยามีผลค่อนข้างคงที่และไม่ได้เพิ่มขึ้นตามขนาดของยา แต่พิษจากการใช้ยากลับขึ้นกับขนาดการรักษา ดังนั้น ควรใช้ยาอย่างเหมาะสม การใช้ยาขยายหลอดลมขนาดสูงของ β_2 -agonist และ Anticholinergic มีประโยชน์ในรายที่มีอาการอย่างเฉียบพลัน (Evidence B) แต่ไม่ค่อยมีประโยชน์ในโรคที่มีภาวะคงที่ (Evidence C)



ยาขยายหลอดลมทุกกลุ่มช่วยเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยไม่จำเป็นต้องเพิ่มค่า FEV₁ (Evidence A) การใช้ยาขยายหลอดลมในรูปออกฤทธิ์นาน แม้รูปแบบ Nebulizer มีประสิทธิภาพและสะดวกกว่าการใช้ยาในรูปแบบออกฤทธิ์สั้น (Evidence A)

การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวนานหรือการใช้ยา Anticholinergic ชนิดออกฤทธิ์ยาวนานช่วยเพิ่มสภาวะทางด้านสุขภาพ การใช้ยาสูดพ่น Anticholinergic ชนิดออกฤทธิ์นานช่วยลดอัตราการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ยา Theophylline ประสิทธิภาพดีแต่เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดังนั้น ยาสูดพ่นขยายหลอดลมจึงควรเลือกใช้มากกว่าหากเป็นไปได้ หลายการศึกษาแสดงว่ายา Theophylline ชนิดออกฤทธิ์ปลดปล่อยนานมีประสิทธิภาพดี

ยากระตุ้นตัวรับเบต้า (β_2 -agonist) กลไกการออกฤทธิ์หลักคือ ขยายกล้ามเนื้อเรียบของกล้ามเนื้อทางเดินอากาศหายใจ โดยกระตุ้น β_2 -adrenergic receptors ซึ่งเพิ่ม cyclic AMP ช่วยในการต้านการหดเกร็งของหลอดลม การให้ยาในรูปแบบรับประทาน ออกฤทธิ์ช้าและมีอาการไม่พึงประสงค์มากกว่าชนิดสูดพ่น (Evidence A) ยาสูดพ่น β_2 -agonist ในผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังออกฤทธิ์ได้ช้ากว่าในผู้ป่วยโรคหืด ยาจะออกฤทธิ์ภายในประมาณ 4-6 ชั่วโมง (Evidence A) ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์นาน เช่น Salmeterol และ Formoterol ออกฤทธิ์นานถึง 12 ชั่วโมงหรือมากกว่า โดยไม่สูญเสียประสิทธิภาพการขยายหลอดลมในตอนกลางคืน และมักใช้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Evidence A)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเนื่องจากกระตุ้น β_2 -adrenergic receptors จึงอาจเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและระบบวงจรัหัวใจ การเต้นของหัวใจ แต่อย่างไรก็ตาม พบได้น้อยในการใช้ยาในรูปแบบยาสูดพ่น อาการสั่นพบได้ในผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาด้วยยา β_2 -agonist ในขนาดสูง อย่างไรก็ตาม รูปแบบของยาและขนาดของการรักษาที่ไม่สูงมากผู้ป่วยจะสามารถทนได้ (tolerated) การเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำสามารถพบได้หากใช้ยาร่วมกับยาขับปัสสาวะกลุ่ม Thiazide การเพิ่มการไหลออกซิเจนพบได้ในขณะพัก ผลของเมตาบอลิต์แสดงภาวะ tachyphylaxis ซึ่งไม่เหมือนกับฤทธิ์ในการขยายหลอดลม ค่า PaO₂ จะลดลงเล็กน้อยหลังจากให้ยา β_2 -agonist ทั้งชนิดออกฤทธิ์สั้นและออกฤทธิ์นาน แต่อาการที่เกิดขึ้นนี้ยังไม่ชัดเจนเท่าไรนัก ถึงแม้มีการตระหนักถึงอาการนี้ในหลายปีที่ผ่านมามาก แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ β_2 -agonist และการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของปอดหรือเพิ่มอัตราการตายในผู้ป่วย

ยาด้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergics) ฤทธิ์ของยากลุ่มนี้ไม่ว่าจะเป็น Ipratropium, Oxitropium และ Tiotropium bromide ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังออกฤทธิ์ที่การยับยั้ง acetylcholine ที่ M3 receptors ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์สั้น ออกฤทธิ์ยับยั้งที่ M2 receptors และผ่านที่ pre-ganglionic junction และมีความสำคัญไม่มากนักในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Barnes, 1995) ยาออกฤทธิ์นาน Tiotropium bromide มีเภสัชจลนศาสตร์ยับยั้งที่ M3 และ M1 receptor ขยาย

หลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น Anticholinergic ออกฤทธิ์ช้าประมาณ 8 ชั่วโมง ช้ากว่ายาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นกลุ่ม β_2 -agonist หลังจากให้ยา (Evidence A) Tiotropium bromide ออกฤทธิ์นานถึง 24 ชั่วโมง (Evidence A) จากการศึกษาขนาดใหญ่ในระยะยาวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่มีผลในการลดอัตราการสมรรถภาพการทำงานของปอดและไม่มีผลเพิ่มความถี่ของระบบหัวใจและหลอดเลือดเมื่อให้ร่วมกับการรักษามาตรฐาน การเพิ่มขึ้นของสมรรถภาพการทำงานของปอดอาจดีขึ้นหลังจากให้ยาสูดพ่น Anticholinergic ร่วมกับยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ต่อระบบ sympathetic ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง การใช้ยา Anticholinergic ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เนื่องจากเป็นยาที่ดูดซึมต่ำจึงไม่ค่อยพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและค่อนข้างปลอดภัย อาการไม่พึงประสงค์หลัก ได้แก่ อาการปากแห้ง การใช้ยาสูดพ่น Tiotropium bromide ชนิดผงแห้งขนาด 18 ไมโครกรัมต่อวันนาน 21 วันไม่มีผลกับ mucus clearance ถึงแม้มีรายงานอาการเกี่ยวกับ prostatic symptom แต่ก็ไม่มีข้อมูลยืนยันที่ชัดเจนของความสัมพันธ์กับการใช้ยา อาการขมและรสเหมือนโลหะพบได้บ้างในผู้ป่วยที่ใช้ Ipratropium อาการไม่พึงประสงค์ที่เพิ่มความถี่ของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เล็กน้อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำของ Ipratropium bromide มีรายงานอยู่บ้างและควรมีการติดตามต่อไป

การใช้รูปแบบสารละลาย Nebulizer กับหน้ากากพบรายงานการเกิดต้อหินเฉียบพลัน (acute glaucoma) เนื่องจากผลการสัมผัสโดยตรงกับสารละลายยา ยาไม่มีผลต่อ mucociliary clearance และการเพิ่มขึ้นต่อการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ

เมทิลแซนทีน (Methylxanthines) ยังมีการถกเถียงอย่างมากต่อการใช้ยาในกลุ่มนี้ ยาออกฤทธิ์ยับยั้งที่ Phosphodiesterase แบบไม่จำเพาะเจาะจง แต่มีรายงานว่าไม่มีผลต่อการขยายหลอดลม ยังมีการโต้แย้งนี้ถึงประโยชน์และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาชนิดดั้งเดิมและออกฤทธิ์เนิ่นยังไม่ชัดเจนนักในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้ยา Theophylline มีผลในการเปลี่ยนแปลงกลไกของกล้ามเนื้อในการหายใจเข้า การเปลี่ยนแปลงนี้หรือผลเบื้องต้นต่อกล้ามเนื้อยังไม่ชัดเจน (Evidence B) การศึกษาส่วนใหญ่ทำในรูปแบบยา Theophylline ชนิดออกฤทธิ์เนิ่น ยานี้ออกฤทธิ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่นอื่นจึงเป็นทางเลือกที่ดีกว่า ขนาดการใช้ยา Theophylline ลดอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ไม่เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดหลังจากการสูดพ่นยา (Evidence B) จากที่กล่าวมาแล้ว การให้ยาขนาดสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์และพิษจากการใช้ยา

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พิษจากการใช้ยาขึ้นกับขนาดยา ยากลุ่ม Xanthine derivative มีข้อจำกัดเรื่องช่วงของยาที่ให้ผลในการรักษาและระดับในการเกิดพิษอยู่ใกล้เคียงกัน (Evidence A) ยา Methylxanthines ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะเจาะจงกับ Phosphodiesterase

ซึ่งเป็นตัวอธิบายถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้น ปัญหาที่ควรตระหนักเป็นอย่างยิ่งคือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial and ventricular arrhythmias) และมีรายงานว่าทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต พบภาวะ grand mal convulsion โดยไม่มีอาการลมชักมาก่อน อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยแต่ไม่ค่อยมีผลอันตราย ได้แก่ อาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแสบยอดอก และอาจเกิดขึ้นที่ระดับความเข้มข้นในเลือดของการรักษาไม่เหมือนกับยาขยายหลอดลมชนิดอื่น Xanthine derivative อาจเนื่องจากความเสี่ยงของพิษจากการใช้ยาทั้งตั้งใจและแบบไม่ตั้งใจ ยา Theophylline มีการเมตาบอลิซึมผ่าน Cytochrome P450 การกำจัดของยาลดลงตามอายุที่สูงขึ้นของผู้ป่วย สรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลต่อการเมตาบอลิซึมของยา อันตรกิริยาพบได้กับภาวะและการใช้ยาต่าง ๆ (ตารางที่ 5)

ยาสเตียรอยด์ (Glucocorticosteroids) ยารับประทานและยาสูดพ่นสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่เด่นชัดเหมือนในโรคหืด และบทบาทในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะคงที่ยังมีข้อจำกัดในข้อบ่งชี้ การใช้ในภาวะกำเริบจะมีการกล่าวถึงต่อไป

ยาสูดพ่นสเตียรอยด์ (Inhaled glucocorticosteroids) หลายการศึกษาไม่พบว่าการใช้ยาสูดพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาเป็นประจำไม่มีผลในการปรับเปลี่ยนการลดลงของ FEV₁ ในระยะยาว (Evidence A) ในภาวะที่ค่า FEV₁ < 60% การรักษาด้วยยาสูดพ่นสเตียรอยด์ลดอัตราของการลดลงของสมรรถภาพการทำงานของปอด (Evidence B) การใช้ยาสูดพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอช่วยลดความถี่ของการกำเริบและพัฒนาสภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่ FEV₁ < 50%

ตารางที่ 5 ยาและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีผลต่อการเมตาบอลิซึมของยา Theophylline ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ยาและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีผลต่อการเมตาบอลิซึมของยา Theophylline

Increased	Decreased
<ul style="list-style-type: none"> - การสูบบุหรี่ - การใช้ยากันชัก - Rifampicin - Alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> - อายุมาก - ภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (PaO₂ < 6.0 KPa, 45 mmHg) - ภาวะเลือดเป็นกรด - ภาวะหัวใจล้มเหลว - ตับแข็ง - Erythromycin - Quinolone antibiotics - Cimetidine (not ranitidine) - การติดเชื้อไวรัส - ยาสมุนไพร (St. John's Wort)

การใช้ยาขยายหลอดลมร่วมกันในการรักษา (Combination bronchodilator therapy)

ถึงแม้ว่าการใช้ยาออกฤทธิ์สั้นของ β_2 -agonist จะพบว่ามีความปลอดภัย การใช้ยาขยายหลอดลมที่มีกลไกการออกฤทธิ์และช่วงเวลาที่ยออกฤทธิ์ในการรักษาแตกต่างกันช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ตัวอย่างเช่น การใช้ยาชนิดออกฤทธิ์สั้น β_2 -agonist กับ Anticholinergic เพิ่มและทำให้ค่า FEV₁ คงอยู่นานขึ้นกว่าใช้ยาเดี่ยว ๆ โดยไม่เพิ่มอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คือ tachyphylaxis ในเวลา 90 วันของการรักษา (Evidence A) การศึกษาขนาดใหญ่ในการใช้ยาร่วมกันของยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นร่วมกับยาด้านการอักเสบ (Salmeterol/ Fluticasone propionate) เทียบกับยาออกฤทธิ์สั้น Anticholinergic (Tiotropium) พบว่าไม่มีผลแตกต่างของอัตราการกำเริบ การใช้ β_2 -agonist กับ Anticholinergic และ/หรือ Theophylline อาจเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอด อย่างไรก็ตาม การเพิ่มจำนวนของยาเพิ่มราคาของการรักษา และประโยชน์อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีการเพิ่มขนาดของการรักษาด้วยยาตัวเดียว เมื่ออาการไม่พึงประสงค์ไม่ใช่ข้อจำกัด

ของค่าที่ทำนายได้ (Stage III: Severe COPD and Stage IV: Very Severe COPD) และการกลับเป็นซ้ำของการกำเริบ เช่น 3 ครั้งใน 3 ปี (Evidence A) การหยุดยาสูดพ่นสเตียรอยด์อาจส่งผลต่อการกำเริบในผู้ป่วยบางราย การรักษาด้วยยาสูดพ่นสเตียรอยด์เหมือนว่าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบและไม่ได้ลดอัตราการตาย

ความสัมพันธ์ของขนาดการรักษาและการตอบสนองและความปลอดภัยในระยะยาวของยาสูดพ่นสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด มีเพียงการใช้ยาขนาดปานกลางถึงขนาดสูงที่ได้ศึกษา การใช้ยา Budesonide ไม่มีผลต่อความหนาแน่นของกระดูกหรืออัตราของกระดูกหัก ในขณะที่พบว่าการรักษาด้วยยา Triamcinolone acetonide มีผลลดความหนาแน่นของมวลกระดูก การรักษามากกว่า 3 ปีของยา Fluticasone ขนาดสูงเดี่ยว ๆ หรือร่วมกับ Salmeterol ไม่มีผลลดความหนาแน่นของแร่ธาตุในกระดูกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) การรักษาด้วยยาสูดพ่นสเตียรอยด์สามารถแนะนำในผู้ป่วยที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภาวะที่โรคพัฒนาไม่ได้และมีการกลับเป็นซ้ำของการกำเริบ



ยาสูตรผสมระหว่างยาสูดสเตียรอยด์และยาขยายหลอดลม (Combination inhaled glucocorticosteroids/bronchodilators)

การใช้ยาสูตรผสมของยาสูดพ่นสเตียรอยด์และยาออกฤทธิ์นาน β_2 -agonist มีประสิทธิภาพดีกว่าในการลดการกำเริบ เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอด และมีผลเพิ่มสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Evidence A) การใช้ยาขนาดสูงเหมือนจะเพิ่มโรคปอดอักเสบและไม่พบว่าช่วยลดอัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีค่า $FEV_1 < 60\%$ การรักษาด้วยยาออกฤทธิ์นาน β_2 -agonist ยาสูดพ่นสเตียรอยด์และยาสูตรผสมลดอัตราการลดลงของสมรรถภาพการทำงานของปอด และยิ่งไปกว่านั้นการใช้ β_2 -agonist ยาสูดพ่นสเตียรอยด์ร่วมกับ Anticholinergic (Tiotropium) พบว่ามีประสิทธิภาพเสริมกัน

ยารับประทานสเตียรอยด์ (Oral glucocorticosteroids)

คำแนะนำจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแนะนำให้ใช้ในยารับประทานสเตียรอยด์ระยะเวลาดสั้น ๆ (ประมาณ 2 สัปดาห์) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งอาจได้ประโยชน์จากการใช้ยารับประทานและยาสูดพ่นสเตียรอยด์ระยะยาว คำแนะนำนี้ได้จากหลักฐานทางวิชาการของการใช้ยารับประทานสเตียรอยด์ระยะสั้นที่ทำนายจากผลการใช้ยารับประทานสเตียรอยด์ในระยะยาวต่อค่า FEV_1 และอีกทั้งยังมีหลักฐานจากการใช้ยารับประทานสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคหืดที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินอากาศหายใจเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อยาสูดพ่นขยายหลอดลม พบว่าการตอบสนองจะดีขึ้นหลังจากได้รับประทานยาสเตียรอยด์ระยะเวลาดสั้น ๆ

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับประทานยาสเตียรอยด์มีผลตอบสนองไม่ดีในระยะยาวเมื่อเทียบกับยาสูดพ่น ด้วยเหตุนี้จึงยังไม่มีหลักฐานชี้ชัดในการใช้ยาในระดับความรุนแรงต่าง ๆ ที่ตอบสนองไม่ดีต่อยาสูดพ่นขยายหลอดลม การใช้ยารับประทานสเตียรอยด์ในระยะยาวยังขาดหลักฐานยืนยันในการมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ FEV_1 ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก การรักษาด้วยยารับประทานสเตียรอยด์ควรพึงระวังถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น การทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ลดความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อ และระบบหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการของโรคแย่ลง ส่งผลให้ข้อมูลการใช้ยารับประทานสเตียรอยด์ระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังอยู่จำกัด โดยสรุปไม่แนะนำให้ใช้ยารับประทานสเตียรอยด์ระยะยาวในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Evidence A)

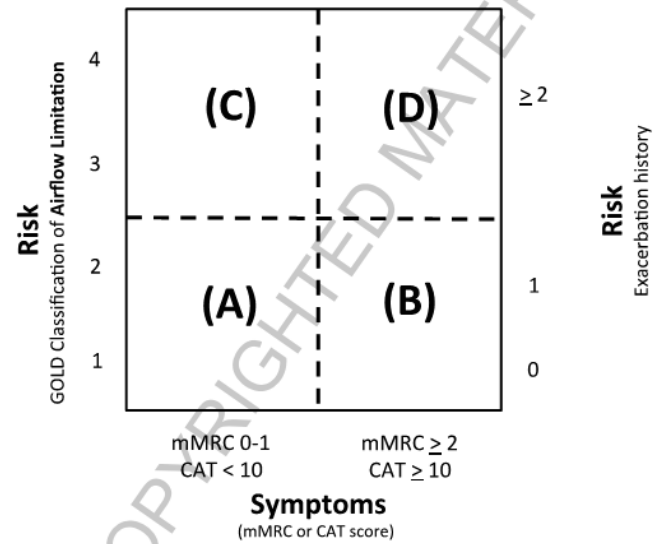
ยา Phosphodiesterase-4 inhibitor (PDE4-inhibitor)

หลักการของการใช้ยากลุ่มนี้คือ ลดกระบวนการอักเสบที่ผ่านการยับยั้งการทำลายของ cyclic AMP ยา PDE4-inhibitor (Roflumilast) ใ้ได้อนุญาตให้ใช้ในบางประเทศ ยานี้เป็นยาที่ใช้รับประทานวันละครั้ง โดยไม่มีผลขยายหลอดลม ยามีผลเพิ่ม FEV_1 ในผู้ป่วยที่รักษาด้วย Salmeterol หรือ Tiotropium ในผู้ป่วย Stage III: Severe COPD และ Stage IV: Very Severe ที่มีประวัติการกำเริบและหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ยา Roflumilast ลดอาการกำเริบใช้รักษาพร้อมกับยารับประทานสเตียรอยด์ ยา Roflumilast ลดอาการกำเริบที่รุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่

ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Evidence B) ผลนี้พบได้เช่นกันเมื่อใช้ยา Roflumilast เพื่อเสริมกับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์นาน (Evidence B) ทั้งนี้ยังไม่มีการเปรียบเทียบกับการใช้ยาสูดพ่นสเตียรอยด์ ข้อสำคัญยา Roflumilast ห้ามใช้ร่วมกับยา Theophylline

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา PDE4-inhibitor มีอาการไม่พึงประสงค์สูงกว่าการใช้ยาสูดพ่นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ลดความอยากอาหาร ปวดท้อง ท้องเสีย รบกวนการนอนและปวดศีรษะ อาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้เป็นเหตุสำคัญในการที่ผู้ป่วยต้องออกจากการศึกษาวิจัยในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์พบได้ระดับต้น ๆ ของการรักษาและอาจลดลงได้หากยังให้การรักษาต่อ จากการศึกษาพบว่าผู้ได้รับการรักษาอาจมีน้ำหนักลดประมาณ 2 กิโลกรัม ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักขณะได้รับการรักษาจึงควรแนะนำ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวน้อย และในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

การให้การักษาทางเภสัชวิทยาตามระดับความรุนแรงของโรค (Pharmacologic therapy by disease severity)



รูปที่ 2 การจำแนกกลุ่มการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวทางการรักษาใหม่ (GOLD guideline 2012)

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการเป็นครั้งคราวหรือระดับความรุนแรงน้อย ไม่ค่อยมีอาการกำเริบ (Group A) การใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม β_2 -agonist ชนิดออกฤทธิ์สั้นเฉพาะเมื่อมีอาการมีความจำเป็น หากยาสูดพ่นขยายหลอดลม β_2 -agonist ชนิดออกฤทธิ์สั้นไม่สมควรพิจารณาใช้ยา Theophylline ชนิดออกฤทธิ์เนิ่น หากโรคควบคุมได้ไม่ดีควรเพิ่มการรักษาด้วยยาสูดพ่นขยายหลอดลม β_2 -agonist ชนิดออกฤทธิ์นาน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ระดับความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะเสี่ยงต่อการกำเริบ (Group B)

ที่มีภาวะหอบเหนื่อยระหว่างกิจวัตรประจำวันซึ่งไม่บรรเทาทั้งที่ได้ รับการรักษาอยู่ด้วยยาสูดพ่นขยายหลอดลม β_2 -agonist ชนิดออกฤทธิ์ สั้นเฉพาะเมื่อมีอาการ คำแนะนำควรให้การรักษาด้วยยาขยายหลอดลม ชนิดออกฤทธิ์สั้นจะมีประสิทธิภาพและสะดวกกว่าการให้ยาขยาย หลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (Evidence A) มีหลักฐานทางวิชาการจำกัด ในการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นอย่างเดียวเมื่อ เทียบกับยาอื่น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม ชนิดออกฤทธิ์สั้นเป็นประจำอยู่อาจเพิ่มยา Theophylline เข้าไปเพื่อ ช่วยในการควบคุมอาการให้ดีขึ้น (Evidence B)

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ระดับความรุนแรงปานกลาง ถึงรุนแรงมาก และมีภาวะกำเริบบ่อย (Group C, D) ที่ได้รับการรักษา ด้วยยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นและชนิดออกฤทธิ์ยาวอยู่เป็น ประจำอยู่แล้ว อาจพิจารณาขยายหลอดลมสเตียรอยด์ในการรักษา อีกทั้ง ยาต้านโคลิเนอร์จิกแบบออกฤทธิ์สั้นช่วยลดการกำเริบได้

ผู้ป่วยที่มีค่า FEV₁ < 50% ของค่าที่ทำนายได้หลังได้รับยา ขยายหลอดลม (Stage III: Severe COPD to Stage IV: Very Severe COPD) และมีประวัติภาวะโรคกำเริบบ่อยครั้ง เช่น 3 ครั้งใน 3 ปีที่ ผ่านมา การรักษาด้วยยาสูดพ่นสเตียรอยด์เป็นประจำช่วยลดความถี่ ของการกำเริบและช่วยพัฒนาสภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยเหล่านี้ควรเพิ่ม การรักษาด้วยยาสูดพ่นชนิดออกฤทธิ์สั้นเข้าไปด้วย แต่ควรหลีกเลี่ยง การรับประทานยาสเตียรอยด์แบบต่อเนื่อง

การให้การรักษาทดแทนยาอื่น (Other pharmacologic therapy)

การรักษาด้วยวัคซีน (Vaccines) การรักษาด้วย Influenza vaccines ช่วยลดการเจ็บป่วยที่รุนแรงและอัตราการตายในผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ 50% (Evidence A) สามารถใช้ได้ทั้งวัคซีนประเภท เชื้อตาย เชื้อยังมีชีวิต เชื้อถูกทำให้หมดฤทธิ์ซึ่งมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นทั้งสิ้น สายพันธุ์ของเชื้อขึ้นกับแต่ละปีและควรเลือกให้ เหมาะสมโดยการให้ปีละหนึ่งครั้ง วัคซีน pneumococcal polysaccharide แนะนำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อายุมากกว่า 65 ปี อย่างไรก็ตาม พบว่าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อายุต่ำกว่า 65 ปีที่มี FEV₁ < 40% ของค่าการทำนาย การได้รับวัคซีนนี้จะช่วยลดภาวะ โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อในชุมชน (community-acquired pneumonia) (Evidence B) การฉีด influenza vaccines แสดงให้เห็นว่า ช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Evidence B)

Alpha-1 antitrypsin augmentation therapy ในผู้ป่วย เด็กที่มีภาวะขาด alpha-1 antitrypsin ตามกรรมพันธุ์อย่างรุนแรงและมี โรคถุงลมโป่งพองอาจจำเป็นต้องได้รับการเสริมด้วยยา alpha-1 antitrypsin อย่างไรก็ตาม การรักษานี้แพงมากและไม่มีในทุกประเทศ จึงไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่มีปัญหาการขาด เอนไซม์นี้

การให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) การป้องกันอย่างต่อเนื่อง ด้วยยาปฏิชีวนะไม่ได้มีผลในการลดภาวะกำเริบของโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง และการศึกษาถึงประสิทธิภาพในการป้องกันด้วยยาปฏิชีวนะ ช่วงหน้าหนาวเป็นเวลา 5 ปี สรุปได้ว่าไม่มีประโยชน์ ปัจจุบันยังไม่มี หลักฐานยืนยันว่าการใช้ยาปฏิชีวนะ นอกเหนือจากการติดเชื้อเมื่อ

เกิดภาวะกำเริบของโรคหรือการติดเชื้ออื่น ๆ จะได้ประโยชน์

การใช้ยาละลายเสมหะ (Mucolytic) การใช้ยาละลาย เสมหะเป็นประจำในระยะเวลาบางอย่างต่อเนื่องยังเป็นที่ถกเถียง กันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะมีเสมหะ เหนียวและได้ประโยชน์จากยาละลายเสมหะ ประโยชน์โดยรวมเหมือน จะน้อยมากและการใช้อย่างแพร่หลายไม่ได้แนะนำในปัจจุบัน (Evidence D) มีบางหลักฐานพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการ รักษาด้วยยาสูดพ่นสเตียรอยด์ การใช้ยาละลายเสมหะ เช่น ยา Carbocysteine อาจลดอาการกำเริบของโรคได้

สารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant agents) สารต้าน อนุมูลอิสระโดยเฉพาะ N-acetylcysteine ที่การศึกษาเล็กพบว่าช่วย ลดความถี่ของภาวะกำเริบของโรคได้ แม้ว่ายาไม่ได้มีบทบาทในการ ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีการกำเริบซ้ำ (Evidence B) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาขนาดใหญ่พบว่า N-acetylcysteine ไม่ได้ผลในการลด ความถี่ของการกำเริบยกเว้นผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาสูดพ่น สเตียรอยด์

สารควบคุมระบบภูมิคุ้มกัน (Immunoregulators) การ ศึกษาพบว่าการใช้สารควบคุมระบบภูมิคุ้มกันช่วยลดความรุนแรงและ ความถี่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การศึกษาระยะยาว ของประสิทธิผลของสารกลุ่มนี้ควรได้รับการวิจัยก่อนแนะนำให้ใช้

การใช้ยาแก้ไอ (Antitussive) อาการไอบางครั้งเป็นปัญหา สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลไกการป้องกันของร่างกาย ดังนั้น การใช้ยาแก้ไออย่างต่อเนื่องไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะคงที่ (Evidence D)

ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) เชื่อกันว่าภาวะ ความดันในปอดสูงขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้โรคดำเนิน แคลง มีหลายวิธีในการลด right ventricular afterload เพิ่ม cardiac output และเพิ่มการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ หลายสารถูกประเมิน รวมถึงยาสูดพ่น Nitric oxide แต่ผลไม่สู้ดีนัก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังซึ่งมีภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) เกิดเนื่องจาก ความไม่สมดุลของการไหลเวียนและการแลกเปลี่ยนแก๊สมากกว่าการ เพิ่ม intrapulmonary shunt การสูด Nitric oxide อาจทำให้การ แลกเปลี่ยนแก๊สแย่ลงเพราะเปลี่ยนแปลง hypoxic regulation ของ การไหลเวียนและการแลกเปลี่ยนแก๊ส ดังนั้น จากหลักฐานที่พบ Nitric oxide จึงมีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะคงที่

ยาเสพติด (Narcotics; Morphine) การรับประทานหรือ การฉีด Opioids มีประสิทธิภาพในการลดอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะของโรคแย่ลง อย่างไรก็ตาม มีข้อมูล จำกัดในการใช้ Nebulizer opioids ว่ามีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษาแนะนำให้ใช้ Morphine เพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อย แต่ควรระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยบางราย

ยาอื่น ๆ (Others) ยา Nedocromil และ Leukotriene modifier ไม่มีฤทธิ์ทดสอบเพียงพอในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงไม่ แนะนำ ไม่มีหลักฐานถึงประโยชน์และโทษ (เช่น malignancy and pneumonia) จากการใช้ anti TNF-alpha antibody (Infliximab) ในการ ทดสอบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับความรุนแรงปานกลางถึง



รุนแรงมาก การใช้ endothelin-receptor antagonist (Bosentan) พบว่า ล้มเหลวต่อการเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย และอาจเพิ่มภาวะขาดออกซิเจนในเลือด จึงไม่ควรนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะรุนแรง

สรุป

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่แสดงถึงภาวะอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจ และการเปลี่ยนแปลงที่ระดับเซลล์ ทำให้อากาศคั่งค้างในปอดมาก ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก โดยเฉพาะเมื่อออกแรง การรักษาหลักคือ การใช้ยาขยายหลอดลม และยาแก้ไอเสบเพื่อชะลอการดำเนินไปของโรค ในอดีตแนวทางการ

รักษาได้จำแนกความรุนแรงโดยประเมินสมรรถภาพการทำงานของปอดโดย Spirometer ปัจจุบันได้คำนึงถึงการประเมินอาการของผู้ป่วยจาก mMRC และ CAT score ร่วมด้วย อีกทั้งยังรวมเอาประวัติการกำเริบในช่วงปีที่ผ่านมาเพื่อจำแนกให้เที่ยงตรงยิ่งขึ้น การรักษาหลักเริ่มจากการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่น β_2 -agonist หรือ Anticholinergics ยาต้านปรอท Methyxanthines ร่วมกับยาต้านการอักเสบสเตียรอยด์ขึ้นกับสภาวะความรุนแรงและกลุ่มของผู้ป่วยที่จำแนกได้ นอกจากนั้นยังมีการรักษาทางเภสัชวิทยาอื่น ๆ ที่อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยตามความเหมาะสมเพื่อควบคุมอาการและทำให้การพยากรณ์ของโรคดีขึ้น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- Ackermann-Lieblich U., Leuenberger P., Schwartz J., Schindler C., Monn C., & Bolognini G. (1997). Lung function and long-term exposure to air pollutions in Switzerland. Study on air pollution and lung diseases in adult (SAPALDIA) team. *Am J Respir Crit Care Med*, 155(1), 12-29.
- Adams S., Smith P., Allan P., Anzueto A., Pugh J., & Corneli J. (2007). Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med*, 167(6), 551-561.
- Agusti A. (2005). Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc*, 2(4), 367-370.
- Anthonisen N., Connett J., Kiley J., Altose M., Bailey W., & Buist A. (1994). Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator in the rate of decline of FEV₁. The lung health study. *JAMA*, 272(19), 1497-1505.
- Anthonisen N., Manfreda J., Warren C., Hershfield E., Harding G., & Nelson N. (1987). Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med*, 106(2), 196-204.
- Bahadori K., & FitzGerald J. (2007). Risk factors of hospitalization and readmission of patient with COPD exacerbation systematic review. *J Chron Obstruc Pulmon Dis*, 2(3), 241-251.
- Barbera J., & Nadel J. (2003). Pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*, 21(5), 892-905.
- Burge P., Calverley P., Jones P., Spencer S., Anderson J., & Maslen T. (2000). Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patient with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISODE trial. *BMJ*, 320(7245), 1297-1303.
- Casaburi R., Mahler D., Jones P., Wanner A., San P., & ZuWallack R. (2002). A long-term evaluation of once daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*, 19(2), 217-224.
- Cazzola M., Matera M., Santangelo G., Vinciguerra A., Rossi F., & D'Amato G. (1995). Salmeterol and formoterol in partial reversible severe chronic obstructive pulmonary disease: a dose response study. *Respir Med*, 89(5), 357-362.
- Heaney L., McAllister D., & MacMahon J. (1999). Cost minimisation analysis of provision of oxygen at home: are the drug tariff guideline cost effective? *BMJ*, 319(7201), 19-23.
- Hogg J. (2004). Pathophysiology of airflow limitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 364(9435), 709-721.
- Mahler D., Donohue J., Barbee R., Goldman M., Gross N., & Wisniewski M. (1999). Efficacy of salmeterol xinafoate in the treatment of COPD. *Chest*, 115(4), 957-965.
- Molen T. V. D., Willemse B., Schokker S., Hacken N. T., Postma D., & Juniper E. (2003). Development, validity and responsiveness of clinical COPD Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*, 1(1), 13.
- Murciano D., Auclair M., Parimta R., & Aubier M. (1989). A randomized, controlled trial of theophylline in patient with severe chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*, 320(23), 1521-1525.
- Noord J. V., Bantje T., Eland M., Korducki L., & Comelissen P. (2000). A randomised controlled comparison of tiotropium and ipratropium in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. The Dutch Tiotropium Study Group. *Thorax*, 55(4), 289-294.
- O'Donnell D., Sclurba F., Mahler D., Webb K., Kallberg C., & Knobil K. (2006). Effect of fluticasone propionate/salmeterol on lung hyperinflation and exercise endurance in COPD. *Chest*, 130(3), 647-656.
- Pauwels R., Lofdahl C., Laitinen L., Schouten J., Postma D., & Pride N. (1999). Long-term treatment with inhaled budesonide in persons with mild chronic obstructive pulmonary disease who continue smoking. European Respiratory Society Study on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*, 340(25), 1948-1953.
- Vestbo J., Pauwels R., Anderson J., Jones P., & Calverley P. (2005). Early onset of effect of salmeterol and fluticasone propionate in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 60(4), 301-304.
- Whell W. V. (1996). Chronic disease in general practice: the longitudinal dimension. *Eur J Gen Pract*, 2, 172-171.
- White A., Gompertz S., & Stockley R. (2003). Chronic obstructive pulmonary disease: The aetiology of exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 58(1), 73-80.

Quiz

CPEPLUS

1. ข้อใดเป็นลักษณะเด่นของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- A. เป็นโรคที่เกิดได้ทุกเพศ ทุกวัย
- B. สาเหตุหลักเกิดขึ้นจากสารก่อภูมิแพ้
- C. ภาวะอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจผันกลับไม่สมบูรณ์
- D. อาการที่เกิดขึ้นมักเกิดเฉพาะที่ ไม่ออกสู่ระบบไหลเวียนโลหิต
- E. ถูกทุกข้อ

2. ปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- A. อากาศพิษ
- B. การสูบบุหรี่
- C. การสัมผัสสารก่อภูมิแพ้
- D. การเป็นโรคปอดอักเสบ
- E. การติดเชื้อทางเดินหายใจ

3. ผลจากการยืดเกาะของถุงลมต่อท่อทางเดินอากาศหายใจขนาดเล็กคือข้อใด

- A. เกิดภาวะปอดบวมน้ำ
- B. เกิดภาวะเลือดเป็นต่าง
- C. เกิดอากาศเสียในปอดคงค้างมาก
- D. ผู้ป่วยจะเกิดการจับติดจากสารก่อภูมิแพ้ง่าย
- E. เกิดภาวะตัวซีดขาวจากการสะสมของคาร์บอนไดออกไซด์

4. ค่าสมรรถภาพการทำงานของปอดที่บ่งถึงการเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างชัดเจนคือ

- A. FEV₁ ต่ำกว่า 80%
- B. FEV₁/FVC ต่ำกว่า 0.90
- C. FEV₁/FVC ต่ำกว่า 0.80
- D. FEV₁/FVC ต่ำกว่า 0.70
- E. ค่า PEFr ต่ำกว่า 80%

5. ข้อใดเป็นเป้าหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- A. การบรรเทาอาการ
- B. การชะลอการดำเนินไปของโรค
- C. ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน
- D. การเพิ่มความอดทนในการออกกำลังกาย
- E. ถูกทุกข้อ

6. จากการประเมินสภาวะผู้ป่วยโดยใช้ COPD Assessment Test (CAT) ได้ 25 คะแนน โดยผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 2 ครั้งในปีนี้ จัดว่าผู้ป่วยอยู่กลุ่มใด

- A. Group A

B. Group B

C. Group C

D. Group D

E. ไม่สามารถจำแนกได้

7. จากการประเมินกลุ่มโรคตามข้อ 6 ผู้ป่วยมีลักษณะการพยากรณ์ของโรคอย่างไร

- A. อาการน้อย ความเสี่ยงต่อการกำเริบน้อย
- B. อาการมาก ความเสี่ยงต่อการกำเริบน้อย
- C. อาการปานกลาง ความเสี่ยงต่อการกำเริบมาก
- D. อาการน้อย ความเสี่ยงต่อการกำเริบมาก
- E. อาการมาก ความเสี่ยงต่อการกำเริบมาก

8. จากผลประเมินในข้อ 6 ผู้ป่วยควรเริ่มได้รับการรักษาด้วยยาหลักใดเพื่อควบคุมโรค

- A. ยา Theophylline
- B. ยาสูดพ่นสเตียรอยด์
- C. ยารับประทานสเตียรอยด์
- D. ยา short-acting β_2 -agonist
- E. ยา short-acting anticholinergic

9. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักการใช้ยาขยายหลอดลม

- A. ยาที่ควรใช้คือยาสูดพ่น
- B. หากเป็นไปได้ผู้ป่วยควรได้รับยารับประทานเป็นทางเลือกแรก
- C. การเลือกใช้ยาหลายชนิดร่วมกันช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- D. ยาขยายหลอดลมจ่ายแบบเมื่อต้องการใช้หรือใช้เป็นประจำเพื่อป้องกันและลดอาการ
- E. ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์นานมีประสิทธิภาพดีกว่าและมีความสะดวก

10. เกี่ยวกับยาขยายหลอดลม Theophylline ปัจจัยดังกล่าวเพิ่มการกำจัดออกของยาจากร่างกาย ยกเว้น

- A. การสูบบุหรี่
- B. การใช้ยากันชัก
- C. ไขมันในเลือดสูง
- D. การดื่มแอลกอฮอล์
- E. การรับประทาน Rifampicin



ฉบับประจำเดือนมีนาคม 2557

กระดาษคำตอบ

CPE PLUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

สำหรับเจ้าหน้าที่
ชุดที่ _____

ภก. ภญ.

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ภ

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....

ร.พ.รัฐบาล ร.พ.เอกชน ร้านขายยา อื่นๆ.....ที่อยู่เลขที่.....

หมู่.....ซอย.....อาคาร.....ชั้นที่.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....E-mail.....

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

(ทำตามรอยมี)

	A	B	C	D
1	A	B	C	D
2	A	B	C	D
3	A	B	C	D
4	A	B	C	D
5	A	B	C	D
6	A	B	C	D
7	A	B	C	D
8	A	B	C	D
9	A	B	C	D
10	A	B	C	D

เรื่อง การเข้ายาในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

.....

.....

1.5 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง

.....

รหัส 1-000-CPE-062-1403-04

.....

(ทำตามรอยมี)

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

บริษัท สรรพสาร จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CPE) ภายใน 3 เดือน

71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงจตุรรมนรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 Tel. 0-2435-2345 ต่อ 110 FAX 0-2884-7299

ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CPE PLUS

.....

.....

.....

.....

.....

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)
ผู้ที่เคยร่วมตอบคำถามกับแบบทดสอบนี้แล้ว ไม่ต้องส่งซ้ำ

UBSUNAC

CPERPLUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝาก

.....
.....
.....

.....

กรุณาส่ง

บริษัท สรรพสาร จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CPE)
71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กทม.
10700

© สงวนลิขสิทธิ์

QUIZ

CPERPLUS





เพียรเจรจาให้เคียงคู่วิชาชีพ

จากข่าวทางสื่อสารมวลชนเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา ประชาชนได้เห็นภาพการเจรจาระหว่างคณะรัฐมนตรี 4-5 คนที่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญแล้ว บอกได้คำเดียวว่า “ผิดหวัง” แทนชวนา เพราะนอกจากไม่ขอโทษ ไม่รับผิดชอบ รัฐมนตรีบางคนยังหวังจะใช้ชวนาเป็นเครื่องมือเพื่อเรียกคะแนนสงสารจากสถาบันการเงินให้ปล่อยกู้ในโครงการนี้ ด้วยหวังให้ชวนาเข้าร่วมเวทีกับฝ่ายรัฐบาลเพื่อหาหรือเชิงบีบบังคับให้สถาบันการเงินปล่อยกู้ให้รัฐบาล ถึงวันนี้ต้องบอกว่า “เครดิต” ที่ล้มละลายไปแล้วของรัฐบาลคงไม่ได้เกิดจากใครที่ไหน แต่เกิดขึ้นจากน้ำมือของรัฐบาลเอง เกิดจากรัฐบาลที่ฉีกกรอบวินัยการเงินการคลัง เกิดจากการจ่ายใบประทวนที่ไม่ต่างจาก “เช็คแดง” ให้ชวนา และที่สำคัญ ตัวของรัฐบาลเองไม่เคยแสดงความรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ในขณะนี้เลย (นี่คือรายงานจาก... ช่วยกันคิดช่วยกันคุย : ‘ไม่มี-ไม่หนี-ไม่จ่าย’ ‘ไม่มีความรับผิดชอบต่อ... โดย... นवलจันทร์ จินตนาพันธ์)

ด้วยข่าวดังกล่าวข้างต้นทำให้เห็นได้ถึงถึงความสำคัญของการเจรจา แม้แต่ในระดับประเทศ หากภาครัฐเตรียมตัวไม่พร้อม ขนาดคนเป็นถึงระดับเสนาบดีที่เจรจากับประชาชนรากหญ้าอย่างชวานาก็ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการเจรจาได้ เพราะว่าชวานาต้องการคำตอบว่า “จะจ่ายเงินฉัน (ค่าข้าว) ได้เมื่อไร” แต่รัฐมนตรีกลับชักแม่น้ำทั้งห้าอ้างเหตุขัดข้องต่าง ๆ และโยนความผิดให้กับฝ่ายอื่น จนกลุ่มเจรจาฝ่ายชวานาถึงกับวอล์คเอาท์กลางที่ประชุม เพราะคุยกันคนละเรื่องแบบสามวาสองคอก การเจรจານี้แม้แต่ในระดับของประชาชนด้วยกันเอง หรือระดับของผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับประชาชน

ในชีวิตประจำวัน ก็จำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมในการเจรจา ซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยหากประสงค์จะให้เกิดความสำเร็จในการเจรจา และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการให้บริการในเวทีของการประกอบวิชาชีพ เพื่อให้ประชาชนมีความศรัทธาต่อวิชาชีพ และได้ประโยชน์จากการประกอบวิชาชีพนั้น ๆ อย่างแท้จริง

การเจรจา

การเจรจา หรือการต่อรอง คือการสนทนาที่มีจุดประสงค์เพื่อแก้ไขความขัดแย้ง เพื่อสร้างข้อตกลงระหว่างหลายฝ่าย เพื่อต่อรองเงื่อนไข หรือสนองต่อความพึงพอใจของทุกฝ่าย การเจรจาอาจเกิดขึ้นได้ในธุรกิจ องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร การประชุมในระดับรัฐบาล การดำเนินงานทางกฎหมาย การเมืองระหว่างประเทศ หรือสถานการณ์ส่วนตัว เช่น การแต่งงาน หย่าร้าง เลี้ยงดูบุตร และทุกสิ่งอย่างในชีวิต การศึกษาเกี่ยวกับการเจรจานั้น เรียกว่าทฤษฎีการเจรจา เราจะเห็นผู้ทำหน้าที่เจรจาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น นักเจรจาของสหภาพ นักเจรจาสันติภาพ นักต่อรองตัวประกัน นายหน้า



นักการตลาด หรือแม้แต่การซื้อขาย การให้บริการกับลูกค้าหรือคนไข้ ก็เป็นการทำหน้าที่เจรจาเช่นกัน

ในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน เภสัชกรชุมชนที่เป็นนักเจรจาที่ดีมักจะได้รับค่านิยมจากลูกค้าและประชาชนทั่วไป ทำให้เกิดฐานลูกค้าที่มั่นคง อีกทั้งประชาชนยังมีความศรัทธาและถือว่าเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของเขาด้วย

ในเบื้องต้น การใช้ปัญหาจตอลูกค้าก็คือลักษณะของการเจรจาเช่นกัน การใช้คำพูดกับลูกค้าว่า “กรุณารอสักครู่หนึ่งครับ” ในขณะที่มีลูกค้าหลายคนรอรับบริการอยู่, เมื่อบริการลูกค้าท่านต่อไปก็จงอย่าลืมกล่าว “ขอโทษทีให้คุณพี่ต้องรอ จะให้ช่วยอะไรได้บ้างครับ” การเปิดฉากเจรจาเช่นนี้ (Deal with your customers) ก็สร้างบรรยากาศที่ดีต่อลูกค้าได้แล้ว นอกจากนี้การให้รายละเอียดที่เป็นประโยชน์ต่อลูกค้าก็นับเป็นสุดยอดของการเจรจาเช่นกัน เช่น การเอาใจใส่ต่อลูกค้าด้วยการให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่ายาหรือผลิตภัณฑ์ที่ลูกค้าจะใช้นั้นมีผลข้างเคียง (ที่ต่อระบบกระบังตัว) อะไรบ้าง, เขาควรรับประทานอาหารให้ถูกต้องอย่างไร พักผ่อนอย่างไร ออกกำลังกายอย่างไร รวมทั้งควรปฏิบัติตนอย่างไร เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง เหล่านี้ล้วนเป็นข้อมูลสำคัญในการเจรจาเพื่อให้ลูกค้ามีความศรัทธาในตัวของเรา

10 วลีทรงพลัง เพื่อเพิ่มการเจรจาที่ดี

จากหนังสือ 10 Powerful Phrases for Positive People ของ Rich Devos (Known for Amway founder) ได้กล่าวถึงวลีที่เป็นความคิดเชิงบวก และเป็นประโยชน์มากสำหรับการวางแผนเพื่อการเจรจาในชีวิตประจำวัน โดยคุณปรึกษา ประกอบกับ

ได้แปลไว้ ซึ่งผู้เขียนขอสรุปเพื่อเป็นแนวทางประยุกต์ใช้กับการสื่อสารกับลูกค้าในร้านยาไว้ดังนี้คือ...

1. “ฉันผิดเอง” (I am wrong) เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นอันเนื่องมาจากตนเอง หรือเพราะบุคคลอื่นก็ตาม หากเราเรียนรู้ที่จะยอมรับ และพร้อมเอ่ยคำว่า “ฉันผิดเอง” เพียงเท่านี้ก็ช่วยให้สัมพันธ์ภาพดีขึ้น ช่วยให้การเจรจาต่าง ๆ เดินไปข้างหน้า หรือยุติการโต้แย้งที่กำลังเกิดขึ้น “ฉันผิดเอง” ยังเป็นคำพูดที่แปรเปลี่ยนศัตรูให้กลายเป็นมิตร แม้การยอมรับว่า “ฉันผิดเอง” จะลดความน่าเชื่อถือของคุณในบางสถานการณ์ลงก็ตาม

2. “ฉันขอโทษ” (I am sorry) หลาย ๆ ครั้งที่การกล่าวถ้อยคำสั้น ๆ นี้เป็นเรื่องยาก แต่การกล่าวคำนี้ให้เป็นนิสัยเป็นสิ่งคุ้มค่า เพราะโดยธรรมชาติมนุษย์มักปกป้องตัวเอง มักคิดว่าตัวเองถูกเสมอ แต่พอเอ่ยคำนี้ออกมาจะรู้สึกเหมือนยกภูเขาออกจากอก การกล่าวคำว่า “ขอโทษ” แสดงถึงว่าคุณปรารถนาจะกลับมาสานต่อความสัมพันธ์กับบุคคลที่เป็นคู่กรณีกับคุณ

ตัวอย่างในร้านยาที่เกิดขึ้นคือ เมื่อลูกค้าหยิบสินค้าแล้วเกิดหลงหรือกระจาย เราควรพูดก่อนว่า “ไม่เป็นไรครับ ต้องขอโทษด้วยที่ทางร้านเรียงสินค้าไม่ดีเอง เดียวจะจัดการเรียงใหม่ครับ” เพียงเท่านั้นเอง บรรยากาศดี ๆ ก็เกิดขึ้นอย่างเหลือเชื่อ

3. “คุณทำได้” (You can do it) ริช ระบุว่า “ตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนแล้วก็ลงมือได้เลย คุณทำได้!” แน่แน่นอน เมื่อได้ยินคำว่า “คุณทำได้” จะสร้างความมั่นใจให้เกิดขึ้นได้ไม่มากนักน้อย

4. “ฉันเชื่อมั่นในตัวคุณ” (I believe in you) เป็นคำพูดที่ต่อเนื่องจาก “คุณทำได้” (คุณทำได้...ฉันเชื่อมั่นในตัวคุณ) ต่างกันที่เป็นคำพูดที่แสดงถึงความรู้สึกลึก ๆ เป็นคำพูดสำหรับผู้นำที่ใช้พูดเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ พ่อแม่ที่ส่งต่อความรู้สึกนี้ให้แก่ลูก ๆ หรือเจ้านายที่มีต่อลูกน้องที่กำลังเจออุปสรรคและต้องการความช่วยเหลือ

จะเห็นประโยชน์ของวลีนี้ได้เป็นอย่างดี ในกรณีให้คำปรึกษาเรื่องเลิกบุหรี่ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การให้กำลังใจ การให้ความมั่นใจแก่ผู้จะเลิกบุหรี่ด้วยวลีว่า “ถ้าคุณที่ตั้งใจจะเลิก คุณก็ทำได้แน่นอน ผมเชื่อมั่นในตัวคุณ” จะสร้างพลังใจให้เขาเลิกได้เร็วขึ้น

5. “ฉันภูมิใจในตัวคุณ” (I am proud of you) เพียงเราเปล่งคำนี้ จะพบว่ามียานภาพสูงมากในการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ฟัง คำพูดที่ว่า “ภูมิใจในตัวลูก” หรือ “ผมภูมิใจในตัวคุณ” “ผมภูมิใจในความสำเร็จของคุณ” เป็นการให้กำลังใจที่ดีมาก เราจึงควรกล่าววลีนี้ด้วยความจริงใจให้เป็นปกตินิสัยในชีวิตประจำวันของเรา

6. คำว่า “ขอบคุณ” (Thank you) เป็นคำที่ทุก ๆ คนอยากได้ยิน และทุกคนสามารถกล่าวได้ เราจึงควรกล่าวคำขอบคุณกับผู้ให้บริการ หรือผู้ที่ทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้เรา กล่าวกับผู้ที่ชมเชยเรา ผู้ที่มีน้ำใจ หรือมีเมตตาต่อตัวเรา แม้ว่าจะเป็นเพียงเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ

7. “ฉันต้องการคุณ” (I need you) เป็นอีกคำที่มีอานุภาพยิ่งสำหรับคนคิดบวก เพราะบ่งบอกถึงการยอมรับในความสามารถผู้อื่น เป็นวลีที่สำคัญมากสำหรับผู้นำ การกล่าวคำนี้จึงเป็นพลังศักยภาพที่จะสร้างบรรยากาศเชิงบวกให้เกิดขึ้น ไม่ว่าจะที่บ้านหรือที่ทำงาน

8. “ฉันวางใจในตัวคุณ” (I trust you) ความสำเร็จที่ได้รับขึ้นอยู่กับเรา

ได้มอบความไว้วางใจให้แก่ใครสักคนว่าจะสามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมาย และไว้ใจไว้ว่าจะรักษาสัญญาที่ให้ไว้ เราจำเป็นต้องไว้วางใจเพื่อนร่วมงาน ครอบครัว รวมไปถึงชุมชนในสังคมที่มีความไว้วางใจซึ่งกันและกันจะเป็นสังคมที่มีความสุขเสมอ ทำให้ทุกคนอยากเป็นเพื่อนคุณ อยากทำธุรกิจหรือร่วมลงทุนด้วย

9. “ฉันเคารพคุณ” (I respect you) คุณจะได้รับความเคารพกลับมาก็ต่อเมื่อให้ความเคารพผู้อื่น “ฉันเคารพคุณ” จึงเป็นคำพูดที่ทั้ง “ให้” และ “รับ” ริช กล่าวไว้ว่า ในช่วงที่เป็นผู้นำองค์กร เขาคิดว่าการเคารพผู้อื่นเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ความรู้พื้นฐานทางธุรกิจและวิธีการดำเนินองค์กรจะมีค่าน้อยทันทีที่คุณไม่เคารพคนที่คุณทำงานด้วย ถ้าพวกเขาไม่เคารพคุณ เท่ากับคุณไม่ใช่คนที่ผู้นำ ริช เดอวอส ระบุไว้ว่า “เราทุกคนล้วนต้องการเป็นที่เคารพ ถ้าคุณต้องการความเคารพ ผมแนะนำให้คุณเริ่มต้นด้วยการเคารพผู้อื่นก่อน”

10. “ฉันรักคุณ” (I love you) เป็นคำพูดทรงพลังที่สามารถครองใจคนรอบข้างได้เป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกต่อคนรัก ครอบครัว หรือหมู่คณะในที่ทำงานหรือเพื่อนสนิทมิตรสหาย เป็นคำพูดที่สร้างความอบอุ่นให้แก่ผู้ที่ได้ยิน

ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ เป็นเพียงหัวข้อวลีที่เป็นประโยชน์ในการเจรจา สื่อสารกับลูกค้าในร้านยา เพื่อสร้างแรงศรัทธาและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ลูกค้าของร้านยา เวลาจะนำไปใช้จำเป็นต้องประยุกต์ให้เข้ากับเหตุการณ์และสถานะของลูกค้าแต่ละคน เมื่อสามารถใช้ให้ถูกกับกาลเทศะแล้ว ทุกวลีดังกล่าวข้างต้นจะเป็นประโยชน์ที่เต็มไปด้วยศักยภาพแฝงที่ยังประโยชน์ให้แก่การปฏิบัติงานด้านวิชาชีพได้อย่างแน่นอน

นอกจากนี้แล้ว ตัวอย่างคำพูดด้านบนก็ต่าง ๆ เหล่านี้ก็เป็นสื่อเจรจาและสนทนาที่ดีสำหรับลูกค้าได้เช่นกัน

“แม้คุณที่มีอายุมากขึ้น แต่กลับยังแข็งแรง มีเสน่ห์มากขึ้น...” เป็นคนที่ยอดเยี่ยม เป็นคนที่มีความสามารถ เป็นคนที่มีเสน่ห์และน่ารัก เป็นคนที่ชอบทำให้ตัวเองและผู้อื่นมีความสุข เป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นคนที่แข็งแรง เป็นคนที่อารมณ์ดี ใจเย็น เป็นคนที่กล้าหาญและเข้มแข็ง เป็นคนที่มีความรักให้แก่ตัวเองและผู้อื่น เวลาคุยกับคุณพี่แล้ว ได้ความรู้รอบตัวเพิ่มขึ้นทุกครั้งเลย....

ให้ความหวังและความมั่นใจแก่ลูกค้าในการเจรจา

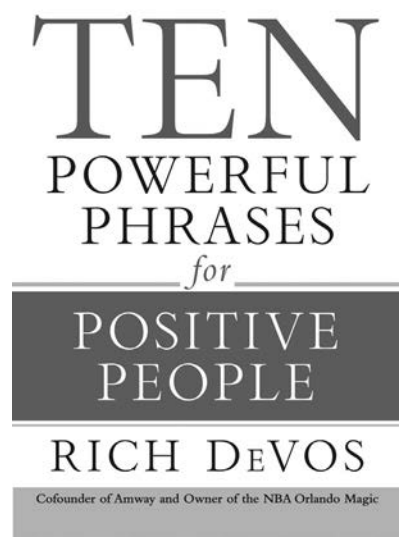
ในร้านยา แต่ละวันจะมีลูกค้าพบปะสนทนากับเราเป็นร้อย ๆ ราย แต่ละรายมีความต้องการ มีนิสัยใจคอ มีคุณวุฒิและวัยวุฒิที่แตกต่างกัน มีการศึกษาหลายระดับที่ไม่เท่ากัน เรา...ในฐานะเภสัชกรชุมชนที่มีหน้าที่ต้องปฏิบัติกับลูกค้าเหล่านี้จึงต้องเตรียมพร้อม เรียบรู้ที่จะเจรจากับบุคคลระดับต่าง ๆ เหล่านี้ไว้ล่วงหน้า การเจรจาที่ดีนั้นไม่มีทฤษฎีที่ตายตัวแน่นอน แต่การนำวลีทรงพลังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้นมาประยุกต์ด้วยคำพูดของเราเองให้ถูกกับกาลและเทศะแต่ละราย ย่อมจะเป็นแนวทางให้เราเป็นผู้พร้อมเจรจาเสมอ เช่นกรณีลูกค้ามาซื้อหรือเติมยาประเภทความดัน ยาเบาหวาน นอกจากการแนะนำวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง (ซึ่งเป็นหน้าที่ทางวิชาชีพอยู่แล้ว) เรายังต้องเสริมคำแนะนำการปฏิบัติตัวให้ห่างไกลจากความดัน ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ว่าด้วยอาหารการกิน ว่าด้วยการออกกำลังกาย

ว่าด้วยการพักผ่อนหลับนอน ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้เป็นเรื่องที่ยากมาก ๆ สำหรับลูกค้าของเรา เราในฐานะเภสัชกรชุมชนจึงต้องให้กำลังใจแก่คู่แข่งเสมอทุกราย ทุกครั้ง ด้วยวลีที่ว่า... *ลองทำดู คุณพี่จะทำได้แน่นอน และผมมั่นใจในตัวคุณพี่มาก ๆ ว่าคุณพี่จะต้องทำได้สำเร็จ และหากลูกค้านำไปปฏิบัติแล้ว เราต้องเสริมวลีเพิ่มอีกว่า... *น่าภูมิใจจริง ๆ เลยนะที่เห็นคุณพี่ทำได้สำเร็จ ด้วยวลีง่าย ๆ เหล่านี้จะสร้างความมหัศจรรย์อย่างไม่น่าเชื่อที่เร่งให้ลูกค้าของเราปรับพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จเร็วขึ้น แต่สิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ไม่ควรลืมก็คือ วลีเหล่านี้จะต้องกล่าวด้วยความเป็นมิตรที่มีความจริงใจ ใช้น้ำเสียงที่หนักแน่นพอสมควร**

การเรียนรู้การเจรจาให้เป็นด้วยวิธีการเจรจาที่ดีเป็นอีกหนทางหนึ่งที่ทำให้การปฏิบัติวิชาชีพเภสัชกรชุมชนยังประโยชน์ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน เป็นที่ยอมรับของประชาชน สร้างสุขภาพที่ดีด้านร่างกายและด้านจิตใจให้แก่ประชาชน และให้ประชาชนมีความศรัทธาในวิชาชีพเภสัชกรชุมชน อีกทั้งจะเกิดผลพลอยได้ตามมาก็คือ สร้างความสุขให้แก่เภสัชกรชุมชนผู้ปฏิบัติหน้าที่นั้นด้วย

ดังกล่าวมา สุภาสิตสอนหญิงของท่านสุนทรภู่ น่าจะใช้เป็นแนวทางที่ดีในเรื่องเจรจา คือ...

**“เป็นมนุษย์สุคนีเยเพียงลมปาก
จะได้ยากโหยหวีเพราะชีวหา
แม้พูดดีมีคนเขาเมตตา
จะพูดจาจพิเคราะห์ให้เหมาะสม”**



ยาที่ได้รับบริการขึ้นทะเบียนใหม่

ชื่อ Myalept

บริษัท Amylin Pharmaceuticals, Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ metreleptin

คุณสมบัติทั่วไป สารที่มีสูตรโครงสร้างเดียวกับ leptin

กลไกการออกฤทธิ์ ทดแทนฮอร์โมน leptin ที่สร้างขึ้นโดย

เซลล์ไขมัน leptin นี้มีผลควบคุมระดับอินซูลิน

ข้อบ่งใช้ รักษาภาวะเนื้อเยื่อไขมันเจริญผิดปกติ

(lipodystrophy)

ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้ยานี้ในคนอ้วน

ผลข้างเคียง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ปวดศีรษะ น้ำหนักลด ปวดท้อง

รูปแบบและขนาดยา ยาฉีดเข้าใต้ผิวหนัง บริเวณท้อง สะโพก หรือใต้ท้องแขน ฉีดยวันละ 1 ครั้ง เวลาเดียวกัน ทุกวัน

ข้อมูลอื่น องค์การอาหารและยา ยังต้องติดตามข้อมูลการใช้ยานี้หลังการจำหน่าย

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

ชื่อ Northera

บริษัท Chelsea Therapeutics International, Ltd.

ตัวยาออกฤทธิ์ droxidopa

คุณสมบัติทั่วไป กรดอะมิโนสังเคราะห์เป็นสารตั้งต้นในกระบวนการสร้าง norepinephrine

กลไกการออกฤทธิ์ ตัวยาถูกเปลี่ยนเป็นสารสื่อประสาท norepinephrine มีผลให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มความดันโลหิต

ข้อบ่งใช้ รักษาภาวะความดันโลหิตต่ำหรืออาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า ซึ่งเป็นอาการโรคเรื้อรังร่วมกับอาการประสาทเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน (neurogenic orthostatic hypotension) ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียน ตาพร่า อ่อนเพลีย หมดแรง เป็นลม

ผลข้างเคียง ปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ ความดันโลหิตต่ำ อ่อนเพลีย

รูปแบบและขนาดยา ยาเม็ดแคปซูล รับประทานวันละ 3 ครั้ง เข้า กลางวัน และเย็น 3 ชั่วโมงก่อนเวลานอน

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

ชื่อ Monovisc

บริษัท Anika Therapeutics, Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ sodium hyaluronate

คุณสมบัติทั่วไป ยาบำรุงไขข้อเข่า

กลไกการออกฤทธิ์ เพิ่มความหนืดของข้อเข่า

ข้อบ่งใช้ ลดอาการปวดข้อเข่าที่มีสาเหตุมาจากข้อเข่าเสื่อม

ผลข้างเคียง จากการติดตามผลการใช้ยานี้นาน 12 สัปดาห์ ไม่พบผลข้างเคียงอันตรายใด ๆ อาจพบอาการเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ เจ็บบริเวณที่ฉีดยา

รูปแบบและขนาดยา ยาฉีดขนาด 4 มล. บรรจุกันทีละ 3 หลอด ฉีดเข้าที่ข้อเข่าสัปดาห์ละ 1 หลอด

ข้อมูลอื่น หลังฉีดยานี้ 48 ชั่วโมง ให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการใช้ข้อเข่าติดต่อกันนานเกิน 1 ชั่วโมง เช่น การวิ่ง เล่นกีฬา ขึ้นลงบันได ยกของหนัก

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

ชื่อ Hetlioz

บริษัท Vanda Pharmaceuticals Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ tasimelteon

คุณสมบัติทั่วไป มีลาโตนิน

กลไกการออกฤทธิ์ จับกับตัวรับมีลาโตนิน

ข้อบ่งใช้ สำหรับคนตาบอดที่มีปัญหาช่วงเวลาในการตื่นและการนอน ในเวลา 24 ชั่วโมง (non-24-hour sleep-wake disorder) เนื่องจากแสง ไม่สามารถผ่านเข้าตาและปรับนาฬิกาชีวิต (circadian clock) จึงมีผลต่อการควบคุม กิจวัตรประจำวันของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาตื่นและ เวลานอน

ผลข้างเคียง ปวดศีรษะ เอนไซม์ alanine aminotransferase ในเลือด เพิ่มขึ้น ผื่นร้าย เวลานอนผิดปกติ ง่วงหลับ ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และทางเดินปัสสาวะ

รูปแบบและขนาดยา ยาเม็ดแคปซูล รับประทานวันละ 1 ครั้ง เวลา กลางคืนในเวลาเดียวกันทุกวัน และหลังรับประทานยาแล้วให้ลดกิจกรรม ต่าง ๆ เพื่อเตรียมตัวนอน อาจต้องใช้เวลากว่าหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือน จึงจะเห็นผลการใช้ยา

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2557

ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) เป็นยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ใช้รักษาเฉพาะโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น เช่น ทอนซิลอักเสบ เป็นหนอง ไม่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อไวรัส และไม่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ แก้ปวด ลดไข้ ตัวอย่างยาปฏิชีวนะที่ใช้กันบ่อย เช่น อะม็อกซิซิลลิน เพนิซิลลิน เตตราไซคลิน นอร์ฟลอกซาซิน คล็อกซาซิลลิน และโดคล็อกซาซิลลิน เป็นต้น

การใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อจะให้ผลแตกต่างจากยาแก้ปวด ยาลดความดัน และยาทั่วไป ยาประเภทอื่นเมื่อมีการใช้ไม่ถูกต้องจะส่งผลต่อ



ยาปฏิชีวนะ...ภัยร้ายในเด็ก

สุขภาพของผู้ใช้เท่านั้น แต่การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของตนเองและของผู้อื่น ดังนี้ 1. แพ้ยา หากแพ้ไม่มากอาจมีแค่ผื่นคัน ถ้ารุนแรงขึ้น ผื่นหนังจะเป็นรอยไหม้ หลุดลอก หรืออาจถึงขั้นเสียชีวิต 2. เกิดเชื้อดื้อยา การรับประทานยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อกระตุ้นให้เชื้อแบคทีเรียกลายพันธุ์เป็นเชื้อดื้อยา ต้องเปลี่ยนไปใช้ยาปฏิชีวนะที่ใหม่ขึ้น แพงขึ้น ซึ่งเหลือให้ใช้ยังไม่กี่ชนิด สุดท้ายคือไม่มียารักษา และเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งเชื้อดื้อยานี้อาจแพร่สู่ผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำ โรคมบกพร่อง 3. เกิดโรคแทรกซ้อน ยาปฏิชีวนะจะฆ่าทั้งแบคทีเรียก่อโรค และแบคทีเรียชนิดดีที่มีประโยชน์ในลำไส้ของมนุษย์ เมื่อแบคทีเรียชนิดดีตายไป เชื้ออื่น ๆ ในร่างกายมนุษย์จึงฉวยโอกาสเติบโตมากขึ้นทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ลำไส้อักเสบอย่างรุนแรง โดยผนังลำไส้ที่ถูกทำลายหลุดลอกมากับอุจจาระเป็นอันตรายถึงชีวิต



ปัจจุบันคนไทยใช้ยาปฏิชีวนะเป็นจำนวนมาก ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) พบว่า ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีแนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2552 มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาปฏิชีวนะสูงถึง 10,940 ล้านบาท สาเหตุสำคัญประการหนึ่งเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เกษัตริ์ที่ตั้งใจใช้ยาไม่เหมาะสม และจากภาคประชาชนเองซึ่งขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การซื้อยาใช้เอง การร้องขอ ยาจากแพทย์ การใช้ยาผิดประเภท ส่งผลให้เกิดวิกฤติเชื้อดื้อยา ซึ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ

ทั้งนี้ปัญหาเชื้อดื้อยาได้ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของคนไทยและเศรษฐกิจของประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2553 ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ได้แก่ มีคนไทยติดเชื้อในโรงพยาบาลประมาณ 270,000 คน ติดเชื้อดื้อยาประมาณ 90,000 คน ผู้ติดเชื้อดื้อยาอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 3 ล้านวัน และเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณ 38,000 คน ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ได้แก่ มูลค่ายาปฏิชีวนะรักษาเชื้อดื้อยาประมาณ 6,000 ล้านบาท ความสูญเสียทางเศรษฐกิจรวมประมาณ 30,000 ล้านบาท

สิ่งที่ควรรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะคือ 1. ยาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้อักเสบ ยาปฏิชีวนะเป็นยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ส่วนยาแก้อักเสบเป็นยาต้านการอักเสบ ลดไข้ บรรเทาปวด ลดบวมแดง เช่น แอสไพริน ไอบูโพรเฟน ไม่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งการอักเสบส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียจึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ การเรียกยาปฏิชีวนะผิดเป็นยาแก้อักเสบจะ

ทำให้ใช้ยาผิดชนิด รักษาผิดโรค และเป็นอันตรายถึงชีวิต 2. ยาปฏิชีวนะเป็นยาอันตรายเพราะอาจทำให้แพ้ยาและเกิดเชื้อดื้อยาดังนั้น กฎหมายจึงกำหนดให้ยาปฏิชีวนะเป็นยาอันตราย โดยมีคำเตือนในกรอบอยู่ข้างกล่อง และควรใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรเท่านั้น 3. โรคหายได้ ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะคือ 3.1 หวัด เจ็บคอ กว่าร้อยละ 80 เกิดจากไวรัส มีอาการ เช่น น้ำมูกไหล ไอ จาม เสียงแหบ เจ็บคอ คันคอ มีไข้ เป็นนาน 7-10 วัน โดยวันที่ 3-4 จะมีอาการมากที่สุด แล้วจะค่อย ๆ ดีขึ้นเอง รักษาโดยดื่มน้ำอุ่น กลั้วคอด้วยน้ำเกลือ พักผ่อนให้มาก แต่ถ้ามีอาการ 3 ใน 4 ข้อนี้คือ เจ็บคอมาก และไม่ไอ มีไข้ มีหนองที่ต่อมทอนซิล หรือต่อมน้ำเหลืองใต้ขากรรไกรโตและกดเจ็บ ต้องไปพบแพทย์หรือเภสัชกร 3.2 ท้องเสีย กว่าร้อยละ 99 เกิดจากไวรัสหรืออาหารเป็นพิษ มีอาการถ่ายเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำ อาจมีคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย รักษาโดยการดื่มน้ำเกลือแร่ ไม่ต้องกินยาปฏิชีวนะ แต่ถ้ามีไข้และถ่ายเป็นมูกเลือดต้องไปพบแพทย์หรือเภสัชกร 3.3 ผลเลือดออก เช่น มีดบาด ผลถลอก ผลเล็กน้อยจากอุบัติเหตุ ซึ่งผู้ป่วยมีสุขภาพโดยรวมแข็งแรงดี รักษาโดยล้างทำความสะอาดอย่างถูกต้อง ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ แต่ถ้าเป็นแผลที่เท้า ตะปูตำ สัตว์กัด แผลถูกสิ่งสกปรก เช่น มูลสัตว์ น้ำคร่ำ หรือมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ต้องไปพบแพทย์หรือเภสัชกร

อย่างไรก็ตาม การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อและไม่สมเหตุสมผลไม่ได้มีเฉพาะในผู้ใหญ่เท่านั้น แต่เริ่มปัญหาตั้งแต่ในเด็ก ซึ่งจากข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในปีงบประมาณ 2555

ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในกลุ่มโรค URI (Upper respiratory infection หมายถึง โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจส่วนต้น เริ่มตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงเหนือกล่องเสียง เช่น โรคหวัด หรือ common cold) พบว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะเฉลี่ยร้อยละ 43.7 และโรคท้องร่วงเฉียบพลันมีการใช้ยาปฏิชีวนะเฉลี่ยร้อยละ 35 ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเด็กในกลุ่มนี้ เพราะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำและติดเชื้อดื้อยาได้ง่าย เนื่องจากเป็นวัยที่มีโอกาสคลุกคลีกับเด็กในวัยใกล้เคียงกันซึ่งยังขาดภูมิคุ้มกัน ดังนั้น การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นอาจทำให้เกิดการแพ้ยาและสุ่มเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อดื้อยาในอนาคต

ด้วยเหตุนี้เอง ทางกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โรงพยาบาลเด็ก) จึงได้ร่วมกับแผนงานพัฒนาไกล่เกลี่ยระงับระบบยา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดโครงการ “การรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในเด็ก: Antibiotics Smart Use in Children (ASU Kids)” และเผยแพร่ผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2556 จากการติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีอาการไข้หวัด-เจ็บคอ พบว่าร้อยละ 91.5 ของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษามีอาการดีขึ้นจนหายเป็นปกติ โดยไม่ต้องจ่ายยาปฏิชีวนะให้ ซึ่งอัตราการหายไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะในการรักษา จากการศึกษาจึงพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่พึงพอใจ และร้อยละ 98.5 ต้องการจะกลับมาใช้บริการอีกในครั้งต่อไป



นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล และการแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลถือเป็นนโยบายหนึ่งของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินการวางแผนป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยา

ซึ่งเป็นผลพวงมาจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากเกินไปจนความจำเป็น ไม่ถูกต้อง ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือทุกระดับ ทั้งในโรงพยาบาลตั้งแต่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารทุกระดับ บุคลากรทุกภาคส่วนไม่เฉพาะแพทย์เท่านั้น เภสัชกรที่ต้องให้คำแนะนำ รวมถึงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในการดูแลโรคติดเชื้อต่าง ๆ ด้วย

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการไข้หวัด-เจ็บคอ ซึ่งมักพบบ่อยในเด็กอายุ 2-5 ปี เป็นโรคที่สามารถหายเองได้โดยภูมิคุ้มกันภายในร่างกาย พ่อ แม่ และผู้ปกครองไม่ควรให้เด็กรับประทานยามากเกินไป โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ เช่น อะม็อกซิซิลลิน ซึ่งมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ไม่สามารถรักษาอาการไข้หวัด-เจ็บคอที่เกิดจากเชื้อไวรัสได้ และยังเป็นอันตรายอาจทำให้เด็กแพ้ยาเพิ่มความเสี่ยงของโรคภูมิแพ้ใน

เด็ก ที่สำคัญคือ อาจเหนียวน้ำให้เด็กเกิดเชื้อดื้อยาซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กในระยะยาว และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

โดยในปี พ.ศ. 2556 ทางสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาวิจัยโดยติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยเด็กที่ผู้ปกครองพามารับการรักษาด้วยอาการไข้หวัด-เจ็บคอ ซึ่งทางสถาบันฯ ได้ทำการรักษาตามอาการโดยไม่จ่ายยาปฏิชีวนะให้แก่ผู้ป่วย ผลปรากฏว่าผู้ป่วยเด็กร้อยละ 91.5 มีอาการดีขึ้นจนหายเป็นปกติเป็นที่พอใจของผู้ปกครอง และบุคลากรผู้ให้การรักษา ซึ่งที่ผ่านมารวมการแพทย์ได้มุ่งเน้นให้สถานพยาบาลในสังกัดควบคุมปริมาณการจ่ายยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพของประชาชน สอดรับกับนโยบายลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาล และสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่ประกาศให้ตระหนักถึงการใช้อย่างถูกต้องสมเหตุสมผลเพื่อลดปัญหาเชื้อดื้อยา



ศ.คลินิก พญ.ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กล่าวว่า ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจาก อย. พบว่าปี พ.ศ.

2552 มูลค่าการผลิตและนำเข้าในกลุ่มยา General anti-infectives for systemic use มีมูลค่าถึง 22,900 ล้านบาท โดยเป็นยาปฏิชีวนะถึง 19,410 ล้านบาท สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่มีมูลค่าการใช้สูงมากเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุสมผล ซึ่งเกิดจากทั้งบุคลากรทางการแพทย์ เกษตรกร สัตว์ไม่เหมาะสม และจากภาคประชาชน ซึ่งมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะในบางประเด็นที่ผิด ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ที่ไม่ถูกต้อง เช่น ซื้อยาใช้เอง การร้องขอยาจากแพทย์ การให้ยาผิดข้อบ่งชี้ เป็นต้น ในท้ายที่สุดสิ่งที่ตามมาคือ เกิดวิกฤติปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2550 ทาง อย. ได้เริ่มโครงการ ASU โดยมีเป้าหมายลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรคคือ ไข้หวัด-เจ็บคอ ท้องเสีย และแผลเลือดออก ผลการประเมินโครงการตลอดมาจนถึงปัจจุบัน แสดงถึงการยอมรับแนวคิดและปรัชญาของโครงการ ASU ของผู้สั่งใช้ยาในสถานพยาบาลภาครัฐ ทั้งแพทย์ เกษตรกร พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องในระดับประเทศมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเป็นในบริบทของสถานบริการที่ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ประสิทธิภาพและการดำเนินโครงการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กยังมีความจำกัด ดังนั้น ทางสถาบันฯ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก



ทั่วประเทศได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล เพราะหากบุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลจะส่งผลดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กไทยในอนาคตต่อไป

ทั้งนี้ทางสถาบันฯ ได้ควบคุมการจ่ายยาปฏิชีวนะโดยเฉพาะในโรคหายเองได้โดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเช่น ไข้หวัด-เจ็บคอ ซึ่งแพทย์จะรักษาตามอาการและแนะนำวิธีการที่ถูกต้องให้แก่พ่อ แม่ และผู้ปกครอง พร้อมทั้งติดตามประเมินผลการรักษาอย่างใกล้ชิดเพื่อให้พ่อ แม่ และผู้ปกครองมั่นใจในแนวทางการรักษา สำหรับอาการไข้หวัด-เจ็บคอ พ่อ แม่ และผู้ปกครองสามารถตรวจสอบเองได้ง่าย ๆ โดยให้เด็กอ้าปาก ใช้ไฟฉายแสงขาวส่องดูในคอ หากไม่มีตุ่มหนองที่ต่อมทอนซิล และใช้นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้กดใต้ขากรรไกรแล้วเด็กไม่เจ็บ แสดงว่าเกิดจากเชื้อไวรัส ไม่ต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ แต่ให้เด็กดื่มน้ำอุ่นมากขึ้น พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ออกกำลังกายให้เหงื่อออกบ้างเล็กน้อย และดูแลร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ หากตัวร้อนเป็นไข้ให้เช็ดตัวหรือรับประทานยาพาราเซตามอลเพื่อลดไข้เพียงเท่านี้ก็พอ



ผศ.ภญ.ดร.นียดา เกียรติยิ่งอังศุลี ผู้จัดการแผนงานพัฒนาไกลเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) โดยการสนับสนุนของสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในสังคมไทยนั้นน่าเป็นห่วง และต้องเร่งป้องกันแก้ไข เนื่องจากมีความเชื่อและความ

เข้าใจผิดหลายประการ ประการแรกคือ เรียกชื่อผิด การเรียกยาปฏิชีวนะว่า ยาแก้ไอแก้เสบ ทำให้เข้าใจผิดว่ายาปฏิชีวนะใช้ได้กับอาการไอเสบทุกชนิด และทำให้ใช้ยาผิดประเภท ซึ่งความจริงแล้วยาปฏิชีวนะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น ไม่สามารถรักษาอาการไอเสบที่เกิดจากเชื้อไวรัสหรือสาเหตุอื่น ๆ ได้ ประการที่สองคือ ผู้ป่วยมักไม่ทราบว่าเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของโรคหวัดเจ็บคอส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากเชื้อไวรัสซึ่งสามารถหายเองได้ด้วยภูมิคุ้มกันของร่างกาย การไปหาซื้อยา



ปฏิชีวนะรับประทานเองจึงไม่ช่วยรักษาโรค แต่ยังเพิ่มอันตรายจากการใช้ยาโดยไม่จำเป็น ประการที่สามคือ ประชาชนมีความเชื่อตาม ๆ กันว่ารับประทานยาปฏิชีวนะกันไว้ก่อน ดักไว้ก่อนจะช่วยป้องกันโรคได้ ซึ่งความเชื่อและความเข้าใจผิดดังกล่าวเป็นเหตุให้คนไทยใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อเกินความจำเป็นจนเกิดเป็นวิกฤติ



เชื่อดื้อยาในปัจจุบัน และกำลังลุกลามไปถึงผู้ป่วยเด็กเพราะความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของพ่อแม่ และผู้ปกครอง

กพย. โดยการสนับสนุนของ สสส. จึงร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเรื่องการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลมาโดยตลอด เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงอันตราย และใช้อยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยได้มีการสนับสนุนโครงการ ASU ในโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลใน 15 จังหวัด จำนวน 22 โครงการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ซึ่งมีหลายจังหวัดให้ความสนใจ



ภ.ญ. ดร. ดวงทิพย์ หงส์สมุท ผู้เชี่ยวชาญกองทุนยาเวชภัณฑ์และวัคซีน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กล่าวว่า สปสช. ในฐานะองค์กรที่มีหน้าที่สรรหาและจัดซื้อบริการสุขภาพให้แก่

ประชาชน 47 ล้านคนทั่วประเทศ เล็งเห็นถึงปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อในสังคมไทย ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้สุขภาพแย่ เกิดโรคอื่นตามมาเท่านั้น แต่ยังทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียค่าดูแลรักษาสุขภาพ และการสั่งซื้อยาจากต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น ซึ่งข้อมูลจาก อย. ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าประเทศไทยมีการสั่งซื้อยาปฏิชีวนะมากเป็นอันดับหนึ่ง มูลค่าสูงกว่า 10,000 ล้านบาทต่อปี

สปสช. จึงได้นำเอาแนวปฏิบัติโครงการ ASU มาเป็นแนวทางในการกำหนดเกณฑ์ลดการใช้ยาปฏิชีวนะในสถานพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ขานรับนโยบายรัฐในการลดค่าใช้จ่ายประเทศและเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาที่เป็นอันตรายถึงชีวิตซึ่งกำลังเป็นวิกฤติทั่วโลกอยู่ในปัจจุบัน โดยในช่วงแรกได้มีการส่งเสริมให้หน่วยบริการต่าง ๆ มีกระบวนการในการทำงานเพื่อให้ตอบสนองต่อการใช้อยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม มีระบบคุณภาพ มีคำตอบแทนสำหรับหน่วยบริการที่ทำได้

นอกจากนี้แล้วยังมีโครงการที่ทำในภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายคือ จะทำอะไรให้ภาคประชาชนตื่นตัวและตระหนักเรื่องการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลให้มากขึ้น ตระหนักว่าไม่ใช่ว่าเมื่อไม่จำเป็น ยาปฏิชีวนะใช้เมื่อไม่จำเป็น จะอันตราย เชื่อว่าเมื่อภาคประชาชนได้รับความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องจะสามารถขยายความคิดเห็น ข้อเสนอแนะไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องหรือคนใกล้ชิดได้ด้วย โดยได้ร่วมกับมูลนิธิเครือข่ายครอบครัว ทำในกลุ่มพ่อแม่ และผู้ปกครอง ลงไปสู่ชุมชนทั้งในกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ และในปีนี้มีโครงการที่จะสนับสนุนร้านยาซึ่งเป็นด่านหน้าที่จะเข้ามาช่วยเสริมในการรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลด้วย โดยร่วมมือกับร้านยาของคณะเภสัชศาสตร์จากทุกมหาวิทยาลัย

“ยาปฏิชีวนะมีคุณอนันต์ แต่ก็มีโทษมหันต์ถ้าใช้ไม่เป็น ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพ ถ้าหากไม่มียาปฏิชีวนะใช้เมื่อจำเป็นต้องใช้ และเมื่อใช้แล้วไม่ได้ผล ยิ่งแย่เข้าไปใหญ่ เพราะฉะนั้นสิ่งสำคัญที่สุดคือ จะทำอย่างไรที่จะมีการป้องกันก่อนที่จะสุขภาพจะเสื่อมโทรมจนต้องใช้อยาปฏิชีวนะ” ผศ.ภญ.ดร.นิยดา กล่าวทิ้งท้าย

ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งมีการเดินสายชี้แจงเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม โดยในปี พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมามีเริ่มมีการวัดผลการจ่ายยาปฏิชีวนะว่าเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ ซึ่งใช้ใน 2 โรคคือ ทางเดินหายใจติดเชื้อหรือไอ และโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ซึ่งได้ผลที่น่าพอใจ มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมลดลง แต่ยังมีพบว่ามียูจิงต้องเดินหน้าทำต่อไป ทั้งเชิงนโยบายหรือเรื่องการทำงานวิจัย ซึ่งเป็นตัวที่ทำงานด้านนี้เคลื่อนที่ต่อไป โดยทาง สปสช. ยังคงนโยบายการสนับสนุนหน่วยบริการที่สามารถลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมได้ในเรื่องของการใช้อยาปฏิชีวนะต่อไป





ภญ.วุฒิรัต ธรรมวุฒิ

คนเก่งมีมากมาย
แต่คนที่พร้อมทุกโอกาสควรมีไม่มาก



จากจุดเริ่มต้นที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบร่วมจัดตั้งและพัฒนากระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation; MR) กับทีมสหสาขา ภายหลังจากได้หมุนเวียนปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ ของฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราชแล้ว และถึงแม้ว่าการดำเนินการในระยะแรกมีแรงต้านค่อนข้างสูงจากผู้ปฏิบัติงานที่เกรงว่าจะมีภาระงานมากขึ้น แต่ด้วยความไม่เคยยอมแพ้ บวกกับความมานะ อดทน และมั่นคงในเป้าหมายของกระบวนการ ในที่สุด ภญ.วุฒิรัต ธรรมวุฒิ เภสัชกรหน่วยบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช เภสัชกรรุ่นใหม่ผู้ซึ่งได้รับรางวัลเภสัชกรดีเด่นรุ่นเยาว์ ด้านบริหารทางเภสัชกรรม ประจำปี พ.ศ. 2556 จากการประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2556 ของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ก็สามารถจัดตั้งและพัฒนากระบวนการประสานรายการยา หรือ MR จึงได้เกิดขึ้น และเริ่มเป็นที่ยอมรับจากพยาบาลบนหอผู้ป่วย และทำให้การทำงานร่วมกันระหว่างเภสัชกรและพยาบาลเริ่มเป็นรูปร่างชัดเจนจวบจนปัจจุบัน

นอกจากนี้ ภญ.วุฒิรัต ยังได้รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ในรูปแบบโครงการวิจัย เช่น โครงการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยนอก ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โครงการสืบค้นประวัติการใช้ยาผู้ป่วยช่วงภาวะวิกฤติน้ำท่วม

เป็นต้น นำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ให้แพทย์และผู้บริหารได้รับทราบถึงสภาพปัญหาและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการประสานรายการยาที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กำหนดนโยบายให้กระบวนการ MR ในโรงพยาบาลศิริราชเป็นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในปี พ.ศ. 2553 โดยมีทีมเภสัชกรเป็นแรงขับเคลื่อนในช่วงต้นจนถึงปัจจุบัน กระบวนการ MR สามารถขยายผลการดำเนินการไปได้ครบทุกภาควิชาทางคลินิกของโรงพยาบาลศิริราช

ภญ.วุฒิรัต กล่าวถึงกระบวนการ MR ให้ฟังว่า “จริง ๆ แล้วเรื่องเหล่านี้เป็นเรื่องพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย โดยเราช่วยสร้างระบบขึ้นมาว่า ทั้งกระบวนการในโรงพยาบาลแต่ละวิชาชีพควรมีบทบาทตรงไหน แม้ว่าจะจะเป็นเพียงแค่จุดเล็ก แต่ก็เป็นการสร้างความปลอดภัยค่อนข้างกว้าง และเป็นเครื่องมือที่สามารถขับเคลื่อนไปทั้งระบบได้

ยกตัวอย่างเช่น กรณีของคนไข้ที่มีนัดผ่าตัดแต่ต้องถูกเลื่อนการผ่าตัดไปเพราะไม่ได้งดยาบางตัวที่ควรงด สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาเล็ก ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นประจำอยู่แล้ว แต่โดยกระบวนการนี้จะมาช่วยตอบโจทย์หรือเป็นคำตอบว่าเราควรทำอย่างไรเพื่อลดเหตุการณ์เหล่านี้ลงได้

ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องมี Medication Reconciliation จะเกิดกับคนไข้ทั้งหมดคือ คนไข้ปลอดภัย เพราะการที่เรามีกระบวนการนี้



ก็เพื่อให้มั่นใจว่าคนไข้มีความปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมและถูกต้อง โดยทวิวิชาติช่วยกันดูช่วยกันตรวจสอบ นอกจากนี้เรายังพบปัญหาหลาย ๆ อย่างจากการใช้ยาของคนไข้ ยกตัวอย่างเช่น ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรการใช้ยาของคนไข้ คนไข้บางรายรับยาจากหลายแห่ง การรับประทานยาซ้ำ กระบวนการนี้จะช่วยดักจับได้ว่าคนไข้มีพฤติกรรมกรการใช้ยาอย่างไร จากการสัมภาษณ์คนไข้เพื่อที่จะได้ให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่เขา ซึ่งนอกจากกระบวนการความปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับคนไข้แล้ว สิ่งที่ทำให้เห็นภาพชัดเจนอีกอย่างหนึ่งเกี่ยวกับระบบแม้ว่าสิ่งที่ทำจะเป็นสิ่งเล็ก ๆ แต่ก็เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงระบบใหญ่เป็นการพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลได้”

ภญ.วุฒิรัตน์ กล่าวต่อว่า การจัดทำเป็นระบบขึ้นมาได้เกิดจากความร่วมมือของหลาย ๆ ฝ่าย โดยเราเป็นจุดเริ่มต้นเล็ก ๆ ซึ่งครั้งแรกที่ได้รับมอบหมายงานจากหัวหน้า โดยส่วนตัวเป็นคนชอบอะไรที่ทำยากและไม่เคยทำมาก่อน ชอบทำงานใหม่ ๆ ที่ต้องคิดเอง ซึ่งในช่วงแรกทดลองทำกับพี่ ๆ พยาบาลในหอผู้ป่วย อาจเป็นการลองผิดลองถูกค่อย ๆ เรียนรู้กันไปและเก็บรวบรวมผลการทำงาน



ประโยชน์ที่ได้รับนำเสนอเป็นโปสเตอร์เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญ จากแต่เดิमतอนเริ่มต้นเราได้รับแรงต่อต้าน แต่เมื่อเราสามารถทำให้เขาเห็นถึงผลและประโยชน์ที่ได้รับอย่างชัดเจน ทุกคนก็ให้การยอมรับและสนับสนุน ซึ่งจริง ๆ แล้ว โดยปกติบริบทของการทำงานจะมีเรื่องเหล่านี้อยู่แล้ว แต่ยังไม่มีการจัดทำระบบข้อมูลที่ชัดเจน หรือกำหนดหน้าที่ที่ชัดเจนว่าใครต้องรับผิดชอบในส่วนไหน

การที่ระบบนี้เกิดขึ้นได้ต้องขอบคุณทุกคนในทีมที่ช่วยกัน

ภญ.วุฒิรัตน์ กล่าวถึงสิ่งที่ยากที่สุดของการทำงานนี้ให้ฟังว่า “คือการทำงานประสานงาน เนื่องจากโรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ละบริบทของแต่ละภาควิชาจะต่างกัน เพราะฉะนั้น เราไม่สามารถทำรูปแบบเดียวกันกับทุกที่ได้ สิ่งที่ยากคือ การสร้างความเข้าใจในช่วงเริ่มต้นเป็นเรื่องปกติอยู่แล้ว พอมีการเปลี่ยนแปลงมักจะมีแรงต้านมากในระยะเริ่มแรก ดังนั้น หน้าที่ของเราเหมือนกับการเป็นเซลล์ที่ต้องนำเสนอเพื่อให้เกิดความเข้าใจกับคนที่เราต้องเข้าไปมีส่วนร่วมด้วย สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ยากมาก กว่าจะทำให้เข้าใจและยอมรับ

หัวใจสำคัญของความสำเร็จคือ ทีม เพราะถ้าเราทำเพียงคนเดียวโดยลำพัง งานนี้คงไม่ประสบความสำเร็จ งานนี้สำเร็จได้เพราะเกิดจากการทำงานเป็นทีม ตั้งแต่ระดับนโยบายผู้บริหารได้ให้ความสำคัญลงมาลุยเอง เรามีทีมที่เหนียวแน่น คือไปไหนไปด้วยกัน มีปัญหาอะไรจะสื่อสารถึงกันตลอด นอกจากนี้เราจะรับฟังปัญหาจากผู้ปฏิบัติงานจริง และไม่หนีเฉยกับปัญหานั้น แม้ว่าจะเป็นเรื่องเล็ก ๆ หรือไม่ได้เกี่ยวกับเราก็ตาม อะไรที่เราคิดว่าพอช่วยทำให้เขาพอใจก็จะทำ สิ่งนี้ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้มุมมองทัศนคติระหว่างวิชาชีพค่อย ๆ ดีขึ้น จากแต่เดิมที่เภสัชกรและพยาบาลต่างคนต่างทำงาน แต่เมื่อได้ทำงานเชิงรุกในส่วนนี้ทำให้เราเห็นบทบาทซึ่งกันและกันชัดเจนขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทีมมากขึ้น”

นอกจากนี้ **ภญ.วุฒิรัตน์** ยังกล่าวถึงกลยุทธ์ที่จะช่วยทำให้สามารถ

ทำงานร่วมกับคนอื่นได้ดีด้วยว่า อันดับแรกคือ การสื่อสารเป็นสิ่งจำเป็นมากที่สุดสำหรับการทำงานนี้ ซึ่งจริง ๆ แล้วงานนี้ใช้ความรู้ในเรื่องของวิชาชีพเภสัชกรรมไม่ลึกมาก แต่ที่ใช้มากคือ people skill ในเรื่องของ การสื่อสาร การเข้าหาผู้ใหญ่ ทั้งนี้เราเป็นเด็ก และบุคคลที่เราต้องติดต่อสื่อสารส่วนใหญ่จะเป็นผู้ใหญ่ หรือผู้มีประสบการณ์ในการทำงาน เวลาที่เราเข้าไปติดต่อ เราเข้าไปด้วยความอ่อนน้อมถ่อมตน ใจดีและความรู้สึกที่อยากช่วย เพราะฉะนั้น คำถามแรกที่เรารู้อยู่กับทุกคนคือ “มีอะไรให้ช่วยหรือไม่คะ” จากนั้นจึงค่อย ๆ เรียนรู้ ใช้ความเข้าใจซึ่งกันและกัน



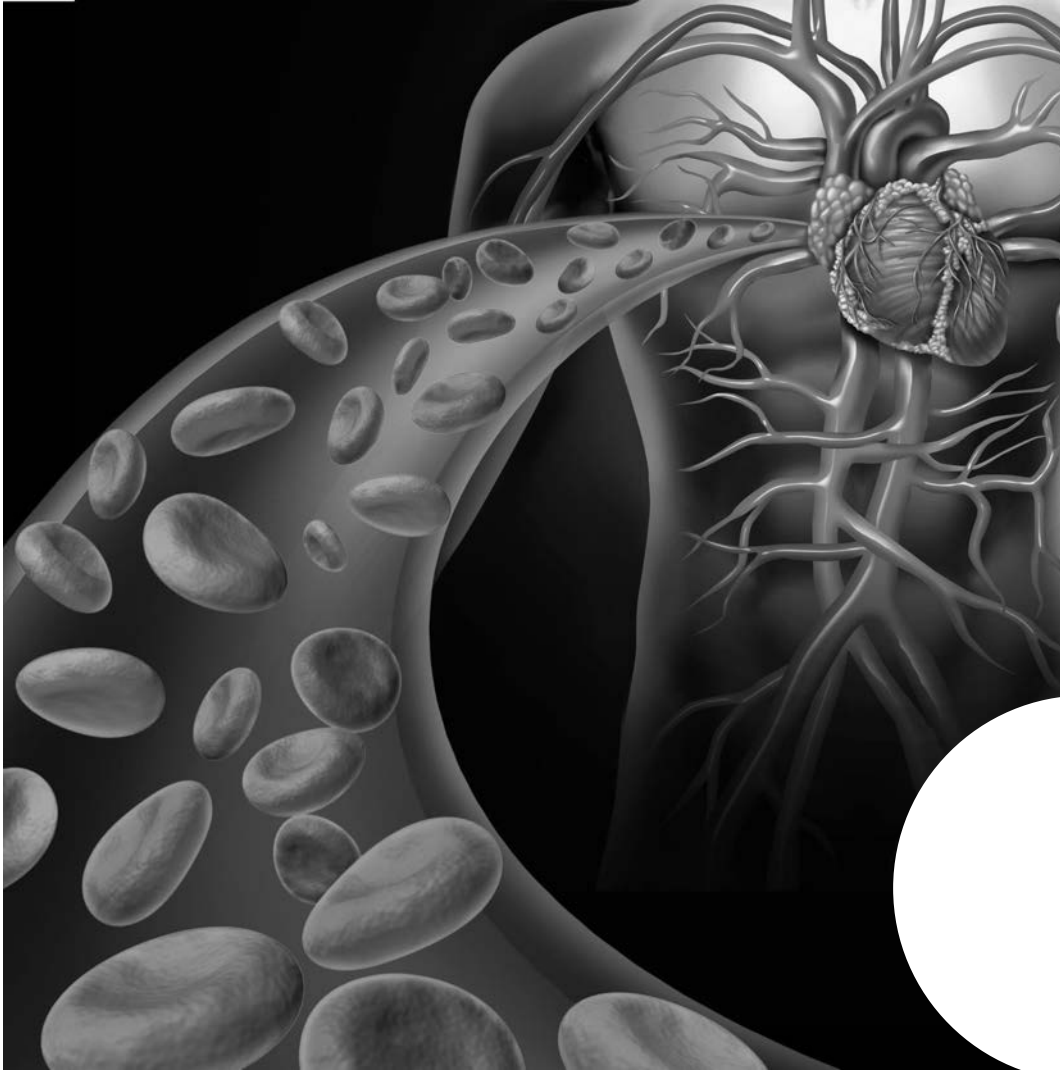
สำหรับความประทับใจในการทำงานนั้น **ภญ.วุฒิรัตน์** กล่าวว่า ในส่วนของคนไข้ ยกตัวอย่างเคสที่ประทับใจเป็นเคสที่โทรศัพท์มาปรึกษาเนื่องจากคนไข้แกะเม็ดยามาจึงทำให้ไม่ทราบชื่อของยา เมื่อเราขึ้นไปตรวจสอบถาม และซักประวัติเพิ่มเติม ปรากฏว่าเคสนี้เป็นเคสที่ต้องผ่าตัด และคนไข้หยุดยาบางตัวก่อนผ่าตัดมาจริง แต่ปรากฏว่าคนไข้หยุดยาผิดตัว คือแทนที่จะหยุดยาละลายลิ่มเลือด คนไข้กลับหยุดยาลดไขมันจึงจำเป็นต้องเลื่อนการผ่าตัด ซึ่งถึงแม้ว่าจะดูเป็นเรื่องเล็ก ๆ แต่ก็มีความกระทบต่อคนไข้ค่อนข้างมาก ปอຍครั้งที่เราเจอและให้คำแนะนำกับคนไข้ คนไข้ขอบคุณเรา สิ่งนี้ถือเป็นคุณค่าทางใจ

นอกจากนี้เรามีความประทับใจในทีมมาก เพราะเราเริ่มกันมาตั้งแต่ต้น

ซึ่งสมัยนั้นมีแรงกดดันมาก เราค่อย ๆ ผ่านมาด้วยกัน จนวันหนึ่งวันนี้สามารถเกิดขึ้นทั้งระบบ ทุกคนมีความภูมิใจและไม่มีใครพูดว่างานนี้เป็นของฉัน แต่บอกว่าเป็นของเรา อีกทั้งยังมีที่อื่น ๆ มาดูงานเหมือนกับว่าเราเป็นต้นแบบให้กับที่อื่นได้ มาศึกษาดูงาน

“ณ วันนี้ เราสามารถให้คำนิยามของเภสัชกรตามความคิดของตัวเองว่า เภสัชกรเป็นคนที่ทำให้ระบบของการใช้ยาของคนไข้ดีที่สุด และทำให้ดีขึ้น ไม่ใช่แค่เพียงเฉพาะคนที่จ่ายยา หรือทำยา แต่เป็นคนที่ทำให้ระบบการใช้ยาของคนไข้เกิดความพร้อมและสมบูรณ์ มีความปลอดภัยสูงสุด โดยเภสัชกรเป็นคนที่ดูแลเรื่องระบบในการทำให้คนไข้มีการใช้ยาอย่างปลอดภัยเป็นมุมมองที่กว้างขึ้น”

สุดท้ายนี้ **ภญ.วุฒิรัตน์** กล่าวถึงความรู้สึกที่ต้องมาทำในสิ่งที่ไม่เคยเรียนรู้มาก่อนด้วยว่า ในตอนเริ่มต้นที่ทำอะไรใหม่ ๆ รู้สึกว่าการที่หัวหน้าหรือใครก็ตามยื่นสิ่งใหม่ให้เราทำถือเป็นโอกาสในการพิสูจน์ตัวเอง เป็นโอกาสที่ค่อนข้างท้าทาย เพราะฉะนั้น อย่างกลัว เรายินดีทำสิ่งใหม่ทุกอย่าง เพราะรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย และเป็นสิ่งที่พิสูจน์ความสามารถของตัวเอง นอกจากนี้การทำอะไรใหม่ ๆ ทำให้เราเรียนรู้อะไรได้หลายมุม เรียนรู้ในการคิดวางแผน และถ้ามีปัญหาไม่สำเร็จจะทำอย่างไร หรือถ้าเราเริ่มมาแล้วและเจออุปสรรคหรือเจอแรงต้านมาก ทุกคนคงรู้สึกว่าแย่ เราก็เก็บไว้แค่สักพักหนึ่ง แม้ว่าตัวเองจะเป็นคนโชคดี มีพี่เลี้ยง มีพี่หัวหน้า มีอาจารย์คอยดูแลสนับสนุน แนะนำว่าควรทำอะไรต่อไป แต่ถ้าเราไม่รู้สึกว่าจะต้องสู้ หรือทำอะไรต่อไปก็อาจจะไม่เกิดผล เราเอาคำพวกนั้นเอาสิ่งที่โดนมาผลักดันเป็นแรงให้เราต้องพิสูจน์ให้เขาเห็น คุยด้วยเหตุผล ทั้งนี้เรามีคติในการทำงานว่า เต็มที่กับทุกอย่าง และเราต้องเตรียมตัวพร้อมรับโอกาสเสมอ เพราะเราไม่รู้ว่าโอกาสจะมาเมื่อไร เพราะฉะนั้น เราต้องพร้อมทั้งความรู้ แรงกาย แรงใจ เนื่องจากคนเก่งมีมากมาย แต่คนที่พร้อมทุกโอกาสคงมีไม่มาก



ตัดเส้นประสาทกำราบ “ความดันโลหิตสูง”

ความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยแต่ละปีมีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากภาวะนี้มากถึงเกือบ 8 ล้านคน ที่สำคัญคนส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่ามีอันตรายเกิดขึ้นกับในร่างกายของตัวเอง เพราะโรคนี้แทบจะไม่ปรากฏสัญญาณเตือนใด ๆ จนนานวันเข้ากลายเป็นสาเหตุการเกิดโรคแทรกซ้อนร้ายแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตตามมาอย่างที่หลายคนนึกไม่ถึง เป็นสาเหตุอธิบายว่าทำไม “ความดันโลหิตสูง” จึงถูกขนานนามว่าเป็น “เพชฌฆาตเงียบ”

สถิติจากมิเตอร์ประเทศไทยของมหาวิทยาลัยมหิดล รายงานวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2556 เวลา 15.26 น. พบว่า ตั้งแต่ต้นปีคนไทยเสียชีวิตแล้วด้วยโรคหัวใจรวม 25,959 คน โรคหัวใจขาดเลือด 26,197 คน โรคหลอดเลือดในสมองแตก 20,005 คน เบาหวาน 20,005 คน ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนเกี่ยวเนื่องมาจากความดันโลหิตที่สูงขึ้นทั้งสิ้น

พญ.ปิยนฎา ปรียานนท์ โรงพยาบาลปิยะเวท ให้นิยามของโรคความ

ดันโลหิตสูงว่า มีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จัดอยู่ในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และถือเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลเสียต่อร่างกายโดยตรง หากทิ้งไว้นานโดยไม่ได้ใส่ใจเข้ารับการรักษา ก็อาจนำไปสู่โรคหรือภาวะแทรกซ้อนน่ากลัวกับอวัยวะสำคัญตามมา อาทิ โรคหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตกทำให้เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตันทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจวาย หัวใจโต หัวใจเต้นผิดจังหวะ จอประสาทตาเสื่อมทำให้การมองเห็นลดลงหรือถึงขั้นตาบอด ไตวายเรื้อรัง โรคเส้นเลือดแดงใหญ่โป่งพอง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ เช่น ไต ขาน-ขาตีบหรืออุดตัน เป็นต้น



สาเหตุของความดันโลหิตสูงแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มที่ 1 เป็นผลจากภาวะโรคใดโรคหนึ่งหรือเรียกว่าความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ เช่น ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ ไตวายเรื้อรัง เนื้องอกของต่อมหมวกไต เป็นต้น แนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ รักษาที่ภาวะโรคที่เป็นต้นเหตุ กลุ่มที่ 2 เรียกว่าความดันโลหิตสูงปฐมภูมิมักเป็นผลจากพันธุกรรม ความอ้วน อายุที่เพิ่มขึ้นนิสัยการรับประทานเค็ม การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ความเครียด ร่วมกับผลจากความไม่สมดุลระหว่างระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมการหดตัวหรือขยายตัวของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ซึ่งเป็นวงจรที่เกี่ยวข้องกันโดยตรงระหว่างการสังเคราะห์จากสมอง ประสาทไซต้นหลัง และหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไต

พญ.ปิยนฎ ย้ำว่า ความดันโลหิตสูงปฐมภูมินั้นไม่มีทางรักษาหายขาดต่างจากแบบทุติยภูมิที่เมื่อรักษาโรคต้นตอแล้ว ภาวะความดันโลหิตสูงก็จะบรรเทาไปเอง การหมั่นตรวจสุขภาพ ดูแลรักษาร่างกาย พร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน โดยทั่วไปการรักษาจะแตกต่างกันไปในแต่ละราย หากไม่ร้ายแรงอาจแนะนำให้ปรับเปลี่ยนไลฟ์สไตล์ เช่น ลดรับประทานเค็ม ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย เลิกสูบบุหรี่ ไปจนถึงการรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต

แต่สำหรับบางรายที่แม้จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเต็มที่แล้ว และรับประทานยาที่มากทั้งชนิดและปริมาณแล้วก็ไม่ช่วยอะไร ความดันโลหิตยังมีค่าเกินกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท ถ้ามีอายุน้อยกว่า 80 ปี มักแนะนำให้รักษาด้วยวิธีการจี้ไฟฟ้าที่ระบบประสาทอัตโนมัติ หรือที่เรียกว่า Renal Denervation Therapy

วิธีนี้เป็นการใช้ความร้อนจากคลื่นความถี่วิทยุจี้ทำลายร่างแหเส้นประสาทอัตโนมัติที่อยู่ในผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตทั้งสองข้าง โดยใช้อุปกรณ์พิเศษสอดผ่านหลอดเลือดจากขาหนีบย้อนขึ้นไปถึงหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตซึ่งเป็นแขนงของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง มีข้อดีคือ ใช้เวลารักษาเพียงแค่วัน 1-2 ชั่วโมง หลังจากนั้นพักฟื้นและดูอาการอีกประมาณ 6 ชั่วโมง และสามารถกลับบ้านได้ภายใน 1-2 วัน

อย่างไรก็ตาม **พญ.ปิยนฎ** แนะนำว่า “ท้ายที่สุดแล้ววิธีการรักษาเหล่านี้เป็นเพียงการรักษาที่ปลายเหตุเท่านั้น สุขภาพแข็งแรงควรเริ่มต้นที่การ “ป้องกัน” รู้จักดูแลตัวเองด้วยการนำสิ่งดี ๆ มาสู่วิถีชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้ผ่อนคลายแจ่มใส เพียงเท่านั้นนอกจากจะช่วยให้ห่างไกลโรคภัยแล้ว ยังไม่ต้องเสียทั้งเงิน เสียทั้งเวลาวิ่งเข้าออกโรงพยาบาลเป็นว่าเล่นอีกด้วย”



ความเชื่อเรื่องโชคลางของคนเอเชีย

ฉบับนี้เป็นเกร็ดเล็ก ๆ น้อย ๆ แบบเบา ๆ ในเรื่องความเชื่อในโชคลางของเพื่อนบ้านของเราในเอเชียว่าพวกเขามีความคิดกันอย่างไร ทำอะไรให้เกิดผลดี หรืออย่างน้อยก็เป็นกำลังใจ เรื่องพวกนี้ไม่มีลิขสิทธิ์ครับ แล้วแต่ใครจะเชื่อหรือไม่เชื่อ แต่อย่างน้อยก็รู้ไว้ชัวร์จะกันครับ



โชคดีแบบคนญี่ปุ่น คนญี่ปุ่นเชื่อกันว่าแต่ละวันคือการเริ่มต้น แต่ถ้าอยากให้วันนั้นเป็นวันที่มีแต่เรื่องดี ๆ นอกจากจะต้องยิ้มแย้มแจ่มใสตั้งแต่ตื่นนอนแล้ว ก่อนจะก้าวเท้าออกจากบ้านต้องยกนิ้วชี้กับนิ้วโป้ง จับที่ตึงหูทั้งสองข้างถูเบา ๆ พร้อม ๆ กัน 3 ครั้ง ท่องว่า “ขอให้วันนี้มีแต่โชคดี” อีก 3 ครั้ง แล้ววันนั้นจะมีแต่ความสบายใจ ค้าขายได้กำไร แถมเจ้าหนี้เดินหลงทางไปทวงหนี้ผิดบ้านอีกด้วย



ค้นหาเนื้อคู่แบบญี่ปุ่น ถ้าอยู่มานานจนดินกามาพาเหรดกันเต็มหน้า คนญี่ปุ่นเขาจะไม่เสียเวลารอให้เนื้อคู่ย้ายบ้านมาอยู่ประตูติดไป แต่เขาจะรอนถึงคืนพระจันทร์เต็มดวง อาบน้ำแต่งตัวให้ร่างกายสะอาดแล้วออกไปยืนกลางแจ้ง หันหลังให้พระจันทร์ (ถ้าจะอยู่ในห้องต้องเป็นห้องที่พระจันทร์สาดแสงเข้ามาได้เต็มที่) ยกกระຈงาแบบพับได้ขึ้นมารับแสงของดวงจันทร์เอาไว้ พับกระຈงาปิด แล้วเอามาใส่ไว้ใต้หมอน คืนนั้นระหว่างที่หลับ พลังของพระจันทร์จะเคลือบปริศนาจิตใจให้รู้ว่าเนื้อคู่ของท่านหน้าตาเป็นฉันใด หรืออย่างน้อยก็จะบอກไปว่าคนคนนั้นควรจะเป็นใคร เช่น อาจจะฝันเห็นของที่เขาชอบใช้ สถานที่ที่ไปด้วยกัน พอตื่นก็เอามาทายเป็นหน้าคนได้

ตามสะดวก เมื่อจะคิดเข้าข้างตัวเองว่าหนุ่มหล่อรวยจะมาอินเลิฟด้วยใจ

เสริมเสน่ห์แบบญี่ปุ่น ฝนจะตก เด็กจะเกิด ยังห้ามกันไม่ได้ แล้วถ้าใครสักคนอยากจะทำก๊อทท่าน สาว ๆ ปลายปีจะไปห้ามอย่างไรไหว หลังจากถูกหักอกแล้ว เทคนิคลึ้มความเศร้าเสียใจที่คนญี่ปุ่นโบราณเขาใช้ก็คือ ให้ใส่สร้อยคอซ้อนกัน 2 เส้น เพราะเวลาเราเดิน สร้อยคอจะกระทบกัน เป็นพลังทำลายล้างให้ความทรวงจำเก่า ๆ แดกกระจายหายไปกับอดีต แล้วจิตใจก็จะหมดทุกข์หมดโศกเร็วขึ้น



กระเป๋าตุ้งแบบคนจีน คนจีนถือว่าการสร้างเนื้อสร้างตัวเป็นเป้าหมายของชีวิต เทคนิคของคนจีนส่วนใหญ่เลยจะเน้นไปที่ความมั่งคั่ง ร่ำรวยมีโชคลาภ วิธียอดฮิตที่คนจีนใช้กันมาตั้งแต่โบราณจนถึงปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น วิธีดักเงินไม่ให้ไหลไปที่อื่น ให้ตั้งตู้ปลา หรืออ่างบัว หรืออ่างดินเผาอย่างใดอย่างหนึ่งไว้ที่ประตูหน้าบ้าน ถ้าอยากให้มีเงินใช้ตลอดปี เก็บเงินอยู่ไม่ถูก ยืมเข้ายืมเย็น ให้หาเหรียญโบราณแบบที่มีรูตรงกลางมาอันหนึ่ง เอาไหมสีแดงผูกไว้แล้วพกใส่กระเป๋าเงินติดตัวเป็นประจำ แต่ต้องเปลี่ยนเหรียญใหม่ทุก ๆ วันขึ้นปีใหม่ ส่วนเหรียญอันเก่าก็โยนลงแม่น้ำไปเสีย



ให้คนรักคนหลง

แบบไทย สมัยก่อน

หนุ่ม ๆ สาว ๆ ที่อยากให้ชาวบ้านมารุมรักกันทั้งบาง เขาจะปลุกต้นมะยมไว้ที่บ้าน หรือไม่ก็ไปหากิ่งต้นรักหนึ่งกิ่ง กิ่งต้นมะยม อีกหนึ่งกิ่ง เอามาแกะสลักเป็นรูปตุ๊กตาดาวเล็ก ๆ เอาใส่ขวดแก้วไว้ จากนั้นก็เติมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นที่ตัวเองชอบลงไป ตั้งไว้บนหัวเตียง กลิ่นหอมของน้ำมันบวกกับอาถรรพ์ตุ๊กตาดาวจะดึงดูดให้ผู้คนเมตตา รักใคร่ และนิยมในความสวยและเก่งของท่าน



เสน่ห์มัดใจแบบไทยแท้ สำหรับคนไทยที่มีคู่รักอยู่แล้ว แต่เริ่มมีสาวข้างบ้านมาทึงผ้าเช็ดหน้าให้ทำหนุ่มแบบเข้าถึงเย็นถึงคนสมัยก่อนเขาจะไม่เปิดสงครามผ่านเฟซบุ๊กให้ชาวบ้านนินทา แต่จะไปเก็บยอดไม้มหาเสน่ห์ 3 ชนิด ได้แก่ ยอดอ่อนของต้นรัก ต้นกาหลง และต้นสวาด เอามาผูกติดกันเป็นข้อ แขน่น้ำฝนไว้ครึ่งวัน แล้วเอาไปตากให้แห้ง หรือจะใส่หนังสือทับให้แห้งก็ได้ จากนั้นก็เอามาทำเป็นถุงไม้หอมให้คนรักพกติดตัว หรือไม่ก็ให้เก็บไว้ในห้องนอน มนต์เสน่ห์จากไม้มงคลจะช่วยให้ความรักมั่นคงไม่ร่วงตามผ้าเช็ดหน้าไปง่าย ๆ

ครับ เป็นอะไรที่คนเขาเชื่อกันแบบนั้น เหมือนที่ฝรั่งเขามักเอานิ้วแตะสิ่งที่เป็นไม้ (touch wood) เพื่อไม่ให้สิ่งไม่ดีเกิดขึ้น ส่วนจะเกิดหรือไม่เกิดจริง ๆ ไม่มีใครรู้ได้ แต่มีกำลังใจก็พอ



สำคัญในบทบาทของเภสัชกรที่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมร่วมกับทีมวิชาชีพสุขภาพ เพื่อให้เกิดการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อไป

นอกจากนี้วิทยากรที่ให้เกียรติมาบรรยายในหัวข้อต่าง ๆ เป็นอาจารย์เภสัชกรซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในแต่ละสาขานั้น ๆ อย่างแท้จริง เช่น โรคหัวใจ **ผศ.ภก.สุรภิจ นาทีสุวรรณ** โรคติดเชื้อ **ผศ.ภก.ปรีชา มณฑานติกุล** โรคระบบประสาทและจิตเวช **รศ.ดร.ภญ.จุฑามณี สุทธิสีสังข์** โภชนาการ **รศ.ดร.ภญ.บุษบา จินดาวิจิตร** รวมถึงอาจารย์รุ่นใหม่ ๆ ที่มีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ **อ.ภญ.พิชญาดิลกพัฒน์มงคล** ผู้ป่วยโรคไต **อ.ภญ.ศยามล สุขชา** นอกจากนี้ทางคณะยังได้เชิญแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ มาให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมด้วย

กลุ่มเป้าหมายหลักของการประชุมในครั้งนี้ ได้แก่ เภสัชกรโรงพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่ให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งคงไม่ได้จำกัดเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น โรงพยาบาลขนาดเล็ก โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงเภสัชกรชุมชนก็สามารถที่จะเข้าร่วมได้ เพราะมีโอกาสที่จะพบกับผู้ป่วยฉุกเฉินเช่นกัน เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ขึ้นอยู่กับว่าเภสัชกรจะมีโอกาสและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มากน้อยแค่ไหนในบริบทที่แตกต่างกัน

“ตอนนี้ท่านอาจจะมองภาพของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บได้ไม่ชัดเจนนัก เพราะต้องยอมรับว่าเป็นสาขาที่ค่อนข้างใหม่ แต่ถ้าได้มีโอกาสมาร่วมประชุมวิชาการในครั้งนี้แล้ว ทางผู้จัดงานเชื่อว่าท่านจะได้รับประโยชน์กลับไปอย่างแน่นอน” **อ.ภก.ธนรัตน์** กล่าวทิ้งท้าย

ผู้ที่สนใจสามารถดูรายละเอียดได้ทาง www.pharmacy.mahidol.ac.th หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ งานวิเทศสัมพันธ์และประชาสัมพันธ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 0-2644-8677-91 ต่อ 1118, 1121 และติดตาม Pharmacy Review and Update Series 2014 ครั้งที่สอง ในหัวข้อ “Geriatric Pharmacotherapy and Palliative Care” ซึ่งจะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 21-22 สิงหาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุม 302 อาคารเทพรรัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ในโอกาสต่อไป

ร่างกายบ้าง และจะส่งผลอย่างไรต่อเภสัชพลศาสตร์ และเภสัชจลนศาสตร์ของยาที่ได้รับ ต่อมาจึงจะกล่าวถึงรายละเอียดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การช่วยชีวิตเบื้องต้น (basic life support), ยาที่ใช้ช่วยชีวิตผู้ป่วย (life-saving drugs), การดูแลระบบทางเดินหายใจ (airway & breath) และระบบไหลเวียนโลหิต (circulation) ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งมักเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น ผู้ป่วยปอดทะลุ หรือผู้ป่วยมีภาวะช็อก ซึ่งอาจจะเกิดจากเสียเลือดมาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือจากโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ เช่น อาการชก อาการปวด หรืออาการทางจิตประสาท เช่น เห็นภาพหลอน หูแว่ว เพื่อ หรือมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวลเกิดขึ้น ซึ่งถ้าผู้ป่วยสามารถผ่านภาวะวิกฤติไปได้ การดูแลอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญจะเป็นการดูแลในภาพรวมทั่วไปเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีที่สุด ได้แก่ ภาวะโภชนาการ รวมถึงการปรับขนาดยาในกรณีที่มีการทำงานของไตหรือตับบกพร่อง หรือในกรณีที่ไม่สามารถจะยึดชีวิตให้แก่ผู้ป่วยได้ การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตก็มีความจำเป็นที่เภสัชกรจะต้องทราบด้วย เพราะยากี่จัดเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดความทรมาน หรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเนื้อหาทั้งหมดของงานประชุมในระยะเวลาสองวัน”

อ.ภก.ธนรัตน์ กล่าวเพิ่มเติมว่า การจัดงานประชุมวิชาการครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่ได้มีการกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างละเอียดมาก ๆ เพราะคณะต้องการให้เภสัชกรที่เข้าร่วมงานประชุมได้ทราบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเห็นภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ชัดเจน รวมถึงความ



ประโยชน์ของสารโอกทีพีพี ในชาอู่หลง



ชา (*Camellia sinensis* L.) เป็นพืชที่นิยมนำมาบริโภคในรูปแบบของเครื่องดื่มซึ่งจะมาจากส่วนใบและยอด การดื่มชาได้รับความนิยมบริโภคอย่างแพร่หลายทั่วโลกตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันจัดว่าเป็นเครื่องดื่มที่คนทั่วโลกดื่มเป็นอันดับสองรองจากน้ำเปล่า ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพต่างให้ความสำคัญสารสำคัญที่อยู่ในชาและสรรพคุณของชาที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ชาแต่ละชนิดจะแตกต่างกันที่กระบวนการหมัก แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทหลัก ซึ่งได้แก่ ชาเขียว (Green Tea) เป็นชาที่ไม่ผ่านกระบวนการหมัก (Unfermentation), ชาดำ (Black Tea) เป็นชาที่ผ่านกระบวนการหมักโดยสมบูรณ์ (Well fermentation) และชาอู่หลง (Oolong Tea) เป็นชาที่ผ่านกระบวนการกึ่งหมักหรือหมักเพียงบางส่วน (Semi-fermentation) ส่งผลให้กลิ่น สี และรสชาติของชาแต่ละชนิดมีคุณลักษณะเฉพาะตัว^(1,2,3)

ชาอู่หลงเป็นเครื่องดื่มที่ได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน โดยเฉพาะในแถบเอเชีย อย่างเช่น ญี่ปุ่นและจีน ในปัจจุบันชาอู่หลงได้รับความนิยมมากขึ้นเนื่องจากให้ผลที่ดีต่อสุขภาพและมีการวิจัยที่สนับสนุนผลของการดื่มชาอู่หลงต่อการบำรุงและรักษาโรค นักวิจัยได้ทำการศึกษชาอู่หลงจากหลากหลายแหล่งและพบว่าชาอู่หลงเป็นชาที่ผ่านกระบวนการกึ่งหมักจึงทำให้เกิดสารต้านอนุมูลอิสระหลายชนิด ได้แก่ โพลีฟีนอล (Polyphenols), แอลคาลอยด์ (Alkaloids), ชาโปนิน (Saponins), พอลิแซคคาไรด์ (Polysaccharides) และแทนนิน (Tannins)^(1,3)

จากการศึกษาวิเคราะห์ปริมาณสารต้านอนุมูลอิสระ สารที่พบในปริมาณมากในชาอู่หลงเป็นสารที่เกิดปฏิกิริยาพอลิเมอไรเซชัน หรือที่เรียกว่า Oolong Tea Polymerized-Polyphenols (OTPP) เกิดจากกระบวนการกึ่งหมักของใบชา ซึ่งพบได้เฉพาะในชาอู่หลงเท่านั้นและออกฤทธิ์ได้ดีกว่าสารโพลีฟีนอลอื่น ๆ⁽⁴⁾ ซึ่งสารดังกล่าวเหล่านี้ล้วนมีคุณสมบัติที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายในหลากหลายกลไก เช่น ช่วยลดระดับของความดันโลหิตซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

สาร OTPP มีคุณสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดเซลล์มะเร็ง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการวิจัยที่ระบุว่าสาร OTPP มีส่วนช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ที่มีภาวะของโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ของการดื่มชาอู่หลงต่อกลไกในร่างกายที่ช่วยลดน้ำหนัก รวมถึงช่วยลดและควบคุมระดับไขมันในร่างกาย^(1,5,6,7,8,9,10) จากการศึกษาทางระบาดวิทยา Yi D และคณะ⁽³⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติกับการดื่มชาอู่หลงในกลุ่มชาวจีนอายุ 20-80 ปี จำนวน 3,041 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ดื่มชาอู่หลงมากกว่า 600 มิลลิกรัมต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ดื่มชา จากการศึกษาสามารถพบความสัมพันธ์ของการดื่มชาเป็นเวลานานมากกว่า 20 ปีต่อการช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และสัมพันธ์กับการลดลงของระดับคอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ และไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL-C)⁽³⁾ นอกจากนี้อีกกลไกหนึ่งจากสารคาเฟอีนที่มีอยู่ในชาอู่หลงยังมีส่วนช่วยเพิ่มการเผาผลาญสารอาหารและพลังงานในร่างกาย^(1,5)

ตารางที่ 1 แสดงปริมาณสารพิษตกค้างที่มีอยู่ในชาอู่หลง⁽⁴⁾

ชนิดของสารพิษตกค้าง	ปริมาณ (มก./100 มล.)
Oolong Tea Polymerized-Polyphenols (OTPP)	33.65
Epigallocatechin gallate	25.73
Caffeine	23.51
Epigallocatechin	16.14
Gallocatechin	6.68
Epicatechin gallate	5.73
Epicatechin	5.08
Gallic acid	2.19
Gallocatechin gallate	1.85
Catechin	1.65
Catechin gallate	0.60

ตารางที่ 2 แสดงปริมาณสารพฤกษเคมีที่มีอยู่ในชาอู่หลงเปรียบเทียบกับสารสกัดจากชาเขียว⁽¹¹⁾

ชนิดของสารพฤกษเคมี	ชาอู่หลง (มก./ก.)	ชาเขียว (มก./ก.)
Oolong Tea Polymerized-Polyphenols (OTPP)	114	-
Caffeine	64	53
Flavan-3-ol without galloyl moiety		
Gallocatechin	30	43
Epigallocatechin	6	25
Catechin	10	5
Epicatechin	2	8
Flavan-3-ol with galloyl moiety		
Epigallocatechin gallate	14	29
Gallocatechin gallate	16	19
Epicatechin gallate	3	6
Catechin gallate	7	5

งานวิจัย OTPP กับระดับไขมันในเลือด

จากหลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การบริโภค OTPP จากชาอู่หลงช่วยลดและควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยผ่านกลไกดังนี้

- **การยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ไลเปส ซึ่งจะช่วยลดการดูดซึมไขมันที่ลำไส้เล็ก**

หากมีการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ไลเปสจะช่วยลดการดูดซึมไขมันที่ลำไส้เล็ก⁽¹²⁾ จากการศึกษาของ Nakai M และคณะ⁽²⁾ ศึกษาสมบัติของสารโพลีฟีนอลจากชาอู่หลงในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ไลเปสจากตับอ่อนในหลอดทดลองพบว่า สาร OTPP เช่น Oolonghomobisflavans A และ B, Oolongtheanin 3'-O-gallate (ค่า IC₅₀ 0.048, 0.010 และ 0.068 μM ตามลำดับ) สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ดังกล่าวได้มากกว่าสาร Epigallocatechin-3-gallate (EGCG) (ค่า IC₅₀ 0.349 μM) ซึ่งเป็นสารโพลีฟีนอลที่พบมากในชาทั่วไปและพบมากในชาเขียว



- **การลดระดับไตรกลีเซอไรด์**

จากการศึกษาในสัตว์ทดลอง Kuo K-L และคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาผลของการรับประทานใบชาชนิดต่าง ๆ ในหนูทดลองพบว่า ชาอู่หลงช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในซีรัมได้มากกว่าชาเขียวและชาดำ โดยที่การรับประทานใบชาอู่หลง 4% เป็นเวลา 30 สัปดาห์ ทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลรวม และไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL-C) ลดลง และการศึกษาของ Toyoda-Ono Y และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของสาร OTPP ต่อระดับไตรกลีเซอไรด์หลังมื้ออาหารในหนูทดลองพบว่า สาร OTPP 20 มิลลิกรัม สามารถชะลอการเพิ่มขึ้นของไตรกลีเซอไรด์ในระบบน้ำเหลืองได้ และการรับประทาน OTPP 500 และ 1,000 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้ 53% และ 76% ตามลำดับ

นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยในมนุษย์ Hara Y และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาผลของการดื่มชาอู่หลงต่อระดับไตรกลีเซอไรด์หลังมื้ออาหาร โดยศึกษาแบบ Randomized double-blind placebo-controlled crossover study ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเล็กน้อยจำนวน 22 คน ให้รับประทานอาหารไขมันสูงร่วมกับชาอู่หลงที่มีสาร OTPP ในปริมาณสูง ผลการศึกษาพบว่า การดื่มชาอู่หลงทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ ณ ชั่วโมงที่ 3 และ 5 ลดลง กล่าวคือ สามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดหลังการรับประทานอาหารไขมันสูงได้ประมาณ 18%

- **ลดการดูดซึมไขมัน โดยเพิ่มการขับไขมันทางอุจจาระ**

การตรวจวัดระดับไขมันทางอุจจาระเป็นหนึ่งในวิธีการสำคัญที่ใช้ตรวจสอบการดูดซึมไขมันจากอาหารได้ โดยจากการศึกษาวิจัยของ Hsu T-F และคณะ⁽⁵⁾ ได้ศึกษาผลของการดื่มชาอู่หลงต่อการขับไขมันทางอุจจาระ ศึกษาแบบ Double-blind placebo-controlled crossover design ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า การดื่มชาอู่หลง 750 มิลลิตรต่อวัน (250 มิลลิตรต่อมื้อ) ปริมาณสาร OTPP 207.5 มิลลิกรัม หลังการรับประทานอาหารไขมันสูงทำให้มีการขับถ่ายไขมันทางอุจจาระ (19.3 ± 12.9 g/3 day) มากกว่ากลุ่มควบคุม (9.4 ± 7.3 g/3 day) ดังนั้น การดื่มชาอู่หลงช่วยเพิ่มการขับถ่ายไขมันทางอุจจาระเมื่อรับประทานอาหารไขมันสูง และมีความปลอดภัยในการบริโภค รวมถึงไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพ

นอกจากนี้ชาอู่หลงยังช่วยเพิ่มระบบการเผาผลาญของร่างกาย จากการศึกษาของ Rong-rong H และคณะ⁽⁴⁾ ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18-65 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ชาวจีนจำนวน 102 คน พบว่าการดื่มชาอู่หลง 8 กรัมต่อวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ทำให้น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 1 กิโลกรัม ไขมันสะสมในร่างกายลดลง 12% และพบความสัมพันธ์กับการลดลงของเส้นรอบเอว






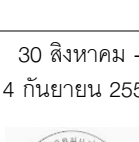



สรุป

ชาอู่หลงเป็นชาที่มีการบ่มแบบกึ่งหมักทำให้ได้สารออกฤทธิ์ที่มีชื่อว่า Oolong Tea Polymerized-Polyphenols (OTPP) มีคุณสมบัติในการต้านอนุมูลอิสระ ลดการดูดซึมไขมัน โดยการยับยั้งเอนไซม์ไลเปส ทำให้ไขมันถูกขับออกทางอุจจาระมากขึ้น และช่วยกระตุ้นระบบการเผาผลาญ เพิ่มการเผาผลาญไขมันในร่างกาย รวมถึงมีผลในการช่วยลดน้ำหนัก ดังนั้นการดื่มชาอู่หลงร่วมกับอาหารไขมันสูง หรือดื่มเป็นเครื่องดื่มอาจมีส่วนช่วยลดการดูดซึมไขมันสู่ร่างกาย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด ในเรื่องของความปลอดภัยในปัจจุบันยังไม่มีการวิจัยหรือการศึกษาที่พบรายงานผลข้างเคียงที่อันตรายต่อผู้บริโภค

เอกสารอ้างอิง

1. วิดีนา นกุลการ, ธนย์ชนก ปักษาสุข, เพ็ญมา เจริญกิจวิวัฒน์. ฤทธิ์ลดระดับไขมันในเลือดและต้านภาวะอ้วนของชาอู่หลง. โภชนาการสาร 2556;43:37-40.
2. Nakai M, Fukui Y, Asami S, Toyoda-Ono Y, Iwashita T, Shibata H, et al. Inhibitory effects of oolong tea polyphenols on pancreatic lipase in vitro. Journal of Agricultural and Food Chemistry 2005;53:4593-8.
3. Yi D, Tan X, Zhao Z, Cai Y, Li Y, Lin X, et al. Reduced risk of dyslipidaemia with oolong tea consumption: A population-based study in southern China. British Journal of Nutrition 2013;14:1-9.
4. Rong-rong H, Ling C, Bing-hui L, Yokichi M, Xin-sheng Y, Hiroshi K. Beneficial effects of oolong tea consumption on diet-induced overweight and obese subjects. Chin J Integr Med 2009;15:34-41.
5. Hsu T-F, Kusumoto A, Abe K, Hosoda K, Kiso Y, Wang M-F, et al. Polyphenol-enriched oolong tea increases fecal lipid excretion. Eur J Clin Nutr 2006;60:1330-6.
6. เอกราช บำรุงพิชน์. ชาอู่หลงกับสุขภาพ Oolong Tea and Health. วารสารพยาบาลทหารบก 2556;14:203-6.
7. Mineharu Y, Koizumi A, Wada Y, Iso H, Watanabe Y, Date C, et al. Coffee, green tea, black tea and oolong tea consumption and risk of mortality from cardiovascular disease in Japanese men and women. J Epidemiol Community Health 2011;65:230-40.
8. Villaño D, Lettieri-Barbato D, Guadagni F, Schmid M, Serafini M. Effect of acute consumption of oolong tea on antioxidant parameters in healthy individuals. Food Chemistry 2012;132:2102-6.
9. Shimada K, Kawarabayashi T, Tanaka A, Fukuda D, Nakamura Y, Yoshiyama M, et al. Oolong tea increases plasma adiponectin levels and low-density lipoprotein particle size in patients with coronary artery disease. Diabetes Research and Clinical Practice 2004;65:227-34.
10. Hayashino Y, Fukuhara S, Okamura T, Tanaka T, Ueshima H. High oolong tea consumption predicts future risk of diabetes among Japanese male workers: a prospective cohort study. Diabet Med 2011;28:805-10.
11. Toyoda-Ono Y, Yoshimura M, Nakai M, Fukui Y, Asami S, Shibata H, et al. Suppression of postprandial hypertriglyceridemia in rats and mice by oolong tea polymerized polyphenols. Biosci Biotechnol Biochem. 2007;71:971-6.
12. Birari RB, Bhutani KK. Pancreatic lipase inhibitors from natural sources: unexplored potential. Drug Discovery Today 2007;12(19):879-89.
13. Kuo K-L, Weng M-S, Chiang C-T, Tsai Y-J, Lin-Shiau S-Y, Lin A-K. Comparative Studies on the Hypolipidemic and Growth Suppressive Effects of Oolong, Black, Pu-erh, and Green Tea Leaves in Rats. J Agric Food Chem 2005;53:480-9.
14. Hara Y, Moriguchi S, Kusumoto A, Nakai M, Toyoda-Ono Y, Segawa T. Suppressive effects of oolong tea polyphenol-enriched oolong tea on postprandial serum triglyceride elevation. Jpn Pharmacol Ther 2004;32:335-42.

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
26 มีนาคม 2557 	หน่วยจัดกิจกรรมวิชาการ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	เข้าใจ ผูกพัน รักษา จูงใจ Generation Y เพื่อสร้างผลผลิตขององค์กร ณ ห้องประชุม 206 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2644-8677 ต่อ 1414 โทรสาร 0-2644-4536 E-mail: ratree.pap@mahidol.ac.th www.pharmacy.mahidol.ac.th
23-25 เมษายน 2557 	สมาคมเภสัชกรรม โรงพยาบาล (ประเทศไทย)	งานประชุมให้คำปรึกษาเรื่องระบบยา ครั้งที่ 1/2557	www.thaihp.org
25 เมษายน 2557 	ภาควิชาเภสัชพิษศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	การเลือกใช้ยาสามัญประจำบ้าน ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2644-8677-91 ต่อ 5551 โทรสาร 0-2644-8696 E-mail: rungravi.tem@mahidol.ac.th www.pharmacy.mahidol.ac.th
1-3 พฤษภาคม 2557 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	The 3 rd CURRENT DRUG DEVELOPMENT International Conference ณ โรงแรมพาวิลเลียน คิวินส์ เบย์ จ.กระบี่	โทรศัพท์ 0-7428-8815 โทรสาร 0-7442-8220 E-mail: pharkphoom.p@psu.ac.th http://cdd.pharmacy.psu.ac.th
14 พฤษภาคม 2557 	สำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และศูนย์พันธุวิศวกรรม และเทคโนโลยีชีวภาพ แห่งชาติ	การประชุมวิชาการ เรื่อง “สมุนไพร...กินตามธาตุ” ณ ห้องประชุม 302 อาคารเทพรัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2644-8677-91 ต่อ 5316, 5305 โทรสาร 0-2354-4327 E-mail: headpyipi@mahidol.ac.th www.pharmacy.mahidol.ac.th
30 สิงหาคม - 4 กันยายน 2557 	เภสัชกรรมสมาคม แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	การประชุมสหพันธ์เภสัชกรรมนานาชาติ ครั้งที่ 74 (World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences 2014) ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ	www.thai-pharma.net
1-3 กันยายน 2557 	เภสัชกรรมสมาคม แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	PHARMEX Asia 2014 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ	E-mail: pharmex@aesexhibitions.com www.pharmexasia.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ติดต่อกองบรรณาธิการ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com
บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/71 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ แพทย์ สาขา

เภสัชกร กลุ่ม

อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร บ้าน ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... FAX.....

มือถือ.....

มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

1 ปี (24 ฉบับ) 980 บาท 2 ปี (48 ฉบับ) 1,900 บาท (แถม 2 เดือน)

มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS โบนัส 620 บาท 2 ปี (24 ฉบับ) + CPE PLUS โบนัส 1,200 บาท (แถม 2 เดือน)

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

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.medicthai.net
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณทุกนาย

ธนาคารไทยพาณิชย์ ปก.ต.สั่งเงิน 10170 ตัวแลกเงิน

เช็คบัตรเครดิต A/C PAYEE ONLY สั่งจ่ายในนาม บ.สรรพสาร จก.

เข็มนาฬิกาสาขา.....เลขที่เช็ค.....

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาทีโอเอส ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

ธนาคารกรุงเทพ สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

จ่ายผ่านบัตรเครดิต

visa มาสเตอร์ ไทยพาณิชย์ JCB

เลขที่บัตร ----

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก. 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
โทร. 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

หมายเหตุ

1. ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแพทย์ได้ที หมายเลข

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

ชนะภูมิแพ้ ค้ำโอกาสให้ชีวิต



อาการเสียดแน่นท้อง กับภูมิแพ้

ขอบคุณข้อมูลจาก สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืดและวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย
โดย ศ.นพ. เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม



สาเหตุของอาการเสียดแน่นท้องบ่อย ๆ มีลมในท้องมาก อาจจะแยกได้เป็น 2 กลุ่มคือ 1. มีการกลืนลมมากผิดปกติ และ 2. โรคระบบทางเดินอาหาร

การกลืนลมมากผิดปกติ

- เกิดขึ้นบ่อยถ้าคุณเป็นภูมิแพ้ทางจมูก ในช่วงที่จมูกบวมคับมากจะอ้าปากหายใจหรือถอนใจลึกทางปาก หรือกรนมากกลางคืนจะกลืนลมอย่างมากมาได้ การรักษาต้องรักษาจมูกให้ยุบมากและฝึกเลี่ยงหายใจทางปาก
- การเคี้ยวหมากฝรั่งบ่อย ๆ นาน ๆ การทานอาหารคำใหญ่เร็ว ๆ ไม่เคี้ยวละเอียดแล้วค่อยกลืน การสูบบุหรี่ ล้วนทำให้กลืนลมเยอะและท้องอืดได้

โรคทางเดินอาหารที่ทำให้ท้องอืดลมในท้องมาก

ได้แก่ ท้องผูก โรคลำไส้ทำงานผิดปกติจากความเครียด (Irritable Bowel Syndrome - IBS) โรคอักเสบเรื้อรังของลำไส้ เป็นต้น

อาหารที่ทำให้ท้องอืด ลมในท้องมาก ได้แก่ ถั่วต่าง ๆ ผักที่มีเส้นใยมาก แอปเปิ้ล ถั่วทานมาก ๆ เป็นต้น

พบอีกหลายวิธีป้องกันภูมิแพ้โดยผู้เชี่ยวชาญได้ที่
www.allergyexpert.org



แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลทึ่งมือท่านทันใจ ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน



www.wongkarnpat.com



กด



ได้ที่ www.facebook.com/วงการแพทย์