

สิทธิบัตร ‘ไม่มีวันตาย’ ‘หลุมดำ’ อุตสาหกรรมยา



รอบรู้เรื่องยา 10
Ethosomes
เทคโนโลยีในการนำส่งยาทางผิวหนัง

กฎหมายเภสัช 21
“หมอ” และ “ยา”
ที่ดีที่สุดในยุคนี้ ณ หนใด

รู้ทันโรค 38
ไขข้อข้องใจปัญหาสุขภาพเพศชาย
สัญญาณโรคภัย...อันตรายกว่าที่คิด



ISSN 1513-5896



One Wristband Life Saving

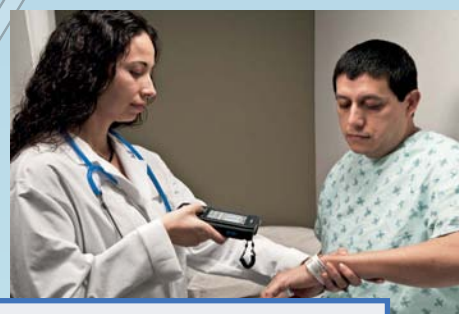
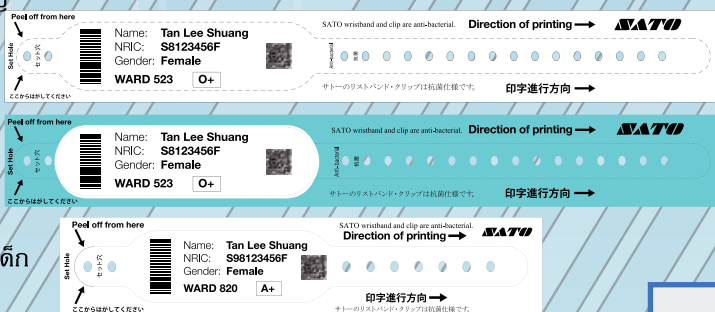


ซาโต เป็นผู้ผลิตและจำหน่าย Wristband ที่มีคุณภาพและเราได้รับความไว้วางใจจากโรงพยาบาลชั้นนำทั้งในประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทย ด้วยวัสดุที่ทนต่อสารเคมีและมีความอ่อนนุ่มกับผิวหนังใช้ คุณภาพที่คงทนและไม่ลบเลือนง่าย ทำให้การระบุตัวผู้ป่วยเป็นไปอย่างแม่นยำเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

Wristband ผู้ใหญ่
เลือกได้ 5 สี



Wristband เด็ก



The One Check System

SATO AUTO-ID (THAILAND) CO., LTD

สำนักงานใหญ่ และ โรงงาน

292/1 หมู่ 1 ต. เทพารักษ์ อ. เมือง จ. สมุทรปราการ 10270

โทร. 02-736-4460 แฟกซ์ 02-736-4461

ปัญญา ประกอบกิจ โทร. 081-620-7467
sales@satothailand.co.th

สำนักงานแหลมฉบัง

53 หมู่ 9 ทะเลทองทาวเวอร์ ชั้น 14 ต.ทุ่งสุขลา อ.ศรีราชา

จ.ชลบุรี 20230 โทร. 038-495-081-2 แฟกซ์ 038-494-989

กิตติศักดิ์ ศรีสุกิจวรกุล โทร. 087-076-6880
kittisak@satothailand.co.th

www.satothailand.co.th

Buscopan®

Hyoscine-N-Butylbromide 10 mg



Relieves
spastic abdominal pain

Hyoscine-N-Butylbromide 10 mg



: ช่วยบรรเทาอาการปวดเกร็ง หรือการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของ

- ## ขนาดรับประทาน

: ผู้ใหญ่และเด็กอายุมากกว่า 6 ปี
รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด
วันละ 3-5 ครั้ง

[illegible]

(โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา)

เอกสารอ้างอิง: เอกสารกำกับยา **Buscopon**® tablet CCDS No. 0057-06

รักษาตุ่มหนอง

แบคโตรอบัน รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนัง
เช่น การอักเสบของรูขุมขน ตุ่มหนอง ฟิว ประกอบด้วย
ตัวยาโมวิฟโรซิน ใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่



มิวโคโซลวาน® พีแอล

แอมบรอกซอล ไฮโดรคลอไรด์ 75 มก.

ผู้ใหญ่รับประทานวันละ 1 แคปซูล

- ช่วยขจัดเสมหะในหลอดลมและบรรเทาอาการไอ
- ละลายเสมหะในโรคหลอดลมอักเสบทั้งชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง ที่มีการหลั่งเสมหะผิดปกติ และมีความบกพร่องของการขับเสมหะออก
- สะดวก รับประทานเพียงวันละ 1 แคปซูล



Boehringer
Ingelheim

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

อ่านคำเตือนในฉลากก่อนใช้ยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขก. 746/2555



คณะที่ปรึกษาเกิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกขาน นพ.พินิจ กุลละวณิช
 ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา
 นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา รศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
 ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรจันทร์ ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรย์วานิชย์
 รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนา
 รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
 พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอนันตกุล ภก.วิสุทธิ สุริยาภิวัฒน์
 ภก.ธีระ ฉากจันโรตม ภญ.ทัศนีย์ เขียวขจี
 ภก.ว่าที่ ร.ต.วิศิษฐ์ ประวีณวงศ์วุฒิ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประคองพันธ์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะระสิต

แพนดักโซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิธีกรอักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมพลัส

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ชาตีสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนกุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสัมพันธ์สกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา วรณห์ สอดิถิ่น

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

ความสุขเชิงกราฟิก

ขึ้นปีใหม่ไทยเราแต่เก่าก่อน

อนุสรณ์ร้อยคิตคิดแบบแผน

สืบสืบทอดมา มหาลัทธิฐานไม่คลอนแคลน

อันเฝ้าแค้นสุขสืบสืบทอดใจ

แต่ถึงสักล่งทำเอาลัทธิ

ด้อยกว่าสืบสืบทอดมาพบใหม่

เพราะเป็น "วันผู้สูงอายุ" ฤดูร้อนไทย

ทั้งอยู่ไหนมารวมกัน "วันครอบครัว"

ด้อยกว่าแต่สุขล่งจล่ง

สักล่งลัทธิล่งทั้งนั้นสุขล่ง

โปรดประทานความสุขทุกตนด้อย

ไม่หมดองมัวแต่ได้ด้อย

ขอได้รับความปรารถนาดีจากบริษัท สรรพสาร จำกัด

(อาวุโส ทรัพย์สุนทร ประพันธ์)



โภชนาการสำคัญต่อสุขภาพ

พ่อแม่มักสอนเราเสมอว่าอย่าคุยเรื่องการเมืองบนโต๊ะอาหาร เช่นเดียวกับการถกเถียงกันว่าจะเลือกกินอาหารเพื่อสุขภาพ หรือจะเลือกกินยา บางคนมองเห็นยาเป็นเหมือนสารพิษจึงชอบใช้อาหารแทนการใช้ยา แต่บางคนก็เชื่อว่าอาหารจะมาแทนยาได้ เพราะไม่ค่อยมีงานวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ที่สนับสนุนว่าการกินอาหารและการออกกำลังกายจะได้ผลดีจริงทางคลินิก

ล่าสุดมีงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร Circulation ซึ่งเป็นวารสารที่ได้รับความเชื่อถือ รายงานการศึกษาในคน 30,000 คน จาก 40 ประเทศที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง คือมีอายุเกิน 55 ปี มีประวัติที่เป็นเบาหวาน หัวใจวาย และสมองขาดเลือด การวิจัยนี้เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้ยาลดความดัน 2 แบบในการป้องกันโรคเหล่านี้ ขณะเดียวกันก็เก็บข้อมูลด้านอาหารการกิน และประเมินผลจากค่าคะแนนมาตรฐาน หลังจากเก็บข้อมูล 5 ปี พบว่ามีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดราว 5,500 ราย ปรากฏว่าคนที่มีความสุขดีกว่า คือพวกที่ชอบกินผัก ผลไม้ และธัญพืช ชอบกินปลามากกว่าเนื้อ และชอบกินถั่วและโปรตีนจากพืชมากกว่าชอบกินไข่ และเปิด-ไก่ คนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจลดลง 28% การเกิดสมองขาดเลือดลดลง 19% ผลที่ได้นี้สอดคล้องกันทั้งในกลุ่มที่เข้ายาและไม่เข้ายา

สรุปได้ว่าการกินอาหารสุขภาพมีความสำคัญในการลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจและหลอดเลือด คำกล่าวที่ว่าเราเป็นสิ่งที่เรากินเข้าไป คงประจักษ์ชัดแม้ว่าจะไม่ได้ผลเต็มร้อย อาหารที่ไม่เพิ่มน้ำตาลเป็นผลดีต่อสุขภาพหัวใจ การเมตาบอลิซึมของร่างกาย และการป้องกันมะเร็ง การลดอาหารคาร์โบไฮเดรตนอกจากจะช่วยลดน้ำหนักได้แล้ว ยังช่วยลดความดันโลหิต ควบคุมคอเลสเตอรอล และลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประคองพันธ์





4



35



38

3 โลกกว้างทางยา

- ยาปฏิชีวนะทำให้เกิดโรคหัวใจในคนไข้โรคปอด
- โรคนิ่วในนิ่วมีผลร้ายตามมาในผู้สูงอายุ
- กาแฟและเครื่องดื่มคาเฟอีนช่วยให้ขับรกลดภัย

6 Hot News

- สธ. ผลักดันยาสมุนไพรไทย ให้แพทย์แผนปัจจุบัน ยอมรับสรรพคุณ
- เตือนภัย “กรดที่ซีเอ” เสี่ยงเสียโฉมถาวร
- กรมวิทย์ฯ วิเคราะห์ยากระดูกไขว้กัน ย้ำความมั่นใจผู้ป่วย ข้อเข่าเสื่อม
- กรมวิทย์ฯ เฝ้าระวังการดื้อยาของเชื้ออหิวาตกโรค
- อย. แจง “ยาไดแอน-35” ยังไม่พบปัญหาในไทย

9 ก็นกระแส

บริโภคเนื้อแดงเพิ่มความเสี่ยงให้แบคทีเรียในกระเพาะ ทำให้เกิดโรคหัวใจ

10 สอบรู้เรื่องยา

Ethosomes เทคโนโลยีในการนำส่งยาทางผิวหนัง

12 กศทางยา

Kadcyla รักษามะเร็งเต้านม

13 CPE PLUS

“คอติบ” โรคติดเชื้อที่ท่อนคิน

21 กฎหมายเภสัช

“หมอ” และ “ยา” ที่ดีที่สุดอยู่ ณ หนใด

24 เกาะติดสถานการณ์

สิทธิบัตร ‘ไม่มีวันตาย’
‘หลุมดำ’ อุตสาหกรรมยา

28 เกาะติดงานประชุม

สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)
จัดประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2556
เรื่อง “ความเพียงพอของงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล”

29 อาคันตุกะ

ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง

ความสุขของอาจารย์คือการเห็นลูกศิษย์
ประสบความสำเร็จ

33 เกาะล่อง FDA

34 สมุนไพร - แพทย์ทางเลือก

“พริก” สุดแสนเผ็ดร้อนจากกันครัว
ช่วยบรรเทาอาการปวดต่าง ๆ
ผ่านการทดสอบแล้ว ได้ผลจริง!

36 ยากับชีวิต

10 อันดับยดฮิตสถานที่ขอหยย

38 รู้กับโรค

ไขข้อข้องใจปัญหาสุขภาพเพศชาย
สัญญาณโรคร้าย...อันตรายกว่าที่คิด

40 ปกึณกะข่าว

- กรมอนามัยขับเคลื่อน 6 ยุทธศาสตร์พัฒนาเด็กไทย
สูงสมส่วน สมองดี แข็งแรง
- อภ. ยันสำรวจวัตถุดิบผลิตยาพาราเซตามอล
เพื่อเหตุน้ำท่วมใหญ่เป็นหลัก
- กรมวิทย์ฯ สนับสนุนหน่วยงานรัฐ-เอกชน
เลือกใช้บริการห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานสากล
- บอร์ด สปสช. ตั้งอนุกรรมการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ
รองรับไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
- ทีมวิจัยจุฬาฯ วิจัยประสิทธิภาพยาลดไข้จากสมุนไพร
ยืนยันไม่มีผลต่อดับและไต ลดไข้ได้จริง
- ประกวดสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพดี
มีจริยธรรมเด่น รับรางวัล “อย. ควอลิตี้อวอร์ด” ปี 2556

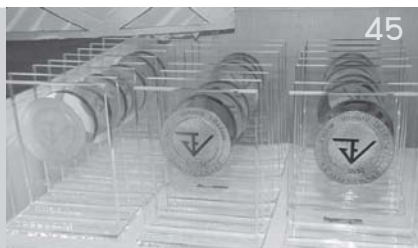
46 ชอกแซก

47 ข่าวบริการ



31

27



45



6



41

ยาปฏิชีวนะทำให้เกิดโรคหัวใจในคนไข้โรคปอด

HealthDay News: การศึกษาครั้งใหม่พบว่ายาปฏิชีวนะ Clarithromycin ซึ่งใช้กันบ่อยในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ เช่น หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหัวใจวายเฉียบพลันจนเสียชีวิต

ในการศึกษานี้ นักวิจัยชาวอังกฤษสำรวจข้อมูลคนไข้ 1,300 รายที่มีอาการ COPD แยกและอีกประมาณ 1,600 รายที่เป็นนิ่วโมเนีย เขาพบว่าคนไข้ COPD รว 26% ที่ได้รับยา Clarithromycin มีอาการทางหัวใจผิดปกติอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีได้ใช้ยานี้จะมีอาการดังกล่าว 18% รว 12% ของคนไข้ที่เป็นนิ่วโมเนียมีอาการทางหัวใจผิดปกติ 1 ครั้งในปีถัดมา เทียบกับ 7% ของคนไข้ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ หัวหน้านักวิจัยคือ James Chalmers จากมหาวิทยาลัยดันดี สกอตแลนด์

รายงานผลในวารสาร BMJ

ในคนไข้กลุ่ม COPD พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการให้ยา Clarithromycin กับการเสียชีวิตเนื่องจากหัวใจผิดปกติ ซึ่งความสัมพันธ์นี้ไม่พบในคนไข้ที่เป็นนิ่วโมเนีย

การให้ยา Clarithromycin ในโรค COPD หรือนิ่วโมเนีย ยิ่งใช้นานยิ่งพบปัญหาจากหัวใจมากขึ้น ปรากฏการณ์นี้ไม่พบในการให้ยาปฏิชีวนะชนิดอื่น จึงคาดว่าเป็นผลมาจากการให้ยา Clarithromycin

โดยรวมแล้วจะพบคนไข้ที่มีอาการผิดปกติทางหัวใจ 1 รายในคนไข้ทุก 8 รายที่เป็น COPD และพบ 1 รายในคนไข้ 11 รายที่เป็นนิ่วโมเนียที่ได้รับยา Clarithromycin อาการทางหัวใจเหล่านี้จะหายไปเมื่อหยุดให้ยา Clarithromycin จึงคาดว่าเป็นผลมาจากยาต่อกระบวนการอักเสบของคนที่อยู่ในโรค COPD

ผู้วิจัยกล่าวว่าข้อมูลนี้ต้องวิจัยซ้ำอีกครั้งก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานการรักษาต่อไป



ตรวจยีนบอกชนิดของมะเร็งเต้านม



HealthDay News: การตรวจยีนอาจช่วยบอกได้ว่าสตรีมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมบางชนิดได้หรือไม่

นักวิจัยพบว่ายีนบางตัวมีการทำงานได้ดีเกินหรือด้อยเกินไป การตรวจยีนอาจช่วยให้แพทย์บอกได้ว่าสตรีมีมะเร็งชนิด estrogen receptor positive (ERP) หรือ estrogen receptor negative (ERN) cancer เพื่อให้แพทย์เลือกวิธีการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสม

ปัจจุบันนี้มียา 3 ชนิดที่ใช้ในการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีที่มีความเสี่ยงสูง แต่ยาเหล่านี้ให้ได้ผลกับมะเร็งที่ไวต่อฮอร์โมนเท่านั้น ซึ่งเรียกว่า

เป็นชนิด estrogen receptor positive โดยไม่ป้องกันชนิดที่ไม่ sensitive ซึ่งสตรีกลุ่มที่เข้าป้องกันไม่ได้ผลไม่ควรมองมาเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงของยาป้องกันโดยแพทย์จะหาวิธีอื่นในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

ในการศึกษานี้ นักวิจัยเก็บตัวอย่างจากเต้านมของสตรีที่มียีนชนิด ERP 27 คน และชนิด ERN 27 คน และอีก 12 คนที่ไม่มีมะเร็งเต้านม ตัวอย่างจากสตรีกลุ่ม ERN มีการทำงานของยีน 13 ชนิด มากเกินอย่างมีนัยสำคัญ และมียีน 8 ชนิดเกี่ยวกับการเมตาบอลิซึม

ผลการตรวจยีนนี้ น่าสนใจ เพราะโรคอ้วนเป็นแฟกเตอร์หนึ่งในความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม แต่สตรีอ้วนมักจะนึกว่ามียีนเป็นชนิดไวต่อฮอร์โมน (ERP) แต่จากผลการตรวจยีนนี้จะเห็นผลตรงกันข้าม คือคนที่ที่เป็น ERN มียีนที่เกี่ยวกับเมตาบอลิซึมของไขมัน ส่วนกลุ่ม ERP มีการเมตาบอลิซึมไขมันได้น้อยลง

ผู้วิจัยเห็นว่าคงต้องวิจัยต่ออีก 2-3 ขั้นตอน จึงจะนำมาใช้ประโยชน์ได้จริง เขาหวังว่าจะได้ตรวจเต้านมในสตรีปกติเพื่อทราบว่ามีความเสี่ยงมากน้อยเพียงใด และหาวิธีการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมต่อไป





โรคนิ่วโมเนีย มีผลร้ายตามมาในผู้สูงอายุ

HealthDay News: ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาโรคนิ่วโมเนียในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหาด้าน

กายภาพและจิตใจตามมาในระยะยาว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

จากการวิเคราะห์เวชระเบียนของคนไข้ผู้ใหญ่ 1,400 รายที่มีอายุสูงกว่า 50 ปี ซึ่งเคยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 1,700 ครั้งด้วยโรคนิ่วโมเนีย หัวใจวายหรือเส้นเลือดสมองตีบ พบว่าสำหรับผู้เคยเป็นนิ่วโมเนียและเคยเป็นคนไข้ใน รวมทั้งผู้ที่เคยเป็นคนไข้ในครั้งเดียวในรอบ 9 ปี และผู้ที่มิได้เข้าห้องวิกฤตจะมีความสามารถทางจิตลดลงเป็น 2 เท่า อาการนี้อาจรุนแรงถึงขั้นหมด

สมรรถภาพและต้องอยู่ในศูนย์ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้คนไข้ที่เคยเป็นโรคนิ่วโมเนียยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าถึง 2 เท่า และสูญเสียสมรรถภาพในการประกอบกิจกรรมประจำวัน เช่น การเดิน การทำอาหาร และการใช้ห้องน้ำ โรคนิ่วโมเนียมีเชื้อโรคที่ทำให้ถึงตาย แต่มีผลตามมาเมื่ออายุมากขึ้น Dr.T. Iwashyna แพทย์อายุรเวชจากมหาวิทยาลัยมิชิแกน กล่าวว่า ผู้ป่วยนิ่วโมเนียต้องการผู้ดูแลในระยะยาว และคุณภาพชีวิตลดลงพอ ๆ กับการเป็นโรคหัวใจ แต่เรายังลงทุนน้อยในการหาวิธีป้องกันโรคนิ่วโมเนีย

การป้องกันการเป็นนิ่วโมเนียคือ การเข้ายาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องตามเวลา การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่เคยเป็นโรคนิ่วโมเนีย

ในสหรัฐอเมริกา มีผู้ติดเชื้อนิ่วโมเนียในผู้สูงอายุที่ต้องเข้าโรงพยาบาลเกือบ 4 แสนครั้ง คิดเป็นความสูญเสียประมาณ 7,300 ล้านดอลลาร์สหรัฐ



กาแฟและเครื่องดื่มคาเฟอีนช่วยให้ขับรถปลอดภัย

HealthDay News: การดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มอื่น ๆ ที่มีคาเฟอีนช่วยให้คนขับรถบรรทุกไม่เผลอหลับ ช่วยลดอุบัติเหตุจากการขับรถทางไกลได้ 63%

นักวิจัยชาวออสเตรเลียศึกษาคนขับรถบรรทุก 530 คนที่เคยมีประวัติเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถทางไกล และอีก 517 คนที่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุในปีที่ผ่านมา โดยศึกษาในช่วงปี ค.ศ. 2008 และ 2011 ในรัฐนิวเซาท์เวลส์ และออสเตรเลียตะวันตก 43% ของผู้ขับรถบรรทุกใช้เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ ชา คาเฟอีนเม็ด หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เพื่อช่วยให้ไม่เผลอหลับขณะขับรถ

หลังจากปรับค่าอายุ รูปแบบการนอนหลับ และปัจจัยอื่น ๆ นักวิจัยพบว่า คนขับที่ใช้เครื่องดื่มคาเฟอีนมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุลดลง 63% เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ใช้คาเฟอีน แม้ว่าคนขับที่ใช้คาเฟอีนจะขับรถระยะทางไกลกว่าและนอนน้อยกว่า

นักวิจัยยังพบว่า การมีอุบัติเหตุในระยะ 5 ปีก่อนจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในช่วงที่ศึกษาราว 81% ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นยังคงอยู่อย่างมีนัยสำคัญหลังจากที่คำนึงถึงแฟกเตอร์อื่น ๆ แล้ว

มีความเชื่อมโยงระหว่างการสูบบุหรี่จัดกับการเกิดอุบัติเหตุ แต่ความสัมพันธ์นี้ไม่ปรากฏเมื่อคำนึงถึงแฟกเตอร์อื่น

การใช้เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนช่วยลดอุบัติเหตุจากการขับรถทางไกลได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งจะนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการลดความเมื่อยล้าในคนกลุ่มนี้หรือกลุ่มที่คล้ายกัน อย่างไรก็ตาม ข้อดีของคาเฟอีนเป็นประโยชน์ระยะสั้นเท่านั้น ข้อสำคัญคือ ต้องมีการพักผ่อนให้เพียงพอ มีการนอนพัก และกำหนดการทำงานเป็นเวลา





ทหารผ่านศึก เมืองเมมฟิส มลรัฐเทนเนสซี เห็นว่าเทคนิคการวัดความดันโลหิตยังไม่ดีพอและมักจะได้อ่านค่าที่สูงเกินจริง แต่ถึงกระนั้นก็ไม่เป็นอันตรายต่อคนไข้ แต่หากตรวจน้อยครั้งแล้วไม่พบคนที่โรคความดัน

วัดความดันบ่อย ๆ ลู่วัดน้อยครั้งไม่ได้

Reuters Health: จากการวิเคราะห์ข้อมูลของคนไข้กว่า 4,000 ราย นักวิจัยสรุปได้ว่า ปัจจุบันนี้มีการตรวจวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่พบแพทย์ เพื่อตรวจคัดกรองโรค บางคนตรวจหลายครั้งในรอบปี การตรวจบ่อยอาจทำให้เกิดการวินิจฉัยโรคผิดพลาดมากขึ้น ทำให้คนไข้ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่จำเป็นมากขึ้น เมื่อเทียบกับการตรวจวัดปีละครั้ง

การวัดความดันโลหิตบ่อยครั้งไม่เป็นวิธีการที่ถูกต้อง ค่าที่วัดได้จึงไม่แม่นยำทำให้คิดว่าคนไข้เป็นโรคความดันโลหิตสูง Dr.G. Garrison จากเมโยคลินิก เมืองโรเชสเตอร์ ให้ข้อมูลทางอีเมลว่า การวัดความดันที่ผิดพลาดนี้มีผล 2 ข้อคือ ประการแรกทำให้คนไข้กังวลโดยไม่จำเป็น ต้องพบแพทย์บ่อยขึ้น และส่งตรวจร่างกาย ประการที่สองทำให้แพทย์เข้าใจผิด บันทึกไว้โดยไม่มีการยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริง การวัดความดันน้อยครั้งแม้จะมีความไม่แน่นอนเหมือนกัน แต่ก็ลดการเข้าใจผิดเหล่านี้ลงได้ครึ่งหนึ่ง

นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแฟ้มประวัติคนไข้ของโรงพยาบาลเมโย มี 68 รายถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และอีก 372 รายไม่เป็น จากผลการวัดความดันที่พบแพทย์แต่ละครั้งพบว่า ทั้ง 68 รายที่เป็นโรคความดันตรวจพบได้ทุกครั้ง แต่มี 110 รายที่ไม่มีโรคความดันแต่มีการแปลผลผิดเพราะผลการวัดความดันสูง เมื่อนำผลการวัดความดันชุดเดียวกันแต่เลือกผลครั้งเดียวในรอบปีมาวิเคราะห์พบว่า มี 68 รายที่เป็นโรคความดัน และมีการวินิจฉัยผิด 67 ครั้ง

การวัดความดันโลหิตโดยเครื่องวัดในสำนักงานอาจได้ผลไม่แม่นยำ เว้นแต่ว่าคนไข้ต้องนั่งวางแขนบนที่เท้าแขนและหยุดพัก 5 นาที หาไม่แล้วความดันอาจสูงขึ้นชั่วคราวจากหลายสาเหตุ เช่น การตื่นเต้นที่จะเข้าพบแพทย์

Dr.W. Cushman หัวหน้าฝ่ายอายุรศาสตร์ป้องกันจากโรงพยาบาล

จริง ๆ จะเป็นผลเสียมากกว่า ในกรณีศึกษานี้มีถึง 5 รายจาก 68 ราย หรือประมาณ 7% ที่ตรวจไม่พบในคนไข้ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ในประชากรส่วนใหญ่แล้ว ผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบโรคความดันไม่ควรเกิน 10% ค่าตรวจและค่ารักษาก็ไม่ได้แพงมาก ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงกว่าจะเห็นผลการรักษาต้องใช้เวลา 6 เดือน - 1 ปี ดังนั้น การรออีก 1 ปี กว่าที่จะตรวจวัดความดันอีก จึงเป็นการเข้าไป Dr.W. Cushman ให้ความเห็น

ส่วน Dr.Garism เห็นว่าสำหรับคนส่วนใหญ่ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคค่อยเป็นค่อยไป การตรวจพบช้าไปหลายเดือนหรือเป็นปีก็ไม่มีผลเสียที่ชัดเจน





สธ. ปลักดันยาสมุนไพรไทย ให้แพทย์แผนปัจจุบันยอมรับสรรพคุณ

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะผลักดันให้มีการใช้สมุนไพรมากขึ้น เพื่อทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน ซึ่งไทยนำเข้ายาจากต่างประเทศถึงร้อยละ 75 โดยต้องทำให้องค์ความรู้สมุนไพรเป็นมาตรฐานก่อน สร้างความเข้าใจประชาชนว่า ยาที่มาจากสมุนไพรเป็นที่ยอมรับของแพทย์แผนปัจจุบันและใช้ได้ผล ซึ่งกำลังอยู่ในขั้นตอนประเมินผลว่ายาสมุนไพรที่บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วจำนวน 71 รายการมีการใช้มากน้อยเพียงใด และสาเหตุที่แพทย์ไม่ใช้ยาสมุนไพรเป็นเพราะแพทย์ไม่เชื่อถือที่มาของยา หรือเพราะยามีปริมาณไม่เพียงพอ หรือไม่เชื่อในสรรพคุณยา ซึ่งต้องยอมรับว่าเป็นข้อบกพร่องของระบบภายใน เพราะที่ผ่านมาเป็นเป้าหมายที่รัฐบาลจะต้องทำ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การประเมินผลที่ชัดเจน

การผลักดันสมุนไพรครั้งนี้จะเป็นการสนับสนุนนโยบายเมดิคัลฮับของรัฐบาล โดยจะคัดเลือกสมุนไพรเป็นโปรดักส์แชมเปียนขึ้นมา ซึ่งไม่ใช่สนับสนุนให้ปลูกอย่างเดียว จะต้องพัฒนาถึงขั้นสกัดสารเคมีสำคัญตัวนั้น ๆ ออกมา เพื่อไปทำส่วนประกอบของเครื่องสำอางต่าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยการผลักดันทุกรูปแบบ ในอนาคตเมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียนแล้ว คาดหวังว่าประชาชนจะมีการใช้สมุนไพรที่ได้มาตรฐานและไม่ใช้ยาทางเลือก แพทย์ทุกคนจะใช้ยาดังกล่าวรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ

น้อยได้ เช่น ไอบีโพรเฟน เป็นหวัด ปวดท้อง ปวดหลัง รวมถึงโรคหนัก ๆ เช่น มะเร็ง เชื่อว่าสารจากสมุนไพรหลาย ๆ ตัวมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้รักษา แต่ยังอยู่ในขั้นวิจัยอยู่ ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2556-2560 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายบรรจุยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างน้อยร้อยละ 10 ของรายการยาทั้งหมด

โดยในปีนี้มีสมุนไพร 11 ชนิดที่น่าจะมีศักยภาพและมีคุณสมบัติเหมาะสม สามารถนำมาวิจัยต่อยอดเป็นยาจากสมุนไพรที่สามารถนำมาบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ ได้แก่ 1. พริก 2. ใบฝรั่ง 3. ขมิ้นชัน 4. บัวบก 5. พรมมิ 6. ว่านชักมดลูก 7. กวาวเครือขาว 8. กระชายดำ 9. ขิง 10. ปัญจขันธ์ และ 11. หม่อน ซึ่งพืชเหล่านี้มีข้อมูลเบื้องต้นที่มีศักยภาพสามารถพัฒนาเป็นยาสำหรับรักษาอาการหรือโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขได้

ด้าน **นพ.สมชัย นิจนานิช อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** กล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2555 มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศมีประมาณ 363 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 1.82 ของการใช้ยาทั้งหมด ยาสมุนไพรที่ประชาชนนิยมใช้มากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ 1. ขมิ้นชัน รักษาอาการของระบบทางเดินอาหาร แน่นท้อง จุกเสียด ท้องอืด ท้องเฟ้อ 2. ใพล ใช้บรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดบวม ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก และ 3. ฟ้าทะลายโจร ใช้รักษาอาการของระบบทางเดินหายใจ บรรเทาอาการหวัด เจ็บคอ

ทั้งนี้ในการพัฒนาสมุนไพร ได้ตั้งคณะกรรมการประกอบด้วย นักวิชาการจากทั้ง 3 หน่วยงาน นักวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยต่าง ๆ ในการสนับสนุนข้อมูลและคัดเลือกสมุนไพรที่จะวิจัยและพัฒนาต่อยอด โดยจะร่วมกันจัดทำแผนการวิจัยตามขั้นตอนเพื่อให้สมุนไพรที่น่าเชื่อถือ และเร่งผลักดันบรรจุเพิ่มเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างน้อยอีก 15 รายการภายใน 3 ปี เพื่อนำมาใช้รักษาอาการเจ็บป่วยของประชาชนอย่างแพร่หลาย ทั้งในโรงพยาบาลและส่งเสริมให้จำหน่ายในร้านขายยาต่อไปในอนาคต



เตือนภัย “กรดทรีโอ” เสี่ยงเสียโฉมถาวร

นพ.จิโรจ สีนวามนัฏ ร่องอธิบดีกรมการแพทย์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนัง กล่าวว่า ปัจจุบันมีการใช้กรดทรีโอ (TCA: Trichloroacetic acid) มาใช้ลอกผิวหนัง หรือลบรอยหลุมสิว หรือใช้กรดชนิดนี้มาจี้ผากหรือกระเองอย่างรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ไม่รู้ถึงอันตรายที่จะเกิดตามมา เมื่อนำไปใช้แล้วเกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง ผิวหนังที่ใบหน้าบวมแดง มีน้ำเหลือง และกลายเป็นรอยไหม้ดำทั่วใบหน้า อาจไม่สามารถรักษาให้กลับมาเหมือนเดิมได้อีก

นพ.จิโรจ กล่าวเพิ่มเติมว่า กรดทรีโอมีลักษณะเป็นของเหลวใส มีความเข้มข้นแตกต่างกันตั้งแต่ 10-100% เป็นสารเคมีที่มีฤทธิ์รุนแรงกว่ากรดเอเอชเอ (AHA) ที่ใช้ทำเป็นครีมหน้าขาวใส และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ยังไม่อนุญาตให้นำกรดทรีโอมาผสมเป็นครีม

ทาหน้าขาวใส เนื่องจากกรดชนิดนี้มีความรุนแรงมาก เป็นกรดที่แพทย์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังได้เพียงอย่างเดียว เช่น หูด สิว ฝ้า กระ ริ้วรอย จุดด่างดำ ฝ้า และติ่งเนื้อเล็ก ๆ ที่ขึ้นตามลำคอ เพื่อลอกผิวออก ใช้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนังเท่านั้น ซึ่งในการลอกผิวหน้า แพทย์จะทากรดทิ้งไว้แค่ 3-4 นาทีแล้วล้างออก หากทิ้งไว้นานกว่านี้อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผิว ทำให้ผิวหนังไหม้ และหากใช้กรดทรีโอที่มีความเข้มข้นสูงจะมีฤทธิ์กัดทำลายผิวหนังถึงชั้นหนังแท้ อาจเกิดรอยแผลเป็นบนใบหน้า ไม่มีวิธีรักษาให้หายกลับมาเป็นเหมือนเดิมได้ และหลังจากลอกหน้าแล้วต้องหลีกเลี่ยงการโดนแสงแดด เพราะจะทำให้แสบหน้าเนื่องจากผิวหนังที่โดนลอกนั้นจะบางลง ประการสำคัญห้ามใช้ลอกหน้าในผู้ที่เป็เริ่ม ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่ผิวหนัง ลักษณะเป็นตุ่มใสเล็ก ๆ เนื่องจากจะทำให้เริ่มกระจายทั่วใบหน้าได้



กรมวิทย์ฯ วิเคราะห์ยากลูโคซามีน ย้ำความบั่นใจผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม

นพ.นิพนธ์ โพธิ์พัฒนชัย อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า ยากลูโคซามีนเป็นยาที่นำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการเสื่อมและอาการปวดในโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งปัจจุบันในท้องตลาดมีหลายยี่ห้อ ทั้งที่ผลิตในประเทศและนำเข้า โดยข้อมูลการขึ้นทะเบียนตำรับยากลูโคซามีนที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพบว่า มีจำนวน 131 ตำรับ จาก 44 บริษัท และมีหลายรูปแบบทั้งในรูปแบบยาผงละลายน้ำ ยาแคปซูล และยาเม็ด ดังนั้นในปีงบประมาณ 2554 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จึงได้ร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดำเนินการสุ่มตรวจวิเคราะห์คุณภาพยากลูโคซามีนจากผู้ผลิตและโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพยาให้แก่ประชาชนจำนวน 90 ตัวอย่าง ทั้งประเภทยาเม็ด ยาแคปซูล และยาผงสำหรับละลายน้ำ

โดยพบว่ายาเม็ดขนาดความแรง 500, 750 และ 1,000 มิลลิกรัมต่อเม็ด จำนวน 8 ตัวอย่างผ่านเกณฑ์ทุกตัวอย่าง ยาแคปซูลขนาดความแรง 250 และ 500 มิลลิกรัม

ต่อแคปซูล จำนวน 47 ตัวอย่าง พบว่าผิดมาตรฐาน 1 ตัวอย่าง ในหัวข้อความแตกต่างจากน้ำหนักเฉลี่ย ซึ่งเป็นการทดสอบน้ำหนักยาแต่ละแคปซูลที่สุ่มตรวจว่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนยาผงสำหรับละลายน้ำขนาด 1,500 มิลลิกรัมต่อซอง จำนวน 35 ตัวอย่าง พบผิดมาตรฐานเรื่องปริมาณตัวยาสำคัญต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 1 ตัวอย่าง

ภญ.นิดาพรรณ เรืองฤทธิสินธุ์ ผู้อำนวยการสำนักยาและวัตถุเสพติด กล่าวเพิ่มเติมว่า ปัจจุบันกลไกการออกฤทธิ์ของยากลูโคซามีนยังไม่ทราบชัดเจนและยังเป็นที่ถกเถียงทางการแพทย์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้รักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งในต่างประเทศมีการขึ้นทะเบียนยากลูโคซามีนทั้งที่เป็นยา และ/หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร แต่สำหรับประเทศไทยอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนเฉพาะเป็นยาเท่านั้น และที่ผ่านมาพบว่ายากลูโคซามีนเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีมูลค่าการเบิกจ่ายสูง ทำให้เป็นประเด็นในเรื่องของประสิทธิผลและคุ้มค่าของการใช้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเจรจาต่อรองราคายา และจัดทำราคากลางเพื่อควบคุมการเบิกจ่ายยาให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมและคุ้มค่า





นพ.นิพนธ์ โพธิ์พัฒนชัย อธิบดี

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้มีการเฝ้าระวังการดื้อยาของเชื้ออหิวาตกโรคทางห้องปฏิบัติการ โดยทดสอบความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ 6 ชนิดคือ แอมพิซิลลิน (Ampicillin), คลอแรมเฟนิคอล (Chloramphenicol), ซิโปรฟลอกซาซิน (Ciprofloxacin), โคไตรม็อกซาโซล (Co-trimoxazole), นอร์ฟล็อกซาซิน (Norfloxacin) และเตตราไซคลีน (Tetracycline) ซึ่งได้ดำเนินการทวนสอบข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีคือ ปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่าเชื้อ Vibrio cholerae O1, El Tor, Ogawa ดื้อยาโคไตรม็อกซาโซล (Co-trimoxazole) ร้อยละ 97.7 และเตตราไซคลีน (Tetracycline) ร้อยละ 94.7 เชื้อ Vibrio cholerae O1, El Tor, Inaba ดื้อยาโคไตรม็อกซาโซล (Co-trimoxazole) ร้อยละ 99.1 เชื้อ Vibrio cholerae O1, El Tor, Hikojima ดื้อยาโคไตรม็อกซาโซล (Co-trimoxazole) และเตตราไซคลีน

กรมวิทย์ฯ เฝ้าระวังการดื้อยาของเชื้ออหิวาตกโรค

(Tetracycline) ร้อยละ 100 ส่วน Vibrio cholerae O139 ไม่ดื้อยาที่ทดสอบทั้งนี้เชื้อ Vibrio cholerae O1, El Tor, Hikojima ในประเทศไทยพบน้อยมาก ดังนั้น ขอแนะนำสถานพยาบาลว่า ก่อนที่จะพิจารณาเลือกชนิดของยาปฏิชีวนะในการรักษาควรใช้ข้อมูลเฝ้าระวังการดื้อยาของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยา ซึ่งปัจจุบันการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะช่วยลดระยะอาการของโรคให้สั้นลง ลดการสูญเสียน้ำ ตลอดจนลดระยะเวลาของการแพร่กระจายเชื้ออีกด้วย

นพ.สมชาย แสงกิจพร ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวเพิ่มเติมว่า อาการของอหิวาตกโรคมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนถึงอาการรุนแรง ดังนั้น หากพบผู้ป่วยต้องรักษาอย่างทันท่วงทีด้วยการให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ในปริมาณที่เพียงพอ เพื่อแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดและภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ สำหรับแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะนั้น ในเด็กให้ Doxycycline 5 มล./กก./วัน หรือ Norfloxacin หรือ Ciprofloxacin 10-20 มก./กก./วัน นาน 5 วัน ส่วนผู้ใหญ่ให้ Doxycycline ครั้งละ 100 มก. หรือ Norfloxacin ครั้งละ 400 มก. หรือ Ciprofloxacin ครั้งละ 500 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน หรือ Tetracycline ครั้งละ 500 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน

อย. แจง “ยาไดแอน-35” ยังไม่พบปัญหาในไทย

นพ.บุญชัย สมบูรณ์สุข เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กล่าวว่า จากข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ รายงานว่า สำนักงานความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์ยาและสาธารณสุขแห่งชาติ (ANSM) ของฝรั่งเศสได้สั่งระงับการขายยา “ไดแอน-35” หลังพบว่าในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา ยาดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้หญิง 4 คน และผู้ป่วยอีกเป็น 100 คนที่เกิดอาการลิ่มเลือดอุดตันนั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีได้นิ่งนอนใจได้มอบหมายให้สำนักยาและสมุนไพรเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กองแผนงานและวิชาการ ตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับยาดังกล่าวทันที ผลการตรวจสอบข้อมูลยาพบว่า ยา “ไดแอน-35” มีการใช้ในประเทศไทยมากกว่า 20 ปี และจากการตรวจสอบฐานข้อมูลที่ได้รับรายงาน (Spontaneous Report System) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ถึงปัจจุบัน พบภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Venous thrombolism) จากการใช้ผลิตภัณฑ์ไดแอน-35 จำนวน 1 ราย ที่สำคัญยัง

ไม่พบรายงานการเสียชีวิตจากการใช้ยาดังกล่าวแต่อย่างใด

ทั้งนี้ขอให้อย่าวิตกกังวลในการใช้ยาที่มีการขึ้นทะเบียนตำรับยาตามกฎหมาย เพราะ อย. มีการติดตามตรวจสอบการใช้ยาทุกชนิดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนอย่างต่อเนื่องและเข้มงวดในส่วนข้อมูลลบของผลิตภัณฑ์ไดแอน-35 รวมถึงยาคุมกำเนิดตัวอื่น ๆ ที่มีตัวยาแบบเดียวกัน อย. ให้ผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย ระบุถึงข้อควรระวังในการใช้/คำเตือนอย่างชัดเจน ขอให้ผู้ที่ใช้ยาคุมกำเนิดอ่านข้อความบนฉลากอย่างละเอียด และที่สำคัญควรปรึกษาแพทย์/เภสัชกรก่อนมีการใช้ยาในครั้งแรก เพื่อความปลอดภัยและเลือกยาที่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากโอกาสจะพบการเกิดลิ่มเลือดอุดตันนั้นสามารถเกิดได้ไม่เพียงแต่เฉพาะยาไดแอน-35 เท่านั้น การใช้ยาคุมกำเนิดตัวอื่น ๆ จะต้องมีการคัดกรองความเสี่ยงก่อนใช้ยา อาทิ ผู้หญิงที่สูบบุหรี่และมีอายุมากกว่า 35 ปี, หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และผู้ที่เคยมีประวัติหรือเป็นลิ่มเลือดอุดตัน เป็นต้น





บริโภคเนื้อแดงเพิ่มความเสี่ยง ให้แบคทีเรียในกระเพาะ ทำให้เกิดโรคหัวใจ

สแตนลีย์ เฮเซน (Stanley Hazen) และคณะนักวิจัยแห่ง Cleveland Clinic Lerner Research Institute ในรัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา พบว่าการให้หนูทดลองกินคาร์นิทีน (carnitine) สารที่มีมากในเนื้อแดงและเครื่องดื่มน้ำปรุงกำลัง ทำให้เส้นเลือดแดงหนาและแข็งตัวขึ้น (atherosclerosis) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ

เนื้อแดงมีสารคาร์นิทีนที่แบคทีเรียในกระเพาะใช้เป็นอาหารและสร้างไขมันเลวซึ่งเป็นบ่อเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ

ทั้งนี้เพราะถ้านักวิจัยป้อนสารคาร์นิทีนทำนองเดียวกันให้แก่หนูทดลองอีกกลุ่มหนึ่งที่ยาฆ่าแบคทีเรียไว้ หนูกลุ่มนี้จะไม่เกิดเส้นเลือดตีบ

ภาวะแบบนี้เกิดในคนเราด้วยเช่นกัน เพราะนักวิจัยก็พบว่า กลุ่มคนที่บริโภคคาร์นิทีนในเลือดสูงมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหัวใจมากกว่าคนปกติ

นักวิจัยคณะนี้พบว่า แบคทีเรียบางชนิดที่อยู่ในทางเดินอาหารใช้คาร์นิทีนเป็นแหล่งพลังงาน มันย่อยสลายคาร์นิทีนและเกิดเป็นของเสียที่ชื่อ trimethylamine (TMA) ซึ่งตับของคนเราแปลงสาร TMA นี้ให้กลายเป็นสารอีกตัวที่ชื่อ trimethylamine-N-oxide หรือ TMAO แล้วกรองผ่านไต

ประเด็นสำคัญคือ สาร TMAO เป็นตัวการสำคัญที่เร่งให้กักเก็บไขมันเลวมากขึ้น และสะสมไว้ไม่ถูกทำลายโดย macrophage (เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่ง) เมื่อเป็นเช่นนั้นก็ก่อให้เกิดการจับหนวดตัวขึ้นภายในผนังหลอดเลือดแดง เกิดเป็นภาวะหลอดเลือดแข็งตัวที่เป็นต้นเหตุของโรคหัวใจ

ในทางเดินอาหารของคนเรามีแบคทีเรียสองประเภทคือ พวกที่ใช้คาร์นิทีนกับพวกที่ไม่ใช้คาร์นิทีน ดังนั้น เมื่อเรากินอาหารประเภทเนื้อแดงเข้าไปมาก ๆ แบคทีเรีย

พวกที่ใช้คาร์นิทีนซึ่งมีอยู่ในเนื้อแดงก็จะเพิ่มจำนวนขึ้น ในขณะที่แบคทีเรียที่ไม่ใช้คาร์นิทีนลดจำนวนลง

ส่วนนี้ตรงกับสิ่งที่เราได้พบมาก่อนหน้านี้ว่า คนที่กินเนื้อแดงเป็นประจำจะมีระดับของ TMAO สูงกว่าคนที่กินผักเมื่อให้บริโภคคาร์นิทีน ทั้งนี้เพราะกระเพาะของคนกินเนื้อแดงเป็นประจำจะมีแบคทีเรียที่ใช้คาร์นิทีนมากกว่าคนที่กินผัก TMAO จึงถูกสร้างมากกว่า

และข้อมูลที่พบอีกคือ อาหารที่อุดมไปด้วยคาร์นิทีน นอกจากจะเปลี่ยนกลุ่มของแบคทีเรียในกระเพาะและทางเดินอาหารแล้ว มันยังเพิ่มปริมาณ TMAO ขึ้นนับสิบเท่า

แล้วมันจะไม่เกิดโรคเส้นเลือดหัวใจได้ง่าย ๆ หรือ

จริง ๆ แล้ว คาร์นิทีนก็มีประโยชน์ครับ เพราะมันเป็นตัวนำพาพลังงานเข้าสู่ไมโทคอนเดรีย (mitochondria เป็นแหล่งเก็บพลังงานของเซลล์) มันเป็นสิ่งเหมือนตัวกระพือกองไฟให้ไหม้แรงขึ้น

ในภาวะที่ร่างกายมีการสร้างคาร์นิทีนในระดับที่เพียงพอ การบริโภคคาร์นิทีนเพิ่มเติมไม่ว่าจะอยู่ในรูปของเนื้อแดงหรือเครื่องดื่มน้ำปรุงกำลังก็จะมีประโยชน์อะไร

แถมยังไม่มีการวิจัยสนับสนุนเพียงพอว่า การบริโภคคาร์นิทีนเพิ่มขึ้นจะทำให้ร่างกายมีพลังเพิ่ม แต่ที่พบกลับเป็นตรงข้ามคือ การบริโภคคาร์นิทีนเพิ่มกลับเปลี่ยนแปลงกระบวนการเมตาบอลิซึมที่เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจด้วยซ้ำไป

ในท้ายที่สุด คณะนักวิจัยกล่าวว่า ก็ไม่ได้แนะนำให้หยุดบริโภคเนื้อแดงเสียหมด เพียงแต่แนะนำให้บริโภคในปริมาณที่น้อยลงหรือห่างออก

ขณะเดียวกันนักวิจัยก็หวังว่าจะสามารถสร้างเครื่องทดสอบตรวจวัดระดับ TMAO ในร่างกายให้เสร็จภายในปีนี้ แพทย์จะได้ใช้เครื่องนี้ตรวจวัดระดับ TMAO เหมือนกับการตรวจวัดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด เพื่อคอยประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะเส้นเลือดตีบแข็ง



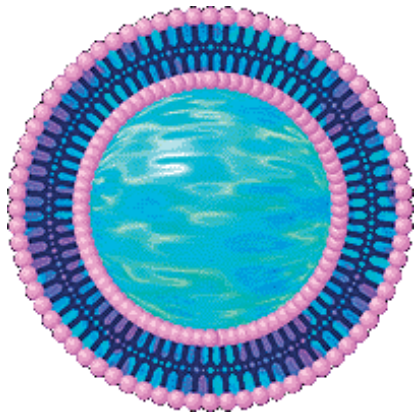
Ethosomes

เทคโนโลยีในการนำส่งยา

การพิวหนั

Transdermal delivery มีความสำคัญสำหรับการลดปัญหาของการสลายตัวของยาจากน้ำย่อยต่าง ๆ ในระบบทางเดินอาหาร มีความสะดวกในการใช้ ลดการเจ็บปวดจากการฉีดยาหรือการให้ยาทางหลอดเลือด และลดปัญหาการบริหารยาในผู้ป่วยที่รับประทานเองไม่ได้จากสาเหตุต่าง ๆ ในปัจจุบัน liposomes, niosomes, transfersomes และ ethosomes ซึ่งเป็นระบบนำส่งยาที่เป็นลักษณะของถุงหรือ vesicular ได้ถูกนำมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการนำส่งยาผ่านชั้น stratum corneum ของผิวหนังเพื่อให้ยาซึมผ่านเข้าสู่ร่างกายได้มากขึ้น และลงไปลึกจนเข้าสู่ระบบหลอดเลือดในร่างกาย ในบทความนี้จะกล่าวถึง ethosomes ซึ่งมีคุณสมบัติในการซึมผ่านผิวหนังได้ดีมากระบบหนึ่ง

เอทโซโซม (ethosomes) คือ ระบบนำส่งยาเข้าสู่ผิวหนังแบบอนุภาคหรือถุงทรงกลมที่มีความอ่อนตัว ยืดหยุ่น สามารถเปลี่ยนแปลงรูปทรงไปตามเส้นทางที่เคลื่อนที่ผ่าน ประกอบขึ้นจากสารไขมันประเภทฟอสโฟลิปิด เอทานอลที่มีความเข้มข้นสูง และน้ำ **ethosomes** เป็นไลโปโซมที่มีส่วนประกอบของเอทานอลในปริมาณสูง (20-45% โดยน้ำหนัก) เป็นอนุภาคที่มีลักษณะอ่อนและยืดหยุ่น เป็นระบบนำส่งสารหรือยาผ่านผิวหนังที่สามารถแทรกผ่านผิวหนังลงไปในระดับที่ลึกได้ และอาจนำส่งถึงระบบไหลเวียนโลหิตเพื่อให้ฤทธิ์ทั่วร่างกาย



รูปที่ 1 ลักษณะของถุง หรือ vesicle ในรูปแบบ ethosomes⁽¹⁾

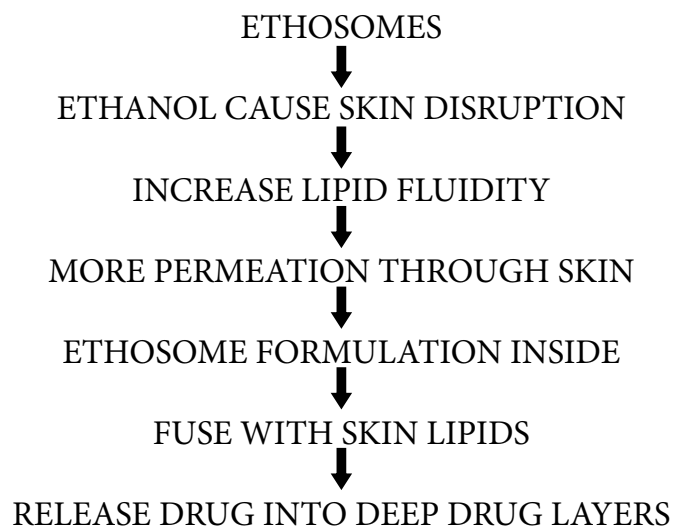
กลไกการนำยาผ่านผิวหนังของ ethosomes สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน⁽¹⁾ คือ

1. Ethanol effect:

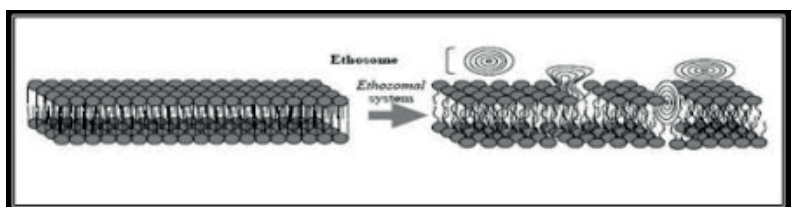
Ethanol เป็นสารที่สามารถซึมผ่าน intercellular lipids และเพิ่ม fluidity หรือความอ่อนตัวของเนื้อเยื่อที่เป็นไขมัน และลดความหนาแน่น (density) ของ lipid multilayer ของ cell membrane

2. Ethosomes effect:

การเพิ่มความเป็น fluidity ของ cell membrane ของ ethanol ที่เป็นองค์ประกอบใน ethosomes เป็นสาเหตุให้เพิ่มความสามารถในการผ่านของตัวยาได้ง่ายขึ้น ทำให้ยาผ่านชั้นผิวหนังลงไปได้ลึกมากขึ้น



รูปที่ 2 กลไกการนำสารผ่านผิวหนังของ ethosomes⁽¹⁾



รูปที่ 3 การผ่านผนังเซลล์ของ ethosomes⁽²⁾

ข้อดีของ Ethosomal Drug delivery⁽¹⁻⁵⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับระบบ transdermal & dermal delivery systems อื่น ๆ

1. Ethosomes สามารถเพิ่มการนำส่งยาผ่านผิวหนังได้มาก
2. Ethosomes สามารถใช้น้ำส่งยาที่มีขนาดใหญ่ เช่น peptides และ protein ได้
3. Ethosomes มีความปลอดภัยในการนำมาใช้ในทางยาและเครื่องสำอาง เนื่องจากไม่ต้องใช้สารลดแรงตึงผิวอื่นที่เป็นอันตราย
4. Ethosomes ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาจากผู้ไข้ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ใช้ภายนอกที่ง่ายและสะดวก ไม่เหมือนกับ Iontophoresis และ Phonophoresis ที่ยุ่งยากต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์อื่นช่วยในการนำส่งยา
5. Ethosomes สามารถผลิตได้ง่าย ไม่ได้ใช้เทคนิคที่ซับซ้อน
6. Ethosomes เป็นระบบที่ใช้แล้วไม่เป็นอันตราย หรือสร้างความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บต่อร่างกาย
7. Ethosomes สามารถนำไปใช้ได้ทั้งในวงการยาและเครื่องสำอาง

การนำ Ethosomes ไปประยุกต์ใช้ในปัจจุบัน⁽¹⁻⁵⁾

ตัวอย่างสารหรือยาที่เก็บกักใน ethosomes เพื่อใช้ทางผิวหนัง ได้แก่ ammonium glycyrrhizinate, testosterone, minoxidil, azelaic acid และ trihexyphenidyl

เอกสารอ้างอิง

1. ETHOSOMES-A TRANSDERMAL DRUG DELIVERY SYSTEM. <http://pharmaextremes.blogspot.com/2012/06/ethosomes-transdermal-drug-delivery.html>
2. Sanjay Patel. Ethosomes: A Promising Tool for Transdermal Delivery of Drug. <http://www.pharmainfo.net/reviews/ethosomes-promising-tool-transdermal-delivery-drug>
3. Geeta Aggarwal. Carriers/Vesicle based approaches for penetration enhancement in transdermal drug delivery system. <http://www.pharmainfo.net/reviews/carriersvesicle-based-approaches-penetration-enhancement-transdermal-drug-delivery-system>
4. อรัญญา มโนสร้อย, วรินทร์ รักศิริวิณิช และจิรเดช มโนสร้อย. การประยุกต์เทคโนโลยีนาโนในการนำส่งสารผ่านทางรากผม. <http://www.ist.cmu.ac.th/researchunit/pcrnc/paper/seminar/392-404.pdf>
5. ัญญลักษณ์ ลิ้มสุวรรณ, เจลิเมเกียรติ สงคราม, ธนกร อำนวยกิจ. การศึกษาการซึมผ่านผิวหนังนอกร่างกายของเอทโซมของตัวยาไมโคฟีโนลิกแอซิด. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ The 4th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2012. http://pharm.kku.ac.th/isan-journal/journal/volum8-no1/4annual/030-PSU_Pages_210-218.pdf

ตารางที่ 1 การนำระบบ ethosomes มาประยุกต์ใช้ทางยาและเครื่องสำอาง⁽¹⁾

DRUG	APPLICATIONS	COMMENTS
Acyclovir	Treatment of Herpetic infection	Improved drug delivery
Zidovudine	Treatment of AIDS	Improved transdermal flux
Trihexyphenidyl HCl	Treatment of Parkinsonian syndrome	Increased drug entrapment efficiency, reduced side effect & constant systemic levels
Erythromycin	Efficient healing of <i>S. aureus</i> -induced deep dermal infections	Improved drug penetration and systemic effect
Insulin	Treatment of Diabetes	Improved therapeutic efficacy of drug
Testosterone	Treatment of male hypogonadism	Enhance skin permeation
Cannabidiol	Prevents inflammation and edema	Significant accumulation of the drug in the skin
Minodixil	Hair growth promotion effect	Higher skin retention
Bacitracin	Treatment of dermal infections	Reduced drug toxicity



ในด้านความปลอดภัยและประสิทธิภาพของยา Kadcylla มีผลการศึกษาทางคลินิกในคนไข้ 991 รายที่ได้รับการสุ่มให้ได้รับยา Kadcylla หรือยา lapatinib ร่วมกับยา capecitabine ซึ่งเป็นยาเคมีบำบัดอีกตัวหนึ่ง คนไข้ได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการเมื่งกำเริบอีก หรือจนมีอาการข้างเคียงที่ทนไม่ได้ การศึกษานี้วัดผลจากการยืดอายุของคนไข้และระยะเวลาในการหยุดเจริญของมะเร็ง ผลการ

Kadcylla รักษา มะเร็งเต้านม

Kadcylla (ado-trastuzumab emtansine) เป็นยารักษาโรคมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายตัวใหม่ที่ได้รับอนุมัติจาก US FDA ให้ออกจำหน่ายได้ใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษามะเร็งชนิด HER2-positive metastatic breast cancer (mBC) ในผู้ป่วยที่เคยใช้ยา Herceptin (trastuzumab) และยารักษามะเร็งกลุ่ม taxane มาแล้ว ผู้ป่วยควรเป็นผู้ที่เคยได้รับยารักษาโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายมาแล้ว หรือเป็นระยะเริ่มแรกของการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งที่กลับมาอีกภายใน 6 เดือนที่จบการรักษาด้วยยาภายหลังผ่าตัด

HER2 เป็นโปรตีนที่เกี่ยวข้องในการเจริญของเซลล์ ตามปกติโปรตีนนี้จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นในคนไข้กลุ่มที่เป็นมะเร็งชนิด HER2-positive และมะเร็งเต้านมบางชนิด การเพิ่มปริมาณ HER2 นี้ทำให้เซลล์มะเร็งเจริญได้และมีชีวิต

Kadcylla เป็นยา trastuzumab ที่รบกวนการเจริญของเซลล์มะเร็ง โดยนำส่งตัวยาไปที่เซลล์มะเร็งในตับ ทำให้ก้อนเนื้อเล็กลงซึ่งลดการเจริญและยืดอายุผู้ป่วยได้ นับเป็นยาตัวที่ 4 ที่ใช้รักษามะเร็งโดยมุ่งเน้นไปที่โปรตีน HER2 ตัวยาในกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาจาก FDA ในช่องทางเร่งด่วนเนื่องจากยาที่มีใช้ในปัจจุบันยังใช้ไม่ได้ผล ยาในกลุ่มนี้ที่ได้รับอนุญาต ได้แก่ trastuzumab (1998), lapatinib (2007) และ pertuzumab (2012)



ทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับยา Kadcylla มีค่าเฉลี่ยการหยุดเจริญของมะเร็งนาน 9.6 เดือน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยา lapatinib + capecitabine มีค่า 6.4 เดือน และค่าเฉลี่ยการยืดอายุของคนไข้ได้ 30.9

เดือน ในกลุ่มที่ใช้ยา Kadcylla และ 25.1 เดือนในอีกกลุ่ม

ยา Kadcylla มีคำเตือนที่ระบุว่า ยานี้มีพิษต่อตับ หัวใจ และอาจทำให้เกิดแก๊สได้ นอกจากนั้นยานี้อาจทำให้เกิดอาการวิงเวียน จึงต้องตรวจการตั้งครรภ์ก่อนจะใช้ยา

อาการข้างเคียงที่พบบ่อยในคนไข้ที่ใช้ยา Kadcylla ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดกล้ามเนื้อและข้อ มีเกล็ดเลือดต่ำ ระดับของเอนไซม์ในตับสูงขึ้น ปวดศีรษะ และท้องผูก

โรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุของการตายจากโรคมะเร็งเป็นอันดับสองในสตรี ประมาณว่าสตรีราว 232,340 คนจะตรวจพบมะเร็งเต้านม และเป็นเหตุให้เสียชีวิต 39,620 คน ในปี ค.ศ. 2013 ในสหรัฐอเมริกา 20% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปริมาณของ HER2 โปรตีนเพิ่มขึ้น ซึ่งใช้ยา Kadcylla ได้ผล





หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ
เภสัชกรรม

เรื่อง

“คอติบ” โรคติดต่อที่หวนคิน

รหัส 1-000-CPE-062-1304-02

จำนวน 0.5 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง

วันที่รับรอง 1 มีนาคม 2556

วันที่หมดอายุ 31 กันยายน 2556

โดย ผศ.ภก.อรรถการ นาคำ

ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

CPE PLUS

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงสาเหตุ พยาธิกำเนิด และการติดต่อของโรคคอติบ
2. เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจถึงอาการ อาการแสดง และแนวทางวินิจฉัยเบื้องต้นของโรคคอติบ
3. เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงหลักในการรักษา ดูแลผู้ป่วย และแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับโรคคอติบ
4. เพื่อให้ผู้อ่านทราบแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ใกล้ชิดหรือสัมผัสโรคคอติบ

ในสถานการณ์ปัจจุบันโรคติดต่ออันเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงอีกโรคหนึ่ง โรคติดต่อบางโรคแม้ปัจจุบันพบได้น้อย แต่เนื่องจากความหลากหลายของสภาพความเป็นอยู่ สถานภาพทางสุขภาพ และอนามัยชุมชน โรคคอติบกลับมาพบใหม่เร็ว ๆ นี้ มีรายงานการระบาดและพบผู้ป่วยในประเทศไทยเกิดขึ้นตั้งแต่ 1 มกราคม - 14 ตุลาคม พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยโรคคอติบ 79 ราย ใน 15 จังหวัด เป็นเด็กอายุ 10-14 ปี มากถึงร้อยละ 24 และมีผู้เสียชีวิต 4 ราย ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ตั้งวอร์รูมที่ส่วนกลางเพื่อติดตามประเมินความคืบหน้าสถานการณ์และมาตรการควบคุมป้องกันโรคประชุมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนในการควบคุมการระบาดของโรคคอติบ ขณะนี้ได้ดำเนินการอย่างเข้มข้นใน 15 จังหวัด ทั้งที่มีนโยบายการฉีดวัคซีนในเด็กอย่างเหมาะสม ผู้เขียนจึงเล็งเห็นว่าความรู้พื้นฐานของโรคคอติบมีความจำเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย และป้องกันตนเองหรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ให้สัมผัสโรคโดยไม่รู้ตัว

โรคคอติบเป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงและเฉียบพลัน

เชื้อที่เป็นสาเหตุคือ *Corynebacterium diphtheriae* มีอยู่ด้วยกันหลายสายพันธุ์ ทั้งที่ขอบสร้างทอกซิน (Toxinogenic; Tox+) ซึ่งสามารถแพร่เข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิต สามารถทำลายอวัยวะที่สำคัญภายในร่างกาย เช่น สมอง ระบบประสาทส่วนกลาง หัวใจ ฯลฯ ขอบเขตของการติดเชื้อมักอยู่บริเวณเยื่อจมูก ทางเดินหายใจ ส่วนชนิดที่ไม่สร้างทอกซิน (Nontoxinogenic; Tox-) มักพบการติดเชื้ออยู่บริเวณผิวหนัง ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีความสำคัญในภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาโดยด่วน

โรคคอติบมักเป็นในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี และสามารถพบได้แม้ในผู้ใหญ่และเด็กแรกเกิดที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน ปัจจุบันจะมีการรณรงค์การฉีดวัคซีนแก่เด็กทุกราย ซึ่งทำให้จำนวนผู้ป่วยจะลดลงมาก แต่โรคคอติบก็ยังพบและเป็นปัญหาของระบบสาธารณสุขอยู่ในประเทศที่ด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา ซึ่งพบอัตราการป่วยตายสูงถึงร้อยละ 5-10

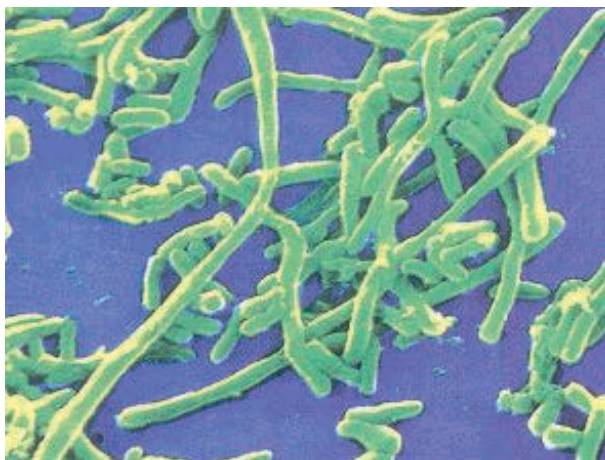
โรคคอติบพบตั้งแต่สมัย 460 ปีก่อนคริสตกาล โดยชื่อของโรคมีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า Coryne หรือ Korynee

หมายความว่า Club ซึ่งเป็นลักษณะของเชื้อ รูปร่างเป็นท่อนคล้ายกระบอง ส่วน Diphtheria หรือ Leather hide หมายความว่า หลบซ่อนอยู่ใต้ผิวหนัง ซึ่งตัวเชื้อมักชอบซ่อนอยู่บริเวณใต้ผิวหนัง หรือเยื่อเมมเบรนนั่นเอง

Microbiology

เชื้อคอติบจัดอยู่ในวง Corynebacteriaceae จัดเป็นเชื้อชนิดที่ต้องอาศัยออกซิเจนดำรงชีพ ติดสีแกรมบวก มีขนาดยาวประมาณ 2-6 ไมโครเมตร กว้าง 0.5-1 ไมโครเมตร รูปร่างเป็นท่อนคล้ายกระบอง หรือก้านไม้ขีด ไม่มีแฟลกเจลลา ไม่มีแคปซูล ไม่สร้างสปอร์ ลักษณะการเรียงตัวจะคล้ายอักษรจีน (รูปที่ 1) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของเชื้อที่ใช้ช่วยในการวินิจฉัย เมื่อย้อมด้วยเทคนิคพิเศษโดยใช้ toluidine blue หรือ methylene blue จะติดสีเข้มเนื่องจากภายในตัวเชื้อมีสารโพลีฟอสเฟต แต่ลักษณะการติดสีจะไม่สม่ำเสมอเป็นแถบ หรือจุดกลม เรียกว่า Babes Ernst Bodies

เนื่องจากตัวเชื้อ *C. diphtheriae* ไม่สร้างสปอร์ ดังนั้น ความร้อนที่ 58 °C ในเวลา 10 นาที ก็สามารถฆ่าเชื้อนี้ได้ หรืออาจนำไปต้มในน้ำเดือด 1 นาทีก็ได้ เชื้อสามารถอยู่ได้นาน 5 สัปดาห์ในฝุ่นบริเวณที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ สามารถอยู่ในลำคอผู้ป่วยนาน 30 วัน และสามารถพบเชื้อที่นิ้วมือน้ำนม และในเสมหะแห้งได้นานหลายสัปดาห์



รูปที่ 1 แสดงลักษณะของเชื้อ *Corynebacterium diphtheriae*

ทอกซิน (Toxin)

เชื้อ *C. diphtheriae* สายพันธุ์ที่สร้างทอกซินเท่านั้นที่สามารถก่อโรค การสร้างทอกซินจะอาศัยตัวนำคือ

corynebacteriophage β นำ Tox structural gene มาให้เชื้อ *C. diphtheriae* ซึ่งหากขาดยีนชนิดนี้หรือเกิดกระบวนการ transduction ชนิด conversion ที่ทำให้เกิดการสูญเสียยีนตัวนำนี้ เชื้อนั้นก็จะไม่ก่อโรค

ทอกซินเป็นสารโปรตีนไม่ทนต่อความร้อน ประกอบด้วย 2 ส่วน เชื่อมกันด้วย disulfide bond ส่วนของ fragment A เป็นตัวขัดขวางการต่อเป็นสาย peptide ในระหว่างการสร้างโปรตีนของเซลล์ชั้นสูงหรือเซลล์โฮสต์ โดยการเข้าสู่เซลล์ของ fragment A จะอาศัยการจับกับตัวจับจำเพาะที่ผนังเซลล์ของ fragment B ซึ่งเป็นสารพวกไกลโคโปรตีนที่ไม่ทนต่อความร้อน ระดับที่สามารถมีพิษต่อมนุษย์ทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต (lethal dose) คือ ~0.1 มคก./กก.

การติดต่อและพยากรณ์

คนเป็นแหล่งโฮสต์ธรรมชาติที่ดีของเชื้อ *C. diphtheriae* ทั้งสายพันธุ์ที่สร้างและไม่สร้างทอกซิน การติดต่อจะเกิดขึ้นในระหว่างที่มีการสัมผัสใกล้ชิดกัน (close contact) จากละอองน้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญมากของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน

ระยะฟักตัวของเชื้อ (incubation period) ของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนมักพบอยู่ในช่วง 2-5 วัน มีบางครั้งอาจนานถึง 8 วัน ส่วนการติดเชื้อที่ระบบผิวหนังมีรายงานถึงการฟักตัววันที่ 1 หรือมากกว่า 21 วันได้ แบคทีเรียที่เข้าสู่ร่างกายจะฝังตัวและเจริญเติบโตที่เยื่อบุของทางเดินหายใจส่วนบน แบคทีเรียจะเจริญและเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว สร้างทอกซินออกมาบริเวณนั้น ทำให้เซลล์เยื่อบุบริเวณนั้นเกิดการตาย และกลายเป็น fibrinous exudate ซึ่งประกอบด้วย fibrin เม็ดเลือดขาว เซลล์ที่ตายและตัวเชื้อ รวมกันเป็นแผ่นเยื่อเทียมสีเทา (pseudomembrane) มีลักษณะสกปรก ขูดออกยาก เมื่อขูดแล้วเลือดออก เยื่อนี้สามารถทำให้เกิดการอุดตันของหลอดลม ทำให้หายใจไม่ออกจนถึงแก่ชีวิตได้ (รูปที่ 2) ผู้ป่วยบางรายจึงต้องทำการเจาะคอโดยด่วน (tracheostomy) เพื่อแก้ปัญหาการอุดตันของทางเดินหายใจ

อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ

อาการของผู้ป่วยจะเริ่มด้วยการมีไข้สูงปานกลาง



ประมาณ 37.8-38.9 °C มีอาการเจ็บคอโดยขึ้นกับตำแหน่งที่เป็น ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลีย เจ็บคอเวลากลืน ปวดศีรษะ เสียเสียงเปลี่ยน (มักพบไม่ถึงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย) มีอาการคอบวมและหายใจลำบาก (พบประมาณร้อยละ 10 และมักสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต)

การติดเชื้อชนิด Pharyngeal diphtheria เยื่อเทียมสีเทาจะปกคลุมที่บริเวณต่อมทอนซิล หรือบริเวณลำคอส่วนต้น เยื่อนี้อาจลุกลามไปถึงบริเวณจมูกและเนื้อเยื่อใกล้เคียง ถ้ามีอาการรุนแรงต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอจะโต เรียกว่า bullneck ผู้ป่วยอาจหายใจไม่ออกจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักพบภาวะเลือดเป็นพิษ (toxemia) ร่วมด้วย โดยในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยร้อยละ 20-65 อาจพบอาการกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีอาการของ polyneuritis และถึงร้อยละ 75 มักพบอาการข้างเคียงกับระบบประสาท



รูปที่ 2 ลักษณะคอหอยที่มีการติดเชื้อโรคคอตีบ

ส่วน laryngeal diphtheria มักเริ่มต้นจากต่อมทอนซิลและหลอดลม ลุกลามไปถึงกล่องเสียง นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยมีน้ำมูกเป็นน้ำเหลืองปนเลือดปนหนอง เรียกว่า nasal diphtheria โรคคอตีบทั้งสองแบบมักไม่พบภาวะเลือดเป็นพิษร่วมด้วยเท่าไรนัก ส่วนประเทศในเขตร้อนอาจพบ cutaneous diphtheria โดยเกิดแผลที่ผิวหนังมีลักษณะเป็นเยื่อเทียมสีเทาปกคลุมบริเวณบาดแผล อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและเป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น Myocarditis, Arrhythmia, Heart block, Interstitial nephritis เป็นต้น

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคสามารถพิจารณาจากอาการแสดงทางคลินิก และแผ่นเยื่อเทียมสีเทาจะต่างจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและในช่องปากอื่น patch ที่เกิดขึ้นจะลุกลามได้รวดเร็วมาก ชุดออกยาก เวลาชุดมักมีเลือดออก

การวินิจฉัยที่แน่นอนต้องทำการแยกเชื้ออย่างถูกต้อง โดยเก็บตัวอย่างจากลำคอ โพรงจมูก โดยใช้ไม้ป้ายที่ชุบด้วยฟอสเฟตบัฟเฟอร์ ที่ pH 7.4 ที่ทำให้แห้งแล้ว ถ้าตัวอย่างต้องเสียเวลาในการนำส่งมายังห้องปฏิบัติการ ควรใช้อาหารนำส่ง Amies transport medium แต่หากเสียเวลามากกว่า 24 ชม. ควรใช้ silica-gel transport medium เมื่อถึงห้องปฏิบัติการควรนำเชื้อเพาะใน blood agar และ tellurite blood agar โดยเร็วที่สุด ต่อจากนั้นทดสอบความสามารถในการสร้างทอกซิน

1. Elek's test อาศัยการทำปฏิกิริยาของทอกซินกับสารแอนติทอกซินที่จับบนกระดาษกรอง หากเชื้อนั้นสามารถสร้างทอกซินได้จะเกิดการตกตะกอนเป็นเส้นสีขาวขุ่น (precipitin line)

2. การทดสอบในหนูตะเภา โดยฉีดเชื้อและแอนติทอกซินไปในหนูตัวหนึ่ง และฉีดเฉพาะเชื้อเข้าในอีกตัวหนึ่ง หากเชื้อนั้นสร้างทอกซินได้ หนูที่ไม่ได้แอนติทอกซินจะตายใน 1-4 วัน

ภูมิคุ้มกัน

1. ภูมิคุ้มกันแบบไม่จำเพาะเจาะจง

เมื่อร่างกายได้รับละอองน้ำมูก น้ำลายที่มีเชื้อเข้าสู่ทางเดินหายใจทางจมูก ขนจมูกสามารถกีดขวางและนำพาเชื้อนี้ออกไปได้ หรือมีสารเมือกจับเชื้อไว้ในน้ำมูก มีไลโซไซม์ (lysozyme) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำลายมิวโคเปปไทด์ ซึ่งทำลายเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกได้

2. ภูมิคุ้มกันแบบจำเพาะเจาะจง

2.1 ภูมิคุ้มกันที่ได้จากธรรมชาติ (natural immunity) แบ่งออกเป็นภูมิคุ้มกันที่ได้จากมารดา และภูมิคุ้มกันที่ได้จากธรรมชาติ

ก. ภูมิคุ้มกันที่ได้จากมารดา (passive) เด็กทารกมักได้แอนติบอดีจากแม่โดยผ่านทางรก (IgG antitoxin) เป็นภูมิคุ้มกันที่อยู่แบบชั่วคราวเพียง 6 เดือนเท่านั้น เด็กจึงควร

ได้รับการฉีดวัคซีนที่อายุ 2-3 เดือน หากกลืนเลเยาะอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในเด็กได้

ข. ภูมิคุ้มกันที่สร้างขึ้นเอง (acquired) เกิดจากการรับเชื้อจากธรรมชาติที่ละเล็กละน้อย ทำให้มีภูมิคุ้มกันต่อโรคคอติดได้ แม้ไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนมาก่อน แต่จะสามารถตรวจพบเชื้อได้ที่จมูก ลำคอ หรือผิวหนัง ซึ่งคนกลุ่มนี้จะเป็นพาหะนำเชื้อที่อันตราย

2.2 ภูมิคุ้มกันจากสิ่งที่ไม่ใช่ (artificial immunity)

ก. ภูมิคุ้มกันที่ได้รับทางอ้อม โดยการให้แอนติทอกซิน ซึ่งเตรียมได้จากซีรัมของสัตว์ เช่น โค แกะ แพะ ฯลฯ เป็นการให้ภูมิคุ้มกันที่ทันทีทันใดและเพียงพอ เพื่อดำเนินพิษทอกซินเมื่อมีการติดเชื้อ ก่อนที่ทอกซินจะแพร่กระจายไปตามอวัยวะสำคัญต่าง ๆ และทำความเสียหายร้ายแรงตามมา

ข. ภูมิคุ้มกันที่สร้างขึ้นเอง (acquired) การนำทอกซินมาทำให้หมดฤทธิ์ เรียกว่า ทอกซอยด์ แล้วค่อยนำมาฉีดให้ร่างกายเพื่อกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกัน ทำให้โอกาสของการเป็นโรคลดลงได้ถึง 30 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่ได้ฉีด และโอกาสน้อยกว่าคนที่ฉีดไม่ครบ 11.5 เท่า ภูมิคุ้มกันในเด็กที่ฉีดครบกำหนดจะมีอยู่ยาวนานเกิน 10 ปี

ทอกซอยด์ (Toxoid)

เป็นการนำทอกซินมาผสมกับฟอร์มาลินในสภาพเป็นด่าง จะเปลี่ยนสภาพเป็นทอกซอยด์ ซึ่งเมื่อนำไปฉีดในสัตว์ทดลองสามารถชักนำให้สร้างแอนติทอกซินได้

C. diphtheriae สายพันธุ์ Park-Williams 8 (PW 8) เป็นสายพันธุ์ที่ไม่รุนแรง แต่สร้างทอกซินได้จำนวนมาก จึงใช้สายพันธุ์นี้ในการผลิตทอกซินได้ทั่วโลก ทอกซอยด์ที่ใช้มีอยู่ 2 ชนิดคือ alum precipitated toxoid (APT) และ formol toxoid (FT) ทอกซอยด์ของโรคคอติดที่รวมกับโรคบาดทะยักและไอกรน เป็นวัคซีน (DTP) การเก็บควรเก็บในตู้เย็น 4-8 °C ห้ามแช่ในช่องแช่แข็งเพราะจะทำให้เสียคุณภาพทันที ถ้าเก็บถูกต้องทอกซอยด์จะคงตัวอยู่ได้ 18 เดือนหลังวันที่ผลิต

การฉีดวัคซีนจะทำการฉีดในเด็กในช่วงอายุ 2-3 เดือน โดยฉีดทั้งหมด 4 เข็ม คือเดือนที่ 2, 4, 6 และเดือนที่ 12-18 (DT) การฉีดวัคซีนในผู้ใหญ่ควรใช้ชนิด dT ซึ่งมีปริมาณ toxoid น้อยกว่า เพราะมักมีภูมิคุ้มกันอยู่บ้างแล้ว และช่วยให้ไม่ปวดและเกิดการแพ้มากเวลาฉีด และมีโอกาสชักได้

แนวทางการรักษา

การให้แอนติทอกซินควรให้เร็วที่สุดโดยวินิจฉัยจากอาการแสดงทางคลินิก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของทอกซินไปทำลายอวัยวะต่าง ๆ โดยไม่ต้องรอผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ การให้แอนติทอกซินควรตรวจความไวหรือการแพ้ทุกครั้ง

American Academy of Pediatrics แนะนำให้ใช้ขนาดยาขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการติดเชื้อ ระยะเวลาของการติดเชื้อ ดังนี้

- การดำเนินโรคปรากฏน้อยกว่า 48 ชั่วโมง มีอาการไม่รุนแรง พบ pharyngeal or laryngeal lesion ให้ขนาด 20,000-40,000 ยูนิต
- พบ nasopharyngeal lesion ให้ขนาด 40,000-60,000 ยูนิต
- การดำเนินโรคปรากฏมากกว่า 3 วัน หรือพบอาการของโรครุนแรง มีการบวมกระจายไปทั่วทั้งลำคอ ให้ขนาด 80,000-100,000 ยูนิต

การให้แอนติทอกซินในขนาดสูงกว่า 40,000 ยูนิต ควรให้โดยการหยดเข้าหลอดเลือดดำนาน 60 นาที หากในขนาดที่น้อยกว่าสามารถให้ได้ทางใต้ผิวหนัง ก่อนการให้ยาควรทำการทดสอบการแพ้ของแอนติทอกซินด้วย เนื่องจากเป็นสารที่ได้จากม้า เพื่อป้องกันการแพ้ (มีรายงานการแพ้ถึงร้อยละ 10) และในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคและต้องได้รับยาทันทีควรเตรียม adrenaline เพื่อแก้ไขภาวะ anaphylaxis ที่รุนแรง หากทดสอบแล้วผู้ป่วยแพ้แอนติทอกซินควรทำการ desensitization ก่อนการให้แอนติทอกซินในขนาดปกติ

การให้ยาปฏิชีวนะ

การให้ยาปฏิชีวนะมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในแง่ของการกำจัดเชื้อออกจากร่างกาย โดยไม่มีผลในการลดทอกซินที่เชื้อสร้างขึ้น ดังนั้น ไม่ควรนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยแทนทอกซิน การให้ยาปฏิชีวนะยังช่วยลดการเป็นพาหะของโรคในผู้ป่วยด้วย พบว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะจะเป็นพาหะของโรคได้ร้อยละ 1-15

ยาปฏิชีวนะที่ไวต่อเชื้อโรคคอติดที่ใช้สำหรับการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจควรใช้ยาเป็นเวลา 7-14 วัน คือ

- Erythromycin 500 mg IV/PO qid (40-50 mg/kg/



day, maximum dose 2 gm/day)

- Penicillin G aqueous crystalline 100,000-150,000 U/kg/day

- Procaine penicillin G 600,000 unites IM q 12 hr (25,000-50,000 U/kg/day, maximum dose 1.2 mU/day in 2 divided dose)

ส่วนการติดเชื้อที่ระบบผิวหนังอาจใช้ Erythromycin 500 mg PO qid หรือ Rifampicin 600 mg PO qd เป็นเวลา 7-10 วันก็ได้

ยาปฏิชีวนะอื่น ๆ เช่น Clindamycin, Fluoroquinolones, Rifampicin และ New macrolides เช่น Clarithromycin, Azithromycin พบว่าได้ประสิทธิภาพดีในหลอดทดลอง และ คาดว่าผู้ป่วยน่าจะเกิดอาการข้างเคียงน้อยกว่า Erythromycin แต่ยังไม่มียาข้อมูลในการศึกษาทางคลินิกสนับสนุน

Control Measures

Carriers คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีเชื้ออยู่ในร่างกาย พร้อมจะแพร่กระจายสู่ผู้อื่น อาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ (พบผู้ป่วยที่มีอาการประมาณ 1 ใน 7 ของพาหะทั้งหมด) อาจตรวจพบเชื้อโดยบังเอิญ หากยังไม่ได้ฉีดวัคซีนให้ทำการฉีดทันที หรือทำการกระตุ้นในคนที่ฉีดแล้ว ให้ยาปฏิชีวนะ Erythromycin หรือ PGS เป็นเวลา 7 วัน อาจใช้ยา Benzathine penicillin G 600,000 units IM OD ในเด็กที่น้ำหนักน้อยกว่า

30 kg หรือ 1,200,000 units ในเด็กที่หนักมากกว่า 30 kg และผู้ใหญ่ จากนั้นทำการประเมินผลเพาะเชื้อใน 2 สัปดาห์ หากยัง positive ให้ยา Erythromycin ต่ออีก 10 วัน

Close contact เป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและไม่ทราบประวัติการฉีดวัคซีน ควรทำการดำเนินการดังนี้

1. ทำการเฝ้าระวังการเกิดโรคคอติดบอยอย่างน้อยเป็นเวลา 7 วัน

2. ทำการเพาะหาเชื้อ *C. diphtheriae*

3. ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันโดย Erythromycin 500 mg IV/PO qid (40-50 mg/kg/day, maximum dose 2 gm/day) หรือ Benzathine penicillin G 600,000 units IM OD ในเด็กที่น้ำหนักน้อยกว่า 30 kg หรือ 1,200,000 units ในเด็กที่หนักมากกว่า 30 kg และผู้ใหญ่ เป็นเวลา 7 วัน

4. ทำการเพาะเชื้อซ้ำที่ 2 สัปดาห์

Asymptomatic close contact ซึ่งได้รับการฉีดวัคซีนครบ หากยังไม่ได้รับการกระตุ้นภายในเวลา 5 ปี ให้ทำการกระตุ้นด้วยวัคซีน

Asymptomatic close contact ซึ่งได้รับการฉีดวัคซีนไม่ครบ โดยถือเอาว่าฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม หรือไม่ทราบสถานะการฉีดวัคซีน ให้ทำการฉีดวัคซีนใหม่ทั้ง course

ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่ไม่สามารถกักตัวได้ หรือผู้ที่มี compliance ไม่ดี ควรให้ Benzathine penicillin G ไม่ควรให้ Erythromycin

เอกสารอ้างอิง

1. อรษา สุตเธียรกุล. โรคคอติดบ. ใน: กนกรัตน์ ศิริพานิชกร. โรคติดต่อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โฮลิส ดิก พับลิชชิง; 2541. หน้า 96-104.
2. AAP. Diphtheria. Committee on Infectious Disease. In: The Red Book. 26th ed. American Academy of Pediatrics; 2003: p.263-6.
3. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, ed al., editors. Harrison's principle of internal medicine comparison handbook, 14th ed. New York: McGraw-Hill; 1998. p.471-72.
4. Holmes KR. Diphtheria, other corynebacterial infection and anthrax. In: Braunwald E, Fauci A, Kasper DL, Jameson JT, editors. Harrison's principle of internal medicine, 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p.909-12.
5. Lai J, Fay KE, Bocchini JA. Update on childhood and adolescent immunizations: selected review of US recommendations and literature: part 2. Curr Opin Pediatr. Aug 2011;23(4):470-81.
6. Long SS. Diphtheria. In: Behrman RE, Kliegman R, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 16th ed. WB Saunders Co; 2000: 817-20.
7. Sutter Rw. Diphtheria. In: Goldman L, Bennett JC, editors. Cecil textbook of medicine. 21st ed. Philadelphia: WB sownder company; 2000. p.1666-68.

1. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเชื้อ *Corynebacterium diphtheriae*

- A. การติดเชื้อบริเวณผิวหนังมักไม่มีความรุนแรงหรือมีอันตรายต่อชีวิต
- B. การก่อโรคของเชื้อต้องอาศัยกระบวนการ transduction ชนิด conversion
- C. การย้อมด้วยเทคนิคพิเศษจะพบลักษณะการเรียงตัวของเชื้อคล้ายอักษรจีน
- D. เชื้อประกอบด้วยสปอร์เป็นจำนวนมาก การทำลายต้องอาศัยความร้อนสูงภายใต้ความดัน

2. การติดต่อใดเป็นช่องทางหลักในการติดต่อของเชื้อโรคคอตีบ

- A. การได้รับเลือด
- B. ติดต่อทางการหายใจ
- C. ติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- D. ติดต่อทางการรับประทานอาหาร

3. ลักษณะของคอหอยแบบใดเป็นลักษณะพิเศษที่บ่งบอกถึงภาวะการติดเชื้อโรคคอตีบ

- A. ทอนซิลโต บวมและสีแดงจัด
- B. พบจุดเลือดออกที่บริเวณเพดานปาก
- C. มีเยื่อเทียมสีเทาปกคลุมที่บริเวณต่อมทอนซิล
- D. พบหนองไหลจากต่อมทอนซิลลงไปในคอและทางเดินอาหาร

4. แนวทางการป้องกันที่สำคัญที่สุดเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคคอตีบคือ

- A. การหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ
- B. การได้รับวัคซีนอย่างถูกต้องและครบถ้วนในวัยเด็ก
- C. การรับแอนติทอกซินเร็วที่สุดหลังจากสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ
- D. การรับประทานยาปฏิชีวนะป้องกันเมื่อเกิดการระบาดของโรค

5. ภูมิคุ้มกันคอตีบที่ได้จากมารดาสามารถมีฤทธิ์อยู่ได้นานเท่าใด

- A. 6 เดือน
- B. 8 เดือน
- C. 10 เดือน
- D. 12 เดือน

6. การฉีดวัคซีนในผู้ใหญ่ควรใช้ชนิด dT เพราะเหตุใด

- A. มีปริมาณ toxoid มากกว่า DT

- B. ลดการเกิดการต่อต้านการสร้างภูมิคุ้มกัน
- C. ลดการแพ้มากเวลาฉีด หลีกเลี่ยงการชัก
- D. ไม่มีข้อใดถูกต้อง

7. ยาปฏิชีวนะใดที่เหมาะสมที่สุดต่อเชื้อโรคคอตีบที่มีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ

- A. Clarithromycin
- B. Azithromycin
- C. Erythromycin
- D. Clindamycin

8. ข้อใดกล่าวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้แอนติทอกซินในการรักษาโรคคอตีบ

- A. การให้แอนติทอกซินควรทำการตรวจหาการแพ้ต่อสารซีรัมที่ได้จากสัตว์ก่อน
- B. ขนาดการใช้แอนติทอกซินขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ความรุนแรง และระยะเวลาของการติดเชื้อ
- C. ควรบริหารยาทางหลอดเลือดดำหากมีความจำเป็น ต้องให้แอนติทอกซินขนาดสูงกว่า 10,000 ยูนิต
- D. การให้แอนติทอกซินคอตีบควรรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อจริง

9. ข้อใดกล่าวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้ยาปฏิชีวนะในโรคคอตีบ

- A. ยา Rifampicin สามารถใช้รักษาการติดเชื้อโรคคอตีบที่ระบบผิวหนังได้
- B. หากไม่มีแอนติทอกซิน การให้ยาปฏิชีวนะอย่างทันที่ที่สามารถทดแทนแอนติทอกซินได้
- C. เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อคอตีบ ควรให้ยาปฏิชีวนะในพาหะที่ตรวจพบเชื้อโดยบังเอิญ
- D. โรคคอตีบที่มีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ควรให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 7-14 วัน

10. ข้อใดควรปฏิบัติแก่ญาติที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ยกเว้น

- A. แม้นรายที่ฉีดวัคซีนครบถ้วน เพื่อความปลอดภัย ควรทำการฉีดใหม่ทุกครั้ง
- B. หากไม่ทราบประวัติการฉีดวัคซีนควรรับประทานยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันโรค
- C. ในรายที่ฉีดวัคซีนไม่ครบ (น้อยกว่า 3 เข็ม) ควรให้แอนติทอกซินและฉีดวัคซีนใหม่ทุกราย
- D. เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ควรให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานเพื่อป้องกันโรค



CPE PLUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

ฉบับประจำเดือนเมษายน 2556

กระดานคำตอบ

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.....

(ทับตามรอยนี้)

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

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

เรื่อง "คอติป" โรคติดเชื้อที่หวนคืน

 0.5 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
 รหัส 1-000-CPE-062-1304-02

(ทับตามรอยนี้)

โปรด!! ส่งกระดานคำตอบของท่านมาที่

บริษัท สรรพสาร จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CPE) ภายใน 3 เดือน

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

ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CPE PLUS

(กระดานคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)
 ผู้ที่เคยร่วมตอบคำถามกับแบบทดสอบนี้แล้ว ไม่ต้องส่งซ้ำ

LEARNER

CPE PLUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝาก

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

กรุณาส่ง

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



CPE PLUS
Quiz

01/01/2561

ตะลึง! คนไทยใช้ยา 128 ล้านเม็ดต่อวัน

กระทรวงสาธารณสุขเปิดเผยว่าคนไทยใช้ยาเฉลี่ยวันละ 128 ล้านเม็ด รอบ 8 ปี มูลค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นกว่า 6 หมื่นล้านบาท ด้านกระทรวงสาธารณสุขเคยเห็นนโยบายใช้ 'ไข่แลกกับยาเหลือใช้' ของชาวบ้านเพื่อจูงใจคนไทยใช้ยาสมเหตุสมผล โดยในปีงบประมาณ 2556 กระทรวงสาธารณสุขจะเน้นส่งเสริมการดูแลสุขภาพป้องกันไม่ให้นตนเองป่วย ด้วยการรณรงค์เรื่องอาหารสุขภาพและการออกกำลังกายเพื่อลดปริมาณการบริโภคยา ยังมีข้อมูลของกรมการแพทย์ที่ว่า มูลค่าการใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจาก 36,506 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2543 เป็น 98,375 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2551 มีอัตราเพิ่มเฉลี่ยปีละประมาณ 15% และมีแนวโน้มใช้จ่ายนำเข้าจากต่างประเทศในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก 46.06% เป็น 65.54% ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543-2551 สำหรับจำนวนยาเม็ดที่บริโภคต่อวัน ทั้งยา



“หมอ” และ “ยา” ที่ดีที่สุดในใจคุณ

แผนปัจจุบันและแผนโบราณทั้งที่นำเข้าและผลิตเองในปี พ.ศ. 2553 มีประมาณ 46,900 ล้านเม็ด หรือคนไทยรับประทานยาวันละ 128 ล้านเม็ด นับว่าเป็นตัวเลขที่น่าตกใจมาก

จากสถานการณ์การใช้ยาในปัจจุบันที่มีแนวโน้มว่าคนไทยใช้ยาเกินความจำเป็นมากขึ้น ซึ่งอาจจะประกอบจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น การรักษาฟรีจากสิทธิต่าง ๆ กระแสการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่สูงขึ้น ด้วยความเชื่อที่ว่ายาเป็นหนึ่งในปัจจัย 4 ที่จะช่วยแก้ปัญหาด้านสุขภาพได้ แต่ในขณะเดียวกันการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมแทนที่จะเป็นประโยชน์ก็อาจจะกลายเป็นโทษได้เช่นกัน จากการศึกษาภาพรวมของประเทศพบว่า คนไทยมีค่าใช้จ่ายด้านยาในอัตราส่วนสูงถึง 30% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่ประเทศอื่น ๆ ใช้เป็นอัตราส่วนไม่ถึง 10% ส่วนในภาพย่อยพบว่า คนไทยมีการใช้ยาเกินจำเป็น เช่น อาการท้องเสียจากอาหารเป็นพิษ ซึ่งไม่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาฆ่าเชื้อ แต่มีการซื้อยามาซื้อหรือยาปฏิชีวนะมารับประทานกัน

นอกจากนี้แล้ว คนยุคใหม่ที่นิยมการ “พึ่งตัวเอง” เกี่ยวกับสุขภาพกลายเป็นดาบสองคม เพราะมีทัศนคติที่ว่า สุขภาพที่ดีนั้นสามารถได้มาจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อเป็นการป้องกันโรค ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาจากฝ่ายแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่พบว่าทัศนคติผิด ๆ นี้มีต้นตอมาจากการส่งเสริมการขายยาของบริษัทยาทั้งในและต่างประเทศ โดยบริษัทยามีการให้ข้อมูลเพียงบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคและยา แล้วนำเสนอด้วยกระบวนการอย่างซับซ้อนซ่อนเงื่อน ส่งผลต่อการบริโภคอาหารเสริมและยาอย่างไม่เหมาะสมอีกด้วย

การดูแลสุขภาพด้วยการพึ่งตนเองที่ถูกต้อง ต้องเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม หรือ Holistic Health เท่านั้น

สุขภาพแบบองค์รวมคืออะไร (What is Holistic Health?)

Susan Walter ประธานของ American Holistic Health Association (AHHA) ได้เขียนบรรยายในเอกสารซึ่งได้ตีพิมพ์ใน Encyclopedia of Body Mind Disciplines ว่าสุขภาพแบบองค์รวม หรือ Holistic Health เป็นการมองสุขภาพว่าเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับทั้งชีวิตมากกว่าการเน้นแค่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยจะพิจารณาที่ “ตัวคนทั้งคน” ความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนคนนั้น

สุขภาพแบบองค์รวมมีพื้นฐานอยู่บนกฎเกณฑ์ที่ว่า “ส่วนรวมทั้งหมดถูกสร้างขึ้นมาจากส่วนย่อย ๆ ที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องและพึ่งพาต่อกัน” โลกประกอบด้วยอากาศ แผ่นดิน น้ำ ไฟ และสัตว์ ที่ต้องอาศัยและพึ่งพาซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ เพราะถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งสูญเสียหรือถูกทำลายไปจะทำให้ดุลความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่าง ๆ เสียไปซึ่งจะทำให้ส่วนอื่น ๆ ถูกทำลายไปด้วย เช่นเดียวกับชีวิตมนุษย์แต่ละคนจะประกอบขึ้นด้วยร่างกาย (Physical), จิตใจ (Mental), อารมณ์ (Emotional) และจิตวิญญาณ (Spiritual) ถ้าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งของชีวิตสูญเสียการทำงานไปก็จะส่งผลต่อองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เหลือในขณะเดียวกันชีวิตและองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้านก็จะเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กับสรรพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเช่นกัน แล้วองค์รวมเองจะเกิดเอกลักษณ์

ใหม่ขึ้นที่อาจไม่เกี่ยวกับส่วนประกอบย่อย ๆ เดิม ในลักษณะที่เรียกว่า “The whole is more than the sum of its parts” ซึ่งตรงกับคำกล่าวของโสกราตีส (400 ปีก่อนคริสต์ศตวรรษ) ได้กล่าวเตือนไม่ให้ทำการบำบัดรักษาเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยกล่าวว่า “ส่วนย่อยไม่สามารถจะดีได้ถ้าส่วนทั้งหมดไม่ดี”

ท่าน Koshiro Otsuka ประธาน Japan Holistic Medical Society มองการแพทย์องค์รวมมีรากฐานความคิดที่เน้นความสัมพันธ์เชื่อมโยงอย่างผสมกลมกลืนระหว่างชีวิต สังคม ธรรมชาติ และจักรวาล ได้เน้นให้เห็นว่า การแพทย์แบบองค์รวมคือ การใช้พลังตามธรรมชาติในการเยียวยาและฟื้นฟูร่างกาย กล่าวคือ จะทำอย่างไรจึงจะสามารถดึงพลังชีวิตซึ่งเป็นพลังบำบัดตามธรรมชาติในตัวผู้ป่วยให้เป็นประโยชน์ได้ โดยเชื่อว่า **ผู้ป่วยคือผู้ที่รักษาตนเองได้อย่างแท้จริง ยาหรือสิ่งอื่น ๆ เป็นเพียงส่วนประกอบที่จะช่วยเหลือเท่านั้น** โดยตัวคนไข้เองต้องปฏิบัติตามกฎของธรรมชาติ **“หมอ” หรือผู้รักษาจะเป็นเพียงผู้ให้การแนะนำหรือให้กำลังใจ** คนไข้จำเป็นต้องเข้าใจในเรื่องสุขภาพอย่างถูกต้องเสียก่อน การฟื้นฟูสุขภาพก็จะสัมฤทธิ์ผล



Canadian Holistic Medical Association ได้ นิยามความหมายของสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นการ ให้คุณค่าต่อวิถีการดำรงชีวิต และให้ความสำคัญกับ กระบวนการเรียนรู้และการสร้างความรับผิดชอบหรือวินัย ให้แต่ละบุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่สมดุล และสมบูรณ์

“สุขภาพของเราจะเป็นแบบเดียวกับที่วิถีชีวิต ของเราเป็น” หลักการนี้ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัย ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของประเทศไทย (The U.S. Centers for Disease Control and Prevention) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของบุคคล (ซึ่งพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา) เป็นผลกระทบจากคุณภาพของการบริการ เพียงร้อยละ 10 จากกรรมพันธุ์ร้อยละ 18 จากสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 19 และเป็นผลกระทบจากวิถีการดำเนินชีวิตและ พฤติกรรมสุขภาพสูงถึงร้อยละ 53 การตัดสินใจของบุคคล ในการเลือก “บริโภค” สิ่งใดเข้าสู่ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะมีส่วนกำหนดสภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เซลล์ของ อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายจะถูกแทนที่โดยเซลล์ใหม่ที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่เรา “บริโภค” เข้าไปในร่างกาย เดียวกัน ทัศนคติ อารมณ์ และภาวะจิตใจของเราก็จะถูก สร้างขึ้นมาจากสิ่งที่เราเห็นและได้ยิน ถ้าสืบสาวประวัติ ย้อนหลังจะพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ของความเจ็บป่วยและ การตายก่อนเวลาอันสมควรเกิดจากวิถีการดำรงชีวิตของ ตน การเข้าผิดประเภทและเกินขนาด การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็น สาเหตุอันตรายที่รับรู้กันทั่วไป แต่สาเหตุที่ยังไม่ค่อยรับรู้ หรือยอมรับกันน้อยว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญก็ คือ การบริโภคน้ำตาล คาเฟอีน การมีทัศนคติในทางลบ มากเกินไป และปัญหาหลักพิชในสิ่งแวดล้อม ดังคำกล่าว ที่ว่า “You are what you eat”

ข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบัน

แนวความคิดเรื่องสุขภาพแบบองค์รวมได้จาง หายไปชั่วคราวจากสังคมตะวันตกในช่วงศตวรรษที่ 20 เนื่องจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่หักเห ค่านิยมความเชื่อของคนเกี่ยวกับสุขภาพว่า “ตัวเชื้อโรค”

คือสาเหตุของความเจ็บป่วย และต้องใช้ “ยาสังเคราะห์” เพื่อฆ่าเชื้อโรคและแก้ปัญหาที่ เกี่ยวกับสุขภาพ โดยไม่ต้องสนใจต่อวิถีชีวิตและสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ใน บางสภาวะของสุขภาพการใช้วิธีการแบบแผนปัจจุบันเป็น “อันตราย” ต่อสุขภาพมากกว่า ตัวเชื้อโรคเสียอีก ซึ่ง Moliere Quotes กล่าวไว้ว่า “Most men die of their remedies, not of their illness.” นอกจากนี้โรคเรื้อรังอีกหลาย ๆ โรคไม่ตอบสนองต่อการบำบัดทาง วิทยาศาสตร์การแพทย์ ประชาชนจึงเริ่มแสวงหาทางเลือกอื่นและหันกลับไปสู่วิถีการดูแล สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic lifestyle) และการบำบัดแบบองค์รวม (Holistic healing) ซึ่งมีเทคนิคทางเลือกต่าง ๆ ให้เลือกมากขึ้น

การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedicine) ถือว่าร่างกาย มนุษย์ประกอบขึ้นจากเซลล์ต่าง ๆ ที่รวมกันเป็นเนื้อเยื่อและอวัยวะ อวัยวะย่อย ๆ แต่ละชนิดนั้นมีหน้าที่ต่าง ๆ กัน สุขภาพดีนั้นเกิดขึ้นจากการที่อวัยวะต่าง ๆ สามารถ ทำหน้าที่ตามปกติของตนเองและประสานกับอวัยวะอื่น ๆ อันเป็นผลให้กระบวนการ ทางชีววิทยาดำเนินไปได้ตามปกติ วิทยาการทางการแพทย์ตะวันตกจึงอธิบายปรากฏการณ์ ความเจ็บป่วยโดยอาศัยข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเป็นสำคัญ โดยสืบค้นให้พบว่าความเจ็บ ป่วยเกิดมาจากการผิดปกติของอวัยวะใดแล้วก็จะมุ่งเยียวยารักษาเพื่อไปแก้ปัญหาเฉพาะ ส่วนที่อวัยวะที่ผิดปกติตินั้น ๆ ด้วยแนวคิดทางชีวเวชศาสตร์ โดยการยึดถือข้อเท็จจริง เฉพาะทางชีววิทยาเป็นสำคัญในการอธิบายภาวะความเจ็บป่วยและเป็นแนวทางในการ แก้ปัญหา มาตรการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาจึงมุ่งไปที่การจัดการให้อวัยวะที่ผิดปกติตินั้น สามารถทำหน้าที่ได้ตามเดิม การบำบัดรักษาจึงเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะที่ เช่น การใช้ ยาเฉพาะเจาะจงที่ออกฤทธิ์ต่ออวัยวะหรือระบบอวัยวะที่ผิดปกติด้วยวิธีการผ่าตัด การ ฉายแสง เป็นต้น แนวทางการแก้ไขปัญหาคือความเจ็บป่วยตามแนวคิดชีวเวชศาสตร์หรือ เฉพาะด้านกายภาพเฉพาะหน้าจึงจำกัดตัวอยู่ในขอบเขตของการแก้ปัญหาทางกายแบบ แยกส่วนเพียงประการเดียว โดยไม่สามารถเชื่อมโยงการทำงานของอวัยวะทั้งร่างกายได้ ต้องใช้แพทย์เฉพาะทางหลาย ๆ ด้าน ทำให้เกิดปัญหาการประสานงานของแพทย์ต่าง สาขา เพราะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนรักษาแต่ละโรคโดยที่ไม่มีใครดูแลรับผิดชอบ ผู้ป่วยทั้งคน ซึ่งตรงกับคำกล่าวที่ว่า “Cure the disease and kill the patient.” (Sir Francis Bacon)

ระบบการจัดบริการ

ในระบบการแพทย์แบบตะวันตก แพทย์และโรงพยาบาลใหญ่เป็นที่ยอมรับ ศูนย์ ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งเน้นการ “ซ่อมสุขภาพ” มากกว่าการ “ส่งเสริม สุขภาพ” กิจกรรมในสถาบันทางการแพทย์เป็นศูนย์ที่ให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วย มากกว่าที่จะมุ่งเน้นป้องกันให้เกิดสุขภาพที่ดี จึงมีลักษณะบริการที่ตึงเครียด คือปล่อยให้ การเจ็บป่วยแล้วค่อยตามรักษาตามอาการ นอกจากนั้นบริการทางการแพทย์แบบตะวัน ตกยังจะมีลักษณะเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป กล่าวคือมีการจัดระบบบริการแบบ แยกส่วน แบ่งแยกการรักษาร่างกายตามอวัยวะส่วนต่าง ๆ โดยมีได้สนใจร่างกาย ทั้งระบบ จนมีการล้อเลียนว่า ถ้าคุณเจ็บหูจะต้องรักษากับหมอที่เชี่ยวชาญเฉพาะ หูขวา แต่ถ้าหูที่เจ็บเกิดเป็นหูซ้าย คุณจะต้องไปพบหมอเชี่ยวชาญด้านหูซ้ายอีกคนหนึ่ง ทั้งนี้ก็เป็นเพราะว่า วัฒนธรรมการแพทย์ตะวันตกมุ่งเน้นที่รักษาโรค แทนที่จะรักษาคณ ที่เป็นโรค (The good physician treats the disease, the great physician treats the patient who has the disease : William Osler)

ระบบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแพทย์

การแพทย์แผนตะวันตกเป็นศาสตร์ที่เน้นบทบาทของผู้เชี่ยวชาญ กล่าวคือ เรื่องสุขภาพในระบบการแพทย์ตะวันตกเป็นเรื่องของแพทย์ผู้ซึ่งมีความรู้ความชำนาญ และเป็นผู้จัดการกับความเจ็บป่วยโดยเทคนิคและวิทยาการทางการแพทย์ บทบาทของ ผู้ป่วยคือ การให้ความร่วมมือ ขึ้นต่อ และพึ่งพาแพทย์ ผู้ป่วยจึงมีอำนาจต่อรองต่ำ เมื่อ มีความไม่พึงพอใจต่อการรักษาพยาบาลของแพทย์ก็จะไม่สามารถต่อรองได้ แต่จะเก็บ

ความรู้สึกไม่พอใจไว้ เหตุการณ์ลักษณะนี้เป็นประสบการณ์โดยตรงของผู้เขียนเอง กล่าวคือ เมื่อต้นเดือนมีนาคม พ.ศ. 2513 นี้เอง เมื่อผู้เขียนไปตรวจสุขภาพร่างกายที่แผนกคลินิกพิเศษนอกเวลาของโรงพยาบาลชื่อดังของรัฐแห่งหนึ่ง พยาบาลให้เรียกผู้เขียนว่า “คุณผู้ชาย” เพื่อให้เปลี่ยนชุดของโรงพยาบาล ซึ่งมีลักษณะคล้ายชุดของคนไข้ ทำให้รู้สึกว่าคุณเป็นคนที่แล้ว หรือหนักกว่านั้นคือ เจ้าหน้าที่ห้องตรวจอัลตราซาวด์เรียกผู้เขียนว่า “คนไข้” ผู้เขียนถึงออกปากอุทานตอบไปว่า “ผมเป็นคนไข้ไปแล้วหรือครับ” นี่คือการของโรงพยาบาลที่เห็นผู้ป่วยโรคทุกคนที่มาใช้บริการเป็น “คนไข้” ทำให้ผู้ใช้บริการแทนที่จะได้รับการใส่ใจเสริมสร้างสุขภาพ กลับกลายเป็นการซ้ำเติมให้เกิดความรู้สึกหดหู่สิ้นหวัง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีระยะห่างมากขึ้น ผิดวิสัยวัฒนธรรมของคนตะวันออกที่มีน้ำใจไมตรีต่อกัน คอยช่วยเหลือเกื้อกูล คอยให้กำลังใจกันตลอด

เคล็ดลับสุขภาพดี

คำถามที่มักเกิดขึ้นอยู่เสมอ ๆ ก็คือ ทำอย่างไรจึงจะทำให้สุขภาพแข็งแรง และไม่เจ็บไข้ได้ป่วย นพ.อารีย์ วชิรเมโน ผู้เชี่ยวชาญการแพทย์ทางเลือก กล่าวว่าปัจจุบันคนไทยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 70 ปี เมื่อมีอายุยืนยาวขึ้นแต่กลับต้องเผชิญปัญหาโรคภัยที่มากขึ้นตามไปด้วย แต่ทั้งนี้เคล็ดลับในการดูแลสุขภาพให้มีอายุยืนพร้อมกับความสุขนั้น นพ.อารีย์บอกว่าต้องประกอบไปด้วย 7 ข้อ ได้แก่ 1. อธิปไตย 2. อารมณ์ 3. อากาศ 4. อาหาร 5. ออกกำลังกาย 6. เอนกาย 7. เอาพิษออกจากร่างกาย สำหรับ 2 ข้อแรก เป็นความรู้สึกนึกคิดภายในจิตใจ จะต้องฝึกให้เป็นคนมีแนวคิดในเชิงบวก ละเว้นความคิดในแง่ลบ หรือมีอารมณ์โกรธ เพื่อร่างกายจะได้หลั่งฮูโดฟินช่วยให้อวัยวะมีสุขภาพดี ดังนั้น สิ่งที่ควรฝึกปฏิบัติคือ ปรับพฤติกรรมยิ้มแย้มแจ่มใส หัวเราะ ร่าเริง เป็นประจำอยู่เสมอ ส่วนเรื่องอากาศต้องอยู่อาศัยในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ และฝึกหายใจด้วยท้องแบบลึก (Deep breathing) จะป้องกันหรือบรรเทาโรคภูมิแพ้ หอบหืดได้ เรื่องอาหารให้เลือกรับประทานให้ครบ 5 หมู่ รับประทานผักและผลไม้มากกว่าเนื้อสัตว์ ขณะที่ 3 ข้อ ออกกำลังกายมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อชีวิตประจำวัน และต้องหมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ออกกำลังกายได้ด้วยการเดิน การก้าวยาว ๆ พร้อมแกว่งแขน หรือเดินขึ้นบันไดแทนการใช้บันไดเลื่อนก็ได้ผลแล้ว ส่วน 6. เอนกาย (นอน) นั้นเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังตรากตรำทำงานในเวลากลางวัน 6. สุดท้ายคือ เอาพิษออกจากร่างกาย หมายถึงการถ่ายอุจจาระ เป็นการกำจัดของเสียที่ร่างกายไม่ต้องการออกจากร่างกาย เพื่อไม่ให้พิษตกค้างอยู่ที่ลำไส้ใหญ่ นพ.อารีย์ แนะนำให้ปฏิบัติ 7 ข้อ ให้เป็นนิสัยในชีวิตประจำวัน เพราะมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อมนุษย์ทุกคน และหากสามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ ย่อมมั่นใจได้ว่าจะมีสุขภาพแข็งแรง ไร้โรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียน สิ่งก็ตามมาก็คือ มีอายุที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพนั่นเอง

หมอที่ดีที่สุด และยาที่ดีที่สุดอยู่ ณ หนใด

เภสัชกร หรือที่รู้จักกันว่า “หมอยา” หมายถึงเป็นผู้มีความรู้ทั้งด้านหมอและด้านยาในบุคคลคนเดียวกัน อันเนื่องจากการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่มุ่งศึกษาเรียนรู้เรื่องของการใช้ “ยา” (ซึ่งหมายถึงยาแผนปัจจุบัน) มาโดยเฉพาะ การกล่าวอ้างว่าเรารู้จักฤทธิ์ของยา รู้จักวิธีใช้ และรู้จักทั้งประโยชน์และโทษของยาเป็นอย่างดีจึงจะไม่ผิด เภสัชกรทุกคนจึงรู้ว่ายาทุกตัวล้วนมีประโยชน์แต่ก็แฝงไว้ด้วยโทษข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ทั้งสิ้น ไม่มียาใดปลอดภัยโดยปราศจากอาการข้างเคียง ดังนั้น “ยาที่ดีที่สุด” ในโลกนี้จึงยังไม่ถูกค้นพบ ส่วน “หมอ” ที่ดีที่สุดนั้นก็ยังไม่ปรากฏชัดว่าเป็นหมอแผนตะวันตกหรือหมอแผนตะวันออกที่จะดูแลสุขภาพของคนเราได้อย่างวิเศษที่สุด หากจะให้ได้สัมผัสฤทธิ์ผลในการรักษา “โรค” คงต้องใช้ทั้งการแพทย์แผนตะวันตกควบคู่กับการแพทย์แผนตะวันออก แต่ก็ต้องใช้เวลาอีกยาวนานกว่าที่แพทย์ตะวันตกจะยอมรับส่วนนี้ ๆ ของการแพทย์แผนตะวันออก (แม้ว่าปัจจุบันแพทย์แผนตะวันตกยอมรับการฝังเข็มเป็นส่วนหนึ่งของวงการแพทย์แล้วก็ตาม) แต่กระนั้นก็ตาม ถึงแม้ว่า “หมอ” และ “ยา” จะสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยของคนไข้ได้ก็ตาม แต่ก็เป็นการแก้ไขปัญหาก็ปลายเหตุ เภสัชกรในฐานะที่

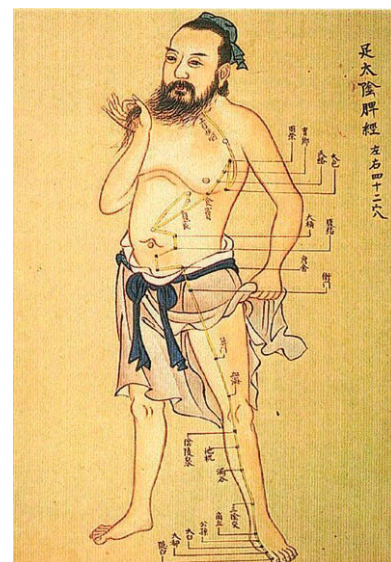
เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข (Health providers) ที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนจึงควรหันมาทำหน้าที่ที่เหนือกว่าหน้าที่ที่นิยามไว้ในกฎหมาย นั่นคือ เภสัชกรต้องหันมาให้ความสำคัญและแนะนำแก่ประชาชนให้รู้จักพึ่งตนเอง ให้ตัวของประชาชนเองมีความรู้ความสามารถในการดูแลปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีสุขภาพดีให้ห่างไกลความเจ็บไข้ได้ป่วยให้มากที่สุดตามหลักการแพทย์แผนตะวันออกที่ว่า Superior doctors prevent the disease. เพราะว่าทั้ง “หมอ” และ “ยา” คงไม่สามารถดูแลสุขภาพทุกคนได้ตลอดเวลา จึงต้องสอนให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพของตัวเอง (ตลอดเวลา) การให้ปลาแก่คนไข้อย่างคงจะหายหัวได้เป็นมือเป็นครว แต่หากสอนให้เขารู้จักจับปลาแล้ว เขาก็มีปลากินตลอดไป ปลาตัวนี้ก็คือ “สุขภาพที่ดี” ของประชาชนนั่นเอง หรือกล่าวได้ว่า “หมอ” และ “ยา” ที่ดีที่สุดก็คือ ตัวของเรานั่นเอง ซึ่งตรงกับคำกล่าวที่ว่า มีเพียงแต่ธรรมชาติบำบัดและหลักการป้องกันมิให้เกิดโรคเท่านั้นที่มีประสิทธิภาพเหนือกว่าระบบสาธารณสุขที่คิดแต่จะพึ่งพาการบำบัดรักษาด้วยยาเพียงประการเดียว

Its natural therapies and preventive approaches are ever as effective and even more pertinent in today's drug-oriented medical climate.

จาก The Yellow Emperor's Classic of Medicine (the Neijing Suwen) ~240 B.C.

บรรณานุกรม

- <http://www.learners.in.th/blogs/posts/526453>
- <http://www.prema.or.th/patient.php?Cid=1&Id=190&menu=detail/20120314/125435>
- <http://www.komchadluek.net/detail/20120314/125435>
- <http://www.ohrm.au.edu/AU%20HEALTH/SevenA.html>





สิทธิบัตร ‘ไม่มีวันตาย’ ‘หลุมดำ’ อุตสาหกรรมยา



ดร.ศิริวัณน์ กัญธาราดล



ดร.กญ.อุชาติ มาสังค์



รศ.ดร.กญ.บุศราพร เกสสมบูรณ์

หากกล่าวถึงสิทธิบัตรยาแล้ว ตามปกติเมื่อบริษัท ยาพัฒนาวิจัยยาตัวใหม่จะได้รับสิทธิบัตร ซึ่งเป็นสิทธิผูกขาดให้วิจัย พัฒนา ผลิต และจำหน่ายแต่เพียงผู้เดียวเป็นเวลา 20 ปี ทำให้บริษัทยาเจ้าของสิทธิบัตรสามารถตั้งราคาสูงเท่าไรก็ได้ เพราะไม่มีคู่แข่งยาวนานถึง 20 ปี ความมุ่งหมายในการให้สิทธิผูกขาดเหล่านี้เพราะคาดหวังว่าจะเป็นตัวช่วยกระตุ้นให้เกิดการคิดค้นยาใหม่ ๆ เพื่อมวลมนุษยชน จนเมื่อสิทธิบัตรหมดอายุลง บริษัทยาอื่น ๆ จึงจะสามารถผลิตยาตัวนี้ได้ เมื่อหลายบริษัทเข้ามาแข่งขันกัน ยาก็จะมีราคาลดต่ำลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งผู้ป่วยหรือระบบหลักประกันสุขภาพสามารถจัดหาได้

ทั้งนี้ในปัจจุบันกลับพบว่าอุตสาหกรรมยาไม่ได้คิดค้นอะไรใหม่ ๆ มากนัก แต่ละปีมียาใหม่จริง ๆ เข้าสู่

ตลาดเพียงไม่กี่ชนิด ซึ่งส่วนใหญ่ได้จากการวิจัยที่ได้รับทุนจากภาครัฐของประชาชนเอง ยาที่เข้าสู่ตลาดจำนวนมากเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงยาเก่าเพียงเล็กน้อย ไม่มีความใหม่ ไม่มีขั้นตอนการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น หรือให้ผลการรักษาที่ต่างจากเดิม แต่มาขอสิทธิบัตรเพื่อขอผูกขาดเพิ่มไปอีก 20 ปี เป้าหมายคือ ต่อเวลาเพื่อแสวงหากำไรแต่เพียงผู้เดียว กลยุทธ์นี้เรียกว่า Evergreening Patent หรือสิทธิบัตรไม่มีที่สิ้นสุด

โดย Evergreening Patent มีหลายวิธีด้วยกันคือ มีการนำยาเก่า 2 ตัวขึ้นไปมารวมตัวกันเพื่อขอสิทธิบัตรเรียกว่ายาสูตรผสม หรือ Combination เช่น การนำยาด้านไวรัสเอดส์ Zidovudine (AZT) มาผสมเป็นเม็ดเดียวกันกับ Lamivudine (3TC) เพียงเพื่อความสะดวกในการรับประทานยา การเปลี่ยนรูปแบบของยาเดิม หรือ New Formulations จากยาเม็ดที่ต้องรับประทานวันละ 3 ครั้ง มาเป็นยาเม็ดที่รับประทานครั้งเดียว แล้วยาก่อ ๆ ออกฤทธิ์ เพียงเพื่อให้สะดวกในการรับประทาน



ยา แต่ผลการรักษาเหมือนเดิม หรือ New Composition เป็นการเพิ่มสารปรุงแต่งเข้าไปในยาสูตรเดิมเพื่อเพิ่มคุณสมบัติบางอย่าง เช่น เพิ่มการละลาย แล้วขอรับสิทธิบัตรในสูตรใหม่ การค้นพบข้อบ่งชี้ใหม่ หรือ New Indication คือค้นพบผลการรักษาใหม่ของยาเดิม แล้วมาขอรับสิทธิบัตรเป็นยาใหม่ เช่น เดิมยาแอสไพรินใช้ในการลดไข้ แต่ต่อมาขอจดสิทธิบัตรเพิ่มเพื่อใช้ในการละลายลิ่มเลือด หรือตัวยาออกฤทธิ์เดิม มีผลการรักษาแบบเดิม ๆ แต่ไปเปลี่ยนเป็นรูปแบบเกลือ หรือแอลกอฮอล์ หรือที่เรียกว่า อีเทอร์ เอสเทอร์ของยาเดิม แม้จะทำให้การละลายของยาดีขึ้น แต่ผลการรักษาเหมือนเดิมก็มาขอจดสิทธิบัตรใหม่ รวมทั้งตัวยาออกฤทธิ์เดิม แต่ไปค้นพบโครงสร้างการเรียงตัวรูปแบบใหม่ หรือที่เรียกว่า Polymorph อาจทำให้การละลายดีขึ้น คงสภาพมากขึ้น แต่ผลการรักษาไม่เปลี่ยนแปลง ก็นำมาจดสิทธิบัตรเพื่อขยายเวลาผูกขาด แต่ที่แย่ยิ่งไปกว่านั้นคือ การขอจดสิทธิบัตรอย่างกว้าง ๆ คลุมทุกโครงสร้างทางเคมีที่เป็นไปได้ ทั้งที่ผู้วิจัยรู้เพียงแกนหลักและบางส่วนของสาร มาขอจดครอบคลุมทั้งหมดเพื่อกีดกันคนอื่นไม่ให้กลัววิจัยพัฒนาสารเคมีที่มี



แกนหลักเดียวกัน วิธีการแบบนี้เรียกว่า Markush Claim ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการวิจัยพัฒนายาใหม่

จากสาเหตุดังกล่าว ทำให้ในระยะ 10-20 ปีที่ผ่านมา การวิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ทางตัวยาใหม่มีน้อยมาก ในขณะที่สิทธิบัตรแบบ evergreening มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในประเทศไทยในระยะเวลา 11 ปี มีคำขอรับสิทธิบัตรแบบ evergreening มากถึงร้อยละ 84 ซึ่งมาจากบริษัทยาักษ์ใหญ่ของประเทศมหาอำนาจ เช่น สหรัฐอเมริกา เยอรมนี สวิตเซอร์แลนด์ และฝรั่งเศส ในขณะที่นักวิจัยไทยขอรับสิทธิบัตรเพียงแค่ร้อยละ 0.6 เท่านั้น ยาจำเป็นบางรายการ เช่น Atorvastatin ที่ใช้ลดไขมันในเลือดมีคำขอรับสิทธิบัตรถึง 10 ฉบับ และ Metformin ที่ใช้รักษาโรคเบาหวานมีคำขอรับสิทธิบัตรถึง 13 ฉบับ ส่งผลให้มีการขยายสิทธิบัตรจากเดิมออกไปมากถึง 40 ปี ทั้งที่ไม่ควรเป็นเช่นนั้น แต่สิ่งที่น่าวิตกคือ ยาในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น ยาต้านไวรัสเอดส์ Atazanavir, Tenofovir หรือ Efavirenz ยารักษาโรคมะเร็ง เช่น Docetaxel, Imatinib ก็มีคำขอรับสิทธิบัตรเป็นจำนวนมาก

หากคำขอรับเหล่านี้ได้รับสิทธิบัตรทั้งหมดแน่นอนว่ายาซื้อสามัญจะไม่สามารถเข้ามาแข่งขันในตลาดยาได้ เพราะสิทธินี้ถูกผูกขาดไว้ ทำให้ภาครัฐซึ่งรับผิดชอบค่ายาของประชาชนจะต้องรับภาระมากขึ้น แพงขึ้น หากคำนวณค่าใช้จ่ายของยาเพียง 50 รายการที่มีการใช้สูงสุดในประเทศไทย จะพบว่าในช่วง 20 ปีข้างหน้า รัฐต้องจ่ายเพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่า 8,000 ล้านบาท ทั้งที่สามารถประหยัดได้หากมียาซื้อสามัญเข้ามาแข่งขันราคา เมื่อภาครัฐไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเหล่านี้ได้ ผู้ป่วยก็จะเข้าถึงยาได้น้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต เช่น ผู้ป่วยเอดส์ หัวใจ เบาหวาน ความดัน และผู้ป่วยที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เช่น



ผู้ป่วยมะเร็ง ยิ่งไปกว่านั้นการผูกขาดสิทธิบัตรที่ยาวนานขึ้นจะทำให้นักวิจัยไทยไม่สามารถวิจัยยาใหม่ ๆ ได้ อุตสาหกรรมยาในประเทศก็ไม่สามารถผลิตยาใหม่ออกมาทดแทนในท้องตลาด ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถพึ่งตนเองในด้านยาได้

ด้วยความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ทำให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรมทรัพย์สินทางปัญญา และแผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ร่วมมือกันทำผลงานวิจัย “คำขอรับสิทธิบัตรยาที่จัดเป็น Evergreening Patent ในประเทศไทย และการคาดการณ์ผลกระทบที่เกิดขึ้น” เพื่อใช้เป็นคู่มือแนวทางการพิจารณาการออกเอกสารสิทธิบัตรที่เกี่ยวข้องกับยา ยับยั้งและตรวจสอบการขอรับสิทธิบัตรยาที่จัดเป็น Evergreening Patent

นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ที่ปรึกษาคณะกรรมการกำกับทิศทางการวิจัยและพัฒนาระบบยา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กล่าวว่า ระบบยาหรือธุรกิจยาในปัจจุบันเป็นอุตสาหกรรมระดับโลกที่มีความซับซ้อนเป็นอย่างมาก ซึ่งจากการทำวิจัยในเรื่อง “คำขอรับสิทธิบัตรยาที่จัดเป็น Evergreening Patent ในประเทศไทย และการคาดการณ์ผลกระทบที่เกิดขึ้น” ถือเป็นประโยชน์ที่ทางกรมทรัพย์สินทางปัญญาจะนำไปต่อยอดเป็นคู่มือ หรือแนวทางที่จะช่วยคัดกรองและตรวจสอบว่า ยาที่ขอจดสิทธิบัตรหรือที่ได้รับการจดสิทธิบัตรแล้วตัวใดที่เข้าข่ายเป็น evergreening ซึ่งถือเป็นการผูกขาด ทำให้ยาชื่อสามัญเกิดขึ้นไม่ได้ สิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนส่วนรวม เนื่องจากยาชื่อสามัญบางตัวจะเป็นยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ เช่น โรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด

สมอง เป็นต้น รวมทั้งโรคเอดส์ด้วย ซึ่งโรคเหล่านี้จำเป็นต้องใช้ยา ยาต่าง ๆ เหล่านี้ก็เป็นที่จะต้องมียาที่เหมาะสม

“ถ้าอุตสาหกรรมยาต้นแบบเล่นในเกมอย่างยุติธรรมก็คงจะไม่เกิดปัญหา แต่กลับกลายเป็นว่าอุตสาหกรรมยาเก็บเกี่ยวผลประโยชน์ตั้งแต่ต้นน้ำ คือไปเก็บเกี่ยวงานวิจัยที่ใกล้สำเร็จจากสถาบัน หรือมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ซึ่งเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับยาที่มีแนวโน้มที่จะทำในเชิงอุตสาหกรรมได้ โดยงานวิจัยเหล่านี้มาจากเงินของรัฐบาลซึ่งเป็นภาษีของประชาชน หลังจากนั้นเมื่องานวิจัยสำเร็จจนสามารถผลิตเป็นตัวยาออกมาได้แล้ว ก็สามารถตั้งราคาได้ตามใจชอบ มีสิทธิผูกขาดไปอีก 20 ปี พอมาถึงปลายน้ำคือเมื่อใกล้หมดสิทธิบัตร 20 ปี ก็พัฒนาอีกเล็ก ๆ น้อย ๆ แล้วต่อยอดผูกขาดไปอีก 20 ปี ซึ่งระบบยาแบบนี้ไม่ยุติธรรม เนื่องจากบริษัทยาักษ์ใหญ่เอาเปรียบรายย่อย และเอาเปรียบประชาชน ถ้าเล่นกันในเกม พอหมดอายุสิทธิบัตรแล้ว ก็ต้องไปพัฒนายาใหม่ แล้วยาเก่าก็ให้บริษัทที่มีเทคโนโลยีต่ำกว่าหรือมีเงินทุนน้อยกว่านำไปผลิตเป็นยาชื่อสามัญ ระบบถึงจะเดินไปได้”

ด้าน ดร.ภญ.อุษาวดี มาลีวงศ์ นักวิจัยของเครือข่ายวิจัยระบบยา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กล่าวว่า ปัญหาสิทธิบัตรไม่มีคุณภาพส่งผลต่อภาระงบประมาณประเทศ และเป็นข้อจำกัดการเข้าถึงยาของประชาชนอย่างมาก ซึ่งจากการวิจัยพบการขอรับสิทธิบัตรแบบ Evergreening Patent หรือเรียกว่าการขอรับสิทธิบัตรที่มีลักษณะแบบไม่มีที่สิ้นสุดที่จะทำให้ผู้ได้รับสิทธิบัตรนี้ได้รับความคุ้มครองอย่างต่อเนื่องเกิน 20 ปี หรืออาจชั่วชีวิตของยานั้น จากการศึกษาล่าสุดพบว่า คำขอรับสิทธิบัตรการประดิษฐ์ด้านเภสัชภัณฑ์ที่ได้ประกาศโฆษณาระหว่างปี พ.ศ.

2543-2553 จำนวน 2,188 คำขอ เป็นการขอรับสิทธิบัตรที่มีข้อถกเถียงหลักเป็นการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดสิ่งประดิษฐ์เพียงเล็กน้อย หรือแบบ Evergreening Patent เพื่อยืดอายุการผูกขาดออกไป ทำให้ยาชื่อสามัญไม่สามารถเข้ามาแข่งขันได้มากถึงร้อยละ 84

“คำขอแบบ evergreening เช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อภาพรวมการบริโภคยาและตลาดยาของประเทศ เฉพาะแค่รายการยาจำนวน 59 รายการที่มียอดการใช้สูงสุดที่นำมาวิเคราะห์ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาพบว่า เป็นคำขอรับสิทธิบัตรแบบ evergreening ที่ส่งผลให้มีการผูกขาดตลาดตั้งแต่ปี พ.ศ.

2539-2571 คิดเป็นมูลค่าสะสมประมาณ 8,477.7 ล้านบาท และหากพิจารณาเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วคือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539-2553 พบว่าประเทศไทยเสียโอกาสในการประหยัดงบประมาณไปแล้วถึง 1,177.6 ล้านบาท หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง หากกรมทรัพย์สินทางปัญญานำแนวทางการพิจารณาคำขอรับสิทธิบัตรฉบับใหม่มาใช้เพื่อป้องกันการเกิดสิทธิบัตรที่ไม่มีวันสิ้นสุดจะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ถึงประมาณ 8,500 ล้านบาท”

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาการใช้ยาในโรคสำคัญที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาสูง 3 โรค ประกอบด้วย โรคเอดส์ โรคมะเร็งเต้านม โรคกระดูกพรุน พบว่าในสถานการณ์ที่มีการใช้ยาต้นแบบเพื่อการรักษาโรคดังกล่าวนั้น การใช้ยาในการรักษาโรคมะเร็งไม่มีความคุ้มค่าในด้านต้นทุน-อรรถประโยชน์ เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ความคุ้มค่าที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก เนื่องจากยาต้นแบบมีราคาแพง อย่างไรก็ตาม หากมีการทดแทนด้วยยาชื่อสามัญในผู้ป่วยทุกรายพบว่า ความคุ้มค่าในการใช้ยามากขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง และในเวลา 10 ปีของการรักษาในทั้ง 3 โรค พบว่าการทดแทนยาต้นแบบด้วยยาชื่อสามัญทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 66.9 ในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน, ร้อยละ 21.7 ในผู้ป่วยโรคเอดส์ และร้อยละ 9.3 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ในส่วนของ **รศ.ดร.ภญ.นุศราพร เกสรสมบูรณ์ อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** กล่าวว่า จากปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการขอสิทธิบัตรแบบ Evergreening Patent ทางทีมวิจัยจึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายไปยังนายกรัฐมนตรี ให้กรมทรัพย์สินทางปัญญาเร่งออกประกาศกรมทรัพย์สินทางปัญญาใช้คู่มือการตรวจสอบสิทธิบัตรที่เกี่ยวข้องกับการประดิษฐ์ทางยา เพื่อแก้ปัญหานี้โดยเฉพาะหน้าสำหรับสิทธิบัตรที่กีดกันการเข้าถึงยาซึ่งกำลังทวีความรุนแรงอยู่ในขณะนี้ เช่นเดียว



กับรัฐบาลของประเทศกำลังพัฒนาที่มีศักยภาพการผลิตยาชื่อสามัญเช่นเดียวกับประเทศไทยต่างมีมาตรการป้องกันผลกระทบแล้วทั้งสิ้น อาทิ ประเทศอินเดียใช้ข้อยืดหยุ่นก่อนการให้สิทธิบัตรในความตกลงทริปส์ออกมาตรฐานที่เคร่งครัดเกี่ยวกับเรื่องการประดิษฐ์คิดค้น เพื่อขจัดคำขอสิทธิบัตรแบบ evergreening ประเทศบราซิลกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข (คณะกรรมการควบคุมยาแห่งชาติ-ANVISA) มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์การขอสิทธิบัตร ดังนั้น คำขอรับสิทธิบัตรที่ไม่มีเหตุผลเพียงพอจะถูกปฏิเสธเพื่อป้องกันสิทธิผูกขาดที่ไม่ชอบธรรมที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสาธารณสุข และล่าสุดประเทศอาร์เจนตินาได้ประกาศใช้คู่มือการตรวจสอบคำขอสิทธิบัตรที่พัฒนามาจากเกณฑ์การตรวจสอบสิทธิบัตรที่พัฒนามาจากข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก, UNCTAD และ ICTSD ส่วนในระยะยาว รัฐบาลควรผลักดันให้เกิดการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตรให้กำหนดรายละเอียดของขั้นตอนการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น

“ในเฉพาะหน้านี้เสนอให้กรมทรัพย์สินทางปัญญาเร่งกำหนดหลักการในการตรวจสอบคำขอรับสิทธิบัตรด้านเภสัชภัณฑ์สำหรับการขอถือสิทธิการใช้ (Used claim) รวมถึงการใช้สารเคมีในการผลิตยา ว่าเป็นข้อถกเถียงที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามมาตรา 9(4) แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร ทั้งนี้เป็นไปตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการสิทธิบัตรที่ 1/2553 เพราะถือเป็นลักษณะคำขอที่มีมากและเป็นปัญหาที่รุนแรงที่สุด และเร่งปรับปรุงระบบการรายงานสถานะของการดำเนินการในแต่ละคำขอรับสิทธิบัตรให้ถูกต้อง ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา และปรับระบบฐานข้อมูลสิทธิบัตรให้เป็นมิตรต่อผู้ใช้ ง่ายต่อการสืบค้น สามารถใช้ประโยชน์ได้จริง และมีความเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ”



สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) จัดประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2556

เรื่อง “ความเฟื่องฟูของงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล”

เนื่องในวาระพิเศษครบรอบ 24 ปี ของการก่อตั้งสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) และเป็นปีที่วิชาชีพเภสัชกรรมครบ 100 ปี ทางสมาคมฯ จึงได้จัดให้มีการประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2556 เรื่อง “ความเฟื่องฟูของงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล” โดยกำหนดจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 21-23 พฤษภาคม พ.ศ. 2556 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร

ภก.สมชัย วงศ์ทางประเสริฐ นายกสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) กล่าวว่า “ในปี พ.ศ. 2556 นับเป็นวาระพิเศษครบรอบ 24 ปี ของการก่อตั้งสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) และเป็นปีที่วิชาชีพเภสัชกรรมครบ 100 ปี สมาคมฯ จึงกำหนดให้มีการจัดประชุมวิชาการประจำปีในหัวข้อ “ความเฟื่องฟูของงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล” (The Flourishing Pharmacy Profession) อันประกอบด้วย การบรรยายเรื่องประเด็นสำคัญเกี่ยวกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และการเตรียมความพร้อมเป็นแหล่งฝึก การอภิปรายเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานวิชาชีพเพื่อดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในกรณีศึกษาต่าง ๆ และการนำเสนอบทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาลในงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมทั้งเป็นเวทีในการนำเสนอและประกวดผลงานวิจัยทั้งแบบโปสเตอร์และบนเวทีด้วย”

ภายในงานมีหัวข้อการประชุมที่น่าสนใจ อาทิ การดูแลผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน ซึ่งมุ่งเน้นที่การเลือกใช้ยาต้านการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือดอย่างเหมาะสมเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และแนวทางการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิต ไขมันในเลือด เบาหวาน สูบบุหรี่ ฯลฯ ตามหลักฐานวิชาการ รวมถึงบทบาทของเภสัชกรครอบครัว หรือเภสัชกรที่ทำงานในชุมชน และเกณฑ์การส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาต่อในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการแทรกซ้อนจากการไม่สามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่มีอาการโคม่า และข้อควรปฏิบัติในการให้คำแนะนำการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานแก่ผู้ป่วย การป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อไตจากการใช้ยา การบริหารทางเภสัชกรรมโดยรวมในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคจิตประเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบ และบทบาทของเภสัชกรรมในการดูแลด้านยาให้แก่ผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ายาได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยภายหลังจากการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดรักษาสภาวะติดเชื้อมาจากการลดต่ำลงของเม็ดเลือดขาวหลังได้รับเคมีบำบัดด้วย และความสำคัญของพันธุกรรมกับการเกิดผื่นแพ้ยาชนิดรุนแรงจากยาที่พบบ่อย

ภก.สมชัย กล่าวทิ้งท้ายว่า ทางสมาคมฯ ขอเชิญเภสัชกรโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านร่วมเป็นเกียรติในพิธีประกาศเกียรติคุณเภสัชกรโรงพยาบาลดีเด่น และเภสัชกรเกียรติคุณ ร่วมชมนิทรรศการ “100 ปี วิชาการเภสัชกรรมโรงพยาบาล” พร้อมรับกระเป๋าและหนังสือที่ระลึก “24 ปี สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)” ที่จัดทำขึ้นเป็นกรณีพิเศษ รวมทั้งลุ้นรับโชคในการแจกรางวัลพิเศษ 24 รางวัลใหญ่ ก่อนกลับบ้าน

“ทางสมาคมฯ หวังเป็นอย่างยิ่งให้เภสัชกรผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำประเด็นความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของตน หน่วยงาน ระบบยาของโรงพยาบาล และให้การบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

ผู้ที่สนใจเข้าร่วมการประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2556 เรื่อง “ความเฟื่องฟูของงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล” ของทางสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) สามารถลงทะเบียนออนไลน์และดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.thaihp.org โทรศัพท์ 0-2249-9333





พศ.ดร.ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง

ความสุขของอาจารย์คือการเห็นลูกศิษย์ประสบความสำเร็จ

ครูหรืออาจารย์คือผู้ที่สั่งสอน หรือถ่ายทอดความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และแนวทางในการทำงานรวมทั้งการปฏิบัติตัวให้แก่ศิษย์ ความสุขและความภาคภูมิใจของคนเป็นอาจารย์คงไม่มีอะไรที่จะดีไปกว่าการได้เห็นศิษย์ขึ้นชมนิยมดีเมื่อลูกศิษย์ประสบความสำเร็จสมดังที่ตั้งใจ หรือเมื่อลูกศิษย์ได้รับการยกย่องขึ้นชมนอกจากสังคมหรือภายนอกคณะ และถึงแม้ว่าในแต่ละปีจะมีนิสิตจบการศึกษาไป ก็จะมีนิสิตใหม่ก้าวเข้ามา ไม่ว่าเวลาจะผ่านไปอีกกี่ปีก็รุ่นก็ตาม แต่ปณิธานความมุ่งมั่นของบุคคลผู้เป็นอาจารย์ก็ไม่เคยจะเปลี่ยนไป เหมือนดังเช่นความรู้สึกของ **พศ.ดร.ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง รองคณบดีฝ่ายวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา และอาจารย์หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม** ที่มีความรัก ความผูกพันต่อลูกศิษย์ทุกรุ่นมาโดยตลอดระยะเวลา 9 ปี ในการทำงานในฐานะครู

พศ.ดร.ชนัดดา สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และศึกษาต่อในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากนั้นได้รับทุนศึกษาต่อปริญญาดุษฎีบัณฑิตสาขาบริหารเภสัชกิจที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับสาเหตุที่เลือกมาเป็นอาจารย์ในสายเภสัชศาสตร์สังคม **พศ.ดร.ชนัดดา** เล่าว่า ที่เลือกทำงานทางด้านนี้เพราะมีความชอบและมีความถนัด ชอบที่ได้ทำงานที่ต้องพบปะกับผู้คน และมีความถนัดที่อาจเนื่องมาจากได้เรียนหลักสูตรระดับปริญญาเอกในด้านเภสัชศาสตร์สังคมมา ซึ่งเน้นงานเพื่อรับใช้สังคม มีอยู่หลายประเด็นด้วยกัน เช่น บทบาทวิชาชีพ เภสัชศาสตร์ศึกษา การจัดการระบบยา เภสัชกรรมชุมชน เภสัชระบ

วิชา และเภสัชเศรษฐศาสตร์โดยภาพรวมเภสัชศาสตร์สังคมจะเป็นการทำงานภาพกว้าง แต่ไม่ว่าจะเป็นประเด็นใด ทุกประเด็นก็เป็นการเน้นการทำงานเพื่อรับใช้สังคม และสร้างสรรค์สังคม

พศ.ดร.ชนัดดา กล่าวถึงลักษณะงานเภสัชกรรมชุมชนในให้ฟังด้วยว่า ขณะนี้นงานเภสัชกรรมชุมชนได้รับการกล่าวถึงและให้ความสนใจมาก โดยเฉพาะในยุคประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทุกคนสนใจว่างานเภสัชกรรมชุมชนคืออะไร คืองานของเภสัชกรที่ทำงานในชุมชน ร่วมกับชุมชน เพื่อชุมชนหรือเภสัชกรชุมชนทำหน้าที่อะไรบ้าง คำตอบก็คือทำงานเภสัชกรรมเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคและรับใช้ชุมชน ซึ่งมีหลายด้านไม่ว่าจะเป็นงานด้านบริหารจัดการ งานบริหารทางเภสัชกรรม การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้บัณฑิตที่จบสาขาบริหารทาง



เภสัชกรรมมาแล้ว โดยเฉพาะจากหลักสูตร Pharm.D. จะได้รับการปลูกฝังให้มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานเชิงรุกในชุมชน ออกไปให้บริการทางเภสัชกรรมดูแลผลลัพธ์ทางคลินิก หรือสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้ที่เข้ายา รวมถึงสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ที่มิสุขภาพแข็งแรงอยู่แล้ว ลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ผนวกการมีสุขภาพดีโดยไม่ต้องใช้ยาให้บริการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สิ่งเหล่านี้เป็นงานของเภสัชกรรมชุมชน รวมถึงการทำงานเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนทางด้านสุขภาพอื่น ยกตัวอย่างเช่น บางชุมชนมีความเข้มแข็งด้านสมุนไพรอยู่แล้ว เราก็สามารถเข้าไปช่วยเสริมเขาให้มีความเข้มแข็งทางวิชาการมากยิ่งขึ้นได้ ดังนั้น งานเภสัชกรรมชุมชนคือทำงานด้านเภสัชกรรมหรือที่เกี่ยวข้องอะไรก็ได้เพื่อสุขภาพสาธารณสุข หรือชุมชน



สำหรับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาจารย์สายเภสัชศาสตร์สังคมนั้น ผศ.ดร.ชนัดดา กล่าวว่า ครูทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน ให้คำปรึกษาแนะแนวทางแก่ลูกศิษย์ เนื่องจากการเรียนรู้ในชุมชนส่วนสำคัญคือการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง พื้นที่จริง การประยุกต์ใช้ความรู้จริงของนิสิต ด้วยเหตุนี้ครูจึงต้องเป็นเหมือนโค้ช และไกด์ คือเป็นผู้ที่ให้แนวทางให้นิสิตได้คิด รู้ เข้าใจหลักการและหัวใจของการลงชุมชน การเตรียมความพร้อม การปฏิบัติและวางตัว รวมทั้งรูปแบบการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อให้นำไปปฏิบัติจริง แล้วนำประสบการณ์ที่ได้รับมาเล่า สรุปให้ฟัง หน้าที่ครูในการสร้างการเรียนรู้ที่ดีให้นิสิต อันดับแรกเราจะต้องเรียนรู้ รู้จักชุมชนเองก่อน เตรียมชุมชนไว้ให้นิสิต จากนั้นก็ให้นิสิตแต่ละคนค่อย ๆ ลงเรียนรู้ในชุมชนเอง ซึ่งนิสิตจะสามารถทำได้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร นิสิตแต่ละ

คนจะต้องมีเวลาร่วมกับครู เพื่อเล่าให้ฟัง หน้าที่ของครูขณะนี้ที่ทำอยู่คือ คอยดูแลเป็นผู้สนับสนุน พุดคุยสอบถามประสบการณ์ที่นิสิตได้รับ รวมถึงฟังเสียงสะท้อนจากชุมชนถึงสิ่งที่ชุมชนได้รับจากนิสิต ซึ่งถ้านิสิตยังไม่ได้แนวคิดเราก็มีหน้าที่เสริม กระตุ้นและให้ข้อมูล สิ่งนี้เป็นนิยามและเป้าหมายของเราทุกคน ตั้งแต่เข้าสู่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพราะทั้งอาจารย์และนิสิตจะได้รับการปลูกฝังถึงปรัชญาของคณะตั้งแต่เริ่มต้น โดยปรัชญาของคณะคือ **“รอบรู้เรื่องยา นำปราชญ์สร้างสุขภาพ”** ดังนั้น อันดับแรกต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องยาที่เพียงพอ หลังจากนั้นเราก็มีหน้าที่ในการออกไปทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี หรือมีสุขภาพที่ดี ซึ่งมีได้หลายวิธีการ แต่ทุกวิธีการก็เน้นการทำงานร่วมกับชุมชน เพราะฉะนั้นนิสิตของเราจะมีอัตลักษณ์ของตัวเองทั้งนี้อัตลักษณ์ของนิสิตคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามคือ จะต้องสามารถบูรณาการองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริงในชุมชนได้ คือเรียนหลาย ๆ วิชา รวมกันแล้วนิสิตจะต้องบูรณาการได้ และสามารถประยุกต์หรือสามารถใช้ได้จริงกับชุมชน และสุดท้ายจะต้องยึดมั่นจรรยาบรรณวิชาชีพ ดังนั้น นิสิตของเราจะมี**คุณลักษณะ 3 อย่างคือ บูรณาการองค์ความรู้เป็น เอาไปใช้กับชุมชนได้ และต้องยึดมั่นจรรยาบรรณวิชาชีพ สิ่งนี้เป็นอัตลักษณ์ของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม** ดังนั้น งานวิจัยหรือโครงการวิจัยของนิสิตที่ออกมาส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยที่เน้นการดูแลชุมชน รวมทั้งวันนี้ที่นิสิตของเราได้รับรางวัลผลงานวิจัยเภสัชกรรมชุมชนดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2555 ระดับปริญญาตรีของสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ทั้งรางวัลชนะเลิศ คือเรื่องผลของการให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะโดยวิธีการบอกเล่า สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อพื้นบ้านแก่ประชาชน บ้านหนองแต้ จังหวัดมหาสารคาม และรองชนะเลิศอันดับ 1 คือเรื่องปัญหาจากการใช้ยาของผู้สูงอายุที่บ้าน ตำบลขามเรียง จังหวัดมหาสารคาม และรองชนะเลิศอันดับ 2 คือเรื่องผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ณ ร้านยาคุณภาพเขตจังหวัดมหาสารคาม และการส่งต่อคลินิกบ้านร่มเย็น โรงพยาบาลมหาสารคาม จะเห็นว่าเป็นงานวิจัยที่เน้นการทำในชุมชน หรือร่วมกับชุมชนในเขตพื้นที่การดูแลของคณะและมหาวิทยาลัย

“จริง ๆ แล้วเราเริ่มต้นปลูกฝังนิสิตตั้งแต่ปี 1 ให้รู้ปรัชญาของคณะ รู้ว่าชุมชนคืออะไร จากนั้นเมื่อขึ้นปี 2 นิสิตจะเริ่มลงชุมชนเป็น โดยทางคณะมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือเรียนรู้ชุมชน 7 ชิ้น ของคุณหมอโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ให้นิสิตนำไปใช้จริงในชุมชน ได้แก่ การทำแผนที่เดินดิน สอนนิสิตให้รู้จักทำแผนที่ชุมชน ผังเครือญาติ โครงสร้างองค์กร ประวัติ ปฏิทิน ระบบสุขภาพ และชีวิตของคนในชุมชน ทำให้นิสิตได้ค่อย ๆ เรียนรู้และเข้าใจชุมชน และสามารถสำรวจปัญหาในชุมชนได้ ทั้งนี้คณะใช้กลยุทธ์นำนิสิตของเราไปฝากเป็นลูกอ๊าก คือลูกรักประจำบ้าน โดยให้นิสิตได้อยู่กับชุมชนประจำชั้นปีของตนเอง ตั้งแต่ปี 2 ไปจนถึงปี 4 นิสิตทุกคนจะได้ไปชุมชนทุกเทอม เพื่อนำความรู้ที่เรียนมาจากห้องเรียนไปสื่อสารและถ่ายทอดให้พ่อแม่แม่ของตน ถือเป็นการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารและการบูรณาการองค์ความรู้ของตัวนิสิตเอง เนื่องจากคณะนี้เป็นคณะเภสัชศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เรามีโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน คือนอกจากนิสิตแต่ละคนจะได้ดูแลพ่อแม่แม่ที่บ้านในชุมชนแล้วจะได้ดูแลพ่อแม่ตัวเองที่บ้านจริง ๆ ด้วย กลยุทธ์ของโครงการนำนิสิตฝากเป็น

ลูกอีกในชุมชน นอกจากเพราะคณะเราเน้นการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน แต่เพราะการที่นิสิตได้เข้าไปดูแลชุมชนเพียงอย่างเดียว นิสิตจะไม่สามารถเรียนรู้บริบทของชุมชนได้อย่างลุ่มลึกและลึกซึ้ง จึงต้องค่อย ๆ ให้นิสิตได้ซึมซับทีละน้อยและต่อเนื่อง การฝากตัวเป็นลูกอีกเป็นกลยุทธ์สร้างความสัมพันธ์ที่ดี ความเป็นกันเอง ทำให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการสอนสิ่งนิสิตของเราด้วย เขาจะค่อย ๆ ร่วมแชร์ความรู้สึก ประสบการณ์ องค์ความรู้ท้องถิ่น เหมือนกับเป็นลูกของเขาคนหนึ่ง คณะจึงจัดให้มีกิจกรรมฝากตัวเป็นลูกอีกประจำบ้านขึ้นทุกปี เมื่อนิสิตได้เรียนรู้ชุมชนมากขึ้น เมื่อก้าวขึ้นสูปี 4 นิสิตจะสามารถคิด สร้างสรรค์กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและศักยภาพของกลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้ ดังเช่นในปีนี้มีกิจกรรมจัดกิจกรรมให้ชุมชนบ้านมะกอก ชุมชนประจำรุ่นนิสิตปี 4 คือ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมชมรมสมุนไพรในชุมชน และกิจกรรมพัฒนาศักยภาพนิสิตวัยเรียน”

ผศ.ดร.ชนัดดา กล่าวถึงสิ่งสำคัญของการเป็นอาจารย์ทำงานด้านเภสัชกรรมชุมชนว่า อาจารย์ทำงานด้านเภสัชกรรมชุมชนจะต้องมีเวลาให้นิสิตใช้เวลาอยู่กับนิสิต เนื่องจากเวลาราชการปกตินิสิตต้องเรียนหนังสือ ดังนั้นเวลาที่ออกชุมชนอาจเป็นช่วงเย็นหรือวันหยุด และบางครั้งเมื่อนิสิตได้ลงชุมชนเสร็จแล้ว ก็อยากบอกและอยากเล่าให้ฟัง เราจึงต้องมีเวลาให้กับเขา ซึ่งอาจารย์ที่ทำงานด้านนี้จะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ฟังให้มากที่สุด ทั้งนี้เพื่อจะค่อย ๆ เก็บเล็กเก็บน้อยว่านิสิตได้ทำอะไรในการลงชุมชน และขาดตกข้อมูลอะไร จะได้ช่วยเสริมให้ได้อย่างเหมาะสม เพราะฉะนั้นอาจารย์ที่ปรึกษาในกลุ่มเภสัชศาสตร์สังคมจะทำหน้าที่รับให้คำปรึกษา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาจริง ๆ การที่เราใช้เวลาให้คำปรึกษานอกเวลาทำงานปกติแก่นิสิต ถ้าจะถามว่าเป็นการเพิ่มภาระหรือไม่ คำตอบคือ ถ้าเราสามารถบริหารจัดการเวลาได้จะไม่เป็นการเพิ่มภาระ เพราะเมื่อใช้เวลากับนิสิตที่มาบอกเล่าประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ ณ เวลานั้น เราได้เรียนรู้ไปด้วยกับนิสิต และยังได้เห็นพัฒนาการการเติบโตของการเรียนรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของนิสิตแต่ละคนไปด้วย นิสิตแต่ละคนไม่สามารถเรียนรู้ได้เท่ากัน การเสริมเพิ่มเติมให้นิสิตแต่ละคนจึงสำคัญมาก ตัวอย่างเช่น นิสิตบางคนมีความรู้สึกไม่ดีเมื่อได้ลงชุมชนครั้งแรก เพราะไม่เคยทำ เล่าว่าชุมชนไม่ตอบ

สนองเขาเลย หน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาคือต้องทำความเข้าใจนิสิต สร้างความเข้าใจใหม่ ปรับทัศนคติสอนให้นิสิตได้คิดและสร้างมุมมองใหม่ต่อชุมชน

ทั้งนี้ **ผศ.ดร.ชนัดดา** ยังกล่าวถึงความสุขและความภาคภูมิใจต่อการทำหน้าที่อาจารย์ตลอดระยะเวลา 9 ปี ให้ฟังด้วยว่า ความสุขและความภาคภูมิใจที่ได้รับจากการเป็นอาจารย์ อันดับแรกคือความภูมิใจในคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ด้วยความรักต่อคณะนี้ และรู้สึกว่าคณะประกอบด้วยทุกคน เพื่อนร่วมงาน (อาจารย์และบุคลากร) และนิสิต ที่ต้องประกอบด้วยความรัก ความเข้าใจ การมีมุมมองที่ดีต่อคณะ ความสามัคคี ประองตองกัน การให้ความร่วมมือและการทำงานกันเป็นทีม และทำงานไปในทิศทางเดียวกัน เป็นพื้นฐานให้การทำงานในคณะราบรื่นและมีความสุข เพราะฉะนั้นหลักการทำงานในคณะนอกจากเพื่อนร่วมงานที่รักใคร่กลมเกลียวและสามัคคีแล้ว เรายังมีค่านิยมขององค์กร (คณะ) ด้วย คือ **“รับผิดชอบงาน เชี่ยวชาญหน้าที่ สามัคคีองค์กร”** ดังนั้น ความสุขของการทำงานของอาจารย์คือ ได้ทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานที่รักองค์กร เข้าใจกัน และกัน และยินดีร่วมงานด้วยกันได้

นอกจากนี้ความภาคภูมิใจอีกอย่างหนึ่งคือ นิสิตของเรา เนื่องจากนิสิตของเราเป็นนิสิตต่างจังหวัดในอีสาน ซึ่งจะมีความน่ารัก ถ่อมตัว มีความตั้งใจ และมีความใฝ่ฝัน โดยส่วนใหญ่จะเป็นนิสิตในพื้นที่และมีความตั้งใจว่าเมื่อเรียนจบแล้วจะกลับไปทำงานที่บ้าน ทำงานในชุมชน และนี่ก็สอดคล้องกับอัตลักษณ์ของนิสิตที่เราต้องการ คือเป็นคนที่สามารถประยุกต์ความรู้เข้าสู่ชุมชนได้จริง นำความรู้ไปใช้ในชุมชนได้ แม้ว่านิสิตที่นี่จะไม่เก่งมาก แต่ความน่ารักของนิสิตที่นี้จะอยู่ที่ความอ่อนน้อม ความถ่อมตัว ความมุ่งมั่นตั้งใจ และสุขภาพอ่อนโยน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความงามที่ยั่งยืน มากกว่าการมีความรู้ทางวิชาการเพียงอย่างเดียว ดังนั้น เวลาที่สอนนิสิตจะรู้สึกมีความสุข นิสิตให้ความเคารพต่ออาจารย์ทุกคนทั้งด้วยการพูดและการกระทำ ผ่านการไหว้ และการทักทายทุก ๆ วัน สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่เรามีใจ รวมถึงเมื่อใดที่นิสิตของเราได้รับการชื่นชมจากคนอื่นภายนอกคณะ ชื่นชมว่านิสิตน่ารัก เก่ง และมีความตั้งใจ เช่นเวลานี้ที่ได้เห็นนิสิตทำงานวิจัย



ได้ผลงานออกมา และได้รับรางวัลก็รู้สึกภูมิใจมาก โดยเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน เนื่องด้วยเป็นอัตลักษณ์ของนิสิตที่เราต้องการอยู่แล้วคือ ทำงานเพื่อชุมชน แสดงว่านิสิตมีความเข้าใจ สามารถสร้างงานวิจัยให้ออกมาในลักษณะเป็นงานเภสัชกรรมชุมชนเพื่อพัฒนาชุมชนได้

“ความภูมิใจของอาจารย์ไม่มีอะไรมากนัก นอกจากเห็นนิสิตเติบโต สามารถไปทำงานในที่ที่ตัวเองอยากทำ ได้ประกอบวิชาชีพตามที่เขาใฝ่ฝัน และได้รับการยอมรับจากสังคม คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตั้งมาทั้งหมดปีนี้ครบ 14 ปี มีนิสิตจบการศึกษาทั้งหมด 8 รุ่น รุ่นที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาปีนี้คือ รุ่นที่ 9 ซึ่งนิสิตแต่ละรุ่นก็จะมีलगงามที่แตกต่างกัน นิสิตในรุ่นแรก ๆ จะมีความเป็นผู้นำและมีความคิดสร้างสรรค์ เพราะยังเป็นอะไรที่ใหม่ ส่วนนิสิตที่จบในรุ่นหลัง ๆ ก็จะเป็นคนที่รู้จักการต่อยอดนำเอาที่เข้ามาประยุกต์ใช้ มีความคิดสร้างสรรค์ในสไตล์ของเขา ซึ่งน่ารักคนละแบบกันไป และเป็นความภูมิใจที่เราเห็นเขาประสบความสำเร็จ รวมถึงได้รับการยกย่อง หรือได้รับคำชมเชยจากที่ทำงาน”

ผศ.ดร.ชนัดดา กล่าวถึงคติในการทำงานว่า สำหรับตัวเอง ไม่ว่าจะทำอะไรก็ตาม ถ้าเรามีความรัก ความเชื่อ และความวางใจในสิ่งที่ได้ทำ สิ่งนั้นจะเป็นสิ่งที่ทำให้เราประสบความสำเร็จได้ โดยอันดับแรกจะต้องมีความเชื่อว่าเราทำได้ ต้องทำได้ อันดับต่อมาคือความวางใจ เราวางใจในทีมงาน เพื่อนร่วมงาน วางใจว่านิสิตของเราดี สามารถทำได้ และสุดท้ายเราต้องรักในสิ่งนั้น มีสามคำที่ยึดเป็นคติอยู่เสมอคือ ความเชื่อ ความรัก และความวางใจ โดยความรักสำคัญที่สุด ถ้าเรามี 3 สิ่งนี้ก็จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ในระดับหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม **ผศ.ดร.ชนัดดา** กล่าวถึงแผนในอนาคตด้วยว่า คณะเภสัชศาสตร์ของเราเป็นคณะแรกที่เป็นองค์กรปลอดการแวนป้าย 100 เปอร์เซ็นต์ คืออาจารย์ทุกคนในคณะไม่แวนป้ายเลย เนื่องจากคณะเรามีค่านิยมที่ชัดเจนว่ารับผิดชอบงาน เชี่ยวชาญหน้าที่ สามัคคีองค์กร ดังนั้นเป้าหมายที่คณบดีของเราทั้งในอดีตจนถึงท่านปัจจุบันคือ ผศ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ ได้ริเริ่มให้ดำเนินการเรื่องการยึดมั่นจรรยาบรรณวิชาชีพมา

อย่างต่อเนื่อง ขณะนี้อาจารย์ในคณะได้พร้อมใจยินดีร่วมมือกันไม่แวนป้ายร้อยเปอร์เซ็นต์จนสำเร็จแล้ว ระยะเวลาต่อไป คือ การขยายผลไปสู่บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาไปแล้ว แม้ในการเรียนการสอนได้ทำการปลูกฝังเรื่องของจรรยาบรรณวิชาชีพให้นิสิตอย่างสม่ำเสมอ และนิสิตได้ให้คำมั่นสัญญากับคณะว่าจะยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ แต่เมื่อพวกเขาก้าวเข้าสู่สังคมการทำงานจริง สภาพแวดล้อมอาจจะ

ล่อลวงให้หลงผิดต่อจรรยาบรรณวิชาชีพได้ ภูมิด้านทานที่เคยปลูกฝังอาจจะลดลงได้เมื่อประสบกับสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี ดังนั้น หน้าที่ของคณะคือไปเยี่ยมเยียน กระตุ้นภูมิคุ้มกันให้กำลังใจ และหาทางจัดการแก้ไขในกลุ่มเป้าหมายคือศิษย์เก่า ผ่านการทำงานร่วมกับสมาคมศิษย์เก่าของคณะต่อไป

สุดท้ายนี้ **ผศ.ดร.ชนัดดา** กล่าวฝากถึงเภสัชกรทุกคนว่า อยากให้วิชาชีพของเรามีความสามัคคี รักกัน ทำงานร่วมกัน แม้งานของเภสัชกรจะมีอยู่หลายสาขา ทุกสาขาต่างเกี่ยวข้องกัน เชื้อต่อกัน ไม่ใช่แยกจากกันเลย เนื่องจากทุกคนล้วนมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ผู้บริโภค หรือสาธารณชน เช่น ภาคอุตสาหกรรมที่ต้องผลิตยาที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชนได้ใช้ ภาคการขึ้นทะเบียนยาที่ตรวจสอบให้มียาที่มีคุณภาพได้ใช้เพียงพอเหมาะสมกับสุขภาพของสังคม หรือแม้กระทั่งภาคการตลาดที่ต้องติดต่อกับวิชาชีพอื่นเพื่อส่งถ่ายข้อมูลทางยาที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้ยา ภาคการศึกษาที่สร้างบัณฑิตที่มีคุณภาพเพื่อรับใช้สังคม ภาคเภสัชกรรมชุมชนและโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้บริการโดยตรงแก่สาธารณชน จะเห็นได้ว่าทุกงานและทุกคนต่างเกี่ยวข้องเกี่ยวข้องและมีหัวใจเดียวกัน สมาชิกวิชาชีพทุกคนควรร่วมมือและรวมตัวกันเพื่อสร้างความเข้มแข็งในวิชาชีพเพื่อให้สาธารณชนรับรู้และเชื่อมั่นต่อวิชาชีพเภสัชกรรมของเรา ดังนั้น ในใจตัวเองคิดว่าพื้นฐานที่สำคัญที่สุดนั่นคือ ความรักต่อวิชาชีพ และการยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ เหมือนกับคิตที่ตัวเองยึดถือมาตลอด ถ้าเรารักในวิชาชีพ เราจะไม่ละเมิดแน่นอน แต่จะทำแต่สิ่งที่ดี ส่งเสริมสนับสนุนให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ จึงอยากฝากนิสิตรุ่นใหม่ในเรื่องของพื้นฐานเรื่องของจรรยาบรรณวิชาชีพ อยากให้ยึดมั่นอย่างเหนียวแน่น ซึ่งตัวเองเชื่อว่านิสิตรุ่นใหม่ซึ่งมีความคิดสร้างสรรค์ที่ดีสามารถทำได้แน่นอน รวมถึงความสามัคคีของสาขาต่าง ๆ ในวิชาชีพ เนื่องจากว่าสาขาทุกสาขาต่างเชื้อต่อการทำงานร่วมกัน ช่วยกันทำงาน เพื่อทำให้วิชาชีพเภสัชกรรมของเราเจริญรุ่งเรืองตลอดไป



ยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใหม่

ชื่อ Osphena

ชื่อ Kadcyra

บริษัท Genentech, Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ ado-trastuzumab emtansine และ T-DM1

คุณสมบัติทั่วไป ยาต้านมะเร็งประเภท antibody-drug conjugate (ADC) มีตัวยา 2 ชนิดเชื่อมกันคือ trastuzumab ซึ่งเป็นแอนติบอดีเฉพาะต่อโปรตีน Human epidermal growth factor receptor (HER2) รีเซปเตอร์ และ DM1 เป็นสารเคมีบำบัด

กลไกการออกฤทธิ์ trastuzumab นำส่งตัวยาสู่เป้าหมาย HER2 และ DM1 ยับยั้งการเจริญของเซลล์

ข้อบ่งใช้ รักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิด HER2-positive ในระยะแพร่กระจาย และเคยได้รับการรักษาด้วย Herceptin (trastuzumab) แล้ว

ข้อห้ามใช้ สตรีมีครรภ์

ผลข้างเคียง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปวดกระดูก กล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น เกิดเลือดต่ำ ปวดศีรษะ ปัญหาเกี่ยวกับตับ ท้องผูก ผลข้างเคียงที่รุนแรงที่อาจพบ ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับตับ หัวใจ และบริเวณที่ฉีดยา

รูปแบบและขนาดยา ยาฉีดเข้าหลอดเลือด

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

บริษัท Shionogi, Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ ospemifene

คุณสมบัติทั่วไป estrogen agonist/antagonist

กลไกการออกฤทธิ์ เหมือนฮอร์โมนเอสโตรเจน

ข้อบ่งใช้ สำหรับสตรีรักษาอาการเจ็บปวดในระหว่างการร่วมเพศ (Dyspareunia) อันเนื่องมาจากการหมดประจำเดือน

ข้อควรระวัง ไม่ควรเริ่มรับประทานยา Osphena ถ้ามีอาการเลือดออกทางช่องคลอดหรือเป็นมะเร็ง

ผลข้างเคียง อาการร้อนวูบวาบ ตกลูก กล้ามเนื้อเกร็ง เหงื่อออกมาก

รูปแบบและขนาดยา ยาเม็ดรับประทาน วันละ 1 ครั้งพร้อมอาหาร

ข้อมูลอื่น เช่นเดียวกับฮอร์โมนเอสโตรเจน Osphena เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลิ่มเลือดอุดตัน และมะเร็ง

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

ชื่อ Vituz

บริษัท Hawthorn Pharmaceuticals, Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ chlorpheniramine และ hydrocodone

คุณสมบัติทั่วไป chlorpheniramine เป็นยาด้านฮิสตามีน ส่วน hydrocodone เป็นยาแก้ไอ

กลไกการออกฤทธิ์ chlorpheniramine ยับยั้งอาการแพ้ที่รีเซปเตอร์ H1 ส่วน hydrocodone กดศูนย์ไอ

ข้อบ่งใช้ สำหรับผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป ใช้บรรเทาอาการไอร่วมกับอาการคัดจมูกเนื่องจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน หวัด หรือภูมิแพ้

ข้อควรระวัง ผู้ป่วยที่ใช้ยานี้ควรงดเว้นการขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานกับเครื่องจักร ควรดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์หรือยาที่เสริมฤทธิ์หึ่งวงหลับ

ข้อห้ามใช้ ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา hydrocodone barbiturate, chlorpheniramine ผู้ป่วยที่ได้รับยา monoamine oxidase inhibitor หรือเพิ่งหยุดยาไม่เกิน 14 วัน ผู้ที่มีอาการปัสสาวะขัด ผู้ที่เป็นตาต่อความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลข้างเคียง ง่วงนอน มึนงง สมองคิดช้า การตอบสนองทางระบบประสาทลดลง ปวดศีรษะ อาการภูมิแพ้ เช่น หายใจขัด บวมตามหน้า ริมฝีปาก ลิ้น และคอ

รูปแบบและขนาดยา ยาน้ำรับประทาน ขนาดยา Vituz 5 มล. มีตัวยา hydrocodone bitartrate 5 มก. และ chlorpheniramine maleate 4 มก.

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

ชื่อ Delzicol

บริษัท Warner Chilcott (US), LLC

ตัวยาออกฤทธิ์ mesalamine

คุณสมบัติทั่วไป aminosaliclylate

ข้อบ่งใช้ รักษาโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผลเรื้อรังที่มีอาการขึ้นเล็กน้อยถึงปานกลาง และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ข้อห้ามใช้ ผู้ที่มีประวัติแพ้ตัวยา salicylates หรือ aminosaliclylates หรือส่วนประกอบของยานี้

ข้อควรระวัง การใช้ยานี้ในสตรีมีครรภ์และผู้ป่วยโรคไต

ผลข้างเคียง อาการการทำงานของไตบกพร่อง ปวดท้อง เป็นไข้ ปวดศีรษะ ถ่ายเป็นเลือด อาการภูมิแพ้ เช่น หายใจขัด บวมตามหน้า ปาก ลิ้น หรือคอ

รูปแบบและขนาดยา ยาแคปซูลชนิดปลดปล่อยตัวยาช้า ขนาด 400 มก. ควรรับประทานพร้อมอาหาร ขนาดครั้งละ 800 มก. วันละ 3 เวลา และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำให้รับประทานขนาด 1.6 กรัม/วัน แบ่งให้ 3 เวลา

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556



“พริก” สุดแสนเผ็ดร้อนจากกันครัว ช่วยบรรเทาอาการปวดต่าง ๆ ผ่านการทดสอบแล้ว ได้ผลจริง!

พริกเป็นพืชผักสวนครัวที่รู้จักกันดี มีชื่อภาษาอังกฤษว่า Chili ชื่อวิทยาศาสตร์ Capsicum annuum L. หรือ Capsicum Frutescens L. วงศ์ Solanaceae มีชื่ออื่นว่า พริกขี้หนู พริกหยวก พริก แต่พริกนก ส่วนองค์ประกอบทางเคมีที่สำคัญของพริกคือ สารกลุ่ม capsaicinoids ซึ่งให้ความเผ็ด และสารในกลุ่ม carotenoids เป็นสารให้สี และมีประโยชน์ทางยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นยาใช้ภายนอกสำหรับบรรเทาอาการปวดและอักเสบ ซึ่งมีประเภทยของผลิตภัณฑ์ 5 ประเภท ได้แก่ พลาสเตอร์ เจล โลชั่น ครีม และสเปรย์

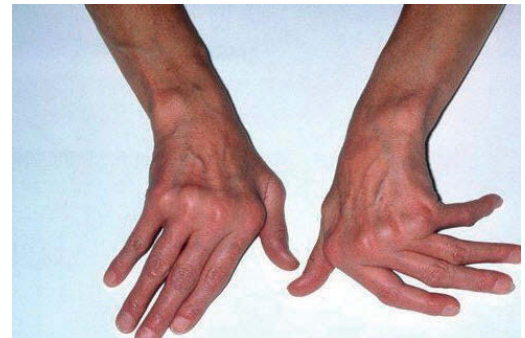


รศ.ดร.นพมาศ สุนทรเจริญนนท์
อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เผยถึง
ข้อมูลงานวิจัยว่า ด้านการวิจัย
ทางคลินิกและกลไกการ
ออกฤทธิ์ พริกสามารถให้ฤทธิ์
ลดอาการปวดต่าง ๆ สำหรับ
ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและงูสวัด

การศึกษาแบบ randomized ในผู้ป่วยเบาหวานที่มี
อาการปวดตามปลายเส้นประสาทจำนวน 252 ราย
โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ทาครีม

capsaicin 0.075% บริเวณที่ปวดวันละ 4 ครั้ง นาน
8 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมให้ทาครีมพื้นฐาน
และทำการวัดระดับความปวด ภายหลังได้รับยา
2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ทาครีม capsaicin มีผลทำให้ลด
อาการปวดได้ถึง 69.5% เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม
(53.4%) และระดับความปวดในกลุ่มที่ทาครีม capsaicin
ลดลง 38.1% ในขณะที่กลุ่มควบคุมระดับความปวด
ลดลง 27.4%

ส่วนการศึกษาแบบ double-blind study
ในผู้ป่วย 15 รายที่เป็นเบาหวานและมีอาการปวดตาม
ปลายเส้นประสาทจำนวน 12 ราย โดยกลุ่มศึกษาให้ทา
ครีม capsaicin 0.075% และกลุ่มควบคุมให้ทาครีม
พื้นฐานบริเวณที่ปวดนาน 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วย 5 ราย



มีความเห็นว่าครีม capsaicin สามารถบรรเทาอาการปวดได้ และผู้ป่วย 3 รายเห็นว่า
ครีมพื้นฐานใช้ไม่ได้ผล และในการศึกษาแบบ double-blind study, vehicle-controlled
study ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการปวดตามปลายเส้นประสาทที่มีอาการปวดระดับ
ปานกลางถึงปวดมาก ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับ หรือทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
ไม่ได้ โดยให้กลุ่มศึกษาทาครีม capsaicin 0.075% และกลุ่มควบคุมให้ทาครีมพื้นฐาน
ที่ไม่มิตัวยาในบริเวณที่ปวดนาน 8 สัปดาห์ พบว่า 90% ของผู้ป่วยที่ทาครีม capsaicin
0.075% อาการทุเลาและดีขึ้น

ครีม capsaicin ยังมีฤทธิ์ลดอาการปวดในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้ออักเสบ จาก
การศึกษาแบบ double-blind randomized study ในผู้ป่วย 70 รายที่เป็นโรคข้อกระดูก
เสื่อม และผู้ป่วย 31 รายที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น
2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ทาครีม capsaicin 0.025% บริเวณข้อเข่าที่ปวดและอีกเข่าวันละ
4 ครั้ง นาน 4 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมให้ทาครีมพื้นฐานที่ไม่มิตัวยา หลัง
จากนั้นได้ทำการวัดระดับความปวดพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
และโรคข้อกระดูกเสื่อม ระดับความปวดลดลง 57% และ 33% ตามลำดับ เมื่อเทียบกับ
กลุ่มควบคุมพบว่า 80% ของผู้ป่วยที่ทาครีม capsaicin จะลดอาการปวดได้ภายใน
2 สัปดาห์หลังจากการรักษา ซึ่งจากการทดลองสรุปได้ว่า การใช้ครีม capsaicin
ค่อนข้างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อกระดูกเสื่อม
หรือข้ออักเสบ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อกระดูก
เสื่อมจำนวน 14 ราย และโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน
7 รายที่มีอาการปวดมากและทำให้ปวดมือด้วย โดยให้
ผู้ป่วยทาครีม capsaicin 0.075% บริเวณที่ปวดวันละ



4 ครั้ง พบว่าครีม capsaicin 0.075% สามารถบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อกระดูกเสื่อมได้ แต่ไม่ได้ผลในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และจากผลการศึกษา ยังพบอีกว่า ครีม capsaicin ออกฤทธิ์ลดอาการปวดหลังเรื้อรัง ลดอาการปวดหลังผ่าตัด ลดอาการปวดเส้นประสาทที่ใบหน้า และลดอาการปวดศีรษะได้อีกด้วย

ทั้งนี้ครีม capsaicin ยังมีฤทธิ์ในการรักษาโรคและอาการต่าง ๆ อาทิ

- **ฤทธิ์รักษา lobular panniculitis** มีรายงานเป็น case report ในหญิงอายุ 69 ปีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเล็กน้อย และมีประวัติผ่าตัดเอาเซลล์มะเร็งเต้านมออกมาแล้ว 6 เดือน แต่ยังมีอาการปวดและบวมที่หน้าแข้ง ซึ่งจากการตรวจ skin biopsy พบว่าเป็นไขมันชั้นใต้ผิวหนังแข็งตัวและเกิดอาการอักเสบ ซึ่งได้ทำการรักษาหลายวิธี โดยให้ยาแก้ปวดในกลุ่ม NSAIDs รับประทาน prednisolone 60 มก. และใส่ elastic compression stocking แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงใช้ครีม capsaicin 0.075% ทาบริเวณที่ปวดวันละ 5 ครั้ง โดยก่อนทาครีม capsaicin จะใช้ยาชาในกลุ่ม EMLA ทาก่อน 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันอาการข้างเคียงของครีม capsaicin 0.075% เช่น ปวดแสบปวดร้อน หลังทาครีม capsaicin ได้ 1 สัปดาห์ พบว่าอาการปวดทุเลาลง และ panniculitis หายไป ซึ่งผู้ป่วยยังคงทาครีม capsaicin วันละ 3 ครั้ง ต่อไปอีก 1 เดือน หลังจากนั้นพบว่าไม่มีอาการปวด และ panniculitis หายไปไม่กลับมาอีก

- **ฤทธิ์ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของตึงเนื้ออก** การศึกษาแบบ double-blind, randomized placebo-controlled study โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดตึงเนื้ออกที่โพรงจุกมูกจำนวน 51 ราย เป็นผู้หญิง 19 ราย เป็นผู้ชาย 32 ราย อายุเฉลี่ย 43 ปี ซึ่งผู้ป่วยมีตึงเนื้ออกและปวดมาไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 22 ราย หลังผ่าตัดตึงเนื้ออกที่โพรงจุกมูกให้ปิดแผลด้วยผ้าพันเป็นก้อนกลมชุบยาชา และยาทำให้เลือดหยุด ในขณะที่กลุ่มศึกษา 29 ราย หลังผ่าตัดให้ปิดแผลด้วยผ้าพันเป็นก้อนกลมชุบด้วย capsaicin (3×10^{-6} mol ละลายใน 70% เอทานอล) นาน 20 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 5 สัปดาห์ หลังจากนั้น 9 เดือนทำการส่องจุกมูกของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มที่รักษาด้วย capsaicin จะมีอาการกลับเป็นซ้ำของตึงเนื้ออกได้น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

- **ฤทธิ์รักษาโรคสะกดเจ็บ** การศึกษาผลของ capsaicin ในผู้ป่วยที่เป็นโรคสะกดเจ็บระดับปานกลางถึงรุนแรง 44 ราย โดยทาที่ผิวหนังที่มีอาการโรคนาน 6 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยสะกดเจ็บและอาการแดงของผิวหนังลดลง ในตอนแรกที่ทำอาจเกิดอาการผิวหนังไหม้คันและแดงบริเวณที่ทา แต่จะลดลงและหายได้เมื่อใช้อย่างต่อเนื่อง

- **ฤทธิ์รักษาโรคกระเพาะอาหาร** การศึกษาโดยให้อาสาสมัครสุขภาพดีจำนวน 18 ราย รับประทานผงพริก 20 ก. ผสมกับน้ำ 200 ซีซี ก่อนให้อาสา aspirin ขนาด 600 มก. เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าสามารถลดการเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประทานพริก

- **ฤทธิ์เพิ่มการใช้พลังงานของร่างกายและช่วยรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักตัว** การศึกษาทางคลินิกในชายชาวญี่ปุ่น พบว่าการรับประทานอาหารเช้าที่มี capsaicin มีผลทำให้การใช้พลังงานที่ถูกเหนี่ยวนำด้วยอาหารเพิ่มสูงขึ้น 23%

ในทันทีหลังการรับประทานอาหาร การเพิ่มสูงขึ้นของการใช้พลังงานนี้เกิดเนื่องจาก beta-adrenergic stimulation เนื่องจากพบว่า beta-adrenergic blockade มีผลลดการเพิ่มการใช้พลังงานนี้ และการศึกษาในอาสาสมัครหญิงญี่ปุ่น 13 คนที่ได้รับพริกแดงในอาหารที่ใช้ในการศึกษา พบว่ามีผลเพิ่มการใช้พลังงานหลังมื้ออาหาร และเพิ่ม lipid oxidation ด้วยเมื่อให้พริกแดงในการศึกษาโดยให้มื้ออาหารตามมาตรฐาน



พบว่าเมื่อผลระดับความหิวและลดการรับประทานอาหาร ก่อนการให้มื้ออาหาร ad libitum ที่ตามมาภายหลัง เมื่อให้ isocaloric appetizer ซึ่งมีรสชาติที่มีหรือไม่มีพริกแดง พบว่าหลังการให้พริกแดง energy intake ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังให้ความรู้สึกอิ่ม โดยพบว่าผลทางด้านประสาทสัมผัสของ capsaicin มีบทบาทในส่วนนี้ และยังพบว่าการรับประทานพริกแดงและ caffeine มีผลอย่างมีนัยสำคัญในการลด cumulative ad libitum energy intake และเพิ่มการใช้พลังงาน

รศ.ดร.นพมาศ กล่าวต่อไปอีกว่า “จากการทาครีมที่มีสารสกัดจากพริก หรือ capsaicin อาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาจทำให้ผิวหนังมีอาการไหม้ แดง และปวดแสบปวดร้อนได้ สำหรับข้อควรระวังคือ ระวังไม่ให้ผลิตภัณฑ์จากพริกถูกตาหรือแผลเปิด เนื่องจากจะทำให้เกิดการระคายเคืองได้ การใช้ร่วมกับยาประเภท angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACE inhibitor) อาจทำให้เกิดอาการไอเพิ่มขึ้น และอาจเพิ่มการดูดซึมของยา theophylline ชนิดออกฤทธิ์เนิ่นนาน และการใช้ในปริมาณที่มากเกินไปอาจมีผลกระทบบต่ออาการหยุดชะงักการทำงานของกล้ามเนื้อได้เช่นกัน เพื่อความปลอดภัย US FDA จึงได้กำหนดให้ใช้สาร capsaicin ได้ที่ความเข้มข้น 0.075% สำหรับเป็นยารักษาโรค” **รศ.ดร.นพมาศ** กล่าวทิ้งท้าย

ถึงแม้ผลิตภัณฑ์สารสกัดจากพริกจะเป็นสมุนไพรที่ไม่ใช่สารเคมีสังเคราะห์ แต่หากผู้บริโภคนำผลิตภัณฑ์สารสกัดจากพริกไปใช้ไม่ถูกวิธี โดยไม่ได้ศึกษาทำความเข้าใจให้ดีและถูกต้องเสียก่อน ก็ก่อให้เกิดโทษได้เช่นกัน จึงอยากให้ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์สารสกัดจากพริก ทั้งกับตนเองและการใช้บรรเทาอาการ ให้แก่ผู้อื่นตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษาข้อมูลและเรียนรู้วิธีการใช้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ได้รับประโยชน์จากสมุนไพรได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียง



ยากับชีวิตฉบับนี้ไม่มีเจตนาใด ๆ ที่จะแนะนำท่านผู้อ่านให้เล่นหวย หรือโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลงใหลในการพนันแต่อย่างใด เพียงแต่ต้องการให้ทราบไว้เป็นความรู้ ทำนองรู้ไว้ใช่ว่า ใส่บาตแบบหาญ อย่างน้อยจะได้ทราบว่าคนกลุ่มหนึ่งในสังคมมีชีวิตวนเวียนกับสถานที่เหล่านี้

ครับ ลองมาดูกันครับว่า 10 สถานที่ยอดฮิตที่ผู้คนไปขอหวยกันอยู่ที่ไหนกันบ้าง

10 อันดับยอดฮิตสถานที่ขอหวย

อันดับ 10 ศาลคุณปู่คุณย่าเมืองทอง



ไม่รอช้าไปเริ่มกันเลยครับกับอันดับ 10 จาก toptenthailand ผู้ที่เคยผ่านไปอาคาร อิมแพ็ค อารีน่า เมืองทองธานี และสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ถ.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี คงคุ้นกับภาพฝูงรูปปั้นม้าลายหลายขนาดนับพันตัวตั้งเรียงรายอยู่บนทางเท้า จากการที่มีประชาชน นำมาถวายในการแก้บนศาลคุณปู่คุณย่าเมืองทอง ภายหลังจากสมหวังในสิ่งที่ตัวเองปรารถนาแล้ว ซึ่งหากดูจากจำนวนสิ่งของที่แก้บนแล้ว ยิ่งเชื่อว่ามีศักดิ์สิทธิ์และน่าศรัทธาอย่างมาก โดยเฉพาะบรรดานักเสี่ยงโชคที่เดินทางมาขอเลขเด็ด ให้โชคพร ขอโชคกันตลอดทั้งวัน

อันดับ 9 รูปหล่อ ดร.ตัว ลพานุกรม

ผู้ก่อตั้งองค์การเภสัชกรรม อนุสาวรีย์ของท่านตั้งอยู่หน้าองค์การเภสัชกรรม ถ.พระราม 6 เยื้อง โรงพยาบาลรามาธิบดี คืออันดับ 9 จาก toptenthailand หลังจากมีกระแสข่าวว่าได้สร้างความเฮงให้กับ พนักงานในองค์การเภสัชกรรม 6 คนถูกหวยรางวัลที่ 1 รวมกันกว่า 36 ล้านบาท รวมทั้งพนักงานอีกหลายคนยังถูกรางวัลข้างเคียง ทำให้มีประชาชนแวะเวียนเข้ามากราบรูปหล่อ ดร.ตัว ลพานุกรม อย่างไม่ขาดสาย ด้วยเชื่อมั่นในบารมีของท่านว่าจะบันดาลโชคมาให้ถูกหวย และหายจากโรคภัยไข้เจ็บ



อันดับ 8 ศาลพุ่มพวง ดวงจันทร์ วัดทับกระดาน อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี

สถานที่อีกแห่งที่เป็นแหล่งขอหวยชื่อดังของเมืองไทย แหล่งฮิตอันดับ 8 จาก toptenthailand บางคนแอบเรียกที่นี่ให้จาง่าย ๆ กันว่าวัดพุ่มพวง เพราะหลังจากการเสียชีวิตของราชินีลูกทุ่งตลอดกาล พุ่มพวง ดวงจันทร์ เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2535 วัดทับกระดานกลายเป็นแหล่งอนุสรณ์สำหรับระลึกถึงเธอ โดยเฉพาะในช่วงแรก ๆ ที่มีการนำหุ่นพุ่มพวงไปตั้งในศาลาการเปรียญวัดทับกระดานนั้น ได้มีแฟนเพลงไปกราบขอหวยและถูกหวยหลายงวดติดต่อกัน และได้มีการบอกเล่าแบบปากต่อปากถึงความแม่นยำในเลขเด็ดของพุ่มพวง ดวงจันทร์ จนกลายเป็นข่าวขึ้นหน้าหนึ่งหนังสือพิมพ์อยู่บ่อยครั้ง เหตุนี้เองบรรดานักเสี่ยงโชคจากทั่วทุกสารทิศจึงเดินทางมาขอเลขเด็ดจาก พุ่มพวง ดวงจันทร์ แทบจะทุกวันเลย

อันดับ 7 ศาลเจ้าพ่อเสือบางเขน

ด้วยความปรารถนาที่อยากจะรวยเพราะถูกหวย เมื่อมีข่าวว่าที่ไหนมีเลขเด็ดหรือบันดาลโชค लाभ บนเส้นทางนี้ ก็พากันแห่ไปอย่างไม่คิดถึงความเหนื่อยยาก จนต้องมาถึงอันดับที่ 7 จาก toptenthailand อย่างที่ศาลเจ้าพ่อเสือ บริเวณสี่แยกถนนรามอินทราซอย 5 ติดกับพหลโยธิน 48 พอใกล้วันที่หวยออกก็มีนักเสี่ยงโชคพากันแห่ไปจุดธูปเทียนกราบไหว้ขอโชค लाभ และเลขเด็ดกันจนแทบจะเรียกว่าเป็นมหรหรรพ์กันเลยทีเดียว



อันดับ 6 ศาลเจ้าแม่จุจาง ถ.พระราม 2

ถ้าใครที่เคยผ่านไปผ่านมาแถวถนนพระราม 2 บ่อย ๆ อาจจะเคยได้ยินชื่อเสียงกิตติศัพท์ของอันดับ 6 จาก toptenthailand นั่นคือศาลเจ้าแม่จุจาง ซึ่งเป็นเรื่องราวของจุจางความยาวกว่า 2 เมตรที่ชาวบ้านเชื่อว่าจะบันดาลโชค लाभ ให้แก่ผู้ที่เคารพศรัทธาจนสร้างเป็นศาลให้กราบไหว้ขอพรในสิ่งที่ปรารถนา โดยเฉพาะตัวเลขสำหรับการเสี่ยงโชคขอหวย

อันดับ 5 ต้นโพธิ์ โค้งศาลอาญา รัชดาฯ

มาต่อกันเลยกับอันดับ 5 จาก toptenthailand ได้ชื่อว่าเป็นโค้งรอยศพที่อันตราย เอียนและความศักดิ์สิทธิ์ของต้นโพธิ์ ก็มีผลให้นักเสี่ยงโชคและผู้คนในบริเวณใกล้เคียงนิยมมาขอหวยเป็นประจำ ต้นโพธิ์ต้นนี้ขึ้นอยู่บนเกาะกลางถนนบริเวณสะพานลอยหน้าศาลอาญา รัชดาฯ มานานนับสิบปี ซึ่งผู้ที่มาขอหวยส่วนใหญ่จะต้องปีนบันไดไม้ไผ่ลงไปที่บริเวณโคนต้นโพธิ์ แล้วจุดธูปอธิษฐานขอเลขเด็ด



อันดับ 4 ศาลเจ้าแม่ตะเคียนทอง

อันดับ 4 จาก toptenthailand กับสถานที่ที่ยอดฮิตของเซียนหวยทุกคน คนไทยแต่โบราณมีความเชื่อว่าต้นไม้ใหญ่อย่างต้นตะเคียนทองมีเทวดาอารักษ์ หรือเจ้าแม่ตะเคียนทองสิงสถิตอยู่ และมีความศักดิ์สิทธิ์สามารถบันดาลโชคมาให้สมดังปรารถนาได้ ดังนั้น ผู้คนจำนวนมากที่ศรัทธาและให้ความเคารพจึงนิยมเดินทางไปอธิษฐานบนบานขอโชคจากกันเป็นประจำอย่างที่เคยเป็นข่าวหน้าหนึ่งหนังสือพิมพ์หลายฉบับ ซึ่งในประเทศไทยนั้นมีศาลเจ้าแม่ตะเคียนทองอยู่หลายแห่งที่นัก

เสี่ยงโชคนิยมเดินทางไปขอหวยกันเป็นประจำ เช่น เสาดตะเคียนทอง วัดสูง อ.เสนาห์ จ.สระบุรี, วัดบึงแก้ว อ.ชนบท จ.ขอนแก่น ที่มีต้นตะเคียนเก่าแก่อายุ 100 ปี, วัดสวนมะม่วง อ.สามโคก จ.ปทุมธานี เป็นต้น

อันดับ 3 ศาลแม่นาคพระโขนง วัดมหาบุศย์

ในจำนวนแหล่งขอหวยทั่วประเทศ วัดมหาบุศย์หรือที่ชาวบ้านเรียกว่าวัดแม่นาคพระโขนง ซึ่งเป็นอันดับ 3 จาก toptenthailand เป็นลำดับต้น ๆ ที่มักจะถูกล่าถวิล ส่วนหนึ่งอาจจะมาจากชื่อเสียงของแม่นาคพระโขนงที่โด่งดังมานานนับร้อยปี และบรรยากาศวัดแห่งนี้ที่ดูลึกลับดั่งมนต์สะกดรายล้อมไปด้วยสิ่งลึกลับที่ยากจะบรรยาย แม่นาคพระโขนงได้ดึงดูดนักเสี่ยงโชคจากทั่วทุกสารทิศให้มาแสวงหาตัวเลขในทุก ๆ งวดอย่างไม่ขาดระยะมาเป็นเวลานานแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะได้เลขเด็ดกลับไป



อันดับ 2 ต้นโพธิ์ ริมถนนใหญ่รามอินทรา

อันดับ 2 จาก toptenthailand อยู่ตรงหลัก กม.13 ยามราตรีของบรรดานักเล่นหวยไม่มีคำว่าเจียบเหงา เพราะใกล้ ๆ วันก่อนหอยออกจะพบว่าผู้คนจำนวนมากไปยืนรอนั่งรอให้ใบโพธิ์หล่นลงมาจกต้น แล้วนำไปตีเป็นตัวเลข หรือบางคนก็จุดธูปไหว้ขอเทพเทวดาอารักษ์ที่เชื่อว่าสิงสถิตอยู่ในต้นโพธิ์ดลบันดาลให้คืนนี้ฝันเห็นเลขเด็ด ต้นโพธิ์ต้นนี้อยู่ในเขตของโรงงานแห่งหนึ่ง แต่กึ่ง ก้านและใบ แผ่กว้างใหญ่ออกมาด้านนอก ซึ่งไม่เป็นอุปสรรคในการขอหวยของนักเสี่ยงโชคแต่อย่างใด

อันดับ 1 ศาลเจ้าพ่อเย็กอสง

เชื่อไหมว่าในกรุงเทพมหานครที่ห้อมล้อมไปด้วยตึกสูงระฟ้ายังมีสถานที่ศักดิ์สิทธิ์บนดาดฟ้าของสถานีตำรวจพลบาชัยเป็นที่ตั้งของอันดับ 1 จาก toptenthailand คือศาลเจ้าพ่อเย็กอสง เจ้าพ่อเย็กอสงมีนามเดิมว่า นายเตียง แซ่แต้ (แซ่แต้เป็นต้นตระกูลเตชะวณิช ที่ทำคุณประโยชน์ให้ประเทศชาติไว้มากมาย) ส่วนที่เกี่ยวข้องกับหอยก็คือ ในสมัยรัชกาลที่ 6 ท่านเป็นนายอากรบ่อนเบี้ยที่ริเริ่มให้หมี หอย ก ข (หอยในอดีต) ในย่านสามยอด พลบาชัย และเยาวราชเป็นคนแรกครับ ก่อนเสียชีวิตท่านได้บริจาคที่ดินเป็นจำนวนมากให้แก่ราชการ รวมถึงที่ดินผืนนี้ ผู้ที่เคารพศรัทธาจึงสร้างศาลเจ้าไว้สักการะและระลึกถึงท่าน ส่วนสาเหตุที่ทำให้บรรดาขอหวยทั้งหลายนิยมมาขอหวยที่นี่ ส่วนหนึ่งเพราะในสมัยที่ท่านมีชีวิตอยู่ท่านเป็นเจ้าของโรงหอยและมีส่วนสำคัญในการริเริ่มให้เล่นหอยขึ้นในประเทศ ที่สำคัญท่านยังชื่นชอบการเล่นหอยมากนั่นเอง



(ขอขอบคุณที่มา : <http://www.toptenthailand.com/display.php?id=4301>)

ไขข้อข้องใจปัญหาสุขภาพเพศชาย สัญญาณโรคร้าย...อันตรายกว่าที่คิด



อาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (ED: Erectile Dysfunction) คือ การที่อวัยวะเพศชายไม่สามารถแข็งตัว และ/หรือแข็งตัวได้แต่ไม่เพียงพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างพึงพอใจ เมื่อพูดถึงอาการนี้ใครหลายคนมักนึกถึงเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว ซึ่งแท้จริงแล้วอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศไม่ใช่เรื่องที่ควรละเลย เพราะนอกจากจะส่งผลเสียในเรื่องเพศสัมพันธ์ อาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศยังเป็นสัญญาณของโรคร้าย อาทิ โรคหัวใจ โรคความดัน และโรคเบาหวานอีกด้วย จึงอยากให้ผู้ที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศตระหนักถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคเหล่านี้ และควรรีบเข้ารับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะสายเกินไป

จากข้อมูลทั่วโลกในปี พ.ศ. 2538 มีผู้ชายมากกว่า 152 ล้านคนที่ประสบอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และตัวเลขประมาณการในปี พ.ศ. 2568 คาดว่าจะมีผู้ชายที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศประมาณ 322 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้น 170 ล้านคน

ส่วนข้อมูลในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2543 มีการสำรวจอุบัติการณ์ของอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศครั้งแรกในประเทศไทยในชายอายุระหว่าง 40-70 ปี จำนวน 1,250 คน พบว่ามีอุบัติการณ์ 37.5% ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 มีการสำรวจเป็นครั้งที่ 2 ในชายอายุ 40-70 ปี จำนวน 2,269 คน พบอุบัติการณ์การเกิดอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศเพิ่มสูงขึ้นเป็น 42.18%

วิธีการวัดอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศด้วยการวัดระดับความแข็งตัวของอวัยวะเพศ หรือ Erection Hardness Score 1-4 (EHS เกรด 1-4)

อาการอีดี ระดับรุนแรง	อาการอีดี ระดับปานกลาง	อาการอีดี ระดับเบื้องต้น	ปลอดภัยจากอาการอีดี
1 อวัยวะเพศตื่นตัว ขยายขนาด พองขึ้นแต่ไม่แข็ง	2 อวัยวะเพศแข็งตัว แต่ไม่เพียงพอ ที่จะสอดใส่	3 อวัยวะเพศ แข็งตัวไม่เต็มที่ แต่เพียงพอที่จะสอดใส่ได้	4 อวัยวะเพศ แข็งตัวเต็มที่



ประโยชน์ของการใช้ระดับการแข็งตัวของอวัยวะเพศ (Erection Hardness Score 1-4) คือ ด้วยการใช้ระดับการแข็งตัวของอวัยวะเพศ แพทย์ผู้ทำการรักษาสามารถที่จะติดตามความก้าวหน้าในการรักษาอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และให้การรักษาที่เหมาะสมกับความจำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเนื่องจากการใช้ระดับการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายเป็นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาของตน การวางแผนและประเมินผลการรักษาจึงมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีบทบาทและปฏิบัติตามแบบแผนการบำบัดรักษาได้ดีกว่า ส่งผลให้ได้รับความพึงพอใจในการรักษามากขึ้น

เป้าหมายของการรักษาอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศอยู่ที่การทำให้อวัยวะเพศแข็งตัวมากพอที่จะทำให้ได้รับความพึงพอใจทางเพศสูงสุด สำหรับผู้ชายที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศและคู่อุปการครอง ซึ่งการแข็งตัวควรจะแข็งตัวอย่างสมบูรณ์เต็มที่อยู่ในความแข็งระดับ 4 ของ EHS ซึ่งในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาเรามีความพยายามในการคิดค้นพัฒนาการรักษาอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศมาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศนั้นได้รับผลกระทบหลายด้าน ซึ่งการ

หย่อนสมรรถภาพทางเพศจะพบมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และเป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาวะที่ผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย อาทิ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือดสูง เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ จากผลสำรวจพบว่า 49% ของผู้ป่วยมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศก่อนหน้านี้ 3.2 ปี ดังนั้น อาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศจึงเป็นอาการที่ไม่ควรละเลย เพราะนั่นอาจเป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไปถึง 1.46 เท่า

นอกจากนี้อาจเป็นผลมาจากการรับประทานยาบางชนิด หรือการผ่าตัดที่กระทบต่อเส้นประสาทได้ อาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การสูญเสียความมั่นใจในตนเอง การมองภาพลักษณ์ตนเองตกต่ำ หรือความกระวนกระวาย หรือความกดดันที่มีเพิ่มมากขึ้นต่อคู่อุปการครองของตนเอง

ศ.นพ.จอห์น มัลลิสส์ ผู้อำนวยการสาขาวิชาสมรรถภาพทางเพศและเวชศาสตร์เจริญพันธุ์

เพศชาย แผนกระบบบีสสวาระ สถาบัน Memorial Sloan Kettering Cancer Center และเลขาธิการสมาคมเวชศาสตร์ทางเพศแห่งอเมริกาเหนือ กล่าวไว้ว่า อยากให้เราตระหนักถึงสมรรถภาพทางเพศ เพราะมันส่งผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ บุคลิกภาพ ชีวิตคู่ มันแทรกซึมกับทุกด้านในชีวิต Sex ในที่นี้ไม่ใช่การมีเพศสัมพันธ์แบบดิบ ๆ แต่คือการมีความสัมพันธ์ แสดงความรักให้แก่กันโดยมีกายเป็นสื่อ และจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ชายทั่วโลกพบว่า ปัจจัยที่ทำให้มีการเสถียรแบบสมบูรณ์ขึ้นอยู่กับความแข็งตัวของอวัยวะเพศเป็นหลัก แต่ความสุขด้านอื่น ๆ จะตามมาทั้งกับตนเองและคู่อุปการครอง

ทั้งนี้อาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศยังเป็น

สัญญาณเตือนว่ากำลังถูกคุกคามจากโรคร้าย ซึ่งอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศเกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก ปัจจัยแรกคือ สภาวะจิตใจ ปัจจัยที่ 2 คือ โรคทางร่างกายเป็นต้นเหตุของอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศมากถึง 80% เช่น โรคเกี่ยวกับเส้นเลือด 40% เนื่องจากเส้นเลือดมีอยู่ทั่วร่างกาย และในบริเวณอวัยวะเพศเป็นเส้นเลือดที่มีขนาดเล็กจึงแสดงอาการในระยะแรกเป็นอาการนำ หากผู้ป่วยยังไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อนาคตมีโอกาสเกิดภาวะเส้นเลือดใหญ่ตีบ เช่น เส้นเลือดหัวใจตีบ เส้นเลือดสมองตีบ ส่วนแนวโน้มที่ผู้ป่วยอาจเป็นโรคเบาหวานมี 30% ผลข้างเคียงจากการใช้ยา 15% โรคต่อมไทรอยด์หรือฮอร์โมนบกพร่อง 3% และปัจจัยอื่น ๆ 1%



ศ.นพ.จอห์น กล่าวต่ออีกว่า “ผลจากการติดตามผู้ป่วยในอเมริกาที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระยะเวลา 5 ปี พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจตามมา โดยมีอัตราของโอกาสเป็นโรคหัวใจคิดเป็น 1.46 เท่าของคนทั่วไป ควรตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตอย่างจริงจัง”

“การรักษาโดยทั่วไปของผู้ป่วยที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ผู้ที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระยะแรก แพทย์จะแนะนำให้เปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน และไม่ปล่อยให้สภาพจิตใจทรุดหนักขั้นที่สองคือ รับประทานยา ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการหนักขึ้นไปอีกต้องใช้หลอดเลือดบีบสัญญาจากที่อวัยวะเพศเพื่อให้เลือดเข้ามาอยู่ที่บริเวณอวัยวะเพศ หากอาการยังไม่ดีขึ้นแพทย์จะเลือกการรักษาด้วยการใช้ยาฉีดที่โคนอวัยวะเพศ และวิธีสุดท้ายที่แพทย์จะเลือกให้การรักษาแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ทำทุกวิธีการรักษาแล้วไม่สำเร็จคือ การผ่าตัดใส่แท่งเทียมที่อวัยวะเพศ”

ศ.นพ.สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพศชายชั้นนำของไทย กล่าวว่า 25% ของแพทย์ในประเทศไทยมักได้ใจเรื่องอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยชายไม่ว่าจะเข้ารับการตรวจหรือรับการรักษาในด้านใดก็ตาม โดยในปัจจุบันอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศสามารถรักษาได้ด้วยการ



รับประทานยา ซึ่งได้แก่ ยาซิลденаฟิลหรือไวอากร้า ถือว่าเป็นวิธีการให้การรักษาที่ได้ผลตอบรับค่อนข้างเป็นที่น่าพอใจให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายคือ การขยายตัวของหลอดเลือดในอวัยวะเพศชายเป็นผลมาจากการกระตุ้นที่ผนังหลอดเลือดด้วยสารเคมีชนิดหนึ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นชื่อ ไสโคลิกจีเอ็มพี (C-GMP) สารนี้จะถูกสร้างขึ้นเมื่อผู้ชายได้รับการกระตุ้นทางเพศ สารนี้เมื่อสร้างขึ้นและไปออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดงแล้วจะต้องถูกทำลายลง มิฉะนั้นการขยายตัวของหลอดเลือดจะคงอยู่อย่างนั้นตลอดไป ทำให้เกิดปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศที่ไม่ยอมคลายตัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดอย่างมากได้ สารที่ทำหน้าที่ทำลายไซโคลิกจีเอ็มพีจะถูกปลดปล่อยตามหลังไซโคลิกจีเอ็มพีออกมาที่ผนังของหลอดเลือดที่อวัยวะเพศชาย สารนี้มีคุณสมบัติเป็นเอนไซม์มีชื่อว่าฟอสโฟไดเอสเตอเรส 5 ยาซิลденаฟิลจะออกฤทธิ์โดยการขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ฟอสโฟไดเอสเตอเรส 5 ดังนั้น สารไซโคลิกจีเอ็มพีจึงถูกทำลายน้อยลง ทำให้หลอดเลือดขยายตัวอยู่ได้นานขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศ ในผู้ชายปกติ ปริมาณของสารไซโคลิกจีเอ็มพีและการถูกทำลายด้วยเอนไซม์ฟอสโฟไดเอสเตอเรส 5 เป็นไปอย่างสมดุล ทำให้การแข็งตัวเกิดขึ้นนานเพียงพอสำหรับการร่วมเพศได้

ศ.นพ.จอห์น กล่าวต่อไปอีกว่า “แม้การใช้ยาซิลденаฟิลจะมีการถูกใช้และเป็นที่ยอมรับมากกว่า 15 ปีแล้ว แต่ยังคงมีผู้ที่ใช้ยาซิลденаฟิลผิดวิธีอยู่ หลักการที่ถูกต้องคือ ควรให้ยาแก่ผู้ป่วยในโดสที่สูงที่สุดก่อน คือ 100 mg เมื่อมีผลตอบสนองที่ดีค่อยลดจำนวนโดสให้ต่ำลงเป็น 50 mg เพราะถ้าหากเริ่มให้ยาในโดสที่ต่ำในตอนแรกแล้วผลออกมาไม่เป็นที่น่าพอใจจะทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ และไม่ยอมรับการรักษาด้วยการรับประทานยาต่อ หรือเมื่อขาดความมั่นใจไปแล้ว ต่อให้ยาในโดสที่สูงขึ้นอาจออกฤทธิ์ได้ดี แต่สภาพจิตใจไม่ดี ผลการรักษาที่ออกมาก็จะต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และหากผู้ป่วยเคยใช้ยาซิลденаฟิลตัวไหนแล้วได้ผลก็ไม่ควรเปลี่ยนตัวยาโดยไม่จำเป็น”

“งานศึกษาทำการทดสอบจากไต้หวัน มีผู้ป่วยที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศจำนวน 44 ราย รับประทานยาซิลденаฟิลครั้งแรกแล้วไม่ได้ผลจึงหยุดยาทันที แต่เมื่อแพทย์ได้ให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจและบอกถึงวิธีการใช้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้ป่วยรับประทานยาซิลденаฟิลใหม่อีกครั้ง ผลที่ได้รับคือ 88% ของผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างสมบูรณ์ ส่วนสาเหตุที่ใช้ยาซิลденаฟิลแล้วไม่ได้ผลในงานวิจัยนี้ได้ข้อสรุปว่า ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องว่า เมื่อรับประทานยาแล้วจำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์ ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งเมื่อมีเพศสัมพันธ์แล้วล้มเหลวเพียงครั้งสองครั้งก็หยุดยา ไม่ยอมรับการรักษาคต่อ และผู้ป่วยบางรายที่รับประทานยาในโดสที่ต่ำ คือเริ่มจาก 50 mg เมื่อไม่ได้ผลก็หยุดการรับประทาน ไม่ได้ลองรับประทานยาในโดสที่สูงขึ้น”

ศ.นพ.สมบุญ กล่าวทิ้งท้ายว่า “โดยทั่วไปของงานวิจัยยาทุกประเภทและทุกตัว เมื่อทดลองใช้จริงเทียบกับยาหลอก ยาหลอกจะได้ผล 25-30% นี่ก็แสดงให้เห็นว่าทำไมถึงมีการขยายยาปลอมตามท้องตลาดจำนวนมาก และข้อควรระวังของอาหารเสริมปลอมทั้งหลาย จากผลสำรวจพบว่าส่วนใหญ่มีเทสโทสเตอโรนหรือฮอร์โมนเพศชายเป็นส่วนผสม ซึ่งมีข้อห้ามใช้กับผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งเต้านมหรือผู้ที่เป็นอยู่แล้ว และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาหลอกหรือยาปลอมที่มีขายตามท้องตลาดเป็นจำนวนมากตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 เป็นต้นมา ทางที่ดีผู้ป่วยควรเข้ารับการปรึกษาและได้รับการจ่ายยาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น เพราะตัวยาจริงและยาหลอกตามท้องตลาดแทบจะหาข้อแตกต่างทางรูปลักษณะภายนอกไม่ได้เลย เมื่อเทียบต้นทุนการซื้อยาที่ถูกกับความเสี่ยงที่ร่างกายจะได้รับ ถือว่าไม่ได้คุ้มเสียเลยจริง ๆ”

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พร้อมขับเคลื่อน 6 ยุทธศาสตร์ให้เด็กไทยสูงสมส่วน สมองดี แข็งแรง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตตามนโยบาย Every Woman Every Child หวังส่งเสริมให้เด็กไทยเติบโตเต็มศักยภาพ ลดปัญหาเด็กไทยเตี้ย ผอม และอ้วน



กรมอนามัยขับเคลื่อน 6 ยุทธศาสตร์พัฒนาเด็กไทยสูงสมส่วน สมองดี แข็งแรง

นพ.ณรงค์ สายวงศ์ รองอธิบดีกรมอนามัย

เปิดเผยว่า จากข้อมูลพื้นฐานของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ปี พ.ศ. 2554 พบว่าเด็กไทยสัดส่วนไม่ได้มาตรฐานจำนวน 1.2 ล้านคน จำแนกเป็นน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 223,288 คน และส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 258,149 คน ซึ่งปัญหาดังกล่าว



ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างร่างกายทำให้เด็กตัวเล็ก ผอม เตี้ย สมองไม่พัฒนาอย่างเต็มที่ ทำให้สติปัญญาด้อย เรียนรู้ช้า ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ติดเชื้อได้ง่าย หากพบในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี และมีการเจ็บป่วยร่วมด้วยเป็นระยะเวลานานอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

นพ.ณรงค์ กล่าวต่อไปว่า กรมอนามัยได้ขับเคลื่อน 6 ยุทธศาสตร์ เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็กไทย เริ่มตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ 18 ปี ได้แก่ 1) การขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมเด็กไทยสูงสมส่วน สมองดี แข็งแรง 2) การสร้างกระแสและสื่อสารสู่สังคม เพื่อสร้างเด็กไทยสูงสมส่วน สมองดี แข็งแรง 3) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของเด็ก 4) การจัดการอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในครอบครัว ชุมชน ศูนย์เด็ก และโรงเรียน 5) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมเด็กไทยสูงสมส่วน สมองดี แข็งแรง 6) การติดตามและประเมินผล

โดยมีเป้าหมายส่งเสริมการเจริญเติบโตให้เด็กไทยมีส่วนสูงระดับดีและมีรูปร่างสมส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ภายใต้แผนการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 2 ปีอย่างมีคุณภาพ แผนงานดูแลสุขภาพเด็กอายุ 3-5 ปีอย่างมีคุณภาพ และแผนการพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียน (อายุ 6-12 ปี) อย่างมีคุณภาพ

ทั้งนี้การดำเนินงานดังกล่าวเป็นการสนองนโยบายรัฐบาลที่เน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและสตรีไทยตามโครงการ Every Woman Every Child ที่ประกาศในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกด้านโภชนาการ หวังลดปัญหาเด็กไทยเตี้ย ขาดสารอาหาร และภาวะอ้วน รวมถึงเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลดภาวะโลหิตจาง และทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ อีกทั้งยังมุ่งส่งเสริมให้เด็กไทยเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ ป้องกันปัญหาด้านโภชนาการ ลดภาวะเตี้ย ผอม และอ้วน ลดปัญหาทุพโภชนาการ โดยการขับเคลื่อนงานในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กอายุแรกเกิดถึง 18 ปี ให้มีภาวะโภชนาการที่ดี เพื่อเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพต่อไป



อก.ยันสำรองวัตถุดิบผลิตยาพาราเซตามอล เพื่อเหตุน้ำท่วมไท่ 'เป็นหลัก



อก.ยันสำรองวัตถุดิบผลิตยาพาราเซตามอล เพื่อเหตุน้ำท่วมไท่เป็นหลัก พร้อมขานรับนโยบาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนแม่บท สำรองยา/วัตถุดิบจำเป็นพื้นฐานร่วมกับราชวิทยาลัย แพทย์สาขาต่าง ๆ



นพ.วิฑิต อรรถเวชกุล
ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
(อก.) เปิดเผยถึงกรณีการสำรอง วัตถุดิบยาพาราเซตามอล และ พบสารปนเปื้อนในวัตถุดิบว่า องค์การเภสัชกรรมได้มีการจัดซื้อ วัตถุดิบผลิตยาพาราเซตามอล อย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน GMP ทุกประการ โดยบริษัทที่

องค์การเภสัชกรรมจัดซื้อนั้น ได้รับการรับรองมาตรฐานในระดับสากลจาก US FDA (สหรัฐอเมริกา), TGA (ออสเตรเลีย) และ EDQM (ยุโรป) เพื่อทำการทดลองผลิตและเตรียมการผลิตจำนวน 148 ตัน โดยได้ใช้ในการทดลองผลิตจำนวนหนึ่ง และสำรองวัตถุดิบไว้ตั้งแต่เกิดวิกฤตการณ์น้ำท่วมเมื่อปี พ.ศ. 2554 อีกจำนวน 100 ตัน ซึ่ง เป็นภารกิจขององค์การเภสัชกรรมในการสำรองยาและเวชภัณฑ์กรณีเกิดภาวะวิกฤตตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับองค์การเภสัชกรรมมีนโยบายนำกระบวนการผลิตยาพาราเซตามอลมาผลิตเอง แทนการจ้างผลิต

ทั้งนี้สาเหตุที่องค์การเภสัชกรรมยังต้องเก็บวัตถุดิบ และไม่ได้นำไปใช้ในเวลานั้น เนื่องจากการปรับปรุง โรงงานการผลิตยาเม็ดพาราเซตามอลยังไม่แล้วเสร็จ เนื่องจากการทบทวนแบบก่อสร้างหลายประการเพิ่มเติม เพื่อให้โรงงานมีมาตรฐานที่ดีขึ้นตามความเห็นของที่ปรึกษา



คือมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ คาดว่าจะปรับปรุงโรงงานแล้วเสร็จในเดือนเมษายน พ.ศ. 2556

นพ.วิฑิต กล่าวต่อไปว่า นอกเหนือจากการสำรองวัตถุดิบดังกล่าวแล้ว องค์การเภสัชกรรมยังได้มีการสำรองวัตถุดิบผลิตยาชนิดอื่น ๆ ด้วย รวมถึงสำรองยาที่เป็นต่อผู้ป่วยด้วย อาทิ ยาปฏิชีวนะ ยาความดัน ยาเบาหวาน ยาด้านไวรัสเอดส์ โดยบางชนิดสำรองไว้ 4-5 เดือน หากเกิดภัยพิบัติ และจากนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้มีการจัดทำแผนแม่บทการจัดซื้อและบริหารการสำรอง วัตถุดิบและยาพื้นฐานอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง จึงได้มีการประชุมร่วมกันของราชวิทยาลัยแพทย์สาขาต่าง ๆ เพื่อหลายฝ่ายได้วางแผนและตัดสินใจร่วมกันว่าประเทศไทยควรมีวัตถุดิบและยาจำเป็นพื้นฐานสำรองไว้เท่าไร มีอายุในการจัดเก็บอย่างน้อยเท่าไร เมื่อวันที่ 5 มีนาคม ที่ผ่านมา

นพ.วิฑิต ยังได้กล่าวอีกว่า การส่งคืนวัตถุดิบพาราเซตามอลทั้งหมดทั้งที่องค์การเภสัชกรรมสำรองไว้ และส่วนที่ส่งให้โรงงานเภสัชกรรมทหารไปผลิต ซึ่งทางบริษัทยินดีที่จะรับสินค้าทั้งหมด ขณะนี้ ได้แจ้งให้บริษัทตัวแทนในประเทศไทยเพื่อส่งคืนทั้งหมด และบริษัท ยืนยันว่าจะรับวัตถุดิบดังกล่าวคืนพร้อมเงินคืนที่ครบถ้วน



กรมวิทย์ฯ สนับสนุนหน่วยงานรัฐ-เอกชน เลือกใช้บริการห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานสากล



นพ.นิพนธ์ โพธิ์พัฒนชัย



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนให้หน่วยงานรัฐและเอกชนเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพจากห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานสากล ISO 15189 และ ISO 22870 ปัจจุบันประเทศไทยมีห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองแล้วจำนวน 116 แห่ง ซึ่งจะเป็นที่มั่นใจว่า ผลการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานได้ผลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถืออย่างต่อเนื่อง

นพ.นิพนธ์ โพธิ์พัฒนชัย อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เปิดเผยว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานสากล ISO 15189 และ ISO 22870 จำนวน 116 แห่ง และได้รับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการตรวจสุขภาพคนงานที่จะไปทำงานต่างประเทศ 53 แห่ง กระจายทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เหล่านี้มีมาตรฐานด้านเทคโนโลยี บุคลากร และกระบวนการตรวจวิเคราะห์เท่ากับมาตรฐานที่ประชาชน

ในยุโรปและสหรัฐอเมริกาได้รับจากการตรวจในประเทศนั้น ๆ นับเป็นการเตรียมความพร้อมส่วนหนึ่งของการบริการด้านสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายไทยแลนด์ เมดิคัล ฮับ (Thailand Medical Hub)

สำหรับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงาน ซึ่งเป็นสวัสดิการที่นายจ้างหรือหัวหน้าส่วนราชการจัดให้พนักงานถือเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ หากเลือกใช้บริการจากห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานสากลจะเป็นที่มั่นใจว่าผลการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานผู้ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่ายิ่งขององค์กรนั้นจะได้ผลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถืออย่างต่อเนื่อง เงินทุกบาทที่ท่านจ่ายหมายถึงบริการระดับคุณภาพมาตรฐานสากลที่ท่านได้รับ เพื่อการดูแลสุขภาพของพนักงานจะเป็นไปตามที่คาดหวังและคุ้มค่ากับค่าใช้จ่าย

นพ.นิพนธ์ กล่าวต่ออีกว่า การรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสากล ISO 15189 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ (สมป.) เป็นหน่วยงานรับรองเพียงแห่งเดียวของประเทศไทยที่เป็นสมาชิกสามัญที่มีอำนาจเต็มในการลงนามการยอมรับร่วมกับองค์กรภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกว่าด้วยการรับรองห้องปฏิบัติการ (Asia Pacific Laboratory Accreditation Cooperation, APLAC) และองค์กรระหว่างประเทศว่าด้วยการรับรองห้องปฏิบัติการ (International Laboratory Accreditation Cooperation, ILAC) และเป็นที่น่าภาคภูมิใจที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของประเทศไทยใส่ใจในคุณภาพมาตรฐานสากลเป็นอย่างดี

ทั้งนี้ปัจจุบันประเทศไทยมีห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสากล ISO 15189 มากเป็นอันดับที่ 1 ในประชาคมอาเซียน และเป็นอันดับที่ 4 ในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก รองจากประเทศอินเดีย ออสเตรเลีย และได้หวัน



มติบอรัต สปสช. เห็นชอบให้มีการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ หลังข้อมูลชี้ ไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงสุดในอาเซียน และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มตัวในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ข้อมูลจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2555 ระบุว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 12.59 ซึ่งมากที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียน ขณะที่สิงคโปร์มีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 12.25 และเวียดนามร้อยละ 8.53



นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์



สำหรับข้อมูลล่าสุดเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 8,837,144 คน โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีสิทธิ 30 บาทยุคใหม่จำนวน 6,771,516 คน ที่เหลือเป็นสิทธิสวัสดิการข้าราชการจำนวน 2,065,628 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มเป็น 14.5 ล้านคน ดังนั้น จึงต้องมีการเตรียมการรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่จะมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

ทั้งนี้จากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพประมาณการ 4.3 แสนล้านบาท ซึ่งในจำนวนนี้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 1.4 แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และในอนาคตจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นด้วย ซึ่งขณะนี้กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ได้เร่งปรับกระบวนการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานทั้งระบบบริหาร และระบบบริการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุ

นพ.ประดิษฐ กล่าวต่อว่า ที่ผ่านมาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งดูแลประชากรกว่า



บอรัต สปสช. ตั้งอนุกรรมการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุรองรับไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

48 ล้านคน ได้มีการเตรียมความพร้อมในการรองรับตรงนี้ และเพื่อให้การดำเนินงานมีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงได้มีมติแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อทำหน้าที่ประสานและสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อร่วมพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์สถานการณ์ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งในเชิงสุขภาพและสังคม โดยพิจารณาประเด็นย่อยร่วมด้วย เช่น ชุดบริการ ระบบการดูแล ระบบการเงินการคลัง และการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ รวมทั้งกำลังคนด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ และนำเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อให้เกิดระบบได้จริงภายในระยะเวลาที่เหมาะสมและกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนด

โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จะมี นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้านผู้สูงอายุ เป็นประธาน นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นรองประธาน อนุกรรมการประกอบด้วย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบลในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รองอธิบดีกรมการแพทย์ รองอธิบดีกรมอนามัย ผู้อำนวยการส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม เลขาธิการสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ทีมวิจัยจุฬาฯ วิจัยประสิทธิภาพยาลดไข้จากสมุนไพร ยืนยันไม่มีผลต่อตับและไต ลดไข้ได้จริง



ศูนย์วิจัย CAPP Innovation Research and Development Center (CIRD) ร่วมมือกับหน่วยปฏิบัติการวิจัยสารทรงฤทธิ์ชีวภาพเพื่อนวัตกรรมทางคลินิก (Bioactive Resources for Innovative Clinical Applications Research Unit) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำวิจัย “ประสิทธิภาพลดไข้ของยาคุลแคป (Koolcapp) การทดลองเชิงการแพทย์ (Clinical Study)” เพื่อการศึกษาวิจัยคุณสมบัติของยาสมุนไพร (คุลแคป) ที่ลดไข้ได้ พร้อมยืนยันว่าไม่มีผลข้างเคียงใด ๆ ต่อร่างกาย

ดร.นวกฤติ จีรพุทธิรักษ์ กรรมการผู้จัดการ บริษัท ซี.เอ.พี.พี กรุ๊ป (ประเทศไทย) จำกัด กรรมการผู้จัดการและผู้ถือหุ้น บริษัท ซี.เอ.พี.พี กรุ๊ป (ประเทศไทย) จำกัด ผู้ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาคุลแคป (Koolcapp) และยาแคปปรา (Cappra) กล่าวว่า แม้ที่ผ่านมาเรื่องราวที่กล่าวถึงผลเสียข้างเคียงของการรับประทานยาพาราเซตามอลยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และอาจส่งผลกระทบต่อให้เป็นอันตรายต่อตับและไตถ้ามีการรับประทานโดยไม่มีความรู้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดกระแสของยาบรรเทาไข้ในรูปแบบของยาที่เป็นสารสกัดจากธรรมชาติ (Alternative Medicine) มากขึ้น โดยประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และบางประเทศในยุโรป ได้จัดให้ยาที่ทำจากสารสกัดธรรมชาติหรือยาทางเลือก (Alternative Medicine) เข้าไปอยู่ในระบบการประกันสุขภาพ (Health Insurance) ด้วย

ทางศูนย์วิจัยเพื่อการวิจัยและพัฒนาของ CAPP Group จึงได้ทำการสนับสนุนงานวิจัยของศูนย์วิจัยนวัตกรรม CAPP Innovation Research and Development Center (CIRD) องค์กรที่ไม่แสวงผลกำไรทางการค้า โดยทำงานร่วมกับหน่วยปฏิบัติการวิจัยสารทรงฤทธิ์ชีวภาพเพื่อนวัตกรรมทางคลินิก (Bioactive Resources for Innovative Clinical Applications Research Unit) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกันทำการวิจัย “ประสิทธิภาพลดไข้ของยาคุลแคป (Koolcapp) ในหนูทดลอง” เมื่อเทียบกับยาพาราเซตามอล

นพ.สรชัย วิโรจน์แสงทอง ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยนวัตกรรม CAPP Innovation Research and Development Center (CIRD) กล่าวว่า ความจริงแล้วการประเมินว่ามีไข้หรือไม่ หลายคนเข้าใจผิดว่าอาการไข้คือ มีอุณหภูมิร่างกาย 37 °C ขึ้นไปเท่านั้น ซึ่งความเป็นจริงเมื่อร่างกายมีอุณหภูมิอยู่ในระดับ 35.5-37.5 °C ก็ถือว่าเริ่มมีอาการไข้แล้ว อีกทั้งช่วงเวลาในการทำการวัด (เช้า/กลางวัน/เย็น) และบริเวณอวัยวะที่ทำการวัดก็ส่งผลต่อค่าอุณหภูมิที่วัดได้ต่างกันด้วย

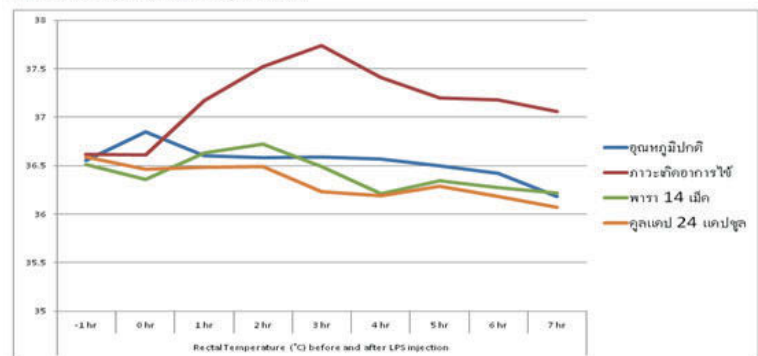
“อาการของอุณหภูมิในร่างกายสูง หรืออาการไข้ แท้จริงแล้วคือ ระบบ PGE2 ของร่างกายที่ทำการปรับอุณหภูมิในร่างกายให้สูงขึ้น เพื่อป้องกันตัวเองเมื่อมีสิ่งผิดปกติเข้าสู่ร่างกาย แต่หากร่างกายมีอุณหภูมิที่สูงมากเกินไปและเป็นเวลานานอาจส่งผลเสียต่อร่างกายและทำลายสมองได้”

นพ.สรชัย กล่าวต่อว่า “ยาแผนปัจจุบันหรือยาสังเคราะห์ที่นิยมใช้กันในปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น ยาพาราเซตามอล ตัวนี้จะเข้าไปทำการตัดวงจรการทำงาน PGE2 จะสังเกตได้ว่า ร่างกายหายจากอาการไข้เพียง 4 ชั่วโมง แล้วไข้ก็กลับขึ้นมาอีก ส่วนการใช้ยาสมุนไพร (คุลแคป) ที่มีตัวยาสำคัญ ได้แก่ โกลูโนเต้า บอระเพ็ดสกัด ผักกาดน้ำป่า และส้มซ่า ซึ่งทำหน้าที่ช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกาย ส่งผลให้ร่างกายมีอุณหภูมิที่ต่ำลงโดยไม่กลับมามีไข้อีก อีกทั้งงานวิจัยยังไม่พบผลข้างเคียงใด ๆ จากยาคุลแคป และคุณสมบัติพิเศษอีกอย่างหนึ่งของยาคุลแคปคือ สามารถช่วยลดอาการเจ็บคอได้เนื่องจากมีส่วนประกอบของบอระเพ็ด ซึ่งมีคุณสมบัติช่วยลดอาการอักเสบได้”

ตารางผลของ Koolcapp (KC; 138 มิลลิกรัม หรือ 24 เม็ด) ต่อวิธี Lipopolysaccharide-induced fever แสดงค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย

CIRD
CAPP Innovation Research And Development Center

เปรียบเทียบพารา 14 เม็ด กับ คุลแคป 24 แคปซูล



ทั้งนี้หลังจากทดลองการทำให้เกิดไข้ โดยการฉีด Lipopolysaccharide (LPS) จากเชื้อ *E. coli* ขนาด 50 μ g/kg จากนั้นได้ทำการวัดอุณหภูมิที่เวลา 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ชั่วโมงหลังฉีด ผลการทดลองสรุปได้ว่า ยาคุลแคปในขนาด 138 มิลลิกรัม หรือ 24 เม็ด มีประสิทธิภาพในการลดไข้ที่เกิดจากการกระตุ้นด้วย Lipopolysaccharide (LPS) จากเชื้อ *E. coli* ในขนาด 50 μ g/kg

โดยประสิทธิภาพของยาคุลแคปในขนาด 138 มิลลิกรัม หรือ 24 เม็ด เทียบเท่ากับยาพาราเซตามอล 150 มิลลิกรัม หรือ 14 เม็ด ตลอดช่วงเวลาทำการทดสอบ อาจกล่าวได้ว่ายาคุลแคปในขนาด 138 มิลลิกรัม หรือ 24 เม็ด มีประสิทธิภาพในการลดไข้สูงสุดในชั่วโมงที่ 3 เป็นต้นไป โดยไม่ทำอันตรายต่อร่างกายจากการวัดค่าตับ ค่าไต ไม่ผิดปกติหลังจากรับประทานยา ในขณะที่วัดค่าการเปลี่ยนแปลงเมื่อรับประทานยาพาราเซตามอล 14 เม็ด ในการทดลองส่งผลให้ตับพังได้ตลอดเวลาที่ทำการศึกษา จึงเป็นข้อสรุปได้ว่า ยาคุลแคป นอกจากบรรเทาไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเทียบกับยาพาราเซตามอลแล้ว ยังปลอดภัยต่อตับและไตของผู้บริโภค เนื่องจากยาคุลแคปเป็นยาที่ช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกายเมื่อเป็นไข้ จึงทำให้ยาคุลแคปต่างจากยาที่ทำจากเคมี โดยมีคุณสมบัติเด่นในการแก้ร้อนในอีกด้วย



ประกวดสถานประกอบการการผลิตภัณฑ์ สุขภาพดี มีจริยธรรมเด่น รับรางวัล “อย. ควอลิตี้อวอร์ด” ปี 2556

ขึ้นสู่ปีที่ 5 อย. ควอลิตี้อวอร์ด ประกวดสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดำเนินงานอย่างมีคุณธรรมและมีความรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อรับรางวัล “อย. ควอลิตี้อวอร์ด 2556” รวม 30 รางวัล เปิดรับสมัครแล้วตั้งแต่วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2556 ดาวนิโหลด ใบสมัครได้ที่เว็บไซต์ อย. www.fda.moph.go.th

นพ.บุญชัย สมบูรณ์สุข



เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เปิดเผยว่า สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้จัดให้มีโครงการส่งเสริมจริยธรรมสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 และในปีนี้เป็นปีที่ 5 เพื่อส่งเสริมสถาน

ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณธรรมและจริยธรรมในการผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย รวมทั้งเชิดชูและประกาศเกียรติคุณสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความรับผิดชอบต่อผู้บริโภค ตลอดจนเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่สถานประกอบการรายอื่น

โดยในปี อย. จะจัดให้มีพิธีมอบรางวัล อย. ควอลิตี้อวอร์ด ประจำปี พ.ศ. 2556 ภายในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 ให้แก่สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งได้แก่ อาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน และผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน รวมทั้งสิ้น 30 รางวัล โดยมีหลักเกณฑ์สำคัญในการพิจารณาสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพคือ มีการผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อจำหน่ายในประเทศที่ได้คุณภาพ หากเป็นสถานประกอบการที่ผลิตเพื่อส่งออกต้องมีการจำหน่ายในประเทศด้วย โดยมีระยะเวลาประกอบการติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปี มีการรักษาคุณภาพมาตรฐานการผลิตด้วยดีมาโดยตลอด มีการนำเอาระบบคุณภาพมาพัฒนา หรือ



ควบคุมการผลิตให้ผลิตภัณฑ์ที่ออกสู่ท้องตลาดมีคุณภาพ จะต้องเป็นสถานประกอบการที่ไม่เคยถูกลงโทษในเรื่องการผลิตขายและโฆษณาย้อนหลังเป็นเวลา 2 ปี (นับถึงวันเปิดรับสมัคร) ส่วนสถานประกอบการรายใดที่เคยได้รับรางวัลในอุตสาหกรรมประเภทเดียวกัน 3 ครั้งติดต่อกัน ขอสงวนสิทธิ์เว้นช่วงเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปีจึงจะสามารถมีสิทธิสมัครได้ ยกเว้นกรณีที่เป็นอุตสาหกรรมต่างประเภทกัน

นอกจากนี้ยังต้องมีระบบในการตอบสนองต่อผู้บริโภค (Customer Relations) ประกอบการด้วยความรับผิดชอบต่อสังคม มีกิจกรรมแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) เช่น การให้ความรู้แก่ผู้บริโภค การดูแลสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมกิจกรรมที่พัฒนาด้านสังคม คุณธรรม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ทั้งนี้สถานประกอบการใดสนใจร่วมคัดเลือกสามารถดาวนิโหลด ใบสมัครได้ที่ www.fda.moph.go.th โดยส่งใบสมัครได้ตั้งแต่วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2556 ที่สำนัก/กอง หรือกลุ่มผลิตภัณฑ์นั้น ๆ

“ในระยะรอบ 5 ปีที่ผ่านมา อย. ตรวจจับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายและดำเนินคดีผู้กระทำผิดอย่างเข้มงวด แต่ในขณะเดียวกัน หากสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพใดทำดีและดำเนินงานอย่างมีคุณภาพมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีจริยธรรม คุณธรรม และความรับผิดชอบต่อสังคม อย. ก็พร้อมที่จะเชิดชู ส่งเสริม ยกย่อง และให้การสนับสนุนสถานประกอบการนั้นด้วย” นพ.บุญชัย กล่าวทิ้งท้าย



พีเจ้น ร่วมกับ ร.พ.สมิติเวช ศรีนครินทร์ เปิดห้องให้นมบุตร

บริษัท มุ่งพัฒนา อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด (มหาชน) ผู้เชี่ยวชาญผลิตภัณฑ์แม่และเด็กในเมืองไทยกว่า 30 ปี “พีเจ้น” และโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ จัดกิจกรรมเปิดห้องให้นมบุตร “Breastfeeding room” ซึ่งได้เห็น

ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นำโดย น.ส.สุวรรณา โชคดีอนันต์ รองประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัท มุ่งพัฒนา อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด (มหาชน), พญ.สุรางคณา เตชะไพฑูรย์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ ร่วมกันเป็นประธานในพิธีเปิดห้องให้นมบุตร ณ Maternity ward ชั้น 12 โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ เมื่อเร็ว ๆ นี้

สมาคมแพทย์ผิวหนังฯ แกล้งข่าว “เมื่อความอ้วนมาป่วนผิว”

สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย ได้จัดงานแกล้งข่าว “เมื่อความอ้วนมาป่วนผิว” เพื่อเตือนภัยคนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคทางผิวหนังได้หลายโรค โดยมี พล.ท.นพ.กฤษฎา ดวงอุไร นายกสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย (ที่ 3 จากซ้าย) เป็นประธานในพิธีเปิดงาน ร่วมกับ ผศ.พญ.สุวิรากร โอภาสวงศ์ ประธานประชาสัมพันธ์สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย (ที่ 1 จากซ้าย) พร้อมด้วยผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันโรคผิวหนัง ณ ห้องโถงดิส 7 โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ เมื่อเร็ว ๆ นี้



โนวาร์ตีสรับรางวัลชมเชยบรรยาบรรณหอการค้าไทย

นพ.สุทธิชัย โชคกิจชัย ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด (คนซ้าย) เป็นตัวแทนเข้ารับมอบเข็มกลัดชมเชยบรรยาบรรณหอการค้าไทย ทั้งนี้ เข็มกลัดชมเชยบรรยาบรรณหอการค้าไทย เป็นรางวัลที่มอบให้แก่องค์กรที่ดำเนินธุรกิจด้วยความซื่อสัตย์สุจริต โดยยึดถือจรรยาบรรณตามหลักธรรมาภิบาล มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบต่อสังคม โดยบริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด ได้รับรางวัลประกาศเกียรติคุณจรรยาบรรณดีเด่นหอการค้าไทย ประจำปี พ.ศ. 2554 ที่ผ่านมา ณ โรงแรมแกรนด์ ไฮแอท เอราวัณ กรุงเทพฯ เมื่อเร็ว ๆ นี้

สลิมมิงพลัส เปิดตัวแคมเปญ SHARE...เพื่อบอกต่อความสุข

น.ส.สิริเรียม ภัคดีดำรงคฤทธิ (ที่ 2 จากซ้าย) ประธานเจ้าหน้าที่บริหารฝ่ายการตลาด บริษัท ไบโอคอส กรุ๊ป จำกัด แกล้งข่าว สลิมมิงพลัส สถาบันดูแลรูปร่างและผิวพรรณแบบครบวงจร เปิดตัวแคมเปญ “SHARE...เพื่อบอกต่อความสุข” โดยมีแบรนด์แอมบาสเดอร์สาวสวย “พอลล่า เทเลอร์” ร่วมบอกต่อความสุข โดยมี ดร.พจน์ ใจชาญสุขกิจ ร่วมแสดงความคิดเห็น ศูนย์การค้าเซ็นทรัลพลาซ่า แกรนด์ พระราม 9 เมื่อเร็ว ๆ นี้



“บัวขาว” เข้าตรวจร่างกายที่ BASEM

นพ.กฤตวิทย์ เลิศอุตสาหกุล รองประธานคณะผู้บริหาร ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ เป็นประธานในงานแถลงข่าวการตรวจเช็คสมรรถภาพความฟิตร่างกายของ บัวขาว บัญชาเมฆ (บัวขาว ป.ประมุข) ยอดนักชกขวัญใจชาวไทยเจ้าของแชมป์มวย Thai Fight หลายสมัย เพื่อเตรียมลงสังเวียนสู้ศึกมวยไทยในรายการ “อะแมรีไฟเตอร์” ที่กรุงเทพมหานคร เมื่อเร็ว ๆ นี้

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
22 เมษายน- 21 พฤษภาคม 2556	สำนักงานการแพทย์ทางเลือก	การนัดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย ณ โรงแรมนนทบุรีพาเลซ จ.นนทบุรี	โทรศัพท์ 0-2965-9194 ต่อ 124, 08-9455-9559, 08-9456-5040
8-10 พฤษภาคม 2556	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	การประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรมคลินิก ครั้งที่ 9 เรื่อง Research Methodology I, II แบบ Self-directed Learning ณ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-5394-4374 โทรสาร 0-5394-1508 E-mail: patcharindic@gmail.com www.pharmacy.cmu.ac.th
9-10 พฤษภาคม 2556	ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ผลิตภัณฑ์ชีวภาพครั้งที่ 1: สารต้านมะเร็ง ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2644-8677-91 ต่อ 1133 โทรสาร 0-2644-8692 E-mail: primchanien.moo@mahidol.ac.th
21-23 พฤษภาคม 2556	สมาคมเภสัชกรรม โรงพยาบาล (ประเทศไทย)	งานประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2556 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ช.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ	www.thaihp.org
28-29 พฤษภาคม 2556	ภาควิชาเภสัชเคมี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการด้านการขึ้นทะเบียนตำรับยา ครั้งที่ 3 ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2644-8677-91 ต่อ 5402 โทรสาร 0-2644-8695 E-mail: headpypc@mahidol.ac.th
3-7 มิถุนายน 2556	สำนักงานการแพทย์ทางเลือก	การกดจุดบำบัด (Acupressure) ณ โรงแรมนนทบุรีพาเลซ จ.นนทบุรี	โทรศัพท์ 0-2965-9194 ต่อ 124, 08-9455-9559, 08-9456-5040
5-7 มิถุนายน 2556	สมาคมเภสัชกรรม โรงพยาบาล (ประเทศไทย)	PIPHAT: Workshop R2R	www.thaihp.org
มิถุนายน-กรกฎาคม 2556	กลุ่มวิชาชีพเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	การประชุมวิชาการเรื่อง ยาใหม่สำหรับเครือข่ายเภสัชกรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	www.phar.ubu.ac.th

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

กลุ่มโรงแรมและศูนย์ประชุมชั้นนำในอุตสาหกรรม ทำมาจากรัฐบาลจังหวัดภูเก็ต แห่งแรกในเอเชียแปซิฟิก
เติบโตขึ้นจากความต้องการในการจัดงานทุกรูปแบบ มาตรฐานระดับนานาชาติ



ห้องโถงปราสาท | เพดานระบบแกลทวอลล์ | ห้องครัวทันสมัยภายในศูนย์ประชุม | บริการแปลภาษาในการประชุม | สนามจอดรถสำหรับรถรับส่ง | 352 จุดขายอาหารและเครื่องดื่ม
448 บุคลากร | 4 ห้องรับรองพิเศษ | สำนักงานผู้บริหาร | 4 ห้องประชุม | 18 ห้องประชุมย่อย | เพดานสูง 9.5 เมตร | อินเทอร์เน็ตไร้สาย | ศูนย์บริการการธุรกิจ
ทางเข้าแบบทันสมัยสู่ศูนย์ประชุม | สนามจอดรถภายในอาคาร 506 คัน | พื้นที่รองรับน้ำฝน 1 - 2.5 ตัน



กลุ่มธุรกิจโรงแรมรอยัล คลิฟ และศูนย์ประชุมพีช 353 ถนนพหลโยธิน แขวงพญา งามบุรี 20150, ประเทศไทย
Ins. 038-250421 | Insars. 038-250511 | mice@royalcliff.com | www.peachthailand.com

PEACH

ROYAL CLIFF HOTELS GROUP
THE SPIRIT OF EXCLUSIVITY & REFINEMENT

ต้องการเภสัชกรจำนวนมาก

ร้านยาเพียว ผู้นำธุรกิจค้าปลีกด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีสาขาทั่วประเทศมากกว่า 100 สาขา
ขอเชิญเพื่อนร่วมวิชาชีพมาเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนและพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมให้ก้าวไกล

คุณสมบัติ

- ปริญญาตรีทางด้านเภสัชศาสตร์หรือระหว่างรอผลสอบ
- สามารถทำงานตามตารางที่กำหนดได้
- สื่อสารภาษาอังกฤษและใช้คอมพิวเตอร์ได้
- รักและภาคภูมิใจในวิชาชีพเภสัชกรรม
- รักความก้าวหน้าและพร้อมพัฒนาตนเอง
- ค่าตอบแทนตามความสามารถและประสบการณ์
พร้อมค่าใบประกอบวิชาชีพ



เพียว
pure
by Big C

สมัครได้ที่ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ HR_SSF : BIG C SUPERCENTER PUBLIC CO.,LTD.
เลขที่ 97/11 ชั้น 6 ถนนราชดำริห์ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 (ตรงข้าม Central World)

Tel : +66(0)2655-0666 Ext : 7458, Mobile : 08-94456021 E-mail : harinlaphat@bigc.co.th, pure_recruit@bigc.co.th



Mahidol University
College of Management
Wisdom of the Land

*More Opportunities
Better Careers*



Master of Management **HEALTHCARE AND WELLNESS MANAGEMENT** International Program

The Healthcare and Wellness Management (HWM) program at CMMU is specifically designed to develop outstanding leaders in healthcare industries. Throughout the program, the courses provide an understanding of the entire picture of healthcare systems. Our comprehensive curriculum offers distinctively practical knowledge and skills in managing healthcare service organizations to streamline healthcare systems.

Our potential students include physicians, nurses, head of units, managers, and those who aim to pursue managerial careers in healthcare organizations, e.g., hospitals, pharmaceutical companies, other healthcare related companies, as well as those from state and local public health agencies.

- + CMMU is located on Vipawadee Rangsit Road (BTS Sanam Pao Station).
- + Program length: 18 months.

More information
<http://inside.cm.mahidol.ac.th/healthcare>

OPEN HOUSE 21 April 2013
@ CMMU 12 May 2013
Time: 12.30-15.00 hrs.

APPLY ONLINE NOW

<http://www.cmmu.mahidol.ac.th/onlineapplication>



College of Management Mahidol University
69 Vipawadee Rangsit Road, Phayathai, Bangkok 10400
Tel: 02 206 2000 Fax: 02 206 2090
www.cmmu.mahidol.ac.th

For more information please contact
Call Center: 02 206 2099
www.cmmu.mahidol.ac.th