

คัดค้าน
พ.ร.บ.ยา
ฉบับใหม่

ร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่
ทางออกที่รอการแก้ไข



ISSN 1513-5896
9 771513 589016

รอบรู้เรื่องยา

ยาและวัคซีน

กับโรคไข้กาฬหลังแอ่น

รู้ทันโรค

โรคพาร์กินสัน

ไม่ใช่แค่อาการสั่น!!

เกาะติดงานประชุม

The 1st International Conference
on Herbal and Traditional Medicine

ครอบคลุมทุกมิติ...สมุนไพรและยาแผนโบราณ

ພັນຮຸກຮຸນ ກຳນົດໃຫ້ຜູ້ຂາຍຫຼາຍຄົນ
ພ້ອມຮ່ວມ ຕື່ນຜະລຳນ

แพทย์ และเภสัชกร สามารถให้คำปรึกษาแก่คุณได้



Propecia® **โพรเพิเซีย (ฟิแนสเทอไรด์, MSD)**

ประเภทของยา : โพรพิซัย (ฟีแนสเทอไรด์, MSD) เป็นสารประกอบสังเคราะห์กลุ่ม 4-azasteroid ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งจำเพาะต่อเอนไซม์ 5 α -reductase type II ซึ่งเป็นเอนไซม์ภายในเซลล์ ทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงฮอร์โมนแอนโดรเจนเทสโทสเตอโรนให้เป็นไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (DHT)

ข้อบ่งใช้ : โพรพิเซีย มีข้อบ่งใช้ในการรักษาอาการผมร่วงในผู้ชาย (androgenetic alopecia) โดยมีผลเพิ่มการงอกของเส้นผม และป้องกันไม่ให้ผมร่วงอีก โพรพิเซีย ไม่มีข้อบ่งใช้ในผู้หญิง (ดูหัวข้อหญิงมีครรภ์) และเด็ก โพรพิเซียไม่ใช้ผลรักษาในหญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีภาวะผมร่วง

ขนาดและการกินยา : แนะนำให้รับประทานโพรพิเซียมขนาด 1 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด อาจให้พร้อมกับอาหารหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปจะเห็นผลในการเพิ่มการรอกของเส้นผม และ/หรือ ป้องกันผมร่วงต่อไปเมื่อมีการใช้ยาติดต่อกันทุกวันนาน 3 เดือน หรือมากกว่า และควรใช้ยาต่อไปเพื่อให้ได้ผลการรักษาสูงสุด การหยุดยาจะมีผลทำให้กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนใช้ยาภายใน 12 เดือน

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

To request product information, report adverse events, or report product defect, please contact MSD at the address below or med_productinfo@merck.com



การตอบสนองต่อการรับประทานยาของแต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ
หลายปัจจัย เช่น อายุ พันธุกรรม ระยะที่ทำการเริ่มรักษา และความร่วมมือ
ของแพทย์ เป็นต้น

Propecia® ฟินาสเทอไรด์ 1 มิลลิกรัม

นำเสนอโดย : บริษัท เอ็มเอสดี (ประเทศไทย) จำกัด กรมสรรพากร ประเทศไทย

999/9 อาคารดิออฟฟิศเอส แอก เซ็นทรัลเวิลด์ ชั้น 37 ยูนิต เอ็มเอช 3701-3712 ถนนพระราม1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทร 02-262-5700 โทรสาร 02-255-5095

ข้อห้ามใช้ : โพรพีลเฮกไซม์ ห้ามใช้ในกรณีดังต่อไปนี้

- ผลิตปัจจัย หรือ มีโอกาสตั้งครรภ์ (ดูหัวข้อผลิตปัจจัย)
- ผู้ที่เพิ่มส่วนประกอบใดๆ ของยา
- โปรดปรึกษาไปยังข้อปฏิบัติในการผลิตและเก็บ

ข้อควรระวัง : โพรสเตียใช้ในการรักษาอาการเพิ่มร่วมในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hyperplasia : BPH) ร่วมด้วยควรตระหนักว่าในผู้ป่วยดังกล่าว ค่า PSA อาจลดลงถึง 50%
 หนึ่งข้อควรระวัง : ห้ามใช้โพรสเตียในหญิงตั้งครรภ์หรือคิดว่าจะตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์หรือคิดว่าจะตั้งครรภ์ไม่ควรสัมผัสผลิตภัณฑ์โพรสเตียที่บับหรือแตก เนื่องจากอาจเกิดการดูดซึมพิษเบสเทอโรอิด และบิโอสสเฟียผ่านการแพร่ขยายในครรภ์

๑. **เหตุฉ้อโกง** : โพรพรีเอตารี ไม่มิชชั่นปวง์ใช้ในเหตุฉ้อโกง ยิมไม่มิชชั่นมูล่าฟีแบนสกาออสโดถูกขับออกการบ้านมหรือไม่
 การใช้ยาในเด็ก : โพรพรีเอตารี ไม่มิชชั่นปวง์ใช้ในเด็ก

ปฏิกิริยาต่อภัยระหว่างยา : ไม่พบปฏิกิริยาต่อกันที่มีความสำคัญทางคลินิกของยาขึ้นกับยาอื่น

อาการข้างเคียง : ผู้ป่วยมักทนต่อยาโพรมิเซทิลได้ดี อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมักไม่รุนแรงและไม่จำเป็นต้องหยุดยา จากการศึกษากลุ่มนี้พบว่าอาการข้างเคียงเนื่องมาจากยาโพรมิเซทิล ที่พบ >1% มีดังนี้ต่อไปนี้

ความรูสึกทางเพศลดลง (โพรพิซัย 1.8% ยาลดอด 1.3%) ความผิดปกติในการมีตัวอ่อนหรือวัยระสาย (1.3% 0.7%) นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณน้ำอสุจิที่ขับออกมาลดลง (0.8% 0.4%) การเกิดอาการข้างเคียงเหล่านี้ ได้รับทราบเท่าไรก็หาหายไปโดยหยุดยาโพรพิซัย และบางครั้งก็ใช้ยาต่ออาการข้างเคียงก็หายไปเอง จากอีกการศึกษาหนึ่งต่างมาพบว่า ผลของโพรพิซัยต่อปริมาณน้ำอสุจิที่ขับออกมาไปแตกต่างกันกับยาลดอด อุบัติการณ์ของอาการข้างเคียงแต่ละชนิดกับค่าพวไปด้น้อยลงเหลือ <0.3% ในปีที่ 5 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยที่ได้รับยาโพรพิซัยและมอโรด ซึ่งพบว่า ในปีปัจจุบันยังไปเป็นที่ทราบไปชัดถึงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาโพรพิซัยและมอโรดและเมะเร็งเต้านมในเพศชายมีรายงานเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาต้านมะเร็งจากออลูกักออดลาด ได้แก่ ความผิดปกติของการหลั่งน้ำอสุจิ เต้านมโตขึ้นและกดเจ็บ อาการแพ้ยา เช่น เกิดผื่นที่ผิวหนัง คัน ลมพิษ ริมฝีปากบวม หายใจบวม และปวดบวมบริเวณอวัยวะ

การได้รับยาเกินขนาด : จากการศึกษากาฬสัณธิด ไม่พบอาการข้างเคียงในผู้ที่ได้รับยาแบบสทอร์ค 400 มิลลิกรัม ครึ่งถ้วย หรือ 80 มิลลิกรัม ต่อตัว (แบ่งให้วันละหลายครั้ง) เป็นเวลานาน 3 เดือน ไม่มีการรักษาอย่างเฉพาะเจาะจงในกรณีให้ยาโพรเพซโซนิลเกินขนาด

ขนาดบรรจุ : ยาเม็ดโพรเพซโซนิล ประกอบด้วย พลาสติกอร์ค 1 มิลลิกรัม บรรจุในแผงพลาสติกฟอร์ล่อนละ 28 เม็ด โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา



Bio-Oil® เป็นผลิตภัณฑ์ดูแลผิวในรูปแบบบอยล์ เพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวจึงช่วยในการลดเลือนผิวแตกลาย สิวฝ้าไม่สม่ำเสมอ และรอยแผลเป็นให้ดูจางลง ประกอบไปด้วยน้ำมันธรรมชาติ, วิตามินเอ, วิตามินอี และ สารประกอบล้ำยุค PurCellin Oil™ หากต้องการทราบข้อมูลของผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม และผลการทดสอบประสิทธิภาพ สามารถเข้าไปดูที่ bio-oil.com ผลิตภัณฑ์ Bio-Oil® มียอดขายอันดับ 1 ในประเทศอังกฤษและอีก 10 ประเทศทั่วโลก* ขนาดบรรจุ 60 มล. ราคา 375 บาท

Bio-Oil® เป็นผลิตภัณฑ์ดูแลผิวที่พัฒนาขึ้นมาอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ความชุ่มชื้นจึงช่วยในการลดเลือนรอยแผลเป็น ผิวแตกลาย ฝ้าดูจางลงด้วยสูตรอันเป็นเอกลักษณ์ของ Bio-Oil® ที่มีส่วนผสมของ PurCellin Oil™ หากต้องการทราบข้อมูลของผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม สามารถเข้าไปดูที่ www.bio-oil.com ผลิตภัณฑ์ที่มีวางจำหน่ายแล้วที่ร้านค้าชั้นนำและร้านขายยา ขนาดบรรจุ 60 มล. ราคา 375 บาท นำเข้าและจัดจำหน่ายโดย บริษัท แพน ราชเทวี กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) Call Center 0-2793-9999

* ยอดขายอันดับ 1 ในกลุ่มผลิตภัณฑ์ดูแลผิวเป็นและรอยผิวแตกลาย อังกฤษ (IRI Infocscan ปี 2011) ออสเตรเลีย (Synovate ปี 2011) แคนาดา (Nielsen ปี 2010) เนเธอร์แลนด์ (Nielsen ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Synovate ปี 2011) แอฟริกาใต้ (Nielsen ปี 2010) เบลเยียม (Nielsen ปี 2010) บอตสวานา (Medswana ปี 2009) เคนยา (Consumer Insight ปี 2011) สวีเดน (PharmIndustry ปี 2009) มาเลเซีย (Namparm Pharmaceuticals ปี 2009)

** ผลิตภัณฑ์ที่ถูกแนะนำสูงที่สุดจากแพทย์ เภสัชกร สำหรับรอยแผลเป็นและรอยผิวแตกลาย จากการสำรวจจาก แพทย์ เภสัชกร อังกฤษ (The Thinking Shop, Strategic Research Consultancy ปี 2008) ออสเตรเลีย (Colmar Brunton ปี 2010) นิวซีแลนด์ (Colmar Brunton ปี 2010) แอฟริกาใต้ (Synovate ปี 2010)

มิวโคโซลวาน® พีแอล

แอมบรอกซอล ไฮโดรคลอไรด์ 75 มก.

ชนิดออกฤทธิ์นาน



- ช่วยขจัดเสมหะในหลอดลม และบรรเทาอาการไอ
- ละลายเสมหะ ในโรคหลอดลมอักเสบ ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ที่มีการหลั่งเสมหะผิดปกติ และมีความบกพร่องของการขับเสมหะออก
- สะดวก ผู้ใหญ่รับประทานวันละ 1 แคปซูล



Boehringer
Ingelheim

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

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

Amoxil™

อะม็อกซิซิลลิน (ไตรไฮเดรต) 500 มก.



ใหม่

ขนาดบรรจุ 20 แคปซูล

ยาปฏิชีวนะออกฤทธิ์กว้าง

ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย

ซึ่งไวต่อยานี้ เช่น การติดเชื้อที่ หู คอ จมูก¹

ข้อมูลความปลอดภัย (โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา)

ก่อนเริ่มต้นการรักษาด้วยอะม็อกซิซิล ควรสอบถามด้วยความระมัดระวังเกี่ยวกับการแพ้ยา
กลุ่มเพนิซิลลิน หรือ เซฟาโลสปอริน ที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ การใช้เป็นเวลานานบางครั้งอาจทำ
ให้เชื้อที่ไม่ไวต่อยาเกิดการเจริญเติบโตมากกว่าปกติ ควรหลีกเลี่ยง อะม็อกซิซิลลินถ้าสงสัยว่า
เกิดการติดเชื้อ Infectious mononucleosis

Amoxil ผลิตโดย GLAXO WELLCOME PRODUCTION, ประเทศฝรั่งเศส²

อะม็อกซิซิล

ส่วนประกอบด้วยสำคัญ: ชนิดแคปซูลใน 1 เม็ด ประกอบด้วย อะม็อกซิซิลลิน (ในรูปไตรไฮเดรต) 500 มก. ชนิดน้ำแขวนตะกอนเมื่อผสมน้ำแล้วใน 5 มล. ประกอบด้วยอะม็อกซิซิลลิน (ในรูปไตรไฮเดรต) 125 หรือ 250 มก.

ข้อบ่งใช้: อะม็อกซิซิล เป็นยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้างมีข้อบ่งใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียที่เกิดขึ้นทั่วไปซึ่งไวต่อยานี้เช่น การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่าง การติดเชื้อของทางเดินอาหาร การติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์ทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน ฟันอักเสบเป็นหนอง เป็นต้น

ขนาดยาและวิธีใช้: ขนาดยามาตรฐานสำหรับผู้ใหญ่: ให้ยาในขนาด 250 มก. วันละ 3 ครั้ง เพิ่มขนาดยาเป็น 500 มก. วันละ 3 ครั้งสำหรับการติดเชื้อที่มีความรุนแรงมากขึ้น สำหรับการรักษาดูแลในขนาดสูง (ขนาดยาสูงสุดที่แนะนำให้รับประทานคือ การแบ่งให้ในขนาด 6 กรัมต่อวัน) สำหรับการรักษาในช่วงสั้นๆ: การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะชนิดเฉียบพลันทั่วไป: ให้ยาในขนาด 3 กรัม 2 ครั้ง แต่ละครั้งให้ห่างกัน 10-12 ชม. ฟันอักเสบเป็นหนอง: ให้ยาในขนาด 3 กรัม 2 ครั้ง แต่ละครั้งให้ห่างกัน 8 ชม. หนองใน: ให้ยาในขนาด 3 กรัม เพียงครั้งเดียว ขนาดยามาตรฐานสำหรับเด็ก (อายุต่ำกว่า 10 ปี): 125 มก. วันละ 3 ครั้ง เพิ่มขนาดยาเป็น 250 มก. วันละ 3 ครั้งสำหรับการติดเชื้อที่มีความรุนแรงขึ้นในผู้ป่วยซึ่งหูชั้นกลางอักเสบชนิดเฉียบพลันที่รุนแรงและกลับเป็นซ้ำโดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาในการรับประทานยา อาจให้ยาในขนาด 750 มก. วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาสำหรับเด็กอายุ 3-10 ปีพิจารณาให้การรักษาทดลองดูถ้าเมื่อมีการให้ยาโดยการรับประทานไม่สามารถทำได้หรือไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อที่รุนแรงที่ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน

ผู้ที่ไต่ทำงานบกพร่อง: ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องการกำจัดยาปฏิชีวนะจะเป็นไปอย่างช้าๆ และขึ้นอยู่กับระดับความบกพร่องของไต อาจจำเป็นต้องลดขนาดยาต่อวันทั้งหมดลง ตามแบบแผนการรักษาในเอกสารกำกับยา

ข้อห้ามใช้: อะม็อกซิซิลลิน เป็นเพนิซิลลินตัวหนึ่ง จึงไม่ควรให้ในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม beta-lactam (เช่น กลุ่มเพนิซิลลิน กลุ่มเซฟาโลสปอริน)

คำเตือนและข้อควรระวังในการใช้: มีรายงานการเกิดปฏิกิริยาการแพ้ที่รุนแรงและบางครั้งอาจถึงแก่ชีวิต (anaphylactoid reaction) ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเพนิซิลลิน ก่อนเริ่มต้นการรักษาดูแลด้วยอะม็อกซิซิล ควรสอบถามด้วยความระมัดระวังเกี่ยวกับการแพ้ยาในกลุ่มเพนิซิลลิน หรือ เซฟาโลสปอริน ที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ ควรหลีกเลี่ยง อะม็อกซิซิลลิน ถ้าสงสัยว่าเกิดการติดเชื้อ Infectious mononucleosis เนื่องจากการเกิดของผื่นคล้ายหัด (morbilliform rash) มีความสัมพันธ์กับสภาวะดังกล่าว หลังจากใช้ อะม็อกซิซิลลิน การใช้เป็นระยะเวลานานบางครั้งอาจทำให้เชื้อที่ไม่ไวต่อยาเกิดการเจริญเติบโตมากกว่าปกติในผู้ป่วย ซึ่งได้รับการรักษาทางหลอดเลือดดำ ระหว่างการให้ อะม็อกซิซิลลิน ในขนาดสูงโดยเฉพาะในผู้ป่วยซึ่งได้รับการรักษาทางหลอดเลือดดำ แนะนำให้รักษาระดับของเหลวที่เข้าและปัสสาวะที่ถูกขับออกให้เหมาะสมเพื่อลดความเป็นไปได้ของการเกิดผลึกในปัสสาวะ (crystalluria) จากอะม็อกซิซิลลิน ซึ่งพบน้อยมากควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดร่วมด้วย ในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับ อะม็อกซิซิล และยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิด

รับประทาน เนื่องจากมีรายงาน prothrombin time ยาวนานขึ้นอย่างผิดปกติ (INR สูงขึ้น) อะม็อกซิซิล ชนิดน้ำแขวนตะกอน ทั้งความแรง 125 และ 250 มก. มี sodium benzoate เป็นส่วนประกอบ ซึ่งมีผลระคายเคืองอย่างอ่อนๆ ต่อผิวหนัง ตา และเยื่อเมือก รวมทั้งอาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะดีซ่านในทารกแรกเกิด อีกทั้งมี aspartame เป็นส่วนประกอบ ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของ phenylalanine ดังนั้นจึงควรใช้ยานี้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีภาวะ phenylketonuria **ปฏิกิริยาระหว่างกันของยา:** การใช้ Probenecid ร่วมกับ อะม็อกซิซิลลิน อาจเพิ่มระดับอะม็อกซิซิลลิน และทำให้ อะม็อกซิซิลลิน อยู่ในกระแสเลือดยาวนานขึ้น เช่นเดียวกับยาปฏิชีวนะตัวอื่น อะม็อกซิซิล อาจมีผลต่อแบคทีเรียที่อาศัยอยู่ในลำไส้ ส่งผลให้การดูดซึมกลับของ Oestrogen ลดลง และลดประสิทธิภาพของยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน จึงควรให้คำแนะนำต่อผู้ป่วยด้วย การให้ allopurinol ระหว่างการรักษาสามารถเพิ่มโอกาสในการเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ทางผิวหนัง เมื่อต้องการทดสอบหาน้ำตาลในปัสสาวะระหว่างการรักษาดูแลด้วย อะม็อกซิซิลลิน แนะนำให้ใช้วิธี enzymatic glucose oxidase เนื่องจากปริมาณ อะม็อกซิซิลลิน ที่สูงในปัสสาวะอาจทำให้การอ่านผลผิดพลาดได้ด้วยการใช้วิธีทางเคมีอื่นๆ หากจำเป็นต้องได้รับยา acenocoumarol หรือ warfarin ร่วมกันกับ อะม็อกซิซิลลิน ควรเฝ้าสังเกต prothrombin time หรือ international normalized ratio อย่างระมัดระวังเมื่อมีการเพิ่มหรือหยุดยาอะม็อกซิซิล

การใช้ยาในสตรีมีครรภ์และในระยะให้นมบุตร: ยังไม่มีหลักฐานจากการศึกษาซึ่งควบคุมได้ดีในสตรีมีครรภ์ที่แสดงถึงความปลอดภัยในการใช้ยานี้ อาจใช้อะม็อกซิซิลลินในสตรีมีครรภ์เมื่อคาดว่าประโยชน์ที่ได้รับมีมากกว่าความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการรักษา อาจให้อะม็อกซิซิลลินในสตรีที่อยู่ในระยะให้นมบุตร นอกจากอาจเกิดความเสี่ยงต่อการแพ้ยาอันเนื่องมาจากปริมาณอะม็อกซิซิลลิน เพียงเล็กน้อยที่ถูกขับออกทางน้ำนมแล้ว ยังไม่ทราบผลเสียอื่นที่เกิดกับทารกที่ได้รับนมมารดาซึ่งได้รับยา

อาการอันไม่พึงประสงค์: ผลข้างเคียงส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นดังต่อไปนี้ไม่ได้เป็นผลจากการใช้ อะม็อกซิซิลลินเท่านั้น แต่อาจเกิดเมื่อใช้ยากลุ่มเพนิซิลลินตัวอื่นด้วย พบได้บ่อย: ท้องเสีย คลื่นไส้ ผื่นที่ผิวหนัง พบได้ไม่บ่อย: อาเจียน ลมพิษ และอาการคัน พบน้อยมาก: ปริมาณเม็ดเลือดขาวต่ำ (รวมถึง neutropenia ขึ้นรุนแรง หรือ agranulocytosis) เกิดเลือดดำโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดแดงแตก ซึ่งภาวะเหล่านี้สามารถกลับเป็นปกติได้เองหลังหยุดยา Bleeding time และ prothrombin time ยาวนานขึ้น ปฏิกิริยาภูมิแพ้ที่รุนแรง ได้แก่ angioneurotic oedema, anaphylaxis serum sickness และ hypersensitivity vasculitis ถ้าพบปฏิกิริยาการแพ้บางอย่างใดอย่างหนึ่ง ต้องหยุดการรักษา อาการอยู่ไม่นิ่ง เวียนศีรษะ การชักโดยอาจเกิดในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องหรือในผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสูง Mucocutaneous candidiasis ลำไส้ใหญ่อักเสบเนื่องจากยาปฏิชีวนะ ลื่นเป็นฝ้าดำ พบการเปลี่ยนสีของผิวหนังในเด็ก ดับอักเสบและดีซ่านจากท่อน้ำดีอุดตัน ระดับ AST และ/หรือ ALT เพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง Interstitial nephritis การตกผลึกในปัสสาวะ

การได้รับยาเกินขนาด: ปัญหาการได้รับ อะม็อกซิซิลลิน เกินขนาดไม่น่าเกิดขึ้น หากพบผลกระทบต่อทางเดินอาหารเช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ควรให้การรักษาดูแลตามอาการเพื่อรักษาความสมดุลของน้ำและแร่ธาตุ

References

1. Prescribing information of Amoxil
2. License ท.ย. 4

คณะที่ปรึกษาเกิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.วิธาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
 ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา
 นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา รศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
 ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิมล จรรย์วณิชย์
 รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนา
 รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
 พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอนันตกุล ภก.วิสุทธิ์ สุริยาภิวัฒน์
 ภก.ธีระ ฉากจันโรตม ภญ.ทัศนีย์ เขียวขจี
 ภก.ว่าที่ ร.ต.วิศิษฐ์ ประวิณวงศ์วุฒิ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประคองพันธ์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีระยวະลิต

แบบกต์ไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

จิตนา ชชาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราพิทย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกอร ขจรศักดิ์

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา อิศรานนท์ สิทธาพิสุทธ์กุล

โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 **แฟกซ์** 0-2435-2345 **ต่อ** 181

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 **ต่อ** 134, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

ป้องกันความผิดพลาดจากยา

สัปดาห์เภสัชปีนี้ใคร ๆ ก็ถามหา My Pharmacist อยากรู้เรื่องยาให้ถามหาเภสัชกร

ความผิดพลาดจากยาในบ้านเรามากน้อยแค่ไหนไม่เป็นที่รู้กัน แต่ในสหรัฐอเมริกามีคนตายจากอาการข้างเคียงของยามากกว่าปีละ 100,000 ราย จัดเป็นสาเหตุการตายสูงสุดเป็นอันดับที่ 6 ดังรายงานในวารสาร JAMA ยังไม่มีข้อมูลว่าการตายนี้เกิดจากการจ่ายยาผิดพลาดเท่าใด จากการวิเคราะห์ใบสั่งยา 9,846 ใบ ในห้องจ่ายยาคนไข้ของโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในเมืองสปริงฟิลด์ มลรัฐนิวเจอร์ซีย์พบว่า มีข้อบกพร่องถึง 1,371 ครั้ง หรือประมาณ 1 ครั้งทุก ๆ 8 ใบสั่ง มีทั้งการใส่ยาผิดขวด วิธีใช้ผิดพลาด ในร้านยาก็พบความผิดพลาด โครงการวิจัย USP Medication Errors Reporting Program ได้รับรายงาน 90,000 ฉบับในปี ค.ศ. 2003 รวบรวม 40% เกิดจากการหย่อนประสิทธิภาพ และในปี ค.ศ. 2007 มีรายงานจากมหาวิทยาลัยไอโฮโฮสเตท พบข้อผิดพลาด 5.7 ครั้งต่อ 10,000 ใบสั่ง คิดเป็น 2.2 ล้านครั้งต่อปี

สาเหตุสำคัญของความผิดพลาดส่วนหนึ่งเกิดจากเภสัชกรต้องทำงานหนักเป็นเวลายาวนานในแต่ละวัน ระบบที่เป็นอยู่ในสหรัฐอเมริกาเภสัชกรถูกเร่งรัดให้ทำงานอย่างเร่งรีบ บางแห่งทำงานวันละ 12 ชั่วโมง และต้องใช้เวลาให้ได้ 30 ใบสั่งต่อชั่วโมง หรือทุก ๆ 2 นาทีต่อใบสั่ง เภสัชกรต้องตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่ง ชื่อชนิดและวิธีใช้ยา ตรวจสอบตรรกะระหว่างยาที่อาจจะให้ ให้คำแนะนำแก่คนไข้ บางครั้งต้องอธิบายคนไข้ถึงสิทธิเบิกได้หรือไม่ การเปลี่ยนยาต้องขอความยินยอมจากคนไข้ด้วย จึงไม่น่าแปลกใจที่มีความผิดพลาดเกิดขึ้นได้ เภสัชกรบางคนยังรับหลายข้อบ่งชี้พบความเสี่ยงมากขึ้น

การป้องกันความผิดพลาดอาจทำได้หลายวิธี ประการแรกควรมีจำนวนเภสัชกรให้เหมาะกับภาระงาน ในบางรัฐ เช่น นอร์ทแคโรไลนา ออกกฎหมายให้ร้านยาเป็นผู้รับผิดชอบหากเกิดความผิดพลาดจากการที่เภสัชกรต้องจ่ายยาเกิน 150 ใบสั่งต่อวัน ยาที่ออกเสียงคล้ายกันต้องระวังเป็นพิเศษ เช่น Celebrex, Cerebyx, Celexa ใบสั่งที่เขียนด้วยลายมือหมอควรเปลี่ยนเป็นระบบคอมพิวเตอร์ และที่สำคัญคือ คนไข้ต้องตรวจยาที่ได้รับทุกครั้งว่าเป็นยาที่ถูกต้อง ถูกขนาด หากสงสัยให้ถามหาเภสัชกรตัวจริงว่ายานี้ใช้ทำอะไร ใช้อย่างไร นานแค่ไหน มีฤทธิ์ติดกันกับยาที่ใช้อยู่หรือไม่ หากลิ้มรับประทานจะอย่างไร เภสัชกรมีหน้าที่ต้องให้คำแนะนำตามหลักจริยธรรมและกฎหมาย

ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประคองพันธ์

THE MEDICINE JOURNAL
ฉบับการยา
Contents

ฉบับ 196 ประจำเดือนพฤศจิกายน 2557

**3 โลกกว้างการยา**

- 4 วิธีปราบอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตก
- Metformin ทางเลือกแรกสำหรับโรคเบาหวาน
- มีเชื้อซึ่มมากป้องกันต่อมลูกหมากจริงหรือ

6 Hot News

- อย. เปิดรับฟังความคิดเห็น กรณียาพาราเซตามอล
- สธ. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาสู่ ร.พ.เสริมการैयाอย่างสมเหตุผล
- 5 เทคนิคช่วยผู้ป่วยโรคหืดพ่นยาถูกต้อง ได้ผลดี

9 กั้นกระแส

ยาแก้กัล!

10 รบรู้เรื่องยา

ยาและวัคซีนกับโรคไข้กาฬหลังแอ่น

12 กัสการยา

ยารักษา Idiopathic pulmonary fibrosis

13 CPE PLUS

โรคเยื่อตาอักเสบที่พบบ่อยในร้านยา
 (Common Conjunctivitis in Community Pharmacy)

23 กฎหมายเภสัช

กฎหมายยา (ใหม่) ...

เป็นพิษต่อประชาชน เป็นภัยของประเทศชาติ (ต่อ)

26 แกะกล่อง FDA

ยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใหม่

27 เกาะติดสถานการณ์

ร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ ทางออกที่รอการแก้ไข

31 อาคันตุกะ*ดร.ศิวนท์ จิรวัดในทัย*

นักวิจัยคือผู้ค้นหาสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่มนุษย์ในวงกว้าง

34 รู้กับโรค

โรคพาร์กินสัน ไม่ใช่แค่อาการสั่น!!

36 ยากับชีวิต

10 ประเทศที่เป็นมิตรที่สุดในโลก

38 สมุนไพร-แพทย์ทางเลือก

ผลงานวิชาการดีเด่นด้านการแพทย์แผนไทยในการประชุมวิชาการประจำปี 2557 ของ สธ.

40 เกาะติดงานประชุม

The 1st International Conference on Herbal and Traditional Medicine

ครอบคลุมทุกมิติ...สมุนไพรและยาแผนโบราณ

42 รายงานพิเศษ

อาหารฟังก์ชันซูปไก่สกัดกับผลต่อการทำงานของสมองและร่างกาย

44 รายงานพิเศษ

นิทรรศการสมอ "เอนฟา เบรน เอ็กซ์โป 360° จีเนียส" ปลดล็อก 4 อัจฉริยภาพของลูกน้อย

45 เก็บมาฝาก

'มือเช้า' สร้างเขาวนปัญญา

46 ชอกแซก**47 ข่าวบริการ**

4 วิธีปราบอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตก

HealthDay News: รายงานการศึกษาครั้งใหม่พบว่าต้องใช้กลยุทธ์ทางสาธารณสุขที่จะป้องกันการระบาดของไวรัสอีโบล่า มีแนวทางปฏิบัติ 4 ข้อคือการฝังผู้เสียชีวิตให้ถูกหลักอนามัย การแยกผู้ป่วยใหม่ การติดตามผู้ที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อไวรัส และการป้องกันเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะช่วยลดการระบาดของโรคนี้ได้ภายใน 6 เดือน

หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบรรลุเป้าหมายนี้ 60% ตลอดเวลา จำนวนผู้ป่วยอีโบลารายใหม่ในไลบีเรียจะลดลงเหลือวันละ 7 รายในวันที่ 1 ธันวาคม ค.ศ. 2014 และจะเหลือศูนย์ในวันที่ 15 มีนาคม ค.ศ. 2015 ดังรายงานในวารสาร Science เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม ค.ศ. 2014

หากการสกัดกั้นโรคนี้ได้กระทำในระดับเข้มพอควรจะสามารถจำกัดการระบาดของโรคนี้ได้ นั่นคือผลจากการคำนวณทางคณิตศาสตร์โดย Jan Medlock ผู้ช่วยศาสตราจารย์ด้านวิทยาการชีวการแพทย์ มหาวิทยาลัยโอเรกอนสเตท ปัจจุบันนี้มีผู้เสียชีวิตจากการระบาดของไวรัสอีโบล่า 5,000 ราย จากผู้ติดเชื้อทั้งหมด 13,000 ราย ในไลบีเรีย เซียร์ราลีโอน และกินี

การศึกษาอีกเรื่องในวารสาร Science นักวิจัยพบว่า หนูที่ติดเชื้อบางตัวมีอาการน้อย บางรายมีอาการมากถึงชีวิต จากการขยายพันธุ์หนูที่มีอาการรุนแรงพบว่า มีสารพันธุกรรมเช่นเดียวกับที่พบในคนที่ติดเชื้อไวรัส ผู้ติดเชื้อที่มียีนนี้จะมีอาการรุนแรง ทำให้โรคกำเริบ Dr. Michael Katze ศาสตราจารย์ด้านจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวอชิงตัน กล่าว และพบว่าเป็นจริงในเชื้ออีโบล่า และเชื้อไวรัสชนิดอื่นด้วย

การวิจัยของ Medlock ใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์เพื่อประเมินว่าการแพร่ของเชื้ออย่างไร ควรจะมีขั้นตอนอย่างไรในการชะลอการแพร่เชื้อ และแต่ละขั้นตอนมีประสิทธิภาพเพียงใด โดยเน้นข้อมูลจากไลบีเรีย เป้าหมายคือให้มีการลดการแพร่ลงเรื่อย ๆ หากมีการติดเชื้อจากคนที่ติดเชื้อให้ลดเหลือ 1 คน เป็นตัวเลขพื้นฐาน



ที่ต้องการ นักวิจัยประมาณว่าปัจจุบันมีการแพร่เชื้อ 1.63 คนจากคนไข้ 1 คน กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อ 2 คนจะทำให้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มอีก 3 คน หากยังคงเป็นเช่นนี้จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 224 รายต่อวัน จนถึงวันที่ 1 ธันวาคม ค.ศ. 2014 จะเพิ่มเป็น 348 รายต่อวัน

ยังไม่มีวิธีหนึ่งวิธีใดที่จะหยุดการแพร่ระบาดได้ภายใน 6 เดือน จะต้องใช้หลาย ๆ มาตรการจึงจะหยุดการแพร่ระบาดได้ แต่ขั้นตอนในการฝังศพมีความสำคัญที่สุด เป็นจุดแพร่ระบาดมากที่สุด เมื่อผู้ติดเชื้อเสียชีวิตจะมีเชื้อไวรัสจำนวนมาก และกรรมวิธีฝังศพจะต้องสัมผัสกับร่างผู้ตาย มีการล้างตัว จึงเป็นช่องทางที่มีการติดเชื้อ ทำให้เชื้อระบาด

ส่วนการศึกษาเรื่องสารพันธุกรรมในหนูและในผู้ติดเชื้อก็มีความคืบหน้าดีทีละขั้น เพื่อให้เข้าใจโรคนี้ดีขึ้น แต่คงต้องใช้เวลา



HealthDay News: ชาวอเมริกันให้ความไว้วางใจแพทย์น้อยกว่าคนในประเทศอื่น ๆ แม้ว่าเขาจะบอกว่าพอใจกับหมอประจำของตนเอง

จากการสำรวจการบริบาลสุขภาพในหลายประเทศพบว่า ชาวอเมริกันจัดอยู่ในท้ายตาราง เมื่อถามถึงความไว้วางใจต่อแพทย์ แต่เมื่อถามถึงคะแนนความพึงพอใจต่อแพทย์ของตน ชาวอเมริกันกลับขึ้นขอบเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งดูเหมือนจะแย้งกัน ดังรายงานในวารสาร New England Journal of Medicine

Michael Gusmano จากศูนย์ชาสดิงสถาบันวิจัยการบริบาลสุขภาพในกรุงนิวยอร์กกล่าวว่า คนมักไม่ชอบนักการเมืองแต่ก็ชอบผู้แทนของตน อย่างไรก็ตาม ความไม่ไว้วางใจแพทย์ก็มาจากระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกายังไม่มีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลและสถานบริการทางการแพทย์อื่นในประเทศก็เป็น

คนอเมริกันไว้วางใจหมอน้อยลง

ธุรกิจที่ทำให้คนไม่ชอบ สมาคมวิชาชีพ เช่น สมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ก็ถูกมองว่าคิดถึงตนเองมากกว่าความเป็นอยู่ของคนไข้

Blendon ศาสตราจารย์ด้านสาธารณสุข นโยบายสุขภาพและนักวิเคราะห์การเมืองที่คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด หัวหน้าทีมวิจัยศึกษาผลสำรวจบริการสุขภาพในรอบ 4 ทศวรรษที่ผ่านมา หนึ่งในนั้นคือ การศึกษาโดยศูนย์มหาวิทยาลัยนานาชาติ สำรวจประชากรในประเทศพัฒนาแล้ว 29 ประเทศระหว่างปี ค.ศ. 2011-2013 ผลสำรวจพบว่า สหรัฐอเมริกาอยู่ในลำดับที่ 24 (เท่ากับโครเอเชีย) เมื่อถามถึงความไว้วางใจวิชาชีพแพทย์ โดยรวมแล้วชาวอเมริกัน 58% เห็นด้วยกับข้อความว่า “เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วแพทย์ (ในประเทศของท่าน) มีความน่าเชื่อถือ”

เมื่อถามถึงความพึงพอใจจากการพบแพทย์ครั้งล่าสุด 56% ของชาวอเมริกันตอบว่า “พอใจมาก” ผลสำรวจนี้ยังขึ้นกับเศรษฐกิจในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ 48% พอใจแพทย์มาก ส่วนกลุ่มที่มีรายได้สูง 59% ตอบว่าพอใจมาก Blendon เผยผลสำรวจของโพลอื่นแสดงว่า ชาวอเมริกันมองค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องใหญ่ของประเทศ ผู้มีรายได้น้อยมักถูกกีดกัน

คนส่วนใหญ่ชอบแพทย์ของตนเองแต่ไม่ชอบระบบในปัจจุบัน

บำบัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยฮอร์โมน

HealthDay News: การใช้ฮอร์โมนบำบัดรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ชายที่เป็นโรคหัวใจด้วยอาจเสี่ยงต่อการตายจากโรคหัวใจ วิธีการรักษาที่เรียกว่า androgen deprivation therapy (ADT) เพื่อลดระดับฮอร์โมนเพศชายเพื่อป้องกันการเจริญของเซลล์มะเร็ง จากการศึกษาพบว่าฮอร์โมนตัวนี้ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการตายด้วยโรคหัวใจถึง 3 เท่าจากอาการหัวใจวาย

ADT เป็นวิธีที่ใช้รักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่อาจจะไม่ใช่ทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ชายทุกคน Dr.David Ziehr หัวหน้าทีมวิจัยกล่าวว่า ในคนที่เคยมีอาการหัวใจวาย การใช้ยา ADT จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจอีก 5% ภายใน 5 ปี ดังนั้น ทางที่ดีคือ คนไข้และแพทย์ต้องเลือกวิธีการรักษาและปรับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีของแต่ละคน

อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากได้ผลดีจากการรักษาด้วยฮอร์โมน แต่การใช้ ADT แพทย์ควรดูแลสุขภาพหัวใจควบคู่ไปด้วย

Ziehr และคณะ รวบรวมข้อมูลคนไข้ 5,000 รายที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็ง

ต่อมลูกหมากในช่วงปี ค.ศ. 1987-2006 ในชาย จำนวนนี้มี 30% ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด จากการติดตามนาน 5 ปีโดยเฉลี่ยพบว่า ผู้ที่มีอาการหัวใจล้มเหลวหรือเคยมีอาการหัวใจวายมาก่อนมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าคนกลุ่มเดียวกันที่ไม่ได้ใช้ยา ADT (7% เทียบกับ 2%) แสดงว่าการใช้ฮอร์โมนบำบัดในชาย 20 คนจะมีอาการหัวใจล้มเหลวหรือมีประวัติหัวใจวายจะเสียชีวิต 1 ราย การศึกษานี้ไม่พบความเชื่อมโยงระหว่างการใช้ ADT กับโรคหัวใจในคนที่ไม่มีโรคหัวใจหรือคนที่เป็เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขมันสูง

Dr.Gregg Fanorow ศาสตราจารย์ด้านโรคหัวใจ มหาวิทยาลัยยูซีแอลเอ กล่าวว่า โดยรวมแล้วประโยชน์ที่ได้จากการใช้ฮอร์โมนบำบัดเหนือกว่าความเสี่ยงโรคหัวใจมาก



Metformin ทางเลือกแรกสำหรับโรคเบาหวาน

HealthDay News: ผู้ที่ตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ มักจะได้รับการรักษาด้วยยา Metformin เป็นด่านแรกเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยไม่ต้องใช้ยาอื่นร่วมด้วย แต่คนที่เริ่มรักษาด้วยยาอื่นมักจะลงท้ายด้วยการใช้ยาอื่นร่วมด้วย หรือต้องรักษาด้วยอินซูลินจึงจะรักษาระดับน้ำตาลได้

การศึกษานี้สนับสนุนแนวปฏิบัติในปัจจุบันที่คนส่วนใหญ่ เริ่มด้วยการใช้ยา Metformin โดย Dr.Niteesh Choudhry จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด กล่าวว่า ยา Metformin อาจมีประสิทธิภาพดีกว่ายาอื่น ในการควบคุมระดับน้ำตาล ยา Metformin เป็นยาเก่าแก่ที่ใช้กัน และเป็นยาตัวแรกที่แนะนำ มีข้อดีคือ ไม่ต้องเสี่ยงต่อการต้องใช้อื่นร่วมกัน หรือการใช้อินซูลินเมื่อเทียบกับยาอีก 3 ชนิดที่ใช้กัน

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคติดต่ออินซูลินตามคำอธิบายของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา หมายความว่าร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ อินซูลินที่สร้างโดยตับอ่อนช่วยเปลี่ยนน้ำตาลจากอาหารในเซลล์ของร่างกายให้เป็นพลังงาน เมื่อร่างกายดื้อต่ออินซูลิน น้ำตาลในเลือดจึงเหลือมากแทนที่จะถูกกำจัดไป ในระยะยาวน้ำตาลในเลือดที่สูงเกินจะสร้างปัญหาให้แก่ร่างกาย เช่น เป็นโรคหัวใจ หรือโรคไตตามมา

ยาเบาหวานแบ่งได้เป็น 8 กลุ่ม ตามนิยามของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา แต่ละกลุ่มมีกลไกการทำงานต่างกันเล็กน้อย เช่น Metformin ช่วยให้เซลล์ร่างกายมีความไวต่ออินซูลิน และยังลดปริมาณน้ำตาลที่ร่างกายสร้างขึ้นในตับ

ยากลุ่ม Sulfonylurea ทำให้ร่างกายเร่งสร้างอินซูลิน

การศึกษานี้ทีมวิจัยรวบรวมข้อมูลจากคนไข้ 15,000 รายที่เริ่มต้นรับการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2009 ถึงเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2013 เฉลี่ยเวลาที่ติดตามมากกว่า 1 ปีเล็กน้อย คนไข้เหล่านี้มี 60% ที่เริ่มด้วยยา Metformin และมี 6% เริ่มด้วยยา Thiazolidinedione เช่น Actos และ 13% เริ่มด้วย DPP-4 inhibitor เช่น Januvia

นักวิจัยพบว่าราว 40% ของคนไข้ที่เริ่มด้วยยา Sulfonylurea, Thiazolidinedione หรือ DPP-4 inhibitor ต้องเริ่มใช้ยาตัวที่ 2 ในระยะการศึกษานี้ ขณะที่ผู้เริ่มด้วยยา Metformin มีเพียง 25% ที่ต้องให้ยาเพิ่มอีกตัว มี 5% ของผู้เริ่มด้วย Sulfonylurea มี 6% ในผู้ที่เริ่มด้วย DPP-4 inhibitor และ 6% ในกลุ่มผู้เริ่มด้วย Thiazolidinedione ที่ต้องใช้อินซูลินช่วยด้วย

การศึกษานี้จึงเห็นว่าการเริ่มรักษาด้วยยา Metformin เป็นยาตัวแรกให้ผลดีที่สุด



นักวิทยาศาสตร์สร้างกระเพาะขนาดจิ๋วจากเซลล์ต้นกำเนิด

HealthDay News: นักวิจัยสามารถสร้างกระเพาะอาหารของคนขนาดจิ๋วในห้องทดลองจากเซลล์ต้นกำเนิดได้สำเร็จ นับเป็นความก้าวกระโดดของการศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการ และการรักษาโรคกระเพาะอาหาร

กระเพาะจิ๋วเป็นแบบจำลองในการศึกษากระเพาะอาหารคือ การจำลองการเกิดมะเร็งระยะเริ่มต้น การพัฒนายาใหม่ และการเรียนรู้เกี่ยวกับความเกี่ยวพันของเบาหวานกับโรคอ้วน

Jim Wells นักวิจัยจากศูนย์การแพทย์เด็กซินซินเนติ กล่าวว่า ปัจจุบันยัง

ไม่มีใครสามารถสร้างเซลล์กระเพาะอาหารจากเซลล์ต้นกำเนิดของกระเพาะคน เขาพบวิธีเร่งให้เกิดเนื้อเยื่อกระเพาะอาหาร 3 มิติ มีโครงสร้างกระเพาะอาหารในหลอดทดลองได้ การศึกษานี้มีความสำคัญเพราะมีโครงสร้างกระเพาะที่ต่างกันระหว่างกระเพาะหนูและกระเพาะคน จึงไม่สามารถศึกษาในกระเพาะหนูเกี่ยวกับพัฒนาการของกระเพาะคนและการเกิดโรคได้

มีเช็ชมากป้องกันต่อมลูกหมากจริงหรือ

HealthDay News: ผู้ชายเจ้าชู้โปรดฟัง ผู้ที่หลับนอนกับผู้หญิงจำนวนมากมีโอกาสจะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากน้อยกว่าคนที่ไม่ค่อยมีเช็ชช นี่เป็นผลการวิจัยจากแคนาดา

นักวิจัยพบว่าผู้ชายในเมืองมอนทรีออลที่มีสตรีคู่ชามากกว่า 20 คนในช่วงชีวิตจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากลดลง 28% เมื่อเทียบกับผู้ชายที่มีคู่ชามีคนเดียว

การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ผู้ชายที่มีการหลั่งน้ำกามช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากได้ Dr.Marie Elise Parent รองศาสตราจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ เมืองมอนทรีออล อธิบายว่าอาจเป็นไปได้ว่า ผลที่เกิดจากการหลั่งบ่อยคือ การลดความเข้มข้นของสารที่ก่อมะเร็งในน้ำหล่อเลี้ยงต่อมลูกหมาก แต่อย่าเพิ่งด่วนสรุปว่าการมีคู่ชามากป้องกันต่อมลูกหมากได้ เพียงแต่มีการเชื่อมโยงกันที่ยังไม่มีคำอธิบาย ผู้ชายจึงไม่ควรถือเป็นข้ออ้างที่จะมีเมียมาก ๆ เพื่อป้องกันมะเร็งต่อมลูกหมาก

Dr.David Samadi หัวหน้าหน่วยโรคต่อ

ปัสสาวะจากโรงพยาบาลเลนนอกซ์ฮิลล์ ในกรุงนิวยอร์ก เห็นด้วยว่ามี การป้องกันโรค มะเร็งต่อมลูกหมากได้ แต่ไม่เกี่ยวกับจำนวนคู่ชามาก แต่ขึ้นกับความถี่ในการหลั่งสุจิต่างหาก การศึกษานี้ยังพบความเชื่อมโยงหลายกรณี เช่น ชายที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากสูงขึ้น 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ชายที่นอนกับชายด้วยกันหากมีคู่ชามากกว่า 20 คน ในช่วงชีวิตจะเสี่ยงต่อการเป็น มะเร็ง 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่นอนกับผู้ชายคนเดียว

การศึกษานี้เป็นการถามสารพัดคำถามที่พอจะนึกได้ โดยถามชาวบ้านผู้ชาย แถวมอนทรีออลกว่า 3,200 คน เกี่ยวกับชีวิตและการมีเพศสัมพันธ์ ราวครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในช่วงปี ค.ศ. 2005-2009 ส่วนอีกครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุมพบว่า ยังมีคู่ชาก็เป็นหญิงมากเท่าไร การป้องกันการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากยิ่งดีขึ้น ตัวอย่างเช่น ชายที่มีคู่ชามี 8-20 คน ลดความเสี่ยงลงได้ 11% ในขณะที่กลุ่มที่มีคู่ชามากกว่า 20 คน ลดความเสี่ยงได้ 28%

ผู้ชายที่มีคู่ชามีเป็นหญิงมากกว่า 20 คน ยังมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากชนิดไม่รุนแรงลดลง 32% และชนิดที่รุนแรงลดลงได้ 19% ในทางตรงข้าม ผู้ชายที่มีคู่ชามีเป็นผู้ชายมากกว่า 20 คน กลับเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากชนิดไม่ร้ายแรงเพิ่มขึ้น 5 เท่า และชนิดรุนแรงเพิ่มขึ้น 26% เมื่อเทียบกับชายคู่ชายเพียงคนเดียว นักวิจัยสันนิษฐานว่ากลุ่มเกย์มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศ หรือเนื่องจากการอักเสบของต่อมลูกหมากจากการกระทบกระทั่ง



บอกลาเวนอ่านหนังสือ

HealthDay News: อุปกรณ์สำหรับฝังในตาแบบใหม่อาจทำให้แว่นตาเป็นเรื่องล้าสมัย

ผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปี ส่วนมากมีอาการสายตายาว ทำให้มองของใกล้ ๆ ไม่ชัด ซึ่งมียา 1,000 ล้านคนทั่วโลก ผลิตภัณฑ์ใหม่ที่รักษานี้ได้คือ วงแหวนบาง ๆ ที่สอดเข้าไปในกระจกตาที่สามารถปรับความลึกของภาพที่คนสายตาสั้นจะมองเห็นได้ทั้งระยะใกล้และไกล เรียกอุปกรณ์นี้ว่า “KAMRA” สามารถสอดใส่ได้ภายใน 10 นาที โดยใช้เฉพาะที่เท่านั้น

อุปกรณ์นี้ได้ผ่านการทดสอบในคนไข้ 500 รายที่มีอายุระหว่าง 45-60 ปีที่มีสายตายาว หลังจากติดตาม 3 ปีพบว่า อุปกรณ์นี้ช่วยให้คน 83% มองเห็นระยะ 20/40 ได้ นั่นคือ เขาสามารถอ่านหนังสือพิมพ์ ขับรถโดยไม่ต้องเปลี่ยนแว่น หากมีอาการแทรกซ้อนก็สามารถเอาวงแหวนนี้ออกได้ หรือใส่กลับได้ ซึ่งจะไม่พบในอุปกรณ์อื่น อุปกรณ์นี้มีจำหน่ายในหลายประเทศแล้ว ยกเว้นสหรัฐอเมริกา

วัคซีนแก้โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบตัวใหม่

HealthDay News: US FDA อนุมัติวัคซีนแก้โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ตัวใหม่คือ Trumenba ใช้ในคนอายุ 10-25 ปี ใช้ป้องกันโรคจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Neisseria meningitidis* serogroup B

เชื้อแบคทีเรียแพร่เชื้อในเลือดและเยื่อหุ้มไขสันหลังและสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เชื้อนี้ติดต่อกันได้จากการไอ การจูบ หรือการใช้ช้อนชามร่วมกัน ในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2012 มีผู้เป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบราว 500 ราย มี 160 รายที่เกิดจากเชื้อ serogroup B การใช้ยาปฏิชีวนะลดการตายได้ หรือลดอาการรุนแรงที่ตามมา แต่ต้องได้รับการรักษาทันที

ปัจจุบันนี้ในสหรัฐอเมริกาฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อได้ 4 กลุ่มของ *N. meningitidis* คือ A, C, Y และพบการระบาดไม่นานมานี้เป็นเชื้อกลุ่ม B ในปี ค.ศ. 2013 มีการเกิดโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบในมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ที่ซานตาบาร์บารา และมหาวิทยาลัยบรินซ์ตัน ซึ่งต้องการวัคซีนนำเข้าจากยุโรป มีนักศึกษาติดเชื้อ 12 ราย ซึ่งบางรายต้องถึงกับตัดขาเนื่องจากเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เลือดแข็งตัวอุดตันเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงขา

FDA อนุมัติวัคซีนในช่องทางเร่งด่วน จากผลการศึกษา 3 โครงการในสหรัฐอเมริกาและยุโรป มีวัยรุ่น 2,800 คน หลังจากฉีดวัคซีน Trumenba พบว่า 82% ของวัยรุ่นมีแอนติบอดีในเลือดที่ฆ่าเชื้อ *N. meningitidis* ชนิด B ได้ 4 ชนิด เปรียบเทียบกับ 1% ในผู้ที่ไม่ฉีดวัคซีน ความปลอดภัยของวัคซีนมีการประเมินในคน 4,500 คน ในสหรัฐอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลีย อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ปวดและบวมบริเวณที่ฉีด ปวดศีรษะ ท้องร่วง ปวดข้อและกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียและหนาวสั่น วัคซีนนี้เป็นของบริษัท ไบเออร์ ฟาร์มาซูติคอลส์

อย. เปิดรับฟังความคิดเห็น กรณียาพาราเซตามอล



ภก. ประพนธ์ อางตระกูล รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กล่าวว่า ปัจจุบันพบรายงานการเกิดพิษจากยาพาราเซตามอล โดยเฉพาะพิษต่อตับ ซึ่งมีสาเหตุสำคัญคือ การรับประทานยาซ้ำซ้อน การรับประทานยาเกินขนาด อย.จึงเร่งออกมาตรการเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว โดยการรับประทานยาซ้ำซ้อนเป็นเพราะมียาที่นิยมใช้ทั่วไปหลายชนิด เช่น แก้ไขหวัด ไอ แก้ปวด คลายกล้ามเนื้อ ซึ่งมีตัวยาพาราเซตามอลผสมอยู่ ถ้าใช้ยาโดยดูแลแต่ยี่ห้อ ไม่สังเกตชื่อตัวยาจะทำให้รับประทานยาซ้ำเกินขนาดได้ โดยไม่รู้ตัว อย.จึงได้ออกมาตรการแก้ไขจากยา โดยเพิ่มข้อความ “ยานี้มีพาราเซตามอล” ตามด้วยเครื่องหมายของยาไว้ให้เห็นเด่นชัด

ส่วนขนาดยาที่แนะนำ อย.ได้ออกมาตรการแก้ไขขนาดยาที่ระบุบน

ฉลากของยาเม็ดและยาน้ำพาราเซตามอล โดยให้แนะนำขนาดยาตามน้ำหนักตัวของแต่ละคน ในผู้ที่รับประทานยาหลายชนิด ตีมูลค่าประจำ เป็นโรคตับ โรคไต จะมีขนาดยาที่เหมาะสมแตกต่างจากคนทั่วไป ในเด็กก็ต้องระวังเป็นพิเศษ โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน เพราะยาแต่ละยี่ห้อ มีขนาดยาต่อ 1 ช้อนชาไม่เท่ากัน ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนใช้ นอกจากนี้ยังออกมาตรการให้ผู้ผลิตจัดทำเอกสารกำกับยาฉบับประชาชนที่อ่านเข้าใจได้ง่ายแจกไปพร้อม กับบรรจุภัณฑ์ของยาพาราเซตามอลอีกด้วย

ทั้งนี้ในการแก้ไขฉลากและเอกสารกำกับยาเป็น มาตรการระยะสั้นซึ่งอยู่ในขั้นตอนการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน แล้วนำมาปรับปรุง ก่อนเสนอคณะกรรมการยาและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาออกเป็นกฎหมาย ในระยะยาว อย.จะเร่งทบทวนทะเบียนตำรับยาที่มีพาราเซตามอลเป็นส่วนประกอบให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

กรมการแพทย์ ขึ้นแท่นผู้นำ ฝึกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขของอาเซียน

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กรมการแพทย์ เป็นกรมวิชาการ ทำหน้าที่ด้านการศึกษาวิจัย พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ มาตรฐานการรักษาพยาบาล รวมทั้งให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางในระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ มีบริการสาขาต่าง ๆ อาทิ อาชีวเวชศาสตร์ มะเร็ง โรคทางตา เด็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะให้บริการผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นแหล่งเรียนรู้ฝึกอบรม

และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้กับ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และยังมีภารกิจที่สำคัญในการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้เพียงพอ และสอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ 1. ผลิตแพทย์ ร่วมกับมหาวิทยาลัยรังสิตปีละ 100 คน ขณะนี้ผลิตไปแล้ว 20 รุ่น จบการศึกษา 1,456 คน 2. พัฒนาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใน 43 สาขา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510-2557 เฉลี่ยปีละ 150 คน จบการศึกษาแล้ว 3,252 คน และ 3. พัฒนาบุคลากรสาขาอื่น ๆ มากกว่า 300 หลักสูตร รวมปีละ 5,500 คน

ศ.นพ.รัชตะ กล่าวต่อว่า ได้มอบนโยบายให้กรมการแพทย์พัฒนากลไกการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์เชื่อมโยงกับอาเซียน พร้อมทั้งจะเป็นแหล่งผลิตและฝึกอบรมบุคลากรทางด้านสาธารณสุขของประเทศสมาชิกอาเซียน โดยร่วมมือกับมหาวิทยาลัย มั่นใจว่าเมื่อมีความร่วมมือกันในด้านนี้แล้วจะช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านด้วย นอกจากนี้ยังได้มอบนโยบายให้บูรณาการการทำงานกับทุกหน่วยงานที่เชื่อมโยงกัน ทั้งข้ามกรม ข้ามกระทรวง ในการดูแลสุขภาพและจัดบริการประชาชน สืบเนื่องทั้งการทำงานและการจัดสรรงบประมาณที่ไม่ทับซ้อนกัน เพื่อให้งานประสบความสำเร็จ



สร. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาสู่ ร.พ.เสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล



นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเปิดเผยว่า จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลมีมากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความเสี่ยงจากผลข้างเคียงและอันตรายจากยาเพิ่มขึ้น รวมทั้งยังสร้างความสิ้นเปลืองและสูญเสียค่าทางเศรษฐกิจให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ ในปี พ.ศ. 2553 พบมูลค่าการบริโภค

ยาของคนไทยสูงถึง 144,500 ล้านบาท และพบปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในทุกระดับ ดังนั้น นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และคณะกรรมการพัฒนาระบบยา แห่งชาติได้มอบหมายคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลรับผิดชอบดำเนินการ

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และประธานอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลกล่าวว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาสู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เมื่อวันที่ 29-30 ตุลาคมที่ผ่านมา ได้เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมจำนวน 57 แห่ง ได้มีส่วนร่วมให้ข้อคิดเห็นต่อแนวทางการดำเนินการและเครื่องมือส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก่อนนำไปปฏิบัติ รวมทั้งร่วมพัฒนาข้อเสนอต่อระบบที่ยั่งยืนต่อการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อไป นอกจากนี้ภายหลังการประชุมได้มีพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เรื่องการพัฒนาสู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อร่วมกันสร้างเสริมระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประเทศ อันจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยด้านยาของประชาชน

ไทย-อังกฤษ พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในประชาคมกำลังพัฒนาทั่วโลก

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่า จากการลงนามบันทึกความร่วมมือกับ ศ.เดวิด ฮัสลาม ประธานสถาบันแห่งชาติเพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการแพทย์ หรือไนซ์ (National Institute for Health and Care Excellence: NICE) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้รัฐบาล อังกฤษที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งความร่วมมือในการพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพให้แก่ประเทศกำลังพัฒนา ณ สำนักงานใหญ่ไนซ์ กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ เมื่อปลายเดือนตุลาคมที่ผ่านมา

ภายใต้บันทึกความร่วมมือครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงการยอมรับของต่างประเทศต่อศักยภาพด้านนโยบายของรัฐบาลไทยที่เน้นการสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ และตั้งอยู่บนฐานของการใช้ความรู้เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุผล โดยกระทรวงสาธารณสุขและไนซ์จะร่วมกันให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการแก่ประเทศกำลังพัฒนา ทั้งในทวีปแอฟริกา เอเชีย และลาตินอเมริกา ใน 2 เรื่องหลักคือ การจัดชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเจ็บป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาระบบหลักประกัน



สุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ ทั้งด้านการลงทุนเทคโนโลยี การจัดหา ยา วัคซีนป้องกันโรคที่จำเป็น และ คุ่มค่า โดยรัฐบาลอังกฤษจะเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมดังกล่าว ร่วมกับองค์การการกุศลนานาชาติอื่น ๆ เช่น มูลนิธิบิลและเมลินดาเกตส์ ของมหาเศรษฐีไมโครซอฟท์ มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ เป็นต้น

5 เทคนิคช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ผลดี

ภญ.ภัทราจิตรา สมานชาติ เกษตรกรประจำโรงพยาบาลชานี จังหวัดบุรีรัมย์ เจ้าของผลงานวิชาการด้านสาขาเกษตรกรรมเรื่อง “เขย่าอมกุดพร้อมดูด กลั่นแล้วกลั้ว” กล่าวว่า ในรอบ 3 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา โรงพยาบาลชานีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง 76 คน ส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน อายุเฉลี่ย 41 ปี เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และเกษตรกร โดยมากผู้ป่วยมักไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางและไม่ใส่ใจการดูแลตัวเอง และจากการศึกษาการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเองที่บ้านเมื่อเกิดอาการเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธี เช่น ผู้ป่วยมักจะไม่กลั่นลมหายใจ ไม่บ้วนปาก ไม่กลั้วคอ พ่นยาติดกันหลายครั้งโดยไม่เว้นช่วง ทำให้การรักษาไม่ได้ผล เนื่องจากละอองยาไม่เข้าที่หลอดลม เกิดผลเสียและเสี่ยงเสียชีวิตได้สูง

ทีมเกษตรได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลชานี คิดค้นเทคนิค 5 ขั้นตอนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนำไปใช้ได้ คือ “เขย่าอมกุดพร้อมดูด กลั่นแล้วกลั้ว” โดยมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1. ให้เขย่าตัวยาพ่นเพื่อให้ยากระจายทั่วกระบอกยา 2. ให้ผู้ป่วยใช้ริมฝีปากอมปากหลอดพ่นยาให้สนิท 3. ให้ผู้ป่วยสูดยาไปพร้อม ๆ กับการกดกระบอกยา เพื่อให้ละอองยากระจายลงสู่หลอดลมได้อย่างเต็มที่ 4. ให้กลั่นลมหายใจลึกๆ และ 5. กลั้วยาที่พ่นเข้าไป เพื่อให้ละอองยาได้ไหลลงสู่หลอดลมได้อย่างเต็มที่ โดยการสอนผู้ป่วยจะสอนตัวต่อตัว และให้



ฝึกทำต่อหน้าทุกครั้งที่มาใช้บริการ

ทั้งนี้ ผลการดำเนินการในรอบ 3 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสามารถนำไปพ่นยาเองได้ถูกต้อง ควบคุมอาการได้ผลดี ไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สามารถลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้จาก 47 ครั้ง เหลือเพียง 11 ครั้ง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 92 และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย



“โรคหลอดเลือดสมอง” ถีบชีวิตคนไทยชั่วโมฆะ 6 ราย

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตปีละ 6 ล้านคน เฉลี่ย 1 คนทุก 6 วินาที เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 60 เป็นผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยกว่า 200,000 ราย เสียชีวิตกว่า 50,000 ราย เฉลี่ยชั่วโมฆะ 6 ราย มักเกิดมากในผู้ป่วย 4 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้เขตสุขภาพทุกเขตจัดระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง มีช่องทางด่วนพิเศษให้การรักษากายในไม่เกิน 4 ชั่วโมงครึ่ง เพื่อลดความพิการและการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยขณะนี้ได้ขยายบริการไปถึงโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งให้เป็นเครือข่ายดูแลในระยะฉุกเฉิน ให้ผู้ป่วยปลอดภัยก่อนนำส่งโรงพยาบาลใหญ่

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่า ขณะนี้กรมการแพทย์ได้พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ทัดเทียมนานาชาติ โดยในปีนี้ได้ตั้งหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในทุกเขตสุขภาพซึ่งมี 13 เขตรวม กทม. ดำเนินการแล้ว 57 แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ 20 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง และ กทม. 24 แห่ง และได้พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในต่างจังหวัดให้สามารถฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคนี้ 122 แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ 32 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 38 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง และ กทม. 38 แห่ง ให้ผลดีมาก ในปี พ.ศ. 2558 จะขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ประชาชนได้รับบริการกลับบ้านและรวดเร็วขึ้น





ยาแก้กลัว!

อนาคตที่ตามมาเพื่อพิสูจน์ยืนยันผลอันนี้ รวมทั้งการวิจัยที่ปัดจุดอ่อนต่าง ๆ ของการวิจัยครั้งนี้ อาทิ การวิจัยครั้งนี้ทำในเพศชายแต่เพียงเพศเดียว ไม่ได้มีอาสาสมัครหญิงร่วมในการวิจัยด้วย อีกทั้งการวัดความกลัวก็ทำในวันเดียวกันกับที่ให้ยา จึงไม่สามารถบอกได้ว่าผลการลดความกลัวจะยังคงมีอยู่ในวันถัด ๆ มาหรือไม่

แต่อย่างไรก็ตาม นักวิจัยจากสถาบันอื่น ๆ ก็ชื่นชมผลการวิจัยครั้งนี้ บางท่านกล่าวว่า การวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ชัดเจนว่า oxytocin มีผลลดความกลัว และชี้แนะว่ากลไกการกลัวเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลง (จากยา) ในบริเวณ amygdala ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสแกนสมองแบบ fMRI เป็นเครื่องยืนยันไว้ด้วย

Dr. Dean Acheson ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา หนึ่งในผู้เชี่ยวชาญด้านนิวโรเอนโดไครน์ ข้อมูลที่ได้ใหม่นี้ชี้ชวนให้นักวิจัยสนใจในผลของ oxytocin ต่อการลดความกลัว และน่าจะก่อให้เกิดการวิจัยใหม่ ๆ ตามมา แต่ที่น่าคิดอีกอย่างหนึ่งคือ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ทำในคนปกติที่ทำให้เกิดอาการกลัว ยังไม่มีการทำวิจัยในผู้ป่วยโรคกลัวหรือวิตกกังวลจริง ๆ ซึ่งประชากรกลุ่มหลังนี้อาจให้ผลการตอบสนองต่อ oxytocin เหมือนหรือแตกต่างจากคนปกติหรือไม่ ยังไม่สามารถบอกได้



แต่จะอย่างไรก็ตาม ณ ขณะนี้ดูจะมีความหวังขึ้นมานะครับว่า ความกลัว ความวิตกกังวลไปล่วงหน้ามีกลไกที่เราเข้าใจได้มากขึ้น รวมทั้งมียาหรือสารที่จะกำจัดหรือลดมันลงไปได้

อนาคตที่ปราศจากความกลัวกำลังรออยู่ครับ

ท่านที่เป็นคนช่างกลัว กลัวโน่นกลัวนี่ง่าย เชิญทางนี้ครับ ในอนาคตจะมียาสำหรับท่านแล้ว เพียงแค่พ่นจมูกครั้งเดียว ความกลัวที่ท่านเคยมีจะมลายหายไป

ก่อนที่จะไปถึงรายละเอียดของการวิจัย เรามาดูสมมติฐานกันก่อนนะครับ

เราทราบกันอยู่แล้วว่า amygdala เป็นศูนย์กลางของอาการกลัว (core center of fear) และสำหรับคนไข้โรควิตกกังวล (anxiety disorder) เชื่อกันว่าจะมี amygdala inhibition ที่น้อยกว่าคนปกติ เมื่อต้องอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความกลัว รวมทั้งบกพร่องในการเข้ารหัสใน medial frontal cortex หรือ mPFC circuits (deficient encoding in mPFC circuits)

อีกประการหนึ่งที่น่าสนใจคือ ก่อนหน้านี้มีการวิจัยที่พบว่า oxytocin มีฤทธิ์ลดความกังวล ด้วยการลดการทำงานของ amygdala

เมื่อนำข้อมูลทั้งสองประการนี้มารวมกัน นักวิจัยก็คิดว่าน่าจะมีการทดลองว่า oxytocin จะมีผลลดหรือป้องกันกรกลัวได้หรือไม่ นี่จึงเป็นที่มาของการวิจัยที่จะเล่าให้ฟังต่อไปครับ

นักวิจัยจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์และหน่วยจิตวิทยาการแพทย์ แห่งมหาวิทยาลัยบอนน์ ประเทศเยอรมนี ได้นำอาสาสมัครชายจำนวน 62 ท่านที่มีอายุเฉลี่ย 24.6 ปีมาเข้าร่วมการวิจัย โดยมีการแบ่งอาสาสมัครเหล่านี้เป็นสองกลุ่มเท่า ๆ กัน กลุ่มหนึ่งได้รับยาหลอก (placebo) สำหรับพ่นจมูก อีกกลุ่มหนึ่งได้รับ oxytocin พ่นจมูก 24 ยูนิต นำอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มมาทำให้เกิดการกลัวด้วยการฉายภาพน่ากลัวแทรกเข้ามาในระหว่างที่อาสาสมัครกำลังมองภาพทั่ว ๆ ไป รวมทั้งมีการปล่อยไฟดูดอาสาสมัครแบบไม่รู้ตัวเป็นพัก ๆ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย อาสาสมัครทั้งหมดจะถูกนำไปทำการตรวจ functional magnetic resonance imaging (fMRI) เพื่อดูการทำงานของสมองด้วย

ผลที่พบคือ อาสาสมัครกลุ่มที่ได้รับการพ่นจมูกด้วย oxytocin มีความกลัวเกิดขึ้นน้อยกว่าอีกกลุ่มหนึ่งอย่างชัดเจน ตรวจสอบโดยการดูการตอบสนองทางไฟฟ้าที่ผิวหนัง (electrodermal responses) กับการสแกนสมอง fMRI ดู prefrontal cortex ที่ตำแหน่ง amygdala

Prof. Rene Hurlmann ผู้ทำการวิจัยกล่าวว่า ผลที่ได้รับนั้น น่าแปลกใจป็นน่าสนใจ เพราะนี่เป็นการวิจัยแรก ๆ ที่เป็นหลักฐานว่า oxytocin ที่มีผลขจัดความกลัว และแน่นอนคงต้องมีการวิจัยอีกใน

ยาและวัคซีนกับโรคไขกัฟหลังแอน

โรคไขกัฟหลังแอนมีชื่อทางการแพทย์ว่า Meningococccemia (การติดเชื้อไขกัฟหลังแอนในเลือด) หรือ Meningococcal meningitis (เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไขกัฟหลังแอน) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Neisseria meningitidis* ซึ่งเป็นเชื้อกรัมลบรูปทรงกลมจำพวกเดียวกับเชื้อหนองในแท้ หรือ *Neisseria gonorrhoeae* แต่ไม่ทำให้เกิดกามโรค โดยเชื้อนี้มีความรุนแรงในการก่อโรคมกกว่าและมีอัตราการตายที่สูงกว่า เชื้อโรคไขกัฟนั้นมาจากความรุนแรงของโรค ซึ่งทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้ในเวลาอันสั้น และเชื้อหลังแอนมาจากลักษณะของผู้ป่วยโรคนี้ อาจมีการชักเกร็งหลังแข็งแอน ซึ่งเชื้อโรคนี้ไม่เกี่ยวข้องกับบนกนางแอนตามที่บางคนพูดกันแต่อย่างใด

เชื้อ *Neisseria meningitidis* นี้แบ่งออกเป็น 13 กลุ่ม หรือ 13 ซีโรกรุ๊ป คือ A, B, C, D, H, I, K, L, X, Y, Z, 29E และ W135 โดยที่พบบ่อยคือ ซีโรกรุ๊ป A, B, C, Y และ W135 แต่กลุ่มที่ทำให้เกิดโรคได้บ่อยคือ ชนิด groups B และ C ซึ่งเชื้อนี้สามารถตรวจพบได้ในคอของคนปกติร้อยละ 20 โดยที่ไม่เกิดโรคหรืออาการ แต่มีผู้ป่วยบางรายที่เชื้อนี้เข้ากระแสเลือดและทำให้เกิดโรคได้ โดยโรคไขกัฟหลังแอนเป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียแบบเฉียบพลัน พื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูงติดต่อกันหลายปี ได้แก่ แอฟริกากลาง แถบทะเลทรายซาฮาราตอนใต้ ซึ่งพบว่ามักเป็นซีโรกรุ๊ป A มีการระบาดที่เอธิโอเปีย ซูดาน ประเทศอื่น ๆ ในทวีปแอฟริกา เนปาล และอินเดีย ในทวีปอเมริกาพบการระบาดจากซีโรกรุ๊ป B เช่น คิวบา บราซิล ชิลี อาร์เจนตินา โคลัมเบีย และพบอุบัติการณ์ของโรคมากเป็น 2 เท่าที่รัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา นอกจากนี้ยังพบว่าเชื้อกลุ่ม C มักเป็นสาเหตุของการระบาดในกลุ่มนักเรียน และนักศึกษาในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา

การติดต่อ⁽¹⁾

สามารถเกิดได้จากการสัมผัสกับผู้ป่วยทางเยื่อเมือกในปาก และจมูก เช่น การจูบ การเป่าปากและจมูก หรือหน้าใกล้ชิดกันเป็นเวลานาน และเสมหะหรือน้ำลายผู้ป่วย เชื้อนี้จะติดต่อทางน้ำลายหรือเสมหะโดยการสูบบุหรี่ร่วมกัน ดื่มน้ำแก้วเดียวกัน จูบปากกัน หรือผายปอดช่วยชีวิต

อาการ⁽¹⁾

ผู้ป่วยจะมีไข้สูงทันที ปวดศีรษะมาก อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เจ็บคอ คอแข็ง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ มักมีผื่น

เลือดออกได้ผื่นหนัง (petechial rash) ร่วมกับจ้ำเลือดขึ้นตามตัวแขนขา อาจมีอาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบร่วมด้วย ในรายที่เป็นรุนแรงผู้ป่วยจะซึม ชัก และช็อก เสียชีวิตได้ภายใน 24 ชั่วโมง หลังเริ่มมีอาการ การยืนยันการวินิจฉัยโรคทำได้โดยการเจาะน้ำไขสันหลังส่งตรวจหาเชื้อ meningococci

ยาและวัคซีนที่ใช้ในการป้องกันและรักษา⁽²⁻⁴⁾

การป้องกันโรคมี 2 วิธีหลักคือ การกินยาต้านจุลชีพ และฉีดวัคซีน ผู้ที่สมควรได้รับการป้องกัน ได้แก่ ผู้ที่สัมผัสโรคใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นเวลานาน เช่น สมาชิกในครัวเรือนเดียวกัน ร่วมห้องนอนเดียวกัน เด็กที่อยู่ในสถานเลี้ยงเด็ก เด็กที่อยู่ในห้องเรียนเดียวกัน ผู้ป่วย ทำงานที่เดียวกัน เป็นต้น

การกินยาต้านจุลชีพ ใช้กับผู้สัมผัสโรคตามข้อบ่งชี้ข้างต้น โดยแพทย์มักจะเลือกกลุ่ม rifampicin หรือ ciprofloxacin⁽²⁾

ประชาชนทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับการป้องกัน นอกจากจะเดินทางเข้าไปในเขตที่มีการระบาดเป็นประจำ ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขกัฟหลังแอน

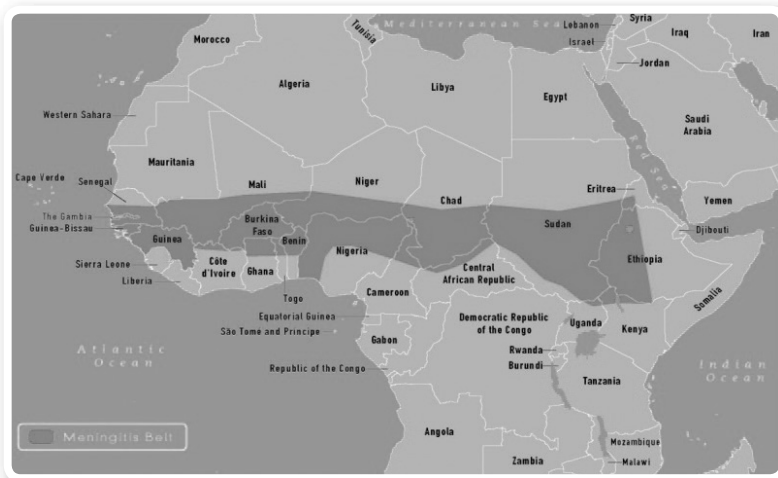
การฉีดวัคซีนใช้ในกรณีทีคนที่จะเดินทางเข้าไปในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคเป็นประจำ เช่น ประเทศแถบแอฟริกา บางประเทศ หรือให้วัคซีนแก่ประชาชนที่อยู่เขตระบาดซึ่งทราบสายพันธุ์ (serogroup) ของเชื้อซึ่งระบาดอยู่ก่อน เพราะวัคซีนจะป้องกันได้เพียงบางสายพันธุ์เท่านั้น ดังนั้น การใช้วัคซีนป้องกันโรคไขกัฟหลังแอนจะได้ผลในบางพื้นที่ที่ทราบถึงสายพันธุ์ของเชื้อแล้วเท่านั้น

สรุปผู้ที่ควรได้รับวัคซีนนี้มี 3 กลุ่มใหญ่ ๆ⁽⁴⁾ คือ

1. นักเรียนและนักศึกษาที่จะไปเรียนต่อที่สหรัฐอเมริกาหรือบางประเทศในยุโรป เช่น อังกฤษ เนื่องจากก่อนหน้านี้มีการระบาดของโรคนี้ในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาหอพัก ทำให้ในโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ในสหรัฐอเมริกามีข้อกำหนดเลยว่า นักเรียนและนักศึกษาที่จะเข้าไปเรียนจะต้องได้รับวัคซีนดังกล่าวก่อนเข้าศึกษา และจะต้องยื่นเอกสารว่าได้รับการฉีดวัคซีนนี้ด้วย นอกจากวัคซีนชนิดนี้แล้ว ในแต่ละมหาวิทยาลัยจะมีข้อกำหนดเรื่องสุขภาพแตกต่างกัน เช่น บางมหาวิทยาลัยกำหนดว่าจะต้องได้รับวัคซีนหัดเยอรมัน-คางทูมร่วมด้วย หรือจะต้องทำการตรวจ

วัคซีนก่อนไป ดังนั้น สำหรับนักเรียนและนักศึกษาที่ต้องการมาตรวจสุขภาพหรือมาฉีดวัคซีนก่อนไปเรียน ควรนำใบข้อกำหนดต่าง ๆ จากมหาวิทยาลัยมาให้แพทย์ดูเพื่อจะได้พิจารณาการตรวจต่าง ๆ และการให้วัคซีนไปในคราวเดียวกัน

2. กลุ่มผู้แสวงบุญในพิธีฮัจญ์และอุมเราะห์ ซึ่งเป็นข้อกำหนดของการประเทศซาอุดีอาระเบียว่า ก่อนเข้าร่วมพิธีดังกล่าวจะต้องได้รับวัคซีนป้องกันไข้กาฬหลังแอ่น โดยจะต้องยื่นหลักฐานว่าเคยได้รับวัคซีนนี้แล้วเพื่อใช้ในการขอวีซ่าเข้าประเทศ โดยจะต้องฉีดล่วงหน้าก่อนเดินทางไปยังอย่างน้อย 10 วัน แต่ไม่เกิน 3 ปี
3. กลุ่มนักท่องเที่ยวหรือนักเดินทางที่จะไปในประเทศในเขต Meningitis belt ในแอฟริกา ตั้งแต่ประเทศแกมเบีย บูร์กินาฟาโซ เซเนกัล กินี ไส้ไปทางตะวันตกจนถึงประเทศเอธิโอเปีย หรือเข้าไปในพื้นที่ที่มีการระบาดอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าต้องเข้าไปคลุกคลีกับคนพื้นถิ่นมาก ๆ แผนที่ Meningitis belt จาก US CDC ในรูปที่ 1 ซึ่งประเทศในแถบนี้เคยมีการระบาดของโรคที่รุนแรง มีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ดังนั้น ผู้ที่จะเข้าไปท่องเที่ยวหรือทำงานในประเทศดังกล่าวควรได้รับวัคซีนก่อนเดินทาง



รูปที่ 1 แผนที่ Meningitis belt จาก US CDC⁽⁴⁾

วัคซีนป้องกันไข้กาฬหลังแอ่นที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด tetravalent meningococcal polysaccharide vaccine มีชื่อการค้าว่า Menomune สามารถป้องกันได้ 4 สายพันธุ์คือ A, C, Y, W-135 ฉีดได้ในผู้ใหญ่และเด็กอายุมากกว่า 2 ปี ภูมิคุ้มกันจะขึ้นหลังจากฉีดวัคซีนแล้วประมาณ 7-10 วัน และฉีด 1 ครั้ง ภูมิคุ้มกันจะอยู่ได้ 3-5 ปี ยกเว้นในเด็กที่อายุน้อยกว่า 4 ปี ให้กระตุ้นหลังเข็มแรก 1 ปี

เนื่องจากวัคซีนชนิดนี้ไม่ได้ฉีดให้คนไทยโดยทั่วไป จึงอาจหาได้ยากและไม่มีในโรงพยาบาลทั่วไป ผู้ที่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนอาจติดต่อขอรับวัคซีนได้ที่หน่วยงานของสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร⁽³⁾ หรือคลินิกเวชศาสตร์ท่องเที่ยวและการเดินทาง โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน, สถานเสาวภา สภากาชาดไทย, สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾

จากข้อมูลดังกล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรคนี้มีความรุนแรง ดังนั้น การป้องกันนั้นสำคัญและได้ผลดีกว่าสำหรับผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และผู้สัมผัสใกล้ชิดในชุมชนสมควรได้รับยาเพื่อป้องกันการติดต่อ โดยยาด้านจุลชีพที่ใช้นั้นมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกัน โดยไม่ขึ้นกับสายพันธุ์ของเชื้อ อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์จะสามารถให้คำปรึกษาแนะนำได้ว่าผู้สัมผัสโรคสมควรได้รับยาป้องกันหรือไม่ จะเป็นชนิดใด ได้เป็นอย่างดี และผู้ที่จะเดินทางไปไหนนั้นเป็นประเทศหรือเขตที่เสี่ยงหรือมีข้อกำหนดในการฉีดวัคซีนหรือไม่อย่างไร ควรสอบถามและหาข้อมูลก่อนเดินทาง

เอกสารอ้างอิง

1. โรคไข้กาฬหลังแอ่น (Meningococcal Meningitis). <http://dpc9.ddc.moph.go.th/crd/disease/mgcm.html>
2. ยงค์ รงค์เรือง. ไข้กาฬหลังแอ่น. <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=5>
3. ชินณ พันธ์เจริญ. วัคซีนสำหรับนักเดินทาง. ชมรมเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. <http://www.thaitravelmed.org/Knowledge/travel-vaccine.html>
4. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับวัคซีนไข้กาฬหลังแอ่น (Meningococcal vaccine). <http://www.thaitravelclinic.com/blog/th/travel-medicine-issue/thai-meningococcal-vaccine.html>

ยารักษา Idiopathic pulmonary fibrosis



พังผืดที่ปอดไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic pulmonary fibrosis: IPF) เป็นโรคเรื้อรัง นานเข้าจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้สุขภาพทรุดโทรมและเสียชีวิตในที่สุด โรคนี้เกิดจากการที่เนื้อเยื่อปอดกลายเป็นแผลเป็นและหนาขึ้นเรื่อย ๆ จนปอดทำงานได้ไม่เต็มที่ ชาวอเมริกันเป็น IPF ราว 132,000 คน ก่อนหน้านี้นี้ยังไม่มียาที่อนุมัติในสหรัฐอเมริกา การรักษามีตั้งแต่การรักษาด้วยออกซิเจน การฟื้นฟูสภาพปอด และการเปลี่ยนปอดเป็นวิธีที่จะช่วยชีวิตได้ แต่รักษาปอดยากและผู้ป่วยมักมีอาการหนักเกินกว่าจะรอได้ ลักษณะสำคัญของโรคนี้คือ มีเนื้อปอดเป็นแผลเป็น เรียกว่า พังผืดหนาขึ้นเรื่อย ๆ และสูญเสียการทำหน้าที่ ดังนั้น จึงมีการหายใจไม่ทั่วท้อง ไอ ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้

บัดนี้ US FDA ได้อนุมัติยาใหม่ 2 ชนิดสำหรับรักษาโรค IPF คือ Ofev (nintedanib) และ Esbriet (pirfenidone) เนื่องจากเป็นยากำพร้า ยังไม่มียารักษาโรคนี้ และเป็นการรักษาที่ก้าวกระโดดจึงได้รับอนุมัติในช่องทางด่วนในสหรัฐอเมริกา

Ofev (nintedanib) จัดอยู่ในกลุ่ม

tyrosine kinase inhibitor ที่ยับยั้งหลายวิถี โดยมุ่งเป้าไปที่ growth factor ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลเป็นของเนื้อเยื่อปอด ได้แก่ vascular endothelial growth factor receptor (VEGFR), fibroblast growth factor receptor (FGFR) และ platelet-derived growth factor receptor (PDGFR) ประสิทธิภาพและความปลอดภัย ได้จากการศึกษาทางคลินิก 3 โครงการ มีคนไข้ IPF รวม 1,231 ราย ประสิทธิภาพของยารักษาจากปริมาณอากาศที่หายใจออกเต็มที่หลังจากสูดอากาศเต็มปอด พบว่ามีปริมาณลดลง ในผู้ไข้ยา Ofev เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยาหลอก

ยา Ofev ไม่แนะนำให้ใช้ในคนไข้ที่มีตับเสื่อมปานกลางถึงรุนแรง ยา Ofev อาจทำให้ทารกในครรภ์พิการ หรือเสียชีวิตได้ อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ท้องเสีย คลื่นไส้ ปวดท้อง อาเจียน เอนไซม์ตับสูงขึ้น เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ น้ำหนักตัวลด และความดันโลหิตสูง Ofev เป็นผลิตภัณฑ์ของบริษัทเบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์

Esbriet (pirfenidone) เป็นยาใหม่ อีกตัวที่ได้รับอนุมัติให้ใช้รักษาโรค IPF

พร้อมกัน ได้รับการพิจารณาแบบเร่งด่วน และเป็นยา “ก้าวกระโดด” Esbriet ออกฤทธิ์ต่อวิถีการเกิดพังผืดหลายวิถีทาง ประสิทธิภาพของยา Esbriet ได้จากการศึกษาทางคลินิก 3 โครงการในคนไข้ IPF 1,248 ราย โดยวัดการลดลงของความจุปอดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยาหลอก

ยา Esbriet เป็นยารับประทาน ออกฤทธิ์ด้านการเกิดพังผืด ยับยั้งการสร้าง TGF-beta ซึ่งเป็นเคมีตัวกลางที่ควบคุมการทำหน้าที่ของเซลล์และการแปลงสภาพเป็นพังผืด ยานี้ไม่แนะนำให้ใช้ในคนไข้ที่มีโรคตับ ไตพิการระยะสุดท้าย หรือผู้ที่ต้องล้างไต Esbriet ควรรับประทานพร้อมอาหารเพื่อลดการคลื่นไส้และง่วงซึม คนไข้ควรหลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด ควรทาตัวด้วยครีมกันแดดและสวมเสื้อผ้า เพราะ Esbriet ทำให้ผิวไหม้ได้ง่าย

อาการข้างเคียงที่พบบ่อยจากการใช้ยา คือ คลื่นไส้ ผื่นขึ้น ปวดศีรษะ ติดเชื้อทางเดินหายใจ ท้องเสีย อ่อนเพลีย ง่วงซึม อาเจียน เบื่ออาหาร มีกรดไหลย้อน ไช้น้ำหนักลด น้ำหนักลด

ยา Esbriet ได้รับอนุมัติให้จำหน่ายโดยองค์การยาของยุโรปเมื่อปี ค.ศ. 2011 สำหรับรักษาโรค IPF ในผู้ใหญ่ ในปี ค.ศ. 2012 องค์การสุขภาพแคนาดา ก็อนุมัติให้ใช้ยา Esbriet รักษาโรค IPF ที่มีอาการอ่อนถึงรุนแรงปานกลาง ซึ่งได้รับอนุมัติแบบเร่งด่วนภายใน 180 วัน

ยา pirfenidone ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายในชื่อ Pirespa ในญี่ปุ่นเมื่อปี ค.ศ. 2008 และต่อมาในปี ค.ศ. 2012 ก็ได้รับอนุมัติให้จำหน่ายในประเทศเกาหลีใต้ ชื่ออื่น และต่อมาก็ได้รับอนุมัติในอีกหลายประเทศรวมทั้งจีน อินเดีย อาร์เจนตินา และเม็กซิโก



หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ
เภสัชกรรม

เรื่อง โรคเยื่อบุตาอักเสบที่พบบ่อยในร้านยา (Common Conjunctivitis in Community Pharmacy)

รหัส 1-000-CPE-062-1411-05

จำนวน 1 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง

วันที่รับรอง 1 ตุลาคม 2557

วันที่หมดอายุ 30 เมษายน 2558

โดย อ.ภญ.นิตยธิดา ภัทรธีรกุล

ผศ.ภญ.ดร.นิตยาวรรณ กุลณารณ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้อ่านสามารถแยกโรคเยื่อบุตาอักเสบจากสาเหตุต่าง ๆ ได้
2. เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเลือกยาสำหรับโรคเยื่อบุตาอักเสบได้อย่างเหมาะสม



ลักษณะที่เยื่อบุตาเกิดเป็นสีแดงขึ้นมา หรือที่เรียกว่าตาแดงนั้นมักเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์หรือมาที่ร้านยา โดยอาการตาแดงนั้นสามารถเป็นอาการแสดงในโรคของระบบตาได้หลายชนิด เช่น เยื่อบุตาอักเสบ เปลือกตาอักเสบ ต้อหินเฉียบพลัน แผลในกระจกตา ม่านตาอักเสบ เป็นต้น ฉะนั้น จึงจำเป็นต้องพิจารณาได้ว่าอาการตาแดงนั้นควรส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือสามารถรักษาเองได้

เยื่อบุตาอักเสบ (Conjunctivitis)

เยื่อบุตาอักเสบ (Conjunctivitis)¹ เป็นโรคของตาที่พบบ่อย โดยอาจเกิดได้หลายสาเหตุ เช่น ติดเชื้อแบคทีเรีย ติดเชื้อไวรัส หรือภูมิแพ้ การซักประวัติและลักษณะของขี้ตา (discharge) จะช่วยบอกสาเหตุของโรคเพื่อจะได้เลือกการรักษาอย่างถูกต้อง โดยทั่วไปมักมาด้วยอาการตาแดง ระคายเคืองตา กรณีที่เกิดจากติดเชื้อที่แพร่กระจายง่ายมักเป็นทั้ง 2 ข้าง อาจมีคนในครอบครัวหรือคนในครอบครัวมีอาการคล้ายกัน หรือในรายที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส อาจมีไข้หวัดนำมาก่อน การถามถึงลักษณะของ discharge หรือขี้ตาสามารถช่วยแยกสาเหตุของเยื่อบุตาอักเสบได้



เช่น หากขี้ตามีลักษณะสีเหลืองหรือคัล้ายหนอง (purulent discharge) ออกมามากมักเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย หากขี้ตามีลักษณะเป็นเมือก (mucoid) อาจเกิดจากภูมิแพ้ หากเป็นน้ำตา (watery) อาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัส แนวทางการซักประวัติแสดงดังรูปที่ 1 และอาการของเยื่อบุตาอักเสบชนิดต่าง ๆ แสดงดังตาราง 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอาการของเยื่อบุตาอักเสบชนิดต่าง ๆ¹

อาการ	ไวรัส	แบคทีเรีย	ภูมิแพ้
คันตา	น้อย	น้อย	มาก
น้ำตาไหล	มาก	ปานกลาง	ปานกลาง
ขี้ตา	น้อย	มาก	น้อย
ลักษณะขี้ตา	watery	purulent	mucoid

รูปที่ 1 แนวทางการซักประวัติโรคเยื่อบุตาอักเสบ²



เยื่อบุตาอักเสบจากเชื้อไวรัส (Viral conjunctivitis)^{1, 3-4}

เชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดเยื่อบุตาอักเสบมากที่สุดคือ Adenovirus การติดต่อจะเกิดขึ้นได้ง่าย เช่น การไปว่ายน้ำเข้าค่าย หรือการติดต่อกับมือผู้อื่น เป็นต้น ผู้ป่วยมักมีประวัติติดเชื้อที่ทางเดินหายใจส่วนบนมาก่อน หรืออยู่ใกล้กับผู้ที่ป่วยเป็นเยื่อบุตาอักเสบจากเชื้อไวรัส ระยะแรกที่เริ่มติดเชื้อจะมีอาการที่ตาข้างใดข้างหนึ่ง จากนั้นจะเริ่มลามไปยังตาอีกข้าง โดยปกติ Viral conjunctivitis สามารถหายได้เองภายใน 2 สัปดาห์



อาการ

อาการสำคัญคือ ตาแดง บวม อาจเริ่มจากตาข้างเดียวก่อน แล้วต่อมามีเป็น 2 ข้าง หรือเกิดพร้อมกัน ทั้ง 2 ข้าง มีขี้ตาได้บ้าง ไม่มาก ไม่ข้น และไม่เหนียว มีน้ำตาไหลตลอดเวลา รู้สึกไม่สบายตา มักมีอาการหวัด ร่วมด้วย และต่อมน้ำเหลืองหน้าใบหูมักโต คลำได้ และเจ็บ

การรักษา

การรักษาเน้นการป้องกันไม่ให้เชื้อลุกลามไปที่ตาอีกข้าง และการป้องกันไม่ให้เชื้อแพร่กระจายสู่ผู้อื่น โดยหลีกเลี่ยงการใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดตัว การว่ายน้ำในสระว่ายน้ำ (อย่างน้อย 2 สัปดาห์) และล้างมือ บ่อย ๆ

การใช้ยามีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ เนื่องจากส่วนใหญ่มักหายเองใน 2 สัปดาห์ ได้แก่ ให้น้ำตาเทียม (ควรเลือกที่ไม่มีสารกันเสีย) หรือใช้การประคบเย็นเพื่อบรรเทาอาการ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา topical steroid เพราะ อาจส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (แต่อาจพิจารณาใช้ในกรณีมีอาการรุนแรงมาก มีการอักเสบมาก เปลือกตาบวม) ส่วนยาปฏิชีวนะสำหรับหยอดตาพิจารณาในรายที่มีขี้ตาเป็นมูกปนหนอง หรือหากไม่แน่ใจว่าอาจ มีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วย

ระยะเวลาการรักษา

โดยทั่วไปจะหายเองภายใน 10-14 วันหลังจากเริ่มมีอาการ หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นภายใน 7-10 วัน ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้ออื่น ๆ เช่น Herpetic conjunctivitis หรือหากมีอาการปวดตาหรือ ตามัวขึ้นมากก็ควรรีบส่งต่อทันที

เยื่อตาอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial conjunctivitis)⁵

เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคเยื่อตาอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียแบบเฉียบพลัน (acute bacterial conjunctivitis) ได้แก่ *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* ซึ่งเป็นเชื้อแกรมบวก และ *Haemophilus influenzae*, *Moraxella lacutana* ซึ่งเป็นเชื้อแกรมลบ แต่หากเป็นโรคเยื่อตาอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียแบบเรื้อรัง (chronic bacterial conjunctivitis) เชื้อที่เป็นสาเหตุได้แก่ *Staphylococcus* และ *Moraxella* ซึ่งเชื้อ *Moraxella* จะ พบในกลุ่มผู้หญิงที่ชอบใช้เครื่องสำอางร่วมกัน การติดเชื้อบางอย่างอาจรุนแรงถึงขั้นสูญเสียสายตา เช่น *Neisseria gonorrhoeae* หรือ *Streptococcus pyrogenes* และบางอย่างอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต เช่น เชื้อ *Neisseria meningitidis*

อาการ

การเกิดโรคค่อนข้างเร็ว ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการตาแดง ระคายเคืองตา หนังตาบวม อาจเป็นกับตาทั้ง 2 ข้าง มีขี้ตาลักษณะมูกปนหนอง อาจมีหนังตาติดกันตอนตื่นนอน ระยะฟักตัวของโรคมิตั้งแต่ 2-3 ชั่วโมง จนถึง 3-4 วัน

การรักษา

การรักษาโดยทั่วไปสำหรับ acute conjunctivitis จะใช้ broad-spectrum antibiotic ได้แก่ polymyxin, aminoglycoside เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น และป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนไปยังส่วนอื่น ๆ ของดวงตา การเลือกยา antibiotic นั้นต้องครอบคลุมถึงเชื้อ *Staphylococcus* โดยรูปแบบยาที่เป็นขี้ผึ้ง (ointment) จะเหมาะสม



สำหรับเด็ก แต่สำหรับผู้ใหญ่จะแนะนำเป็นชนิดหยอดตา เพื่อไม่ให้รบกวนการมองเห็น

การป้องกันการติดต่อหรือการแพร่เชื้อไปยังผู้ที่อยู่ใกล้ชิด โดยแนะนำให้ผู้ป่วยล้างมือบ่อย ๆ ไม่ขยี้ตา และแยกของใช้ส่วนตัว ไม่อยู่ในที่ชุมชน

ระยะเวลาการรักษา

อาการของ acute bacterial conjunctivitis ควรจะดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ และจะยุติการใช้ยา topical antibiotic เมื่ออาการอักเสบหายไป

เยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้ (Allergic conjunctivitis)^{1, 6}

มักพบในผู้ที่มีประวัติเป็นภูมิแพ้ หรือเกิดจากแพ้ยาหยอดตา หรือแพ้เครื่องสำอางที่ใช้บริเวณใกล้ดวงตา อาการเด่นนอกจากตาแดงคือ คัน ขี้ตาใสเหนียว (mucous discharge) นอกจากนี้อาจพบอาการบวมได้ตา ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการตลอดทั้งปี (perennial allergic conjunctivitis) หรือบางรายมีอาการในบางฤดู (seasonal allergic conjunctivitis)

อาการ

อาการมักเป็นทันทีหลังสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ ได้แก่ คันตา อาการแสดงจะพบเยื่อตาแดงไม่มาก มีน้ำตาหรือขี้ตาลักษณะเป็นเมือก หากผู้ป่วยขยี้ตาจะพบหนังตาบวม เยื่อบตาบวม (chemosis) ได้ ในรายที่เป็นเรื้อรังอาจพบผิวหนังรอบ ๆ ดวงตาลำขึ้น (allergic shiner) หรือมีรอยย่น (Danny's fold) จากการขยี้ตาบ่อย ๆ

การรักษา

เป้าหมายการรักษาของโรคเยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้คือ ชะลออาการหรือหยุดอาการแพ้ โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ ร่วมกับการใช้ยาตามลำดับ ดังนี้

1. ประคบเย็นจะช่วยลดอาการตาแดงและอาการคัน ร่วมกับการใช้น้ำตาเทียมเพื่อล้างสารก่อภูมิแพ้ ออก โดยใช้วันละ 2-4 ครั้งต่อวัน แนะนำให้ใช้ที่ไม่มีสารกันเสีย หากอาการไม่ดีขึ้นแนะนำให้ใช้ยาในข้อ 2

2. ยาหยอดตากลุ่ม antihistamine หรือยาหยอดตากลุ่ม antihistamine/decongestant combination ซึ่งการใช้สูตร combination จะมีประสิทธิภาพกว่ายาเดี่ยว โดย decongestant (เช่น naphazoline) จะหดหลอดเลือด ช่วยลดอาการตาแดง และจะช่วยเสริมฤทธิ์ของ antihistamine แต่การใช้ decongestant ในระยะยาวอาจเกิด



รูปที่ 2 แสดงลักษณะของ allergic shiner⁶



ตารางที่ 2 Broad spectrum topical antibiotic³

Topical ophthalmic	Dose	Comment
Trimethoprim/polymyxin B solution	1 หยอดทุก 3 ชั่วโมง นาน 7-10 วัน	กลุ่มยาทางเลือกแรก ราคาไม่สูงมาก
Polymyxin B with bacitracin ointment	ป้ายตาทุก 3-4 ชั่วโมง นาน 7-10 วัน	
Erythromycin 0.5% ointment	ป้ายตา 6 ครั้งต่อวัน	
Tobramycin 0.3% solution	1-2 หยอดทุก 4-6 ชั่วโมง	ไม่ครอบคลุมเชื้อแกรมบวก และอาจเป็นสาเหตุให้เกิด epithelial toxicity
Gentamicin 0.3% solution	1-2 หยอดทุก 4 ชั่วโมง	
Sulfacetamide 10% solution	1-2 หยอดทุก 2-3 ชั่วโมง นาน 7-10 วัน	มีแนวโน้มการดื้อยาสูง
Ofloxacin 0.3% solution	วันที่ 1 และ 2: 1-2 หยอดทุก 2-4 ชั่วโมง วันที่ 3-7: 1-2 หยอด 4 ครั้งต่อวัน	แนะนำให้ใช้ในรายที่มีการติดเชื้อ ไม่แนะนำเป็นยาทางเลือกแรก เนื่องจากครอบคลุมเชื้อ <i>Streptococcus</i> ได้น้อยและราคาสูง ควรระวังเรื่องเชื้อดื้อยา
Ciprofloxacin 3.5 mg/mL solution	วันที่ 1 และ 2: 1-2 หยอดทุก 2 ชั่วโมง ยกเว้นเวลาหลับ วันที่ 3-7: 1-2 หยอดทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้นเวลาหลับ	
Levofloxacin 0.5% solution	วันที่ 1 และ 2: 1-2 หยอดทุก 2 ชั่วโมง ยกเว้นเวลาหลับ (ใช้ไม่เกิน 8 ครั้งต่อวัน) วันที่ 3-7: 1-2 หยอดทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้น เวลาหลับ (ใช้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อวัน)	
Gatifloxacin 0.3% solution	วันที่ 1 และ 2: 1-2 หยอดทุก 2 ชั่วโมง ยกเว้นเวลาหลับ (ใช้ไม่เกิน 8 ครั้งต่อวัน) วันที่ 3-7: 1 หยอดทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้นเวลาหลับ	
Moxifloxacin 0.5% solution	1 หยอดวันละ 3 ครั้ง นาน 7-10 วัน	



ตารางที่ 3 ยาที่ใช้ในโรคเยื่อตาอักเสบจากภูมิแพ้

ยา	บรรเทาอาการ	หมายเหตุ/อาการข้างเคียง
Antihistamine		
Pheniramine maleate 0.3%	ช่วยลดอาการคันตา ถ้าใช้ร่วมกับสารหดหลอดเลือดจะได้ผลดี	Burning
Pyrilamine maleate		Stinging
Antazoline phosphate 0.5%		
Levocabastine HCL 0.05%		
Emedastine difumarate 0.05%		
Mequitazine 0.05%		
Vasoconstrictors		
Naphazoline 0.012-0.1%	ช่วยลดอาการเยื่อตาบวม	Stinging
Phenylephrine 0.12%		Rebound vasodilation
Oxymetazoline 0.025, 0.25%		Miosis
Tetra hydrozoline 0.05%		Transient pigment floater
Lubricants		
Artificial tears	ช่วยเจือจางสารที่แพ้และล้างตา	
Mast Cell Stabilizers		
Disodium cromoglycate 2-4%	ช่วยยับยั้งการหลั่งสารอักเสบต่าง ๆ	Stinging
Nedocromil 2%		Burning
Lodoxamide 0.1%		Blur vision
Permirolast 0.1%		
Multi-action Drug (มีฤทธิ์เป็น Mast cell stabilizer, antihistamine และ/หรือ Eosinophils degranulation)		
Olopatadine 0.1-0.2%	ช่วยลดอาการคันและอาการอักเสบ	Ketotifen อาจทำให้ตาแดง, ปวดศีรษะ
Ketotifen 0.025-0.05%		
Azelatine 0.05%		
Epinastine 0.05%		
Steroids		
Prednisolone phosphate 0.125-1%	ใช้ในรายที่มีอาการมาก	ผลข้างเคียงมีทั้งที่ตา (ต้อหิน, ต้อกระจก, ติดเชื้อได้ง่าย, หนังตาตก, ม่านตาขยาย) และทาง systemic
Prednisolone acetate 0.12-1%		
Dexamethasone phosphate 0.05-0.1%		
Fluorometholone acetate 0.01-0.25%		
NSAIDs		
Diclofenac 0.1%	เป็นยาทางในรายที่ไม่สามารถใช้ยากลุ่ม steroid ได้	Ketorolac FDA approve สำหรับบรรเทาอาการคัน ผลข้างเคียงคือ แสบคัน และมีการกลับมาของอาการได้
Flurbiprofen 0.03%		
Ketorolac 0.05%		
Suprofen 1%		
Nepafenac 0.1%		



rebound congestion หรือ conjunctivitis medicamentosa ฉะนั้นจึงควรใช้ไม่เกิน 10 วัน หากอาการไม่ดีขึ้นแนะนำให้ใช้ยาในข้อ 3

3. ยาหยอดตากลุ่ม mast cell stabilizer ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ต้าน mast cell ไม่ให้แตกตัว ทำให้ช่วยยับยั้งอาการอักเสบที่จะตามมาได้ ช่วยป้องกัน allergy season โดยยาจะเริ่มออกฤทธิ์หลังใช้ 4-6 สัปดาห์ หากอาการไม่ดีขึ้นแนะนำให้ใช้ยาในข้อ 4

4. ยาหยอดตากลุ่ม NSAID (Ketorolac) ช่วยลดอาการคัน แต่ห้ามใช้ในตาติดเชื้อ และอาจทำให้ความดันในลูกตาเพิ่ม หรืออาจนำไปสู่การเกิดต้อกระจก

ในปัจจุบันมียาที่เป็นทั้ง antihistamine และ mast cell stabilizer รวมทั้งลดอาการอักเสบซึ่งสะดวกต่อผู้ใช้ ได้แก่ ketotifen fumarate, olopatadine HCl, epinastine hydrochloride เป็นต้น ในรายที่อาการรุนแรงอาจพิจารณาใช้ยาหยอดตากลุ่ม corticosteroid โดยควรให้อย่างระมัดระวังและไม่ควรใช้เป็นระยะเวลานานเพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ต้อหิน ต้อกระจก หรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

เอกสารอ้างอิง

1. อภิชาติ สิงคาลวณิช และญาติ เจียมไชยศรี, บรรณานิกร. จักษุวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง จำกัด; 2542.
2. Chisholm-Burns M, Schwinghammer T, Wells B, Malone P, DiPiro J. Pharmacotherapy Principles and Practice, Third Edition: McGraw-Hill Education; 2013.
3. Marie AC, Barbara GW, Terry LS, Patrick MM, Jill MK, John CR, Joseph TD, editors. Pharmacotherapy Principles & Practice. McGraw-Hill Companies; 2007.
4. สมสงวน อัญญคุณ. โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ: ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2013.
5. สาวดี เมื่อนนท์, ภาวิณี สิงห์ประสาทพร, ศรินทรา กอแสงเรือง, ทิพย์สุชน เอี่ยมสะอาด, ดวงใจ ดวงฤทธิ์, วาสนี ลีม่วงค์ และคณะ, บรรณานิกร. ยากับโรคตา หู คอ จมูก. การประชุมวิชาการเภสัชศาสตร์ ครั้งที่ 3; 20-21 มกราคม 2548; มหาวิทยาลัยรังสิต. กรุงเทพฯ: นิวไทยมิตรการพิมพ์ จำกัด; 2548.
6. Olan Suwan-apichon. Ocular Allergy [Internet]. 2008 [cite 2014 Jul 13]. Available from <http://eye1.md.kku.ac.th/board/picture/21/7/32/attach/color%20Allergic%20Conjunctivitis.pdf>.
7. ประภัศสร ผาติกุลศิลา. Ophthalmic Medication Guideline [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 14 กรกฎาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.med.cmu.ac.th/dept/eye/2012/files/pdf/eye_drug.pdf



Quiz

CPEPLUS

1. ข้อใดคืออาการที่ควรส่งต่อแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยมาด้วยอาการตาแดง

- A. ปวดตา/มองเห็นภาพไม่ชัด
- B. ขี้ตาเป็นหนอง
- C. คันตา
- D. ขี้ตาใสเหนียว
- E. มีอาการหวัดร่วมด้วย

2. โรคเยื่อตาอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียแบบเฉียบพลันมักมีสาเหตุมาจากเชื้อใด

- A. *Streptococcus pneumoniae*
- B. *Staphylococcus aureus*
- C. *Haemophilus influenzae*
- D. *Moraxella lacutana*
- E. ถูกทุกข้อ

3. ยาตัวเลือกแรกสำหรับรักษาโรคเยื่อตาอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียคือข้อใด

- A. Trimethoprim/polymyxin B solution
- B. Tobramycin 0.3%
- C. Sulfacetamide 10%
- D. Ofloxacin 0.3%
- E. Lodoxamide 0.1%

4. ต่อไปนี้คือลักษณะอาการของโรคเยื่อตาอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย ยกเว้น

- A. ตาแดง
- B. ลืมตาลำบากในตอนเช้า
- C. ขี้ตาเป็นหนอง
- D. ติดต่อกันได้ยาก
- E. มีอาการคันตาบ้าง

5. ประโยชน์ของน้ำตาเทียมในโรคเยื่อตาอักเสบจากภูมิแพ้คือข้อใด

- A. ช่วยลดอาการคัน
- B. ช่วยลดอาการเยื่อตาบวม
- C. ช่วยเจือจางสารที่แพ้
- D. ลดการอักเสบ
- E. ไม่มีข้อใดถูก

6. ยาใดต่อไปนี้สามารถทำให้เกิด conjunctivitis medicamentosa ได้

- A. Antazoline phosphate 0.5%
- B. Naphazoline 0.012%
- C. Disodium cromoglycate 2%
- D. Ketorolac 0.05%
- E. Prednisolone acetate 0.01%

7. ข้อใดผิดเกี่ยวกับโรคเยื่อตาอักเสบจากเชื้อไวรัส

- A. มีอาการหวัดร่วมด้วย
- B. ขี้ตาใสเหนียว
- C. คันตา
- D. หายได้เอง
- E. ติดต่อง่าย

8. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหยอดตาในกลุ่ม antihistamine คือ

- A. ตาแห้ง
- B. ต้อหิน
- C. ปวดศีรษะ
- D. เยื่อตาบวม
- E. ไม่มีข้อใดถูก

9. ยาหยอดตาในกลุ่ม NSAID ที่ได้รับ FDA approve ให้ใช้ในโรคเยื่อตาอักเสบจากภูมิแพ้ คือ

- A. Diclofenac 0.1%
- B. Flurbiprofen 0.03%
- C. Ketorolac 0.05%
- D. Suprofen 1%
- E. Nepafenac 0.1%

10. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับยากกลุ่ม mast cell stabilizer

- A. ออกฤทธิ์ช้า
- B. ใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม antihistamine ในช่วง 2 สัปดาห์แรก
- C. ใช้ลดอาการคันจาก allergic conjunctivitis
- D. อาการข้างเคียง ได้แก่ แสบ/ระคายเคืองตา
- E. ถูกทุกข้อ



ฉบับประจำเดือนพฤศจิกายน 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.....

(พิมพ์ตามรอยนี้)

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

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

 เรื่อง โรคเยื่อตาอักเสบที่พบบ่อยในร้านยา
(Common Conjunctivitis in Community
Pharmacy)

1 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง

รหัส 1-000-CPE-062-1411-05

(พิมพ์ตามรอยนี้)

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

บริษัท สรรพสาร จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CPE) ภายใน 3 เดือน

71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 Tel. 0-2435-2345 ต่อ 188 FAX 0-2435-2345 ต่อ 181

 ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CPE PLUS

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)

ผู้ที่เคยร่วมตอบคำถามกับแบบทดสอบนี้แล้ว ไม่ต้องส่งซ้ำ



บริษัท

CPERUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝาก

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



กรุณาส่ง

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

กรุณาส่ง

QUIZ CPERUS



กฎหมายยา (ใหม่) ...

เป็นพิษต่อประชาชน เป็นภัยของประเทศชาติ

(ต่อ)

ใบอนุญาตขายยาและช่วยกเว้นขายยา โดยไม่ต้องมีใบอนุญาต

กฎหมายฉบับใหม่ก็คล้ายกฎหมายปี พ.ศ. 2510 คือ **ห้ามมิให้ผู้ใด** ประกอบกิจการผลิตยา ขายยา นำเข้ายา เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต แต่มีข้อยกเว้นที่พิสดารที่ผิดหลักนิติธรรมอย่างแรง กล่าวคือ ยกเว้นให้แก่กระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และสภากาชาดไทย เพื่อใช้ในหน้าที่ป้องกันบำบัดโรค ข้อนี้น่าสมควรยกเว้นให้ เพราะมีระบบกลไกราชการบังคับควบคุมอยู่แล้ว และเป็นภาวะที่เกี่ยวกับการป้องกันบำบัดโรคในภาพรวม แต่มีการยกเว้นการนำยาที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นตำรับยาไว้แล้ว **“มาผสมตามหลักวิชา”** โดยหมอ หมอพื้น หมอแผนไทย สัตวแพทย์ และพยาบาล รวมทั้งผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์สาขาอื่น ใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน มีผู้เชี่ยวชาญตั้งข้อสังเกตไว้ว่าการผสมยาตาม “หลักวิชาการ” นั้นหมายถึง “ผสมตามหลักวิชาการเภสัชกรรม” ที่มีวิชาชีพเภสัชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบดูแลอยู่แล้ว บุคลากรที่ไม่ได้ผ่านการอบรมด้านนี้ไปปฏิบัติงานลักษณะนี้จึงมีอาชญากรรมประการหนึ่งที่สามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้

แม้มีเงื่อนไขว่า “ขาย หรือใช้ สำหรับคนไข้ของตนโดยให้ขายได้เฉพาะตามรายการตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด” และต้องเป็น “ยาที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาหรือยาจำเป็นเฉพาะกรณีที่ได้จดทะเบียนไว้แล้ว” ก็ตาม แต่การยกเว้นให้มีการแบ่งบรรจุยา (ผลิตยานั่นเอง) และขายยาได้โดยไม่ต้องมีใบอนุญาตนี้ถือเป็นความเสี่ยงอย่างยิ่งของผู้บริโภค (ในที่นี้คือคนไข้ของหมอตนเอง) เพราะหากกลับไปดูเงื่อนไขการขอใบอนุญาต (ยา) จะมีเงื่อนไขและความละเอียดอ่อนมาก กว่าที่จะได้ใบอนุญาตมา ดังนั้น หากปล่อยปละละเลยให้บุคลากรทางการแพทย์ใด ๆ ก็ได้เป็นผู้สามารถแบ่งบรรจุยาเชิงผลิตและขายยาโดยขาดการควบคุมอย่างรัดกุม ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นคือ แล้วมาตรฐานตามหลัก GMP ของยาจะยังคงอยู่หรือไม่ เป็นเรื่องน่าห่วงมิใช่หรือ

ว่าด้วยยาที่ต้องห้ามตามกฎหมาย

นอกจากที่กล่าวแล้ว การนำยาที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้แล้วมาผสมตามหลักวิชาการ (นอกสถานที่ผลิตยา) ซึ่งจะต้องได้รับอนุญาตเสียก่อนจึงจะดำเนินการได้

ยังมีความเสี่ยงต่อกฎหมายยาฉบับเดียวกัน กล่าวคือ

กฎหมายฉบับใหม่บัญญัติไว้ว่า ยาดังต่อไปนี้ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต ขาย นำเข้า

(๑) ยาปลอม

(๒) ยาผิดมาตรฐาน

(๓) ยาเสื่อมคุณภาพ

(๔) ยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาตามมาตรา ๕๖

(๕) ยาที่พนักงานเจ้าหน้าที่สั่งเพิกถอนทะเบียนตำรับยาตามมาตรา ๗๐

(๖) ยาที่ไม่ได้จดทะเบียนตามมาตรา ๕๗

(๗) ยาที่รัฐมนตรีประกาศห้ามตามมาตรา ๖(๒)

แต่ยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตาม (๔) หรือยาที่ไม่ได้จดทะเบียนตาม (๖) ไม่ใช่บังคับกับยาที่ผลิต ขาย นำเข้า โดยกระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานอื่นของรัฐฯ และไม่ใช้บังคับกับยาซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (รวมทั้งผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย หรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์) แบ่งบรรจุจากยา หรือผสมตามหลักวิชาในยาที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาหรือจดทะเบียนไว้แล้วเพื่อใช้แก่คนไข้ของตน ยาซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์แบ่งบรรจุจากยาที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับหรือจดทะเบียนไว้แล้ว เพื่อใช้กับสัตว์ที่ตนบำบัดหรือป้องกันโรค หรือยาซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทย แบ่งบรรจุจากยาที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาหรือจดทะเบียนไว้แล้วเพื่อขายสำหรับผู้ซื้อในสถานที่ขายยา

เห็นได้ว่า ยาที่ต้องขึ้นทะเบียนและยาที่ต้องจดทะเบียนตามกฎหมายฉบับใหม่นี้ บรรดาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขทั้งหลายได้รับยกเว้นจากยาต้องห้ามตามกฎหมายได้ด้วย จึงเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงมากในความปลอดภัยของประชาชนผู้บริโภคภายใต้ระบบสาธารณสุขเรื่องยาของกฎหมายฉบับใหม่นี้ โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องของยาผิดมาตรฐาน ซึ่งเป็นข้อต้องห้ามในกฎหมายอย่างชัดเจน และมีบทลงโทษด้วย

ว่าด้วยเรื่องยาปลอม

กฎหมายฉบับใหม่นี้บัญญัติไว้ว่า ยาดังต่อไปนี้เป็นยาปลอม

(๑) ยาหรือวัตถุที่ทำเทียมทั้งหมด หรือแต่บางส่วนเพื่อแสดงว่าเป็นยาแท้

(๒) ยาที่แสดงชื่อ หรือแสดงวัน เดือน ปี ที่สิ้นอายุ ซึ่งไม่ใช่ความจริง

(๓) ยาที่แสดงชื่อ เครื่องหมายของผู้ผลิต หรือที่ตั้งสถานที่ผลิตยา ซึ่งไม่ใช่ความจริง หรือแสดงข้อความที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับยาไม่ว่าจะกระทำโดยใช้หรืออ้างถึงรายงานทางวิชาการ สถิติ หรือสิ่งอื่นใดหรือไม่ก็ตาม

(๔) ยาที่แสดงว่าเป็นยาตามตำรับที่ขึ้นทะเบียนไว้ หรือจดทะเบียนไว้ซึ่งไม่ใช่ความจริง

(๕) ยาที่ผลิตขึ้นไม่ถูกต้องตามมาตรฐานถึงขนาดที่มีปริมาณหรือความแรงของสารออกฤทธิ์ขาดหรือเกินกว่าร้อยละยี่สิบจากเกณฑ์ต่ำสุด หรือสูงสุดที่กำหนดไว้ในตำรับยาที่ขึ้นทะเบียนหรือตามที่ระบุไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศในกรณีที่เป็นยาที่ไม่ต้องขึ้นทะเบียนตำรับยา



การนำยาที่ถูกต้องตามกฎหมายโดยได้ขึ้นทะเบียนตัวรับยาไว้แล้วมาผสมตามหลักวิชา โดยบุคลากรที่มีได้ผ่านการอบรมด้านเภสัชกรรมมาก่อนย่อมมีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการผลิตหรือขาย “ยาปลอม” ที่นิยามไว้ตามกฎหมายยา เพราะหากนำเอายามาตรฐานตามตัวรับยาไว้แล้วมาเล่นแร่แปรธาตุ ผสมตามหลักวิชาของปัจเจกบุคคลที่ไม่ผ่านการอบรมด้านเภสัชกรรม ถือว่าเป็นบ่อเกิดของ “ยาปลอม” ซึ่งอาจนำไปสู่สูตรยาตัวรับลับหรือสูตร “ยาผีบอก” รายละเอียดต้องย้อนดูบทบัญญัติว่าด้วยยาปลอมอีกครั้งจะเห็นประจักษ์ชัดยิ่งขึ้น

ความรับผิดทางแพ่ง (Product Liability)

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แม้กฎหมายยาใหม่จะมีข้อนำห่วงวามมากมายในด้านความปลอดภัยของผู้บริโภคก็ตาม แต่ก็ได้เปิดช่องไว้ให้ผู้บริโภคสามารถเรียกร้องความเสียหายได้ ถ้าหากความเสียหายนั้นเกิดจากการกระทำของผู้ประกอบกิจการเกี่ยวกับยาและผู้ประกอบวิชาชีพ นั่นคือหมวดที่ว่าด้วย ความรับผิดทางแพ่งซึ่งมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องคือ

- บทบัญญัติในหมวดนี้ไม่เป็นการลบล้าง หรือจำกัดความรับผิดทางแพ่งที่บุคคลมีอยู่ตามบทบัญญัติของกฎหมายอื่น

- ผู้รับอนุญาตผลิตยา ขายยา นำเข้ายา เจ้าของผลิตภัณฑ์ ต้องร่วมกันรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในผลของความเสียหายอันเกิดจากยานั้น เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่าความเสียหายนั้นเกิดแต่เหตุสุดวิสัย หรือตนไม่มีส่วนร่วมในการก่อให้เกิดความเสียหายนั้น หรือเกิดเพราะความผิดของผู้เสียหายเอง

- ฉะนั้นฉนั้น ความรับผิดทางแพ่งนี้จะต้องมีข้อบัญญัติชัดเจนให้ใช้บังคับแก่ผู้ผลิตยา ขายยา นำเข้ายาที่ได้รับการยกเว้นตามกฎหมายยานี้ด้วย กล่าวคือ ใช้บังคับทั้งกระทรวง ทบวง กรม และสภากาชาด ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขทุกสาขาที่ได้รับยกเว้น ทั้งหมดหมอ พยาบาล เภสัชกร สัตวแพทย์ และผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น ๆ ด้วย

หากจะมีวิชาชีพใด รวมทั้งวิชาชีพเภสัชกรรมด้วย อาจหาญที่จะพยายามทำให้วิชาชีพตนอยู่เหนือกฎหมาย เพื่อก่อให้เกิดสิทธิในการจ่ายยา การผลิตยา การแบ่งบรรจุยาให้แก่ผู้ป่วยของตนเอง โดยให้การประกอบวิชาชีพมิใช่เป็นการให้บริการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค และให้วิชาชีพของตนได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย เมื่อได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม รวมทั้งให้การประกอบวิชาชีพซึ่งได้ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความผิดทั้งปวง

หากเป็นดังเช่นนี้แล้วไซ้ คงต้องย้อนกลับไปดูพระราชบัญญัติทั้งหลายที่ยกเป็นตัวอย่างตามที่กล่าวมาข้างต้นนี้ทั้งหมดว่าสมควรที่จะให้วิชาชีพของตนเองอยู่เหนือความปลอดภัยของผู้บริโภคหรือไม่ และหากจะว่ากันตามปรัชญาของกฎหมายและเศรษฐศาสตร์แล้ว ทุกวิชาชีพมีวัตถุประสงค์ที่ตราขึ้นมาเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค หากมีการปฏิบัติวิชาชีพด้วยความบริสุทธิ์ใจ โดยมีผู้บริโภคเป็นศูนย์กลางแล้ว การสร้างเกราะให้วิชาชีพของตนอยู่เหนือกฎหมายก็น่าจะไม่ใช่อะไรจำเป็นใด ๆ เลย

อันตรายซ่อนเร้นที่ทำให้ “ยา” ไร้คุณภาพ

นอกจากดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในกฎหมายยาใหม่นี้ยังมีหมวดที่ว่าด้วย “ยาสำหรับสัตว์” ที่บัญญัติไว้ว่าผู้ประกอบการจะต้องได้รับอนุญาตทั้งการผลิต การขาย และการนำเข้าเสียก่อน แต่แล้วก็มีการยกเว้นให้มีการผลิตอาหารสัตว์ผสมยาในฟาร์มสำหรับสัตว์ของตน (อาจเป็นเกษตรกรเลี้ยงสัตว์หรือนายทุนใหญ่ฟาร์มสัตว์ก็ได้) ยกเว้นให้นำยาสัตว์ที่ขึ้นทะเบียนยาสัตว์ไว้แล้วมาผสมตามหลักวิชาการของสัตวแพทย์ แบ่งบรรจุและขายยาสัตว์สำหรับสัตว์ที่ขึ้นทะเบียนไว้แล้วสำหรับสัตว์ที่ตนเองรักษาอยู่ ซึ่ง “ยาสัตว์” นี้ ซึ่งผู้ดำเนินการซึ่งเป็นผู้ดูแลและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติกรกับยาสัตว์ ยกเว้นให้สัตวแพทย์ขึ้นหนึ่ง หรือบางกรณีจะเป็นผู้ประกอบวิทยาศาสตร์บัณฑิตซึ่งผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการยาสัตว์ประกาศกำหนดก็ได้ จะเห็นได้ว่าการควบคุมกำกับดูแลยาสัตว์มีความเสี่ยงมากที่ให้เกิดผลกระทบที่ไม่มีความรู้ด้านวิชาการ (ด้านเภสัชกรรม) มามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับการผลิต การขาย การนำเข้าสำหรับสัตว์ และเมื่อยาสัตว์ที่สัตว์ในสถานที่เลี้ยงสัตว์ได้รับนั้น สุดท้ายก็ประชาชนผู้บริโภคสัตว์นั้นจะเป็นผู้ได้รับยานั้น อันเป็นสาเหตุของสารตกค้าง การดื้อยาที่เป็นปัญหาอย่างที่เห็นในปัจจุบัน

ที่น่าจะเป็นปัญหาอีกประเด็นหนึ่งในด้านคุณภาพของ “ยา” ก็คือในหมวดของ “เภสัชเคมีภัณฑ์ เภสัชชีววัตถุ” ซึ่งบัญญัติไว้ว่า ผู้ประกอบการจะต้องได้รับใบอนุญาตก่อนจึงจะสามารถผลิต ขาย หรือนำเข้าได้ แต่ก็มีการยกเว้นให้ผู้ดำเนินการและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นสัตวแพทย์ขึ้นหนึ่ง หรือผู้ได้รับปริญญาทางวิทยาศาสตร์ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดก็ได้ ทั้ง ๆ ที่เภสัชเคมีภัณฑ์คือ “สาร” ตั้งต้นที่สำคัญในตัวรับยา และเป็นสารเริ่มต้นในการผลิตยา ยาดีมีมาตรฐานย่อมมาจากเภสัชเคมีภัณฑ์ที่ดีที่มีมาตรฐานดีด้วย เหตุใดจึงปล่อยให้บุคลากรที่ไม่ได้เชี่ยวชาญทางด้านเภสัชศาสตร์มาดูแลรับผิดชอบ ผิดกับหลักสากลที่ว่า “จุดเริ่มต้นที่ดีย่อมมีชัยไปกว่าครึ่ง” หากปล่อยให้ปัญหาดังแต่จุดเริ่มต้นเสียแล้ว จะได้อาติตามมาตรฐาน GMP และ PICs ได้อย่างไร นี่คือนจุดที่ต้องแก้ไขอย่างมากในกฎหมายยาใหม่นี้

ดนตรีเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์

ความรู้ที่มีอยู่ในโลกนี้เราอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ ความรู้ที่เป็นศาสตร์และความรู้ที่เป็นศิลป์ ความรู้ที่เป็นศาสตร์ หมายถึง ความรู้ที่มีพื้นฐานมาจากความเป็นจริงสามารถพิสูจน์ให้เห็นจริงได้ และเป็นจริงเสมอ ทั้งยังเป็นความรู้ที่ถาวรตลอดไป เช่น พระอาทิตย์ขึ้นทางทิศตะวันออกและตกทางทิศตะวันตกเสมอ วัตถุนั้นเดียวกันมีมวลไม่เท่ากันย่อมมีน้ำหนักไม่เท่ากัน น้ำจะมีสถานะเปลี่ยนไปเมื่ออยู่ในอุณหภูมิต่างกัน

เป็นต้น ความรู้ที่เป็นศิลป์ หมายถึง ความรู้ที่มีพื้นฐานมาจากการสมมุติ และเป็นที่ยอมรับกันในกลุ่มหรือสังคมหนึ่ง ๆ จะพิสูจน์ได้หรือไม่ได้ ไม่ใช่สาระสำคัญของความรู้ประเภทนี้จะเป็นความรู้ที่ยั่งยืนมากน้อยเท่าใดขึ้นอยู่กับกรยอมรับของสังคมและชุมชนนั้น ๆ เช่น ความเชื่อเรื่องวิญญาณ สีดวงคือพระอาทิตย์ วัตถุที่ไว้ตัดอาหารเรียกว่าช้อน คนตายย่อมไปอยู่อีกโลกหนึ่งเรียกว่าปรโลก การจินตนาการเมื่อได้ดูภาพที่ประทับใจ หรือเกิดความซาบซึ้ง สะเทือนใจเมื่อได้รับฟังบทเพลงหรือบทกวี เป็นต้น

ศาสตร์ทางด้านวิทยาศาสตร์เป็นความรู้ที่ว่าด้วยสิ่งที่สามารถเห็น ได้ยิน หรือสัมผัสได้ ที่สำคัญคือต้องสามารถพิสูจน์ได้ แต่ประสาทสัมผัสของมนุษย์เมื่อเทียบกับความเป็นธรรมชาติแล้ว ประชาชนมนุษย์มีข้อจำกัดมาก ในธรรมชาติมีสิ่งต่าง ๆ ที่มนุษย์เรามองไม่เห็นมากกว่าที่สามารถมองเห็นได้ สายตามนุษย์มีขีดจำกัดมากซึ่งหากเพียงเปรียบเทียบกับสายตาของเหยี่ยวหรือสายตาของนกเค้าแมว ก็เห็นชัดได้ว่าเป็นเช่นนั้นจริง ประสาทสัมผัสของมนุษย์เรายังรู้สึกลำบาก แสบไม่ได้ ความจริงบางอย่างในธรรมชาติ วิทยาศาสตร์ก็ยังไม่อาจพิสูจน์ได้ ความจริงในธรรมชาติมากมายที่ไม่อาจบันทึกให้เป็นการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) ได้

ส่วนความรู้ในด้านของศิลป์เป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปรัชญา วัฒนธรรม การดำรงคงอยู่ของมนุษยชาติ จึงทำให้ผ่านพ้นมนุษย์สามารถอยู่รอดตลอดมาได้ มนุษย์มีศิลปะในการดำรงชีพก่อนจะเกิดศาสตร์ด้านวิทยาศาสตร์เสียอีก จึงอาจอนุมานได้ว่า การใช้ศิลปะนำวิทยาศาสตร์นำจะมีความสำคัญมากกว่าความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ ที่กล่าวนี้อาจเห็นได้จากสมัยก่อนที่จะมีการใช้ยาแผนปัจจุบัน มนุษย์สามารถดูแลรักษาสุขภาพได้ตลอดมา ครั้นวิทยาศาสตร์การแพทย์เจริญก้าวหน้าขึ้น มียาแผนปัจจุบันใช้มากขึ้นตามลำดับ มนุษย์กลับมีสุขภาพ (Sub-health) ที่แย่ลง โรงพยาบาลที่แออัดหนาแน่น ด้วยคนไข้ที่น่าจะเป็นตัวอย่างที่ดีว่าการแพทย์แผนใหม่มีได้ลดการเจ็บป่วยลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเนื่องมาจากโลกในปัจจุบันให้ความสำคัญแก่ “กรมการแพทย์” มากยิ่งกว่า

“กรมอนามัย” กรมการแพทย์เน้นการรักษาด้วยวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์เพื่อขจัดโรคภัยต่าง ๆ ในขณะที่กรมอนามัยเน้นที่การดูแลสุขภาพก่อนป่วยยิ่งกว่าการรักษาโรค ทั้งกรมการแพทย์และกรมอนามัยมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพและสาธารณสุขไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน ผิดกันตรงที่การใช้ “ศิลปะ” ในการบริหารจัดการสุขภาพ ที่ว่า การแพทย์มุ่งที่การรักษาเมื่อป่วยแล้ว การอนามัยเป็นการดูแลป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย สิ่งที่มีประสิทธิผลเหมือนกันคือเรื่องมีสุขภาพดี แต่กระบวนการในการเข้าถึงเป้าหมายต่างกันอย่างมาก

การกำหนดมาตรฐานและจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพน่าจะเป็นศาสตร์ที่วางแนวทางการปฏิบัติหน้าที่ที่ประสาธน์สัมผัสของมนุษย์สามารถเห็นประจักษ์ได้ แต่วิชาการด้านวิทยาศาสตร์เพียงประการเดียวนั้นมิได้หมายถึงการมี “ศิลปะ” ที่จะสามารถทำการรักษาคนไข้ให้หายป่วยได้ทั้งร้อยละร้อย การยึดมั่นในการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมแห่งวิชาชีพอย่างเคร่งครัดทุกขั้นตอน (เพื่อมาตรฐานจริง ๆ หรือเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกฟ้องร้องตามกฎหมายก็ตาม) ไม่น่าจะเป็นคำตอบสุดท้ายของการประกอบวิชาชีพ การใช้ศิลปะในการประกอบวิชาชีพกับคนไข้แต่ละราย แต่ละกรณี ด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจ น่าจะเป็นคำตอบที่ถูกต้องมากกว่า ซึ่งก็คือ การปฏิบัติที่ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะของผู้บริหารหรือผู้ประกอบการวิชาชีพแต่ละคนที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งเป็นการประยุกต์เอาความรู้ หลักการ และทฤษฎีไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ก็ถือว่าการบริหารงานประกอบวิชาชีพที่เป็นไปในลักษณะของศิลป์ (Arts)

กฎหมายยาฉบับเป็นพิษต่อประชาชน เป็นภัยต่อประเทศชาติ !!!

กล่าวโดยสรุป การร่างพระราชบัญญัติยาฉบับ พ.ศ. (ใหม่) นี้อาจเป็นข้อดีที่วิชาชีพด้านสาธารณสุขทั้งหลายสามารถผลิตยา แบ่งบรรจุยาได้สำหรับคนไข้ของตน ทำให้คนไข้เข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น อีกทั้งยังมีการอนุโลมให้บุคลากรที่ไม่ได้เชี่ยวชาญด้านหลักวิชาการด้านเภสัชศาสตร์อย่างแท้จริงมาดำเนินการและปฏิบัติการเกี่ยวกับ “ยา” ได้ แต่เพียงเท่านี้ไม่จะเป็นเหตุผลเพียงพอที่จะไปหักล้างความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของคนไข้ (ผู้บริโภค) ในด้านยา เพราะยานั้นมีคุณอนันต์ แต่มีโทษมหันต์ในตัวอยู่แล้ว ยิ่งเข้าถึงยาได้ง่ายเท่าไรก็ยิ่งเสี่ยงต่อพิษของยาเท่านั้น และหากจะทอดสายตาไกลออกไปถึงการเปิดเวทีภูมิภาคของ AEC ที่มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานและวิชาชีพได้อย่างเสรีแล้ว จะทำให้ประเทศไทยเสียเปรียบอย่างยิ่งที่หมอ พยาบาล สัตวแพทย์ต่างล้วนสามารถทำการขายยา ผสมยาเองได้ในสถานพยาบาลของตน

ประเทศไทยซึ่งได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่บริโภคยามากเป็นลำดับต้น ๆ ของโลก อาจได้ครองอันดับแชมป์ไปตลอดไป โดยที่สุขภาพของคนไทยมิได้ดีขึ้นเลย มีแต่จะแย่ลงด้วยพิษของยา ผู้เขียนขอย้ำชัดเลยว่า หากมีการบังคับใช้กฎหมายยาฉบับนี้แล้ว จะเป็นพิษต่อผู้บริโภคและเป็นภัยต่อประเทศชาติ

ยุคของ **คืนความสุขให้ประชาชน** โฉมนี้จึงยังมีการสร้างทุกชิ้นในเรื่องของยาให้แก่ประชาชนและประเทศชาติด้วยแล้ว



เอกสารอ้างอิง

- วิเคราะห์ร่าง พ.ร.บ.ยา พ.ศ..... ฉบับสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (สกก.) : ปัญหาต่อระบบยาและผู้บริโภค โดย ผศ.ภญ.ดร.วรรณ ศรีวิริยานุภาพ. (เอกสารนำเสนอเพื่อประกอบการประชุมวิชาการ วคบท./คคส. ในวันที่ 8 กันยายน พ.ศ. 2557) ณ โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ

- DrugAct_draft_261249.pdf. Adobe Reader.

ยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใหม่

ชื่อ Vitekta

บริษัท Gilead Sciences, Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ elvitegravir

คุณสมบัติทั่วไป ยาต้านไวรัส HIV-1

กลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งเอนไซม์ integrase

ข้อบ่งใช้ รักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวี-1 โดยให้ใช้ร่วมกับยาต้านเอนไซม์ protease และยาต้านเอดส์ชนิดอื่น เช่น ritonavir

ผลข้างเคียง ท้องเสีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ

รูปแบบและขนาดยา ยาเม็ดรับประทานขนาด 85 มก. และ 150 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง พร้อมอาหาร

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2557

ชื่อ Esbriet Capsules

บริษัท InterMune, Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ pirfenidone

กลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งการสร้างเอนไซม์ TGF-beta และยับยั้งกระบวนการสร้างแผลพังผืดในปอด

ข้อบ่งใช้ รักษาโรค idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) คือโรคที่เกิดพังผืดในปอดโดยไม่ทราบสาเหตุ

ข้อควรระวัง ไม่แนะนำให้รับประทานในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของไต และผู้ป่วยใช้ยานี้ควรหลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด เนื่องจากจะทำให้ผิวหนังแพ้แสงง่าย

ผลข้างเคียง คลื่นไส้ ผิวหนังเป็นผื่นแดง ปวดท้อง ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ท้องเสีย ปวดศีรษะ วิงเวียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ

รูปแบบและขนาดยา ยาแคปซูลรับประทานพร้อมอาหาร วันละ 3 เวลา ครั้งละ 1 แคปซูลในสัปดาห์แรก และเพิ่มสัปดาห์ละ 1 เม็ด ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3

ข้อมูลอื่น ผู้ป่วย IPF จะมีอาการไอ หายใจไม่เต็มที ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต โดยทั่วไปการรักษาต้องให้ออกซิเจนเพิ่ม ฝึกสมรรถภาพปอด และปลูกถ่ายเนื้อเยื่อปอด

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2557

ชื่อ Ofev

บริษัท Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ nintedanib

กลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งเอนไซม์ tyrosine kinase (TKI) และยับยั้งกระบวนการสร้างเนื้อเยื่อพังผืดที่ปอด

ข้อบ่งใช้ รักษาโรค idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) หรือโรคที่เกิดพังผืดในปอดโดยไม่ทราบสาเหตุ

ข้อควรระวัง ไม่แนะนำให้ใช้ยา Ofev ในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคตับ และสตรีมีครรภ์ซึ่งอาจทำให้ทารกผิดปกติได้

ผลข้างเคียง ท้องเสีย คลื่นไส้ ปวดท้อง อาเจียน ค่าเอนไซม์ตับสูงขึ้น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูงขึ้น

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2557

ชื่อ Harvoni Tablets

บริษัท Gilead Sciences, Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ ledipasvir และ sofosbuvir

คุณสมบัติทั่วไป ยาต้านไวรัสตับอักเสบบี

กลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งเอนไซม์ NS5A และเอนไซม์ nucleotide analog polymerase ซึ่งทั้ง 2 ชนิดเป็นเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการแบ่งตัวของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ข้อบ่งใช้ รักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง และเป็นเชื้อชนิด genotype 1

ผลข้างเคียง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย

ข้อมูลอื่น จากการติดตามผลการรักษาขั้นคลินิกพบว่าในสัปดาห์ที่ 12 หลังจากได้รับยาไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกระแสเลือดผู้ป่วยอีก

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2557

ชื่อ Akynzeo

บริษัท Helsinn Group and Eisai Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ netupitant และ palonosetron

คุณสมบัติทั่วไป ยาต้านอาเจียน

กลไกการออกฤทธิ์ netupitant ออกฤทธิ์ต้าน NK1 receptor และ palonosetron ต้านที่ 5-HT₃ receptor ซึ่งทั้ง 2 ชนิดเป็นตัวรับที่เกี่ยวข้องกับการอาเจียน

ข้อบ่งใช้ ป้องกันการอาเจียนอันเนื่องจากการได้รับเคมีบำบัด

ผลข้างเคียง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย อาเจียนไม่ย่อย ท้องผูก

รูปแบบและขนาดยา ยาเม็ดรับประทาน เป็นยาผสมของตัวยา 2 ชนิด รับประทานวันละ 1 ครั้ง

ข้อมูลอื่น ยา palonosetron ออกฤทธิ์ต้านอาเจียนในระยะเฉียบพลันภายใน 24 ชั่วโมง ส่วน netupitant ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในระยะแรกและระยะยาว 25-120 ชั่วโมงหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2557

ชื่อ Xigduo XR

บริษัท AstraZeneca

ตัวยาออกฤทธิ์ dapagliflozin และ metformin hydrochloride

คุณสมบัติทั่วไป ยารักษาเบาหวาน

กลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งการดูดกลับกลูโคสที่ตับโดยยับยั้งเอนไซม์ sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2) และขับออกทางไต

ข้อบ่งใช้ รักษาเบาหวานชนิดที่ 2 โดยร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย

ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคไตระยะปานกลางถึงรุนแรง มีภาวะเลือดเป็นกรด

ผลข้างเคียง ติดเชื้อราและยีสต์ที่อวัยวะเพศ และทางเดินปัสสาวะ คันจมูก น้ำมูกไหล เจ็บคอ ท้องเสีย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

รูปแบบและขนาดยา ยาเม็ดชนิดเคลือบมีตัวยา dapagliflozin/metformin ในสัดส่วน 5 มก./500 มก., 5 มก./1,000 มก., 10 มก./500 มก. และ 10 มก./1,000 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้งในเวลาเช้าพร้อมอาหาร

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2557

ร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ ทางออกที่รอการแก้ไข

กำลังเป็นประเด็นที่น่าจับตามองอยู่ขณะนี้ สำหรับร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ฉบับสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา หรือที่ทุกคนคุ้นเคยเรียกติดปากกันว่า ร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ที่กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอเพื่อยกเลิกและทดแทนพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ด้วยเหตุผลที่ว่าเพื่อให้เกิดความทันสมัย สอดรับกับระบบสากล และเอื้ออำนวยต่อการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม รวมทั้งเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาด้านเทคโนโลยี การขยายตัวทางการค้าและอุตสาหกรรมเกี่ยวกับยา แต่เมื่อภายหลังจากที่พระราชบัญญัติยาดังกล่าวได้ถูกเผยแพร่เป็นครั้งแรกในที่ประชุมเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ ซึ่งในการประชุมเฉพาะครั้งนั้นผู้เข้าร่วมประชุมจำนวนมากต่างเห็นพ้องตรงกันถึงข้อบกพร่องของร่างกฎหมายที่จะสร้างความเสียหายต่อระบบยาของประเทศไทย ส่งผลต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชน และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาเพื่อการแข่งขันในภูมิภาคอาเซียน จึงเสนอแก้ไขร่างกฎหมายแต่ไม่ได้รับการตอบสนองใด ๆ จนในที่สุดประเด็นดังกล่าวก็ได้ก่อเกิดกลายเป็นกระแสคัดค้านจากเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม ประกอบด้วยสภาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ 18 สถาบัน



ศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย กลุ่มเภสัชกรภาคใต้ สหพันธ์นิสิตนักศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย และเภสัชกรจากหลายภาคส่วนและ 19 เครือข่ายวิชาชีพ รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขสายวิชาชีพต่าง ๆ ที่ร่วมกันออกมาเรียกร้องให้มีการทบทวนแก้ไขก่อนที่จะเสนอต่อที่ประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เพื่อบังคับใช้เป็นกฎหมายต่อไป เนื่องจากเกรงว่าจะส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชนอย่างกว้างขวาง

สำหรับประเด็นที่กลุ่มเภสัชกรทั่วประเทศนำโดย **ภก.รศ.(พิเศษ) กิตติ พิทักษ์นิตินันท์** นายกสภาเภสัชกรรม ได้เสนอข้อเรียกร้องของสภาเภสัชกรรมให้แก่ร่างพระราชบัญญัติยา ฉบับ พ.ศ. ใน 6 ประเด็น ประกอบด้วย 1. ขอให้นิยามประเภทของยาให้ชัดเจน 2. การจ่ายยาต้องดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และผู้ประกอบวิชาชีพด้านเภสัชกรรมแผนไทย ส่วนวิชาชีพอื่น ๆ หากจำเป็นต้องจ่ายยาขอให้ไปเขียนไว้ในหมวดยกเว้นมาตรา 24 แทน 3. กรณีการผสมยาถือเป็นการผลิตยาใหม่ต้องมีการควบคุมเข้มข้น โดยจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ การผสมยาเพื่อผู้ป่วยให้วิชาชีพอื่น เช่น แพทย์

สามารถทำได้ในระหว่างการทำหัตถการให้ผู้ป่วย และกรณีเร่งด่วน แต่ไม่ควรอนุญาตให้วิชาชีพอื่น ๆ ผสมยาเพื่อเตรียมจ่ายให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่ใช่กรณีเร่งด่วน และอีกกรณีคือ การผลิตยาในระบบอุตสาหกรรมนั้นในส่วนของเจ้าของกิจการจะเป็นใครก็ได้ แต่ผู้ควบคุมการผลิตต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ทางด้านยาอย่างแท้จริง ซึ่งพระราชบัญญัติยาเดิมก็ระบุเอาไว้ชัดเจนว่าเป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรควบคุม 4. ขอให้ตัดข้อความในมาตรา 24 พระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ ซึ่งเขียนไว้ไม่ชัดเจน ทำให้ตีความได้ว่าวิชาชีพอื่นใดก็สามารถเปิดร้านขายยาได้โดยไม่ต้องขออนุญาต และให้เพิ่มข้อความว่าการเปิดร้านขายยาจะต้องมีการขออนุญาตและตรวจสอบอย่างเข้มงวด 5. ขอให้คงข้อความเรื่องการห้ามโฆษณาอันตรายตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เอาไว้เช่นเดิม เพราะถือเป็นยาควบคุมพิเศษห้ามโฆษณา ส่วนยาสามารถโฆษณาได้นั้นตามพระราชบัญญัติยาเดิมอนุญาตเฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น ในขณะที่พระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ไม่ได้กำหนดตรงนี้เอาไว้ จึงเกรงว่าจะเกิดอันตรายกับประชาชน เพราะพระราชบัญญัติยาใหม่เขียนแค่ว่า การโฆษณาต้องขออนุญาต อาจจะตีความได้ว่ายาอันตรายก็สามารถโฆษณาได้ และ 6. ขอให้เพิ่มเติมข้อห้ามการขายยาชุด ยาแบ่งขาย ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายกับผู้บริโภคมาก เพราะนอกจากยาแต่ละประเภทมีลักษณะการเก็บรักษาที่แตกต่างกันแล้ว ขณะนี้ยาชุดถือว่าเป็นปัญหาของประเทศไทยมากเพราะพบการผสมสเตียรอยด์เข้าไปด้วย

อย่างไรก็ตาม ไม่เพียงแต่เฉพาะที่กระทรวง



สาธารณสุขเท่านั้นที่มีการเคลื่อนไหวเสนอข้อเรียกร้องให้มีการแก้ไขร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ ที่เครือข่ายเภสัชศาสตร์ภาคอีสาน นำทีมโดย รศ.ดร.ภก.ไพบูลย์ ดาวสดใส คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พร้อมด้วยนักวิชาการจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา สมาคมศิษย์เก่าคณะเภสัชศาสตร์ สโมสรนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สมาคมผู้บริโภคจังหวัดขอนแก่น เครือข่ายคนรักหลักประกันสุขภาพ และเครือข่ายภาคประชาชน จังหวัดขอนแก่น เปิดเผยในแถลงการณ์ร่วม โดยให้ความเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ที่คาดว่าจะใช้แทนพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ว่าร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ไม่ให้ความสำคัญต่อหลักความปลอดภัยในการบริโภคยา พร้อมทั้งมีข้อเสนอเพื่อแก้ไขประเด็นสำคัญในร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ใน 4 ประเด็น ได้แก่

1. การแบ่งประเภทยาในร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ไม่เป็นสากล คือแบ่งเป็น 1.1) ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา 1.2) ยาที่จ่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพ 1.3) ยาสามัญประจำบ้าน **ปัญหา** คือ ประเภทกลุ่ม 2 ที่จ่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพนั้น กำหนดให้มีรายการยาสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละวิชาชีพสามารถสั่งใช้ (Prescribing) และจ่ายยา (Dispensing) เบ็ดเสร็จโดยวิชาชีพเดียว ทำให้ไม่มีกลไกการตรวจสอบกลั่นกรองระหว่างวิชาชีพที่เป็นอิสระต่อกัน ซึ่งเป็นหลักปฏิบัติที่เป็นสากลให้แน่ใจว่ายาที่ส่งมอบถึงประชาชนมีความปลอดภัยต่อการใช้จากการกลั่นกรองโดยวิชาชีพทางสุขภาพอย่างน้อย 2 วิชาชีพ **ข้อเสนอ:** ประเภทยาที่ต้องจ่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพ ควรแก้ไขเป็น ยาที่จ่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม





2. การเตรียมยาและ/หรือผลิตยาในร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ไม่เป็นไปตามหลักการเตรียมและ/หรือผลิตเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีมาตรฐาน เพราะเปิดช่องให้ผู้ประกอบวิชาชีพอย่างน้อย 10 สาขา สามารถนำยาแผนปัจจุบัน ยาแผนไทย และยาแผนทางเลือก ที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้แล้วมาผสม **ปัญหา** คือ การเตรียมยาและ/หรือผลิตยาต้องการผู้เชี่ยวชาญ และมาตรฐานด้านสถานที่ อุปกรณ์ และกระบวนการ โดยผู้เชี่ยวชาญต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่มีองค์ความรู้และทักษะที่เกิดจากการเรียนการสอนในหลักสูตรที่มีความเฉพาะด้านเภสัชศาสตร์ เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ปลอดภัยต่อการบริโภค **ข้อเสนอ:** การเตรียมยาและ/หรือผลิตยาต้องดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะด้านเภสัชศาสตร์ ไม่ควรมีการยกเว้นผู้ประกอบวิชาชีพหลายสาขาโดยไม่ต้องขออนุญาต ผลิต ขายนำเข้ายา เนื่องจากการดำเนินการผลิตหรือการเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย

3. ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ไม่คำนึงถึงอันตรายจากการใช้ยาชุด โดยกำหนดห้ามผู้รับอนุญาตขายปลีกยา ผู้ดำเนินการหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำสถานที่ขายปลีกยา ขายยาชุด

ปัญหา คือ ผู้อื่นที่ไม่ได้รับอนุญาตในร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. สามารถขายยาชุดได้ **ข้อเสนอ:** ควรห้ามการขายยาชุดทั้งหมด ไม่เฉพาะผู้ได้รับอนุญาตขายปลีกยา ผู้ดำเนินการหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำสถานที่ขายปลีกยา เท่านั้น

4. การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย แบ่งออกเป็น 4.1) ในร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ได้ตัดบทบัญญัติที่ควบคุมการโฆษณาในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมที่ว่าด้วย “ห้ามโฆษณาสรรพคุณยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ” และ “ห้ามโฆษณาโรคที่รัฐมนตรีประกาศ ได้แก่ โรคเรื้อน วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง และโรคพิษสุราเรื้อรัง เอดส์ มะเร็ง ฮีโมโบล่า” **ปัญหา** คือ การตัดบทบัญญัติที่ควบคุมการโฆษณานั้นจะส่งผลต่อการควบคุมโฆษณาที่สร้างปัญหาความเข้าใจผิดในสรรพคุณยา และหลอกลวงผู้ป่วยโรคเรื้อรัง **ข้อเสนอ:** ไม่ควรตัดบทบัญญัติที่ควบคุมการโฆษณาในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมฯ 4.2) ในร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ได้นิยาม “โฆษณา” ว่าเป็นการกระทำไม่ว่าโดยวิธีใด ๆ ให้ประชาชนเห็น ได้ยินหรือทราบข้อความ เพื่อประโยชน์ในทางการค้า และให้หมายความรวมถึงการส่งเสริมการขาย **ปัญหา** คือ ไม่มีบทบัญญัติใดในร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ที่กล่าวถึง “การส่งเสริมการขาย” ซึ่งจัดเป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่ควรควบคุม **ข้อเสนอ:** ควรระบุบทบัญญัติเรื่องการส่งเสริมการขายเพื่อแก้ไขปัญหการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมในปัจจุบัน

ด้าน **ดร.ภญ.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี** ผู้จัดการแผนงานกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้กล่าวถึงการคัดค้านร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เตรียมที่จะเสนอร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ฉบับใหม่เข้าสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ภายหลังผ่านการแก้ไขและพิจารณาของทางคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยมองว่ากระบวนการดำเนินการของทาง อย. มีความเร่งรีบ ซึ่งที่ผ่านมาไม่มีกระบวนการเปิดรับฟังความเห็น ทั้งที่ต้องดำเนินการตั้งแต่เริ่มแรก จนกระทั่งผ่านการพิจารณาชั้นกฤษฎีกา ทั้งยังไม่มีเปิดเผย ซึ่งที่ผ่านมาทาง กพย. ได้ขอร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ที่ทางกฤษฎีกาพิจารณาก็ยังไม่ได้รับทำให้เกิดความกังวล ทั้งนี้เท่าที่ทราบเห็นว่า ร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่นี้มีข้อบกพร่องค่อนข้างมาก ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวเพื่อคัดค้าน โดยเฉพาะจากทางกลุ่มเภสัชกรรม โดยประเด็นที่ต่างเป็นห่วง ได้แก่ การควบคุมการส่งเสริมการขายที่กำหนดแบบหลวม ๆ คับแคบ ไม่รัดกุม โดยนำไปไว้รวมกับหมวดควบคุมการโฆษณา การอนุญาตให้ต่ออายุทะเบียนตำรับยาโดยไม่มีการทบทวนทะเบียนตำรับยา การยกเว้นให้ผู้ประกอบวิชาชีพผสมยาได้โดยไม่ต้องขึ้นทะเบียนตำรับยา การไม่มีข้อห้ามการผลิตและการขายยาชุด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ไม่กระทบแต่ผู้ที่อยู่ในวงวิชาชีพเท่านั้น

แต่ยังกระทบต่อประโยชน์ในด้านสิทธิการคุ้มครอง ซึ่งอาจสร้างปัญหาตามมาได้

“เดิมเคยมีการนำเสนอร่างพระราชบัญญัติยา เพื่อปรับปรุงแก้ไขตั้งแต่เมื่อปี พ.ศ. 2545 เนื่องจากพระราชบัญญัติยาปัจจุบันใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 ซึ่งถือว่าล้าสมัยมาก จำเป็นต้องมีการกำหนดขึ้นใหม่ แต่หลังจากนำเสนอไปแล้ว จนถึงขณะนี้ก็ยังไม่มีความคืบหน้า จนกระทั่งมีการนำเสนอร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่นี้ แต่ทั้งนี้ ก็ควรจะทำให้ดีตั้งแต่แรกเริ่ม ไม่ใช่ปล่อยให้เกิดช่องว่างหรือปัญหาและมาปรับแก้ภายหลัง ซึ่งการแก้ไขกฎหมายเป็นที่ทราบว่ายาก ทั้งนี้ อย. ควรเปิดรับฟังความเห็นตั้งแต่แรก ไม่ใช่จะมารับฟังความเห็นหลังจากที่ผ่านกฤษฎีกาแล้ว อีกทั้งหากนำเข้าสู่สนช. แม้ว่าจะปรับแก้ไข แต่เป็นการแก้ไขรายมาตรา อาจทำให้ไม่ได้เนื้อหาที่สมบูรณ์ และหลังบังคับใช้ อาจเป็นปัญหาได้ อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ยังมีร่างพระราชบัญญัติยาฉบับประชาชนเป็นการจัดทำขึ้นโดยภาคประชาชนและนักวิชาการด้านยาที่ครอบคลุมทุกด้าน มุ่งเน้นไปที่การคุ้มครองและดูแลประชาชนเป็นที่ตั้ง ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักในการจัดทำร่างพระราชบัญญัติยาได้”

ล่าสุดได้มีแถลงการณ์ร่วมระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม เกี่ยวกับการแก้ไขปรับปรุง (ร่าง) พระราชบัญญัติยาฉบับที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจแล้วเสร็จมีสาระสำคัญว่า จากกรณีที่เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมมีความกังวลและห่วงใยในผลกระทบต่อความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชนที่อาจเกิดขึ้นจากสาระสำคัญใน (ร่าง) พระราชบัญญัติยาฉบับที่สำนักงานคณะ



กรรมการกฤษฎีกาตรวจแล้วเสร็จ จึงมีการเสนอปัญหาข้อบกพร่องของ (ร่าง) พระราชบัญญัติยาดังกล่าว มายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อเข้าสู่กระบวนการทบทวนและปรับปรุง (ร่าง) พระราชบัญญัติยาฉบับที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจแล้วเสร็จ ก่อนที่จะเสนอกระทรวงสาธารณสุข ในการให้ความเห็นต่อร่างกฎหมายดังกล่าวไปยังสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาในขั้นตอนต่อไป ซึ่งที่ประชุมได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเจตนารมณ์ในบทบัญญัติต่าง ๆ และผลกระทบด้านความปลอดภัยในการใช้ยา การคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงหลักการในการเข้าถึงยาและการพัฒนาระบบยาในระดับสากล พบว่า

1. บทบัญญัติในร่างพระราชบัญญัติยาฉบับที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจแล้วเสร็จ มีเนื้อหาบางประการที่ไม่สอดคล้องกับข้อเสนอของเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม จำนวน 3 ประเด็น คือ การจัดประเภทตามนิยามในมาตรา 4 การยกเว้นให้ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นไม่ต้องขออนุญาต ผลิต ขาย หรือนำเข้า ตามมาตรา 24 และ 60 การยกเว้นให้ผู้ที่ไม่เชี่ยวชาญจัดการควบคุม ผลิต ขาย นำเข้ายา ตามมาตรา 26, 62 และ 89

2. สำหรับอีก 5 ประเด็นของบทบัญญัติในร่างพระราชบัญญัติยาฉบับที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจแล้วเสร็จ มีเนื้อหาสอดคล้องกับข้อเสนอของเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม และได้มีการพิจารณาปรับปรุงบทบัญญัติให้มีความชัดเจนและรัดกุมมากยิ่งขึ้นแล้ว

3. ส่วนประเด็นข้อเสนอลีกย่อยอื่น ๆ นอกเหนือจาก 8 ประเด็นหลัก ได้มีความเห็นชอบเบื้องต้นร่วมกันแล้ว

ทั้งนี้ ขั้นตอนต่อไป อย. จะนำบทบัญญัติที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงเข้าสู่ขั้นตอนการรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามกระบวนการของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

อนึ่ง เพื่อลดปัญหาที่อาจมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเนื้อหาของ (ร่าง) พระราชบัญญัติยาฉบับนี้ ในกลุ่มประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพ อย. และผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมจะร่วมมือกันในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน เพื่อให้การแก้ไขปรับปรุง (ร่าง) พระราชบัญญัติยาฉบับที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจแล้วเสร็จเป็นไปตามเจตนารมณ์ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคและการเข้าถึงยาของประชาชนตามหลักสากล



โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรงที่คร่าชีวิตคนเป็นจำนวนมากมหาศาลในแต่ละปี ปัญหาของโรคนี้นี้คือ ยังไม่มีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ หลักการรักษาใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นคือ การรักษาแบบเจาะจง (Targeted Therapy) โดยมุ่งทำลายเฉพาะที่สารก่อโรค เป็นวิธีที่ให้ผลดีและมีผลข้างเคียงต่ำ โปรตีนก่อมะเร็งชื่อ cyclin D1 เป็นโปรตีนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับมะเร็งหลายชนิด จึงน่าจะเป็นเป้าหมายของการรักษาแบบเจาะจงที่ดี อุปสรรคที่สำคัญที่ยังไม่สามารถใช้ cyclin D1 เป็นเป้าหมายการรักษาได้คือ ไม่ทราบกลไกแน่นอนว่า cyclin D1 มีส่วนก่อมะเร็งได้อย่างไร

จาก ความ ตั้งใจที่จะค้นคว้าหาคำตอบเพื่อหาแนวทางในการรักษา โรคมะเร็ง โรคร้ายที่คร่าชีวิตผู้คนเป็นจำนวนมาก ทำให้ **ดร.ศิวนนท์ จิรวัดโนทัย** ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เข้าร่วมและเป็นผู้นำทีมของนักวิทยาศาสตร์สหสาขาวิชาจากสถาบันต่าง ๆ ในการออกค้นหารายละเอียดและธรรมชาติของโปรตีนก่อโรคที่สำคัญชนิดหนึ่งคือ cyclin D1 โดยเน้นการประสานเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ากับความชำนาญเฉพาะด้านของผู้ร่วมทีม ส่งผลให้เกิดการค้นพบหน้าที่ใหม่ 2 ด้านของ cyclin D1

ที่ไม่มีการคาดคิดมาก่อนในแง่ของการก่อมะเร็งและในการเจริญเติบโตของอวัยวะ (Organ Development)

ดร. ศิวนนท์ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยม ศึกษาจากโรงเรียนเทพศิรินทร์ และระดับปริญญาตรี เภสัชศาสตรบัณฑิตจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร (เกียรตินิยม) ในปี พ.ศ. 2540 และได้รับคัดเลือกเป็นผู้รับทุนจากกระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ ศึกษาในระดับปริญญาเอกด้านพันธุศาสตร์ระดับโมเลกุล ที่มหาวิทยาลัยฮอลินอยส์ เมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา จากนั้นได้รับการฝึกอบรมหลังปริญญาเอกด้านกลไกของการเกิดโรคมะเร็งที่สถาบันมะเร็งดانا-ฟาร์เบอร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ก่อนที่จะได้รับตำแหน่งอาจารย์และนักวิจัยที่สถาบันเดียวกัน ปัจจุบันเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์

ดร.ศิวนนท์ จิรวัดโนทัย

นักวิจัยคือผู้ค้นหาสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่มนุษยในวงกว้าง



Think Globally
Research Management
Excellence Service
for College Mor
Account
Res



ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และเป็นอาจารย์พิเศษที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และทำการวิจัยเพื่อค้นหาเป้าหมายใหม่ในการรักษาโรคมะเร็งและโรคอื่น ๆ ที่สำคัญในคนไทย

จากการทำงานร่วมกับนักวิจัยนานาชาติ ทำให้ **ดร.ศิวนนท์** สามารถรวบรวมผู้เชี่ยวชาญและเทคนิคการวิจัยเพื่อนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของงานเคยได้รับรางวัล Quest Diagnostics Young Investigators Award (พ.ศ. 2547) โดย The Endocrine Society ประเทศสหรัฐอเมริกา และเป็นหนึ่งในนักวิทยาศาสตร์รุ่นใหม่ที่มีผลงานโดดเด่นจนได้รับการคัดเลือกเข้าสู่โครงการ Women's Cancer Program's Fellowship โดย Brigham and Women's Hospital/Dana-Farber Cancer Institute คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2554 TRF-CHE-Scopus Young Researcher Awards สาขา Health Sciences 2013, TRF Outstanding Research of the Year 2013, นักศึกษาเก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยศิลปากร ประจำปี พ.ศ. 2556, รางวัลศิริราชเชิดชูเกียรติ ประจำปี พ.ศ. 2556 และเจ้าของผลงานวิจัยดีเด่นสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ประจำปี พ.ศ. 2556 ในกลุ่มงานวิจัยเชิงวิชาการและมนุษยศาสตร์ ในหัวข้อเรื่อง การศึกษาฤทธิ์ของ cyclin D1-CDK4 ในกระบวนการตอบสนองหลังจากเกิดการทำลายของ DNA

ดร.ศิวนนท์ กล่าวถึงการค้นพบจากโครงการนี้ว่า cyclin D1 ได้รับความสนใจในวงกว้างและถูกนำไปค้นคว้าต่อยอดเพื่อหาวิธีการรักษามะเร็งที่มีประสิทธิภาพสูงจากความรู้ที่ได้มานี้โดยงานวิจัยนี้ได้ใช้เทคโนโลยีล่าสุดและมีขีดความสามารถสูงที่สุดในขณะนั้น ทำให้เกิดการค้นพบ ได้แก่

1. กลไกที่โปรตีน cyclin D1 ใช้ในการก่อมะเร็งอย่างละเอียด
2. ทำการพิสูจน์ได้ว่า เมื่อทำลายโปรตีนนี้จากเซลล์มะเร็ง ทำให้มะเร็งหยุด การเติบโต และตอบสนองต่อการรักษาแบบฉายแสงหรือด้วยยาเคมีบำบัดได้ดีขึ้นอย่างทวีคูณ
3. จากการเรียนรู้กลไกนี้ ทำให้สามารถออกแบบสูตรวิธีการรักษาโรคมะเร็งแบบใหม่เป็นผลสำเร็จ นอกจากนี้ยังสามารถสถิติให้เห็นเป็นที่ประจักษ์ในสัตว์ทดลองว่าได้ผลจริง

นอกจากนี้ผลงานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ คือ

เชิงวิชาการ โครงการนี้ได้แสดงให้เห็นเป็นครั้งแรกว่า โปรตีนที่ควบคุมการแบ่งตัวของมะเร็งมีส่วนในการซ่อมสาย DNA จึงเป็นครั้งแรกที่มีการพบ การทำงานลักษณะนี้ และยังเป็น การเปิดสาขาใหม่ของการวิจัย จึงเป็นที่กล่าวถึงจากนักวิจัยทั่วโลก

เชิงสาธารณะ โครงการนี้ได้สร้างและพิสูจน์สูตรวิธีการรักษามะเร็งแบบใหม่ที่ได้ผล และลดอันตรายจากผลไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย ความรู้นี้ได้ถูกเผยแพร่แก่ประชาชนทั่วไปและนักวิจัยทั่วโลก การที่โครงการนี้มีหัวหน้าโครงการเป็นนักวิจัยไทยซึ่งทำงานในหน่วยงานไทย และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ทำให้ศักยภาพของนักวิจัยไทย

ถูกเผยแพร่ไปทั่วโลก

เชิงพาณิชย์ โครงการนี้มีส่วนทำให้เกิดการตื่นตัวของแนวคิดที่จะรักษามะเร็งโดยใช้ cyclin D1 เป็นเป้าหมาย ปัจจุบันมีบริษัทหลายแห่งได้แสดงความสนใจในแนวคิดนี้ และเปิดแผนวิจัยที่เน้นการรักษาที่เจาะจงกับโปรตีน cyclin D1

เนื่องจากมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้น ๆ ของประเทศไทยและโลก และมีผลกระทบกับแทบทุกครัวเรือน งานวิจัยที่มีผลการวิจัยรองรับชัดเจนและมีประสิทธิภาพจริงจึงถูกแสวงหาจากสาธารณชนและวงการสาธารณสุข โครงการนี้ได้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์จากการใช้โปรตีนก่อมะเร็งชนิดหนึ่งคือ cyclin D1 เป็นเป้าหมายในการรักษามะเร็งอย่างเจาะจง และยังแสดงกลไกของหลักการรักษานี้ในระดับโมเลกุลอย่างละเอียด

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีผลกระทบวงกว้างไปทั่วโลก และได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญถึงความสำคัญของการค้นพบ ความลึกซึ้งของเนื้อหาและที่สำคัญคือ ผลกระทบและประโยชน์ที่จะเกิดต่อสาธารณชนจนได้รับการคัดเลือกลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์อันดับหนึ่งของโลกคือ Nature ฉบับวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2554 ซึ่งวารสารนี้จะตีพิมพ์เรื่องที่มีผลกระทบสูง (Groundbreaking) เท่านั้น และยังถูกคัดเลือกให้เป็นงานวิจัยเด่นของฉบับด้วย โดยมีการให้ความเห็นจาก Prof. Jiri Bartek จาก Danish Cancer Society ที่ตีพิมพ์ในฉบับเดียวกัน ขณะที่ในวงการแพทย์ ผลงานนี้ถูกเลือกให้เป็นงานวิจัยเด่นโดยวารสาร Cancer Research ที่ออกโดย American Cancer Society ซึ่งเน้นตีพิมพ์เฉพาะงานวิจัยที่ใช้ได้จริงในการรักษามะเร็ง ฉบับวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2554

รวมทั้งได้รับการยกย่องจากนักวิทยาศาสตร์ระดับโลกหลายท่าน และได้จัดอันดับใน Faculty of 1000 เป็นการค้นพบเด่นอันดับต้น ๆ นอกจากนี้ในบทความ Cyclin D as a therapeutic target in cancer โดย Musgrove EA, et al. ตีพิมพ์ใน Nature Reviews Cancer ได้สนับสนุนแนวคิดให้ใช้ cyclin D1 เป็นเป้าหมายในการรักษามะเร็ง โดยใช้การค้นพบของโครงการนี้เป็นหลักฐานหลักอย่างหนึ่งในการสนับสนุน



ทั้งนี้จุดเด่นของงานวิจัยนี้มีความโดดเด่นที่การผสมผสานเทคโนโลยีล่าสุดเข้ากับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญระดับโลกในแขนงต่าง ๆ จนนำไปสู่การค้นพบในรายละเอียดของกลไกที่โปรตีนชนิดนี้ใช้ในการก่อมะเร็ง และได้ออกแบบสูตรการรักษาใหม่ รวมถึงยังพิสูจน์ได้ว่าได้ผลจริงในการรักษา และในด้านสาธารณสุขพบว่า มีความสนใจในงานวิจัยนี้เป็นจำนวนมาก และถูกเผยแพร่ในสื่อต่าง ๆ ทั้งภายในประเทศและทั่วโลก

สำหรับปัจจัยที่ส่งเสริมให้งานวิจัยประสบผลสำเร็จ **ดร.ศิวนท์** กล่าวว่า สิ่งแรกคือความรู้พื้นฐานที่แตกฉานในสิ่งที่ตนเองทำ มีความรอบคอบและเอาใจใส่ มีความเปิดเผยและซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น รวมถึงมีความสามารถในการถ่ายทอดและสื่อสารในเรื่องของสิ่งที่เราทำ ที่สำคัญควรมีน้ำใจและความเป็นมิตรต่อผู้ร่วมงานและผู้คน

สุดท้ายนี้ **ดร.ศิวนท์** ได้ฝากข้อคิดถึงผู้ที่กำลังก้าวสู่การเป็นนักวิจัยรุ่นใหม่ว่า นักวิจัยควรค้นหาสิ่งที่กระตุ้นความสนใจของตนเองอย่างแท้จริง โดยเฉพาะสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่มนุษยชาติในวงกว้าง จึงจะสามารถทำให้เรามีความเชื่อมั่นในสิ่งที่เราทำ และมีความสุขกับการทุ่มเททั้งกายและใจในการทำงาน ผลจากการทำงานแบบนี้จะนำความสำเร็จที่ไม่มีขีดจำกัดให้แก่ทั้งนักวิจัยและสังคม



ในปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไปมีความตื่นตัวและสนใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันกันมากขึ้น เนื่องจากเมื่อเร็ว ๆ นี้มีบุคคลที่มีชื่อเสียงระดับโลก อาทิ ดาราภาพยนตร์ชื่อดังของฮอลลีวูดอย่าง ไมเคิล เจ ฟ็อกซ์ หรือนักมวยช็อกโลกอย่าง ไมค์หมัด อาลี หรือแม้กระทั่งพระสันตะปาปา จอห์น พอล ที่ 2 ที่ล่วงลับไป ก็ต่างออกมาเปิดเผยว่าได้ป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน และได้มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับสาเหตุของโรคพาร์กินสันและการรักษาขึ้นมาด้วย

โรคพาร์กินสัน ไม่ใช่แค่อาการสั่น!!

ในทางวงการแพทย์นั้น โรคพาร์กินสันรักษาได้หลายวิธี ทั้งจากการรับประทานยาหรือการฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังเพื่อให้การดูดซึมเป็นไปได้อย่างสม่ำเสมอ หรือการผ่าตัดสอดสายเข้าลำไส้เล็กเพื่อปลดปล่อยยาอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เครื่องปั๊มยาช่วยหรือการผ่าตัดเพื่อกระตุ้นสมองส่วนลึก ซึ่งมีการประมาณการว่าโดยทางสถิติแล้วจะมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ในประเทศไทยประมาณหนึ่งแสนราย และเป็นประชากรผู้สูงอายุ และมีบางส่วนยังไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง ตลอดจนยังไม่ได้รักษาอย่างถูกวิธี



นพ.อภิชาติ พิศาลพงศ์
อายุรแพทย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพ
รองประธานชมรมโรคพาร์กินสันไทย
และหน่วยประสาทวิทยา ภาควิชา
อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล เปิดเผยว่า อาการหลัก
ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่จะแสดง
ออกมาอย่างเห็นได้ชัดคือ จะมีอาการ
สั่นขณะอยู่นิ่ง ๆ หรือเกิดการเกร็งตัว
ของกล้ามเนื้อ เคลื่อนไหวช้า และ
สูญเสียสมดุลการทรงตัว ทำให้

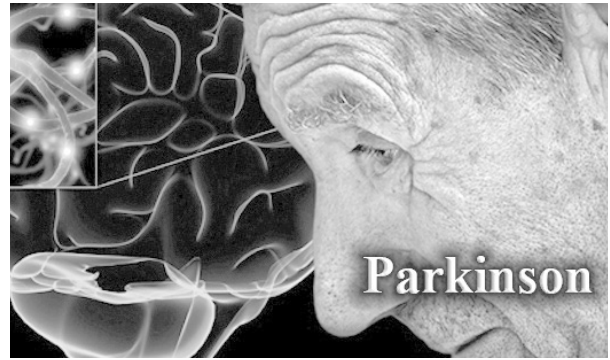
ล้มบ่อย โดยอาการจะเริ่มจากข้างใดข้างหนึ่งและลามไปอีกข้างหนึ่ง โดยที่อาการทั้งสองข้างจะไม่เท่ากัน เมื่อระยะเวลาผ่านไปอาการจะเป็นมากขึ้น โดยข้างที่เริ่มเป็นก่อนจะเป็นมากกว่าข้างที่เป็นทีหลัง ส่วนอาการอื่นที่อาจพบร่วมด้วยได้แก่ อาการน้ำลายไหลควบคุมไม่ได้ เขียนตัวหนังสือเล็กลง เดินไม่แกว่งแขน เดินซอยเท้า เท้าติด ยกเท้าลำบาก หกล้มบ่อย พูดเสียงเบาอยู่ในลำคอ นอนไม่หลับจากขากระตุก ผันเสมือนจริง ท้องผูก เป็นต้น และผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการสั่น เคลื่อนไหวลำบาก ปวดกล้ามเนื้อ ไล่ลด ในรายผู้ที่สูงอายุอาจมาด้วยอาการหกล้ม ซึ่งนำไปสู่ภาวะกระดูกหักได้

ส่วนขั้นตอนในการวินิจฉัยนั้น เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ แพทย์จะทำการซักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างละเอียดเพื่อการวินิจฉัยแยกโรค อาจต้องตรวจเลือด ทำสแกนสมองโดย CT หรือ MRI เพื่อหาสาเหตุ



และมีการตรวจค้นเพื่อดูการทำงานของสมองส่วนที่สร้างสารโดปามีนด้วยวิธีใหม่ ๆ เช่น การทำ F-dopa PET scan หรือ DAT scan ซึ่งจะสามารถเสริมความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคนี้ได้ และหากพบว่าเป็นโรคพาร์กินสัน แพทย์ก็จะเริ่มรักษาด้วยยาทดแทนโดปามีนที่ขาดหายไปจากเซลล์สมองที่เสื่อมลง เช่น ยาลิโดปา ในปัจจุบันการรักษาด้วยยายังคงเป็นการรักษาที่ดีที่สุด นอกจากลิโดปา ผู้ป่วยอาจใช้ยาชนิดออกฤทธิ์ยาว รับประทานเพียงแค่วันละ 1 ครั้ง เช่น pramipexole หรือ ropinirole หรือยาชนิดแผ่นแปะบริเวณผิวหนัง ได้แก่ rotigotine patch ซึ่งยาชนิดใหม่ทั้ง 3 ตัวนี้เป็นยากลุ่มโดปามีนอโกนิสต์ (dopamine agonists) ที่มักใช้ในระยะเริ่มต้นจะช่วยชะลอให้

โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวช้าลง เช่น อาการยาหมดฤทธิ์ก่อนเวลาอันควร (wearing off) หรืออาการตัวยุกยิกรำละคร (dyskinesias) ส่วนยาอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นยาใหม่คือ ยา rasagiline ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม MAO-B inhibitor ซึ่งมีฤทธิ์ในการลดอาการของโรคพาร์กินสันได้ ส่วนยาที่มีส่วนประกอบของยา levodopa ร่วมกับ entacapone และ carbidopa นั้นจะสามารถยืดระยะเวลาให้ยาสามารถออกฤทธิ์ได้นานขึ้นกว่าเดิม ส่วนยา apomorphine เป็นยาน้ำชนิดฉีดเข้าใต้ผิวหนัง โดยมีทั้งที่ฉีดเป็นครั้ง ๆ หรือฉีดแบบต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องปั๊มยาที่มีขนาดเล็กเท่าฝ่ามือช่วยเพื่อช่วยลดอาการหมดฤทธิ์ก่อนเวลาได้



สามารถลดปริมาณยาที่รับประทานอยู่ลงได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิมมาก ส่วนอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว เช่น ความจำหลงลืม การนอนหลับที่ผิดปกติ ผื่นร้าย ประสาทหลอน ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ความดันโลหิตต่ำ กลั้นอุจจาระ-ปัสสาวะไม่อยู่ ความเสื่อมทางสมรรถภาพทางเพศ ท้องผูก เหล่านี้เป็นอาการที่พบได้ของโรคนี้ และสามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

ปัจจุบันโรคพาร์กินสันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ ไม่ว่าด้วยวิธีใดก็ตาม รวมทั้งการเปลี่ยนถ่ายของเซลล์ตัวอ่อน (Stem cell) หรือวิธีล้างสารตกค้างจากร่างกาย (Chelation) เนื่องจากเรายังไม่รู้สาเหตุที่แท้จริงของโรคนี้ว่าเกิดจากอะไร แต่ในปัจจุบันนักวิจัยได้มีการตั้งสมมุติฐานและทำการทดลองเพื่อหาสาเหตุของโรคนี้และหาทางหยุดยั้งการเสื่อมของเซลล์สมอง รวมทั้งทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย จึงเป็นโอกาสและความหวังของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยในอนาคตอันใกล้

ส่วนในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคนี้และยาออกฤทธิ์ได้น้อยลง ทำให้การปรับยาเป็นไปได้ยากขึ้น จึงมีการรักษาด้วยวิธีใหม่ ๆ โดยการผ่าตัด ซึ่งมีอยู่ 2 วิธีคือ การผ่าตัดสอดสายเข้าทางหน้าท้องสู่ลำไส้เล็ก และเชื่อมต่อสายหน้าท้องกับยา levodopa gel โดยใช้ปั๊มยาเข้าสู่ลำไส้เล็กตลอดเวลา ทำให้การดูดซึมยาดีขึ้น ไม่ถูกรบกวนโดยอาหารในกระเพาะอาหาร ทำให้ใช้ยาปริมาณน้อยลงและยาออกฤทธิ์ได้ยาวนานขึ้น ช่วยลดอาการของโรคพาร์กินสันในระยะรุนแรง และสามารถปรับขนาดของยาที่ได้ตลอดเวลามาตามอาการของโรค และวิธีที่สองคือ การผ่าตัดสมอง Deep Brain Stimulation เป็นการฝังสายไฟในสมองส่วนลึก โดยการเจาะผ่านรูเล็ก ๆ บริเวณกะโหลกศีรษะ และเชื่อมต่อสายเข้ากับแบตเตอรี่ที่มีไมโครชิพขนาดเล็กที่ฝังไว้บริเวณหน้าอก ซึ่งสามารถตั้งโปรแกรมได้ตามความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย และทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ออกฤทธิ์ได้ยาวนาน ภาวะแทรกซ้อนต่อยาน้อยลง เนื่องจาก



10 ประเทศที่เป็นมิตรที่สุดในโลก

ฉบับนี้มาลองดูกันครับว่าประเทศที่ได้รับการโหวตโดยคนทั่วโลกว่าเป็นประเทศที่เป็นมิตรที่สุดในโลก 10 อันดับ
จัดทำโดย HSBC ธนาคารใหญ่แห่งประเทศฮ่องกง เชิญครับ

10. ฮ่องกง

สำหรับคนที่รักชีวิตรวดเร็ว ฮ่องกงน่าจะเป็นคำตอบที่เหมาะสมที่สุด ฮ่องกงมีประชากรต่างชาติมาอาศัยอยู่มาก ราคาเช่าที่พักบนเกาะแพงลิบลิ่วเหมือนตึกสูงระฟ้า หากคุณพักนอกเมืองก็สามารถสัมผัสบรรยากาศธรรมชาติและสำรวจวัฒนธรรมที่แตกต่าง



9. อินเดีย

อินเดียมีค่าครองชีพไม่แพงสำหรับชาวต่างชาติ และที่นี่ยังร่ำรวยไปด้วยวัฒนธรรม



8. ไต้หวัน

การใช้ชีวิตในไต้หวันเป็นเรื่องที่น่าสนใจ ค่าครองชีพในเมืองอาจจะสูง แต่ก็ยังถูกกว่าเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียนอย่าง สิงคโปร์ ปักกิ่ง ไช่ หรือฮ่องกง ที่นี่มีระบบรักษาพยาบาลที่ดีเยี่ยม ประเทศหนึ่ง และค่าใช้จ่ายไม่แพงสำหรับชาวต่างชาติ



7. ไทย

นอกจากจะพักผ่อนบนชายหาดขาว น้ำทะเลใสแล้ว เมืองไทยมีค่าใช้จ่ายเรื่องที่พัก อาหาร และค่าสาธารณูปโภคทั่วไป ถูกกว่าประเทศอื่นในอาเซียน



6. นิวซีแลนด์

นิวซีแลนด์เป็นประเทศที่ดีที่สุดในการเลี้ยงลูก นอกจากนี้ประเทศนี้ยังปลอดภัย สะอาด และมีระบบภาษีที่เอื้อต่อชาวต่างชาติ





5. บาห์เรน

บาห์เรนเป็นเกาะเล็ก ๆ ที่ตั้งอยู่ในอ่าวเปอร์เซีย คนท้องถิ่นยินดีต้อนรับชาวต่างชาติ บาห์เรนเป็นประเทศที่มีดัชนีการพัฒนามนุษย์สูงติดอันดับ 48 ของโลก



4. เยอรมนี

เยอรมนีเป็นประเทศที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจมากที่สุดในยุโรป มีมาตรฐานการใช้ชีวิตสูงสำหรับชาวต่างชาติ เป็นสถานที่สำหรับคนรักอาหารชั้นดี ไวน์ และเบียร์



3. จีน

แม้จะมีข้อจำกัดทางด้านภาษา อาหาร และการใช้ชีวิตในสังคม เมื่อคุณอยู่ในประเทศจีน ทว่าชาวต่างชาติต่างบอกว่ารายได้ในครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อย้ายมาอยู่ในจีน



2. สิงคโปร์

ประเทศที่เป็นเกาะในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ได้รับคะแนนคุณภาพชีวิตสูง



1. สวิตเซอร์แลนด์

สวิตเซอร์แลนด์เป็นสุดยอดจุดหมายปลายทางของการมาตั้งรกรากของชาวต่างชาติ ที่นี้มีรายได้ต่อครัวเรือนที่เหมาะสม ค่าใช้จ่ายในการท่องเที่ยว และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลไม่แพง มีความปลอดภัย นอกจากนี้ยังมีทัศนียภาพที่งดงามและไร้มลพิษทางอากาศ

ผลงานวิชาการดีเด่นด้านการแพทย์แผนไทย ในการประชุมวิชาการประจำปี 2557 ของ สร.



“นวดราชสำนักและประคบสมุนไพร” รักษาโรคไมเกรนได้ผลดี ไม่ต้องพึ่งยา

ผลการศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาประสิทธิผลการนวดไทยสายราชสำนัก ร่วมกับการประคบสมุนไพร ต่อการลดความเจ็บปวดของโรคลมตะกั้งหรือโรคไมเกรน (Migraine) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย” โดย นายอิทธิพล ตาอุด แพทย์แผนไทย ประจำโรงพยาบาลราชสีไศล จ.ศรีสะเกษ

การศึกษานี้ได้ดำเนินการในผู้ป่วยโรคไมเกรนที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา และไปรับบริการที่โรงพยาบาลราชสีไศล จ.ศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2556 – เมษายน พ.ศ. 2557 โดยใช้วิธีการนวดไทยสายราชสำนักและประคบสมุนไพรตาม ไข้เวลา 45 นาทีต่อครั้ง แบ่งเป็นนวด 30 นาที และประคบสมุนไพรอีก 15 นาที ทำ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวัน จากการประเมินผล

พบว่าได้ผลดี อาการปวดทุเลา ก่อนนวดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดอยู่ที่ 6.07 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน แต่หลังจากนวดในครั้งที่ 3 ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดลดลงเหลือ 3.63 คะแนน มีค่ารักษาประมาณ ครั้งละ 200 บาท และไม่ต้องรับประทานยา

สูตรในการนวดแบบราชสำนักเพื่อบำบัดอาการปวดไมเกรนจะเน้นจุดนวดสำคัญ 8 จุด ได้แก่ 1. นวดพื้นฐานหลัง 2. นวดพื้นฐานแขนด้านนอก 3. นวดพื้นฐานแขนด้านใน 4. นวดพื้นฐานขา 5. กดจุดสัญญาณหลัง 6. กดจุดสัญญาณหัวไหล่ 7. นวดเส้นโค้งคอ และ 8. กดจุดสัญญาณที่ศีรษะด้านหลัง ส่วนการประคบร้อนจากสมุนไพรจะช่วยให้อาการดีขึ้น เพราะความร้อนจากสมุนไพรช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ลดความเจ็บปวดลงได้

ส่วนการนวดไทยมีการนวดแบบเชลยศักดิ์ คือ การใช้นิ้วมือ ฝ่ามือ อุ้งมือ สันมือ คอกร เข่า มีการทุบ กด บิด ดัด ดี มีการบิดและดัดบริเวณต่าง ๆ ของผู้ป่วย ส่วนการนวดแบบราชสำนักจะใช้ฝ่ามือเป็นหลักและใช้อุ้งมือ สันมือร่วมด้วย ในบริเวณที่ทำการนวด มีการลงน้ำหนักของนิ้วมือ กระตุ้นให้เลือดและกระแสประสาทไปเลี้ยงบริเวณที่ต้องการรักษา

ภูมิปัญญาไทย “ใบตองอ่อน” รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ได้ผลดี

ผลงานวิชาการเรื่อง “การรักษาแผลด้วยใบตองอ่อน” โดย นางไอลริษา เสาร์ศิริ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ประจำ รพ.สต.อีเซ อ.โพธิ์ศรีสุวรรณ จ.ศรีสะเกษ

จากการศึกษาภูมิปัญญาไทยด้านการดูแลบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และแผลถลอก โดยใช้ใบตองกล้วยใบอ่อนมาใช้ปิดบาดแผลแทนการใช้ผ้าก๊อซเคลือบวาสลีน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลให้แผลหายเร็วที่สุด ลดความเจ็บปวดขณะทำแผล โดยปัจจุบันที่โรงพยาบาลมีผู้ป่วยไปรับบริการทำแผล 12-25 ราย เป็นบาดแผลเปิด แผลถลอก 40%, แผลถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก 20%, แผลเปื่อยติดเชื้อ 25% ซึ่งแผลที่สร้างความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยมากที่สุด คือ บาดแผลถลอก และแผลถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เนื่องจากเมื่อปิดผ้าก๊อซเคลือบวาสลีนบนแผลแล้ว แผลจะแห้งและลอกหลุดยาก ต้องใช้น้ำเกลือล้างแผล ช่วยละลายสิ่งคั่งค้างบนแผลให้ชุ่มจึงจะลอกผ้าก๊อซออกได้ ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด กลัวการทำแผล



จากการศึกษาการใช้ใบตองอ่อนปิดแผลให้ผู้ป่วยที่มีบาดแผลถลอก แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จำนวน 20 ราย พบว่าบาดแผลที่ปิดด้วยใบตองอ่อน เนื้อเยื่อมีการสมานกันได้ดี และใบตองอ่อนไม่ติดกับบาดแผล จึงทำให้แผลหายเร็วกว่าแผลที่ปิดด้วยผ้าก๊อซเคลือบวาสลีนประมาณ 80% โดยบาดแผลถลอกไม่ลึกที่ใช้ใบตองอ่อนปิดจะหายในเวลาประมาณ 7 วัน หากใช้ผ้าก๊อซเคลือบวาสลีนปิดจะใช้เวลา 12-14 วัน ส่วนบาดแผลถลอกหรือแผลไฟไหม้ที่มีขนาดเล็ก การปิดแผลด้วยใบตองอ่อนจะหายประมาณ 2 สัปดาห์ ส่วนแผลที่ใช้ผ้าก๊อซเคลือบวาสลีนปิดจะหายประมาณ 3-4 สัปดาห์ สร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วยสูงถึง 98% มีอาการเจ็บปวดเล็กน้อยขณะทำแผล ส่วนด้านต้นทุนพบว่า ลดต้นทุนต่อครั้งลงประมาณ 50% โดยการใช้ใบตองอ่อนใช้เงิน 18-20 บาท ขณะที่การใช้ผ้าก๊อซเคลือบวาสลีนใช้เงินประมาณ 50 บาท



“ก้านหมากเหลือง” ตรวจอาการชาเท้า ป้องกันความพิการจากโรคเบาหวาน

ผลงานวิชาการเรื่อง “วิธีพอมเพียง เลี่ยงความพิการด้วยก้านหมากเหลือง”
โดย นางจงกลณี นวลทา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ประจำ รพ.
สต.บุงคำ อ.นาจะหลวย จ.อุบลราชธานี

ปัจจุบัน รพ.สต.บุงคำ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในความดูแล 197 คน โดยต้องจัดบริการตรวจเท้าผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนทางเท้า โดยใช้เครื่องมือแพทย์เรียกว่าโมโนฟิลาเมนต์ (Monofilament) ลักษณะเป็นเอ็นใส ราคาอันละ 90 บาท โมโนฟิลาเมนต์ 1 อันใช้ตรวจเท้าผู้ป่วยเบาหวานได้ 10 คน และหาซื้อยากในท้องตลาด ในการตรวจเท้าผู้ป่วยที่มีอยู่ต้องใช้โมโนฟิลาเมนต์ 10-15 อัน รวมใช้ต้นทุนไม่ต่ำกว่า 900 บาท

ในการลดค่าใช้จ่าย ได้นำก้านของต้นหมากเหลืองซึ่งมีลักษณะยืดหยุ่นเหนียว และมีน้ำหนัก 10 กรัม ยาว 7 เซนติเมตร เทากับโมโนฟิลาเมนต์ โดยเลาะเอาเฉพาะทางที่แข็งและเหลาส่วนปลายที่จะใช้จิ้มที่ฝ่าเท้าให้มีลักษณะกลมมน และให้นักกายภาพบำบัดตรวจสอบประสิทธิภาพความปลอดภัย เพื่อใช้ตรวจประเมินอาการชาที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน จากการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยควบคู่กับการใช้โมโนฟิลาเมนต์พบว่า ก้านหมากเหลืองให้ผลดีกว่า 3.75% โดยก้านหมากเหลืองตรวจพบจุดชาที่ฝ่าเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน เท้าซ้ายพบ 20.63%, เท้าขวา 21.88% ขณะที่โมโนฟิลาเมนต์ตรวจพบเท้าซ้าย 19.38%, เท้าขวา 18.13% ก้านหมากเหลืองจะใช้ 1 อันต่อเท้า 1 ข้าง แล้วทิ้ง ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ หาได้ง่ายในชุมชน

ทั้งนี้ หลังจากให้นำก้านหมากเหลืองมาตรวจเท้าผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ไม่มีผู้ป่วยมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดขาแม้แต่รายเดียว ในขณะที่ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2555 มีผู้ป่วยเบาหวานถูกตัดขาจากแผลเน่ารักษาไม่หายรวม 3 ราย และเท้าเป็นแผลเดือนละ 4-5 ราย ต้องใช้เวลาดูแลรักษาแผลนานประมาณ 1 เดือน

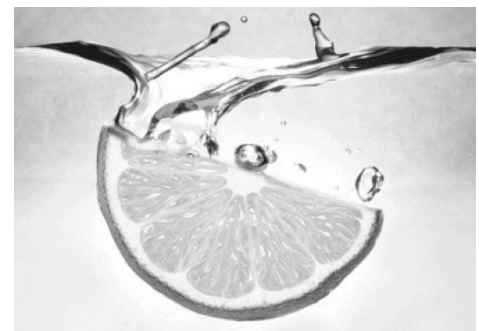
“น้ำอุ่นผสมน้ำมะนาว”

เช็ดตัวลดไข้ให้เด็ก ได้ผลดี ใช้ลงเร็วขึ้น

ผลงานการศึกษาวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้น้ำอุ่นผสมน้ำมะนาวในการเช็ดตัวลดไข้ในผู้ป่วยเด็กที่รักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์”
โดย นางสาวชลิตา ภาวนาเกษมสานต์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำโรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่

ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์จำนวน 782 ราย ในจำนวนนี้ 2 รายมีอาการชักเนื่องจากมีไข้สูง ทำให้ผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยมีความวิตกกังวล โดยขณะผู้ป่วยมีไข้ขึ้นสูง ผู้ปกครองบางรายไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจากให้เหตุผลว่าการเช็ดตัวใช้เวลา นาน หลังเช็ดแล้วไข้ลดลงและกลับสูงขึ้นอีก ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษากาใช้น้ำอุ่นผสมน้ำมะนาวมาใช้เช็ดตัวลดไข้ โดยศึกษากลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส จำนวน 60 ราย ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 โดยใช้วิธีการเช็ดตัวแบบผสมผสานระหว่างการเช็ดตัวและห่อพันตัวเป็นเวลานาน 15 นาที และวัดไข้ซ้ำหลังเช็ดตัวแล้ว 15 นาที เปรียบเทียบกับเด็กที่ใช้วิธีเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่นอย่างเดียว

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า การเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นผสมน้ำมะนาวให้ผลต่อการลดไข้ได้ อุณหภูมิร่างกายลดลงกว่าเดิมเฉลี่ย 1.2 องศาเซลเซียส เช่น หากมีไข้ 38.5 องศาเซลเซียส หลังเช็ดด้วยวิธีนี้ ไข้ลดลงเหลือ 37.3 องศาเซลเซียส ในขณะที่เด็กที่ใช้วิธีเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่นธรรมดาทั่วไปลดอุณหภูมิได้เฉลี่ย 0.67 องศาเซลเซียสเท่านั้น ซึ่งเห็นว่าการใช้น้ำอุ่นผสมน้ำมะนาวเช็ดตัวลดไข้ให้ผลในการลดอุณหภูมิร่างกายได้ดีกว่าการใช้น้ำอุ่นอย่างเดียว ประมาณ 2 เท่าตัว



The 1st International Conference on Herbal and Traditional Medicine

ครอบคลุมทุกมิติ...สมุนไพรและยาแผนโบราณ

ในปัจจุบันการนำสมุนไพรมาใช้ดูแลสุขภาพกำลังได้รับความนิยมสูงขึ้นทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีความหลากหลายของสมุนไพรเป็นอย่างมาก แต่กลับมีงานวิจัยในประเทศไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังนั้น การจัดประชุมวิชาการจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านสมุนไพรระหว่างนักวิจัยอย่างกว้างขวาง นำไปสู่การผลิตผลงานวิจัยด้านสมุนไพรที่มากขึ้น

สำหรับการจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับสมุนไพรในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเน้นถึงการนำสมุนไพรไปใช้ในด้านพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างอื่นที่มีใช้ยา เช่น เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เป็นต้น การวิจัยสมุนไพรเพื่อนำมาใช้เป็นยาและการวิจัยที่เป็นตำรายาดั้งเดิมยังมีน้อย ดังนั้น การส่งเสริมให้มีการวิจัยสมุนไพรในรูปแบบสารสกัดหรือการวิจัยในรูปแบบยาแผนโบราณจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง

คณะเภสัชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะเภสัชศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพร มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงได้มีแนวคิดที่จะร่วมกันส่งเสริมให้มีการวิจัยสมุนไพรเพื่อเป็นยามากขึ้น โดยได้จัดทำโครงการประชุมนานาชาติที่เน้นการพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา หรือ **The 1st International Conference on Herbal and Traditional Medicine (HTM-2015)** ระหว่างวันที่ 28-30 มกราคม พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมพูลแมน ขอนแก่น ราชาออร์คิด จ.ขอนแก่น เพื่อเป็นเวทีการนำเสนอผลงานวิจัยและแลกเปลี่ยนความรู้ของนักวิจัยทั้งในและต่างประเทศ โดยในรายละเอียดของการประชุมได้รับเกียรติจาก **ผศ.ดร.ภก.เมธิน ผดุงกิจ, ผศ.ดร.สมศักดิ์ นวลแก้ว และ ผศ.ดร.วนิดา ไทรชมภู** คณะกรรมการจัดการประชุม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นผู้ร่วมให้ข้อมูล



ผศ.ดร.วนิดา ไทรชมภู



ผศ.ดร.สมศักดิ์ นวลแก้ว



ผศ.ดร.ภก.เมธิน ผดุงกิจ

The 1st International Conference on Herbal and Traditional Medicine (HTM-2015) เป็นการประชุมนานาชาติที่มีความน่าสนใจและมีความสำคัญต่อเภสัชกรเป็นอย่างมาก เพราะในปัจจุบันกระแสการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติมีมากขึ้น เนื่องจากเมื่อโลกมีความเจริญทางด้านเทคโนโลยี ความกลัวทางด้านสารเคมีสังเคราะห์ก็เริ่มมีมากขึ้นด้วย ประชากรโลกจึงได้หันมาใส่ใจในด้านสุขภาพตนเองและความปลอดภัยในการบริโภคยาหรือสมุนไพร เครื่องสำอาง และอาหารมากขึ้น เภสัชกรในฐานะที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านเภสัชกรรม และเกี่ยวข้องกับพืชสมุนไพรและยาแผนโบราณ (Herbal and traditional medicine) ทั้งในด้านการผลิตให้มีคุณภาพ การดูแลการใช้ รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ที่ทันสมัยด้านพืชสมุนไพรและยาแผนโบราณในทุกมิติ

เพื่อให้ครอบคลุมองค์ความรู้ในด้านสมุนไพรและยาแผนโบราณในทุกมิติ จึงมีการกำหนด Topics ดังนี้ **1. พฤษศาสตร์พื้นบ้าน (Ethnobotany)** เป็นการศึกษาหรือวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพืชท้องถิ่นกับชุมชน **2. เคมีผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ (Natural product chemistry)** เป็นการศึกษาหรือวิจัยเกี่ยวกับสารเคมีซึ่งเป็นสารอินทรีย์จากสิ่งมีชีวิต ทั้งพืชและสัตว์ รวมทั้งสมุนไพร **3. ฤทธิ์ทางชีวภาพและพิษวิทยา (Biological activity and toxicity)** เป็นการศึกษาหรือวิจัยเกี่ยวกับฤทธิ์ทางชีวภาพและด้านพิษวิทยาของสมุนไพร เพื่อที่จะเสาะแสวงหาสมุนไพรที่มีศักยภาพที่จะนำมาพัฒนาเป็นยารักษาโรคต่อไป **4. การศึกษาด้านคลินิก (Clinical study)** เป็นการศึกษาหรือวิจัยของสมุนไพรที่นำมาทดสอบในคน เพื่อหาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของสมุนไพร **5. การตั้งตำรับยาสมุนไพร (Herbal drug formulation)** เป็นการศึกษาหรือวิจัยด้านการพัฒนาตำรับยาสมุนไพร เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมและมีความคงตัว **6. การควบคุมคุณภาพ (Quality control)** เป็นการศึกษาหรือวิจัยด้านการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานด้านสมุนไพร ทั้งในด้านวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สมุนไพร **7. เทคโนโลยีชีวภาพ (Biotechnology)** เป็นการศึกษาหรือวิจัยเพื่อนำความรู้ทางด้านต่าง ๆ ของวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้กับสิ่งมีชีวิตหรือชิ้นส่วนของสิ่งมีชีวิต



ในที่นี่จะเน้นด้านการใช้เทคโนโลยีชีวภาพเพื่อพัฒนายาจากสมุนไพร

8. เกษตรเศรษฐศาสตร์ (Pharmacoeconomics) เป็นการศึกษาหรือวิจัยโดยการประยุกต์ความรู้ในด้านเศรษฐศาสตร์มาใช้ในการสมุนไพร เพื่อให้มีการคัดเลือกยาจากสมุนไพรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หรือมีความคุ้มค่า เป็นต้น และ **9. ความรู้ด้านอื่น ๆ (Miscellaneous)** เป็นการศึกษาหรือวิจัยด้านอื่น ๆ ที่ไม่เข้าข่ายในข้อ 1-8

ในส่วนขอหัวข้อในการบรรยายทั้งหมดตลอด 3 วัน มีความน่าสนใจและหลากหลาย ตัวอย่างเช่น **Natural Products and Traditional Knowledge in Asia: Opportunities and Challenges** เป็นการบรรยายถึงคุณค่าของความรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์ธรรมชาติและการแพทย์แผนโบราณในทวีปเอเชีย (ซึ่งแตกต่างจากวิถีคิดและองค์ความรู้จากซีกโลกตะวันตก) ว่ามีโอกาและความท้าทายมากน้อยขนาดไหนในการนำมาใช้ประโยชน์ทางด้านสุขภาพ ทั้งการรักษาโรค ป้องกันโรค และการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ **Quality Control of Herb Medicines BY Fingerprinting Using Monoclonal Antibody** เป็นเทคนิคหนึ่งในการควบคุมคุณภาพ โดยใช้เทคนิคทางด้านแอนติบอดี (ระบบภูมิคุ้มกัน) ซึ่งเป็นวิธีควบคุมคุณภาพสมุนไพรแบบใหม่ แตกต่างจากการควบคุมคุณภาพที่เราใช้กันอยู่ทั่วไป ซึ่งมักจะใช้วิธีการวิเคราะห์ทางเคมี วิธี monoclonal antibody นี้เป็นวิธีที่มีความไวสูง และมีความจำเพาะ สามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ปริมาณสารสำคัญในสมุนไพรที่มีปริมาณน้อยมากได้แม่นยำและรวดเร็ว **Integrated Research on Kaempferia parviflora for Development of Health Product** กรณีศึกษาของการวิจัยแบบครบวงจรในกระชายดำ ตั้งแต่การศึกษาระยะยาพิษ พันธุ์ต่าง ๆ การเตรียมเป็นสมุนไพรวัตถุดิบ การควบคุมคุณภาพของสารสกัด การทดสอบความเป็นพิษ การทดสอบฤทธิ์จนถึงการเตรียมเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพในที่สุด และ **Ethnobotany and Its Role in Drug Development** พฤกษศาสตร์พื้นบ้านและความสำคัญของพฤกษศาสตร์พื้นบ้านเพื่อนำไปสู่การพัฒนาเป็นยา

กลุ่มเป้าหมายซึ่งได้แก่ อาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไปทั้งในและต่างประเทศ จะได้รับความรู้จาก Keynote Speakers และ Invited Speakers ที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่บรรยายมุ่งเน้นเฉพาะด้านการใช้สมุนไพรเป็นยาโดยตรง

รวมทั้งแนวคิดการเสริมฤทธิ์ของยาสมุนไพรในตำรับเป็นที่ยอมรับมากขึ้น อาทิ **Prof.Dr.Krisana Kraisintu** Dean of the Faculty of Oriental Medicine, Rangsit University, Thailand **Prof.Dr.Yukihiko Shoyama** Faculty of Pharmaceutical Science, Nagasaki International University, Japan **Prof.Dr.Veronika Butterweck** School of Life Sciences, Institute for Pharma Technology, University of Applied Sciences Northwestern, Switzerland **Prof.Dr.Chayan Picheansoonthon** Associate Dean for Administration, Faculty of Medicine, Mahasarakham University, Thailand **Assoc.Prof.Dr.Pharkphoom Panichayupakaranant** Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University, Thailand **Assoc.Prof.Dr.Wanchai De-Eknamkul** Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University, Thailand **Prof.Dr.Bungorn Sripanidkulchai** Center for Research and Development of Herbal Health Products, Khon Kaen University, Thailand **Assoc.Prof.Dr. Mayuree Hantrakul Tantisira** Faculty of Pharmaceutical Sciences, Burapha University, Thailand **Assist.Prof.Dr.Seiichi Sakamoto** Graduate School of Pharmaceutical Sciences, Kyushu University, Fukuoka, Japan **Assoc.Prof.Dr. Hiroyuki Tanaka** Graduate School of Pharmaceutical Sciences, Kyushu University, Fukuoka, Japan และ **Assoc.Prof.Dr.Tomifumi Miyamoto** Graduate School of Pharmaceutical Sciences, Kyushu University, Fukuoka, Japan ถือเป็นไฮไลต์ที่พลาดไม่ได้

อย่างไรก็ตาม การจัดการประชุมวิชาการ HTM มีแผนที่จะขยายความร่วมมือไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ โดยหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพหลัก และช่วยกันกำหนดแนวทางในการวิจัยสมุนไพรเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของโลก ซึ่งจะช่วยให้การวิจัยสมุนไพรมีทิศทางที่ชัดเจน สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างรวดเร็วและทันต่อสถานการณ์ ช่วยลดปัญหาการวิจัยที่ซ้ำซ้อน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการวิจัย และเกิดการวิจัยร่วมกันระหว่างหน่วยงานในการพัฒนายาจากสมุนไพร

ท้ายนี้ คาดหวังว่าจะมีผู้สนใจในการวิจัยสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา มีผลงานวิจัยสมุนไพรและข้อมูลของสมุนไพรที่ใช้เป็นยามากขึ้น เกิดการแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ใหม่ ๆ ระหว่างนักวิจัย และประชาชนมีการตื่นตัวต่อการใช้สมุนไพรเป็นยามากขึ้น จึงอยากขอเชิญชวนให้เภสัชกร บุคลากรทางการแพทย์ นักวิจัย หรือผู้ที่สนใจทั่วไปเข้าร่วมประชุมวิชาการในครั้งนี้ นอกจากจะได้อัปเดตความรู้ทางด้านวิชาการเกี่ยวกับการนำสมุนไพรมาใช้เป็นยาแล้ว ยังมีโอกาสที่จะสร้างเครือข่ายนักวิจัยหรือผู้สนใจด้านสมุนไพรทั่วโลก รวมทั้งนิสิต/นักศึกษาปริญญาโทที่เขียน proceeding งานวิจัยและสามารถตีพิมพ์ในวารสารเภสัชศาสตร์อีสาน ฉบับเพิ่มเติม สามารถใช้ประกอบเพื่อขอจบการศึกษาได้ด้วย

อัตราค่าลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2557 สำหรับคนไทย 5,000 บาท นิสิต/นักศึกษาไทย 3,000 บาท ชาวต่างชาติ 300 US Dollars นักศึกษาต่างชาติ 200 US Dollars สำหรับผู้มีใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม และแจ้งเลขที่ใบประกอบวิชาชีพที่โต๊ะลงทะเบียน สามารถเก็บสะสมหน่วยกิตสำหรับการศึกษาต่อเนื่องที่เข้าร่วมตลอดการประชุมวิชาการจำนวน 12.45 หน่วยกิต สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์/โทรสาร 0-4375-4360 หรือ www.htm2015.com





อาหารฟังก์ชันซูเปอร์ฟู้ด กับผลต่อการทำงานของสมองและร่างกาย

ปัจจุบันผู้คนให้ความสำคัญกับบทบาทของอาหารที่มีต่อสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการค้นคว้าวิจัยใหม่ๆ เกี่ยวกับคุณประโยชน์และสรรพคุณทางยาของอาหารมากขึ้น รวมทั้งความต้องการของผู้บริโภคในเรื่องความสะดวกและรวดเร็วในการนำไปใช้ โดยให้คงคุณค่าทางโภชนาการรวมถึงคุณสมบัติในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ไว้เหมือนที่มีในธรรมชาติเดิมด้วย หนึ่งในอาหารเพื่อสุขภาพที่ได้รับความนิยมในปัจจุบันคือ อาหารฟังก์ชัน (Functional food)

อาหารฟังก์ชัน คือ อาหารที่ทำหน้าที่อื่นให้กับร่างกายนอกเหนือไปจากหน้าที่ปกติ คือการให้สารอาหารที่จำเป็น ตัวอย่างเช่น ส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ควบคุมให้ระบบการทำงานของร่างกายทำงานได้อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งช่วยป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น¹

ด้วยความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในช่วงที่ผ่านมา ผนวกกับองค์ความรู้ในเรื่องของอาหารฟังก์ชันทำให้นักวิทยาศาสตร์มุ่งความสนใจไปที่สารอาหารในกลุ่มที่เรียกว่า **“ไบโอแอคทีฟ เปปไทด์”** (Bioactive Peptide) ซึ่งหมายถึงอนุพันธ์ (ส่วนย่อย) ของโปรตีนที่ให้คุณค่าทางโภชนาการและส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย และที่น่าสนใจคือ ไบโอแอคทีฟ เปปไทด์นี้จะไม่ส่งผลใดๆ กับร่างกายเมื่อมันถูกย่อยติดอยู่ในรูปของโปรตีน ซึ่งเป็นโครงสร้างขนาดใหญ่และออกฤทธิ์ได้ก็ต่อเมื่อโปรตีนซึ่งเป็นส่วนตั้งต้นได้ผ่านกระบวนการในการย่อยสลายแล้วเท่านั้น²

ไบโอแอคทีฟ เปปไทด์ ประกอบด้วยโครงสร้างย่อยคือ กรดอะมิโนตั้งแต่ 2 ถึง 20 ตัว ซึ่งจากการศึกษาพบว่าไบโอแอคทีฟ เปปไทด์ ให้ผล



ทางชีวภาพในแง่ของการช่วยต่อต้านอนุมูลอิสระ ส่งเสริมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน รวมไปถึงการช่วยดูดซึมสารอาหาร และลดความดันโลหิต ตลอดจนลดคอเลสเตอรอลได้อีกด้วย

ในบรรดาอาหารที่ประกอบด้วยไบโอแอคทีฟ เปปไทด์นั้น ซูเปอร์ฟู้ดจัดว่าเป็นหนึ่งในอาหารฟังก์ชันที่มีรายงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ว่ามีประโยชน์ต่อร่างกาย มีส่วนช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมอง ดังตัวอย่างการค้นคว้าวิจัยทางคลินิก ดังนี้

- การศึกษาของ Dr.Nagai และคณะ³ จากประเทศญี่ปุ่น ได้วิจัยเรื่องของซูเปอร์ฟู้ดต่อความเหนื่อยล้าของสมอง ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางสุขภาพ Applied Human Science ในปี ค.ศ.1996 โดยทำการศึกษากับนักศึกษาชายที่ไม่เคยดื่มซูเปอร์ฟู้ดมาก่อน กลุ่มหนึ่งให้ดื่มซูเปอร์ฟู้ด และอีกกลุ่มหนึ่งดื่มซูเปอร์ฟู้ดทุกเช้าติดต่อกันเป็นเวลา 7 วัน แล้วให้ทั้งสองกลุ่มทำแบบทดสอบคณิตศาสตร์และการจดจำในระยะสั้น พบว่ากลุ่มที่ดื่มซูเปอร์ฟู้ดมีประสิทธิภาพในการใช้สมองเพิ่มขึ้นและมีการเหนื่อยล้าจากการทำนายน้อยลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ดื่มซูเปอร์ฟู้ด ซึ่งอาจแสดงถึงความมีสมาธิและความรู้สึกสงบของจิตใจเพิ่มขึ้น

ในปี ค.ศ.2003 ผลการวิจัยของ Prof.Azhar และคณะ⁴ ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารทางโภชนาการ Malaysian Journal of Nutrition ได้ทำการศึกษาวิจัยโดยคัดเลือกอาสาสมัครนักศึกษาแพทยมหาวิทยาลัย พูตรา ประเทศมาเลเซีย จำนวน 164 คน โดยให้ทำแบบทดสอบต่างๆ ทั้งก่อนดื่มซูปไก่สกัดและหลังจกดื่มซูปไก่สกัดทุกเช้า เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังดื่มซูปไก่สกัดอาสาสมัครทำคะแนนดีขึ้นทุกประเภทอย่างมีนัยสำคัญ จากผลการวิจัยจึงพอสรุปได้ว่า ซูปไก่สกัดอาจมีผลทำให้ลดความวิตกกังวลและความเครียด อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความตื่นตัวและเพิ่มสมาธิในการสอบ

การศึกษาของ Hsin และคณะ⁵ ในปี ค.ศ. 2005 ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ The Chinese Journal of Physiology พบว่าเมื่อให้อาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยออกกำลังกายอย่างหนักต่อเนื่องจนเกิดอาการล้าและอ่อนเพลีย ทำการดื่มซูปไก่สกัดมีผลทำให้ร่างกายเพิ่มความสามารถในการกำจัดของเสียที่เกิดจากกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย จำพวกสารประกอบประเภทแอมโมเนียและแลคเตทในเลือดได้ ทั้งนี้การสะสมสารประกอบเหล่านี้ในร่างกายมีความเกี่ยวข้องกับภาวะร่างกายอ่อนเพลียและส่งผลถึงภาวะความเหนื่อยล้าของสมองอีกด้วย

จากการศึกษาดังกล่าวนำไปสู่อุปสรรคที่สอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันว่าสมองและร่างกายเกิดการอ่อนล้าได้จากหลายปัจจัย เช่น ความเคร่งเครียดจากการเรียน การทำงานหนัก การดื่มซูปไก่สกัดที่มีส่วนประกอบของไบโอแอคทีฟ เปปไทด์ มีส่วนช่วยให้ร่างกายฟื้นฟูจากความเหนื่อยล้าได้อย่างรวดเร็วกว่าปกติ และช่วยเสริมประสิทธิภาพการทำงานของสมอง ส่งผลให้สมองและร่างกายทำงานร่วมกันได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

นอกจากการศึกษาทางด้านประสิทธิภาพของสมองและร่างกายแล้วยังมีการศึกษาของ Chao และคณะ ซึ่งได้ทำการวิจัยในปี ค.ศ.2004 ถึงคุณภาพของน้ำนม Colostrums ที่เพิ่มขึ้นในมารดาที่ดื่มซูปไก่สกัดต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยทางทีมวิจัยได้ทำการตรวจวัดปริมาณของ Lactoferrin, EGF และ Transforming growth factor-2 (TGF-2) ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁶

อย่างไรก็ดี นักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ยังคงให้ความสนใจศึกษาวิจัยถึงประโยชน์ของซูปไก่สกัดและอาหารฟังก์ชันประเภทต่างๆ ต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะด้วยศักยภาพในการพัฒนาอาหารฟังก์ชันเหล่านี้มีความเป็นไปได้อย่างมากในการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนต่อไปในอนาคต ควบคู่ไปกับการมีโภชนาการที่ดี การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ



เอกสารอ้างอิง

1. Doyon M., Labrecque J.A. (2008) Functional foods: a conceptual definition. *British Food Journal*, Vol. 110 No. 11, pp. 1133-1149.
2. Ryan J.T., Ross R.P., Bolton D., Fitzgerald G.F. & Stanton C. (2011) Bioactive Peptides from Muscle Sources: Meat and Fish. *Nutrients*, 3: 765-791.
3. Nagai H., Harada M., Nakayawa M., et al. (1996) "Chicken extract on the recovery from fatigue caused by mental workload". *Appl Human Sci*, 15(6): 281-286.
4. Azhar M.Z. and Syed M. (2003) "Effect of Taking Chicken Essence on Stress and Cognition of Human Volunteers". *Malaysian Journal of Nutrition*, 9(1): 19-29.
5. Hsin-I Lo, et al. (2005). Effects of post-exercise supplementation of chicken essence on the elimination of exercise - induced plasma lactate and ammonia. *Chin J Physiol*, 48(4): 187-192.
6. Chao J.C., et al. (2004) Chicken extract affects colostrum protein compositions in lactating women. *Journal of Nutrition Biochemistry*. 15: 37-44.

นิทรรศการสมอง “เอนฟา เบรน เอ็กซ์โป 360° จีเนียส” ปลดล็อก 4 อัจฉริยภาพของลูกน้อย



มร.ยัน-วิลเลียม เอลเลเวลด์ รองประธานและผู้จัดการทั่วไป บริษัท มีด จอห์นสัน นิวทริชั่น (ประเทศไทย) จำกัด



ไลท์ติ้งโมเดลรูปสมองยักษ์



โดมภาพยนตร์ 3 มิติ 360° Brain Galaxy



วิ่งแข่งกับไดโนเสาร์ เจ้าทีเร็กซ์



หนูน้อยและคุณแม่กับกิจกรรมในโซนต่าง ๆ



ในช่วง 1,365 วันแรก หรือตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุ 3 ปี เป็นช่วงที่สำคัญที่สุดของลูกน้อย เพราะเป็นช่วงอายุที่สมองเติบโตสูงสุดถึง 80% คุณพ่อคุณแม่ควรให้ความสำคัญกับการกระตุ้น พัฒนาการลูกเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงาน ระหว่างเซลล์สมอง ซึ่งหากเซลล์สมองมีการ เชื่อมโยงกันมากเท่าไร ก็ยิ่งช่วยให้การเรียนรู้ ของเด็กเป็นไปได้อย่างดีและรวดเร็วมากขึ้น

เพื่อสร้างความเข้าใจการทำงานของสมอง และพัฒนาการ บริษัท มีด จอห์นสัน นิวทริชั่น (ประเทศไทย) จำกัด และกลุ่มผลิตภัณฑ์เอนฟา เอฟพลัส จึงได้จัดงาน ‘เอนฟา เบรน เอ็กซ์โป 360° จีเนียส’ งานแสดงนิทรรศการสมองและการเรียนรู้ ครั้งยิ่งใหญ่ที่สุดในประเทศไทย ให้คุณพ่อคุณแม่ มาร่วมปลดล็อกศักยภาพทางสมองของลูกน้อยผ่าน กิจกรรมเชิงปฏิบัติการเต็มรูปแบบ เพื่อเรียนรู้เทคนิค

กระตุ้น 4 ทักษะแห่งอัจฉริยภาพ ได้แก่ ฉลาดเรียนรู้ ฉลาดเคลื่อนไหว ฉลาดสื่อสาร และฉลาดด้านอารมณ์

ไฮไลท์อยู่ที่โดมภาพยนตร์ 3 มิติ 360° Brain Galaxy เสมือนพาทุกคน เข้าไปอยู่ในสมองจริง ๆ ด้วยมุมมองแบบ 360 องศา ช่วยให้เข้าใจการทำงานของ สมองอย่างง่าย ๆ และไลท์ติ้งโมเดลรูปสมองยักษ์ที่ให้คุณหนู ๆ ได้ตื่นตา ตื่นใจกับแสง สี เสียง และดวงไฟหลายร้อยดวงที่ปรากฏเป็นภาพมหัศจรรย์ การเชื่อมต่อเซลล์สมองกว่าแสนล้านเซลล์ รวมถึงกิจกรรมอินเตอร์แอคทีฟ อาทิ วิ่งแข่งกับไดโนเสาร์ เจ้าทีเร็กซ์ สร้างความสมดุลของร่างกายและพัฒนาการ ทางสมอง และสนามนักสำรวจจิ๋ว ช่วยฝึกทักษะการสังเกตและคิดวิเคราะห์ และ ยังสามารถเพลิดเพลินไปกับเปียโนยักษ์ยาวกว่า 6 เมตรที่ช่วยส่งเสริมทักษะ ทางด้านอารมณ์ด้วยเสียงเพลงอีกด้วย

งาน ‘เอนฟา เบรน เอ็กซ์โป 360° จีเนียส’ ได้เปิดให้คุณพ่อคุณแม่ ประชาชนทั่วไป และผู้ที่สนใจเข้าชมได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ประเดิมจัดงานที่ รอยัล พารากอน ฮอลล์ ศูนย์การค้าสยามพารากอน กรุงเทพฯ เมื่อเดือนกันยายน และที่เซ็นทรัลพลาซ่า เชียงใหม่ แอร์พอร์ต จังหวัดเชียงใหม่, เซ็นทรัลเฟสติวัล หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เมื่อเดือนตุลาคม และที่เซ็นทรัลพลาซ่า ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เมื่อเดือนพฤศจิกายนที่ผ่านมา

‘มือเช้า’ สร้างเขาวนปัญญา



‘มือเช้า’ มืออาหารที่หลากหลาย ๆ คนมักจะมองข้ามไม่ค่อยรับประทานกัน เพราะการใช้ชีวิตที่เร่งรีบหรือตื่นมาแล้วรู้สึกว่ายังไม่หิวข้าว แต่ในความเป็นจริงแล้ว มือเช้าเป็นมือที่มีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้จดจำและพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น โดยปกติร่างกายคนเราจะไม่ได้รับอาหารในระหว่งนอนหลับเป็นเวลาหลายชั่วโมง ดังนั้น การไม่รับประทานอาหารเช้าอาจทำให้สมองได้รับสารอาหารไม่เพียงพอสำหรับการทำงาน โดยเฉพาะในเด็ก หากสมองได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ท้ายที่สุดอาจนำไปสู่การถดถอยของระดับเขาวนปัญญาได้ แต่ในปัจจุบันเรากลับพบว่ามียุคจำนวนมากที่ไม่ไปโรงเรียนโดยที่ไม่รับประทานอะไรเลยในตอนเช้า

ด้วยเหตุนี้ผลิตภัณฑ์คอนอร์ คัพโจ๊ก จึงได้จัดโครงการ “มือเช้าเราพร้อม กับคอนอร์คัพโจ๊ก ปี 2” รณรงค์ให้เด็กไทยรับประทานอาหารเช้าทุกวันอย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก ๆ ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศไทย โดยได้เชิญ **ดร.คม กมลพัฒนะ นักโภชนาการจากยูนิลีเวอร์** มาให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารเช้าว่า “อาหารเช้าเป็นมื้อสำคัญที่สุดของวัน และเป็นมื้ออาหารที่มีผลต่อเขาวนปัญญา” โดยมีหลายงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์พบว่า ความเครียดที่เกิดจากการขาดสารอาหารมีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุ 9-12 ปี ซึ่งเป็นวัยที่สมองต้องการพลังงานเพื่อการเจริญเติบโตของสมองเองและกระบวนการเรียนรู้จดจำ การรับประทานอาหารเช้าจึงมีประโยชน์ต่อระดับเขาวนปัญญาและการเรียนรู้จดจำเป็นอย่างมากทั้งในเรื่องของ

1. สมาธิ...จำได้แม่นยำ จำได้ไว โดยเฉพาะความจำระยะสั้น (Short-term memory) ในเด็ก อาหารเช้าช่วยให้เด็กมีสมาธิและสามารถจดจำเหตุการณ์ทั้งมีความไวและความถูกต้องในการจดจำภาพและเสียง การนึกคำตอบได้อย่างทันที การจำคุณลักษณะ และการจำเกี่ยวกับสถานที่และตำแหน่งของวัตถุได้ดีกว่าและไวกว่าเด็กที่ไม่รับประทานอาหารเช้า

2. เห็นปุ๊บ...รู้ความแตกต่างรวดเร็ว เด็กที่รับประทานอาหารเช้าจะสามารถแยกแยะความเหมือนและความแตกต่างของสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ดี ไม่ว่าจะเป็นภาพเหมือน และวัตถุต่าง ๆ ที่มองเห็นได้ดี ยืนยันได้จากการทดสอบจับคู่ภาพเหมือน (The Matching Familiar Figures Test) เด็กที่รับประทานอาหารเช้าสามารถแยกแยะความเหมือนของภาพได้ดี

3. จำศัพท์ได้แม่นยำ..เก่งภาษา เด็กที่รับประทานอาหารเช้ามีความสามารถในการจำคำศัพท์ได้ดีขึ้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและความชำนาญด้านภาษา ยืนยันได้จากผลการศึกษาในกลุ่มเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารและไม่รับประทานอาหารเช้า หลังจากเด็กได้รับประทานอาหารเช้าอย่างสม่ำเสมอ เด็กกลุ่มนี้มีคะแนนทดสอบคำศัพท์ดีขึ้น

“เพื่อให้การรับประทานอาหารเช้ามีผลดีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้จดจำ คุณแม่ควรเตรียมอาหารเช้าที่ให้พลังงานร้อยละ 20-25 ของความต้องการต่อวัน หรือประมาณ 300-400 กิโลแคลอรีสำหรับเด็กอายุ 6-13 ปี และที่สำคัญนอกเหนือจากพลังงานแล้ว อาหารเช้าควรให้โปรตีน วิตามินและแร่ธาตุ โยอาหารและควรมีปริมาณน้ำตาลน้อย นักวิทยาศาสตร์พบว่าอาหารเช้าที่ให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ หรือมีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำมีส่วนเกี่ยวข้องกับความจำที่ดีขึ้น กรดไขมันไม่อิ่มตัวสูงหรือ PUFA มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเขาวนปัญญาในช่วงวัยเด็ก โดยพบว่ามีส่วนช่วยในเรื่องการจดจำและการอ่านในเด็กวัยเรียน โดยตัวอย่างอาหารเช้าที่แนะนำ เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก ก๋วยเตี๋ยวน้ำ หรือซุปรวมกะโรนี ใส่เนื้อสัตว์หรือไข่ไก่ และผักที่เด็กชอบ รับประทานร่วมกับผลไม้ และนมโคหรือนมถั่วเหลือง” **ดร.คม** กล่าว

ลงนามบันทึกข้อตกลง

ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับ นายบวร วงศ์สินอุดม ประธานเจ้าหน้าที่บริหารและกรรมการผู้จัดการใหญ่ บริษัท พีทีที โกลบอล เคมิคอล จำกัด (มหาชน) พร้อมด้วย ศ.พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล นายกัญจน์ ปทุมราช ประธานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการกลุ่มธุรกิจปิโตรเคมีขั้นต้น บริษัท พีทีที โกลบอล เคมิคอล จำกัด (มหาชน) และ รศ.ดร.พญ.นิศารัตน์ โอภาสเกียรติกุล ผู้อำนวยการโรงเรียนกายอุปกรณ์สิรินธร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์การเรียนรู้ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา เพื่อร่วมวิจัยและพัฒนาวัสดุสำหรับผลิตกายอุปกรณ์ให้มีคุณสมบัติที่เหมาะสมตรงตามความต้องการใช้งาน ในโครงการนวัตกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยพลภาพที่มีปัญหาความบกพร่อง หรือความพิการต่าง ๆ ทางร่างกาย น้อมถวายเป็นพระราชกุศลในวโรกาสที่ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จะทรงมีพระชนมายุ 60 พรรษา ในปี พ.ศ. 2558



สร้างสรรค์สังคมไทย ห่วงไกลอัลไซเมอร์ ครั้งที่ 6

นพ.ยุทธ โพธารามิก ประธานมูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย พร้อมด้วย ศ.พญ.นันทิกา ทวิชาชาติ กรรมการเลขานุการมูลนิธิโรคอัลไซเมอร์ฯ (ที่ 2 จากขวา) ร่วมกับ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) ได้จัดกิจกรรม “สร้างสรรค์สังคมไทย ห่วงไกลอัลไซเมอร์ ครั้งที่ 6” ขึ้น โดยภายในงานมีการให้ความรู้ในเรื่องของโรคอัลไซเมอร์และการป้องกัน ตลอดจนกิจกรรมค่ายเสริมพลังสมอง (Brain Boost Camp) ซึ่งงานนี้ได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ณ ห้องคริสตัล บอลรูม โรงแรมวันนา ถ.สุรวงศ์ กรุงเทพฯ



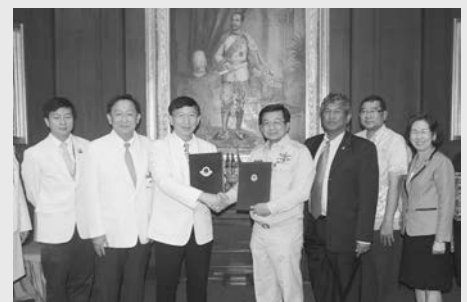
จัดประชุมด้านไวรัสวิทยา

น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ ที่ปรึกษาสมาคมไวรัสวิทยา (ประเทศไทย) ร่วมกันแถลงข่าวว่า ประเทศไทยจะเป็นเจ้าภาพจัดประชุมวิชาการระดับนานาชาติด้านไวรัสวิทยา (International Congress on Medical Virology 2014: ICMV 2014) ระหว่างวันที่ 5-7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมพูลแมน กรุงเทพฯ ซึ่งในปีนี้จะเน้นประเด็น “ไวรัสไร้พรมแดน (Viral diseases without borders)” โดยมีแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ นักวิชาการด้านไวรัสจากทั่วโลกเข้าประชุมประมาณ 500 คน ณ กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี



โครงการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการด้านการแพทย์ดั้งเดิม

ผศ.(พิเศษ) ดร.นพ.รัชชชัย กมลธรรม อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พร้อมด้วย ศ.คลินิก นพ.อุดม ชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือว่าด้วยการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการด้านการแพทย์ดั้งเดิม เพื่อรองรับการจัดตั้งศูนย์ประสานงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก ระหว่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ณ ห้องประชุมคณะแพทยศาสตร์ ตึกอำนวยการชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช



วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
22-26 ธันวาคม 2557	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	การประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดการทางเภสัชกรรม เรื่อง การจัดการงานบริการด้านเภสัชกรรม (Pharmacy Service Management) ณ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 08-9918-3921, 0-3424-4462 www.pharm.su.ac.th/news
26-30 มกราคม 2558	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	การประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรมคลินิก ครั้งที่ 3/2558 เรื่อง Advanced Pharmacotherapeutics II ณ โรงแรมพูลแมน ขอนแก่น ราชธานี ราชธานี จ.ขอนแก่น	โทรศัพท์ 0-4320-2378 ตอ 2132, 2131 http://pharm.kku.ac.th/conference
28-30 มกราคม 2558	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	The International Conference on Herbal and Traditional Medicine ณ โรงแรมพูลแมน ขอนแก่น ราชธานี จ.ขอนแก่น	โทรศัพท์ 0-4375-4360, 08-4428-8404 โทรสาร 0-4375-4360 www.htm2015.com
2-6 มีนาคม 2558	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	การประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดการทางเภสัชกรรม เรื่อง การจัดการระบบยา (Pharmaceutical System Management) ณ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 08-9918-3921, 0-3424-4462 www.pharm.su.ac.th/news
8 มีนาคม 2558	สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)	การประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2557 ณ ศูนย์นิทรรศการ และการประชุมไบเทค บางนา	โทรศัพท์ 0-2713-5261-3 โทรสาร 0-2713-5541 www.pharcpa.com
22-26 มิถุนายน 2558	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	การประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรมคลินิก ครั้งที่ 10 เรื่อง Clinical Drug Information System - basic clinical DIS 22-24 มิ.ย. 2558 - advanced clinical DIS 25-26 มิ.ย. 2558 ณ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 08-9918-3921, 0-3424-4462 www.pharm.su.ac.th/news
23-26 มิถุนายน 2558	สมาคมเภสัชกรรม วิทยาลัยเภสัชบำบัด แห่งประเทศไทย และ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	The 15 th Asian Conference on Clinical Pharmacy 2015 (ACCP 2015) "Advancing Clinical Pharmacy Practice & Education Toward Patient-centered Care" ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-4320-2378 โทรสาร 0-4320-2379 E-mail: ACCP2015.info@gmail.com http://accp2015.kku.ac.th

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ติดต่อกองบรรณาธิการ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 188 โทรสาร 0-2435-2345 ต่อ 181 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com
บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/71 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700



โบโซลวอน®

ชนิดเม็ดละลายน้ำ



รสมะนาว

โบโซลวอน® มีตัวยาบรอมเฮกซีน
ช่วยละลายเสมหะ บรรเทาอาการไอ



Boehringer
Ingelheim

บริษัท เบอริงเกอร์ อินเกลไฮม์ (ไทย) จำกัด โทร. 0-2308-8500

อ่านคำเตือนในฉลากก่อนใช้ยา
ขท.25/2555



ฟาร์มาตอน ฟิชซี่ (เม็ดฟู่ รสส้ม)

วิตามินรวม เกลือแร่ บวกโสมสกัด G115 จากสวิตเซอร์แลนด์

ใช้ในภาวะเหนื่อยหมดแรง อ่อนเพลีย

สมาธิและความตื่นตัวลดลง



Boehringer Ingelheim | บ.เบอร์ลิงเกอร์ อินเกลไฮม์(ไทย) จำกัด
โทร.02-3088500

อ่านคำเตือนในฉลากก่อนใช้ยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ บก.1199/2566
ID.No.13-PMN-FZ-MR-02